

Stigmatizacija i diskriminacija osoba sa mentalnim oboljenjima

Lidija Vasiljević

Predavanje u Specijalnoj bolnici za psihijatriju u Kotoru 16.11.2016.

Hvala što ste došli. Hvala na pozivu. Jako se radujem što sam ovdje sa vama zato što ova tema o kojoj ću danas pričati je moja tema u smislu tema kojoj sam se bavila i bavim se dosta dugo. Sad sam skoro doktorirala na sličnu temu, znači ne zove se baš ovako, već antidiskriminatorni i rodnoinkluzivni pristupi u politikama mentalnog zdravlja i time sam, zapravo, proširila oblast kojom sam se bavila u magistarskom radu koji je uticaj feminizma na politike mentalnog zdravlja. Što znači da sam se ja prvo bavila uglavnom ženama i pitanjem roda u mentalnom zdravlju i onda sam odlučila da proširim temu zato što sam smatrala da je jako važno obuhvatiti pitanja koja se tiču rase, klase, socijalnog statusa, migranata, osoba sa invaliditetom i seksualnih različitosti. Tako da, zapravo, ono što ću vam danas govoriti je jedan presjek kroz sve te kategorije ukratko zato što sam se, naravno, svim tim kategorijama dugotrajno i obimno bavila u svom radu, ali sam sad napravila jedan siže tako da, zapravo, današnja tema koja se odnosi na stigmatu, ali mnogo više na diskriminaciju klijenata i klijentkinja, i uopšte određenih kategorija u okvirima mentalnog zdravlja, zapravo, vama bude jasnija iz prakse. Način na koji sam ja ušla u ovu temu jeste bio kroz aktivizam i kroz psihoterapijsku praksu. Dakle, to su ta dva puta, koja su me dovela do ovog mjesta gdje sam počela da se bavim i teorijom, opet, da bih nekako mogla svoju praksu da unaprijedim i da bih mogla kroz svoj edukativni rad pošto već 6, 7 godina se bavim edukovanjem budućih psihoterapeutkinja i psihoterapeuta i, zapravo, da obuhvatim ove teme na što bolji način da im pomognem da budu uključeni adekvatno u taj proces psihoterapijskog rada.

Možda mogu još da kažem o sebi da sam završila psihologiju na Univerzitetu u Beogradu, magistrirala studije roda i politike na Političkim naukama i zatim i na odsjeku za Socijalni rad i socijalnu politiku završila taj doktorat koji sam sad pominjala. U međuvremenu sam se bavila aktivizmom od '98 godine do danas, uglavnom opet praktično radeći sa ženama kroz edukaciju, psihosocijalnu podršku razvijajući programe koji su se ticali raznih oblasti, npr. zlostavljanja žena, zanemaraivanja, neadekvatnog tretmana



žena opet u okvirima mentalnog zdravlja, ali isto tako i trafikom, seks trafikom i nekim drugim važnim oblastima rada sa ženama kojima je bila potrebna pomoć, opet na različite načine. Inače, ono što je za mene važno je bilo da sam ja kroz svoju praksu doživjela da meni moje kolege i kolegice, mnogo više kolege, šalju lgbt osobe i govore „Ti nekako voliš da radiš sa njima, pa evo ti radi“. I onda sam ja postala onako, da kažem, među nama poznata i prihvaćena kao neko ko voli da radi sa lgbt populacijom, što je, naravno, tačno. Međutim, iza toga što volim je stajala moja želja, ideja i namjera da ja što adekvatnije prihvatim i omogućim neki pristup koji će, recimo, osobama koje nazivamo u tim kategorijama seksualnih različitosti biti prihvaćene na način na koji je njima potreban. Znači, to je isto dio mog motiva da uđem u ovaj proces pripremanja ovog rada. Tako da pored toga što su mi kolege slale lgbt klijente, a već dugo vremena prije toga sam radila sa ženama iz različitih socijalnih statusa iz različitih razloga sa različitim problemima, tako da su, zapravo, grupacije mojih klijentkinja i klijenata upravo bile osobe negdje iz takozvanih marginalnih grupa.

Onda sam počela vremenom da razmišljam o problemu klase u psihoterapiji, što je jedna tema koju nije lako iznijeti na neki nivo javne rasprave pošto je malo šakaljiva tema, pogotovo kada su u pitanju cijene psihoterapijskih usluga i način na koji dobijamo ili ne dobijamo adekvatne i kvalitetne usluge u javnom zdravlju i u privatnom sektoru. Tako da sam uključila i tu temu. To je oblast koja, po mom mišljenju, tek treba da se razvije. To je pitanje kojem moramo mnogo ozbiljnije da pristupimo jer je trenutno klasno pitanje, po mom mišljenju, najvažnije pitanje u politikama mentalnog zdravlja. Lgbt osobe i dalje nisu tretirane onako kako treba, ali na tome se radi. Za tu potrebu postoje projekti i postoji već neka edukacija, grupe koje se time bave, i tako dalje. Ali pitanje rase i klase, koje je kod nas bitno, nazovimo to na drugi način pošto to u nekim drugim zemljama, jer svi znamo da kod nas nema osoba, sad tek stižu migranti pa ćemo imati to aktuelnije pitanje. Ali, recimo, imamo pitanje tretiranja romske populacije koje je isto tako nimalo adekvatno riješeno do sad. Dakle, ovo je bio uvod, a sad krećemo na ono što sam pripremila.

Ja sam vam se za sada samo predstavila, ali sam na ovom prvom slajdu istakla koji su to pristupi koji boje i određuju način na koji ja pišem, razmišljam i radim u svojoj praksi. Tako da su to, prije svega, antidiskriminatorni pristupi koje sam pokušavala da nekako prikupim i objasnim u svom radu. Ukratko, neću vam sve ovo čitati, jer ovo je za vas da pogledate. Znači to su prije svega strategije, mjere i tehnike koje su različite, dolaze iz različitih okvira, a ono što im je zajedničko to je način jednakog uvažavanja svih grupa, naravno, koliko je to u praksi moguće, nekada to nije moguće, ali se trudimo da to bude bez obzira na njihovo određenje. Rodno inkluzivni pristup je važan u mom radu zato što ne samo da podrazumijeva da se žene jednako tretiraju u okvirima mentalnog zdravlja kao i muškarci, nego da se uzme u obzir različitost ženskog iskustva i da ono bude inkorporirano u način na koji se žene prije dijagnostike uopšte doživljavaju, procjenjuju, tako da mi govorimo i o teorijama ličnosti koje su podloga za kreiranje dijagnostike koja, kasnije ću se vratiti na to pitanje, svakako nije bila kroz istoriju, a ni danas, potpuno adekvatna kada su žene u pitanju. Znači rodna inkluzivnost podrazumijeva da imamo jedan



poseban i drugačiji pristup koji uvažava drugačije žensko iskustvo, pogotovo na Balkanu je možda više potrebno nego na nekim drugim prostorima sa drugom kulturnom konzervom. Svi znamo kako se žene kod nas još uvijek tretiraju, potpuno neadekvatno. I, naravno, ono što je bitno jeste ta svijest o tome da se represija, diskriminacija, opresija koja postoji u svim oblastima našeg života, društveno-političke stvarnosti, nužno prelama i na politike mentalnog zdravlja koje jesu neki mikrokosmos našeg zdravstvenog stanja i ti vrednosni sistemi u kojima živimo itekako se prenose i prelamaju u načinu na koji prvo mi praktičari u okviru mentalnog zdravlja tretiramo one koje radimo, a zatim, ono što je mnogo važnije, kako oni sami sebe tretiraju. Zato što se opresija pounutruje, zato što se stigmatizacija pounutruje i onda klijenti počinju da sebe doživljavaju upravo onako kako im mi govorimo da treba da budu ili da jesu i kako ih mi tretiramo. I to je onda mnogo veći problem od ovoga koji pominjem samo tretman na nivou od nas ka njima. Ono što je isto važno i što bi trebalo da slijedi na neke duže staze iz načina kreiranja ovih antidiskriminativnih i antiopresivnih i rodno inkluzivnih praksi i teorija jeste prosto pristup mentalnom zdravlju koji će biti drugačiji. Da bih krenula u priču o diskriminaciji prosto bih vas uvela kratko u pitanje uvođenja normalnosti kao kategorije. Mi svi znamo da je prije nego što je psihijatrija preuzela ulogu onih koji kreiraju, donose odluke i normiraju naše mentalno zdravlje što je i danas tako. Bilo je mnogo drugačijih načina, tretmana i pogleda na duševno obolele kako se ranije govorilo mnogo više nego klijente i kroz istoriju se pokazalo da su različiti kriterijumi smatrani relevantnim. Naravno, neke od ovih stvari vi znate iz svog iskustva ili iz opšte kulture, ali pomenuću samo da je politika bila prisutna od početka u načinu na koji se normiralo mentalno zdravlje. Šta to znači? Da su osobe različitih klasa prije svega različito tretirane. One koje su imale novca, imale su adekvatnu pomoć. One koje nisu imali novca, nisu imali. Onda, naravno, u odnosu na socijalni status određeno ponašanje je procjenjivano kao adekvatno njihovom statusu ili ne. Što znači da kad danas govorimo o ekscentričnim Britancima, pripadnicima Royal family ili bilo šta drugo, mi govorimo, zapravo, o tome da njihovo neadekvatno ponašanje u okviru njihove klasne uloge nama dobro, a ako bi se bilo ko drugi tako ponašao, mi bismo tu osobu procijenili kao labilnu i vjerovatno odveli na liječenje. Znači klasa, bogatstvo, socijalne norme su određivale na jednom nivou procjenu mentalnog zdravlja, a ono što je jako važno je kada su žene u pitanju, o tome ćemo malo duže kasnije, isto tako postoji jedan paralelni proces normiranja žena u okviru mentalnog zdravlja. Znači žene su potpuno posebno tretirane i posebno normirane u odnosu na muškarce i nekako jako dugo su kriterijumi bili različiti. Što znači da se prema ženama postavljalo kao prema jednom objektu koji treba da donese određene stvari, sad zavisno od toga koji je istorijski momenat u pitanju, znači žena kao majka, žena kao supruga, žena kao faktor stabilnosti porodice i žena kao faktor etičke stabilnosti u okviru neke normirane socijalne zajednice. Znači da je žena bila ta koja je morala da održava i emituje norme koje su tada bile vladajuće.

Što se tiče same istorije tretmana i gledanja na normalnost, od toga da se smatralo u neko staro doba do Hipokrata da je bio uticaj magija, zlih nečistih sila, uticaj religije je bio u načinu na koji se formirala teorija o normalnosti i abnormalnosti što znači da se smatralo da je uzrok mentalne bolesti nalazi van osoba, da on dolazi spolja i da je izazvan nekim velikim silama, bilo mračnim bilo ne, koje nemaju veze i



nije se pretpostavljalo odgovornost osobe za svoje mentalno stanje. Hipokrat se približio savremenim teorijama svojom tezom o ravnoteži tjelesnih fluida, gdje je on prvi put povezoao psihu i somu govoreći o tome koliko na nekom zdravstvenom i fiziološkom nivou, zapravo, se može govoriti o uticaju na ono što se mentalno dešava. A onda smo u srednjem vijeku imali, vjerovatno ste čuli za tu pojavu, broda ludala prije nego što su nastale mentalne institucije. Jedan od načina da se mentalno oboljele osobe drže podalje od takozvanog normalnog stanovništva je bilo da se ukrcaju na velike brodove koji su plovili bez ikakvog cilja od obale do obale zato što na taj način nisu ugrožavali nikoga. Ono što je zanimljivo jeste da su na tim brodovima bili politički neistomišljenici tadašnjih vladajućih struktura zajedno sa razvratnicima, ženama lakog morala i nekima kojima prosto nisu mogli ništa, u tom nekom socijalnom smislu nisu znali šta sa njima da rade pa su ih sve zajedno te nepoželjne i neželjene ugurali na brodove i to je trajalo jedno vrijeme. Međutim, kada se promijenio stav tokom renesansnog perioda, kada se počelo razmišljati o tome da je uzrok u samoj osobi, dotle se smatralo da su mentalno oboljele osobe polu-ljudi, oni čak nisu ni pripadnici ljudske zajednice. Onda se promijenio stav i dolazi do neke faze romantizacije ludila. Šta to znači? Da je u književnosti i literaturi dosta veliki dio zauzimala ta tema, tada se pojavljuju one ljepotice koje su ostale na tavanu i poludjele, one tajne sobe u kojima se nalaze poludjele sestre, i tako dalje. I tu govorimo, recimo, o Don Kihotu koji je kao junak prvi put bio toliko popularan s obzirom da je smatrano da je to osoba koja nema sasvim kompetentno ponašanje, znači neko ko nije odgovoran za svoje postupke, ko je sanjar i koji je malo negdje labilan. Ono što je važno u tom periodu za priču o mentalnom zdravlju kada su žene u pitanju počinje najveći problem vještica. Sa jedne strane imamo formiranje mentalnih institucija i humanizaciju odnosa prema osobama sa mentalnim poteškoćama, sa druge strane imamo vrhunac progona vještica i, zapravo, najveći broj vještica je u periodu renesanse spaljeno. Ono što je nama važno kada je u pitanju mentalno zdravlje je da je na taj način, sem što je to bila negdje čistka vođena religijskim motivom, gdje su žene koje su se bavile paganskim motivima ili nisu prihvatale hrišćanstvo na onaj način na koji je bilo potrebno, zapravo, mnoge žene koje su proglašene vješticama su bile izlečiteljke. Bile su babice, bile su vidarke i bile su žene koje su koristile ono što bismo danas nazvali alternativnom medicinom. I ne samo da su poznavale dobro biljke i da su poznavale dobro neke druge tehnike izlječenja koje nisu spadale u mejnstrim tada, nego su se i udruživale u grupe, u neke vrste zajednice žena koje su se bavile tom istom djelatnošću i time, naravno, su smatrane još više opasnim. Znači, žene koje su udružene, koje znaju nešto o mentalnom i o fizičkom zdravlju i koje time ometaju procvat takozvane klasične medicine koja tada počinje da preuzima primat. Tako da je u tom smislu jako zanimljiva ta priča, ona nam nije sad tema, a ja sam o vješticama dosta istraživala i pisala naročito na nivou iskorjenjivanja kompeticije od strane muškaraca, ljekara, mejnstrim medicinskog modela i ostalo. Nakon toga, u 19.vijeku, se mentalne bolesti sistematizuju. Svi znamo da po ugledu na fiziološka oboljenja tako psihijatrija preuzima medicinski model i počinjemo da određenim kriterijumima koji su se kasnije, takođe, razvijali i nastajali su priručnici, poput dijagnostičko statističkog priručnika. Klasifikacije mentalnih bolesti se dodjeljuju u odnosu na određene simptome, dijagnoze koje odlikuju te simptome. Samim tim normalnost počinje da se razvija u potpuno jednom drugom naučnom pravcu. Tu dolazimo do otvaranja jedne potpuno nove oblasti. Ovdje sam samo spomenula da se normalnost



različito tretirala zavisno od naučnog pristupa, od normalnosti kao standarda u psihijatriji do normalnosti kao pretpostavke kod Frojda do, recimo, kod Froma priča o vrednosnom sistemu i ljudskom kapacitetu, i kasnije, naravno, antipsihijatrija koja je pokušala da promijeni cijeli taj sistem skrenuvši pažnju na borbu protiv socijalne i društvene represije koja je onemogućavala ljudima da ispolje svoju pravu prirodu.

Ovdje sam pomenula samo koji su to sve rizici kojima su pripadnici manjinskih grupa izloženi. Naravno, većinu tih rizika i sami znate. Ali isto tako ono što bih pomenula da je jako važno to su uključivanja sociopolitičkih i ekonomskih determinata zdravlja, što znači ne samo rad sa kategorijama uzimajući u obzir njihove specijalne karakteristike i posebne neke uslove u kojima su razvijani, nego činjenica da često nedostatak novca i nedostatak znanja o određenim kategorijama uslovljava njihov neadekvatan tretman. Što znači da je jedna posebna oblast manje više socijalnog rada, mnogo više socijalnog rada nego psihologije, nažalost, jer socijalni rad se uvijek bavio više što mu i sam naziv kaže, ovim temama. Bavi se upravo uticajem siromaštva na degradaciju, deteorizaciju fizičkog i mentalnog zdravlja. Postoje istraživanja koja pokazuju do koje mjere je uticaj tih sociopolitičkih i ekonomskih faktora bitan za održavanje mentalne higijene i održavanje mentalnog zdravlja. Samim tim govorimo da neki loši uslovi stavljaju u veći rizik tu populaciju, a isto tako nedostatak sredstava onemogućava da se adekvatno liječe. Kada govorimo o ovome jako je bitno da govorimo o najtežim slučajevima kojima je definitivno potrebna pomoć u smislu lijekova i terapije. Govorimo o boderline osobama, govorimo o psihozama, govorimo o onima koji ne mogu sami sebe da pomognu, nego je potrebno da im društvo izađe u susret.

Što se tiče diskriminacije i opresije, to su dva povezana pojma koja su vrlo upletena. Teško je govoriti o jednom bez priče o drugom. Naravno, nećemo se sad baviti samim terminima, ovdje su samo objašnjeni kratko da bismo vidjeli na koji sve način mogu da utiču na ovu temu o kojoj govorimo. Ali ono što je važno za temu opresije koja predstavlja degradirajući nehumani tretman ljudi kojima se bavimo, a to je da se postavlja pitanje kako je do toga zapravo došlo. Mi govorimo stolicima unazad o pojavi humanog pristupa ljudima pogotovo u odnosu na srednji vijek i renesansu, govorimo o želji ljekara, psihijataru i uopšte praktičara u polju mentalnog zdravlja da pomognu. Kako je moguće da oni koji su ušli u ovaj posao da bi pomogli drugima, zapravo, vrlo često najviše reprodukuju stereotipe i ponašaju se opresivno prema klijentima, klijentkinjama i svim ostalim grupama sa kojima rade. Tako da je pitanje opresije užasno povezano sa pitanjima stigmatizacije i sa pitanjima na koji način doživljavamo upravo te grupe sa kojima radimo. Ako ih doživljavamo kao neadekvatne, ako način na koji mi stereopitiziramo osobe sa kojima radimo nije osvešćen, nego je dio neke naše nesvjesne strane degradacije onda utoliko prije dovodimo u opasnost one sa kojima radimo. Malo kasnije ćemo govoriti o tome koliko je važno i na koji način mi možemo osvjestiti svoja predubjeđenja i svoje stereotipe vezane za kategorije sa kojima radimo u praksi.

Što se tiče diskriminacije, svi znate šta ona podrazumijeva. Ono što je važno za diskriminaciju kada je u pitanju mentalno zdravlje je da je najviše prisutna skrivena diskriminacija. To je jedna od vrsta



diskriminacije. Naravno, pored nje postoji i direktna koja je sada teško uočljiva, što znači da mi ćemo rijetko kada doći u situaciju i moji klijenti koji su uslovno rečeno pobjegli sa psihijatrije zato što su im dali lijekove nakon 10.minuta žaljenja da ne mogu da spavaju pogotovo ako su lgbt osobe u pitanju odmah su dobijele antidepresive, po 10.minuta je prosječno vrijeme. I kada dođu kod mene i kažu da ne žele da uzimaju antidepresive i kad ih pitam kako je izgledao prvi inicijalni razgovor, kažu da ih nikada niko nije direktno diskriminisao ali da je indirektno i skrivene diskriminacije bilo jako puno. Što znači da se pretpostavlja mnogo toga. Prva pretpostavka je bila da je razlog njihovog javljanja na liječenje njihovo seksualno opredjeljenje. Što znači da se onda u tom ključu sve ostalo odvija. Svi ostali razlozi se nekako minimalizuju. A druga stvar je da je tretman opet bio skriveno diskriminatoran što znači da su osobe koje su sa njima govorile, ja sam pomenula psihijatru a tu su, naravno, psiholozi, psihološkinje i osobe najrazličitijim modelima rada u psihoterapiji, pokazale na neki indirektan način da im nije drago što su tu, da ne razumiju tačno o čemu se radi ili da prosto nemaju neke dovoljno dobre volje ili želje da im pomognu ili da razumiju zbog čega su došli kod njih. Dakle, skrivena diskriminacija predstavlja jednu veliku ambivalenciju. Često odbacivanja, mnogo češće ambivalenciju, gdje zapravo stručna lica se klackaju između želje da budu profesionalni i urade ono što treba i nekih svojih, nekada skrivenih, nekada otvorenih, animoziteta u odnosu na određene kategorije. Na ovo ćemo se, takođe, vratiti. Ono što je povezano sa diskriminacijom je pitanje jezika i pitanje moći. Pitanje jezika i pitanje moći su pitanja politike mentalnog zdravlja u toliko što određuju koliko direktno, toliko indirektno način na koji će klijenti doživjeti sebe u ovom procesu psihoterapijskog rada. Što znači da jezik i moć govore o tome kako će izgledati komunikacija, koliko će se klijenti doživjeti kroz tu dihotomiju zdravo, bolesno i onih koji su odbačeni, oni koji ne valjaju i oni koji nisu dio neke šire zajednice. Isto tako govori o patologizaciji učvršćivanja moći stručnjaka u odnosu na klijente. Šta to znači? Da osobe koje dolaze već ranjive negdje senzibilnije, koje je lakše na svaki način povrijediti nego kada se osjećaju tako. Dolaze u instituciju u kojoj dodatno doživljavaju neku diskriminaciju ili odbacivanje, samim tim se njihov osjećaj nemoći višestruko uvećava i taj osjećaj nemoći izlaskom iz institucije se nastavlja zato što neko ko je izašao iz institucije, zapravo, ostaje obilježen „jednom je bio u instituciji, zauvijek je takozvani bivši pacijent“. To je kao neko ko se razveo. Neko ko se razveo je uvijek razveden. Kaže se ponovo se udala. Namjerno pominjem žene kao primjer. Znači to vam je slično, to je jedna diskriminacija. U tom smislu samo bih se malo vratila na jezik.

Jezik je važan i zašto se mi trudimo da govorimo klijenti a ne pacijenti bez obzira što riječ pacijent itekako ima svoju podlogu i razlog zašto se koristi.Zato što je važno kako se obraćamo onima kojima pomažemo zbog načina na koji će sami sebe doživjeti. Pomažemo im da ostanu u što boljem odnosu sa sobom, da sebe što manje degradiraju, da sa sobom ostanu u nekim kvalitetnim relacijama koje će njih ojačavati a ne činiti da se osjećaju slabim. Jezik je važan ne samo na nivou na kome nazivamo naše klijente, nego jezik kojim im se obraćamo, korišćenje stručnih termina. Terminologija može biti patologizirajuća veoma, više ili manje. Vodimo računa o terminologiji i vodimo računa o načinu na kojem se klijentima obraćamo, koliko koristimo terminologiju koju mogu ili ne mogu da razumiju.Jer ako ne



mogu da razumiju terminologiju kojom im se obraćamo, opet raste njihov osjećaj nemoći, ranjivosti, i tako dalje. Mi njih sve više i više time isključujemo, pravimo zid između nas koji smo stručni i onih koji to nisu. Tako da, između ostalog, jedna od glavnih karakteristika ovih pristupa, antiopresivnih i antidiskriminativnih, je da se ta moć što više smanji i da nekako kolaborativno pristupimo radu, da uključujemo klijente u rad, da ih obavještavamo, da ne budu u neznanju, da im govorimo šta i zašto koristimo kada su u pitanju metode i tehnike, i da im govorimo o tome koliko je, naravno, moguće nekim jezikom koji je njima prihvatljiv i normalan. Tu sam pomenula samo ko se bavio pitanjem moći i ono što je važno govorio je Fuko o tome koliko je ne samo komunikacija važna, nego koliko je znanje centralno kada je u pitanju mjesto moći u društvu i da oni koji znaju mogu i ne moraju da zloupotrebjavaju ta svoja znanja i samo od njih i načina na koji svoje znanje predstave zavisi kako će biti doživljeni od strane svojih klijenata.

Ovdje sam već spomenula skrivenu diskriminaciju i evo jedan od primjera skrivene diskriminacije. „Kad pogledamo kakvih sve ljudi ima na ovom svijetu, homoseksulaci i nisu toliko loši“, ovo je citiran moj kolega, da ne mislite da je iz nekog romana. Pitala sam mog kolegu da li mogu da koristim ovaj citat i on je rekao „naravno“, pošto nema problem sa tim što je homofob. Neki imaju problem, a neki ne. Ovo uglavnom govore laici, ali govore i takozvana stručna lica. Međutim, ovo su izjave koje sami klijenti moraju da slušaju. Znači izjave, ako ne ovog tipa, onda drugog, sad ću citirati nekoliko skorašnjih situacija. U mom radu su mi naveli neka svoja iskustva klijenti i oni su rekli ovako „dobro, okej, ti si gej, ali to je prolazno, mnogima je prošlo, ti si u fazi produženog puberteta“, da ne kažem da se i dalje koristi ono „kad upoznaš pravu ženu, promijenićeš mišljenje“. Znači to je jedna skrivena diskriminacija, čak ne i toliko skrivena. Do toga da „okej, ti si gej, homoseksulac, to je tvoj izbor, ali razmisli o tome da bi tvoj život bio mnogo lakši i ljepši ako bi bio heteroseksualac, zašto se mučiš, zašto bi neko dobrovoljno izabrao da se muči, ako može da živi bolje i lakše“. To su neki primjeri koje, naravno, i sami znate. Međutim, ono što je meni važno je to da istaknem da su oni aktuelni. Da to nisu stvari koje su se desile prije 15, 20, 30 godina, jer obično pomislimo na to kako je sada mnogo bolje. I jeste bolje, ali se neke stvari i dalje pereturaju i govore. Vjerovali ili ne postoji sajt... mislim da se zove društvo prirodnjaka. Znači postoji sajt na kome se jedna grupa ljudi miješana psihijataru, psihologu i bave liječenjem homoseksualnosti. Znači oni imaju svoj sajt, svoju kancelariju, telefon, adresu, i tako dalje. Možemo poslije i zajedno da pronađemo. Znači to je nešto što se dešava danas u Srbiji. Normalno, nije krivično gonjen niko od njih. U kontekstu ove priče o mentalnom zdravlju pomenula sam koliko je važno upoznati svoja predbjeđenja, razumjeti skrivene načine diskriminacije koju možemo svi da emitujemo i koji su negdje način na koji smo svi odgajani, odrasli, poruke koje smo slušali u porodici i van porodice. Isto tako i tokom učenja na fakultetima. Naši udžbenici i način na koji su nas učili o radu sa određenim kategorijama nikako nisu bili antidiskriminativni, nego su nekako bili obojeni raznim predrasudama.

Što se tiče institucionalne diskriminacije, kao što joj ime kaže ona je dio sistema, što znači da je nju negdje, kao i kod bilo kakvih institucionalnih pojava, najteže iskorjeniti zato što je postala dio



vrednosnog sistema jednog društva. Nije dovoljno da pojedinci i pojedinke koje se bave ovim poslom ili teorijom pisanja ovih oblasti sami za sebe nešto riješe. Nije dovoljno da ja koja trenutno imam 60-ak edukanata, ja se inače bavim psihodramom i kada je u pitanju edukacija edukujem ih da postanu budući psihodramatičari ili psihodramatičarke, i onda da im ja prenesem i da znam da će možda njih 60, plus 60 i još možda 160 čuti od mene nešto od ovoga, nego je bitno da sutra kad oni odu da rade u nekoj instituciji isto tako mogu taj svoj pristup da koriste. Ili inače govorimo o samo parcijalnom rješenju. Zbog toga je bitno da razmišljamo o tome kako institucije mogu da promijene način gledanja na klijente i zbog čega je važno da kada žena odlazi na vikend ili produženi vikend, znači otpuštaju je privremeno sa psihijatrije, zbog neke već dijagnoze, nije bitno koje, da više ne bude pitana na prvom mjestu kada se vrati u ponedjeljak da li je kuvala, čistila, prala i obavljala poslove u domaćinstvu. Ja sam ovaj primjer već iznijela na jednoj tribini gdje sam govorila o temi koju sam nazvala „Mitologija ženskih mentalnih bolesti“, zato što tu ima puno mitova i puno stvari koje ne stoje i koje nisu vjerodostojne. Dala sam taj primjer i onda je jedan psihijatar koji je bio tu rekao „Je li ja, gospođo, mogu da kažem nešto?“ Ja sam rekla „Izvolite“. „Ali mi na taj način vidimo koliko je ona u stanju da obavlja svoje svakodnevne poslove, koje je obavljala prije nego što je bila hospitalizovana“. Ja sam rekla da je to u redu ali da li to pitate muškarca. On kaže „Ne, zato što on to nije radio ni prije“. Okej, kako mjerite njegov stepen oporavka, a on kaže „Njega pitamo neke druge stvari“. Ja kažem šta, da li je opravljaio kola, da li je nešto brčkao po kući. Kaže „Da“. Ja kažem zar ne vidite Vi da ovdje nešto ne štima. On kaže „Ne“. Onda je krenula diskusija u publici, onda su se uključili i drugi psihijatri i rekli su da to nije više stalan slučaj kao nekada, ali da je to ostalo kao jedno od pitanja kojima se normira stepen uključenosti u svakodnevnicu. Što je isto jedna od tema koja može da ostane otvorena za neku diskusiju, ukoliko je to u redu ili ne. Ali je ovo tipičan primjer na koji način se žene kroz to stereotipno vraćaju i drže u tim svojim ulogama koje su vezane samo za reprodukovanje, besplatnog kućnog rada, ponovo normiraju. Što znači da ako nekoj ženi nije bilo do toga možda može da se to protumači kao da nije bila u stanju mentalnom da obavlja neku od tih funkcija.

Mislim da treba da pređemo sad na diskriminaciju žena. Meni je jako teško da pretrčimo ovu temu. Ja ću pokušati da se zadržim par minuta na ovoj temi i koliko znam Lepa Mladenović će doći ovdje i ona će se sigurno baviti svojom temom. To je vjerovatno feministička terapija. - **Ona će se baviti antipsihijatrijom.** - Dobro, to je definitivno povezano. Da sam znala ja bih malo više prostora ovome posvetila, ali nisam se interesovala uopšte šta će držati. Uglavnom, ono što sam htjela da kažem je da, naravno, kada govorimo o diskriminaciji žena, moramo pomenuti seksizam koji je inkorporiran u način na koji se žene posmatraju, normiraju, dijagnostikuju i liječe. Bez obzira što tu postoje veliki pomaci u tom smislu je i dalje seksizam prisutan. Upravo je ovo bio primjer ono što sam maloprije rekla za vraćanje u privatnu sferu pitanja koja zapravo govore o samo jednoj oblasti funkcionisanja žene. Kada govorimo o diskriminaciji žena moramo govoriti o tome da su prvobitno teorije o normalnosti žene paralelno stvarane sa onima o normalnosti muškaraca i da su često bile kontradiktorne. Što znači da su žene procjenjivane i prije tih dve stotinjak godina u kontekstu toga koliko dobro i adekvatno obavljaju svoje



uloge supruge, domaćice i majke, prvo sa te strane. Drugo, istraživanja koja su zahtijevala od strane praktičara u polju mentalnog zdravlja da izlistaju spisak normi, kriterijuma koje čine normalnu osobu normalnom...neke karakteristike. Ispostavilo se da su karakteristike koje čine muškarca normalnim, zapravo, predstavljale prijetnju po mentalno zdravlje žene. Agresivnost u smislu asertivnost, pokazivanje ljutnje, pokazivanje inicijative na štetu sopstvenog duševnog mira. Sposobnost brze i lake promjene, i tako dalje. Tu je bilo nekih kriterijuma koji su direktno bili obuzeti što je zapravo jedno istraživanje koje je bilo 70tih godina, poslije ću vam pronaći tačno ko je radio i koje godine pa je ponovljeno sa sličnim rezultatima, govorilo o tome koliko su ti stereotipi ugrađeni u sistem. To je samo jedan primjer. Naravno, mnogobrojni su drugi primjeri i vjerovatno znate da kada su prve mentalne klinike otvarane da je postojala velika zloupotreba i da su žene smještane na klinike kada su počinjale da smetaju. Bilo je dovoljno da muž napiše potvrdu i potpiše da žena ne obavlja svoje dužnosti kao supruge, majke, domaćice i da je ona mogla da bude smještena. Naravno, nekada je to bilo sa razlogom, ali mnogo često nije. Postoje podaci koji govore o tome da je nekih 70-ak posto dostigao prosjek hospitalizovanih žena u početku, pa se kasnije to izjednačilo. Zato što su one prosto mogle na osnovu riječi svog supruga, brata ili oca da budu smještene u mentalne institucije. Zatim, govorimo o tome da je u samoj dijagnostici postojao jedan model maksiliocentričan, onda govorimo o bolestima poput hysterije, o kojoj bih mogla da pričam tri sata ali neću, a koja je zapravo reprodukovala upravo sve te stereotipe i rodno neinkluzivne modele na način na koji se žena posmatra i na način na koji se žena upućuje kako treba da se ponaša u jednoj bolesti. To je sada jako dugačka tema i neću da ulazim u to. Onda govorimo o raznim pojavama poput postpartalne depresije, govorimo o raznim pojavama koje se javljaju kada je u pitanju ženska psiha a koje su direktno product nedovoljne podrške koje društvo pruža ženama u određenim tranzitnim fazama, fazama nedovoljnog razumijevanja kroz šta žena prolazi. Ono što je isto zanimljivo kada sam radila sa osobama koje su bile seksualno zlostavljane, naročito sa osobama koje su doživjele seks trafiking, znači bivale na najrazličitije načine i kroz otmicu, i kroz prisilnu prostituciju, dovedena u ekstremna stanja rastrojstva. Rozalin Voters i njene saradnice su istraživajući empirijaj profil zlostavljanih žena pronašle da postoji velika podudarnost zlostavljanja žena na tom inverteru ličnosti i osobe koja ima profil boderline ličnosti. Što zapravo govori o tome da na određena pitanja odgovori koji se traže od žena koje su zlostavljane nose u sebi notu realiteta. Recimo ta paranoja koja se može pojaviti, osjećaj konstantne ugroženosti, konstantnog straha i pritiska, nespavanja i tako dalje, da sad ne ulazimo u detalje, su produkt realnog iskustva. Ono na šta su vremenom feminističke teoretičarke skrenule pažnju je da postoje različita iskustva žena koja moraju da se ugrade u sistem mentalnog zdravlja tako da se žena prije svega pita. Postavljaju se pitanja o njenom iskustvu na osnovu kojih se ta dijagnoza može revidirati. Što znači da nije samo bio drugačiji način na koji je smatrano da normalna žena kroz istoriju treba da se ponaša, kako treba da izgleda, kako treba da emituje svoju asertivnost ili da pokazuje emocije, do toga, kao što sam rekla, na nekim profilima se jasno vidi uticaj zlostavljanja koji mijenja profil i koje utiče na ponašanje, nekada i trajno. To su samo neki primjeri.



Kada govorimo o praksi tj. psihoterapiji, isto tako žene mogu biti vrlo marginalizovane i diskriminirane u samoj praksi mentalnog zdravlja kroz najrazličitije načine, a neke koje nisam još spomenula je da u porodičnoj terapiji, ne mislim sada konkretno na sistemsku porodičnu terapiju, nego organizovana porodična terapija na koju dolaze supružnici ili partneri, vrlo često gura žene nazad u neadekvatne i vrlo često nasilne odnose zarad očuvanja tog braka. Tu sam imala priliku da razgovaram sa nekim ženama, neke od njih su bile moje klijentkinje. One su doživjele više puta da se insistira na tome da one ipak pronađu snage, kapaciteta, volje. Nije se podržavala njihova odluka da što prije odu iz porodice ili iz odnosa koji je za njih bio destruktivan ili opasan. To je jedan od primjera na koji način se to sve radi. Isto tako mnoge žene koje su bile hospitalizovane govore o tome da je način na koji su morale da dožive svoje tijelo i svoju intimu, na koji način nisu zapravo imali intimu jer im nije bila omogućena, trajno uticale na neke promjene u njihovom doživljaju sebe kasnije, doživljaju svog tijela, svoje seksualnosti i svoje intime generalno. Sve je to uticalo na njih da postanu mnogo ranjivije kad je u pitanju sopstveno tijelo i sopstvena intima. Ima mnogo primjera, ja bih još samo navela one koje se tiču samog problema histerije a koji se odnosio tada na teroiju i pristup da je ženska materica organ koji diktira njeno mentalno stanje, kako fizičko zdravlje tako i mentalno. Sve ostalo što se razvilo, što je Frojd kasnije razvijao se baziralo donekle na toj pretpostavci. Ali kažem velika je tema, a radije bih pomenula, recimo, problem koji se zvao „problem koji nema ime,“ ili domaćička neuroza 50tih godina kako su žene u tom „bejbi bum“ periodu retradicionizovane i najviše u Americi pokušale da vrate prije svega uloge majke i domaćice. Tada se desio i procvat farmaceutske industrije koji je uticao na to da se velike količine lijekova slivalo u tom pravcu. Ono što se desilo je da tad nije mogao da se ustanovi razlog zbog čega je velika količina žena neprimjereno depresivna, nemotivisana. Zato što im je uskraćen ulazak u javnu sferu koju su prije toga imale. Prije toga su žene za vrijeme Drugog svetskog rata itekako dobile puno poslova jer su muškarci bili na frontu. Znači proboj im je omogućen ne samo u fabrike, nego su postajale profesorke i učiteljice jer je falilo kadrova, a onda se sve to vratilo na staro i javna sfera koju su osvojile im je bila odjednom uskraćena, tako da su se osjećale uskraćene za jedan dio svog identiteta. To su neki od primjera, a primjera, naravno, ima puno. Možemo o tome kasnije pričati. Ovdje sam ostavila samo da pogledate, što se tiče rodno inkluzivnog pristupa, kao što sam rekla, važno je da uzme u obzir iskustvo žena, a tu je važno pomenuti feministički orijentisanu terapiju koja je nastala krajem 60tih i postoji i danas, ali mnogo više u formi inkluzije tog feminističkog modela, tj. prosto uključenosti kategorije koja je rodno inkluzivna kao dijela načina na koji se tretiraju klijenti i klijentkinje u raznim modalitetima. Što znači da imamo rodno inkluzivne pristupe kako u sistemskoj porodičnoj terapiji tako u psihodrami, u geštalt terapiji, u drugim modalitetima rada. Što znači da oni uzimaju u obzir iskustvo žena i način na koji mogu da ojačaju žene da budu samostalne, da pronađu u sebi kapacitete snage i isto tako da same kažu na koji način žele da im se pomogne, jer je to ono što je ženama važno. Zato što se vrlo često kroz te odnose psihoterapeut - klijent reprodukuju odnosi nejednakosti koje žene vrlo često doživljavaju u privatnoj sferi i javnoj sferi u svojim životima van institucija.



Ovdje sam samo spomenula kratko na čemu je akcenat u feminističkoj terapiji. Jačanje kapaciteta, jačanje rezilijentosti i u tom smislu grupe samopomoći su puno doprinijele da se razvijaju kapaciteti u pravcu rodne inkluzivnosti. Znači, na osnovu ovog iskustva grupe za podizanje svijesti koje su bile samo u okviru feminističke zajednice uslovno rečeno, pokazalo se da način na koji funkcionišu nedirektivni način, inkluzivni način jedna adekvatna razmjena koja je puno doprinijela razvoju grupne terapije. Ovdje bih pomenula samo neke najvažnije stvari. Znači sad sam izlistala nekoliko različitih kategorija i govorila sam o tome na koji način treba biti afirmativan i prepoznati skriveni seksizam. To je ono o čemu sam već govorila. Jako je važno da svaki terapeut bude vrlo čist i osvješen po pitanju sopstvenih stavova kada je u pitanju njen ili njegov seksualni identitet da ne bi projektovao te svoje stereotipe ili skrivene ambivalencije u odnosu na klijente. Što znači da treba da prepozna nešto što se danas zove mikroagresija, a to su upravo ti indirektni načini na koji malim, suptilnim jezičkim izjavama ili nivoima ponašanja pokazujemo klijentu da ne prihvatamo nju ili njega na isti način kao drugog klijenta. Šta to znači? Mnogi su izvještavali o nekim izrazima lica koji su drugačiji koji su primijetili, poput mrštenja, nekako odlagati, imamo te pasivnoagresivne načine ponašanja, odlaganje priče o homoseksulanom iskustvu, vraćanje na neke manje bitne teme, itd.. Ovdje su samo neki od faktora koji su važni. A ono što je isto važno prepoznati jeste koji su razlozi javljanja lgbt osoba na terapiju. Da li je to njihovo seksualno opredjeljenje ili nešto drugo, u svakom slučaju, iskustvo seksualnog opredjeljenja ćemo uzeti u obzir, bavićemo se njihovom diskriminacijom, presijom ali isto tako nećemo bojiti sav naš terapijski rad nego ćemo se truditi da prvo ojačamo odnos povjerenja, da pokažemo da smo tu, da smo otvoreni i kada budemo jačali odnos povjerenja govorićemo o tome koje su posledice odbacivanja na njihov život. Nećemo to posmatrati kao simptom nego ćemo uzeti u obzir kao kontekst u kome treba da radimo. Što znači da ćemo govoriti o tome na koji način je seksualno opredjeljenje uticalo na načine na koji su se školovali, načine na koji su sklapali prijateljstva, načine na koji su birali partnere, pričali sa roditeljima i kasnije možda na neke njihove pojave samodestruktivnog ponašanja koje možda neće odmah prepoznati u formi seksualnog opredjeljenja ali ćemo pokušati da im pomognemo da povežu sa nekim svojim neadekvatnim iskustvom koje su imali u društvu.

Što se tiče rada sa seksualnim različitostima, postoje gej afirmativne prakse koje podrazumijevaju analizu lične istorije, uzimanje u obzir različitog iskustva, isto tako individualne razlike. Ono što bi bilo najopasnije je posmatrati sada lgbt kategoriju koja je sama po sebi raznorodna, a naročito svako slobo za sebe treba posmatrati vrlo drugačije. Ovdje znači se treba čuvati asocijalizma i simplifikacije. Isto tako, uzeti u obzir da su biseksualne osobe dosta diskriminisane, više nego samo homoseksualne osobe. Isto tako da lezbejke predstavljaju dvostruko diskriminisanu kategoriju zato što su i žene i lezbejke. To nije samo priča na papiru, nego je to činjenica koja govori o tome na koji način nemaju dovoljno prostora u javnoj sferi. To nije sad naša tema ali je to ono što ja primjećujem svaki dan sarađujući, radeći i družeći se sa njima. Pokazalo se da je zadnjih godina jedna od najugroženijih kategorija, a ja sam dosta istraživanja konsultovala u tom smislu, mlade osobe lgbt orijentacije. To znači osobe koje su u srednjoškolskom periodu, koje nisu punoljetne ili su tu negdje oko punoljetstva, zato što imaju veoma



veliki pritisak porodice, društva, škole koja je netolerantna. Ono što postaje sve aktuelnija tema jeste pritisak na autovanje, znači ohrabreni nekim sitkom serijama na tv-u, estradizacijom nekih lgbt osoba koje izlaze i govore o svom iskustvu, što je jako dobro, a sa druge strane bojim se da se tu kreiraju stereotipi koji im ne pomažu zato što zamišljaju da će to ići mnogo drugačije nego što to bude. Ono što je naš zadatak koji radimo sa takvom populacijom da se potrudimo da oni imaju dovoljno siguran prostor, da će imati taj čuveni coming out, a to ne rade prije nego što se mi uvjerimo da postoji mreža podrške. Zato što to često kasnije dovodi do depresije i suicida. To je problem o kojem govorimo danas kao jedan od najaktuelnijih. Dakle, mlade osobe, biseksualne osobe na koje se vrši pritisak kako od heteroseksualne zajednice tako od homoseksualne zajednice da se opredjele što nas ponovo vraća do neke dihotomije. Govorimo o transpozitivnom pristupu koji je orjentisan spram klijenta koji su transrodne osobe i koja je posebna oblast koja tek treba da se razvija zato što govorimo o potpuno nekim iskustvima koje do skoro mi kod nas nismo imali, a sada imamo sve više. Ja sam sad skoro imala priliku da razgovaram sa majkom transrodnog dječaka koji je u srednjoj školi. Prvi razred srednje škole i za kojeg ne postoji predviđeno apsolutno ništa. Znači dječak želi da bude upisan u školi pod izabranim ženskim imenom, to je nemoguće po zakonu. Želi da se oblači kao djevojčica, to je nemoguće zato što će doživjeti „buling“ od strane škole. Ali, isto tako, ne može da ide vanredno u školu jer činjenica da je transrodna osoba nije dovoljno prepoznat razlog da u školu ide vanredno. Ovo što vam prenosim je trenutno otvoreno iskustvo i mi se trudimo da nađemo rješenje zato što rješenja još uvijek nema. Znači transrodni dječak je zatvoren u svojoj sobi, dosta je depresivan i odbija pomoć. To su sve stvari sa kojima sada nekako treba izaći na kraj. A transpozitivni pristup podrazumijeva prije svega intervjujući stotine klijenata transrodnih u mentalnom zdravlju prva stvar na koju su skrenuli pažnju kada su ih pitali kakve delite psihoterapeute ili osobe koje će vam pomoći. Rekli su želimo neke koje poznaju pojam transrodnosti. Nećemo više mi da učimo njih šta treba da rade. Znači neko ko zna šta je transrodnost, neko ko razumije kroz šta mi prolazimo, koje su specifičnosti promjene našeg identiteta i osobe koje će nas da pitaju šta je nama potrebno. Jer obično se dešava pritisak i uključivanje nekih faktora koji njima ne odgovaraju.

Što se tiče pitanja rase, klase, religije i višestrukih marginalizacija, to je jedna posebna tema u okviru moje teze. Ovdje govorimo o problemu internalizovanog rasizma koji je naravno pounutren način na koji se osobe ne većinskih rasa doživljavaju. Samim tim podrazumijevamo da moramo imati jedan drugačiji pristup prije svega izgradnje njihovog identiteta i zapravo akcenta antidiskriminativnog pristupa kad je u pitanju rad sa različitim grupama je potpuno drugačiji pristup. Što znači da ne možemo tretirati njih na način na koji je neko tretirao pripadnike većinskog identiteta nego uzimamo u obzir potpuno jedan drugi faktor. Ja sam ovdje navela najčešće greške u radu. Slepilo za boje, objektivizaciju procesa i patologizaciju otpora. Šta to znači kada su u pitanju, recimo, Afroamerickanci? Nekako o njima ima najviše podataka i istraživanja. Slepilo za boje terapeuta podrazumijeva da faktor rase ne uzimaju u obzir. Bilo da se prave da ne postoji, bilo da ne žele da čuju kakvo iskustvo stoji iza toga. Objektivizacija procesa je nulta hipoteza da su psihoterapeuti objektivni i da je to tako, i da će svakako to na kraju sve



biti dobro. A patologizacija otpora je neadekvatno razmišljanje otpora koji dolaze u psihoterapijskom radu i koji su, zapravo, povezani sa ove dvije prve stavke, sa načinom na koji klijentkinja ili klijent reaguje na naše neprepoznavanje, a mi ga patologiziramo, tumačimo ga nečim drugim a ne onim što treba. To vam je primjer.

Što se tiče klasnog učitavanja, to je jedan od primjera neadekvatnog rada kad su klasni problemi u pitanju. To znači da mi pretpostavimo da klijent koji je, recimo, socioekonomskog statusa niži nego mi, neke stvari posjeduje ili zna. Jedan od primjera je da neko kasni na seansu ili grupu i da vi naivno lakonski pitate je li bilo problema sa parkiranjem, a onda osoba koja ne može sebi da priušti kola, a možda nikada neće ni moći, se osjeti vrlo neadekvatno. To vam je jedan banalni primjer. O tom banalnom primjeru treba da razmišljamo od kada kreiramo prostor u kojem radimo da on ne bude očigledan onima koji ne mogu sebi da obezbijede neke od tih stvari, do veoma važne stvari a to je jezika koji koristimo i koji je vrlo često klasno obojen a da mi toga nismo ni svjesni. Treba da koristimo fraze i koristimo deskripcije koje može klijentkinja ili klijent da razumije. Isto tako, način na koji čitamo i intepretacija može da bude klasno obojena što znači da ako mi insistiramo na tome da je pitanje novca koje se vraća kao jedna od tema i stalno pokušavamo da objasnimo nekim indirektnim pokušajima da se zapravo neki pravi problem skriva. Mi time ne uzimamo u obzir realnu situaciju našeg klijenta kojem nije novac goruća stvar. Ne moramo da govorimo o tome da je pitanje novca zapravo pitanje moći, pitanje nejednakosti, pitanje povjerenja, i tako dalje. To su sve stvari koje moramo da uzmemo u obzir.

Što se tiče rada sa osobama različitog religijskog opredjeljenja, isto je velika tema zato što se često dešava da ne znamo šta da radimo. Na primjer kada je u pitanju veliki broj migranata koji dolazi i koji je svuda, pojavljuje se veća potreba kod mnogih koji su pomagači da nauče što više o njima i da nauče koje su to stvari koje u koje ne bi smjeli da zadiru kada drugome pružaju pomoć, koje su to stvari koje su dio njihovog vrednosnog sistema i koje su to stvari koje moramo da ispoštujemo na nivou toga da ne možemo ići tamo. Što znači da nećemo te stvari mijenjati vremenom, ali prvi susret sa klijentom ili klijentkinjom sa određenim religijskim zaleđem jeste nešto što prije svega moramo da uzmemo u obzir i prepoznamo. Evo jedan primjer kada je u pitanju izbor partnera. Ja sam isto imala jednu klijentkinju u Bosni koja je religiozna osoba, muslimanka, i kada smo mi govorili o njenom izboru partnera, ona je meni dala do znanja da njenom izboru partnera ukoliko se roditelji ne slože, ne dolazi u obzir da sa tom osobom bude. Mogla sam ja da nastavim da insistiram na jačanju njene autonomije, što sam i radila na neki drugi način, da govorim o tome kada je uslovno rečeno odustala od sebe, kada je pristala na te neke rodne uloge, i tako dalje. Da govorim o raznim nivoima koji onemogućavaju njen izbor partnera. Činjenica da u kontekstu u kojem ona živi, odrasta i želi da ostane, to je nešto što je zakon za mene. Što znači da ja to poštujem i svako guranje bi bilo nepoštovanje. Moje je da ispoštujem, da razumijem i da pokušam da na neki drugi način omogućim boljitak u terapijskom procesu. To je banalan primjer, ali važan jer ukazuje na to do koje mjere jedno takvo nerazumijevanje može da dovede do diskriminacije klijentkinje u krajnjem slučaju, ako nastavimo da insistiramo na nečemu. Ono što je isto važno a to su



kategorije manjinskih grupa koje su višestruke. Što znači da ako imamo osobu koja je diskriminisana kao žena u okvirima mentalnog zdravlja koja je pripadnica određene religije koja joj ne dozvoljava da ostvari sva svoja prava, koja je pripadnica seksualne manjinske grupe, na primjer lezbejka, i tako dalje...može biti i invalidkinja, ne moramo da idemo dalje. Znači, pitanje koje se postavlja je kako ćemo mi svi sa tim vulnerabilnim identitetima da radimo. Činjenica da u savremenoj teoriji i prakse psihoterapije odlikuje se evendiranost kao što se odlikuje na nivou filozofije koja je negdje postmoderna. Znači, ono što je važno za nas i trudimo se na koji načini ti identiteti međusobno sarađuju i kako su povezani, tako da se negdje predlaže kreiranje individualnih mapa osjetljivosti klijenata, što znači da je naše da vidimo koji su to identiteti koje možemo otvoreno da nazovemo takvim imenom kakvim jesu, za koje ćemo dati vremena da se klijenti ili klijentkinje pripreme, i da ćemo prosto se osloniti na one identitete koji su najjači u tom momentu. Što znači da ako je naša klijentkinja koja pripada svim tim sub kategorijama koje sam pomenula, najmanji problem što je žena ili je najmanji problem što je lezbejka, mi ćemo se potruditi da kroz jačanje tih djelova, prosto dopremo i do drugih nivoa senzibilnosti koje treba da u terapijskom procesu obradimo. Sve ove grupe su vulnerabilne, koje sam maloprije pomenula, ali pomenula bih dvije grupe koje se dodatno vulnerabilizuju ili kako da kažem posmatraju kroz prizmu nedostatka, što je veliki problem. Znači, neću se zadržavati ovdje, ali problem afirmativnosti koji je nedovoljno prisutan je traganje za načinom na koji, recimo kad je u pitanju osoba sa invaliditetom koja doživi svoj invaliditet, što znači da, neki od osnovnih problema koje doživljavaju osobe sa invaliditetom kao manjinska grupa kad dođu na psihoterapijsku seansu je da se njihov invaliditet smatra kao potencijalno predmet većitog žaljenja i gubitka, što znači da posmatramo osobu koja je imala određeni fizički hendikep, kao nekoga ko ne može biti srećan i kome sigurno ako se pojavi osoba, i ja sam jako srećna zbog tog iskustva, klijentkinju koja je imala jedan fizički nedostatak koja je došla zbog problema u lucidnom odnosu i koja je pobjegla od nekoliko terapeuta, zato što su se stalno bavili njenim fizičkim nedostatkom – nikako da dođu do teme emocionalnog odnosa. I stalno su je vraćali na to kako se ona osjeća indisponirano zbog svoga nedostatka, kako se oseća frustrirano, kako ona zapravo time boji svoja očekivanja, što je nju dovelo u stanje takve agitiranosti da je na kraju morala da prekida sve te terapijske odnose. To vam je jedan primjer konstantno neke patologizacije invaliditeta ili bilo kog fizičkog nedostatka i generalizacija tog iskustva na sve ostale aspekte života. To su neki primjeri, zbog čega je važno da prvo saslušamo i upoznamo iskustvo klijenata s kojima razgovaramo i da vidimo do koje to mjere je zaista izmijenilo sve aspekte njihovog života. Da li je to toliko uticalo na emocionalne odnose? Da li je to zaista uzrok ili postoje neki drugi uzroci? I definitivno jačanje neke samostalnosti, ono što je jedan od osnovnih problema, eto kada su baš osobe sa invaliditetom u pitanju, da se one infatiliziraju, što znači da se konstantno doživljavaju kao one ili oni kojima je stalno potrebna pomoć, bez obzira da li je to realno ili ne, i kojima je potrebno da neko bude tu za njih, i da se ne jača njihova samostalnost i to je jedna od glavnih tema.

Moraću malo da ubrzam sve ovo, bojim se, ali ću vam rado ostaviti prezentaciju, pa ako neko bude želeo nešto više da pročita, bilo šta... Ja sam sad preskočila migrante ne zato što nisu bitni, nego zato što mi je



bitnije da vam sada kažem šta se dešava sa bivšim pacijentima i zbog čega je ta kategorija najizloženija stigmatizaciji. E sad... znači... razvijeni su razni modeli za koje vi znate i koji su bili namijenjeni destigmatizaciji bivših korisnika psihijatrijskih usluga, i tu sam pomenula neke, među kojima je i model tempa koji podrazumijeva da je potrebno da se klijenti mogu oporaviti od najtežih psihijatrijskih problema, ako im se pruži adekvatna podrška. Ovo je samo jedan od tih modela koji zapravo govori o mogućnosti jačanja kapaciteta, ali i uključivanje zajednice, jer bez uključivanja zajednice ni jedan od ovih modela, ne može da zaživi, i to je nešto na šta mi možemo, nažalost, samo da indirektno utičemo, kao pojedinci i pojedinke i kao oni koji se zalažu, zato što programi socijalne rehabilitacije i inkluzije podrazumijevaju pomoć svih- komšija, porodice, ekipe iz ulice, kafića, ustanova kulture, itd. Međutim, ono što je važno je da se taj model inkluzije nekako vraća, neka revitalizacija, da li postao sada negdje i popularan, nema veze zašto. Uglavnom, ono što je jako dobro je da se sve više čuju neke inicijative, u kojima sami bivši pacijenti koji su nekada bili u institucijama mentalnog zdravlja se pitaju za mišljenje i kreiraju se neki programi po njihovim potrebama. Oni se pitaju za to šta im je nekako najviše potrebno. Jedan od primjera je da je sad skoro, nažalost, u Engleskoj, ne kod nas, po prvi put kreiran set aktivnosti, koji su sami bivši pacijenti tražili. Među njima, na prvom mjestu su uključene osobe iz ljudskih resursa koji su ih podučavali kako da odu na razgovor za posao, tj. kako da se ponovo osećaju kompetentnima u javnoj sferi i u profesionalnom radu, što znači, oni su tražili kurseve kompjutera – nisu tražili psihološku pomoć. Tražili su kurseve kompjutera, jezika i neku vrstu treninga odnosno obuke kako da što bolje prođu na razgovor za posao, kako da pišu CV. Tražili su jogu, meditaciju, mačevanje, itd. A sad dajem jedan primjer koji je jako zanimljiv. Tražili su neke aktivnosti koje će da im pomognu da se ponovo osećaju kompetentno i jako. Mačevanje otud kao neki sport koji će da ih aktivira, da im vrati osećaj moći. To je primjer na koji način zajednica i razmišljanja u kontekstu potreba korisnika može da promijeni neki stereotip na načine na kojima je do sada kreiran svaki paket pomoći onih koji su nekad bili institucionalizovani. Znači, to što sam pomenula, ono što je problem je kada je osoba bila na psihijatriji, to je zabilježeno. To ne samo da svi znaju privatno, nego to svi znaju kada se jave za neki posao, to je prosto nešto što ne može da se promjeni i to na njih itekako utiče. Utiče na smanjivanje motivacije, utiče na pojačavanje nesigurnosti i to je nešto o čemu moramo da razmišljamo, kako da im pomognemo da negdje sebe ponovo izgrade na jedan drugačiji način. Bez obzira na taj negativni predznak koji je nametnut.

Ja bih sada samo kratko o stigmatizaciji. Ja bih samo navela neke važne stvari vezane za stigmatizaciju, znači zbog čega je stigmatizacija toliko aktuelna tema i problem i dan-danas. Zato što je staro, što bi rekli, koliko i ljudsko društvo. Znači, stigmatizacija je beskrajno stara. Međutim, užasno je otporna na promjene. Ona je jako žilava. I na stigmatizaciju slabo deluju racionalni razlozi, slabo djeluju i rezultati istraživanja. Slabo djeluje i edukacija. Posle ću pomenuti koji su još načini na koje se borimo protiv stigme, zato što se ona oslanja na puno nivoa, na razne, prvo nesvesne mehanizme koje imamo, a drugo da je stigma ugrađena u sve sisteme u koje smo do sada mi, ljudi, živeli kroz istoriju. Znači, nijedan sistem nije bio oslobođen stigme, i društvo, a naročito vladajuće strukture jako dobro koriste stigmatizaciju za svoje potrebe, jer ono što sigurno



znate je da je stigma zapravo žig, i da je jedno od prvih namjena žigosanih osoba bila i da obilježe i one koji ne moraju da plaćaju porez. Znači da ste vidi onaj ko mora da plaća porez i onaj ko ne mora...to je još bilo u staroj Grčkoj. Šta znači, isto tako, u tom društvenom smislu stigma za razliku od reparacije koja je oblik socijalne kontrole, znači negdje mijenjamo ponašanje. Stigma ne odvaja ponašanje od osobe. Stigma se odnosi na cijelu osobu. Osoba koju smo stigmatizirali kao geja, lezbejku ili neku drugu pripadnicu, ili pripadnika, grupe je ono što je karakteristika. Gej je kompletno gej – ne postoje djelovi koji nisu gej. Stigma se odnosi na potpuno izolovanje i izbacivanje i zbog toga je jako opasna, zbog toga jako utiče na način na koji mi svi, većina društva, pojima i posmatra one koji su sa mentalnim problemom. I ona je naravno primjer negativnih stereotipa, kao što sam rekla otpora na promenu i ima odlike univerzalnosti i globalnosti, što znači da se pojavljuje apsolutno svuda. I u svim slojevima društva nema osobenosti i demografske karakteristike, iako bismo mi pomislili da ima, međutim, nema i to je ono što je problem. Dakle, stigmatizuju se u okviru svih klasa, svih rasa i svih drugih grupa.

Čovjek se, naravno, zapita zašto se to dešava i zašto je toliko otporna na promjene? Ima nekoliko teorija koje se drže tog biokulturnog porijekla stigme, kao što je lucionistička, koja zapravo govori o adaptabilnoj funkciji. Što znači da mentalno oboljele osobe smatraju svoju oštećenost na nivou svoje interakcije sa drugima i zbog njih njih je ugrožen takzvani društveni saobraćaj i zbog toga je važno njih isključiti iz saobraćaj baš kao što su sporija kola opasna za ostala koja idu brzo i mogu da ugroze društvo. Što znači da te biokulturne teorije o porijeklu govore upravo o opstanku društva, a teza prema kojoj stigmatizacija predstavlja mehanizam društveno suprotavljen neredu i smrti govori o tim podsvjesnim nivoima. Znači, mnogo dublji nivo objašnjava. Hišo koji govori o tome da većina društva stigmatizuje upravo pripadnike marginalnih grupa zato što se tako osjećaju stabilnije i hrabrije, tj.stigma prosto onemogućava da budemo u kontaktu sa slabošću i sa strahom.To je, zapravo, razlog zbog kojeg ona opstaje tolike godine. Sad nekoliko stavki kako negativno utiče na zdravlje. Stigma prema osobama koje imaju poteškoće ili mentalne probleme je jedan od prvih razloga drop out-a sa liječenja. Jako puno osoba će prestatiti da uzima lijekove zato što se vidi da uzimaju lijekove i zato što će ih na taj način još više stigmatizovati. Ovdje ima nekoliko podataka i istraživanja. Najčešće su psihotične osobe stigmatizovane. Mnogo više nego osobe koje pate od anksioznosti ili depresije. Ali pokazalo se da, dobro ovo je istraživanje iz 93 godine, ali generalno relativno je svježije, s obzirom da ima malo istraživanja ovog tipa, znači 40% osoba koje su dijagnostikovane da boluju od šizofrenije nastavljaju započeto liječenje upravo iz ovog razloga. Što je veoma opasno. Isto tako, istraživanja su pokazala da etiketiranje vodi ka stigmatizaciji. Etiketiranje je prvi korak, a stigmatizacija se, zapravo, nastavlja na njega. Oni pokreću djelovanje stereotipa i svi ti stereotipi koji su već prisutni u društvu na taj način se aktiviraju i pokreću. Ono što je isto tako važno za opstanak stigme to su stereotipi o agresivnom nasilnom ponašanju osoba koje imaju poteškoća. Ja se trudim da objasnim mnogima koji takozvani laici koliko mali procenat suštinski u odnosu na cijelu populaciju je onaj koji su agresivni, violentni u okviru ovih kategorija. Ali sami znate da to nije lako, jer se negdje ljudi puno plaše. Zatim, postoji stereotip o nesposobnosti, ako je neko dijagnostifikovan sa bilo kojom dijagnozom, podrazumijeva se da je nesposoban za sve ostale.



Što znači da ta osoba ne može baš ništa i to je isto veoma opasna generalizacija i tu moramo da pomognemo onima koji su samo opresivni ili samo stigmatizujući doživjeli sebe kao nesposobne da prepoznaju svoje sposobnosti. Ono što je još popularno kod nas jeste okrivljavanje žrtve. Što znači da će vam kod nas prosječan stanovnik Srbije, a vjerovatno i Crne Gore, reći „Šta bolestan nek ide da kopa malo, pa ćemo da vidimo hoće li imati halucinacije. Neće imati snage, ima da zaspi ko klada “. To je to. To je, nažalost, način na koji se posmatra osoba već ima toliko teškoća da sama podnese. Isto tako, porodice doživljavaju stigmatizaciju i to je ono što često u crnim hronikama vidite da je osoba koja je stigmatizovana postala žrtva svoje porodice. Prvo svoje porodice, a zatim i komšiluka i šire zajednice zato što se sve te porodice patologizaju i smatra se da ako postoji klijent ili pacijent u porodici da cijela porodica nenormalna i da će prije ili kasnije da se desi nešto u tom smislu. Tako da su to sve stvari koje utiču na održavanje stigma, a stigma ponovo perpetuira samo stigmatizovanje onih osoba koji su klijenti i onda se vrtimo u krug, zapravo, ne možemo izaći iz tog začaranog kruga. Ovdje sam citirala Kecmanovića koji je o tome puno pisao i zaista mislim da je to uradio sjajno. Znači gubitak sposobnosti identifikacije empatskog doživljavanja duševnog poremećenog čovjeka usljed suočavanja sa opasnošću da i sam razum ima bitnu ulogu u pokretanju procesa stigmatizacije. Time je on nekako generisao upravo sve ove pomenute pojave uzroka stigme. Ono što je isto važno pomenuti jeste da osobe koje su stigmatizovane često to i same rade kada su u društvu onih koji su većinska grupa, da se često ponašaju drugačije kada su sa pripadnicima svoje zajednice i neke druge zato što je to mehanizam preživljavanja.

Evo nekoliko načina borbe protiv stigma koji ma koliko nisu dovoljno efikasni ipak imaju određenog uticaja, a to je obrazovanje, pomenulo se da je jako važno za one koje će u budućnosti raditi sa osobama koje su stigmatizovane da ih upoznaju da imaju što više iskustva u životu. Da upoznaju, da razmijene, da nauče. I da negdje budu, što kažemo, na terenu. Ono što ja svojim edukatnima preporučujem je da rade sa što više različitih grupa i da upoznaju različite grupe. Onda, naravno, društveni protesti u smislu edukovanja javnog mnjenja. I edukovanje medija koji su i dalje jako neadekvatni u izvještavanju i stigmatizujući sami po sebi. I lični kontakti sa žrtvama stigme. Ono što ću ostaviti za kraj su preporuke za dalji razvoj ove oblasti. Ove oblasti podrazumijevaju podršku u radu, psihoterapiju i sve ostale stvari, poput edukacije, supervizije, nekliničkog rada, znači podršku na nekim drugim nivoima sa pripadnicima diskriminiranih grupa. Ja sam podijelila samo nekoliko oblasti, znači mjere afirmativne akcije, političko edukovanje, zatim kontinuirana sistematska edukacija i , naravno, praksa. U kontekstu sve ove tri kategorije navela sam koji su to akteri koji bi trebalo da se razvijaju i na koji način promovisanja antiopresivnog i rodno inkluzivnog pristupa moglo da se sprovedu u praksi kroz udruživanje različitih kapaciteta, što znači da govorimo o nekliničkoj populaciji, o praktičarima mentalnog zdravlja, o nevladinim organizacijama, o institucijama javnog zdravlja i tako dalje.

Ja bih sad stala i pozvala vas da komentarišete, pitate, da dijelite svoje iskustvo i šta god vam je trenutno najbliže, pa možemo još malo vremena da se bavimo ovim temama. Isto tako, ja se izvinjavam ako sam vas pretrpala podacima. Tema je velika i kompleksna i zadire u mnoge oblasti. Znači puno toga vjerujem i



da sam preskočila, ali nema veze, postoje i drugi načini da se razmijeni iskustvo. Uglavnom, tu sam i otvorena sam za ono što biste voljeli da podijelite.

Ja imam dosta pitanja ali bih počela ovih posljednjim. Ovi razni modaliteti, odnosno načini borbe protiv stigme koji su, kao što vidimo, ograničene učinkovitosti. Kažeš obrazovanje, a opet ljudi jako loše ili nedovoljno mijenjaju svoje ponašanje i stavove na osnovu nekih racionalnih razloga i argumenata. Lični kontakti to je okej, to je na svakome od nas. A mene zanimaju društveni protesti. Ja pokušavam da zamislim situaciju u kojoj se dešava, dobro nećemo izvesti sad ovog plavog konja na ulice uskoro, ali me zanima da li je bilo u Srbiji ili negdje u region protest tog tipa koji bi na neki način imali za cilj umanjene ove stigme, jer ja vidim odmah kad razmišljam o bilo kom protest pokušavam da zamislim šta je sa druge strane. Zanima me da li postoje neke tako slične akcije u Srbiji ili regionu? – Postoje sa ograničenom uspešnošću. Kada je bio dan zaštite mentalnog zdravlja, dešava se da se psihijatrijski bolesnici okupljaju na određenim mjestima da dijele bedževe, da razgovaraju sa prolaznicima, to je taj dio ličnog kontakta a istovremeno je i neki organizovani društveni akt. Međutim, ono što se pokazalo, a to kod nas već duže vrijeme postoji, ima nekoliko nevladinih organizacija koje se bave posebno promocijom prava pacijenata i bivših pacijenata, a to je organizovanje izložbi, predstava, koncerata koji sami pacijenti nose. Oni su učesnici, oni kreiraju, čak i režiraju predstave, igraju glavne uloge. Nastupaju na neki način, skreću pažnju na svoje kapacitete, na svoja znanja, kreativnost, i tako dalje. Zatim, prodajne izložbe slika i nakita. To možda zvuči banalno ali to može biti jedan indirektni način za populaciju da otvori neki drugi prozor svijesti i da preko tog nekog drugog produkta konkretnog se zainteresuje i sasluša. Pogleda narukvicu, popriča sa nekom osobom koja stoji tu i onda pita otkud ti ovdje, a taj neko kaže, recimo, bila sam na liječenju toliko vremena, evo sad više nisam, pa kako ste to prevazišli, itd. Evo, između ostalog, kreativnošću pravim ove narukvice. Tako da je to jedan od načina na koji treba skrenuti pažnju. Uz to, ono što bih ja voljela da iniciram i već radim na tome jeste da se popularišu i što više sazna za umjetnike i kulturne radnike i radnice koji su imali dijagnozu, koji su bili hospitalizovani i liječeni. Ja sam tu najviše zainteresovana za muzičare i bendove koji su imali to iskustvo. I uskoro ću organizovati nakon jedne tribine koja je upravo posvećena mentalnom zdravlju i promovisanju ovih vrijednosti, organizovaćemo veće gdje će se puštati muzika onih koji su bili institucionalizovani u okvirima mentalnog zdravlja ili dijagnostikovani. Znači, i lokalno i internacionalno. S tim da će pisati spisak dijagnoza, lijekova, iskustava, i tako dalje. I možda neki isječci iz njihovih biografija. Znači to je neki način da se skrene pažnja na osobe koje su prisutne u našim životima, recimo, kroz muziku, što je najlakše nekako percipirati, su itekako prolazile kroz ovakve stvari i često ne baš lako i možda ne baš adekvatno nisu bile ni tretirane. To su neki primjeri. To su sitni akti, ali na duže staze možda mogu da pokrenu promjenu. Ono što je važno je da kroz praksu koja će biti malo drugačija organizovana nego što smo mi imali na psihologiji. Mi smo, recimo, išli u Pavlotičevo jednom nedeljno da slušamo predavanja i da imamo prilike da vidimo nekoga ko je bio predstavnik ili predstavnica određene dijagnoze kojom se bavi. To je rađeno na taj način kao da smo mi otišli u zoološki vrt. Znači mi smo išli dva po dva, upozoravali su nas da ništa ne diramo, da ni sa kim ne pričamo, da sjednemo tu, da odmah ustanemo i odemo. Osoba koja je tu pristala na tako nešto,



što je nevjerovatna hrabrost po mom mišljenju, je bila izolovana od nas, sjedjela je za nekim stolom i mi smo imali pravo da postavimo pitanje samo ako su naši profesori ta pitanja provjerili i odobrili ih. Tako da to je izgledalo zaista kao neki freak show. Meni je trebalo puno vremena da nekako to iskustvo izbacim iz sebe. Ako je to način na koji mi očekujemo da će sutra neki praktičari u polju mentalnog zdravlja normalno prihvatiti i razmišljati o realnim potrebama i osobama koje su tu, to je potpuno neadekvatno. Pristup mora da bude potpuno drugačiji. Znači, pristup, pripreme, način na koji smo mi tu dovedeni, mogućnost da se razgovara, razmijeni, neka autonomija u izboru, u krajnjem iskustva. To je ono što je potrebno. Naravno, ne ta izolacija i ne taj način degradiranja. Znači, obrazovanje, iskustvo, ali intonirano potpuno drugačije. Mislim da ono čega fali puno generalno u nekim mejnstrim literaturama, ja sam inače imala ogroman problem da nađem literaturu za svoj doktorat. Ne mogu vam to opisati. Imam i dalje neke prijatelje koji su mi slali tekstove iz inostranstva koje su mogli da skinu, i tako dalje. Problem je nedovoljno literature koju su sami korisnici usluga pisali. Dok mi, recimo, u feminističkoj teoriji imamo puno ličnog iskustva što, naravno, je lično i feminističko. Ali mislim lično je i psihoterapijsko. I mi imamo samo nekoliko primjera gdje su svoja iskustva upotrebljena u svrhe edukacije i iskorišćena kao metod da se nauči. I to je ono što treba promovisati, a to se odnosi i na ova pitanja na koja sam govorila. Jako malo lgbt osoba piše o lgbt terapiji. Jako malo osoba sa invaliditetom, mada tog još i ima, piše o tome šta im je potrebno i piše o ovoj afirmativnoj praksi. Tako je to ono što je potrebno da se promoviše. Naravno, da ne govorim o tim rasnim pitanjima. Znači, u toj mejnstrim literaturi dominiraju ponovo bijeli heteroseksualni muškarci i to je to. U tom smislu se, nažalost, nije dovoljno promijenilo. Tu je feministička literatura mnogo daleko otišla. Tako da u tom kontekstu moramo da kreiramo znanje iz iskustva i prakse i da ga vodimo ka nečemu što želimo da postignemo a ne da samo pokušamo da implementiramo ono što je negdje teorijski izgrađeno. To je moje mišljenje i to negdje pokušavam da uradim. Znači, ja sam ono što radim inače pokušala naknadno da legitimizujem da bi me čuli neki koji trebaju da me čuju. To je ono što je moja ideja. Da bih mogla da pričam o ovome, moram da imam neki formalni dio, što je okej, uspjela sam, nije mi bilo ne znam kako važno. Ali, recimo to je bio moj motiv. I za svaki drugi motiv mogu isto da kažem da je to način da se mijenja pristup. Mislim da je to ono što je potrebno. Jer mene vrlo često u supervizijama pitaju moji edukatni i edukantkinje kako da naplate, da li da pristanu da se plati sledećeg mjeseca, da li da spuste cijenu, da li da kažu da drugi znaju da određene osobe idu po nižoj cijeni. To su užasno bitna pitanja. To nije samo pitanje, naravno, ni koliko će zaraditi ni koliko su u stanju da se odreknu zarade, koliko su to suštinska, vrednosna određenja kojima učimo danas one koje će sutra raditi i uopšte to nisu laka pitanja. Ja sam imala primjer koji sam navela u svom doktoratu kod terapijske par mojih edukantkinja koje su, zapravo, prvi put osvestile klasnu razliku tokom zajedničke supervizije, jer je jedna htjela da popusti pred cijenom, a druga nije. Tu je došlo do otvaranja njihovih različitosti. To je bilo jako dobro jer taj supervizijski proces je išao u pravcu rada na njihovom identitetu. Mi smo na kraju uspjeli da pomirimo i napravimo kompromis, ali upravo takvi nivoi razmišljanja dotiču neke vrlo ranjive i često slijepe mrlje, u ovom slučaju je bila klasna slijepa mrlja, gdje su njih dvije prvi put otvorile pitanje elitizma, gdje je jedna smatrala da je druga pomalo elitistički nastrojena prema drugim članovima grupe i onda smo o tome



pričali. I ta cijena je bila trigger da mi sada napravimo neki dogovor koji će važiti i za njih, a možda i šire kada je u pitanju taj momenta klase ili socijalnog statusa. Tako da je to ono što je jako važno. Ja ovdje nisam imala vremena, niti je to dio teme u užem smislu da pričam o superviziji i edukaciji, ali u superviziju i edukaciju upravo treba da bude sve ovo uključeno. Znači, kada budući terapeuti, savjetnici uče da rade, moramo proći kroz sve ove kategorije. Zato što su to sutra njihovi klijenti, njihovi članovi grupa i oni moraju da prepoznaju to. Ako ne prepoznaju, loše će raditi. I nekako neće ispoštovati sve te razlike na kojima se trudimo da radimo.

Imam pitanje za Vas. Zovem se Tea Gorjanc Prelević. Ja sam direktorica nevladine organizacije „Akcija za ljudska prava“. Radim zajedno sa Anom, Slađanom i Anđelom na ovom projektu. Ja sam po profesiji pravica. Volim svoj posao...Volim da preispitujem granice mog znanja. Da spoznajem sopstveno neznanje. Zato što sam ja obrazovana kao pravica. Zato što sam ja spremna da razumijem da je diskriminacija nezakonita i da ona znači neopravdano razlikovanje zasnovano... i tako dalje. Ne znači da ja ustvari znam 100% u svakoj situaciji da prepoznam diskriminaciju. Mene to donekle čini nesigurnom zato što ja kao nekog od koga se očekuje da to možda dobro znam, mogu da dođem vrlo lako u situaciji, ne nedostatka namjere ili želje, već prosto neznanja mog diskriminišem. Tako mi se desilo da na jednom od prethodnih projekata, a to me podsjetilo ono što ste Vi rekli, mi se bavimo osobama u insituciji za osobe sa mentalnim invaliditetom ili kako se popularno zove – ometni u razvoju. Mi smo govorili o njima uporno kao štíćenici te institucije i nama se to činilo vrlo pristojno obraćanje jer sad mi njih treba da zaštitimo. Dok naše kolege iz druge organizacije koje se bave samo osobama sa invaliditetom nas nisu upozorile, i to dosta grubo što mi je baš teško jer se oni često osjete baš na neki način uvrijeđenim, a mi nemamo tu namjeru, ali stvarno nismo imali dovoljno znanja i onda su nam oni ukazali da je to promijenjeno, da su svi oni klijenti, da imaju prava. I ja sam mislila da je to jedna dobra ideja, i baš me bilo sramota. A šta hoću da kažem, to što sam ja završila prava, to što sam ja magistrirala ljudska prava, još uvijek ne znači da ja imam dovoljno znanja o tome, a kako li tek onda psiholozi koji nikada nisu imali predavanje obavezno ni na fakultetu, ako ne griješim o tome, šta je to zapravo diskriminacija. Pa ni psihijatriji. Tu je gospođa Marina, ja te nisam primijetila kad sam ušla, Roganović... ona je ovdje jedan od najiskusnijih psihijatarata u bolnici. Znači, vi na Medicinskom fakultetu niste slušali o diskriminaciji, o tim finesama...Znači, mi bismo sad morali svi da se organizujemo i da vidimo kako na jednom sistemskom, državnom nivou to uvedemo, pa barem po jedno obavezno predavanje budućim psiholozima, budućim ljekarima, ne samo psihijatrima, već svim ljekarima, svim ljudima koji dolaze u kontaktu u stvari sa drugim ljudima. Sada je u Crnoj Gori bolja situacija u obrazovanju djece nego u Srbiji jer je građansko obrazovanje obavezno. U Srbiji je to izborni predmet jo uvijek. – Da, izborni predmet. Vjeronauka ili građansko obrazovanje. A djeca jako često idu na Vjeronauku zato što im se puštaju crtani filmovi tamo. – U Crnoj Gori je građansko obrazovanje u osnovnoj školi obavezno. Da li je to dovoljno? Nije sigurno. Ali, eto, možda da kažemo da buduće generacije imaće više uslova od nas. Ja mislim da su moja djeca senzitivnija od mene. Ali hoću da vam kažem, mogli bi možda kroz ovakve projekte i u Srbiji i u Crnoj Gori da se založimo za to da se prosto ljudi podučavaju, da se ne propusti prilika da izađu sa fakulteta bez



jedne serije predavanja na ovu temu stigme. Da postanu svjesni, da je prepoznaju, da je razumiju. Mi imamo jedno istraživanje koje ovdje treba da organizujemo i to i sa pacijentima i upravo ovo da mi sad njih pitamo, to je možda odgovor na ono vaše pitanje da nema dovoljno literature, i ne znam da li ima istraživanja u smislu više istraživanja, razgovora sa fokus grupama, itd..To bi mi trebalo da uradimo, tek treba da to osmislimo. Ali isto tako i sa osobljem medicinskim koje bi trebalo da propitamo na neki način i da vidimo da li tu postoji neka diskriminacija. Sve anonimno i ne sve u Kotorskoj bolnici, nego i u drugim bolnicama. - Baš sam to htjela da kažem. Je li mogu ja da kažem nešto ovako iskustveno? Pošto sam došla mlada, a idem stara. Iz Beograda sam došla u Dobrotu mlada. Iskustveno mogu da kažem da ne samo što postoji stigma prema našim pacijentima ili klijentima, nazovite ih kako hoćete, odnosno nazovimo ih, nego postoji i prema nama koji radimo sa njima na svim nivoima. Ono što mi doživljavamo svakodnevno to bi zaista trebalo proučavati , negdje napisati, evo ja sam spremna da vam dam primjere tipa: dovedu pacijenta koji je somatski ugrožen a ne psihički. On je možda imao ili ima neku psihozu, neki delirijum, neki alkoholizam. I čovjeka koji je somatski vitalno ugrožen dovedu i kažu „Evo liječite alkoholizam“. I ja moram zbog toga što sam doktor prije svega, da ne kažem prvo da sam čovjek, da ga vratim u bolnicu gdje će mu spasiti život. I onda doživljavamo ovako, pod jedan-šalju mog tehničara, moj sanitet, mog šofera da idu da traže uput od izabranog ljekara. Mislim, poštujem, ja nisam nikad otišla kod ljekara bez uputa, ali sam primila hiljadu ljudi bez uputa, mislim, razmišljajte ovako malo nabacujem za razmišljanje. Dalje-šalju znači mog tehničara i mog šofera po uput u Dom zdravlja i oni mene zovu „Šta da radimo?“ Ajde odradite to i to. I to odrade i onda kolega kaže „Nismo mi tu da liječimo psihijatrijske bolesnike“. Mislim, to je tako strašno, ja poslije trideset ili četrdeset godina rada u zdravstvu sam šokirana odnosom, sve je gori i gori, a ne sve bolji i bolji. I tako je i u Srbiji pošto sam stalno u kontaktu sa njima, i stalno idem i u Hrvatsku, i u Srbiju, i u Makedoniju i u Sloveniju. Svi su se deklarativno opredijelili: komunalna psihijatrija, otvaranje bolnica, ovo ono, a istina nije takva, ljudi, nemojte se ljutiti ali suština nije takva. Nama svaki dan raste broj pacijenata, tako i u Lazi Lazareviću, tako je i gore. Meni je kolega, prije neki dan smo se sreli u Ohridu, Kastelić iz Slovenije i kad sam bila u Sloveniji imali su jednu kliniku za zavisnosti, a sad imaju četiri. Znači, nije tačno da se zatvara ili otvara uslovno rečeno. Hoću da kažem i za novinare, evo, mlada žena ovdje zove na telefon i kaže „Jel' onaj čovjek što je udario tamo onoga, jel' on Vaš pacijent?“ Ja kažem „Molim?“- „U Podgorici onaj čovjek što je udario onog jel' to Vaš pacijent?“ Nemam pojma. Sledece „Onaj što je ubio onog u Domu zdravlja?“- „Jeste, liječio se kod nas.“- „Onaj što je ubio ženu?“- Jeste, liječio se, ali on nije moj čovječe“, ja sad počinjem da vičem na novinara, „ Pa on nije moj, on je možda juče bio kod usnog ili kod očnog, niste njih zvali da ih pitate!“ Dalje, novinari trebaju isto da se edukuju, ozbiljno mislim, to nije bilo tako, znači ovdje sjedim godinama i kaže ovako novinar- „Kako pratite pacijenta kad ode iz Vaše ustanove?“ Pa nisam ja policajac, šta ću ja kao detektiv da ga pratim, ne pratim ga nikako, sad to ide dalje centri ovi oni, itd..Hoću da kažem da ovo treba dići na jedan viši nivo. Jedan dan mentalnog zdravlja, jedan droge, jedan dan ovoga, jedan dan dijabeta. Ma, ljudi moji, to je bezveze, ja učestvujem u svemu tome, vrlo sam aktivna ali jedan dan, jeste, i zatvorimo, gotovo. Ovi štrajkuju, ovi demonstriraju, ovi ono. Ja sam zahvaljujući starosti imala prilike sve da odradim, da idem po školama osnovnim, vrtićima, da idem



ovamo, da idem individualno, da jurcam. Neko danas kaže „Pa kako će oni da dođu odavde i odande?” Ma ljudi, sad odem u Pljevlja, pa u Bijelo Polje, u Berane i odem u Beograd. I u okviru strategija i akcionih planova i individualno, sve sam pokušala. Vodila sam pacijente, ovo što Vi kažete da pričaju svoje priče. Dovodila ovdje osnovce, starije kolege su se hvatale za glavu kao šta će tu ova djeca, to je zabranjeno. Nije zabranjeno, ali mislim da sistem jedne države treba da se opredijeli hoćemo li ovo, hoćemo li ono. Pa onda da radimo nekako zajedno, ne možemo mi svi pojedinačno nesto raditi, moramo nekako zajedno to da radimo. I na ove primjere da idemo pojedinačno, ne sad ja da tužim tamo onog internistu što mi je to rekao. Ne, ali moramo i njih da edukujemo na kraju krajeva iz opšte bolnice. Zamislite vi tragedije, mi imamo pacijenata koji imaju tuberkulozu, ej, pa tuberkuloza koja je bila iskorjenjena, mi imamo pacijenata sa tumorima raznim, sa leukemijama, a neće niko da ih primi. I onda dođu nevladine organizacije i kažu „Ajde da vidimo kakav je vaš odnos?” Ma naš je odnos divan. Mi živimo sa tim ljudima, nego daj da se pitamo kakav je odnos društva prema njima. I ovo vrlo bitno što ste rekli kada odu od nas niko ih neće, znači stigma je tu toliko jaka da čak ih ni porodica neće pa sjede ovdje po deset-dvadeset godina, ima i toga. A kad odu kući tek onda ih isto neće, a o poslu da ne pričam. Tu ima puno mladih ljudi, niko ih neće zaposliti. Mi smo i to nekad radili. Išli i tako ali hoću da kažem ovo jedan dan, dva, mislim da ničemu ne vodi. - **Ja se potpuno slažem nego kao moramo vršiti pritisak kako ko može. Svako iz svog ugla, ja idem pa pričam.** - Ne, ne ali ovo edukuje zaista sve slojeve ne samo pojedinačno, nego zaista sve. Ja sam šokirana nivoom na kraju i novinara, nivoom ljekara, nivoom bilo koga, to nije u redu, zaista nije u redu. Stigma raste umjesto da se smanjuje, znači to je čudno. - **I važno je da klijenti budu uključeni u te debate.** Ja sad planiram u Beogradu upravo priču o transrodnosti koja je jako važna, a koliko joj se malo daje prostora i vremena. Zato što neko ko prolazi kroz takve tektonske promjene treba da vrlo brzo produkuje dobre rezultate, inače, recimo, neće biti odobrena operacija. To znate i vi, što je potrebno. Znači transrodna osoba će da bude tu da priča o svom iskustvu, biseksualna osoba da priča o tome kako su je gurali te da bude strejt te da bude gej, pa nikako niko neće da prihvati to dijete biseksualno. Dakle, da budu tu da pričaju o svom iskustvu, da zajedno od toga napravimo ono što je važno i da izvršimo pritisak kroz razne vrste, naravno, pozitivan pritisak, afirmativan pritisak. Ono što je važno da ove mjere štednje koje su još odavno ušle na mala vrata bar u Srbiji, a vjerujem i kod vas, skraćuju vrijeme predviđeno, recimo, i na psihijatriji individualnog provođenja vremena sa pacijentom i smanjuju mogućnost korišćenja test materijala. Znači mora da se dobro obrazloži šta ćete koristiti i kada ne samo zbog vremena, nego zbog materijala potrošenog zbog štednje. I koliko je to sad isto važno pitanje šta mi štedimo na zdravlju, na čemu? Na onome što je već potpuno degradirano, upropašćeno. odatle uzimamo. Znači, to su bitna politička i psihoterapijska pitanja, po mom mišljenju. Generalno politike mentalnog zdravlja podrazumijevaju upravo način na koji posmatramo i vodimo ovaj proces, vršimo pritiske, znači politicke, obrazujemo, lobiramo i sve ostalo. I nekako iz tog iskustva nešto učimo, tako da ja mislim bez tog nekog, ako ništa drugo izbornog predmeta, negdje lutajućeg putujućeg, kako god, ne možemo da govorimo o tome da će neke promjene da budu a tu bi trebalo da se pojavljuju svi oni koji rade sa različitim grupama, da govore svoja iskustva i da govore kako su oni prošli, šta su oni naučili od klijenata i iz svog iskustva. To je ono što je najdragocije. Sve ovo ostalo što se skupi kao



literatura važno je, ali mnogo manje, važno je ono što ste vi naučili , što vi zapravo znate i to je dragoceno. - Ja imam svog pacijenta sa odjeljenja koji je već završio liječenje u trenutku kad nismo imali portira, portir je pao i slomio nogu ili već povrijedio se. I nema nikoga u bolnici ko može da ga zamijeni. Ja stavim svog pacijenta koji je super, znači, bio je dan i noć je sjedeo, nije se pomjerio mučenik sa one central. I stalno je radio da bi odmah sutradan prijavili ministru da ga je doktorica Roganović zaposlila. Mislim, to je strašno, koliko smo umjesto da me pohvale kako nisam ga ni zaposlila na kraju krajeva samo sam ga stavila. -Ono što sam ja, inače, htjela da kažem je da sam ja u organizaciji i tu radim i edukaciju iz psihodrame. Radimo i treninge i individualno radimo sa klijentima. Znači, mi smo regionalna asocijacija za psihodramu i integrativnu primjenu psihoterapije. Tu smo nas par koleginica iz regiona se udružile i radimo po bivšoj Jugoslaviji koliko možemo i promoviramo i psihodramu i promoviramo sve ono o čemu pričam. Pravimo i neke komparacije kros kulturalne što bi rekli i ono što je važno za nas ne samo da insistiramo na rodnoj inkluzivnosti na adekvatnom načinu antistigmi, itd., nego insistiramo na tome da se ne stigmatizuju oni koji su imali psihičke probleme u nekim fazama, a to se odnosi na naše edukante. Ono što je nama važno i što često edukanti pitaju je da li možemo da nastavimo edukaciju. Da, možete kada završite svoj proces liječenja. Mi smo u kontaktu sa bilo psihijatrima bilo psihoterapeutima, pratimo njih i o tome pričamo sa cijelom grupom. I imali smo do sada dva slučaja u kojima smo imali hospitalizovane edukante koji su se vratili i nastavili edukaciju. Ja mislim da je to užasno važno zato što je to za njih toliko bilo osnažujuće, ne samo nastaviti tamo gdje si stao, nego činjenica da smo tu, da smo otvoreni, da ih nećemo izbaciti, jer fantazija je bila ove osobe da će biti izbačene, kako kažu, međutim, to se nije desilo. Njihovi kapaciteti su dobri, povratili su se i ja čak mislim da će oni mnogo kvalitetnije neke aspekte poslije moći da obavljaju, posebno što su to iskustvo imali i zato što su bili s one strane, što kažu baš onako, zato što je jedna od edukantkinja radila na psihijatriji kao psihološkinja i bila je na tom istom odjeljenju hospitalizovana, što znači da je morala da prođe kroz pravljenje sebe iz početka. Vratila se na edukaciju sa kolegama koji su je gledali, da kažem u tom stanju, i morala je ponovo da gradi odnose. Doživela sve ostalo je to i rekla da je ostala zahvaljujući edukaciji zato što je imala i tu terapiju redovnu i trening i zato što smo se trudili da je ojačamo i negdje vršili pritisak da izdrži što se, zapravo, pokazalo kao sjajno tako da mislim da i te stvari vezane za stigmom, stigma postoji, kao što ste rekli o nama da smo svi ljudi isto kao i klijenti, da smo svi malo...- Ili smo čudni i nismo baš neki doktori. -Tako da i to utiče na mnoge da se slome brže i drugačije, nego da su pripadnici neke druge struke. Mi smo u našoj struci izloženi isto tako velikim izazovima po mentalno zdravlje i to je ono što treba imati u vidu kako sebi da pomognemo, zato što ne samo burnout o kome sam pisala u kontekstu rada sa ženama žrtvama nasilja. To je nešto što onako najjasnije možemo da prepoznamo, ali isto tako burnout je ozbiljan i negdje da nas dožive ozbiljno, mnogi nas ne doživljavaju ozbiljno, mislim tu nešto sad blago tebi ocu i ja,eto, i da ne kažem da i kad ne radimo da radimo, jer vi gdje god da odete neko kaže „E ona se bavi psihoterapijom” i evo ih za pet minuta svi su tu da traže neko rješenje za svoj problem i provedete vaše slobodno vrijeme zato što želite da pomognete, naravno, ali to nije dobro, nije dobro za burnout.



Mogu li ja da pitam za pozitivnu diskriminaciju, odnosno ja vjerujem da smo svi ovdje nekako svjesni da postoji stigma i diskriminacija prema ljudima sa psihičkim problemima, međutim, nekako sistem i politike koje se usvajaju, one su nekako zaštićujuće ustvari za državu, mislim da nekako štite ljude koji rade sa takvim korisnicima, uvijek moraju da se poštuju procedure i ljudi koji su ustvari odgovorni negdje da brinu o ljudima sa problemima psihičkim oni iako prepoznaju diskriminaciju, ja vjerujem da oni ne bi postupali mimo tih procedura koje su previše zaštićujuće, na neki način to mislim i na porodice, recimo, koje imaju psihijatrijske bolesnike koje drže zatvorene u kući jer šta ako oni počine suicid ili nešto slično, a dokle ide ta odgovornost? - Pa to je jako dobro pitanje, to je nešto što me često pitaju, recimo, kako da natjeram svog brata, kako da ga natjeram da ode jer on neće a on mora da potpiše saglasnost jer je punoljetan. S jedne strane imamo problem da osobe koje bi trebale da budu hospitalizovane, ne možemo prinudno hospitalizovati, mada neki od naših zakona su i dalje nejasni, znači da može ali zato govorimo o tim sistemskim promjenama koje su bitne zato što ako institucije ne usvoje određene promjene o kojima mi ovdje govorimo kako ćemo onda da djelujemo? Onda će osobe da imaju drastično različita iskustva koja su recimo na psihijatriji i kada odu privatno kod nekog, neće to uvijek biti u plusu za privatnu praksu. Ja mislim da sam dosta realna, tu ima apsolutno različitih iskustava, ali onda govorimo o novim podjelama, znači imamo sada klasu onih koji idu kod privatnika i onda tu potpuno imamo ljude koji ne mogu da razumiju jedni druge kad se sretnu jer imaju drastično različita iskustva da ne znaju o čemu se radi. Naravno, to zavisi koliko imate novca, ali i kako posmatrate taj problem zato što je nekada sramota, nekada je stigma toliko jaka da se ide privatno da bi se izbjeglo govorkanje. Meni se dešavalo da me roditelji zovu i da kažu „Naša ćerka ima toliko i toliko godina, ne izlazi iz sobe, ne uči, molim vas samo vi joj kažite da ste bioenergetičarka.“ Znači, ja nisam mogla da vjerujem, jel' možete Vi to kao malo horoskop, ovo ono. Ja kažem ja stvarno ne mogu, mislim ja se izvinjavam ali ne mogu horoskop, ovo ono, ja moram da dobijem prvo pristanak. Ja vas razumijem. I to su stvari na koje nailazite, recimo to, ili kad samo se vratim za momenat na to važno pitanje žena u mentalnom zdravlju i načina na koji žene sebe doživljavaju generalno u društvu, znate rodne komponente. Meni je došla klijentkinja koja je rekla da ima problem u braku. Ima problem da je muž vara i da se ona jako loše osjeća. Ja sam rekla možemo o tome da pričamo, ona kaže „Meni je cilj da vi mene naučite da ja bolje podnosim to, znači ja sam došla kod Vas da Vi meni kažete koliko dugo ja treba da dolazim da prestanem da plaćem, da ne spavam i evo, vidite, smršala sam, ništa ne jedem. Ja hoću da naučim da bolje podnosim neverstvo svog muža.“ Ja sam njoj morala da kažem doviđenja, prijatno sa velikim žaljenjem, ali jako je važno da ustanovite koji je cilj, šta ocekuju. Ja nisam to mogla da iznesem, ali, naravno, to nije bilo tek tako, ja sam provela dosta vremena pokušavajući da doprem do nekih nivoa te potencijalne klijentkinje. Ali to je, nažalost, bilo nemoguće. - Ovo je mislim da sam nešto drugo shvatila. Mislim da sam shvatila da je pitanje išlo u pravcu da mi u institucijama možemo da primimo pacijenta na silu, recimo, tako protiv njegove saglasnosti pa da to možda nekad se iskoristi loše. Međutim, to je vrlo delikatno. Mi sada imamo taj novi zakon i sve je to drugačije, znači vještaka sa strane, sudiju i tako to. I šta se dešava? Nismo, mislim da je tu sada greška, nismo razvili sistem praćenja, što bi rekao novinar, van insitucije. Znači, nismo razvili te centre za mentalno zdravlje, centre za socijalni rad i tu mrežu



vaninstitucionalnu nismo razvili. I sad šta se dešava? Ovako dođe pacijent, kaže bio je agresivan, itd.. Ovaj nezavisni, kako se zove, koji ne radi u instituciji dođe, sudije ne znaju da ga pogledaju i nema tu ništa. Popričaju. Ovaj čovjek onako simpatičan nema razloga za hospitalizaciju, pusti ga napolje i on sutradan ubije oca. Mislim neke stvari nisu možda zrele da se odmah puste, a zakon je usvojen. I to se tako radi, dakle, niko se ne prima ko se ne procijeni od strane ovih sa strane. Hoću da kažem mentalna, znači vrlo je to kompleksno i komplikovano. Dokle god se ne razvije podrška van bolnice vrlo su sve delikatne to stvari. Još nešto nisam rekla, a to mi ovdje znamo, da mi nemamo recimo za zavisnice ženskog roda, evo nam tu razne nevladine, sto puta sam im rekla, ljudi, evo kao što se ja borim ovako, evo, žvaćem tako, i vi za ženska prava zamislite dovedu vam recimo zavisnicu, em nemate gdje da je liječite, to je jedno, bar deset dana, em sudije i vještaci izreknu mjeru obaveznog liječenja u Dobroti, a odjeljenje ne postoji. Pa ne mogu da shvatim, evo pravnik tu, znači sudija izrekne mjeru i kaže baš me briga što nemate, ogradite. Pa ne možemo tako razgovarati. Nemamo, kad nešto nemaš nemaš. Vrlo je i to važno napraviti, nek bude odjeljenje sa pet kreveta, nek bude sa dva kreveta al da znaš da imaš i da ćeš tu primiti. Ovako da vidimo ljudska prava. Moramo da primimo na akutno psihijatrijsko odjeljenje sa psihozama pa onda jedna zavisnica kad je malo bolje izađe iz krize i maltretira ove druge ili obrnuto ovi drugi maltretiraju. Onda rodbina, onda vi kršite prava ovoga, oni krše ovoga i u pravu su, što je najgore, u pravu su. Niti ova narkomanka, zavisnik ima tretman kako treba, niti ova psihozu sšō ima. Vrlo su to interesantne stvari. To bi zaista trebalo ovako malo šire ograditi, malo šire.

A sta rade psihijatri Crne Gore, sta oni rade? - Isto što i psiholozi. Pričaju, dakle sve isto. - **Nebitno je, ja ne držim stranu, Marina, ali ja te samo slušam i razmišljam o tome. Radila sam ovdje i razmišljam koliko je važno reći nešto, izvršiti pritisak. Ti kažeš nevladine organizacije, da, naravno, nevladine organizacije izvrše pritisak, ali gdje je struka koja vrđi pritisak, ali gdje je struka koja vrsi pritisak? - Pa ja vršim na sve načine. Svi smo u istom. - Vi znate Društvo psihoterapeuta Srbije čija sam ja članica, baš kao i Evropske asocijacije, tako da sve sam ja tu uredno obavila što treba da bi mogla neometano da radim i tako povremeno odem na taj kongres koji je postao baš kao sajam knjiga, znači, samo ono može ko god da dođe, zato što okej jedno je širina ali drugo je kriterijum. I onda sam ja sa svojom temom antidiskriminativnog pristupa u radu sa ženama prije dvije ili tri godine stavljena u tajmlajn iza lečenja cvjetnih esencija. O čemu mi pričamo? Znači moje kolege su tu temu procijenile tako. Mislim da o tome govori mnogo više liječenje cvjetnih esencija i politike mentalnog zdravlja, a onda te neke popularne teme – ljubav, razvod. Sve je to važno. Vrlo je slično sajmu knjga. Vi imate te neke izdavačke kuće popularne sa jeftinim knjigama, a ovo ostalo je skrajnuto ali je samo pitanje na koji način se to tretira jer to mora da se tretira drugačije. - A svugdje se kaže da je mentalno zdravlje osnova, snaga, kapital jednog društva, itd. Ja sam pričala da sam bila na jednom dvodnevnom seminaru, gdje se govorilo o internetskog pokrivenosti i uopšte o usavršavanju kadra u Crnoj Gori. I stvarno je super. Ja sam sve čula, sve je to bilo dva dana non stop. Za dva dana čovjek je jedan samo jednom rečenicom pomenuo psihijatriju. Rekao je da je psihijatrijska klinika u Podgorici zadužbina, ne znam čija i da ne može da se renovira. To je bila jedna jedina rečenica o psihijatriji Crne Gore, za dva dana o usavršavanju zdravstva.**



Znači, strašno, ljudi, to je odgovor na ovo pitanje gdje smo. Evo tu smo, tu smo, psihijatrija je tu od psihijatrije se mnogo traži i očekuje a ne pruža se nikakvo razumijevanje. - Nemaju nimalo odgovornosti prema ljudima koji imaju svoje problem. To na kraju izađe na to da ne postoji niko ko je ovdje odgovoran za tako loše stanje i mislim da psihijatrijska bolnica u Dobroti sedamdeset godina postoji. - Ne, šezdeset kao i ja, šezdeset i četiri. Psihijatrijska bolnica u Dobroti, na sreću ili nažalost, rješava. Biću subjektivna ako kažem koji ogroman procenat problema u Crnoj Gori postoji. Tu se dovode goli, bos, retardirani, sem bolesni. Da se razumijemo, znači, nađe se neko ko nema ni ime ni prezime, došao je odnekud, jednom sjećam se jedan pobjegao iz sremčice voza i znači rješava sve, sve rješava i socijalu...- **To je znači prebacivanje lošeg krompira.**

Ja bih samo htjela da kažem za sistemsko i institucionalno nasilje. Uvijek smo u situaciji kad dođemo da iz nekog osjećanja branimo instituciju u kojoj radimo, ali dok ne uvidimo da ta sama institucija reprodukuje dalje nasilje, dalju diskriminaciju i da tu stvarno na tom jednom sistemskom i institucionalnom treba važne promjene. Ovo mi sad govorimo, mi živimo u takozvanoj državi gdje ne postoji psihoterapijska struka i ne možete da imate zvanično zvanje, ne možete otvoriti psihoterapijski rad. Vi možete da radite na divlje, da tražite sve te da dobijete lijek ali znači nemate u zakonu mjesto gdje možete da se naslonite. Institucije rade zato što navodno moraju da rade. Vrlo je čudno da institucije moraju svašta da rade, a treba da rade ono što treba da rade. Tu znači nema granice, može ovdje doći socijalni slučaj, može ovdje doći narkoman, mogu doći ljudi koji se posvajaju trenutno i upadnu u neko stanje - **Neko ih stručan pošalje, ne dođu sami.** - Postoji nešto što i treba da se otvori. Ja sam slušala ljude, znači, mi treba da otvorimo naš problem. Jel' psihijatri otvaraju, jel' psiholozi otvaraju problem? Ne otvaramo problem. Ono što je dobro što sad, naravno, u neko doba nismo ni znali o ljudskim pravima, e sad pošto, naravno, to dolazi odozgo, ne mislim da je sve loše što dolazi odozgo, i mislim da je dobro što ljudi počinju da razmišljaju o ljudskim pravima. E sad ta ljudska prava ulaze kroz nevladine organizacije, na neki način nevladine organizacije ukazuju da postoji problem i sad i nevladine organizacije najranjivije grupe stavljaju u fokus i to izaziva jedan veliki grupni otpor svih i veliki rizik daljeg rada nevladinih organizacija u koje istinski možete da najranjiviji misli da je u sigurnom okruženju, a ustvari je sam osim te nevladine organizacije koja sama po sebi ništa ne može da mu pruži. - **Živi u jednom zaštićenom univerzumu i to je veliki problem sutra kad izađe u realni svijet.** - Znači mi smo u velikom problemu o kome se osim na ovakvim mjestima gdje je ovdje malo ljudi koji rade u institucijama da prisustvuju ovakvim predavanjima razgovorima, znači ljudi koji rade u institucijama iz nekog razloga izbjegavaju takva mjesta, izbjegavaju. I sad zajedničko strukovno profesionalni uticaj na institucije ne može da se napravi. Sad smo mi u onom vrzinom kolu gdje sve ovo što nam se dešava, siromaštvo, stalni nedostatak para, naravno, zdravstvo i obrazovanje uvijek nemaju para i uvijek se svi slože da tu može da ima. To je jedna igra u koju smo mi stalno uključeni ali stvarno nekako radila sam u psihijatriji dugo pa sam izašla jer taj nedostatak želje i provokacije profesionalne da se tu nešto uradi, mislim ili je toliko jak otpor sredine. - Čekaj, molim te, zar ne bismo mi bili najsrećniji da danas, evo koji je datum osamnaesti, da danas kažemo imamo u bolnici pet slobodnih mjesta, evo je koleginica dežurna, mi svakog dana



drhtimo, preznojavamo se, ne možemo da spavamo, vjerujte mi zato što će doći neko, nećemo imati mjesto. I onda će taj neko, ne znam, da nekog vidi i šta se desava ili da ubije sebe ili druge. I opet smo mi krivi, mi smo stalno krivi. Nevjerovatna je to stvar. Kazeš što nisu zaposleni? Zaposleni su naši došli a što nisu drugi iz drugih bolnica, iz centra za socijalni rad, iz centra za mentalno zdravlje. Ma ja sjedim ovdje, potpuno mi je jasno sve. Sjedim tu. Nemam nikakav otpor ni prema kome. Imam upravo otpor prema tome što ne možemo više da izdržimo ovakav pritisak. E u tome je naš problem. Znači nas tek niko ne razumije. Mislim to je tek interesantno i o tome treba razmišljati. Lako je politizirati, izvini, izvršite vi pa i mi uticaj na one koji mogu nešto da urade. Šta je mogu da uradim? Jel' ja mogu da zatvorim odjelenje? Ne mogu. Znači, ja to ne mogu, ali ima ko može da uradi. - [Nekad je psihijatrija štrajkovala, u opštinu smo ih vodili.](#) - Isto tako, to je pitanje kontrole. To je pitanje moći i kontrole. To je prva tema kad govorimo o ovome.

