

UNIVERZA V LJUBLJANI

FAKULTETA ZA SOCIALNO DELO

DIPLOMSKA NALOGA

STIGMA ŽENSK S PSIHIATRIČNO DIAGNOZO

Mentorica:
Dr. Vera Grebenc

Ines Heine

Ljubljana 2008

PODATKI O DIPLOMSKI NALOGI

Ime in priimek: Ines Heine

Naslov naloge: Stigma žensk s psihiatrično diagnozo

Kraj: Ljubljana

Leto: 2008

Št. Strani: 67

Št.slik: 0

Št. tabel:5

Št.bibl.opomb: 0

Št.prilog: 1

Mentorica: dr. Vera Grebenc

Deskriptorji:

stigma, ženske, hospitalizacija, duševno zdravje, psihiatrična bolnišnica, psihiatrična bolezen, odnosi, družba, zdravlila, sprejemanje

Povzetek:

V nalogi sem skušala ugotoviti, kakšen je odnos do žensk, ki so se zdravile v Psihiatrični bolnišnici. Zanimalo me je kako stigma Psihiatrične bolnišnice vpliva na življenje žensk, kakšen je odnos svojcev, prijateljev in širše družbe do njih in ali so se njihova življenja spremenila zaradi dejstva, da so se zdravile v Psihiatrični kliniki. Rezultati raziskave, ki sem jo izvedla s pomočjo individualnih intervjujev, je pokazala, da bolezen ne izbira, saj lahko prizadene kogarkoli v različnih obdobjih življenja, da svojci in družba različno sprejemajo dejstva o bolezni in tudi način njihove podpore je različen.

Title: Stigma of women with psychiatric diagnose

Descriptors:

stigma, women, hospitalization, mental health, psychiatric hospital, psychiatric illness, relations, society, medicine, acceptance

Summary:

In my work I tried to find out what kind of relations do people have towards women that have been treated in Psychiatric hospital. I was interested in what kind of an effect a stigma of a Psychiatric hospital has on women's lives and how society, family and friends behave towards them. I was also interested in weather their lives were changed by the fact that they were in a Psychiatric hospital. The results of the survey which are based on interviewing individuals showed that the illness can affect anyone and in all periods of life and that the family's, friend's and society's support and acceptance is very different from case to case.

PREDGOVOR

V Psihiatrični kliniki v Ljubljani sem zaposlena kot zdravstveni tehnik že deveto leto. Pri delu se srečujem z različnimi ljudmi in njihovimi težavami. Vsak človek in njegova družina se na drugačen način spopada s težavami. Vsi mislijo, da so v svojih težavah osamljeni in včasih ne vidijo rešitve, čeprav jo imajo pred očmi. Zato včasih potrebujejo nekoga tretjega, ki ni čustveno vpleten, da jim pomaga uvideti rešitev. Na žalost tudi družba ni naklonjena ljudem v težavah in težko pomagamo drugim. Če pa je ta drugi na nek način še drugačen od nas in ima probleme, ki jih ne razumemo, se še bolj zapremo v svoj svet in se skušamo preslepiti, da se njihovi problemi nas ne tičejo.

Zaradi številnih pripovedi žena, ki so bile hospitalizirane na oddelku, kjer sem zaposlena, sem se odločila globlje pogledati v svet žensk, ki so imele psihiatrično diagnozo. Skušala sem zajeti njihove občutke, pričakovanja, stiske, razočaranja. Ob tem sem prišla do spoznanja, da so ženske s psihiatrično diagnozo deležne hudih pritiskov in stigmatizacije s strani svojih najbližjih in okolice. Od njih se pričakuje, da so dobre mame, gospodinje, poslovne ženske in ljubice. Vendar ko se bolezen prikrade v njihovo življenje in ne zmorejo več osnovnih opravil, so velikokrat prepuščene same sebi. Izčrpane so od dela, bolezni in nenehnih občutkov krivde, da bi kot mame in žene morale poskrbeti za kuhano kosilo in oprano perilo, pa čeprav nimajo moči, da bi vstale iz postelje. Prav tako so v nenehni dilemi, ali povedati svojim sodelavcem in okolici, da so se zdravile v Psihiatrični kliniki, ali ne. Družba še vedno ne sprejema ljudi, ki so oboleli za eno izmed psihiatričnih bolezni. Meni, da so nevarni in se jih je potrebno izogibati. Zaradi različnih načinov soočenja s težavami jih ima za slabiče, čudake, ki niso sposobni delati in skrbeti zase, zato sodijo nekam, kjer ne bodo na očeh drugih. K taki miselnosti pripomorejo predvsem različni mediji, ki negativno opisujejo psihiatrijo, ljudi, ki se zdravijo tam, in tudi zaposlene. Zanimivo je dejstvo, da niso zaposleni nič manj stigmatizirani kot ljudje, ki se zdravijo tam. Velikokrat reakcije in obnašanje zaposlenih enačijo z obnašanjem uporabnikov psihiatričnih storitev. In to podkrepijo z dejstvom, da oseba že dolgo dela tam, zato ni nič čudnega, da se že sama tako obnaša. Stigma se zakorenini v vse, ki so kakorkoli povezani s psihiatrično ustanovo. Zato bomo morali izobraževati družbo, okolico in svojce, da ne bodo na žensko gledali kot na predmet, ki ga je potrebno zamenjati, ko ne zmore opraviti osnovnih stvari. Poučiti moramo družbo o vzrokih

in posledicah bolezni, časi se namreč spreminjajo in živimo v svetu polnem stisk in pritiskov s strani družbe in starodavnih okvirjev. Ženske so preobremenjene in klub temu, da držijo tri vogale hiše, necenjane. Dokler so zdrave in zmorejo prenesti pritiske in pričakovanja drugih, jih ne opazimo, ko pa popustijo pod pritiskom, ni nikomur jasno, zakaj je do tega prišlo. Že zdrave ženske potrebujejo pomoč svojih partnerjev in družine na vseh področjih zakonskega in družinskega življenja, saj partnerstvo pomeni enakomerno delitev dela, pomoči in skrbi za življenje družinskih članov, ženske s psihiatričnimi težavami pa potrebujejo še več pomoči in razumevanja, tako s strani družine, kot s strani ožje in širše družbe.

Študij na Fakulteti za socialno delo mi je omogočil, da se seznanim z zgodbami ljudi prizadetih na različne načine in skupaj z njimi skušam najti odgovore in rešitve, ki bodo dobre, zaželene in vsem vpletenim v korist. Nikoli ne smemo vsiljevati svojih rešitev, ampak se moramo naučiti poslušati in komunicirati drug z drugim.

Iskreno se zahvaljujem dr. Vesni Grebenc, ker je sprejela mentorstvo pri izdelavi diplomske naloge, mi pri tem svetovala in pomagala. Prav tako se zahvaljujem vsem svojim sogovornicam, ki so mi s svojimi zgodbami omogočile izdelavo diplomske naloge. Na koncu se moram zahvaliti tudi svojemu partnerju in sestri, ker sta mi stala ob strani v času študija in me spodbujala, ko mi je zmanjkalo energije in volje za učenje.

KAZALO

1. TEORETIČNI UVOD	6
1.1 ODNOS DRUŽBE DO ŽENSK	7
1.2. ODNOS DRUŽBE DO ŽENSK DANES	9
1.3 ZGODOVINA ZAPIRANJA DRUGAČNIH	11
1.4 SPOLNI STEREOTIPI V DANAŠNJI PSIHIATRIJI IN ŽIVLJENJU	13
1.5 PSIHIATRIČNA DIAGNOZA	16
1.6 PSIHOFARMAKI ZDRAVILO ALI STRUP	19
1.7 STIGMA	21
1.7.1 RAZLIKE V SPREJEMANJU BOLEZNI V DRŽAVAH TRETJEGA SVETA IN INDUSTRIALIZIRANIH DRŽAVAH	25
1.7.2 BOLEZNI DRŽAV TRETJEGA SVETA	27
1.8. ŽIVLJENJE PO PRIHODU IZ BOLNIŠNICE	30
2. PROBLEM	34
2.1 POBUDE ZA RAZISKAVO	34
2.2 KAJ SEM POSKUŠALA Z RAZISKAVO UGOTOVITI	34
3. METODOLOGIJA	35
3.1. VRSTA RAZISKAVE IN SPREMENLJIVKE	35
3.2 MERSKI INSTRUMENTI IN VIRI PODATKOV	35
3.3. POPULACIJA	36
3.4. ZBIRANJE PODATKOV	37
3.5. OBDELAVA IN ANALIZA PODATKOV	37
3.5.1 IZBOR RELEVANTNIH DELOV BESEDIL	37
3.6. POVZETEK ZAPISOV POGOVOROV IN PODČRTANE IZJAVE IN BESEDE, KI SE NANAŠAJO OSEBO, BOLEZEN, PODPORO, SPREJEMANJE, ZAPOSILITEV	38
3.7. IZPIS PODČRTANIH DELOV IZJAV IN BESED	40
3.8. KODIRANJE IN UREDITEV IZJAV GLEDE NA OSEBO, BOLEZEN, PODPORA, SPREJEMANJE IN ZAPOSILITEV	42
3.9.1. KODIRANJE ZNOTRAJ POSAMEZNIH FAZ	44
3.9.2. UREJANJE IZJAV V KATEGORIJE PO KODAH	46
3.9.3. DEFINIRANJE POJMOV	49
3.9.4. OBLIKOVANJE MODELA ODNOSA MED POJMI	51

4 REZULTATI	53
4.1. OSEBA	53
4.2. BOLEZEN	53
4.3. PODPORA	53
4.4. SPREJEMANJE	54
4.5. ZAPOSLETV	54
5. RAZPRAVA.....	54
6. SKLEPI.....	57
7. PREDLOGI	58
8. LITERATURA	60
9. POVZETEK	63
10. PRILOGA.....	65
10.1 VPRAŠANJA	65
11. IZJAVA O AVTORSTVU	67

1. TEORETIČNI UVOD

Stigma je odstopanje od normalnega, je sramotno znamenje. Stigmatiziranost razumemo kot zaznamovanost oziroma ožigosanost zaradi neke lastnosti, ki posameznika loči od drugih, tako da ima večina in on sam to lastnost za odklonsko ali deviantno.

Mateja Strbad in Vesna Švab (2005) za vzroke stigmatizacije navajata neznanje, nepoučenost, zastarela znanja o vzrokih in napovedih duševnih bolezni, strah in odpor pred drugačnostjo, zavajajoče obveščanje medijev, stranske učinke psihoaktivnih zdravil in terminologijo hudih duševnih motenj.

Posledice stigmatizacije so slabša samopodoba in slabše delovanje ljudi s hudimi, ponavljajočimi se duševnimi motnjami, slabša kakovost zdravljenja, pomanjkljivo sodelovanje oziroma nepovezovanje med različnimi strokovnjaki, neprofesionalne alternativne oblike pomoči, slabše možnosti zaposlovanja in šolanja ter neurejena državna zakonodaja. (Strbad, Švab 2005)

Stigmatizacijo po mnenju Materje Strbad in Vesne Švab (2005) zmanšujeta izobraževanje o duševnih motnjah in neposreden stik z ljudmi s hudimi in ponavljajočimi se duševnimi motnjami.

Darja Zaviršek (1994) navaja, da ljudje v bolnici pripovedujejo, da se odnos drugih ljudi do njih spremeni, ko izvedo, kje so bili. Tako ženska ni stigmatizirana, ker bi bila podvržena določeni obravnavi, temveč zaradi prostora, v katerem se nahaja. Ljudi ne zanima, kaj se s človekom dogaja, saj je tisto, kar nosi stigmo, ustanova sama. Socialni status institucije stigmatizira paciente, nekdanje paciente pa tudi osebe, ki dela v njej.

Tanja Lamovec (1998) navaja raziskave, ki kažejo da imajo ljudje močno negativno stališče do psihiatrov, duševnih bolnišnic in njihovih uporabnikov. Nimajo pa negativnih stališč do splošnih zdravnikov in duhovnikov, zato je stigmatiziranost oseb, ki poiščejo tako pomoč, bistveno manjša. Najmanj stigmatizirani so tisti, ki sploh ne iščejo pomoči, vsaj ne profesionalne.

1.1 ODNOS DRUŽBE DO ŽENSK

V državah, kjer so imeli vodilne položaje moški, so leti iz družbenih in ekonomskih razlogov poudarjali pomembnost fantov. Detomori so bili usmerjeni predvsem na deklice. Prav tako pa so bile deklice bolj dosegljive za mednarodne posvojitve. Kljub temu, da so vsi vedeli, kaj se dogaja, nihče ni naredil ničesar, še cerkev ne. Deklice so predstavljale strošek in jih niso smatrali za koristna živa bitja. (Nastran Ule 1990)

Ženske in njihova reprodukcijska funkcija pa je bila v rokah države. Glede na razmere v državi je le ta nadzirala rojstva otrok. Če je rojstvo otrok v državi upadalo, so spodbujali rojevanje otrok, saj bi pomanjkanje otrok povzročilo pomanjkanje delovne sile, počasnejšo gospodarsko rast in višja davčna bremena za uresničevanje socialnih storitev za starejše. Prav tako so potrebovali več moških potomcev za potrebe vojske. Da bi se ženske odločile za več otrok, so ponujali denarne nagrade, podpore za otroke in porodniški dopust. Nekatere države so se zavzemale za kriminalizacijo splava, saj so bile mnjenja, da ženske ne bi smele imeti pravice splaviti prihodnjih branilcev države. S tem se je strinjala tudi Slovenija in v njej takrat vodila stranka Demos. V Nemčiji so silili zdrave arijske ženske k večjemu rojstvu otrok s pomočjo ekonomskih in družbenih spodbud, medtem ko so nad drugimi ženskami, ki niso bile čiste arijske rase, ali so bile bolne ali slaboumne, izvajali prisilno sterilizacijo. V Singapurju je ministrski predsednik Lee Kuan Yew zahteval, da je domoljubna dolžnost višje izobraženih žensk, da rojevajo otroke, ki bodo genetsko superiorni, medtem ko je revnim in neizobraženim ženskam obljubljal denarno nagrado, če bi se strinjale s sterilizacijo in ne bi več rojevale genetsko inferiornih otrok. Na Kitajskem so v sedemdesetih letih zaradi nenadzorovane rasti prebivalstva sprejeli sklepe, po katerih družine ne bi smele imeti več kot enega otroka. Izjeme so bili kmetje, ki so jim dovolili imeti dva otroka, če je bil prvi deklica. Kazen za neposlušnost je bila izguba zaposlitve za starše in izključitev otroka iz izobraževanja. Med Palestinci je bila miselnost usmerjena v drugo skrajnost. Bili so mnjenja, da mora ženska roditi čim več otrok za nacionalni boj. Tako morajo imeti enega sina za boj in smrt, enega za ječo, enega za služenje denarja v naftnih državah in enega, ki bo skrbel za njih, ko bodo stari.

Plodnost in rojevanje sta že tisoče let nekaj iskanega in zaželenega, jalovost pa nekaj nezaželenega. Ponos ženske je bil v njeni plodnosti, v plodovih njene maternice, medtem ko je bila jalovost zadosten razlog za ločitev. Ženska, ki nima otrok, naj bi bila čustveno neizpolnjena in je zato manj ženska. Če si pri tem ne more pomagati, jo je potrebno pomilovati, kot bi imela okvaro. Če pa nima otrok po lastni izbiri, jo imajo za sebično in trdo. V srednjem veku so bile tiste ženske, ki niso bile povezane z moškim, ki so bile stare device ali vdove, v veliki nevarnosti, da jih obtožijo čarovništva in jih sežgejo na grmadi ali utopijo v vodi. Samske ženske so sprejeli samo, če so bile nune, ki so poročene s Kristusom. Ženske so bile in so še vedno pod velikim družbenim pritiskom, da morajo postati mame.

Ženske so bile večinoma zatirane tako s strani države kot svojih partnerjev. Spoštovanje je ženska dobila s starostjo. Nekaterim izmed njih je bila dana vloga kulturnih reproducentk nacije in so imele pooblastila, da odločajo, kaj je primerno obnašanje in videz in kaj ne. Izvajale so nadzor nad drugimi ženskami, ki bi lahko veljale za deviantne. Ker je bil to edini vir moči, ki so ga imele, so ga s pridom tudi uporabljale.

Tudi Alenka Puhar (1982) govori, kako so deklice že ob rojstvu dobile pečat manjvrednega bitja. Na to kaže tudi dejstvo, da so ženske rojevale doma na slami ali tleh, postelje so bile zanje dostopne šele po rojstvu otroka, saj porod skupaj s krvjo in plodno vodo ni sodil v posteljo. Vendar so ženske oziroma dekleta prej dobile pravico spati v postelji kot fantje. Vzgoja deklet je imela poudarek na ponižnosti in podredljivosti, morale so biti krotke in pohlevne. Ta vzgoja je nato privedla do idealne žene. Idealna žena naj bi bila pokorna, vdana, prijazna, nežna, previdna in pazljiva, potrpežljiva, dojemljiva, obzirna, pozorna, prikupna, nedolžno prebrisana in pametno mamljiva. Dekleta so bila obravnavana kot breme družine, pa čeprav so pomagala materi pri vseh opravilih in skrbele za svoje mlajše brate. Imeli so tudi po deset otrok in za njihovo vzgojo je skrbela vsa družina. Označena so bila kot šibka in nemočna bitja, vendar so velikokrat opravljala najzahtevnejša kmečka opravila. Dekleta so bila velikokrat podhranjena. To so razlagali z dejstvom, da so dečki hitrejši in surovejši pri jedi in da se dekleta raje odrečejo kakšnemu kosu hrane in ga prepustijo svojemu mlajšemu bratu. Veljale so tudi za manj inteligentne, zato so v šole pošiljali predvsem dečke, medtem ko so deklice ostajale doma. Žene in dekleta so bile prikrajšane tudi pri novih oblačilih, saj je do večine novih oblačil imel pravico mož in oče, ki je bil glava družine. Glava družine je bil vedno na prvem mestu tudi, ko je skupaj z družino šel po opravkih. Drugi člani družine so

morali hodit za njim tako, da se je videlo, kdo ima glavno besedo v družini. Prav tako je za nepogrešljivo sestavino moškosti veljalo pretepanje žene in otrok ter pretepi med fanti in možmi. Rojstvo fanta je bilo bolj zaželeno in bolj dobrodošlo. Fant je veljal za dediča, nadaljevalca rodu in nosilca ter ohranjevalca imena. Rojstvo dekleta pa je bilo sprejeto bolj hladno.

Že stoletja nazaj in še danes so ženske diskriminirane. Zaradi mišljenja, ki jim ga vsiljuje zgodovina ter družba, ni videti, da bi kdaj našle izhod iz tega začaranega kroga.

1.2. ODNOS DRUŽBE DO ŽENSK DANES

Ženske so še danes obravnavane kot manj vredna, nesposobna bitja, ki nimajo kaj iskati v poslovnem svetu, zaradi tega so podvržene še večjim stresom kot moški. Za pot do vrha in uspeha drago plačujejo, saj se morajo za enaka delovna mesta bolj pehati in pokazati še več delavnosti. Večina žensk skuša delovati po moških merilih za uspeh. Skušajo biti enako podjetne, delovne, agresivne in marljive. Klub temu, da so na nekaterih področjih bolj uspešne kot njihovi moški sodelavci, jih še vedno velikokrat spregledajo. Splošno mnenje je, da se ženske, ki so matere in žene ne bodo mogle enako posvečati svoji službi, saj jih bodo otroci ovirali pri delu. To leti predvsem na izostanke zaradi bolnih otrok. V družbi pa še vedno velja predpostavka, da mora biti skrb za dom in otroke najpomembnejša okupacija žensk. Kot vemo, ti posli zahtevajo veliko energije, zato se kaže kot potrebno, da ženske žrtvujejo svoje težko dosežene profesionalne pozicije. Prav zaradi tega so zaposlene ženske razdvojene med službo in družino. Služba jim je vsiljena, saj za preživetje morata delata oba partnerja, hkrati pa se srečujejo z občutki, da se zaradi vrnitve na delo izneverjajo svoji pravi vlogi.

Veliko ljudi še sedaj meni, da ženske sodijo za štedilnik in ne v službo. Na svet naj bi bile dane, da skrbijo za moža, družino in pri tem pozabijo na svoje potrebe. Večina žensk res pozabi na svoje potrebe, saj so še vedno podvržene mitu o materi. Mati naj bi bila utelešenje ljubezni, sočutja, potrpežljivosti, samopožrtovalnosti, čednosti, nežnosti, vdanosti in moralnosti. Prava mati je tista, ki na prvo mesto daje potrebe svoje družine in najprej poskrbi za vse druge. To je mit o brezpogojni ljubezni, ki mu je težko uiti. Materinstvo naj bi bilo

nekaj najlepšega v življenju žensk. Zato se marsikatera ženska nadeja, da ji bo materinstvo prineslo zadovoljstvo in srečo ter ji osmislilo življenje. Zato si materinstva želijo. Če pa jim namesto tega prinese zbeganost, bojazni in občutek, da se bodo morale nekako prebiti skozenj, se lahko zamaje ves smisel njihovega življenja. (Tominc 1996)

Tanja Lamovec (1999) trdi, da so moški odgovorni za nizko rodnost in ne ženske. Ženske, ki čutijo, da so ljubljene in se lahko zanesejo, da bo partner skrbel za njih in za otroka, se ne bodo bale materinstva. Če pa jih mori občutek, da je vse padlo nanje, in čutijo, da bremena ne bodo več dolgo zmogle, si seveda ne bodo želele novih otrok. Enako velja za ženske, ki čutijo, da je partnerju pomembnejši avto kot otrok, in za avtom njegovi prijatelji in poslovni partnerji, tudi te bodo hitro izgubile veselje do materinstva.

Včasih so samske ženske veljale za nevrotične stare device, vendar se do danes ni veliko spremenilo. Ne zmerjajo jih z starimi devicami, vendar veliko ljudi še danes malce čudno pogleda, če jim povedo, da so samske, stare trideset let in si še ne mislijo ustvariti družine. To je pogled, ki ti govori, le kaj je pa z njimi narobe. Enako je z razvezanimi ženskami, čeprav jim družba več ne prilepi sramotnega zanamjenja, pa razvezane ženske še vedno preživljajo hude stiske in strese v življenju zaradi denarnih težav, osamljenosti, prenizkih preživnin, težav doma in na delu. Nezmožnost zanositve ni več tako stigmatizirana, je pa stigmatiziran sam postopek zanositve neplodnih parov, saj velja za nekaj nenaravnega.

Tudi delitev gospodinjskih del je neenakomerno porazdeljena. Ženske v družini še vedno opravljajo trikrat več dela kot moški. Sama vzgoja in skrb za otroke je večinoma v njihovih rokah. Tanja Lamovec (1999) se ne strinja z našimi politiki, ki menijo, da lahko problem štiriindvajseturnega delovnika uredijo tako, da materam omogočijo triletni porodniški dopust. Podaljšanje porodniškega dopusta ne bo zaleglo, razen pri ženskah, ki zasedajo najbolj neprivlačna delovna mesta. Meni, da bodo s tem matere postale še bolj izključno odgovorne za vzgojo otroka, njihove lastne potrebe pa bodo ostale še bolj nezadovoljene. Mnoge matere so doslej komaj čakale, da se dopust konča in se bodo lahko vrstile na delo, kjer se bodo vsaj malo spočile in s kom spregovorile besedo. Večina žensk lahko samo v službi dobi nazaj delček svoje duše. Vsega tega doma nima. Doma morajo biti vedno vsem na razpolago. Pogosto nimajo niti svojega kotička, sploh pa nimajo časa, da bi se ukvarjale s sabo, razen seveda zunanosti, ta mora biti v redu, ker je za druge. Matere so danes zelo osamljene in bolj

ali manj zaprte med štiri stene. Večino dneva so na voljo otrokom, zato tudi same potrebujejo čustveno oporo, da lahko dajejo naprej. Če bodo samo dajale in dajale, se bodo izpraznile. In potem lepega dne ne bodo imele več česa dajati in ne bodo več nikomur potrebne.

1.3 ZGODOVINA ZAPIRANJA DRUGAČNIH

Michael Foucault (1998) je prišel do spoznanja, da se je zapiranje drugačnih začelo z zapiranjem gobavcev. Zato je bila večina zgrajenih hospitalov na koncu srednjega veka namenjena gobavcem. Ljudje so bili prepričani, da je gobavost božja kazen in da jim s to boleznijo bog izkazuje svoj srd in hkrati svojo milost. Kasneje je sledilo izključevanje brezdomcev, revežev, hudodelcev in norcev. Ponekod po svetu so se mesta znebila svojih norcev tako, da so jih poslala na tako imenovane ladje norcev, ki so jih odpeljale daleč stran v druga mesta in države.

V 17. stoletju so bile vpeljane velikanske zaporne ustanove, ki so postale dom revežev, brezposelnih, prestopnikov in brezumnežev. Te ustanove, imenovane špitale, niso bile medicinske ustanove, temveč napol sodne strukture, nekakšne upravne enote, ki so poleg že obstoječih oblasti in ne glede na sodišča same odločale, sodile in izvrševale. V ta namen so uporabljali sramotilne stebre, železne ovratnike, ječe in podzemeljske temnice. Špitale so vzdrževali z davki in prostovoljnimi prispevki. Nekateri špitale so poskrbeli za razvoj obrti, uredili so delavnice in manufakture, ki so prispevale k njihovem vzdrževanju, prebivalcem pa zagotavljale delo. Pri zapiranju v špitale niso delali razlik, tja so zapirali vse od obsojencev splošnih sodišč, mladeniče, ki so motili družinski mir ali zapravljali premoženje, ničvredneže, brezdelneže in brezumneže. Dne 27. aprila 1656 je bil izdan kraljev odlok, ki je omogočil ustanovitev špitala. Ta ustanova si je že od vsega začetka prizadevala onemogočiti beračenje in brezdelnost, ki naj bi bila vira vseh neredov. Z duhovnega stališča so revščino doživljali kot apokaliptično grožnjo. Da bi napravili konec brezposelnosti in beračenju, se je parlament odločil, da je potrebno berače prijeti, jih vkovati v verige in prisiliti delati v mestni kanalizaciji. Leta kasneje so revne ljudi prebičali, ostrigli, jim vžgali znamenja na ramena in izgnali iz mesta. Da se ne bi vrnil, je bilo mesto zavarovano z lokostrelci, ki so jim onemogočali vstop. Vsakokrat, ko se je število revežev povečalo, so bili špitale polni brezdelnežev in brezposelnih. Kadar pa je bilo zatišje, ni šlo zgolj za zapiranje, temveč za to,

da dajo delo zaprtim, in jih tako prisilijo, da prispevajo k boljši blaginji. Vsi zaprti so morali delati in za delo so prejeli nekaj denarja. Delo je moralo biti produktivno. Vse do konca 18. stoletja so zapirali vse ljudi, ki niso ustrezali določenim normam in ki naj bi predstavljali nevarnost družbi. Svojci so svoje bližnje dali zapreti z izgovorom, da so se hoteli izogniti sramoti. Poleg nevarnosti slabega izgleda, sta bili že čast družine in vere dovolj, da so človeka priporočili zaporni ustanovi. Veljalo je prepričanje, da je potrebno vse oblike zla, ki so mejile na brezumje, prikriti. Vendar so v nekaterih državah služili na račun norcev. Norce so postavili na ogled vsem ljudem. Izdelali so posebne odprtine z rešetkami, skozi katere so ljudje lahko opazovali norce. Nič bolje se ni godilo norcem v 19. stoletju. Upravniki so organizirali gledališke predstave, kjer so norci igrali vloge igralcev in bili deležni posmeha in zaničevanja. Norost je v tistem času postala spektakel in priložnost za zaslužek. Brezumneže, ki pa so predstavljali nevarnost, so skrivali pred svetom in jih priklenili z verigami na postelje ali stene celic. Za najbolj težavne norce pa so imeli pripravljene mrežaste kletke, ki so visele nad tlemi. V teh kletkah so opravljali tudi vse fiziološke potrebe.

Za zdravljenje duševnih bolezni so uporabljali različne postopke, ki so jih razvrstili v štiri sklope. Prvi sklop so imenovali utrditev. Norost so imeli za element šibkosti. Menili so, da se v norosti hlapci gibljejo neurejeno zato, ker nimajo dovolj moči ali teže, da bi sledili svojemu naravnemu toku. Zaradi tega se pri živčnih boleznih pogosto pojavljajo spazmi in konvulzije. Vlakna so preveč razdražljiva ali občutljiva na tresljaje in manjka jim trdnosti. V boju proti tem hlapom so uporabljali različna sredstva, kot so prijetne in neprijetne vonjave, ki bi omilile vretje hlapov, ki povzročajo bolezni. Utrditvi sledi očiščenje. Očiščenje je postopek, kjer gosto kri, v kateri je polno grenkih hlapov, zamenjajo z bistro in lahko krvjo. Leta 1662 so manjko zdravili s transfuzijo krvi. Ker pa se ta način zdravljenja ni obnesel, so začeli posegati po puščanju krvi, odvajanju, kopelih in prhah. Če nič od tega ni pomagalo, so odpirali rane, delali prebodnine in v te vcepili garje. Glavna naloga je bila uničiti vretja, ki povzročajo norost. Nekateri znanstveniki so zoper melanholije predpisovali kininove tinkture, drugi vinski kamen, uživanje mila in pranje glave z kisom. Tretji sklop zdravljenja se imenuje potapljanje. Pri potapljanju so maničnega bolnika večkrat potopili v vodo, dokler ni izgubil moči in pozabil na svoj bes. Ta način zdravljenja je v 17. stoletju postal eden izmed glavnih metod zdravljenja norosti. Zadnji sklop zdravljenja se imenuje uravnavanje gibanja. Gibanje naj bi zdravilno vplivalo tako na manjko kot na melanholijo. Zdravilne učinke so pripisovali hoji, teku, jahanju in sprehodom. Zdravniki so poznali še en način, kako se znebiti

melanholije. Zdravljenje so imenovali centrifugiranje. Pri centrifugiranju so bolnika postavili na vrtljivi stol, ga izmenično vrteli in tako se je znebil melanholije. Kasneje so nastopile bolj blage oblike zdravljenja norosti. Zdravniki so prišli do spoznanja, da je norost mogoče ozdraviti z zdravljenjem domišljije, z glasbo, ki naj bi ozdravila tako človeško telo kot dušo in tremi oblikami obdelovanja brezumja (zbujanje, gledališko uprizarjanje in vrnitev k neposrednemu).

Nato se je v 18. in 19. stoletju začelo širiti mnenje, da je potrebno norce zapirati ločeno od drugih zločincev oziroma prestopnikov. To so podprli z mnenjem, da je zločincem zelo težko prebivati v istem prostoru z norci. Zato so nekatere zločince celo izpustili na svobodo. Poudarjali so, da si zaporniki zaslužijo boljšo usodo od tiste, ki jih je vrgla v isti koš z brezumneži. Z zaporniki so ravnali bolje kot z norci. Navzočnost norca v zaporu je bila simbol nepravčnosti, predvsem za vse druge, ki so bili zaprti z njim. Ker norci ponižujejo tiste, s katerimi so nepremišljeno pomešani, jim je treba nameniti poseben zapor. Zapor naj ne bo medicinski, imeti pa bi moral kar se da učinkovite oblike pomoči. Leta 1790 je bila v zvezi s tem izdana deklaracija o človekovih pravicah. Na podlagi te deklaracije so iz zaporov, azilov, popoljševalnic in drugih zapornih ustanov izpustili vse obsojene, ki niso bili aretirani ali obtoženi kakšnega velikega hudodelstva. Norce so obravnavali ločeno, vsakega norca so obiskali zdravniki in ocenili njegovo stanje. Na podlagi tega so jih izpustili ali pa jih zdravili v špitalih, ki so bili namenjeni posebej zanje. Izdan je bil tudi odlok, ki je družini nalagal skrb za svoje brezumneže. V 19. stoletju so odgovorni stopili še korak dalje in po tistem se je začela rojevati misel o nastankih azilov. Azil naj bi bil versko področje brez vere, področje čiste morale in etičnega poenotenja. Zmanjšal naj bi razlike, odpravil pregrehe in izbrisal nepravilnosti. Nekateri zdravniki so se zavzemali za azil, ki naj bi bil prijazen do norcev, medtem ko so drugi zavzemali za to, da bi azil postal orodje moralnega poenotenja in družbenega obsojanja.

1.4 SPOLNI STEREOTIPI V DANAŠNJI PSIHIATRIJI IN ŽIVLJENJU

STEREOTIP

V slovarju Slovenskega knjižnega jezika je stereotip definiran kot ustaljena ali pogosta ponavljajoča se oblika česa (obrazec, vzorec).

Stereotipi označujejo neutemeljeno, s predsodki obremenjeno mišljenje. Istoveti se jih z vsem, kar je v splošno sprejetem mišljenju pomanjkljivo. Veljajo za nesprejemljive, izkrivljene predstave, ki ne upoštevajo individualnih razlik in družbenih sprememb. Pri stereotipiziranju gre za nenatančno, nesprejemljivo, čezmerno poenostavljanje in posploševanje, ki ne upošteva stvarnih dejstev. Stereotipna vsebina je zato preplavljena s predsodki in odraža motivacijske in družbene potrebe percipirajoče osebe. Za stereotype je značilno, da so giblivi in variabilni ter da se spreminjajo, ko se spremenijo medskupinski odnosi. Če se medskupinski odnosi ne spremenijo, potem tudi stereotipi ostanejo nespremenjeni.

Stereotipi o ženskah segajo globoko v zgodovino, vendar nekateri še danes niso izginili. Spodaj navedene spolne stereotype je opisala Darja Zaviršek. (1991) Najbolj znan je fenomen histerije. Histerija naj bi bila predvsem bolezen žensk, saj so jo povezovali s premikanjem maternice. Nekateri zdravniki so histerične ženske označili za osebe, ki so psihično tako neuravnovešene kot otroci, obenem pa imajo pregrehe in strasti odraslih. Histerijo naj bi ozdravil dober spolni odnos, kar je v skladu s starogrško definicijo, ki histerijo definira kot vnetje maternice zaradi pomanjkanja hladilne sperme. Platon je histeričarkam svetoval nosečnost, saj je trdil, da je histerija motnja maternice, ki hlepi po otroku. Prav tako naj bi bila tudi depresija ženska bolezen, saj je depresija ženski odgovor na življenjsko situacijo in za depresijo zbolijo ženske dva do šestkrat pogosteje kot moški. Phillis Madness je v knjigi *Women and Madness* leta 1984 napisal, da je depresija samo ženski odgovor na razočaranje in izgube. Bolezni so razdeljene na tipično moške bolezni in na tipično ženske bolezni. Moške bolezni so bolezni srca in ožilja, medtem ko so ženske bolezni depresija, nespečnost, motnje hranjenja, odvisnost od psihofarmakov in glavoboli (migrena).

Raziskave so pokazale, da imajo ljudje različne predstave o psihično zdravi ženski in psihično zdravem moškem. Za psihično zdravega moškega je značilno, da je aktiven, racionalen, psihično stabilen, medtem ko je psihično zdrava ženska pasivnejša, emocionalnejša in labilnejša. Psihično zdravemu človeku pripisujejo enake lastnosti kot psihično zdravemu moškemu, medtem ko psihično motenemu moškemu pripisujejo lastnosti psihično zdrave ženske. Te ženske lastnosti so tudi izhodišče za iskanje motenj pri moškem. Prav tako zdravniki pogosteje diagnosticirajo moške bolezni kot somatske, ženske pa kot psihosomatske.

Ženske pogosteje kot moški posegajo po psihofarmakoloških sredstvih in prevzamejo same v sebi pomensko razcepljeno vlogo bolnice. Bolezen ima vedno prizvok deviantnega, nečesa, kar je družbeno sprejeto, tolerirano ter daje neko identiteto. Vloga bolnice prinaša določene osvoboditve odgovornosti od vsakodnevnih dolžnosti in določene obveznosti, kot so dolžnost ozdraveti in sprejeti pomoč. Po mnenju zdravnikov ženska, ki toži o glavobolu, nespečnosti, nemiru in brezvoljnosti, trpi za ženskim sindromom. Letega pa je po mnenju zdravnikov mogoče premagati z močno voljo in manjšo občutljivostjo. Te ženske kljub bolezni niso osvobojene dolžnosti opravljanja vsakodnevnih opravil, predvsem tistih ne, ki jih nalagata stereotipni vlogi matere in gospodinje. Njihova dolžnost je, da kakor hitro je mogoče, izidejo iz bolezenske vloge, kar jim omogočajo psihofarmakološka sredstva. Njihova visoka poraba dokazuje, da mora ženska čim prej pridobiti izgubljeno psihično stabilnost in nemoteno nadaljevati z opravljanjem svojih dolžnosti. Hitro okrevanje in številna psihofarmakološka sredstva pa vodijo v odvisnost.

Raziskave so tudi pokazale, da je med psihiatričnimi bolniki več žensk kot moških, da so ženske pogosteje v bolniškem staležu in da pogosteje posegajo po psihofarmakoloških sredstvih, kar je povezano s stereotipnimi predstavami o moških in ženskih vzorcih vedenja in s pričakovanimi oblikami izražanja stiske in stresa. Razlike v medikamentaciji se pokažejo zunaj psihiatričnih ustanov, ko ženska s svojo stisko obišče zdravnika, ji le ta hitro predpiše psihofarmakološka sredstva, naj bo to psihiater ali splošni zdravnik. Drogo torej predpiše zdravnik in stiske pri tem ne jemlje resno, ampak jo spregleda. Teze govorijo, da so ženske bolj ogrožene predvsem v določenih življenjski obdobjih, da se simptomi v puberteti manifestirajo kot menstrualne težave, v času nosečnosti in ob porodu kot porodne težave, v menopavzi pa kot težave, povezane s spremembami hormonskih in bioloških funkcij žensk. Vse te težave so vezane na reproduktivno in seksualno vlogo žensk in ko se ta vloga spreminja, pride do motenj. Na drugi strani pa obstajajo različni pokazatelji, ki povezujejo te simptome z življenjem žensk v posameznih družbah in posameznih zgodovinskih obdobjih. Študije kažejo, da se na različen socialni in ekonomski položaj vežejo tudi različni simptomi in bolezni. Tako so ženske nižjih slojev (gospodinje, prostitutke, delavke) potencialno ogrožene z oblikami bolezni, kot so tuberkuloza in spolne bolezni, medtem ko so za ženske višjih slojev značilne histerija in depresija. Nekatere duševne motnje se pri ženskah bolj tolerirajo kot pri moških, recimo depresija je tipična motnja, ki se veže na žensko, prav tako pa se določene motnje bolj tolerirajo pri moških, na primer alkoholizem. Za moške je

sprejemljivo, da na fizične in psihične stiske odreagirajo z agresijo in alkoholizmom, medtem ko tako vedenje ni sprejemljivo za ženske. Prav tako je za moške sprejemljivo prešuštvo in menjava partnerjev. Moški dobijo pozitiven sloves v očeh drugih moških, medtem ko ženske dobijo oznako lahke ženske ali vlačuge.

1.5 PSIHIATRIČNA DIAGNOZA

DIAGNOZA

Diagnoza je zdravnikova ugotovitev narave in vzroka bolnikovih težav, gre za določitev bolezni glede na simptome (znake).

Beseda diagnoza ima zelo močen pomen. Nekateri ljudje občutijo olajšanje, ko dobijo diagnozo, saj s tem dobijo tudi priznanje, da to, kar se jim dogaja, ni tako nenavadno in da obstajajo tudi drugi ljudje s podobnimi težavami. Drugi pa prikrijejo svojo diagnozo oziroma jo zamenjajo z drugo, za katero mislijo, da jo bodo sodelavci in prijatelji bolje razumeli. Diagnozo prikrivajo predvsem tisti, ki imajo psihozo ali shizofrenijo. Svojo prvotno diagnozo zamenjajo z depresijo, saj menijo, da jih bodo tako ljudje lažje razumeli. (Dinos, Stevens, Serfaty, Weich, King 2004)

Psihiatrična diagnoza človeka trajno zaznamuje in mu onemogoči vrnitev med zdrave, tudi če je povsem zdrav. Psihiatrične diagnoze so pošastne iznajdbe na ravni nacističnih Davidovih zvezd. So znamenja usodne zamenjave dela za celoto, pri katerih človek postane le še privesek svoje diagnoze. Vse druge njegove značilnosti so nepomembne, označen je le s tem, da je duševno nezdrav, čeprav to v resnici ni več. (Lamovec 1999)

Psihiatrične bolezni

a.) Depresija

Depresija nastane zaradi biokemičnega neravnovesja v možganih. Povzroča motnje razpoloženja, mišljenja in raznovrstno telesno simptomatiko. Simptomi, ki se pojavijo pri depresiji, so: žalost, jokavost, potrlost, upočasnenost, nespečnost, izoliranost, neješčnost, pesimističnost, občutki krivde in manjvrednosti. Depresivni bolniki pogosto navajajo telesno

simptomatiko: težave z dihanjem, glavobole, vrtoglavico, omotico, motnje srčnega ritma, bolečine v mišicah in prebavne motnje. Poznamo blago in zmerno depresijo, depresijo s psihotičnimi simptomi in brez psihotičnih simptomov.

b.) Bipolarna motnja

Je maničnodepresivna bolezen, pri kateri se menjavajo obdobja izrazito slabega razpoloženja (depresivna epizoda) z obdobji pretirano dobrega razpoloženja, ko je človek poln energije, samozavesti, je izrazito aktiven s številnimi idejami (manična epizoda).

c.) Shizofrenija

Je duševna bolezen, ki ima lahko zelo različne znake ali pa skupne značilnosti. Bolnik se zelo čudno obnaša, govori nerazumljive stvari in ima nenavadne zaznave. V tem obdobju ga obvladujejo blodnje, halucinacije ter neorganizirano mišljenje. Blodnje so nenavadne misli, ki nimajo realne osnove. Bolnik verjame, da mu kdo sledi, ali pa mu hoče škodovati. Prav tako verjame, da nekdo sliši njegove misli, ali pa da mu nekdo pošilja misli v glavo. Lahko je prepričan, da je nekdo drug in da ima v sebi nenavadno moč in sposobnost. Bolniki s shizofrenijo imajo lahko halucinacije. Najpogosteje slišijo glasove, ki bodisi komentirajo njihovo vedenje, včasih jih žalijo ali pa jim ukazujejo.

d.) Organsko duševne motnje

Med organsko duševne motnje spadajo: motnje višjih živčnih dejavnosti (demenca, delirij, motnja spoznavnih sposobnosti), motnje zaznavanja (organska halucinoza), motnje mišljenja (organsko blodnjava motnja), motnje čustvovanja (organska razpoloženska motnja, organska čustvena labilnost, organska tesnobna motnja), psihomotorne motnje (organsko katatonska motnja).

Med najpogostejše vzroke organskih duševnih motenj spadajo: epilepsija, encefalitis, primarno degerenativne bolezni, možganske poškodbe, možganski tumorji, ekstrakranialni tumorji, cerebrovaskularne lezije, endokrine motnje, infekcije, zdravila, droge, strupi.

- Demenca:

Demenco označuje vrsta simptomov, povezanih z bolezenskimi spremembami v možganih. Kaže se kot napredujoč upad sposobnosti mišljenja, pomnjenja in presoje. Demenca ni del normalnega procesa staranja, temveč posledica bolezenskih sprememb.

Znaki demence: postopna izguba sposobnosti pomnjenja, pešanje sposobnosti za opravljanje vsakodnevnih dejavnosti, zmanjšana sposobnost presoje, motnja krajevne, časovne in situacijske presoje, osebnostne spremembe, spremembe čustvovanja in vedenja, pešanje razumevanja govora in sposobnosti izražanja.

Najpogostejše oblike demence so: Alzheimerjeva bolezen, vaskularna demenca in demenca z Lewyevimi telesci.

- Amnestični sindrom

Za amnestični sindrom so značilne izolirane spominske motnje, kar pomeni, da je ohranjen kratkoročni spomin, medtem ko je dolgoročni spomin za dogodke izrazito okrnjen. Natančno in doživeto opisujejo nedavne dogodke in aktivnosti, za katere pa se izkaže, da jih sploh ni bilo. Prizadeta je orientiranost, zlasti časovna, lahko pa tudi krajevna in situacijska. Pozornost ni motena, prav tako ni prizadeta zavest.

- Delirij

Beseda delirij izhaja iz de lira, kar pomeni iztirjenost. Delirij je etiološko nespecifični organski cerebralni sindrom, ki se hitro razvije in ima običajno nihajoč potek. Zanj so značilne motnje zavesti in pozornosti, zaznavanja (optične in slušne halucinacije), mišljenja (blodnje s preganjalno vsebino), spominjanja (amnezija), psihomotornih aktivnosti, čustvovanja ter razporeda spanja in budnosti.

- Duševne motnje po možganski poškodbi

Duševne motnje po možganskih pošodbah so precej pogoste. Pogosto se prepletajo z duševnimi spremembami, ki so nastale kot reakcija na poškodbo. Posledica možganskih poškodb so lahko demenca, amnestični sindrom, blaga motnja spoznavnih sposobnosti, osebnostne spremembe, posttravmatska epilepsija.

- Organska osebnostna motnja

Za organsko osebnostno motnjo je značilna pomembna spremenjenost običajnih vzorcev vedenja, ki jih je imela oseba pred boleznijo. Najpogosteje je posledica možganske poškodbe, tumorja in inzulta.

Osnovni obliki sta:

- * psevdopsihopatska osebnost, ki se kaže z razdražljivostjo, pa vse do odkrite nasilnosti, značilno je neustrezno vedenje in slaba kontrola čustvenega izražanja in impulzov

- *psevdodepresivna osebnost, pri kateri bolniki ne kažejo zanimanja za okolico in so zaradi pomanjkanja motivacije videti depresivni.

Tanja Lamovec (1995) meni, da oznaka duševne bolezni vključuje presojo, ki temelji na primerjavi med idejami, pojmi in prepričanju posameznika ter idejami in prepričanju opazovalca in družbe, v kateri živi. V to oznako so zajete družbene, etične in druge dimenzije, kar medicinski žargon zakrije. Prav tako je mnenja, da sedanje klasifikacije nekaterih podkategorij duševne bolezni povzročajo zmedo. Opažena so neskladja med psihiatri, katero bolezen pripisati pacientu. Prav tako pa so še večja razhajanja med različnimi kulturami, tudi če upoštevamo samo zahodne. Tako bi oseba, ki je dobila diagnozo shizofrenija v eni od evropskih držav, uradno postala zdrava, če bi se preselila v ZDA, kjer po novi zakonodaji nihče ne more dobiti oznake shizofrenija, če ni akutno psihotičen brez prekinitve vsaj šest mesecev.

1.6 PSIHOFAIRMAKI ZDRAVILO ALI STRUP

Zgoraj navedene bolezni so v peteklosti zdravili z lobotomijo, inzulinsko komo in elektrokonvulzivno terapijo. V pedesetih letih pa so te metode zamenjali psihofarmaki. Za pomiritev so vrsto let uporabljali mrežne postelje, dvanajst let nazaj pa so le te zamenjali s posteljami s trakovi. Sedaj mora nenehno nekdo sedeti zraven oviranega pacienta in pacient je oviran le toliko, da se umiri in da je možno dogovarjanje z njim.

Vito Flaker (1995) pravi, da so zdravila v modernem času postala vidni reprezentant duševne bolezni in javnost ima pogosto stranske učinke zdravil (slinavost, prestopanje, težave z artikulacijo gibov in govora) za znake duševne bolezni. Za uživalce psihiatričnih zdravil so

zdravila dokaz, da so nori, kajti ta zdravila jemljejo samo nori, normalni jih ne. Stranski učinki pa so tudi za uporabnike vidni znaki, po katerih spoznajo svoje sotovariše, prav tako pa so podlaga za druženje z njimi. Saj je to tisto, kar imajo skupnega, kar razumejo in o čemer se lahko med sabo pogovarjajo. Hkrati pa je količinska doza zdravil indikacija, koliko je drugi nor, ali v kakšnem stanju je.

Psihofarmaki niso zdravila v pravem pomenu besede. Ne zdravijo vzrokov duševnih motenj, temveč le blažijo njihove učinke. V nekaterih primerih, zlasti v akutni fazi, lahko psihofarmaki bistveno zmanjšajo stisko osebe in drugih, ki imajo z njo opraviti. V premočnih odmerkih pa delujejo kot kemični prisilni jopič. Tako lahko prevelika količina zdravil hitro postane strup. Zdravila od mamil loči le legalnost. Kljub temu pa imajo mnoga zdravila hude stranske učinke in njihova zloraba vodi v odvisnost. (Lamovec 1999)

Odvisnost se pri uporabnikih pokaže, če jih nenadoma prenehajo jemati. Prevelike doze in nenehno povečevanje odmerkov pomirjeval nimajo več pravega učinka, zato uporabniki posegajo po vedno večjih odmerkih, kar lahko vodi v predoziranje in v skrajnem primeru tudi v smrt. Za odvisnost od zdravil lahko krivimo tudi osebne zdravnike, ki prehitro predpišejo pomirjevala svojim pacientom pri tem pa jim pogosto pozabijo omeniti potek delovanja zdravil in njihove stranske učinke.

Tanja Lamovec (1995) je mnenja, da z nevroleptiki psihiatri ublažijo nekatere najbolj moteče spremljevalne pojave krize, nato pa posameznika vrnejo v okolje, kjer je kriza nastala. Krize same ne poskušajo razrešiti, zato ne mine dolgo, ko se zopet pojavi. To je tako imenovani sindrom vrtečih vrat, kar pomeni nenehne ponavljajoče se hospitalizacije.

Bernarda Dajčman (1994) meni, da psihiatrija svojih uporabnikov ne uči aktivnega obvladovanja težav in poseganja v potek lastnega življenja, ampak deluje v povsem nasprotni smeri: uči jih odvisnosti.

Odvisnost se pri psihiatričnem uporabniku kaže kot odvisnost od zdravil in odvisnost od pomoči drugih. Večina ljudi je mnenja, da uporabniki psihiatričnih storitev rabijo pomoč na vseh področjih svojega življenja, kar seveda ne drži. Z vsiljevanjem drugih mišljenj in teptanjem njihovih jih delamo odvisne od nas. Včasih človek sam najboljše ve, kaj potrebuje.

1.7 STIGMA

Beseda stigma izhaja iz grščine in pomeni pečat, žig in negativno oznako, ki jo je težko izbrisati. Stigma je odstop od normalnega, je sramotno znamenje. Stigmatiziranost razumemo kot zaznamovanost oziroma ožigosanost zaradi neke lastnosti, ki posameznika loči od drugih, tako da ima večina in on sam to lastnost za odklonsko ali deviantno. Stigma se ne pojavi ob vsakem odstopanju od kategorije, pač pa samo pri takih, ki niso vključeni v tolerančno območje posameznikovega družbenega okolja. Večja kot je toleranca norm kategorij, manjše so možnosti za stigmatizacijo. Predmet stigme so lahko telesne pomanjkljivosti ali poškodbe, telesne bolezni (rak, aids), duševne motnje, spolna usmerjenost, kršenje določenih načel, pravil in navad ter narodna pripadnost. Poznamo tri pomembne sestavine stigme: čustveno sestavino strah, kognitivno sestavino stereotipiziranje in vedenjsko sestavino družbeni nadzor oziroma zadržanost. Goffman razlikuje tri vrste stigme: deformacije telesa, karakterne hibe, ki se kažejo kot: šibka volja, dominirajoča ali nenaravna nagnjenja (mentalna distorcija, zapor, zasvojenost, homoseksualnost, nezaposlenost, samomori in radikalna politična prepričanja) in skupinsko stigio ras, narodnosti in ver.

Znak stigmatizacije je tudi predsodek. (Strbad, Švab 2005) Predsodki so v Slovarju slovenskega knjižnega jezika razloženi kot negativen, odklonilen odnos do nekoga ali nečesa, neodvisno od izkustva. V družboslovni literaturi je predsodek definiran kot vrsta stališča, ki ni upravičeno, utemeljeno in preverjeno, vendar ga spremljajo izrazita, močna čustva in je odporno na spremembe. Predsodki se v vedenju posameznika in družbe odražajo kot obrekovanje, izogibanje in zapostavljanje.

Najpogostejši predsodki o ljudeh s hudimi duševnimi motnjami so, da so leni, nezanesljivi, nepredvidljivi, nevarni, da se nasilno vedejo, da so nadpovprečno umetniško ustvarjalni, da so že na zunaj prepoznavni, nezmožni za komunikacijo, neumni, nesposobni za sodelovanje pri zdravljenju in za odločanje o svojem življenju ter nesposobni za delo. Zmotno je tudi prepričanje, da je duševna bolezen neozdravljiva in je ni mogoče zdraviti ter da je napoved teh bolezni slaba. Nerazumne so tudi govorice o tem, da lahko ljudje s hudo duševno motnjo s svojo norostjo okužijo druge ljudi, da so duševne bolezni in motnje posledica družbenih in družinskih pritiskov in niso bolezen. Mnogi menijo, da je duševna bolezen le navidezna in

hlinjena, da izraža šibkost volje in značaja, da so oboleli za svojo bolezen sami krivi ali pa, da so krivi njihovi starši.

Mateja Strbad in Vesna Švab (2005) za vzroke stigmatizacije navajata neznanje, nepoučenost, zastarela znanja o vzrokih in napovedih duševnih bolezni, strah in odpor pred drugačnostjo, zavajajoče obveščanje medijev, stranske učinke psihoaktivnih zdravil in terminologijo hudih duševnih motenj. Eden od pomembnih vzrokov stigmatizacije je tudi zgodovina. V preteklosti so si duševne motnje razlagali demonistično, to je kot obsedenost s hudičem. Na grmadah je bilo zaradi tega sežganih več kot 100.000 ljudi, med katerimi je bilo veliko ljudi z duševnimi motnjami. Kot posledice stigmatizacije pa sta navedli slabšo samopodobo in slabše delovanje ljudi s hudimi in ponavljajočimi se duševnimi motnjami, slabšo kakovost zdravljenja, pomanjkljivo sodelovanje oziroma nepovezovanje med različnimi strokovnjaki, neprofesionalne alternativne oblike pomoči, slabše možnosti zaposlovanja in šolanja ter neurejeno državno zakonodajo. Pogosto jih družba izolira, ostane jim ozek krog prijateljev ali le družina. Odmaknjeni so od družbe, pogosto brezposelni ali brezdomci. Zaradi stigmatizacije je ovirano tudi kakovostno zdravljenje, ker zaradi nje veliko število ljudi s hudo duševno motnjo ne poišče pomoči v službah za duševno zdravje ali pa pomoči ne sprejema. Obe avtorici menita, da stigmatizacijo zmanjšujeta izobraževanje o duševnih motnjah in neposreden stik z ljudmi s hudimi in ponavljajočimi se duševnimi motnjami.

Moč stigmatizacije je v tem, da ljudje, ki so stigmatizirani ali pridobijo stigmo, izgubijo svoje mesto v družbeni hierarhiji. Posledica tega je, da si večina ljudi prizadeva, da bi pripadala nestigmatizirani večini. Stigma nekaterim posameznikom omogoča, da se počutijo boljše od drugih, kar pomeni, da so stigmatizirani posamezniki potrebni, da bi se številni nestigmatizirani dobro počutili. Stigmatizator si tako utrdi lažni koncept superiornosti in zagovarja koncept, da so stigmatizirani ljudje inferiorni. Zanimivo pa je dejstvo, da tudi med stigmatiziranimi osebami pride do primerjav in večino pomiri dejstvo, da obstaja še nekdo, ki je na slabšem. Določene stigme so fizično bolj očitne kot druge in nekateri so svoje stigme sposobni bolje prikriti kot drugi. S tem lahko ubežijo negativnim socialnim posledicam stigmatizacije. Medtem ko druge kategorije stigmatiziranih, kot so telesno prizadeti, pripadniki etničnih skupin in reveži, ne morejo spremeniti svojih stigem, niti jih ne morejo prikriti. Stigma pri tem postane centralni položaj lastnosti, ki obarva percepcijo celotne osebe. Ignorirane so vse druge plati osebe razen tiste, ki ustreza stereotipu povezanem s stigmo.

Stigma kot oblika negativne stereotipizacije pozna način, kako nevtralizirati pozitivne kvalitete in spodkopati identiteto stigmatiziranih posameznikov. Stigma in z njo socialno zavračanje prizadene celotno družino, kar privede ljudi do tega, da omejijo svoje odnose z drugimi, ki so stigmatizirani. Mnogi stigmatizirani niso deležni spodbud, naj se razvijajo ali rastejo, da bi bili uspešni, od njih se pričakuje manj, kar pripelje do upadanja dosežkov. Negativne posledice stigme so, da ljudje začnejo nase gledat skozi stigmo, se pustijo zastrupljati s stereotipom in živijo v strahu, da se bodo skladali z njim. Medtem ko so pozitivne posledice socialne izolacije in znižanih pričakovanj to, da ljudje uspejo zavrniti percepcijo o sebi kot inferiornem bitju, najdejo notranjo moč in se naučijo zanašati na lastno iznajdljivost. To privede tudi do ponovne pridobitve lastne identitete s pomočjo nove definicije normalnosti. Spoznajo, da je sprejemljivo biti to, kar si. Strah, ki pripomore k ohranjanju stigme, ima globoke korenine in daje stigmi njeno intenzivnost in resničnost. Na strahu temelji stigmatizacija rasnih, etničnih in spolnih kategorij. Zanimiv je predvsem strah, ki temelji na občutku pomanjkanja resursov. Tu gre za občutek, da v primeru, če bo določeni skupini dovoljeno dobiti delež vseh resursov, teh ne bo dovolj za druge. Ne bo dovolj služb, hrane, vode in zemlje. Ljudje, ki stigmatizirajo, se počutijo ogrožene in kolektivno čutijo, da bodo pripadniki stigmatiziranih skupin porušili njihov položaj socialne, ekonomske in politične prevlade. Zaradi tega ljudje, katerih upi po višjih ciljih že pojemajo, bolj silovito izražajo sovražnost do novih ljudi. Tak pristop pa je odgovoren za agresijo do pripadnikov stigmatiziranih skupin med kriznimi ekonomskimi obdobji. (Nastran Ule 1990)

Bojazen pred mentalno bolnim posameznikom naj bi bila najmočnejša med pripadniki srednjega in višjega socialnega razreda, za večino katerih je duševni bolnik simbol družbenega propada in nosilec vseh tistih lastnosti, ki negirajo možnost materialnega vzpona in prestiža. Odtod tudi sovraštvo, ki zahteva, da se duševno bolnega odstrani iz sveta funkcionalnosti, profita in uspeha.

Tanja Lamovec (2006) meni, da se mnogi uporabniki psihiatrije izogibajo družbi enako stigmatiziranih oseb in se z njimi ne želijo enačiti, kar privede do tega, da nimajo prav nikogar, komur bi lahko razkrili svoje doživljanje. Psihiatrični uporabnik postane, za razliko od telesno prizadetega, stigmatiziran pozneje v življenju. Avtorica je v treh fazah opisala kako se ljudje učijo živeti s stigmo. Tako se morajo sprva naučiti, kako se odzivati na vedenje ljudi v očeh katerih so razvrednoteni. Poznejša faza vključuje učenje, kako se pretvarjati, da so

normalni. Da bi veljali za normalne, se lahko preselijo daleč stran, kjer jih nihče ne pozna in za sabo zabrišejo vse poti. Druga strategija je, da prikažejo svojo stigmo tako, kakor da pripadajo kakšni drugi, manj zaznamovani skupini, in se predstavijo kot alkoholiki ali džankiji. Po tretji strategiji lahko razdelijo svoj svet na dva dela, na manjšo skupino ljudi, ki jim povejo vse in na večjo, ki jim ne povejo ničesar. Veliko problemov imajo tudi z intimnimi odnosi. Ne vedo, ali naj bodočemu partnerju povedo, kako je z njimi, saj je tveganje, da bodo zavrjeni, veliko. Če pa z izpovedjo zavlačujejo, so lahko obtoženi neiskrenosti. Prav zaradi tega se veliko uporabnikov izogiba vzpostavljanju intimnih odnosov, saj se s tem izognejo stikom, ki bi bili lahko boleči in ponižujoči. Najbolj drastičen ukrep, ki ga lahko izvedejo je, da opustijo vse zgoraj navedene strategije in namerno razkrijejo, kako je z njimi. Le tako se jim ni potrebno ozirati na igro drugih, saj so sami prijeli vajeti v svoje roke in sedaj igrajo svojo igro.

Da je stigma močno razvita med uporabniki psihiatričnih ustanov, so dokazale tudi raziskave. Rezultati raziskav so pokazali, da imajo ljudje močno negativno stališče do psihiatrov, duševnih bolnišnic in uporabnikov. Že en sam podatek, da je bil kdo v psihiatrični bolnici, bistveno spremeni zaznavanje in odnos drugih do te osebe. Tako se pot stigmatizacije začne že pri samem vstopu v ustanovo, ko psihiater postavi diagnozo, ki je hkrati pacientova etiketa in nova identiteta. Družba na etiketo reagira in to mnogo bolj kot na dejansko vedenje človeka, ki jo nosi. Etiketiran psihiatrični pacient postane objekt za praznenje agresivnih čustev, ki jih nanj stresa zdrava družba. Zanimivo je dejstvo, da so nekdanji uporabniki psihiatričnih ustanov manj zaželeni od nekdanjih kaznjencev. Večina vprašanih bi raje zaposlila nekdanjega kaznjenca kot pa psihiatričnega bolnika. Prav tako bi večina ljudi raje sama delala kot pa, da jim bi pomagal nekdo, ki je bil v psihiatrični bolnici. Za delo, ki ga opravljajo, so navadno slabše ocenjeni, tudi če so rezultati njihovega dela povsem ustrezni. Večina psihiatričnih uporabnikov ostane brezposelnih, premeščenih na nižje delovno mesto, ki je manj zahtevno in plačano, ali pa so zaposleni le za štiri ure. Vse to povzroča drsenje navzdol po socialni lestvici. Ker so slabo plačani ali brezposelni, se težje osamosvojijo. Večina jih živi pri starših ali v stanovanjski skupnosti, kjer se morajo držati pravil drugih. Psihiatričnemu bolniku so pripisovali nezanesljivost in nezmožnost odločanja v kritičnih situacijah. Prav tako so menili, da so trajno nagnjeni k ponavljajočim se krizam in nezmožnosti, da v zvezi s tem kaj naredijo. Vidiijo jih kot nezmožne kljubovati stresu, jim pripisujejo nezmožnost samokontrole ter pomanjkanje odgovornosti. Imajo jih za vir

nelagodja in tesnobe za vse v svoji bližini. Zaradi tega je stigma duševnega bolnika močnejša od stigme zapora. (Lamovec 1998)

Stigma je identiteta takšne vrste, ki stigmatiziranemu posamezniku ne ugaja in si je sam ne bi izbral, noče je in vendar se je ne more rešiti. Stigmo namreč proizvaja okolje in samo okolje jo lahko spet zavrže. Okolje pa zavzame do stigmatiziranega posameznika svoje stališče in nanj reagira na naslednje načine; (1) lahko se obnaša, da je stigmatik boljši kot čutijo, da je, (2) obnaša se, kot da je slabši, kot čutijo, da najbrž je, (3) se delajo, da ga ni, ali ga le rutinsko opazijo. Pretvarjanje je slaba izbira, najbolje je, da delujemo spontano in se odpovemo igrari; pa naj bo to navidezen spregled stigme ali pa vsiljiva prijaznost. Kakor hitro začnemo v odnosu s stigmatikom igrati, prihaja do odtujene interakcije. (Božič 1991)

Še danes se odnos do ljudi, ki so se zdravili v Psihiatrični kliniki spremeni, takoj ko se izve, kje so bili. Stigmatizirani so zaradi prostora, v katerem so bili. Ljudi ne zanima, kaj se s človekom dogaja, saj je tisto kar nosi stigmo prav ustanova sama. Psihiatrična klinika Polje je prostor stigme, deloma zaradi ljudi, ki prihajajo v njo in deloma zaradi statusa, ki ga je pridobila v zgodovini. (Zaviršek 1994)

Prav tako je stigma Psihiatrične bolnišnice povezana z njenimi različnimi socialnimi funkcijami, saj je bolnišnica, dom za ostarele, socialna ustanova, krizni center, svetovalnica in pribežališče. Ker je večina funkcij, ki jih opravlja, povezana z ljudmi, ki imajo v življenju manj priložnosti, ki so revni, imajo šibko socialno mrežo ali so odvisni od razločnih državnih ustanov, je stigma še toliko večja. Socialni status institucije stigmatizira paciente, nekdanje paciente in tudi osebe, ki dela v njej. Zato je najbolje, da začnemo sprejemati drugačnost, se učimo iz nje in jo skušamo razumeti.

1.7.1 RAZLIKE V SPREJEMANJU BOLEZNI V DRŽAVAH TRETJEGA SVETA IN INDUSTRIALIZIRANIH DRŽAVAH

DRŽAVE TRETJEGA SVETA

Razlike v sprejemanju bolezni v državah tretjega sveta in industrializiranih državah je opisala Tanja Lamovec (1993).

V državah tretjega sveta psihozo razlagajo s posegi nadnaravnih sil. Lokalni šaman pregleda človeka, ki trpi zaradi učinkov nadnaravnih sil, postavi diagnozo in predpiše ritual zdravljenja. Pri ritualu zdravljenja sodeluje celotna vas tako, da bolezen ni le od obolelega, ampak zadeva celotno skupnost. Prebivalci vasi so mnenja, da bi duhovi lahko obsedli kogarkoli, zato bolniku ne predpisujejo nikakršne krivde niti ne doživi stigmatizacije. Psihotično doživetje v državah tretjega sveta vodi celo k zvišanem statusu. Včasih pomeni iniciacijo v poklic šamana ali medija, posrednika med spiritualnim svetom in običajnimi zemljani. Osebe, ki jim dodelijo tako vlogo, so deležne posebnega spoštovanja, kar predstavlja močno varovalno sredstvo pred recidivom. Vloga šamana je preveč odgovorna, da bi si izbrani lahko privoščil psihozo, hkrati pa si lahko pomaga s simboličnim in nejasnim načinom izražanja. K boljšemu razpletu bolezni vpliva tudi razširjena družina, saj omogoča, da je medsebojna odvisnost članov bolj enakomerno porazdeljena in oboleli član ne čuti takega pritiska. V razširjeni družini je oboleli član le eden od mnogih in so zahteve manjše, hkrati pa je deležen podpore številnih oseb. V državah tretjega sveta je izraz brezposelnost brez pomena, saj tam vsak opravlja določene naloge v skladu s svojimi možnostmi. Večinoma delajo le polovico zapadnega delovnega časa in navadno sploh ne razlikujejo med delom in prostim časom.

INDUSTRIALIZIRANE DRŽAVE

V industrijski družbi so duševni bolniki bolj stigmatizirani. Poleg stigmatizacije jim normalno življenje onemogoča revščina, brezposelnost in neustrezni bivalni pogoji. Duševnega bolnika pogosto pesti občutek sramu za pripisano diagnozo, vendar ne toliko zaradi sebe, kot zaradi svojih bližnjih. Sram, ki ga občutijo svojci zaradi njih, ne doseže sramu duševnega bolnika. Soočen je s tem, da mora sprejeti krivdo in kriviti sebe za svoje stanje. Čuti se ločen, drugačen od ostalih, zaznamovan s stigmo, ki onemogoča socialno reintegracijo. Odnos javnosti do duševnih bolnikov je še vedno negativen in vsebuje številne predsodke. Ljudje duševno bolne gledajo s strahom, nezaupanjem in zavračanjem. Predpisujejo jim, da so nevarni, umazani, nepredvidljivi, brez vrednosti in nezmožni človeških čustev. Status duševno bolnih je nižji od statusa bivših kaznjencev in duševno zaostalih. Če se želijo zaposliti naletijo na težave. Ali ne dobijo službe, ali pa opravljajo nezahtevna dela, ki jim ne omogočajo dobrih prihodkov in s tem spodobnega prebivališča. Navadno nimajo svoje družine, socialni stiki so omejeni na domače ali druge stigmatizirane osebe. Nekateri celo nimajo nobenega

prijatelja. Stigma in socialna izolacija pa se oprime tudi družine. Nekateri svojci o bolezni svojega bližnjega ne spregovorijo niti s prijatelji. Tisti, ki pa odkrito spregovorijo o bolezni, pogosto naletijo na zavračanje in izgubo prijateljev. Pogosto zaradi tega pretrgajo stike s svetom, se čustveno premočno vpletajo v bolnikovo življenje in izražajo svojo kritiko in nezadovoljstvo. Svojci, ki skrbijo za duševnega bolnika doma, so pod stalnim stresom. Pogosti rezultati stresa so ločitve, prelaganje krivde, nemoč in zagrenjenost. Večina staršev krivi sebe za bolezen svojega otroka, kar je huda čustvena obremenitev.

Raziskave so pokazale, da imajo ljudje v deželah tretjega sveta boljše možnosti za okrevanje od duševnih bolezni kot v razvitih državah. Prav tako nizka izobrazba v deželah tretjega sveta ne predstavlja ovire pri ozdravitvi, prej prednost, saj lahko te osebe opravljajo različna dela, oziroma spreminjajo svoj poklic, medtem ko oseba z visoko izobrazbo tega ne more storiti tako enostavno, če pa že, je to vedno drsenje navzdol, ki omaje njihovo samospoštovanje. Ljudje v državah tretjega sveta imajo pri nastopu bolezni več podpore svoje družine, sorodnikov in celotne vasi, kar omogoča boljše in hitrejše okrevanje. V zahodnih državah pa so oboleli prepuščeni sami sebi.

1.7.2 BOLEZNI DRŽAV TRETJEGA SVETA

Razodevanje norosti v različnih kulturah imenuje antropologija kulturno vezani sindromi in jih definira kot oblike vedenja, ki se pojavljajo v omejenem prostoru neke družbe, imajo določeno legitimnost in so do določene mere institucionalizirani. Kulturno vezane sindrome je opisala Darja Zaviršek (1993). Razumemo jih lahko le znotraj specifičnega kulturnega in subkulturnega konteksta, saj gre za lokalni vzorec manifestacije psihičnega trpljenja, ki je povezano z obstoječo normo obnašanja in simboličnim jedrom pomenov določene kulture. Poleg tega gre pri kulturno vezanih sindromih vedno znova za dramatično ponavljanje vzorcev obnašanja, ki so v določeni kulturi sprejemljivi ali zaželeni, ne da bi človek v času njihovega manifestiranja nosil tudi popolno odgovornost za svoja dejanja. Kulturno vezani sindromi in z njimi povezane kulturno vezane reakcije so antropologi označili kot reakcije na napetosti med posameznikom in družbo, ki dobijo formo igre sil, takrat ko ne pride do rešitve določenega problema na način vsakdanje artikulacije. Človek, ki ga obsedejo duhovi ali izgubi dušo, na vsak način vzbudi pozornost skupnosti bodisi s tem, ko postane njegovo vedenje nasprotno običajnemu, ali pa se stereotipno vedenje še utrdi. Manifestacija kulturno

vezanega sindroma je vedno javno dejanje, z udeležbo celotne skupnosti, ki na simboličen način skupaj s posameznikom spet vzpostavi sistem socialne solidarnosti in kooperacije.

Kulturno vezani sindromi so: amok v JV Aziji, ki označuje nasilno, morilsko obnašanje; susto v Latinski Ameriki, ki označuje izgubo duše, Windigo v Severni Ameriki, neke vrste psihoza; negi- negi, epizoda nasilnega vedenja v Novi Gvineji; saka, obsedenost poročenih žensk med kenijskimi Waitati; hamadsha, obsedenost mladih moških v Maroku; arktična histerija ali pibloktoq in grisi siknis v Nikaragvi.

ARKTIČNA HISTERIJA ESKIMSKIH ŽENSK

Arktična histerija ali pibloktoq, kot jo imenujejo Eskimi, je znana med polarnimi Eskimi SZ Grenlandije in na drugih področjih Arktike. Pibloktoq je kulturni vzorec obnašanja, ki se pojavlja v vsakdanjem življenju kot obsedenost z duhovi in ob določenih kulturnih dogodkih, kot je čas, ko potujejo duše, v obliki kolektivnih transov in seans. Pogosteje je obsedla ženske kot moške. Pri arktični histeriji gre za obliko napada, kjer ženske izgubijo zavest, so vznemirjene, oči jim čudno žarijo, tvorijo nerazumljive stavke, hodijo ali tekajo naokoli. Napad lahko traja od nekaj minut do nekaj ur, prizadete se na koncu čisto umirijo, so izčrpane, pohlevne in večina jih pade v globoki sen. Ko se prebudijo, se običajno ne spomnijo, kaj se je dogajalo. Prvi znak napada je trganje obleke, glosalija, tekanje sem in tja po ledu in snegu, valjanje po snegu, skakanje v vodo, plavanje v ledeno mrzli vodi, hoja po stenah igluj in metanje stvari naokoli. Pibloktoq se pojavlja v vseh obdobjih leta in je povezan z nenadnim strahom, psihičnim šokom in smrtjo sorodnika. Med vzroke za nastanek pibloktoqa prištevajo tudi psihološke deprivacije, kot so različne zlorabe zakonskih mož (žensko telo in seksualnost sta last moža) in fizična kaznovanja, ter socialno deprivacijo, ki se kaže v odvisnosti od moža. Ženske so doma, same s tesnobo in strahom in nenehnim čakanjem, kdaj se bo mož vrnil domov. Tudi med Eskimi je obsedenost s histerijo spolno specifična. Če možki dobi pibliktoq, je to zaradi stresnih situacij ob pridobivanju hrane, medtem ko je vzrok za ženski pibliktoq strah, ki je povezan z nenehnim čakanjem moža, da se vrne domov.

GRISI SIKNIS V NIKARAGVI

Grisi siknis se pojavlja v Nikaragvi zlasti v vaseh ob Atlantski obali. Značilen je predvsem za mlade miskitske ženske, stare med 15 in 18 let. Med moškimi se grisi siknis ne pojavlja. Njihov verski sistem vsebuje prepričanja, da živijo od takrat, ko je bog pregnal satana iz nebes, mnoge forme hudiča v oceanu, gozdu in rekah. Za miskite je značilna poligamija, trdna sorodstvena etika, matrilokalnost in uporaba Miskiti jezika. Domačini so prepričani, da človek v času grisi siknis izgubi zavest, da ga tepe hudič in da ima bolnica z njim spolni odnos. Bolezen se začne tako, da ženska najprej teka naokoli po vasi, pogosto z mačeto napada sovaščane in na koncu zbeži v gozd. V času napada naj bi imeli bolni nadnaravne moči, govorijo v tujem jeziku in prisotne so razne bolečine kot je glavobol. Bolezen grisi siknis je eden izmed najpomembnejših socialnih dogodkov v miskitskih vaseh, saj morajo domačini čim prej ujeti obsedeno žrtev, preden uide v gozd, saj navadno po gozdu blodi nekaj dni, preden se vrne domov. Seksualni aspekt tega kulturnega dogodka je, da mladi moške, ki dirjajo za bolnico, da bi jo ukrotili in razorožili, v gozdu to dekle tudi posilijo. Prav zaradi tega starši svoja mlada dekleta v času grisi napada zapirajo v hiše. Lahko pa je lov na grisi siknis vnaprej dogovorjen. Ženska objavi, kdo ji lahko v času napada sledi v gozd in ko jo le ta nato pripelje domov, se ve, da je med njima prišlo do spolnega odnosa. Posilstvo naj bi imelo funkcijo ukrotitve nevarne bolnice. Ukrotitev tistega, ki je zaradi določenega razloga prevzel vlogo obsedenca, ima funkcijo podreditve, discipliniranja in manifestiranja moči in oblasti. Pri grisi siknis gre predvsem za institucionalizirano obliko ekstremnega izražanja emocij žensk, kar je tudi sicer ena od značilnosti miskitske kulture. Raziskave tega kulturno vezanega sindroma poudarjajo povezavo med grisi boleznijo in mnogimi stresnimi situacijami, ki jih doživljajo ženske. Med stresne situacije se šteje obdobje pred poroko, ko mlada dekleta vedo, da se bodo morala poročiti v zakon, kjer je njihova vloga podrejena in jim ne zagotavlja ekonomske in socialne varnosti. Zakonske zveze so med Miskiti rahle in negotove, saj mnogo moških odide v mesto iskat zaslužek in si tam najdejo novo partnersko zvezo. Grisi siknis izraža po eni strani potrebo po pridobitvi pozornosti v situaciji psihične stiske, po drugi strani pa pomeni protest izražen z ekstremno identifikacijo s stereotipno spolno vlogo.

1.8. ŽIVLJENJE PO PRIHODU IZ BOLNIŠNICE

Življenje po prihodu iz bolnišnice je za ženske še bolj stresno, kot samo bivanje v njej. Poleg stigme, ki jim jo je pustilo bivanje v Psihiatrični kliniki, se nenehno srečujejo z dvomi. Ne vedo kako bodo sedaj skrbele za družino, kako jih bodo sprejeli v službi in kakšen odnos do njih bodo sedaj imeli njihovi najbližji in družba. Prav tako pa se bojijo, da bodo s prihodom v bolnišnico izgubile svojo družino.

SLUŽBA IN ZAPOSLOVANJE

Tanja Lamovec (2003) pravi, da uporabniki psihiatrije upokojujejo bolj zgodaj in da je postopek upokojitve zelo olajšan. Znano je, da so bili v obdobju recesije uporabniki psihiatričnih storitev prvi izključeni iz trga delovne sile. Prav izrazita tekmovalnost in storilnostna naravnost kot tudi bistveno zmanjševanje pravic delavcev jim zbuja strah in občutek nemoči. Zavedajo se, da bi v današnjih razmerah težko zdržali pritiske, ki jih prinaša redno delo. Mnogi uporabniki se morajo zelo truditi, da ohranijo koncentracijo. Tudi vsiljive misli in glasovi, ki večkrat ostanejo tudi potem, ko je kriza mimo, zahtevajo veliko energije, če jih hočejo bolj ali manj obvladovati. Pod časovnim pritiskom uporabniki večinoma ne morejo učinkovito delati, še manj tekmovati z zdravimi kolegi. Dokazano pa je, da so uporabniki zelo produktivni v okolju, ki upošteva njihove specifičnosti in da se pri zaposlenih uporabnikih krize pojavljajo manj pogosto. Upokojitev je za mnoge uporabnike sprva olajšanje. Prinese jim minimalno socialno varnost, rešeni so strahu pred neuspehom, posmehovanjem in podcenjevanjem. Kasneje pa se pri večini začnejo kazati negativni učinki upokojitve: apatija, nesposobnost zapolniti prazen čas, občutki brezperspektivnosti, brezupa, nesmisla in nepotrebnosti. Zveča se tudi zloraba alkohola in drugih substanc. Tisti, ki živijo pri starših, opustijo skoraj vso skrb za svoje biološke potrebe in prenehajo opravljati še tista dela, ki so jih prej. Večina tistih, ki nimajo nikogar, ali nihče ne želi skrbeti za njih, pa iz meseca v mesec vidno propada. Zanemarjajo higienske navade, prehranjujejo se neredno in pogosto se pri njih pojavi brezdomstvo. Hitra upokojitev in kratka delovna doba pa prineseta za seboj nizke pokojnine, kar vodi do tega, da so psihiatrični uporabniki izključeni iz aktivnosti, ki veljajo za običajne. Le teh si ne morejo privoščiti, zato so pogostejše doma s tem pa trpi njihova možnost socializacije. Tako pogosto brezplodno in brezkončno tuhtajo o ujetosti v začaranem krogu. Zaposlitev in znjo samo delo pa pomenita za uporabnike

psihiatričnih storitev vir samopodreditve. Daje jim občutek, da nekaj veljajo, saj so za dobro opravljeno delo plačani.

Delodajalci se še vedno izogibajo zaposlovanju ljudi, ki so se zdravili na psihiatriji in imajo eno izmed psihiatričnih diagnoz. Mnenja so, da ne bodo zmogli naloženega dela in da bodo večino časa prebili v bolnišnici. Tako od njih ne bodo imeli nič le stroške. Na žalost v današnjem času veljaš, dokler si dober in zdrav delavec, ko pride starost in z njim bolezen si le še nezaželen. Tako je v zgodbah žensk zaznati vedno enake stavke: vrgli so me iz službe, ko so izvedeli, da sem bila hospitalizirana in vrgli so me iz službe, ko so izvedeli, da sem se zdravila v Polju. Navajajo spremenjen odnos do njih in njihovega dela, premestitve na nižja in manj zahtevna delovna mesta. Pravijo, da jih po hospitalizaciji v Polju nenehno opazujejo in vsaka gesta jim je sumljiva. Zato ni težko razumeti, zakaj nekatere uporabnice psihiatričnih storitev raje zamolčijo svojo bolezen, ali pa jo zamenjajo z somatsko. Le to ljudje lažje sprejmejo.

SOCIALNE INSTITUCIJE

Vesna Švab in Nace Kovač (1994) sta mnenja, da osebe z izkušnjo dolgotrajne hospitalizacije v psihiatrični bolnišnici na centru za socialno delo ne najdejo ustrezne pomoči in svetovalcev, ki bi bili za to delo strokovno specializirani. Njihova znanja so skromna in večina delavcev sprejema psihično bolne z odporom in strahom pred drugačnostjo. Podpora, ki jo prejemajo, je omejena na zagotavljanje denarne pomoči in na druge administrativne ukrepe. Odpuščeni pacienti so tako obremenjeni s pomanjkanjem samospoštovanja, so socialno nespretni, osiromašeni zaradi bolezni in invalidizirajočega vpliva revne psihiatrične institucije.

Po pomoč se tako obračajo na nevladne organizacije, krizne centre in stanovanjske skupnosti. Tam so deležni boljše obravnave, saj jim pomagajo ljudje, ki so nekoč že bili v enaki stiski.

DRUŽINA

Bernarda Dajčman (1994) navaja, da so raziskave o izražanju čustev (Expressed Emotion) v družinah ljudi, ki so bili hospitalizirani zaradi psihičnih motenj, pokazale, da so se posamezniki, ki so se po zdravljenju vračali v družine, kjer so zelo skrbeli zanje, pogosteje

vračali v bolnišnično oskrbo kot tisti, ki so živeli v družinah z večjo distanco med družinskimi člani. Pretirano izražanje čustev, ki so največkrat negativna ali pa zelo vsiljiva, slabo vplivajo na bivše psihiatrične paciente. Bolj ugoden vpliv ima sodelovanje in nek normalen, ne pretirano zaskrbljen odnos do posameznika. Če v takšnega človeka nenehno silimo, da bi izvedeli, če se dobro počuti, če želi kaj, pa zakaj je tako reagiral in ne drugače, mu zgolj škodimo.

Enakega mnenja je tudi Tanja Lamovec (2006), ki pravi, da toplo, nevsiljivo in strpno domače okolje, ki nudi ustrezne spodbude in pušča posamezniku dovolj svobode, le-tega ščiti pred ponovnimi krizami. Saj so družine včasih pretirano zaskrbljene in osebi, ki je preživela krizo, ne puščajo nobene samostojnosti. Namesto, da bi jim pomagali postopno prevzeti svoje prejšnje odgovornosti in svobodo odločanja o sebi, zavzamejo neke vrste skrbništvo nad njo, kar jo še nadalje utesnjuje. Rezultat te utesnjenosti je ponovna kriza.

Problem družin je tudi v tem, da se z nastankom bolezni izključno posvetijo uporabniku in zanemarjajo druge potrebe. Večina skriva bolezen svojega bližnjega pred prijatelji, ker mislijo, da ne bodo razumeli, medtem ko se drugi raje postopoma distancirajo od prijateljev. Malo pa je takih, ki odkrito povedo, kaj se dogaja z njihovim družinski članom. Veliko uporabnikov psihiatričnih storitev svojci ne jemljejo resno in jih ne poslušajo, tako prihaja do konfliktov in trenj. Zaradi tega napetost narašča in nastopi trenutek, ko je potrebna hospitalizacija, če želi družina preživeti. Člani družine se pogosto počutijo krive, ker si želijo, da bi se stanje uporabnika tako poslabšalo, da bi ga lahko oddali v bolnišnico, ali pa si celo želijo njegove smrti. Razcepljeni so med ljubeznijo do prizadete osebe in željo, da bi se je znebili.

PARTNERSKE ZVEZE IN PRIJATELJSTVO

Partnerski odnos se po vrnitvi domov spremeni. Eni partnerji so do svojih žena zelo zaščitniški in jim skušajo pomagati in stati ob strani. Na svoja ramena si naložijo vsa dela, ki jih je opravljala žena, saj jo želijo razbremeniti. Na žalost velikokrat omagajo in nato se žene začnejo sekirati, da same za vse krive. Smiliti se jim začnejo možje, ki so preobremenjeni in jezne so nase in na svojo bolezen.

Drugi partnerji ne vedo, kako naj se obnašajo, prepričani so, da ne bodo zmogli tega bremena. Zaradi stvari, ki so jih je prej opravljale le žene, se sedaj počutijo izgubljene in preobremenjene. Za pomoč pogosto prosijo svoje starše in s tem se oddaljujejo od svojih žena.

Malo pa je takih partnerjev, ki razumejo ali vsaj skušajo razumeti svojo partnerko, jo pri delu spodbujajo in od nje ne zahtevajo nečesa, kar trenutno še ne zmore. Ob krizah jim stojijo ob strani in jih poslušajo.

Najde pa se peščica partnerjev, ki minimalizirajo bolezen in potrebe svoje žene in želijo, da takoj ob prihodu domov začnejo opravljati dela, ki so jih opravljale prej. Ko nečesa ne zmorejo postanejo verbalno agresivni.

Tanja Lamovec (1998) govori o razlikah, če zboli mož ali žena. Če oboli mož, žena skrbi za otroke, gospodinjstvo, hodi v službo in prevzame vse finančne in organizacijske obveznosti ter je v čustveno oporo možu. Večina žensk uspešno prevzame spremenjeno vlogo in se ji kljub preobremenjenosti posreči ohraniti družino skupaj. Če pa se duševne motnje pojavijo pri ženski, je situacija povsem drugačna. Le redkim moškim se posreči obdržati družino, velika večina družin se razdre. Večina mož se je pripravljena prilagoditi kratkotrajni krizi. Če pa se hospitalizacije ponavljajo, ali če ostanejo rezidualne motnje, ki otežujejo nemoteno opravljanje družinskih nalog, se moške navadno umaknejo in si življenje uredijo kako drugače. Pogosto ženske izgubijo pravico skrbništva nad otrokom.

Prijatelji se obotavljajo, da bi prišli na obisk in sčasoma sploh ne prihajajo več. Ne vedo, kako naj se obnašajo in kaj naj pričakujejo, zato se jih raje izogibajo. Premalo vedo o bolezni njenem nastanku in poteku. Vsega tega se bojijo, saj veljajo psihiatrični bolniki za nevarne. Ostane jim le nekaj pravih prijateljev, ki jim skušajo stati ob strani. Tako navzočnost diagnosticirane osebe v družini oslabi odnose v družini, s prijatelji, sosedi in sorodniki. Tudi otrokom ni prizanešeno, saj doživljajo zavračanje in zasramovanje vrstnikov. Vse to še bolj slabo vpliva na zdravje uporabnikov, saj se počutijo krive za trpljenje svojih najbližjih. Velikokrat menijo, da bi šlo družini bolje, če jih ne bi bilo.

2. PROBLEM

2.1 POBUDE ZA RAZISKAVO

Raziskava je nastala z namenom, da se razvije v diplomsko nalogo in da se z njo pokaže stvarnost in obstoj stigme. Po mnenju B. Mesca (1997) je raziskovanje poizvedovanje, katerega namen je bogatiti znanje o stvarnosti. Stvarnost je za vsakega človeka nekaj drugega. Kar si človek, ki ni nikoli stopil v psihiatrično bolnišnico, vzame kot stvarnost, je za nekoga, ki se zdravi v psihiatrični bolnišnici čisto nekaj drugega, saj se njihovi problemi in načini reševanja močno razlikujejo. Prav zaradi tega sem se odločila, da podrobneje pogledam v svet žensk, ki se v vsakdanjem življenju bojujejo s stigmo psihiatrične bolnice. Stigma je pečat ali znamenje, ki se prilepi nate, pa čeprav si bil v bolnišnici le en dan.

2.2 KAJ SEM POSKUŠALA Z RAZISKAVO UGOTOVITI

Središče raziskave je bila predvsem ženska in njen način boja s stigmo. Zanimalo me je, kako se okolica, družina in sodelavci obnašajo do nje. Ali so se njihovi odnosi spremenili, ko so izvedeli za njeno bolezen in če jih je sploh seznanila z boleznijo. Kako se bojuje z večno stigmo, ki jo je dobila s hospitalizacijo. Kakšno podporo ima od ljudi, ki jo obdajajo.

V raziskavi sem želela odgovore na naslednja vprašanja:

- Kakšen odnos imajo svojci do žensk s psihiatrično diagnozo?
- Kako jo sprejemajo sodelavci in družba?
- Ali so sodelavci in prijatelji seznanjeni z njeno boleznijo?
- Kakšne podpore so deležne v družini in službi?

3. METODOLOGIJA

3.1. VRSTA RAZISKAVE IN SPREMENLJIVKE

Raziskava je kvalitativna in primerjalna, kar pomeni, da raziskavo sestavlja osnovno izkustveno gradivo, zbrano v raziskovalnem procesu kot besedni opis ali pripoved in je v njej to gradivo tudi obdelano in analizirano na beseden način brez uporabe merskih postopkov kot so števila in številčne operacije. (Mesec 1997) Primerjalna je v tem smislu, da je bilo že z branjem druge pripovedi žensk mogoče videti razlike, ki so jih bile deležne zaradi stigme. Ta vrsta raziskave se mi je zdela najbolj primerna zato, ker se z njo niso izgubile zgodbe žensk. Menim, da najbolje vidiš in slišiš le tisto, kar ti nekdo osebno pove. Z osebno izpovedjo ti človek pokaže vso svojo dušo in ne moreš ostati neprizadet zaradi krivic, ki se jim godijo. Le tako si bolj odločen, da jim boš skušal pomagati, saj uvidiš, da niso le številke, ampak ljudje, ki občutijo in trpijo zaradi nerazgledanosti drugih.

Tako sem na osnovi analize intervjujev skušala zajeti stisko, občutke in strahove žensk s psihiatrično diagnozo.

Spremenljivke, ki so me zanimale, so:

- kdo jim nudi podporo,
- kako sprejemajo njeno bolezen domači,
- kakšen odnos imajo sodelavci do nje,
- kakšne so težave na partnerskem področju.

3.2 MERSKI INSTRUMENTI IN VIRI PODATKOV

Merski instrument, ki sem ga uporabljala, je bil intervju. Intervju sem izvedla individualno, saj sem mnenja, da se ljudje prej odpro, če si vzameš čas za njih in tudi več povedo, kot bi v skupini. Tako sem jih lažje vprašala po intimnih stvareh in sledila njihovi življenjski zgodbi.

Vprašanja intervjuja sem imela vnaprej pripravljena, vendar sem jih sproti prilagajala in tudi dodajala podvprašanja, tako da sem izvedela željeno. Včasih so sogovornice zašle s teme pogovora, zato sem jih morala usmeriti h konkretnemu vprašanju in s tem k nadaljevanju na drugo vprašanje. Intervjuji so trajali različno dolgo, nekatere so prosto pripovedovale svojo zgodbo, medtem ko so druge potrebovale več podvprašanj in usmerjanja. Na vsa podvprašanja so odgovorile, vendar pri nekaterih niso želele, da odgovore zapišem.

Pogovori so bili izvedeni osebno v krajih njihovega bivanja. Dva pogovora sta bila izvedena v Litiji, eden v Zagorju in eden v Trbovljah. Za čas, datum in kraj pogovora smo se domenile preko telefona. Vse pogovore sem si zapisovala.

3.3. POPULACIJA

V raziskavi so sodelovale štiri ženske različnih starosti, ki so bile že večkrat hospitalizirane v Psihiatrični kliniki. Njihova starost je od 20 do 62 let.

1. ženska stara 20 let, dvakrat hospitalizirana v Polju, živi doma s starši, prvič zbolela pri 17, poizkus suicida, starši so si zatiskali oči, mama ni mogla sprejeti bolezni, oče ji je stal ob strani, brat jo je zmerjal, po hospitalizaciji so jo doma in v šoli čudno gledali, ogovarjanje za hrbtom, prijateljice so ji stale ob strani, sedaj zaposlena, delodajalec ni seznanjen z njeno boleznijo

2. ženska stara 34 let, hospitalizirana sedemkrat, zbolela pri 20 letih po porodu, poporodna depresija, žalostna, brez volje, ni mogla skrbeti za otroka, iz porodnišnice so jo odpeljali v norišnico, po vrnitvi domov se je vedno poslabšalo, mož je sprva trpel, nato vzel otroka in odšel, ločitev, zanjo je skrbela mama, izgubila je službo, sedaj išče službo, ima slabe odnose z bivšim možem

3. ženska stara 55 let, hospitalizirana trikrat, zbolela pri 40 letih, bolezen v družini, v prometni nesreči je izgubila sina, po pogrebu je začejala videvati mrtvega sina, mož jo je peljal v Polje, vsi so ji pomagali le tašča ne, sedaj je redkeje v bolnišnici, invalidsko upokojena

4. ženska stara 62 let, hospitalizirana petnajstkrat, zbolela pri 14 letih, čudaško dekle, samotarka, verna, tesno povezana z bogom, pri 19 se je poročila, imela otroka, težave so se stopnjevale, mož jo je odpeljal zdravniku, skrbi za njena zdravila, ima slabe odnose s sosedi, živi na kmetiji, je upokojena, skrbi za vnučke

3.4. ZBIRANJE PODATKOV

V Psihiatrični bolnišnici Polje sem predstojnico prosila, če lahko izvedem raziskavo. Ker ni bila zainteresirana, sem se odločila za drugačen pristop. Bolnice, ki so se zdravile na oddelku, kjer sem zaposlena, sem po odpustu povprašala, če bi sodelovale pri moji raziskavi. Nekaj jih je odklonilo sodelovanje, štiri pa so sprejele. Izmenjale smo si telefonske številke in po nekaj dneh sem jih kontaktirala. Še enkrat sem jim razložila potek dela, zagotovila anonimnost podatkov in možnost odklonitve, vendar so vse sprejele. Zmenile smo se za individualne intervjuje in prilagajala sem se njihovim potrebam. Srečala sem se z vsako na njihovem domu. Menile so, da je tako zasebnost še najboljše zagotovljena. Strinjale so se, da njihove zgodbe sproti zapisujem. Na koncu intervjuja smo v mirnem klepetu spile pijačo in zahvalila sem se jim za sodelovanje. Vsaki sem na vpogled poslala končni izdelek raziskave in vse so bile zadovoljne.

3.5. OBDELAVA IN ANALIZA PODATKOV

Analizo empiričnega gradiva sem opravila s kvalitativno metodo. Pogovore sem s soglasjem sogovornic sproti dobesedno zapisovala. Izjave, ki sem jih kasneje uporabila v analizi, so podčrtane.

3.5.1 IZBOR RELEVANTNIH DELOV BESEDIL

Iz dobesednih zapisov pogovorov sem uporabila samo tiste dele besedila, ki so bili za raziskavo bistveni in so se nanašali na vprašanja, ki so me zanimala.

Podčrtala in izpisala sem tiste izjave, ki so se nanašale na osebo, bolezen, podporo, sprejemanje in zaposlitev.

Posameznim enotam sem pripisala pojem, ki je najbolj zajel bistvo izpisanega dela in na koncu izjave, ki so se nanašale na isti vsebinski vidik, združila v skupno kategorijo.

3.6.POVZETEK ZAPISOV POGOVOROV IN PODČRTANE IZJAVE IN BESEDE, KI SE NANAŠAJO OSEBO, BOLEZEN, PODPORO, SPREJEMANJE, ZAPOSLOITEV

ŽENSKA 1

Prvič sem zbolela pri sedemnajstih letih. Starši moje bolezni dolgo niso prepoznali, menili so, da sem pač najstnica in bizarno vedenje spada k temu. Zapirala sem se vase, nič nisem jedla, odtujila sem se od prijateljev in nisem hodila ven. Ko sem si prvič skušala vzeti življenje, me je oče končno odpeljal k psihiatru. Mama ni mogla sprejeti moje bolezni, zato sva se počasi odtujevali. Stopila je v zavezništvo z mojim bratom in se obnašala kot, da ne obstajam. Bratu je pozornost ugajala in kmalu me je tudi on začel zmerjati z noro babo. Na obisk v bolnišnico je prišla le enkrat, pa še to le zaradi pritiskov očeta. Oče, ja oče, pa je zlat, nenehno je skrbel zame. Še sedaj se lahko zanesem nanj. Ni se sramoval, da sem bolna, ker tega nisem želela. V šoli je razredničarka povedala vsem, kaj sem storila in ko sem prišla nazaj v šolo, so me nekateri sošolci čudno gledali. Kmalu je vsa šola vedela, da sem bila na psihiatriji in noben fant ni hotel iti z mano ven. Velikokrat so nekaj šepetali za mojim hrbtom. Enkrat sem ujela besede, škoda, ker je nora, saj je prav lušna. Od takrat nisem imela nobenega fanta. Najboljše prijateljice vedo, da imam depresijo in mi stojijo ob strani, drugi pa naj se brigajo zase. Sedaj delam in mojemu nadrejenemu sem zamolčala težave, ker ne vem, kako bo to sprejel. Do sedaj nisem imela nobenih kriz v službi in upam, da bo tako tudi naprej. Za bolezen ve le ena sodelavka, ki pa je tudi moja prijateljica.

ŽENSKA 2

Zbolela sem po porodu pri dvajsetih letih. Zdravniki so mi dali diagnozo poporodna depresija. Že v nosečnosti se nisem počutila dobro vendar temu nisem dajala velkega pomena. Ko sem rodila, nisem čutila ničesar do otroka. Bila sem žalostna, brez volje, nisem ga mogla rihtati, to so delale sestre, pa na živce mi je šel, ker se je nenehno drl. Karkoli sem naredila, ni bilo prav. Iz porodnišnice so me odpeljali v norišnico. Tam sem se hitro uredila, vendar se mi je doma vedno poslabšalo. Zdelo se mi je, da se otrok dere samo, da me vidi. Nisem mogla vstati iz

postelje in skuhati. Vse je bilo razmetano. Mož je sprva še trpel vse to, nato so pa njemu začeli popuščati živci. Po petih letih nenehnih obiskov v bolnišnici, je imel dovolj, vzel je otroka in šel živeti k svoji mami. Dosegel je, da so mi odvzeli otroka in mu dodelili skrbništvo. K meni je prišla živet mama, ki je skrbela zame, dokler se nisem znova uredila. V tem času sem zaradi odsotnosti izgubila službo. Nič jim ni bilo mar zame, še pogledat me ni nobeden prišel. Sedaj sem urejena že osem mesecev, tu pa tam imam še kakšno krizo, vendar gre. Iščem si službo, upam, da jo bom dobila. Otroka vidim enkrat na teden, z bivšim možem se še vedno ne pogovarjava preveč. Bolj se kregava glede vzgoje, seveda ima on zadnjo besedo pri vsem. Še vedno sem jezna nanj, ker me je zapustil. Saj nisem nalašč bila taka, to je bila bolezen. Ah, upam, da bo šlo.

ŽENSKA 3

Zbolela sem petnajst let nazaj pri štiridesetih. Sprva sem mislila, da me bo bolezen preskočila, vendar me ni. Bolni sta tako mama kot teta. Vse se je začelo, ko sem v prometni nesreči izgubila sina. Star je bil komaj dvajset let in je umrl v hudi prometni nesreči. Nek pijanec se je zabil v avto petih fantov, ki so se vračali iz zabave. Dva sta umrla, trije pa so bili hudo ranjeni. Po njegovem pogrebu so se mi začele dogajati čudne stvari. Videla sem svojega mrtvega sina in se z njim pogovarjala. Kmalu več nisem ločila, kaj je res in kaj ne. Mož mi je nenehno dopovedoval, da si domišljam stvari in me je včasih za par trenutkov vrnil v realnost. Ampak tam mi ni bilo lepo, lepše je bilo v mojem svetu s sinom, kjer smo bili še družina. Kmalu je mož spoznal, da mi sam ne bo mogel pomagat in me je odpeljal na sprejem v Polje. Tam sem bila skoraj pol leta. Hči in mož sta hodila k meni na obiske in na pogovore k psihiatru. Moža nikoli nisem slišala jamrati. Skrbel je zame, za gospodinjstvo in hodil v službo. Včasih mi je rekel, ne skrbi zame, le pozdravi se. Vedela sem, da mu je hudo, zato sem se želela hitro pozdraviti. Moje težave so vsi sprejeli z razumevanjem. Le tašča, ki me nikoli ni marala, je bila še bolj nesramna kot prej. Enkrat, ko je bila pri nas, je rekla, no vidiš kaj si si nakopal, noro babo, sem ti rekla, da ne bo nič iz nje. Mož je znorel in jo postavil pred vrata. Kasneje sta se sicer pobotala in njen odnos do mene se je bistveno izboljšal. Od takrat sem bila v Polju le še dvakrat, naučila sem se opazovati in takoj, ko nekaj ni tako, kot bi moralo biti, ko začnem zahajati v drug svet, odidem k zdravniku. Tako so moji dnevi tam krajši in hitreje sem spet doma. Zaposlena nisem, od leta 1999 sem invalidsko upokojena.

ŽENSKA 4

Zbolela sem že kot najstnica. Mislim, da mi je bilo takrat štirinajst let. Nihče ni vedel, kaj mi je, zdravniki takrat niso imeli pojma. Tako sem na vasi veljala za čudaško dekle. Bila sem dekle, ki se ni družilo z nikomer, bolj samotarska in zelo verna. Vaščani so mislili, da sem vzvišena in da se imam za nekaj več. V resnici pa sem slišala božji glas, ki mi je velel, da sem namenjena za nekaj velikega. Zato se nisem smela družiti z nikomer, ki ni bil všeč njemu, mojemu gospodu. Starši se niso čudili mojem vedenju. Rekli so le, tako kot nam je bog dal, tako imamo tudi mi radi. Poročila sem se pri devetnajstih in odšla živeti k možu. Po prvem otroku so se težave še povečale. Počutila sem se umazano, saj sem imela otroka z moškim, ki ga moj gospod ni odobral. Vedno pogosteje sem se zaklepala v kopalnico in drgnila po celem telesu s krtačo, da izperem umazanijo iz sebe. Drgnila sem se toliko časa, dokler nisem zakravela. Mož je to opazil in me skušal prepričati, da rabim pomoč. Odpeljal me je k zdravniku in dobivala sem neke injekcije. Stanje se mi je hitro popravilo in odšla sem domov. Vsake tolko časa odidem zopet v bolnišnico, vendar me tam vedno uredijo. Včasih se mi kar poslabša kljub temu, da jemljem tablete, drugič jih neham sama jemati, ker so stanski učinki prehudi ali pa kar pozabim nanje. Že nekaj časa mož skrbi, da vzamem tablete. Sprva sem se tega branila, ker sem mislila, da me hoče imeti pod kontrolo. Vendar je priznal, da me ima rad in da me raje vidi doma kot v bolnišnici. Živim na vasi, zato svojih težav nisem mogla skriti. Nekateri sosede se niso nikoli grdo vedli do mene, drugi pa so me ignorirali in opravljali. Ne sekiram se glede tega, glavno je, da imam svojo družino in prijatelje. Doma imamo veliko dela, saj imamo majhno kmetijo in nekaj glav živine. Poleg kmetije pa že deset let, odkar sem upokojena, skrbim še za vnučke.

3.7. IZPIS PODČRTANIH DELOV IZJAV IN BESED

ŽENSKA 1

1. Prvič sem zbolela pri sedemnajstih letih.
2. Zapijala sem se vase, nič nisem jedla, odtujila sem se od prijateljev in nisem hodila ven.
3. Ko sem si prvič skušala vzeti življenje, me je oče končno odpeljal k psihiatru.
4. Mama ni mogla sprejeti moje bolezni
5. obnašala, kot da ne obstajam
6. me je tudi on začel zmerjati z noro babo

7. oče pa je zlat, nenehno je skrbel zame
8. Na obisk v bolnišnico je prišla le enkrat
9. v šolo so me nekateri sošolci čudno gledali
10. noben fant ni hotel iti z mano ven
11. Velikokrat so nekaj šepetali za mojim hrbtom
12. Najboljše prijateljice vedo, da imam depresijo in mi stojijo ob strani
13. nadrejenemu sem zamolčala težave
14. Za bolezen ve le ena sodelavka
15. Sedaj delam

ŽENSKA 2

16. Zbolela sem po porodu pri dvajsetih letih.
17. Ko sem rodila, nisem čutila ničesar do otroka. Bila sem žalostna, brez volje, nisem ga mogla rihitati
18. Nisem mogla vstati iz postelje in skuhati.
19. Mož je sprva še trpel vse to, nato so pa njemu začeli popuščati živci
20. vzel je otroka in šel živeti k svoji mami
21. da so mi odvzeli otroka in mu dodelili skrbništvo.
22. K meni je prišla živeti mama, ki je skrbela zame
23. V tem času sem zaradi odsotnosti izgubila službo.
24. Nič jim ni bilo mar zame, še pogledat me ni nobeden prišel.
25. Iščem si službo
26. z bivšim možem se še vedno ne pogovarjava preveč.
27. Bolj se kregava glede vzgoje

ŽENSKA 3

28. Zbolela sem petnajst let nazaj pri štiridesetih.
29. Vse se je začelo, ko sem v prometni nesreči izgubila sina.
30. Po njegovem pogrebu so se mi začele dogajati čudne stvari. Videla sem svojega mrtvega sina in se z njim pogovarjala.
31. Kmalu je mož spoznal, da mi sam ne bo mogel pomagat in me je odpeljal na sprejem v Polje.
32. Hči in mož sta hodila k meni na obiske in na pogovore k psihiatru.

33. Skrbel je zame, za gospodinjstvo in hodil v službo
34. Moje težave so vsi sprejeli z razumevanjem.
35. Le tašča, ki me nikoli ni marala, je bila še bolj nesramna kot prej.
36. Zaposlena nisem, od leta 1999 sem invalidsko upokojena.

ŽENSKA 4

37. Zbolela sem že kot najstnica
38. Tako sem na vasi veljala za čudaško dekle.
39. Bila sem dekle, ki se ni družilo z nikomer, bolj samotarska in zelo verna.
40. V resnici pa sem slišala božji glas, ki mi je velel, da sem namenjena za nekaj velikega.
41. nisem smela družiti z nikomer, ki ni bil vseč njemu, mojemu gospodu.
42. Počutila sem se umazano, saj sem imela otroka z moškim, ki ga moj gospod ni odobral
43. Mož je to opazil in me skušal prepričati, da rabim pomoč
44. Odpeljal me je k zdravniku
45. Že nekaj časa mož skrbi, da vzamem tablete.
46. Nekateri sosedje se niso nikoli grdo vedli do mene, drugi pa so me ignorirali in opravljali.
47. pa že deset let, odkar sem upokojena, skrbim še za vnučke.

3.8. KODIRANJE IN UREDITEV IZJAV GLEDE NA OSEBO, BOLEZEN, PODPORA, SPREJEMANJE IN ZAPOSILITEV

- **OSEBA**; kdaj so zbolele
- **BOLEZEN**; kakšne težave so imele
- **PODPORA**; odnos svojcev do njih v času bolezni
- **SPREJEMANJE**; kako jih je sprejela okolica
- **ZAPOSILITEV**; ali so zaposlene/imajo službo

OSEBA

1. Prvič sem zbolela pri sedemnajstih letih.
16. Zbolela sem po porodu pri dvajsetih letih.
28. Zbolela sem petnajst let nazaj pri štiridesetih
37. Zbolela sem že kot najstnica

BOLEZEN

2. Zapirala sem se vase, nič nisem jedla, odtujila sem se od prijateljev in nisem hodila ven.
3. Ko sem si prvič skušala vzeti življenje, me je oče končno odpeljal k psihiatru.
17. Ko sem rodila, nisem čutila ničesar do otroka. Bila sem žalostna, brez volje, nisem ga mogla rihtati
18. Nisem mogla vstati iz postelje in skuhati.
29. Vse se je začelo, ko sem v prometni nesreči izgubila sina.
30. Po njegovem pogrebu so se mi začele dogajati čudne stvari. Videla sem svojega mrtvega sina in se z njim pogovarjala.
38. Tako sem na vasi veljala za čudaško dekle.
39. Bila sem dekle, ki se ni družilo z nikomer, bolj samotarska in zelo verna.
40. V resnici pa sem slišala božji glas, ki mi je velel, da sem namenjena za nekaj velikega.
41. nisem smela družiti z nikomer, ki ni bil všeč njemu, mojemu gospodu
42. Počutila sem se umazano, saj sem imela otroka z moškim, ki ga moj gospod ni odobral

PODPORA

4. Mama ni mogla sprejeti moje bolezni
5. obnašala kot, da ne obstajam
6. me je tudi on začel zmerjati z noro babo
7. oče, pa je zlat, nenehno je skrbel zame
8. Na obisk v bolnišnico je prišla le enkrat
19. Mož je sprva še trpel vse to, nato so pa njemu začeli popuščati živci
20. vzel je otroka in šel živeti k svoji mami
21. da so mi odvzeli otroka in mu dodelili skrbništvo.
22. K meni je prišla živet mama, ki je skrbela zame
26. z bivšim možem se še vedno ne pogovarjava preveč.
27. Bolj se kregava glede vzgoje
31. Kmalu je mož spoznal, da mi sam ne bo mogel pomagat in me je odpeljal na sprejem v Polje.
32. Hči in mož sta hodila k meni na obiske in na pogovore k psihiatru.
33. Skrbel je zame, za gospodinjstvo in hodil v službo
43. Mož je to opazil in me skušal prepričati, da rabim pomoč
44. Odpeljal me je k zdravniku
45. Že nekaj časa mož skrbi, da vzamem tablete.

SPREJEMANJE

9. v šolo so me nekateri sošolci čudno gledali
10. noben fant ni hotel iti z mano ven
11. Velikokrat so nekaj šepetali za mojim hrbtom
12. Najboljše prijateljice vedo, da imam depresijo in mi stojijo ob strani
13. nadrejenemu sem zamolčala težave
14. Za bolezen ve le ena sodelavka
24. Nič jim ni bilo mar zame, še pogledat me ni nobeden prišel.
34. Moje težave so vsi sprejeli z razumevanjem.
35. Le tašča, ki me nikoli ni marala, je bila še bolj nesramna kot prej.
46. Nekateri sosedje se niso nikoli grdo vedli do mene, drugi pa so me ignorirali in opravljali.

ZAPOSLITEV

15. Sedaj delam
25. Iščem si službo
36. Zaposlena nisem, od leta 1999 sem invalidsko upokojena.
47. pa že deset let, odkar sem upokojena, skrbim še za vnučke.

3.9.1. KODIRANJE ZNOTRAJ POSAMEZNIH FAZ

OSEBA	
1. Prvič sem zbolela pri sedemnajstih letih.	mladoletna
16. Zbolela sem po porodu pri dvajsetih letih	odrasla
28. Zbolela sem petnajst let nazaj pri štiridesetih	odrasla
37. Zbolela sem že kot najstnica	mladoletna

BOLEZEN	
2. Zapirala sem se vase, nič nisem jedla, odtujila sem se od prijateljev in nisem hodila ven.	izolacija
3. Ko sem si prvič skušala vzeti življenje, me je oče končno odpeljal k psihiatru.	poizkus samomora
17. Ko sem rodila, nisem čutila ničesar do otroka. Bila sem žalostna, brez volje, nisem ga mogla rihtati	otopelost, brezvoljnost

18. Nisem mogla vstati iz postelje in skuhati.	brezvoljnost
29. Vse se je začelo, ko sem v prometni nesreči izgubila sina.	tragična izguba
30. Po njegovem pogrebu so se mi začele dogajati čudne stvari. Videla sem svojega mrtvega sina in se z njim pogovarjala.	blodnje
38. Tako sem na vasi veljala za čudaško dekle.	drugačnost
39. Bila sem dekle, ki se ni družilo z nikomer, bolj samotarska in zelo verna.	izolacija
40. V resnici pa sem slišala božji glas, ki mi je velel, da sem namenjena za nekaj velikega.	blodnje
41. nisem smela družiti z nikomer, ki ni bil všeč njemu, mojemu gospodu	izolacija
42. Počutila sem se umazano, saj sem imela otroka z moškim, ki ga moj gospod ni odobral	blodnje

PODPORA	
4. Mama ni mogla sprejeti moje bolezni	zanikanje
5. obnašala kot, da ne obstajam	ignoriranje
6. me je tudi on začel zmerjati z noro babo	verbalna agresija
7. oče, pa je zlat, nenehno je skrbel zame	skrb
8. Na obisk v bolnišnico je prišla le enkrat	ignoriranje
19. Mož je sprva še trpel vse to, nato so pa njemu začeli popuščati živci	izčrpanost
20. vzel je otroka in šel živeti k svoji mami	ločitev
21. da so mi odvzeli otroka in mu dodelili skrbništvo.	ločitev
22. K meni je prišla živet mama, ki je skrbela zame	skrb
26. z bivšim možem se še vedno ne pogovarjava preveč.	izguba komunikacije
27. Bolj se kregava glede vzgoje	prepirl
31. Kmalu je mož spoznal, da mi sam ne bo mogel pomagat in me je odpeljal na sprejem v Polje.	pomoč, spoznanje
32. Hči in mož sta hodila k meni na obiske in na pogovore k psihiatru.	skrb

33. Skrbel je zame, za gospodinjstvo in hodil v službo	skrb
43. Mož je to opazil in me skušal prepričati, da rabim pomoč	spoznanje
44. Odpeljal me je k zdravniku	pomoč
45. Že nekaj časa mož skrbi, da vzamem tablete.	skrb

SPREJEMANJE	
9. v šolo so me nekateri sošolci čudno gledali	nerazumevanje
10. noben fant ni hotel iti z mano ven	izogibanje
11. Velikokrat so nekaj šepetali za mojim hrbtom	opravljanje
12. Najboljše prijateljice vedo, da imam depresijo in mi stojijo ob strani	opora, zaupanje
13. nadrejenemu sem zamolčala težave	nezaupanje, strah
14. Za bolezen ve le ena sodelavka	zaupanje
24. Nič jim ni bilo mar zame, še pogledat me ni nobeden prišel.	izogibanje, ignoriranje
34. Moje težave so vsi sprejeli z razumevanjem.	sprejemanje drugačnosti
35. Le tašča, ki me nikoli ni marala, je bila še bolj nesramna kot prej.	nerazumevanje
46. Nekateri sosedje se niso nikoli grdo vedli do mene, drugi pa so me ignorirali in opravljali.	opravljanje sprejemanje(drug)

ZAPOSLOITEV	
15. Sedaj delam	zaposlena
25. Iščem si službo	nezaposlena
36. Zaposlena nisem, od leta 1999 sem invalidsko upokojena.	upokojena
47. pa že deset let, odkar sem upokojena, skrbim še za vnučke.	upokojena

3.9.2. UREJANJE IZJAV V KATEGORIJE PO KODAH

OSEBA

Mladoletna

1. Prvič sem zbolela pri sedemnajstih letih

37. Zbolela sem že kot najstnica

Odrasla

16. Zbolela sem po porodu pri dvajsetih letih

28. Zbolela sem petnajst let nazaj pri štiridesetih

BOLEZEN

Izolacija

2. Zapirala sem se vase, nič nisem jedla, odtujila sem se od prijateljev in nisem hodila ven.

39. Bila sem dekle, ki se ni družilo z nikomer, bolj samotarska in zelo verna.

41. nisem smela družiti z nikomer, ki ni bil všeč njemu, mojemu gospodu

Poizkus samomora

3. Ko sem si prvič skušala vzeti življenje, me je oče končno odpeljal k psihiatru.

Otopelost, brezvoljnost

17. Ko sem rodila, nisem čutila ničesar do otroka. Bila sem žalostna, brez volje, nisem ga mogla rihitati

18. Nisem mogla vstati iz postelje in skuhati.

Tragična izguba

29. Vse se je začelo, ko sem v prometni nesreči izgubila sina.

Blodnje

30. Po njegovem pogrebu so se mi začele dogajati čudne stvari. Videla sem svojega mrtvega sina in se z njim pogovarjala.

40. V resnici pa sem slišala božji glas, ki mi je velel, da sem namenjena za nekaj velikega.

42. Počutila sem se umazano, saj sem imela otroka z moškim, ki ga moj gospod ni odobraval

Drugačnost

38. Tako sem na vasi veljala za čudaško dekle.

PODPORA

Zanikanje

4. Mama ni mogla sprejeti moje bolezni

Ignoriranje

5. obnašala kot, da ne obstajam

8. Na obisk v bolnišnico je prišla le enkrat

Verbalna agresija

6. me je tudi on začel zmerjati z noro babo

Skrb

7. oče, pa je zlat, nenehno je skrbel zame

22. K meni je prišla živet mama, ki je skrbela zame

32. Hči in mož sta hodila k meni na obiske in na pogovore k psihiatru.

33. Skrbel je zame, za gospodinjstvo in hodil v službo

45. Že nekaj časa mož skrbi, da vzamem tablete

Izčrpanost

19. Mož je sprva še trpel vse to, nato so pa njemu začeli popuščati živci

Ločitev

20. vzel je otroka in šel živeti k svoji mami

21. da so mi odvzeli otroka in mu dodelili skrbništvo.

Izguba komunikacije

26. z bivšim možem se še vedno ne pogovarjava preveč.

Prepir

27. Bolj se kregava glede vzgoje

Pomoč

31. Kmalu je mož spoznal, da mi sam ne bo mogel pomagat in me je odpeljal na sprejem v Polje.

44. Odpeljal me je k zdravniku

Spoznanje

31. Kmalu je mož spoznal, da mi sam ne bo mogel pomagat in me je odpeljal na sprejem v Polje.

43. Mož je to opazil in me skušal prepričati, da rabim pomoč

SPREJEMANJE

Nerazumevanje

9. v šolo so me nekateri sošolci čudno gledali

35. Le tašča, ki me nikoli ni marala, je bila še bolj nesramna kot prej.

Izogibanje

10. noben fant ni hotel iti z mano ven

24. Nič jim ni bilo mar zame, še pogledat me ni nobeden prišel.

Opravljanje

11. Velikokrat so nekaj šepetali za mojim hrbtom

46. Nekateri sosedje se niso nikoli grdo vedli do mene, drugi pa so me ignorirali in opravljali.

Opora

12. Najboljše prijateljice vedo, da imam depresijo in mi stojijo ob strani

Zaupanje

12. Najboljše prijateljice vedo, da imam depresijo in mi stojijo ob strani

14. Za bolezen ve le ena sodelavka

Nezaupanje, strah

13. nadrejenemu sem zamolčala težave

Sprejemanje drugačnosti

34. Moje težave so vsi sprejeli z razumevanjem.

46. Nekateri sosedje se niso nikoli grdo vedli do mene, drugi pa so me ignorirali in opravljali.

ZAPOSLOITEV

Zaposlena

15. Sedaj delam

Nezaposlena

25. Iščem si službo

Upokojena

36. Zaposlena nisem, od leta 1999 sem invalidsko upokojena.

47. pa že deset let, odkar sem upokojena, skrbim še za vnučke.

3.9.3. DEFINIRANJE POJMOV

OSEBA

Mladoletna

- zbolela pred starostjo osemnajst let

Odrasla

- zbolela po osemnajstem letu starosti

BOLEZEN

Izolacija

- v času bolezni so se umikale od ljudi v samoto

Poizkus samomora

- v bolezni so si nekatere skušale odvzeti življenje

Otopelost, brezvoljnost

- v bolezni so se pojavljali občutki otopelosti, bile so brez volje

Tragična izguba

- izguba ljubljene osebe

Blodnje

- nerealni občutki in videnja v času bolezni

Drugačnost

- nekateri so veljali za čudne zaradi drugačnega vedenja

PODPORA**Zanikanje**

- svojci so težko sprejeli bolezen

Ignoriranje

- nekateri svojci se niso zmenili za bolne

Verbalna agresija

- zmerjanje, poniževanje človeka, ki je drugačen

Skrb

- starši skrbijo za svoje bolne otroke, nudijo jim pomoč

Izčrpanost

- svojci so izčrpani od skrbi za obolelega člana družine

Ločitev

- pogosto je prišlo do ločitve zakoncev in otrok

Izguba komunikacije

- izguba komunikacije v družini in med partnerji

Prepir

- pogosti prepri zakoncev glede vzgoje otrok

Pomoč

- svojci spoznajo potrebo po strokovni pomoči

Spoznanje

- svojci spoznajo svojo nemoč pri zdravljenju in potrebo po pomoči s strani zdravnikov

SPREJEMANJE

Nerazumevanje

- okolica ne razume poteka in delovanja bolezni

Izogibanje

- okolica se izogiba obolelega človeka

Opravljanje

- nekateri ljudje opravljajo obolelega človeka

Opora

- bližnji nudijo oporo obolelemu

Zaupanje

- najbližji razumejo in stojijo ob strani obolelemu

Nezaupanje, strah

- oboleli težko zaupajo nadrejenim svoje težave

Sprejemanje drugačnosti

- nekateri ljudje z razumevanjem sprejmejo obolelega

ZAPOSLOSTEV

Zaposlena

- je v delovnem razmerju

Nezaposlena

- ni v delovnem razmerju

Upokojena

- ni potrebno delati

3.9.4. OBLIKOVANJE MODELA ODNOSA MED POJMI

OSEBA

- Mladoletna
- Odrasla

BOLEZEN

- Izolacija
- Poizkus samomora

- Otopelost, brezvoljnost
- Tragična izguba
- Blodnje
- Drugačnost

PODPORA

- Zanikanje
- Ignoriranje
- Verbalna agresija
- Skrb
- Izčrpanost
- Ločitev
- Izguba komunikacije
- Prepir
- Pomoč
- Spoznanje

SPREJEMANJE

- Nerazumevanje
- Izogibanje
- Opravljanje
- Opora
- Zaupanje
- Nezaupanje, strah
- Sprejemanje drugačnosti

ZAPOSLOITEV

- Zaposlena
- Nezaposlena
- Upokojena

4 REZULTATI

4.1. OSEBA

Iz danih izjav sem prišla do spoznanja, da bolezen ne izbira koga bo prizadela. V raziskavo so bile vključene štiri ženske različnih starosti, ki so zbolele v različnih obdobjih življenja.

4.2. BOLEZEN

Pojav psihiatrične bolezni v družini pretrese tako obolelega kot njihove družinske člane. Oboleli ne razumejo, kaj se dogaja z njimi, ne vedo kaj je narobe in ne ločijo bolezni od realnosti. Zato se zapirajo vase, počasi izgubljajo prijatelje in zapadajo v začaran krog bolezni. V svojem doživljanju, ki prehaja od globoke žalosti do pretiranega veselja, od sumničavosti, ki vodi že v grozavost, so pod vplivom nerealnih doživetij sposobni škodovati tako sebi kot drugim. Starši in svojci pogosto prepozno ugotovijo, da je nekaj narobe z njihovim otrokom ali partnerjem. Velikokrat pripisujejo bizarno vedenje mladosti ali pa ga označijo kot posebneža, čudaka. Bolezen je lahko prisotna v človeku že od mladosti, vendar pride na površje takrat, ko smo pod hudim pritiskom, oziroma, ko se nam pripeti huda tragedija, ki spremeni naše življenje. Psihiatrične bolezni so podobne raku, saj kljub temu, da jemlješ zdravila, se ti bolezen lahko ponovi. Bolezen ne izbira in lahko prizadane vsakogar v kateremkoli obdobju življenja.

4.3. PODPORA

Vsaka družina in njeni družinski člani se drugače spopadajo z svojcem, ki dobi diagnozo psihiatričnega bolnika. Nekatri mu stojijo ob stani vrsto let, mu nudijo podporo in pomoč. Drugi pa težko sprejmejo, da je njihov otrok ali partner zbolel. Zapirajo si oči pred boleznijo, ga ignorirajo, zapustijo ali pa kar je najhuje, izločijo iz družine. Pred prijatelji in sosedmi skušajo prikriti resnico in se vedejo, kot da ni nič narobe. S tem lažje in odklanjajo pomoč sebi in svojemu svojcu.

4.4. SPREJEMANJE

Tako kot družina tudi okolica različno sprejema psihiatričnega bolnika. Nekateri sosede in sodelavci vedo, da bolezen ne izbira in da v bližnji prihodnosti lahko zbolijo tudi oni ali njihovi najbližji. Medtem pa si drugi zapirajo oči in menijo, da je sam kriv, da je zbolel. Ljudje s takim mišljenjem težko sprejmejo psihiatričnega bolnika med sebe. Pogosto mu dajejo občutke manjvrednosti in drugačnosti. Velikokrat jih tudi žalijo in opravljajo. Prav zaradi tega ljudje pogosto prikrivajo, da so se zdravili v Psihiatrični kliniki.

4.5. ZAPOSLETEV

Večina psihiatričnih bolnikov težko obdrži službo. Zaradi bolezni so tudi pogostejše premeščeni na nižja in lažja delovna mesta, ki ne ustrezajo njihovi izobrazbi. Nekateri bolniki prikrivajo svojo bolezen sodelavcem in nadrejenim prav zato, ker menijo, da jih bodo premestili ali pa da jih sploh ne bodo želeli zaposliti. Ljudje vedo, da je v današnjem času težko dobiti službo, če si zdrav, še težje pa če si bolan, saj noben delodajalec ne želi imeti na plačilni listi nekoga, ki je pogosto na bolniški.

5. RAZPRAVA

Ideja je nastala iz dolgoletnega dela s psihiatričnimi bolniki. V desetih letih dela na psihiatriji sem slišala veliko zgodb. Nekatere so mi ostale v spominu še danes. Sprva sem se glede raziskave obrnila na predstojnico Psihiatrične klinike, vendar nisem bila deležna razumevanja in podpore. Zato sem se odločila za terensko raziskavo v okolici svojega kraja. Za sodelovanje sem vprašala nekaj žensk, ki so že bile na zdravljenju v Psihiatrični kliniki. Zagotovila sem jim anonimnost in vpogled v končni izdelek. Vsaka izmed žensk me pozna in so bile zato pripravljene sodelovati. Pred njihovimi pripovedmi sem jim razložila kaj je glavna nit raziskave. Med pripovedjo sem jih poslušala in si zapisovala. Včasih, če česa nisem dobro razumela, sem jih prekinila in jim postavila še kakšno vprašanje. Po končani pripovedi sem povzela zapisano, da sem preverila veljavnost podanih podatkov. Kljub temu, da sem slišala že veliko zgodb s strani svojcev in bolnikov, so me nekatere pripovedi presenetile.

Razumem tako svojce kot bolnike. Na eni strani so svojci, ki so pod stresom zaradi bolezni bližnjega. Skušajo jim stati ob strani, vendar so razpeti med zaupanjem in nadzorom. Po eni strani jim želijo zaupati, da jemljejo zdravila in upoštevajo nasvete zdravnika, po drugi strani vedo, da če jih ne bodo nadzirali, bodo leti, tako kot vedno, nehali z jemanjem zdravil. In tako se bo spet pojavil začaran krog nenehnih hospitalizacij. Na drugi strani pa so bolniki, ki imajo dovolj jemanja pesti zdravil in hudih stranskih učinkov, zato takoj, ko bolezen ponikne, prenehajo z jemanjem zdravil, saj se počutijo dobro.

Vendar niso le zdravila kriva za pogoste hospitalizacije. Po mnenju Bernarde Dajčman (1994) so raziskave o izražanju čustev (Expressed Emotion) v družinah ljudi, ki so bili hospitalizirani zaradi psihičnih motenj, pokazale, da so se posamezniki, ki so se po zdravljenju vračali v družine, kjer so zelo skrbeli zanje, pogosteje vračali v bolnišnično oskrbo kot tisti, ki so živeli v družinah z večjo distanco med družinskimi člani. Pretirano izražanje čustev, ki so največkrat negativna ali pa zelo vsiljiva, slabo vplivajo na bivše psihiatrične paciente. Bolj ugoden vpliv ima sodelovanje in nek normalen, ne pretirano zaskrbljen odnos do posameznika. Če v takšnega človeka nenehno silimo, da bi izvedeli, če se dobro počuti, če želi kaj, pa zakaj je tako reagiral in ne drugače, mu zgolj škodimo. Na žalost pa so zdravila tista, katerih slabi učinki so prej vidni kot slabi odnosi v družini. Zdravila so po mnenju Vita Flakerja (1995) postala vidni reprezentant duševne bolezni in javnost ima pogosto stranske učinke zdravil (slinavost, prestopanje, težave z artikulacijo gibov in govora) za znake duševne bolezni. Zaradi trenutnega dobrega počutja in hudih stranskih učinkov pogosto opustijo jemanje zdravil. Ne izučijo jih števile hospitalizacije, katerih vzrok je prenehanje jemanja zdravil in razlage, da včasih kljub rednemu jemanju pride do poslabšanja bolezni. Njihov edini cilj je živeti brez zdravil, dokončati študij, imeti službo in družino, tako kot drugi ljudje. Ne željo pesti zdravil, nenehnih opazk na račun bolezni, brezposelnosti, želijo le zdravje. Na žalost pa bolezen ne izbira, obolijo tako mlade kot nekoliko starejše ženske. Pri nekaterih je bolezen dedna, druge zbolijo, ker so pod velikim stresom, tretje pa v bolezen pahne izguba bližnjega. V bolezni težko ločijo, kaj je prav in kaj narobe, zato so pogosto svojci tisti, ki uvidijo, da je nekaj narobe z njihovim najbližjim in jih privedejo do psihiatra. Hospitalizacije so različno dolge od nekaj mesecev do nekaj let, kar se zdi meni skrajno nesprejemljivo, saj se zaradi dolge odsotnosti od družine in svojcev začnejo vezi med njimi krhati. Svojci imajo dovolj posedanja v bolnišnici in nezmožnosti podpore svojega partnerja. Tako se pogosto zgodi, da vložijo tožbo za ločitev in njihov, sedaj že bivši, partner ostane prepuščen samemu

sebi. Pred sabo ima dve možnosti, ali odide v stanovanjsko skupnost ali k staršem. Z ločitvijo so pogosto ob vse: tako stanovanje, družino in otroke, saj v veliki večini primerov dodelijo otroka zdravemu partnerju. Ob prihodu domov pa jih čaka še en šok. Ne vedo kako bo sedaj z njihovo službo. Nimajo še moči, da bi delale s polno paro, za skrajšani delovni čas pa se ne upajo prositi ali pa si ga ne morejo privoščiti. Pogosto zato hitro pridejo v službo, se zaposlijo s polnim delovnim časom in kasneje jih zato, ker ne dosežejo željenih rezultatov, premestijo na nižje in manj zahtevno delovno mesto, kar predstavlja za njih še dodaten šok. Najhuje kar jih lahko doleti v poklicnem smislu je upokojitev. Upokojitev je za mnoge uporabnike sprva olajšanje, saj imajo zagotovljeno minimalno socialno varnost, rešeni so strahu pred neuspehom in posmehom. Kasneje pa se začnejo kazati negativni učinki upokojitve, kot so brezup, apatija, dolgčas, nesmisel in nepotrebnost. Po mnenju Tanje Lamovec (1998) večina psihiatričnih uporabnikov ostane brezposelnih, premeščenih na nižje delovno mesto, ki je manj zahtevno in plačano, ali pa so zaposleni le za štiri ure. Vse to povzroča drsenje navzdol po socialni lestvici. Velika večina prejema zelo nizke pokojnine in se komaj prebijajo skozi mesec. Ne morejo si ničesar privoščiti, zato posedajo doma in se počasi izolirajo od okolice. Izgubijo še tisto peščico prijateljev, ki so jih imeli, saj se finančno ne morajo kosati z njimi, težko pa je priznati in prositi za pomoč.

Družba zelo malo pripomore k boljšemu življenju ljudi, ki so se zdravili v Psihiatrični kliniki. Zaviršek Darja (1994) je mnenja, da so ljudje stigmatizirani zaradi prostora, v katerem so bili. Meni, da ljudi ne zanima, kaj se s človekom dogaja, saj nosi stigmo prav ustanova sama. Psihiatrična klinika Polje je prostor stigme, deloma zaradi ljudi, ki prihajajo v njo in deloma zaradi statusa, ki ga je pridobila v zgodovini. Velika večina zavrača človeka, ki se je zdravil na psihiatriji, ne želijo ga za soseda, sodelavca in ne za partnerja. K takemu odnosu vodi miselnost, da so uporabniki psihiatričnih storitev nevarni, nepredvidljivi, neumni, leni in slabi delavci.

Veliko problemov imajo tudi z intimnimi odnosi. Ne vedo, ali naj bodočemu partnerju povedo, kako je z njimi, saj je tveganje, da bodo zavrjeni, veliko. Če pa z izpovedjo zavlačujejo, so lahko obtoženi neiskrenosti. Prav zaradi tega se veliko uporabnikov izogiba vzpostavljanju intimnih odnosov, saj se s tem izognejo stikom, ki bi bili lahko boleči in ponižujoči. (Lamovec2006) Tako jim ostane ozek krog prijateljev in svojcev, ki so jim pripravljeni pomagati in stati ob strani. Obstaja pa peščica takih, ki nimajo nikogar in

pristanejo na dnu družbene lestvice. Njihov dom postanejo ulice in njihova družina so ljudje, ki jih je doletela podobna usoda. Predajo se usodi in njihov edini cilj je prebiti se iz dneva v dan.

6. SKLEPI

Razmišljanje o temi, ki sem jo uporabila za izdelavo diplomske, obdelava dobljenih podatkov in delo z uporabniki so me pripeljali do naslednjih sklepov:

- da se od žensk še vedno pričakuje preveč, saj morajo biti dobre mame, žene, gospodinje in delavke
- ko ženska ne zmore skrbeti za družino in je moški preobremenjen, se pogosto zgodi, da jo zapusti, le redke izjeme ostanejo in prevzamejo vsa bremena nase
- le redko pa se zgodi, da žena zapusti obolelega moža
- zaradi dolgih in pogostih hospitalizacij je veliko ločitev
- pogosto ženske ostanejo same, brez otrok, partnerja, prijateljev, službe in finančne neodvisnosti
- vrnejo se k staršem in postanejo odvisne od socialne podpore in dobre volje svojih staršev
- pogosto so deležne zbadljivk in jih ne vključujejo v pomembne družinske odločitve, njihovo mnenje več ne velja
- v večini primerov svojci prvi spoznajo, da je nekaj narobe in odpeljejo svojega najbližjega k psihiatru
- medtem ko nekateri svojci sprejemejo bolezen, si drugi zatiskajo oči in si ne želijo priznati, da je njihov otrok ali partner zbolel
- okolica in sodelavci jo gledajo z sočustvovanjem ali z odporom, nekateri ji odkrito pokažejo odpor, drugi jo opravljajo za hrbtom
- pogosto izgubijo službo ali so premeščene na nižje in manj zahtevno delovno mesto
- družba jih ne želi imeti v svoji bližini
- posameznice, ki nimajo nikogar, padejo na dno družbene lestvice, njihov dom postanejo ulice in družina tisti ljudje, ki jih je doletela enaka usoda

7. PREDLOGI

Predlogi izhajajo iz ugotovitev, do katerih sem prišla s pomočjo sogovornic in s svojim predhodnim poznavanjem situacij ljudi, ki sem jih imela možnost spoznati pri opravljanju svojega poklica:

- z pogovornimi oddajami, članki, seminarji bi bilo potrebno širšo družbo izobraževati in osveščati o problemih današnjih žensk, kot so preobremenjenost z gospodinjskimi opravki, vzgojo in službo
- partnerje je potrebno naučiti enakopravne delitve dela v družini, predvsem kar se tiče skrbi za otroke in pomoči pri gospodinjskih opravilih
- psihiatri bi morali bolj poslušati svoje uporabnike in si za njih vzeti več časa, jim omogočiti, da sodelujejo pri poteku svojega zdravljenja in da sodelujejo o količini prejetih zdravil in načinu zdravljenja
- v psihiatrični bolnišnici bi morali ustvariti pogoje, ki bi omogočili uporabnikom čimbolj običajno življenje in jih vzpodbujati pri vključevanju v skupnost
- svojci bi se morali obvezno udeleževati izobraževanj o psihiatričnih boleznih in aktivno sodelovati pri zdravljenju, saj bi le tako lažje razumeli svojega najbližjega in bi mu tudi lažje pomagali
- z opolnomočenjem in skupinami za samopomoč je potrebno vzpodbujati uporabnice, da se postavijo zase in da jasno formulirajo svoje želje, interese
- nujno potrebna je vzpostavitev zagovorniške službe, saj ti uporabniki pogosto nimajo nikogar, ki bi se zavzel zanje
- potrebno bi bilo razvijati nove skupnostne službe, ki bi pomagale reševati stanovanjske, pravne in finančne probleme uporabnikov
- ustanoviti bi bilo potrebno podporne skupine za svojce, kjer bi lahko govorili o svojih težavah in izkušnjah ter življenju z uporabnikom psihiatričnih storitev
- delodajalci bi se morali bolj prilagajati potrebam svojih zaposlenih in jim z prilagojenim delovnim časom, z manj stresnim in naporim delom, večkratnimi krajšimi odmori omogočiti delo, ki so ga sposobni opravljati
- na televiziji bi morali pokazati več dokumenarnih oddaj o tem, kako psihiatrična bolezen vpliva na obolelega in njegovo družino, kako se soočajo z ovirami in boleznijo in s kakšnimi težavami se srečujejo

- socialne službe bi morale biti bolj povezane, tiste iz bolnišnic s tistimi v službah in domačem kraju ter v nevladnih organizacijah

8. LITERATURA

Angermeyer, Matthias., Beck, Michael., Dietrich, Sandra., Holzinger, Anita. (2004). The stigma of mental illness: Patients anticipations and experiences. *International Journal of Social Psychiatry* 50(2): 153-162.

Božič, Dare. (1991). Stigma-zapiski o upravljanju poškodovane identitete. V: Andrej Klemenc (ured.), *Sub-Psihiatrične Študije* 138/139. Ljubljana: Študentska organizacija Univerze v Ljubljani.

Dajčman, Bernarda. (1994). Vpliv okolja na nastanek norosti in kaj ti lahko ponudi uradna psihiatrija namesto pomoči. *Diplomska naloga*.

Dinos, Sokrat., Stevens, Scott., Serfaty, Marc., Weich, Scott., King, Michael.(2004). Stigma: the feelings and experiences of 46 people with mental illness. *Qualitative study. British journal of psychiatry* 184: 176-181.

Flaker,Vito. (1995). Vprašanja vloge duševnega bolnika. V: *Načrtovanje razvoja psihosocialnih služb na podlagi potreb ljudi z dolgotrajnimi psihosocialnimi stiskami na področju Republike Slovenije. (končno poročilo)*. Ljubljana: VSŠD.

Flaker,Vito. in Urek, Mojca. (1988). *Hrastovski anali za leto 1987*. Ljubljana: Impresum.

Flaker, Vito. (1998). *Odpiranje norosti. Vzponi in padci totalnih ustanov*. Ljubljana: cf*.

Foucault, Michael. (1998). *Zgodovina norosti v času klasicizma*. Ljubljana: Založba/cf*

Kogoj, Aleš., Tavčar, Rok., Škerbinek, Ladi., Gorše Muhič, Marija. (2000). *Priročnik psihiatrične zdravstvene nege in psihiatrije za medicinske sestre in zdravstvene nege*. Ljubljana: Psihiatrična klinika.

Lamovec, Tanja. (1999). *Kako misliti drugačnost*. Ljubljana: VŠSD.

Lamovec, Tanja. (1995). Bolezen spada v bolnišnico. V: Načrtovanje razvoja psihosocialnih služb na podlagi potreb ljudi z dolgotrajnimi psihosocialnimi stiskami na področju Republike Slovenije.(končno poročilo). Ljubljana: VSŠD

Lamovec, Tanja. (1995). Ko rešitev postane problem in zdravilo postane strup. Ljubljana: Lumi.d.o.o..

Lamovec, Tanja. (1998). Psihosocialna pomoč v duševni stiski. Ljubljana: VŠSD.

Lamovec, Tanja. (1993). Ali je shizofrenija ozdravljiva. Socialno delo 32, 3-4: 57-86.

Lamovec, Tanja. (2003). Vpliv izključenosti z dela na kvaliteto življenja uporabnikov psihiatrije. Socialno delo 42, 4-5: 231-235.

Mesec, Blaž. (1998). Uvod v kvalitativno raziskovanje v socialnem delu. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.

Mesec, Blaž., Nino. Rode, L. Rihter. (2004). Primeri raziskovalnih nalog študentov. Druga izdaja. Ljubljana: Univerza v Ljubljani , Fakulteta za socialno delo.

Mesec, Blaž.(s sodelovanjem Nike Cigoj Kuzma).(2001). Navodila za diplomsko nalogo. Tretja izdaja. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.

Nastran Ule, Mirjam. (1990). Predsodki in diskriminacije. Izbrane socialno psihološke študije. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče.

Puhar, Alenka.(1982). Prvotno besedilo življenja. Oris zgodovine otroštva na Slovenskem v 19. stoletju. Zagreb: Todz Globus.

Strbad, Mateja., Švab,Vesna. (2005). Stigmatizacija in psihiatrija. Med. Razgl 44: 147- 154.

Švab.Vesna., Kovač. Nace. (1994). Skupnostna skrb za osebe s psihozo. Socialno delo 33, 3:207-215.

Tominc, Anica. (1996). Matere uporabnice psihiatrije. Diplomaska naloga.

Zaviršek, Darja. (1993). Ženske in duševno zdravje v feministični antropologiji. Socialno delo 32, 1-2: 91-132.

Zaviršek, Darja. (1994). Psihiatrični oddelek med boleznijo in njeno kulturno manifestacijo. Študija primera 2. Socialno delo 33, 2: 99-106.

Zaviršek, Darja. (1991). Zgodovinska ikonografija totalne ustanove in fenomen bolezni-ženska. V: Andrej Klemenc (ured.), Sub-Psihiatrične Študije 138/139. Ljubljana: Študentska organizacija Univerze v Ljubljani.

9. POVZETEK

Zaradi nenehnih stresov in vedno bolj napornega tempa življenja se število hospitalizacij v Psihiatrični kliniki povečuje. Zdravijo se tako znani, kot manj znane osebe, izobraženi in neizobraženi, nune, zdravniki, duhovniki, kar pomeni ljudje iz različnih vrst poklicev. Kljub temu pa zdravljenje v Psihiatrični kliniki ostaja tabu. Ljudje imajo še vedno napačno predstavo o Psihiatrični kliniki, zaposlenih tam in seveda uporabnikov njihovih storitev. Menijo, da so psihiatrični bolniki nevarni, leni in da so za svojo bolezen sami krivi. K taki negativni miselnosti močno pripomorejo mediji, ki vsak dogodek povezan z uporabnikom psihiatričnih storitev napihnejo.

V diplomski nalogi sem skušala raziskati kako stigma bivanja in zdravljenja v Psihiatrični kliniki vpliva na ljudi. Osredotočila sem se predvsem na ženske. Zanimalo me je, kakšen odnos imajo njihovi partnerji, sorodniki, sodelavci in širša družba do njih. Kako so svojci in partnerji sprejeli njihovo bolezen, kdo jim je stal ob strani in kdo ne. Ali se je spremenil odnos svojcev, partnerjev in širše družbe do njih, ko so izvedeli, kje so se zdravile in ali so jim sploh povedale, da so se zdravile. Prav tako me je zanimalo, kako so se do njih obnašali delodajalci in sodelavci.

Da bi odgovorila na vsa ta vprašanja, sem opravila individualne intervjuje s štirimi ženskami, ki so se zdravile v Psihiatrični kliniki. Za intervjuje smo se dogovorile telefonsko in so potekali na njihovih domovih. Pogovore sem zapisovala in kasneje iz njih izluščila izjave, ki so bile pomembne za raziskavo. Izjave sem uredila tako, da so se nanašale na osebo, bolezen, podporo, sprejemanje in zaposlitev. Zapisano sem kvantitativno obdelala in prišla do naslednjih ugotovitev: psihiatrična bolezen ne izbira, obolijo ženske v vseh obdobjih življenja. Bolezen pretrese tako obolelega kot svojce. Oboleli ne ve, kaj se dogaja, izgublja stik z realnostjo. Starši in svojci pogosto prepozno ugotovijo, da je nekaj narobe z njihovim otrokom ali partnerjem. Velikokrat pripisujejo bizarno vedenje mladosti ali pa osebo označijo kot posebneža, čudaka. Vendar so pogosto prav svojci tisti, ki opazijo, da nekaj ni prav in odpeljejo svojega bližnjega k zdravniku. Vsaka družina drugače reagira na bolezen obolelega. Eni jim pomagajo in stojijo ob strani, drugi pa težko sprejmejo dejstvo, da je njihov svojec obolel, nekateri pa sploh ne želijo z njimi nobenega stika in tako so prepuščeni sami sebi. Tako kot družina tudi okolica različno reagira na psihiatričnega bolnika. Nekateri jih

lepo sprejmejo in skušajo razumeti, medtem ko drugi ne želijo z njimi nič imeti. Prav zaradi takih reakcij pogosto ljudje prikrivajo, da so se zdravili v Psihiatrični kliniki, saj ne želijo, da se jih obravnava ali gleda drugače. Veliko jih zamolči in ne povedo resnice ne sosedom in še manj svojemu delodajalcu, saj se bojijo, da jih bodo drugače gledali in da bodo hitreje premeščeni na nižje delovno mesto.

Menim, da bi bilo potrebno izobraževati uporabnike, svojce in širšo družbo o poteku, nastanku in življenju s psihiatrično boleznijo. Prav tako bi bilo potrebno izobraževati ženske o njihovih pravicah in razvijati nove skupnostne službe, ki bi pomagale ženskam rešiti stanovanjske, finančne in zakonske probleme. Socialne službe bi morale biti med seboj bolj povezane in zagovorništvo bi bilo potrebno bolj razviti, tako da bi vsi ljudje dobili glas.

10. PRILOGA

10.1 VPRAŠANJA

Osnovna vprašanja so bila:

- Kdaj ste prvič zboleli?
- Kako se je bolezen kazala?
- Kako so svojci sprejeli vašo bolezen?
- Ali so vam stali ob strani?
- Kako vas je sprejela družba (sodelavci, sosedje)?
- Ali ste sedaj zaposleni?

To so bila ključna vprašanja, ki so me zanimala in so se nanašala na osebo, bolezen, podporo, sprejemanje in zaposlitev. Vendar sem morala vprašanja prilagoditi sogovornicam, zaradi različnih bolezni, zakonskega stanu in razlik v letih.

1.ŽENSKA

- Kdaj ste prvič zboleli?
- Kako se je bolezen kazala?
- Kako ste se obnašali?
- Kdaj so vas prvič peljali zdravniku?
- Kako ste si skušali vzeti življenje? (na to vprašanje je odgovorila, vendar ni želela, da ga zapišem)
- Kako so starši sprejeli vašo bolezen?
- Kako je bilo po vrnitvi v šolo?
- Kako so se v šoli obnašali do vas?
- Ali so vam prijateljice stale ob strani?
- Ste sedaj zaposleni?
- Ali je vaš delodajalec seznanjen z vašo boleznijo in ali kdo sploh ve?

2.ŽENSKA

- Kdaj ste prvič zboleli?
- Kdaj so se pojavile težave?

- Kako ste se počutili?
- Kako ste se počutili v bolnišnici?
- Kako je bilo ob prihodu domov?
- Kakšen odnos je imel do vas vaš mož?
- Kdaj vas je zapustil?
- Kdo vam je potem pomagal?
- Ste sedaj zaposleni?
- Pa otroci in mož?

3.ŽENSKA

- Kdaj ste prvič zboleli?
- Kako se je bolezen začela?
- Kako so se kazale težave?
- Ali vam je mož stal ob strani?
- Kdo vas je odpeljal v bolnišnico?
- So vam svojci stali ob strani?
- Kolikokrat ste bili hospitalizirani?
- Ste zaposleni?

4.ŽENSKA

- Kdaj ste prvič zboleli?
- Kako se je bolezen začela?
- Kakšne težave ste imeli?
- Kdo vas je odpeljal k zdravniku?
- Kako je bilo v bolnišnici?
- Pa zdaj?
- Kako so se do vas obnašali drugi?
- Ste zaposleni?

11. IZJAVA O AVTORSTVU

Podpisana Ines Heine

vpisana na Fakulteto za socialno delo v študijskem letu 2002 kot izredna študentka izjavljam, da sem diplomsko delo z naslovom Stigma žensk s psihiatrično diagnozo napisala samostojno s korektnim navajanjem virov in ob pomoči mentorice dr. Vere Grebenc.

Datum:

Podpis: