

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA SOCIALNO DELO

ROZALIJA STUDEN

**TRENING ASERTIVNOSTI KOT METODA
OPOLNOMOČENJA UPORABNIKOV PSIHIATRIJE**

SPECIALISTIČNO DELO

Ljubljana 2015

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA SOCIALNO DELO

ROZALIJA STUDEN
MENTORICA: doc. dr. MOJCA UREK

TRENING ASERTIVNOSTI KOT METODA
OPOLNOMOČENJA UPORABNIKOV PSIHIATRIJE

SPECIALISTIČNO DELO

Ljubljana 2015

PODATKI O SPECIALISTIČNI NALOGI

Ime in priimek: Rozalija Studen

Naslov naloge: Trening asertivnosti kot metoda opolnomočenja uporabnikov psihiatrije

Kraj: Ljubljana

Leto: 2015

Število strani : 124

Število slik: 8

Število grafov : 12

Število preglednic: 8

Število prilog : 5

Mentorica: doc.dr. Mojca Urek

Predmetne oznake: duševno zdravje, duševna motnja, uporabnik, stigma, moč, trening asertivnosti, opolnomočenje - krepitev moči

Povzetek:

Naloga opisuje, kako diagnoza »duševna bolezen« in vračanje v psihiatrijo po načelu »vrtečih se vrat« vpliva na človekovo življenje in možnosti, da ponovno prevzame nadzor nad svojim življenjem. Projekt opolnomočenja – trening asertivnosti, sem izvajala v psihiatrični bolnišnici. Podatke raziskave sem pridobila iz anketnih vprašalnikov. Dobila sem potrditev, da opolnomočenje podira predsodke in pomisleke o tem, česa so uporabniki sposobni in česa ne, hkrati pa je sredstvo destigmatizacije, normalizacije in integracije, ker pozitivno vpliva na individualni razvoj. Prav tako se poveča potreba po sočloveku, druženju, krepi se tudi posameznikova samopodoba in avtonomnost.

Title: The Assertivnetness training as a method of empowerment of the psychiatry users

Summary:

The thesis describes the influence of the diagnosis »mental disease« and returning to psychiatry on the principle of »revolving door« on people`s lives and possibility of taking control over them again. The project of empowermet- the dassertiveness traning, was carried out during my intesship. The result of the research, i got from questionnnaries. The results confirmed that empowerment deals away with prejudice about what the users were capable of. It is also a means of destimatisation, normalisation and integration, which has a positive influence on individual development. There has been an increase in the need for a fellow man, for sociallising. The self- image and independence have been strengthened.

Za
Nikolo in Franka,
ki sta moja najdragocenejša življenjska darova;

za
mojo snaho **Majo,**
ki je ob meni v žalosti in veselju;

za
Dejana, Tanjo, Mateja in Davida,
ki so zaklad moje neizmerne sreče;

in za
Senada,
*ki me obdarja z vso ljubeznijo, ki jo premore
in še veliko več.*

*Narava je kriva, da se vsi rodimo enaki;
če se usodi zahoče pokvariti načrt tega splošnega zakona,
je naša odgovornost, da popravimo njeno muho
in, da s svojo pozornostjo popravimo samozvanstvo močnejšega.*

Maurice Blanchot

PREDGOVOR

Vsi mi si v življenju želimo, da se nas vidi, sliši, da znamo, smemo in zmoremo poskrbeti zase in za pomembne druge, da spoštujemo in smo spoštovani, da nas obdajajo osebe, ki so z nami in mi z njimi, tako v dobrem kot slabem, v žalosti in veselju, ne glede na morebitno »drugačnost« oz. se nas sprejme kot *človeka*.

Vsakodnevno delo z uporabniki psihiatrije, mi je omogočilo slišati njihove življenjske zgodbe ter ob njihovih stiskah in težavah spoznati, kakšen je njihov vsakdan zaradi dolgotrajne duševne stiske; npr. v službi, soseščini, med prijatelji, za štirimi stenami.

V prvem delu specialistične naloge sem predstavila kontinuum duševnega zdravja in razumevanje duševne motnje z različnih pogledov, iatrogene poškodbe psihiatrične hospitalizacije oz. poglobljen opis ključnih elementov, ki statusno osvetlijo stiske in težave ljudi z »nalepko« in tako posredno, kot tudi neposredno nakazujejo vsem strokovnim delavcem in sodelavcem v psihiatriji, na še poglobljeno umeščanje opolnomočenja pacientov znotraj medicinskega modela duševnega zdravja.

V srednjem delu naloge, je opisano opolnomočenje kot psihosocialni model pomoči, ključne faze procesa, komu in zakaj je namenjen ter kakšni so njegovi cilji. Poleg tega sem predstavila trening asertivnosti kot metodo, ki relevantno prispeva k opolnomočenju.

Raziskava je nazorna priča učinka treninga asertivnosti na opolnomočenje ljudi z dolgotrajno duševno stisko oz. vpliv le-tega na psihofizično počutje ter pozitivno samovrednotenje. Vsak udeleženec¹ treninga je po svojih zmožnostih zopet odkril pozabljene lastne vire: sposobnosti, znanja, spretnosti in veščine. Nekateri so celo spoznali in odkrili nove. Tako eni kot drugi, so stopili na pot pozitivnih sprememb.

Čeprav so za nekoga morda ti koraki majhni in nepomembni, so to kljub temu *koraki*!

Trening asertivnosti je bil zame in tudi za uporabnike velik izziv, posledica pa je bilo skupno učenje in osebna vzajemna rast.

¹Vsa imena opisanih primerov iz prakse so v specialistični nalogi spremenjena.

Na tem mestu je tudi prostor, da izrečem zahvalo vsem, ki so mi na tej poti kakorkoli pomagali.

Najprej se zahvaljujem življenjski situaciji, za izkušnjo sopotnice na poti opolnomočenja uporabnikov psihiatrije.

Vsega tega ne bi bilo, če ne bi imela podpore oddelčnega zdravnika, ki je prispeval pomemben delež in mi pustil »odprte roke« ter podpiral vse, kar je proaktivno usmerjeno. Iskreno se mu zahvaljujem.

Specialistična naloga brez mentorice doc. dr. Mojce Urek, ne bi bila to kar je, zato se ji iskreno zahvaljujem za izkazano strokovno podporo in usmerjanje. Posebna hvala mentorici, za vsa dolga leta spodbude, za dokončanje specializacije.

Hvala Mojca!

KAZALO:

1. TEORETIČNI UVOD	11
1.1. DUŠEVNO ZDRAVJE - DIAGNOZA »DUŠEVNA BOLEZEN«	12
1.1.1. MITI O DUŠEVNI BOLEZNI	16
1.1.2. MEDIJSKA REPREZENTACIJA DUŠEVNIH MOTENJ	19
1.2. IATROGENE POŠKODBE PSIHIATRIČNE HOSPITALIZACIJE	24
1.2.1. STIGMA	24
1.2.1.1. VPLIV STIGME NA PODOBO ČLOVEKA IN NJEGOVO ŽIVLJENJE	35
1.2.1.2. VPLIV STIGME NA ZAPOSLOVANJE (DELAZMOŽNOST)	38
1.2.1.3. SOCIALNA MREŽA OSEB Z DOLGOTRAJNO DUŠEVNO STISKO	45
1.3. MOČ OSEB Z DOLGOTRAJNO DUŠEVNO STISKO	49
1.4. OPOLNOMOČENJE – KREPITEV MOČI	52
1.4.1. NAČELA OPOLNOMOČENJA	54
1.4.2. CILJI OPOLNOMOČENJA	55
1.4.3. SMER IN OBSEG PROCESA KREPITVE MOČI	55
1.4.4. KOMPONENTE OPOLNOMOČENJA	56
1.4.5. OBJEKT KREPITVE IN »KREPITELJ«	58
1.4.6. KREPITEV MOČI SKOZI ZAGOVORNIŠTVO	62
1.5. TRENING ASERTIVNOSTI – KONCEPT, POMEN IN NAMEN	66
1.5.1. KAKO NAM POMAGA ASERTIVNOST	69
1.5.2. ASERTIVNI BESEDNJAK	71
1.5.3. PRAVILA ASERTIVNE KOMUNIKACIJE	72
1.5.4. TEHNIKE ASERTIVNOSTI	73
1.5.5. OBLIKA TRENINGA ASERTIVNOSTI	75
2. PROBLEM	77
3. METODOLOGIJA	79
3.1. CILJ IN NAMEN RAZISKAVE	79
3.2. SPREMENLJIVKE	80
3.3. VIRI EMPIRIČNIH PODATKOV	80
3.3.1. ETIČNI VIDIK	80
3.3.2. ZBIRANJE PODATKOV	81
3.4. MERSKI INSTRUMENT	81
3.4.1. VPRAŠALNIK OBLIK KOMUNICIRANJA - VEDENJA	82
3.4.2. EVALVACIJSKI VPRAŠALNIK PSIHO FIZIČNEGA POČUTJA	82

3.4.3. <i>EVALVACIJSKI VPAŠALNIK CELOTNEGA TRENINGA ASERTIVNOSTI</i>	82
3.5. POPULACIJA	83
3.6. ANALIZA	83
3.6.1. <i>ANALIZA NEODVISNIH SPREMENLJIVK</i>	83
3.6.2. <i>ANALIZA ANKETNEGA VPRAŠALNIKA OBLIK KOMUNICIRANJA</i>	83
3.6.3. <i>REZULTATI ODVISNIH SPREMENLJIVK</i>	86
3.6.4. <i>ZGODBI UDELEŽENCEV – KREPITEV MOČI</i>	94
4. RAZPRAVA	97
5. SKLEPI	103
6. PREDLOGI	105
7. LITERATURA	108
8. POVZETEK	113
9. DODATEK	115
10. IZJAVA O AVTORSTVU	124

KAZALO SLIK :

Slika 1: Linija zdravja in bolezni	12
Slika 2: Kontinuum duševnega zdravja	13
Slika 3: Komponente drugačnosti oseb z duševno motnjo	22
Slika 4: Proces stigmatizacije	28
Slika 5: Začarani krog diskriminacije in socialnega izključevanja oseb z duševnimi motnjami	30
Slika 6: Socialna mreža uporabnikov	46
Slika 7: Odnos moči	50
Slika 8: Osnovno pravilo asertivnosti - Rungapadiachy	69

KAZALO GRAFOV :

Graf 1: Struktura udeležencev po spolu	83
Graf 2: Frekvenca starostne strukture	84
Graf 3: Frekvenca izobrazbene strukture	85
Graf 4: Frekvenca zaposlitvene strukture	86
Graf 5: Frekvenca uporabe komunikacijske oblike	87
Graf 6: Prispevek TA k večanju informacij, znanj, veščin	88

Graf 7: Prispevek TA k večanju zaupanja vase in spoštovanju lastnih vrlin, sposobnosti	89
Graf 8: Prispevek TA k aktivni udeležbi v skupnosti	90
Graf 9: Prispevek TA pri spopadanju s stigmo	91
Graf 10: Prispevek TA k odgovornosti česa si v svojem življenju želijo	92
Graf 11: Povprečna ocena psihofizičnega počutja PRED TA vsakega posameznega srečanja	93
Graf 12: Povprečna ocena psihofizičnega počutja PO TA vsakega posameznega srečanja	93

KAZALO PREGLEDNIC:

Preglednica 1: Soodvisnost različnih dejavnikov in razsežnosti stigmatizacije ter odzivov nanje	29
Preglednica 2: Individualni načrt (del)	95
Preglednica 3: Jaz unikat (del)	98
Preglednica 4: Redefiniranje negativnih misli	99
Preglednica 5: Negativna prepričanja – ponotranjena nemoč	100
Preglednica 6: Redefinirana negativna prepričanja – krepitev moči	100
Preglednica 7: Primer krepitev moči 1	101
Preglednica 8: Primer krepitev moči 2	101

1. TEORETIČNI UVOD

Pri razmišljanju, katero temo naj izberem za specialistično delo, sem imela kar nekaj idej. Prevladala je tema trening asertivnosti kot metoda opolnomočenja uporabnikov psihiatrije.

V okviru svojega dela tedensko vodim psihoterapevtsko skupino, ki mi vsakič znova da vpogled o »nenasičenosti« uporabnikov z znanjem, informacijami, spretnostmi. Po drugi strani pa mi ta oblika dela zelo leži in jo izvajam z neizmernim zadovoljstvom.

Za razumevanje statusa uporabnika kot drugorazrednega državljana je v nalogi predstavljena duševna težava, kot izhodišče stigmi, ki permanentno spremlja posameznike in celostno vpliva na vseh področjih njihovega delovanja.

V naši družbi se o duševni bolezni še vedno pogovarjamo šepetaje, duševna bolezen je še vedno sramotna, pacient pa se mora ob bolezni spopadati še z negativnimi impulzi iz okolja (Bon 2007).

Crisp (2004) razkriva, da ljudi s težavami v duševnem zdravju, pogosto sprejmejo stereotip svoje bolezni oziroma nase gledajo na način, kot ga dojema tudi družba.

Iz perspektive oseb, ki so se udeležile treninga asertivnosti in njihovih pričevanj, sem spoznala, da so že v takšni meri asimilirali stigmatizacijo, da dejansko živijo, razmišljajo in se temu adekvatno tudi vedejo.

Njihova najpogostejša prepričanja so: ne znam, ne morem, ne upam, to je preveč zame, sem neumen, vse naredim narobe.

In tako se nam ponuja namen in cilj treninga asertivnosti, torej možnost uporabnika za razumevanje in spoznavanja samega sebe kot osebe, ki ima lastne, duhovne in moralne moči, veščine ter spretnosti. V ta namen mi je bila najbolj smiselna zamisel in odločitev, vloga sopotnice na poti njihovega opolnomočenja.

1.1. DUŠEVNO ZDRAVJE - DIAGNOZA »DUŠEVNA BOLEZEN«

»Ni zdravja, brez duševnega zdravja«

Ban Ki-Moon, sekretar Združenih narodov ob Svetovnemu dnevu duševnega zdravja (2008)

Slika 1: Linija zdravja in bolezni



Vir: Kamin 2006

Na vprašanje kaj je zdravje, ne bomo našli enotnega odgovora. Opazimo pa lahko, da beseda zdravje pomeni veliko več kot le odsotnost bolezni (slika 1). Od prvotnega prepričanja, ki je temeljilo na tem, da je zdravje odsotnost bolezni, se je definicija zdravja v zadnjih desetletjih bistveno dopolnila (Kordeš, Jeriček 2002; Kamin 2006).

Danes opredeljujemo zdravje kot širšo vrednoto. Zdravje ni le stanje, ampak je kot način življenja tudi proces. Je vrednota in je norma. Je večno iskanje. Je ideologija. Zdravja ni nikoli dovolj, prizadevanje zanj je proces, ki se nikoli ne izčrpa. Naložba vanj je kot naložba v zavarovalno polico, je naložba sedanjosti za varno prihodnost, ki pa jo kljub vsemu nenehno ogroža bolezen. Zato zdravje ni trdna, a je vseeno iskana valuta (Kamin 2006:16).

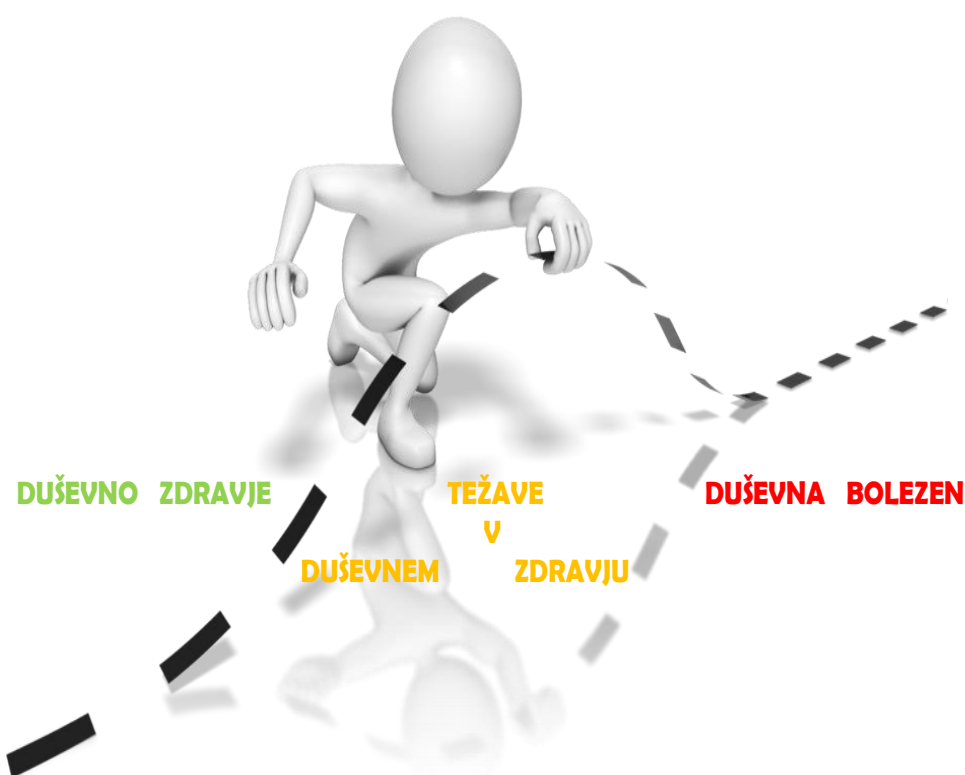
Svetovna zdravstvena organizacija (World Health Organization; WHO ali SZO v prevodu) je leta 1946 podala definicijo:

»Zdravje je stanje popolne telesne in psihosocialne blaginje, in ne samo odsotnost bolezni in nemoči!«

Zdravje torej ne pomeni samo odsotnosti bolezni, temveč tudi določeno stopnjo telesnega in duševnega razvoja ter socialne blaginje, kar je neizogibno vpeto med determinante oziroma določilnice zdravja (individualne, okoljske, družbene, institucionalne).

Duševno zdravje je širok koncept, ki vključuje tako pozitivno duševno zdravje (npr. pozitivna samopodoba, občutek moči, dober odnos do sebe in drugih, uspešno soočanje z izzivi), kot tudi negativno duševno zdravje (npr. duševne bolezni). To prikazuje kontinuum duševnega zdravja na sliki 2.

Slika 2: Kontinuum duševnega zdravja



Vir : Understanding U: Managing the ups and downs of life. Michigan: University of Michigan., Bajt 2009

Ločnice med posameznimi kategorijami *zdravje - težave – bolezen*, so simbolične, saj je težko določiti, kje se zdravje prevesi v težavo, težava pa v bolezen (Bajt 2009).

Stiske in težave, zaradi katerih oseba ne zmore več socialno funkcionirati, zaradi hujših motenj razpoloženja, čustvovanja, spremenjenega mišljenja, vedenja in zaradi katerih posledično, v manjšem ali večjem obsegu odklanja vse, kar je do včeraj še posebej rada

počela, zanemarija na svoj način svoje biološke, psihološke in socialne potrebe; medicinski model to stanje imenuje duševna motnja s pripadajočo diagnozo.

Za Lamovčevo (1995:22) je nesprejemljivo pojmovanje krize z boleznijo, ker so s tem zanemarjeni zunanji dejavniki. Meni, da iz teoretičnega zornega kota predstavlja pojem »duševne bolezni« pretirano generalizacijo besede »bolezen« oz. nekaj podobnega kot Glasser, ki bolezen interpretira kot spremembo v telesu, ki otežkoča njegovo delovanje in jo določimo z uporabo medicinske tehnologije.

Če poenostavim, ne v celicah, ne v tkivih telesa, ni možno zaslediti nobenih sprememb, ki bi bile specifične za določeno duševno motnjo.

Po Glasserju (2003) je iskanje zdravniške pomoči in jemanje farmakoloških sredstev le zanikanje težav, ki v večini primerov izhajajo iz nesrečnosti, nezadovoljstva s samim seboj, z odnosi in življenjem nasploh. Kot analogne telesnim boleznim, kot so rak in sladkorna bolezen, postavlja le tiste duševne bolezni, ki so medicinsko dokazano patološkega izvora (Alzheimerjeva, Parkinsonova bolezen, epilepsija, multipla skleroza). Za pojave, kot so depresija, anksioznost, socialne fobije ter podobne duševne motnje, pa naj bi obstajal razlog v posameznikovem delovanju. Za te oblike nesrečnosti je najboljša oblika pomoči nudenje opore, varnosti, svetovanje ter sočutje, najslabše pa postavljanje psihiatričnih diagnoz patološkega izvora, ki človeka stigmatizira.

Vesna Švab (1996: 3–5) poskuša psihiatrično diagnozo povezati z obravnavanjem duševne bolezni v družbeni teoriji, predvsem z opozarjanjem na stigmatizacijo. Meni, da duševno bolezen spremljajo pomembne nezmožnosti na področju socialnega funkcioniranja - to je na področjih zadovoljevanja lastnih socialnih potreb in pričakovanj pomembnih drugih oseb:

- *NOTRANJE ALI PRIMARNE NEZMOŽNOSTI* so posledica bolezni same, npr. motnje mišljenja, hitre menjave razpoloženja, psihomotorična upočasnenost, itd.
- *SEKUNDARNE SOCIALNE NEZMOŽNOSTI* so spremenjeno vedenje, ki nastaja zaradi prilagajanja ali odziva na pričakovanja drugih, na socialne ovire in na stigmatizacijo, s katerimi se bolnik sooča. Sekundarne nezmožnosti nastajajo zaradi bolnikovega doživljanja bolezni. Velika psihotična motnja je moteče in zastrašujoče doživetje, katerega učinki lahko trajajo še dolgo potem, ko so simptomi izginili. Po preboleli bolezenski epizodi je za uspešno vrnitev v običajno življenje nujno, da razumemo bolnikove težave pri socialnem in delovnem funkcioniranju. Bolezen spremljajo

številine socialne nezmožnosti, ne glede na to, ali je bolnik v bolnišnici ali ne. Oblikujejo se osebnostne navade, ki otežujejo ustrezno socialno funkcioniranje. Vzorec teh nezmožnosti je edinstven za vsakega posameznika.

- *TERCIARNE SOCIALNE ODPOVEDI* so odzivi družbe na duševno bolezen. Sem spadajo stigmatizacija, siromašenje socialne mreže, revščina, nezaposlenost in pomanjkanje prostora v družbi. Takojšnji družbeni odgovori na duševno motnjo so namreč čustva strahu, jeze, odpora in potrebe po kontroli ter stigmatizaciji duševno bolnih, ki se kažejo v na videz racionalnih odgovorih administracije, strokovnjakov, medijev in politike. Te opredelitve kažejo, da imajo obravnave fenomena, ki se ga najpogosteje poimenuje kot norost in duševna bolezen, le malo skupnih imenovalcev – eden od njih so opozorila glede učinkov stigmatizacije.

Nobena interpretacija ali koncept ne zmore ponazoriti duševne stiske uporabnikov, kot jo lahko ponazorijo doživljanja, ki sledijo:

»14. 09. ... bo na Brnik prispelo letalo, v katerem bo Bog, Jezus, Marija, angeli in ves angelski zbor. Jaz sem izbrana, da jih dočakam. Prišli bodo, da nas odrešijo, da naredijo boljši svet. Izginile bodo vse bolezni. Vsi bomo srečni, ves čas bo sijalo sonce. Vsi mrtvi bodo vstali. Ne bo nam potrebno ne jesti in ne piti, ker bomo vsi iz zlata«.

»Prišla sem (v bolnico), da bom rešila svet pred seboj. Prosim, zaprite me. Morilka sem. Ljudje umirajo zaradi mene. Ne verjamete! Prižgite TV, na poročilih je, poslušajte radio, v vseh časopisih je. Zaprite me, prosim vas, prosim!«(Večkrat dnevno sprašuje, če je kdo umrl, ali naredil samomor) *»V možganih imam čip, a slišite kako mi misli odhajajo iz možganov? Znanstveniki jih pregledujejo«.*

Eliza je ob sprejemu v nakupovalni košari (namočena od vode, ker je plastičen akvarij poškodovan) s seboj prinesla žive akvarijske ribe (15 rib). Ribice povsod nosi s seboj; v trgovino, na sprehod, na avtobus. Ves denar zapravi za nakup in vzdrževanje le-teh in je nemalokrat zaradi tega brez osnovnih živil. Ljubeče pojasnjuje: *»ribice mi dajejo občutek, da nisem sama«.*

»Skozi stene in hrib vidim domačo hišo. A jo vi ne?! No pogledjte, no! Tukaj je hlev. Krave in mamo, ki jih molze pa ja vidite. No, to je pa moj kuža. Nero, pridi, pridi. Ja priden si«.

Patricija se kaznuje, ker verjame, da se je v njeno telo naselil sam satan. Rešitev oziroma kazen zanj in iztrebitev, je tuširanje s kropom.

Kakorkoli že imenujemo omenjena doživetja, občutenja, razmišljanja; duševna bolezen, ali duševna težava, motnja duševnega zdravja, akutna duševna kriza, »živčni zlom«, »odtrganost«, ... sem prepričana, da se strinjamo, da prizadene celotno človekovo osebnost, uniči celotno mrežo medosebnih odnosov ter življenjskih stremljenj, tako kot to pojasnjujeta Lamovčeva in Flaker. Potem je pravzaprav stranskega pomena:

ali gre za »bolezen duše«, kot verjamejo plemena Šamanov in Eskimi, ali za probleme življenja (medosebni konflikti, posledica globoke izgube, življenjska zgodovina, stresni dogodki, pomanjkanje ustrezne vloge v družbi), ali za patološke spremembe možganov in njihovega delovanja, kot samostojne pojavne oblike, ali znamenja (fenomene).

Pomembno se je zavedati, da prav nihče med nami ni imun na duševno krizo, ne glede na ekonomski status, izobrazbo ali nadarjenost. Izkušnja duševne stiske je nekaj, kar nam je obenem blizu in daleč, saj lahko doleti nas same, se je bojimo in se izogibamo soočenju z njo. Oseba z izkušnjo duševne stiske je oseba s težavami. Tak si ne želi biti nihče od nas, živimo pa v času, ki proizvaja veliko možnosti, da taki postanemo.

1.1.1. MITI O DUŠEVNI BOLEZNI

Švabova (2011) pojasnjuje, da so najpogostejši miti o duševni bolezni, ki jih je potrebno premagati, da so ljudje z duševnimi motnjami nevarni, nepredvidljivi in neozdravljivi, kljub temu da dokazi govorijo nasprotno. Takšnih neutemeljenih predsodkov, ki se kljub nasprotnim dokazom vzdržujejo kot splošna prepričanja o ljudeh z duševnimi motnjami, se lahko identificira vsaj petnajst. Ti miti naj bi privedli do tega, da se v rehabilitacijo psihiatričnih pacientov, za razliko od rehabilitacije telesno bolnih, niso usmerjala praktično nikakršna sredstva, ker velja, da je za bolnike s psihiatričnimi motnjami dovolj zdravilo. V tem okvirju avtorica navaja le tri izmed mnogih mitov, ki prispevajo k diskriminaciji in pokroviteljskemu odnosu do ljudi s hudimi duševnimi motnjami, kot je na primer shizofrenija:

- *PRVI MIT: LJUDJE S PSIHIATRIČNIMI PRIZADETOSTMI NE MOREJO OKREVATI.*

Prepričanje je vezano na zgodovinsko dejstvo, da so v preteklosti psihiatrični bolniki ostajali v institucijah in se niso nikdar zaposlili. Kasneje, ko so te paciente (največkrat) naglo in brez priprave odpustili, so se ti v bolnišnico vračali zaradi poslabšanja stanja ali socialnih težav. Še vedno drži, da se po odpustu iz psihiatrične bolnišnice lahko zaposli le okrog 20% pacientov, kar je bolj verjetno rezultat ožigosanja, kot nezmožnosti dela, saj se z rehabilitacijskimi zaposlitvenimi programi lahko zaposli trikrat več ljudi. Dejavniki okolja lahko torej prispevajo h kroničnosti bolezni in k manjšim zmožnostim.

- *DRUGI MIT: SAMO ZDRAVILA LAHKO VPLIVAJO NA IZID REHABILITACIJE.*

Zdravila naj bi rešila vse probleme, povezane z duševnimi motnjami. Dejstvo je, da zdravila ne morejo vplivati na sposobnost pogovora s prijatelji, ne oživijo občutkov in želja in ne omogočijo, dela za računalnikom. Procesi dela, čustvovanja in razmišljanja so preveč kompleksni, da bi nanje lahko vplivali s kemično substanco. Zdravljenje z zdravili in rehabilitacija sta komplementarna, dopolnjujoča se načina zdravljenja in boljše sodelovanje pri zdravljenju ne izključuje potrebe po rehabilitaciji (Švab 1999; Kasper in Resinger 2003).

- *TRETI MIT: TRADICIONALNE TERAPIJE V BOLNIŠNICAH, KOT SO PSIHOTERAPIJA, SKUPINSKA TERAPIJA IN TERAPIJA Z ZDRAVILI POSPEŠUJEJO REHABILITACIJO.*

Za to trditev ni nikakršnih dokazov, če definiramo cilje rehabilitacije kot večjo samostojnost in zadovoljnost ljudi, ki so vključeni v obravnavo (Anthony 1972). Te terapije so bile namenjene zmanjšanju simptomov in boljšemu sodelovanju pri zdravljenju in verjetno nimajo večjega dosega. Čeprav lahko z nekaterimi terapevtskimi tehnikami dosežemo izboljšanje delovanja v bolnišnici, teh spretnosti ni mogoče uporabiti ali prenesti v običajno okolje (Shepherd 1977; Švab 2011).

Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) je leta 2001 izdala izjavo ob dnevu duševnega zdravja, v kateri je opisala najpogostejše mite povezane z duševno boleznijo in odgovore nanje, podprte z znanstveno dokazanimi dejstvi (Švab 2009: 20 – 21):

- Duševne motnje niso plod domišljije, temveč resnične bolezni, ki povzročajo trpljenje in manjše zmožnosti.
- Vse duševne motnje se dobro zdravijo in se popravijo ob ustrezni pomoči. Nekateri prizadeti posamezniki lahko popolnoma okrevajo, drugim pa se lahko olajša trpljenje ter zmanjša znake in posledice bolezni.
- Duševne motnje niso posledica značajskih potez. Vzroki za duševne motnje so biološki, psihološki in socialni. Med genetiko, načinom življenja in okoljem obstaja povezava, kot pri drugih boleznih. Za obvladovanje bolezni ni dovolj le trud in napor prizadetih, temveč tudi strokovna pomoč.
- Ljudje z duševnimi boleznimi naj se ne zdravijo le v bolnišnicah. Ker imajo tako kot drugi člani družbe pravico do svojih posebnosti in do zasebnosti, jim je potrebno zagotoviti prilagojene načrte zdravljenja in rehabilitacije na njihovih domovih, na klinikah, psihiatričnih oddelkih, v dnevnih bolnišnicah in v dnevnih centrih. Rehabilitacija lahko poteka v stanovanjskih skupnostih, zaposlitvenih programih in v podpornih skupinah.
- Ozdravljeni pacienti z duševnimi motnjami lahko opravljajo takšno delo in imajo takšne zaposlitve, kot drugi ljudje. Nasprotna prepričanja so napačna. Karierni potencial je odvisen od njihovih nadarjenosti, zmožnosti, bistrosti, izkušenj, motivacije in od njihovega trenutnega telesnega in duševnega zdravja.

SZO je opozorila na mit o nevarnosti in poudarila, da velika večina ljudi z duševnimi boleznimi ni nevarnih. Kadar se tudi pri njih pojavi nevarno vedenje, je to navadno zaradi enakih razlogov kot pri drugih ljudeh, zaradi občutka ogroženosti ali pretirane uporabe alkohola in/ali prepovedanih drog. Dejstvo je, da so ljudje z duševnimi motnjami pogostejše žrtve nasilnih dejanj in to dva in pol krat pogostejše kot drugi ljudje.

Miti, ki stigmatizirajo duševno bolne, so razlog za strah in sram ter zmanjšujejo zdravljenje in skrbi za osebe z duševnimi motnjami.

1.1.2. MEDIJSKA REPREZENTACIJA DUŠEVNIH MOTENJ

Mnenje o osebah s težavami v duševnem zdravju si ustvarimo v neposrednem kontaktu z njimi, ali preko sredstev masovne komunikacije (Wahl 1992). Prikazovanje oseb z duševnimi težavami na televiziji in drugih sredstvih javnega informiranja je zelo pomembno, ker predstavljajo glavni, za nekatere celo edini vir informacij o duševnih težavah.

Vzpostavljajo in določajo javne teme, torej tisto, o čemer naj ljudje razmišljajo in razpravljajo.

Raziskave v ZDA so pokazale, da 87% prebivalstva glavni vir informacij predstavlja televizija, 51% prebivalstva informacije prejme preko prijateljev in znancev, 29% pa preko medicinskih strokovnjakov (Yankelovich 1990; Milačić-Vidojević in Dragojević 2011).

Prikazovanje duševnih motenj na televiziji se v svojem bistvu ne razlikuje od predstavitev v časopisih.

Mediji konstruirajo stvarnost in s tem hote ali nehoti ponujajo resnico, ki ni nujno vedno prava. Pomemben del našega družbenega življenja je komunikacija preko medijev. Poznavanje delovanja medijev, kritično analiziranje vsebin in tudi ustvarjanje lastnih medijskih sporočil, so ključni za uporabnike medijev, kot je na primer ključno poznavanje jezika za bralca knjige. Medijska vsebina še zdaleč ni le to, kar njeni producenti ponudijo, temveč je medijski izdelek socialna stvaritev (Košir in Ranfl 1996: 52).

Pri sprejemanju in učinkovanju medijskih vsebin gre za dinamičen proces, odvisen tako od pomenov, vsebovanih v sporočilu, kot tudi od osebnih izkušenj naslovnika, družinskega okolja, socialnega položaja in kulturnega konteksta, v katerega ponovno spadajo množična občila s svojo orientacijo (Košir in Ranfl 1996: 55; Kovačec in Merc 2012). Množični mediji so vključeni v vse segmente družbe. Imajo močan vpliv na življenje ljudi, zlasti na javno mnenje. So osrednji kanal za razširjanje in podajanje informacij o duševnem zdravju, preko katerih akterji izvajajo svoje komunikacijske aktivnosti in komunicirajo s svojo ciljno skupino.

Atkin in Wallack (1990: 7–8, 12) poudarjata, da so mediji več kot raznašalci informacij. Medijem poleg informativne vloge pripisujeta tudi vlogo vzgajanja javnosti, opozarjanja na probleme vplivanja na razvoj zdravstvenih politik in vlogo pri prednostnem tematiziranju tem.

Mediji, kot pomemben akter pri konstrukciji realnosti vplivajo na percepcijo pomembnosti področja zdravja na splošno in tudi duševnega zdravja ter na interpretacijo koncepta. Vendar pa, kot pravi Kaminova (2006: 115), zaradi privilegiranosti nekaterih zdravstvenih tem, kot so na primer rak, AIDS in uživanje nasičenih maščob, ostajajo druge zapostavljene.

Tematika duševnega zdravja je v primerjavi z drugimi zdravstvenimi temami v ozadju, vendar v zadnjih letih zanimanje zanjo narašča.

Wahl (2003; v Pahor 2007) govori o najpogostejših problemih pri upodabljanju oseb s težavami v duševnem zdravju in sicer:

NETOČNI OPISI DUŠEVNIH MOTENJ IN NAPAČNA RABA PSIHIATRIČNIH POJMOV.

Mediji pogostokrat zamenjujejo izraze, povezane z duševnimi motnjami. Najpogosteje zamenjujejo izraza: mentalna zaostalost in duševna motnja ter psihotični in psihopatski. Ameriški mediji po Wahlu (2003) uporabljajo psihiatrične izraze, kljub temu da ne poznajo njihovega pravega pomena, kar pogostokrat pripelje do napačne rabe psihiatričnih pojmov in razlag. Ameriški mediji torej ne ločujejo med pojmi *psychotic*, kar pomeni psihotičen in se nanaša na dušo in duh; pojmom *psychopathic*, kar v medicinskem smislu pomeni psihopatičen in se nanaša na osebo, ki se sooča s psihotičnimi motnjami; in pojmom *psychosis*, ki označuje duševno motnjo, psihozo.

Zelo pogost problem po Wahlu (2003) je tudi prepogosta uporaba pojma shizofrenija za upodobitev različnih oblik duševnih motenj, saj je pojem shizofrenija postal splošno sprejet kot oznaka za katerokoli duševno motnjo, tako kot je po mojem mnenju izraz *norec* dolga leta veljal kot splošen izraz za čudne, drugačne osebe in s tem tudi za osebe s težavami v duševnem zdravju. V množičnih medijih je shizofrenija pogostokrat predstavljena kot razcepljena oziroma dvojna osebnost (Wahl 2003: 88), kar pomeni, da mediji o tej konkretni motnji širijo netočne informacije. Le-te pa vplivajo na nerazumevanje duševnih motenj in s tem tudi oseb s težavami v duševnem zdravju.

DRUGA TEŽAVA JE POUDARJANJE MOTENJ TER BOLEZNI IN NE ČLOVEKA.

Problem nastane, kadar mediji strokovne oznake uporabljajo za označitev ljudi in ne bolezni. Oseba s shizofrenijo postane shizofrenik. Tako se oseba tudi dehumanizira v bitje brez vrednosti, pravic in življenja.

Namesto imena posameznika, mediji uporabljajo psihiatrični pojem, s katerim označijo

človeka in mu tako s pomočjo označevanja odvzamejo njegovo individualno identiteto in pripišejo novo – medijsko. Ta nova medijska identiteta je medijski konstrukt, umetno ustvarjen za ločevanje med »nami« in »onimi«, za poudarjanje drugačnosti, negativnih lastnosti in nevarnega obnašanja oseb s težavami v duševnem zdravju.

MEDIJI PRI OBRAVNAVANJU DUŠEVNIH MOTENJ IN LJUDI S TEŽAVAMI V DUŠEVNEM ZDRAVJU UPORABLJAJO SLENGOVSKO IZRAZE.

Najpogostejši slengovski izrazi so: norec, norc, zmešan, bolan, čudak, prismojenec, prismojen, bedak, trapast, manijak, nevrotik, shizofrenik. Zadnja dva izraza že kažeta na poimenovanje oseb s psihiatričnimi pojmi. Oseba s psihozo ali katerokoli drugo duševno motnjo se pogosto označi kot »psihič«, kar kaže na preprosto, slengovsko besedišče pri obravnavanju problematike oseb s težavami v duševnem zdravju. Menim, da je problem uporabe slengovskih izrazov v tem, da so že v osnovi nespoštljivi do osebe s težavami v duševnem zdravju in posledično žaljivi. Američani imajo še posebej veliko izrazov za norce, saj v slovarju angleškega jezika najdemo veliko slengovskih izrazov za norost in norce, duševne bolezni in osebe s težavami v duševnem zdravju, kot na primer *crazy, sick, nut, loon, wacko, weirdo, screwy, fruitcake, kook, cuckoo-bird, maniac*. Ti izrazi so nespoštljivi, izražajo nerazumevanje ljudi s težavami v duševnem zdravju in premalo sočustvovanja z njimi. Pogostokrat se ti izrazi uporabljajo v komičnih upodobitvah duševnih bolnikov. V preteklosti je pogostokrat obveljala splošna, vsem znana oznaka duševnega bolnika kot norca, kar je omogočalo lažje razumevanje in je poenostavilo komunikacijo, kadar je šlo za obravnavanje duševnih bolezni in duševnih bolnikov (Wahl 2003).

PROBLEM UPODOBITVE LJUDI S TEŽAVAMI V DUŠEVNEM ZDRAVJU NA KOMIČEN NAČIN.

Različni mediji duševne probleme pogosto uporabljajo za ustvarjanje posebne vrste humorja. Šaljive upodobitve ljudi s težavami v duševnem zdravju lahko vidimo v programih komedijantov, filmskih komedijah, televizijskih nadaljevankah in celo v risankah (Wahl 2003).

Te podobe po mojem mnenju izhajajo iz zgodovine, iz časa dvornih norcev kot »ene redkih prestižnih institucij, povezanih z norostjo« (Flaker, Lamovec 1998: 92). V zgodovini je dvorni norec neškodljiva in smešna oseba, ki zabava z neumnimi in smešnimi stvarmi. Ta podoba je v sedanjosti negativno predstavljena in skriva prikrit

zvok - posmeh (Kovačec, Merc 2012).

V družbi in medijih prav tako prevladuje mnenje, da je oseba, ki trpi za duševno motnjo v osnovi *drugačna* od drugih, od katerih se razlikuje v treh pomembnih komponentah: fizični pojavi, obnašanju in pomanjkanju osnovnih sposobnosti (slika 3).

Slika 3: Komponente drugačnosti oseb z duševno motnjo

FIZIČNI POJAV: razmršeni, nepočesani, štrleči lasje; čuden steklen pogled; velike izbuljene, divje, široko odprte oči, široko odprta usta.

POMANJKANJE OSNOVNIH SPOSOBNOSTI : odsotnost družbene identitete, mediji, osebe s težavami v duševnem zdravju predstavljajo kot: neporočene, brez otrok in prijateljev, niso zaposleni in tudi ne delajo, saj se je njihova delovna sposobnost zaradi bolezni poslabšala.

OBNAŠANJE: tipično obnašanje duševnega bolnika pa je v medijih predstavljeno kot glasen, nekontroliran smeh, momlanje in čudno nepovezano govorjenje.

Vir : Wall (2003; Pahor 2007)

Darja Zaviršek v knjigi *Hendikep kot kulturna travma* (1993) pravi, da so medijske podobe hendikepiranih vključene v kulturni prostor zato, da krepijo predstave o normalnosti. Filmi pri reproduciranju podobe normativne normalnosti uporabljajo hendikepirane osebe, da z njimi ustvarjajo posebne, nerealne situacije, fantazmatsko realnost (Zaviršek 2000:300). Sporočilo teh podob je, da je prizadetost del nenormalnosti, nevsakdanjega sveta. Filmi ustvarjajo opozicije prizadetost-neprizadetost, normalnost-nenormalnost in s tem vzpostavljajo in reproducirajo paradigmo normalnosti.

»Selektivno predstavljanje ljudi z duševno boleznijo v glavnem v kontekstu zločinskih zgodbic nedvomno daje netočno sliko in te redke dogodke predstavlja kot bolj značilne za tiste z duševno boleznijo, kot to v resnici so. Dosledno in odločno povezovanje duševnih bolezni z nasiljem in kriminaliteto tako v zabavnih kot novičarskih medijih ostaja v veliki meri netočna reprezentacija ljudi z duševno boleznijo. Velika večina ljudi z duševno boleznijo, vključujoč tiste z najbolj dramatičnimi oblikami norosti, ni nasilnih, nevarnih, hudobnih in neozdravljivih podležev kot so prikazani v medijih« (Wahl 2003: 85–86; Pahor 2007).

Poleg drugačnosti, ljudi s težavami v duševnem zdravju opredeljuje tudi pojem *drugosti*, ki ima dolgo zgodovino izključevanja posameznikov: »Ena od najzgodnejših znanih omemb drugega je grška beseda »barbaros«, ki so jo Grki začeli uporabljati za »tujce« med 7. in 6. stoletjem pr.n.št. (lat. *barbarus*). Beseda barbaros je bila onomatopoiija (bla-bla) in je pomenila nerazumljiv jezik tistih, ki niso govorili grško. Od 4. stoletja pr.n.št. naprej pa so helenistični Grki z besedo barbaros začeli ločevati sebe od tistih, ki so jih imeli za inferiorne. Oznako barbaros so namenili tistim, ki so govorili tuj, njim nerazumljiv jezik, da bi utrdili idejo o manjši človeškosti tistih, ki jih sami niso razumeli« (Zaviršek 2000: 64).

Ustvarjanje drugosti z družbenim razlikovanjem med nami in njimi, med zdravimi in bolnimi in družbena meja, ki se pri tem vzpostavi, omogočata izključevanje oseb s težavami v duševnem zdravju iz družbe, na podlagi stereotipov in predsodkov. Določena skupina drugega ustvari tako, da ga s primerjanjem (npr. tuj in ne naš), klasifikacijami in hierarhizacijo (npr. inferioren), izključi iz svoje skupine in mu dodeli status drugega. Pojem drugosti se je razvil pred pojmom normalnosti. Proces ustvarjanja drugega se je začel že v 7. stoletju pr.n.št., medtem ko se je proces ustvarjanja norme in s tem normalnosti začel uveljavljati šele konec 18. stoletja. Menim, da normalnost ne more obstajati in biti uveljavljena v družbi in medijih, brez svojega nasprotja in reprezentacij sebe in tega nasprotja, saj zaradi obstoja reprezentacij o nenormalnosti lahko normalni ohranjajo in vzdržujejo svoje predstave o normalnosti. »Medijske podobe hendikepiranih ljudi so potemtakem vključene v kulturni prostor zato, da krepijo predstave o normalnosti« (Zaviršek 2000: 300).

Značilen primer, ki dokazuje, da osebe s težavami v duševnem zdravju v realnosti niso to, kar bi mediji radi prikazali, da se realne izkušnje ne ujemajo z medijskimi prikazi duševnih bolnikov, in da osebe s težavami v duševnem zdravju po videzu in obnašanju niso tako drugačne, kot bi radi prikazali mediji, je primer s snemanja filma *Let nad kukavičjim gnezdrom* (Wahl 2003: 38). Producenti filma so za sceno v filmu, kot duševne bolnike želeli uporabiti dejanske osebe s težavami v duševnem zdravju iz bližnje bolnišnice, vendar ti niso ustrezali opisu duševnega bolnika, saj niso bili dovolj različni od drugih, da bi v filmu lahko upodobili duševnega bolnika. Zato so za vloge duševnih bolnikov najeli igralce, ki so upodobili značilno drugačen videz in obnašanje duševnega bolnika, kar tipične medijske reprezentacije duševnih bolnikov zahtevajo (Wahl 2003).

1.2. IATROGENE POŠKODBE PSIHIATRIČNE HOSPITALIZACIJE

»Jaz nisem diagnoza, jaz sem človek«.

Adi Hasanbašić

Tanja Lamovec (1995: 34–40) našteje posledice hospitalizacije v psihiatrični bolnišnici, ki uporabniku pustijo iatrogene poškodbe (poškodbe, ki jih povzroči zdravljenje ali okoliščine, ki so z njimi povezane). Posledice so: odvisnost od zdravil, dosmrtna stigmatiziranost, znižano samospoštovanje in zaupanje vase, uporabnik je prisiljen postati tak, kot ga hočejo drugi, zatiranje pristnega izražanja, spremenjeni odnosi z družino, spremenjeni odnosi na delovnem mestu, spremenjeni odnosi s »prijatelji« in znanci, izguba ciljev v življenju.

1.2.1. STIGMA

Vprašanje: *»Kaj je stigma?«* nima zgolj enega in jasnega odgovora. Fenomen stigme je definiran multidisciplinarno in vključuje prispevke psihologov, sociologov, antropologov in politologov, ki vsak na svoj način prispevajo k definiciji. Čeprav se pojmovanja teh ved med seboj prekrivajo in nadgrajujejo, ima vsaka veda drugačno teoretično orientacijo. Zaradi kompleksnosti fenomena se zdijo variacije v definicijah nujno potrebne (Plakolm 2014: 14).

Za Corrigan (2000) je duševna motnja kot dvorezni meč. Po eni strani se morajo posamezniki spopadati s simptomi njihove motnje, kot so halucinacije, blodnje, anksioznost in motnje v razpoloženju, ki že sami po sebi osebam s hudo duševno motnjo otežujejo, da bi lahko delali, živeli samostojno in dosegali zadovoljivo kvaliteto življenja (Rüsch, Angermeyer in Corrigan 2005). Vendar se izkušnja duševne motnje ne konča pri spoprijemanju s simptomi. Stigma je hkrati tudi »druga bolezen« (Finzen 1996; po Schulze in Angermeyer 2003). Njene uničujoče posledice so včasih celo hujše kot omejitve motnje same (Switaj, Wciórka, Smolarska-Switajin Grygiel 2009). Stigmatizacija še dodatno prizadene osebe s hudo duševno motnjo in pripomore k socialni izolaciji, omejenim življenjskim možnostim in odvrne ljudi od pravočasnega iskanja pomoči (Schulze in Angermeyer 2003; Plakolm 2014).

Goffman je stigmo opredelil kot »nezaželeno drugačnost«. Bil je mnenja, da je vse človeške razlike mogoče stigmatizirati. V nekaterih okoljih je lahko drugačnost (barva kože, etična pripadnost, veroizpoved, politično prepričanje, starost, izobrazba) nezaželena oziroma stigmatizirana, okolje pa stigmatizirane osebe dojema kot manjvredne. Ti so lahko tarča posmeha, zaničevanja, opravljanja, psihičnega in fizičnega nasilja, pogosto jim je otežen dostop do družbenih dobrin, npr. izobrazbe, delovnega mesta, političnega odločanja. Posledica stigmatizacije se vedno izraža v socialni distanci do stigmatiziranih oseb in skupin. Stigmatizacija spremlja paciente z duševno motnjo že od začetka človeštva, ko so duševne motnje veljale za nekaj sramotnega in nezaželenega.

Danes se pojem široko uporablja v smislu, ki približno ustreza prvotnemu dobesednemu pomenu, vendar se uporablja bolj za sramoto samo, kot za njene telesne simptome (Goffman 2008:12).

Jones *et al.* (1984) so nadgradili Goffmanovo delo ter poskusili konkretizirati koncept stigme z določitvijo šestih dimenzij. Stigma naj bi bila odvisna od tega, če je mogoče stanje zakriti, kako (i)reverzibilno je stanje, kako moteče je za okolico, kakšna je estetika oziroma pomanjkanje le-te, kako je stanje nastalo, torej od možnosti pripisovanja krivde za nastanek do tega, kakšen strah pred nevarnostjo vzbuja pri drugih ljudeh (op. citat 2014: 15).

Staffordin Scott (1986; op. citat 2014: 15–19) sta predlagala definicijo stigme, ki pravi, da je stigma *»karakteristika oseb, ki so v nasprotju z normami neke socialne enote«*, pri čemer normo definirata kot *»skupno prepričanje, da se mora oseba obnašati na določen način v določenem času«* (Stafford in Scott 1986: 81).

Crocker, Major in Steele (1998:505) pravijo, da *»stigmatizirani posedujejo (oziroma naj bi posedovali) neko lastnost ali karakteristiko, ki izraža družbeno identiteto, ki je razvrednotena v določenem kulturnem kontekstu«*.

Stigma je širok koncept, ki združuje komponente označevanja, stereotipiziranja, kognitivnega ločevanja, čustvene reakcije in diskriminacijo. Ima torej kognitivno, čustveno in socialno komponento, ki se končno izrazi tako, da ljudje izgubijo status (Švab 2009: 9).

Strband in Švab (2005:147–148) stigmatiziranost opredelita kot zaznamovanost oziroma ožigosanost zaradi neke lastnosti, ki posameznika loči od drugih tako, da ima večina in on sam to lastnost za deviantnost. Vzroki stigmatizacije so neznanje, zastarela znanja o vzrokih

in napovedi duševnih bolezni, strah in odpor pred drugačnostjo, zavajajoče obveščanje medijev, stranski učinki psihoaktivnih zdravil, sama terminologija hudih duševnih motenj.

Bon (2007) meni, da so vzroki stigmatizacije povezani z vedenjem pacientov z duševno motnjo, ki je velikokrat bizarno in nepredvidljivo, občasno celo nasilno. Morda so obremenjeni z raznimi nenavadnimi prepričanji ali imajo motnje zaznav. Njihova čustva so lahko neskladna z dejansko situacijo. V vsaki človeški kulturi je prisotna jasna tendenca, da se postavi meja med bolnimi in zdravimi. Možnost, da duševna motnja nejasno prehaja mejo zdravja in bolezni, pogojuje strah, da lahko tudi sami nekoč prestopimo to mejo. V družbi velja prepričanje, da je duševna bolezen doživljenjska in neozdravljiva, čeprav posamezni pacienti nimajo težav tudi po več let.

Ljudi, ki zbolijo za različnimi duševnimi motnjami, spremlja stigma že vso človeško zgodovino. Odnos družbe do njih je bil skozi obdobja različen, vedno pa bolj ali manj odklonilen. Identiteta človeka je splet tega, kako človek vidi samega sebe, kako ga vidijo drugi in kakšen želi biti zase in za druge.

Človek, ki se vrača iz psihiatrične bolnice, ni več isti človek, kot je bil poprej. Sedaj je *duševni bolnik*. Stigma, ki ga bo spremljala vse življenje. Stigmi se posameznik upira, jo zavrača in je ne čuti kot verodostojno informacijo o svoji osebnosti, vendar ve, ker na vsakem koraku to še kako »dobro« občuti, da je iz zornega kota »normalnih« razvrednoten. Stigma mu sledi kot senca, noče je, pa se je vendarle ne more znebiti, je zavreči, vse dokler tega ne stori okolje, ki to identiteto proizvaja (Lamovec 1993: 23).

Za Zavirškovo (2002: 12) je redko katero področje človeškega življenja tako polno tabujev, stigme, nerazumevanja, kot so psihosocialne stiske ljudi in posledično njihove izkušnje psihiatričnih hospitalizacij. Iz pričevanja ljudi spoznamo, da duševne stiske in psihiatrične diagnoze njim in svojem prilepijo negativne identitete kot so »človek je nevaren sebi in drugim«, »z družino je nekaj narobe«, »psihiatrični bolnik je reven, revščina pa je nekaj negativnega«, »človek s psihosocialnimi stiskami je slab delavec in je invalid«, »ženska s psihiatrično diagnozo ne more biti dobra mati«, »psihosocialne stiske so biološko dejstvo in podedovane«.

V moderni družbi je stigmatizacija vseh drugačnih ljudi, ne le duševnih bolnikov, v vsakdanjem pogovoru vedno bolj nesprejemljiva, vendar se seli na bolj prikriti ravni in verjetno celo narašča (Bon 2000).

Stigmatizacija duševnih pacientov se v današnjem času žal ne zmanjšuje (Stier in Hinshaw 2007). Predsodki se izražajo na manj agresiven način kot včasih, ljudi z duševno motnjo se izloča z izogibanjem, pasivnim odklanjanjem ali ignoriranjem. Vsi ti razlogi so razlog za strah in sram ter zmanjšujejo kakovost zdravljenja, sodelovanja pri zdravljenju in oskrbe za osebe z duševnimi motnjami (Švab 2009).

V poročilu *President's New Freedom Commission on Mental Health* (2003) se stigma nanaša na:

»Skupino negativnih odnosov in prepričanj, ki napeljujejo splošno javnost k strahu pred ljudmi s težavami v duševnem zdravju in zavrnitvi, izogibanju ter diskriminaciji ljudi z duševno boleznijo. Stigma napeljuje druge, da se izogibajo življenju in druženju z osebami s težavami v duševnem zdravju, delu z njimi, oddajanju stanovanj in zaposlovanju oseb z duševnimi motnjami, predvsem tistih, ki trpijo za težko motnjo kot je shizofrenija. To pa pri osebah z izkušnjo duševne motnje vodi v nizko samospoštovanje, izolacijo in brezup ter jih odvrne od tega, da bi poiskali pomoč. Kot odgovor na stigmo, ljudje s težavami v duševnem zdravju ponotranjijo javni odnos in zaradi neprijetnosti in sramu pogosto prikrivajo simptome in si ne poiščejo pomoči« (President's New Freedom Commission on Mental Health, Executive Summary 2003: 11; Pahor 2007: 47).

Taka opredelitev stigme kaže na to, da je stigmatizacija ljudi s težavami v duševnem zdravju velik družbeni problem, ki zavzema vse vidike življenja osebe s težavami v duševnem zdravju. Stigma iz abstraktnega pojma postane realnost, ko želijo ljudje s težavami v duševnem zdravju živeti in delati v okolju »normalnih«, ko se izkaže, da sicer »normalni« nimajo nič proti njim, dokler »duševno bolni« niso blizu njih, se pravi dokler držijo distanco in so tam, kamor spadajo – torej v psihiatrični bolnišnici.

S pojmom »normalni« po Goffmanu (1963) opredeljujem tiste, ki ne odstopajo negativno od posebnih pričakovanj, ki jih ima družba do svojih pripadnikov. Družba in njeni posamezniki pričakujejo od pripadnikov družbe določene lastnosti in obnašanje, ki veljajo za normalne. Normalni so torej tisti pripadniki družbe, ki te lastnosti posedujejo in se obnašajo na določen način.

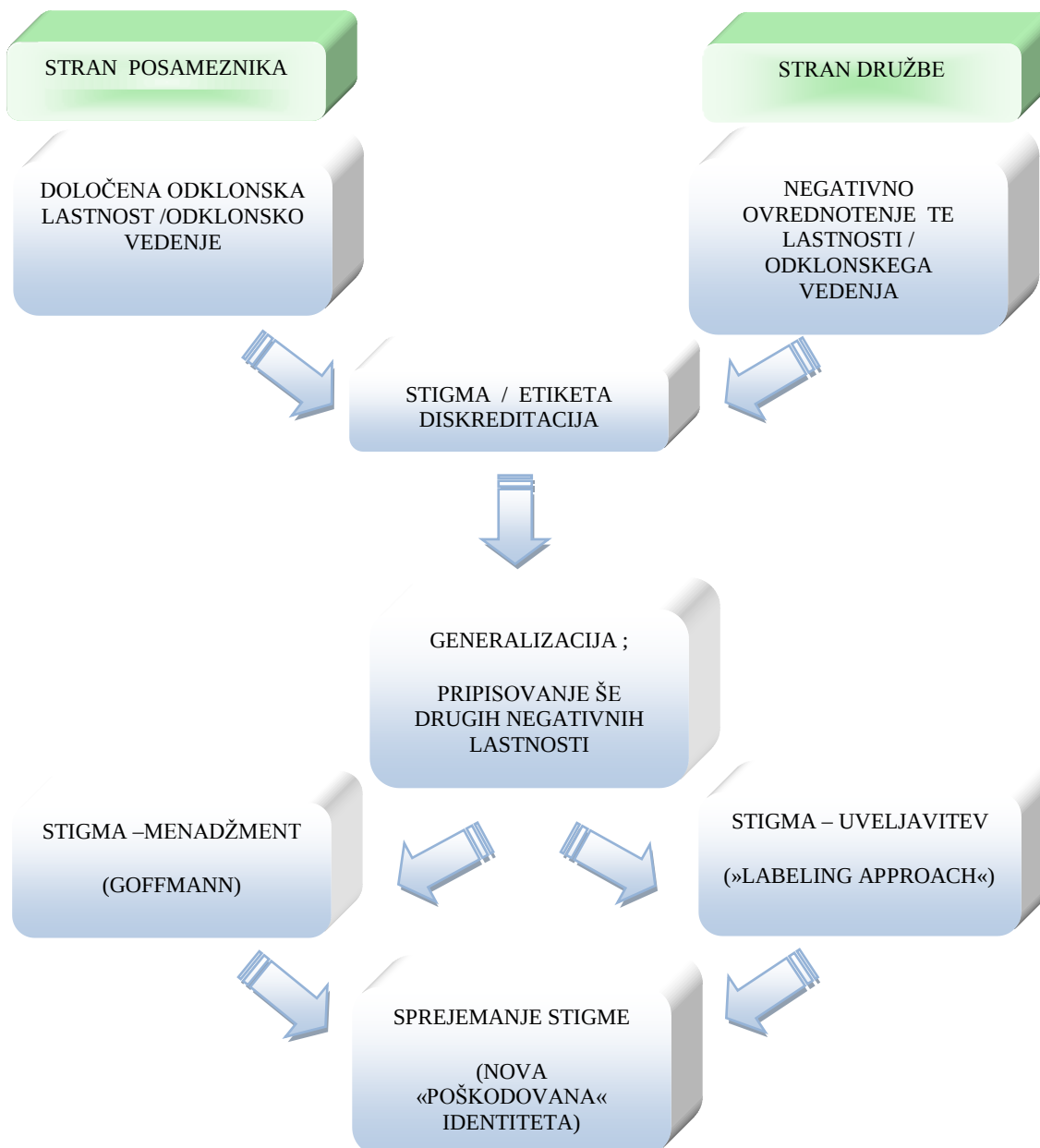
Razlikovanje med »zdravimi in bolnimi« – »nami« in »njimi« in stigmatizacija oseb s težavami v duševnem zdravju, danes vodijo v prikrite predsodke in prikrite ter posredne

diskriminacije. Nadalje tudi utrjujejo družbeno identiteto posameznika, kot drugačnega in opravičujejo diskriminacijski odnos pripadnikov družbe do njega.

V primeru duševnih bolnikov to na primer pomeni, da nihče nima nič proti njim, dokler ne živijo in ne delajo blizu, da se vsi strinjajo, da je treba za osebe s težavami v duševnem zdravju poskrbeti, vendar pa nihče noče biti udeležen pri tem.

Ulrich Hensle (1988; v Mulej Repinc 2007:11) proces stigmatizacije opredeli in nazorno predstavi (slika 4).

Slika 4: Proces stigmatizacije



Vir: Ulrich Hensle (1988; v Mulej Repinc 2007:12)

Hensle pet ključnih postaj procesa stigmatizacije opredeli zaporedoma:

- posameznik ima lastnost, ki je izven družbene norme, ali kaže primarni odklon v svojem vedenju; družba je to lastnost označila kot negativno in diskreditirano
- se nanaša na to osebo: iz lastnosti postane stigma, iz primarnega odklona nastane etiketa
- stigma učinkuje generalno, družba ji pripisuje še druge negativne lastnosti
- stigmatizirana oseba se spoprijema s stigmo, socialne kontrolne instance jo uveljavijo.
- v večini primerov bo stigmatizirana oseba sprejela (poškodovano) identiteto kot novo vlogo, ki ji jo drugi pripisujejo.

Strbad in Švab (2005: 148) predstavita soodvisnost različnih dejavnikov in razsežnosti stigmatizacije ter odzivov nanje (preglednica 1).

Preglednica 1: Soodvisnost različnih dejavnikov in razsežnosti stigmatizacije ter odzivov nanje

Čustvena sestavina	Kognitivna sestavina	Vedenjska sestavina
Nestigmatizirani (do stigmatiziranih)		
Negativno:		
<i>Odpor</i>	<i>stereotip(izacija)</i>	<i>izogibanje</i>
<i>Gnus</i>		<i>zmerjanje</i>
<i>Strah</i>		<i>izločitev</i>
<i>Ravnodušnost</i>		
Pozitivno:		
<i>Zanimanje</i>	<i>zaznavanje podobnosti</i>	<i>trud za vključevanje</i>
<i>Ljubezen</i>		
Stigmatizirani (do nestigmatiziranih)		
Negativno:		
<i>Sovraštvo</i>	<i>stereotip(izacija)</i>	<i>izogibanje</i>
<i>Jeza</i>		<i>izločitev</i>
Pozitivno:		
<i>Upanje</i>	<i>zaznavanje podobnosti</i>	<i>vključevanje</i>
	<i>uporaba individualiziranih podatkov</i>	<i>iskanje</i>
<i>Ljubezen</i>	<i>Pravice</i>	
Vir: Strbad, Švab (2005: 148)		

Avtorici obenem predstavita rezultate raziskave, ki so izluščile tri pomembne sestavine stigme:

ČUSTVENO SESTAVINO (strah): *bojim se ljudi z duševnimi motnjami;*

KOGNITIVNO SESTAVINO (stereotipiziranje): *ljudje z duševnimi motnjami so nevarni;*

VEDENJSKO SESTAVINO DRUŽBENEGA NADZORA (zadržanost): *izogibam se ljudi z duševnimi motnjami.*

Po Sartoriusu (slika 5) stigma ustvarja začarani krog diskriminacije in socialnega izključevanja oseb z duševnimi motnjami.

Slika 5: Začarani krog diskriminacije in socialnega izključevanja oseb z duševnimi motnjami



Vir: Sartorius (Vukušić Rukavina 2011)

Najbolj zgovorno o stigmi govorijo zgodbe, ki sledijo:

Simon pravi: *»Če srečam nekoga, ki ni bil v bolnišnici, mu ne omenim, da sem imel opraviti s psihiatrijo in prosim Boga, da mu ne bo kdo drug tega omenil, tedaj, ali kasneje. Kajti stališče ljudi, vsaj nekaterih je pač ... takoj vidite, da jim je nerodno in ne vedo, kaj bi rekli. Mislijo, da je to nekaj strašnega, to je tabu, o tem se ne sme govoriti«.*

Lorela razlaga kako zelo si želi biti na isti ravni z drugimi ljudmi. Če jim da vedeti, da je imela duševne motnje, jo obravnavajo, kot da je *»manj kot človek«*.

»Pomembno je, da se počutim enakovredno drugim ljudem. Rada se izdajam za normalno, rada začnem pogovor s kom v bifeju in pustim, da se razvije dalje. Toda, če bi me hotel kdo zares spoznati, bi mu morala povedati in tedaj mu ne bi bila več enakovredna«.

Tim (Bon 2000) : *»Na začetku bi rad pojasnil dve stvari. Čutim, da trpim zaradi stigme, vendar se obenem tudi zavedam, da sem bolnik, čeprav se raje imenujem uporabnik psihiatričnih storitev. Ta opis je moj pogled, nasvet, drugi ga morda vidijo drugače. Najprej vam bom pojasnil nekaj ozadja o meni in moji bolezni. Prvič sem bil hospitaliziran leta 1985.*

Za svojo diagnozo nisem vedel vse do leta 1988, ko sem svojega psihiatra vprašal, če pozna kakšno skupino ljudi, ki bi jim se lahko pridružil. Predlagal mi je, naj grem v skupino za osebe s shizofrenijo. Bil sem šokiran nad to besedo - »shizofrenija«. Mislim, da to lepo pokaže, da sem imel sam podobne predstave o shizofreniji kot drugi ljudje, kljub temu da sem bil v bolnici in sem poznal kar nekaj ljudi s to diagnozo.

V zadnjih 14 letih sem imel ogromne težave s svojo boleznijo. Večkrat sem bil hospitaliziran proti svoji volji. Taval sem po cestah v pižami, enkrat sem bil celo nag v javnosti. V bolnico me je vozila policija, navadil sem se živeti s svojo boleznijo, moral pa sem se soočiti tudi s stigmo, ki me spremlja. Lahko bi rekel, da doživljam več vrst stigme. Imam na primer sosedo, ki je včasih zbežala v stanovanje, kadar me je zagledala, zdaj pa me ignorira. Vem, da me je videla v tistih situacijah, ko so me zelo bolnega policaji peljali v bolnico, nato pa je brala tudi senzacionalna poročila o meni v časopisih na straneh črne kronike. Nič nimam proti, če se boji neznanega. Prvič, ko sem šel v bolnico, sem se sam grozno bal ljudi, ki sem jih videl tam. Vendar sem potreboval samo en dan, da sem razumel, da so v bistvu čisto v redu ljudje. Pozneje mi je moj zelo dober prijatelj, ki sem ga spoznal v bolnici, povedal, da sem bil jaz tisti, ki se ga je on najbolj bal, ko je prvič prišel v bolnico. Na žalost pa je strah moje sosede tako velik, da raje ne govori z menoj in če še tako hočem, tega ne morem spremeniti. Ker

poznam njo, laže razumem tudi, zakaj se na primer ljudje upirajo, kadar želijo v njihovi soseski postaviti skupnostni center za duševne bolnike.

Srečo sem imel, da nikoli nisem ostal dalj časa brezposeln. Do leta 1998 sem bil raziskovalni asistent, kasneje pa so mi zaradi moje bolezni zavrnilo prošnjo za doktorski študij. Trenutno sem samozaposlen, iščem si kako manj stresno službo. V intervjujih za službo ne mislim skrivati svoje bolezni, vendar je vnaprej tudi ne omenjam. Mislim si, da moram biti najprej prisoten v živo, preden omenim bolezen, da ljudje ne sklepajo vnaprej. Za enkrat še nisem bil uspešen pri iskanju službe.

Drugačne vrste problemov imam z različnimi strokovnjaki s področja duševnega zdravja, s katerimi se srečujem. Mislim da obstaja ogromna razlika v moči, ki jo imajo zdravniki proti nam, uporabnikom. To med uporabniki povzroča precej jeze. Dokler se o naših težavah, ozdravljenju in o tem, kaj na splošno čutimo eden do drugega, ne bomo začeli pogovarjati enakovredno, mislim, da ne more biti nobenega napredka na tem področju. Največji problem je v tem, da strokovnjaki mislijo, da zaradi bolezni sam nisem sposoben sprejemati odločitev, kaj je najbolje zame. Seveda razumem, da je temu res tako, kadar sem zelo bolan, ne razumem pa takega odnosa v mojem vsakdanjem življenju. Kadar podvomim v kako odločitev, me nihče ne posluša.

Zdaj sva z mojim zdravnikom prišla do dogovora, da lahko občasno poskusim kaj novega, vendar moram na novi terapiji zdržati vsaj tri mesece, preden se lahko pritožujem. Imam pa srečo, da sem izobražen in da se znam izražati. Nekateri ljudje tega ne znajo in ne uspejo strokovnjaku razložiti, kako se počutijo ali kaj bi si v resnici želeli. Zadnja stvar, ki jo doživljam kot stigmo, pa je splošni občutek, da v tej naši družbi duševni bolniki niso spoštovani tako kot drugi ljudje«.

Čeprav gre za tri izpovedi, so kljub temu verodostojen vzorec, ki pojasnjuje, da se je pri osebah razvil oziroma nastal splošno znan »strah intimnosti«. To niso le nekakšni iracionalni strahovi, ki bi izvirali iz nerazumljivih globin duše, temveč odzivi na dejansko socialno stvarnost, ki jo živijo dan za dnem.

Sprašujem se, kaj občutijo ob dejstvu, da so iz perspektive »normalnih« razvrednoteni in so v stiku s sodelavci, prijatelji, sosedi, neprestano v dvomu, ali naj povedo, ali ne in komu naj povedo, kje, kdaj in ob kakšni priložnosti.

Biti označen kot duševno bolan ni malenkost. V priročniku zveze duševnih bolnikov ZDA lahko najdemo med drugim tudi naslednje definicije, kaj pomeni biti duševni bolnik (Despotović 1993; Lamovec 1994: 134):

- stigmatiziran, patroniziran, psihiatriziran;
- da tvoje življenje nadzorujejo vsi razen tebe;
- da živiš s stalno grožnjo in možnostjo, da te zaprejo, kadarkoli, zaradi kateregakoli razloga;
- neprestano te opazujejo, tvoj psihiater, prijatelji, družina, nato dobiš diagnozo, da si paranoiden;
- in tako postaneš nič v svetu in te ni.

Ob tem, kaj za človeka pomeni biti duševni bolnik Flaker (1993: 39) pojasnjuje, da so ne samo bistveno zmanjšane vse njegove možnosti za vključitev in uveljavitev v družbi v objektivnem smislu, temveč se pod vplivom institucije usodno preoblikuje tudi njegova samopodoba.

Človek, ki je prebolel gripo, po preboleli bolezni izgubi svojo diagnozo. Nihče ne boniti pomislil, da bi ga za vse življenje označil kot »gripoznega bolnika«, pa čeprav morda vsako leto večkrat zboli za to boleznijo. Nedvomno lahko rečemo, da je takšna oseba nagnjena h gripi, da ima določene predispozicije zanjo, a kadar je zdrava, je zdrava. Za duševnega bolnika to ne velja. Diagnoza je dosmrtna, pa čeprav je od zadnje krize morda minilo že deset let ali več. Uradno je taka oseba duševno bolna, čeprav je ves čas zdrava (Flaker, Lamovec 1993: 88). Torej lahko le sklepamo, da po duševni krizi osebi ne ostane ničesar več, na osnovi česa bi lahko razlikovali »duševno bolno« osebo od zdrave. Kljub temu diagnoza duševne bolezni ostane, torej nekaj, kar je posameznik postal, ne pa motnja, ki jo občasno ima, katere se drži prizvok neozdravljivosti in z njo posledično povezana stigmatizacija, ki sproži socialni proces drsenja navzdol po socialni lestvici.

Primer »gripoznega bolnika« ni preveč posrečen »casus« za konfrontacijo o diagnozi, še toliko manj v povezavi s predizpozicijo. Slednja je posredno in neposredno vezana na bolezen, ki se utegnejo pojaviti pri potomcih bolnika, torej pri otrocih, vnukih, itn. Gripa pa je bolezen sezonskega tipa, njene pojavne poti pa so bistveno drugovrstne narave.

Za primerjavo vzemimo bolj adekvaten zgled, primer bolnika s sladkorno boleznijo. Ali ima on dosmrtno diagnozo »diabetes«? Vsi vemo, da jo ima. Da imajo njegovi otroci nagnjenost k pojavu sladkorne bolezni oziroma procentualno več možnosti, kot otroci staršev, ki ne

posedujejo te bolezni, je potrjeno in dokazano. Vendar recimo »bobu bob«, ni problem v doživljenski diagnozi, problem je v stigmi, katere sladkorni bolnik nima, čeprav je večkrat mogoče slišati: »Ta cukrav«! Še več, do njega so tako družba, kot celoten socialni kontekst razumevajoči, se prilagajajo, upoštevajo kaj sme in kaj ne, da ne pride do poslabšanja bolezni.

Dejstvo je, da je poleg revščine, brezposelnosti in neustreznih bivalnih pogojev stigma najizrazitejši dodatni vir degradacije oseb z izkušnjo duševne stiske v industrijski družbi. Stigma je nalezljiva. Biti z nekom, ki poseduje stigo, pomeni, da se je del stigmatiziranega (Goffman 1971; Božič 1991: 140). Zlomljena noga ne ogroža človeka, nori shizofrenik pa (Rosenhan 1991: 119).

Osebe s hudo duševno motnjo se poskušajo spopadati s stigo z obrambnimi mehanizmi in strategijami, ki jim velikokrat bolj škodujejo kot koristijo. Ena izmed najbolj pogostih strategij, s katero se poskušajo izogniti stigmatizaciji in posledično socialni zavrnitvi je, da poskušajo svojo motnjo skriti. To jim povzroča dodaten stres, saj se nenehno bojijo, da bo njihova okolica odkrila, da nekaj prikrivajo. Skrivanje je velikokrat osnovano na izkušnjah, da so se jih ljudje začeli izogibati, ko so za duševno motnjo izvedeli. Če do tega vedenja pride zaradi strahu pred socialno zavrnitvijo, je posledica povsem presenetljiva. Osebe se zaradi stresa, ki ga povzroči skrivanje diagnoze, začnejo izogibati ljudem in se velikokrat popolnoma osamijo (Goffman 1963; Switaj *et al.* 2009; Švab 2009).

Mnenje dr. Felca, ki je - kakor sam zase pravi - klasičen psihiater, je tako: *»Nemogoče je spodbuditi ljudi, da ne bi imeli predsodkov pred duševno boleznijo. Ti so vedno bili in vedno bodo. Prav je, da ljudem preko medijev in na vse druge načine povemo, da duševna motnja ni neobvladljiva zadeva. Ni treba imeti predsodkov pred njo. Toda ker delam v psihiatriji že več desetletij, vem, da je govoriti eno, imeti psihične težave (denimo shizofrenijo) pa čisto nekaj drugega. In biti starš otroka, ki tone v iracionalno realiteto, kar je ena izmed okoliščin duševne bolezni, je tudi nadvse težko obvladljiv psihosocialni izziv«.*

Izredno lepe so besede psihologinje Sanje Temnik, terapevke v ambulantni, ki jo je odprl pokojni dr. Andrej Marušič v Strunjanu: *»Pomembno je predvsem, da se zavedamo, da ni razlike med telesno in duševno motnjo. Slednja je bolezen kot vsaka druga, saj sta v našem organizmu telesno in duševno neločljivo prepletena med sabo. Duša je telo in telo je duša. Če delujemo v duhu, da je zdravje samo eno, menim, da ne moremo zgrešiti. Motnja, pa naj bo*

telesna ali duševna, je nekaj, kar je mogoče (o)zdraviti. Vsak si zasluži, da se v svoji koži dobro počuti!«(Lea Kalc Furlanič: 2008).

Predsodki in stigma pa ne spremljajo samo le uporabnikov, temveč tudi osebe, ki je zaposleno v psihiatriji, čeprav teh dveh ni moč primerjati, pa vseeno, čisto na kratko tudi o tem. Besede » *S kom si, tak si*«,sem slišala že velikokrat. Ljudem je nerodno in obmolknejo, ko povem kje delam. V tretjem letniku pri predmetu »Metode duševnega zdravja v skupnosti« sem bila pri sošolki deležna komentarja: »*Vi ki tam delate morate biti posebne sorte ljudje, brez čustev, hladni*«! Seveda sem ob tem postala jezna. Zanimivo je, da o tem govorijo ljudje, ki praga psihiatrije še niso prestopili (tako kot moja bivša sošolka) in to je nekaj povsem običajnega. Takšni vse najbolj vedo in so nadvse primerni za pripombe, zaključke, predloge, obsodbe. Kako osebno doživljamo stigmatizacijo in kako se z njo spopadamo, če sploh se, je stvar vsakega posameznika. Kaj doživljamo in občutimo ob delu z ljudmi, ki doživljajo duševno stisko, ali krizo, prav tako. Vsak izmed nas je »pesem zase«, kar je sicer pri vsem kar se nam v življenju godi čisto normalno! Kaj v resnici v svoji duši doživljam: ko sprejemem na oddelok mladostnico po poskusu samomora, ki je stara toliko kot moj sin; kaj ob sprejemu slepe mame, ki v meni obudi prečudovite spomine na že davno preminulega slepega dedka; kaj ob dementni mamici, *vem le jaz!* V premislek vsem, ki stigmatizirajo, diskriminirajo, bom za konec uporabila besede Tanje Lamovec (1993:129):

»Če iščeš simptome, jih najdeš. Če iščeš človeka, ga vidiš. Človek je predvsem človek, ali pa to ni. Ne glede na spol«.

1.2.1.1. VPLIV STIGME NA PODOBO ČLOVEKA IN NJEGOVO ŽIVLJENJE

Vsi v svoji notranjosti nosimo sliko o sebi, velikokrat ne vedoč, da tudi ona med drugim usmerja naše delovanje, vedenje, reakcije. Sliko o sebi pričnemo ustvarjati že zelo zgodaj - kot bi se gledali v ogledalu naše okolice in risali svoj portret. Kakšen portret bomo ustvarili, je odvisno od predelave naših izkušenj in odzivov iz okolja, v začetku predvsem od družine, nato pa tudi vrstnikov, šole in ne nazadnje kulturnega okolja, v katerem smo se rodili in odraščali.

Človek je enkratna in nedeljiva celota pri rasti, napredovanju in zdravljenju in prav tako pri nazadovanju in obolevanju (Ramovš 1995: 54).

Nasploh velja, da je človek kakor vezno posodje: če iz katerekoli od njegovih razsežnosti odteka potrebna življenjska tekočina, bo upadla gladina enakomerno tudi v vseh drugih: odteka seveda iz tiste, ki je najšibkejša (ibid.:56).

Ljudje običajno reagiramo na tisto, kar je drugačno od večine, kar je lepo, grdo, kar odstopa od naših pričakovanj.

Strbad, Švab (2005:151) poudarita, da stigma slabša samopodobo in znižuje samospoštovanje, ter ovira bolnike pri iskanju pomoči. Pri bolnikih, ki bolj doživljajo stigmo, je stopnja nezmožnosti večja. Kaže se v slabši komunikaciji, nemiru, slabši skrbi zase, težavah pri druženju in vsakdanjih dejavnostih.

Kovačevič (2002: 73) razpozna dolgotrajni karakter duševnih motenj, kot dejavnik, ki zrahlja motivacijo ljudi, svet želja, vrednostni sistem, voljo in storilnost.

Rezultati NAMH-a za 515 oseb z duševnim motnjami in njihovimi občutki ob medijskem prikazu duševnih bolezni, so pokazali, da je polovica vprašanih izjavila, da ima medijski prikaz negativen vpliv na njihovo duševno zdravje. V 35% je negativen medijski prikaz vplival s porastom osebne depresivnosti in anksioznosti, 22% vprašanih oseb se je zaradi negativnega vpliva medijev še bolj izoliralo in 8% oseb pa je zaradi takšnega medijskega prikaza imelo samouničevalne misli (Vukušić Rukavina 2011).

Od 2004 do 2010 je v raziskavi MEDLINE baze podatkov evidentirano še osem študij o stigmatizaciji duševnih motenj v tiskanih medijih. Najbolj pogosto uporabljena metoda za oceno specifične analize vsebine (eng. content analysis) je metoda porazdelitev raziskovanih vsebin na pozitivne in negativne prispevke (Vukušić Rukavina 2011).

Vpliv stigmatizacije najlažje ponazorimo z izjavami, ki sledijo:

»Sram, ki ga občuti moj oče zaradi mene, še zdaleč ne dosega mojega lastnega. Pogosto me muči krivda zaradi moje diagnoze shizofrenije. Občutek imam, da sem delno izgubil svoje mesto med ljudmi in da bom za nekatere vedno neke vrste bitje pod človeško ravniho.«

Lucija je prepričana, da nič več ne zmore, da ji nič ne gre dobro od roke. Njeni komentarji na pohvale so: »O, kje pa, ni dobro, nisem se dosti potrudila. Neumna sem. Nič več ne vem.«

Ema je mati desetletnega otroka. Ob ločitvi so otroka dodelili možu, ker je pristojni Center za socialno delo menil, da zaradi svojih duševnih težav ne bo mogla skrbeti za otroka.

Lara skozi jok pove, da ne zdrži več tega življenja in se sprašuje, čemu naj živi, če jo imajo vsi za norca, za zmešano babo ter nadaljuje: *»vse to posluša tudi moj šestletni sin!«*

Tina razlaga, da je izgubila vse ambicije, da živi iz dneva v dan in ne pričakuje dosti.

Senada pravi takole: *»Če srečam koga, ki ni bil v bolnišnici, mu ne omenim, da sem imela opraviti s psihiatrijo in prosim Boga, da mu ne bo kdo drug tega omenil, tedaj ali kdaj kasneje«*.

Lejlini svojci so zaradi glasnega stokanja in vpitja poklicali dežurnega zdravnika v zdravstveni dom, naj uredi hospitalizacijo. Ta je, ne da bi gospo obiskal, pregledal in ugotovil dejansko stanje, odredil prevoz z reševalnim vozilom v psihiatrijo. Ob sprejemu, torej ob pogovoru in pregledu je dežurni psihiater ugotovil, da je gospa močno poškodovana. Domači je niso jemali resno oziroma ji niso verjeli, da je padla po stopnicah. Lejlo smo spremili na preiskave v splošno bolnišnico. Premeščena je bila v Ljubljano, na kirurgijo-travmatologijo, kjer je bila zdravljena 3 mesece.

Judita najtežje prenese to, da so jo prijatelji zapustili in se je izogibajo.

Urško najbolj moti to, da se starši do nje obnašajo kot do majhnega otroka. Ves čas jo kontrolirajo, govorijo kako naj se obnaša, kaj sme in česa ne.

Živa je hospitalizirana v tretjem letniku srednje šole. Pove, da nima nobene motivacije za učenje.

Juli je imela fanta. Ko mu je zaupala, da je bila v psihiatriji, jo je zapustil.

Selmo je zaradi bolezni zapustil mož. Otroke je odpeljal k svojim staršem. Načrtoval je in uredil prodajo stanovanja, vendar mu to ni uspelo. Pogodbe o prodaji Selma ni podpisala. V tem času je ostala tudi brez službe. Po 25-ih letih delovne dobe je pristala na Zavodu za zaposlovanje. Tako je 4 leta živela od skromne denarne pomoči do invalidske pokojnine.

1.2.1.2. VPLIV STIGME NA ZAPOSLOVANJE (DELAZMOŽNOST)

Najpogostejši dejavniki, ki se omenjajo pri pojasnjevanju tako visoke brezposelnosti pri osebah z duševno motnjo, so prav motnja sama, stigma, ki motnjo spremlja, neučinkovitost programov zaposlitvene rehabilitacije in neuspešna politika zaposlovanja oseb s hudo duševno motnjo (Baron in Salzer 2002; Plakolm 2014).

Problem ima močan socialni naboj. Prvi vidik je vsekakor ta, da težkemu bolniku, ki ni več sposoben za delo oziroma ne more več konkurirati na surovem tržišču delovne sile, čim prej omogočimo vsaj minimalna sredstva za preživljanje. Drugi vidik pa izhaja iz spoznanja, kaj delo pomeni za človeka, morda še bolj za tistega, ki je duševno bolan. Delo je človeka ustvarilo. Delo v skupnosti in za skupnost ni samo pridobivanje dohodka, ampak zadovoljuje mnoge za človeka bistvene potrebe. Je sredstvo za razvijanje in uveljavljanje človekovih sposobnosti in za njegovo uveljavljanje v družbeni skupnosti. Tako delo pomeni pomembno psihološko, socialno in biološko dimenzijo osebnosti. Izguba delovne sposobnosti pa se boleče odraža na vseh ravneh in kot v začaranem krogu vpliva tudi na potek same bolezni. Zato je pri nas toliko bolj boleča situacija, ko nimamo drugih delovnih rešitev, kjer je tudi težji bolnik zaposlen, se druži s sodelavci in je primerno nagrajen. Imamo sicer obetavne poskuse v tej smeri, ki žal niso deležni podpore niti pri nas samih, kaj šele pri tistih, ki bi zadevo morali finančno podpreti. Tako našim shizofrenim bolnikom, po izgubi delovne sposobnosti, ostane le prva kategorija invalidnosti in redkeje druga ali tretja. Z upokojitvijo, ki za mnoge pomeni socialno smrt, saj jim je delo pomenilo še zadnjo obliko druženja v skupnosti, se pogosto znajdejo v revščini, med podpiranci, v marginalnih skupinah ali kje drugje na socialnem dnu (Žvan 1998).

Česa vsega je torej prikrajšana oseba z duševno motnjo, če izhajamo iz dejstev, *kaj delo pomeni za človeka?*

Zaposlitev še vedno predstavlja najpomembnejši instrument uveljavljanja posameznika in s tem prizadevanja za ključne vloge v družbi, ki prinašajo ugled, blagostanje ter hkrati tudi moč (Drobnič 1992: 45).

Delo je zavestno prizadevanje človeka, da bi dosegel ta ali oni dobri cilj. Ena od opredelitev se glasi: »Človek je bitje, ki je zmožno delati. Učinek je lahko tudi obraten: delo človeka oblikuje in izpopolnjuje. Delo je v končni fazi vedno ustvarjalno dopolnjevanje in v enaki meri

največje mogoče uresničevanje človeka samega. Za današnjega človeka je delo na delovnem mestu oziroma v delovni organizaciji izjemno pomembno. Tu preživi polovico svojega budnega časa. S sodelavci preživi več časa kot z zakoncem in s svojimi otroki. Delovni položaj ima za posameznika družbeni in psihološki pomen. Tako je na primer njegov ugled bolj odvisen od delovnega položaja kot od njegovih etičnih, značajskih, intelektualnih ali katerih drugih lastnosti. Nesposobnost za delo pride zaradi starosti, invalidnosti, bolezni, majhnih otrok in podobnega. Ta ne ogroža le ekonomskega položaja, ampak je povezana tudi s psihičnimi pretresi, občutkom manjvrednosti pred zaposlenimi, strahom pred socialno smrtjo v marginalizaciji in celo telesno obolevnostjo» (Ramovš 1994: 9).

Z delom si človek razvija sposobnosti, krepí moč, spretnosti, zbira znanje in izkušnje, uri vztrajnost, pridobiva delovne navade in si razvija druge duševne sposobnosti.

Delo prispeva k telesnemu zdravju, še zlasti pa k duševnemu ravnovesju. Delovni dosežki človeka osrečujejo, oblikujejo njegovo samozavest in samospoštovanje oziroma prispevajo k samopotrjevanju. Ob uspehu in morda še bolj, ob neuspehih, življenje človeka uči in oblikuje.

Večina življenjskih izkušenj posameznika in kulturnih izkušenj človeštva, se porodi ob delu. Zaposlitev prinaša človeku dohodek in status na družbeni lestvici. Pomeni pa mu tudi socialni stik in družabnost ter zadovoljevanje specifičnih človekovih potreb (Bilban 1998).

V eni izmed študij so raziskovali razloge za diskriminacijo na delovnem mestu in ugotovili, da je daleč največ oseb kot razlog navedlo psihiatrične težave (73 %), medtem ko so bile na drugem mestu ekonomske okoliščine (52 %) ter na zadnjem mestu država izvora (9,8%) (Corrigan, Thompson, Lambert, Sangster, Noel in Campbell 2003).

Zaradi psihosocialnih aspektov, ki se povezujejo s stigmo kot so predsodki in diskriminacija, s katero se morajo soočati osebe s hudo duševno motnjo, družba manj ceni dejanske zmožnosti in veščine teh posameznikov, obravnava jih kot manj kompetentne ter jim dodeljuje manj pomembno delo in lažje naloge (Wahl 2012). Eden izmed mitov, ki jih je poskušala razbliniti Svetovna zdravstvena organizacija (2001) je, da osebe s hudo duševno motnjo niso sposobne delati.

Delo predstavlja enega izmed najpomembnejših življenjskih okolij, vpliva na naše blagostanje in je ključni vidik okrevanja oseb s hudo duševno motnjo (Harnois in Gabriel 2002). Karierni potencial oseb, ki imajo psihiatrično diagnozo, je kljub nasprotnim prepričanjem družbe

odvisen od njihovih sposobnosti, izobrazbe, izkušenj, motivacije in trenutnega psihofizičnega počutja (Švab 2009).

Kljub mnogim raziskavam, ki so preučevale javno mnenje z namenom odkritja dejavnikov, ki vplivajo na tako negativne poglede in kljub prizadevanju, da bi spremenili pogled javnosti, (Pescosolido *et al.* 2010) ugotavljajo, da različni poskusi niso obrodili želenih sadov, s čimer se strinjajo tudi Schomerus *et al.* (2012), ki pravijo, da se odnos javnosti do oseb s hudo duševno motnjo v zadnjih 20 letih ni bistveno spremenil oziroma ostaja zavračanje relativno stabilno.

Tudi aktivna politika zaposlovanja, empirični dokazi raziskav, delovanje dnevnih centrov za duševno zdravje in privlačne kampanje za promocijo duševnega zdravja in okrevanja pri hudi duševni motnji niso pripomogli k večji stopnji zaposlenosti oseb s hudo duševno motnjo, ki ostaja zaskrbljujoče nizka (Rebeiro Gruhl, Kauppi, Montgomery in James 2012).

Duševne motnje posameznikov ne ovirajo samo pri tem, da bi učinkovito vstopili ali ostali znotraj trga delovne sile, temveč predstavljajo tudi hude družbene in gospodarske posledice za njihove družine, skupnost in celotno gospodarsko stanje.

Po ocenah slovenske Resolucije o nacionalnem programu duševnega zdravja 2014 do 2018 (Ministrstvo za zdravje RS 2014) slabo duševno zdravje predstavlja izgubo najmanj 3 do 4% bruto domačega proizvoda. Do izgub prihaja večinoma zaradi izgubljene produktivnosti, ki se kaže v obliki odsotnosti od dela, nezmožnosti za delo in zgodnjega upokojevanja (Evropska komisija 2008; v Ministrstvo za zdravje RS 2014). Duševne in vedenjske motnje so v letu 2010 v Sloveniji povzročile izgubo 842.157 delovnih dni (Ministrstvo za zdravje RS 2014; Plakolm 2014).

Čeprav ima delo koristne učinke na potek duševne bolezni, duševne motnje žal z izrazito negativnim učinkom vplivajo na delazmožnost, kar posredno vpliva na delodajalce.

Predvsem veliki predsodki in nepričakovani bolezenski izostanki odvrčajo delodajalce, da bi zaposlovali osebe z duševno obolelostjo.

Krupa (Kirsh, Cockburn in Gewurtz 2009; v Glavaš 2013) je s sodelavci raziskoval, kateri predsodki so tisti, ki jih ljudje povezujejo z zaposlovanjem te specifične skupine in izpostavil slednje:

- Pomanjkanje kompetenc, da bi bili zmožni opravljati delo in se spoprijeti z delovnimi nalogami, med katere uvrščajo tudi socialne odnose;
- nevarnost in nepredvidljivost teh oseb na delovnem mestu;
- duševna bolezen ni zakonita bolezen;
- delo za osebe z duševno motnjo ni zdravo;
- omogočanje zaposlitve tej specifični skupini populacije spada pod dobrodelnost.

Pri zaposlovanju se stigma kaže kot oklevanje delodajalcev, da bi zaposlili osebo s hudo duševno motnjo (Mechanic *et al.* 2002). Slovenska raziskava o odnosu delodajalcev do zaposlovanja oseb z duševno motnjo je pokazala, da se tisti, ki nimajo izkušenj z zaposlovanjem tega dela populacije, bojijo zaposliti osebo s hudo duševno motnjo, saj ne vedo, kaj lahko pričakujejo, koliko motnja zares vpliva na njihove sposobnosti, kakšne prilagoditve bodo potrebne, kako bo motnja vplivala na prisotnost na delovnem mestu in koriščenje bolniškega izostanka. Prav tako se bojijo odnosa do ostalih zaposlenih.

Delodajalci, ki že imajo tovrstne izkušnje z zaposlovanjem, pa tega strahu niso izražali (Plemelj, Gričar 2012). Pri iskalcih zaposlitve se pričakovanje stigme velikokrat kaže kot skrivanje svoje duševne zdravstvene zgodovine (Mechanic *et al.* 2002). Posledice so vidne na višji stopnji brezposelnosti (Krupa *et al.* 2009; Link in Phelan 2001; Mechanic 2002), nizkem socialnem položaju, manjšem dostopu do izobraževanja (Ministrstvo za zdravje RS 2011) in višjem odstotku prejemanja socialne podpore in invalidnine (Mechanic *et al.* 2002, Plakolm 2014).

Na samem delovnem mestu stigma na osebe s hudo duševno motnjo vpliva tudi z vidika socialnih interakcij, posledično trpijo dobri delovni odnosi s sodelavci (Krupa *et al.* 2009). V takšnem primeru zaposlitev ne bo pozitivno vplivala na posameznikov občutek pripadnosti, ki naj bi bil eden izmed prednosti zaposlitve (Honey 2004). Če oseba ne zgradi varnih in dobrih odnosov na delovnem mestu, se zmanjša tudi možnost, da bo želela deliti svoje duševno stanje s svojimi sodelavci, kar vodi do prikrivanja duševne motnje ter strahu pred odkritjem (Krupa *et al.* 2009). Skrivanje pred delodajalci in sodelavci je lahko še bolj stresno kot soočanje s samimi simptomi motnje (Honey 2004). Po eni strani razkritje zmanjša raven stresa, poveča podporo na delovnem mestu in da delodajalcu možnost, da prilagodi delovno mesto potrebam posameznika, po drugi strani pa lahko stresna situacija in morebitna

zavrnitev, zgražanje ali zbadanje sodelavcev, še dodatno skrhajo posameznikovo samopodobo (Honey 2004; ibid. 2014).

Zaradi pomanjkanja informacij in znanja o zaposlovanju oseb s hudo duševno motnjo delodajalce skrbi pogostost pojavljanja epizod bolezni, poslabšanje stanja, velikokrat ne vedo, kako resno je stanje osebe in koliko časa potrebujejo za okrevanje. Specifično glede delovnega mesta delodajalce skrbi prisotnost in potreba po izdatni superviziji, saj so mnenja, da imajo težave s sledenjem navodilom in upoštevanjem pravil. Negativna prepričanja, ki se pogosto pojavljajo pri delodajalcih sprožijo, da osebam s hudo duševno motnjo ne zaupajo rokovanja z denarjem in zaupnimi informacijami o strankah. Nelagodje se pojavlja tudi kadar je možnost stika z drugimi ranljivimi populacijami, kot na primer s starejšimi ali otroci (Biggs *et al.* 2010).

Dodič Fikfak doda, da so duševne in vedenjske motnje na drugem mestu tudi med vzroki za skrajšani delovnik. Za že zaposlene pa zaradi dolžine bolniške odsotnosti, ki je težava tudi za izkušenega zdravnika, ker zaradi narave motenj tu ni možno sprejeti veljavnih standardov, kot pri somatskih boleznih, ti pritiskajo na zdravnike za predčasno upokožitev delavca. Delovno mesto po zaključku bolniške odsotnosti preprosto ne obstaja več, ali pa je zasedeno in oseba postane »tehnološki presežek«.

Nezaželenega delavca se znebijo tudi tako, da ga prerazporedijo na nižje delovno mesto, ki ga bo kmalu vnovič pahnilo v bolniško odsotnost. Tako se oseba s težavo v duševnem zdravju poleg stigme »duševnega bolnika« sreča še s stigmatom »brezposelnega«.

Kadar ima uporabnik srečo, da mu njegovo delovno mesto kljub hospitalizaciji ostane, se mora tudi tukaj pripraviti na nenehno opazovanje: »Kaj pa če je še vedno malo nor?«. Nekatera delovna okolja so dobrohotna in skušajo uporabniku vsiljivo pomagati. Vse to nepotrebno in nadležno skrb mora uporabnik potrpežljivo prenašati in se delati hvaležnega. V takih okoljih je tudi navada, da se o njegovi izkušnji nikoli ne govori (Lamovec 1995:178).

V slovenskem prostoru manjka zakonodaja, ki bi konsistentno in celostno zajela probleme, ki jih odpira duševna stiska. Pravni problemi duševnega bolnika so razpršeni po različnih zakonih, kjer so pravice ljudi obravnavane parcialno, in kar je še posebej očitno, pogosto le z zdravstvenim, ne pa z dejanskim varstvom.

V zakonodaji so pomanjkljiva bolj ali manj vsa področja, kjer bi človek z dolgotrajnimi psihosocialnimi stiskami potreboval varstvo. Pravice uporabnikov služb duševnega zdravja so

v primerjavi s podobnimi skupinami (obtoženci, obsojenci, telesno in duševno prizadeti) neprimerno slabše zavarovane, prav tako niso imeli posluha za specifične potrebe in okoliščine (Flaker 1995: 424).

Pravna ureditev usposabljanja in zaposlovanja po preživetju duševni krizi, je v pretežni meri vključena v predpise, ki urejajo invalidsko problematiko. Predvsem zaradi predsodkov v zvezi z duševno boleznijo, da so te osebe za okolico »nevarne«, ni bilo razvitega ustreznega instrumentarija, postopkov in oblik, ki bi tem osebam zagotavljale vključitev v običajno delovno življenje (Drobnič 1997: 38).

Torej bi bilo potrebno spremeniti in dopolniti že obstoječe zakone, ki urejajo to področje in dodati nove, npr.:

- subvencioniranje plač zaradi zmanjšane obsega dela;
- finančna podpora podjetjem in delavnicam, ki izvajajo usposabljanje in zaposlujejo ljudi z dolgotrajno duševno stisko;
- financiranje svetovalnih organizacij in prostovoljcev;
- itd.

Nadvse pomembno je sočasno osveščanje javnosti in delodajalcev o teh problemih, da bi se vedenje in mišljenje o duševni bolezni normaliziralo in razbilo predsodke o »nevarnih in neproduktivnih duševnih bolnikih« (Žvan 2007).

Bilo bi potrebno oblikovati mrežo za podporo usposabljanja in zaposlitve v sestavi: Republiški zavod za zaposlovanje, centri za socialno delo, ZD, nevladne organizacije, psihiatrične bolnišnice, delodajalci, ZPIZ, ZZZS in vseh ostalih služb, ki bi uporabniku bile v podporo za zaposlitev. Vsaka izmed omenjenih služb ima svojo »politiko«, standarde, normative, pravilnike in so si nemalokrat nasprotujoči. Potrebujemo tako zakonodajo, kje bodo težave s katerimi se srečujejo osebe s težavami v duševnem zdravju sistemsko zajete v enem zakoniku in ne tako kot so sedaj razpršene. Zato ne preseneča, da uporabniki velikokrat odnehajo v iskanju možnih rešitev za svoje stiske.

Kot zanimivost bom opisala izkušnjo socialne delavke dnevne bolnišnice. Pacienti, ki so vključeni v oddelek dnevne bolnišnice so večinoma mladi ljudje, ki potrebujejo podporo pri vključevanju v delovni proces, aktivnega iskalca zaposlitve, ali v zaposlitveno rehabilitacijo. In kaj se je zgodilo? Zavod za zaposlovanje je zaradi števila napotenih oseb na zaposlitveno rehabilitacijo ocenil, da je število le-teh oseb preveliko. Presodili so, da ne poznamo Zakona o

zaposlovanju oziroma še več, podali so predlog, da nas seznani s tem kdo, kdaj, kako, koliko ima to pravico! Ko se spomnim tega telefonskega pogovora, še danes ne morem verjeti, da si nekdo vzame pravico odločati o pravici, ki osebo življenjsko zaznamuje, da si dovoli vzeti edino upanje zaposlovanja, ki je osebi še preostalo, ker so oni »tako determinirali«. Ekipi dnevne bolnišnice sem posredovala omenjene informacije oziroma pritiske Zavoda za zaposlovanje za zmanjšanje števila predlogov za zaposlitveno rehabilitacijo. Enotno smo sprejeli sklep, da bomo za vsako osebo, ki želi preizkusiti postopek zaposlitvene rehabilitacije, tudi podali predlog.

In rezultat zadnjega pol leta je, da Ana dela na CSD, Fani v trgovini.

Zavedati se moramo, da veliki večini ljudi z dolgotrajnimi psihosocialnimi stiskami služba in delo predstavljata edini stik s svetom. Ob invalidski upokojitvi pa jim je odvzeta še ta edina možnost sožitja z drugimi ljudmi, kot možnost, da pokažejo svojo delazmožnost.

Žvan (2000: 322) se sprašuje: *»Ali smo res tako bogata družba, da lahko preživljamo ljudi, ki bi sicer naredili nekaj manj, ampak bi vendarle ostali socialno živi?«*

Plakolm (2014) pojasni, da človek z nalepko duševne bolezni sicer morda res ne ustreza vselej zahtevnejšim predstavam o uspešnem delavcu, vendar je vseeno potrebno poskušati vse, da bi ga obdržali v delovnem razmerju, pri čemer moramo marsikdaj vztrajno spreminjati še nezaupljiv ali celo sovražen odnos do oseb z izkušnjo duševne stiske.

Morda nam bo dobrodošel poziv nekdanjega uporabnika iz Združenih držav, ki je veliko pretrpel, ko se je poskusil znova vključiti v družbo:

»Mislim, da je še težje, če si reven, neizobražen in povrh tega še duševno bolan. Toda tudi mi potrebujemo stanovanje, zaposlitev in predvsem svoj prostor v skupnosti, kjer naj bi ne upoštevali le tistega, kar je z nami narobe, ampak predvsem tisto, kar je v nas dobrega. Za vse to potrebujemo neke prostore in neko okolje. Ta prostor pa ni bolnišnica. Če nam boste vse to omogočili, boste videli, da večina med nami ni tako nekoristna, kar je morda videti!«

Plakolm (2014: 56) je v svoji diplomski nalogi opisala prvo raziskavo v slovenskem prostoru, ki se je osredotočala zgolj na zaposlovanje te ranljive populacije in pri tem upoštevala njihovo perspektivo.

To je izjemnega pomena, saj so tuje raziskave do sedaj poročale o podobnih rezultatih glede stopnje pričakovanja in izkušnje diskriminacije, medtem ko je naša raziskava podala

popolnoma nasprotne ugotovitve. Te so pokazale, da je stigma pri zaposlovanju oseb s hudo duševno motnjo še vedno izjemno prisotna, saj so posamezniki diskriminacijo doživeli, ne glede na to ali so jo pričakovali ali ne.

Avtorica meni, da bi lahko naredili korak bližje k zmanjševanju brezposelnosti oseb s hudo duševno motnjo in k izkoreninjanju stigme. Potrebno je prenehati posploševati: *»Generalizacija je dobra zgolj za priznavanje pomembnosti problematike. Prenehati moramo enačiti ljudi, ki imajo diagnozo hude duševne motnje, njihove potrebe, želje, sposobnosti, motivacijo in perspektivo. Priznati moramo težavnost in resničnost situacije, saj ne samo podatki, temveč tudi pričevanja ljudi dokazujejo, da je diskriminacija oseb s hudo duševno motnjo pri zaposlovanju prisotna. Vendar se tukaj ne smemo vdati v usodo, temveč aktivno in s skupnimi močmi pristopiti tako k problemu, kot tudi k posameznikom. Zagotavljanje konkretne pomoči, kakor ga lahko zagotavlja multidisciplinarni tim ter individualizacija obravnave, podpore in zaposlovanja je smer, v kateri moramo še naprej delovati, saj ni modela, ki bi ustrezal vsem. Nedavno smo zabeležili občutno povečanje števila programov, društev, projektov, zavodov in prostovoljcev, ki se ukvarjajo s socialno inkluzijo oseb s hudo duševno motnjo. Očiten napredek se kaže tudi pri razumevanju različnih dejavnikov, s katerimi se morajo soočati osebe s hudo duševno motnjo pri iskanju zaposlitve. Čeprav delo ne predstavlja več nedosegljivega cilja, obstajajo redke zgodbe, kjer je oseba s hudo duševno motnjo uspešna pri opravljanju svojega poklica, uspešno zaključi študij in se zaposlila ter obdržala zelo zahtevno delo. Delež tistih, ki kljub duševni motnji delajo, ne glede na vrsto dela, je še vedno alarmantno nizek. Za spremembo obstoječega in persistentnega stanja brezposelnosti te populacije je potrebnih še več iniciativ, ki se ukvarjajo prav s to problematiko.«*

1.2.1.3. SOCIALNA MREŽA OSEB Z DOLGOTRAJNO DUŠEVNO STISKO

Človekova družbenost izhaja iz temeljne človekove potrebe po medčloveških odnosih in razmerjih. Medčloveške povezave so za človeka nekaj temeljnega, kar nujno potrebuje za preživetje, podobno kakor sta na telesnem področju hrana in zrak. Človeku je od spočetja do smrti nujno potrebna vpletenost v bolj površinska razmerja z nešteti ljudmi, prav tako pa globoka povezanost z nekaj ljudmi v osebnih medčloveških odnosih. Če je človek osamljen,

je tudi nesrečen. Osamljenost je kot zaporniška celica najhujša kazen, takoj za smrtno (Ramovš 1995: 58–60).

Večina nas, je del neke mreže/sistema stikov. Ta mreža je lahko prefinjena in velika, kot npr. pajkova, polna komunikacij, pisanja pisem, telefonskih pogovorov, klepetov s sosedi in življenja z družino ali pa je manjša in jo sestavljajo le fragmenti. Lahko je krhka, ali pa robustna (Brandon 1994: 25).

In kakšna je socialna mreža uporabnikov? Ali je takšna, kot je bila pred krizo? Ali se je spremenila? Če se je spremenila, zakaj se je?

V okviru svoje diplomske naloge leta 2002 so mi vpogled v svojo socialno mrežo omogočili uporabniki, ki so prostovoljno in anonimno izpolnili anketni vprašalnik socialne vključenosti. Za lažje razumevanje prikazujem, kdo vse je sestavni del njihove socialne mreže (slika 6).

Slika 6: Socialna mreža ljudi z izkušnjo duševne stiske



Vir: Legat, Studen 2002

Že bežen pogled uporabnikove socialne mreže, odseva kvantitativen primanjkljaj socialnega konteksta. Res, da ta nujno ne odtehta kvalitete socialnih stikov, vendar že tako skrčen sistem stikov da slutiti, da je tudi tukaj nastal velik primanjkljaj; občutek zadovoljstva, občutek ugodja, podpore, razumevanja. Dejstvo je, da se odnos ljudi do uporabnikov psihiatrije »čez

noč« povsem spremeni. Etiketa »duševni bolnik« namreč pomeni nekaj, kar je posameznik postal, in ne motnjo, ki jo ima le občasno (Lamovec 1998: 52).

V še dovčerašnjem prijatelju, sodelavcu, sosedu, ljubimcu, ne vidijo več človeka, temveč samo in edino njegovo bolezen. Ves čas iščejo »simptome«, ki to potrjujejo. Tako isto vedenje, ki je bilo za nekoga značilno, ni več odraz njega samega. Tukaj nedvomno drži star pregovor: *»V nesreči spoznaš prijatelja!«* Lahko le sklepam, da so ob uporabniku ostali tisti ljudje, ki ga dejansko imajo radi, ki jim ni vseeno kaj se dogaja z njim, ker v njem vidijo človeka potrebnega pomoči, podpore in mu s tem izkazujejo vrednost in spoštovanje, ki gre vsakemu živemu človeku na Zemlji! Tudi praksa potrjuje dejstvo, da uporabnika »pusti na cedilu« veliko ljudi, od najbližjih do bežnih znancev.

Vprašanja, ki se mi ob tem sama ponujajo, so: *»Ali kdaj pomislimo na to, da smo lahko jutri prav mi na vrsti, ali kdo od naših? Kako bi se počutili kot odpisani? Kako in kje, na kakšen način bi potemtakem s takšnim ravnanjem iskali svoje mesto pod soncem?«*

Ne pozabimo, da gre za človeka, za mater, očeta, otroka, sina, hčer, za še dovčerašnjega prijatelja, sodelavca, soseda. Ne glede na morebitne objektivne razloge za tako ravnanje, verjamem, da je v takih primerih šlo za odnose, ki so bili krhki, nestabilni, površni, že pred krizo in so se iz različnih vzrokov vzdrževali. Kriza je bila le »kaplja čez rob«, da so se ti pretrgali. Kljub temu, to ni opravičilo. Koliko nas stane nasmešek, pozdrav, topel objem, ipd., ki je v kritičnem trenutku, lahko rešilna bilka oziroma sporočilo, da je vredno živeti, vztrajati! Utopljenču, podajmo roko, nikar ga ne potiskajmo še bolj pod vodo!

Prav gotovo drži, da ljudje, ki so uporabniku najbližji (partner, otroci, starši) pridejo večkrat navzkriž z uporabnikom. Pa ne zato, ker ga nebi marali ali bi to počeli namenoma. V želji, da mu pomagajo, soočeni z lastnimi stresi, si pridejo navzkriž. Sam uporabnik pa pogosto doživlja družino kot utesnjujočo, čuti, da ga duši, hkrati pa se zaveda, da jo potrebuje. Zato je izrednega pomena psihoedukacija svojcev oziroma opolnomočenje družinskih članov, da si pridobijo čim več nadzora nad svojim življenjem. Edukativna komponenta vključuje pregled spoznanj o duševnih motnjah, o zdravilih in njihovih stranskih učinkih, o vplivu stresa v okolju, ter o doživljajskih vidikih in problemih življenja. Namen izobraževanja je predvsem zmanjševanje občutkov krivde, zmede in nemoči, pa tudi pretirane odgovornosti, ki jo čutijo mnoge družine, kar vpliva na ustvarjanje ugodnih življenjskih razmer, posredno pa onemogočanju in zmanjševanju števila ponovnih kriz.

Sledi še nekaj izkušenj oseb s stiskami v duševnem zdravju:

Viviani je ob strani stalo veliko ljudi. Njen mož in prijateljici, ki sta tudi njeni sodelavki, so jo ves čas opogumljali in ji v najtežjih trenutkih dajali voljo do življenja. Tudi sosede so jo obiskovali in ponujali pomoč. Sodelavke so jo ves čas klicale in spraševale po počutju. Tiste, ki je niso, so ji pozneje pojasnile, da niso vedele, ali bi ji sploh bilo prav. Povsem si je opomogla. Zopet opravlja svoje delo.

Karmen je mati dveh otrok. Ob ponavljajočih se krizah, jo je mož dobesedno odložil doma njenim staršem. Otroka sta sedaj v reji. V psihiatriji je drugi mesec. Na vikend je šla le enkrat. Bila je tepena in domov si ne želi. V bolnišnici jo obiskuje le soseda, ki je povedala, da se ji punca smili, ker nikomur ni mar zanjo.

Dara je mlajša ženska. Pripoveduje, kako je težko, ko nimaš z nikomer za iti na kavo, ko te nihče ne povabi na sprehod, na obisk. Prijateljuje le z drugimi uporabniki.

Mira najbolj pogreša razumevanje moža. Pravi ji, da tako in tako ni nič od nje. Sestra je tista, ki ji stoji ob strani.

Kaja je ostala brez službe. Z bivšimi sodelavkami, s katerimi je v časih preživela veliko časa tudi izven službe, ni več v stiku. Je ne obiščejo, ne pokličejo, ona pa njih tudi ne.

Ne glede na vzrok za udeležbo v skupnosti je pomembno le, da razvijajo, utrjujejo, dopolnjujejo in nadgrajujejo vsa področja svojega delovanja in sožitja v določenem času in prostoru ter, da se zopet pripravljajo na polno, srečno, kvalitetno in človeka vredno in spoštovano življenje. Po povratku iz ustanov po zdravljenju, po krizah, ljudje z dolgotrajno duševno stisko nedvomno potrebujejo širjenje mrež, obnavljaje stikov s svojci in drugimi bližnjimi. Izrednega pomena je navezovanje stikov oziroma neposredna pomoč, bodisi družabnikov in facilitatorjev družabnosti, bodisi pri organizaciji dogodkov in situaciji, ki take stike omogočajo. Vključevanje v društva in druge oblike sociativnosti (športna, humanitarna, uporabniška društva, skupine za samopomoč), lahko odločilno pripomorejo k razvijanju mreže stikov. Za vzpostavljanje omenjenih stikov je na praktični ravni predpogoj nujna prisotnost v javnosti in skupnosti, kar posredno na ravni stereotipov in etiket omogoča destigmatizacijo in udomačitev podob.

1.3. MOČ OSEB Z DOLGOTRAJNO DUŠEVNO STISKO

V življenju nas vedno nekaj vodi in to je dokaz, da živimo. Redko kdaj je kdo tako sproščen, da v sebi ne čuti nečesa, kar ga opozarja in kliče po potešitvi. V jedru našega obstoja je vgrajena skupina osnovnih/temeljnih potreb, ki naj bi jih redno uravnoteženo zadovoljevali, če želimo doseči občutek zadovoljstva, uravnoteženosti, zdravja ter sreče.

Najbolj narobe razumljena izmed temeljnih potreb je najbrž moč, ker v njej pogosto vidimo njeno najbolj negativno obliko, avtoritarno razmerje in obnašanje v smislu vladanja, obvladovanja. Tu pa govorimo o moči, ki je osebna moč in je bistvenega pomena za naše psihofizično počutje in duševno zdravje. Flaker *et al.* (2007:2) pravi, da moramo moč razumeti kot abstraktno in tudi konkretno, kot način izboljšanja življenja določene osebe.

Solomon (1976; Payne 1997) *nemoč* opredelita kot »nezmožnost upravljanja z emocijami, veščinami, znanjem in/ali materialnimi viri na takšen način, da vedenje v skladu z družbeno sprejemljivimi vrednotami privede do osebnega zadovoljstva«.

Moč pomeni, da smo upoštevani, občutek zmognosti; da zmoremo nositi odgovornost za svoje življenje, daje nam občutek stabilnosti, kontrole nad lastnim življenjem. Potreba pomoči je povezana z našo osebnostjo (samospoštovanje, samovrednotenje, dosežki, priznanje, vodenje, uveljavljanje). Koncept moči je ključen za razumevanje teorije opolnomočenja.

Friedeman (1992:7; v Boškić 2005) opredeljuje tri vrste moči:

DRUŽBENA: posedovanje informacij, znanja in veščin ter možnost participacije v družbenih in finančnih organizacijah;

POLITIČNA: dostop do procesov odločanja, še posebej na področju posameznikovega življenja; moč izražanja in družbene akcije;

PSIHOLOŠKA: individualni občutek vpliva, ki ga lahko dosežemo tudi s krepitvijo moči na ostalih dveh področjih.

Tew (2006) je podal konceptualni okvir, ki nakazuje na položaj različnih odnosov moči – razlikovanje vertikalnega in horizontalnega razvoja moči (slika 7).

Slika 7: Odnos moči



Vir: Tew (2006)

Osnovne tipe moči sta predstavila French in Raven (Nastran Ule 1994; Možina idr. 1994; Bass 1990):

LEGITIMNA MOČ: izvira iz položaja vodje v organizacijski hierarhiji;

MOČ NAGRAJEVANA: izvira iz možnosti vodje, da delavca nagradi;

MOČ PRITISKA: izhaja iz bojazni delavcev pred kaznijo;

REFERENČNA MOČ: izvira iz identifikacije sodelavcev z vodjo;

EKSPERTNA MOČ: izvira iz strokovnega znanja vodje.

Referenčno in strokovno moč Daft (2001:419) opredeli kot osebno moč. Osebnostna moč izhaja iz osebnostnih značilnosti posameznika. Interakcija več osebnostnih značilnosti posameznika in znanja posameznika, tvori vir osebne moči.

Večina sodobnih pristopov v socialnem delu temelji na stališču, da je pomanjkanje moči temeljni vzrok za neugoden socialno - ekonomski položaj marginaliziranih družbenih skupin (Solomon 1985: 247).

Kadar smo bolni običajno čutimo nemoč in vse kar se nam dogaja, je nekaj drugega kot bi si mogoče želeli. Smo popolnoma nemočni, nimamo kontrole nad seboj (nad zdravjem) in okolico, ki dela z nami, kot misli, da je potrebno. Spomnimo se samo, kako je, ko imamo gripo in nasvete, napotke, ukaze, ki smo jih deležni od naših domačih. Ta občutek nemoči v času hospitalizacije se še dodatno okrepi, ker hospitalizacija pomeni nekaj novega, tujega, obdajajo nas občutki negotovosti, strahu, nemoči, jeze in nezaupanja. Kot pacienti se počutimo ogroženega, saj lahko s seboj prinesemo veliko nerešenih problemov in stisk oziroma smo naenkrat v neki novi, podrejeni vlogi, vlogi bolnika. Postavljeni smo v otroško regresijo odvisnosti, kar nam nikakor ni všeč, vendar bolj ali manj to sprejmemo kot nujno zlo.

Občutek nemoči se še dodatno intenzivira in stopnjuje zaradi (Rakovec, Felser 2009; Kapler 2011: 9):

- rekonstrukcije samopodobe;
- pomanjkanja časa zdravstvenega osebja;
- mnenja oziroma stališča zdravnikov, mnogo zdravnikov še vedno meni, da je slabo za paciente, če vedo preveč o svoji bolezni in njenem zdravljenju;
- razvrščanja pacientov oziroma stereotipi o dobrih in težavnih pacientih
- kakovosti informacij: bolniki, ki želijo več in boljše informacije o svojem problemu in rezultatih, več odprtosti glede stranskih učinkov zdravljenja, lajšanje bolečin in čustvene stiske in nasvete o tem, kaj lahko storijo sami;
- pravočasnosti informacij;
- omejenega zdravnikovega časa, nedosegljivosti, odsotnost zdravnika, zamenjave zdravnikov; žargona- strokovno izrazoslovje, ta lahko pacienta zavede v napačno tolmačenje bolezni in zdravljenja;
- komunikacijskega minimuma.

1.4. KREPITEV MOČI

Vedno je bilo poslanstvo profesije socialnega dela nadgradljiv dobrobit človeka, ki pomaga pri zadovoljevanju temeljnih človekovih potreb, s posebnim poudarkom na potrebah in opolnomočenje ranljivih ljudi oziroma tistih, ki živijo v revščini.

Naloga socialnih delavcev je spodbujati socialno pravičnost in družbene spremembe v korist svojih uporabnikov. Socialni delavci imajo odgovornost izpodbijati negativno diskriminacijo, ki temelji na karakteristikah, kot so: sposobnost, starost, kultura, rod ali spol, zakonski status, socio-ekonomski status, politična usmerjenost, barva kože, rasa ali druge telesne karakteristike, seksualna usmerjenost ter versko prepričanje (IASSW, IFSW 2004; Kletečki 2008).

Torej lahko sklepamo, da socialni delavci z uporabo koncepta opolnomočenja delujejo v smeri vsakršne vrste diskriminacije pri delu z uporabniki.

Idejo in razvoj prakse opolnomočenja zasledimo v delu ameriških socialnih delavk Jane Adams in Berte Capen Reynolds (Robbins idr. 1998).

Korenine teorije opolnomočenja najdemo v mislih in delih Paula Freirea (Breton 1994; Robbins 1998; Sadan 2004; Hipilton - Delgado in Lee 2007), ki je svoje življenje in delo posvetil krepitvi moči zatiranih, diskriminiranih in marginalnih skupnosti v Braziliji.

Začetke koncepta teorije opolnomočenja v socialnem delu najdemo v delu Barbare Solomon (1976) ki opolnomočenje definira kot:

»proces kje se socialni delavci imobilizirajo, vključujejo se v vrsto aktivnosti z uporabnikom, s ciljem zmanjšanja nemoči, ki je ustvarjena negativnim vrednotenjem, ki temelji na pripadnosti stigmatizirane skupine«.

Eden od pristopov, ki ga uporabljajo socialni delavci, da bi se odzvali na diskriminacijo in nasilje vseh vrst je opolnomočenje. Smale, Tuson in Statham (2000) pojasnjujejo, da se od leta 1980 koncept opolnomočenja permanentno pojavlja v literaturi s področja socialnega dela. Avtorji menijo, da se je o opolnomočenju lahko pogovarjati, vendar ga je težko doseči. Opredelitve krepitve moči so raznolike, kot so raznolika tudi področja, na katerih se je uveljavila uporaba koncepta. Zato v literaturi najdemo različne opredelitve in tipologije krepitve moči.

Adams navaja definicijo krepitve, kot jo postavita Thomas in Pierson (Adams 2003: 8; po Thomas, Pierson, 1995: 134–5): »Krepitev se nanaša na participacijo uporabnikov pri storitvah in na gibanja samopomoči na splošno, v okviru katerih skupine izvajajo različne aktivnosti za izboljšanje svoje situacije, lahko so v delovanju z obstoječimi zakonskimi uredbami ali pa neodvisno od njih«. V tej kratki opredelitvi sta zajeti tako aktivna kot pasivna konotacija moči, kakor tudi potencialni načini za doseg okrepljenosti. Krepitev moči je proces za doseg cilja oziroma rezultata, ki je okrepljenost.

Krepitev moči je proces, ki se odvija v nekem družbenem prostoru, zato so vedno pomembne okoliščine, v katerih se odvija (Boškić 2005).

Payne (2005) o opolnomočenju pove, da je filozofija koncepta opolnomočenja: zastopati idejo perspektive moči in kreativnega kapaciteta uporabnika. To pomeni, da so uporabniki oziroma posamezniki, skupina ali skupnosti, najboljši vir znanja o sebi, o tem kaj potrebujejo in kaj si želijo.

Biti ozaveščen socialni delavec pomeni znati uporabiti uporabnikovo znanje, slišati njegove želje in uporabiti njegovo moč za pozitivne izide v prihodnosti.

Kakorkoli že, to kar v okviru medicinskega modela pomeni pojem ozdravitve, v psihosocialnem modelu pa pojem *opolnomočenje* oziroma angleško »empowerment«, kar pomeni pridobitev moči, okrepiti, krepitev moči, večanje moči.

Zgodovinski izvor izraza »empowerment« ni enotno opredeljen.

Hermann (2003; 2004) meni, da eden od najstarejših potencialnih izvorov izraza »empowerment«, izhaja iz besede »pouair«, ki se je v 13. stoletju uporabljala za »moč«. Nanašala se je na lastnino in posest, pomenila pa je (v slovenskem prevodu) »biti sposoben«, »biti zmožen«. Izraz naj bi se po avtorju uporabljal v povezavi s socialnim delom in vsako vrsto družbenega angažiranja.

Walters in sodelavci (2001: 4) menijo, da so izraz »empowerment« uporabljali na medicinskem področju v 18. stoletju, uveljavil naj bi se še posebej kasneje v povezavi s političnimi znanostmi, v kontekstu pridobitve ali izgube politične moči. Beseda »opolnomočen« je bila v slovenščini prvotno pravniški pojem, ki se je uporabljal kot sinonim za besedo pooblaščen (SSKJ 1994; Kamin 2006).

Torej imamo opolnomočenca, ki je pooblaščenec, kar v socialnem delu ni sprejemljivo, dopustno, saj to pomeni, da mora uporabnik pridobiti pooblastilo, dovoljenje s strani strokovnjaka za osebno uveljavljanje, razvijanje, izpopolnjevanje, izobraževanje.

Dragoš in Leskošek (2003) menita, da je dejansko morda bolj smiselno uporabiti izraz *okrepiti, krepiti*. Okrepiti pomeni »narediti kaj (bolj) krepko ali močno«, v nedovršni obliki pa »okrepljevati« pomeni utrjevati, krepiti, večati, pomnožiti (SSKJ 1994).

Mesec (2006) opomni, da je koncept obstajal od pamtiveka in da imamo za omenjen koncept lep slovenski izraz »po-moč«. Avtor koncept interpretira kot »iti po moč«. Po njegovem mnenju je vsako prizadevanje za vpeljavo novega termina nesmiselno, kajti prvoten izraz natančno konceptualizira ravnanje socialnih delavcev in delavk (2006: 239). Obstajajo številne definicije, ki določajo vsebino, namen in načela procesa opolnomočenja. Poudarek je na pomenu prenosa moči iz okolja na posameznika ali skupino. Formula je preprosta – mobiliziraj moč stranke (talente, znanja, veščine), ki podpira njihova prizadevanja za doseg svojih ciljev in imela bosta boljšo kakovost življenja, saj je v njihovem konceptu kakovosti. Končni cilj procesa opolnomočenja je, da pridobijo večji občutek osebne varnosti, boljšo socialno in politično enakopravnost, večjo vključenost v življenje skupnosti in na splošno, spodbujanje socialne pravičnosti.

1.4.1. NAČELA OPOLNOMOČENJA

Načela opolnomočenja predstavljena po Lee (1994; v Kletečki Radović 2008):

- Vsaka potlačitev je destruktivna;
- socialni delavci imajo holistično, sistematsko in vse obsežno vizijo potlačitve;
- vsakdo ima naravno sposobnost opolnomočenja, socialni delavci pa so v pomoč;
- skupna delitev izkušenj;
- med socialnim delavcem in uporabnikom doseganje *jaz in jaz odnosa, medsebojno spoštovanje*;
- podpora uporabniku da pove svojo »zgodbo« in cilje;
- fokus na osebi - zmagovalcu in ne žrtvi;
- fokus na socialni spremembi in ne izboljšanju simptomov.

1.4.2. CILJI OPOLNOMOČENJA

Gutierrez, Parsons in Cox (2003) opredelijo cilje opolnomočenja kot pomoč uporabnikom:

- Uporabnik se zazna kot vzročni dejavnik pri iskanju rešitev za svoje osebne težave;
- spretnosti socialnega delavca izkoristi za dosego cilja;
- razvoj strategij in virov za doseganje ciljev;
- spoznati socialne delavce kot sebi enake in kot partnerje v procesu spreminjanja;
- spoznati strukturne ovire kot kompleksne vendar odprte za spremembo.

1.4.3. SMER IN OBSEG PROCESA KREPITVE MOČI

Eno izmed najbolj razčlenjenih in najbolj splošnih klasifikacij po katerih lahko med seboj primerjamo različne vrste krepitve moči je izdelal Somerville (1998: 238). Njegova klasifikacija temelji na podlagi odnosov med posamezniki in organizacijami po 4 kriterijih :

1. *SMER DELOVANJA*: od zgoraj navzdol/od spodaj navzgor. Na področju socialnega dela še vedno govorimo o pristopu od spodaj navzgor, saj so se zavzemali za spremembo družbenih stališč do vprašanj pravic svojih uporabnikov in torej za spremembo družbenih pogojev. Najpogostejše gre za gibanja uporabnikov psihiatričnih storitev, hendikepiranih, žensk, temnopoltih in drugih.
2. *SPREMEMBA V RAZMERJIH ODVISNOSTI*: naraščajoča odvisnost in neodvisnost; razmerja odvisnosti se ne spremenijo. Pod procesom krepitve si največkrat predstavljamo povečano neodvisnost, vendar ni vedno tako. Posledica nekaterih partnerstev ali povezav je večja odvisnost. Predpostavka o vzročni povezavi med krepitvijo in večanjem neodvisnosti izhaja iz tega, da krepitev povezujemo s pojmom »omogočiti«, medtem ko odvisnost povezujemo s pojmom »poslabšanje, »škoda«, kar domnevno slabi moč. V realnosti se ljudje vedno nahajamo v medsebojnih odvisnostih, v nekaterih primerih bolj in v drugih manj, prav tako tudi recipročnost ni vedno velika. Z vidika objektov procesa krepitve moči je ta kriterij pomemben za razlikovanje med delovanjem, ki bo posledično prineslo manjšo ali večjo odvisnost od subjekta z večjo močjo.
3. *NAČIN DOSEGANJA SPREMEMB*: konservativen/radikalen/reformističen način doseganja sprememb. Proces krepitve je konservativen takrat, ko želimo z njim

ohranjati ali celo razširiti določene institucionalizirane strukture. Obratno govorimo o radikalnem procesu krepitve v primerih, ko je cilj krepitve rušenje in zamenjava obstoječih struktur in vzpostavitev novih razmerij moči. Osnovna značilnost reformističnega procesa je preoblikovanje obstoječih institucionaliziranih pravil tako, da je moč med subjekti bolj enakopravno porazdeljena. Kriterij načina doseganja sprememb je pomemben predvsem pri vprašanju, kakšen odnos imamo do institucionaliziranih struktur in kakšen je cilj sprememb v odnosu do institucionaliziranih struktur.

4. *KOMU KREPITEV KORISTI*: posameznikom/kolektivom/elitam. Komu je proces krepitve namenjen, se najbolje vidi iz same vsebine podpornih mehanizmov.

1.4.4. *KOMPONENTE OPOLNOMOČENJA*

Judit Lee (1994) identificira *tri komponente* opolnomočenja :

- Razvoj pozitivnejšega in močnejšega *jaza*;
- razvoj znanj in sposobnosti;
- razvoj virov in strategij za doseganje ciljev.

Za Kletečki (1998, Lee 1998) mora opolnomočenje vključevati osebno, interpersonalno in institucionalno oziroma politično dimenzijo:

OSEBNA RAVEN: osebi pomagamo prepoznati izvore nemoči.

INTERPERSONALNA RAVEN: socialni delavci s svojim strokovnim znanjem o opolnomočenju uporabniku pomagajo pri premagovanju diskriminacije s solidarnostjo in medsebojno podporo; soc. delavec - uporabnik: razvoj novih veščin, zagovorništvo, samozagovorništvo, skupine za samopomoč.

INSTITUCIONALNA OZIROMA POLITIČNA RAVEN: vpliv na politične procese, zastopanje političnih sprememb: informiranje javnosti o diskriminaciji in neenakopravnosti, socialne akcije za spremembo zakonodaje.

Pojem opolnomočenja je torej v psihosocialnem modelu ključnega pomena. Je končni cilj za katerega si prizadeva omenjeni model, s katerim vrednotimo uspešnost skupnostnih služb in

uporabniških združenj. Zato je nujno potrebno cilj natančneje opredeliti in določiti vmesne stopnje na poti do njega oziroma če opis definicije dekonstruiramo so *ključne faze procesa* po Zaviršek (2004):

PRIDOBIVANJE OBČUTKA, DA JE OSEBA SPOSOBNA ODLOČATI O SVOJEM ŽIVLJENJU:

- Uporabljamo veščine poslušanja, aktivne podpore;
- izogibamo se zastavljanju prevelikemu številu vprašanj;
- imajo pravico do svoje osebne zgodbe.

SPOZNAVANJE OSEBNIH IN DRUŽBENIH OVIR:

- Ustaljena verovanja, zdravorazumska prepričanja, tradicionalni vzorci razmišljanja;
- institucionalne neenakosti, dvojna merila, stereotipna družbena pričakovanja.

PODPORA, DA SVOJE ODLOČITVE URESNIČI V VSAKDANJEM ŽIVLJENJU:

- Najbolj prikrajšani doživljajo najpogostejše, več med seboj povezanih problemov »krog deprivacije«;
- potrebno je razumeti in upoštevati vse probleme v njihovi soodvisnosti in obravnavati vse in ne samo izbranih;
- okrepiti zaupanje osebe, jo razbremeniti občutkov krivde in omogočimo pravico do odločitve;
- omogočimo informacije, ki jim koristijo.

PODPORA, DA ČLOVEK ODLOČI TAKO, KOT SAM MISLI, DA JE ZANJ NAJBOLJ PRAV:

- Pravica uporabnikov do najrazličnejših izbir;
- sami ali z našo podporo ugotovijo svoje potrebe, želje in vizije;
- izdelovanje individualnega načrta za samostojno življenje: smisel sprememb;
- načrtovanje in usmerjanje procesa lastnega življenja.

POVEČAVANJE VPLIVA V SVOJEM ŽIVLJENJU:

- Povezanost v skupino okrepi vpliv.

SPOZNAVANJE IN RAZUMEVANJE DRUŽBENO USTVARJENIH STRUKTURNIH DISKRIMINACIJ:

- Uporabniki spoznajo, da izkušnje, ki jih doživljajo, niso le posledica osebne ranljivosti, temveč del aktivno delujočih struktur neenakosti;
- uporabniki najdejo način izobraževanja;
- znanje jim daje moč.

KREPITEV OBČUTKA SAMOZAVESTI, DA UPOBNIKI ZAČNEJO UPORABLJATI MOČ, KI JO IMAJO:

- Soudružba v procesih pomoči;
- težke življenjske situacije, stiske, ki so jih preživeli transformirajo v kreativno moč, s katero lahko pomagajo ljudem, ki doživljajo podobno, kot so doživljali sami.

Moč krepimo do neskončnosti, ne da bi jo zares pridobili, zato je opolnomočenje vedno proces. Ali drugače, ta pot, to potovanje, odkrivanje, je nekaj podobnega kot hoja po spolzkem cestišču; počasi in previdno naprej, padec, zdrs, še malo nazaj in spet naprej. Pogosta analogija tega procesa je pravzaprav večkratna ponovitev iste stopnje, vendar se jo vsakič doživi na drugačni ravni, z druge perspektive, ker se potuje po spirali navzgor.

1.4.5. OBJEKT KREPITVE IN »KREPITELJ«

Z obsegom procesa krepitve je povezano vprašanje, komu je krepitev namenjena. Iz že napisanega je možno sklepati, da je objekt krepitve lahko posameznik ali skupina. Alcock in sodelavci (2002: 73) razumejo krepitev moči na ravni posameznika kot individuuma, ki prevzema odgovornosti za lastno blagostanje in za blagostanje svoje družine ter posledično zmanjšanje posameznikove odvisnosti od državne skrbi. Na skupinski ravni pa je večanje moči uporaba kolektivne aktivnosti, za povečanje moči skupin z manj moči.

Herrmann (2003) najde razlog za to v tem, da se vsako družbeno dejstvo v končni fazi zgodi na nivoju posameznika. Na krepitev moči gleda s treh ravni, na katerih se odvijajo družbeni procesi:

- Pri krepitvi moči na individualni ravni gre za psihološko področje krepitve;
- krepitev moči za mezo ravni pomeni sposobnost za delovanje po vnaprej načrtovanih okvirjih (tu se opira na dosežke s področja analize organizacij);

- krepitev moči na ravni družbe pa razume kot družbeno dejstvo; obstajajo dejstva, ki so zunaj posameznikove zavesti (in niso stvar psihologije); delovanje, mišljenje, čustvovanja zunaj posameznika, posamezniku pa so posredovana prek vrednot;
- objekt krepitev je zanj posameznik, ki kot posameznik obstaja le kot član skupine ali družbe.

Tudi Adams (2003) se strinja, da se krepitev začne pri sebstvu (self) in dodaja, da krepitev ne more biti izolirana in obravnavana izven politik in vprašanj moči. Za krepitev moči je zelo pomembna tudi vloga krepitelja. Kot je lahko objekt krepitev posameznik ali skupina, se tudi v vlogi tistega, ki krepi, lahko pojavlja posameznik in skupina. Najpogosteje se v tej vlogi pojavljajo posamezniki – strokovnjaki, ne glede na to, ali gre za krepitev vladnega ali nevladnega sektorja oziroma profitnega ali neprofitnega sektorja. Pomemben pogoj za to, da je posameznik sposoben prevzeti vlogo krepitelja je, da mora biti sam okrepljen. Krepitelj je lahko tudi skupina ali kolektiv. Adams opozarja, da je potrebno biti pri opazovanju procesov krepitev moči v praksi pozoren na pojav, da skupine, ki eksplicitno zagovarjajo anti-zatiralske principe, včasih same v resnici delujejo zatiralsko. V takih primerih ne gre za krepitev, ampak za podreditev.

Nekateri avtorji zagovarjajo tezo, da se lahko posameznik oziroma skupina okrepi le sam/a, torej da je samokrepitev edina prava krepitev. Objekt krepitev in krepitelj je torej ista oseba, ko govorimo o krepitevi posameznika oziroma objekt krepitev in krepitelj je družbena skupina, ko govorimo o krepitevi skupine.

Friedmann (1992) verjame, da se prava krepitev nikoli ne more dogajati »od zunaj«. »Od zunaj« lahko dovajamo sredstva in nudimo podporo, ne moremo pa opraviti same krepitev. Krepitev se dogaja skozi učenje in kolektivno akcijo skupnosti (Boškič 2005).

Za Jelko Škerjanc (1996: 287) opolnomočenje pomeni možnost odločanja o treh bistvenih življenjskih vprašanjih in sicer:

KJE BOM ŽIVEL(A)?
KAJ BOM DELAL(A)?
KDO ME BO PRI TEM PODPIRAL(A)?

»Ko si uporabnik socialnih storitev zastavi gornja tri vprašanja in prevzame vpliv nad njimi, se prične proces opolnomočenja.«

Zgoraj navedena avtorica opisuje sedem vzvodov za opolnomočenje uporabnikov v učinkovitem sistemu socialnega varstva:

OD PREJEMNIKA K DRŽAVLJANU: država naj bi jasno definirala primerno raven socialne varnosti, obseg pomoči in socialnih storitev pa naj bi določila skupaj posameznik in država.

S tem naj bi naredili premik od prejemnika storitev k državljanu, ki bi mu bilo omogočeno uresničevanje ustavnih pravic, prevzemanje odgovornosti ter dejavnih socialnih vlog v več segmentih družbenega dogajanja, kar je zahteva uporabnikov in uporabnic socialnih storitev.

USTAVNE ČLOVEKOVE PRAVICE: temelj sistema socialnega varstva: Sistem socialnega varstva naj temelji na ustavnih človekovih pravicah in s tem zagotavlja uporabnikom socialnih storitev vrsto prednosti.

VPLIV (PARTICIPACIJA UPORABNIKOV): ker uporabniki sami najbolj vedo, kaj je zanje dobro in želijo sodelovati pri načrtovanju rešitev svojega problema, naj se v organiziranju socialnih storitev vzpostavi individualni pristop. Potrebe, predstavljene v individualnem načrtu posameznega uporabnika, bi lahko bile pomemben vir informacij za oblikovanje občinske in državne socialne politike.

IZBIRE: uporabniki naj bi imeli možnost izbire med različnimi izvajalci socialnih storitev ter vpliv na sredstva, ki jih tem izvajalcem izplačujejo.

UČINKOVITA PORABA RAZPOLOŽLJIVIH SREDSTEV: z izdelavo individualnih načrtov naj bi uporabniki socialno varstvenih storitev imeli možnost prejeti pomoč v obsegu in vsebini, ki ju dejansko potrebujejo. Tako bi bila sredstva, ki jih država namenja za pomoč in spremljanje pri vsakodnevem življenju, stoodstotno izkoriščena.

SINERGIČNI PRISTOP: S tem, ko uporabnik dobi možnost uresničevanja vizije svojega življenja, prebudi v sebi vse razpoložljive vire, ki so osnova za njegovo osebno rast in povečanje obsega samostojnosti, s čimer lahko prispeva k rasti in razvoju skupnosti, ki ji pripada.

TRANSPARENTNOST VLOG IN FINANCIRANJE: vloge, naloge in odgovornosti vseh treh subjektov - države, izvajalcev in uporabnikov v sistemu varstva - morajo biti jasno definirane. Seznanjeni morajo biti tudi z obsegom in porabo razpoložljivih sredstev (Žakelj, Vidmar 2002: 9–10).

Brandonova (1992: 10) pojasnjujeta, da če spoštujemo dostojanstvo ljudi, se naučimo tega, da ne moremo zanikati njihove osnovne pravice, polnovredno sodelovati pri reševanju svojih problemov.

Flaker (1993: 31–38) jasno opozori na delovanje totalnih institucij, ki človeku odvzamejo dostojanstvo in ga navdajo s prepričanjem, da je brezpraven, brez vsakih človeških pravic, in s tem tudi brez vrednosti. Zato še posebej poudari pravice uporabnic in uporabnikov psihiatričnih ustanov:

- *PRAVICA DO ENAKOVREDNE OBRAVNAVE, NE GLEDE NA SOCIALNI STATUS, NARODNOST, VERO, SPOLNO ORIENTACIJO, BOLEZEN IN ŽIVLJENSKI STIL*
- *PRAVICA OHRANJATI SVOJA STALIŠČA IN VREDNOTE*
- *PRAVICA DO DEFINIRANJA SVOJIH POTREB*
- *PRAVICA IZVEDETI PODROBNE INFORMACIJE O UČINKIH ZDRAVILA, KI JIH DOBIVA TER ZAVRNITI OBLIKE ZDRAVLJENJA, S KATERIMI SE NE STRINJA*
- *PRAVICA DO SPOŠTLJIVEGA RAVNANJA S STRANI OSEBJA, DO ZAMENJAVE ZDRAVNIKA, KI PRAVIC NE UPOŠTEVA*
- *PRAVICA UPORABNIC ZAHTEVATI V OBRAVNAVI, STROKOVNO OSEBJE, KI JE ŽENSKEGA SPOLA; ŠE POSEBEJ DA SE PRITOŽIJO NAD IZVAJANJEM FIZIČNEGA, PSIHIČNEGA IN SPOLNEGA NASILJA BREZ NEVARNOSTI, DA BI PRIŠLO DO MAŠČEVANJA ALI VIKTIMIZACIJE*
- *PRAVICA DO SODELOVANJA V VERSKIH OBREDIH, ALI DO OBISKA DUHOVNIKA*

Jurgec (1996) pravi: »Drugačnost, ki jo naša družba poudarja v sloganu »Vsi drugačni, vsi enakopravni«, se največkrat poudarja, le na oglaševalnih panojih, in v drugih različnih medijih. Človekove pravice in svoboščine do katerih so upravičeni vsi ljudje, torej

samoumevno je, da to velja za vse ljudi, ne glede na »drugačnost«, so posledica spoštovanja človeškega dostojanstva«:

- *PRAVICA DO ŽIVLJENJA*
- *SVOBODA PRED NASILJEM IN DRUGIMI OBLIKAMI PONIŽEVALNEGA NEČLOVEŠKEGA RAVNANJA ALI KAZNOVANJA*
- *PRAVICA DO ZAKONSKE ZAŠČITE*
- *PRAVICA DO SVOBODNEGA MIŠLENJA IN VERSKEGA PREPRIČANJA*
- *PRAVICA DO PRIVATNEGA ALI DRUŽINSKEGA ŽIVLJENJA*
- *PRAVICA DO ZAPOSLOVANJA, IZOBRAŽEVANJA, DOSTOJNIH ŽIVLJENSKIH POGOJEV IN SOCIALNA VARNOST, ZDRAVSTVENO VARSTVO...*

1.4.6. ZAGOVORNIŠTVO

»V imenu človečnosti, v imenu človeške spodobnosti in v imenu človeške modrosti, vas naprošam, da se postavite v kožo tistih, katerih trpljenje opisujem, preden razpravljate, odločate o poteh in usodah, ki jim jih namenjate. Čustvujte z njimi, poizkušajte jih braniti. Bodite njihovi prijatelji, ne sovražniki [...]«

(Sir John Thomas Perceval)

Koncept zagovorništva v duševnem zdravju se je razvil z namenom *promoviranja temeljnih človekovih pravic in dostojanstva* ljudi s težavami v duševnem zdravju v najširšem smislu (Funk 2003; Lapajne 2011:70).

Torej lahko rečemo, da je zagovorništvo paleta nešteti dejavnosti: informiranje, edukacija, trening asertivnosti, mediacija, zastopanje interesov in pravic, skupine za samopomoč; odprava stigme in diskriminacije, doseg širše sistemske (skupnostni model) in strukturne spremembe (uravnoteženo razmerje moči med institucijo in uporabniki) za pozitivne rezultate pri obravnavi oseb z izkušnjo duševne stiske.

Načela zagovorništva so sledeča:

DOSTOJANSTVO IN PRAVICE POSAMEZNIKA ALI POSAMEZNICE: vsem ljudem na svetu pripadajo osnovne človekove pravice, ki so zapisane tako v ustavah, kot v različnih mednarodnih dokumentih; spoštovanje pravic in dostojanstva posameznika, je ena osnovnih vrednot v zagovorniški praksi.

SAMOODLOČANJE UPORABNIKOV: uporabniki morajo razumeti in definirati svoje lastne potrebe ter odločati o tem, na kakšen način jih bodo uresničili; zagovornik je tisti, ki pomaga, da ljudje lahko govorijo v svojo korist in zagovarjajo svoje pravice.

ZAVZEMANJE ZA TISTE, KI IMAJO V DRUŽBI MALO ALI NIČ MOČI: tradicionalno so se socialne delavke po svetu zavzemale za ljudi, ki niso mogli govoriti sami zase. Zavzemale so se na primer za begunce, ženske, brezdomce, otroke.

Bistveno v zagovorniškem procesu je, da sta uporabnik in zagovornik v procesu čim bolj enakopravno vključena, njun odnos mora temeljiti na medsebojnem spoštovanju, skupaj se dogovarjata glede ciljev in strategij zagovorništva, le-topa je tudi njuna skupna akcija (Zaviršek 2002: 116–117).

Obravnavo v skupnosti, kot nova oblika socialno varstvenih storitev in programov pomoči oseb z izkušnjo duševne stiske, ki potrebujejo pomoč pri psihosocialni rehabilitaciji, je z vidika uporabniške perspektive, *zagovorništvo »po meri uporabnika«*. V svet uporabnika je tako vstopila oseba (koordinatorka obravnave v skupnosti), ki osebi prisluhne, sliši njegovo zgodbo in glede na realne možnosti ter uporabnikove zmožnosti, skupaj v sedanjosti soustvarjata spremembe za prihodnost, na vseh ravneh njegovega delovanja, predvsem v povezavi s krepitvijo *pogodbene moči*. V ta namen bom skozi izbrane specifične situacije s katerimi se srečujem v vlogi socialne delavke dnevne bolnišnice, v vlogi koordinatorke skupnostne psihiatrične obravnave in koordinatorke nadzorovane obravnave, podala uvid v uporabnikove stiske (največ jih je povezanih s službo, zaposlitvijo) in zagovorništvo kot odgovor nanje. Zgodbe so dejanski prikaz kako se v praksi oblike zagovorništva prepletajo, dopolnjujejo oziroma nadgrajujejo.

Benova zgodba

V službi je na visokem položaju, z zavirljivim osebnim dohodkom. Zadnjih nekaj mesecih se je vračal v bolnišnico po sistemu »vrtečih se vrat«. Svojih delovnih obveznostih, kot sam pove, več ne zmora, upokojiti se pa tudi ne želi. Delodajalca je večkrat prosil za

prerazporeditev na drugo delovno mesto, vendar ni imel posluha za njegovo prošnjo. Še več, Benu je povrh še vcepil občutek krivde, ker drugi delajo namesto njega in na račun njega, nekdo drug, zdrav, ne more dobiti službe. V telefonskem pogovoru je delodajalec izrazil željo po invalidski upokojitvi, z obrazložitvijo, da je delo, ki ga Beno opravlja preveč zahtevno in ga »bolan«, kot je, res ne more opravljati, pa še ves čas je v bolniški odsotnosti. Z Benom smo imeli več razgovorov, tako ekipa, jaz, kot psihologinja. In rezultat skupnega sestanka, katerega se je na naše vabilo, odzval tudi delodajalec: Beno je podal predloge na katerih delovnih mestih se vidi zmožen in uspešen opravljati delovne naloge. Glede na uspešno delovno kariero, se je delodajalec odločil za kompromis, ki je bil za Bena sprejemljiv.

Janina zgodba

Jana je v ločitvenem postopku. Otrok je pri očetu, ki zahteva polno skrbništvo, ker meni, da bo Jana zaradi svojih težav negativno vplivala na otrokov razvoj. Iz istega razloga ji sedaj v času hospitalizacije ne dovoli stikov z otrokom, tudi po telefonu ne. Izid skupinskega posveta v sestavi vseh vpletenih in CSD do obravnave na sodišču: Jana ima vsak dan telefonske stike z otrokom, ob vikendih je otrok pri Jani. Od odpustu je območnem CSD posredovano pozitivno mnenje o skrbništvu za Jano.

Nacetova zgodba

V delovni organizaciji je naredil zelo veliko materialno škodo, zaradi česar je dobil izredno odpoved. V kazenskem postopku je zaradi storjene škode, po vrhu še posledično neupravičen do denarnega nadomestila na Zavodu za zaposlovanje. Žena je brezposelna. V obupu zaradi posledic svojega ravnanja je poskusil storiti samomor. Nace se je zaradi kompleksne problematične situacije obrnil name s prošnjo, da mu kakorkoli pomagam. Dovolil mi je kontaktirati vse vpletene službe, še posebej delodajalca, ki ni bil prav nič vesel mojega klica, ko sem pojasnila zaradi koga kličem. Izid kompleksne stiske, z ene strani za Naceta, z druge za družino, je bil bistveno boljši kot sem sama verjela, da bo. Delodajalec je sprejel pojasnilo, da je do krizne situacije prišlo zaradi posledic akutne duševne stiske, zato je umaknili tožbo na sodišču, izredno odpoved predrugačil v odpoved iz poslovnih razlogov. Nace je prejel odpravnino, se prijavil na Zavod za zaposlovanje in uveljavlja pravico do denarnega nadomestila zaradi brezposelnosti. Vključen je v psihoterapevtski program.

Z regijskimi koordinatorkami obravnave v skupnosti smo formalno velikokrat sodelovale ob posredovanju predlogov za vključitev uporabnikov v obravnavo, pred zaključkom bolnišnične obravnave. Prav tako smo se večkrat srečale na terenu ali smo celo nekatere uporabnike skupaj obravnavale, seveda vsaka iz svojega modela obravnave, vendar dolgo časa smo nekako, tako one kot jaz, hodile ena mimo druge. Pravega sodelovanja pa nismo vzpostavile, če temu lahko tako rečem, vsaka je bila na svojem bregu in ga varovala. Tu in tam smo se zapletle v pogovor, si izmenjale bolj skope informacije ali prav previdno izpostavile medsebojne ovire pri reševanju stisk uporabnikov. Letos meseca maja, pa sem eni izmed koordinatork podala v razmislek zamisel o povezovanju in sodelovanju, s ciljem kakovostnejših psihosocialnih storitev za uporabnike, njihove svojce ter izmenjavo strokovnih vsebin, znanj in veščin. Sedaj se srečujemo enkrat mesečno in odprto spregovorimo o težavah na katere naletimo pri uresničevanju svojega poslanstva pomagati ranljivim, nemočnim osebam, seveda vedno v skupnem dogovoru z njimi, z njihovim dovoljenjem ali izrecno na njihovo željo. Pred kratkim sem tako aktivno sodelovala na posvetu »Uporabniki med socialnim in zdravstvenim varstvom«, ki sta ga organizirali koordinatorki. Odzvala sem se tudi na vabilo območnega CSD, za aktivno soudeležbo pri projektu ANIMA SANA - Vzpostavitev preventivnih programov na področju krepitve duševnega zdravja. Na območju zgornje Gorenjske bo vzpostavljena mreža svetovalnih pisarn, kjer bodo posameznikom, ki potrebujejo individualno pomoč, na voljo brezplačna psihoterapevtska svetovanja. Odgovore, kako bolje poskrbeti za svoje duševno zdravje, bodo posamezniki lahko pridobili osebno, preko vzpostavljene spletne strani ali tedenske radijske kontaktne oddaje.

1.5. TRENING ASERTIVNOSTI – KONCEPT, POMEN IN NAMEN

Erlah in Žnidarec (2004) pojasnjujeta, da izvor besede »asertivnost« izhaja iz anglo saksonskega jezikovnega območja, ki ima tri korene:

- I. »Be assertive« (biti asertiven) pomeni biti in kazati pozitivno zaupanje, gotovost in samozavest;
- II. »Assertion«, ki se pogosto uporablja tudi kot »assertiveness«. Pomeni vztrajnost pri določeni stvari, npr. vztrajanje pri pravici; izjavi, trditvi;
- III. Tretji koren besede pa je »assert«, ki je osnovni predhodnim korenem in pomeni zahtevati nekaj, uveljaviti se, zagovarjati, samozavest.

Med iskanjem nadomestne besede, ki bi bila primerna, uporabna tudi v slovenskem jeziku, ki nebi zmanjšala pomena besede »asertivnost«, sta omenjeni avtorici za označitev pomena uporabili veliko besed, kot npr. zavedanje svojih sposobnosti, samozavest, dostojanstvo, samouresničevanje, zavedanje lastnih pravic in svoje vrednosti, sposobnost zavzemanja zase, jasna komunikacija, stik s svojimi čustvi, itd. »Samozavedanje« je bila zanj najboljša primerna, uporabna in nadomestna beseda, ker menita, da je asertivni trening namenjen prav zavedanju naše lastne veličine.

Sam koncept asertivnosti se je začel razvijati v 60. letih prejšnjega stoletja, ko so številni terapevti skušali odkriti načine, kako pomagati posameznikom s težavami, postaviti se zase in za svoje pravice. Kmalu so ti terapevti spoznali, da razvoj samozavesti in samozaupanja skupaj z določenimi specifičnimi spretnostmi pomaga tem posameznikom, da se spoprijemajo s težavami vsakdana (Bertoncelj 2010). To terapevtsko metodo je predlaga Salter leta 1950 (Hribar 2011).

Koncept asertivnosti se je močno preoblikoval tekom raziskav. Prvotno se je asertivnost obravnavala kot vedenje, ki zagovarja človekove pravice (Rakus 1991; v: Vagos in Pereira 2010). V zadnjem času pa se predvsem povezuje s socialnimi spretnostmi, ki omogočajo učinkovito vključevanje v družbo v različnih socialnih situacijah (Arrindell in van der Ende; v Vagos in Pereira 2010).

Koncept asertivnosti navadno zajema lastnosti kot so svobodno *izražanje lastnih čustev* (Wolpe v Herzberger idr. 1984) in *zavzemanje za lastne pravice* (Lazarus v Herzberger idr. 1984).

Asertivnost ni ne ponižnost ne agresivnost, ampak srednja pot med obema. Je sposobnost postaviti se zase, zagovarjati lastno mnenje, zavzemati se za nekaj, potegovati se za svoje pravice – vendar brez nasilja, s spoštljivim odnosom do drugačnosti drugega in do njegove svobode. Asertivnost je pot do sebe in pot do drugih (Kavaš 2011).

Alberti in Emmons, leta 1970 (Rungapadiachy 2003: 303–304) asertivno vedenje opredelita kot vedenje, ki pri posamezniku omogoča, da deluje v skladu s svojim interesom, da se postavi zase brez nepotrebne anksioznosti, da svoja občutja izrazi brez neprijetnega občutka ali da uveljavlja svoje pravice, ne da bi ob tem zanikal pravice drugih.

Fritchie leta 1988 (Možina *et al.* 2004: 423) asertivnost opredeli kot način ravnanja z ljudmi, ko udeležanje lastnih ciljev vodi v odprt in pošten način.

Temelj asertivnega obnašanja je občutek in zavedanje, da nam ni treba tekmovati z drugimi ljudmi in da nam za dobro počutje ni potrebno poniževati drugih ter se neprestano dokazovati. Asertivno obnašanje nam bo omogočilo, da naš občutek lastne vrednosti ne bo povsem ali v veliki meri odvisen od priznanja, ki ga bomo dobili iz zunanjega sveta (Videmšek, Zaviršek in Zorn 2002).

Vsebina in koncept asertivnosti temelji na treh glavnih vidikih, kjer se izražajo skozi vedenje, emocije in kognicijo (Vagos in Pereira 2010). To se kaže skozi izražanje negativnih in pozitivnih čustev, zavračanje nerazumnih zahtev, dajanje pobud za akcijo, opravičevanje, soočanje z občutki krivde, s postavljanjem zase. Preko tega se prepleta tudi nebesedna govorica.

Ko je posameznik asertiven, je njegov ton glasu miren, ritem govora je jasen, v socialnih interakcijah ohranja svoj osebni prostor ter ga spoštuje pri drugih ljudeh. Asertivno vedenje prav tako vključuje usklajenost neverbalne in verbalne komunikacije. Asertiven posameznik jasno predaja sporočila drugim ljudem in nadgradi komunikacijo z ustrezno gesto, ki je skladna s položajem, ritmom govora in tonom glasu (po Alberti in Emmons 1990; Castanyer 2005; Del Prette in Del Prette 1999; Jardim in Pereira 2006; Lorr in More 1980; Martins 2005; Rakus 1991; v Vagos in Pereira 2010).

Asertivnost je sposobnost, da posameznik pokaže svoje mišljenje in občutke, pozitivne in negativne, na neposreden, odkrit način. Sposobnost, postaviti se zase in svoje pravice, s tem da spoštovati pravice drugih. Sposobnost, da prevzeti odgovornost zase in svoje ravnanje, brez obsojanja drugih. Sposobnost najti kompromis, ko pride do konflikta (Hribar 2001).

Badder-Rabdau (1973;v Bakker-Rabdau in Breit 1978) podaja naslednjo definicijo asertivnosti: *»Asertivno vedenje je tisto vedenje, ki se pojavi kot odgovor na agresivno vedenje drugih ljudi. Asertivnost torej vodi k vzdrževanju ali ponovnemu vzpostavljanju neke domene oziroma polja, ki ga je posameznik obvladoval ob začetku konflikta«.*

Rungapadiachy (2003; v Bertoncelj 2010) opisuje več tipov asertivnosti:

NEPOSREDNA ALI TEMELJNA ASERTIVNOST - jasno in neposredno izražanje svojega položaja ali stališča.

POSREDNA ASERTIVNOST - damo vedeti, da imamo v mislih zavrnitev, čeprav ne izrečemo besede ne.

EMPATIČNA ASERTIVNOST - sposobnost da razumemo situacijo z vidika sogovornika, jasno damo vedeti, da morajo biti stvari vseeno v skladu z dogovorom.

ASERTIVNOST Odstopanja - odstopanje od dogovorjenega in tem kar se dejansko dogaja. Sogovornika torej ugotovita, da sta skrenila od dogovorjenega in nastalo situacijo preučita.

ASERTIVNOST S HVALO - dajanje komplimentov ali pohvale za izrečeno prošnjo ali zahtevo, a hkrati sodelovanje odklonimo.

KOMPROMISNA ASERTIVNOST - zavrnitev, hkrati pa sogovorniku predlagamo rešitev njegove zahteve ali prošnje in se ob tem ne počutimo neprijetno in ne kršimo pravice drugih.

Harley (1999;v Bertoncelj 2010) deli asertivno vedenje v 3 kategorije:

- OSNOVNA ASERTIVNOST- neposredno izražanje lastnih potreb, želja in prepričanj;
- ODZIVNA ASERTIVNOST - preverjanje potreb in čustev drugih ljudi;
- EMPATIČNA ASERTIVNOST - izražanje lastnih potreb in želja, hkrati sposobnost prepoznati želje in potrebe drugih.

Asertivnost je odgovorno in odraslo ravnanje, kjer je komunikacija usmerjena med agresivnostjo in agresivnostjo. V komunikaciji iščemo rešitve, ki so sprejemljive za obe strani. Pri tem informacij ne prikrivamo, niti jih ne zadržimo zase, ampak jih delimo z drugimi. Ob dosežku dogovora se počutimo dobro. Tudi s težkimi sogovorniki se soočamo odločno, veljamo za aktivnega poslušalca.

Osnovno pravilo asertivnosti je za Rungapadiachy (Možina 2004) *»JAZ SEM OK, TI SI OK.«*

Slika 8: Primerjava asertivnega vedenja v primerjavi z agresivnim, pasivnim, ter posredno agresivnim vedenjem



Vir: Rungapadiachy (Možina 2004)

Trening asertivnosti je praktičen proces učenja veščin za samozavestno ravnanje in učinkovito komunikacijo v interakcijskih odnosih. Je pot, na kateri nam naše želje lahko postanejo bolj jasne. Gre namreč za to, da odkrijemo, kako se počutimo v posamezni situaciji in se to naučimo izraziti.

Vprašati se moramo, kakšne potrebe imamo, pri tem pa upoštevamo tudi potrebe drugih. Ne gre za to, da bi postali agresivni ali gospodovalni (Erlah-Petrovič, Žnidarec-Demšar 2004: 16).

1.5.1. KAKO NAM POMAGA ASERTIVNOST

Petrovič Erlah in Žnidarec Demšar (2004) pravita, da nam asertivnost *pomaga* da:

- se počutimo močnejše in verjamemo v lastno zmožnost odločanja;
- lahko izražamo svoje občutke in prevzamemo odgovornost zanje;
- rečemo ne, ne morem več, potrebujem pomoč;

- nenehno spoznavamo in se zavedamo svojih pravic, ki jih imamo, ter se zanje borimo;
- se počutimo zadovoljni sami s seboj in imamo pozitivno samopodobo;
- vedno pogosteje najdemo ravnovesje v svojem življenju in odnosih;
- izražamo svoja čustva, občutke;
- se nam poveča samospoštovanje in odgovornost;
- postanemo odprti in naravni, če se ne počutimo dobro ali smo zaskrbljeni, to pokažemo;
- se učinkoviteje sporazumevamo z drugimi;
- spodbujamo samozavest pri drugih, ker nam je všeč družba samozavestnih ljudi;
- se zavedamo, da nismo popolni, priznamo svojo šibkost in napake;
- znamo ravnati s kritiko in ponižanjem;
- izžarevamo mirnost in sproščenost, saj se čutimo, da bi se morali skozi svoje besede in dejanja potrjevati;
- ljudem dajemo smisel za optimizem, ker gledamo na probleme ustvarjalno in ne zapravljamo časa za to, da bi se smilili samemu sebi.

Trening asertivnosti neposredno zavrača leksikon patologije, ker je ena izmed metod in načinov krepitev moči, ter notranjih virov vsakega posameznika; je tudi prostor za učenje in iskanje možnosti za pridobivanje vpliva ter nadzora nad svojim življenjem. Trening pripomore k večjemu zavedanju lastnih sposobnosti in razvija zavest o lastnih zmožnostih oziroma pridobivanju spretnosti za ravnanje v vsakdanjem življenju.

Lazaris (2009: 15) navaja nekaj razlogov, ki govorijo v prid asertivnemu komuniciranju. Ljudje, ki asertivno komunicirajo, imajo večjo samozavest in večjo možnost, da jih bodo sogovorniki ne samo poslušali, ampak tudi dejansko tudi slišali.

Asertivni ljudje pridobijo spoštovanje drugih ljudi, saj se znajo postaviti sami zase in ne pustijo, da bi drugi »pometali« z njimi. Asertivno komuniciranje omogoča osebi, da prevzame nadzor nad svojim življenjem in ne pusti, da bi jo drugi ljudje izkoriščali. Asertivni ljudje v svoje življenje privabljajo druge asertivne ljudi in imajo z njimi kvalitativne odnose, so odkriti in izkazujejo skrb za druge ljudi, to pa omogoča gradnjo trdnjih razmerij. Asertivni ljudje ne tlačijo svojih čustev, temveč jih izražajo na jasn in neposreden način. Cilj treninga asertivnosti je naučiti se umetnosti globlje komunikacije in aktivnega pristopa k življenju, pri čemer je končni rezultat spoznanje, da so naši cilji mogoči. Učenje, kako postati bolj asertiven, lahko koristi individualni sreči in zdravju. Uči tudi to, da so spremembe mogoče.

1.5.2. ASERTIVNI BESEDNJAK

Pri asertivnem komuniciranju je zelo pomembno besedišče, ki ga uporabljamo. Pomembno je, da povemo točno tisto, kar mislimo ali čutimo. Pri govorjenju se izogibamo uporabi zapletenih tehničnih besed, žargona, raznih krajšav ali akronimov, ki jih naš sogovornik morda ne bi razumel. Pozorni moramo biti na to, da se spopademo s težavo in ne z osebo, ki je povzročila nezaželeno situacijo, pri čemer se izogibamo posploševanju in skušamo biti čim bolj natančni.

Prav tako se moramo izogibati pretiranemu opravičevanju in prekomernim pojasnilom. Ko govorimo, se izražamo v prvi osebi ednine, s čimer dajemo sogovorniku možnost, da sprejme ali zavrne predlog, prevzemamo odgovornost za naše osebno mnenje, misli, občutke in potrebe, ter dajemo vtis, da smo bolj neposredni in samozavestni (Bishop 2008: 67–72). Zavedati se moramo, da imamo poleg pravic tudi svoje dolžnosti, zato je pomembno, da jih poznamo in se jih zavedamo. Naše dolžnosti po Latimer 2004 (Možina 2004: 421) so:

- dolžnost, da spoštujemo druge in jih spodbujamo, da svobodno izražajo svoja mnenja in občutke;
- dolžnost, da drugim povemo, kaj občutimo, če njihovo vedenje negativno vpliva na nas;
- dolžnost, da drugim pomagamo ustvariti učinkovito komunikacijo;
- dolžnost, da razumemo in izpolnjujemo svoje moralne obveznosti do drugih.

Kadar so pravice in dolžnosti uravnotežene, nam pomen asertivnosti ne more biti tuj in delujemo asertivno. Kljub temu pa se moramo zavedati, da asertivno vedenje ne pomeni vedno dobiti, kar želimo, ampak je pomembno, da se zavedamo možnosti kompromisa.

Koristi asertivnega vedenja (Firtchie 1988;v Možina et al.2004:423):

- ljudje so bolj zadovoljni s seboj;
- naša učinkovitost je večja z uporabo asertivnega vedenja in tako lažje dosežemo cilje;
- pri obvladovanju konfliktov in težkih situacij smo uspešnejši, učinkovitejši;
- občutno lahko zmanjšamo stopnjo stresa na delovnem mestu.

Za povečanje asertivnosti Možina (2004: 426; Ščuka 2006: 13–15; Whitehead, Weiss in Tappen 2010: 74–75) predlaga izogibanje besedam, ki ustvarjajo prepreke v komunikaciji.

- Predvsem uporabo besede »ampak«, »mimogrede«, »na žalost«, saj ustvarijo pozitiven tok komunikacije. Namesto le-teh, če se jim ne moremo izogniti, raje uporabimo besedo »vendar«.
- Pri izražanju svojega mnenja in občutkov, asertivnost močno povečamo tako, da govorimo v prvi osebi ednine.

1.5.3. PRAVILA ASERTIVNE KOMUNIKACIJE

PRVO PRAVILO: PRISTNOST

SEM TAK(A) KOT SEM IN NE TAK(A), KOT BI DRUGI ŽELELI, DA BI BIL(A).

- Pokažem ti svoja čustva in razpoloženja in želim, da mi tudi ti po kažeš svoja;
- želim, da si drug drugemu nastavlja ogledalo in se s tem drug od drugega uči;
- ničesar nimam za bregom, in ti jasno predstavljam svoj značaj in svoje namere;
- imam polno napak in pomanjkljivosti – sem pač le človek in ne bog.

DRUGO PRAVILO: ODPRTOST

SPREJEMAM TE TAKEGA KOT SI IN NE TAKŠNEGA, KOT BI SI JAZ MORDA ŽELEL(A), DA BI BIL(A).

- Ponujam ti dobronamernost, spoštovanje in naklonjenost, kar pričakujem tudi od tebe;
- predvsem želim ostati v stiku s teboj pošten(a), ker si želim ohraniti tvoje zaupanje;
- ne rinem vate, vendar si prizadevam živeti se v tvoje doživljanje, zato ne kritiziram, prepovedujem, pridigam, opozarjam ali obsojam;
- pripravljen(a) sem ti pomagati, svetovati ali se odzvati, vendar le, ko me boš vprašal(a).

TRETJE PRAVILO: POSTAVLJANJE MEJE

JAZ SEM JAZ IN TI SI TI. JAZ POČNEM SVOJE IN TI SVOJE. NISEM NA SVETU ZATO, DA BI ŽIVEL(A) PO TVOJIH PRIČAKOVANJIH, IN TI NE, DA BI ŽIVEL(A) PO MOJIH. ČE SE SREČAVA, NAMA BO MORDA LEPO-ČE NE, KAJ SE PAČ MORE.

- S teboj želim ostati v ustvarjalnem odnosu, v jasni razmejitvi med menoj in teboj;
- opozori me vsakič, ko bi me zaradi čustev zaneslo v zlivanje (konfluenca) s teboj;
- želim, da ostaneva v odnosu neodvisna in da vsak od naju neodvisno rešuje svoje probleme;
- dovoli mi, da se včasih umaknem v izolacijo, sajjo potrebujem le kratek čas.

- S teboj želim sodelovati in se sporazumevati, ne želim pa se ti podrežati;
- medsebojna nesoglasja bova reševala z dogovori in sporazumi, asertivno in ne agresivno;
- izogibajva se prisili, ker ovira sporazumevanje in povzroča odpore, jezo ter slabo voljo;
- zavračajva »mora se, treba je, itd.«, ker zmanjšuje ustvarjalnost, samostojnost in voljo do dela;
- v najinem odnosu si dovoliva tudi negativna čustva, le da jih bova miselno hitro predelala;
- ostaniva zaveznika in sodelavca, čeprav je najin odnos vezan na nadrejenost oziroma podrejenost (Ščuka 2006).

Dermol, Hvala (2001) svetuje naj se izogibamo nikalnicam »ne, nihče, nikoli, nobeden«, ki v glavah sogovornika prebudijo negativen tok predstav.

Kdor se hoče naučiti asertivnosti, mora upoštevati pravila ustvarjalne komunikacije. Za manipulativne in neiskrene posameznike asertivnost ni primerna, saj jo izrabljajo.

»Kadar razmišljate o lastni asertivni naravnosti v odnosu do katerih koli sobesednikov, ne glede na njihov položaj v socialni sredini, pomislite najprej na lastno samozavest in zlasti na občutek lastne vrednosti. Če resnično želite ohraniti pokončnost osebnostne drže, vas bo asertivnost varovala pred mogočo gospodovalnostjo sobesednika. Če vas je strah, da bi z asertivnim nastopom izpadli predrzno in samovoljno, pomislite na lastne vedenjske vzorce, ki ste jih od okolja privzemali od otroštva naprej« (Ščuka 2006: 11).

1.5.4. TEHNIKE ASERTIVNOSTI

Asertivne tehnike nam pomagajo rešiti težave, ki nam povzročajo skrbi, ne da bi povzročili nalaganje negativne energije ali agresivnosti. Naj jih nekaj povzamem:

AKTIVNO POSLUŠANJE

Če si želimo uspešno komunikacijo, mora imeti sogovornik občutek, da ga poslušamo. Gledamo ga v oči, ga ne prekinjamo in se poskušamo vživeti v njegov položaj. Poleg tega vseskozi opazujemo njegovo govorico telesa. Pri aktivnem poslušanju postavljamo odprta vprašanja, da občasno preverimo ali smo sogovornika pravilno razumeli ter povzamemo. Če pri komuniciranju uporabljamo povzemanje, se tako lahko izognemo napačnemu sklepanju in morebitnim nesporazumom (Cava 2000: 103).

BRAINSTORMING ALI NEVIHTA MOŽGANOV

Ta tehnika je znana tudi kot prevetravanje možganov, burjenje duha. Primerna je za spodbujanje idej na vseh področjih; iskanje novih zamisli, novih rešitev. Pri tem je pomembno poudariti, da ni napačnih in pravilnih odgovorov in da se tekom podajanja odgovorov le-teh ne vrednoti.

POKVARJENA PLOŠČA

Namen te tehnike je, da naše sporočilo ponavljamo toliko časa, dokler nas sogovornik ne razume. Vztrajati je potrebno na miren in strpen način, v nasprotnem primeru bi naše komuniciranje postalo agresivno. Posebej je učinkovita v kombinaciji s tehniko reči »ne« pri izrazito agresivnih ali manipulativnih ljudeh.

DESC TEHNIKA

Asertivna metoda obvladovanja konfliktov, ko so na vidiku konflikti nam omogoča, da z besedami sogovornika ne prizadenemo. Ta občutno olajša doživljanje situacije in odzivanje nanjo. (Brower in Brower 2004: 87–95). Temelji na 4 korakih:

D (describe) – opisati: objektivno in natančno opišemo dejstva in vedenje, ki so povzročila težave. Tak opis omogoča izhodiščno točko za reševanje konflikta;

E (express) – izraziti: govorimo o svojih čustvih, ki smo jih doživeli ob neprijetnih dogodkih, izrazimo svojo kritiko ali nestrinjanje s takšnim ravnanjem;

S (specify) – podrobno razložiti: pojasnimo, kakšno bi bilo pričakovano ravnanje sogovornika, da bi se neprijetnosti končale;

C (consequences) – posledice: opišemo pozitivne posledice, ki bodo nastale po spremembi ravnanja. Poudarimo pričakovane ugodnosti in predstavimo neprijetnosti, do katerih bi prišlo, če ne spremenimo ravnanja.

IGRA VLOG

Igra vlog je tehnika, preko katere udeleženci trenirajo asertivno vedenje. Glavne tri vloge so: igralec (akter), soigralec in opazovalec/-i.

Izvajanje določene situacije osvetli dejansko problematiko in olajša iskanje rešitev. Ko nas vloga prevzame, občutimo vsa čustva kot v resnični življenjski situaciji. Vloge igramo z namenom zmanjšanja negativnih občutkov, ki se ob tem pojavljajo. Cilj je odvaditi se vedenja, ki nam večne koristi ter se priučiti koristnejšega. Uspešnost preverimo preko lastnega doživljanja in povratnih informacij opazovalcev, ki spremljajo naše spremembe v vedenju, pristopu, odnosu. Igralec vlogo igra toliko časa, da je z rezultatom zadovoljen (Petrovič Erlah in Žnidarec Demšar 2004).

Raziskave so pokazale, da je skupinski pristop do treninga asertivnosti bolj primeren in učinkovit, kot individualen (Lange in Jakubowski; v Lin idr. 2008). Med samim treningom lahko udeleženci vadijo asertivno vedenje z drugimi člani skupine. Medtem ko drugi člani skupine prispevajo svoje razloge, zakaj je asertivno vedenje sprejemljivo, zaželeno in učinkovito. S svojimi izkušnjami in znanjem prispevajo več raznolikih možnosti asertivnega vedenja. Prav tako dobijo člani skupine potrditev drug od drugega.

1.5.5. OBLIKA TRENINGA ASERTIVNOSTI

Skupina za trening asertivnosti je po spolu lahko mešana. Število članov naj bi bilo med 6 in 12. Vodja je »vzpodbujevalec«, hkrati je tudi model za asertivnost (Holland, Ward 1990; Hribar 2001). Asertivnost je definirana kot set socialnih in komunikacijskih spretnost, ki se jih lahko naučimo (Bertoncelj 2010). Trening vsebuje uvodno srečanje in 11 poglavij, oziroma tem:

- *PREDSTAVITEV ASERTIVNEGA VEDENJA V PRIMERJAVI Z AGRESIVNIM, PASIVNIM, TER POSREDNO AGRESIVNIM VEDENJEM (vaje; različni načini vedenja, prepoznavanje različnih načinov vedenja);*
- *PRAVICE IN ODGOVORNOSTI (vaja; moje pravice-odgovornosti);*
- *ASERTIVNA GOVORICA TELESA (vaje; telesna drža, očesni stik, govorica telesa, govorica telesa in način vedenja, kretnje in gibanja);*

- *RAVNANJE S PROŠNJAMI* (vaje; kako reči »ne« brez občutka krivde, »pokvarjena plošča« in pogajanje, kako izreči prošnjo na asertiven način?);
- *SPREJETJE KRITIKE* (vaje; kaj mislimo o sebi?, sprejetje kritike, asertivno sprejetje kritike);
- *IZRAŽANJE ČUSTEV IN OBČUTKOV* (vaje; kje čutiš svoja čustva?, izražanje čustev);
- *PODAJANJE KONSTRUKTIVNE (DOBRONAMERNE) KRITIKE* (vaja; podajanje konstruktivne kritike);
- *POZITIVNA SAMOPODOBA IN OSEBNO NEGOVANJE* (vaje; moje vrline, gradimo samopodobo na lastnih veščinah, osebno negovanje, moji uspehi, današnje zadovoljstvo s samim seboj);
- *RAVNANJE S KOMPLIMENTI* (vaje; kako zaupam samemu sebi?, dajanje in sprejemanje komplimentov);
- *NAČRTOVANJE SPREMEMB* (vaje; splošni pregled, težave-dvomi in strahovi, moje želje-cilji in spremembe);
- *EVALVACIJA* (vaje; vprašalnik-moja mera asertivnosti, evalvacijski vprašalnik).

Diskusije v skupini omogočajo izmenjavo izkušenj. Tako posameznik veliko pridobi ravno preko izkušenj v močni in podporni družini.

Veliko časa je namenjenega tudi *praktičnim vajam v parih in manjših skupinah*. Tako vsi, še posebej pa tisti, ki se sprva težko izpostavijo pred celo skupino, dobijo možnost sodelovanja in se tako kasneje lažje pridružijo ostalim.

Praktične vaje omogočajo, da udeleženci vadijo »biti bolj asertivni« v varni skupini. Dobijo dovolj podpore in zaupanja, zato kasneje lažje uporabijo asertivne veščine v vsakdanjih situacijah.

Povratna informacija medsebojno izmenjavanje dvomov, težav, dosežkov, je zelo koristno za graditev samozaupanja in samozavesti. Na ta način ustvarimo dovolj prostora za samorefleksijo.

Informacija o tem, kaj morajo narediti doma (domača naloga) je pomembna zato, ker ljudem nakaže in predlaga, da poskusijo določene stvari narediti doma, še zlasti, če trening poteka intervalno in imajo do naslednjega srečanja en teden časa. Na naslednjem srečanju jih moramo po pozdravu vprašati, kako jim je uspela naloga v realnih situacijah in kako so se pri tem počutili; kje se je zataknilo; kje menijo, da potrebujejo podporo itd.

Tabele in povzetki nas usmerijo k uresničevanju določenega cilja. So učinkoviti in služijo kot učno gradivo z navedenimi tehnikami ter nasveti.

2. PROBLEM

Vsi si želimo, da nas v življenju spremlja zdravje, da si življenje, ki nam je dano, po svojih zmožnostih najbolj osmislimo oziroma naj bi ga občutili in doživeli v čim lepši luči, vendar se nam kljub željam in upanjem na najboljše lahko življenje v trenutku »obrne na glavo«.

Kakšna je izkušnja, ko življenje ubere svojo pot in postane za nekatere prehudo, nevzdržno, neobvladljivo in nepremagljivo do te meje, da je izhod, rešitev takšen, kot ga je našla Lana, ko je skočila z mostu; Vera, ki je svojo življenjsko pot sklenila obešena v domači hiši, še srednješolka; Metka, ki je svojo mladost pustila na železniških tirih, si lahko samo predstavljamo.

Ob tem, kaj za človeka pomeni - imeti nalepko duševnega bolnika, Flaker (1993: 39) pojasnjuje, da so ne samo bistveno zmanjšane vse njegove možnosti za vključitev in uveljavitev v družbi v objektivnem smislu, temveč se pod vplivom institucije usodno preoblikuje tudi njegova samopodoba.

Zavirškova (2002: 12) meni, da je redko katero področje človeškega življenja tako polno tabujev, stigme, nerazumevanja kot so psihosocialne stiske ljudi in posledično njihove izkušnje psihiatričnih hospitalizacij.

Vendar kljub vsem klofutam vsakodnevnega življenja premorejo moč, da se sovpadajo s stigmo, ki jim sledi kot senca na vsakem koraku, 365 dni v letu, 24ur dnevno; z negativno samopodobo, občutkom manjvrednosti, izgubo smisla in življenjskih ciljev, samomorilnimi mislimi, z upadom volje, nemočjo, osamljenostjo, zmanjšano delovno zmožnostjo, itn.

Osebe s katerimi delam, o katerih govorim in pišem, kljub vsemu *same* ne zmorejo kljubovati skupnosti in se kar čez noč preleviti v osebo, ki bo delovala iz lastnih pobud, potreb, želja, živeti v skupnosti, kljub duševni krizi in prevzeti pozitivno družbeno vlogo. »Oni«, tako kot »mi«, si ne želijo nič več kot vsi »mi zdravi«, živeti in delati v svetu »normalnih«, vendar znova in znova trčijo na zaprta vrata človečnosti.

Prepogosto se spregleda, da Franci, Metka, Janez, Micka, *niso osebe z diagnozo*: depresije, psihoze, shizofrenije, ampak predvsem: *očetje, matere, možje, žene, sinovi, hčere, prijatelji, sosedje*, zato je permanentno in smotrno opolnomočenje nedvomno način, da si utrejo pot enakovrednega člana skupnosti, kakorkoli in kjerkoli želijo.

Za premostitev oziroma osebno tranzicijo potrebujejo podporo, sopotnika, da lahko delijo svojo »zgodbo« (Bencek 2005), ki jim bo pomagala pri premagovanju »cikla deprivacije« (Zaviršek 2004).

Škerjanc (1996) predlaga aplikacijo sinergičnega pristopa, ki uporabniku ponuja možnost uresničevanja vizije svojega življenja, da v sebi predrami vse razpoložljive vire, ki so osnova za individualno osebnostno rast in povečanje obsega samostojnosti, s čimer lahko oseba prispeva k rasti in razvoju skupnosti, ki ji pripada.

Učinek je torej dvojen - s pridobljenim, okrepljenim notranjim bogastvom, si uporabniki in uporabnice posledično povrnejo to, kar Goffman imenuje »cultura praesens« (Flaker, Urek 1998).

Opolnomočenje, ki je prilagojeno vsakemu posamezniku in izhaja iz individualnih potreb, želje in načina, za katerega oseba sama meni, da ji najbolj ustreza, je vsekakor prava pot (Brandon 1992). Povsem stranskega pomena je, ali gre za individualni načrt, izobraževanje, trening socialnih veščin, ali asertivnosti, zagovorništvo, ali za čisto preproste oblike in dejavnosti, kot so: pogovor, informiranje, druženje, itn.

Trening asertivnosti je zame odgovor in najbolj smiselna metoda opolnomočenja oseb, ki so razvile azilarno mentaliteto (Zaviršek 1997; Lamovec 1995; Flaker *etal.* 1995:101) in trpijo zaradi posledic iatrogenih poškodb psihiatrične hospitalizacije Flaker (1993; v Lamovec 1995; Zaviršek 2002). Seveda s predpostavko, da jo sami želijo sprejeti, umestiti v svoje življenje.

Trening asertivnosti bo osebam s težavami v duševnem zdravju obenem lahko »poligon«, da raziščejo svoje potencialne vire moči in svojo stisko spoznajo kot izziv za spremembo in možnost povezovanja s svojo enkratnostjo napredovanja na poti normalizacije svojega življenja. Torej bo sodelovanje na treningu asertivnosti uporabnikom tudi praktična izkušnja, saj pogum odpira vsa vrata. Če že ne morejo preplezati zidu, naredijo vrata in pridejo na drugo stran v doživljanju zaupanja vase in nadzora nad svojim življenjem.

3. METODOLOGIJA

Pri raziskovanju sem izhajala iz poslanstva stroke socialnega dela, da je nadgradljiv dobrobit človeka opolnomočenje ranljivih ljudi (IASSW, IFSW 2004; Kletečki 2008).

Specialistična naloga je sestavljena iz teoretičnega in raziskovalnega dela. TA kot metodo dela, ki prispeva k opolnomočenju uporabnikov, sem predstavila s kvalitativno in kvantitativno raziskavo. Delež opolnomočenja je razviden iz kvantitativne obdelave podatkov, kvalitativen pa iz *perspektive udeležencev*: izjave, komentarji, individualne zgodbe; in iz moje *perspektive kot izvajalke* TA na osnovi prikritega opazovanja s popolno udeležbo: zapisi dogodkov, dejanskih sprememb, individualnih obravnav, ovir pri izvajanju TA.

Z metodo dela, ki temelji na proučevanju teoretične podlage, sem proučila strokovno domačo in tujo literaturo, ki obravnava tematiko duševnega zdravja in duševnih stisk, težav. Predstavila sem iatrogene poškodbe psihiatrične hospitalizacije in jih povzela po avtorjih Flaker, Lamovec, Švab, Škrjanc, Urek, Videmšek, Zaviršek ter koncepte moči.

Za razumevanje metode opolnomočenja sem koncipirala cilje opolnomočenja (Gutierrez, Parsons in Cox 2003), osnovna načela krepitev moči v praksi socialnega dela (MullenderinWard 1991), komponente opolnomočenja (Lee 1994; v Robbins idr. 1998), faze krepitev moči (Zaviršek).

Trening asertivnosti (Petrovič Erlah, Žnidarec Demšar 2004) sem aplicirala kot metodo za doseganje zastavljene teze in podtež.

V raziskavi oziroma reprezentativnem vzorcu, je sodelovalo 13 oseb, ki so bili na zdravljenju v psihiatrični bolnišnici. Sodelovali so moški in ženske. Sodelujoči v raziskavi so bili seznanjeni z namenom in vsebino raziskovanja.

3.1. CILJ IN NAMEN RAZISKAVE

Trening asertivnosti (v nadaljevanju: TA) se mi zdi pomembno izhodišče za krepitev osebne moči oseb z dolgotrajno duševno stisko, še posebej za povečanje aktivnosti na ozaveščanju in nevtralizaciji negativnega čustvovanja, mišljenja in vedenja (Brenner, Roder, Hodel, Kienzle, Reed in Libermann 1994).

Cilj treninga asertivnosti je ugotoviti ali bo TA pozitivno vplival na krepitev moči oseb z izkušnjo duševne stiske.

Teza, ki sem jo ob tem oblikovala je:

Udeleženci TA se bodo SOOČILI Z LASTNO EDINSTVENOSTJO, POVEČALI BODO OSEBNO MOČ, IZOBLIKOVALI POZITIVEN ODNOS DO SAMEGA SEBE.

Definirala sem tudi podteze, ki bodo podprle zastavljeno tezo in sicer:

- 1.PODTEZA: TA bo prispeval k večanju informacij, znanj in veščin.
- 2.PODTEZA: TA bo prispeval k večanju zaupanja vase in spoštovanju lastnih vrlin, sposobnosti, uspehov in znanj.
- 3.PODTEZA: TA bo uporabnike stimuliral k aktivaciji, početi stvari, ki so jih radi delali pa že dolgo niso, k vzpostavljanju stikov, druženju oziroma aktivni udeležbi v skupnosti.
- 4.PODTEZA: TA bo uporabnikom pomagal pri spopadanju s stigmo.
- 5.PODTEZA: TA bo spodbudil kreativno kapaciteto uporabnika s prevzemanjem lastne odgovornosti, česar si v svojem življenju želijo.
- 6.PODTEZA: TA bo prispeval k izboljšanju psihofizičnega počutja.

3.2. SPREMENLJIVKE

Vsebinsko formalne značilnosti vsebujejo vprašanja zaprtega tipa, na katera so udeleženci pisno odgovorili na objektivna dejstva (konstante kot so spol, starost, izobrazba in zaposlitveni status). Odvisne spremenljivke pa v kontekstu raziskave opisujejo različne dimenzije posameznikove ne/moči; okrepitve.

3.3. VIRI EMPIRIČNIH PODATKOV

3.3.1. ETIČNI VIDIK

Sodelujoči v raziskavi so bili seznanjeni z namenom in vsebino raziskovanja. Upoštevala sem etična načela zasebnosti in prostovoljnosti z možnostjo odklonitve. Anonimnost sem

zagotovila, tako, da so vprašalniki namesto osebnih podatkov, vsebovali šifro oziroma številko po lastni izbiri udeležencev.

3.3.2. ZBIRANJE PODATKOV

Zbiranje podatkov je potekalo v dnevnem oddelčnem prostoru psihiatrične bolnišnice, saj je prostor svetel, topel in domač; velika sedežna garnitura, TV, radio, s pogledom na Triglav. Podatke sem zbirala z vprašalniki, neposredno na TA oziroma takoj po delavnici, po spominu. Za izpeljavo delavnic sem vložila veliko truda in energije, saj je bila vsaka delavnica tudi preizkus moje strokovnosti in poznavanja komunikacijskih ovir uporabnikov, zaradi daljšega časa procesiranja informacij, kot posledica narave njihovih duševnih stisk. Tako sem uporabljala kratke stavke, koristila spodbujajoče besede, jih usmerjala. Uporabljala sem odprta vprašanja: kdo, kaj, kje, kako in jih spodbujala, da prevzamejo aktivno vlogo.

3.4. MERSKI INSTRUMENT

V raziskavi oziroma reprezentativnem vzorcu je sodelovalo 13 oseb, na zdravljenju v psihiatrični bolnišnici; 6 moških in 7 žensk. Za namen kvantitativnega raziskovanja sem uporabila objektivne in zanesljive instrumente, ki so mi pri nadaljnji obdelavi dali numerično izraženo kvantitativno gradivo (Cencič 1994; Mesec 1997; Sagadin 1993). Podatki so obdelani grafično. Vsebinsko formalne značilnosti vsebujejo 4 vprašanja zaprtega tipa, na katera so udeleženci pisno odgovorili o objektivnih dejstvih kot so spol, starost, izobrazba in zaposlitveni status. Kvalitetni del raziskave je *dnevniški zapis* oziroma opisi individualnih težav, katerim sledijo zapisi pomembnih dogodkov, doživetij, okrepitev.

Vprašanja priloge 1,2,3; so zaprtega tipa. Vrednost spremenljivk pa je določena že v vprašalniku.

1.	PRILOGA 1	ANKETNI VPRAŠALNIK OBLIK KOMUNICIRANJA
2.	PRILOGA 2	EVALVACIJSKI VPRAŠALNIK POGOSTOSTI UPORABE POSAMEZNE OBLIKE KOMUNIKACIJE
3.	PRILOGA 5	EVALVACIJSKI VPRAŠALNIK CELOTNEGA TRENINGA ASERTIVNOSTI

Vprašanja priloge 3 in 4 so odprtega tipa oziroma vrednost spremenljivk je odvisna od počutja posameznika pred in po TA posamezne delavnice in se giblje na lestvici 1-10.

4.	<i>PRILOGA 3</i>	<i>EVALVACIJSKI VPRAŠALNIK PSIHO FIZIČNEGA POČUTJA PRED TA</i>
5.	<i>PRILOGA 4</i>	<i>EVALVACIJSKI VPRAŠALNIK PSIHO FIZIČNEGA POČUTJA PO TA</i>

3.4.1 .VPRAŠALNIK OBLIK KOMUNICIRANJA – VEDENJA

Vprašalnik o tipih vedenja, oblikah komunikacije (Chalvin 2004) je namenjen preverjanju, kateri tipi vedenja prevladujejo pri posamezniku. Čeprav vprašanja in opisi vedenj niso podrobna, predstavljajo izhodišča za razmišljanje o lastnem vedenju; 60 vprašanj se nanaša na štiri vzorce vedenja: agresivno, pasivno, pasivno-agresivno (manipulativno) in asertivno vedenje (glej tudi priloga 1).

Samoocenjevanje poteka na dvostopenjski lestvici:

1 - večinoma drži; 2 - večinoma ne drži

Odgovor »večinoma drži« pomeni, da gre za opis vedenja, ki je osebi dobro poznan oziroma se ga pogosto poslužuje. Odgovor »večinoma ne drži« pomeni, da se takega načina vedenja oseba redko poslužuje. Če se v opisu kakšnega vedenja oseba ne more opredeliti, odgovora ni potrebno podati. Na koncu se točkujejo le tisti odgovori, ki za posameznika večinoma držijo. Rezultat na koncu pove, kateri tip vedenja najbolj prevladuje pri osebi in kateri tip vedenja je zanj manj značilen (glej tudi priloga 2).

3.4.2. EVALVACIJSKI VPRAŠALNIK PSIHO FIZIČNEGA POČUTJA

Na začetku in ob koncu srečanj so udeleženci na 10 stopenjski lestvici ocenjevali svoje počutje. Zaradi narave stisk in težav zaradi katerih so hospitalizirani, je samoocenjevanje psihofizičnega počutja (psihičnega, telesnega prepletanja in soodvisnosti), izrednega pomena, ker ta vpliva na videnje sebe, kot zmožnega, vrednega, uspešnega ali kot nezmožnega, nesposobnega, nevrednega.

3.4.3 .EVALVACIJSKI VPAŠALNIK CELOTNEGA TRENINGA ASERTIVNOSTI

Raziskovanci so na zaključni delavnici TA ovrednotili kako so trening asertivnosti v celoti doživeli.

3.5. POPULACIJA

V reprezentativnem vzorcu je sodelovalo 13 oseb na zdravljenju v psihiatrični bolnišnici; 6 moških in 7 žensk.

3.6. ANALIZA REZULTATOV

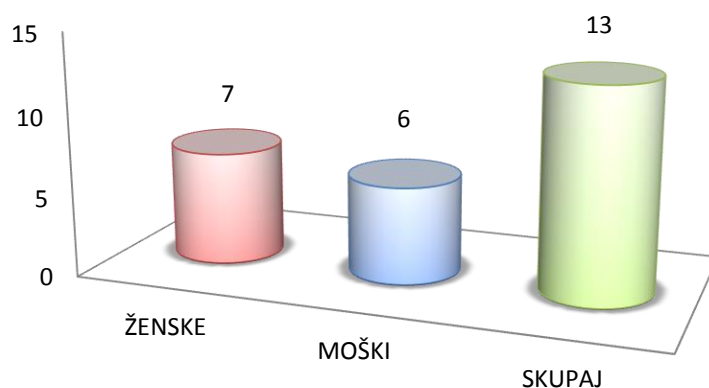
Frekvenčno porazdelitev rezultatov sem uporabila tako za odvisne, kot tudi za neodvisne spremenljivke raziskovalnega vzorca 13 oseb; 7 žensk in 6 moških. Podatki so obdelani grafično oziroma frekvenčno. Za prikaz frekvenčnih porazdelitev sem uporabila stolpčni graf.

3.6.1. ANALIZA NEODVISNIH SPREMENLJIVK

STRUKTURA UDELEŽENCEV PO SPOLU

V vzorcu 13 oseb je sodelovalo: 7 žensk in 6 moških (graf 1).

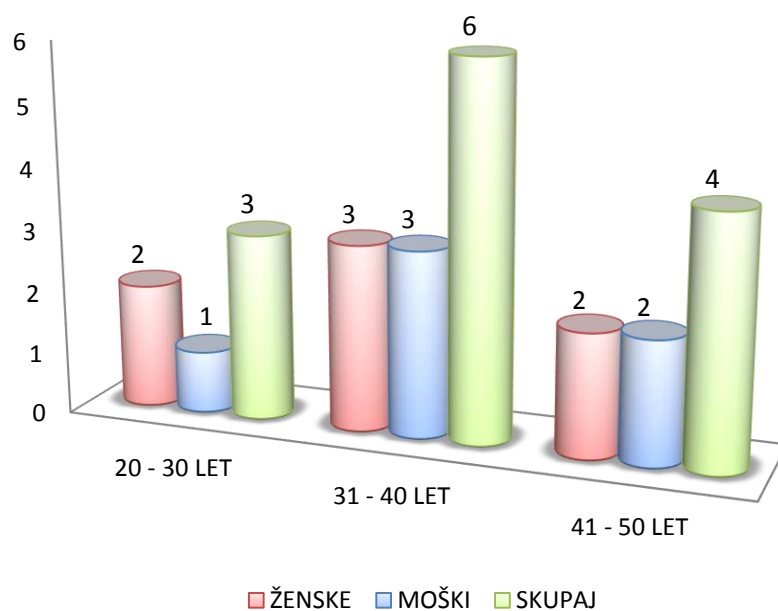
Graf 1: Struktura udeležencev po spolu



STAROSTNA STRUKTURA

Starostni razpon 13 udeležениh se giblje med 20–50 let. Glede na starost je množičnost starostne skupine 31–40 let najštevilčnejša, saj šteje 6 oseb; v skupini 41–50 let so 4 osebe in najmanjša frekvenca je v starostni skupini 20–30 let, 3 osebe oziroma 2 ženski in 1 moški.

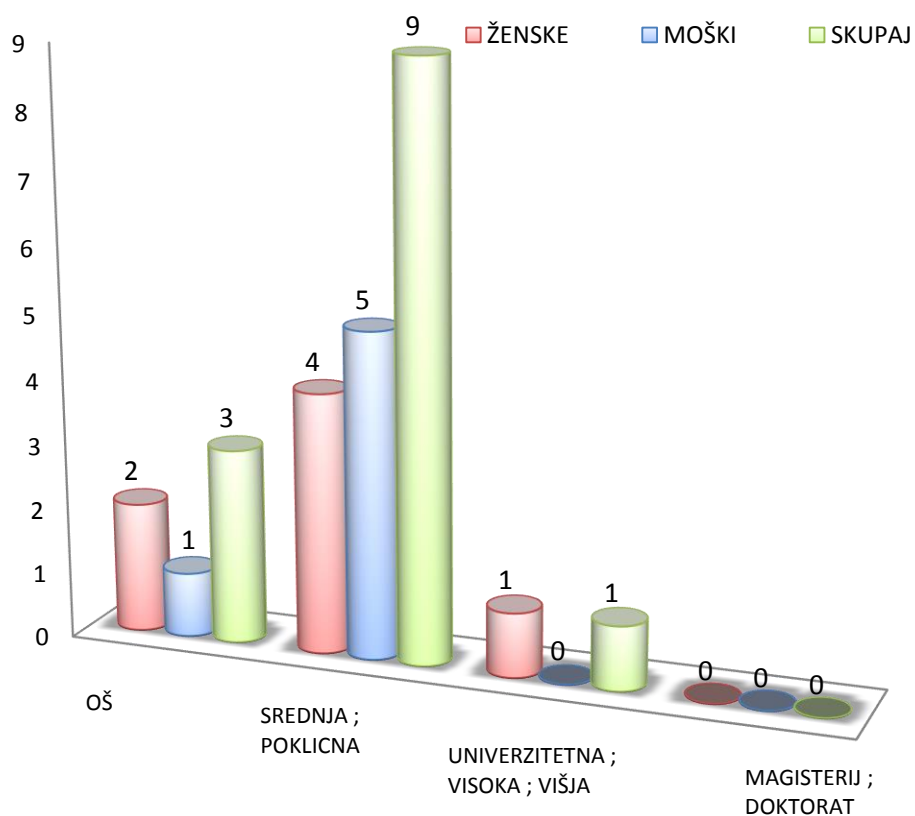
Graf 2: Frekvenca starostne strukture



IZOBRAZBENA STRUKTURA

Med vsemi udeleženci TA je največ oseb (9) s srednjo ali poklicno izobrazbo: 4 ženske in 5 moških. Na drugem mestu bistveno zaostaja osnovnošolska izobrazba: 3 osebe; 2 ženski in 1 moški. Sledi 1 oseba z univerzitetno, visoko ali višjo šolo; 1 ženska. Magisterija ali doktorata nima nihče v skupini 13 oseb oziroma je število 0.

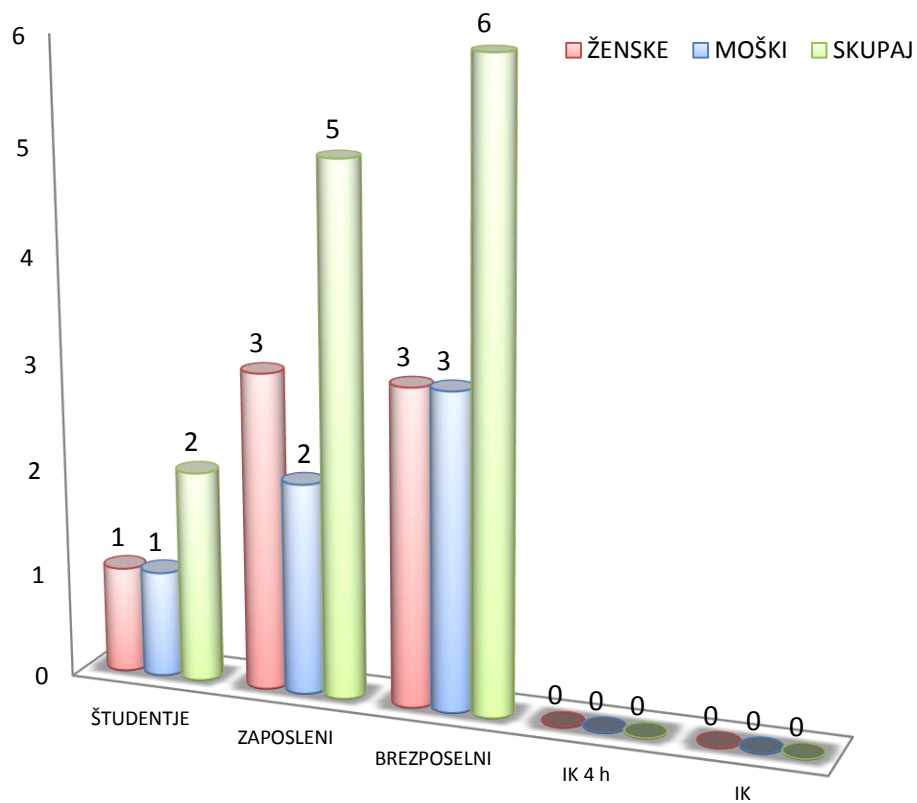
Graf 3: Frekvenca izobrazbene strukture



ZAPOSLOTVENA STRUKTURA

Zaposlenih je 5 oseb; 2 moška in 3 ženske. Brezposelnih je 6 oseb; 3 ženske in 3 moški, študenta sta 2; 1 ženska in 1 moški, IK 4 h je 0 oseb, enako tudi invalidsko upokojenih oseb.

Graf 4: Frekvenca zaposlitvene strukture

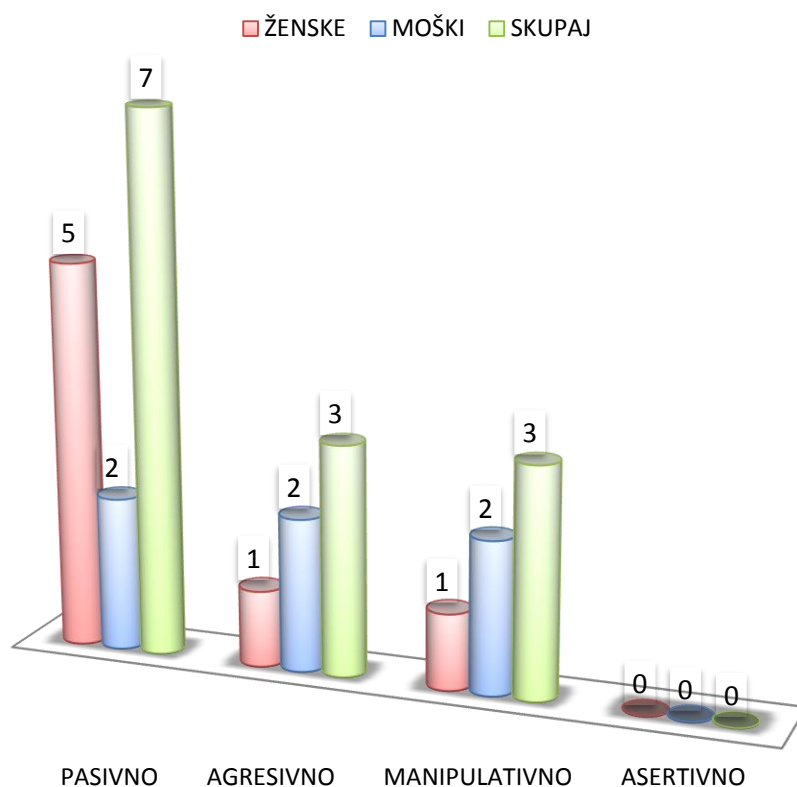


3.6.2. ANALIZA ANKETNEGA VPRAŠALNIKA OBLIK KOMUNICIRANJA

POGOSTOST UPORABE POSAMEZNE OBLIKE KOMUNICIRANJA

Glede na pogostost pojavljanja pri odgovorih, je najpogostejši komunikacijski slog anketirancev *pasivna oblika komunikacije*. Prakticira jo 7 oseb; 5 žensk in 2 moška. Drugo mesto si delita posredno agresivna oziroma manipulativna oblika komunikacije in agresivna komunikacija s 3 osebami, 2 moška in 1 ženska.

Graf 5: Frekvenca uporabe komunikacijske oblike



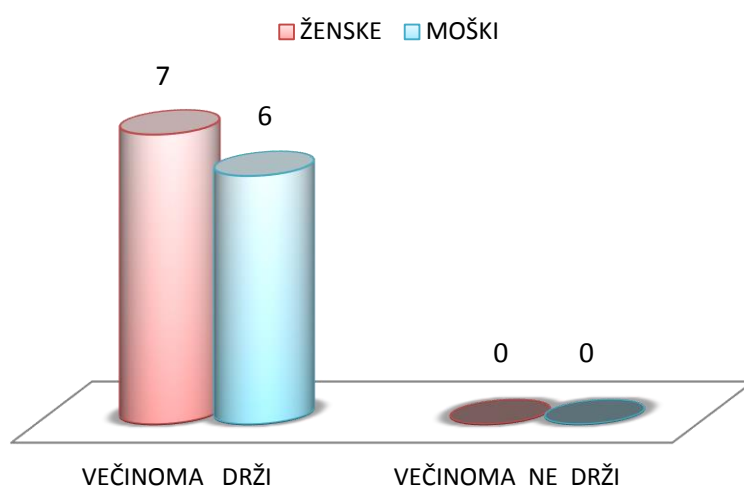
Rezultat najbolj pogoste pasivne oblike komunikacije me pravzaprav ne preseneča, saj odraža dejansko sliko »vloge bolnika« s pripadajočo stigmo. Agresivno in manipulativno obliko komunikacije razumem kot odgovor na iatrogene posledice hospitalizacije.

3.6.3 .REZULTATI ODVISNIH SPREMENLJIVK

PODTEZA 1:

TA bo prispeval k večanju informacij, znanj, veščin.

Graf 6: Prispevek TA k večanju informacij , znanj, veščin



Glede na to, da je vseh 13 udeleženih oseb TA zaznalo kot metodo, ki je prispevala k večanju informacij, znanj in veščin, podtezo sprejemem in jo podkrepim z nekaj izjavami uporabnikov:

Ženi sem se pohvalil, kaj vse sem se naučil.

Sosedi, ki je tk pametna, sem rekla, da se ne zna pogovarjati asertivno. Je kr zjala vame.

Vsi bi potrebovali ta trening, bolni, zdravi, mladi, stari, direktorji in delavci.

Zdaj sem preveč pameten ! (Smeh)

Toliko pravic mam, pa šele zdj sem zvedu.

Zdj govorim asertivno, prej pa, koga že, a ja, pasivno.

Moja žena bi mogla sm, samo zmerja, kritizira.

Počutim se pomembno.

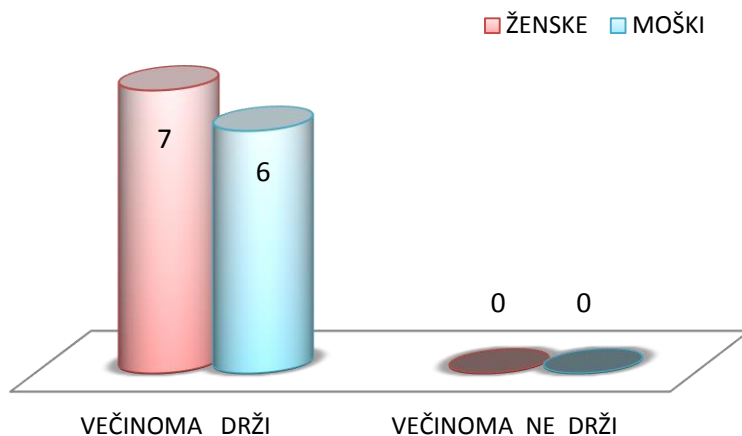
Zdaj lahko začnem pogovor brez strahu.

Moj nadrejen bi bil idealen kandidat za trening.

PODTEZA 2:

TA bo prispeval k večanju zaupanja vase in spoštovanju lastnih vrlin, sposobnosti, uspehov, znanj.

Graf 7: Prispevek TA k večanju zaupanja vase in spoštovanju lastnih vrlin, sposobnosti



Tudi drugo podtezo sprejemem, saj je skupina v celoti predefinirala svoj vrednostni sistem. Uvid v svoje spretnosti so definirali:

Sem dobra mati.

Sem prostovoljka Rdečega križa.

V službo nisem nikdar zamudil.

Obljube nikoli nisem polomil.

Z ženo sva začela iz nič, zdaj imava lepo hišo.

Rad pomagam drugim, ko to potrebujejo. Zbiral sem denar in hrano v času vojne, v Bosni. Organiziral sem tudi prevoz.

Sem pošten.

Pletem, kvačkam.

Uživam v ribarjenju na Savi.

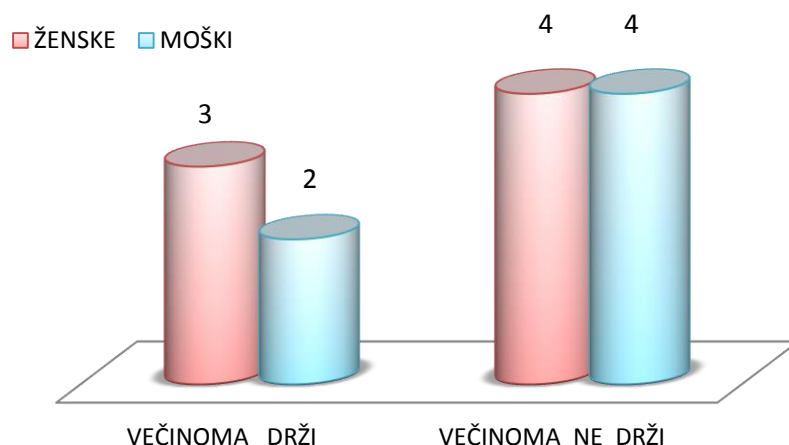
Vsi prijatelji hvalijo moj prebranec.

Igram hohej za ...

PODTEZA 3:

TA bo uporabnike stimuliral k aktivaciji, početi stvari, ki so jih radi delali, pa že dolgo niso, k vzpostavljanju stikov, druženju oziroma aktivni udeležbi v skupnosti.

Graf 8: TA bo stimuliral aktivno udeležbo v skupnosti



Osem od trinajstih oseb je ocenilo, da TA ne vpliva bistveno na njihovo aktivacijo oziroma aktivno udeležbo v skupnosti, zato tezo zavrnem. Aktivacija oseb z izkušnjo duševne stiske je z ene strani pogojena s psihofizičnem počutjem uporabnikov, z druge strani pa z iatrogenimi posledicami, kar je razvidno tudi iz izjav:

Saj bi šla na kakšen dober koncert, ampak s kom.

Če se dobro počutim, grem na sprehod, če ne ležim cele dneve.

Nimam prijateljice, ki bi me povabila na sprehod, na kavo, klepet.

V fitnes, pa je predrag zame.

Se bi lahk poklicu bivšega prijatla, pa vem klk sem mu težil, ga klicaru tudi ponoči, sram me je, sigurn je še jezen name.

Sigurno že deset let nisem kolesarila.

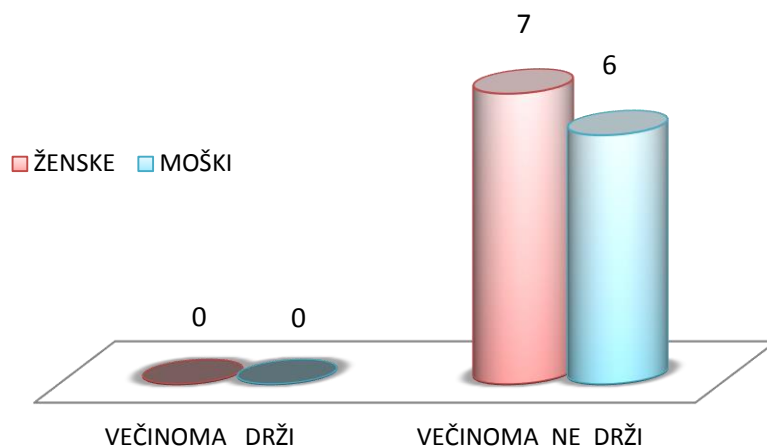
Bolje da sem doma, imam mir, ne skrbi me, ali me bo kdo prizadel, kot so me velikokrat.

Udeleženci so v celoti zatrdili, da bi jim pri vključevanju pomagalo, če bi jih spremljal nekdo znan, pomemben.

PODTEZA 4:

TA bo uporabnikom pomagal pri spopadanju s stigmo.

Graf 9: Prispevek TA pri spopadanju s stigmo



Tezo zavržem saj je skupina v celoti stigmo identificirala, kot »življenjsko obsodbo«.

Soseda, ko me zagleda, zbeži v hišo. Vem, da se me boji, ko sem zadnjič noru.

V službi se mi posmehujejo. Opazim njihove poglede.

Z mano delajo, kot da sem kužen.

Ocenjujejo me, še skrivajo ne. No ja, ne vsi. Večina pa.

Držijo se stran od mene.

Sestra mi ves čas govori kaj smem in kaj ne, kaj je prav in kaj ni prav.

Zdaj nas ne vabijo več na obisk.

Ko stopim v njihovo družbo, se hitro razidejo, ali obmolknejo.

Slišim njihovo posmehovanje.

Bivši sodelavci se me izogibajo.

Kar naprej me sprašujejo: »si dobro«, »si v redu«?

Čutim njihov pogled na sebi.

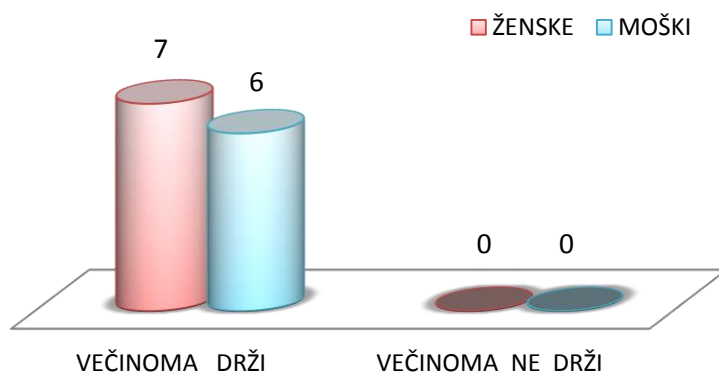
Na skrivaj me opazujejo.

Odkar sem zbolel, se izogibajo tudi žene. Ja, kaj pa je ona kriva?

PODTEZA 5:

TA bo spodbudil kreativno kapaciteto uporabnika s prevzemanjem lastne odgovornosti česar si v svojem življenju želijo.

Graf 10: Prispevek TA k odgovornosti česar si v svojem življenju želijo



Želje uporabnikov:

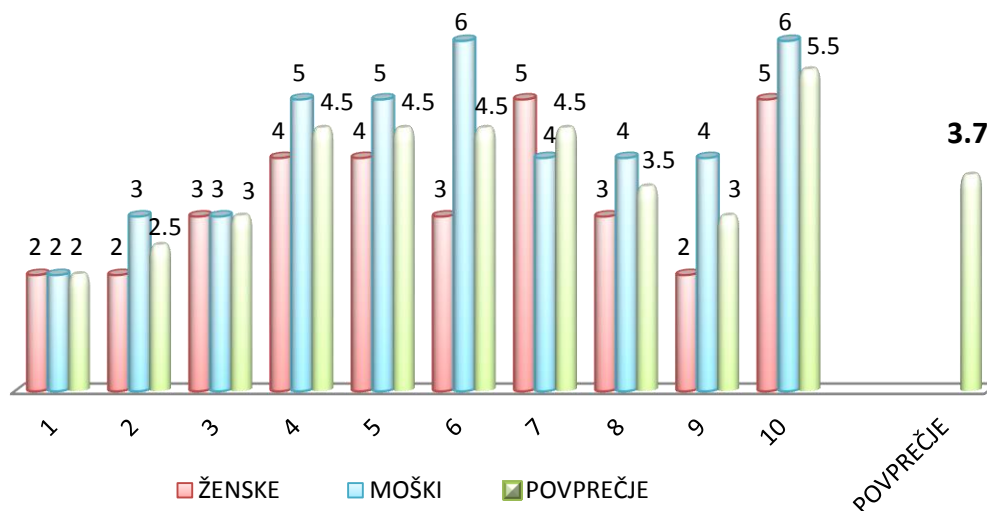
Na morje, pa je predrago zame.	Vozniški izpit.
Če bi imel svoje stanovanje, svoj avto, bi sigurno dobil punco.	Na veselico.
Računalniški tečaj, pa je predrag zame.	Punco, družino.
Rolarje.	Prijatelje.
Dobre hrane.	Diplomirati.
Zlate uhane.	

TA je v celoti prispeval k odločanju, kaj si uporabniki želijo, zato bom tezo sprejela. TA je res prispeval k odkrivanju lastnih želja, potreb, vendar so uporabniki sami spoznali, da je rezultat v enaki meri zasenčen z možnostmi uresničitve oziroma ovirami, ki so najpogostejše finančne narave ali skršene socialne mreže.

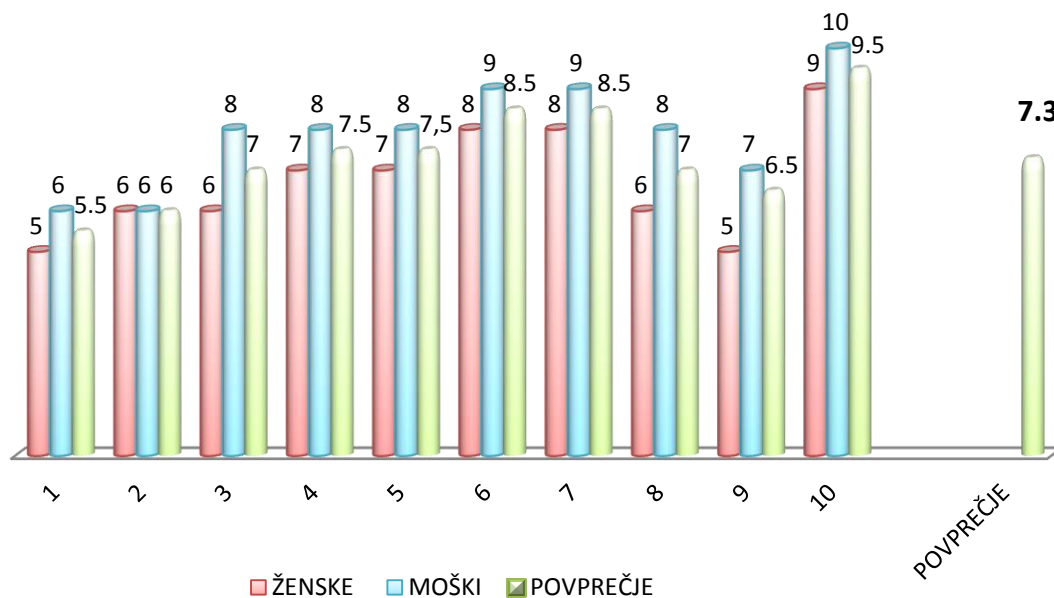
PODTEZA 6:

TA bo prispeval k izboljšanju psihofizičnega počutja.

Graf 11: Povprečna ocena psihofizičnega počutja PRED TA vsakega posameznega srečanja



Graf 12: Povprečna ocena počutja PO TA vsakega posameznega srečanja



Podtezo sprejemem, saj je TA pozitivno vplival na psihofizično počutje uporabnikov. Opazimo viden upad psihofizičnega počutja pri osmem in devetem srečanju, vendar so le-ta objektivne narave: težave v povezavi z odločbami zdravstvene komisije, omejitvami izhodov v času bolniške odsotnosti, ki se je potem naknadno uredila.

Izjave uporabnikovo vplivu TA na njihovo počutje:

*Po določenem času se povsem sprostim.
Glasovi se občasno izgubijo, me ne motijo.
Lahko govorim brez strahu, da se mi bodo smejali.
Veselim se srede, da se spet dobimo.
Nisem tako na tleh.
Odločim sem se da grem na vikend, težko, a grem.
Precej manj vstajam in se ne sprehajam cele ure gor in dol.
Manj govorim na glas.
Po skupini sem poln energije.
Manj sem zaskrbljen da se bo domačim kaj zgodilo.
Včasih čisto pozabim na svoje težave.
Tesnoba je manjša, ko poslušam kaj se pogovarjamo, ko se učimo.
Ne mislim ves čas, kako sem za nič.
Že en čas nisem vzel tablete po potrebi.
Dalj časa sem lahko sedel pri miru.
Tudi nasmejem se.
Me ne duši.
Nisem tako jezen ker sem tukaj.*

3.6.4. ZGODBI UDELEŽENCEV – KREPITEV MOČI

LOVROVA ZGODBA

Petinštiridesetletnik Lovro, samski, po mamini smrti ne zmore samostojno zaživeti. Poleg žalovanja, ga je psihofizično povsem ohromila nova vloga v kateri se je znašel. Navajen, da je mami za vse poskrbela, se je »izgubil« v organizaciji vsakodnevnih gospodinjskih in skupnostnih opravil: nabave hrane, kuhanje, skrb za higieno bivalnih prostorov in oblačil, razpolaganje z denarjem, plačevanje položnic. Seveda mu v takšnih okoliščinah trening asertivnosti ni mogel kaj prida pomagati in je sprejel predlog za vključevanje v psihiatrično skupnostno obravnavo na domu. Individualni načrt smo izdelali skupaj, še z vključevanjem delovne terapevte, s katero ga izmenično obiskujeva. Lovrova posebna želja je bila prostovoljno delo in vključevanje v izobraževalne delavnice. Del individualnega načrta je razviden iz preglednice 2.

Preglednica 2: INDIVIDUALNI NAČRT(del)

OCENA STANJA: IDENTIFIKACIJA POTREB	CILJ	STORITVE	KDO	FREKVENCA
POMANJKANJE VSAKODNEVNIH SPRETNOSTI	PRISKRBA HRANE ZA 1 TEDEN	PREGLED ZALOG ZAPIS ZALOG	LOVRO	1X TEDENSKO
	SAMOSTOJNA OCENA POTREBNE PRISKRBE ŽIVIL	SPISEK ŽELJENIH ŽIVIL	LOVRO P.P. DELOVNA TERAPEVTKA	
	SAMOSTOJNA NABAVA	SPISEK KOLIČINSKIH POTREB ZA 1 TEDEN	LOVRO IN DELOVNA TERAPEVTKA	1X TEDENSKO
		IZBIRA TRGOVINE ZA PREHRANO (SPAR, MERCATOR, HOFER, LIDL) GLEDE NA FINANČNE ZMOŽNOSTI	LOVRO SKUPAJ Z DELOVNO TERAPEVTKO	V DOGOVORJENEM TERMINU
		IZBIRA ŽIVIL PO SPISKU	LOVRO	
OSAMLIJENST SOCIALNA IZKLJUČENOST	VKLJUČITEV V SKUPNOST	POISKATI MOŽNOSTI BREZPLAČNIH DELAVNIC V LOKALNI SKUPNOSTI	ROZALIJA	1X V DOGOVORJENEM TERMINU
	VKLJUČITEV V IZOBRAŽEVALNE DELAVNICE	POSREDOVANJE INFORMACIJE O DELAVNICAH	ROZALIJA	DO NASLEDNJEGA OBISKA NA DOMU
	VZPOSTAVITEV NOVIH STIKOV	TISKANO GRADIVO O DELAVNICAH, KRAJU IZVAJANJA, ČASU IZVAJANJA	ROZALIJA	DO NASLEDNJEGA OBISKANA DOMU
	ŠIRJENJE SOCIALNE MREŽE	IZBIRA DELAVNICE	LOVRO	DO NASLEDNJEGA OBISKA NA DOMU
		ODLOČITEV O VKLJUČEVANJU	LOVRO	DO NASLEDNJEGA OBISKA NA DOMU
		ZAČETAK VKLJUČEVANJA V IZBRANO DELAVNICO	LOVRO	PO PROGRAMU O ZAČETKU DELAVNICE

OLJINA ZGODBA

Olja je stara 47 let. Je izredno lepa ženska, ki zelo skrbi za svoj videz. Odgovore na lastne stiske je našla v treningu asertivnosti: kako se zavzeti zase, zagovarjati pravico do lastne odločitve, pravice, imeti nadzor nad svojim življenjem. Njena sestra (po izobrazbi profesorica, tako jo bom tudi imenovala v nadaljevanju) je dolga leta zavirala te pravice, ker je Olji vcepila, da bolna kot je, ne zmore razumno odločati in si s tem lahko dela škodo, saj nima dokončane osnovne šole in posledično tega ne more razumeti. Vse njene želje je zatrla že v kali, z obrazložitvijo, da je potratna in naj denar raje špara za dom upokojencev. Olja se je

obrnila name s prošnjo naj ji pomagam, ker sestra spet nekaj naklepa oziroma želi razgovor z mano. Tako sem imela priložnost spoznati razsežnost sestrine poniževalne drže do Olje. Najprej je želela pogovor brez Oljine prisotnosti, ukazovalno ji je naročila naj zapusti pisarno in počaka na hodniku. Profesorica je doživela »hladen tuš« po pojasnilu, da se res ne moreva pogovarjati o Olji brez njene prisotnosti. Če skrajšam zgodbo, profesorica je iz Ljubljane prišla do mene, ker meni, da Olja potrebuje skrbnika oziroma oceno poslovne sposobnosti, saj nesmotrno zapravlja svoj denar, če dobesedno uporabim njene besede: »*Si morete misliti, kaj si je zdaj vbila v glavo, zlate uhane!*« Oljo sem tako kot pri TA, z vprašanji spodbudila in motivirala, naj se postavi zase in se izkustveno okrepi, kar sestri seveda ni bilo po godu, kar je bilo razbrati iz njenih neverbalnih sporočil, mimike. Nezadovoljna s tem, kako je Olja zagovarjala pravico do lastne odločitve in pravico imeti nadzor nad svojim življenjem, je profesorica vztrajala in predlagala, da bi v izogib nesmotrnem ravnanju zaradi bolezni, bolnišnica podala predlog za oceno poslovne sposobnosti in tako posledično zaščitila Oljo, saj lahko zapravi še njen delež hiše, ki sta ga podedovali po starših. Profesorica je težko sprejela dejstvo, da za tako grob poseg v sestrin status, pogodbeno moč, ni tehtne podlage. Pred kratkim se je Olja oglasila pri meni, ponosna in presrečna. Pokazala mi je svoje zlate uhane. V spomin mi je podarila ročno izdelan podstavek za čajne svečke, ki ga je izdelala v dnevnem centru Šenta.

4. RAZPRAVA

Cilj treninga asertivnosti (v nadaljevanju TA), je bil znotraj medicinskega modela duševnega zdravja strokoven izziv; kako umestiti in uresničiti pristop *perspektive moči* za osebe, ki so razvile azilarno mentaliteto (Beresford 1993; Zaviršek 1997; Flaker *et al.* 1995:101) in trpijo zaradi posledic iatrogenih poškodb psihiatrične hospitalizacije (Flaker 1993; Lamovec 1995; Zaviršek 2002).

V kakšni meri so udeleženci usidrali negativna prepričanja o sebi, so najbolj zgovorne pogosto izrečene besede zase, kot so: nekoristen, nesposoben, ničvreden, zguba, vse mi spodleti. Vloženo je veliko čustvene podpore, vendar je ta rezultirala v pozitivnem soočenju z dolgotrajnimi negativnimi prepričanji. Najbolj mi je v spominu ostal Marko, ki je zase povedal, da je čista nula, nato pa je sledil njegov sramežljiv nasmeh in radost v očeh, ko sem ga izzvala z vprašanji:

STE DOBER OČE?	DA	NE
RADI POMAGATE DRUGIM?	DA	NE
STE SPOŠTLJIVI?	DA	NE
OBVLADATE SVOJE DELO?	DA	NE
ALI NAMERNO UŽALITE DRUGE?	DA	NE
ZNATE KAJ SKUHATI?	DA	NE
STE RADI UREJENI?	DA	NE
STE ODGOVORNI DO SVOJE DRUŽINE?	DA	NE
ALI ŠE VEDNO MISLITE, DA STE NULA?	DA	NE

Ne samo pri Markovi izkušnji, tudi pri ostalih udeležencih mi je vedno bila v oporo skupina, ki je bila nabita z empatično podporo do soudeležencev. Redefiniranje osebnega potenciala za rast, prepričanost in zaupanje v lastne zmožnosti, večanje samospoštovanja in pozitivna samopodoba, je bila potemtakem le samoumevni domet.

Udeleženci so spoznali, da nihče ni popoln. Samokritično oziroma asertivno so spregovorili o svojih šibkostih, napakah, ovirah, omejitvah, strahovih. Vse to šele po njihovem molku in sklonjenih glavah, ko sem spregovorila o lastnih manj dobrih straneh in načinu spoprijemanja

z njimi. Verjamem, da sem na tej točki dobila njihovo zaupanje, ker so se drug za drugim odpirali in izpovedovali svoje zgodbe. Želeli so čim več informacij, kako svoje stiske lahko premagati. Posredno so se obenem naučili prositi za pomoč, česar prej niso prakticirali, ker je bilo to znamenje, da so nesposobni, da bo to le še ena potrditev, da so bolni oziroma stigmatizirani. Pri dojemanju dovoliti si možnost za zmoto in se posledično učiti iz izkušenj, je bila v veliko pomoč vaja brainstorming. Udeležence sem povabila naj podajo predloge, ki jim avtomatsko pridejo na misel oziroma ne razmišljajo o ustreznosti rešitve. Ob tej vaji smo se vsi dodobra nasmejali, nekateri predlogi so bili enkratni, drugi abstraktni, tretji povsem neuresničljivi ampak vendarle predlogi. Dosegli so vpogled v neštete možnosti reševanja stisk, možnosti izbire in posledično prevzemanje odgovornosti za sprejete samostojne odločitve.

Veliko uganko, zmedo, zbeganost in kup vprašanj, je pri uporabnikih sprožila misel napisana na tabli:

*»Nihče ne more biti jaz tako, kot znam sam.
Jaz sem pri tem najboljši.«*

Chesney Hawkes

Pojavljala so se vprašanja: *»Ja kako sem pa jaz lahko najboljši/-a?«*. Skupina je pri vaji JAZ UNIKAT, izbrala unikatni predmet v dnevnem prostoru - sliko na steni. Individualna mnenja v čem je ta slika iz njihovega zornega kota unikat, so se kar kopičila. V raziskovanju, odkrivanju in dojemanju sebe kot unikata oziroma edinstvene osebe, je pripomogla priložena preglednica:

Preglednica 3: Jaz unikat (del)

	POŠTENOST	VIŠINA NAD 170 CM	MODRE OČI	TUJ JEZIK	DOBER SPOMIN	IGRAM INSTRUMENT	STRPNOST DO POTREB DRUGIH	ŠPORTNO AKTIVNI	ROČNE SPRETNOSTI
RADO	✓	✓		✓			✓		
BENO	✓		✓			✓	✓		
ANŽE	✓							✓	
EMIR	✓	✓					✓	✓	
LOVRO	✓			✓			✓		✓
MAJ	✓	✓	✓				✓		
ANA	✓								✓
LINA	✓				✓		✓		
KATJA	✓								
MIMI	✓	✓							
OLJA	✓						✓		
NANA	✓						✓	✓	
TEA	✓		✓				✓		✓

Njihovi srečni pogledi so bili prežeti s takšnim ponosom, da tega ni možno ubesediti. Gledali so mene, potem tablo, kot da ne morejo verjeti, kar so spoznali. Preglednica jim je omogočila vpogled, da so si v nekaterih segmentih podobni, v drugih pa bistveno različni in da si dejansko nihče med trinajstimi udeleženi ni natančno enak in je posledično zaradi svojih lastnosti enkratnem in dragocen.

Uporabniki sami so izpostavili veliko težavo pri premagovanju negativnih misli, ki so z ene strani dejansko produkti stigme, z druge pa posledice duševne stiske, ki sekundarno vpliva na njihovo nizko samospoštovanje. Z vajo kognitivne terapije (Burns 2002), je skupina dosegla podporen premik k lastni krepitvi, z redefiniranjem, usmerjanjem negativnih misli v pozitivne misli oziroma prispevek v smeri pozitivnega samovrednotenja (preglednica 4).

Preglednica 4: *Redefiniranje negativnih misli*

VEM DA BOM ZAMOČIL.	NAPAKA JE PRILOŽNOST, DA SE IZ NJE NAUČIL NEKAJ NOVEGA.
LJUDJE SE ME IZOGIBAJO.	LJUDE NE VEDO ZAKAJ VSE BODO PRIKRAJŠANI, KER ME NE BODO SPOZNALI.
TAKO POGREŠAM DRUŽBO.	VKLJUČIL SEM BOM V KAKŠNO DRUŠTVO IN TAKO SPOZNAL ZANIMIVE LJUDI.
NIKOMUR NI MAR ZAME.	JAZ LAHKO VZPOSTAVITI NOVE STIKE. JAZ ZMOREM.
BOLAN SEM.	IMAM TEŽAVO, POISKAL BOM MOŽNE REŠITEV ZANJO.
NIMAM PARTNERJA.	PARTNER NE BO POZVONIL NA MOJA VRATA. AKTIVIRAL SE BOM, UDELEŽIL SE BOM PRIREDITVE PO IZBIRI (KULTURNE, ŠPORTNE), ali VKLJUČIL V DRUŠTVO, DELAVNICO, IZOBRAŽEVANJE.
PRAVIJO DA SEM ZMEŠAN.	ZA TEŽAVE KOT JIH IMAM JE CELA VRSTA POMOČI, ZA ČLOVEŠKO OMEJENOST PA NI ZDRAVILA.
NE DOBIM SLUŽBE ZARADI DUŠEVNE STISKE.	POSKUSIL SE BOM VKLJUČITI V ZAPOSILITVENO REHABILITACIJO.

Skupina je bistveni premik osebne moči dosegla z razodetjem vzroka svojega negativnega samovrednotenja. Sprva so edini vzrok pripisovali negativnim izkušnjam zaradi izkušnje duševne stiske, nato so dosegli višjo raven in prepoznali tudi lastne ovire pri osebni vzpodbujanju in podpori vsega dobrega in pozitivnega, v vsakem izmed njih. Sprevideli so, da z opazovanjem sebe skozi druge osebe, zaznajo le prednosti drugih, pri sebi pa le primanjkljaje. Svojo osebno krepitev so torej predelali z ugotovitvijo, da imamo vsi ljudje svoje močne in tudi manj močne točke. *Takega se moram sprejeti in imeti rad, brez občutka*

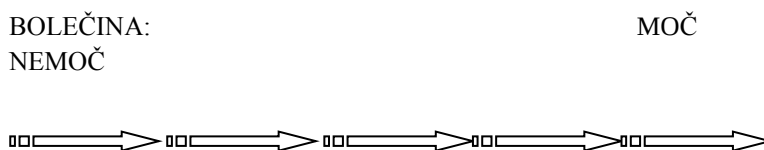
sramu ali zadrege. Tako smo presegali ovire, dosegali premike v razumevanju posledic primerjanja z drugimi. Udeleženci so doumeli, da samo oni vedo, kako je biti to kar so: Franci, Francka, Mici, Mitja, itd.

Trening asertivnosti je osebam s težavami v duševnem zdravju bil tudi »poligon«, da raziščejo svoje potencialne vire moči in svojo ponotranjeno nemoč, stisko spoznajo kot izziv za spremembo in možnost povezovanja s svojo enkratnostjo napredovanja na poti normalizacije svojega življenja (preglednica 5).

Preglednica 5: Ponotranjena negativna prepričanja

<i>Ne znam</i>	<i>Ne morem</i>	<i>To ni zame</i>	<i>To je preveč zame</i>
Bom naredil narobe	Vsi se bodo smejali mojim neumnim odgovorom	Morala bi	Ne, to je prehudo zame.

Z vsako novo delavnico so se njihovi odgovori redefinirali (preglednica 6):



Preglednica 6: Redefinirana negativna prepričanja – krepitev moči

Bom poskusil	To je dobra izkušnja	Naredil bom	Mi pojasnite
Jaz zmorem	Kako si lahko pomagam	Da, naredila bom	Uspelo mi je

Skozi izkustveno učenje so ustvarjeni občutki zmožnosti, sposobnosti, moči. Sledil je proces spreminjanja od bolečine k notranji moči ter večjemu zaupanju samemu sebi.

Odločanje bilo je za uporabnike med bolj zahtevnejšimi nalogami, namreč velikokrat so želeli moje mnenje o tem, ali je odločitev prava. V takšnih in podobnih situacijah sem jih spodbudila k razmišljanju z vizualno ponazoritvijo, kako se osredotočiti na lastne potrebe in posledično prevzeti odgovornost za dobre in tudi slabe odločitve, želje - dvignila sem eno roko in interpretirala (preglednica 7):

Preglednica 7: Primer krepitve moči 1

Leva roka je Rozalija.	Desna roka je Rado.
Sposobnosti in veščine leve in desne roke sta bistveno različni.	
Leva roka (Rozalija) odloča kaj je najboljšje zanj.	Desna roka (Rado) odloča kaj je najboljšje zanj.
Rozalija prevzema odgovornost za lastno odločitev.	Rado prevzema odgovornost za lastno odločitev.

Uporabila sem tudi povsem preprosto tehniko vprašanj (preglednica 8), kot so:

Preglednica 8: Primer krepitve moči 2

<i>Ali me bo ta odločitev osrečila?</i>	DA	NE
<i>Ali je ta odločitev moja želja?</i>	DA	NE
<i>Ali ta odločitev poveča moj občutek vrednosti?</i>	DA	NE
<i>Ali ta odločitev prispeva k večjem občutku moči?</i>	DA	NE

Zadovoljstvo s samim treningom so ob koncu TA izrazili mnenja:

Je tudi nadaljevanje?

Z vami se da pogovoriti!

Počutil sem se spoštovan, vreden.

Zavedam se, da se imam za kaj ceniti in samospoštovati.

Všeč mi je bilo, ker je bilo sproščeno.

Družili smo se, zabavali, nasmejali, naučili.

Kaj če bi to preizkusiti v praksi?

A bi nas še kaj naučili?

Všeč mi je, ker ste si vzela čas za nas tudi po TA.

Še pomislil nisem na moje težave!

Trening asertivnosti in dosežki lastne krepitve, so očiten indikator, česa vse so uporabniki sposobni. Podirajo meje, predsodke in pomisleke o njihovih zmožnostih, znanjih in veščinah, hkrati pa je to tudi sredstvo destigmatizacije in normalizacije.

Raziskava je nedvomno dokazala, da pogum odpira vsa vrata. Četudi ne moremo preplezati zidu, naredimo vrata in pridemo na drugo stran oziroma delujemo, ker dejanja preglasijo vsako besedo in ob tem se krepimo, odkrivamo nove priložnosti, ki nas »silijo« k spreminjanju in gradijo samozavest. Trening asertivnosti je vsekakor pomemben element krepitve moči. Je koncept, ki ga je smiselno in smotrno permanentno umestiti znotraj psihosocialne rehabilitacije uporabnikov psihiatrije. Spoznali so, da niso edini, ki imajo težave, stiske, strahove, dvome in so se naučili spopadati s črnogledno naravnostjo. Strah, tesnoba, nezadovoljstvo, izbruhi jeze, so se polagoma minimalizirali ali celo izginili. Občutili so srečo, veselje, sproščenost, kar so izkazovali skozi smeh, šale. Iz tedna v teden se je njihova samopodoba, vera v lastna znanja, spretnosti, potreba po večanju informacij za uveljavljanje svojih pravic do zdravstvene in skrbstvene pomoči krepila.

Prehodili smo zahtevno pot, zaznamovali so jo tako vzponi, kot tudi padci, modifikacije vaj, nadgrajevanja treninga asertivnosti z neformalnimi pogovori, individualnimi pogovori, individualnimi načrtovanji. Kljub temu je skupina potrdila filozofijo koncepta opolnomočenja - krepitve moči o upravičenosti zastopati idejo perspektive moči in kreativne kapacitete uporabnika (Payne 2005). TA je nazoren prikaz apliciranega sinergičnega pristopa (Škerjanc 1997), ki je pri uporabnikih predramila lastne, edinstvene, učinkovite vire, veščine, znanja in spretnosti, ki so osnova za individualno osebnostno rast (Arai 1997; Herrmann 2003; Kletečki 2008).

Zastavljeno tezo: udeleženci TA se bodo soočili z lastno edinstvenostjo, povečali bodo osebno moč, izoblikovali pozitiven odnos do samega sebe, sem sprejela, saj je skupina dejansko presegla lasten prag nemoči in vstopila v polje moči pri dožemanju svoje lastne vrednosti.

5. SKLEPI

Če se ozrem nazaj, menim da sem v ta projekt, šla preveč lahkotno ali celo naivno. Že na uvodnem srečanju sem se morala spustiti na realna tla, saj sem spoznala ovire pri izvajanju TA, ki jih v učbeniku o TA nisem zasledila in jih zato nisem pričakovala.

Ampak »Naše napake so naši najboljši učitelji«.

Friedrich Nietzsche

TA je bila velika preizkušnja za udeležence in tudi zame, saj sem morala organizacijsko in tudi strokovno vsem udeležencem zagotoviti čim bolj enakovredno izkustveno učenje, glede na zaznano neenako stopnjo kognitivnih zmožnosti.

Za aktivno pozitivno izkušnjo participacije (Škerjanc 1996: 287) sem vsako temo priredila z vizualno ilustrativno tehniko, ki je z ene strani olajšala dožemanje, z druge pa postopoma večala pozornost, koncentracijo in procesiranje informacij. Formalni del TA je bil pravzaprav uvod v spontano nadaljevanje neformalnega dela TA z idejami, komentarji, dvomi, vprašanji uporabnikov. Včasih je ta neformalni del trajal tudi celo uro, vendar je pomembno doprinesel k razkritju zgodb in razsežnosti stisk ter nemoči uporabnikov pri spoprijemanju s težavami na katere naletijo, iz takšnih ali drugačnih vzrokov. Odziv na njihovo izkazano željo po informacijah, znanju, ki je obenem vplivalo na mojo odločitev za TA, ni mogel biti drugačen kot sprejeti izziv, slišati njihove želje, potrebe, stiske, ovire. Nekateri so potrebovali več časa, zato smo nadaljevali tudi z individualnimi pogovori ter načrti. TA je bil pravzaprav, le uvertura na poti spreminjanja in rasti, vstopna postaja pri upoštevanju perspektive moči in koncepta pravic. Šlo je za načrtovanje »od spodaj navzgor« (po Somerville 1998: 238–240) in polnovrednega sodelovanja pri reševanju svojih problemov (Brandonova 1992: 10). TA je verodostojen izid perspektive moči doktrine socialnega dela (po Saleebey 2002): *»Formula je preprosta: mobiliziraj moč klientov (talente, znanja, sposobnosti, vire), podpri njihova prizadevanja, da dosežejo svoje cilje in vizije in uporabniki bodo izboljšali svojo kvaliteto življenja, tako da bo v skladu z njihovimi predstavami o kvaliteti. Čeprav je recept preprost, zahteva trdo delo«*. Vpliv treninga TA je večplasten, vendar je največji, da so osebe z izkušnjo duševne stiske, TA ovrednotile kot metodo, ki je prispevala k njihovi krepitvi. TA je dosleden stvaren prikaz praktičnega uresničevanja temeljnih komponent opolnomočenja (Judith Lee 1994; Robbins idr. 1998): *»razvoj pozitivnejšega in močnejšega JAZ-a, razvoj znanja in sposobnosti, razvoj virov in strategij za doseganje ciljev«*. Eden od vidikov

prispevka treninga za krepitev udeležencev na osebni oziroma individualni ravni je vsekakor omogočeno prepoznavanje (uvid) izvorov lastne nemoči (Kletečki 2008; po Lee in Gutiérrez 1994). Ali drugače, kot pojasni Lamovčeva (1998) ozaveščanje oziroma odpiranje vprašanj; učenje spretnosti - izražanje in sprejemanje čustev; posredovanje v okolje - vzpostavitev dialoga s svojci in ustanovo. Udeleženci so s TA poleg odkrivanja lastnih zakladov, virov moči, pridobili tudi nove asertivne spretnosti: družbeno sprejemljive vrednote, norme in pravila, ki bodo relevantno prispevala k zmanjševanju interakcijskih prekrškov in posredno k redukciji stigmatizacije. Samostojna aplikacija TA pri delu z osebami, z izkušnjo duševne stiske, zagotovo ne bi dala pridobljenih reprezentiranih rezultatov specialističnega dela, saj so le-ti v resnici rezultat povzetka TA, neformalnih, individualnih pogovorov, individualnega načrtovanja in zagovorništva v praksi. Če prispevek TA ovrednotim iz prizme zagovorništva, je TA izpolnil oba cilja zagovorništva, z ene strani proces emancipacije (Lamovec 2006) oziroma zmanjševanje iatrogenih poškodb psihiatrične hospitalizacije, z druge strani pa osebno krepitev udeleženih oseb. Največji izziv moje strokovnosti ob izvajanju TA, so bile nedvomno ravni kognitivnega funkcioniranja uporabnikov, saj je bil kognitivni upad pri nekaterih posameznikih manjši, pri drugih pa bistveno večji. Težave s procesiranjem informacij, vzdrževanjem pozornosti, kratkoročnim oziroma delovnim spominom, razumevanjem verbalnih navodil (Medalia, Richardson 2005). Veliko časa je bilo vloženega v vsebinsko prenovo vaj, ki so zares vsem udeležencem omogočila enakovredno udeležbo. Vizualne predstave pa so še dodatno pripomogle k lažjemu dojetju. Krepiti uporabnikov so še dodatno pomagale vaje kognitivne remediacije, ki smo jih sprva izvajali občasno, v neformalnem delu po TA, nato pa na željo udeležencev kar redno, vsaj vajo ali dve.

Kljub vrsti pozitivnih premikov, dosežkov, TA nikakor ni metoda *opolnomočenja – krepitev moči uporabnikov v vsakdanjem življenju*: spretnosti na ravni zasebnih sfer skrbi za sebe – osebna higiena, higiena bivalnega okolja, statusnim spremembam, večanju pogodbene moči, orientacije v birokratskih postopkih, krepitev družabnosti.

6. PREDLOGI

Za sistemsko spremembo statusa uporabnikov je predvsem potrebno slišati njihov glas: kje so ovire za zadovoljitev potreb, kje se zatika, na kakšen način, v kakšnih situacijah iz kakšnih razlogov, kdo je ovira. Potrebujemo normirati enotno mrežo pomoči, ki bo celostno in smotno odgovorila na te potrebe. To lahko dosežemo predvsem z ustreznim skupnim programom zdravstva, socialnega varstva in osebami z izkušnjo duševne stiske. Vendar premikov, izboljšav ne bomo dosegli, če nimamo uvida o srčiki problematike oseb z izkušnjo duševne stiske, zato bom najprej povzela najpogostejše vsesplošne stiske, problemske sklope uporabnikov – krog deprivacije, s poudarkom na ovirah v lokalni skupnosti s katerimi se srečujejo uporabniki, ki živijo v odročnih krajih:

- Dejstvo je, da osebe z izkušnjo duševne stiske težje dostopajo do trga dela. Tudi, če so aktivni iskalci zaposlitve, imajo težave pri izpolnjevanju zahtev ZRSZ, kar negativno vpliva na nadaljnje možnosti za zaposlitev in delo. Omejene so tudi možnosti za zaposlitveno rehabilitacijo. Trenutna čakalna doba pri rehabilitacijski svetovalki je 1 leto.
- Stigma je ena izmed največjih težav oseb z duševno motnjo, saj je ključen negativen dejavnik, ki vpliva na enakost in socialno vključenost (Marušič in Temnik 2009).
- Pomanjkanje služb aktivne psihosocialne rehabilitacije in dostopnost. Npr. dnevni center Šentgor v Radovljici pokriva potrebe občine Bohinj, Bled, Jesenice. Vključevanje v dnevni center si želi veliko uporabnikov, še posebej mlajših, vendar jih pri tem v prvi vrsti ovira prevoz, povezave, z druge strani pa kritje stroškov prevoza, do katerih niso upravičeni.
- Ovire pri krepitvi stikov, družabnosti, prostočasnih aktivnosti. Kljub vsej pripadajoči stigmati, si uporabniki želijo več stikov z drugimi ljudmi. Velikokrat si prav iz te močne potrebe po družabništvu in zaradi pomanjkanja možnosti po vključevanju v različna društva, npr. prostovoljna društva, nevladne organizacije v lokalni skupnosti, sami odločijo za hospitalizacijo, še posebej če je družina utesnjujoča in ne zmore razumeti ali podpreti želje in potrebe svojega družinskega člana.
- Nerešen status in finančni položaj oseb, ki so izkušnjo duševne stiske doživele v adolescenci.

- Neurejene možnosti dokončanja študija, še posebej za osebe, ki so pred diplomo. Sami brez pomoči ali podpore tega ne zmorejo in posledično zapustijo študij (v dnevni bolnišnici je takih več oseb).

Da bi bil jutrišnji in vsak naslednji dan, za ljudi z dolgotrajno duševno stisko čim bolj podoben našemu, ki nimamo izkušnje duševne stiske, je potrebno na mikro, mezo in makro ravni države veliko sodelovanja, komunikacije, obojestranskega učenja; laične - prostovoljne sfere, nevladnih združenj, uporabniških organizacij in interdisciplinarne sfere, kar bo zahtevalo veliko časa, energije, soočanja, razčiščevanja in usklajevanja. Povzela sem nekaj predlogov:

- Politika: Zakon, ki bo sistemsko vključil prevencijo, promocijo duševnega zdravja; celostne psihosocialne rehabilitacijske in antistigma programe .
- Agencije in servisi, ki se ukvarjajo s specifično delovno - rehabilitacijskimi programi (IPS, ISE, tradicionalna delovna rehabilitacija):Ustvarili bi nadaljnjo mrežo z delodajalci. Usposabljanje za zaposlitev.
- Nujno redefinirati programe delovne rehabilitacije oziroma pripravljanje posameznikov za vstop na kompetitivni trg dela.
- Ciljno usmerjene medgeneracijske delavnice krepitve moči v skupnosti.
- Širjenje kapacitet nevladnih mrež: dnevni centri, stanovanjske skupine, varovana oskrbovana stanovanja kot prehodne oblike, ki bodo čim bolj enakovredno lokalno porazdeljene oziroma dostopne uporabnikom.
- Identificirati direktne in indirektne državne ter lokalno-regijske ovire pri zagotavljanju dolgoročne oskrbe oseb z izkušnjo duševne stiske (Solomon 1987; Robbins, Chatterjee in Canda 1998).
- Regionalno oziroma lokalno načrtovanje potreb kot odgovor na stiske uporabnikov in družine kot financiranje storitev.
- Multidisciplinarne zunaj bolnišnične psihosocialne rehabilitacijske službe.
- Lokalno umeščanje kriznih centrov in kriznih mobilnih multidisciplinarnih timov.
- Lokalne in regijske delovne skupine kot odgovor na potrebe uporabnikov z ustrezno multidisciplinarno zasedbo in participacijo uporabnikov (število ekvivalentno strokovnjakom), zastopnik, socialni delavec, koordinatorka obravnave v skupnosti, koordinatorka psihiatrične obravnave v skupnosti, psihiater, CSD, predstavnik občine, predstavnik ZD, ZZZS, ZPIZ-a, sodišča.

- Psihoedukacijski strukturirani programi za osebe z izkušnjo duševne stiske in njihove svojce.
- Subspecializacije strokovnjakov za delo z osebami z izkušnjo duševne stiske, supervizija.
- Socialni delavci v delovnih organizacijah s ciljem izboljšanja delovne varnosti (nastop dela po akutni krizi, daljši bolniški odsotnosti).
- Višje denarne pomoči za doseganje življenjskih ciljev in vključevanje v družbo.
- Individualno učenje uporabnikov: splošna organizacija gospodinjstva, struktura dneva, izkustveno učenje ožjih in širših vsakdanjih spretnosti, otroško varstvo, vzgoja otrok.
- Pomoč, podpora, informiranje pri vzpostavljanju stikov z drugimi, navezovanju stikov.
- Pomoč pri medosebnih zapletih; destigmatizacija dogodkov, poravnava škode pri ravnanju z nasiljem.
- Oglaševalske akcije približevanja oseb s težavami v duševnem zdravju, npr. dnevi odprtih vrat.
- Priročnik za medijsko upodabljanje oseb s težavami v duševnem zdravju, za spreminjanje razumevanja in reprezentacij oseb s težavami v duševnem zdravju.
- Slovensko družbeno in medijsko okolje bi moralo preučiti slovensko poročanje in trende poročanja o duševnih boleznih in bolnikih ter o duševnem zdravju in osebah s težavami v duševnem zdravju (Pahor 2007).

Kaj pa je vse to v primerjavi s človekom, ki zaživi človeka dostojno in polno življenje, s človekom, ki je iskal in našel svoje veselje, žalost, želje, vizije, stremljenja, svoj *jaz*, ter s tem sprožil oziroma oživel proces od »duševnega bolnika« do državljana.

7. LITERATURA

- Ames, D. R. (2008), *Assertiveness Expectancies: How Hard People Push Depends on the Consequences They Predict*. Journal of Personality and Social Psychology, 95(6), 1541–1557.
- Bajt, M., Jeriček Klanšček, H., Kamin, T., Roškar, S., Zorko, M. (2009), *Duševno zdravje v Sloveniji*. Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije: Radovljica: Tiskarna in knjigoveznica.
- Barnes, M., Bowl, R. (2001), *Taking Over the Asylum: Empowerment and Mental Health*. New York: Palgrave.
- Belak, E. (2002), *Psihosocialna rehabilitacija v skupnosti –Aspekt svojcev ali skrbnikov*. Ljubljana: Mednarodna konferenca o psihosocialni rehabilitaciji.
- Bertoncelj, F. (2010), *Agresivnost vs. Asertivnost*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani: Filozofska fakulteta. Magistrsko delo.
- Biggs, D., Hovey, N., Tyson, P. J. in Macdonald, S. (2010). *Employer and employment agency attitude towards employing individuals with mental health needs*. Journal of Mental Health, 19(6), 509–516. doi: 10.3109/09638237.2010.507683.
- Bilban, Marjan (1997): *Ocenjevanje delazmožnosti*. Zbornik: Duševne motnje in zmožnost za delo. Begunje, 24–25. oktober 1997. Psihiatrična bolnišnica Begunje (1998), str. 17–37.
- Bon, J. (2000), *Destigmatizacija*. Begunje: PBB- interno gradivo.
- Boškić, R. (2005), *Krepitev moči – kritična presoja koncepta*. Družbenoslovne razprave XXI, 48: 177–194.
- Božič, D.: *E. Goffman: Stigma - zapiski o upravljanju poškodovane identitete (prikaz)*. Urek, Mojca, Zaviršek, Darja in Pribac, Igor (ur.): *Subpsihiatricne študije*. Časopis za kritiko znanosti 19/1991, 138–139, 137–154.
- Burns, T. Drake, R. E., Catty, J., Lissouba, P., White, S., Becker, T. (2008). *Predictors of employment for people with severe mental illness: Results of an international six-centre randomised controlled trial*. The British Journal of Psychiatry, 192, 224–231. doi: 10.1192/bjp.bp.107.041475.
- Burns, R. (2002), *Making Assertiveness Happen: A Simple And Effective Guide to developing Assertiveness Skills*. Crows Nest: Allen Unwin.
- Carotta, A., Kurež, M. (2007). *Promocija duševnega zdravja med študenti Univerze v Ljubljani*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede. Diplomsko delo.
- Cava, R. (2003), *Kako se sporazumevati s težavnimi ljudmi*. Kranj: Ganeš.
- Corrigan, P.W. (2000), *Mental health stigma as social attribution: Implications for research methods and attitude change*. Clinical psychology: Science and Practice, 7(1), 48–67. doi: 10.1093/clipsy.7.1.48 Comprehensive Psychiatry Volum 55, Issue 1, January 2014, Pages 221–231.
- Crisp, A. (2004), *Every family in the land: understanding prejudice and discrimination against people with mental illness* »Rev. ed.«. Abingdon: Royal Society of Medicine Press; 2004.
- Cunningham, K., Wolbert, R. in Brockmeier, M. B. (2000), *Moving beyond the illness: Factors contributing to gaining and maintaining employment*. American Journal of Community Psychology, 28(4), 481–493.

Cutcliffe, JR., Hannigan, B. (2001), *Mass media, 'monsters' and mental health clients: the need for increased lobbying*. J Psychiatr Ment Health Nurs;8(4):315-21.

Česnik, J. (2006), *Psihoedukacija – izobraževalni program za bolnike s shizofrenijo in njihove svojce*. Univerza v Ljubljani: Filozofska fakulteta oddelek za pedagogiko in andragogiko. Diplomsko delo.

Dragoš, S., Leskošek, V., Petrovič Erlah, P., Škerjanc, J., Urh, Š., Žnidarec Demšar, S. (2008). *Krepitev moči*. Ljubljana: FSD.

Drobnič, J. (2007), *Pravni vidiki usposabljanja in zaposlovanja duševno obolelih oseb*: Begunje 2007.

Dudley, J. R. (1983). *Living with stigma: The plight of the people who we label mentally retarded*. Springfield, Ill: C.C. Thomas.

Flaker, V. (1998), *Odpiranje norosti: Vzpon in padec totalnih ustanov*. Ljubljana založba* cf.

Flaker, V. (1988), »Erving Goffman, Azili (povzetek)«. V: Flaker Vito in Urek Mojca (ur.): *Hrastovski anali za leto 1987*. Ljubljana: RK ZSMS, 1988. 73–137.

Glavaš, E. (2013), *Zaposlovanje oseb z duševno motnjo*. Univerza na Primorskem: Fakulteta za matematiko, naravoslovje in informacijske tehnologije. Magistrsko delo.

Gutiérrez, L. M., Parsons, R. J. & Cox, E. O. (2003), *Empowerment in Social Work Practice*. A Sourcebook. Belmont: Wadsworth - Thomson Learning.

Hannigan, B. (1999), *Mental health care in the community: an analysis of contemporary public attitudes towards, and public representations of mental illness*. J Ment Health 1999;5:431–440.

Hermann, P. (2003), *Discussion Paper on the Domain »Empowerment, submitted to the project european network on indicators of social quality of the European foundation on social quali*. Amsterdam «. III Aghalogue Brussels.

Hipilito-Delgado, C. & Lee, C. C. (2007), *Empowerment theory for the professional school counselor: A manifesto for what really matters*. Professional School Counseling, 10 (4), 327–332.

Honey, A. (2004), *Benefits and drawbacks of employment: Perspectives of people with mental illness*. Qualitative Health Research, 14(3), 381–395. doi: 10.1177/1049732303261867.

Jeriček Klanšček, H., Zorko, M., Bajt, M., Roška, S. (2009), *Duševno zdravje v Sloveniji*. Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.

Jerman, N. (2011), *Asertivna komunikacija v podjetju – študija primera*. Diplomsko delo Ljubljana: Ekonomska fakulteta.

Kamin, T. (2006), *Zdravje na barikadah*. Knjižna zbirka Psihologija vsakdanjega življenja. Ljubljana Fakulteta za družbene vede.

Kavaš, M. (2011), *Asertivna komunikacija*. Kranj: B&B Višja strokovna šola. Diplomaska naloga.

Kavčič, D. T. (1996), *Spretnosti pogajanja*. Kranj: Založba moderna organizacija.

Kletečki Radović, M. (2008), *Teorija osnaživanja u socijalnom radu*. Ljetopis socijalnog rada. 15(2). 215–242.

Kovačec, P., Merc, N. (2010), *Reprezentacije duševnega zdravja v filmih – oviraza dezinstytucionalizacijo*. Diplomaska naloga.

Krupa, T., Kirsh, B., Cockburn, L. in Gewurtz, R. (2009), *Understanding the stigma of mental illness in employment*. Work, 33, 413–425. doi: 10.3233/WOR-2009-0890.

- Lamovec, T. (1995), *Ko rešitev postane problem in ko zdravilo postane strup*. Ljubljana: Lumi.
- Lamovec, T. (1999), *Kako misliti drugačnost*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
- Lamovec, T., Čufer, B. (1993), Oblike in razvoj zagovorništva v svetu. *SD*, 3–4; 27–30; 33.
- Lamovec, T., Flaker, V. (1993), Ali v Sloveniji potrebujemo zagovorništvo? *Socialno delo*, 32, 3–4, 31–38.
- Lazaris, N. (2009), *Assertiveness Skills For Success: Keys To Open, Honest And Direct Communication*.
- Legat, D., Studen, R. (2002), *Vključevanje daljši čas živečih ljudi v instituciji v lokalno skupnost*. Univerza v Ljubljani: Visoka šola za socialno delo. Diplomsko naloga.
- Link, B. G. in Phelan, J. C. (2001), *Conceptualizing stigma*. *Annual Review of Sociology*, 27, 363–385. doi: 10.1146/annurev.soc.27.1.363.
- Marušič A, Temnik S. (2009), *Javno duševno zdravje*. Celje–Ljubljana–Koper: Celjska Mohorjeva družba; 2009.
- Mechanic, D., Bilder, S. in McAlpine, D. (2002), *Employing persons with serious mental illness*. *Health Affairs*, 21(5), 242–253. doi: 10.1377/hlthaff.21.5.242.
- Medalia, A. & Richardson, R. (2005). *What predicts a good response to cognitive remediation interventions?* *Schizophr. Bull.* 31, 942–953.
- Milačić-Vidojević, I., Dragojević, N. (2011), *Stigma i diskriminacija prema osobama s mentalnom bolešću i članovima njihovih porodica*. Specijalna edukacija i rehabilitacija, Vol. 10, br. 2. 319–337, Beograd.
- Mulej Repinc, M. (2011), *Predsodki o psihiatričnih bolnišnicah*. Kranj: B&B Višja strokovna šola. Diplomsko naloga.
- Pahor, R. (2007), *Medijska norost: medijske reprezentacije duševnih bolnikov*. Univerza v Ljubljani: Fakulteta za družbene vede. Diplomsko delo.
- Perviz, L. (2009). *Asertivna komunikacija v teoriji in praksi* Ljubljana: Ekonomska fakulteta. Diplomsko delo.
- Petrovič Erlah, P., Žnidarec Demšar, S. (2004). *Asertivnost: Zakaj jo potrebujemo in kako si jo pridobimo*. Nazarje: Argos.
- Plakolm, S. (2014), *Stigma, ki jo osebe s hudo duševno motnjo pričakujejo in doživijo pri iskanju zaposlitve*. Univerza v Ljubljani. Filozofska fakulteta. Oddelek za psihologijo. Diplomsko delo.
- Ramovš, J. (1994), *Sto domačih zdravil za dušo in telo*. 2. knjiga, Mohorjeva družba, Celje 1994; 12–19.
- Rebeiro Gruhl, K. L., Kauppi, C., Montgomery, P. in James, S. (2012), *“Stuck in the mud”: Limited employment success of persons with serious mental illness in northeastern Ontario*. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 31(2), 67–81.
- Rees CE, Bath PA. (1998), *The information needs and source preferences of women with breast cancer and their family members: a review of the literature published between 1988*. *Adv Nurs* 2000, 31: 833–41.
- Ropert, T. (2014), *Psihološki učinki moči*. Univerza v Mariboru: Filozofska fakulteta, Oddelek za psihologijo. Magistrska naloga.

- Rymer, C. (2009), *Empowerment and participation in youth work*.
- Saleebey, D. (ur.) (1997), *The Strengths Perspective in Social Work*. New York: Longman.
- Schomerus, G., Schwahn, C., Holzinger, A., Corrigan, P.W., Grabe, H. J., Carta, M.G. in Angermeyer, M. C. (2012). *Evolution of public attitudes about mental illness: A systematic review and meta-analysis*.
- Strbad, V. Švab, V. (2005), *Stigmatizacija in psihiatrija*. Med razgl. 2005; 44.
- Ščuka, V. (2006), *Asertivnost v komunikaciji pri skupnosti socialnih zavodov Slovenije*. 3.strokovno srečanje socialnih delavcev domov za stare Slovenije –Zreče. Aktiv socialnih delavcev domov za stare.
- Švajger, A. (2010), *Notranja moč kot kazalnik izida v poklicni rehabilitaciji*. Univerzitetni rehabilitacijski inštitut RS–Soča, Ljubljana.
- Švab, V. (1996), *Duševna bolezen v skupnosti*. Radovljica: Didakta.
- Švab, V. (2009), *Duševna bolezen in stigma*. ŠENT- Slovensko združenje za duševno zdravje.
- Tew, J. (2006), *Understanding power and powerlessness*. Journal of Social Work, 6(1), 33–51.
- Trinkoff, AM (1990), *Gender differences in initiation of psychotherapeutic medicine use*. Acta Psychiatr Scand 81: 32–8.
- Tudor, K. (1996), *Mental Health Promotion. Paradigms and practice*. London, USA , Kanada: Routledge.
- Twenge, M. J. (2001), *Changes in Women's Assertiveness in Response to Status and Roles: A Cross-Temporal Meta-Analysis, 1931–1993*. Journal of Personality and Social Psychology, 81(1), 133–145.
- Ule, M. (1997), *Temelji socialne psihologije*. Znanstveno in publicistično središče. Ljubljana.
- Urek, M. (2013), *Zagovorništvo – priprave na prakso 3. letnika*. Ljubljana: FSD.
- Vagos, P., Pereira, A. (2010), *A Proposal for Evaluating Cognition in Assertiveness*. Psychological Assessment, 22(3), 657–665.
- Vukušić Rukavina, T. (2011), *Razvoj mjernog instrumenta za procjenu stigmatizacije duševnih smetnji u tiskanim medijima*. Doktorska disertacija, Sveučilište u Zagrebu.
- Wahl, O. F. (1999), *Telling is risky business: Mental health consumers confront stigma*. New Jersey: Rutgers University Press., 16(1), 9–10.
- Wahl, O. F. (2012), *Stigma as a barrier to recovery from mental illness*. Trends in Cognitive Sciences, 16(1), 9–10.
- Ward, D. & A. Mullender (1991), *"Empowerment and oppression: an indissoluble pairing for contemporary social work"*, Critical Social Policy, vol. 11(2), 21–30.
- Zaviršek, D. (1994), *Ženske in duševno zdravje*. Ljubljana: VŠSD..sd 32/1993, št. 1–2 (2000): Hendikep kot kulturna travma. Historizacija podob, teles in vsakdanjih praks prizadetih ljudi. Ljubljana: Založba/*cf.
- Zaviršek, D., Zorn, J., Videmšek, P. (2002), *Inovativne metode v socialnem delu: Opolnomočenje ljudi, ki potrebujejo podporo za samostojno življenje*. Ljubljana: Študentska založba.

Zimet, GD, Dahlem NW, Zimet Sgarley GK 1988.

Žvan, V. (2007). *Ocenjevanje psihiatrične invalidnosti, kot jo vidi psihiater v drugostopenjski invalidski komisiji*. Begunje : PBB.

INTERNETNI VIRI

Adi Hasanbašić: *"Ja nisam dijagnoza, ja sam čovjek ..."*
radiosarajevo.ba/.../adi-hasanbasic-ja-nisam-dijagnoza-ja-...

Bencek, M., Josić, M., Kletuš, M., Kralj, M., Lukić, D.
(2012) https://www.pravo.unizg.hr/.../Teorija_osnazivanja_u_s...
Comprehensive Psychiatry Volume 55, Issue 1, January 2014, Pages 221–231

IASSW & IFSW (2004). Ethics in social work, Statement of principle.
<http://www.ifsw.org/en/p38000324.html>

Sadan, E. (2004). *Empowerment and Community Planning: E - book*.
(www.mpow.org/elisheva_sadan_empowerment_intro.pdf)

Self-Esteem Test - Self Tests by Psychology Today
psychologytoday.tests.psychtests.com/take_test.php?

Understanding U: Managing the ups and downs of life. Michigan: University of Michigan.
Dostopnosta: http://hr.umich.edu/mhealthy/programs/mental_emotional/understanding_u/screen/index.html

World Health Organization (2005) WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva: World Health Organization.
(http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/en/,

8. POVZETEK

Naloga opisuje opolnomočenje - krepitev moči uporabnikov z uporabo treninga asertivnosti. Projekt krepitev – trening asertivnosti je umeščen v psihosocialno rehabilitacijo hospitaliziranih uporabnikov.

Teoretski del specialističnega dela poda uvid v poglavitne težave oseb z izkušnjo duševne stiske, ki pomagajo osvetliti široko paleto življenjsko pomembnih ovir v njihovem vsakdanjem življenju. Trening asertivnosti je nazoren prikaz, kako lahko uspemo predramiti človeka, da ponovno doživi smisel svojega obstoja in kako lahko odgovorimo na potrebe uporabnikov, kljub pogostim hospitalizacijam, izključenosti, stigmatizaciji. Učinek treninga asertivnosti, kot metode, ki je pozitivno vplivala na osebno krepitev uporabnikov je:

- Povečalo se je samospoštovanje;
- izoblikoval se pozitivnejši odnos do sebe;
- izražanje lastnih potreb in želja;
- večanje informacij, znanj, veščin;
- posameznik je začutil, da je pomembno, da to kar počne, počne v skladu z lastnimi prepričanji, vrednotami;
- sposobnost, da se postavi zase in za svoje pravice, s tem da spoštuje pravice drugih;
- sposobnost prevzeti odgovornost zase in za svoje ravnanje;
- izboljšalo se je psihofizično počutje;
- uvid v lastne spretnosti;
- povečala se je potreba po sočloveku;
- odprtost, komunikativnost;
- izražanje potrebe po pomoči, podpori;
- povečala se je potreba po aktivaciji.

Vendar na poti celostne krepitev moči oseb z izkušnjo duševne stiske, tako kot sta zapisali David in Althea Brandon: *»uporabnik potrebuje več možnosti izbire in sočloveka, ki mu bo zaupal in bo dobrega srca in uma«*.

Čeprav je trening asertivnosti opravičil svojo namen, pa iz perspektive krepitev moči osebe z izkušnjo duševne stiske predvsem potrebujejo programe, storitve v skupnosti, ki bodo

odgovorile na njihove potrebe, prispevale k prevzemanju pozitivnih družbenih vlog, krepile samovrednotenje, samouresničevanje, povečale karierni potencial in posledično vplivale na odpravo mitov, predsodkov, diskriminacijo, marginalizacijo.

Okrog 500 milijonov ljudi na svetu ima težave zaradi duševnega zdravja in ocenjuje se, da jih bo imel vsak tretji izmed nas, vsaj enkrat v življenju. Duševno zdravje je poleg telesnega nujen pogoj za uspešno delovanje posameznika, pa tudi skupnosti in družbe kot celote. Kljub vsemu, izkušnje pri nas in v tujini kažejo, da je za krepitev, ohranitev in povrnitev duševnega zdravja na eni in na drugi strani za uspešno obvladovanje duševnih motenj, mogoče še marsikaj storiti. Odgovornost za to nosimo vsi, ki bi morali v vsakodnevnih situacijah ustvariti prostor za človeško in čustveno toplino, za razvoj dobre samopodobe, za pristne stike z bližnjimi, širšim okoljem, pa tudi do delodajalcev, načrtovalcev izobraževanja in politik za zagotavljanje takšnih delovnih, učnih in bivalnih okolij, ki bodo spodbujala optimalen razvoj posameznika. Pri tem imajo pomembno vlogo strokovnjaki različnih področij pri osveščanju javnosti, odkrivanju problemov ter zagotavljanju pravočasne in optimalne oblike pomoči človeku v duševni in drugih stiskah (Carotta, Kurež 2007).

Ne pozabimo, ves čas bodo živeli ljudje, ki bodo potrebovali vsakodnevno pomoč pri premagovanju različnih ovir v svojem življenju. Zavedati se moramo, da ima vsak posameznik pravico do pomoči ter do človeka vrednega življenja in mu moramo to zagotoviti.

9. DODATEK

PRILOGA 1 - ANKETNI VPRAŠALNIK o tipih komunikacije- vedenje

Spoštovani,

Kar najbolj spontano odgovorite na naslednja vprašanja. Če se pri kakšnem vprašanju ne morete odločiti, ga izpustite.

Odgovor **večinoma drži** pomeni, da gre za opis vedenja, ki se ga pogosto poslužujete.

Odgovor **večinoma ne drži** pomeni, da se takega načina vedenja redko poslužujete.

Za izbiro odgovora napravite križec v ustrezen stolpec.

SPOL M ☐ Ž ☐ IDENTIFIKACIJA

STAROST:

20 – 30 LET

31 – 40 LET

41 – 50 LET

☐☐☐

IZOBRAZBA:

☐

OSNOVNA ŠOLA

☐

SREDNJA ALI POKLICNA ŠOLA

☐

UNIVERZA, FAKULTETA, VISOKA, VIŠJA ŠOLA

☐

MAGISTERIJ, DOKTORAT

☐

ZAPOSLEN

ZAPOSLOTVENI STATUS

☐

BREZPOSELN

☐

ŠTUDENT

☐

IK 4 h

☐

IK

Z x označite trditev za katero menite, da najbolj oceni vaše vedenje

ŠTEVILKA	SITUACIJE IN RAVNANJA	VEČINOMA	
		DRŽI	NE DRŽI
1.	Pogosto težko zavrnem prošnjo in težko rečem NE		
2.	Prepričan sem v svoje pravice in jih branim, ne da bi pri tem kršil pravice drugih.		
3.	Sem previden, ne sprostim se, če svojega sogovornika ne poznam dobro.		
4.	Zlahka in hitro se odločim.		
5.	Če je le možno, ukrepam preko posrednikov, saj je to bolj učinkovito.		
6.	Sem neposreden. Ljudem povem, kar mislim in se ne bojim izreči kritike.		
7.	Pred skupino ali na sestanku si ne upam povedati svojega mnenja.		
8.	Svoje mnenje povem brez zadržkov, čeprav je nasprotno večinskemu mnenju		
9.	Izmenjave mnenj sprva le opazujem in počakam, da spoznam, kako se bodo odločili ostali, preden se odločim, kako bom ravnal.		
10.	Včasih mi očitajo, da sem upornega duha.		
11.	Težko poslušam druge.		
12.	Vedno sem z vsem na tekočem (tudi z malenkostmi), to je zelo koristno.		
13.	Znan sem po tem, da znam ravnati z ljudmi.		
14.	Zaupam ljudem, s katerimi prihajam v stik.		
15.	Ne upam si prositi za pomoč, bojim se, da bodo mislili, da sem nesposoben in stvari ne obvladam.		
16.	Težko se odločam, kadar moram storiti kaj neobičajnega.		
17.	Moja mirnost je krinka, ko se razjezim, se to ljudem včasih zdi smešno.		

18. Med ljudmi sem sproščen, tako v skupini kot na štiri oči.

19. Pogosto igram, da dosežem svoje.

20. Ljudem pogosto skačem v besedo, čeprav se tega včasih niti ne zavedam.

21. Rad imam zadnjo besedo in uveljavljam svoje mnenje.

22. Vem na koga se moram obrniti in kdaj je za to najprimernejši čas, to mi je že zelo velikokrat koristilo.

23. Nesporazume rešim s kompromisom, ki vsem ustreza.

24. Raje delujem odkrito, ne da bi skrival svoje namene.

25. Z obveznostmi pogosto odlašam.

26. Pogosto rečem : » Vseeno mi je, kot želiš.«

27. Brez zadržkov se kažem takšnega, kot sem.

28. Ne prestrašim se hitro.

29. V ljudeh vzbujam strah, da se lažje uveljavim.

30. Ljudje me redko pretentajo, kadar pa se to zgodi, se znam maščevati.

31. Pretiravam in napihujem, da bi dobil kar želim

32. Znajdem se, znam izkoristiti sistem v svojo korist.

33. Dobro se počutim, kadar sem sam in tudi, kadar sem v družbi.

34. Svoje nestrinjanje znam izraziti brez pretiravanja in tako , da me upoštevajo.

35. Bojim se, da sem ljudem v napoto.

36. Težko izbiram in se odločam.

37. V družbi nočem zagovarjati nekega mnenja.

38. Ni me strah govoriti v javnosti.

39. Življenje me je naučilo samoobrambe in boja

40. Rad imam izzive in tveganja, tudi velika.

41. Po navadi se znam dobro izogibati konfliktom

42. » Karte položim na mizo », da pridobim zaupanje ljudi.

43. Znam poslušati in sem pozoren.

44. Ko se nekaj odločim, to kljub presenečenjem, ki jih doživim, tudi izpeljem.

45. Brez obotavljanja povem, kaj čutim

46. Ljudi znam pridobiti za svoje ideje, sem prepričljiv

47. S komplimenti, nasmeškom in dobrikanjem lahko dobimo, kar želimo.

48. Govorim predolgo ali prehitro končam

49. Sposoben sem zbadljive ironije

50. Sem ustrežljiv in nezahteven; včasih ljudje to izkoristijo.

51. Raje opazujem kot sodelujem

52. Ne maram biti v prvi vrsti, raje sem v ozadju.

53. Navadil sem se, da se ne primerjam z drugimi.

54. Ne zdi se mi pametno prehitro razkriti svojih namenov.

55. S svojimi predlogi ljudi včasih presenetim.

56. Če se nebi naučil braniti, bi me že poteptali.

57. Če hočemo doseči, kar želimo, je bolje, da naši cilji in naše namere ostanejo skriti.

58. Ljudi okoli sebe znam sprostiti z odkritim humorjem.

59. Težav ne moremo odpraviti, če ne poiščemo globljih vzrokov za njihov nastanek.

60. Nočem se pokazati v negativni luči.

Vir: Chalvin, M.J. (2004). Kako preprečiti konflikte.

Hvala za sodelovanje !

Priloga 2 - POGOSTOST UPORABE POSAMEZNE OBLIKE KOMUNICIRANJA

V anketnem vprašalniku, ki ga sestavlja 60 vprašanj, vsak stavek pripada drugi obliki komuniciranja, in sicer pasivni, agresivni, manipulativni in asertivni obliki. Številke pred stavki so razvrščene v štiri stolpce, od katerih vsak označuje enega izmed štirih oblik komuniciranja.

Upoštevati je potrebno samo odgovore » **večinoma drži** «. Seštevek na dnu stolpca označuje pogostost uporabe posamezne oblike komuniciranja.

PASIVNO	AGRESIVNO	MANIPULATIVNO	ASERTIVNO
1	4	3	2
7	6	5	8
15	10	9	14
16	11	12	18
17	20	13	23
25	21	19	24
26	28	22	27
35	29	31	33
36	30	32	34
37	39	41	38
50	40	42	43
51	48	46	44
52	49	47	45
59	55	54	53
60	56	57	58
SKUPAJ	SKUPAJ	SKUPAJ	SKUPAJ

Vir: Chalvin, M.J. (2004). Kako preprečiti konflikte.

Datum:		Srečanje (obkroži)									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
SPOL		M ☐					Ž ☐				
STAROST	20 – 30 LET	31 – 40 LET			41 – 50 LET						
	☐	☐			☐						
IDENTIFIKACIJA (šifra, številka, simboliniciali,...) :											

OCENA VAŠEGA POČUTJA PRED TRENINGOM ASERTIVNOSTI

Ocenite **VAŠE POČUTJE** na lestvici od 1 – 10 ; obkrožite številko

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
ZELO SLABO											ZELO DOBRO

Vir : Studen (2015)

PRILOGA 4 - EVALVACIJSKI VPAŠALNIK POČUTJA POSAMEZNEGA SREČANJA

PO TA

Datum:	Srečanje (obkroži)									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

SPOL

M ☐

Ž ☐

STAROST

20 – 30 LET

31 – 40 LET

41 – 50 LET

☐
☐
☐

IDENTIFIKACIJA (šifra, številka, simboliniciali,...) :

OCENA VAŠEGA POČUTJA PRED TRENINGOM ASERTIVNOSTI

Ocenite **VAŠE POČUTJE** na lestvici od 1 – 10 ; obkrožite številko



1

2

3

4

5

6

7

8

9

10



ZELO SLABO

ZELO DOBRO

Vir : Studen (2015)

PRILOGA 5 - EVALVACIJSKI VPAŠALNIK CELOTNEGA TRENINGA ASERTIVNOSTI

SPOL

M ☐

Ž ☐

STAROST

20 – 30 LET

31 – 40 LET

41 – 50 LET

51 – 60 LET

☐

☐

☐

☐

Z x označite trditev, ki velja za vas

Št.	TRDITEV *TA JE PRISPEVAL ...	VEČINOMA DRŽI	VEČINOMA NE DRŽI
1.	K večanju vašega zaupanja vase in spoštovanju lastnih vrlin, sposobnosti, uspehih, znanj, ...		
2.	K večanju informacij in znanj		
3.	Početi stvari, ki ste jih radi počeli, pa jih že dolgo niste počeli		
4.	K odločanju kaj si želite		
5.	Pri vzpostavljanju stikov, druženju		
6.	Spopadati s stigmo		
7.	Občutek večje moči		
8.	Srečanju z lastno edinstvenostjo		

Ocenite TA **v celoti** na lestvici od 1 – 10 ; obkrožite številko

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
ZELO SLABO											ZELO DOBRO

Vir : Studen (2015)

10. IZJAVA O AVTORSTVU

IZJAVA

Spodaj podpisana ROZALIJA STUDEN, študentka specialističnega študija
DUŠEVNO ZDRAVJE V SKUPNOSTI, Fakultete za socialno delo Univerze v Ljubljani,
z vpisno številko 06030655, s svojim podpisom izjavljam, da sem avtorica specialističnega
dela z naslovom:

»TRENING ASERTIVNOSTI KOT METODA OPOLNOMOČENJA UPORABNIKOV
PSIHIATRIJE«.

S svojim podpisom zagotavljam:

- da je predloženo specialistično delo rezultat mojega samostojnega raziskovalnega dela ter da so vsa dela in mnenja drugih avtorjev citirana in navedena v seznamu virov, ki je sestavni del predloženega specialističnega dela;
- da se zavedam, da je plagiatorstvo, ne glede na obliko in način predstavljanja tujega avtorskega dela kot svojega, v nasprotju z akademsko etiko in s pričakovanimi moralnimi prepričanji ter pomeni hujšo kršitev pravil in predpisov, ki urejajo to področje, kot tudi posledic, ki jih ima takšno dejanje za predloženo delo in z njim povezani status;
- da sem seznanjen/-a z določili Pravilnika o podiplomskem študiju;
- da je predloženo pisno delo identično elektronski verziji istega dela;
- da v skladu s 1. odstavkom 21. člena Zakona o avtorskih in sorodnih pravicah (Ur. l. RS, št. 16/07, 68/08 in 110/13) dovoljujem, da se zgoraj navedeno specialistično delo objavi v digitalni zbirki eGradiva in repozitoriju UL.

V Ljubljani,

Podpis avtorja/-ice: