



DIPLOMSKA NALOGA

PRIMERJAVA IZKUŠENJ LJUDI S TEŽAVAMI
V DUŠEVNEM ZDRAVJU IZ URBANEGA IN
RURALNEGA OKOLJA

Mentor: dr. Vito Flaker

Avtorica: Karolina Ovčar

Junij 2016.

PODATKI O DIPLOMSKI NALOGI

Ime in priimek: Karolina Ovčar

Naslov diplomske naloge: Primerjava izkušenj ljudi s težavami v duševnem zdravju iz urbanega in ruralnega področja

Kraj: Ljubljana

Leto: 2016

Število strani: 115

Število tabel: 1

Število slik: 0

Število bibl. opomb.: 0

Število virov: 49

Število prilog: 4

Mentor: dr. Vito Flaker

Deskriptorji: Dez institucionalizacija, hospitalizacija, duševno zdravje, skupine za samopomoč, stigma, zagovorništvo

Povzetek: Ljudje s težavami v duševnem zdravju se velikokrat srečujejo z neustreznimi metodami pomoči. To lahko vidimo v manjših okoljih, kjer večkrat ni izbire. Potrebujemo alternativne rešitve oziroma metode dela. Raziskovala sem na Hrvaškem, kjer ljudje ne poznajo zagovorništva, vloga socialnega dela na področju duševnega zdravja pa ni dovolj in natančno definirana, kar lahko še posebej opazimo v manjših krajih, v katerih ljudje ne morejo nikogar prositi za pomoč. Z raziskavo sem si želela dobiti odgovore, ali so skupine za samopomoč potrebne, hkrati pa me je zanimalo, kako se razlikujejo življenja ljudi s težavami v duševnem zdravju v urbanem okolju in manjšem ali ruralnem okolju. Ljudi se prevečkrat institucionalizirajo in prepričajo, da nimajo izbire pri odločitvah o lastnem življenju in da je psihiatrija edina rešitev za k okrevanju. To je veliko bolj opaziti v ruralnem okolju kot pa v urbanem. Na Hrvaškem je trenutno dez institucionalizacija aktualna tema in lahko opazimo dogajanja v smeri dez institucionalizacije, saj zapirajo institucije in se ljudje selijo v skupnost.

Title: Comparison of the experiences of people with mental health distress from urban and rural areas

Descriptors: Deinstitutionalization, hospitalization, mental health, self-help groups, stigma, advocacy

Summary: People with mental health distress often face inadequate methods of being helped, particularly in smaller communities where there is often limited choice. Alternative solutions and methods of work are necessary. My research was performed in Croatia where they are not familiar with the advocacy, the role of social work in the field of mental health is not very well known and defined, particularly in smaller towns where people have no one to turn to. In the research I wanted to explore whether self-help groups are needed, and to see what is a difference in the lives of people with mental health distress in the urban environment, as opposed to small rural environments. People are institutionalized, often told they do not have a choice in decisions about their own lives, and that the psychiatry is the only way to their recovery. There is much work being done in the field of deinstitutionalization in Croatia and there are many positive shifts in that direction: institutions are getting closed and people are being resettled into communities.



DIPLOMSKA NALOGA

PRIMERJAVA IZKUŠENJ LJUDI S TEŽAVAMI V DUŠEVNEM ZDRAVJU IZ URBANEGA IN RURALNEGA PODROČJA

Mentor: dr. Vito Flaker

Avtorica: Karolina Ovčar

Junij 2016.

Družini, fantu in cimri Ani, kateri so me spodbujali

in

*Društvu Ludruga katero mi je dalo zaupanje
v obstoj dobre prakse delovanja na področju duševnega zdravja na Hrvaškem*

PREDGOVOR

V tretjem letniku študija smo se morali odločiti, katera smer nas zanima. Na Fakulteti za socialno delo so nam ponudili štiri smeri in jaz sem takoj vedela, da si bom izbrala duševno zdravje v skupnosti. Pred tem nisem imela veliko izkušenj na tem področju, vedela pa sem, da me to zanima. Teoretično sem se s to temo že prej spoznala, praktičnih izkušenj pa nisem imela, vendar sem vedela, da si želim s tem področjem ukvarjati celo življenje. Vedno sem imela veliko vprašanj in sem komaj čakala da začnem prostovoljno delati in da tako dobim odgovore na svoja vprašanja.

V tretjem in četrtem letniku sem s praktičnim delom spoznala veliko ljudi, ki so moje teoretično znanje na področju duševnega zdravja dopolnili še s praktičnimi izkušnjami.

Po končanem četrtem letniku sem naprej delala na področju duševnega zdravja, saj sem se nekako videla v tem in se mi je zdelo, da kvalitetno opravljam delo.

Dobila sem veliko izkušenj v povezavi s prisilno hospitalizacijo, s težavami z jemanjem prevelikih doz zdravil, za katera menim, da vplivajo na vedenje ljudi.

V svojem delu po končanem študiju sem si želela dobiti odgovore, zakaj medicina noče sodelovati s socialnim modelom, želela sem si biti del tima, ki bi mogoče nekoč to spremenil, najbolj pomembno pa mi je bilo, da delam z ljudmi in za ljudi, saj me to veseli, delo me izpopolni in mi daje energijo.

V četrtem letniku sem po končani praksi preko študentskega servisa delala v stanovanjski skupini na področju duševnega zdravja, kjer sem se veliko naučila, bila sem tudi del kriznega tima. Naučila sem se razlikovati med institucionalno namestitvijo in zdravstvenimi službami, kot je psihiatrija, kjer se zdravljenje precej razlikuje od življenja v skupnosti. Hospitalizacija je dogodek, ki naj bi trajal krajši čas, hospitalizacija v socialnem zavodu pa je za nekatere ljudi celo življenjski dogodek, saj tam ostanejo do konca svojega življenja.

Za časa študija sem tudi spoznala, da se zelo redki ljudje preselijo iz socialnih zavodov in živijo v skupnosti. Spoznala pa sem tudi to, da je včasih razlog, da nekdo večino svojega življenja preživi v socialnih zavodih to, da družina nima časa ali pa da ta človek družine sploh nima.

Življenje v Ljubljani me je naučilo da obstajajo drugačne alternative in da ni vse tako črno in sivo. Zaradi tega sem bila v šoku, ko sem se preselila nazaj domov v Čakovec. Psihiatrija v

Čakovcu ne deluje po socialnem modelu, večkrat sem dobila občutek, ko sem delala kot koordinator organiziranega stanovanja za ljudi s intelektualnimi težavami, da obstaja hierarhija in da so psihiatri na vrhu lestvice. So zelo proti dezinstitutionalizaciji in verjamejo v to, da se ljudi zapira z razlogom. Večkrat sem se znašla v situaciji, da sem zastopala stališče, da vsak lahko živi v skupnosti, žal pa se večina ni strinjala z mano. Odgovor nasprotnikov dezinstitutionalizacije je navadno, da institucije obstajajo z razlogom, pa tudi to, da so v njih zaposleni strokovni ljudje, ki edini znajo delati s "težkimi" primeri. Včasih je bil tudi odgovor, da mogoče v skupnosti lahko živijo določeni ljudje, ki so "bolj normalni". Tudi na centru za socialno delo sem zasledila zelo diskriminirajoča mnenja glede dezinstitutionalizacije, in sicer da nekateri ljudje nikakor ne morejo živeti v skupnosti in to kljub temu, da gredo smernice evropske zakonodaje v dezinstitutionalizacijo, strokovne delavke še zmeraj menijo, da morajo biti določeni ljudje zaprti.

Na Hrvaškem sem začela raziskovati, ali obstaja dobra praksa na področju duševnega zdravja. Tako sem spoznala člane društva "Ludruga", ki jim je glavni cilj spodbujanje duševnega zdravja v skupnosti in medsebojna podpora na skupinah za samopomoč.

Naslov diplomskega dela je »Primerjava izkušenj ljudi s težavami v duševnem zdravju iz ruralnega in urbanega okolja«. Ruralno področje so večinoma manjše vasi, ki nimajo lastne pošte, knjižnice, zdravstvenega doma. V mojih zgodbah večkrat omenjajo Čakovec, ki ni ruralno področje, temveč je mesto, v katerem naj bi se morda odprle skupnostne službe. Do Čakovca je možno priti z javnim prevozom in ponuja vse, kar ljudje potrebujejo. Je dovolj velik, da ljudem ni treba skrbeti za stigo. Moji intervjuvanci so iz ruralnega okolja, to so vasi okoli Čakovca.

S svojo diplomsko nalogo sem si želela poglobiti znanje na področju duševnega zdravja na Hrvaškem, ki mi je manjkalo, želela sem si spoznati delovanje društev na Hrvaškem, hkrati pa si želim nekoč biti tudi jaz del tima, ki spreminja življenje ljudi, ki so bili dolgo zaprti po institucijah.

KAZALO

1. Teoretični uvod.....	8
1.1 Definicija duševnega zdravja	8
1.2 Definicija duševne motnje.....	9
1.3 Zgodovina zapiranja	10
1.3.1 Razvoj totalnih ustanov	10
1.4 Hospitalizacija.....	14
1.4.1 Posledice hospitalizacije.....	14
1.4.2 Prisilna hospitalizacija	15
1.4.3 Zaposlitev po hospitalizaciji.....	17
1.5 Dez institucionalizacija	20
1.5.1 Model obravnave posameznika	22
1.5.2 Duševno zdravje v skupnosti	23
1.6 Zagovorništvo	27
1.6.1 Oblike zagovorništva	29
1.7 Zastopnik pravic ljudi na področju duševnega zdravja	31
1.8 Proces dez institucionalizacije v Sloveniji	32
1.9 Proces dez institucionalizacije na Hrvaškem.....	36
1.9.1 Pričakovani rezultati dez institucionalizacije na Hrvaškem	39
2. Pregled ključnih teoretičnih konceptov	41
2.1 Diskriminacija	41
2.1.1 Oblike diskriminacije	41
2.2 Stereotipi	43
2.3 Stigma	43
2.4 Strah pred ljudmi z nalepkami.....	47

3. Skupine za samopomoč.....	49
3.1 Zgodovina skupin za samopomoč	50
3.2 Uporabniki skupin za samopomoč	50
3.3 Ustanovitev skupine za samopomoč.....	51
3.3.1 Projekt ustanovitve skupine za samopomoč v Čakovcu	52
3.4 Lastnosti voditelja skupine za samopomoč.....	54
4. Socialno delo	55
5. Problem	57
5.1 Raziskovalna vprašanja.....	58
6. Metodologija	60
6.1 Vrsta raziskave.....	60
6.2 Tehnika raziskovanja	60
6.3 Populacija	61
6.4 Zbiranje podatkov.....	62
6.5 Obdelava in analiza podatkov	62
7. Rezultati.....	63
7.1 Definicija duševnega zdravja za osebo.....	63
7.2 Vloga socialnega dela, izkušnje	64
7.3 Mnenje o Psihiatrični bolnišnici	65
7.4 Dogodek, ki je pripeljal do hospitalizacije	69
7.5 Ali se človek lahko navadi na bolnišnico	71
7.6 Ali ste pred prvo hospitalizacijo vedeli, na koga ali kam se lahko obrnete za pomoč... 73	
7.7 Ali bi zdaj vedeli na koga ali kam se obrniti za pomoč, če bi bila potreba po tem	74
7.8 Kaj se je spremenilo po hospitalizaciji.....	76
7.9 Služba.....	77
7.10 Alternativna zdravljenja	79

7.11 Ali je v manjšem mestu treba ustanoviti skupino za samopomoč?	80
8. Razprava	83
9. Sklepi	88
10. Predlogi.....	91
10.1 Socialno delo	91
10.2 Skupina za samopomoč.....	91
10.3 Psihiatrična bolnišnica	92
10.4 Država	92
11. Viri	93
12. Povzetek	97
13. Priloge.....	98
13.1 Intervju 1	98
13.2 Intervju 2	101
13.3 Intervju 3	105
13.4 Intervju 4	111

1. TEORETIČNI UVOD

1.1 DEFINICIJA DUŠEVNEGA ZDRAVJA

Med branjem literature sem zasledila, kako se je zgodovinsko spreminjalo mnenje o duševnem zdravju. Prej se je na duševno zdravje gledalo kot na bolezen, ljudje s težavami v duševnem zdravju pa so bili prikazani kot bolni, nori. Taki ljudje niso bili vredni vsakdanjega življenja, saj jih niso imeli za navadne ljudi. Tudi te ljudje se sami niso imeli za običajne.

Danes duševno zdravje pomeni nekaj pozitivnega, dober odnos do sebe, skrb za telesno higieno, prehrano, dobro počutje, kvalitetno spanje. Duševno zdravje je postala nadpomenka za skupek dejanj, s katerimi človek skrbi za svojo dobrobit.

Uradna definicija duševnega zdravja v Zakonu o duševnem zdravju pravi da je *duševno zdravje stanje posameznika oziroma posameznice, ki se kaže v njegovem mišljenju, čustvovanju, zaznavanju, vedenju ter dojemanju sebe in okolja* (ZDZdr, 2008).

Taka definicija je preozka in ne obsega socialne razsežnosti. Ne smemo pozabiti na zunanje vplive okolja, kjer posameznik živi. Vse, s čimer se ukvarjamo in s komer prihajamo v stik, vpliva na nas in prav tako vpliva na to, kako se počutimo, na našo srečo in zadovoljstvo. V definiciji je poudarek na posamezniku, zanemarjene pa so zunanje okoliščine, definicija je presplošna in premalo natančna, ne zajema srži problematike. Definicija duševnega zdravja v skupnosti je novo področje delovanja, je širšega pomena in zajame veliko segmentov.

Svetovna zdravstvena organizacija (WHO) pravi, da je duševno zdravje kot stanje dobrega počutja, v katerem vsak posameznik uresničuje svoj lasten potencial, in definira duševno zdravje kot *stanje popone telesne, duševne in socialne blaginje in ne le odsotnost bolezni* (WHO, 2016).

Ni zdravja brez duševnega zdravja (Ministarstvo za zdravje, 2016).

Duševno zdravje je del našega celotnega zdravja, zato včasih nanj ne moremo vplivati. Brez duševnega zdravja ni mogoče živeti in človek ne obstaja.

Intervjuvanec, uporabnik društva Ludruga, je odgovoril, kaj njemu pomeni duševno zdravje: Duševno zdravje zame pomeni srečo. Ta občutek traja nekaj minut, ampak meni se zdi kot

večnost. To se ne more opisovati z denarjem. To je sreča, kot osnovna potreba vsakega človeka (Rajko Šupe).

Duševno zdravje nama omogoča uživati v življenju in se soočati z bolečino, zrcali se v kakovosti življenja.

1.2 DEFINICIJA DUŠEVNE MOTNJE

Duševna motnja je začasna ali trajna motnja v delovanju možganov, ki se kaže kot spremenjeno mišljenje, čustvovanje, zaznavanje, vedenje ter dojemanje sebe in okolja. Neprilagojenost moralnim, socialnim, političnim ali drugim vrednotam družbe se sama po sebi ne šteje za duševno motnjo (ZDZdr, 2008).

Se pravi, da duševna motnja ni, če nekdo prešuštvuje in s tem krši moralne vrednote družbe. V tem primeru gre za dejanje posameznika, za katerega se je odločil sam.

Duševna motnja je oznaka za bolezni, ki so jim skupne različne kombinacije bolezensko spremenjenega mišljenja, čustvovanja, zaznavanja, motenega obnašanja (vedenja), in prizadetosti spoznavanja ter spomina. Zaradi teh simptomov je bolnik prizadet, njegovo funkcioniranje je slabše, manj učinkovito rešuje vsakdanje probleme. Duševne motnje so manifestacije bolezensko spremenjenih vedenjskih, psiholoških ali bioloških funkcij posameznika (Lešer, 2016).

Ko gledam zgornje definicije, opažam, da pojem duševna motnja izhaja iz medicine in govori o spremembah v možganih, govori izključno o fizičnih spremembah, ki se dogajajo v telesu.

Tanja Lamovec (Lamovec, 2006) opisuje pet karakteristik, ki so značilne za »duševno bolezen«, če jo gledamo skozi medicinski model, in sicer:

1. Pojav očitno spada na področje medicinskih ved, ki so dolžne najti zdravilo tako kakor za druge bolezni.
2. Ker bolezen prebiva znotraj posameznika, lahko zanemarimo druge možne vire motnje.
3. Bolna oseba spada v bolnišnico, kjer je ločena od svojega običajnega okolja in postane pasivni objekt zdravljenja.
4. Odgovornost za medosebno neskladje se prikladno pripiše »bolezenskemu procesu« in njegovemu nosilcu, družina in družba pa sta rešeni odgovornosti.

5. »Bolezen« je razglašena za neozdravljivo, kar deluje kot samouresničujoča se prerokba.

Študij ali zaposlitev pogosto odsvetujejo, češ, da je to prevelika obremenitev za človeka. Ko potem človek v brezdeltu poležava, ker pač ne vidi nobenega smisla, da bi kaj sploh počel, je spet kriv »bolezenski proces«.

1.3 ZGODOVINA ZAPIRANJA

1.3.1 RAZVOJ TOTALNIH USTANOV

Totalne institucije so družbeno konstruirane. Če si v nekem času v zgodovini bil drugačen, je bilo zelo mogoče, da so te razglasili za »norega«, ker družba ni sprejemala drugačnosti. Posledica tega je bilo zapiranje.

Totalne institucije spreminjajo lastno, že oblikovano identiteto, do katere je prišlo zaradi različnih okoliščinah. Ljudje živijo z večjim številom drugih ljudi, s katerimi si morajo deliti vse. Zaposleni so tam, vendar ne z namenom, da ljudem pomagajo, temveč da opravijo in oddelajo svojih 8 ur dela, saj je tako ali tako preveč ljudi, da bi se lahko z vsakim posebej ukvarjali. Ljudje se ne morejo odločati sami zase ter niso slišani. Vedno obstajajo ljudje, ki so nad drugimi ljudmi, ki morajo to avtoriteto poslušati, v nasprotnem primeru pride do sankcij in kaznovanja. Človek sobo deli z večjim številom drugih ljudi, prav tako si delijo tudi stranišče in kopalnico.

Čas klasicizma je obdobje, kjer menjava med norostjo in razumom preoblikujete svojo govorico.

Foucault navaja dva pomembna dogodka:

- leto 1657, ko je prišlo do ustanovitve splošnega špitala (splošna bolnica ki je zajela vse, norost ni več bila svobodna) in „veliko zapiranje revežev“;
- leto 1794, ko je prišlo do osvoboditev okovanih v Bicetru

(Foucault, 1998).

Med tema dvema dogodkoma se je dogajalo nekaj dvoumnega; slepo zatiranje v absolutističnem režimu po mnenju enih, po mnenju drugih pa proces, v katerem sta znanost in filantropija polagoma odkrivala norost v njeni pozitivni resnici. Pod tema pomenoma se je

izoblikovala struktura, ki je pripeljala do prehoda od srednjeveške in humanistične izkušnje o norosti k naši izkušnji, ki norost konfinirava kot duševno bolezen.

Foucalt pripoveduje, da so v 17. stoletju vpeljali velikanske zaporne ustanove, kamor so v nekaj mesecih zaprli več kot eno osebo na vsakih 100 prebivalcev Pariza. Norost je bila povezana s tem krajem zapiranja in z gibom, ki ji je ta kraj določil za njen naravni prostor. Splošni špital je bil namenjen pariškim revežem. V špitalih so za skrb poskrbeli upravniki, ki so bili na tej poziciji doživljenjsko. Upravniki so imeli vso moč. Bili so avtoriteta in so špital vodili, upravljali. Odgovorni so bili za Splošni špital in so dvakrat tedensko morali obiskovati vse ustanove špitala (*ibid.*: 44).

Splošni špital ni bil medicinska ustanova, temveč napol sodna struktura, nekakšna upravna enota, ki je poleg že obstoječih oblasti in ne glede na sodišča sama odločala, sodila in izvrševala (*ibid.*: 44–45). Upravniki so imeli na voljo ječe in podzemeljske temnice, železne ovratnike in podobno.

Splošni špital ni imel ne po delovanju ne po namenu nobene zveze s kakršnokoli medicinsko zasnovo (*ibid.*: 45). *Bil je instanca reda, monarhičnega in meščanskega reda* (*ibid.*: 45).

Cerkev je bila potisnjena ob strani, ampak ni ostala zunaj gibanj. Cerkev je reformirala svoje špitalne ustanove s podobnimi cilji kot Splošni špitali. Špital je bil vezan na kraljevo oblast, ki ga je podredilo izključno civilni avtoriteti.

Od ustanovitve Splošnega špitala, od odpiranja prvih poboljševalnic v Nemčiji in Angliji pa vse do konca 18. stoletja, je klasicistično obdobje zapiralo. Zapiralo je izprience, razsipne očete, zapravljive sinove, bogokletneže, ljudi, ki so se „poskušali ubiti“ in razuzdance (*ibid.*: 67).

Pri približno desetini vseh aretacij za Splošni špital v Parizu so prijeli „brezumneže“, „norce“, „duševno zmedene“, „umobolne“ in „blazne“. Nikakršno razlikovalno znamenje jih ni ločevalo od drugih zapornikov (*ibid.*: 67).

„Brezumneži“ so imeli posebno mesto v svetu zapiranja, saj so, kadar so bili nevarni, zanje uporabili sistem prisile – pobesnelo norost so trdno zadržali v telesnih mejah (priklenitev k zidovom, posteljam). Izbruhe nasilja so razumeli kot družbeno nevarnost.

Norost naj bi s svojo „živalsko“ divjostjo človeka varovala pred bolezenskim nevarnostnimi, zagotavljala naj bi človeku neranljivost. Zaradi tega norost ni sodila na področje medicine.

Obvladati jo je bilo mogoče le z "dresuro" in „pozverinjenjem“. S tem, da je norec postal žival, se je izbrisala navzočnost živali v človeku, zaradi katere je norost bila škandal. Zapiraje je poudarjalo živalskost norosti, hkrati pa se je poskušalo izogniti škandalu ob nemoralnosti brezumnega.

Spoštovati norost ne pomeni, da v njej razbirmo nehotno in neizogibno nezgodo bolezni, temveč da spoznamo to spodnjo mejo človeške resnice, mejo, ki ni naključna, temveč bistvena (ibid.: 82). Tako kot je smrt meja človeškega življenja v razsežnosti časa, je norost njegova meja na strani živalskosti (ibid.: 82).

Škandal norosti je ljudem pokazal kako blizu živalskosti lahko pridejo v svojem padcu (*ibid.*: 82).

Norost niso zdravili v špitalih, v njih je šlo predvsem za to, da jo ločijo ali „popravijo“ (*ibid.*: 125).

Razvijali so dolga zdravljenja norosti, v katerih niso poskušali toliko skrbeti za dušo, kolikor ozdravi posameznika v celoti. Foucault pravi, da je telo treba utrditi, očistiti (transfuzija, povzročanje ran, ki čistijo organizem). Potapljanje, obredi očiščevanja in prerojenja, pa tudi impregnacija, kjer so osebo potopili v vodo za čim dalj časa in jih ni skrbelo, da bi se pri tem utopili. Voda ima očiščevalno vlogo. Nekateri so ugotovili, da se norost ozdravi zgolj z zdravljenjem domišljije. Hvalili so učinke glasbe na norost, zdravili so tudi s strastjo, kar implicira, da človek sprejeme medsebojni simbolizem duše in telesa. Želeli so pri ljudeh vzbuditi strah, ker so bili mnenja, da se tako lahko odpravi bolezen (*ibid.*).

Zlata doba totalnih institucij je 19. stoletje – vzpostavitev stroke, ki dela z ljudmi, vzpostavili so klasifikacijski sistem, ljudi razvrščajo glede na diagnozo.

V 19. stoletju je z iznajdbo znamenitih moralnih metod norost in njeno zdravljenje pripeljalo na področje krivde – psihologija je sredstvo zdravljenja organizirala kot kaznovanje. Preden je poskušala tolažiti, je v strogosti moralne neizogibnosti naložila trpljenje. Le kaznovanje je pri norcih ločilo zdravljenje telesa od zdravljenja duše.

Družba je včasih potrebovala inkvizicijo, še vedno pa potrebuje psihiatrijo. Obe zagotavljata intelektualno priznan, moralno vzvišen in družbeno dobro organiziran sistem obrednega

potrjevanja družbene dobrohotnosti in tudi moči. Obe ustanovi pomagata skrivati senčno stran družbe. Tako so zadovoljni vsi, množice in gospodarji (Lamovec, 2006, str. 13).

Temeljna funkcija psihiatrije v ustanovah je družbeni nadzor, ki ga ne smemo mešati s pomočjo. Pomaga lahko le taka psihiatrija, ki omogoča prostovoljno in enakopravno sodelovanje obeh udeležencev (ibid.: 13).

Torej, kako je s prostovoljnostjo in enakopravnim sodelovanjem v naši psihiatriji? Niti tisti uporabniki, ki v psihiatrično bolnišnico pridejo prostovoljno, na tak isti način ne morejo iz nje oditi. Mnogo jih privedejo v Polje prisilno, ker so »nevarni za okolico in sebe« – tako zapiranje je v Sloveniji tudi uzakonjeno. Ker je duševni bolnik lahko nevaren sebi in okolici, ga je zato treba »zapreti« in mu odvzeti svobodo. Tudi ideja o enakopravnem položaju med bolnikom, oziroma uporabnikom in psihiatrom ali drugim zaposlenim osebjem je utopična. Med psihiatrom in njegovim zapornikom ni mogoč človeški razgovor. Namesto tega je uporabnikov govor neke vrste klinično gradivo, njegove besede pa so semantični izločki bolezni, ki jih je treba proučiti, posneti na magnetofon, razstaviti na lingvistične dele, na enak način, kakor bi pod mikroskopom gledali bakterije. To so temeljni koraki v spreminjanju človeka v »duševnega bolnika« (*ibid.*: 14). Resnično je tudi to, da je bilo storjenega mnogo več nasilja nad »duševnimi bolniki«, kakor naj bi ga storili oni sami. Tudi statistično je dokazano, da ljudi s težavami v duševnem zdravju ne storijo nič več nasilnih dejanj od ostale populacije (*ibid.*).

Ideologija prisile, ki jo izvajajo ustanove, je zelo močna. Glavne družbene ustanove, vključene v teorijo in prakso psihiatričnega nasilja, so poleg njih samih tudi država in družina. Država uzakonja prisilno zapiranje »nevarnih duševnih bolnikov«, družina daje pristanek in ima od tega korist, psihiatrija pa upravlja ustanovo in si tako zagotavlja ugledna delovna mesta.

To nam govori, da psihiatrija deluje kot začaran krog in iz »zdravih« ljudi s svojo tako zvano pomočjo dela »nezdrave« ljudi, seveda pa jim je čisto vseeno za te ljudi. Od psihiatrov največkrat slišimo, da je premalo zaposlenih, da se ne morejo kvalitetno posvetiti ljudem, da nimajo dovolj velike plače, seveda, vedno je povezava tudi z plačo. Psihiater je oseba, ki največkrat žal le predpisuje zdravila, namesto da bi se posvetil uporabnikom, se z njimi pogovoril in jih poslušal. Zdi pa se mi, da tudi država ne pomaga da bi prišlo do določenih sprememb, saj zakonodaja in praksa ostajajo iste že leta.

1.4 HOSPITALIZACIJA

Hospitalizacija ima status družbenega dejstva. Je dogodek, o kateremu so lahko vsi udeleženci soglasni, da se je zgodil, ne glede na razlike v mnenjih, kako je do dogodka prišlo in ali je bil potreben (Flaker et al., 2008).

Hospitalizacija je namreč, razen če jo hospitaliziranec načrtuje, zunaj osebnih življenjskih relevanc, neusklajena s tistim, kar človek misli, da je njegova trenutna življenja pot (ibid.).

Hospitalizacija je sprejem ljudi v zdravstveni ustanovi z namenom izboljšati njihovo zdravstveno stanje. Poznamo tako prostovoljno kot tudi prisilno hospitalizacijo, do katere lahko pride le v točno določenih primerih.

1.4.1 POSLEDICE HOSPITALIZACIJE

Ob odhodu iz psihiatrične bolnišnice uporabnik sicer ni več psihotičen (če je sploh kdaj bil), ostanejo pa mu nekatere poškodbe:

- Odvisnost od zdravil: Ljudje se tako navadijo na jemanje zdravil, da menijo, da brez njih ne morejo več funkcionirati. Npr. na psihiatriji so dobili zdravilo za spanje in so se toliko navadili na to, da so potem po odhodu iz psihiatrije potrebovali to zdravilo, ker brez njega niso mogli zaspati. En od razlogov, zakaj ljudje ne želijo nehati jemati zdravil, je tudi strah, saj menijo, da bi bili brez zdravil takoj spet hospitalizirani;
- Dosmrtna stigmatizacija: zaradi hospitalizacije so ljudje velikokrat stigmatizirani, drugi jih obravnavajo kot bolne in zato se stigmi ne morejo izogniti. V službi se nanje gleda drugače, prijatelji se jih začnejo izogibati;
- Znižano samospoštovanje in zaupanje vase: Ljudje se zaprejo vase, ne gredo ven iz stanovanja, obstaja večni strah, da ne bodo zmogli več živeti kot prej, prisoten pa je tudi strah, da jih bodo spet zaprli;
- Utrditev lažnega jaza;
- Zatiranje pristnega občutenja in izražanja: človek se kar naenkrat ne upa povedati svojih misli in mnenja, saj je v strahu, da bi to lahko vodilo v ponovno hospitalizacijo;
- Spremenjeni odnosi z družino: tukaj lahko pride do dveh skrajnosti. Da družina ne želi več imeti ničesar s tem človekom, ga zaprejo z razlogom, da jim ni potrebno zanj več

skrbeti, ali pa jih preveč skrbi in človeku niti ne pustijo "dihati" ter ga skoraj dobesedno priklenejo doma;

- Spremenjeni odnosi na delovnem mestu: na delovnem mestu so taki ljudje bolj opazovani, omeni se jim vsaka napaka, ljudje veljajo za manj sposobne kot so bili prej;
- Spremenjeni odnosi s prijatelji: večinoma se izgubi krog prijateljev;
- Izguba ciljev v življenju: življenje se prične vrteti okoli zdravil, psihiatrov in to postane najpomembnejše, odpovejo se ciljem, večinoma z razlogom da jih ne morejo ustvariti

(Lamovec, 2006, str. 29).

Večina ljudi je z hospitalizacijo travmatizirana, neredko ne želijo govoriti o svoji izkušnji. Čez noč človek lahko ostane z vseživljenjskimi poškodbami, tako duševnimi (prisotna zelo močna stigma, s katero se potem morajo naučiti živeti) kot tudi fizičnimi (odvisnost od zdravil, ko človek močno verjame, da brez zdravil več ne more živeti, mu pa zelo škodujejo). Ljudje s težavami v duševnem zdravju so na psihiatriji obravnavani na zelo nečloveški način. Velikokrat se jim odvzamejo tudi obleka in osebni predmeti. Na psihiatriji so ljudje le številke brez osebnosti in lastnega mnenja ter niso slišani. Življenje je v rokah drugih in neredko se dogaja, da je odvisno od tega, kako se ta človek "nad tabo" (psihiater ali osebje) počuti, takšen boš tudi ti imel dan. Ljudje niso več osebe, temveč so "duševni bolniki".

1.4.2 PRISILNA HOSPITALIZACIJA

Po zakonu naj bi se prisilne hospitalizacije izvajale le v izrednih primerih, žal pa sem že prevečkrat zasledila primere, da temu ni bilo tako. Enkrat sem bila celo priča dogodku, ko so uporabnika prisilno hospitalizirali in sama nisem vedela, zakaj se to zgodilo, tega pa ni razumel niti uporabnik.

Smernice in etična načela delovanja zastopnikov pravic oseb na področju duševnega zdravja na podlagi izkušenj zastopnikov v praksi in na podlagi mednarodno sprejetih standardov, pravi: *Prisilno pridržanje na zaprtem oddelku psihiatrične bolnišnice ali socialno-varstvenega zavoda nedvomno lahko pomeni močan poseg v pravice posameznika* (Urek et al., 2011, str. 10).

Določbe, ki izhajajo iz ustave in se smiselno uporabljajo tudi v postopkih prisilnih hospitalizacij, so:

1. *Enakost pred zakonom*: vsak človek ne glede na spol, vero, barvo kože je enak pred zakonom;
2. *Varstvo osebne svobode*: vsak človek ima pravico do svobode;
3. *Pravica do sodnega varstva*: vsak človek ima pravico do zagovarjanja;
4. *Varstvo pravic zasebnosti in osebnostnih pravic*: vsak človek ima pravico do zasebnosti
5. *Pravica do zdravstvenega varstva*: vsak lahko brez da obrazloži in daje razloge zavrne zdravljenje, razen ko je to zakonom predpisano;
6. *Varstvo človekove osebnosti in dostojanstva*: vsak človek ima pravico do lastne osebnosti in dostojanstva;

V 39. členu Zakona o duševnem zdravju (ZDZdr, 2008) piše naslednje:

(1) Zdravljenje osebe v oddelku pod posebnim nadzorom brez njene privolitve je dopustno, če so izpolnjeni vsi naslednji pogoji:

- *če ogroža svoje življenje ali življenje drugih ali če huje ogroža svoje zdravje ali zdravje drugih ali povzroča hudo premoženjsko škodo sebi ali drugim,*
- *če je ogrožanje iz prejšnje alineje posledica duševne motnje, zaradi katere ima oseba hudo moteno presojo realnosti in sposobnost obvladovati svoje ravnanje in*
- *če navedenih vzrokov in ogrožanja iz prve in druge alineje tega odstavka ni mogoče odvrniti z drugimi oblikami pomoči (z zdravljenjem v psihiatrični bolnišnici izven oddelka pod posebnim nadzorom, z ambulantnim zdravljenjem ali z nadzorovano obravnavo).*

(2) Sprejem na zdravljenje brez privolitve iz prejšnjega odstavka se opravi:

- a) na podlagi sklepa sodišča, ki se izda po predlogu za sprejem v oddelek pod posebnim nadzorom, ali*
- b) v nujnih primerih pred izdajo sklepa sodišča, če so izpolnjeni pogoji iz 53. člena tega zakona.*

Pogoji za prisilno hospitalizacijo so zelo ohlapni, saj nikjer ni konkretno definirano, kaj se smatra pod to, če nekdo huje ogroža svoje zdravje. Pod tem pogojem si vsak lahko predstavlja nekaj svojega, saj je za nekoga ogrožanje lastnega zdravja že to, da vsak dan pokadi 40 cigaret, za drugega pa bi bilo ogrožanje lastnega zdravja to, da vsak dan je sladke stvari. Kot drugi pogoj je omenjeno, da pride do prisilne hospitalizacije, če je ogrožanje posledica duševne motnje in

oseba ni sposobna videti realnosti. Težko je določiti, kdaj gre za ogrožanje, ki je posledica duševne motnje in kdaj gre za ogrožanje, ker je oseba morda pod vplivom določenih substanc ali pa je le sprejela napačne odločitve. Do prisilne hospitalizacije pa pride tudi v primeru, kadar sta izpolnjena prva dva pogoja in je hkrati bil človek podvržen že zdravljenju ali nadzorovani obravnavi, vendar to ni preprečilo, da bi prišlo do ponovnega ogrožanja.

Lamovčeva v knjigi navaja lasten primer prisilne hospitalizacije. Ker ni mogla spati, se je oglasila pri zdravnici zaradi tablet za spanje, kar ji je tudi sama zdravnica svetovala, da naj po potrebi pride. Vmes so o njeni nespečnosti zdravnici sporočili tudi njeni sorodniki in ko je prišla po zdravila, je bilo že prepozno, saj je bila napotena na psihiatrijo „ker se mora malo spočit, saj preveč dela“ (Lamovec, 2006).

Najhuje je to, da razpolagajo z menoj kot s predmetom, da odločajo namesto mene (ibid.: 27).

Lamovčeva je na koncu formalno podpisala, da je prišla prostovoljno, čeprav dejansko ni in se je počutila izdano.

Gnusila sem se sama sebi, a preveč sem se jih bala. Bala sem se njihovega mučenja s prevelikimi dozami zdravil, ki jih včasih uporabljajo kot kazen (ibid.: 27).

Uporabniki različno poznajo svoje pravice v sistemu zdravstvenega in socialnega varstva. (Flaker et al., 2008).

Nekateri jih dobro poznajo, ker so se sami izobraževali v tej smeri, nekateri poznajo le osnovne pravice, nekateri pa jih sploh ne poznajo

1.4.3 ZAPOSLOITEV PO HOSPITALIZACIJI

Delo izboljša duševno zdravje, možnosti nadzora nad življenjem in omogoči veljaven družbeni položaj (Švab, 2009, str. 45).

V vsakdanjem življenju je delovno mesto tudi eno od osnovnih okolij, ki nam organizira življenje, pojmovanje o sebi in celotno življenjsko izkušnjo (Flaker et al., 2008, str. 143).

Vsak posameznik mora imeti enak dostop do ekonomskih in družbenih dobrin oziroma enake možnosti (Ministarstvo za zdravje, 2016).

Ovir je veliko: od države do delodajalcev, država ne pomaga. Brezposelnost na splošno pri večini ljudi pripelje do slabih počutij. Ko človek dela, ima občutek, da dela nekaj dobrega, zasluži pa tudi denar potreben za življenje.

Veliko ljudi z nalepko težav v duševnem zdravju, ki sem jih srečala, se sprašuje ali naj svojem delodajalcu omeni težave, s katerimi se srečujejo. To pa je odvisno tudi od delodajalca samega, predvsem od njegovih predsodkov. Menim, da preprost odgovor ne obstaja. Na skupini za samopomoč v Zagrebu smo govorili tudi o temi zaposlitve, ker me je zelo zanimalo mnenje ljudi. Odgovor je bil – če si ne želiš, da so do tebe nepravični, potem ne omenjaj svojih težav delodajalcu, ker te potem takoj na začetku diskriminirajo. Imajo te za manj vrednega ter tudi manj sposobnega. Neka uporabnica je pripovedovala svojo izkušnjo izpred več kot 20 let, ko je bila, takoj po vrnitvi z bolniške, zaradi hospitalizacije diskriminirana ter stigmatizirana zaradi svoje, kot sama pravi, "bolezni", čeprav je bila dobra delavka. Potem pa je mlado dekle, ki je komaj končala šolo, povedala kako so tudi z njo grdo ravnali (delodajalci, ostali zaposleni). Med tema dvema primeroma je več kot 20 let razlike in še vedno se nič ni spremenilo.

Študije kažejo, da imajo ljudje s težavami v duševnem zdravju veliko željo se zaposliti, stopnja zaposlenosti pa je precej nizka, in sicer znaša nekje od 5% do 15%. Delo naj bi bilo osnovno orodje, da si zagotovimo sredstva za preživetje, zato je toliko bolj porazen ta podatek. Delodajalci si želijo ljudi, ki bi 8 in več ur težko fizično delali, tako da se velikokrat ne odločijo za zaposlitev ljudi, ki bi lahko delali le polovico delovnika. Delodajalci so tudi neredko mnenja, da ljudje s težavami duševnega zdravja ne more kvalitetno delati (Flaker et al., 2008).

Zakon o zaposlitveni rehabilitaciji in zaposlovanju invalidov omogoča različne načine subvencioniranja in podpore pri organiziranju delovnih mest za težko zaposljive ljudi, ki doživljajo stisko, a kot kaže, je proces uveljavljanja teh možnosti odvisen tudi od znanja, kako organizirati ponudbo delodajalcem in delojemalcem (*ibid.*).

27. člen Konvencije o pravicah invalidov (MDDSZ, 2016) pravi:

Delo in zaposlovanje

1. *Države pogodbenice priznavajo invalidom pravico do dela enako kot drugim, ki vključuje pravico do možnosti za preživljanje s svobodno izbranim ali sprejetim delom na trgu dela in v delovnem okolju, ki je odprto, vključujoče in dostopno invalidom. Države pogodbenice varujejo in spodbujajo uresničevanje pravice do dela, tudi tistim,*

pri katerih nastane invalidnost med trajanjem zaposlitve, tako da sprejmejo ustrezne, tudi zakonodajne ukrepe, s katerimi med drugim:

- a) prepovedujejo diskriminacijo zaradi invalidnosti v zvezi z vsemi zadevami, ki se nanašajo na kakršno koli obliko zaposlitve, vključno s pogoji za iskanje, najemanje in zaposlovanje, ohranjanje zaposlitve, napredovanje ter varnimi in zdravimi delovnimi razmerami;*
 - b) varujejo pravico invalidov do pravičnih in ugodnih delovnih razmer enako kot za druge, tudi pravico do enakih možnosti in enakega plačila za enakovredno delo, do varnih in zdravih delovnih razmer, vključno z varstvom pred nadlegovanjem, ter do poprave krivic;*
 - c) zagotavljajo, da invalidi lahko uresničujejo svoje delavske in sindikalne pravice enako kot drugi;*
 - d) omogočajo invalidom učinkovit dostop do splošnih tehničnih programov in programov za poklicno usmerjanje, služb za iskanje zaposlitve ter poklicnega in nadaljnega usposabljanja;*
 - e) na trgu dela spodbujajo možnosti za zaposlovanje invalidov in njihovo napredovanje na delovnem mestu ter pomoč pri iskanju, pridobivanju, ohranjanju zaposlitve in ponovni zaposlitvi;*
 - f) spodbujajo možnosti za samozaposlitev, podjetništvo, razvoj socialnega podjetništva in ustanavljanje lastnih podjetij;*
 - g) zaposlujejo invalide v javnem sektorju;*
 - h) spodbujajo zaposlovanje invalidov v zasebnem sektorju z ustreznimi usmeritvami in ukrepi, ki lahko vključujejo spodbujevalne akcijske programe, spodbude in druge ukrepe;*
 - i) zagotavljajo primerne prilagoditve na delovnem mestu za invalide;*
 - j) omogočajo, da invalidi pridobivajo delovne izkušnje na odprtem trgu dela;*
 - k) spodbujajo programe poklicne in strokovne rehabilitacije invalidov ter programe za ohranjanje zaposlitve in vrnitev invalidov na delo.*
- 2. Države pogodbenice preprečujejo suženjstvo ali služenje invalidov in zagotavljajo, da so invalidi enako kot drugi varovani pred prisilnim ali obveznim delom.*

V Sloveniji obstajajo različne oblike zaposlovanja pod posebnimi pogoji, ki invalidom omogočajo zaposlovanje. Zakon o zaposlitveni rehabilitaciji in zaposlovanju invalidov – uradno prečiščeno besedilo (ZZRZI-UPB2) opredeljuje zaposlitveno rehabilitacijo, programe socialne vključenosti, zaščitno zaposlitev, podporno zaposlitev, invalidska podjetja, kvotni sistem zaposlovanja invalidov, vzpodbude za zaposlovanje invalidov, Sklad za vzpodbujanje zaposlovanja invalidov, ki odloča o pravicah in obveznostih invalidov in delodajalcev v skladu s pooblastili po zakonu in opravlja druge naloge, za katere je pristojen v skladu s tem zakonom in ustanovitvenim aktom.

Obstaja velika možnost, da po hospitalizaciji ljudje s težavami v duševnem zdravju dobijo odpoved delovnega razmerja, nekdo drug pa prevzame njihovo delovno mesto. Čeprav obstajajo zakoni, ki naj bi ščitili ljudi v takem primeru, to še vedno ne pomeni, da delodajalec to upošteva.

Da človek obdrži delovno mesto, je treba okrepiti njegov položaj v kolektivu. Potrebna je zadostna mera tolerantnosti delodajalca in kolektiva (Flaker et al., 2008).

Delo, delovni pogoji, zaposlitev so lahko izvor stiske in stresa. V zadnjih 20 letih se število ljudi, ki so s svojim delovnim mestom zelo zadovoljni, po podatkih Evropske unije, naglo zmanjšuje. *Pogosti vzroki stresa, povezanega z delom, so tesni roki za opravljanje nalog in težave pri usklajevanju dela in družinskega življenja* (Mlakar, 2016).

Plačano delo je pot okrevanja.

1.5 DEZINSTITUCIONALIZACIJA

Dezinstitucionalizacija je ukinjanje (totalnih) institucij in proces razvijanja razpona skupnostnih služb, vključno s preventivnimi, da se izniči potreba po institucionalnem varstvu (Evropske smernice). Preprosto povedano pomeni dezinstitucionalizacija življenje ljudi na svobodi, kjer soodločajo o poteku svojega življenja. S pomočjo podpornih služb si ljudje sami lahko kreirajo svoj vsakdan.

Je tudi »celosten proces načrtovanja preoblikovanja ustanov, zmanjšanja njihovih kapacitet in/ali njihovega ukinjanja, s sočasnim vzpostavljanjem služb v skupnosti, ki temeljijo na človekovih pravicah in standardih učinkovitosti.« (UNICEF, 1997).

Dezinstytucionalizacija pomeni odpravljanje velikih represivnih ustanov, pomeni spremembe, premik iz institucije v skupnost, pomeni svobodo za ljudi, ki so zaprti v totalnih ustanovah.

Dezinstytucionalizacija je prvi korak k emancipaciji uporabnikov. Prvi korak na dolgi poti, ki pomeni temeljito prevrednotenje mnogih naših prepričanj (Lamovec, 1996, str. 198).

Vsekakor pa moramo dezinstytucionalizacijo definirati širše, saj ne gre samo za zapiranje ustanov in preselitev ljudi, temveč tudi za spremembe v odnosih moči uporabnikov in strokovnjakov kot tudi epistemološki premik od apriornih in ezoteričnih znanj nadzora k modrosti vsakdanjega življenja. (Flaker, 2016)

Ljudi je potrebno preseliti v skupnost. Človek ima podporo v skupnosti za stvari, ki jih želi opravljati. Vse mu je fizično dostopno. Človek ima enake pravice kot vsak drug državljan.

Izkušnje koncentracijskih taborišč so pokazale, da so take institucije etično nesprejemljive, preselitve med vojno in samoorganizacija varovancev ustanov so pokazale, da obstajajo tudi drugi načini, kako skrbeti za ljudi. Povojna socialna država je priskrbelo nove vire in načine socialne varnosti za revne, hkrati pa so številne študije pokazale tudi to, da ima življenje v instituciji škodljive učinke na ljudi (Flaker, 2016).

Obstaja več razlogov za dezinstytucionalizacijo: totalne ustanove ustvarjajo nehumane življenjske pogoje za osebe, ki so v njih zaprte; množično kršijo osnovne človekove pravice; osebe so videne kot slabe, deviantne. Glavna funkcija totalnih ustanov je kontrola oseb in to, da producirajo preveliko število kontra-produktivne profesionalne pomoči. Da bi dezinstytucionalizacija uspela, mora prav tako funkcionirati kot abstraktni sistem, ki predstavlja pobeg in namestitev osebam z največjimi težavami, ki imajo ničelno toleranco do prisilnega zadrževanja. To je poseben socialni sistem, ki deluje inkluzivno ter povezuje osebe s težavami v duševnem zdravju s svojim najbolj "socialnimi" deli sistema. Vloga strokovnjakov mora preiti od varuhov do zagovornikov, znanje pa mora biti induktivno ter raziskovalno. Išče in ceni se unikatnost vsake osebe posebej, hkrati pa se bori proti izolaciji in ustvarja nove veje skupnosti (Flaker, 2016).

V Pripravi izhodišč dezinstytucionalizacije v Republiki Sloveniji piše, da moramo proces dezinstytucionalizacije razumeti tudi:

- *kot spremembo odnosov med strokovnjaki in uporabniki – so v enakopravnem odnosu, v katerem se med seboj razumejo in medsebojno pomagajo;*
- *prevzemanje novih družbenih vlog in vključevanje uporabnikov – uporabnika se vključuje v vse odločitve, pomembne za njegovo življenje;*
- *premik moči od strokovnjakov in institucij k uporabniku – uporabnik ima moč nad svojim življenjem;*
- *kot spremembo epistemologije razumevanja dolgotrajnih stisk*

(Flaker et al., 2015).

Dezinstytucionalizacija se izvaja po celem svetu. Kot je tudi v literaturi opisano, je to preselitev ljudi iz totalnih ustanov v skupnost, gre za zvrst gibanja. Preden pride do tovrstnega gibanja, moramo zagotoviti individualne potrebe posameznika z glavnim ciljem preseljenja v skupnost, kjer bo naprej živel dostojanstveno življenje, kar si tudi vsaka oseba zasluži.

En od glavnih ciljev dezinstytucionalizacije je organizirati službe, ki bodo individualno odgovarjale na potrebe ljudi in ki bodo nadomestile institucije.

1.5.1 MODEL OBRAVNAVE POSAMEZNIKA

MEDICINSKI MODEL

Ko govorimo o razlikah medicinskega in socialnega modela, v bistvu v resnici večkrat govorimo o razliki med institucionalnim in skupnostnim modelom obravnave (Flaker, 2012, str. 265).

Medicinski model spada med najožje modele in vključuje le neprijetne, negativne in nefunkcionalne vidike osebnosti oziroma norosti (Lamovec, 2006, str. 39).

Medicinski model se osredotoča na disfunkcionalne dele posameznika in njemu samemu pripisuje vzroke za izključenost, saj je to posledica njegovih psihofizičnih lastnosti, ki odstopajo od normale (Škerjanc, 2010, str. 74).

Medicinski model obravnave pomeni kontrolo nad človekom in njegovim življenjem. Oseba ni človek, temveč je gledana čez diagnozo. Človek postane stigmatiziran "shizofrenik". Pogovor z ljudmi je na strokovni ravni, uporablja se le strokovni (medicinski) jezik. Osredotočanje je na pomanjkljivosti posameznika. Človek dobi etiketo "duševnega bolnika".

Medicinski pristopi naj bi raziskovali, kaj s človekom ni v redu, kaj je narobe, zaradi česa odstopa od norme. Uporabnik je objekt, na katerem se izvaja kontrola moči v instituciji.

Cilj medicinskega modela je, da se človeka spremeni, z namenom da bi se lažje vklopil v družbo. Če se človek ne more prilagoditi, se ga preseli iz naravnega okolja. Ni prostora za uporabnikove želje, pravice in možnosti izbire. Večina uporabnikov tudi ne ve, kaj naj bi njihove pravice bile in katere so. Glavni pomen medicinskega modela je zdravljenje z zdravili, zelo malo je prostora za ostale zvrsti pomoči. Vsak uporabnik se obravnava enako, za vse je enako določilo, ne upošteva se človeka kot posameznika.

SOCIALNI MODEL

Ko govorimo o socialnem modelu, vemo, da je v središču uporabnik s svojimi željami in potrebami.

Cilj socialnega modela je samostojno življenje med ljudmi, kjer velja enakovreden odnos. Uporabnik je subjekt, kateremu se prilagajajo s poudarkom na kompetencah človeka. Socialni model uporabnika vključuje ter mu dodaja moč. Uporabnik sprejema lastne odločitve zase in tako tudi prevzema odgovornost nad svojim življenjem. Socialni model je namenjen skupnosti s ciljem samozagovornišтва. Tukaj se ne spreminja le vloga uporabnika v njegovem življenju, temveč tudi pristopi strokovnjakov, saj naj le-ti ne bi bili zaprti med papirji, temveč delajo na terenu v skupnosti. Strokovnjaki pomagajo direktno. Poudarek je na medsebojnem zaupanju, spodbujanju, sodelovanju. Strokovnjaki za tak princip dela potrebujejo izobraževanja.

1.5.2 DUŠEVNO ZDRAVJE V SKUPNOSTI

Preprosta razlaga duševnega zdravja v skupnosti je premik iz institucije v skupnost, kot tudi družbeno gibanje uporabnikov s pomočjo strokovnjakov, s ciljem, da se uporabnikom zagotovi dostojnejšega življenje.

Vsem situacijam duševnega zdravja v skupnosti je skupno tudi skupnostno načelo. Kar pomeni, da je prostor delovanja kjerkoli v skupnosti, v stanovanju, klubu, parku, prostorih krajevne skupnosti, predvsem zato, da nekoga z našim delovanjem ne izoliramo, ne ločimo od drugih (Flaker, 2001).

Duševno zdravje v skupnosti je interdisciplinarno področje delovanja, ki se je razvilo na terenu psihiatrije, z namenom zasledovanja emancipatoričnih ciljev ob upoštevanju skupnostnih

načel. Ti cilji so izboljšanje življenjskega položaja ljudi z duševno stisko, izboljšanje in spreminjanje služb, da bodo bolj sledile potrebam, željam in nujam uporabnikov, družbeno prevrednotenje duševne stiske in norosti ter vzpostavljanje takih družbenih pogojev, ki bodo onemogočali destruktivne izide in vzpodbujali ustvarjalno reševanje človeških stisk (Flaker et al., 2007).

Praksa duševnega zdravja v skupnosti temelji na kritiki starega sistema in obsoja zapiranje ljudi. Uradna definicija duševnega zdravja, ki se nahaja v Zakonu o duševnem zdravju, je preveč ozka in daje poudarek na posamezniku. Definicija Svetovne zdravstvene organizacije pa je vseobsegajoča in je zaradi tega tudi neuporabna.

Obravnava v skupnosti je izvajanje pomoči osebam, ki ne potrebujejo več zdravljenja v psihiatrični bolnišnici ali nadzorovani obravnavi, vendar potrebujejo pomoč pri psihosocialni rehabilitaciji, vsakdanjih opravilih, urejanju življenjskih razmer in vključevanju v vsakdanje življenje na podlagi načrta obravnave (ZDZdr, 2008, str. 26).

Flaker opredeljuje štiri sklope ciljev duševnega zdravja v skupnosti:

- *izboljšanje položaja uporabnikov služb duševnega zdravja oz. ljudi z duševno stisko;*
- *spreminjanje uslug in služb duševnega zdravja, da bodo služile predvsem njihovim potrebam, hotenjem, željam in nujam;*
- *družbeno prevrednotenje in drugačno vrednotenje norosti, duševne stiske, drugačnosti;*
- *odpravljanje in preprečevanje tistih procesov v družbi, ki bi utegnili kogarkoli pripeljati v destruktivne krize, osebni propad, kot tudi za usposabljanje vseh ljudi za bolj ustvarjalno soočanje z življenjskimi izzivi in s stresom*

(Flaker, 2001).

Vsaka skupina prispeva k krepitevi moči uporabnikov, ljudi s težavami v duševnem zdravju.

Skupnostne službe dajo individualizirani pristop s poudarkom na metodah dela, nudijo pomoč in podporo v lokalnem okolju.

Koncept skupnosti za prebivalce največkrat predstavlja prostorsko bližino in namerno omrežje socialnih odnosov, formalnih in neformalnih dejavnosti ter storitev, ki naj bi podpirale blaginjo

ljudi v vseh fazah njihovega življenja, ki je na eni strani avtonomno, po drugi pa del kompleksnejših sistemov države, družbe in različnih korporacij (Bahovec, 2005, str. 225).

Zakon o duševnem zdravju (ZDZdr, 2008) pravi:

(1) Obravnava v skupnosti je izvajanje pomoči osebam, ki ne potrebujejo več zdravljenja v psihiatrični bolnišnici ali nadzorovani obravnavi, vendar potrebujejo pomoč pri psihosocialni rehabilitaciji, vsakdanjih opravilih, urejanju življenjskih razmer in vključevanju v vsakdanje življenje na podlagi načrta obravnave.

(2) V skupnosti se lahko obravnava oseba, ki pisno privoli v načrt obravnave v skupnosti.

Izvajalce skupnostne oskrbe smo razdelili na neprofitni sektor, javni sektor in zasebne institucije.

Zakon o duševnem zdravju obravnavo v skupnosti definira zelo ozko, v resnici pa obravnava v skupnosti zajema tudi spekter različnih profilov strokovnjakov, da bi življenje v skupnosti potekalo čim bolj tekoče. Pomembno je tudi, da okolje, v katerem človek prebiva, razume, kaj je to obravnava v skupnosti. Se pravi, da bi bilo idealno, če bi pri obravnavi v skupnosti sodelovali tudi sosedje in druga okolica. Seveda pa je pomembno tudi sodelovanje strokovnjakov različnih profilov med sabo in ne sme priti do rivalstva med njimi.

NORMALIZACIJA

Pojem normalizacije je nastal kot kritika institucionalnega življenja. Prvi cilj normalizacije po Flakerju je *ustvariti kolikor je mogoče normalne življenjske pogoje za ljudi iz institucij* (Flaker, 1998). Normalizacija poudarja potrebo, da se vsakemu omogočijo pogoji za vsakdanje življenje, da vsak lahko redno hodi v šolo, na fakulteto, da se vsak lahko zaposli, da čim bolj živi življenje po običajnem vzorcu družbe. Osebe naj bi se obravnavalo enako. Poudarek naj bi bil na tem, da se upošteva uporabnikovo izbiro in željo.

Normalizacija je moralni, politični in pedagoški imperativ, njena uresničitev pa je odvisna od pogojev in veljavnih norm v širši družbi (Novljan & Jelenc, 2002).

Brandon je po O'Brienu opisal pet principov normalizacije:

1. *Poglabljanje odnosov* – to se doseže, ko imaš odnos z drugim človekom, ko mu lahko zaupaš, da te zastopi in da si v njegovih očeh sprejet. Strokovni delavec odvrže svojo stroko in se posveti človeku, ki ga takrat potrebuje;

2. *Večanje izbire* – tukaj je pomembno, kakšno moč ima uporabnik, da do izbire lahko sploh pride;
3. *Razvijanje udeležbe* – tukaj je pomembno, da se človeka informira dovolj, da ve v kakšni meri lahko sodeluje pri odločitvah;
4. *Individualizacija razvoja* – vse je prilagojeno posamezniku in njegovim potrebam;
5. *Stopnjevanje druženja* – pomeni vključevanje posameznika v dejavnosti z zaposlenimi kot tudi prijatelji, pomembno pa je, da si tega človek sam želi

(Brandon, 1993).

Če povzamem, gre pri normalizaciji za to, da sta strokovnjak in oseba na isti ravni, kar lahko strokovnjak doseže tako, da osebi daje potrebno moč, ga informira o njegovih možnostih, hkrati pa se popolnoma prilagodi osebi kot posamezniku.

KREPITEV MOČI

Krepitev moči je temeljno načelo zagovorništva. Uporablja se na več področjih, tako pri socialnem delu, kot tudi pri filozofiji, sociologiji, psihologiji... Krepitev moči je namenjena ljudem, katerim družba pripiše manj pomemben položaj neupravičeno, nanaša se predvsem na družbene vloge in odnose.

Videmšek pravi »V slovenskem prostoru je koncept krepitve moči približno od začetka devetdesetih let prejšnjega stoletja temelj socialno delovnega ravnanja. Pregled uporabe koncepta v slovenskem prostoru takoj opozori na terminološko vprašanje, ki se pojavi ob poskusih prevajanja angleške besede »empowerment«. V slovenskem prostoru se prvi članki na temo »empowerment« pojavljajo od leta 1994, uvajajo pa jih različni avtorji (Zaviršek 1994, Škerjanc 1995, Lamovec 1998).« (Videmšek, 2008, str. 209).

Dejavnosti, ki se pojavljajo pod izrazom »empowerment«, nas tako napeljujejo na delitev koncepta na dve ravni, kolektivno in individualno (ibid.: 212).

Do kolektivne krepitve moči pride takrat, ko so uporabniku kršene pravice in ko nima enakih možnosti kot ostali, v vlogi je zaščite in zagovarjanja njihovih pravic .

Primer kolektivne krepitve moči je ustanovitev društva za duševno zdravje Mostovi. Ustanovljeno je bilo 24. 1. 2008 in trenutno šteje 35 članov. Med glavne aktivnosti društva

sodijo navezovanje stikov s sorodnimi institucijami doma in v tujini in organizacija okroglih miz in javnih tribun (ibid.: 213).

Osredotočanje je na povečanju lastne moči posameznika.

OKREVANJE

Koncept okrevanja se je pojavil v uporabniških gibanjih kot nasprotje medicinskega modela oz. zdravljenja. Nanaša se na subjektivno, uporabniško perspektivo. Kaže se kot odpor do psihiatričnih zdravil. Poudarek je na pravici do izbire. Socialno okrevanje se nanaša na razvoj socialnih odnosov.

Kaj lahko naredijo delavci, da okrevanje postane realna možnost:

- *Prepoznati pomembnost zgodbe: zgodbe so pomembni del človeka, tako da je najpomembneje, da ga nenehno poslušamo, da zasledimo tudi znake, ki se bodo prilegali diagnozi*
- *Spremeniti svoj pogled na tveganja: tveganju se ne sme izogibati*
- *Sprejeti dejstvo, da imamo kot delavci, tudi mi naše osebne izkušnje, ki jih lahko uporabljamo v našem delu*
- *Modelirati in zrcaliti načela okrevanja z delom, ki bo osredotočeno na osebo (uporabnike, sodelavce)*
- *Sprejeti dejstvo, da je odnos ključen za uspešno okrevanje*
- *Kazati svoja občutja in ne njihovo skrivanje pod krinko strokovnosti*
- *Praktično delovanje skozi svobodo in ne strah*

(Uporabniška gibanja na področju psihiatrije in duševnega zdravja, 2016).

Vsak človek okreva na drugačen način, pomembno je, da se mu takrat stoji ob strani, da se podpre posameznika, da uspe na poti okrevanja. Okrevanje ne pomeni, da bodo takoj vse težave izginile, ampak sčasoma pa se lahko zmanjšajo, in pri tem ne rabijo strokovne osebo, saj sami držijo ključ v rokah do okrevanja.

1.6 ZAGOVORNIŠTVO

Pri zagovorništvu gre za osebo, ki govori in deluje v imenu drugega in predstavlja njegovo zadevo tako, kot bi bila njena lastna (Kewer & Šabec, 1996, str. 11).

Na področju duševnega zdravja se velikokrat zgodi, da ljudje niso slišani, da se jih ne jemlje resno in se njihovo mnenje ne upošteva. Ljudje še vedno verjamejo, da ljudje s težavami v duševnem zdravju niso dovolj sposobni odločati same zase in sprejemati pomembnih odločitev o poteku lastnega življenja. Mnogokrat se prav tem ljudem odvzame poslovna sposobnost, dodeli se jim skrbnik in njihovo mnenje tudi pravno nič ne pomeni. V takšnih primerih in tudi drugih podobnih je zagovornik tista oseba, ki skupaj z uporabnikom raziskuje in ugotovi, kaj naj bi bilo najboljše za njega samega.

V priročniku »*Kako začeti*« omenjajo, kakšna naj bi bila zagovorniška služba:

Neodvisna od ustanove, v kateri deluje – zagovornik mora biti neodvisen od ustanove, katere predstavnik je. Se pravi, da je v ospredju oseba, katere zagovornik je, in ne politika in načela, ki jih zagovarja ustanova, v okviru katere deluje;

Ustrezno financirana in podprta – kot bom v nadaljevanju omenila, poznamo več vrst zagovorništva, pomembno je, da je ta vloga tudi financirana, saj biti dober zagovornik pomeni imeti različne in izpopolnjene vrline. Hkrati pa je pomembno, da je ta vloga v družbenem sistemu podprta, saj lahko le tako zagovornik dosega rezultate skupaj s uporabnikom.

Osnovana na načelu samozagovorništva, zagovorništvo ne sme prevzeti nadzora z namenom odvzemanja moči – cilj zagovorništva je opolnomočene uporabnikov in je nedopustno, da bi želje in cilji zagovornika prevladovali nad tem, ker si uporabnik sam želi.

Zagovorništvo je delovni proces, v kateremu se sledi uporabniku (ibid.: 31).

Praksa zagovorništva na področju duševnega zdravja se je začela na koncu 20. stoletja, čeprav se v zgodovini omenja tudi prej, nekje ob začetkih zapiranja ljudi. Osebne izkušnje ljudi, ki so preživeli krizo, so bile tudi dejavnik za nastanek prvih neformalnih zagovornikov.

Med prvimi formalni zagovorniki je postal sir John Thomas Perceval, ki je bil tudi sam zaprt v psihiatrični ustanovi med leti 1830–1832, nato pa je leta 1845 skupaj z osebami, ki so bile podobnega mnenja ustanovil društvo za zagovorništvo in postal prvi reformator azilov za duševno bolne (Flaker, 1993, str. 5).

Urek piše, kako so se v Sloveniji prve akcije in pobude pojavile v 60. in 70. let prejšnjega stoletja in to na področju skrbi za otroke in mladostnike s težavami v duševnem zdravju. V 90. let imajo za razvoj zagovorništva veliko vlogo organizacije, ki so jih ustanovili ljudje s težavami v

duševnem zdravju. Zagovorništvo se je takrat predvsem osredotočalo na to, da se pomaga ljudem, ki so trpeli zaradi nehumanih ravnanj v instituciji in se je borilo predvsem za varstvo pravic ljudi (Urek, 2013).

Temeljna vloga zagovorništva je:

- *zastopanje interesov, želja, glasu ljudi;*
- *zagotavljanje polnopravnosti;*
- *nadomeščanje primanjkljajev moči in vpliva tistih posameznikov, katerih moč je šibka ali neenakovredno zastopana v primerjavi z drugimi člani družbe*

(*ibid.*).

Urek opozarja na izgubo pogodbene moči ljudi v vsakdanjem in institucionalnem življenju. Da osebe v času duševne krize zaradi ranljivosti potrebujejo nekoga, ki mu lahko zaupajo in ki bo ščitil njihove interese, da bo vsestransko na njihovi strani (*ibid.*).

Perceval je svoje izkušnje zapisal v zgodbe, katere so bile pozneje tudi objavljene. Bil je ena od oseb, ki so pomembno vplivale na zgodovino zagovorništva.

Zagovorništvo je namenjeno polnopravnosti in nadomeščanju primanjkljajev tistih posameznikov, katerih moč je šibka, prezrta in neenakovredno zastopana v primerjavi z polnopravnimi člani družbe (Flaker, 2003, str. 41).

Beseda zagovorništvo v dobrednem smislu pomeni "govoriti za drugega" oziroma "govoriti v korist drugega" (Zaviršek et al., 2002). Zagovorništvo je prilagojeno uporabnikom in njihovimi potrebam.

1.6.1 OBLIKE ZAGOVORNIŠTVA

Poznamo več vrst zagovorništva, in sicer laično ter profesionalno zagovorništvo.

- Laično zagovorništvo
 - vrstniško zagovorništvo
 - kolektivno zagovorništvo
 - občasno zagovorništvo
- Profesionalno – strokovni delavec

Laično zagovorništvo daje uporabniku moč, ki je zaradi trenutnega stanja, ranljivosti in stigme ostal v šibkejši poziciji. V vlogi laičnega zagovornika so velikokrat ljudje, ki so ali so bili v podobni situaciji in imajo podobne izkušnje, ali pa so to uporabniške skupine.

Profesionalno zagovorništvo se pojavlja v primerih, ko laično zagovorništvo ne zadošča, v postopku formalnih obravnav in podobno. Profesionalno zagovorništvo opravlja strokovnjak na tem področju takrat, ko mu država podeli mandat za zaščito pravic ljudi.

Uporabnik ne potrebuje revolucije in ne potrebuje nič spektakularnega, želi si samo, da lahko sam odloča o zadevah, ki so zanj in za njegovo življenje pomembne. Zagovornik je tu, da mu pomaga priti do tega. Večkrat sem zasledila zgodbe, v katerih ljudje niso bili dovolj informirani in se niso zavedali, da so jim kršene pravice, niso pa imeli dostopa do informaciji. Pogosto se zgodi tudi to, da se na ljudi s težavami v duševnem zdravju gleda kot na drugačne, čeprav poznajo svoje pravice. Prihaja tudi do nesorazmerja moči in zato jih ne slišimo.

Zagovorništvo pomeni zavzeti se zase in drugega, ko presodimo, da ima nekdo moč nad življenjem druge osebe in da ne upošteva potreb (in želja) drugega. Zavzeti se za pravice nekoga, da bi se njegova moč povečala, zavzeti se za pravice osebe, da se njegov položaj ne bi poslabšal. Zagovorništvo pomeni govoriti za nekoga.

Zagovorništvo pomeni temeljno preusmerjanje moči – pomaga ljudem, ki so bili zlorabljeni in zatirani, da si pridobijo moč in vpliv nad lastnim življenjem (Urek, 2013).

Ljudje, ki težko govorijo sami zase, se velikokrat obrnejo na zagovornike, kjer se njihov glas sliši. Večkrat so to ljudje s težavami v duševnem zdravju, ampak neredko se na zagovornike obrnejo tudi etnične manjšine, otroci, revni in slabo izobraženi.

Ljudi je možno naučiti in spodbuditi, da postanejo bolj samozavestni, da se postavijo zase, kar je tudi en od ciljev zagovornikov.

Naloge zagovornika:

- *Zagovornik je oseba, katera posluša človeka, ga poskuša razumeti in dela na tem da je slišan;*
- *Mu je v podporo, pomaga ga vključiti v odločitve, katere so pomembne zanj;*
- *Osebi daje informacije brez cenzure;*
- *Osvešča ga o lastnih pravicah;*

- *Krepi njegovo moč;*
- *Ščiti njegove interese.*

(*ibid.*).

Zagovornik mora biti vedno dostopen, ne sme imeti predsodkov do nobenega primera, do nobene osebe. Uporabnik mora imeti zaupanje v zagovornika. Mora znati poslušati. Pomembno je tudi, da vedno, če je seveda to potrebno, uporabniku prevaja strokovni jezik v razumljiv jezik.

1.7 ZASTOPNIK PRAVIC LJUDI NA PODROČJU DUŠEVNEGA ZDRAVJA

Zakonu o duševnem zdravju (ZDZdr, 2008) je uvedel profil zastopnika.

Ko sem prvič slišala za zastopnika, nisem razumela, kaj to pomeni in ali obstaja kakšna razlika med zagovornikom in zastopnikom. Zastopnik naj bi deloval znotraj zakonskih določil in zastopa ljudi znotraj institucij. Zdi se mi, da je novi izraz s seboj prinesel zmedo. Beseda zastopnik omeji zagovorništvo, je širšega pomena in bolj opiše vlogo katero ima.

Izraz zastopnik je semantično ožji. Ko govorimo o zastopniku, namreč govorimo o osebi, ki zastopa interese osebe, ki jih ne more ali je manj sposobna izraziti in uveljavljati, bodisi ker je odsotna bodisi ker nima poslovne sposobnosti, ali ker je manj vešča, manj sposobna. Izraz zastopnik ima torej po eni strani pomen pooblaščenca, ki ga oseba, ki jo zastopa za to pooblasti. Zastopanje nekoga v nekem primeru je le ena plat vloge zagovornika. Novi profil, zastopnik pravic oseb na področju duševnega zdravja – tako naj ne bi le zastopal ljudi in njihove interese v posamičnih situacijah, temveč naj bi se aktivno zavzemal in nastopal v zagovor pravic na tem področju. Opozarjal naj bi na kršitve človekovih pravic. Pa tudi v posamičnih konkretnih primerih je obseg njegovega delovanja lahko širši od zastopanja; zajema od splošnih tem človekovih pravic in človekovega dostojanstva v posamičnem primeru do nesporazumov in krepitev glasu uporabnika v dnevni stiki in vsakdanjem življenju na zaprtih oddelkih (Urek, 2013).

Zakonu o duševnem zdravju (ZDZdr, 2008) v 24. členu govori o nalogah zastopnikov:

- *Osebo na primeren način informira o svojih pravicah in možnosti uveljavljanja istih;*
- *Daje usmeritve uveljavljanja pravic kot tudi predlaga rešitve;*
- *Svetuje osebi in si prizadeva za spoštovanje pravic;*

- *Zastopnik mora spoštovati želje osebe;*
- *Zastopnik je dolžan varovati vse kar izve o osebi, tako o njegovem zdravstvenem stanju kot tudi druge osebne stvari.*

V 25. členu Zakona o duševnem zdravju je omejeno, da je zastopnik lahko oseba, ki ima najmanj visoko izobrazbo, ima opravljen izpit za zastopnika, ima 5 let delovnih izkušenj na področju duševnega zdravja ter da ni obsojena na nepogojno kazen zapora.

V 28. členu Zakona o duševnem zdravju piše, da ima zastopnik pravico do nagrade za svoje delo in povrnitev stroškov, ki so nastali z opravljanjem dela. Minister za socialno varstvo določi višino nagrade.

Zakon je strog glede kriterijev, kdo je lahko zastopnik. Tukaj bi lahko pogoje omilili v tem smislu, da bi bile lahko osebe, ki zaključijo Fakulteto za socialno delo, ob dodatnem usposabljanju, postale zastopniki. V stroki je premalo zastopnikov za ljudi na področju težav v duševnem zdravju. Problem je v tem, da je profil zastopnika le honorarno delo in je obseg dela omejen na zaprte oddelke. Daje premalo moči zagovornikom (ki jih definira kot zastopnike).

1.8 PROCES DEZINSTITUCIONALIZACIJE V SLOVENIJI

Prve večje spremembe, ki štejejo kot temelj sodobnega socialnega dela, so bile eksperimentalne narave in so se zgodile v vzgojnem zavodu v Logatcu. To je bil začetek akcijskega raziskovanja. Uvedli so se novi načini dela – skupinsko delo. Skupina raziskovalcev se je lotila preoblikovanja deškega prevzgjajališča v Logatcu. Hoteli so vzpostaviti drugačne vzgojne stile (permisivnost) – demokratične odnose med vzgojitelji in gojenci. Hkrati pa je to bila prva akcijska raziskava – raziskovalci in profesorji z Inštituta za kriminologijo so se podali na teren, zasnovali inovacijo, jo raziskovalno spremljali in o njej poročali. Eksperiment je bil mednarodno odmeven in v Sloveniji so akterji zanj dobili Kidričevo nagrado. Njegova vrednost in pomen za razvoj strok socialnega dela, socialne pedagogike, penologije in tudi drugih strok sta neprecenljiva.¹

¹ Časopis za kritiko znanosti, domišljijo in novo antropologijo | 250 | Iz-hod iz totalnih ustanov med ljudi

Leta 1981 sta Franc Imperl in Irena Benedik odprla prvo stanovanjsko skupino.

Leta 1987 so aktivisti organizirali prvi tabor v Hrastovcu, kjer so organizirali koncerte, izhode...

Leta 1992 je Odbor za družbeno zaščito norosti, s podporo Ministrstva, psihiatrije ustanovil prvo stanovanjsko skupino za 4 osebe, ki so prej živele v Hrastovcu.

Gibanje je bilo značilno za ustanavljanje nevladnih organizacij na področju duševnega zdravja

Leta 2001 se je dezinstitutionalizacija premaknila v javni sektor, osebje v instituciji je zavrglo uniforme, Hrastovec je začel sodelovati s Fakulteto za socialno delo, imajo vizijo da bi delali po socialnem modelu. Takrat se je iz Hrastovca preselila skoraj polovica uporabnikov.

Leta 2003 se je začel nov projekt individualnega financiranja »Individualiziranje financiranja storitev socialnega varstva« – načrt pilotskega projekta uvajanj neposrednega financiranja. Izvajalec projekta je bila Fakulteta za socialno delo v sodelovanju z Inštitutom Republike Slovenije za socialno varstvo, naročnik pa Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve. Ta projekt je bil pomemben premik iz institucije k uporabnikom.

Z neposrednim financiranjem dobijo sredstva neposredno uporabniki in ti z njimi razpolagajo tako, kot sami želijo. Uporabniki postanejo tisti, ki narekujejo, kako naj se storitve izvajajo, kdo in kdaj naj jih izvaja (Rafelič & Nagode, 2012, str. 47).

Cilj je bil, da uporabniki dobijo sredstva in z njimi razpolagajo tako kot si sami želijo. Uporabniki sami odločajo o sebi in svojem življenju. Flaker verjame, da neposredno financiranje prinaša več raznolikosti in dinamike na področje socialnega varstva ter omogoča spremembe odnosov med dobavitelji uslug, uporabniki in financerji (Flaker et al., 2006, str. 249).

Projekt se je izvajal od leta 2006 do leta 2009. Projekt je uporabnikom omogočal preselitev in osamosvojitve. Osebno poznam dve osebi, ki sta bili del tega projekta in pri delu z njima sem zasledila nekaj problemov. Sami naj bi zbirali račune za vse, kar so si privoščili oziroma kupili, račune bi potem predali pristojnemu centru za socialno delo. Prvi problem pri tem je bil, da so večinoma pozabili račune, drugi problem pa je bil ta, da na računu naj ne bi smelo biti cigaret in podobnih zadev. Problem je bil tudi to, da so po navadi občine imele zamudo do 2 meseca s poravnavo osebnih paketov, kar je pomenilo, da so si uporabniki morali sposoditi denar. Cilj je bil, da naj bi ljudi, ki so živeli v prehodni stanovanjski skupini na koncu preselili v skupnost, ampak do tega ni prišlo.

Leta 2008 je bil sprejet Zakon o duševnem zdravju.

Leta 2010 se je zgodilo gibanje IZ-HOD, kjer je šlo za skoraj 700 kilometrski pohod, temelječ na dezinstitutionalizaciji, solidarnosti, samo-organiziranosti in premiku v skupnost. Namen gibanja je bilo opozarjanje javnosti na obstoj ustanov za dolgotrajno zapiranje, spodbujanje ustanov k preobrazbi v človeku prijazne skupnostne službe, vabilo ljudem, ki živijo v ustanovah, da se gibanju pridružijo in preselijo v skupnost, raziskovanje razlogov, zakaj ustanove še vedno obstajajo, spodbujanje ljudi (tako strokovnjakov kot ostale družbe), da sprejmejo povratnike iz ustanov in da ljudi ne pošiljajo več vanje; podpreti tiste na oblasti, ki podpirajo dezinstitutionalizacijo in razvoj skupnostne oskrbe, in kritizirati tiste, ki to zavirajo, prispevati k temu, da se zakoni, ki urejajo pomoč ljudem, napišejo, uveljavijo ali spremenijo.

Leta 2013 je Državni zbor RS sprejel Resolucijo o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2013–2020. Za razvoj sistema socialnega varstva in opredeljuje osnovna izhodišča, cilje in strategije razvoja.

Leta 2014 je Slovenija tudi uradno napovedala dezinstitutionalizacijo z Mednarodnim posvetom *Dezinstitutionalizacija v Sloveniji*, ki se je zgodil na Brdu pri Kranju.

Leta 2015 je Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti naročilo Fakulteti za socialno delo študijo *Priprava izhodišč dezinstitutionalizacije v Sloveniji*

V priprava izhodišč dezinstitutionalizacije v Republiki Sloveniji avtorji navajajo, kako proces dezinstitutionalizacije v Sloveniji poteka že dugo in ima dobre in slabe rezultate. Z akcijami, ki so potekale, so uspeli narediti prvi korak ampak akcije niso bile izpeljane do konca. Z akcijami so pridobili veliko novih izkušenj, razvile so se stanovanjske skupine in dnevni centri.

V izhodiščih je tudi ocena stanja in trendi v Sloveniji na področju duševnega zdravja. Potrebe po formalni oskrbi naraščajo: v zadnjih treh letih se je število uporabnikov dolgotrajne oskrbe povečalo za 10%, to je okrog 1300 več uporabnikov na leto.

Trenutno je v Sloveniji 146 socialno varstvenih zavodov. Od tega je 37 varstveno delovnih centrov, 5 centrov za usposabljanje, delo in varstvo, 5 posebnih zavodov, 6 kombiniranih zavodov in 93 domov za stare. V vseh socialnih zavodih živi približno 24.303 ljudi (Flaker *et al.* 2015). Zavodi so naredili zunanje enote in tja preselili veliko ljudi, manj pa v samostojne oblike življenja.

Razlog zastoja dezinstitutionalizacije naj bi bil v omejitvah zakonodaje in nejasni politiki na področju dezinstitutionalizacije, seveda se navajajo tudi birokratske ovire. Navajajo tudi svoja prepričanja o nezmožnosti vseh ljudi, da bi živeli zunaj institucije ali pa to, da si ljudje tega sploh ne želijo, ker so le v instituciji varni.

Za institucionalno varstvo letno v Sloveniji namenijo 400.696.000 EUR. Če od tega odštejemo proporcionalni delež za ljudi, ki živijo v zunanjih bivalnih enotah, in druge izdatke zavodov za skupnostno oskrbo, je vsota še vedno 363.424.000 EUR, vsota porabljena za oskrbo zunaj institucij pa znaša 133.580.497 EUR. To je 229.843.503 EUR manj, oziroma 36,7 % porabe v zavodih, kar je približno razmerje 2 : 1 v korist institucij.

Na mesec se na uporabnika v institucionalnem varstvu porabi povprečno 1.423,52 EUR (v CUDV kar 2.410 EUR), relativno nizka pa je intenzivnost porabe sredstev v skupnostnem varstvu (319,20 EUR). Razmerje med mesečnimi stroški skupnostne oskrbe in institucionalnega varstva je kar 1 : 4 v korist slednjih. (Priprava izhodišč dezinstitutionalizacije v Republiki Sloveniji)

Tabela 1 - Primerjava financiranja različnih vrst oskrbe

	uporabnikov	VSOTA	/letno/ uporabnika	/mesec/ uporabnika	/dan/ uporabnika
CUDV	1430	41.044.294	28.702,00	2.391,85	78,64
POS	1518	29.388.000	19.359,68	1613,31	53,04
VDC 24	982	16.374.392	16.674,70	1389,56	45,68
DSO	11.527	180.070.000	15.621,58	1301,80	42,80
VDC	2068	28.889.792	13.969,92	1164,16	38,27
Družinski pomočniki	839	11.331.300	13.505,72	1125,48	37,00
Stanovanjska	287	2.866.310	9987,15	1071,12	35,21
VDC 8	1086,01	8.136.109	7491,74	624,31	20,53
Osebna asistenca in spremstvo	1089	3.281.012	3012,87	373,11	12,27
Dnevni center	2578	1.889.142	732,79	257,61	8,47
Oskrba na domu	6888	20.639.517	2996,45	249,70	8,21
Svetovalnica	1610	857.921	532,87	97,05	3,19
Mladi	11.950	1.550.927	129,78	63,07	2,07
Medgeneracijska središča	6829	519.806	76,12	32,28	1,06
Programi za stare	165.193	808.942	4,90	1,52	0,05

Na smeri duševno zdravje smo veliko govorili o financiranju različnih vrst oskrbe in smo med drugim debatirali tudi o tem, kako je poraba sredstev v skupnostnem varstvu bistveno manjša kot v primeru institucionalnega varstva. Ljudje so zelo skeptični, ko dobijo to informacijo in ne verjamejo, da je to točno. V Sloveniji se proces premika k oskrbi v skupnosti dogaja počasi. Znanje in izkušnje strokovnjakov in študentov ne manjka. Ni pa dovolj samo to, potrebna je velika pomoč na državni ravni, spremembe v sistemu, v zakonodaji, kateri bodo tudi podpirali idejo oskrbe v skupnosti.

1.9 PROCES DEZINSTITUCIONALIZACIJE NA HRVAŠKEM

Proces dezinstitutionalizacije zavodov na Hrvaškem se je začel leta 1997 na iniciativo »Centra za rehabilitacijo Zagreb« in »Udruge za promicanje inkluzije«, ki ima do danes v organiziranem stanovanju 244 uporabnikov v 8 mestih.

V planu dezinstitutionalizacije in transformacije domov socialnega varstva in drugih pravnih oseb iz leta 2010 Ministrstvo zdravstva in socialne skrbi navaja, da je na Hrvaškem 114 vladinih in nevladnih domov. Uporabnikov je 12.813 (približno četrtnina otrok), od tega 8545

uporabnikov živi v institucijah. Cilj načrta je zmanjšati število institucij in zvišati število izhodov uporabnikov iz institucije v skupnost.

V prvi fazi (2008–2009) so bile aktivnosti usmerjene na oceno individualnih potreb uporabnika institucije (Ministrstvo zdravstva in socialne skrbi).

Premik v smeri dezinstitutionalizacije je opaziti tudi v tem, da je Hrvaška sprejela Konvencijo o človekovih pravicah, Smernice Evropske unije za prehod iz institucionalne oskrbe v skupnostno oskrbo ter številne druge dokumente, ki varujejo in spodbujajo pravice ljudi s težavami v duševnem zdravju.

Cilji, omenjeni v planu Ministrstva, so:

- do leta 2016 preseliti 80% otrok in mladostnikov v skupnost;
- do leta 2016 zmanjšati skupno število otrok s posebnimi potrebami v stalno ali tedensko namestitev za 40%;
- do leta 2016 dezinstitutionalizirati 40% otrok in mladostnikov z vedenjskimi težavami;
- do leta 2016 zmanjšati število odraslih ljudi z invalidnostjo, ki živijo stalno ali tedensko v domu na 30%;
- do leta 2018 zmanjšati število uporabnikov s težavami v duševnem zdravju, ki živijo v institucijah za 20%.

Razvoj neinstitutionalne oblike nastanitve in neinstitutionalnih storitev v sorazmerju z zmanjšanjem skupnega števila upravičencev v stalnih ali tedenskih nastanitvah.

Po analizi posameznega Operativnega načrta je Ministrstvo za socialno politiko in mladino začelo delati na Operativnem načrtu za dezinstitutionalizacijo in na preoblikovanju socialnovarstvenih zavodov in drugih pravnih oseb, ki zagotavljajo socialno varnost v Republiki Hrvaški

Proces dezinstitutionalizacije in transformacije domov je razdeljen na 3 dele:

- Proces dezinstitutionalizacije;
- Proces preoblikovanja;
- Proces preprečevanja institucionalizacije in razvoj storitev, ki temeljijo na skupnosti in podpornih storitev s skupnosti.

Najpomembnejša aktivnost operativnega načrta je ustanoviti tim ljudi za planiranje, upravljanje in koordiniranje procesov. Obsegalo naj bi 32 zavodov, predstavniki zavoda bodo do izvajanja projekta pripravljeni in primerno izobraženi, da se lahko vključijo v proces transformacije in dezinstitutionalizacije.

Leta 2013 se je pričel izvajati projekt transformacije in dezinstitutionalizacije »Centra za rehabilitacijo Stančić in Centra za rehabilitacijo Zagreb«. Od začetka projekta 13.6.2013 do 18.6.2014 se je iz zavoda preselilo 40 ljudi z intelektualnim težavami, od tega je bilo 12 uporabnikov vključenih v organizirano stanovanje.

Iz centra za rehabilitacijo Zagreb se je preselilo 44 ljudi z intelektualnimi težavami, od tega 5 otrok.

V februarju 2014 je Center za rehabilitacijo Ozalj začel izvajati projekt »Življenje v skupnosti«, v okviru katerega so se preoblikovali v Center za opravljanje skupnostnih služb na področju Karlovske županije. Dezinstitutionaliziralo se je 66 uporabnikov, od katerih je 42 uporabnikov vključenih v program organiziranega stanovanja Centra za rehabilitacijo Ozalj, medtem ko se je 24 uporabnikov vključilo v organizirano stanovanje v skupnosti.

V začetku izvajanja omenjenega projekta se je dezinstitutionaliziralo skupaj 66 uporabnikov, od katerih je 42 uporabnikov vključenih v program organiziranih stanovanj Centra za rehabilitacijo Ozalj, medtem ko je 24 uporabnikov znotraj procesa reorganizacije, vključenih v organizirana stanovanja v lokalni skupnosti. Od skupno 30 uporabnikov, ki so v procesu reorganizacije zaživel v skupnosti, je 22 uporabnikov vključenih v Društvo, ki spodbuja vključevanje v organizirana stanovanja ljudi s težavami v duševnem razvoju. 3 uporabniki so vključeni v stanovanjska združenja za invalide »Ludbreško sonce«, od tega je en uporabnik, ki sodeluje v organiziranem stanovanjskem združenju ljudi s težavami v duševnem razvoju »Golubica« Vukovar.

20. oktobra 2015 je Ministrica za socialno politiko in mlade Milanka Opačić uradno zaprla Center za rehabilitacijo Ozalj kot primer uspešnega izvajanja procesa dezinstitutionalizacije. Finančna sredstva za zaprtje in dosedanje vzdrževanje centra bodo preusmerjena na organizirana stanovanja in razvoj drugih storitev in programov v skupnosti v skladu z Operativnim načrtom za dezinstitutionalizacije in preoblikovanja domov socialnovarstvenih in drugih pravnih oseb, ki zagotavljajo socialno varnost v Republiki Hrvaški. Primer dobre

prakse je tudi Dom za psihično bolne odrasle osebe Osijek, velika večina uporabnikov je preseljenih in vključenih v organizirana stanovanja v skupnosti. Zaradi uspešnega procesa dezinstitutionalizacije so 3. decembra 2014 zaprli stavbo dislocirane enote v Čepinu.

1.9.1 PRIČAKOVANI REZULTATI DEZINSTITUCIONALIZACIJE NA HRVAŠKEM

Cilj dezinstitutionalizacije na Hrvaškem je zmanjšati število ljudi v institucijah in povečati izhod iz instituciji v skupnost, v nove oblike skrbi.

- *Zavodi se spremenijo in omogočajo usluge v skupnosti, krajevno glede na potrebe uporabnikov;*
- *Zavodi se spreminjajo in so popolnoma usklajeni s strategijo izboljšanja socialnega varstva, poudarek je na vključenosti strokovnih služb v skupnosti;*
- *Ta sprememba naj bi bila velik korak k približanju standardom dobre prakse dajanja storitev podpore v EU;*
- *Uporabniki imajo pravico živeti v skupnosti in so vključeni v aktivnosti lokalne skupnosti;*
- *Izboljšana subjektivna in objektivna kakovost življenj uporabnikov glede na njihove potrebe;*
- *Izboljšana kvaliteta življenja uporabnikov zavodov za dolgotrajno in intenzivno oskrbo;*
- *Osebe – zaposleni so usposobljeni in izobraženi za delo, izboljšani so tudi pogoji pri delu;*
- *Življenje in sodelovanje uporabnikov v aktivnosti skupnosti prispeva k razvoju lokalne skupnosti iz več vidikov;*
- *Razvoj tolerantnosti in sožitje vseh državljanov skupnosti;*
- *Razvoj gospodarstva;*
- *Prilagodljiv model, ki lahko zadovolji potrebe novih uporabnikov in njihove družine, ki živijo v lokalni skupnosti;*
- *Zagotovljeno je stalno spreminjanje in izboljšanje standardov kakovosti za ponudnike uslug podpore v skupnosti;*
- *Metodologija procesa transformacije in dezinstitutionalizacije se bo ponovila v vseh zavodih v RH, prilagojeni bodo potrebam uporabnika z namenom izboljšanja procesa*

(MSPM RH, 2016).

V procesu dezinstitutionalizacije se lahko pojavi tudi nekaj tveganj, kot je odpor zaposlenih. V takem primeru je najboljšje, da se zaposlene dodatno izobrazijo in motivirajo na nove, boljše pogoje dela – manj uporabnikov na eno osebo in podobno. Lahko se pojavi odpor uporabnikov. Veliko uporabnikov je več kot 30 let zaprtih tako, da je pri odporu velikokrat prisoten strah, hkrati pa so uporabniki tudi navajeni, da nekdo vedno skrbi za njih, da imajo skuhano, čisto, da se ne tuširajo sami, verjetno so pozabili tudi, kako je živeti v skupnosti. Najboljše jim je pokazati, da imajo izbiro. Odpor kažejo tudi družine, skrbniki. Velikokrat so družine tiste, ki zaprejo osebo v zavod in jih je potem strah, da bodo sami mogli skrbeti za ljudi, in tega ne zmorejo. Takrat je te osebe potrebno senzibilizirati in omogočiti sodelovanje v meri, ki si jo oni želijo.

Na začetku branja literature se mi je zdelo, da Hrvaška še vedno ni pripravljena za dezinstitutionalizacijo, ampak sem zelo vesela da ni tako in da, čeprav počasi, vseeno napreduje do uresničevanja ciljev.

2. PREGLED KLJUČNIH TEORETIČNIH KONCEPTOV

2.1 DISKRIMINACIJA

Diskriminacija je pojem, ki se pogosto napačno uporablja za označevanje vsakršnega kršenja pravic. Vendar je diskriminacija kršenje točno določene pravice, to je pravice do enakega obravnavanja na vseh področjih, kot so zaposlovanje, izobraževanje, dostop do dobrin in podobno. Če sta dve osebi v trgovini postreženi na različen način samo zaradi tega, ker ena od njiju nosi naglavno ruto, potem je to diskriminacija. Res pa je, da je kršitev enakega obravnavanja ali diskriminacija pogosto prepletena tudi s kršitvami drugih pravic.²

Diskriminacija pomeni neenako obravnavanje posameznika ali skupne v primerjavi z drugimi osebami ali skupinami na podlagi spola, rase, nacionalnosti, spolne usmerjenosti, etična pripadnost, starosti, jezika... Izključuje in omejuje posameznika ali skupino pri dosegu enakih možnosti. Diskriminatorna obravnavanja so protizakonita.

Diskriminacija se lahko kaže kot odkrit protest proti duševnim bolnikom, pogosteje pa kot izogibanje in vzpostavljanje socialne distance, duševne bolezni in stigma (Švab 2009 : 12).

Posmehovanje ljudem s težavami v duševnem zdravju ni več družbeno sprejemljivo, ne samo do njih, temveč tudi do drugih marginaliziranih skupin.

Distanca ljudi z duševnimi boleznimi povečuje njihovo invalidnost in poslabšuje potek bolezni (Švab 2009).

Prav iz teh razlogov se ljudje s težavami v duševnem zdravju velikokrat zaprejo vase, ne želijo ven iz hiše, ne želijo se pogovarjati o tem, kot da bi se sramovali samega sebe in tega kaj si drugi ljudje mislijo o njih.

Razlogov za diskriminacijo je veliko, najpogostejši pa so stereotipi in predsodki, strah pred nečim, kar je neznano, pomanjkanje informacij in podobno.

2.1.1 OBLIKE DISKRIMINACIJE

- *Posredna* – »nevtralne« določbe, merila ali ravnanja enakih ali podobnih situacijah osebo ali skupino na podlagi osebnih okoliščin postavljajo v manj ugodni položaj kot

² http://www2.mirovni-institut.si/slo_html/publikacije/Prirocnik_o_diskriminaciji 2.6.2016

druge osebe/skupine. Primer: Oglas za zaposlitev, čiščenje pisarniških prostorov 3 x tedensko, kjer je en od pogojev poznavanje dela na računalniku. V tem primeru je posredno diskriminatorno, če pri čiščenju pisarniških prostorov ni potrebno znanje dela na računalniku. Ljudje so zaradi tega pogoja v neenakovrednem položaju.

- *Neposredna* – oseba je zaradi določene osebne okoliščine v enakih ali podobnih situacijah brez upravičenega razloga obravnavana manj ugodno kot druga oseba. Primer: Fant, učenec srednje šole je zaradi osebnih okoliščin parkrat bil hospitaliziran na psihiatriji, hodi redno v šolo kot ostali. Starši ostalih otrok ne želijo, da bi on šel na maturantski izlet z njihovimi otoki. "Če gre on, bodo naši otroci ostali doma". V tem primeru fant je bil neposredno in direktno diskriminiran.
- *Institucionalna* – izhaja iz sistemske ureditve, zakonskih predpisov, politik ali praks državnega organa ter institucij, zato praviloma prizadene večje število ljudi ali celo vse pripadnike neke skupine. Primer: javno stranišče, ki nima dostopa za gibalno ovirane ljudi, stopnice brez dvigala.
- *Nadlegovanje* – ustvarja sovražno, ponižujoče, sramotilno ali žaljivo okolje za osebo ter žali njeno dostojanstvo, odločilni so zgolj učinki in posledice ravnanja, ki ga žrtev označi kot nezaželenega ne glede na mnenje drugih. Primer: uporabnik z intelektualnimi težavami v trgovini kupuje cigarete, na blagajni prodajalka pravi, da nima dovolj denarja, čeprav ima in mu ne želi prodati cigaret, se mu posmehuje skupaj z drugimi osebami, ki čakajo na blagajni.
- *Viktimizacija* – diskriminirana oseba je izpostavljena neugodnim posledicami zaradi svojega ukrepanja v zvezi s kršitvijo prepovedi diskriminacije. Primer: osebo, zaprto v instituciji, medicinsko osebje zlorablja.
- *Etnično profiliranje* – nedopustno ravnanje, ki izhaja iz klasificiranja posameznikov v skupini glede na raso ali etnično pripadnost, vero ali nacionalni izvor. Primer: policija na ulici ustavi črnca in preverja njegovo identiteto. Ni bilo razloga zato, samo to, da je njegova koža drugačne barve. Policija ne navaja razlog svojega obnašanja
- *Sovražni govor* – ustno ali pisno izražanje diskriminatornih stališč. Z njim širimo in spodbujamo, promoviramo ali opravičujemo rasno sovraštvo, ksenofobijo, homofobijo in druge oblike sovraštva, ki temeljijo na nestrpnosti. Primer: stanovalec zasledi, da se bo v njegovi stavbi odprla stanovanjska skupina za ljudi s težavami v duševnem zdravju. Ker on tega ne želi, pisno, z nasilnim govorom obvesti ostale stanovalce, kako ne smejo

dovoliti, podpisati, da se "nori", "nasilni" ljudje preselijo v njihovo mirno sosesko (Oblike diskriminacije, 2016).

Na podlagi navedenih primerov lahko vidimo, da diskriminacija lahko dobi grozljive razsežnosti, ki bi jih družba morala odpravljati že v kali, se pravi še preden do njih sploh pride.

2.2 STEREOTIPI

Stereotip pomeni kolektivno strinjanje, ki pomaga, da se ljudje orientirajo glede pričakovanj in vtisov. So dinamične tvorbe, odvisne od socialnega presojanja in sklepanja (Švab, 2009, str. 9).

Stereotip pomeni posploševanje velikokrat nepreverjenih in površnih sodb o skupini ali skupnosti, so vse življenjsko, že od majhnega prisotni pri ljudeh.

Obstaja več vrst stereotipov, na podlagi spola, zgodovinski stereotipi, etnični, socialni stereotipi...

Stereotipi so lahko negativni kot pozitivni, problem nastane, ko dovolimo, da negativen stereotip preraste v predsodek, ker potem z lastnim prepričanjem lahko škodujemo osebi ali družbi.

Stereotipno mnenje je, da naj bi ljudje s težavami v duševnem zdravju bili nevarni, nepredvidljivi, nesposobni in hudo vedenjsko moteni, da niso sposobni samostojno živeti. Velikokrat ljudi menijo tudi to, da človek s težavami v duševnem zdravju ne more več biti aktiven na nobenem od področji lastnega življenja, človek naj bi postal pasiven.

Ljudje se ne strinjajo vedno s stereotipi. Če verjamete negativnim stereotipom, oblikujete predsodke, ki generirajo negativne čustvene odzive (ibid.: 10).

Stereotip je pričakovano obnašanje določenih skupin ali ljudi v družbi v skladu z leti, spolom, stroko.

2.3 STIGMA

Beseda »stigma« označuje značilnosti, ki močno razvrednotijo človeka. Običajni odnos »normalnih« ljudi do oseb s stigmo je po Goffmanovem (1961) mnenju, da take osebe niso čisto pravi ljudje. »Bivši uporabnik psihiatrije« je verjetno (morda z izjemo AIDS-a) največja stigma, ki jo lahko imamo. Celo raziskave so pokazale, da bi večina ljudi raje imela za soseda

ali zakonskega partnerja kriminalca ali morilca kot pa bivšega uporabnika psihiatrije (Lamovec, 2006, str. 36).

Stigma je označevanje ljudi kot drugačne in manjvredne spoštovanja kot so drugi (Švab, 2009, str. 9).

Pred nami je navzoč nek neznanec in njegov prvi vtis na nas nam omogoča, da predvidimo njegovo »socialno identiteto«. Pravzaprav se sploh ne zavedamo, da smo postavili neke »zahteve«, niti kaj so, dokler se ne vprašamo o tem, ali bodo izpolnjene ali ne. V času, ko stoji pred nami, se lahko izkaže, da ima lastnost, po kateri se razlikuje od drugih v kategoriji oseb, v katero bi se lahko uvrstil in to ga spremeni v nekoga manj zaželenega, v skrajnem primeru v povsem nevarno ali šibko osebo. Tako je v naših mislih reduciran na pomanjkljivo in nepopolno osebo, medtem ko je bil še nekaj sekund prej »popoln« in običajen. Tako lastnost torej imenujemo stigma, sploh kadar je njen diskreditirajoč učinek zelo širok; včasih se ji reče tudi hiba, prizadetost ali pomanjkljivost (Goffman, 2008).

Pojem stigma se torej uporablja za lastnost, ki je hudo diskreditirajoča, toda zavedati se moramo, da se je na tem mestu treba zateči k jeziku razmerij. Lastnost, ki lahko stigmatizira en tip nosilcev, lahko potrjuje običajnost drugega in zatorej sama po sebi ni niti hvalevredna niti sramotna. Stigma je torej posebna vrsta razmerja med lastnostjo in stereotipom, vendar se Goffman tu na nek način ustavi in meni, da se ni »pametno« k temu vračati, saj obstajajo lastnosti, ki so skoraj povsod v naši družbi diskreditirajoče (ibid.).

Pri stigmi je tudi družbeni nadzor „normalnosti“. Stigmatiziran si takoj, če si označen kot drugačen. Ta drugačnost je lahko tako telesna kot tudi skupinska. Lastnost, ki v času, v kakršnem živimo, ni družbeno prilagojena, nima vrednosti oziroma je mogoče sramotna, manjvredna. Je takšna, da se je lastnik mora zaradi tega, ker je stigmatirajoč sramovati in dobi željo, da te lastnosti ne bi imel. Spet pa po drugi strani obstaja tudi stigma do npr. človeka, ki se rodi brez nog, ali se rodi brez vida, in je tudi v tem primeru stigmatiziran. Vendar je po drugi strani družbeno mnenje, da si ta oseba ni sama kriva, da se je taka rodila. Medtem pa je stigma „duševnega bolnika“ zelo močna, oseba je v očeh drugih, družbe „obsojajoča“, „manjvredna“ „nečloveška“. Morda pride do tega zato, ker je pri posamezniku, ki je brez nog, to tudi vidno. Pri "duševnih bolnikih" pa njihova bolezen nima eksplicitno vidnih posledic na telo, in bi po mnenju drugih tak človek moral biti normalen.

Goffman v grobem navaja tri vrste stigme. Prva je telesna odbojnost, oz. fizična iznakaženost. Tu so v ospredju ljudi, ki se rodijo brez nog ali podobno.

Pri drugi gre za značajske slabosti, katerih posledice so »duševna bolezen«, zaporne kazni, odvisnosti, homoseksualna spolna usmeritev, brezposelnost, radikalno vedenje, poskus samomora.

Tretja pa so skupinske stigme rase, narodnosti in veroizpovedi, ki se lahko prenašajo iz roda v rod in prizadenejo vse člane družine (Goffman, 2008).

Pri vseh treh vrstah stigme pa je mogoče najti iste sociološke značilnosti: lastnik lastnosti, torej posameznik, ki bi bil sicer v običajnih odnosih lahko sprejet, zaradi te lastnosti priteguje pozornost in odvrča od njega vse, poleg tega pa še razveljavlja vtis, ki ga imajo na nas njegove druge lastnosti. Posameznik je nosilec stigme, »duševna bolezen« je posledica »značajske lastnosti« (glede vrste stigme) in seveda ena izmed zelo močnih in širokih stigem, pravzaprav »dosmrtna stigma«, za posameznika. Medtem, ko so nekateri ljudje stigmatizirani že od rojstva (npr. rodi se brez roke, noge... rodi se kot Rom), psihiatrični uporabnik postane stigmatiziran kasneje v življenju.

Goffman v Stigmi omenja tudi dvojno perspektivo, ki jo v sebi skriva sama stigma: stigma je lahko navzven vidna, takoj opazna oz. že znana in v tem položaju je oseba že *a priori* diskreditirana, na drugi strani pa so ljudje s stigmo, katere je mogoče diskreditirati in njena stigma ni navzven vidna, takoj opazna. Zaželene drugačnosti, ki odstopa od naših pričakovanj (*ibid.*).

Sprašujem se, kako je s stigmo pri »duševnem bolniku«? Pravzaprav je lahko ta neopazna in jasno očitna. Npr. mnogokrat se ti »zazdi« po tistem prvem vtisu, ko nekoga pogledaš, »da z njim ni vse OK in da je malo čuden«, potem še izveš, da je na »pomirjevalih« in to je to! Takrat dobi nalepko, takrat ljudje vidijo stvari, ki jih prej niso opazili.... Včasih za določeno osebo ne bi nikoli verjeli, da je bila na psihiatriji in da ima težave v duševnem zdravju, če ti ne bi tega povedala sama. To osebo je mogoče diskreditirati šele »naknadno«. Je pa res, in tako pravi tudi Goffman, da ima verjetno vsak posameznik izkušnje z obema položajema – apriorno »diskreditacijo« in tisto »naknadno«. V obeh primerih pa »že v osnovi« ne verjamemo, da je oseba s stigmo čisto pravi človek. Ker neprestano izhajamo iz te predpostavke, jo na različne načine diskriminiramo in razvrednotimo, s čimer učinkovito zmanjšujemo njene življenjske

možnosti, čeprav se tega pogosto niti ne zavedamo in to delamo nenamerno (*ibid.*). Ustvarjamo teorijo stigme, ideologijo, s katero pojasnjujemo njeno manjvrednost in dokazujemo, da je takšna oseba nevarna. Včasih s tem utemeljujemo svojo nenaklonjenost, ki izvira iz drugih razlik, takšnih kot, na primer, družbeni razred. V vsakdanjem govoru uporabljamo specifične stigmatizirajoče izraze, kakršni so kripelj, pankrt, bebec, kot vir metafor in podob, ne da bi sploh pomislili na njihov prvotni pomen. Nagnjeni smo k temu, da posamezniku, ki ima neko hibo, pripisujemo še druge napake, včasih pa tudi kakšne privlačne, vendar nezaželene lastnosti, pogosto nezdravega značaja, na primer »šesti čut« ali nadnaravno sposobnost razumevanja (*ibid.*: 14).

Najhuje pa je to, da ima na splošno stigmatizirana oseba enaka prepričanja o svoji identiteti, kot »mi normalni«. Globoko v sebi sicer »čuti«, da je »normalen« človek kot vsi drugi, torej nekdo, ki si zasluži spoštovanje in zmožnosti za svojo priložnost. Vendar lahko zazna, da ga drugi ljudje, ne glede na to, kaj trdijo, ne »sprejemajo« čisto zares, in niso pripravljeni z njim vzdrževati enakopravnih stikov. Poleg tega mu norme, ki jih je prevzel od širše družbe, omogočajo, da se v sebi zaveda tega, v čemer drugi vidijo njegovo pomanjkljivost, zaradi česar se, četudi samo na trenutke, strinja, da v resnici ni sposoben doseči tega, kar se od njega pričakuje. V tej situaciji se kot osrednja možnost pojavlja sram, ki ga poraja dejstvo, da posameznik eno od svojih lastnosti zaznava kot sramotno in si samega sebe zlahka predstavlja brez nje (*ibid.*: 15–16).

Psihiatrični uporabnik postane stigmatiziran pozneje v življenju. Zdaj ve, da je iz zornega kota »normalnih« razvrednoten. V naslednji fazi se mora naučiti, kako se odzivati na vedenje ljudi, v očeh katerih je razvrednoten. Še poznejša faza vključuje učenje, kako se delati »normalnega«. Da bi se znebil stigme in obveljal za »normalnega«, se lahko preseli daleč stran in zabriše za seboj vse sledi. Druga strategija je, da prikažejo svojo stigmo tako, kakor da pripada kakšni drugi, manj zaznamovani skupini, in se predstavi npr. kot alkoholik ali džanki. Po tretji strategiji lahko razdeli svet na dva dela – na manjšo skupino, ki ji pove vse, in na večjo, ki ji ne pove ničesar (Lamovec, 2006, str. 37).

Posameznik je v neprestanih dvomih, kako torej »ravnati« z lastno stigmo. *Občutki sramu, povezani s stigmo, lahko postanejo osrednja točka našega življenja, okoli katere se vrta naša dejavnost ali nedejavnost. Zadnje, kar nam omogoči, da opustimo vse ostale strategije, je, da namerno razkrijemo, kako je z nami, in s tem temeljno spremenimo svoj položaj. Ni se*

nam treba več ozirati na igre drugih, saj ponudimo svojo. Tako lahko v ustreznem trenutku pripomnimo: »Ko sem bil v duševni bolnišnici...« Ta faza je najbolj zrela, vendar je mnogi ne dosežejo. Zahteva najmanj psihološkega napora, vendar pa moramo najprej skozi vse prejšnje faze; vsaj tako pravi Goffman (Lamovec, 2006, str. 37–38).

Stigma ljudi z dolgotrajnimi duševnimi stiskami je še posebej izrazita. Človek s psihiatrično izkušnjo utrpi največji možen upad socialnega ugleda v širokem obsegu socialnih vlog.

2.4 STRAH PRED LJUDMI Z NALEPKAMI

Duševni »bolnik« se velikokrat srečuje z ljudmi, ki se ga bojijo. Ljudje predvsem izražajo strah pred okužbami pa tudi nasiljem. Velikokrat še danes opažam, da se ljudje izogibajo ljudem s težavami v duševnem zdravju, seveda pa tudi mediji ne pomagajo, da se takšna stigma zmanjšuje. Velikokrat, ko se zgodi kaj slabega, pripisujejo storilcem diagnoze s področja duševnega zdravja in velikokrat to služi kot opravičilo, zakaj se je dogodek pripetil. Ker očitno to nekdo, ki je družbeno »normalen«, nikoli ne bi naredil. Razlog za strah ljudi pa tiči tudi v tem, da izvira iz stereotipa ljudi o osebah s težavami v duševnem zdravju. Seveda so duševni "bolniki" tudi lahko nevarni, ampak v izjemnih primerih, ne vsak in ne vsakdan. Kdo pa pravi da jaz nisem nevarna, mogoče sem nevarna na kolesu, mogoče nisem nasilna, ampak mogoče nisem predvidna v prometu in sem v tem primeru nevarna tako zase kot za druge.

V ZDA so naredili serijo raziskav, ki so dokazovale nevarnost psihiatričnih bolnikov. Te raziskave so metodološko sporne in sporno interpretirajo podatke, zato je njihova sporočilna vrednost ovržena z izjavo, ki pravi, da je duševna bolezen le šibko povezana z nasilnim vedenjem.

Da se zaradi poudarjanja te povezave v javnosti zelo diskriminira psihiatrične bolnike in njihove družine.

Da je potrebno duševnim bolnikom zagotoviti dostop do kakovostnega zdravljenja pravočasno (Švab, 2009, str. 12).

Strah pred duševnimi bolniki izvira predvsem iz stereotipov o njihovi nevarnosti in nepredvidljivosti (ibid.: 11).

Študije kažejo, da je 10% nasilnih moških in bistveno manjši odstotek žensk. Tudi tisti procent ni vedno nasilen do drugih, temveč v različnih dogodkih v življenju, ali pod vplivom psihoaktivnih substanc – alkohol, ali mogoče v času nekakšne krize (Švab, 2009).

Švab tudi omenja, kako nekatere ameriške raziskave kažejo, da 75% ljudi misli, da so ljudi s težavami v duševnem zdravju nevarne, in tudi, da se je to število v zadnjih 40 letih podvojilo. Njihovo mnenje lahko razumemo predvsem v povezavi s predsodki do dezinstitutionalizacije. Ljudje še vedno verjamejo v to, da če se ljudi s težavami v duševnem zdravju preseli v skupnost in da so prepuščeni sami sebi, to potem pripelje do tega, da so nasilni, ker nimajo »paznika«, ki bi jih varoval 24 ur na dan. Tako razmišljanje je zelo neustrezno in napačno, saj dosedanje izkušnje tega niso pokazale. Prav tako je nasilnost spet ena od nalepk, s katerimi se razlaga drugačnost ljudi.

3. SKUPINE ZA SAMOPOMOČ

Samopomoč je odraz dveh sodobnih trendov: dvomov v vrednost in nezmotljivost strokovnjakov in pa podarjenega pomena samo determinacije in avtonomije (Kewer & Šabec, 1996, str. 3).

Že sama beseda omenja skupino, torej gre za skupino, oziroma več oseb, ki so se dobili z namenom, da si izmenjajo izkušnje in skupaj rešijo stisko, v kateri so se znašli. Osebe, ki prihajajo na skupino, doživljajo podobno stisko, se ukvarjajo s podobno tematiko. Za skupino so zelo pomembne osebne izkušnje pa tudi izmenjava istih in podobnih izkušenj ter načinov ravnanj, pomembno pa je tudi to, da člani dobijo čustveno oporo.

Skupine delujejo kot preventiva osebam v času krize, da bi se preprečila hospitalizacija.

V skupini ni važna izobrazba, spol, spolna usmerjenost, rasa... Pomembno je deljenje izkušenj in neformalna pomoč posameznikov, ki so vključeni v skupino za samopomoč.

V svojih intervjujih sem zasledila, da ljudje prihajajo na skupino za samopomoč iz več razlogov: večina dobi pozitivne izkušnje kot npr. to da niso sami, dobijo ideje, kako živeti naprej po nekaterih dogodkih, ki so se jim pripetili, prihajajo po nasvete in pomoč. Vsak ima svoj individualni razlog, ampak vsi so pa tam zaradi dobrega občutka. Člani skupino vidijo kot učinkovito podporo, predvsem alternativno zvrst podpore.

Skupine za samopomoč delujejo na veliko področjih, tako na področju odvisnosti od psihoaktivnih substanc, iger na srečo, kot tudi na področju pomoči žrtvam nasilja, področju duševnega zdravja, so pa tudi skupine samopomoči za svojece.

Skupine za samopomoč imajo tudi zagovorniško vlogo.

Vsi smo se vsaj enkrat znašli v situaciji, ko nismo videli izhoda, ko smo bili mnenja da smo sami in nismo vedeli kako naprej. Skupine so prav zaradi tega narejene da pomagajo vsakem.

V skupini se velikokrat poudarja in osredotoča na osebno prevzemanje odgovornosti.

Samopomoč je osebno reševanje lastne stiske in pomoč znotraj skupine pa tudi skupnosti. Skupine so usmerjene v zagotavljanje dobrobiti za posameznika, posameznik je največji strokovnjak za lastne stiske. Člani skupine imajo podobne stigmatizirajoče izkušnje in so si med sabo enakovredni. Skupine so samoorganizirane.

3.1 ZGODOVINA SKUPIN ZA SAMOPOMOČ

Skupine za samopomoč so predmet raziskovanja številnih avtorjev.

Solomon ugotavlja, da je njihova prednost ta, da hkrati omogočajo tako vzajemno kot vrstniško podporo (Solomon, 2004).

Orford poudarja pomen čustvene opore in občutkov članov skupine, da imajo skupen problem, zelo pomembna pa je tudi navzočnost vzornikov, to je tistih oseb, ki so imele enak problem, a so ga uspešno rešile (Orford, 1992).

Katz in Bender pravita, da so to prostovoljne majhne strukture, namenjene medsebojni pomoči in uresničevanju specifičnih skupnih namenov (Katz & Bender, 1976).

Razmah skupin za samopomoč je bil v svetu največji v 70. letih prejšnjega stoletja, njihove predhodnice najdemo že v prvi polovici prejšnjega stoletja (Herriger, 2002).

V priročniku „Kako začeti“ sta omenjeni dve uporabniški akciji v 19. st. Dorothy Dix v ZDA in Družba prijateljev domnevnih norcev (The alleged lunatics friend society) v Angliji.

V ZDA skupine za samopomoč obstajajo od sredine 60-ih let na Nizozemskem in v Skandinaviji od 70-ih let, kar kaže na vpliv protestantizma na razvoj skupin za samopomoč.

Razvitost stopnje skupin za samopomoč se seveda razlikuje od države do države.

Skupine za samopomoč so v Sloveniji nastale nekaj let pozneje, in sicer začetki segajo v sredino 80-ih let, večje število samopomčnih skupin pa je nastalo v 90-ih letih.

Izvajajo jih uporabniške-nevladne organizacije in druge nevladne organizacije. V okviru nekaterih nevladnih organizacij so del programa dnevnega centra in so takrat večkrat obvezne. Mnogokrat bivanje v stanovanjski skupini pogojujejo prav s tem, da vsaj 2–3 krat tedensko ljudje obiskujejo programe dnevnega centra, čeprav jih tematika ne zanima in ne želijo hoditi, obiski se preverjajo.

3.2 UPORABNIKI SKUPIN ZA SAMOPOMOČ

Uporabniki skupin za samopomoč so ljudje, ki velikokrat ne vedo, kako povedati, kaj želijo. So posamezniki, ki potrebujejo direktno pomoč, ali družine, ki ne vedo, kako se vključiti in

pomagati osebi, ki jo imajo radi. Namenjene so druženju in medsebojni pomoči. Udeležba je prostovoljna.

Uporabniki ne želijo nič revolucionarnega, le več izbire in da se jih sliši, da se jim pomaga in da tudi za vnaprej pridobijo ideje in izkušnje.

Namen je zbrati ljudi, da bi spremenili sebe, svoje morebitne predsodke in stališča, kakor tudi družbena stališča ter pomoč pri dobri praksi naprej.

Skupine naj bi bile pod nadzorom uporabnikov in ne tistih, pri katerih uporabniki iščejo pomoč.

Kot je omenjeno v priročniku „*Kako začeti*“, uporabniki želijo več vpliva v svojem življenju. To, da lahko izbirajo, da imajo pravico do izbire, da se lahko zdravijo na več alternativnih načinov, ne le z zdravili in psihiatrijo. Da uporabniki dobijo informacije o svojih pravicah. Da se spoznajo z zagovorništvom, zagovorniki ter da dobijo priložnost konzultirati se o načinu skrbi in obravnavi z delavci službe na področju duševnega zdravja (Kewer & Šabec, 1996).

Uporabniška akcija je oblika samopomoči (ibid.).

Eden od najtežjih in stalnih problemov, s katerimi se srečuje skupina, je, kako doseči spremembe v družbi in v službah duševnega zdravja ob hkratnem nudenju opore članov, ki se otepajo s težavami v osebni življenju (ibid.: 10).

Uporabniki si želijo le možnost izbire in imeti občutek pripadnosti.

3.3 USTANOVITEV SKUPINE ZA SAMOPOMOČ

Za ustanovitev je pomembno imeti zainteresirane uporabnike. Če je to področje duševnega zdravja in uporabnikov ne poznamo osebno, jih lahko poiščemo v njihovih stanovanjskih skupinah, na psihiatriji, vprašamo za pomoč center za socialno delo. Uporabnike lahko pridobimo tudi tako, da razdelimo letake z opisom, ki jih razdelimo na določenih mestih, nalepimo plakate in podobno, čeprav je osebni stik, osebno poznavanje boljše, je pa res da uporabniki najboljše izvejo od drugih uporabnikov in morda po njihovi izkušnji, ki so jim jo opisali, pridejo na skupino. Velikokrat se zna zgoditi, da se uporabnikom upira priti na skupino, če informacije dobijo direktno od delavcev na področju duševnega zdravja. Koordinator skupine za samopomoč velikokrat pride do spoznanja, da uporabniki menijo, da se v njihovem

življenju nič ne bo spremenilo na boljše in se jim zdi izguba časa hoditi na skupine za samopomoč.

Skupine delujejo na temelju medsebojne podpore, tako da razvijajo samozavest in iščejo spretnosti, za katere mogoče člani sploh niso vedeli, da jih imajo. S skupinsko pomočjo lahko uporabnik doseže nekaj, za kar ne bi samostojno imel poguma. Npr.: javi se na oglas za zaposlitev, pa je mnenja, da službe ne bo dobil. Skupina pa ga spodbuja, da vsaj poskuša. Tako je uporabniku omogočen večji vpliv na lastno življenje.

Zelo pomembno je tudi imeti prostor za sestanke, v katerem se bodo uporabniki varno počutili. Za prostor je tudi pomembno, da ima omogočen pristop hendikepiranim osebam, da je prostor varen, udoben, da ima stole, pisarniški material in telefon.

3.3.1 PROJEKT USTANOVITVE SKUPINE ZA SAMOPOMOČ V ČAKOVCU

V pogovoru z ljudmi s težavami v duševnem zdravju sem zasledila, da obstaja velika potreba po podpori in zastopanju. Na nekem seminarju sem izvedela za društvo, ki izvaja skupine za samopomoč v Zagrebu in sem jih kontaktirala. Povabili so me v Zagreb in tam sem se spoznala tudi s praktičnim delovanjem skupine. Potreba za skupinami narašča in ni dovolj, da skupine obstajajo le v večjih mestih. Strokovnjaki iz društva so me spodbudili k temu, da bi zasnovala projekt, ki bi ga izvajala v majhnem mestu Čakovec.

Projekt sem poimenovala »Ustanovitev skupine za samopomoč in podpora ljudem s težavami v duševnem zdravju«. Namen projekta je ustanovitev skupine za samopomoč na področju Čakovca, s ciljem podpore ljudem s težavami v duševnem zdravju in njihovimi družinami, prijateljem, svojci z ciljem osveščanja o problematiki duševnega zdravja, odpravljanja stigme pa tudi diskriminacije. Ciljno skupino sestavljajo osebe s težavami v duševnem zdravju na področju Međimurske županije ali širše, družine, prijatelji, partnerji ljudi s težavami v duševnem zdravju Međimurske županije ali širše in študenti socialnega dela. Vsakdo, ki se želi nekaj več naučiti o tematiki duševnega zdravja. Projekt je enoleten, izvajal bi se v Čakovcu od 1.10.2016 do 1.10.2017. Izvajalec projekta je novoustanovljeno društvo.

V družbi danes obstaja vse več ljudi s težavami v duševnem zdravju. Število poskusov samomora je vedno večje. Ljudje obupajo nad življenjem zaradi več razlogov, kot so: revščina, brezposelnost, družinske težave. Vsak skrbi le zase in veliko ljudi nima več časa posedeti in poklepetati s prijatelji. Stres je postal en od pomembnih razlogov, zakaj ljudje ne morejo spati.

Vse več ljudi uživa psihofarmake in meni, da lahko "funkcionirajo" le s pomočjo zdravil. Ljudje iz majhnih krajev se ne morejo na nikogar obrniti za pomoč, v Čakovcu za ljudi s težavami v duševnem zdravju obstaja samo psihiatrija, kar pa veliko ljudi zavrača. Zaradi teh razlogov je potreba po alternativni rešitvi za ljudi s težavami v duševnem zdravju vse večja. Aktivnosti projekta so: psihosocialna podpora, podpora v času krize, preprečevanje hospitalizacije, resocializacija ljudi s težavami v duševnem zdravju, aktivno poslušanje in dodajanje moči, laično zagovorništvo, podpora za družine, širjenje socialne mreže, informiranje in ozaveščanje o pravicah ljudi s težavami duševnega zdravja, poznanje zakonodaje, podpora ljudem, da sodelujejo v javnem življenju, kulturi in športu, podpora pri zaposlitvah, detabuizacija duševnega zdravja, anti-diskriminacija.

Kapitalističen sistem delovanja temelji na posamezniku in na tem, da vsak od sebe da 200%, tega pa ne zmore vsak in zaradi tega prihaja do vedno več težav v duševnem zdravju. Zato je pomembno raziskati podporno mrežo ljudi z težavam v duševnem zdravju.

Smernice evropske zakonodaje gredo v smer dezinstitutionalizacije in je vse več potreb po podpori in razumevanju, zapirajo se institucije in je vse več ljudi preseljenih v skupnost, zato potrebujejo podporo in nasvete ter druženje z osebami z enakimi in podobnimi izkušnjami.

Pričakovani rezultati so zmanjševanje psihiatričnih kriz in hospitalizaciji in tudi preprečevanje hospitalizacij, kar bi se izrazilo direktno na zadovoljstvu uporabnikov. Spodbujanje in dodajanje moči uporabnikom, dvig samozvesti v vsakdanjem življenju doma, v službi, v vsakdanjih življenjskih situacijah. Pomoč pri uresničevanju pravic do zaposlitve. Skupina prav tako pomaga pri širjenju socialne mreže.

Projekt bi bil financiran s strani Ministrstva socialne politike i mladih, občine Čakovec, donacij. Proračun je obrazložen v tabeli. Na začetku projekt temelji izključno na prostovoljni bazi. Vodja skupine ne bi dobil plačila za svoje delo.

Pričakovani rezultat projekta je pridobiti 20 uporabnikov, ki bodo redno 1x tedensko hodili na skupino.

3.4 LASTNOSTI VODITELJA SKUPINE ZA SAMOPOMOČ

Ena od pomembnih organizacijskih značilnosti skupin za samopomoč je vloga vodje (Lamovec, 1998).

Oseba, ki vodi skupino, ne sme biti avtoritativna in dominantna, njena naloga je le pomagati. Vodja skupine naj bi bil enakovreden z ostalimi člani skupine.

Vodjo skupine naj bi izbrali sami uporabniki, skrbela naj bi za nemoten potek skupine, prispevala k temu, da ima uporabnik prostor zase, mu dovolila, da v primeru, če ni pripravljen spregovoriti o določeni temi, mu tega ni treba storiti. Zares je vloga vodje, da prispeva k oblikovanju vzdušja.

Uspešno vodenje je odgovornost tako za uporabnike kot tudi za vodje. Vodja mora biti organiziran in mora znati reagirati tudi v situaciji, ki je nepredvidljiva. Včasih, ko se ljudje odprejo, lahko pride tudi do izražanja agresije in motečega obnašanja, voditelj pa je tisti, ki bi moral v tej situaciji točno vedeti, kako reagirati, hkrati pa mora člane tudi seznaniti, da je čustvena reakcija nekaj običajnega.

Pomembno pri vodenju je dovoliti vsakemu, da pride do besede, na drugi strani pa prav tako dopuščati možnost, da nekdo o določeni temi ne želi spregovoriti in ga ne siliti v to.

Obstajati morajo osnovna pravila. Eno od glavnih pravil je pravilo ohranjanja zasebnosti. Vse, kar se zgodi znotraj skupine, mora v skupini tudi ostati, saj se razen v primeru, da to oseba izrecno dovoli, o stvareh, ki se zgodijo znotraj skupine ne govori. Tako to ne more postati "material za čenče". Nesprejemljiva je kakršnakoli nestrpnost (verska, rasna, spolna...). Ljudje sami odločajo, ali želijo odgovoriti na morebitna vprašanja. Tretjim osebam se ne razkriva osebnih podatkov. Vodi se lista prisotnosti, vendar so podatki varovani v skladu z zakonom o varovanju osebnih podatkov. Pomembna je kultura poslušanja, kjer vsak lahko pride do besede. Prav tako pa je v ospredju tudi anonimnost, zaradi katere se veliko ljudi sploh udeleži skupin za samopomoč.

4. SOCIALNO DELO

Za ljudi s težavami v duševnem zdravju je zelo pomembna vloga socialnega dela. V pogovoru s svojimi intervjuiranci sem večkrat zasledila, da gre bolj za ne-vlogo socialnega dela. Zdi se mi, da na Hrvaškem še vedno ni veliko socialnih delavcev, ki bi se ukvarjali samo z duševnim zdravjem. Razlogov je verjetno več, en je sigurno tudi ta, da na Hrvaškem ne obstaja smer duševnega zdravja v skupnosti. Ko sem delala kot koordinator v stanovanjski skupini z ljudmi z intelektualnimi težavami v Čakovcu, sem velikokrat morala sodelovati z centrom za socialno delo in sem bila zelo presenečena, da so socialne delavke zelo proti dezinstitutionalizaciji. V pogovoru sem zasledila, kako trdno verjamejo, da niso vsi ljudje za življenje v skupnosti.

Socialno delo ni potrebno tam, kjer je učni program utečen in ga učenci lahko spremljajo; potrebujemo ga tam, kjer se upravni postopek srečuje z enkratnimi, nepredvidljivimi situacijami, tam, kjer je učni program treba prilagoditi, da se lahko vključijo vsi učenci (Flaker, 2012, str. 63).

Če malo bolje razmislim, so tudi pri nas na smeri duševnega zdravja bili nekateri študenti zelo močno proti dezinstitutionalizaciji, in se spomnim, kako nisem mogla verjeti, da je nekaj takega sploh možno. Sošolci so bili nejeverni in zadržani, kar je v nasprotju z etičnimi imperativi socialnega dela in nenazadnje z 19. členom konvencije o pravicah 'invalidov'.

Socialno delo je potrebno tam, kjer je nujna sprememba, kjer je stiska tako velika, da se ljudje z njo več ne zmorejo spopadati, tam, kjer se že dogaja sprememba in je potrebna podpora, da ljudje bolje zvožijo, tam kjer se je sprememba že zgodila in se moramo naučiti živeti z njo, ali tam, kjer je velika možnost, da se sprememba zgodi in da se bomo morali nanjo pripraviti; ali jo onemogočiti če se bojimo, da bo slaba (ibid.: 63).

V pogovoru z ljudmi iz manjših krajev na Hrvaškem (Čakovec) sem zasledila, da jim socialno delo asociira na center za socialno delo, in imajo zato vsi takoj slabo mnenje, saj so jim vsaj enkrat na centru kršili pravice. Danes je vse dostopno preko interneta, kar je dobra novica, ampak še vedno obstajajo ljudje, ki ne uporabljajo interneta in se mi zdi, da je zelo pomembno da obstajajo društva, skupine za samopomoč in podobno, na katera se človek lahko obrne s svojimi vprašanji. Velika je tudi potreba po zagovorništvu.

Socialno delo pogosto ni delo med ljudmi, temveč pisarniško delo. Razlogov za to je več, največkrat omenjen tudi v Direktnem socialnem delu je birokratizacija, socialni delavci se ukvarjajo s papirji, odločbami, poročili, zapisniki (Flaker, 2012). Mnenja sem, da bi se marsikaj spremenilo na področju dezinstitutionalizacije ter drugih področjih, če bi socialni delavci imeli več poguma in bi več delali terensko. Z večjo navzočnostjo med ljudmi, na terenu, bi socialni delavci in delavke tudi odpravili morebitne predsodke, ki se jih morda niti ne zavedajo, da jih imajo.

5. PROBLEM

Za probleme, s katerimi se srečujejo ljudje s težavami v duševnem zdravju, sem vedela že od nekdaj, čeprav se v osnovni šoli in srednji nismo nikoli učili, kdo so te osebe ali kako živijo. Iz pripovedovanja drugih sem vedela, da so to »nori« ljudje, nasilni, in tudi to, da ne zmorejo skrbeti sami zase. Na fakulteti sem si izbrala smer duševnega zdravja v skupnosti in ta smer me je naučila veliko. Od dezinstitutionalizacije in njene pomembnosti, hkrati pa mi je tudi pomagala, da se znebim svojih predsodkov.

V raziskavi sem se osredotočila na skupine za samopomoč pa tudi na društva na področju duševnega zdravja na Hrvaškem. V pogovoru z ljudmi se kažeta dva problema, in sicer je prvi ta, da socialno delo nima zelo velike vloge v duševnem zdravju, saj osebe nimajo pozitivne izkušnje s stroko socialnega dela. Drugi problem, s katerim sem se tudi sama srečala, pa je ta, da psihiatrija nadvlada vse druge stroke. Žal je večina psihiatrov mnenja, da so najboljši in da najbolje vedo, kaj je dobro za ljudi, ampak to vedo na tak način, da jih ničesar ne sprašujejo, temveč sami sklepajo, kaj je najboljšo za osebe, ki imajo težave v duševnem zdravju. Tudi sama sem bila dostikrat priča temu, kako deluje psihiatrija, mogoče lastnih izkušenj res nimam, ampak sem že večkrat bila na pregledu pri psihiatru z uporabnikom in zgubljala čas, ker smo dolgo čakali na pregled, odpravil pa nas je v eni minuti, če pa smo imeli srečo, pa je uporabnik bil vprašan, kaj je novega ali kako je.

Problem, ki se ga lotevam, bi rada ponazorila še z dogodkom, ki se mi je pripetil med opravljanjem službe.

[Primer rednega pregleda na psihiatriji v Čakovcu](#)

Z uporabnikom Borisom (ime sem si izmislila) sva šla na redni pregled k psihiatru. Na začetku se mi je zdelo vse v redu, psihiater je predlagal, da se Borisu doza zdravil zmanjša, česar sem se sama zelo razveselila, saj sem tudi sama želela predlagati, da se mu zmanjša doza, ker se mi zdi da veliko spi, hkrati pa je zastrašljivo tudi to, da je Boris star 28 let in pije okrog 20 tablet na dan.

Ampak temu je pa sledilo »pametovanje« zdravnika. Začel je govoriti, kako Boris ni za našo stanovanjsko skupino, da je on preveč »težek«, da kaj mi pričakujemo, da mu bo on dal, da bo potem lahko funkcioniral. Potem je povedal, da asistenti niso dovolj šolani da bi razumeli Borisa, da njega razumejo samo v instituciji. Vprašala sem, kako je možno, da ga v instituciji

bolj razumejo... Ali tako, da mu dajo veliko doz zdravil in da večino dneva prespi, ali pa to da je na zaprtem oddelku in sploh ne vidi sonca? Ga zastopijo mogoče preko risb, ki jih mora risati, ker so delavnice obvezne, ali pa to da je ena oseba na čim več njih? Mogoče ga razumejo na način, da je enkrat na teden (in to z velikim vprašanjem, če do tega sploh pride) zunaj?

Povedala sem, da je Borisu v stanovanjski skupini zelo v redu, da pa se strinjam da oseba, asistent, potrebuje veliko znanja o njem in ga mora spoznati, da bi zastopil, kaj si Boris želi. Hkrati to pomeni, da se Borisu ne bodo preveč menjavali asistenti, ker ne mara sprememb, ampak mogoče jih tudi jaz ne maram in potrebujem določen predvidljiv ritem, to mi se tudi zdi normalno. Dodala sem še, da Boris obiskuje bazene, da hodi v dnevni center in da hodi na dolge sprehode v naravo, ker ima očitno rad naravo. Ko pa ne želi, tudi ne rabi. Nič se mu ne vsiljuje, stvari se mu samo predlagajo. To, da se Borisa včasih ne razume, pa je čisto običajno, ker se tudi nas včasih težko razume, zakaj bi potem on bil drugačen od nas. Skratka psihiatrov odgovor na to je bil, da sem preveč »buntovna« in da bom se hitro »spustila« na zemljo, ker ni vse tako idealno kot si jaz predstavljam. Seveda je tudi povedal, da sem mlada in da mi ni za zameriti, da razmišljam tako, ampak da nekoč, ko bom končno začela resno delati, da bom razmišljala podobno kot on.

Psihiatri so mnjenja, da so vse ostale stroke pod njihovim vplivom, oziroma da so jim podrejeni, kar je seveda napačno razmišljanje. Razlogov za tako razmišljanje je več. Stroka obstaja dlje kot skupnostne službe in prakse in veliko ljudi še vedno bolj zaupa stroki, ker morda niso dovzetni za alternativne rešitve. Psihijatrija je cenjena stroka, saj je za delovanje v njej potrebno študirati več let. In ravno to morda ljudem vliva zaupanje.

5.1 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Kakšna je vloga socialnega dela na področju duševnega zdravja na Hrvaškem?

V raziskavi me je zanimalo, ali na področju duševnega zdravja obstaja tim ljudi, ki se ukvarja z ljudmi s težavami v duševnem zdravju, na kakšen način, ali so ljudje zadovoljni in kaj jim primanjkuje. Zanimalo me je, ali ljudje s težavami v duševnem zdravju sodelujejo s socialnimi delavci in ali je vloga socialnega dela na področju duševnega zdravja razširjena samo po večjih mestih. V primeru, da socialno delo ne igra nobene vloge, me je zanimalo, zakaj je tako. Zanimale so me tudi lastne izkušnje ljudi in splošno mnenje o socialnem delu.

Kakšna je izkušnja ljudi, hospitaliziranih na psihiatriji?

Zanimale so me izkušnje ljudi, hospitaliziranih na psihiatriji in razlike med psihiatrijo v manjšem mestu, kot je Čakovec in večjem mestu, kot je Zagreb. Zanimalo me je, ali obstaja razlika tako v odnosu do ljudi, pravilih, do nečloveškega ravnanja in jemanja zdravil. Zanimalo me je tudi, ali se v zadnjih letih odnos medicinskega osebja in uporabnikov spremenil.

Ali je možno ustanoviti skupino za samopomoč v manjših mestih?

Zanimalo me je splošno mnenje ljudi, ki obiskujejo skupine za samopomoč glede možnosti ustanovitve skupin. Predvsem me je zanimalo mnenje ljudi o tem, ali bi se skupina ustanovila v manjših mestih. Zanimalo me je tudi, ali pri ljudeh, ki redno obiskujejo skupino, ali jim skupina pomaga in na kakšen način.

6. METODOLOGIJA

6.1 VRSTA RAZISKAVE

Pri svoji diplomski nalogi sem se odločila da bom uporabljala metodo kvalitativne raziskave, hkrati pa gre tudi za poizvedovalno in akcijsko raziskavo, saj želim preveriti, ali je možno ustanoviti skupino. *Kvalitativna raziskava je raziskava, pri kateri sestavljajo osnovno izkustveno gradivo, zbrano v raziskovalnem procesu, besedni opisi ali pripovedi, in v kateri je to gradivo tudi obdelano in analizirano na beseden način brez uporabe merskih postopkov, ki dajo števila, in brez operacij nad števili* (Mesec, 1998, str. 26).

Glavne značilnosti kvalitativne raziskave so besede in opisi, ki jih obdelujemo na beseden način, raziskovanje je usmerjeno na stvarne življenjske zgodbe ljudi s težavami v duševnem zdravju in stvarne življenjske probleme, s katerimi se spopadajo ljudje od hospitalizacije na psihiatriji, predsodkov in diskriminacije, nečloveškega ravnanja in ali obstaja potreba po alternativnih rešitvah. Podatke pa se obdela brez merskih postopkov. Raziskujemo izkušnje ljudi kakor tudi odnose, vrednote in vsa življenjska izkustva.

Pri kvalitativnem raziskovanju so izhodišče stvarni, praktični in vsakdanji problemi ljudi, ugotovitve raziskave pa naj bi bile neposredno uporabne za reševanje socialnih problemov ljudi in za izpopolnjevanje metod socialnega dela, ki je namenjeno le-temu (ibid.: 29).

Usmerjamo se na vprašanja, ki so pomembna udeležencem v njihovem življenju, ter poskušamo razkriti njihov svojski odnos do teh vprašanj in položajev, bistvo socialnega dela pa je podpiranje tistih načinov obvladovanja obremenilnih življenjskih situacij, ki jih uporabljajo ljudje sami, in ki so se izkazali za funkcionalne (ibid.: 31).

V raziskavi, katere jedro so poglobljeni intervju z ljudmi s težavami v duševnem zdravju, me je najbolj zanimala njihova zgodba. Kako živijo, kako se spopadajo z težavami, kako funkcionirajo pri delu in kako usklajujejo družinsko življenje, kakor tudi kakšen je njihov odnos z Državo.

6.2 TEHNIKA RAZISKOVANJA

Tehnika, ki sem jo zbrala pri raziskavi diplomskega dela, je bil intervju, in sicer poglobljen, delno strukturirani intervju.

Intervju pomeni običajno neposredni pogovor iz oči v oči med spraševalcem in vprašancem bodisi na osnovi vnaprej do podrobnosti pripravljenega strukturiranega vprašalnika bodisi zgolj na osnovi vodila za intervju, ki vsebuje samo seznam poglavitnih tem pogovora (Mesec, 1997, str. 112).

Spraševalec je oseba, ki je odgovorna za izvedbo posameznih intervjujev ali anket, ki usmerja pogovor, ter posreduje podatke raziskovalcu. Spraševalec in raziskovalec sta različni vlogi, ki ju pogosto opravlja ista oseba (ibid.: 112).

Vprašanec je oseba, ki odgovarja v intervju, je komunikacijski partner vpraševalcu (ibid.: 113).

Intervju je bil delno strukturiran, saj sem si pripravila okvirna vprašanja, oziroma vodilo za intervju. Bilo je približno 50 vprašanj, na katere sem želela dobiti odgovore.

Do odgovorov na svoja vprašanja sem prišla z tehniko intervjuja, zato je bila smiselna odločitev, da izberem tovrstno raziskavo.

6.3 POPULACIJA

Populacijo sestavljajo ljudje s težavami v duševnem zdravju na Hrvaškem. Vzorec sestavljajo tri osebe ženskega spola in ena oseba moškega spola. Starost intervjuvancev variira med 40 in 65 let. Dve osebi sta prihajali iz manjšega kraja blizu Čakovca, drugi dve osebi pa sta bili iz Zagreba. Razlika med izbranimi vzorci je pomembna za mojo raziskavo, ker sem želela videti, ali je velika razlika v podpori ljudi s težavami v duševnem zdravju v večjem in manjšem kraju, ker sem velikokrat zasledila, da se v manjših krajih nič ne dogaja na tem področju in menim, da so nujne spremembe. Dve osebi redno obiskujeta skupine za samopomoč, dve pa te možnosti nimata.

Kratki opisi sogovornikov:

Darinka je bila moja prva intervjujiranka, ime sem spremenila, ker želi ostati anonimna. Prihaja iz manjšega kraja blizu Čakovca, ima 60 let. Po poklicu je vodja sektorja za javno nabavo v zavodu za ljudi s težavami v duševnem zdravju. Končala je višjo šolo in se hitro po tem zaposlila v zavodu. Je poročena in ima dva otroke.

Kristina je bila moja druga intervjuvanka, ime sem spremenila, ker želi ostati anonimna. Stara je 41 let in ni poročena ter nima otrok. Živi v manjšem kraju blizu Čakovca. Zaposlena je v

trgovini s prehrano. Uživa v službi. Želi si, da bi nekoč imela lastno družino, da bi se poročila in imela otroke.

Vlatka Ročić Petak je bila moja tretja intervjujiranka. Prihaja iz Zagreba in ima 53 let. Je upokojena. Končala je sociologijo, a ni nikoli delala v svoji stroki. Je ločena in ima eno hčerko. Vlatka je ena od ustanoviteljev društva »Ludruga«.

Rajko Šupe je bil moj četrti intervjuvanec. Želel si je, da njegovega imena ne spreminjam. Prihaja iz Zagreba in ima 61 let. Živi sam, nima družine, razen sestre v Ljubljani. Je upokojen. Po stroki je višji fotograf.

6.4 ZBIRANJE PODATKOV

Intervjuje sem opravila s pomočjo diktafona na telefonu, na način, da sem posnela pogovor in potem sem vsak intervju prepisala na računalnik. Preden sem začela snemati, sem vsakega od intervjuvancev vprašala za dovolitev. Dve osebi sta želeli ostati anonimni (Darinka in Kristina), ena oseba pa je privolila v intervju samo v primeru, da napišem njeno ime in priimek (Ratko Šupe), četrta oseba pa je prav tako dovolila, da napišem njeno ime in priimek (Vlatka Ročić Petak). Vse 4 osebe so želele prepis intervjuja. Z osebami, ki živijo blizu Čakovca, sem se dobila pri njih doma, saj so tako želele, z osebami iz Zagreba pa sem se dobila v prostorih društva "Ludruga". Intervjuja v Čakovcu sem opravila 1.6.2016. Intervjuja oseb iz Zagreba pa sem opravila 6.6.2016. Vsak intervju je trajal približno 80 min.

6.5 OBDELAVA IN ANALIZA PODATKOV

Podatke sem obdelala kvalitativno. Intervju sem snemala. Vsak pogovor oziroma intervju sem pretipkala na računalnik, in to dobesedno v jeziku uporabnika. Intervju sem si izpisala in podčrtala odgovore, ki so bili najširše odgovorjeni. Potem sem iz podčrtanih delov izbrala teme, ki so se mi zdele pomembne. O vsaki temi sem nekaj napisala, trditev sem potrjevala z izseki iz intervjujev. V procesu analize sem intervjuje prevedla v slovenski jezik 8.6.2016.

7. REZULTATI

V raziskavi so sodelovali štirje posamezniki s težavami v duševnem zdravju iz Hrvaške. Darinka, Kristina, Vlatka in Rajko. Darinka in Kristina prihajata iz majhnih vasi v bližini Čakovca, Vlatka in Rajko pa sta iz Zagreba. Nobene od oseb pred intervjujem nisem poznala. Darinko in Kristino sem kontaktirala s pomočjo znancev in sta z veseljem odgovorili na moja vprašanja, Rajka in Vlatko pa sem spoznala s pomočjo društva »Ludruga« in sem intervju z njima opravila v Zagrebu. Pri vseh pogovorih sem se trudila vzpostaviti osebni stik s sogovorniki in želela sem ustvariti sproščeno vzdušje. Tekom pogovora so sogovorniki odgovorili na zastavljena vprašanja. V primeru, da kateri od sogovornikov ni zastopil vprašanja, sem to obrazložila ali pa dodala podvprašanje. Atmosfera je bila sproščena tudi s pomočjo humorja. Bala sem se, da ne bi prišlo do tega, da bi sogovornike spravila v zadrego z vprašanji, saj so bila nekatera vprašanja bolj intimne narave, ampak se je na koncu izkazalo, da se nisem imela česa bati. Sogovorniki so z veseljem odgovarjali na moja vprašanja. Darinka in Kristina sta želeli, da intervju opravim pri vsaki doma, ker sta se tam počutili varni in nista želeli, da bi kdo drug slišal njuni zgodbi. Intervju z Vlatko in Rajkom sem opravila v prostorih Ludruga, kamor so vmes v pisarno prihajali tudi drugi člani društva.

V nadaljevanju bom pisala o ugotovitvah raziskave, do katerih sem prišla z analizo intervjujev štirih ljudi. Sogovorniki so pripovedovali o svojih pripetljajih in o izkušnjah na psihiatriji, pomembnosti alternativnih rešitev, o hospitalizaciji, o skupinah za samopomoč, zaposlitvi, družini, prijateljih.

7.1 DEFINICIJA DUŠEVNEGA ZDRAVJA ZA OSEBO

Darinka: *Duševno zdravje zame pomeni neko ravnotežje med fizičnim zdravjem in duševnim, ne znam to z besedami opisati. Duševno zdravje je zelo pomembno zame in za moje življenje.*

Kristina: *Duševno zdravje zame pomeni dobro počutje, ampak tudi večno enigma.*

Vlatka: *Enkrat na delavnici smo skupaj prišli do definicije, s katero se strinjam. Se pravi, človek, ki lahko dela in ljubi, je psihično zdrav.*

Rajko: *Zame duševno zdravje pomeni to, kar sem parkrat v sanjah občutil, sreča, to traja eno minuto, ampak meni se zdi kot cela večnost. Ta občutek sreče me drži. To se mi je do zdaj zgodilo trikrat, ne more se opisati z denarjem. Sreča kot osnovna človeška potreba.*

Definicija duševnega zdravja v Zakonu o duševnem zdravju (ZDZdr, 2008) pravi, *da je duševno zdravje stanje posameznika oziroma posameznice, ki se kaže v njegovem mišljenju, čustvovanju, zaznavanju, vedenju ter dojemanju sebe in okolja*. Moji sogovorniki so podali svojo definicijo, ki se razlikuje od definicije v zakonu, definicija v zakonu je ozka in ne zajame vseh aspektov v življenju. Duševno zdravje za njih pomeni nekaj pozitivnega, srečnega, nekaj, brez česar ne morejo živeti.

7.2 VLOGA SOCIALNEGA DELA, IZKUŠNJE

Darinka: *Nikoli nisem prišla v direktni stik s socialni delavci. Svoje pravice sem spoznala sama, nekaj prek drugih uporabnikov, nekaj prek interneta, nekaj prek službe, socialni delavci pa se bolj ukvarjajo z papirji. V resnici ne vem, če obstaja socialna delavka, ki bi se z "nami ukvarjala". Poznam socialne delavke s centra za socialno delo, ampak ne vem, na katero naj bi se obrnila, kam jaz spadam. Nisem mlada, nisem stara, nisem invalid.*

Kristina: *Ne poznam socialne delavke področja duševnega zdravja. Na psihiatriji dela ena socialna delavka, ampak ne vem, kaj je njena vloga. Živim v manjši vasi, tukaj se k nikomur ne morem obrniti po pomoč. V mestu je psihiatrija in center za socialno delo, nisem hotela imeti posla ne z enim ne z drugim. Zares enkrat, ko resno več nisem vedla, kaj bi, sem bila na centru za socialno delo, sem šla obiskat svojo socialno delavko, ki mi je rekla, da najboljša, da grem malo na psihiatrijo se umirit, potem bo vse boljše. Tako da, kot sem rekla, ne želim imeti posla ne z psihiatrijo ne z socialnim delom.*

Vlatka: *Socialni delavec je v vlogi birokrata in opravlja birokratske zadeve. Spoznala sem le Dino, ona je v Jankomiru, na psihiatriji, bila socialna delavka, zelo prijetna socialna delavka. Njena vloga je bila pomagati ljudem, predvsem tistim z eksistenčnim problemom, pokojnine, pomagala je pri iskanju službe. Sama nisem imela potrebe iti k njej. Žal je Dina umrla, zdaj ne vem, če kdo obstaja na psihiatriji zares, ampak tako da bi prav bila oseba, socialna delavka ali delavec na področju duševnega zdravja, tega pri nas nimamo.*

Rajko: *Dvakrat tedensko k meni na dom prihaja socialna delavka skupaj z delovnim terapevtom. Sem vesel, ko prideta, se menimo in mi je lepo, da dobim družbo.*

Socialno delo je potrebno tam, kjer je nujna sprememba, kjer je stiska tako velika, da se ljudje z njo več ne zmorejo spopadati, tam, kjer se že dogaja sprememba in je potrebna podpora, da

ljudje bolje zvožijo, tam kjer se je sprememba že zgodila in se moramo naučiti živeti z njo, ali tam, kjer je velika možnost, da se sprememba zgodi in da se bomo morali nanjo pripraviti; ali jo onemogočit če se bojimo, da bo slaba (Flaker, 2012, str. 63).

Z uporabo teorij o človekovem vedenju in socialnih sistemih lahko socialno delo posreduje na tistih področjih, kjer ljudje vstopajo v interakcije s svojim okoljem in temelji na človekovih pravic in socialni pravičnosti (Milošević-Arnold, 2001).

Socialni delavci morajo sodelovati v multidisciplinarnih timih skupaj s psihiatri, psihologi in ostalimi izvajalci pomoči, kot so prostovoljci in podobno. Vloga socialnega delavca je informirati uporabnike in jim omogočiti vpliv na lastno življenje. Socialni delavec daje uporabnikom moč, da spreminjajo obstoječe stanje.

Socialni delavci imajo ne glede na področje svojega delovanja, ključno vlogo pri tem, da omogočijo ljudem dostop do različnih oblik pomoči, storitev in dajatev, ki jih potrebujejo (Milošević-Arnold, 2000, str. 253).

Pri teh odgovorih vidimo, da socialno delo na Hrvaškem nima večje vloge na področju duševnega zdravja. Po odgovorih tudi vidimo, da osebe nimajo kaj dosti izbire glede storitev in programov. Storitve, ki jih lahko prejmejo, so omejene, strokovnih delavcev na področju duševnega zdravja pa je zelo malo. Delo je zbirokratizirano.

Razlika med ruralnim, primer Kristine in Darinke, in urbanim okoljem, primer Vlatke in Rajka, v teh odgovorov ni velika, razen v tem, da v urbanem okolju delujejo socialni delavci, ki terensko hodijo na dom k ljudem s težavami v duševnem zdravju ter tudi ta, da vsaj na psihiatriji obstaja socialni delavec, ki pomaga ljudem v (materialni) stiski. Kristina omenja, da zaradi slabih izkušenj ne želi sodelovati ne s psihiatrijo ne s socialni delavci in čuti odpor do obeh strok.

7.3 MNENJE O PSIHIATRIČNI BOLNIŠNICI

Darinka: *Nimam kaj dobrih izkušenj z psihiatrijo v Čakovcu. Nečloveški odnos, vezanje. Dobivala sem velike doze zdravil in nisem mogla normalno funkcionirati. Zdi se mi, kot da se že 20 let nič ni spremenilo. Še vedno isti zdravniki, še vedno iste postelje, stranišča. Prav strah me je, ko se spomnim tega. Zdravniki in drugo medicinsko osebje samo čaka, da jim podariš kavo ali kaj drugega, potem so vsaj za en dva, dana OK do tebe. Groza vse skupaj, nikomur ne želim,*

da bi imel izkušnjo tam prebivati. Zelo žalostno je, da ni pozitivnih premikov in da noben uporabnik glede tega nič ne more. Komu naj povem o tem, kaj se dogaja, saj se itak nikoli ne bo nič spremenilo, bolje je, da sem tiho.

Kristina: *Psihiatre in drugo medicinsko osebje bi bilo potrebno tožiti!!! Tudi plače si ne zaslužijo takšne, kakršne imajo. To je cel kup primitivnih kmetov, cel kup samovšečnežev na enem mestu. Povej ti meni, ali obstaja potreba, da se veže osebo, ki si jo pred tem zadrogiral z zdravili? Nisem mogla vstati z postelje zaradi zdravil, ki sem dobila, ne vem, zakaj je potreba po vezanju, resno ne vem. To je samo en primer, kjer so z mano ravnali kot z "drekom". Res je, da niso vsi takšni, je vse odvisno od sreče in na koga "nabašeš". Je nekaj mladega osebja, ali praktikantov, ne vem, kaj so, oni so v redu, se pravi, da ni res, da se ne moreš obnašati v redu do človeka.*

Vlatka: *Moje mnenje je, da je vse žal odvisno od sreče. Ni enako vsepovsod. Psihiatri se medsebojno niso zmenili, kako naj bi delali z uporabniki. Po mojem obstajajo tri veje; v eni govorijo, da le psihofarmaki pomagajo, z uporabnikom se ni potrebno pogovarjati, saj to ne pomaga in nima smisla, samo spiješ zdravilo in čez pet minut si OK. Takih psihiatrov je največ. V drugi veji, srednja, so psihiatri, ki so ugotovili pomembnost psihoterapije, uporabniku dovolijo da dela na sebi, da "koplje" in da so zdravila tukaj le, ko ne obstaja druga možnost. Takih psihiatrov je veliko manj, ampak nekaj jih je. Tretjo vejo predstavljajo privatniki, ki so mnenja, da zdravila niso potrebna in se vse rešuje z psihoterapijo. V Zagrebu je, pravim, vse odvisno od sreče. Jaz sem imela srečo in sem bila hospitalizirana v Jankomiru, kjer ne morem reči, da so se slabo obnašali do mene, so bili zelo prijetni tako zdravniki kot tudi osebje. Ampak razlog za takšen odnos je, da je psihiatrinja Restek Petrović Branka na svojem oddelku vzpostavila pravilo, da se mora osebje do človeka človeško obnašati, v nasprotnem primeru bi prišlo do sankcij.*

Rajko: *Moje mnenje je zelo dobro. Pri psihiatrinji Dominič sem že več kod 20 let, ona me najbolj pozna, in čeprav je včasih stroga, me zna tudi pohvaliti. Drži me v realnosti in podpira tudi moje hobije, mojo strast.*

Velikokrat mi drugi povejo, da imam srečo, da imam njo za zdravnico, ampak saj so tudi drugi imeli njo za psihiatrinjo, pa so vseeno bili zaprti v domove in podobno. Se pravi, ni dovolj imeti samo v redu psihiatrinje, temveč moraš biti tudi ti pripravljen delati sam na sebi.

Pri tej temi sem pričakovala drugačne odgovore, oziroma vse negativne, ampak je prišlo do tega, da imajo osebe iz ruralnega okolja zelo slabe izkušnje s psihiatrijo, za razliko od oseb, ki prihajajo iz urbanega okolja, ki imajo pozitivne izkušnje. Razlaga pozitivnih odgovorov v večjih mestih je lahko tudi ta, da ljudje bolje poznajo svoje pravice in ne prenašajo in dovolijo nepravilnosti, saj vedo na koga se lahko obrnejo, če so jim te pravice kršene. Osebe iz urbanega okolja omenjajo srečo, kar mi je dalo misliti, da seveda ni vsepovsod tako, ampak očitno obstajajo tudi oddelki na psihiatriji, kjer ravnaajo z osebami lepo in dostojno.

Možna razlaga pri tej temi je tudi ta, da imajo osebe v urbanih okoljih izbiro, v manjših mestih pa tega nimajo, saj imajo le eno bolnišnico, v kateri je večina zdravnikov verjetno, odkar se je psihiatrija odprla. Obravnava ljudi je zelo slaba, nečloveška, sami pa si ne upajo delati na tem, da bi to spremenili. Do takega mnenja so pripeljale slabe izkušnje. Darinka je sama povedala »Komu naj povem o tem, kaj se dogaja, sej se itak nikoli ne bo nič spremenilo«. Se pravi, da je obupala od tega, da bi se kaj lahko spremenilo in se je s tem sprijaznila. Čeprav ji ne odgovarja takšen način dela, nič ne dela na tem, da bi se to spremenilo, ker meni, da ni možnosti, da bi do sprememb sploh prišlo.

Uporabniki si želijo drugačnega, bolj človeškega in odprtega pristopa. Želijo si, da bi bili slišani (Flaker et al., 2008).

Zagovornik daje oporo uporabniku ali skupini uporabnikov v opolnomočenju, zastopa uporabniški cilj za katerega si prizadeva in vpliva na tiste, ki so na pozicijah odločanja (Zaviršek et al., 2002, str. 86).

Odnos psihiatrov do uporabnikov iz ruralnega področja je zelo nečloveški. Ljudje so le številke. Ljudje so tiho in se jih ne sliši, ne upajo si na glas povedati resnice, ampak je pa tudi res, da se ne morejo na nikogar obrniti. Uporabniki ne poznajo svojih pravic in se ne upajo postaviti zase, včasih pa si tudi sami ne znajo izboriti pravic zase ali pa ne vedo kako. Včasih pride do tega, ker so pod vplivom močnih zdravil, včasih pa zaradi tega, ker so njihove težave močnejše in ne znajo sami povedati, kaj si želijo.

Namen zagovorništva je povečati občutek moči uporabnika. Bistvo načela zagovorništva je v tem, da omogočimo ljudem, da se aktivno vključijo v reševanje svojih problemov (Lamovec, 1998, str. 142).

Moji sogovorniki niso poznali vloge zagovornika.

POTEK DNEVA NA PSIHIATRIJI

Darinka: Vsak dan smo imeli enak urnik. Zbudili smo se zjutraj, se najedli, popili terapijo, potem smo šli na nekakšno delovno terapijo, kar se mi je zdelo glupo, ker sem komaj hodila od zdravil, bilo pa je obvezno. Večino dneva sem bila v postelji, kar mi je odgovarjalo, ko sem dobivala injekcije in zdravila, potem pa, ko so mi zmanjšali dozo zdravil, pa mi je bilo dolgčas. Imeli smo en skupni televizor, ampak smo ga redkokdaj lahko gledali. Na psihiatriji ni kaj dosti aktivnosti.

Kristina: Strukturirani dan, na začetku nisem mogla ven, potem so me pustili, ampak nisem preveč šla, njihov park mi ni bil kaj preveč privlačen. Delovna terapija enkrat na dan, to pa je bilo to. Ni se kaj dosti dogajalo. Terapije so mi bile celo zanimive.

Vlatka: Zajtrk, zdravila, dana terapija, ustvarjalne delavnice, kosilo, večerja...

Rajko: Edino jaz sem iz cele skupine na zaprtem oddelku lahko šel na delovno terapijo risanja na drugi oddelek. Ob 7-ih zjutraj zajtrkujem, popijem zdravila in grem na slikarsko terapijo. Povedali so mi, da moram iti, čeprav sem tudi sam želel. Redko kdo ni želel iti, saj je to za večino morda edina možnost, da gre ven, pokadi cigareto, se pogovori...

Možnost izbire v instituciji ni samodejna, temveč je v korelaciji z značilnostmi posameznika in institucionalnega sistema, v katerem biva (Flaker et al., 2008).

Na podlagi odgovorov vidimo, da je potek dneva na psihiatriji zelo strukturiran, rutinski.

Rutine nam priskrbijo načine orientacije, saj v praksi odgovarjajo na vprašanja, ki se pojavljajo glede okvirov obstoja (ibid.).

V institucijah veljajo posebna pravila in zahteve, na katere posamezniki nimajo vpliva, podvrženi so jim brez lastne volje. Moč izbiranja je okrnjena, prav tako izbira dejavnosti (ibid.).

Vsi uporabniki so obiskovali skupine za podporo, v Čakovcu obstajajo samo skupine za podporo, v Zagrebu imajo tudi skupine za ustvarjalnost. Več izbire za uporabnike imajo uporabniki na psihiatriji v Zagrebu, ampak povsod je način dela podoben. Vstati morajo ob 6 h, potem sledi zajtrk, terapija zdravila, nato se udeležujejo skupinske terapije, sledi kosilo, malo gledanja televizije ali morda sprehod, če oseba ni na zaprtem oddelku, večerja, zdravila ter spanje. Ni poudarka na tem, da bi uporabnik sam odločal, kako želi, da njegov dan poteka. Aktivnosti so obvezne, ne obiskujejo jih vsi z veseljem, vendar jih to veliko sprejme, ob pogoju,

da je to edini način, da se odmaknejo od zaprtega oddelka. Obiski potekajo ob posebej določenih urah, navadno po kosilu in trajajo eno uro.

Razlika med skupinami za samopomoč in skupinami v bolnišnici je ta, da skupine za samopomoč niso obvezne, nihče ljudi ne sili, da hodijo na skupino za samopomoč, udeležba je prostovoljna. Teme pogovorov na skupini za samopomoč so poljubne in si jih vsak sam izbere, človek sodeluje le če si želi, nikogar se ne sili. Vse odločitve so skupinske in večinoma ne obstajajo prepovedane teme, o katerih se ne bi smelo govoriti. Temeljijo na medsebojni pomoči. V bolnišnici so skupine obvezne in nanje hodijo uporabniki bolnišnice, na skupine za samopomoč pa lahko pride kdorkoli želi: partner, družina, prostovoljci, študentje, odprte so do vsakega.

7.4 DOGODEK, KI JE PRIPELJAL DO HOSPITALIZACIJE

Darinka: *Kot najstnica sem opazila, da sem malo drugačna kot ostali. Nekako, ali sem bila zelo super, ali pa zelo slabo, nekaj vmes, sredine, nisem čutila. Ko sem si nekaj želela imeti, tako dolgo nisem popustila, dokler nisem dobila. Včasih je to pomenilo, da par dni nisem spala, ampak nisem pa to videla kot problem, vsaj takrat ne.*

Prva prava kriza je bila, ko so otroci bili še majhni, imela pa sem težave z možem. Ampak to ni prišlo čez noč, sem zelo trpela. Prišlo je celo do tega, da sem šla na center za socialno delo in hotela ločitev. Mož takrat še ni vedel, kaj se dogaja. To je bil ta prvi dogodek, ko so drugi videli, da nekaj ni, kot bi moralo biti.

Potem so tudi v službi opazili, da nekaj ni v redu, nisem spala, zanemarjala sem otroke, nisem mogla skrbeti ne zase ne za druge, nisem kuhala. Otroke sem odposlala sosedom, ker sem želela mir. Počasi sem izgubljala željo do življenja. Po resnici povedano, se ne spomnim kaj dosti življenja takrat, vem, da sem bila hospitalizirana, pred tem pa se zelo dolgo "kuhalo".

V bolnišnici so mi dali zelo močno terapijo zdravil tako, da nisem kaj dosti vedela zase, enkrat so prišli otroci na obisk, večkrat mož. Bila sem zaprta dva meseca. Pika na »i« pa je bilo to, da sem izvedela, da ima mož ljubico, to me je »žrlo« in enostavno je verjetno to bil tisti zadnji razlog, da se to zgodilo. Danes jemljem redno terapijo.

Kristina: *Moji bratje menijo, da sta starša kriva, da sem jaz takšna, preveč občutljiva, po njihovih besedah. Da sta starša tista, ki sta me "pripeljala" do tega. Jaz sem mlajša 15 let od*

njih, edina hčerka in so me mogoče malo bolj varovali kot njih. Ampak sem tudi prepričana, da starša nista razlog mojega počutja. Prvi dogodek je bil ta, da me je fant pustil in enostavno nisem vedela, kako živeti brez njega. Zame je to bil velik stres in sem popila zdravila. Ne vem, zakaj sem to naredila, bilo je v afektu. Jaz se ne znam soočiti s stresom, bratje so mi svetovali, naj končno odrastem. Ne vem, zakaj sem popila zdravila, enostavno sem bila zmatrana in sem samo želela spati. Oprostite, ampak ne bi kaj več o tem. To je bila moja prva hospitalizacija, ampak ne pa tudi zadnja.

Vlatka: *Prvič sem verjetno opazila, ko sem bila zelo mlada, ampak nisem kaj dosti o tem razmišljala. To je bila velika količina anksioznosti in strah od nečesa. Verjetno od prihodnosti, novih stvari, neznanega. Bolj je ven prišlo v zrelih letih, okrog 45 let sem imela, se mi zdi. Veliko tega je prišlo ven in sem ugotovila, da način mojega obnašanja, ki je do sedaj funkcioniral, naprej več ne funkcionira, in čim bolj se trudim, tem manj uspevam.*

Takrat sem prvič želela strokovno osebo za razgovor, osebo, ki me ne pozna, ampak je strokovna. Želela sem pogovor in sem prvič šla na psihiatrijo zaradi tega, ker sem rabila pogovor. Ampak prav dogodek je bil to, da sem obupala sama nad sabo, nad življenjem, od reševanja problemov. Padla sem v kronično depresijo. Nisem skrbela za osnovno higieno, nisem skrbela za hčerko. Enostavno nisem bila pripravljena na probleme, ki mi je življenje pripeljalo. Veliko tega se je zgodilo. Starša sta prišla v leta, ko sem se morala skrbeti zanju, potem smrt, potem bolezen. Potem otrok, ki tudi sam potrebuje pozornost. Potem mož alkoholik z PTSP-om, služba, ki je sama po sebi stresna. Vse to skupaj in jaz perfekcionista, kontrol freak, ki meni, da vse lahko naredim sama in da edino jaz najboljše naredim. Dolgo je to tako funkcioniralo, potem pa enostavno več nisem mogla tako. Jaz sem od sebe dala vse več in več, ljudje okrog pa so bili vse manj in manj zadovoljni in sem naenkrat ugotovila, da mene ni več.

Rajko: *Ne znam čisto točno obrazložiti, kaj je razlog, ampak zdravnici sem povedal, psihiatrinji, ona je takrat bila mlada specializantka, še zdaj hodim k njej. Takrat sem eno leto bil zaprt na zaprtem oddelku. Študiral sem kmetijstvo in sem zbolel.*

Dogodki, ki so pripeljali ljudi do krize in na koncu hospitalizacije, so zelo intimni in se posamezno razlikujejo.

Hospitalizacija ima status družbenega dejstva. Je dogodek, o kateremu so lahko vsi udeleženci soglasni, da se je zgodil, ne glede na razlike v mnenjih, kako je do dogodka prišlo in ali je bil potreben (Flaker et al., 2008).

Pri teh odgovorih vidimo, da se je »kriza« pri vsakem začela drugače, vsakega je njegov osebni dogodek pripeljal do krize, ko ni več videl izhoda. Kristina je delala samomor, Vlatka je prišla do tega, da se ni več umivala in ni skrbela zase. Darinka se ni zavedala sebe takrat in se ne spomni preveč dogodkov.

Izraz kriza pomeni, da je motnja psihičnega ravnotežja resna, akutna in je posameznik ne more rešiti z navadnimi načini spoprijemanja. Nastopi lahko kot posledica dolgotrajnega stresa ali pa kot odziv na življenjski dogodek. Kriz je več vrst, skupno pa jim je, da posameznika popolnoma prevzamejo. Temeljni problem se poveže s številnimi drugimi težavami, na dan pa privrejo tudi vse posameznikove pomanjkljivosti (Lamovec, 1998, str. 221–222).

Rajkova izjava je zelo kratka, ne pove nič kaj veliko o dogodku. Biti zaprt eno leto na psihiatriji je vplivalo nanj celo življenje. Ne vemo, kaj ga pripeljalo do hospitalizacije, vemo pa, da si ne želi preveč o tem govoriti.

Okoliščine hospitalizacije so večinoma raznorodne in raznovrstne, prav ponovno sestavljanje gotovosti utegne biti tisto, čemur rabi dogodek hospitalizacije (Flaker et al., 2008).

V takih primerih bi bilo dobro, da bi obstajale alternativne rešitve, nekdo, na kogar bi se obrnil in pogovoril, da do hospitalizacije sploh ne bi prišlo. V primeru mojih intervjujancev ni bilo osebe, na katero bi se lahko obrnili in katera bi lahko dala nasvet. Za take situacije bi bilo dobro imeti krizni tim, skupine za samopomoč in bi se mogoče preprečila hospitalizacija.

7.5 ALI SE ČLOVEK LAHKO NAVADI NA BOLNIŠNICO

Darinka: *Ne, to pa resno ne. Želim si, da nikoli več v življenju ne bom tam zaprta. Spomnim pa se, da ko sem prišla ven iz psihiatrije, sem čutila strah, nisem se počutila varno. Strah pred tem, da se bi dogodki ponovili. Ta strah je bil zelo dolgo prisoten, mislim da tudi zdaj čutim strah, ampak sem se s tem naučila živeti.*

Kristina: *Psihiatri so večinoma enaki zdaj, kot so bili pri moji prvi hospitalizaciji, vsakič mi je grozno, sem "zombie", ampak sem se že enostavno navadila na njih, da enostavno dam čez to in živim naprej. Sprva so starši za vsako glupost klicali zdravnike, zdaj pa sem postala "modra"*

in se enostavno pretvarjam, tako da zdaj hospitalizacije niso niti enkrat na leto. Ampak je pa res, da sedaj ves čas pijem terapijo zdravil.

Vlatka: *Ne. Na psihiatriji sem spoznala ljudi, ki so bili že 17 krat ali več bili hospitalizirani, jaz pa sem menila, da se to meni res ne more zgoditi. Ljudje sami sebe programirajo, da vsakič, ko se ne počutijo dobro, pridejo v bolnišnici. "Spomlad je, utrujen sem, grem malo"... in tako celo življenje. Groza me je bila tega, da bi brez razlogov bila tam zaprta. Tako, da sem raje veliko delala na sebi, da ne bi nikoli več prišlo do tega, ampak sem se na začetku bala, da mi ne bo uspelo živeti več doma, samostojno, čutila sem strah.*

Rajko: *Ne, ampak jaz sem se navadil na začetku. Postal sem hipohonder. Za vsako malenkost sem prispel, ko je bilo potrebno in ko ni bilo, jaz sem prišel. Tako da so me že podili ven z bolnišnice. Bilo mi je lepo tam. Vse 4 v zrak, ne rabiš premišljevati o zajtrku, kosilu, večerji, ne rabiš premišljevati, kaj boš počel čez dan. Vedno sem bil v dobri družbi in mi je bilo dobro, ampak vseeno je odgovor ne.*

Pri tej temi so vsi štirje odgovorili, da se ne moreš navaditi na psihiatrijo. Darinka omenja strah pred odhodom iz psihiatrije, strah, kako živeti naprej brez "zaščite", na katero se je navadila, ko je bila zaprta. Tudi Vlatka omenja ta strah in predvidljiv občutek varnega, ko je bila zaprta na psihiatriji. Strah, da ne bo več nikoli enako kot je bilo prej in bo odvisna od tuje pomoči. Zato omenja, da ko si že zaprt, je pomembno, da ne postaneš odvisen od zdravil, temveč da čim več delaš na sebi od znotraj.

Dinamika zasvojenosti s psihiatričnimi zdravili je bistveno drugačna, saj v nastanku in vzdrževanju zasvojenosti igra bistveno manjšo vlogo čar zdravila in bistveno večjo vlogo pritisk okolice (Flaker et al., 2008).

Rajko je omenil, da je na začetku postal "odvisen" od psihiatrije, ampak zaradi drugih razlogov. Navadil se je na občutek, da mu ničesar ni potrebno delati, da nekdo drug dela za njega, kuha, pere, čisti, njegova naloga pa naj bi bila, da se družijo.

Ljudje ki se znajdejo v položaju, da so odvisni od drugih, po eni strani pričajo o temeljni medsebojni odvisnosti med ljudmi, po drugi pa se srečujejo z eno izmed vodilnih vrednot sodobne civilizacije, neodvisnostjo (*ibid.*).

Zdaj ni več takega mnjenja in se trudi ter dela na sebi z namenom, da nikoli več ne bi bil zaprt na psihiatriji.

Odlomki govorijo o občutku varnosti, ki so ga ljudje dobili na psihiatriji in o strahu, kako (pre)živeti po hospitalizaciji. Menili so, da brez psihiatrije ne morejo normalno živeti, prav tako da ne morejo normalno živeti brez terapije.

Uporabnik postane "pacient", katerega naloga je, da potrpežljivo čaka, kaj bodo naredili drugi z njim. Nič takega, kar bi pomembno zadevalo njegovo življenje, ni več v njegovih rokah. Na ta način izgubi občutek notranjega nadzora, ki se izraža v prepričanju, da lahko sami vplivamo na pomembne vidike svojega življenja. Izguba notranjega nadzora ima več posledic (Flaker, 1993).

V tem primeru bi prav prišle alternativne rešitve in podpora v skupnosti. Če ljudje čutijo, da niso zmožni naprej »normalno« živeti, če v njih obstaja strah, potem je skupina za samopomoč ena od pozitivnih rešitev, kjer se lahko naučiš veliko o sebi, ampak tudi kako živeti naprej. Ta izkušnja se lahko pridobi tudi v pogovoru z nekom, ki je bil nekoč v isti ali podobni situaciji.

7.6 ALI STE PRED PRVO HOSPITALIZACIJO VEDELI, NA KOGA ALI KAM SE LAHKO OBRNETE ZA POMOČ

Darinka: *Sprva nisem vedela, na koga se lahko obrnem, potem pa se sama sebe nisem niti zavedala. Včasih je potreben le pogovor, ko pa pride do trenutka, ko niti pogovor nič ne pomeni, takrat ne vem, ali bi mi kdo razen psihiatrov pomagal. Mogoče v svetu, kjer so razvite še druge oblike podpore ja, ampak pri nas tega ni. Žal moram povedati, da se pri nas nič kaj dosti ni spremenilo na boljše. Jaz sem imela takrat prednost, da sem delala v instituciji in sem imela dostop do psihologinje, ampak takrat se bi prej pomenila z nekim na ulici kot pa z njo. Ljudje smo včasih zelo veseli, ko ima kdo drug težave, tako da si nisem želela govoriti o tem. Žal nisem imela nikogar, na kogar bi se lahko obrnila, pri nas imamo samo psihiatrijo, takrat pa je psihiatrija bila "tabu", tako da če ne bi prišlo do prisilne hospitalizacije, ne vem, če bi se kdaj sama odločila iti tja.*

Kristina: *Ne, nikoli nisem imela osebe, s katero bi se lahko pomenila, ne s prijatelji, ne z družino, ne s strokovnjaki. Zdi se mi, da take osebe niti ne bom imela, ker takšna oseba ne obstaja, je ni. Starša takoj, ko vidita nekšno spremembo, pokličeta rešilca, jaz pa slabega dne sploh ne morem imeti. Včasih mi se zdi, da bi onadva morala obiskovati psihiatre. Tako sem se navadila na psihiatrijo, da sem se enostavno sprijaznila z mnenjem staršev, da mi le oni lahko*

pomagajo. Morate pa zastopiti, da jaz živim v majhnem kraju, kjer se nič ne dogaja, tako da tukaj nimam osebe, ki bi mi lahko pomagala.

Vlatka: *Poskušala sem z prijatelji, ampak oni so sami imeli svoje težave in situacije, tako da bi enkrat rekla, drugič, tretjič in sem takrat opazila da jih motim, da jim je naporno to, da se ponavljam, da oni mene najrajši ne bi poslušali. Opazila sem, da bi oni raje videli, da jih zabavam, da sem vesela, ker sem jih navadila na takšno obnašanje pri sebi. Enostavno sem opazila, da nimam nikogar za pogovor, počutila sem se sama. In sem se odločila poiskati pomoč.*

Rajko: *Nisem imel osebe, na katero bi se lahko obrnil in bi ji zaupal. Živel sem s starši, ampak oni me niso zastopili, ampak saj tudi njih niso njihovi starši zastopili.*

Vsi štirje niso imeli človeka, s katerim bi se lahko pogovorili o težavah, s katerimi so se srečavali. Razlogov za to je več, od sramu, strahu, nezaupanje, do tega da se niso zavedali, da se je kaj sploh spremenilo.

Osebe s težavami v duševnem zdravju bodo skrivale svojo diagnozo in bolezen ravno zaradi strahu pred stigmo, ki pripelje do občutkov sramu in krivde.(Švab 2009: 23).

Pravočasno iskanje strokovne pomoči je preventiva pred tovrstnim doživljanjem in vedenjem (MDDSZ, 2012).

Vlatka je poskušala povedati prijateljem, ampak je niso slišali in je bila neuspešna. Niso se želeli ukvarjati z njenimi težavami, ker naj bi imeli že preveč svojih težav. Vlatka omenja, da je potrebovala nekoga, ki je ne bi osebno poznal ter se je ta oseba ne bi sramovala. Vlatka celo po prvi hospitalizaciji, ko so jo prijatelji vprašali, kje je bila, tega ni povedala in jim je odgovorila, da je bila na počitnicah. Človek sploh ne sme imeti slabega dneva, ampak mora biti "super normalen".

7.7 ALI BI ZDAJ VEDELI NA KOGA ALI KAM SE OBRNITI ZA POMOČ, ČE BI BILA POTREBA PO TEM

Darinka: *Pri nas v Čakovcu ni strokovnih ljudi, na katere bi se lahko obrnila za pomoč, ampak otroci so zdaj že odrasli, tako da če bi resno potrebovala pomoč, bi se na njih obrnila. Nočem jih preveč obremenjevati, ker imajo svoje življenje, ampak vedno, ko jih potrebujem, so tu. Jaz se namreč bojim sama spati ponoči in redkokdaj, ko ni moža doma in sem sama, potem vsakič*

pride en od otrok prespat, da nisem sama. Želim si, da bi obstajala še kakšna druga možnost, ampak trenutno je v Čakovcu ni.

Kristina: *Ne, ne vem, na koga naj bi se obrnila, ampak v Čakovcu ni ljudi, na katere bi se lahko obrnila. Nič se ni spremenilo, tako da je moje življenje še vedno isto iz dneva v dan, ampak sem tega tudi že navajena. Seveda bi želela, da bi se kaj spremenilo, ampak jaz na to ne morem vplivati. Po mojem ima tukaj bistveno vlogo država, ne pa jaz.*

Vlatka: *Kot sem že omenila prej, društvo Ludruga mi pomaga v vseh segmentih življenja, tako da bi se za pomoč obrnila na njih. Spoznala sem zelo prijetne ljudi, ki jim zaupam in jih dobesedno lahko kadarkoli pokličem, če potrebujem nasvet ali karkoli drugega. Vedno so mi nudili oporo. Zelo sem srečna, da društvo obstaja in da sem jaz del društva.*

Rajko: *Trenutno imam v svojem življenju izbiro, ki je prej nikoli nisem imel. Obrnil bi se na prijatelje, na delovno terapevtko, psihiatrinjo. Ampak tudi društvo Ludruga, kamor pridem vsak ponedeljek na skupino in se pogovorim. Ljudi me zastopijo, dajo nasvet, poslušajo. To mi je dovolj, imam prijatelje, ki jih lahko pokličem kadarkoli, čeprav ne delam tega, ampak vem pa, da lahko, da imam izbiro.*

Od prve hospitalizacije do danes so moji intervjujenci naredili pozitivne premike, vsaj v smeri iskanja pomoči. In čeprav v ruralnem okolju še vedno ni veliko izbire, Darinka omenja sina in hčer, ki sta že odrasla in ji trenutno lahko pomagata in ji nudita oporo, ki jo potrebuje. Kristina teoretično ve, na koga in kam se lahko obrne, žal pa te možnosti nima, ker strokovnjakov na tem področju ni, prijatelji in družina pa je ne zastopijo. Celo lažje ji je živeti tako, da staršem laže, da je v redu, ker ji potem ne težijo z psihiatrijo. Vlatka in Rajko imata več izbire. V urbanem okolju se veliko tega dogaja. Preko Ludruga sta razširila socialno mrežo in to jima pomaga pri preprečevanju morebitnih kriz. Omenjajo tudi prijatelje, tiste, ki so ostali ali take, ki so prišli na novo v njihovo življenje in jih razumejo.

Opaziti je, da se je situacija spremenila, vsaj za ljudi iz urbanega okolja. Vlatka in Rajko sta razširila svojo socialno mrežo preko društva »Ludruga«, ki izvaja skupine za samopomoč. V primeru ljudi iz manjšega kraja še vedno ni alternativnih rešitev, samo so tudi tam opazni pozitivni premiki, čeprav so potrebne nujne spremembe in je ljudem potrebno dati izbiro.

7.8 KAJ SE JE SPREMENILO PO HOSPITALIZACIJI

Darinka: Na začetku je bilo grozno, nimaš koga prositi za pomoč, ki jo dejansko potrebuješ. Vsi te gledajo kot drugačnega. Vem, da imam problem jaz sama, da me moti, kaj se govori po vasi, resno me je motilo. V službi se ni nič spremenilo, ampak vem, da je to samo zaradi tega, ker so ljudje navajeni, ker delam v zavodu. Če bi kje drugje delala, bi bila verjetno bolj stigmatizirana. V družini se ni nič spremenilo. Prijateljev je ostalo pa zelo malo.

Kristina: Starši so bili vedno tukaj, ko sem jih potrebovala, z brati že prej nisem imela v redu odnosa. Zdi se mi kot, da so se me sramovali. Prijatelje je na začetku zanimalo, kako se je kaj zgodilo, ampak ne z namenom, da me poslušajo in pomagajo, temveč da naprej opravljajo in se posmehujejo. V službi je tudi bil velik problem, skoraj sem dobila odpoved, ni bilo pomembno, da sem najboljša delavka in podobno, da sem vodja, temveč to, da so me zaprli na psihiatriji. Starša ste celo rekla, da bosta tožila, če dobim odpoved. Vse je padlo v vodo, to da sem jaz ostajala dlje v službi, da sem nasmejana in z veseljem delala, nič, prav nič ni bilo pomembno, razen tega da sem "nora" in "nevarna".

Vlatka: Veliko prijateljev sem izgubila, ampak očitno to niso bili prijatelji. Dosti jih je izginilo, ker je prva hospitalizacija trajala 3 mesece, potem spet 3, ne moreš pa toliko časa skrivati, da si na potovanju, na morju, na koncu nisem več imela živcev skrivati in lagati. Tako da sem povedala, kje sem in kaj sem in je veliko ljudi odpadlo. Podpore doma tudi nisem kaj dosti imela. Hčer je bila še majhna, mlada, mož pa je imel svoje težave. Podporo, da se lahko pomenim s kom, to pa res ne. "Prijatelji" so na začetku bili v šoku, potem jih je zanimal vsak detajl, kako in kaj se dogajalo, kako je izgledal dan. Tudi sami so takrat bili polni lastnih problemov in so sklepali, da bi tudi oni rabili pomoč.

Rajko: Družba se je spremenila, nismo več bili prijatelji. So pobegnili po moji hospitalizaciji, so se poročili, prijateljstva so se prekinila. Dobil sem voljo za ustvarjanjem, učenjem fotografije, umetnosti. Opravil sem veliko tečajev.

Zgodbe ljudi s potrebo po dolgotrajni oskrbi nam govorijo, da so njihove socialne mreže v večini primerov zelo majhne in omejene na ozek krog ljudi, zlasti družinskih članov in redkih prijateljev (Flaker et al., 2008).

Odgovori so si zelo podobni in niso presenetljivi, ker sem to že večkrat slišala. Izgubili so prijatelje, vsi štirje, družina jim je še vedno bila v oporo, čeprav nikoli ne popolno, ampak pomembno je bilo, da so bili tam. Prijatelji pa so odšli stran.

Človek, ki je etiketiran, se umakne ali pa drugi pretrgajo stike z njim (ibid.).

Nalepka osebo varno spravi v kategorij »nezdravih« in v tej kategoriji ostane celo življenje kljub dejstvu, da je večina »nezdravih« večino časa zdrava (Lamovec, 1999).

Da bi zmanjšali socialno izključenost oseb s težavami v duševnem zdravju, mora imeti posameznik enak dostop do ekonomskih in družbenih dobrin oz. možnosti biti deležen spoštovanja drugih članov družbe ter biti deležen pomoči, da se v njem ponovno utrdi upanje na kakovostnejše življenje, v katerem bo lahko razvil svoje možnosti (Ministarstvo za zdravje, 2009).

Šibke socialne mreže so pri osebah z dolgotrajnimi duševnimi stiskami navadno posledica umika in stigme, ki lahko bistveno preoblikuje odnose. Stigma navadno nastopi v povezavi s hospitalizacijo ali zaradi sramu (Flaker et al., 2008).

Vlatka omenja, da to v bistvu sploh niso bili prijatelji, ampak vseeno jih je takrat potrebovala, njih pa ni bilo. Kristina je skoraj izgubila službo in je od takrat šef ne spoštuje. Vlatka je bila lastnica firme, tako da ni imela težav s tem, saj je mož prevzel posel, ko je bila ona odsotna. Darinka v službi ni imela težav, čeprav je na začetku po vrnitvi bila stigmatizirana, nadaljevala je s svojim delom kot vodja sektorja. Rajko je postal ustvarjalen in od takrat dela na sebi.

7.9 SLUŽBA

Darinka: *Na tem področju pa res lahko povem, da nisem imela težav, so zastopili, da sem hospitalizirana. Bila sem na bolniški. Res sem imela srečo, delam v zavodu že od končanega študija, mogoče, ker je zavod za ljudi s težavami v duševnem zdravju razlog, da nikoli nisem imela težav, ali pa to, da delodajalca nimam oziroma je moj delodajalec država, oni pa se vsaj nekje držijo zakonov.*

Kristina: *Sem trgovka po izobrazbi in zelo pridno opravljam svoje delo, sem vodja sektorja in sem dolgo delala na tem, da bom uspešna. Po hospitalizaciji se je vse spremenilo, delodajalec mi je skoraj dal odpoved in mi je bilo zelo težko, ker ne vem kaj bi jaz brez službe. Ne vem, meni je delati kot prodajalka zelo lepo in se veselim vsak dan, ko grem v službo. Delodajalec tega ni*

zastopil, odločil se je, da me odstavi iz blagajne in sem morala polniti police, z namenom, da imam čim manj odgovornosti. Kot da zdaj naenkrat nisem sposobna. Seveda mi je povedal tudi to, da če se kdaj koli že zgodi, da moram iti na bolniško, ne bom imela več službe. Zelo se bojim tega.

Vlatka: *Jaz sem imela lastno firmo, tako da glede tega nisem skrbela, ko pa sem bila hospitalizirana, je mož prevzel firmo. Danes sem sicer upokojena, ker je firma propadla, ampak ne zaradi mojega duševnega zdravja ali bolnišnice, temveč zaradi tega, da je v državi kriza in ljudje nimajo denarja. Želela sem se zaposliti, ampak na zavodu za zaposlovanje mi je delavka rekla, da sem že stara in da me nihče, ko pogleda moje diagnoze, ne bo zaposlil. Ko je to povedala, se nisem počutila ravno super. Komaj da sem nabrala malo zaupanja vase, mi ga je ta delavka vzela. Potem pa sem šla v upokoj, ker ne vem, kaj bi, če ne bi imela denarja za osnovne življenjske potrebe.*

Rajko: *Sem upokojen, imam družinsko pokojnino ter tudi invalidsko. Ko sem bil mlajši, sem želel delati in zaslužiti denar. Včasih sem bil ljubosumen na ljudi, ki delajo in zaslužijo zase, ampak zdaj mi je v redu, nič mi ne manjka. Resno je, da sem želel delati, ker menim, da bi se takrat počutil koristno in bi za to še dobival denar, ampak trenutno sem že star in imam svoj ritem, trenutno si ne predstavljam, da bi delal.*

Iz teh odgovorov, ki so naključni, je razvidno, da so osebe iz ruralnega okolja zaposlene, osebe, ki prihajajo iz urbanega okolja pa so upokojene. Vsi, razen Darinke, so imeli težave pri zaposlitvi. Darinka pravi, da je imela srečo, ker dela v zavodu in je država lastnik, tako da zaradi diagnoze ali hospitalizacije ni smela dobiti odpovedi.

Kristina je imela velike težave s svojim delodajalcem in zaradi njega tudi živi v strahu, ker ji je povedal, da če bo še kdaj hospitalizirana in gre na bolniško, da bo dobila odpoved. To seveda ni zakonito delovanje in bi bil verjetno bil kazensko odgovoren, ampak to se vseeno dogaja in ni nobenih sankcij.

Vzdrževanje delovnega mesta, premagovanje ogroženosti in stiske je mogoče pogosto doseči, če so ureditve fleksibilne, če jih je mogoče prilagoditi ali zamenjati ogrožajoče okoliščine. Potrebna je zadostna mera tolerantnosti delodajalca in kolektiva (Flaker et al., 2008).

Pomembno je poudariti, da je Kristina zelo zadovoljna s svojim delovnim mestom, čeprav ima težave z delodajalcem.

Zadovoljstvo z delovnim mestom je pomembno identifikacijsko in »energetsko« oprijemališče za človeka v stiski (ibid.).

Vlatka je želela delati, ampak ji je bilo svetovano da se upokoji, namreč odgovor, da kdo bi njo zaposlil, je resno diskriminirajoč, še posebej ko ima oseba nizko samozavest.

Obstoječi sistem pomoči ne spodbuja dejavnosti in zaposlovanja in ljudi z dolgotrajnimi stiskami potiska v začarani krog brezdolja (ibid.).

To se ne bi smelo dogajati, na zavodu za zaposlovanje bi ji strokovni delavci morali povedati, kakšne so njene možnosti, ne pa to, da naj se upokoji, da bi imela vsaj malo denarja. Rajko je upokojen od nekdanj, trenutno je zadovoljen, ampak tudi on si je želel delati in biti plačan za to.

7.10 ALTERNATIVNA ZDRAVLJENJA

Darinka: *Ne poznam kaj preveč alternativnih zdravljenj. Večkrat po internetu gledam, kaj se dogaja po svetu in kaj naj jaz delam, da ne bi prišlo do tega, da me spet zaprejo, ampak pravim, da pri nas ni izbire. Če bi živela v večjem mestu, kot sta Zagreb ali Reka, potem bi se sigurno nekaj našlo, tukaj doma pa ni pretirane izbire. Ukvarjam se s hobiji in hodim na telovadbo, ampak to mi ni dovolj, rabim pogovor z ljudmi, ki bi me mogoče razumeli, s katerimi bi se menila o stvareh, o katerih ne morem govoriti z vsakim. Družina, mož pa otroci me ne zastopijo. Ne vem, zakaj, ampak žal, Čakovec tega nima.*

Kristina: *Ne poznam kaj preveč alternativ na področju duševnega zdravja, vem pa, to da v Čakovcu ali pri meni doma v vasi ne obstajajo.*

Vlatka: *Definitivno "Ludruga", skupina za samopomoč in podporo. Skupina deluje na več načinov, vsak ponedeljek se dobimo in pogovorimo o aktualnih dogodkih, govorimo o temah, pomembnih za nas v skupini. Ne gre samo za podporo čez pogovor in izkušnje. Ljudje se včasih ne znamo izražati z besedami, ali pa o nekaterih stvareh nočemo govoriti. Tako da smo v sklopu skupine za samopomoč naredili tudi ustvarjalne delavnice, kjer se skozi umetnost pogovarjamo. Naredili smo tudi igro vlog, ene zvrsti teatra. Smo zelo uspešni. To je to, kar mi pomaga, moja alternativa.*

Rajko: *Šport, hobiji, moja strast za fotografijo, vse to so stvari, s katerimi se čez dan ukvarjam in sem zadovoljen. Vsak ponedeljek pa obiskujem skupine za podporo, kjer se pogovorim,*

pridem par ur prej in uživam, ko se pogovarjam z drugimi člani. Ne predstavljam si, da skupine ne bi bilo, ker menim, da mi je že večkrat pomagala v času morebitne krize.

Tukaj je ponovno zaznati večjo razlika med ruralnim in urbanim okoljem. Osebe iz ruralnega okolja imajo nekaj alternativ, ukvarjajo se s športom in drugimi hobiji. Ampak to jim ne zadostuje. Potrebujejo nekaj več, rabijo osebo, strokovno ali ne, samo da jih zastopi, jim svetuje, kadar rabijo pogovor. Tega trenutno žal nimajo.

Okrevanje po duševni motnji je namreč dolgotrajen proces in je odvisen od vsakega posameznika. Pomeni pa vračanje na prejšnjo raven sposobnosti in zmožnosti (Ministarstvo za zdravje, 2009, str. 31).

V urbanem okolju je več alternativ, več izbire. Imajo skupino za samopomoč, katero tudi redno obiskujejo. Vsak ponedeljek se srečajo, hkrati pa se srečajo tudi ob kakšnih drugih dogodkih. Vsak ponedeljek se sestane podporna skupina. Mi je pa bilo tudi omenjeno, da v primeru krize lahko pokličejo nekatere člane skupine tudi ponoči in jim bodo svetovali in pomagali.

7.11 ALI JE V MANJŠEM MESTU TREBA USTANOVITI SKUPINO ZA SAMOPOMOČ?

Darinka: *Menim, da ja, ampak ne vem, ali obstaja oseba, ki bi to vodila, dovolj strokovna. Kdo bi to vodil? Potem pa tudi ne vem, ali bi bilo dovolj ljudi zainteresiranih. Vem, da obstajajo ljudje s težavami v duševnem zdravju, moje mnenje je, da jih je vse več, ampak veš, kako je to pri nas. Ljudje so stigmatizirani na vsakem koraku, se sramujejo svoje "bolezni", ne vem, kako bi sprejeli podporo. Ampak ja, jaz bi z veseljem hodila na nekaj takega, seveda če bi mi bilo zanimivo, ampak potreba je velika. In, če bi se to dogajalo mogoče v Čakovcu, ne pa v manjšem kraju, bi mogoče več ljudi obiskalo skupine za samopomoč. Do Čakovca resno vsakdo lahko pride, obstajajo avtobusi, vlak, sej tudi z kolesom lahko pridejo, peš...zdi se mi super ideja.*

Kristina: (Kristina na začetku ni vedela, kaj so skupine za samopomoč, po mojem pojasnilu je odgovorila)

Ideja je v redu, ne vem sicer, ali bi jaz imela pogum hoditi, mogoče bi enkrat prišla samo, da vidim, nisem pa 100% prepričana, da bi hodila. Potreba po tem je resno velika, nikamor se ne moremo obrniti za pomoč, nihče ne zastopi, kako nam je, seveda je pa tudi OK slišati druge

izkušnje od ljudi, zato zelo podpiram. To, da pa mogoče ni zame, nisem prepričana, dokler ne poskusim. Rajši sem doma in nikamor ne hodim.

Vlatka: *Sigurno je. Ko smo bili v Čakovcu z "Ludrugo", smo spoznali veliko ljudi, ki so bili zainteresirani in bi hodili na skupino. Saj so tudi sami to povedali. Bili smo v Čakovcu, Zadru, Osijeku. Velik problem je vedno stigma, ampak menim, da v Čakovcu ni bil problem stigma, vsaj ne prvi problem, temveč to, da ni strokovnjakov, ki bi vodili skupino in se ukvarjali s tem. Čakovec ni majhno mesto, ljudem je bilo všeč.*

Rajko: *To je zdaj "problem". Mnenja sem, da bi v majhnem mestu bil bolj stigmatiziran kot v večjem. V Zagrebu zame vedo samo ljudje okrog stavbe, ko pridem v center mesta me nihče ne pozna. Recimo, v majhnih mestih sem od drugih slišal, da zaradi stigme niso več let šli ven iz stanovanja, ravno zaradi tiste omenjene stigme. Poznam osebo, ki 3–4 leta sploh ni šla ven, ker se je bala in sramovala. Potrebe po skupini so, ampak ljudi so zelo kruti in brezobrazni, ne vem če bi skupina bila uspešna.*

V odgovorih je zaznati problematiko skupin za samopomoč. Vsi štirje so mnenja, da so skupine za samopomoč potrebne, ampak trije so mnenja, da bi bile osebe v majhnih mestih stigmatizirane, če bi hodile na takšne skupine. Čeprav v bistvu Čakovec ni majhno mesto, je recimo dovolj veliko, da do stigme ne bi prišlo. Vsi navajajo, da ne vedo, če obstaja oseba, ki bi skupino lahko vodila. Ni strokovne osebe, ki bi, vsaj na začetku, bila potrebna za zagon skupine za samopomoč. Taka oseba bi morala poznati problematiko in imeti sposobnosti voditelja. Pozneje pa bi tudi uporabniki lahko vodili skupino.

Samopomoč je odraz dveh sodobnih trendov: dvomov v vrednost in nezmotljivost strokovnjakov in pa podarjenega pomena samo determinacije in avtonomije (Kewer & Šabec, 1996, str. 3).

Skupine za samopomoč so potrebne, ljudi imajo pravico do izbire, pa tudi potrebo za nasvetom ali pogovorom. Težko je verjeti, da bi lahko skupino ustanovili prav vsakem manjšem kraju, ampak Čakovec je dovolj velik, da ljudje ne bi bili stigmatizirani, saj se večinoma prav tega boji in imajo dostop do javnega prevoza. Ljudje morajo spoznati lastne pravice in morajo biti slišani. Psihijatrija v Čakovcu ne deluje dobro za uporabnike in dokler ne bo pobude, se to ne bo spremenilo. Ljudje morajo biti slišani, ampak pred tem potrebujejo dovolj samozavesti, da povejo lastno mnenje.

Sogovorniki pravijo da potreba po skupini obstaja. Darinka omenja, da je vse več ljudi s težavami v duševnem zdravju in potreba po skupinah za samopomoč je velika. Tudi Kristina omenja, da potreba po drugačnem, nemedicinskem, pristopu narašča, saj je velik problem, da ne moreš nikogar prosit za pomoč in da se v stiski lahko obrneš le na psihiatrijo.

8. RAZPRAVA

Na podlagi kvalitativne raziskave, ki sem jo izvedla, lahko ugotovim, da na Hrvaškem še vedno ni dovolj strokovnih ljudi, ki delujejo na področju duševnega zdravja. Še posebej je to opaziti v manjših mestih, ruralnem okolju. Večina mojih sogovornikov, v bistvu vsi razen Rajkota, nikoli ni bila deležna pomoči s strani katerega od socialnih delavcev. Potrebno je, da socialni delavci sodelujejo v multidisciplinarnih timi skupaj z ostalimi službami. Psihijatrija prevladuje, skupnostnih služb pa ni, vsaj ne na področju duševnega zdravja. Ljudje s težavami v duševnem zdravju ne poznajo vloge socialnega delavca, oziroma poznajo center za socialno delo, vendar se na socialne delavce ne obračajo po pomoč, oziroma tudi tukaj nimajo dobrih izkušenj. Sogovornica Kristina pravi *»ne želim imeti posla ne z psihijatrijo ne s socialnem delom«*. Njena izjava govori o tem, da ima zaradi preteklih izkušenj odpor do vseh strokovnjakov. Socialni delavec je v vlogi birokrata, ukvarja se s papirji, odločbami, poročili, zapisniki... Terenskega dela je nekaj, ampak ne pa na tem področju. Spremembe so zaželeno in potrebne. Ljudje, ki živijo v ruralnih področjih, si zaslužijo enako obravnavo kot tisti, ki prebivajo v urbanih področjih, vsi imajo pravico uresničevati svoje pravice. Ljudje potrebujejo podporno mrežo, alternativo in pa pomoč v skupnosti. Sogovornikom primanjkuje informacije in potrebujejo strokovnjaka, ki bi bil na »njihovi strani«. Potrebno je, da spoznajo lastne pravice. *Socialni delavci imajo ne glede na področje svojega delovanja, ključno vlogo pri tem, da omogočijo ljudem dostop do različnih oblik pomoči, storitev in dajatev, ki jih potrebujejo* (Milošević-Arnold, 2000, str. 253). Ljudje z ruralnih področij imajo zelo malo možnosti izbire, so bolj stigmatizirani in se nimajo komu ali kam obrniti po pomoč. Psihijatrija v ruralnem področju deluje danes, kot je delovala tudi takrat, ko se je začela razvijati, ljudi se ne obravnava korektno in imajo zelo slabe izkušnje. Sprememb ni, ljudje pa nimajo poguma da bi kaj naredili, ker so mnenja, da je bolje, da so tiho, saj se nič ne bo spremenilo.

Mnenja o psihijatriji se razlikujejo, sogovornice iz ruralnega okolja imajo zelo slabe izkušnje in na splošno imajo slabo mnenje o psihijatriji, ampak vedo da ne morejo ničesar spremeniti. Obravnava se jih zelo slabo, kršitve osebnih pravic pa se dogajajo vsakodnevno. Ljudje vedo kaj se dogaja, ampak se ne morejo na nikogar obrniti. Sogovornica Darinka pravi...*« Nečloveški odnos, vezanje. Dobivala sem velike doze zdravil in nisem mogla normalno funkcionirati«*.

Uporabniki si želijo drugačnega, bolj človeškega in odprtega pristopa. Želijo si, da bi bili slišani (Flaker et al., 2008).

Ljudje iz urbanega okolja imajo različno mnenje o psihiatriji, ampak tukaj vidim razlog v tem, kar tudi sami navajajo, sreča. Se pravi, pri njih je bil tisti faktor sreče, ki je odločal, v katero bolnišnico v Zagrebu bodo prispeli, saj se bolnišnice med seboj razlikujejo. Omenjajo dobro prakso v Jankomiru, psihiatrični bolnišnici.

Glede vprašanj, kaj so počeli, ko so bili hospitalizirani, je majhna razlika med ruralnim in urbanim področjem. Vsi imajo delovno terapijo vsakodnevno. V Čakovcu imajo enkrat na dan delovno terapijo, v Zagrebu pa je več izbire. Umetniške delavnice, terapija, slikarstvo, fotografija. Vsaka aktivnost je obvezna in ljudje se morajo držati urnika. Ljudje obiskujejo delavnice in delovno terapijo, ker je to edini način, da se umaknejo iz zaprtih oddelkov in nekaj naredijo zase. Razlika med skupinami za samopomoč in skupinami, ki potekajo v bolnišnicah je ta, da skupine za samopomoč niso obvezne, nihče ljudi ne sili, da hodijo na skupino za samopomoč, udeležba je prostovoljna. Teme pogovorov na skupini za samopomoč so poljubne in si jih vsak sam izbere, človek sodeluje le, če si želi, nikogar se ne sili. Vse odločitve so skupinske in večinoma ne obstajajo prepovedane teme, o katerih se ne bi smelo govoriti. Temeljijo na medsebojni pomoči. V bolnišnici so skupine obvezne in nanje hodijo uporabniki bolnišnice, na skupine za samopomoč pa lahko pride kdorkoli želi: partner, družina, prostovoljci, študentje, odprte so do vsakega. *Ena od pomembnih organizacijskih značilnosti skupin za samopomoč je vloga vodje* (Lamovec, 1998). Skupine za samopomoč združujejo ljudi s podobnimi problemi na enakovredni ravni, in se po namenu delijo v dve skupini; prvo tvorijo skupine za samopomoč, ki želijo neposredno pomagati članom, drugim pa sta primarni prioriteti boj za pravice zatirane skupine in spreminjanje odnosa družbe do teh zatiranih skupin (*ibid.*). Vodenje skupine za samopomoč je predvsem med člani skupini, vodenje skupin na psihiatriji pa pogosto poteka s strani strokovnjaka, redko članov. V samopomočnih skupinah so ljudje, ki se soočajo z enako težavo, na podporne skupine na psihiatrijo pa prihajajo vsi uporabniki psihiatrije in so tudi organizirane znotraj institucije.

Obiski na psihiatriji so enkrat na dan, eno uro. Na odprtem oddelku lahko gredo vsak dan pol ure ven. Če povzamem, med psihiatrijo v Čakovcu in Zagrebu ni kaj dosti razlike, razlika je predvsem v tem, da je v Čakovcu manj izbire glede delavnic. Vse je bolj strukturirano in se strogo upoštevajo pravila. Moji sogovorniki ne poznajo vloge zagovornika, zato se večkrat

prepustijo usodi. Sogovornica Darinka to odlično ponazori s svojim odgovorom *»komu naj povem o tem, kaj se dogaja, saj se itak nikoli ne bo nič spremenilo, bolje je, da sem tiho«*. Njen odgovor predstavlja je dober primer, kje zagovornik lahko pomaga. Predvsem ji lahko predstavi pravice, ki bi jih morala biti deležna, kot je bolj človeška obravnava, jo opolnomoči. *Namen zagovorništva je povečati občutek moči uporabnika (ibid.:142).*

Vsak od sogovornikov ima lasten in edinstven dogodek, ki jih je pripeljal do prve hospitalizacije, do neke mere formulirajo kot bolezen, a v večji meri kot posledico življenjskih dogodkov. Večinoma so to osebne izkušnje, z prevzemom krivde nase, ki so jih dolgo držali v sebi in niso imeli nikogar, s komer bi se o tem pogovorili, ali pa se niso želeli pogovoriti z bližnjimi. Zgodbe so zelo osebne in iz njih je razvidno, da stvari niso bile več pod kontrolo in se končalo z krizo in hospitalizacijo. Žal še vedno prevladuje tradicionalna bolnišnica in potem, ko imaš nekakšne težave v duševnem zdravju, te splošni zdravnik pošlje na psihiatrijo. V urbanem okolju je danes malo več izbire, ampak dogodki, ki so ljudi pripeljali do prve hospitalizacije, so se zgodili še preden jim je bila kakšna druga alternativa na voljo. V Zagrebu obstajajo društva na področju duševnega zdravja, tako da je osebam tam mogoče malo lažje, ker, spet se ponavljam, imajo izbiro. Ljudje iz manjših koncev, ruralnega okolja, Čakovca, oni nimajo izbire. Vem, da če bi imeli, bi se sigurno zmanjšalo število hospitalizacij in verjamem tudi, da se bo moralo kaj zgoditi, da se spremenijo stvari na boljše.

Na vprašanje, kaj se je zgodilo po hospitalizaciji, sem dobila od vseh skoraj podoben odgovor. Postali so stigmatizirani, izgubili so veliko prijateljev. Niso vedeli, kako naprej normalno živeti. *Stigma navadno nastopi v povezavi s hospitalizacijo ali zaradi sramu (ibid.).*

Darinka je omenila, kako ni vedela, kako naj po tistem dogodku živi naprej. Kar naenkrat je začela jemati zdravila, od katerih je bila utrujena, ljudje so se do nje obnašali kot da ni bila normalna, cela vas je govorila o njej. Hospitalizacija je dogodek, ki je večini ljudi stresen, potem, ko si že tam zaprt, živiš po pravilih bolnišnice, nihče pa te ne pripravi na to, kaj se zgodi, ko prideš ven, ko prideš domov in kako živeti naprej. Kako pa zdaj naprej. Osebe so izgubile prijatelje, družino. Drugim osebam niso bili všeč takšni, kot so bili, ker mogoče niso imeli dovolj energije. Ker so mogoče navajeni, da niso imeli problemov. Hospitalizacija je samo ena od možnih rešitev, za večine intervjujancev najslabša rešitev, ki je za sabo pripeljala posledice, s katerimi so potem ljudje morali živeti naprej.

Spremembe so se pojavile tudi v službi: Kristina je imela velike težave z delodajalcem in je skoraj izgubila službo. Delodajalec je ni razumel in Kristina še zmeraj živi v strahu, da bo izgubila službo, če bo še kdaj hospitalizirana. *Vzdrževanje delovnega mesta, premagovanje ogroženosti in stiske je mogoče pogosto doseči, če so ureditve fleksibilne, če jih je mogoče prilagoditi ali zamenjati ogrožajoče okoliščine* (Flaker et al., 2008).

Ljudje s težavami v duševnem zdravju se, poleg stigme, borijo tudi z diskriminacijo, precej je to vidno na področju dela. Nihče jih ne želi zaposliti, če pa so že zaposleni, so to po navadi delovna mesta, kjer je delodajalec nad njimi in preverja vsak njihov korak. Obravnavani so kot manj sposobni. Sogovornica Vlatka omenja velik problem *»želela sem se zaposliti, ampak na zavodu za zaposlovanje mi je delavka rekla, da sem že stara in da me nihče, ko pogleda moje diagnoze, ne bo zaposlil«*. Obstoječi sistem pomoči ne spodbuja dejavnosti in zaposlovanja in ljudi z dolgotrajnimi stiskami potiska v začarani krog brezdelja (*ibid.*). Ljudi se zatira, upokoji, čeprav so sami mnjenja, da so sposobni delati. Prihaja do strahu, kjer je bolje, da se ljudje upokojijo in vsaj dobijo določeno zagotovljeno vsoto denarja, kot pa da so na borzi in ne morejo dobiti službe. ". Ljudem moramo dodajati moč, jih zaposliti, saj je velikokrat ravno zaposlitev pot k okrevanju.

Pri alternativah zdravljenja se vidi velika razlika med ruralnim in urbanim okoljem. Ljudje iz ruralnega okolja nimajo veliko alternativ. Omenjajo hobije in se strinjam, da je zelo pomembno, da osebe počnejo tisto, kar imajo rade. Pri urbanih okoljih navajajo skupine za samopomoč kot najpomembnejšo alternativo. Občutek imam, da ves čas pišem "nimajo izbire" ali "imajo več izbire", ampak dejansko je tako. Obstaja velika potreba po alternativnih rešitvah, ker je trenutno edina rešitev v času krize hospitalizacija, in to pa seveda ni dobro za človeka, njegovo samopodobo in stigmatizacijo. Ljudem se mora dodajati moč, da bi čim kvalitetnejše in čim bolje živeli naprej, ne pa da se zaprejo vase in "živijo" iz dneva v dan. Veliko ljudi ne pozna svojih pravic, ker nimajo okoli sebe ljudi, ki bi jih uvedli v zakonodajo. Ruralno okolje je nekako zase, v nasprotju z osebami iz urbanega okolja, kjer so se pozitivno začeli premikati na pot proti dezinstitutionalizaciji.

Skupina za samopomoč daje podporo ljudem, da se spopadajo z morebitno stisko in jim tudi pomaga v stiski, vendar je potrebno razumeti, da skupine niso za vsakega in da obstajajo tudi negativni učinki, kot so pritisk skupine, stres, razglabanje o globokih, zadržanih čustvih. Vodja

skupine je lahko izpostavljen sindromu izgorevanja. Skupina posamezniku omogoča, da preko skupinske pomoči zgradi drugačno, pozitivno identiteto.

Poleg skupin za samopomoč, sistem skupnostnih služb in pristopov zajame tudi stanovanjske skupine in pomoč pri bivanju, dnevne centre, krizne centre, krizne time in krizne telefone, pa tudi obravnavo v skupnosti.

Skupnostne službe naj bi zadovoljile vse potrebe ljudi, ki so posredno ali neposredno povezane z duševnim zdravjem. Ljudje morajo imeti možnosti, da sami odločajo, katera vrsta zdravljenja je za njih najboljša. Za njih je pomembno, da čimprej pridobijo informacije in da z možnostjo izbire odločijo, kaj želijo. Razvoj skupnostnih služb lahko nadomesti bolnišnično zdravljenje.

Potreba po ustanovitvi skupine za samopomoč v manjšem kraju je velika. S tem se strinjajo vsi sogovorniki. Čeprav tisti iz ruralnega okolja niso takoj vedeli, kaj to sploh pomeni, ampak so se po moji razlagi strinjali, da je potreba po takšnih rešitvah velika. Se pa po drugi strani bojijo še večje stigme. Menim, da je glavni razlog v tem, da jim to predstavlja neznano področje. Potreba po skupinah za samopomoč je velika. Osebi iz urbanega okolja sta se strinjali, da morajo skupine obstajati tudi v manjših krajih, ampak Rajko navaja, da je v manjših krajih stigma zelo močna in ni prepričan, ali bi skupina sploh lahko bila uspešna.

Pri vseh štirih zgodbah sem zasledila, kako je stigma na področju duševnega zdravja zelo močna. Pozitivni premiki v smer dezitucionalizacije so, počasi se spreminja življenje ljudi. To je vidno v večjih mestih. Ljudje, ki prihajajo iz ruralnega področja, nimajo veliko izbire in so potlačeni. Vloga socialnega dela ni preveč jasna. Oziroma socialni delavci naj bi bili birokratski delavci, ki se ukvarjajo z papirji. Večina jih ima slabe izkušnje s socialni delavci. Čeprav na področju duševnega zdravja prevladuje obravnavo po medicinskem modelu, obstaja tudi pozitivna praksa v Zagrebu, kjer se hospitalizirane ljudi obravnava kot si zaslužijo. Žal sem takšno pozitivno prakso zasledila samo med ljudmi iz urbanega okolja.

Ljudje so počasi pripravljeni na spremembe, pozitivne premike, potrebujejo pa strokovnjake, ki jih bodo spodbujali in jim pomagali z drugimi načini preživetja.

Če povzamem vse štiri zgodbe, so glavne razlike v izbiri skupnostnih služb, ki naj bi jim pomagale v ruralnem okolju, v Čakovcu ni skupnostnih služb in je edino področje, na katero se lahko obrnejo, le psihiatrija. V urbanem okolju obstajajo društva, skupine za samopomoč, zagovorniške skupine...

9. SKLEPI

Duševno zdravje je konstrukt, ki vpliva na način prepoznavanja bolezni. V Zakonu o duševnem zdravju je uradna definicija duševnega zdravja preozka in ne zajema socialne razsežnosti. Definicija duševne motnje izhaja iz medicine in govori o spremembah v možganih, govori o fizičnih spremembah. Totalne institucije so svobodo zamenjale za posteljo in zdravstveno oskrbo. Obstajala je ideologija prisile, ki so jo izvajale ustanove in je bila zelo močna. Država je uzakonjala prisilno zapiranje. Zlata doba institucij je 19. Stoletje, ko so vzpostavili klasifikacijski sistem in so ljudi razvrščali glede na diagnozo. Hospitalizacija je s seboj pripeljala posledice, kot so odvisnost od zdravil, dosmrtna stigmatizacija, znižano samospoštovanje in zaupanje vase, zatiranje pristnega občutenja in izražanja, spremenjeni odnosi z družino, spremenjeni odnosi na delovnem mestu, spremenjeni odnosi s prijatelji, izguba ciljev v življenju. Poznamo prostovoljno in prisilno hospitalizacijo. Večina ljudi z izkušnjo hospitalizacije postane travmatizirana in neredko ne želijo govoriti o lastnih izkušnjah. Ljudje s težavami v duševnem zdravju pogosto po hospitalizaciji izgubijo službo, postanejo dolgotrajno brezposelni ali dobijo status invalida. Obstaja velika želja po zaposlitvi, stopnja zaposlenosti pa je precej nizka. Plačano delo je pot k okrevanju. Z dezinstitutionalizacijo se začelo ukinjanje totalnih institucij in so se začele razvijati skupnostne službe, dezinstitutionalizacija je prvi korak k emancipaciji uporabnikov. Dezinstitutionalizacija pomeni preselitev ljudi iz totalnih institucij v skupnost, je zvrst gibanja, ki se izvaja v celotnem svetu. Odgovarja na potrebe ljudi. Obstajata medicinski in socialni model obravnave posameznika. Medicinski model ljudi gleda čez diagnozo, pomeni kontrolo nad človekom in njegovem življenjem in raziskuje kaj s človekom ni v redu, cilj je, da se človek spremeni, da bi se lažje vklopil. Socialni model postavlja v središče posameznika, uporabnika, s ciljem enakovrednega odnosa med ljudmi v skupnosti. Poudarek skupnostnega modela je na medsebojnem zaupanju strokovnjaka in posameznika. Duševno zdravje v skupnosti se pojavlja kot kritika starega sistema in obsoja zapiranja. Izvajalce skupnostne oskrbe lahko razdelimo na neprofitni sektor, javni sektor in zasebni sektor. Za idealno obravnavo v skupnosti so pomembni posamezniki, strokovnjaki, ki med seboj sodelujejo, pa tudi sosedje in okolica. Na področju duševnega zdravja se velikokrat zgodi, da se ljudi s težavami v duševnem zdravju ne sliši, odvzame se jim poslovna sposobnost, dodeli skrbnik, se jih neustrezno obravnava na nečloveški način in velikokrat niti ne poznajo svojih pravic. V takšnih primerih je zagovornik oseba, ki skupaj s uporabnikom raziskuje in pomaga. Zagovornik

je oseba, ki govori in deluje v imenu drugega, ampak ne sme prevzeti nadzora z namenom odvzemanja moči. Zagovornik naj bi zastopal interese ljudi, zagotavljal polnopravnost in nadomeščal pomankanje moči posameznika. Obstajata laično in profesionalno zagovorništvo. Zakon o duševnem zdravju je uvedel profil zastopnika, problem vidim v tem, da je profil zastopnika le honorarno delo in je obseg dela omejen na zaprte oddelke. Daje premalo moči zagovornikom (ki jih definira kot zastopnike). Z dezinstitutionalizacijo se je začelo govoriti o dolgotrajni stiskah ljudi in tudi o dolgotrajni oskrbi. Dezinstitutionalizacija v Sloveniji se je v bistvu začela s akcijskimi raziskovanji eksperimentalne narave, uvedlo se je skupinsko delo. Cilj dezinstitutionalizacije je zmanjšati število ljudi v institucijah, jih preseliti v skupnost, zapreti zavode in preprečiti odpiranje novih zavodov. Dezinstitutionalizacija na Hrvaškem se je začela pozneje kot v Sloveniji in čeprav preselitev ljudi v skupnost poteka zelo počasi, so se začeli kazati pozitivni premiki. Stališča ljudi glede dezinstitutionalizacije so različna, strokovnjaki na področju socialnega varstva veliko delajo na tem področju, medtem ko je s strani medicini čutiti odpor. Ljudje s težavami v duševnem zdravju in z nalepko »duševnega bolnika« so diskriminirane na več področjih v življenju. Od tega, da težje dobijo službo, do tega, da tudi težje obdržijo službo. Ljudje na njih gledajo drugače, z ene strani se jih bojijo, po druge strani pa nočejo imeti nič z njimi in jih zavračajo. Ljudje s težavami v duševnem zdravju so velikokrat stigmatizirani na vsakem koraku. Skupine za samopomoč se pojavljajo kot morebitna rešitev za ljudi s težavami v duševnem zdravju in to v primeru, da mogoče preprečijo hospitalizacijo. Skupine za samopomoč niso za vsakega, ampak obstajajo tudi druge skupnostne službe, v katerih se posameznik lahko »najde«. V skupini lahko posameznik pridobi informacije, ko so pomembne zanj, pridobi pa lahko tudi nove prijatelje, ki ga zastopijo. Projekt skupine za samopomoč lahko ustanovi vsakdo, ki si želi nekakšne spremembe. Problem se javlja v manjših krajih, kjer ljudje ne poznajo, kako delujejo skupnostne službe in ne vedo, kaj naj bi skupina za samopomoč predstavljala... Skupine za samopomoč so potrebne in zaželenе. Na Hrvaškem vloga socialnega dela na področju duševnega zdravja še zmeraj ni velika. Še posebej je to razvidno v manjših krajih, kot je na primer Čakovec. Center za socialno delo ne deluje posebno na področju duševnega zdravja in tudi ni strokovnjakov na tem področju, čeprav je potreba po tem velika. Še vedno je zbirokratizirano delo in se socialni delavci ukvarjajo z odločbami in papirji, malo pa so dejansko na terenu. Društva na področju duševnega zdravja v Čakovcu ni, v Zagrebu in večjih mestih pa se počasi odpirajo. Spremembe so zaželenе.

Področje duševnega zdravja na Hrvaškem še vedno ni preveč razvito, na fakulteti za socialno delo tudi ni posebne smeri na tem področju. Pozitivni premiki so, v večjih mestih se odpirajo skupine za samopomoč, društva na področju duševnega zdravja in se uresničujejo projekti iz teh področji. Še vedno pa to ni dovolj, potreba po zagovornikih in koordinatorjih obravnave je velika, žal pa se še vedno se pa kakršnekoli večje spremembe na bolje dogajajo samo v večjih krajih ali v glavnem mestu. V manjših krajih, kot je Čakovec, še vedno ni izbire in čeprav ljudje s tem niso zadovoljni, noben strokovnjak ali država ne dela na tem, da bi se to spremenilo. Kot sem omenila, pozitivni premiki so, upam pa, da se bo s procesom dezinstitutionalizacije začelo čim več tega dogajati v skupnosti in tudi to, da bodo strokovnjaki izobraženi tudi na drugih področjih in skupaj v multidisciplinarnem timu sodelovali v imenu uporabnika.

10. PREDLOGI

Moji predlogi se vežejo na rezultate in sklepe raziskave in z njimi bi lahko popravili in morda tudi izboljšali trenutno stanje na področju duševnega zdravja na Hrvaškem.

10.1 SOCIALNO DELO

Potrebno bi bilo ustanoviti več nevladnih skupnostnih služb na področju duševnega zdravja z namenom zagovorništva na ruralnem področju, tako da bi vsakdo imel dostop in ne samo tisti, ki živijo v večjih mestih. Te službe bi bile namenjene vsakem. Na zagrebškem študiju socialnega dela bi lahko bilo več obveznih predmetov s področja duševnega zdravja. Glavni cilj bi bil spoštljivo obravnavanje s krepitvijo moči posamezniku. Strokovnjaki naj ne bi delali samo s papirji, temveč bi bil poudarek na delu z uporabnikom za uporabnika, z papirji pa bi se ukvarjali samo po potrebi. Čim manj pisarniškega dela in čim več dela z uporabniki. Potrebno se je pogovoriti z uporabniki na terenu. Prav tako je potrebno Vzpostaviti tim ljudi in na ta način reševati težave, saj bi tim lahko odpravil morebitni strah pred odgovornostjo samoodločanja. Vzpostaviti bi bilo potrebno obvezne supervizije in intervizije , kjer bi se socialni delavci podpirali in skupaj iskali rešitve. Socialno delo mora pokazati svojo moč.

10.2 SKUPINA ZA SAMOPOMOČ

V ruralnem okolju ljudje s težavami v duševnem zdravju nimajo dovolj izbire. Potreba po nevladnih skupnostnih službah in ustanovitvi skupin za samopomoč je vse večja, razlog naraščanja je ta da, težave v duševnem zdravju niso več »tabu« tema in se ljudje želijo z nekom pogovoriti. Ljudje poznajo svoje pravice in ne želijo biti v času morebitne krize hospitalizirani. Ljudje imajo pravico sami odločati o lastnem življenju in potrebujejo nekoga, ki bi jih spodbujal v to smer in jima dal pogum, vsaj na začetku, ko bi to najbolj potrebovali. Skupine za samopomoč bi združile strokovnjake z lastnimi izkušnjami, oziroma uporabnike ter tudi druge strokovnjake na področju duševnega zdravja. Učenci srednje medicinske šole bi lahko preko skupin opravljali prakso, tako da se senzibilizirajo na tem področju, da bi lahko naprej v življenju kvalitetno opravljali svoje dela. Študentje fakultete za socialno delo bi tudi lahko delali prakso in razne projekte. Cilj bi tudi bil senzibilizirat javnost, medije. Zmanjšati stigmo.

10.3 PSIHIATRIČNA BOLNIŠNICA

Psihiatrija v Čakovci potrebuje nujne spremembe, obravnavanje ne samo čez medicinski model. Posameznike bi morali obravnavati dostojno, brez nasilja. Potrebno bi bilo omejiti prisilna zdravljenja z psihofarmaki. Psihiatrija bi morala sodelovati v multidisciplinarnih timih ter tudi s skupnostnimi službami. Zaprti oddelki bi se morali zapreti, morali bi jih prepovedati, prav tako tudi dolga zdravljenja. Psihiatrija mora sodelovati z ostalimi skupnostnimi službami v multidisciplinarnih timih. Posameznika je potrebno obravnavati kot človeka in ne nanj gledati preko njegove diagnoze. V dokumentaciji bi bilo potrebno pojasniti okoliščine hospitalizacije in ne le vpisati diagnozo in medicinske izraze. Za zgled mora biti dobra praksa v tujini z upoštevanjem temeljnih človekovih pravic.

10.4 DRŽAVA

Država bi morala razporediti denar v skupnost ter zapreti institucije. Zagotoviti bi morala vsakomur pravico do stanovanja. Dez institucionalizirati bi morala zavode ter ljudi preseliti v skupnost. Zagotoviti mora denar za skupnostne službe ter delo za strokovnjake na področju duševnega zdravja. Pomagati bi morala pri zaposlitvi oseb s težavami v duševnem zdravju ter potrebno bi bilo zmanjšati število odvzemov delovne sposobnosti. Nujna je sprememba zakonodaje. Prav tako bi bilo potrebno uvesti modela neposrednega in individualiziranega načina financiranja.

11. VIRI

(4. maj 2016). Pridobljeno iz Oblike diskriminacije:

<http://www.zagovornik.gov.si/si/diskriminacija/oblike-diskriminacije/index.html>

Bahovec, I. (2005). *Skupnosti: teorije, oblike, pomeni*. Ljubljana: Sophia.

Brandon, D. (1993). *Veselje in žalost pri normalizaciji*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Flaker et al. (2006). *Neposredno financiranje kot odgovor na potrebe uporabnikov*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Flaker et al. (2007). *Krepitev moči v teoriji in praksi*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Flaker et al. (2008). *Dolgotrajna oskrba: očrt potreb in odgovorov nanje*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Flaker et al. (2015). *Priprava izhodišč deinstitutionalizacije v Republiki Sloveniji: končno poročilo, verzija 2.2*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Flaker, V. (1993). Zagovorništvo v akciji – proces emancipacije.

Flaker, V. (1998). *Odpiranje norosti: vzpon in padec totalnih ustanov*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Flaker, V. (2001). Kaj je duševno zdravje v skupnosti?

Flaker, V. (2003). *Oris metod socialnega dela: uvod v katalog nalog centrov za socialno delo*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Flaker, V. (2012). *Direktno socialno delo*. Ljubljana: Založba.

Flaker, V. (4. 5 2016). Pridobljeno iz Dezinstitutionalizacija kot stroj:

<http://dialogueinpraxis.fsd.uni-lj.si/index.php?id=5&a=article&aid=45>

Flaker, V. (3. 5 2016). Pridobljeno iz Dezinstitutionalizacija kot stroj:

<http://vitoflakeragenda.blogspot.hr/2014/11/dezinstitutionalizacija-kot-stroj-1-del.html>

Foucault, M. (1998). *Zgodovina norosti v času klasicizma (prevod Zdenka Erbežnik, spremna beseda Bogdan Lešnik)*. Ljubljana: Dan.

- Goffman, E. (2008). *Stigma: zapiski o upravljanju poškodovane identitete*. Maribor: Aristej.
- Herriger, N. (2002). *Empowerment in der Sozialen Arbeit: eine Einführung*. Köln: Kohlhammer.
- Jeriček Klanšček, H. (2004). *Skupnost, izziv osamljenosti: (ne)trivialni socialni sistemi: raziskovanje in delovanje v skupnosti*. Ljubljana: Jutro.
- Katz, & Bender. (1976). Self-Help Groups in Western Society: History and Prospects. *Journal of Applied Behavioral Science*.
- Kewer, S., & Šabec, N. (1996). *Kako začeti: priročnik z nasveti za uporabnike služb duševnega zdravja pri ustanavljanju in vključevanju v skupine samopomoči (prevod Nada Šabec, spremna beseda k slovenski izdaji Katarina Lavš)*. Maribor: Ozara.
- Lamovec, T. (1996). *Duševno zdravje v skupnosti skozi oči uporabnikov*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Lamovec, T. (1998). *Psihosocialna pomoč v duševni stiski*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
- Lamovec, T. (1999). *Kako misliti drugačnost*. Ljubljana : Visoka šola za socialno delo.
- Lamovec, T. (2006). *Ko rešitev postane problem in zdravilo postane strup: nove oblike skrbi za osebe v duševni krizi*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Lešer, I. (2. 5 2016). Pridobljeno iz Duševna motnja: http://psihiater-leser.com/dusevne_motnje/splosno_o_dusevnih_motnjah/
- MDDSZ. (2012). *Kam in kako po pomoč v duševni stiski*. Pridobljeno iz MDDSZ: http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti__pdf/sociala/KamInKakoPom2012_za_splet_18.10.2012_F.pdf
- MDDSZ. (2016). *Konvencija o pravicah invalidov*. Pridobljeno iz MDDSZ: http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti__pdf/konvencija_o_pravicah_invalidov.pdf
- Mesec, B. (1997). *Metodologija raziskovanja v socialnem delu I*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.

- Mesec, B. (1998). *Uvod v kvalitativno raziskovanje v socialnem delu*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
- Milošević-Arnold. (2000). Profesionalne vloge socialnih delavcev pri delu s starimi.
- Milošević-Arnold. (2001). Spoznajmo socialno delo.
- Ministarstvo za zdravje. (2009). *Nacionalni program duševnega zdravja*.
- Ministarstvo za zdravje. (3. 5 2016). Pridobljeno iz Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2011 – 2016:
http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/javna_razprava_2011/resoluc_dusevno_zdravje/Resolucija_dusevno_zdravje_060411.pdf
- Mlakar, P. (5. 5 2016). *Če najdete rešitve za duševne težave, povezane z delom, jih izvozite!*
Pridobljeno iz http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/article1.pdf
- MSPM RH. (4. 5 2016). Pridobljeno iz Operativni plan deinstitutionalizacije i transformacije domova socijalne skrbi i drugih pravnih osoba koje obavljaju djelatnost socijalne skrbi u Republici Hrvatskoj 2014. – 2016.:
<http://www.mspm.hr/content/download/11665/91110/version/1/file/Operativni+plan+1.+10..doc>
- Novljan, & Jelenc. (2002). *Odraslost : osebe z motnjami v duševnem razvoju. Starostnik z motnjami v duševnem razvoju*. Ljubljana: Zveza Sožitje - zveza društev za pomoč duševno prizadetim Slovenije.
- Orford, J. (1992). *Community Psychology: Theory and Practice*. San Francisco: Willey.
- Rafelič, & Nagode. (2012). *Uvajanje dolgotrajne oskrbe*. Ljubljana: Študentska založba.
- Solomon, P. (2004). Peer support/peer provided services underlying processes, benefits, and critical ingredients. *Psychiatric rehabilitation journal*.
- Škerjanc, J. (2010). *Individualizacija storitev socialnega varstva*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Švab, V. (2009). *Duševna bolezen in stigma*. Ljubljana: ŠENT Slovensko združenje za duševno zdravje.

UNICEF. (1997). *Konvencija ZN o otrokovih pravicah*. Ljubljana: Slovenski odbor za UNICEF.

Uporabniška gibanja na področju psihiatrije in duševnega zdravja. (2016). Pridobljeno iz Pedagoška fakulteta: <http://www.pef.uni-lj.si/~dekleva/IOP/Neobvezno/Uporabni%C5%A1ka%20gibanja%20in%20okrevanje%20kr.ppt>

Urek et al. (2011). *Smernice in etična načela delovanja zastopnikov pravic oseb na področju duševnega zdravja na podlagi izkušenj zastopnikov v praksi in na podlagi mednarodno sprejetih standardov: predlog skupine za spremljanje zastopnikov: projekt "Spremljanje zastopnikov"*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Urek, M. (2013). *Priprave na prakso 3. letnika*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Videmšek, P. (2008). *Krepitev moči kot temeljno orodje socialnega dela*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

WHO. (3. 5 2016). Pridobljeno iz Mental health: a state of well-being: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/

Zaviršek et al. (2002). *Inovativne metode v socialnem delu: opolnomočenje ljudi, ki potrebujejo podporo za samostojno življenje*. Ljubljana: Študentska založba.

ZDZdr. (28. 7 2008). Pridobljeno iz Zakon o duševnem zdravju: <https://www.uradni-list.si/1/content?id=88016>

12. POVZETEK

V diplomski nalogi sem pisala o duševnem zdravju. Začela sem z definicijo duševnega zdravja, nadaljevala z zgodovino totalnih ustanov. Potem sem omenila ključne teoretične koncepte, dezinstitutionalizacijo. Pišem o dogajanju v Sloveniji in na Hrvaškem, kjer trenutno tudi živim in je zame bilo pomembno spoznati, kaj se dogaja na področju duševnega zdravja ter kakšni so plani ter obeti za naprej.

Pri svoji raziskavi sem zasledila razliko med ruralnim in urbanim okoljem za uporabnike, tako da sem pisala o problemih ljudi, ki prihajajo iz ruralnega okolja. Ljudje so brez izbire in alternativnih rešitev ni, obstaja center za socialno delo in psihiatrija. Ne en ne drug uporabnikom s težavami v duševnem zdravju ne pomaga. Omenila sem potrebo po skupinah za samopomoč in naredila projekt za ustanovitev skupine v Čakovcu.

V diplomski je pomembno pripovedovanje, ker imam 4 poglobljene intervjuje. Pripovedovanje postavi osebo v ospredje. Jaz pa dobim sliko o njegovi izkušnji. Teoretični del sem končala z opisom socialnega dela, kjer sem pokazala, kako stroka socialnega dela nima velike vloge na področju duševnega zdravja v skupnosti. V problemu sem opisala tudi primer iz prakse, v katerem je zelo dobro razloženo trenutno stanje psihiatrije, ravnanje psihiatra.

Temu sledi metodologija, razprava o rezultatih, ki sodijo v empirični del moje naloge.

Na podlagi intervjujev sem dobila vpogled in primerjala izkušnje ljudi iz ruralnega in urbanega okolja. Temu su sledili moji predlogi.

V diplomski sem želela pokazati, kako obstajajo pozitivni premiki s ciljem preselitve ljudi v skupnost, razlike pri obravnavi ljudi in še vedno zelo prevladujoč medicinski model.

13. PRILOGE

13.1 INTERVJU 1

Dobar dan, zovem se Karolina Ovčar i studentica sam Socijalnog rada, područje psihičkog zdravlja, u Ljubljani. Radim diplomski rad s temom psihičkog zdravlja. Voljela bih napraviti intervju s Vama koji bi po vašoj želji bio anoniman, a koji je potreban meni za istraživanje. Zahvaljujem Vam što ste voljni odgovoriti na moja pitanja.

K: Kako se zovete, odakle ste i koliko ste stari?

Darinka: Zovem se Darinka, dolazim iz manjeg sela blizu Čakovca. Stara sam ti ja stara, 60. sam napunila pred 2 mjeseca. Još malo i zaslužena penzija. Navodno po ovom novom zakonu z 65 mogu, računala sam si da bi išla v prijevremenu ali mi ispadne tak mala da mi se ne isplati, radije bum delala još malo.

K: Zaposleni ste, gdje radite i što ste po struci?

Darinka: Je delam, voditelj sam sektora u jednom zavodu za psihički bolesne osobe. Ja sam ti v kancelariji, voditelj sam sektora nabave. Od kad sam završila višu sam se praktički zaposlila, u biti prvo sam delala v Čakovcu, onda se u mojem selu odpral dom pa sam se tam zaposlila. Stvarno dugo delam tam, zadovoljna sam, blizu mi je, idem z biciklom ili peške, nekad s mužom z autom, on isto radi tam kak domar, to sam mu ja sredila.

K: Udati ste, imate djecu?

Darinka: Je je, udata sam, nisam se baš rano udala već sam bila "stara puca", prešla sam 30. Imam djecu. Sin je star 28, a kćer 26. Sin je završil faks i radi v struci kak informatičar, preselil se s curom u Čakovec i tam su si kupili stan. Kćer je isto pred pol godina otišla, to nam je bil šok. Za sina nam nije bil šok, on je godinu dana prije živel kod cure doma, al kćer je sam jednog dana rekla da se seli k dečku za kojeg nismo ni znali da ima. Stres samo takav.

K: Što za Vas znači psihičko zdravlje?

Darinka: Psihičko zdravlje je nešto što kod mene izaziva osjećaje koje ni sama ne znam opisati, ponekad svoje stanje ne razumijem. Znam da je bitan neki balans između mene i mogeg psihičkog zdravlja, iako jako često se teško kontroliram i nosim s time.

K: Kako definirate probleme psihičkog zdravlja?

Darinka: Problem je dok se taj balans kojeg sam spomenula odmakne na jednu stranu i više ne funkcionira kak bi trebal. Kod mene se taj problem izražava maničnim ponašanjem, to ti je za mene nepoznanica, ne znam zakaj je došlo do toga, možda genetski, pojma nemam i eto postanem luda. Doduše pijem terapiju i stvarno ti morem reci da sam pod kontrolom, muž primijeti ako nekaj nije kak bi trebalo biti, ali većinom sam u redu.

K: Koje je vaše mišljenje o psihijatriji i lijekovima?

Darinka: Nemam neka pozitivna iskustva s psihijatrima, terapiju pijem već dugi niz godina, od prve hospitalizacije. Jako dugo su eksperimentirali sa mnom dok nisu našli terapiju koja mi najbolje odgovara, pila sam brdo lijekova i jako loše funkcionirala. Kao roditelj sam više puta zakazala, iako mislim da se moja djeca više-manje ni ne sjećaju mojih kriza, svejedno mislim da je moglo ispati puno drukčije.

K: Kad se pokazalo da imate probleme u psihičkom zdravlju?

Darinka : Kao tinejdžerka sam vidjela da jesam malo drukčija, ili sam bila jako super ili jako loše, jako bi se lako „nabrijala „na nešto i nisam puštala dok nisam dobila ili ostvarila to, često zbog toga nisam spavala, no nije mi ni na pamet palo da je to nekakav problem, da se nešto događa sa mnom. Prvu krizu, prvu hospitalizaciju sam doživjela dok su djeca bila još mala. U biti krizu je ponukala muževa prijevarena kolegicom na poslu. Od tog dana ja više nisam ista. Hospitalizirao me je, bila sam nekih mjesec dana zatvorena u bolnici , naključana tabletama, bez igdje ikoga, djecu mi nisu dovodili što i razumijem. Nitko nije razumio moje stanje, bila sam pod velikim povećalom.

Dok se sad prisjećam svega, znam da je prije hospitalizacije prošlo jako puno vremena, jako se dugo nešto kuhalo u meni, prestala sam pričati, spavati, nisam se družila s djecom. Cijelo vrijeme sam ih pošiljala kod susjeda da se igraju, nisam kuhala, nisam ni jela. Bilo je strašno. Kako su djeca bila mala nisu ništa razumjela. Sin koji je bio jako vezan na mene nije se htio maknuti od mene, a ja sam htjela samo mir. Na poslu nisam bila produktivna i malo po malo su ljudi počeli shvaćati da se nešto događa, da sam drukčija. Naravno isto tako su i znali da me muž varao s medicinskom sestrom i da sam ih našla. Nije mi ni to bilo lako, imati u glavi da svi zajedno radimo, a da se ovaj kurvao na sve strane. Dok se prisjetim toga ne znam kako sam uopće preživjela sve to. Nitko baš nitko me nije razumio, nitko nije razumio zašto se zatvaram u sebi, a iskreno ni ja, dugo nisam spavala, jako dugo. Polako sam gubila sebe i svoju identitetu i jednostavno gubila volju za živjeti. Ne znam ni danas kako se sve to zbilo, ali bila sam prisilno hospitalizirana, nikog nije bilo da mi pomogne. Živjela sam na psihijatriji jako dugo, bilo je strašno. Lijekovi i samo lijekovi. Bila sam pokusni kunić. Nisam znala što da radim, kako da dalje živim. Dok sam malo dolazila k sebi počela sa se brinuti za posao, djecu....

K: Da li ste znali kome se obratiti za pomoć?

Darinka: Nisam se imala kome obratiti za pomoć, mislim tko bude mi pomogao, nitko me nije razumio, psihijatar je htio isprobavati lijekove na meni, od njega nisam čula ništa pozitivno, više sam pričala s ljudima u čekaonici nego s njim. U to vrijeme biti na psihijatriji bio je tabu, bilo je to skoro kao da si nekog ubio. Strašno. Prednost je bila i u tome da sam radila na mjestu gdje sam radila i tako da ajmo reći imala sam pristup psihologu i socijalnoj radnici, ali nisam luda da s njima pričam o osobnim stvarima, oni su kolege s posla, koji jedva čekaju da čuju kako je netko manje sretan pa da se vesele. Žao mi je da nisam imala nikog , jer možda bi neke stvari bile ipak drukčije.

K: Kako su se ponašale medicinske sestre na psihijatriji?

Darinka: Nije bilo medicinskih sestara, bili su muški tehničari i psihijatri, svi jako bahati i ne voljni pomoći, pre-strašno, čekali su samo da im pokloniš kavu, čokoladu, a i na novce trzaju, ništa drugo im nije bilo bitno.

K: Da li ste dobili veliku dozu lijekova dok ste bili tamo zatvoreni?

Darinka: Prvo sam dobila jako jako terapiju lijekova i nisam funkcionirala, doslovno sam slinila, bila umorna, samo sam spavala i bila sam strašno usporena. Napunili me tabletama i pustili neka tako normalno živim doma, da se brinem za djecu, a kako, kako da brinem o djeci, kako da radim na poslu takva? Nisam doslovno znala kak se zovem, morala sam rješavati neki test, a nemam držati olovku u ruci, strašno strašno, pa su onda sprobavali na meni terapije kaj bu pomoglo, a kaj ne bu, užas.

K: Što ste radili na psihijatriji, kako ste si ispunili dan?

Darinka: Svaki dan smo imali neke vrste terapija, mislim da je to vodio radni terapeut s psihijatricom ili psihologom , ne znam ni sama, imali smo mogućnosti sudjelovati na radionicama, sve je bilo tempirano na sat, dakle buđenje, doručak, terapija, neki su dobili prije doručka lijek , pa nakon, pa onda radionice, pa ručak, pa lijekovi, pa tv, možda šetnja, pa večera, lijekovi i spavanje...

K: Koliko puta ste bili hospitalizirani na psihijatriji? Da li je uvijek bio jednak razlog?

Darinka : 4 puta sam bila hospitalizirana, sad već jako dugo nisam, uvijek je bilo to moje manično ponašanje koje bi dovelo do toga da ne spavam uopće. Mislim ja se toga baš ne zmislim ak bum iskrena, muž je taj koji pazi da se to ne dogodi.

K: Kako ste se osjećali dok ste bili zatvoreni, da li je svaki put bilo grozno ili se osoba može naviknut?

Darinka: Naviknuti se nikako nitko ne može, osim možda nekih osoba bez doma pa da dođu na besplatan obrok, kako prvi put tako i zadnji put na neke stvari se ne možeš naviknut,. Doduše mene barem nisu vezali, dok su neke vezali, i to iz nepoznatih razloga...ja sam imala privilegiju jer sam poznala zbog posla mnoge doktore, jer su dolazili k nama u zavod tak da su prema meni bili ok, al ni to nije bilo ljudski

K: Jeste si stvorili poznanstva na psihijatriji?

Darinka: Upoznala jesam puno različitih ljudi, neki su zbilja bili nutra zbog gluposti, ali stvarno, no ne družim se s njima vani, nemam ni priliku, a i iskreno naša upoznavanja nisu prirodna, svi smo puni tableta i zujimo u prazno, da smo se upoznali negdje vani na nekoj edukaciji ili nečem slično, vjerojatno bi to bilo nešto sasvim drugačije. Bilo nas je starih, mladih, ovisnika. U biti najviše je bilo ovisnika o alkoholu.

K: Da li ste upoznali neku osobu, socijalnog radnika, zastupnika, koji vas je upoznao sa vašim pravima?

Darinka: Nisam, ne, doduše znam za svoja prava, kako zbog posla na kojem radim, tako i to da se jako dobro služim internetom tako da mi neke stvari nikako nisu strane... Socijalne radnice nije bilo, odnosno zaposlena je jedna, ali ona se bavila nečim drugim, glede zdravstvenih osiguranja, dopunskih zdravstvenih. Zastupnik nisam ni sigurna da znam kaj je, ali u ono vrijeme toga kod nas nije bilo.

K: Znači da ste na psihijatriji upoznali samo medicinsko osoblje, socijalne radnike, psihologe, to niste?

Darinka: Kak sam rekla, z socijalnom radnicom nisam stupila u kontakt, nije ni ona z menom, psihologinja je bila, kod nje sam rješavala test dok nisam bila sposobna ni hodati, bože me sačuvaj rezultata. Sa socijalnom radnicom mislim da nikad nisam imala kontakt, barem ne na psihijatriji.

K: Da li Vam se nakon hospitalizacije puno toga promijenilo?

Darinka: Početak je bio grozan, nemaš se kome obratiti za pomoć, svi te gledaju drukčije...i da ja jesam jedna od onih koja brine što će selo reći i jako jako mi je teško zbog toga bilo, ne znam...na poslu se nije ništa promijenilo takvo, mislim radim s ljudima koji razumiju neke stvari, a i nitko nije spominjao otkaz, jednostavno su prihvatili da sam na bolovanju to je to... Na psihijatriji te naključaju lijekovima koje nikad do sad nisi pil, onda te pošalju z terapijom doma, a ti moraš normalno funkcionirati jer imaš dvoje djece. Nitko te ne pripremi na život nakon hospitalizacije, kako dalje. Nema neke sredine, nekog tko te bude uvel u život dalje, u promjene, opet si sam uz sve dodatne stvari.

K: Jeste se probali obratili socijalnim službama?

Darinka: Nisam.

K: Da li ste razmišljali o alternativnim liječenjima?

Darinka: Jesam i to jako često, ali nakon prve hospitalizacije ni nije bilo poznatih nekih alternativa, danas kad imam dostupnost internetu mogu reći da sam već jako upoznata s time...ali kaj mi to znači kad toga u naši selendri nema, ni u Čakovcu nema. Privatniku nem išla, oni samo uzmu novce, neko društvo ne postoji kod nas, nije onda nema ni danas.

K: Što radite da ne dođe do hospitalizacije nove?

Darinka: Vrt heh, vrt, kokice, bavim se time, vozim bicikl, idem k djeci u posjetu, brinem za psa, trudim se zaokupirati dan, ponekad odem na sportsku, trebam razgovor, to još nemam, iako sad imam

prijateljice bliske, s kojima mogu razgovarat ali ne o svim temama na žalost. I većinom sam ja u ulozi slušateljice.

K: Dakle, može se reći da su vaše strategije za preživjet upravo hobiji koje imate i volite

Darinka: Da, tako je.

K: Da li osjećate da dolazi do promjene, krize?

Darinka: Pa, možda da, ali muž vidi odmah, upozori me jako često, ali mislim da me i taj lijek kojeg pijem smiri. Naime u vremenu krize obično bi se nabrijala na nešto, npr. kupujem auto, ja bi u jednom danu i to da i ne spavam sredila sve papire, osiguranje, kredit, uvjete, snizila cijenu... Sve i ne bi se smirila dok ne bi bilo gotovo, a za neke stvari je treba više od jednog dana, suprug je taj koji to onda umiri, iako sam prije napomenula da nam odnos nije dobar, ali neke stvari stvarno poštujem kod njega.

K: Poznate li koju drugu zajednicu koja pruža podršku?

Darinka: Poznam ih dosta, ali na žalost nisam u mogućnosti upoznati i možda kontaktirati koju, većina ih je izvan mog dometa, odnosno u Zagrebu ili daljnjim gradovima, a ja si naprosto ne mogu priuštiti da idem do njih. Proučavala sam malo kako u engleskoj rade i drugdje po svijetu, zanimljivi su im principi, možda bude i kod nas to došlo.

K: Da li znate što su grupe za samopomoć?

Darinka: Da, znam, trenutno je i kod nas u instituciji riječi o tim grupama podrške, ali na žalost u Međimurju nema takve grupe, a vjerujte mi bila bi prvi aktivni član.

K: Spomenuli ste da kod vas u kraju ne postoji grupa za samopomoć, znate možda što bi bio razlog? Mislite da nema ljudi zainteresiranih?

Darinka: Razloga je više, mislim da nema stručnih ljudi, nakon toga nema financijskih sredstva i nakon toga ima ljudi na nema...ljudi u manjim krajevima su više zatvoreniji i teže se odluče na nešto takvo, na žalost iako smo u 21. stoljeću još uvijek u nekim stvarima ne idemo naprijed. Strašno nešto. Psihijatri se drže jedni drugih, na centru za socijalnu skrb sam češće otišla doma začuđena reakcijama radnica, strašno nešto. Uglavnom kao što sam već rekla jako bi voljela da imamo nešto takvo. Ne mora to biti u mojem selu, već Čakovcu, svi možemo do Čakovac, postoje busovi, vlakovi, bicikli, a opet je, jer je ipak malo veći grad i ljudi koji se srame mogu bez problema doći i znati da neće selo pričati o tome.

13.2 INTERVJU 2

Dobar dan, zovem se Karolina Ovčar i studentica sam Socijalnog rada, područje psihičkog zdravlja, u Ljubljani. Radim diplomski rad s temom psihičkog zdravlja. Voljela bih napraviti intervju s Vama koji bi po vašoj želji bio anoniman, a koji je potreban meni za istraživanje. Zahvaljujem Vam što ste voljni odgovoriti na moja pitanja.

K: Kako se zovete, koliko ste stari, odakle ste?

Kristina: Nema problema, molim samo da bude anonimno, ne bih voljela da se zna za mene u javnosti da ne bi imala više problema na poslu. Zovem se Kristina i dolazim iz malog kraja u Međimurju, manjeg sela, imam 41 godinu. Nisam mlada nisam stara, nešto između.

K: Zaposleni ste? Gdje radite?

Kristina: Da, radim u dućanu kao trgovac, uživam u tom poslu, to je moja struka, to sam završila u srednjoj školi. Radim u istom selu, malo dalje, par minuta pješke od moje kuće. Super mi je da ne moram voziti nekud dalje. Prije hospitalizacije bilo mi je ponuđeno da radim u drugoj trgovini na višoj poziciji, no sve je palo u vodu nakon hospitalizacije.

K: Dali ste udati, imate djecu, s kim živite?

Kristina: Nisam udata, nemam djecu, živim s mamom, do nedavno sam živjela i s tatom no on je umrlo. Partnera nema, imala sam ga dugo, no ostavio me. Želim si da jednom osnujem obitelj, ako ne djeca, barem muž.

K: Što za vas znači psihičko zdravlje?

Kristina: Za mene psihičko zdravlje znači dobar osjećaj ali i vječnu enigmu.

K: Da li zaradite dovoljno za vlastite potrebe?

Kristina: Pa kako ne živim sama već s mamom, kako radim trenutno , dovoljno mi je. No dok nisam radila sam živjela od mamine penzije i nije nam bilo dovoljno. Uskače rodbina, brat. Živimo u jako staroj kući...trebalo bi staviti izolaciji, promijeniti stolariju, to je rekao brat da bude pomogao. Nikam ti nejdem, ne trošim na kave, ne trošim ni na odjeću previše tako da se poneka da i prešparat. Jedini porok mi je cigareta, pa tu ode dosta novca, sad kupujem duhan, to je jeftinije.

K: Kada se pokazalo da imate probleme u psihičkom zdravlju?

Kristina: Ne volim baš o tome pričat, ali dosta rano, jako se loše nosi s stresom i naprosto puknem, teško mi je o tome govoriti jako jer ni sama ne razumijem , mislim da nisam normalna heh, mislim znam da nisam, ali ne mogu si pomoć, u jako puno situacija sam bolje osjetljiva i jako loše reagiram na promjene, ne znam da ne pijem lijekove kako bi ja to.

K: Što vam se dogodilo, koji događaj , da ste shvatili da drukčije reagirate, da se drukčije nosite s stresom?

Kristina: Sad ću vam reći što misle moja braća. Oni su puno stariji od mene, i kažu da su roditelji krivi što sam ja takva kakva jesam, da sam odrasla pod „staklenim zvonom ,iskreno nemam komentar na to, sigurna sam da nije to razlog koji je doveo do nekih situacija u mom životu. Istina je da ne znam kuhat, da dok dođem s posla nigdje ne idem i samo sam doma s mamom, ali meni je tako lijepo. Dovoljno se na poslu smješkam i družim. Bilo je puno različitih situacija, oprostite o njima ne bi, no jedna za mene teška je bilo to da me dečko ostavio, zbog čega sam ja popila lijekove i završila na psihijatriji...

K: Jeste o tim svojim prvim događajima imali nekog za pričat ili ste bili prepušteni sebi?

Kristina: Nisam nikad imala i mislim da ni neću imat, jer kod nas ne postoji osoba koja bi me razumjela, roditelji dok bi shvatili da se nešto po domaće „kuha“ u meni bi me poslali na psihijatriju, o psihijatriji pa bolje da ne govorim...nakon nekog vremena sam prihvatila u biti da mi psihijatri pomažu, ko da su mi to nekako usadili u glavu da su super i da oni naprave da sam ja bolje.

K: Da li ste znali sami kome se obratiti za pomoć?

Kristina: Ne, nisam. Morate razumjeti da ja živim u manjem selu, tu nema nikog takozvano stručnog, a u gradu je psihijatrija i centar za socijalnu skrb, klonila sam se i jednog i drugog. Mislim da osim njih nema nikog na kog bi se obrnula, nisam sigurna ali mislim da nema.

K: Mislite da na Centru za socijalnu skrb ne postoji osoba koja bude vas uputila, poslušala i dala savjet?

Kristina: Da, bila sam jednom , dok sam bila očajna, otišla sam sama bez mame, tražila sam socijalnu radnicu svoju, Jocičku, znate ju sigurno, utjecajna ženska...znate kome me uputila? Psihijatru, moji pokušaji dobronamjerni da se trgnem i sama razmislim o nečem boljem su završili u vodi. Odi se ti Kristinika smiri malo na psihijatriju i sve bude bolje, i kako da onda idem i potražim pomoć kod njih, a oni se ponašaju ko da ja nisam njihov posao.

K: Spomenuli ste hospitalizaciju na psihijatriji i događaj u kojem ste popili lijekove. Želite možda nešto više o tome?

Kristina: Mogu pričati o tome ali ne znam odgovor, stres i neki događaji u meni probude stvari koje ni sama ne znam da postoje u meni. U biti kako kaže moj brat , ne znam se nositi s stresom, naravno on kaže da odrastem, a ja sam odrasla žena i ne znam drukčije. Sad dok gledam zašto sam popila lijekove ne znam, bila sam samo jako umorna i htjela sam zaspat...znam da misliš da sam luda, al ne znam ti to upisat...a ni ne sjećam se.

K: Koliko vremena ste bili zatvoreni na psihijatriji tada?

Kristina: Ne zna iskreno, probudila sam se s infuzijom na ruci i nisam se baš sjećala svega, to je bilo na normalnom odjelu, interne ili tako nešt...nakon toga sam bila na psihijatriji, uvijek kad bi došla tamo me nakljukaju lijekovima, i ja ko da nisam tam, vrijeme mi prolazi, većinu dana prespavam, činilo mise jako dugo ali ne znam iskreno koliko dugo...

K: Jeste imali podršku obitelji, prijatelja, susjeda?

Kristina: Roditelji su bili tu uvijek uz mene, braća su me došla posjetiti, nisam imala neki odnos s njima, uvijek bi pametovali od tog da sam razmažena do tog da nek odrastem, bojim se da me nisu nikako razumjeli tako da mi iskreno bilo puno bolje dok nisu bili u posjeti i sl. Mislim da su me se sramili, da možda u nekim njihovim „elitnim“ krugovima nisam ni postojala. Prijatelje nemam, nikad se baš nisam uklopila, imam kolege na poslu, no s njima nisam nikad baš jako bliska bila, više sam se družila s maminim prijateljicama do bi došle na kavu.

K: Što se dogodilo s vašim poslom dok vas nije bilo, da li ste sačuvali radno mjesto?

Kristina: Ah posao, posao sam skoro izgubila, nije bilo suosjećanja, nije bilo bitno što sam na bolovanju i da nisam dobro. Čini mi se da je šefa jako šokiralo to da sam na psihijatriji, jer si nije to ni mislio da bi bilo moguće, vjerojatno je slika o psihijatrima i „norim“ ljudima za njega bila drukčija od mene, povukli su moji roditelji i braća puno veza da ne dobijem otkaz, čak mu i prijetili tužbom... znaš što je najgore , bila sam najbolja radnica, predložena za višu poziciju, radila prekovremene, stvarno sam se trudila i niš nije bilo bitno jer si je moj šef zatucani utubil v glavu da sam ja opasna i da bum napravila svašta u njegovoj trgovini. Naravno da je napomenul da se to više ne smije dogoditi...a ja si mislila , pa nadam se , nadam se da neću doći u situaciju da moram opet popiti lijekove. hvala na brizi.

K: Kako su se do vas odnosili psihijatri , medicinsko osoblje?

Kristina: Joj, o tome bi se dalo pričati, njih bi sve zajedno lijepo trebalo tužiti, smanjiti plaću. Bilo bi ružno od mene da kažem da su primitivni seljaci, samodopadni, ma nabrojila bih puno epiteta, ali samo se uzrujem... reci ti meni, da li je potrebno vezati osobu koju si prethodno „nakljukao“ lijekovima...mislim ja se zbilja nisam mogla ustati na WC od tih lijekova, ali ne, još je bilo treba i vezanje, to je samo jedan primjer, imam ih ja jako puno, ali se odmah uzrujem i ne želim. Reći ću samo da to nisu ljudi. Istina da postoje bolji i loši, ima mladih sestre, praktikanti čini mi se, oni su u redu, ima nekih psihijatri koji su možda bolje , malo bolji...

K: Spomenuli ste da ste bili „nakljukani lijekovima“ znači li to da vam je terapija promijenjena kod hospitalizacije?

Kristina: Do sad uvijek dobim neku injekciju, to me skomira totalno, ovako mi ne mijenjaju terapiju stalno, već mi povećavaju dozu, i onda postepeno smanjuju dok me otpuste. Već sam se i navikla na to, sasvim normalno mi je, vjerojatno jer se ne zmislim pola toga kaj se događa.

K: Kako ste se osjećali tamo, što ste radili, kako ste proveli dan?

Kristina: Pa van nisam nešto išla, iskreno mogla sam, al kaj , u park njihov? Svaki dan smo imali ispunjen s radnom terapijom, mogli smo tv gledati, svaki dan je bila neka vrsta vizite, najbitnije je bilo dobit terapiju s lijekovima, ostalo sve manje bitno, svaki dan bi bili roditelji kod mene...ove radne terapije su bile obavezne i iskreno nije mi bilo loše na njima.

K: Tko je vodio radnu terapiju?

Kristina: Dugo je to bila Marija, al nje više nema, a ne znam što je bila po struci, mislim da psiholog. Obično je to ili psiholog ili psihijatar, nema drugih zaposlenih na tom mjestu.

K: Koliko puta do sada ste bili hospitalizirani?

Kristina: Puno puta, što prisilno, što da sam sama odlučila, no u zadnje vrijeme nisam tak često tamo. Samo redovni pregledi.

K: Da li se čovjek može naviknut, da li vam je svaki put grozno tamo, jesu se možda neke stvari popravile?

Kristina: Heh, psihijatri su gotovo isti od moje prve hospitalizacije do sad, svaki put mi je koma, al budem zombie, da se razumijemo, moje takozvane krize nisu jednom mjesečno, nisu ni jednom godišnje, manje su, pijem doduše svakodnevno lijekove, normabeleke moje, mislim da sam se uvjerila da mi terapija treba. Na tome je ostalo.

K: Da li ste ojačali socijalnu mrežu na psihijatriji? Pod time mislim da li ste stekli poznanstva, prijatelje?

Kristina: Dok sam mjesec dana u bolnici obično i upoznam ljude, no ne družim se s njima nakon toga, oni si najčešće iz drugih razloga unutra, ovisnosti i slično, al kako nam je terapija obavezna tako znamo svi zajedno u grupama raditi....

K: Da li kontakt imate isključivo s medicinskim osobljem ili, i socijalnim, spomenuli ste psihologinju, da li ste imali kontakt s socijalnim radnicima?

Kristina: Mislim da jesam, obično neke papire rješava socijalna radnica, zadnje mi nešto nije sa zdravstvenom bilo u redu, pa je ona to rješavala...pričale nismo baš nešto. Ona je u ulozi papira, odnosno bavi se papirima, dokumentacijom, nije imala kontakt s nama korisnicima.

K: Nakon hospitalizacije se puno toga promijenilo, spomenuli ste da je bio problem zbog posla, da li se još što promijenilo?

Kristina: Stigma na svakom koraku, na selu se pročulo o tome i onda su me znali ljudi čudno gledat, nekad bi se radije na poslu drugoj trgovkinji obratili, možda je i to bilo samo u mojoj glavi, ali mislim da nije. Prijatelji koji su bili, nije ih bilo puno, al nestali su, druženja gotovo nisu bila, stresno u svakom pogledu, no možda mi je bolje dok sam sama, a ne da mi pametuju ljudi zašto ovo, zašto ono.

K: Spomenuli ste da ste bili na centru za socijalnu skrb i da imate slaba iskustva, da li ste bili samo jednom?

Kristina: Da, nisam više nikad zakoračila na centar, možda bi mogla, možda je Lepenica v penziji, ne znam, jednostavno nemam se snage s time boriti. Jedno loše iskustvo i to poprilično loše je dovoljno da nikad više nejdem tam, nadam se da ni nikad neću morati, jer zbilja ne želim. Dok se prisjetim mi proradi želudac.

K: Jeste li kad razmišljali o alternativnim liječenjima?

Kristina: Jesam, ali kako sam ti već rekla, kod nas nema toga. Prihvatila sam da pijem terapiju i da mi je vjerojatno dobro od toga, barem spavam lijepo, možda jesam umorna više nego inače, vjerojatno, više se ni ne sjećam kako je bilo bez terapije. Voljela bi da ima nešto uz lijekove, ili da smanjim lijekove, ali to sad ne mogu, nisam to sposobna sama.

K: Da li znate što su grupe za samopomoć?

Kristina: Ne znam, riječi mi govore da se radi o grupi, znači više ljudi, koji si vjerojatno pomažu, uglavnom kako god da bude kod nas toga nema.

Kristina: Aha, hvala na objašnjenju, pa zanimljivo zvuči, ko grupa za anonimne alkoholičare kaj vidimo na filmovima. Ne znam kako bi to kod nas prošlo, možda u Čakovcu da, al u malim selima ko što je moje, nikako, stigma bi bila prevelika. Neki ljudi čitav život drže u sebi svoju dijagnozu, bolest, oni nikako ne bi dolazili na te grupe u selo, al kažem Čakovec e to bi se dalo.

K: Poznajete li neko društvo koje se bavi srodnom tematikom?

Kristina: Ne poznajem.

K: Da li postoji osoba kojoj ste se obratili da bi se upoznali sa svojim pravima?

Kristina: Ne postoji, barem ne za mene, znaš ja ti slabo koristim Internet, nemam ni Facebook,, slušam kako mama veli, a ni nemam energije nakon posla ići tražiti osobu koja bude mi rekla prava moja. Znam da sam u krivu, voljela bih upoznati nekog tko se zalaže za mene, tko me možda proba razumjeti ali na žalost do sad ja zbilja nisam našla osobu koja bi mi pomogla, ali si mi dala misliti da bi možda morala.

K: Da li postoji način, nešto da spriječite da dođe do krize i moguće hospitalizacije?

Kristina: To je nešto što ja ne mogu kontrolirati, odnosno stvarno ne znam kako, voljela bi znati, jednostavno mi se ponekad nakupi stvari i jednostavno ne vidim izlaz. Voljela bi da mogu popričati onda s nekim, voljela bi da postoji ta neka osoba koja bi mi pomogla, voljela bi da više nikad ne budem vidjela psihijatriju, ali ne postoji ta osoba i ja ne znam kako, osim da zadržim u sebi stvari kao i do sad, pa dokle ide.

K: Da li osjećate da bude došlo do krize?

Kristina: Ne, ponekad mi je jako malo potrebno da me izbaci iz ritma mogega.

K: Koje su vaše strategije za preživjeti da ne dođe do krize?

Kristina: Puno radim na poslu, trudim se jako, radim prekovremene, tako da mislim da je kod mene posao taj glavni faktor da ne razmišljam previše...dok dođem doma brinem za životinje, ili spavam i tako prođe dan...

K: Koja je vaša vizija za dalje?

Kristina: Voljela bi stvoriti obitelj, živjeti s mamom, naučiti kuhati možda, voljela bi da ne ovisim o mami jer mislim da mogu samostalno živjeti, trenutno mi je to teško zamisliti, ali nadam se da budem, isto tako se nadam da će jednom možda postojati osoba s kojom ću moći pričati o nekim privatnim stvarima, a da me ne osuđuje na prvu.

K: Hvala vam puno i ugodan dan.

13.3 INTERVJU 3

Dobar dan, zovem se Karolina Ovčar i studentica sam Socijalnog rada, područje psihičkog zdravlja, u Ljubljani. Radim diplomski rad s temom psihičkog zdravlja. Voljela bih napraviti intervju s Vama koji bi po vašoj želji bio anoniman, a koji je potreban meni za istraživanje. Zahvaljujem Vam što ste voljni odgovoriti na moja pitanja.

K: Kako se zovete, odakle ste, koliko ste stari?

Vlatka: Zahvaljujem ti, zovem se Vlatka Ročić Petak, iz Zagreba sam i imam 53 godine. U mirovini sam, invalidskoj mirovini, 1000 i nešto sitno kuna dobivam. Po struci sam diplomirani sociolog, no nisam nikad radila u struci. Prije mirovine sam imala vlastiti obrt kožne galanterije.

K: Da li ste udana, imate djecu?

Vlatka: Bila sam udata, no sada sam razvedena, imam jednu kćerku, ima 24 godine.

K: Što za vas znači psihičko zdravlje?

Vlatka: Psihičko zdravlje? Mi smo ovako tu na jednoj radionici došli do teorije s kojom se ja u potpunosti slažem, znači čovjek koji može raditi i voljeti je psihičko zdrav. To smo zaključili tako zajedno jednom davno i nekako bih se ja s time složila.

K: Kako definirate problem psihičkog zdravlja?

Vlatka: Psihičko zdravlje je samo po sebi pozitivna stvar i nekako šta ja znam, to fizičko i psihičko zdravlje mislim samo da se nekako više spominje fizičko zdravlje, to me malo smeta u cijeloj priči. Uvijek kad nešto pričamo ili se savjetujemo uvijek je i pogotovo na javnost, jako velika briga da moraš tijelo čuvat, psihičko ko da ne postoji, ko da nije vezano, a to jedno bez drugog ne postoji. Jedno bez drugog ne bi smjelo, to je jedino što me smeta mislim da bi to trebalo mijenjat u svijesti drugih ljudi.

K: Koje je Vaše općenito mišljenje o psihijatriji?

Vlatka: U hrvatskoj ili općenito

K: Da, možete u Hrvatskoj i općenito, ako ste upoznati.

Vlatka: Pa i nije baš velika razlika između. Pa po mojem iskustvu ne znam. Ja mislim da jednostavno ovisi o sreći. Nije izjednačeno. Psihijatri se jednostavno nisu međusobno dogovorili koji pravac budu zauzeli nego ima ne znam najmanje tri nekakve frakcije. Koje ja vidim. Jedna frakcija kaže samo treba piti psihofarmak i ne treba s pacijentom puno pričati jer to nema smisla, jer kad popiješ lijek, to će djelovati. 5 minuta kontrole i takvi su na žalost u većini. Onda imamo jednu srednju struju, ja mislim da ih po Jankomiru dosta ima. Psihijatri koji su shvatili da je jako važna psihoterapija, da je jako važno pružiti što treba. Dvosjekla je cesta znači pacijentu dat da sam radi i kopa po sebi. Jasno, kad je teško uz pomoć. A da je lijek ustvari, odnosno psihofarmak samo privremena neka štaka dok je čovjeku loše ali da treba postepeno smanjivat kemiju. to je ta srednja struja, oni su nekako u manjini ali ih ima u sustavu samo nisu na velika zvona. A treća struja koja isto postoji, oni su mahom privatnici, oni budu rekli da se sve rješava psihoterapijom, ne treba opće lijekove, to je nužno zlo. Tak da to je eto to, bar sam se ja tak susretala. To je cijeli spektar kojeg sam ja susrela. Žao mi je da nema nekakvog dogovora među njima. Nego jednostavno ispadne da ovisi o sreći čovjeka u kojem kvartu stanuje, u koju će ustanovu spadat i kako će ga onda taj stručnjak dočekat, koji od tih smjerova.

K: Kada ste primijetili da imate problem u psihičkom zdravlju?

Vlatka: Joj primijetila sam, pa vjerojatno sam primijetila još kao vrlo mlada samo nisam na to obraćala pažnju. To bi bila neka velika količina anksioznosti, straha od nečega. Valjda od budućnosti, od nečeg novog, nepoznatog, ali nekako ja nisam obraćala na to pažnju. Kulminiralo je da sam stvarno željela potražiti stručnu pomoć. To je bilo već u poprilično zrelim godinama.. raspad sistema 40 i koju sam imala. To je bio prvi događaj kad sam primijetila da nešto nije kako bi trebalo biti. Pa da oko 45 sam imala, tu negdje otprilike.

K: Koji je bio prvi događaj kojeg se sjećate vezan uz to?

Vlatka: Životne okolnosti koje su se nekako naslagali u nizu i onda sam ja shvatila da više načinom ponašanja koji je do sad funkcionirala, od sad više ne funkcionira i da ja što se više trudim to manje uspijevam i da se jednostavno raspadam. I onda sam prvi put poželjela sa nekim stručnim, neutralnim tko me ne poznaje, a opet je stručan. Htjela sam jednostavno razgovor. Ja sam prvi put išla s namjerom da razgovaram.

K: Da li ste se imali nekog kome ste se povjerali, što se nakon toga događalo?

Vlatka: Pokušavala sam , imala sam mali jedan krug prijatelja, ali su oni imali hrpu vlastitih problema, i situacija, pa bi jednom rekla, pa drugi put , pa treći put i tako sam shvatila da to njima ide na živce, da im je to naporno, da se ja ponavljam. Da oni mene najradije ne bi slušali. Suzila sam da bi oni voljeli da ja njih zabavljam ne da ih opterećujem jer sam ih tako naučila i onda mi je palio na pamet da to nikuda ne bu vodilo. Da nemam s kim popričat. Stvarno sam se osjećala ko „Pale sam na svijetu“. Na taj način da s nekim razgovaram i onda sam rekla sama sebi da idem nađem nekog stručnog.

K: Da li ste bili hospitalizirani?

Vlatka: Jesam, no ne s tim događajem, već kasnije

K: Što vas je dovelo do hospitalizacije, koji događaj?

Vlatka: Uh, događaj? Pa jednostavno sam kad sam napokon završila na psihijatrijskoj bolnici Sv Ivan, do tada sam već odustala potpuno od sebe, od života, od rješavanja problema, ne samo od rješavanja problema nego volje i želje da živim, jednostavno sam bila u kroničnoj , kroničnoj depresiji. Do te mjere da se nisam prala niti mi je bilo stalo do djeteta, no ničega. Tada je kćer išla, završavala osnovnu školu odnosno prvi srednje, ona nije bila uzrok. Jednostavno nisam bila spremna za hrpu problema koje je život donio. Način na koji sam funkcionirala je „hendlao“ kojih 45 godina. Jednostavno se potrefilo puno toga... Roditelji koji su došli u godine kad su praktički postajali djeca pa je o njima trebalo puno skrbit, pa onda smrt. Pa onda jako teška bolest pa onda dijete koje isto relativno hoće pažnju za sebe, pa onda suprug tada koji se isto liječio od alkoholizma, PTSP, cijeli taj post ratni, strahota, pa posao koji stresan, samostalni i onda to sve skupa ja ko perfekcionista, kontrol freak, koji misli da sve može sam i da jedino sam može sve super odraditi. To je dugo vremena tako i funkcioniralo međutim u tom času se sve slomilo jer su svi htjeli dio, a onda sam ja pokušavala i više i više, međutim umjesto da su sve zadovoljniji sa mnom oni su bili sve nezadovoljniji i onda se to čemu, onda sam u jednom času shvatila – mene je nestalo.

K: Koliko vremenski ste bili zatvoreni?

Vlatka: Bila sam zatvorena 3 mjeseca, bila sam 4 puta po 3 mjeseca svaki puta. Prvi puta sam bila samo na zatvorenom , prvi puta ikad. Na kroničnom ženskom odjelu, baš onako zaključano. Ali nisam tamo bila dugo, jer su tamo skontali, da bi me mogli premjestiti na odjel gdje postoje više aktivnosti i sadržaja. Na zaključanom odjelu nema sadržaja. Tamo se stvarno dobiva jako teška terapija od koje se užasno puno spava, od koje je čovjek jako jednostavno skoro pa nesvjestan sebe i ništa samo se jede spava i pije farmakoterapija. Ima otvoreni kronični odjel, tu već postoji dva puta tjedno jedan oblik kreativne terapije. To tako i ide prvo zatvoreni, onda taj otvoreni kronični. I onda su me poslije premjestili na odjel koji ej funkcionirao tako da od ponedjeljka do petka u bolnici, skroz, a onda se u petak ide na vikend doma i onda se opet u ponedjeljak vraća i to su jako forsirali taj izlazak da vide u ponedjeljak kako će se čovjek osjećat kad se vrati u sredinu koja ga na neki način dotukla. Šta će i kako će to na njega djelovat. Tako da kad se vrati u ponedjeljak onda se o tome idući tjedan jako puno razgovaralo.

K: Kako je potekao Vaš život tada, da li ste imali podršku obitelji i prijatelja?

Vlatka: Dosta prijatelja sam izgubila, međutim to mi očito nisu bili prijatelji. Dosta ih se osulo, jer kak je to trajalo 3 mjeseca prvi put , pa onda poslije opet 3 puta po 3 mjeseca, onda ne možeš sakriti kad te tako dugo nema, a na kraju nisam imala više živaca nešto lagati. Da sam na poslovnom putu, gluposti neke. I onda bi ja rekla da sam na psihijatriji tako da je dosta ljudi otpalo. A podršku od doma, pa ne znam suprug je imao svoje probleme i on je imao sam ta neka liječenja sa sobom tako da je on s te strane imao nekakav uvid u to, međutim, podrška da možeš s nekim razgovarat to ne. Ta podrška je izgledala tako da kad bi ja došla na vikend doma, onda bi se on meni jadao kako mu je teško, to je podrška, sad ne znam nije baš neka. A što se prijatelja tiče, to bi više rekla da je bila znatiželja, oni koji su ostali su na prvu bili zgranuti, u šoku, nisu to očekivali da bi ja sad išla na neku psihijatriju. Nakon prvog šoka išla je znatiželja, pa onda što se tamo radi kak izgleda dan. Moji prijatelji su tada također

bili puni svojih problema, i onda su zaključili bi zapravo i njima jako dobro došlo da bi bilo tako nešto kad bi mogli negdje sjest. Nešto tipa dnevna bolnica.

K: Što je bilo sa poslom u to vrijeme?

Vlatka: Bolovanje, bila sam vlasnica firme, to mi nije bio problem.

K: Kako se ponašalo medicinsko osoblje na psihijatriji?

Vlatka: Ja sam bila na tom odjelu broj 10, osim prvi put i svaka iduća hospitalizacija kad bi mi bilo loše, a bilo mi je, ja sam mislila da ću riješiti sve prvi puta, međutim to nije bilo tako. Stvarno sam bila razočarana kad sam vidla da ljudi dolaze po 17. puta. Ti zapravo prvi puta tek načneš i onda krene lavina, vratiš se doma zakopaš u stare obrasce i onda opet imaš osjećaj da se nagomila stvari. Osjećaj da ti je loše. Onda sam ja išla na kontrole kod doktorice. Onda kad mi bilo loše sam zvala i rekla da je situacija takva i onda bi ona rekla...predlažem da malo dođete opet na odjeli onda bih došla na taj odjel, a tamo je osoblje, nekorektno nego više nego korektno. Ali to nisam znala tada jer to znam sada. Ta doktorica, zove se Restek Petrovič Branka, ona je svakojaka i ljudi je se boje međutim ona je na tom odjelu uvela pravilo svojem osoblju da moraju biti više nego korektni prema pacijentima, da ne bi pacijent imao nikakav prigovor da je bilo. Usred noći, 2 u jutro, ako netko nešto treba nema da osoblje spava ili da kaže čekaj, ili da je bezobrazno. Ona je inzistirala da netko od osoblja bilo grublji, dobio bi jezikovu juhu. Jer kad bi pacijent onda imao neki prigovor, da je nešto ne korektno, htjela je imati potpuno povjerenje osoblja da je bilo i više nego korektno. Da onda može odgovornost ići na pacijenta. Ja stvarno imam jako dobro iskustvo. Osjećala sam se zaštićeno.

Kod svoje liječnice sam nastavila kontrole, prema potrebi, prvo jednom mjesečno ili češće, kasnije svaka 3 mjeseca.

Ali ja ovoga časa više ne idem nigdje, ja sam dobila za sebe sve što sam mogla dobiti, puno su mi pomoglo,. U jednom času sam shvatila da je to to, i da se stvari ponavljaju. Ona mi je preporučila da idem jednom tjedno na grupnu psihoterapiju od doma, i tamo kad sam bila i otpuštena od doma sam išla na tu grupu koju je vodila druga doktorica ali isto jako kvalitetna Majda grah.7 godina sam išla jednom tjedno sat i pol, i jako mi je puno pomoglo, ljudi i sama sebi, naučili su me kako da sama sebi pomognem i s vremenom sam skužila da je to plafon,. Da sam dobila sve što su mi mogli dati ali dalje nadgradnje tu više nije bilo. Ja sam se lijepo oprostila, tih 7 godina nije malo. Rekla sam da mi puno pomogla, ali da je vrijeme da odem dalje. A sa dr. isto tako. Sad sam u statusu da nisam bila kod nje skoro 3 godine, a zadnje jednostavno smo se dogovorile, da ako bude ikad išta da su vrata uvijek otvorena da se obratim, međutim ja sad imam toliku mrežu podrške i nekako sam ojačala odrasla. Ali u onom periodu života mi je bilo izuzetno potrebno. Ali periodi života se mijenjaju, sad je druga priča.

K: Što s lijekovima na psihijatriji? Da li ste dobili veću dozu psihofarmaka?

Vlatka: Ja sam prve psihofarmake dobila ambulantno, kod ambulantnog psihijatra. Ja sam se prvo u ambulantni prijavila. Dom zdravlja. Čim sam se tamo uprizorila dobila sam koktel antidepresiva, anksiolitika, stabilizatora raspoloženja i tableta za spavanje to je koktel kojeg svi uobičajeno dobe, nešto što je nužno zlo, ali uz napomenu: Vlatka nemojte to shvatiti kao jedino, to vas neće izliječiti. To pijte sad, ali preporuka: idite na grupe. Tamo vi ustvari radite da sve loše izbacite iz sebe, i tako smo i došli s vremenom da smo smanjivali psihofarmake, i sad ne pijem ništ.

Ovisnost tj. povijest moje ovisnosti je još prije Jankomir. Postala sam ovisna o „Xanax“-ima dok sam bila ambulantno liječenju, jer tamo sam imala iskustvu s nezainteresiranom psihijatricom u domu zdravlja a meni je najzgodnije bilo ići kod nje jer zbog stigme. Nisam trebala uputnicu doktorice opće prakse, jer nisam htjela da moja doktorica zna za to. Jer je to meni u to doba bila jako velika sramota. Psihijatrica tamo nije bila zainteresirana ni za razgovor ni sam moje probleme niti za ništa, ona je samo pisala. Prvi put sam se susrela sa tabletama za živce i svidao mi se efekt, trenutni. 20 min i osjećaj je nestao, osjećaj straha, grč u želucu, sve je nestalo. Mene bi opustilo, ja bi mogla spavati, međutim...

Zatvorena sam bila 4 puta po 3 mjeseca i jedanput po 3 mjeseca sam hodala u dnevnu bolnicu.

Makar mi je bilo napornije , isto grupe i aktivnosti a onda dođeš doma i legneš , svi očekuju od tebe nešto.

K: Da li se osoba može naviknut na psihijatriju?

Vlatka: Ne, išla sam tamo 7 godina , jednom tjedno, ljudi mi jesu pomogli,. Užas me lovio kad sam vidla da su ljude 17, 20 puta hospitalizirani...jesen ide , meni nije dobro pa eto ih ovdje. Ljudi se programiraju da će do kraja života tako, malo ću vani, malo u bolnicu i tako ću ja provesti svoj život, to me toliko užasavalo. Groza me toga lovila. Tamo na grupama trebalo mi godina, upoznala sam sebe, presložila sam si, shvatila sam što sam radila da je do toga došlo i ok a što sad s tim. Sve sam ja to shvatila na racionalnoj razini, što sad s tim znanjem. Prvi korak promjene, od malih koraka, proširivanja polja slobode. Bližnji nisu to dobro prihvatili i svaki put kad bi meni bilo bolje, onda bi oni rekli ova Vlatka nova nama ne valja. Ono što je mene dovelo do kraha, njima je bilo super i obrnuto i onda se na kraju desil i Razvod. I onda su to neke stvari koje hoćeš-nećeš promijene.

Užas me lovio od bezrazložnog boravka. Shvatila sam da sam tamo zaštićena, ništa loše mi se ne može dogoditi. Moram se naučiti u svojoj kući tako osjećati, imati takav osjećaj. Moram ga imati bilo gdje samo sam ja ta koja mora uspjeti. Treba ići iznutra

K: Da li ste stvorili socijalnu mrežu tamo?

Vlatka: Jesam, još i danas se s jednom gospođom družim, ostala mi prijateljica, a u život je došlo puno novih ljudi. Zahvaljujući liječenju, iako nisu to ljudi iz liječenja . bila sam tamo na literarnoj grupi, pa smo radio emisiju, glas ludila u eteru, pa je tamo još više ljudi došlo. Jedno dvije godine smo imali radio grupu koju nije vodio nitko iz bolnice, bilo je pre-smješno i onda tako na snimanju te emisije sam upoznala ljude koji su imali ideju Ludruga ovakve kakva je sad , pričali su o nekim meni predivnim stvarima. I onda sam se s njima povezala. Oni su tada godinu dana bili ljudi s neakvom idejom iz bolnice rebro i druženjem to ljeto smo rekli ajmo osnovat Ludrugu. I ostalo je povijest. Onda je došlo puno ljudi, zadržali se, mnogi su otpali s bolešću ali stvarno mi to nije krivo.

K: Da li je postojala osoba koja vam je v tom trenutku objasnila vaša prava – npr. soc. radnik

Vlatka: Socijalni radnik obavlja birokratski posao, tako da ne baš.

Bila je jedino Dina, prekrasna socijalna radnica u Jankomiru, ona je umrla od raka. Kako je na tom našem odjelu bi se 2 x tjedno svo osoblje našlo je bila i ona i sad svako tko je imal egzistencijalni problem, invalidnine, posla , ne imanja posla. Nešto takvo. Onda bi se s njom dogovorio. Ja nisam imala potrebu i nisam išla, ali znam mlade cure, kojima je jako puno pomogla u ostvarivanju njihovih prava i bile su jako zadovoljne s njom.

A psiholozi isključivo testiraju, samo testovi. Dok je mene testirala sam se bojala kako će to biti, ja sam bila usporena, mutilo mi se, a moram rješavat 3 satni test. Onda je ona rekla, nema veze, budem ja vidla kaj doktorica misli pa ću prilagoditi svoje mišljenje. Psiholog u bolnici

K: Što se dogodilo nakon hospitalizacije u vašem životu?

Vlatka: Izgubila prijatelje, posao je propao, ali nije bio razlog toga što sam zatvorena. Bila je to kožna galanterija, više je kriv uvoz kriza, a i to što sam ja to naslijedila od oca i nisam nešto voljela., pa moguće da je i to razlog...ja sam živjela očev život, udovoljim očekivanja njegova, prođe 26 godina. Suprug je sa mnom radio, dosta je dobro savladao, snašao bi se on i bez mene, ali je sve otišlo k vragu. A onda su mi na mirovinskom na komisiji rekli da ...tad sam imala 48–49, blizu 50, onda je rekla da sam već relativno stara . a budimo realni tko god vidi vaše nevolje, tko će vas zaposliti s takvom dijagnozom. Onda je rekla tko će vas htjet To mi bilo taman počneš graditi svoje samopouzdanje , pa ja vrijedim, ja imam puno toga za dat, nisam za odbacit, a ona onda kaže da si star i budimo realni...penzija bolja nego

niš doduše takva kaj 1400 kn. i onda je mene nekakav inat ulovio, da jednostavno dokazujem da tome nije tako, zato sam u Ludruzi aktivna

K: Što s alternativnim liječenjima?

Vlatka: Definitivno Ludruga – polu posao, iako se osjećam više puta kao da je pravi posao. Alternativno što sam se ja srela. Grupa podrške je potrebni i bazno, ali nije jedino. Žao mi je da nemamo češće radionice koje nisu samo grupe podrške znači kroz umjetnost nešto. Npr. regionalni projekt, forum teatar. Došli smo u jednom času do točke da ne mogu svi verbalno izraziti što ih muči. Onda smo skužili da moramo nešto alternativno – forum teatar. Nismo forsirali da to bude predstava za javnost. Mi smo to radili za sebe. Grupa ljudi koja je došla, svaki put 7, 8, naših ljudi...primjer cura ima složene odnose s mamom, cura dobi ulogu mame s troje djece i uživi se. Nakon jedne takve grupe kaže da vidi da to nije laka uloga, ja sam htjela da svi troje budu sretni i zadovoljni, da bude pravednosti, a oni su se svi kmečali. Shvatila je da mami nije lako. A na grupi podrške bila je nepravedna do mame, da ju ne razumije. To je alternativno za mene. Art terapija i sl.

K: Da li znate koja druga društva vezana iz srodnu tematiku u zajednici?

Vlatka: Postoje još neka 4 društva, stambene zajednice, susret ,svitanje, sjaj...

K: Što sada radite da do hospitalizacije ne dođe?

Vlatka: Ludruga, hobiji, radionice, bavim se svime i svačim i to mi uvelike pomaže. Stekla sam i puno svojih trenutnih prijatelja na taj način

K: Da li prepoznajete krizu , koje su vaše strategija preživljavanja da ne dođe do krize?

Vlatka: Ja i sad imam , nije to gotova priča, proces koji će me pratiti i naravno da prepoznajem. Imam ja dana, ali onda imam „halo“ imam koga nazvat, a i nema potrebe da glumim veselje kad nisam vesela, i onda se puno manje energije troši. Vrlo brzo iz razgovora dođem do uzroka pada. Takva sam. Onda krenem poduzimat.

K: Da li ste član grupe za samopomoć?

Vlatka: Jedan od ustanovitelja

K: Da li je grupa dostupna 24 h korisnicima?

Vlatka: Nije, ali mreža ljudi iz grupe je takva da mogu sasvim sigurno barem petero ljudi u 2 ujutro dići na noge

K: Da li je besplatno ili postoji članarina?

Vlatka: Besplatna je.

K: Da li ste raširili socijalnu mrežu tamo na grupi podrške?

Vlatka: Da, puno novih poznanstava, puno novih ljudi, puno lijepih prijatelja

K: Tko odlučuje o temi?

Vlatka: Svi zajedno, kako ispadne.

K: Da li postoje tabu teme?

Vlatka: Teme kao teme, ne znam, možda se ljudi teško opuštaju, usvajaju atmosferu, tko god novi dođe iskustvo životno mu govorila ne može vjerovat. Po meni najveći tabu je ta iskrenost. Jako puno smo pričali samoubojstvima. To je prilično žesća tema.

K: Da li mislite da bi i u manjim mjestima bilo potrebno ustanoviti grupu?

Vlatka: Sigurna sam da bi, na kraju krajeva ljudi su i rekli da bi voljeli imati . bili smo u zadru, Osijeku, Čakovcu... veliki problem je stigma, no mislim da u Čakovcu nije stigma, broj jedan, nego jednostavno nema educirane osobe koja bi mogla voditi grupu, baviti se time. Čakovec nije toliko mali. Ljudima iz Čakovca se dopalo. Ali nije bilo .

K: Da li ste dovoljno hrabri da svojim iskustvom pomognete nekom drugom?

Vlatka: Ovo pitanje po *defaultu* mi je za poludit i to stalno govorim. Nikad ja ne pomažem nikom drugom. Jednostavnoga grupa i općenito ja i toj udruzi funkcioniram ako moje iskustvo pomogne nekom, to će taj odlučit, na meni je da kažem a realno da izaberem, i ako na taj način pomognem super. Isto tako svi ostali koji se skupe, recipročno meni pomažu to je ono.. I onda kad netko kaže vi pomažete drugima, ja dobim proljev. Doslovce. Jok ti pomažeš drugome, da, čak i doktorica jedna na psihijatriji je rekla na jednoj grupi kad je imala trenutak. Ja sam od svojih pacijenata jako puno naučila išla je recipročno. Sa iskustvom sa godinama dobili su oni a dobila sam i ja. Kad ti staviš sebe u situaciju da pomogneš drugome ti si sebe automatski uzvisio iznad ovog koji je ispod. A ja imam užasan problem sa autoritetom općenito takvim odnosima moći, jer je to moj *issue*.

K: Koja je vaša vizija za dalje?

Vlatka: Želim vjerovat da nikne koja nova grupa u Zagrebu, Zagreb je veliki, a da ne govorimo o drugim krajevima, potreba je, al želja mi je da ide iznutra, iz ljudi. Smeta me pasivnost ljudi, korisnika isto tako. No nitko živ ne može dok sam , ali da čekaš da ti netko drugi smisli sadržaj, onda ...da se malo pasivnost odmakne.

13.4 INTERVJU 4

Dobar dan, zovem se Karolina Ovčar i studentica sam Socijalnog rada, područje psihičkog zdravlja, u Ljubljani. Radim diplomski rad s temom psihičkog zdravlja. Voljela bih napraviti intervju s Vama koji bi po vašoj želji bio anoniman, a koji je potreban meni za istraživanje. Zahvaljujem Vam što ste voljni odgovoriti na moja pitanja.

K: Kako se zovete, odakle ste, koliko imate godina?

Rajko: Molim da u intervju napišete moje puno ime i prezime. Rajko Šupe. Iz Zagreba sam i imam 61 godinu. Nisam zaposlen, nisam nikad ni bio, primam obiteljsku mirovinu i invalidninu, finansijski sam dobro potkovan. Po struci sam viši fotograf VKV.

K: Da li ste oženjeni, imate djecu?

Rajko: Nisam oženjen, nemam djece ni obitelj. Imam sestru u Ljubljani. Živim sam bez roditelja, mama mi je umrla pred godinu dana. Dva puta tjedno mi dolazi socijalna radnica i radni terapeut, mladi su. Imamo fantastičan, ne da se hvalim, prijateljski odnos.

K: Što za vas znači psihičko zdravlje?

Rajko: Psihičko zdravlje za mene znači ono što sam par put osjetio u snu a to je sreća, to je trajalo možda minutu a meni se činio taj osjećaj sreće ko da traje vječnost i taj osjećaj sreće me danima držao. To mi se dva tri puta desilo. To se ne može novcima opisat. Nije euforija, ne nije, ni neki poremećaj, već kao sreća ko ljudska osnovna potreba.

K: Kako definirate problem psihičkog zdravlja?

Rajko: Definiram to kao čovjek radi neki posao, sad nije važno što, recimo ja se bavim sa umjetnošću, ne živim od toga ali ako netko može živjeti od toga, zašto ne. Svaki rad je dobrodošao, ne podcjenjujem nijedan rad, ako je netko smetlar. Jedno vrijeme sam mu čak zavidio da radi 8 sati i dobiva novce, a ja

se bavim sa umjetnošću ne dobivam ništa, tako sam razmišljao kao mladi. Sad kad sam stariji sam promijenio razmišljanje, nekako zreliji čovjek postane.

K: Koje je Vaše općenito mišljenje o psihijatriji?

Rajko: Jako dobro jer imam dobra iskustva. Kod doktorice Dominić sam već 20 godina, preko. Samo je bila odsutna dok je otišla na porodiljski. Ona najbolje mene poznaje i zna biti i oštra i pokudit zna me i pohvalit, al zna da onda ja uzletim u visine ako me previše hvali, zato me ne hvali previše. Uglavnom, drži me u realnosti podupire me u svim mojim umjetničkim radovima, u onom što mene ispunjava i veseli. To je dakle Vesna Dominić.

Meni uvijek vele: imaš sreću kaj si imal nju, pa i drugi su imali nju pa nisu uspjeli ko ja, opet su završili po nekim domovima i tako...

K: Koji je bio prvi događaj kojeg se sjećate vezan uz psihičko zdravlje i problem?

Rajko: Sreća. Doktorici sam rekao. Ona je to shvatila. Ja sam ležao na 6. odjelu, ona je bila mlada specijalizantkinja ja sam takoreći bio njen prvi pacijent. Od svih pacijenata na početku jedino sam ja ostao kod nje. Do kraja sada, sad će ići u mirovinu i mislim privatno ići kod nje. Dogovaramo se mi članovi grupe da idemo privatno. Plaćat ćemo, rekla je da će nam malo računati, dogovorit ćemo se. Ona je pred mirovinu.

K: Da li ste bili hospitalizirani?

Rajko: Jesam puno puta, godinu dana najviše, na najtežem odjelu, 4 vrata zaključana. Kasnije kad sam došao malo k sebi sam dobio izlazeću, daju izlazeću. Tako da sam se mogao šetati, ići u dućan kupiti. Pola sata, sat vremena

nemam iskustva mučenja na psihijatriji kao što ljudi misle, imam samo dobra iskustva, baš dobra.

Neki znaju reći, joj šta mene zanimaju drugi problemi, ja jako volim čuti i druge probleme, onda dođem doma pa razmišljam isto o njima izvučem neku pouku iz toga.

K: Kako je potekao Vaš život tada, da li ste imali podršku obitelji i prijatelja?

Rajko: Nisam imao podršku. Evo kako je to bilo :

ja sam studirao poljoprivredu i onda sam se razbolio i nakon toga sam se počeo baviti fotografijom polagao sam razne tečaje za fotografiranje, sad sam položio tečaj za digitalnu fotografiju . ta fotografija je bila odlučujući trenutak u mom liječenju. Izlazio sam van, snimao, bio sam po cijeli dan vani, među ljudima, aktivan i tome toliko osposobilo da sam otišao u JNA, vojsku, prestao sam piti lijekove , to je odobrio doktor. Odslužio sam JNA redovito.

K: Što je sa poslom u to vrijeme?

Rajko: Nikad nisam radio. Radio sam fuš preko novina, oglasa, volonterski 7 godina, ali baš zaposlen nikad nisam bio.

K: Kako se ponašalo medicinsko osoblje na psihijatriji?

Rajko: Znate što, uvijek se medicinsko osoblje prema vama ponaša kako je on sam, ako je bolesnik u redu i oni će biti do tebe u redu . međutim ako je bolesnik bezobrazan onda znaju ioni biti takvi. Bas je jedna sestra rekla ovo nije bolest ovo je bezobrazluk., jednoj pacijentici je to rekla. I onda normalno da ne mogu primanjima biti dobri, kad su bezobrazni baš. Nije bolest već bezobrazluk, to je ta razlika.

K: Terapija/lijekovi u bolnici, da li je doza psihofarmaka veća?

Rajko: Bila je jača doza lijekova.

Rajko: U alkoholičarskoj grupi iako nisam alkoholičar, samo da se s nečim bavim, polagao sam alkoholičarski ispit, iako 30 godina nisam pivu popio. Čak su me predlagali da budem predsjednik alkoholičarskog kluba. Ja budala odbio to, da sam to prihvatio imao bi velike koristi.

K: Kako je bilo biti zatvoren, što ste tokom dana radili?

Rajko: Jedino ja sam iz cijelog odjela išao na radnu terapiju iz crtanja. Znači 7. odjel, tamo je radna terapija. Jedino mene su puštali na crtanje. Znalo se u 7 sati čim se na doručujem. Popijem lijekove i idem na radnu terapiju slikarstva. Tako se i sad bavim slikarstvom. To sam ja htio, a oni su mi omogućili, čak su mi i rekli da moram ići. Rijetko tko nije htio ići jer mu je to bila jedina prilika da izađe iz bolnice. Pa makar i pola sata pušili cigarete i razgovarali s terapeutom ništa ne radili nego da budemo na zatvorenom odjelu. To im je pasalo svima. Da se maknu, da izbjegnju.

K: Koliko puta ste bili hospitalizirani?

Rajko: 40 puta.

K: Da li ste se navikli na to, na psihijatriju?

Rajko: Bio sam se naviknuo toliko na bolnicu, hipohondar sam postao. To i kad se navikneš na bolnicu za svaku sitnicu dolaziš. Kad treba i kad ne treba. Kad i nije baš trebalo ja sam odmah trčao u bolnicu tako da su me jedva sterali iz bolnice van. Bas mi je lijepo bilo u bolnici. Sve 4 u zrak, ne moraš razmišljati o ručku, večeri. Ne moraš razmišljati kako organizirati vrijeme. Uvijek sam bio u dobrom društvu, meni je bilo dobro.

K: Da li ste stvorili socijalnu mrežu tamo na psihijatriji?

Rajko: Stvorio sam soc. Mrežu.

K: Da li je postojala osoba koja vam je v tom trenutku objasnila vaša prava – npr. soc. Radnik?

Rajko: Prije rata nije bilo, ja sam već sam usvoji sva svoja prava tako da mi nije bilo potrebno .

K: Da li je vaš kontakt bio isključivo s medicinskim osobljem ili i socijalnim?

Rajko: Išao sam na testiranje sa psihologom, radnim terapeutom, socijalni radnik ne.

Prije rata smo išli na ples, doktorica je bila prisutna.

K: Što se dogodilo nakon hospitalizacije u vašem životu, što se promijenilo?

Rajko: Dobio sam volju za hobije, učenje fotografije i teorijski. Već u bolnici sam učio fotografiju teoriju i samo učioni učio. Da nisam samo ležao. Tada sam položio za KV i VKV fotografiju. Tada sam puno naučio i to mi je pomoglo.

Sa starim društvom sam raskrstio. Oni su se nakon hospitalizacije moje razbježali, poženili, našli poslove , druge interese i prijateljstva su se prekidala.

Ja sam čak onda dobio kompleks manje vrijednosti jer sam vidio, gle oni se žene , rade i sve a ja ništa.

K: Da li ste se obratili socijalni službi?

Rajko: 2 puta tjedno dolaze radni terapeut i socijalni radnik. Višnja je radni terapeut, koja me podupire u mojim aktivnostima, što je meni jako važno, jer sa roditeljima nisam imao te podrške. Jer ni oni sami dok su bili mali nisu imali.

K: Da li ste upoznati s alternativnim liječenjima?

Rajko: Bavim se hobijima, strašću do fotografije, polažem različite tečajeve, redovito dolazim na Ludrugu, njihov sam službeni fotograf.

K: Da li znate što je grupa za samopomoć?

Rajko: To je kada smo svi okupljeni, nema tu medicinskog osoblja, nema terapeuta stručnoga

K: Da li za te koja druga društva vezana iz srodnu tematiku u zajednici?

Rajko: Srodno ne, al uvijek su me zanimala sportska društva, body building, kung-fu, uvijek sam bio član tih grupa, gdje sam si našao prijatelje.

K: Što sada radite da do hospitalizacije ne dođe?

Rajko: Nije mi više lijepo otići tamo, tako da se bavim stvarima, slikarstvom i fotografijom. Idem na pučko sveučilište na sintesajzer. Photoshop sam naučio, završio isto. Na Pučko sveučilište mislim ići godinama i godinama, to su tečajevi. Ali za digitalnu fotografiju sam baš završio i dobio uvjerenje. Da sam mlad mogao bih se zaposliti s tim uvjerenjem. Ali sad me starog nitko neće, a niti se ne želim zaposliti sada. Nije mi više do toga stalo, kao da sam prevazišao tu fazu., kao moram biti zaposlen da bi bio zdraviji, do toga mi nije stalo više tako.

K: Da li prepoznajete krizu?

Rajko: Da prepoznajem, to je jaki napad panike. Panika me uhvati, međutim to se već dugo nije desilo.

Baš panika prava možda jedno 10 puta, ali kad sam imao paniku imao sam doktoricu koju sam mogao nazvat u pola noći i reći joj da me strah, nikada se nije ljutila kad sam zvao, puno puta sam je po noći probudio rekla mi je uvijek stavi šećer u vodu i popi apaurin s time. Rekla je da odmah trenutačno počinje djelovati. Ja sam povjerovao i tako me prošlo.

K: Koje su vaše strategije da ne dođe do krize?

Rajko: Puno se sportom bavim. Umjetnošću. Jednom tjedno dolazim na grupu podrške. Grupa mi puno pomaže, stvorio sam veze imam oko sebe sve prijateljice i prijatelje. Mogu im svojim iskustvom i savjetima pomoći čak. Imam toliko godina iskustva pa tako. Neki me saslušaju, neki ne. To je njihova stvar. Snalazim se. Uglavnom jako mi je lijepo ovdje doći.

K: Recite nešto o grupi za samopomoć?

Rajko: Član sam grupe već duže, jako mi pomažu u svemu, čak planiramo okrećit stan. Članovi grupe su dostupni 24 sata na dan, no ja to ne koristim jer nema potrebe. Grupa je besplatna, dolazim tramvajem. Preko grupe sam upoznao puno novih poznanika i prijatelja i lijepo mi je družiti se. Sami odabiremo temu, neki put ja, neki put netko drugi. Moderator vodi grupu, isto je član.

K: Da li postoje tabu teme na grupi?

Rajko: Ovdje sam primijetio da nema toga, jedino što sam primijetio da nema ako slobodno kažem tema o sexu, mladih ljudi ima a nema te teme. Tu temu još nisam čuo ovdje a baš sam htio načet, da čujem kako mladi ljudi razmišljaju. Kako se nose s time. Mislim da neće biti prihvaćena ali jednom mora i to doći, ja mislim

K: Što mislite da bi se dogodilo da grupe više nema?

Rajko: Ja mislim da bi puno izgubio, jer cijeli dan se nekako pripremam, veselim na druženje, s veseljem dolazim jer sumi tu prijatelji, ravnopravni i voditelji su ravnopravni. Tako da uvijek čekam taj ponedjeljaka veselim se i čim prije dođem, ja uvijek 3,4 sata prije dođem. Onda kupim sendvič, dobijem kapučino

K: Da li mislite da bi i u manjim mjestima bilo potrebno ustanoviti grupu?

Rajko: E to je sad problematsko. Ja mislim da bi u manjem mjestu bio više stigmatiziran nek u velikom. Ovdje znaju oko zgrada za mene, međutim kad izađem na trg bana nitko ne zna, nitko me ne pozna.

Recimo u malom mjestu, čuo sam i za druge, zbog stigme nisu izlazili godinama iz stana, baš zbog toga jer svi onda znaju sve. Baš zbog te stigmatizacije, ja znam jednu osobu koja je 3,4 godine bila doma, uopće nije izlazila van jer se bojala i sramila da joj drugi netko nest ne veli. U maloj sredini je to veliki problem. Potrebe za grupom postoji. u manjim sredinama je to strašno okrutno, to se ne može usporedit, ma kakvi. Nema ni društava, ni ovakvih okupljanja

K: Da li mislite da vas u grupi razumiju?

Rajko: Da, mislim da, da.

K: Da li je grupa otvorena i može doći tko želi?

Rajko: Da, bilo tko.

K: Što se promijenilo u vašem životu od kad ste član grupe?

Rajko: Nova poznanstva, više se bavim svojim hobijima, to nije samo hobi to je strast. To em zaokuplja pisanje poezije. Hobi je nešto kao posao strast je ljubav, hobi dođe i prođe, međutim strast ostaje.

K: Da li se organiziraju izleti i druženja u sklopu društva?

Rajko: Jeste , bili smo u Osijeku, organiziraju se. To mi je toliko pomoglo, da sam kasnije išao u Sloveniju poslije 10 godina, ja sam rođen u Sloveniji, baš Osijek je bil prekretnica u mom životu i poslije 40godina sam prvi puta išao u posjet Ljubljani kod sestre. Sa članovima udruge.

K: Da li ste dovoljno hrabri da svojim iskustvom pomognete nekom drugom?

Rajko: Da, jesam. Osobnim iskustvom , kako izaći iz kriza, hospitalizacija, da nije to najgori slučaj ako je već potrebno. Da nije to nešto tragično.

K: Da li vam što fali u grupi?

Rajko: Ne mogu se požaliti, ne bi češće dolazil jer ne bi imali tema i jedni bi drugima dosadili ja mislim. Bolje jednom tjedno pa se nakupi toga. Bude to i preko 2 sata dok nas ne potera tajnik tu.

K: Koja je vaša vizija za dalje?

Rajko: Mislim nastaviti u ovom smjeru , baviti se stvarima koje me vesele, dolaziti redovito na grupu. Sportom, on je vrlo važan u mom životu, imam malu teretanu doma, vidjeli su članovi udruge, kolege. Tako da mi sport je možda 50% liječenja, jer me opušta, opušta mišice...rasteretim se.

Redovito pijem lijekove ni ne želim prestat.

Sestra mi preko telefona znala čitat novine , i ako Slovenci kažu da je osnova psihijatrije lijekovi, onda Slovencima vjerujem, jer sam tamo rođen, tko može bez terapije ništa mu ne zamjeram ali meni pomaže, meni to nije ovisnost, već dugini godina imam istu terapiju.

K: Hvala vam.