

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA SOCIALNO DELO

Barbara Ambrožič

**Pomen skupin za svojce na področju duševnega
zdravja s perspektive uporabnic in uporabnikov**

Diplomsko delo

Ljubljana, 2018

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA SOCIALNO DELO

Barbara Ambrožič

**Pomen skupin za svojce na področju duševnega
zdravja s perspektive uporabnic in uporabnikov**

Diplomsko delo

Mentorica: red. prof. dr. Darja Zaviršek

Ljubljana, 2018

PODATKI O DIPLOMSKI NALOGI:

Ime in priimek: Barbara Ambrožič

Naslov diplomske naloge: Pomen skupin za svojce na področju duševnega zdravja iz perspektive uporabnic in uporabnikov

Kraj: Ljubljana

Leto: 2018

Število strani: 77

Število tabel: 0

Število prilog: 2

Mentorica: red. prof. dr. Darja Zaviršek

Ključne besede: svojci, duševno zdravje, hospitalizacija, skupine za svojce, težave v duševnem zdravju, družina

Povzetek:

Temo diplomske naloge sem si izbrala zaradi izkušenj z delom z ljudmi, ki imajo težave v duševnem zdravju in ker sem bila tudi sama v mladosti hospitalizirana v psihiatrični instituciji. Iz lastnih izkušenj vem, da so skupine za svojce pomagale mojim staršem, jim dale podporo in pomoč, odnosi med nami v družini pa so se spremenili na boljše. Zato sem v diplomski nalogi raziskala, kakšen pomen uporabniki in uporabnice s težavami v duševnem zdravju, ki so bili hospitalizirani v psihiatrični bolnišnici, pripisujejo temu, da so njihovi svojci obiskovali skupine za svojce. Zanimalo me je predvsem, kaj uporabniki in uporabnice mislijo, da so njihovi svojci pridobili z obiskovanjem omenjenih skupin in kako se le-to odraža v njihovem odnosu z njimi in odnosih v njihovi družini. V teoretičnem delu sem pisala o duševnem zdravju, različnih opredelitvah le-tega, o težavah v duševnem zdravju, hospitalizaciji ter njenih posledicah. Pisala sem tudi o svojcih ljudi s težavami v duševnem zdravju, njihovih obremenitvah, delu z njimi ter o skupinah za svojce. Poleg tega vsebuje naloga tudi empiričen del, pri katerem sem z delno strukturiranimi intervjuji raziskala pripovedi oseb s težavami v duševnem zdravju, ki so bile hospitalizirane v psihiatrični bolnišnici. Izvedla sem 13 intervjujev. S pomočjo kvalitativne analize sem prišla do rezultatov raziskave. S kratkimi komentarji sem poskušala prikazati izkušnje ljudi s težavami v duševnem zdravju. V zadnjem delu diplomske naloge sem povzela ugotovitve metodološkega dela. Te pokažejo, da uporabniki in uporabnice v večini pripisujejo skupinam za svojce velik pomen, saj menijo, da so jim svojci na tak način izkazali podporo in imajo sedaj z njimi boljši odnos, svojci pa boljše razumevanje svojega družinskega člana in več informacij o njem oziroma njej. Kot predloge navajam, da bi se skupine za svojce uvedle v vseh psihiatričnih institucijah, saj so trenutno najbolj razširjene v nevladnih organizacijah in da bi se o omenjenih skupinah več govorilo. Prav tako predlagam večje sodelovanje strokovnjakov z družinami ljudi, ki imajo težave v duševnem zdravju.

Author: Barbara Ambrožič

Title of Graduation Thesis: Significance of family support groups from user's perspective

Location: Ljubljana

Year: 2018

Number of pages: 77

Number of tables: 0

Number of appendixes: 2

Name of Mentor: PhD, Professor Darja Zaviršek

Key words: relatives, mental health, hospitalization, family support groups, mental health issues, family

Summary:

I chose the theme of my graduation thesis based on my own experiences working with people, who have mental health issues and because I was also hospitalized in a mental institution in my adolescence. I am talking from my own experiences, when I say, that family support groups have helped my parents by providing them with support and help they needed. I also noticed the effect they had on relationships in my family, as they became better. In my graduation thesis, I have explored what users with mental health problems think the significance of their relatives going to family support groups, is. I was interested in what users think, their relatives gained from family support groups and how this is reflected in their relationship with them and in relationships in their families. In the theoretical part, I focus on mental health and different definitions of it, mental health issues, hospitalization and its consequences, relatives and difficulties related to life with a person, who has mental health issues. I also discuss work with relatives and family support groups. In the empirical part, I have researched narratives of people with mental health problems, who were hospitalized in a mental health institution, by using semi structured interviews. I interviewed 13 people and analysed the interviews qualitatively. With short comments, I tried to represent experiences of people with mental health issues. In the last part of my graduation thesis, I have summarized the findings of my research. They show that many users with mental health problems attribute major significance to their relatives going to family support groups. They think that by doing this, their relatives have shown them support. Their relatives also have a better understanding of them, more information about their family member and a better relationship with them. I suggest that family support groups should be more common in psychiatric institutions, as they are now mostly common in non-governmental organisations. I also think that not many people know about family support groups and that we should be working on raising awareness about them. What I also suggest is that experts cooperate more with families of people with mental health issues.

KAZALO VSEBINE

1. Uvod.....	1
2. Pregled problematike	2
2.1 Duševno zdravje	2
2.2 Težave v duševnem zdravju	3
2.3 Hospitalizacija	5
2.3.1 Posledice hospitalizacije.....	7
2.4 Značilnosti mrež uporabnikov in uporabnic	9
2.5 Obremenitve in razbremenitve uporabnikov in uporabnic	10
2.6 Svojci oseb s težavami v duševnem zdravju	11
2.6.1 Obremenitve svojcev	11
2.6.2 Kako družina doživlja življenje z osebo s težavami v duševnem zdravju	13
2.6.3 Odnosi v družinah, v katerih ima družinski član težave v duševnem zdravju.....	18
2.6.4 Delo s svojci	19
2.6.5 Načini dela s svojci	21
2.6.6 Skupine za svojce	22
3. Metodologija.....	26
3.1 Zbiranje podatkov.....	28
3.2 Analiza intervjujev	29
3.2.1 Pred hospitalizacijo	29
3.2.2 Med hospitalizacijo	40
3.2.3 Skupine za svojce.....	53
3.2.4 Po hospitalizaciji	61
4. Zaključek	66
5. Literatura	70
6. Priloge	74
6.1 Vprašalnik	74
6.2 Primer intervjuja.....	75

1. Uvod

S področjem duševnega zdravja se spoznavam že ves čas študija, tako v teoriji, kakor tudi v praksi. Ker me je le-to res pritegnilo, sem se usmerila na modul duševno zdravje v skupnosti. Sama imam veliko praktičnih izkušenj v tej smeri, saj sem vsa leta svojega šolanja sodelovala z ljudmi, ki imajo težave v duševnem zdravju. Veliko vem o tem, saj jih imam tudi sama. V svoji raziskavi sem raziskala, kakšen pomen pripisujejo uporabniki in uporabnice, ki so bili hospitalizirani, temu, da so njihovi bližnji obiskovali skupine za svojce. Raziskovala sem perspektivo uporabnikov in uporabnic, torej kaj le-ti menijo, da so (če so) dobili od tega, da so njihovi svojci obiskovali omenjene skupine in kako se to kaže v njihovem življenju ter odnosih z njimi. Rada bi izvedela, kaj se je spremenilo v njihovem osebnem in družinskem življenju, če se je kaj. Iz teorije in lastnih izkušenj vem, da se posameznik/posameznica po hospitalizaciji spremeni, posledično pa se drastično spremeni tudi njegovo/njeno življenje, katerega velik del predstavlja družina. Družina pa je primarna skupina, kjer se otrok razvija in socializira. Z družino ima tudi posebno vez, saj preko nje spoznava zunanji svet, poleg tega pa mu ta nudi podporo in varnost, ki jo potrebuje. Tudi sama sem bila v mladosti v psihiatrični bolnišnici, kjer sem preživela kar nekaj časa. Moja starša sta hodila na skupine za svojce in sta mi povedala, da jima je zelo pomagalo pri tem, da dobita informacije o tem, kaj prestajam, o tem, kako mi pomagati, kaj narediti, kadar nastopi kriza itd. Obema so skupine za svojce zelo pomagale v času moje hospitalizacije in sama velik pomen spremembe našega družinskega in tudi svojega osebnega življenja pripisujem njuni udeležbi na omenjenih skupinah. Zato me je zanimalo, ali imajo ljudje, ki so bili hospitalizirani v psihiatrični bolnišnici, podobne izkušnje kakor jaz, drugačne izkušnje, in kako gledajo na to izkušnjo sedaj. Ugotovitve raziskave bi meni in družbi pomagale razumeti, kakšen je pomen obiskovanja skupin za svojce in ali le-to vpliva na življenje uporabnika/uporabnice po preživetem času v psihiatrični bolnišnici. Z raziskavo bom ugotovila, kakšen pomen pripisujejo uporabniki in uporabnice temu, da njihovi svojci obiskujejo skupine za svojce. Če bom ugotovila, da v večini pripisujejo velik pomen skupinam za svojce pri spremembi njihovega osebnega in družinskega življenja, bi bilo smiselno, da se te skupine razširijo in se o njih več govori. Če pa bo ravno obratno, bi lahko nadalje raziskovala, kje bi bile potrebne izboljšave.

2. Pregled problematike

2.1 Duševno zdravje

Svetovna zdravstvena organizacija je duševno zdravje opredelila kot »stanje dobrega počutja, v katerem posameznik oziroma posameznica razvija svoje sposobnosti, se spoprijema s stresom v vsakdanjem življenju, učinkovito in plodno dela ter prispeva v svojo skupnost.« Ta pojem pa se je skozi različne kulture in zgodovinska obdobja spreminjal. Nekoč so osebo, ki je bila obtožena »duševne bolezni«, obtožili čarovništva in jo mučili, da le-to prizna. Danes pa je to mučenje bolj ali manj psihične narave. (Lamovec, 1995, str. 12)

Zakon o duševnem zdravju (Zakon o duševnem zdravju, 2008, 2. člen) podaja definicijo duševnega zdravja tako: »Duševno zdravje je stanje posameznika oziroma posameznice, ki se kaže v njegovem mišljenju, čustvovanju, zaznavanju, vedenju ter dojemanju sebe in okolja.«

Pojmovanje duševnega zdravja je relativno. Pogojeno je s kulturo, normami in vrednotami določene družbe. Definicija duševnega zdravja je odvisna tudi od časa in prostora, v katerem se družba nahaja. Zato se pomen in interpretacija duševnega zdravja spreminjata s tem, ko se spreminja družba. (Milačak, 2012, str. 3)

Zato se ta pojem in pomen le-tega spreminja s tem, ko se spreminjajo družbe. Interpretacija duševnega zdravja je potemtakem odvisna od časa in prostora, v katerem je družba.

Od obdobja je odvisno, kdo se bo znašel v klasifikaciji »duševnih motenj« in pod okriljem psihiatrije. V to klasifikacijo je bila, na primer, v 20. stoletju, vključena homoseksualnost, a so jo kasneje iz nje črtali. (Sedlar, 2002, str. 143)

Na duševno zdravje se je dolgo časa gledalo kot na bolezen, poudarjeni so bili samo negativni vidiki, na ljudi s težavami v duševnem zdravju pa kot na nore in nevredne normalnega življenja. Dandanes, ko vemo, da ima lahko vsak težave v duševnem zdravju, je naš pogled postal malo manj izključujoč in diskriminatoren. Še vedno pa je ljudem v praksi težko sprejeti, da je človek s težavami v duševnem zdravju lahko drugačen, ranljivejši, a s popolnoma enakimi pravicami kot vsi ostali. Težko jim je sprejeti tudi to, da je vsak človek edinstven, enkratni, da ima pravico do svojega pogleda, svoje realnosti in

do enakopravnega sodelovanja v procesih zdravljenja. (Jeriček, Klanšček, Zorko, Bajt in Roškar, 2009)

Duševno zdravje je splošno dobro počutje osebe, v katerega je vključen občutek izpolnjenosti in izkoriščenost vseh njegovih potencialov. Tako duševno zdravje zajema vse: od videza, vedenja, mišljenja, govora, do čustvovanja in razpoloženja. Zajema tudi odnos do sebe, drugih in do sveta. Duševno zdravje je celostno prepleteno z zdravjem nasploh. Je stanje dobrega psihičnega počutja, v katerem lahko vsak prepozna svoje zmožnosti, produktivno dela, prispeva k skupnosti in se spopada z življenjskimi stresi. (Bajt, Jeriček Klanšček in Britovšek, 2015, str. 7)

Kultura je pri definiranju duševnega zdravja pomembna, saj vpliva na to, kakšen pomen ljudje pripisujejo pojavi že definirane zdravja ali bolezni. Kultura tudi določa koncept normalnosti in nenormalnosti. Na diagnoze pa vplivajo predstave družbe o določeni kulturi, predsodki in seksizem. (Zaviršek, 1994a, str. 39-40)

Ženske, imigranti in etnične skupine so bolj ranljive z vidika težav v duševnem zdravju in imajo slabšo kvaliteto življenja zaradi omejenih virov in večjega tveganja za revščino, diskriminacijo in marginalizacijo. Izkazalo pa se je, da različni dejavniki moči, kot je npr. odpornost, ščitijo te skupine ljudi pred težavami v duševnem zdravju. (Heilemann, Lee in Kury, 2005, str. 951-952)

2.2 Težave v duševnem zdravju

Okoli 500 milijonov ljudi na svetu ima težave zaradi duševnega zdravja in ocenjuje se, da jih bo imel vsak tretji izmed nas vsaj enkrat v življenju. Depresija naj bi leta 2020 eden glavnih javnozdravstvenih problemov po ocenah strokovnjakov. Kot najbolj pogoste težave v duševnem zdravju pa so bile prepoznane anksioznost, depresija, somatoformne motnje in motnje, povezane z zlorabo drog. (Šprah, Novak in Dernovšek, 2011, str. 6)

Danes vemo veliko več o težavah v duševnem zdravju, kot smo pred desetletji. Čeprav nam ni še vse jasno, se nanje odzivamo podobno kot nekaj v preteklosti. Ne povezujemo jih več z mističnimi oziroma nadnaravnimi silami, kaznijo za pretekle grehe, a se jih še vedno bojimo in jih le s težavo sprejemamo. (Pišl, 2009, str. 446)

V netolerantnem okolju je zelo hitro dovolj, da postane oseba »duševni bolnik«. Za to je potrebno neko vedenje osebe ter odziv družbe na to vedenje. Za to zadostuje že na primer pretirano govorjenje ali nespečnost. (Lamovec, 1998, str. 31)

V okviru psihosocialnega prijema je bolj primerna besedna zveza duševna stiska ali kriza, kot pa duševna motnja. Oseba se lahko znajde v izrazito stresni situaciji in ostane brez opore in takrat doživi duševno stisko. O »duševni bolezni« ne govorimo, saj:

1. Ni bioloških dokazov, da so krize rezultat bolezni. Kriza pa ni bolezen.
2. »Duševna bolezen« je le domneva, ki je ne moremo dokazati ali ovreči. Oznaka z njo pa škodi ljudem, saj vodi v stigmatizacijo in daje vtis trajne nezmožnosti.
3. Primernejši izraz je »kriza«, saj pove, da gre za začasno nezmožnost osebe, da bi opravljala neke naloge.
4. Sedanje klasifikacije »duševnih bolezni« so sestavljene na podlagi zunanjih znakov, na podlagi katerih ne moremo predvideti poteka ali izida krize in so potemtakem neuporabne.
5. Jezik psihiatrije je poniževalen in uporabnike in uporabnice razvrednoti. Gre za obravnavo posameznika ali posameznice kot priveska svoje diagnoze. (Lamovec, 1998, str. 15-16)

Najpomembnejši kriteriji, po katerih družba sklepa na »duševno bolezen«, so, da človek neuspešno opravlja svojo primarno vlogo, krši moralne norme in zavrača vrednote skupine, kateri pripada. (Lamovec, 1998, str. 34)

Psihiatri uporabnikom in uporabnicam pripišejo diagnozo. Do nje pa pridejo na podlagi hipoteze o bolezni, ki je še niso dokazali. Nedokazani bolezni pa so dali učeno zveneča imena. Velja, da bolj učeno, kot bolezen zveni, hujša je. V resnici pa ta imena ne pomenijo ničesar. Krizo lahko opazimo z neposrednim opazovanjem, tako kot lahko vidimo, da si je nekdo zlomil nogo, brez pripomočkov, ki bi nam pomagali le-to identificirati. Oseba z zlomljeno nogo, potem ko okreva, dobi potrdilo, da je zdrava. Tako tudi človek, ki preboli krizo, dobi potrdilo, da je njegovo duševno stanje normalno. Ta človek bo potem moral pokazati to potrdilo, ko bo iskal zaposlitev. S sabo bo vlekel te besede, ki v bistvu ne pomenijo ničesar, a otežujejo življenje. (Lamovec, 1998, str. 101-102)

Eden izmed pomembnih dejavnikov, ki prispeva k nastanku duševnih kriz, je stres. Stres je lahko tako pozitiven kot negativen. Pri negativnem stresu se posameznik/posameznica

počuti ogroženega/o, saj čuti, da nima nadzora nad izidom določene situacije. Vsak pa stres dojema drugače, za nekoga je lahko pozitiven stres nekaj, kar je za nekoga drugega negativen. Pri negativnem stresu se avtomatično začnemo odzivati obrambno, npr. se umaknemo, zanikamo, da je tako hudo ali nadzorujemo svoje čustvene odzive na tak način, da svoja čustva potlačimo. Na tak način lahko sčasoma pride do duševne stiske. (Lamovec, 1998, str. 199-202)

Pojem »duševne bolezni« je zelo raztegljiv. Včasih so smatrali masturbacijo kot »duševno bolezen«. Še nedavno tega tudi homoseksualnost. Medicina naj bi se ukvarjala s spremembami v telesu, ki jih lahko diagnosticira, ni pa primerna za diagnosticiranje razlik v vedenju ljudi, njihovih osebnosti, stališč in izražanja. (Lamovec, 1995, str. 21)

Bolezen pomeni spremembo v telesu, ki otežuje njegovo delovanje in jo lahko določimo z uporabo medicinske tehnologije. Pri »duševni bolezni« pa ne moremo najti nobenih takih sprememb, ki bi bile značilne za to vrsto »duševne bolezni«. Včasih so prisotne kakšne hormonske spremembe, ki pa so značilne za vse ljudi, ki so v stresni situaciji. Potemtakem bi bili »duševno bolni« vsi kdaj pa kdaj. (Lamovec, 1995, str. 23)

Pojem bolezni označuje odklon od opredeljene norme. Kdo pa določna normo, in s tem tudi odklon, pri »duševni bolezni«? To je lahko oseba sama, njena družina, uradne oblasti ali drugi člani družbe. Vsebina norm pa se v času in kraju zelo spreminja. (Lamovec, 1995, str. 28)

Za nastanek duševne krize je pomembno neposredno okolje, v katerem posameznik ali posameznica živi, in družba, ki proizvaja socialne in ekonomske pritiske. (Lamovec, 1995, str. 51)

2.3 Hospitalizacija

Hospitalizacijo delimo na prostovoljno, kadar oseba sama poišče pomoč v ustanovi, in neprostovoljno, kadar je v to prisiljena. Proces, v katerem postane oseba »duševni bolnik«, je zapleten. Običajno se začne s tem, da kdo iz njene bližnje okolice opazi, da se ta oseba vede nenavadno. Najprej poskušajo to osebo diskretno opozoriti, naj obišče psihiatra. Če tega ne naredi, se nekoliko obotavljajo, dokler ne nastopi določen dogodek, ki pa je zadnji povod in prepriča okolico, da je oseba »duševno bolna«. Določijo prisilno hospitalizacijo oziroma pridržanje brez privolitve. Ko pride oseba v psihiatrično bolnišnico, ji psihiater

določi diagnozo, saj je pogoj za pridržanje prav »duševna bolezen«. V dveh dneh mora bolnišnica sporočiti sodišču vsak primer pridržanja brez privolitve, ta pa nato pošlje izvedenca v roku treh dni, ki sodbo potrdi, oziroma (v redkih primerih) tudi ovrže. (Lamovec, 1998, str. 27-29)

Odhod v zavod ali bolnišnico je za ljudi, ki doživljajo dolgotrajno stisko, skoraj neizogibno dejstvo, stvarnost oziroma grožnja, v kateri živijo. (Flaker idr., 2008, str. 30). Večinoma je hospitalizacija močna, neprijetna izkušnja, ki je za človeka z duševno stisko tisto najbolj usodno ter prepoznavno znamenje, da je uporabnik ali uporabnica psihiatrije. (Flaker idr. 2008, str. 36)

Kriza običajno ne zajame takšnih razsežnosti, ki bi onemogočale, da bi jo oseba preživela v vsakdanjem okolju, v skupnosti. Pri nas je hospitalizacija prvi in edini ukrep, morala pa bi biti zadnji, potem ko vsi drugi odpovejo. (Lamovec, 1998, str. 262)

Avtorica Lamovec (1998, str. 345) primerja razmere pri nas in v ZDA. Pravi, da je ena izmed razlik ta, da v ZDA svojci težko dosežejo prisilno hospitalizacijo, medtem ko pri nas to dosežejo brez vsakih težav. Skupno nam je vzvišen in nespoštljiv odnos strokovnjakov do svojcev, čeprav je pri nas veliko bolj pogost.

Ženske so najštevilčnejše uporabnice zdravstvenih storitev in služb za duševno zdravje. Različne raziskave so pokazale, da so ženske večkrat hospitalizirane v psihiatrični bolnišnici kot pa moški. To pa zato, ker je njeno vedenje, ki navadno spremlja stiske, manj tolerirano. Običajno ženska skrbi za druge družinske člane in je nepogrešljiva. Njena stiska pa jo postavlja v novo vlogo, zato se le-ta očitneje kaže kot odklon od »normalnega«. (Zaviršek, 1994c, str. 148)

Običajno uporabnik ali uporabnica na zaprtem oddelku preživi 3-14 dni. Tja pa se lahko vrne, če ni dovolj poslušen oziroma poslušna. Potem ga/jo premestijo na odprti oddelek, kar pa še ne pomeni, da sme zapustiti bolnišnice. (Lamovec, 1998, str. 33)

Čas hospitalizacije se je v zadnjih desetletjih zmanjšal, in s tem tudi propad osebnosti. Pogostost prvih sprejemov je še vedno velika, a še večje je število ponovnih sprejemov. Gre za »sindrom vrtečih se vrat«, saj psihiatri ne poskušajo razrešiti krize, zato ne mine dolgo, ko se le-ta spet pojavi. Običajno jo ublažijo z zdravlili, nato pa osebo vrnejo nazaj v okolje, v katerem je kriza nastala. (Lamovec, 1995, str. 20)

Svojci se za vsako nadaljnjo hospitalizacijo lažje odločijo. Na to nima vpliva vedenje uporabnikov oziroma uporabnic, ampak to, da je bila oseba že kdaj hospitalizirana, kar je dovolj, da družba in tudi družina dojemata njeno vedenje kot moteče. (Lamovec, 1998, str. 37)

2.3.1 Posledice hospitalizacije

Lamovec (1995, str. 34-40) navaja poškodbe, ki so rezultat hospitalizacije:

1. *Odvisnost od zdravil*

Gre za posledico dolgotrajnega jemanja zdravil, ki naj bi služila preprečevanju nadaljnjih duševnih stisk. Zdravila pa ščitijo pred učinki neprijetnega okolja. Lažje in ceneje je predpisovanje zdravil, kot pa sprememba okolja.

2. *Dosmrtna stigmatizacija*

Je notranja in zunanja. Pri zunanji gre za to, da ljudje spremenijo odnos do osebe, ki se je zdravila na psihiatriji. Pri notranji pa se zavest o stigmatiziranosti naseli vanjo.

3. *Znižano samospoštovanje in zaupanje vase*

To je povezano z ritualom ponižanja, ko pride uporabnik/uporabnica prvič v psihiatrično ustanovo in s tem, da nima možnosti odločanja, izbire.

4. *Utrditev lažnega jaza*

Uporabnik/uporabnica je prisiljen/a postati takšen/takšna, kakršen/kakršna hočejo drugi ljudje, da bi bil/a. To zahteva nenehno pozornost in energijo. Nenazadnje običajno pride do umika v bodisi invalidski pokoj ali pa psihozo.

5. *Zatiranje pristnega občutenja in izražanja*

Uporabnik/uporabnica je moral/a veliko časa zadrževati, zavirati to, kar čuti. Zaradi tega so njegovi/njeni izrazi nenavadni, zmedeni, ko končno prebije okove zatiranja.

6. *Spremenjeni odnosi z družino*

Ko se uporabnik/uporabnica vrne domov iz psihiatrične ustanove, ga/jo družina neprestano opazuje, postane preobčutljiva na vse spremembe, ki jih opazi pri njem/njej. Velikokrat ga/jo družina duši, hkrati pa jo potrebuje, saj nima kam drugam.

7. *Spremenjeni odnosi na delovnem mestu*

Tudi tukaj poteka nenehno opazovanje s strani sodelavcev. O izkušnji uporabnika/uporabnice pa se nikoli ne govori. Počuti se nerazumljen/a in odveč. Njegovo/njeno doživljanje in samoizražanje je tudi tukaj prepovedano.

8. *Spremenjeni odnosi s prijatelji*

Podobno kot na delovnem mestu je tudi s prijatelji. Gre za pretirano zaščitništvo ali žalitve. Skoraj nujno potrebno je, da uporabniki in uporabnice zamenjajo prijatelje, če se hočejo razvijati, saj jih le-ti vlečejo nazaj v tisto, kar pa so že prerasli.

9. *Izguba ciljev v življenju*

Izguba ciljev je rezultat vseh prej navedenih poškodb oziroma posledic. Boriti se je treba proti pričakovanjem okolja, saj je človek v psihiatrični ustanovi izgubil vero vase. Potrebno je veliko volje in discipline, da doseže zadane cilje.

Še en škodljiv vidik hospitalizacije je izguba zaupanja v svoje. Običajno imajo (prihodnji) uporabniki oziroma uporabnice ob sebi vsaj eno osebo, ki ji zaupajo in so prepričani, da je na njihovi strani. Ta oseba uporabnika ali uporabnico spremlja na pregled v bolnišnico, uporabnik ali uporabnica pa je prepričan/a, da ne bo dovolil/a, da ga/jo hospitalizirajo. Potem pa ugotovi, da ta oseba sklepa zaveznitvo s psihiatri, in se zave, da ta oseba, njegov/njen zaupnik, zasleduje le lastne interese. Pridejo občutki zapuščenosti in izdajstva. Veliko uporabnikov in uporabnic opisuje, kako sta jim neiskrenost in izdajstvo oseb, ki so jim zaupale, skupaj s ponižanji, ki so jih doživeli, sprožili osebnostni zlom. (Lamovec, 1995, str. 40)

Eden od negativnih dejavnikov, ki vplivajo na samopodobo posameznika oziroma posameznice, je vstop v psihiatrično bolnišnico, saj je hospitalizacija povezana z družbeno stigmo, ki pa se lahko sprevrže v individualno. Poškodbe samopodobe pridejo tudi s samo izkušnjo institucije, ki osebo razčloveči, namesto da bi ponujala varnost in podporo. Veliko ljudi je opisovalo vstop v psihiatrično bolnišnico kot izgubo, bodisi samozaupanja bodisi zaposlitve, prijateljev, družine ... (Zaviršek, 1994c, str. 251)

Življenje v ustanovi je za človeka škodljivo. Pride do zamenjave osebne identitete z institucionalno. Način obravnave v psihiatrični bolnišnici človeka razosebi. Stiki z domačim okoljem uporabnika oziroma uporabnice se prekinejo. To pa še bolj poveča izoliranost. Uporabniki in uporabnice postanejo pasivni, apatični ter izgubijo zanimanje za zunanji svet, začnejo zanemarjati svoj videz in svoje navade. S tem, ko so izolirani od civilnega življenja, se zmanjša možnost vpliva svojcev na delo strokovnjakov. (Flaker, 1998, str. 7-9)

Ko oseba vstopi v psihiatrično ustanovo, doživi degradacije in poniževanja. Velikokrat osebi prepovejo izhode in obiske na začetku hospitalizacije, in tako se odcepi od prejšnjih vlog. Pride do razlastitve le-teh. (Flaker, 1998, str. 23)

Hospitalizacija je že sama po sebi hud šok, še posebej prisilna. Ena uporabnica je povedala, da je šok podoben posilstvu, gre za izgubo občutka nedotakljivosti svojega telesa. A je pri prisilni hospitalizaciji hujše to, da je zakonita in se družba z njo strinja. Z vstopom v psihiatrično bolnišnico se okrepijo določena vedenja, ki naj bi bila del »duševnih bolezni«. Ena izmed večjih posledic hospitalizacije je stigmatizacija, ki vpliva na odnose uporabnikov oziroma uporabnic in zmanjšuje možnost zaposlitve. (Lamovec, 1998, str. 34)

Kar se tiče socialnih posledic hospitalizacije, uporabnik/uporabnica izgubi socialni ugled. Družba nanj/nanjo gleda, kot da je nagnjen/a h krizam in da glede tega ne more narediti nič. Ljudje mu/ji pripisujejo pomanjkanje odgovornosti in nezmožnost samokontrole. Stigma psihiatrične bolnišnice je močnejša od stigme zapora. (Lamovec, 1998, str. 41)

Ljudje uporabniku/uporabnici nalepijo dosmrtno etiketo, ki je izražena v pojmu »duševni bolnik«. Nakazuje na to, da to ni motnja, ki jo ima občasno, ampak je nekaj, kar je postal/a. Človek in motnja se zlijeta v eno, v očeh družbe pa ostane samo še motnja. (Lamovec, 1998, str. 52)

2.4 Značilnosti mrež uporabnikov in uporabnic

Za mreže uporabnikov in uporabnic je značilno, da so majhne in omejene na ozek krog ljudi, predvsem družinskih članov in prijateljev. Bivanje v instituciji tudi te stike zelo zmanjša. (Flaker idr., 2008, str. 262)

Omrežja ljudi z dolgotrajno stisko so pogosto šibka, stike z družino velikokrat doživljajo kot slabe in imajo malo prijateljev. Te osebe pogosto živijo doma, čeprav se hočejo osamosvojiti, a tega ne morejo zlasti zaradi finančnih težav. Njihove mreže so majhne tudi zaradi umika (zaradi stigme) in institucionalizacije. Pogosto so omejene na družinski krog, zaradi sramu ali osredotočenosti na skrb in težave v duševnem zdravju, ki jih ima član družine. V njihovih mrežah je malo virov pomoči, informacij ter sredstev. Uporabniki in uporabnice praviloma pogrešajo družbo vrstnikov, še bolj pa intimne stike. (Flaker idr., 2008, str. 262-265)

Družinska odvisnost je v naši tradicionalni družbi totalnejša, kot pa v visoko strukturiranih družbah. Možnost za preživetje je odvisna od družinske vzajemnosti. Če je mreža psihosocialne pomoči za ljudi v duševnih stiskah manj razvita, potem je realna moč družine večja. (Lamovec, 1998, str. 349-350)

Zelo pogosto je, da je za žensko njena najtrdnjša osebna mreža družina in najožje sorodstvo. Nekateri ugotavljajo, da ženske, ki imajo psihiatrično diagnozo, po hospitalizaciji dobijo manj podpore od družine kot moški. Družina jo lahko izloči, kadar uporabnica ne izpolnjuje pričakovanj o ženski vlogi. To pa je lahko tvegano, saj je običajno vezana predvsem na družinsko socialno mrežo in tako ostane brez čustvene podpore. (Zaviršek, 1994c, str. 269)

Svojci predstavljajo pomemben člen socialne mreže, saj se skrb za družinskega člana, ki ima težave v duševnem zdravju, skoraj v celoti prenese na družino, ko mine akutna faza stiske. (Belak, 2004, str. 96)

Nekateri ljudje imajo gosto socialno mrežo, pa se v duševni stiski ne odločijo, da bi se obrnili na koga izmed njih. Drugi pa imajo majhno socialno mrežo in pri njih poiščejo pomoč v času krize. To je povezano s tem, koliko je oseba, v času krize, sposobna prositi za pomoč. Prisoten je strah, da bi se porušila podoba, ki so jo osebe zgradile o sebi, pa tudi strah, da je ne bi bilo več mogoče zgraditi na novo. (Zaviršek, 1994c, str. 266)

2.5 Obremenitve in razbremenitve uporabnikov in uporabnic

Uporabnike in uporabnice bremenijo različne življenjske okoliščine in dogodki, nemoč in nasilje, duševne stiske in tudi stiska, ki jo doživljajo svojci. Med te dogodke štejemo rojstvo, smrt, razvezo, pa tudi sprejem v institucijo. Poleg dogodkov pa jih bremenijo tudi

različne neugodne okoliščine ali spleti dogodkov, kot so zasvojenost (lastna ali izkušnja iz otroštva), hendikep, težave z zdravjem, revščina, nasilje v partnerskem odnosu itd. Uporabnike oziroma uporabnice lahko prav tako bremeni stiska drugih in vedenje sorodnikov. Če ta oseba živi v obremenjujočem okolju, se s tem njena stiska samo še večja. (Flaker idr., 2008, str. 55-56)

Veliko uporabnikov in uporabnic skrbi, da bodo morali vse začeti znova, če se jim kriza ponovi. To velikokrat pomeni, da bodo izgubili stanovanje ter postali brezdomci. (Lamovec, 1998, str. 58) Ljudje, ki so bili v psihiatrični ustanovi, se bojijo vnovične hospitalizacije: »Želim, da me domači ne strašijo s kliniko in psihiatričnimi stvarmi.« (Flaker idr., 2008, str. 78)

Uporabniki in uporabnice lahko najdejo razbremenitev že v pogovoru, bodisi s prijateljem bodisi s strokovnjakom. Lahko obiskujejo različne skupine za samopomoč ali podporne skupine, možnost imajo tudi obiskovati različne dnevne centre in društva.

Kot pogosto razbremenitev uporabniki oziroma uporabnice uporabljajo umik iz situacije, bodisi začasno bodisi za vedno. Med pogostimi načini razbremenitve je pogovor z bližnjimi, s sorodniki ali prijatelji. Nekateri ne naredijo nič in čakajo, da stiska mine sama od sebe. Nekateri poiščejo pomoč v drogi. (Flaker idr., 2008, str. 56-57)

2.6 Svojci oseb s težavami v duševnem zdravju

2.6.1 Obremenitve svojcev

Svojci se odločijo za hospitalizacijo ali namestitev v zavod, ko ne zmorejo več. Pogosto se zgodi, da svojci pregorijo, zaradi tega, ker jim skrb in pozornost za obolelega družinskega člana preprosto vzame preveč energije. Ta skrb pomeni časovno, fizično in čustveno obremenitev. (Flaker idr., 2008, str. 41)

Navadno so ženske tiste, ki opravljajo skrbstveno delo, tako v sferi javnosti, kot v sferi gospodinjanskega dela, za katerega niso plačane. Skrbijo za odvisne ljudi, s tem pa tudi same postajajo vse bolj odvisne, vsaj v ekonomskem smislu. Beseda skrb ne pomeni več nemoči in odvisnosti, ampak jo povezujemo s solidarnostjo, vzajemnostjo. Pomembno pa je tudi, da tisti, ki skrb sprejema, ni nemočen in odvisen od osebe, ki skrb daje. Ta mora imeti svoj prostor svobode. (Zaviršek, 1994c, str. 33)

Velikokrat se starši sprašujejo, kje so naredili napako pri vzgoji, ali so bili preveč strogi ali blagi, je njihova lastna »motenost« prispevala k temu, da je njihov otrok zbolel, ali je bil mogoče vzrok takrat, ko so otroka udarili, itd. Večina teh staršev pove, da je bil njihov otrok posebej nadarjen in da ga niso znali vzgajati. Večina prav tako ni imela priložnosti, da bi dobili odgovore na svoja vprašanja ali razumevanje njihove stiske. Zato je običajno samo razgovor priložnost za razbremenitev in posledično olajšanje. (Kovač in Švab, 1995, str. 144)

Skrb za svojca je povezana z izgubami in dobički. Med izgube štejemo čustveno in fizično izčrpanost, nizko samopodobo in stres. Kot dobiček pa štejemo čustveno bližino in ljubezen, občutek odgovornosti in potrebnosti. (Zaviršek, 1994c, str. 39)

Svojci so obremenjeni fizično, z delom, ki ga opravljajo, s pozornostjo, ki jo zahtevajo njihovi družinski člani, kadar so v stiski, poleg tega pa jim skrb vzame veliko časa. Obremenjenost z oskrbo svojcev se križa s poklicnim delom in drugimi dejavnostmi v vsakdanjem življenju. Velikokrat pride do finančne stiske, saj so preobremenjeni z oskrbo družinskih članov in zaradi tega tudi manj delajo v službi ali najamejo pomoč. Veliko večje od finančnega bremena pa je čustveno breme, napetost, zaskrbljenost, strah glede tega, kaj se utegne zgoditi, in možnih konfliktov. (Flaker idr. 2008, str. 48-51)

Svojci ljudi v duševni stiski velikokrat doživljajo obremenitve, za katere mislijo, da jih povzroča njihov družinski član, njegove stiske, vedenje, nezmožnost, da bi izpolnjeval zahteve okolice ... Te obremenitve povzročijo velik stres in pritisk, katerega se velikokrat ne zavedajo, tudi ko se znaki razvijejo v stisko. Pomembna sta dva pogleda na to stanje. Prvi je, da so svojci nezmožni pogledati vase, drugi pa je povezan s prvim oziroma se pojavi zaradi prvega, saj niso zmožni videti, da sistem prepušča skrb za duševno zdravje psihiatričnim institucijam in to ne more prinesiti napredka na tem področju. Obremenitve svojcev oseb z duševno stisko so podobne ne glede na to, v kakšni stiski je oseba, lažji ali hudi. Pri lažjih so manj intenzivne, svojci pa imajo močnejše upanje v okrevanje. Obremenitve so lahko subjektivne in objektivne. Pod subjektivne štejemo žalost in izgubo človeka, kakršnega smo poznali, občutek usmiljenja, čustveni tobogan (intenzivna čustva in presenečenja), bolečino, ki izvira iz empatije, pritisk, občutek krivde, izolacije ... Med objektivne pa dejanja, ki jih človek, kadar je v stiski, naredi, njegova oskrba, neustrezen način delovanja sistema duševnega zdravja in socialnega varstva, stigma ... Pri vseh teh

obremenitvah pa moramo upoštevati prilagodljivost družine kot sistema, ki se kaže v njeni moči, povezavah, ponosu na dosežke svojcev in v rasti družine. (Belak, 2004, str. 160-161)

Velikokrat se zgodi, da svojci, ki skrbijo za svojega družinskega člana, izgorijo. Gre za tako imenovani sindrom izgorevanja.

S tem izrazom opredeljujemo kompleksen pojav, ki je posledica daljše izpostavljenosti stresu. Značilen je za poklice, ki delajo z ljudmi v čustveno zahtevnih pogojih. Gre za proces, v katerem se zavzetost in želja za pomoč drugemu spremenita v pasivnost in obup. Ta proces lahko traja več let. (Lamovec, 1998, str. 407)

Stres je neizogibna reakcija organizma na nevarnost. Za izgorelost tega ne moremo trditi, saj je negativna reakcija na stres. Odvisna je od sposobnosti posameznika oziroma posameznice, da obvladuje stres. Izgorelosti najbolj izpostavljeni poklici so tisti, ki se ukvarjajo s pomočjo ljudem. (Bilban in Pšeničny, 2007, str. 23)

Delo z družino lahko prepreči, da bi svojci v stanju obupa zapustili svojega družinskega člana. To se po navadi zgodi takrat, kadar je družina poskusila že vse, kar zmore, a ni dosegla želenega učinka. Nato se je pojavila izgorelost, ki se kaže v čustveni otopelosti, apatiji, izčrpanosti. S pravočasno pomočjo se lahko družina temu izogne in dobi znanje o novih načinih ravnanja. (Lamovec, 1995, str. 282)

Kadar pride oseba v duševno stisko, to največkrat za njegove svojce pomeni močan stresni življenjski dogodek, ki vpliva na njihovo psihofizično počutje. Svojci pa lahko pregorijo, če pravočasno ne pridobijo znanja za ravnanje v tovrstnih situacijah in pa če v celoti prevzamejo nase skrb za družinskega člana. (Oreški, Dernovšek in Hrast, 2012, str. 20)

2.6.2 Kako družina doživlja življenje z osebo s težavami v duševnem zdravju

Lamovec (1998, str. 344): »Družina, v kateri živi oseba z dolgotrajnimi ali ponavljajočimi se psihičnimi težavami, se sooča vsaj s tremi viri stresa:«

1. s stališči družbe, ki vključujejo predsodke do teh oseb in njihovih družin,
2. z neustreznim odnosom ustanov duševnega zdravja, s katerim se srečujejo, in
3. s situacijskim stresom, ki se nanaša na bivanjske vidike vsakodnevnega življenja.

Družbeni stres izvira iz stigmatizacije, ki zajema tudi druge družinske člane. To se kaže v pomanjkljivih finančnih sredstvih, ki jih družba nameni za zadovoljevanje potreb

uporabnika ali uporabnice ter podcenjevanje njegovih/njenih zmožnosti za produktivno vključenost v družbo. Družine so velikokrat tarča družbe, češ da ne znajo obvladovati vedenja uporabnika ali uporabnice in tako velikokrat pristanejo v socialni izolaciji. Tako se poslabšajo odnosi s prijatelji, sosedi in sorodniki. (Lamovec, 1998, str. 344)

Švabova (2000, str. 28) pravi, da so družine, ki skrbijo za osebo z težavami v duševnem zdravju, pod velikim stresom. Običajno postanejo potrebe te osebe najpomembnejše in tako pozabijo na svoje. Doživljajo stisko glede nenadnih kriz, skrbi, finančnih problemov, urejanje stvari na uradih, spreminjanje v zagovornika, itd. Ko svojci postanejo preveč izčrpani od stresa, lahko to vodi v depresijo, tesnobo, izgorevanje in druge bolezni.

Člani družine psihiatru posredujejo svoja opažanja družinskega člana s težavami v duševnem zdravju. Ta pa niso točen odraz dejanskega stanja, saj večinoma izhajajo iz potreb družine, da se ohrani kot delujoč sistem. Beležijo si vse »simptome«, ki lahko zajemajo kar koli, največkrat pa poskuse osebe, da bi si pridobila malo neodvisnosti. (Lamovec, 1995, str. 29)

Življenje z osebo, ki je duševno ali telesno prizadeta, ima demenco, ali doživlja psihično stisko, velikokrat pomeni, da stvari, ki se nam zdijo samoumevne – pravice in ugodnosti v vsakdanjem življenju, postanejo dvomljive. Ljudje si ne morejo privoščiti počitnic, nimajo več družabnega življenja, so prestrašeni, kako bo svojec v krizi naredil, reagiral ipd. (Flaker idr., 2008, str. 58)

Z duševnimi stiskami posameznika oziroma posameznice, se ne spremeni samo njegovo/njeno življenje, ampak tudi življenje njegove/njene družine, ki so z njim/njo povezani in skrbijo zanj/o. V družini se poruši »normalen ritem«, treba je graditi od začetka. (Belak, 2004, str. 96)

Družina potrebuje določene stalnice, ki omogočajo njenim članom predvidljivost in vzdrževanje ravnotežja. Le-to pa se poruši, ko se družinski član s težavami v duševnem zdravju spremeni, saj njegove/njene misli in vedenje niso več predvidljivi. Ko se to zgodi, prihaja do stisk, tako pri družinskem članu s težavami v duševnem zdravju, kot tudi pri njegovih/njenih svojcih. Da bi ponovno pridobil/a svoje mesto v družini, potrebuje podporo, razumevanje in spodbudo družinskih članov. Družina, v procesu zdravljenja družinskega člana s težavami v duševnem zdravju, potrebuje poleg empatije tudi strokovno pomoč, da se reorganizira in okrepi. (Pišl, 2009, str. 444)

Ena večjih skrbi svojcev, ki skrbijo za člane družine s težavami v duševnem zdravju, je tudi to, kaj bo z njimi po njihovi smrti ali ko ne bodo več bili zmožni skrbeti zanje. To postavlja bratom in sestram veliko dilemo. Ameriške družine so na ravni vsakdanjega življenja naštele objektivne vire stresa, med katere spadajo: ekonomska odvisnost uporabnika oziroma uporabnice, ovirano družinsko življenje, porabljen čas in energija, pomanjkanje informacij o tem, kako reševati vsakdanje probleme, alternativ hospitalizaciji, možnosti bivanja zunaj doma, nezadovoljenost potreb članov družine ter pokvarjeni odnosi z družbo. Med subjektivne vire pa so vključili žalovanje za osebo, kakršna je bila prej ter za izgubo pričakovane prihodnosti pa tudi strah pred prihodnostjo. (Lamovec, 1998)

Velika večina oseb s težavami v duševnem zdravju se po prvi hospitalizaciji v psihiatrični ustanovi vrne v domače okolje, k staršem, partnerju, v svojo družino. Njihovi svojci pa imajo pomanjkljivo znanje o ravnanju in nudenju ustrezne podpore v tem okolju. Od njih je pričakovano, da bodo kar samoumevno znali poskrbeti za družinskega člana s težavami v duševnem zdravju. Znanje o življenju z duševnimi stiskami in premagovanju le-teh pa imajo le redke osebe. Svojci imajo probleme tako pri razumevanju duševnih procesov svojega bližnjega, kot tudi z obvladovanjem in vzpostavljanjem nove rutine v vsakodnevem življenju. Pojavita se stres in preobremenjenost v povezavi s skrbjo za prizadetega družinskega člana. Dvomi, zadrege in dileme, ki jih doživljajo svojci pa so velikokrat prezrti in preslišani v mreži služb. (Oreški, Dernovšek in Hrast., 2012, str. 11)

Lefley (1996) v Kelavić (2007, str. 315) poda naslednje faze družinskega odziva:

1. začetno zavedanje problema brez prepoznavanja simptomov,
2. zanikanje "duševne bolezni",
3. ocenjevanje resnosti zdravstvenega stanja svojca,
4. vera v strokovnjake s pričakovanji hitre ozdravitve,
5. ponovna kriza,
6. prepoznavanje kroničnosti stanja,
7. izguba vere v strokovnjake,
8. zaupanje v sposobnosti družine,
9. skrb za prihodnost.

Družine ljudi, ki imajo težave v duševnem zdravju, si prizadevajo za destigmatizacijo, obiskujejo skupine za svojce in starše, poiščejo pomoč nevladnih organizacij. Kljub temu, da živijo v obdobju, kjer je znanje lahko dostopno, so nepripravljene na novo življenje.

Prihajajo iz različnih socialnih, lokalnih, izobrazbenih okolij in so v skladu s temi dejavniki (ne)ustrezno pripravljeni na pomoč. (Vrhovnik Straka, 2015, str. 50)

Vrhovnik S. (2015, str. 52) razlaga o tem, da kadar ima oseba težave v duševnem zdravju, se ne spremeni samo njeno življenje, ampak tudi življenje njene družine. Svojci si v procesu zdravljenja in rehabilitacije želijo, da bi vedeli čim več o:

- težavah v duševnem zdravju in zdravljenju;
- družinski dinamiki, odnosih in čustvih v družinah, katerih član je oseba s težavami v duševnem zdravju;
- zaščititi obolelih svojcev;
- izmenjavi skupnih skrbi in izkušenj;
- zunanji pomoči;
- sprejemanju;
- načinih obvladovanja težav in stresnih dejavnikov;
- komunikaciji;
- stigmatizaciji;
- samomoru;
- finančnih težavah.

Večina ljudi s težavami v duševnem zdravju živi s svojimi družinami. Za družino pa je lahko breme skrbi zelo težko. Družinski člani velikokrat zbolijo zaradi težav v duševnem zdravju in telesnih boleznih, so pokazale raziskave. (Švab, 2006, str. 41)

Kadar družina ni opremljena za reševanje stisk in problemov, ko so težave prehude ali dolgotrajne, postopoma nima več moči, da bi se na spremembe prilagajala. Grozi ji razpad. Velikokrat se zaščitijo tako, da se zapre vase in se odtuji od zunanjega sveta. Tako si še bolj zapre možnosti za pomoč s strani družbe. Člani družine določene vsebine ohranjajo kot skrivnosti, zaradi sramu in strahu pred nesprejemanjem in obsojanjem okolja. O teh skrivnostih pa se niti v družini ne govori. Meje in vloge v družini postanejo nejasne in pomešane. Lahko se zgodi, da določeni člani svoje vloge opustijo in le-te prevzamejo drugi. Med člani družine ni sodelovanja in občutka pripadnosti. Družina lahko postane

torej disfunkcionalna in interakcijski vzorci te družine večajo duševne stiske pri posameznem družinskem članu. (Pišl, 2009, str. 445-446)

V Sloveniji se večina ljudi, ki imajo hude težave v duševnem zdravju, iz bolnišnice vrne k svojim družinam, ki zanje skrbijo in jih podpirajo, nosijo pa tudi finančno, čustveno in socialno breme, ki pride skupaj z življenjem z osebo s težavami v duševnem zdravju. (Švab, 2004, str. 27)

Družine oziroma svojci, ki skrbijo za osebo s težavami v duševnem zdravju, doživljajo veliko različnih problemov. Mednje spadajo:

- Izolacija in stigmatizacija – Če družba ne zagotovi klime, kjer vladajo strpnost, spoštovanje, razumevanje, sprejemanje drugačnosti, to pogosto pripelje do izolacije in stigmatizacije. Stigmatizacija pa družino pahne v izolacijo.
- Stres – Pojavljajo se finančni stresi, povezani s povečanjem stroškov. Potem partnerski, ki nastanejo zaradi napetosti med družinskimi člani. Socialni, ki je povezan z izolacijo in stigmatizacijo. Čustveni stres nastane zaradi občutkov sramu, krivde, strahu, jeze itd. Fizični stres, ki poslabša, ali povzroča fizične bolezni, kot so migrene, rana na želodcu, visok krvni pritisk itd., ter duhovni stres.
- Nevednost in neznanje – Gre za neznanje o vzrokih, trajanju, poteku težav v duševnem zdravju. Tukaj stroka ponuja premalo informacij. Svojci pa teh informacij ne zmorejo poiskati iz različnih virov, še posebej ne takrat, ko se soočajo s hospitalizacijo družinskega člana.
- Ogroženost družine – Družini lahko grozi razpad, če se le-ta ne more prilagoditi. Lahko pa takšna ogroženost ponudi družini spremembe, jih motivira in okrepi družinske povezave. (Belak, 2004, str. 96-97)

V družini, kjer se pojavljajo težave v duševnem zdravju, življenje ni lahko. Zato lahko svojci reagirajo na pretirane obremenitve s silo in jezo. Drugim se zdi, da bi morali prizadetega svojca dosmrtno negovati in varovati. Razumljiva sta oba načina reagiranja, če se vživimo v občutke nemoči in krivde, ko se zlomijo prilagoditvene sposobnosti. Tako sta pomoč in podpora temeljni načeli dela z družino uporabnika služb za duševno zdravje. (Kovač in Švab, 1995, str. 143)

Včasih so ljudje gledali na težave v duševnem zdravju kot na nekaj zelo slabega, na nekaj, česar se sramuješ. Danes pa se ta prepričanja počasi razkrajajo. Družina stežka prizna sebi

in drugim, da ima njihov svojec težave v duševnem zdravju. Dokler pa le-tega ne zmore, je njihovo breme vse večje. (Švab, 2000, str. 27)

2.6.3 Odnosi v družinah, v katerih ima družinski član težave v duševnem zdravju

Človek, ki ima psihične težave, velikokrat družino doživlja kot utesnjujočo, hkrati pa se zaveda, da jo potrebuje, saj mu daje varnost in pribežališče pred zunanjim svetom. Pogosto ti ljudje razvijejo manipulacijo, da pridobijo še več stvari v družini. Svojci morajo biti pri tem enotni in odločni, da se postavijo po robu manipulaciji in se uporabnik/uporabnica nauči vzajemnosti. To omogoči, da se bo doživljal/a kot enakovrednega člana družine, če se že v družbi ne more. Znotraj družine ima priložnost razvijanja kompetentnosti, pozitivne samopodobe, samopotrditve in razvijanja medosebnih odnosov na enakovredni ravni. Največkrat pa se zgodi, da starši popuščajo manipulacijam uporabnikov in uporabnic, zahtevajo pa nemogoče, zato se ustvari začaran krog prisilnih hospitalizacij in občutkov krivde. (Lamovec, 1998, str. 350-351)

Trampuž (1994) v Dornik (2001, str. 208) opredeljuje splošne značilnosti družine, ki so vir stiske posameznika oziroma posameznice:

- Interakcijski vzorci – V družinah je več različnih vzorcev komuniciranja (verbalnih in neverbalnih), ki se spreminjajo, posebej kadar se družina spremeni.
- Družinska vedenjska tradicija – Vir stiske posameznika ali posameznice so lahko tudi določeni vedenjski vzorci, ki se prenašajo iz rodu v rod. To so družinski miti, prepričanja, pravila.
- Družinske skrivnosti, katerih se družina sramuje in jih skriva (alkoholizem, »duševna bolezen«, duševno ali telesno prizadet otrok, trpinčena žena ...).

Prisilne hospitalizacije so velikokrat vir občutkov krivde, služijo pa preživetju družine, ne pa toliko odzivu na krizo. So izraz hude stiske družine, ki se bori za svoj obstoj. Ko se posameznik/posameznica vrne domov, je poln/a jeze na svojce in obupa, očitkov ter nezaupanja. Breme prisilne hospitalizacije ne bi smelo pasti na družino. S tem ko izdajo zaupanje svojca, lahko pretrgajo vse vezi z njim, odnosi se poslabšajo. (Lamovec, 1998, str. 347)

Veliko družin lahko občuti krivdo in sram. Sram pa je posledica krivde. Družine skrivajo prizadetega družinskega člana, prikrivajo njegove težave pred drugimi in se od njega oddaljujejo. Na le-to se lahko uporabnik ali uporabnica odzove z jezo. (Švab, 2006, str. 126)

Družina je lahko opora in spodbuda posamezniku ali posameznici s težavami v duševnem zdravju, lahko pa je tudi ovira, ki mu/ji onemogoča samostojnost. Nekatere družine obravnavajo takega posameznika/posameznico kot otroka, ki ga/jo varujejo pred zunanjim svetom. Druge družine pa priznajo, da je svojec nadloga in ovira zanje. To sta skrajnosti, med njima pa najdemo družine, ki svojcu prisluhnejo, nudijo pomoč, vključujejo v vsakdanje delo družine in mu zagotovijo enakovredno vlogo. S tem razvijajo njegovo/njeno samostojnost in vzajemnost. (Lamovec, 1998, str. 374)

V družini prizadetega družinskega člana pride do velikih sprememb, ko nastopijo njegove težave v duševnem zdravju. Pomembna je predvsem prvotna vloga tega člana. Ta določa področja, na kakšen način je posameznik oziroma posameznica vključen/a v družinsko funkcioniranje in kako se le-to spremeni. Če je otrok ta, ki ima težave v duševnem zdravju, ni več dovolj časa in spodbud za ostale sorojence, procesi zastanejo in starša tudi nimata več časa zase. Kadar ima starš težave v duševnem zdravju, je lahko ogrožen materialni status družine, saj morajo otroci prevzeti njegovo vlogo in ga tudi varovati, kar je zanje še dodatno breme. Poleg spremembe vloge pride tudi do spremembe odločanja in moči v družini. Pojavi se povečana skrb za prizadetega družinskega člana in soodvisnost od njegovih težav v duševnem zdravju. Nastopijo vedenjske spremembe, ki so običajno nepredvidljive ter pri svojcih povzročajo strah in stiske. (Pišl, 2009, str. 448)

2.6.4 Delo s svojci

V preteklosti na področju psihiatrije ni bilo veliko govora o delu s svojci, saj ga tudi ni bilo. Uporabniki in uporabnice so bili po navadi hospitalizirani po več let ali desetletij. Nekateri niso imeli svojcev, pri drugih pa je bilo omejeno sodelovanje s svojci na občasne obiske. Svojci so največkrat pustili svoje družinske člane za vedno v psihiatrični bolnišnici. Tako so lahko skrili »sramoto« pred okolico. Danes pa ni več tako, saj so se časi spremenili. Uporabniki in uporabnice sedaj večinoma živijo izven ustanov in zaradi tega je večje tudi vključevanje svojcev. (Pibernik, 2006, str. 39)

Ena izmed oblik pomoči je družinska terapija. Le-ta dopolnjuje izobraževanje o težavah v duševnem zdravju in v njej poteka samopomoč med svojci. Izvaja se v skupinah ali s posamezno družino. Njen cilj pa je izboljševanje medsebojne komunikacije in razreševanje medosebnih konfliktov (Švab, 2006, str. 85)

Danes poleg družinske terapije poznamo veliko novih oblik vključevanja svojcev v skrb za osebe s težavami v duševnem zdravju. Skupine svojcev se največkrat srečujejo brez uporabnikov oziroma uporabnic. Njihova prizadevanja pa vključujejo usposobitev za čim bolj učinkovito nudenje pomoči svojim družinskim članom. (Lamovec, 1995, str. 279)

Svojci poskušajo prikriti težave v duševnem zdravju, ki jih ima njihov družinski član, zaradi sramu, ki pa je posledica občutkov krivde. Pogosto se vsa družina izolira od okolice. Na to lahko oseba s težavami v duševnem zdravju reagira z jezo in nenadzorovanim vedenjem. Te občutke krivde in sramu je možno zmanjšati z izobraževanjem svojcev, še bolj pa s psihoedukacijo, ki je kombinacija izobraževanja in podporne psihoterapije in poteka v obliki skupine svojcev. Ko se ti občutki poležejo, postanejo odnosi v družini boljši, pomoč svojcev postane bolj učinkovita in se nekoliko razbremenijo psihičnega pritiska. (Pibernik, 2006, str. 41)

V zadnjih nekaj desetletjih se je zgodil velik premik od odgovornosti psihiatričnega sistema za skrb za ljudi s težavami v duševnem zdravju do tega, da zdaj za njih skrbijo njihovi družinski člani v skupnosti. (Veltman, Cameron in Stewart, 2002, str. 108)

Delo z družino vključuje vidike strokovne pomoči in samopomoči. Pri tem sodelujejo strokovnjaki, a nimajo tako glavne vloge kot pri družinski terapiji, ki je usmerjena predvsem na ugotavljanje povezav med družinskimi vzorci in motečim vedenjem. Skupine za samopomoč svojcev pa so bolj usmerjene na spoprijemanje s težavami vsakdanjega življenja. Svojci velikokrat družinsko terapijo doživljajo kot poskus pripisovanja krivde njim samim in menijo, da jim strokovnjaki ne prisluhnejo. Samopomoč svojcev pa jim nudi odgovor na osebne potrebe. Pogovarjajo se na primer o tem, kaj storiti, ko se pri družinskem članu pojavijo halucinacije, kako se odzvati na zmedeno vedenje, kako ravnati ob pomanjkanju motivacije itd. (Lamovec, 1995, str. 279-280)

Belak (2004, str. 163) razlaga, da je pri nas mreža skupnostne oskrbe šibka, njeni člani pa niso povezani. Središče dogajanja na področju duševnega zdravja so še vedno psihiatrične ustanove. Nekatere od njih izvajajo skupnostne storitve, kar pa je daleč od potreb uporabnikov/uporabnic in njihovih svojcev. Samo nevladne organizacije so še zmeraj tiste,

ki uspešno in kakovostno izvajajo storitve v skupnosti, odvisne pa so seveda od finančnih sredstev, ki jih imajo na razpolago.

Raziskave iz zadnjega desetletja kažejo, da se stanje posameznikov in posameznic s težavami v duševnem zdravju, izboljša, kadar so potrebe njihovih družinskih članov po informiranju, kliničnem vodenju in podpori zadovoljene. (Dixon idr., 2001, str. 903)

Vloga družine v procesu zdravljenja je zelo pomembna za vse njene člane. Če ima družina možnost, da se uči o težavah v duševnem zdravju, o posebnih oblikah vedenja in razmišljanja pri svojcu, se mu lažje približa in ga razume v njegovi stiski. (Pišl, 2009, str. 449)

2.6.5 Načini dela s svojci

Obstaja veliko različnih načinov dela s svojci.

Informiranje je postala razširjena oblika pomoči. Srečanja so časovno omejena in obsegajo od 4 do 10 sestankov s strokovnjakom, ki jih seznani z značilnostmi določenih težav v duševnem zdravju, doživljanjem, ki jih spremlja, simptomi, delovanjem zdravil, učinki, ki jih ima na medosebne odnose in tudi z zaželenimi načini vedenja in drugimi vprašanji, ki svojce zanimajo. To je običajno dodatna oblika pomoči. (Lamovec, 1995) Nekateri svojci pa se informirajo tudi na internetnih forumih, kot je na primer forum med.over.net. Tam so oblikovane t. i. spletne skupnosti, preko katerih se lahko svojci posvetujejo s strokovnjakom. (Oreški, Dernovšek in Hrast, 2012, str. 35)

Individualna obravnava vključuje svetovanje, pridobivanje znanja o težavah v duševnem zdravju, prepoznavanje lastnih čustvenih odzivov ter njihovo izražanje, uravnavanje in obvladovanje. Za okrevanje bližnjega po hospitalizaciji je pomembno ustvarjanje ugodne čustvene atmosfere. Individualna pomoč omogoča razbremenitev svojca, vpogled v občutke krivde, sprejemanje situacije, informiranje o težavah v duševnem zdravju in pridobivanje nasvetov za obvladovanje situacije. (Oreški, Dernovšek in Hrast., 2012, str. 24)

Skupinska obravnava, v katero so vključeni svojci, je namenjena njihovi medsebojni podpori, informiranju ter opogumljanju. Težave v duševnem zdravju, ki jih doživlja družinski član, in problemi, ki pridejo z njo, se največkrat dotaknejo vseh družinskih članov. Svojci pa so tisti, ki najbolj vplivajo na hitrejšo okrevanje in izboljšanje družbenega položaja družinskega člana z duševno stisko. Ta se največkrat vrača v domače

okolje in se zanaša na pomoč družine. Mnogo svojcev razmišlja, ali bodo nastali situaciji kos, saj jim to predstavlja veliko obremenitev. V skupini se lahko svojci soočijo z lastnimi zatrtimi čustvi (največkrat so to jeza, strah in negotovost) in izrazijo svoje interese, ki so jih zanemarjali v preteklosti. S strani članov skupine so razumljeni, saj so tudi sami prestali podobno, in podprti v svojih prizadevanjih. Pomembna vira podpore sta razbremenitev in opogumljanje. (Oreški, Dernovšek in Hrast., 2012, str. 25)

Nevladne organizacije s področja duševnega zdravja

V zadnjih 20 letih se je v Sloveniji razvil širok nabor storitev, ki jih v nevladnih organizacijah nudijo ljudem s težavami v duševnem zdravju in njihovim svojcem. Prav tako kot psihiatrične bolnišnice so zelo pomembne razne oblike pomoči v skupnosti, predvsem po hospitalizaciji uporabnikov in uporabnic. Te organizacije v okviru skupnostne obravnave opravljajo socialnovarstvene programe. Večina njih nudi pomoč tudi svojcem uporabnikov oziroma uporabnic. Te potekajo v obliki informiranja, svetovanja, v obliki načrtovanja pomoči in skupin za samopomoč. Pri svetovanju pred hospitalizacijo in načrtovanju aktivnosti, ki krepijo okrevanje uporabnika ali uporabnice po hospitalizaciji, obvladovanju kriznih situacij doma in načrtovanju kriznega tima, je v veliko pomoč svojcem strokovnjak iz nevladne organizacije. (Oreški, Dernovšek in Hrast., 2012, str. 61-62)

2.6.6 Skupine za svojce

Prve organizacije svojcev so nastale v 60-ih letih prejšnjega stoletja. V Franciji so leta 1963 ustanovili Nacionalno zvezo prijateljev in svojcev duševnih bolnikov, kmalu pa so se tudi v drugih državah oblikovale skupine za samopomoč svojcev. Njihov namen je bil dvojen, in sicer zagotovitev dodatnih virov pomoči zase in svoje odrasle otroke, in pa izvajanje pritiska na družbo, ki ni dovolj skrbela zanje. Mnoge organizacije samopomoči, ki so jih vodili svojci, so pritegnile k delu strokovnjake. Najbolj razširjene so skupine, v katerih si svojci izmenjujejo izkušnje in dajejo vzajemno čustveno podporo. Vključevanje vanje je oblika spoprijemanja, ki ni usmerjena samo na preživetje, temveč išče alternativne izhode iz začaranega kroga. Njihov cilj je, da omogočijo svojcu in sebi najbolj kvalitetno življenje. (Lamovec, 1998, str. 364-365)

Svojci so tisti del mreže, ki je najbolj oškodovana v primerih dolgotrajne bolezni in potrebuje primerno podporo in pomoč. Velikokrat tudi ne razumejo situacije, so

obremenjeni in imajo občutek nemoči. Potrebujejo moralno podporo glede stigmatizacije, občutkov krivde, razumevanja situacije itd. Podporo lahko dobijo preko različnih oblik svetovanja, prostovoljnih, zagovorniških organizacij, pogovorov z drugimi svojci in preko skupin za svojce. (Flaker idr., 2008, str. 301-303)

Kot neprecenljivo pri lažšanju bremena skrbi za družinske člane s težavami v duševnem zdravju se je izkazalo srečanje z drugimi družinami, ki delijo podobno izkušnjo. V skupnostih obstajajo podpirne skupine za družine, ki so jih začele družine potrebne pomoči in pa strokovnjaki, ki te potrebe prepoznavajo. Dajejo si medsebojno pomoč pri premagovanju težav, informacije in čustveno podporo z delitvijo izkušenj. (Švab, 2000, str. 28)

Skupinska obravnava, v katero so vključeni svojci, je namenjena njihovi medsebojni podpori, opogumljanju in informiranju. Težave družinskega člana, ki doživlja duševne stiske, se najpogosteje dotaknejo vseh družinskih članov, hkrati pa so ravno svojci tisti, ki v največji meri vplivajo na hitrejšo okrevanje in izboljšanje družbenega položaja prizadetega družinskega člana, saj se ta po zaključenem bolnišničnem zdravljenju najpogosteje vrača prav k njim in se zanaša na njihovo pomoč. To je za večino svojcev velika obremenitev in mnogo jih razmišlja, ali bodo nastali okoliščini kos. Svojci imajo možnost, da se v skupini soočijo tudi s svojimi zatrtimi čustvi, med katera se najpogosteje vrinejo občutki jeze, strahu in negotovosti. S pomočjo skupine lahko izrazijo svoje skrite interese, ki so jih v preteklosti zanemarjali. Člani skupine jih bodo razumeli, saj so sami prestali podobno, in jih podprli v njihovih prizadevanjih. Razbremenitev in opogumljanje sta pomembna vira podpore. (Oreški, Dernovšek in Hrast, 2012, str. 25)

Poznamo podpirne skupine in skupine za samopomoč, v katerih svojci najdejo podporo in pomoč.

Brez podpornih skupin za svojce, kjer so deležni razbremenitve in razumevanja duševnih procesov, doživljanja in stisk, je pot okrevanja za svojce težja. Izkušnje kažejo, da je dobro imeti podporo v skupinah za samopomoč, pri svetovalcih iz nevladnih organizacij s področja duševnega zdravja, preko druženja z zaupnimi osebami ipd. (Oreški, Dernovšek in Hrast, 2012, str. 53)

Podporno skupino lahko skliče strokovnjak, ki ima paciente, katerih družine se zanimajo za srečanja z drugimi svojci. Lahko pa jo ustanovi tudi sama skupina svojcev. Skupina je lahko na začetku povsem neformalna. Lahko pa jo vodi strokovnjak, da podaja

informacije, nasvete in izkušnje, dokler vodstva ne zmorejo prevzeti sami člani skupine. (Švab, 2000, str. 30)

Skupine za samopomoč svojcev so manjše skupine (8-12 članov). Namenjeno so izmenjavi informacij, izkušenj in vzajemni čustveni opori. Sestajajo se enkrat na teden ali enkrat na dva tedna, trajajo pa navadno 2 uri. Nekatere izmed teh skupine vključujejo strokovnjake, nekatere pa ne. Razlikujejo se v tem, kaj je v ospredju njihovih pogovorov. Pri nekaterih je v ospredju mati oziroma družina, ki pomaga, pri nekaterih pa strategije spoprijemanja z vsakdanjimi problemi. V njih najdejo priložnost, da izrazijo svoje čustvene stiske in uspehe. (Lamovec, 1998, str. 368)

Skupina za samopomoč se največkrat naslanja na izkušnje članov, bolj kot pa na znanje strokovnjakov. Ljudje se učijo eden od drugega, tako da ima vedenje članov, mesto srečevanja, struktura, aktivnost skupine velik vpliv na uspešnost skupin. (Švab, 2000, str. 32)

Skupina podobnih omogoča vzpostavitev tega, da je izjemno, nekaj čisto navadnega. Pomoč in podporo, ki jo ljudje dobijo, dojemajo kot naravno. Pri opogumljanju, pridobivanju zavezništev, pridobivanju sredstev za ohranjanje gotovosti, so potrebni ljudje, ki razbremenjujejo situacijo, dajejo podporo in pomoč v kontekstu vsakdanjega življenja. (Flaker idr., 2008, str. 66)

Svojci v skupinah za samopomoč največkrat govorijo o občutkih krivde, saj niso prepričani, ali delajo prav, koliko so sami krivi in ali so v preteklosti delali prav. (Lamovec, 1998, str. 347)

Osebe s težavami v duševnem zdravju pogostejše obiskujejo skupine za samopomoč, medtem ko njihovi svojci podporne skupine. Prve so večinoma vodene s strani uporabnikov in uporabnic, medtem ko so druge pogosto ustanovljene s strani nekega strokovnjaka (v npr. nevladni organizaciji), ki deluje na področju duševnega zdravja. (Rozman in Valič, 2015, str. 67)

Za skupine za samopomoč je značilno, da so majhne, prostovoljne, imajo skupen cilj, sestavljajo jih enakovredni člani s podobnimi težavami, katere premagujejo s skupnimi močmi in vzajemno podporo. Gre za osebno sodelovanje in prevzemanje odgovornosti. (Lamovec, 1998, str. 104) Najpomembnejše funkcije samopomoči so čustvena opora, skupna ideologija, dostopnost informacij, izmenjava izkušenj glede spopadanja s

podobnim problemom, druženje, navzočnost vzornikov, možnost pomagati drugim itd.
(Lamovec, 1998, str. 106)

3. Metodologija

Raziskovalna vprašanja, ki sem si jih postavila, so:

1. Kako uporabnice in uporabniki ocenjujejo vpliv skupin za svojce na njihovo življenje in na življenje družine, v kateri živijo?
2. Kako uporabnice in uporabniki ocenjujejo spremembe, ki jih je obiskovanje omenjenih skupin prineslo v njihovo osebno in življenje družine, v kateri oseba živi?

Raziskava, ki sem jo izvedla, je bila kvalitativna, saj sem le-tako prišla do vseh potrebnih informacij za svojo raziskavo. Izraz »kvalitativna raziskava« označuje raziskavo, katero sestavljajo osnovno izkustveno gradivo, ki je 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. Subjekt oziroma raziskani naj bi prišel v kvalitativni raziskavi do besede, kar pomeni, da naj bi raziskovalec svoja prizadevanja usmeril na realne življenjske probleme ljudi, naj bi bil pri raziskovanju sprejemljiv in odprt za vse vrste podatkov, ne samo za podatke, ki so zanj pomembni ter da naj bi raziskovane proučeval v kontekstu vsakdanjega življenja. (Mesec, 1998, str. 11-13)

Podatki, katerih vrednosti spremenljivk so podani z besedami, so kvalitativni. Moja raziskava je temeljila na vprašalnikih, odgovori pa so bili opisni, saj sem hotela dobiti vsestranske in različne opise glede doživljanja uporabnikov in uporabnic. Zelo pomembno načelo kvalitativne metodologije je, da prisluhnemo ljudem, ki jih raziskujemo. Oseba, ki jo sprašujemo, mora priti do besede, in na tak način sem tudi zastavila vprašalnik. Ker me niso zanimali zgolj podatki, s katerimi bi potrdila svoje teorije, sem želela z odgovori pridobiti vsestranske in različne opise, kar je velika prednost kvalitativne raziskave. Torej, kvalitativna raziskava je za problematiko relevantna, ker sem raziskovala čustva in doživljanje oseb. Moja raziskava pa je prav tako eksplorativna oziroma poizvedovalna, saj sem se s področjem, ki sem ga raziskovala, šele spoznala. Poskušala sem pridobiti čim več kvalitativnih opisov.

Ključna tema moje raziskave je pomen, ki ga uporabniki in uporabnice po hospitalizaciji v psihiatrični ustanovi pripisujejo temu, da so njihovi bližnji obiskovali skupine za svojce. Zanimale so me njihove izkušnje z bivanjem v psihiatrični bolnišnici, njihovi občutki,

doživljanje pred, med in po hospitalizaciji. Prav tako sem se usmerila v to, kakšne odnose so imele osebe s svojo družino, pred in po obiskovanju skupin za svojce se osredotočila na perspektivo uporabnikov in uporabnic. Raziskovala sem torej, kaj oni mislijo, da se je spremenilo v njihovem osebnem ali družinskem življenju po obiskovanju skupin za svojce njihovih bližnjih.

Za merski instrument pri svoji kvalitativni raziskavi sem izbrala delno strukturiran intervju. S to vrsto intervjuja lahko odkrijemo, kje so problemi, kako ljudje gledajo nanje, kako se o tem pogovarjajo. Tak intervju je fleksibilnejši, odgovori so bolj spontani, konkretni in osebni. (Kordeš in Smrdu, 2015)

Izbrala sem odprt tip vprašanj, pri katerem sogovorniki oziroma sogovornice niso bili omejeni pri odgovorih, lahko pa sem dobila poglobljene, daljše odgovore, s katerimi sem dobila boljši vpogled v raziskovalni problem. Vprašanja in način odgovarjanja so bili deloma vnaprej določeni, vsi sogovorniki in sogovornice so dobili enaka, vnaprej določena vprašanja, odvisno pa je bilo potem, kaj so povedali. Če mi sogovorniki oziroma sogovornice niso povedali, kar bi hotela izvedeti, sem si pomagala s podvprašanji. Če so zašli s teme pogovora, sem jih lahko s svojimi deloma vnaprej določenimi vprašanji znova usmerila na temo, ki me zanima. A vseeno sem jim pustila, da govorijo in jih nisem prekinjala, saj sem tako izvedela njihovo celotno zgodbo, ki mi je dala širšo perspektivo, da sem lažje razumela, kaj se jim je takrat dogajalo.

Vprašanja sem prav tako razdelila na sklope. Izbrala sem štiri sklope, in sicer pred hospitalizacijo, med hospitalizacijo, skupine za svojce in po hospitalizaciji. V teh sklopih so pri različnih ljudeh tudi različna vprašanja, ampak večinoma sem zajela vse informacije, ki sem jih potrebovala za svojo raziskavo.

- **Pred hospitalizacijo:** Zanimalo me je, kako je izgledalo njihovo življenje, preden so bili hospitalizirani, kaj se jim je dogajalo, kakšne odnose so imeli z družino ter kaj je pripeljalo do tega, da so prišli v psihiatrično bolnišnico.

- **Med hospitalizacijo:** Hotela sem izvedeti, kako je bilo uporabnikom oziroma uporabnicam v psihiatrični bolnišnici, kaj so tam počeli, kako so se jim zdele terapije/skupine, ali so se česa novega naučili, kdo je prihajal k njim na obisk ter kako so se ob tem počutili. Tudi kaj jim je bilo v bolnišnici všeč, kaj ne in kako so njihovi starši gledali na celotno situacijo, ali so lahko znanja, ki so jih pridobili v psihiatrični bolnišnici, vpeljali v družino ali ne.

- **Skupine za svojce:** Tukaj me je predvsem zanimalo to, kakšen pomen uporabniki in uporabnice pripisujejo temu, da so njihovi svojci obiskovali skupine za svojce. Zanimalo me je, kdo je hodil, kolikokrat, kaj si uporabniki oziroma uporabnice mislijo, da so osebe, ki so obiskovale te skupine, dobile od njih, kako se je spremenila ta oseba in njihov odnos z njo. Hotela sem izvedeti, ali se je po obiskovanju omenjenih skupin svojec spremenil in kako je to vplivalo na odnos z uporabnikom oziroma uporabnico ter z družino na splošno.

- **Po hospitalizaciji:** Raziskala sem to, ali so mogoče družinski člani uporabnika oziroma uporabnice bili deležni kakršne koli oblike pomoči po hospitalizaciji in razloge za to. Prav tako pa me je zanimalo pogostost hospitalizacij in vračanje v psihiatrično bolnišnico.

Subjekti mojega raziskovanja so bili mladi ljudje, ki so že bili hospitalizirani v psihiatrični bolnišnici v mladosti. Starostno obdobje sem omejila na približno starost med petnajst in triindvajset let. Poiskala sem osebe, pri katerih je od hospitalizacije minilo največ dve leti ter je v času njihove hospitalizacije vsaj eden izmed njihovih svojcev obiskoval skupino za svojce. Polstrukturirane intervjuje sem opravljala spomladi 2018, od 1. 4. 2018 do 3. 5. 2018, na območju Republike Slovenije. Čas, v katerem sem izvedla intervju, je bil povprečno 30 minut, najdaljši je trajal okoli 45 minut, najkrajši pa približno 20 minut.

Odločila sem se, da bom vzorčila, saj je populacija, katere se problematika tiče, prevelika. Za vzorec sem vzela trinajst oseb. Moj vzorec je bil neslučajnostni, kar pomeni, da enote raziskovanja niso imele enake možnosti, da pridejo vanj. Pri vzorčenju sem uporabila metodo snežne kepe, kar pomeni, da sem najprej intervjuvala 5 oseb, ki jih poznam, nato pa vsako izmed teh oseb vprašala, ali poznajo še koga, ki ustreza kriterijem moje raziskave, jih prosila za kontakt ter nato intervjuvala še njih, če so se s tem strinjali. Metoda snežne kepe se velikokrat uporablja, kadar so populacije, ki jih hočemo raziskovati, skrite in težko dostopne, gre za vzorčenje preko socialnih mrež. (Brečko, 2005, str. 109)

3.1 Zbiranje podatkov

Zbiranje podatkov je potekalo z neposrednim spraševanjem oziroma intervjuvanjem. Intervjuvala sem 13 oseb, dva fanta in enajst deklet. Najprej sem se dogovorila z osebami, ki jih bom intervjuvala, da se osebno srečamo, na mirnem kraju, lahko tudi na njihovem domu. Nato pa sem jih prosila, ali lahko pogovor snemam s telefonom za lažjo kasnejšo transkripcijo. S tem so se vsi strinjali. Prav tako sem jim na začetku razložila namen

intervjuja, kaj raziskujem, kakšne teme bodo prisotne v intervjuju, ter jim zagotovila popolno anonimnost. Večina oseb me je potem še nekajkrat opomnila, da bi želeli ostati anonimni. Poskusila sem izločiti vse zunanje dražljaje, ki bi lahko vplivali na odgovarjanje. Povedala sem jim tudi, da sem na voljo za kakršna koli vprašanja v zvezi z raziskavo in intervjujem. Le-te sem začela izvajati 1. 4. 2018. Glede lokacije in ure sem se prilagajala in se dogovarjala z vsakim posameznikom in posameznico posebej. Vse intervjuje pa sem opravila na različnih področjih Ljubljane, čeprav so bile osebe iz različnih koncev Slovenije. Potem pa sem vsako izmed oseb, katero sem intervjuvala, vprašala tudi, če poznajo koga drugega, s katerim bi lahko naredila intervju v zvezi s to problematiko. Potem sem te osebe kontaktirala. Nekatere so bile za to, da z mano naredijo intervju, veliko pa jih je intervju zavrnilo. Intervjuvanje oseb je potekalo brez večjih zapletov, razen tega, da sem težko našla ljudi, ki so ustrezali kriterijem za mojo raziskavo, če pa sem jih, jih je velika večina zavrnila mojo prošnjo za intervju. Po mojem mnenju so teme mojega raziskovanja za večino uporabnikov in uporabnic dokaj težke, zato mi nekateri niso hoteli razkriti preveč o tej problematiki. Večina ljudi mi je dala veliko informacij, ki so mi pomagale, da bolj razumem tematiko svoje raziskave, nekaj pa je bilo takih, ki mi, razumljivo, niso hoteli povedati preveč, jaz pa nisem hotela siliti vanje. Nekateri intervjuji so zaradi tega razloga praviloma premalo poglobljeni. Vse intervjuje sem zbrala do 3. 5. 2018 in jih anonimizirala. Spremenila sem imena spraševancev zaradi varstva osebnih podatkov.

3.2 Analiza intervjujev

Intervjuji bodo predstavljeni na kvalitativno narativni način. Vsebina skuša s kratkimi komentarji prikazati izkušnje oseb, ki so bile hospitalizirane v psihiatrični bolnišnici.

3.2.1 Pred hospitalizacijo

Prostovoljna hospitalizacija

Ko sem se pogovarjala z osebami, ki so bile hospitalizirane, se je večina njih odločila iti v psihiatrično bolnišnico na lastno pobudo, pobudo svoje družine ali različnih strokovnjakov. Zavedali so se, da potrebujejo pomoč pri stiskah, ki jih doživljajo.

Profesorica je 3 mesece opazovala moje psihično in fizično stanje in na razgovor poklicala mojo mamo ter svetovala psihiatrično obravnavo. Pred tem se je pogovorila tudi z mano in me vprašala, kaj je narobe, kar ji nisem hotela povedati. Strinjala sem se, da pokliče mojo mamo. Potem sem bila napotena k psihiatru, ki je svetoval bolnišnično obravnavo. (Ariela, 22 let)

Najprej so me iz splošne bolnišnice napotili k psihiatru, ta pa mi je predlagal bolnišnično zdravljenje. Nisem se branila, saj sem vedela, da moram nekaj ukreniti. (Maja, 20 let)

Z družino smo šli tja k dežurni in me je v bistvu pol naslednji dan psihiatrinja prijavila na oddelek, na čakalno vrsto, pa sem pol v bistvu po nekje 14 dnevih prišla prvič tja. (Nuša, 23 let)

Mami me je samo peljala v Ljubljano, kjer sem bla urgentno sprejeta na psihiatrijo. (Barbara, 21 let)

Potem sva šle z mami k psihiatrinji in je povedala kam lahko grem in sm šla na psihiatrični oddelek za mladostnike. (Mateja, 19 let)

Na koncu sem šel do šole in do svetovalne delavke in me je ona peljala do poliklinike¹ oziroma ²komza. (Žan, 23 let)

Meni se je pa stanje ful poslabšalo, med prvim in drugim pregledom, ker mi tudi zdravila niso ustrezala in me je psihiatrinja kot urgentno napotila na mladostniški oddelek³. (Sara, 20 let)

Mama je rekla, naj grem k osebni zdravnici. Ta me je napotila na polikliniko in potem so me še isti dan poslali v Polje. Potem čez nekaj časa sem šla še na center za mentalno zdravje. (Špela, 23 let)

V bolnico sem prišla pod nujno, ker sem se hotela ubiti in je psihologinja starše klicala in so starši mogli me peljat na enoto za krizne intervencije, pol mi je pa zdravnik rekel, da če mu obljubim, da se ne bom ubila, me sprejme na mladostniški oddelek. (Erika, 22 let)

Šla sem k psihiatru in so me že po prvem obisku urgentno napotili na mladostniški oddelek. Isti dan sem bila že noter. (Bojana, 20 let)

¹ Psihiatrična ambulanta na Polikliniki

² Klinični oddelek za mentalno zdravje

³ Enota za adolescentno psihiatrijo na Centru za mentalno zdravje

Na urgenci so mi svetovali pediatrično⁴, sam sm bla prestara za kje, tko da sm dobila potem na cmz⁵. (Adrijana, 21 let)

Hospitalizacija kot dogodek in dejanje vzpostavi identiteto »duševnega bolnika« (uporabnika oziroma uporabnice) ter zaznamuje njegovo usodo. (Flaker idr., 2008, str. 40) Po navadi je odhod v ustanovo pobuda drugih ljudi, zlasti iz neposrednega okolja v povezavi s strokovnjaki. Ti jim svetujejo ter jih usmerijo v to, da grejo v ustanovo. (Flaker idr., 2008, str. 35) Hospitalizacija bi morala biti zadnji ukrep, pri nas pa je prvi in edini, saj krize največkrat ne zajamejo takšnih razsežnosti, ki bi onemogočale osebi, da preživi v skupnosti. (Lamovec, 1998, str. 262)

Prisilna hospitalizacija

Dva intervjuvanca pa sta bila hospitalizirana prisilno. V psihiatrično bolnišnico nista hotela iti, a sta bila v to primorana, bodisi zaradi tega, ker jih je okolica smatrala za nevarne, ali pa zaradi tega, ker je psihiatrinja opazila, da bi si lahko oseba kaj storila. Prisilna hospitalizacija povzroča pri ljudeh travme, človeka razosebi in mu vzame dostojanstvo.

V glavnem enkrat pol nism mogel zaspāt in me je fotr peljal nazaj k mami in takrat sem se ful naenkrat začel fotra bat, in sm stekel v gozd, in sm tekel po gozdu in puščal svoja oblačila za sabo, in pol sm nag tekel po gozdu, in je mami klicala reševalce. In ko me je reševalka najdla, sm jo ugriznil v gleženj. In pol je zaradi tega prišla policija, pa sm se skril pod ene veje. Je reku policaj mami naj spusti psa, ki ga je mela zraven in ga je spustila in me je najdel in lajal zraven. Drugače me verjetno ful časa ne bi našli. Pol so me policisti peljali v Polje. Tam sm bil okoli 6, 7 dni, na zaprtem oddelku.. (Jernej, 23 let)

Šla sem do zdravnika, da bi dobila zdravila za tiščanje v prsih. Ta mi je naredil EKG, pri tem pa videl rane na zapestju, saj sem se rezala. Posledično me je poslal k psihiatru. V zameno, da ga obiščem, ni poklical mame in ji sporočil situacije. Doma za težave niso vedeli, ker nisem želela da izvejo doma, kaj se mi dogaja. Nato sem seveda šla tja iz obljube in s prepričanjem, da dobim neka zdravila. Tega dne ne bom pozabila, takrat me

⁴ Pediatrična klinika – Služba za otroško psihiatrijo

⁵ Center za mentalno zdravje

psihiatrinja ni želela spustiti domov zaradi samomorilnosti. Ker nisem želela v bolnico, in sem šla v njo pod prisilo, so me hospitalizirali na zaprtem oddelku v Polju, po 10ih dneh pa premestili na odprt oddelek.. (Simona, 22 let)

Zakon o duševnem zdravju (Zakon o duševnem zdravju, 2008, 39. člen) o sprejemu na zdravljenje brez privolitve pravi, da morajo biti za to izpolnjeni določeni pogoji. Med te pa sodijo ogrožanje svojega življenja ali življenja drugih oseb, huje ogrožanje svojega zdravja ali zdravja drugih in povzročanje hude premoženjske škode sebi ali drugim. Zakonodaja predvideva prisilno hospitalizacijo takrat, kadar obstaja nevarnost za uporabnika/uporabnico ali druge, vendar sta ta pojma močno raztegljiva. Nikjer niso predpisani nikakršni kriteriji, po katerih bi nevarnost lahko ocenjevali. (Lamovec, 1995, str. 268)

Vsaka hospitalizacija je huda travma, je nasilje, prikrito pod krinko pomoči. (Lamovec, 1998, str. 265)

»Zaprto vase« oseb s težavami v duševnem zdravju

Ko sem se pogovarjala z ljudmi, ki so bili hospitalizirani, mi jih je kar nekaj povedalo, da so se v mesecih ali letih pred hospitalizacijo »zapirali vase«. To pomeni, da z družino in prijatelji niso komunicirali o svojih težavah, le-te pa so celo skrivali, saj niso hoteli, da kdo izve, kaj se jim dogaja.

Ko sm prišla v šolo, sva se z eno sošolko skupaj družile, sva skupaj sedele in potem pa kar naenkrat ona, da bo z eno drugo sedela. Ful se mi je zdel, da sm se takrat odmaknila od ostalih. Tko kot da, zdaj pa ful neki mislijo proti meni. Spomnim se prvi dan, ko so bili tko vsi v krogu, js sm bla pa tam zase in vem, da je to bil prvi dan, k sm prišla domov in čist jokala.. (Mateja, 19 let)

Drugače pa mama je imela enega partnerja, tko da v srednji šoli, preden sm šel v bolnico, smo se kar križali glede tega, sm se mogoče počutil zapostavljenega. Pol sm pa itak bil nekaj časa sam v Ljubljani, preden sm šel v bolnico pa pač substance, tko da takrat nisem hotel sploh neki z družino imet preveč.. (Žan, 23 let)

Veliko sm delala v baru (za vikend in po šoli), družbo sm sicer imela, a mi ni preveč pasala. Rajši sm bila sama, veliko sm prebila v sobi, spala. Odnosi doma so bili slabi, s

kolegi vseeno boljši, šola mi je nekako šla okej. (...) Doma za težave niso vedeli, ker nisem želela da izvejo doma, kaj se mi dogaja. (Simona, 22 let)

Moja sestra je zbolela in so se doma stvari čisto obrnile, čisto na glavo, vse se je spremenilo. Doma je bilo prepovedano jokati, se jeziti, govoriti. Tako da jaz, preden sem prišla v bolnico, nisem doma nič govorila, nisem se pogovarjala, nisem se pustila dotikat, ker mi ni bilo fajn. (Erika, 22 let)

Z družino se nisem razumela, kregali smo se skos, jaz sem bila tiha, razreševala sem prepire med njimi. (Bojana, 20 let)

Pričeli so se pretirani glavoboli, 20 in več urno spanje in odpor do vseh aktivnosti in zabave. (Ariela, 22 let)

Po več dni sem ležala v postelji, nisem mogla vstati, nisem imela nobene volje do življenja. Ni mi bilo za jest, pit, se družiti s prijatelji. Na faks nisem hodila. Vse kar sem delala je bilo to, da sem premišljevala, jokala.. (Maja, 20 let)

Načinov obrambnega odzivanja na stres je veliko. Zelo pogost odziv je umik, ko se oseba, ki doživlja velik stres, preprosto preneha ukvarjati s problemom ter se psihično ali fizično umakne iz situacije. (Lamovec, 1998, str. 201) Ljudje, ki si želijo pomoči, se hospitalizacije bojijo, zato navadno predolgo čakajo v upanju, da se bodo stvari uredile same od sebe. To se včasih zgodi, velikokrat pa se izguba nadzora nadaljuje ob umikanju v samoto. Posamezniki in posameznice se umaknejo od ljudi, ker čutijo, da jih ne bodo sprejeli. (Lamovec, 1998, str. 228-229)

Samomorilno vedenje oseb s težavami v duševnem zdravju

Kar nekaj oseb pa mi je povedalo, da so bodisi poskušali storiti samomor ali pa so o tem premišljevali oziroma tudi govorili. To je bil klic na pomoč, odraz njihove duševne stiske, ki je niso mogli izraziti na drugačen način.

Povod za to, da sem šla v bolnico, je bil, ko sem doma začela govoriti, da bom pojedla antibiotike, ker sem alergična na penicilin in bi v 10 minutah umrla, ker se zadušim od alergije. (Nuša, 23 let)

Bila sem zelo ambiciozna, zato sem hotela imeti vse ocene petke. In takrat se mi je nabralo veliko stvari, problemi s fantom, prijateljico, veliko testov smo imeli, slaba samopodoba in je na koncu sam počilo. Napisala sem poslovilna pisma za družino in prijatelje, ker sem načrtovala samomor. (Barbara, 21 let)

Zaljubila sem se v enega tipa, sošolca, ki je imel punco. Bila sva si všeč in sva se potem dala dol. To je trajalo ene par mescev. Pol je pa pršel en drug tip, isto iz šole, ki mi je bil ful všeč. Pol je pa ta prvi tip hotel, da spoznam njegovo punco, ker sva se ful zaštekala. In ko sm jo spoznala, sm mu rekla da je konec. Takrat sm mela prvi poskus samomora. Napila sem se in vzela risperdal. To je neke vrsto uspavalo, taka tekočinka. Potem so prišli starši in so videli, da sm čist omotična in so me peljali na urgenco in pol so mi tam dali oglje. (Mateja, 19 let)

Tega dne ne bom pozabila, takrat me psihiatrinja ni želela spustiti domov zaradi samomorilnosti. (Simona, 22 let)

Imela sem samomorilne misli. (...) V bolnico sem prišla pod nujno, ker sem se hotela ubiti in je psihologinja starše klicala in so starši mogli me peljat na enoto za krizne intervencije, pol mi je pa zdravnik rekel, da če mu obljubim, da se ne bom ubila, me sprejme na mladostniški oddelek.. (Erika, 22 let)

Imela sem depresijo, bulimijo, rezala sem se, imela sem poskuse samomora. (Bojana, 20 let)

Pač poskus samomora je bil razlog, da sem šla v bolnico. Takrat sem pojedla veliko tablet, z namenom, da bi se ubila. Preko smsa sem poslala mami poslovilno pismo. Klicala me je nazaj, ampak se nisem javila. Šla sem v kopalnico, kjer sem padla skupaj. Čez nekaj časa me je našla cimra in poklicala reševalce, ki so me odpeljali v bolnico. Tam so mi pumpali želodec. (Maja, 20 let)

Po navadi samomorilne osebe svojo namero nakažejo, a le redko direktno. To, kar opazimo, pa je le vrh ledene gore. Sporočila so lahko besedna (poslavljanje, želja po smrti, govor o nesmiselnosti življenja) ali pa vedenjska. Pogosti znaki samomorilnosti so socialna izolacija, čustvena otopelost, beg v sanjarjenje, nespečnost, tuhtanje itd. Pomembno je, da samomor ni samo želja po koncu življenja, ampak je tudi klic na pomoč. (Lombar idr., 2009, str. 4)

Stiska kot vzrok za hospitalizacijo

Vse osebe pa so na določen način doživljale hude stiske oziroma krize. Te stiske vključujejo določene ključne dogodke, katere intervjuvane osebe štejejo kot mejne, da so prišle v psihiatrično bolnišnico, kot na primer kriza, pritisk s strani vrstnikov, eksperimentiranje z drogami, dolga nespečnost, zavrnitev s strani osebe, v katero je bila uporabnica zaljubljena, obisk zdravnika zaradi tiščanja v prsih itd. Takrat niso zmogle več skrivati, da doživljajo psihično krizo.

Ko sem poslala poslovilna pisma, je prišla kolegica do mene in sva se pogovorile in me je prepričala, naj tega ne naredim. Sam sem imela čez kakšen teden krizo in sem se porezala ful globoko. To je bil ta nekaj povod, da me je mami samo peljala v Ljubljano, kjer sem bla urgentno sprejeta na psihiatrijo.. (Barbara, 21 let)

Ta drugi tip, v katerega sm se js zaljubila, je povedal tej puncu, ki je bla s tem tipom, k sva se dajala dol. Povedal ji je, kaj sva midva mela in je bil ful bum. Ta tip je trdil, da je to res. Punca njegova me je spraševala, če je to res, js sm zanikala. Njen fant pa tudi. In takrat je prišlo do neke točke, k sm js rekla, da ne morem več, k so tko vsi trije stali proti meni. Zdaj pa js ne morem več in sm prišla domov in sm mami vse povedala. Vprašala me je, če bi se rada umaknila, sm rekla da ja. Potem sva šle h psihiatrinji in je povedala kam lahko grem, in sm šla na psihiatrični oddelek za mladostnike. (Mateja, 19 let)

Težave sem imel že od prej recimo, potem pa pač je bil tisti višek k smo eksperimentirali z raznimi substancami in se je nabral vsega in je prišlo do psihoze.(...) Za novo leto je bilo vsega preveč in nekako nisem mogel spat, cirka en teden, in sem bil že čist čuden, blodnjav. (Žan, 23 let)

Ja v bistvu problemi so se mi začeli dve leti preden sem šel v bolnico, ampak sem bil tko, pol leta je zgledal kot da sem bil okej, in pol sm mel enkrat na pol leta, sm mel neko tako krizo ko nism mogel spat. Nism spal dva, tri, štiri dni sploh. Edine halucinacije v mojem lajfu so bile takrat. Po treh dneh brez spanja, sem šel v kopalnico pred ogledalo in videl svojo faco čez celo višino. In pol se je to dogajal na pol leta in se je 4x zgodil na pol leta. In petič, ko se je zgodil, sem padel v psihozo. (Jernej, 23 let)

Bila je ena kaplja čez rob, in sicer, ko sem eni puncu zaupala, da mam čustva do nje in me je zavrnila. To je pri meni povzročilo tako bolečino, da bila samo kaplja čez rob za tisto,

kar je bilo že prej. To je bil nek tak dogodek, ki ga štejem kot mejnega pri mojih težavah. (Sara, 20 let)

V bistvu sem se naenkrat spomnila nekih stvari in so drugi rekli, da niso res in jaz sem mislila, da so res. Pač kar naenkrat sem se spomnila stvari, ki se jih prej nisem. (Špela, 23 let)

Šla sem do zdravnika, da bi dobila zdravila za tiščanje v prsih. Ta mi je naredil EKG, pri tem pa videl rane na zapestju, saj sem se rezala. Posledično me je poslal k psihiatru. (...) Nato sem seveda šla tja iz obljube in s prepričanjem, da dobim neka zdravila. Tega dne ne bom pozabila, takrat me psihiatrinja ni želela spustiti domov zaradi samomorilnosti. (Simona, 22 let)

Zdravnica osebna je opazila, da bruham, glede na izvide in potem me je toliko časa zasliševala, da sem ji povedala, da bruham in me je napotila k psihiatru. (Bojana, 20 let)

Pri 15ih letih se mi je v 14 dneh pojavila ter stopnjevala obsesivno kompulzivna motnja. Bilo je tako hudo, da sem dejansko samo stala in premlevala obsesije ter izvajala rituale. Ti so se pojavljali tudi pri hoji in tipkanju na računalnik npr.. Glavni strah je bil da bi se staršem kaj zgodilo. Ker nisem več funkcionirala, smo z družino vedeli, da moramo nekaj ukreniti. (Adrijana, 21 let)

Če se oseba, ki je ranljiva, znajde v izraziti ali dolgotrajni stresni situaciji in ostane brez socialne opore, se verjetnost duševne stiske oziroma krize znatno poveča. (Lamovec, 1998, str. 15) Nekatere krize izbruhnejo nenadoma, včasih pa brez vidnih zunanjih vzrokov. Določene stvari se nakopičijo v osebi in ta ne zmore več. Zadostuje le še kaplja čez rob in oseba pobegne noter, kajti ven ne more. Tedaj dobi psihiatrično nalepko. (Lamovec, 1998, str. 253)

Družina:

- Slabi odnosi v družini

Večina ljudi, s katerimi sem naredila intervju, je govorila o slabih odnosih v svoji družini. Veliko je bilo odtujenosti, prepiranja, nekomunikacije, tudi nasilja, tako psihičnega, kot fizičnega. Zaradi tega v družini ni bilo zaupanja, uporabniki pa o svojih stiskah niso govorili, saj se v družini niso počutili varni.

Nismo se veliko pogovarjali. (...) Kako bi rekla, nikoli nisem imela globljega pogovora s starši, vedno smo se pogovarjali, ne vem, ali o šoli ali o vremenu, itd. Očeta itak ni bilo nikoli doma. (Maja, 20 let)

Z mami sva mele kar slab odnos no. Skos je bila v službi pa na faksu ali pa v gledališču in se tudi nisva toliko videle, ker je po navadi prišla zvečer pozno domov. Z bratom ga sploh nisva mela, ker sva se skos sam kregala, ali zaradi glasbe, oblek, hrane, nič mu ni bilo prav. Z atijem pa sva se ful malokrat videla in tut nisva mela nekega odnosa, ker je itak imel svojo družino. (Barbara, 21 let)

Z očetom nisva imela nekega odnosa. Mogoče sem se skos bal, da bi končal tko kot on. (...) Drugače pa mama je imela enega partnerja, tko da v srednji šoli, preden sem šel v bolnico, smo se kar križali glede tega, sem se mogoče počutil zapostavljenega. Pol sem pa itak bil nekaj časa sam v Ljubljani, preden sem šel v bolnico pa pač substance, tko da takrat nisem hotel sploh neki z družino imet preveč. (Žan, 23 let)

Glavna zadeva okoli moje familije je to, da nism nikoli čutil, da se mata moja dva starša rada. Mene sta mela oba rada, sam mati na zelo tak čuden način, uporabljala me je za svojega terapevta in mi govorila vse svoje težave, ki jih je mela. (Jernej, 23 let)

Nismo se razumeli niti malo. Nisem jim zaupala, sploh očetu ne. Mama je mela neke svoje finte, ki jih ima še danes. Se naučiš živeti z njo. Ful so bili skrhani odnosi, na videz ful fajn družina, uspešna, v samem jedru pa totalno gnila no. (Sara, 20 let)

Pri nas doma smo imeli težave, dva člana družine sta bila že prej psihično bolna ne. Moja brata. S staršema sem se v redu razumela. Ko sem bila majhna, je v bistvu zame bolj skrbela sestra, tako da sem pogrešala to, da bi se starša bolj ukvarjala z mano. Nista imela časa, gospodinjstvo, služba, hišo so gradili.. saj je sestra ful dobro skrbela zame, ampak je 10 let starejša od mene in je bila v bistvu takrat še otrok. (Špela, 23 let)

Z domačimi se nisem ravno razumela. Bili smo si odtujeni, veliko smo se prepirali predvsem zaradi moje zaprtosti vase, spanja,... oče je veliko pil, mama je bila doma. Z očetom se že prej nisem veliko pogovarjala, v tem obdobju pa sploh ne. Z mamo pa je bil odnos slab, prav tako s sorojenci. (Simona, 22 let)

Doma je bilo prepovedano jokati, se jeziti, govoriti. Tako da jaz, preden sem prišla v bolnico, nisem doma nič govorila, nisem se pogovarjala, nisem se pustila dotikat, ker mi ni bilo fajn. (Erika, 22 let)

Z družino se nisem razumela, kregali smo se skos, jaz sem bila tiha, razreševala sem prepire med njimi. Moja mami pa oči nikoli nista bila skupaj. Prišel je na vsake toliko časa oziroma par dni na teden je prišel k nam, potem pa je šel nekam drugam. In ko je bil pri nas, sta se ves čas kregala. (Bojana, 20 let)

Počutila sem se, da ne spadam med svojo družino. Veliko je bilo alkohola, nasilja, nerazumevanja, vsi smo bili odtujeni, nihče se z nikomer ni pogovarjal razen, ko so bili psihični in fizični spori. Prisotne so bile tudi težke bolezni. Svojo družino in sebe sem skušala pozabiti in spati. (Ariela, 22 let)

Če otroku v družini ne uspe razviti pozitivne samopodobe ter v njej ne čuti dovolj opore, ima slabše možnosti za obvladovanje težav v obdobju adolescence. (Rus-Makovec, Tomori in Stergar, 1997, str. 27)

V družini je komunikacija zelo pomembna, saj se z njo ustvarjajo temeljni družinski odnosi. (Čuk, 2009, str. 15) V času odraščanja si posameznik oziroma posameznica oblikuje svoj slog spoprijemanja s problemi, ki je lahko učinkovit, če okolje ne postavlja predenj pretiranih frustracij in zahtev. Okolje, ki ni omogočalo, da bi se njegove potrebe zadovoljile, konflikti v družini in zgodnja izguba pomembne osebe povzročijo, da je oseba bolj dovzetna za psihične težave. (Lamovec, 1998, str. 212)

- Zanikanje težav s strani družine

Kar nekaj staršev in sorojencev se s tem, da imajo njihovi otroci težave v duševnem zdravju in da doživljajo duševne stiske, niso mogli sprijazniti. To so zanikali in si zakrivali oči, da ima njihov otrok oziroma brat/sestra težave in mu/ji niso verjeli, nekateri pa so celo občutili sram.

Fotr ni bil zaskrbljen glede tega, da sem šel v bolnico, ker ni verjel, da mam psihične težave. (Jernej, 23 let)

Takrat je bila z mano moja mama in ji ni bilo prav, da sem šla tja. To je bilo zanjo, itak ful stresno, ampak se je hkrati tudi zamajal njen ponos pa tako no, kaj bodo drugi rekli. (Sara, 20 let)

Moj oči je bil proti, da bi šla v bolnico(...) Ja ne vem, ni hotel, da grem v bolnico, že tako sta bila oba brata tam, pol pa še jst. (Špela, 23 let)

Oče tega ni sprejel, menil je, da je to posledica slabe prehrane, da se tako počutim. Ni videl težave v tem, da pije in je nasilen. Tudi obiskal me je le prvič. Potem je pač zadevo prepustil drugim in se o tem ni pogovarjal. Bilo ga je sram, da sem v psihiatrični bolnišnici. Tudi ni ga zanimalo stanje, kako sem in tako. (Simona, 22 let)

Najprej me nista niti hotela peljat, ker je ati rekel, da bo on mene 24 ur pazil pa sem mu rekla, da me ne more pazit, ker se lahko tudi v šoli čez okno vržem. Potem so klicali to psihologinjo, da so me pač peljali ane. Nista bila zadovoljna. (Erika, 22 let)

Oči si je zanikal, da je z mano kaj narobe. Mami je na začetku tudi zanikala, potem pa je rekla: saj sem vedela, da je nekaj ves čas narobe, sam nisem vedela, kaj naredit s tem. (Bojana, 20 let)

Oče se je držal tega, da sem drogeraš. Sestri pa je verjetno bilo tako hudo, da se je držala postrani in se obnašala, kot da ne obstajam. (Ariela, 22 let)

Svojci se soočajo z dejstvom, da ima njihov družinski član težave v duševnem zdravju, ki bodo verjetno imele velik vpliv tako nanj, kot na člane družine. Pojavijo se občutki jeze, zmedenosti ali občutek izgube in žalovanja ob tem, da se je zaradi teh težav svojec spremenil. (Smrdu, Belak, Švab, 2015 str. 53)

Na začetku se družina zaveda, da je nekaj narobe. Hkrati pa se sproži proces zanikanja te možnosti, da gre za duševno stisko družinskega člana. Prepričujejo se, da bo minilo. Ko pa njihov družinski član dobi diagnozo, tedaj se začnejo zavedati, da je stvar resna. (Lamovec, 1998, str. 361)

- Stiska družine ob hospitalizaciji

Nekateri starši pa so doživljali hospitalizacijo otroka kot hudo stisko in obremenitev. Takrat so se družinski člani začeli zavedati, da je nekaj hudo narobe in da ne morejo sami pomagati svojemu bližnjemu.

Bila sta šokirana, oba. Naslednji dan sta prišla v bolnico in jima ni bilo nič jasno. (...) Mama je jokala in me spraševala, zakaj sem to storila. Oče pa je bil samo tiho. (...) Jima je bilo pa težko ja. (Maja, 20 let)

Mami je bila šokirana, ati tudi. Vem, da sta mami pa babi ful jokale. Težko jim je bilo sprejet, po moje, da se to meni dogaja. (Barbara, 21 let)

Edinkrat k sm slišal, nisem ga vidu, da se je fotr jokaj, je bilo, ko sm šel prvič v polje, to mi je pol povedla babi. (Jernej, 23 let)

To je bilo zanjo, itak ful stresno. (...) Za očeta ne vem, bilo mu je hudo, ker se je čutil ful krivega za nastalo situacijo. Tako da naslednji dan je v bistvu takoj že prišel na obisk in se zjokaj, da kaj je naredil narobe. (Sara, 20 let)

V bistvu jima je bilo težko, ful sta bila jezna. (...) Ne vem, če mami ni celo jokala pol pri zdravniku. (Erika, 22 let)

V bistvu jim je blo ful težko še posebej ker to ni toliko znana bolezen. (...) .. Je pa bla ful velika stiska to zanje. (Adrijana, 21 let)

Večinoma je bilo, da je meni hudo, sestri pa veliko huje. Ni blo nobenega drugega zaključka. Ona živi celo življenje z oznako, da je preživela neverjetno, da ima posledice in to je najhujša stvar. Ne verjamem, da je dojela kaj se mi je dogajalo, ker sem tudi bolj zaprt tip človeka. Takrat še posebej. Čeprav se je na meni videlo, da nisem kul, sem govorila, da je vse dobro. (Ariela, 22 let)

Vsako prehajanje iz razvojnega obdobja neke družine v drugo je težaven in zahteven proces. Opustiti je treba znane, preizkušene, varne poti in se odpraviti na nove, še neznane in morda težavne poti. Preoblikovati je treba medosebne odnose in se prilagoditi novim razmeram. Ti prehodi so za družino pomembna preizkušnja, saj od vseh zahtevajo veliko energije in prilagajanja. (Tomori, 1994, str. 40)

3.2.2 Med hospitalizacijo

Vstop v psihiatrično bolnišnico:

- Odpor ob vstopu v psihiatrično bolnišnico

Kar veliko oseb, s katerimi sem delala intervjuje, je ob vstopu v bolnišnico doživelo šok, strah ali obup. Bilo jim je zelo težko na začetku, saj so prišli v neko novo institucionalno okolje, poleg te spremembe pa so se spopadali še z lastno duševno stisko.

Od začetka prvič k sem bla, se mi zdi, da enih 14 dni sploh nisem sodelovala na skupinah, k sem bla še čist tko otopela. Malo je bil šok, nisem vedla kaj se dogaja, pol sem pa po 14 dneh, sem se zjutraj, ko sem se zbudila, sem se že pač tresla, ker je očitno nekak prišlo vse za mano pa je ven butnilo. (Nuša, 23 let)

Na začetku me je bilo ful strah, ker nisem vedela kam sem prišla in kaj lahko pričakujem. Pa itak sem bla skos tiho. (Barbara, 21 let)

Ja na začetku bolj nisem sodelovala, pol šele k sm spoznala folk, pa sm videla da so kul, da sm dala kakšno temo, k smo mel zjutraj skupino. (Mateja, 19 let)

Na zaprtem oddelku mi je bilo malo zastrašujoče, na odprtem pa okej.(...) Sprva sem bila bolj zaprta, kasneje sem začela sodelovati tudi na terapijah. (Simona, 22 let)

Na začetku težko, pol mi je bilo v redu, pol pa spet težko. Oziroma tako, depresivno. Najhujše je, ko si čisto na dnu pa nočeš sploh več nič, ampak moraš. (Bojana, 20 let)

V bolnici mi je bilo v redu, pač na začetku sm bla na skupinah bolj tko tko, ker sm toliko obsesij imela, pa nisem mogla toliko sledit pogovorom. (Adrijana, 21 let)

V bolnici je bilo na začetku obupno. Težko se mi je bilo prilagodit na neko novo okolje, še posebej ker sem bila v sobi še s tremi puncami.(...) Prvi teden sem bila itak izmučena in sem se psihično ful slabo počutila, ampak sem vseeno mogla sodelovat na skupinah, kar mi je bilo zelo težko. (Maja, 20 let)

Grozno mi je bilo v bolnici, takrat nisem imel pojma, kaj to je in se mi je zdel kakor iz filmov, da je to ne vem, zdaj pa konec sveta in sem bil v bistvu ful prestrašen, pa se prvega mesca sploh ne spomnim verjetno zaradi vsega. Tko da ja, v bistvu grozno na nek način. (Žan, 23 let)

V bolnici ni nikoli kot doma, vseeno je malo zoprno,.. Ni isto če tam živiš ali pa si doma, itak, da hočeš it domov. Drugače je, ko ni domače. To je ustanova. Vseeno je boljše doma. (Špela, 23 let)

Ko sem prišla v bolnico, sem takoj doživela šok. Tam je bila moja stara prijateljica iz osnovne sole. Občutila sem hkrati in sram in olajšanje. V glavi sem imela samo "stara si 16 in že si nora." Bala sem se, kako bo potekalo zdravljenje, predvsem pa vstajanje ob 7.00 uri, saj sem imela močna zdravila, zaradi katerih sem imela hude jutranje slabosti. (Ariela, 22 let)

Avtorica Lamovec (1998, str. 266) pravi, da te psihiatrična bolnišnica psihično pohabi. Imaš dve možnosti: da sprejmeš dejstvo, da si predmet, s katerim bodo razpolagali drugi ali pa se temu upreš in se počasi začnejo razkrajati čustvene vezi do oseb, ki so te poslale v bolnišnico. To se zgodi tudi v prvem primeru, a je v drugem to dejanje bolj zavedno.

- Prilagoditev na bolnišnične razmere

Kasneje so se uporabniki na institucionalno okolje prilagodili. Pri tem so jim pomagali sopacienti, s katerimi so se povezali. Tako so lažje sprejeli situacijo, v kateri so se znašli in se nanjo prilagodili. Uporabniki so sprejeli svojo nemoč in identiteto »duševnega bolnika«.

Potem mi je sčasoma postalo lažje, ko sem tudi spoznala ljudi in se z njimi povezala. (Maja, 20 let)

Pol pa počasi sem začela spoznavat ljudi noter, in sem dobila prijatelje in tko. (Barbara, 21 let)

Tudi na zaprtem oddelku je bilo kasneje okej, sem se nekako prilagodila situaciji. Kasneje sem začela sodelovati tudi na terapijah. (Simona, 22 let)

Na začetku nisem sodelovala, dokler mi ena ni rekla, da če se mislim pozdravit, naj začnem govorit na skupinah. In pol sem začela počasi. (Bojana, 20 let)

Pol šele k sm spoznala folk, pa sm videla da so kul, da sm dala kakšno temo, k smo mel zjutraj skupino. (Mateja, 19 let)

Načini odzivov ob hospitalizaciji se začnejo v nekaj dneh spreminjati. Po prvem šoku preide uporabnik oziroma uporabnica v drugo obdobje, imenovano obdobje relativne apatije. Počasi pride do notranjega odmiranja. Uporabnik/uporabnica doživi druge duševne vzgibe, ki jih v sebi zatire. To je predvsem hrepenenje po svojih ljudeh doma. (Lamovec, 1993, str. 18)

Negativne strani psihiatrične bolnišnice:

- Preveč medikamentoznega zdravljenja

Uporabniki so izpostavili kot enega izmed najbolj negativnih učinkov psihiatrične bolnišnice in kar jim najbolj ni bilo všeč, to, da so prejeli preveč zdravil oziroma psihofarmakov. Zaradi tega so bili zaspani, pasivni ter niso bili »pri sebi«.

V bolnici mi ni bilo všeč predpisovanje zdravil. Mislim da so mi jih predpisali rahlo preveč. (Simona, 22 let)

V bolnici je bilo veliko nepotrebne, napačne terapije in napačnega diagnosticiranja. (...) Najbolj me jezi količina napačnih zdravil, ki sem jih po nepotrebnem zaužila in nič drugega kot bila zadrogirana. (Ariela, 22 let)

Ni mi bilo všeč to, da nam niso povedali stranskih učinkov tablet. In da so nam dali preveč tablet na splošno. (Maja, 20 let)

Zdravila varujejo okolico pred nezaželenim vedenjem osebe, ki je v stiski. Med krizo zmanjšajo njeno izrazitost, ne vplivajo pa na proces razreševanja le-te. Pri nas dajejo uporabnikom in uporabnicam pretirane količine zdravil. Osebo omamijo, da začne izgubljati razsodnost in zavest. (Lamovec, 1998, str. 31)

- Institucionalni čas

Izvedela sem, da je bilo osebam v psihiatrični bolnišnici zelo dolgčas. Čeprav so imeli aktivnosti in terapije, te niso potekale ves dan, niso imeli izhodov, zato niso imeli kaj početi. Velikokrat jim je čas mineval zelo počasi. Času v instituciji so se morali podrežati, saj druge izbire niso imeli.

Pediatrična je bila največji obup od bolnice, ker nismo imeli praktično ničesar. Tam smo imeli vizito in to je bilo to in šolo. In pol si v bistvu cel dan čakal, da čas mine in si tam zaprt v prostoru, ki ga niso luftali. (Jernej, 23 let)

Ful mi je bilo fajn, da se vsaj nekaj dogaja, ko pride kdo na obisk, ker mi je bilo dolgčas v bolnici. (Špela, 23 let)

Sodelovala sem na nekih ustvarjalnih urah zjutraj, popoldne sem imela obiske. Te ure so mi bile kar okej, da je hitro minil čas. (...) Najbolj mi je bil vseč čas obiskov. Ostalo se je nekako vleklo. (Simona, 22 let)

Nič posebnega se mi niso zdeli obiski svojcev, malo za dolgčas preganjat. (Erika, 22 let)

V bolnici po eni strani nobeden od osebja nima časa, po drugi strani pa se ustvarja čakajoča kultura. Organizacija časa v ustanovi nima nič s potrebami ljudi, ki tam bivajo, ampak s tem, kako institucija določa ta čas. Individualni čas se z vstopom v psihiatrično bolnišnico spremeni v čakajoči, institucionalni čas. Čas osebe, ki je v vlogi pacienta, je strogo strukturiran čas dejavnosti in postopkov, hkrati pa je oseba podvržena zakonu čakanja. To naredi osebe ranljivejše, vzpostavlja pa se neenakost med osebjem in uporabniki oziroma uporabnicami. (Zaviršek, 1994b, str. 102)

Pozitivne strani psihiatrične bolnišnice:

- Podpora sopacientov kot svetla točka psihiatrične bolnišnice

Pomembno je, da je večina uporabnikov izpostavila bližino, podporo in pogovor s sopacienti, kot nekaj najboljšega, kar se jim je zgodilo v psihiatrični bolnišnici. Veliko njih je povedalo, da so jim bili sopacienti v veliko oporo pri njihovem bivanju v instituciji in, da jim je bila ta stvar najbolj vseč v psihiatrični bolnišnici. Nekateri so izpostavili, da jim je zelo pomagalo pri premagovanju kriz in duševnih stisk, to, da so se lahko poistovetili s sopacienti in poslušali ter se učili iz njihovih izkušenj ter pogovorov z njimi.

Sopacienti so bili najboljša stvar bolnice. Bili so mi kot druga družina. Brez njih ne vem, če bi preživela. Drug drugemu smo dajali neko podporo in smo si pomagali. Še danes je moja najboljša prijateljica ta, katero sem spoznala tam. (Barbara, 21 let)

En ogromen plus so ljudje, ki so bili tam, in s tem mislim, kakor reče medicinska stroka, pacienti. Ampak js sem jih vedno videla več kakor to. Bili so neka prva družba, prvo varno zaklonišče, ki ga nisem mela, kot otrok ali pa mladostnica pred bolnico. (...). Fajn mi je bilo tudi to, da sem imela tam ostale mlade, v podobnih stiskah, da sem se lahko z njimi poistovetila. (Sara, 20 let)

V bolnici so mi bili najbolj všeč pogovori pa kakšne ljudi spoznaš, ki so dosti v redu. (Špela, 23 let)

V bolnici je bilo super. V redu je bilo v bolnici, pač fajn skupine so bile nekatere, fajn sopacienti, nedobra hrana. (Erika, 22 let)

Ful mi je blo všeč ker nas je blo več vrstnikov tam. (...) Blo je toliko drugih vrstnikov s podobnimi težavami pa da so te vsi zastopli, pa bli vsi prijazni pa k smo se pogovarjali skupaj. Tko se navadiš eden na drugega. (Adrijana, 21 let)

Všeč so mi bili sostanovalci. (...) Drugače pa sem bila vesela, saj smo imeli v skupini odlične sostanovalce ali sobolnike. Veliko smo imeli kvalitetnih pogovorov in se trudili, ne le za sebe, ampak tudi za druge da uspejo. Celotna izkušnja me je nekaj naučila. Največ moji sostanovalci, njihove zgodbe, njihov proces. Največ me je naučilo, ko je nekdo bil odkrit, in ker smo dolgi bili skupaj si lahko videl njegov napredek ali nazadovanje in kaj je prav in narobe. (Ariela, 22 let)

Ampak pol mi je sčasoma postalo lažje, ko sem tudi spoznala ljudi in se z njimi povezala. (...) Všeč mi je bilo to, da smo se ob večerih družili s sopacienti. (Maja, 20 let)

Ko doživlja posameznik ali posameznica duševno stisko, se v takem stanju velikokrat zbudijo občutki solidarnosti in pripravljenosti pomagati drugim ljudem, ki imajo podobne težave. Navezovanje takšnih medosebnih stikov prinaša odpiranje navzven, ki pomaga, da posameznik/posameznica vstopi v skupni svet medčloveških odnosov. (Lamovec, 1998, str. 252)

Med bivanjem v psihiatrični bolnišnici uporabniki in uporabnice spoznajo veliko ljudi. Stiki tam so lahko prisrčni in intenzivni. (Flaker idr., 2008, str. 276) Gre za odkritosrčnost in neposrednost, ki izhajata iz usodnosti povezav in iz tega, da so bili nekje, kjer taktiziranje in skrivanje nimata nobenega smisla, (Flaker idr., 2008, str. 278)

- Pridobitev novih znanj iz terapij

Vse osebe, ki sem intervjuvala, so sodelovale na terapijah oziroma skupinah v psihiatrični bolnišnici. Večina njih je dobila neka nova znanja od le-teh, kot so na primer bolj odprto komuniciranje, boljše razumevanje sebe in ljudi okoli njih, lažje obvladovanje svojih duševnih stisk, itd.

Na prvem mestu je to, da sem začela sploh govorit kaj čutim. Tega prej nikoli nisem. Pa mogoče tudi to, da sem se naučila stvari, npr. kako se ustaviti, ko se hočeš samopoškodovati. (Maja, 20 let)

Po moje sm se ful novih stvari naučila iz terapij, na primer, da treba komunicirat, da to ful pomaga. (Intervju, Barbara, 21 let)

V bistvu sem postal amaterski psiholog, če tko pogledaš. Pa tut te skupine so ti dale nekaj orodij, čeprav večino moreš pol sam raziskat ne, ampak ti dajo neko osnovo. (Žan, 23 let)

Dejansko sm s pomočjo teh terapij praktično odrastel v to kar sm, na splošno sm se ful naučil o življenju. (Jernej, 23 let)

Ja, veliko sem odnesla. Sicer sem bila tam res kar nekaj časa. Predvsem veliko o sebi, kako funkcioniram, kaj rabim in kaj mi manjka. Veliko tudi o odnosih in dinamiki v družini, kako postaviti meje, se osamosvojiti, poskrbeti zase. Pa kako deluje odnos med mamo in očetom. (Simona, 22 let)

Naučila sm se kako obvladati svoja čustva, kako jih sploh prepoznati, kaj je kaj, kako urgirati, kaj narediti v določeni situaciji pa nekako kako sama sebe kontrolirati. (Bojana, 20 let)

Ja sem se kar nekaj naučila, ja. Ker so bile uporabne teme pa tudi se navadiš mal razumeti druge s podobnimi težavami, pa jim svetovat in menim da mi bo to tudi v poklicu koristilo recimo. (Adrijana, 21 let)

Najprej sem dobila uvid, da težave, s katerimi sem se spopadala niso tako različne kot težave od drugih sopicentk in sopicentov. Ugotovila sem, da nisem sama v tem in, da obstaja možnost okrevanja. Dobila sem podporo drugih mladih in se od njih marsikaj naučila (npr. nove perspektive na moje težave). Naučila sem se izražanja čustev pa tudi boljšega zaznavanja le-teh. Spoznavala sem se skozi različne medije (risba, slika, glasba, gib). (Sara, 20 let)

Ja itak definitivno sem se veliko naučila, in iz svojega primera in primera drugih. V bistvu pol, ko si slišal kaj od drugih, si začel razmišljati, da pa mogoče se lahko najdeš v tem pa sploh nisi vedel, ampak dobro no vseeno se mi zdi, da smo takrat bili mladi. Zdaj, ko gledaš pa takrat, pač nisi dojemal toliko stvari, kolikor jih zdaj, ampak si pa spoznal neke stvari, ki prej nisi sploh vedel, da obstajajo ali pa da je karkoli narobe. (Nuša, 23 let)

Posameznik oziroma posameznica na terapijah oziroma skupinah pridobi izkušnjo enakovrednosti, vzajemnih odnosov. Tako si pridobi ustrezno socialno mrežo, prav tako pa se izboljša njegova samopodoba. V skupini se lahko posamezniki in posameznice učijo socialnih in drugih spretnosti ter izmenjujejo strategije za spoprijemanje s težavami. (Lamovec, 1998, str. 235) To so varna okolja, v katerih lahko oseba poišče pomoč in podporo ter hkrati z deljenjem svoje izkušnje in sodelovanjem v skupini pomaga drugim, ki prav tako iščejo pomoč. (Klemenčič Rozman in Valič, 2015, str. 65)

Uspešnost vpeljave novih znanj v družino

Večina je lahko uspešno ali deloma vpeljalo nova znanja, pridobljena iz terapij in skupin, v svojo družino. To so naredili bodisi z različnimi nasveti, bodisi s pogovorom. To se zgodi v družinah, kjer so odnosi dobri ali pa obstaja potencial, da se le-ti razvijejo.

Ful sem se novih stvari naučila, pa da treba komunicirat, da to ful pomaga. In sem pol to poskusila tut nekak v družino vpeljat. (...) Ne vem, na primer, ko sem se slabo psihično počutila sem pol vedno povedla vsem. Nisem se samo skrila v sobo. Ker včasih, sem dobila občutek, da niso hoteli slišat, da je karkoli narobe. (Barbara, 21 let)

Ja sem poskusil vpeljat to, kar sm se naučil, s kakšnimi nasveti ali pa pogovori. (Žan, 23 let)

Do neke mere mi je uspelo prenesti ta znanja v družino. Npr. da sem začela postavljati meje vsem, se osamosvojila, pogledala na situacijo doma iz druge perspektive. Nisem pa mogla vplivati na njihove odločitve in poglede. Enostavno sem se morala naučiti jih sprejeti in narediti to, kar je bilo v moji moči. Npr. Mame nisem mogla rešit in ji dokazat, da ne potrebuje tega odnosa oziroma da si zasluži več. Očetu tudi nisem mogla razložiti, da če nebi pil in bi več vlagal v medosebne odnose, bi bilo boljše. Tega pač nisem mogla, čeprav sem vedela, da bi bilo to potrebno. Zato pa sem delala na drugih aspektih, na katere sem imela vpliv. (Simona, 22 let)

Ja, kar sem lahko naredila je bilo to, da sem začela malo več govoriti nazaj mogoče. Edino to. (Erika, 22 let)

Deloma sm lahko to naredila, veliko bolj sicer iz pogovorov z zdravnikom., deloma pa sem z zamikom ugotovila kako in kaj je najboljše za vse. (Adrijana, 21 let)

Samo z mamo sem lahko vpeljala v najin odnos neka nova znanja, z družino ne. (...) Na tak način, da sva se veliko pogovarjali o stvareh, ki sem se jih vsak dan naučila in skupaj debatirali. (Ariela, 22 let)

Ja v družini sem začela več govorit o pomembnih stvareh. Pač o čustvih pa kaj se mi dogaja pa tako. Pa začela sem starša malo bolj spraševati o teh stvareh, ker sem hotela, da se bolj odpreta. (Maja, 20 let)

Človek, ki se odloči, da bo delal v nasprotju s tem, kar so mu vcepljali celo življenje, potrebuje zaščito in občutek, da obstajajo ljudje, ki ga razumejo in podpirajo. (Lamovec, 1998, str. 128) Spremembe pri enem članu družine sprožijo spreminjanje vseh ostalih članov. Razvoj enega člana se dotakne vseh. Vsak premik naprej v zrelosti enega člana vpliva na življenje vseh ostalih, daje jim drugačno vlogo in preoblikuje njihove življenjske okoliščine. Če pa le eden v razvoju zaostaja, to zadržuje razvoj vseh preostalih. (Tomori, 1994, str. 38)

Neuspešnost vpeljave novih znanj v družino

Nekateri, ki so pridobili nova znanja iz terapij oziroma skupin, pa le-teh niso mogli vpeljati v svojo družino. Ugotovili so, da ne morejo spreminjati drugih ljudi, lahko pa spremenijo sebe in svoj odnos do njih.
--

Ugotovila sem, da mame ne morem spremeniti. Da drugega ne moreš spremeniti, mislim, da je bila to ena glavna poanta, ki sem jo odnesla s sabo takrat. Da probaš priti na pol poti, ampak če vidiš, da ne gre, da se umakneš, odnehaš in sprejmeš človeka, takega kakršen je. (Sara, 20 let)

Z mojo družino je bilo težje, ker so oni točno vedeli oziroma delali točno to kar je meni pritisnilo na gumb, da sem jaz sprožila svoje vedenje. Tako da, dokler se pri njih ni izboljšalo, se pri meni tudi ni. (Bojana, 20 let)

Klasična psihiatrija si prizadeva, da bi se uporabnik/uporabnica vrnil/a v prvotno stanje, stanje pred krizo. To pogosto naredi s poniževanjem, ki posamezniku/posameznici vzame zaupanje vase. Podobno pa skuša doseči tudi družina, ki si želi, da je oseba ubogljiva in da bo še naprej zadovoljevala potrebe družinskih članov, pri tem pa zanemarljivo svoje. (Lamovec, 1998, str. 225)

Največja podpora s strani mater v obliki pogovora

Največkrat je bila uporabnikom v največjo podporo njihova mati. Svojemu otroku je podporo in pomoč izkazovala preko pogovora. V večini intervjujev sem opazila, da se je mati osebe, ki je bila hospitalizirana, največkrat aktivno vključevala v njegovo/njeno življenje in ga/jo najbolj podpirala od vseh družinskih članov. To kaže na to, da so ženske še vedno tiste, ki prevzemajo skrbstveno vlogo.

Ja največ sta mi bila v podporo starša, pa še posebej mami, s pogovori se mi zdi, da največ. (...) Js mislim da je bolj mami hodila na skupine za svojce, mami je bila bolj aktivna zmeraj glede tega. (...) Mislim, da se je mami ful vključevala v neke stvari. (Mateja, 19 let)

Mama me je na začetku obiskovala skor vsak dan. (...) Ja, v bistvu je mama glede skupin za svojce prebrala oziroma so jo obvestili, nisem čist zihr. Ko sem bil v Polju, je samo spraševala, ker tam itak ni bilo teh skupin. Na mladostniškem je hodila redno. (...) Mama se je preko interneta ful povezala, forumi pa to. (Žan, 23 let)

Moja mami je lahko prišla na skupine za svojce, ker je bila že v penziji. (...) Hodila sva mama in jaz, vsak teden. (...) Potem, ko je bilo konec teh skupin, sva se z mamo vedno pogovarjali, kaj je bilo v redu, kaj je bilo zanimivo, kaj bi lahko bilo boljše, kaj je izvedla, pa tako. (Špela, 23 let)

Ja, mama me je obiskovala redno, enkrat na teden. (...) Mama me je bodrila, da sem vztrajala v bolnici, pa ko sem bila slabo, da sem se z njo pogovorila. (...) Samo mama je hodila na skupine za svojce. Skoraj vsak teden, mogoče je v vsem mojem bivanju v bolnici manjkala 2x. (Simona, 22 let)

Mami je skoraj skos prihajala na obisk.. (...) Mami mi je dala največ podpore. Mami se je čisto spremenila. Hotela se je pogovarjat z mano, dala mi je vedno občutek, da nisem sama, da je ona z mano. Tako. Ni me zapustila. (Bojana, 20 let)

Mami me je vsak dan prišla obiskat, oče samo enkrat, sestra tudi samo enkrat. (...). Mami je bila moja največja podpora. Dala mi je občutek, da ni z menoj nič narobe, da nisem nora in da sem na dobri poti da se nekoč spet smejim in živim normalno življenje. Tudi edina je podpirala moje šolanje, saj so želeli v bolnišnici in ravnateljica to prekiniti. (...)
Mami je bla skos vsak teden na skupinah za svojce. (Ariela, 22 let)

Na skupine za svojce je hodila mama, ker je bilo to čez teden in je oče delal v tujini, zato ni mogel priti. Hodila pa je skoraj vsak teden, mislim, da. (Maja, 20 let)

Skrbstveno delo je pojmovano kot ključni del ženske identitete in aktivnosti. V današnji družbi obstaja več spolnih ideologij. Ena izmed njih temelji na prepričanju, da je skrb za druge ena od temeljnih lastnosti žensk, brez katere ženska ne more biti ženska. (Zaviršek, 1994c, str. 29-30). Ko se družina sooča z življenjem s človekom v stiski, po navadi družinski člani izberejo enega izmed njih, da se posveti skrbi za to osebo. Običajno je ta oseba mati. Ta se odpove svojim osebnim ciljem, družba pa le-to dojema kot nekaj samoumevnega. (Lamovec, 1998, str. 363)

Obiski bližnjih kot zapolnitev časa

Kot sem že prej omenila, je bilo hospitaliziranim osebam v psihiatrični bolnišnici zelo dolgčas. Nekaj oseb mi je povedalo, da doživlja obiske, bodisi družinskih članov bodisi prijateljev, kot zapolnitev časa, da jim le-ta hitreje mine ali kot distrakcijo od bolnišničnega življenja.

Ful mi je bilo fajn, da se vsaj nekaj dogaja, ko je kdo prišel na obisk, ker mi je bilo dolgčas v bolnici. (Špela, 23 let)

Ja ful mi je bilo všeč, ker je oče psa pripeljal zraven. Stara starša sta mi vedno hrano prinesla. Z mami sem šla na kavo po navadi. Nič posebnega pač, malo za dolgčas preganjat. (Erika, 22 let)

Po pravici, takrat sem razmišljala samo o družbi, ne o tem kaj meni pomeni to, da oni prihajajo. In v bistvu sem samo hotela, da pridejo, da mi nekaj dajo in potem sem hotela, da čimprej grejo. (Bojana, 20 let)

Meni je bilo super, ker je bila dobra distrakcija od bolnišničnega lajfa. Mama mi je vedno prinesla čokolado, ker tam nismo smeli imeti svoje hrane. Pa tako. V redu mi je bilo. (Maja, 20 let)

Obiski so mi bili okej. Sploh prijateljice, ker so odvrnile pozornost od težav k drugim stvarim. Če sem bila slabo in sem se želela pogovarjati o tem, smo tudi se, a včasih je pasalo da sem samo odvrnila pozornost. (Simona, 22 let)

Ključna značilnost psihiatrije v Sloveniji s strani uporabnikov/uporabnic je neskončno čakanje. Čakanje na pogovor, ki ga nikoli ni, na znižanje tablet, na razumen nasvet, preden se doma pobijejo, na odločitev za novo hospitalizacijo itd. (Vrhovnik Straka, 2015, str. 27)

Obiski bližnjih kot podpora

Nekateri so obiskom pripisovali velik pomen, saj so jih videli kot oporo in podporo v preživljanju kriznega obdobja. Obiski so za uporabnike zelo pomembni, saj na tak način vzdržujejo socialne stike ter dobijo občutek podpore, da je nekomu mar zanje.

Bila sem vesela, da so se bližnji spomnili name, še posebej sestra, s katero sva lih takrat začeli se družiti in pogovarjati. (Nuša, 23 let)

Obiski so mi bili v redu, bila sem vesela, še posebej mami. (Barbara, 21 let)

Na nek način je bilo v redu, po drugi strani sem bil pa takoj zmatran, pa tut težko mi je bilo njo gledat, k ji je bilo bolj bed kot meni. Sem pa čutil to podporo od nje.. Tut teta, ko je prišla sem ful začutil to. (Žan, 23 let)

Brata sem zelo rada videla no. Sploh starejšega, ker sva imela malo boljši odnos. Bolj ljubeč, topel. (Sara, 20 let)

Mama me je obiskovala redno, enkrat na teden. Občasno kak brat/sestra, mogoče dvakrat na mesec in pa dve kolegici, tudi vsak teden (...) To se mi je zdelo okej. V bistvu nek občutek podpore. (Simona, 22 let)

Super mi je bilo, ko sta starša prišla, sem jih komaj čakala, tako da sem bla vedno zadovoljna. (...)V bistvu z vsemi obiski so mi stali ob strani, vsakič ko sem rabila, smo se lahko pomenili, pa dosti tudi z nasveti kako glede določenih strahov, pa tudi z razumevanjem tega, da če sem imela rituale, so me sicer skušali preusmerit, ampak me niso silili, če so videli, da pač ne gre. (Adrijana, 21 let)

Za mami sem komaj čakala, da me pride obiskat. (Ariela, 22 let)

Uporabnikom in uporabnicam veliko pomeni, da jih njihovi svojci obiščejo, da imajo z njimi dobre odnose in pogoste stike. Te pa so zanje pogosto edini stik z zunanjim, civilnim svetom. (Flaker idr., 2008, str. 291)

Obiski bližnjih kot obremenitev

Nekateri pa so obiske doživljali kot obremenitev, saj se takrat niso hoteli pogovarjati oziroma ubadati z družinskimi člani, ki so prišli k njim na obisk. Njihovo družbo so doživljali kot obremenitev, še posebej če so k njim prišli in jim govorili določene stvari, ki so jih še bolj spravljalje v stisko ali če so jim rekli naj ne pridejo, pa so svojci prišli vseeno.

Včasih sem bil pa takoj zmatran, pa tut težko mi je bilo njo⁶ gledat, k ji je bilo bolj bed kot meni. (Žan, 23 let)

Atka sem bila tudi vesela, čeprav mi velikokrat ni bilo okej, da je prišel, ker se je ful hotel pogovarjat, jaz pa nisem bila takrat okej, da bi se lahko toliko pogovarjala pa mu nisem znala povedati, da ne zmorem. (Barbara, 21 let)

V bistvu mi ful ni pasalo imet te starševske obiske, ker sm mel svojo družbo v bolnici. Takrat, ko sem hotel obiske, mi je dosti pomenilo, da sta prišla, takrat pa, ko ne, pa ravno obratno, na primer, ko je mama prišla takrat, ko js tega nisem hotel in ji rekel naj ne hodi. (Jernej, 23 let)

Staršev najrajši ne bi videla. Mi je bilo preveč, da sta bila tam, ker sem se js umaknila tja in mi je bilo fajn, da ju ni. (Sara, 20 let)

⁶ Mamo

Kasneje so me obiski mame tudi obremenjevali, ker mi je stalno razlagala, kaj se dogaja doma, kaki so odnosi in to me je vedno spravilo v slabo voljo, nek pesimizem. (Simona, 22 let)

Z očetom in sestro, kadar sta prišla na obisk, pa mi je bilo neugodno, ker smo itak imeli slabe odnose. (Ariela, 22 let)

Uporabniki oziroma uporabnice imajo lahko s svojci konfliktno stike. Do njih pride, ker čutijo, da jih starši zaničujejo, jim vsiljujejo svoje mnenje in jim ne pustijo, da bi o svojem življenju odločali samostojno. Tudi, če so odnosi s svojci dobri, pride do konfliktov takrat, kadar le-te ne upoštevajo interesov in potreb uporabnikov/uporabnic. (Flaker idr., 2008, str. 287)

3.2.3 Skupine za svojce

Seznanjenje s skupinami za svojce prek psihiatra

Kar največ oseb, s katerimi sem delala intervju, mi je povedalo, da je za skupine za svojce slišalo od svojega psihiatra. Ta je njim in njihovim staršem te skupine priporočal. To je dober način sodelovanja, saj vključuje tako uporabnika, kot njegovo družino.

Psihiater mi je povedal in mojima staršema. (Maja, 20 let)

Zdravnik jo je priporočal vsem, ki so bili tam. Oziroma je bilo vsem rečeno, da je zaželeno, da hodijo svojci, predvsem če so imeli lih z njimi tudi težave. (Nuša, 23 let)

Rekla je psihiatrinja, da to obstaja. Ko smo prišli, je omenila, če bi onadva hodila. (Mateja, 19 let)

Psihiater je povedal meni in mojim staršem. (Špela, 23 let)

Na oddelku sem izvedela za te skupine. Psiholog pa psihiatrinja sta povedala meni, potem pa sem jaz doma povedala, mislim, da je bilo tako. (Erika, 22 let)

Psihiater je povedal mami in meni hkrati. (Simona, 22 let)

Psihiater je rekel mojim staršem, da je zelo dobro, da grejo. (Bojana, 20 let)

Moj psihiater mi je povedal in potem je rekel, da bo povedal še moji mami. (Ariela, 22 let)

Psihiater mi je povedal in mojima staršema. (Maja, 20 let)

Lamovčeva (1998, str. 370) govori o pomembnosti partnerskega odnosa med strokovnjaki in družino. Pravi, da je nesmiselno vztrajati v tem, da šolani strokovnjaki vedo več od »priučenih«. Znanje obojih je pomembno. Družinski člani morajo biti seznanjeni s tem, kako se delo ustanove vklaplja v rehabilitacijski načrt ter kako se lahko sami vključijo. (Lamovec, 1995, str. 292)

Seznanjenje s skupinami za svojce prek staršev

Nekateri pa za te skupine sploh vedeli niso, dokler jim zanje niso povedali njihovi starši. To nakazuje na slabo komunikacijo med psihiatrom, družino ter družinskim članom, ki je bil/bila hospitaliziran/a. To so slabi primeri sodelovanja z uporabnikom oziroma uporabnico in njegovo/njeno družino.

Starša sta mi povedla, da jima je zdravnik rekel, da je možnost, da se vključita, in sta se. (Barbara, 21 let)

Ja, v bistvu je mama to prebrala oziroma so jo obvestili, nisem čist zih. (Žan, 23 let)

Prej sta starša že šla na te skupine, preden sem js izvedel za njih. Se mi zdi, da je bila ta informacija bolj staršem posredovana kot nam. (Jernej, 23 let)

Starši so mi povedali, da je ob ponedeljkih, da prihajajo na te skupine, sam ne vem, ali je bila enkrat tedensko ali enkrat mesečno. (Sara, 20 let)

Starša sta mi povedala, pol ko sta že bla. Verjetno so jim svetovali ob sprejemu. (Adrijana, 21 let)

V sistemu duševnega zdravja so posamezniki in posameznice potisnjeni v vlogo pasivnih prejemnikov pomoči, kar jih ne spodbuja k samostojnosti in usmerja k razvoju. Pokroviteljski odnos škoduje njihovi samopodobi in jih utrjuje v vlogi bolnika. (Lamovec, 1998, str. 133)

Strokovnjaki so običajno tisti, ki določajo identitete in znajo najbolj razlagati realnost. V takih občestvih ni več demokracije, ker vladavina strokovnjakov ne more biti vprašljiva, drugi pa nimajo dovolj argumentov, da bi ugovarjali, zato je razumno, da sprejemajo to, kar strokovnjaki povedo in se z njimi strinjajo. (Rutar, 2017, str. 26)

Dojemanje oseb s težavami v duševnem zdravju obiskovanja skupin za svojce kot nekaj samoumevnega

Nekaj hospitaliziranih oseb je dojemalo obiskovanje njihovih družinskih članov skupin za svojce, kot nekaj samoumevnega, logičnega. Temu niso posvečali pozornosti ali pripisovali posebnega pomena, saj so bili preveč zaposleni s tem, kako bodo v psihiatrični bolnišnici preživeli in premagali svoje krize. Nekaterim pa je bilo za to popolnoma vseeno, kar nakazuje na apatijo.

Ne vem, men je bilo bolj logično, da bo mami hodila na skupine za svojce, ne vem, zato ker me hoče razumet pa zato ker je pač vestna mati ali karkoli. Nisem čutila nič večje podpore zaradi tega, tko mi je bilo malo vseeno. (Mateja, 19 let)

V bistvu sploh nisem razmišljal o tem, ker se mi je zdelo tako samoumevno, da se bo mama vključila, ker je zmeraj tok podpora na nek način. (Žan, 23 let)

Bilo mi je samoumevno, da hočeta starša vedeti stvari o meni, da ju zanimam, tako da nisem niti cenil tega tako. (Jernej, 23 let)

Mislim, da nisem dosti poudarka dajala na to, da onadva hodita na te skupine. Tistokrat sem bila preveč okupirana z mojimi skrbmi in težavami. Nisem se dosti angažirala za to, kaj se tam dogaja. Je bilo tako mimogrede, je bila neka pot, ki je bila ob moji, ki jo onadva bosta skupaj prehodila, moja pa neka druga. Nisem čutila neke povezanosti direkt no. (Sara, 20 let)

Meni se to ni zdelo toliko pomembno to in če so starši šli ali ne, mi je bilo ne vseeno, ampak njihova odločitev. (Adrijana, 21 let)

Apatija in notranja ravnodušnost sta značilna odziva uporabnika/uporabnice, ko je ta že nekaj časa v psihiatrični bolnišnici. Kmalu postane neobčutljiv/a za vsakdanja poniževanja. Neobčutljivost, s katero se obda njegova duša, je skrajno potreben oklep. (Lamovec, 1993, str. 19)

Občutek podpore glede tega, da svojci hodijo na skupine za svojce

Večina uporabnikov pa je dojemala obiskovanje svojih družinskih članov skupin za svojce kot podporo. Bili so hvaležni in veseli, da se družinski člani trudijo zanje in jih poskušajo razumeti. To jim je pomagalo pri temu, da so lažje premagali svoje stiske.

Itak je pomembno da primarna družina sodeluje v tem, da nisi sam. (...) Ampak načeloma sta skoz te skupine hotela meni pokazati še večjo podporo. (...) Všeč mi je bilo, da sta se vključila v te skupine. (Nuša, 23 let)

Ful mi je blo dobr, da sta oba dva vedno hotela vedeti stvari o meni. (Jernej, 23 let)

V redu mi je blo, da sta hodila na te skupine, bla sem presenečena, ker sta se toliko zanimala in še to, da se je mami vozila vsak ponedeljek ful daleč. (...) Da se hočeta spremenit, mi pomagat, se dejansko zanimata zame. Da jima ni vseeno, kot sem imela občutek cel lajf. (Barbara)

V redu mi je bilo drugače ja. Potem ko je bilo konec teh skupin sva se z mamo vedno pogovarjali, kaj je bilo v redu, kaj je bilo zanimivo, kaj bi lahko bilo boljše, kaj je izvedla, pa tako. (Špela, 23 let)

Okej, predvsem mi je blo fajn, ker je mami potem neke zadeve spremenila na sebi. (Simona, 22 let)

Meni je bilo dobro. Se mi zdi, da sta mi starša pokazala, da se hočeta spremeniti. (Bojana, 20 let)

Zdelo se mi je, da se mami trudi, da bi bili srečni. Hvaležna sem bila. (Ariela, 22 let)

Meni je bilo super. Zdelo se mi je lepo, da se hoče tako približat meni in izvedet stvari. (Maja, 20 let)

Taktna in posredna podpora družine daje posamezniku/posameznici v stiski moč in voljo za prizadevanja, ki omogočajo osebno rast. Uporabniku/uporabnici je pomembno, da njegova/njena družina z njim/njo »drži«, saj je to zanj/o vir moči in zaupanja. (Tomori, 1994, str. 134)

Za osebe s težavami v duševnem zdravju je pomembna neformalna pomoč. Gre za pomoč družine, prijateljev, vrstnikov itd. Neformalna socialna mreža nudi uporabnikom in uporabnicam psihosocialno podporo, ki predstavlja vir moči pri obvladovanju stresnih okoliščin. (Mikuš Kos, 2017, str. 266)

Pozitivne strani skupin za svojce:

- Pridobitev informacij o težavah v duševnem zdravju in boljše razumevanje otroka s strani svojcev

Večini uporabnikov in uporabnic se zdi, da so njihovi družinski člani dobili ogromno novih informacij o njihovem otroku, o sebi in o duševni stiski, ki jo njihov otrok doživlja. Kar nekaj jih je izpostavilo, da jih zdaj starš oziroma starša bolje razumeta, pa tudi sami sebe.

Bolj so razumeli samo bolezen, nekateri ja, nekateri še danes ne. Ne govorim zase, ampak za druge, ki jih poznam. Se mi zdi, da so skozi to starši pri sebi lahko videli kakšne stvari, napake, ki so jih počel, ali pa kako so se obnašali. Da so lahko tudi skozi to sami sebi pomagali, pa s tem posledično tudi meni. (Nuša, 23 let)

Mislim, da sta starša pol bol razumela moje krize pa stvari, ki jih delam. Pa tut mogoče to, kaj naredit, ko pride kakšna kriza. Kako se obnašat pa to. (Barbara, 21 let)

Zmanjšal se je strah ziher, ker je mama izvedla veliko stvari, pa tudi ne vem, koliko ji je pomagalo to, da se je z drugimi družila, sicer se ni toliko, ampak mogoče tudi, da je delila izkušnje. Drugače pa po moje bolj to, da je videla, da imajo tudi drugi probleme in da nekateri hendlajo čisto dobro, neko bolj pozitivno sliko je dobila mogoče. (Žan, 23 let)

Mislim, verjamem, da je bilo ful koristno za njiju dva, zato ker sta vedno hotela vedeti stvari o meni in sta se onadva tut boljše počutila, ko sta hodila na te skupine. Ko sta izvedla, kako mi gre. (...) To pa lahko rečem, da je imelo pozitiven efekt. Mama se je probala bolj prilagajati mojim željam, ki jih včasih ni slišala direkt od mene, ampak od terapevtov. Mojih želj ni upoštevala, če sm ji js povedal, če pa so ji terapevti, pa je. Verjetno so ji povedali na teh skupinah neke zadeve, npr. kaj poslabša moje psihično stanje. (...) Ja, fotr je tudi veliko iz tega vidika odnesel, ker je dejansko izvedel ful stvari o meni, ki mu jih js nisem povedal, ker takrat nisva mela bližnjega odnosa. (Jernej, 23 let)

Js mislim, da je oče ful, kar je večkrat tudi izrazil, da se je veliko naučil pa kaj je kdo povedal pa kaj si je mislil o tem. Mama se je naučila mogoče kakšne kančke. (Sara, 20 let)

Mama je na eni skupini dobila toliko informacij, kot jih prej nikoli ni. Spraševala je o zdravilih, kako funkcionira bolezen, ni spraševala samo zame, tudi za brata. Je rekla, da je izvedla več, kot prej v parih letih. Veliko informacij je dobila no. (Špela, 23 let)

Mama je malo bolj začela postavljat meje očetu, da mu ni bila več toliko podrejena. Tudi bolj je začela se ukvarjat z nami, otroci, pa več je pohvalila, bolj smo se pogovarjali. Več je vlagala v odnos z nami in predvsem mano, sprejela je tudi kritiko, če sem ji jo dala. Pa poslušala je tudi predloge psihiatrov. Na primer to, da so me dali v stanovanjsko skupino, kljub temu da je oče nasprotoval. To je bil velik korak. Pred tem tega ne bi naredila. Tudi priznala si je, da je v naši družini težava. Sicer ni toliko delala na tem, da se jo reši ampak je pa sprejela in si priznala. (Simona, 22 let)

Moja mami je nekako dobila znanje o tem, da je vedela približno, kaj naredit v določeni situaciji, da me je znala bolj razumeti. Oči pa isto, pa tudi dojel je, da sem bolna, da ni to samo ena faza. (Bojana, 20 let)

Ja, mislim, da je mami odnesla od skupin za svojce veliko. Mami je bla 100% boljša. Znala se je z mano in mojo situacijo pravilno obnašati. Kar je na mene tudi terapevtsko delovalo in posledično je bilo tudi njej lažje. (Ariela, 22 let)

Sicer mami ni nikoli govorila, kaj se dogaja na teh skupinah, jaz tudi nisem spraševala, ampak se mi zdi, da je veliko odnesla. Ne vem, če zaradi teh skupin, ampak se mi zdi, da je postala veliko bolj odprta in, da je začela več govoriti. (Maja, 20 let)

Procesi, ki potekajo v skupinah za samopomoč in podpornih skupinah, so dajanje podpore, izmenjava informacij, nudenje občutka pripadnosti, sporočanje izkustvenega znanja in učenje novih metod spoprijemanja. (Klemenčič Rozman in Valič, 2015, str. 69)

Razumevanje je vezano na čustveno komponento. Čustva, ki ji doživlja oseba v duševni stiski, so povsem normalna in taka oseba potrebuje nekoga, s katerim bi jih lahko delil. Ni treba, da v popolnosti razumemo vsebino, pomembno je samo to, da se lahko uglasimo na ta čustva. (Lamovec, 1998, str. 257)

- Boljši odnosi med osebami, ki so hodile na skupine za svojce in uporabnikom/uporabnico

Večini oseb, ki so bile hospitalizirane, se zdi, da imajo sedaj boljši odnos s staršem oziroma staršema, ki je/sta hodila na skupino za svojce. Imajo bolj odprto komunikacijo, večje sprejemanje in razumevanje, zblizanje in povezanost.
--

Nekako se mi zdi, da sta starša potem, ko sta skupaj hodila na te skupine, se začela boljše razumet, tako se mi zdi. (Nuša, 23 let)

Pol so se tut naši odnosi spremenili, samo ne vem, če zaradi teh skupin ali celotne te izkušnje. V glavnem ful je postalo boljše.(...) Ja ne vem, začeli smo se pogovarjat pa ful bolj smo odkriti drug do drugega. Pa tak občutek imam, da smo se ful zbližali. Tudi z bratom se zdaj pogovarjava pa tako. (...) Malo bolj sem jih začela spuščat k sebi, no, ne vem, malo bolj sem jim začela zaupat. Ker sem videla oziroma dobila tak občutek, da jim ni vseeno zame. (Barbara, 21 let)

To je zdaj moja povezava, ki jo delam v glavi, lahko, da ni resnična, ampak js mislim, da je oče ful vzel od skupine, se ful naučil in to tudi vpeljal v najin odnos. Tudi to, da sva vzpostavila nek odnos, ki ga prej nisva mela. (Sara, 20 let)

Ja seveda, dobila sem pač bolj poslušno, suportivno mamo, več bolj primerne podpore in tako dalje. (...) Z ostalimi družinskimi člani pa je boljše ja. (...) Oče me malo bolj me spoštuje, kot me je. To se kaže v tem, da če nekaj rečem, to sprejme, mi ne vsiljuje svojega mnenja, spoštuje moje odločitve (Simona, 22 let)

Mami se je čisto spremenila. (...) Hotela se je pogovarjat z mano, dala mi je vedno občutek, da nisem sama, da je ona z mano. Tako. Ni me zapustila. (...) Začela me je poslušat pa dejansko si je vzela čas zame in mi pokazala, da me ima rada in da se je pripravljena truditi zame. (Bojana, 20 let)

Veliko bolj sva z mamico odprte druga do druge in kar koli je, sprejmeva. Zdaj dojema, da nisem njen prilastek, ampak bitje, ki je samostojno in ima pravico biti, kar zeli. Vsako obnašanje sprejemava druga od druge in se pogovoriva o tem. (Ariela, 22 let)

Zdaj imam boljši odnos z mamo. Lahko ji vse povem in se lahko pogovarjava o vseh stvareh. Razume me in se trudi in mi skuša pomagat. (...) Zdaj je drugače kot prej. Zdi se mi, da smo bolj povezani. Veliko več se pogovarjamo, ni več toliko nekih tabu tem. Imamo dobre odnose. Mama pa oče imata po mojem mnenju še vedno istega, nekako oddaljenega. Medtem ko sem se jaz in mama ter jaz in oče veliko bolj povezali. (Maja, 20 let)

Svojci so zmožni presenetljivih uvidov in trajnih sprememb svojega vedenja, kar še bolj poveča njihov občutek moči in samostojnosti. S tem, ko ustvarijo sprejemajoče, naklonjeno vzdušje in dovolijo uporabniku/uporabnici, da samostojno odloča, z dajanjem nevsiljive podpore, lahko bistveno zmanjšajo njegove/njene težave v duševnem zdravju. (Lamovec, 1995, str. 281)

Negativne strani v skupinah za svojce:

- Obramba svojcev v omenjenih skupinah

Nekateri starši so skupine za svojce doživljali kot napad nanje, na njihovo vzgojo in dejanja. Začeli so se braniti in so se zaprli vase. Zato teh skupin niso preveč marali in od njih niso pridobili novih znanj, razumevanj ali podpore.

Mama se je naučila mogoče kakšne kančke, ampak hitro ona stopi v obrambo, tako da ji je to preprečevalo neko bolj kakovostno učenje, ali kako bi rekla. Se mi zdi, da so, ji ponujali, ampak je postavila zid, da ona pa ni slab starš, čeprav ji noben nikoli tega ni rekel, ampak je to zelo tako doživljala, da je bilo pikirano nanjo, da je ona slaba mama. (...). Mama pa ne vem no, če je kaj odnesla od teh skupin, kar je govorila od skupin, je bilo to, kako jo je psihiater napadel, kaj je naredila, ne vem kaj. V glavnem ona je doživljala to zelo dramatično in stresno. (Sara, 20 let)

Starša nista bila preveč zadovoljna s skupinami, pa potem sta mi o tem razlagala. (...) Povedala sta mi eno izkušnjo mame ene izmed pacientk glede samopoškodovanja. Drugače pa itak jst ne vem, kaj so se tam menili, ampak se mi zdi da je bil njihov argument glede tega, da nista šla pogosto, to, da se jim skupina ni zdela nekako usmerjena v ozdravitev. (...) Zdi se mi, da sta bolj imela odpor do te skupine, pa je nista videla kot nekaj, kar bi jima pomagalo. (Adrijana, 21 let)

Starša nista odnesla nič, zelo sta bila razočarana. Mami ni hotela slišati zadev, ki so jih tam povedali. Določene stvari sta izvedla, samo pomoje jima je bilo težko to razumeti pa sploh vzeti kakor da je res. Težko jima je bilo slišat no. Tako da mislim, da se ni nič spremenilo no. (Erika, 22 let)

Oči je bil enkrat z mami skupaj, pa je reku da je kr neki. (...) Rekel je, da mu ne bodo solili pamet, kako naj se z otrokom obnaša, da je to izgubljanje časa. (Ariela, 22 let)

Enako kakor druge skupine so lahko tudi skupine za samopomoč ali podporne skupine za svoje člane v nekaterih primerih destruktivne. To se lahko zgodi, če v skupini pride do pretiranega izražanja negativnih ali intenzivnih čustev, pritiska skupine h konformnosti njenih članov, stresa, ki je povezan z obveznostmi do skupine, občutka manjše ustreznosti in preplavljanja, učenja neustreznih ali neučinkovitih odzivov ali stisk. (Klemenčič Rozman in Valič, 2015 str. 69)

3.2.4 Po hospitalizaciji

Ne/vključenost družinskih članov v oblike pomoči

Pri večini uporabnikov se družinski člani niso po njihovi hospitalizaciji vključili v nobene oblike pomoči. To lahko nakazuje na premajhno podporo v skupnosti in na to, da so se člani družine sami spopadali s stiskami v zvezi s sabo ali svojim svojcem.

Ne, niso poiskali nobene pomoči. Vsaj kolikor jaz vem, ne. (Barbara, 21 let)

Ne, svojci se niso vključili nikamor. Možno, da je mama bla na neki psihoterapiji ene parkrat, to je pa to. (Jernej, 23 let)

Ne, ker tudi v našem kraju nekih skupin za svojce ni bilo. Zdaj sem slišala, da so. Pa za njiju se mi zdi, da sta ful te miselnosti, da morata vse sama rešiti. Tako da je tut to omejevalo, da bi si našla onadva kakšno pomoč. (Sara, 20 let)

Mama in oče ne, sestra tudi ne. Noben se ni vključil v nobene oblike pomoči, kolikor js vem. (Špela, 23 let)

Ne. Nič. Noben od družine ni hodil nikamor, razen mene. (Bojana, 20 let)

Da bi se onadva ali pa kdorkoli od bližnjih vključil, ne. (Adrijana, 21 let)

Mislim, da se ni noben vključil nikamor. (Maja, 20 let)

Za naše okolje je značilno, da je malo alternativ za človeka v duševni stiski ter pomanjkanje podpore družinam, ki živijo s človekom, ki doživlja psihične krize. (Lamovec, 1998, str. 349)

Kulturne norme zapovedujejo, da sta norost in revščina stvar družine, ki morata v njej tudi ostati. Vsaka zunanja pomoč pa prinese dodaten vir sramote. Mati in njena družina mislijo, da morajo vse probleme rešiti sami. (Lamovec, 1998, str. 365)

Nekateri bližnji družinski člani pa so se vključili iz različnih razlogov, najpogosteje zaradi tega, ker so sami imeli težave, ki so jih hoteli razrešiti, ali pa so hoteli pomagati svojemu bližnjemu.

Vem, da je mami hodila na neko terapijo nekih energij ali neki takega, ker je ona mene tut enkrat peljala k eni ženski, neki plačljivo, ne vem kaj. Mislim, da se je mami ful vključevala

v neke stvari. Pa mislim tut da sta starša hodila na neko terapijo. Nisem čist prepričana, ampak neki je moglo bit, verjetno, ker sta mi hotela pomagati pa me razumeti. (Mateja, 19 let)

Sestra je pa tudi začela potem hoditi k psihiatru. (...) Začela je hodit, ker je tako samo sebe dojela, pa spoznala, da je pač videla, da so nekatere zadeve, ki bi jih rada spremenila in jo motijo. (Nuša, 23 let)

Ja, sestra se je vključila v psihoterapijo in mama za 3 mesece tudi k psihoterapevtu. Nečakinja pa je hodila k psihiatru. (...) To pa zato, ker so imeli težave. Sestra se je ločila nekaj let pred vsem tem in je bila v slabih odnosih z moškimi, bivšim možem in tako. Nečakinja je zapadla v neko obliko depresije. Mama pa je imela težave z očetom, pa je potem želela nekaj razrešit tam. Ne vem točno kaj. (Simona, 22 let)

Kar nekaj pa jih je že, preden so njihovi otroci/sorojenci prišli v bolnišnico, bilo vključenih v psihiatrično ali psihoterapevtsko obravnavo. To kaže na to, da je veliko družinskih članov že prej doživljalo neke duševne stiske, ki pa so se jih odločili rešiti.
--

Moja mami hodi k psihiatru že od leta 1995. Imela je poporodno depresijo takrat, potem pa depresijo in se vbistvu že več kot 20 let zdravi. (Nuša, 23 let)

Mama ima že tako terapijo in je s svojo terapevtko obdelala te stvari glede mene. (...) Ja, njej se že dolgo vlečejo panični napadi in anksioznost pa to ampak nekak skos fura ne. (Žan, 23 let)

Brata že dlje časa hodita k psihiatru. (Špela, 23 let)

Oči je hodil k psihiatru, sestra k psihoonkologu in psihiatru. Samo je bilo to bolj kot pregled pri zdravniku ala krvna slika, nista doživljala to kot proces, tako da ni bilo učinkovito. Mami pa že 30 let hodi k psihiatru. (...) Sestra hodi k psihiatru zaradi vsega tega v družini, svoje bolezni in spolnega napada v otroštvu. Oče pa zaradi alkohola in depresije, ampak ni hotel delati na sebi, samo jamral je, ni dojel pointa tega. Sestra hodi od 4 leta. Ona je mal drugačna zgodba, imela je 4x odprto glavo in je njeno dožemanje in življenje malo drugačno, ker je zbolela pri 4 letih za rakom. Mami pa zaradi sestrine bolezni, pa zaradi očeta, ker je pil pa bil nasilen. (Ariela, 22 let)

Oseba, ki ima v družini nekoga, ki je imel težave v duševnem zdravju, ima bistveno več možnosti, da tudi sama razvije težave v duševnem zdravju, kar pa je tudi zelo odvisno od okolja. Dedna nagnjenost k težavam v duševnem zdravju obstaja, a le kot verjetnost. Sama navzočnost le-teh v družini še ne pomeni, da ima določen član družine nujno te dedne zasnove. (Lamovec, 1998, str. 211)

Pri enem primeru pa so bili starši uporabnice v to, da si poiščeta pomoč, zaradi njunega disfunkcionalnega odnosa, v to primorani.

Ne nista se starša nič vključevala nikamor, prej sta hodila h družinski terapevtki. Točno dvakrat sta šla, ker sta mogla iti, zaradi mene. Jaz sem hodila k psihologinji in je ona videla, da doma nekaj ne štima in da ne bo držalo, da je vse v redu, kakor ona dva pravita in jima je zrihtala terapevtko in sta morala iti. Terapevtka pa jima je malo povedala stvari, da njun odnos ni odnos in ful vpliva name in na sestro in naj se ali ločita ali zrihtata. Nista tega nič upoštevala. (Erika, 22 let)

Družinski terapevti menijo, da težave uporabnikov in uporabnic izvirajo iz neustreznih družinskih odnosov in sporazumevanja. Te pa je treba spoznati za uspešnost družinske terapije. (Lamovec, 1995, str. 280)

Začaran krog vračanja v psihiatrično bolnišnico

Čisto vsi ljudje, s katerimi sem delala intervju, so se minimalno dvakrat vrnili v psihiatrično bolnišnico. Nekateri so se vračali vsake par mesecev. To kaže na nezadostno podporo psihiatrične bolnišnice in drugih oblik pomoči pri resocializaciji osebe, ki se vrne v domače okolje. Oseba, ki pride iz psihiatrične bolnišnice, je spremenjena. Izgubi samospoštovanje, zaupanje vase in cilje, ki jih je imela prej. Ko se vrne v domače okolje, je vse še toliko težje, saj se osebe drži še stigma.

Bila sem velikokrat, vsakič po par mesecev. Mogoče ene petkrat v obdobju ene 10 mesecev. (Barbara, 21 let)

Ja vse skupaj mislim da 6,7 mesecev. V bistvu prvič skoraj tri mesece, potem pa še dvakrat po dva. (Nuša, 23 let)

Prvo sm bila na pediatrični en mesec, pol sem bla tri mesce na mladostniškem oddelku, pol sm bla v dnevni oskrbi kakšen teden, dva, pol sm bla pa spet sprejeta za ene 5 mesecev na mladostniškega. (Mateja, 19 let)

Prevečkrat sem bila hospitalizirana. Okoli 10x, ampak zmeraj po en mesec, tam nekje, ker nisem dolgo zdržal, še posebej ne na mladostniškem oddelku, ker sem hotel samo domov it, ker mi je bilo grozno. Vse skupaj, če sešteješ, kakšno leto. (Žan, 23 let)

Ene 9x v intervalih, to štejem dneve v polju in mladostniški oddelek in pediatrična klinika. Vse skupaj okoli leto pa pol. (Jernej, 23 let)

Skupaj leto pa pol, pa mislim, da je bilo 6 ali 8 hospitalizacij. Ker sem šla ven, pa nisem zmogla pa sem šla nazaj, enkrat sem bila kazensko izključena, tako no. Tako da je bilo ven pa noter pa ven pa noter. (Sara, 20 let)

Enkrat, nekje dobro leto, s tem da sem se menjavala, zaprti oddelek, polodprti oddelek, odprti oddelek, center za mentalno zdravje, oddelek za psihoze. Potem pa še dnevni oddelek. (Špela, 23 let)

2x po cirka 5 mesecev, vse skupaj ene 10 mesecev. (Simona, 22 let)

Trikrat. Prvič sem bila ene 6 mesecev, potem drugič ene 9 mesecev in tretjič še ene dva, tri mesece. Vse skupaj kakšno leto pa pol. (Erika, 22 let)

Prvič sem bila 7 mesecev, drugič 3 mesece pol sem bila še enkrat v Polju in sem bila tam en mesec, sem začela k drugi psihiatrinji hoditi in je bilo ful boljše. Vse skupaj kakšno leto. (Bojana, 20 let)

Prvič sem bla ene 3 mesece, pol 6 mescev in pol še parkrat sem šla za kakšen teden ali pa samo par dni. Recimo skupaj, da sem bla ene 10 mescev in ene 5krat. (Adrijana, 21 let)

Dvakrat. Bila sem hospitalizirana 6 mesecev. (Ariela, 22 let)

Vse skupaj kakšno leto. Hospitalizirana sem bila ene trikrat. Prvič za dva meseca, drugič za pol leta, potem pa še ene pet mesecev. (Maja, 20 let)

Čas hospitalizacije se je v zadnjih desetletjih zmanjšal in s tem tudi propad osebnosti. Pogostost prvih sprejemov je še vedno velika, a še večje je število ponovnih sprejemov. Gre za »sindrom vrtečih se vrat«, saj psihiatri ne poskušajo razrešiti krize, zato ne mine dolgo, ko se le-ta spet pojavi. Običajno jo ublažijo z zdravili, nato pa osebo vrnejo nazaj v

okolje, v katerem je kriza nastala. (Lamovec, 1995, str. 20) Stres vrnitve je tako močan, da se običajno kriza ponovi. Gre za vprašanje stanovanja, denarja, medosebnih odnosov, itd. Takrat se zgodi, da lahko uporabnik/uporabnica preživi v psihiatrični bolnišnici kar nekaj let. (Lamovec, 1998, str. 234)

4. Zaključek

Ko sem se odločila, da bom izvedla raziskavo na to temo, se mogoče nisem tako zavedala, kako so teme, ki so temelj moje raziskave, za ljudi, katere sem intervjuvala, zelo težke. A ne glede na to sem izvedela veliko novih stvari.

Ugotovila sem, da gre večina ljudi, ki ima težave v duševnem zdravju v psihiatrično bolnišnico na lastno pobudo, pobudo družine ali strokovnjakov. Pri nekaterih ljudeh pa se je zgodilo, da so jih hospitalizirali prisilno. V enem primeru zaradi samomorilnosti osebe, v drugem pa zaradi določenega dogodka, kjer so osebo s težavami v duševnem zdravju očitno smatrali za nevarno sebi ali drugim.

Spoznala sem tudi, da veliko mladostnikov, ki so bili hospitalizirani, doživlja duševne stiske, ki so včasih tako hude, da razmišljajo o samomoru ali pa se samopoškodujejo. V njihovih družinah so po večini zelo slabi odnosi. Veliko je odtujenosti, slabe komunikacije, konfliktov, tudi nasilja. Tudi to vpliva na mladostnika in njegovo oziroma njeno sposobnost, da obvladuje krize v svojem življenju. Kar nekaj uporabnikov in uporabnic se je v času pred hospitalizacijo »zapiralo vase«, kar pomeni, da so se od drugih ljudi odtujili, niso z nikomer komunicirali o svojih problemih ter se odmaknili od vseh ljudi.

Ko so uporabniki oziroma uporabnice prišli v psihiatrično bolnišnico, je veliko njihovih družinskih članov ob tem občutilo stisko. Bili so šokirani, zaskrbljeni in prestrašeni, saj so videli, da se nekaj dogaja z njihovim otrokom ali bratom/sestro pa niso točno vedeli kaj. Nekaj družinskih članov uporabnikov/uporabnic pa je njihove psihične krize ob prihodu v institucijo celo zanikalo. To si razlagam tako, da se niso hoteli sprijazniti s tem, da bi bil njihov družinski član »bolan«, zakrivali so si oči z namenom, da si olajšajo situacijo.

Ko so uporabniki in uporabnice prišli v psihiatrično bolnišnico, jih je večina čutila šok, odpor pri vstopu v le-to. Njihovo življenje se je spremenilo v hipu, ko so prestopili prag psihiatrične ustanove. Poleg tega, da so se spopadali z lastno duševno stisko, so doživeli še šok spremembe okolja. Čez čas pa so se na to okolje privadili, prilagodili, saj druge izbire niso imeli. Šok je kmalu izzvenel in kmalu so začeli sodelovati na terapijah in pridobili identiteto »duševnega bolnika«. Veliko mi jih je povedalo, da so šele čez čas začeli sodelovati na raznih terapijah oziroma skupinah. Od njih so dobili določena znanja, ki so jim pomagala pri premagovanju lastnih duševnih stisk, boljšem razumevanju same/samega sebe ter pridobitvi sposobnosti za bolj odprto komuniciranje. Ta znanja jih je večina lahko

vpeljala v svojo družino s pomočjo različnih nasvetov ali pogovorov. V nekaterih primerih pa uporabniki oziroma uporabnice tega niso mogli storiti, saj so ugotovili, da če se družinski člani niso pripravljene spremeniti, jih v to ne morejo prisiliti. Uporabniki in uporabnice so to sprejeli in delali na stvareh, na katere so imeli vpliv.

Ko sem spraševala uporabnike in uporabnice, kaj jim v psihiatrični bolnišnici najbolj ni bilo všeč, jih je veliko govorilo o pretirani rabi psihofarmakov. Povedali so, da so jim psihiatri/psihiatrinje velikokrat predpisovali prevelike in napačne doze zdravil, ki so jih naredile pasivne in zaspane. Poleg tega jim prav tako ni bilo všeč to, da so imeli čisto preveč časa na razpolago. Večina mi jih je povedala, kako jim je bilo vedno dolgčas in da niso imeli kaj delati, poleg tega pa so nekateri imeli izhod samo enkrat ali dvakrat na teden, kar pomeni, da so imeli omejeno tudi svobodo.

Kar nekaj uporabnikov/uporabnic je izpostavilo, da so jim sopacienti predstavljali svetlo točko v njihovem bolnišničnem zdravljenju. Govorili so o medsebojnem pogovarjanju, zaupanju, podpori, pomoči ter prijateljstvu. V sopacientih so našli oporo pri premagovanju lastnih psihičnih kriz. Z njimi pa so se tudi poistovetili in učili iz njihovih izkušenj. Kar sem ugotovila, je bilo tudi to, da so bile v veliki večini matere tiste, ki so bile največje podpornice svojih družinskih članov. Le-te so se največ vključevale v celoten proces zdravljenja in največkrat tudi obiskovale skupine za svojce. Svojim družinskim članom so izkazovale podporo preko pogovora in obiskov ter jim od vseh družinskih članov izkazovale največjo podporo.

Uporabniki in uporabnice so izpostavili tri pomene obiskov med njihovim bivanjem v psihiatrični bolnišnici. Prvi je bil zapolnitev časa, saj jim je bilo dolgčas. Obiskom niso pripisovali večjega pomena, pomenil jim je le to, da so se zamotili in preganjali dolgčas. Drugi je bil podpora. V obiskih so našli podporo družinskih članov ob preživljanju duševne stiske, bili so jih zelo veseli. Kot tretje pa so nekateri uporabniki oziroma uporabnice doživljali obiske kot obremenitev. Z družinskimi člani se niso hoteli pogovarjati, saj so njihovo družbo doživljali kot obremenitev.

Velika večina uporabnikov in uporabnic je za skupine za svojce izvedela preko psihiatra. Ta je njim in njihovi družini hkrati povedal, da je možnost, da se svojci teh skupin udeležijo. Nekaj uporabnikov/uporabnic pa je za omenjene skupine izvedelo šele preko staršev, ko so ti na skupine že hodili. Na ključno raziskovalno vprašanje svoje diplomske naloge, kakšen pomen pripisujejo uporabniki in uporabnice temu, da so njihovi svojci

obiskovali skupine za svojce, sem odgovorila. Ugotovila sem, da jih večina pripisuje velik pomen temu, da so njihovi družinski člani obiskovali skupine za svojce. V tem dejanju so videli veliko podporo. Bili so hvaležni in veseli, da se družinski člani trudijo zanje in jih poskušajo razumeti. S tem so lažje premagovali lastne duševne stiske. Nekaj uporabnikov in uporabnic pa v tem ni videlo nobenega pomena. Bili so popolnoma nezainteresirani, da njihovi družinski člani obiskujejo omenjene skupine. To se jim je zdelo logično, samoumevno. Temu niso posvečali prevelike pozornosti, saj so bili preveč zaposleni s svojimi psihičnimi stiskami in preživetjem v psihiatrični instituciji.

Veliko uporabnikov in uporabnic je izpostavilo, da se jim zdi, da so njihovi svojci, kateri so hodili na skupine za svojce, pridobili kar nekaj novih informacij o njih, o sebi in o duševni stiski, ki jo njihov družinski član doživlja. Prav tako pa so uporabniki oziroma uporabnice menili, da imajo njihovi svojci sedaj boljše razumevanje njih ter boljše odnose z njimi. To pomeni, da imajo s svojcem bolj odprto komunikacijo, večje je sprejemanje, razumevanje, zbližanje in povezanost.

Nekateri uporabniki in uporabnice so govorili o tem, da so njihovi svojci doživljali skupine za svojce zelo stresno. Obnašali so se obrambno, saj so le-te skupine doživljali kot napad na njih, na njihovo vzgojo in dejanja. Začeli so se braniti in so se zaprli vase. Od teh skupin niso pridobili pozitivnih stvari, tako kot tisti, ki so na skupinah sodelovali.

Po hospitalizaciji se večina svojcev uporabnikov/uporabnic ni vključila v nobene oblike pomoči, so povedali uporabniki in uporabnice. Nekaj jih je pomoč poiskalo bodisi zaradi osebnih razlogov bodisi zaradi pomoči bližnjemu. Nekaj primerov pa je bilo takšnih, da so bili svojci uporabnikov oziroma uporabnic že od prej vključeni v psihiatrično ali psihoterapevtsko obravnavo, kar pomeni, da so doživljali duševne stiske, ki so se jih odločili rešiti.

Popolnoma vsi uporabniki in uporabnice pa so bili najmanj dvakrat in največ desetkrat hospitalizirani v psihiatrični bolnišnici. V bolnico so se vračali večinoma vsakih nekaj mesecev. Iz tega sklepam na nezadostno podporo psihiatrične bolnišnice in drugih oblik pomoči pri resocializaciji osebe, ki se vrne v domače okolje.

Kot predloge navajam, da bi se skupine za svojce uvedle po vseh psihiatričnih institucijah. Danes so skupine za svojce najbolj razširjene v nevladnih organizacijah na področju duševnega zdravja. Poleg tega pa uporabniki oziroma uporabnice, ki imajo težave v duševnem zdravju, in njihovi svojci sploh ne vedo, da omenjene skupine obstajajo. Večina

svojcev bi rada dobila informacije o svojem družinskem članu, njegovih težavah v duševnem zdravju, kaj doživlja ter kako mu lahko pri tem pomagajo. Pri nas v psihiatričnih institucijah pa je največkrat praksa, da se svojcev ne vključuje v celoten proces hospitalizacije uporabnika/uporabnice. Največkrat se zgodi, da psihiater/psihiatrinja ne vključuje svojcev v obravnavo njihovega družinskega člana, pa bi le-to moral/morala storiti, saj je to zelo pomembno in koristno za vse. Strokovnjaki bi morali bolj vključevati družino, saj bi tako lahko bolje in bolj celostno obravnavali uporabnika/uporabnico, poleg tega pa bi družina, s tem, ko bi bila bolj vključena, boljše razumela, kaj se dogaja z njihovim družinskim članom in mu tako lažje pomagala. To je minimalno, kar bi morali storiti strokovnjaki. Morali bi jim posredovati informacije o skupinah za svojce, kdaj potekajo, kje so, kaj se tam dogaja in jim svetovati vključitev v skupine za svojce, na katerih bi dobili informacije, ki jih potrebujejo, in podporo ter pomoč od drugih članov skupine. Po mojem mnenju se dandanes malo več govori o duševnem zdravju in težavah, povezanih s tem, a se premalo govori o svojcih uporabnikov oziroma uporabnic in kaj doživljajo oni. Torej predlagam, da se o skupinah za svojce govori več, se svojce bolj vključuje v obravnavo uporabnikov in uporabnic, se jim bolj posreduje informacije o skupinah za svojce ter razširitev omenjenih skupin, tudi v psihiatričnih institucijah.

5. Literatura

- Bajt, M., Jeriček Klanšček H. & Britovšek, K. (2015). *Duševno zdravje na delovnem mestu*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
- Belak, E. (2004). Vloga družine v psihosocialni rehabilitaciji. V V. Švab (ur.), *Psihosocialna rehabilitacija* (str. 96-102). Ljubljana: ŠENT – Slovensko združenje za duševno zdravje.
- Bilban, M. & Pšeničny, A. (2007). Izgorelost. *Delo in varnost*, 52(1), 22-29.
- Brečko, B. (2005). Istospolno usmerjeni: Metodologija raziskovanja skritih populacij. *Družboslovne razprave*, 21(49/50), 107-118.
- Čuk, L. (2009). *Odnosi med staršema in vpliv odnosov na otroka* (Diplomsko delo). Univerza v Mariboru: Pedagoška fakulteta.
- Dixon L., McFarlane W. R., Lefley H., Lucksted A., Cohen M., Falloon I., Mueser K., Miklowitz D., Solomon P. & Sondheim D. (2001). Evidence-Based Practices for Services to Families of People With Psychiatric Disabilities. *Psychiatric services*, 52(7), 903-910.
- Dornik, E. (2001). Kakovost življenja tetraplegika - študija primera. *Obzornik zdravstvene nege*, 35(5), 205-211.
- Flaker, V. (1998). *Odpiranje norosti: Vzpon in padec totalnih ustanov*. Ljubljana: /*cf..
- Flaker, V., Mali, J., Kodele, T., Grebenc, V., Škerjanc, J. & Urek, M. (2008). *Dolgotrajna oskrba: Očrt potreb in odgovorov*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Heilemann M. V., Lee K. A. & Kury F. S. (2005). Strength Factors Among Women of Mexican Descent. *Western Journal of nursing research*, 27(8), 949-965.
- Jeriček Klanšček, M., Zorko M., Bajt M. & Roškar S. (2009). *Duševno zdravje v Sloveniji*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja republike Slovenije.
- Kelavić, M. (2007). Potrebe svojcev oseb s težavami v duševnem zdravju. *Socialna pedagogika*, 11(3), 311-340.

- Klemenčič Rozman, M. M. & Valič M. (2015). Skupine za samopomoč na področju duševnega zdravja. V V. Švab (ur.), *Obravnava v skupnosti* (str. 65-76). Ljubljana: ŠENT – Slovensko združenje za duševno zdravje.
- Kordeš, U. & Smrdu M. (2015). *Osnove kvalitativnega raziskovanja*. Koper: Založba Univerze na Primorskem.
- Lamovec, T. (1993). Provizorično bivanje: doživetje totalne institucije. *Socialno delo*, 32(3/4), 17-24.
- Lamovec, T. (1995). *Ko rešitev postane problem in zdravilo postane strup*. Ljubljana: Lumi.
- Lamovec, T. (1998). *Psihosocialna pomoč v duševni stiski*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
- Lefley, H. P. (1996). *Family caregiver applications series, Vol. 7. Family caregiving in mental illness*. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.
- Lombar R., Omersa D., Štern M., Šuštar A., Jerman A., Korošec N., Treven M., Žniderič T., Jenko L., Janžič B., Gomišček A. & Šubic T. (2009). *Samomorilno vedenje*. Inštitut za varovanje zdravja: UL Medicinska fakulteta.
- Mesec, B. (1998). *Uvod v kvalitativno raziskovanje v socialnem delu*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
- Mikuš Kos A. (2017). *Duševno zdravje otrok današnjega časa*. Radovljica: Didakta.
- Milačak, N. (2012). *Duševno zdravje v tiskanih medijih* (Diplomsko delo). Fakulteta za socialno delo, Ljubljana.
- Oreški, S., Dernovšek M. & Hrast I. (2012). *Kam in kako po pomoč v duševni stiski*. Ljubljana: Izobraževalno raziskovalni inštitut.
- Pibernik, L. (2006). *Delo s svojci mladostnikov s shizofrenijo*. Pridobljeno 14. 5. 2018 s <http://www.pb-begunje.si/gradiva/Pibernik1351439955230.pdf>
- Pišl, A. (2009). Vloga družine pri obravnavi pacientov z duševnimi motnjami. *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju* (str. 444-451). Učbenik. Psihiatrična klinika Ljubljana: Rokus Klett

Rus-Makovec, M., Stergar, E. & Tomori, M. (1997). Suicidalna ideacija pri slovenskih srednješolcih. *Psihološka obzorja (Ljubljana)*, 6(3), 15-33.

Rus-Makovec, M. & Tomori, M. (1998). Povezanost med družinskimi dejavniki in avtodestruktivnostjo pri slovenskih srednješolcih. *Psihološka obzorja (Ljubljana)*, 7(4), 49-65.

Rutar, D. (2017). *Inkluzija otrok s posebnimi potrebami: za družbeno pravičnost*. Kamnik: CIRIUS.

Sedlar, T. (2002). Dolgoročne strategije razvoja zdravstvene nege na področju duševnega zdravja. *Obzornik zdravstvene nege*, 36(3), 143-151.

Smrdu M., Belak E. & Švab V. (2015). Delo z družinami. (str. 51-59) V V. Švab (ur.) *Obravnava v skupnosti*. Ljubljana: ŠENT – Slovensko združenje za duševno zdravje.

Šprah L., Novak T. & Dernovšek Z. M., (2011). *Ocena tveganj za razvoj težav v duševnem zdravju prebivalcev Republike Slovenije*. Ljubljana: Družbeno-medicinski inštitut znanstveno raziskovalnega centra Slovenske akademije znanosti in umetnosti.

Švab, V. & Kovač, N. (1995). Svojci in skrbniki kot aktivni udeleženci skrbi za uporabnike služb za duševno zdravje. *Socialno delo*, 34(2), 143-147.

Švab, V. (2000). *Shizofrenija: Informacija za družine*. Ljubljana: Organizacija za duševno zdravje – ŠENT.

Švab, V. (ur.) (2004). *Psihosocialna rehabilitacija*. Ljubljana: Organizacija za duševno zdravje - ŠENT.

Švab, V. (2006). *Priročnik o shizofreniji*. Ljubljana: Organizacija za duševno zdravje – ŠENT.

Tomori M. (1994). *Knjiga o družini*. EWO: Ljubljana.

Veltman A., Cameron J. & Stewart DE. (2002). The experience of providing care to relatives with chronic mental illness. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 190(2), 108-114.

Vrhovnik Straka, T. (2015) Družina in mi. (str. 50) V V. Švab (ur.), *Obravnava v skupnosti*. Ljubljana: ŠENT – Slovensko združenje za duševno zdravje.

Zakon o duševnem zdravju (ZDZdr) (2008). Ur. l. RS 77/2001. Pridobljeno 14. 5. 2018 s <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO2157>.

Zaviršek, D. (1994a). Psihiatrični oddelek med boleznijo in njeno kulturno manifestacijo: študija primera (I). *Socialno delo*, 33(1), 39-49.

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

Zaviršek, D. (1994c). *Ženske in duševno zdravje*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.

6. Priloge

6.1 Vprašalnik

1. Ali mi lahko opišete kaj iz svojega življenja, preden ste prišli v bolnico?
2. Ali mi lahko opišete, kako je bilo, ko ste prišli prvič v bolnico?
3. Kako ste doživljali svojo družino pred odhodom v bolnico?
4. Kako so gledali na to, ko ste šli v bolnico?
5. Kako je bilo v bolnici?
6. Kaj vam je bilo všeč?
7. Kaj vam ni bilo všeč?
8. Kako so se vam zdele terapije/skupine?
9. Se vam zdi, da ste se kaj naučili na njih?
10. Ali ste lahko to vpeljali v svojo družino?
11. Kako?
12. Ali vas je med tem, ko ste bili v bolnici, prišel kdo obiskat?
13. Kolikokrat in kdo je prihajal?
14. Kako se vam je zdelo to, ko so prišli vaši bližnji na obisk?
15. Kdo od bližnjih vam je stal ob strani takrat in na kakšen način?
16. Kje ste slišali za skupino za svojece?
17. Kdo je hodil in kolikokrat?
18. Kako je bilo, ko so se vaši svojci vključili v omenjene skupine?
19. Kaj mislite, da so vaši svojci dobili s tem, ko so hodili na omenjene skupine?
20. Kaj pa vi?
21. Ali so se vaši družinski člani po tem, ko ste prišli iz bolnice, vključili v kakšne individualne ali skupinske oblike pomoči?
22. Če da, kakšne?
23. Zakaj mislite, da so se to odločili?
24. Kolikokrat ste bili že v bolnici? Koliko časa?

6.2 Primer intervjuja

1. Ali mi lahko opišeš svoje življenje, preden si prišla v bolnico?

V bolnico sem šla pri 16-ih letih. Pred tem sem bila na gimnaziji, prvi letnik, pred tem naredila osnovno šolo v domačem kraju in tudi gimnazijo sem obiskovala v domačem kraju. Živela sem z mamo in očetom, brata sta se že odselila. Večkrat sem bila v stiski, že od majhnega, ampak se je to razvijalo postopoma in pri 16-ih vzniknilo in se sesulo.

2. Kaj se ti je takrat dogajalo?

Bila je ena kaplja čez rob, in sicer, ko sem eni puncu zaupala, da mam čustva do nje in me je zavrnila. To je pri meni povzročilo tako bolečino, da je bila samo kaplja čez rob za tisto, kar je bilo že prej. To je bil nek tak dogodek, ki ga štejem kot mejnega pri mojih težavah.

3. Kako si prišla v bolnico?

Bila sem vodena pri eni psihiatrinji, ki mi je prvič dala antidepresive in pomirjevala, naslednjič pa, ko sem prišla k njej ni niti več vedela kdo sem, ker je izgubila moje liste. Meni se je pa stanje do takrat ful poslabšalo, med prvim in drugim pregledom, ker mi tudi zdravila niso ustrezala in me je kot urgentno napotila na mladostniški oddelek.

4. Kako pa so tvoji starši gledali na to?

Takrat je bila z mano moja mama in ji ni bilo prav, da sem šla tja. To je bilo zanjo, itak ful stresno, ampak se je hkrati tudi zamajal njen ponos pa tako no, kaj bodo drugi rekli. Za očeta ne vem, bilo mu je hudo, ker se je čutil ful krivega za nastalo situacijo. Tako da naslednji dan je v bistvu takoj že prišel na obisk in se zjokal, da kaj je naredil narobe.

5. Kako je bilo v bolnici?

Mešani občutki. En ogromen plus so ljudje, ki so bili tam, in s tem mislim, kakor reče medicinska stroka, pacienti. Ampak js sem jih vedno videla več kakor to. Bili so neka prva družba, prvo varno zaklonišče, ki ga nisem mela, kot otrok ali pa mladostnica pred bolnico. Drugače pa ja, saj je bilo ful nekih aktivnosti, ampak sem bila tako dolgo tam, da se mi je že začelo ponavljati, da sem že vedela neke odgovore na vprašanja nekaterih, da sem si mislila: 1000x smo že govorili o samopodobi na primer. Ni mi bil všeč odnos kakšnega osebja, kakšni so bili pa zelo človeški.

6. Kaj pa ti je bilo všeč?

Všeč mi je bilo, ko me je kdo jemal kot človeka, ki je v neki stiski, ki bo šel čez to, ki je verjel vame. Če sem bila pa samo kot nek predmet obravnave, pa sem totalno mrzila vse to. Ker smo bili tam kot neki zidaki in oni so te tam, na eni strani oblikovali, na drugi, in sem se počutila kot nek predmet raziskave. Eni redki ljudje, od osebja, so bili pa res taki, da so zaupali in verjeli vame, da

niso metali mojih besed v nič. Fajn mi je bilo tudi to, da sem imela tam ostale mlade, v podobnih stiskah, da sem se lahko z njimi poistovetila.

7. Kako si doživljala svojo družino pred odhodom v bolnico?

Grozno. Nismo se razumeli niti malo. Nisem jim zaupala, sploh očetu ne. Mama je mela neke svoje finte, ki jih ima še danes. Se naučiš živeti z njo. Ful so bili skrhani odnosi, na videz ful fajn družina, uspešna, v samem jedru pa totalno gnila no. Brata sta že šla, tako da tudi z njima nisem mela neki ful stika, da bi mi bila onadva v oporo.

8. Kaj si se naučila iz terapij?

Najprej sem dobila uvid, da težave, s katerimi sem se spopadala niso tako različne kot težave od drugih sopacientk in sopacientov. Ugotovila sem, da nisem sama v tem in, da obstaja možnost okrevanja. Dobila sem podporo drugih mladih in se od njih marsikaj naučila (npr. nove perspektive na moje težave). Naučila sem se izražanja čustev pa tudi boljšega zaznavanja le-teh. Spoznavala sem se skozi različne medije (risba, slika, glasba, gib).

9. Se ti zdi, da je to, kar si se naučila na terapijah, vplivalo na odnose v tvoji družini?

Ja, da mame ne morem spremeniti. Da drugega ne moreš spremeniti, mislim, da je bila to ena glavna poanta, ki sem jo odnesla s sabo takrat. Da probaš priti na pol poti, ampak če vidiš, da ne gre, da se umakneš, odnehaš in sprejmeš človeka, takega kakršen je.

10. Ali te je med tem, ko si bila v bolnici, prišel kdo obiskat?

Takoj drugi dan hospitalizacije je prišel oče, kakor sem že omenila. Pol pa kadar sta prišla na te skupine za svojce, sta prišla še kaj pogledati ali pa če sta bila vabljeni na kakšen razgovor. Drugače pa sta me večinoma obiskovala brata, kakor sta mela čas, ampak po navadi nekje enkrat tedensko sta prišla.

11. Kako se ti je zdelo to, ko so prišli tvoji bližnji na obisk?

Staršev najrajši ne bi videla. Mi je bilo preveč, da sta bila tam, ker sem se js umaknila tja in mi je bilo fajn, da ju ni. Brata sem pa zelo rada videla no. Sploh starejšega, ker sva imela malo boljši odnos. Bolj ljubeč, topel.

12. Kje si slišala za skupino za svojce?

Starši so mi povedali, da je ob ponedeljkih, da prihajajo na te skupine, sam ne vem, ali je bila enkrat tedensko ali enkrat mesečno. Nista se pa nič posvetovala z mano glede tega. Pač odločila sta se, to je bila čisto njuna odločitev.

13. Kako je bilo, ko so se tvoji starši vključili v omenjene skupine?

Mislim, da nisem dosti poudarka dajala na to, da onadva hodita na te skupine. Tistokrat sem bila preveč okupirana z mojimi skrbmi in težavami. Nisem se dosti angažirala za to, kaj se tam dogaja. Je bilo tako mimogrede, je bila neka pot, ki je bila ob moji, ki jo onadva bosta skupaj prehodila, moja pa neka druga. Nisem čutila neke povezanosti direkt no.

14. Kolikokrat sta hodila? Koliko časa?

Če se prav spomnim, sta hodila enkrat mesečno, zaradi oddaljenosti. Hodila pa sta ves čas moje hospitalizacije.

15. Kaj misliš, da so tvoji starši dobili s tem, ko so hodili na omenjene skupine?

Js mislim, da je oče ful, kar je večkrat tudi izrazil, da se je veliko naučil pa kaj je kdo povedal pa kaj si je mislil o tem. Mama se je naučila mogoče kakšne kančke, ampak hitro ona stopi v obrambo, tako da ji je to preprečevalo neko bolj kakovostno učenje, ali kako bi rekla. Se mi zdi, da so ji ponujali, ampak je postavila zid, da ona pa ni slab starš, čeprav ji noben nikoli tega ni rekel, ampak je to zelo tako doživljala, da je bilo pikirano nanjo, da je ona slaba mama.

16. Kaj pa ti, misliš, da si kaj dobila s tem, ko sta hodila na skupine?

To je zdaj moja povezava, ki jo delam v glavi, lahko, da ni resnična, ampak js mislim, da je oče ful vzel od skupine, se ful naučil in to tudi vpeljal v najin odnos. Tudi to, da sva vzpostavila nek odnos, ki ga prej nisva mela. Mama pa ne vem no, kar je govorila od skupin, je bilo to, kako jo je psihiater napadel, kaj je naredila, ne vem kaj. V glavnem, ona je doživljala to zelo dramatično in stresno.

17. Ali so se tvoji starši po tem, ko si prišla iz bolnice, vključili v kakšne individualne ali skupinske oblike pomoči?

Ne, ker tudi v našem kraju nekih skupin za svojce ni bilo. Zdaj sem slišala, da so. Pa za njiju se mi zdi, da sta ful te miselnosti, da morata vse sama rešiti. Tako da je tut to omejevalo, da bi si našla onadva kakšno pomoč

18. Kolikokrat si bila že v bolnici? Koliko časa?

Skupaj leto pa pol, pa mislim, da je bilo 6 ali 8 hospitalizacij. Ker sem šla ven, pa nisem zmogla pa sem šla nazaj, enkrat sem bila kazensko izključena, tako no. Tako da je bilo ven pa noter pa ven pa noter.