

Univerza v Ljubljani
Fakulteta za socialno delo

Urša Majerčič

**Narativno socialno delo z družinami oseb s
težavami v duševnem zdravju**

Magistrsko delo

Ljubljana, 2021

Univerza v Ljubljani
Fakulteta za socialno delo

Urša Majerčič

**Narativno socialno delo z družinami oseb s težavami v
duševnem zdravju**

Magistrsko delo

Študijski program: Socialno delo

Mentorica: doc. dr. Lea Šugman Bohinc

Ljubljana, 2021

POVZETEK MAGISTRSKEGA DELA

V magistrskem delu se posvečam temi narativnega socialnega dela z družinami oseb s težavami v duševnem zdravju. Najprej predstavim značilnosti družin oseb s težavami v duševnem zdravju, njihove stiske, potrebe in obstoječe oblike pomoči, ki so jim na voljo. Osebam se ob nastanku težav v duševnem zdravju spremeni vsakdanje življenje, na njihove predstave o zdravju, okrevanju, identiteti in svobodi vplivajo prevladujoči diskurzi družbe, znotraj katere bivajo. Sočasno spremembe občutijo tudi družinski člani oseb, kar preoblikuje njihove medsebojne odnose, komunikacijo in seveda življenja vsakega posameznika. Da bi družinski člani lažje premagovali stres in stisko, ki jo čutijo, vzpostavijo nova družinska pravila in vloge. V delu opisujem oblike podpore in pomoči, ki so družinam oseb s psihiatrično diagnozo na voljo. Družine lahko veliko prispevajo, kadar se oblikuje pomoč z(a) osebo s težavami v duševnem zdravju, vendar so v ta proces še vedno premalo vključene. Prav tako je pomanjkljivo konkretno sodelovanje z njimi. Opišem tudi socialno delo z družino. V socialnem delu stalno prihajamo v stik z družinami s številnimi izzivi in mnoge pričajo tudi o prisotnosti težav v duševnem zdravju. Imamo dobro razvite koncepte dela z družino ter znanje in kompetence, ki nas zavezujejo k delu, ki temelji na soustvarjanju in sodelovanju. V magistrskem delu se osredotočim na narativne pristope, s katerimi si v sodobnem socialnem delu delimo epistemološko držo socialnega konstrukcionizma. Ta drža nas med drugim usmerja k prevpraševanju dominantnih diskurzov na področju duševnega zdravja ter oblik pomoči, ki temeljijo na medicinskem modelu obravnave. Mnogi načini ravnanja, značilni za narativne prakse, so že v rabi na področju duševnega zdravja in pri sodelovanju z družinami. V delu opišem načine ravnanja značilne za narativne pristope in analiziram, kako se lahko v socialnem delu z družinami oseb s psihiatrično diagnozo bolj opremo nanje. Narativni pristopi lahko obogatijo prakso socialnega dela in nas podprejo pri inovativnem soustvarjanju rešitev s sogovorniki. Vodijo nas pri raziskovanju osebnih naracij sogovornikov in spreminjanju odnosa, ki ga imajo s problemom. Z njihovo pomočjo odkrivamo izjemne trenutke, vire moči in sogovornike podpremo pri pisanju ljubše zgodbe.

Ključne besede: duševno zdravje, družina, narativne prakse, socialno delo z družino, načini ravnanja v narativnih pristopih.

MASTER'S THESIS ABSTRACT

The focus of this master's thesis is the subject of narrative social work with families of people experiencing mental health problems. Firstly, characteristics of such families are highlighted, including the issues they face, their needs and avenues of support already available to them. The emergence of mental health problems impacts the daily lives of people experiencing them. Their conceptions of mental wellbeing, recovery, identity, and freedom are influenced by discourses prevalent in their society. The family dynamic is also affected by the change, namely the interpersonal relationships and communication within the family, as well as the daily lives of each family member. To combat stress and hardships, new family rules and roles are developed among the family members. Forms of help and support open to the families of individuals with a mental health diagnosis are also described. Families can contribute a great deal to the process of co-creating help with and for people with mental health problems, but they remain insufficiently included. Cooperation with families is also infrequent. Additionally, social work with families is presented. In social work we constantly meet multi-stressed families, and many cite challenges related to mental health as parts of their experience. We have well-developed models of social work with families, as well as expertise and competences binding us to collaborative practice. In this thesis, narrative approaches, with which social work shares an epistemological stance, are presented. The stance, social constructivism, compels us to challenge dominant discourses regarding mental health and forms of support based on the medicalizing treatment model. Many techniques typical for narrative practices have already been utilized in the mental health field, as well as in collaborative practices with families. I analyze and detail how narrative ideas may be used in social work with families of people with mental health problems. Accordingly, techniques introduced by narrative authors are presented. These have the potential to strengthen social work practice and assist the development of innovative outcomes with our collaborative partners. Narrative offers guidance to exploration of stories and presents methods of encouraging change in one's relationship with their problem. Narrative practices remind us to uncover unique outcomes and strengths together with our interlocutors and help them to re-write preferred stories.

Keywords: mental health, family, narrative practice, social work with families, narrative techniques.

KAZALO

PREDGOVOR.....	1
1. UVOD.....	2
1.1 DRUŽINE OSEB S TEŽAVAMI V DUŠEVNEM ZDRAVJU	2
1.1.1 Vpliv težav v duševnem zdravju na odnose in življenje v družini	4
1.1.2 Obremenitve, stres in prilagajanje	9
1.2 PODPORA IN POMOČ DRUŽINI.....	13
1.2.1 Pomen družine za osebo s težavami v duševnem zdravju	13
1.2.2 Potrebe družine ter oblike podpore in pomoči.....	15
1.2.3 Socialno delo z družinami oseb s težavami v duševnem zdravju	19
1.3 NARATIVNI PRISTOPI.....	28
1.3.1 Razvoj in temelji narativnih pristopov	28
1.3.2 Načini ravnanja.....	31
1.3.3 Uporaba metafor v narativnih pristopih.....	46
1.4 NARATIVNI PRISTOPI IN PODROČJE DUŠEVNEGA ZDRAVJA	48
1.5 NARATIVNO SOCIALNO DELO Z DRUŽINAMI OSEB S TEŽAVAMI V DUŠEVNEM ZDRAVJU	51
1.5.1 Narativno socialno delo	51
1.5.2 Uporaba narativnih pristopov pri sodelovanju z družinami oseb s težavami v duševnem zdravju	54
1.5.3 Prednosti in kritike uporabe narativnih pristopov v socialnem delu	62
2. SKLEP.....	66
3. PREDLOGI	69
4. SEZNAM VIROV	70

PREDGOVOR

V magistrski nalogi se bom posvetila področju narativnega socialnega dela z družinami oseb s težavami v duševnem zdravju. Ker gre za v Sloveniji skoraj nepoznan način dela (ne glede na populacijo sogovornikov), ni na voljo prakse, ki bi jo lahko empirično raziskovala. Moje magistrsko delo bo zato teoretične narave. V tuji in slovenski literaturi številni avtorji, na katere se opiram, opozarjajo na pomanjkljivo sodelovanje strokovnjakov z družinami oseb s težavami v duševnem zdravju. V tuji literaturi sem zasledila primere dobre prakse, kjer se na področju duševnega zdravja in sodelovanja z družinami opirajo na narativne pristope in načine ravnanja, ki so zanje značilni. Menim, da imajo ti pristopi veliko skupnega s socialnim delom in jih je zato možno vpeljati v njegovo prakso. Gre za pristope, ki temeljijo na dialogu, raziskovanju naracij sogovornikov ter spoštljivem in odprtem odnosu pomagajočega. V delu bom predstavila značilnosti narativnih pristopov, njihov prispevek na področju duševnega zdravja in opisala, kako jih lahko uporabimo v socialnem delu z družinami oseb s težavami v duševnem zdravju tako na prvi kot na drugi ravni socialnega dela z družino.

V magistrskem delu želim odgovoriti na naslednja raziskovalna vprašanja:

- Kako lahko z uporabo narativnih praks prispevamo k zmanjšanju stisk in krepimo moč družin oseb s težavami v duševnem zdravju?
- Kakšen pogled na težave v duševnem zdravju je značilen za narativne pristope?
- Katere so prednosti in pomanjkljivosti uporabe narativnih praks v socialnem delu z družinami oseb s težavami v duševnem zdravju?
- Kako lahko narativne prakse prispevajo k razvoju prakse socialnega dela z družinami oseb s težavami v duševnem zdravju?

Na raziskovalna vprašanja bom odgovorila s pomočjo deskriptivne metode. V magistrsko delo bom vključila teoretične osnove, ki so ključne za razumevanje družin oseb s težavami v duševnem zdravju, postmodernega socialnega dela in narativnih pristopov. Delo bom podkrepila z analizo tuje in slovenske strokovne literature ter med seboj primerjala ugotovitve in znanstvena spoznanja na omenjenih področjih. Teoretične ugotovitve bom med seboj povezala in skušala prepoznati oz. interpretirati različne prispevke, ki jih imajo lahko narativni pristopi za socialno delo ter sodelovanje z družinami oseb s težavami v duševnem zdravju.

1. UVOD

1.1 DRUŽINE OSEB S TEŽAVAMI V DUŠEVNEM ZDRAVJU

Ljudje smo vedno del neke socialne mreže, skupine. Navadno smo si najbližje z (ožjimi) družinskimi člani in prijatelji. Kadar se nekdo iz tega socialnega sistema sreča s težavami v duševnem zdravju, se to odraža na njegovih bližnjih. Posebno v družini, kjer ljudje živijo skupaj, je to zelo izrazito. Družina se sreča s problemi, ki jih prej ni poznala in tako ni opremljena z znanjem, kako se z njimi soočiti (Dernovšek, 2018). Srečni dogodki, bolezen ali smrt družinskega člana vplivajo na ostale na osebni, zlasti čustveni in odnosni ravni. Najbolj pomembno vplivajo na tisto, kar se dogaja med družinskimi člani, na njihove medsebojne interakcije. Kakovost teh interakcij pa pomembno vpliva na to, kako se bo družina odzvala na določene spremembe (Juul, 2010). Te spremembe se navezujejo na ritem življenja, ki ga je družina vajena, vedenje, komunikacijo in ustaljene navade družinskih članov (Belak, 2004, str. 96).

Zaradi težav v duševnem zdravju se posamezniku bistveno spremeni življenje kot tudi življenje njegove družine, svojcev in drugih pomembnih oseb, ki z njim živijo ali zanj skrbijo. Družina nosi veliko odgovornosti, ki so povezane z življenjem in skrbjo za osebo s psihiatrično diagnozo. Od 20 do 60 odstotkov oseb s težavami v duševnem zdravju namreč živi z družino, od tistih, ki z družino ne živijo, pa se jih 60 odstotkov z njo vidi vsaj dvakrat na teden (Belak, 2012). Razširjenost domače skrbi za osebe s težavami v duševnem zdravju je odvisna od kulturnih norm in dostopnosti alternativnih oblik skrbi, ki jih ponuja družba (Lamovec, 1998). Pri nas so družine navadno tiste, od katerih se na podlagi kulturnih norm pričakuje, da bodo prevzele skrb, predvsem se to pričakuje od žensk, ki, tradicionalno gledano, navadno nastopajo v skrbstveni vlogi. Skrb znotraj družine posledično redko poteka solidarnostno in je videna bolj kot dolžnost, ki jo nalaga družba (Zaviršek v Lamovec, 1998).

Vzdušje v družini ima pomemben vpliv na potek težav v duševnem zdravju posameznika. Obdobja duševne krize so pogostejša, kadar v družini prevladuje velika čustvena napetost, skrb, jeza ali brezbrižnost (Švab, 1990 v Kovač in Švab, 1995). Tudi obupanost, nemoč in vdanost v usodo imajo negativen vpliv na posameznika s psihiatrično diagnozo. V družini, kjer prevladuje tovrstno vzdušje, ta oseba namreč lahko izgubi motivacijo za soočanje s svojimi težavami (Dernovšek, 2018).

Družina se je primorana na življenje z osebo s težavami v duševnem zdravju prilagoditi, kot tudi spremeniti medsebojne odnose. Družinski člani morajo razvijati take odnose, ki temeljijo na sočutju in ljubezni. Oseba potrebuje okolje, ki je toplo in razumevajoče, potrebuje potrpežljivost in pozitivno naravnost družinskih članov (Belak, 2004, str. 99). Med življenjem in skrbjo za osebo s težavami v duševnem zdravju se morajo družinski člani naučiti, kako ravnati ob spremembah vedenja osebe. Biti morajo pozorni, vendar ne pokroviteljski, pomembno je tudi, da ohranijo uresničljive zahteve do osebe v stiski. Prilagajati morajo svoje čustvene odzive in se odzivati pomirjujoče, spoštljivo ter usmerjeno v »realnost« oziroma v to, kar je možno. Družinski člani se morajo naučiti razlikovati med namernim in nenamernim vedenjem osebe. Vse to so izjemno zahtevne naloge in načini ravnanja, posebno za nekoga, ki ga dogajanje v družini lahko osebno prizadene. Mnogim svojcem se kljub temu uspe naučiti uspešnega ravnanja, težko pa jim je uspešno ravnati ves čas (Lamovec, 1998).

Življenje z osebo, ki ima psihiatrično diagnozo, je obremenjujoče. Lahko pa je tudi vir obojestranskega zadovoljstva (Lamovec, 1998). Lefley (1996) ugotavlja, da so najbolj zadovoljne družine, ki so kljub prisotnosti psihiatrične diagnoze ohranile medsebojno pomoč in vzajemnost pri delu in medsebojnih odnosih.

Ključno je, da družinski člani osebi s težavami v duševnem zdravju ne popuščajo ter da ji postavljajo stvarne zahteve. Spodbujati morajo izpolnjevanje dogovorov in izražanje neodvisnosti. Pomembno je, da družinski člani osebi zaupajo in se ne vmešavajo v njene zasebne zadeve. Skozi vse to lahko družina prepreči, da bi se oseba s psihiatrično diagnozo znotraj nje počutila utesnjeno, postala dolgotrajno odvisna od družinske skrbi ali postala manipulativna. Namesto tega se lahko oseba s težavami v duševnem zdravju v družini nauči vzajemnosti in odgovornosti. Tako se oseba v družini počuti enakovredno, dobi samopotrditve in zmore razvijati kompetence, medosebne odnose in samopobudo (Lamovec, 1998).

Družinsko življenje osebam s težavami v duševnem zdravju daje občutke pripadnosti in pomembno vlogo v širši družbi. Vlogi starša in partnerja lahko ustvarjata občutke čustvene stabilnosti. Skoznjü lahko oseba zadovolji temeljne človeške potrebe po ljubezni in skrbi. Vlogi pomagata osebam preoblikovati lastno vlogo nekoga, ki potrebuje pomoč in se znebiti občutka izgube, ki ga lahko prinese psihiatrična diagnoza. Osebe dobijo priložnost, da poiščejo nov smisel življenja in motivacijo za premagovanje težav v duševnem zdravju (Lefley, 1996).

Za otroke s psihiatrično diagnozo velja, da imajo popolnoma enake potrebe kot običajni otroci, vendar si je navadno treba bolj prizadevati, da so tudi uspešno zadovoljene. Otroci imajo potrebo po tem, da se čutijo vredne člane družine in da se zanje poskrbi. Imajo potrebo po tem, da razvijejo osebno integriteto, samospoštovanje in odgovornost (Juul, 2010).

1.1.1 Vpliv težav v duševnem zdravju na odnose in življenje v družini

Odnos med starši in otroki

Starševstvo je stresna in zahtevna naloga, ki je izziv tudi za starše, ki nimajo psihiatrične diagnoze. Stari starši in drugi sorodniki oseb s težavami v duševnem zdravju zato pogosto pomagajo pri vzgoji in negi otrok ali pa to vlogo prevzamejo v celoti. Kadar gre za dvostarševsko družino, večino skrbi za otroke navadno prevzame starš, ki se ne sooča s težavami v duševnem zdravju. Posledično je bolj obremenjen, saj poleg opravljanja vsakdanjih obveznosti ter nudenja podpore in skrbi osebi s težavami v duševnem zdravju nase prevzame še večino odgovornosti pri skrbi za otroke. Nudenje stabilnosti, nega in skrb za otroke so lahko še bolj oteženi, kadar ta partner ne prejme nobenih informacij in podpore s strani strokovnjakov (Lefley, 1996).

Otroci oseb s težavami v duševnem zdravju se lahko srečujejo s stiskami. Te lahko izvirajo iz vsakdanjega življenja z osebo. Spoprijemajo se tudi s psihološkimi problemi, ki izvirajo iz genetskih dejavnikov tveganja kot tudi iz življenja v okolju, ki vsebuje stresne elemente. Čustva, ki jih čutijo do staršev, se izmenjujejo med pozitivnimi in negativnimi. Občutki ljubezni in naklonjenosti, ki jih otroci čutijo do starša, se izmenjujejo s stalnimi občutki nezaupanja. Ne vedo, kaj lahko od starša s psihiatrično diagnozo pričakujejo. Otroci tako odraščajo v nepredvidljivem gospodinjstvu, kjer lahko doživljajo tudi verbalne in fizične zlorabe, ki pa se pojavljajo redko (Lamovec, 1998). Starši s težavami v duševnem zdravju so redko nasilni in se trudijo, da bi svoje otroke zaščitili pred negativnimi učinki svojih težav (Cooklin, 2011).

Otroci oseb s težavami v duševnem zdravju lahko v odnosu do starša spremenijo svojo vlogo v družini. Nastopijo lahko kot oskrbovalci starša, kar pa prinaša omejitve in obveznosti, zaradi katerih imajo manj časa za sprostitev in zabavo. Dogaja se, da morajo staršu dajati zdravila, posredovati v primeru, da se starš samopoškoduje ali skuša narediti samomor. V primerjavi z otroki staršev s telesno oviranostjo otroci oseb s psihiatrično diagnozo za svoj prispevek redkeje dobijo pohvalo in potrditev (Cooklin, 2011). V dvostarševskih družinah starš brez težav v

duševnem zdravju navadno prepreči negativne učinke, ki jih prinese prisotnost psihiatrične diagnoze v družini, tako, da zagotavlja podporo in pozitiven vzor otroku. Dogaja pa se, da je otrokova stiska v enaki situaciji tudi spregledana, saj je starš preobremenjen z zagotavljanjem skrbi za osebo s težavami v duševnem zdravju (Judge, 1994, v Lefley, 1996). Vsi otroci se prilagajajo na razmere in dinamiko v družini ter sodelujejo na tak ali drugačen način. Starši tega ne morejo preprečiti, lahko pa v odnosu do otrok prepoznajo in potrdijo njihovo vlogo in prispevek družini. Otrokom so lahko tudi dober zgled tako, da odkrito pripovedujejo o svojih mislih in občutkih, se pogovarjajo o stiskah, ki jih čutijo otroci ter jim ponudijo stik s strokovnimi službami (Juul, 2010).

Do spremenjene dinamike v družini pride tudi v primeru, ko ima psihiatrično diagnozo otrok. Starši otrok s težavami v duševnem zdravju se ob tem začnejo soočati z izgubo in s čustvenimi obremenitvami. Juul (2010) pravi, da se staršem, ki so leta živeli z običajnim otrokom, ob nastopu težav zrušijo podoba sveta in predstave, ki so jih imeli o prihodnosti. Doživljajo izgubo in žalujejo vsak na svoj edinstveni način. Pomembno je, da se staršem uspe posloviti od predstave, ki so jo o otroku imeli do nastopa težav. Slovo pa je lahko zelo težak in dolgotrajen proces (Juul, 2010). Starši se počutijo povsem nemočno pri doseganju sprememb. Pri njih se izmenjujejo občutki krivde, ljubezni, jeze, razočaranja in zavračanja. Pogosto dvomijo o pravilnosti svojega vedenja. Sprašujejo se, ali so v preteklosti z otrokom ravnali pravilno in se čutijo krive ter odgovorne za nastanek težav v duševnem zdravju (Lamovec, 1998).

Vloge staršev otrok s težavami v duševnem zdravju so zahtevne. Pogosto so tako zahtevne, da starša spregledata, pozabita ali pa potlačita vsak svoje potrebe in potrebe svojega partnerja, ki segajo preko njune vloge starša oziroma vloge nekoga, ki družini zagotavlja finančno varnost (Juul, 2010).

Svojci lahko iz pomanjkanja znanja oziroma informacij s strani strokovnjakov in zgolj dobrih namenov delajo več, kot bi oseba s težavami v duševnem zdravju od njih potrebovala, kar pa je za vse udeležene kontraproduktivno (Dernovšek, 2018). Staršem se lahko zgodi, da svojo ljubezen do otroka začnejo izražati tako, da so mu ves čas na voljo in mu namenjajo preveč skrbi. Otrok ima potrebo po ljubezni svojih staršev, vendar pa se v takem primeru lahko začne počutiti kot oskrbovanec svojih staršev. Dolgoročno ti otroci postanejo zahtevnejši do svojih staršev in odvisni od njihove pomoči in skrbi. Tega ne povzroči namenjanje skrbi samo, temveč to, da se

starši in otroci med seboj vidijo zgolj v vlogah, manjkajo pa nerazumnost, posebnost, bližina in konflikti. Otroci s psihiatrično diagnozo čutijo tudi odgovornost do svojih staršev, da njihovo stisko zmanjšajo. Pomembno je, da starši ob skrbi za otroka poskrbijo tudi zase, se z otroki sproščeno igrajo in zabavajo ter svoja opažanja o vsakdanjem življenju podelijo in primerjajo skupaj z otrokom, partnerjem ali drugimi zaupanja vrednimi osebami. Otrokom je pogosto težko, vendar pa od svojih staršev ne želijo, da bi njihovo stisko zanikali ali pa spreminjali njihove boleče izkušnje. Potrebujejo starše, ki zares prisluhnejo njihovim mislim, čustvom in željam (Juul, 2010).

Odnos med partnerjema

Ob spreminjanju oseb zaradi težav v duševnem zdravju so njihovi partnerji obremenjeni z občutki izgube in žalovanja. Pogrešajo podporo in človeka, ki jim je prej navadno stal ob strani (Lefley, 1996).

V družinah, kjer ima eden od partnerjev težave v duševnem zdravju, se lahko zgodi, da se vloge partnerjev v družini spremenijo. To so spremembe, ki so povezane z družinskimi vlogami in delitvijo dela. Partner, ki se ne spopada s težavami v duševnem zdravju, nase prevzame večino odgovornosti pri skrbi za otroke, dom in zagotavljanje finančne varnosti družini. Partner nameni več časa skrbi in življenju z osebo s psihiatričnimi težavami, kar lahko oteži doseganje osebnih ciljev, posebno na področju kariere. Težje se posveča lastnim potrebam, željam in nalogam (Lefley, 1996). Partner osebe s psihiatrično diagnozo se spoprijema tudi z neznosnim čustvenim vzdusjem, ki ga ustvarjata neprestano nudenje čustvene opore in hkratno iskanje načinov ravnanja. To lahko vodi v preobremenjenost, izgorelost in bojevanje z obupom. Preobremenjeni partner je navadno ženska, ki se trudi, da bi obdržala družino kot celoto. V primeru, da je ženska tista, ki prejme psihiatrično diagnozo, se večkrat zgodi, da družina razpade, posebno če gre za dolgotrajne težave v duševnem zdravju, ki vodijo v večkratne hospitalizacije (Lamovec, 1998).

Kadar ima težave v duševnem zdravju otrok, pride do podobne dinamike. Starši ogromno svojega časa namenijo skrbi za otroka, zanemarijo pa lastne potrebe. V dvostarševskih družinah se zgodi, da se navadno mama ujame v vlogi starša, medtem ko se oče posveča predvsem vlogi tistega, ki služi denar. Posvečata se tistim vlogam, ki jima pomagajo zadovoljevati potrebo po občutku vrednosti in najbolje podpirati družino (Juul, 2010).

Kulturne norme pravijo, da je samoumevno, da skrb za družinskega člana s težavami v duševnem zdravju prevzame mama oziroma partnerka. V primeru, da je vsa odgovornost za skrb preložena na žensko, se mora ta odpovedati lastnim osebnim ciljem, katerih zadovoljevanje pa je pomembno, da bi bila lahko še naprej kos njeni nalogi. Za uspešno skrb za osebo s psihiatrično diagnozo je treba pogosto uravnavati lastna čustva, enako pomembno pa je tudi njihovo izražanje. Kadar mama oziroma partnerka svoje stiske zadržuje v sebi, to lahko vpliva na njeno fizično in duševno zdravje, pogosto se pojavijo izgorelost in psihosomatska obolenja (Lamovec, 1998).

Nestrinjanje z vlogami, ki sta jih ob nastopu težav v duševnem zdravju prevzela starša oziroma partnerja, lahko vodi v nekakšno neravnovesje znotraj družine. Vodi v agresivne občutke, obtoževanje in kritiziranje. V primeru, da je prišlo do neravnovesja, se partnerja v razmerju počutita osamljeno, izčrpano in preobremenjeno, vedno več časa pa namenjata bodisi službi bodisi skrbi za otroka. Sebe lahko začneta pomilovati, hkrati pa doživljata tudi občutke jeze drug do drugega. Napetosti, stres, nerazrešeni občutki in konflikti med partnerjema vplivajo tudi na njuno intimnost in spolno življenje. Kljub odgovornosti, ki jo prinaša skrb za otroka s težavami v duševnem zdravju, morata partnerja v svojem odnosu narediti prostor tudi drug za drugega, saj se bosta tako lažje zblížala in se spopadala z obremenitvami. Tukaj je ključno, da partnerja med seboj vzpostavita stik, vzdržujeta odprto komunikacijo, pri kateri izhajata iz sebe in se podpirata. Pomembno je, da si partnerja odgovornost pri skrbi za otroka delita, kolikor jima to dopuščajo druge obveznosti. Pomembna pa je tudi skrb zase, saj omogoča lažjo skrb za druge. Starši drugačnih otrok pogosto iščejo ravnotežje med zahtevami, ki jih prinaša določena diagnoza, in lastnimi potrebami ter mejami. Ključno je, da se vsak starš kot posameznik posveti tudi temu, kar ga kot posameznika navdihuje, sprošča, polni s kreativnostjo, energijo in močjo (Juul, 2010).

Otroci in odnos med sorojenci

Otroci v družinah, kjer so prisotne težave v duševnem zdravju, so močno čustveno vpeti v spremenjeno dogajanje znotraj družine (Cooklin, 2011). Posledično se soočajo z veliko čustveno stisko. Otroci pripovedujejo o občutkih zmede, strahu in groze. Včasih čutijo sram, krivdo, se počutijo manjvredne in se nagibajo k socialnemu umiku. Sorojenci govorijo tudi o občutkih zapostavljenosti, nezadovoljenosti lastnih potreb in staršem očitajo, če preveč pozornosti namenjajo zgolj sorojencu s težavami v duševnem zdravju. V odnosu do brata ali sestre s psihiatrično diagnozo sorojenci opisujejo čustva jeze, strahu in zamere. Skrbi jih, da bodo tudi

sami kdaj imeli težave v duševnem zdravju. Nekateri žalujejo za sorojencem, kakršnega so poznali nekoč. Lahko sta prisotna rivalstvo in ljubosumnost. Tovrstna čustva so še bolj izrazita, če so sorojenci zelo vključeni v skrb (Lamovec, 1998).

Otroke je ob sorojencu s težavami v duševnem zdravju sram, pričajo o poslabšanju odnosov s sovrstniki. Zaradi svojih občutkov se počutijo krive in so nenehno razdvojeni (Lefley, 1996). To je močno povezano s stigmo, ki obdaja področje duševnega zdravja. Otroci se lahko soočajo z vrstniškim zasmehovanjem. Otroci se stigmatizirajo, starši pa jim situacije ne pojasnijo dovolj in pred njimi še dodatno skrivajo informacije (Lamovec, 1998). Poznavanje in razumevanje situacije znotraj družine sodita med ključne varovalne dejavnike za otroke. Otroci si znanja želijo in potrebujejo, da se z njimi nekdo pogovori. Potrebujejo, da jim nekdo stvarno in neposredno razloži, kaj se dogaja z družinskim članom s psihiatrično diagnozo. Hkrati pa si želijo tudi priznanje za prispevek v družini ter spoštovanje in upoštevanje znanja, ki ga lahko prispevajo znotraj procesov podpore in pomoči (Cooklin, 2011).

V vsakdanjem življenju otroci v družinah, kjer je prisotna psihiatrična diagnoza, prevzemajo nove vloge. V odnosu do starša lahko prevzamejo zaščitniško, skrbstveno vlogo. Enako se lahko zgodi v odnosu do sorojenca s težavami v duševnem zdravju (Lamovec, 1998). V primeru, da je otrok več, se navadno zgodi, da najstarejši prevzame vlogo starša in prevzame skrbstveno vlogo za mlajše brate in sestre (Lefley, 1996). Osebe s težavami v duševnem zdravju težko prenašajo skrb in nadzor s strani bratov ali sester, še posebno če starši to dodatno spodbujajo. Hkrati pa si želijo, da bi se s sorojenci bolje razumeli in da bi si bili bližje. V dodatni stiski so, ker imajo občutek, da so za svoje brate in sestre vir bolečin in skrbi (Lamovec, 1998).

Pri sorojencih oseb s težavami v duševnem zdravju se po Lefley (1996) pojavljajo trije različni vzorci delovanja. Prvi je vzorec sodelovanja, kjer se sorojenci prostovoljno in aktivno vključujejo v skrb za osebo s psihiatrično diagnozo in sami navezujejo stike s strokovnjaki. Ti sorojenci so osebi v stiski naklonjeni in jo spontano vključujejo v vsakdanja družinska opravila. Drugi vzorec avtorica imenuje posedovanje v krizi. Ta vključuje tiste sorojence, ki pri skrbi sodelujejo zgolj v posebno težkih razmerah. Radi skrbijo za ostale družinske člane in so usmerjeni v realistično reševanje problemov. Pri obeh opisanih vzorcih sorojenci vseeno pogrešajo ustrezno postavljene meje staršev. Osebo s težavami v duševnem zdravju vidijo kot središče družinskega dogajanja. Zadnji vzorec, imenovan umik, pa se nanaša na sorojence, ki se psihično in fizično oddaljijo od

situacije v družini in drugih družinskih članov z namenom, da bi dosegli neodvisnost in da bi se posvetili lastnemu razvoju (Lefley, 1996).

Čeprav sta bližina in podpora svojcev za osebo s težavami v duševnem zdravju zelo pomembni, ima, kakor pravi Lamovec (1998), siljenje k druženju lahko negativen učinek. Sorojenci potrebujejo spodbudo, da najprej izpolnijo svoje razvojne naloge. Življenje z bratom ali sestro, ki ima psihiatrično diagnozo, v času odraščanja namreč vsaj deloma ovira iskanje lastne identitete, brezskrbno druženje z vrstniki, preizkušanje raznih vlog in iskanje poklicne usmeritve. Vpeti so v svet, kjer sta prisotna stigma in strah pred prihodnostjo (Lamovec, 1998). Juul (2010) pa meni, da je življenje z družinskim članom, ki je drugačen, sicer v mnogih pogledih posebno, vendar nič bolj obremenjujoče kot pa življenje znotraj drugih družin, ki imajo prav tako svoje posebnosti. Otroci imajo glede odraščanja v tovrstni družini specifične občutke, meje in potrebe, ki pa jih lahko delijo s starši (Juul, 2010).

Otroci kot tudi sorojenci oseb s psihiatrično diagnozo kljub situaciji znotraj družine lahko odrastejo v produktivne in urejene ljudi. So odpornejši, bolj zreli in dobro razumejo področje duševnega zdravja. Pri tem jim pomagajo njihova osebnost, razvite strategije preživetja, občutek lastne vrednosti, občutek nadzora in pozitiven odnos z odraslo osebo zunaj družine (Lefley, 1996).

1.1.2 Obremenitve, stres in prilagajanje

Raziskava o izkušnjah družinskih članov oseb s težavami v duševnem zdravju (Schen in Van Wijngaarden, 1993) izvedena s 680 družinskimi člani je prepoznala štiri dejavnike obremenjenosti – zaskrbljenost zaradi zdravja in varnosti osebe, napetost zaradi vedenja osebe, izvajanje nadzora nad jemanjem zdravil, tveganim vedenjem in počitkom osebe ter spodbujanje osebe k dejavnosti in skrbi zase (Bouwkamp in Bouwkamp, 2014). Raziskave kažejo, da so psihične obremenitve družinskih članov oseb s težavami v duševnem zdravju dvakrat večje od obremenitev splošne populacije. Hkrati pa so družinski člani ves čas tudi v hudem stresu (Dernovšek, 2018).

Viri stresa

Lamovec (1998) ločuje tri vire stresa, s katerimi se sooča družina osebe s težavami v duševnem zdravju. Prvi izvira iz *stališč družbe*. Gre za družbeni dejavnik, ki lahko vodi v stigmatizacijo, diskriminacijo in izolacijo.

Okolje, v katerem se družina nahaja, vpliva na to, kako bo sprememba znotraj družine stresna za njene člane. Belak (2004, str. 96) pravi, da so osebe s psihiatrično diagnozo in njihove družine stigmatizirane in izolirane znotraj družb, ki ne sprejemajo drugačnosti, niso strpne, tolerantne, razumevajoče in znotraj njih ne prevladuje vzajemno spoštovanje.

Posebno socialna izolacija je lahko hud problem in še dodatno slabša položaj družine, ki bi potrebovala pomoč svoje socialne mreže. Prisotnost psihiatrične diagnoze ima namreč velik vpliv na socialno mrežo družine. Lamovec (1998) pravi, da navzočnost psihiatrične diagnoze pogosto oslabi odnose s prijatelji, sosedi in sorodniki. Belak (2004, str. 96) pa navaja, da ima družina ob nastopu težav v duševnem zdravju družinskega člana tudi sama manj časa za prijatelje in znance, nekateri pa se od nje odvrnejo tudi sami. Dernovšek (2018) ugotavlja, da družine, ki ohranijo stike s svojo socialno mrežo in so o situaciji v družini pripravljene bolj odprto govoriti, doživljajo bistveno manj bremena kot pa tiste, ki so izolirane.

Drugi in precejšnji vir stresa se navezuje na *sistem duševnega zdravja in neustrezen odnos strokovnih služb*, s katerimi družine prihajajo v stik. Svojci pričajo o tem, da od strokovnjakov prejemajo pomanjkljive, nasprotujoče in dvoumne informacije. Premalo je alternativ hospitalizaciji, usposabljanje in načrtovanje dolgotrajne pomoči pa je zanje nedostopno. Svojci se srečujejo tudi s problemi, ki jih prinašajo zapleti s pravnim sistemom, policijo in nepredvidljivimi stroški (Lamovec, 1998).

Sodelovanje z družinami s strani stroke je pomanjkljivo. Mnenja družinskih članov in razna opozorila (npr. glede negativnih učinkov zdravil) so pogosto spregledana in neupoštevana, čeprav ravno oni osebo s težavami v duševnem zdravju dobro poznajo, z njo živijo in so lahko ob sodelovanju s strokovnjaki dober vir informacij (Lamovec, 1998). Družinski člani so v obravnavo pogosto vključeni zgolj pri dopolnitvi anamneze, včasih so vključeni v načrtovanje oskrbe po končani hospitalizaciji, pogosto pa jih osebje vidi bolj kot moteč dejavnik. Družine premalo izvedo o oskrbi osebe s psihiatrično diagnozo, včasih ne izvedo niti, za kakšno diagnozo gre.

Redko so seznanjeni z odločitvami strokovnjakov glede spremembe medikamentozne terapije, premestitve v drug oddelek ter odobritvi ali zavrnitvi izhodov v času hospitalizacije. Dogaja se, da je oseba odpuščena iz bolnišnice, ne da bi se strokovni delavci prej prepričali, ali se bo v domačem okolju lahko poskrbelo zanjo. Stiki med strokovnimi delavci in družino osebe s psihiatrično diagnozo se, razvojno gledano, sicer povečujejo, vendar pa so na tem področju potrebne mnoge izboljšave (Bouwkamp in Bouwkamp, 2014).

Schen in Van Wijngaarden (1993, v Bouwkamp in Bouwkamp, 2014) ugotavljata, da je od svojcev, ki so prejeli strokovno pomoč, velik delež takih, ki so s sodelovanjem zadovoljni in se počutijo razbremenjene. Manjši delež jih je s pomočjo nezadovoljnih, predvsem zato, ker so prejeli pomanjkljive informacije, so bili strokovni delavci slabo dosegljivi in ker so bili redko vključeni v pripravo načrta obravnave osebe s psihiatrično diagnozo. Avtorja ugotavljata tudi to, da je samo trajanje težav v duševnem zdravju izrazito daljše v primerih, ko med družino osebe in strokovnimi delavci ni sodelovanja.

Tretja vrsta stresa, ki ga navaja Lamovec (1998), je *situacijski stres*, ki se nanaša na bivanjske vidike vsakdanjega življenja z osebo s psihiatrično diagnozo. Lefley (1996) kot vira tovrstnega stresa navaja ekonomsko odvisnost osebe s psihiatrično diagnozo in oteženo sposobnost izpolnjevanja družinskih vlog. Prihaja do prekinitve rutin znotraj družinskega življenja kot tudi do nezadovoljenosti potreb ostalih družinskih članov. Stres povečuje tudi prispevek časa in energije, ki ga družinski člani vložijo v skrb za osebo. Družina je deležna manjšega števila socialnih aktivnosti, odnosi zunaj družine pa lahko postanejo šibkejši (Lefley, 1996). Med družinskimi člani, posebno med partnerjema, prihaja tudi do resnih napetosti. V družinah prevladuje čustveni stres, ki je povezan z občutki sramu, krivde, jeze in zaskrbljenosti (Belak, 2004, str. 96-97).

Pri svojcih, ki so dlje časa skrbeli bodisi za otroka bodisi za starša s psihiatrično diagnozo, se pogosto pojavi izgorelost. K temu prispevajo številne težje predvidljive in obvladljive situacije, kot so ponavljajoče se hospitalizacije, obiski strokovnjakov, nespečnost in nočno zbujanje, oteženo opravljanje lastnega dela ter pomanjkanje socialnih stikov in prostega časa. Svojci ne vedo, kaj pričakovati in kaj jih še čaka (Dernovšek, 2018).

Prilagajanje družine

Družinski člani žalujejo – za osebo, kakršna je bila in za izgubo prihodnosti, ki so jo pričakovali. Žalujejo tako svojci kot tudi oseba, ki ji je pripisana psihiatrična diagnoza (Lamovec, 1998; Dernovšek, 2018).

Ob tem, ko se družina odziva na izzive, ki jih prinaša življenje z osebo s težavami v duševnem zdravju, prehaja skozi številne *faze prilagajanja*. Te so neustavljiv in običajen pojav. V prvi fazi pride do zavedanja prisotnosti problema znotraj družine, vendar družinski člani takrat še ne prepoznajo simptomov. Sledi faza, v kateri družinski člani zanikajo možnost tega, da gre za težave v duševnem zdravju. V tretji fazi je družinski član, pri katerem so se pojavile spremembe, označen za osebo s težavami v duševnem zdravju. V četrti fazi ima družina vero v strokovnjake, družinski člani pričakujejo hitro ozdravitev. Sledi faza, kjer se duševna kriza navadno ponovi in družina prepozna kronično naravo stanja družinskega člana s psihiatrično diagnozo. V šesti fazi družina izgubi vero v strokovnjake in se skozi sedmo fazo začne zanašati nase in vzpostavi večje zaupanje v sposobnosti družine. Sledi zadnja faza, ki je skrb za prihodnost (Lefley, 1996).

Restoux (2010) navaja podobne stopnje, skozi katere prehajajo starši otrok z različno telesno in duševno oviranostjo ali diagnozo. V prvi fazi so starši pretreseni in osupli. Novico doživljajo kot strašno in je ne morejo sprejeti. Sledi jeza na zdravnike, ker stanja ne morejo pozdraviti in ne razumejo stiske staršev, jeza na družino, ker bi lahko storila več in jeza na družbo, ker izključuje. V tretji stopnji starši pristanejo na kompromis; pristanejo na diagnozo, ne pa tudi na prognozo. Sledi sprijaznjenje s situacijo. Družina na tej stopnji žaluje, se zapira vase in pogosto prekinja stike z okolico. V zadnji fazi starši sprejmejo resničnost (Restoux, 2010).

Procesi žalovanja se med posamezniki in družinami razlikujejo. To pomeni, da ne bo vsaka družina po enakih fazah doživljala sprememb, ki jih prinese življenje z osebo s psihiatrično diagnozo in na enak način potovala skozi proces prilagajanja nanje. Sodobni avtorji s področja žalovanja (Neymeyer, 2016; Doughty, Wissel in Glorfield, 2011) govorijo o individualiziranem procesu, ki izvira iz različnih kontekstov in je edinstven za vsakega posameznika oz. družino.

Doughty, Wissel in Glorfield (2011) menijo, da fazni modeli, kamor lahko umestim tudi modela prilagajanja družine po avtorjih Lefley (1996) in Restoux (2010) opisana v tem poglavju, zanemarjajo kompleksnost in edinstvenost izkušenj žalovanja. Različni dejavniki, kot so kultura,

izkušnje ter osebnost, vplivajo na to, kako posameznik žaluje. Neimeyer (2016) pravi, da je žalovanje individualiziran proces za vsakega žalujočega. Hkrati je tudi aktivnost, postavljena v določen kontekst (družinski, socialni, kulturni ali zgodovinski), ki jo je možno na različne načine interpretirati in komunicirati. Avtor je kritičen do faznih modelov prilagajanja, saj pravi, da je žalovanje mnogo več kakor prehajanje skozi nujne, vnaprej določene faze. Žalovanje razume bolj kot neke vrste razvojni prehod, ki ga v življenju žalujočega sproži nenadna izguba. Je prehod, ki v posamezniku sproži eksistencialna vprašanja ter pozornost usmeri v osebne prioritete ter psihosocialne potrebe, ki pogosto postanejo razvidne skozi krizne dogodke, kot je izguba (Neimeyer, 2016).

Kadar družina od strokovnjakov ne prejme take pomoči, ki bi jo zares potrebovala, se začne zanašati nase. Poišče oziroma razvije tak način preživetja, ki družinskim članom zagotavlja občutek kompetentnosti in jim zagotovi, da zmorejo preživeti kot družina. Družinski člani se z učinki stresa, ki ga prinese življenje in skrb za osebo s psihiatrično diagnozo, spoprijemajo tako, da razvijejo in uporabljajo razne **družinske strategije**. Pri tem gre lahko za dejavnosti, ki odstranijo ali spremenijo razmere, ki povzročajo stres. Prihaja lahko do spreminjanja pomenov dogodkov, ki situacije prikažejo kot manj stresne. Družinski člani uravnavajo tudi svoje lastne čustvene odzive z namenom, da bi jih lažje obvladali. Družinske strategije so lahko uspešne in koristne v določenih okoliščinah, vendar so lahko tudi škodljive in s seboj prinesejo negativne stranske učinke. To je tudi eden od negativnih vidikov tega, da je družina prepuščena sama sebi in se zanaša zgolj na svoje sposobnosti. Spoprijemanje s težavami je pogosto vezano izključno na preživetje, zapira pa prostor za osebno rast in razvoj družinskih članov in družine kot celote (Lamovec, 1998).

1.2 PODPORA IN POMOČ DRUŽINI

1.2.1 Pomen družine za osebo s težavami v duševnem zdravju

Družinski člani osebe s težavami v duševnem zdravju imajo zelo pomembno vlogo pri prepoznavanju prvih sprememb, ki jih prinesejo težave v duševnem zdravju. Pogosto so prvi, ki na spremembe opozorijo in poiščejo strokovno pomoč (Belak, 2004. str. 98; Pišl, 2009, str. 450). Pravočasno reševanje težav in ustrezna terapija sta zelo pomembna v procesu premagovanja težav v duševnem zdravju, kar je ugodno tako za človeka, ki jih ima, kot tudi za njegove bližnje (Belak, 2004, str. 98).

Bouwkamp in Bouwkamp (2014) prepoznavata družinske člane osebe kot pomembne zaveznike in sodelavce pri soustvarjanju rešitev v procesu podpore in pomoči. Prepoznavata tudi njihovo pomembno vlogo pri skrbi za osebo, njenem okrevanju in vpliv družine na sam potek težav v duševnem zdravju. Avtorja opisujeta naslednje funkcije družine za osebo s psihiatrično diagnozo:

- Družina je pomemben vir informacij in lahko pomaga pri postavljanju ustrezne diagnoze. Človeka s težavami v duševnem zdravju namreč najbolje pozna in ima bogate izkušnje glede ravnanja z njim. Dobro pozna tudi jezik, ki ga človek uporablja in tako lažje kot strokovnjak razume, kaj želi oseba povedati.
- Družina je lahko vir motivacije za osebo, pri iskanju pomoči zase, jemanju zdravil in pri privolitvi v prostovoljno hospitalizacijo.
- Družina je lahko vir okrevanja, saj je osebi najbližje. Družina si želi dobrih in varnih odnosov ter se je pripravljena angažirati in čustveno podpirati, kar pozitivno vpliva na potek in izid duševne stiske. Družinski člani so se tudi zmožni naučiti ustvariti tako okolje, kjer bodo zadovoljevali potrebe drug drugega.
- Družinski člani so vir podpore, saj pogosto prevzamejo in dolgo vzdržujejo vlogo neformalnega oskrbnika. V času duševne krize je družina mogočen zaveznik. Znotraj družine, kjer so odnosi dobri, družinski člani hitro prepoznajo opozorilne signale in so pristno zavzeti za akcijo. So nepogrešljivi pri preprečevanju hospitalizacije. Imajo pomembno funkcijo pri zagotavljanju osnovnih potreb, kot so kuhanje hrane, čiščenje, razporeditev aktivnosti in skrb pri jemanju zdravil. Hkrati so naučeni, kako shajati z nenavadnim in nepredvidljivim vedenjem osebe s psihiatrično diagnozo. Ustrezno sodelovanje strokovnjakov z družino pa ne sme zgolj izkoristiti te funkcije, temveč mora znati ceniti prispevek družine in jo podpreti na način, da se družinski člani ne bodo izčrpali, osebi s težavami v duševnem zdravju pa bo uspelo prevzeti odgovornost za svoje življenje.
- Družina ima lahko vpliv tudi pri nastanku, ohranjanju ali poslabšanju težav v duševnem zdravju posameznika. Družinski člani se pogosto nezavedno poslužujejo vedenja, ki škodi, zato je izrednega pomena, da se z družino sodeluje in da se tovrstne vzorce delovanja v procesu podpore in pomoči ubesedi. Tako lahko družinski člani dobijo priložnost, da prevzamejo odgovornost za svoj delež v nastali situaciji in raziščejo, kako lahko prispevajo k zelenim rešitvam (Bouwkamp in Bouwkamp, 2014).

1.2.2 Potrebe družine ter oblike podpore in pomoči

Potrebe družinskih članov

Kelavić (2007) je v svoji raziskavi o potrebah svojcev ugotovila, da svojci najpogosteje izražajo potrebo po čustveni razbremenitvi. Svojci, ki z osebo živijo v skupnem gospodinjstvu, pogosteje izražajo potrebo po tem, da bi imeli več prostega časa. Želijo si več pomoči s strani psihologov, psihoterapevtov in socialnih delavcev. Od njih zahtevajo boljšo informiranost glede zdravil in oblikah podpore in pomoči, ki so na voljo osebam s psihiatrično diagnozo. Želijo si tudi organiziranih izobraževanj s področja duševnega zdravja, najredkeje pa izražajo potrebo po prejemanju finančne pomoči (Kelavić, 2007).

Družinski člani oseb s težavami v duševnem zdravju si predvsem želijo več znanja. Posebno v procesu zdravljenja in rehabilitacije si želijo, da bi vedeli več o težavah v duševnem zdravju, medicinskih posegih in zdravljenju. Želijo si več znanja o družinski dinamiki, odnosih in čustvih. Poznati želijo, kako lahko zaščitijo svojca s težavami v duševnem zdravju, kako obvladovati njegovo vedenje in stresne dejavnike. Potrebujemo informacije o tem, kje lahko izmenjujejo skupne skrbi in izkušnje ter kam se lahko obrnejo po zunanjo pomoč. Zanima jih, kaj storiti v primeru, da imajo tudi finančne težave. Več želijo vedeti tudi o temah kot so sprejemanje, komunikacija, stigmatizacija in samomor (Smrdu, Belak in Švab, 2015, str. 52).

Smrdu, Belak in Švab (2015, str. 52–53) predstavljajo še naslednje ugotovitve glede želja in potreb. Družine bolj kot terapevtsko obravnavo potrebujejo konkretno in vsakdanjo pomoč pri reševanju težav. Želijo, da bi službe s področja duševnega zdravja več virov namenjale nepretrgani podpori, ki bi potekala na domovih oseb s težavami v duševnem zdravju. Družine zagotavljajo velik delež skrbi za osebe, zato od države pričakujejo več finančne pomoči v obliki socialnih podpor, davčnih olajšav in varstvenih dodatkov. Od strokovnih delavcev pričakujejo spoštljiv in strokoven odnos, podporo ter zaupanje. Želijo si organizacijo služb, ki bi zastopale potrebe oseb s težavami v duševnem zdravju in njihovih družinskih članov. Želijo pa si tudi ustanavljanje in vzdrževanje služb, ki bodo izboljšale kakovost življenja oseb s psihiatrično diagnozo in razbremenile tiste, ki zanje skrbijo (Smrdu, Belak, Švab, 2015, str. 52–53).

Obstoječe storitve in oblike dela z družino

Dejavnosti, ki so namenjene družinam oseb s psihiatrično diagnozo, se delijo v dve skupini. Prva skupina so strokovno vodene dejavnosti, ki jih navadno organizira psihiatrična stroka. Druga skupina pa zajema dejavnosti, ki jih svojci organizirajo sami in potekajo zunaj psihiatrije (Lamovec, 2006).

Različne oblike podpore in pomoči družinam v Sloveniji potekajo v skupnosti in znotraj ustanov. Ustanove, ki dejavnosti izvajajo, so zdravstveni domovi, centri za socialno delo, psihiatrične bolnišnice, ambulate v okviru psihiatričnih bolnišnic, nevladne organizacije in zasebni specialisti s področij psihiatrije, klinične psihologije in psihoterapije (Oreški, Dernovšek in Hrast, 2012). Mreža skupnostne oskrbe, ki jo zagotavlja država, je pri nas šibka in zato večino dejavnosti, vezanih na varovanje duševnega zdravja na državni ravni, izvajajo psihiatrične bolnišnice. Poleg njih je pomoč dostopna tudi v skupnosti preko psihiatričnih in psihoterapevtskih storitev, v obliki samostojnih stanovanj in stanovanjskih skupin, dnevnih in izobraževalnih centrov, zagovorniških služb ter organizacij uporabnikov in svojcev. Nevladne organizacije pa so tiste, ki v skupnosti zagotavljajo najbolj uspešne in kakovostne storitve (Belak, 2012).

Nevladne organizacije družinam oseb s težavami v duševnem zdravju pomagajo v obliki informiranja, načrtovanja pomoči, svetovanja in osebne pomoči. Sodelujejo tako s pari kot tudi celotnimi družinami, pri čemer se posvetijo prepoznavanju in opredeljevanju težav, ki so morda nastale v medsebojnih odnosih. Družinskim članom pomagajo pridobiti znanja, ki pomagajo pri razreševanju nastalih težav in krepitvi zaveznitva med partnerjema. Spodbujajo negovanje zdravega in varnega domačega okolja kot tudi skupno premagovanje težav v duševnem zdravju. V primeru hospitalizacije svojca s težavami v duševnem zdravju nevladne organizacije z družino sodelujejo tako v času pred hospitalizacijo kot tudi ob vrnitvi osebe v domače okolje. Takrat z družinskimi člani sodelujejo pri načrtovanju aktivnosti, obvladovanju kriznih situacij in pri načrtovanju kriznega tima za primer, da se duševna kriza v domačem okolju ponovi (Oreški, Drnovšek in Hrast, 2012). Uspešnost oziroma pomanjkljivost praks nevladnih organizacij je povezana predvsem z usposobljenostjo izvajalcev programov, njihovimi finančnimi sredstvi, vloženim delom prostovoljcev in drugimi dejavniki (Smonker, 2007).

Delo z družino torej poteka na institucionalni in skupnostni ravni, storitve pa se lahko med seboj tudi prekrivajo. Pomoč in podpora je dostopna v različnih oblikah, ki jih bom na kratko opisala. Ena izmed oblik je *družinska terapija*, ki se izvaja s posamezno družino in v skupinah (Švab, 2006). Njen cilj je ustvariti takšno okolje v družini, ki bo povečalo kakovost življenja osebe s težavami v duševnem zdravju in ostalih družinskih članov (Lamovec, 2006), preko dela na boljši komunikaciji in razreševanju konfliktov med člani (Švab, 2006). Nekatere družine, ki želijo skozi bolj poglobljen pristop izboljšati kakovost svojega življenja na osebni in medosebni ravni, se odločijo za *psihoterapijo*. Širše gledano gre tu za obliko in način strokovne pomoči, ki vključuje uporabo različnih metod. Poznamo različne smeri ali pristope psihoterapije, njen namen pa je preko pogovora in izvajanja različnih dejavnosti pomagati svojcem, da se bodo lažje spoprijeli z življenjskimi izzivi in naslovili njihove stiske (Oreški, Dernovšek in Hrast, 2012).

Pomembna oblika pomoči so *skupine za samopomoč*, kjer si svojci oseb s psihiatrično diagnozo lahko izmenjujejo izkušnje, informacije in se vzajemno čustveno podpirajo. Pozornost namenjajo različnim temam, s katerimi se soočajo, pri čemer jim včasih pomaga tudi strokovnjak (Lamovec, 1998). V skupinah člani lahko oblikujejo nova poznanstva in pridobijo zaveznike. Znotraj skupin za samopomoč se preko izmenjave znanja in informacij člani učijo spopadati s problemi. Mnogi svojci so namreč postali pravi eksperti pri obvladovanju različnih težav in so pripravljeni svoje izkušnje tudi deliti. Člani en drugega seznanjajo tudi s pravicami svojcev in oseb s psihiatrično diagnozo, z novostmi na področju duševnega zdravja, z aktualnimi informacijami o mrežah služb in delu strokovnjakov (Oreški, Dernovšek in Hrast, 2012).

V kombinaciji z družinsko terapijo ali sodelovanjem v skupini za samopomoč poteka tudi informiranje svojcev oz. *psihoedukacija*. Ta je namenjena seznanitvi družine z značilnostmi težav v duševnem zdravju, na primer o njihovem poteku, simptomih in doživljanju, ki jih spremlja. Družina dobi informacije, ki jo zanimajo, na primer o učinkovanju zdravil, njihovih stranskih učinkih in ustreznem odzivanju na spremembe (Lamovec, 2006). Psihoedukacija se izvaja individualno in skupinsko, vanjo pa je vključen tako človek s psihiatrično diagnozo kot tudi njegova družina (Valič in Bensa, 2015, str. 76). Nekateri programi psihoedukacije pozornost posvečajo tudi vprašanju uspešnega sporazumevanja, postavljanja meja, izražanja čustev, sklepanja dogovorov in spoprijemanja s stresom (Lamovec, 1998).

Nekateri svojci in skrbniki oseb s težavami v duševnem zdravju aktivno sodelujejo med seboj tako, da se povezujejo v *organizacije svojcev*. Samostojno ali v sklopu nevladnih organizacij ustanavljajo društva, združenja, odbore in forume. Njihov namen je ustvariti priložnosti za druženje, izmenjavo informacij in nudenje medsebojne pomoči. Cilj organizacij svojcev pa je tudi sodelovanje s stroko z namenom vplivanja na spremembo zakonodaje (Belak, 2004, str. 100). Tovrstne organizacije so imele posebno pomembno vlogo pri doseganju sprememb na področju sodelovanja med stroko in družinami oseb s težavami v duševnem zdravju, tako da so opozarjali na odnose strokovnjakov in se izpostavljali znotraj družbe, v kateri so bili nevidni (Lamovec, 2006).

Posebno bi poudarila *odprte dialoge* - psihosocialni skupnostni pristop zasnovan na Finskem v osemdesetih letih 20. stoletja. Osebam s težavami v duševnem zdravju se pomoč največkrat nudi na domu in vključuje sodelovanje s socialno mrežo osebe. Odgovornost za proces podpore in pomoči vedno nosi ista skupina strokovnjakov, katerih cilj je vzpostaviti dialog, ki bo udeležencem projekta pomagal ubesediti lastne izkušnje. Pristop se je izkazal za uspešnega, saj prispeva k zmanjšanju potrebe po dolgotrajni hospitalizaciji in uporabi nevroleptikov. Pristop prispeva tudi k zmanjšanju simptomov težav v duševnem zdravju in k redkejšim ponovitvam duševne krize, kar je osebam s psihiatrično diagnozo pomagalo pri ohranjanju zaposlitve. V primerjavi z drugimi oblikami pomoči je več poudarka na sodelovanju z družino, saj se sestanke z družino organizira pogosteje (Seikkula idr., 2003).

Pristop temelji na sedmih načelih delovanja.

1. Takojšnja zagotovitev pomoči – prvo srečanje se organizira v štiriindvajsetih urah po tem, ko uporabnik, njegov svojec ali napotitvena agencija stopi v stik s psihiatrično kliniko.
2. Povezanost s socialno mrežo – k prvemu srečanju so poleg uporabnika vedno povabljeni še njegova družina in druge pomembne osebe v uporabnikovi socialni mreži, da se pomoč zasnove tako za uporabnika kot za njegove bližnje.
3. Fleksibilnost in mobilnost – odzivi pomagajočega so prilagojeni potrebam vsakega posameznega primera. Okvir sodelovanja se prilagaja glede na intenzivnost in trajanje težav v duševnem zdravju. Ob strinjanju vseh udeležencev srečanja potekajo na domu uporabnika.

4. Odgovornost – kdor prvi pride v stik z uporabnikom, prevzame odgovornost za organiziranje prvega sestanka z njim in njegovo družino. Odgovornost za preostanek sodelovalnega procesa pa nosijo vsi strokovnjaki, ki so v njem udeleženi.
5. Psihološka kontinuiteta – tim strokovnjakov je odgovoren za proces toliko časa, kolikor je treba, tako znotraj kot zunaj bolnišnice. Na srečanja z uporabnikom so vedno povabljeni tudi člani njegove socialne mreže.
6. Toleranca do negotovosti – strokovnjaki skušajo aktivno sodelovati z vsemi udeleženi na način, ki krepi toleranco do situacije, za katero ni končne, predpisane rešitve. Gradijo odnos z uporabnikom in njegovo socialno mrežo, v katerem se lahko vsi počutijo varno. Korake in potek procesa pomoči načrtujejo skupaj, upoštevajoč želje udeleženi.
7. Dialoškost – na prvem mestu je pristop usmerjen v spodbujanje dialoga, na drugem pa k spodbujanju sprememb v življenju osebe s težavami v duševnem zdravju in njene družine. Dialog je prostor, ki pripomore, da družina in uporabnik dobijo priložnost za krepitev občutka moči in smisla v svojem življenju, tako da odprto razpravljajo o problemih in težavnih situacijah, ki jih prinesejo težave v duševnem zdravju (Seikkula idr., 2003).

1.2.3 Socialno delo z družinami oseb s težavami v duševnem zdravju

Soustvarjanje procesov podpore in pomoči

Na področjih dela z ljudmi, ki zajema tudi področje duševnega zdravja, razlikujemo dva modela obravnave – medicinski model in socialni model (Coppock in Dunn, 2010; Flaker, 2012).

Medicinski model, prevladujoč na področju duševnega zdravja, se osredotoča na "patološke simptome" v vedenju in čustvovanju ljudi (Coppock in Dunn, 2010). Z drugimi besedami, kakor to opiše Škerjanc (2006), medicinski model obravnava posameznika in njegove pomanjkljivosti. Razlikuje, kaj pri človeku ne deluje in na kakšen način odstopa od družbenih norm. Človeka vidi kot tistega, ki nosi odgovornost za svojo drugačnost in za prilagajanje skupnosti, da bi lahko živel kakovostno življenje (Škerjanc, 2006). Kot odgovor na posameznikove značilnosti, ki odstopajo od norm, se na podlagi medicinskega modela posamezniku določi psihiatrična diagnoza in predlaga zdravljenje (Coppock in Dunn, 2010). Skozi to pa se sistematično prezrejo spretnosti, talenti, sposobnosti in vsestranski prispevek ljudi k skupnosti (Škerjanc, 2006).

V socialnem delu ciljamo k ravnanju na podlagi socialnega modela. Ta temelji na razlagi, da težave v duševnem zdravju lahko sprožijo življenjski dogodki, kot je izoliranost, nasilje, izguba ali smrt bližnjega. Sprožijo pa jih lahko tudi občutki nemoči, neenakosti in zatiranja, ki so povezani s socialnimi dejavniki, kot so rasa, družbeni razred, etničnost, spol, spolna usmerjenost, starost, oviranost itd. (Coppock in Dunn, 2010). Težava se torej ne nahaja v posamezniku, njegovem telesu ali umu, temveč v tem, kako deluje določena skupnost, ki vzdržuje fizične ovire, predsodke, stališča in ideale. Ti dejavniki lahko vodijo v družbeno izključenost tistih, ki merilom določene družbe ne ustrezajo (Škerjanc, 2006), kar pa še dodatno povečuje stisko oseb s težavami v duševnem zdravju in njihovih družin. Socialni model, kakor pravita Coppock in Dunn (2010), reševanje težav v duševnem zdravju pojmuje širše kot zgolj zdravljenje simptomov, saj prepozna pomembnost življenjskega konteksta posameznika. Poudarjata, da to ne pomeni, da model zavrača prispevek psihiatrije in zdravil, temveč zgolj opozarja na možne alternativne perspektive na področju duševnega zdravja. Bamford (2006, v Coppock in Dunn, 2010) dodaja, da mora biti praksa socialnega dela usmerjena k opozarjanju na pomanjkljivosti uporabe tradicionalnega medicinskega modela in sočasnemu prizadevanju za večjo socialno vključenost ljudi.

V stroki socialnega sodelujemo z družinami, ki se vedno znova soočajo s številnimi izzivi. Naša odgovornost in dolžnost je, da z družinami soustvarimo ustrezne načine pomoči, kar je tudi osrednji fokus socialnega dela z družino. Včasih moramo vzpostaviti stik s člani družine, ker so potencialni vir podpore in krepitve moči za posameznika. Družinam pomagamo pri doseganju sprememb, ki jih same ne zmorejo. Raziskujemo, mobiliziramo ali ustvarimo podporo institucij v skupnosti družine in njeni socialni mreži. Moramo pa tudi posredovati, kadar je treba obvarovati posameznika pred njegovo družino ali pa družino pred posameznim družinskim članom (Čačinovič Vogrinčič, 2016, str. 22–23).

Bamford (2006, v Coppock in Dunn, 2010) prepozna pomembno vlogo socialnih delavcev na področju duševnega zdravja, ki združuje strokovne vrednote, trud pri zagotavljanju socialne pravičnosti ter partnerstvo z uporabniki psihiatričnih storitev in njihovimi bližnjimi. Foster (2005, v Coppock in Dunn, 2010) opozarja na pomembnost znanja, razvitega v socialnem delu, ki nam omogoča, da med sodelovanjem spoznavamo specifične potrebe družin oseb s težavami v duševnem zdravju in upoštevamo njihov celotni življenjski kontekst. Razumemo, da

premagovanje duševne stiske obsega več kot zgolj zdravljenje. Doseganje najmanjših zelenih izidov dodatno spodbujamo s poslušanjem pomembnih zgodb družinskih članov. V zgodbah znamo prepoznati in osvetliti, kar je pozitivno in je ostalo spregledano. Najbolj pomembno je, da družinske člane oseb s težavami v duševnem zdravju prepoznavamo kot eksperte iz izkušenj. To pomeni, da spoštujemo in uporabimo znanje, ki ga družina podeli z nami (Foster, 2005 v Coppock in Dunn, 2010), hkrati pa v soustvarjalni proces povežemo vse, ki so lahko udeleženi v spremembi, ki bi družini pomagala sprejeti izzive, rešiti stiske in uresničiti svoje možnosti (Čačinovič Vogrinčič, 2016, str. 23).

Sodobno socialno delo temelji na paradigmi socialnega konstrukcionizma, ki nas usmerja k participaciji, partnerstvu, vzajemnosti ter upoštevanju glasu vseh udeležениh v rešitvi. Ta epistemološka drža nas zavezuje h kritičnemu prevpraševanju predpostavk, ki so lahko družbeno, družinsko ali individualno konstruirane. Zavezuje nas k vnašanju tovrstnih predpostavk v kontekst socialnega dela, k njihovi dekonstrukciji ter soustvarjanju alternativnih pomenov znotraj dialoga s sogovorniki, novi pomeni pa lahko vodijo k novim, zelenim izidom. Socialni konstrukcionizem opominja na pomembnost demistifikacije vloge pomagajočega (Šugman Bohinc, 2016). To pomeni, da mora sodobna vloga socialne delavke temeljiti na osebni zavzetosti za ljudi ter podpori pri ustvarjanju zelenih sprememb – temeljiti mora na konceptu spoštljive in odgovorne zaveznice. Naša naloga je tekom sodelovanja prispevati k uporabnikovim izkušnjam spoštovanja, dostojanstva in upoštevanja. Pomoč mora temeljiti na krepitvi moči sogovornika, k čemur pa pripomore tudi dodaten razvoj jezika v socialnem delu, ki nas podpira pri uporabi besed, ki dodajajo moč in ne razvrednotijo sogovornika (Mešl in Kodele, 2016b).

Za izvajanje strokovno kompetentnega socialnega dela z družino moramo dosledno uporabljati sodobne teoretične koncepte ter jih reflektirati skozi prakso (Mešl, 2010). V procesih socialnega dela moramo najprej vzpostaviti in tekom sodelovanja vzdrževati delovni odnos, ki nas podpira in usmerja pri ravnanju. Začnemo z ritualnim vabilom k sklenitvi dogovora o sodelovanju, s katerim se pridružimo družini, ubesedimo način dela, zagotovimo odprt in varen prostor za sodelovanje ter opredelimo vloge vseh udeležениh v rešitvi. Sledi vabilo vsakemu, da opredeli svojo instrumentalno definicijo problema (Lüssi, 1991), kjer se posvetimo tudi raziskovanju možnih prispevkov k rešitvi. Med pogovorom se opiramo še na element osebnega vodenja (Vries in Bouwkamp, 2002), ki nas podpira, da tukaj in zdaj ravnamo osebno in konkretno. Pri

pogovoru sporočila jemljemo resno, smo navzoči, se odzivamo pristno in empatično. Prispevamo k izkušnji spoštovanja in dostojanstva, ki uporabnika popelje k alternativnemu odkrivanju lastnih virov moči. V pomoč so nam še koncept etike udeležnosti (Hoffman, 1993), Saleebeyev (1997) koncept perspektive moči in Rosenfeldov (1993) koncept znanja za ravnanje (povzeto po Čačinovič Vogrinčič in Mešl, 2019; Čačinovič Vogrinčič, Kobal, Mešl in Možina, 2011).

V zgoraj opisanem delovnem odnosu soustvarjamo izvirne delovne projekte pomoči (Čačinovič Vogrinčič in Mešl, 2019), ki predstavljajo vsakič znova soustvarjene želene izide z družino. *Izvirno* se predstavlja odzivanje na posebnosti in drugačnost vsake družine, s katero sodelujemo. *Delovno* se nanaša na jezik, ki ga uporabimo, da na preprost in konkreten način ubesedimo deleže udeleženih v rešitvi, sočasno se nanaša tudi na sodelovanje, ki vsebuje aktivnosti, ki jih izvajamo iz srečanja v srečanje. *Projekt* pa se nanaša na določen čas, ki je usmerjen k doseganju dobrih izidov. V projekte zapisujemo vsake minimalne ugotovljene spremembe in premike proti možnim rešitvam kot tudi s konkretne naloge in aktivnosti, ki nas do njih lahko pripeljejo. Izvirni delovni projekti potekajo na dveh ravneh socialnega dela z družino. Na prvi ravni skrbno zbiramo instrumentalne definicije vseh udeleženih v rešitvi in formulacije možnih prispevkov vsakogar. Hkrati že delamo v smeri mobilizacije virov za uresničevanje možnih rešitev. Na drugi ravni pa raziskujemo raven odnosov med družinskimi člani in spremembe, ki se tam lahko zgodijo (Čačinovič Vogrinčič, 2016, str. 24-26).

K socialnemu delu z družino na drugi ravni Čačinovič Vogrinčič (2016, str. 27) umešča koncepta razvidnosti in ozaveščenosti. O razvidnosti je mogoče govoriti takrat, ko se odkriva in poimenuje psihodinamične procese v družini ter so se udeleženi pripravljeni s spoznanim aktivno soočiti. Opisanemu pojmu razvidnosti je dodan pojem ozaveščenosti (Skynner, 1997), ki pomeni mobilizacijo za spremembe in aktivno iskanje odgovorov zase v stiski. Več ozaveščenosti, kot zmore družina, bolje se bo odzivala na različne izzive (Čačinovič Vogrinčič, 2016, str. 27-28).

V socialnem delu pojem razvidnosti povezujemo s konceptom znanja za ravnanje, ki nas opolnomoči, da bogastvo psihologije družine uporabimo pri soustvarjanju zelenih izidov zanjo, hkrati pa nas vodi, da strokovno znanje skozi pogovor podelimo tudi z družino samo, kakor to opišeta Čačinovič Vogrinčič in Mešl (2019). Čačinovič Vogrinčič (2016, str. 28-29) kot uporabne koncepte pri raziskovanju razvidnosti in ozaveščenosti navaja naslednja znanja in koncepte: znanje o komunikacijskih vzorcih (Satir, 1995), značilnosti družine, ki zmore spremembe

(Skynner in Cleese, 1997), danosti človekovega življenja (Yalom, 2002), zaveznitvo med staršema in varovanje generacijskih razlik (Lidz, 1971), raziskovanje družinskih konfliktov (Richter, 1972), sposobnost za konflikt (Mertens, 1974), vzorce interakcij med starši in otroki (Bouwkamp in Bouwkamp, 2014) in koncept spoštovanja otroštva (Loreman, 2009). Čaćinovič Vogrinčič in Mešl (2019) dodajata še druge pomembne teme, kot so znanja o družinskih potekih, družini kot mali skupini ter koncept odpornosti, ki nas podpre v razumevanju odkrivanja in krepite virov moči družine.

Našteto strokovno znanje o procesih in družinskem nam pomaga ravnati s kompleksnostjo družine. Kompleksnost si lahko predstavljamo kot prepletenost tem, ravni in realnosti, s katerimi se družina in socialna delavka srečujeta v procesih soustvarjanja rešitev. Kompleksnost zajema družinski življenjski potek kot tudi družinsko strukturo. Zajema socialno delo na dveh ravneh ter upošteva družbeni in kulturni kontekst družine. Posveča se družini kot celoti, posamezniku v njej ter mestu, ki ga ima določena družina v skupnosti ob hkratnem upoštevanju institucionalnega konteksta, ki sodoloča način sodelovanja z družino. Raziskovanja vseh naštetih tem se socialna delavka loti med sodelovanjem z družino, tako da se približa vsakemu družinskemu članu in se posveti spoznavanju njihovih specifičnih osebnostnih in odnosnih nalog znotraj družine (Čaćinovič Vogrinčič in Mešl, 2019).

Izvirni delovni projekti podpore in pomoči v soustvarjalnem procesu družino poveže s skupnostjo, ki je lahko pomemben vir moči. To pomeni, da družino povežemo z različnimi ustanovami v skupnosti, delovnimi mesti, zdravstvenimi ustanovami, nevladnimi organizaciji in seveda z neformalnimi socialnimi mrežami (Čaćinovič Vogrinčič, 2016, str. 25). Kadar govorimo o družinah s številnimi izzivi, kjer se tekom sodelovanja odpirajo številni problemi, ki se med seboj tudi prepletajo, je vključevanje skupnosti v soustvarjalni proces ključnega pomena. To so družine, ki se nenehno srečujejo z notranjimi in zunanjimi stresorji, ki so lahko povezani s težkimi življenjskimi razmerami (Čaćinovič Vogrinčič in Mešl, 2019). Srečujejo se s slabim gmotnim stanjem, težko zaposljivostjo in brezposelnostjo ter posledično z revščino. Številni psihosocialni problemi se prepletajo tudi z zdravstvenimi težavami družinskih članov. Različne družinske situacije vplivajo tudi na otroke, ki se pogosto soočajo z vzgojnimi in učnimi težavami. Kompleksni problemi lahko preobremenijo družinske člane, poslabšajo njihove medsebojne odnose in oslabijo socialno mrežo družine. Za tovrstne družine je pogosto značilno tudi to, da je

sistem pomoči zanje močno razdrobljen – z družino sodeluje večje število različnih strokovnjakov, ki z njo sodelujejo izključno na posameznem področju. Iz tega vidika je doseganje zelenih sprememb oteženo, saj je vsak strokovnjak usmerjen zgolj na lastno področje (Mešl in Kodele, 2016a, str. 43–44). Tudi družine oseb s težavami v duševnem zdravju so družine, ki se soočajo z izzivi, ki jih opisujeta avtorici. Izkušnje tovrstnih družin sem natančneje opisala že v preteklih poglavjih.

Številni avtorji (Belak, 2004; Bouwkamp in Bouwkamp 2014; Flaker, 1995; Seikkula idr., 2003) prepoznajo prednosti skupnostnih oblik bivanja za osebe s težavami v duševnem zdravju. Flaker (1995) govori o stanovanjskih skupinah in družinski skrbi ter poudari pomembno vlogo socialnih delavcev pri organizaciji ter vodenju oblik sodelovanja, ki potekajo v skupnosti.

Ko govorimo o skupnostni skrbi, ločujemo skrb, ki poteka v skupnosti in skrb, ki jo zagotavlja skupnost. Prva se nanaša na skrb, ki jo zagotavljajo in financirajo država ter zasebne in nevladne organizacije. Druga pa se nanaša na skrb, ki jo osebi zagotavlja družina, prijatelji, sosede in prostovoljci (Coppock in Dunn, 2010). Vključevanje v skupnost pomembno vpliva na preprečevanje segregacije ter večanje kvalitete življenj oseb s psihiatrično diagnozo. S tem, ko aktiviramo tudi skupnost, da bi dosegli opisane cilje, ji damo tudi možnost spremeniti odnos do težav v duševnem zdravju (Flaker, 1995).

Avtorja Coppock in Dunn (2010) pa opozarjata tudi na vlogo socialnega dela pri prepoznavanju problematike skupnostne skrbi. Skupnostna skrb je, kot sicer pomemben premik na področju duševnega zdravja, ustvarila nova vprašanja in ovire. Večino skupnostne skrbi namreč izvajajo tako imenovani nevidni oskrbovalci, med katerimi prevladujejo ženske (Coppock in Dunn, 2010), katerih potrebe pa so pogosto spregledane (Belak, 2004). Menim, da bi osebe, ki izvajajo skupnostno skrb, lažje podprli, če bi z njimi tesneje sodelovali. Čaćinovič Vogrinčič in Mešl (2019) v svojem delu opisujeta model sodelovanja z družinami s številnimi izzivi v skupnosti. Gre za pomoč, ki se izvaja na domovih ljudi in v delovne projekte vključi tudi vire moči v skupnosti. Poudarjata, da ni tako pomembno, katere oblike pomoči izvajamo, temveč kako – pomemben je odnos socialne delavke (Čaćinovič Vogrinčič in Mešl, 2019), kar podrobno opisuje tudi Madsen (2007), kot odnos spoštljive in odgovorne zaveznice.

Za konec opisa soustvarjanja procesov podpore in pomoči v socialnem delu z družino bom na kratko opisala še osrednji prostor, v katerem se ta proces odvija – pogovor. Čaćinovič Vogrinčič in Mešl (2019) pišeta o sodelovalnih pogovorih, ki jih opredelita kot dragoceni prostor v sedanjosti, kjer se soustvarjanje s sogovorniki zgodi in doživi. Pogovori v socialnem delu so hkrati delovni in raziskovalni, saj preko njih udejstvujemo znanje in koncepte socialnega dela v jeziku, ki zagotovi instrumentalno definicijo problema in skupno raziskovanje možnih rešitev. Pri občutljivem in potrpežljivem podpiranju sogovornikov, da sami ubesedijo lastne odločitve in razumevanje, se pri pogovorih z družino opiramo na tri faze. Prva faza se vedno začne s pozdravom in klepetom. Preden se lotimo dela, je treba vzpostaviti delovni odnos, kot tudi vsakič znova skleniti dogovor o sodelovanju, ki ga prilagajamo poteku sodelovanja. V drugi fazi se posvečamo delu na instrumentalni definiciji problema, kar pomeni, da se posvečamo raziskovanju stvarnosti in virov sogovornikov, povzemamo dosedanja spoznanja in odkritja potencialnih rešitev. Delamo na instrumentalni definiciji problema, skupaj s sogovorniki raziskujemo rešitve in vire ter povzemamo dosedanja spoznanja in odkritja. To vedno počnemo iz perspektive moči, v jeziku socialnega dela. Pogovor zaključimo v tretji fazi, kjer sprejemamo dogovor o tem, kar smo tekom pogovora sklenili in dogovor o nadaljnjem delu, ki ga načrtujemo za naslednje srečanje (Čaćinovič Vogrinčič in Mešl, 2019).

V socialnem delu si pomagamo z različnimi modeli pogovora, ki jih uporabimo glede na posebnosti vsake družine, s katero sodelujemo. Eden od modelov je pogovor, ki pripomore, da človek ali družina samega sebe bolje razume (Heimler, 1975). Z njim smo usmerjeni k boljšemu razumevanju in samorazumevanju sogovornikov, ki so udeleženi v problemu ter formulaciji zanje pomembnih ciljev in odkrivanju virov moči za njihovo uresničitev. Pomagamo pa si lahko še z dvema vrstama pogovora po Bouwkamp (1995) - prvi, v soustvarjanje rešitev usmerjen pogovor, je dragocen v situacijah, kadar smo s sogovorniki ustvarili dogovor o možnem izidu, vendar rešitve ni. V tovrstnem primeru je morda prišlo do motnje v komunikaciji med sogovornikom in socialno delavko ali pa je potrebno dodatno delo na odnosu med njima. Drugi tip pogovora, v nadaljevanje pogovora usmerjen pogovor, pa nas podpre, kadar sogovornik težko sodeluje z nami zaradi predhodnih težkih življenjskih izkušenj. To so pogovori, ki zagotavljajo toliko časa, kolikor je treba, da se oseba v delovnem odnosu počuti pripravljena za sodelovanje z nami (Čaćinovič Vogrinčič, 2008).

Cilji, načela in uspešnost sodelovanja z družino

Končni cilj sodelovanja z vsako družino in njenimi člani je raziskati in soustvariti boljše pogoje za življenje posameznika znotraj družine ali zunaj nje (Čačinovič Vogrinčič, 2016, str. 23). Lamovec (2006) kot cilja, ki to omogočata, prepoznava v nujenju praktične pomoči družinskim članom pri reševanju problemov in spodbujanju sprememb, ki ustvarjajo ugodnejše vzdušje. Zadnje obsega delo na vedenju, ki ga družinski člani doživljajo kot moteče ter povečanje kakovosti njihovih življenj. Avtorica dodaja, da s tem, ko dosežemo enega od ciljev, omogočimo premik k drugemu.

Dobro sodelovanje z družino lahko prispeva k temu, da strokovni delavci in družina osebi s težavami v duševnem zdravju nehotе ne odvzamejo samostojnosti in identitete. Gre za sodelovanje na način, ki osebi s psihiatrično diagnozo pomaga pri spoznavanju omejitev, a ne zanemari močnih točk osebe in njene družine. Sodelovanje podpira, da se oseba nauči prevzemati odgovornost za svoje življenje in vedenje ter poiskati pomoč in varnost drugih, kadar to potrebuje. Z dobrim sodelovanjem z družino lahko dosežemo tudi cilj zmanjšanja števila ukrepov brez privolitve (Bouwkamp in Bouwkamp, 2014). Za osebe s težavami v duševnem zdravju in za njihove družine so tovrstni ukrepi stresni in težki, hkrati pa slabšajo medsebojne odnose in ustvarjajo občutke nezaupanja. Družine, ki se k tem ukrepom pogosto zatečejo zaradi občutkov nemoči in obupa, nosijo še dodatno breme, ker morajo tovrstne ukrepe zahtevati same (Lamovec, 1998). Strokovnjak lahko skozi tesno sodelovanje z družino in s prevzemanjem odgovornosti za hospitalizacijo odvzame breme družini. S tem pokaže svoje znanje in družinskim članom izrazi priznanje, da brez njihovega sodelovanja ne bi bil uspešen (Bouwkamp in Bouwkamp, 2014).

Opisano sodelovanje z družino sega preko tradicionalnega enosmernega delovanja v obliki informiranja in psihoedukacije. Potreben je premik znotraj stroke, kjer si pomagajoči upa opustiti držo tistega, ki več ve in se zna po pomoč obrniti k družinam. Odprta in jasna komunikacija med vsemi udeleženiimi je tukaj ključna. Prav tako je pomembno upoštevati nasvete družinskih članov in usklajevati njihova prizadevanja z delom strokovnih delavcev (Bouwkamp in Bouwkamp, 2014). Kot to poudari tudi Lamovec (2006), ko navaja načela dela z družino, je potrebno svojce, ki želijo biti vključeni v sodelovanje, obravnavati kot enakovredne člane mreže pomagajočih. Poleg tega je treba vsako družino razumljivo in ustrezno informirati o poteku sodelovanja,

načrtovanju pomoči in obstoječih oblikah podpore. Avtorica dodaja, da je tudi osebje različnih strokovnih služb treba pogosteje izobraževati in jim omogočiti redno supervizijo.

Avtorji in avtorice (Belak, 2004; Bouwkamp in Bouwkamp, 2014; Coppock in Dunn, 2010; Lamovec, 1998, 2006; idr.) opozarjajo na nujnost sodelovanja med stroko, osebami s težavami v duševnem zdravju in njihovimi družinami. Na podlagi svojih ugotovitev navajajo primere in učinke dobrih praks pri sodelovanju z družinami ter spodbujajo k njihovi uporabi. Ugotavljajo pa, da imajo družine oseb s težavami v duševnem zdravju še vedno premalo stika s strokovnjaki oziroma so ti stiki pomanjkljivi in družinam ne nudijo takih storitev, ki bi jih potrebovali.

V letu 2008 je bil sprejet Zakon o duševnem zdravju, ki je bil pomemben premik za področje duševnega zdravja, saj vpeljuje številna nujno potrebna določila, ki med drugim opredeljujejo glavne izvajalce skrbi na področju socialnega in zdravstvenega varstva. Vpeljuje in zagotavlja varstvo pravic oseb s težavami v duševnem zdravju pri obravnavah v sklopu neprostovoljne hospitalizacije ter opredeljuje kriterije, ki ta ukrep sploh dovoljujejo. Določa izvajalce skupnostne obravnave, kamor sodijo tudi nevladne organizacije (Oreški, 2015, str. 30), ki so danes ključne pri zagotavljanju ustreznih storitev na področju duševnega zdravja (Belak, 2012). V Sloveniji smo razvili dobre teoretične koncepte, mnoge od njih sem opisala tudi sama; vendar pa se, kakor pravi Oreški (2015, str. 31), v praksi in zakonodaji kažejo številne pomanjkljivosti. Oreški (2015, str. 30) poudarja, da je nevladnih organizacij premalo in kadrovsko niso dovolj opremljene, da bi nemoteno in kakovostno izvajale obravnavo v skupnosti. Avtorica posebno opozarja na problematiko svojcev oseb s težavami v duševnem zdravju in dejstvo, da je njihovo preobremenjenost in prepuščenost samim sebi Zakon o duševnem zdravju (2008) popolnoma zanemaril. Oreški (2015, str. 30) meni, da je za ta namen nujno sprejeti Nacionalni program duševnega zdravja, ki vključuje več raznolikih (skupnostnih) oblik pomoči in podpore ljudem s težavami v duševnem zdravju in njihovim družinam. Avtorica dodaja, da potrebujemo tudi Zakon o skupnostni skrbi, ki bi vpeljal metode in oblike dela, ki bi bile osebam s psihiatrično diagnozo in njihovim bližnjim bolj uporabne. Menim, da bi bilo skozi Zakon o skupnostni skrbi možno vpeljati alternativne oblike sodelovanja z osebami, ki imajo psihiatrične diagnoze, in z njihovimi družinami. Predvsem bi bilo možno vpeljati več pristopov, ki temeljijo na dialoških praksah – omenila sem že odprte dialoge, ki se na primer na Finskem že vrsto let izkazujejo kot dober način dela. V nadaljevanju pa bom bolj podrobno opisala še narativne pristope.

1.3 NARATIVNI PRISTOPI

Primarni fokus narativnih pristopov so interpretacije oziroma pomeni, ki jih ljudje pripisujejo dogodkom v svojih življenjih. Narativni avtorji pravijo, da ljudje svoja življenja organizirajo na način zgodb oziroma naracij, ki pa jih so-konstruira tudi okolje, v katerem se nahajajo. To pomeni, da so lahko dominantne zgodbe znotraj neke kulture tudi omejujoče in obtožujoče (Polkinghorne, 2004, str. 53). Narativna terapija omogoči, da uporabniki lahko ločijo svoje življenje in odnose od dominantnih kulturnih diskurzov. Pomaga pri soočanju z omejujočimi, neredko celo zatiralnimi, vidiki življenja in uporabnike spodbuja pri ponovnem pisanju življenjske zgodbe, ki je alternativna in ljubša od aktualne (Besley, 2002).

White (2011) omenja dva temelja narativnih pristopov, pomembna za raziskovanje in prakso. Prvi je premik pozornosti od glasu pomagajočega k zgodbam, izkušnjam in virom ljudi. Drugi pa je ustvarjanje novih in inovativnih načinov dela v praksi.

1.3.1 Razvoj in temelji narativnih pristopov

Narativni pristopi so se začeli razvijati proti koncu osemdesetih let 20. stoletja v kontekstu družinske terapije pod vplivom postmoderne paradigme in socialnega konstrukcionizma. Glavni premik znotraj konteksta družinske terapije, ki je prispeval k razvoju v pomene usmerjene narativne teorije in terapije, se je zgodil z razvojem pojma preokvirjanja. Tega je s sodelavci razvil P. Watzlawick. Pojem preokvirjanja temelji na razumevanju, da je vedenje posameznika posledica interpretacij, ki jih ima o določeni situaciji, vedenju drugih in podobno. Naloga pomagajočega je, da sogovornike vodi na način, ki jim bo pomagal ustvariti nove, drugačne interpretacije od aktualnih in jim tako pomagal doseči želene spremembe (Polkinghorne, 2004). Razvoj družinske terapije, ki je hkrati vplival na razvoj narativnih praks, je osvetlil štiri glavne teme, ki so osnova sedanje narativne terapije. Teme (po Polkinghorne, 2004) navajam in opisujem v nadaljevanju.

Poudarek na virih moči

Prvi pomembni premik je bila sprememba fokusa od patologije in primanjkljajev posameznika kot izvora problemov na posameznikove močne točke, sposobnosti in vire kot zametek za iskanje in ustvarjanje rešitev. Ta premik je del v rešitev usmerjene terapije (de Shazer, O'Hanlon in Weiner-Davis). Naloga pomagajočega je skozi pogovor raziskovati kompetence, ki jih lahko

posameznik uresniči z namenom, da bi dosegel želene spremembe. V problem usmerjen pogovor nadomesti pogovor o tem, kaj je sogovornik naredil, kadar se njegov problem ni izrazil (Polkinghorne, 2004).

Uporabnik in pomagajoči kot partnerja

Uporabniki so bili dolgo videni kot objekti, ki jih strokovnjaki opazujejo in kategorizirajo, pri čemer naj bi bili sami objektivni in čim bolj oddaljeni od procesa ter problema, s katerim se spoprijema uporabnik. Narativni terapevti se s to idejo niso strinjali. Namesto tega so predpostavili, da je pomagajoči partner v dialoškem procesu, kar so še dodatno utrdili skozi uporabo reflektirajočega tima (Polkinghorne, 2004).

Ljudje se s stiskami soočajo na osebni ravni zaradi problemov, s katerimi se srečajo v svojih življenjih ter na družbeni, politični ravni zaradi različnih javnih diskurzov in praks, ki prevladujejo v zahodnih kulturah. Pomagajoči se uporabnikom skozi narativne pristope pridruži v boju proti problemom, diskurzom in praksam. Pri tem zavzema dva položaja – nekoga, ki dekonstruira in nekoga, ki konstruira. Skozi prvi položaj pomagajoči podpre uporabnika pri spodbujanju družbeno določenih definicij in praks. Skozi drugi položaj pa pomagajoči skupaj z uporabnikom naslavlja tri različne dejavnike, s katerimi posameznik ustvarja smisel v svojem življenju – pomeni, jezik in položaje moči. V središču je predvsem jezik uporabnika in pomeni, ki jih konstruira. V sodelovalnem procesu sta pomembna tako kontekst uporabnika kot tudi kontekst pomagajočega – okolje, v katerem dela, njegovi nameni, vrednote in zadržki. V narativnih praksah je za odnos med pomagajočim in uporabnikom značilno sodelovanje in soustvarjanje, kjer nihče ne poseduje zadnje besede in objektivne resnice (Carr, 1998). Madsen (2007) piše o drži "ne-vedeti" in kulturni radovednosti, ki pomenita izražanje odprtosti in spoštovanja do tega, kar sogovornik pove in nasprotujeta prepričanju, da strokovnjak poseduje končne resnice. To prepričanje nadomesti spoštljivo raziskovanje izkušenj uporabnika (Madsen, 2007).

Konstruktivistično razumevanje pomena

Tretja tema vsebuje premik od fokusa na vedenje, težnje in odzive posameznega družinskega člana k pomenom, ki jih tem dogodkom pripisujejo ostali družinski člani. Narativna terapija temelji na ideji, da ljudje stalno raziskujemo in oblikujemo pomeni v interakcijah, ki jih imamo s

svojim okoljem, drugimi posamezniki in s seboj. Odzivi posameznika so odvisni od tega, kakšen pomen pripiše nekemu dogodku ali občutku. Iz tega sledi, da dogodki in objekti sami po sebi ne nosijo pomenov, dokler teh pomenov ne ustvarimo ljudje. Tako imenovani kognitivni konstruktivizem izhaja iz te epistemološke predpostavke, pri čemer izvor pomenov vidi v posameznikovih osebnih izkušnjah, socialnem okolju, fizični zrelosti in raznih shemah, ki se oblikujejo skozi razvoj posameznika (Polkinghorne, 2004). Kognitivni konstruktivizem, ki so ga s svojim delom utemeljili avtorji, kot sta Berger in Luckmann s pomembno sociološko tezo o družbeni konstrukciji realnosti ter Kelly, ki je zasnoval in razvil psihologijo osebnih konstruktov, je omogočil razvoj postmoderne epistemologije socialnega konstrukcionizma (Šugman Bohinc, 2010). Socialni konstrukcionizem, kot ga je poimenoval Gergen (1985), je paradigma, na katero se opirajo narativni pristopi (Polkinghorne, 2004).

Freedman in Combs (1996) sta opredelila štiri temeljne predpostavke socialnega konstrukcionizma, in sicer pravita, da so resničnosti družbeno konstruirane; konstruirane so s pomočjo jezika; organizirajo in ohranjajo se preko naracij; in bistvene resnice ne obstajajo.

V socialnem konstrukcionizmu se ideje kognitivnega konstruktivizma nadgradijo s predpostavko, da so pomeni konstruirani v socialnem in jezikovnem sistemu kulture, v kateri se posameznik nahaja. Pomeni oživijo šele takrat, ko jih skozi diskurze izmenjujemo z drugimi ljudmi. Različni javni diskurzi se na različne načine organizirajo in povezujejo v pomene. Jezikovni sistemi pa lahko ustvarijo tudi raznolike pomene o istih predmetih diskurza (Polkinghorne, 2004). Tovrstne procese, s katerimi ljudje opisujejo, pojasnjujejo in zagovarjajo pomene o svetu in sebi, skuša paradigma socialnega konstrukcionizma obrazložiti. Ubesediti skuša pomene, ki si jih skupine ljudi delijo v določenem časovnem obdobju. Raziskuje razvoj javnih diskurzov o enaki temi skozi pretekla zgodovinska obdobja ter v sedanjosti in sklepa, kako se bodo razvijali v prihodnosti (Gergen, 1985). Postmoderna paradigma socialnega konstrukcionizma dopolnjuje ter nadgrajuje epistemologijo individualnega oziroma kognitivnega konstruktivizma. Socialni konstrukcionisti so bolj kot individualno konstrukcijo realnosti poudarjali družbeno. Mnogi so se oprli na Foucaulta, ki je poudaril vlogo jezika pri gradnji lastnih izkušenj ter vpliv javnih diskurzov na ponotranjanje oziroma splošno sprejemanje nekaterih družbenih predpostavk. Poleg tega so na prehod od (kognitivnega) konstruktivizma k socialnemu konstrukcionizmu pomembno prispevale tudi feministične teorije, in sicer s prizadevanjem za razvoj bolj razvidnih procesov

podpore in pomoči. Preoblikovale so vlogo pomagajočega ter krepile moč in avtonomnost sogovornikov, ob tem pa so se borile tudi proti neenakosti v moči na različnih področjih (povzeto po Šugman Bohinc, 2010, 57-58).

Pomen kot zgodba ali naracija

Pri četrti temi, po kateri so narativne terapije dobile ime, pa gre za koncept osebnih naracij in zgodb v procesu pomoči in podpore. Osebne naracije so pripovedi, v katere ljudje umestijo svoje izkušnje in jih pripovedujejo sebi in drugim (Polkinghorne, 2004). V narativnih pristopih velja prepričanje, da so različne družbene resnice konstruirane s pomočjo jezika in urejene skozi zgodbe. Naracije uporabnikov so tiste, ki jih pomagajoči spoštljivo in občutljivo raziskuje. Naloga pomagajočega je pomagati pri konstrukciji alternativne zgodbe, ki ni nasičena s problemi. Pri tem se naslanja na pazljivo poslušanje in spraševanje, ki uporabnika spodbuja, da življenjske zgodbe skuša videti kot aktivne konstrukcije in ne kot pasivne danosti (Carr, 1998).

1.3.2 Načini ravnanja

Način dela s pomočjo narativnih praks se vedno začne z vabilom sogovorniku, da opiše svojo zgodbo. Naloga pomagajočega je, da pred tem zagotovi varen in odprt prostor za pogovor ter sogovorniku nameni pozornost, kjer že izraža zanimanje in spoštovanje (Payne, 2006). Sogovorniki namreč svojo zgodbo pogosto začnejo z negativnimi predstavami o sebi in drugih. Te predstave pogosto vidijo kot dokončne in nespremenljive (Duvall in Béres, 2011).

Ljudje, ki se v življenju vedno znova srečujejo s problemi, pogosto ponotranjijo mišljenje, da se problem nahaja znotraj njihovih identitet, odnosov ali identitet drugih ljudi. S tem prepričanjem se lotijo reševanja problema, kar še dodatno okrepi njegovo moč in vpliv. Dolgotrajno bojevanje s problemi v posamezniku okrepi mišljenje, da so težave, ki so se pojavile v njihovem življenju odsev resnice o njihovi osebnosti. Problem tako ponotranjijo in ga pripišejo svoji identiteti in identiteti drugih. Ponotranjena prepričanja pa so pogosto tista, ki še dodatno prispevajo k razvoju problema (White, 2007). Zgodbe, ki jih sogovorniki pripovedujejo, so zato pogosto polne frustracij, obupa in žalosti. White je to poimenoval *opisi, nasičeni s problemom*, ki predstavljajo del sogovornikove aktualne dominantne osebne zgodbe. Kasneje je White to poimenovanje spremenil v *ozki opisi* in s tem nakazal na to, da dominantna zgodba sogovornika vsebuje tudi zanemarjene elemente, v katerih se svetlika upanje. Naloga pomagajočega je, da pozorno posluša

in sprejme sogovornikove zgodbe take, kakor jih pripoveduje. Pogovor nato vodi v smer raziskovanja teh zgodb skozi vprašanja, ki obogatijo opise problema ter omogočijo, da uporabnik imenuje vplive problema na področja njegovega življenja (Payne, 2006).

Dekonstruktivno poslušanje

Za narativne pristope je značilno, da pomagajoči na poseben način posluša pripovedi sogovornika – Freedman in Combs (1996) to imenujeta dekonstruktivno poslušanje. To nam pomaga, da zgodbe sogovornikov sprejmemo in skušamo razumeti, ne da bi ob tem podrobno raziskovali in krepili boleče vidike teh zgodb. Sogovornike povabimo, da svojo zgodbo pogledajo kot konstrukt, ki ga lahko (pre)oblikujejo, in ne kot pasivna dejstva, ki oblikujejo njih. Teža omejujočih naracij tako zmanjša. Skozi dekonstruktivno poslušanje ustvarjamo prostor, kjer sogovornik lahko ubesedi doslej neuzgodbene in neubesedene vidike svojega življenja. Vodi nas prepričanje, da je mogoče naracije zelo različno razumeti in jim pripisati več možnih pomenov. Poslušalci si namreč navadno drugače razlagamo sporočila, kakor jih razume pripovedovalec. Pripovedi sogovornika zato v intervalih prekinjamo, povzemamo in preverjamo svoje razumevanje. Sogovornik tako dobi priložnost, da pove, ali smo njegovo pripoved ustrezno razumeli. Naš cilj je skušati razumeti resničnost uporabnika, ta pa se lahko med sodelovalnim procesom ob naši prisotnosti tudi preoblikuje oziroma spreminja. Poslušanje lastne pripovedi, naših komentarjev in odgovarjanju na naša vprašanja, namreč spodbudijo sogovornika, da svoje naracije pogleda iz drugega zornega kota. Skozi globlje raziskovanje izkušenj se prebudijo novi pomeni in konstrukcije. Tako pa se ustvarjajo nove, sogovornikom ljubše naracije (Freedman in Combs, 1996).

Eksternalizacija

V narativnih pristopih pomagajoči pogosto podpre sogovornika, da problemu, s katerim se sooča, določi posebno ime. Posebna fraza ali besedna zveza nadomesti dosedanje imenovanje problema in se kasneje uporablja med celotnim sodelovalnim procesom. Namen tega je obogatiti primarno zgodbo sogovornika o problemu, ohraniti fokus na delovni temi in pomagati sogovorniku, da ohrani vpliv nad problemom in ne obratno. Določevanje posebnega imena problemu pa hkrati prispeva tudi definicijo, ki je lahko uporabna za proces eksternalizacije problema (Payne, 2006).

Eksternalizacija, ki jo je v svoji delovni praksi razvil Michael White, je pogosto uporabljen način ravnanja v narativnih pristopih. Predvsem pa je to način, ki vodi pomagajočega pri tem, da sogovornika vidi ločenega od problema, zaradi katerega je uporabnik prišel po pomoč. Problem prepozna kot samostojno enoto, ki je ločena od osebnosti posameznika (White, 2007; White v White in Epston, 1990).

Eksternalizacija problema od pomagajočega zahteva, da med sodelovalnim procesom ohranja držo in verbalne odzive, ki mu pomagajo problem predstaviti kot nekaj, ki ima na sogovornika vpliv in ni del uporabnikove osebnosti. V pomoč je, če pomagajoči označi problem kot nekaj, kar napada sogovornika, ga omejuje, ogovarja in podobno (Payne, 2006). Eksternalizacija temelji na delovanju, s katerim uporabnika usmerjamo, da problem popredmeti in včasih celo poosebi. Ta način ravnanja sogovornikom omogoči, da občutijo lastno identiteto, ki je ločena od problema in odpira možnosti za uspešno iskanje rešitev. Hkrati pristop ponuja tudi možnost, da se sicer težkih, resnih in ponavljajočih se problemov lotimo na igriv, lahkoten in prijeten način (White, 2007; White v White in Epston, 1990).

White prepozna, da so načini mišljenja, ki pomagajo konstruirati ponotranjena prepričanja o sebi, kulturni fenomen, mnogi problemi ljudi pa so kulturne narave. Avtor se pri tem opira na Foucaulta, ki je prepoznal številne dejavnike, ki so ta kulturni fenomen krepili skozi zgodovino. Predvsem gre za prakse, ki posameznike in njihova telesa vidijo kot predmete, ki jih je možno klasificirati. Tovrstne prakse ločujejo običajno populacijo od tiste, ki odstopa. Popolnoma vsakdanje je postalo tudi to, da smo kritični do sebe in drugih. Naše identitete so popredmetene, postale so nekaj, kar se lahko kritično vrednoti – problemi, s katerimi se posamezniki soočamo, pa so videni kot "resnice" in deli naše identitete. Eksternalizacija deluje proti tovrstni praksi, saj – kot rečeno – stremljeva k ločevanju identitete posameznika od identitete problema (White, 2007). To ne pomeni, da se s tem izniči odgovornost posameznika, da se sooči s problemom, kar je pogosto kritika eksternalizirajočih pogovorov. Dogaja se ravno obratno – s tem, ko se omogoči, da posameznik sebe vidi ločeno od problema in namesto tega začne prepoznavati odnos, ki ga ima z njim, lahko izbere, kako bo v tem odnosu deloval (Freedman in Combs, 1996).

Eksternalizacija skozi proces, ki ga White imenuje razkrivanje (angl. *unravelling*), pripomore tudi k temu, da sogovornik razišče negativne podobe o lastni identiteti, ki so nastale pod vplivom problema. Skozi ta proces pogosto ugotovimo, da so h konstruiranju negativnih podob

sogovornikov pripomogle dolgoletne izkušnje nemoči. Z razkrivanjem prevprašujemo naravo teh podob in jim odvzamemo status "resnice", sogovornik pa dobi priložnost, da svoje življenjske izkušnje pogleda iz drugega zornega kota in prepozna bolj pozitivne podobe o svoji identiteti (White, 2007).

Poleg že omenjenih pozitivnih učinkov eksternalizacije White (v White in Epston, 1990) navaja še dodatna pozitivna spoznanja o uporabi eksternalizacije pri delu z ljudmi. Avtor je prepoznal, da tovrsten način dela zmanjšuje neproduktivne konflikte med ljudmi, spodkopava občutek neuspeha, ki se je razvil po mnogih neuspešnih poskusih reševanja problema. Predvsem pa eksternalizacija ponudi priložnost za dialog o problemu, ki sogovornika osvobodi od vpliva problema in mu ponudi priložnost, da svoje življenje vzame v lastne roke.

Za udejanjanje eksternalizirajočih pogovorov v praksi White predlaga, da se naslonimo na zemljevid ugotovljenih stališč (angl. *the statement of position map*). Ta nudi priložnost, da sogovorniki raziščejo, kaj je zanje pomembno in jasno definirajo mesto, ki ga je problem zavzel v njihovem življenju. Za mnoge je to popolnoma nova izkušnja. Pomagajoči ima ob tem pomembno vlogo, saj mora vzpostaviti delovne pogoje, ki bodo sogovorniku omogočili, da s svojimi besedami definira lastno mesto v odnosu do problema. Zavzeti mora položaj, ki ni v središču sodelovalnega procesa in tako uporabniku omogočiti, da na svoj način opiše (težavne) življenjske izkušnje ter svoj odnos s problemom. Ta vloga je za pomagajočega pogosto lahko izziv. V odnosu z uporabnikom, ki obupano išče rešitve, pomagajoči lahko hitro prevzame vsevedni položaj. Pomagajoči predlaga razlage o problemu in vsiljuje rešitve, ki se mu zdijo dobre, ne preveri pa, ali so smiselne tudi za uporabnika. S tem omejuje razvoj pravega sodelovalnega in soustvarjalnega procesa. Zemljevid ugotovljenih stališč ni edini način eksternaliziranja problema. Uporaben je, kadar sodelujemo z uporabnikom, čigar opisano življenjsko zgodbo je problem močno prevzel; ali pa kadar ima sogovornik o svoji identiteti in odnosih izrazito negativne predstave (White, 2007).

Zemljevid ugotovljenih stališč se zariše skozi štiri kategorije, faze oz. fokuse poizvedovanja, ki jih opisujem v nadaljevanju. White (2007) pravi, da za faze ni nujno, da si sledijo v linearnem vrstnem redu. Dodaja, da se v praksi pogosto zgodi, da se faze ponavljajo in med seboj prepletajo.

1. Pogajanje o posebni, z izkustvom povezani opredelitvi problema

V prvi fazi pomagajoči spodbudi uporabnika, da razišče možne opredelitve problema, zaradi katerega je poiskal pomoč. Sogovornika spodbuja, da s svojimi besedami opiše čim bolj konkretne značilnosti problema. Opisi problema morajo biti osebni in vezani na izkustvo (Combs in Freedman, 2017). Na izkustvo vezan opis problema je opis, ki ga uporabnik ubesedi na svoj način, s svojimi besedami in se nanaša na njegovo razumevanje sveta. O posebnih, osebnih opisih problema pa govorimo, ker je vsak problem ali težka situacija edinstvena in specifična za osebo, ki jo doživlja. White pravi, da lahko posebno bogate opise razvijemo s pomočjo poosebljanja problema. Bogate karakterizacije lahko soustvarimo s poosebljanjem problema, te pa pomembno prispevajo k odkrivanju znanj in sposobnosti uporabnika. Ta jih dalje lahko dodatno razvija, da bi se lažje spoprijel s svojim problemom (White, 2007).

2. Vrisovanje učinkov problema

Ta kategorija pomagajočega usmerja, da sogovornika povabi k opisovanju prepoznanih vplivov, ki jih ima problem na njegovo življenje in odnose. Pomagajoči vodi sogovornika k pripovedovanju zgodb o tem, kaj je problem "storil oz. počel" do sedaj (Combs in Freedman, 2017). Skupaj z uporabnikom raziskujemo, kje prepozna učinke problema – doma, v službi, šoli, v odnosih z vrstniki, družino, prijatelji in odnosu do sebe. Problem lahko vpliva tudi na identiteto posameznika, na njegove namene, upe, sanje, aspiracije, vrednote ter priložnosti, ki mu jih prinaša prihodnost (White, 2007).

3. Ovrednotenje in ocenjevanje učinkov dejavnosti problema

Naloga pomagajočega v tej fazi je, da sogovornika povabi k ovrednotenju učinkov problema, ki se kažejo v njegovem življenju in še zlasti v odnosih. V tej fazi je ključen preobrat v razporeditvi moči – namesto da bi učinke problema ovrednotil pomagajoči, je ta naloga predana osebi, ki te učinke dejansko doživlja (Combs in Freedman, 2017). Za mnoge je to popolnoma nova izkušnja, ker so do tedaj namesto njih učinke problemov vedno ocenjevali drugi ljudje, pogosto iz položaja moči. Ker je taka izkušnja nova, je uporabnikom v pomoč, da na začetku faze najprej povzamemo učinke problema, ki so jih v prejšnji fazi sami imenovali. Dalje pomagajoči spodbuja ovrednotenje učinkov problema s pomočjo vprašanj, kot so: Kako se počutite glede razvoja teh dogodkov? So te dejavnosti za vas v redu? Kakšno je vaše stališče glede tega, kar se tukaj odvija? Je ta razvoj za vas pozitiven, negativen, oboje ali nič od tega? (White, 2007).

4. Obrazložitev in zagovor ocene

Četrta kategorija poizvedovanja se takoj poveže s tretjo. Pomagajoči poizveduje, zakaj se je sogovornik odločil za izbrane ocene učinkov problema. Pri tem uporabniku zagotavlja prostor za opisovanje, ki zares izvira iz njega samega (Combs in Freedman, 2017). Pomagajoči si pri tem lahko pomaga z zastavljanjem *zakaj vprašanj*: Zakaj to je/ni v redu zate? Zakaj tako čutiš glede razvoja teh dogodkov? Zakaj imaš glede tega tovrstno stališče? Raziskovanje uporabnikovih stališč lahko nadgradi tako, da namesto postavljanja vprašanj prosi za zgodbo, ki bo vsebovala opis razloga za sogovornikovo stališče. Namen tovrstnih vprašanj ni presojudati, temveč uporabniku dati priložnost, da ubesedi in dodatno razvije lastna razumevanja o svojem življenju, ciljih, namenih, vrednotah, znanjih, sposobnostih in spoznanjih. *Zakaj vprašanja* pripomorejo tudi k temu, da posameznik pride do bolj pozitivnih zaključkov o sebi in se osvobodi problemskih razlag o svojem življenju (White, 2007).

Eksternalizacija je osnovni in dobro znan način ravnanja v narativnih pristopih (Freedman in Combs, 2017), ne uporablja pa se v popolnoma vsakem pogovoru. Previdno se uporablja, kadar sogovorniki poiščejo pomoč zase zaradi težkih bolezni in se ne uporablja v primerih izkušenj nasilja (Payne, 2006). Pri sodelovanju z ljudmi, ki problema niso ponotranjili kot del svoje identitete, eksternalizacija prav tako ni potrebna. V takih primerih lahko hitro začnemo raziskovati in razvijati nove, bogate zgodbe (White, 2007), pri čemer se lahko naslonimo na številne oblike strokovnega ravnanja. Nekaj tovrstnih oblik ravnanja v narativnih pristopih je v svoji praksi razvil in kasneje opisal Michael White (2007). Te povzemam in opisujem v nadaljevanju.

Pogovori, ki osvetljujejo izjemne izide

Življenje je polno bogatih izkušenj, vendar pomene navadno pripisujemo zgolj tistim, ki so nam znane in se na tak ali drugačen način ujemajo z našo dominantno zgodbo. Ravno izkušnje, ki mimo nas neopazno bežijo, pa so tiste, ki jih narativni avtorji opisujejo kot izjeme ali edinstvene izide (White, 2007). Madsen (2007) govori o svetlečih se trenutkih, ki služijo kot podlaga za trenutke v sodelovalnih procesih in pripomorejo k razvoju alternativnih, ljubših zgodb sogovornikov.

Raziskovanje izjem je pogosto del narativnih pogovorov, zelo značilno pa je tudi za t. i. k rešitvi usmerjene pogovore, ki so jih razvili Shazer, Berg O'Hanlon in drugi. Pogosto je prepoznavanje edinstvenih izidov, kakor pravi White (2007), glavni povod za pogovore o potencialnem razvoju alternativne zgodbe. Payne (2006) opisuje, kako pomembna je pozornost pomagajočega na delce v zgodbah uporabnikov, kjer omenijo karkoli, kar odstopa od dominantne, s problemom nasičene zgodbe. Avtor pravi, kako pomembno je tovrstne delce ujeti oz. zgrabiti in jih uporabiti za sodelovalni proces, pri čemer pa mora biti pomagajoči vedno znova pozoren na to, da so izjeme, ki jih je prepoznal, uporabne tudi za sogovornika. White (2007) to opredeli in pravi, da pomagajoči zavzema stransko vlogo v sodelovanju. S tem omogoči, da je uporabnik v središču procesa in tako dobi možnost, da sam presodi o pomembnosti izjeme. Preko tega ohranja avtorstvo nad pisanjem nove zgodbe.

Edinstvene izide je možno v procesih podpore in pomoči torej spontano prepoznati med pripovedovanjem sogovornikov ter jih uporabiti pri sodelovanju, pomagajoči pa lahko seveda tudi aktivno spodbuja raziskovanje teh trenutkov. White (2007) pravi, da je spodbujanje sogovornika pri raziskovanju skritih in zanemarjenih delov življenjskih zgodb, v katerih se lahko skrivajo izjeme, naloga pomagajočega. Dodaja pa, da ni dovolj edinstvenih izidov zgolj poimenovati. Treba je dodatno raziskovati, kaj imenovane izjeme povedo o pogledih in željah, pomembnih za sogovornika. Med imenovanjem izjem in pripisovanjem pomena tem izjemam obstaja vrzel. Naloga pomagajočega je, da to vrzel pomaga sogovorniku premostiti.

White (2007) za raziskovanje izjem ponovno predlaga zemljevid ugotovljenih stališč. Ta omogoča, da pomagajoči vedno znova ohranja stranski položaj, kar pripomore k sodelovanju, kjer je v središču sogovornik. Zemljevid vsebuje štiri kategorije oziroma faze. Prva je pogajanje o posebnem, z izkustvom povezanim edinstvenim izidom, kjer pomagajoči sogovornika prosi za podroben, doživet in bogat opis izkušnje, ki jo vidi kot izstopajočo. V drugi fazi, vrisovanju učinkov izjemnega izida, raziskuje področja v življenju sogovornika, kjer je ta prepoznal učinke opisane izjeme, potencialne učinke, ki lahko šele nastanejo, ter njegove možnosti in upe za prihodnost. Dobi tudi priložnost, da podrobno razišče okoliščine, v katerih je edinstveni izid nastal. V tretji fazi sogovornika podpre, da ovrednoti dejanske in potencialne učinke edinstvenega izida. Osebo s pomočjo vprašanj povabi, da se ustavi pri specifičnih okoliščinah v svojem življenju in jih reflektira. Pomaga pri pripovedovanju o tem, kako je oseba te okoliščine

doživljala, kaj je pri njih prepoznala in kako bi jih sama ocenila, kar je za mnoge nova izkušnja. V zadnji fazi pomagajoči sogovornika povabi, da zagovarja in obrazloži oceno učinka izjeme. Pri tem postavlja "*zakaj vprašanja*" ali pa sogovornika prosi za konkretno zgodbo, ki bi obrazložila podano oceno učinka izjeme. Tako pri tretji kot pri četrti fazi smo lahko sogovorniku v pomoč pri pripovedovanju tako, da vsakič znova povzamemo, kar je opisal, preden se lotimo nadaljnjega raziskovanja (White, 2007).

Pogovori za novo pisanje zgodbe

Ljudje, ki poiščejo pomoč, vedno vstopijo z zgodbo. V njej opisujejo zgodovino problema, svoje dileme in težavne položaje, v katerih so se znašli. Naracije posameznikov tematsko pogosto odražajo občutke izgube, neuspeha, obupa in nesmisla (Carey in Russel, 2003). Zgodbe vsebujejo tudi različne like, za katere je posameznik razvil določene zaključke o njihovih identitetah, motivih, namenih in osebnostnih značilnostih (White, 2007). Dogodkov, ki jih uporabniki opisujejo, se ne da spremeniti. Načinov, kako si je možno dogodke razlagati in interpretirati, pa je več in ravno ti imajo vpliv na to, kako se bodo naracije o težkih dogodkih razvijale dalje (Carey in Russel, 2003).

White je zemljevid pogovorov za novo pisanje zgodbe strukturiral na podlagi Brunerjeve teorije (1986). Teorija govori o tem, kako bralci zgodb konstruirajo pomene o prebranem ter opredeli koncepta pokrajine akcije in pokrajine refleksije (Bruner, 1986, v White, 2007, str. 75–79). Pogovori za novo pisanje zgodbe zajemajo dve ravni. Prva raven se nanaša na pokrajino akcije, ki predstavlja snov zgodbe in je sestavljena iz številnih časovno in tematsko urejenih dogodkov. Druga raven se nanaša na pokrajino zavesti, refleksije – White to poimenuje pokrajina identitete – in obsega pomene, ki so jih nastopajoči liki ustvarili o dogodkih in drugih likih znotraj pokrajine (White, 2007).

Namen pogovorov za novo pisanje zgodbe je sogovornika spodbuditi k temu, da še naprej razvija in pripoveduje zgodbe o svojem življenju, s poudarkom na naracijah, ki so bile do začetka sodelovanja komaj opazne. Pomagajoči pomaga uporabniku, da poišče naracije, ki se razlikujejo od dominantne (problemske) zgodbe. Tovrstne naracije so lahko polne pomembnih dogodkov in izkušenj za osebo – White jih, kot rečeno, imenuje izjeme, izjemni trenutki ali edinstveni izidi, ki služijo kot osnova za začetek pisanja alternativne zgodbe. Pomagajoči pri pisanju alternativne

zgodbe pripomore z vprašanji, ki sogovornika spodbudijo, da raziskuje znotraj svojih doživetij, pobrska po svojih mislih, spominih, domišljiji in pripiše pomene novim spoznanjem (White, 2007). Izjeme so lahko majhne in redke, vendar so ti svetlikajoči se trenutki, ki so nasprotni dominantni zgodbi, vedno prisotni v življenjih sogovornikov. Obujene posebne trenutke je nato treba smiselno tematsko povezati z dominantno naracijo sogovornika ter jih uporabiti za nadaljnje sodelovanje in razvoj alternativne zgodbe uporabnika (Carey in Russell, 2003).

Ubesedeni izjemi sledi raziskovanje, ki obsega izmenično "potovanje" med pokrajino akcije in pokrajino identitete. Pri prvi kategoriji se pri raziskovanju izjeme lahko opremo na vprašanja kot so: *Mi lahko poveš več o dogodku? Kje si bil, ko se je to zgodilo? Kdo je bil s tabo? Katere korake si naredil, da si se pripravil na dogodek? Je bil dogodek zate nenavaden, ali ti je že kdaj prej uspelo?* Dogodke pomagajoči nato pomaga tematsko smiselno umestiti v alternativno zgodbo, ki jo gradi s sogovornikom. Druga kategorija je pokrajina identitete. Ta vsebuje vprašanja, s katerimi pomagajoči sogovornika povabi k refleksiji lastne identitete in identitete drugih: *Ko si opisovala trenutke, ko problemu nisi dovolila, da vpliva nate, kako ti je to uspelo? Kaj misliš, da to pove o tebi kot osebi? Kaj tvoja akcija pove o tvojih upih, o tem, kar si želiš? Kaj to pove o tvojih vrednotah in odnosih? Kaj bi druga oseba povedala o tebi?* Tovrstna vprašanja lahko prispevajo k temu, da sogovornik začne razvijati nove ugotovitve glede svoje identitete. Pomagajoči te ugotovitve lahko še dodatno utrdi in raziskuje konkretne primere v življenju sogovornika, ki govorijo o njegovih namenih, vrednotah prepričanjih, upih, sanjah, življenjskih načelih in obveznostih (povzeto po Carey in Russell, 2003, str. 5–10).

Koncepta pokrajine akcije in pokrajine identitete prispevata k praksi narativnih pristopov, saj vanjo vnašata pomemben vpogled v načine ustvarjanja smisla o pomenih, konstrukcijo osebnih naracij in sestavo identitet posameznikov. Pomagajoči, ki se v svoji praksi naslanjajo na zgodbe uporabnikov, so pozorni tudi na vrzeli znotraj teh življenjskih zgodb. Sogovornike povabijo, da tovrstne vrzeli zapolnijo tako, da poiščejo izjemne dogodke znotraj doživetih izkušenj in domišljije (White, 2007).

V praksi se lahko pogovori za novo pisanje zgodbe združijo skupaj z drugimi načini ravnanja, značilnimi za narativne pristope. Pogovore lahko začnemo s pomočjo eksternalizacije, ki sicer ni vedno potrebna, je pa dobro ozadje za novo pisanje zgodbe. Nadaljujemo tako, da skozi vprašanja ves čas potujemo iz pokrajine akcije k pokrajini identitete, kar omogoča, da razvijemo

(napišemo) ljubšo, alternativno zgodbo. To novo zgodbo pa lahko s pomočjo drugih načinov dela še dodatno obogatimo in utrdimo – mednje sodijo npr. pogovori ponovnega spominjanja, definicijski obredi ter uporaba pisem v narativnih pristopih (Carey in Russell, 2003).

Pogovori ponovnega spominjanja

White je razumevanje, da je identiteta posameznika sestavljena kot t. i. *klub življenja* in ne kot *jedrni jaz*, vzel za temelj pogovorov ponovnega spominjanja. Klub življenja si je možno predstavljati kot pomembne like in identitete, ki so del posameznikove preteklosti, sedanjosti in možne prihodnosti (White, 2007). V pogovorih ponovnega spominjanja se pomembni liki v življenjih sogovornikov prepoznavajo kot pomemben vir, ki je lahko v podporo ali pa pomaga pri reševanju problema (Carr, 1998). V pogovorih raziskujemo resnične ljudi, domišljajske like, igrače, hišne ljubljence in druge sogovorniku pomembne osebe, ki s svojimi glasovi vplivajo na konstrukcijo posameznikove identitete. Namen tovrstnih pogovorov je ustvariti priložnost, da se pregleda članstva v klubu življenja, pri čemer ne gre zgolj za pasivno spominjanje ter imenovanje likov, temveč za podporo sogovorniku, da se zmore soočiti z zgodovino, sedanjostjo in prihodnostjo odnosov z zanj pomembnimi liki (White, 2007). Sogovornika pomagajoči vodi, da povzdigne člane kluba življenja in utrdi vezi z njimi ter zmanjša pomembnost in ukine članstva tistim, ki jih ne potrebuje (Madsen, 2007). Carr (1998) dodaja, da so tovrstni pogovori v pomoč, kadar sogovornikom pomagamo raziskovati poznane like, katerih težave so vzporedne njihovim.

Pri pogovorih ponovnega spominjanja gre torej za raziskovanje prispevkov pomembnih likov k življenju osebe ter njeni identiteti. Hkrati pa gre za raziskovanje tega, kako oseba sama prispeva k življenju teh likov in njihovih identitet (Madsen, 2007). Raziskovanje poteka v dveh delih. V prvem povabimo sogovornika, da se spomni likov, ki so pomembno vplivali na njegovo življenje. Sledi povabilo, da sogovornik na lastno identiteto pogleda skozi oči pomembnih likov. Sogovornika spodbudimo, da s čim bolj bogatimi opisi opredeli načine, s katerimi so pogledi skozi oči pomembnih likov oblikovali oziroma imajo potencial oblikovati njegovo identiteto. V drugem delu pa sogovornika povabimo, da pomisli, kako je on prispeval k življenju omenjenih likov ter ga spodbudimo, da natančno opiše načine, s katerimi je prispeval oziroma ima potencial prispevati k oblikovanju življenja ali identitete lika (White, 2007).

Pogovori ponovnega spominjanja lahko prispevajo h konstrukciji t. i. večglasne identitete posameznika, kjer je v ospredju spoznanje, da si življenje in izkušnje vedno delimo z drugimi ljudmi. So pogovori, skozi katere lahko posameznik razvije bogate opise, tiste verzije svoje identitete, ki mu je ljubša ter vključuje znanja in sposobnosti, ki jih je posameznik spoznal v odnosih s pomembnimi liki. To močno prispeva k občutku posameznika, da sam poseduje znanje o svojem življenju, kar je spodbujajoče pri razvoju vizije za prihodnost (White, 2007).

White je pogovore ponovnega spominjanja najprej razvijal pri delu z ljudmi, ki so doživeli izgubo in žalovali za ljubljeno osebo. Uporabnikom je pomagal, da niso zgolj prešli skozi faze žalovanja, temveč so za izgubljeno osebo našli nov prostor v svojem življenju. Kasneje je ta način ravnanja uporabil tudi pri sodelovanju z osebami s težavami v duševnem zdravju ter njihovimi družinami – bolj natančno z dekleti, ki so premagovale anoreksijo in njihovimi materami. Sogovornice je podpiral, da so iskale vzporednice med svojimi življenjskimi zgodbami in jim preko tega pomagal iskati oporne točke za skupen boj proti anoreksiji (Carr, 1998). Pogovori ponovnega spominjanja odpirajo priložnost za soočanje s predstavami zahodne kulture, ki močno poudarjajo individualnost ter s tem izolirajo posameznika. Hkrati ponujajo tudi alternativnen pogled na razumevanje in oblikovanje identitete (White, 2007). Iz opisanega sledi ugotovitev, da so pogovori ponovnega spominjanja lahko uporabni za sodelovanje z osebami s težavami z duševnim zdravjem in lahko prispevajo k področju duševnega zdravja. To področje ravno teme, kot so izoliranost, omejevalna moč vrednot zahodne kulture ter pomembnost načina razumevanja lastne identitete, vedno znova obravnava kot pomembne delovne teme, ki se jih je treba dotakniti pri sodelovanju z osebami s težavami v duševnem zdravju in njihovimi družinami.

Definicijski obredi

Definicijski obred je proces, ki nudi priložnost, da uporabnik svojo življenjsko zgodbo pripoveduje ali zaigra pred občinstvom, kar pripomore k razvoju nove bogate zgodbe. Definicijski obredi se razlikujejo od sodobnih kulturnih obredov, ki temeljijo na socialno vzpostavljenih normah, na podlagi katerih je človek ocenjevan in razvrednoten. Njihov namen je doprinesi vrednost in priznanje v življenje osebe (White, 2007). Definicijske obrede je prva opisala antropologinja Barbara Myerhoff (1986), Michael White pa je njene ideje prilagodil kontekstu podpore in pomoči (Madsen, 2007) in pristop dalje razvijal skupaj z Davidom Epstonom skozi pogovore z družinami, v katere sta vključila zunanje opazovalce. Zunanje priče

so vedno skrbno izbrane. White in Epston sta v pogovore z družinami in kasneje s posamezniki vključevala družinske člane, prijatelje, sodelavce in druge bližnje osebe, sčasoma pa sta za izvedbo definicijskih obredov k sodelovanju povabila tudi nekdanje uporabnike (White, 2007).

Osebne zgodbe so vedno soustvarjene v kontekstu interakcij in odnosov, ki jih ima posameznik z drugimi ljudmi. Vplivi socialno konstrukcioniranih norm in razmerij moči pa te naracije še dodatno potrjujejo. Ljudje okoli nas imajo torej pomembno vlogo pri bogatem razvoju zgodbe (White, 2007) in definicijski obredi lahko predstavljajo okvir za vzpostavitev rituala, kjer se ob prisotnosti zunanjih prič soustvari novo, alternativno zgodbo ali identiteto (Madsen, 2007). Payne (2006) dodaja pomemben komentar k uporabi definicijskih obredov v praksi. Avtor opozarja, da moramo biti pri uporabi tovrstnega načina ravnanja pozorni na kulturni kontekst. V nekaterih družbah je kontekst podpore in pomoči razumljen kot zelo zaseben, v drugih pa so uporabniki bolj odprti za sodelovanje s širšim krogom ljudi. Pomembno je, da ima uporabnik možnost izbirati (Payne, 2006).

Definicijski obredi se v praksi delijo v tri faze:

1. Pripovedovanje življenjske zgodbe

Oseba, ki ji je namenjen definicijski obred, v prvi fazi pove svojo zgodbo. Pomagajoči ta proces vodi v obliki pogovora, pri čemer je pozoren na priložnosti za postavljanje vprašanj, ki spodbujajo pripovedi, povezane z identiteto posameznika in njegovimi odnosi. Zunanje priče pripoved pozorno poslušajo kot občinstvo in se pripravljajo na pripovedovanje o slišnem iz svoje perspektive (White, 2007).

2. Ponovno pripovedovanje življenjske zgodbe

Vključi se zunanje priče, ki se na slišano odzovejo z lastnimi pripovedmi o izkušnjah, občutkih in izrazih, ki jim jih je zgodba navdihnila in vzbudila. Pomembno je, da te pripovedi niso oblikovane kot ocene. Pomagajoči v tej fazi nosi veliko etično odgovornost za zagotavljanje varnega sodelovalnega konteksta in strukturiranja pripovedi zunanjih prič. Odzivi zunanjih prič morajo biti oblikovani kot osebne pripovedi o tem, kaj se jih je znotraj uporabnikove zgodbe dotaknilo. To omogoča, da uporabnik ob pripovedovanju zunanjih prič svojo življenjsko zgodbo doživi kot združenje pomembnih tem, ki si jih deli z drugimi, na način, ki krepi njegovo alternativno zgodbo (White, 2007). Pomagajoči tekom celotnega procesa zavzema aktivno vlogo, ki jo udejanja s tem, da zunanje priče vnaprej pripravi, jih kasneje vodi in spodbuja pri

pripovedovanju. Pomembno je, da se pri tem naslanja na konkretne besede in opise, kot jih je ubesedil uporabnik ter proces konstruira s pomočjo štirih kategorij poizvedovanja (Payne, 2006).

White (2007, str. 190–191) podrobno opiše štiri kategorije poizvedovanja, ki prispevajo k bogatemu razvoju zgodbe. Prva kategorija so *izrazi*, ki so zunanjim pričam ostali v spominu – to so lahko konkretne besede, fraze, čustva ali mnenja, ki so pričale o tem, kaj je osebi pomembno v življenju. Druga kategorija so *podobe* – raziskujemo podobe, ki so se poslušalcem prikazale med uporabnikovo pripovedjo. Lahko gre za konkretne podobe, mentalne slike o identiteti in odnosih uporabnika ali podobe, oblikovane kot metafore posameznikovega življenja. Zunanje priče povabimo, da opišejo tudi svoje teorije o tem, kaj prikazane podobe govorijo o uporabnikovih namenih, vrednotah, upih in sanjah ter kaj podobe govorijo o njegovi identiteti in življenju. Tretja kategorija poizvedovanja se osredotoča na *uglašenost*. Zunanje priče povabimo, da opišejo, zakaj so se jih določeni izrazi čustveno dotaknili in kako se ti izrazi morda povezujejo z njihovo lastno zgodovino in življenjsko zgodbo. S tem, ko zunanje priče spodbudimo, da se na slišano odzovejo z opisovanjem podobnih osebnih izkušenj, njihov interes za sodelovanje postane osebni. Četrta kategorija se osredotoča na *potovanje*. Zunanje priče na koncu povabimo, da opišejo, kaj so z izkušnjo sodelovanja v definicijskem obredu pridobile zase in kako se jih je ta izkušnja osebno dotaknila. Vprašamo po tem, kam jih je izkušnja miselno popeljala, s čim novim so se srečali in kaj so novega ugotovili ali spoznali o lastnem življenju (White, 2007; Payne, 2006).

3. Ponovno pripovedovanje o ponovnem pripovedovanju življenjske zgodbe

Pomagajoči se znova vrne k uporabniku, ki mu je namenjen definicijski obred. Vodi ga, da pripoveduje o tem, kar je slišal med pripovedovanjem zunanjih prič. Pomaga si z vprašanji, ki jih formulira na podlagi že omenjenih štirih kategorij poizvedovanja – izrazi, podobe, uglešenost in potovanje (Payne, 2006). Pomagajoči sprašuje sogovornika o tem, kateri izrazi zunanjih prič so se ga posebno dotaknili. Raziskuje podobe in mentalne slike uporabnikovega življenja, ki so jih izrazi zunanjih prič prebudili. Ob tem ga povabi k razmisleku o idejah, ki opisujejo, kaj uporabnikove izbire govorijo o njem samem in tem, kar mu je pomembno. Dalje raziskuje uglešenost, kjer uporabnika povabi k opisovanju osebnih izkušenj, ki jih je povezal z izrazi, v katerih je prepoznal pomen. Na koncu sogovornika povabi, da še on opiše, kam so ga z mislimi popeljali izrazi zunanjih prič glede razumevanja in pogleda na lastno življenje. Povabi ga, da podeli tudi ideje za akcijo, ki jih je zase dobil tekom procesa (White, 2007).

Pogovori za vzpostavljanje začasnih struktur

Ljudje se reševanja problemov navadno lotijo na način, ki jim je znan in domač. Kontekst podpore in pomoči pa ponuja priložnost, da se ljudje srečajo s temami, situacijami in načini raziskovanja rešitev, ki jih popeljejo izven sfere vsakdanjega. Med znanim in možnim, torej tem, kar je še možno odkriti v posameznikovem življenju, se nahaja vrzel. Soustvarjanje novih, alternativnih zgodb zahteva potovanje skozi tovrstno območje (White, 2007). White se je tukaj naslonil na raziskave psihologa Leva Vygotskega (1986) o učenju in razvoju v zgodnjem otroštvu, ki je vrzel med znanim in možnim poimenoval območje neposrednega razvoja (angl. *zone of proximal development*). White kot način premostitve te vrzeli uporabi metaforo grajenja. Grajenje oziroma pogovori za vzpostavljanje začasnih struktur (angl. *scaffolding*) omogočajo, da pomagajoči vzpostavi kontekst, znotraj katerega se sogovornik lahko postopoma oddalji od znanega in domačega ter se približa novemu in možnemu (White, 2012, str. 123).

Za lažje razumevanje si lahko predstavljamo visoko, nedokončano zgradbo, obdano z gradbenim odrom, ki omogoča varno premikanje med različnimi nadstropji. Pomagajoči in sogovornik se med grajenjem alternativne zgodbe premikata od najnižjega nadstropja, ki predstavlja znano in vsakdanje ter hkrati najbližje dominantni problemski naraciji, k najvišjemu, ki predstavlja novo in možno. Med grajenjem nove, alternativne zgodbe se pomagajoči in sogovornik stalno premikata gor in dol med nadstropji, za kar nujno potrebujeta gradbeni oder, da varno vzpostavljata vedno večjo razdaljo med sabo in najnižjim nadstropjem. Ta metafora ponazarja pogovore za vzpostavljanje začasnih struktur (Payne, 2006). Ti pogovori omogočajo, da oseba potovanje skozi neznano opravi z manjšimi in obvladljivimi koraki. Namen tovrstnih premikov je, da oseba pridobi občutke osebnega vpliva nad svojim življenjem in njegovim potekom, in sicer na način, ki ga na podlagi lastnih želja in spretnosti oblikuje sama (White, 2007).

White (2007, str. 275–276) opisuje zemljevid pogovorov za vzpostavljanje začasnih struktur, pri čemer zemljevid lahko služi kot vodilo za razvoj pogovorov, s katerimi uporabnika postopoma vodimo skozi učenje, ki je potrebno za premik od znanega k neznanemu. Zemljevid vsebuje pet kategorij poizvedovanja, ki pomagajo zasnovati specifične učne naloge. Prve so naloge oddaljevanja nizke stopnje. Njihov namen je uporabnika podpreti pri oddaljevanju od vsakdanjega in znanega. Skozi vprašanja pomagajoči povabi uporabnika, da pripiše pomen tistim življenjskim izkušnjam, ki so mu tuje in jih do zdaj še ni imenoval. Druge so naloge oddaljevanja

srednje stopnje, kjer se oddaljevanje utrdi s tem, da se uporabnika prosi, da v imenovane dogodke vnese pomembne odnose ter opiše povezave med njimi. Tretje so naloge oddaljevanja srednje visoke stopnje. Znotraj te kategorije pomagajoči povabi sogovornika, da reflektira, oceni in deli spoznanja o povezavah med specifičnimi dogodki in odnosi. Sledijo naloge četrte kategorije, naloge oddaljevanja visoke stopnje. Te podprejo uporabnika, da oblikuje lastne koncepte o svojem življenju in identiteti, tako da se ozre na lastne konkretne izkušnje. Peta kategorija z nalogami za oddaljevanje zelo visoke stopnje pa je usmerjena v razvoj načinov delovanja. Pomagajoči podpre sogovornika, da razvija načine delovanja, ki so uglaseni z njegovimi spoznanji o lastnem življenju in identiteti ter jih bo uporabil v prihodnosti. Pomagajoči skupaj s sogovornikom tudi zasnuje in načrtuje prve korake, ki bodo nove načine delovanja podpirali. Pomagajoči nosi odgovornost za vzpostavljanje začasnih struktur v procesu podpore in pomoči – zagotavljati mora varen prostor, kjer bo posameznik lahko razvijal osebni vpliv. Iz tega sledi, da mora biti pripravljen tudi na odgovore, kot so "ne vem" in v takem primeru raziskovati dalje ter vedno znova vzpostaviti začasne strukture, da bo uporabnik lahko varno potoval skozi svoje izkušnje (White, 2007).

White (2007) predstavi številne načine ravnanja v narativnih pristopih, vendar hkrati opominja, da to niso strogi recepti, ki se jim natančno sledi. Skoraj vedno so zgodbe in odgovori sogovornikov tisti, ki usmerjajo pomagajočega pri odzivanju in načinu ravnanja. Avtor pravi, da se zemljevidi narativnih praks pogosto prekrivajo, dopolnjujejo in zlivajo eden v drugega, kar pomeni, da lahko pogovore za raziskovanje izjem, za pisanje zgodbe, definicijske obrede in pogovore ponovnega spominjanja pomagajoči med seboj združuje, da bi s sogovornikom soustvaril alternativno zgodbo in raziskal možne rešitve.

Zgoraj sem na kratko povzela metaforo grajenja, ki jo je Michael White uporabil za opisovanje pogovorov za vzpostavljanje začasnih struktur. Ob prebiranju literature na temo narativnih pristopov sem opazila, kako pogosto narativni avtorji posegajo po metaforah, kadar opisujejo svojo prakso in razvite načine delovanja. Predvsem pa sem opazila, da je uporaba metafor konstanta pri sodelovanju s sogovorniki. Pogosto so ključ, ki odpira pogled v neodkrane dele naracij sogovornikov. Včasih so način, ki omogoča globlje raziskovanje problema, ali pa so zgolj orodje za popestritev procesa podpore in pomoči. V nadaljevanju bom zato na kratko predstavila še uporabo metafor v narativnih pristopih.

1.3.3 Uporaba metafor v narativnih pristopih

Metafore so ekspresiven, ustvarjalen in izzivalen način komunikacije, ki ima lahko močan vpliv znotraj procesa pomoči. Kako uspešno spodbujajo okrevanje je močno povezano z uglašenostjo komunikacije med sogovorniki. Povezano pa je tudi s spretnostjo pomagajočega pri prepoznavanju in uporabi jezikovnih struktur, ki spodbujajo uporabnika pri doseganju sprememb (Burns, 2007). Osrednji pomen metafor znotraj konteksta pomoči je njihova zmožnost prenosa pomenov, ustvarjanje neke vrste mostov med različnimi koncepti ter spodbujanje domišljije posameznika, da lažje prepozna nove možnosti (Legowski in Brownlee, 2001).

Metafore različni avtorji delijo v kategorije glede na njihovo pojmovanje in strukturo. Ločujejo metafore, usmerjene v cilj ali izid, umetniške, jezikovne, vodene, vgrajene in utelešene metafore. Širše gledano se metafore delijo glede na dve značilnosti. Prva delitev je glede na funkcijo ali namen, kateremu metafora služi – v procesu pomoči so to metafore, ki se povezujejo z osebnostnimi značilnostmi uporabnika in problemom ter bi kot take lahko spodbudile doseganje želenega izida. Druga delitev pa je glede na izvor metafore – metafore lahko črpamo iz besednih pripovedi, raznih oblik umetniškega ustvarjanja, namiznih iger, napisanih zgodb in podobno (Burns, 2007).

Končno pa metafore delimo še v dve široki kategoriji – uporabniške in terapevtske. Uporabniške metafore so tiste, ki jih ustvari uporabnik sam (Kopp, 1995 v Burns, 2007) in jih pomagajoči ne ustvari ali interpretira, temveč s pomočjo vprašanj zgolj vodi uporabnika pri razvijanju in krepitvi podob. Sogovorniki, ki sami ustvarjajo zase pomembne metafore, pri tem uporabljajo lastne vire pripovedovanja zgodb, preokvirjanja in razreševanja problemov, kar krepi njihovo moč (Legowski in Brownlee, 2001). Terapevtske metafore pa vsebujejo like ali zgodbe, ki se sicer povezujejo z uporabnikovim problemom, procesom iskanja rešitve ali želenim izidom, vendar pa jih razvije pomagajoči sam (Kopp, 1995 v Burns, 2007). Zgodovina praks pomoči, zlasti terapevtskih, nam prikazuje, da so bile metafore v večini generirane s strani pomagajočega ali pa ustvarjene po njegovih navodilih. Današnja praksa, posebno znotraj narativne terapije, pa vedno bolj poudarja pomembnost metafor, ki jih generira uporabnik. Postmoderni pristopi namreč spodbujajo, da sogovorniki sami pripovedujejo o svojih izkušnjah in pripisujejo pomene tem izkušnjam na podlagi lastnega življenjskega in kulturnega konteksta (Legowski in Brownlee, 2001).

Omenjene klasifikacije niso dokončne in edine – možnosti za iskanje in ustvarjanje metafor, njihovo uporabo in vpeljavo v proces pomoči je nešteto. Pri tem je najbolj pomembno to, da najprej pomislimo, kako bodo metafore pripomogle k sodelovalnemu procesu in kakšen pomen bodo imele za sogovornika, v kolikor se odločimo za njihovo uporabo v praksi (Burns, 2007).

Pri narativni terapiji v kontekstu pripovedovanja zgodb izraz metafora nadomestijo drugi izrazi – White in Epston (1990) uporabljata izraz analogija oziroma analogija zgodbe, Freedman in Combs (1996) pa narativna metafora. Znotraj narativnih pristopov že pripovedovanje zgodb samo po sebi predstavlja metaforo. Metafora narativnosti postane način, s katerim pomagajoči razlikuje in skuša razumeti uporabnikove izkušnje ter način oblikovanja procesa pomoči. Uporaba metafor znotraj sodelovanja oblikuje sam proces in določa, kakšna vprašanja bo pomagajoči oblikoval in kakšnih ne. Ker pa narativni pristopi temeljijo na soustvarjanju procesa podpore in pomoči, kot pomagajoči opišemo način in potek dela, kadar si pri njem pomagamo z metaforami. Sogovornik ima v tem primeru možnost izbire glede načina sodelovanja (Legowski in Brownlee, 2001). Burns (2007) dodaja, da smo lahko tudi pozorni na to, če sogovornik sam že uporablja metafore pri pripovedovanju in se mu pri tem tekom procesa pridružimo.

V procesu podpore in pomoči je torej zelo pomemben način, s katerim metafore vpeljemo v sodelovanje. Način namreč določa, ali bo sporočilo, ki ga želimo z metaforo prenesti, slišano, sprejeto in spodbujajoče za delovanje. Kreativne metafore, s katerimi uporabnika povabimo k sodelovanju, lahko vzbudijo večje zanimanje, kot direktna, že slišana sporočila. Uporaba metafor lahko tudi iz drugih razlogov koristi sodelovalnemu procesu. Metafore so interaktivne, saj vabijo k razmisleku in sodelovanju, so privlačne za poslušalca ter pomagajo pri premagovanju uporabnikovega odpora do procesa pomoči. Poleg tega gojijo domišljijo in spodbujajo proces iskanja pomenov ter odgovorov na vprašanja, ki se odprejo v sodelovalnem procesu. Razvijajo tudi sposobnost reševanja problemov, osvetlujejo možne želene izide ter pri uporabniku spodbujajo samostojno odločanje (Burns, 2007).

Kot dober primer uporabe metafor pri načinih ravnanja znotraj narativnih pristopov bi poudarila že podrobno predstavljeno eksternalizacijo. Kakor pravi Burns (2007), s tem, ko skozi proces eksternalizacije problem poosebimo in popredmetimo ter ga prikažemo kot nekaj, kar ima lastne motive, življenje in obstoj zunaj osebe, dejansko ustvarjamo metaforo problema. Legowski in Brownlee (2001) opisujeta, da pomagajoči preko eksternalizacije ustvarja most med uporabnikom

na eni strani ter kulturo in družbo na drugi. Metafore nam v tem primeru pomagajo ta most vzdrževati, pri čemer je ključen ravno uporabnik sam. Ta skozi pripovedovanje lastne življenjske zgodbe ubesedi zase pomembne in uporabne metafore. Pomagajoči se tekom sodelovalnega procesa naslanja na uporabnikove opise, dejanja in komunikacijo, ko tvori vprašanja, ki sodelovalni proces spodbujajo dalje (Legowski in Brownlee, 2001).

Kljub uporabnosti metafor v procesih podpore in pomoči pa moramo biti previdni in ostati pozorni na situacije in uporabnike, pri katerih tovrsten način sodelovanja ni primeren. Burns (2007) navaja nekaj takih primerov. Avtor pravi, da zapleteni in posredni načini komunikacije niso potrebni, kadar lahko neposredno komuniciramo neko sporočilo z uporabnikom. Nekateri sogovorniki lahko pripovedovanje zgodb v obliki metafor doživljajo kot vzvišeno in neiskreno, spet drugim uporabnikom posredna oblika komunikacije ni všeč, ker so jim bližje bolj ustaljene oblike kognicije. Razne oblike težav v duševnem zdravju, na primer depresija, pa lahko tudi omejujejo človeka pri aktivnem sodelovanju s pomočjo metafor (Burns, 2007).

1.4 NARATIVNI PRISTOPI IN PODROČJE DUŠEVNEGA ZDRAVJA

Spekter skupin ljudi, s katerimi sodelujejo narativni terapevti, je zelo širok. Mnogi avtorji so uporabo narativnih pristopov razširili dlje od družinske terapije in so narativne ideje ter načine dela prilagodili področju duševnega zdravja. Tudi težave, ki jih področje duševnega zdravja prepozna kot težko premostljive, narativnih terapevtov ne ovirajo pri sodelovanju z uporabniki (Carr, 1998). Narativni avtorji opisujejo primere sodelovanja s sogovorniki, ki so se na primer dolgo trudili premagati različne stiske, povezane z negativno samopodobo, travmatskimi izkušnjami ter pripisanimi diagnozami, kot sta depresija (White, 2007, 2011; Payne, 2006; Seo, Kang, Lee in Chae, 2015) in motnje hranjenja (White, 2011). France in Uhlin (2006) opisujeta uporabnost narativnih pristopov pri sodelovanju z osebami, ki živijo s psihozami, Marlowe (2009) pa je raziskala, kako narativni pristopi lahko prispevajo k sodelovanju z osebami z diagnozo shizofrenije. Načela in teme, ki omenjene avtorje usmerjajo pri uporabi narativnih praks na področju duševnega zdravja, opisujem v nadaljevanju.

Prva pomembna tema je nasprotovanje dominantnim, zatiralnim naracijam in prevladujočim praksam na področju duševnega zdravja. Narativni pristopi temeljijo na predpostavkah, ki nasprotujejo prevladujočim načinom obravnave na področju duševnega zdravja v zahodnih kulturah, kjer strokovnjaki pogosto nastopajo, kakor da vedo več o življenjih ljudi kot pa ljudje

sami. Nasprotujejo načinom obravnave, ki se osredotočajo na pomanjkljivosti in neuspehe oseb ter zanemarjajo njihove dosežke in močna področja (Payne, 2006). Tovrsten medicinski model ravnanja (Coppock in Dunn, 2010; Flaker, 2012) popredmeti in individualizira težave posameznika ter normalizira način obravnave, kjer se "problem" išče znotraj posameznika (Besley, 2002). V narativnih pristopih težav v duševnem zdravju ne vidijo kot prirojene ali ključne lastnosti ljudi, temveč kot oznake, ki so del širših diskurzov o duševnem zdravju, diskurzov, ki patologizirajo ter vzdržujejo, namesto rešujejo problemske situacije (Carr, 1998; Duvall in Béres, 2011). Gergen (1991) v Besley (2002) poudarja, kako lahko postavitev diagnoze, specifičen jezik in udejstvovanje moči strokovnjaka povsem prevzamejo preteklost, sedanjost in prihodnost osebe, ki se spoprijema s težavami. Dodaja, da strokovnjaki kljub dobrim namenom in željam, s katerimi nudijo pomoč, s tradicionalnimi tehnikami pripomorejo k patologizaciji življenj posameznikov in ustvarjanju socialnih hierarhij, ki brišejo občutke neodvisnosti in povezanosti. Launer (1999) meni, da kadar se neka diagnoza postavi zadržano, je to lahko v pomoč vsem udeleženi. To pomeni, da pomagajoči najprej razišče življenjski kontekst sogovornika ter tehtno oceni, kako bo oznaka psihiatrične diagnoze v pomoč pri reševanju sogovornikovih težav. Prenagljeno določevanje diagnoze, predpisovanje zdravil in enostranska odločitev glede terapij pa lahko zastre pogled na druge težave osebe ter onemogoči sodelovanje, v katerem bi pomagajoči zares prisluhnil sogovorniku (Launer, 1999).

Ravno odprt pogovor in drža, ki omogoča, da strokovnjak pogleda preko diagnoze, pa sta ključna za uspešno sodelovanje z osebami s težavami v duševnem zdravju in nekaj, kar narativni avtorji močno zagovarjajo. Carr (1998) navaja, da problemske situacije ljudi izhajajo in se vzdržujejo skozi zatiralne naracije, ki zasedajo življenja posameznikov. Zgodba vsakogar vsebuje tudi izjeme, ki zatiralnim naracijam kljubujejo in imajo potencial posamezniku pomagati pri iskanju rešitev. Razvoj in uporaba narativnih pristopov tudi na področju duševnega zdravja, odpira prostor za pripovedovanje izjemnih, alternativnih zgodb (Carr, 1998; Launer, 1999). To omogoča skupno raziskovanje dilem uporabnikov ter odkrivanje pozitivnih načinov za spoprijemanje z njimi, posebno kadar so alternativne poglede zameglile negativne pretekle izkušnje (Stockell in O'Neill, 1999) in zatiralne, dominantne zgodbe. Alternativne zgodbe, ki izhajajo direktno iz osebe, bolje odsevajo avtentične lastnosti in identiteto posameznika ter so uporabnikom ljubše. Skozi tako imenovano ponovno pisanje osebne zgodbe sogovornik dobi priložnost, da s pomočjo alternativne naracije prevzame nadzor nad svojim življenjem, se usmeri k delu na spremembah in

reševanju problemov (Carr, 1998). Druga pomembna tema je torej raziskovanje alternativnih zgodb sogovornikov s težavami v duševnem zdravju, kar jim pomaga napisati novo, ljubšo naracijo.

Tretja pomembna tema je sprememba v razumevanju odnosa med pomagajočim in uporabnikom. Besley (2002) navaja, da odnos med sogovorniki temelji na prerazporeditvi moči. Narativne prakse se namreč zgledujejo po Foucaultovi konceptualizaciji moči, ki poudarja, da moč ni zgolj negativno orodje zatiranja, ki ga posamezniki bodisi posedujejo ali uporabljajo. Je tudi način, preko katerega si posamezniki v vsakdanjem življenju zagotovimo glas v diskurzih in mesta znotraj odnosov (Besley, 2002). Narativni terapevti so etično zavezani temu, da so transparentni in odprti glede razmerij moči ter svojih pogledov o rasni pripadnosti, kulturi, spolni usmerjenosti, starosti in drugem (White, 1997 v Besley, 2002). Zavezani so, da pri delu zavzamejo politično držo, skozi katero lažje opazijo razmerja moči, ki pogosto vodijo življenja posameznikov (Stockell in O'Neill, 1999). Zavedajo se, da je sodelovalni proces dvosmeren - vsak pomagajoči vstopa s svojim ozadjem in izkušnjami, ki so lahko bogat prispevek k procesu. Razumevanje, da uporabnik in pomagajoči tekom sodelovalnega procesa pripomoreta eden k drugemu in se po njegovem zaključku oba na svoj način spremenita, je za narativne pristope dragoceno (White, 1997 v Besley, 2002). Skozi spremembo odnosa se spremeni tudi narava sodelovalnega procesa – ta postane priložnost za dialog, ki ga pomagajoči pomaga soustvariti s svojim strokovnim znanjem, sogovornik pa z opisovanjem lastnih življenjskih izkušenj (Launer, 1999).

Naracije sogovornikov o življenju s težavami v duševnem zdravju se med seboj razlikujejo, saj je vsaka edinstvena. Enako velja za naracije o premagovanju tovrstnih težav in pojmu okrevanja. McTighe (2015, str. 178) pravi, da že to, v katerem kulturnem okolju se posameznik nahaja, kako je odraščal in kakšna sporočila je ponotranjil, še preden je pridobil psihiatrično diagnozo, vpliva na to, kaj zanj pomeni imeti težave v duševnem zdravju. Reed, Josephsson in Alsaker (2020) se osredotočajo na pojem okrevanja oseb s težavami v duševnem zdravju iz perspektive narativnih pristopov. Ugotavljajo, da ta proces vsak posameznik doživlja različno. Procesi premagovanja težav v duševnem zdravju so kompleksni in edinstveni za vsakega posameznika. To razumevanje je ključno za načrtovanje vsakdanjih aktivnosti z osebami s psihiatrično diagnozo, te dejavnosti pa so pomemben vidik okrevanja, ker pomagajo pri vzpostavljanju vpliva nad aspekti

človekovega življenja, ki so jih težave v duševnem zdravju prevzele (Reed, Josephsson in Alsaker, 2020).

Četrto pomembno načelo, kakor to prepoznavajo tudi Stockell in O'Neill (1999) ter Duvall in Béres (2011), je pomoč posamezniku, da se loči od svojega problema. Carr (1998) pravi, da narativni terapevt, ki deluje na področju duševnega zdravja, zavzame dva različna položaja. Prvi je položaj dekonstrukcije, kjer je naloga pomagajočega, da okrepi moč sogovornika pri spodbujanju tradicionalnih definicij in praks s področja duševnega zdravja. Drugi pa je položaj konstrukcije oziroma vloga graditelja, kjer se osredotoči na soustvarjanje nove identitete in življenja sogovornika. Pri tem se mora vedno znova vračati k trem dejavnikom, ki ljudem pomagajo pri iskanju smisla življenja, in sicer na *pomene*, ki jih pripisujejo izkušnjam, na *uporabo jezika*, ki izkušnjam podajo smisel, in na *razmerja moči*, v katerih sodelujejo (Carr, 1998).

O pozitivnih učinkih uporabe narativnih pristopov pri sodelovanju z osebami s psihiatrično diagnozo pričajo tudi uporabniki. Narativni pogovori so jim pomagali pri spremembi odnosa, ki ga imajo s svojo diagnozo – na težave v duševnem zdravju so začeli gledati kot na druge bolezni, čutili so se svobodne, da so lahko počeli tudi druge stvari in ne zgolj skrbeli za posledice pridobitve diagnoze. Dobili so možnost, da poimenujejo svoje probleme in se od njih ločijo. Doživeli so način sodelovanja, kjer jim ni bilo rečeno, kaj morajo narediti, temveč so se čutili podprte pri razvijanju lastnih načinov reševanja težav. Narativni pogovori so jim pomagali pri spremembi pogleda na življenje in pri osvoboditi od nuje po spreminjanju. Pomagali so jim tudi pri premagovanju izoliranosti. Narativni pristopi namreč ne zanemarjajo pomembnosti življenjskega konteksta in povezanosti ter omogočajo odkrivanje tistih načinov življenja in medsebojnih odnosov, ki so ljudem ljubši (Stockell in O'Neill, 1999).

1.5 NARATIVNO SOCIALNO DELO Z DRUŽINAMI OSEB S TEŽAVAMI V DUŠEVNEM ZDRAVJU

1.5.1 Narativno socialno delo

Narativni pristopi že dolgo vzbujajo pozornost socialnih delavcev (Abels in Abels, 2001; Buckley in Decter, 2006; McTighe, 2015, 2018). Baldwin in Estey-Burt (2012) socialno delo pojmuta kot prakso, ki je narativna, pri čemer ločujeta dve perspektivi. Prva naracije sogovornikov zgolj

zbira kot material, ki ga bodisi vključi v delovni proces ali pa razvije v teorijo. Druga perspektiva pa naracije razume globlje – razume, da naracije sooblikujejo prakso in teorijo socialnega dela glede na razumevanje odnosov s seboj in z drugimi, metodologije raziskovanja in etičnih načel (Baldwin in Estey-Burt, 2012).

Urek (2001) življenjske zgodbe uporabnikov opisuje kot središče socialnega dela, saj vplivajo na prakso in pomagajo oblikovati teorijo. Poudarja, da so na naracije vezane vsaj tri značilnosti pripovedovanja – kako so družbeno konstruirane, kako jih je možno interpretirati in v kakšna razmerja moči so vpete. Narativne prakse v socialnem delu so lahko del dialoga in omogočanja sogovornikom, da zastopajo svojo resnico in aktivno sodelujejo v procesih. Pazljivo strokovno poslušanje in pripovedovanje zgodb lahko nadgradi prakso socialnega dela. V obratnem primeru pa so lahko naracije v socialnem delu, tudi del zatirajočih struktur družbe (Urek, 2001). Enako menita Roscoe in Madoc-Jones (2009), ki pravita, da slabo prepoznavanje zatiralnih mehanizmov te še dodatno krepí, odvzema moč uporabnikom, onemogoča možnosti za spremembe in prispeva k patologizaciji problemskih situacij, s katerimi se uporabniki srečujejo.

Narativne prakse nas v socialnem delu torej usmerjajo k zavzemanju kritične drže, s katero prevprašujemo strukturne in materialne neenakosti, ki v zahodni družbi prispevajo k dominantnim, zatiralnim naracijam. Prepoznati moramo vpliv kulturnih, zgodovinskih, političnih in ekonomskih dejavnikov na ustvarjanje neenakosti v družbi, ki omejujejo naše sogovornike (Roscoe in Madoc-Jones, 2009). V socialnem delu imamo pomembno vlogo pri oblikovanju in prevpraševanju družbenih naracij (McTighe, 2015, str. 180). Pomembno pa je dodati, da pri raziskovanju naracij sogovornikov nujno izhajamo iz njihovih pripovedi. Nepremišljene in avtomatsko uporabljene oznake, da je nekaj na primer zatiralno, morda nimajo enakega pomena za uporabnika (Sakamoto in O.Pitner, 2005, v Roscoe in Madoc-Jones, 2009).

Ločevanje (identitete) posameznika od problema in pomoč pri razvijanju alternativne, ljubše zgodbe, je naslednji pomemben prispevek narativnih pristopov k socialnemu delu (Abels in Abels, 2001). Naš cilj je v tem primeru podpreti uporabnike storitev socialnega dela, da sebe oziroma svojo identiteto vidijo ločeno od problema, s katerim se soočajo. Tukaj smo pozorni na jezik, ki ga uporabljamo – vedno sprašujemo po problemu kot neodvisni entiteti, kakšen vpliv ima na življenje uporabnika, kdaj se je prvič pojavil, na kakšen način vpliva na življenje uporabnika in podobno. Tovrstni eksternalizirajoči pogovori omogočijo, da se sogovornik

osvobodi problema oziroma identifikacije z njim in je pripravljen na ponovno pisanje zgodbe (Roscoe in Madoc-Jones, 2009). Takrat dobi priložnost, da se ozre na bogat niz svojih življenjskih zgodb, ki obstajajo poleg naracij, ki prispevajo k problemu. Ponovno lahko ovrednoti mesto problemske naracije v svojem življenju in svoj odnos do nje. Iz drugačnega zornega kota lahko pogleda, kako samega sebe dejansko doživlja in kako bi želel, da ga v odnosih doživljajo drugi ljudje, kar sooblikuje njegovo identiteto (Freedman, 2014). K pisanju alternativne zgodbe pripomore tudi raziskovanje izjem (Abels in Abels, 2001), ki se ga lotimo, potem ko dekonstruiramo s problemom nasičeno zgodbo. Socialna delavka mora pozorno poslušati in prepoznati, kdaj je bil vpliv problema manjši in skupaj z uporabnikom raziskati, kaj je bilo takrat drugače. Ta spoznanja dodatno podkrepi še z raziskovanjem identitete posameznika, njegovih lastnosti, želja, namenov in prepričanj (Roscoe in Madoc-Jones, 2009). S tem ko razvijamo bogate in ljubše zgodbe sogovornika, ne želimo zgodbe o problemu uničiti ali izbrisati, temveč želimo ustvariti priložnost, da uporabnik ubesedi tudi druge naracije, ki so del njegovega življenja (Freedman, 2014).

Socialne delavke se pogosto znajdemo v situacijah, kjer smo razdvojene med željami in mnenji sogovornika ter lastnim teoretičnim znanjem in izkušnjami. Odločamo se po lastni presoji, kar ni napačno, vendar pa svoje odločitve pogosto slabo ubesedimo in utemeljimo (Roscoe, Carson in Madoc-Jones, 2011). Institucije, znotraj katerih delujemo, pogosto želijo hitre rezultate dela, takojšnje ocene sogovornikov in sprejemanje odločitev, v kakšno smer se bo odvijal proces pomoči, četudi ta proces ni zares koristen za uporabnika (Buckley in Decter, 2006). Narativni pristopi nas lahko podprejo, da svoje delo zasnujemo na sodelovanju ter delitvi zgodb in izkušenj s sogovorniki. Prispevajo k temu, da smo pri svoji praksi odprti, transparentni in etični (Roscoe, Carson in Madoc-Jones, 2011) ter da ohranimo radovednost in svoje vrednote. Pomagajo nam, da si upamo izraziti tudi nemoč ali pa prevzeti nadzor nad situacijo, kadar je to potrebno (Buckley in Decter, 2006).

Pripovedovanje zgodb in raziskovanje naracij sogovornikov sta, kot rečeno, že dolgo del socialnodelovne prakse tudi pri nas. Menim, da narativni pristopi lahko prispevajo še več. McTighe (2018) opisuje uporabo narativnih metod za lastno raziskovanje tega, kaj za nekoga pomeni biti socialni delavec. To prinaša spoznanja o tem, kako so k našim strokovnim odločitvam, prispevale tudi naše življenjske izkušnje, izobraževanje in supervizije (McTighe,

2018). Dodatno lahko narativni pristopi k praksi socialnega dela prispevajo tudi s številnimi razvitimi načini ravnanja. Pri tem pa je pomembno, da v delovnem odnosu s sogovorniki negujemo odnos, ki temelji na sodelovanju. Roscoe in Madoc-Jones (2009) pravita, da moramo, preden se odločimo za uporabo narativnih načinov ravnanja, razmisliti, ali bodo tovrstni pristopi uporabni za sogovornika in kako (Roscoe in Madoc-Jones, 2009). Pri tem je odločilnega pomena, da pri sprejemanju tovrstne ocene upoštevamo sogovornikovo interpretacijo uporabnosti naše pomoči.

1.5.2 Uporaba narativnih pristopov pri sodelovanju z družinami oseb s težavami v duševnem zdravju

Tako v socialnem delu kot tudi znotraj narativnih pristopov je spoštljivo in radovedno raziskovanje družine tisto, ki nam omogoča vpogled v njihove lastnosti in potrebe, kot jih doživljajo sami. Buckley in Decter (2006) poudarjata, da so ravno narativne prakse tiste, ki nas v kompleksnih trenutkih sodelovanja z družinami oseb s težavami v duševnem zdravju vodijo, da še naprej sodelujemo z družino in ji ne vsiljujemo lastnih predstav. Madsen (2007) pravi, da če želimo v celoti razumeti kompleksnost vsake družine, s katero sodelujemo, moramo do nje pristopiti kot radovedni raziskovalci in družino prositi, da nas sama nauči o svojih značilnostih. S tem zavzamemo držo "ne-vednosti" in raziskujemo pomene, kakršne svojim doživetjem pripisujejo družinski člani sami. To nam pomaga, da med sodelovalnim procesom razvijemo bolj sočuten pogled in smo usmerjeni k bolj konstruktivnemu delovanju (Madsen, 2007).

Odnos, ki ga pomagajoči vzpostavi in vzdržuje z družino tekom sodelovalnega procesa, je torej tisti, ki vpliva na njegovo uspešnost (Madsen, 2007). Narativni avtorji so prepoznali pomembnost tega odnosa. Pojmujejo ga kot partnerski odnos v dialoškem procesu med uporabnikom in pomagajočim, ki skozi svoje lastnosti in zgodbe vplivata en na drugega (Angus in McLeod, 2004). Narativni avtorji torej predpostavljajo, da pomagajoči v svojo prakso vedno vstopa z osebnimi lastnostmi, preteklimi izkušnjami in prepričanji, kar je v skladu s konstruktivističnimi predpostavkami. Kakor pravi Madsen (2007), to še vedno ne pomeni, da v pomagajočih poklicih lahko zanemarimo pomembnost strokovne drže. Pri soustvarjanju odnosa z družinami in k vplivanju na njihove izkušnje nas namreč vodijo tudi strokovni koncepti in načini dela, ki pa jih moramo vedno znova reflektirati in evalvirati.

V socialnem delu nas k osebnemu in hkrati strokovnemu ravnanju usmerja Vriesov (1995) koncept osebnega vodenja, ki pravi, da so osebni odzivi, podelitve lastnih zgodbe lahko tiste, ki odpirajo alternativen pogled na možne rešitve. Socialna delavka se avtentično in empatično odziva na dogajanje v odnosu, ki se skozi to gradi. Uporabnik skozi tovrstno osebno izkušnjo dialoga in sodelovanja pridobi nove izkušnje spoštovanja in dostojanstva (Čačinovič Vogrinčič, Kobal, Mešl in Možina, 2011). Zanimivo je, da v praksi ravno na področjih duševnega zdravja in socialnega varstva ravnanje pogosto temelji na tem, da strokovnjaki še vedno delajo *za* uporabnike namesto skupaj z njimi, čeprav je zlasti na tovrstnih področjih spoštljivo sodelovanje tisto, ki lahko vodi k izboljšanju življenja uporabnikov (Madsen, 2007).

Kot že rečeno, v socialnem delu z družino ravnamo na dveh ravneh. Preden se lahko posvetimo spremembam na drugi ravni, moramo z družino raziskati, kaj potrebuje na prvi ravni. To pomeni, da moramo vsakemu družinskemu članu, dati priložnost, da ubesedi, kaj razume kot problem, kaj kot rešitev, kaj potrebuje ter kje prepozna vire moči, ki bi prispevali k doseganju rešitve (Čačinovič Vogrinčič in Mešl, 2019). Znova poudarjam pomembnost odnosa, ki ga ob sodelovanju razvijemo z družino. Družinski člani oseb s psihiatrično diagnozo namreč potrebujejo varen prostor, kjer lahko ubesedijo svoje izkušnje in doživljanje specifičnih stisk, ki jih je prinesla prisotnost težav v duševnem zdravju. Navezala bi se na spoznanja o potrebah družin oseb s težavami v duševnem zdravju, ki so v veliki meri izrazile željo po bolj spoštljivem odnosu strokovnjakov in celostnem sodelovanju z njimi (Smrdu, Belak, Švab, 2015, str. 52–53). Na prvi ravni dela z družino se lahko posvetimo tudi potrebam družine po razbremenitvi in prostem času (Kelavič, 2007). Zagotavljamo lahko konkretno finančno podporo ter informacije o področju duševnega zdravja in obstoječih oblikah pomoči in podpore. Hkrati je pomembno, da družine povežemo z ljudmi, katerih izkušnje so podobne njihovim (Smrdu, Belak, Švab, 2015, str. 52–53). V socialnem delu je torej naša naloga na prvi ravni dela z družino tudi raziskati, prepoznati in mobilizirati vire moči družine (Čačinovič Vogrinčič, 2016, str. 25–26). Družina pogosto že poseduje ogromno virov moči, pa jih sama ne prepozna ali ne zna uporabiti, pri čemer je naša naloga, da jih pomagamo ubesediti in aktivirati. Viri moči pa se nahajajo tudi v skupnosti družine in naša naloga je, da tekom soustvarjalnega procesa družino povežemo z ustanovami, organizacijami, delovnimi mesti in neformalnimi socialnimi mrežami (Čačinovič Vogrinčič, 2016, str. 25). Družino lahko podpremo, kadar potrebuje vzpostavitev stika z različnimi strokovnjaki in službami za varovanje duševnega zdravja, nevladnimi organizacijami, skupinami

za samopomoč itd. (Oreški, Dernovšek in Hrast, 2012). Sočasno, kakor pravi Čačinovič Vogrinčič (2016, str. 25), skozi navezovanje, spodbujanje in koordinacijo stikov med nami, družino in omenjenimi službami, kontinuirano in osebno vodimo izvirne delovne projekte. S tem se dotaknemo tudi problematike razpršenosti pomoči, ki še posebno vpliva na družine s številnimi izzivi, ki navadno potrebujejo pomoč na različnih področjih in so preobremenjene z obiskovanjem prevelikega števila strokovnjakov (Čačinovič Vogrinčič in Mešl, 2019). Narativni pristopi nas na prvi ravni socialnega dela z družino vodijo k vzdrževanju odnosa med pomagajočim in sogovornikom, ki temelji na spoštovanju in sodelovanju (Madsen, 2007). Vodijo nas, da prisluhnemo potrebam sogovornikov, upoštevamo njihov življenjski kontekst ter sprejemamo etične odločitve pri načrtovanju pomoči (Baldwin in Estey-Burt, 2012). Kadar sodelujemo z družinami oseb s psihiatrično diagnozo, nam narativni pristopi pomagajo, da namesto hospitalizacij in zdravljenja ustvarjalno raziskujemo možnosti, ki osebam s težavami v duševnem zdravju omogočijo, da ostanejo znotraj svoje skupnosti (Buckley in Decter, 2006).

Spremembe na prvi ravni so včasih že dovolj, da družina brez naše nadaljnje podpore in pomoči zaživi naprej – kakor pravijo Smrdu, Belak in Švab (2015, str. 52 – 53), družine pogosto bolj kot terapevtsko obravnavo potrebujejo konkretno podporo zase in za osebo s težavami v duševnem zdravju, podporo, ki se redno izvaja. Ker pa prisotnost težav v duševnem zdravju pogosto vpliva tudi na družinsko dinamiko, je na mestu vabilo k dodatnemu sodelovanju. Mnogi avtorji (Belak, 2012; Dernovšek, 2018; Lamovec, 1998; Lefley, 1996; idr.) opisujejo spremembe, ki jih prinese prisotnost težav v duševnem zdravju znotraj družine. Te se pokažejo v medsebojnih odnosih, komunikaciji, vlogah, pravilih, zadovoljevanju potreb in pa tudi pri vedenju posameznih družinskih članov. V socialnem delu tovrstna področja družinske dinamike umeščamo v drugo raven socialnega dela z družino (Čačinovič Vogrinčič, 2008). Kakor mnogo družin, ki se soočajo s številnimi izzivi, tudi družine oseb s psihiatrično diagnozo včasih potrebujejo pomoč pri doseganju sprememb na drugi ravni. Pri tem je pomembno, kakor pravi Madsen (2007), da izhajamo iz drže, kaj je možno doseči ter kaj družina že ima in ne, kakšna bi morala biti in česa nima, kar je bila dolgo prevladujoča praksa pri delu z ljudmi, še posebno na področju duševnega zdravja.

Druga raven socialnega dela z družino je torej delo na odnosih. Vsebuje vabilo, da znotraj delovnega odnosa so-raziskujemo notranjost družinske skupine, njeno psihološko dinamiko,

značilnosti spoprijemanja s konflikti in proučujemo, kako tovrstna spoznanja prispevajo k soustvarjanju sprememb, ki jih družina potrebuje. Za delo na drugi ravni potrebujemo znanje o razvidnosti in ozaveščenosti, kar poleg spoznavanja 'notranjosti' družinske skupine vsebuje tudi ubeseditev družinske resničnosti in zmožnost spoprijemanja z njo (Čaćinović Vogrinčič in Mešl, 2019). Tukaj prepoznavam čudovito priložnost, da v socialno delo z družino vpeljemo različne metode narativnih pristopov, ki sem jih že opisala. Z njimi lahko še dodatno obogatimo svoje delo na ustvarjalen način ter svojim sogovornikom omogočimo novo izkušnjo sodelovanja. Menim, da so narativni načini ravnanja lahko posebno uporabni za sodelovanje z družino na drugi ravni. Z narativnimi načini ravnanja lahko soustvarjamo zaželeno spremembo družine, ki jim pomagajo pri bolj konstruktivnem odzivanju na drugačnost življenja, ki ga prinese prisotnost težav v duševnem zdravju. Družinskim članom lahko pomagamo pri razbremenitvi, tako da skupaj z njimi raziskujemo, kje je vir njihovih bremen. McTighe (2015, str. 178) poudarja pomembnost raziskovanja omejujočih naracij in družbenih konstruktov, ki izvirajo iz kulture in okolja, v katerem se nahajamo. S tovrstnim raziskovanjem se lahko dotaknemo stigme, občutkov izolacije in občutkov drugačnosti, ki jih družinski člani opisujejo (Belak, 2012; Lamovec, 1998). Narativni pristopi pa so posebno primerni, tudi kadar se želimo dotakniti žalovanja (Buckley in Decter, 2006; McTighe, 2018), ki ga na svoj specifični način doživljajo tudi družine oseb s psihiatrično diagnozo (Dernovšek, 2018).

Narativni pristopi so se razvijali znotraj konteksta družinske terapije (Polkinghorne, 2004), mnogo narativnih terapevtov je z ustvarjanjem in uporabo novih ter kreativnih načinov ravnanja, ki sem jih že opisala v svoji nalogi, prispevalo k možnostim, ki jih sedaj imamo za sodelovanje z družinami. V nadaljevanju predstavljam enega od načinov ravnanja v narativnih pristopih, ki ga, navdihnjena s tovrstno inovativno prakso Whita (2007), opisuje avtorica Freedman (2014) in lahko po mojem mnenju obogati proces podpore in pomoči družini osebe s psihiatrično diagnozo, še posebno, če smo prepoznali, da bi bile spremembe na drugi ravni v pomoč družini, s katero sodelujemo.

Metoda pričanja oz. pričevanja ¹

Sodelovanje z družino je lahko kontekst, v katerem imamo priložnost dekonstruirati različne problemske naracije tako, da družinske člane povabimo k pripovedovanju in utrjevanju zgodb, ki so jim ljubše. Hkrati jih povabimo k pričanju pomembnih naracij družine kot celote in naracijam posameznih družinskih članov (Freedman, 2014). Ta način dela sta v 80–tih letih prejšnjega stoletja razvila White in Epston (White, 2007). Avtorica Jill Freedman predstavi ta narativni način dela – metodo pričanja, ki družinske člane usmeri k temu, da pripovedujejo, znova pripovedujejo in izmenično pričajo zgodbam eden drugega. Pri tem nam je v pomoč, da ustvarimo t. i. strukturo pričanja (angl. *witnessing structure*). Menim, da je metoda pričanja lahko zelo uporaben način dela, kadar v socialnem delu sodelujemo z družinami oseb s težavami v duševnem zdravju in potrebujemo spremembe na drugi ravni. Kakor namreč opisuje Freedman (2014), so nekatere družine, s katerimi je ob sodelovanju uporabila to metodo, povedale, da o določenih temah pred tem še nikoli niso spregovorile. Na drugi ravni socialnega dela z družino si prizadevamo k soustvarjanju večje ozaveščenosti in razvidnosti (Čačinovič Vogrinčič in Mešl, 2019), kar kontekst strukture pričanja lahko pomaga vzpostaviti. Freedman (2014) razlaga, da je z metodo lažje zagotoviti, da se družinski člani med seboj poslušajo in dejansko slišijo, saj je v njenem ospredju ravno nastopanje v vlogah pripovedovalcev in poslušalcev. Z metodo pričanja zagotovimo varen in odprt prostor za pogovor o prej nedotaknjenih temah (Freedman, 2014). Za družine oseb s težavami v duševnem zdravju je to lahko pomembna dobra izkušnja in priložnost za odprt pogovor o temah, ki jih družinski člani po ugotovitvah Lamovec (1998) sicer doživljajo kot obremenjujoče in stigmatizirajoče.

Strukturo pričanja sestavlja več zaporednih krogov, v katerih se družinski člani izmenjujejo kot pripovedovalci in poslušalci zgodb. V vsakem krogu enega od družinski članov povabimo, da podeli svojo zgodbo oziroma razumevanje, ki je vezano na problem, s katerim se je družina srečala. Ostale družinske člane med tem prosimo, da pripovedovalca pozorno poslušajo in skušajo njegovo pripoved razumeti iz njegove perspektive. Tiste, ki so bili priče zgodbi, nato v naslednjem krogu povabimo, da v procesu sodelujejo tako, da podelijo, kako so doživeli in razumeli pripoved. Družinski član, ki je bil v vlogi pripovedovalca, med tem zavzame vlogo priče

¹ V slovenskem jeziku se oba pojma – pričevanje in pričanje - uporabljata za “navzočnost ob kakem dogodku”, zato ju uporabljam kot sopomenki. Ker se beseda „pričevalec“ uporablja (tudi) kot „nekdo, ki nekaj potrjuje s svojim življenjem“, sem za kontekst narativnih pristopov raje izbrala besedo „priča“.

pripovedim o lastni pripovedi. Ti prispevki družinskih članov okrepijo in obogatijo prvotno pripoved. Kot pomagajoči lahko nato še podkrepimo proces z vprašanji prvotnemu pripovedovalcu, tako da ga ta vprašanja spodbudijo, da podeli svoje doživljanje prispevkov družinskih članov. Avtorica to poimenuje ponovno pripovedovanje o ponovnem pripovedovanju, namen katerega je podpreti družinske člane, da bi lažje razumeli zgodbe drug drugega ter da bi aktivno prispevali pri razvoju in krepitvi ljubših, alternativnih naracij (Freedman, 2014).

V proces podpore in pomoči lahko narativno metodo pričanja vpeljemo na različne načine. Proces lahko začnemo tako, da najprej natančno opišemo način dela in družinske člane nato povabimo k sodelovanju (Freedman, 2014). V socialnem delu imamo čudovito priložnost, da vabilo k uporabi narativne metode pričanja združimo z dogovorom o sodelovanju, ki ga, kakor pišeta Vidonja in Kustec (2016), kot uvodni ritual na srečanjih z uporabniki vedno znova sklepamo, obnavljamo in dopolnjujemo ter kjer na vsakem srečanju ubesedimo tudi to, kako bomo sodelovali. Freedman (2014) pravi, da lahko omenjeni način ravnanja vpeljemo tudi na popolnoma naraven in neformalen način, tako da začnemo pogovor z enim od družinskih članov in smo ob tem pozorni na odzive ostalih. Želimo, da pripovedi družinskega člana v vlogi pripovedovalca sledijo, zato je pomembno razbrati, ali jih tovrsten način dela zanima. Kadar sodelujoči ne kažejo zanimanja ali pa prekinjajo pripovedovanje, je smiselno, da proces ustavimo in ga obrazložimo ter družinske člane povabimo k sodelovanju (Freedman, 2014).

Kot pomagajoči se nato lotimo procesa dekonstruiranja, kjer skozi eksternalizirajoče pogovore odpiramo in razkrivamo značilnosti problema, s katerim se družina srečuje. Sami potrebujemo boljše razumevanje problema in njegovih vplivov. Družinskim članom pa pogosto veliko pomeni izkušnja, da so slišani in da je upoštevano njihovo razumevanje problema. Sami moramo pripovedi pozorno poslušati ter jih podkrepiti z vprašanji, ki prispevajo k razumevanju problema in problem sam postavijo zunaj osebe oziroma družine (Freedman, 2014). V socialnem delu se raziskovanje značilnosti problema in razumevanja sodelujočih povezuje s konceptom instrumentalne definicije problema, saj, kot opisuje Čacinovič Vogrinčič (2008), ta koncept zahteva, da proces pomoči začnemo z raziskovanjem izkušenj uporabnikov, kakor jih sami razumejo, ter povabimo družinske člane, da opredelijo, kje sami prepoznajo problem, kje vidijo rešitev, kako lahko sami prispevajo, da bi jo dosegli in koga bi potrebovali, da bi jim pri tem

pomagal. Definicijam uporabnikov socialna delavka pridruži še lastno razumevanje problema in rešitve (Čačinovič Vogrinčič, 2008).

Za družine oseb s težavami v duševnem zdravju je značilno, da začnejo člani to osebo prepoznavati kot problem, kar je posledica številnih oblik stresa, s katerimi se dnevno srečujejo (Lamovec, 1998). Z dekonstruiranjem problema to naslovimo in omogočimo, da se oseba začne ločevati od problema. Oseba s težavami v duševnem zdravju začne spoznavati svoj odnos, ki ga ima s problemom, kar ji daje možnost izbire, kako bo s problemom shajala v prihodnosti. Družinski člani, ki so v vlogi prič, pa dobijo priložnost, da problem vidijo ločeno od osebe. Podpremo jih, da svoje odzive naslovijo problemu in ne osebi, ki se z njim srečuje, kar omogoča, da družinski člani morda sami prepoznajo trenutke, ko problem ni bil prisoten. S pozornim poslušanjem in vprašanji pa družinske člane podpremo, da te izjeme ubesedijo (Freedman, 2014). Dekonstrukcija je torej pomembna za proces podpore in pomoči, ker sodelujočim pomaga odkriti vrzeli v naracijah, ko problem ni imel vpliva. Proces dekonstruiranja je del narativnega pristopa pričanja. Osebi s težavami v duševnem zdravju lahko, medtem ko je v vlogi pripovedovalca, pomagamo, da se vidi ločeno od diagnoze, kar je po avtorjih Stockell in O'Neill (1999) tudi eden od namenov uporabe narativnih pristopov na področju duševnega zdravja. Hkrati pa družinskim članom skozi uporabo metode pričanja omogočimo, da dobijo alternativni pogled na situacijo. Ponudimo jim priložnost, da k potencialnim spremembam prispevajo z refleksijo tega, kar so slišali, da je povedala oseba s težavami v duševnem zdravju. Sodelujoče lahko podpremo, da skupaj ubesedijo trenutke, ko vpliv psihiatrične diagnoze ni bil prisoten, ko so bili odzivi bodisi družinskih članov bodisi osebe s težavami v duševnem zdravju drugačni. To je alternativna in ljubša podoba, na kateri lahko gradimo dalje, jo dodatno raziskujemo in razvijamo.

Nameniti pozornost vsakemu sodelujočemu je torej v središču metode pričanja. Da bi pridobili bogate prispevke vseh družinskih članov, moramo ves čas budno spremljati njihove odzive in jih vključiti v proces, ko je za to čas. Freedman (2014) pravi, da moramo ves čas nekaj pozornosti ohraniti na družinskih članih, ki so v vlogi poslušalcev oz. prič. Zavzeti in ostati v poziciji pričanja ni enostavno, zato sogovornike podpremo, da zmorejo poslušati čim bolj aktivno. Prav tako smo pozorni na njihove odzive in doživljanje sodelovalnega procesa. Neverbalni znaki nas lahko hitro opozorijo, kadar bi bilo primerno neki temi posvetiti več časa. Teme, ki smo jih prepoznali kot pomembne, lahko naslovimo z vprašanji sogovornikom, na način da hkrati

razvijamo potek soustvarjalnega procesa in zelene zgodbe sogovornikov. Avtorica poudarja, da kadar želimo prispevati k razvoju zelene zgodbe, se moramo pri oblikovanju vprašanj naslanjati na izjemne trenutke, ki so se izrazili med pripovedovanjem. Pozornost moramo ohraniti na vseh sodelujočih tudi zato, ker je naša naloga med sodelovalnim procesom pomagati sodelujočim, da ostanejo v določenih vlogah (Freedman, 2014).

Struktura pričanja s seboj prinaša tudi nekaj pasti in ovir, ki pogosto nastanejo, kadar sodelujemo z več ljudmi hkrati. Lahko se zgodi, da ljudje na videz poslušajo en drugega, vendar se ne slišijo, temveč zgolj čakajo, da bodo sami na vrsti za pripovedovanje. Zgodi se, da med svojim pripovedovanjem zgolj vedno znova ponavljajo stvari, ki so jih povedali že na preteklih srečanjih. Na tem mestu je pomembno, da se ustavimo in se s sodelujočimi pogovorimo o samem poslušanju. Pogovor lahko usmerimo na različne vloge, ki jih kot poslušalci lahko zavzamemo. Avtorica to poimenuje *pozicije pričanja*, s čimer opredeli neke vrste igro vlog, ki jo lahko pridružimo metodi pričanja, da bi pomagali družinskim članom, ki imajo težave v vlogi priče. Različne pozicije pričanja lahko direktno predlagamo družinskim članom ali pa se zanje pogajamo in skušamo skupaj raziskati, katera bi bila za nekoga primerna. Te pozicije oz. vloge so naslednje: *"pričanje, kot prijatelj"*, *"pričanje, kot da nas je navdihnila pomembna oseba"*, *"pričanje, kot da nas obdaja ekipa"*, *"pričanje, kot da se nahajamo v drugem kontekstu"*, *"pričanje s položaja tega, kar nam je pomembno"* in *"pričanje s položaja medsebojnega odnosa"*. Vlogam je skupno, da so posamezniku blizu, se z njimi lahko poistoveti in ima z njimi že izkušnje. Uporaba pozicij pričanja je posebno aktualna v začetnih fazah procesa podpore in pomoči. Tekom sodelovanja družinski člani navadno med seboj delujejo vedno bolj razumevajoče ter stremijo k skupnemu cilju razvoja bogatih izkušenj in zgodb. Takrat lahko nadaljujemo z uporabo metode pričanja, ne da bi se naslanjali na posebne vloge oziroma položaje (Freedman, 2014).

V socialnem delu poznamo tudi v soustvarjanje rešitev usmerjen pogovor in v nadaljevanje pogovora usmerjen pogovor (Bouwkamp, 1995 v Čačinovič Vogrinčič, 2008), ki ju lahko uporabimo v procesu podpore in omoči ter ju združimo z uporabo metode pričanja, kadar opazimo, da je komunikacija med udeleženi ovirana. Prva oblika pogovora je primerna, kadar opazimo, da je prišlo do neskladja v komunikaciji oziroma v njej opazimo motnje. Druga oblika pogovora pa je posebno dragocena takrat, kadar prepoznamo, da uporabniki potrebujejo dodatne

izkušnje spoštljivega sodelovanja in morda zato težje sodelujejo na način, ki smo ga sprva zasnovali (Čačinovič Vogrinčič, 2008).

1.5.3 Prednosti in kritike uporabe narativnih pristopov v socialnem delu

Narativni pristopi nas podprejo, da kritično evalviramo socialnodelovno teorijo in prakso, - da se ozremo na razvito znanje in koncepte, pri čemer ne zanemarimo pomembnosti odnosa med nami in sogovorniki (Roscoe, Carson in Madoc-Jones, 2011). Prispevajo k razvoju prakse, ki temelji na krepitvi moči, saj nas narativni pristopi vodijo k ohranjanju pozornosti na potencialu, ki ga uporabniki imajo, in ne zgolj na problemih, ki jih doživljajo. Avtorji narativnih pristopov poudarjajo, da so naracije uporabnikov oblikovane, vendar ne dokončno določene z dominantnimi diskurzi (Roscoe in Madoc-Jones, 2009). K praksi socialnega dela lahko tako dodatno prispevajo z razvojem prakse, ki te dominantne diskurze prepozna, upošteva življenjski kontekst ljudi (McTighe, 2018) in nasprotuje zatiralnim družbenim mehanizmom (Roscoe in Madoc-Jones, 2009).

Narativni pristopi nas opominjajo na ohranjanje etične držbe pri raziskovanju življenjskih zgodb uporabnikov. Ta držba nas zavezuje k sprejemanju naracij, kakršne so, brez vsiljevanja lastnih idej. Sogovornika ne kategoriziramo, ne popravljamo in ga ne skušamo utišati. Pozorni moramo biti na elemente, ki so naracije sooblikovali, saj je to lahko pomemben prispevek k procesu podpore in pomoči, vendar pa je naša dolžnost, da varujemo integriteto zgodbe, ki jo sogovornik pripoveduje (Baldwin in Estey-Burt, 2012).

Kot sem že opisala, je socialno delo z družino kompleksno področje. V njem se prepletajo številne teme, realnosti in negotovosti, ki spremljajo sodelovalni proces (Čačinovič Vogrinčič in Mešl, 2019). Da bi v praksi vzdržali negotovost sodelovanja z družinami s številnimi izzivi, potrebujemo znanje in podporo (Kodele, 2020). Dobro moramo poznati sodobne socialnodelovne koncepte (Mešl in Ilešič Toš, 2020), ki pa jih socialne delavke v praksi ne uporabljamo dovolj (Mešl, 2010). Mešl in Ilešič Toš (2020) dodajata, da samo poznavanje konceptov ni dovolj, če jih v praksi ne uporabljamo. Menita, da v socialnem delu potrebujemo moralni pogum in razvite nove možnosti oziroma načine za sodelovanje s sogovorniki.

Buckley in Decter (2006) kot tudi Mešl in Ilešič Toš (2020) opozarjajo na problematiko socialnega dela v institucionalnem kontekstu, kjer je priložnosti za sodelovalno socialno delo

vedno manj zaradi preobremenjenosti socialnih delavk, ki za vsako ceno lovijo roke in so omejene z vnaprej predvidenimi postopki in zakonodajo. Roscoe, Carson in Madoc-Jones (2011) se strinjajo, da delo na centrih za socialno delo ne dopušča veliko prostora za kreativnost, vendar dodajajo, da je možno lastno presojo uveljavljati tudi ob strogem upoštevanju predpisov. Kakšen odnos bomo z uporabniki razvili (Roscoe, Carson in Madoc-Jones, 2011) in kako bomo sodelovali (Kodele, 2020), je torej še vedno naša odgovornost. Roscoe, Carson in Madoc-Jones (2011) dodajajo, da morajo socialni delavci dopustiti, da se med pomagajočim in uporabnikom razvije odnos, ki temelji na obojestranskem spoštovanju, saj sta znanje in izkušnje vseh udeleženih enakovredna. Tudi Abels in Abels (2001) se posvetita razmišljanju, kako bi bilo možno narativne pristope vpeljati v institucionalni kontekst, kar poimenujeta narativno upravljanje. K temi prispevata na zanimiv način, saj opisujeta razvoj narativnega delovnega okolja, kjer se načelo sodelovanja začne pri vodstvu ter zaposlenih in služi kot vzor za delo z uporabniki. Institucija sama postane neke vrste živi primer, kako vzpostavljati in vzdrževati spoštljive, nehierarhične in demokratične odnose med ljudmi (Abels in Abels, 2001).

S pomočjo narativnih pristopov lahko tudi preprečujemo monotonost in rigidnost, ki sta, kakor ugotavlja tudi Madsen (2007), pogosta očitka pomagajočim poklicem. Podprejo nas, da strokovno presojo, ki temelji na konceptih socialnega dela, združimo z ustvarjalnostjo (Roscoe, Carson in Madoc-Jones, 2011). Narativni pristopi temeljijo na spoštovanju, povezovanju, radovednosti in upanju, zato kot taki lahko zagotovijo sodelovanje, ki ga uporabniki želijo, strokovnjakom pa lahko pomagajo pri premagovanju frustracij, čustvenih naporov in izgorelosti, ki jih prinašajo in povzročajo pomagajoči poklici (Madsen, 2007).

Do uporabe narativnih praks (tudi v socialnem delu) so mnogi kritični. Glede načel narativne etike, ki lahko veliko prispevajo k socialnemu delu, kritiki menijo, da ta načela ne vsebujejo točno določenih smernic za praktično delo. Kako se narativni pristopi uporabljajo v praksi, je močno odvisno od značilnosti situacije in pomagajočega, ki jih v prakso vpelje (Baldwin in Estey-Burt, 2012). Osebnostno se s kritiko ne morem strinjati, saj sem skozi prebiranje literature o narativnih pristopih spoznala ravno konkretne smernice za delo, ki sem jih tudi opisala. Menim, da te smernice spodbujajo etično delovanje, samokritičnost in evalvacijo ustaljenih načinov delovanja.

Narativni načini delovanja lahko na prvi pogled delujejo kot oblika podpore, ki je časovno potratna in za sogovornike predolga, kar je lahko možna kritika. Prave spremembe, še posebno pri sodelovanju z družino, seveda vzamejo čas in trud, kar vedno znova poudarja tudi Čačinovič Vogrinčič (2008, 2016) in kar so avtorji prepoznali tudi znotraj narativnih praks (Madsen, 2007). Narativni avtorji so pomislili tudi na ta vidik njihovega načina dela in so v ta namen razvili kratko narativno evalvacijo (angl. *brief narrative*), kar avtorja Duvall in Béres (2011) ponazorita na primeru *walk-in* klinike. Ta je na voljo osebam in družinam, ki potrebujejo takojšnjo podporo. Ljudje za posvet ne potrebujejo vnaprejšnjega naročila in ker se njihovim težavam posvetijo tukaj in zdaj, ni potrebe po napotitvi k drugim strokovnjakom, kar skrajšuje tudi čakalne dobe (Duvall in Béres, 2011).

Narativnim avtorjem očitajo, da so spregledali pomembne vidike življenja, kot sta družbena ureditev (Roscoe, Carson in Madoc-Jones, 2011) ter materialne neenakosti med ljudmi, ki vplivajo na konstrukcije pomenov, ki jih ljudje ustvarjamo (Roscoe in Madoc-Jones, 2009). Podobno meni Poštrak (2018), ki se sprašuje, ali so konstruktivistični pristop in nanj vezano konstruktivno socialno delo ter narativni pristopi, primerni za učinkovitost socialnega dela kot poklicne prakse in znanosti, kadar rešitve soustvarjamo z uporabniki, ki so življenjsko ogroženi. Po mnenju avtorja tovrstni pristopi niso primerni, kadar se v socialnem delu srečamo z vprašanji družbene neenakosti, marginalizacije, diskriminacije, revščine in z vprašanji preživetja na-sploš. Pristopi, ki temeljijo na pripovedovanju zgodb in raziskovanju pomenov, so po njegovem mnenju lahko zgolj dobro izhodišče za raziskovanje življenjskega sveta uporabnika in ustvarjanje instrumentalne definicije problema, vendar neprimerni, kadar so za izboljšavo uporabnikovih življenjskih razmer potrebne sistemske in družbene spremembe ter kadar uporabnik nima zagotovljenih osnovnih materialnih pogojev za preživetje (Poštrak, 2018).

Narativni avtorji ugotavljajo ravno nasprotno in poudarjajo pomembnost raziskovanja naracij o dominantnih diskurzih, ki oblikujejo t. i. prevladujoče resnice znotraj določene družbe. Najprej je potrebno zatiralne naracije, ki slabšajo položaje ljudi, raziskati, prepoznati in ubesediti, preden jih je moč združiti in se proti njim aktivno boriti ter doseči spremembe na ravni sistema. Abels in Abels (2001) poudarjata, da se narativni avtorji ne izogibajo boju proti družbenim neenakostim in aktivnemu zavzemanju za pravice marginaliziranih skupin ljudi. Negujejo pomembnost *dvojne perspektive*, ki pozornost ohranja na posameznikovem ozadju in značilnostih družbe, v kateri se

nahaja. Narativni avtorji pomagajo sogovornikom pri tem, da prepoznajo svoje edinstvene značilnosti ter jih postavijo pred merila dominantne družbe (Abels in Abels, 2001). Freedman in Combs (1996) pišeta o dekonstrukciji dominantnih naracij v družbi, ki oblikujejo življenja ljudi na način, ki njihove probleme krepí in podvaja. Avtorja opisujeta primer sodelovanja z žensko po imenu Ruth Ann, ki se je soočala s številnimi izzivi, ki so se naselili v njeno življenje in ga povsem prevzeli. Sogovornica se je soočala z depresijo, občutki jeze in dvomi v svoje sposobnosti, ker je ostala brez službe in je imela težave pri iskanju nove zaposlitve. Ruth Ann se je posledično borila z revščino, izgubo doma, dodatno pa jo je bremenila tudi skrb, kako bo brez prihodkov poskrbela za otroke in njihovo šolanje. Med sodelovanjem je postalo razvidno, da je Ruth Ann pri iskanju nove službe ovirala slaba izkušnja s prejšnjim delodajalcem, ki je z njo ravnal nespoštljivo zaradi njene rase. Sogovornica je šele takrat prepoznala, da je bila zaradi rasizma na delovnem mestu deležna neustreznega odnosa in ravnanja. Izkušnja sodelovanja ji je dala moč in znanje, s katerima se je zmogla zoperstaviti nekdanjemu delodajalcu in ga prijaviti, z namenom, da bi opozorila na nezakonito ravnanje organizacije.

Seveda pa se pri soustvarjanju rešitev v številnih primerih najprej posvetimo zagotavljanju osnovnih pravic ljudi, s katerimi sodelujemo – narativni pristopi niso namenjeni temu, da zamenjajo že obstoječe prakse socialnega dela, temveč da jih obogatijo v primerih, ko skupaj s sogovorniki prepoznamo mesto za njihovo uporabo. Ingemark (2013, str. 13) navaja, da je namen narativnih pristopov podpreti ljudi tam, kjer lahko pridobijo izkušnje samostojnega odločanja ter lažje prevzamejo odgovornost za svoja življenja na področjih, kjer to lahko storijo. V narativnih pristopih to dosežemo s preokvirjanjem odnosa med uporabnikom in problemom. Tudi tukaj pa obstajajo omejitve – določenih situacij ne preokvirjamo in ne eksternaliziramo. Oseb, ki preživijo nasilje in zlorabe, nikoli ne vodimo skozi preokvirjanje teh izkušenj, saj je storilec tisti, ki nosi celotno odgovornost za dejanje (Ingemark, 2013).

2. SKLEP

Na začetku magistrskega dela sem si zastavila štiri raziskovalna vprašanja. Kot odgovor nanje bom v nadaljevanju strnila svoje ugotovitve:

- Kako lahko z uporabo narativnih praks prispevamo k zmanjšanju stisk in krepimo moč družin oseb s težavami v duševnem zdravju?

Narativni avtorji preokvirjajo pomen okrevanja, kar je za sogovornike osvobajajoče. Ne zanikajo njegove pomembnosti, vendar pa opozarjajo, da ni enega in edinega načina okrevanja in reševanja stisk. S svojimi praksami nasprotujejo dominantnim modelom pomoči, ki razvrednotijo izkušnje in vednost posameznika ter pomanjkljivo upoštevajo prispevke njegovih svojcev. Kot pravita Buckley in Decter (2006), se namesto tega trudijo, da bi s svojim načinom delovanja prispevali k pogostejši obravnavi v skupnosti in odpravili potrebo po (dolgotrajni) hospitalizaciji. Nekateri narativni načini ravnanja (npr. definicijski obredi) so oblikovani posebej za vzpostavitev povezav med ljudmi. Namenjeni so povezovanju posameznikov, ki se soočajo s podobnimi težavami. To je zlasti uporabno za delo z družinami oseb s težavami v duševnem zdravju, ki se soočajo z izoliranostjo in stigmo.

Vsaka družina ima edinstvene značilnosti in načine soočanja s spremembami. Tudi družine oseb s težavami v duševnem zdravju se po svojih zmožnostih prilagajajo na spremembe, ki jih te težave prinesejo. Ko sodelujemo z družinami oseb s psihiatrično diagnozo, jo povabimo k raziskovanju in konstruiranju odnosa s psihiatrično diagnozo, kar jim je lahko v pomoč pri prilagajanju na spremembe v vedenju, medsebojnih odnosih in komunikaciji. V središču narativnih oblik podpore je ločevanje identitet posameznikov od njihovih problemov, k čemur pomagajoči usmerja tako osebo s težavami v duševnem zdravju kot njene družinske člane. Problemske naracije se eksternalizira, kar pomeni, da se problem preoblikuje v nekaj ali nekoga, ki obstaja zunaj osebe. Na podlagi te ustvarjene podobe, se družina o problemu lažje pogovarja in z njim sooči.

V socialnem delu z družinami oseb s težavami v duševnem zdravju nas narativni pristopi opominjajo na pomembnost odnosa s sogovorniki. Narativni avtorji, na katere se v svojem delu opiram, odnos znotraj sodelovalnega procesa opisujejo kot partnerstvo. Razumejo, da vsak sodelujoči v proces vstopa s svojo zgodovino in znanjem o težavah v duševnem zdravju ter

edinstvenimi družinskimi izkušnjami, zato spodbujajo upoštevanje te perspektive. Proces pomoči, ki je soustvarjen, temelji na spoštljivem raziskovanju, ki ne odvzema moči sogovornikom. Raziskujemo, kdaj težava v duševnem zdravju ni imela vpliva, kdaj so se družinski člani nanjo odzvali drugače kot sicer ali pa se je njihova socialna mreža odzvala na način, ki jim je ljubši. Narativni pristopi nas v socialnem delu torej spodbujajo, da budno spremljamo izjemne trenutke ter smo pozorni na vire moči, ki jih sogovorniki že imajo ali pa jih je možno še razviti.

- Kakšen pogled na težave v duševnem zdravju je značilen za narativne pristope?

Posamezniki različno doživljajo svoje težave v duševnem zdravju, na kar vplivajo številni dejavniki. Narativni avtorji edinstvenost odzivov na spremembe prepoznavajo, nanje opozarjajo in svojo prakso ustrezno temu prilagajajo. Razumejo, da je vsaka naracija o življenju s težavami v duševnem zdravju enkratna, individualna in na podlagi tega zavračajo uporabo enega, dominantnega modela obravnave. Prepoznavajo, da na pojmovanje težav v duševnem zdravju vplivajo javni diskurzi, ki problemske situacije pogosteje vzdržujejo kot pa rešujejo. Opozarjajo, da v tovrstnih javnih diskurzih sodelujemo tudi pomagajoči. Narativni avtorji zato opozarjajo na moč teh diskurzov in odgovornost, ki jo pomagajoči nosimo pri njihovi konstrukciji, ne glede na to, ali smo v teh procesih udeleženi aktivno ali pasivno. Glede uporabe psihiatričnih diagnoz so previdni. Zavedajo se, da so lahko koristne, vendar opozarjajo tudi na moč, ki jo diagnoza poseduje kot oznaka.

- Katere so prednosti in pomanjkljivosti uporabe narativnih praks v socialnem delu z družinami oseb s težavami v duševnem zdravju?

Narativni pristopi nas vodijo k boljšemu poslušanju zgodb sogovornikov in varovanju integritete teh zgodb. Opominjajo nas, da problemske naracije družin oseb s psihiatrično diagnozo vedno znova proučimo z vidika dominantnih diskurzov ter pomagamo družini pri spoznavanju tega, kako tovrstni diskurzi nanje vplivajo. Narativni pristopi nas lahko varujejo pred obupom, stagnacijo in izgorelostjo, tudi kadar sodelujemo z družinami oseb s težavami v duševnem zdravju. Ponujajo nam številne načine ravnanja, ki spodbujajo ustvarjalnost, radovednost in vzbujajo zanimanje tudi pri naših sogovornikih. S pomočjo narativnih praks lahko negujemo delovne odnose, ki temeljijo na sodelovanju, spoštovanju in demokratičnosti. Tovrstne odnose lahko negujemo tako s sodelavci in drugimi strokovnjaki kot seveda z našimi sogovorniki.

Kljub temu da osebno prepoznavam veliko pozitivnih vidikov narativnih pristopov, menim, da je naša odgovornost, da smo pri njihovi uporabi tudi previdni. Narativni pristopi nikakor niso namenjeni zamenjavi vseh kakovostnih načinov dela, ki jih poznamo v socialnem delu, temveč lahko našo prakso zgolj nadgradijo. Prav tako moramo v partnerskem odnosu s posamično družino, z upoštevanjem njenega edinstvenega konteksta in izzivov, s katerimi se spoprijema, presoditi primernost in spremljati učinkovitost narativnih oblik pomoči. Kot sem v delu že navedla, sodelovanje skozi uporabo metafor in eksternalizacije včasih ni primerna. Zagotavljanje nujne pomoči, ko je to potrebno pa mora biti v vsakem primeru še vedno naša prioriteta.

- Kako lahko narativne prakse prispevajo k razvoju prakse socialnega dela z družinami oseb s težavami v duševnem zdravju?

Narativni avtorji opominjajo, da se moramo tudi pomagajoči zavedati mnogih dejavnikov, ki oblikujejo naš pogled na svet. Narativni pristopi nam pomagajo te dejavnike prepoznati in se z njimi soočiti ter nas spodbujajo, da smo glede spoznanj o sebi odprti tudi z uporabniki. Opominjajo nas, da tudi v sodelovalnem procesu z družino osebe s težavami v duševnem zdravju lahko izrazimo nemoč in za pomoč prosimo družino samo. To je lahko pomemben premik za prakso socialnega dela.

V socialno delo z družino je načela narativnih praks možno vpeljati tako na prvi kot na drugi ravni sodelovanja z družino. Lahko oblikujemo tudi nove oblike dela z družino, ki združijo že obstoječe socialnodelovne koncepte s kreativnimi metodami narativnih avtorjev (Freedman, 2014; Freedman in Combs, 1996; White in Epston, 1996; White, 2007, in drugi). Podrobneje sem opisala metodo pričanja, ki sta jo razvila White in Epston. Ta z vključevanjem občinstva prispeva k razvoju in krepitvi alternativnih življenjskih potekov, ki so sogovornikom ljubši od aktualnih, ki so jih sooblikovale dominantne psihiatrične in druge družbeno problemske naracije. Družinski člani v kontekstu pričanja odprto prisluhnejo stiskam drug drugega in se soočijo s temami, o katerih še niso spregovorili. Težke teme lahko naslovimo na igriv in prijeten način ter s tem dodamo novo, drugačno izkušnjo, ki pozitivno odstopa od oblik podpore, s katerimi se je družina morda že srečala. Dodajam pa mnenje Mešl in Ilešič Toš (2020), ki pravita, da ni dovolj zgolj razvijanje novih metod dela, pomembno je tudi, kako jih vpeljemo v prakso in da si jih upamo uporabljati.

3. PREDLOGI

Narativne načine dela bi bilo možno vpeljati v že obstoječe storitve, namenjene osebam s težavami v duševnem zdravju in njihovim družinam, na primer v skupine za samopomoč in organizacije svojcev. Posebno primerni za to so definicijski obredi, ki so se že izkazali za uspešen in povezujoč način dela s skupinami.

S pomočjo narativnih metod bi lahko preoblikovali tudi institucionalni prostor, na primer delovno organizacijo, v kateri so zaposleni socialni delavci. Z vzpostavljanjem in negovanjem odnosov, ki so demokratični in temeljijo na sodelovanju in medsebojni pomoči, bi namreč lažje vzdrževali ugodnejšo klimo za naše sogovornike.

Socialne delavke, ki jih narativni pristopi zanimajo, bi bilo treba izobraževati in podpreti, da bi se počutili dovolj kompetentne za uporabo narativnih načinov ravnanja v praksi. Pomagajočim, ki sodelujejo z družinami in delujejo na področju duševnega zdravja, lahko predstavimo narativne pristope in jih povabimo k njihovi uporabi. Narativne prakse so kreativne in privlačne, vendar pa bi bilo treba pomagajoče, ki jih uporabljajo, spremljati, dodatno usposablјati in jim nuditi supervizije, da bi lažje prenesli negotovost učenja nečesa tako novega, kot so narativni načini dela. Skozi omenjene procese bi tudi s sogovorniki sodelovali na bolj kakovosten način.

Ideje, ki sem jih v svojem delu predstavila, bi bilo treba dodatno empirično raziskati. Narativni avtorji opozarjajo na pomembnost kritične refleksije in znanja o dominantnih naracijah, ki ovirajo posameznike, skupine in celotne skupnosti ljudi. To znanje lahko uporabimo v raziskavah, s katerimi je mogoče osvetliti omenjene naracije. Na področju duševnega zdravja bi lahko postavili vrsto raziskovalnih vprašanj. Kateri dejavniki prispevajo k oblikovanju in ohranjanju dominantnih družbenih naracij o ljudeh s težavami v duševnem zdravju in njihovi drugačnosti? Kateri dejavniki pripomorejo k dekonstrukciji omenjenih problemskih, patologizirajočih naracij? Katere prakse pomoči spodbujajo pisanje nove, alternativne, bolj konstruktivne in ljubše naracije? Dobrodošle bi bile tudi raziskave, kjer bi do rezultatov o uporabnosti narativnih praks z družinami oseb s psihiatrično diagnozo prišli na podlagi neposrednega sodelovanja z družinami v skupnosti.

4. SEZNAM VIROV

1. Abels, P., & Abels, S. L. (2001). *Understanding narrative therapy: A guidebook for the social worker*. New York: Springer Publishing Company, Inc.
2. Angus, L. E., & McLeod, J. (ur.) (2004). *The handbook of narrative and psychotherapy: Practice, theory and research*. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.
3. Baldwin, C., & Estey-Burt, B. (2012). Narrative and the reconfiguration of social work ethics. *Narrative Works: Issues, Investigations, & Interventions*, 2(2), 1–19.
4. Belak, E. (2004). Vloga družine v psihosocialni rehabilitaciji. V V. Švab (ur.), *Psihosocialna rehabilitacija* (str. 96–103). Ljubljana: ŠENT – Slovensko združenje za duševno zdravje.
5. Belak, E. (2012). Vloga svojcev v procesu preseljevanja v skupnosti. *Časopis za kritiko znanosti*, 40(250), 160–164.
6. Besley, A. C. T. (2002). Foucault and the turn to narrative therapy. *British Journal of Guidance & Counseling*, 30(2), 125–143.
7. Bouwkamp, R., & Bouwkamp, S. (2014). *Blizu doma*. Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete, Pedagoška fakulteta in Inštitut za družinsko terapijo.
8. Buckley, E., & Decter, P. (2006). From isolation to community: Collaborating with children and families in times of crisis. *The International Journal of Therapy and Community Work*, (2), 3–12.
9. Burns, G. W. (ur.). (2007). *Healing with stories: your casebook collection for using therapeutic metaphors*. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
10. Carey, M., & Russell, S. (2003). Re-Authoring: Some answers to commonly asked questions. *The international Journal of Narrative Therapy and Community Work*, (3), 1–20.
11. Carr, A. (1998). Michael White's narrative therapy. *Contemporary Family Therapy*, 20(4), 485–503.

12. Combs, G., & Freedman, J. (2017). The therapist as second author: Honoring choices from beyond the pale. V C. Audet, & D. Paré (ur.), *Social justice and counselling: discourse and practice* (str. 83–97). New York: Routledge.
13. Coppock, V., & Dunn, B. (2010). *Understanding social work practice in mental health*. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.
14. Čačinovič Vogrinčič, G., & Mešl, N. (2019). *Socialno delo z družino: soustvarjanje zelenih izidov in družinske razvidnosti*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
15. Čačinovič Vogrinčič, G., Kobal, L., Mešl, N., & Možina, M. (2011). *Vzpostavljanje delovnega odnosa in osebnega stika*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
16. Čačinovič Vogrinčič, G. (2008). *Socialno delo z družino*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
17. Čačinovič Vogrinčič, G. (2016). Socialno delo z družino: soustvarjanje procesov podpore in pomoči. V T. Kodele, & N. Mešl (ur.), *Družine s številnimi izzivi soustvarjanje pomoči v skupnosti* (str. 21–41). Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
18. Duvall, J., & Béres, L (2011). *Inovations in narrative therapy: Connecting practice, training and research*. New York, London: W.W. Norton & Company.
19. Flaker, V. (2012). *Direktno socialno delo*. Ljubljana: Založba/*cf.
20. France, C. M., & Uhlin, B. D. (2006). Narrative as an outcome domain in psychosis. *The British Psychological Society. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, (79), 53–67.
21. Freedman, J. (2014). Witnessing and positioning: Structuring narrative therapy with families and couples. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, (35), 20–30.
22. Freedman, J., & Combs, G. (1996). *Narrative therapy: The social construction of preferred realities*. New York, London: W.W. Norton & Company.
23. Gergen, K. J. (1985). The social constructionist movement in modern psychology. *American Psychological Association, Inc.*, 40(3), 266–275.

24. Ingemark, C. A. (2013). Key themes in the study of the therapeutic uses of storitelling. V C. A. Ingemark (ur.), *Therapeutic uses of storytelling: an interdisciplinary approach to narration as therapy* (str. 7–21). Falun: Nordic Academic Press.
25. Juul, J. (2010). *Družine s kronično bolnimi otroki*. Ljubljana: Inštitut za sodobno družino Manami.
26. Kelavić, M. (2007). Potrebe svojcev oseb s težavami v duševnem zdravju. *Socialna pedagogika*, 11(3), 311–340.
27. Kodele, T. (2020). Izzivi socialnih delavk in delavcev pri delu z družinami s številnimi izzivi: podpora za refleksivno uporabo in razvijanje znanja v mentorski skupini projekta LIFE. *Socialno delo*, 59(2-3), 113–146.
28. Kodele, T., & Mešl, N. (ur.) (2016). *Družine s številnimi izzivi: soustvarjanje pomoči v skupnosti*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
29. Kovač, N., & Švab, V. (1995). Svojci in skrbniki kot aktivni udeleženci skrbi za uporabnike služb za duševno zdravje. *Socialno delo*, 34(2), 143–148.
30. Lamovec, T. (1998). *Psihosocialna pomoč v duševni stiski*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
31. Lamovec, T. (2006). *Ko rešitev postane problem in zdravilo postane strup: nove oblike skrbi za osebe v duševni krizi*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
32. Launer, J. (1999). A narrative approach to mental health in general practice. *The BMJ*, 318(7176), 117–119.
33. Lefley, H. P. (1996). *Family caregiving in mental illness*. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.
34. Legowski, T., & Brownlee, K. (2001). Working with metaphor in narrative therapy. *Journal of Family Psychotherapy*, 12(1), 19–28.
35. Madsen, W. C. (2007). *Collaborative therapy with multi-stressed families*. New York, London: The Guildford Press.

36. Madsen, W. C., & Gillespie, K. (2014). *Collaborative helping. A strengths framework for home-based services*. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons Inc.
37. McTighe, J. P. (2015). Narratives of Illness, Difference, and Personhood. V B. Probst (ur.), *Critical thinking in clinical assessment and diagnosis* (str. 171–188). New York: Springer.
38. McTighe, J. P. (2018). *Narrative theory in clinical social work practice*. Springer international publishing AG.
39. Mešl (2010). Socialno delo z družino: uporaba in soustvarjanje znanja v praksi. *Socialno delo*, 49(1), 1–9.
40. Mešl, N., & Kodele, T. (2016a). Sodelovalni procesi socialnega dela z družino v skupnosti: krepitev odpornosti družin s številnimi izzivi. V T. Kodele, & N. Mešl (ur.), *Družine s številnimi izzivi: soustvarjanje pomoči v skupnosti* (str. 113–135). Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
41. Mešl, N., & Kodele, T. (2016b). Udejanjanje sodobne doktrine socialnega dela: od obravnavanja strank k sodelovanju z ljudmi. *Socialno delo*, 55(3), 109–122.
42. Mešl, N., & Ilešič Toš, V. (2020). Sodelovalno socialno delo z družino na centrih za socialno delo: utopija ali nujno izhodišče sodobne prakse? *Socialno delo*, 59(2-3), 113–132.
43. Neimeyer, R. A. (ur.). (2016). *Techniques of grief therapy: Assessment and intervention*. New York: Routledge/Taylor & Francis Group.
44. Oreški, S., Dernovšek, M. Z., & Hrast, I. (2012). *Kam in kako po pomoč v duševni stiski*. Ljubljana: Izobraževalno raziskovalni inštitut.
45. Oreški, S. (2015). Zakon o duševnem zdravju. V T. Klančar, T. Hodnik, & D. Maraž (ur.), *Za duševno zdravje v Ljubljani* (str. 30–31). Ljubljana: Mestna občina Ljubljana.
46. Payne, M. (2006). *Narrative therapy: an introduction for counselors*. London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage Publications.

47. Pišl, A. (2009). Vloga družine pri obravnavi pacientov z duševnimi motnjami. V P. Pregelj & R. Kobentar (ur.), *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju* (str. 444–451). Ljubljana: Založba Rokus Klett.
48. Polkinghorne, D. E. (2004). Narrative therapy and postmodernism. V L. E. Angus, & J. McLeod (ur.). *The handbook of narrative and psychotherapy: Practice, theory and research* (str. 53–69). Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.
49. Poštrak, M. (2018). Dometi socialno konstruktivističnega modela socialnega dela. *Socialno delo*, 57(2), 133–148.
50. Reed, N. P., Josephsson, S., & Alsaker, S. (2020). A narrative study of mental health recovery: exploring unique, open-minded and collective processes. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 15(1), 1–11.
51. Restoux, P. (2010). *Življenje z drugačnim otrokom*. Radovljica: Didakta.
52. Roscoe, K. D., Carson, A. M., & Madoc-Jones, L. (2011). Narrative social work: Conversations between theory and practice. *Journal of Social Work Practice*, 25(1), 47–61.
53. Roscoe, K. D., & Madoc-Jones, L. (2009). Critical social work practice: A narrative approach. *The International Journal of Narrative Practice*, 1(1), 9–18.
54. Seikkula, J., Aaltonen, J., Rasinkangas, A., Alakare, B., Holma, J., & Lehtinen, V. (2003). Open dialogue approach: treatment principles and preliminary results of a two-year follow-up on first episode schizophrenia. *Ethical Human Sciences and Services*, 5(3), 163–182.
55. Seo, M., Kang, H. S., Lee, Y. J., & Chae, S. M. (2015). Narrative therapy with an emotional approach for people with depression: Improved symptom and cognitive-emotional outcomes. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, (22), 379–389.
56. Smonker, T. (2007). Perspektiva moči na področju duševnega zdravja v skupnosti. *Socialno delo*, 46(1/2), 47–55.
57. Smrdu, M., Belak, P. B., & Švab, V. (2015). Delo z družinami. V V. Švab (ur.), *Obravnava v skupnosti* (str. 51–60). Ljubljana: ŠENT – Slovensko združenje za duševno zdravje.

58. Stockell, G., & O'Neill, M. (1999). *Bridging the gap: Conversations about mental illness experiences*. Adelaide: Dulwich Centre Publications.
59. Švab, V. (2006). *Priročnik o shizofreniji*. Ljubljana: ŠENT – Slovensko združenje za duševno zdravje.
60. Švab, V. (ur.) (2015). *Obravnava v skupnosti*. Ljubljana: ŠENT – Slovensko združenje za duševno zdravje.
61. Škerjanc, J. (2006). *Individualno načrtovanje z udejanjanjem ciljev: pomen uporabniškega vpliva pri zagotavljanju socialnovarstvene storitve*. Ljubljana: Center RS za poklicno izobraževanje.
62. Šugman Bohinc, L. (2010). Od objektivizma h konstruktivizmu in socialnemu konstrukcionizmu v sistemski psihoterapiji. *Kairos. Slovenska revija za psihoterapijo*, 4(1-2), 51-65.
63. Šugman Bohinc, L. (2016). Sinergetični sodelovalni model socialnega dela z družino v skupnosti v družbi. V T. Kodele, & N. Mešl (ur.), *Družine s številnimi izzivi: soustvarjanje pomoči v skupnosti* (str. 113-135). Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
64. Urek, M. (2001). Življenjske zgodbe in njihov pomen: nekaj izhodišč za preučevanje pripovedovanja zgodb v socialnem delu. *Socialno delo*, 40(2/4), 119–150.
65. Valič, M., & Bensa, P. (2015). V V. Švab (ur.) *Obravnava v skupnosti* (str. 76–89). Ljubljana: ŠENT – Slovensko združenje za duševno zdravje.
66. Vidonja, P., & Kustec, K. (2016). Vzpostavitev sodelovanja z družinami v izvirnem delovnem projektu pomoči. V T. Kodele, & N. Mešl (ur.), *Družine s številnimi izzivi: soustvarjanje pomoči v skupnosti* (str. 65-77). Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
67. White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York, London: W. W. Norton & Company.
68. White, M. (2007). *Maps of narrative practice*. New York, London: W. W. Norton & Company.

69. White, M. (2011). *Narrative practice: Continuing the conversations*. New York, London: W. W. Norton & Company.
70. White, M. (2012). Scaffolding a therapeutic conversation. V T. Malinen, S. J. Cooper & F. N. Thomas (ur.), *Masters of narrative and collaborative therapies: the voices of Andersen, Anderson and White* (str. 121–171). New York: Routledge/Taylor & Francis Group.

SPLETNI VIRI:

1. Cooklin, A. (2011). *Impact of parental mental health on children*. Pridobljeno 25. 10. 2019 s <https://www.gresham.ac.uk/lectures-and-events/the-impact-of-parental-mental-health-on-children>
2. Dernovšek, M. Z. (2018). Kaj pa svojci? [Video]. 27. 11. Pridobljeno 10. 11. 2019 s <https://www.youtube.com/watch?v=OjFfmkmSxoY&t=1509s>
3. Doughty, E. A., Wissel, A., & Glorfield, C. (2011). *Curent trends in grief counseling*. Pridobljeno 1. 3. 2021 s http://counselingoutfitters.com/vistas/vistas11/Article_94.pdf
4. Marlowe, M. H. (2009). *Narrative approaches to recovery-oriented psychotherapy with individuals with schizophrenia*. Master's Thesis, Smith College, Northampton, MA. Pridobljeno 20. 6. 2021 s <https://scholarworks.smith.edu/theses/1214>
5. Zakon o duševnem zdravju (ZDZdr) (2008). Ur. l. RS 77/2008. Pridobljeno 10. 3. 2021 s <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/88016>