

Univerza v Ljubljani
Fakulteta za socialno delo

Ana Špan

**IZKUŠNJA ŠTUDENTKE SOCIALNEGA DELA S
PSIHIATRIČNIM SISTEMOM POMOČI V SLOVENIJI**

Diplomsko delo

Ljubljana, 2022

Univerza v Ljubljani
Fakulteta za socialno delo

Ana Špan

**IZKUŠNJA ŠTUDENTKE SOCIALNEGA DELA S
PSIHIATRIČNIM SISTEMOM POMOČI V
SLOVENIJI**

Diplomsko delo

Mentorica: red. prof. dr. Vesna Leskošek

Ljubljana, 2022

Hvala mami, Kristjan, Miha, da nikoli niste
podvomili vame.

Hvala mama in Rafko za vso podporo.

Hvala Denis, da mi vedno znova vlivaš upanje za
prihodnost.

Hvala Ema in Tjaša, da sta ob meni v dobrem in slabem.

Hvala Ajda, za nenehno opominjanje na moj potencial.

Hvala Nina, da si ob meni že vsa ta leta.

Thank you Charlotte, Emmi, Johanna, Petra, Ynke for being my most wonderful cheerleaders.

In nenazadnje iskrena hvala mentorici, dr. Vesni Leskošek, za vso potrpežljivost, strokovno
pomoč, in zaupanje v moje sposobnosti.

Posvečeno vsem norcem sveta

Podatki o diplomskem delu**Ime in priimek:** Ana Špan**Naslov naloge:** Izkušnja študentke socialnega dela s psihiatričnim sistemom pomoči v Sloveniji**Kraj:** Ljubljana**Leto:** 2022**Št. strani:** 74 **Št. prilog:** 2**Mentorica:** red. prof. dr. Vesna Leskošek**Izkušnja študentke socialnega dela s psihiatričnim sistemom pomoči v Sloveniji Povzetek diplomskega dela**

Psihiatrični sistem pomoči v Sloveniji potrebuje nujne reforme. Zakon o duševnem zdravju je zastarel, paradigma biomedicinskega modela pa še vedno prevladuje v načinu obravnave uporabnikov s težavami v duševnem zdravju. Dostopnost do različnih oblik pomoči je uporabnikom otežena, v primeru psihoterapevtskih storitev pa ta pravzaprav predstavlja velik strošek, ki si ga večina ne more privoščiti. V diplomski nalogi sem na podlagi lastne študije primera raziskala izkušnjo s psihiatričnim sistemom pomoči v Sloveniji. Osredotočila sem se na teoretsko in zakonsko zastavljene temelje sistema ter jih primerjala s svojo dejansko izkušnjo. S pomočjo analize po časovnici relevantnih dogodkov sem le-te uvrstila v kontekst systemske pomoči, kar sem nato uporabila kot primere pridobljene pomoči. Na podlagi moje izkušnje kot uporabnice ter študentke socialnega dela sem nato ocenila njihovo uspešnost in korektnost. Nezanosljivost sistema se je pričela že z izkušnjami z učitelji v šoli, ki niso dovolj seznanjeni s teorijo zgodnježivljenjske travme, kar vpliva na njihovo zmožnost zagotavljanja pomoči otrokom. Nezaostne oblike pomoči so mi bile podane še s strani ostalih strokovnjakov na poti v odraslost, kar je pustilo posledice, ki so vidne še danes. Z nalogo sem želela predstaviti konkretne primere odziva sistema na stisko in kako ti večinsko niso bili zadostni, izpostavila pa sem tudi primere dobre prakse.

Ključne besede: uporabniška izkušnja, psihiatrija, socialno delo, psihiatrični sistem pomoči v Sloveniji

Social work student's experience with the psychiatric care system in Slovenia

Graduation thesis abstract

The psychiatric care system in Slovenia is in desperate need of a reform. The laws governing mental health care are outdated and the biomedical model is still the prevailing paradigm of care for those with mental health issues. Different forms of care are not easily attainable, and in some cases, like with psychotherapy, they pose a big monetary cost which many can not afford. My graduation thesis is a case study of my own encounters with the psychiatric care system in Slovenia. I focused on the contrast between legal and theoretical basis of the system, and my experiences as a service user. Using the timetable analysis research technique, I contextualised relevant events in my life into experiences I have had with different mental health services. Basing the findings from a viewpoint of a psychiatric system service user as well as a social work student, I further analysed their effectiveness and efficiency. The reality of the system being unreliable first started to show with teachers, as their un-familiarity with the theory of early life trauma left them unable to provide the necessary care to children in distress. I have experienced these and other similar substandard forms of care by experts throughout my life. That led to consequences I still contend with today. With this thesis I wanted to provide actual examples of how the system of care combats different crises and how the majority are unacceptable forms of care, while also highlighting some best practice examples.

Keywords: service user experience, psychiatry, social work, psychiatric care system in Slovenia

Kazalo vsebine

1. Teoretični uvod	1
1.1. Psihiatrični sistem pomoči v Sloveniji	1
1.1.1. Zgodovina psihiatrije v Sloveniji	1
1.1.2. Deinstitutionalizacija	3
1.1.3. Zakon o duševnem zdravju.....	4
1.2. Duševne težave	6
1.2.1. Biomedicinski in biopsihosocialni model duševnega zdravja	6
1.2.1.1. Biomedicinski model duševnega zdravja	7
1.2.1.1.1. Klasifikacija in zdravljenje duševnih težav	8
1.2.1.2 Biopsihosocialni model duševnega zdravja.....	11
1.2.1.2.1 Intersekcionalni pristop k razumevanju neenakosti obravnave v zdravstvu	12
1.2.2 Vpliv otroške travme na duševne težave v odraslosti	14
1.2.3 Duševne težave med strokovnjaki/njami socialnega dela	16
1.3. Vloga socialnega dela pri delu z ljudmi s težavami v duševnem zdravju	18
1.3.1 Zagovorništvo	18
1.3.2 Metode socialnega dela	19
2. Problem	20
3. Metodologija	22
3.1 Vrsta raziskave	22
3.2 Spremenljivke	22
3.3 Merski instrumenti ali viri podatkov	22
3.4 Populacija	23
3.5 Zbiranje, urejanje in analiza podatkov	23
4. Analiza in razprava	24
4.1. Življenjska zgodba.....	24
4.2. Kronološki pregled	38
4.3 Prelomni dogodki	40
4.3.1 Smrt očeta	40
4.3.2 Prva partnerska zveza	41
4.3.3 Vstop v gimnazijo.....	42
4.3.4 Napotitev k psihologinji in psihiatrinji.....	42

4.3.5 Vstop na fakulteto in razpad zveze	43
4.3.6 Izmenjava v Kopenhagenu.....	44
4.3.7 Izmenjava v Amsterdamu	44
4.3.8 Obisk psihiatra	44
4.3.9 Pandemija.....	45
4.4 Pridobljena pomoč in odziv strokovnjakov pomoči	46
4.4.1 Učitelji.....	46
4.4.2 Šolski svetovalni delavki	46
4.4.3 Ginekologinja, osebna zdravnica in ostali zdravniki	47
4.4.4 Psihologinja in psihiatrinja.....	48
4.4.5 Psihiater.....	48
4.4.6 Center za mentalno zdravje.....	49
4.5 Osebni odziv na pridobljeno pomoč	50
5. Sklepi.....	51
6. Predlogi	53
7. Uporabljena literatura.....	55
8. Priloge	55
8.1 Izvid klinične psihologinje.....	64
8.2 Vprašalnik centra za mentalno zdravje	64

Kazalo tabel

Tabela 1: Kronološki pregled ključnih dogodkov, način iskanja pomoči in pridobljena pomoč

40

1. Teoretični uvod

1.1. Psihiatrični sistem pomoči v Sloveniji

Od čarovnic do histeričnih žensk, od požigov na grmadah do eksorcizma, od psihoanalize do električnega šoka. Razumevanje sedanosti ne pride brez poznavanja preteklosti. Vpliv zgodovine na sodobni način življenja je pomemben del evolucije človeške družbe, predvsem zato, ker se ta ciklično ponavlja. Zgodovina psihiatrije tako prinese pomembno znanje, ki nam pokaže, zakaj je današnja psihiatrična oskrba takšna kot je, zgodovina pa je tudi podlaga nadaljnjim radikalnim spremembam obravnave ljudi s težavami v duševnem zdravju.

1.1.1. Zgodovina psihiatrije v Sloveniji

Psihiatrija kot veja medicine obstaja več kot 200 let, vendar pa lahko o težavah v duševnem zdravju beremo že v prvih zapisih, najdenih v starem Egiptu. Do moderne psihiatrije je vodila dolga pot, polna eksperimentov in poskusov na ljudeh, ki so bili žrtve svojega časa. Vsekakor med različnimi kulturami opazamo velike razlike v stopnji razumevanja in tretiranja duševnih težav skozi zgodovino. V Evropi se še danes poskušamo oddaljiti od barbarske obravnave ljudi s težavami v duševnem zdravju.

Zgodovina psihiatrije v Sloveniji je podobna zgodovini v Evropi. V srednjem veku govorimo o prvih institucijah oziroma prainstitucijah, v katerih so zbirali ljudi na mesto, da so za njih lažje skrbeli. Takrat je bila ta institucija gobavišče. Iz gobavišč, dvorcev, samostanov, špitalov so skozi čas nastajale ustanove, kamor so zapirali in 'zdravili' ljudi z deviantnim statusom. Ta čas je Foucault (1998) poimenoval čas Velikega zapiranja, potekal pa je po vsej Evropi v 17. stoletju. Velik del prebivalstva so zaprli v splošne zaprte ustanove, v glavnem revne, ostarele, brezdomce, invalide, sirote, pa tudi brezumne, berače, vojake, prostitutke in druge. O potrebah ljudi s težavami v duševnem zdravju v Sloveniji prvič beremo v letu 1787. Takrat so pričeli samostan v Ajdovščini preurejati v splošno bolnišnico, kjer so v načrtih omenili prenovo biljardnice v "kopalnico za blaznike", v sobah za njih pa so bili načrtovani razdelki med tistimi, ki so bolj in tistimi, ki so manj umirjeni (Lapajne, 2011). Leta 1829 so ob bolnišnici sezidali poseben oddelek oziroma "blaznico", v letu 1841 pa so, zaradi prostorske stiske, pričeli govoriti o potrebi ločene

bolnišnice (Klemen, 1997; Kostnapfel, 2010).

Prva psihiatrična bolnišnica je bila, po zaslugi primarija Karla Bleiweisa, zgrajena leta 1881. Imenovala se je Kranjska deželna blaznica Studenec. Bleiweis je bil takrat prominentna figura v psihiatriji, o delu z 'blaznimi' je napisal več knjig, med njimi je bila tudi knjiga z naslovom 'Blaznice (norišnice), kakršne morajo biti, in kaj je njih namen', napisana leta 1878. V njej piše o tem, kako naj bi zdravniki¹ z 'blaznimi' delali, kako naj bi prostori v ustanovi izgledali in pa tudi kakšne nagrade in kazni si oskrbovanci zaslužijo glede na določeno vedenje. Med njimi so bili vino, tobak in prisilni jopiči, samice (Klemen, 1997; Kostnapfel, 2010). Med letoma 1827 in 1926 je število oskrbovancev strmo naraščalo, s 37 na 905, ti so bili razdeljeni med bolnišnico Studenec, med hiralnico sv. Jožefa in med bivšo prisilno delavnico. Število 'duševno bolnih' se je tako večalo s številom psihiatričnih ustanov. Leta 1924 je Fran Goestl napisal knjigo Misterij duše. Ta je poljudna in prva znanstvena psihiatrična knjiga v slovenskem jeziku. V njej najdemo zgodovino psihiatrije, oskrbo 'umobolnih' doma in v zavodih, vzroke duševnih težav itd. Opisane so tudi posamezne duševne težave, veliko pozornosti je predvsem namenjene alkoholizmu (Lapajne, 2011).

Z industrializacijo pa se spremeni tudi oskrba ljudi s težavami v duševnem zdravju. V času do druge svetovne vojne so z obratovanjem pričeli štirje psihiatrični zavodi, ki so imeli skupno 1370 bolnišničnih postelj. Po vojni se je število postelj zmanjšalo na 700, čemur so strokovnjaki oporekali in presodili, da ta številka ne zadostuje dejanskim potrebam uporabnikov, kar je vodilo v obnovo in gradnjo novih psihiatričnih ustanov. Stigma duševnih bolezni je bila v tistem času velika, Kostnapfel (1996) izpostavi, da se je v ospredje postavljala ideja o družbeni nevarnosti ljudi s težavami v duševnem zdravju. Diagnoza duševne bolezni je bila sramotna. Posledica tega je, da so nove institucije nastajale stran od mest, v starih zapuščenih vojašnicah, bivših okupatorjevih mučilnicah, ubožnicah. Psihiatrične ustanove so ponovno pričele delovati kot azilne, tam niso zdravili in podpirali ljudi, ampak jih zapirali, nadzirali in želeli trajno umakniti iz družbe (Lapajne, 2011).

¹ V nalogi uporabljam spolno občutljivo rabo jezika, kjer izmenično uporabljam ženski in moški slovnični spol v generičnem pomenu z občasno rabo obojespolskih samostalnikov.

V 60. in 70. letih so se pričele dogajati prve moderne spremembe. To je bil čas družbenih gibanj, eno izmed teh je bilo tudi antipsihiatrično gibanje. Bolnišnice so prenehale z azilnim delovanjem, postale so aktivne tudi na izvenbolnišničnih dejavnostih, kot so terapevtske skupnosti in rehabilitacijski programi, uvajale pa so se tudi psihoterapevtske metode (Škerbinek, 2000:9). V 70. letih se je pričel proces delne deinstitutionalizacije, vendar pa je pri nas sam proces manj očiten, saj z zmanjšanjem števila bolnišničnih postelj nismo ustanavljali komplementarnih služb v skupnosti. Država je namreč v zmanjšanju postelj videla le prihranek, v skupnostno oskrbo pa ni želela vložiti sredstev (Švab, 1996:14). S to težavo se srečujemo še danes.

1.1.2. Deinstitutionalizacija

Deinstitutionalizacijo v grobem definiramo kot proces zapiranja totalnih ustanov; te se nadomešča s skupnostno oskrbo. Vendar ta definicija ne zajame radikalnosti ideologije deinstitutionalizacije, kjer gre za korenito spremembo dojemanja duševnih bolezni in uporabnikov psihiatričnih ustanov. Ne gre le za fizično selitev uporabnikov iz bolnišnic v skupnost, gre za novo paradigmo delovanja vseh strok, vključenih v proces rehabilitacije uporabnikov s težavami v duševnem zdravju. Gre za nov način razumevanja odnosa med strokovnjaki in uporabniki, za uravnoteženje moči med njimi in novo dojetje uporabniške stiske ter strokovne pomoči (Flaker idr., 2008). Deinstitutionalizacija tako tudi spremeni vlogo in pogled na stigmatizirane skupine ljudi. Te ljudi, ki živijo v institucijah, se razume kot polnovredne državljane z vsemi človekovimi pravicami. Teh pravic pa, dokler ljudje živijo v institucijah, ne moremo popolnoma spoštovati. Torej je proces deinstitutionalizacije tudi proces vračanja državljskih pravic ljudem, ki so več let preživeli v institucijah (Scheper-Huges in Lowell, 1987).

Dolga in bogata zgodovina razvijanja alternativne oskrbe ljudi s težavami v duševnem zdravju je lahko vir optimizma, saj je le-ta prinesla veliko znanj in izkušenj, na katerih se deinstitutionalizacijo lahko utemeljuje. Vendar pa je dolgoletno eksperimentiranje prineslo tudi veliko razočaranj in nezadovoljstva pri akterjih deinstitutionalizacije. Tanja Lamovec (1998) piše, da mora novega strokovnjaka odlikovati predvsem znanje – družbena moč stopa v ozadje. Strokovnjaki morajo z uporabniki deliti, ne le moči, temveč tudi znanje, in jih podpirati v njihovih prizadevanjih. Sodoben proces deinstitutionalizacije zato prinese veliko nestabilnosti v

obravnavo ljudi v institucijah. Prehod iz institucij v skupnostno oskrbo in proces vpeljevanja ideologije antipsihiatrije v delo s pacienti je zahteven proces učenja po metodi poskusov in zmot (Lamovec, 1998). Ta ima velikokrat negativen vpliv na uporabnike, čeprav je končni cilj pozitiven in bo sam proces vodil v izboljšanje stanja na makro ravni. Mikro raven pri tem ne sme biti zanemarjena, osredotočiti se moramo tudi na dodatno oskrbo in pomoč, ki jo uporabniki potrebujejo, medtem ko stroke iščejo svojo vlogo v novem poglavju obravnave ljudi s težavami v duševnem zdravju.

Številni poskusi s samo deinstitutionalizacijo in z interdisciplinarnim sodelovanjem so ustvarili velike ovire in vztrajne nasprotnike tega procesa. Neskladnost Ministrstva za delo, družino, socialno zadeve in enake možnosti v vodenju procesa je pri ostalih deležnikih sprožila dvome, tisti, ki nasprotujejo, pa so se naučili, kako deinstitutionalizacijo na simbolni ravni podpreti, hkrati pa ohranjati status quo in ustanove še naprej utrjevati. Dokler tega ne bodo podprle tudi vodilne državne strukture, ki bodo v proces vložile primerna sredstva, bo deinstitutionalizacija stala v prehodu med dvema paradigmama (Ficko, Flaker in Rafaelič, 2017).

1.1.3. Zakon o duševnem zdravju

Zakon o duševnem zdravju (Ur. l. RS 77/08, 46/15 in 44/19 – ZDZdr) v Sloveniji je product več kot 20 letnega zavzemanja stroke in uporabnikov psihiatrične oskrbe. Sprejet je bil leta 2008. Osebam v psihiatričnih institucijah so zagotovljene vse ustavne pravice, ki jih imajo ostali državljani, razen tistih, ki so jim odvzete na podlagi okoliščin, zapisanih v tem zakonu. Tako lahko na Zakon o duševnem zdravju gledamo kot na zakon o omejevanju pravic, saj na podlagi v zakonu opisanih okoliščinah ta odvzame nekatere osebne svoboščine, kot so gibanje, dopisovanje ali osebni stiki. Z načrtom oskrbe ljudi v psihiatričnih institucijah, v katero spadajo metode zdravljenja, varovalni ukrepi ali sprejemi brez privolitve, zakon navidezno določa pravno varnost uporabnikom. Dejansko pa predpiše natančne okoliščine in pogoje, v katerih so jim pravice lahko odvzete. Zakon tako regulira omejevanje človekovih pravic in svoboščin (Lapajne, 2011). Opira se predvsem na medicinski model razumevanja duševnega zdravja, kjer sta prisila in zapiranje glaven odgovor na izražene stiske ljudi s težavami v duševnem zdravju.

Čeprav zakon državo zavezuje k premiku v deinstitucionalizacijo in skupnostno oskrbo, se to v praksi ne kaže. Ustavno sodišče je leta 2019 izdalo odločbo, ki je bila podlaga predlogu spremembe zakona. Ugotovljeno je bilo neustavno delovanje sodišč pri neprostovoljnih namestitvah na varovane oddelke.

Ta so pisala odločbe o namestitvah, kljub zasedenosti varovanih oddelkov. Odgovor na to ni bil v smeri deinstitucionalizacije in iskanja rešitev v skupnosti, temveč v še poglobljeni praksi zapiranja. Takšen odziv se ne sklada s smernicami Združenih narodov, Svetovne zdravstvene organizacije in Evropske unije, predvsem pa ni skladen z ratificirano konvencijo iz leta 2008, ki nas obvezuje k zagotavljanju skupnostne oskrbe ("Novosti na področju duševnega zdravja: Več prisile in zapiranja", 2020).

Zakon se prav tako osredotoča le na regulacijo psihiatrične oskrbe v institucijah in ne na oskrbo ljudi, ki po zakonskih standardih v institucije ne sodijo, težave v duševnem zdravju pa imajo. Država ne regulira psihoterapevtskih služb, prav tako v njih ne vlaga sredstev.

Ljudje, ki so v stiski, naj bo ta trenutna ali kronična, se po pomoč obrnejo k osebnemu zdravniku, največkrat zaradi psihosomatskih težav. Zdravnik zdravi te težave in zaposlenim odobri bolniški stalež. Če so težave hujše, jih lahko osebni zdravnik pošlje k psihiatru ali pa se pri njemu naročijo sami. Psihiatri imajo za svoje paciente na voljo največ 20 minut, več le, če gre za prvi pregled. Po navadi posameznikom predpišejo zdravila, naslednja kontrola pa je naročena čez mesec ali dva, če gre za dolgoletnega pacienta, je teh kontrol še manj. Določene, a redke specializirane psihoterapevtske zdravstvene enote nudijo skupinske psihoterapevtske obravnave, ki pa so po navadi del hospitalnega zdravljenja. Po končani bolnišnični oskrbi pacienti nimajo možnosti nadaljevanja terapije, ki bi bila krita s strani zdravstvenega zavarovanja. Obstaja več organizacij, ki sicer nudijo določen del pomoči, vendar je ta zopet velikokrat vezana na institucionalno oskrbo (Kosovel, 2016). Socialno delo ima v pomoči ljudem, ki niso v institucionalni oskrbi, podobno vlogo. Izven centrov za socialno delo nimajo možnosti opravljanja psihosocialne pomoči, ki bi bila neplačljiva in priskrbljena oziroma financirana s strani države ali ostalih možnih financerjev.

Torej, edina dva poklica, ki imata priznane ure psihoterapevtske obravnave s strani zavarovalnice, sta psihiater in psiholog. Uradno oba poklica nimata primarno usmerjenega

izobraževanja v psihosocialno ali psihoterapevtsko obravnavo, to pridobita le, če se udeležita specializacije, ki pa za samo delo ni obvezna. Psihosocialna pomoč in psihoterapija nista regulirani in ju tako lahko izvaja kdorkoli, tudi ljudje, ki niso psihiatri, psihologi ali socialni delavci (Kosovel, 2016).

1.2. Duševne težave

Po raziskovanju stanja psihiatrične oskrbe, ki so jo ljudje s težavami v duševnem zdravju v Sloveniji deležni, se bom osredotočila na duševne težave same. Zanima me predvsem teorija o patologiji indiagnostiki duševnih težav skozi prizmo biomedicinskega in biopsihosocialnega modela. Raziskovala bom tudi manifestacijo otroške travme v različne diagnoze v odraslosti in duševne težave, ki se pojavljajo med strokovnjaki/njami socialnega dela, saj sta ti temi pomemben del razumevanja delovanja sistema pomoči in moje izkušnje z njim.

1.2.1. Biomedicinski in biopsihosocialni model duševnega zdravja

Duševne težave so razumljene skozi paradigmo biomedicinskega in biopsihosocialnega modela. Če izviram iz socialnega dela, je slednji najbolj sprejemljiv način kontekstualiziranja duševnih težav. Vendar pa poudarjam, da medicinskega modela ne vidim kot nepomembnega in v celoti napačnega. Pri duševnih težavah v katerikoli stroki ne govorimo o definitivnih vzrokih za nastanek in definitivnih oblikah pomoči, zato je pomembno, da jih razumemo interdisciplinarno. Zdravstvena oskrba je pomembna, saj velikokrat zdravila dejansko olajšajo življenje ljudi (po tem, ko nekaj časa traja, da se najdejo tista zdravila, ki osebi odgovarjajo na določenem odmerku za to osebo), čeprav o delovanju in vplivu zdravil nimamo točnih in definitivnih odgovorov na vprašanje, zakaj delujejo (Meyer, 2022). Kar je pomembno je, da vemo, da zdravila niso dovolj. Zdravila brez nadaljnjega načrta pomoči ne naredijo veliko, saj z njimi zdravimo le (določene) simptome, ki posameznike ovirajo pri vsakdanjem življenju, in ne dejanskih težav, iz katerih ti simptomi nastajajo.

Psihiatrija vidi izreden pomen tudi v klasifikaciji in diagnostiki duševnih težav, saj se ti vežeta na izbiro in obliko zdravil, ki ustrezajo določeni diagnozi. Ti sta za nekatere posameznike s težavami v duševnem zdravju pomembni, saj jim diagnoza končno

predstavlja razlog za njihovo počutje in dožemanje sveta po tem, ko so za to bili celotno življenje obsojani, odmaknjeni, zavrženi. Tukaj je seveda nujna previdnost, saj ravno iz teh oblik pomoči izhaja ogromna družbena in posledično pri uporabnikih ponotranjena stigma (Lapajne, 2011).

1.2.1.1. Biomedicinski model duševnega zdravja

Medicinski model, in nenazadnje psihiatrija, težave v duševnem zdravju razume kot bolezni. Vendar pa bolezen poenostavljeno definiramo kot telesno spremembo, ki uteži fizično delovanje in je lahko diagnosticirana z uporabo medicinske tehnologije. Duševne bolezni po navadi sprememb, ki so značilne za fizične bolezni, v organizmu ne puščajo. Določene hormonske spremembe se kažejo, a jih lahko pripišemo stresnim situacijam, katerim so ljudje izpostavljeni, ne duševni bolezni sami (Lehmann 2002; Lamovec, 2006). Klinična slika tako ne prikaže dejanske razlike med tistimi, ki diagnozo duševne bolezni imajo in med tistimi, ki je nimajo. Če bi se ozirali le na ta kriterij, bi bili vsi ljudje v določenih obdobjih duševno bolni (Lapajne, 2011). Vseeno je pomembno, da že tukaj izpostavimo psihosomatska obolenja, ki predstavljajo fizične spremembe v delovanju človeka.

Čir na želodcu, migrene, inflamacija, oslavljen imunski sistem so le peščica fizičnih sprememb, ki so lahko posledice težav v duševnem zdravju. Sicer študije večinoma prikazujejo le korelacijo in v redkih primerih vzročnost, se v krogih raziskovanja psihosomatskih obolenj razume težavnost stoodstotne potrditve le-te in psihosomatska obolenja priznavajo kot pomembno povezavo s težavami v duševnem zdravju (Lamovec, 1993; McNair in Jindal, 2010). Zdravniki pa temu velikokrat ne sledijo. Pri razumevanju psihosomatskih obolenj se biomedicinski model fiksira le na različna fizična obolenja, četudi bi razlog za njihov pojav bile duševne bolezni. Te manifestacije duševnih težav zdravi z zdravili in se tako osredotoča le na simptome in ne na vzrok. Ta enodimenzionalna obravnava je značilna za biomedicinski model, katerega se še vedno poslužuje tudi večina psihiatrov. Dejanski vzroki duševnih težav so zapleteni, dedni, težave so velikokrat sprožene z izpostavljenostjo stresnim življenjskim razmeram, kot so težave v družinskem življenju, smrt v ožji socialni mreži, nasilje, fizične bolezni, finančna stiska, prekarne zaposlitve in drugo. Med posamezniki opazimo tudi vidne razlike v intenzivnosti in trajanju težav. Simptomi vseh duševnih bolezni redko sledijo nekim

ustaljenim vzorcem, zato je prognoza težko postavljena in velikokrat tudi zmotna. Težave lahko v določenih primerih preprečimo, večinoma pa jih lahko zdravimo oziroma obvladujemo (Thayer in Brosschot, 2005).

1.2.1.1.1. Klasifikacija in zdravljenje duševnih težav

Psihiatri za klasifikacijo duševnih motenj uporabljajo predvsem Diagnostični in statistični priročnik duševnih motenj (mednarodna kratica DSM), kateri je trenutno v peti ediciji. Poleg DSM-ja poznamo tudi MKB (angleška kratica ICD), ki je mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene, trenutno v enajsti ediciji (Tyrer, 2018). RDoc (Kriterij raziskovalne domene) je novejša metoda klasifikacije duševnih motenj. Ta jih razume kot biološke bolezni in se v svoji klasifikaciji (katera trenutno obstaja v podporo DSM-ju in MKB-ju in ne kot samostojna metoda klasificiranja duševnih motenj) med drugim opira na nevrobiologijo, genetiko in fiziologijo (Cuthbert, 2020).

DSM je napisan s strani Ameriške psihiatrične asociacije, medtem ko je MKB produkt Svetovne zdravstvene organizacije. Ta se zato uradno uporablja v vseh državah članicah Svetovne zdravstvene organizacije in je namenjena več zdravstvenim panogam, saj definira vsa bolezenska stanja. DSM je večinoma uporabljen s strani psihiatrov in je priročnik, ki klasificira izključno duševne motnje. Med njuno klasifikacijo obstaja nekaj razlik, predvsem v dojemanju in uporabljanju diagnoz (Tyrer, 2018). Primer tega se najde v 60. letih, ko so Cooper in njegovi sodelavci (1969) v študiji odkrili, da so ameriški psihiatri v primerjavi s psihiatri v Veliki Britaniji istim osebam dvakrat pogosteje diagnosticirali shizofrenijo, štirikrat redkeje diagnosticirali psihozo in desetkrat redkeje diagnosticirali manijo. Mnoge osebe, ki bi v Veliki Britaniji dobile diagnozo bipolarnе motnje, so v ZDA označili z diagnozo shizofrenije (Cooper idr., 1969, 1971; Lamovec, 1993).

Danes se v Veliki Britaniji večinsko še vedno uporablja MKB, vendar pa ima DSM na svetovno psihiatrijo vedno večji vpliv. Ta tudi definira, kaj duševne bolezni so, iz česar nato sledijo klasifikacije posameznih duševnih bolezni.

Pomemben kriterij te definicije je: “/.../Duševne bolezni so običajno povezane z značilnimi težavami ali oviranostjo pri socialnih, službenih ali drugih aktivnostih. Ko o teh težavah govorimo kot o pričakovanem oz. kot kulturno sprejetem načinu odzivanja na stresorje, kot je npr. smrt ljubljene osebe, takrat ne gre za duševno bolezen /.../” (American Psychiatric Association, 2013). S tem konformno nadaljuje zastarelo definicijo (Horwitz in Wakefield, 2007). Smrt bližnje osebe DSM poda kot primer stresorja, kateri lahko v osebi sproži odziv, ki je glede na okoliščine pričakovan (težave, kot so razdražljivost, nezmožnost socializiranja, nespečnost, neječnost...). Ta odziv pa bi bil v primeru, da oseba tega stresorja ne doživi, viden kot skupek simptomov, kateri nakazujejo obstoj duševne motnje.

S tem, da definicija poda primer stresorja, ki opraviči naveden odziv, namiguje, da je ta le eden izmed opravičljivih okoliščin. Torej, osebe ne potrebujejo iti čez tragičen, žalovanja vreden dogodek (naravne katastrofe, izguba svoje socialne mreže in okolja...), da je odziv na dogodek opravičljiv, dokler se ta odziv ne pojavi v kontekstu, ki ga psihiatri dojamejo kot dokaz notranje disfunkcije. Pri diagnostiki zaradi tega prihaja do mnogo protislovij. Določene simptome se vidi kot dokaz diagnoze, ne glede na kontekst, v katerem se pojavijo. Vsak čustven odziv je lahko dokaz obstoja duševne motnje, če se psihiatru razlog za le-tega ne zdi dovoljšen (Horwitz in Wakefield. 2007). To spajanje med normalnim in patološkim se je pričelo leta 1980, ko je bila objavljena tretja izdaja DSM (Horwitz 2002; Mayes in Horwitz 2005). Prvi dve ediciji sta uporabljali izredno nejasni definiciji motenj (te naj bi, zaradi vpliva psihoanalize in psihodinamike, izhajale predvsem iz nezavednega). Tako je klasifikacija, in posledično diagnostika, ležala v rokah vsakega posameznega psihiatra (Kirk in Kutchins 1992). Tukaj se lahko spet sklicujemo na Cooprovo raziskavo iz leta 1969. Iz teh razlogov je psihiatrija množično izgubljala svojo integriteto, ta namreč ni bila le kritizirana, ampak tudi osmešena. Med kritiki so bili celov različni psihiatri in psihologi, kot sta Thomas Szasz (1961), ki je trdil, da duševne bolezni ne obstajajo, ter David Rosenhan (1973), ki je psihiatriji očital nezmožnost distinkcije med ‘normalnimi’ in ‘norimi’.

Psihiatrija je že od samega začetka gradila svoje oblike pomoči na podlagi tega, da duševne bolezni predstavljajo kronično invalidnost. Diagnostični kriteriji po navadi tistih, katerim se stanje izboljša, ne omenjajo, sploh pa ne tistih, ki do izboljšanja pridejo v relativno kratkem času (Kruger, 2000). Razlog spet tiči v razumevanju duševnih bolezni skozi medicinski model, ki predvideva, da so težave lahko razrešene le z zdravstveno oskrbo. Ker ta ni uspešna, medicina

označi bolezni za neozdravljive in kronične (Jimenez, 1988). Ljudem po tem ostane diagnoza, katera jih stigmatizira, odrine iz družbe in pusti brez primernih oblik pomoči. Ta stigma se večinoma lahko ponotranji, misel o neozdravljivosti ljudi pusti v prepričanju, da so obsojeni na doživljenjsko trpljenje in to mišljenje ljudi odrine v občutek fatalizma in nemoči. Tudi ko pride do izboljšanja, psihiatrija razume to kot zazdravitev in ne kot dejansko ozdravitev (Lamovec, 1993). Skozi leta je bilo opravljenih več raziskav na temo kroničnosti duševnih bolezni, ki jo večinsko zanikajo. Longitudinalne študije so bile opravljene že v 70. in 80. letih (Tsuang idr. 1979) in podprte z nedavnimi študijami (Wiersma idr., 1998; Harrow idr., 1997; Brugge idr., 2000; Rund, 1998). Odkritje vseh študij je bilo, da so ljudje z duševnimi težavami v glavnem v popolni ali vsaj delni remisiji. Simptomi, ki se kažejo, so zmerni in na funkcionalnost ljudi niso pomembno vplivali.

Ljudje so imeli službe, če pa jih niso imeli, je bil vzrok večinoma fizična in ne duševna bolezen. Nedavne študije so odkrile tudi pomembnost individualnega doživljanja duševnih bolezni. Kljub vsemu pa psihiatrija duševne bolezni še vedno označuje za kronične, saj s tem napačno potrdi njihovo strokovno utemeljenost zdravljenja (Kruger, 2000).

Poznamo več oblik zdravljenja, najpogosteje govorimo o farmakološkem načinu zdravljenja, o psihoterapiji in o metodah zdravljenja, ki so označene kot posebne. Farmakološki način zdravljenja je prepuščen izključno medicini oziroma večinsko psihiatriji. Zdravila za zdravljenje duševnih motenj razdelimo na več skupin, med katerimi so najpogostejši antidepressivi, anksiolitiki, antipsihotiki in stabilizatorji razpoloženja (Pregelj in Kobentar, 2009). Psihoterapija je druga metoda zdravljenja, ki ni omejena le na psihiatre, ampak na usposobljene psihoterapevte. Zasnovana je kot zdravljenje s pogovorom, cilj obravnave pa je odpravljanje ali olajšanje simptomov, spremenitev moteče drže in vedenjskih vzorcev ter podpiranje osebne rasti in zdravja (Aitchison idr., 2009). Najpogostejši psihoterapevtski pristopi so analitični, kognitivno-vedenjski, sistemski in humanistično-eksistencialni, iz katerih se razvije več različnih smeri (Gabrovšek Pukl, 2009). Kateri pristop oziroma smer je ustrezna za posamezno duševno motnjo, je nemogoče določiti, saj je to odvisno od vsakega posameznika. O posebnih metodah zdravljenja pa govorimo v skrajnih primerih in v primerih, ko druge metode niso učinkovite.

Med njih štejemo zdravljenje z elektrokonvulzivno terapijo (elektrošok), hormonsko zdravljenje in uporabo psihotropnih zdravil v vrednostih, ki presegajo največji predpisani

odmerek. Te metode so regulirane z zakonom in se izvajajo le v psihiatričnih bolnišnicah (ZDZdr, 2008). Med njih je nekoč spadalo tudi psihokirurško zdravljenje (npr. lobotomija), ki je zakonsko prepovedano.

1.2.1.2 Biopsihosocialni model duševnega zdravja

Socialni model je naslednja stopnja v evoluciji razumevanja zdravja, še posebej duševnega. Ta govori o pomenu in vplivu bioloških, psiholoških, kulturoloških in socialnih dejavnikov na posameznika. Gre za razširitev razumevanja zdravja iz enodimenzionalne na večdimenzionalno raven. Rakovec-Felser, Vidmar in Holthamer so leta 2009 raziskovali kronično ponavljajočo se bolečino skozi biopsihosocialni model. Bolečino so razumeli, ne le kot simptom ali del bolezni, ampak kot pogosto samostojen pojav, ki je vedno v korelaciji s psihološkimi dejavniki. Takšno razumevanje bolečine je pomembno predvsem pri bolečini, ki se ponavlja, je kronična in se razvije postopoma. Gre za manifestacijo fizioloških, psiholoških in vedenjskih sprememb, ki so med seboj prepletene in povezane (Rakovec-Felser idr, 2009). Eno izmed pomembnih odkritij raziskave je to, da so se osebe s kroničnimi glavoboli srečevale z bistveno več psihosomatskimi motnjami. Težave so imele s spanjem, z motnjo krvnega obtoka, z oteženim dihanjem, s preobčutljivostjo na vreme in podobno. Zelo relevantno pa je to, da so se poleg tega počutile tudi nemočne in brez upanja. Opazile so, da se z občutkom praznine, z osamljenostjo in z občutkom nezadostnosti bolj poistovetijo. Značilno je bilo tudi prekomerno razmišljanje in pesimističen pogled na svet ter sebe. Vse to je imelo korelacijo z večjim obsegom obiskov pri različnih zdravnikih, z več opravljenih preiskav, z več fizioterapevtskih obravnav in pa z večjim zaužitjem različnih zdravil. Vendar pa nihče, do trenutka raziskave, ni bil napoten ali vključen v kakršnokoli psihoterapevtsko obravnavo (Rakovec-Felser idr., 2009).

Vse to se ujema tudi s tujimi raziskavami na temo kroničnih ponavljajočih se glavobolih oziroma bolečin in s samim postopkom razvoja bolečine (Holroyd idr., 1999; Keefe in Dunsmore, 1992; Melzack in Wall, 2003). V raziskavi so prav tako opazili pomen odzivov zdravnikov na njihova pričanja o svoji bolečini, na odziv okolja in socialne mreže. Če so ti bili negativni, je imelo to še večji vpliv na njihovo duševno zdravje, kar se je nato zopet kazalo v fizični bolečini (Rakovec-Felser idr., 2009). Bolezen je tako tudi socialno-kulturno uokvirjena ali, kot pravi Marc Augé (1995: 27): "Paradoksalno pri bolezni je, da je hkrati najbolj individualna in najbolj socialna izkušnja in dogodek." Znanstvena objektivnost je izrednega

pomena v sodobni medicini, katera zaradi tega večinoma ne priznava, da je zdravje in bolezen prepleten sistem, v katerem pomembno vlogo igrajo psihosocialne okoliščine izven okvirov medicinske diagnostike (Kamin in Ule, 2012).

Potreba po interdisciplinarnem pristopu je zato velika, saj je psihoterapevtska, torej tudi socialno delavska obravnava nujna v primerih kroničnih bolečin in bolezni, vendar pa to ni zadnja stopnja procesa, psihoterapevti in socialni delavci so le eni od mnogih strokovnjakov v skupini, ki se med sabo povezujejo in ljudem nudijo najboljšo možno oporo (Rakovec-Felser idr., 2009).

1.2.1.2.1 Intersekcionalni pristop k razumevanju neenakosti obravnave v zdravstvu

Družbeni vpliv medicine je, kot uvideno, neizpodbiten. White (2002) ta fenomen opiše kot medikalizacijo družbe, kjer medicina narekuje in interpretira vedno večji del dojemanja individualnega in družbenega procesa. Na vprašanja, ki so po naravi političnega ali ekonomskega izvora, medicinski model preoblikuje v zdravstvena. Prav tako narekuje dojemanje našega telesa. Neoliberalna ideologija krivdo prevlači na posameznika in na njegovo osebno odgovornost za svoje zdravje, brez razumevanja širšega socialnega in kulturnega okvirja. Medicina daje vtis o svoji neodvisnosti kot ustanovi javnega zdravja, čeprav zdravstvena politika izhaja in je vodena s strani medicinskih strokovnjakov, ki narekujejo delovanje medicine v javnem prostoru. Zdravstvo tako postane zrcalo družbe, kjer se vzdržuje razredno in spolno strukturo ter neenakost, kar se na primer kaže v tem, da je stopnja smrtnosti in obolevnosti za velikim številom bolezni obratno sorazmerna z družbenim statusom posameznika (Kamin in Ule, 2009). To neenakost v zdravstveni obravnavi moramo razumeti skozi intersekcionalni okvir. Intersekcionalnost je prvič definirala leta 1989 Kimberlé Crenshaw. Izhaja iz Črnkega² feminizma in kritične rasne teorije, kjer je bila uporabljena kot temelj razlage zatiranja Črnkih in temnopolnih žensk. Te so namreč zatirane zaradi rase in zaradi spola, ki kot identifikaciji ne moreta biti dojeti ločeno, saj skupaj predstavljata eno identiteto. Zato so Črnske in temnopolte ženske deležne rasizma in mizoginije, ki nista primerljiva z izkušnjo rasizma Črnkih moških ali z izkušnjo mizoginije belih žensk. Različne identifikacije, kot so spolna usmerjenost, spolna identiteta, rasa, družbeni razred,

² Kadar v nalogi govorim o Črnski skupnosti, je 'Črna' pisana z veliko. Po umoru Georga Floydja je to postala norma v aktivističnih krogih v Ameriki (na primer v gibanju 'Black Lives Matter'). Ideja je, da ta beseda ne zajema barve, ampak pomembno skupno zgodovino, identiteto in skupnost med ljudmi, ki se identificirajo kot Črni. Sicer so se za to člani Črnske skupnosti prizadevali že več desetletij (Wong, 2020).

nacionalnost, invalidnost ipd., tako lahko simultano ustvarjajo eno identiteto osebe. Zatiranja te osebe ne moramo definirati skozi vsako posamezno identifikacijo, ampak moramo na njeno zatiranje gledati celostno. Intersekcionalnost predstavlja paradigatski premik v razumevanju in dojetanju diskriminacije ter zatiranja na vseh družbenih ravneh (Crenshaw, 1989).

Neenakost, ki se dogaja v zdravstveni obravnavi, se kaže na več različnih načinov. Napačne diagnoze, kot eden izmed primerov, predstavljajo hudo fizično, psihološko in včasih tudi finančno škodo pacientom ter so mnogokrat plod sistemske pristranskosti (Hoffman idr., 2016; Knaak idr., 2017). Ženske/osebe z maternico so večinsko žrtve minimizacije bolečine in ostalih simptomov, zaradi česar čakajo dlje, da jih zdravniki jemljejo resno in da jim dodelijo pravilno diagnozo. Študije so odkrile, da so pogosto označene za histerične in hipohondrične.

Eden izmed pomembnih primerov je, da na diagnozo endometrioze ženske/osebe z maternico v povprečju čakajo 7 let od nastopa in poročanja simptomov (Arruda idr., 2003). Podobno se kaže v Črnski skupnosti v Ameriki, kjer v medicinskih postopkih doživljajo zatiranje zaradi zmotne percepcije, da imajo Črni ljudje biološko višji prag bolečine kot druge rase (Hoffman idr., 2016). Intersekcionalno pa se problematika kaže pri Črnskih in temnopoltih ženskah/osebah z maternico, ki med porodom umirajo dva do trikrat pogosteje kot bele ženske/osebe z maternico (Tucker idr., 2006).

Velik problem pri diagnostiki je tudi t.i. 'zastrtost diagnoz' (angl. diagnostic overshadowing), kjer se, namesto odkrivanja možnosti za komorbidno stanje, nove simptome pripisuje že obstoječi diagnozi. Ta koncept je bil definiran v 80. letih, kot opredelitev problematike, žrtve katere so bile osebe s kognitivnimi motnjami in osebe z duševnimi težavami (Jones idr., 2008). Zastrtost diagnoz je povezana s stigmo, ki ljudi značilno diskreditira in jim zruši dejansko identiteto (Goffman, 1956). Ko so ljudje diagnosticirani s katerokoli duševno boleznijo, so takoj označeni za nesposobne, nezaupljive in lažnive (Link, 1987). Gre za obsojajočo pristranskost, kjer zdravniki oziroma zdravstveni delavci legitimne simptome napačno dojamejo kot manifestacijo duševne bolezni, namesto da bi jih dojemali kot dejansko fizično težavo (Nash, 2013). Intersekcionalnost pa nam tukaj da uvid v intersekcijo med ostalimi identitetami, npr. spolom, kjer so ženske z duševnimi težavami vzete še manj resno. Ta zastrtost se pri ljudeh z duševnimi težavami, ki občutno diskriminacijo s strani zdravstvenih delavcev že doživljajo,

izrazito kaže tudi v sedanjosti (Knaak idr. 2017). Seveda pa je pomembno razumeti, da gre za kompleksno, sistemsko problematiko, ki se ne najde le v pristranskosti in diskriminaciji posameznikov. Institucije bi se morale spraševati, zakaj do zastrtosti prihaja in aktivno iskati rešitve, financirati študije ter konstantno izobraževati zdravstveni kader (Cho, 2019).

1.2.2 Vpliv otroške travme na duševne težave v odraslosti

Pomemben del moje raziskave je, kako otroška travma vpliva na psihičen ter fizičen razvoj otroka in kako se ta manifestira v odraslosti. Iz tega želim potegniti vzporednico z doživljanjem in navigiranjem sveta v odraslosti, prav tako pa me zanima, kako je zgodnje življenjski stres vplival na odločitve, ki jih v odraslosti sprejemam.

Splošno sprejete definicije travme sicer ne poznamo. Meja med čustveno stisko in travmo je tanka in nedoločena. V diagnostiki, predvsem posttravmatske stresne motnje, se uporablja definicija, ki jo najdemo v DSM 5, v ostalih primerih pa se uporablja širša definicija, ki zajema dogodke na spektru od blagih negativnih dogodkov (selitev v nov kraj, smrt domače živali...), vse do ekstremno negativnih dogodkov (spolna zloraba, nasilje...) (Hosseini-Kamkar, 2021). Predlagana je tudi definicija, kjer lahko o tem, ali je dogodek travmatičen, odloča le posameznik. V tem primeru travma izhaja iz naše subjektivne percepcije dogodka in ne iz tega, ali je dogodek objektivno viden kot travmatičen (ibid., 2021). Krupnik (2019) pa travmo razume glede na dva dejavnika, in sicer glede na objektivno določeno razumevanje teže stresorja in glede na zmožnost samoregulacije posameznika.

Ne glede na definicijo, milijoni otrok nedvoumno vsakodnevno doživljajo psihično travmo kot izid izpostavljenosti naravnim katastrofam, družinskemu nasilju, ustrahovanju, spolnemu nasilju, smrti bližnjega in podobnim dogodkom. Vendar pa jih relativno malo dejansko prejme pomoč, ki jo potrebujejo, da lahko travmo predelajo in po njej okrevajo (Lubit idr., 2003). Čeprav po travmatičnih dogodkih hudih posledic nimajo vsi otroci, simptomi niso redki (Akin-Little in Little, 2019).

Izpostavljenost travmatičnim dogodkom v razvojnem obdobju lahko poškoduje nevroendokrine in nevrobiološke aspekte v telesu, ki ostanejo poškodovani vse življenje. Posledice stresa v

otročtvu vplivajo na otrokov razvoj na vedenjskih, čustvenih, socialnih, fizičnih in kognitivnih področjih (Bremne in Vermetten, 2001; Middlebrooks in Audage, 2008). Koncept stresa v otroštvu zajema zgodnje travmatične izkušnje otrok in najstnikov, kot je smrt starša/ev, ločitev staršev, skrbnik ali starš z duševnimi težavami, huda bolezen v otroštvu, družinsko nasilje, odsotnost osnovne oskrbe, zapuščenost, prikrajšanost hrane in zavetja, pomanjkanje spodbujanja in podpore (Butchart, 2006; Bernstein idr., 2003).

Glavni podtipi zgodnjega življenjskega stresa so:

- čustveno nasilje – kakršnokoli ravnanje, ki vpliva na dobrobit in/ali moralo otroka;
- fizično nasilje – kakršenkoli fizični napad, ki prinaša tveganje za fizične poškodbe;
- spolno nasilje – kakršnokoli spolno vedenje, ki vključuje otroka;
- čustveno zanemarjanje – neuspešno zagotavljanje osnovnih čustvenih in psihičnih potreb;
- fizično zanemarjanje – neuspešno zagotavljanje osnovne oskrbe (Bernstein idr., 2003).

V osebah, ki so bile izpostavljene stresu v otroštvu, lahko opazimo določene karakteristike, kot so občutek krivde, depresija, nizka samopodoba, občutek izgube otroške nedolžnosti, občutek uničenih sanj, slaba socialna spretnost, jeza in potlačena sovražnost, oslABLJENA sposobnost razumevanja meja družbenih pravil, pseudo-zrelost, težave s samoobvladovanjem in s kontrolo (Knell in Ruma, 1999).

Zgodnji življenjski stres se pri ljudeh manifestira v ponotranjene in zunanje simptome. Med ponotranjene štejemo tesnobo, depresijo, nizko samozavest, somatske težave, fiziološko vzburjenje, strah, izogibanje, ponovno in konstantno podoživljanje stresa; med zunanje pa agresijo, prestopništvo, povečano in pretirano raven aktivnosti, težave, povezane s spolnim vedenjem (Friedrich idr., 1998). Izpostavljenost zgodnje življenjskemu stresu vpliva na kratkoročno in dolgoročno socialno vedenje otrok in mladostnikov, kar pušča resne posledice skozi celo življenje (Amazarray in Koller, 1998). Zgodnje življenjski stres lahko sproži hude duševne težave v odraslosti, kar vodi v višjo stopnjo tveganja razvoja psihopatologije skozi celo življenje (Juruena idr., 2019; Carpenter idr., 2007).

Kljub temu, da je zgodnje življenjski stres jasen dejavnik pri razvoju psihopatologije, ta ne mora biti viden kot edini. Subjektivna ranljivost za razvoj le-te je sestavljena iz več različnih razlogov, med njimi je tudi genetika (Carr idr., 2013). Glede na razširjenost izkustva zgodnje življenjskega stresa in glede na resne posamezne ter družbeno trajajoče posledice je pomembno, da razumemo, kaj so sprožilci za razvoj duševnih težav v odraslosti ter kako in zakaj se ohranjajo in poslabšajo (Juruena idr., 2019; Tofoli idr., 2011).

1.2.3 Duševne težave med strokovnjaki/njami socialnega dela

Metafora 'ranjenega zdravilca' je bila uporabljena pri raziskovanju strokovnjakov v različnih disciplinah, kjer se primarno dela in skrbi za ljudi, vključno s psihologijo, psihoterapijo, negovanjem, medicino, učenjem in socialnim delom (Benziman, Kannai in Ahmad, 2012; Cain, 2000; Christie in Jones, 2014; Zosky, 2013). Carl Jungova (1961) interpretacija arhetipa 'ranjenega zdravilca' je podlaga za nazorno analizo otroške stiske pri študentkah in strokovnjakinjah socialnega dela, ki so jo opravili Newcomb in drugi (2015). Ta prikaže prednosti in potencialne omejitve, ki jih izkušnja otroške travme prinese v njihovo delo. Čeprav se lahko z duševno stisko srečamo v kateremkoli življenjskem obdobju, je otroška stiska tista, ki ima znaten vpliv na to, kako se študentke učijo in nato naučeno vpeljejo v svojo strokovnost. 'Ranjeni zdravilci' želijo zaradi svojih bridkih izkušenj v življenju preprečiti in lajšati trpljenje drugih (Christie in Jones, 2014). Jung (1961) je verjel, da jim travmatične izkušnje prinašajo veliko zmožnost empatije, osebne rasti in transformacije. Njegovo razumevanje konstrukta 'ranjenega zdravilca' je bilo pozitivno in spodbujajoče, vendar pa obstaja več kritik le-tega, predvsem kritika njihove strokovnosti. Ti imajo lahko pri delu z uporabniki težavo s kontratransferjem, z izgorelostjo in s sekundarno travmatizacijo (Cain, 2000; Zosky, 2013).

Kontratransfer je koncept, ki ga je zasnoval Freud (1952) na podlagi kliničnih psihoanalitičnih izkušenj. Gre za terapevtovo projiciranje nezavednih občutij na klienta, pod kar na primer štejemo osebno samorazkritje, ki je na splošno videno kot škodljivo za terapevtski odnos in za kliente same (Cain, 2000; Knight, 2012). Sekundarna travmatizacija v kontekstu terapije je proces, kjer klient skozi pripovedovanje o travmatičnem doživljanju sproži travmatski odziv v socialnem delavcu. To je lahko tudi eden izmed razlogov, da socialni delavec izgori (Connolly in Harms 2009). Velik del študentov socialnega dela lahko štejemo pod 'ranjene zdravilce'.

Študije odkrivajo, da jih je med 7 % in 55 % doživelo neko vrsto zgodnje življenjskega stresa, vključno z nasiljem in zanemarjanjem (Gore in Black, 2009; Sellers in Hunter, 2005). Določen del teh študentov, čeprav točnih podatkov o odstotku ni, ima tudi težave v duševnem zdravju (Horton idr., 2009).

Boljše razumevanje povezav med zgodnjo otroško travmo in duševnimi težavami bi moralo biti spodbujeno, da ima lahko stroka boljši uvid v socialne delavce, ki spadajo med 'ranjene zdravilce' (Newcomb idr., 2015). Jungova definicija sicer ni predvidevala, da je vsak strokovnjak, ki je imel izkušnje s travmo, 'ranjeni zdravilec'.

Osrednji del razumevanja tega arhetipa je transformacija, skozi katero bi le-ta moral iti, da bi lahko svojo izkušnjo s travmo manifestiral v samospoznanje in osebno razsvetljenje (Halewood in Tribe, 2003). V sodobni socialno delavski praksi se to lahko zgodi skozi izkušnje v službi, skozi supervizijo, skozi samorefleksijo ali pa že tudi v akademskem okolju (Knight, 2012). Vse to kaže na to, kako pomembna je vloga fakultete, ne le pri tem, da prizna vpliv travmatičnih izkušenj iz otroštva, s katerimi se spopadajo študentje socialnega dela, ampak da jim tudi omogoči varen prostor, kjer lahko do Jungovskega samospoznavanja in osebnega razsvetljenja pridejo (Newcomb idr., 2015). Vendar pa kritiki Junga pravijo, da pojem 'ranjenosti' spregleda kompleksnost in raznolikost identitet posameznikov (Conchar in Repper, 2014). Biti 'ranjen' se zdi kot slabost, ki mora biti 'popravljen' skozi proces razsvetljenja, in ne kot del človekove okolice ter identitete. Ta kritika je še posebej relevantna v stroki socialnega dela, ki se ne osredotoča na osebne pomanjkljave, ampak poskuša razumeti posameznikov celostni življenjski svet in kontekst (Connolly in Harms, 2009). Skozi perspektivo moči, vključevanja in razumevanje težkih in travmatičnih izkušenj so študentje transformirani v vzdržljive in opolnomočene strokovnjake (Probst, 2010).

Kljub vsemu, Jung skozi arhetip 'ranjenega zdravilca' prikaže, kako socialni delavci z duševnimi težavami s svojimi izkušnjami in znanjem v stroko prinesejo pomembno in unikatno perspektivo. Uporabnike lahko razumejo in z njimi empatizirajo na ravni, ki se je ni mogoče naučiti (Goldberg et al., 2015).

Ta napredek pripomore k razbitju dihotomnega steklenega stropa, ki stoji med strokovnjaki in uporabniki in tako še bolj uspešno uravnoteži razmerje moči. In čeprav jih je za varno, etično in strokovno utemeljeno delo potrebno konstantno spodbujati k samorefleksiji, superviziji in osebni terapiji, lahko uporabniki in sodelavci v njih najdejo pomemben vir vzora za upanje in okrevanje (ibid., 2020).

1.3. Vloga socialnega dela pri delu z ljudmi s težavami v duševnem zdravju

Psihiatrija je vodilna sila v sistemu pomoči ljudem s težavami v duševnem zdravju. Ker ima kot znanost v tem sistemu največjo družbeno moč, ta še vedno narekuje potek procesa pomoči. Vendar pa lahko vidimo, da se paradigatski premik k biopsihosocialnem modelu dogaja že nekaj časa. Ta predvideva pomembnost interdisciplinarnosti, kjer različne stroke, med katere spada tudi socialno delo, predstavljajo pomemben vir znanja obravnave uporabnikov. Socialno delo pa se že od samega začetka spopada z nezaupanjem v stroko. V tem poglavju se bom osredotočila predvsem na metode socialnega dela in mesto, ki ga socialno delo v interdisciplinarnem timu ima. Raziskala bom tudi problem nezaupanja socialnih delavcev v svojo strokovnost in kako to vpliva na prispevek socialnega dela v interdisciplinarnem sodelovanju med strokami pomoči.

1.3.1 Zagovorništvo

Več kot očitno je, da so ljudje s težavami v duševnem zdravju zaradi družbene stigme in nemoči večkrat tarča diskriminacije in neenakosti. Zagovorništvo zato predstavlja pomemben koncept, s katerim strokovnjaki socialnega dela operirajo in promovirajo dostojanstvo ter temeljne človekove pravice uporabnikov (Funk, 2003). Ne gre le za odpravo stigme in diskriminacije, ampak tudi za prispevanje k širšim sistemskim spremembam obravnave. Sicer poznamo več vrst zagovorništva, vendar pa je temelj vseh v doseganju širših strukturnih sprememb skozi različne dejavnosti. Te potekajo na področjih ozaveščanja, informiranja, izobraževanja, učenja socialnih veščin, medosebne podpore, svetovanja, mediacije, zastopanja interesov in pravic. Zagovorništvo moramo razumeti kot večinsko političen proces, saj socialni delavci in aktivisti z le-tem vplivajo na javno politiko v prid ljudem s težavami v duševnem zdravju in njihovih

družin. Gre za prizadevanje, da so uporabniki obravnavani celostno, kar pomeni ne le skozi medicinski model farmakološkega zdravljenja, ampak tudi skozi psihosocialno pomoč, ki je prosto dostopna (Flaker in Lamovec, 1993). Zagovorništvo je tudi proces emancipacije, predvsem v kontekstu travmatskih posledic, ki jih prinese hospitalizacija, med drugim je to lahko tudi pasivizacija posameznika. Izgubo zaupanja vase in občutka, da sam po sebi ne mora storiti ničesar in nima nadzora nad svojo prihodnostjo, uporabniku narekuje medicinski model. Zato je krepitev moči izredno pomemben element procesa zagovorništva (Lamovec, 2006).

Zagovorniki pri svojem delu uporabljajo več različnih metod, kot so vzpostavljanje delovnega odnosa, krepitev moči, analiza tveganja, mediacija itd., katere jim omogočijo poistovetenje s težavami uporabnikov. Vse to vodi v bolj uspešno zagovorništvo. Pri zagovorništvu ne govorimo o objektivnosti in nepristranskosti, zagovornik je subjektiven in pristranski del procesa in to je pomembna značilnost le-tega (Lamovec, 2006).

1.3.2 Metode socialnega dela

Flaker (2003) pravi, da socialno delo in metode socialnega dela predstavljajo teorijo, konkretne spretnosti in metodologijo dela, katere so vse utemeljene v vrednotah socialnega dela. V konkretnih primerih morajo biti metode določene s kontekstom in nalogami, ki jih socialni delavec opravlja. Socialno delo in metode se prilagajajo in so izredno fleksibilne, praksa vpliva na teorijo, katero konstantno posodabljam in dopolnjujem. V socialnem delu zato metodo razumemo kot zaporedje ustreznih dejanj, opravljenih v namen dosega cilja. Socialno delo prevladujoče deluje v javnem sektorju, vendar pa ga najdemo v več različnih sistemih in ostalih sektorjih, na primer v prostovoljnih organizacijah in organizacijah, ki so del zasebnega sektorja. Socialno delo ima v vseh teh organizacijah drugačne vloge, kar določi njihove metode. Te so definirane tudi glede na skupine uporabnikov, s katerimi socialni delavci sodelujejo (Flaker, 2003).

Za namen te diplomske naloge je najbolj relevantna vloga socialnega dela v šoli in v psihiatričnem sistemu pomoči. Socialno delo v šolski svetovalni službi temelji na pomoči otrokom, ki so v stiski zaradi revščine, neprimernega socialnega okolja, zaradi pritiska in zahteve šole ali zaradi nemoči družine. Reševanje poteka skupaj z najpomembnejšimi viri

pomoči, ki so otrokom blizu. Tukaj govorimo o socialnem delu z družino in o interdisciplinarnem sodelovanju z učitelji, katero vodi v ustrezne resolucije (Čačinovič-Vogrinič, 2020). Pomembno je, da so socialni delavci seznanjeni s teorijo o otroški travmi in da so na tekočem s tem, kaj se učencem dogaja doma in v šoli.

Socialno delo na področju duševnega zdravja in psihiatrije pa spet zahteva drugačne metode in spretnosti. Selič (2012) poudari pomembnost zmožnosti komunikacije z uporabniki, ki imajo težave v duševnem zdravju. Potrebna je zmožnost odprte, jasne in neposredne komunikacije. Pomembnost refleksije svojih nezavednih predsodkov do ljudi s težavami v duševnem zdravju je neizpodbitna. Uporabnike je treba dojemati kot enakopravne partnerje v procesu pomoči. Tanja Lamovec (1998) veliko pomembnost vidi tudi v zmožnosti aktivnega poslušanja. Uporabnike je potrebno konstantno opominjati, da je njihovo doživljanje pomembno. Strokovnjak socialnega dela mora znati tudi delati z uporabniki, ki izražajo intenzivna čustva. Potrebno jih je znati sprejeti in človeku dati prostor, da jih izrazi. Opomni ga, da so ta čustva sprejemljiva. Ko izzvenijo, se mora o njih z uporabnikom pogovoriti in jih reflektirati. Pomembna metoda dela pa je tudi parafraziranje, kjer socialna delavka s svojimi besedami ponovi pripoved uporabnika, da jo le-ta sliši v drugačnem kontekstu, kar lahko privede do novih spoznanj.

2. Problem

S težavami v duševnem zdravju se soočam že od otroštva. Dogodek, ki je sprožil manifestacijo različnih simptomov, je bila smrt mojega očeta, ki je vodila v finančno stisko družine.

Takrat sem bila stara 12 let. Najbolj opazna razlika v mojem vedenju je bil odnos do šole, saj sem pričela dobivati slabše ocene. Pred tem sem bila odličnjakinja, manjše težave sem imela le pri matematiki, katero sem imela v petem razredu zaključeno 4. Aktivna sem bila tudi v obšolskih dejavnostih, krožkih, sodelovala sem pri večini šolskih proslav. V sedmem razredu (šestega razreda zaradi uvedbe devetletke ni bilo) sem imela ocene eno število nižje kot leto prej. V šolo sem pričela nositi veliko ličil, predvsem črni svinčnik okoli oči. Dekliška garderoba je bila zamenjana za črna oblačila, ki so bila precej bolj provokativna. Spremenil se mi je okus za glasbo, večinoma sem poslušala metal in rock, pravzaprav karkoli, kar je imelo agresivna besedila in melodijo. V šoli nisem več sodelovala, obšolske dejavnosti sem zamenjala za

druženje s, po večini, starejšimi fanti. Iz strokovnega vidika so bile vse te spremembe znak za alarm. Tako velika sprememba vedenja pri otrocih je posledica travme (Akin-Little in Little, 2019). Ni šlo za tipično najstniško upornišvo, kar je bilo razvidno tudi iz vedno več fizičnih obolenj, ki so se izkazala za psihosomatska.

Učitelji bi se kot pedagoški delavci morali vsega tega zavedati in prepoznati spremembo vedenja kot neobičajno, sploh ko pride do spremembe po travmatičnem dogodku. Nuditi bi mi morali podporo in pomoč, saj je šlo za otroka v vidni stiski (Brunzell idr., 2019). Tega nisem dobila. Deležna sem bila obtoževanja, prenašanja krivde, popolnega nerazumevanja. Obravnavana sem bila kot odrasla oseba, ki bi morala biti odgovorna za svoja dejanja, ne kot otrok, ki se spopada s travmo. Zaradi nižjih ocen so name gledali kot na manj sposobno učenko, čeprav to na podlagi rezultatov prejšnjih let, jasno, ni bilo res. V šoli sem tako pridobila prvo izkušnjo s sistemom pomoči in prvo izkušnjo zatajitve tega sistema. Učitelji bi morali moje vedenje prepoznati kot znak stiske in nato primerno intervenirati. Šolska socialna delavka bi morala preveriti, kako se spopadam s smrtjo očeta, a od nje nisem slišala ničesar do devetega razreda, ko smo se vpisovali v srednjo šolo. Od takrat naprej me je sistem pomoči vedno znova razočaral in na meni puščal nepopravljive posledice.

Iz moje zgodbe oziroma na podlagi študije mojega primera bom raziskala razliko med zakonsko, teoretsko in v praksi dejansko zastavljenim sistemom pomoči ter med mojo dejansko izkušnjo z njim. Želim ugotoviti, kako so sistemski odgovori na moje težave pripomogli k mojemu procesu okrevanja oziroma kako so ta proces otežili. Prav tako me zanima, do katere mere mi je bil sistem pripravljen pomagati in kje sem bila prepuščena sama sebi. Ker imam kot študentka socialnega dela izkušnjo uporabnice, mi da to unikaten pogled na problematiko. S svojim strokovnim in uporabniškim znanjem bom lahko sestavila predloge za izboljšanje procesa pomoči na mikro in makro ravni (Šugman Bohinc, 2017).

Pri raziskovanju se bom opirala na vprašanja:

- Kje/pri kom sem iskala pomoč?
- Kako se je sistem pomoči odzval na iskanje pomoči?
- So strokovnjaki naredili vse v njihovi pristojnosti/moči?
- Kako sem se odzvala na ponujeno pomoč?
- Kolikšen del iskanja pomoči je bil na meni?

3. Metodologija

3.1 Vrsta raziskave

Socialno delo definira študijo primera kot pristop pri celovitem raziskovanju pojavov, procesov in postopkov s pomočjo analize posameznih primerov, kjer lahko preučujemo posameznika v njegovem življenjskem okolju z vidika njegovih težav in stisk socialne narave, potreb po pomoči, samopomoči in interakcij v procesu pomoči ipd. (Mesec, 1998; Creswell, 2009). Pomembno je, da gledamo na rezultate ene študije kot na začetek raziskovanja izbranega področja. Nadaljnje študije so potrebne, da podkrepijo ugotovitve prvotne študije (Mesec in Čačinovič-Vogrinič, 1998).

Moja izbrana tema raziskovanja osebne uporabniške izkušnje s sistemom pomoči v Sloveniji ustreza definiciji raziskovanja študije primera, ki sem jo uporabila kot vrsto kvalitativne raziskave (Biba Starman, 2013). Za obdelavo podatkov sem uporabila kvalitativen pristop, saj je študija sestavljena iz izkustvenega gradiva, ki sem ga pridobila tekom raziskovanja (Mesec, 1998). Gre za študijo posameznega primera postopka pomoči.

Ker ta preučuje le moj primer, govorimo o singularni študiji primera. Na podlagi empiričnega gradiva pa je študija kombinirana, saj gradivo sestavlja moja osebna življenjska zgodba in izkušnje s sistemom pomoči, izvid klinične psihologinje ter vprašalnik, ki mi je bil poslan s strani Centra za mentalno zdravje.

3.2 Spremenljivke

Spremenljivke raziskave so: doživljanje mojih življenjskih (za raziskavo relevantnih) dogodkov; iskanje pomoči; na koga sem se obrnila za pomoč; pridobljena pomoč; strokovnost in relevantnost pridobljene pomoči; moj odziv na pridobljeno pomoč; učinkovitost pridobljene pomoči.

3.3 Merski instrumenti ali viri podatkov

Najpomembnejši vir podatkov v raziskavi je bila analiza zapisa moje življenjske zgodbe z dodatno analizo izvida klinične psihologinje in vprašalnika, poslanega iz Centra za mentalno zdravje, kot dva primera pridobljene pomoči.

3.4 Populacija

Populacijo sestavlja ena oseba, jaz.

3.5 Zbiranje, urejanje in analiza podatkov

Podatke sem pridobila s pomočjo zapisovanja in hkrati podoživljanja svoje življenjske zgodbe in zapisa osebnega življenjskega sveta. S tem sem imela težave, saj sem misli težko uredila in sestavila v koherentno celoto, zato sem se najprej posnela in po nareku sestavila svojo pripoved. Mesec in Čačinovič-Vogrinič (1998) za uporabno tehniko refleksije študije primera opišeta analizo po časovnici. Ta nam predstavi potek dogodkov, ki so za študijo pomembni in jih razvrsti na za raziskavo relevantno časovno obdobje. Samo po sebi nam to ne prinese ničesar novega ali šokantnega, dokler teh podatkov ne povežemo skupaj, jih primerjamo in interpretiramo v nam pomembnem kontekstu. Interpretacija časovnice nas skupaj z obdelavo literature pripelje do dognanj, ki jih za uspešno raziskavo potrebujemo. Zapisano zgodbo sem zato kronološko uredila v tabelo. To sem razporedila na datume oziroma na časovni okvir dogodkov, na objektivni opis dogodkov, kje in kako sem iskala pomoč ter kakšno pomoč sem pridobila. Dva primera pridobljene pomoči sta izvid klinične psihologinje in vprašalnik Centra za mentalno zdravje. Uporabila sem ju kot prilogo pri razlagi pridobljene pomoči in njene učinkovitosti, izvid je dosegljiv pri meni.

Kronološka razporeditev mi je pomagala pri vizualizaciji vseh spremenljivk in prepletanja med njimi.

S pomočjo analize lastne življenjske zgodbe, kronološko zapisane časovnice, analize izvida, pridobljenega od klinične psihologinje, analize vprašalnika, ki mi je bil poslan iz Centra za mentalno zdravje in z obdelavo relevantne literature sem na ta vprašanja odgovorila. Odgovore sem predstavila v naslednjem poglavju. Dotaknila sem se tudi svoje identitete študentke socialnega dela z izkušnjo s psihiatričnim sistemom pomoči. Želela sem ugotoviti, kako se ta dva dela mojega življenja prepletata in kako vzajemno vplivata eden na drugega.

4. Analiza in razprava

Pridobljeno gradivo sem analizirala skozi refleksijo, skupaj z obdelavo relevantne teorije. Ker sem se odločila za analizo po časovnici, sem se najprej osredotočila na prelomne dogodke v mojem življenju, ki so vodili do stiske. Tako sem s kronološkim pregledom ključnih dogodkov ponazorila postopno poslabšanje v duševnem zdravju. Nato sem izpostavila odzive strokovnjakov na mojo stisko in analizirala pridobljeno pomoč, kamor spadata tudi izvid klinične psihologinje in prejet vprašalnik iz Centra za mentalno zdravje. Svojo izkušnjo in doživljanje sem s pomočjo teorije razložila, predstavila pa sem ju tudi kot del realnosti obstoječega sistema pomoči in ju primerjala s tem, kako je sicer ta zastavljen zakonsko in v stroki. Tako sem izpostavila, kje je sistem za uporabnike nezanesljiv. Nenazadnje pa sem analizirala svoj odziv na pridobljeno pomoč, kjer sem izpostavila trenutke, ki so vodili v moje poslabšanje in pa tudi trenutke, ki so me okrepili in me vodili v začasno olajšanje.

4.1. Življenjska zgodba

Moje otroštvo je bilo običajno, ampak to ni tako pomembno za moje raziskovanje. Je pa zagotovo neka predispozicija za vse duševne težave kasneje.

24. 3. 2007 mi je umrl oče, to je bil mejnik. Na svoje življenje gledam kot na dve obdobji, ki se delita na čas pred njegovo smrtjo in po njegovi smrti, saj je njegova smrt močno vplivala name in celo družino. Življenje vseh nas se je popolnoma spremenilo.

Ko je umrl, je bila moja reakcija precej standardna. Takrat se ni zdelo, da bo vodilo, v kar je vodilo. V avgustu 2007 je imela mami operacijo na ščitnici zaradi raka. Operacija je bila sicer uspešna in je mami sedaj zdrava, ampak je bila vseeno izkušnja z močnim vplivom na moje počutje in je zaznamovala moj pogled na svet. Takrat sem bila stara 12 let, verjetno se niti popolnoma ne zavedam, koliko travme mi je povzročilo tisto leto. Oba dogodka, ki sta se zgodila pri tako mladih letih in v tako kratkem časovnem obdobju, sta mi kot otroku pokazala in me naučila o smrti, minljivosti, življenju, nečem, o čemer prej nisem zares razmišljala. Z žalovanjem sem se prej spopadala samo enkrat, ko mi je umrl moj muc.

Zaradi tega leta sem bila prisiljena odrasti hitreje. Morala sem se obremenjevati s stvarmi, s katerimi se kot otrok ne bi smela. Očetova smrt je prinesla tudi finančne težave za celo družino,

saj smo izgubili večino dohodka. Pred njegovo smrtjo smo živeli relativno udobno, se pa spomnim, da je oče pogosto nadziral in kontroliral mamo, ko se je šlo za denar. Potem se je odkrilo, da mama ni dobra z denarjem, tako da je po smrti bilo to bolj očitno in težko zanj. Ker ni imela veliko izkušenj z upravljanjem družinskih financ, je bil to velik pritisk nanjo po očetovi smrti.

Zame osebno so se stvari začele spreminjati naslednje leto, ko sem bila v 7. razredu. Zelo močno se spomnim prvega dne. Ker sem odraščala v malem mestu, kjer se vsi poznajo, so vsi vedeli, kaj se je zgodilo in zelo dobro se spomnim pogledov, ki sem jih bila deležna s strani vrstnikov in učiteljev. Ob vrnitvi v šolo je bila očitna sprememba iz pridne deklince v nekoga, ki je izgledal in se obnašal veliko starejše. Začela sem se oblačiti samo v črno, oblačila sem se bolj provokativno, prekratka krila, majice z izzivalnimi napisi... Če pogledam za nazaj, sem hotela z oblekami definitivno klicati na pomoč, hotela sem zelo očitno pokazati svojo bolečino. Takrat sem tudi začela bolj pogosto uporabljati ličila, predvsem sem bila okoli oči črna, vsak dan. Začela sem se tudi obnašati drugače, imela sem hude težave z jezo, nisem vedela, kako se z njo soočiti, kam jo usmeriti in mislim, da so se takrat prvič tudi pojavile moje psihosomatske težave. Menim, da je razlog za to bila prav vsa ta jeza in žalost, da se je moje telo začelo 'razžirati' od znotraj.

Družila sem se z napačnimi ljudmi, večinoma starejšimi fanti, ki niso gledali na moje dobro. Imeli so me samo zato, ker so me kot deklico v krizi lahko manipulirali z občutkom pripadnosti.

Pri teh letih sem dobila tudi prvo menstruacijo, ki je bila izredno boleča. Krvavitev je bila zelo huda, zraven pa so bili močni krči, bruhanje, enkrat pa sem celo izgubila zavest. Bolečine sem čutila po celem telesu. Zaradi tega sem se obrnila na ginekologinjo, ki mi ni želela ali znala pomagati. Rekla je, da je bolečina pri menstruaciji normalna, da nekatere punce to tako pač doživljajo in da bo bolje, ko bom rodila. Kot dvanajstletnici mi je rekla, da bo bolje, ko bom rodila! Sploh ne rabim posebej izražati, da je to izredno neprimerno. Menim, da bi kot zdravnica morala že takrat ukrepati, narediti teste, poskušati ugotoviti, zakaj sem bila v tako hudi agoniji, ker nisem poznala nobene vrstnice, ki bi imela tako hude težave.

V sedmem razredu so se odnosi z mojimi prijateljicami močno poslabšali. Nikoli niso bili ne vem kako dobri, saj je bilo kar nekaj hinavščine, zavisti in težav, ki me še danes zaznamujejo v mojih odnosih. Po smrti očeta pa so bile te težave bolj očitne, takrat sem namreč začela gledati na vse zelo drugače. Kar naenkrat so se težave, ki sem jih imela pred tem, zdele veliko manj pomembne

in nevredne moje energije, niso bile nekaj, v kar bi se morala poglobljati ali kar bi morala poskusiti razreševati. Takrat sem opazila, da se moji interesi ne ujemajo več tako dobro z interesi mojih vrstnic, obenem pa sem se o sebi naučila tudi to, da znam dobro poslušati, da sem zelo empatična in iz moje bolečine je začela izhajati potreba po tem, da zaščitim druge ljudi pred bolečino. Želela sem ponujati ljudem prostor in okolje, kjer lahko govorijo kar želijo in se lahko izražajo, da sem jih lahko poslušala in razumela, saj je bilo to nekaj, česar sem si želela sama. To sem torej ponujala drugim, v upanju, da bo to nekdo nekoč ponudil nazaj meni, kar pa se ni zgodilo, ker se oni niso mogli poistovetiti z mojimi tegobami ob smrti očeta, medtem ko sem se jaz lahko poistovetila z njihovimi tegobami o šoli, prijateljstvih in ljubezenskih težavah. In to je bilo konstantno izkoriščeno. Bila sem manipulirana iz vseh strani.

Problem pa je bil tudi to, da so bile naše finančne težave vidne tudi navzven. To je slabo vplivalo na moj odnos z mami, saj sem želela spadati v skupine ljudi okoli mene, ki so si lahko kupili nove obleke vsak teden in imeli posebne zvezke, medtem ko so moji zvezki prihajali od rdečega križa, z zelo nekvalitetnim papirjem.

Nikoli se nisem počutila, kot da kam pripadam, ampak sem se vedno trudila, da bi nekam pripadala. In še vedno imam težave s tem. V tistem času, ko sem ugotovila, da rada rešujem težave ljudi, da jih rada poslušam, sem se začela zanimati za psihologijo. Začela sem brati in raziskovati o psihologiji in duševnih težavah. Spomnim se, da smo imeli pri biologiji predstavitve in ena izmed tem, ki smo si jo lahko izbrali, je bila depresija, ki sem takoj izbrala. Učitelj je bil takrat zelo navdušen nad mojo predstavitvijo, sploh nad tem, da sem znala zelo dobro razložiti teorijo in zraven podati primere.

Ti so seveda izhajali iz tega, kako sem se počutila sama, ampak o tem nisem mogla z nikomer govoriti. Ko sem raziskovala stvari za to seminarsko nalogo in sem brala o simptomih, sem se takrat potem nekako samodiagnosticirala za depresijo. Ampak to ni bilo na meni, bila sem otrok in ne bi se mi bilo treba ukvarjati s tem, ne bi mi bilo treba 'googlati', raziskovati in ugotavljati, zakaj se počutim tako, zakaj razmišljam o samomoru, zakaj imam privide. Tega, da sem se začela drugače oblačiti, se družiti z drugimi ljudmi in imeti slabše ocene v šoli, učitelji niso videli kot nekaj, kar se dogaja zaradi travme, skozi katero sem šla takrat, ampak so to razumeli le kot neko najstniško upornišvo. Tukaj so se potem začeli dogajati poskusi učiteljev, da bi mi pomagali. Po

pouku so me poklicali v svoje pisarne, vsak dan kakšen drug učitelj, in mi vsi govorili iste stvari; da je moje obnašanje neprimerno, da se ne morem tako oblačiti, da ne morem nositi takšnih ličil, da mečem stran svojo prihodnost, da se moram spraviti k sebi, prevzeti odgovornost nad svojimi odločitvami, da se moram nehat družiti z ljudmi, s katerimi sem se, moj razrednik mi je enkrat dejansko rekel, da naj se ne obnašam, kot da sem "lahka". Ko vsak dan poslušam nekaj takega od ljudi, ki naj bi ti pomagali, ki naj bi ti nudili oporo, ki naj bi bili izučeni za to delo in delo z otroki v stiski, ne znaš zares procesirati teh stvari. Zato sem začela kriviti samo sebe. Vso odgovornost in krivdo sem prenesla nase. Za vse. Za finančne težave, za slabe odnose, za nezmožnost koncentracije pri učenju, za izgube interesa nad vsem... Vse sem ponotranjila in prenesla na sebe.

Spomnim se, da socialna delavka v šoli ni niti preverila, kako sem se počutila, ko je umrl oče, ko je imela mami raka, ko so se pojavile finančne težave, nič se nisem slišala z njo do konca osnovne šole, ko je bil čas za vpis na srednje šole. Takrat nisem imela nobene podpore. Nikogar, ki bi videl vse moje klice na pomoč, nikogar, ki bi opazil, v kako hudi stiski sem. Takrat so se kar naenkrat potem začele težave z otekanjem mojega levega kolena, ne le kolena, ampak cele noge. Imela sem hude bolečine, ki so me kdaj tudi zbujale ponoči. Oteklino sem opazila, ko sem oblekla hlače in je bila leva hlačnica veliko bolj tesna kot desna. Ko sem šla k zdravnici, me je poslala na rentgen in magnetno resonanco, ampak zdravniki niso našli nobenega fizičnega razloga za težave. Ta bolečina me je spremljala tudi v gimnaziji, še vedno se kdaj pojavi. Nihče ni ugotovil, kaj je razlog, so pa zdravniki v bistvu izgubili interes, da bi ugotovili vzroke po tem, ko so naredili par testov in niso našli razloga. Dobila sem samo recept za protibolečinske tablete. Tako kot pri ginekologinji. Nobenih razlag. Samo tablete.

Ko dobivaš takšne odzive od odraslih oseb, ki naj bi razumeli, da takšne stvari niso v normalah fizičnega zdravja otroka, izgubljaš zaupanje v vse odrasle osebe.

Začneš tudi dojemati sebe kot glavni razlog vseh težav. Vedno poudarjam, da sem bila le otrok, ker sem še do pred kratkim nase gledala kot na odraslo osebo od trenutka, ko mi je umrl oče. Do pred kratkim sem prevzemala vso odgovornost od tistega trenutka naprej, ampak ni bila moja odgovornost. Vsi odrasli, ki so bili okoli mene, so me pustili na cedilu in zaradi njih sem, kjer sem. Če bi mi takrat nekdo pomagal, če bi me takrat kdo poslušal, če bi takrat kdo opazil, da je nekaj hudo narobe...

Če bi dobila primerno pomoč, terapijo, karkoli, bi bilo moje življenje čisto drugačno. Ampak tega nisem dobila in te travme iz otroštva razrešujem še sedaj.

Tukaj ne bom šla več v podrobnosti, kaj vse se je dogajalo v osnovni šoli, ker je bilo ogromno posameznih travmatičnih dogodkov, od konstantnega spolnega nadlegovanja do blatenja... Veliko sem se ukvarjala tudi s svojo seksualnostjo, saj nisem razumela, kaj se dogaja z mano in kaj pomenijo moja občutja. Da sem biseksualna, sem odkrila šele pri 22 letih.

Osnovna šola je bila na sploh izredno travmatična zame, veliko stvari se sploh ne spomnim, kot da bi imela čisti 'black out'. V zadnjem razredu osnovne šole sem začela hoditi s svojim prvim fantom in on je bil potem moja prioriteta. Izgubila sem interes za vse stvari, ki so me zanimale prej, sem pa dobila osebo, ki je bila prva oseba, odkar se je zgodila prelomna smrt očeta, na katero sem se lahko naslonila, prva oseba, ki sem ji lahko povedala vse, kar se je zgodilo prej in kar se mi je dogajalo vsak dan. Kar je čez čas, seveda, vodilo v zelo toksično razmerje, ker ni mogoče ohranjati razmerja na ta način. Stara sem bila 14 let.

Zadnji razred osnovne šole je pomenil, da smo se morali vpisati v srednjo šolo. Moj cilj je bila vedno gimnazija. Pred smrtjo očeta sem bila odličnjakinja, vse sem imela 5, razen matematike, potem so se skoraj vse moje ocene poslabšale za eno oceno. To je vplivalo na vpis na gimnazijo in ko sem prišla do strokovne delavke na gimnaziji, je videla le moje ocene in rekla, da naj dobro razmislim, če je to nekaj, kar si želim. To je bilo podobno kot tisto, kar sem poslušala od učiteljev v osnovni šoli, da dvomijo v moje sposobnosti, da ne vejo, če je gimnazija pravilna odločitev, da merim previsoko in to je potem ponovila tudi strokovna delavka na gimnaziji. Tam sem bila sprejeta šele v drugem krogu, zaradi omejitve vpisa, in strokovna delavka me je konstantno spraševala, kako se bom počutila, ko bom prišla v razred, vedoč, da so vsi ostali boljši od mene, pametnejši, imajo boljše ocene, če je to res okolje, v katerem želim biti. To je bil nekakšen pozdrav ob vstopu v gimnazijo, zato ni presenetljivo, da so bila ta leta takšna, kot so bila, ker so bile te besede nekaj, o čemer sem razmišljala ves čas. V osnovni šoli sem bila vedno v vrhu glede vsega, tudi po tem, ko so mi padle ocene, sem bila še vedno nadarjen otrok, ko pa prideš na gimnazijo, si prvič obkrožen z ljudmi, ki so vsi na isti ravni kot ti. Ampak, ker so mi učitelji in strokovna delavka zatrjevali, da nisem dovolj sposobna in slabša od vseh okoli mene, sem si to vbila v glavo in zaradi tega imela težave skozi celotno gimnazijo. V prvem letniku sem celo imela 'popravca', skozi celotno leto pa sem zaradi vsega stresa in stiske začela veliko piti. S sošolci smo pili vsak petek po pouku, bolj ko se je bližal konec šolskega leta, pa sem pila tudi med ali

28

pred poukom. Takrat so se začele težave z alkoholom, v tem letu sem tudi prvič poskusila kaditi travo, ampak je bil alkohol vedno najbolj destruktiven zame. Kadarkoli sem bila pijana, sem histerično jokala in razlagala o svoji stiski in samomorilnih mislih in o vseh občutkih nepripadnosti in nevrednosti. To so bili edini trenutki katarze na tak način, edini trenutki, ko sem o teh stvareh dejansko govorila s kom drugim, kot s fantom.

Najhujši je bil občutek sramu naslednji dan oziroma kasneje, ko se nisem spomnila, kaj vse sem sploh govorila. Pa to, da so me ljudje videli hiperventilirati zaradi paničnega napada in bruhati hkrati.

Z začetkom gimnazije so se samomorilne misli pojavljale vedno bolj pogosto. V tistem trenutku je pomagalo to, da sem imela svojega fanta v razredu, ampak se je kasneje izkazalo, da to ni bilo tako dobro, saj mislim, da so se moje težave, zaradi iskanja utehe samo v njem, poslabšale. Imela sem tako hudo socialno anksioznost, da nisem upala v jedilnico po malico, ker bi morala mimo miz polno ljudi, že sama misel o tem me je paralizirala, med odmori nisem hodila iz razreda, na stranišče sem hodila med poukom ali pa z drugo osebo, med odmori sem ždela v učilnici, bila sem 'prilimana' na svoj stol, da me je videlo čim manj ljudi.

Takrat sem bila predvsem absolutno obupana, 'miserable'. Polna jeze in bolečine. Ne samo psihične, ampak tudi fizične, bilo je tako hudo, da sem dobila opravičilo od športne vzgoje, pri kateri nisem sodelovala nikoli v štirih letih gimnazije. Šlo je predvsem za težave s kolenom, ki so bile predvsem v prvem letniku neznosne, razlog pa je bila tudi socialna anksioznost, saj mi je bilo slabo ob misli, da bi opravljala športne aktivnosti pred vsemi temi ljudmi. Pred vsemi tistimi ljudmi. Zaradi nesodelovanja pri športni vzgoji sem bila zopet deležna komentarjev s strani profesorjev, večina mi ni verjela za moje težave, ker nisem bila športnica in to ni bila športna poškodba. Nihče se ni vprašal, zakaj sem v takšnih bolečinah, zopet je bila krivda zvaljena name in na to, da sem preveč lena.

Prvi letnik je na meni pustil veliko negativnih posledic, kar se je pokazalo v drugem letniku, za to ni bil kriv le popravni izpit, ampak konstantno stanje anksioznosti. Počutila sem se kot totalna ničla, počutila sem se majhno, neumno, kot da ne spadam tja in tudi, ko sem spoznala nove ljudi, nisem bila nikoli avtentična, ker sem imela tako potrebo po pripadnosti. Vsem sem dala vedeti, da lahko pridejo do mene s svojimi težavami in spet so se začeli vzpostavljati takšni odnosi, kjer so ljudje name prenašali svoje travme, kar me je izredno obremenjevalo. Vendar sem to podpirala

sama, bil je neke vrste način samopoškodovanja. Mislila sem tudi, da je to edina dobra stvar o meni, da se drugače ljudje ne bodo želeli z mano družiti. Večino časa sem preživela s petimi fanti. Mojim fantom in še štirimi ostalimi, ki so bili najprej njegovi prijatelji in so potem postali moji. To mi je bilo domače, ker sem se že prej večinoma družila s fanti. Še danes to obžalujem, žal mi je, da nisem imela ženskih prijateljic.

Mislim, da bi mi zelo pomagalo z nekaterimi stvarmi, nekatere stvari bi se razrešile prej. Najstniki so po večini izredni seksisti in v tistem času sem se pretvarjala, da sem drugačna kot ostale punce, da sem del fantov, da sovražim dramo in vse, kar pride zraven s ponotranjanjem mizoginije. To mi je zelo škodovalo, predvsem pri sprejemanju moje identitete kot ženske in pri odkrivanju in razumevanju moje seksualnosti. V drugem letniku

sem bila zato grozno tesnobna, hudo depresivna, manjkala sem v šoli, ker nisem mogla iz postelje, kar je ustvarilo še hujše pogoje v šoli. Spet so bili profesorji, ki so se spraševali, zakaj toliko manjkam in so mislili, da se izogibam, 'špricam', ne prevzemam odgovornosti, se ne trudim, sem lena. Spet ni nihče pomislil oz. opazil, da imam očitne težave.

Ves ta stres se je zopet kazal v moji psihosomatiki, takrat pa me je začel zelo močno boleti želodec. Vzrok je bil v tem, da sem se iz tesnobe začela prenajedati, nato sem se zredila, kar je še dodatno vplivalo na moje počutje in izredno nizko samozavest. Moj izgled je bil že v osnovni šoli obravnavan kot najpomembnejša stvar na meni, to sem ponotranjila tudi predvsem zaradi druženja s fanti in zaradi konstantnega spolnega nadlegovanja. Zato se je, ko sem se zredila, pojavila nova jeza, nove emocije, ki sem jih prelagala na odnose doma, odnose z družino, z vsemi. In ves ta stres je vodil v čir na želodcu. Ko so bolečine postajale neznosne, sem odšla k osebni zdravnici, ki me je napotila na gastroskopijo. Dobila sem tablete za preprečevanje proizvodnje odvečne kisline. To je bilo to.

V tretjem letniku sem zaradi čira kar močno shujšala, česar se sama sploh nisem zares zavedala, saj sem imela popolnoma popačen pogled na svoje telo, kar se je kasneje izkazalo za razlog tudi v lažji motnji hranjenja. Ker sem še vedno dojemala moje telo kot neprivlačno, je to vodilo še v hujše psihične težave, saj je bil to poleg depresije in anksioznosti še dodaten stres. Zatekla sem se k alkoholu in občasno h kajenju trave, bila pa sem tudi konstantno bolna. Imela sem ponavljajoče angine, hudo vnetje ušes, prehlade... Kar je pomenilo, da sem bila zelo pogosto pri osebni zdravnici.

Ona je bila tista, ki je končno ugotovila, da so moje težave v bistvu psihosomatske. Da se vse težave pojavljajo zaradi hudih psihičnih težav. Napotila me je k psihologinji. Moja osebna zdravnica je bila prva oseba, ki je opazila več kot samo površinsko dogajanje. Prva, ki je pomislila, da bi lahko bile težave drugje, da vse, kar se mi dogaja, ni posledica najstništva ali pubertete.

K psihologinji sem nato hodila vsak teden, ta me je po uvodni diagnostiki napotila k psihiatrinji, tam sem dobila potrditev, da imam depresijo in generalizirano anksiozno motnjo. Psihiatrinja mi je predpisala antidepresive. K psihologinji in psihiatrinji sem hodila več kot eno leto in ves ta čas jemala antidepresive. Zelo je zanimivo, če zdaj pogledam za nazaj, antidepresivi so mi takrat res pomagali, imela sem več energije in volje do življenja, postala sem izredno socialna... Sedaj vem, da sem takrat imela več manjših hipomaničnih epizod, ki jih psihiatrinja takrat ni takoj opazila. Opazila jih je šele po dobrem letu in mi je tudi želela predpisati antipsihotike.

V tistem času pa je moja psihologinja dobila novo službo in mi povedala, da odhaja. Rekla je, da me žal ne more predati psihologinji, ki jo bo nadomestila, saj ona dela in je specializirana za delo z otroci in ne z mladimi odraslimi. To me je zelo razžalostilo, saj mi je v tem letu in pol spremenila življenje. Skozi terapijo pri njej sem končno lahko dejansko žalovala za očetom in za vso travmo, ki sem jo doživela. Pomagala mi je na načine, za katere nisem mislila, da so možni. Dala mi je upanje, ki ga prej nikoli nisem imela in ravno v tem trenutku, ko bi lahko dejansko pričeli delati na mojem spopadanju z vsem, se je zgodilo to. Ponudila mi je, da bi hodila k njej, v njeno privatno pisarno v Novo mesto. Vedela je za naše finančne težave, ki so bile še vedno prisotne tudi takrat, včasih sem morala s svojo štipendijo pomagati pri plačevanju računov. Ker je to vedela, je ponudila, da bi k njej, čeprav privat, hodila zastonj. Ko sem to omenila mami, da bi me morala enkrat tedensko peljati v Novo mesto, je odreagirala zelo negativno. Ne le, da ji je neprijetno voziti po drugem mestu in po avtocesti, problem je bil tudi v tem, da bi šlo za terapijo. Takrat sploh ni zares verjela v duševne težave, ni verjela, da to obstaja, mislila je, da je to le osebna težava, da se smilim sama sebi. Govorila je, naj se spravim iz postelje, da naj grem kdaj z njo na sprehod, da je ona tako reševala svoje težave in da ne razume, zakaj ne morem jaz narediti isto. Rekla je, da je ona šla čez veliko hujše stvari, da je šlo njej slabše kot meni, da si sploh ne morem predstavljati, kako je njej težko. Da ne more verjeti, da sem jaz "depresivna", zakaj ji jaz to delam. In zato me ni vozila na zastonj terapijo.

Zadnji letnik je bil zato izjemno stresen. Matura in vpis na faks sta me izmučila, imela sem ogromno samomorilnih mislih, paničnih napadov, izbruhov jeze, nihanj v razpoloženju. In tukaj je potem psihiatrinja rekla, da bi bilo verjetno treba uvesti antipsihotike. Spomnim se, da me je to prestrašilo. Ker je moja psihologinja šla in potem nisem vedela kje in kako iskati drugo pomoč, kam naj se obrnem, kdo mi lahko pomaga... Ničesar nisem vedela o tem, kako pridobiti zastoj terapijo. Zato sem potem nehala hoditi tudi k psihiatrinji in sem sama brez nadzora ukinila jemanje tablet. Seveda je to izredno negativno vplivalo na mene in moje počutje. Ker se mi je zgodil tak padec, sem potem začela kar sama nadaljevati z jemanjem in sem se predozirala. To je potem sprožilo hipomanično epizodo, ki je trajala nekaj dni, nisem spala niti jedla, imela sem zelo razširjene zenice, ampak na srečo ni bilo nobenih "hujših" posledic. Moja želja je bila, da bi se vpisala na študij psihologije, ampak sem seveda za to imela preslabe ocene. Bila sem dobra in prav dobra. Maturo sem sicer naredila nadpovprečno, ampak še vedno ni bilo dovolj. Zato sem bila potem sprejeta na socialno delo. Ker faks ni bil moja prva izbira in ker sem na žalost pred samim začetkom študija poslušala ogromno negativnih stvari o socialnem delu, je tudi to name vplivalo negativno. Ta faks mi je sicer celo predlagala moja psihologinja takrat, ker se ji je zdel še bolj primeren kot sama psihologija. Leta stiske z nepripadanjem in težavami z denarjem so pripeljala do tega, da sem na to gledala le z vidika statusa. Zato sem videla vsak pogled ljudi, ko sem jim povedala kaj študiram. Bilo je ogromno obsojanja in še vedno ga je, le da ga sedaj veliko lažje prenašam. Takrat je bil to res še dodaten negativen občutek. To je potem tudi vplivalo na mojo samozavest, zato je bilo prvo leto v Ljubljani težko obdobje. Razlog za to je bila tudi sama selitev. Spomnim se, da sem se prva dva tedna samo jokala. Živelam sem v študentskem domu, kar ni bilo najlažje z mojo socialno anksioznostjo, ker sem sobo morala deliti z osebo, ki je nisem poznala, zato se nisem mogla sprostiti, niti ko sem bila "doma". Ko sem imela obdobje depresije, sem se morala konstantno lagati, da imam angine in podobne stvari, ker ji nisem morala povedati, kaj je dejanski razlog, da ne morem iz postelje. Potem pa me je ob koncu prvega semestra, dan pred novim letom, pustil fant, s katerim sem bila skoraj šest let. Ne bom se preveč spuščala v to, kako je bilo to razmerje toksično, problem je bil v tem, da sem v njem iskala uteho, nekega rešitelja in zato mu ne zamerim, da tega ni moral več zdržati, zavedam se, da sem bila na trenutke prav ogabna, v izredno hudi stiski, ampak zelo toksična. Stvari so šle zato vedno na slabše in potem, ko sva se preselila, so se začela vsa ta brucovanja, spoznavanje novih ljudi, ker je bil prvič stran od svoje družine, prvič

je okusil neko odraslost... Razumem, zakaj se je odločil, da ne želi biti več v tej zvezi.

In strinjam se z njim, da je bil za to čas. Vendar je bilo to prvič po šestih letih, da sem bila sama. To je bil izjemno težek čas zame. Po tistem sem se celo leto nekako sestavljala. Spomnim se, da sva končala en dan pred novim letom in da sem se prvič počutila v redu šele naslednjega decembra. In takrat, decembra v drugem letniku, sem se odločila, da bom šla na izmenjavo. Tisto leto je bilo iskanje tega, kdo sem brez njega, kaj hočem v življenju, kam se premikam in kam grem. Pripeljalo me je do ugotovitve, da sem na študiju, ki mi gre dobro, na katerem uživam, ki me je zelo pozitivno presenetil... Zato sem želela izkoristiti priložnost, da si razširim obzorja. To je bila stvar, ki mi je takrat vlila ogromno upanja. Je pa bilo sicer tisto leto res težko. Polno utapljanja v alkoholu, polno nestabilnih počutij, veliko samodestruktivnega vedenja. Ampak je res, ravno decembra, takrat sem se pričela počutiti bolje. In nato sem spoznala mojega drugega fanta. Ko pomislim za nazaj, je to prav smešno. Ravno sem se počutila bolje in sem se morala spet podati v zvezo. Sicer je bil on popolnoma drugačna oseba od prvega, bil je zelo nežen, bolj v stiku s svojimi čustvi, umirjen. Zaradi njega sem potem prestavila izmenjavo iz zimskega na poletni semester, saj sva bila skupaj šele pol leta, ko bi morala iti, to je bila v večini njegova želja. Zdi se mi, da sem zaradi tega začela gledati na razmerje vedno bolj negativno, z nekako grenkobo. Šla sva narazen tik preden sem šla na izmenjavo v Kopenhagen. To leto z njim je bilo zelo mirno. Imela sem precej težav z razpoloženjem, ampak najhujša je bila depresija, ki se je pojavila ob koncu zveze. Zdi se mi, da je bil razlog v tem, da ni bil dovolj perspektiven, da ni vedel, kaj bi z življenjem, ker sem jaz takrat plavala v sanjah, ki sem jih imela za svojo prihodnost in zdelo se mi je, da sva rastle vsak v svojo smer. To me je dušilo. Tik pred Kopenhagmom pa sem spoznala tretjega fanta, s katerim nisva bila zares v razmerju, vendar pa sva imela zvezo celoten čas, ko sem bila na izmenjavi. Najin odnos je bila povezanost dveh izjemno zlomljenih ljudi in ta povezanost je vodila v izredno toksičen odnos. Bil je spet čisto drugačen od mojih bivših fantov. Izredno perspektiven, želel si je študirati medicino v Londonu, še vedno nisem spoznala bolj inteligentne osebe od njega. Piše pesmi, piše drame, obožuje umetnost. Bil je vse, kar sem si takrat želela sama. Bil je pa tudi izredno zlomljen, kar me je vleklo k njemu, ker me prejšnji fant sploh ni razumel glede težjih stvari, ki sem jih doživljala. Zaradi toksičnosti tega odnosa sem shujšala več kot 10 kg.

Ta odnos se je nadaljeval še na izmenjavi, kot sem že omenila. Bilo je težko, ker me je konstantno obsojal, da mu ne odpisujem dovolj hitro, konstantno me je manipuliral, govoril je, da mu ne dajem dovolj pozornosti ali izkazujem dovolj ljubezni. Bilo je zelo težko, ker sem

imela življenje v Kopenhagenu, živela sem tam. Nisem imela časa ali energije, da bi živela svoje življenje na telefonu, on pa tega nikakor ni razumel.

Vmes je hotel, da pridem v Ljubljano za en vikend, kar je bilo nemogoče, to je bil res znak, da z njim ne morem biti. Da med nama ne bo uspelo. Poleg vse manipulacije mi je poslal tudi poslovilno pismo, preden naj bi naredil samomor. V tem razmerju je bilo toliko toksičnosti in travme, da imam občutek, da me je zaznamovalo bolj kot moja prva zveza, kljub temu, da sem bila s prvim fantom več kot šest let. Izmenjava v Kopenhagenu je še vedno najboljša izkušnja, kar sem jih do sedaj imela v življenju. Spoznala sem mnogo novih ljudi, spoznala sem, da sem biseksualna in to ravno zaradi teh novih ljudi, dve od prijateljic, ki sem jih spoznala tam, sta tudi sami biseksualni in sta me opolnomočili in pozitivno vrednotili občutke, ki jih do sedaj ni nihče. Tja sem res prišla z nekim "blank slate-om", nepopisanim listom, lahko sem bila točno to, kar sem, kar sem želela biti in pridobila sem ogromno prijateljstev in ljubezni, točno zaradi tega. Me pa je zaradi stresa odnosa in prvega projekta na fakulteti udarila huda epizoda depresije. Zaradi vsega stresa sem tudi hudo zbolela. Zdravnica je tudi tam ugotovila, da je psihosomatsko, da mi je zaradi vseh psihičnih težav izredno upadel imunski sistem.

Ko sem se vrnila domov, sem prekinila tisti odnos, so pa posledice ostale z mano in so tukaj še danes. Iz Kopenhagna sem se vrnila nekje v juniju, potem pa sem šla v septembru nazaj, saj sem šla obiskati prijateljico iz Nemčije, ki je tam ostala. Ko sem jo obiskala, sem v študentskem domu oziroma v baru, kjer sem med svojo izmenjavo tudi delala, spoznala mojega tretjega fanta, ki je bil iz Avstralije. Ko sva se spoznala, sem bila dobro, verjetno sem bila takrat najbolj srečna s svojim življenjem na sploh. Dobila sem nek občutek pripadnosti, zadala sem si neke cilje, ki so me držali pokonci. Zato je bila zveza z njim čisto drugačna od česarkoli, kar sem imela do tistega trenutka. Sama sem bila bolj avtentična, to, da je bil iz druge države, je bil pa tudi nek zagon. V smislu, da če ostaneva skupaj, bova imela možnost pridobiti ogromno na osebni rasti. Ker sva iz drugih držav, imava druge kulture, če se bi preselila skupaj v neko od najinih držav ali kakšno tretjo, v vsakem primeru bi bila avantura, v vsakem primeru bi bile nove izkušnje, v vsakem primeru bi bila potisnjena v situacije, kjer ne bi bila brez te zveze. Ta zveza je bila res izredno pozitivna.

Bila je neko ogledalo tega, kako sem doživljala sebe v tistem momentu. Zato sem se odločila še enkrat na izmenjavo, tokrat v Amsterdam. Preden sem šla tja, pa se je zgodilo veliko stvari, ki so bile spet izredno, izredno stresne. Umrli mi je teta, mojo staro mamo je zadela možganska kap, sicer je bilo vse v redu, ampak je bilo težko.

Najboljša prijateljica se je razšla s fantom in je bila v zelo slabem stanju. Vse te stvari so vplivale name, so prinesle stres, prav tako je bil stres denar, sploh, ker sem se odločila iti še na eno izmenjavo...

In to se je spet kazalo fizično. Imela sem hude težave z bronhitisom, bilo je tako hudo, da sem enkrat morala v zdravstveni dom na kisik.

Amsterdam je bila tudi nora izkušnja. Sploh zato, ker sem bila s tem fantom, imela sem prijateljice po celi Evropi, kar je pomenilo, da smo lahko potovale sem ter tja in se obiskovale, prav tako tudi s fantom. Spet sem spoznala mnogo super ljudi, ampak, kar je bilo najbolje, je bilo to, da sem lahko pogosto videvala ljudi, ki sem jih spoznala v Kopenhagenu. Pomagalo je to, da sem imela odličnega fanta, zveza je bila sicer na daljavo, vendar je bila to dejansko res odlična izkušnja, ker sva lahko konstantno potovala en k drugemu ali pa kamorkoli drugam po Evropi. To je bila res zabavna izkušnja, ampak je vodila v veliko stresa, kar se tiče denarja, v Amsterdamu sem tudi iskala službo. Zaradi vsega stresa, ki me je spremljal še od doma in zaradi težav z denarjem sem zapadla v več hudih obdobjih depresije, spremljale so me tudi samomorilne misli. Zopet sem tudi zelo zbolela. Bronhitis se je nadaljeval in mi oteževal dihanje, razvila pa se mi je tudi avtoimuna bolezen hidradentitis suppurativa, zaradi česar sem imela pod pazduhami bule in vnete mehurje, ki so bili neizmerno boleči. Zdravnica v Amsterdamu je zopet potrdila, da je verjeten razlog bolezni stres in duševne težave.

Po izmenjavi sva s tretjim fantom zaključila zvezo, saj se je vrnil nazaj v Avstralijo. Ko sem prišla nazaj v Slovenijo, sem zopet padla v depresijo, zgodil se je nekakšen zlom. Zdelo se mi je, da sem po tem letu in pol, ko sem bila na dveh izmenjavah in doživela res nore stvari, po vrnitvi v Slovenijo šla milijon korakov nazaj, da je ves napredek, ki sem ga naredila na sebi, vsa osebna rast, zaman. Imela sem težave z denarjem, zato sem imela veliko služb, šla sem tudi čez proces žalovanja po končanju zveze. V stresu sem bila tudi zaradi tega, ker nisem izpolnjevala študijskih obveznosti, saj enostavno nisem uspela pri vseh stvareh, ki so se mi dogajale.

Ker sem imela v tem času tudi ogromno težav s fizičnim zdravjem, sem šla k osebni zdravnici, ki je potrdila, da se vse zopet zdijo posledica stresa in duševnih težav. Poslala me je k psihiatru, ki mi je predpisal antidepresive. Ker tukaj niti jaz niti on nisva vedela, da gre pri meni pravzaprav za bipolarno motnjo, nihče od naju ni predvidel, da bo jemanje antidepresivov sprožilo dober mesec dolgo hipomanično epizodo. V tem času sem shujšala za več kot 10 kg,

ker nisem imela nobenega apetita, razen za alkohol in droge, nisem spala, bila sem izredno hiperseksualna, govorila sem hitro in nekoherentno... Ampak počutila sem se noro dobro. Bil je nek 'high', ki ga v taki meri še nisem prej doživela. Evforija. Kmalu sem v bistvu sama ugotovila, da mora iti za hipomanijo. Že prej sem poznala simptome, sem šla pa vmes še vedno raziskovati in vse se je skladalo.

Zato me je bilo strah 'crasha', strah me je bilo, kaj se bo zgodilo, ko bo epizode konec, anksioznost je še bolj povečala vse simptome. Ko je začelo pojenjati, je bilo grozno. Vendar sem vsaj vedela, kaj se z mano dogaja. Zopet sem sama iskala rešitve in odgovore, ker psihiater ni bil na voljo v tistem času, saj je bilo poletje. Iskreno, ko sem bila na vrhu epizode, niti nisem želela k njemu, ker sem vedela, kaj bo to pomenilo. Vedela sem, da bo še več tablet. Vedela sem, da takoj, ko bo on potrdil, da gre za bipolarno motnjo, se bom sesula. Vendar sem šla k njemu v jeseni, nekako že pri koncu epizode. In je res potrdil, da gre za bipolarno motnjo. Moje pripovedovanje o samozavedanju in kako sem ugotovila, kaj se dogaja z mano, ga je skoraj do neke mere zabavalo in fasciniralo, kar mi je pustilo grenak priokus. Nisem bila deležna empatije, bolj sem bila videna kot nek eksperiment, kot "oh, kako je zanimivo, ko se nekdo zaveda, kaj se mu dogaja in zna opisati in reflektirati nekaj takega". Predpisal mi je antipsihotike in razložil njihovo delovanje ter kar naj pričakujem, napotil pa me je tudi h klinični psihologinji na diagnostiko. Potrdila je bipolarno motnjo tipa 2, generalizirano anksiozno motnjo in mejno osebno motnjo. Na podlagi tega izvida me je psihiater napotil v Center za mentalno zdravje, ki je del psihiatrične bolnišnice v Ljubljani. Razložil mi je njihove programe, da gre za intenzivno trimesečno psihoterapijo. Nekaj časa sem zbirala pogum, potem pa sem jih poklicala. Povedali so mi, da moram pred prihodom obvezno rešiti anamnestični vprašalnik, katerega jim potem pošljem, oni pa mi določijo datum prvega pregleda.

Tega vprašalnika še vedno nisem izpolnila. Gre za več kot 70 vprašanj. Podrobnih vprašanj o vseh travmah in težavah, ki jih imam. Gre za intenzivno samorefleksijo. Kakšen je to način dela, da moram izpolniti tak vprašalnik, kjer so v vsakem vprašanju sprožilci, ki bi me vodili v hudo anksioznost? Kako naj rešim ta vprašalnik sama, ko pa me samo branje težave vrže v paralizirano stanje, v disociiranje? Ko sem ga prejela, sem se nekaj časa trudila, ampak je bilo preveč težko. Dvomim, da se bom kdajkoli lahko vrnila nazaj na ta vprašanja in jih dejansko rešila, ker nimam moči in kapacitete za to, brez da bi imela negativne posledice.

Ko se je pričela pandemija, sem bila že nekaj mesecev na antipsihotikih, ki mi jih je predpisal psihiater. Ti so imeli name zelo slab vpliv, saj sem lahko samo spala oziroma ko nisem spala, sem se počutila kot zombi. Nisem imela nobene energije, občutek je bil, kot da imam zamegljene možgane. Ko se je pričela karantena, sem imela preglede pri psihiatru preko telefona. Ker sva se oba strinjala, da mi ti antipsihotiki ne ustrezajo, mi je potem v zelo kratkem času predpisal več različnih kombinacij. Eda od njih je imela zelo hude stranske učinke, kjer sem imela permanenten sindrom nemirnega telesa in nisem mogla biti pri miru ne podnevi ne ponoči.

Iz stolov sem visela na glavi, ker je bilo tako neudobno. Menjavanje vseh teh tablet je seveda vplivalo na moje telo. V tem letu sem se zredila za 30 kg. Zaradi težav s telesno podobo in problemi z motnjami hranjenja me je to spravilo v hudo depresijo, iz katere še vedno poskušam zlesti ven.

Potem sem dobila nove antipsihotike, ki jih še vedno jemljem, ampak ne čutim, da bi mi zares pomagali, tudi za antidepresive, ki jih jemljem, čutim, da ne učinkujejo tako, kot bi morali, glede na to, da konstantno padam v epizode depresije. Sploh ne vem, kako bi bilo, če ne bi jemala tablet. Ali bi bilo isto ali slabše? Nimam pojma. V lanskem letu sem nekaj mesecev jemala tudi uspalne tablete, ker nisem spala. Na srečo je ta težava šla stran, je bilo pa to obdobje zelo težko. Če sem kdaj prespala kje drugje kot doma in bila brez tablet, ker sem jih pozabila, nisem mogla spat. Moj psihiater je nato zbolel za virusom COVID-19 in ga trenutno še vedno ni. Zamenjal ga je psihiater, ki je bil že upokojen, ker ni bilo nikogar drugega, ki bi ga lahko nadomeščal. Ta psihiater ni poznal mojega primera, je psihiater, s katerim sem se slišala samo po telefonu. Pred tem poletjem sem bila v zelo hudi stiski, neznosna anksioznost in paranoja. Ko sem klicala v ambulantno za podaljšanje recepta in sem zraven še vprašala, kdaj bi lahko prišla na vrsto, je medicinska sestra rekla, da imajo vse polno in da me ne morejo nikakor vzeti. Nisem vedela, kako reagirati, dopolnila se je in rekla, da če bo zelo težko, naj pokličem, ampak, da so 'zafilani'. Spomnim se, da sem odložila slušalko in padla v jok. V tistem trenutku je bilo zelo, zelo, zelo, težko.

Moje duševno zdravje me je ogrožalo na vse možne načine. Ampak tega nisem povedala, če pa so imeli takšno gužvo. Počutila sem se tako pozabljeno, tako nemočno, tako prepuščeno sami sebi, s tabletami, ki tako ali tako nič ne koristijo, brez kakršnekoli druge pomoči, brez možnosti, da bi hodila na zasebno terapijo, ker si tega ne morem privoščiti. Nimam denarja, da bi lahko zapravila 70 € na uro. Psihologi v javnem zdravstvu pa imajo takšne čakalne vrste, da sem obupala in se nikoli nisem postavila v to vrsto. In vem, da bi do danes bila že zdavnaj na vrsti,

če bi se. Ampak se nisem, ker sem slišala samo dolžino čakalne vrste in si rekla, da bom že našla kakšno drugo rešitev, ki je nikoli nisem, ker je ni. Vsaj ne zares. Vsaj ne, da bi jaz vedela. In sem zato še vedno tukaj, brez dejanske pomoči, prepuščena sama sebi.

Problem je tudi, da sem že navajena na to, da sem v konstantnem boju s svojim duševnim zdravjem, da se včasih sploh ne morem prisiliti, da bi se kamorkoli naročila ali iskala resurse, ki bi lahko bili v pomoč. Sistem je narejen tako, da ja, ti že dajo vsi napotnico, tu po navadi ni nobenega problema. Ampak preko tega priti je druga zgodba.

Center za mentalno zdravje npr. mi je v izpolnitev poslal tak vprašalnik, da me je odvrnil od vsega. Vsa ta vprašanja so vprašanja, ki jih moram razrešiti. Kako naj na njih brez pomoči terapevta odgovorjam, kar tako, sama za svojim računalnikom. Že od otroštva, ko se je pričela travma z očetovo smrtjo in so me učitelji pustili na cedilu, od takrat naprej me vsi, ki bi morali pomagati, puščajo na cedilu.

Prva oseba, ki mi je pomagala, je bila osebna zdravnica, ki je pri mojih 17 letih opazila, da je nekaj narobe in me poslala k psihologinji, ki mi je vlila upanje. In potem je šla. In sem spet ostala sama z Googlom.

4.2. Kronološki pregled

Kronološki pregled ključnih dogodkov, način iskanja pomoči in pridobljena pomoč

Časovni okvir	Dogodki v življenju	Iskanje pomoči	Pridobljena pomoč
14. 4. 1995	Rojstvo		
24. 3. 2007	Smrt očeta		
Avgust 2007	- Mama ima zaradi raka na ščitnici uspešno operacijo, rak v remisiji		
2007/2008	- Finančne težave v družini, težave v šoli, težave z jezo - Prva menstruacija - zelo boleča (bruhanje ipd.)	Ginekologinja	Ginekologinja ne išče vzrokov in ne predstavi ustreznih rešitev za težave
2008/2009	- Zatekanje levega kolena - Težave v šoli, težave v odnosih doma in v šoli	- Osebna zdravnica - Učitelji, socialna delavka v šoli	- Rentgen in MR kolena, ni odkrit vzrok - Za težave krivijo mene, ne opazijo vidnega klica na pomoč (ogromna sprememba v vedenju)
2009/2010	- Zadnji razred OŠ, začetek partnerskega razmerja - Velik stres z vpisom na gimnazijo	Strokovna delavka na gimnaziji	Hud pritisk, brez dejanskih smernic
2010/2011	- Prvi letnik gimnazije , težave s kolenom,		

	- Začetek pitja alkohola, - Popravni izpit iz matematike, - Samomorilne misli		
2011/2012	- Prvi letnik pusti posledice: huda depresija, tesnoba, prenažedanje - Čir na želodcu	Osebna zdravnica	Napotnica za gastroskopijo, tablete za želodec
2012/2013	- Vedno več uživanja alkohola, konstantne težave v zdravju	Osebna zdravnica	Zdravnica oceni, da gre za psihosomatiko, napotnica za psihologinjo
		Psihologinja	Vsakotedenska terapija, napotnica za psihiatrinjo
		Psihiatrinja	Antidepresivi
2013/2014	- Zadnji letnik gimnazije, matura, vpis na faks, samomorilne misli -Psihologinja zamenja službo	Psihologinja	Ponudi terapijo v zasebni ordinaciji zastoj
		Mama	Zaradi finančnih težav me ne mora voziti v drug kraj na terapijo
2014/2015	- Prvi letnik faksa, razdrtje partnerske zveze - Prvič izven odnosa po skoraj 6. letih, uteha v alkoholu		
2015/2016	- Odločitev in prijava na izmenjavo, - Začetek zveze v začetku leta		
2016/2017	- Konec leta - konec zveze, zapletenost v toksičen odnos, - Izmenjava v Copenhagen, - Stres zaradi razmerja vodi v hujšanje		
	- V Copenhagnu veliko hudih epizod depresije, bakterija v krvi (vendar je izmenjava izjemno pozitivna izkušnja za njo), - Konec toksičnega odnosa	Zdravnica v Copenhagnu	Različni testi in zdravila
	Začetek nove zveze v Cph, bronhitis, - Prijava na novo izmenjavo	Osebna zdravnica	Zdravila
2017/2018	- Amsterdam (izmenjava) , hude epizode depresije, samomorilne misli, - Stres zaradi denarja, hidradentitis suppurativa, - Konec zveze zaradi njegovega odhoda iz Evrope	Zdravnica v Amsterdamu	Zdravila
2018/2019	-Hidradentitis suppurativa, stres zaradi denarja, razveze, - Prenajedanje, - Opravljanje več služb, - Stres zaradi zanemarjanja faksa	Osebna zdravnica	Oceni, da se je HS pojavila zaradi duševnih težav, me pošlje k psihiatru
		Psihiater	Antidepresivi
	- Izbruh hude hipomanije, hiperseksualnost, - Uživanje velike količine drog in alkohola, - Hujšanje, samomorilne misli	Psihiater	Antipsihotiki, napotitev na diagnostiko
		Klinična	Diagnoze* (BP2, BPD,

		psihologinja	GAM)
		Psihiater	Napotnica za Center za mentalno zdravje
		Center za mentalno zdravje	Pošljejo vprašalnik*, ki mora biti rešen pred sprejemom
2020/2021	- Začetek pandemije, izguba službe, - Menjavanje različnih tablet, rejenje zaradi antipsihotikov, - Izredno slaba samopodoba, - Iskanje nove službe, - Stres zaradi zaključitve faksa	Psihiater	Zbolela za covidom, Psihiatra zamenjal upokojen zdravnik, - Pogovor o učinkovitosti tablet le po telefonu
		Psihiater	Uravnavanje doz tablet

Tabela 1: Kronološki pregled ključnih dogodkov, način iskanja pomoči in pridobljena pomoč

*Dodano v poglavju priloge

4.3 Prelomni dogodki

Za analizo sem izbrala prelomnice v kronologiji in so označene s krepko pisavo. To so tiste, ki so imele največji vpliv na slabšanje in okrevanje.

4.3.1 Smrt očeta

Prva prelomnica je bila smrt očeta. Iz življenjske zgodbe je razvidno, da jo dojemam kot najpomembnejši mejnik. Vidim jo kot razlog za vse težave, ki jih imam, saj se je moje življenje po tem drastično spremenilo. V teoretskem uvodu sem že omenila več raziskav, ki potrjujejo radikalno spremembo v doživljanju resničnosti in vedenju otrok, ki so prestali travmatične dogodke. Carpenter in drugi (2007) prikažejo povezavo med zgodnje življenjskim stresom in med poškodbami, ki se kažejo v nevrobioloških in nevroendokrinih aspektih v telesu. Takrat pride do sprememb v vedenju, čustvovanju, razumevanju, medosebnih odnosih. Moje osebne izkušnje sprememb v vedenju in doživljanju to potrjujejo. Pomembno pa je izpostaviti, da je moje dojemanje očetove smrti dogodek, ki je moje življenje razčlenil na dve obdobji, pred in po njegovi smrti, obrambni mehanizem. Razlaga, da moje duševne težave izhajajo iz očetove smrti in posledic, ki jih je ta pustila, je poenostavljanje kompleksne realnosti duševnih težav. Ko pride do takšnega obrambnega mehanizma pri odraslih, govorimo o primitivnih obrambnih mehanizmih, ki so kognitivno manj kompleksni. Finzi-Dottan in drugi (2006) so ugotovili, da so ti pogosti med odraslimi, ki imajo simptome psihopatologije.

Po očetovi smrti so se v družini pričele finančne težave, ki so bile izredno stresne za mamo, ta stres pa smo nosili tudi jaz in moja dva brata. Stres se je večinoma manifestiral v različna psihosomatska obolenja, kot npr. konstantne hude angine, bolečina v kolenu in otekanje noge ter hudi menstrualni krči. Zdravniki niso našli ničesar, kar bi ta obolenja razložilo, vendar se je moje fizično zdravje skozi leta slabšalo, kar so kasneje razložili s psihosomatskimi obolenji.

4.3.2 Prva partnerska zveza

Kot drugi prelomni dogodek bom izpostavila zvezo s prvim fantom. Ta se je pričela poleti, pred devetim razredom osnovne šole. V odnosih z ljudmi so se takoj po smrti očeta opazile spremembe. Odziv odraslih na moje vedenje mi je predstavljal tesnobo, ki pa je bila velika tudi zaradi odziva sošolk, sošolcev, prijateljev in prijateljic. Čutila sem, da veliko ljudi ne ve, kako se do mene vesti ali kako se z mano pogovarjati. In čeprav sem imela okoli sebe veliko ljudi, sem bila izredno osamljena. Ker sem si želela človeške bližine in tesnih prijateljstev, sem se postavila v položaj rešiteljice. Prišla sem do ugotovitve, da se dobro znajdem v vlogi nekoga, ki je ljudem v oporo in to je postal temelj vseh odnosov okoli mene. Tukaj se je tudi pričela želja po študiju psihologije, psihoterapije. Christie in Jones (2014) sta le dva izmed mnogih, ki sta skozi Jungovo (1961) definicijo 'ranjenega zdravilca' ta fenomen raziskala in ugotovila, da je celo do 55 % študentov socialnega dela doživelo neko vrsto travme v otroštvu.

Skozi odnose z drugimi ljudmi sem pri sebi odkrila visoko stopnjo empatije in zmožnost dajanja opore in pomoči ter našla svoj smisel. Tukaj je pomembno izpostaviti, da je 'ranjeni zdravilec' korekten strokovnjak samo v primeru, da je zmožen postavljanja mej in razumevanja svojih slepih peg, ki sicer lahko vodijo do izgorelosti, sekundarne travmatizacije in/ali kontratransferja (Zosky, 2013).

Če so platonični odnosi temeljili na moji pomoči in opori njim, je moj prvi fant bil edino zavetje, kjer sem se lahko odprla tudi sama. To je vodilo v veliko navezanost na njega, ki je trajala vsa leta odnosa. Ker sem v njem imela partnerja, prijatelja, zaveznika, 'terapevta', je to vodilo v izgubo identitete in hude socialne anksioznosti, ki sta značilni za romantične odnose v adolescenci (Kaczmarek in Backlund, 1991).

4.3.3 Vstop v gimnazijo

Zaradi poslabšanja ocen po smrti očeta sem iz odličnjakinje postala prav dobra učenka. Ko sem se vpisovala na gimnazijo, je bila to ena od stvari, ki jih je psihologinja, zadolžena za proces vpisovanja, konstantno ponavljala. Vprašala me je, kako se bom počutila v razredu, kjer so vsi boljši in bolj uspešni od mene. Ta interakcija z njo je vplivala na moj čas v gimnaziji. V tem obdobju so se vsa psihosomatska obolenja še potencirala, prvič pa so se pojavila izrazita obdobja depresije. Težave s kolenom so se še nadaljevale, prav tako angine, najhujše težave pa sem imela z menstrualnimi krči in želodcem. Zaradi menstrualnih težav sem se odpravila k ginekologinji, ki mi je povedala, da so menstruacije boleče in da so neprijetne vsem dekletom ter da bo bolje, ko bom rodila otroka. Šele z analiziranjem tega dogodka razumem neprimernost te izjave. Arruda in drugi (2003) so opravili raziskavo na temo diagnosticiranja endometrioze pri ženskah/osebah z maternico, na katero čakajo v povprečju 7 let.

Gre za to, da so ženske/osebe z maternico večkrat žrtve minimiziranja njihove bolečine, ki izhaja iz seksističnega prepričanja, da so ženske hipohondrične in histerične. O endometriozi in vaginizmu v zadnjih letih predava tudi slovenska ginekologinja in socialna delavka, Gabrijela Simetinger (2016, 2020).

Pri pouku sem zaradi vseh psihosomatskih težav ter hude depresije velikokrat manjkala, kar je vplivalo na moj učni uspeh. Šolska psihologinja je skupaj s profesorji spet zavzela položaj obsojanja, brez dejanske in ustrezne pomoči.

4.3.4 Napotitev k psihologinji in psihiatrinji

Zaradi psihosomatskih težav sem stalno obiskovala osebno zdravnico, zaradi česar mi je napisala napotnico za psihologinjo. Ponavljajoče se fizične težave so se ji zdele psihosomatske. Rakovec-Felser in drugi (2009) so v svoji raziskavi kronične fizične bolečine le-to definirali kot samostojen pojav, ne kot simptom bolezni, predvsem kadar gre za ponavljajočo se bolečino, ki se razvije postopoma. Pri takšni bolečini govorimo o manifestaciji psiholoških, fizioloških in vedenjskih sprememb. To lahko potrdim z izkušnjo svoje fizične bolečine, ki se razvija vse od - po mojih spominih - smrti očeta. Psihologinja, ki je bila tudi psihoterapevtka, je bila moj prvi neposredni stik s psihiatričnim sistemom pomoči. Najina srečanja so se začela z reševanjem

različnih vprašalnikov in diagnostike. Zaradi tega sem bila napotena tudi k psihiatrinji. V naslednjem letu in pol sem vsak teden redno obiskovala terapijo ter se enkrat mesečno srečala s psihiatrinjo. V tem času so se fizična obolenja izboljšala, prav tako se je izboljšalo razpoloženje, depresivnih obdobj sem imela manj, prvič po več letih sem imela obdobja, ki bi jih opisala kot dobra, vesela.

V sredini četrtega letnika je psihologinja menjala službo, kar je pomenilo, da k njej preko napotnice ne bi morala več hoditi, vendar pa mi je ponudila zastoj tedenske terapije v njeni zasebni praksi v Novem mestu. Moja mama v tistem času ni odobraval dejstva, da sem v terapiji, niti se ni strinjala z diagnozami, ki sem jih prejela. Najin odnos je bil slab že vse od smrti očeta. Ker je imela težave z vožnjo po drugih mestih, ni imela denarja za bencin ter v terapijo ni verjela, me ni želela voziti v Novo mesto. Takrat sem s terapijo prenehala, po enem mesecu pa tudi nisem več hodila k psihiatrinji.

4.3.5 Vstop na fakulteto in razpad zveze

Po gimnaziji sem se vpisala na Fakulteto za socialno delo, ki ni bila moja prva želja. Želela sem študirati psihologijo, vendar zaradi premalo točk nisem bila sprejeta. Prvotno s študijem nisem bila zadovoljna, to je vplivalo na mojo samozavest, ki se je še znižala. Selitev v Ljubljano mi je predstavljala stres, življenje v študentskem domu tudi. Ker sem s terapijo prenehala še preden sem zaključila z gimnazijo, sem se zopet znašla v obdobju depresije, ker nisem znala regulirati vseh občutij anksioznosti, nemoči in obupa. Zatem me je po petih letih in pol zapustil fant, kar je bil še dodaten sprožilec v depresijo, ki je trajala več mesecev. Občutek izgube identitete je bil izredno močan, saj sem se definirala skozi razmerje in ne kot individualna oseba. Pri izgubi romantičnega razmerja v času adolescence so takšna občutja zelo pogosta. Kaczmarek in Backlund (1991) opozarjata na pomembnost razumevanja izgube partnerja v najstništvu kot travmatične izgube, vredne žalovanja, saj so to leta razvoja in iskanja samega sebe, na kar imajo osebni odnosi velik vpliv.

4.3.6 Izmenjava v Kopenhagenu

Eno leto po razvezi sem se odločila, da se odpravim na izmenjavo. To odločitev sem videla kot del procesa iskanja svoje identitete. Po tem sem spoznala novega fanta, s katerim sem se razšla ravno preden sem se odpravila na izmenjavo. Razlog je bil, da nisem želela biti v zvezi v času, ko sem ugotavljala kdo sem in kdo si želim biti. Prijavo na izmenjavo sem opravila kot del procesa samopomoči. Videla sem jo kot priložnost za poglobljeno odkrivanje sebe, stran od vseh poznanih dejavnikov, ki bi na ta proces lahko vplivali.

Izmenjavo doživljam kot najboljše obdobje v odraslosti do sedaj. Spoznala sem veliko različnih ljudi, ki jih zdaj štejem med najboljše prijateljice. Imela sem priložnost reflektirati o svojih zmožnostih, željah in ciljih za prihodnost. Sicer sem bila tudi tam velikokrat pri zdravniku zaradi psihosomatskih težav, imela sem več depresivnih epizod, vendar so vse nove izkušnje in samospoznanja v mojem doživljanju to pretehtala.

4.3.7 Izmenjava v Amsterdamu

Iz Kopenhagna sem se vrnila z novim zagonom za študij, kar je vodilo v odločitev za še eno izmenjavo v Amsterdam. Tudi to dojemam kot izredno pozitivno izkušnjo, vendar pa sem tokrat imela hujše zdravstvene težave. Pojavil se mi je kronični bronhitis, zdravnica v Amsterdamu pa mi je diagnosticirala avtoimuno bolezen hidradentitis suppurativa. Ocenila je, da gre za težavo, ki se je pojavila zaradi velikega stresa (takrat sem imela med drugim tudi precej finančnih težav), kar je povzročilo hud upad imunskega sistema. Rekla je, da se naj, ko pridem nazaj v Slovenijo, zglašim k osebni zdravnici, s katero bova našli nadaljnji načrt zdravljenja.

4.3.8 Obisk psihiatra

Prihod nazaj v Slovenijo sem doživljala kot negativen, saj sem ga videla kot korak nazaj v osebni rasti. To me je pahnilo v depresijo. Po navodilu zdravnice iz Amsterdama sem se odpravila k svoji osebni zdravnici. Tam mi je podala vse potrebno za nadaljnje zdravljenje fizičnih obolenj, napotila pa me je tudi k psihiatru. Pri psihiatru sem prejela recept za antidepresive, ker pa je bilo poletje, sem imela naslednji pregled šele čez dva meseca. Antidepresivi so sprožili hipomanično epizodo, ki je trajala približno en mesec. Da gre za

hipomanično epizodo, sem ugotovila sama, s pomočjo prijateljc, ki so študentke socialnega dela ali psihoterapije. Moje vedenje je bilo sicer težko oceniti kot patološko. Imela sem veliko energije, bila sem šarmantna, zabavna, odprta do vsega, hiperseksualna. Vedenje, ki me je skrbelo, je bilo spanje po le nekaj ur na teden, neješčnost (v enem mesecu sem izgubila 10 kg), visoka anksioznost. Ko je prišel čas, da grem na ponoven pregled k psihiatru, se je hipomanija ravno umirjala. Na pregledu sem razložila vso moje doživljanje in moje mnenje o tem, psihiater mi je nato podal diagnozo bipolarnе motnje, vendar me je še dodatno napotil h klinični psihologinji na uradno diagnostiko. Tam sem skozi reševanje različnih osebnostnih testov in pogovora pridobila izvid. Diagnoza je pokazala na bipolarno motnjo, generalizirano anksiozno motnjo in na znake, ki me uvrstijo na spekter mejne osebnostne motnje. Te diagnoze so name vplivale negativno, največji problem je bil strah pred antipsihotiki. Ko sem se z izvidom vrnila nazaj k psihiatru, mi je razložil vse o antipsihotikih in stabilizatorjih razpoloženja ter mi jih nato predpisal. Iskanje pravilne kombinacije tablet mi je predstavljalo veliko stisko, saj sem pri vseh doživela precej hude stranske učinke. Problem pa je nastal tudi zaradi začetka pandemije.

4.3.9 Pandemija

Ob začetku pandemije COVID-19 sem pričela z jemanjem novih antipsihotikov. Stranske učinke sem dobila zelo kmalu po pričetku. Konstantna zaspanost in možganska megla sta bili nevzdržljivi. Ker so se v tistem času ambulate zaprle, sem se s psihiatrom lahko slišala le po telefonu. Po pogovoru mi je tablete zamenjal za nove. Te so mi povzročile sindrom nemirnih nog in nemirnega telesa, zato sem jih znova zamenjala dva meseca kasneje. Vsa menjava tablet in njihovi učinki (predvsem zelo povišan apetit) so povzročili, da sem se v manj kot letu dni zredila za okoli 30 kg. Slaba samopodoba je bila še poglobljena, kar je sprožilo hudo depresivno epizodo, ki še vedno traja. Psihiater osebno ni bil dosegljiv dve leti, saj je vmes zbolel za virusom COVID-19. Nadomeščal ga je že upokojeni psihiater, s katerim sem se slišala enkrat, takrat mi je zamenjal antidepresive. Zaradi njegovih nepravilnih navodil menjave (napačno določeno obdobje zmanjšanja in dodajanja tablet) sem imela hude težave z odtegnitvijo in z možganskimi šoki (angl. brain zaps). To je vodilo v izredno hudo obdobje anksioznosti, ki ga je spremljalo intenzivno razmišljanje o samomoru. Ker sem bila v hudi stiski, sem klicala v ambulantno, kjer so sporočili, da imajo preveč gneče in da me lahko vzamejo v obravnavo šele čez dva meseca.

Občutka nemoči in neslišnosti sta stisko še poglobila, saj nisem vedela, kaj naj naredim. Zaradi strahu pred hospitalizacijo nujne psihiatrične pomoči nisem klicala.

4.4 Pridobljena pomoč in odziv strokovnjakov pomoči

V časovnem obdobju, ki sem ga izpostavila, sem za pomoč zaprosila na več različnih načinov. V nadaljevanju bom v podpoglavjih govorila o vseh strokovnjakih, ki so bili priča moji stiski, in na kakšen način so mi pomagali. Kot prošnjo za pomoč razumem tudi neverbalno komunikacijo, ki se je kazala v znatnih spremembah v vedenju, ki bi morale biti s strani strokovnjakov pravilno prepoznane kot znak osebe v stiski.

4.4.1 Učitelji

Ker je oče umrl, ko sem imela 12 let, predstavljajo učitelji strokovnjake pomoči, ki so bili dolžni opaziti otrokovo stisko. Ti so opazili spremembe v mojem vedenju, vendar za le-tega niso iskali razloga. Veliko različnih učiteljev je imelo z mano individualne pogovore, kjer so izpostavljali neprimernost mojega vedenja brez razumevanja, iz kje le-to izhaja. Konstruktivna pomoč mi ni bila ponujena, saj so odgovornost preložili name. Rečeno mi je bilo, da se moram vzeti v roke in reflektirati svoje odločitve. Vse spremembe so dojemali kot najstniško upornišтво. Drastične spremembe v vedenju so se, na primer, kazale v slabših ocenah, v druženju s starejšimi fanti, v provokativnem ličenju in oblačenju. Pedagoški delavci bi to morali prepoznati, saj se je zgodila radikalna karakterna sprememba v izredno kratkem času, kar je pogosto znak, da otrok potrebuje strokovno pomoč (Stokes in Brunzell, 2019).

4.4.2 Šolski svetovalni delavki

V času po očetovi smrti, pa vse do zaključka osnovne šole, s šolsko socialno delavko nisem imela stika. Socialno delo v šolski svetovalni službi sicer opravlja nalogo skrbi, da otroci prejmejo učinkovito pomoč pri učenju in vključenosti v učečo skupnost. To stori z izvirnimi projekti pomoči, ki k skupnemu cilju pomoči otroku v stiski povezujejo učenca samega, učitelje in starše (Čačinovič-Vogrinič, 2020). Otrokove težave, ki se kažejo v šoli, nikoli niso samostojna entiteta družinske problematike. Zato je pomembno, da svetovalna delavka ne zanemari socialnega dela z družino, ki pripomore k boljšemu razumevanju širšega konteksta

otrokove stiske. Odgovornost za težave v šoli morajo sprejeti strokovnjaki in odrasli v stiku z otrokom, saj ta s svojim vedenjem le opozarja na svojo stisko (ibid.). Interakcija s socialno delavko je bila minimalna, omejena na svetovanje pri poklicni usmeritvi in vpisu na srednjo šolo.

Svetovalna služba v srednji šoli ima sicer precej podobno nalogo kot tista v osnovni. Programske smernice svetovalne službe v nižjih in srednjih poklicnih šolah ter strokovnih šolah in v dijaških domovih (2008) opredelijo, poleg nalog povezanih z vpisom in poklicno orientacijo, med drugim tudi identifikacijo in pomoč pri reševanju socialno-ekonomskih stisk dijakov. V gimnaziji sem psihologinjo srečala le pri vpisu, kjer je dvomila o pravilnosti izbire srednje šole glede na mojo uspešnost v osnovni šoli. Njena evalvacija mojega potenciala me je spremljala na vsakem koraku, vplivala je na zaupanje v sebe in svoje zmožnosti.

4.4.3 Ginekologinja, osebna zdravnica in ostali zdravniki

Zaradi več različnih obolenj sem skozi celotno časovno obdobje obiskala več zdravnikov. Ginekologinja, h kateri sem šla zaradi hudih menstrualnih krčev, bolečine ni vzela resno in mi je v pomoč predpisala le protibolečinske tablete.

Osebna zdravnica je bila tista, ki mi je v vsem tem času najbolj prisluhnila. Kadarkoli sem prišla k njej s fizičnim obolenjem, me je poslala na preiskave in iskala dejanske vzroke težav. Za koleno sem opravila magnetno resonanco in rentgen, za težave z želodcem sem šla na gastroskopijo. Vse angine in vnetja je jemala resno, ko sem imela hudo vnetje ušes, mi je verjela, da sem v hudih bolečinah in me takoj poslala v bolnišnico na izpiranje in nadaljnje zdravljenje. Ko reflektiram svoje dojemanje njenih dejanj, ugotavljam, da je samo opravljala svoje delo, le da je tega opravljala korektno. To bi moral biti standard, ne pa svetla izjema. Čez čas mi je napisala napotnico za k psihologinji, saj je posumila na psihosomatska obolenja. S tem mi je v vsem tem obdobju najbolj pomagala, saj je edina predvidevala, da sem v duševni stiski in me poslala k primernima strokovnjakinjama, da bi lahko pričela z okrevanjem.

4.4.4 Psihologinja in psihiatrinja

Psihologinja mi je prva podala diagnozo depresije in generalizirane anksiozne motnje ter me zaradi tega napotila še k psihiatrinji. Skupaj sta v letu in pol, ko sem ju redno obiskovala, poskrbeli za pomemben premik v mojem okrevanju.

Psihologinja je bila po izobrazbi tudi integrativna terapevtka in mi je s pomočjo metod integrativne psihoterapije pomagala pri procesu žalovanja in vsakodnevnega delovanja. Integrativna psihoterapija temelji na psihoterapevtovem vodenju k razvoju celovite in skladne pripovedi o samem sebi, kjer se primitivni obrambni mehanizmi zamenjajo z zreli oblikami samostabilizacije in samoregulacije. Uporabniku pomaga ozavestiti nezavedne vzorce delovanja, kar vodi v njegovo zmožnost spopadanja z življenjem na način prioritiziranja osebne rasti skozi procesiranje osebne stiske (Hawkins in Ryde, 2019). Po letu in pol je psihologinja menjala službo. Ker nisem imela možnosti obiskovati terapije še naprej, sem z njo v tistem trenutku zaključila in se v terapijo nisem vrnila vse do sedanjosti.

Psihiatrinja mi je predpisala antidepresive, ki sem jih jemala v času najinega sodelovanja. Malo preden sem obiske pri njej prekinila je omenjala potrebo po antipsihotikih, saj je pričela opazati, da imam težave z obdobji pretirane evforije, skupaj z izredno veliko anksioznostjo. Eden od razlogov, da sem po tem, ko sem prenehala hoditi k psihologinji, prekinila odnose tudi s psihiatrinjo, je bil strah pred pričetjem jemanja še enih tablet.

4.4.5 Psihiater

V času študija sem se še vedno spopadala s psihosomatskimi težavami, ki sem jih zdravila pri novi osebni zdravnici, saj je bila moja prva zdravnica pediaterinja. Tudi ta je izredno korektna pri svojem delu in me je po razlagi svoje anamneze takoj napotila k psihiatru. Pri njemu se zdravim še danes. Do njegove pomoči je težko priti, saj je prezaseden in nima na voljo prostih terminov pregledov.

V glavnem imava pozitiven odnos, pri njem se počutim razumljeno in slišano. Ko sem z njim pričela sodelovati, mi je, glede na moje simptome, predpisal antidepresive. Ti so me, zaradi neodkrite bipolarni motnje, privedli do prve izrazite hipomanične epizode. Zaradi tega mi je nato predpisal antipsihotike in me poslal na diagnostiko h klinični psihologinji. Izvid je tudi

primer pridobljene pomoči in je dosegljiv pri meni. V izvidu je razvidna povzeta zgodba mojega življenja in težav, katera je nato interpretirana skozi psihopatološki okvir. Predstavljeni so rezultati osebnostnih testov, postavljena diagnoza in mnenje o nadaljnjem postopku zdravljenja. Po prejetju tega izvida sem od psihiatra dobila recept za antipshotike. Kombinacija primernih zdravil še ni bila najdena, kar mi predstavlja težave, ne le zaradi vseh stranskih učinkov, ampak tudi zato, ker se moja funkcionalnost zaradi neuspešnega zdravljenja še slabša.

4.4.6 Center za mentalno zdravje

Napotnico za center za mentalno zdravje mi je po prejemu izvidu s strani klinične psihologinje dal psihiater. Presodil je, da bi potrebovala nujno intenzivno psihoterapevtsko obravnavo. Center za mentalno zdravje ima enoto za psihoterapijo, kjer je eden od možnih programov Program za psihoterapijo nevrotskih motenj. Na spletni strani predstavijo, komu je program namenjen: “/.../zdravljenju oseb z nevrotskimi in osebnostnimi motnjami, kot so: huda tesnoba, potrtnost, fobije, pretirana utrujenost, telesne težave, katerim vaš zdravnik ne najde organske osnove, ter hude težave v odnosih z ljudmi, kot so: hude zakonske težave, v spolnosti, pa tudi težave pri študiju ali delu”.

Na program lahko uporabnike napotijo psihiatri, zdravniki ali pa se nanj prijavijo sami. Traja 3 mesece, poteka pa v obliki skupinske analitične psihoterapije. Preden me je psihiater v ta program napotil, za to možnost terapije nisem vedela, čeprav študiram v stroki pomoči. Zdi se mi, da takšni programi niso dovolj poznani, saj ljudje ne morajo priti do pomoči, če za obstoj le-te ne vedo. Težava pa je tudi v tem, da se lahko v program vključiš po tem, ko rešiš anamnestični vprašalnik in ga rešenega posreduješ. Gre za izredno dolg vprašalnik (več kot 80 vprašanj s podvprašanji, glej prilogo 3). Kljub napotnici, vprašalnika nisem rešila in tako nisem opravila programa. Težava je v tem, da so vsa vprašanja konfrontalna in polna sprožilcev. Ko sem z reševanjem poskušala, je to v meni stisko še povečalo, saj je šlo za neko sekundarno travmatizacijo, kjer sem podoživljala in razmišljala o stvareh, ki so srž mojih težav, vendar brez strokovne opore terapevta, ki bi me čez ta proces vodil in mi ga lajšal. Tako, kljub temu, da obstaja sistemski odgovor na iskanje primerne pomoči, je ta zastavljena okorno, brez razmišljanja in zavedanja o tem, kako uporabniki ta proces doživljajo.

4.5 Osebni odziv na pridobljeno pomoč

Skozi, za to nalogo relevantno, časovno obdobje, sem bila v stiku z več različnimi strokovnjaki, ki so imeli strokovno dolžnost, da mi pomagajo sami ali pa me v ustrezno smer pomoči usmerijo. V več različnih primerih sem bila z iskanjem pomoči prepuščena sama sebi. Skozi ves ta čas sem iskala načine samopomoči, saj si terapije nisem morala privoščiti. Dostop do 'pro bono' storitev je težek, saj je večina psihoterapevtov zapolnjenih. Težava tiči tudi v slabi zakonski ureditvi, kjer je panoga psihoterapije neregulirana. Psihoterapevt je tako lahko vsakdo, ne glede na akademsko izobrazbo. Čeprav sem sama študentka socialnega dela, stroke, kjer sem z različnimi možnostmi pomoči seznanjena, sem do pomoči še vedno težko prišla. Biomedicinski model prevladuje v sistemu psihiatrične pomoči, kar pa vodi v pomoč, ki temelji na medikalizaciji. Nezavedno sem pomoč iskala tudi tako, da sem se želela in nato tudi vpisala na študij, kjer sem lahko sama odkrila načine samopomoči in samoregulacije skozi predavane teorije in s pridobivanjem praktičnih izkušenj. Iz raziskovanja sem ugotovila, da je to v poklicih pomoči pravzaprav pogost pojav.

Stigma je še eden izmed razlogov, da ljudje ne iščemo pomoči za duševne težave, saj smo naučeni, da so duševne težave stvar volje in karakterja, ne okoliščin, genetike, doživljanja. Pomoč, ki mi je bila dana, sem poskušala izkoristiti na karseda produktiven način, vendar je nizka funkcionalnost razlog za začaran krog okrevanja. Strokovnjaki, ki nas usmerjajo in nam pomagajo odkriti ustrezno obliko pomoči, so izredno pomemben del na poti do izboljšanja. V depresivnih obdobjih se sama namreč izredno težko premaknem iz udobja poznanega. Čeprav gre za agonijo, je ta vsaj nekaj, kar je z mano že več let. Samoiniciativnost je praktično neobstoječa, saj je okrevanje težko, sploh, če si vsemu prepuščen sam. Raziskovanje različnih načinov pridobivanja pomoči je utrujajoče. Strokovne službe bi morale biti tiste, ki poskrbijo, da je dostop do različnih oblik pomoči enostaven. Gre torej za državno ureditev. Posodobitev Zakona o duševnem zdravju in oblikovanje zakona o psihoterapevtski dejavnosti sta nujna, že desetletja prepozna načina izboljšave psihiatričnega sistema pomoči v Sloveniji.

5. Sklepi

- Psihiatrični sistem pomoči v Sloveniji potrebuje radikalno reformo zakonodaje na področju duševnega zdravja, saj ta ovira uspešno pot do okrevanja uporabnikov.
- Biomedicinski model je še vedno primarni način obravnave in razumevanja duševnih težav, čeprav se paradigmatški premik v biopsihosocialni model dogaja že nekaj časa.
- Pedagoški delavci niso seznanjeni s teorijo o zgodnje življenjski travmi, kar onemogoči pravočasno intervencijo in primerno pomoč otrokom.
- Duševne težave morajo biti razumljene intersekcionalno, saj ta vodi v primerno in celostno oskrbo uporabnikov.
- Nekorektno delo strokovnjakov pomoči in luknje v sistemu lahko vodijo v hude posledice v življenjih uporabnikov, ki ustrezne pomoči niso prejeli pravočasno ali pa te sploh nikoli niso bili deležni. Pride lahko do postopnega poslabšanja stanja, kar predstavlja še dodatno oviro na poti okrevanja.
- Stroke pomoči morajo nujno predvidevati populacijo, ki se odloča za kariero v tej smeri. Razumevanje koncepta 'ranjenega zdravlilca' lahko v obstoječ proces pomoči prinese nove perspektive in načine dela z uporabniki, prav tako pa lahko takšnim strokovnjakom nudi ustrezno supervizijo.
- Socialno delo mora zavzeti dominantnejši položaj v diskurzu duševnega zdravja. Strokovne smernice socialnega dela v sistem pomoči prinesejo unikaten vidik na duševno zdravje in na ljudi, ki imajo z njim težave.
- Uporabniška samoiniciativa pri iskanju pomoči za duševne težave je ključna, kar je neustrezen način obravnave težav v duševnem zdravju.
- Programi pomoči so brez razumevanja uporabnikov in njihovega delovanja brezpredmetni, saj ne morejo nuditi pomoči, ki je za njih ustrezna.

- Psihoterapija ni del obveznega zdravstvenega zavarovanja, kar pomeni, da ljudje, ki se spopadajo s finančno stisko (kar je večkrat lahko razlog za duševne težave), do te pomoči večinsko nimajo dostopa.

6. Predlogi

- Pedagoške fakultete bi morale v učni načrt vključiti bolj poglobljeno razumevanje zgodnje življenjske travme. Učitelji morajo biti strokovno usposobljeni, da prepoznajo vzorce vedenja, ki so v razvoju zaskrbljujoči. Predlagala bi, da imajo učitelji stalne supervizije in da redno sodelujejo s socialnimi delavci pri izrednih projektih pomoči.
- Medicinske fakultete bi morale v svoj učni načrt vključiti predmete, ki se osredotočajo zgolj na odnos med zdravniki in pacienti. Morali bi se podrobno seznaniti, na primer, s teorijo neravnovesja moči ter s teorijo vzpostavljanja delovnega odnosa in osebnega stika. Odnos zdravnikov do pacientov je izrednega pomena pri okrevanju, predvsem če se pacient počuti slišan in razumljen.
- Fakulteta za socialno delo bi morala opraviti svojo raziskavo o teoriji 'ranjenega zdravilca' in glede na rezultate ustrezno reagirati. V učni načrt bi lahko bil dodan predmet na temo 'ranjenih zdravilcev', ki bi ta fenomen teoretsko raziskal, zraven pa dal študentom z izkušnjo travme možnost Jungovega razsvetljenja (skozi vaje in refleksije), ki vodi do boljšega strokovnega delavca.
- Destigmatiziranje duševnega zdravja bi moralo biti prioriteta že v vrtcih in se nadaljevati v vsa leta šolanja. Organizirali bi se lahko dnevi duševnega zdravja, ki bi lahko bili podobni športnim dnevom. Imeli bi delavnice na temo duševnega zdravja, pogovarjali bi se o svojih občutjih, spoznali ljudi z izkušnjo hospitalizacije in ljudi z različnimi diagnozami.
- Predlagam uzakonitev določenega števila dni na leto, podobno, kot je to določeno z letnim dopustom, kjer si morajo zaposleni vzeti te dni zase in za svoje duševno zdravje. Vsak mesec vsaj en dan. Takrat naj jim bo omogočena terapija ali kakršenkoli drugačen način obravnave, ki bi preprečile izgorelost in poskrbele za prioritizacije svojega duševnega zdravja.
- Zakon o duševnem zdravju se mora nujno posodobiti, prav tako se mora oblikovati zakon o psihoterapevtski dejavnosti. Slediti moramo trendu ostalih evropskih držav. Psihoterapija mora biti krita s strani zavarovalnic in lahko dostopna.

- Predlagam evalvacijo obstoječih programov pomoči, da ugotovimo, kako so ti zastavljeni in če so optimalni glede na potrebe svoje ciljne skupine.

7. Uporabljena literatura

1. (ZDZdr) Zakon o duševnem zdravju. Uradni list RS, št. 77/08, 46/15 – odl. US in 44/19 – odl. US.
2. Aitchison, K., Barreto, M., Dernovšek, M., Farmer, A., Goiovannini, C., Hauser, J., Henigsberg, N., Kalember, P., Kozel, D., Larsen, E., Maier, W., McGuffin, P. Mors, O., Perroud, N., Placentino, A., Rajewska-Rager, A., Rietschel, M., Souery, D., Strohmaier, J., Uher, R., Zobel, A., in (2009). Adverse reactions to antidepressants. *British Journal of Psychiatry*, 195 (3), 202-210.
3. Akin-Little, A., in Little, S. G. (2019). Effect of extrinsic reinforcement on “intrinsic” motivation: Separating fact from fiction. V A. Akin-Little, in S. G. Little (ur.), *Behavioral interventions in schools: Evidence-based positive strategies*, 2nd ed (str. 113–132). Washington: American Psychological Association.
4. Amazarray, M. R., in Koller, S. H. (1998). Children victims of sexual abuse: Some aspects observed in their development. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 11, 559–578.
5. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.).
6. Arruda, M. S., Petta, C. A., Abrão, M. S., in Benetti-Pinto, C. L. (2003). Time elapsed from onset of symptoms to diagnosis of endometriosis in a cohort study of Brazilian women. *Human Reproduction*, 18(4), 756–759.
7. Augé, M., Herzlich, C. (1995). *The meaning of illness: Anthropology, history and sociology*. Luxemburg: Harwood Academic.
8. Benziman, G., Kannai, R., in Ahmad, A. (2012). The wounded healer as cultural archetype. *CLCWeb: Comparative Literature and Culture*, 14(1).
9. Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., Stokes, J., Handelsman, L., Medrano, M., Desmond, D., in Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, 27(2), 169–190.
10. Bremne, J. D., in Vermetten, E. (2001). Stress and development: Behavioral and biological consequences. *Development and Psychopathology*, 13(3), 473–489.

11. Brugge, J. F., Damasio, H., Garell, P. C., Granner, M., Hind, J. E., Howard, M. A., Mirsky, R., Noh, M. D., Reale, R. A., Steinschneider, M. in Volkov, I. O. (2000). Auditory cortex on the human posterior superior temporal gyrus. *The Journal of Comparative Neurology*, 416 (1), 79–92.
12. Brunzell, T., Stokes, H., in Waters, L. (2019). Shifting teacher practice in trauma-affected classrooms: Practice pedagogy strategies within a trauma-informed positive education model. *School Mental Health: A Multidisciplinary Research and Practice Journal*, 11(3), 600–614.
13. Butchart, A. (2006). *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*. Geneva: World Health Organization.
14. Čačinovič Vogrinčič, G. (2020). Socialno delo v osnovni šoli. *Socialno delo*, 59 (2/3), 163-176.
15. Cain, N. R. (2000). Psychotherapists with personal histories of psychiatric hospitalization: Countertransference in wounded healers. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24(1), 22–28.
16. Carpenter, L. L., Gagne, G. G., Grover, K. E., Mello, A. F., Mello, M. F., Price, L. H. in Tyrka, A. R. (2007). The Relationship Between Childhood Abuse and Adult Personality Disorder Symptoms. *Journal of personality disorders*, 21(4), 442–447.
17. Carr, C. P., Martins, C. M. S., Stingel, A. M., Lemgruber, V. B., in Juruena, M. F. (2013). The Role of Early Life Stress in Adult Psychiatric Disorders: A Systematic Review According to Childhood Trauma Subtypes. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(12), 1007–1020.
18. Christie, W., in Jones, S. (2014). Lateral violence in nursing and the theory of the nurse as wounded healer. *Online Journal of Issues in Nursing*, 19(1), 27–36.
19. Conchar, C., in Repper, J. (2014). “Walking wounded or wounded healer?” Does personal experience of mental health problems help or hinder mental health practice? A review of the literature. *Mental Health and Social Inclusion*, 18(1), 35–44.
20. Connolly, M., in Harms, L. (2009). *Social work: Contexts and practice* (2nd ed.). South Melbourne, VIC: Oxford University Press.
21. Cooper, J. E., Fleiss, J. L., Gurland, B., Kendell, R. E., in Simon, R. (1969). Cross-National Study of Diagnosis of the Mental Disorders: Some Comparisons of Diagnostic Criteria from the First Investigation. *American Journal of Psychiatry*,

- 125(10S), 30–39.
22. Crenshaw, Kimberle (1989) "Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics," *University of Chicago Legal Forum*: Vol. 1989, Article 8.
 23. Creswell, J. (2009). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (3rd ed.). Los Angeles: Sage.
 24. Cuthbert, B. N. (2020). The role of RDoC in future classification of mental disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 22(1), 81–85.
 25. Ficko, K., Flaker, V. in Rafaelič, A. (2017). Prehod k skupnostnim oblikam oskrbe v Sloveniji. *Socialna pedagogika*, 21 (3/4), 183-210.
 26. Finzi-Dottan, R., in Karu, T. (2006). From Emotional Abuse in Childhood to Psychopathology in Adulthood: A Path Mediated by Immature Defense Mechanisms and Self-Esteem. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(8), 616–621.
 27. Flaker, V. (2003). *Oris metod socialnega dela: Uvod v katalog nalog centrov za socialno delo*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo: Skupnost centrov za socialno delo Slovenije.
 28. Flaker, V., Mali, J., Kodele, T., Grebenc, V., Škerjanc, J., in Urek, M. (2008). *Dolgotrajna oskrba: očrt potreb in odgovorov nanje*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
 29. Foucault, M. (1998), *Zgodovina norosti v času klasicizma*. Ljubljana: Založba cf*.
 30. Freud, S. (1952). The major works of Sigmund Freud (Vol. I). Chicago: Encyclopaedia Britannica.
 31. Friedrich, W.N., Fisher, J.A., Broughton, D.D., Houston, M.S., in Shafran, C.R. (1998). Normative Sexual Behavior in Children: A Contemporary Sample. *Pediatrics*, 101, e9.
 32. Funk, Michelle (2003): Advocacy for Mental Health. World Health Organization.
 33. Gabrovšek Pukl, V. (2009). Inpatient group therapy of patients with schizophrenia. *Psychiatria Danubina*, 21 (supl. 1), 67-72.
 34. Goffman, E. (1956). Embarrassment and Social Organization. *American Journal of Sociology*, 62 (3), 264-271.
 35. Goldberg, M., Hadas-Lidor, N., in Karnieli-Miller, O. (2015). From

patient to therapist: Social work students coping with mental illness.

Qualitative Health Research, 25(7), 887–898.

36. Gore, M. T., in Black, P. J. (2009). Bachelor of Social Work (BSW) students' prior sexual abuse victimization. *Journal of Teaching in Social Work*, 29(4), 449–460.
37. Halewood, A., in Tribe, R. (2003). What is the prevalence of narcissistic injury among trainee counselling psychologists? *Psychology and Psychotherapy*, 76, 87–102.
38. Harrow, M., Sands, J. R., Silverstein, M. L., in Goldberg, J. F. (1997). Course and Outcome for Schizophrenia Versus Other Psychotic Patients: A Longitudinal Study. *Schizophrenia Bulletin*, 23(2), 287–303.
39. Hawkins, P., in Ryde, J. (2019). *Integrative Psychotherapy in Theory and Practice Relational, Systemic and Ecological Approach*. London: Jessica Kingsley Publishers.
40. Hoffman, K.M., Trawalter, S., Axt, J.R., in Oliver, M.N. (2016). Racial bias in pain assessment and treatment recommendations, and false beliefs about biological differences between blacks and whites. *Proc. Natl. Acad. Sci.* 113 (16), 4296-4301.
41. Holroyd, K. A., Malinoski, P., Davis, M. K. in Lipchik, G. L. (1999). The three dimensions of headache impact: Pain, disability and affective distress. *Pain*, 83(3), 571-578.
42. Horton, G. E., Diaz, N., in Green, D. (2009). Mental health characteristics of social work students: Implications for social work education. *Social Work in Mental Health*, 7(5), 458–475.
43. Horwitz, A. V. (2002). *Creating mental illness*. Chicago: University of Chicago Press.
44. Horwitz, A. V., in Wakefield, J. C. (2007). *The loss of sadness: How psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder*. Oxford: Oxford University Press.
45. Hosseini-Kamkar, N. (2021). *Early experience and the functional calibration of the stress-response systems*. Electronic Thesis and Dissertation Repository. Pridobljeno 28. 8. 2022 s <https://ir.lib.uwo.ca/etd/8252>.
46. Jimenez, M. A. (1988). Chronicity in mental disorders: Evolution of a concept.

- Social Casework*, 69(10), 627–633.
47. Jones, S., Howard, L., in Thornicroft, G. (2008). „Diagnostic overshadowing“: Worse physical health care for people with mental illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118(3), 169–171.
 48. Jung, C. G. (1961). *Memories, dreams and reflections*. London: Fontana
 49. Juruena, M. F., Macedo, B. B. D., Menezes, I. C. in Von Werne Baes, C. (2019). Child Abuse and Neglect as Risk Factors for Comorbidity Between Depression and Chronic Pain in Adulthood. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 207(7), 538–545.
 50. Kamin, T., Ule, M. (2012). Družbeni dejavniki neenakosti v zdravju. *Zdravstveno varstvo, letnik 51, številka 1, str. 1-4*.
 51. Kamin, T., Ule, M. (2009). Novodobni stevardi zdravja. *Časopis za kritiko znanosti, letnik 37, številka 235/236, str. 145-155*.
 52. Katedra za duševno zdravje v skupnosti (Fakulteta za socialno delo, UL), Katedra za dolgotrajno oskrbo (Fakulteta za socialno delo, UL), Oddelek za socialno pedagogiko (Pedagoška fakulteta, UL), Katedra za proučevanje družbene pravičnosti in vključevanja (Fakulteta za socialno delo, UL), (2020). Novosti na področju duševnega zdravja: Več prisile in zapiranja. *Dnevnik*. Pridobljeno 28.8. 2022, s <https://www.dnevnik.si/1042944736>
 53. Keefe, F. J., Dunsmore, J., in Burnett, R. (1992). Behavioral and cognitive-behavioral approaches to chronic pain: Recent advances and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60 (4), 528–536. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.60.4.528>
 54. Kirk, S. A., in Kutchins, H. (1992). *The selling of DSM: The rethoric of science in psychiatry*. New York: Aldine de Gruyter.
 55. Klemen, J. (1997). Kaj imenujemo bolezní uma: Zgodovina psihiatrije v Ljubljani v 19. In začetku 20. Stoletja. *Viceversa* 18: 28-38.
 56. Knaak, S., Mantler, E., in Szeto, A. (2017). Mental illness-related stigma in healthcare: Barriers to access and care and evidence-based solutions. *Healthcare Management Forum*, 30(2), 111–116.

57. Knell, S. M., in Ruma, C. D. (1996). Play therapy with a sexually abused child. In M. A. Reinecke, F. M. Dattilio, in A. Freeman (Eds.), *Cognitive therapy with children and adolescents: A casebook for clinical practice* (pp. 367–393). The Guilford Press.
58. Knight, C. (2012). Social workers' attitudes towards and engagement in self-disclosure. *Clinical Social Work Journal*, 40(3), 297–306.
59. Kosovel, I. (2016). ZA zakon o psihoterapiji—Od besed k dejanjem. Ljubljana: SFU. Pridobljeno 28. 8. 2022, s <http://sfu-ljubljana.si/sl/sfu-ljubljana/za-zakon-o-psihoterapiji-od-besed-k-dejanjem>
60. Kostnapfel, J (1996). *Slovenski psihiatri*. Ljubljana: Didakta.
61. Kostnapfel, J. (2010). Slovenska psihiatrija. *ISIS* 19(5): 47–52.
62. Kruger, A. (2000). Schizophrenia: Recovery and hope. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24(1), 29–37.
63. Krupnik, V. (2019). Trauma or adversity? *Traumatology*, 25 (4), 256–261.
64. Lamovec, T. (1993). Ali je shizofrenija ozdravljiva? *Socialno delo*, 32 (¾), 57–86.
65. Lamovec, T. (1998). *Psihosocialna pomoč v duševni stiski*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
66. Lamovec, T. (2006). *Ko rešitev postane problem in zdravilo postane strup*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
67. Lamovec, T., in Flaker, V. (1993). Kaj je duševna bolezen?, *Socialno delo*, 32 (3/4), 87-92.
68. Lapajne, G. (2011). *Zagovorništvo v duševnem zdravju in institut zastopnika pravic oseb na področju duševnega zdravja*: Magistrsko delo. Fakulteta za socialno delo.
69. Lehman, P. (2002). *Coming off Psychiatric Drugs*. Berlin: Peter Lehman publishing.
70. Link, B. G. (1987). Understanding labeling effects in the area of mental disorders: An assessment of the effects of expectations of rejection. *American Sociological Review*, 52(1), 96–112. <https://doi.org/10.2307/2095395>
71. Lubit, R., Rovine, D., Defrancisci, L., in Eth, S. (2003). Impact of Trauma on Children. *Journal of Psychiatric Practice*, 9(2), 128–138
72. Mayes, R., in Horwitz, A. V. (2005). DSM-III and the revolution in the classification of mental illness. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 41(3), 249–267.

73. McNair SM, Jindal RD (2010). Revisiting causality in psychosomatic research. *J Psychosom Res.*, 68 (2), 105-7.
74. Melzack, R., in Wall, P. D. (ur.) (2003), *Handbook of Pain Management*. Edinburgh, London: Churchill Livingstone.
75. Mesec, B. in Čačinovič-Vogrinič, G. (1998). Socialno delo z družino: študija primera na osnovi dokumentacije. V: B. Mesec (ur.). Uvod v kvalitativno raziskovanje v socialnem delu. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
76. Mesec, Blaž, Lamovec, Tanja (1998). Uvod v kvalitativno raziskovanje v socialnem delu. Visoka šola za socialno delo.
77. Meyer, J. (2022). *Psychopharmacology*. Oxford University Press.
78. Middlebrooks, J.S., Audage, N.C. (2008). The Effects of Childhood Stress on Health Across the Lifespan. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control.
79. Nash, M. (2013, februar 28). *Diagnostic overshadowing: A potential barrier to physical health care for mental health service users* [Text]. Mental Health Practice.
80. Newcomb, M., Burton, J., Edwards, N., in Hazelwood, Z. (2015). How Jung's concept of the wounded healer can guide learning and teaching in social work and human services. *Advances in Social Work and Welfare Education*, 17, 55–69.
81. Pregelj, P. in Kobentar, R. (2009), *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju*. Ljubljana: Založba Rokus Klett.
82. Probst, B. (2010). Implicit and explicit use of the strengths perspective in social work education. *Journal of Teaching in Social Work*, 30(4), 468-484.
83. Rakovec-Felser, Z., Vidmar, J., in Holnthaner, R. (2009). Biopsihosocialni model kronično ponavljajoče se bolečine. *Psihološka obzorja*, 18 (2), 5–22.
84. Rosenhan, D. L. (1973). On Being Sane in Insane Places. *Science*, 179 (4070), 250–258. <https://doi.org/10.1126/science.179.4070.250>
85. Rund, B. R. (1998). A Review of Longitudinal Studies of Cognitive Functions in Schizophrenia Patients. *Schizophrenia Bulletin*, 24 (3), 425–435. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a033337>
86. Scheper-Huges, A., in Lowell, M. A. (ur.) (1987). *Psychiatry Inside Out: Selected Works of Franco Basaglia*. Columbia: Columbia University Press.

87. Selič, P., Švab, V. (ur.), Rotar.Pavlič, D. (ur.) (2012). Načela sporazumevanja v družinski medicini. Družinska medicina: učbenik. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine, 2012: 157-74.
88. Simetinger, G. (2016). Spolne motnje in njihova obravnava po načelih spolne medicine. *Zdravniški vestnik*, 85 (5-6), str. 313-323.
89. Simetinger, G. (2020). Za seks nismo nikoli prestari; če nehamo prej, je težava v odnosu. Intervju. *Delo*, 23. 2. 2020. Pridobljeno 29. 8. 2022 s <https://www.delo.si/nedelo/za-seks-nismo-nikoli-prestari-ce-nehamo-prej-je-tezava-v-odnosu/>
90. Škerbinek, A. L. (2000). *Opis zgodovine in razvojne perspektive psihiatrične zdravstvene nege*. Priročnik psihiatrične zdravstvene nege in psihiatrije za medicinske sestre in zdravstvene tehnike. Ljubljana: Psihiatrična klinika.
91. Starman, Adrijana Biba (2013). Študija primera kot vrsta kvalitativne raziskave. *Sodobna pedagogika, letnik 64 = 130, številka 1, str. 66-81, 28-43*.
92. Šugman Bohinc, L. (2016). Socialno delo v uresničevanju idealov pravične družbe. *Socialno Delo*, 55(5/6), 221–237. https://www.revija-socialnodelo.si/mma/Socialno_URN_NBN_SI_DOC-46Y029VS.pdf/2019040917251976/
93. Švab, V. (1996). *Duševna bolezen v skupnosti*. Radovljica: Didakta.
94. Szasz, T. S. (1961). The myth of mental illness. *American Psychologist*, 15 (2), 113–118. <https://doi.org/10.1037/h0046535>
95. Thayer, J. F., Brosschot, J. F. (2005). Psychosomatics and psychopathology: Looking up and down from the brain. *Psychoneuroendocrinology*, 30(10), 1050–1058.
96. Tofoli, S. M. de C., Baes, C. V. W., Martins, C. M. S., in Juruena, M. (2011). Early life stress, HPA axis, and depression. *Psychology & Neuroscience*, 4, 229–234.
97. Tsuang, M. T., Woolson, R. F., in Fleming, J. A. (1979). Long-term Outcome of Major Psychoses: I. Schizophrenia and Affective Disorders Compared With Psychiatrically Symptom-Free Surgical Conditions. *Archives of General Psychiatry*, 36 (12), 1295–1301.

98. Tucker, M. J., Berg, C. J., Callaghan, W. M., in Hsia, J. (2007). The Black–White Disparity in Pregnancy-Related Mortality From 5 Conditions: Differences in Prevalence and Case-Fatality Rates. *American Journal of Public Health*, 97(2), 247–251.
99. Tyrer, P. (2018) Recent Advances in the Understanding and Treatment of Health Anxiety. *Curr Psychiatry Rep.* 22;20 (7):49. doi: 10.1007/s11920-018-0912-0. PMID: 29931576.
100. White, K. (2002): An Introduction to the Sociology of Health and Illness. London, Thousand Oaks, New Delhy, Sage Publications.
101. Wiersma, D., Nienhuis, F. J., Slooff, C. J., in Giel, R. (1998). Natural Course of Schizophrenic Disorders: A 15-Year Followup of a Dutch Incidence Cohort. *Schizophrenia Bulletin*, 24(1), 75–85.
102. Wong, B. (2020). *Here's Why It's A Big Deal To Capitalize The Word „Black“*. (2020). HuffPost. https://www.huffpost.com/entry/why-capitalize-word-black_1_5f342ca1c5b6960c066faea5
103. Zosky, D. L. (2013). Wounded healers: Graduate students with histories of trauma in a family violence course. *Journal of Teaching in Social Work*, 33(3), 239–250.

8. Priloge

8.1 Izvid klinične psihologinje

Izvid je dosegljiv pri avtorici diplomskega dela.

8.2 Vprašalnik centra za mentalno zdravje

1 Prosim, opišite svoje težave s svojimi besedami in kakor jih vidite sami; kdaj so se pojavile, kako dolgo trajajo in kako vplivajo na vaše življenje

2 Kaj se je v času, ko so se te težave začele, dogajalo v vaši družini, pri delu ali na drugih življenjskih področjih, ki so pomembna za vas? Prosim, napišite vse, česar se spomnite.

3 a Katera od težav, ki ste jih navedli, je največja? Lahko o njej poveste kaj več?

b Ob kateri priložnosti se je ta težava pojavila?

c Koliko vas ta težava moti? (Podčrtajte, prosim.)

sploh ne; malo; srednje; zelo; neznosno

4 a Katera je naslednja večja težava? Lahko o njej poveste kaj več?

b Ob kateri priložnosti se je ta težava pojavila?

c Koliko vas ta težava moti? (Podčrtajte, prosim.)

sploh ne; malo; srednje; zelo; neznosno

5 Kako ste si doslej lajšali posamezne težave?

6 Morda ste opazili, da so ob nekaterih priložnostih vaše težave hujše, v drugih pa blažje. Lahko, prosim, opišete take priložnosti?

7 V čem, mislite, je vzrok vaših težav?

8 Imate težave tudi na katerem od naslednjih področij? Nam jih lahko, prosim, predstavite?

I a Težave pri delu:

b Koliko vas te težave motijo? (Podčrtajte, prosim.)

sploh ne; malo; srednje; zelo; neznosno

II a Težave v odnosih z ljudmi:

b Koliko vas te težave motijo? (Podčrtajte, prosim.)

sploh ne; malo; srednje; zelo; neznosno

III a Težave pri tem, kako preživljate prosti čas:

b Koliko vas te težave motijo? (Podčrtajte, prosim.)

sploh ne; malo; srednje; zelo; neznosno

IV a Težave s telesnimi funkcijami in občutki (motnje pri hrani, spanju ipd., tesnoba, utrujenost, nemir, mravljinca, dušenje, omedlevice, bolečine ipd.):

b Koliko vas te težave motijo? (Podčrtajte, prosim.)

sploh ne; malo; srednje; zelo; neznosno

9 Nam lahko, prosim, opišete, kako se na vaše težave odzivajo drugi?

a Vaši domači:

b Vaši sodelavci:

c Vaši prijatelji in znanci:

ODRAŠČANJE

10 Prosim, odgovorite na nekaj vprašanj o svojem očetu.

a Koliko je star?

b Njegov poklic:

c Njegova izobrazba (podčrtajte, prosim):

nedokončana; osnovna; osnovna srednja; višja; visoka

d Če ne živi več: koliko je bil star, ko je umrl?

e Koliko ste bili stari, ko je umrl?

f Prosim, napišite kaj o očetu, o njegovem značaju in lastnostih, o vajinem odnosu.

g Opišite, prosim, svoj prvi (najzgodnejši) spomin na očeta.

h Nam lahko, prosim, opišete, kako vas je vzgajal?

11 Prosim, odgovorite na nekaj vprašanj o svoji materi.

a Koliko je stara?

b Njen poklic:

c Njena izobrazba (podčrtajte, prosim):

nedokončana; osnovna; osnovna srednja; višja; visoka

d Če ne živi več: koliko je bila stara, ko je umrla?

e Koliko ste bili stari, ko je umrla?

f Prosim, napišite kaj o materi, o njenem značaju in lastnostih, o vajinem odnosu.

g Opišite, prosim, svoj prvi (najzgodnejši) spomin na mater.

h Nam lahko, prosim, opišete, kako vas je vzgajala?

12 Poskusite, prosim, opisati odnos med očetom in materjo.

13 a Če imate v odnosih s starši kakšne težave, prosim, opišite največje.

b Koliko vas te težave motijo? (Podčrtajte, prosim.)

sploh ne; malo; srednje; zelo; neznosno

14 Kaj veste o svojem najzgodnejšem otroštvu (npr. o rojstvu, hranjenju, držnosti, trmi, zadovoljstvih)? Kako so starši ravnali ob tem? Če ne morete napisati ničesar, navedite, prosim, ali zato, ker vam o tem nisopripovedovali, ali ker ni bilo posebnosti.

15 a Koliko otrok je bilo v vaši družini, če štejete tudi sebe?

b Napišite, prosim, osebna imena. Vpišite tudi sebe. Navedite, če je kdo že umrl. Omenite polbrate, polsestre, posvojence staršev ipd.

16 Prosim, opišite svoje odnose z brati in sestrami tako dobre kakor problematične. Se je to kasneje, ko ste odrasli, spremenilo?

17 a Je bila za vas v otroštvu pomembna še katera druga oseba, npr. stara mama ali stari oče, stric, teta, kdo od družinskih prijateljev? Prosim, povejte kaj o njej ali njem.

b Opišite, prosim, svoj prvi (najzgodnejši) spomin na to osebo.

18 Opišite, prosim, vzdušje, ki je prevladovalo pri vas doma. Kdo ga je ustvarjal in kako?

19 Kako je bilo razdeljeno delo pri vas doma, ko ste bili majhni?

20 Kaj so starši pričakovali od vas in kako ste se vi odzivali na to?

21 Se je v vašem otroštvu zgodilo kaj pomembnega, npr. selitev, ločitev od staršev? Prosim, povejte kaj o teh dogodkih in koliko ste bili stari.

22 Opišite, prosim, svoje odnose z vrstniki. Na primer: ste bili radi z njimi ali ne, ste imeli prijatelje (koliko, kako dobre), ste bili pogosto sprti, ste bili v kakšni skupini, ste kakorkoli pritegovali pozornost? Kako ste doživljali vrstnike?

23 Ste imeli v otroštvu kakšne težave ali posebnosti (npr. sesanje palca, grizenje nohtov, jecljanje, tesnobe, strahovi, močenje postelje, motnje v vedenju, hibe, operacije, bolezni, nezgode)?

24 Opišite, prosim, kakšen otrok ste bili, svoj značaj in lastnosti. Navedite, prosim,

česa se spominjate sami in o čem ste slišali (od koga?).

25 Povejte nam, prosim, kaj ste imeli kot otrok najraje in kaj ste najbolj sovražili.

26 a Prosim, opišite, kako ste se počutili v šoli. V kakšnem odnosu ste bili s sošolci in učitelji?

b V katero srednjo šolo ste se vpisali? Kako ste se odločili zanjo vam je kdo svetoval, vas pregovarjal? Kaj bi izbrali sami?

c Kako bi ocenili svojo šolsko uspešnost? Se je spreminjala? Ste se morda v čem izkazali, ste imeli kakšne težave?

27 Poskusite, prosim, opisati osebo, v katero ste bili kdaj zaljubljeni, njen ali njegov značaj in lastnosti. Kdaj je bilo to, koliko let ste imeli?

28 Od koga, kako ste dobili prve informacije o spolnosti? Kdaj vas je to začelo zanimati?

29 Prosim, opišite svojo prvo spolno izkušnjo. Kako ste jo doživljali? Koliko let ste imeli?

SEDANJE OKOLIŠČINE

30 a Vaš partner. Njegovo ali njeno osebno ime:

b Koliko je star a?

c Kaj je po poklicu?

d Kakšno izobrazbo ima? (Podčrtajte, prosim.)

nedokončano; osnovno; osnovno srednjo; višjo; visoko

e Kako dolgo se poznata?

f Kako dolgo sta partnerja?

g Če stanujeta skupaj: kako dolgo?

31 Vaši otroci. Če imate otroke, jih, prosim, imenujte, tudi posvojene.

32 V kakšnih okoliščinah živite, kako stanujete, pri komu, od kdaj? Kdo vse stanuje z vami?

33 Če imate partnerja, prosim, povejte kaj o njem ali njej, o njegovem ali njenem značaju in lastnostih, o vajinem odnosu.

34 Če imate otroke, prosim, povejte kaj o njih in o svojih odnosih z njimi.

35 Kako je razdeljeno delo pri vas doma?

36 Kakšno vzdušje prevladuje pri vas doma? Kdo ga v glavnem ustvarja in kako?

37 Prosim, opišite kateregakoli (drugega) partnerja, ki ste ga ali jo kdaj imeli. Zakaj sta se razšla?

38 a Če so zdaj pri vas doma kakšne težave: katere so največje? Se morda spomnite, kdaj so se začele?

b Koliko vas te težave motijo? (Podčrtajte, prosim.)

sploh ne; malo; srednje; zelo; neznosno

39 Imate kakšne težave v spolnosti ali v erotičnem življenju? Poskusite jih, prosim, opisati.

40 a Katera je največja? Kdaj se je začela?

b Koliko vas ta težava moti? (Podčrtajte, prosim.)

sploh ne; malo; srednje; zelo; neznosno

41 Kolikor mogoče natančno, prosim, opišite katerekoli sanje, ki se jih spomnite. Kdaj ste jih sanjali?

42 Prosim, opišite zadovoljstvo, ki ga morda doživljate v družinskem življenju, pri delu ali na drugih življenjskih področjih, ki so pomembna za vas.

43 Prosim, povejte nam kaj o svojih načrtih v življenju.

44 Zdaj pa, prosim, povejte kaj o svojih upih in željah.

- 45 a Navedite, prosim, svoj konjiček in drugo, s čimer se ukvarjate v prostem času.
- b Kaj vas še veseli? S čim se še radi ukvarjate?
- 46 Ob kakšnih priložnostih sanjariate? O čem?
- 47 Kaj bi opredelili kot najpomembnejše v svojem življenju?
- 48 a Prosim, opišite, kako menite, da vas vidijo drugi (navedite, kdo).
- b Je za vas pomembno, kako vas vidijo drugi? (Podčrtajte, prosim.)
- zelo; včasih; ne razmišljam o tem; redko; sploh ne
- 49 a Kdaj ste se odločili za psihoterapijo? Po čigavem nasvetu ali pregovarjanju?
- b Kako pričakujete, da vam bo psihoterapija pomagala? V kakšni obliki, mislite, se bo to zgodilo?
- c Ali verjamete, da lahko s psihoterapijo dosežete to, kar si želite? (Podčrtajte, prosim.)
- v glavnem ne; dvomim; ne vem; nekoliko; v glavnem; da
- 50 a Vaša izobrazba (podčrtajte, prosim):
- nedokončana osnovna; osnovna; srednja; višja; visoka
- b Prosim, napišite nam kaj o svojem izobraževanju.
- 51 a Vaš poklic in delovno mesto (če se šolate ali študirate, napišite, prosim, kaj, kje, kateri letnik):
- b Kaj želite doseči v poklicu (če se šolate ali študirate: v bodočem poklicu) in kakšne možnosti imate zato?
- c Kako ste se odločili prav za ta poklic (študij)? Vam je morda kdo svetoval, vas pregovarjal? Kaj bi izbrali sami, če bi bilo po vaše?

52 Povejte nam kaj, prosim, o svojem šefu in o vajinem odnosu.

53 a Kako uveljavljate svoje poglede, mnenja, stališča, ideje ipd.? (Podčrtajte, prosim.)

z lahkoto če se potrudim ne poskušam težko nikoli se mi ne posreči

b Lahko, prosim, opišete, kje in kako jih najpogosteje uveljavljate? Kje imate morda težave?

54 Lahko ocenite, kako trdna so na splošno vaša prepričanja? (Podčrtajte, prosim).

nikoli ne popustim; v nekaterih ne popuščam; odvisno od okoliščin; hitro popustim

55 Nam lahko, prosim, predstavite kaj, v kar verjamete?

56 Kaj imate najraje in kaj najbolj sovražite?

57 a Imate prijatelje? (Podčrtajte, prosim.)

nobenega; malo; malo, a dobre; težko ocenim; veliko, a ne bližnjih;
veliko; zelo veliko

b Lahko, prosim, opišete kakšnega prijatelja ali prijateljico?

58 Opišite, prosim, kakšno se vam zdi vaše telo in kako doživljate svoj videz.

59 Prosim, napišite še kaj o sebi, o svojem značaju, lastnostih, posebnostih, navadah.
Zdaj pa, prosim, odgovorite še na ta vprašanja.

1 Ste rojeni v Sloveniji? DA NE

2 Če niste, kako dolgo živite v Sloveniji?

3 a Zakonski stan:

b s kom živite?

4 a Ste verni? DA NE

b Če ste, katere vere?

c Kako pogosto se udeležujete verskih obredov?

sploh ne; le ob praznikih; precej pogosto

5 Obstaja kakršnakoli ovira, da bi se udeleževali daljših nepretrganih pogovorov?
Prosim, opišite jo.

6 Ali kdaj premišljuje o samomoru?

stalno; včasih; redko; nikoli

a Ste kdaj poskušali napraviti samomor? DA NE

b Če ste, nam lahko opišete, kdaj, kako in zakaj?

c Menite, da imate težave z alkoholom? DA NE

d Če je odgovor na prejšnje vprašanje DA, koliko alkohola in katero vrsto pijete? Prosim opišite.

e Imate predpisana pomirjevala ali protibolečinska zdravila? Če DA, kdo jih predpiše?

f Ali uživate in ali ste kadarkoli v preteklosti uživali droge? Če DA, katere in koliko?

8 a Ste bili že kdaj pri psihiatru ali psihoterapevtu? DA NE

b Če ste, navedite, prosim: kdaj, ime ustanove, ime zdravnika ali psihoterapevta, razloge, zaradi katerih ste iskali pomoč, način terapije, kako dolgo je trajala (število obiskov). Kako ocenjujete učinke?

9 a Ali imate težave s telesnim zdravjem ali počutjem? Prosim, opišite jih.

b Prosim, ocenite, kolikokrat ste v zadnjem letu dni iskali zdravniško pomoč (če ste bili v bolnici, napišite, kako dolgo). Zaradi česa, kje, pri katerih zdravnikih?

10 Ste morda kdaj iskali kakršnokoli pomoč pri kakšnem nemedicinskem strokovnjaku, zdravilcu, bioenergetiku, itd.?

Navedite, prosim, kje, za kakšno vrsto pomoči je šlo, število obiskov.

11 a Ste imeli kdaj težave s policijo ali na sodišču? DA NE

b Če ste, prosim, opišite te težave.

12 Prosim, napišite, kdo vzdržuje vašo družino in vas, ste to vi ali kdo drug? So pri tem kakšni problemi?

13 Koliko odraslih (16 let in več) živi v vašem sedanjem gospodinjstvu?

14 Koliko otrok (pod 16 let) živi v vašem sedanjem gospodinjstvu?

15 a Kakšen je bil vaš glavni delovni status v zadnjem letu?

b Naštejte, prosim, doslejšnje zaposlitve:

od(starost) do(starost) delovno mesto oz. vrsta dela razlog
odpovedi oz. prenehanja

16 Ocenite, prosim, svoje doslejšnje zaposlitve (podčrtajte, prosim):

a Kako jih doživljate?

zelo zadovoljive; zadovoljive; težko ocenim; nezadovoljive; zelo
nezadovoljive

b Kako stabilne se vam zdijo?

zelo nestabilne; nestabilne; težko ocenim; stabilne; zelo stabilne

c Kako uspešne se vam zdijo?

zelo uspešne; uspešne; težko ocenim; neuspešne; zelo neuspešne

d Če vam je na zadnja tri vprašanja težko odgovoriti (npr. ker na delovnih mestih niste preživeli dovolj časa, da bi si oblikovali

mnenje), izrazite problem:

e Ste kadarkoli vložili zahtevo za invalidsko upokožitev, ste o tem razmišljali in ali bi si to želeli? Prosim opišite.

17 Če ste zadnja leta hodili v šolo ali študirali, kako bi to ocenili? (Podčrtajte, prosim.)

a Uspeh:

zelo uspešno; uspešno; težko ocenim; neuspešno; zelo neuspešno

b Zadovoljstvo:

zelo zadovoljivo; zadovoljivo; težko ocenim; nezadovoljivo;
zelo nezadovoljivo

P Prosim, uporabite ta prostor, če želite sporočiti še kaj, kar se vam zdi pomembno, pa doslej v odgovorih niste imeli priložnosti ali prostora.

Q Prosim, povejte nam, kako ste se počutili pri izpolnjevanju tega vprašalnika.

R Na katera vprašanja vam je bilo najtežje odgovarjati?