

Univerza v Ljubljani
Fakulteta za socialno delo

Ana Kavčič Mozetič

**Psihosocialna pomoč svojcem oseb s težavami v
duševnem zdravju**

Magistrsko delo

Ljubljana, 2025

Univerza v Ljubljani
Fakulteta za socialno delo

Ana Kavčič Mozetič

Psihosocialna pomoč svojcem oseb s težavami v duševnem zdravju

Magistrsko delo

Študijski program: Duševno zdravje v skupnosti

Mentor: doc. dr. Srečo Dragoš

Ljubljana, 2025

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorju doc. dr. Sreču Dragošu za potrpljenje, temeljito razlago, strokovno vodenje, nasvete in popravke.

Iskrena hvala moji družini, ki me je ves čas podpirala na moji poti, potrpela ob mojih odsotnostih ter mi tudi danes stoji ob strani.

Delo posvečam vsem nevidnim ... da bi končno postali vidni.
... a če bi jih človek pogledal skozi drugačna očala, bi o istih ljudeh rekel,
da so svetnice, angeli, mučeniki, sveti možje ...

John Steinbeck

Psihosocialna pomoč svojcem oseb s težavami v duševnem zdravju

Povzetek magistrskega dela

Magistrsko delo obravnava tematiko duševnega zdravja z vidika svojcev, ki se soočajo z bremenom skrbi za bližnjega s težavami v duševnem zdravju. Problematika je aktualna zaradi vse pogostejših težav na področju duševnega zdravja v družbi ter družbenih premikov, ki potekajo v smeri deinstitutionalizacije. Ravno v tem kontekstu je smiselno raziskati, kaj svojce obremenjuje, kaj jih spravlja v stisko ter katere oblike podpore lahko prispevajo k njihovi razbremenitvi.

V prvem delu so predstavljena teoretična izhodišča, ki osvetljujejo pomen duševnega zdravja v skupnosti in družini skozi prizmo konceptov socialnega dela. Rdeča nit teoretičnega dela so stigma, normalizacija in deinstitutionalizacija, ki predstavljajo ključne dejavnike podpore svojcem oseb s težavami v duševnem zdravju. Posebna pozornost je namenjena vlogi socialnega delavca, ki s pomočjo socialnodelovnega odnosa krepi moč in zmožnosti svojcev. V zadnjem delu teoretičnega poglavja so predstavljeni najpomembnejši okvirji psihosocialne pomoči svojcem, in sicer skupine za samopomoč, psihoedukativne delavnice ter inovativen dialoško-mrežni pristop. Pri slednjem so izpostavljene njegove temeljne značilnosti in primerjane s koncepti socialnega dela.

V naslednjih poglavjih se magistrsko delo nadaljuje z empiričnim delom. Raziskava, opravljena v okviru magistrskega dela, temelji na kvalitativnem pristopu, pri čemer so bili izvedeni polstrukturirani intervjuji s svojci odraslih oseb s težavami v duševnem zdravju. Namen raziskovalnega dela je bil ugotoviti, kako svojci doživljajo svojo vlogo, kakšna čustva jih ob tem prevzemajo, s kakšnimi bremenmi se soočajo ter kako si ob tem pomagajo. Rezultati raziskave kažejo na močno psihofizično obremenitev svojcev ob skrbi za osebo s težavami v duševnem zdravju. V zaključnem delu magistrsko delo ponuja predloge za izboljšanje položaja svojcev, med drugim z večjo informiranostjo, dostopnim svetovanjem, možnostjo začasnih namestitev ter večjo odprtostjo do inovativnih pristopov pomoči. Raziskava prispeva k boljšemu razumevanju izkušenj svojcev ter razkriva, kaj se skriva v ozadju njihovih negativnih občutij. Hkrati spodbuja razmislek o oblikovanju politik, ki bi svojcem in njihovim bližnjim omogočale skupnostne oblike pomoči, utemeljene na partnerstvu, odprtosti ter zmanjševanju stigme.

Ključne besede: psihosocialna pomoč, svojci, duševno zdravje, skupnost, socialno delo in duševno zdravje, stigma, normalizacija, podpora, deinstitutionalizacija

Psychosocial assistance to relatives of people with mental health problems

Master's Thesis Abstract

This master's thesis explores the topic of mental health from the perspective of family members who face the burden of caring for a relative with mental health difficulties. The issue is highly relevant due to the growing prevalence of mental health challenges in society and the ongoing social shift towards deinstitutionalisation. In this context, it is essential to examine what burdens family members, what causes them distress, and which forms of support can contribute to their relief.

The first part of the thesis presents the theoretical foundations that highlight the importance of mental health within the community and the family, viewed through the lens of social work concepts. The central themes of the theoretical framework include stigma, normalisation, and deinstitutionalisation, which represent key factors in supporting family members of people with mental health difficulties. Special attention is devoted to the role of social workers, who, through the social work relationship, empower and strengthen the capacities of family members. The final section of the theoretical framework outlines the main forms of psychosocial support for relatives, including self-help groups, psychoeducational workshops, and the innovative dialogical network approach, whose key principles are compared with those of social work.

The empirical part of the thesis is based on a qualitative research approach, employing semi-structured interviews with family members of adults experiencing mental health difficulties. The aim of the study was to explore how family members perceive their role, which emotions they experience, what burdens they face, and how they cope with these challenges. The results indicate a high level of psychophysical strain among relatives caring for a person with mental health problems. The thesis concludes with several recommendations for improving the situation of family members, including better access to information, counselling, temporary respite services, and greater openness towards innovative support approaches.

The research contributes to a deeper understanding of the lived experiences of family members and reveals the underlying causes of their negative emotions. At the same time, it encourages reflection on the development of policies that would enable family members and their loved ones to access community-based forms of support founded on partnership, openness, and the reduction of stigma.

Keywords: psychosocial support, relatives, mental health, community, social work and mental health, stigma, normalization, support, deinstitutionalization

KAZALO VSEBINE

1. UVOD.....	1
2. TEORETIČNA IZHODIŠČA.....	5
2.1. Duševno zdravje v skupnosti.....	5
2.2. Duševno zdravje znotraj družine	9
2.2.1. Vloga svojcev v podpori oseb s težavami v duševnem zdravju.....	14
2.2.2. Destigmatizacija in normalizacija v podpori svojcem	20
2.2.3. Potreba svojcev ali oseb s težavami v duševnem zdravju.....	25
2.3. Deinstitutionalizacija kot pomoč svojcem.....	29
2.4. Socialni delavec v pomoč svojcu	32
3. TEORETIČNI OKVIR PSIHOSOCIALNE PODPORE V KONTEKSTU DUŠEVNEGA ZDRAVJA	38
3.1. Skupine za samopomoč	41
3.2. Psihoedukacija.....	42
3.3. Inovativen dialoško-mrežni pristop.....	44
4. OPREDELITEV PROBLEMA	48
4.1. Raziskovalna vprašanja	49
5. METODOLOGIJA.....	50
5.1. Vrsta raziskave	50
5.2. Merski instrumenti in viri podatkov	50
5.3. Populacija in vzorec	52
5.4. Obdelava in analiza podatkov	53
6. REZULTATI IN RAZPRAVA	61
6.1. Čustvena stiska in obremenitev svojcev.....	61
6.2. Skrb za vsakodnevne potrebe svojca in finančna obremenitev	62
6.3. Uporaba ali zavračanje pomoči ter izkušnje svojcev s prejetimi storitvami	63
6.4. Prilagajanje svojega življenja, družinska dinamika in odnosi.....	64
6.5. Socialna mreža in podpora	65
6.6. Pomanjkanje zakonodaje	65
6.7. Potreba po razbremenitvi svojcev	65
6.8. Pogled na trenutno situacijo in želje svojcev	66
6.9. Samoiniciativne strategije pomoči	67
7. UGOTOVITVE IN SKLEPI.....	68
7.1. Kako svojci oseb s težavami v duševnem zdravju doživljajo svojo vlogo in vsakdanje življenje ob osebi s težavami v duševnem zdravju?.....	68
7.2. Kako svoje doživlja bližnjega sorodnika s težavami v duševnem zdravju in kakšna stališča zavzema?	69
7.3. Ali so svojci dovolj opremljeni z informacijami ob prevzemanju vloge neformalne skrbi?	69

7.4. Na kakšen način svojci iščejo in prejemajo podporo?	70
7.5. Na katerih področjih je smiselno svojca podpreti?	71
7.6. Kateri so najbolj izpostavljeni izzivi na področju duševnega zdravja?.....	71
8. PREDLOGI	73
9. UPORABLJENA LITERATURA.....	75

KAZALO TABEL

Tabela 5.1: Značilnosti vzorca.....	53
Tabela 5.2: Razvrščanje kod.....	55

1. UVOD

Duševno zdravje predstavlja temeljno sestavino celostnega zdravja posameznika ter pomembno vpliva na kakovost življenja, socialno funkcioniranje in zmožnost soočanja z vsakodnevnimi izzivi. Duševno zdravje je temeljni vidik splošnega zdravja in dobrega počutja posameznika. Svetovna zdravstvena organizacija (WHO) ga opredeljuje kot stanje dobrega počutja, v katerem posameznik uresničuje svoje sposobnosti, se sooča z običajnimi življenjskimi stresorji, produktivno dela in prispeva v svojo skupnost (WHO, 2022b). Podobno tudi Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ) poudarja, da duševno zdravje ne pomeni zgolj odsotnosti duševnih motenj, temveč tudi prisotnost pozitivnega blagostanja in občutka življenjske izpolnjenosti (NIJZ, 2023). Čeprav po mnenju zdravniške stroke duševno zdravje zaseda tako pomembno vlogo v življenju posameznika, je to področje še vedno pogosto spregledano, zapostavljeno ali stigmatizirano, kar vpliva na dostopnost pomoči in podporo ljudem, ki se soočajo s težavami v duševnem zdravju.

Oseba s težavami v duševnem zdravju je večkrat moteča okolici in družbi; družba pa na te osebe pogosto glasno opozarja. V stiski in precepu se tu znajdejo tudi svojci, ki osebi s težavami v duševnem zdravju stojijo ob strani, nudijo podporo in čutijo pritiske bližnje okolice. Ko govorimo o svojcih, ki imajo v svoji družini osebe s težavami v duševnem zdravju, pravzaprav govorimo o osebah, ki ob tem prav tako doživljajo stisko. Svojci, ki se soočajo z »duševno boleznijo« in spoznanjem, da ta prinaša omejitve, to pogosto doživljajo kot zelo boleče (Kelavić, 2007, str. 315).

Čeprav se v sodobni družbi pomen duševnega zdravja vse bolj prepoznava, se številni posamezniki še vedno soočajo z različnimi duševnimi stiskami, pri čemer pogosto ostajajo sami ali nezadostno podprti. Težave v duševnem zdravju posameznika ne prizadenejo zgolj njega samega, temveč celotno skupnost, močno pa vplivajo tudi na njegove bližnje – zlasti na družinske člane, ki so pogosto primarni vir opore, a hkrati sami izpostavljeni čustvenim, psihičnim in praktičnim obremenitvam (Šprah et al., 2011).

V sodobni družbi se vse bolj zavedamo pomena preventive, zgodnjega prepoznavanja težav in ustrezne psihosocialne podpore (Šprah et al., 2011). Ob tem narašča tudi zanimanje za celostne pristope, ki upoštevajo ne le posameznika, temveč tudi njegovo družinsko in socialno okolje. Težave v duševnem zdravju ne prizadenejo le posameznika, temveč vplivajo tudi na njegovo

širšo socialno mrežo, še posebej na družinske člane – svojce, ki so pogosto pomembni deležniki v procesu okrevanja.

Utemeljitev strokovne relevantnosti tega magistrskega dela izhaja iz naraščajočega pomena obravnave duševnega zdravja, ki presega zgolj terapijski vidik in vključuje širši socialni kontekst. Stigmatizacija oseb s težavami v duševnem zdravju ostaja ena največjih ovir pri njihovem vključevanju v družbo, pri čemer so svojci velikokrat prvi in glavni deležniki pri opozarjanju na tovrstne težave, ki hkrati občutijo pritiske iz okolice. Te zaznave izhajajo iz moje prakse na področju duševnega zdravja. Menim, da je raziskovanje tematike bistveno tudi z vidika, kako lahko svojci aktivno prispevajo k zmanjševanju stigmatizacije, kar je ključno za razvoj praks, ki podpirajo tako posameznike kot njihove družine. Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028 (Ur. l. RS, št. 24/18) navaja kot enega izmed ključnih izzivov povečanje pismenosti ter ozaveščenosti na področju duševnega zdravja ter destigmatizacijo. Resolucija nadalje navaja, da duševna motnja, telesna bolezen in izključenost tvorijo stopnjujočo se povratno zvezo, ki jo je mogoče prekiniti le s povezanimi družbenimi ukrepi. Strukturna stigmatizacija se kaže v zanikanju problema, pomanjkljivi oskrbi ter celo zanemarjanju in podcenjevanju oseb s težavami v duševnem zdravju pri odločanju in soodločanju. To so razlogi, zaradi katerih pride do zanikanja problema, poznega iskanja pomoči in občutka manjvrednosti, kar vpliva na slabe izide zdravljenja in rehabilitacije ter povzroči izgubo upanja. Resolucija omenja tudi stigmo, ki je po mnenju Svetovne zdravstvene organizacije poglobljena ovira pri vzpostavljanju ustreznih, kakovostnih in dostopnih služb na področju duševnega zdravja. Diskriminacijo lahko zmanjšujemo s tem, da krepimo ljudi, ki stigmo doživljajo, in s povečevanjem pismenosti na področju duševnega zdravja. Ljudi, ki doživljajo stigmo, je treba vključiti v vse faze načrtovanja in odločanja o službah in storitvah, ki jih potrebujejo, ter v presojo njihovega delovanja. Resolucija poudarja, da je eden od načinov za zmanjševanje stigme povečevanje pismenosti na področju duševnega zdravja (angl. Mental Health Literacy), ki se nanaša na znanje, prepričanja in stališča o težavah v duševnem zdravju ter znanje, ki pomaga pri njihovem prepoznavanju, obravnavi in preventivi. Povečanje pismenosti na področju duševnega zdravja se začne pri svojcih.

Dokaj nov pristop na področju obravnave duševnega zdravja predstavlja tudi princip odprtega dialoga, ki poudarja vključujoč in transparenten način komuniciranja, v katerega so navadno vključeni tudi svojci. Pristop omogoča večjo participacijo vseh vpletenih v proces obravnave duševnega zdravja in odpira prostor za razumevanje perspektiv tako oseb s težavami kot njihovih svojcev. Povezava med odprtim dialogom in zmanjševanjem stigmatizacije je še

posebej pomembna, saj ta pristop spodbuja normalizacijo duševnih stanj ter krepi občutek sprejetosti in podpore (Seikkula in Arnkil, 2014).

Delo tako vključuje vidike normalizacije v psihosocialni podpori svojcev oseb s težavami v duševnem zdravju skozi izobraževanje in informiranje, odpravljanje stigme, spodbujanje empatije in sprejemanja, krepitev lastnih virov in strategij obvladovanja stisk ter podporo v skupnosti. Nadalje se osredotoča na praktične in teoretične vidike, ki lahko prispevajo k razvoju sodobnih praks v duševnem zdravju. Rezultati bodo relevantni tako za strokovne delavce, ki delujejo na področju duševnega zdravja, kot za svojce, saj bodo osvetlili učinkovite pristope za preprečevanje stigme in izboljšanje kakovosti življenja vpletenih.

Namen magistrskega dela je poglobljeno raziskati, kako širša javnost razume in sprejema osebe s težavami na področju duševnega zdravja. Raziskava se bo osredotočila na potrebe, želje in interese uporabnikov, katerih svojci imajo težave v duševnem zdravju ter so vključeni v obravnavo na centru za socialno delo. Raziskovalno populacijo bodo sestavljali uporabniki, ki so vključeni v obravnavo na centru za socialno delo, bodisi v okviru storitve osebna pomoč ali storitve prva socialna pomoč; seznanjeni bodo na enem izmed osebnih srečanj. Pomembno je ugotoviti, kako svojci odraslih oseb s težavami v duševnem zdravju doživljajo svojo vlogo, kakšne oblike psihosocialne podpore so jim na voljo in katere bi bile zanje najbolj koristne.

Raziskovalno delo bo potekalo z empiričnega in kvalitativnega vidika. Podatki bodo zbrani prek pogovorov in izvedenih polstrukturiranih intervjujev. Vprašanja bodo usmerjena na tematiko podpore in sprejemanja svojcev s težavami v duševnem zdravju, razumevanje njihovih potreb, njihovo pripravljenost nuditi podporo, pa tudi na stiske svojcev, pritiske iz okolja ter pričakovanja do institucij. Ugotavljal bom tudi zadovoljstvo z obstoječim sistemom uporabnikov in njihovih svojcev. Zbrani podatki bodo obdelani kvalitativno, opisno interpretirani in povezani z raziskovalnimi temami. Metoda raziskovanja bo polstrukturirani intervju. Osrednja namena raziskave sta zmanjševanje stiske svojcev oseb s težavami v duševnem zdravju ter prispevanje k boljšemu razumevanju oseb s težavami v duševnem zdravju, seveda skozi prizmo normalizacije.

V teoretičnem delu bo predstavljen pregled sodobnih pristopov k duševnemu zdravju, medtem ko se bo empirični del osredotočil na analizo izkušenj svojcev, pregled obstoječih podpornih sistemov ter njihovo evalvacijo.

Psihosocialna podpora svojcev oseb s težavami v duševnem zdravju je ključnega pomena tako za dobrobit svojcev kot tudi za uspešnost okrevanja osebe s težavo v duševnem zdravju. Potrebe svojcev so pogosto spregledane, saj sistemska obravnava primarno cilja na posameznika s težavo v duševnem zdravju. Svojci so, hočejo ali ne, obremenjeni s stanjem družinskega člana, vključeni v njihovo obravnavo, deležni pritiskov iz okolja, kar jim povzroča različne stiske.

Menim, da ima pomembno vlogo pri psihosocialni podpori svojcev oseb s težavami v duševnem zdravju tudi socialni delavec, saj svojcu pomaga razumeti, sprejeti in normalizirati izkušnjo duševnih težav v družinskem krogu. V tem oziru je poudarek na zmanjševanju stigme, izboljšanju razumevanja ter spodbujanju občutka, da je doživljanje težav v duševnem zdravju del človeške izkušnje. Z vidika normalizacije je ključno, da se svojci zavedajo, da niso sami in da njihova situacija ni osamljen primer. Koncept podpira širši, predvsem razumevajoč pogled na težave v duševnem zdravju ter krepi sposobnost učinkovitejše podpore bližnjim.

Z delom želim prispevati k boljšemu razumevanju vloge svojcev v procesu okrevanja, pomena psihosocialne podpore ter dolgoročnega vpliva družinske dinamike na duševno zdravje odraslih oseb. S tem bi lahko podprla prizadevanja za razvoj bolj vključujočih in podpornih sistemov pomoči na področju duševnega zdravja.

2. TEORETIČNA IZHODIŠČA

2.1. Duševno zdravje v skupnosti

Duševno zdravje je bistveno več kot le odsotnost duševne bolezni; je bistveno za našo zmožnost percepcije, razumevanja in interpretacije okolja, ki nas obdaja, pa tudi za mišljenje, govor ter medsebojno verbalno in neverbalno komunikacijo. Pomembno vpliva na našo sposobnost oblikovanja in vzdrževanja odnosov ter na naše vsakdanje življenje v različnih družbah in kulturah, v katerih živimo (Bajt et al., 2009, str. 1).

Duševno zdravje v skupnosti pomeni stanje, kjer se posamezniki v določenem okolju počutijo psihično in čustveno stabilni, podprti ter vključeni. Gre za takšno skupnost, ki aktivno skrbi za dobrobit vseh svojih članov, zmanjšuje stigio, povezano s težavami v duševnem zdravju, in omogoča dostop do pomoči, če jo kdo potrebuje. Je pravzaprav stvar celotne države, vseh sektorjev in politik. Je stvar vseh zainteresiranih, vključno z uporabniki, njihovimi združenji in svojci. Oblikuje se že v primarni družini, v šolah, na javnih krajih in delovnih mestih. Je odvisno tudi od tega, kako nas drugi obravnavajo in kako mi obravnavamo druge in sami sebe. Konvencionalni pristop, ki je zasnovan predvsem na zdravljenju duševnih bolezni, ni več dovolj. Potrebno je pogledati širše in vključiti multidisciplinarni pristop, ki ne bo usmerjen samo h zdravljenju duševnih bolezni, temveč tudi h promociji duševnega zdravja (Bajt et al., 2009, str. 1).

Vprašanje, ki se mi večkrat poraja, je, ali takšno skupnost sploh imamo. Menim, da je danes v družbi normalno tisto, kar je splošno moralno sprejemljivo. Kaj pa je moralno sprejemljivo? Zakonodaja, pravilniki, običaji ... pravijo, da je moralno sprejemljivo tisto, kar družba sprejema kot splošno moralno pravilo, s katerim ocenjuje določeno ravnanje kot dobro, takšnega pa posameznik zavestno upošteva. Moralno pravilo oblikuje določena družbena skupina, za katero meni, da je samo po sebi dobro, da ga je treba upoštevati in se ravnati v skladu s takšnim pravilom (Ivanjko, 1997). Kaj pa, če je posameznikovo videnje moralno sprejemljivega drugačno? Izkušnje mi kažejo, da družba oseb, ki so drugačne od »normalnih«, ne sprejema. Kot primer naj navedem odraslo osebo, gospo s posebnimi potrebami, za katero je njen svet drugačen. Gospa je vsak dan na balkonu in mimoidoče ogovarja, včasih tudi zmerja. Omenjena gospa za svojo okolico ni normalna, ni sprejemljiva; želijo jo umakniti v institucijo. Ob takšnih dogodkih se mi vedno znova postavlja vprašanje: Kaj je v resnici tisto, kar je normalno? Čigava je tu potreba po instituciji? Po Goffmanu (2008, str. 12–15) je neznanec, ki ima lastnost, ki se

razlikuje od drugih oseb, slab, nevaren ali šibek. Takšna oseba je v mislih »normalnega« človeka pomanjkljiva in nepopolna. O stigmati govorimo, ko lastnosti osebe niso skladne z našim stereotipom o tem, kakšen bi moral biti »normalen« tip osebe. Vendar pa ima tudi stigmatizirani posameznik na splošno enaka merila o identiteti kot »normalni« ljudje ter si zasluži poštene možnosti in svojo priložnost.

Kakšna pa naj bi bila vključujoča skupnost? Glede na Svetovno zdravstveno organizacijo (WHO, 2013) je vključujoča skupnost sinonim za enakovredno vključenost posameznikov v življenje v skupnosti, ne glede na njihove fizične, psihološke in socialne značilnosti. Slednje zagotavlja dostopnost, socialno povezanost, aktivno sodelovanje članov ter preprečevanje stigme in diskriminacije (WHO, 2013). Definicija je nasprotje institucionalizacije posameznikov. To pomeni, da osebe s težavami v duševnem zdravju niso izolirane v instituciji in tam pozabljene, temveč so del skupnosti, sodelujejo v lokalni dejavnosti in so vključene v socialne mreže ter podporne programe. To pozitivno vpliva na njihovo funkcionalno okrevanje in izboljšuje kakovost življenja (Nacionalni program duševnega zdravja MIRA, 2020; Strategija RS za deinstitucionalizacijo, 2024–2034). Omenjeni pristop je poimenovan kot biopsihosocialni model, ki poudarja soodvisnost bioloških, psiholoških in socialnih dejavnikov pri obravnavi duševnih motenj (Šugman Bohinc, 2024). Vključujoča skupnost je tako pomembna, ker omogoča celostno podporo, na ta način pa zmanjšuje socialno izolacijo ter prispeva h zmanjšanju neenakosti v dostopu do duševnozdravstvenih storitev.

Država Slovenija je poskusila področje duševnega zdravja v skupnosti najprej urediti zakonodajno. Tako je leta 2009 začel veljati Zakon o duševnem zdravju, ki pomembno opredeljuje, v kakšnih primerih sme država človeka zapreti na zaprti oddelek katere od bolnišnic, omejiti in tudi časovno zamejiti »posebne metode«, ki jih v takšnih primerih sme uporabljati osebje, opredeljuje, kako se posebej občutljivo ravna z mladimi, predvsem pa uvaja institut zastopnika — uporabnikovega zaveznika ob stiku s psihiatrijo, zlasti pri neprostovoljnem sprejemu (Vrhovnik Straka, 2015, str. 10). Iz prakse vem, da večina uporabnikov, s katerimi sem imela opravka, niti ne ve, da obstaja možnost pogovora z zastopnikom.

Država Slovenija je podpisala tudi Konvencijo o pravicah invalidov, po kateri so invalidi ljudje z dolgotrajnimi telesnimi, duševnimi, intelektualnimi ali senzoričnimi okvarami, ki jih v povezavi z različnimi ovirami lahko omejujejo pri tem, da bi enako kot drugi polno in učinkovito sodelovali v družbi. S tem se je formalno zavezala, da se bo pri vseh zakonodajnih

in drugih postopkih, ki se nanašajo na invalide, temeljito posvetovala z njimi, a v praksi tega ne počne (Vrhovnik Straka, 2015, str. 11).

Danes imamo v Sloveniji tudi Resolucijo o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028 (ReNPDZ18–28), ki predvideva implementacijo praks za izboljšanje duševnega zdravja. Slednja sledi viziji zagotoviti prebivalcem Slovenije optimalno duševno in telesno blagostanje, pogoje za razvoj in udejanjanje vseh svojih potencialov v poklicnem, družbenem, zasebnem in družinskem življenju ter enak dostop do kakovostnih virov pomoči.

Resolucija izpostavlja šest prednostnih področij:

- zagotavljanje skupnostnega pristopa pri krepitvi duševnega zdravja ter obravnavi oseb s težavami v duševnem zdravju v skupnosti,
- promocijo duševnega zdravja, preventiva in destigmatizacija na področju duševnih motenj,
- mrežo služb za duševno zdravje,
- alkohol in duševno zdravje,
- preprečevanje samomora,
- izobraževanje, raziskovanje, spremljanje in evalvacija.

Sprejeta zakonodaja s področja duševnega zdravja predstavlja nujen temelj, saj določa pravice, obveznosti in usmeritve države na področju duševnega zdravja. Vendar pa sama zakonodaja še ne zadošča za dejanske spremembe v praksi. Prav tako meni Švab (2015), da je za dejanske spremembe v praksi potrebno veliko več — na primer izvajanje zakonodaje v praksi, povečanje dostopnosti storitev, deinstitucionalizacija, destigmatizacija, podpora svojcem ter multidisciplinarno sodelovanje.

Menim, da je z vidika duševnega zdravja posameznika pomembno, da ljudje v skupnosti ne le preživljajo, ampak tudi uspevajo — to pomeni, da imajo priložnost za osebno rast, medsebojno povezanost, občutek pripadnosti in varnosti. Duševno zdravje v skupnosti je torej kombinacija podpore, razumevanja, preventive in dostopnosti virov, ki posamezniku pomagajo ohranjati notranje ravnoesje in kakovost življenja. Slednje je tesno povezano s tem, kako okolje osebo s težavami v duševnem zdravju sprejema.

Stigma, diskriminacija in kršenje človekovih pravic močno vplivajo na duševno zdravje prizadetih. V okolju, v katerem živimo, še vedno obstaja splošen predsodek, da so duševne motnje neskladne z družbenimi normami in življenjem samim. Izkušnje iz Velike Britanije kažejo, da so se ljudje, ki so bili soočeni z dejstvom, da bodo za sosede imeli uporabnike

psihiatrije, še bolj oklenili predsodkov kot prej, ko se z njimi niso srečevali. Postopoma se je sicer strah pred njimi zmanjševal. Največji predsodek oziroma stigma pa se kaže v neuspešnih poskusih oseb s težavami v duševnem zdravju, da bi dobile delo, slednje pa še bolj prispeva k negativni samopodobi ter jemlje zaupanje v prihodnost (Lamovec, 1996, str. 197).

Učinkovita preventiva je usmerjena proti predsodkom, saj je skladna s principi socialne enakosti, enakih možnosti in dostopnosti do pomoči najbolj ranljivim skupinam prebivalstva. Pri tem je pomembno izpostaviti krepitev moči in sodelovanja uporabnikov, načrtovanje in izvajanje storitev, ohranjanje dostojanstva ljudi, izboljšanje kakovosti ter dostopnosti storitev, organizacijo pomoči in zdravljenje v bližini doma — v skupnosti, na lokalno omejenih območjih — in ne v velikih institucijah (Švab, str. 113). Nadalje Švab (str. 113) meni, da je skupnostna obravnava ali obravnava na primarni ravni zdravstvenega in socialnega varstva optimalnejša kot obravnava v institucionalnem okolju; izkazuje tudi boljše izide, skupnostna obravnava pa je bolj dostopna in manj krši človekove pravice.

Tudi Abdulmalik in Thornicroft (2016) navajata, da se pojem duševnega zdravja v skupnosti nanaša na pristop, pri katerem se podpora, obravnava in preprečevanje duševnih stisk izvajajo v lokalnem okolju posameznika, ne zgolj v institucionalnem ali bolnišničnem okviru. Gre za razumevanje, da so človekovo socialno okolje, mreže in skupnost ključni dejavniki, ki prispevajo k ohranjanju in krepitvi duševnega zdravja.

Skupnostni pristopi k duševnemu zdravju so pomembni iz več razlogov. Prvič, omogočajo večjo dostopnost do pomoči, saj zmanjšujejo ovire, povezane s stigmo, finančnimi stroški ali geografsko oddaljenostjo (Dixon, 2016). Drugič, krepijo socialno podporo, ki je ključna pri obvladovanju stresa, zmanjševanju simptomov anksioznosti in depresije ter pri hitrejšem okrevanju (Zhang in Dong, 2022). Tretjič, programi v skupnosti omogočajo zgodnjo prepoznavo stisk in pravočasno intervencijo, kar prispeva k zmanjšanju bremena duševnih motenj (Kohrt et al., 2018).

Poleg zdravstvenih koristi ima duševno zdravje v skupnosti tudi pomemben družbeni in ekonomski vidik. Dobro delujoče skupnosti, ki spodbujajo povezanost, medsebojno pomoč in občutek pripadnosti, prispevajo k višji kakovosti življenja ter zmanjšujejo tveganja za socialno izključenost (Mental Health Foundation, 2023). Prav tako skupnostni pristopi zmanjšujejo neenakosti v dostopu do pomoči, saj omogočajo bolj pravično in vključujočo obravnavo za ranljive skupine prebivalstva (Siddiqui et al., 2022).

Duševno zdravje v skupnosti je ključen element sodobnega pristopa k skrbi za duševno zdravje, a mora tudi skupnost biti dovolj pripravljena in sodelujoča pri tem. Z združevanjem strokovne podpore, socialnih mrež, lokalnih virov, strpnosti in razumevanja se ustvarjajo pogoji za celostno obravnavo posameznika. Na ta način je mogoče preseči stereotipe ter ustvariti vključujočo družbo, s tem pa skupnost.

2.2. Duševno zdravje znotraj družine

Raziskave dosledno potrjujejo, da kakovost družinskih odnosov pomembno vpliva na duševno zdravje otrok in mladostnikov. Pozitivna komunikacija med starši in otroki, toplota ter čustvena podpora krepijo občutek varnosti, pripadnosti in odpornosti proti stresu (Leijten et al., 2018). Nasprotno pa so konflikti, pomanjkanje topline in zanemarjanje povezani z višjo pojavnostjo simptomov depresije, anksioznosti in vedenjskih težav pri otrocih (Jin et al., 2025).

Narat in drugi (2024) menijo, da je kakovost komunikacije med starši in otroki eden ključnih varovalnih dejavnikov duševnega zdravja mladostnikov, saj je boljša komunikacija povezana z nižjimi ravni depresivnih in anksioznih simptomov. Raziskava, ki so jo omenjeni avtorji opravili, je pokazala, da slaba družinska dinamika povečuje občutek osamljenosti pri mladostnikih.

Ugotovitve potrjujejo, da so družinski konflikti pomemben dejavnik tveganja za duševno zdravje mladostnikov, kar poudarja potrebo po podpori družinam pri obvladovanju konfliktov in izboljšanju družinske dinamike.

Družina pa ni samo vir tveganj, ampak lahko predstavlja tudi poglavitno varovalo pred razvojem duševnih stisk.

Izkušnje iz otroštva, kot so zanemarjenost, čustvena zloraba in nasilje, naj bi povečale tveganje za razvoj tako težav v duševnem zdravju kot osebnostnih težav kasneje v odrasli dobi (Bradley et al., 2005). Medtem ko pozitivne izkušnje v otroštvu, kot so občutek varnosti, ljubezni in stabilnosti, pomembno prispevajo k duševnemu zdravju odraslih ter lahko omilijo posledice negativnih izkušenj (Bethell et al., 2019).

Iz zgoraj omenjene literature lahko razumemo, da družina posredno vpliva na posameznikovo duševno zdravje in mu zagotavlja čustveno ter socialno oporo, se pa družinska dinamika bistveno spremeni, kadar se eden izmed družinskih članov sooča s težavami v duševnem

zdravju. Duševna bolezen namreč ne vpliva zgolj na posameznika, temveč tudi na njegovo ožjo in širšo družino, ki se pogosto znajde v vlogi primarnega vira podpore.

Skrb za osebo s težavami v duševnem zdravju najbolj obremeni družinske člane. Na svojem delovnem področju se večkrat srečujem s svojci oseb s težavami v duševnem zdravju. Ob pogovoru z njimi zaznavam, da so velikokrat obremenjeni s čustvenim, socialnim ter ekonomskim bremenom. Svojci ob tem pogosto doživljajo stres, občutke nemoči, žalosti in krivde. Sooča se z dolgotrajno negotovostjo ter izčrpanostjo, hkrati pa s stigmo in diskriminacijo, kar otežuje zmožnost iskanja virov pomoči in podpore. Družine, ki se srečujejo s težavami v duševnem zdravju, so v večini primerov nepripravljene na spoprijemanje s tovrstnimi težavami, saj prihajajo iz različnih socialnih, lokalnih in izobrazbenih okolij ter so lahko v skladu s temi dejavniki (ne)ustrezno pripravljene na pomoč (Vrhovnik Straka, 2015, str. 50).

Po Lamovec (1998, str. 344) se družina, v kateri živi oseba s težavami v duševnem zdravju, srečuje s tremi viri stresa, ki izhajajo iz:

- stališč družbe – vključuje številne predsodke do teh oseb ter njihovih družin;
- neustreznega odnosa ustanov duševnega zdravja;
- situacijskega stresa – bivanjski vidiki vsakdanjega življenja.

Družina ali svojec, ki skrbi za osebo s težavami v duševnem zdravju, se v družbi velikokrat srečuje s stigmo. Ta je lahko povezana z majhnimi dohodki, ki ne zadoščajo za pokritje potreb osebe s težavami v duševnem zdravju, po drugi strani pa družina ne pomisli, da bi lahko ta oseba imela možnosti za produktivno vključitev v družbo. Praksa mi je pokazala, da se osebe s težavami v duševnem zdravju dejansko preveč zanašajo na materialno podporo svojcev, svojci pa jih pri tem podpirajo. Tako mi je tudi gospa v enem izmed pogovorov povedala, da je sin že dolgo tega izgubil PIN številko na kartici, zaradi tega ne pride do denarne socialne pomoči, sama pa mu kupuje hrano s svojo pokojnino, plačuje njegove položnice ter ga v vsem finančno podpira. Sam po novo PIN številko ne gre, ker ne mara drugih ljudi in socialnega okolja. Zanima me, kaj bi se zgodilo, ko bi mu mati odvzela to podporo? Ali bi sin vseeno odšel po novo PIN številko? Menim, da je skrb svojcev včasih dvorezen meč, saj po eni strani nudi podporo osebam s težavami v duševnem zdravju, po drugi strani pa jih ovira pri lastni samostojnosti.

Stres svojcem povzroča tudi sistem duševnega zdravja. Svojci navajajo, da se največkrat srečujejo z:

- pomanjkljivimi in dvoumnimi informacijami strokovnjakov;
- odsotnostjo načrtovanja dolgotrajne pomoči;
- pomanjkanjem alternativ hospitalizaciji;
- zapleti s pravnim sistemom in policijo;
- nepredvidenimi stroški (Lamovec, 1998, str. 345).

Lamovčeva (1998) dodaja še, da je moteč tudi nespoštljiv in vzvišen odnos strokovnih delavcev do družine. Temu pa, na osnovi dosedanjih izkušenj na področju dela z osebami s težavami v duševnem zdravju, tudi sama prikimavam, kajti zaznavam pokroviteljski, vzvišen ter neenakopraven odnos med strokovnjaki in osebami s težavami v duševnem zdravju ter njihovimi svojci.

Družinski člani oziroma svojci žalujejo za osebo, za katero skrbijo, saj to ni več ista oseba, kot je bila. Svojci se ob tem soočajo z lastno bolečino, velikokrat pa se temu pridruži tudi strah pred prihodnostjo (Lamovec, 1998, str. 346). Večkrat mi svojec, ki ima odraslega otroka s težavami v duševnem zdravju, izraža strah, ker ne ve, kaj bo, ko svojca več ne bo.

Vloga družinskih članov pri skrbi za svojca s težavami v duševnem zdravju se pogosto kaže tudi v spremembah družinske dinamike. Nekateri prevzemajo večjo odgovornost, drugi se odmikajo, kar lahko vodi v konflikte ter zmanjšano družinsko povezanost in stabilnost. Prvi korak pri tem je razvoj ustreznega odnosa do tovrstnih težav. Družinski člani svojca s težavami v duševnem zdravju se morajo v prvi vrsti razbremeniti negativnih občutkov krivde in sramu ter prenehati sprejemati odgovornost za nastanek teh težav. Te občutke mora družina predelati, saj se le tako lahko vzpostavi odnos, ki temelji na občutku perspektive, sprejemanju, ravnovesju v družinski dinamiki ter realnih pričakovanjih (Smrdu, Pavao Belak, Švab, 2015, str. 51).

Sama sem v komunikaciji s svojci oseb s težavami v duševnem zdravju večkrat začutila z njihove strani pritiske, ki so izhajali iz njihovih stisk, da naj institucija opravi prisilno hospitalizacijo svojca, saj sami tega ne zmorejo. Zakon o duševnem zdravju v 1. odstavku 40. člena med drugim navaja, da lahko predlog za zdravljenje brez privolitve poda tudi najbližja oseba. To seveda leti na svojca. Postopek za svojca ni preprost, ravno nasprotno. Svojci ob tem doživljajo celo paleto negativnih čustev in obremenitev. To je zanje toliko težje, ker bodo po končani hospitalizaciji deležni očitkov s strani hospitalizirane osebe, hkrati pa bodo v vlogi edine opore pri ponovni vzpostavitvi stika z zunanjim okoljem. Lamovec (1998, str. 347) meni, da so prisilne hospitalizacije na pobudo družine velika tragedija, pogosto celo pretrgajo družinske vezi. Nadalje meni, da je izredno hudo, da osebo s težavami v duševnem zdravju

izdajo ravno ljudje, ki jim je najbolj zaupal, in to v trenutku, ko je sposoben najmanj prenesti to dejstvo.

Včasih se zgodi, da družina preprosto ne zmore vseh pritiskov, ki jim jih nalagata okolica in zdravstvo, zato je večkrat na preizkušnji, kaj bo, ko se oseba s težavami v duševnem zdravju vrne domov. Stiska, ki jo družina doživlja, se lahko takrat pokaže v obliki finančnih težav, izgube samostojnosti, bojazni pred vedenjem osebe s težavami v duševnem zdravju, ovir v vsakdanjem življenju, izgube socialnega okolja, rušenja družinskih odnosov, občutkov izgube, depresije, anksioznosti ... (Kelavić, 2007, str. 315). Zaradi pritiskov in stisk, ki jih družina ob tem doživlja, mora včasih slednja osebi s težavami v duševnem zdravju postaviti tudi mejo ter mu s tem omogočiti, da se postavi na svoje noge. Tovrstne stiske, tudi pri svojem delu, zasledim predvsem v relaciji mati–sin. Matere v odnosu do svojih sinov niso naučene, da smejo kaj zahtevati, saj družba od matere zahteva, da je »moralni ideal« (Lamovec, 1998, str. 348). Sama pri svojem delu se srečujem z materami, ki navajajo, kaj vse so mu dale in koliko so delale, da bi imel, da bi bil ... Lamovec (1998, str. 348) meni, da je svojec, ki želi koristiti osebi s težavami v duševnem zdravju, v prvi vrsti prisiljen poskrbeti zase, da ne odpove. To pomeni, da mora osebi s težavami v duševnem zdravju prepustiti večjo odgovornost, ga morda usmerjati v dejavnosti zunaj doma. Nadalje je rezultat tega, da svojec prevzema nase preveč odgovornosti, pravzaprav manjša zmožnost avtonomije osebe s težavami v duševnem zdravju. Na kratko: ta oseba postane v celoti odvisna od svojca. Osebe s težavami v duševnem zdravju se včasih v družini počutijo ujete, jih ta celo duši. Nekoč mi je uporabnik s težavami v duševnem zdravju povedal, da ga moti, ker ga mati ves čas kliče ter nadzoruje, kaj počenja. Zdelo se mu je, da ravna z njim kot z majhnim otrokom ter mu ne zaupa. To je v njem sprožalo občutke nelagodja, nezadostnosti in nesamostojnosti. Na tej točki Lamovec (1998, str. 351) meni, da mora družina sprejeti razumno tveganje ter pustiti, da oseba s težavami v duševnem zdravju naredi tudi kakšno napako, obenem pa naj družina spodbuja držanje dogovorov, kar je del odgovornosti.

Pri razbremenitvi družine, ki se sooča s težavami v duševnem zdravju, menim, da je pomembno podajanje pravih informacij ter psihoedukacija. Ob tem se kot ključnega pomena pokaže ustrezna psihosocialna podpora, ki družinskim članom omogoča razbremenitev, večjo odpornost ter boljše spoprijemanje s stresom.

Smrdu, Pavao Belak in Švab (2015, str. 52) menijo, da družine, ki se soočajo s svojci s težavami v duševnem zdravju, potrebujejo predvsem:

- konkretno in vsakdanjo pomoč pri reševanju težav;

- nepretrgano podporo strokovnega osebja služb za duševno zdravje na domovih oseb s težavami v duševnem zdravju;
- finančno podporo in pomoč države (socialna podpora, davčne olajšave, finančni dodatki);
- strokoven, spoštljiv odnos, podporo in zaupanje, tudi v primerih, ko gre za hospitalizacijo proti volji osebe;
- združevanje v organizacije, kjer se družijo sebi enaki – slednje zanje pomeni medsebojno podporo in razumevanje;
- ustanovitev in vzdrževanje mreže služb, ki bi izboljšala njihovo življenje ter življenje svojcev.

Ko se družina sooča z dejstvom, da ima svojec težavo v duševnem zdravju, se pogosto znajde v stiski, ki lahko zajema občutke nemoči, krivde, jeze ali izgorelosti. Prvi korak pri razbremenitvi stiske je soočanje s težavo v duševnem zdravju, ki lahko vpliva na dinamiko celotne družine. Pomembno je tudi, da se družina o čustvih odkrito pogovarja, saj težave v duševnem zdravju vplivajo na celotno družino. Čustva naj se izrazijo, mnenje vsakega družinskega člana mora imeti svoje mesto. Ni pa zaželena pretirana čustvena angažiranost, ta je kvečjemu škodljiva. Nadalje je treba vzpostaviti ravnotežje med podporo in skrbjo na eni strani, na drugi strani pa omogočiti svojcu čim večjo samostojnost pri prevzemanju odgovornosti za svoje življenje. Priporočljivo je tudi, da se družina med seboj uskladi in pogovori, lahko tudi s strokovnimi službami, saj je včasih težko poiskati pravo ravnotežje (Smrdu et al., 2015, str. 53).

Znotraj družine je vselej pomembna odprta, empatična komunikacija z osebo s težavami v duševnem zdravju, prav tako pa tudi z družino in svojci. To vključuje poslušanje brez obsojanja in izražanje podpore, saj to omogoča zmanjševanje osamljenosti ter krepitev občutka povezanosti (Dernovšek et al., 2018). Družina pri tem ne sme pozabiti na lastno dobrobit, saj je podpora osebam s težavami v duševnem zdravju učinkovitejša, če sami preprečujejo izgorelost ter si poiščejo pomoč, denimo v podpornih skupinah svojcev. Nacionalni program duševnega zdravja (2018) posebej poudarja, da družina ne sme ostati sama v bremenu skrbi, ampak mora biti vključena v mrežo strokovne, skupnostne in socialne podpore, ki skupaj omogoča zmanjševanje stiske ter krepitev odpornosti.

Švab (2000) meni, da so ovire pri rehabilitaciji oseb s težavami v duševnem zdravju naslednje:

- družine velikokrat ostajajo same v stiski, podpora pa je pomanjkljiva,
- zanikanje težav v duševnem zdravju,

- odklonilen odnos do služb,
- službe ne odgovarjajo na potrebe družin,
- pomanjkljiva ozaveščenost o težavah v duševnem zdravju,
- neustrezno zdravljenje težav v duševnem zdravju,
- neustrezna podpora pri vračanju v vsakdanje življenje (Kelavić, 2007, str. 313).

Kako družina sprejema osebo s težavami v duševnem zdravju, vpliva tudi pogled, ki ga ima družba do teh posameznikov. Družbene predstave o duševnih motnjah neposredno vplivajo na oblikovanje metod zdravljenja, oskrbe ter nadaljnjega sprejemanja v skupnosti. Zato lahko trdimo, da obravnava duševnega zdravja odraža ne le medicinske dosežke, temveč tudi širše družbene vrednote, prepričanja in stopnjo stigmatizacije oseb s težavami v duševnem zdravju.

2.2.1. Vloga svojcev v podpori oseb s težavami v duševnem zdravju

V preteklosti so bile družine edini vir oskrbe za osebe s težavami v duševnem zdravju, skupnost pa ni prevzela veliko odgovornosti. Danes imamo posebne socialnovarstvene zavode ter podobne institucije, kamor se oseba s težavami v duševnem zdravju lahko vključi. Čeprav je oseba s težavami v duševnem zdravju lahko vključena v poseben socialnovarstveni zavod, pa svojci v podpori tej osebi odigrajo ključno vlogo, bodisi da je nastanjena v zavodu ali pa ostaja v domačem okolju. Lamovec (1998, str. 342) celo meni, da je v Sloveniji oseba s težavami v duševnem zdravju v celoti prepuščena skrbi družine, saj se država ne čuti dolžna sistematično pomagati pri ustanavljanju stanovanjskih skupin ter ne omogoča socialnih stanovanj za ljudi s težavami v duševnem zdravju. Na dolgi rok pa menim, da tudi dolgotrajna skrb osebe s težavami v duševnem zdravju na bremenih svojca ne more biti rešitev, saj slednje svojca izčrpa, po drugi strani pa se oseba s težavami v duševnem zdravju največkrat ne usposobi za samostojno življenje (Lamovec, 1998, str. 343).

Wainwright et al. (2015) menijo, da se bistvene obremenitve svojcev oseb s težavami v duševnem zdravju kažejo na naslednjih področjih:

- nespečnost,
- finančne težave,
- težave z delom,
- osamitev in izolacija,
- zanemarjanje drugih družinskih članov,
- skrb za prihodnost,

- negativna čustva, kot so krivda, izguba, žalost, tesnoba, sram, stigma,
- občutek brezizhodnosti in nemoči.

Kakor koli obrnemo, imajo svojci ključno vlogo pri podpori oseb s težavami v duševnem zdravju, saj so pogosto prvi, ki zaznajo spremembe v vedenju, razpoloženju ali vsakdanjem funkcioniranju bližnjega. Njihova skrb gre celo tako daleč, da so prisiljeni seznaniti se z zdravstvenim sistemom, sistemom socialnega varstva, pravnim sistemom ter neredko tudi kazensko-pravnim sistemom (Lefley, 1996, str. 114). Njihova podpora se kaže na več ravneh – v obliki čustvene opore, ki vključuje poslušanje, razumevanje in sprejemanje; v obliki pomoči pri vsakodnevnih opravilih ali spremstvu k strokovnim obravnavam; ter v obliki socialne podpore, ki zmanjšuje tveganje za izolacijo in socialno izključenost posameznika. Raziskave kažejo, da je prisotnost močne družinske mreže povezana z boljšim okrevanjem, manjšo stopnjo ponovitev bolezni in višjo kakovostjo življenja oseb s težavami v duševnem zdravju (McFarlane, 2016).

Pomemben vidik podpore svojcev predstavlja njihovo vključevanje v izobraževalne in podporne programe. Mednarodne smernice, kot so priporočila Svetovne zdravstvene organizacije, poudarjajo pomen t. i. programov psihoedukacije, ki svojce opremijo z znanjem o simptomih, komunikacijskih veščinah ter strategijah za obvladovanje stresa in kriznih situacij (WHO, 2021). Dokazano je, da tovrstni programi ne le izboljšajo odnose med družinskimi člani, temveč tudi zmanjšajo tveganje za ponovne epizode bolezni (Murray-Swank in Dixon, 2004). V sodobnih modelih obravnave duševnega zdravja, kot sta odprti dialog in pristopi, usmerjeni v okrevanje, so svojci priznani kot enakovredni partnerji, ki s svojim prispevkom soustvarjajo okolje za okrevanje.

Ker so svojci pogosto glavni nosilci neformalne pomoči, so tudi sami ranljiva skupina, ki potrebuje ustrezno psihosocialno podporo. Svojci ob prvem soočenju s težavo v duševnem zdravju pri družinskem članu lahko razvijejo akutno stresno motnjo, ki se lahko podaljša v prilagoditveno motnjo; tako svojci doživijo proces žalovanja (Dernovšek, 2019, str. 190). Skupine za samopomoč, družinska terapija in svetovalne storitve dokazano zmanjšujejo njihovo čustveno in psihološko obremenitev ter krepijo njihovo sposobnost učinkovitega podpiranja bližnjega (Saunders, 2003). Vključitev svojcev v sistem pomoči tako prinaša koristi vsem udeleženi: osebi s težavami v duševnem zdravju omogoča hitrejšo okrevanje in boljšo kakovost življenja, svojcem zmanjšuje obremenitve in stres, strokovnim službam pa olajšuje načrtovanje in izvajanje obravnav.

Kako pa lahko pravzaprav svojec pomaga osebi s težavami v duševnem zdravju?

Svojci se na osebo s težavami v duševnem zdravju različno odzivajo. Nekateri jo lahko podpirajo pri doseganju njenih ciljev, drugi pa jo vidijo zgolj kot odraslega otroka in jo na poti k samostojnosti lahko celo ovirajo. Vloga svojcev ob osebi s težavami v duševnem zdravju pa pravzaprav ni preprosta. Spomnim se pogovora s sestro, ki je poskušala podpirati brata s težavami v duševnem zdravju. V pogovoru je izražala stisko in obremenitev, saj se je brat velikokrat opiral nanjo. Deležna pa je bila tudi klicev bratovih sosedov in pritiska iz okolja, naj vendarle kaj naredi. Brat je prihajal k njej na delovno mesto ter jo prosil za denar, kar jo je še dodatno spravljalo v sramoto. Večkrat je navajala, da tega ne zmore več. Prejemala je klice ob vseh mogočih urah. Brat pa jo je včasih prosil za pomoč, saj je bil lačen, večkrat pa ji je tudi grozil.

Lamovec (1998, str. 374) meni, da prava podpora osebi s težavami v duševnem zdravju ni preprosta ter zahteva veliko truda in razumevanja. Namreč svojec, ki obravnava osebo s težavami v duševnem zdravju kot odraslega otroka, ni na pravi poti, saj ji krati samostojnost. Smiselno je, da se takšno osebo poskuša vključiti v vsakdanje delo družine ter ji tako zagotoviti enakovredno vlogo, ki pomeni prvi korak k razvoju samostojnosti in vzajemnosti. Lamovec (1998, str. 375) v nadaljevanju navaja nekaj praktičnih primerov za svojce:

- osebo s težavami v duševnem zdravju je treba poslušati do konca, brez prekinitev, ter poskušati videti stvari iz njenega vidika;
- svojec naj bo na voljo za razgovor;
- svojec naj spoštuje življenjske odločitve osebe s težavami v duševnem zdravju;
- svojec naj pokaže razumevanje in naklonjenost, naj prosi za pojasnila, če česa ne razume;
- oseba s težavami v duševnem zdravju ima pravico delati napake — le iz njih se bo kaj naučila;
- svojec naj pričakuje, da bo oseba s težavami v duševnem zdravju opravljala hišna opravila;
- svojec naj pričakuje, da lahko oseba s težavami v duševnem zdravju živi normalno življenje;
- svojec naj pusti, da oseba s težavami v duševnem zdravju poskrbi zase v vsakdanjih stvareh;
- svojec naj podpre pobudo osebe s težavami v duševnem zdravju, če ni izrazito v nasprotju z realnostjo;
- svojec naj sprejme osebo s težavami v duševnem zdravju takšno, kot je;
- svojec naj podpre vse dosežke osebe s težavami v duševnem zdravju;

- svojec naj spoštuje njeno zasebnost;
- naj poskuša ustvariti toplo in sproščeno ozračje v družini;
- pomembna je poštenost in neposrednost;
- svojec naj ravna z osebo s težavami v duševnem zdravju kot s sebi enakim — brez pokroviteljstva.

V nadaljevanju Lamovec (1998, str. 375) navaja, česa naj svojec v odnosu do osebe s težavami v duševnem zdravju ne počenja:

- naj ne žrtvuje svojih interesov v svojem življenju zaradi osebe s težavami v duševnem zdravju;
- naj ne sprejema odločitev namesto osebe s težavami v duševnem zdravju;
- naj ne kritizira;
- naj ne sili v stvari, za katere meni, da so dobre za osebo s težavami v duševnem zdravju — to bo oseba povedala sama;
- naj je ne obremenjuje z lastnimi strahovi in skrbmi;
- naj ne počne stvari namesto osebe s težavami v duševnem zdravju, ampak skupaj z njo;
- naj ne pretirano varuje;
- naj postavlja jasne meje, saj je enakovreden član družine — ne manj, ne več;
- naj ne bo vsiljiv;
- naj ne dovoli manipuliranja, v družini naj ne bo skrivnosti;
- v primeru konflikta naj se poskuša pogovoriti — to je bolje kot tišina ali zamera;
- naj ne razlaga osebi s težavami v duševnem zdravju o svojih osebnih problemih, ker ima že svoje;
- naj je ne obremenjuje s pretiranimi dražljaji;
- naj se izogiba prepiru v njeni navzočnosti;
- naj ne prevzema odgovornosti zanjo — odgovornost mora prevzeti sama;
- naj je ne sili v vlogo bolnika.

V prvem primeru sem v pogovoru z mamo, ki ima sina z dvojno diagnozo, izvedela, da je pri skrbi zanj močno izčrpana, da si ne privoščijo priložnosti dejavnosti, da pa ji veliko pomeni telovadba s prijateljicami, kar je zaradi njega opustila. Po drugi strani mi je povedala, da plačuje nujne življenjske položnice namesto njega, saj meni, da je nesposoben sam plačati. Ko sem jo povprašala, ali ga je kdaj vprašala, ali bi zmozel sam, ali pa ga morda pospremila, da bi skupaj odšla na banko, mi je povedala, da ne. Da ga nikoli ni povprašala ali poskusila pospremiti na banko, temveč je domnevala, da on ne zmore oziroma ni sposoben tega.

V drugem primeru pa sem imela pogovor z mamo, ki je kljub stiski, ki jo je doživljala ob sinu z dvojno diagnozo, znala in zmogla od situacije dovolj odmakniti, da je sinu nudila podporo takrat, ko je za to vprašal, mu dovolila samostojnost in ga poskušala razumeti. Rezultat tega je bil, da je lahko sam zaživel v svojem gospodinjstvu, ob podpori družine ter nevladne organizacije, kasneje pa se je tudi zaposlil.

Zagotovo zgornjim napotkom ni preprosto slediti, na trenutke se zdijo celo nasprotujoči med seboj. Svojec, ki sledi tem napotkom, je močno zasidran v vlogi podpornika osebe s težavami v duševnem zdravju, zato tudi sam potrebuje podporo s strani socialne mreže, strokovnjakov in nevladnih služb, da ob tem ne izgori. Težave v duševnem zdravju ene osebe vplivajo na enega ali več svojcev v družini, tako da lahko doživljajo občutke sramu in zadrege ter se od družine oddaljijo. Seveda imajo svojci pravico do izbire, ali se bodo vključili v podporo ali ne. Tudi svojci imajo pravico do mirne starosti, prav tako lahko svojci obnemorejo. Dejansko je tako, da tiste svojce, ki so se vključili v podporo, pestijo številna eksistencialna vprašanja (Smrdu, Pavao Belak, Švab, 2015, str. 57).

Baselska deklaracija o skupnostni skrbi iz leta 2011 govori o smernicah, ki naj jim sledijo vse države članice Evropske unije. Smernice so namenjene tudi dostopu skupnostne skrbi za svojce:

- formalna in neformalna podpora osebam s težavami v duševnem zdravju in njihovim svojcem;
- enaka dostopnost do skupnostnih služb v lokalnem okolju za osebe s težavami v duševnem zdravju in za svojce;
- zmanjševanje stigme zaradi težav v duševnem zdravju, saj stigma predstavlja težko breme za svojce, zmanjšuje dostopnost do storitev, otežuje vključevanje v družbo, delovno in bivalno okolje ter zmanjšuje možnosti za vzpostavljanje medsebojnih odnosov;
- pravica do izbire za svojce, da sprejmejo ali ne sprejmejo vloge podpornika osebe s težavami v duševnem zdravju, in priznanje te pravice;
- promocija socialne vključenosti;
- hitrejša okrevanje za vse vključene.

Danes se delo strokovnjakov na področju duševnega zdravja pri podpori svojcem osredotoča na krepitev moči svojcev, z namenom pridobitve čim več nadzora nad svojim življenjem. Danes svojec ni le nemočen opazovalec, temveč ima aktivno vlogo pri podpori osebe s težavami v duševnem zdravju. Temu prikimavajo tudi strokovnjaki, saj svoje delo usmerjajo v celosten in sistemski pristop, kjer je svojec obravnavan kot pomemben del procesa okrevanja (Stolper et

al., 2022). Bistvena je tudi podpora svojcem, ki jo slednji najdejo v psihoedukaciji, kar omogoča razumevanje narave bolezni, prepoznavanje opozorilnih znakov poslabšanja, izboljšanje komunikacije in podpornih strategij (Tham in Solomon, 2024). Lamovec (1998, str. 382) podrobneje opredeljuje edukativno komponento kot pregled spoznanj o težavah v duševnem zdravju, o zdravljenih in njihovih stranskih učinkih, o vplivu stresa v okolju ter o doživljanju in problemih življenja. V izobraževanje naj se vključi celotna družina, saj se na ta način razporedi teža bremena. Obenem pa naj bi strokovnjaki poskušali zagotavljati emocionalno in psihosocialno podporo svojcem, vključno z individualnim svetovanjem in skupinami za samopomoč, kar zmanjšuje občutek nemoči in stresa ter izboljšuje kakovost življenja svojcev (Gorman et al., 2023).

Vključevanje svojcev oseb s težavami v duševnem zdravju v obravnavo zmanjšuje število relapsov ali pa jih skrajšuje, manjša je intenzivnost težav v duševnem zdravju, omejuje se potreba po hospitalizaciji, povečuje se aktivnost osebe s težavami v duševnem zdravju, s tem pa se izboljšuje tudi kakovost njegovega življenja (Kogovšek, Škerbinek, 1998). Še več, svojci nemalokrat predstavljajo ključni socialni vir za osebe s težavami v duševnem zdravju, saj predstavljajo prvi korak k podpori in varnosti. Njihova prisotnost v življenju osebe s težavami v duševnem zdravju zmanjšuje občutek izolacije in osamljenosti, poleg tega pa pripomore k večji stabilnosti. Vsekakor so posredniki med strokovnimi službami in osebo s težavami v duševnem zdravju, saj med drugim tudi zaznavajo spremembe v vedenju ter opozarjajo na potencialno poslabšanje. Svojci so ključni element med osebo s težavami v duševnem zdravju in službami, ki ji nudijo podporo, zato je pomembno, da svoje sodeluje, da podpirne službe imajo posluš zanj ter ga spodbujajo, svetujejo in krepijo njegove vire pomoči. V praksi se to največkrat pokaže tako, da je svoje tisti, ki se obrne po pomoč na institucijo, ki obravnava tovrstne težave.

Menim, da vloga svojcev presega zgolj skrb za posameznika s težavami v duševnem zdravju. Svojci s svojo podporo aktivno soustvarjajo okolje, ki spodbuja okrevanje, zmanjšuje stigmo in krepi socialno povezanost. Zato je nujno, da jim družba in strokovne službe namenijo več pozornosti, dostopnih programov in sistematične podpore, saj s tem ne krepimo le njihovega blagostanja, ampak posredno izboljšujemo tudi izide pri osebah s težavami v duševnem zdravju.

Vloga svojcev pri podpori oseb s težavami v duševnem zdravju je ključna za uspešnost obravnave in okrevanja, vendar pa učinkovitost njihove podpore ni odvisna le od strokovnih pristopov in kompetenc svojcev, temveč tudi od družbenega konteksta, v katerem delujejo.

Stigmatizacija duševnih motenj lahko vodi v izolacijo svojcev, povečano čustveno obremenitev in zmanjšano dostopnost do virov pomoči, medtem ko normalizacija težav v duševnem zdravju ustvarja prostor za odprto sodelovanje, podporo in aktivno vlogo svojcev kot partnerjev v obravnavi. V naslednjem poglavju bom proučila vpliv tega na podporo svojcem oseb s težavami v duševnem zdravju.

2.2.2. Destigmatizacija in normalizacija v podpori svojcem

Na področju duševnega zdravja se v vsakdanjih pogovorih še vedno pogosto srečujem s predsodki, strahom in nerazumevanjem. Ugotavljam, da največja bolečina duševne stiske pogosto ne izvira iz same bolezni, temveč iz tišine, s katero se družba odziva nanjo. Stigma, ki spremlja osebe s težavami v duševnem zdravju, osebi ne vzame le glasu, temveč tudi dostojanstva in občutka pripadnosti, enako pa naredi tudi s svojci osebe s težavami v duševnem zdravju.

Pojem stigme je prvi sistematično opredelil Erving Goffman že leta 1963. Opisal jo je kot družbeni proces označevanja in izključevanja posameznikov, ki odstopajo od družbenih norm. Stigma je tako večplastna – vključuje kognitivno (stereotipi), čustveno (predsodki) in socialno komponento, ki se izraža tako, da ljudje izgubijo položaj v družbi. Na področju duševnega zdravja ima stigma poseben pomen, saj vpliva na samopodobo, socialne odnose in dostop do pomoči. Kljub napredku v razumevanju težav v duševnem zdravju stigma še vedno predstavlja eno ključnih ovir pri zagotavljanju učinkovite psihosocialne podpore (Goffman, 2008).

Goffman (2008, str. 17) meni, da se stigmatizirani posameznik odziva na svoj položaj tako, da poskuša neposredno popraviti tisto, kar vidi kot pomanjkljivo. To sem zaznala tudi pri obravnavi osebe s težavami v duševnem zdravju, ki se je za odpravo alkoholizma odločila zdraviti v psihiatrični bolnišnici in je v tem videla edino možno rešitev. Še več, v nekem trenutku se je odločila za samoosamitev od družbe z namenom »uteči« pred alkoholom, saj je ocenila, da ji bo slednje pomagalo pri zdravljenju, a je privedlo do številnih depresivnih epizod. Slednje ni pomagalo, saj je ob epizodah depresije še vedno posegala po alkoholu, osamitev pa jo je odrezala od zaposlitve, omejila socialne stike ter otežila dostop do drugih socialnih storitev. Na ta način si je onemogočila eksistenco, ki bi bila kolikor mogoče blizu normalni, kot je Bank-Mikkelsen definiral normalizacijo (Brandon, 1993, str. 19). Conolly pa je za glavno sestavino normalizacije določil družbeno integracijo, saj naj bi ta pripomogla k družbeno cenjenemu vedenju (Brandon, 1993, str. 20).

Stigmatizacija težav v duševnem zdravju je eden največjih izzivov, s katerimi se soočajo ne le posamezniki z izkušnjo duševnih težav, temveč tudi njihovi svojci. Če sem v predhodnih poglavjih navedla, da mora svojec dati prostor osebi s težavami v duševnem zdravju ter ji omogočiti samostojnost, pa naletim že na področju zaposlitev na prvo prepreko za takšno osebo – zaradi družbene stigme. Hospitalizacija v psihiatrični ustanovi namreč zaradi močne stigmatiziranosti bistveno zmanjša možnost za kakovostno in produktivno življenje osebe s težavami v duševnem zdravju (Lamovec, 1998, str. 42). Socialne posledice hospitalizacije so lahko, da ga ljudje ocenjujejo kot trajno nagnjenega k nadaljnjim krizam ter kot nezmožnega, da v zvezi s tem kar koli ukrene. Po mnenju Lamovčeve je stigma psihiatrične bolnišnice močnejša kot stigma zapora.

Svojci pogosto nosijo dvojno breme – poleg čustvenih in praktičnih obremenitev, povezanih s skrbjo za bližnjega, se soočajo še z nerazumevanjem, predsodki in socialno izključenostjo okolice. To lahko vodi v občutke izoliranosti, krivde in nemoči, kar še dodatno oslabi njihove zmožnosti za učinkovito podporo. Reakcije svojcev na težave v duševnem zdravju so različne, največkrat pa vsaj v začetku vključujejo značilnosti žalovanja in izgube. Svojci težave v duševnem zdravju sprva največkrat zanikajo, kasneje se poskušajo z njimi spopasti s prevzgojo, dopovedovanjem, jezo ali zaščito. Ob diagnozi se tudi težko sprijaznijo in težko sprejmejo, da je treba življenje na novo prilagoditi (Švab, 2009, str. 33). Zaradi stigme včasih svojci težko ponudijo pomoč osebi s težavami v duševnem zdravju, včasih pa pred okolico tudi skrijejo dejansko stanje. Spomnim se telefonskega klica in ženskega glasu na drugi strani, ki je – preden je spregovorila – želel zagotovilo, da bo njena identiteta ostala skrita. Šele ko sem ji to zagotovila, mi je priznala stisko, v kateri se je znašla zaradi bližnje osebe s težavami v duševnem zdravju.

V družbi so prisotna stališča, da težave v duševnem zdravju izhajajo iz družine; še posebej so na udaru matere, zato so te družine toliko bolj tarča stigme. Slednje navadno vodi tudi do družbene izolacije družine, izgube prijateljev, sorojenci doživljajo zavračanje in zasramovanje vrstnikov, navzočnost osebe s težavami v duševnem zdravju v družini oslabi odnose s prijatelji, sosedi in sorodniki (Lamovec, 1998, str. 344). To me spomni na pogovor z materjo, ki mi je povedala, da bi že prej prišla k meni na pogovor in po nasvet, če se ne bi sramovala priti na institucijo ter če se ne bi počutila tako krivo za sinovo stanje. Med drugim je iskala priložnost za pogovor izven uradnih ur institucije, da je slučajno kdo ne bi videl.

Svojci naj bi bili v oporo bližnjim osebam s težavami v duševnem zdravju, a stigmatizacija duševnih motenj močno vpliva na zmožnost svojcev za učinkovito podporo (Corrigan, 2004; Tham in Solomon, 2024):

- psihološki vpliv – svojci pogosto doživljajo krivdo, sram, stres in izgorelost, kar zmanjšuje njihovo samozavest in zmožnost učinkovite pomoči;
- omejevanje dostopa do virov podpore – strah pred obsojanjem zmanjša njihovo odprtost do strokovne pomoči, skupin za podporo in psihoedukativnih programov;
- socialni vpliv – stigma vodi v izolacijo družine, zmanjšuje medosebne stike in otežuje mrežo podpore, kar posredno vpliva na kakovost pomoči pacientu;
- posledice za osebo s težavami v duševnem zdravju – zmanjšana podpora svojcev pomeni slabšo podporo pri rehabilitaciji, povečuje možnost ponovnih intervencij ter nasploh znižuje kakovost okrevanja.

Švab (2009, str. 34) glede stigme omenja, da svojci najtežje sprejemajo nepravilno in pomanjkljivo obravnavo v zdravstvenih in socialnih službah, neustrezno zakonodajno ureditev in politične odločitve, ki vodijo tudi do finančnih stisk in prikrajšanosti svojcev. Največkrat navajajo, da so prepuščeni samim sebi, da med različnimi službami ni povezave ter da ne pridejo do pravih informacij.

V pomoč svojcem pri podpori osebam s težavami v duševnem zdravju je destigmatizacija. Izraz destigmatizacija označuje boj proti diskriminaciji – različna obravnavo enakih lastnosti – in stigmatizaciji ter je posledica kompleksnega procesa (Moineville et al., 2012, str. 347). Gre za proces zmanjševanja ali odpravljanja predsodkov, stereotipov in diskriminatornih prepričanj, ki so povezana z določenimi stanji ali izkušnjami, kot so težave v duševnem zdravju. Njeno bistvo je v spreminjanju družbenih pogledov, v katerih se duševne stiske prepoznajo kot del človeške izkušnje, ne pa kot znak šibkosti ali nenormalnosti (Goffman, 2008).

Destigmatizacija je vsekakor instrument, ki svojcem pomaga, da se lažje spopadajo s situacijo, v kateri so se znašli skupaj z osebo s težavami v duševnem zdravju. Svojcem je mogoče pomagati zmanjšati izločenost in nemoč z izobraževanjem o težavah v duševnem zdravju. Sem spada tudi pomoč vrstniških družin, ki si med seboj delijo izkušnje reševanja problemov in izkušnje okrevanja. Navsezadnje so svojci v Sloveniji dosegli sprejetje Zakona o duševnem zdravju (Švab, 2009, str. 36).

Podpora destigmatizaciji in svojcem oseb s težavami v duševnem zdravju je tudi normalizacija. Pojem normalizacija opredeljuje sprejemanje duševnega zdravja kot sestavnega dela

človekovega življenja – omogoča razbremenitev družin ter krepitev njihovega socialnega kapitala. Ko se v skupnosti gradi razumevanje, da so težave v duševnem zdravju nekaj, kar lahko doleti kogar koli, in da je pomoč dostopna ter legitimna, se ustvarja okolje, v katerem se svojci lažje vključijo, poiščejo podporo ter izkusijo manj stigmatizirajoč odnos družbe. Brandon (1993, str. 24) meni, da je normalizacija sredstvo, ki omogoča prisluhniti podcenjenim posameznikom in skupinam, ki se zavzemajo za odpravo segregacije in revščine. Meni, da je treba pri normalizaciji prisluhniti tistim, ki imajo izkušnjo z marginalizacijo.

Zakaj naj bi načela normalizacije bila v pomoč svojcem oseb s težavami v duševnem zdravju? Ker naj bi pravilna uporaba načel normalizacije lahko vodila k strpnejši in pravičnejši družbi, v kateri je manj negativnih sodb ter so vsi posamezniki cenjeni. Brandon (1992) navaja pet načel normalizacije:

- Poglobljanje odnosov: osebe s težavami v duševnem zdravju poznajo občutek osamljenosti. Poudarjen je pomen vzpostavljanja in ohranjanja pristnih, toplih in trajnih odnosov. Medosebne vezi so temelj občutka pripadnosti, varnosti in identitete. Poglobljeni odnosi omogočajo, da posameznik ni viden le skozi svojo diagnozo, temveč kot celovita oseba z osebnimi željami in potrebami. Normalizacija gradi most, preko katerega ljudje tkejo stike, ki se lahko poglobijo v naklonjenost in ljubezen.
- Večanje izbire: posameznik ima možnost odločanja o lastnem življenju – o tem, kje bo živel, s kom se bo družil in katere dejavnosti bo opravljal. Možnost izbire krepi občutek nadzora in samostojnosti, kar je bistvenega pomena za dostojanstvo in osebni razvoj. Načelo omogoča posameznikom, da prevzamejo aktivnejšo vlogo pri svojem okrevanju in v življenju. To pomeni tudi, da je treba v okolju vzpostaviti individualizirano službo, ki bo nenehno širila možnosti izbire.
- Razvijanje udeležbe: slednje povečuje občutek avtonomije, kar lahko prispeva k bolj učinkoviti terapevtski obravnavi in izboljšanju duševnega zdravja. Aktivno vključevanje posameznika v družbo je ključno za njegovo psihosocialno okrevanje. To načelo spodbuja sodelovanje v skupnosti, pri delu, izobraževanju in vsakdanjih dejavnostih. Udeležba v družbenem življenju zmanjšuje občutek izključenosti in omogoča izkušnjo medsebojnega prispevanja. Poudarek je v vključevanju posameznika v družbeno okolje, skupnost ali organizacijo, ki ji pripada, kar lahko pomaga pri vzpostavljanju socialnih povezav in občutku pripadnosti.
- Individualizacija razvoja: načelo je pomembno z vidika osebnega razvoja vsakega posameznika. Vsaka oseba ima svoje zmožnosti, tempo in življenjske cilje. Načelo temelji

na prilagojenem pristopu, ki upošteva posameznikove posebnosti in spodbuja njegov osebni potencial. Gre za prepoznavanje in krepitev individualnih moči namesto osredotočanja na omejitve.

- Stopnjevanje druženja: gre za postopno vključevanje posameznikov v družbo, širjenje socialnih stikov ter povečevanje vključenosti v lokalno skupnost in okolje (na primer uporaba javnih ustanov). Gre za nujno prisotnost v javnosti in skupnosti, saj je v praksi to pogoj za vzpostavljanje stikov. Na ravni stereotipov in etiket se okolica srečuje s posamezniki, kar omogoča udomačitev podob ter destigmatizacijo (Flaker et al., 2008, str. 295). Stopnjevanje druženja je pomembno z vidika postopnega vračanja posameznikov v družbeno življenje po obdobju omejenega družbenega stika, kar prispeva k občutku vključenosti.

Po Flaker in Rafaelič (2023, str. 109–116) načela normalizacije z vidika ljudi s težavami v duševnem zdravju poudarjajo potrebo po zagotavljanju življenjskih pogojev, ki so čim bolj podobni tistim, ki so na voljo »normalnim« ljudem v skupnosti. Cilj je omogočiti ljudem s težavami v duševnem zdravju, da živijo čim bolj običajno in vključeno življenje v skupnosti, kar omogoča tudi svojcem lažje vključevanje v vsakdanje življenje in nudenje opore. Načela normalizacije v kontekstu odgovarjanja na potrebe svojcev oseb s težavami v duševnem zdravju igrajo ključno vlogo pri oblikovanju uspešnih in človeških pristopov k obravnavi oseb s težavami v duševnem zdravju.

Kako pa lahko načela normalizacije vodijo naša prizadevanja za ustvarjanje okolja, ki omogoča posameznikom s težavami v duševnem zdravju in njihovim svojcem, da živijo polno in vključeno življenje v skladu s svojimi potrebami in željami? Načela normalizacije se primarno nanašajo na pristop k obravnavi posameznikov s težavami v duševnem zdravju, saj zagovarjajo pravico teh posameznikov do življenja v okolju, ki je čim bolj podobno tistemu, v katerem živijo njihovi vrstniki brez posebnih potreb. Po Goffmanu (2008) je stigmatizacija proces, ko oseba preneha biti človeško bitje in postane človeško bitje z napako, nasprotno pa gre pri normalizaciji za preseganje stigmatizacije, izolacije in segregacije ter za spodbujanje vključenosti, samostojnosti in polnega sodelovanja v skupnosti. Stigma pogosto vodi v institucionalizacijo, medtem ko proces destigmatizacije in načela normalizacije omogočajo, da posamezniki s težavami v duševnem zdravju ostajajo vključen del družine in skupnosti. Vloga svojcev je tu poglavitna – njihovo razumevanje, strah in potreba po »normalnosti« močno vplivajo na to, ali se odločijo za oskrbo doma ali za namestitev v ustanovo. To je ključno

izhodišče, ki opominja, kako pomembno je ustvariti okolje, ki omogoča posameznikom in njihovim svojcem, da živijo brez strahu pred diskriminacijo in omejitvami, ki jih prinaša stigma.

2.2.3. Potreba svojcev ali oseb s težavami v duševnem zdravju

Svojec mi je v pogovoru razkril, da ne zmore več skrbi za brata, saj ga slednje obremenjuje na vseh področjih. Doživlja pritiske od sosedov, znancev ter tudi od institucij. Brat ga nadleguje na delovnem mestu, saj prosi za denar, išče ga tudi na domačem naslovu. Kličejo in prosijo, da nekaj ukrenejo tudi njegovi sosedje, tako je vseskozi pod stresom in pritiski okolja. Povedal je, da tega ne zmore več, počuti se izčrpan ter osamljen v stiski. Želi si rešitev za brata v obliki institucije, bolj natančno prisilne namestitve, saj brat prostovoljno ne želi oditi v institucijo. Ko sem svojca vprašala, kaj meni brat o tem, je povedal, da je bratu všeč način življenja, ki ga ima, da je svoboden, brez nadzora, poleg tega pa se boji prisilne hospitalizacije ter tudi tega, da bi mu bilo omejeno gibanje. Čigava je torej potreba po instituciji?

Odločitev svojcev za namestitev osebe s težavami v duševnem zdravju v totalno ustanovo je pogosto preplet osebnih, družinskih in družbenih dejavnikov, ki nimajo nujno povezave z zdravjem dotične osebe. Raziskave kažejo, da svojci ob dolgotrajni skrbi za bližnjega pogosto dosežejo t. i. *točko preloma (breaking point)*, ko ne zmorejo več psihične, fizične in čustvene obremenitve ter se zato odločijo za totalno ustanovo kot preprostejšo rešitev (Teng et al., 2019). S tem se želijo razbremeniti odgovornosti, ki so jo prevzeli brez zadostne strokovne ali skupnostne podpore, obenem pa ohraniti občutek, da delujejo v najboljšem interesu osebe s težavami v duševnem zdravju (Buhr et al., 2006). Kot nadalje ugotavljajo Lopez et al. (2011), odločitev za namestitev v totalno ustanovo ni le posledica bolezni ali zahtevnosti skrbi, temveč tudi subjektivnega doživljanja stiske svojca in pomanjkanja alternativnih oblik pomoči.

Družbena stigma in pomanjkanje podpore svojce pogosto pahneta v stisko in izgorelost. V želji, da bi zaščitili osebo ali sebe, poiščejo rešitev v umiku iz skupnosti – v namestitvi v totalno ustanovo (bolnišnico, dom, zavod). Ker so družine pogosto izpostavljene stigmati, ki spremlja težave v duševnem zdravju, se lahko pojavijo občutki sramu in družbeni pritisk po “urejenosti situacije” (Hinshaw, 2007). Zato je odločitev za namestitev v totalno ustanovo pogosto povezana tudi z družbenim pritiskom po urejenosti in normalnosti. Institucionalizacija tako postane družbeno sprejemljiva rešitev, saj simbolno “umakne” težavo iz javnega prostora, s čimer se zmanjša tveganje za stigmatizacijo družine (Goffman, 2019). Na ta način totalna

ustanova ne deluje zgolj kot prostor zdravljenja, temveč tudi kot sredstvo za regulacijo družbenih norm in razbremenitev svojcev, ki se soočajo z zahtevami vsakodnevne skrbi.

Sama velikokrat prejemam pritiske in grožnje s strani nekaterih svojcev, da je nujno, da se bližnjo osebo proti volji namesti v totalno ustanovo. Temu sledi še žuganje, da bom jaz odgovarjala, če se kaj hudega pripeti. Sama vem, da po večini primerov iz teh besed veje stiska, ker svojec ne zmore več skrbi za bližnjo osebo.

Odločitev za namestitev osebe s težavami v duševnem zdravju v totalno ustanovo je pogosto posledica prepletanja osebnih, družinskih in družbenih dejavnikov. V ozadju takšne odločitve se ne skriva le skrb za varnost in dobrobit posameznika, temveč tudi občutki nemoči, sramu, izgorelosti ter pritiska okolja. Družine, ki se soočajo z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju svojega člana, se pogosto znajdejo v situaciji, kjer jim primanjkuje strokovne, finančne in čustvene podpore. Posledično se lahko zdi institucionalna namestitev edina izvedljiva rešitev, ki prinaša začasno razbremenitev in občutek nadzora nad sicer nepredvidljivimi okoliščinami (Hinshaw, 2007).

Svojci oseb s težavami v duševnem zdravju se pogosto znajdejo v vlogi neformalnih oskrbovalcev, kar sčasoma vodi v kronično utrujenost, občutke nemoči in socialno izolacijo. Študije kažejo, da dolgotrajna skrb za osebo v stiski močno vpliva na psihično zdravje in kakovost življenja svojcev (Corrigan in Watson, 2002). Doživljajo tudi družbeni pritisk, ki povzroči sram in strah pred obsojanjem s strani okolice. V takšnih okoliščinah se odločitev za namestitev v ustanovo pogosto razume kot zaščitni ukrep – ne le za osebo v stiski, temveč tudi za druge družinske člane, ki si želijo povrniti občutek varnosti, strukture in “normalnosti” v vsakdanje življenje.

Če je namestitev osebe s težavami v duševnem zdravju v totalno ustanovo za svojca neke vrste potreba ter edina rešitev, je po drugi strani za osebo s težavami v duševnem zdravju prisila ter najhujša nočna mora. Sodobni koncepti deinstitutionalizacije in normalizacije opozarjajo, da totalna ustanova kot oblika razreševanja stisk svojcev dolgoročno utrjuje odvisnost od sistema ter izključuje posameznika iz skupnosti (Brandon, 1992). Alternativni skupnostni pristopi poudarjajo potrebo po partnerskem sodelovanju med strokovnjaki, osebo s težavami v duševnem zdravju in svojci, kjer družina ne deluje več kot edini nosilec odgovornosti, temveč kot enakovreden soustvarjalec procesa okrevanja (Seikkula in Arnkil, 2014). Omenjeni pristop omogoča destigmatizacijo in večjo avtonomijo vseh vpletenih ter postopno zmanjšuje potrebo po institucionalnih oblikah oskrbe.

Flaker in Rafaelič (2021, str. 23–53) menita, da so bistvene značilnosti totalnih ustanov izolacija od širše skupnosti, izguba izbire in avtonomije, kršenje pravice do svobode, osebnega dostojanstva, zasebnosti in svobode gibanja ter pravice do življenja v skupnosti. Nadalje navajata, da dolgotrajno bivanje v totalnih ustanovah vodi v pasivno vedenje stanovalcev, institucionaliziranost osebja ter pokroviteljski položaj osebja. Stigma do teh oseb se povečuje zaradi ločevanja od skupnosti in izključevanja. Totalne ustanove vpeljujejo ločevanje, zapiranje, discipliniranje, poniževanje in socialno omrtvičenje. Značilnost totalnih ustanov je tudi, da osebam, ki dolgotrajno bivajo v njih, pripišejo deviantno identiteto, tako da je ta oseba za okolje avtomatsko nevarna (Flaker in Rafaelič, 2021, str. 51).

Ko svojci končno dosežejo, da je oseba s težavami v duševnem zdravju nameščena proti volji v varovani oddelek socialnovarstvenega zavoda, čutijo olajšanje. Je pa to olajšanje pogosto prepleteno z občutki krivde in žalosti, saj svojci lahko doživljajo, da niso v zadostni meri poskrbeli za sorodnika (Garcia–Tizon et al., 2023). Menim, da takšna ambivalentnost kaže, da je odločitev za institucionalno oskrbo pogosto izraz nezadostne podpore svojcev s strani strokovnih služb. Spomnim se gospe, ki je svojo dementno mamo namestila v dom ostarelih, pri čemer je v pogovoru izražala hudo stisko in krivdo. Menila je, da bi ob aktivnejši pomoči na domu tudi sama zmogla skrb zanj.

Ob razgovorih z uporabniki s težavami v duševnem zdravju sem večkrat zasledila strah, predvsem pred izgubo svobode. Eden od uporabnikov me je prosil, naj ga ne zapremo na varovani oddelek in da, če bom vedela, da ponj prihajajo, naj ga opozorim. Goffman (2019) meni, da je za osebo s težavami v duševnem zdravju totalna ustanova sinonim za izgubo svobode, avtonomije, možnosti odločanja in socialnih stikov, lahko pa tudi povečan občutek varnosti, zaščite in strukture, ki jo v vsakdanjem življenju morda težko ohranja. Vse to vpliva na občutek lastne vrednosti in identitete. Vendar opozarja, da totalne ustanove delujejo kot zaprti sistemi, kjer posameznik postopno izgubi svojo družbeno vlogo in postane predvsem »pacient« oziroma »varovanec«. V takšnem okolju se identiteta pogosto oblikuje skozi institucionalna pravila, kar zmanjšuje občutek osebne avtonomije in odgovornosti.

Namestitev v ustanovo je lahko razumljena kot začasna rešitev za stabilizacijo in strokovno obravnavo, saj dolgoročno bivanje pogosto vodi v odvisnost od sistema in občutek izločenosti iz družbenega življenja. Posameznik, ki je izoliran od vsakodnevnih izkušenj, odnosov in odločitev, težje razvija občutek kompetentnosti in lastne učinkovitosti (Goffman, 2019). Zato se sodobni pristopi k obravnavi duševnih težav vse bolj usmerjajo k deinstitucionalizaciji –

premik od institucionalne k skupnostni obravnavi, ki temelji na načelih enakosti, vključenosti in samoodločanja (Bandura, 1997).

Namestitev v totalno ustanovo ima funkcijo ohranjanja reda in nadzora nad tistimi, ki odstopajo od pričakovanih vedenjskih norm. Goffman (2019) meni, da ustanove delujejo kot mehanizmi socialnega nadzora, ki skrbijo za to, da »drugačnost« ostane nevidna. Svojec se s tem na neki način razbremeni odgovornosti, skupnost pa ohrani občutek reda. Rešitev po drugi strani spodbuja stigmatizacijo, saj problem skriva, namesto da bi ga naslovila. S tega vidika je odločitev svojcev za namestitev osebe s težavami v duševnem zdravju v totalno ustanovo velikokrat rezultat pritiska družbe, ne pa le osebne odločitve. Iz tega izhaja, da je totalna ustanova simbol izključevanja in sramu, saj postavlja posameznika v vlogo pasivnega prejemnika pomoči, kar krepi občutek manjvrednosti ter potrjuje stereotipe, povezane s težavami v duševnem zdravju. Destigmatizacija je temu protitež, saj podpira alternativne oblike podpore, zlasti vključevanje v skupnost in medosebno povezanost (Goffman, 2019).

Protitež totalni ustanovi so tudi načela normalizacije po Brandonu (1990), ki ponujajo pomembno izhodišče za premik od institucionalnega k skupnostnemu pristopu. Poudarjajo pomen poglobljenih odnosov, izbire, sodelovanja, individualizacije in socialne povezanosti. V praksi bi to pomenilo ustvarjanje pogojev, v katerih lahko oseba s težavami v duševnem zdravju živi čim bolj vsakdanje življenje, vključno z možnostjo odločanja, osebnega razvoja in aktivnega sodelovanja v skupnosti. Na ta način bi bil primernejši odgovor na stiske svojcev alternativne oblike podpore v skupnosti, ne pa zgolj namestitev v totalno ustanovo. Naj poudarim, da ne gre za zanikanje težav v duševnem zdravju, temveč za njihovo sprejemanje kot del človeške izkušnje, ki ne zmanjšuje vrednosti posameznika.

Zakaj bi bile te alternativne oblike obravnave v skupnosti pomembne za svojce? Ker bi se na ta način njihova vloga spremenila in razbremenila. Odvzeli bi se tudi negativni občutki, ki jih svojci doživljajo ob prisilnih namestitvah, saj je v ozadju teh postopkov pogosto potreba po razbremenitvi, razumevanju in strokovni pomoči – ki pa bi jo bilo mogoče zagotoviti tudi v skupnosti, če bi bile te oblike podpore dovolj razvite in dostopne. Tako bi svojci, namesto da bi se počutili kot edini nosilci odgovornosti, postali partnerji v procesu okrevanja, skupaj z osebo s težavami v duševnem zdravju in strokovnimi delavci (Seikkula in Arnkil, 2014).

Očitno je, da se potrebe svojcev in potrebe oseb s težavami v duševnem zdravju, ki se navezujejo na totalno ustanovo, razlikujejo. Z vidika svojcev kažejo na človeško željo po varnosti, razumevanju in stabilnosti, medtem ko je za osebo s težavami v duševnem zdravju

totalna ustanova zgolj sredstvo za omejitev svobode. Če družba teh potreb ne razlikuje in jih ne prepozna, posledično pa ne ponudi ustrezne podpore, totalna ustanova postane nadomestilo za socialno varnost in čustveno razbremenitev svojcev. Menim, da dolgoročna rešitev ne leži v izolaciji, temveč v destigmatizaciji, normalizaciji in krepitvi skupnostnih mrež podpore, kjer so odnosi, dialogi in sodelovanje temelj okrevanja. Samo tako je mogoče preseči segregacijo oseb s težavami v duševnem zdravju in ustvariti družbo, kjer bo takšna oseba razumljena in sprejeta.

2.3. Deinstitutionalizacija kot pomoč svojcem

Totalne ustanove so dosegle razširjenost v dobi industrializacije, ko so osebe s težavami v duševnem zdravju ostale brez varstva v domačem okolju, ker so svojci morali v službo. Te skupine oseb so naselili v od okolja ločene, zapuščene zgradbe. Proces zapiranja teh ustanov oziroma deinstitutionalizacija se je po svetu začel kmalu po 2. svetovni vojni, ko so varovanci totalnih ustanov in njihovi svojci opozarjali na zlorabe, bedo in neustreznost zavodov (Flaker, 1998, str. 6).

Zakaj je zapiranje v totalne ustanove škodljivo? Flaker (1998, str. 7) meni, da institucionalno bivanje privede do socialnega omrtvičenja osebne identitete ter jo nadomesti z institucionalno identiteto bolnika ali obsojenca. Nadalje takšen način bivanja osebo spremeni v predmet obdelave. Pretrgajo se socialni stiki iz domačega okolja, spremeni se domača rutina, kar povečuje zavrženost in izoliranost. Tu osebe s težavami v duševnem zdravju ne morejo gojiti želja, načrtov in upov.

Z vidika duševnega zdravja pomeni deinstitutionalizacija selitev oseb s težavami v duševnem zdravju iz totalnih ustanov v skupnost, s podpornimi skupnostnimi programi. Še več, pojem je tudi sinonim za spremembo odnosov med strokovnjaki in uporabniki, za vključevanje uporabnikov v odločanje o njihovem življenju ter za prenos moči od strokovnjakov k uporabnikom. Deinstitutionalizacijo mora prepoznati vsa družba kot pomemben proces in družbeno zavezo (Rafaelič et al., 2017). Definicij in opredelitev je veliko, a vse imajo isti koren.

Rafaelič et al. (2017, str. 187–190) navajajo temeljna načela deinstitutionalizacije:

- vključevanje in možnost odločanja na vseh ravneh – uporabniki naj bodo odločevalci svojega življenja in svoje usode, sočasno pa imajo pravico izbirati, kdo od osebja jim bo v podporo in pomoč;
- zagotavljanje varne zaposlitve obstoječemu kadru – treba je podpreti osebje pri spreminjanju pogleda na uporabnike z različnimi ukrepi;

- pravica do samostojnega življenja v skupnosti – vpliv, da si življenje lahko organizirajo sami; tudi v stanovanjskih skupinah naj imajo pravico do samostojnosti;
- povezovanje in sodelovanje s skupnostjo – povezovanje zavoda z ostalo skupnostjo, kjer so vsi enakovredni;
- vpliv in izbira – stanovalcem zavodov je treba zagotoviti več glasu, to je možnost odločanja pri sprejemanju odločitev v skupnosti in pri načrtovanju politik;
- oskrba po osebni meri – oskrba, ki nadomešča institucijo, mora biti prilagojena po meri človeka, tako da dobi točno tisto, kar potrebuje;
- brez zapiranja in prisile – za totalne ustanove je bilo značilno omejevanje svobode in mučenje. Z deinstitutionalizacijo je tudi to odpravljeno, oskrba na domu naj ne vsebuje nobene prisile in zapiranja;
- brez “snemanja smetane” – izraz označuje selitev stanovalcev, ki so bolj sposobni poskrbeti zase, medtem ko tisti, ki so po mnenju osebja “težji”, ostajajo v institucijah.

Proces ne spreminja razumevanja težav v duševnem zdravju le za uporabnike, temveč tudi za njihove svojce. Z deinstitutionalizacijo v smeri skupnostne skrbi so se svojci prisiljeni veliko bolj vključevati v življenja družinskih članov s težavami v duševnem zdravju (Kelavić, 2007, str. 316). Razumevanje vloge svojcev je tudi v tem, da niso več obravnavani kot breme v sistemu, temveč kot podporniki v okrevanju osebe s težavami v duševnem zdravju. Namreč svojci pogosto imajo znanje, ki sicer ponudnikom storitev skupnostne skrbi ni na voljo. Pred tem ideja, da bi osebe s težavami v duševnem zdravju ali njihovi svojci lahko sodelovali pri načrtovanju storitev, ni bila sprejeta. Takšno sodelovanje je pokazalo učinkovitost, ki je splošno priznana (Lamb in Bachrach, 2001).

Strategija Republike Slovenije za deinstitutionalizacijo v socialnem varstvu za obdobje 2024–2034 (v nadaljevanju StaDI 2024–2034) navaja, da je treba institucije spremeniti in reorganizirati tako, da postane institucija izvajalec storitev v skupnosti, ki zajema široko paleto služb in storitev, ki odraslim z oviranostmi omogočajo, da čim bolj samostojno zaživijo v skupnosti. Različne vrste pomoči omogočajo, da oseba živi sama, s sostanovalci, svojci ali v stanovanjskih skupinah (StaDI 2024–2034, 2024, str. 9).

Evropske smernice iz leta 2021 so navajale naslednje specializirane in posebne storitve v skupnosti:

- socialna ali zdravstvena oskrba in nega na domu,
- osebna asistenca,

- podpora pri neodvisnem življenju v skupnosti,
- družabništvo,
- podpora pri iskanju zaposlitve,
- psihosocialna pomoč,
- podpora družini, ki ima otroka z oviranostjo,
- vrstniška podpora in zagovorništvo,
- krizne namestitve,
- mobilne interventne službe,
- organiziran prevoz,
- druge storitve (StaDI 2024–2034, 2024, str. 9).

StaDI 2024–2034 (2024, str. 9–10) navaja, da podpora v skupnosti pravzaprav pomeni različne storitve:

- neprofitna stanovanja – namenjena ljudem, ki nimajo dovolj lastnih sredstev;
- zdravstvene storitve – storitve v zdravstvenih domovih in pri drugih izvajalcih; na voljo so vsem enake storitve;
- socialne storitve – na voljo so različne vrste socialnih pomoči;
- izobraževanje – enaka možnost šolanja in učenja;
- zaposlovanje – ljudje dobijo pomoč pri iskanju zaposlitve, ki jo zmorejo opravljati;
- kultura in prosti čas – dostop do kulturnih in prostora dejavnosti za vse enak.

Deinstitucionalizacija stremi k temu, da bi bilo ljudem omogočeno neodvisno življenje, z možnostjo lastnega odločanja, vedno pa s podporo (StaDI 2024–2034, 2024, str. 10).

Menim, da je proces v oporo svojcem oseb s težavami v duševnem zdravju, saj načela, ki jih deinstitucionalizacija navaja, krepijo samostojnost oseb s težavami v duševnem zdravju, hkrati pa krepijo moč tako svojcev kot njihovih družinskih članov. Razvijajo skupnostne storitve in pomoči, ki bodo svojce razbremenile. Tako Pitschel-Walz in drugi (2001) menijo, da aktivno vključevanje svojcev v procese zdravljenja in odločanja zmanjšuje tveganje ponovnih hospitalizacij, obenem pa vpliva na boljše odnose med svojci in osebami s težavami v duševnem zdravju ter povečuje občutek povezanosti med njimi. Aktivno vključevanje svojcev pa mora biti podprto s psihoedukacijo, skupinskimi srečanji ter družinskimi terapijami.

StaDI 2024–2034 (2024, str. 47) med drugim navaja, da je treba svojce opremiti z informacijami o možnih alternativnih oblikah namestitve ter podpore v skupnosti. Deinstitucionalizacija je v Sloveniji sicer še v začetni fazi, kljub temu pa že iz vprašalnikov, ki

jih bom predstavila v empiričnem delu magistrskega dela, izhaja, da so intervjuvanci sorazmerno slabo opremljeni z informacijami, kako si lahko pomagajo pri razbremenitvi stisk v povezavi s sorodniki, ki imajo težave v duševnem zdravju. Strategija krepi moč uporabnikov, da lahko zaživijo neodvisno življenje ob podpori, to pa pomeni tudi razbremenitev svojcev. Deinstitutionalizacija bo uspešna ter bo doprinos družbi, vendar le, če ji bodo ob bok postavljene dobro načrtane službe in storitve, ki bodo to podporo nudile. Menim, da je razvoj skupnostnih oblik pomoči nujna procedura, če želimo preseči logiko totalne ustanove.

2.4. Socialni delavec v pomoč svojcu

Pomoč je temeljna naloga socialnega dela, procesi pomoči pa se ves čas spreminjajo (Videmšek, 2013, str. 87). Pomoč potrebuje tudi svoje osebe s težavami v duševnem zdravju, da razume, da se razbremeni, da je slišan. Oseba s težavami v duševnem zdravju vpliva na vse okrog sebe, zajema več deležnikov v svojem okolju. Njegove težave posegajo v družinske odnose, komunikacijo med njimi, dinamiko in občutek varnosti. Kovač in Švab (1995, str. 143) menita, da naj strokovnjaki, ki se ukvarjajo s težavami v duševnem zdravju, svojcem pomagajo z razumevanjem, spoštovanjem in jasnimi informacijami. Z jasnimi in točnimi informacijami o tem, kako se spoprijemati s težavami v duševnem zdravju, lahko prispevamo k spremembi odnosov v družini. Socialni delavec ima tu pomembno vlogo, saj svojcem nudi podporo, krepi njihovo moč ter jih vključuje v procese pomoči kot enakovredne partnerje. Na socialnega delavca se praviloma obračajo ljudje v stiski, ko trenutka v svojem življenju več ne obvladajo ali ne znajo, takrat, ko njihovo znanje, vedenje, življenjske spretnosti ali samostojnost postanejo vprašljivi (Findeisen, 1996, str. 151). V teh primerih je socialni delavec tisti, ki ustvarja varen prostor za pogovor, kjer svoje lahko izrazi svoje stiske, dvome in občutke krivde. Slednje pa zahteva visoko stopnjo empatije ter zavedanje, da je vsak odnos po svoje edinstven (Payne, 2020). Še več, Kovač in Švab (1995, str. 144) menita, da z delom s svojci vplivamo na potek težav v duševnem zdravju in prispevamo k zmanjšanju ponovitev kriznih stanj ter hospitalizacij v psihiatrični ustanovi.

Arnkil in Seikkula (2014) menita, da dober odnos s svojcem vključuje tudi samorefleksijo moči in odgovornosti socialnega delavca. Slednje pomeni, da mora socialni delavec prepoznati svojo vlogo v sistemu, hkrati pa se mora svoje počutiti slišan in viden. Dober socialno delovni odnos se gradi v okviru pogovora, kjer sta obe strani enakovredni, kjer sta partnerja ter sodelujeta.

Findeisen (1996) meni, da človek, ki potrebuje pomoč in nasvete za samopomoč, najprej pričakuje odnos, šele nato konkretne oblike pomoči. Namreč, pomoč niso le tehnike in storitve, temveč odnos, v katerem socialni delavec in svojec oblikujeta pomen težave in način rešitve. Nadalje navaja, da lahko socialni delavec odnos pomoči ponudi v socialno delovnem odnosu, ko je upoštevano naslednje:

- zmožnost zavzetega poslušanja;
- zmožnost, da se v celoti posveti uporabniku in pozabi na svoje težave;
- sposobnost ustvarjanja zaupanja;
- varovanje zaupnih skrivnosti;
- socialni delavec ne sodi;
- pozornost in spoštovanje;
- svetovanje;
- podajanje razumljivih ustnih in pisnih navodil;
- obvladovanje različnih ravni jezika;
- usposabljanje uporabnika za samostojno reševanje težav in zadovoljevanje lastnih potreb.

Socialno-delovni odnos je temelj sodelovanja med socialnim delavcem in svojcem osebe s težavami v duševnem zdravju. Pravzaprav je temelj ne glede na to, s kakšno težavo imamo opravka, saj je kreiranje socialno delovnega odnosa bistven element socialnega dela. Vzpostavljanje dobrega odnosa med socialnim delavcem in svojcem osebe s težavami v duševnem zdravju je bistvo učinkovite pomoči in podpore. Za vzpostavitev socialno delovnega odnosa je pogovor izrednega pomena.

Spomnim se svojke, sestre osebe s težavami v duševnem zdravju, ki se je oglasila pri meni. V pogovoru je izražala obup in stisko. Povedala je, da z bratom ne more več živeti zaradi njegovega obnašanja – izbruhov, nepredvidljivosti, občutka, da sama nosi veliko odgovornost. Ob poslušanju zgodbe mi je ves čas rojilo po glavi, kaj naj ji ponudim, kako naj ji pomagam. Iskala sem rešitev za njenega brata – a mi je sama povedala, da tokrat ne potrebuje pomoči zanj, temveč zase. Rekla je: »Vsi sprašujejo, kako je z njim, nihče pa ne vpraša, kako sem jaz.« Ta stavek mi je dal misliti. Ugotovila sem, da svojci oseb s težavami v duševnem zdravju večkrat ostanejo neopaženi, čeprav nosijo težko breme. Razumela sem, da svojka v tistem trenutku ni potrebovala konkretne rešitve, ampak le razbremenilni pogovor ter varen prostor, kjer lahko pove, kako se počuti.

Osrednji prostor, v katerem poteka proces pomoči v socialnem delu, je pogovor (Čačinovič Vogrinčič et al., 2019, str. 7). Pogovor je temeljni instrument socialnega dela in služi vzpostavljanju delovnega odnosa. Ni le izmenjava informacij, temveč osrednji instrument za vzpostavljanje stika in zaupanja med svojcem, ki je v tem primeru uporabnik, in strokovnjakom. Pogovor je aktiven proces, v katerem je svojec slišan, razumljen in sprejet. Strokovnjak mora biti pri tem spoštljiv, empatičen in odprt za njegovo perspektivo. Čačinovič Vogrinčič et al. (2019) menijo, da strokovnjak in svojec v pogovoru skupaj raziskujeta problem. Strokovnjak ne vsiljuje svojih rešitev, temveč pomaga svojcu, da sam razume svojo situacijo. Gre za vzajemen proces, kjer se oba učita in prilagajata, kar krepi njuno sodelovanje. Pogovor je usmerjen v iskanje rešitev in načrtovanje sprememb. Pomembno je jasno zastaviti cilje, pričakovanja ter načrtovati korake naprej. Pri tem ne smemo pozabiti, da je svojec tudi uporabnik: njegova stiska nastaja ob osebi s težavami v duševnem zdravju, vendar se na tej točki posvečamo stiski svojca. Svojec naj bo aktivno vključen v pogovor, s tem pa tudi v določanje ciljev in načrtovanje sprememb. Pogovor je most med svojcem in strokovnjakom ter osnovni gradnik socialno delovnega odnosa. Čačinovič Vogrinčič et al. (2019) poudarjajo pomen osebnega stika kot temeljnega orodja za vzpostavljanje zaupanja in varnega prostora, kjer so uporabniki lahko to, kar so, brez strahu pred obsojanjem. Le skozi dober delovni odnos lahko strokovnjaki vplivajo na krepitev moči posameznika, njegovo samostojnost in zmožnost reševanja težav.

Ko govorimo o odnosu pomoči, se ne moremo izogniti temi krepitve moči. Če v medicinskem okviru govorimo o ozdravitvi, v psihosocialnem modelu govorimo o krepitvi moči oziroma opolnomočenju (angl. empowerment) (Lamovec, 1998, str. 16). Za razliko od medicinskega modela je za psihosocialni model značilno, da osebe s težavami v duševnem zdravju ne obravnava z vidika bolezni, temveč z vidika okoliščin, ob katerih oseba doživlja stisko ali krizo. Krepitev moči je v tem modelu končni cilj in merilo uspešnosti skupnostnih služb ter uporabniških združenj (Lamovec, 1998, str. 18). Dragoš et al. (2005, str. 10–11) menijo, da se moč, četudi nevidna, pojavlja v različnih oblikah in virih ter ima zmožnost učinkovanja na okolje. Da bi socialni delavec in svojec dosegla zastavljene rešitve in cilje, je potrebna moč, ki pa mora biti pravilno usmerjena. Pomembna je količina moči, ki jo imata na voljo obe strani, vendar mora biti ta usmerjena (Dragoš et al., 2005, str. 13).

Ko govorimo o moči, je pomembno tudi razmerje moči. Poudarek je na tem, da socialni delavec ne izhaja iz pokroviteljske drže nad svojcem niti iz nadzora, temveč iz sodelovanja. Poglavitna zamisel koncepta je zagotoviti, da so svojci slišani, da imajo moč, glas in možnost izbire. V

praksi socialnega dela to pomeni, da imajo uporabniki storitev (svojci) možnost izraziti svoje potrebe, namesto da bi jim socialni delavec narekoval, kaj je dobro zanje (Videmšek, 2014, str. 89).

Seikkula in Arnkil (2024, str. 204) postavljata opredelitve moči v okviru novih dialoških praks na naslednji način:

- socialni delavec prosi za pomoč uporabnika – osebo s težavami v duševnem zdravju ter druge vključene v problem – svojce, da mu pomagajo zmanjšati njegove skrbi;
- socialni delavec prilagaja svojo dejavnost, namesto da bi poskušal glede na zastavljene cilje spreminjati druge;
- na razvoj se gleda kot na sorazvijanje, pri čemer se vsi, vključno s socialnim delavcem, spreminjajo;
- osebne mreže svojcev so razumljene kot vir, ne kot izvor ali nosilec problemov;
- cilj sodelovanja ni določitev skupnih problemov, temveč razumevanje, kako je videti situacija iz več zornih kotov;
- proces obravnave in pomoči nista ločena ter se načrtujeta skupaj z osebo s težavami v duševnem zdravju;
- poslušanje je pomembnejše od dajanja nasvetov;
- način razmišljanja, odnos in srečevanje postanejo pomembnejši od metod;
- prečkanje meja v strokovnem sistemu postane pomembnejše od začrtovanja meja.

Zgornji dejavniki se sicer nanašajo na osebo s težavami v duševnem zdravju, vendar pomembno vplivajo tudi na svojca, ki je vključen v obravnavo. Seikkula in Arnkil (2024, str. 205) dojemata svojca, ki je vključen v obravnavo, kot pomemben člen, ki sodeluje pri ustvarjanju strokovnega znanja.

Položaj socialnega delavca in tistega, ki išče pomoč – bodisi svojca bodisi osebe s težavami v duševnem zdravju – se spreminja, vendar ostaja, da je socialni delavec tisti, ki nudi pomoč. S tega vidika ima tudi možnost ovirati ali olajšati dostop do virov pomoči. Tudi v primeru novih dialoških praks je pomembno, da razmerja moči ostajajo, saj moč ni le podredek drugega, temveč tudi krepitev moči (Seikkula in Arnkil, 2024, str. 205). Enako navaja Dragoš et al. (2005, str. 36), saj menijo, da pri krepitvi moči ne gre za popolno odpravo odvisnosti, temveč za regulacijo razmerij odvisnosti. Če želimo krepiti moč posameznika in s tem avtonomijo, to dosežemo na naslednje načine (Dragoš et al., 2005, str. 38–39):

- aktiviranje obstoječih virov – povečevanje moči z uporabo že obstoječih virov;

- kreiranje novih virov – iskanje in ustvarjanje novih virov pomoči;
- povečevanje dostopnosti do virov – odpravljanje ovir med osebo in viri pomoči;
- redistribucija virov – pravičnejše razporejanje virov pomoči;
- mediacija – nepristransko posredovanje v sporu med posamezniki ali skupnostmi.

Tudi če upoštevamo zgornje napotke in teoretična izhodišča, se lahko zgodi, da smo pri krepitvi moči neuspešni. V obravnavi sem imela mamo in njenega sina. Prva je prihajala na pogovor po informacije, razbremenitev in krepitev svojih moči. Drugi pa je resnično želel spremembo svojega življenja ter bil pri tem visoko motiviran. Skupaj sva ugotovila, kje ležijo njegovi viri moči, po čem je mogoče poseči, kaj aktivirati, kaj preusmeriti ... osrednji temelj pomoči pa je bil pogovor. Zgodilo se je, da se je odločil za zdravljenje, saj je menil, da bo na ta način rešil »težavo«. Obstajal pa je sum, ki je izhajal iz njegovih pripovedovanj, da je njegova želja po zdravljenju pogojena z željo njegove mame. Flaker in drugi (2008, str. 48) omenjajo, da je značilno, da pri ljudeh z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju pogosto pride do tega, da ljudje iz njihovega okolja več ne zdržijo. Sama sem dvomila, da bi po svoji volji želel na zdravljenje – sam mi je povedal, da mama nanj pritiska. Odhod človeka na zdravljenje pomeni vsaj začasno odstranitev skrbi in obnovitev znosnosti življenja; ponovno se vzpostavi varen svet z vsakdanjimi gotovostmi (Flaker et al., 2008, str. 58). V pogovorih je razkril, da si želi stvari, ki jih imajo »normalni« ljudi. Želel si je zaposlitve, opraviti vozniški izpit, socializacije – stvari, ki so sicer preprosto dostopne. Prošnje za delo, ki jih je pošiljal, niso obrodile sadov. Delo je iskal v okolici svojega osamljenega bivališča, vezan pa je bil na javni prevoz. Zaradi tega je postajal vedno bolj pobit. Ker je bil v iskanju zaposlitve neuspešen, sva začela iskati prostovoljske organizacije v okolici kraja njegovega bivanja, da bi poleg denarne socialne pomoči prejemal tudi prostovoljski dodatek. Skupaj sva pregledala vse prostovoljske organizacije ter izbrala najbolj primerne. Sam je klical in ponudil svoj čas ter dobro voljo, a tudi ta trud ni obrodil sadov. Kljub spodbudi, naj ne odneha, je postajal čedalje bolj poklapan. Dno je dosegel, ko je nekega dne, po razočaranju nad psihiatrom in ob moji odsotnosti, po njegovih besedah ponovno posegel po alkoholu in se močno napil. Zanj je bil to velik padec, zaradi katerega ga je bilo težko ponovno motivirati.

Videmšek (2013, str. 97) meni, da je potrebno krepitev moči razumeti kot proces in ne kot izid – nikoli dokončan proces –, saj se življenje ljudi ter njihove želje neprestano spreminjajo. Dejstvo je, da smo osebi v obravnavi – ne glede na to, ali je svojec ali uporabnik – dali prostor, kjer je lahko izrazil svoje cilje, ga podprli pri iskanju načinov za njihovo uresničitev ter mu omogočili spreminjanje želja in ciljev. Krepitev moči pomeni tudi, da posameznik razvija

osebno odgovornost, obnavlja in prevzema nove vloge ter je izpostavljen tveganju in možnosti uspeha. Na ta način ima priložnost za osebni razvoj in učenje; vloga socialnega delavca pa je, da ga na poti razvoja podpira, vodi in spremlja – vselej ob njegovi lastni aktivni udeležbi.

3. TEORETIČNI OKVIR PSIHOSOCIALNE PODPORE V KONTEKSTU DUŠEVNEGA ZDRAVJA

Deinstitucionalizacija je med drugim prispevala tudi k premiku od institucionalne obravnave oseb s težavami v duševnem zdravju k skupnostnim oblikam podpore. Skupnostne oblike psihosocialne podpore predstavljajo celosten pristop k duševnemu zdravju, saj združujejo psihološke in socialne vidike, ki pomembno vplivajo na posameznikovo blagostanje, obenem pa poudarjajo multidisciplinarnost ter krepitev moči. Novejši modeli podpore osebam s težavami v duševnem zdravju se ne osredotočajo več le na odpravo simptomov bolezni, temveč na krepitev moči, izboljšanje kakovosti življenja ter spodbujanje okrevanja (Anthony, 1993).

Svetovna zdravstvena organizacija (WHO, 2022a) opredeljuje psihosocialno podporo kot skupek dejavnosti, ki podpirajo duševno, čustveno in socialno dobrobit ljudi, tako v kontekstu družine kot v skupnosti. V okviru psihosocialne podpore se osebo s težavami v duševnem zdravju in njene svojce obravnava z vidika biopsihosocialnega modela, ki se bistveno razlikuje od biomedicinskega modela. Bistvo biopsihosocialnega modela je, da duševno zdravje razume kot prepletanje bioloških, psiholoških ter socialnih okoliščin (Engel, 1977). Menim, da takšen celosten pristop omogoča socialnemu delavcu boljše razumevanje potreb posameznika, po drugi strani pa ravno to krepi multidisciplinarnost. Bistvene značilnosti biopsihosocialnega modela po Možini (2024) so:

- Glavni deležnik v obravnavi je oseba s težavami v duševnem zdravju ter njegova družina;
- Medicinske diagnoze niso v pomoč, temveč dodatno stigmatizirajo osebo in njegovo družino – potrebna je celostna ocena osebe v njegovem socialnem okolju, ocena njegovih virov, cilj je krepitev moči osebe in svojcev; diagnostična ocena naj bo uravnotežena, vključuje naj tako težave kot tudi vire moči, saj je pozitivna spodbuda ključna za okrevanje;
- Težave v duševnem zdravju se pojavijo zaradi akumulacije bioloških, psiholoških in socialnih dejavnikov;
- Psihiatrična zdravila blažijo simptome, a ne odpravijo vzrokov duševnih težav; ključna je motivacija osebe s težavami v duševnem zdravju, ki naj aktivira vse vire pomoči ter dela na sebi. Pomembno je, da se oseba v obravnavi počuti varno, razumljeno in je deležna sočutja;
- Edini, ki lahko najde rešitev, je oseba s težavami v duševnem zdravju – ona in njeni svojci. Socialni delavec ji pri tem pomaga, je njena okoliščina, jo vodi, usmerja in spodbuja;

- Pomembne so osebne značilnosti socialnega delavca, ki naj bodo tople, prijazne, sprejemajoče, vztrajne, empatične, pozitivne, prilagodljive, besedno spretni, razumevajoče, reflektirajoče, spodbujajoče, prožne, avtentične, prepričljive, radovedne, učljive in skromne;
- Obravnava vključuje osebo s težavami v duševnem zdravju ter njegovo socialno okolje – svojce, službeno okolje, prijatelje itd.;
- Pomemben je celosten pristop – telo in um sta povezana;
- Cilj je zmožnost nenehnega prilagajanja, višja kakovost življenja ter izboljšanje neprijetnih simptomov.

Zgornje značilnosti kažejo, da je oseba s težavami v duševnem zdravju tesno povezana s svojim socialnim okoljem – svojci, prijatelji, znanci, z odnosi, ki jih kreira, ter z družbenimi normami in pričakovanji. Menim, da biopsihosocialni pristop presega ozki biomedicinski model z vidika težav v duševnem zdravju, saj gleda na človeka celostno, skozi mrežo medosebnih odnosov s svojci in v skupnosti. Pomembna je vloga socialne podpore, ki se razlikuje od pojma socialne mreže. Socialna podpora je namreč ožji pojem kot socialna mreža ter vključuje osebe, ki svojcu priskočijo na pomoč (Lamovec, 1998, str. 366). Kot meni Lamovec (1998, str. 363), je socialna podpora izrednega pomena za mater, ki v družini največkrat prevzame vlogo skrbi za osebo s težavami v duševnem zdravju, zato da ostali del družine živi svoje življenje. Socialna podpora je za matere najpomembnejši dejavnik blaženja stresa. Lahko so to tudi druge matere, ki doživljajo podobno situacijo. Avtorica nadalje meni, da če ima svoje večje število ljudi, ki mu nudijo oporo, večje število ljudi z izkušnjo z osebami s težavami v duševnem zdravju ter si nasveti niso nasprotujoči, to vodi tudi v manj hospitalizacij. Socialna podpora je na splošno za svojce oseb s težavami v duševnem zdravju pomembna, saj je skrb za osebo s težavami v duševnem zdravju lahko zelo zahtevno delo. Svojci oseb s težavami v duševnem zdravju se lahko srečujejo z:

- v 21 % so bolj dovzetni za močan čustveni stres;
- v 31,5 % imajo izkušnjo psihične stiske;
- več kot 1/3 se srečuje s simptomi depresije (National Council on Aging – NCOA, 2024).

Po priporočilih NCOA (2024) predlaga 5 načinov, kako lahko svojci poskrbijo zase:

- Redna skrb zase: pomembno je, da si svoje vzame čas zase ter si napolni baterije (z zadostno količino spanja, uravnoteženo prehrano, fizično aktivnostjo, hobiji);
- Skupina za samopomoč – predstavlja varen prostor, kjer lahko svoje izrazi svoja občutja in strahove ter je hkrati razumljen. Gre za socialne povezave in obenem vir informacij;

- Začasna oskrba – gre za oskrbo, ki nudi kratkotrajno olajšanje, da si svojee lahko oddahne ter napolni nove moči;
- Strokovna podpora v okviru vladnih in nevladnih organizacij – lahko svetujejo in nudijo pomoč pri reševanju izzivov pri skrbi za osebo s težavami v duševnem zdravju;
- Strokovno svetovanje – v obliki svetovanja ali psihoterapije, z namenom predelave lastnih občutij ter postavitve zdravih meja.

Svojci, ki skrbijo za osebe s težavami v duševnem zdravju, se srečujejo s številnimi psihosocialnimi izzivi, za katere Lohrasbi et al. (2023) menijo, da so pomanjkanje informacij, potreba po podpori, pomanjkanje podpore v skupnosti ter duševne stiske, ki prizadenejo tudi svojce. Avtorji (Lohrasbi et al., 2023) nadalje priporočajo strategije za ohranjanje duševnega zdravja svojcev, ki skrbijo za osebe s težavami v duševnem zdravju:

- **Programi za krepitev moči svojcev:** vključujejo metode za promocijo zdravja svojcev, izboljšujejo znanje za ravnanje z osebami s težavami v duševnem zdravju, krepijo življenjske veščine ter nudijo čustveno oporo. Programi naj bi temeljili na izpopolnjevanju komunikacijskih veščin in zmanjševanju nasilja v družinah oseb s težavami v duševnem zdravju. Med drugim lahko izvajanje programov, ki temeljijo na zagotavljanju informacij svojcem, izboljša odnose ter pomaga zmanjšati čustvena bremena. **Psihoedukacijski programi** so po mnenju avtorjev najpomembnejše metode za izboljšanje ravni znanja in spretnosti svojcev oseb s težavami v duševnem zdravju. Učinkoviti so pri zmanjševanju stigme, bremena oskrbe ter pri spodbujanju družinske tolerance in boljše kakovosti življenja svojcev.
- **Skupine za samopomoč:** avtorji o njih govorijo kot o programih vrstniške podpore. Bistvo teh programov ali skupin je, da se srečujejo v njih osebe s podobnimi demografskimi ali socialnimi značilnostmi, pri čemer lahko drug od drugega prejemajo podporo, empatijo, spodbudo in pomoč. Medsebojno se razumejo in se podpirajo, ker so se znašli v podobni situaciji. Ljudje z izkušnjo oskrbe osebe s težavami v duševnem zdravju lahko svoje izkustvo prenesejo na druge in tako pomagajo. Skupine za samopomoč med drugim izboljšujejo psihosocialno zdravje svojcev. Programi so vedno bolj sprejeti v sistemih duševnega zdravja po vsem svetu.

Svojci oseb s težavami v duševnem zdravju niso le njihovi spremljevalci, temveč so pogosto izpostavljeni tudi čustvenim, socialnim in organizacijskim obremenitvam. Tudi sami potrebujejo podporo, ki upošteva njihove potrebe. Z uporabo manj čustveno usmerjenih strategij pomoči in s povečano praktično pomočjo s strani socialne mreže se obremenitve svojca

sčasoma zmanjšajo. Svojci, ki imajo razvito dobro podporno mrežo, nosijo manjše breme ter so tudi veliko bolj pozitivni (Dernovšek, OMRA). Tudi Lamovec (1998, str. 350) meni, da manj kot je razvita mreža psihosocialne pomoči za osebe s težavami v duševnem zdravju, večja je realna moč svojcev; sama pa dodajam, da so zaradi tega svojci bolj obremenjeni.

Tudi v slovenskem prostoru večkrat naletim na pristope, ki so vedno bolj podprti v strokovni javnosti. Zato želim osvetliti nekatere izmed njih, ki se mi zdijo pomembni za svojce oseb s težavami v duševnem zdravju in bi pripomogli k njihovemu dobremu počutju.

3.1. Skupine za samopomoč

Skupine za samopomoč predstavljajo eno izmed najpomembnejših oblik psihosocialne podpore za svojce oseb s težavami v duševnem zdravju. Skupine za samopomoč so različne, a imajo skupne bistvene značilnosti: poudarki so na procesih pomoči in podpore v teh skupinah, s katerimi člani dobijo moč za samopomoč, da si dvignejo kakovost življenja kot posamezniki ter kot družbena, interesna in stigmatizirana skupina (Klemenčič Rozman, 2015, str. 43). Pri tem gre za manjše skupine, ki navadno štejejo med 8 in 12 članov ter so namenjene izmenjevanju izkušenj, informacij ter vzajemni čustveni podpori. Skupine se lahko sestajajo od enkrat na teden do dvakrat na mesec, s strokovnjaki ali brez njih (Lamovec, 1998, str. 368). Skupine za samopomoč svojcev nastajajo prostovoljno, predvsem iz potrebe po podpori. V ospredju sta medsebojna pomoč in razumevanje ter izmenjava izkušenj. Nekatere skupine so usmerjene na strategije spoprijemanja z vsakdanjimi problemi, pri drugih pa je v ospredju mati ali drug svojec, ki pomaga. Svojci v teh skupinah najdejo priložnost, da izrazijo čustvene stiske ter tudi uspehe (Lamovec, 1998, str. 368). Lefley (1996, str. 119) meni, da je vključitev svojca v skupino za samopomoč izredno dragocena strategija podpore, še posebej za svojce, ki živijo v izolaciji. Nadalje povzema (1996, str. 120) rast in razvoj udeležencev skupine po posameznih fazah:

- Zavedanje, da je odnos z osebo s težavami v duševnem zdravju vplival na lastno življenje ter na življenje drugih članov družine;
- Vrednotenje vključuje prepoznavo lastnih čustev ter pripravljenost, da jih deli z drugimi v skupini;
- Sprejemanje pomeni sprejeti, da ne more nadzorovati vedenja drugega, obenem pa spoznanje, da lahko vpliva le na lastna čustva ter je odgovoren le za svoje blagostanje;
- Izziv se nanaša na proces raziskovanja lastnih pričakovanj do sebe in drugih, pa tudi na odločitve, da prevrednoti negativna pričakovanja ter probleme obravnava kot izziv;

- Opuščanje krivde pomeni spoznanje, da se ni treba obremenjevati z občutki krivde;
- Opuščanje se nanaša na pripravljenost odpustiti sebi vse možne napake ter tudi odpuščanje tistim, ki so nas prizadeli;
- Samospoštovanje poudarja lastno vrednost, ne glede na okoliščine;
- Osebnostna rast vključuje potrditev dosedanjih dosežkov ter postavljanje osebnih ciljev – vsak dan, vsak mesec, vsako leto.

V skupinah za samopomoč se svojci navadno soočajo s težkimi čustvi, kot so krivda, nemoč, sram in izčrpanost, a ob podpori drugih, sebi podobnih, pridobivajo nove perspektive in nove strategije spoprijemanja z negativnimi čustvi. Svojci niso povsem prepričani, ali delajo prav, ali so v preteklosti delali prav in koliko so v resnici sami krivi (Lamovec, 1998, str. 347).

Srečanja v skupinah za samopomoč nudijo prostor, kjer so njihove izkušnje slišane in jih nihče ne obsoja, kar prispeva k razbremenitvi in krepitvi moči svojca. Skupine za samopomoč so tudi kraj pretoka številnih informacij, saj člani skupine med seboj izmenjujejo znanje o dostopnih oblikah pomoči, pravicah, institucionalnih postopkih, praktičnih nasvetih ter o zdravljenju.

Skupine za samopomoč so izrednega pomena tudi z vidika destigmatizacije, saj za ožigosanje tu ni prostora. Udeleženci skupin v varnem okolju premagujejo predsodke in strahove, povezane z duševnim zdravjem. Dolgoročno gledano skupine za samopomoč prispevajo k boljšim družinskim odnosom ter povečujejo zmožnost svojcev, da nudijo podporo, ne da bi pri tem zanemarili svoje življenje. Skupine za samopomoč dajejo svojcem moč in pogum za spremenjeno reševanje težav (Švab in Kovač, 1995, str. 145).

3.2. Psihoedukacija

Kot sem že v predhodnih poglavjih omenjala, je informiranje in izobraževanje svojcev ključnega pomena, saj gre za krepitev njihove moči. A psihoedukacija ni zgolj informiranje in izobraževanje. Predstavlja pomembno obliko psihosocialne podpore, katere pglavitni namen je krepitev moči svojcev in drugih družinskih članov osebe s težavami v duševnem zdravju. Gre za krepitev moči z znanjem, razumevanjem in veščinami, ki jih svojec pridobi v psihoedukaciji. Največkrat se v psihoedukacijo vključi celotna družina, skupaj z osebo s težavami v duševnem zdravju. Psihoedukacija je z vidika svojcev pomembna zaradi pridobljenih informacij o težavi v duševnem zdravju, omogoča hitrejše in boljše sodelovanje med osebo s težavami v duševnem zdravju, svojcem in drugimi strokovnjaki, ter zmanjša breme svojcev (Valič in Bensa, 2015, str. 77).

Kot pravi Lamovec (1998, str. 381), se zaradi psihoedukacije spreminja tudi vloga strokovnjaka, saj je bolj edukator kot terapevt, pri tem pa mora svojcem približati jezik, da bo bolj razumljiv. Cilj psihoedukacije je krepitev moči svojca, njen namen pa zmanjševanje občutkov krivde, zmede, nemoči in pretiranega prevzemanja odgovornosti. V okviru psihoedukacije svojci pridobijo informacije o duševni motnji, lahko pa vključuje tudi spoznanja o čustvih, izraženih znotraj družine, ter opozorila na zasvojenosti, ki se rade pridružijo osnovni težavi.

Pri psihoedukaciji gre za nudenje opore družini, ki se lahko kaže na različne načine. Bistvo je, da svojec sam pove, kaj je problem, socialni delavec pa tega ne prevaja v nekaj drugega in ne nastopa proti svojcu s pokroviteljsko držo. Cilji psihoedukativne obravnave, ki so med seboj tesno povezani, so preprečevanje kriz, zmanjševanje bremena družine, povečevanje zadovoljstva oziroma kakovosti življenja svojcev ter vključevanje posameznika v družbo (Lamovec, 1998, str. 384).

V pogovoru s svojko, ki je imela sina s težavami v duševnem zdravju, so jo najbolj skrbele vsakdanje situacije. Na primer, skrbelo jo je, ali naj sinu da denar, ko jo prosi zanj; drugič je razmišljala, ali naj ga pusti samega doma; spet tretjič pa je želela, da bi se osamosvojil. Ves čas je bila v skrbeh, da bi naredila napačno potezo – ali bi ga s pretirano skrbjo zadušila ali pa z nepozornostjo izgubila. Prav zaradi teh vsakdanjih drobnih odločitev je začutila, kako pomembno je, da ima prostor za pogovor, kjer jo lahko nekdo posluša brez obsojanja ter se nauči videti sinovo težavo na drugačen način. Razmišljam o tem, da mi zgodba kaže, da svojci večkrat potrebujejo večplastno podporo, predvsem pa potrebujejo in si želijo napotke za ravnanje v konkretnih situacijah.

Lamovec (1998, str. 386–388) svetuje, da ob začetku psihoedukativne obravnave s svojci spregovorimo o tem, katere so občutljive tematike oziroma kje so problemi, ter ugotovimo, kje bi bile potrebe svojcev. Namen teh ugotovitev je predvsem pravilen odziv na potrebe svojcev, saj so želje in problemi subjektivni in zato različni. Ugotovitve nam v nadaljevanju omogočajo, da si sistematično naredimo seznam potreb in ciljev svojcev. Pri uresničevanju ciljev mora biti ves čas v ospredju, da delamo majhne, a vztrajne korake.

V kontekstu psihosocialne podpore svojcem oseb s težavami v duševnem zdravju ima psihoedukacija pomembno vlogo. Socialno delo z osebami s težavami v duševnem zdravju in njihovimi svojci temelji na celostnem pristopu k človeku, povezuje strokovno znanje, socialno podporo in krepitev moči. Psihoedukacija je zbir informacij, krepitev moči in socialne podpore

ter v sebi združuje vse temeljne vrednote socialnega dela, zato menim, da sta pojma med seboj tesno povezana. Še več, tako socialno delo kot psihoedukacija promovirata znanje za ravnanje poleg razumevanja. S tem zmanjšujeta stisko, svojec pa je zaradi tega močnejši in samozavestnejši pri vsakdanjih življenjskih izzivih. Uvedba psihoedukativnih vsebin na področju socialnega varstva bi pomenila delo na preventivi, sodelovanju ter krepitvi psihosocialne podpore v skupnosti.

3.3. Inovativen dialoško-mrežni pristop

Sodobna psihosocialna podpora vse bolj poudarja pomen celostnih, osebi prilagojenih oblik, ki vključujejo tako posameznika kot njegove svojce in širšo skupnost. Skupni cilj teh novih oblik je zmanjševanje stigme, krepitev socialne vključenosti in zagotavljanje pogojev, v katerih je mogoče doseči krepitev moči tako osebe s težavami v duševnem zdravju kot svojca. Med inovativnejšimi modeli velja omeniti pristop Odprtega dialoga (angl. Open Dialogue), ki se je razvil na Finskem in je v zadnjih letih pritegnil veliko mednarodne pozornosti. Gre za mrežni pristop, ki temelji na vključevanju celotne socialne mreže osebe s težavami v duševnem zdravju že v zgodnji fazi krizne situacije, odprti komunikaciji brez hierarhije ter skupnem odločanju o poteku pomoči. Njegova ključna značilnost je takojšnja intervencija, vendar v smislu stika z družino, socialno mrežo in strokovnjaki, ne v smislu hospitalizacije. Pristop poudarja, da se težave v duševnem zdravju ne obravnavajo ločeno, v izolaciji, temveč v kontekstu socialne mreže, kar omogoča, da vse vloge v dialogu pridejo do izraza (Seikkula in Arnkil, 2014).

Promotorja tega pristopa, avtorja Seikkula in Arnkil (2014), menita, da tak pristop zmanjšuje potrebo po hospitalizacijah in uporabi zdravil, obenem pa krepi občutek povezanosti in podpore v družini. Bistvene značilnosti, ki jih avtorji navajajo, so fleksibilnost in mobilnost storitev (to pomeni, da srečanja lahko potekajo na domu), osebo ves čas spremlja isti tim, ter tolerira se, da nimamo takojšnjih rešitev – rešitev se gradi skupaj v dialogu (Seikkula in Olson, 2003). Pristop je zanimiv z vidika socialnega dela, saj promovira njegove prvine. Bistvo pristopa je dialoškost, torej pogovor, ki je temeljno orodje v socialnem delu, zato lahko tu vlečem vzporednice.

Dialoški pristop je skupnostna dejavnost. V obravnavi osebe s težavami v duševnem zdravju je pomembna njegova socialna mreža, med drugim svojci, strokovnjaki ter drugi pomembni deležniki njegovega življenja. V odprtem dialogu najdemo tri glavna načela (Seikkula in Olson, 2003; Seikkula in Arnkil, 2024):

- dopuščanje negotovosti: ekipa raziskuje, se pogovarja, nima pa takojšnjih rešitev na vprašanja. Ekipa po drugi strani dovolj dolgo nudi oporo;
- dialoškost: poudarja pomembnost pogovora, jezika in tega, da neizrečene stvari dobijo pomen;
- večglasnost v pogovoru: prisotnost svojcev v omrežju in v ekipi, kjer se dopušča govor »drug čez drugega«, neizrečene besede pa dobijo svoj pomen.

Navajam nekaj temeljnih značilnosti dialoškega pristopa (Seikkula in Olson, 2003; Seikkula in Arnkil, 2024):

- vsi člani v dialogu so enakovredni; vsak ima svojo vlogo, a vodja ekipe ne nastopa s pozicije moči, temveč je enakovreden ostalim;
- dialoški pristop je usmerjen navzven, v socialni dialog, ter se pri tem močno naslanja na socialno mrežo;
- vsak član postane partner v procesu, vsak je slišan, lahko poda svoj glas in mnenje, pri tem pa ne obstaja prav ali narobe;
- pomemben postane občutek, dotik – gre za skupno ustvarjen proces pomoči;
- pozornost v dialoškem pristopu je na izmenjavi besed;
- cilj je ustvariti medsebojno razumevanje in sprejemanje;
- o osebi s težavami v duševnem zdravju ali o njegovih svojcih se ne razpravlja v njihovi odsotnosti;
- gre za spontano vrsto razpravljanja;
- oseba s težavami v duševnem zdravju v dialoškem pristopu nastopa s svojim izkustvom – on sam je strokovnjak, medtem ko je strokovnjak učenec;
- vključevanje svojcev v dialoški pristop prispeva k zmanjšanju občutkov izoliranosti ter krepí občutek povezanosti in sodelovanja, kar lahko zmanjša breme družinskih članov ter izboljša potek okrevanja posameznika.

Seikkula in Olson (2003, str. 229) navajata, da osrednji cilj odprtega dialoga ni intervencija, temveč ustvarjanje jezika, v katerem bo oseba ali svojec lahko izrazil svojo izkušnjo ter rekonstruiral tako glas kot delovanje. Naloga ekipe pa je, da aktivno išče nove možnosti za razumevanje in razlago problema.

V okviru sodobnega dialoško-mrežnega pristopa je večkrat poudarjen pomen jezika in komunikacije kot osnovnega gradnika. Gre za proces poslušanja in razumevanja. Pri odprtem

dialogu je poslušanje pomembnejše od govorjenja ali spraševanja. Osredotočenost je na socialni mreži. Vsak udeleženec ima pravico do komentarja (Seikkula in Arnkil, 2024).

Po prebrani literaturi (Seikkula in Arnkil, 2014; Seikkula in Olson, 2003; Seikkula in Arnkil, 2024; Čačinovič Vogrinčič et al., 2022; Dragoš et al., 2005; Flaker et al., 2008) lahko najdem točke prekrivanja med socialnim delom z osebami s težavami v duševnem zdravju in njihovimi svojci ter dialoško-mrežnim pristopom:

- V socialnem delu z osebami s težavami v duševnem zdravju ter s svojci sta pogovor in jezik osnovno orodje. Enako velja tudi za odprti dialog.
- Socialno delo z osebami s težavami v duševnem zdravju ter njihovimi svojci gleda na človeka celostno; človek je povezan s svojim socialnim okoljem. Socialno delo poudarja človeka v okolju, medtem ko dialoški pristop v obravnavo vključuje socialno mrežo človeka. V kontekstu duševnega zdravja v skupnosti je celostna obravnava človeka pomembna, saj je odvisen od odnosov v svoji socialni mreži.
- Dialoški pristopi poudarjajo jezik in pogovor, torej dialog. Socialni delavec v odnosu do svojca gradi zaupen, spoštljiv odnos, pri čemer ne nastopa pokroviteljsko. Tudi dialoški pristopi težijo k enakovrednosti, kjer socialni delavec nima moči nad uporabnikom, temveč je v enakovrednem položaju; uporabnik pa je odgovoren za svoje življenje, ni le pasiven gledalec, temveč deležnik v organiziranju svoje pomoči skupaj z drugimi.
- Cilj dialoškega pristopa in socialnega dela je isti – krepi moč posameznika v skupnosti. Oba pristopa spodbujata iskanje notranjih virov moči in samostojnosti ter krepi sposobnost posameznika, da sam obvladuje svoje življenje.
- V socialnem delu je izrednega pomena participacija posameznika, še bolj pa je poudarjena v dialoško-mrežnih pristopih, ob družini ter ostalih strokovnjakih. V socialnem delu je ves čas govora o tem, da je treba skupaj s posameznikom kreirati rešitve, ne namesto njega ali brez njega; enako je poudarjeno v dialoških pristopih. Cilj je soudeležnost, ne odvisnost od sistema (kar gre z roko v roki z deinstitutionalizacijo).
- Pri dialoško-mrežnem pristopu se tolerira, da ni takojšnjih rešitev, temveč se skupaj z ostalimi deležniki v ekipi rešitve kreirajo dlje časa. Tudi v socialnem delu gre za reševanje kompleksnejših problemov, ki terjajo čas in vključenost drugih deležnikov v okolju.
- Tako socialno delo kot mrežni pristop poudarjata spoštovanje človekovega dostojanstva, kar socialno delo uresničuje tudi skozi Kodeks etičnih načel v socialnem varstvu, ki poudarja sprejemanje, različnost in neobsojanje; dialoški pristopi pa poudarjajo varno, vključujočo in enakovredno komunikacijo.

- Socialno delo s svojci oseb s težavami v duševnem zdravju je usmerjeno v skupnost, proč od totalne ustanove. Oseba s težavami v duševnem zdravju najde moč tudi v svojih socialnih odnosih. Odprti dialog se praviloma izvede na domu posameznika, torej na terenu, v njegovem okolju, v skupnosti. Pri obeh pristopih govorimo o preprečevanju socialne izključenosti in krepitvi mrež podpore.

Menim, da je skladno z zgornjimi podobnostmi mogoče dialoško-mrežne pristope preslikati tudi na slovensko področje socialnega varstva. Kot pravi Možina (2024, str. 225), pa razvijanje dialoškosti zahteva nenehno razgrajevanje ter sestopanje s pozicije moči ter hodi z roko v roki z odprtostjo, negotovostjo in skromnostjo. Odpira prostor razumevanja in sočutja za drugega.

4. OPREDELITEV PROBLEMA

Težave v duševnem zdravju postajajo čedalje bolj pomembno področje, saj se število obolelih veča. Okrog 500 milijonov ljudi na svetu ima težave zaradi duševnega zdravja in ocenjuje se, da jih bo imel vsak tretji izmed nas vsaj enkrat v življenju (Šprah et al., 2011, str. 6). Duševno zdravje je danes izrednega pomena, saj družba želi imeti zdrave posameznike, ki lahko peljejo svetovno ekonomijo, preprečeno s kapitalističnimi vrednotami, naprej. Za družbo je posameznik s težavami v duševnem zdravju »hendikep«, nekdo, ki na dolgi rok ne bo prinašal pričakovanega dobička. Po drugi strani pa odsotnost težav v duševnem zdravju pomeni za posameznika tudi, da bo doživel lastno življenje kot ustvarjalno, smiselno, da bo sprejemal samega sebe in svoja čustva, se bo počutil pripadnega družbi ter bo prispeval k njenemu razvoju in napredku (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2023).

Na osnovi vse do zdaj prebrane literature, navedene v teoretičnem delu, ter intervjujev, ki sem jih opravila, razumem, da je v družinah, kjer so prisotne težave v duševnem zdravju, kakovost odnosa slaba. Potencialne razloge za to najdem v spremenjenem dojemanju realnosti oseb s težavami v duševnem zdravju.

Izkušnje s terena mi kažejo, da oseba s težavami v duševnem zdravju v skupnosti in nasploh družbi še vedno predstavlja stigmo, moteč dejavnik ter nekoga, ki ga je treba iz družbe odstraniti, saj ne prispeva k splošnemu družbenemu blagostanju, temveč predstavlja dno družbe, neke vrste »pijavko«. Večkrat slišim iz ust laične javnosti: »Glej ga, poseda v parku ter živi na račun davkoplačevalcev, naj gre delati« – takšne in podobne izjave osebo s težavami v duševnem zdravju označijo kot breme družbe. Na robu družbe pa se znajdejo tudi svojci, ki si želijo osebi s težavami v duševnem zdravju pomagati, ji biti v oporo, a so od te iste družbe spregledani. V tem oziru je koncept normalizacije izrednega pomena, saj podpira širši, predvsem razumevajoč pogled na težave v duševnem zdravju ter krepi sposobnost učinkovitejše podpore bližnjim (Brandon in Žuraj, 1993).

V magistrskem delu želim raziskati doživljanje svojcev in njihov način spoprijemanja s situacijo, ki prinaša vedno nove izzive ob osebi s težavami v duševnem zdravju. Izzivi so navadno preprejeni z občutki krivde, nemoči, skrbi in izolacije. Raziskava bo poskušala osvetliti, kako svojci zaznavajo trenutno učinkovitost obstoječih oblik pomoči, kaj bi si želeli, da bi bilo drugače, ter kakšno vlogo ima pri tem širša skupnost. Obenem bom skozi pogovore

s svojci posredno ugotavljala njihovo socialno mrežo, podporo v skupnosti, stigo ter navsezadnje, na kakšen način sprejemajo osebo s težavami v duševnem zdravju.

Na osnovi ugotovitev želim prispevati k boljšemu razumevanju potreb svojca osebe s težavami v duševnem zdravju in poudariti pomen sodelujoče, odprte skupnosti. Razumevanje bi lahko pripomoglo k razvoju ustrežnejših oblik psihosocialne podpore, kar bi navsezadnje prispevalo tudi k boljšemu sprejetju oseb s težavami v duševnem zdravju.

4.1. Raziskovalna vprašanja

Raziskava se osredotoča na različne življenjske izkušnje svojcev oseb s težavami v duševnem zdravju. Zgodbe in življenja so si med seboj različna, to pa prinaša tudi različne poglede na situacijo in doživljanje. Pomembno je razumeti, kako svojci doživljajo lastno situacijo, kako gledajo na osebo s težavami v duševnem zdravju, ali imajo socialno mrežo ter ali doživljajo stigo. Odgovori na raziskovalna vprašanja bodo prinesli morebitne rešitve na obstoječo problematiko ter postavili temelje za nadaljnje ukrepanje.

Raziskovalna vprašanja, na katera so vprašalniki oprti:

- Kako svojci oseb s težavami v duševnem zdravju doživljajo svojo vlogo in vsakdanje življenje ob bližnjem s težavami v duševnem zdravju?
- Kako svojci doživljajo odnos z bližnjim, ki ima težave v duševnem zdravju, in kakšna stališča pri tem zavzemajo?
- Ali so svojci dovolj opremljeni z informacijami ob prevzemanju vloge neformalne skrbi?
- Na kakšen način svojci iščejo, prejemajo in doživljajo podporo pri soočanju z duševno težavo?
- Na katerih področjih je po mnenju svojcev smiselno zagotoviti več podpore?
- Katere izzive svojci prepoznajo kot najbolj izrazite na področju duševnega zdravja?

5. METODOLOGIJA

5.1. Vrsta raziskave

Raziskava je kvalitativne in empirične narave. Glavni vir podatkov so svojci oseb s težavami v duševnem zdravju, ki so bili pripravljeni pristopiti k pogovoru ter že dlje časa sodelujejo tako ali drugače s centrom za socialno delo. Njihove življenjske zgodbe so različne, skupno pa jim je to, da tako ali drugače skrbijo za osebo s težavami v duševnem zdravju. Podatki so bili pridobljeni v okviru pogovorov na osnovi sestavljenih vprašalnikov odprtega tipa. Čeprav skozi vprašalnike veje rdeča nit in sem imela oporne točke, so pogovori zavili v različne smeri, saj so si tudi izkušnje in življenja svojcev med seboj različni.

Pri analizi sem se osredotočila na prepoznavanje ponavljajočih se vzorcev, ključnih tem in pomenov, ki izhajajo iz njihovih pripovedi. Poudarek je na občutkih in doživljanju svojcev, ki so ključni za razumevanje njihovih individualnih potreb in stisk ter navsezadnje tudi kažejo na načine soočanja z izzivi.

Raziskava je interpretativne narave, saj temelji na razumevanju subjektivnih izkušenj in pomenov, ki jih svojci pripisujejo svoji vlogi v vsakdanjem življenju ob osebi s težavami v duševnem zdravju. Pri analizi sem izhajala iz njihove perspektive ter poskušala zajeti, kako sami razumejo svoje doživljanje, odnose ter širši družbeni kontekst, v katerem delujejo. Pristop omogoča vpogled v notranji in edinstveni svet doživljanj svojcev ter v načine, kako sebe vidijo v trenutni vlogi. Interpretacija doživljanj svojcev pomeni tudi mojo aktivno vlogo kot raziskovalke, saj je pri tem potrebno razumevanje posameznih izkušenj v širšem kontekstu, refleksija ter posredna interpretacija njihovega pomena. Cilj raziskave ni odkrivanje objektivne resnice, temveč razumevanje doživljanja posameznega subjekta, odnosov in pomenov.

5.2. Merski instrumenti in viri podatkov

Za zbiranje podatkov sem uporabila polstrukturiran intervju, pri čemer sem izhajala iz vnaprej pripravljenih opornih točk, ki so služile kot usmeritve med pogovorom. Kljub temu je vsak intervju potekal nekoliko drugače, saj gre za zelo subjektivne zgodbe posameznikov, ki odražajo njihova edinstvena življenjska doživetja, zaradi česar jih ni mogoče posploševati. Namen tovrstnega pristopa je bil predvsem pridobiti poglobljen vpogled v čustvovanje in doživljanje svojcev, razumeti njihovo individualno interpretacijo situacije ter zajeti raznolikost izkušenj z vidika duševnega zdravja. Takšen način zbiranja podatkov je omogočal, da so svojci

svobodno izražali svoje misli, občutke in izkušnje, brez omejitev strogo začrtanega okvirja. Oporne točke so bile zasnovane tako, da so naslavljal raziskovalna vprašanja, hkrati pa omogočale širši pogled na situacijo, na njihove izzive pri skrbi za osebo s težavami v duševnem zdravju ter potrebe in pričakovanja v odnosu do strokovnih služb, skupnosti in države. Zbrani podatki so bili pridobljeni izključno za namen tega magistrskega dela in temeljijo na vprašalnikih, ki sem jih izvedla z intervjuvanci.

Število vprašanj v posameznem intervjuju se je gibalo med 15 in 59, odvisno od pripravljenosti svojcev na pogovor ter od stopnje odprtosti pri deljenju osebnih izkušenj. V primerih, ko so svojci o svoji situaciji govorili odprto in poglobljeno, je bilo treba postaviti manj podvprašanj, saj so spontano zajeli večino tem, pomembnih za raziskavo. Pri svojcih, ki so se izražali bolj zadržano ali pa so potrebovali več usmerjanja, pa je bilo postavljenih več podvprašanj. Takšen fleksibilen pristop je omogočal prilagoditev vsakemu sogovorniku posebej, s tem sem ohranila naravno dinamiko pogovora ter hkrati zagotovila pomembne podatke za analizo.

Vprašanja, ki sem jih postavljala svojcem, so zajemala različna področja njihove življenjske zgodbe: opis njihove trenutne situacije in težave, ki se jim zdi nerešljiva, občutke, ki jih pri tem doživljajo, področja, kjer bi potrebovali pomoč in podporo, ter načine, kako si to pomoč predstavljajo. Poleg tega so svojci opisali, kako pomagajo osebi s težavami v duševnem zdravju pri zadovoljevanju vsakodnevnih osnovnih potreb, kje poiščejo vire pomoči, kakšno socialno mrežo imajo, kakšno je njihovo materialno stanje ter kakšne so njihove želje, pričakovanja in načrti za prihodnost. S postavljenimi vprašanji sem želela dobiti vpogled v njihovo razmišljanje, kako svojci doživljajo svojo vlogo, kako se spopadajo z vsakodnevnimi izzivi ter kako razumejo problematiko duševnega zdravja.

Intervjuji s svojci so bili narejeni z namenom bolje razumeti njihovo doživljanje vloge »skrbnika« osebe s težavami v duševnem zdravju, prepoznati njihove potrebe po podpori ter ugotoviti, ali uporabljajo kakšne vire pomoči, in če katere, ter kakšne bi si želeli uporabljati. Cilj je tudi ugotoviti, kako lahko socialni delavci in druge strokovne službe zagotovimo ustrezno podporo in svetovanje svojcem oseb s težavami v duševnem zdravju. Pridobljeni podatki bodo omogočili boljše razumevanje izkušenj in potreb svojcev oseb s težavami v duševnem zdravju. Spoznanja bodo temelj za oblikovanje ustrežnejših oblik psihosocialne pomoči, okrepila bodo sodelovanje med strokovnimi službami in svojci ter prispevala k zmanjševanju stigme oseb s težavami v duševnem zdravju in njihovih svojcev.

5.3. Populacija in vzorec

V raziskavo ni bilo preprosto pridobiti intervjuvancev, saj se je večina svojcev sprva težko odločila za sodelovanje, nekateri pa so sodelovanje odklonili. Po dodatnih pojasnilih in zagotovilu, da bodo vsi podatki obravnavani popolnoma anonimno ter z največjo mero spoštovanja do njihove zasebnosti, so se lažje odločili za sodelovanje. Intervju sem opravila s sedmimi svojci, ki so po večini, na takšen ali drugačen način, že imeli izkušnjo sodelovanja s centrom za socialno delo. Ciljno skupino so predstavljali svojci, ki imajo v ožjem družinskem krogu osebo s težavami v duševnem zdravju in ji skušajo po svojih močeh nuditi oporo in oskrbo v vsakdanjem življenju.

Vse intervjuvanke so bile ženskega spola, kar lahko odraža tudi širši družbeni vzorec, po katerem so v skrbstveno vlogo pogosto vključene predvsem ženske. Lamovec (1995, str. 349) meni, da številne ženske sprejemajo skrbstveno vlogo kot dolžnost, ki jim jo nalagajo kulturne norme, in ne kot skrbstveno delo, za katerega se same odločijo. Namreč, ko ženske v družini ponotranjijo dolžnost žrtvovanja svojih potreb na račun potreb drugih družinskih članov, naložijo tistemu, za katerega skrbijo, dolžnost, da je od njih odvisen. Tudi sicer v »mojem bazenu kandidatov« nimam veliko svojcev moškega spola – dva svojca moškega spola sta se na povabilo k sodelovanju odzvala odklonilno. Pet intervjuvank, ki so se na povabilo odzvale, so bile tudi sicer stranke centra za socialno delo, vključene v socialnovarstveno storitev Prva socialna pomoč ali Osebna pomoč. Štiri intervjuvanke niso bile vključene neposredno k meni v socialnovarstvene storitve, temveč k drugim strokovnim delavcem. K sodelovanju sem jih povabila po nasvetu različnih strokovnih delavk. Ena intervjuvanka, ki se je odzvala na povabilo, je bila vključena neposredno k meni. Dve intervjuvanki, ki sta se na povabilo odzvali, pa sem že prej osebno poznala in poznala tudi njuni življenjski zgodbi. Ob povabilu sta bili pripravljeni opraviti z mano intervju. Poleg tega, da je bilo težko pritegniti svojce v raziskavo, pa tudi namenoma nisem želela v raziskavo pritegniti več oseb, ki so bile neposredno vključene k meni v socialnovarstveno storitev, saj sem imela občutek, da njihovi odgovori morda ne bi bili odkritosrčni. Vzorec je na koncu obsegal sedem intervjuvank, različnih starosti in iz različnih socialnih okolij, ki so se soočale z različnimi oblikami duševnih težav svojih bližnjih. Intervjuji so shranjeni v mojem osebnem arhivu.

Cilj vzorca je bil zajeti različen nabor izkušenj, pogledov in okoliščin, ki bi omogočali širše razumevanje potreb, stisk in načinov soočanja svojcev oseb s težavami v duševnem zdravju.

Izbran vzorec omogoča poiskati skupne točke intervjuvank, kljub temu pa tudi individualne načine spoprijemanja z vsakdanjimi težavami ter individualna doživljanja stisk.

Tabela 5.1: Značilnosti vzorca

Intervjuvanka	Kraj in čas intervjuja	Starost	Status	Težave osebe s težavami v duševnem zdravju z vidika svojca	Diagnoza
Intervjuvanka 1	Pisarna CSD, avgust–oktober	Srednja leta	Zaposlena	Odvisnost od svojke	Depresija
Intervjuvanka 2	Pisarna CSD, avgust–oktober	Zrela leta	Upokojenka	Nasilje, alkohol, droge	Komorbidnost
Intervjuvanka 3	Pisarna CSD, avgust–oktober	Zrela leta	Upokojenka	Droge, bivanjska problematika, nasilje	Komorbidnost
Intervjuvanka 4	Pisarna CSD, avgust–oktober	Srednja leta	Zaposlena	Droge, alkohol, nasilje	Komorbidnost
Intervjuvanka 5	Intervjuvankin dom, avgust–oktober	Zrela leta	Upokojenka	Higiena, čistoča, odvisnost od svojca	Neopredeljene težave v duševnem zdravju
Intervjuvanka 6	Intervjuvankin dom, avgust–oktober	Zrela leta	Upokojenka	Selitev, konflikti, nezaupanje, nasilje	Demenca, različne psihoze
Intervjuvanka 7	Pisarna CSD, avgust–oktober	Zrela leta	Upokojenka	Droga, nasilje, higiena	Komorbidnost

5.4. Obdelava in analiza podatkov

Po izvedbi vseh intervjujev sem prepisala posnetke v urejevalnik besedila, pri čemer nisem posegala v sogovornikov način pripovedovanja. Uporabila sem metodo kvalitativne analize, pri čemer sem zapise kodirala. Pri transkripciji pogovorov sem ohranila jezikovni slog svojcev, zaporedje misli in njihove izraze, saj sem želela ohraniti pristnost njihovih pripovedi ter avtentičnost doživljanja. Zapise sem označila kot intervju 1, intervju 2, intervju 3, intervju 4, intervju 5, intervju 6, intervju 7. Tako pripravljeni zapisi so predstavljali osnovo za analizo, v kateri sem iskala skupne teme, vzorce in pomenske enote, ki se nanašajo na raziskovalna vprašanja. Intervjuje sem natančno prebrala, si pomembne informacije podčrtala in prepisala ter iz zapisov dobila področja, ki so se ponavljala ter so bila vsem sedmim intervjujem skupna. Tako sem iz zapisov potegnila naslednje tematske sklope:

- Čustvena stiska in obremenitev,
- Skrb za vsakodnevne potrebe svojca,
- Uporaba ali zavračanje strokovne pomoči,

- Prilagajanje svojega življenja,
- Družinska dinamika in odnosi,
- Socialna mreža in podpora,
- Izkušnje s prejetimi storitvami,
- Pomanjkanje zakonodaje,
- Potreba po razbremenitvi svojcev,
- Finančna obremenitev,
- Strahovi in pričakovanja za prihodnost,
- Samoiniciativne strategije pomoči.

Nekatere sklope sem razdelila še na podsklope. Tako na primer *Skrb za vsakodnevne potrebe svojca* zajema skrb za hrano, skrb za dolgove, za higieno, za denar in položnice. Pri *Socialni mreži in podpori* sem uvedla podkategorije, ki označujejo, ali gre za močno podporo, srednje močno podporo ali za šibko podporo. Pri tematskem sklopu *Izkušnje s prejetimi storitvami* me je zanimala informiranost glede storitev, obenem pa tudi, za kakšne izkušnje gre – psihiatrične, CSD, izkušnje z nevladnimi organizacijami, policijo, zdravstvenim domom, občino, pomočjo na domu ali izkušnje, dobljene na trgu (ko storitve ne ureja država). Ko sem tematske sklope poimenovala, sem ponovno natančno prebrala vsak intervju ter iz njega izluščila ključne informacije za posamezni sklop ter mu določila kodo. Koda je vsebovala oznako intervjuja ter številko tematskega sklopa. Kodo sem nato uvrstila v ustrezen tematski sklop ali podsklop. Način umeščanja kod je razviden iz spodnje tabele. Za potrebe analize sem uporabila sistem označevanja, ki omogoča pregledno sledenje podatkom po tematskih sklopih in posameznih intervjujih. Oznake so oblikovane v obliki številčnega para (na primer 1, 1), pri čemer prva številka označuje tematski sklop, druga pa zaporedno številko intervjuja. Tako na primer oznaka 1, 1 pomeni, da podatek pripada tematskemu sklopu 1 ter prvemu intervjuvancu. Enako zaporedje označevanja je uporabljeno tudi pri vseh drugih primerih, kar omogoča enotno in sistematično obravnavo zbranih podatkov.

Tabela 5.2: Razvrščanje kod

	Tematski sklop	Podkategorija	Intervju 1	Intervju 2	Intervju 3	Intervju 4	Intervju 5	Intervju 6	Intervju 7
1	Čustvena stiska, obremenitev		sovražnost, labilnost, potrebujem pomoč, nezmožnost postaviti meje (1, 1)	osamljenost v skrbi, izčrpanost, ambivalentnost, strah (1, 2)	strah, osamljenost v skrbi, nespečnost (1, 3)	strah, izčrpanost, osamljenost v skrbi, jeza, sovraštvo (1, 4)	ni prijetno, osamljenost, odvisnost od svojca (1, 5)	odrekanje, strah, skrb, jeza, sovraštvo, osamljenost v skrbi (1, 6)	izčrpanost, ambivalentnost, usmiljenje, nemoč, brezup, živčnost (1, 7)
2	Skrb za vsakodnevne potrebe svojca	Hrana Dolgovi Higiena Denar Položnice	vsa pomoč (2, 1)	hrana (2, 2) denar (2, 2) položnice (2, 2)	hrana (2, 3) denar (2, 3) položnice (2, 3)	hrana (2, 4) denar (2, 4)	hrana (2, 5) čiščenje (2, 5) denar (2, 5) položnice (2, 5)	hrana (2, 6)	hrana (2, 7) dolgov (2, 7) denar (2, 7)
3	Uporaba ali zavračanje strokovne pomoči		sprejema, pomanjkljiva pomoč (3, 1)	sprejemanje, neučinkovitost (3, 2)	sprejemanje (3, 3)	sprejemanje, nezadovoljstvo (3, 4)	sprejemanje (3, 5)	sprejemanje (3, 6)	sprejemanje, odsotnost zadostne pomoči (3, 7)
4	Prilagajanje svojega življenja		umikanje, skrivanje (4, 1)	ujetost, nemir, finančna stiska (4, 2)	umik, izolacija (4, 3)	umikanje, skrivanje, materialna škoda (4, 4)	dodatna skrb, osamljenost (4, 5)	selitev (4, 6)	ujetost, dodatna skrb (4, 7)
5	Družinska dinamika in odnosi		odvisnost od svojca (5, 1)	verbalno nasilje, strah, usmiljenje (5, 2)	nasilje, nepredvidljivost, ponižanje, konflikti (5, 3)	nasilje, nepredvidljivost (5, 4)	konflikti, odtujenost (5, 5)	obtožbe, nasilje, konflikti (5, 6)	ambivalentnost, iskanje ravnovesja (5, 7)
6	Socialna mreža in podpora	Močna Srednja Šibka	srednje močna – družina, prijateljica (6, 1)	srednje močna podpora – sosedje, prijateljice (6, 2)	močna – prijateljica, brat (6, 3) srednje močna – sosedje (6, 3)	srednje – prijatelji, družina (6, 4) šibka – sosedje (6, 4)	šibka – sestrčna, prostovoljka (6, 5)	srednje močna – družina (6, 6) šibka – sosedje (6, 6)	močna – CSD (6, 7) šibka – nečak (6, 7)

	Tematski sklop	Podkategorija	Intervju 1	Intervju 2	Intervju 3	Intervju 4	Intervju 5	Intervju 6	Intervju 7
7	Izkušnje s prejetimi storitvami	Psihiatrične CSD NVO Policija Zdravstveni dom Občina Pomoč na domu Trg informiranost	zavračanje (7, 1) nezadostnost (7, 1) odsotnost (7, 1) nezadostnost (7, 1) občasno (7, 1) dobra (7, 1)	neučinkovitost (7, 2) nezadostnost (7, 2) odsotnost (7, 2) neučinkovitost (7, 2) slaba (7, 2)	neučinkovitost (7, 3) nezadostnost (7, 3) odsotnost (7, 3) neučinkovitost (7, 3) odsotnost (7, 3) slaba (7, 3)	neučinkovitost (7, 4) neučinkovitost (7, 4) občasna (7, 4) neučinkovitost (7, 4) dobra (7, 4) delna (7, 4)	/ sprejemanje (7, 5) odsotnost (7, 5) odklonilnost, odsotnost (7, 5) slaba (7, 5)	odnos moteč, razočaranje, zadovoljstvo, sprememba osebe (7, 6); odsotnost (7, 6); samopomoč (7, 6); pomoč na domu – vključena, zadovoljstvo (7, 6); trg – dobra (7, 6); informiranost – srednja (7, 6)	neučinkovitost (7, 7) zadovoljstvo (7, 7) nezadovoljstvo (7, 7) informiranost – slaba (7, 7)
8	Pomanjkanje zakonodaje		odsotnost, nezadostnost (8, 1)	neučinkovitost (8, 2)	nezadostnost, neučinkovitost (8, 3)	nezadostnost (8, 4)	nezadostnost (8, 5)	nezadostna (8, 6)	nezadostna (8, 7)
9	Potreba po razbremenitvi svojcev		začasna namestitev, prosti čas (9, 1)	institucija, skrbništvo, prosti čas, strokovna pomoč (9, 2)	9, 3 institucija, odstranitev, umik, mir (9, 3)	institucija (9, 4)	dolgotrajna oskrba (9, 5)	hospitalizacija, začasna namestitev, odmor, institucija (9, 6)	namestitev, zdravljenje, pomoč, skrbništvo (9, 7)
10	Finančna obremenitev		močna (10, 1)	močna (10, 2)	močna (10, 3)	srednje močna (10, 4)	močna (10, 5)	nizka (10, 6)	močna (10, 7)
11	Strahovi in pričakovanja za prihodnost		samozanemarjanje, neozdravitev, sprememba (11, 1)	ni spremembe, upanje (11, 2)	ozdravitev, oditi na svoje, mir, neozdravitev (11, 3)	institucija, stanovanjska skupina, normalnost, ponovitev (11, 4)	želja po namestitvi, normalnost, nerešitev (11, 5)	začasna namestitev, dostojanstvo (11, 6)	prenos skrbi, komuna, stanovanjska skupina, institucija, mir, umrljivost (11, 7)

	Tematski sklop	Podkategorija	Intervju 1	Intervju 2	Intervju 3	Intervju 4	Intervju 5	Intervju 6	Intervju 7
12	Samoiniciativne strategije pomoči		razbremenilni pogovor (12, 1)	razbremenilni pogovor, fizična aktivnost (12, 2)	razbremenilni pogovor, poseganje po zdravilih, dopust (12, 3)	nezadosten pogovor (12, 4)	prostovoljka (12, 5)	razbremenilni pogovor, fizična aktivnost, dopust (12, 6)	prelaganje krivde, društva, družba (13, 7)

Za boljši pregled prilagam seznam kod z oznakami:

- 1, 1 – sovražnost, labilnost, potrebujem pomoč, ne znam postaviti meje
 - 2, 1 – vsa pomoč
 - 3, 1 – sprejemanje, pomanjkljiva
 - 4, 1 – umikanje, skrivanje
 - 5, 1 – odvisnost od svojca
 - 6, 1 – srednje močna podpora družine, prijateljica
 - 7, 1 – zavračanje psihiatričnih storitev, nezadostnost CSD storitev, odsotnost storitev nevladnih organizacij (NVO), nezadostnost storitev zdravstvenega doma, občasno sprejemanje pomoči občine, informiranost dobra
 - 8, 1 – odsotnost, nezadostnost
 - 9, 1 – začasna namestitve, prosti čas
 - 10, 1 – močna
 - 11, 1 – samo zanemarjanje, neozdravitev, sprememba
 - 12, 1 – razbremenilni pogovor
-
- 1, 2 – osamljenost v skrbi, izčrpanost, ambivalentnost, strah
 - 2, 2 – prehrana, denar, položnice
 - 3, 2 – sprejemanje, neučinkovitost
 - 4, 2 – ujetost, nemir, finančna stiska
 - 5, 2 – verbalno nasilje, strah, usmiljenje
 - 6, 2 – srednje močna, sosedje, prijateljice
 - 7, 2 – neučinkovitost psihiatričnih storitev, nezadostnost storitev CSD, odsotnost NVO, neučinkovitost policije, informiranost slaba
 - 8, 2 – neučinkovitost
 - 9, 2 – institucija, skrbništvo, prosti čas, strokovna pomoč
 - 10, 2 – močna
 - 11, 2 – ni spremembe, upanje
 - 12, 2 – razbremenilni pogovor, fizična aktivnost
-
- 1, 3 – strah, osamljenost v skrbi, nespečnost
 - 2, 3 – prehrana, denar, položnice
 - 3, 3 – sprejemanje
 - 4, 3 – umik, izolacija

- 5, 3 – nasilje, nepredvidljivost, ponižanje, konflikti
- 6, 3 – močna podpora prijateljice, brata; srednje močna podpora sosedov
- 7, 3 – neučinkovitost psihiatričnih storitev, nezadostnost CSD storitev, odsotnost NVO, neučinkovitost policije, informiranost slaba
- 8, 3 – nezadostnost, neučinkovitost
- 9, 3 – institucija, odstranitev, umik, mir
- 10, 3 – močna
- 11, 3 – ozdravitev, oditi na svoje, mir, neozdravitev
- 12, 3 – razbremenilni pogovor, poseganje po zdravilih, dopust

- 1, 4 – strah, izčrpanost, osamljenost v skrbi, jeza, sovraštvo
- 2, 4 – prehrana, denar
- 3, 4 – sprejemanje, nezadovoljstvo
- 4, 4 – umikanje, skrivanje, materialna škoda
- 5, 4 – nasilje, nepredvidljivost
- 6, 4 – srednje močna podpora prijateljev, družine; šibka podpora sosedov
- 7, 4 – neučinkovitost psihiatričnih storitev, neučinkovitost CSD, občasna NVO, neučinkovitost policije, dobra trg, srednja informiranost
- 8, 4 – nezadostnost
- 9, 4 – institucija
- 10, 4 – srednje močna
- 11, 4 – institucija, stanovanjska skupina, normalnost, ponovitev
- 12, 4 – nezadosten pogovor

- 1, 5 – ni prijetno, osamljenost, odvisnost od svojca
- 2, 5 – prehrana, higiena, denar, položnice
- 3, 5 – sprejemanje
- 4, 5 – dodatna skrb, osamljenost
- 5, 5 – konflikti, odtujenost
- 6, 5 – šibka podpora sestrčne, prostovoljke
- 7, 5 – začetek psihiatrične obravnave, sprejemanje storitev CSD, odsotnost NVO, odklonilnost do pomoči na domu, informiranost slaba
- 8, 5 – nezadostnost
- 9, 5 – dolgotrajna oskrba
- 10, 5 – močna

11, 5 – želja po namestitvi, normalnost, nerešitev

12, 5 – prostovoljka

1, 6 – odrekanje, strah, skrb, jeza, sovraštvo, osamljenost v skrbi

2, 6 – hrana

3, 6 – sprejemanje

4, 6 – selitev

5, 6 – obtožbe, nasilje, konflikti

6, 6 – srednje močna podpora družine; šibka podpora sosedov

7, 6 – moteč odnos psihiatrov, razočaranje, odsotnost CSD, vključitev NVO, vključitev pomoči na domu, dobra trg, srednja informiranost

8, 6 – nezadostna

9, 6 – hospitalizacija, začasna namestitev, odmor, institucija

10, 6 – nizka

11, 6 – začasna namestitev, dostojanstvo

12, 6 – razbremenilni pogovor, fizična aktivnost, dopust

1, 7 – izčrpanost, ambivalentnost, usmiljenje, nemoč, brezup, živčnost

2, 7 – prehrana, dolгови, denar

3, 7 – sprejemanje, odsotnost zadostne pomoči

4, 7 – ujetost, dodatna skrb

5, 7 – ambivalentnost, iskanje ravnovesja

6, 7 – močna podpora CSD, šibka podpora nečaka

7, 7 – neučinkovitost psihiatrične storitve, zadovoljstvo CSD, nezadovoljstvo NVO, informiranost slaba

8, 7 – nezadostna

9, 7 – namestitev, zdravljenje, pomoč, skrbništvo

10, 7 – močna

11, 7 – prenos skrbi, komuna, stanovanjska skupina, institucija, mir, umrljivost

12, 7 – prelaganje krivde, društva, družba

Natančen postopek analize ni priložen magistrskemu delu, je pa na voljo pri meni v osebni arhivu.

6. REZULTATI IN RAZPRAVA

V tem poglavju so predstavljeni glavni izsledki raziskave, do katerih sem prišla s kvalitativno analizo zapisov. Namen poglavja je prikazati, kako se odgovori udeležencev povezujejo z raziskovalnimi vprašanji ter s teoretično podlago, predstavljeno v predhodnih poglavjih. Pri interpretaciji rezultatov sem posebno pozornost namenila razumevanju pomenov, ki jih udeleženci pripisujejo svojim izkušnjam, ter vprašanju, kako se ti pomeni povezujejo s konceptom psihosocialne podpore svojcem oseb s težavami v duševnem zdravju.

V nadaljevanju so predstavljeni rezultati, razporejeni po tematskih sklopih, pri čemer imajo nekateri še podkategorije, kot je razvidno iz Tabele 1. Navajam tudi citate intervjuvank iz zapisov, ki so nato označeni z ustrezno oznako.

6.1. Čustvena stiska in obremenitev svojcev

Iz zapisov pogovorov izhaja, da vseh sedem intervjuvank izraža močno čustveno obremenjenost ter negativna čustva. Njihove izpovedi kažejo, da se ob dolgotrajni skrbi za družinskega člana s težavami v duševnem zdravju pogosto soočajo z občutki nemoči, jeze, izčrpanosti, strahu ... Prisoten je tudi občutek izčrpanosti: »... sem dala že veliko skozi življenje in ne zmorem več ...« (1, 7) ter občutek, da so prepuščene same sebi. Občutek, da so prepuščene same sebi, je prisoten pri vseh sedmih intervjuvankah: »Ne vem, na koga naj se obrnem. Večkrat se počutim v situaciji sama.« (1, 3); »Strašno si sam v tem ... počutila sem se zapuščena od sistema ...« (1, 6); »... ostajam v tem sama ...« (1, 2). Pri dveh intervjuvankah se pojavlja tudi notranji konflikt med željo po pomoči bližnjemu ter lastno potrebo po počitku in čustveni razbremenitvi: »Jo imam rada, ma ne smem več dovoliti, da me ona uničuje.« (1, 7); »Rada bi živela zase, poskrbela za svoje življenje, pa nekako ne morem. Je moj sin.« (1, 2). Štiri intervjuvanke so izražale strah do oskrbovanca: »... je prišel tudi mene na dom včasih ustrašovati ...«, »... razbijal po avtomobilu, da sem se ga bala ...« (1, 6); »Tudi, ko kriči, nisem ravnodušna. Naredim, kar ukaže, ker se ga takrat bojim.« (1, 2). Tri intervjuvanke so izražale do svojca s težavami v duševnem zdravju tudi sovraštvo: »Navdajala me je jeza, na trenutke sovraštvo.« (1, 6); »Doživljala sem stisko pri oskrbi za sina. Strah, jeza, sovraštvo ... vse pomešano.« (1, 4); »Ampak jaz tega ne zmorem in sem včasih celo malo sovražno naravnana.« (1, 1). Ostala čustva in obremenitve, ki jih intervjuvanke izražajo, so nespečnost, labilnost, nezmožnost postavljanja meje, usmiljenje. Na osnovi ugotovljenega lahko z gotovostjo trdimo, da je čustvena obremenitev svojcev močna ter da so svojci navdani z negativnimi čustvi.

Izsledki potrjujejo ugotovitve avtorjev iz strokovne literature (Šprah et al., 2011; Kelavić, 2007; Vrhovnik Straka, 2015; Lamovec, 1998; Wainwright et al., 2015; Švab, 2009), navedene v teoretičnem delu, da čustvena stiska svojcev in obremenitev s skrbjo za osebo s težavami v duševnem zdravju pomembno vplivata na kakovost življenja svojcev.

6.2. Skrb za vsakodnevne potrebe svojca in finančna obremenitev

Tematski sklop skrb za vsakodnevne potrebe svojca sem razdelila na več podkategorij, in sicer skrb za hrano, skrb za poplačilo dolgov, skrb za higieno, skrb za položnice ter denar. Vse intervjuvanke so menile, da je primarna skrb za osebo s težavami v duševnem zdravju najprej prehrana: »... če je bil lačen, je prišel. Včasih sem ga povabila k sebi na kosilo.« (2, 4); »Jaz ji tukaj skuham. Trudi, ko je v zavetišču, pride k meni pojest.« (2, 7); »... mož mu skuha hrano. Nič si ne skuha sam.« (2, 5); »Se vtihotapi v hišo, si postreže za jest, ko je lačen ...« (2, 2). Šest intervjuvank je navajalo, da osebi s težavami v duševnem zdravju dajejo tudi denar: »... pride h svoji mami in prosi za denar. Jaz ji dam.« (2, 7); »Od pokojnine dajeva tudi za sina. Mu vse mi dajemo.« (2, 5); »Ko me je prosil za denar, sem mu vedno dala.« (2, 4). Štiri intervjuvanke so navajale, da morajo poskrbeti tudi za položnice oskrbovanca: »Prevzela sem plačevanje položnic.« (2, 1); »Plačujemo vse njegove položnice, poleg naših.« (2, 5). Ena intervjuvanka je izražala skrb za dolgove: »Je dolžna ljudem. In pride h svoji mami in prosi za denar ...« (2, 7). Ena intervjuvanka pa je izražala tudi skrb za higieno: »Moj mož počisti za njim ...« (2, 5). Na osnovi ugotovitev lahko zapišem, da je ena izmed največjih skrbi svojcev zagotavljanje prehrane osebi s težavami v duševnem zdravju ter njen nakup. To področje je tesno povezano z vprašanjem finančnih zmožnosti, saj nakupi in priprava obrokov predstavljajo pomembno ekonomsko obremenitev svojcev. Iz pogovorov z intervjuvankami sem interpretirala rezultate ter ugotovila, da je od sedmih vprašanih pet močno finančno obremenjenih zaradi skrbi za osebo s težavami v duševnem zdravju.

Izsledki potrjujejo trditve avtorjev, navedenih v teoretičnem delu magistrskega dela (Kelavić, 2007; Wainwright et al., 2015; Švab, 2009; Hinshaw, 2007), ki poudarjajo različna področja, na katerih svojci nudijo oskrbo osebam s težavami v duševnem zdravju. Med temi področji je izrazito finančno področje, saj skrb za osnovne življenjske potrebe predstavlja znatno ekonomsko obremenitev za svojce.

6.3. Uporaba ali zavračanje pomoči ter izkušnje svojcev s prejetimi storitvami

Iz zapisov pogovorov izhaja, da vseh sedem intervjuvank sprejema pomoč strokovnjakov, a štiri menijo, da je slednja nezadostna, pomanjkljiva ali neučinkovita: »Dostikrat je bil hospitaliziran – pa v tem niti ne vidim neke rešitve.« (3, 2); »... pritiski iz okolja ... center, policija, zdravstvo ... pa nič.« (3, 4); »... nič mi ni v pomoč, pa imam dokaze, da je bila nasilna do mene ...« (3, 3). Tematski sklop gre z roko v roki s sklopom izkušenj svojcev s prejetimi storitvami. Na tej točki sem ugotavljala informiranost svojcev ter izkušnje s prejetimi storitvami v psihiatričnih ustanovah, na centru za socialno delo, v nevladnih organizacijah, policiji, zdravstvenem domu, občini, pri pomoči na domu ter pomočjo, ki se dobi na trgu. Glede psihiatričnih storitev prednjačijo neučinkovitost, nato zavračanje in razočaranje: »Ko sem ugotovila, da prisilne hospitalizacije ne služijo ...« (7, 4); »Odnos psihiatra do mene kot svojke je bil zelo moteč, bila sem razočarana.« (7, 6); »... ne zdravniki, ne psihiatri ne pomagajo ...« (7, 7). Glede storitev centra za socialno delo prednjači nezadostnost. Tri intervjuvanke so izražale nezadostnost, ena neučinkovitost, ena pa zadovoljstvo: »Center nima nekih konkretnih rešitev ...« (7, 1); »CSD bi mi lahko bolj pomagal, lahko bi bil bolj vpet.« (7, 2). Glede storitev nevladnih organizacij je samo ena intervjuvanka izražala nezadovoljstvo, sicer pa prednjači zaznava, da jih intervjuvanke ne poznajo in se jih ne poslužujejo: »Za nevladne organizacije ne vem, jih ne poznam.« (7, 2). Storitve policije so se poslužile tri intervjuvanke, vse tri pa so izrazile neučinkovitost: »Tu policija nič ne pomaga. Ne vem, zakaj ne odreagirajo.« (7, 2); »Ko pokličem policijo, da me jemlje resno, ko rečem, da se počutim ogrožena ...« (7, 3). Storitve zdravstvenega doma, občine ter pomoči na domu se je posluževala po ena intervjuvanka. Dve intervjuvanki pa sta pomoč, ki sta jo potrebovali, poiskali sami na trgu, tudi na črno, ter jo plačali. Z obema sta bili zadovoljni: »... dokler si nisem pomagala z odvetnikom ter ga plačala, da sem to dosegla ...« (7, 4); »Poiskala sem si eno gospo, na črno ...« (7, 6). Pri analizi zapisov se je pokazalo, da je ključen dejavnik tudi informiranost. Iz pogovorov sem interpretirala informiranost intervjuvank: štiri so slabo informirane o storitvah, dve srednje dobro, ena dobro informirana. Menim, da je mogoče potegniti vzporednice med zadovoljstvom s storitvami in informiranostjo. Že StaDI 2024–2034 (2024) omenja prepotrebnost informiranja svojcev kot obliko podpore v skupnosti, obenem pa iz analize izstopa nepoznavanje in nevključenost NVO. Tudi Švab in Kovač (1995) menita, da morajo strokovni delavci svojcem pomagati z jasnimi informacijami. Lohrasbi et al. (2023) navajajo, da je eden izmed psihosocialnih izzivov svojcev prav pomanjkanje informacij in dodatne podpore v skupnosti. Iz izkušenj vem, da se svojci obračajo na strokovnjake s točno določenimi pričakovanji, na primer s pričakovanjem prisilne

namestitve v varovani oddelek socialnovarstvenega zavoda. Svojci imajo pogosto predstavo, kakšen bi moral biti njihov sorodnik, da bi bil sprejemljiv, kar je v nasprotju z realnostjo in pomeni stigmo za vse vpletene, tudi za svojce (Goffman, 2008, 2019). Obenem pa so pričakovanja svojcev podkrepljena z željo po urejenosti situacije (Hinshaw, 2007).

Menim, da je v takih primerih ključno, da se svojca opremi z informacijami o postopkih – kdaj da in kdaj ne – ter da se mu ponudijo alternativne storitve v skupnosti. Če povzamem sklepno ugotovitev, lahko rečem, da intervjuvanke v veliki večini s prejetimi storitvami niso zadovoljne, ne s psihiatričnimi storitvami ne s storitvami centra za socialno delo. Menim pa, da imata na to močan vpliv njuna informiranost ter pričakovanja, ki jih svojci gojijo do institucij.

6.4. Prilagajanje svojega življenja, družinska dinamika in odnosi

Tematska sklopa Prilagajanje svojega življenja ter Družinska dinamika in odnosi sem združila v eno podpoglavje, saj menim, da sta temi povezani. Glede na odnos, ki se je kreiral med svojcem in osebo s težavami v duševnem zdravju, je odvisno tudi, na kakšen način svojec prilagaja svoje življenje njemu. Tako je na primer intervjuvanka št. 1 povedala, da se počuti ujeta v odnosu z materjo, da se mora, ko pride domov, skrivati, saj je mati povsem odvisna od nje. Posledica tega je umik svojca, tudi skrivanje. Intervjuvanka št. 3 je povedala, da je odnos s hčerko velikokrat konflikten in nasilen, posledica tega je umik: »Ko je name kričala, sem se zatekla k prijateljici, da sem preživela tam noč« (4, 3). Iz pogovorov, izvedenih z intervjuvankami, izhaja, da so svoje življenje prilagodile osebi s težavami v duševnem zdravju v smislu umika, skrivanja, izolacije, osamljenosti ter selitve. Na drugi strani pa so povedale, da je odnos z osebo s težavami v duševnem zdravju večkrat konflikten in nasilen, da med njima vejeta strah in nepredvidljivost ter da je prisotna odtujenost. To predstavlja za svojca dodatno stisko in obremenitev.

Smrdu, Pavao Belak in Švab (2015) izpostavljajo, da je odnos med svojcem in osebo s težavami v duševnem zdravju različen ter se lahko razvije v različne smeri – bodisi v umik, v povečano pojavnost konfliktov ali v prevzemanje prevelike odgovornosti. Ugotovitve moje raziskave potrjujejo to povezavo med odnosi in prilagajanjem svojca. To kaže na potrebo po pomoči pri vzpostavljanju bolj uravnoteženih odnosov.

6.5. Socialna mreža in podpora

Socialna mreža in podpora svojcem oseb s težavami v duševnem zdravju igrata pomembno vlogo pri razbremenitvi svojca. Glede na to, kar so intervjuvanke povedale, sem interpretirala, kako močne vezi v socialni mreži imajo. Večina je navedla, da ima srednje močne vezi, ki predstavljajo družino in prijateljico (6, 1); sosedo, prijateljico (6, 2); sosedo (6, 3); prijatelje, družino (6, 4); družino (6, 6). Le dve intervjuvanki sta opredelili, da imata močno socialno mrežo – pri prijateljici in bratu (6, 3) ter pri centru za socialno delo (6, 7). Štiri intervjuvanke so opredelile, da imajo šibko socialno mrežo pri sosedih (6, 4); sestrični in prostovoljki (6, 5); sosedih (6, 6) ter pri nečaku (6, 7). Glede na rezultate menim, da intervjuvanke na splošno nimajo močne socialne mreže in s tem podpore.

Menim, da je močna socialna mreža pomembna pri premagovanju stisk svojcev, saj zagotavlja čustveno, informacijsko in praktično podporo, ki lahko zmanjša občutek osamljenosti in preobremenjenosti. Enako menita tudi Lamovec (1998) in Dernovšek (OMRA), saj poudarjata, da močna in dobro razvita socialna mreža zmanjšuje breme svojca ter vnaša pozitivno noto v njegovo življenje, obenem pa posredno vpliva tudi na znižanje potrebe po hospitalizaciji osebe s težavami v duševnem zdravju.

6.6. Pomanjkanje zakonodaje

Zakonodaja na področju duševnega zdravja je osnova za možne storitve in podporo svojcem oseb s težavami v duševnem zdravju. Šest intervjuvank je izrazilo nezadovoljstvo z zakonodajo na tem področju, ena pa ni bila prepričana: »Mi smo skromni. Ne vem. Če bi bila dolgotrajna oskrba, bi bilo v redu.« (8, 5); »Zakonodaja mi ni nič v pomoč, pa imam dokaze ...« (8, 3); »Mislim, da mi zakonodaja ni v pomoč ...« (8, 4; 8, 2); »... pri osebni asistenci je zakonodaja malo zatajila ...« (8, 1).

Sklepna ugotovitev je, da so intervjuvanke z zakonodajo izrazile nezadovoljstvo. Švab (2015) glede zakonodaje pravi, da je seveda temelj, da se stvari lahko premaknejo, a sama zakonodaja ni dovolj. Potrebno je, da se zakonodaja izvaja tudi v praksi.

6.7. Potreba po razbremenitvi svojcev

Sedem intervjuvank je v pogovoru izražalo tudi potrebo po razbremenitvi od nastale situacije. Štiri intervjuvanke so izražale potrebo po prostem času, miru in umiku, kjer bi lahko napolnile

baterije: »... bi si želela odklopiti, oditi na dopust.« (9, 6); »... hodim k telovadbi, da se malo sprostim ...« (9, 2); »... grem z bratom na morje, se družim s prijateljico ...« (9, 3).

Dve intervjuvanki sta izrazili potrebo po začasni, krizni namestitvi: »Iskala sem možnost namestitve zanjo za krajši čas, za čas dopusta ...« (9, 6); »... namestitve za daljši čas, mogoče za štirinajst dni ...« (9, 1). Štiri intervjuvanke vidijo lastno razbremenitev v namestitvi svojca v institucionalno varstvo: »Ona bi mogla biti v instituciji ali v stanovanjski skupini.« (9, 7); »Mi je bilo lažje, ko je bila sprejeta v dom upokojencev.« (9, 6); »... ko sem ugotovila, da prisilne hospitalizacije ne služijo, sem ugotovila, da je samo še to rešitev ...« (9, 4). Dve intervjuvanki sta videli svojo razbremenitev v postavitvi osebe pod skrbništvo: »Najraje bi videla, da bi se ga postavilo pod skrbništvo ...« (9, 2); »Hčerka je postavljena pod skrbništvo, s tem sem zadovoljna.« (9, 7). Dve intervjuvanki navajata tudi potrebo po strokovni pomoči: »... nekakšna intenzivna obravnava ... sin bo rabil pomoč pri bivanju in to bi si tudi želela.« (9, 2); »... da nekdo zanjo poskrbi, da bi šla najprej v eno komuno, naprej v stanovanjsko skupnost ...« (9, 7). Ena intervjuvanka pa vidi rešitev v dolgotrajni oskrbi: »Veliko upov polagam v dolgotrajno oskrbo. Upam, da bo.« (9, 5).

Sklepne ugotovitve te analize kažejo, da za večino svojcev razbremenitev še vedno pomeni namestitev v institucionalno varstvo. Več avtorjev (Teng et al., 2019; Buhr et al., 2006; Lopez et al., 2011) meni, da svojci namestitev v institucijo doživljajo kot razbremenitev ob prepričanju, da delujejo v najboljšem interesu osebe s težavami v duševnem zdravju. Enako navaja Goffman (2019), ki meni, da je umik osebe v institucijo družbeno sprejemljiv ter se na ta način zmanjša tudi stigma svojca. Zelo verjetno je, da je v ozadju želje po namestitvi stiska svojca in njegova nemoč. Po drugi strani pa svojci drugega pravzaprav ne poznajo, alternativa pa je šele v povojih. Odlična alternativa temu bi bile tudičasne, krizne namestitve, zaradi katerih bi se lahko svojci odpočili ter nabrali novih moči, si privoščili potovanja. Dve intervjuvanki sta navedli to kot razbremenitev, a iz prakse vem, da tudi to v trenutnem sistemu ni rešitev.

6.8. Pogled na trenutno situacijo in želje svojcev

Po analiziranih zapisih so želje in strahovi svojcev različni. Večina pa si želi, da bi oseba s težavami v duševnem zdravju v njihovi bližini ozdravela, bila »normalna« (11, 5; 11, 4; 11, 3). Nekateri imajo upanje na izboljšanje situacije (11, 2), v glavnem pa so njihove želje za prihodnost povezane z izboljšanjem stanja osebe s težavami v duševnem zdravju, strahovi pa

so povezani s tem, da do sprememb v njihovem stanju ne bi prišlo. Slednje je povezano tudi s tem, da si želijo svojci poiskati mir tudi zase: »Rada se družim v kraju, kjer živim, imam rada družbo, da poklepetam, da pohajam ... ko bo treba iti v dom, bom šla, ma zdaj bi rada živela v miru tukaj doma.« (11, 7).

6.9. Samoiniciativne strategije pomoči

V podpoglavju so predstavljeni načini, s katerimi si intervjuvanke samoiniciativno iščejo načine za obvladovanje stisk in lajšanje bremena, povezanega s skrbjo za osebo s težavami v duševnem zdravju. Štiri intervjuvanke so povedale, da si samoiniciativno poiščejo razbremenilni pogovor z različnimi deležniki: »Poiščem jo v kakšni psihoterapiji, svetovanju.« (12, 1); »Grem k eni prijateljici, se z njo pogovorim. Imam svetovalko na centru, ki mi svetuje ...« (12, 3); »Pogovorim se doma. S prijateljicami, z družino.« (12, 4). Intervjuvanka št. 2 je navajala, da pogovor sicer dobi, a ji ne zadošča, kljub temu pa je večkrat povedala, da si želi pogovora: »... pogovor sem na centru dobila, ampak ni pomagalo ... potrebovala bi pomoč v obliki svetovanja ... pogovor dobim pri prijateljicah« (12, 2); »Nevladna organizacija mi je pomagala z nasveti, s poslušanjem.« (12, 6).

To, da je pogovor temeljno orodje za razbremenitev stiske, poudarjajo tudi številni avtorji (Čaćinovič Vogrinčič et al., 2019; Seikkula in Arnkil, 2014; Seikkula in Olson, 2003), a mora biti pogovor vselej pravilno izpeljan, saj služi vzpostavljanju delovnega odnosa ter zaupanja med dvema deležnikoma (Čaćinovič Vogrinčič et al., 2019).

Dve intervjuvanki sta v pogovorih navajali tudi, da se razbremenita s fizično aktivnostjo, ena si pomaga z zdravili, ena se razbremeni ob druženju s prostovoljko, s tem da gre na dopust, ter z vključitvijo v društva in družbo: »Poiskala sem si gospo, da sem lahko odšla na telovadbo.« (12, 6); »... hodim k telovadbi, da se malo sprostim.« (12, 2); »Včasih ne spim, ker me misli in skrbi preganjajo. Potem vzamem kakšen Helex, da se umirim in zaspim.« (12, 3); »Prostovoljka pride enkrat na teden, se mi zdi fajn. Se pogovoriva, me pelje tudi ven.« (12, 5); »... bi si želela odklopiti, oditi na dopust ...« (12, 6); »... rada se družim, imam rada družbo, da malo poklepetam, da pohajam ...« (12, 7).

7. UGOTOVITVE IN SKLEPI

V poglavju so povzete najpomembnejše ugotovitve raziskave, predstavljene v luči zastavljenih raziskovalnih vprašanj in teoretičnih izhodišč. Namen poglavja je prikazati spoznanja, do katerih sem prišla z analizo zbranih podatkov, ter razmisliti o pomenu psihosocialne razbremenitve svojcev oseb s težavami v duševnem zdravju. Poglavje odpira možne poti za nadaljnjo raziskavo tega področja.

7.1. Kako svojci oseb s težavami v duševnem zdravju doživljajo svojo vlogo in vsakdanje življenje ob osebi s težavami v duševnem zdravju?

Ena izmed ugotovitev je, da svojci oseb s težavami v duševnem zdravju svojo vlogo in vsakdanje življenje doživljajo kot zahtevno psihofizično breme. Iz raziskave izhaja, da doživljajo osamljenost, izčrpanost, strah, sovraštvo, jezo, nemoč, nespečnost, labilnost, nezmožnost postaviti meje, usmiljenje. Občutek odgovornosti za dobrobit družinskega člana jih vodi k prevzemanju prevelikega bremena nase. Zanj poskrbijo za osnovne življenjske potrebe, kot so nakup hrane, plačilo položnic, skrb za higieno, finančna podpora. Ob tem svojci nosijo težko finančno breme, saj morajo poskrbeti ne samo za svoje blagostanje, temveč tudi za blagostanje družinskega člana.

Menim, da svojci doživljajo skrb za osebo s težavami v duševnem zdravju kot dolžnost poskrbeti zanj, kar izhaja tudi iz njihovih izjav, saj menijo, da morajo pomagati, sicer bi ta ostal brez ustrezne skrbi. Breme, ki si ga svojci ob tem naložijo, večkrat vodi v izčrpanost, kasneje izgorelost, slabšo kakovost lastnega življenja, izolacijo ter splošno nezadovoljstvo s svojim življenjem. Svojci svoje življenje, kot je razvidno iz analize, prilagajajo potrebam bližnjega ter odnosu, ki je med njima nastal. Predvsem matere, ki imajo otroke s temi težavami, nase prevzemajo veliko odgovornost. Včasih se za to skrbjo skriva tudi občutek krivde, čeprav nobena od mojih intervjuvank tega ni neposredno izpostavila. Številni avtorji, ki sem jih navajala v teoretičnem delu (Lamovec, 1998; Smrdu, Pavao Belak, Švab, 2015; Corrigan, 2004; Tham in Solomon, 2024), menijo, da so občutki krivde prepleteni s skrbjo za bližnjega. Takšni občutki pa močno vplivajo na zmožnost svojcev za učinkovito podporo (Corrigan, 2004; Tham in Solomon, 2024).

Menim, da na zgoraj opisan način svojci prevzemajo vlogo neformalne skrbi, ki presega njihove zmožnosti in velikokrat ni sistemsko podprta. Njihova doživljanja nakazujejo na

potrebo po večji podpori v skupnosti ter po večji psihosocialni podpori. Na ta način bi prišlo do razbremenitve svojcev, kar bi prispevalo h kakovostnejšemu življenju tako svojcev kot bližnjega s težavami v duševnem zdravju. Menim, da rešitev ne sme biti v ukinjanju institucionalnega varstva na račun večje obremenitve svojcev, temveč v postopnem preoblikovanju institucionalnega varstva v podporne oblike pomoči v skupnosti.

7.2. Kako svojec doživlja bližnjega sorodnika s težavami v duševnem zdravju in kakšna stališča zavzema?

Svojec doživlja osebo s težavami v duševnem zdravju predvsem z vidika psihofizične obremenjenosti, skrbi zanj in odgovornosti. Raziskovalno vprašanje se močno navezuje na predhodno, saj svojec doživlja bližnjega sorodnika tudi glede na odnos in občutja, ki se ob njem kreirajo. Tako je svojčevo doživljanje ponovno povezano z občutki nemoči, utrujenosti, po drugi strani pa dolžnosti, da mu je ves čas na voljo. Na kratko povedano, doživlja ga kot breme. To lahko interpretiram tudi iz želje svojcev po razbremenitvi, po počitku, dopustu. Svojci ob tem samoiniciativno iščejo strategije, kako ne izgoreti: »Svojec, ki skrbi za takšnega človeka, še bolj potrebuje, da odloži nekje tega človeka, da se rehabilitira, da gre na počitnice, da odklopi, in prav tega človeka se po domovih izogibajo.« (9,6; 13,6). Po drugi strani pa svojci zavzemajo stališče, da takšna oseba sama ne more živeti, ter povsem prevzemajo odgovornost zanj, celo do te mere, da ji onemogočajo samostojno odločanje. Pri tem večkrat vidijo rešitev v institucionalni ureditvi. Menim, da tudi zato, ker drugega ne poznajo, ker trenutno druge oblike skrbi v skupnosti še niso povsem na voljo.

Stališče, ki ga svojci zavzemajo, mi kaže potrebo po spremembah – v prvi vrsti večjo podporo v skupnosti, možnosti razbremenitve za oddih, možnosti pogovora z osebami, ki so se znašle v enaki situaciji. Nekatere intervjuvanke so izražale željo po ravnovesju med skrbjo za osebo s težavami v duševnem zdravju ter svojim neodvisnim življenjem. To kaže tudi na potrebo svojcev po samoohranitvi, po drugi strani pa izraža ambivalenco med skrbjo za bližnjega in prevzemanjem odgovornosti za lastno življenje.

7.3. Ali so svojci dovolj opremljeni z informacijami ob prevzemanju vloge neformalne skrbi?

Iz analiziranih podatkov sem interpretirala rezultate, iz katerih izhaja, da svojci ob prevzemanju vloge neformalne skrbi niso dovolj opremljeni z informacijami. Podatek se

nanaša na možnosti strokovne pomoči in podpore v skupnosti. Povezava nezadovoljstva s storitvami, ki jih institucije nudijo, bi lahko obstajala tudi zaradi pomanjkanja informacij ter nerealnih pričakovanj svojcev. Svojci pogosto vstopajo v stik z institucijami skladno z lastnimi prepričanji, kaj je normalnost. Njihova predstava o tem na neki način kaže na prisotnost stigme in neznanja o težavah v duševnem zdravju. To pa lahko vodi v nerazumevanje bližnjega ter tudi storitev, ki nudijo pomoč.

Pomanjkanje informacij in prisotnost stigme lahko vodi tudi do nezaupanja in razočaranja nad storitvami pomoči, kar onemogoča vzpostavitev socialnodelovnega odnosa. Menim, da je za učinkovito podporo v skupnosti ključnega pomena, da strokovnjak, ki pride v stik s svojcem, pravilno in izčrpno poda informacije o možnih oblikah pomoči v skupnosti, ki se večkrat najdejo tudi v okviru nevladnih organizacij. Teža odgovornosti je tu na strani strokovnega delavca, ki ima nalogo tako pravilno podati informacije kot tudi krepiti moč svojca v stiski. Tako meni tudi Švab (2009), saj poudarja, da se stigma povečuje tudi zaradi pomanjkanja informacij ter nepovezanosti med različnimi službami. Tudi Strategija Republike Slovenije za deinstitucionalizacijo v socialnem varstvu za obdobje 2024–2034 na več mestih poudarja pomembnost informacij glede alternativnih oblik namestitev ter podpore v skupnosti. Moje mnenje je, da lahko le dobro informirani svojci oblikujejo realna pričakovanja in učinkovito sodelujejo pri nujenju oskrbe bližnjega.

7.4. Na kakšen način svojci iščejo in prejemaajo podporo?

Raziskava je pokazala, da svojci oseb s težavami v duševnem zdravju iščejo in prejemaajo podporo na neformalne in formalne načine. Iz raziskave izhaja, da se po pomoč obračajo na institucije, ki nudijo psihiatrične storitve, na centre za socialno delo, precej manj pa na nevladne organizacije, občino in pomoč na domu. S prejeto pomočjo največkrat niso zadovoljni, menim, da tudi zato, ker so soočeni z omejitvami sistema ter neučinkovito in nezadostno zakonodajo. Svojci si pomoč poiščejo samoiniciativno v neformalni obliki, kot je pogovor s prijateljicami, v okviru psihoterapije, pogovor s sorodniki, družino, tudi s plačilom storitve na trgu. Poskušajo si omisliti telovadbo, počitnice, odklop, da se ponovno okrepijo, ter aktivnosti, ki jim omogočajo distanco od vsakodnevnih obveznosti in čustvenega bremena. To kaže, da svojci iščejo in potrebujejo ravnovesje med skrbjo za osebo s težavami v duševnem zdravju in lastnimi potrebami. Menim, da je premalo podpore svojcem v skupnosti, prav tako pa ni dovolj intenzivna, da bi se svojci lahko razbremenili. To kaže na potrebo po

bolj strukturiranih oblikah pomoči, kot so na primer skupine za samopomoč, psihoedukacija ter vključevanje v dialoško-mrežne skupine skupaj z osebo s težavami v duševnem zdravju. Mojo misel potrjujejo tudi priporočila NCOA (National Council on Aging, 2024), ki navajajo, da svojci potrebujejo skrb za lastno psihofizično zdravje, med katerimi so fizična aktivnost, dopust, skupine za samopomoč, možnostčasne namestitve, da si svojec lahko privošči odmor, svetovanje in pomoč pri reševanju konkretnih izzivov ter podpora pri predelavi lastnih občutij in zdravem postavljanju mej.

7.5. Na katerih področjih je smiselno svojca podpreti?

Iz raziskave izhaja, da je svojce oseb s težavami v duševnem zdravju smiselno podpreti na več medsebojno povezanih področjih, vse pa imajo temelj v razbremenitvi. Želje svojcev so čas za počitek, odmor, fizično aktivnost, druženje ter nasploh priložnosti za ohranitev lastnega življenjskega sloga. V pogovorih z intervjuvankami je večkrat prisotna ambivalenca, kar kaže na željo po iskanju ravnovesja med vlogo skrbnika ter lastnim življenjem.

Raziskava izpostavlja tudi sistemsko raven, kjer svojci zaznavajo pomanjkljivosti v zakonodaji in sistemu. Menim, da se na tej točki kaže potreba po boljši implementaciji zakonodaje v prakso, ponekod pa bi bilo zakonodajo treba tudi spremeniti. Smiselno bi torej bilo podpreti svojce v bolj prilagodljivih, individualnih oblikah pomoči, kot sočasne namestitve, opremljenost z informacijami v okviru psihoedukacijskih delavnic ter tudi v samopomočnih skupinah.

7.6. Kateri so najbolj izpostavljeni izzivi na področju duševnega zdravja?

Iz raziskave izhaja, da si velika večina intervjuvank želi, da bi bil njihov svojec »normalen« ter kot glavno rešitev še vedno vidi namestitev v institucijo. Takšno razmišljanje odraža družbene predstave o težavah v duševnem zdravju in vlogo institucij pri tem. Sama menim, da vračanje oseb iz totalnih ustanov brez ustrezne podpore v skupnosti, kjer celotno breme prevzame svojec, ni rešitev. Menim, da se prava rešitev kaže v razvoju storitev, usmerjenih v skupnost. Menim, da videnje svojcev totalne ustanove kot edine možnosti izhaja iz dveh ključnih dejavnikov: pomanjkanja dovolj dobre alternative v skupnosti ter stigme, ki tudi v 21. stoletju še vedno močno obkroža področje duševnega zdravja. Naj povem, kar tudi sama zaznavam iz »terena«, da stigma vodi v strah, nerazumevanje ter izključevanje oseb iz družbe, ki niso v skladu z našimi pričakovanji. To pa otežuje njihovo vključevanje v skupnost ter zmanjšuje pripravljenost okolja, da jih sprejme. Menim, da je tudi dandanes še vedno najbolj

izpostavljen izziv na področju duševnega zdravja stigma ter sprejemanje osebe s težavami v duševnem zdravju v skupnost. Morda je to znak, da skupnost potrebuje ozaveščanje javnosti, krepitev sistemske podpore ter predvsem pristope, ki spodbujajo sprejemanje, poslušanje in razumevanje.

8. PREDLOGI

Z raziskavo ugotavljam, da je tematika duševnega zdravja in obremenitev svojcev na tem področju večplastna. Intervjuvanke so izpostavile lastno obremenitev pri skrbi za svojca s težavami v duševnem zdravju, kar je povezano z več področji, ki se tičejo tematike.

Po proučeni literaturi in opravljenem raziskovalnem delu menim, da bi bilo smiselno razviti podporo svojcem oseb s težavami v duševnem zdravju v sistemu, ki vključuje:

- **Vzpostavitev strukturiranih oblik pomoči svojcem:** Ustanovitev podpornih skupin, skupin za samopomoč, intenzivnejše individualno svetovanje, psihoedukacijske delavnice – to so oblike psihosocialne podpore, ki v sistemu primanjkujejo in so za podporo svojcem prepotrebne. Vzpostavitev takšnih oblik pomoči je pomembna z vidika pridobivanja informacij o težavah v duševnem zdravju, o strategijah pomoči ter razbremenitve.
- **Razbremenilne storitve:** Razvoj možnosti začasnih namestitev za čas dopusta svojcev. Ponekod to obstaja v domovih upokojencev, a je to bolj izjema kot pravilo, medtem ko za mlajše osebe s težavami v duševnem zdravju te možnosti ni. Začasne namestitve bi svojcem omogočale čas za regeneracijo ter ohranjanje ravnovesja med skrbjo za bližnjega in lastnim življenjem.
- **Izboljšanje informiranosti svojcev:** V raziskavi se je pokazalo, da svojci velikokrat niso dobro informirani, kam naj se obrnejo po pomoč. Velikokrat ne vedo, kam po pomoč, ter imajo nejasne informacije. Koncentracija informacij za svojce je bistvenega pomena, da razumejo, da se znajo pravilno odzivati in si s tem pomagati.
- **Boljša implementacija zakonodaje v praksi ter razvoj individualno prilagojenih storitev:** Individualno prilagojene storitve bolje pokrivajo potrebe svojcev in njihovih oskrbovancev, po drugi strani pa manj naslavlja rešitve v institucijah. To gre z roko v roki z zakonodajo, ki pa sama po sebi ni dovolj, saj je treba zapisano tudi prenesti v prakso.
- **Skupnostne oblike pomoči:** Razvoj skupnostnih oblik pomoči, ki temeljijo na načelih odprtega dialoga – vključevanje svojcev v načrtovanje pomoči, spodbujanje medsebojnega poslušanja, krepitev občutka povezanosti ter sodelovanja v procesu okrevanja – bi pomenil razbremenitev svojca v smislu občutka, da ni sam v situaciji ter da ima podporo v skupnosti.

- **Ozaveščanje družbe:** Zaradi močne prisotnosti stigme v družbi je treba odpreti vrata večjemu razumevanju in sprejemanju oseb s težavami v duševnem zdravju. Moji predlogi na tej točki so: izobraževalne kampanje, medijske akcije in javne razprave, ki poudarjajo, da so težave v duševnem zdravju del človekove izkušnje. Želela bi si tudi, da bi se osebe s težavami v duševnem zdravju več vključevale v mestno okolje, namesto da bi ostajale izolirane v institucijah na odmaknjenih lokacijah. Šele neposredna izkušnja z njimi lahko zmanjša predsodke ter omogoča družbi, da razume njihove potrebe.

9. UPORABLJENA LITERATURA

- Abdulmalik, J., Thornicroft, G. (2016). Community mental health: a brief, global perspective. *Neurology, Psychiatry and Brain Research* Volume 22, Issue 2. Pridobljeno 20. 9. 2025 s https://kclpure.kcl.ac.uk/ws/portalfiles/portal/51818509/abdulmalik_and_thornicroft_200715.pdf
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Changing toward the future*, str. 521 – 538. Pridobljeno 25. 10. 2025 s https://recoverydevon.co.uk/wp-content/uploads/2010/01/Recovery_from_Mental_Illness_Anthony_1993.pdf
- Bajt, M., Gabrijelčič Blenkuš, M., Jeriček Klanšček, H., Kovše, K., Kofol Bric, T., Pribaković Brinovec, R., Roškar, S., Tomšič, S., Štokelj Zorko, M. (2009). *Duševno zdravje v Sloveniji*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, Ljubljana, 2009.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W. H. Freeman and company.
- Basel declaration on community care. (2011). Pridobljeno 6. 10. 2025 s <https://www.eufami.org/sites/default/files/2023-10/basel-declaration-on-community-care.pdf>
- Bethell, C., Jones, J., Gombojav, N., Linkenbach, J., Sege, R. (2019). Positive childhood experiences and adult mental and relational health in a statewide sample: Associations across adverse childhood experiences levels. *Jama Pediatrics*, Vol. 173, No. 11. Pridobljeno 23. 9. 2025 s <https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/2749336>
- Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L., Westen, D. (2005). A Multidimensional Meta-Analysis of Psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 164(2). Pridobljeno 23. 9. 2025 s <https://psychiatryonline.org/doi/epdf/10.1176/appi.ajp.162.2.214>
- Brandon, D. (1990). *Pet principov normalizacije*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
- Brandon, D., Brandon, A. (1992). *Praktični priročnik za osebe v službah za ljudi s posebnimi potrebami*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
- Brandon, D., Žuraj, A. (1993). Veselje in žalost pri normalizaciji. *Socialno delo*, 32(1/2), str. 19–25.
- Buhr, G. T., Kuchibhatla, Clipp, E. C. (2006). Caregivers' reasons for nursing home placement: Clues for improving discussions with families prior to the transition. *The Gerontologist*, 46(1), str. 52–61.

- Corrigan, P. W. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59(7), str. 614–625. Pridobljeno 6. 10. 2025 s http://psychology12.weebly.com/uploads/1/2/5/4/12548410/mental_illness_and_stigma.pdf
- Corrigan, P. W., Watson, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*. 2002 Feb; 1(1), str. 16–20. Pridobljeno 6. 10. 2025 s <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1489832/>
- Čačinovič Vogrinčič, G., Kobal, L., Mešl, N., Možina, M. (2022). Vzpostavljanje delovnega odnosa in osebnega stika. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Dernovšek, M. Z. (2019). Svojci oseb z duševnimi motnjami. Z več znanja o motnjah razpoloženja do izhodov iz labirintov. Ljubljana: ZRC SAZU
- Dernovšek, M. Z. Kaj pa svojci? OMRA. Pridobljeno 25. 10. 2025 s https://www.omra.si/media/1256/4_kaj-pa-svojci.pdf
- Dernovšek, M. Z., Nadižar Habjanič, K., Valič, M. (2018). Kam in kako po pomoč v duševni stiski. Ljubljana: Inštitut Karakter.
- Dixon, L. B., Holoshitz, Y., Nossel, I. (2016). Treatment engagement of individuals experiencing mental illness: Review and update. *World Psychiatry*, 15(1), 13–20. – pridobljeno 20. 9. 2025 s <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4780300/>
- Dragoš, S., Leskošek, V., Petrovič Erlah, P., Škerjanc, J., Urh, Š., Žnidarec Demšar, S. (2005). Krepitev moči. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Psychodynamic Psychiatry*, 40(3) 377–396, 2012. Pridobljeno 25. 10. 2025 s <https://www.urmc.rochester.edu/MediaLibraries/URMCMedia/medical-humanities/documents/Engle-Challenge-to-Biomedicine-Biopsychosocial-Model.pdf>
- Findeisen, D. (1996). Vloga in pomen socialnega delavca v očeh tistega, ki potrebuje pomoč. *Socialno delo*, letnik 35, št. 2.
- Flaker, V. (1998). Odpiranje norosti. Ljubljana: Založba/*cf.
- Flaker, V., Rafaelič, A. (2021). Dez institucionalizacija I – neskončna. Ljubljana: Založba univerze.
- Flaker, V., Rafaelič, A. (2023). Dez institucionalizacija II: nedokončana. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo Univerze v Ljubljani
- Flaker, V., Mali, J., Kodele, T., Grebenc, V., Škerjanc, J., Urek, M. (2008). Dolgotrajna oskrba – očrt potreb in odgovorov nanje. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

- García-Tizón, S. J., Parra Ortiz M. C., Navarro Prados, A. B., Pérez-Arados, C. M., Meléndez, J. C. (2023). Guilt and well-being in institutionalized family caregivers of dependent older adult people. Pridobljeno 12. 10. 2025 s <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36922298/>
- Goffman, E. (2008). *Stigma - Zapiski o upravljanju poškodovane identitete*. Maribor: Aristej.
- Goffman, E. (2019). *Azili: eseji o socialni situaciji duševnih bolnikov in drugih zaprtih varovancev*. Ljubljana: Založba / *cf
- Gorman, L. S., Littlewood, D. L., Quinlivan, L., Monaghan, E., Smith, J., Barlow, S., Webb, R. T., Kapur, N. (2023). Family involvement, patient safety and suicide prevention in mental healthcare: ethnographic study. *BJPsych Open*, Volume 9, Issue 2. Pridobljeno 6. 10. 2025 s <https://www.cambridge.org/core/journals/bjpsych-open/article/family-involvement-patient-safety-and-suicide-prevention-in-mental-healthcare-ethnographic-study/D27FD822DD485C7F0051EEC3DA6A652A>
- Hinshaw, S. P. (2007). *The Mark of Shame: Stigma of Mental Illness and an Agenda for Change*. New York: Oxford University Press.
- Ivanjko, Š. (1997). *Pravna in moralna varnost v družbi in podjetništvu*. Ljubljana: Inštitut za evalvacijo in management v raziskovalni in razvojni dejavnosti.
- Jin, Y., Jiavi, L., Pan, L., Yunquan H., Xintian H., Xiaoliang L., Yongyong T., Mingxing H., Yuanyuan W. (2025). Longitudinal associations between family conflict, intergenerational transmission, and adolescents' depressive symptoms: evidence from China Family Panel studies (2016–2020). *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, volume 19, num. 10. Pridobljeno 23. 9. 2025 s <https://capmh.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13034-025-00866-9>
- Kelavić, M. (2007). Potrebe svojcev oseb s težavami v duševnem zdravju. *Socialna pedagogika*, vol. 11, št. 3, str. 311–340.
- Klemenčič Rozman, M. M. (2015). *Sami po moč*. Ljubljana: Pedagoška fakulteta.
- Kogovšek, B., Škerbinek, L. (1998). Izkušnje ob delu s skupino oseb s psihozo in njihovimi bližnjimi. V M. Kocmur (ur.), *Shizofrenija – čustvovanje, spoznavanje, življenje z drugimi* (str. 165 – 174). Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana.
- Kohrt, B. A., Asher, L., Bhardwaj, A., Fazel, M., Jordans, M. J. D., Mutamba, B. B., Patel, V., Weissbecker, I. (2018). The role of communities in mental health care in low- and middle-income countries: A meta-review of components and competencies. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(6), 1279. Pridobljeno 21. 9. 2025 s <https://doi.org/10.3390/ijerph15061279>

- Kovač, N., Švab, V. (1995). Svojci in skrbniki kot aktivni udeleženci skrbi za uporabnike služb za duševno zdravje. *Socialno delo*, letnik 34, št. 2, str. 143–147.
- Lamb, H. R., Bachrach, L. L. (2001). Some Perspectives on Deinstitutionalization. *Psychiatric services*, Volume 52, Nu. 8. Pridobljeno dne 15. 10. 25 s <https://psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ps.52.8.1039>
- Lamovec, T. (1996). Duševno zdravje v skupnosti skozi oči uporabnikov. *Socialno delo*, let. 35, št. 3, str. 197–216.
- Lamovec, T. (1998). Psihosocialna pomoč v duševni stiski. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
- Lefley, H. P. (1996). *Family Caregiving in menthal illness*. Sage publications; Thousand oaks.
- Leijten, P., Gardner, F., Melendez-Torres, G. J., Knerr, W., Overbeek, G. (2018). Parenting behaviors that shape child compliance: A multilevel meta-analysis. *PMC Pub Med Central*. Pridobljeno 23. 9. 2025 s <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6173420/>
- Lohrasbi, F., Alavi, M., Akbari, M., Maghsoudi, J. (2023). Promoting Psychosocial Health of Family Caregivers of Patients with Chronic Mental Disorders: A Review of Challenges and Strategies. *Chonnam medical jounal*, 59 (1), str. 31–47. Pridobljeno 25. 10. 2025 s <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9900218/>
- Lopez, J., Losada, A., Romero-Moreno, R., Marquez-Gonzalez, M., Martinez-Martin, P. (2011). Factors associated with dementia caregivers' preference for institutional care. *International Neurologia*. 27(2), str. 83–89. Pridobljeno 22. 10. 2025 s <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213485311001757?via%3Dihub>
- McFarlane, W. R. (2016). Family interventions for schizophrenia and the psychoses: A review. *Family Process*, 55(3), 460–482. Pridobljeno 4. 10. 2025 s <https://2024.sci-hub.se/5801/e00fa46f250e244b30ae16dbfd4d5c7a/mcfarlane2016.pdf>
- Mental Health Foundation. (2023). How community benefits your mental health. Pridobljeno 21. 9. 2025 s <https://www.mentalhealth.org.uk>
- Moineville, M., Jouet, E., Greacen, T. (2012). Ukrep za destigmatizacijo oseb s težavami z duševnim zdravjem med zaposlitvenimi svetovalci in svetovalkami. *Socialno delo*. Letnik 51, št. 5, str. 347–352.
- Možina, M. (2024). Je čas za ustanovitev ambulant za odvajanje od psihiatričnih zdravil? Pridobljeno 25. 10. 2025 s <https://sensa.metropolitan.si/terapevti-svetujejo/psihiatricna-zdravila-psihiater-miran-mozina/>
- Murray-Swank, A., Dixon, L. (2004). Family psychoeducation as an evidence-based practice. *CNS Spectrums*, 9(12), 905–912. Pridobljeno 4. 10. 2025 s

- https://www.researchgate.net/publication/8114947_Family_Psychoeducation_as_an_Evidence-Based_Practice
- Nacionalni inštitut za javno zdravje. (2020). Nacionalni program duševnega zdravja MIRA. Ljubljana: NIJZ. Pridobljeno 21. 9. 2025 s https://nijz.si/wp-content/uploads/2022/12/zadnja_mira_resolucija_10_feb_2020_slo_1.pdf
- Nacionalni inštitut za javno zdravje. (2023). Kaj je duševno zdravje? Pridobljeno 4. 10. 2025 s <https://nijz.si/zivljenjski-slog/dusevno-zdravje/o-dusevnem-zdravju/>
- Narat, T., Marušič, Ž., Boljka, U. (2024). Priprava podlag za poročilo Sveta RS za otroke in družino: otroci in mladostniki s čustvenimi in vedenjskimi težavami in motnjami. Inštitut RS za socialno varstvo. Ljubljana: Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti Direktorat za družino.
- National council on aging. (2024). Support for Caregivers of People With Mental Illness: A Practical Guide. Pridobljeno 25. 10. 2025 s <https://www.ncoa.org/article/support-for-caregivers-of-people-with-mental-illness-a-practical-guide/>
- Payne, M. (2020). Modern social work theory. New York: Oxford university press.
- Rafaelič, A., Ficko, K., Flaker, V. (2017). Prehod k skupnostnim oblikam oskrbe v Sloveniji. Socialna pedagogika, letnik 21, št. 3/4.
- Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018 – 2028 (ReNPDZ18-28) (2018). Ur. l. RS št. 24/18.
- Saunders, J. C. (2003). Families living with severe mental illness: A literature review. Issues in Mental Health Nursing, 24(2), 175–198. Pridobljeno 4. 10. 2025 s https://www.researchgate.net/publication/10929474_Families_Living_with_Severe_Mental_Illness_A_Literature_Review
- Seikkula, J., Arnkil, T. E. (2014). Open Dialogues and Anticipations– Respecting Otherness in the Present Moment. Finland: National institute for health and welfare.
- Seikkula, J., Arnkil, T. E. (2024). Odprti dialogi. Ljubljana: Založba Chiara.
- Seikkula, J., Olson, E. M. (2003). The open dialogue approach to accute psychosis: its poetics and micropolitics. Pridobljeno 28. 10. 2025 s <https://kairos.skzpz.org/index.php/revija/article/view/366/360>
- Siddiqui, S., Gruebner, O., Lowe, S. R., Galea, S., Subramanian, S. V. (2022). Scaling up community-delivered mental health support and care: A landscape analysis. Frontiers in Public Health, 10, 992222. Pridobljeno 21. 9. 2025 s <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.992222>

- Stolper, H., Van Doesum, K., Steketee, M. (2022). Integrated Family Approach in Mental Health Care: A Qualitative Study. *Frontiers Psychiatry*, Volume 13. Pridobljeno 24. 10. 2025 s
<https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsyt.2022.781556/full>
- Svetovna zdravstvena organizacija (WHO). (2013). Mental health action plan 2013–2020. Geneva: World Health Organization. Pridobljeno 21. 9. 2025 s
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241506021>
- Šprah, L., Novak, T., Dernovšek, M. Z. (2011). Ocena tveganj za razvoj težav v duševnem zdravju prebivalcev Republike Slovenije. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije.
- Šugman Bohinc, L. (2024). Collaborative Social Work: Bridging the Individual and Society. *Constructivist Foundations*, 20(1), 020–024. Pridobljeno 21. 9. 2025 s
<https://constructivist.info/20/1/020>
- Švab, V. (2009). Duševna bolezen in stigma. Ljubljana: ŠENT Slovensko združenje za duševno zdravje.
- Švab, V. (2015) Obravnava v skupnosti. Šent – slovensko združenje za duševno zdravje.
- Teng, C., Loy, C. T., Sellars, M., Pond, D., Latt, D. M., Waite, M., Sinka, V., Logeman, C., Tong, A. (2019). Making decisions about long-term institutional care placement among people with dementia and their caregivers: A systematic review of qualitative studies. *The gerontologist*, Vol. 60, No. 4, 329 – 346. Pridobljeno 25. 10. 2025 s
https://www.researchgate.net/publication/336643082_MAKING_DECISIONS_ABOUT_LONG-TERM_INSTITUTIONAL_CARE_PLACEMENT_AMONG_PEOPLE_WITH_DEMENTIA_AND_THEIR_CAREGIVERS_SYSTEMATIC_REVIEW_OF_QUALITATIVE_STUDIES
- Tham, S. S., Solomon, P. (2024). Family Involvement in Routine Services for Individuals With Severe Mental Illness: Scoping Review of Barriers and Strategies. *Psychiatric Services*, Volume 75, Num. 10. Pridobljeno 6. 10. 2025 s
<https://psychiatryonline.org/doi/epdf/10.1176/appi.ps.20230452>
- Valič, M., Bensa, P. (2015). Psihoedukacija. V Švab, V. (ur.), *Obravnava v skupnosti*. Ljubljana: Šent – slovensko združenje za duševno zdravje.
- Videmšek, P. (2013). Iz institucij v skupnost. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Vlada Republike Slovenije. (2024). Strategija Republike Slovenije za deinstitucionalizacijo v socialnem varstvu 2024–2034. Ljubljana: Vlada RS. Pridobljeno 21. 9. 2025 s

- <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MSP/Dolgotrajna-oskrba/Strategija-RS-za-deinstitucionalizacijo-v-socialnem-varstvu-za-obdobje-20242034.pdf>
- Vrhovnik Straka, T. (2015). Država in mi. V Švab, V. (ur.), *Obravnava v skupnosti*. Ljubljana: Šent – slovensko združenje za duševno zdravje.
- Wainwright, L. D., Glentworth, D., Haddock, G., Bentley, R., Lobban, F. (2015). What do relatives experience when supporting someone in early psychosis? *Psychology and Psychotherapy*, Vol. 88, issue 1, str. 105–119.
- World Health Organization (WHO). (2022a). World mental health report – transforming mental health for all. Pridobljeno 24. 10. 2025 s <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>
- World Health Organization (WHO). (2021). Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches. Pridobljeno 4. 10. 2025 s <https://www.who.int/publications/b/57927>
- World Health Organization (WHO). (2022b). Mental health: Strengthening our response. Pridobljeno 4. 10. 2025 s <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Zhang, X., Dong, S. (2022). The relationships between social support and loneliness: A meta-analysis and review. *Acta Psychologica* 22, 103616. Pridobljeno 4. 10. 2025 s <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0001691822001317?via%3Dihub>