

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA SOCIALNO DELO

DIPLOMSKA NALOGA

UPORABA PSIHOFAKOV V SKUPNOSTI

IVA ANŽLOVAR

LJUBLJANA 2011

PODATKI O DIPLOMSKI NALOGI

Ime in priimek: Iva Anžlovar

Naslov naloge: Uporaba psihofarmakov v skupnosti

Kraj: Ljubljana

Št. strani: 170 Št. slik: 01 Št. tabel: 02

Št. bibl. opomb: 00 Št. prilog: 03

Leto: 2011

Mentor: izr. prof. dr. Vito Flaker

Deskriptorji: psihofarmaki, krepitev moči, dezinstitutionalizacija, stranski učinki psihofarmakov, skupnostno duševno zdravje, skupnostna psihiatrija

Povzetek:

Naloga obravnava uporabo psihofarmakov v skupnosti, s poudarkom na iskanju možnosti za povečanje uporabnikovega vpliva nad uporabo psihofarmakov. V teoretičnem uvodu sem se osredotočila na mit o duševni bolezni, dezinsitucionalizacijo, stranske učinke psihofarmakov, vlogo psihofarmakov v duševni stiski, politiko duševnega zdravja v Angliji, skupnostno psihiatrijo ter zakonodajo na področju duševnega zdravja v Sloveniji. Empirični del razkriva vpliv uporabe psihofarmakov na vsakdanje življenje uporabnika ter podporo, ki jo potrebuje pri povečanju vpliva nad uporabo psihofarmakov.

Title: Use of psychiatric medications in community

Descriptors: psychiatric medication, empowerment, dezinstitutionalization, side effects of psychiatric medication, community mental health, community psychiatry

Abstract:

The final project shows use of psychiatric medications in community. The focus is on user empowerment on use of medication. In the theoretical introduction I have focused on the myth of mental illness, dezinsitucionalization, side effects of psychiatric drugs, role of psychiatric medication in mental crises, policy of mental health in England, community psychiatry and legalisation of Mental health act in Slovenia. Empirical part reveals the influence of useage of psychiatric medications on every day life and need for support for empowerment on the use of psychiatric medication.

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA SOCIALNO DELO

DIPLOMSKA NALOGA

UPORABA PSIHOFAKOV V SKUPNOSTI

Mentor: izr. prof. dr. Vito Flaker

Iva Anžlovar

LJUBLJANA 2011

Slika 1: Strip TERAPIJA

TERAPIJA

ZA DOBRO JUTRO, POMIRJEVALO LORAM....



POTEM SI ENGA 2LORAM, POTEM VZAMEM EN PRAZINE
DA ME DEPRESIJA VINE....



ZA VEČER PA ZYPREXA IN UMIRIM PSA REXA....



ZA PONOČI PA SANVAL, DA BOM LAHKO SPAL!

KONEC

PREDGOVOR

Na področju duševnega zdravja opravljam delo že kar nekaj časa. S tem področjem sem se seznanila ob zaključevanju projekta Individualiziranje financiranja storitev socialnega varstva, ko smo s študentkami Fakultete za socialno delo organizirale okroglo mizo o Neposrednem financiranju. Nato sem sodelovala pri socialni akciji Iz-hod in s tem sem dobila nov vpogled v svet socialnega dela. Skozi delo na Agenciji za individualno načrtovanje, posredovanje in koordiniranje socialnih storitev sem pridobila praktične veščine za kvalitetnejše delo naprej.

V stiku z uporabniki me je začelo čedalje bolj zanimati njihova vsakdanja uporaba psihofarmakov. Začela sem se spraševati, čemu služijo? Zakaj ima večina uporabnikov predpisano vseživljenjsko uporabo zdravil? Kako se to odraža v njihovem vsakdanjem življenju? Kakšno je uporabniško stališče o psihofarmakih? Ker sem bila takrat tudi aktivna pri Iz-hodu, sem sklenila uporabiti tudi tematsko ustrezno gradivo okroglih miz, nastalo tekom socialne akcije, saj je združevalo mnenje strokovnjakov, uporabnikov ter uporabniških združenj.

V diplomski nalogi najprej pišem o mitu duševne bolezni, procesu dezinstitutionalizacije, antipsihiatričnih gibanjih ter zdravljenju norosti v času klasicizma. Posebno poglavje posvetim psihofarmakologiji ter vrstam psihofarmakov. Nato sledijo stranski učinki psihofarmakov ter vloga zdravil v krizi, kjer izpostavljam krizni tim in psihiatrični testament Thomasa Szasza. V nadaljevanju opisujem politiko skupnostnega duševnega zdravja v Angliji, kot primer dobre prakse. V pisanju se osredotočam na alternativne storitve v skupnosti, pomen sodelovanja med zdravstveno in socialno oskrbo, povečevanju vpliva uporabnikov z vključevanjem v njihovo zdravljenje in oskrbo ter njihovo izbiro o obliki zdravljenja. V naslednjem poglavju opisujem načela skupnostne psihiatrije. V zaključku teoretičnega dela opisujem Zakon o duševnem zdravju, ter njegove poglobitve novosti, ki jih je prinesel.

V kvalitativni raziskavi želim s pomočjo vprašalnika, narejenega na podlagi »indeksa potreb« dolgotrajne oskrbe ter zapisov okroglih miz, nastalih tekom Iz-hoda prikazati vpliv psihofarmakov na življenje posameznikov s poudarkom na iskanje možnosti za povečanje njegovega vpliva ter podporo, ki jo potrebuje pri tem.

Prva zahvala gre izr. prof. dr. Vitu Flakerju za vse konstruktivne kritike, s katerimi sem prihitela v zadnjih trenutkih. Posebna zahvala gre vsem čudovitim posameznikom, ki sem jih spoznala tekom Iz-hoda. Vedno mi bo ostal spomin na socialno akcijo ter ideologijo, za katero stoji. Zahvala gre tudi avtorju stripa N.K., si pravi umetnik in prijatelj. Hvala vsem mojim sogovornikom, brez vas diplomske naloge ne bi bilo. Prav tako hvala vsem mojim prijateljicam, še posebej M.B. za spodbudo pri pisanju. Na koncu zahvala moji družini, da so mi stali ob strani vsa študijska leta.

KAZALO DIPLOMSKE NALOGE

UPORABA PSIHOFAKOV V SKUPNOSTI

1	TEORETIČNI UVOD.....	9
1.1	MIT O DUŠEVNI BOLEZNI	9
1.2	DUŠEVNA BOLEZEN IN ZDRAVLJENJE V KLASICIZMU	14
1.3	DEZINSTITUCIONALIZACIJA IN POJAV PSIHOFAKOV	17
1.3.1	MEDIKALIZACIJA PSIHIATRIJE	18
1.3.2	POLITIKA ODPRTIH VRAT IN POJAV ZDRAVIL	19
1.3.3	ANTIPSIHIATRIČNA GIBANJA.....	20
1.3.3.1	KINGSLEY HALL	20
1.3.3.2	SOTERIA.....	21
1.3.3.3	ARBOURS.....	22
1.4	PSIHOFAKOLOGIJA.....	24
1.4.1	VRSTE PSIHOFAKOV	25
1.4.1.1	ANTIPSIHOTIKI	25
1.4.1.2	ANTIDEPRESIVI	26
1.4.1.3	STABILIZATORJI RAZPOLOŽENJA	26
1.4.1.4	HIPNOTIKI IN ANKSIOLITIKI	27
1.4.1.5	STIMULANSI	27
1.4.1.6	HALUCINOGENI	27
1.5	STRANSKI UČINKI PSIHOFAKOV	27
1.6	ODVAJANJE OD PSIHOFAKOV	32
1.7	VLOGA PSIHOFAKOV OB KRIZI	33
1.7.1	DEFINICIJA KRIZE	33
1.7.2	KRIZNI TIM	34
1.7.3	PSIHIATRIČNI TESTAMENT	35
1.8	PREDPISOVANJE PSIHOFAKOV IN INFORMIRANOST KLJUČNIH DELAVCEV	36
1.9	SKUPNOSTNO DUŠEVNO ZDRAVJE.....	39
1.9.1	NOVI NAČINI DELA	40
1.9.2	ALTERNATIVNE STORITVE V SKUPNOSTI	40
1.9.3	NEPOSREDNO FINANCIRANJE STORITEV.....	41
1.9.4	STANJE SOCIALNE IZKLJUČENOSTI	42
1.9.5	SODELOVANJE MED SOCIALNO IN ZDRAVSTVENO OSKRBO.....	43
1.9.5.1	TEŽAVE PRI SODELOVANJU	44
1.9.6	VKLJUČEVANJE UPORABNIKOV V ZDRAVLJENJE.....	45

1.10	PERSPEKTIVA MOČI IN REHABILITACIJA UPORABNIKOV PSIHOFAKOV	47
1.10.1	VKLJUČEVANJE UPORABNIKOV V NJHOVEM ZDRAVLJENJU IN NEGI	47
1.10.2	IZBIRA.....	48
1.10.3	KREPITEV MOČI	50
1.10.4	NUJNE STORITVE	51
1.10.5	PSIHOFAKOV	53
1.10.6	PERSONALIZACIJA	54
1.11	SKUPNOSTNA PSIHITRIJA.....	55
1.12	ZAKONODAJA NA PODROČJU DUŠEVNEGA ZDRAVJA.....	58
1.12.1	OBRAVNAVA OSEBE S TEŽAVAMI V DUŠEVNEM ZDRAVJU V SKUPNOSTI.....	59
1.12.2	KOORINATOR OBRAVNAVE V SKUPNOSTI.....	59
1.12.3	NAČRT OBRAVNAVE V SKUPNOSTI.....	60
1.12.4	MULTIDISCIPLINAREN TIM.....	61
1.12.5	ZASTOPNIK PRAVIC NA PODROČJU DUŠEVNEGA ZDRAVJA	61
2	PROBLEM.....	65
3	METODOLOGIJA.....	66
3.1	VRSTA RAZISKAVE	66
3.2	SPREMENLJIVKE	66
3.3	POPULACIJA IN VZOREC	67
3.4	MERSKI INSTRUMENT IN VIRI PODATKOV	68
3.5	OBDELAVA IN ANALIZA GRADIVA.....	69
4	REZULTATI.....	78
4.1	STALIŠČA O PSIHOFAKOV	78
4.2	INFORMIRANOST O PSIHOFAKOV	79
4.3	RABA PSIHOFAKOV.....	80
4.4	PRENEHANJE Z UPORABO PSIHOFAKOV	82
4.5	UČINKI PSIHOFAKOV	83
4.6	NEUMEŠČENOST IN PRIPADNOST	84
4.7	NELAGODJE V INTERAKCIJI	87
4.8	VSAKDANJE ŽIVLJENJE.....	88

4.9	STIKI IN DRUŽABNIŠTVO.....	90
4.10	INSTITUCIONALNA KARIERA	91
4.11	NAMESTO HOSPITALIZACIJE IN INSTITUCIONALIZACIJE	93
4.12	STANOVANJE	96
4.13	DELO IN DENAR	98
5	RAZPRAVA.....	100
6	SKLEPI	108
7	PREDLOGI.....	110
8	LITERATURA IN VIRI	111
9	POVZETEK.....	114
10	PRILOGE.....	117
10.1	VPRAŠALNIK ZA INTERVJU	117
10.2	VSEBINSKO KODIRANJE	121
10.2.1	TABELE UPORABNIKI	121
10.2.2	TABELE IZ-HOD	140
10.3	KODIRANJE PO KODAH IN KATEGORIJAH	144
10.3.1	TABELA UPORABNIKI.....	144
10.3.2	TABELA IZ-HOD.....	165

KAZALO TABEL

Tabela št. 1: Primer vsebinskega kodiranja (Intervjuji)	71
Tabela št. 2: Primer vsebinskega kodiranja (Okrogle mize)	74
Tabela št. 3: Primer ureditve izjav po kodah in združevanja v kategorije (Intervjuji)	75
Tabela št. 4: Primer ureditve izjav po kodah in združevanja v kategorije (Okrogle mize)	76

KAZALO SLIK

Slika 1: Strip TERAPIJA.....	3
------------------------------	---

1 TEORETIČNI UVOD

1.1 MIT O DUŠEVNI BOLEZNI

Teoretično predstavlja pojem duševne bolezni pretirano posplošitev besede bolezen. Bolezen namreč pomeni spremembo v telesu, ki otežuje njegovo delovanje in ki jo določimo z uporabo medicinske tehnologije. V tem primeru ne moremo najti nobenih sprememb v celicah ali tkivih telesa. Včasih lahko v krvi najdemo hormonske spremembe, ki so prisotne pri vseh ljudeh, kadar se znajdejo v stresni situaciji. Po tem kriteriju smo občasno »duševno bolni« vsi (Lamovec 1995: 23). To je razlog, zakaj izhajam iz mita o duševne bolezni, saj nikjer ni podane nobene podlage o obstoju duševne bolezni.

Definicija pojma duševne bolezni temelji na takšnih pojavih, kot je sifilis možganskih ali deliričnih stanj - zastupitev na primer, kjer osebe lahko jasno pokažejo nekatere motnje mišljenja in vedenja. A tega ne moremo označiti za bolezen duše ali uma, natančneje rečeno to so bolezni možganov (Szasz 1970: 12).

Obstaja predpostavka, da bodo nekatere nevrološke okvare, morda zelo subtilne, končno razložile vse motnje mišljenja in vedenja. Veliko sodobnih zdravnikov, psihiatrov in drugih znanstvenikov ima enako stališče, da težave ljudi ne morejo biti posledica nasprotujočih si osebnih potreb, mnenj, socialnih ciljev, vrednot in tako naprej. Te težave – za katere mislim, da smo jih poklicali v življenje - so torej posledica fizikalno-kemijskih procesov in bodo pravočasno odkrite (in brez dvoma popravljene) preko medicinskih raziskav (ibid.) .

Duševno bolezen v osnovi obravnavamo podobno kot druge bolezni. Edina razlika med duševno in telesno boleznijo, je, da se prva, ki vpliva na možgane, kaže samo v obliki duševnih simptomov, medtem ko se druga, ki vpliva na druge telesne organe (npr. kožo, jetra itd.), kaže preko simptomov na teh delih telesa. Po Szasovem mnenju ta pogled temelji na dveh bistvenih napak. »Kot prvo je bolezen možganov, podobno kot bolezen kože ali kosti, nevrološka okvara, ni problem življenja. Na primer, napaka v vidnem polju osebe se lahko popravi s korekcijo nekaterih poškodb v živčnem sistemu. Po drugi strani pa osebna prepričanja, res je biti v krščanstvu, v komunizmu, ali v ideji, da so njegovi notranji organi

gnili in da je njegovo telo že mrtvo - ni mogoče pojasniti z napako ali boleznijo živčnega sistema. Obrazložitev nekega pojava - ob predpostavki, da je zainteresiran v prepričanju sam po sebi, da je zadeva zgolj kot simptom ali izraz nekaj drugega, kar je bolj zanimivo - je treba iskati pri različnih interpretacijah. Druga napaka je epistemološka. Sestoji iz tolmačenja sporočil o sebi in sveta okoli nas kot simptomov nevrološkega delovanja. To ni napaka pri opazovanju ali obrazložitvi, temveč v organizaciji in izražanju znanja. V tem primeru napaka tiči pri dualizmu med duševnimi in telesnimi simptomi, dualizem, ki je navada govora in ni rezultat znanih opazovanj« (Szasz 1970: 13).

V zdravniški praksi imamo, ko govorimo o fizičnih motnjah, v mislih bodisi znake (na primer povišana telesna temperatura) bodisi simptome (na primer bolečine). Na drugi strani pa, ko govorimo o duševnih simptomih, se sklicujemo na bolnikova sporočila o sebi, drugih in sveta okoli njega. Bolnik lahko trdi, da je Napoleon, ali da so ga preganjali komunisti. To bi veljalo za duševne simptome le, če bi opazovalcu verjeli, da bolnik ni bil Napoleon ali da ga niso preganjali komunisti. Zato je očitno, da je izjava X duševni simptom, ki vključuje izrekanje sodb, kar pomeni prikrito primerjavo med bolnikovimi idejami, koncepti ali prepričanji opazovalca in družbe, v kateri živijo. Pojem duševnega simptoma je torej neločljivo povezan s socialnim in predvsem etičnim kontekstom, v katerega je vdelan, tako kot je pojem telesni simptom vezan na anatomski in genski kontekst (Szasz 1970: 13-14).

S pojmom duševne bolezni se ukvarjata tudi Lamovec in Flaker (1993) v članku »Kaj je duševna bolezen«, kjer izpostavljata problem diagnoze. Diagnoza duševnega bolnika je dosmrtna, čeprav je od zadnje krize morda minilo več kot deset let, vendar je takšna oseba duševno bolna, čeprav je ves čas zdrava. Oseba, ki je doživela psihotično krizo, naj bi bila po analogiji medicinskega modela žrtev duševne bolezni, kar naj bi bil latenten biološki proces, iz katerega naj bi kriza tudi izvirala. Takšno sklepanje ni ustrezno iz stališča logike, saj je razlaga krožna. Kriza naj bi dokazovala obstoj duševne bolezni, ki se potem prikaže kot vzrok krize. Z znanstvenega stališča so domneve dopustne in nič ni narobe, če domnevamo obstoj takšnega procesa, vendar smo ga v naslednji fazi dolžni tudi dokazati, v drugačnem primeru nismo upravičeni pripisovati vzorčnega delovanja. Latentnega bolezenskega procesa niso dokazali, saj ko kriza, psihoza mine, ne ostane ničesar več (v biološkem smislu), s čimer bi lahko razlikovali duševno bolne osebe od zdrave osebe.

Osebi ostane diagnoza, ki se je drži prizvok neozdravljivosti in z njo povezana stigmatizacija, posledično pa pristane na manj zahtevnem delovnem mestu, izgubi prijatelje ali celo izgubi družino. Na psihološki ravni pa se dogaja paralelen proces, ki se kaže kot izguba motivacije za dosežke, izguba samospoštovanja, občutek pomanjkanja nadzora nad svojim življenjem in drugo (Lamovec, Flaker 1993: 88).

Diagnoza, ki ne razloži ničesar in ki ne more biti osnova prognoze, postane samouresničujoča se prerokba in tako misel, da smo neozdravljivo bolni, mnoge ljudi privede na rob samomora ali dlje. Mnogi, predvsem mladi, se vdajo v usodo, čez svoje življenje naredijo križ in postanejo živi mrlič, vse zaradi nepremišljene besede. Takšno moč imajo besede, zato bi bilo priporočljivo, da veda, ki se spogleduje z znanostjo, to upošteva in prizna svojo nemoč, saj psihiatrična diagnoza deluje kot dosmrtna obsodba, ki obsoja na smrt v življenju.

Če gledamo na duševne motnje kot na dispozicije posameznikov, da se v stresnih situacijah odzovejo s psihozo, potem tovrstne dispozicije, kot mnoge druge, niso ozdravljive. Ker dispozicija ni bolezen, ne more biti ozdravljiva in ne more biti neozdravljiva (ibid).

Razlika pa je ogromna, saj ima bolezen svoj tok, ki poteka po svojih zakonitostih in smo v odnosu z njo razmeroma nemočni, v kolikor ne najdemo zdravila. Dispozicije pa puščajo več maneverskega prostora in tako se lahko oseba, ki je nagnjena h gripi, nauči varovati pogoje, v katerih pogosto zbolí. Prav tako se lahko tudi oseba, ki je nagnjena k duševnim motnjam, nauči varovati doživetja, ki jo ogrožajo. S spremembo pogojev v okolju lahko dosežemo, da se dispozicije za psihozo ne bodo mogle izraziti. Izbruh psihotične krize lahko na primer preprečimo s pravočasno uporabo nevroleptikov, ki sicer ne zdravijo ničesar, preprečijo pa prekomerno naraščanje vzburjenja, ki lahko onemogoči normalno delovanje prilagoditvenih funkcij, pri vsem tem pa je najpomembnejša zavest, da posamezniku ostaja večji del nadzora nad lastnim življenjem (Lamovec, Flaker 1993: 89).

Če bi duševno bolezen pojmovali kot akutno psihotično reakcijo, bi lahko rekli, da tri četrtine oseb ozdravi, medtem ko na osnovi paralogičnega mišljenja nekateri psihiatri teh oseb še vedno ne obravnavajo kot zdravih, ampak so le za zdravljenje (ibid).

Trditev, da shizofrenija neizogibno povzroča osebnostni propad, kljub temu da empirična dejstva tega ne potrjujejo, je razširjena tragična neresnica med ljudmi. Po ameriški

klasifikaciji mora biti oseba najmanj šest mesecev nepretrgoma psihotična, preden dobi diagnozo shizofrenije, medtem ko pri nas za to diagnozo po približni oceni zadostuje že enomesečna kriza ali manj in če se v tistem času preseliš v ZDA nisi več shizofrenik.

Nihče sicer ne ve, kaj zares pomeni shizofrenija, vendar lahko trdimo, da je to prikladen naziv za skupek simptomov neznanega izvora. Izvori so lahko pri različnih osebah različni, kakor tudi izidi. Pri nekaterih osebah motnje ostanejo relativno trajne ali pa je izboljšanje neznatno in v teh primerih ali pa pri tistih, ki preživijo več let v duševni bolnišnici ali kakšnem podobnem zavodu, se lahko pojavi osebnostni propad. To se lahko pojavi tudi pri osebah, ki preživijo več let v duševni bolnišnici. Programi rehabilitacije so pokazali, da sprememb ne smemo pripisati bolezenskim dejavnikom, saj so le te v teh primerih reverzibilne, manj drastične. A vseeno lahko travmatične posledice stigmatizacije, ki vodijo v socialni propad, pustijo škodljive osebnostne posledice (Lamovec, Flaker 1993: 89).

V deželah tretjega sveta pa se $\frac{3}{4}$ oseb s »shizofrenijo« ponovno produktivno vključi v skupnost pod pogojem, da se ne zdravijo v totalitarno usmerjenih bolnišnicah. V industrijskih deželah je odstotek odvisen od povpraševanja po delovni sili, vsekakor pa je zelo nižji. Eden izmed vzrokov za to je gotovo semantične narave, povezan s tolmačenjem krize ali verovanjem, da so se v prizadeto osebo naselili duhovi in prizadeti torej ni zaznamovan kot nosilec bolezni, ampak se celotna skupnost čuti dolžna opravljati različne ceremonije in izkazovati pozornost obsedenemu, ki ni deležen izključevanja, ampak dodatne pomoči. Izročilo pravi, da prizadeti trpi tudi za grehe drugih, ko pa se stanje izboljša, ostane njegov ugled nedotaknjen (ibid.).

Mitično pojmovanje je tako lahko bolj učinkovito od tistega, v katerem se mešata mitologija in znanost, saj prvotni miti večinoma temeljijo na ljudski modrosti, na intuitivnem dojetju psihične realnosti. Opisano pojmovanje metaforično dojema temeljno soodvisnost posameznikovega doživljanja z življenjem v skupnosti. Redukcionistični medicinski model, ki locira bolezen znotraj posameznika, je v primerjavi s to modrostjo izredno primitiven in pomanjkljiv, takšni pa so seveda tudi njegovi rezultati (Lamovec, Flaker 1993: 90).

Duševna bolezen je izum medicine, ki ga javnost nekritično tako sprejema, kot je nekoč sprejemala obsedenost ali čarovnice, izum cerkvenih avtoritet. S tem, ko nek pojav vključimo v pojmovni sistem, ga bistveno preoblikujemo, saj nam pojem, s katerim ga označimo pove,

kako ga moramo gledati, kako naj ga vrednotimo in kako naj z njim ravnamo. Način gledanja na pojav ni ne pravilen in ne napačen, izraža le naše predpostavke, ki ne morejo biti znanstvene temveč tvorijo osnovo za znanost ali kaj drugega. Predpostavke so torej poljubne, edino merilo je njihova učinkovitost pri razlagi in obvladovanju pojavov, nekoristne predpostavke pa je treba zamenjati (ibid.).

.

Pojem duševne bolezni poskuša biti znanstven in nevtralen, dejansko pa deluje zastrašujoče in deprimirajoče, saj vsebuje konotacije neozdravljivosti, propada in izobčenosti. Izgubil je vse presežne pomene pogovornih izrazov, kot sta na primer norost in blaznost. Izkušnja norosti vsebuje sestavine, ki jih najdemo v sanjah, umetnosti in mitologiji. V njej se izgubijo osebne meje in pride do poenotenja s kozmosom, znajdemo se v nekem drugem svetu (ibid.).

Duševna bolezen je bolj in manj, kot si predstavljamo v besedi bolezen, saj ne zajema le motenosti specifične vitalne funkcije, temveč prizadene celotno človekovo osebnost in poruši celotno mrežo njegovih medosebnih odnosov ter življenjskih ciljev. Pri ostalih boleznih so ta področja prizadeta le delno in zato običajno zadostuje, da zdravljenje usmerimo le na bolezen. Motnja, ki prizadene osebnost, potrebuje drugačno obravnavo (Lamovec, Flaker 1993: 91).

Duševna bolezen je v spoznavno-teoretičnem smislu dispozicija, ki je analogna stanju. Gre za specifično duševno neodpornost. V znanosti je potrebno ločevati opažena dejstva od domnev, saj je dejstvo, ki ga lahko opazimo, psihotična kriza, ki jo prepoznamo po simptomih, spremljajo pa jo določene biokemične spremembe. Vzorci simptomov tvorijo sindrome, med katerimi sta najbolj znana manično-depresivni in shizofreni sindrom. Psihotična kriza ima vse potrebne attribute bolezni toliko časa, dokler traja in potem. Ko motnje izginejo in ne najdemo več biokemičnih sprememb, je človek zdrav (ibid.).

Oseba izgubi svojo diagnozo, ko na primer preboli gripo. Takrat nihče ne bo pomislil, da bi ga za vse življenje označil kot gripoznega bolnika, kljub temu, da morda trikrat na leto zboli za to boleznijo. Lahko rečemo, da je takšna oseba nagnjena h gripi in ima določene dispozicije zanjo, vendar kadar je oseba zdrava, je zdrava. Slednje za duševnega bolnika ne velja.

Če bi osebi, ki ni čisto pri sebi, rekli, da je nora, bi bila morda užaljena ali ogorčena, če bi jo označili kot duševnega bolnika, bi ji odvzeli vse človeške attribute. Norec je vreden pozornosti in zanimanja, saj je zabaven, nenavaden in enkraten, medtem ko je duševni bolnik vreden le pomilovanja. V tem je veliko resnice, saj je bil nekdanji norec nepredvidljiv, neobvladan in divji, današnji duševni bolnik pa le topo strmi predse pod preveliko dozo nevroleptikov, ki povzročajo čudne grimase (Flaker, Lamovec 1993: 91).

1.2 DUŠEVNA BOLEZEN IN ZDRAVLJENJE V KLASICIZMU

V pričujočem poglavju povzemam Foucaulta (1998: 125-161), ki v delu »Zgodovina norosti v času klasicizma« opisuje zdravljenje »duševne bolezni« v času klasicizma. V špitalih norosti niso zdravili, saj je šlo predvsem za to, da jo ločijo ali popravijo. Pa vendar so v klasicističnem obdobju razvijali dolga zdravljenja norosti, kjer niso poskušali toliko skrbeti za dušo, kolikor ozdraviti posameznika v celoti, njegova živčna vlakna in potek njegove domišljije. »Norčevo telo« so razumeli kot vidno in trdno navzočnost njegove bolezni.

- *Utrditev* – v norosti, celo v njenih najbolj nemirnih oblikah je nekakšen element šibkosti. V norosti se hlapi gibljejo neurejeno zato, ker nimajo dovolj moči ali teže, da bi sledili svojemu naravnemu toku – manjka trdnosti. Zato ni boljšega krepilnega postopka, kot je uporaba snovi, ki je hkrati najtrdnejša in najbolj prilagodljiva, najodpornejša – uporaba železa. Sydenham je na primer priporočal jemanje železnih opilkov.
- *Očiščenje* – zamašenost drobavja, brbotanje grešnih misli, vretje par, silovitost, skvarjenost tekočin in hlapov. Norost zahteva celo vrsto terapevtskih prijemov, vse pa je mogoče povezovati z enim samim očiščevalnim postopkom. Leta 1662 je Hoffman predlagal, da bi melanholiijo zdravili s transfuzijo krvi, vendar so ta postopek kljub nekaterim poskusom kasneje opustili. Rajši so uporabljali zdravila, ki so onemogočala kvarjenje. Zato so uporabljali miro in alojo, predvsem pa znameniti paracelsov napoj. Glavna naloga je bila uničiti vsa vretja, ki so nastala v telesu in povzročila norost. Da bi to dosegli so uporabljali predvsem grenke snovi. Grenkoba ima vse rezke lastnosti morske vode; čisti tako, da dolbe, razjeda vse, kar je bolezen v telesu in duši odložila

nekoristnega, nezdravega in nečistega. Za to so uporabljali kavo, kinin, milo in milnate izdelke, vinski kamen. Raulin je med topili navedel še med, saje iz dimnika, vzhodnjaški žafran, lesne uši...med notranjimi metodami raztapljanja in zunanjimi tehnikami odvajanja je bila najpogostejša uporaba kisa.

- *Potapljanje* – tu se križata dve temi: tema umivanja, z vsem, kar jo povezuje z obredi očiščevanja in prerojenja; in veliko bolj fiziološka tema impregnacije, s katero se spremenijo bistvene kvalitete tekočin in trdnih snovi. Tissot je dejal« Narava je vodo predpisala vsem narodom za edino pijačo: dala ji je moč, da raztaplja najrazličnejše vrste hrane; je prijetnega okusa; krepi in čisti črevesje. V srednjem veku so maničnega bolnika navadno zdravili tako, da so ga večkrat potopili v vodo »dokler ni izgubil moči in pozabil na svoj bes«. Od konca 17. stoletja je vodna kura postala ali vnovič postala ena izmed glavnih metod zdravljenja norosti. Hladna voda vsekakor osvežuje, zato so jo uporabljali pri »freneziji« in »maniji« – boleznih vročine, pri katerih hlapi zavrejo, se trdni elementi raztegnejo, se tekočine segrejejo vse do izparevanja, tako da postanejo možgani teh bolnikov suhi in krhki. Tako je bila voda bistveno sredstvo za zdravljenje z ohlajevanjem.
- *Uravnavanje gibanja* – zdravniki tega obdobja so radi opozarjali na trdno prepričanje starih, ki so raznim oblikam hoje in teka pripisovali zdravilne učinke; preprosta hoja razgiblje in krepi telo, pospešeni tek bolje porazdeli sokove in hlape po telesu, hkrati pa zmanjšuje pritisk organov, tek v obleki ogreje in razgiblje tkiva, omehča pretoka vlakna. Sydenham je pri melanholiji in hipohondriji priporočal zlasti jahanje – gibanje po svežem zraku, močni tresljaji. Ti različni postopki uravnavanja gibanja pa so se izrodili tudi v npr. »vrtljivi stroj« -navpični steber so pritrdili v tla in strop, bolnika privezali na stol ali na posteljo, obešeno na držalo, ki se je vrtelo okoli stebra. Hitrost vrtenja so poljubno spreminjali. To centrifugiranje melanholije je bilo zelo značilno za novo rabo starih terapevtskih tem. Gibanje ni bilo več namenjeno temu, da bi bolnika vrnilo resnici zunanjega sveta, temveč zgolj temu, da sproži niz notranjih, povsem mehanskih in psiholoških učinkov.

Od renesanse naprej je *glasba* vnovič pridobila vse tiste terapevtske odlike, ki so jih ji pripisovali v antiki. Glasba je zdravila tako, da je delovala na celotno človeško bitje, ter da je

telo prežela prav tako neposredno, prav tako učinkovito kot dušo. V 18. stoletju so menili, da je strah ena izmed tistih strasti, ki jih je najbolj priporočljivo vzbuditi v norcih.

V medicini norosti je vidno nasprotje med metodami odpravljanja bolezni in oblikami obdelovanja brezumja. Te oblike lahko povzamemo s tremi bistvenimi liki.

- *Zbujanje*– ker je delirij sen budnih, je tiste, ki so v stanju delirija, treba iztrgati temu navideznemu spancu, jih priklicati iz njihovih budnih sanj, ujetih v podobe, v pravo budnost, kjer sanje izginejo pred podobami zaznavanja. Struktura vdora z budnostjo je ena najbolj stalnih oblik v zdravljenju norosti. Boerhaave – z razbeljenim železom do kosti sežge neki določen kraj na roki vsake osebe, moške ali ženske, ki bi dobila napad krčev.
- *Gledališko uprizarjanje* – najpreprostejši zgled te metode je zvijača, ki so jo uporabljali pacientih, ki so si doživljali delirij in si umišljali, da v svojih telesih čutijo kakšen predmet ali nenavadno žival; »kadar je bolnik prepričan, da ima v telesu neko žival, se moramo pretvarjati, da jo bomo izvlekli; če jo ima v trebuhu, lahko ta učinek dosežemo z močnim odvajalom in šival vržemo v posodo, ne da bi pacient to opazil.« Neki zdravnik je razpršil delirij melanholika, ki si je umišljal, da nima glave in da namesto nje čuti le praznino; zdravnik se je s tem strinjal in ker je treba to vrzel zamašiti mu je na glavo položil veliko svinčeno kroglo. Neudobje in boleča teža, sta bolnika hitro prepričala da ima glavo.
- *Vrnitev k neposrednemu* –vrnitev k neposrednemu je zdravljenje *par excellence*, saj je dosledno zavračanje zdravljenja; zdravi toliko, kolikor je pozaba vseh načinov zdravljenja. Prav v človekovi pasivnosti do samega sebe, v tišini, ki jo človek naloži svoji umetnosti in svojim umetnijam, narava razvija dejavnost, ki je v natančnem obratnem sorazmerju z odpovedjo. Ko se človek zaupa zdravilu, se izogne zakonu dela, ki mu ga narava sama nalaga, potopi se v svet umetnega in protinaravnega, ki ga je njegova norost le po svoje manifestira; ko pa se človek ne zmeni za bolezen in ko sprejme svoje mesto v dejavnosti naravnih bitij, se mu v navidezni pasivnosti posreči ozdraveti.

V klasicističnem obdobju bi brez haska iskali razliko med fizičnim in psihološkim zdravljenjem. Kratko malo zato, ker tedaj psihologije še ni bilo. Ko so denimo, predpisali

jemanje grenkih snovi, ni šlo za fizično zdravljenje, saj so si prizadevali očistiti tako dušo kot telo; ko so melanholiku predpisali preprosto življenje poljedelca ali ko so mu zaigrali komedijo njegovega delirija, to ni bil psihološki poseg, saj je šlo predvsem za gibanje hlapov v živcih in za gostoto par. Ko je v naslednjih letih ta velika izkušnja brezumja, katere enotnost je bila značilna za klasicistično obdobje, razpadla, ko je bila norost, povsem omejena na moralno intuicijo, ter je bila le še bolezen, ki smo jo pravkar vpeljali, je le-ta dobila drug pomen.

1.3 DEZINSTITUCIONALIZACIJA IN POJAV PSIHOFAKOV

Izraz dezinstitutionalizacija povezujemo z odpravo velikih represivnih ustanov in s tem izrazom opisujemo:

- družbeni premik iz azila v skupnost in trend zmanjševanja bolnišnic in časa preživetega v njih,
- družbeno gibanje, ki je aktivno prispevalo k temu premiku.

Z dezinstitutionalizacijo mislimo na družbene okoliščine, ki so prispevale k odpravi totalnih ustanov in iskanju skupnostnih alternativ glede skrbi ljudi, ki takšno skrb potrebujejo.

Glede na to, da dezinstitutionalizacija poteka na različnih ravneh, se v njej prepletajo procesi ekonomske, politične, znanstvene in strokovne narave in postavimo lahko dva mejnika v času in prostoru, ki zaznamujeta ta proces:

- radikalno zmanjševanje bolnišničnih in zavodskih kapacitet
- spremenjena zakonodaja, ki odpravlja bolnišnice kot temeljno obliko pomoči ljudem v duševni stiski.

(Flaker 1998: 157)

Z vprašanjem dezinsitucionalizacije se Flaker (1998: 158-166) ukvarja v delu Odpiranje norosti-Vzpon in padec totalnih ustanov. Vprašanje dezinstitutionalizacije in zapiranja se je postavljalo že ob nastajanju psihiatrije so razpravljali o možnosti skupnostnih služb, namenjenih osebam, ki imajo težave v duševnem zdravju, torej o možnostih brez zapiranja. Že ob nastajanju psihiatrije so razpravljali o možnosti za duševno skrb v skupnostih, torej o možnostih brez zapiranja. Psihiatrija je postala prva veja medicine, ki se je ukvarjala z

vprašanjem javnega reda, na način medicinske indeksacije, hkrati pa tudi, da je socialne in filantropske (vsebine) vpletala v tehnična vprašanja medicine. S tem je bila v neposrednem nasprotju s porajajočo se znanstveno medicino, ki je iskala odgovore na vprašanja zdravja in bolezni v tkivu. Odlika sistema je bila predvsem v tem, da je ustrezala ustaljenemu, vsakdanjemu družbenemu pojmovanju norosti. Medicinska indeksacija mu je dala videz znanstvenosti. Zaradi tega je psihiatrija kot stroka čedalje bolj zapolnjevala mesto, ki ga ima znanost pri ukvarjanju z družbenimi problemi. Glavni namen psihiatrije uveljavljati gospostvo predvsem s tem, da ga angažira v javni higieni in pravni medicini. Prvo veliko družbeno potrditev je dobila psihiatrija po prvi svetovni vojni, še zlasti v drugi s pojavom psihoanalize. Ta se je uveljavila kot metoda zdravljenja vojaških travm. S tem se je v psihiatriji uveljavil nov uslužnostni model, ki je temeljil na terapiji ter skrbniškem odnosu. Kmalu zatem se je pojavilo mentalnohigiensko gibanje, ki je prineslo otroštvo kot specializirano področje psihiatrije kot preventive ter nove stroke. Hkrati je psihiatrija našla sidrišča v industriji, tako v taylorizmu kot tudi v malo poznejših eksperimentih humanizacije dela in medosebnih odnosov.

1.3.1 MEDIKALIZACIJA PSIHIATRIJE

Psihiatrija se je skozi svoj obstoj začela čedalje bolj približevati medicini. Njeno posnemanje je po vojni spodbudilo uporabo bioloških metod kot so, na primer ECT in inzulinski šok ter psihokirurgija. Še zlasti so približevanje medicini dala zdravila. Psihoanaliza v povojnih letih je psihiatriji ponudila dobro legitimacijo za vpeljevanje zdraviteljske retorike in ji omogočila obdržati oblastno funkcijo, ki se je kazala v pogodbenem odnosu. Modernizacija psihiatrije je prinesla tudi naraščanje subspecializacij. Nastajale so specialistične ustanove za obravnavanje posebnih težav (npr. za mladostnike, zasvojene, nevrotike...). Druga značilnost sodobne medicine je avtonomizacija ekspertne funkcije ter vloga psihiatra kot izvedenca za ugotavljanje norosti ter sodnega izvedenca (Flaker 1998: 167).

Z uveljavljanjem psi-kompleksa se je porajala nova psihološka kultura. Psihoanaliza je postala rešitev za vse vrste ljudskih težav, Freudova dela so postala najbolj prodajane uspešnice. Psihiatri, psihologi in drugi »psihousmerjeni« družboslovci so postali glavni komentatorji političnih in kulturnih dogodkov ter razlagalci in usmerjevalci nove etike vsakdanjega življenja. Bolnice pa so še vedno ostajale polne kroničnih bolnikov, ki jih niso uspeli pozdraviti. Psihopatologizacija vsakdanjega življenja je vnesla paranojo pred norostjo,

vsak prestop in spodrseljaj je postal znamenje norosti. Medosebni odnosi so postali ključni pojem, ne samo v družinskem življenju ali prijateljskem okolju in soseski, ampak tudi na delovnem mestu, v interesnih, političnih in prostočasnih organizacijah. (Flaker 1998: 168-170)

1.3.2 POLITIKA ODPRTIH VRAT IN POJAV ZDRAVIL

Zdravila so nedvomno eden izmed najbolj razglašanih vidikov modernizacije psihiatrije in njene delne dezinstitutionalizacije. Pogosto so navedena kot vzrok, na drugi strani so predmet kritike in jih imenujejo kot kemične prisilne jopiče. Zdravila so nekako omogočila odpiranje vrat, ker so norost vklenila v glavi (Flaker 1998: 171).

Prvo psihotropno zdravilo je bilo reserpin, derivat rastline *Rauwolfia serpentina*, ki so jo stoletja uporabljali v Indiji kot zdravilo proti epilepsiji, norosti in nespečnosti. Kot prvi nevroleptik se je pojavil clorpromazine, poznan tudi s komercialnim imenom thorazin. Strokovnjaki so ugotovili, da pojav zdravil ter njihovo predpisovanje ni vplivalo na stopnjo ozdravljenosti in da so se sprejemi in odpusti začeli zmanjševati, še preden so jih predpisovali. Psihiatrija naj bi bila bolj pripravljena razlikovati med stanjem revščine in duševno boleznijo, saj naj bi jo v nekaterih primerih uporabljali za »zdravljenje revščine«. Prav tako naj bi zdravila predstavljala tudi »lažjo vest« psihiatrom pri odpuščanju pacientov. Politika odprtih vrat, ki naj bi prispevala k zmanjševanju števila bolnikov in bolj dinamičnem sprejemanju in odpuščanju pacientov je rešitev videla v zdravilih, ki so prinesla čudežno rešitev, to je dramatično izginotje simptomov (Flaker 1998: 171-172).

Psihofarmake so odkrili v približno istem času, kot druga čudežna zdravila moderne dobe, npr. penicilin, inzulin in so naenkrat spremenili status trdovratnih bolezni. Pojav zdravil je imel močne zaveznike v farmacevtski družbah, saj naj bi zdravila povzročila odpiranje vrat norišnic. Uveljavila se je tako imenovana »pill kultura«, jemanje tablet za vse vrste tegob in bolečin. Največ se je uporaba zdravil povečala prav na področju spreminjanja psihosocialnih stanj. Ekonomski vložek zdravil je predvsem v mitu »instant« delovanja, saj se dolgotrajni postopki reševanja problemov skrčijo na trenutek, ko tablete pogoltnemo. Izključna pravica predpisovanja je v medicinskih rokah, s tem vzpostavlja njihovo moč in nadzor. Saj s tem vzpostavlja njihovo moč in nadzor (kontrolni pregledi in nadaljevanje odnosa med

zdravnikom in pacientom po odpustu ter tako imenovani nadzor nad njegovim psihičnim stanjem)(Flaker1998: 172-174).

1.3.3 ANTIPSIHIATRIČNA GIBANJA

Antipsihtrično gibanje se je začelo z Johnom Parcevalom, ki je se je s težavo izkopal iz norišnice, ter potem uspešno tožil vse tiste, ki so ga spravili tja in tiste, ki so ga imeli zaprtega. Ustanovil je Društvo prijateljev domnevnih blaznežev, obiskoval blazneže v norišnicah, se zavzemal za njihove pravice in boljše življenjske razmere v azilih in za osvoboditev posameznikov ter za reformo sistema v to, kar bi danes lahko poimenovali »skupnostna skrb«. Parcevalovo zgodbo so takratne psihiatrične družbe zatrle, saj je takrat ubirala svojo pot psihiatrija (Flaker 1998: 178).

Podobno si je tudi Clofford Beers prizadeval, da bi našel načine, kako bi presegel blodnje in se začel bojevati proti nasilju v bolnicah. Ustanovil je gibanje, ki se je kasneje še pod njegovim vodstvom imenovalo Gibanje za mentalno higieno. Za cilj so imeli izobraziti ljudi o duševni bolezni, da bi jo tako ohranili. Psihiatrija se je na kritike odzivala na tri načine: z defenzivo in ignoriranjem in tako, da je kritiko vključevalo v modernizacijo psihiatrije (op. cit.: 179).

Razna antipsihiatrična gibanja niso imela velikega vpliva na spremembe psihiatričnih združb, njene organizacije in moči. Vendar so se gibanja prikradla v psihiatrijo, in tako pokazala senco dvoma vanjo. Pripomogla so k bolj konkretni skrbi za ljudi s težavami na področju duševnega zdravja. Norost je deloma izstopila iz geta, humanizirale so se službe, številni psihiatri se ne identificirajo več s tradicionalno vlogo psihiatra. Praktični teren antipsihiatrije je bil večinoma zunaj bolnišnice in uradnih služb duševnega zdravja. Med bolj znanimi so Kinsley Hall, Villa 21 in Sorteria v Ameriki (Flaker 1998: 181-183).

V nadaljevanju diplomske naloge sledi podrobnejši opis, saj so relevantni predvsem za to, ker so spodbujali alternative psihofarmakov.

1.3.3.1 KINGSLEY HALL

Joseph Berke in Ronald Laing sta ustanovitelja Kingsley Hall, ki je deloval med letom 1965 in 1970 v poslopju, ki je bilo že pred tem kot znano središče za družbene inovacije in radikalno politično dejavnost. Pravila za stanovalce so bila skopa, pa vendar je vsakdo moral plačevati najemnino v skupni fond, vsota pa je bila odvisna od plačilne zmožnosti posamezne osebe (Lamovec 2006: 160).

Kdor se jim je želel pridružiti, se je moral spoznati z vsemi stanovalci, ki so podali končno odločitev. Za opravljanje vsakdanjih nalog so se sporazumno dogovorili, saj nihče ni smel siliti drugih, naj delajo, česar ne želijo, delo pa ni bilo pogoj za bivanje v skupnosti. Po večerji so imeli sestanke, na katerih so razpravljali o tekočih zadevah in sporazumno sprejemali sklepe. Kingsley Hall je lahko sprejel trinajst stanovalcev, ki so imeli vsak svojo sobo. V času njegovega delovanja, pa je tam živelo več kot sto ljudi. Ljudje so želeli ustaviti skupnost, kjer bi si lahko dovolili norost v družbi ljudi, ki jo sprejemajo kot naravno dogajanje in priložnost za novo rojstvo. Na vprašanje ali je Kingsley Hall uspel, je Ronald Laing dejal, da ne dela škode in ne zdravi. Po petindvajsetih letih bi se lahko dejalo kaj več. Prvi poskus alternativne obravnave psihoz v sodobnem času je vzbudil izredno pozornost v smislu posnemanja in zavračanja ter spodbudil veliko število podobnih projektov in oblikoval javno mnenje. Ta eksperiment je pomagal začrtati nekatere smernice za delo s psihotičnimi osebami, ki so danes splošno sprejete. Spodbujanje regresije se ne obnese, saj postavlja pretirane zahteve okolici in podaljšuje krizo. Koristneje pa je, če si prizadevamo navezovati stik z odraslim delom osebnosti. (Lamovec 2006: 161)

1.3.3.2 SOTERIA

Loren Mosher je leta 1971 ustanovil Soterio, ki je nastala pod vplivom teorije in prakse Kingsley Halla in je prvi tovrstni poskus v ZDA, ki je trajal trinajst let. Soteria je bila zamišljena kot raziskovalni projekt, v katerem bi primerjali učinkovitost nemedicinskega postopka z običajno hospitalizacijo. Izbrali so osebe, ki še niso bile hospitalizirane in so bile stare od petnajst do trideset let. Temeljno izhodišče je bilo, da je prva psihotična epizoda tista kritična točka, ki odločilno vpliva na poznejši potek dogodkov. Psihozo so obravnavali kot spremenjeno stanje, ki se pojavi zaradi močne notranje in medosebne krize in ne kot bolezen.

Krizo in spremljajočo regresijo so pojmovali kot priložnost za učenje, rast in razvoj bolj trdnjše, integrirane osebnosti. Psihiater je na začetku z vsemi stanovalci opravil intervjuje, kasneje pa z njimi ni imel več stika. V prvih šestih mesecih so čas porabili za poglobljeno psihosocialno intervencijo, nevroleptikov pa niso dajali. Sodelovali so tudi prostovoljci in prišlo je do ugotovitev, da je najugodnejše razmerje takrat, ko število stanovalcev v krizi ne presega polovice vseh prisotnih. Veliko so se pogovarjali z uporabniki o njihovih doživetjih, psihoterapije pa niso uporabljali. Veliko je bilo neformalnih pogovorov, ki so nastali spontano in so včasih trajali tudi po več ur, formalni sestanki pa so bili redki (Lamovec 2006: 162-162)

Osebe je ravnalo z različnimi nenavadnimi oblikami obnašanja brez uporabe zdravil in osamitve. Mosher in Burti sta na podlagi dvajsetletnih izkušenj opisala devet temeljnih sestavin, ki naj bi jih vsebovalo vsako socialno okolje, namenjeno osebam v krizi. Prva temeljna sestavina so pozitivna pričakovanja o okrevanju in o možnostih učenja od psihoze, za katero sledi prožnost vlog, odnosov in odzivov. Sprejemanje doživetij psihotične osebe naj bo kot resnično, čeprav ne v smislu običajne stvarnosti. Osnovna naloga zaposlenih je »biti s« prizadeto osebo, kar pomeni, da se ne smejo čutiti dolžne, naj kaj ukrenejo. Doživetje psihoze je treba narediti čim bolj vsakdanje, ga preoblikovati v pozitivni smeri in o njem govoriti v vsakdanjem jeziku. Prav tako je potrebna strpnost do skrajnih oblik človeškega vedenja, brez zahteve, da bi ga nadzorovali, razen ob neposredni nevarnosti. Zaželeno je dovolj dolgo bivanje (od enega do treh mesecev), da se razvijejo medsebojni odnosi, ki omogočajo identifikacijo in prevzemanje pozitivnih lastnosti drugih. Poskrbeti je treba za prisotnost pozitivnih vzornikov, ki omogočajo identifikacijo, eksperimentiranje in ponotranjenje strategij reševanja problemov, kar posledično daje večji občutek učinkovitosti in obvladovanja. Zadnja temeljna sestavina je, da mora biti dostopna ustrezna socialna mreža vrstnikov, kamor se lahko človek vključi po odhodu in s katerimi naveže stike že med bivanjem. Projekt Soteria se nadaljuje na več lokacijah po svetu, npr. v švicarskem Bernu, kjer ga vodi Luc Ciompi (op. cit.: 163).

1.3.3.3 ARBOURS

Po razpadu Kingsley Halla je bilo ustanovljeno »Združenje Arbours« (Arbours Association), v katerem so sodelovali tudi nekateri strokovnjaki (npr. Leon Redler), ki so iskali nove prostore za bivše stanovalce Kingsley Hall-a. Združenje Arbours je najprej vključeval več

stanovanjskih skupin, zatem pa so se ustanovili še krizni centri. Združenje je delovalo med leti 1973 in 1977 (Lamovec 2006: 163).

»Krizni center je bil namenjen osebam, ki jim grozi čustvena kriza ali pa so doživele polom v medsebojnih odnosih« (Lamovec 2006: 164). Najeli so hišo v predmestju Londona, ki sta jo vodila Tom Ryan in Sally Berry. Skrbela sta za vzdrževanje hiše ter bila družabnika stanovalcev. Ko so v časopisih objavili telefonsko številko centra, jih je poklicalo veliko ljudi v krizi, njihovih družin, prijateljev ter strokovnjakov. Imeli so natančno določene kriterije katere primere so pripravljene prevzeti. Zavračali so vse, ki so imeli probleme z odvisnostjo od mamil in so jih napotili drugam, odzvali pa so se le na čustvene in medosebne probleme. Delali so v timu, ki je obiskal osebo na domu, oziroma v okolju, kjer je problem nastal. Tim je bil sestavljen iz dežurne osebe in vodje, ki je bil izkušen psihiater ali psihoterapevt. Njegova naloga je bila oceniti krizo, usklajevati delo tima, člani tima pa so bili najprej deležni posebnega treninga. Krizni tim je obiskal osebo na domu brez vnaprejšnjih predpostavk o tem, kdo je »nor«. Njihov namen je bil točno določiti, kdo vse je v krizi, na koga lahko kriza vpliva in v čem je njeno bistvo. To ni bilo lahko, saj družine pogosto skrivajo, kaj jih muči, hkrati pa obupno prosijo za pomoč. Obisk na domu jim je dal dosti več podatkov o situaciji, kakor bi jih številna srečanja z eno samo osebo zunaj doma. Kadar je tim ugotovil, da oseba, ki naj bi bila v krizi, ni edina, ki potrebuje pomoč, kot na primer pri zakoncih, so jima priporočili, da oba ostaneta v centru. Če to ni bilo mogoče, so si prizadevali, da sta se srečevala in se njuni stiki niso pretrgali. Sodelavci kriznega centra poudarjajo, da je najpomembnejše prepričati psihično izključitev člana družine, ki odide od doma, saj to osebo začne družina nenadoma doživljati kot tujo, drugačno, kot nekoga, ki ne spada k njim, kar pomaga družini znova utrditi svojo identiteto (op. cit.: 164-165).

Značilnost kriznega centra Arbours je, da niso uporabljali nobenih medikamentov, ne za psihoze in ne za depresije in v tem pogledu je center res edinstven. Osrednji pomen pripisujejo ustvarjanju medosebnega odnosa, ki daje oporo, vendar ne sme postati vsiljiv ali neizbrižen. Ob takem odnosu lahko tudi močno psihotična oseba sprejme določene nujne omejitve in ustrezno spremeni svoje obnašanje. V centru nikogar ne silijo, naj ostane v hiši. Zgodi se, da kdo zaide ven in takrat bi se lahko znašel v nevarnosti, zato poiščejo nekoga, da ga spremlja. V skrbi za ljudi v krizi jih vodita dve poglavitni načeli in sicer da ob vznemirjeni osebi ohraniti mirno kri in, da brezpogojno spoštujejo mišljenje in čustvovanje druge osebe.

Opažajo, da krize pri njih ne trajajo tako dolgo kakor v bolnišnici, saj je kriza že sama po sebi prehodno stanje, v katerem se človekova osebnost ali njegovo življenje hitro spreminja. Naloga oseb, ki pomagajo, je podpirati to spremembo in ne zavlačevati ali ovirati. V štirih letih delovanja so pomagali več sto ljudem, med katerimi je največ oseb trpelo za akutno depresijo in akutnimi psihozami, sledila so manična stanja, ponavljajoče se psihoze in adolescenčne krize. Povprečno obdobje intervencije je trajalo dva tedna, pri čemer so nekateri ostale le dan, drugi pa po več mesecev, najpogostejši izid krize pa je bil, da so ljudje odšli domov in nadaljevali svoje življenje, nekateri pa so se preselili v stanovanjske skupine. (Lamovec 2006: 165-166)

1.4 PSIHOFARMAKOLOGIJA

Psihofarmakologija je veda o vplivu psihoaktivnih substanc na spremembo razpoloženja, razmišljanja ter vedenja. Osredotočena je predvsem na psihoaktivne in kemične interakcije z možgani. Te droge vplivajo predvsem na receptorje v živčnem sistemu za sprožitev spremembe fizioloških in psiholoških funkcij. Specifična interakcija med zdravili in njihovimi receptorji se imenuje »delovanje zdravila« ter spremembe v fizioloških in psiholoških funkcijah pimenujemo »učinek zdravila« (<http://en.wikipedia.org/wiki/Psychopharmacology>).

Kores Plesničar (2007: 5) v knjigi »Osnove psihofarmakoterapije« opisuje zgodovino psihoaktivnih substanc in njihovo uporabo v psihiatriji. Zgodovina je polna podatkov o substancah, ki delujejo na možgane, saj so bili zdravilni pripravki in substance v človekovem življenju že od nekdaj prisotni. Rastline s psihoaktivnimi lastnostmi so ljudje vedno radi uporabljali za ugodje in olajšanje, pa tudi za ubijanje. Že v prazgodovinskih časih so lovci častili in uporabljali halucinogene substance, ki jih poznamo še danes, med katerimi so bile različne gobe, kaktusi in druge rastline.

Amanito muscarino imenujemo prvo »zdravilo«, katerega poznane psihoaktivne lastnosti segajo v obdobje 10000 pr.n.št.. Z napredovanjem poljedelstva so prišle v ospredje rastline, ki so na poljih zrasle kot stranski produkt in sicer hašiš, opij in s fermentacijo pridobljen alkohol. Sledi ostankov maka so iz časov kamene dobe in iz področij egipčanske in mikenske civilizacije. Hipnotične in analgetične učinke opija sta natančno opisala Hipokrat in Galen.

Opij so veliko uporabljali v srednjem veku pod imenom laudanum. Paracelsus je v srednjem veku opij poimenoval »filozofov kamen nesmrtnosti«, hašiš pa je bil kasneje bolj v uporabi v islamskem svetu, v svetu medicine pa nikoli ni imel pomembne vloge (ibid.).

V srednjem veku, so imeli sezname rastlin, ki so jih uporabljali za zdravljenje telesnih in psihičnih bolezni. Ena izmed njih je bila Trobelika. V zgodnjem srednjem veku so kot pomembno zdravilno sredstvo uporabljali teloh. Alkohol je v srednjem veku postal pravi socialni problem, ne glede na to, da so ga še vedno imenovali »božji dar«. V srednjem veku je iz južne Amerike prišla v Evropo kava, s Kolumbom tobak, s Španci pa koka. Iz listov koke je Pablo Montegazzo l. 1859 izoliral kokain in ga opisal kot učinkovito sredstvo za premagovanje borbene utrujenosti, depresije in impotence. Njegove anestetiske in obnovitvene lastnosti je častil tudi Sigmund Freud. Problemi z opijem so bili še večji, saj so bili povod za vojno med Anglijo in Kitajsko. Leta 1874 so iz opija sintetizirali heroin, ki naj bi bil manj nevaren, l. 1896 pa ga je začela proizvajati farmacevtska tovarna Bayer. Morfin, ki je bil prvič sintetiziran iz opija l. 1806, je prišel v uporabo v psihiatriji po letu 1855, ko so ugotovili da s pomočjo »hipodermične igle« subkutano injiciran morfin hitro ublaži nevralgичno bolečino. V psihiatričnih bolnišnicah je našel svojo mesto v hitri kontroli agitacije in agresije. Amfetamine so sintetizirali l. 1887 in jih v II. svetovni vojni uporabljali za »energetski dvig« vojakov in delavcev. Dekstroamfetamin so uporabljali že pred II. svetovno vojno v zdravljenju hiperekscitabilnih in hiperkinetičnih otrok. V obdobju obširne uporabe halucinogenov je bil moderen LSD ki ga je l. 1938 sintetiziral Albert Hoffman. Nekaj časa je bil zelo popularen med številnimi psihiatri kot čudežno zdravilo, ki lahko zdravi različne probleme (Kores Plesničar 2007: 5-6).

1.4.1 VRSTE PSIHOFARMAKOV

Psihofarmak je psihoaktivno zdravilo, ki deluje in vpliva na psihično stanje ter se uporablja za zdravljenje duševnih motenj. Navadno je pridobljen iz kemičnih sintetičnih spojin, medtem ko so nekatera naravno pridobljena.

1.4.1.1 ANTIPSIHOTIKI

Antipsihotiki so zdravila, ki se primarno uporabljajo za zdravljenje psihoze, predvsem pa pri shizofreniji in bipolarni motnji. Njihovi najbolj možni stranski učinki so zmanjšanje

življenjske dobe, povečanje telesne teže, možnost izločanja mleka iz prsi, tardivna diskinezija, sladkorna bolezen, nezmožnost sedeti pri miru ali ostati negiben (akatzija), spolne motnje, vrnitev psihoze. Novejši antipsihotiki naj bi bili bolj učinkoviti in naj bi povzročali manj negativnih učinkov. Med prvimi antipsihotiki je bil klorpromazin, ki je nadomestil lobotomijo (Lobotomija je delno uničenje prefrontalnega korteksa oz. dela možganske skorje, ki so jo uporabljali včasih v psihiatriji.), ki so jo takrat uporabljali pri zdravljenju psihoz. Najbolj znani antipsihotiki so : Zyprexa, Seraquel, Solian, Clozaril, Risperdal.(<http://en.wikipedia.org/wiki/Antipsychotics>).

1.4.1.2 ANTIDEPRESIVI

Antidepresivi se uporabljajo za zdravljenje klinične depresije, pogosto pa se uporabljajo tudi za motnje anksioznosti in drugih bolezni. Večino antidepresivov naj bi omejilo razgradnjo serotonina ali noradrenalina ali oboje. Taka zdravila se imenujejo selektivni zaviralci ponovnega privzema serotonina (SSRI), in povzročajo aktivno preprečevanje teh nevrotansmitorjev na padec ravni, na katerih obstaja depresija. Pogosto se bo SSRI uporablja od 3-5 tednov, saj je le takrat možno opaziti njihov učinek. Druga vrsta je antidepresiv monoaminooksidaze, za katerega se ocenjuje, da blokira delovanje MAO, encima, ki razgrajuje serotonin in noradrenalin. MAOI se navadno uporabljajo le takrat, ko se SSRI ali triciklični antidepresivi ne uspejo preprečiti ali poslabšajo depresijo. Najbolj znani antidepresivi so Prozac, Paxil in Zoloft . (http://en.wikipedia.org/wiki/Psychiatric_medication).

1.4.1.3 STABILIZATORJI RAZPOLOŽENJA

Leta 1949 je Avstralec John Cade odkril litijeve soli, ki naj bi omogočala nadzor manije, ter zmanjšanje pogostosti in resnosti maničnih epizod. Veliko stabilizatorjev razpoloženja in antipsihotikov se uporablja kot droge izbire. V nekaterih regijah, v prvem poskusu še vedno ostaja klasičen stabilizator razpoloženja litijev karbonat. Med stabilizatorje razpoloženja sodi veliko drog iz skupine antikonvulzivi. Mehanizem delovanja stabilizatorjev razpoloženja velikokrat ni dobro razumljen. Najpogostejši stabilizatorji razpoloženja so: Lamictal, Tegretol in Depakine Chrono(http://en.wikipedia.org/wiki/Psychiatric_medication).

1.4.1.4 HIPNOTIKI IN ANKSIOLITIKI

Najprej so bili uporabljeni barbiturati kot hipnotiki in anksiolitiki. Leta 1960 in 1970 so bili razviti benzodiazepini (Lowell Randall in Leo Sternbach, 1957). Sčasoma so jih začeli predpisovati v milijardnih odmerkih letno. Prvotno se je mislilo, da je ne povzročajo odvisnosti v terapevtskih odmerkih kot barbiturati. Vendar se je izvedelo, da povzročajo odvisnost, zato so jih začeli barbiturati izpodrivati. Najbolj znani anksiolitiki so Xanax in Valium.

(URL: http://en.wikipedia.org/wiki/Psychiatric_medication).

1.4.1.5 STIMULANSI

Stimulansi so eni najbolj pogosto predpisanih zdravil danes. Adderall, zbirka amfetamina soli, je ena izmed najbolj predpisanih zdravil za zdravljenje hiperaktivnosti pozornosti in hiperaktivnosti (ADHD). Stimulansi lahko zasvojijo in pri bolnikih z zgodovino zlorabe drog je običajno skrbno spremljanje dogodkov, prav tako pa je potrebno preveriti ali imajo prepoved uporabe in glede na to raziskati druge možnosti. Brez prekinitve zdravljenja odmerka lahko povzročijo psihološko odtegnitvene simptome, kot so anksioznost in hrepenenje po drogi. Stimulansi velikokrat ne povzročijo fiziološke zasvojenosti. Med najbolj znanimi so kofein, kokain in nikotin.

(URL: http://en.wikipedia.org/wiki/Psychiatric_medication).

1.4.1.6 HALUCINOGENI

Halucinogeni so bili uporabljeni za zdravljenje v preteklosti in se ne uporabljajo več. Halucinogeni so predvsem nelegalne droge (LSD, Meskalin, Kanabis). Za veliko halucinogenov se je izkazalo, da so učinkovitejši za zdravljenje duševnih bolezni, kot pa današnja psihiatrična zdravila, ki so le začasna rešitev in se jih uporablja dolgotrajno (http://en.wikipedia.org/wiki/Psychiatric_medication).

1.5 STRANSKI UČINKI PSIHOFAKOV

V knjigi »Your drug may be your problem« znani psihiater ter avtor več knjig dr. Breggin (2000: 64-75), ki ga v nadaljevanju povzemam. Dr. Breggin izpostavlja vrsto stranskih učinkov, ki so povezane z uporabo psihofarmakov.

- *Blokiranje prenosa živčevja v možgane*

Ko se to zgodi, možgani ponovno poskušajo to nadomestiti z reakcijo v nasprotni smeri - tokrat s povečanjem »potlačenega« živčnega sistema. Antipsihotične droge, kot so Thorazine, Haldol, Prolixin, Risperdal in Zyprexa zatirajo dopaminski sistem. Možgani poskušajo premagati ta učinek z izdelavo preobčutljivega dopaminskega sistema.

- *Neželeni učinki o tem, kako mislimo, čutimo in delujemo*

Vsako psihiatrično zdravilo lahko in bo poslabšala čustveno odzivanje posameznika. Oslabitve, ki se pojavljajo pri večini psihiatričnih zdravil, lahko povzročijo tudi neskončno število drugih vrst travm, vključno poškodbe glave, hudo utrujenost, kronične bolezni ali stres, pomanjkanje kisika v možganih, kronično uživanje alkohola ali izpostavljenost toksinom, kot sta svinec in ogljikov monoksid. Včasih se ti simptomi duševnih motenj prerastejo v čustvene težave. Če se takšne težave pojavijo prvič ali se poslabšajo istočasno z jemanjem psihiatričnih zdravil, bi morali posumiti vanje. Tudi v primerih, ko se zdi, da se simptomi krepijo zaradi vznemirjenosti, je lahko osnovni vzrok za to psihiatrično zdravilo. Mnogi neželeni učinki zdravil, od vznemirjenja do težav s spominom in nevrološkim tresenjem, se lahko poslabšajo pod stresom. Nasprotno pa se lahko izboljšajo med počitkom in sprostitvijo.

- *Pogosti neželeni učinek na razmišljanje, čutenje in obnašanje*

Kdor jemlje psihiatrična zdravila, bo morda sčasoma zaradi tega doživel eno ali več naslednjih duševnih nepravilnosti:

- motnje koncentracije:

Skoraj vsa psihiatrična zdravila lahko zmanjšajo pozornost v pogovorih, povzročijo, da se človek težko osredotoči na zahtevno branje ali neprestano delo na projektu. Subjektivno zavedanje motnje koncentracije, je subtilen, vendar pomemben znak toksičnosti zaradi uporabe drog.

- slab spomin:

Psihiatrična zdravila lahko otežujejo spomin v tej meri, da se uporabnik ne more spomniti stvari, kot so seznam predmetov, ki jih mora kupiti v trgovini, ob kateri uri pride otrok na večerjo, ali pa ime osebe, ki je pravkar pustila telefonsko sporočilo za njegovo ženo ali moža. Morda se tudi težje spomni receptov ali enostavnih operacij na računalniku, težje poišče

ustrezno besedo ali frazo, ali se spomni imena nekega znanega objekta. Kot v primeru motnje koncentracije, lahko posameznik sam opazi svoj slab spomin preden to odkrije njegova družina ali psihiater in še preden jo lahko odkrije psihološko testiranje.

- zmeda ali dezorientacija:

To je eden izmed bolj resnih znakov motenega delovanja možganov, ki jih povzročajo psihiatrična zdravila. Uporabnik morda težje najde pot okoli stavb ali kraja, kjer je hodil ali prevozil poznano mesto, ne da bi se tega zavedal, ali pa ima težave pri vožnji z uporabo pisnih navodil.

- upočasnjeno ali poenostavljeno duševno delovanje

Uporabnik lahko težje sledi zapletenim vprašanjem ali smerem, razmišlja o več stvareh hkrati, ali izvede logično zaporedje misli. Želi si, da ljudje ne bi tako hiteli in ne pričakovali tako hitrih odgovorov. Včasih je bil prepričan, da je "hiter", sedaj pa se sam sebi zdi "počasen".

- pretirani odzivi na stres

Uporabniku se morda zdi, da veliko težje obvladuje vsakodnevni stres, kot je pripraviti otroke za v šolo, poskušati priti pravočasno v službo, prepir s prijateljem ali sodelavcem, zamuda na sestanek, zaostanek pri projektu ali biti prekinjen, moten pri svojem delu ali obveznostih.

- povečana razdražljivost, jeza, ali agresivnost:

Uporabnik na svojo zadrego postaja nenavadno nadležen, neučinkovit, ali razdražljiv, včasih nenamerno prizadene ljudi. Prav tako lahko postane nenadoma jezen ali agresiven. V najslabšem primeru lahko naredi nekaj nevarnega ali škodljivega, česar sicer nikoli ne bi storil, pristane v težavah v službi, doma ali na ulici.

- težave s spanjem:

Uporabnik morda ne more zaspati ali se velikokrat zbudi. Njegov spanec mogoče ni tako globok kot prej ali pa se ne zbuja svež. Nekatera psihiatrična zdravila lahko povzročijo zaspanost podnevi, med dnevnimi aktivnostmi. Druga psihiatrična zdravila lahko stimulirajo ponoči, ohranjajo budnost, medtem ko je uporabnik naslednji dan zaspan in izčrpan.

- čustvena otopelost in neobčutljivost

Vzponi in padci uporabnikovih čustev se lahko izravnavajo z zdravili. Človek se tako ne zanima za nikogar in ničesar, kot se je včasih; njegova čustva se pogosto zdijo otopela; njegovi interni kraji so pusti in manj barviti, počuti se »švoh«. Negativen učinek zdravil je zmanjšana odzivnost, izguba vitalnosti je podana velikim različnim oznakam v medicinski literaturi, vključno z oznakami brezbržnost, apatija, brezvoljnost in zmanjšano ali otopelo čustvo.

Druge oznake za splošno celotno ravnanje ravni uma, duha in energije, vključujejo utrujenost, slabo počutje in depresijo.

- utrujenost:

Uporabnik nima toliko duševne ali psihične energije kot nekoč, hitro se utruje in se počuti malodušno. Že zjutraj, ko vstane, je počasen in len, do večera pa je le še bolj izčrpan.

- splošno slabo počutje:

Uporabnik ne čuti le lenobe in otrplosti, ampak se počuti tudi bolnega, popolnoma izčrpanega, kot da ima gripo ali kakšno drugo izčrpavajočo psihično bolezen. Zaradi uporabe teh zdravil se v medicinski literature te reakcije včasih pripisuje »gripi podobnim simptomom«.

- depresija:

Veliko psihiatričnih zdravil lahko vodi v depresijo, ki vključuje izgubo volje do življenja, občutke otožnosti in brezupa in celo samomorilna čustva ali poskuse. Končni osnutek nalepke za Prozac - opis vključen na navodilu – v uvodu navaja, da je bila kot stranski učinek tega zdravila “pogosto” navedena “depresija”.

- zmanjšana domišljija in ustvarjalnost:

Uporabnik se počuti, kot da je izgubil svojo domiselnost, ko gre za razmišljanje o rešitvah za probleme, za nov, drugačen pogled na stvari, ali celo za to, kaj storiti s svojim časom na prosto sobotno popoldne. Prepogosto je zdolgočasen.

- oslabljen samovpogled, samorazumevanje ali samozavedanje

Uporabnik ni več prepričan o svoji oceni lastnega obnašanja, pa tudi drugi ljudje mu dajejo namige ali signale, da se ne obnaša primerno, tako kot to sam misli. Težave ima pri ugotavljanju, zakaj se tako počuti, in ni prepričan, ali mu zdravilo pomaga ali povzroča težave. Morda ga prijatelji ali družina opozorijo na to s pripombami, da ne izgleda dobro oz. da izgleda bolan, čeprav sam tega sploh ne opazi. Občutek, da nima stika s sabo ali z drugimi:

Počuti se tako prekinjenega, oddaljenega, ali da ni v stiku s samim seboj, s svojimi čustvi, in morda z občutki drugih ljudi, kot da je med njim in drugimi ljudmi temno steklo ali velika razdalja, kot da ni čisto ista oseba ste nekoč. Te reakcije se imenujejo »depersonalizacija«.

- osebne spremembe:

Tudi če uporabnik sam ne opazi, lahko drugi ljudje, ki jim je blizu, opazijo, da njegovo obnašanje ni njemu podobno. Postane lahko čemer, manj občutljiv, bolj razdražljiv, bolj nepreviden, zaprt vase, močno ali nekoliko evforičen, ali nekoliko zamaknjen. Ta simptom v poročilih o reakcijah zdravil toksičnosti pogosto imenujejo osebne motnje.

- emocionalna nestabilnost

Uporabniku se zdi, da njegova čustva nihajo gor in dol, brez kakršnega koli razloga, ima pa tudi več težav, kako nadzorovati svoja čustva in kako jih pokazati. Tako stanje je v poročilih o neželenih učinkih zdravil včasih opisano kot »povečana labilnost«.

- anksioznost

Veliko različnih zdravil lahko povzroči vznemirjenost, anksioznost in paničnost. Za še večjo zmedo, te simptome pogosto povzročijo zdravila, ki naj bi zdravila anksioznost in panične motnje. Relativno kratko delujoča pomirjevala kot sta Xanax ali Ativan lahko povzročijo epizode anksioznosti, ko učinek zdravila izzveni .

- evforija in manija

Če se uporabnik počuti »čudovito« ob jemanju psihiatričnih zdravil, občutek morda ni realen. Lahko se počuti tako »visoko«, da je oslabiljena njegova zmožnost presoje. Veliko psihiatričnih zdravil lahko ustvari nerealne občutke dobrega počutja in zaupanja.

- nevrološke težave, vključno s krči in napadi:

Večina psihiatričnih zdravil lahko povzroči različne nevrološke in mišične motnje, kot so glavoboli, motnje spanja, nenavadne sanje in nočne more, neusklajenost ali nerodnost, slabost, mišični krči, trzaje, tresenje, nenormalne vizualne ali zvočne zaznave in čudno nelagodje na koži ali v glavi. Veliko psihiatričnih zdravil lahko povzroči tudi različne napade ali krče. Najresnejši napadi so grand mal krči z izgubo zavesti. Napade lahko sproži neposredno delovanje zdravil na možgane (antidepresivi, stimulansi, in psihotičnimi agenti), lahko pa jih povzroči tudi umik mnogih zdravil, predvsem tistih, ki umirjajo ali pomirjajo možgane, kot so anksiotične droge (Benzodiazepin, manjša pomirjevala), uspavalne tablete in antiepileptiki. (Breggin 2000: 64-75)

Lamovčeva (1995) v svoji knjigi Kako misliti drugačnost zanimivo odgovarja na vprašanje: Kje preneha »duševna bolezen« in se začnejo stranski učinki zdravil. Odgovora na to vprašanje ni mogoče podati na splošno, lahko pa se mu približamo ob pogovoru s posameznim uporabnikom. Farmacevtska industrija, ki je glede na pretok kapitala druga na svetu, sicer dovolj dobro preskusi delovanje psihofarmakov in pošteno napiše najpogostejše stranske učinke, tako da si vsak lahko na priloženem navodilu prebere, da je lahko stranski učinek mellerila tudi nenadna in nepojasnjena smrt. Osebe, ki se zdravijo ambulantno, lahko jemanje katerega koli preparata zavrnejo in si izberejo drugega psihiatra. Osebe, ki pa se zdravijo v duševni bolnišnici, te možnosti nimajo, saj morajo v skladu z zakonodajo o

prisilnem zdravljenju vzeti tiste in toliko preparatov, kot jih predpiše zdravnik, ki največkrat ne pove ničesar o možnih stranskih učinkih zdravil.

Psihiatri molčijo, ker se bojijo, da bi uporabniki zdravilo zavrnili, če bi poznali stranske učinke, in morda izgubili zaupanje v zdravilo. Drugi problem je v individualnih razlikah odzivanja na psihofarmake, kar bi se bistveno zmanjšalo, če bi psihiatri prisluhnili uporabniku, ki edini ve, kako nanj vpliva določeno zdravilo. Problem pa je tudi v tem, da uporabniki pogosto dobivajo večje število zdravil, katerih interaktivni učinki so slabo preučeni. Lahko se namreč zgodi, da nekateri preparati ob istočasnem delovanju okrepijo delovanje drug drugega, s tem pa se povečajo tudi stranski učinki in je tako edini način za določanja interaktivnih učinkov zdravil postopno uvajanje novih zdravil in zapisovanje učinkov le teh. (Lamovec 1999: 115-116)

1.6 ODVAJANJE OD PSIHOFAKOV

Prenehanje z uporabo psihiatričnih drog mora biti postopno. Ko je količina majhna, naj ne bi bilo pričakovati posebnih težav, vendar drugače je, če želimo prenehati v vzdrževanih zdravili. Dr. Caligari's Psychiatric Drugs (Network against Psychiatric Assault 1987) svetuje, da naj bi vsak teden količino zmanjšali za eno desetino, na koncu pa počasneje, hkrati pa moramo biti pozorni na znamenja, kar bo upočasnilo odvajanje od zdravil, a drugače ne gre. Zavedati se moramo, da po jemanju nevroleptikov nismo enaki kot prej, saj se je delovanje nekaterih kemičnih mehanizmov spremenilo - poveča se število receptorjev za dopamin, to je nevrottransmitor, ki skupaj z drugimi nevrottransmitorji omogoča živčnim impulzom prevajanje prek sinaps. Po prenehanju jemanja zdravil je zaradi večjega števila receptorjev pretok impulzov še večji, kot je bil na začetku. Zdravila so zavrla obstoječe receptorje, zato se je telo prilagodilo tako, da je ustvarilo nove in potreben je čas, da se telo znova prilagodi, kar bo morda traja pol leta, lahko tudi več. Ljudje, ki so jemali nevroleptike mnogo let, morda ne bodo mogli brez njih, lahko pa vsaj zmanjšajo količino. (Lamovec 1998: 244).

Večina, če ne vsa psihiatrična zdravila lahko povzročijo odtegnitvene reakcije. Navadno je učinek umika ravno nasproten od neposrednega učinka zdravil. Odstopanje od sedativnih manjših pomirjeval, kot je npr. Xanax, navadno privede do anksioznosti, vznemirjenosti, nespečnosti in v skrajnih primerih do epileptičnega napada. Odstopanje od stimulansov, kot je

Ritalin in Adderall, lahko povzroči utrujenost, prekomerno spanje in depresijo, pa tudi nasproten učinek, kot je hiperaktivnost, vznemirjenje in nespečnost (Breggin 2000: 117).

1.7 VLOGA PSIHOFAKOV OB KRIZI

Ob krizi je najbolj opravičljiva uporaba psihofarmakov, saj jih takrat le človek najbolj potrebuje. Psihofarmaki takrat lajšajo simptome krize in z organizacijo kriznega tima jo posameznik lahko preživi doma.

1.7.1 DEFINICIJA KRIZE

»Izraz »kriza« pomeni, da je motnja psihičnega ravnotežja resna, akutna in je posameznik ne more rešiti z navadnimi načini spoprijemanja. Nastopi lahko kot posledica dolgotrajnega stresa ali pa kot odziv na življenjski dogodek. Dolgotrajnega stresa, ki ga doživlja oseba, pogosto ne opazimo, zato se zdi, kot da so krizo povzročili neznani notranji dejavniki oziroma bolezni. S skrbno analizo stresorjev, socialne opore in življenjskih dogodkov lahko tudi v teh primerih odkrijemo vire krize. Spoznanje, kateri temeljni življenjski problem je v ozadju krize, hkrati že nakazuje pot, kako bomo posamezniku lahko pomagali, ko se bo kriza umirila« (Lamovec 1998).

Psihiatrična »zdravila« zmanjšajo splošno stopnjo vznburjenja živčnega sistema in tako naredijo človeka manj motečega za okolico. Psihofarmaki ne skrajšajo časa krize in ne odstranijo večine motenj, ampak v preventivnem smislu varujejo človeka pred psihološko neugodnim okoljem, v ugodnem okolju pa nimajo nobenega preventivnega učinka. Človek, ki dlje časa jemlje psihofarmake, postane kemično odvisen od njih in lahko pade v krizo, če jih nenadno preneha jemati, zato je treba v okoliščinah zavetišča, ki upošteva tudi nemotenost drugih, psihofarmake jemati naprej, saj bi abstinenčna kriza še povečala izrazitost temeljne krize. Uporabniku je treba omogočiti, da pride do zdravil, kar se lahko uredi preko telefona. Psihiatri so običajno pripravljeni sodelovati in napisati recept, po katerega naj gre kdo drug (Lamovec 1998: 259)

1.7.2 KRIZNI TIM

Krizni tim je potrebno organizirati za pomoč človeku v globoki krizi in lahko šteje od 5 do 10 članov, ki sestavljajo jedro ter še nekaj ljudi za občasno pomoč. Krizni tim lahko zagotovi spremstvo za človeka v krizi 24 ur na dan, največji problem pa je zagotoviti veliko število ljudi, ki so potrebni za tovrstno delo, zato navadno vključijo tudi svojce in prijatelje prizadetega človeka, prostovoljce. Jedro tima naj sestavljajo tisti, ki imajo že nekaj izkušenj, drugače pa za sodelovanje v kriznem timu človek ne potrebuje posebnega znanja (Lamovec 1998: 259).

Zelo pomemben je vodja oziroma koordinator tima, ki je zadolžen za :

- sklicevanje timskih sestankov, ki potekajo vsake tri dni,
- poskrbi za razdelitev nalog oziroma urnik dežurstva, iz katerega mora biti jasno razvidno, kdaj bo kdo dežuren,
- poskrbeti mora, da so vsi člani tima seznanjeni z načinom dela.

Člani tima dobijo telefonske številke drugih članov, da lahko poiščejo nadomestilo, če se zgodi kaj nepredvidljivega. Na timskih sestankih so poleg urnika na dnevnem redu tudi vsi dogodki v zvezi s človekom v krizi. Tako so člani o vsem na tekočem in lahko ravnajo skladno, lahko pa se tudi razbremenijo čustvenih napetosti in razrešujejo dileme, ki jih poraja delo. Člani tima so odgovorni le za svoje delo in ne za osebo v krizi, ki ima v okviru dogovora možnost svobodnega odločanja (op. cit: 261).

Krizni tim s posameznikom v krizi sklene dogovor, ki ga mora podpisati, še preden začne krizni tim delovati. Dogovor v okviru kriznega tima vsebuje :

- čas delovanja tima (ki se lahko sporazumno podaljša),
- pripravljenost jemanja zdravil,
- obljubo, da posameznik brez spremstva ne bo šel nikamor ter
- druga določila, ki so odvisna od individualnih značilnosti človeka.

Prvi pogoj za nadaljnjo pomoč tima je spoštovanje dogovora. Uporabnik in član tima se sproti dogovarjata, kako bosta preživela čas in pri tem je potrebno obojestransko soglasje.

Pomembno je, da člani kriznega tima živijo svoje vsakdanje življenje, kar pomeni, da vključijo delo v timu v svoj urnik, pri čemer jim ostane še nekaj prostega časa in zato je zelo pomembno, da se člani tima držijo urnika dežurstev. Krizni tim lahko traja dva ali tri tedne, zato mora v njem sodelovati toliko ljudi, da ne pride do prehude obremenitve za ljudi, ki imajo službene, študijske in družinske obveznosti (Lamovec 1998: 261).

Sama sem bila tudi članica kriznega tima, ki se je uspešno končal brez hospitalizacije. Tako kot Lamovčeva se strinjam, da bi morala biti hospitalizacija zadnje sredstvo, saj poseže v človekov osebni prostor. Žal pa je potrebno za organizacijo kriznega tima včasih veliko finančnih sredstev, ki pa jih že tako ali drugače primanjkuje v nevladnem sektorju. (ibid.)

1.7.3 PSIHIATRIČNI TESTAMENT

Psihiatrični testament, katerega namen in uporabo je leta 1982 objavil ameriški (anti)psihiater Thomas Szasz, zajema nov zakonski mehanizem, ki naj bi ščitil ljudi pred psihozami in psihiatrijo in naj bi omogočal, da osebe v stanju zavesti načrtujejo kakšno obravnavo želijo v prihodnosti, v primeru da jih drugi prepoznajo kot nore ali bolne. Svojo idejo avtor navezuje na dva podobna dokumenta, ki ščitita človeka v primerih smrti ali neozdravljive bolezni in sicer Poslednja volja ter dokument O volji za časa življenja. Psihiatrični testament je tretji tip izražanja svoje volje, ki ga lahko podpiše vsak, kakor je lahko vsakdo zaupna oseba, tudi če gre za prizadetega človeka (Zaviršek 191: 171).

Avtor utemeljuje potrebo po Psihiatričnem testamentu v opravičevanjih prisilne psihiatrije same, ko ločuje ljudi od vsakdanjih socialnih prostorov. Prvo opravičilo za uporabo Psihiatričnega testamenta je prepričanje o obstoju duševnih bolezni, ki poleg drugih telesnih bolezni napadajo človeka in ki potrebujejo medikamentno zdravljenje. Za Thomasa Szasza je duševna bolezen le metafora in mit, sam pojem pa le etika, ki se pripenja na nezaželena in moteča delovanja in obnašanja. Drugo opravičilo je skrito v sintagmi »nevaren samemu sebi«, ki naj bi označil stanje duševne bolezni, v kateri ljudje stradajo, se pohablajo ali celo usmrtilo in v tem primeru psihiatrija prevzame odločitve, ki naj bi bile za uporabnika najboljše in tako ščitijo ljudi pred njimi samimi. Tretje opravičilo je povezano s predstavo o divjih norcih, ki so nevarni za druge in jih je zato potrebno zapreti ter pred njimi zaščititi vso družbo. Temu argumentu avtor postavlja nasproti pravico odločanja o svojem življenju, svoji

osebnosti, ki je tudi v tem, da človek vzame nase pravico, da je nevaren sebi in drugim (op.cit.: 172).

Psihiatrični testament naj bi varoval potencialne uporabnike pred nezaželenimi psihiatričnimi sredstvi in postopki ter tiste terapevte in psihiatre, ki hočejo uporabljati druge metode (psihoterapijo), vendar se bojijo morebitnih negativnih posledic in zato pristanejo na tradicionalne oblike psihiatrične pomoči. V tem smislu naj bi predstavljal pogodbo med potencialnimi psihiatričnimi uporabniki in njihovimi potencialnimi psihiatri. Uporabnike naj bi ščitil pred prisilnimi sredstvi in zanemarjanjem, psihiatre pa pred obtožbami nepravilne obravnave in nestrokovnosti (Zaviršek 1991: 173).

Uporabnik dogovor oz. psihiatrični testament glede ravnanja v krizi lahko opredeli tudi v osebnem načrtu. Načrtovalec je nato dolžan upoštevati voljo uporabnika ter ga zagovarjati pred neželeno hospitalizacijo.

1.8 PREDPISOVANJE PSIHOFARMAKOV IN INFORMIRANOST KLJUČNIH DELAVCEV

Kljub temu, da smo zaskrbljeni nad pretirano uporabo in zlorabo psihofarmakoloških sredstev, so na žalost resničnost v današnji praksi duševnega zdravja v skupnosti. Prav tako glede na različna mnenja o njihovi učinkovitosti, je malo verjetno, da se bo situacija kmalu spremenila. Psihofarmake je namreč preveč lahko jemati in preveč se skladajo s prevladujočimi kulturnimi normami. Vseeno lahko predstavimo načela, ki ji razumni delavci in uporabniki duševnega zdravja lahko upoštevajo za obveščeno presojo o psihofarmakološki praksi v skupini, ki ji pripadajo. Če nemedicinsko osebje ne more pisati receptov, to še ni pomeni, da niso dobro poučeni, skrbni ali kritični glede tega, kar se dela z njihovimi uporabniki (Mosher, Burti 1989: 41).

Upamo lahko, da bodo bolj obveščeni klinični delavci prišli do podobnih zaključkov kot na primer to, da je norost razumljiva in jo lahko učinkovito obravnavamo s psihosocialnimi metodami, kar pa še posebno velja v primerih, v katerih še ni prišlo do zdravljenja s psihofarmaki. Tu je potrebno poudariti, da uspešna psihosocialna obravnava zelo motenega ali motečega vedenja zahteva naravno socialno mrežo, okrepljeno z delavci duševnega zdravja,

ki uporabnikom nudi veliko opore, ali pa pravilno organizirano stanovanjsko terapevtsko skupnost, ki nudi intenzivno oporo, načrtovano izključno v ta namen. Načela so sledeča:

- *Dobro poučeni uporabnik* je najboljši uporabnik, saj morajo imeti pacienti, stranke, klienti in uporabniki določeno znanje o substancah, ki naj bi jih zaužili, poučeni pa morajo biti tudi o drugih vrstah obravnave. Na zdravnike se ne moremo zanesti, da bodo te informacije na razumljiv in sprejemljiv način posredovali uporabnikom in zato bi delavci duševnega zdravja v skupnosti morali poznati terapevtske in stranske učinke psihofarmakov. Razgovor o psihotropičnih substancah običajno ne bo začel zdravnik, zato bi morali biti delavci seznanjeni z učinki petih vrst psihotropičnih zdravil ter biti sposobni fenomenološko opisati, kakšne izkušnje bodo njihovi uporabniki verjetno doživeli, če bodo jemali določeno zdravilo.
- Drugo načelo je *oblast ljudem*. Bistvena sestavina odgovorne obravnave v skupnosti (ki se bistveno razlikuje od obravnave, ki poteka v bolnišnici in vključuje odvisnost) je, da ohranja posameznikovo oblast nad svojim življenjem. Predpogoj uspešne obravnave v skupnosti je ohranjanje osebne suverenosti oziroma njeno ponovno vzpostavljanje, če jo je spodbujalo bolnišnično zdravljenje. V tem kontekstu moramo obravnavati tudi psihotropične substance in njihovo osebno odločanje o njihovi uporabi.
- Tretje načelo se glasi: *Imej na razpolago alternativne oblike psihosocialne pomoči*. Zdravljenje z nevroleptiki je brez drugih alternativ skoraj neizbežno in ker razmerje med tveganjem in koristmi ne opravičuje dolgoročne uporabe nevroleptikov, bi morali razviti vrsto strategij in uslug, ki bi jih lahko uporabili namesto nevroleptikov, kar pa velja tudi za druge psihofarmake, kljub temu, da njihova dolgoročna toksičnost ni tako velika kot pri nevroleptikih.

(op.cit.: 41-43)

Uporaba nevroleptikov

Pogledi o uporabi nevroleptikov se v današnjem duševnem zdravju v skupnosti, v katerem psihofarmake obravnavajo, kot nujno potrebne za prakso duševnega zdravja v skupnosti. Pogledi o tem se razlikujejo od prevladujočega etosa v današnjem duševnem zdravju v skupnosti, v katerem psihofarmake obravnavajo (predvsem nevroleptike za shizofrenijo) kot nujno potrebne za prakso duševnega zdravja v skupnosti. Ker je diskenzija tardiva težka in

destruktivna iatrogenična motnja, si vsak na nov identificiran psihotik zasluži priložnost za okrevanje brez uporabe nevroleptikov v primernem socialnem okolju (Mosher, Burti 1989: 43).

Klinične implikacije raziskav kažejo, da je za 40-50% pacientov, ki doživljajo recidive kljub jemanju nevroleptikov, neodgovorno večja tveganje za diskenzije tardive s postopnim povečevanjem količine zdravil ali vztrajnim iskanjem novih nevroleptikov. Mnogo bolj smiselno se je usmeriti na njihovo socialno okolje, z namenom zmanjšati stisko, saj je dokazano, da se pri ljudeh, ki živijo v družinah z visoko stopnjo sovražnosti in kritičnosti, bolj pogosto ponavljajo recidivi, kot pri tistih, ki živijo v družinah z nizko stopnjo sovražnosti in kritičnosti. Uporabnika, ki živi v neustreznem okolju, bi lahko spodbudili, da se preseli in mu pri tem pomagali, lahko bi tudi začeli z družinsko intervencijo in tako pomagali izboljšati neustrezne razmere, ki povzročajo stres. Osebi bi lahko priskrbeli tudi neko aktivnost, ki bi omejila neposreden stik z družino na minimum. Premišljena skrb za socialno okolje vseh uporabnikov bi morala delavce v duševnem zdravju pripeljati do ključev za razvoj individualiziranih psihosocialnih intervencijskih strategij, ki bi omogočale minimalno uporabo ali popolno izognitev zdravljenja z nevroleptiki (ibid.).

Če je zdravljenje z nevroleptiki edina možnost, bi morali izbrati strategijo, po kateri bi zdravili le poslabšanje simptomov in pri takšnem zdravljenju ni več recidivov kot pri dolgotrajnem jemanju nevroleptikov. Osebe, ki še niso jemale nevroleptikov, se hitreje odzovejo na zdravila in v primeru, da so ponovno hospitalizirane, tam ostanejo manj časa. Ta strategija zdravljenja bistveno zmanjša tveganje nastanka dyskinesie tardive, čeprav so bili njegovi uporabniki pod vplivom zdravil 50% časa. Takšno strategijo zdravljenja podpirajo tudi klinične in raziskovalne ugotovitve, da je norost v različnih časovnih obdobjih različno izražena, zdrava pamet pa nam pove, da je zdravljenje ljudi z močnimi zdravili v intervalih dobrega stanja nesmiselno (Mosher, Burti 1989: 45).

Če uporaba psihosocialnega programa ni izvedljiva in so uporabniki pogosto ponovno hospitalizirani kljub omenjeni strategiji, se lahko poskusi na čim manjši dozi nevroleptikov, saj je več raziskovalcev ugotovilo, da je ta strategija skoraj tako učinkovita v preprečevanju recidivov kot običajna doza, vendar ima veliko manj stranskih učinkov in jo uporabniki zato tudi bolje sprejemajo.

Zdravljenje manično-depresivnih ljudi z litijem ter zdravljenje depresivnih oseb z antidepresivi, je redko uspešno, saj je zdravljenje pri manično-depresivnih ljudeh z litijem neuspešno pri 62%, pri depresivnih osebah z antidepresivi pa pri 51%. Zaradi omenjenih podatkov in znane ledvične toksičnosti litija ter smrtnih učinkov antidepresivov (če so uporabljeni v samomorilne namene), bi se morali resno zamisliti nad njihovo uporabo (op. cit.: 45-46).

Duševno zdravje v skupnosti ter jaz zastopamo psihosocialno stališče. Psihotropičnih zdravil se ne da kar odpraviti, zato jim je treba najti mesto v celovitem pristopu, ne smemo pa se nanje preveč zanašati. Laične osebe preveč nekritično sprejemajo uporabo, zaradi vpliva zdravnikov, ki ga imajo nanje. Nemedicinsko osebje, ki je del duševnega zdravja v skupnosti, bi moral poznati vrednosti ter pomanjkljivosti zdravil, poleg tega pa bi se morali naučiti postavljati vprašanja zdravniku tako, da bodo načela predpisovanja zdravil postala predmet razprav. (Mosher Burti 1989: 47)

Pri predpisovanju naj omenim še dejstvo, da so bili psihofarmaki v Sloveniji leta 1994 na četrtem mestu po številu izdanih receptov, kar je predstavljajo 7,7% vseh izdanih receptov. Najpogosteje predpisana skupina psihofarmakov v ambulantah splošne medicine in pri osebnem zdravniku so bila anksiolitiki (64,4%), zatem nevroleptiki (14,3%) ter hipnotiki (10,4%), na četrtem mestu pa antidepresivi (8,8%) v ambulantah splošne medicine oziroma osebnemu zdravniku (Zupančič M. : Predpisovanje psihofarmakov v ambulantni splošne medicine.

URL:http://www.drmed.org/strok/ssi/predpisovanje_zdravil/marjeta.htm)

1.9 SKUPNOSTNO DUŠEVNO ZDRAVJE

Duševno zdravje v skupnosti je interdisciplinirano področje delovanja, ki se je razvilo na terenu psihiatrije, z namenom zasledovanja emancipatoričnih ciljev ob upoštevanju skupnostnih načel. Ti cilji so: izboljšanje življenjskega položaja ljudi z duševno stisko, izboljšanje in spreminjanje služb, da bodo bolj sledile potrebam, željam in nujam

uporabnikov, družbeno prevrednotenje duševne stiske in norosti ter vzpostavljanje takih družbenih pogojev, ki bodo onemogočili destruktivne izide in spodbujali ustvarjalno reševanje človeških stisk.

Za primer dobre prakse duševnega zdravja v skupnosti lahko navedem dober primer prakse Anglijo ter Italijo, ki prednjačita v razvoju na tem področju. V nadaljevanju opisujem politiko duševnega zdravja v Angliji.

1.9.1 NOVI NAČINI DELA

Novi načini dela svetujejo, naj psihiatri uporabljajo svoje sposobnosti, znanje in izkušnje za najboljši učinek s poudarkom na uporabnikih storitev z najbolj kompleksnimi potrebami, naj delujejo kot svetovalci za multidisciplinarne time in spodbujajo porazdeljeno odgovornost in vodilno vlogo v ekipah. Novi načini dela so zahtevali veliko kulturno priložnost v službah na področju duševnega zdravja in vzbudili skrbni okoli sposobnosti drugih disciplin, da sprejmejo nove zadolžitve nad katerimi so obupali psihiatri. Razlog za prehod na model porazdeljene odgovornosti in vodstva kot pragmatičen, bi lahko bil kratkoročen odgovor na nedavne krize na zaposlovanje in moralo v psihiatriji. Čeprav razdeljena odgovornost lahko olajša življenje psihiatrom in se zdi cenejša možnost, ne sledi temu, da je to v najboljšem interesu pacientov (Lester, Glasby 2010: 90-91).

Nedavna raziskava Kraljeve združbe psihiatrov je ugotovila, da je 66 odstotkov psihiatrov na vseh področjih Anglije poročalo, da so načela novega načina dela sprejeta in jih uporabljajo v svoji praksi. Ta nakazuje, da je kljub pridržkom iz nekaterih krogov, je izvajanje že relativno uspešno.

1.9.2 ALTERNATIVNE STORITVE V SKUPNOSTI

Krizne hiše, pod vodstvom uporabnikov

Obstaja majhno število kriznih hiš v Angliji z zaposlenimi ali pod upravljanjem uporabnikov storitev ali uporabnikov z psihiatrično izkušnjo. Ocena ene od treh takšnih hiš v okviru Sainsbury Center za duševno zdravje, je ugotovila, da v Anam Cara (krizni hiši s štirimi posteljami) v Birminghamu, je 100 odstotkov vprašanih menilo, da so storitve izpolnile vse

njihove potrebe, in da je bilo bolj stroškovno učinkovita kot nestrpna nega. Uporabniki so še posebej pomembni za podporo pri regeneraciji vodnikov s podobnimi izkušnjami in ne obsojajoče ozračje v hiši. Treba pa je omeniti, da so takšne pobude pogosto krhke v smislu financiranja tokov in Anam Cara ne zagotavlja več te storitve (Lester, Glasby 2010: 91).

Dnevne bolnišnice

Dokazi so pokazali, da do 40 odstotkov ljudi, ki potrebujejo hospitalizacijo, lahko uspešno zdravijo v dnevni bolnišnici. Dan zdravljenja v bolnišnici za prostovoljno psihiatrične bolnikov na mestnih območjih se zdi bolj učinkovito v smislu zmanjševanja psihopatologije v kratkem času (Lester, Glasby 2010: 91).

Skupnostne bolnišnične enote

Skupnosti bolnišničnih enote ali na pol poti bolnišnice zagotavljajo storitev za bolnike, ki potrebujejo sprejem, ne pa tudi visoke intenzivnosti nadzora, ki bi ga akutni oddelek zagotovil. Lahko deluje tudi kot podpora med akutnim oddelkom in skupnostjo, da se omogoči odlog in azil v terapevtsko okolje za ljudi z akutno duševno boleznijo (Lester, Glasby 2010: 91).

1.9.3 NEPOSREDNO FINANCIRANJE STORITEV

Za neposredno financiranje gre v primeru, ko uporabnik neposredno plačuje prejete storitve ali usluge. V Sloveniji se je pilotni projekt »Individualiziranje financiranja socialnih storitev« izkazal za uspešnega. Neposredna plačila dajejo prejemnikom večjo izbiro in nadzor, so bolj stroškovno učinkovita kot neposredno opravljene storitve in vodijo do večjega zadovoljstva uporabnikov, bolj ustvarjalno uporabo sredstev, večje stalnosti oskrbe in manj neizpolnjenih potreb. Vendar kljub vsem zakonodajnim podlagam (Nacionalni program duševnega zdravja) ter smernicam, ki narekujejo razvoj slednjega se je končal projekt z financiranjem le vključenih uporabnikov do konca leta 2011. Osebni paketi uporabnikom psihofarmakov bi lahko omogočili tudi večjo izbiro med metodami zdravljenja, saj psihoterapijo ki naj bi bila enako učinkovita si z skromnimi prihodki ne morejo privoščiti.

1.9.4 STANJE SOCIALNE IZKLJUČENOSTI

Ljudje s težavami v duševnem zdravju imajo tudi manj socialne mreže od povprečja, z veliko njihovih stikov je povezanih z zdravstvenimi storitvami, ne pa športom, družino, vero, zaposlovanjem, izobraževanjem in umetnostjo in kulturo. Ena od raziskav v Angliji je pokazala, da 40 odstotkov ljudi s stalnimi težavami v duševnem zdravju nima socialnih stikov zunaj storitev za duševno zdravje. Strah pred stigmatizacijo in diskriminacijo lahko privede tudi do hude izgube zaupanja (Lester, Glasby 2010: 96).

Morda največji problem za ljudi s težavami v duševnem zdravju je brezposelnost in posledično tveganje zaradi finančnih težav. Na splošno delovno sposobnega prebivalstva, je 70-90 odstotkov ljudi, ki so ekonomsko aktivni. Vendar je v Angliji le 24 odstotkov ljudi s težavami v duševnem zdravju, ki so trenutno v delu (najnižja stopnja zaposlenosti katerekoli skupine ljudi) in le 8 odstotkov tistih s hudimi težavami v duševnem zdravju, ki so v delovnem razmerju. Ljudje z duševnimi težavami tudi zaslužijo le dve tretjini nacionalne povprečne urne postavke. Stroški družbe izključevanja delovne sile so prav tako precejšnji. Skupno število ljudi o nezmožnosti koristi zaradi duševne in vedenjske motnje v letu 2006 je bilo približno 1 milijon, kar predstavlja 40 odstotkov vseh prejemnikov socialne pomoči (op.cit. : 96-97).

Študije kažejo jasen interes za delo in zaposlitvene aktivnosti med uporabniki služb za duševno zdravje, z do 90 odstotkov, ki želijo iti v ali nazaj na delo. V letu 2001 pa manj kot štiri od desetih delodajalcev pa menilo, da bi razmislili o zaposlitvi osebe s težavami v duševnem zdravju. Baker in Reed sta ugotovila, da je 34 odstotkov ljudi s težavami v duševnem zdravju bilo zavrženih ali so morali odstopiti od svojih delovnih mest in da skoraj štiri od desetih ljudi s težavami v duševnem zdravju čuti, da so bili zavrženi v službi zaradi njihove prejšnje psihiatrične zgodovine (Lester, Glasby 2010: 97).

Zaposlovanje proizvaja tudi skrite koristi, kot družbeno identiteto in status, socialne stike in podporo, sredstva za zasedbo in strukturiranje časa in občutek za osebne dosežke. Pomanjkanje dela zato še poslabšuje skromnost razpoložljivih socialnih stikov in mrež (ibid.).

Zanimivo je tudi, da je v letu 1995, MORI odnos javnosti raziskava pokazala, da je, medtem ko bi javnost najverjetneje sprejela ljudi z duševnimi motnjami, kot cestne čistilce, igralce in komedijante, je manj verjetno, da jih sprejmejo kot zdravnike ali policijske uradnike (ki z delovnimi mesti zahtevajo večjo odgovornost). Zanimivo bo videti novejša poročila ljudi na položajih moči in vpliva, ki so imeli epizode depresije (kot prejšnji predsednik Kraljeve združbe psihiatrov v Veliki Britaniji in premier Norveške) imela kaj vpliva na to (Lester, Glasby 2010: 95).

1.9.5 SODELOVANJE MED SOCIALNO IN ZDRAVSTVENO OSKRBO

Področje duševnega zdravja je multidisciplinarno in vključuje različne stroke. Med najbolj pomembnima sta socialna in zdravstvena stroka. Glede na njun način in smernice dela z ljudmi sta si zelo različni in zelo težko bi našli vzporednice. Prav tako je medicinski model dela z uporabnikom dostikrat kritiziran s strani socialne stroke, ker je preveč nadzorovalni in poudarja človekove pomanjkljivosti namesto, da izhajal iz načela krepitve moči uporabnika.

Vendar nekateri vidijo sodelovanje med socialo in zdravstvom kot nekaj nujnega zaradi političnih, finančnih in praktičnih razlogov, predvsem na področju duševnega zdravja, kar poudarjata tudi Lester in Glasby (2010: 168-169) v knjigi »Mental health policy and practice«:

- Duševno zdravje je multidisciplinarno, saj vključuje različne profile delavcev ter služb (zdravstveno varstvo, socialno varstvo, stanovanjsko oskrbo, psihologe ter službe za zaposlovanje)
- Veliko uporabnikov s težavami v duševnem zdravju je ranljivih in imajo zmanjšano sposobnost za pogajanje z birokracijo pri zadovoljevanju svojih potreb. Zato potrebujejo službe, ki bi bolj osredotočene na potrebe posameznikov.
- Finančni viri so redki, naloga za izboljšanje področja duševnega zdravja je obsežna. Zato naj bi službe sodelovale skupaj pri izboljševanju storitev na tem področju ter to vnašale v spreminjanje zakonodaje s področja duševnega zdravja.
- Problem je v pomanjkanju skupnostnih služb, s tem tudi pomanjkanje skupnostnega razvoja, ki bi omogočal obravnavo ljudi s težavami v duševnem zdravju v skupnosti.

- Skupnostno delo je veliko bolj učinkovito z sodelovanjem tistih služb, ki bi zagotovile celostno obravnavo človeka.
- Sodelovanje bi pripomoglo k zmanjšanju administracije in povečalo maksimiziralo povezovanje med različnimi službami, ki nudijo storitve uporabnikom.

Predvsem pa se partnersko sodelovanje šteje, da je koristno za uporabnike storitev in njihove negovalce, ki lahko pogosto izkusijo razdrobljene storitve, pomanjkanje kontinuitete. Prav tako lahko zaradi nesodelovanja lokalnih agencij pride do nasprotujočih podatkov.

1.9.5.1 TEŽAVE PRI SODELOVANJU

Socialna in zdravstvena stroka sta si konceptualno različni, to dobro opiše Škerjanc Jelka (2006: 19-23) v priročniku Individualno načrtovanje z udejanjenjem ciljev.

Medicinski model obravnave

Pri oblikovanju zakonov, načrtovanju ukrepov in zagotavljanju storitev velja prepričanje, da je za medicinsko obravnavo, vzpostavljanje socialno varstvenih storitev in dajatev, medicinska diagnoza uporaben pripomoček za uveljavljanje pravice tudi do socialno varstvenih storitev, zato se stroka in politika ukvarjata z razvrščanjem in preštevanjem prebivalstva glede na vrsto diagnoze. Zaradi takšnega načina obravnave postanejo ljudje odvisni od sodb in strokovnih ocen zdravnikov, psihologov, socialnih delavcev, defektologov, ki odredajo posege in ukrepe, s katerimi bo posameznik lažje prenašal svojo težavo ali se celo z njo sprijaznila.

Značilnost medicinskega pristopa je, da se osredotoča na pomanjkljivosti posameznika in vanj umešča težavo njegove izključenosti iz družbe. Da bi posameznik lahko živel kakovostno življenje v skupnosti, se mora prilagoditi danim okoliščinam, pri tem pa si bo pomagal z rehabilitacijo. Medicinski pristop raziskuje, kaj je s človekom narobe, kaj ne deluje. Je statičen in ob njem pozabimo, da je »normalnost« privzeta iz industrijske proizvodnje.

Uporabniki socialno varstvenih storitev opozarjajo, da takšno početje ni smiselno, saj vseh psihosocialnih pojavnih oblik človekovega obstajanja, njegove fiziologije in patologije, intelektualnih (ne)sposobnosti ali obolenj ne bo mogoče nikoli v celoti zajeti. Usmerjenost v

posameznikove okvare pomeni tudi razsojanje z metrom »normalnosti«. S tem ga izvzame iz občestva državljanov. Ta pristop prezre spretnosti, talente in sposobnosti ljudi in njihov prispevek skupnosti (Škerjanec 2006: 21).

Teorija družbenega izključevanja – socialni model

Teorija družbenega izključevanja umešča vzroke za izključenost v način organiziranosti družbe, v sledenje idealu popolnega telesa in opozarja na ovire, s katerimi se spoprijemamo pri uveljavljanju temeljnih človekovih, državljanskih in socialnih pravic tisti posamezniki in skupine ljudi, ki odstopajo od tega ideala. Po tej teoriji ustvarjajo ovire za uveljavljanje teh pravic fizične ovire, predsodki in stališča, ki veljajo v določeni družbi (Škerjanec 2006: 22).

Ovire v okolju, pomanjkanje tehničnih pripomočkov, prilagojenih delovnih mest, osebne asistencije in predsodki so dejavniki, ki na družbeno obrobje postavljajo celotne skupine ljudi, jim preprečujejo vstop v tokove družbe, možnost izobraževanja, zaposlitve, ustvarjanje družine in dejavno sodelovanje v družbenem dogajanju. Težave ne povzroča posameznikovo telo ali um, ampak način, kako deluje skupnost in ne (ibid.).

Osredinjenje na telesne, čutne in druge psihofizične lastnosti ter sposobnosti ne omogoča prepoznavanja vzrokov za ta pojav in zato tudi ne prinaša jasnih smernic za načrtovanje učinkovitih ukrepov za njihovo odpravljanje. Socialni model se namesto tega osredotoča na prepoznavanje in preštevanje ovir, ki preprečujejo ljudem sodelovanje in kakovostno življenje v skupnosti. Zahteve uporabniških gibanj se povezujejo z vrednoto kakovost življenja, ki je postala eden izmed ciljev Združenih narodov in ki se postopno uveljavlja tudi preko spremenjenih praks pri načrtovanju socialno varstvenih storitev. V jedru teorije družbenega izključevanja, je socialna pravičnost, saj je pred državljani izziv uresničevanja državljanskih, političnih in socialnih pravic ljudi, ki jih sistem blaginje in zdravstvene ustanove postavljajo zunaj družbene skupnosti (Škerjanec 2006: 23).

1.9.6 VKLJUČEVANJE UPORABNIKOV V ZDRAVLJENJE

Obstaja več pogosto med seboj povezanih razlogov, da je sodelovanje uporabnika z težavami v duševnem zdravju več kot politično mandatiranje dobre stvari, ampak je vredna dejavnost z vrsto praktičnih in etičnih koristi.

Ugodnosti vključenosti uporabnikov:

- Uporabniki so strokovnjaki o svoji bolezni in potrebi po oskrbi le te.
- Uporabniki so lahko različni, vendar imajo enako pomembne perspektive o svoji bolezni in oskrbi.
- Vključenost uporabnikov lahko poveča obstoječe omejeno razumevanje duševne stiske.
- Uporabniki lahko razvijejo alternativne pristope k duševnemu zdravju in bolezni.
- Vključenost uporabnikov je lahko sama po sebi terapevtska.
- Vključenost uporabnikov lahko prispeva k večji socialni vključenosti.

Najprej je tu vse bolj zavedanje, da so uporabniki storitev strokovnjaki, s poglobljenim poznavanjem storitev duševnega zdravja in življenja z duševno zdravstvenim problemom. Po definiciji ne more nihče, ne glede na to, kako dobro usposobljen in kvalificiran je, imeti enake izkušnje pri pojavu duševnih bolezni, enako ob prvem stiku s službami ali isti poti skozi sistem na področju duševnega zdravja. Te izkušnje so pomemben vir, ki lahko prispevajo k izboljšanju posameznih paketov oskrbe kot tudi storitev na splošno. Borrill (2000), na primer, poudarja, da je način, na katerega lahko uporabniki predvidijo, kdaj so na tem, da postane slabši in oblikovati ustrezen odziv na zgodnji stopnji. Strokovnjaki za mentalno zdravje lahko izkoristi to znanje, svoje delo veliko olajšajo in ga naredijo bolj produktivnega, s poudarkom na precejšnji prednosti uporabnikov (Lester, Glasby 2010: 168-169)

Vključevanje uporabnikov lahko torej zagotovi vpogled, da bi takojšnji praktiki ponovno ocenili svoje delo, izziv tradicionalnih predsodkov in označitev ključne prednostne naloge, ki bi jih uporabniki želeli obravnavati. May (2001) kaže, da bo vključitev uporabnikovih izkušenj in znanja s storitvijo sodelovanja uporabnikov pripravila omejitev obstoječega razumevanje duševne stiske (op. cit.: 169).

Hkrati pa so uporabniki bili sposobni razviti alternativne pristope k duševnemu zdravju, ki lahko dopolnjujejo obstoječe storitve. Strategije za izboljšanje življenjskih skupine, na primer, so poudarili pomen alternativnih in komplementarnih terapij, medtem ko Hearing Voices

Network spodbuja pozitiven način dela z ljudmi, ki slišijo glasove in dela v prid spodbujanja strpnosti in razumevanja obravnave glasu. Pomoč pri oblikovanju storitev, zlasti če uporabniki sodelujejo skupaj, lahko pomaga uporabnikom povečati njihovo zaupanje, dvig samozavesti in razvoj novih znanj in spretnosti (Lester, Glasby 2010: 169).

Spodbujanje večjega sodelovanja uporabnikov, vključno s plačanim delom, se lahko poveča in tako reši vprašanja revščine in zato lahko deluje kot en mehanizem za spodbujanje večje socialne vključenosti (Lester, Glasby 2010: 170).

Ovire za vključevanje uporabnikov v služb na področju duševnega zdravja

Kljub prednosti vključevanja uporabnikov in kljub pomembnim političnim spodbudam v zadnjih letih, je raven sodelovanja uporabnikov služb za duševno zdravje še vedno pomanjkljivo. Poudarek je na posvetovanju in ne vplivu, partnerstvu ali nadzoru. Obstaja več različnih čeprav pogosto medsebojno povezanih ovir za večjo udeležbo uporabnikov.

Ovire za udeležbo uporabnikov služb za duševno zdravje

- Pomanjkanje informacij (narava težav z duševnim zdravjem, nezaželeni učinki psihofarmakov, alternativnih metod zdravljenja, zakonodaje na področju duševnega zdravja).
- Časovne in finančne stroške (previsoki stroški).
- Zaskrbljenost zaradi reprezentativnosti (vključenost uporabnikov, ki ne morejo predstavljati celotne populacije).
- Odpornost na idejo uporabniki kot strokovnjaki.
- Razlike v razmerju moči med uporabniki in strokovnjaki.

(Glasby, Lester 2010: 172, 173)

1.10 PERSPEKTIVA MOČI IN REHABILITACIJA UPORABNIKOV PSIHOFAKOV

1.10.1 VKLJUČEVANJE UPORABNIKOV V NJHOVEM ZDRAVLJENJU IN OSKRBI

Omogočanje posameznikom, da imajo nekatere izbire glede zdravljenja in terapij, ki jih prejmejo in ponujajo celovit, zanesljiv, vendar prilagodljiv sistem podpore, so ključnega pomena za spodbujanje rehabilitacije. Vloga strokovnosti ni več le za zdravljenje osebe in da se počutijo bolje, ampak da se zagotovi osebi z informacijami, možnosti in odločitve, ki jim omogočajo, da prevzamejo nadzor nad lastnim stanjem in da se ukvarjajo z vprašanji, kot so zaposlovanje, razmerja, prosti čas in življenjski pogoji (Weinstein 2010: 101).

Izraz sodelovanje uporabnikov pri zdravljenju lahko pomeni različne stvari na različne deležnike. Za uporabnike storitev, je najpomembnejši vidik pogosto občutek, da jih poslušajo in da jih strokovnjaki mentalnega zdravja razumejo; zdravstveni delavci so bolj verjetno videli sodelovanje uporabnikov le v smislu zavestne privolitve v zdravljenje odvisnosti od drog. Medtem ko drugi strokovnjaki v skupnosti osredotočeni na aktivno udeležbo uporabnikov storitev v posebnem program(ih) zdravljenja, ki jih ponujajo njihove storitve. Udeležba uporabnikov začne z resnično izbiro in močjo (op. cit.: 101-102).

1.10.2 IZBIRA

Posodobitev Nacionalnega duševnega programa je bila usmerjena v korist izbire za bolnike, vendar mnogi uporabniki storitev duševnega zdravja še vedno dvomi o tem, kaj se jim zdi kot retorika izbire. To je mogoče pojasniti z možnostjo preostalega obveznega zdravljenja, kot senca, ki visi nad njimi ali z zgodovino slabe prakse duševnega zdravja, stigme in jih ne jemljejo resno, da je ogroženo njihovo zaupanje v sistem (Weinstein 2010: 102).

Število prisilno zadržanih oseb na podlagi Zakona o duševnem zdravju iz leta 1983 v Angliji je majhno v primerjavi s skupnim številom uporabnikov storitev duševnega zdravja, stigma, ko so bili v bolnišnici v zaprtem oddelku (ibid.)

Pomembnost izbire je bila prepoznana v številnih državah, kot so Avstralija, Nova Zelandija, Velika Britanija, ZDA in v Kanadi, kjer so nacionalne strategije začele zaposlovati jezik pooblastil s uporabnikovim vključevanjem, sodelovanjem in izbiro. Po mnenju vlade Združenega kraljestva, so dosegli boljše rezultate zdravstvenega varstva, ko sta bolnik in zdravstveni delavec skupaj odločala o zdravljenju in negi.

Odločitve v duševnem zdravju opredeljuje vizijo v bolj podrobnih in opredeljenih štirih ključnih področjih, na katerih uporabniki storitev želijo večjo izbiro:

- Izbira o tem, kako živijo svoje življenje
- Izbira o tem, kako stopiti v stik s službami za duševno zdravje
- Izbira o tem, kdaj in kje je podpora s strani strokovnjakov iz področja duševnega zdravja potrebna
- Izbira možnosti zdravljenja in oskrbe.

(Weinstein 2010: 102-103)

Mnogi uporabniki storitev, zlasti tisti iz črnih in etničnih manjšin okolij, so zmedeni o tem, katera izbira bi lahko dejansko pomenila za njihovo osnovno na dan za dnem. V nekaterih primerih je težko spremeniti kulturo in odnos uveljavljenih in močnih delavcev duševnega zdravja, ampak v glavnem se zdi, da se težave vrtijo okrog virov. Brez palete cenovno, kulturne posebnosti in ustrezne službe, iz katere izbirati, načela izbire je še vedno nekoliko akademska (op.cit.: 103).

Obstajajo nekateri, ki bodo trdili, da je izbira modelov okrevanja lahko kot "nova obleka cesarjev" - ljudje se bojijo postaviti nerodna vprašanja, ki lahko vključujejo:

- Kako koristna je izbira, ko je nekdo zares bolan?
- Kakšne informacije in podpora so predvidena, da so ljudem omogočijo, da so obveščeni o izbiri?
- Kaj se zgodi, ko zdravstveni delavec iskreno verjame, da bolnikova izbira ni v njegovem interesu?
- V kolikšni meri je treba stališča glavnih skrbnikov upoštevati, če so v nasprotju z interesi storitev?
- Kdo je odgovoren, če strinjanje z izbiro uporabnikov storitev vodi do nadaljnjih težav?

Čeprav ne zanika pomembnosti reševanja tega vprašanja, obstajajo številne preproste odločitve, ki so bile dosledno izražene iz strani uporabnikov storitev, da ne bi predstavljala zapletenih etičnih dilem. Na primer, uporabniki storitev so zahtevali več govorne terapije, 24-urni dostop do sočutne podpore krize, več storitev: samo-ženske, večjo podporo s socialnimi problemi, kot so starševstvo, koristi in stanovanj, finančno varnostno mrežo za ljudi, ki se želijo vrniti na delo in kulturno bolj pristojno osebje na področju duševnega zdravja (Weinstein 2010: 103).

Bolj radikalni komentatorji upoštevajo izbiro v duševnem zdravju kot brezsmiselne korenite spremembe. Na primer, Linnett (2003), uporabnik storitev je menil, da so sedanji pristopi k uporabniku storitev: enostaven način pustiti stvari takšne kot so. Poudaril je, da krpanje s storitvami, same po sebi niso primerne za uporabo (Weinstein 2010: 104)

Temeljni problem veliko obstoječih služb duševnega zdravja, ki se prenaša skozi tako imenovani medicinski model, kot vidimo, je, da jemlje za izhodišče obstoječe vire in zdravljenja. To je morda preizkušeno in testirano, vendar je le redko v celoti ocenjeno, kako učinkoviti so z vidika uporabnikov - stranka pogosto molči zaradi zdravljenja ali narave njihovih bolezni. Kot posledica nekaterih zdravljenj pripelje do poslabšanja in ne izboljšanja stanja. Drugi uporabniki so imeli različne izkušnje, ali pa so imeli na voljo izbiro, ki se je zdela, da je odvisna od odnosa posameznih strokovnjakov (psihiatra, socialnega delavca, zdravstvenega negovalca). Pogosto jim ni bila tudi ponujena možnost izbire o svojih zdravlilih (ibid.).

Uporabniki so razlikovali med izkušnjami v bolnišnici in skupnosti, občutek, da so jih bolj poslušali v skupnosti in jih podpirali pri sprejemanju odločitev o svojem življenju (Weinstein 2010: 105).

1.10.3 KREPITEV MOČI

Povečevanje vpliva se lahko zdi samoumeven pojem, vendar se v diskurzu zdravja in dobrega počutja izpodbija njegov pomen. Socialni delavec in medicinske sestre duševnega zdravja, so se naučili, da bi morali povečati vpliv in moč uporabnikov storitev, ampak, če so strokovnjaki vplivnejši od uporabnikov storitev, to pomeni, da strokovnjaki držijo moč in se oddaljujejo od uporabnikov (Weinstein 2010: 105).

Thompson (2005) svetuje, da je za uporabnike storitev, nujno da pridobijo popolno enakopravnost in uveljavljajo svoje pravice. Pri tem jim morajo strokovni delavci pomagati in jih pripraviti na izzive za obravnavo socialne prikrajšanosti in enakosti, s katerimi se soočajo. Povečevanje vpliva ni samo psihološki proces, temveč tudi socialno in politično. Njegova politika navaja, da so bili ljudje s težavami v duševnem zdravju predolgo predmet stališča in odločitve ljudi, ki mislijo, da vedo kaj je najbolje za njih. Moč omogoča ljudem, da prevzamejo odgovornost za lastno življenje in je ključni element pri zdravljenju (ibid.).

1.10.4 AKUTNE STORITVE

Obstaja pogosta stopnja odpornosti izražena v razredu o možnosti vključevanja uporabnikov v nestrpni nastavitvi. Argument velja za ljudi na oddelku, ker so slabotni in potrebujejo in želijo, da bi skrbeli za njih; niso v stanju, da bi sprejemali svoje odločitve. Tudi sprejemi na bolnišnične oddelke, kjer se zdravijo zaradi psihične zdravstvene težave, se lahko ljudje počutijo nemočne in hitro institucionalizirane. Uporabniki zdravstvenih storitev uporabljajo besede, kot so prestrašeni, poniževani, iz sebe, nihče mi ni nič povedal, nihče me ni poslušal, da bi opisali svoje izkušnje v psihiatričnih bolnišnicah. Medtem ko je prišlo do pomembnih izboljšav v nekaterih nestrpnih enotah, so se bali da značilnosti starega režima še vedno obstajajo, kot so:

- Nasilno vzdušje, kjer napetost raste in nekdo pobesni
- Odsotnost občutka varnosti
- Institucionalno okolje z zaklenjenimi vrati povsod in osebje z šopom ključev
- omejeni zanemarjeni skupni prostori
- Ljudje morajo v vrsti čakati za svoje zdravilo
- Osebje, ki se izogiba stikom in komunikaciji, razen če je prisilno ali v okviru upravljanja zdravljenja
- Fizično zdravi ljudi so v zaprtih prostorih z zelo malo možnosti za svež zrak in gibanje
- Institucionalna hrana z neupoštevanjem verskih in kulturnih potreb
- Rasizem in/ali pomanjkanje kulturne ozaveščenosti
- Mešanica spalnih območij, kjer so ženske fizično ali spolno nadlegovane
- Zelo omejena izbira dejavnosti
- Nedostopnost do govornih terapij
- Nezainteresiranost v podpori za življenje osebe pred ali po vstopu bolnišnici, na primer družinska razmerja, stanovanja, koristi ali zaposlitev.

Uporabnik storitev je o oskrbi bolnika povedal, da je osebna avtonomija kritična za bolnike duševnega zdravja na oddelkih. Ugotavlja, da izvajanje izbire pomaga ljudem ponovno pridobiti samozavest, ki v zameno, pomaga pri okrevanju in, da:

Malo je, da je manj prevoden občutek nadzora našega položaja kot strah pred dejanskim nasiljem Osebnost sem veliko bolj prestrašen glede možnosti prisilnega zdravljenja (prisiljenih injekcij, borba na tleh, ujetost v osamljeni sobi) kot pa da me pretepe drug bolnik.

(Weinstein 2010: 106-107)

Seveda, za uporabnike storitev v bolnišnicah, zaradi česar je najbolj pozitivna razlika v njihovem občutku za dobro počutje, je občutek, da so jih poslušali, da so jim pomembne informacije sporočili jasno in da obstaja možnost ustvariti zaupne odnose z zaposlenimi in drugimi bolniki (op. cit.: 108).

V odziv na zahteve uporabnikov storitev, pobude, imenovane Star Wards je bila ustanovljena za spodbujanje zaposlenih na nestrpnih enot za izboljšanje komunikacije in okolja. Vključevanje uporabnikov storitev je osrednjega pomena za spremembe, tako da prejšnji pacienti sodelujejo pri zaposlovanju in izboru osebja, bolniki so vključeni v dan-v-dan vodenja oddelka, bolniki izbirajo dejavnosti, ki bi jih radi naredili, sodelujejo pri razvoju njihovega načrta nege in imajo svoj izvod. Pomen govornih terapij je sprejet, tako da lahko vsi bolniki pričakujejo nekaj eden na eden časa vsak dan s svojim ključnim delavcem. Vsa verska praznovanja in svečani dnevi uporabnikov storitev so bili praznovani in ni poskrbljeno je bilo s prilagajanjem obrokov individualne diete in kulturnih preferenc. Podpora je na voljo s telefonskimi klici, koristi in stanovanjskimi problemi, fleksibilne ure obiskov, da družina pride na obisk; osebja so na voljo tudi za družinske člane in usposabljanje na vodstvo je na voljo uporabnikom storitev, skrbnike in prostovoljne zagovornike (Weinstein 2010: 108).

Te spremembe so pripeljale do naslednjih poročanih izboljšav:

- Bolniki so bolj vključeni z njihovim zdravljenjem in okrevanjem, uživajo boljše odnose z zaposlenimi in med seboj, in odkrivajo nove veščine in interese.
- Negovalci so hvaležni za njihove svojce, zdravljenje duševnega zdravja in dnevnih aktivnosti.
- 50 odstotkov pilotnih strahov je imelo zmanjšanje nasilja.
-

Izboljšanje predlagajo uporabniki storitev, ki vključujejo naslednje:

- Več informacij, več izbire.
- Boljši dostop za kajenje in druge svoboščine

- Ja, poslušanje bi bilo koristno.
- Bolje usposobljeno osebje.
- Uslužbenci, ki se družijo z bolniki. Če gre nekdo po hodniku, se osebje skriva v pisarni.
- Crash pad za večere in konce tedna. Če nisem dobro, obstajajo kraji kamor lahko grem podnevi, vendar moram nekje na varnost za večere in konce tedna.
- Zdravljenje doma je dobra alternativa za bolnišnice, vendar ga ne moremo vedno dobiti, tudi če vprašamo .

(Weinstein 2010: 108-109).

1.10.5 PSIHOFARMAKI

Zdravilo je nedvomno ključnega pomena tako za uporabnike storitev in strokovnjake duševnega zdravja in je pogosto v središču spora med njima. Kljub temu je prišlo do precejšnjih izboljšav v učinkovitosti zdravil za lajšanje duševne stiske, še vedno ostaja nekaj nerešenih problemov, ki povzročajo odpor pri veliko uporabnikov storitev, da sprejmejo svoja zdravila ali v jeziku strokovnjakov, da jih ne izpolnijo. Za nadaljnjo uporaba te terminologije strokovnjakov duševnega zdravja je malo verjetno, da bi prepričali uporabnike storitev strokovnjakov k resnični zavezanosti h konceptom izbire ali moči (Weinstein 2010: 110).

Stranski učinki mnogih zdravil zmanjšajo kakovost življenja uporabnikov storitev, na primer počutijo se nemirni in se ne morejo osredotočiti, so zaspani in apatični, se tresejo, povzročajo da so žaljivke njihov govor, vodijo jih k povečanju telesne mase in/ali pomanjkanju spolne sle. Zato ni presenetljivo, da, ko začnejo uporabniki storitev okrevati od njihove duševne stiske, si želijo zmanjšati ali prenehati z jemanjem zdravil, ki imajo te stranske učinke. Neizogibno je, da za nekatere uporabnike storitev, prenehanje jemanja svojih zdravil vodi do ponovitve bolezni pri tem ogroža napredek v smeri okrevanja (ibid.).

Zato je nujno, da uporabniki storitev in strokovni delavci razpravljajo o možnostih zdravljenja, vključno s stranskimi učinki, odmerjanjem, možnih alternativah in dolgoročnih posledicah morebitnega načrta zdravljenja. Za uporabnike storitev, ki sprejemajo ozaveščene odločitve o zdravljenju, je bolj verjetno, da bodo dobro okrevali, ker čutijo nadzor nad lastnim načrtom oskrbe. Na podlagi tega je Nacionalni inštitut za usmerjanje zdravje in klinično

odličnost (NICE 2002) priporočal, da se vse odločitve v zvezi z zdravljenjem sprejmejo skupaj s strokovnjaki (Weinstein 2010: 110).

To bi moralo biti preprosto, ampak strokovnjaki za duševno zdravje, ki so bili anketirani v zvezi s tem, so izrazili svojo zavezo, da je vključevanje uporabnikov načelno, vendar je bilo ugotovljeno, da omejeni viri, pomanjkanje storitev možnosti, stroga merila agencije, dolgi upravni postopki, in zakonske zahteve lahko odstranijo ovire, da bi to dosegli v praksi. Izogibanje tveganju kulture je tudi ovira za resnično vključevanje uporabnikov, še posebej v akutne ali domske oskrbe. Zdi se, da službe na področju duševnega zdravja v skupnosti nudijo več možnosti za odgovore na uporabnikove zahteve za spremembe v njihovem zdravljenju ali podpori pri praktičnih vidikih njihovega življenja. Kljub temu, glede na Pemmaraju in Patel (2007) je gibanje sodelovanja uporabnikov doseglo razliko med letoma 1992 in 2005 z uporabniki storitev, ki se sedaj občutijo večjo vključenost in obveščenost, čeprav je še potrebno nekaj časa, da zdravniki in medicinske sestre razložijo in razpravljajo o možnih stranskih učinkov in zdravljenja načrtov z vsemi svojimi bolniki (op. cit.: 101-111).

1.10.6 PERSONALIZACIJA

Izvajanje strategije zdravstva in socialnega varstva bo pripomoglo k personalizaciji storitev. Kljub temu, predlagani rezultati zelo tesno sovpadajo s številnimi zahtevami uporabnikov storitev duševnega zdravja. Ljudem bo pomagalo:

- Živeti neodvisno
- Vaditi maksimalen nadzor nad svojim življenjem
- Sodelovanje kot aktivni in enakopravni državljani, gospodarsko in družbeno
- Imeti najboljšo možno kakovost življenja, ne glede na bolezni ali invalidnosti
- Ohraniti največjo dostojanstva in spoštovanje.

uporabnikov upravičenosti za obstoječe tradicionalne storitve.

Dobre prakse, ki vključujejo smernice za uporabnike storitev

- Uporabnike storitev je treba poslušati in spodbuditi, da izrazijo svoja stališča ne glede na to, kako bolni se morda zdijo, ne glede na to, ali so v bolnišnici ali skupnosti.
- Uporabnike storitev se ne bi smelo siliti k hitenju sprejemanju odločitev, vendar pa je treba dati jasne razlage zahtev in postopkov zdravljenja, tako da bodo lahko sprejemali premišljene odločitve.

- Uporabnikom storitev je potrebno dati dostopne pisne informacije.
- Priložnosti mora biti na voljo za uporabnike storitev, da postavljajo vprašanja, brez občutka, da jim bo kdo grozil ali jih obsojal.
- Medpoklicna vloga preoblikovanja in prekvalifikacija s polno vključenostjo storitev bo potrebna za vse strokovnjake duševnega zdravja, da se personalizacija vključi v praksi

(Weinstein 2010: 111).

1.11 SKUPNOSTNA PSIHITRIJA

Zamisli o duševnem zdravju v skupnosti so se verjetno pojavljale prej kot sama dejanja na tem področju. Stallard je predvideval, da bi z isto količino oskrbe, denarja in pozornosti, ki so bili na voljo za umobolnice, dosegli boljše, dolgotrajnejše rezultate, če bi jih namenili staršem, partnerjem in drugim skrbnikom oseb z duševno motnjo. Možnosti za dejanski razvoj skupnostne psihiatrije so se izoblikovale v petdesetih in šestdesetih letih prejšnjega stoletja, ključne spremembe pa so bile:

- razvoj psihofarmakoterapije, ki je osebam z duševno motnjo omogočila ustreznejše spoprijemanje z vsakdanjim življenjem in zgodnejše odpuste iz psihiatrične bolnišnice,
- vzporedno so se vrstila odkritja tudi na drugih področjih raziskovanja v psihiatriji, brez katerih ne bi bilo napredka in razvoja znanosti, ki so ključne za boljše razumevanje problematike duševnih motenj,
- antipsihiatrična gibanja, ki so se zavzemala za humano in deinstitucionalizirano psihiatrijo,
- v svetu so se istočasno vrstile spremembe v socialni politiki, ki so težile k blagostanju vseh ljudi in omogočanju kvalitetnega življenja tudi marginalnim skupinam populacije,
- razvijala se je socialna psihiatrija, ki je slonela na tesnem povezovanju med socialnimi družbami in psihiatričnimi timi,
- ekonomske spremembe, ki so narekovale reorganizacijo skupnostne psihiatrije prek težnje h krčenju števila postelj in krajšanju ležanja v psihiatričnih ustanovah,
- skupnostna psihiatrija je bila vedno povezana s skupnostjo

Pojem obravnavanje osebe izhaja iz obravnavanja oseb v socialni službi in zajema koordiniranje služb ter agencij, ki delajo s kroničnimi bolniki. Urejanje in vodenje oskrbe dodaja še kontinuiranost oskrbe večjega dela kroničnih bolnikov, od katerih nihče ne sme biti odpuščen iz obravnave brez načrtovane oskrbe in brez dodelitve ključne osebe. Prav tako pa je pomembno, da v čim večjem obsegu poteka čim bližje domu, od dnevne bolnišnice do vse bolj aktualnih timov zdravljenja na domu, saj se s tem ne zanemarja in ne podcenjuje potencialna pomoč skrbnikov in neodvisnih vladnih služb. Obravnava tako temelji na veljavni, zanesljivi analizi potreb in je prilagojena posamezniku (Marušič 2002: 45-46)

- *Kontinuirano*

Zdravljenje je kontinuirano v okviru institucionalne psihiatrije iz varovanega oddelka na odprti oddelek in zatem v dnevni oddelek. Tako mora ostati kontinuirano tudi po odpustu iz bolnišnice, najprej v stanovanjske skupine z vse manj ur sestrške oskrbe in nadzora psihiatra in vse do samostojnih stanovanjskih skupin, navsezadnje do življenja v svojem stanovanju s svojci ali brez njih, vendar vedno z obiski ključnega delavca, ki skrbi, da oseba ne bi zašla v recidiv. Z zviševanjem samostojnosti osebe z duševno motnjo se istočasno intenzivira tudi zaposlenost od občasnih zaposlitev med delovno terapijo do priložnostnih del, posebnih del za osebe s kronično duševno motnjo do polovične ali polne zaposlitve.

Povezani prehodi med posameznimi fazami rehabilitacije so bolj naravni in manj boleči kot nenadni preskoki, saj sovpadajo z biološkim procesom remisije (op.cit.:47).

- *Integrirano*

Zdravljenje je integrirano znotraj bolnišnice v institucionalni psihiatriji (psihiater, medicinska sestra, delovni terapevt, socialna delavka) in tako bi moralo biti integrirano tudi v skupnostni psihiatriji in sicer med elementi oskrbe (psihiatrično zdravljenje, nega, delovna terapija, socialno delo) ter med vozlišči oskrbe (ključni delavec, svojci, sodelavci, psihiatrični tim), vsekakor pa tudi širše (s splošnim zdravnikom, šolo, službo). Multidisciplinarni tim se ne loti le dane medicinske diagnoze, ampak človeka in njegove bližnje okolice koordinirano in v celoti, skupaj z njegovim stilom življenja, ki preprečuj ponovitev dane bolezni ali nastop nove bolezni, saj je splošno dobro počutje več vredno kot odsotnost danega simptoma (Marušič 2002: 48).

- *Lokalno*

Skupnostna psihiatrija se dogaja v skupnosti, lokalno in ključni delavec skupaj z ostalim multidisciplinarnim timom poseže globlje v prostor, kar pomeni širše geografsko dostopnost zdravstvenega varstva. Lokalnost je najlažje doseči s cepitvijo bolnišnic na več manjših in lokalno enakomerno porazdeljenih, medtem ko je lokalnost delovanja olajšana s sektorizacijo znotraj področja dane bolnišnice, saj določen tim deluje na točno določenem področju, kjer obdela vse primere (ne le tistih, ki že zadovoljijo planirano število točk). Za potrebe posameznikov moramo imeti posluh in občutek ter uvideti, da si človek želi biti v domačem okolju, dom pa je vsem bližje kot bolnišnica, saj izven doma človek izgubi svojo socialno mrežo in treba je poskrbeti, da je ta izguba čim krajša, kar pa je pogojeno tudi z dostopnostjo psihiatrične pomoči (ibid.).

- *Prožno, humano in aktivirajoče*

Zdravljenje v skupnostni psihiatriji mora biti prožno, kar pomeni kjerkoli, kadarkoli in kolikor časa je potrebno. V institucionalni psihiatriji je center dogajanja zdravstveno varstvo in v skupnostni psihiatriji je center dogajanja oseba z duševno motnjo, saj je lokalna. Skupnostna psihiatrija je humana, saj hkrati upošteva človekovo pravico do svobode in zdravljenja, s tem pa se zaveda nemoči zdravnika psihiatra, da bi o tehtanju med eno in drugo pravico odločal sam. Poleg tega pa skupnostna terapija normalizira odnos družbe do oseb z duševno motnjo, je aktivirajoča, saj se od bolnika pričakuje sodelovanje pri procesu zdravljenja in rehabilitacije. Bolnik je soodgovoren, poudarjajo pa se njegove prednosti in ne le pomanjkljivosti (Marušič 2002: 48-49).

V Sloveniji je v prvi vrsti potreben konsenz med psihiatri in njihovimi sodelavci o modelu skupnostne psihiatrije, ki bi državi in njenim podenotam najbolj ustrežal, ob tem pa bi morali upoštevati še naslednje elemente:

- meje sektorja zaokrožijo celoto po težavnosti oskrbe, na kar vpliva število prebivalcev in biopsihosocioekonomske determinante danega področja,
- ocena potreb prebivalstva v danem sektorju temelji na epidemiološkem določanju pogostosti posameznih duševnih motenj, njihovem prepletanju in njihovi težavnosti,
- register primerov, ki vsebuje osebe, ki so že bile zdravljene ali sprejete v bolnišnici in se uvrstijo na listo primerov, ki je lahko osnova takšni sekundarni preventivni dejavnosti, kakršna je lahko načrtovana skrb,

- četrti element je prioriteta lista. Register primerov ima lahko različne prioritete, saj določeni bolniki zahtevajo neprestano skrb, nekateri občasne obiske ključnega delavca, manj ogroženi pa le občasne obiske pri psihiatru,
- zadnji element je veljavna ocena potreb posameznika. Vsak posameznik, ki se nahaja na registru primerov, ima v skladu s svojim položajem na prioritetni listi dovolj pogosto opravljeno oceno potreb, ki povratno vpliva na položaj na prioritetni listi.

Tako bi se približali lastnostim najsodobnejše oblike duševnega zdravja, katerega cilji so:

- zdravljenje oseb z duševno motnjo v njim najprimernejšem okolju ter z dostojanstvom,
- zdravljenje poteka v sodelovanju s svojci, ki sodelujejo pri postavljanju ciljev zdravljenja,
- psihiatrične službe se prilagajajo lokalnim potrebam regije, ki jo pokriva,
- izbiranje metod zdravljenja, ki so sigurno oziroma preverjeno učinkovite na dano oceno,
- skrb za varnost bolnikov, njihovih najbližjih, zdravstvenih delavcev in sodelavcev ter javnosti,
- izbor izvajalcev iz vrst izobraženih, izkušenih in predvsem motiviranih posameznikov.

(Marušič 2002: 49-50)

1.12 ZAKONODAJA NA PODROČJU DUŠEVNEGA ZDRAVJA

Zakon o duševnem zdravju, ki je bil sprejet 23. julija 2008 je med drugimi novimi profili uvedel tudi profila zastopnika pravic na področju duševnega zdravja ter koordinatorja obravnave v skupnosti. Poleg tega je uvedel obveznost odvetniške podpore uporabnikom v postopkih pred sodiščem ter nacionalni program duševnega zdravja. Z uvedbo Zakona se je postavil kompromis po zaščiti pravic uporabnikov služb duševnega zdravja in ohranjanja strokovne moči, med naprednejšim skupnostnim modelom duševnega zdravja in tradicionalnim institucionalnim in med medicinskim in socialnim pogledom na duševno stisko. (Flaker et. al. 2009: 4)

1.12.1 OBRAVNAVA OSEBE S TEŽAVAMI V DUŠEVNEM ZDRAVJU V SKUPNOSTI

Zakon o duševnem zdravju v 7. členu določa, da je obravnava v skupnosti izvajanje pomoči osebam, ki ne potrebujejo več zdravljenja v psihiatrični bolnici ali nadzorovani obravnavi, vendar potrebujejo pomoč pri psihosocialni rehabilitaciji, vsakdanjih opravilih, urejanju življenjskih razmer in vključevanju v vsakdanje življenje na podlagi načrta obravnave (ZDZdr, 7. člen)

1.12.2 KOORINATOR OBRAVNAVE V SKUPNOSTI

Koordinator obravnave v skupnosti je posameznik, ki ga za spremljanje in koordiniranje obravnave v skupnosti za posamezno osebo določi center za socialno delo.

V nadaljevanju naštevam glavne naloge koordinatorja obravnave v skupnosti, ki so glede na mojo tematiko relevantne:

- priskrbi informacije osebi na njen ustrezen in prilagojen način;
- ugotovi uporabnikovo željo po organiziranju življenja v skupnosti
- v sodelovanju z osebo oblikuje potek izvedbe ciljev in predvidi potrebne izvajalce za podporo osebi pri življenju v skupnosti
- spodbuja oblikovanje preventivnih programov na področju duševnega zdravja in sodeluje pri njihovem vzpostavljanju
- se odzove na obvestilo zastopnika, z osebo in tudi z njim sodeluje v celotnem procesu priprave na odpust
- organizira in vodi sestanek multidisciplinarnega tima organizira in vodi cilje za organiziranje življenja in pridobi od članov tima visoko specialistična znanja za oblikovanje pomoči v podporo svojim ciljem.

Pod eno od nalog koordinatorja obravnave v skupnosti spada torej oblikovanje preventivnih programov na področju duševnega zdravja in sodelovanje pri njihovem vzpostavljanju. Torej za uporabnika, ki bi imel željo po alternativnih možnostih zdravljenja namesto psihofarmakov bi bila ena od nalog koordinatorja poiskati primerne programe odvajanja ali alternativne oblike zdravljenju kot je psihoterapija. Žal program odvajanja v Sloveniji po meni znanih

informacijah ne obstaja, le na Centru za mentalno zdravje Enota za zdravljenje odvisnosti od alkohola, ki pa ni primerna za odvisnike od psihiatričnih zdravil.

1.12.3 NAČRT OBRAVNAVE V SKUPNOSTI

Koordinator obravnave v skupnosti naroči izvajalcu izdelavo načrta obravnave v skupnosti na osnovi dogovora z osebo o tem, da želi podporo pri organiziranju življenja v skupnosti. Načrt obravnave v skupnosti je dokument, s katerim oseba uveljavlja dostop do socialnovarstvenih in zdravstvenih storitev in programov kot pomoč za življenje v skupnosti. Načrt vsebuje časovno določene socialno varstvene, zdravstvene in druge storitve z njihovimi izvajalci, ki se opravljajo v obravnavi v skupnosti in se sprejme za posamezno osebo. V 2. členu ZDZdr. natančno opisuje sam načrt in njegove sestavine:

- Načrt obravnave v skupnosti naroči koordinator obravnave v skupnosti, na osnovi izražene volje osebe;
- Načrt obravnave v skupnosti zapiše načrtovalec z osebo po načelih zagotovljenega vpliva uporabnika;
- V načrtu oseba zapiše pomembne vidike in cilje, po katerih bo organiziral svoje življenje v skupnosti;
- Načrt predstavi oseba multidisciplinarnemu timu;
- Člani multidisciplinarnega tima se seznani s cilji iz načrta ter povedo, kako bo posamezna stroka predvidela podporo osebi pri uresničevanju svojih ciljev za organiziranje kakovostnega življenja v skupnosti;
- Oseba z načrtovalcem dopolni svoj načrt s predlogi in napotki članov tima in oblikuje končno besedilo načrta, ki pridobi lastnost dokumenta s podpisom osebe in načrtovalca.
- V načrtu zapisane naloge prinašajo tudi naslovnike, izvajalce;
- Vsakega izvajalca posebej koordinator poišče, se z njim dogovori v prisotnosti osebe, o poteku izvajanja storitev, plačilu, načinu spremljanja izvajanja in spremljanju kakovosti izvedbe;
- Oseba in izvajalci se dogovorijo o spremljanju kakovosti izvajanja storitev in poteh za odpravljanje nepravilnosti. Seznani se s pritožbenim mehanizmom in z načini ukrepanja obeh strank v primeru kršenja dogovorov;

- Oseba in izvajalci sklenejo dogovor o nalogah posameznih izvajalcev za udejanjanje ciljev iz načrta. Koordinator pripravi dokumentacijo in uredi formalnosti za vzpostavitev sodelovanja izvajalcev.

Sredstva za izvajanje načrta obravnave v skupnost se zagotovijo iz sredstev ministrstva za socialno varstvo, kar določa 92. člen Zakona o duševnem zdravju.

1.12.4 MULTIDISCIPLINAREN TIM

Kot je že omenjeno v prejšnjih poglavjih je sodelovanje zdravstvene in socialne oskrbe nujno na področju duševnega zdravja v skupnosti. Multidisciplinarni tim, ki ga sestavljajo stalni in priložnostni člani, je strokovno telo v pomoč osebi za oblikovanje ustreznih oblik podpore in pomoči za zavarovanje dobrobiti osebe pri organiziranju kakovostnega življenja v skupnosti. Tim se zbere okoli osebe in za njeno korist. Stalni člani multidisciplinarnega tima so oseba ali njen zastopnik po njeni izbiri, koordinator, psihiater, socialni delavec. Priložnostni člani tima se vključijo po potrebi in sicer patronažna služba, predstavniki izvajalskih organizacij, ki bodo sodelovali pri uresničevanju določil iz načrta in drugi, ki lahko vplivajo in prispevajo k uresničevanju določil iz načrta.

S svojim specialističnim znanjem in izvedenstvom multidisciplinarni tim prispeva k oblikovanju podpore pri organiziranju življenja osebe na tistih področjih, kjer je njihova ekspertiza potrebna za zagotavljanje varnosti, dobrobit ali dostojanstva osebe. Z oceno tveganja ugotavlja ogroženost in sodeluje pri oblikovanju načrta za zmanjševanje tveganja pri oblikovanju ukrepov za stabilno in kakovostno podporo za ohranjanje najnižje možne stopnje tveganja zaradi težav v duševnem zdravju (Flaker et. al. 2009: 46)

1.12.5 ZASTOPNIK PRAVIC NA PODROČJU DUŠEVNEGA ZDRAVJA

Zakon o duševnem zdravju (v nadaljevanju ZDZdr) uvaja profil zastopnika oz. zastopnice na področju duševnega zdravja, s tem se je odmaknil od dosedanje rabe izraza zagovornik. Naloge zastopnika so varovanje človekovih pravic in dostojanstva, krepitev moč in vpliva človeka. Po ZDZdr zastopnik deluje na oddelku pod posebnim nadzorom psihiatrične bolnišnice, varovanem oddelku socialnovarstvenega zavoda in v nadzorovani obravnavi, kjer

je ljudem omejena ustavna pravica do gibanja. Po zakonu mora osebje ob sprejemu vsakogar poučiti o pravici do zastopnika in mu/ju izročiti seznam imenovanih zastopnikov, s katerega si lahko izbere svojega zastopnika, če želi. Zastopnik človeku pomaga, če mu osebje krši ustavno zagotovljene človekove pravice in svoboščine, posebej pravico do dopisovanja, pravico do sprejemanja obiskov, pravico do uporabe telefona, pravica do gibanja in pravica do zastopnika, kar je navedeno v 12. členu ZDZdr. Pri tem naj omenim, da pravico do uporabe telefona je posebej problematična na zaprtem oddelku bolnišnic. Namreč, kako naj oseba sploh pride do uporabe telefona, če je uporaba tega na večini zaprtih oddelkov onemogočena. Osebi na zaprtem oddelku odvzamejo mobilni telefon, torej po tej logiki sploh ne more kontaktirati zastopnika. Na zaprtih oddelkih je namreč dovoljena le uporaba plačljivega telefona na kartico, katerega trajanje klica je tudi časovno omejeno. Ko sem bila sama na obisku pri katerem od uporabnikov, ki se je pritožil nad obravnavo na zaprtem oddelku sem mu omogočila uveljavitev pravice do zastopnika preko svojega telefona.

Prav tako zastopnik preverja evidenco o uporabi posebnih varovalnih ukrepov (telesno oviranje s pasovi, omejitev gibanja znotraj enega prostora) in posebnih metod zdravljenja (zdravljenje z elektrokonvulzivno terapijo, hormonsko zdravljenje, uporaba psihotropnih zdravil v vrednostih, ki presegajo največji predpisani odmerek), kar govori 24. člen ZDZdr. Pri uporabi posebnega varovalnega ukrepa velja, da gre za nujni ukrep, ki se ga lahko uporabi le izjemoma: »zaradi omogočanja zdravljenja osebe ali zaradi obvladovanja nevarnega vedenja osebe, kadar je ogroženo njeno življenje in življenje drugih, huje ogroženo njeno zdravje ali zdravje drugih ali z njim povzroča hudo premoženjsko škodo sebe ali drugim in ogrožanja ni mogoče preprečiti z drugim, blažjim ukrepom« (29. člen ZDZdr). Posebni varovalni ukrep telesnega oviranja s pasovi ne sme trajati več kot štiri ure, znotraj enega prostora pa ne več kot 12 ur. Posebne metode se lahko uporabi, ko ni na voljo drugih učinkovitih metod zdravljenja za ustrezno zdravstveno oskrbo ter ob pisni privolitvi osebe ali skrbnika. Zastopnik mora biti obveščen o uporabi posebnega varovalnega ukrepa. V primeru uporabe psihotropnih zdravil v vrednosti, ki presegajo najvišji predpisani odmerek, pa ima možnost predlagati strokovni nadzor.

Z zastopnikom na področju duševnega zdravja je uporabnik v bolnici pridobil pravice, ki jih je potreboval. Trajalo bo pa dalj časa, da ga bo osebje v bolnišnicah sprejelo ne kot nadzorno funkcijo nad svojim ravnanjem, vendar kot smernico za izboljšanje svojih storitev. To trdim

iz izkušnje, ko sva z uporabnikom poklicala zastopnico zaradi nekaterih nepravilnosti pri obravnavi. Ko je osebe izvedelo, da je uporabnik poklical zastopnico je naletel na neodobravanje z njihove strani v smislu, zakaj je sploh to naredil in kaj mu manjka. Eden od uporabnikov, pa mi je povedal, da se mu zdi da uporaba zastopnika zdi nepotrebna, saj je mnenja, da se s tem zmanjša njegov vpliv. Smiselna je torej uporaba zastopnika za tiste osebe, ki potrebujejo pomoč pri uveljavitvi svojih pravic.

V diplomskem delu bom nadaljevala z raziskovalnem delom, zato povzemam glavne ugotovitve teoretičnega dela. »Duševna bolezen« ne obstaja, pravi Szazs (1970), saj jo ne velja primerjati z drugimi boleznimi, ni nobene podlage za tako poimenovanje. »Mitično pojmovanje bolj je bolj učinkovito, saj se v njem mešata mitologija in znanost, namreč prvi miti večinoma temeljijo na ljudski modrosti in intuitivnem dojemljanju psihične realnosti«, ugotavljata Flaker in Lamovec (1993). Norosti opisuje Foucault (1998) niso zdravili v špitalih, saj je šlo tam predvsem za to, da jo ločijo in popravijo. V klasicističnem obdobju so uporabljali naslednje tehnike, za »zdravljenje« telesa kot so utrditev, očiščenje, potapljanje ter uravnavanje gibanja. Od renesanse naprej pa so uporabljali »terapevtske« oblike, kot so zbujanje, gledališko uprizarjanje ter vrnitev k neposrednemu. Z dezinstituiconalizacijo so se pojavila zdravila, ki so povzročila politiko odprtih vrat. Psihiatrija je v zdravilih videla čudežno rešitev, ki naj bi dramatično povzročili izginotje simptomov. Prispevala naj bi k zmanjševanju števila bolnikov in bolj dinamičnem sprejemanju in odpuščanju uporabnikov. Z razvojem psihiatrije so se pojavila razna antipsihiatrična gibanja, ki so spodbujala alternative psihofarmakom. Najbolj znana so Kingsley Hall, Soteria ter Arbours. Zgodovina je polna podatkov o substancah, ki delujejo na možgane, saj so zdravilni pripravki bili v človeškem življenju vedno prisotni. Dandanes poznamo pet vrst psihofarmakov: antipsihotiki, antidepresivi, stabilizatorji razpoloženja, hipnotiki in anksiolitiki, stimulansi in halucinogeni. Vsi psihofarmaki imajo vrsto stranskih učinkov, ki vplivajo na to kako mislimo, čutimo ter delujemo. Zaradi tega se tudi Lamovčeva sprašuje, kje se sploh preneha »duševna bolezen« in začnejo stranski učinki. Izpostavlja se problem neinformiranosti uporabnikov o zdravilih s strani psihiatrov, kot tudi v individualnih razlikah odzivanja na psihofarmake, ki bi se bistveno zmanjšalo, če bi psihiatri prisluhnili uporabniku, ki edini ve kako vpliva določeno zdravilo. Odvajanje od psihofarmakov mora biti postopno, predvsem je problematično odvajanje od nevroleptikov. Ob krizi je najbolj opravičljiva uporaba psihofarmakov, saj le ti olajšajo simptome krize. Ob krizi je treba organizirati krizni tim, ter podpisati dogovor z

uporabnikom, ki naj bi vseboval tudi pripravljenost jemanja zdravil. Ena izmed nalog ključnih delavcev je informiranost o zdravilih, ki jih uživa njihov uporabnik. Predvsem pa naj bi spodbujali boljšo informiranost uporabnikov glede psihofarmakov ter njihovih alternativ. Skupnostno duševno zdravje je interdisciplinarno področje, ki naj bi predvsem spodbujalo sodelovanje med socialno in zdravstveno oskrbo v skupnosti. Novi načini dela v psihiatriji naj bi spodbujali psihiatre k bolj svetovalni vlogi. V Angliji poznajo alternative v skupnosti, kot so krizne hiše, dnevne bolnišnice ter skupnostne bolnišnične enote. Medtem, ko pri nas ne poznamo nobene od teh. Sodelovanje med socialno in zdravstveno oskrbo naj bi veljalo kot nuja za področje duševnega zdravja, vendar obstajajo za to težave, ki izhajajo tudi iz različnih modelov obravnave posameznika. Vključevanje uporabnikov v njihovo zdravljenje bi moralo biti samoumevno, saj so le oni eksperti iz izkušenj o svoji naravi »bolezni« in potrebi glede oskrbe. Prav tako bi morali imeti prosto izbiro o tem, kako živijo svoje življenje, vključno z uporabo psihofarmakov. Morali bi imeti več možnosti alternativ zdravljenja, ki ne bi vključevalo samo rabo zdravil. Marušič (2002) pravi, da bi morala biti psihiatrija skupnostno usmerjena. Ta bi za uporabnika pomenila dosti bolj blizu, saj je bolj prilagojena posamezniku. Temeljni principi skupnostne psihiatrije so namreč: kontinuirano zdravljenje, integrirano, lokalno, prožno, humano ter aktivirajoče. Z zakonodajo na področju duševnega zdravja smo naredili pomemben korak k uveljavljanju pravic uporabnikov. Najbolj pomembna sta dve osebi, ki to zagotavljata, torej koordinator obravnave v skupnosti ter zastopnik pravic na področju duševnega zdravja.

2 PROBLEM

Odločitev za problem diplomske naloge je razlog, da se pri vsakodnevnem delu srečujem z uporabniki psihofarmakov. Pri pogovorih z njimi glede dolgotrajnosti uporabe psihofarmakov sem največkrat naletela na odgovor vseživljenjska terapija. Del njihove vsakdanje rutine predstavlja jemanje psihofarmakov. Tekom lanskega poletja je potekala socialna akcija Iz-hod, pri kateri sem bila sama aktivna udeleženka za pospešitev dezinstitutionalizacije v Sloveniji. Psihofarmaki naj bi bili tudi razlog za »odpiranje vrat« bolnic, vendar je njihova nenadzorovana ter pretirana raba povzročila porast predpisovanja ter obsojenost uporabnikov na vseživljenjsko zdravljenje z njimi. Iz-hod je organiziral na vsaki od svojih postojank okrogle mize, ki so bile povezane z aktualnimi problematikami na področju duševnega zdravja. Med njimi so bile tudi okrogle mize povezane z problemi uporabe psihofarmakov, ki sem jih jaz izbrala.

Zato sem se odločila, da preučim vpliv psihofarmakov na življenje posameznikov s poudarkom na iskanje možnosti za povečanje njegovega vpliva ter podporo, ki jo potrebuje pri tem. Kot vemo je duševno zdravje je multidisciplinarno področje zato, je pri tem potrebno sodelovanje socialnega in zdravstvenega varstva.

Z svojimi lastnimi izkušnjami pri delu z uporabniki psihofarmakov bom poskušala prikazati tudi moje predloge za izboljšanje dela pri tem.

3 METODOLOGIJA

3.1 VRSTA RAZISKAVE

Moja raziskava bo kvalitativna. Vsebovala bo elemente pojasnjevalne ter teoretične in empirične raziskave, z elementi akcijske raziskave, zlasti pri analizi gradiva socialne akcije Iz-hod.

V raziskavi uporabljam dve vrsti gradiva. Primarno gradivo so intervjuji z uporabniki. Sekundarno gradivo so zapisi okroglih miz, ki so potekale med Iz-hodom in dopolnjujejo primarno gradivo pri temah, ki so izpostavljene v obeh.

Na osnovi analize intervjujev poskušam ugotoviti, kakšen odnos imajo uporabniki do psihofarmakov, kolikšna je sama informiranost o zdravilih ter razpoznavanje njihovih učinkov. Zanima me tudi, kako je s prenehanjem psihofarmakov, rabo ob kriznih situacijah ter morebitno podporo pri tem. Zanima me, kako uporaba psihofarmakov vpliva na različna področja uporabnikovega življenja, kot je stanovanje, delo in denar, prijatelji ter kako je z rabo psihofarmakov v institucijah.

Pri zapisu okroglih miz gre deloma za evalvacijo projekta, saj s pomočjo rezultatov analize lahko oblikujemo zaključke in ukrepe, ki bodo koristne informacije za nadaljnjo delo na področju krepitve vpliva uporabnika ter sodelovanja med zdravstveno in socialno oskrbo.

3.2 SPREMENLJIVKE

Spremenljivke se delijo pri vprašalniku na dva dela. Spremenljivke se v prvem delu (stališče o psihofarmakih, informiranost o psihofarmakih, raba psihofarmakov, prenehanje z rabo psihofarmakov ter učinki psihofarmakov) opredeljujejo splošno dejstva o rabi psihofarmakov. Medtem, ko spremenljivke v drugem delu (neumeščenost in pripadnost, namesto hospitalizacije in institucionalizacije, institucionalna kariera, stanovanje, delo in denar, nelagodje v interakcijah ter stiki in družabništvo) se konkretno nanašajo na posamezna področja uporabnikovega življenja. Poimenovala sem jih po kategorijah »indeksa potreb«

dolgotrajne oskrbe, saj naj bi vsebovala vprašanja glede uporabe psihofarmakov, ki se nanašajo nanje.

Spremenljivk pri sekundarnem gradivu nisem vnaprej jasno določila, sem pa iz zapisov okroglih miz začrtale teme, ki so relevantne ter povezane z primarnim gradivom. Med obdelavo zapisov so se jasneje pokazale naslednje:

- slabi in dobri učinki psihofarmakov
- vpliv uporabnika pri rabi psihofarmakov
- sistem uporabe psihofarmakov in njegova kritika
- predlogi za izboljšanje sistema, ki bi spodbujali večji vpliv uporabnika na njegovo odločanje pri uporabi psihofarmakov

Menim, da izbor teh spremenljivk še najbolj zaokroža področja, ki so relevantna za uporabnika.

3.3 POPULACIJA IN VZOREC

Intervjuji

Izvedla sem sedem intervjujev z uporabniki psihofarmakov. Med njimi sta bila dve ženski ter pet moških. Njihova starost se giblje med 27 do 56 let. Štiri intervjuvanci živijo v stanovanjski skupini, medtem ko dva doma pri starših ter eden v najemniškem stanovanju. Vsi intervjuvanci so uporabniki psihofarmakov že daljše obdobje, vsak od njih je bil že hospitaliziran vsaj enkrat.

Pet intervjuvancev sem že prej poznala preko prostovoljnega dela, druženja z njimi ali dela. Druga dva sem spoznala preko znanca, ki je tudi uporabnik psihofarmakov.

Okrogle mize

Zapise okroglih miz ter deklaracije sem izbrala na podlagi namenskega vzorca, namreč le tiste, ki so bile tematsko povezane z rabo psihofarmakov. «Včasih je kaka populacija že tako dobro proučena, da imamo že podatke o tem, kako dobro posamezne enote ali delne

populacije predstavljajo populacije, katere del so. Nekatere enote ali delne populacije so bolj, druge manj podobne celotni populaciji. Recimo, da proučujemo organiziranost centrov za socialno delo. Namesto, da bi izbrali slučajnostni vzorec centrov, proučimo le nekaj centrov, za katere na osnovi prejšnjih raziskav vemo, da so tipični predstavniki te vrste javnih zavodov – po kadrovske strukturi, po strukturi zadev, ki jih obravnavajo ipd. »(Mesec 1997: 81). Tekom socialne akcije Iz-hod je bilo organiziranih trideset okroglih miz na različno tematiko.

3.4 MERSKI INSTRUMENT IN VIRI PODATKOV

V raziskavi sem uporabila dve vrsti gradiva vprašalnike ter zapise okroglih miz.

Intervjuji

Vseh sedem intervjujev sem opravila s pomočjo polodprtega vprašalnika, sestavljenega po smernicah kategorij dolgotrajne oskrbe.

Vse intervjuje sem zapisovala sproti in jih naknadno pretipkala. Izjave sem, kolikor se je dalo uspela zapisati v celoti ter ohranila pri tem žargon posameznika. Vsi intervjuji so bili izvedeni na domovih mojih sogovornikov, saj s tem smo se tudi lažje dogovorili za čas srečanja. Ker je vprašalnik bil zastavljen zelo obsežno so tudi intervjuji trajali dalj časa, od ure do dveh ur in pol.

Preden sem začela z intervjujem, sem vsakemu od njih razložila, da je varovanje osebnih podatkov zagotovljeno, saj ne bom uporabljala nobenih podatkov, s katerih bi lahko razpoznali identiteto osebe. Seznanila sem jih tudi pred začetkom z samo vsebino intervjuja ter jim razložila, da lahko odgovor na katerokoli vprašanje lahko zavrnejo.

Okrogle mize

Podatki so bili izbrani na podlagi zapisov okroglih miz, ki so potekale tekom socialne akcije Iz-hod. Na eni od obravnavanih okroglih miz, sem bila tudi sama prisotna, tako da sem sama naredila povzetek le te. Drugi dve okrogli mizi ter deklaracijo sem pridobila od udeležencev

okroglih miz ter deklaracije. Gradivo je tudi širši javnosti objavljeno na spletni strani: <http://www.iz-hod.info/sl/okrogle-mize> .

Viri podatkov so bili udeleženci na okroglih mizah ter podpisu ormoške deklaracije.

Zbiranje podatkov je potekalo na treh okroglih mizah:

- Okrogla miza »Medikamentalizacija sodobne družbe« je potekala 19.8.2010 v SVZ Hrastovec. Gostje okrogle mize so bili Boštjan Slatnar, Vesna Švab, Inge Mesarec, Darja Budja, Vito Flaker, Bogo Kranjc ter drugi udeleženci Iz-hoda.
- Okrogla miza »Alternative prisili in zapiranju« je potekala 21.8. v PB Ormož. Gostje okrogle mize so bili Saška Dobaj, Vesna Švab, Vito Flaker, Maja Krušič, Daniela Jurgec, Edo Belak, Darja Nadelseberger Bane, Erna Fišinger, Zvonko Medved ter drugi udeleženci Iz-hoda.
- Ormoška deklaracija (dopis prim. Janezu Remškarju) je bila napisana po okrogli mizi Alternative prisili in zapiranju, torej 21.8.2010 v PB Ormož. Podpisniki so bili Vito Flaker, Vesna Švab, Nika Cigoj Kuzma, Andreja Rafaelič, Ernest Fras, Borut Kočar, Ramiza Bajrić ter drugi udeleženci Iz-hoda.
- Okrogla miza »Več pogovora manj zdravil« je potekala v Idriji. Podatkov o udeleželih žal nisem dobila.

Pri zbiranju podatkov sem imela kar veliko problemov, saj sem želela uporabiti še nekatere druge okrogle mize, ki naj bi se tematsko ujemale, vendar žal zapisov ni bilo najdenih.

3.5 OBDELAVA IN ANALIZA GRADIVA

Analiza primarnega in sekundarnega gradiva je opravljena s kvalitativno analizo. Gradivo sem med seboj posebej analizirala, saj sem pri analizi obeh gradiv ugotovila, da lahko le pri nekaterih temah (učinki psihofarmakov, vpliv rabe psihofarmakov, izboljšanje sistema socialnega in zdravstvenega varstva ter predlogih za izboljšanje sistema) lahko uporabim tako primarno in sekundarno gradivo.

FAZA UREJANJE GRADIVA

Intervjuje sem pretipkala, ter jih uredila po posameznih izjavah oseb.

Zapise okroglih miz sem najprej prebrala, nato sem jih uredila v kronološko zaporedje.

FAZA IZBOR RELEVANTNIH POJMOV IN DOLOČITEV ENOT KODIRANJA

Intervjuji

Iz celotnega besedila sem najprej izluščila dele pogovora, ki so se mi zdeli glede na mojo temo pomembni.

Okrogle mize

Enote kodiranja (podčrtane dele besedila) sem prepisala in jih označila s številkami po naslednjem šifriranju:

- Okrogla miza »Medikamentalizacija sodobne družbe« -100
- Okrogla miza »Alternative prisili in zapiranju«-200
- Ormoška deklaracija (dopis prim. Janezu Remškarju)-300
- Okrogla miza »Več pogovora manj zdravil«-400

Nato sem pregledala teme, ki se ponavljajo, skozi vse okrogle mize. Osredotočena sem bila na tisto, kar so bili predvsem predlogi in kritike sistema.

FAZA KODIRANJE IZJAV

Intervjuji

Najprej sem za vsakega od sogovornikov (osebe A, B, C, D, E, F in G) oblikovala tabelo, kamor sem vnesla relevantne dele besedila oz. izjave. Kasneje sem vsaki izjavi pripisala vsebinsko relevantne pojme.

Primer vsebinskega kodiranja intervjuja osebe B

Tabela št. 1: Primer vsebinskega kodiranja (Intervjuji)

ŠTEVILKA	IZJAVA	POJEM
B1	Pomagajo 50% ali več procentov ohranjat neko stanje, ki bi se sicer porušilo, da bi bilo treba iti v bolnico.	prisotnost občutka stabilizacije psihičnega stanja
B2	Pomagajo uravnavat duševno stanje.	prisotnost občutka stabilizacije psihičnega stanja
B3	Zvečer ne, zjutraj me moti...Ja verjetno res bi bilo bolj samostojnejši, tudi če bi se mi stvari drugače obrnile. Vendar imam izkušnjo, s katero lahko komu pomagam.	prisotnost občutka večje samostojnosti brez rabe psihofarmakov
B4	Po mojem ne rabim veliko vedeti o njih. Sem bil informiran, sam sem pozabil.. Vem kaj jemljem, kar je pomembno.	nezainteresiranost za informacije o psihofarmakih
B5	Sem hodil na izobraževanje o koristnosti zdravil...bi rekel, da je potrebno deloma.	delna potreba po izobraževanju o rabi psihofarmakov
B6	Sem jih jemal in sem jih nehal jemati....sedem let	neredno jemanje psihofarmakov
B7	Od leta 2007 jih jemljem ista oziroma so mi ji zmanjšali. Ko sem hodil na dnevni oddelek v Polje se je psihiatrinja odločila, da ostajajo ista.	zmanjševanje rabe psihofarmakov
B8	Sem zadovoljen, samo zjutraj jih kdaj pozabim.	zadovoljstvo z rabo psihofarmakov
B9	Mislim, da jih bom moral vseživljenjsko jemati.	dolgotrajnost uporabe psihofarmakov
B10	Ne spomnim se več, sem prenehal. Nisem jih vedno jemal in se jih je nabrala cela škatla. Ker jih nisem jedel, sem mislil, da bom lažje delal.	potreba po prenehanju zaradi delovnih zmožnosti
B11	Bi rekel, da trenutno bolje. Zaradi stresa in nerednega prehranjevanja so se mi psihične zadeve začele ponavljati na novo ali staro.	trenutno izboljšanje počutja
B12	Mislim, da psihiater ne bi odobral prenehanja.	odklonilni odnos do prenehanja
B13	Zvečer preden grem spat, mi je psihiater priporočal, da ko pridem domov, ker sem drugače zaspan. Če jih ne bi vzel ne bi bil tako zaspan.	zaspanost
B14	Pozitivni učinki so za stabilizacijo psihičnega stanja	stabilizacija psihičnega stanja
B15	negativno, da se čutiš bolj zaspan in da ne smeš spiti alkohola.	zaspanost, ovire pri drugih substancah
B16	Fora je, da naj bi jih jemal celo življenje. Če bi jih prenehal bi se mi težave ponovile.	zaupanje v psihofarmake
B17	Recimo že. Žal trenutno nimam izbire, ker sem v SS.	nezmožnost izbire
B18	Socialni delavec naj opozori, če opazi preveliko zadetost	opazovanje uporabnikov pri

	z zdravili uporabnika.	predoziranje
B19	Psihiater bi lahko dal zdravila bolj po potrebi, ob nespečnosti itd..Poleg te kemije naj bi ti nudili tudi osebni razgovor (ena na ena), samopomočne skupine.	uporaba psihofarmakov po potrebi in samopomočne skupine
B20	Ne čutim stigme.	odsotnost občutka stigmatiziranosti
B21	Zjutraj, ko vzamem zdravila se mi zmanjša aktivnost, počutim se bolj omamljen. Za večer mi ni pomembno, ker grem spat. Še dobro, da jih ne rabim opoldne.	zmanjšanje aktivnosti
B22	Lahko bi rekel. Kvečjemu pri večernih aktivnostih, pri žuranju, da bi šel ven.	omejitve v prostem času
B23	Raje bi izpustil, nekajkrat sem šel po recept.	nepotreben obisk pri psihiatru
B24	Ne, enkrat sem imel izkušnjo s travo. Ampak sem imel zelo negativno in sem rekel konec s tem. Kar se tiče vina ali piva, popijem kakšno brezalkoholno pivo. Bolj doma me ovirajo, mi ne pustijo nič poskusiti.	ovire pri drugih substancah
B25	So me nadzirali, zdaj manj. Za vikend grem domov mi mama reče.	postopno zmanjševanje nadzora nad rabo psihofarmakov s strani bližnjih
B26	Ne, se ne pogovarjam brezveze.	nezainteresiranost za pogovor o psihofarmakih
B27	Mislim, da me lahko ovira. Nisem imel pa večjih težav zaradi tega.	zaznavanje ovir pri partnerstvu
B28	Na nek način sem spoznal druge ljudi.	spoznavanje drugih ljudi
B29	Bil sem dvakrat hospitaliziran. Prvič nisem dobival zdravil, nato sem imel razgovor. Tam so me ignorirali in sem se razjezil. Nato so mi predpisali injekcijo in večjo dozo zdravil.	interakcijski prekrški
B30	Mogoče niti ne odobravajo alternativ v bolnici..drugih stvari se poslužujejo ..avtogeni trening..ta je škodljiv	predoziranje s psihofarmaki v bolnici
B31	Depo injekcija je najhujša varianta...v CMZ so bile mehkejša variante	primerjava s cmz-jem
B32	Nisem vedel, da mi pripada...Če gledam nazaj bi ga uporabil zaradi prevelike rabe zdravil	neinformiranost potrebe po zastopniku
B33	Je problem z apetitom..ne skrbim za gibanje in se redim	zaznavanje problemov s težo
B34	Vse so mi povedali v Polju, koliko časa bom ..	informiranost glede zdravljenja v bolnici
B35	Sem bil v CMZ, kjer nisem bil pripravljen jemati zdravila in mi niso jih tudi vsiljevali. Je bilo pa dosti psihološkega svetovanja, ukvarjanje s športom, pogovori	alternative v CMZ-ju

	v skupinah.	
B36	Zaupanje v Boga preko Jezusa Kristusa. Bolj kot katerikoli religiozno izkusje prej. Vera kot osebni odnos	zaupanje v vero kot preventivi
B37	Preprečil bi krizo, da bi omilil stres pa da bi bil siguren, da mi je Bog odpustil. S tem bi imel bolj pošlitan v glavo.	zaupanje v vero
B38	Stres in krivda za preteklo dejanje.	razlog za krizo
B39	Zaenkrat menim, da je stanje kar stabilno in da ne vidim hospitalizacije v prihodnosti.	občutki glede hospitalizacije
B40	Menim, da delno je, vendar dosti bolj koristi zaupanje v nekaj in to, da je nekaj kar je v prihodnosti pri tebi odpuščeno. In kar se tiče večnega življenja, sem prepričan, da bom preživel večnost z Bogom. Sigurnost v nekaj, nekaj stalnega.	delna pomoč pri krizi s pomočjo psihofarmakov
B41	Ne bi rekel, mislim da ne...	odsotnost težav pri najemu stanovanja
B42	Problem je, ker ni interneta.	potreba po internetu v stanovanju
B43	Ne nismo se pogovarjali o rabi psihofarmakov.	odsotnost potrebe po pogovoru s sostanovalci
B44	v SS imamo pravilo o uporabi psihofarmakov če jih imamo predpisane.	obveznost jemanja psihofarmakov v ss
B45	Jaz imam status invalida preko ZPIZ-a. Igram glasbeni inštrument in tako zaslužim denar.	možnost dodatnega zaslužka
B46	Ja, sem delal..brez zdravil pa nisem zdržal.	nujna raba psihofarmakov ob delu
B47	Ni nujno, da bi mi ustrežal fleksibilen delovni čas. Delal sem v Dobroviti, vendar sem se naveličal, enolično delo.	pomanjkanje zaposlitvenih možnosti
B48	Zaradi uporabe zdravil so se mi zmanjšale delovne zmožnosti.	zmanjšanje delovnih možnosti
B50	Ne, nisem izgubil delovnega mesta, ker takrat nisem bil zaposlen.	odsotnost izgube delovnega mesta
B51	Da, so se mi zmanjšali prihodki.	prisotnost zmanjšanja dohodkov zaradi uporabe psihofarmakov

Okrogle mize

Za vsako okroglo mizo sem oblikovala tabelo, kamor sem vnesla relevantne dele besedila oz. izjave, enote kodiranja sem določila smiselno, tako, da se pojavljajo odstavki, stavki in besedne zveze.

Enote kodiranja sem določila po postopku odprtega kodiranja. Pri tem sem uporabila tehniko neposrednega poimenovanja.

Primer kodiranja (Alternative prisili in zapiranj)

Tabela št. 2: Primer vsebinskega kodiranja (Okrogle mize)

ŠTEVILKA	IZJAVA	POJEM
301	ustanavljanje različnih stvari, kako bomo ljudem pomagali. Pojavlja se več alternativ, npr. krizni timi, krizni centri, preživljanje krize doma (kar je koristno zaradi tega, da uporabnik lažje ohrani kontakt s stvarmi, ki jih počne) ali preživljanje krize na tujem domu, oblazinjene sobe. O načinu preživljanja krize na tujem domu, kjer človek človeku omogoči, da krizo preživi v normalnem okolju, kažejo pozitivne izkušnje iz tujine.	izogibanje hospitalizaciji ob krizi
302	mreža nevladnih organizacij pri nas še pomanjkljiva in da je potrebno razumeti dejstvo, da so nevladne organizacije le en segment skrbi, ki jih skupina ljudi s težavami v duševnem zdravju potrebuje.	potreba po skupnostnih službah
303	Skupaj z uporabnikom skozi njegovo življenjsko zgodbo napišeta načrt pomoči, ki bi naj uporabniku izboljšal kvaliteto življenja.	načrt pomoči

FAZA UREDITEV IZJAVE PO KODAH IN ZDRUŽEVANJE V KATEGORIJE

Intervjuji

Vsako kategorijo sem definirala tako, da sem izrazila bistvo in podala definicijo, ki po mojem mnenju najbolje opisuje konkretno kategorijo.

Tabela št. 3: Primer ureditve izjav po kodah in združevanja v kategorije (Intervjuji)

ODNOS DO PSIHOFAKOV		
1. POTREBA PO JEMANJU PSIHOFAKOV		
A1	...jaz mislim, da ljudje veliko dajo na substance	družba nagnjena k rabi psihofarmakov
A2	zdravila, ki povzročajo prijetne občutke niso dobra za človeka...	prevara glede psihofarmakov
A3	Rabim apaurine, ne rabim ostalega. Z pomirjevali mislim da bo šlo...	dobra lastnost pomirjeval
A4	Mislim, da imam tak problem, da rabim zdravila.	prisotnost občutka potrebe po psihofarmakih
B1	Pomagajo 50% ali več procentov ohranjat neko stanje, ki bi se sicer porušilo, da bi bilo treba iti v bolnico.	prisotnost občutka stabilizacije psihičnega stanja
B2	Pomagajo uravnavat duševno stanje.	prisotnost občutka stabilizacije psihičnega stanja
C1	So dvorezen meč, za eno stvar so dobra, po drugi strani škodujejo	psihofarmaki so dvorezen meč..
D1	Jaz mislim, da mi pomagajo samo so bili hudi stranski učinki.	mnenje o psihofarmakih
E1	Dobri so, če pomagajo.	mnenje o psihofarmakih
E2	Dobri so, da nimam duševnih motenj, da imam stabilno zdravje. Jih potrebujem.	potreba po psihofarmakih
G2	Mislim, da v akutni krizi psihozi definitivno pomagajo.	raba psihofarmakov v krizi
2. PRISILA JEMANJA PSIHOFAKOV		
F1	Jaz sem psihofarmake prisiljen jemati, drugače ne funkcioniram.	prisila jemanja
3. PREVENTIVNO JEMANJE PSIHOFAKOV		
G1	Načeloma sem proti, čeprav je res, da jih kar tako brez problema predpisujejo. Dolgoročno pa ni v redu, ker potem nisi rešil problema. Povzročajo odvisnost, antidepresivi in nevroleptiki po njihovem ne povzročajo odvisnosti, Dosti sem prebrala o škodljivosti, še ne vem kakšni so dolgoročni učinki jemanja.	poudarek na slabih lastnostih psihofarmakov
4. OVIRANOST PRI SAMOOSTOJNOSTI ZARADI RABE PSIHOFAKOV		
B3	Zvečer ne, zjutraj me moti..Ja verjetno res bi bilo bolj samostojnejši, tudi če bi se mi stvari drugače obrnile. Vendar imam izkušnjo, s katero lahko komu pomagam.	prisotnost občutka večje samostojnosti brez rabe psihofarmakov
C2	Brez uporabe psihofarmakov bi bil samostojnejši, saj ne bi imel nadzora	omejitve pri samostojnosti
D2	Ne znam razpolagati z denarjem, niti ne bi mogla biti	nesamostojnost

	samostojna.	
E3	živel bi v hiši s psom in prijatli., s punco in imel bi socialno podporo ali penzijo in bil bi svoboden umetnik.	življenje brez uporabe psihofarmakov

Okrogle mize

Posamezne izjave, ki so sovpadale glede na vsebinske sklope, sem združila v kategorije in jih razvrstila glede na že prej določene teme in nato podteme.

Tabela št. 4: Primer ureditve izjav po kodah in združevanja v kategorije (Okrogle mize)

UPORABA PSIHOFAKOV		
1. STALIŠČA O PSIHOFAKIH		
203	Tako tablete postajajo edini način delovanja v neki stiski.	izhod v sili
204	Tablete so instant rešitev, odgovor na neko stisko, ki je v resnici obsežnejšega in širšega značaja.	magična rešitev v stiski
2. NEGATIVNI UČINKI PSIHOFAKOV		
105	...predpisovanje antipsihotikov, saj imajo ta veliko škodljivih stranskih učinkov. Različnih vrst takih zdravil pa je vse več.	škodljivi učinki antipsihotikov
206	Zaradi samega načina delovanja zdravil so ljudje zelo otopeli, veliko časa rabijo ljudje da se spet »normalizirajo« po tem ko prenehajo jemati tablete. Motorika in pa tudi celotno delovanje in razmišljanje se upočasni, nenehno se počutijo utrujene in zaspane, težko je razmišljati, obstati na miru itn.	poslabšanje osnovnih življenjskih funkcij
207	Stranskih učinkov je cela vrsta od tresenja, tikov, tardivne diskinezije, nezmožnosti kontroliranja požiranja slin, bolezni srca in ožilja, napadov, epilepsije,.....	stranski učinki psihofarmakov
202	Nenehno se pojavljajo nova zdravila v novih oblikah, kljub temu da ne vemo, zares kako delujejo in kaj pravzaprav zdravijo.	odsotnost učinkovitosti psihofarmakov
3. POZITIVNI UČINKI PSIHOFAKOV		
205	Zdravila seveda nekaterim pomagajo in sami pravijo da brez njih ne bi mogli funkcionirati.	potreba po psihofarmakih
3. NEINFORMIRANOST UPORABNIKOV		
210	večina uporabnikov strinja da so premalo informirani	neinformiranost uporabnikov

	o psihofarmakih. Zelo malo jim povedo o delovanju, učinkih, stranskih učinkih, zasvojenosti, prenehanjem posledicah.	
--	--	--

4 REZULTATI

4.1 STALIŠČA O PSIHOFARMAKIH

A) ODNOS DO PSIHOFARMAKOV

Pod to točko me je zanimal sogovornikov odnos in mnenje o psihofarmakih. Večina od mojih sogovornikov ima potrebo po jemanju psihofarmakov in imajo občutek, da jih rabijo »Mislim, da imam tak problem, da rabim zdravila.« Največkrat se pojavljajo izjave, ki v prid psihofarmakom govorijo zaradi stabilizacije psihičnega stanja: »Pomagajo uravnati duševno stanje.«, »Pomagajo 50% ali več procentov ohranjati neko stanje, ki bi se sicer porušilo, da bi bilo treba iti v bolnico.«, »Dobri so, da nimam duševnih motenj, da imam stabilno zdravje. Jih potrebujem.«. Sogovorniki se tudi zavedajo, da imajo poleg dobrih lastnosti tudi negativne: »Jaz mislim, da mi pomagajo samo so bili hudi stranski učinki.«, »So dvorezen meč, za eno stvar so dobra, po drugi strani škodujejo.«. Ena od sogovornic je poudarila njihov pomen v krizi: »Mislim, da v akutni krizi psihozi definitivno pomagajo.« Le ena od sogovornic je izrazila negativno stališče do njihove rabe ter predvsem njihove učinkovitosti: »Načeloma sem proti, čeprav je res, da jih kar tako brez problema predpisujejo. Dolgoročno pa ni v redu, ker potem nisi rešil problema. Povzročajo odvisnost, antidepresivi in nevroleptiki po njihovem ne povzročajo odvisnosti, Dosti sem prebrala o škodljivosti, še ne vem kakšni so dolgoročni učinki jemanja.« Izjava sogovornice se ujema tudi s stališčem, ki ga je eden od govornikov izrazil na eni od okroglih miz Iz-hoda: »Tablete so instant rešitev, odgovor na neko stisko, ki je v resnici obsežnejšega in širšega značaja.« Poleg te izjave je to ena od izjav, ki je povezala uporabo psihofarmakov z razlogom za jemanje psihofarmakov, torej nastalim problemom. Medtem, ko so ostali sogovorniki izhajali bolj iz medicinskega modela rabe psihofarmakov, pri kateri so izpostavili stabilizacijo psihičnega stanja, ki se pojavlja tudi pri eni od izjav na okrogli mizi Iz-hoda: »medicinska stroka uči, da antidepresivi pomagajo ljudem in zmanjšujejo stopnjo samomorov.« Ta je bila postavljena iz strani psihiatrinje, torej opredeljuje medicinsko stroko.

B) OVIRE PRI SAMOSTOJNOSTI

Pri stališčih o psihofarmakih me je zanimalo tudi, kako čutijo oviranost pri samostojnosti zaradi rabe psihofarmakov in pri čem jih to ovira. Nekateri sogovorniki so izrazili, da bi verjetno čutili večjo samostojnost: »Zvečer ne, zjutraj me moti..Ja verjetno res bi bilo bolj samostojnejši, tudi če bi se mi stvari drugače obrnile.« Ta izjava se povezuje z oviranostjo pri vsakdanjih opravilih, medtem ko drugi čuti, da bi imel manj nadzora brez uporabe psihofarmakov: »Brez uporabe psihofarmakov bi bil samostojnejši, saj ne bi imel nadzora.«. Ena od sogovornic, kot oviro pri samostojnosti izraža nesamostojnost zaradi potrebe po pomoči pri vsakdanjih opravilih: »Ne znam razpolagati z denarjem, niti ne bi mogla biti samostojna.«. Ta izjava ni ravno povezana z rabo psihofarmakov, vendar sem jo uporabila, saj si lahko objektivno razlagamo tudi kot posledico stranskih učinkov. Eden od sogovornikov mi je na vprašanje odgovoril: »živel bi v hiši s psom in prijatli., s punco in imel bi socialno podporo ali penzijo in bil bi svoboden umetnik.« Glede na dano izjavo poteka njegovo življenje zaradi rabe psihofarmakov v drugačni smeri in je bolj nagnjeno k nesamostojnosti ter odvisnosti od strokovnih delavcev.

4.2 INFORMIRANOST O PSIHOARMAKIH

Velikokrat je slišati, da je preslaba informiranost o psihofarmakih, zato me je zanimalo pri tem, če to drži in kje uporabniki izvejo največ informacij s strani zdravnika ali iz drugega vira. Posledično me je zanimalo tudi če bi bilo koristno za njih, če bi v ta namen se organiziralo izobraževanje.

A) VIRI INFORMACIJ O PSIHOARMAKIH

Pri informiranosti mojih sogovornikov so se pojavile naslednji odgovori: nezainteresiranost za informiranost, neinformiranost ter samo-informiranje. Pri nezainteresiranosti za informacije o psihofarmakih mi je bila predvsem zanimiva naslednja izjava: »Po mojem ne rabim veliko vedeti o njih. Sem bil informiran, sam sem pozabil.. Vem kaj jemljem, kar je pomembno.« Le ena od izjav se je sklicevala na neinformiranost glede njihove uporabe. Veliko sogovornikov se je samoiniciativno informiralo o psihofarmakih z različnih virov: »Informirala sem se sama preko forumov, ko so si ljudje izmenjali izkušnje. Prebrala sem literaturo, psihiatri zelo malo povejo...«, Informacije sem izvedel tudi od drugih pacientov.« Vloga zdravnika pri informiranju svojih uporabnikov o psihofarmakih naj bi bila tudi ena od njegovih nalog:

»...naloga zdravnika je, da pove, kakšne učinke ima...«, ta naj bi tudi povedal kaj več o nezaželenih učinkih psihofarmakov. Vendar to ni bilo, pri enem od mojih sogovornikov, ki je povedal naslednje:« Zdravnik mi je zelo malo povedal o rabi zdravil, stranskih učinkih...«. Prav tako so problem neinformiranosti poudarili na okrogli mizi Iz-hoda: »večina uporabnikov strinja da so premalo informirani o psihofarmakih. Zelo malo jim povedo o delovanju, učinkih, stranskih učinkih, zasvojenosti, prenehanjem posledicah.« Največkrat se izpostavljajo stranski učinki psihofarmakov kot tisto pri katerem je osrednji problem neinformiranosti o psihofarmakih.

B) IZOBRAŽEVANJE O PSIHOFAKMAKIH

Glede na to, da se izpostavlja velikokrat problem neinformiranosti o psihofarmakih, sem svoje sogovornike vprašala o morebitni potrebi po izobraževanju. Večinoma so mi sogovorniki dali odgovorili pritrdilno, le eden je izkazal potrebo po samoizobraževanju z samoopazovanjem: »Človek mora prebrati o stranskih učinkih ter tudi opazovanje svojega psihičnega stanja je pomembno.«.Ena od sogovornic je predlagala samo organizacijo izobraževanja: »organizirala bi lahko FSD ali društva na področju duševnega zdravja. Od psihiatrije to definitivno ne pričakujem. Ampak, da bi bilo to na bazi izkušenj uporabnikov in nato pripravili literaturo v sodelovanju s psihiatri.« Prav tako je to izpostavljeno v Ormoški deklaraciji, ki spodbuja: »različne oblike združevanja uporabnikov, med drugimi samoizobraževanje in samoorganizirano izobraževanje (uporabniška univerza).«

4.3 RABA PSIHOFAKMAKOV

V naslednjem sklopu vprašanj me je predvsem zanimala informacije povezane z trajanjem uporabe psihofarmakov, zamenjavo psihofarmakov ter zadovoljstvom z rabo psihofarmakov.

A)TRAJANJE RABE PSIHOFAKMAKOV

Kar nekaj mojih sogovornikov psihofarmake jemlje že dalj časa, dva od sogovornikov tudi od mladosti naprej: »Začela sem jih jemati pri dvanajstih letih, od začetka injekcije potem zdravila.« Enemu od mojih sogovornikov pa je stik s psihiatrijo prinesla uporaba druge droge: »K psihiatru sem šel v 2. letniku sem užival marihuano, potem ko so me starši poslali k

psihiatru«. Dva od mojih sogovornikov jih jemljeta več let z vmesnimi prekinitvami: »Sem jih jemal in sem jih nehal jemati....sedem let.« Skoraj vsi moji sogovorniki so mi na vprašanje o tem, koliko časa jim bodo še jemali odgovorili z vseživljenjskim jemanjem: »Mislim, da jih bom moral vseživljenjsko jemati.« Le dva naj bi jih uživala manj časa: »Psihiatrinja mi je rekla, da bom mogla jemati 3-5 let, to naj bi bila preventivna doza, da se problemi ne ponovijo. » Pri tem bi rada omenila stališče na okrogli mizi Iz-hoda Več pogovora manj zdravil, ki je bilo omenjeno glede predpisovanja psihofarmakov »Predpisovanje bi tudi morali biti krajše in bolj ciljno.« ter »V vzdrževalnem modelu se zdravila praviloma ne zmanjšujejo in večina ljudi ki se zdravi jih jemlje celo življenje.«

B) ZAMENJAVA PSIHOFAKOV

Pri zamenjavi psihofarmakov me je zanimalo zlasti, kakšna je vloga uporabnika in psihiatra pri tem. Le eden od sogovornikov pravi, da se je zamenjava psihofarmakov zgodila v dogovoru z psihiatrinjo, ob tem pa poudari nadrejenost psihiatra: »Odvisno je od psihiatra, kaj predpisuje« in »se je psihiatrinja odločila, da ostajajo ista«. Zamenjava psihofarmakov se je zgodila na predlog zdravnika: »Zamenjavo zdravil so mi predlagali zdravniki.« V enem od primeru se je zgodila zamenjava na predlog uporabnika. Sicer pa psihofarmaki ostajajo isti pri večini mojih sogovornikov: »Že dolgo časa imam isto kombinacijo.«, »...imam že skozi ista zdravila. Samo prej sem jih imela več.«. Pri nekaterih izjavah se le izpostavlja zmanjšanje psihofarmakov. Nekateri pa so zadovoljni z isto kombinacijo: »Že dolgo časa imam isto kombinacijo. Nimam potrebe po zamenjavi.«. Glede zamenjave psihofarmakov je bila podan primer dobre prakse s strani strokovnih delavcev v enem od zavodov: »stanovalce so spodbujali k temu, da sami sebe opazujejo in povedo, katera zdravila jim ustrezajo in katera ne.«

C) ZADOVOLJSTVO Z UPORABO PSIHOFAKOV

Večina od sogovornikov je zadovoljna z rabo psihofarmakov. Včasih je pogojeno njihovo zadovoljstvo z njihovimi učinki: »Imam antipsihotik, zdaj mi nekaj pomaga, sem bolj pomirjen.« in »Sem zadovoljna, ker jih imam dolgo časa. Dr. Troha me je pohvalila. Moram jesti zdravila, drugače bi se mi poslabšalo.« Eden od sogovornikov je zaradi navajenosti na njih skoraj indiferenten: »Ne vem jih že toliko časa jemljem, da ne poznam razlike... Jih več

ne poznam. Ne čutim učinkov, razen tega, da sem bolj brezvoljen.«. Le ena od sogovornic je izrazila nezadovoljstvo: »Nisem zadovoljna, tudi z Zyprexo ne. Jamljem bolj zaradi preventive...«.

4.4 PRENEHANJE Z UPORABO PSIHOFAKOV

Pri prenehanju z uporabo psihofarmakov so me predvsem zanimale njihove izkušnje ter odnos psihiatra do prenehanja.

A)PRENEHANJE Z UPORABO PSIHOFAKOV

Le dva od mojih sogovornikov sta izrazila nezainteresiranost za prenehanje z uporabo psihofarmakov, bodisi zaradi neželje do tega, bodisi zaradi varovalke pred poslabšanjem psihičnega stanja: »Nisem prenehal, ker jih jemljem zaradi tega, ker so predpisana za boljše psihično stanje.«

Vsi moji sogovorniki so samoiniciativno prenehali z uporabo psihofarmakov. Razlogi za prenehanje z uporabo psihofarmakov so bili različni bodisi zaradi drugih opojnih substanc »sem prenehal z psihofarmaki, ker sem bil mnenja, da mi niso dali pravih psihofarmakov, mi je ena druga droga bolj pomagala.«, delovnih zmožnosti »Ker jih nisem jedel, sem mislil, da bom lažje delal.« ali zaradi ohranjanja lastnega zdravja »enostavno sem si zamislil, da to škodi fizičnem zdravju in sem prenehal in poskušal brez.«. Po prenehanju so imeli vsi bolj ali manj slabe izkušnje bodisi nastanek abstinencijske krize »Ko sem prenehal sem čutil abstinencijsko krizo.... bil sem brez energije in bil zelo apatičen.«, samomorilne misli »Slabo sem se počutila, z želodcem sem imela težave. Hotela sem narediti samomor..« ali težave s spanjem »Problemov nimam, težje zaspim. Rabim kakšno uro, da zaspim.«. Po prenehanju z uporabo psihofarmakov se jim le trenutno izboljšalo psihično stanje, nato se jim je poslabšalo: »Ene dva tri mesece sem zdržal, potem sem zablužil, nisem vedel kaj delam.«.

Na okrogli mizi Iz-hoda so opozorila na povečanje vpliva uporabnika pri jemanju psihofarmakov, njegove proste izbire o rabi ter vlogi psihiatra pri tem: »Kadar se uporabniki ne strinjajo z nadaljevanjem jemanja tablet, bi morali imeti pravico do postopnega varnega zmanjševanja v dogovoru s psihiatrom.. Radi bi imeli več vpliva na njihova zdravila, radi bi da se upošteva njihove izkušnje in želje.«

B) NEODOBRAVANJE PRENEHANJA Z UPORABO PSIHOFARMKAOV S STRANI PSIHIATRA

Psihiatri mojim sogovornikom pri prenehanju z uporabo psihofarmakov niso bili v podporo. Večinoma se sploh niso posvetovali glede prenehanja z njimi, saj so že zaznalo njihov odklonilni odnos do tega: »Ponavadi jim nisem povedal, ker se psihiatri s tem ne strinjajo.« , »Mislim, da psihiater ne bi odobral prenehanja.« in »...ga nisem niti vprašala, ko sem prenehala jemati antidepresive, me je nadrla. ». Psihiatri jim večinoma svetujejo, da jih jemljejo: »Zdravnik mi svetuje, da jih jamljem.«. Še vedno pa je pričakovana podpora pri prenehanju s psihofarmaki zelo dobrodošla, kot je izrazila ena od mojih sogovornic: »Zdaj pa iščem psihiatra, ki bi mi pomagal pri prenehanju in če bi se začela kriza bi vedela, na koga naj se obrnem.«.

4.5 UČINKI PSIHOFARMAKOV

Pri naslednjem sklopu vprašanj me je zanimalo kateri so želeni in kateri so nezaželeni učinki psihofarmakov.

A) POZITIVNI UČINKI

Največ odgovorov glede pozitivnih učinkov psihofarmakov je bilo povezanih z stabilizacijo psihičnega stanja: »Pozitivni vsekakor red v glavi.« To je tudi zelo povezano z oblikovanjem njihovega mnenja o psihofarmakih. Dva sogovornika sta ob tem dodala olajšanje ob zdravlju »Meni je pozitiven učinek zdravlja, če začutim olajšanje.« in spanje »Zame osebno pozitiven učinek je samo spanje, lahko spiš kadarkoli, kjerkoli.«.

B) NEGATIVNI UČINKI

Kot negativni učinki psihofarmakov se pojavljajo zaspanost »Zvečer preden grem spat, mi je psihiater priporočal, da ko pridem domov, ker sem drugače zaspan. Če jih ne bi vzel ne bi bil tako zaspan.«, utrujenost »Nobenih posebnih občutkov, utrujenost in otopelost.« in težja koncentracija in apatičnost »Opazim, da se težje koncentriram , rabim več spanja, sem apatična. Tiste stvari, ki so me veselile prej me več ne. Postala sem asocialna, mislim, da mi

škodujejo.«. Ena od sogovornic je izpostavila vidne stranske učinke »Včasih sem utrujena, zaspana. Leponex mi povzroča slinjenje.....sem imela tako hude stranske učinke, da sem imela navzgor obrnjene oči.« Zlasti mi je bila pretresljiva izjava sogovornice, ki je povedala: »Niti miselno niti čustveno nisem tista oseba, ki sem bila.«.

Na okrogli mizi Več pogovora manj zdravil so bili izpostavljeni tudi stranski učinki psihofarmakov : »Zaradi samega načina delovanja zdravil so ljudje zelo otopeli, veliko časa rabijo ljudje da se spet »normalizirajo« po tem ko prenehajo jemati tablete. Motorika in pa tudi celotno delovanje in razmišljanje se upočasni, nenehno se počutijo utrujene in zaspane, težko je razmišljati, obstati na miru itn.« ter »Stranskih učinkov je cela vrsta od tresenja, tikov, tardivne diskinezije, nezmožnosti kontroliranja požiranja slin, bolezni srca in ožilja, napadov, epilepsije,.....«.

4.6 NEUMEŠČENOST IN PRIPADNOST

Pri kategoriji neumeščенost in pripadnost gre za dinamično in dialektično potrebo človeka, ki se vzpostavi na razkoraku med neumeščенostjo (samostojnostjo in odvisnostjo) ter pripadnostjo (Flaker 2008: 346).

Pri tem sklopu vprašanj so me zlasti zanimale naslednje stvari zaznavanje odvisnosti o psihofarmakih s strani sogovornikov, vpliv na izbiro o rabi psihofarmakov, pričakovana podpora s strani socialnih delavcev in psihiatrov ter sodelovanje med obema.

A) ODVISNOST OD PSIHOFAKOV

Le eden od sogovornikov pravi, da ni odvisen v smislu poudarjanja svojih preostalih izkušenj z drugimi psihotropnimi drogami in prenehanja z njimi: »Ne nisem odvisen, jaz sem se spucal brez vsega od drugih drog.« Ena od sogovornic priznava svojo odvisnost »Ja sem kar zasvojena.« Ostali se zavedajo svoje zasvojenosti, vendar jih je strah prenehanja zaradi ponovitve težav »Fora je, da naj bi jih jemal celo življenje. Če bi jih prenehal bi se mi težave ponovile.«, »Sem odvisen od zdravil. Če jih ne jem zbolim.« in »Se počutim zasvojeno, bojim se kaj bo, ko bom prenehala z zdravili. Bojim se abstinenčne krize.«.

B) IZBIRA O RABI PSIHOFAKOV

Ena od sogovornic si ne želi imeti prosto izbiro odločanja rekoč : »Ne potrebujem možnost odločanja, ker si želim jemati zdravila.«, podobno je tudi povedal sogovornik »O tem imam že zdaj, živim v samostojnem stanovanju. Zavedam se, da jih moram jemati.«. Nekateri pri izbiri potrebujejo podporo psihiatra »bom probal dobiti od zdravnika potrdilo, da se strinja, da jih ne jemljem in potem ne bom imel težav.« in »..v bistvu jo imam izbiro, v dogovoru s psihiatrom.« Oviro pri samostojni izbiri o rabi psihofarmakov so lahko tudi pravila Stanovanjskih skupin »Žal trenutno nimam izbire, ker sem v SS.«. Eden od sogovornikov je izrazil željo po naslednji izbiri psihofarmakov : »Ja jemal bi zdravila samo v krizi, takrat ko bi se slabo počutil.«

C) PODORA SOCIALNIH DELAVCEV PRI RABI PSIHOFARMAKOV

Moji sogovorniki so izrazili potrebo po posredovanju socialnih delavcev pri organizaciji kriznega tima »Dobra bi bila tudi organizacija kriznega tima. To bi morala biti oseba, ki bi spodbujala.« in »Socialni delavci bi morali večkrat organizirati krizni tim.« Eden od sogovornikov je opozoril na vlogo pri opazovanju uporabnikov »Socialni delavec naj opozori, če opazi preveliko zadetost z zdravili uporabnika.«, »Socialni delavec bi moral biti pozoren na uporabnikovo stanje, ter ga opozoriti, če opazi pri njemu spremembe na slabše, da gre v bolnico.« ter vlogi skupnostnih služb »Službe v skupnosti so tiste, ki bi morale pomagati pred hospitalizacijo.« Eden od predlogov je bil tudi ustanovitev Centra za odvajanje od psihofarmakov »Lahko bi imeli Center za odvajanje od zdravil.« Vloga socialnih delavcev bi bila tudi pri spodbujanju ljudi k aktivnostim »Socialni delavec bi moral spodbujati bolj fizične aktivnosti.«.

Na okroglih miza je bilo v povezavi z podporo s strani socialnih delavcev tudi omenjen načrt pomoči »Skupaj z uporabnikom skozi njegovo življenjsko zgodbo napišeta načrt pomoči, ki bi naj uporabniku izboljšal kvaliteto življenja« ter mediatorska vloga socialnih delavcev pri psihiatru kot primer dobre prakse »Strokovni delavci so skupaj s stanovalci obiskovali psihiatre in se skupaj z njimi pogovarjali o zmanjševanju doze zdravil.« Opozorilo se je tudi na pomanjkanje skupnostnih služb »mreža nevladnih organizacij pri nas še pomanjkljiva in da je potrebno razumeti dejstvo, da so nevladne organizacije le en segment skrbi, ki jih skupina ljudi s težavami v duševnem zdravju potrebuje.«.

D) POPORA UPORABNIKOM PSIHOFAKOV S STRANI PSIHIATRA

Pri predlogih mojih sogovornikov je bila največkrat izražena potreba po zmanjševanju psihofarmakov »Psihiatri bi morali dopustiti, da bi ljudje bili brez zdravil«, »Psihiatri bi morali zmanjševati zdravila, lahko bi ukinili depoje.« ali potrebi po njihovi prekinitvi Psihiatri bi morali dopustiti, da bi ljudje bili brez zdravil» ali jemanju psihofarmakov po potrebi »Psihiater bi lahko dajal zdravila bolj po potrebi, ob nespečnosti itd...«.Sogovorniki čutijo pomanjkanje poslušanja in upoštevanja s strani psihiatra »Poleg te kemije naj bi ti nudili tudi osebni razgovor (ena na ena), samopomočne skupine.« ter »Psihiatrova vloga je predvsem, da posluša pacienta. Pacient se sam spozna na to kaj mu ustreza.« Že pri prejšnji točki je bil omenjen program odvajanja od psihofarmakov, tukaj sogovornica še bolj poudarja pomen psihiatrove vloge pri tem »Morali bi organizirati program odvajanja, vendar bi morali psihiatri tudi sodelovati, ne samo da tablete predpisujejo. Mogoče že bolj zaradi moralne podpore.« Eden od sogovornikov predlaga izboljšave samih bolnic ter uveljavitev pravice do zdravilišča »Bolnice bi morale postati moderna zdravilišča, na zaprtem oddelku bi bil le zelo kratek čas. Enkrat na leto bi ti morale pripadati zdravilišče, zaradi stranskih učinkov.«

E) SODELOVANJE MED SOCIALNO IN ZDRAVSTVENO OSKRBO

V Ormoški deklaraciji je bilo izpostavljeno sodelovanje med obema strokoma, saj bi le tako naredili premike v dobro uporabnikov. Predlagalo so se naslednje stvari (omenjam le tiste, ki prej niso bile uporabljene v sami analizi):

- povezovanje med zdravstveno in socialno stroko na področju duševnega zdravja
- sodelovanje in vključevanje uporabnikov v izobraževanje in raziskovanje ter v procese načrtovanja, izvajanja in evalvacije storitev in služb na področju duševnega zdravja
- oblikovanje delovne skupine za pripravo in izvajanje pilotskega projekta skupnostne oskrbe na področju duševnega zdravja
- ustanavljanje in oblikovanje skupnostnih centrov za duševno zdravje v katerih bodo sodelovali zdravstveni in socialni strokovnjaki ter strokovnjaki z izkušnjo

4.7 NELAGODJE V INTERAKCIJI

Interakcijski prekrški so pogosto prezrti, a izredno pomemben vidik procesa konstrukcije drugačnosti in tudi družbenega izločanja ali stigmatiziranja (Flaker 2008: 231).

Pri nelagodju v interakcijah sem zastavila le dva vprašanja, ki sta se navezovala na občutke drugačnosti v družbi ter njihov pogled na to. Moji sogovorniki se ne počutijo stigmatizirani, k čemur sta pripomogla razvoj duševnega zdravja v skupnosti ter razbijanje tabujev v današnji družbi.

Če pogledamo vrsto stranskih učinkov, ki jih omenjam v posebnem poglavju lahko trdimo, da že sama zdravila povzročajo stranske učinke. To so lahko vidni navzven, kot so slinjenje, motnje koncentracije, »zadetost« itn. . Po drugi strani pa bi lahko rekli, da glede na družbeno nekritično rabo psihofarmakov, ki se povezuje z »duševno boleznijo je jemanje ali nejeemanje zdravil je pokazatelj ne pristajanja ali pristajanja na » urejeno interakcijo«.

A) PRISOTNOST NELAGODJA V DRUŽBI

Večina mojih sogovornikov ne občuti nelagodja v družbi, zaradi rabe psihofarmakov. Dva sta poudarila zunanjo opaženo stigmo zaradi predoziranja z psihofarmaki »nimam tako močnih zdravil, da bi bil zadet kot mamba. Na ulici pa vidim, da so tako zadeti. To ni etično do ljudi.« in neopaženost zunanje stigme »Ne vidi se, ne razglušam da sem na tem..«. To bi lahko povezali tudi s stranskimi učinki. Eden od sogovornikov je stigmatiziran s strani bližnje osebe »Doma me sestra ne podcenjuje.«.

B) PRISOTNOST STIGME

Tudi pri tem vprašanju mi je večina sogovornikov odgovorila z negativnim odgovorom. Eden od sogovornikov je omenil naslednje »za tiste, ki me ne poznajo včasih delujem zmedeno, zaradi tega mislijo, da sem džanks. Samo jim razložim svojo zgodbo pa je o.k.«. V tem primeru se zelo dobro zazna stranske učinke psihofarmakov (zmedenost) ter uporaba dedramatizacije . To Flaker (2008: 241) opisuje, da prekrškom ne dodajamo dramatičnih pomenov oz. jim vzamemo tak pomen jih »banaliziramo« ali »trivaliziramo«.

4.8 VSAKDANJE ŽIVLJENJE

»Zdravila imajo v vsakodnevni rutinah ljudi, ki potrebujejo dolgotrajno oskrbo in podporo posebno mesto. Vzeti zdravila pomeni opraviti eno od nujnih dnevnih nalog, lahko tudi postanejo pomemben element dnevnih ritualov. Jemanje zdravil ima lahko na ravni vsakdanjega življenja tudi socialno funkcijo, vzeti zdravilo je lahko tudi družaben trenutek (Flaker et. al. 2008: 196).

Pri tem sklopu vprašanj sem se osredotočila na spremembe pri vsakdanjem življenju zaradi rabe psihofarmakov, ovire v prostem času, vsakdan brez uporabe psihofarmakov, odnos do obiskov pri psihiatru (opravki) ter ovire pri rabi drugih opojnih substanc.

A)SPREMEMBE PRI VSAKDANU

Moji sogovorniki (predvsem) vidijo spremembe predvsem pri zmanjšanju njihove aktivnosti »Zjutraj, ko vzamem zdravila se mi zmanjša aktivnost, počutim se bolj omamljen. Za zvečer mi ni pomembno, ker grem spat. Še dobro, da jih ne rabim opoldne.« in brezdelju» Ko se človek navadi tako živeti, to sprejmeš kot dejstvo, da nisi sposoben delati. Fizično ne morem delati tudi zaradi raznih psihosomatskih bolezni, mentalno zaradi psihofarmakov. Ne preostane ti drugega kot življenje v brezdelju. Dobro je imeti kakšne obveznosti.«, »Samo jem in spim.« in »Ležim dosti.«. Sogovornice vidijo motečo spremembo v vplivu stranskih učinkov zdravil »Je kar v redu, jih dobro prenašam, kadar zaspim ali počivam je veliko sline.« in »Apatičnost, zaspanost«. Eden od sogovornikov ne zazna spremembe »Ne bi mogel reči, ker sem bolan že od rojstva«. Po zaužitju čutijo utrujenost in zaspanost »Po zaužitju čutim utrujenost, zaspanost. Lažje se umirim, da lahko zaspim.«. Nekaterim od njih je postalo jemanje psihofarmakov rutinsko in vsakodnevni obred »Navajena sem uživati zdravila.« in »Imam jutranjo terapijo in večerno. Mi je postala rutina.«.

B) OVIRE V PROSTEM ČASU ZARADI RABE PSIHOFAKOV

Ovire čutijo predvsem pri zmanjšanju kondicije »Hitreje se utrudim pri telesni aktivnosti.« in pri večernemu žuranju » Lahko bi rekel. Kvečjemu pri večernih aktivnostih, pri žuranju, da bi

šel ven.«. Ena od sogovornic je tudi poudarila časovno »natepiranost« na uporabo psihofarmakov »Obremenjuje me niti ne, moram pa stalno misliti na to. Zjutraj ob 8.30, opoldne ob 14. in zvečer ob 20. h.«.

C) VSAKDAN BREZ UPORABE PSIHOFAKOV

Večina mojih sogovornikov je dolgotrajnih uporabnikov psihofarmakov, zato bi (pri tem) postavila objektivno tezo, da pri tem vprašanju nisem mogla priti do konstruktivnih zaključkov, saj si sogovorniki ne predstavljajo dneva brez psihofarmakov. Eden od sogovornikov pa je vendarle izpostavil večjo aktivnost ob strahu, da bi se mu ponovno poslabšalo psihično stanje »Po moje bi imel več volje za aktivnosti, šel bi na sprehode, samo potem bi padel v manijo.«. Sogovornica je povedala, da se ji vsakdan ne bi bistveno spremenil, saj nima tako visoke doze »Ne bi mi bistveno spremenilo mojega vsakdana, ker nimam tako velike doze.«.

D) ODNOS DO OBISKOV PRI PSIHIATRU

Večina od mojih sogovornikov ima dober odnos z psihiatrom, zato jim je obisk pri njemu dobrodošel »Dobrodošel, vzpostavil sem korektne odnose, sam jemljem psihiatrinjo kot oporo in rad grem na kontrolo.«, imajo dober odnos do psihiatra »Zdaj imam dobro psihiatrinjo.«. Eden od sogovornikov čuti kot obveznost »Enkrat na mesec grem. Že dolgo časa nisem hodil, razen če rabim zdravila. Mi je obveznost, ki jo gledam iz nevtralne strani.«, drugi kot nepotreben popravek »Raje bi izpustil, nekajkrat sem šel po recept.«.

E) OMEJITVE PRI RABI ALKOHOLA ALI DRUGIH OPOJNIH SUBSTANC

Vsi moji sogovorniki se zavedajo, da uporaba alkohola in drugih opojnih substanc ni ravno priporočljiva pri uporabnikih psihofarmakov. Eni to dojemajo kot oviro, drugi ne. Dva od sogovornikov sta imela slabe izkušnje z rabo alkohola zaradi slabšega počutja »Jaz sem užival alkohol, samo sem prišel do zaključka, da ga moram opustiti. Se počutim bolje. Zavedam se tega, da če bi užival alkohol, sam ne bi mogel funkcionirati. Bi slej kot prej zadeve šle narobe.« ter marihuano »Ne, enkrat sem imel izkušnjo s travo. Ampak sem imel zelo negativno in sem rekel konec s tem.«. Sogovorniki se večinoma sami odločajo o uporabi in je

podlaga njihovih odločitev ali pravil vzpostavljenih, kjer živijo »Alkohol mi ne predstavlja ovire. Spijem kaj tudi, če mi paše..Se tudi sam kdaj blokiram, parkrat na leto se ga napijem. Zdaj, ko sem v SS nič ne poham.« in »Konkretno pri Zyprexu, lahko alkohol povzroči kombinacijo zaspanosti. Normalno pijem kot prej.«. Enega od sogovornikov nadzirajo doma glede rabe »Kar se tiče vina ali piva, popijem kakšno brezalkoholno pivo. Bolj doma me ovirajo, mi ne pustijo nič poskusiti.«. Ena od sogovornic je škodljivi uporabi obeh substanc izvedela iz reklam »Sem brala v reklamah, da ne gre skupaj alkohol in tablete..Potem sem se zavedala, da ne smem piti bi prišlo do težav.«.

4.9 STIKI IN DRUŽABNIŠTVO

Potreba po stikih je ena izmed temeljnih človekovih potreb. Človek je družabno bitje, stiki z drugimi so fiziološka nuja, še toliko bolj pa nuja civilizacije. (Flaker 2008: 258)

Pri temu sklopu vprašanj sem se osredotočila na spodbudo, nadzor uporabe psihofarmakov s strani bližnjih, potrebi po pogovoru o psihofarmakih, ovire pri partnerstvu zaradi rabe psihofarmakov ter socialne mreže mojih sogovornikov.

A) UPORABA PSIHOFAKOV S STRANI BLIŽNJIH

Moji sogovorniki so bili s strani bližnjih deležni različnih odzivov glede psihofarmakov. Enemu od sogovornikov so bližnji zadosti zaupali glede lastnega odločanja o rabi psihofarmakov »Ne mi zaupajo, ne bi dovolil, da bi me nadzirali.«, drugo sogovornico so bližnji spodbujali k rabi psihofarmakov »Ja so me spomnili, mamica, bratje, sestra..«. Nadzor nad rabo psihofarmakov so od bližnjih doživljali kot postopno zmanjševanje z rabo psihofarmakov »So me nadzirali, zdaj manj. Za vikend grem domov mi mama reče.« ali lastna potreba po nadzoru od sogovornice v krizi »...me ne nadzirajo najbližji mi prepuščajo meni, razen v krizi.«.

B) POTREBA PO POGOVORU O PSIHOFAKIH S STRANI BLIŽNJIH

Moji sogovorniki ne čutijo večje potrebe po pogovoru o psihofarmakih z bližnjimi bodisi so za to nezainteresirani »Ne, se ne pogovarjam brezveze.«, čutijo to kot delček svoje zasebnosti

»Ja tudi, ne govorim preveč rada, je bolj zasebne narave.«. Ena od sogovornic se občasno pogovarja z zaupnimi osebami »Včasih se pogovarjam z nekaterimi.«, drugi ob posebnih priložnostih »se ne pogovarjam o tem. Razen, če grem na izlet povem. Nimam potrebe, da bi razlagal«. Eden od sogovornikov pa je delil izkušnje o drogah tudi kot prostovoljec »Delal sem kot prostovoljec na CSD in sem izobraževal druge, kdaj pride do zlorabe drog.«.

C) OVIRE PRI PARTNERSTVU

Vsi moji sogovorniki so bili na dan intervjuja samski. Ovire pri partnerstvu zaznajo predvsem na spolnem področju iz lastnih izkušenj »porajtal sem pri seksu.« . Največkrat pa za to izvejo iz drugih virov, ki govorijo o nevarnostih, ki so povezane z uporabo psihofarmakov in spolnimi odnosi, eden od sogovornikov je dal splošno trditev »Ja, problem je da zaradi tega se lahko rodi prizadeti otrok. Je velika verjetnost.« Eni izmed mojih sogovornic so drugi svetovali glede zanositev in partnerstva »V tej skupnosti imam enega prijatelja, ne razmišljam pa o spolnih odnosih. Mi je svetovala ginekologinja in psihologinja, da sem jaz bolna, da mi svetujejo nobenih spolnih odnosov, ne moža, da nimam veselja do tega..Imam tega prijatelja, ga objamem in mu da lupčka na desno in levo lice.«.

D) OHRANJANJE SOCIALNE MREŽE

Dva od mojih sogovornikov sta dodala v svojo socialni mreži prijatelje, ki sta jih spoznala preko hospitalizacij »Našel sem ene prijatelje v bolnici, ki nisem vedel da obstajajo. Ko sem zbolel sem zelo vztrajal, da se nisem zaprl pred drugimi in sem komuniciral. Prekinil sem stike z nekaterimi ljudmi, dobil sem drugo družbo« in »Na nek način sem spoznal druge ljudi.«. Za razliko od drugih pa je en izmed sogovornikov zamenjal socialno mrežo, saj se je počutil stigmatiziranega »Kompletno sem zamenjal bivšo socialno mrežo, imam telefonske kontakte z nekaterimi še. Sem zamenjal tudi kraj bivanja, te ljudje sploh ne vejo, da sem bolan in se skrivam pred njimi in je prav tako. Kakor se ljudje ti ljudje obnašajo do tebe, tako se ti do njih.« Pri ohranjanju socialne mreže mogoče sama raba psihofarmakov nima neposrednega vpliva, vendar vpliva na socialno mrežo sam začetek rabe zdravil ter hospitalizacija.

4.10 INSTITUCIONALNA KARIERA

V instituciji velja splošno prepričanje, da je uporaba psihofarmakov večja kot izven nje. Uporabniki imajo manjšo možnost izbire, kar se tiče zdravljenja in zdravil. Večinoma imajo uporabniki vtis, da sami ne morejo odločiti o zdravilih in o tem, kako jih zdravijo. Namreč v ustanovi se namreč naleti na omejitve institucionalnega reda (Flaker 2008: 312).

V sklopu vprašanj povezanih z uporabo psihofarmakov me je predvsem zanimala raba psihofarmakov ob hospitalizaciji, nagnjenost osebja do uporabe psihofarmakov ob hospitalizaciji, potreba po zastopniku, vpliv psihofarmakov na poslabšanje zdravja ter informiranost o zdravljenju v bolnici.

A) UPORABA PSIHOFAKOV OB HOSPITALIZACIJI

Nekaj od mojih sogovornikov se je pritožilo nad preveliko rabo psihofarmakov ob hospitalizaciji »Zmeraj je večja, to želijo zdravniki premalo je psihološkega dela iz njihove strani«, »Ja se spomnim, da so mi v PB Begunje zvišali in zamenjali . V Polju so pa čisto na novo probali...Zolof, Zyprexa. Začeli so me zdraviti z Akinetonom, Apaurinom«, »če si v bolnici na zaprtem oddelku moraš jesti tista zdravila, ki jih imaš. Nekateri doktorji preveč pacienta nafilajo z zdravili.« in »Večja ful, pretirana raba.«. V bolnici se je zgodil tudi enemu od mojih sogovornikov interakcijski prekršek »Bil sem dvakrat hospitaliziran. Prvič nisem dobival zdravil, nato sem imel razgovor. Tam so me ignorirali in sem se razjezil. Nato so mi predpisali injekcijo in večjo dozo zdravil.« Zanimiv mi je bil tudi stavek enega od sogovornikov »Povečajo dozo zdravil, ker te želijo mirnega. Samo dobiš in moraš biti tiho.«.

B) NAGNJENOST OSEBJA K RABI PSIHOFAKOV

Glede osebja je bila le ena od osrednjih trditev »Osebje izvaja tisto, kar jim zdravnik naloži.«ter zanimiva anekdota iz zaprtega oddelka ene od sogovornic »Ko sem bila zaprta na ženskem oddelku so bile ene ženske tako problematične, da sem se jih bala. So mi povedali, da so imela elektrošoke, živčne zlome. Verjetno so bile prestrašene pa so jih dajali v prisilne jopiče«. Ena od sogovornic je tudi zajela odnos do psihofarmakov pred leti s strani bolnišničnega osebja »... nazadnje ko sem bila pred 15 leti, je takrat zdravila uporabljajo kot kazen.«.

C) POTREBA PO ZASTOPNIKU NA PODROČJU DUŠEVNEGA ZDRAVJA

Dva od sogovornikov sta izrazila potrebo po zastopniku zaradi prevelike rabe psihofarmakov. V prvem primeru sogovornik ni bil informiran »Nisem vedel, da mi pripada...Če gledam nazaj bi ga uporabil zaradi prevelike rabe zdravil«, v drugem ni bilo te možnosti »Bi rabila zagovornika, vendar takrat ga še ni bilo. Manjše doze zdravil in bi bilo boljše.«. Eni od sogovornic je zadostovalo posredovanje bližnjih »Ni bilo tako hudo, skozi so bili tudi domači zraven. ».

D) POSLABŠANJE ZDRAVJA ZARADI RABE PSIHOFAKOV

Stranski učinki psihofarmakov pogosto povzročajo težave s težo in apetitom, kar sta opazila tudi dva od mojih sogovornikov »Zaradi uporabe zdravil sem shujšal. Več zdravil povzroča tudi debelost ter nihanja v teži« in »Je problem z apetitom..ne skrbim za gibanje in se redim«. Eden se je pritožil zaradi zmanjšanja kondicije »Ja imam manj kondicije.«. Dva sogovornika imata zaradi rabe zdravil psihosomatske bolezni »Zaradi bolezni imam privide, prisluhe, tesnobo, strahove. Naredila se mi je vodna cista. Sem bila tudi na Soči, ker me je strah hoditi. V Soči so mi rekli, da moram delati vaje. Imam vrtočlavico, strah pred hojo.« in »Prej nisem imel težav, zdaj imam psihosomatske bolezni astmo, povišan sladkor v krvi in holesterol, aritmijo srca.«.

E) INFORMIRANOST O ZDRAVLJENJU V INSTITUCIJI

Sogovorniki so dajali različne izjave glede informiranosti o zdravljenju v institucijah bodisi je bila zadostna »Dosti informacij sem dobila o zdravljenju« ali nikakršna »Nobenih informacij nisem dobil. Nafilali so me s tabletami, moraš biti tiho in prenašati.«.

4.11 NAMESTO HOSPITALIZACIJE IN INSTITUCIONALIZACIJE

V sklopu vprašanj sem želela ugotoviti poznavanje preventiv pred hospitalizacijo in uporabo psihofarmakov, alternative rabi psihofarmakom, potrebo po uporabi psihofarmkov v krizi, razloge za krizo ter njihove strategije za izogibanje hospitalizacijam.

A)PREVENTIVE PRED HOSPITALIZACIJO IN UPORABO PSIHOFAKOV

Nekateri sogovorniki ne priznavajo preventiv, vendar zaupajo v psihofarmake, saj jim dajejo občutek varnosti »Ne verjamem, jaz verjamem v tablete, ki jih imam. Ne bi imela dobrega občutka, da bi se zdravila brez zdravil. Se počutim tako varno.«, pomaga vzdrževati stabilno psihično stanje »Če jih redno jemljem, sem lahko zunaj bolnice in normalno funkcioniram. Opustitev zdravil pomeni, da se stanje poslabša.« in »Ne poznam preventive. Ni alternativ, tukaj je kemija.« Dva od sogovornikov predstavljata kot preventivno skrb zase ter pomen stabilnega okolja »Ne skakat v vodo iz velikih višin. Pazi svoje glavo in telo.« , »Sprehodi v naravo, ukvarjanje s športom, čim več umskega dela.« »...mislim, da so osnovne stvari, da imaš čimbolj stabilno življenjsko okolje- ne preveč kaotično življenje, dobro socialno mrežo, ljudi s katerimi imaš kvalitetne odnose. Moraš najti pravo ravnovesje med delom in sprostivitvijo. To lahko povzroči preveč stresa, deloholičnost. Skrbeti moraš zase psihično in fizično. Probaš biti več na svežem zraku, zmerno uporabljati alko, droge.« Eden od sogovornikov vidi v duhovni viri preventivo »Zaupanje v Boga preko Jezusa Kristusa. Bolj kot katerikoli religiozno izkustvo prej. Vera kot osebni odnos«.

B) ALTERNATIVE PSIHOFAKOM

Tisti sogovorniki, ki so že prej poudarjali pomen psihofarmakov, (so) tudi v alternativah niso videli možnosti »Ne gre brez zdravil.«. Drugi sogovorniki so različno opredeljevali alternative na primer kot preusmeritev problemov »Dandanes je težko najti pravo alternativo (meditacija mogoče). Da se navadiš, da preusmeriš svoj um na drugo področje. Da se prizemliš.«, dva izmed njih v psihološkem svetovanju »Sem bil v CMZ, kjer nisem bil pripravljen jemati zdravila in mi niso jih tudi vsiljevali. Je bilo pa dosti psihološkega svetovanja, ukvarjanje s športom, pogovori v skupinah.« in »Čim več pogovorov s psihologi, posebej z psihoanalitiki, zelo je pomembna tudi družinska terapija.«. Ena od sogovornic je poudarila pomen psihoterapije »Alternativ je veliko, odvisno pa od človeka kaj mu pomaga. Jaz mislim, da je psihoterapija in svetovanje kar v redu. Odvisno tudi na koga naletiš, moraš se z njim osebno ujeti. Kar nekaj let sem hodila na skupinsko psihoterapijo, mislim da mi je pomagala. Potem so še druge..bioenergija, akupunktura.«.

Na okrogli mizi Več pogovora manj zdravil so strokovnjaki in udeleženci Iz-hoda predlagali »Omogočiti bi morali biti svetovalne pogovore, urejanje okoliščin za lažje soočanje s krizami

in druge pogoje za dostojno življenje.« ter »Po neki krizni situaciji bi morali takoj začeti iskati rešitve, ki bi omogočale postopno prenehanje in zamenjavo psihofarmakov z drugimi oblikami pomoči (alternative zdravljenju, meditacija, bioenergija, psihoterapija,.....)«.

C) UPORABA PSIHOFAKOV OB KRIZI

Skoraj vsi sogovorniki so poudarili dobro učinkovanje psihofarmakov ob krizi v smislu pomiritve »Pomirjevala so zakon, če sem imel krizo pa sem bi bil doma sam.« ali v zmanjšanju simptomov krize »Zdravila zmanjšajo simptome krize, kateri so npr. blodnje, prisluhi..pa zniža pretirano energijo. Ko imaš psihotično krizo bi lahko bil cel dan pokonci.«. Eden od sogovornikov se tudi poslužuje dodatne rabe psihofarmakov, ki mu oblaži simptome krize »Ko imam krizo mi uporaba psihofarmakov pomaga zaspiti. Ravnam po občutku, takrat ko se slabše počutim vzamem več zdravil.«.Medtem ko enemu od sogovornikov deloma, saj mu tudi vera naj bi omogočala boljše soočanje s krizo »Menim, da delno je, vendar dosti bolj koristi zaupanje v nekaj in to, da je nekaj kar je v prihodnosti pri tebi odpuščeno. In kar se tiče večnega življenja, sem prepričan, da bom preživel večnost z Bogom. Sigurnost v nekaj, nekaj stalnega.«. Sogovornica se pritoži glede neučinkovitosti psihofarmakov »...problem ker to je kot droga. Po parih letih ti ne pomaga več. Si zadrogiran.«

D) BREZ UPORABE PSIHOFAKOV V KRIZI

Eden od sogovornikov mi je odgovoril z vplivom počutja na rabo psihofarmakov »Če si na zdravilih izpostavljen negativnim čustvenim stanjem, bo vsako zdravilo še bolj pripomoglo k razglabljanju psihe.«, drugi z verskim prepričanjem »Preprečil bi krizo, da bi omilil stres pa da bi bil siguren, da mi je Bog odpustil. S tem bi imel bolj pošlihtano v glavo.«.

E) RAZLOGI ZA KRIZO

Kot razloge za krizo so sogovorniki največkrat navedli probleme iz okolice in neuspešno premagovanje lastnih problemov. Eden od sogovornikov je poudaril pomen vpliva okolja na krizo »Kriza je največkrat pogojena z okoljem«, drugi stres in krivdo za preteklo dejanje, preveliko senzibilnost »imam sliko očeta, ko je mam tepel ali ko je človek osamljen. Sem zelo občutljiva, če kdo joče sem tudi jaz žalostna.«, tretji uporabo opojnih substanc »Če se

nakadim, manija pride.«, četrta obenem probleme v partnerstvu »Ne vem, lahko je stres, da ti nekdo umre, da si v odnosu, ki je nemogoč...nimaš zadosti poguma da bi ga končal.«.

F) STRATEGIJE ZA IZOGIBANJE HOSPITALIZACIJAM

Večina sogovornikov se je izognila vprašanju o izogibanju hospitalizacijam. Ena od sogovornic je sicer podala indiferentno izjavo »Če bi prišlo do hospitalizacije bi šla, drugače pa ne.«. Dva sogovornika sta mi vsak na svoj način pokazala, kako bi se jim lahko izognila, prvi z terapevtsko družbo »Izognil bi se hospitalizacijam s tem, da bi hodil v terapevtsko družbo za kakšen teden« in pomočjo bližnjih pri organiziranju kriznega tima »Če bi začutila, da se mi začenja nekaj dogajati, konkretno pri psihotični krizi, ne veš da se ti to dogaja. Definitivno bi poskusila preko prijateljev, družine, pač organizirati krizni tim. Na nekoga bi se oprla.«. Na okrogli mizi Alternative prisili in zapiranjem tekom Iz-hoda so bili podani naslednji predlogi ustanavljanja različnih stvari organizacij in timov, ki bi ljudem lahko pomagali. Pojavlja se več alternativ, npr. krizni timi, krizni centri, preživljanje krize doma (kar je koristno zaradi tega, da uporabnik lažje ohrani kontakt s stvarmi, ki jih počne) ali preživljanje krize na tujem domu, oblazinjene sobe. O načinu preživljanja krize na tujem domu, kjer človek človeku omogoči, da krizo preživi v normalnem okolju, kažejo pozitivne izkušnje iz tujine.

4.12 STANOVANJE

Stanovanje je ena od temeljnih potreb, ki jih je oblikovala naša civilizacija. Stanovanje je prostor za druženje, za ustvarjanje družine, shranjevanje stvari, prostor, ki naj bi nam omogočal zasebnost (Flaker 2008: 111).

Pri stanovanjski problematiki me je predvsem zanimala prisotnost težav zaradi najemanja stanovanj, potreba po prilagojenosti, prisotnost pogovora o psihofarmakih s sostanovalci,.

A)PRISOTNOST TEŽAV PRI NAJEMANJU STANOVANJA

Štirje moji sogovorniki prebivajo v obliki Stanovanjske skupine, medtem ko sta dva pri starših, eden pa v samostojnem stanovanju-Ne vidijo težav pri najemanju stanovanja zaradi

uporabe psihofarmakov, eden od sogovornikov vidi glavni problem v denarju »Stanovanje je odvisno od denarja. Če ga upokojujejo je še nekako, drugače težko. Edina možnost SS....«, drugi v zdravstveni omejitvi.

B) POTREBA PO PRILAGOJENOSTI STANOVANJA OB KRIZI

Trije sogovorniki vidijo predvsem potrebo po podpori, ta pa naj bi bila lahko v obliki pomoči pri vsakdanjih opravilih »Rabi normalno stanovanje in neko socialno pomoč, da pospravlja za sabo in čisti stanovanje.« ter »Ne prilagojeno stanovanje, samo nekoga, ki bi pomagal pri osnovnih opravilih.« in pri podpori s strani socialni služb »Ni potrebno prilagoditev stanovanja. Če si sposoben normalno funkcionirati, lahko živiš v stanovanju. Moraš imeti suport, da te lahko nekdo obišče v stanovanju, vsaj enkrat tedensko. » Ob krizi sogovornik vidi le bolnico »Ko prideš v krizo si lahko narediš škodo, si moteč faktor za okolico in takrat je najbolje, da greš v bolnico.« Eden od sogovornikov je tudi poudaril pomen dobrih sosedskih odnosov »Dobro je, da nima nemirnih sosedov.« Ob krizi naj bi človek tudi moral biti bolj pozoren na stvari »Večkrat grem v kuhinjo pogledat. ...imam spomin dober, znajdem se slabo.«.

C) PRISOTNOST POGOVORA O PSIHOFAKMAKIH S SOSTANOVALCI

V Stanovanjskih skupinah je prisotna odsotnost pogovora o psihofarmakih, saj nimajo potrebe po tem »Ne nismo se pogovarjali o rabi psihofarmakov.«. Medtem ko se tisti, ki prebivajo doma, več pogovarjajo ali jih prosijo za pomoč v danih situacijah, kot je kriza »...sem jim povedala, da prenehujem in, da naj bodo pozorni na spremembe.«

D) OBVEZNOST JEMANJA PSIHOFAKMAKOV

Vsi, ki živijo v stanovanjskih skupinah, morajo redno uživati psihofarmake, saj »V SS je eno od pravil, da moram uživati psihofarmake.«. Po tem sledečem stanovanjske skupine delujejo kot majhne institucije, v katerih je vzpostavljen sistem nadzora. Namesto, da bi uporabnike spodbujale in podpirale v njihovi morebitni želji po prenehanju te delujejo ravno obratno.

4.13 DELO IN DENAR

Delati je ena od osnovnih človekovih potreb. To pomeni zapolnitev veliko različnih človeških potreb glede organizacije identitete, družbenega statusa, preživetja ter vzdrževanja družbenih statusov.

Od mojih sogovornikov sem zlasti želela izvedeti vprašanja glede ovir pri iskanju zaposlitve, prilagoditvi delovnega časa, vplivu psihofarmakov na delovne zmožnosti ter dohodkov.

A) PRISOTNOST OVIR PRI ISKANJU ZAPOSLOTITVE

Ena od mojih sogovornic je trenutno brezposelna, medtem ko imajo trije status invalida po različnih zakonih, eden je vključen v zaposlitveno rehabilitacijo ter eden je brez statusa in prihodkov.

Brezposelna sogovornica ne čuti ovir pri iskanju zaposlitve zaradi rabe psihofarmakov, medtem ko eden izmed sogovornikov kot oviro omenja stigmatizacijo »Dosti težje, predvsem ker je prisotna stigma.«, drugi zmanjšanje koncentracije »Ja, ker je zmanjšana koncentracija.«

B) PRILAGODITEV DELOVNEGA ČASA

Večina sogovornikov vidi možnost zaposlitve s prilagoditvijo delovnega časa v skrajšanju delovnega časa ter zmanjšanju odgovornosti »Človek, ni sposoben delati za polni delovni čas. Mora biti prilagojen brez večje odgovornosti.«, z vključitvijo v zaposlitveno rehabilitacijo »Ja so pa definitivno potrebne prilagoditve delovnega mesta, kot je zaposlitvena rehabilitacija.« ter prilagoditvi delovnega časa »Ne da se delati polni delovni čas, fleksibilno bi se dalo na primer štiri ure skupaj. Da se odpočiješ, ne moreš vsak dan delati. Par dni delaš, potem več ne. Težko osem ur.«. Sogovornik tudi vidi možnost vključitve v društva »Ne, potrebna je prilagoditev. Odvisna je od posameznika in stopnje prizadetosti. Obstajajo tudi društva, kjer se da delati prilagojeno.«, drugi kritiko nanaša na njih »Ni nujno, da bi mi ustrezal fleksibilen delovni čas. Delal sem v Dobroviti, vendar sem se naveličal, enolično delo.« Izrazi potrebo po večji raznolikosti trga dela. Ena od sogovornic je delala, vendar se ji je to zdelo preveč obremenjujoče »Ne bi se mogla vključiti v delo. Bilo mi je težko, ko sem hodila delati.

Zjutraj vstajanje, urejanje, iti na avtobus, peš do stavbe Šenta. Težko bi bilo preveč obremenjujoče.. ne bi mogla delati.«. Glede vloge psihofarmakov pa mi je sogovornik povedal, da »Ja, sem delal..brez zdravil pa nisem zdržal.«

C)VPLIV PSIHOFARMAKOV NA DELOVNE ZMOŽNOSTI

Kar nekaj sogovornikov je potožilo nad zmanjšanjem delovnih zmožnosti po rabi psihofarmakov »Zelo so se mi zmanjšale, sploh vplivajo stranski učinki.«, ». Ja so se mi opazno zmanjšale delovne zmožnosti.« ter »Koncentracija konkretno, spomin.«.

D)IZGUBA DELOVNEGA MESTA

Moji sogovorniki večinoma že pred uporabo psihofarmakov niso bili zaposleni, zato se tukaj ne prikaže realen prikaz. Eden od sogovornikov je sicer zaradi poslabšanja psihičnega stanja izgubil podjetje »Sem zbolel in mi je propadlo podjetje. Nerealno razmišljal in potem so negativne posledice tu. Izgubil sem vse in potem končal na psihiatriji.«.

E)DOHODKI

Ena od mojih sogovornic je trenutno brezposelna, medtem ko imajo trije status invalida po različnih zakonih, eden je vključen v zaposlitveno rehabilitacijo ter eden je brez statusa in prihodkov. Dohodki so se jim seveda zmanjšali zaradi rabe psihofarmakov in nastopa težav, vendar sprememba ni očitna. Eden od sogovornikov poudarja pomen invalidnine »Zame je najboljši status invalida, s tem imam zagotovljen prihodek.«

5 RAZPRAVA

Pri raziskavi *odnosa do psihofarmakov* mojih sogovornikov se je pokazalo, da jih ima večina zaupanje v psihofarmake in njihovo vlogo »zdravljenja duševne bolezni«. To utemeljujem z njihovimi izjavami, povezanimi glede stabilizacije psihičnega stanja. Le ena od sogovornic je poudarila njihovo nesmiselnost, saj z njihovo dolgotrajno uporabo ni rešila problema. Na okroglih mizah so se pojavljale izjave iz vrst socialnih delavcev, ki so zagovarjali pomen drugih dejavnikov, zaradi katerih sploh pride do rabe psihofarmakov. Medtem ko so iz medicinske stroke poudarjali pomen rabe psihofarmakov kot zdravila, ki pomaga ljudem ohranjati njihovo voljo do življenja. Iz sledečega lahko sklepam, da je uporabnikov kritičen odnos do psihofarmakov predvsem odvisen od njegove vživetosti v vlogo duševnega bolnika. Kot pravi Flaker (2008: 337) »z jemanjem zdravil bolnik kaže pripravljenost, da se zdravi«. Z jemanjem zdravil »bolnik« ne kaže le pripravljenosti sodelovati pri svojem zdravljenju, temveč si s tem dejanjem izpričuje pripravljenost, da bi bil normalen. Jemanje zdravil je *maša normalnosti*, saj uporabnik s tem, ko pogoltne tableto dnevno, potrjuje, da je del normalnega občestva, ko pa jih preneha jemati, se je uporabnik »odločil«, da ne bo več normalen.«

Med strokoma (socialno in medicinsko) pa je razkorak v razmišljanju že v samem obravnavanju posameznika. Glede ovir pri samostojnosti ne morem jasno postaviti trditve, da naj bi le-te izhajale iz same rabe psihofarmakov in ne iz »duševne bolezni«. Izpostavlja se le nadzor, ki je povezan z jemanjem medikamentozne terapije.

Kar se tiče *informiranosti o psihofarmakih*, se je večina sogovornikov samoiniciativno informirala preko raznih forumov, prijateljev ter literature. Iz tega sklepam, da so dobili premalo informacij iz drugih virov, predvsem tudi zdravnika. Problem lahko nastane pri tistih posameznikih, ki nimajo prijateljev, dostopa do interneta in literature. Čeprav se je ena od izjav sogovornika prav nanašala na nalogo zdravnika o informiranju uporabnika glede stranskih učinkov psihofarmakov. Neinformiranost o psihofarmakih se je izkazala kot problematična točka na okrogli mizi Iz-hoda. Večina mojih sogovornikov se strinja, da bi bilo potrebno izobraževanje o psihofarmakih. Predlog iz strani sogovornice je, da bi samo organizacijo tega prevzela Fakulteta za socialno delo ali društva na področju duševnega zdravja na bazi izkušenj uporabnikov ter sodelovanjem psihiatrov pri pripravi literature. Slednje je bilo tudi izpostavljeno v dokumentu nastalim tekom Iz-hoda »Ormoška

deklaracija«, ki spodbuja različne oblike združevanja uporabnikov, med njimi samoizobraževanje in samoorganizirano izobraževanje.

Pri *trajanju rabe psihofarmakov* so moji sogovorniki izpostavili vseživljenjsko rabo. Večina izmed njih psihofarmake uživa že več let. Le ena od sogovornic je omenila določeno časovno obdobje uporabe psihofarmakov kot preventivno dozo, da se problemi ne ponovijo. Naj pri tem omenim predlog izpostavljen na Iz-hodu, da bi moralo biti predpisovanje bolj ciljno usmerjeno ter krajše. Zamenjava psihofarmakov se je bodisi zgodila na pobudo uporabnika ali psihiatra. Pri tem je eden od sogovornikov poudaril vlogo nadrejenosti psihiatra, ki je tisti ki odloča. Primer dobre prakse s strani sogovornikov na okrogli mizi Iz-hoda je bil, da uporabniki opazujejo sami sebe in povedo kakšna zdravila jim ustrezajo in katera ne. Večina mojih sogovornikov je izpostavilo zadovoljstvo z uporabo psihofarmakov, ki je pogojeno z pozitivnimi učinki le teh.

Z *prenehanjem z uporabo psihofarmakov* je imela večina sogovornikov izkušnje. Razlog za to so bili različni: druge opojne substance, izboljšanje fizičnega zdravja in ohranjanje delovnih zmognosti. Ugotavljam, da so vsi s prenehanjem začutili le trenutno olajšanje, ki ni dolgo trajalo, saj so se jim težave ponovile. Predvsem pa je pri tem izpostavljeno dejstvo, da pri tem niso imeli podpore s strani psihiatra. Čeprav bi bila le-ta zelo dobrodošla, saj je bilo to omenjeno tudi na Iz-hodu – uporabnik bi lahko v primeru nestrinjanja uporabe zdravil imel pravico do postopnega zmanjševanja v dogovoru s psihiatrom.

Glede učinkov psihofarmakov je bilo veliko izrečenega, v dobro jim velja predvsem dejstvo, da nekako poskuša »kemično« uravnavati neko stabilno psihično stanje. Največ stranskih učinkov je povezanih z utrujenostjo, zaspanostjo, zmanjšano koncentracijo, otopelostjo. Za bolj radikalne učinke veljajo slinjenje, navzgor obrnjene oči, ki jih, kot je omenila sogovornica, povzroča uporaba Leponexa. Ena od sogovornic je tudi izjavila, da ni več ista oseba kot je bila. Zanimivo je, da je dr. Breggin (2000 : 117) med stranskimi učinki omenil, da mnogi ljudje intuitivno spoznajo, da lahko z jemanjem psihiatričnih zdravil izgubijo stik s svojimi občutki. Želijo imeti jasne možgane in misli, četudi to pomeni, da bodo doživljali boleče občutke.

Sogovorniki so pri kategoriji *Neumešččenost in pripadnost* izpostavljali predvsem naslednja dejstva o psihofarmakih glede odvisnosti, izbire o zdravljenju s psihofarmaki ter podpore s strani socialnih delavcev in psihiatrov ter sodelovanje med obema strokama. Občutek odvisnosti od psihofarmakov je prisoten pri vseh (razen izjeme) sogovornikih, ki se kaže tudi kot strah pred prenehanjem z nastankom abstinenčne krize ali ponovitve težav. Proste izbire o rabi psihofarmakov sogovorniki, ki stanujejo v obliki Stanovanjskih skupin nimajo, saj je eno od pravil bivanja v tej bivanjski skupnosti redno jemanje psihofarmakov in kontrole pri psihiatrih. Razen v primeru, če uporabnik dobi potrdilo o strinjanju psihiatra z nejezanjem. Na tem mestu bi opozorila na problem, ki se pojavlja v večini stanovanjskih skupin in to je, da zahtevajo redno uživanje psihofarmakov njihovih stanovalcev za bivanje. Iz tega naslova bi se morali strokovni delavci v njih postaviti v vlogo pomočnika uporabniku pri prenehanju z psihofarmaki. Pri tem bi si lahko pomagali z načrtovanjem, usmerjenim k alternativam, analizo tveganja, organizacijo kriznega tima... S strani socialnih delavcev sogovorniki pričakujejo organizacijo kriznega tima, večje spodbujanje k fizičnim aktivnostim, opazovanje uporabnikovega psihičnega stanja ter pravočasno intervencija pred hospitalizacijo. Na okroglih mizi Medikamentalizacija sodobne družbe je bil omenjena tudi mediatorska vloga socialnih delavcev pri psihiatrih glede zmanjšanja psihofarmakov. Če izhajam iz lastnih delovnih izkušenj, ko sem bila velikokrat postavljena v to vlogo, sem mnenja, da je prisotnost socialne delavke (je) lahko koristna. Sama sem enkrat s tem preprečila hospitalizacijo uporabnika. Vendar se mi pri tem izpostavlja tudi vprašanje o zmanjšanju vpliva uporabnika s strani psihiatra. S strani psihiatra moji sogovorniki pričakujejo predvsem namero po upoštevanju njihovih želja o zmanjšanju psihofarmakov ali njihovi prekinitvi. Več časa bi si morali vzeti tudi za osebni razgovor. Sogovornica predlaga vzpostavitev programa odvajanja, pri katerem bi morali sodelovati tudi psihiatri. Bolnice bi morale tudi postati sodobna zdravilišča ter zmanjšati bi se moral čas na zaprtem oddelku.

V dokumentu (nastalim tekom Iz-hoda) Ormoška deklaracija so strokovnjaki zdravstvene in socialne stroke poudarili pomen sodelovanja na področju duševnega zdravja ter začrtali smernice, ki jih povzemam. Sodelovanje in vključevanje uporabnikov v izobraževanje in raziskovanje ter v procese načrtovanja, izvajanja in evalvacije storitev in služb na področju duševnega zdravja. Oblikovati bi se morala delovna skupina za izvajanje pilotskega projekta skupnostne oskrbe na področju duševnega zdravja. Oblikovati in ustanoviti bi se morali skupnostni centri za duševno zdravje.

Nelagodja v interakciji zaradi rabe psihofarmakov večina sogovornikov ne čuti, le dva sta omenila problem opaženega predoziranja ter podcenjevanje s strani bližnje osebe. Kot stranski učinek se pozna uporaba psihofarmakov »zmedenost«, ki lahko vodi do stigmativnih nalepk »džanks«.

Pri poteku *vsakdanjega življenja* se uporaba psihofarmakov pozna predvsem pri zmanjšanju aktivnosti ter vplivu stranskih učinkov kot je slinjenje. Jemanje psihofarmakov večina mojih sogovornikov že dojema kot rutinsko opravilo. Pri vsakdanji rabi psihofarmakov sogovorniki opazijo zlasti problem zaspanosti pri družabnem druženju zvečer ter časovni »natepiranosti« na medikamentozno terapijo. Vsakdana brez psihofarmakov si moji sogovorniki ne znajo predstavljati, s tem je povezan tudi strah pred krizo. Obiski pri psihiatru so odvisni od konkretnega odnosa z njim, večina ima občutek zaupanja, le eden ga nima. Vsi moji sogovorniki se zavedajo, kakšen je vpliv alkohola pri rabi psihofarmakov. Eden od sogovornikov ima še slabe izkušnje z uporabo alkohola, ki so slabo vplivale nanj. Drugemu uporaba marihuane povzroči krizo. Končnih ugotovitev ne moremo skleniti pri rabi, saj naj bi bilo to odvisno tudi od samih zdravil.

Kar se tiče sklopov vprašanj glede *stikov in družabništva*, me je predvsem zanimalo mnenje o uporabi psihofarmakov s strani bližnjih. Ugotavljam, da so jih večinoma nadzirali, čeprav najbolj na začetku rabe. Ena od sogovornic je sama izrazila potrebo po nadzoru v krizi. Potrebe po pogovoru z bližnjimi osebami o psihofarmakih ne čutijo, razen ob občasnih priložnostih. Vsi moji sogovorniki se zavedajo, da uporaba psihofarmakov vpliva na spolno udejstvovanje ter probleme pri nosečnosti (prizadet otrok). Ena od sogovornic je bila na to opozorjena tudi s strani zdravnikov, ki so ji celo odsvetovali spolne odnose. Ugotavljam, da uporaba psihofarmakov vpliva na partnersko življenje. Posebej so diskriminirane ženske, prav tako zaradi uporabe psihofarmakov imajo lahko težave z nosečnostjo ali pa jim poškodujejo njihovega nerojenega otroka. Kot pravi Koresova (2006: 144-145) je medikamentozno zdravljenje s psihofarmaki v času nosečnosti potrebno zniževati ali jo ukiniti, saj lahko resno prizadene plod nerojenega otroka. Najbolj nevarni v času nosečnosti so stabilizatorji razpoloženja, saj je pri njih tveganje za okvare ploda 2-3krat večja kot pri splošni populaciji. Vsa psihotropna zdravila se izločajo v mleko, zato ženskam, ki zdravila potrebujejo, zdravniki

odsvetujejo dojenje. Uporaba psihofarmakov ne vpliva na zamenjavo socialne mreže, vendar je z njo povezana hospitalizacija ter prisotna stigma.

V *instituciji* je od vseh sogovornikov podana trditev, da je bodisi povečana ali pretirana raba psihofarmakov, vzpostavljen je sistem nadzora. Osebe ravna po navodilih psihiatra, ki predpisuje psihofarmake. Moja sogovornica je omenila, da so včasih psihofarmake uporabljali kot kazen. Z Zakonom o duševnem zdravju smo dobili zastopnika na področju duševnega zdravja ter koordinatorje obravnave v skupnosti, potrebo po teh sta dva sogovornika začutila že prej zaradi predoziranja z psihofarmaki. V zvezi z uporabo psihofarmakov je povezana tudi sprememba telesne teže, ki se je v večjih primerih zvišala. Prav tako dva sogovornika imata psihosomatske težave.

Pod točko *Namesto hospitalizacije in institucionalizacije* so mi sogovorniki sprva odgovarjali na vprašanja o možnih preventivah pred hospitalizacijo. Nekateri zaupajo v psihofarmake in jih sprejemajo kot edino možno obliko »zdravljenja«. Brez uporabe psihofarmakov bi zapadli v krizo. Vsak od sogovornikov ima svoje videnje dobre preventive pred uporabo psihofarmakov, pomembno je stabilno okolje ter skrb zase kar izpostavljata dva sogovornika. Tretji sogovornik kot najboljšo preventivo izpostavlja duhovno prepričanje. Pri alternativni uporabi psihofarmakov se največkrat izpostavlja potreba po psihološkem svetovanju, psihoterapiji, preusmeritvi uma na druge stvari... Na okrogli mizi Več pogovora manj zdravil tekom Iz-hoda so izpostavili poleg svetovanja tudi urejanje okoliščin za dostojno življenje. Po neki krizni situaciji bi morali strokovni delavci iskati rešitve, ki bi omogočale postopno prenehanje in zamenjavo psihofarmakov. Uporabo psihofarmakov ob krizi zagovarjajo vsi moji sogovorniki, saj naj bi zmanjševali simptome krize in pomirjali. Eden od sogovornikov se tudi poslužuje uporabo dodatnih psihofarmakov ob krizi. Brez uporabe psihofarmakov bi težko šli čez krizo, razen eden od sogovornikov z verskim prepričanjem. Razlogi za krizo so pri vsakem sogovorniku različni: socialno okolje, neuspešno premagovanje lastnih problemov, prevelika senzibilnost, problemi v zvezi z partnerstvom, krivda za preteklo dejanje. Vprašanja glede strategij za izogibanje hospitalizaciji, se je večina sogovornikov izognila, sicer pa jo nekateri sprejemajo in ne doživljajo kot stresno. V izogib hospitalizacijam naj bi bila terapevtska družba ali krizni tim. Predlogi na okrogli mizi tekom Iz-hoda so bili še krizni center, preživljanje krize na tujem domu, oblazinjene sobe. Skleпам, da moji

sogovorniki niso dovolj ozaveščeni o alternativah možnostih uporabe psihofarmakov in hospitalizacijam.

Težav pri najemanju *stanovanja* zaradi rabe psihofarmakov moji sogovorniki nimajo, največkrat je omenjen dohodek kot težava. Ob majhnem dohodku si lahko privoščijo le nastanitev v stanovanjski skupini. Prilagojenost stanovanja v primeru krize ni potrebna, tu nastopi večja potreba po strokovni podpori pri vsakdanjih opravilih. Dobro je imeti tudi mirno okolje v smislu sosedskih odnosov. Sogovorniki ne čutijo potrebe po pogovoru s sostanovalci o psihofarmakih, to velja predvsem za tiste, ki živijo v stanovanjskih skupinah. Kot je bilo že omenjeno, je v stanovanjskih skupinah obvezno jemanje psihofarmakov.

Pri *delu* se uporaba psihofarmakov največkrat pozna zaradi manjše koncentracije ter stigme (ta je povezana z duševno boleznijo). Večina uporabnikov meni, da bi bile potrebne prilagoditve delovnega časa zaradi uporabe psihofarmakov. Potrebo vidijo v zmanjšanju odgovornosti na delovnem mestu, vključitvijo v zaposlitveno rehabilitacijo, večji izbiri raznolikih del v invalidskih podjetjih (zahtevno-manj zahtevno). Vsi so opazili zmanjšanje delovnih zmožnosti zaradi rabe psihofarmakov. Eden od sogovornikov je zaradi krize izgubil podjetje in so se mu s tem zmanjšali dohodki. Večina od sogovornikov že pred uporabo psihofarmakov ni bila zaposlena zato se jim dohodki niso opazno spremenili zaradi njihove uporabe.

Z raziskavo sem dobila deloma verodostojne podatke. Zaradi različnosti in edinstvenosti mojih sogovornikov zaključkov ne morem posplošiti. Večina mojih sogovornikov je zadovoljnih z rabo psihofarmakov, saj naj bi jim omogočali vzdrževati »stabilno psihično stanje«. Le ena od sogovornic izpostavlja kritičnost glede uporabe psihofarmakov, saj naj bi bila njihova uporaba opravičljiva v času krize. Sogovorniki so zelo malo informirani o alternativnih metodah, ki bi bile bolj učinkovite od rabe psihofarmakov. Navadno dobijo pomanjkljive informacije iz strani psihiatra, zato se samoiniciativno pozanimajo o njih. Večina jih je obsojenih na vseživljenjsko »zdravljenje«. Pri tem se lahko postavi vprašanje njihove učinkovitosti, saj ne glede na jemanje ali ne jemanje zdravil na vsake toliko časa zapadejo (navadno) v krizo in so hospitalizirani. Torej (potem) trditev glede njihove stabilizacije počutja ravno ne izhaja iz rabe psihofarmakov, vendar je pogojeno z drugimi dejavniki, kot je vpliv socialnega okolja, vključenost itd... Prav pri tem je bil predlog Iz-hoda,

da bi moralo biti predpisovanje bolj usmerjeno in krajše. Pri prenehanju z psihofarmaki je podpora psihiatrov dobrodošla, vendar je noben od mojih sogovornikov ni dobil. Rekli bi lahko, da še vedno velja sistem nadzora. Stališče Iz-hoda pri tem poudarja, da bi morali spoštovati uporabnikovo željo o rabi psihofarmakov. S strani socialnih delavcev se pričakuje podpora v smislu organizacije kriznega tima, opazovanja uporabnikovega psihičnega stanja ter interveniranje pred hospitalizacijo. Torej vloga socialnih delavcev pri tem ni nezanemarljiva, saj bi lahko včasih tudi z večjo podporo preprečili hospitalizacije. Prav tako je bilo na Iz-hodu izpostavljena mediacija v primeru, ko uporabnik želi zmanjšati ali prenehati z rabo psihofarmakov pri psihiatru. Psihiater bi moral si vzeti več časa, da bi prisluhnil uporabniku ter ga podpiral pri morebitnem prenehanju in zmanjšanju zdravil. Pri vsakodnevem življenju se uporaba psihofarmakov pozna na vseh področjih. Torej delovnem z zmanjšanjem delovnih zmožnosti, denarnem z zmanjšanjem dohodkov, pri partnerstvu pri spolnem udejstvovanju, pri tem so posebej v slabem položaju ženske zaradi rizične nosečnosti ter morebitnega »prizadetega« otroka. Prav tako je prisotno nelagodje v interakcijah, kjer so podlaga interakcijskim prekrškom vidni stranski učinki zdravil (slinjenje, tardiva diskinezija...) in tudi stigmativna nalepka »duševnega bolnika«. Alternative so pogosto premalo znane uporabnikom ali nedosegljive. Kot alternative iz strani sogovornikov se našteva psihoterapijo, psihološkem svetovanju, samoopazovanju, terapevtski družbi, kriznem timu. Iz-hod je poleg tega naštel še urejanje okoliščin za dostojno življenje, krizni center ter oblazinjene sobe. Potreba po izobraževanju o psihofarmakih je prisotna, organizirano naj bi bilo s strani Fakultete za socialno delo, uporabnikov, uporabniških združenj ter psihiatrije. Glavne teme bi bile namenjene bolj učinkovitejši rabi psihofarmakov, samoopazovanju in alternativam.

V Sloveniji se področje duševnega zdravja še razvija, saj razen različnih služb na področju duševnega zdravja nimamo možnosti alternativnih storitev v skupnosti, kot jih ima Anglija. Treba jih je torej razviti, tako da bo možnost za bolj dostojanstveno obravnavo v skupnosti možna. Na področju rabe psihofarmakov je še zlasti pomembno sodelovanje zdravstvene in socialne stroke, s tem da bi pripomogli k bolj učinkovitejši rabi zdravil. Poleg načrta zdravljenja bi moral obstajati tudi program odvajanja ter možnost različnih alternativ rabi zdravil, ki bi bile dostopne vsakomur. Uporabnik bi moral sam sprejeti odločitev o rabi psihofarmakov, strokovne službe bi ga pa morale pri tem podpreti. Obenem bi se morala povečati informiranost o psihofarmakih in njihovih stranskih učinkov uporabnikov in

strokovnih delavcev. Nezaželene učinke zdravil pa bi morali znižati na minimum oz. v primeru nastanka kriti iz zdravstvenega zavarovanja pravico do rehabilitacije.

6 SKLEPI

- Večina uporabnikov ima zaupanje v psihofarmake in njihovo funkcijo »zdravljenja« duševne bolezni.
- Socialna in zdravstvena stroka imata različno mnenje o rabi psihofarmakov, ki izvira iz njunega pogleda na posameznika ter obravnave.
- Večina uporabnikov se samoiniciativno informira o psihofarmakih. Nalogo psihiatra vidijo v tem, da jih informira o stranskih učinkih. Večina uporabnikov čuti potrebo po izobraževanju o rabi psihofarmakov iz strani FSD-ja, društev na področju duševnega zdravja, uporabnikov ob sodelovanju psihiatrije.
- Večina uporabnikov je obsojenih na doživljensko rabo psihofarmakov. Predlog Iz.hoda je bil, da bi moralo biti predpisovanje bolj ciljno usmerjeno ter krajše. Zamenjavo psihofarmakov predlaga uporabnik ali psihiater.
- Uporabniki prenehajo z uporabo psihofarmakov na lastno pobudo, vendar vsem se je po določenem času poslabšalo stanje. Razlogi za prenehanje z uporabo psihofarmakov so različni: uporaba druge opojne substance, potreba po izboljšanju fizičnega počutja ter ohranjanje delovnih zmožnosti. Ob prenehanju s strani psihiatra ni bilo nobene podpore. Pri tem naj omenim še stališče Iz-hoda, ki omenja, da bi moral uporabnik, kadar se ne strinja z nadaljevanjem uporabe psihofarmakov, imeti možnost postopnega zmanjšanja. Pri tem naj izpostavim še učinkovitost zdravil, o čemer pa bolj podrobno že pišem v razpravi.
- Uporabniki izmed pozitivnih učinkov psihofarmakov omenjajo stabilizacijo psihičnega stanja, negativni stranski učinki pa so utrujenost, zaspanost, otopelost ter zmanjšana koncentracija.
- Pri psihofarmakih je občutek odvisnosti prisoten predvsem zaradi abstinenčne krize ali ponovitve težav. Izbire o rabi psihofarmakov stanovalci nimajo, saj velja eno od pravil, da jih jemljejo, razen če ne dobijo potrdila o strinjanju psihiatra z nejezanjem.
- S strani socialnih delavcev uporabniki pričakujejo podporo v smislu organizacije kriznega tima, večjega spodbujanja k aktivnostim, opazovanja uporabnikovega psihičnega stanja ter pravočasno intervencijo pred hospitalizacijo.
- S strani psihiatra se pričakuje predvsem spoštovanje volje po zmanjšanju ali prekinitvi jemanja psihofarmakov ter času za osebni razgovor.

- Stigmatizacije uporabniki ne čutijo, vendar pa so posledice stranskih učinkov (zmedenost), zaradi katerih lahko čutijo nelagodje v interakciji in dobijo zaradi tega posledično stigmativno nalepko.
- Pri vsakdanjem življenju se uporaba psihofarmakov pozna predvsem pri zmanjšanju aktivnosti, ovira jih lahko pri družabnem življenju.
- O rabi alkohola in drugih substancah so informirani vsi. Tisti, ki jih v prekomerni rabi uporabljajo skupaj z zdravili, imajo težave s poslabšanjem psihičnega stanja.
- Pri rabi psihofarmakov je večina uporabnikov imela nadzor, sploh v začetni fazi jemanja.
- Ovire pri partnerstvu so prisotne zaradi rabe psihofarmakov zlasti pri spolnem udejstvovanju. Ženskam odsvetujejo zanositev, saj bi se lahko rodil prizadet otrok.
- V instituciji prevlada pretirana ali povečana raba psihofarmakov. Potreba po zastopniku v instituciji je bila potrebna že pred njegovo uveljavitvijo, saj je prihajalo do prevelike rabe psihofarmakov.
- S psihofarmaki so povezane psihosomatske težave.
- Uporabniki verjamejo v psihofarmake in jih vidijo kot edino možnost zdravljenja. Preventivo pred njihovo uporabo vidijo v stabilnem okolju, skrbi zase ali verskem prepričanju. Alternativo psihofarmakov prepoznajo v psihoterapiji, psihološkem svetovanju, osredotočenju na druge stvari. Na Iz-hodu so bile podane poleg svetovanja tudi urejanje okoliščin za dostojno življenje. Naloga socialnih delavcev bi morala biti v urejanju okoliščin, ki bi omogočale prenehanje in zamenjavo psihofarmakov.
- Uporaba psihofarmakov v krizi vsem pomaga in olajšuje simptome krize, jih pa ne zaščiti pred hospitalizacijo. Razlogi za krizo so pogojeni z okoljem, problemi na različnih področjih, stresom. Kot strategije za izogibanje psihofarmakov so bile podane terapevtska družba ali krizni tim. Poleg tega so bile Iz-hoda podane še krizni center, oblazinjene sobe.
- Pri najemanju stanovanja je največji problem denar. Ob krizi bi želeli nekoga, ki bi jim pomagal pri vsakdanjih opravilih, posebna prilagoditve stanovanje ne bi bile potrebne.
- Pri delu se uporaba psihofarmakov pozna zaradi zmanjšanja delovnih zmožnosti ter stigme, prisotne z duševno boleznijo. Potreben bi bil fleksibilnejši delavnik in večja izbira možnosti zaposlitev.

7 PREDLOGI

Moji predlogi so naslednji. Potrebna bi bila večja ozaveščenost in informiranost glede alternativnejših metodah spopadanja s stisko (psihoterapija, telesna aktivnost, bioenergija) s strani strokovnjakov medicinske in socialne stroke, posebej bi pa poudarila vlogo psihiatra, ki uživa s strani uporabnikov psihofarmakov največje zaupanje. Prav tako bi moral psihiater podpirati uporabnike pri prenehanju ali zmanjševanju psihofarmakov ter posvetiti več časa (naklonjenega) uporabniku za razgovor. Za boljšo informiranost uporabnikov bi morali organizirati izobraževanje o rabi psihofarmakov s poudarkom na učinkih zdravil, zamenjavi zdravil, prenehanju z psihofarmaki, samoopazovanju ter alternativami zdravil. Organizacija izobraževanja bi lahko potekala s strani Fakultete za socialno delo, uporabnikov psihofarmakov, uporabniških združenj ter predstavnikov psihiatrije. V ta namen bi lahko organizirali tudi okrogle mize na določeno tematiko.

S strani socialnega varstva bi morali strokovni delavci ponuditi pomoč pri povečanju vpliva uporabnika pri psihiatru z mediacijo, če je ta potrebna, ter intervenirati pred hospitalizacijo z organizacijo kriznega tima. Vsak uporabnik sam najbolje ve, kako bi se lahko spopadel s krizo ter s prekinitvijo od psihofarmakov in kaj bi mu lahko omogočilo večjo vključitev v okolje. Pri načrtovanju smo pozorni na te dejavnike, naredimo tudi analizo tveganja. Ukiniti bi se moral sistem nadzora (nadzora) v stanovanjskih skupinah o obveznosti jemanja psihofarmakov ter usmeritev k alternativam ter spodbujanju psihiatrov k vključevanju v njih.

Večje sodelovanje zdravstvene in socialne oskrbe v korist uporabnika ter ustanavljanje kriznih centrov, dnevnih bolnišnic po zgledu Anglije in Italije, ki bi pripomogle k boljši obravnavi v skupnosti. V Angliji imamo primer dobre prakse neposrednega financiranja v obliki osebnih paketov, ki bi uporabniku tudi omogočala možnost alternativnih zdravljenj ter rehabilitacije. V primeru psihosomatskih bolezni zaradi stranskih zdravil uveljavitev pravice do zdravstvenega zavarovanja do zdravilišča in rehabilitacije. Večja izbira na trgu dela za uporabnike psihofarmakov z fleksibilnejšim delovnim časom ter večjo raznolikostjo del.

Nazadnje, kot je bilo napisano v Ormoški deklaraciji vzpostavitev pilotnega programa oskrbe v skupnosti v sodelovanju zdravstvene in socialne oskrbe.

8 LITERATURA IN VIRI

Breggin P., Cohen. D. (1999), Your drug may be your problem. Philadelphia. De capo press.

Dragoš, S. (2007), Skupnostno socialno delo. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Flaker, V. (1998), Odpiranje norosti: Vzpon in padec totalnih ustanov. Ljubljana: Založba cf .

Flaker, V., Lamovec T. (1993), Kaj je duševna bolezen. Socialno delo. 32. 3-4.

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.

Flaker, V., Cuder, M., Nagode, M., Podbevšek, K. Pogvornik, N. , Rode, N. Škerjanec, J., Zidar, R.(2008), Vzpostavljjanje osebnih paketov storitev: poročilo o pilotskem projektu Individualiziranje financiranja storitev socialnega varstva. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Flaker, V, Urek, M., Škerjanc, J., Oreški, S., Kobal, B., Nagode, M, Jakob, P. Rafaelič, A., Mali, J., Cigoj Kuzma, N. (2009), Formalni in strokovni okvirji za uvajanje in izvajanje Zakona o duševnem zdravju. Ljubljana: Inštitut za socialno varstvo.

Foucault, M. (1998), Zgodovina norosti v času klasicizma. Ljubljana: Založba cf.

Glasser W. (2003), Psihijatrija je lahko nevarna za vaše zdravje. Radovljica: Mca.

Iz-hod. Ormoška deklaracija. (Julij 2010), <http://www.iz-hod.info/sl/ormoska-deklaracija/80/petition>)

Iz-hod. Alternative prisili in zapiranj. URL: <http://www.iz-hod.info/okroggle-mize> (25.8.2010)

Iz-hod. Več pogovora manj zdravil. URL: <http://www.iz-hod.info/okroggle-mize> (25.8.2010)

Iz-hod. Medikalizacija sodobne družbe. URL: <http://www.iz-hod.info/okroggle-mize> (25.8.2010)

- Lamovec, T. (1993), Organizacijski vidiki skupnostnih služb. Ljubljana.
- Lamovec, T. (1998), Psihosocialna pomoč v duševni stiski. Ljubljana. VŠSD.
- Lamovec, T. (1995), Ko rešitev postane problem in zdravilo postane strup. Ljubljana. Lumi.
- Lamovec, T. (1999), Kako misliti drugačnost. Ljubljana. VŠSD.
- Lester H., Glasby J. (2010), Mental health policy and practice. Hampshire. Palgrave Macmillan.
- Kores Plesničar (2007), Osnove psihofarmakoterapije. Maribor: Medicinska fakulteta.
- Marušič, A. (2002), Meje med institucionalno in skupnostno psihiatrijo. Begunje. URL: <http://www.pb-begunje.si/Osnova/stran.php?tid=260> .
- Means, R. e tal (2008), Community care. Hampshire. Palgrave Macmillan.
- Mesec, B. (1997), Metodologija raziskovanja v socialnem delu I. Študijsko gradivo za interno uporabo. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Mesec, B. (1998), Uvod v kvalitetno raziskovanje v socialnem delu. Ljubljana: VŠSD.
- Mesec, B. (2009), Metodologija raziskovanja v socialnem delu I- Načrtovanje raziskave, Ljubljana: Fakulteta za socialno delo .
- Mesec, B. (2007), Metodologija raziskovanja v socialnem delu II, Ljubljana: Fakulteta za socialno delo .
- Mesec, B. (2003), Navodila za pisanje diplomske naloge in opravljanje diplomskega dela. Ljubljana. Fakulteta za socialno delo.
- Mosher R.L., Burti L. (1989), Community mental health. Canada: Penguin Book Canada Ltd.
- Pregelj P., Kobentar R. (2009), Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju. Ljubljana: Rokus Klett.

Szasz, T. (1970), Ideology and insanity. New York. A dobleday Anchor original.

Škerjanec, J (2006), Individualno načrtovanje z udejanjenjem cilje- Pomen uporabniškega vpliva pri zagotavljanju socialno-varstvene storitve. Ljubljana: Center RS za poklicno izboraževanje.

Zaviršek, D. (1991), Predstavitev psihiatričnega testamenta. Sub-psihiatrične študije (časopis za kritiko znanosti). Ljubljana: Študentska organizacija Univerze v Ljubljani.

Zupančič M., Predpisovanje psihofarmakov v ambulantni splošne medicine (URL: http://www.drmed.org/strok/ssi/predpisovanje_zdravil/marjeta.htm, 13.4.2011)

Zakon o duševnem zdravju (ZDZdr), Ur. l. RS št. 77/2008

Weinstein, J. (2010), Mental health, service user involvement and recovery. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publisher.

9 POVZETEK

Diplomska naloga je razdeljena na dva dela, teoretični uvod in raziskovalni del. Prvi del je namenjen boljšemu vpogledu v samo tematiko, ki jo obravnava raziskovalni del. Teoretični uvod začnem s samim konceptom duševne bolezni, zaradi katere se sploh predpisujejo psihofarmaki. Nato sledi pogled v zgodovino psihiatrije ter v pojav dezinstitutionalizacije, s katero naj bi z uvedbo psihofarmakov povzročili odpiranje psihiatričnih bolnic. Psihofarmaki so se pojavili kot »čudežna rešitev« za možnost življenja ljudi s psihozami v skupnosti. Sledijo antripsihiatrična gibanja, ki so poudarjala alternativnejše metode dela s posameznikom namesto uporabe psihofarmakov. Nato sem se opisala metode zdravljenja v klasicizmu, ki je izhajal iz povezave med telesom ter duševno boleznijo.

Za boljše razumevanje samih psihofarmakov opišem njihovo definicijo ter njihove vrste. Nadaljujem z stranskimi učinki psihofarmakov, ki jih je cela vrsta in bi lahko postavili trditev, da tako kot pravi Lamovčeva (1998: 115), kje se preneha »duševna bolezen« in se začnejo stranski učinki zdravil. Nato sledi odvajanje z psihofarmaki, ki zna biti zaradi kemične odvisnosti problem odtegnitvenih simptomov. Predvsem je potrebno postopno prenehanje z uporabo psihofarmakov. Uporaba psihofarmakov je v krizi najbolj opravičljiva, saj takrat njihovi učinki pomagajo olajšati simptome krize. V primeru krize je najboljša alternativa hospitalizaciji organizacija kriznega tima, ki pa se dandanes ne uporablja v praksi zaradi pomanjkanja finančnih sredstev. V nadaljevanju opisujem psihiatrični testament, ki ga je objavil znani antipsihiater Thomas Szasz, ki naj bi ščitil ljudi pred psihozami in psihiatrijo in naj bi omogočal, da osebe v stanju zavesti načrtujejo katero obravnavo želijo v prihodnosti. Pogosto je predpisovanje nenadzorovano, pri tem bi lahko z načeli glede rabe psihofarmakov. To so dobro poučeni uporabnik, oblast ljudem ter možnost razpologanja z alternativnimi oblikami psihosocialni pomoči s podporo socialnih delavcev omogočila učinkovitejšo njihovo rabo. Zlasti naj bi bila problematična raba nevroleptikov, ki povzročajo največ odvisnosti ter recidov pri prenehanju. V nadaljevanju diplomske naloge se posvetim opredelitvi skupnostnega duševnega zdravja.

Nato v naslednja poglavja namenim politiki duševnega zdravja, kot primer dobre prakse za uporabnike psihofarmakov. V Angliji je na razpolago več alternativnih storitev v skupnosti, kot so krizne hiše, dnevne bolnišnice ter skupnostne bolnišnične enote, ki omogočajo

primernejšo obravnavo posameznika s težavami v duševnem zdravju. Neposredno financiranje storitev za uporabnike s težavami v duševnem zdravju omogoča večji izbor storitev posamezniku kot tudi individualizirano obravnavo. Pri stanju socialne izključenosti, zlasti po raziskavah narejenih v Angliji, povzroča brezposelnost ljudi s težavami v duševnem zdravju. Omejena ponudba delovnih mest za njih pa predstavlja poklice z manjšo odgovornostjo, ki lahko tudi povzročajo prisotnost večje stigme. Sodelovanje med zdravstveno in socialno oskrbo, ki naj bi bilo zlasti v korist posamezniku predstavljajo različni pogledi na zdravljenje duševne bolezni, kot tudi različna družbena razmerja moči med poklicno stroko. Sodelovanje uporabnikov pri storitvah duševnega zdravja je pomembno zlasti zato, ker oni najbolj vedo, kakšne storitve potrebujejo. Težave pri tem pa so podane predvsem zaradi pomanjkanja finančnih sredstev, prevelikih stroškov, nereprezentativnost ter razlike v razmerju moči med uporabniki in strokovnjaki. Načelo dela v skupnostnem duševnem zdravju naj bi bilo predvsem iz perspektive moči, to bi povečalo vključevanje uporabnikov v njihovem zdravljenju in negi. Mnogokrat uporabniki nimajo izbire nad oblikami zdravljenja, kar je zlasti problematično iz stališča krepitev moči njihovega vpliva. Pri akutnih storitvah kot je zdravljenje v bolnici, je zagotovljena premajhna kakovost storitev. Nato opredeljujem skupnostno psihiatrijo, ki naj bi se razvijala v skladu z skupnostnim duševnim zdravjem. Njena glavna načela so kontinuirana oskrba, integrirana obravnava ter prožno, humano in aktivirajoče zdravljenje. Z zakonodajo na področju duševnega zdravja smo opazno povečali vpliv uporabnikov in vzpostavili merila za kvalitetnejšo obravnavo. Novi profili, ki so s tem nastali, so koordinator obravnave v skupnosti ter zastopnik na področju duševnega zdravja.

Raziskovalni del je sestavljen iz intervjujev med uporabniki psihofarmakov po vodilih kategorij dolgotrajne oskrbe ter okroglimi mizami, ki so potekale tekom Iz-hoda na temo uporabe psihofarmakov. Obe gradivi sem združila ter ugotovila, da se v nekaterih primerih, kot so učinki psihofarmakov, prenehanje z uporabo psihofarmakov, podpora s strani socialne in zdravstvene oskrbe postavljajo problematične točke. Razlika pa je predvsem v uporabnikovi nekritičnosti zaradi rabe psihofarmakov, ki pa predvsem izhajajo iz medicinskega modela »zdravljenje duševne bolezni« in prednjači njihove mnenje o zadovoljstvu z rabo psihofarmakov. Medtem pa na Iz-hodu poudarjajo predvsem krajšo rabo psihofarmakov ter alternativne metode zdravljenja z zdravili. Iz tega izhajam, da so uporabniki predvsem premalo informirani o alternativnejših možnostih metod zdravljenja.

V sklepnem delu podam svoje predloge glede boljše informiranosti o psihofarmakih ter možnostjo izobraževanja o njihovi rabi. Predvsem pa je tudi pomembna podpora s strani obeh strok, ki naj bi omogočala postopno prenehanje z rabo psihofarmakov ter poudarjala večanje njihovega vpliva in izbire o rabi. Predvsem pa bi se moralo osredotočiti na alternativne metode zdravljenja, ki pa bi moral omogočiti zvišanje finančnih prihodkov uporabnikov. Namreč financiranje bi moralo potekati v obliki osebnih paketov.

10 PRILOGE

10.1 VPRAŠALNIK ZA INTERVJU

VPRAŠALNIK

STALIŠČA O PSIHOFAKIH

1. Kakšno je vaše stališče o psihofarmakih?
2. Vam pomagajo ali menite, da jih ne potrebujete?

INFORMIRANOST

3. Menite, da ste dovolj informirani o psihofarmakih?
4. Vam je dal zdravnik ob predpisovanju informacije o zdravilih?
5. Ste se tudi kaj sami pozanimali o zdravilih, ki jih uživate? (kje, na kakšen način)

RABA PSIHOFAKOV

6. Kdaj ste začeli jemati zdravila in koliko časa jih že jemljete?
7. Ali imate že dalj časa ista zdravila ali jih zamenjujete? (izrazite sami prošnjo po zamenjavi)
8. Ste zadovoljni z zdravili, kakšne občutke vam sproščajo?
9. Menite, da jih boste morali vseživljenjsko jemati?

PRENEHANJE Z UPORABO PSIHOFAKOV

10. Ste kdaj prenehali z uporabo psihofarmakov-samoincezivno ali na predlog zdravnika?
11. Kako ste se počutili, ko niste uživali psihofarmakov (naštejte občutke-boljše, slabše)?
12. Ste se pozanimali pri zdravniku o najboljšem načinu prenehanja?
13. Kaj vam je zdravnik svetoval?

UČINKI PSIHOFAKOV

14. Kakšni so učinki psihofarmakov?

15. Naštejte pozitivne in negativne učinke psihofarmakov na vas?

NEUMEŠČENOST IN PRIPADNOST

16. Menite, da ste odvisni od zdravil (zakaj in kako)?

17. Bi radi imeli prosto izbiro glede odločitve o zdravilu? Kako bi to dosegli? Katere službe bi pri tem potrebovali?

18. Vas uživanje psihofarmakov moti ali bi živeli samostojnejše brez njih?

19. Na kakšen način bi vam lahko strokovni delavci pri tem lahko pomagali (vloga socialnega delavca, psihiatra)?

20. Bi radi povečali vpliv nad rabo psihofarmakov (kako bi to naredili, katere službe in storitve bi pri tem potrebovali)?

NELAGODJE V INTERAKCIJAH

21. Menite, da zaradi rabe psihofarmakov čutite nelagodje pri ljudeh oz. v družbi? Menite, da se to opazi?

22. Se počutite stigmatizirani (kaj dela stigma)?

VSAKDANJE ŽIVLJENJE

23. Kako vam je raba psihofarmakov spremenila vsakdan?

24. Vam je ritual vzeti zdravila ali nujna potreba (občutki)?

25. Po zaužijete zaužijte čutite utrujenost?

26. Ali vas raba psihofarmakov omejuje v prostem času, kolikor ga imate na voljo?

Bi prenehanje z uporabo psihofarmakov spremenilo vaš vsakdan?

27. Ali vam je obisk pri psihiatru dobrodošel ali bi ga raje izpustili?

28. Zaradi uporabe psihofarmakov omejen alkohol, kdo mi glede na to vam predstavlja oviro?

STIKI IN DRUŽABNIŠTVO

29. Ali vas vaši najbližji nadzirajo nad uporabo psihofarmakov?

30. Se lahko z prijatelji pogovarjate o rabi psihofarmakov?

- 31. Vaš najbližji spodbujajo k uporabi?
- 32. Vas psihofarmaki ovirajo pri partnerstvu ter na kakšen način?
- 33. Ste zaradi rabe psihofarmakov povečali ali zmanjšali socialno mrežo?

INSTITUCIONALNA KARIERA

- 34. Kakšna je raba psihofarmakov ob hospitalizaciji?
- 35. Ali menite, da je oseba nagnjena k uporabi psihofarmakov?
- 36. Katere metode zdravljenja ste že imeli?
- 37. Ste kdaj potrebovali zastopnika zaradi prevelike rabe psihofarmakov?
- 38. Ste opazili, da se je zaradi rabe psihofarmakov poslabšalo vaše telesno zdravje?
- 39. So vam podali zadosti informacij o zdravljenju oz. rabi psihofarmakov v instituciji?

NAMESTO HOSPITALIZACIJE IN INSTITUCIONALIZACIJE

- 40. Kateri so preventivni ukrepi pred uporabo psihofarmakov?
- 41. Katere so alternative, ki bi bile bolj učinkovite od uporabe psihofarmakov?
- 42. Ko imate krizo, se vam zdi, da uporaba psihofarmakov pomaga?
- 43. Kako bi krize preprečevali brez uporabe psihofarmakov?
- 44. Kaj je razlog za krizo?
- 45. Kako bi se izognili hospitalizacijam?
- 46. Menite, da bi morali z uporabo psihofarmakov preprečevati krizo?
- 47. Ali bi bilo potrebno kakšno izobraževanje o rabi psihofarmakov?

STANOVANJE

- 48. Menite, da uporabniki psihofarmakov imajo težave pri pridobivanju stanovanja?
- 49. Bi moralo biti tako stanovanje prilagojeno? (krize)
- 50. So vaši sosojevalci tudi uporabniki psihofarmakov?
- 51. Se s sosojevalci pogovarjate o rabi psihofarmakov?
- 52. Morate tam, kjer živite uživati psihofarmake?

DELO IN DENAR

53. Menite, da zaradi uživanja psihofarmakov (predvsem zaradi stranskih učinkov) težje dobite delo?
54. Menite, da bi zaradi psihofarmakov lahko delali polni delovni čas ali potrebovali fleksibilni delovni čas?
55. So se vam zaradi rabe psihofarmakov zmanjšale delovne zmožnosti?
56. Ste zaradi rabe psihofarmakov izgubili delovno mesto?
57. So se vam zmanjšali dohodki, odkar uživate psihofarmake?

10.2 VSEBINSKO KODIRANJE

10.2.1 TABELE UPORABNIKI

Oseba A (moški, 27 let)

ŠT.	IZJAVA	POJEM
A1	...jaz mislim, da ljudje veliko dajo na substance	družba nagnjena k rabi psihofarmakov
A2	...zdravila, ki povzročajo prijetne občutke niso dobra za človeka...	prevara glede psihofarmakov
A3	Rabim apaurine, ne rabim ostalega. Z pomirjevali mislim da bo šlo...	dobra lastnost pomirjeval
A4	Mislim, da imam tak problem, da rabim zdravila.	prisotnost občutka potrebe po psihofarmakih
A5	Sam pred uporabo nisem bil informiran..	neinformiranost
A6	naloga zdravnika je, da pove, kakšne učinke ima	vloga zdravnika pri informiranju
A7	Zdravnik mi je povedal, da sem dobil antipsihotike	Informiranost o antipsihotikih
A8	Ne, recepte ne berem	nezainteresiranost o informacijah o psihofarmakih
A9	Bi bilo potrebno izobraževanje, vendar sistem ni tako naravnan.	potreba po izboljšanju informiranosti
A10	Začel sem s psihologom v mali šoli...sem mu povedal, da vidim duhove. K psihiatru sem šel v 2. letniku sem užival marihuano, potem ko so me straši poslali k psihiatru	začetki spoznavanja s psihiatrijo v osnovni šoli
A11	Jemljem jih zdaj približno dve leti. Vsega skupaj 5 let.	vmesna prekinitev jemanja
A12	Sem se dogovarjal s psihiatrinjo	dogovarjanje s psihiatrom
A13	Odkvisno je od psihiatra, kaj predpisuje	nadrejenost vloge psihiatra
A14	Imam antipsihotik, zdaj mi nekaj pomaga, sem bolj pomirjen.	občutek pomirjenosti
A15	Mislim, da jih ne bom dolgo jemal.	kratkotrajna uporaba psihofarmakov
A16	sem prenehal z psihofarmaki, ker sem bil mnenja, da mi niso dali pravih psihofarmakov, mi je ena druga droga bolj pomagala.	alternativa druge substance
A17	Ko sem prenehal sem čutil abstinenčno krizo.... bil sem brez energije in bil zelo apatičen.	nastanek abstinenčne krize ob prenehanju
A18	Ponavadi jim nisem povedal, ker se psihiatri s tem ne strinjajo.	odklonilni odnos psihiatrov do prenehanja z uporabo

		psihofarmakov
A19	Spoznal sem zdravila, ki mi škodijo in zdravila, ki pomagajo.	učinki psihofarmakov
A20	Meni je pozitiven učinek zdravila, če začutim olajšanje.	olajšanje ob psihofarmaku
A21	Negativen je negativno vplivanje na živčni sistem.	vpliv psihofarmakov na živčni sistem
A22	Ne nisem odvisen, jaz sem se spucal brez vsega od drugih drog.	odsotnost občutka odvisnosti
A23	bom probal dobiti od zdravnika potrdilo, da se strinja, da jih ne jamljem in potem ne bom imel težav.	omejitev proste izbire s strani psihiatra
A24	Socialni delavec bi moral spodbujati bolj fizične aktivnosti. Dobra bi bila tudi organizacija kriznega tima. To bi morala biti oseba, ki bi spodbujala.	spodbuda pri aktivnostih in organizacija kriznega tima
A25	Psihiatrova vloga je predvsem, da posluša pacienta. Pacient se sam spozna na to kaj mu ustreza. Psihiatri bi morali dopustiti, da bi ljudje bili brez zdravil	večji posluš psihiatrov in manjša uporaba psihofarmakov
A26	Vpliv glede rabe psihofarmakov bom povečal sam..	samozadostnost
A27	nimam tako močnih zdravil, da bi bil zadet kot mamba. Na ulici pa vidim, da so tako zadeti. To ni etično do ljudi.	prisotnost opažene stigme zaradi predoziranja
A28	za tiste, ki me ne poznajo včasih delujem zmedeno, zaradi tega mislijo, da sem džanks. Samo jim razložim svojo zgodbo pa je o.k.	dedramatizacija stigme
A29	Vsakdanje življenje mi ni spremenila uporaba psihofarmakov, bolj zaporedje dogodkov, ki so privedli do tega.	prisotnost drugih dejavnikov pri spremembi življenja
A30	Bolj nujna potreba..	občutek glede vsakodnevne rabe psihofarmakov
A31	Ne čutim nobenih sprememb po zaužitju, ker sem se navadil na zdravila.	odsotnost občutka
A32	enkrat bom mogel spet probati nehati. Skoz mi gre na boljše, tako da imam vzpone in padce. Uravnava se z mojim bioritmom.	prisotnost spremembe pri vsakodnevnem jemanju psihofarmakov
A33	Enkrat na mesec grem. Že dolgo časa nisem hodil, razen če rabim zdravila. Mi je obveznost, ki jo gledam iz nevtralne strani.	nevtralni občutki do obiska pri psihiatru
A34	Alkohol mi ne predstavlja ovire. Spijem kaj tudi, če mi paše..Se tudi sam kdaj blokiram, parkrat na leto se ga napijem. Zdaj, ko sem v SS nič ne poham.	samoodločanje glede uporabe alkohola

A35	...niso me nadzirali. Oče mi je govoril, da jih ne potrebujem.	nespodbujanje rabe psihofarmakov s strani bližnjih
A36	Delal sem kot prostovoljec na CSD in sem izobraževal druge, kdaj pride do zlorabe drog.	delitev lastne izkušnje preko prostovoljstva
A37	Nisem iskal partnerstva že dalj časa, imam rad prijateljice...porajtal sem pri seksu.	problemi pri spolnosti
A38	Našel sem ene prijatelje v bolnici, ki nisem vedel da obstajajo. Ko sem zbolel sem zelo vztrajal, da se nisem zaprl pred drugimi in sem komuniciral. Prekinil sem stike z nekaterimi ljudmi, dobil sem drugo družbo.	povečanje socialne mreže
A39	sem imel ful srečo, da so me zavezali in so mi dali zdravila. Enkrat sem pa kavo pil in so me držali brez zdravil	prisotnost psihofarmakov ob hospitalizaciji
A40	če si v bolnici na zaprtem oddelku moraš jesti tista zdravila, ki jih imaš. Nekateri doktorji preveč pacienta nafilajo z zdravili.	predoziranje s psihofarmaki v bolnici
A41	Sem dobil koordinatorko, ki me je pripeljala v SS.	prisotnost socialnih služb v instituciji
A42	Telesno zdravje se mi ni poslabšalo, odvisno je od posameznika. Ali bo sam zadet čakal ali bo imel aktivnost.	problem neaktivnosti odvisno od posameznika
A43	Ne skakat v vodo iz velikih višin. Pazi svoje glavo in telo.	skrb za lastno zdravje in razum (preventiva)
A44	Dandanes je težko najti pravo alternativo (meditacija mogoče). Da se navadiš, da preusmeriš svoj um na drugo področje. Da se prizemliš.	preusmeritev problemov na druge strani
A45	Pomirjevala so zakon, če sem imel krizo pa sem bi bil doma sam.	delovanje pomirjeval ob krizi
A46	Kriza je največkrat pogojena z okoljem	vpliv okolja na krizo
A47	Če si na zdravilih izpostavljen negativnim čustvenim stanjem, bo vsako zdravilo še bolj pripomoglo k razglabljanu psihe.	vpliv počutja na učinkovanje psihofarmakov
A48	Stanovanje je odvisno od denarja. Če ga upokojujejo je še nekako, drugače težko. Edina možnost SS....	problem denarja s stanovanjem
A49	Dobro je, da nima nemirnih sosedov.	vpliv sosedskih odnosov
A50	Ne, se ne pogovarjam..	odsotnost pogovora o psihofarmakih s sostanovalci
A50	V SS je eno od pravil, da moram uživati psihofarmake.	obveznost jemanja psihofarmakov v ss

A51	Jaz imam druge probleme zaradi katerih ne dobim dela...	prisotnost drugih dejavnikov zaradi brezposelnosti
A52	Odkvisno, kaj bi delal. Tudi brez zdravl sem delal 12 ur, vendar ne dolgo. Ja so pa definitivno potrebne prilagoditve delovnega mesta, kot je zaposlitvena rehabilitacija.	možnost zaposlitvene rehabilitacije
A53	Ne...itak držim tok misli tako,da gredo stvari na bolje.	odsotnost občutka zmanjšanja delovnih zmožnosti
A54	Ne nisem izgubil delovnega mesta, sem bil že prej brezposeln...delal preko Študentskega servisa..	izguba dodatnih možnosti zaslužka
A55	Da, so se mi zmanjšali...	zmanjšanje dohodkov po rabi psihofarmakov

Oseba B (moški, 34 let)

ŠTEVILKA	IZJAVA	POJEM
B1	Pomagajo 50% ali več procentov ohranjat neko stanje, ki bi se sicer porušilo, da bi bilo treba iti v bolnico.	prisotnost občutka stabilizacije psihičnega stanja
B2	Pomagajo uravnavat duševno stanje.	prisotnost občutka stabilizacije psihičnega stanja
B3	Zvečer ne, zjutraj me moti..Ja verjetno res bi bilo bolj samostojnejši, tudi če bi se mi stvari drugače obrnile. Vendar imam izkušnjo, s katero lahko komu pomagam.	prisotnost občutka večje samostojnosti brez rabe psihofarmakov
B4	Po mojem ne rabim veliko vedeti o njih. Sem bil informiran, sam sem pozabil.. Vem kaj jamljam, kar je pomembno.	nezainteresiranost za informacije o psihofarmakih
B5	Sem hodil na izobraževanje o koristnosti zdravl...bi rekel, da je potrebno deloma.	delna potreba po izobraževanju o rabi psihofarmakov
B6	Sem jih jemal in sem jih nehal jemati....sedem let	neredno jemanje psihofarmakov
B7	Od leta 2007 jih jamljam ista oziroma so mi ji zmanjšali. Ko sem hodil na dnevni oddelek v Polje se je psihiatrinja odločila, da ostajajo ista.	zmanjševanje rabe psihofarmakov
B8	Sem zadovoljen, samo zjutraj jih kdaj pozabim.	zadovoljstvo z rabo psihofarmakov
B9	Mislim, da jih bom moral vseživljenjsko jemati.	dolgotrajnost uporabe psihofarmakov
B10	Ne spomnim se več, sem prenehal. Nisem jih vedno jemal in se jih je nabrala cela škatla. Ker jih nisem jedel, sem mislil, da bom lažje delal.	potreba po prenehanju zaradi delovnih zmožnosti

B11	Bi rekel, da trenutno bolje. Zaradi stresa in nerednega prehranjevanja so se mi psihične zadeve začele ponavljati na novo ali staro.	trenutno izboljšanje počutja
B12	Mislim, da psihiater ne bi odobral prenehanja.	odklonilni odnos do prenehanja
B13	Zvečer preden grem spat, mi je psihiater priporočal, da ko pridem domov, ker sem drugače zaspan. Če jih ne bi vzel ne bi bil tako zaspan.	zaspanost
B14	Pozitivni učinki so za stabilizacijo psihičnega stanja	stabilizacija psihičnega stanja
B15	negativno, da se čutiš bolj zaspan in da ne smeš spiti alkohola.	zaspanost, ovire pri drugih substancah
B16	Fora je, da naj bi jih jemal celo življenje. Če bi jih prenehal bi se mi težave ponovile.	zaupanje v psihofarmake
B17	Recimo že. Žal trenutno nimam izbire, ker sem v SS.	nezmožnost izbire
B18	Socialni delavec naj opozori, če opazi preveliko zadetost z zdravili uporabnika.	opazovanje uporabnikov pri predoziranju
B19	Psihiater bi lahko dajal zdravila bolj po potrebi, ob nespečnosti itd.. Poleg te kemije naj bi ti nudili tudi osebni razgovor (ena na ena), samopomočne skupine.	uporaba psihofarmakov po potrebi in samopomočne skupine
B20	Ne čutim stigme.	odsotnost občutka stigmatiziranosti
B21	Zjutraj, ko vzamem zdravila se mi zmanjša aktivnost, počutim se bolj omamljen. Za zvečer mi ni pomembno, ker grem spat. Še dobro, da jih ne rabim opoldne.	zmanjšanje aktivnosti
B22	Lahko bi rekel. Kvečjemu pri večernih aktivnostih, pri žuranju, da bi šel ven.	omejitve v prostem času
B23	Raje bi izpustil, nekajkrat sem šel po recept.	nepotreben obisk pri psihiatru
B24	Ne, enkrat sem imel izkušnjo s travo. Ampak sem imel zelo negativno in sem rekel konec s tem. Kar se tiče vina ali piva, popijem kakšno brezalkoholno pivo. Bolj doma me ovirajo, mi ne pustijo nič poskusiti.	ovire pri drugih substancah
B25	So me nadzirali, zdaj manj. Za vikend grem domov mi mama reče.	postopno zmanjševanje nadzora nad rabo psihofarmakov s strani bližnjih
B26	Ne, se ne pogovarjam brezveze.	nezainteresiranost za pogovor o psihofarmakih
B27	Mislim, da me lahko ovira. Nisem imel pa večjih težav zaradi tega.	zaznavanje ovir pri partnerstvu
B28	Na nek način sem spoznal druge ljudi.	spoznavanje drugih ljudi
B29	Bil sem dvakrat hospitaliziran. Prvič nisem dobival	interakcijski prekrški

	zdravil, nato sem imel razgovor. Tam so me ignorirali in sem se razjezil. Nato so mi predpisali injekcijo in večjo dozo zdravil.	
B30	Mogoče niti ne odobravajo alternativ v bolnici..drugih stvari se poslužujejo ..avtogeni trening..ta je škodljiv	predoziranje s psihofarmaki v bolnici
B31	Depo injekcija je najhujša varianta...v CMZ so bile mehkejša variante	primerjava s cmz-jem
B32	Nisem vedel, da mi pripada...Če gledam nazaj bi ga uporabil zaradi prevelike rabe zdravil	neinformiranost potrebe po zastopniku
B33	Je problem z apetitom..ne skrbim za gibanje in se redim	zaznavanje problemov s težo
B34	Vse so mi povedali v Polju, koliko časa bom ..	informiranost glede zdravljenja v bolnici
B35	Sem bil v CMZ, kjer nisem bil pripravljen jemati zdravila in mi niso jih tudi vsiljevali. Je bilo pa dosti psihološkega svetovanja, ukvarjanje s športom, pogovori v skupinah.	alternative v cmz-ju
B36	Zaupanje v Boga preko Jezusa Kristusa. Bolj kot katerikoli religiozno izkusje prej. Vera kot osebni odnos	zaupanje v vero kot preventivi
B37	Preprečil bi krizo, da bi omilil stres pa da bi bil siguren, da mi je Bog odpustil. S tem bi imel bolj pošlitan v glavo.	zaupanje v vero
B38	Stres in krivda za preteklo dejanje.	razlog za krizo
B39	Zaenkrat menim, da je stanje kar stabilno in da ne vidim hospitalizacije v prihodnosti.	občutki glede hospitalizacije
B40	Menim, da delno je, vendar dosti bolj koristi zaupanje v nekaj in to, da je nekaj kar je v prihodnosti pri tebi odpuščeno. In kar se tiče večnega življenja, sem prepričan, da bom preživel večnost z Bogom. Sigurnost v nekaj, nekaj stalnega.	delna pomoč pri krizi s pomočjo psihofarmakov
B41	Ne bi rekel, mislim da ne...	odsotnost težav pri najemu stanovanja
B42	Problem je, ker ni interneta.	potreba po internetu v stanovanju
B43	Ne nismo se pogovarjali o rabi psihofarmakov.	odsotnost potrebe po pogovoru s sostanovalci
B44	v SS imamo pravilo o uporabi psihofarmakov če jih imamo predpisane.	obveznost jemanja psihofarmakov v ss
B45	Jaz imam status invalida preko ZPIZ-a. Igram glasbeni inštrument in tako zaslužim denar.	možnost dodatnega zaslužka
B46	Ja, sem delal..brez zdravil pa nisem zdržal.	nujna raba psihofarmakov ob delu

B47	Ni nujno, da bi mi ustrezal fleksibilen delovni čas. Delal sem v Dobroviti, vendar sem se naveličal, enolično delo.	pomanjkanje zaposlitvenih možnosti
B48	Zaradi uporabe zdravil so se mi zmanjšale delovne zmožnosti.	zmanjšanje delovnih možnosti
B50	Ne, nisem izgubil delovnega mesta, ker takrat nisem bil zaposlen.	odsotnost izgube delovnega mesta
B51	Da, so se mi zmanjšali prihodki.	prisotnost zmanjšanja dohodkov zaradi uporabe psihofarmakov

Oseba C (moški, 32 let)

ŠTEVILKA	IZJAVA	POJEM
C1	So dvorezen meč, za eno stvar so dobra, po drugi strani škodujejo	psihofarmaki dvorezen meč..
C2	Brez uporabe psihofarmakov bi bil samostojnejši, saj ne bi imel nadzora	omejitve pri samostojnosti
C3	Informiran sem zadosti, pozanimal sem se sam preko receptov in glede količin.	s informiranost preko receptov
C4	veliko sem izvedel od zdravnikov.	zadostna informiranost s strani zdravnika
C5	Človek mora prebrati o stranskih učinki ter tudi opazovanje svojega psihičnega stanja je pomembno.	samoopazovanje bolj kot izobraževanje
C6	Pri trinajstih letih, zdaj jih star 31, 5.	začetek jemanja v mladosti
C7	Zamenjavo zdravil so mi predlagali zdravniki. Imel sem eno zdravilo, ki ni dobro delovalo, bil sem čisto nemiren, potem sem moral iti na zdravljenje. Zyprexa je dobra, po rispredalu se človek trese.	zamenjava psihofarmakov na predlog zdravnika
C8	Sem zadovoljen...	zadovoljstvo z rabo psihofarmakov
C9	Vseživljensko jemanje.	dolgotrajnost uporabe psihofarmakov
C10	Nikoli nisem prenehal, niti ne bom.	neželja po prenehanju
C11	Trenutno sem bolj odvisen od epileptičnih.	odvisnost od drugih psihofarmakov
C12	Ja jemal bi zdravila samo v krizi, takrat ko bi se slabo počutil.	potreba po prosti izbiri psihofarmakov ob krizi
C13	Ne bi rabil nobene pomoči, ker sam dobro sebe poznam.	samopomoč pri večanju vpliva nad rabo psihofarmakov
C14	Doma me sestra ne podcenjuje.	interakcijski prekrški

C15	Delno mi povzroča probleme to, da imajo ljudje eno predstavo o meni	občutki prikrite stigme
C16	Ne bi mogel reči, ker sem bolan že od rojstva	nezaznavanje spremembe na vsakdanje življenje
C17	Imam jutranjo terapijo in večerno. Mi je postala rutina.	navajenost na psihofarmake
C18	Po zaužitju čutim utrujenost, zaspanost. Lažje se umirim, da lahko zaspim.	utrujenost in zaspanost
C19	Hitreje se utrudim pri telesni aktivnosti	zmanjšanje kondicije
C20	Če jih enkrat začneš jemati, jih moraš vedno..	vseživljensko jemanje
C21	Odvisno imam dva, psihiatra in psihoanalitika. Psihoanalitik ima drugačen pristop boljši.	boljši odnos z psihoanalitikom
C22	Uporaba drugih substanc mi ne predstavlja ovire.	neoviranost pri uporabi drugih substanc
C23	Ne mi zaupajo, ne bi dovolil, da bi me nadzirali.	zaupanje bližnjih do rabe psihofarmakov
C24	se ne pogovarjam o tem. Razen, če grem na izlet povem. Nimam potrebe, da bi razlagal	občasni pogovor o psihofarmakih
C25	Ja, problem je da zaradi tega se lahko rodi prizadeti otrok. Je velika verjetnost.	problemi ob rojstvu
C26	Zmeraj je večja, to želijo zdravniki premalo je psihološkega dela iz njihove strani	prevelika raba psihofarmakov ob hospitalizaciji
C27	Čimveč glasbene terapije, umetnostne terapije. Polje ima dosti manj razvito kot CMZ.	alternative v bolnici
C28	Zaradi uporabe zdravil sem shujšal. Več zdravil povzroča tudi debelost ter nihanja v teži	zaznavanje sprememb s težo
C29	Sprehodi v naravo, ukvarjanje s športom, čimveč umskega dela.	možnosti preventive
C30	Čimveč pogovorov s psihologi, posebej z psihoanalitiki, zelo je pomembna tudi družinska terapija.	potreba po psihološkem svetovanju
C31	Ko imam krizo mi uporaba psihofarmakov pomaga zaspati. Ravnam po občutku, takrat ko se slabše počutim vzamem več zdravil.	uporaba dodatnih psihofarmakov ob krizi
C32	Kriz ne bi mogel preprečevati brez uporabe zdravil, ne bi mogel obvladati živčnosti.	nezmožnost preprečevanja krize brez psihofarmakov
C33	Izognil bi se hospitalizacijam s tem, da bi hodil v terapevtsko družbo za kakšen teden	terapevtska družba
C34	Nujno bi moralo biti prilagojeno stanovanje za vsako	prilagoditev stanovanja določeni

	določeno motnjo	bolezni
C35	Se pogovarjam z mamo, glede same uporabe zdravil	pogovor z bližnjimi
C36	Moram uživati zdravila doma.	potreba po uživanju psihofarmakov doma
C37	Dosti težje, predvsem ker je prisotna stigma.	prisotnost stigme pri iskanju dela
C38	Ne, potrebna je prilagoditev. Odvisna je od posameznika in stopnje prizadetosti. Obstajajo tudi društva, kjer se da delati prilagojeno.	prilagoditev dela posamezniku
C39	Zelo so se mi zmanjšale, sploh vplivajo stranski učinki.	vpliv stranskih učinkov na delovne zmožnosti
C40	Zame je najboljši status invalida, s tem imam zagotovljen prihodek.	zagotovljenost prihodka ob invalidnosti

D oseba (ženska, 30 let)

ŠTEVILKA	IZJAVA	POJEM
D1	Jaz mislim, da mi pomagajo samo so bili hudi stranski učinki.	mnenje o psihofarmakih
D2	Ne znam razpolagati z denarjem, niti ne bi mogla biti samostojna.	nesamostojnost
D3	sem bila informirana. Sem tudi sama pogledala, zakaj imam zdravila.	samoinformiranje
D4	Vse so mi povedali zdravniki, zakaj jih rabim.	vloga zdravnikov pri informiranju
D5	Bi morale obstajati izobraževanje.	potreba po večji informiranosti
D6	Začela sem jih jemati pri dvanajstih letih, od začetka inekcije potem zdravila.	začetek jemanja v mladosti
D7	Od začetka akineton. sem imela dosti leponex, haldol. Zdaj imam dve leti ista zdravila. Zaradi leponexa imam meritev krvi.	ista kombinacija
D8	Sem zadovoljna, ker jih imam dolgo časa. Dr. Troha me je pohvalila. Moram jesti zdravila, drugače bi se mi poslabšalo.	navajenost na zdravila
D9	Vseživljensko jemanje.	dolgotrajnost uporabe psihofarmakov
D10	Sama sem prenehala, doma so ugotovili, da je nekaj narobe.	samoinciativno prenehanje
D11	Slabo sem se počutila, z želodcem sem imela težave. Hotela sem narediti samomor..	samomorilne misli
D12	Ne, nisem se posvetovala z psihiatrom.	neželja po posvetovanju z psihiatrom

D13	Včasih sem utrujena, zaspana. Leponex mi povzroča slinjenje.....sem imela tako hude stranske učinke, da sem imela navzgor obrnjene oči.	stranski učinki psihofarmakov
D14	Stabilizacija duševnega stanja.	uravnavanje duševnega stanja
D15	Ja sem kar zasvojena.	odvisnost od psihofarmakov
D16	Ne potrebujem možnost odločanja, ker si želim jemati zdravila.	nepotreba po izbiri o rabi psihofarmakov
D17	Socialni delavci bi morali večkrat organizirati krizni tim.	organizacija kriznega tima
D18	S psihiatrinjo se najraje pogovorim glede zdravil.	zaupanje v psihiatra
D19	Ne počutim se stigmatizirano..	odsotnost občutka stigmatiziranosti..
D20	Je kar v redu, jih dobro prenašam, kadar zaspim ali počivam je veliko sline.	vpliv stranskih učinkov psihofarmakov
D21	Navajena sem uživati zdravila	navajenost na rabo psihofarmakov
D22	Obremenjuje me niti ne, moram pa stalno misliti na to. Zjutraj ob 8.30, opoldne ob 14. in zvečer ob 20. h,	obveznost miselne prisotnosti
D23	Zdaj imam dobro psihiatrinjo.	odnos s psihiatrom
D24	Sem brala v reklamah, da ne gre skupaj alkohol in tablete..Potem sem se zavedala, da ne smem piti bi prišlo do težav.	zavedanje o vplivu medsebojnega uživanja
D25	Ja so me spomnili, mamica, bratje, sestra..	spodbujanje k uporabi psihofarmakov od bližnjih
D26	Ja tudi, ne govorim preveč rada, je bolj zasebne narave.	ohranjanje zasebnosti o rabi psihofarmakov
D27	V tej skupnosti imam enega prijatelja, ne razmišljam pa o spolnih odnosih. Mi je svetovala ginekologinja in psihologinja, da sem jaz bolna, da mi svetujejo nobenih spolnih odnosov, ne moža, da nimam veselja do tega..Imam tega prijatelja, ga objamem in mu da lupčka na desno in levo lice.	svetovanje o partnerstvu s strani psihologinje in ginekologinje
D28	Ja se spomnim, da so mi v PB Begunje zvišali in zamenjali . V Polju so pa čisto na novo probali...Zolof, Zyprexa. Začeli so me zdraviti z Akinetonom, Apaurinom	zvišanje psihofarmakov v bolnici
D29	Ko sem bila zaprta na ženskem odelku so bile ene ženske tako porblematične, da sem se jih bala. So mi povedali, da so imela elektrošoke, živčne zlome. Verjetno so bile prestrašene pa so jih dajali v prisilne jopiče.	anekdota iz zaprtega oddelka

D30	Ni bilo tako hudo, skozi so bili tudi domači zraven. Skupine za samopomoč, terapije z muziko, ustvarjalne delavnice...	pomoč bližnjih
D31	Zaradi bolezni imam privide, prisluhe, tesnobo, strahove. Naredila se mi je vodna cista. Sem bila tudi na Soči, ker me je strah hoditi. V Soči so mi rekli, da moram delati vaje. Imam vrtočlavico, strah pred hojo.	psihosomatske bolezni
D32	Dosti informacij sem dobila o zdravljenju	zadostna informiranost v bolnici
D33	Ne verjamem, jaz verjamem v tablete, ki jih imam. Ne bi imela dobrega občutka, da bi se zdravila brez zdravil. Se počutim tako varno.	občutek varnosti ob psihofarmakih
D34	Mi pomaga uporaba zdravil ob krizi	potreba po psihofarmakih ob krizi
D35	Ne bi mogla preprečevati krize brez uporabe krize	nezmožnost premagovanja krize brez uporabe psihofarmakov
D36	imam sliko očeta, ko je mamo tepel ali ko je človek osamljen. Sem zelo občutljiva, če kdo joče sem tudi jaz žalostna.	prevelika senzibilnost
D37	Če bi prišlo do hospitalizacije bi šla, drugače pa ne.	indiferentnost do hospitalizacije
D38	Večkrat grem v kuhinjo pogledat. ...imam spomin dober, najdem se slabo.	povečana pozornost v stanovanju
D39	Ne pogovarjam se s sostanovalci, vsak ima svoje probleme.	ohranjanje zasebnosti
D40	Nujno je treba uživati in hoditi na redne kontrole.	obveznost jemanja psihofarmakov
D41	Jaz mislim, da če zdravila jamlješ, da lahko funkcioniram, da lahko pospravim, skrbim za higieno...	zmožnost dela vsakdanjih opravil ob rabi psihofarmakov
D42	Ne bi se mogla vključiti v delo. Bilo mi je težko, ko sem hodila delati. Zjutraj vstajanje, urejanje, iti na avtobus, peš do stavbe Šenta. Težko bi bilo preveč obremenjujoče.. ne bi mogla delati.	nezmožnost vključitve v pridobitno delo
D43	Niso se mi zmanjšali prihodki zaradi rabe zdravil, ostaja isto.	odsotnost zmanjšanja prihodkov zaradi rabe psihofarmakov

Oseba E (moški, 40 let)

ŠTEVILKA	IZJAVA	POJEM
E1	Dobri so, če pomagajo.	mnenje o psihofarmakih
E2	Dobri so, da nimam duševnih motenj, da imam stabilno zdravje. Jih potrebujem.	potreba po psihofarmakih

E3	živel bi v hiši s psom in prijatli,, s punco in imel bi socialno podporo ali penzijo in bil bi svoboden umetnik.	življenje brez uporabe psihofarmakov
E4	Ja sem informiran, čeprav vem, da so škodljivi.	vednost o škodljivosti psihofarmakov
E5	Nisem bil informiran od zdravnika.	neinformiranost s strani zdravnika
E6	Sam sem izvedel iz receptov.	samoinformiranje
E7	Ni potrebno izobraževanje, saj psihiatrinja ve, kaj dela.	zaupanje v znanje psihiatra
E8	Pri tridesetih letih sem jih začel jemati. Jemljem jih že deset let.	začetki jemanja
E9	Že dolgo časa imam isto kombinacijo. Nimam potrebe po zamenjavi.	ni potrebe po zamenjavi
E10	Ne vem jih že toliko časa jemljem, da ne poznam razlike... Jih več ne poznam. Ne čutim učinkov, razen tega, da sem bolj brezvoljen.	indiferentnost do učinkov
E11	Vseživljensko jemanje.	dolgotrajnost uporabe psihofarmakov
E12	Nisem prenehal, ker jih jemljem zaradi tega, ker so predpisana za boljše psihično stanje.	razlog za jemanje psihofarmakov
E13	Negativni so debelost, pomanjkanje volje, lenoba.	brezvoljnost in debelost
E14	Pozitivni vsekakor red v glavi.	stabilizacija duševnega stanja
E15	moram jih jesti, da se bolje počutim.	zaupanje v psihofarmake
E16	lahko bi se zadrogiral, kolikor bi mi pasalo.	prisotnost proste izbire o rabi psihofarmakov
E17	Strokovni delavci ne morejo pomagati, pomagaš si lahko sam. Lahko bi imeli Center za odvajanje od zdravil.	center za odvajanje od psihofarmakov
E18	Psihiatri bi morali zmanjševati zdravila, lahko bi ukinili depoje.	zmanjševanje uporabe psihofarmakov
E19	Samo jem in spim.	vpliv na vsakdanje aktivnosti
E20	. Zaenkrat me ne omejuje, ker nimam posebnih zadolžitev.	ovire v vsakdanjem življenju
E21	Po moje bi imel več volje za aktivnosti, šel bi na sprehode, samo potem bi padel v manijo.	brez psihofarmakov večja aktivnost
E22	Ne, ker vem, da če pokadim marijuhano sem slabše.	slabi učinki drugih substanc
E23	Ne ker sem prestar in nimam denarja.	slabo vrednotenje samega sebe
E24	izgubil sem enega ali dva prijatelja, ker sem se preselil.	zamenjava prijateljev zaradi preselitve

E25	Povečajo dozo zdravil, ker te želijo mirnega. Samo dobiš in moraš biti tiho.	uporaba nadzora v bolnici
E26	Ja imam manj kondicije.	zmanjšanje kondicije zaradi psihofarmakov
E27	Nobenih informacij nisem dobil. Nafilali so me s tabletami, moraš biti tiho in prenašati.	neinformiranost glede zdravljenja v bolnici
E28	Ne poznam preventive. Ni alternativ, tukaj je kemija	nepoznavanja preventiv
E29	Ja, me pomori...	prisotnost dobrega občutka ob rabi psihofarmakov ob krizi
E30	če bi bil zdrav. Ne bi bil debel in zamorjen.	nezmožnost preprečevanja krize brez uporabe psihofarmakov
E31	Če se nakadim, manija pride.	uporaba opojnih substanc
E32	Da ne bi kadil marijuhane in redno jemal zdravila kot jih zdaj jamljem.	ohranjanje stabilnega stanja
E33	Po moje je kaka ovira, ker je zdravstvo omejeno.	ovire pri pridobivanju stanovanja
E34	Rabi normalno stanovanje in neko socialno pomoč, da pospravlja za sabo in čisti stanovanje.	potrebna pomoč pri vsakdanjih opravilih
E35	Eno od pravil, da lahko živim tukaj.	obveznost jemanja psihofarmakov
E36	Ja, ker je zmanjšana koncentracija.	ovire pri zaposlitvi
E37	Človek, ni sposoben delati za polni delovni čas. Mora biti prilagojen brez večje odgovornosti.	potreba po zmanjšanju odgovornosti na delovnem mestu
E38	. Ja so se mi opazno zmanjšale delovne zmožnosti.	zmanjšanje delovnih zmožnosti
E39	Z delom je pogojeno tudi zmanjšanje dohodkov.	povezava delovnih zmožnosti in denarja

Oseba F (moški, 56 let)

ŠTEVILKA	IZJAVA	POJEM
F1	Jaz sem psihofarmake prisiljen jemati, drugače ne funkcioniram.	prisila jemanja
F2	Dobri so, da nimam duševnih motenj, da imam stabilno zdravje. Jih potrebujem.	potreba po psihofarmakih
F3	Sem dovolj informiran.	informiranost o jemanju
F4	Informacije sem dobil od splošnega zdravnika in psihiatra.	informiranost s strani zdravnika in psihiatra...
F5	Informacije sem izvedel tudi od drugih pacientov.	informiranost od drugih pacientov
F6	Petnajst, pri dvainštiridesetih.	začetki jemanja
F7	Enkrat so mi zamenjali, na mojo prošnjo.	zamenjava na mojo prošnjo
F8	Sem zadovoljen.	zadovoljstvo z uporabo

		psihoframakov
F9	Imam vseživljensko terapijo.	dolgotrajnost uporabe psihofarmakov
F10	Sem prenehal, vendar se mi je stanje poslabšalo. Sem moral iti v bolnico. Sem večkrat prenehal, vsakokrat sem končal v bolnici. Samoiniciativno, enostavno sem si zamislil, da to škodi fizičnem zdravju in sem prenehal in poskušal brez.	potreba po prenehanju zaradi ohranjanja zdravja
F11	Ene dva tri mesece sem zdržal, potem sem zabluzil, nisem vedel kaj delam.	trenutno izboljšanje
F12	Zdravnik mi svetuje, da jih jemljem.	odnos zdravnika do psihofarmakov
F13	Nobenh posebnih občutkov, utrujenost in otopelost.	utrujenost, otopelost
F14	Stabilizacija duševnega stanja.	uravnavanje duševnega stanja
F15	Sem odvisen od zdravil. Če jih ne jem zbolim.	prisotnost odvisnosti od psihofarmakov
F16	O tem imam že zdaj, živim v samostojnem stanovanju. Zavedam se, da jih moram jemati.	prosta izbira odločitve
F17	Vse službe so že, so zagovorniki in koordinatorji.. Socialni delavec bi moral biti pozoren na uporabnikovo stanje, ter ga opozoriti, če opazi pri njemu spremembe na slabše, da gre v bolnico. Službe v skupnosti so tiste, ki bi morale pomagati pred hospitalizacijo.	potreba po skupnostnih službah
F18	Bolnice bi morale postati moderna zdravilišča , na zaprtem oddelku bi bil le zelo kratek čas. Enkrat na leto bi ti morale pripadati zdravilišče, zaradi stranskih učinkov.	izboljšave bolnic
F19	Ne čutim se stigamiziranega..	odsotnost občutka stigme..
F20	Ležim dosti.	neaktivno preživljanje vsakdana
F21	Ko se človek navadi tako živeti, to sprejmeš kot dejstvo, da nisi sposoben delati. Fizično ne morem delati tudi zaradi raznih psihosomatskih bolezni, mentalno zaradi psihofarmakov. Ne preostane ti drugega kot življenje v brezdelju. Dobro je imeti kakšne obveznosti.	brezdelje
F22	Ja, par mesecev bi zdržal, potem zapadeš v blodnje. Postaneš nesprejemljiv za okolico, rezultat je, da greš na zdravljenje. Problem je, ker sam ne opaziš . Moraš imeti skupnostno podporo, da se vrneš oz., da te	skupnostna podpora

	pošljejo v bolnico.	
F23	Dobrodošel, vzpostavil sem korektne odnose, sam jamljem psihiatrinjo kot oporo in rad grem na kontrolo.	korekten odnos do psihiatra
F24	Jaz sem užival alkohol, samo sem prišel do zaključka, da ga moram opustiti. Se počutim bolje. Zavedam se tega, da če bi užival alkohol, sam ne bi mogel funkcionirat. Bi slej kot prej zadeve šle narobe.	opustitev rabe alkohola
F25	Nobeden me ne nadzira nad rabo psihofarmakov.	samonadzor nad rabo psihofarmakov
F26	Tudi se pogovarjam. Tukaj velja tako pravilo, da se vsi zavedamo, da je potrebno jemati. Če ne, končaš v bolnici.	potreba po jemanju psihofarmakov
F27	Imam znanke, s katerimi se pogovarjam preko skypa. V glavnem se z vsemi ženskami pogovarjam. Mislim, da se pozna tudi uporaba zdravil.	zaznavanje ovir pri partnerstvu
F28	Kompletno sem zamenjal bivšo socialno mrežo, imam telefonske kontakte z nekaterimi še. Sem zamenjal tudi kraj bivanja, te ljudje sploh ne vejo, da sem bolan in se skrivam pred njimi in je prav tako. Kakor se ljudje ti ljudje obnašajo do tebe, tako se ti do njih.	zamenjava socialne mreže
F29	Pred enim letom mi je dr. predpisala najvišjo dozo. Lansko leto, ko sem šel iz bolnice sem bil šel samostojno živeti v Polje, tam sem opustil jemanje zdravil in sem bil hospitaliziran.	prenehanje z uporabo psihofarmakov kot razlog za hospitalizacijo
F30	Osebjem izvajajo tisto, kar jim zdravnik naloži.	podrejeno osebje v bolnici
F31	Jaz ne vidim boljših opcij, kot da je bolj človeško osebje.	kvalitetnejše osebje
F32	Prej nisem imel težav, zdaj imam psihosomatske bolezni astmo, povišan sladkor v krvi in holesterol, aritmijo srca.	psihosomatske bolezni
F33	So mi dali zadosti informacij o zdravljenju v bolnici.	zadostna informiranost o zdravljenju
F34	Enkrat na leto bi moral iti v zdravilišče na rehabilitacijo zaradi psihosomatski bolezni.	predlogi
F35	Sem vse poskusil, okoli zdravilcev samo se mi ni nič obneslo.	možnosti brez psihofarmakov

F36	Če jih redno jemljem, sem lahko zunaj bolnice in normalno funkcioniram. Opustitev zdravil pomeni, da se stanje poslabša.	uporaba psihofarmakov (preventiva pred hospitalizacijo in krizo)
F37	Ne gre brez zdravil.	zaupanje v psihofarmake
F38	Stresne situacije, skrbi..	obremenitve posameznika kot razlog za krizo
F39	Ni potrebno prilagoditev stanovanja. Če si sposoben normalno funkcionirati, lahko živiš v stanovanju. Moraš imeti suport, da te lahko nekdo obišče v stanovanju, vsaj enkrat tedensko. Ko prideš v krizo si lahko narediš škodo, si moteč faktor za okolico in takrat je najbolje, da greš v bolnico.	potreba po suportu
F40	S cimrom se pogovarjava o zdravilih. Tudi on redno jemlje zdravila, pogovarjava se o učinkih zdravil.	pogovor o psihofarmakih s sotanovalcem
F41	Težje delaš, bolj si mlahav, zaspan, dekoncentriran.	posledica psihofarmakov na delovne zmožnosti
F42	Ne da se delati polni delovni čas, fleksibilno bi se dalo naprimer štiri ure skupaj. Da se odpočiješ, ne moreš vsak dan delati. Par dni delaš, potem več ne. Težko osem ur.	prilagoditve delovnega časa posamezniku
F43	Sem zbolel in mi je propadlo podjetje. Nerealno razmišljaš in potem so negativne posledice tu. Izgubil sem vse in potem končal na psihiatriji.	posledice krize

F44	Priznali so mi status invalida, invalidska pokojnina bi zadoščala, če bi imel svoje stanovanje, tako pa ne morem..kmalu bom prisiljen oditi v zavod.	problem primanjkovanja prihodkov
-----	--	----------------------------------

Oseba G (ženska, 35 let)

ŠTEVILKA	IZJAVA	POJEM
G1	Načeloma sem proti, čeprav je res, da jih kar tako brez problema predpisujejo. Dolgoročno pa ni v redu, ker potem nisi rešil problema. Povzročajo odvisnost, antidepresivi in nevroleptiki po njihovem ne povzročajo odvisnosti, Dosti sem prebrala o škodljivosti, še ne vem kakšni so dolgoročni učinki jemanja.	poudarek na slabih lastnostih psihofarmakov
G2	Mislim, da v akutni krizi psihozi definitivno pomagajo.	raba psihofarmakov v krizi
G3	Zdravnik mi je zelo malo povedal o rabi zdravil, stranskih učinkih...	nezadostna informiranost s strani zdravnika
G4	Informirala sem se sama preko forumov, ko so si ljudje izmenjali izkušnje. Prebrala sem literaturo, psihiatri zelo malo povejo,	informiranost preko forumov in literature
G5	To bi bilo zelo fajn, organizirala bi lahko FSD ali društva na področju duševnega zdravja. Od psihiatrije to definitivno ne pričakujem. Ampak, da bi bilo to na bazi izkušenj uporabnikov in nato pripravili literaturo v sodelovanju s psihiatri.	organizacija izobraževanja o psihofarmakih
G6	Jemljem jih že 2, 5 let.	jemanje psihofarmakov
G7	Psihiatrinja mi je rekla, da bom mogla jemati 3-5 let, to naj bi bila preventivna doza, da se problemi ne ponovijo.	preventivno jemanje psihofarmakov
G8	...imam že skozi ista zdravila. Samo prej sem jih imela več. Glede na to, da si antidepresivi pomagali. Glede na to, da mi antidepresivi niso pomagali sem jih nehala jemati. Zdaj jemljam Zyprexo, ker sem nehala hoditi k psihiatrom. Zaradi tega, ker samo predpisujejo zdravila. Enostavno sem nehala hoditi k psihiatru...Zdaj mi splošna zdravnica predpisuje tablete.	samoinciativno jemanje psihofarmakov

G9	Nisem zadovoljna, tudi z Zyprexo ne. Jamljem bolj zaradi preventive...	preventivno jemanje
G10	...opažam spremembe pri sebi. Počutim se kot senca sebe, indiferentna. Mentalno in fizično omrtvičena. Težje se učim.	spremembe po rabi psihofarmakov
G11	Jaz že zdaj 2-3 mesece zmanjšujem. Problemov nimam, težje zaspim. Rabim kakšno uro, da zaspim. Kakšnih posebnih občutkov nimam.	postopno prenehanje s psihofarmaki
G12	Problemov nimam, težje zaspim. Rabim kakšno uro, da zaspim. Kakšnih posebnih občutkov nimam.	težje spanje
G13	...ga nisem niti vprašala, ko sem prenehala jemati antidepressive, me je nadržla. Zdaj pa iščem psihiatra, ki bi mi pomagal pri prenehanju in če bi se začela kriza bi vedela, na koga naj se obrnem.	želja po podpori zdravnika ob prenehanju
G14	Opazim, da se težje koncentriram, rabim več spanja, sem apatična. Tiste stvari, ki so me veselile prej me več ne. Postala sem asocialna, mislim, da mi škodujejo.	težja koncentracija
G15	Niti miselno niti čustveno nisem tista oseba, ki sem bila.	zaznavanje sprememb pri samemu sebi
G16	Zame osebno pozitiven učinek je samo spanje, lahko spiš kadarkoli, kjerkoli.	spanje
G17	Se počutim zasvojeno, bojim se kaj bo, ko bom prenehala z zdravlili. Bojim se abstinenčne krize.	strah pred prenehanjem s psihofarmaki
G19	..v bistvu jo imam izbira, v dogovoru s psihiatrom.	izbira o psihofarmakih s podporo psihiatra
G20	Morali bi organizirati program odvajanja, vendar bi morali psihiatri tudi sodelovati, ne samo da tablete predpisujejo. Mogoče že bolj zaradi moralne podpore.	potreba po programu odvajanja
G21	Ne vidi se, ne razlašam da sem na tem..	prikrita stigma
G22	Ne počutim se.	odsotnost občutka stigme
G23	Apatičnost, zaspanost	vpliv stranskih učinkov
G24	Ne čutim utrujenosti po zaužitju zdravil	odsotnost vpliva psihofarmakov po zaužitju
G25	Omejuje me v prostem času, predvsem zaradi stranskih učinkov.	ovire v prostem času
G26	Ne bi mi bistveno spremenilo mojega vsakdana, ker nimam tako velike doze.	sprememba vsakdana
G27	Konkretno pri Zyprexu, lahko alkohol povzroči	zaspanost po rabi alkohola

	kombinacijo zaspanosti. Normalno pijem kot prej.	
G28	...me ne nadzirajo najbližji mi prepuščajo meni, razen v krizi.	nadzor bližnjih ob krizi
G29	Včasih se pogovarjam z nekaterimi.	potreba po pogovoru z zaupnimi osebami
G30	Ne bi vedela, ker nimam partnerja	nezaznavanje ovir pri partnerstvu
G31	Večja ful, pretirana raba.	pretirana raba psihofarmakov v bolnici
G32	... nazadnje ko sem bila pred 15 leti, je takrat zdravila uporabljajo kot kazni.	uporaba psihofarmakov kot kazni
G33	Bi rabila zagovornika, vendar takrat ga še ni bilo. Manjše doze zdravil in bi bilo boljše.	potreba po zagovorniku
G34	...mislim, da so osnovne stvari, da imaš čimbolj stabilno življenjsko okolje- ne prevč kaotično življenje, dobro socialno mrežo, ljudi s katerimi imaš kvalitetne odnose. Moraš najti pravo ravnovesje med delom in sprostivitvijo. To lahko povzroči preveč stresa, deloholičnost. Skrbeti moraš zase psihično in fizično. Probaš biti več na svežem zraku, zmerno uporabljati alko, droge.	skrb zase
G35	Alternativ je veliko, odvisno pa od človeka kaj mu pomaga. Jaz mislim, da je psihoterapija in svetovanje kar v redu. Odvisno tudi na koga naleti, moraš se z njim osebno ujeti. Kar nekaj let sem hodila na skupinsko psihoterapijo, mislim da mi je pomagala. Potem so še druge..bioenergija, akupunktura.	poznavanje alternativ psihofarmakov
G36	Zdravila zmanjšajo simptome krize, kateri so npr. blodnje, prisluhi..pa zniža pretirano energijo. Ko imaš psihotično krizo bi lahko bil cel dan pokonci.	zmanjšanje simptomov krize
G37	Ne vem, lahko je stres, da ti nekdo umre, da si v odnosu, ki je nemogoč...nimaš zadosti poguma da bi ga končal.	neuspešno premagovanje stresa
G38	Če bi začutila, da se mi začenja nekaj dogajati, konkretno pri psihotični krizi, ne veš da se ti to dogaja. Definitivno bi poskusila preko prijateljev, družine, pač organizirati krizni tim. Na nekoga bi se oprla.	samopomoč
G39	...problem ker to je kot droga. Po parih letih ti ne pomaga več. Si zadrogiran.	neučinkovitost psihofarmakov

G40	Ne prilagojeno stanovanje, samo nekoga , ki bi pomagal pri osnovnih opravilih.	potreba po pomoči pri vsakdanjih opravilih
G41	...sem jim povedala, da prenehujem in, da naj bodo pozorni na spremembe.	pomoč bližnjih pri opazovanju
G42	...odvisno, kakšno dozo imaš. Če imaš veliko dozo, te lahko ovirajo zdravila pri delu....če imaš majhno dozo lahko delaš nemoteno, če imaš veliko potem imaš probleme.	ovire pri delu
G43	Koncentracija konkretno, spomin.	ovire na delovnem mestu

10.2.2 TABELLE IZ-HOD

OKROGLA MIZA MEDIKAMENTALIZACIJA SODOBNE DRUŽBE

ŠTEVILKA	IZJAVA	POJEM
101	vzpon sociobiologije, ki razlaga vsakršno človekovo vedenje z geni ali nevrobiologijo. V skladu s to logiko obstajajo ljudje, ki imajo gen za potencialnosti in tisti, ki takega gena nimajo.	razvoj nevroznanosti
102	Podatki medicinske stroke kažejo na to, da zgolj 12 – 20 % ljudi, ki jim predpišejo antidepresive, kaže vse simptome, ki bi potrdili diagnozo depresije. Zdravniki poskušajo ugotoviti, kateri so ti ljudje in se odločajo po načelu, da raje predpišejo zdravila tudi tistim, za katere niso prepričani, da imajo vse simptome.	predpisovanje brez prave podlage
103	Večino (84 %) antidepresivov predpisujejo splošni zdravniki, le 4 % predpisujejo psihiatri. Razultati kažejo, da polovica ljudi, ki jim predpisujejo antidepresive, nimajo psihiatrične diagnoze....	predpisovanje v ambulantah splošnih zdravnikov
104	medicinska stroka uči, da antidepresivi pomagajo ljudem in zmanjšujejo stopnjo samomorov.	medicinski vidik pomoči
105	V zadnji petih letih se je prepolovilo predpisovanje benzodiazepinov, vendar se je podvojilo predpisovanje antidepresivov....	porast predpisovanja antidepresivov
106	...predpisovanje antipsihotikov, saj imajo ta veliko škodljivih stranskih učinkov. Različnih vrst takih zdravil pa je vse več.	škodljivi učinki antipsihotikov
107	antipsihotike vse več predpisuje, ker jih je vedno več na	porast predpisovanja

	voljo.	antipsihotikov
108	Z večanjem števila zdravil se večja število diagnoz.	porast števila psihofarmakov
109	Psihiatrija in medicina temelji na pristopu, da je človek stroj, ki se ga lahko popravi. Težava psihiatrije je v tem, da se duše ne da popraviti. Zdravila so zgolj obliži na rane, vendar je potrebno iskati vzroke drugje, v družbenih odnosih.	kritika medicinske obravnave človeka
110	Strokovni delavci so skupaj s stanovalci obiskovali psihiatre in se skupaj z njimi pogovarjali o zmanjševanju doze zdravil.	mediatorska vloga socialnih delavcev pri zmanjševanju psihofarmakov
111	stanovalce spodbujali k temu, da sami sebe opazujejo in povedo, katera zdravila jim ustrezajo in katera ne.	samopomoč uporabnika
112	Zmanjševanje zdravil ob preseljevanju v stanovanjske skupine...	manjša raba psihofarmakov v skupnosti
113	Zdravila vzdržujejo neke odnose med zdravnikom in stanovalcem.	ohranjanje nadzora s strani psihiatra
114	V zavodih se porabi več zdravil, saj se včasih uporabljajo tudi za pomiritev stanovalcev.	večja raba psihofarmakov v zavodih

OKROGLA MIZA VEČ POGOVORA MANJ ZDRAVIL

ŠTEVILKA	IZJAVA	POJEM
201	Področje zdravil obljublja velik napredek pri teh zdravilih, govorijo o ravnovesju kemikalij v možganih,	napredek psihofarmakov
202	Nenehno se pojavljajo nova zdravila v novih oblikah, kljub temu da ne vemo, zares kako delujejo in kaj pravzaprav zdravijo.	odsotnost učinkovitosti psihofarmakov
203	Tako tablete postajajo edini način delovanja v neki stiski.	izhod v sili
204	Tablete so instant rešitev, odgovor na neko stisko, ki je v resnici obsežnejšega in širšega značaja.	magična rešitev v stisiki
205	Zdravila seveda nekaterim pomagajo in sami pravijo da brez njih ne bi mogli funkcionirati.	potreba po psihofarmakih
206	Zaradi samega načina delovanja zdravil so ljudje zelo otopeli, veliko časa rabijo ljudje da se spet »normalizirajo« po tem ko prenehajo jemati tablete. Motorika in pa tudi celotno delovanje in razmišljanje se upočasni, nenehno se počutijo utrujene in zaspane, težko je razmišljati, obstati na miru itn.	poslabšanje osnovnih življenjskih funkcij

207	Stranskih učinkov je cela vrsta od tresenja, tikov, tardivne diskinezije, nezmožnosti kontroliranja požiranja slin, bolezni srca in ožilja, napadov, epilepsije,.....	stranski učinki psihofarmakov
208	V tem modelu se zdravila praviloma ne zmanjšujejo in večina ljudi ki se zdravi jih jemlje celo življenje.	vzdrževalni model uporabe psihofarmakov
209	Profit farmacije pri izdelovanju psihofarmakov je ogromen, zato je težko pričakovati da tu ne bi bilo zlorab, težko je nadzorovati in zelo vprašljiva so nagrade med farmacevtskimi korporacijami in psihiatri	velika vloga farmacije
210	večina uporabnikov strinja da so premalo informirani o psihofarmakih. Zelo malo jim povedo o delovanju, učinkih, stranskih učinkih, zasvojenosti, prenehanjem posledicah.	neinformiranost uporabnikov
211	...kjer bi človek zdravila dobil v neki krizni, akutni fazi, samo dokler je res nujno in kmalu tudi prenehal jemati. Hkrati pa lahko začeli iskati druge možnosti, rešitve.	krizni model uporabe psihofarmakov
212	Kadar se uporabniki ne strinjajo z nadaljevanjem jemanja tablet, bi morali imeti pravico do postopnega varnega zmanjševanja v dogovoru s psihiatrom.. Radi bi imeli več vpliva na njihova zdravila, radi bi da se upošteva njihove izkušnje in želje.	povečevanje vpliva uporabnika nad rabo psiofarmakov
213	Po neki krizni situaciji bi morali takoj začeti iskati rešitve, ki bi omogočale postopno prenehanje in zamenjavo psihofarmakov z drugimi oblikami pomoči (alternative zdravljenju, meditacija, bioenergija, psihoterapija,.....)	iskanje alternativ psihofarmakov
214	Omogočiti bi morali biti svetovalne pogovore, urejanje okoliščin za lažje soočanje s krizami in druge pogoje za dostojno življenje.	iskanje alternativ psihofarmakov
215	Ločiti bi morali postopek pridržanja in jemanja zdravil - če človek v neki situaciji ogroža druge ali sebe, je postopek pridržanja lahko pogojno opravičljiv, dokler ta faza ne mine, s tem pa ne more biti upravičeno na njem eksperimentirati z zdravili brez njegovega dovoljenja in dogovora z njim.	ohranjanje vpliva uporabnika
216	Predpisovanje bi tudi morali biti krajše in bolj ciljno.	učinkovitejše predpisovanje

OKROGLA MIZA ALTERNATIVE PRISILI IN ZAPIRANJU

ŠTEVILKA	IZJAVA	POJEM
----------	--------	-------

301	...ustanavljanje različnih stvari, kako bomo ljudem pomagali. Pojavlja se več alternativ, npr. krizni timi, krizni centri, preživljanje krize doma (kar je koristno zaradi tega, da uporabnik lažje ohrani kontakt s stvarmi, ki jih počne) ali preživljanje krize na tujem domu, oblažene sobe. O načinu preživljanja krize na tujem domu, kjer človek človeku omogoči, da krizo preživi v normalnem okolju, kažejo pozitivne izkušnje iz tujine.	izogibanje hospitalizaciji ob krizi
302	mreža nevladnih organizacij pri nas še pomanjkljiva in da je potrebno razumeti dejstvo, da so nevladne organizacije le en segment skrbi, ki jih skupina ljudi s težavami v duševnem zdravju potrebuje.	potreba po skupnostnih službah
303	Skupaj z uporabnikom skozi njegovo življenjsko zgodbo napišeta načrt pomoči, ki bi naj uporabniku izboljšal kvaliteto življenja.	načrt pomoči

ORMOŠKA DEKLARACIJA

ŠTEVILKA	IZJAVA	POJEM
401	...povezovanje med zdravstveno in socialno stroko na področju duševnega zdravja..	sodelovanje med zdravstvom in socialo
402	..sodelovanje in vključevanje uporabnikov v izobraževanje in raziskovanje ter v procese načrtovanja, izvajanja in evalvacije storitev in služb na področju duševnega zdravja..	sodelovanje in vključevanje uporabnikov
403	...različne oblike združevanja uporabnikov, med drugimi samoizobraževanje in samoorganizirano izobraževanje (uporabniška univerza)..	združevanje uporabnikov
404	...ustanavljanje in oblikovanje skupnostnih centrov za duševno zdravje v katerih bodo sodelovali zdravstveni in socialni strokovnjaki ter strokovnjaki z izkušnjo..	ustanavljanje skupnostnih služb
405	Oblikovanje delovne skupine za pripravo in izvajanje pilotskega projekta skupnostne oskrbe na področju duševnega zdravja...	oblikovanje delovnega projekta

10.3 KODIRANJE PO KODAH IN KATEGORIJAH

10.3.1 TABELA UPORABNIKI

ODNOS DO PSIHOFAKOV		
1. POTREBA PO JEMANJU PSIHOFAKOV		
A1	...jaz mislim, da ljudje veliko dajo na substance	družba nagnjena k rabi psihofarmakov
A2	...zdravila, ki povzročajo prijetne občutke niso dobra za človeka...	prevara glede psihofarmakov
A3	Rabim apaurine, ne rabim ostalega. Z pomirjevali mislim da bo šlo...	dobra lastnost pomirjeval
A4	Mislim, da imam tak problem, da rabim zdravila.	prisotnost občutka potrebe po psihofarmakih
B1	Pomagajo 50% ali več procentov ohranjat neko stanje, ki bi se sicer porušilo, da bi bilo treba iti v bolnico.	prisotnost občutka stabilizacije psihičnega stanja
B2	Pomagajo uravnavat duševno stanje.	prisotnost občutka stabilizacije psihičnega stanja
C1	So dvorezen meč, za eno stvar so dobra, po drugi strani škodujejo	psihofarmaki so dvorezen meč..
D1	Jaz mislim, da mi pomagajo samo so bili hudi stranski učinki.	mnenje o psihofarmakih
E1	Dobri so, če pomagajo.	mnenje o psihofarmakih
E2	Dobri so, da nimam duševnih motenj, da imam stabilno zdravje. Jih potrebujem.	potreba po psihofarmakih
G2	Mislim, da v akutni krizi psihozi definitivno pomagajo.	raba psihofarmakov v krizi
2. PRISILA JEMANJA PSIHOFAKOV		
F1	Jaz sem psihofarmake prisiljen jemati, drugače ne funkcioniram.	prisila jemanja
3. PREVENTIVNO JEMANJE PSIHOFAKOV		
G1	Načeloma sem proti, čeprav je res, da jih kar tako brez problema predpisujejo. Dolgoročno pa ni v redu, ker potem nisi rešil problema. Povzročajo odvisnost, antidepresivi in nevroleptiki po njihovem ne povzročajo odvisnosti, Dosti sem prebrala o škodljivosti, še ne vem kakšni so dolgoročni učinki jemanja.	poudarek na slabih lastnostih psihofarmakov
4. OVIRANOST PRI SAMOOSTOJNOSTI ZARADI RABE PSIHOFAKOV		
B3	Zvečer ne, zjutraj me moti..Ja verjetno res bi bilo bolj	prisotnost občutka večje

	samostojnejši, tudi če bi se mi stvari drugače obrnile. Vendar imam izkušnjo, s katero lahko komu pomagam.	samostojnosti brez rabe psihofarmakov
C2	Brez uporabe psihofarmakov bi bil samostojnejši, saj ne bi imel nadzora	omejitve pri samostojnosti
D2	Ne znam razpolagati z denarjem, niti ne bi mogla biti samostojna.	nesamostjnost
E3	živel bi v hiši s psom in prijatli., s punco in imel bi socialno podporo ali penzijo in bil bi svoboden umetnik.	življenje brez uporabe psihofarmakov

INFORMIRANOST		
1. NEZAINTERESIRANOST ZA INFORMIRANOST		
A8	Ne, recepte ne berem	nezainteresiranost o informacijah o psihofarmakih
B4	Po mojem ne rabim veliko vedeti o njih. Sem bil informiran, sam sem pozabil.. Vem kaj jamljem, kar je pomembno.	nezainteresiranost za informacije o psihofarmakih
2. NEINFORMIRANOST		
A5	Sam pred uporabo nisem bil informiran..	neinformiranost
3. SAMOINFORMIRANJE		
C3	Informiran sem zadosti, pozanimal sem se sam preko receptov in glede količin.	informiranost preko receptov
D3	...sem bila informirana. Sem tudi sama pogledala, zakaj imam zdravila na internetu.	informiranost s pomočjo uporabe interneta
G4	Informirala sem se sama preko forumov, ko so si ljudje izmenjali izkušnje. Prebrala sem literaturo, psihiatri zelo malo povejo,	informiranost preko forumov in literature
F5	Informacije sem izvedel tudi od drugih pacientov.	informiranost od drugih pacientov
4. INFORMIRANOST S STRANI ZDRAVNIKA		
A6	...naloga zdravnika je, da pove, kakšne učinke ima...	vloga zdravnika pri informiranosti
A7	Zdravnik mi je povedal, da sem dobil antipsihotike	informiranost o antipsihotikih
C4	...veliko sem izvedel od zdravnikov.	zadostna informiranost s strani zdravnika
D4	Vse so mi povedali zdravniki, zakaj jih rabim.	vloga zdravnikov pri informiranju
F4	Informacije sem dobil od splošnega zdravnika in psihiatra.	informiranost s strani zdravnika in psihiatra...
E5	Nisem bil informiran od zdravnika.	neinformiranost s strani zdravnika
G3	Zdravnik mi je zelo malo povedal o rabi zdravil, stranskih učinkih...	nezadostna informiranost s strani zdravnika
5. POTREBA PO IZOBRAŽEVANJU O PSIHOFAKMAKIH		

A9	Bi bilo potrebno izobraževanje, vendar sistem ni tako naravn.	potreba po izboljšanju informiranosti
B5	Sem hodil na izobraževanje o koristnosti zdravil...bi rekel, da je potrebno deloma.	delna potreba po izobraževanju o rabi psihofarmakov
C5	Človek mora prebrati o stranskih učinki ter tudi opazovanje svojega psihičnega stanja je pomembno.	samoopazovanje bolj kot izobraževanje
D5	Bi morale obstajati izobraževanje.	potreba po večji informiranosti
E7	Ni potrebno izobraževanje, saj psihiatrinja ve, kaj dela.	zaupanje v znanje psihiatra
G5	To bi bilo zelo fajn, organizirala bi lahko FSD ali društva na področju duševnega zdravja. Od psihiatrije to definitivno ne pričakujem. Ampak, da bi bilo to na bazi izkušenj uporabnikov in nato pripravili literaturo v sodelovanju s psihiatri.	organizacija izobraževanja o psihofarmakih

RABA PSIHOFAKOV

1. TRAJANJE UPORABE PSIHOFAKOV

A10	Začel sem s psihologom v mali šoli...sem mu povedal, da vidim duhove. K psihiatru sem šel v 2. letniku sem užival marihuano, potem ko so me straši poslali k psihiatru	začetki spoznavanja s psihiatrijo v osnovni šoli
A11	Jemljem jih zdaj približno dve leti. Vsega skupaj 5 let.	vmesna prekinitev jemanja
B6	Sem jih jemal in sem jih nehal jemati....sedem let	neredno jemanje psihofarmakov
C6	Pri trinajstih letih, zdaj jih star 31, 5.	začetek jemanja v mladosti
D6	Začela sem jih jemati pri dvanajstih letih, od začetka inekcije potem zdravila.	začetek jemanja v mladosti
E8	Pri tiridesetih letih sem jih začel jemati. Jemljem jih že deset let.	začetki jemanja
F6	Petnajst, pri dvainštiridesetih.	začetki jemanja
G6	Jemljem jih že 2, 5 let. Psihiatrinja mi je rekla, da bom mogla jemati 3-5 let, to naj bi bila preventivna doza, da se problemi ne ponovijo.	jemanje psihofarmakov

2. ZAMENJAVA PSIHOFAKOV

A12	Sem se dogovarjal s psihiatrinjo	dogovarjanje s psihiatrom
A13	Odvisno je od psihiatra, kaj predpisuje	nadrejenost vloge psihiatra
B7	Od leta 2007 jih jamljem ista oziroma so mi ji zmanjšali. Ko sem hodil na dnevni oddelek v Polje se je psihiatrinja odločila, da ostajajo ista.	zmanjševanje rabe psihofarmakov
C7	Zamenjavo zdravil so mi predlagali zdravniki. Imel sem eno zdravilo, ki ni dobro delovalo, bil sem čisto	zamenjava psihofarmakov na predlog zdravnika

	nemiren, potem sem moral iti na zdravljenje. Zyprexa je dobra, po rispredalu se človek trese.	
D7	Od začetka akineton. sem imela dosti leponex, haldol. Zdaj imam dve leti ista zdravila. Zaradi leponexa imam meritev krvi.	ista kombinacija
E9	Že dolgo časa imam isto kombinacijo. Nimam potrebe po zamenjavi.	ni potrebe po zamenjavi
F7	Enkrat so mi zamenjali, na mojo prošnjo.	zamenjava na mojo prošnjo
G7	...imam že skozi ista zdravila. Samo prej sem jih imela več. Glede na to, da si antidepresivi pomagali. Glede na to, da mi antidepresivi niso pomagali sem jih nehala jemati. Zdaj jamljem Zyprexo, ker sem nehala hoditi k psihiatrom. Zaradi tega, ker samo predpisujejo zdravila. Enostavno sem nehala hoditi k psihiatru...Zdaj mi splošna zdravnica predpisuje tablete.	samoinciativno jemanje psihofarmakov
3. ZADOVOLJSTVO S PSIHOFARMAKI		
A14	Imam antipsihotik, zdaj mi nekaj pomaga, sem bolj pomirjen.	občutek pomirjenosti
B8	Sem zadovoljen, samo zjutraj jih kdaj pozabim.	zadovoljstvo z rabo psihofarmakov
C8	Sem zadovoljen...	zadovoljstvo z rabo psihofarmakov
F8	Sem zadovoljen.	zadovoljstvo z uporabo psihofarmakov
D8	Sem zadovoljna, ker jih imam dolgo časa. Dr. Troha me je pohvalila. Moram jesti zdravila, drugače bi se mi poslabšalo.	navajenost na zdravila
E10	Ne vem jih že toliko časa jemljem, da ne poznam razlike... Jih več ne poznam. Ne čutim učinkov, razen tega, da sem bolj brezvoljen.	indiferentnost do učinkov
4. NEZADOVOLJSTVO Z RABO PSIHOFARMAKOV		
G8	Nisem zadovoljna, tudi z Zyprexo ne. Jamljem bolj zaradi preventive...	preventivno jemanje
5. DOLGOTRAJNOST JEMANJA PSIHOFARMAKOV		
B9	Mislim, da jih bom moral vseživljenjsko jemati.	dolgotravnost uporabe psihofarmakov
C9	Vseživljenjsko jemanje.	dolgotravnost uporabe psihofarmakov
D9	Vseživljenjsko jemanje.	dolgotravnost uporabe

		psihofarmakov
E11	Vseživljensko jemanje.	dolgotrajnost uporabe psihofarmakov
F9	Imam vseživljensko terapijo.	dolgotrajnost uporabe psihofarmakov
6. KRAJŠI ČAS JEMANJA PSIHOFAKOV		
A15	Mislim, da jih ne bom dolgo jemal.	kratkotrajna uporaba psihofarmakov
G7	Psihiatrinja mi je rekla, da bom mogla jemati 3-5 let, to naj bi bila preventivna doza, da se problemi ne ponovijo.	preventivno jemanje psihofarmakov

PRENEHANJE Z PSIHOFAKOV		
1. NEZINTERESIRANOST ZA PRENEHANJE Z UPORABO PSIHOFAKOV		
C10	Nikoli nisem prenehal, niti ne bom.	neželja po prenehanju
E12	Nisem prenehal, ker jih jemljem zaradi tega, ker so predpisana za boljše psihično stanje.	razlog za jemanje psihofarmakov
2. SAMOINCIATIVNO PRENEHANJE Z UPORABO PSIHOFAKOV		
A16	sem prenehal z psihofarmaki, ker sem bil mnenja, da mi niso dali pravih psihofarmakov, mi je ena druga droga bolj pomagala.	alternativa druge substance
B10	Ne spomnim se več, sem prenehal. Nisem jih vedno jemal in se jih je nabrala cela škatla. Ker jih nisem jedel, sem mislil, da bom lažje delal.	potreba po prenehanju zaradi delovnih zmožnosti
D10	Sama sem prenehala, doma so ugotovili, da je nekaj narobe.	samoinciativno prenehanje
F10	Sem prenehal, vendar se mi je stanje poslabšalo. Sem moral iti v bolnico. Sem večkrat prenehal, vsakokrat sem končal v bolnici. Samoinciativno, enostavno sem si zamislil, da to škodi fizičnem zdravju in sem prenehal in poskušal brez.	potreba po prenehanju zaradi ohranjanja zdravja
G11	Jaz že zdaj 2-3 mesece zmanjšujem. Problemov nimam, težje zaspim. Rabim kakšno uro, da zaspim. Kakšnih posebnih občutkov nimam.	postopno prenehanje s psihofarmaki
4. OBČUTKI PO PRENEHANJU Z UPORABO PSIHOFAKOV		
A17	Ko sem prenehal sem čutil abstinenco krizo.... bil sem brez energije in bil zelo apatičen.	nastanek abstinence krize ob prenehanju
B11	Bi rekel, da trenutno bolje. Zaradi stresa in nerednega prehranjevanja so se mi psihične zadeve začele ponavljati na novo ali staro.	trenutno izboljšanje počutja

D11	Slabo sem se počutila, z želodcem sem imela težave. Hotela sem narediti samomor..	samomorilne misli
F11	Ene dva tri mesece sem zdržal, potem sem zablužil, nisem vedel kaj delam.	Trenutno izboljšanje
G12	Problemov nimam, težje zaspim. Rabim kakšno uro, da zaspim. Kakšnih posebnih občutkov nimam.	težje spanje
5. NEODOBRAVANJE PRENEHANJA Z UPORABO PSIHOFARMKAKOV S STRANI PSIHIATRA		
A18	Ponavadi jim nisem povedal, ker se psihiatri s tem ne strinjajo.	odklonilni odnos psihiatrov do prenehanja z uporabo psihofarmakov
B12	Mislim, da psihiater ne bi odobral prenehanja.	Odklonilni odnos do prenehanja
D12	Ne, nisem se posvetovala z psihiatrom.	neželja po posvetovanju z psihiatrom
F12	Zdravnik mi svetuje, da jih jemljem.	odnos zdravnika do psihofarmakov
G13	...ga nisem niti vprašala, ko sem prenehala jemati antidepressive, me je nadrla. Zdaj pa iščem psihiatra, ki bi mi pomagal pri prenehanju in če bi se začela kriza bi vedela, na koga naj se obrnem.	želja po podpori zdravnika ob prenehanju

UČINKI PSIHOFARMAKOV		
1. POZITIVNI UČINKI PSIHOFARMAKOV		
A20	Meni je pozitiven učinek zdravila, če začutim olajšanje.	olajšanje ob psihofarmaku
B14	Pozitivni učinki so za stabilizacijo psihičnega stanja	stabilizacija psihičnega stanja
D14	Stabilizacija duševnega stanja.	uravnavanje duševnega stanja
E14	Pozitivni vsekakor red v glavi.	stabilizacija duševnega stanja
F14	Stabilizacija duševnega stanja.	uravnavanje duševnega stanja
G16	Zame osebno pozitiven učinek je samo spanje, lahko spiš kadarkoli, kjerkoli.	spanje
2. NEGATIVNI UČINKI PSIHOFARMAKOV		
A21	Negativen je negativno vplivanje na živčni sistem.	vpliv psihofarmakov na živčni sistem
B13	Zvečer preden grem spat, mi je psihiater priporočal, da ko pridem domov, ker sem drugače zaspan. Če jih ne bi vzel ne bi bil tako zaspan.	zaspanost
B15	negativno, da se čutiš bolj zaspan in da ne smeš spiti alkohola.	zaspanost, ovire pri drugih substancah
D13	Včasih sem utrujena, zaspana. Leponex mi povzroča slinjenje.....sem imela tako hude stranske učinke, da sem imela navzgor obrnjene oči.	stranski učinki psihofarmakov

E13	Negativni so debelost, pomanjkanje volje, lenoba.	brezvoljnost in debelost
F13	Nobenh posebnih občutkov, utrujenost in otopelost.	utrujenost, otopelost
G14	Opazim, da se težje koncentriram , rabim več spanja, sem apatična. Tiste stvari, ki so me veselile prej me več ne. Postala sem asocialna, mislim, da mi škodujejo.	težja koncentracija
G15	Niti miselno niti čustveno nisem tista oseba, ki sem bila.	zaznavanje sprememb pri samemu sebi

NEUMESČENOST IN PRIPADNOST

1. ODVISNOST OD PSIHOFAKOV

A22	Ne nisem odvisen, jaz sem se spucal brez vsega od drugih drog.	odsotnost občutka odvisnosti
B16	Fora je, da naj bi jih jemal celo življenje. Če bi jih prenehal bi se mi težave ponovile.	zaupanje v psihofarmake
C11	Trenutno sem bolj odvisen od epileptičnih.	odvisnost od drugih psihofarmakov
D15	Ja sem kar zasvojena.	odvisnost od psihofarmakov
F15	Sem odvisen od zdravil. Če jih ne jem zbolim.	prisotnost odvisnosti od psihofarmakov
G17	Se počutim zasvojeno, bojim se kaj bo, ko bom prenehala z zdravlili. Bojim se abstinenčne krize.	strah pred prenehanjem s psihofarmaki

2. IZBIRA O RABI PSIHOFAKOV

A23	bom probal dobiti od zdravnika potrdilo, da se strinja, da jih ne jamljem in potem ne bom imel težav.	omejitev proste izbire s strani psihiatra
B17	Recimo že. Žal trenutno nimam izbire, ker sem v SS.	nezmožnost izbire
C12	Ja jemal bi zdravila samo v krizi, takrat ko bi se slabo počutil.	potreba po prosti izbiri psihofarmakov ob krizi
D16	Ne potrebujem možnost odločanja, ker si želim jemati zdravila.	nepotreba po izbiri o rabi psihofarmakov
E16	lahko bi se zadrogiral, kolikor bi mi pasalo.	prisotnost proste izbire o rabi psihofarmakov
F16	O tem imam že zdaj, živim v samostojnem stanovanju. Zavedam se, da jih moram jemati.	prosta izbira odločitve
G19	..v bistvu jo imam izbira, v dogovoru s psihiatrom.	izbira o psihofarmakih s podporo psihiatra

3. PODPORA SOCIALNIH DELAVCEV UPORABNIKOM PSIHOFAKOV

A24	Socialni delavec bi moral spodbujati bolj fizične aktivnosti. Dobra bi bila tudi organizacija kriznega tima. To bi morala biti oseba, ki bi spodbujala.	spodbuda pri aktivnostih in organizacija kriznega tima
-----	---	--

B18	Socialni delavec naj opozori, če opazi preveliko zadetost z zdravili uporabnika.	opazovanje uporabnikov pri predoziranju
D17	Socialni delavci bi morali večkrat organizirati krizni tim.	organizacija kriznega tima
E17	Strokovni delavci ne morejo pomagati, pomagaš si lahko sam. Lahko bi imeli Center za odvajanje od zdravil.	center za odvajanje od psihofarmakov
F17	Vse službe so že, so zagovorniki in koordinatorji.. Socialni delavec bi moral biti pozoren na uporabnikovo stanje, ter ga opozoriti, če opazi pri njemu spremembe na slabše, da gre v bolnico. Službe v skupnosti so tiste, ki bi morale pomagati pred hospitalizacijo.	potreba po skupnostnih službah

4. PODPORA PSIHIATROV UPORABNIKOM PSIHOFAKOV

A25	Psihiatrova vloga je predvsem, da posluša pacienta. Pacient se sam spozna na to kaj mu ustreza. Psihiatri bi morali dopustiti, da bi ljudje bili brez zdravil	večji posluš psihiatrov in manjša uporaba psihofarmakov
B19	Psihiater bi lahko dajal zdravila bolj po potrebi, ob nespečnosti itd..Poleg te kemije naj bi ti nudili tudi osebni razgovor (ena na ena), samopomočne skupine.	uporaba psihofarmakov po potrebi in samopomočne skupine
D18	S psihiatrinjo se najraje pogovorim glede zdravil.	zaupanje v psihiatra
E18	Psihiatri bi morali zmanjševati zdravila, lahko bi ukinili depoje.	zmanjševanje uporabe psihofarmakov
F18	Bolnice bi morale postati moderna zdravilišča , na zaprtem oddelku bi bil le zelo kratek čas. Enkrat na leto bi ti morale pripadati zdravilišče, zaradi stranskih učinkov.	izboljšave bolnic
G20	Morali bi organizirati program odvajanja, vendar bi morali psihiatri tudi sodelovati, ne samo da tablete predpisujejo. Mogoče že bolj zaradi moralne podpore.	potreba po programu odvajanja

NELAGODJE V INTERAKCIJAH

1. PRISOTNOST NELAGODJA V DRUŽBI

A27	nimam tako močnih zdravil, da bi bil zadet kot mamba. Na ulici pa vidim, da so tako zadesi. To ni etično do ljudi.	prisotnost opažene stigme zaradi predoziranja
B20	Ne čutim stigme.	odsotnost občutka stigmatiziranosti
C14	Doma me sestra ne podcenjuje.	interakcijski prekrški
D19	Ne počutim se stigmatizirano..	odsotnost občutka stigmatiziranosti..

F19	Ne čutim se stigamiziranega..	odsotnost občutka stigmatiziranosti..
G21	Ne vidi se, ne razglušam da sem na tem..	prikrita stigma
2. PRISTONOST STIGME		
A28	za tiste, ki me ne poznajo včasih delujem zmedeno, zaradi tega mislijo, da sem džanks. Samo jim razložim svojo zgodbo pa je o.k.	dedramatizacija stigmatiziranosti
B20	Ne čutim stigmatiziranosti..	odsotnost občutka stigmatiziranosti
C15	Delno mi povzroča probleme to, da imajo ljudje eno predstavo o meni	občutki prikrite stigmatiziranosti
D19	Ne počutim se stigmatizirano..	odsotnost občutka stigmatiziranosti..
F19	Ne čutim se stigmatiziranega..	odsotnost občutka stigmatiziranosti..
G22	Ne počutim se.	odsotnost občutka stigmatiziranosti

VSKADANJE ŽIVLJENJE		
1. SPREMEMBE PRI VSAKDANJEM ŽIVLJENJU		
A29	Vsakdanje življenje mi ni spremenila uporaba psihofarmakov, bolj zaporedje dogodkov, ki so privedli do tega.	prisotnost drugih dejavnikov pri spremembi življenja
B21	Zjutraj, ko vzamem zdravila se mi zmanjša aktivnost, počutim se bolj omamljen. Za zvečer mi ni pomembno, ker grem spat. Še dobro, da jih ne rabim opoldne.	zmanjšanje aktivnosti
C16	Ne bi mogel reči, ker sem bolan že od rojstva	nezaznavanje spremembe na vsakdanje življenje
D20	Je kar v redu, jih dobro prenašam, kadar zaspim ali počivam je veliko sline.	vpliv stranskih učinkov psihofarmakov
E19	Samo jem in spim.	vpliv na vsakdanje aktivnosti
F20	Ležim dosti.	neaktivno preživljanje vsakdana
F21	Ko se človek navadi tako živeti, to sprejmeš kot dejstvo, da nisi sposoben delati. Fizično ne morem delati tudi zaradi raznih psihosomatskih bolezni, mentalno zaradi psihofarmakov. Ne preostane ti drugega kot življenje v brezdelju. Dobro je imeti kakšne obveznosti.	brezdelje
G23	Apatičnost, zaspanost	vpliv stranskih učinkov
2. OBČUTKI PO ZAUŽITJU PSIHOFARMAKOV		
A31	Ne čutim nobenih sprememb po zaužitju, ker sem se navadil na zdravila.	odsotnost občutka
C17	Imam jutranjo terapijo in večerno. Mi je postala	navajenost na psihofarmake

	rutina.	
C18	Po zaužitju čutim utrujenost, zaspanost. Lažje se umirim, da lahko zaspim.	utrujenost in zaspanost
D21	Navajena sem uživati zdravila	navajenost na rabo psihofarmakov
G24	Ne čutim utrujenosti po zaužitju zdravil	odsotnost vpliva psihofarmakov po zaužitju
3. OVIRE V PROSTEM ČASU ZARADI UPORABE PSIHOFAKOV		
B22	Lahko bi rekel. Kvečjemu pri večernih aktivnostih, pri žuranju, da bi šel ven.	omejitve v prostem času
C19	Hitreje se utrudim pri telesni aktivnosti	zmanjšanje kondicije
D22	Obremenjuje me niti ne, moram pa stalno misliti na to. Zjutraj ob 8.30, opoldne ob 14. in zvečer ob 20. h,	obveznost miselne prisotnosti
E20	. Zaenkrat me ne omejuje, ker nimam posebnih zadolžitev.	ovire v vsakdanjem življenju
G25	Omejuje me v prostem času, predvsem zaradi stranskih učinkov.	ovire v prostem času
4. VSAKDAN BREZ UPORABE PSIHOFAKOV		
A32	...enkrat bom mogel spet probati nehati. Skoz mi gre na boljše, tako da imam vzpone in padce. Uravnava se z mojim bioritmom.	prisotnost spremembe pri vsakodnevnem jemanju psihofarmakov
C20	Če jih enkrat začneš jemati, jih moraš vedno..	vseživljensko jemanje
E21	Po moje bi imel več volje za aktivnosti, šel bi na sprehode, samo potem bi padel v manijo.	brez psihofarmakov večja aktivnost
F22	Ja, par mesecev bi zdržal, potem zapadeš v blodnje. Postaneš nesprejemljiv za okolico, rezultat je, da greš na zdravljenje. Problem je, ker sam ne opaziš. Moraš imeti skupnostno podporo, da se vrneš oz., da te pošljejo v bolnico.	skupnostna podpora
G26	Ne bi mi bistveno spremenilo mojega vsakdana, ker nimam tako velike doze.	sprememba vsakdana
5. ODNOS DO OBISKOV PRI PSIHIATRU		
A33	Enkrat na mesec grem. Že dolgo časa nisem hodil, razen če rabim zdravila. Mi je obveznost, ki jo gledam iz nevtralne strani.	nevtralni občutki do obiska pri psihiatru
B23	Raje bi izpustil, nekajkrat sem šel po recept.	nepotreben obisk pri psihiatru
C21	Odvisno imam dva, psihiatra in psihoanalitika. Psihoanalitik ima drugačen pristop boljši.	boljši odnos z psihoanalitikom
D23	Zdaj imam dobro psihiatrinjo.	dober odnos s psihiatrom
F23	Dobrodošel, vzpostavil sem korektne odnose, sam jamljem psihiatrinjo kot oporo in rad grem na	korekten odnos do psihiatra

	kontrolo.	
6. OVIRE PRI RABI ALKOHOLA IN DRUGIH OPOJNIH SUBSTANC		
A34	Alkohol mi ne predstavlja ovire. Spijem kaj tudi, če mi paše..Se tudi sam kdaj blokiram, parkrat na leto se ga napijem. Zdaj, ko sem v SS nič ne poham.	samoodločanje glede uporabe alkohola
B24	Ne, enkrat sem imel izkušnjo s travo. Ampak sem imel zelo negativno in sem rekel konec s tem. Kar se tiče vina ali piva, popijem kakšno brezalkoholno pivo. Bolj doma me ovirajo, mi ne pustijo nič poskusiti.	ovire pri drugih substancah
C22	Uporaba drugih substanc mi ne predstavlja ovire.	neoviranost pri uporabi drugih substanc
D24	Sem brala v reklamah, da ne gre skupaj alkohol in tablete..Potem sem se zavedala, da ne smem piti bi prišlo do težav.	zavedanje o vplivu medsebojnega uživanja
E22	Ne, ker vem, da če pokadim marijuhano sem slabše.	slabi učinki drugih substanc
F24	Jaz sem užival alkohol, samo sem prišel do zaključka, da ga moram opustiti. Se počutim bolje. Zavedam se tega, da če bi užival alkohol, sam ne bi mogel funkcionirati. Bi slej kot prej zadeve šle narobe.	opustitev rabe alkohola
G27	Konkretno pri Zyprexi, lahko alkohol povzroči kombinacijo zaspanosti. Normalno pijem kot prej.	zaspanost po rabi alkohola

STIKI IN DRUŽABNIŠTVO		
1. SPODBUDA K RABI PSIHOFAKOV IZ STRANI BLIŽNJIH		
A35	...niso me nadzirali. Oče mi je govoril, da jih ne potrebujem.	nespodbujanje rabe psihofarmakov s strani bližnjih
C23	Ne mi zaupajo, ne bi dovolil, da bi me nadzirali.	zaupanje bližnjih do rabe psihofarmakov
D25	Ja so me spomnili, mamica, bratje, sestra..	spodbujanje k uporabi psihofarmakov od bližnjih
2. NADZOR NAD RABO PSIHOFAKOV		
B25	So me nadzirali, zdaj manj. Za vikend grem domov mi mama reče.	postopno zmanjševanje nadzora nad rabo psihofarmakov s strani bližnjih
F25	Nobeden me ne nadzira nad rabo psihofarmakov.	samonadzor nad rabo psihofarmakov
G28	...me ne nadzirajo najbližji mi prepuščajo meni, razen v krizi.	nadzor bližnjih ob krizi
3. POTREBA PO POGOVORU O RABI PSIHOFRAMKOV S PRIJATELJI		
A36	Delal sem kot prostovoljec na CSD in sem izobraževal druge, kdaj pride do zlorabe drog.	delitev lastne izkušnje preko prostovoljstva

B26	Ne, se ne pogovarjam brezveze.	nezainteresiranost za pogovor o psihofarmakih
C24	se ne pogovarjam o tem. Razen, če grem na izlet povem. Nimam potrebe, da bi razlagal	občasni pogovor o psihofarmakih
D26	Ja tudi, ne govorim preveč rada, je bolj zasebne narave.	ohranjanje zasebnosti o rabi psihofarmakov
F26	Tudi se pogovarjam. Tukaj velja tako pravilo, da se vsi zavedamo, da je potrebno jemati. Če ne, končaš v bolnici.	potreba po jemanju psihofarmakov
G29	Včasih se pogovarjam z nekaterimi.	potreba po pogovoru z zaupnimi osebami
4. OVIRE PRI PARTNERSTVU		
A37	Nisem iskal partnerstva že dalj časa, imam rad prijateljice...porajtal sem pri seksu.	problemi pri spolnosti
B27	Mislim, da me lahko ovira. Nisem imel pa večjih težav zaradi tega.	zaznavanje ovir pri partnerstvu
C25	Ja, problem je da zaradi tega se lahko rodi prizadeti otrok. Je velika verjetnost.	problemi ob rojstvu
D27	V tej skupnosti imam enega prijatelja, ne razmišljam pa o spolnih odnosih. Mi je svetovala ginekologinja in psihologinja, da sem jaz bolna, da mi svetujejo nobenih spolnih odnosov, ne moža, da nimam veselja do tega..Imam tega prijatelja, ga objamem in mu da lupčka na desno in levo lice.	svetovanje o partnerstvu s strani psihologinje in ginekologinje
E23	Ne ker sem prestar in nimam denarja.	slabo vrednotenje samega sebe
F27	Imam znanke, s katerimi se pogovarjam preko skypa. V glavnem se z vsemi ženskami pogovarjam. Mislim, da se pozna tudi uporaba zdravil.	zaznavanje ovir pri partnerstvu
G30	Ne bi vedela, ker nimam partnerja	nezaznavanje ovir pri partnerstvu
5. OHRANJANJE SOCIALNE MREŽE		
A38	Našel sem ene prijatelje v bolnici, ki nisem vedel da obstajajo. Ko sem zbolel sem zelo vztrajal, da se nisem zaprl pred drugimi in sem komuniciral. Prekinil sem stike z nekaterimi ljudmi, dobil sem drugo družbo.	povečanje socialne mreže
B28	Na nek način sem spoznal druge ljudi.	spoznavanje drugih ljudi
E24	izgubil sem enega ali dva prijatelja, ker sem se preselil.	zamenjava prijateljev zaradi preselitve
F28	Kompletно sem zamenjal bivšo socialno mrežo, imam	zamenjava socialne mreže

	telefonske kontakte z nekaterimi še. Sem zamenjal tudi kraj bivanja, te ljudje sploh ne vejo, da sem bolan in se skrivam pred njimi in je prav tako. Kakor se ljudje ti ljudje obnašajo do tebe, tako se ti do njih.	
--	--	--

INSITUCIONALNA KARIERA		
1. RABA PSIHOFAKOV OB HOSPITALIZACIJI		
A39	sem imel ful srečo, da so me zavezali in so mi dali zdravila. Enkrat sem pa kavo pil in so me držali brez zdravil	prisotnost psihofarmakov ob hospitalizaciji
B29	Bil sem dvakrat hospitaliziran. Prvič nisem dobival zdravil, nato sem imel razgovor. Tam so me ignorirali in sem se razjezil. Nato so mi predpisali injekcijo in večjo dozo zdravil.	interakcijski prekrški
C26	Zmeraj je večja, to želijo zdravniki premalo je psihološkega dela iz njihove strani	prevelika raba psihofarmakov ob hospitalizaciji
D28	Ja se spomnim, da so mi v PB Begunje zvišali in zamenjali . V Polju so pa čisto na novo probali...Zoloft, Zyprexa. Začeli so me zdraviti z Akinetonom, Apaurinom	zvišanje psihofarmakov v bolnici
E25	Povečajo dozo zdravil, ker te želijo mirnega. Samo dobiš in moraš biti tiho.	uporaba nadzora v bolnici
F29	Pred enim letom mi je dr. predpisala najvišjo dozo. Lansko leto, ko sem šel iz bolnice sem bil šel samostojno živeti v Polje, tam sem opustil jemanje zdravil in sem bil hospitaliziran.	prenehanje z uporabo psihofarmakov kot razlog za hospitalizacijo
G31	Večja ful, pretirana raba.	pretirana raba psihofarmakov v bolnici
2. NAGNJENOST OSEBJA V INSTITUCIJI GLEDE UPORABE PSIHOFAKOV		
A40	če si v bolnici na zaprtem oddelku moraš jesti tista zdravila, ki jih imaš. Nekateri doktorji preveč pacienta nafilajo z zdravili.	predoziranje s psihofarmaki v bolnici
B30	Mogoče niti ne odobravajo alternativ v bolnici..drugih stvari se poslužujejo ..avtogeni trening..ta je škodljiv	neodobravanje alternativ
D29	Ko sem bila zaprta na ženskem oddelku so bile ene ženske tako problematične, da sem se jih bala. So mi povedali, da so imela elektrošoke, živčne zlome. Verjetno so bile prestrašene pa so jih dajali v prisilne jopiče.	anekdota iz zaprtega oddelka
F30	Osebe izvajajo tisto, kar jim zdravnik naloži.	podrejeno osebje v bolnici

G32	... nazadnje ko sem bila pred 15 leti, je takrat zdravila uporabljajo kot kazen.	uporaba psihofarmakov kot kazen
3. potreba po zastopniku v ob hospitalizaciji		
A41	Sem dobil koordinatorko, ki me je pripeljala v SS.	prisotnost socialnih služb v instituciji
B32	Nisem vedel, da mi pripada...Če gledam nazaj bi ga uporabil zaradi prevelike rabe zdravil	neinformiranost potrebe po zastopniku
D30	Ni bilo tako hudo, skozi so bili tudi domači zraven. Skupine za samopomoč, terapije z muziko, ustvarjalne delavnice...	pomoč bližnjih
G33	Bi rabila zagovornika, vendar takrat ga še ni bilo. Manjše doze zdravil in bi bilo boljše.	potreba po zagovorniku
4. potreba po boljši obravnavi v bolnici		
F31	Jaz ne vidim boljših opcij, kot da je bolj človeško osebje.	kvalitetnejše osebje
5. POSLABŠANJE ZDRAVJA ZARADI UPORABE PSIHOFAKOV		
A42	Telesno zdravje se mi ni poslabšalo, odvisno je od posameznika. Ali bo sam zadet čakal ali bo imel aktivnost.	problem neaktivnosti odvisno od posameznika
B33	Je problem z apetitom..ne skrbim za gibanje in se redim	zaznavanje problemov s težo
C28	Zaradi uporabe zdravil sem shujšal. Več zdravil povzroča tudi debelost ter nihanja v teži	zaznavanje sprememb s težo
D31	Zaradi bolezni imam privide, prisluge, tesnobo, strahove. Naredila se mi je vodna cista. Sem bila tudi na Soči, ker me je strah hoditi. V Soči so mi rekli, da moram delati vaje. Imam vrtoglavico, strah pred hojo.	psihosomatske bolezni
E26	Ja imam manj kondicije.	zmanjšanje kondicije zaradi psihofarmakov
F32	Prej nisem imel težav, zdaj imam psihosomatske bolezni astmo, povišan sladkor v krvi in holesterol, aritmijo srca.	psihosomatske bolezni
F34	Enkrat na leto bi moral iti v zdravilišče na rehabilitacijo zaradi psihosomatski bolezni.	predlogi
6. INFORMIRANOST O ZDRAVLJENJU V BOLNICI		
B34	Vse so mi povedali v Polju, koliko časa bom ..	informiranost glede zdravljenja v bolnici
D32	Dosti informacij sem dobila o zdravljenju	zadostna informiranost v bolnici
E27	Nobenih informacij nisem dobil. Nafilali so me s	neinformiranost glede zdravljenja v

	tabletami, moraš biti tiho in prenašati.	bolnici
F33	So mi dali zadosti informacij o zdravljenju v bolnici.	zadostna informiranost o zdravljenju

NAMESTO HOSPITALIZACIJE IN INSTITUCIONALIZACIJE		
1. PREVENTIVA PRED HOSPITALIZACIJO		
A43	Ne skakat v vodo iz velikih višin. Pazi svoje glavo in telo.	skrb za lastno zdravje in razum (preventiva)
B36	Zaupanje v Boga preko Jezusa Kristusa. Bolj kot katerikoli religiozno izkusje prej. Vera kot osebni odnos	zaupanje v vero kot preventivi
C29	Sprehodi v naravo, ukvarjanje s športom, čimveč umskega dela.	možnosti preventive
D33	Ne verjamem, jaz verjamem v tablete, ki jih imam. Ne bi imela dobrega občutka, da bi se zdravila brez zdravil. Se počutim tako varno.	občutek varnosti ob psihofarmakih
E28	Ne poznam preventive. Ni alternativ, tukaj je kemija	nepoznavanja preventiv
F36	Če jih redno jemljem, sem lahko zunaj bolnice in normalno funkcioniram. Opustitev zdravil pomeni, da se stanje poslabša.	uporaba psihofarmakov (preventiva pred hospitalizacijo in krizo)
G34	mislim, da so osnovne stvari, da imaš čimbolj stabilno življenjsko okolje- ne preveč kaotično življenje, dobro socialno mrežo, ljudi s katerimi imaš kvalitetne odnose. Moraš najti pravo ravnovesje med delom in sprostitvijo. To lahko povzroči preveč stresa, deloholičnost. Skrbeti moraš zase psihično in fizično. Probaš biti več na svežem zraku, zmerno uporabljati alko, droge.	skrb zase
2. ALTERNATIVE UPORABI PSIHOFAKOV		
A44	Dandanes je težko najti pravo	preusmeritev problemov na druge

	alternativo (meditacija mogoče). Da se navadiš, da preusmeriš svoj um na drugo področje. Da se prizemliš.	strani
B35	Sem bil v CMZ, kjer nisem bil pripravljen jemati zdravila in mi niso jih tudi vsiljevali. Je bilo pa dosti psihološkega svetovanja, ukvarjanje s športom, pogovori v skupinah.	alternative v cmz-ju
C30	Čimveč pogovorov s psihologi, posebej z psihoanalitiki, zelo je pomembna tudi družinska terapija.	potreba po psihološkem svetovanju
F37	Ne gre brez zdravil.	zaupanje v psihofarmake
G35	Alternativ je veliko, odvisno pa od človeka kaj mu pomaga. Jaz mislim, da je psihoterapija in svetovanje kar v redu. Odvisno tudi na koga naletiš, moraš se z njim osebno ujeti. Kar nekaj let sem hodila na skupinsko psihoterapijo, mislim da mi je pomagala. Potem so še druge..bioenergija, akupunktura.	poznavanje alternativ psihofarmakov
3. POTREBA PO UPORABI PSIHOFARMAKOV V KRIZI		
A45	Pomirjevala so zakon, če sem imel krizo pa sem bi bil doma sam.	delovanje pomirjeval ob krizi
B40	Menim, da delno je, vendar dosti bolj koristi zaupanje v nekaj in to, da je nekaj kar je v prihodnosti pri tebi odpuščeno. In kar se tiče večnega življenja, sem prepričan, da bom preživel večnost z Bogom. Sigurnost v nekaj, nekaj stalnega.	delna pomoč pri krizi s pomočjo psihofarmakov
C31	Ko imam krizo mi uporaba psihofarmakov pomaga zaspati. Ravnam po občutku, takrat ko se slabše počutim vzamem več zdravil.	uporaba dodatnih psihofarmakov ob krizi

D34	Mi pomaga uporaba zdravil ob krizi	potreba po psihofarmakih ob krizi
E29	Ja, me pomori...	prisotnost dobrega občutka ob rabi psihofarmakov ob krizi
F37	Ne gre brez zdravil.	zaupanje v psihofarmake
G36	Zdravila zmanjšajo simptome krize, kateri so npr. blodnje, prisluhi..pa zniža pretirano energijo. Ko imaš psihotično krizo bi lahko bil cel dan pokonci.	zmanjšanje simptomov krize
G39	...problem ker to je kot droga. Po parih letih ti ne pomaga več. Si zadrogiran.	neučinkovitost psihofarmakov
3. PREMAGOVANJE KRIZE BREZ UPORABE PSIHOFAKOV		
A47	Če si na zdravilih izpostavljen negativnim čustvenim stanjem, bo vsako zdravilo še bolj pripomoglo k razglabljanu psihe.	vpliv počutja na učinkovanje psihofarmakov
B37	Preprečil bi krizo, da bi omilil stres pa da bi bil siguren, da mi je Bog odpustil. S tem bi imel bolj pošlihtano v glavo.	zaupanje v vero
E30	če bi bil zdrav. Ne bi bil debel in zamorjen.	nezmožnost preprečevanja krize brez uporabe psihofarmakov
4. RAZLOGI ZA KRIZO		
A46	Kriza je največkrat pogojena z okoljem	vpliv okolja na krizo
B38	Stres in krivda za preteklo dejanje.	razlog za krizo
D36	imam sliko očeta, ko je mam tepel ali ko je človek osamljen. Sem zelo občutljiva, če kdo joče sem tudi jaz žalostna.	prevelika senzabilnost
E31	Če se nakadim, manija pride.	uporaba opojnih substanc
F38	Stresne situacije, skrbi..	obremenitve posameznika kot razlog za krizo
G37	Ne vem, lahko je stres, da ti nekdo umre, da si v odnosu, ki je nemogoč...nimaš zadosti poguma da bi ga končal.	neuspešno premagovanje stresa
5. STRATEGIJE ZA IZOGIBANJE HOSPITALIZACIJAM		

C33	Izognil bi se hospitalizacijam s tem, da bi hodil v terapevtsko družbo za kakšen teden	terapevtska družba
D37	Če bi prišlo do hospitalizacije bi šla, drugače pa ne.	indiferentnost do hospitalizacije
G38	Če bi začutila, da se mi začenja nekaj dogajati, konkretno pri psihotični krizi, ne veš da se ti to dogaja. Definitivno bi poskusila preko prijateljev, družine, pač organizirati krizni tim. Na nekoga bi se oprla.	samopomoč

STANOVANJE		
1. PRISOTNOST TEŽAV PRI NAJEMANJU STANOVANJA		
A48	Stanovanje je odvisno od denarja. Če ga upokojujejo je še nekako, drugače težko. Edina možnost SS....	problem denarja s stanovanjem
B41	Ne bi rekel, mislim da ne...	odsotnost težav pri najemu stanovanja
E33	Po moje je kaka ovira, ker je zdravstvo omejeno.	ovire pri pridobivanju stanovanja
2. POTREBA PO PRILAGOJENOSTI STANOVANJA OB KRIZI		
A49	Dobro je, da nima nemirnih sosedov.	vpliv sosedskih odnosov
B42	Problem je, ker ni interneta.	potreba po internetu v stanovanju
C34	Nujno bi moralo biti prilagojeno stanovanje za vsako določeno motnjo	prilagoditev stanovanja določeni bolezni
D38	Večkrat grem v kuhinjo pogledat. ...imam spomin dober, najdem se slabo.	povečana pozornost v stanovanju
E34	Rabi normalno stanovanje in neko socialno pomoč, da pospravlja za sabo in čisti stanovanje.	potrebna pomoč pri vsakdanjih opravilih
F39	Ni potrebno prilagoditev stanovanja. Če si sposoben normalno funkcionirati, lahko živiš	potreba po suportu

	v stanovanju. Moraš imeti suport, da te lahko nekdo obišče v stanovanju, vsaj enkrat tedensko. Ko prideš v krizo si lahko narediš škodo, si moteč faktor za okolico in takrat je najbolje, da greš v bolnico.	
G40	Ne prilagojeno stanovanje, samo nekoga, ki bi pomagal pri osnovnih opravilih.	potreba po pomoči pri vsakdanjih opravilih
3. PRISOTNOST POGOVORA O PSIHOFARMAKIH S SOSTANOVALCI		
A50	Ne, se ne pogovarjam..	odsotnost pogovora o psihofarmakih s sostanovalci
B43	Ne nismo se pogovarjali o rabi psihofarmakov.	odsotnost potrebe po pogovoru s sostanovalci
C35	Se pogovarjam z mamo, glede same uporabe zdravil	pogovor z bližnjimi
D39	Ne pogovarjam se s sostanovalci, vsak ima svoje probleme.	ohranjanje zasebnosti
F40	S cimrom se pogovarjava o zdravilih. Tudi on redno jemlje zdravila, pogovarjava se o učinkih zdravil.	pogovor o psihofarmakih s sostanovalcem
F40	S cimrom se pogovarjava o zdravilih. Tudi on redno jemlje zdravila, pogovarjava se o učinkih zdravil.	pogovor o psihofarmakih s sostanovalcem
G41	...sem jim povedala, da prenehujem in, da naj bodo pozorni na spremembe.	pomoč bližnjih pri opazovanju
4. OBVEZNOST JEMANJA PSIHOFARMAKOV V STANOVANJSKI SKUPINI		
A50	V SS je eno od pravil, da moram uživati psihofarmake.	obveznost jemanja psihofarmakov v SS
B44	v SS imamo pravilo o uporabi psihofarmakov če jih imamo predpisane.	obveznost jemanja psihofarmakov v SS
D40	Nujno je treba uživati in hoditi na redne kontrole.	obveznost jemanja psihofarmakov
E35	Eno od pravil, da lahko živim	obveznost jemanja psihofarmakov

	tukaj.	
--	--------	--

DELO IN DENAR		
1. PRISOTNOST OVIR PRI ISKANJU ZAPOSLOTITVE		
A51	Jaz imam druge probleme zaradi katerih ne dobim dela...	prisotnost drugih dejavnikov zaradi brezposelnosti
B45	Jaz imam status invalida preko ZPIZ-a. Igram glasbeni inštrument in tako zaslužim denar.	možnost dodatnega zaslužka
C37	Dosti težje, predvsem ker je prisotna stigma.	prisotnost stigme pri iskanju dela
E36	Ja, ker je zmanjšana koncentracija.	ovire pri zaposlitvi
2. PRILAGODITEV DELOVNEGA ČASA		
A52	Odkvisno, kaj bi delal. Tudi brez zdravl sem delal 12 ur, vendar ne dolgo. Ja so pa definitivno potrebne prilagoditve delovnega mesta, kot je zaposlitvena rehabilitacija.	možnost zaposlitvene rehabilitacije
B46	Ja, sem delal..brez zdravl pa nisem zdržal.	nujna raba psihofarmakov ob delu
C38	Ne, potrebna je prilagoditev. Odkvisna je od posameznika in stopnje prizadetosti. Obstajajo tudi društva, kjer se da delati prilagojeno.	prilagoditev dela posamezniku
B47	Ni nujno, da bi mi ustrezal fleksibilen delovni čas. Delal sem v Dobroviti, vendar sem se naveličal, enolično delo.	pomanjkanje zaposlitvenih možnosti
C38	Ne, potrebna je prilagoditev. Odkvisna je od posameznika in stopnje prizadetosti. Obstajajo tudi društva, kjer se da delati prilagojeno.	prilagoditev dela posamezniku
D42	Ne bi se mogla vključiti v delo. Bilo mi je težko, ko sem hodila delati. Zjutraj vstajanje, urejanje, iti na avtobus, peš do stavbe Šenta.	nezmožnost vključitve v pridobitno delo

	Težko bi bilo preveč obremenjujoče.. ne bi mogla delati.	
E37	Človek, ni sposoben delati za polni delovni čas. Mora biti prilagojen brez večje odgovornosti.	potreba po zmanjšanju odgovornosti na delovnem mestu
F42	Ne da se delati polni delovni čas, fleksibilno bi se dalo na primer štiri ure skupaj. Da se odpočiješ, ne moreš vsak dan delati. Par dni delaš, potem več ne. Težko osem ur.	prilagoditve delovnega časa posamezniku
3. ZMANJŠANJE DELOVNIH ZMOŽNOSTI ZARADI UPORABE PSIHOFAKOV		
A53	Ne...itak držim tok misli tako,da gredo stvari na bolje.	odsotnost občutka zmanjšanja delovnih zmognosti
B48	Zaradi uporabe zdravil so se mi zmanjšale delovne zmognosti.	zmanjšanje delovnih zmognosti
C39	Zelo so se mi zmanjšale, sploh vplivajo stranski učinki.	vpliv stranskih učinkov na delovne zmognosti
D43	Niso se mi zmanjšali prihodki zaradi rabe zdravil, ostaja isto.	odsotnost zmanjšanja prihodkov zaradi rabe psihofarmakov
E38	. Ja so se mi opazno zmanjšale delovne zmognosti.	zmanjšanje delovnih zmognosti
G43	Koncentracija konkretno, spomin.	ovire na delovnem mestu
5. IZGUBA DELOVNEGA MESTA		
A54	Ne nisem izgubil delovnega mesta, sem bil že prej brezposeln...delal preko Študentskega servisa..	izguba dodatnih možnosti zaslužka
B50	Ne, nisem izgubil delovnega mesta, ker takrat nisem bil zaposlen.	odsotnost izgube delovnega mesta
F43	Sem zbolel in mi je propadlo podjetje. Nerealno razmišljaš in potem so negativne posledice tu. Izgubil sem vse in potem končal na psihiatriji.	posledice krize
6. ZMANJŠANJE DOHODKOV		
A55	Da, so se mi zmanjšali...	zmanjšanje dohodkov po rabi psihofarmakov
B51	Da, so se mi zmanjšali prihodki.	prisotnost zmanjšanja dohodkov zaradi uporabe psihofarmakov

C40	Zame je najboljši status invalida, s tem imam zagotovljen prihodek.	zagotovljenost prihodka ob invalidnosti
D43	Niso se mi zmanjšali prihodki zaradi rabe zdravil, ostaja isto.	odsotnost zmanjšanja prihodkov zaradi rabe psihofarmakov
E39	Z delom je pogojeno tudi zmanjšanje dohodkov.	povezava delovnih zmožnosti in denarja
F44	Priznali so mi status invalida, invalidska pokojnina bi zadoščala, če bi imel svoje stanovanje, tako pa ne morem..kmalu bom prisiljen oditi v zavod.	problem primanjkovanja prihodkov

10.3.2 TABELA IZ-HOD

UPORABA PSIHOFAKOV		
1. STALIŠČA O PSIHOFAKIH		
203	Tako tablete postajajo edini način delovanja v neki stiski.	izhod v sili
204	Tablete so instant rešitev, odgovor na neko stisko, ki je v resnici obsežnejšega in širšega značaja.	magična rešitev v stiski
2. NEGATIVNI UČINKI PSIHOFAKOV		
105	...predpisovanje antipsihotikov, saj imajo ta veliko škodljivih stranskih učinkov. Različnih vrst takih zdravil pa je vse več.	škodljivi učinki antipsihotikov
206	Zaradi samega načina delovanja zdravil so ljudje zelo otopeli, veliko časa rabijo ljudje da se spet »normalizirajo« po tem ko prenehajo jemati tablete. Motorika in pa tudi celotno delovanje in razmišljanje se upočasni, nenehno se počutijo utrujene in zaspane, težko je razmišljati, obstati na miru itn.	poslabšanje osnovnih življenjskih funkcij
207	Stranskih učinkov je cela vrsta od tresenja, tikov, tardivne diskinezije, nezmožnosti kontroliranja požiranja slin, bolezni srca in ožilja, napadov, epilepsije,.....	stranski učinki psihofarmakov
202	Nenehno se pojavljajo nova zdravila v novih oblikah, kljub temu da ne vemo, zares kako delujejo in kaj pravzaprav zdravijo.	odsotnost učinkovitosti psihofarmakov
3. POZITIVNI UČINKI PSIHOFAKOV		
205	Zdravila seveda nekaterim pomagajo in sami pravijo	Potreba po psihofarmakih

	da brez njih ne bi mogli funkcionirati.	
3. NEINFORMIRANOST UPORABNIKOV		
210	večina uporabnikov strinja da so premalo informirani o psihofarmakih. Zelo malo jim povedo o delovanju, učinkih, stranskih učinkih, zasvojenosti, prenehanjem posledicah.	neinformiranost uporabnikov

MEDICINSKI VIDIK UPORABE PSIHOFAKOV		
1. ODNOS DO RABE PSIHOFAKOV		
104	medicinska stroka uči, da antidepresivi pomagajo ljudem in zmanjšujejo stopnjo samomorov.	medicinski vidik pomoči
208	V tem modelu se zdravila praviloma ne zmanjšujejo in večina ljudi ki se zdravi jih jemlje celo življenje.	vzdrževalni model uporabe psihofarmakov
2. MEDICINSKI VIDIK OBRAVNAVE UPORABNIKA		
101	vzpon sociobiologije, ki razlaga vsakršno človekovo vedenje z geni ali nevrobiologijo. V skladu s to logiko obstajajo ljudje, ki imajo gen za potencialnosti in tisti, ki takega gena nimajo.	razvoj nevroznosti
109	Psihiatrija in medicina temelji na pristopu, da je človek stroj, ki se ga lahko popravi. Težava psihiatrije je v tem, da se duše ne da popraviti. Zdravila so zgolj obliži na rane, vendar je potrebno iskati vzroke drugje, v družbenih odnosih.	kritika medicinske obravnave človeka
3. PORAST PREDPISOVANJA PSIHOFAKOV		
102	Podatki medicinske stroke kažejo na to, da zgolj 12 – 20 % ljudi, ki jim predpišejo antidepresive, kaže vse simptome, ki bi potrdili diagnozo depresije. Zdravniki poskušajo ugotoviti, kateri so ti ljudje in se odločajo po načelu, da raje predpišejo zdravila tudi tistim, za katere niso prepričani, da imajo vse simptome.	predpisovanje brez prave podlage
103	Večino (84 %) antidepresivov predpisujejo splošni zdravniki, le 4 % predpisujejo psihiatri. Rezultati kažejo, da polovica ljudi, ki jim predpisujejo antidepresive, nimajo psihiatrične diagnoze....	predpisovanje v ambulantah splošnih zdravnikov
105	V zadnji petih letih se je prepolovilo predpisovanje benzodiazepinov, vendar se je podvojilo predpisovanje antidepresivov....	porast predpisovanja antidepresivov
216	Predpisovanje bi tudi morali biti krajše in bolj ciljno.	kritika na predpisovanje

		psihofarmakov
--	--	---------------

SOCIALNI VIDIK UPORABE PSIHOFAKOV		
1. KREPITEV MOČI UPORABNIKA		
111	stanovalce so spodbujali k temu, da sami sebe opazujejo in povedo, katera zdravila jim ustrezajo in katera ne.	samopomoč uporabnika
110	Strokovni delavci so skupaj s stanovalci obiskovali psihiatre in se skupaj z njimi pogovarjali o zmanjševanju doze zdravil.	mediatorska vloga socialnih delavcev pri zmanjševanju psihofarmakov
112	Zmanjševanje zdravil ob preseljevanju v stanovanjske skupine...	manjša raba psihofarmakov v skupnosti
212	Kadar se uporabniki ne strinjajo z nadaljevanjem jemanja tablet, bi morali imeti pravico do postopnega varnega zmanjševanja v dogovoru s psihiatrom.. Radi bi imeli več vpliva na njihova zdravila, radi bi da se upošteva njihove izkušnje in želje.	povečevanje vpliva uporabnika nad rabo psiofarmakov
215	Ločiti bi morali postopek pridržanja in jemanja zdravil - če človek v neki situaciji ogroža druge ali sebe, je postopek pridržanja lahko pogojno opravičljiv, dokler ta faza ne mine, s tem pa ne more biti upravičeno na njem eksperimentirati z zdravili brez njegovega dovoljenja in dogovora z njim.	ohranjanje vpliva uporabnika
303	Skupaj z uporabnikom skozi njegovo življenjsko zgodbo napišeta načrt pomoči, ki bi naj uporabniku izboljšal kvaliteto življenja.	načrt pomoči
2. ALTERNATIVE PSIHOFAKOV		
213	Po neki krizni situaciji bi morali takoj začeti iskati rešitve, ki bi omogočale postopno prenehanje in zamenjavo psihofarmakov z drugimi oblikami pomoči (alternative zdravljenju, meditacija, bioenergija, psihoterapija,.....)	iskanje alternativ psihofarmakov
214	Omogočiti bi morali biti svetovalne pogovore, urejanje okoliščin za lažje soočanje s krizami in druge pogoje za dostojno življenje.	iskanje alternativ psihofarmakov
211	...kjer bi človek zdravila dobil v neki krizni, akutni fazi, samo dokler je res nujno in kmalu tudi prenehal jemati. Hkrati pa lahko začeli iskati druge možnosti,	krizni model uporabe psihofarmakov

	rešitve.	
301	...ustanavljanje različnih stvari, kako bomo ljudem pomagali. Pojavlja se več alternativ, npr. krizni timi, krizni centri, preživljanje krize doma (kar je koristno zaradi tega, da uporabnik lažje ohrani kontakt s stvarmi, ki jih počne) ali preživljanje krize na tujem domu, oblazinjene sobe. O načinu preživljanja krize na tujem domu, kjer človek človeku omogoči, da krizo preživi v normalnem okolju, kažejo pozitivne izkušnje iz tujine.	izogibanje hospitalizaciji ob krizi
302	mreža nevladnih organizacij pri nas še pomanjkljiva in da je potrebno razumeti dejstvo, da so nevladne organizacije le en segment skrbi, ki jih skupina ljudi s težavami v duševnem zdravju potrebuje.	potreba po skupnostnih službah

SODELOVANJE MED SOCIALNIM IN ZDRAVSTVENIM VARSTVOM		
1. POMEN MEDSOBOJNEGA SODELOVANJA		
401	...povezovanje med zdravstveno in socialno stroko na področju duševnega zdravja..	sodelovanje med zdravstvom in socialo
402	..sodelovanje in vključevanje uporabnikov v izobraževanje in raziskovanje ter v procese načrtovanja, izvajanja in evalvacije storitev in služb na področju duševnega zdravja..	sodelovanje in vključevanje uporabnikov
403	...različne oblike združevanja uporabnikov, med drugimi samoizobraževanje in samoorganizirano izobraževanje (uporabniška univerza)..	združevanje uporabnikov
404	...ustanavljanje in oblikovanje skupnostnih centrov za duševno zdravje v katerih bodo sodelovali zdravstveni in socialni strokovnjaki ter strokovnjaki z izkušnjo..	ustanavljanje skupnostnih služb
405	Oblikovanje delovne skupine za pripravo in izvajanje pilotskega projekta skupnostne oskrbe na področju duševnega zdravja...	oblikovanje delovnega projekta

IZJAVA O AVTORSTVU

Spodaj podpisana, **Iva Anžlovar**, prvič vpisana na Fakulteto za socialno delo, v letu **2008/2009** kot **izredna** študentka, izjavljam, da sem diplomsko delo z naslovom »**Uporaba psihofarmakov v skupnosti**« napisala samostojno s konkretnim navajanjem virov in ob pomoči mentorja **izr. prof. dr. Vita Flakerja**.

Datum: 28.6.2011

Podpis: