

**UNIVERZA V LJUBLJANI  
PEDAGOŠKA FAKULTETA**

**ZARJA BRUMEN ŽARN**

**ŽIVLJENJE OSEBE Z DUŠEVNO STISKO**

**DIPLOMSKO DELO**

**LJUBLJANA, 2013**

**UNIVERZA V LJUBLJANI  
PEDAGOŠKA FAKULTETA  
SOCIALNA PEDAGOGIKA**

**ZARJA BRUMEN ŽARN**

**Mentor: prof. dr. BOJAN DEKLEVA**

**ŽIVLJENJE OSEBE Z DUŠEVNO STISKO**

**DIPLOMSKO DELO**

**LJUBLJANA, 2013**

## **Zahvale**

*Zahvaljujem se Izi, ki mi je odprla vrata v svoje življenje, omogočila in soustvarila raziskavo pričujočega diplomskega dela. Hvala ti za pripravljenost, odkritost, dobrosrčnost ter nepozabne izkušnje.*

*Zahvaljujem se mentorju prof. dr. Bojanu Deklevi, ki mi je s strokovnim usmerjanjem, predvsem pa s poglobljenimi pogovori, olajšal in obogatil proces ustvarjanja diplomskega dela. Hvala za odzivnost, zavzetost, predvsem pa podporo, ki sem jo vseskozi čutila!*

*Hvaležna sem svoji družini, posebej staršema, ki sta mi omogočila študij in me podpirala v letih razvoja. Hvala vam, ker verjamete vame.*

*Hvaležna sem Anžetu za podporo, razumevanje in potrpežljivost. Hvala ti, ker si bil ob meni, me spodbujal in tolikokrat pomirjujoče objel.*

*Hvala prijateljicam ter prijateljem, ki ste mislili name in me opogumljali.*

## **Povzetek**

Duševno zdravje je obče človeška tema, s katero se srečujemo vsi ljudje na vsakem koraku. Kljub temu so osebe, ki doživljajo duševne stiske, pogosto zaprte v psihiatričnih bolnišnicah. Poleg škodljivih posledic same hospitalizacije osebe prejmejo še neovrgljivo stigma, ki jih ovira pri kakovostnejšem življenju. V diplomskem delu je približana tematika duševnega zdravja, predstavljena kulturna umeščenost pogleda na »duševne bolezni« ter vloga hospitalizacije v življenju uporabnikov. Izpostavljeni so dometi medicinskega modela, ki ga psihosocialni model dopolnjuje in v segmentih pomoči na življenjskih področjih oseb s težavami v duševnem zdravju prekaša.

Raziskovalni del je namenjen pripovedi življenjske zgodbe osebe z zgodovino duševnih stisk in hospitalizacij ter analizi doživljanja odnosa, ki se v procesu raziskovanja vzpostavlja med avtorico v vlogi prostovoljke in omenjeno osebo. Ugotovitve imajo vrednost vpogleda v osebne izkušnje dveh oseb v neponovljivem kontekstu določenega življenjskega obdobja.

## **Ključne besede:**

duševno zdravje, duševna stiska, hospitalizacija, psihiatrična bolnišnica, stigma, prostovoljstvo

## **Abstract**

Mental health is a common human topic that we all face at every step of our life. Yet there are still individuals who endure anguish, who are locked up in psychiatric institutions, which – apart from the negative influences of the hospitalisation itself – brings an irrefutable stigma that hinders these individuals in living a higher quality of life. The diploma thesis at hand deals with the mental health topic, presents the cultural attribution of the aspect on »mental illnesses« as well as the role of hospitalisation in lives of the users. The thesis sets out the scopes of a medical model which is being complemented and surpassed by the psychosocial model in the segments of help to individuals with mental health problems on different life areas.

The research part presents a life story of a person with history of mental anguishes and hospitalisations as well as the analysis of perception of a relationship which forms in the process of research between the author in the role of a volunteer and the person mentioned above. The findings have a value of insight into the experiences of two individuals in an unrepeatable context of a specific lifetime.

## **Key words:**

mental health, mental anguish, hospitalisation, psychiatric hospital, stigma, voluntariness

# Kazalo

<b>I.</b>	<b>Uvod.....</b>	<b>1</b>
<b>II.</b>	<b>Teoretični del .....</b>	<b>2</b>
1	Duševno stanje: zdravje nasproti bolezni.....	2
2	Obstoj norosti .....	3
3	Razumevanje norosti znotraj kulture.....	4
4	Opredelitev pojmov stiske in krize.....	5
5	Diagnoza: pomoč ali ovira .....	6
6	Hospitalizacija v psihiatrični bolnišnici: življenje za vrati in njegove posledice .....	7
6.1	Zdravila.....	8
6.2	Zaposlitev.....	9
6.3	Hospitalizacija v funkciji nadzora.....	11
7	Biti prostovoljka osebi s težavami v duševnem zdravju .....	12
<b>III.</b>	<b>Empirični del .....</b>	<b>14</b>
8	Opredelitev problema in namen raziskovanja .....	14
9	Raziskovalna vprašanja .....	14
10	Raziskovalna metodologija .....	15
10.1	Izbira osebe .....	16
10.2	Viri ter postopek pridobivanja in obdelave podatkov .....	16
11	Analiza in interpretacija .....	17
11.1	Opis najinih stikov .....	17
11.2	Razlaga kategorij in kod.....	18
11.3	Kategorija: Življenjska pot.....	18
11.3.1	Otroštvo.....	18
11.3.2	Šolanje.....	18
11.3.3	Diagnoza .....	19
11.3.4	Zaposlitev.....	19
11.3.5	Invalidska upokojitev.....	19
11.4	Kategorija: Bližnji odnosi .....	20
11.4.1	Odnos z mamo .....	20
11.4.2	Odnos z bivšim partnerjem .....	21
11.4.3	Odnos s sorodniki .....	21
11.4.4	Odnos s prostovoljko .....	22

11.5	Kategorija: Duševna stiska in kriza.....	22
11.5.1	Prepoznavanje stiske .....	22
11.5.2	Doživljanje krize .....	22
11.6	Kategorija: Hospitalizacija .....	23
11.6.1	Doživljanje hospitalizacije.....	23
11.6.2	Zdravila .....	24
11.6.3	Polje .....	24
11.7	Kategorija: Moje doživljanje, vezano na odnos z Izo .....	25
11.7.1	Osebnostna rast .....	25
11.7.2	Osebne obremenitve.....	26
11.7.3	Moje doživljanje ob Izini stiski.....	26
11.7.4	Razvijanje odnosa .....	27
11.8	Kategorija: Doživljanje svoje vloge kot prostovoljke.....	27
11.8.1	Soočanje s pričakovanji .....	27
11.8.2	Vprašanja o svoji vlogi .....	28
11.9	Kategorija: Kakovostnejše življenje.....	30
11.9.1	Potreba po bližini sočloveka .....	30
11.9.2	Potreba po urejenih bivanjskih razmerah.....	30
11.9.3	Potreba po zaposlitvi.....	31
11.9.4	Viri v življenju .....	31
11.9.5	Alternative namesto hospitaliziranosti v psihiatrični bolnišnici.....	32
12	Refleksija raziskave.....	33
<b>IV.</b>	<b>Sklep .....</b>	<b>34</b>
<b>V.</b>	<b>Zaključek.....</b>	<b>37</b>
<b>VI.</b>	<b>Literatura .....</b>	<b>38</b>
<b>VII.</b>	<b>Priloga .....</b>	<b>41</b>

## I. Uvod

Živimo v družbi, ki ljudi z duševnimi stiskami in krizami zdravi v psihiatričnih bolnišnicah. Tam dobijo oznako duševnega bolnika in za polno pest tablet. Oprime se jih močna stigma neozdravljivosti, nesposobnosti, drugačnosti, celo nevarnosti. Zaradi takšnih sodb, s katerimi se ljudje vsakodnevno srečujejo, pogosto nimajo možnosti po kakovostnejšem življenju.

Preden lepimo tovrstne uničujoče nalepke – ali zares vemo, kakšna je definicija duševne bolezni in kako se jo dobi? Gorenstein (1992) pravi, da si moramo za to, da bi lahko definirali duševno bolezen, najprej odgovoriti na vprašanje, kakšno je sprejemljivo in kakšno nesprejemljivo duševno stanje. Pri tem znanost ne more podati odgovora, saj je potrebna vrednostna sodba.

Menim, da se vrednostna sodba oblikuje v kulturi, v kateri živimo. Tematika duševnega zdravja je obče človeška, pogledi na sprejemljivo izražanje duševnega stanja pa so kulturno pogojeni. S tem se individualizirajo težave nekaterih posameznikov, katerih način izražanja svojega doživljanja je za kulturo nesprejemljiv.

V svojem diplomskem delu bom razmišljala o človekovem duševnem stanju, natančneje o duševni stiski in jo skušala prepoznati v luči širšega konteksta – življenja osebe in družbe, v kateri živi. Razmišljala bom o virih pomoči, ki so osebi v stiski na voljo ter kako jih doživlja.

V teoretičnem delu diplomskega dela skušam približati omenjeno tematiko duševnega zdravja, predstaviti umeščenost pojmovanja duševne bolezni znotraj kulture in razmišljati o funkciji in posledicah hospitalizacije. V empiričnem delu pripovedujem o življenju osebe, ki ima večkratno izkušnjo hospitalizacije in o najinem odnosu, ki se je pričel graditi, ko sem postala njena prostovoljka.



## II. Teoretični del

### 1 Duševno stanje: zdravje nasproti bolezni

*Kdo je duševno zdrav? Je duševno zdrav tisti, ki ni duševno bolan in obratno?*

Sprašujem se torej, ali obstajata duševno zdravje in bolezen kot fiktivni stanji, ki nujno izključujeta ena drugo ali gre preprosto za to, da smo v določenem trenutku življenja na določeni točki kontinuuma sreče in nesreče ter zaradi nešteto različnih razlogov po njem potujemo.

»Zagotovo področje duševnega zdravja najbolje obvladuje medicina, ki človeka dojema predvsem kot fizično bitje, oz. psihiatrija, ki človeka dojema na podlagi (ne)delovanja njegovih možganov. Pri tem pa se pozablja, da je človek tudi socialno bitje, ni samo produkt temveč tudi akter v okolju, da v vsakdanjem življenju vstopa v različne odnose z drugimi/različnimi posamezniki in da pri tem opravlja različne družbene vloge. Kljub temu medicinski diskurz prevladuje tako v javnosti kot v zasebnosti« (Kvaternik in Grebenc, 2008, str. 129).

Lamovec in Flaker (1993) podata odgovore, ki pojasnijo in nasprotujejo medicinskemu diskurzu. Po medicinskem modelu bi naj bila oseba, ki je doživela psihotično krizo, duševno bolna. Krožna razlaga medicinskega modela temelji na prepričanju, da kriza dokazuje obstoj duševne bolezni, ta sama pa se prikaže kot vzrok krize. Tega ni mogoče znanstveno dokazati in zato ne bi smelo obveljati kot znanstveno dejstvo. Ko kriza mine, namreč ni ničesar več, kar bi biološko ločevalo duševnega bolnika od zdrave osebe. Oseba pa je vendarle popolnoma drugačna od zdrave, opremljena je namreč s stigmo neozdravljivega bolnika, ki ji bo sledila na vsakem koraku. Lamovec in Flaker (prav tam) priznavata, da imajo določene osebe dispozicije za to, da se v stresnih situacijah odzovejo s psihozo, vendar tako kot pri vseh drugih dispozicijah, to samo po sebi še ne pomeni bolezni. Pomeni določeno duševno neodpornost, ki se lahko ali pa ne razvije v krizo. Psihotično krizo resda spremljajo določene biokemične spremembe, vendar te po končani krizi izginejo. Takrat je oseba zdrava in ni razloga, da bi jo še naprej obravnavali kot bolnika.

Glasser (2003) predstavi svojo lestvico duševnega zdravja, ki se od leve proti desni začne z duševno boleznijo, nadaljuje v nesrečo in konča z duševnim zdravjem. Trdi, da se v levo skupino uvršča relativno nizko število ljudi, za katere so ugotovili možgansko patološke pojave in je njihova bolezen v tem smislu podobna raku in sladkorni bolezni.

Duševne bolezni kot jih določajo psihiatri v četrti izdaji DSM pa se ne bi smele imenovati bolezni, ker ni odkritih patoloških pojavov v možganih. So le načini, s katerimi nesrečni ljudje izražajo svojo nesrečnost. Pri njih so kemične spremembe v možganih posledica načina življenja in ne vzrok za nenavadno vedenje. Z odkrivanjem duševnih bolezni, ki ne obstajajo, pa se pojavi največja nevarnost za duševno zdravje – z vnosom zdravil, ki posežejo v normalno delovanje možganov, se osebi odvzame možnost, da bi storila nekaj zase.

Glasser (prav tam) srečo enači z duševnim zdravjem in vidi simptome, ki jih večina drugih psihiatrov pripisuje duševni bolezni kot rezultat nesreče posameznika.

## 2 Obstoje norosti

*Je oseba, ki doživi eno ali več duševnih stisk v življenju, duševni bolnik? Je duševna bolezen norost? Kaj pravzaprav je norost?*

Nekoč me je oseba v psihiatrični bolnišnici vprašala, ali mislim, da je nora. Rekla sem, da ne mislim tako. Kako bi lahko odgovorila drugače, ko pa ne vem, kaj je norost. Vem le, da beseda nosi negativni prizvok, jaz pa o osebi ne mislim nič slabega.

Moje življenje bogatijo tri osebe, ki so imele izkušnjo psihiatrije in bile označene kot duševno bolne. O vseh treh osebah lahko povem, da so manj nore kot večina naše populacije. Kot odsotnost norosti pojmujem poštenost, moralne vrednote in dobro srce. Pa ne da bi s tem skušala karkoli dokazovati ali trditi, da so tako označeni duševni bolniki boljši od ostale populacije. Vsekakor pa trdim, da oznaka norosti, ki tako rada pride skupaj z oznako duševne bolezni, v njihovih in prepričana sem, da še v marsikaterih drugih primerih, ni ustrezna.

Avtorja Lamovec in Flaker razumeta oznako duševne bolezni kot zastrašujočo, saj po njunih besedah (1993, str. 90): »Vsebuje konotacije neozdravljivosti, propada in izobčenosti.« Medtem ko o vsebinah norosti (prav tam, str. 91) pravita tako: »Norec je vreden pozornosti in zanimanja, saj je nenavaden, enkrat in zabaven; duševni bolnik je vreden le pomilovanja.«

Če je to norost, potem podpišem, da so vsi trije nori. Vendar ne pristanem na nobeno od oznak, ki jih prinese stigma duševnega bolnika.

Zaviršek (1995, str. 110) na duševno zdravje pogleda iz družbene perspektive in zagovarja, kar so po njenih besedah poudarjali številni antropologi: »Norost ni »naravna« kategorija, določeno vedenje lahko definiramo kot norost le glede na kulturne vzorce, ki veljajo v tej kulturi.«

Zaključni z ugotovitvijo (prav tam, str. 111): »Vprašanje norosti postane torej v antropološki perspektivi vprašanje razkola med vzorcem obnašanja, ki je neki osebi blizu, in družbeno veljavnim kulturnim vzorcem.«

### **3 Razumevanje norosti znotraj kulture**

Basaglia (1981, v Kvaternik in Grebenc, 2008) trdi, da je norost v človeku prav tako navzoča, kot je navzoč razum. Je torej povsem naravno človekovo stanje. Mejo med njima pa določata družba in kultura, katere del je oseba. Pomen kulture in družbenih norm sem zasledila tudi v pisanju avtorjev Perko in Kreigh (1988), ki sta mnenja, da je diagnostična ocena določene duševne bolezni potrebna, kadar so prisotne razlike med posameznikovim mišljenjem, čutenjem, vedenjem ter običajnimi pričakovanji in normami družbe.

Enak proces se dogaja pri določanju družbene normalnosti, ki vse kar odstopa, označi z etiketo odklonskosti in ljudi, ki jo prejmejo, s procesom stigmatizacije odrine na rob. Kar sem pravkar zapisala, mi zveni, kakor da proces opravlja nek zunanji aparat, ki po določenih kriterijih pošilja ljudi skozi nekakšno sejalo normalnosti. Oddaljeno, kakor da se mene in tebe, če se po naključju nisva zataknila med mrežo sejala, ne tiče. Pa vendar.

*Kdo je družba, če ne tako jaz kot ti? Kaj je kultura, če ne socialni dogovor ljudi o vedenju, ki je ne – sprejemljivo?*

Freud (2001, str. 38) opiše kulturo kot: »Celoten skupek dejavnosti in ustanov, v katerih se je naše življenje oddaljilo od naših živalskih prednikov in ki služi dvojnemu smotru: ščitijo človeka pred naravo in urejajo medsebojne odnose med ljudmi.« Avtor (prav tam) trdi, da bi bili, v kolikor ne bi uredili socialnih odnosov, podvrženi samovolji najmočnejših; da bi se pred tem zavarovali, je nastala kultura. Pojasni, da človekovo trpljenje, na katerega bi lahko vplival (ne more namreč vplivati na krhkost lastnega telesa in nadmoč narave), izhaja iz nezadostnosti ustanov, ki urejajo medsebojne odnose ljudi v družini, državi in družbi.

Prepoznavam, da je kultura, kakršno imamo, podvržena samovolji najmočnejših. V grobem torej najmočnejši določijo vzorce vedenja, večina jih utrjuje, kdor se ne vede po njih pa pristane na robu družbe. Sklenem lahko, da kultura ne izpolnjuje enega od pomembnih namenov, zaradi katerih je bila ustvarjena. Nekje smo zašli in zavoljo sreče posameznikov, ki tvorijo skupino »duševno bolnih«, bi morali preurediti ustanove, ki urejajo medosebne odnose.

Seveda pa to ni v interesu najmočnejših – v tem primeru; psihiatričnih ustanov in industrije zdravil, za katere Glasser (2003, str. 35 in 36) pravi: »S psihofarmatiki se obračajo težki denarji.«

#### **4 Opredelitev pojmov stiske in krize**

Duševna bolezen, o kateri sem pisala v poglavju o duševnem stanju, je, kot pravita Lamovec in Flaker (1993), zgolj domneva, v znanosti pa moramo ločevati dejstva od domnev. Pravita (prav tam, str. 87): »Dejstvo, ki ga lahko opazimo, je psihotična kriza.«

O izvoru stiske Lamovec (2006b, str. 69) pove naslednje: »Če je telesna bolečina premočna, izgubimo zavest. Če je duševna bolečina premočna, izgubimo razum. Vsaki razdvojeni duši pripada tudi strto srce.«

Lamovec (1998) pojasni, da duševna stiska izhaja iz interakcije obremenilnih dejavnikov v okolju in specifičnih značilnosti odzivanja (npr. ranljivost) osebe v njeni fiziološki odzivnosti in na ravni spoprijemanja s stresom. Pri osebi, ki se brez socialne opore znajde v dolgotrajni stresni situaciji, se stiska lahko stopnjuje v krizo. Dolgotrajna izpostavljenost stresu pogosto ni opažena, zato vzroke krize pripišemo bolezni. Kriza pomeni začasno nezmožnost človeka, da bi skrbel zase in opravljal življenjske naloge. Značilnost začasnosti je eden pomembnih razlogov, zaradi katerega ne bi smeli govoriti o duševni bolezni, ki jo javnost razume in obravnava kot trajno. »Izraz »kriza« pomeni, da je motnja psihičnega ravnotežja resna, akutna in je posameznik ne more rešiti z navadnimi načini spoprijemanja« (prav tam, str. 22).

Tudi Kocmur (1999, v Škodlar in Zajc, 2004) trdi, da pojem kriznega stanja oziroma krize opisuje posebno področje človekovega doživljanja ob porušenem duševnem ravnovesju, ki ga kljub poskusom obvladovanja ne zmore ponovno vzpostaviti.

Lamovec (1998) trdi, da v kolikor bi prepoznali človekov življenjski problem v ozadju krize, bi vedeli, kako ob njej pomagati.

Škodlar in Zajc (2004, str. 34) opišeta znake kriznega stanja, ki se kažejo v: »Tesnoba z vsemi duševnimi in telesnimi simptomi, zožena pozornost z ruminacijo določenih vsebin, težnja k brezplodnemu razpravljanju in neurejenemu kopičenju informacij, pomik na razvojno zgodnejše oblike vedenja, izguba občutka za prioritete, izguba samozaupanja, povečana sugestibilnost itn.«

Lamovec (2006b) predstavi drugačen vidik krize, s katerim opozori na to da bi brez bremena stigmatizacije osebe lahko po koncu krize ne le zaživele kakovostno življenje, temveč ob tem še osebnostno zrastle. Pravi (prav tam, str. 72): »Kriza vsekakor pomeni tudi poskus rasti, razbijanja okov, poskus videti svet iz novega zornega kota, željo zgraditi novo življenje.«

Ljudje, ki se ne morejo ali nočejo slepiti o sebi in svetu, se zazrejo v globine. Stvari, ki jih odkrijejo, so za nekatere preveč boleče. Morda imajo ljubečega bližnjega, ki jih posluša in razume, ponudi objem in jih potolaži. Morda je to dovolj. Morda ga nimajo ali pa to ni dovolj. *In kaj takrat?* Takrat poiščejo pomoč strokovnjakov. Pri nas se ta največkrat izvede s hospitalizacijo, ki prinese diagnozo. Oseba kar naenkrat ni več oseba v stiski ali krizi, z diagnozo namreč postane duševni bolnik.

## **5 Diagnoza: pomoč ali ovira**

Tomori (1999, str. 8) meni, da je diagnoza potrebna in v pomoč: »Četudi sta potek in prognoza duševnih motenj pogosto odvisna tudi od individualnih značilnosti bolnika in njegovega okolja, pa diagnostična ocena vsaj okvirno napoveduje značilen potek motnje in potrebo po določenih terapevtskih pristopih in njihovih medsebojnih kombinacijah.«

Lamovec se s tem ne bi strinjala. Svoje razmišljanje o diagnozi predstavi z naslednjimi besedami (1999, str. 17): »Psihiater bo človeški stiski nadel znanstveno zvoneče ime »diagnoza«, ki nima nič skupnega z diagnozami kakršne poznamo v medicini, temveč je sodba, prepričanje, vera.« Z naslednjimi besedami še stopnjuje svoje prepričanje v diagnozo kot oviro (Lamovec, 2006b, str. 70): »Nalepka, ki ji olupševalno rečejo diagnoza, je v resnici obsodba na životarjenje na robu družbe.«

O tovrstnih prepričanjih Tomori (1999, str. 8) pravi: »Pomisleki, da je psihiatrična diagnoza nepotrebna in da ima lahko vlogo nalepke, ki bi osebi utegnila škodovati, so bolj plod predsodkov in pomanjkljive predstave o mestu psihiatrije med medicinskimi vedami kot pa tehtnih argumentov.«

Kakor sem spoznala v prejšnjih poglavjih, je težava pri »duševni bolezni« v trajnosti, ki jo oznaka prinese. Enako je z diagnozo. Namreč, ko oseba dobi npr. diagnozo shizofrenija, ta diagnoza na vsakem koraku ostane z njo in jo zaznamuje, čeprav že vrsto let ni doživela krize. Drži se je stigma neozdravljivega bolnika, zaradi katere v očeh večine ne bo enakovredna in zato tudi ne bo imela enakovrednih možnosti.

Menim, da bi učinek diagnoze kot usmeritve v pomoč (v kolikor ga priznavamo kot takega) o katerem piše Tomori (1999), bolje dosegli z dejanskim opisom človekovega stanja in potreb ter se hkrati izognili stigmati, ki sicer osebo ovira skozi življenje.

Nesmisel domnev, na osnovi katerih se ustvarjajo oznake, ki o človeku, njegovem življenju in stanju bolj ali manj ničesar ne povedo, potrđita Kvaternik in Grebenc (2008, str. 141), ki pravita: »Moramo začeti uporabljati besede, s katerimi bomo predvsem opisovali različne situacije, v katerih posameznik občuti težave in o katerih se z uporabnikom sporazumemo. Opise teh situacij je treba prevajati v potrebe, ki nam služijo za operacionalizacijo dela.«

## **6 Hospitalizacija v psihiatrični bolnišnici: življenje za vrati in njegove posledice**

Ljudje v bolnišnici postanejo ne le nevidni za okolico, temveč tudi znotraj zidov njihove potrebe in čustva niso sprejeta kot resnična, prava. Sistemu spodleti tudi v poznavanju človekove življenjske zgodbe, moderna psihiatrija namreč ne verjame v pomen preteklosti. Zdravnik zgolj opazuje simptome, postavi diagnozo in predpiše zdravila. Nihče ne vpraša osnovnih in najpomembnejših vprašanj o človeku in njegovem življenju. Kar vidijo in označijo kot duševno bolezen, je pogosto jok osebe po drugačnem življenju. Ironično pa se morajo zavoljo tega, da bi bili izpuščeni iz bolnišnice, naučiti skriti svoj notranji svet. Prava oseba in njena čustva, potrebe so razveljavljene. Simptomom bolečine razkritje ni dovoljeno, zato se pravi jaz skriva še globlje, pomen joka pa priduši (Susko, 1991).

Flaker (1998) kot eno od glavnih posledic bivanja v totalni ustanovi, v katero uvrščamo tudi psihiatrično bolnišnico, opisuje omtvičenje identitete. Z vstopom v ustanovo se namreč vzpostavi ovira med njim in družbo zunaj nje. V ustanovi vladata stabilna ureditev in red. Uporabnik se je vanj prisiljen vključiti, kljub temu da sta v nasprotju z življenjem, kot ga je živel pred prihodom vanjo. To mu onemogoča samopojmovanje in spreminja vloge, ki jih je imel v življenju pred hospitalizacijo. Odvzeta so mu tista »drobna« identifikacijska znamenja kot je obleka in druga lastnina, naenkrat je le še ena izmed mnogih številčk. Pravila, ki jih je dolžan upoštevati, mu v veliki meri odvzemajo avtonomnost odločanja. Organizacija totalnih ustanov temelji na sistemu kazni in privilegijev. Sistem miruje, uporabniki pa se premikajo po ustanovi, na primer iz zloglasnih oddelkov v odprte oddelke, kjer je več zasebnosti. Totalne ustanove, med katere štejemo tudi psihiatrično bolnišnico, neprenehoma in v veliki meri kršijo človekove pravice – pravico do prostosti, do osebne dignitete in do zasebnosti. Teh pravic pa zavoljo boleznim ali stiske nikomur ni dovoljeno odreči.

Švab (2001) opiše ukrepe oviranja uporabnikov v zaprtih oddelkih, kjer naj bi jih ščitili pred tem, da bi se samopoškodovali in v te namene uporabljajo pasove, s katerimi pacienta privežejo na posteljo (danes so prepovedani včasih uporabljeni prisilni jopiči in zamrežene postelje). Izpostavi kako močno tovrstna izkušnja poškoduje samospoštovanje.

Poleg poškodovanega samospoštovanja prinaša življenje za vrati psihiatrične bolnišnice še druge negativne posledice. Lamovec (1999) povzame besede nekaterih oseb, ki so preživele psihiatrično izkušnjo. Svoj status so opisale kot stigmatiziran in psihiatriziran kar s seboj prinese nenehen nadzor drugih ljudi in grožnjo po ponovni (prisilni) hospitalizaciji zaradi česar ne smejo kazati čustev žalosti in jeze, pa tudi pretiranega veselja ne. Vsakodnevno jemljejo zdravila s kupom stranskih učinkov, ki otežujejo in slabšajo kvaliteto življenja. Oznake »duševnega bolnika« se nikoli ne znebijo. Lamovec (2006a, str. 29) našteje poškodbe, ki ostanejo uporabniku, ko zapusti psihiatrično bolnišnico: »Odvisnost od zdravil, dosmrtna stigmatizacija, znižano samospoštovanje in zaupanje vase, utrditev lažnega jaza, zatiranje pristnega občutenja in izražanja, spremenjeni odnosi z družino, na delovnem mestu in s prijatelji, izguba ciljev v življenju.«

»Delodajalci in stanodajalci se zaradi predsodkov o nevarnosti in nesposobnosti ne odločajo zanje. S tem so jim odvzete priložnosti po bolj kakovostnem, neodvisnem življenju, zaradi česar se posledice bolezni še slabšajo, oseba lahko stigmo ponotranji in izgubi samospoštovanje« (Švab, 2004, str. 13).

Lamovec (2006b, str. 72) izpostavi: »Žalostno je, da nerazumevanje in stigmatizacija največkrat povzročita, da kriza, pa čeprav uspešno prebrodena, pomeni za posameznika katastrofo, socialno smrt.«

Med dobre učinke hospitalizacije Švab (2001) uvršča omogočanje ustrezne diagnostike ter uvajanje zdravil, ki je v tem okolju enostavnejše. Izpostavi, da si družina ob hospitalizaciji lahko opomore od napetosti in strahu, ki so ji bili izpostavljeni ob znakih bolezni bližnjega.

## **6.1 Zdravila**

Tanja Lamovec je bila sama deležna zdravljenja. O tem pove, da psihofarmatiki niso zdravila v pravem pomenu besede, saj zgolj blažijo stisko osebe in s tem tudi težak položaj ljudi, ki so v nastali situaciji z njo. Blaženje simptomov je sicer potrebno, vendar ni dovolj. Zdravila namreč ne delujejo za odpravo vzroka stiske, v kateri se je oseba znašla (Lamovec, 1999).

Enakega mnenja je Susko (1991), ki poroča iz zgodb številnih ljudi, ki so preživeli hospitalizacijo in pričajo o tem, da zdravila niso omogočila globljega zdravljenja, saj je osnovna bolečina ostala, odšli so zgolj simptomi.

Flaker (1998, str. 8) pravi: »Zdravila so neredko v rabi za blažitev simptomov institucionalnega življenja in za boljšo upravljivost varovancev.« Lamovec (2006a) opiše različne raziskave (Warner 1985, Podvell, 1990, Vaughn in Leff, 1976), s katerimi pride do zaključka, da je funkcija zdravil zlasti v varovanju pred učinki neugodnega okolja. Raziskave kažejo (prav tam), da bi težko verjeli v preprečevalno funkcijo zdravil, saj je ponovitev kriz kljub zdravilom preveč. Ponovitev kriz je manj ob uporabi zdravil v čustveno neugodnem okolju, medtem ko je v čustveno ugodnem okolju malo kriz, z zdravili ali brez njih.

Spoznanja nam povedo, da so zdravila zgolj v funkciji lajšanja simptomov in lahko služijo za uspešen začetek rehabilitacije. Ta pa bi nujno morala vključevati vse vidike življenja, ki ga živi uporabnik. Kar pomeni vprašanja o zaposlitvi, s tem finančni ter bivanjski preskrbljenosti, socialni mreži odnosov, ki mu bodo v podporo in pomoč na poti do neodvisnega življenja ter druga vprašanja, vezana na posameznikove potrebe.

Kvaternik in Grebenc (2008) opozorita na pomen zdravil iz malo drugačnega vidika. Po njihnih besedah je razvoj psihofarmatikov v medicini spodbudil deinstitucionalizacijo, saj so omogočila pomirjanje anksioznosti in nadzorovanje psihoz. S tem pa je medicinski diskurz vdrl na polje socialnega.

Medicinski diskurz si je torej pridobil monopol nad »zdravljenjem« stisk ljudi. Prevladuje prepričanje, da je vse narobe z »bolnim« posameznikom. Zdravila bi naj pozdravila njihovo »nenormalnost« in potem bi moralo biti vse v redu. Vendar pa, kot pravi Lamovec (2006b), za strta srca, ki so vzrok stiski, psihiatrija nima zdravila, saj ne prisluhne in namesto roke, ki bi jih popeljala v svet, kjer bo njihova drugačnost cenjena, ponudi tableto.

## **6.2 Zaposlitev**

Ena ključnih in v veliki meri prisotnih posledic hospitalizacije v psihiatrični bolnišnici je invalidska upokojitev uporabnikov.

Že Basaglia (v Scheper Hughes in Lovell, 1987) je opozarjal na nevarnost, povezano s širitvijo definicije odklonskosti, ki služi zgolj za legitimizacijo norm, ki so neposredno povezane s produktivnostjo v naprednih kapitalističnih družbah.



Trdil je, da je ključ do razvrednotenja socialnega statusa človekova nizka produktivnost. Pod industrijskim kapitalizmom se namreč normalnost enači s produktivnostjo.

Invalidsko upokojevanje ljudi s težavami v duševnem zdravju torej služi interesu kapitalistične družbe, da se znebi tistih, ki zaradi specifičnih lastnosti niso konkurenčni na tekmovalnem trgu dela.

Lamovec (2003) pove, da v Sloveniji obstajata dva načina sankcioniranja uporabnikov psihiatrije z dela. Prvi in zelo pogost je zgodnje in vsesplošno upokojevanje. Sam postopek upokojitve je zelo olajšan. Drugi način uveljavlja zakonodaja s tem, ko ne dovoljuje upokojeni osebi delati več kot osem ur na teden, v kolikor ne želi izgubiti pokojnine. Uporabniki se zavedajo, da bi težko zdržali pritiske, ki jih redno delo prinaša, strah in občutke nemoči jim vzbujajo tudi pomanjkanje pravic delavca, katerega delodajalec lahko hitro, brez podajanja razlogov, odpusti.

Uporabniki psihiatrije so torej soočeni z realnostjo, da lahko ostanejo tako brez dela kot brez pokojnine, v kolikor se ne odločijo za invalidsko upokojitev. Nič čudnega torej ni, da sprejmejo odločitev, ki jim prinese vsaj nekaj gotovega denarja na mesec. Z njo pa pride nevarnost drugih negativnih posledic, o katerih piše Lamovec (2003), ki je opazovala vpliv izključenosti z dela na kvaliteto življenja uporabnikov psihiatrije. Prišla je do ugotovitev, da ta pomembno vpliva na znižanje samopodobe, saj je plačano delo eno temeljnih virov samopotrditve. Poleg tega omogoča druženje in s tem širjenje socialne mreže. Te priložnosti pa za zidovi svojega doma, obkroženi z zaskrbljeno družino, nimajo. Pogosto se po upokojitvi pojavi apatija, občutki brezupa, nesmisla in nepotrebnosti, zato se pogosto poveča uporaba raznih substanc, ki pomagajo ubežati tem občutkom. Vedno bolj se zanemarijo, manj skrbijo za higieno, nimajo redne prehrane, neredko se pojavi brezdomstvo.

Švab (1996) poda nekaj idej o prilagoditvah, zaradi katerih bi se uporabniki psihiatrične bolnišnice lahko vključili v trg dela, saj je prepričana, da ima tudi delo funkcijo zdravljenja. Zaposlovanje bi po njenih besedah moralo biti individualno prilagojeno vsakemu posamezniku, njegovim sposobnostim in potrebam. Vsekakor bi delo za vse moralo biti plačano ter vodeno v skupini z drugimi člani rehabilitacijskega procesa. Proces bi se moral pričeti s preverjanjem uporabnikovih sposobnosti ter nadaljevati z nenehnim spremljanjem potreb in napredovanja posameznikov.

### **6.3 Hospitalizacija v funkciji nadzora**

*Kako je lahko funkcija hospitalizacije v pomoči posameznikom, če pa prinese tako neugodne posledice?*

Glasser (2003, str. 21) trdi: »Resnična groza tega sistema je v škodi, ki jo naredi naši prirojeni želji, da bi skrbeli sami zase.« Skrb zase je kot pravi Lamovec (1999) edino, kar lahko prinese odrešitev. »Odrešenik naj bi se rodil v laboratorijih farmacevtskih tovarn, ali pa naj bi ga spočeli očetje in matere biokemičnih, nevroloških in podobnih raziskav. Zagotavljam vam, da tega odrešenika ne bo in ga ne more biti. Vsakdo se lahko odreši le sam, z vzajemno pomočjo sebi enakih in podpora družbe, ki bi bila pripravljena dati roko, namesto da osebi v stiski z izključitvijo zada še zadnji udarec« (prav tam, str. 25).

Glede na zapisano v prejšnjih poglavjih sklepam, da imamo odgovor o napaki v samem sistemu na dlani. V kolikor bi bil prvotni namen psihiatrije pomagati posameznikom prebroditi stisko in jih podpreti na poti v samostojno in neodvisno življenje, bi bil načrt pomoči individualno prilagojen potrebam posameznika. Vključeval bi posege v njegovo življenje in ne le v njegov živčni sistem z medikamentozno terapijo. Prepričana sem, da s tem ko se osebi odvzame možnost samostojnega odločanja o svojem življenju, ne bo napredovala v neodvisnost, temveč bo bolj verjetno postala odvisna od nenehne skrbi drugih. Identificirala se bo z vlogo nemočnega, nezmožnega prevzeti odgovornost za svoje življenje. Tako bo odločitve predajala tistim, ki »vedo«.

*V čem je torej prvotni namen psihiatričnih bolnišnic?*

Lamovec (1999) poda trpki odgovor, ki ga ne bi želeli poznati, če ne bi hoteli izvedeti resnice o »prijaznem in poštenem« svetu, v katerem živimo. Pravi, da dogovarjanje med psihiatrom in uporabnikom, ki naj bi zavaljo pomoči potekalo enakovredno, tega ne vzdrži, saj imata popolnoma različno družbeno moč. Psihiatrija ima namreč od države podeljeno vlogo sredstva socialnega nadzora. Funkcija socialnega nadzora pa je na veliko škodo uporabnikov nezdržljiva s funkcijo pomoči.

Torej lahko sklenem, da uporabniki v stiski ne le ostanejo brez potrebne in ustrezne pomoči, zaradi posledic zagotavljanja nadzora se njihova stiska preko stigmatizacije še poveča.

*Zakaj bi bil potreben nadzor psihiatrije nad t.i. »duševnimi bolniki«?*

Pilgrim, Rogers in Pescosolido (2011) opozorijo na sporno dejstvo, da je v mnogih naprednih državah duševna bolezen razumljena kot vir (in ne rezultat) nevarnosti, kar izziva obsežne debate o dokazih in predsodkih. Eden od razlogov za tako prepričanje je v tem, da pojav nasilja razumejo izključno vezan na žrtev in nasilneža. V javnih predstavah in politiki duševnega zdravja, prav tako kot pri nasilju, velja individualno problematiziranje duševnih bolezni.

Iz tega vidika bi torej lahko razbrali, da je nad duševnimi bolniki potreben nadzor, ker so kot taki sebi ali drugim nevarni. V kolikor pa razumemo duševno bolezen kot rezultat nevarnosti, ki izhaja iz družbe, v kateri živimo (in določenih individualnih značilnostih, ki botrujejo temu, da se oseba ne zmore spopadati z oteženimi življenjskimi okoliščinami), je celotna zgodba popolnoma drugačna.

## **7 Biti prostovoljka osebi s težavami v duševnem zdravju**

Kot prostovoljka sem vstopila v odnos z osebo, ki se je v svojem življenju že večkrat znašla v stiski. Odnos je name pomembno vplival in mi prinesel številna spoznanja, o katerih pišem v empiričnem delu. Še pred tem pa želim predstaviti določene vidike, ki jih odpira prostovoljstvo.

Pomembno se mi zdi opozoriti na pojav kontratransfera, o katerem sicer govorimo pri odnosu strokovnjaka z uporabnikom. Pri prostovoljskem delu z ljudmi iz obrobja se pripravljamo na bodoč strokovni odnos, poleg tega pa po mojem mnenju na nek način kontrantransfer deluje v vsakem odnosu. V vsak odnos namreč vstopamo v celoti z vsemi preteklimi izkušnjami, ki so nas izoblikovale in se lahko zrcalijo v (novonastalem) odnosu. Zato je pomembno, da smo pozorni na svoje čustveno odzivanje na osebo oziroma njeno vedenje, saj nam le to veliko pove o nas samih. Korenjak in Močnik Bučar (2004) opozarjata na pomembnost tega, da svetovalec ves čas sledi svojemu lastnemu čustvenemu odzivanju na uporabnika. Njegova naloga je ozavestiti pojavljajoče občutke z namenom lažjega vživljanja v uporabnika ter lastnega vzpostavljanja ravnovesja v čustvenem doživljanju. Kadar strokovnjak doživlja vznemirjajoče občutke, začuti npr. jezo do uporabnika, tesnobo ali poistovetenje z njim, je pomembno, da vzpostavi distanco do dogajanja in se vpraša o tem, kar se mu dogaja.

Iz lastne izkušnje v prostovoljskem odnosu vem, da ko se zavestno odmakneš, potegneš nekakšno ločnico med dejanskim odnosom oziroma določenim dogodkom in pobrskaš po svojih preteklih in sedanjih izkušnjah ter odnosih, lahko prideš do odgovorov, ki ti pomagajo da se razbremeniš, drugače pogledaš na situacijo, se poglobiš vase in pričneš razreševati travmatične izkušnje, ki jih prej nisi znal ali pa nisi imel priložnosti uvida v njih.

Korenjak in Močnik Bučar (2004, str. 223) pravita: »Svetovalec naj bi nenehno spremljal dogajanje na več nivojih hkrati: kaj se dogaja v uporabniku, kaj v njem samem in kaj med njima. Poleg tega naj bi se zavedal, da ga pri delu sicer vodi plemenita želja, da hoče pomagati uporabniku, kljub vsemu pa je v tej želji vedno skrita tudi potreba, da bi pomagal tudi sebi.« Flaker (2001) podobno opiše opravljanje prostovoljnega dela. Pravi, da prostovoljno delo ni le delo za druge temveč tudi delo zase, kar utemeljuje s tem, da je dostikrat motivacija za prostovoljno delo reševanje lastnih stisk.

Težko bi govorila o tem, da je bila moja odločitev za tovrstno prostovoljsko delo zavestno izbrana z namenom reševanja lastnih stisk. Vsekakor pa sem naredila marsikateri korak naprej, ki ga brez vstopa v odnos v tem trenutku in na tak način ne bi. Verjamem, da se v vsakem dejanju, morda celo besedi, ki jo izrečemo, vsekakor pa v odločitvah, ki jih sprejemamo, skriva razlog zanje, ki je produkt naše osebnosti, oblikovane skozi leta izkušenj in odnosov, ki smo jim pripisali pomen.

Element prostovoljstva prinese v odnos nekaj posebnega. Flaker (2001) trdi, da omogoča trenutke neposrednih srečanj med ljudmi, ki prinašajo soočenje z drugostjo – norostjo, nemočjo, invalidnostjo. Tako srečanje je ob odsotnosti družbenih vlog realno in pristno. Prednosti prostovoljca so tudi v tem, da je zaradi svoje neodvisnosti od organizacije bolj fleksibilen, prav tako pa se lahko vzpostavi večja bližina, zaradi katere je uporabnik bolje razumljen.

### **III. Empirični del**

#### **8 Opredelitev problema in namen raziskovanja**

V svojem diplomskem delu raziskujem življenje osebe z duševnimi stiskami, ki je bila večkrat hospitalizirana v psihiatrični bolnišnici. Želim pridobiti vpogled v njeno življenje, zanjo pomembna področja ter odnose, ki jih ima. Za stisko, ki jo oseba doživlja, in življenjsko situacijo, v kateri je, se skriva veliko različnih medsebojno prepletajočih se razlogov, katerih vzročno posledičnost je težko odkriti. V etičnem kodeksu delavcev na področju socialne pedagogike (b.d.) je zapisano: »Socialni pedagog je torej vselej znova pred izzivom, da s svojim znanjem in človeško naklonjenostjo obravnava vsakega posameznika kot enkratni individuum in jemlje vsako situacijo kot tako, ki se še ni zgodila.« Z načinom raziskovanja, kakršnega sem ubrala v svoji raziskavi, sem se lahko približala njej kot enkratni in neponovljivi osebi ter postala del njenega življenja. S tem je moja raziskava postala širšega značaja, saj v ospredju ni bila več zgolj oseba sama, ampak najin odnos, v katerega sva vstopili, ko sem postala njena prostovoljka. Ob tem sem naletela na osebni izziv, ki mi ga je prinašalo najino druženje. Učila sem se o svoji vlogi in omejitvah ter njenih potrebah in pričakovanjih. Izkušnja, ki sem jo pridobila kot prostovoljka, je poleg vpliva na mojo osebnostno rast dragocena tudi za bodočo strokovno pot, saj se dotika področja podpore ljudem s težavami v duševnem zdravju. Zanima me, kateri so viri v posamezniku in njegovi socialni mreži, ki mu lahko pomagajo pri razreševanju stiske, ter skladnost potreb, ki jih ima posameznik, s poljem nudenja pomoči, ki ga naš sistem omogoča.

V Sloveniji je najpogostejši, v določenih primerih edini odgovor na duševno stisko hospitalizacija v psihiatrični bolnici. Oseba, o kateri pripovedujem v diplomskem delu, je bila že večkrat hospitalizirana. Zanima me, kakšna je vloga hospitalizacije v njenem življenju in kako jo doživlja.

#### **9 Raziskovalna vprašanja**

Prepričana sem, da ima življenjski kontekst posameznika ključno vlogo pri njegovem duševnem stanju, zato sem si zastavila vprašanje o življenjskih razmerah posameznice, ki doživlja stisko. Socialni pedagogi se sprašujemo o potrebah posameznikov in skušamo skupaj z njimi (po)iskati pot do kakovostnejšega življenja, zato sta bila zame pomembna vprašanja – kaj oseba v stiski potrebuje in kakšne vrste podpora ji pri tem (lahko) pomaga. Vedela sem, da ima oseba izkušnje hospitalizacije in zanimalo me je, kako jih doživlja.

Z osebo sem v času raziskave kot njena prostovoljka gradila odnos. Zanimalo me je, kakšna bo moja vloga in kako se bom v njej počutila.

Vprašanja sem si zastavila na podlagi premisleka o že nekoliko poznani situaciji in raziskavi, kot sem si jo zamislila. Sedaj prepoznavam, da so bila zastavljena dovolj široko in so podpirala poglobljena področja, na katera sem med samo raziskavo tudi naletela, tako da se v procesu niso spreminjala.

1. Kakšne so življenjske razmere osebe, ki doživlja stisko?
2. Kaj potrebuje oseba v stiski, da bi bil njen življenjski položaj boljši?
3. Kako oseba v stiski doživlja hospitalizacijo v psihiatrični bolnišnici?
4. Kakšne vrste podpore potrebuje oseba v duševni stiski?
5. Katere so osebne obremenitve in omejitve prostovoljke v odnosu z osebo v stiski?

## **10 Raziskovalna metodologija**

Diplomsko delo temelji na kvalitativni raziskavi, saj sem želela dobiti bolj celovit vpogled v življenje osebe z duševno stisko, ki mi ga lahko omogoči le pristen stik z osebo samo. Tega kvantitativna raziskava ne bi omogočila. Bryman (2004) opiše kvalitativno raziskovanje kot pristop, ki poudarja videnje sveta skozi oči proučevanih oseb z upoštevanjem konteksta ter podarjanjem samega procesa, ne le končnih rezultatov.

Empiričnega dela sem se lotila z namenom uporabe metode študije primera osebe, ki ima zgodovino hospitaliziranosti v psihiatrični bolnišnici. Mesec (1998) opiše študijo primera kot celovit opis in analizo posameznega primera. V študiji primera zajamemo opis značilnosti primera, dogajanja in procesa raziskovanja.

Že v začetku procesa raziskovanja sem postala njena prostovoljka, zaradi česar se je močno povečala moja osebna vpletenost. Lahko bi rekla, da je moja raziskava s tem postala študija odnosa, saj sem se ob njej soočila s svojimi lastnimi vprašanji, dilemami, razmišljanji o vlogi prostovoljke v življenju osebe s težavami v duševnem zdravju. Dobila sem priložnost soustvarjanja odnosa, ki me je postavil pred življenjski izziv ter me obogatil.

V svoji raziskavi opisujem in analiziram določena področja življenja izbrane osebe, razvijanje najinega odnosa ter svojega doživljanja ob vstopanju vanj v vlogi njene prostovoljke.

## 10.1 Izbira osebe

V empiričnem delu opisujem in analiziram določena življenjska področja 42-letne osebe ženskega spola, ki jo v nadaljevanju imenujem Iza.

Iza je bila zaradi doživljanja duševnih stisk do sedaj osemnajstkrat hospitalizirana v psihiatrični bolnišnici. Najkrajši čas njene hospitalizacije je bil štirinajst dni, najdaljši pa enajst mesecev. Hospitalizirana je bila tudi v času najinega najbolj intenzivnega, nekaj več kot trimesečnega druženja, ob katerem je nastajalo diplomsko delo.

Izo sem spoznala leto dni preden sem postala njena prostovoljka, ko smo skupaj pripravili odrsko dejavnost, pri kateri nam je bila v veliko pomoč. Zaradi te skupne izkušnje sem dobila priložnost vstopa v njeno življenje kot njena prostovoljka. Nastala raziskava je odraz najinega odnosa, ki je v svojem razvoju še precej na začetku, vendar kljub temu odpira veliko možnosti analize.

## 10.2 Viri ter postopek pridobivanja in obdelave podatkov

Glavni vir podatkov je bila moja vloga raziskovalke, vpletene v odnos z Izo. Kot njena prostovoljka sem podatke zbirala preko **opazovanja z udeležbo v okviru najinega druženja in komuniciranja**. Pripomočki za pridobitev odgovorov na raziskovalna vprašanja so bili zapisi najinih srečanj in telefonskih pogovorov, ki sem ji vodila ves čas druženja. Izina prostovoljka sem postala 15. 2. 2013. Najino druženje je do sedaj (5. 6. 2013) skupno zajemalo šestnajst srečanj. Od tega sem jo enkrat obiskala na njenem domu, desetkrat v psihiatrični bolnišnici, petkrat sva se srečali na zunanjih lokacijah – en obisk kina, trije ogledi gledaliških predstav in en izlet v drugo mesto. Telefonskih pogovorov je bilo v tem času triinpetdeset, povprečno so trajali med pet in deset minut.

Vsako najino srečanje in telefonski pogovor sem v najkrajšem možnem času zapisala. Njene izjave sem si skušala zapomniti čim bolj dobesedno, kar mi niti ni bilo posebno težko, saj so se mi zaradi tematike, načina, kako jih je povedala, ali pa iz kakšnih drugih razlogov, ki jih nimam ozaveščenih, še posebej vtisnile. Ostalo sem zapisala v obliki povzetkov. Na podlagi **zapisov srečanj in telefonskih pogovorov** sem oblikovala kategorije in kode prisotnih tem, ki so mi pomagale pri razumevanju Izinega sveta. Pridobljeno sem dopolnila z virom informacij iz že opravljenega **intervjuja**, ki ga je pred nekaj več kot letom dni Iza o svojem življenju podala na radiu. Kot dodaten vir informacij sem uporabila še svoje zapise ob njenem **obisku na fakulteti** (1. 2012), kjer je študentom pripovedovala o svoji izkušnji hospitalizacije.

Z dodatnima viroma sem dopolnila že obstoječe kategorije in jih po potrebi dodala. Vodila sem tudi **zapis lastne refleksije** doživljanja ob najinem druženju in razvijanju odnosa. Glede na odpirajoča se vprašanja in področja svojega doživljanja sem oblikovala kategorije in kode, ki jih v nadaljevanju analiziram.

V analizi uporabljam sistem štirih barv, ki označujejo določen vir iz katerega sem pridobila podatke. S temno zeleno barvo so označeni zapisi najine interakcije ob srečanjih in telefonskih pogovorih, s temno rdečo podatki, pridobljeni iz intervjuja, z modro podatki iz obiska na fakulteti in s sivo zapisi lastne refleksije, ki sem jo vodila ob najinih srečanjih in telefonskih pogovorih. Rezultati raziskave torej temeljijo na štirih virih, od katerih je imela najpomembnejšo vlogo najina interakcija. S tem razlogom rezultati ne morejo biti objektivni, saj sva z vstopom v odnos obe vnašali svojo osebnost, prepričanja in lasten način doživljanja, ki je vedno subjektiven. Objektivnost rezultatov tudi ni bil cilj raziskave, saj sem z njo želela **dobiti vpogled v življenje določene osebe**, ki doživlja stiske in **spoznavati odnos, v katerega sva vstopili**. Vpliv na rezultate je imela trenutna hospitaliziranost osebe, kot tudi vsi drugi vidiki življenjske situacije obeh udeležениh.

## 11 Analiza in interpretacija

Rezultati so podani v anonimni obliki. Ime osebe je spremenjeno, imen ostalih vpletenih ne omenjam. Z namenom zagotovitve anonimnosti niso navedeni podatki o šolanju, mestih zaposlitve in oblik performativnih umetnosti, s katerimi se (je) ukvarja(la).

Analiza raziskave temelji na Izinih izjavah, ki jih navajam v posameznih kodah. Interpretacijo na vseh mestih utemeljujem, vendar moram poudariti, da temelji na mojem osebnem mnenju in doživljanju opaženega.

### 11.1 Opis najinих stikov

Izo sem osebno spoznala pred manj kot letom dni, ko je bila kot gostja vabljen na našo fakulteto. Po koncu obiska smo jo zaradi omenjenih izkušenj in veselja ob performativnem udejetvovanju prosile za pomoč pri predstavi, ki smo jo z manjšo skupino sošolk pripravljale. Tako smo se nekajkrat dobile v času nastajanja predstave in enkrat po koncu. Po nekaj mesecih, ko sem jo poklicala z vprašanjem, ali bi bila pripravljena sodelovati pri mojem diplomskem delu, je to sprejela in me prosila, da bi bila njena prostovoljka. Z veseljem sem pristala. Še isto popoldne me je v krizi poklicala.



Takrat sem bila precej prestrašena, prvič sem jo slišala tako razburjeno in spraševala sem se, kako naj ravnam. Prosila me je, naj pridem k njej in šla sem. Naslednji dan je bila dogovorjena pri splošni zdravnici, ki jo je napotila do njene psihiatrinje na pogovor. Po desetih dneh me je poklicala in povedala, da je hospitalizirana v psihiatrični bolnišnici Polje (v nadaljevanju Polje). Od takrat so minili trije meseci in pol. Še vedno jo enkrat tedensko obiskujem na Polju ali pa se srečava na kakšni zunanji lokaciji. V prvem mesecu je bil najin stik zelo intenziven. Skoraj vsak dan sva se večkrat slišali po telefonu in enkrat do dvakrat tedensko skupaj preživljali čas. Čutila sem, da je intenzivnost odnosa zame prevelika, zato sem ga omejila na precej manj telefonskih klicev in enkrat tedensko srečanje po dve uri.

## **11.2 Razlaga kategorij in kod**

Na podlagi zapisov druženja sem oblikovala sedem kategorij, v katere razvrščam pripadajoče kode – skupno jih je 30. Kategorije in kode zajemajo opis nekaterih področij Izinega življenja, doživljanja stiske in hospitalizacije na podlagi njenih izjav, ki jih navajam dobesedno ter povzetcov iz zapisov najinih srečanj. O Izini preteklosti sem največ izvedela iz intervjuja, medtem ko so se v času najinega druženja najpogosteje odpirale teme v povezavi z doživljanjem stiske, hospitalizacije in bližnjih odnosov. Dve kategoriji vsebujeta kode mojega doživljanja, vezanega na najin odnos in vlogo prostovoljke.

## **11.3 Kategorija: Življenjska pot**

### **11.3.1 Otroštvo**

Izina mati je samohranilka, z očetom ni nikoli živela. Ima polbrate in polsestre, ki pa jih ne pozna. O svojem otroštvu pove da je bilo srečno, čeprav je imela nizko samopodobo. »Jaz sem mela otroštvo sicer srečno, ampak zmer sem bla bolj zaprt otrok se mi zdi, ne tok odprt, pa samopodobo nizko.«

### **11.3.2 Šolanje**

Iza je bila v šoli zelo uspešna. »Sem bla odličnjakinja nonstop v osnovni šoli pa predsednica razreda, pa šole, pa vse inštruirala.« Kasneje je obiskovala poklicno srednjo šolo, kjer je dobila nagrado za izredne dosežke pri performativnih dejavnostih. Šolanje je nadaljevala na fakulteti in tudi diplomirala. Posebnost njenega šolanja je bila v tem, da je doštudirala v bolnišnici na Polju, kamor je bila sprejeta po tem, ko je doživela živčni zlom. »Učila in učila ob tabletah in pol kr en dan sem rekla, jaz grem na izpit, pa so mi rekli, sej ste preveč natabletani in sem prišla nazaj in devet. Ampak je blo težko zame, težko da pod tabletami študiram, sam sem bla tok, da sem rekla, da bom in sem.«

### 11.3.3 Diagnoza

Za diagnozo ve že od svojega 23. leta. V 3. letniku študija se je želela vpisati še na eno drugo fakulteto in ko ji to ni uspelo, je na sprejemnem izpitu doživela živčni zlom. Po tem je bila prvič prostovoljno hospitalizirana.

O svoji diagnozi pove: »Moja diagnoza je uradno shizoafektivna psihoza, mešani tip, ampak teh psihoz je pa bilo več v življenju.« Švab (2001) razloži, da so pri osebi s takšno diagnozo prisotni znaki shizofrenije, poleg tega pa oseba trpi še za hudimi čustvenimi nihanji, ki so sicer značilna za bipolarno motnjo.

»Najprej sem hotla vse knjige, da bi mal preštudirala te diagnoze, pol sem pa ugotovila, da je brezveze, da jaz to študiram, ker je treba se spoprijet z življenjem.«

Da se je potrebno spoprijeti z življenjem, je Iza ugotovila že pri svojih 23. letih, ko je rešitev za svojo stisko še videla v hospitalizaciji – v bolnišnico je takrat šla prostovoljno, saj je vedela, da nekaj ni v redu. Danes pa o svojem položaju pravi: »Psihiatrični primer sem po krivici zaradi ljubezni, prevelikega dela in perfekcionizma.«

Moja predpostavka ob tem je, da bi jo drugačna vrsta podpore – znotraj njenega življenjskega prostora, lahko obvarovala tega, da je sedaj znotraj ponavljajoče se hospitaliziranosti obravnavana kot psihiatrični primer.

### 11.3.4 Zaposlitev

Iza je bila v svojem življenju šest let redno zaposlena. V službi je molčala o hospitalizaciji, prav tako je pred delodajalci skrivala svojo diagnozo. »Vedno, vedno, ker sem delala v takem hofu, kokr bi se to zvedl. Ne morš rečt, veste gospa direktorca, jaz sem pa bolnica s to shizofrenijo.« V službi je bila uspešna. »Sem tut dobila nagrado, stimulacijo, edina v vsem kolektivu.« Iz delovnega mesta je odšla, kadar je zbolela. »Zaradi bolezn, vedno je blo pr men tko, delat več stvari hkrati že pred diagnozo in še potem, nikol se nisem tega naučila, izkoriščanje na eni strani, al pa ker so rabl še za druge stvari delat, ne samo za tisto, kar si bil namenjen, in si zbolu in konc.«

### 11.3.5 Invalidska upokojitev

Iza je sedmo leto invalidsko upokojena. Zaveda se, da zaradi števila in pogostosti hospitalizacij ni konkurenčna na trgu dela. »Enostavno maš tolk teh hospitalizacij in nisi več konkurenčen.

Potem reče splošna (splošna zdravnica), recimo bomo šli pa kar u penzijo, potem se doma strinjajo, ti se pa najbolj ne strinjaš, ampak potem vidiš, da je po eni strani to v redu, po drugi pa ni ne.« Njeno mnenje o invalidski upokojitvi razumem v tem, da ji prinaša reden dohodek, zaradi katerega lažje preživi, medtem ko jo prikrajša za mnogo pozitivnih vidikov, ki jih prinaša delo. Švab (1996, str. 32 in 33) izpostavi: »Zaposlitev daje občutek zmožnosti, določa posameznikov družbeni položaj in socialne stike.«

Švab (1996) opozori na to, da je delo v funkciji zdravljenja. Zaradi prepričanj osebja in pacientov o vlogi bolnika pa prihaja do omalovaževanja in napačne uporabe zaposlovanja. V kolikor bi bilo delo individualno prilagojeno vsakemu posamezniku, njegovim sposobnostim in potrebam, bi lahko služilo svojemu namenu.

Družbena prepričanja o vlogi pacientov, tekmovalen trg dela, ki povečini ne omogoča individualnih prilagoditev ter vedno pogostejše finančne stiske Slovencev ob brezposelnosti, po mojem mnenju botrujejo temu, da okolica v invalidski pokojnini prepozna predvsem prednost zaradi rednega dohodka in pozablja na vse, za kar je invalidsko upokojen človek prikrajšan. V enem od najinich pogovorov mi pove, da so vrednost v invalidski pokojnini prepoznavali tudi njeni bližnji. »Pa vsi so mi rekli, da je to bolj, sosedi, sorodniki, prijateljica.«

»Morš bit hvaležen, naj bi bil hvaležen, to je pa res, ljudje pa kakšni ne razumejo tega, pa rečejo ah vi ste še dobr čez pršli, ste upokojeni, poglej delavce, poglej une, ampak ne vejo pa, kaj smo vse čez dal, pa kako takrat ko si v bolnici, nas pa mal kdo vid ne.«

## **11.4 Kategorija: Bližnji odnosi**

### **11.4.1 Odnos z mamo**

Izin odnos z mamo prepoznavam kot enega temeljnih odnosov v njenem življenju. Po mojem mnenju ji do določene mere predstavlja varnost. Z mamo živita sami in v povezavi s tem se ji pojavlja strah, kaj se bo zgodilo, ko bo mama umrla. »Kaj bo, ko bo mama umrla, a bom mogla it v zavod?«

Iza večkrat izrazi svojo naklonjenost do mame, pove mi, da jo ima rada in jo spoštuje, saj je poštena in dobra mama. »Strah me je za mamo, jaz imam tko rada svojo mamo.« Dobila sem občutek, da se zaradi svoje vloge kot hčerke čuti dolžno skrbeti za mamo in ji pomagati, čeprav velikokrat tega ne zmore v tolikšni meri, kot bi si mama želela ali potrebovala.

»Jaz imam doma krizo, sej tu (v Polju) sem v redu, ampak morem domov čez vikend, a ne da morem pomagat mami, mama je ena sama.« ... »Tolk je treba nardit doma, pa ne zmorem, mama hoče pa da vse delam.« Mamina pričakovanja in zahteve pomembno vplivajo na njeno počutje. »Jaz u paniko padem, če mami vpije name, pa če me preganja, sej drugače sem pa v redu pa zmorem sama.« Razmišlja o rešitvah. »Ne gre več tako naprej, bo treba razmislit o domu za upokojence, zdaj je še pri močeh mama, ampak jaz pa tut ne zmorem vsega, morem zase poskrbet.« V trenutni situaciji ji po mojem mnenju Polje na nek način predstavlja zatočišče pred naporom, ki ji ga predstavlja življenje doma. »Ne bom hodila domov, ostanem tu (v Polju) čez vikend, da se spočijem.«

#### 11.4.2 Odnos z bivšim partnerjem

Pred nekaj več kot letom dni je na intervjuju Iza o svoji partnerski zvezi povedala: »Zdaj mam pa enajst let že partnerja, resno zvezo, včasih je težko, včasih je v redu. Soočava se z istimi stvarmi kot drugi partnerji, ampak je pa bistveno drugače, ker če on zboli, jaz trpim, če jaz zbolim, on trpi.«

S partnerjem sta se v obdobju enajstih let nekajkrat razšla in bila potem ponovno skupaj. V prvem mesecu najinega druženja je bila Iza še vedno z njim, vendar je večkrat izrazila nezadovoljstvo nad njim in njuno zvezo. »Ne maram ga, nikoli ga nisem ljubila. Sej sem bla zaljubljena, ampak ljubila ga nisem pa nikoli. On ne seksa, pa ni nežen, pa ne razume me.« Njeno nezadovoljstvo se je stopnjevalo v to, da mu je v določenih trenutkih pripisala krivdo za nastalo situacijo in posledično prekinila zvezo. »On je vsega kriv, sej sem ga pustila in zdaj je konec.« Prepoznava pa tudi njegovo vrednost. Večkrat pove, da ji je veliko pomagal, vendar zaključí, da ni pravi zanjo. »Sej je bil smešen, pa vse je nardil zame, veliko je klical, dober človek je, ampak ni zame. Kadi, pije kavo, alkohol, loto je igral, pa zapravljal, dnarja pa že itak ni. Pa on nima občutka za nežnost, ne zanimajo ga moje stvari, ves je zadet od tablet pa injekcij.«

#### 11.4.3 Odnos s sorodniki

Dobila sem vtis, da sorodniki Ize zaradi njene diagnoze ne obravnavajo kot enakovredno odraslo osebo. »Veš kaj mi je bratranec naredu, ni poslal tist, k sem ga prosila (pisma po pošti), ker misli, da sem bolana.« ... »Obljubljajo, potem pa obljube ne držijo, vsi me nategnejo.« ... »Teta me je pa skos pošiljala v Polje, pol me ni pa nikol obiskala.« Po Izinih besedah sklepam, da je premoženje v njihovem odnosu pereča tema. »Vse hočejo imeti zase, edino bratranec je dober, no pa sej so drugi tudi, ampak me izkoriščajo, pa smejiijo se mi.

Vse mi hočejo pobrat.« ... »Mama mi je rekla, naj dam bratrancu svoje premoženje in bo on poskrbel zame, ampak nočem tega nardit, sej sem samostojna.« Skleпам, da odnos s sorodniki slabo vpliva na Izino duševno stanje. »Bratranec mi je rekel, da nisem nič nardila iz svojega življenja, kaj če me bo dal zapret?« ... »Ne prenesem, ko me kregajo, tok me prizadene, se začnem kr trest, pa pol vzamem Loram (vrsta zdravila, ki deluje kot pomirjevalo), pa je bolj.«

Nekajkrat mi je predstavila pozitivno plat odnosa s sorodniki. »Doma je bilo v redu, so mi vsi pomagal, družina mi pomaga.«

#### 11.4.4 Odnos s prostovoljko

Iza je izrazila svojo potrebo po prostovoljki. »Rabim prostovoljko, ne zmorem sama.« Ob vprašanju, zakaj si je za prostovoljko izbrala mene, je odgovorila: »Ker smo delal tisti projekt skupi.« Naravno je, da v vsakem odnosu prihaja do razhajanj. Pri nama se je zataknilo, kadar je Iza burno odreagirala na moje neizpolnjevanje pričakovanj. O tem sva se lahko pogovorili. I: »Oprosti Zarja, boš v sredo vseeno prišla?« Z: »Seveda bom. Samo ni mi všeč, da na taki način govoriš z mano.« I: »Sej vem, čisto sem izgubila živce, ne zmorem več vsega tega. Nič mi ni zmanjšal zdravil.«

V najinem odnosu je prisotna obojestranska naklonjenost in vzajemna pomoč. Iza je to večkrat izrazila. »Rada te imam.« ... »Vsi ljudje so dobri. Ampak ti si pa najboljša.« ... »Pa mi boš mal pomagala ne, jaz pa tebi.«

### **11.5 Kategorija: Duševna stiska in kriza**

#### 11.5.1 Prepoznavanje stiske

Iza prepozna stisko, ki se stopnjuje v prihod krize preko različnih simptomov. »Začne se s spanjem, ne spiš več dni, pr men ne gre v depresijo, ampak bolj v paniko pa strahove. Pol se ti pa oči spremenijo, usta, obraz.« V začetnem obdobju najinega druženja je Iza izpostavila doživljanje krize. »Zarja, jaz sem v taki krizi. Trpim ko Kristus, kaj naj nardim.«

#### 11.5.2 Doživljanje krize

O svojem doživljanju v krizi mi Iza pove: »Sem živčna veš, pa panična.« Pojavljajo se ji številni strahovi. »Ali bom umrla?« ... »Ali je vojna?« ... »Misliš da mi prisluškujejo? Sej vem, da je to bolezen, če to mislim.« Po mojem mnenju je razumljivo, da doživljanju tako intenzivnih čustev in strahov sledi zmanjšana sposobnost opravljanja vsakodnevnih opravkov.

Iza mi je v obdobju krize o tem potožila, kadar je opravljala gospodinjska dela ali pa, ko si je po doma preživetem vikendu pripravljala stvari, ki jih bo vzela s seboj na Polje. »Pomoč rabim, ne najdem se.« ... »Ne zmorem sama, dol bom padla.«

Skupek simptomov, ki jih psihiatri imenujejo manija, Iza pri sebi opisuje kot: »Da maš kakšne takšne ideje, kaj jaz vem, jaz začnem preveč pisat, govorit, letat okrog.« Maniji sledi padec, saj se človek zaradi svojega vedenja ob maniji iztroši. Iza pravi, da pri njej depresija ni pogosta, manija se ji razvije v paniko, razne samoobtoževalne misli in strahove.

V času mojih obiskov na Polju je Iza različno sprejemala diagnoze, ki so ji jih psihiatri podali. »Nisem v maniji več. Ampak mi pravijo, da sem.« ... »Mi je dal (določen psihiater) diagnozo shizoafektivna psihoza, nazadnje ko sem bila tu. Ampak moja soseda pravi da sem normalna, samo preveč čustvena pa da me skrbi.« Nekaj dni kasneje je svoje stanje poimenovala kot shizofrenijo. »Shizofrenija mi spet ven tolče pa panika.«

## **11.6 Kategorija: Hospitalizacija**

### 11.6.1 Doživljanje hospitalizacije

Iza pove o vzrokih za strah pred hospitaliziranostjo: »Ko pridem not, se spomnim vseh dogodkov za nazaj, zelo močno se spominjam preteklih prizorov in pol me rata strah.« ... »Paniko imam pred bolnico.« Kot posebej zastrašujoče doživlja zaprt oddelek. »Tako se bojim zaprtega, tam je res grozno.« Izpostavi, da se v bolnišnici pojavi nanašalnost, zaradi česar se njeno duševno stanje poslabša in posledično se ji podaljšuje čas hospitaliziranosti. »Dobiš strahove not, pa boleznι od drugih, si pač nanašaln. Ne vem zakaj, ampak zmeraj sem prišla z eno manjšo težavo noter, ven sem prišla pa ponavadi sicer zdrava kokr zdrava, ampak notr se mi je pa tok poslabšal, da sem bla po par mescev, tut po enajst mesecev nazadnje.«

Iza je večkrat izrazila, da si želi oditi iz bolnice. Predpostavljam, da hospitaliziranost in predvsem z njo povezano zdravljenje z zdravili doživlja kot oviro pred tem, da bi lahko živela aktivno in ustvarjalno. »Dovolj mam že te bolnice.« ... »Rada bi šla od tu.« ... »Psihatrija me ubija, uničuje.« ... »Bolnica me ovira, da bi lahko ustvarjala, ker sem čist natabletana pa od tega zaspana pa nemirna pa vse.« Hkrati pa ji bolnišnica predstavlja prostor, v katerem lahko zadovolji potrebo po počitku in varnosti. »Mal bom še ostala tuki (v Polju), morem se spočit več.« ... »Sem si rekla, najbolj, da grem u Polje in takrat sem res šla, ker sem vedla, da tam me pa bodo zavaroval.«

Kadar doživlja krizo, se sama obrne na psihiatrično bolnišnico, saj ne glede na negativne posledice, ki jih le-ta prinaša, tam dobi pomoč, ki je drugje nima zagotovljene. »V bolnici niso vedel, kaj z mano, pa po dvajset tablet pa po trideset injekcij pa ne vem, kaj vse, ampak sej ti pomagajo, moreš it, ker tam ni druge, moreš.«

#### 11.6.2 Zdravila

V času najinega druženja na obiskih v Polju me je Iza večkrat opozorila na to, naj je ničesar ne sprašujem, ker ne sme govoriti. Sklepala sem, da psihiatri njen govor razumejo kot simptom bolezni in ji zaradi tega povišajo dozo tablet. »Ne sprašuj me, ne bom govorila, preveč govorim, potem mi pa dajo še več tablet zaradi tega.« To se mi je zdelo precej nenavadno, saj sem mnenja, da je za duševno zdravje vsake osebe dobro, da lahko spregovori o svojih mislih in čustvih.

Iza je v času svojega bivanja na Polju dobivala tablete, zaradi katerih je imela močne in izrazito neprijetne stranske učinke. »Čist sem zatabletana, enkrat mi je dobro, enkrat slabo.« ... »Glavo mi bo razneslo, pa vrti se mi od teh tablet.« ... »Imam občutek davljenja, to je od tablet.« Psihiatrom je večkrat povedala o svojem počutju, vezanem na stranske učinke tablet. »Sem povedala, da mi ni dobro od tok tablet, pa so mi rekli, še premalo jih mate.« Pomanjkljivost, ki jo prepoznavam pri zdravljenju v psihiatrični bolnišnici je ta, da je skoraj izključno vezana na zdravljenje z zdravili. »Noben se ne pogovarja z mano, nič ne nardijo, da bi mi blo boljše, razen s tableti me filajo.« Zaradi hudih stranskih učinkov sem mnenja, da bi morali uporabniki aktivno prispevati pri odločanju glede prejemanja zdravil. »Povem, da sem zaspana, da mi ni dobro od teh tablet, pa nič, mam isto dozo.« ... »Mi rečejo, da mi gre na boljše, pol mi pa butnejo injekcijo, kje je tu logika.«

#### 11.6.3 Polje

Izine izkušnje z osebjem na Polju so različne, tako dobre kot slabe in jih ne gre posplošiti. V času najinih druženj je psihiatre omenjala kot tiste, ki ji pomagajo, zaradi česar jih spoštuje. »Že veš, da če maš probleme s spanjem, aha hitro uspavalno tableto, se pogovorit s psihiatrom takoj, ker ti tut psihiater zlo hitr pomaga, to je res.« ... »Sej jih (psihiatre) spoštujem, ker mi pomagajo.« Hkrati pa jo nanje vežejo tudi izkušnje nerazumevanja, neslišnosti ter grobega ravnanja. »Sem bla pri dr. (ga poimenuje) enkrat, veš kakšno je delal z mano, sem se metala po tleh on pa je loputal z vrati, enkrat mi je dal trideset injekcij (ob tem joka).« ... »Kaj mu (svojemu psihiatru) še naj rečem, nič ni v redu, kaj rečem. Če rečem, da sem boljše, je slabo, če rečem, da sem slabo, je tudi slabo. Nič ne pomaga.«

Glede aktivnosti, ki naj bi služile rehabilitaciji, pove Iza naslednje: »Leta in leta imajo iste tehnike pa terapije, skos ta likovna. Psihodrama je pa fajn.« ... »Duhovniki imajo boljše terapije kot tam na Polju.« ... »Skos me silijo s temi skupinami, pravijo da morem hodit, pol nimam pa nič časa za svoje stvari.« Elementa življenja na Polju, ki ga omenja, sta red in pravila, ki se jih je potrebno držati. »Moreš spoštovat vsa pravila v bolnici.« ... »Red pa pravila, vizita, vse je tko uradno.« Sklepam, da sistem bivanja v bolnišnici ne pripomore k aktivnem spoprijemanju pacientov z življenjsko situacijo, temveč jih navaja na življenje znotraj zidov. »Ko si sčasoma tam, nimaš kaj govort, otopiš, opriješ se enih in istih oseb, zdravnika, zdravil, pravil, ritma.«

Od Izine prve hospitalizacije je minilo nekaj manj kot dvajset let. V tem času zaznava napredek. »Ampak zdaj je boljše, bolnica ni več to, kar je včasih bla, zdaj se res trudijo.«

## **11.7 Kategorija: Moje doživljanje, vezano na odnos z Izo**

Etični kodeks delavcev na področju socialne pedagogike (b.d.) kot temelj našega dela opredeljuje osebni odnos. Nanj strokovnjak s svojo osebnostjo pomembno vpliva, zato je nujno, da pri svojem delu zmore reflektirati svoje čustveno dogajanje, značaj, stališča in prepričanja. Razlog, da v svoje diplomsko delo vključujem lastno doživljanje, je poleg zavesti o vplivu le-tega na najin odnos in s tem pridobljene rezultate tudi intenzivnost in kompleksnost čustev, ki sem jih doživljala. Ta so odraz edinstvenega in neponovljivega življenjskega konteksta obeh vpletenih, v katerem je raziskava nastajala.

### 11.7.1 Osebnostna rast

Pomembno spoznanje zame so različna čustva in odpori v meni, ki so jih vzbujale odprte teme. Prepričana sem, da je razlog za to v globokih bivanjskih vprašanjih, ki so se mi porajala ob tem, ko sem opazovala Izino situacijo ter v aktualnih temah, ki se mi zdijo obče človeške in sem jih lahko močno povezala s sabo. Že Hipokrat je govoril: »Da bi razumeli potrebe »bolnikov«, se moramo zavedati svojih, da bi slišali čustva drugih, si moramo priznati svoja, da bi postali sami del zdravljenja, se krepili in rasli s smislom svojega dela, moramo imeti pogum, da v stik z »bolnikom« stopimo kot celi ljudje.«

Kontekst (obdobje Izine hospitalizacije), v katerem je potekala raziskava in sama tematika duševnega zdravja, sta v meni odprla še nezaceljene rane iz preteklosti. Ob tem se mi je vzbudil odpor. Vem, da se bom iz najinega odnosa in vsega, kar mi prinaša, ogromno naučila, čeprav mi je na trenutke tako, da bi najraje vse skupaj pustila in se umaknila.



Kljub kratkemu času druženja čutim, da je najin odnos pomembno vplival name in mojo osebnostno rast. Korenjak in Močnik Bučar (2004, str. 215) pravita: »Človek ni le individuuum s svojim notranjim življenjem, ampak v interakciji z drugimi ljudmi oblikuje svojo identiteto in svoje izkušnje. Odnosi, ki jih oseba vzpostavlja z drugimi, pomembno vplivajo na njeno življenje.«

### 11.7.2 Osebne obremenitve

Osebne obremenitve so bile v najinem odnosu vezane predvsem na intenzivnost doživljanja, ki ga je v meni vzbudilo vsako srečanje. Izina osebnost in življenjska situacija, vzdušje v psihiatrični bolnišnici in notranje dogajanje, vezano na mojo osebnost in življenjski kontekst, so vplivali na to, da so vtisi ostali z mano še dolgo po tem, ko sem za seboj zaprla vrata bolnišnice. Že sedaj čutim da sta bila zadnja dva meseca gradnje odnosa z Izo, vse nove stvari s katerimi sem se ob tem soočila, boleče teme, ki so se odprle v najinih pogovorih, poleg stvari, ki jih povezujem s svojim osebnim življenjem, skoraj preveč zame in bi potrebovala nekaj časa, da vse to v miru predelam. Po vsakem pogovoru ali srečanju, ki ga doživim tako nabitega s čustvi in polnega bolečih tem, rabim nekaj časa da »pridem k sebi«. V trenutkih, ko sem se s težavo soočala z novo nastalo situacijo, sem govorila z mentorjem, kar mi je pomagalo, da sem se razbremenila. Postavila sem meje najinemu odnosu, s katerimi sem si zagotovila nekaj vmesnih dni brez stika. S tem sem si omogočila predah, prostor za poglobitev vase in ponovno napolnitev energije. Skrb za lastno psihohigieno je nujno potrebna. Po moji izkušnji je eden temeljnih načinov zagotavljanja le-te supervizija oziroma pogovor z osebo, ki ti odpira nove vidike in nudi podporo.

### 11.7.3 Moje doživljanje ob Izini stiski

Z dnem, ko sem postala Izina prostovoljka, sem postala del njenega življenja, ki je bil v obdobju, v katerem je nastajalo to diplomsko delo, pospremljen z Izino stisko. To je pomenilo, da je v moji prisotnosti večkrat jokala in me razburjena klicala. Ob tem sem se soočala z občutki nemoči in se spraševala, kaj sploh lahko rečem ali naredim, da bi omilila njeno stisko. V tem navalu joka in besed se komaj znajdem, ne vem, kaj bi ji rekla na vse te stvari. Počutim se nemočno, ker ne najdem pravih besed, da bi jo lahko pomirila.

Želela sem izvedeti več o situaciji, ki jo je pogovor zadeval, da bi dobila širšo sliko. Bila sem mnenja, da ji bom tako lažje nudila podporo. Oviralo me je, da pogovora večkrat ni bilo možno razviti. Doživela sem, kakor da me Iza pri tem ustavlja. Morda pa tudi sama nisem znala izbrati pravega pristopa.

Vse to je zame novo in ne bi rada rekla, kar bi jo še dodatno razburilo, prav tako ne vem, če jo lahko kaj dosti vprašam, ker mi dostikrat potem reče, da ne more govoriti ali pa že sama takoj zamenja temo. V bistvu se mi zdi, da tega niti ne pripoveduje, ker bi od mene želela določen ali sploh kakšen odziv. Tako sem se srečala z mislijo, da morda potrebuje zgolj nekoga, ki jo posluša in ji da vedeti, da mu je mar.

#### 11.7.4 Razvijanje odnosa

Poudariti moram, da sva v razvoju najinega odnosa še precej na začetku. V tem času sem prišla do pomembnih spoznanja (podrobneje jih opisujem v kategoriji o vlogi prostovoljke), za katere menim, da so vplivala na razvoj najinega odnosa, ker so spremenila moja stališča.

Najpomembnejši vidik, ki po mojem mnenju vpliva na pozitiven razvoj najinega odnosa, je obojestranska želja, da bi se druga dobro počutila. Kljub temu da je bila sama v precej slabem stanju zaradi injekcije, ki jo je prejela, je Iza cel čas skrbela, da jaz ne bi bila lačna ali žejna. Iza se me razveseli, kadar pridem na obisk, kar mi daje potrditve o pomenu svojega početja. Iza reče: »Zarja, moja, moja Zarja, prišla si.« Postane mi toplo pri srcu. Dovolj je, da sem tukaj. Skupaj sva doživeli že precej prijetnih trenutkov in sedaj, ko se bolje pozna, njene odzive drugače dojemam kot v začetku. Postaja mi lažje, saj Izinega nezadovoljstva in izraženih čustev več ne pripisujem zgolj odzivu na svoje ravnanje, temveč upoštevam umeščenost. Sedaj razumem njen temperament, ki je precej drugačen od mojega.

### **11.8 Kategorija: Doživljanje svoje vloge kot prostovoljke**

#### 11.8.1 Soočanje s pričakovanji

»Bližino in distanco v konkretni praksi povezujemo z vprašanjem o mejah, ki jih postavljamo med klienti in socialnimi pedagogi. Gre za elementaren problem, da socialno pedagoške dejavnosti ne moremo izvajati brez jasnosti in dorečenosti o medsebojnih pričakovanjih in možnostih (Krajncan in Bajželj, 2008, str. 63).« Zaviršek (1997) opisuje primer kriznega tima, ki se je zbral z namenom, da bi gospe srednjih let, ki bi jo sicer doletela prisilna hospitalizacija, z vzpostavitvijo varnega in mirnega okolja, pomagal iz stiske. Omenja, da sta bila prva dva tedna zelo naporna za udeleženske in da so včasih imele občutek, da jih želi gospa podrediti v vlogo, da bi stvari delale namesto nje. To si razlaga s tem, da imajo ljudje v duševnih stiskah močan strah pred izgubo nadzora, ki ga je gospa skušala pridobiti tako, da se je trudila postati nadrejena v odnosu. Hkrati pa pravi, da je s tem želela dobiti potrditev, da članice skrbijo zanjo. S podobno dilemo o tem, kdaj v odnosu postaviti mejo, reči ne in kdaj osebi ustreči, zadovoljiti potrebo, sem se srečala pri svojem prostovoljskem odnosu.

Zelo pomembno se mi zdi, kakšno mero bližine in distance zavzamemo, da se osebi znamo dovolj približati in da se hkrati ne spustimo pregloboko, kar bi lahko bilo škodljivo za nas same, saj bi bili na dobri poti k izgorevanju in tudi za uporabnika, saj bi ga s tem lahko delali odvisnega od naše pomoči. V določenem trenutku odnosa z Izo sem začutila pomembnost teme prevelike bližine, ki bi lahko pri meni pripeljala do izgorevanja.

Po včerajšnjih dogodkih sem ponovno začutila, da mi postaja preveč, da ne obvladam situacije, da moje meje niso dovolj trdne, stabilne in da mi ne uspeva. Ponovno sem močno občutila njena pričakovanja in kako težko se mi je soočiti s tem, da jih po eni strani ne zmorem izpolnjevati, ker mi postaja preveč obremenjujoče in po drugi nočem, ker mi ni všeč odnos, ki se s tem vzpostavlja. Prav tako moja vloga ne sme biti v tem, da bi namesto nje delala stvari, ki jih sama zmore.

Tako sem postavila konkretne meje in se z njenimi pričakovanji soočila tako, da sem jih zadovoljevala v precej manjši meri, kot bi si ona želela. Konkretno je to pomenilo, da se na telefon nisem oglašala v vsakem trenutku, omejila sem obiske na enkrat tedensko, opravila sem zgolj določene opravke, za katere me je prosila. Iza je to seveda opazila. Zadnje čase je začela v najinih interakcijah omenjati, da ji ni všeč, da se izklopim, da je jezna na mene, ker me ni bilo, da naj je ne ignoriram. Za trenutek mi je bilo ob tem neprijetno. Hitro sem si rekla, da so njene želje razumljive, prav tako to, da ji sprememba ni všeč. Kljub temu, da se zavedam pomena svojega ravnanja, se mi ni enostavno spoprijemati z njenim nezadovoljstvom. V tem procesu sem se spraševala, zakaj imam občutke nezadostnosti, kadar ne izpolnjujem tujih pričakovanj. Ugotovila sem, da to ni vezano na moj odnos z Izo, saj sem njena pričakovanja lahko razumela in se hkrati zavedala, da so meje odnosa, ki sem jih pričela postavljati za dobrobit obeh, nujno potrebne. Povezano je bilo z mano kot osebo in mojimi izkušnjami z nekaterimi drugimi ljudmi. Ob teh spoznanjih mi je bilo nadalje precej lažje. Danes sem se po svoji oceni dobro soočila z Izinim nezadovoljstvom ob neizpolnjenem pričakovanju. Kadar je takšna situacija in mine, ne da bi me vznemirila, sem zadovoljna, ker se mi zdi, da napredujem.

#### 11.8.2 Vprašanja o svoji vlogi

Veliko sem premišljevala o svoji vlogi, vezani na zmanjševanje Izine stiske. V najin odnos sem vstopila in se večino časa srečevala z željo in potrebo, da bi bil moj doprinos v tem, da bi ji pomagala prebroditi težke trenutke.

Najin odnos pa je prinesel veliko stvari, s katerimi sem se prvič srečala. Večkrat se mi je zdelo, da mi je pri nalogi, ki sem si jo zastavila, spodletelo. Morala sem ponovno premisliti o svoji vlogi in ciljih, ki sem si jih v njej postavljala.

Ob razmišljanju o svoji vlogi kot prostovoljki osebi s težavami v duševnem zdravju sem naletela na to, k čemer se v odnosu z Izo in nasploh v tem življenjskem obdobju vračam – h gotovosti in kako preživeti v svetu, kjer je ni. Svojo trdnost v odnosu sem iskala v prepričanjih o nalogah, ki jih nosi vloga prostovoljke.

Ob tem, ko so se moja prepričanja pričela spreminjati, sem se vprašala, v čem je vzrok težnje po gotovosti. Maturana in Varela (1998) izpostavita, da kadar se ozremo sami nase in spoznamo, da je naša gotovost v stališča in perspektivo krhka, tvegamo izgubo trdnosti in objektivnosti, za katero smo si prizadevali. Takrat se nam lahko zamaje zaznava in konstrukcija sveta, potrebujemo pa veliko poguma za pripravljenost spreminjanja svoje perspektive.

V začetku najinega druženja sem zaradi lastnih pričakovanj v novonastali vlogi neprenehoma presojala ustreznost svojih ravnanj in odzivov na Izine besede in dejanja. Premišljevala sem s kakšno izbiro besed in ravnanj bi zadostila svoji vlogi in Izi nudila potrebno podporo in pomoč. Nekaj v meni je težilo k temu, da bi predvidela situacije in zato mi je bilo vstopanje v odnos oteženo. Bila sem obremenjena z iskanjem načina, s katerim bi ji olajšala stisko in z vprašanji o svoji »strokovni vlogi« pri tem. Na enem od srečanj, ko sva se pogovarjala o moji vlogi, me je mentor vprašal: »Pa ti zares veš, kako lepo je biti z nekom?« Takrat sem se zavedala, da je nekako dovolj in največ kar lahko dam to, da sem. Da sem tam z njo in zaradi nje. Od takrat se mi je zmanjšala potreba po tem, da bi ravnala »popolno in pravilno«, zato da zadostim pričakovanjem. Ugotavljam, da so bila ta pričakovanja bolj (nekatera v celoti) moja do sebe kot pa njena do mene.

Torej ne le, da modeli, po katerih bi ravnali, ne obstajajo, oziroma so za določeno osebo primerni ali pa neprimerni, Zaviršek (1997, str. 108) pravi: »Za proces pomoči je izjemno pomembna odprtost za dogodke, ki se bodo zgodili, ne da bi vnaprej določili njihov potek. Največ napak naredimo takrat, ko »pomagamo« tako, da imamo v glavi modele, načrte in pričakovanja.« Kar lahko naredim, je torej to, da prisluhnem sebi in drugemu, ga skušam začutiti, prepoznavati potrebe in stanje, v katerem je trenutno, ter se nanje odzivam. Ni rešitve, ki bi jo lahko ponudila, ni recepta, ki bi se ga držala na poti do uspeha in ni čudežnih besed, ki bi pozdravile bolečine sveta.

Morda bom zaradi stvari, ki sem se jih naučila, in drugačnih pogledov, ki sem jih pridobila, nekoliko uspešnejša pri opolnomočenju sočloveka, ampak na začetku in koncu bom vedno le človek, ki mu bo mar. Kaj dosti več pa še lahko dam?

Jesperson (1995, v Zaviršek 1997) poudarja, da spremljevalec osebe v psihotični krizi ne sme potegniti iz pragozda, temveč se mora podati vanj zavoljo tega, da skupaj najdeta izhod iz džungle. To misel sem izbrala, ker sovpada z mojim prepričanjem o tem, da ne moremo prevzemati odgovornosti za življenje druge osebe, ne morem namesto nje sprejemati odločitev. Ne le da ne moremo, ne smemo jih. Nihče nima te pravice in ne bi smel dobiti pooblastila. Pa vendar to počnemo na vse sorte načinov. S prisilno hospitalizacijo, z zdravili, s posledicami stigmatizacije.

S tem ko kot prostovoljka vstopam v odnos z osebo, ki ima težave v duševnem zdravju, torej vstopam z zavedanjem, da moja vloga ne bo v tem, da bi karkoli spreminjala zanj. Ponudim pa ji srečanje z mano in s tem možnost soustvarjanja novega odnosa, ki lahko odpira mnoga bogastva in ne nazadnje pripomore k izboljšavi kakovosti življenja. V tem primeru za obe udeleženi.

## **11.9 Kategorija: Kakovostnejše življenje**

### 11.9.1 Potreba po bližini sočloveka

Iza v svojem življenju potrebuje, kar so potrebe velike večine (če ne vseh) ljudi. Želi si bližine nekoga, ob katerem se bo čutila ljubljeno, razumljeno in želeno. »Tako zelo pogrešam ljubezen (ob tem joka).« ... »Jaz rabim razumevanje pa nežnost.« ... V psihiatrični bolnišnici ne dobi tega, kar potrebuje, saj so njene potrebe drugačne narave. »Ne rabim psihiatra, ampak rabim ljubezen.«... »Jaz se bom umirila, ko bom dobila ljubezen, ne pa od zdravil.« ... »Rabim sam mir, pa nekoga, ki bi me imel rad.« Vrednoto ji predstavlja poroka, ki jo velikokrat omenja. »Sej se ne rabiš poročiti, važno da maš nekoga, ampak jaz bi se, meni je poroka vrednota.«

### 11.9.2 Potreba po urejenih bivanjskih razmerah

Velika večina ljudi po svetu živi v družinah in prav tako je tudi s posamezniki, pri katerih se razvijejo psihiatrično obravnavane bolezni, vsaj v času prvega izbruha krize. Družina ne zagotavlja nujno (zgolj) podpornega okolja, ampak je lahko tudi močan vir psihološke napetosti. Družinski člani lahko torej osebi povzročajo psihološki pritisk, ki pomembno vpliva na posameznikovo duševno stanje (Leff in Vaughn, 1985).

Moja predpostavka glede na pridobljene podatke, ki jih analiziram v poglavju o bližnjih odnosih je, da je Iza dolgotrajno izpostavljena stresu zaradi življenjskih okoliščin. Skrbi za bolešno mamo, ki ima do nje visoka pričakovanja, prav tako je deležna visoke mere nerazumevanja sorodnikov. »Ne prenesem kreganja z domačimi, ne zdržim, rada bi šla od doma.«

Lamovec (1999, str. 64) pravi: »Prvi cilj povprečnega uporabnika je, da si zagotovi človeka vredne bivanjske razmere. Pri nas večina uporabnikov stanuje pri svojcih, kar je pogosto neizčrpen vir konfliktov, ki lahko prerastejo v krizo.« Iza se zaveda tega stanja in razmišlja o odhodu od doma. I: »Sem se pogovarjala s socialno veš, treba se bo odselit. Kaj ti misliš?« Z: »Mislim, da je prav da narediš to, kar si želiš, in da potrebuješ svoj mir.« I: »Ja sej, mama me hoče pa sam zase.«

### 11.9.3 Potreba po zaposlitvi

O pomenu zaposlitve in invalidske upokojitve sem že veliko pisala. Naj na tem mestu zgolj omenim, da se tudi Iza sooča z dilemo glede invalidske upokojitve, saj ima veliko potrebo po zaposlitvi. »Rada bi bila (pove poklic), bi delala za 4 ure. Samo to ne morem, če sem upokojena. Kaj pa, če ne bi bila več upokojena?« Premišljuje o rešitvah, ki bi tudi osebam, ki zaradi težav v duševnem zdravju niso konkurenčni na trgu dela, prinesle možnost zaposlitve. »Večkrat premišlujem, pa zakaj za nas, ker smo zdravi, takrat ko smo zdravi, ko lahko delamo, zakaj ne nardijo kakšne zavode, pa ne zavode, ampak kako bi rekla, da nam dajo kakšno delo, da smo v eni skupini, da nas plačajo, ne kakšna manjvredna dela, ampak tko...«

### 11.9.4 Viri v življenju

V Izinem življenju imajo performativne dejavnosti zelo pomembno vlogo. Strast do njih jo spremlja že od otroštva, v vseh življenjskih obdobjih, še do sedaj. O sebi pove: »Sem vsestranska umetnica.« V času najinega druženja je bilo udejstvovanje na tem področju pogosta tema, zato sklepam, da ji ustvarjanje predstavlja pomemben vir v življenju zaradi katerega je aktivna in ki ji osmišlja vsakdan. Po mojem mnenju preko različnih ustvarjalnih aktivnosti tudi spoznava in navezuje stik z ljudmi ter dobiva potrditev o svoji vrednosti.

V njenem življenju prepoznavam pomen stika z ljudmi, zaradi katerega je njeno življenje kakovostnejše. »Cel svet ti pomaga, če hočeš, da ti. Jaz mam mamo, sorodnike, bolnišničnega duhovnika, pa vaju z (pove ime).« Socialni kapital je zelo pomemben, saj pripomore h kakovostnejšemu življenju in je v funkciji opolnomočenja. Iza ima ljudi, s katerimi deli trenutke in ki ji v stiski pomagajo. »Zmorem sama z vašo pomočjo, vsi mi pomagata.«

Na fakulteti je študentom povedala, da jo pred hospitalizacijo ščiti druženje s sosedom, s katerim se vsako jutro dobi na kavi, da se pogovarjata in smejeta. V intervjuju je s tem v zvezi spregovorila še o pomenu ljubljenosti. »Tisti občutek, da maš nekoga, da te ma en rad, pa da ti pomaga, da ti hoče, te že obvaruje.« Občasno gre v kakšnega od dnevnih centrov organizacij za ljudi s težavami v duševnem zdravju. Tam se lahko družijo, vendar pravi, da hoče živeti med zdravimi ljudmi in zato tja ne zahaja pogosto. Ima invalidsko pokojnino, zaradi katere ji je prihranjena večja finančna stiska in s katero si lahko privoščijo stvari, ki jo veselijo – npr. ogled predstave, druženje ob kavi in podobno.

#### 11.9.5 Alternative namesto hospitaliziranosti v psihiatrični bolnišnici

Iz izkušenj nekaterih uporabnikov psihiatrične bolnišnice, o katerih pripovedujejo in ob tem svoje mnenje podajajo mnogi avtorji (Lamovec, 1999, 2003, Flaker, 1998 in Švab, 1996, 2001), lahko razberemo, da okolje psihiatrične bolnišnice zmanjšuje uporabnikovo samostojnost in deluje stigmatizirajoče. Glede na predhodna poglavja analize bi lahko rekla, da je podobno tudi pri Izi. O hospitalizaciji pove: »To ni zdravljenje, zelo težko ven prideš.« Vprašala sem se, ali živim v družbi, ki ljudi v stiski podpre na način, da lahko razrešijo življenjski položaj, ki je pripeljal do nje in živijo kakovostnejše. Glede na to, da se pri nas rešitev išče v hospitalizaciji in da poznamo njene posledice, bi rekla, da ne. Naslednje vprašanje, ki sem si ga zastavila, je bilo, ali bi želela prejemati pomoč (v obliki hospitalizacije), kot jo prejema Iza, če bi se znašla v podobnem položaju. Zagotovo ne.

*Kakšne so torej alternative namesto hospitalizacije, ki jih poznamo v našem prostoru?*

Švab (2004, str. 11) opiše psihosocialni pristop: »Rehabilitacija namreč pomeni pomoč bolniku, da kakovostno in kot je najbolj mogoče samostojno živi v skupnosti, kar je mnogo več kot le zdravljenje z zdravili.« Psihosocialna rehabilitacija je torej multidisciplinarni pristop, ki se ukvarja z ljudmi s težavami v duševnem zdravju z namenom izboljšanja kakovosti njihovega življenja. Poleg uporabnikov samih se usmerja na njihovo ožje – družinsko okolje kot okolje, ki lahko nudi oporo in pomoč ter na druge sisteme podpore v skupnosti. Poslanstvo delovanja psihosocialne rehabilitacije je v tem, da bi posameznik čim bolj samostojno in neodvisno bival v okolju, na katerega pa skušajo delovati tako, da bi povečali strpnosti in zmanjšali predsodke. Pri nas imamo kot obliko bivanja ljudi s težavami v duševnem zdravju omogočene stanovanjske skupine z bolj ali manj aktivnim vključevanjem strokovnjakov v njihova življenja (Švab, 2004).

Menim, da je Iza dovolj samostojna, da bi lahko bivala sama in ne potrebuje tovrstne podpore in nadzora. Vendar pa v trenutkih krize, kot vsak izmed nas, kadar/če jo doživi, potrebuje dodatno pomoč.

Razmišljam, da bi bila v takih trenutkih primerna in učinkovita podpora na domu. Le-ta pa je po besedah Švab (2004), v našem okolju redka. V trenutkih krize bi v določenih segmentih Izi po mojem mnenju morda lahko pomagal program intenzivne podpore skupnosti, ki ga imajo v Ameriki. Warner (1994) ga predstavi kot program, v katerem terapeuti nudijo pomoč ljudem s težavami v duševnem zdravju, kadar jo potrebujejo. Pomoč zajema dnevni, fleksibilen in vnaprej terminsko neobvezujoč kontakt, dvakrat dnevno spremljanje jemanja zdravil, nadzorovana in subvencionirana stanovanja, pomoč pri pridobivanju pravic, stanovanjskega in zdravstvenega varstva.

Glede na predhodna poglavja analize menim, da v kolikor bi se spremenil Izin življenjski položaj in bi bile njene temeljne in osnovne človekove potrebe po ljubljenosti, sprejetosti, varnosti (mirnem okolju in urejenih bivanjskih razmerah) ter po potrditvi, osmišljanju življenja z zaposlitvijo, zadovoljene, bi bilo kriz veliko manj.

Iza sama o alternativni v okviru možnosti, ki jih imamo v Sloveniji in ki bi jo želela namesto hospitalizacije, pove: »Ambulantno zdravljenje bi bilo najbolj, da bi mela stalnega zdravnika, ne bi bila hospitalizirana, ampak bi hodila enkrat na mesec na pregled.«

## **12 Refleksija raziskave**

Sam postopek raziskave je bil relativno kratek (trije meseci in pol), prav tako je bila zame zavirajoča omejitev strani diplomskega dela. Več časa posvečenega samemu postopku in več razpoložljivega prostora za analizo bi mi omogočilo uporabo še kakšnih dodatnih virov – npr. Izinih del, ki so nadvse zanimiva in bi mi lahko odprla še druge vidike, ki so ostali neraziskani oziroma bi mi omogočila poglobitev že pridobljenih. Najin odnos je šele na začetku svojega razvoja. V kolikor bi najino druženje potekalo več časa, bi šel najin odnos skozi različne faze, ki bi bile zelo zanimive za analizo in iz katerih bi se obe udeleženi lahko veliko naučili. Iz teh razlogov je domet rezultatov omejen. Kljub temu pa menim, da je v okviru razpoložljivega časa in prostora ter zavoljo izbranih postopkov pridobivanja podatkov (med katerimi kot najpomembnejše in najbolj bogato z viri prepoznavam vodenje zapisov najinih srečanj, komuniciranja in lastne refleksije) nastala raziskava, ki je v večji meri omogočila uresničitev zastavljenih ciljev in odgovorov na raziskovalna vprašanja.



Predlog za izboljšave raziskovanja bi torej bil v nadaljevanju začetega procesa, ki bi ob tem, ko bi Iza zapustila psihiatrično bolnišnico, odprl še mnogo drugih vidikov. Okolje druženja, ki je po mojem mnenju imelo vpliv na doživljanje obeh, predvsem pa Ize, bi bilo drugačno, prav tako Izino duševno stanje, kar bi, predvidevam, lahko spremenilo, dopolnilo in obogatilo nekatere pridobljene podatke. Za boljši vpogled v Izino življenje, predvsem vezano na odnose, bi lahko v raziskavo neposredno vključila Izine bližnje in jim dala priložnost predstavitve njihovega doživljanja, ki bi razširil sliko pridobljenih rezultatov.

#### **IV. Sklep**

Rezultati raziskave so pokazali na Izin kompleksen življenjski kontekst, v katerem ne moremo vzročno posledično sklepati, kaj natančno je pripeljalo do stiske. Iza živi sama z bolešno mamo, za katero skrbi. Njun odnos ji do neke mere predstavlja varnost, hkrati pa jo obremenjuje. Iza ne zmore izpolnjevati maminih pričakovanj, kar pomembno vpliva na njun odnos in Izino počutje. V času najinega druženja je bila Iza hospitalizirana v psihiatrični bolnišnici Ljubljana – Polje. V tem času se je nekajkrat odločila, da bo čez vikend ostala v bolnišnici, z namenom da si odpočije in ne odide v okolje, ki jo vznemirja. Lahko bi rekla, da ji bolnišnica v stanju, ko se zelo težko spopada z domačimi razmerami, predstavlja možnost umika. Hospitaliziranost v psihiatrični bolnišnici ji nudi pomoč, ki je v danem trenutku krize sicer nikjer drugje ne bi dobila. Hkrati pa jo ta pomoč zaradi stranskih učinkov zdravil in bolnišničnega sistema, ovira pri ustvarjalnem in kakovostnejšem življenju. Na bolnišnico jo vežejo nekateri zelo neprijetni spomini, ki jih podoživlja kadarkoli je ponovno hospitalizirana. Kot posebej zastrašujoč doživlja zaprt oddelek psihiatrične bolnišnice. Pogosto je omenjala hude stranske učinke, ki jih je imela zaradi tablet in psihiatrovo neupoštevanje pacientovega mnenja glede zdravljenja z zdravili.

V začetku najinega druženja je Iza prekinila zvezo z dolgoletnim partnerjem. Svojo odločitev je utemeljila s tem, da njun odnos ni zadovoljeval njenih potreb, prav tako partner, čeprav je dober človek, ni bil primeren zanjo. Moški, ki jih je v času najinega druženja spoznala, zaljubljenost, hrepenenje po ljubezni in želja po ustvarjanju skupnega življenja, so bile teme katerih sva se pogosto dotikali. Poleg bližine sočloveka, prepoznavam kot zelo pomembno tudi potrebo po zaposlitvi. Iza je že sedmo leto invalidsko upokojena, vendar se v skladu s svojimi zmožnostmi, želi zaposliti.

Zelo je predana ustvarjanju. Udejstvovanje na umetniškem področju prepoznavam kot zelo pomembno, saj v nekaterih vidikih lahko nadomesti funkcije zaposlitve – osmišlja ji življenje, ob tem dobiva potrditve o svoji vrednosti in širi socialno mrežo.

Menim, da je eden najpomembnejših vidikov, ki bi prispeval h kakovostnejšem življenju ta, da ne bi bila izpostavljena psihološkemu pritisku, ki ga povzroča življenje z mamo in odnosi s sorodniki. Moje mnenje je, da dolgotrajen stres kateremu je Iza zaradi načina bivanja izpostavljena, prispeva k temu, da se krize ponavljajo in se Iza vedno znova vrača v bolnišnico.

Lamovec (1999) poudari potrebo osebe v akutni krizi, da jo ob tem, ko se z njo spopada, obkrožajo ljudje, ki ji nudijo oporo in ki jim zaupa. Zdravila lahko zgolj znižajo stopnjo vzbujenja, medtem ko so najboljši pogoji za razrešitev krize čas, naklonjeno ter mirno okolje, ki osebo spodbuja v tem, da spozna in reši življenjski problem, ki je pripeljal v krizo.

Poglavitno težavo prepoznavam v tem, da se s hospitalizacijo IZINE težave individualizira. Le-te namreč po mojem mnenju, v veliki meri izhajajo iz neugodnih življenjskih razmer. V bolnišnici se ne ukvarjajo z umeščenostjo njenih težav v življenjskem kontekstu, temveč jo zgolj zdravijo z zdravili. Tako se po odpustu iz bolnišnice njene življenjske razmere ne spremenijo, niti ne prejema podpore s katero bi le-te lažje dosegla.

Moje osebno mnenje je, da bi Iza za kakovostnejše življenje, v katerem bi bilo posledično manj obdobji kriz, potrebovala podporo pri urejanju bivanjskih razmer, možnost prilagojene zaposlitve (4 ure na dan), ki bi jo veselila, ter druženje z ljudmi, ki bi jo razumeli, podpirali, s katerimi bi se lahko smejala, jokala, delila skupne trenutke, izmenjala naklonjenost, sprejemanje in ljubezen.

Kadar oziroma če, bi kljub temu prišlo do krize, sem mnenja, da bi bila primerna pomoč na domu ali oblika kriznega tima, ki bi ji nudil intenzivno podporo. Na tak način bi se izognila škodljivim posledicam, ki jih prinaša hospitalizacija. Iza pravi, da bi želela prejemati ambulantno zdravljenje. Zelo pomembno se mi zdi, da bi imela stalnega psihiatra, ki bi jo poznal, s katerim bi lahko odkrito govorila in soodločala o uporabi zdravil.

Ugotovitve, ki jih navajam kot odgovore na raziskovalna vprašanja so odraz mojega lastnega mnenja, ki sem si ga ustvarila na podlagi druženja z Izo, preko katerega sem prejela (omejen) vpogled v njeno življenje. Svoje ugotovitve utemeljujem (v poglavju analiza in interpretacija) z IZINIMI izjavami, kar pa ne pomeni, da bi ona sama stvari predstavila na povsem enak način.

V raziskavi sem se spraševala o vlogi prostovoljke v življenju osebe z duševno stisko, natančneje z omejitvami in osebnimi obremenitvami prostovoljke. V preteklih treh mesecih sem prejela izkušnjo, ki mi ponuja nekaj odgovorov, ki pa so neločljivo vezani na odnos, ki sva ga vzpostavili z Izo. Obe sva s svojo osebnostjo in življenjskim kontekstom v odnos vnašali vsebine, zaradi katerih ne morem govoriti o univerzalnih osebnih obremenitvah prostovoljke. O lastnih obremenitvah pa pišem v poglavju o svojem doživljanju, vezanem na odnos z Izo.

V odnos sem vstopila z visokimi pričakovanji do tega kako bi pripomogla k Izinemu boljšemu počutju. Kmalu mi je postalo jasno, da ji pri zadovoljevanju njenih zelo pomembnih potreb (zaposlitev, bivanje), v trenutni situaciji ne morem pomagati drugače kot s tem, da sem ob njej. Po svojih prepričanjih sem bila s tem že precej omejena v prispevku k izboljšanju njenega položaja. Tako sem potrebovala nekaj izkušenj, da sem spremenila stališče do svoje vloge, se zavedla svojih omejitev ter jih pričela sebi in njej priznavati s tem, da nisem izpolnjevala vseh njenih pričakovanj glede različnih opravkov in razpoložljivega časa druženja.

## V. Zaključek

V svojem diplomskem delu sem se ukvarjala s terminologijo duševnih bolezni predvsem zaradi posledic, ki jih oznaka duševne bolezni prinaša. Busfield (2011) pravi, da bi bil primernejši izraz za duševne bolezni - kot jih imenujejo psihiatri; stiska.

Razlog ni v tem, da posamezniki ne bi smeli iskati in dobiti pomoči, temveč v tem, da se težave, ko se predstavijo v luči duševnih bolezni, patologizirajo. S tem se problem umesti znotraj osebe, kar vodi v trud po spreminjanju posameznika, pogosto s predpisovanjem psihoaktivnih zdravil, namesto da bi na problem pogledali iz perspektive družbe, v kateri živi. Kljub temu, da so posamezniki tisti, ki se srečujejo s težavami, je njihov izvor družben.

Predpostavljam, da bi bilo življenje osebe z duševno stisko drugačno, če ne bi bila označena kot duševno bolna. Oznaka duševne bolezni, izražena v določeni diagnozi in pospremljena z (dolgotrajno) hospitalizacijo ter stigmo, ki jo dodeli družba, kljub dobrim namenom »zdravljenja«, ne more prispevati k izboljšanju kakovosti življenja.

Pomembno je, da se zavedamo družbenega vpliva na težave v duševnem zdravju, jih ne individualiziramo, temveč skupaj iščemo pot do sprememb v življenju posameznika ter v družbi sami. Menim, da se lahko iz osebnih zgodb in odnosov, ki jih imamo z ljudmi z izkušnjo hospitalizacije, naučimo, da ne potrebujejo zaprtih zidov, ampak človeško naklonjenost, sprejemanje in individualno prilagojeno podporo za reševanje življenjskih problemov tam, kjer so nastali.

## VI. Literatura

- Bryman, A. (2004). *Social Research Methods*. New York: Oxford University Press, Inc.
- Busfield, J. (2011). *Mental Illnes*. Cambridge; Malden: PolityPress.
- Etični kodeks delavcev na področju socialne pedagogike (b.d.). Pridobljeno dne 17. 5. 2013 s svetovnega spleta: <http://www.zzsp.org/kodeks.htm>
- Flaker, V. (1998). *Odpiranje norosti – vzpon in padec totalnih ustanov*. Ljubljana: Založba /\*cf.
- Flaker, V. (2001). Prostovoljno delo: delo za druge in zase. *Socialno delo*, 40(6), 305 – 312.
- Freud, S. (2001). *Nelagodje v kulturi*. Ljubljana: Gyrus.
- Glasser, W. (2003). *Opozorilo: Psihijatrija je lahko nevarna za vaše duševno zdravje*. Radovljica: Mca.
- Gorenstein, E. E. (1992). *The Science of Mental Illness*. San Diego [etc.]: Academic Press.
- Korenjak, R. in Močnik Bučar, M. (2004). Odnos med svetovalcem in klicalcem – terapevtski dejavnik. V O. Tekavčič Grad (ur.), *Pogovori z ljudmi v duševnih stiskah – priročnik za svetovanje* (str. 215 – 225). Ljubljana: Založba ZRC, ZRC SAZU.
- Krajnčan, M. in Bajželj, B. (2008). Odnos – osnova za socialno pedagoško delo. V M. Kranjčan, D. Zorc Maver in B. Bajželj (ur.), *Socialna pedagogika – med teorijo in prakso* (str. 55 – 70). Ljubljana: Pedagoška fakulteta.
- Kvaternik, I. in Grebenc, V. (2008). Vrzeli med medicino in socialnim delom: primer »dvojnih diagnoz«. *Teorija in praksa: družboslovna revija*, 45(1/2), 129 – 143.
- Lamovec, T. (1998). *Psihosocialna pomoč v duševni stiski*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
- Lamovec, T. (1999). *Kako misliti drugačnost*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
- Lamovec, T. (2003). Vpliv izključenosti z dela na kvaliteto življenja uporabnikov psihiatrije. *Socialno delo*, 42(4/5), 231 – 235.

Lamovec, T. (2006a). *Ko rešitev postane problem in zdravilo postane strup: Nove oblike skrbi za osebe v duševni krizi*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Lamovec, T. (2006b). Razdvojene duše in strta srca. *Socialno delo*, 45(1/2), 69 – 72.

Lamovec, T. in Flaker, V. (1993). Kaj je duševna bolezen? *Socialno delo*, 32(3/4), 87 – 92.

Leff, J. in Vaughn, C. (1985). *Expressed emotion in families – Its Significance for Mental Illness*. New York; London: The Guilford Press.

Maturana, H. R. in Varela, F. J. (1998). *Drevo spoznanja*. Ljubljana: Studia humanitatis.

Mesec, B. (1998). *Uvod v kvalitativno raziskovanje v socialnem delu*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.

Perko, J. E. in Kreigh, H. Z. (1988). *Psychiatric and Mental Health Nursing – a Commitment to Care and Concern*. London [etc.]: Prentice – Hall International.

Pilgrim, D., Rogers, A. in Pescosolido, B. (2011). *The SAGE Handbook of Mental health and Illness*. Los Angeles; London; New Delhi; Singapore, Washington DC: SAGE.

Scheper Hughes N. in Lovell M. A. (1987). *Psychiatry Inside Out: Selected Writings of Franco Basaglia*. New York: Columbia University Press.

Susko, M. A. (1991). *Cry of the invisible*. Baltimore: The Conservatory Press.

Škodlar, B. in Zajc, P. (2004). Krizna intervencija. V O. Tekavčič Grad (ur.), *Pogovori z ljudmi v duševnih stiskah – priročnik za svetovanje* (str. 33 – 41). Ljubljana: Založba ZRC, ZRC SAZU.

Švab, V. (1996). *Duševna bolezen v skupnosti*. Radovljica: Didakta.

Švab, V. (2001). *Priročnik o shizofreniji*. Radovljica: Didakta; Ljubljana: Organizacija za duševno zdravje – ŠENT.

Švab, V. (2004). Uvod. V V. Švab (ur.), *Psihosocialna rehabilitacija* (str. 11 – 32). Ljubljana: ŠENT.

Tomori, M. (1999). Uvod. V M. Tomori in S. Zihelr (ur.), *Psihijatrija* (str. 5 – 9). Ljubljana: Medicinska fakulteta.

Warner, R. (1994). *Recovery from schizophrenia: psychiatry and political economy*. London; New York: Routledge.

Zaviršek, D. (1995). »Če vidiš duhove, povej ljudem!«: Nekaj miselnih modelov v antropologiji zdravja. *Socialno delo*, 34(2), 109 – 117.

Zaviršek, D. (1997). Krizni tim kot oblika preprečevanja psihiatrične hospitalizacije. *Socialno delo*, 36(2), 101 – 110.

## VII. Priloga

### Primer postopka kodiranja zapisa enega od srečanj:

Prepis	Kode	Kategorija
<p><b>17.4.2013 (11.00 – 13.15)</b></p> <p>Pridem na obisk na Polje in ko prihajam po stopnicah se srečava na hodniku.</p> <p>Iza zavpije: »Zarja, moja, moja Zarja, prišla si.« Postane mi toplo pri srcu.</p> <p>O tem sva govorila z Bojanom. (Bojan: »Pa ti zares veš kako lepo je biti z nekom?«) Dovolj je, da sem tukaj ...</p> <p>Iza si želi oditi malo na zrak. Odpraviva se iz sobe.</p> <p>V dvigalu mi reče: »Spet mi ni zmanjšal (psihiater) doze. Kaj mu še naj rečem, nič ni v redu kaj rečem. Če rečem, da sem boljše, je slabo, če rečem, da sem slabo, je tudi slabo. Nič ne pomaga.«</p> <p>Prične jokati in nadaljuje: »Noben se ne pogovarja z mano, nič ne nardijo, da bi mi blo boljše, razen s tableti me filajo.«</p> <p>Iza: »Nič ne bova govorili, čist sem zatabletana veš, pa če bom dost govorila, mi bo spet povečal.«</p> <p>Rečem ji, da nama ni treba govoriti in kratek čas se v tišini sprehajava.</p> <p>I: »Naj grem domov čez vikend al ne?« Z: »Kaj ti čutiš, da bi blo boljše.« I: »Mama je ena sama, ji morem it pomagat.« Z: »To je res, da je mama ena sama, ampak je prav, da najprej poskrbiš za sebe.« I: »Je rekla, da bova samo nekaj pograbljali, ostalo lahko pa delam pa počivam.« Z: »No, potem pa v redu.« I: »Sej sem u redu tu, pol me pa mama čist zmeša.«</p>	<p>Razvijanje odnosa</p> <p>Vprašanja o svoji vlogi</p> <p>Polje</p> <p>Zdravila</p> <p>Zdravila</p> <p>Odnos z mamo</p> <p>Odnos z mamo</p>	<p>Moje doživljanje vezano na odnos z Izo</p> <p>Doživljanje svoje vloge kot prostovoljke</p> <p>Hospitalizacija</p> <p>Hospitalizacija</p> <p>Hospitalizacija</p> <p>Bližnji odnosi</p> <p>Bližnji odnosi</p>