

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Urška Štros

Patologizacija in medikalizacija psihičnega: Primer depresije

Magistrsko delo

Ljubljana, 2015

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Urška Štros

Mentorica: doc. dr. Metka Mencin - Čeplak

Patologizacija in medikalizacija psihičnega: Primer depresije

Magistrsko delo

Ljubljana, 2015

Patologizacija in medikalizacija psihičnega: Primer depresije

Magistrsko delo obravnava patologizacijo in medikalizacijo duševnih stanj, s poudarkom na depresiji, ki ima v sodobnih družbah razsežnost epidemije, kar je povezano tudi z masovno preskripcijo antidepresivnih medikamentov, kar je značilno tudi za Slovenijo. Diagnostični in statistični priročnik duševnih motenj (DSM), ki ga ne uporabljajo samo v psihiatričnih, ampak tudi v psiholoških, psihoterapevtskih in sodnih praksah, patologizira vse večje število duševnih stanj in občutij, ki so bila nekoč obravnavana kot vsakdanja in običajna. Številne težave, ki so posledica širših družbenih dejavnikov, se uvršča v seznam duševnih motenj, ki se neustavljivo podaljšuje. Psihiatrična diagnostika posredno marginalizira tiste, ki ne ustrezajo kriterijem družbene ideologije, v okviru terapevtskih praks opravlja korekcijo njihove duševnosti in sodeluje v širjenju terapevtskega diskurza, ki ima vse od sredine 20. stoletja pomembno vlogo v tehnologijah sebstva. V strokovno (medicinsko in psihološko) obravnavanje so vključeni milijoni ljudi z duševnimi težavami, morda zgolj zato, da bi se jim izognili, ali preprosto zato, ker se vse več duševnih stanj obravnava kot patološka.

Ključne besede: patologizacija, medikalizacija, duševne bolezni, psihiatrične diagnoze

Pathologization and medicalization of psyche – The case of depression

The topic of this master`s thesis is pathologization and medicalization of mental states. It focuses on the depression, in modern communities has epidemical dimensions, and on the phenomena of mass prescription of antidepressants, latter being widespread in Slovenia as well. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), not being used just in psychiatric but also in psychotherapeutic and judicial practices, psychopathologizes ever larger amount of mental states and feelings that were considered every day and ordinary in the past. Numerous problems which are results of broader social factors are being characterized as mental disorders and the list is just getting longer. Psychiatric diagnostics is indirectly marginalizing all those people that do not meet the criteria of social ideology. In frames of therapeutic practices it is altering their psyche and takes part in broadening the therapeutic discourse that has an important role in the technologies of the self from the middle of 20th Century on. Millions of people with mental disorders are then engaged in expert treatment (both medical and psychological) just to avoid them or simply because more and more mental states are being considered pathological.

Keywords: pathologization, medicalization, mentall illness, psychiatric diagnoses

Kazalo

1	UVOD	6
2	PATOLOGIZACIJA IN MEDIKALIZACIJA PSIHIČNEGA	7
2.1	Patologizacija in nadzorovanje	7
2.2	Medikalizacija psihičnega	9
2.3	Kriteriji psihične »ne/normalnosti«.....	12
2.4	Teze o izvorih psihičnih težav	16
3	PSIHATRIČNE DIAGNOZE	19
3.1	Zgodovina diagnosticiranja »duševnih motenj«.....	20
3.2	Polemike v zvezi z diagnosticiranjem duševnih težav	21
4	DEPRESIJA	26
4.1	Diagnosticiranje depresije	26
4.1.1	Razlikovanje med t.i. normalno in t.i. bolezensko žalostjo (depresijo)	28
4.1.2	Depresija v DSM.....	30
4.2	Raziskovanje vzrokov oz. kulturne konstrukcije depresije	34
4.2.1	Biologija	34
4.2.2	Družbena/kulturna konstrukcija depresije.....	35
4.3	Terapija.....	38
4.3.1	Medikamentozna terapija	38
4.3.2	Psihoterapija	40
4.3.3	Obravnavanje depresije v sloveniji	42
5	EMPIRIČNI DEL	44
5.1	Cilji in nameni raziskave	44
5.2	Metode zbiranja podatkov	44
5.3	Predstavitev vzorca.....	45
5.4	Predstavitev in interpretacija zbranih podatkov	46
5.4.1	Dejavniki, ki so ključni za razvoj duševnih stanj, ki jih klinika obravnava kot depresivne motnje	46
5.4.2	Dejavniki, ki vplivajo na posameznika, da začne neko psihično stanje ali doživljanje zaznavati kot patološko in potrebno medicinske obravnave.....	49
5.4.3	Dejavniki, ki so vplivali na iskanje strokovne pomoči	51
5.4.4	Posameznikova percepcija diagnoze	53
5.4.5	Kako je raba psihofarmakoloških sredstev povezana z dostopnostjo psihoterapije?	57

6 SKLEP	62
7 LITERATURA.....	64
PRILOGI.....	70
Priloga A: Vprašalnik za delno strukturiran intervju.....	70
Priloga B: Transkript intervjujev	72

1 UVOD

Strokovne razprave o najnovjšem priročniku za diagnosticiranje duševnih motenj (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders/ DSM-V, 2013) so v središče postavile vprašanja, ki so bila dotlej omejena predvsem na relativno redke kritične teoretske analize konstrukcije psihopatologije: problematična konstrukcija psihiatričnih diagnoz, patologizacija in medikalizacija vsakdanjih izkušenj in stanj, ki vodi v podaljševanje seznama duševnih motenj, biologizacija duševnih stisk, povezave med psihiatrijo in farmacijo.

V teoretskem delu svojega magistrskega dela bom predstavila in problematizirala norme psihičnega zdravja in pri tem izhajala iz Canguillhemove teze o družbeni vlogi normiranja, katerega cilj je racionalizacija družbenega: ekonomske, klinične, politične in pedagoške norme so v funkciji uporabnosti človeških bitij (v Mencin Čeplak 2015, 71). Osredotočila se bom na analizo konstrukcije depresije kot psihološke motnje: depresija ima namreč v sodobnih družbah razsežnosti epidemije, če sodimo po naraščanju števila ljudi, ki se odločajo za zdravljenje depresije, in naraščanju izdaje receptov za antidepresive (Horwitz, 2007) ter kaj so vzroki tega porasta, ki je značilen tudi za Slovenijo (Slatnar 2012, 35), in zakaj se sploh določena čustva in stanja, ki so nekoč sodila v normalen življenjski repertoar ljudi, v določenem obdobju začnejo redefinirati kot patološka in jih je potrebno zdraviti; zakaj se težave, ki so posledica družbenih dejavnikov, individualizira. Problematizirala bom medikalizacijo depresivnih stanj in analizirala možnost dostopa posameznika do psihoterapevtskih storitev: v Sloveniji npr. so po besedah Možine (2009, 8) v primerjavi z drugimi evropskimi državami bistveno težje dostopne, kar vodi v povečano porabo antidepresivov.

Skozi magistrsko delo me bodo vodila naslednja raziskovalna vprašanja:

1. Kakšno vlogo ima fenomen patologizacije duševnih stanj pri ohranjanju družbenega reda oz. razmerij moči?
2. Kateri družbeni dejavniki so ključni za razvoj duševnih stanj, ki jih klinika obravnava kot depresivne duševne »motnje«?
3. Kateri dejavniki vplivajo na posameznika, da začne neko psihično stanje ali doživljanje zaznavati kot patološko in potrebno medicinske obravnave?

4. Kako je raba psihofarmakoloških sredstev povezana z dostopnostjo psihoterapije?

Namen empiričnega dela naloge je ugotoviti, kako na percepcijo psihičnega zdravja vpliva popularizacija skrbi za psihično zdravje in psihološkega diagnosticiranja ter s tem povezana patologizacija vsakdanjih psihičnih stanj in doživljanj. Živimo namreč v dobi, ki jo zaznamuje specifična »tehnologija skrbi zase« (Foucault 2007), v kateri prevladuje terapevtski diskurz (Illouz 2010).

2 PATOLOGIZACIJA IN MEDIKALIZACIJA PSIHIČNEGA

2.1 Patologizacija in nadzorovanje

Načelo »uporabnosti« človeških bitij je, kot pravi Canguilhem, temeljno načelo moderne psihologije – gre za načelo, ki mu po Foucaultu vsaj od 19. stoletja naprej sledijo oblastne strategije zahodnih družb. Princip vladnosti spodbuja, vsiljuje tekmovalnost, saj od posameznic in posameznikov pričakuje konstanten napredek, skrb za zdravo življenje, vednost, skratka vse dimenzije, ki jih danes (indikativno) opredeljujejo kot dimenzije »človeškega kapitala«. Ideja nenehnega napredka in preseganja obstoječega, spodbuja neskončen proces konstruiranja norm in idealov, ki se nenehno izmikajo (v Mencin-Čeplak 2015, 71 - 73), verovanje in stremljenje ljudi k napredku pa je povečalo pričakovanja o boljši kvaliteti življenja in rezultiralo v masovni ekspanziji razočaranja (Levine 2013, 1).

Bistvena funkcija nadzora je vzpostavitev in ohranjanje (samo)regulacije vedenja in delovanja populacije, s katerima se ohranja preživetje socialnih skupin in skupnosti (Drev 2010, 12). Kanduč družbeni nadzor definira kot izjemno širok pojem, ki ne zajema samo institucij, temveč:

tako rekoč vse mehanizme, strukture, institucije, sisteme, dejavnosti in pojave, ki (po)ustvarjajo družbeni red (in urejene, v redu delujoče družbene člane), na primer socializacijo, izobraževanje, medije, rutinsko delovanje državne uprave, kazenskopravni sistem, javno mnenje, običaje, manire, »motivacijske besednjake«, religijo, disciplinske aparate, ideološko indoktrinacijo, manipulacijo,... »nevidno roko« tržnih zakonitosti,..., »politiko ustvarjanja potrošniških želja in potreb« po

kapitalističnem blagu, in sicer predvsem po njegovih »simbolnih vrednostih«, ki signalizirajo življenjski stil, osebno identiteto in vznemirjenja... (v Drev 2010, 14).

Psihologija ima v mehanizmi nadziranja specifično vlogo. Skonstruirala je standardizirane metode, na podlagi katerih je začela prepoznavati, razvrščati, selekcionirati psihološke karakteristike in vedenja populacije ter izvajati korekcije v sklopu terapevtskih in rehabilitacijskih tehnik, da bi povečala učinkovitost posameznikov in doprinesla k človeškemu kapitalu. Namen psihološke znanosti in terapevtskih praks ni samo korist posameznikov, saj se z vzpostavljanjem norm in korekcijo tistih, ki ne izpolnjujejo normativnih kriterijev nadzira celotno populacijo in poskuša doseči čim večjo »učinkovitost« in »družbeno koristnost« posameznic in posameznikov (Mencin Čeplak 2015, 71 - 72) - vsaka vednost, tudi psihologija, se oblikuje znotraj družbenega konteksta (Marecek in Hare-Mustin 2009, 76).

V procesu družbene kategorizacije in konstrukcije posameznikove identitete ima distinkcija med »patološkim« in »normalnim« eno izmed ključnih vlog, še posebej v tistih kulturnih okoljih, ki poudarjajo sposobnost samonadziranja in načelo uporabnosti človeških bitij (Mencin Čeplak 2001, 71).

Govor o »patoloških subjektih« se navadno sklicuje na neki zakon (pogosto »naravni«), ki so mu subjekti podrejeni, tisti med njimi, ki so tako opredeljeni, pa so le otipljiv dokaz, da »zakon velja«. Razlikovanje med »patološkim« in »nepatološkim« je tako notranje ideologiji, ki s to operacijo poenoti subjekte v ustrezne kategorije. Od tod pa izhaja, da govor o »patologiji« ni znanstven; poenotenje subjektov, ki je njegov učinek, ga nujno napravi za ideološki govor. Zato ni prav nič presenetljivo, da je patologija nekaj, kar vedno velja za druge, nikoli za tistega, ki jo definira (Lešnik 1997, 50).

In kot Lešnik s Foucaultom pravi drugje: »Norec ni le simptom racionalne družbe in njene jedrne norosti, temveč je tudi eden izmed objektov, na katerih se srečujejo oblastna razmerja.« (v Lamovec 1998, 10).

Področje patološkega, tudi »psihopatološkega«, je predvsem domena medicine kot najbolj spoštovane vede o človeku, ki ima v mreži oblasti ključno vlogo. Eden prvih, ki je medicino opredelil kot obliko družbene kontrole, je sociolog Parsons. Opozoril je na vlogo bolnika, ki

je v družbi relativno legitimna, dokler jo bolnik sprejema in stremi k ozdravitvi, vendar mu vloga vseeno prinaša etiketo deviantnosti. Socialni nadzor nad njim izvajata medicinsko osebje in socialno okolje, ki si prizadevata vzpostaviti nazaj njegovo zdravje in ponovno vključitev v vsakdanje življenjske obveznosti in situacije (v Orožim 2001, 97).

Conrad opozarja na naslednje vidike socialne kontrole medicine:

1. **Medicinska ideologija**, kjer gre za uveljavljanje medicinskega modela v širše družbeno okolje, s ciljem pridobiti družbene in ideološke bonitete;
2. **Medicinska kolaboracija**, v kateri zdravniki igrajo vlogo 'gatekeeperja' oziroma ponudnika informacij;
3. **Medicinska tehnologija**, kamor sodi predpisovanje receptov, operacije in različne preiskave.
4. **Medicinski nadzor**, ki bazira na Foucaultovem konceptu 'medicinskega pogleda'. Gre za obliko socialne kontrole, v kateri določena vedenja in dejanja populacije dobijo obrazložitev skozi medicinski pogled, ki zdravnikom da legitimnost, s katero lahko kontrolirajo vse dejavnike, ki se navezujejo na medikalizirano vedenje oziroma dejanje (2003, 216).

Vse to velja tudi za psihiatrijo, ki je privilegirana vednost na področju »psihopatologije«. Psihiatrične diagnoze so posebna oblika družbene kontrole, saj je njihova funkcija nadzora v javnosti zelo redko prepoznana (Marecek in Hare-Mustin 2009, 82 - 83). Po mnenju Millsa se v okviru psihiatričnih diagnoz konstruirajo kulturne percepcije pojmov bolezni, duševnega zdravja, »normalnosti« in »nenormalnosti«, v preteklosti pa so bile mnogokrat uporabljene za nadzor in stigmatizacijo posameznikov, katerih vedenje se ni skladalo s kulturnimi pričakovanji (v Marecek 2006).

2.2 Medikalizacija psihičnega

Psihiatrija kot veja medicine ima ključno vlogo v procesu medikalizacije psihičnih težav. Medikalizacija je po Conradu »proces, v katerem nemedicinske težave postanejo definirane in obravnavane kot medicinske, večinoma z uporabo terminov bolezni in motenj« (2003, 209). Termin »medikalizacija« so začele kritične družbene analize uporabljati v sedemdesetih letih (v Conrad 1992, 210 - 211). Eden izmed kritikov je Illich, ki govori o razčlovečenju medicine,

ko so fenomeni bolečine, smrti in bolezni postali »tehnični problemi«, ki jih rešuje medicinska stroka in posledično izkorišča potencial ljudi s povzdigovanjem fenomena neskončne mladosti in dolgega življenja (Zelko in Kocjančič 2009, 7).

Sociologi ekspanzijo medikalizacije razlagajo znotraj fenomena sekularizacije, težnje zahodne družbe po individualnih in tehnoloških rešitvah težav in vzpenjajočega statusa medicinske stroke. Turner pravi, da je medicina zamenjala vlogo religije, ki je nekoč oblikovala prevladujočo moralno družbeno ideologijo in izvajala družbeni nadzor. Tako so se mnoga dejanja, ki so bila nekoč grešna, transformirala v kriminalna oziroma patološka, kar si Weber razlaga kot posledico racionalizacije družbe (v Conrad 2003, 213). Tako medicinska kot religiozna ideologija po besedah Lešnika »utemeljeno poenotita subjekte glede na »druge«, nevernike, norce...« (1997, 50). Po Timmermansu in Starru ima medicina dve obliki avtoritete, ki omogočata fenomen medikalizacije, in sicer *strokovno*, ki se oblikuje na podlagi legitimnosti profesije in širše družbene skupine, ki sprejme njeno presojo in ji zaupa. Znotraj strokovne pa se oblikuje *kulturna avtoriteta*, ki strokovnjakom omogoči uveljavljanje njihovih presoj in definicij (v Pogačnik 2011).

Težave, ki so sodile v repertoar vsakdanjosti in »normalnosti«, so se v procesu medikalizacije začele definirati v kontekstu medicinske stroke, zdravstveni strokovnjaki pa so dobili legitimnost, da tovrsten problem pojasnjujejo, diagnosticirajo in zdravijo. Gre za rekonstrukcijo družbenih problemov, ki so bili včasih obravnavani kot kriminalna dejanja, deviantnost, greh ali grde navade, v bolezen, ki jo medicinski strokovnjaki na podlagi kulturne legitimnosti odkrijejo, poimenujejo in zdravijo (Horwitz 2002, 8). Objekt medikalizacije so tako postali npr. alkoholizem, hiperaktivnost, vse oblike psihičnega trpljenja, motnje hranjenja, hazardiranje, vsakdanji življenjski procesi, vključno s psihičnim razvojem otrok, spolnostjo, menstrualnim nelagodjem idr. (Conrad 2003, 212 - 213). Z medikalizacijo se individualizira družbene probleme, depolitizira vedenje in uporabo medicinske tehnologije (v Conrad 2003, 219 - 224); poveča se razsežnost patološkega in zmanjša področje »normalnega«, bolniki postanejo žrtve zdravstvenih storitev in medikamentov, medicinska stroka pa dobi moč socialne kontrole in nadzira področja, ki nekoč niso sodila v medicinsko sfero (Conrad v Slatnar 2012, 37). Medikalizacija življenjskih situacij se kaže tudi v pogostih izrazih, kot so »ozdraviti gospodarstvo«, »okrepiti bolno telo družbe«, »finančna injekcija« in mnogih drugih (Zelko in Kocjančič 2009, 8).

Cornwell loči 3 ravni medikalizacije, in sicer:

1. **Konceptualno raven**, v kateri se z medicinsko terminologijo definira nek problem.
2. **Institucionalno raven**, v kateri organizacije sprejmejo in uporabljajo medicinski pristop za soočanje z nekim problemom in v katero zdravniki niso nujno vpleteni ali pa imajo funkcijo 'gate keeperja';
3. **Interakcijsko raven**, v kateri se proces medikalizacije izraža skozi interakcijo zdravnika in pacienta in v kateri zdravnik medicinski ali nemedicinski (družbeni) problem opredeli z medicinsko terminologijo in zdravi z medicinskimi tehnikami zdravljenja (v Conrad 2003, 211).

Medicinske klasifikacije zadevajo vse tri ravni medikalizacije psihičnih »motenj«. Praviloma se sklicujejo na standarde, ki jih prikazujejo kot medicinske, kritična refleksija pa kaj hitro prikaže, da gre za psevdomedicinske kriterije, v medicinski diskurz preoblečene vladajoče moralne standarde, kot npr. v patologizaciji številnih različnih seksualnih praks in vedenj. S klasifikacijo in označevanjem splošnih pomanjkljivosti, osebnostnih odstopanj in vsakdanjih težav posameznikov kot bolezenskih, z enormnim podaljšanjem seznama duševnih bolezni psihiatrija (nehote?) krepi svojo družbeno moč preko vse večjega družbenega nadzora in regulacije osebnega življenja posameznic in posameznikov (Marecek in Hare-Mustin 2009,82). Posamezniku se neredko pripiše diagnozo depresije ali katero koli drugo obliko psihičnega trpljenja (Chodoff v Petek-Šter in Cvetko 2009, 38) že na podlagi blažjih odstopanj v vedenju in čustvovanju, ki so ga sprožile vsakdanje življenjske situacije. Medicinska stroka s stalnim poudarkom na skrbi zase in za svoje zdravje pravzaprav sporoča, kot opozarja Foucault, da je sebstvo patološko in potrebno stalnih sprememb in popravkov (v Illouz 2010, 71).

»Medicinski imperializem« ima ključno vlogo v ekspanziji medikalizacije, ki jo podpira tudi masovna interakcija ljudi z medicinskimi strokovnjaki, katerih mnenja se pogosto sprejema kot resnična dejstva, saj je še vedno utrjeno prepričanje o moralni nevtralnosti medicine, ki omogoča dominantnost medicinskih strokovnjakov tudi v razpravah o psihičnih težavah (Conrad in Schneider v Conrad 2003, 212 - 213). Tudi terapevtsko kulturo, katere začetki segajo na zahodu v konec 60-ih in začetek 70-ih let 20. st., lahko obravnavamo kot posledico patologizacije in medikalizacije vsakdanjega življenja. Indikativen primer je teza Abrahama Maslowa, ki je predpostavljala, da je psihološka samouresničitev posameznika zavrtta s strahom pred uspehom: »Ljudje, ki jim pravimo 'bolni', so ljudje, ki niso oni sami, ljudje, ki so

zgradili celo vrsto nevrotičnih obramb pred tem, da bi bili človeški« (v Illouz 2010, 61). Na podlagi tovrstnih tez je terapevtska kultura začela patologizirati ljudi, ki tega ideala niso dosegli – običajno vedenje tako hitro dobi oznako »nevrotičnega« in »nezdravega«, samoizpolnjeno življenje pa postane sinonim za mentalno zdravega človeka. Ko ideal zdravja dobi neskončno razsežnost, lahko vsa ravnanja ali stanja dobijo etiketo disfunkcionalnosti, oziroma patologije (Illouz 2010, 61 - 64).

Tiefer in Potts menita, da so v ozadju ekspanzije medikalizacije profitni interesi farmacevtskih podjetij, ki tako dobijo zeleno luč za izdelavo in prodajo novih produktov (v Marecek in Hare-Mustin 2009, 82 - 83). Profit farmacevtskim podjetjem poleg že omenjene patologizacije vseh »dejavnikov tveganja« in vsakdanjih življenjskih praks omogoča tudi prepogostim zgodnje diagnosticiranje na podlagi screening preiskav, biotehnologij, itd. (Petek-Šter in Cvetko 2009, 34).

Kritike medikalizacije so pogosto prerasle v organizirana gibanja za demedikalizacijo, ki je proces za izključitev nekega stanja ali dejanja izpod okrilja medicine, proces pa so običajno sprožila državljanska gibanja. Tovrsten primer je homoseksualnost, ki jo je ameriško psihiatrično združenje leta 1973 izbrisalo s seznama psihičnih bolezni, za kar imajo ključno zaslugo gejevska in lezbična gibanja (Conrad 2003, 225). Pomembno vlogo v poskusih demedikalizacije je imelo tudi antipsihiatrično gibanje, ki se je razvilo v 60-ih letih 20. stoletja, njegova vidna predstavnika pa sta bila psihiatra Thomas Szasz in David Cooper. To gibanje je vzbudilo dvom o eksistenci psihičnih bolezni. Zagovorniki gibanja so zagovarjali tezo, da so duševne bolezni ustvarjene za opravičevanje družbenih disfunkcij in iskanje krivde zanje v posameznikih (Videmšek 2012, 107), s čimer se ustvarja nadzor nad družbeno nezaželenim vedenjem z uporabo medicinske terminologije (Horwitz in Wakefield 2007, 98).

2.3 Kriteriji psihične »ne/normalnosti«

Po Foucaultu (1998) so »normalnost« (razum) začeli razlikovati od »nenormalnosti« (norosti), ki jo današnja psihiatrija konceptualizira kot »duševno bolezen«, konec 18. stoletja. Norost je bila sicer v zgodovini ime za različna vedenja, občutenja, doživljanja, sklepanja..., konec 18. oz. v 19. stoletju pa nastopi pomembna sprememba percepcije norosti: obravnavati se jo je začelo kot posameznikovo alienacijo od družbe. Gre za obdobje Pinelovega in Tuke-ovega zavetišča, ki sta dala zatočišče »norcem« in s tem dokončno institucionalizirala razlikovanje

med kriminalci, reveži in »norci«. Glavni cilj obravnave v Tukovem zavetišču je bilo ponotranjenje avtoritete, zaradi česar ti tretmaji veljajo za osnovo za razvoj psihoterapije in psihologije. Za utemeljitelja psihiatrije velja francoski zdravnik Pinel, ki je svojim varovancem zagotovil izolacijo od neurejenega zunanjega sveta, razumno urejen režim življenja v instituciji in posebne oblike nadzorovanja in kaznovanja, kar naj bi omogočilo vrnitev razuma. Kadar to ni uspelo, se je zadovoljil z nevtralizacijo (izključitvijo) (Castel v Flaker 1998, 111). Znotraj azilov se je konec 18. stoletja pojavila zdravnikova osebnost in tako je duševna »bolezen« dobila vse pomene, ki so ji pripisani v današnji sodobni psihiatriji – zdravnik je odločal o tem, kdo bo vstopil v azil, ocenjeval je zdravstveno stanje in določal obravnavo varovancev. Njegovo izhodišče ni bila medicinska znanost: pridobil je vlogo modreca, ki akterju ne pripiše norosti na podlagi znanosti, ampak z namenom, da ga obvladuje (Foucault 1998, 229 - 231). Danes se medicina in psihiatrija v diagnosticiranju in terapevtski obravnavi t.i. duševnih motenj sklicujeta na znanost.

Ko poskušamo razlikovati med »normalnim« in »patološkim«, se najprej opremo na definicijo zdravja, kot jo zagovarja World Health Organization (WHO): zdravje definira kot »stanje popolnega telesnega, duševnega in socialnega ravnovesja«. Vendar je opisano stanje utopija, ki jo je (razen za kratek čas), nemogoče doseči (v Klančar in Kafel-Jere 2009, 14).

Medicina, vključno s psihiatrijo, duševne težave praviloma obravnava kot biomedicinske bolezni, kot posledico možganske disfunkcije, in ker so možgani fizičen del našega telesa, naj bi bile psihične težave primerljive s fizičnimi boleznimi (Horwitz 2002, 5). Kot bomo videli pozneje, kot kriterij patološkega uporablja število simptomov, ki jih kot možgansko disfunkcijo lahko obravnava le na osnovi zgornje predpostavke. Psihiatri so sprva celo predpostavljali, da vsak simptom pomeni patologijo, ne glede na kontekst, na podlagi katerega se je razvil, in da zgodnje odkritje in zdravljenje blagih simptomov preprečuje nastanek resnih duševnih »motenj«. Blagi simptomi (od 2 do 4) po njihovem mnenju namreč pomenijo blago »motnjo«, ne normalnosti (Horwitz in Wakefield 2007, 123 - 136). Po Canguilhemu »biti zdrav pomeni biti normativen, pomeni imeti ali ohraniti možnost nenehnega vzpostavljanja novih norm, v novih življenjskih položajih in spoprijemih z okoljem. Bolezen, bolezensko ali patološko stanje je izraz redukcije ali izgube te normativnosti« (1987, 253). Minkowski pravi, da ljudje pogosto drugačnost dojemamo kot anomalijo in jo etiketiramo kot duševno patologijo na podlagi svoje intuicije. Zanj imajo duševne težave svojevrstne karakteristike, zato jih ne moremo enačiti s pojmom bolezni (v Canguilhem 1987, 81).

Družbene znanosti za razliko od glavnega toka medicine opozarjajo, da so psihične težave specifičen kulturni fenomen, zato izključujejo možnost oblikovanja neke splošne definicije, ki bi bila veljavna za vse družbene skupine, v nasprotju z mnenji medicinske stroke in epidemiologov (Horwitz 2002, 19). Družbena konstrukcija psihičnih težav pomeni divergenco med pripadniki različnih družbenih skupin, vključno s spolom, narodnostjo in družbenim razredom, ki različno občutijo in se odzovejo na zunanje stresorje. Antropologi, ki so preučevali depresijo, so prišli do sklepa, da je distinkcija med »normalnim« in »patološkim« odvisna od vrednostnega sistema določene lokalne kulturne definicije, kamor sodijo simboli, vrednote, verovanja in norme, ki jih je nemogoče posplošiti na vse kulture, saj so kulturne variacije znotraj skupin tiste, ki konstruirajo »normalno« in deviantno vedenje. Dejstvo je, da so izkušnje, povezane z izgubo, univerzalne, vendar so mehanizmi, ki se odzivajo na določeno izgubo, »programirani« glede na kulturno ozadje pomenov določenih dogodkov. Termini kot so »iracionalnost«, »disfunkcionalnost«, »nerazumno«, »deviantno« so družbeno definirani, na kar je opozarjal že Durkheim - Ruth Benedict je bila prva, ki je uporabila njegov pristop in prišla do ugotovitve, da je določeno vedenje, ki je v zahodni psihiatriji obravnavano kot deviantno oz. patološko (paranoja, epileptični napadi), znotraj drugih kultur »normalno« in obratno, zato je mnenja, da je lokalnim dogovorom o primernem oz. neprimernem vedenju nemogoče dati neko univerzalno absolutno veljavnost (v Horwitz 2002, 6 - 7). Primer histerije, ki se je pojavila v poznem 19. stoletju in za katero so bili značilni simptomi omedlevice, paralize udov, vek in glasilk ter prisotnost bolečine brez organskega vzroka, odlično ponazarja, kako lahko kultura strukturira simptome kot simbole, ki odražajo njene kolektivne norme. Veljala je za izključno žensko težavo, vendar je v zelo kratkem časovnem obdobju izginila iz zahodne psihiatrične kulture, saj so po navedbah Shorterja ugotovili, da so omenjeni simptomi izraz motoričnih refleksov. Tudi »nimfomanija« je podoben primer: diagnoza se je pojavila konec 19. stoletja in so jo pripisovali ženskam, ki so imele povečan libido, ko pa so se spremenile kulturne percepcije ženske seksualnosti, je izginila s seznama duševnih bolezni. Nekdanje klasificiranje homoseksualnosti pod kategorijo mentalnih bolezni več kot očitno dokazuje vlogo kulturnih norm in moralnih sankcij zoper homoseksualno vedenje (v Marecek in Hare-Mustin 2009, 77 - 82). Antropolog Obeyesekere je prišel do ugotovitve, da mnogo občutkov, ki jih v zahodnih kulturah psihiatri obravnavajo kot depresivne simptome, budisti v Šrilanki dojemajo kot eksistencialne resnice človeškega obstoja (Magnusson in Marecek 2012, 137).

Tudi Jeanne Marecek in Hare-Mustin opozarjata, da strokovnjaki preveč posplošujejo svoje teorije na celotno populacijo, pri tem pa zanemarjajo vlogo kulturnega ozadja, družbeno heterogenost in življenjske okoliščine. Izražata zaskrbljenost nad zdravljenjem in presojo »normalnosti« in patologije s strani medicine ter menita, da gre za obliko kulturnega imperializma, ki širi vrednote belih ameriških pripadnikov srednjega razreda. Opozarjata na pomembnost demokratičnosti in socialne pravičnosti, ki zahteva kontrolo nad sredstvi, kot so enakopravna alokacija socialnih in materialnih dobrin ter enake možnosti do samoodločanja in pogajalskih moči, ki pa je skoncentrirana v privilegiranih družbenih krogih, ki preferirajo specifične pravice, druge pa teptajo z namenom ohranjanja obstoječe družbene ureditve in razporeditve moči. Problematična je tudi politika znanja same medicinske in psihološke discipline, saj na podlagi raziskav, ki jih izvajata, ne moreta zajeti pristnih dejstev, ampak temeljita na delnih resnicah, ki jih pogojuje družbeno okolje – vednost pač ni politično in kulturno nevtralna (Marecek in Hare-Mustin 2009, 77).

Ravnanja in doživljanja ljudi ne moremo obravnavati izven matrike družbenih odnosov in kulturnih okvirov, znotraj katerih konstruiramo pomene in dojemanje sebe in sveta, v katerem živimo. Psihično trpljenje človeka, njegovo »disfunkcionalnost in odklonskost« se definira skozi objektiv kulturnega konteksta, z namenom, da bi ohranili obstoječe družbene norme in družbene strukture. Strokovnjaki duševnega zdravja so postali razsodniki, ki postavljajo merila »normalnosti« in »nenormalnosti« sodobne družbe, ob enem pa določajo tudi merila zdravega, srečnega in izpolnjenega življenja (Magnusson in Marecek 2012, 131). Po besedah Kleinmana ni znanost tista, ki postavlja merila »normalnosti« in »patologije«, ampak jih determinirajo družbeni, kulturni in etični standardi. Definicija normalnosti in patologije po njegovem mnenju služi kot smernica primernega oziroma neprimernega vedenja, kjer »normalnost« definira ideal družbeno zaželenega (sprejetega) vedenja, patologija pa družbeno nesprejemljivo vedenje (v Marecek in Hare-Mustin 2009, 77).

Kljub argumentom, ki relativizirajo meje med psihično »normalnim« in »patološkim«, pa številni avtorji, ki so sicer kritični do prevladujočih kriterijev, vztrajajo pri poskusih, da bi vzpostavili jasno mejo med »normalnim« in »patološkim«, pri tem pa se neredko sklicujejo na biološki izvor »motenj«. Med njimi je Slatnar, ki meni, da akterji, ki vplivajo na napihovanje bolezni (disease mongering), »namesto resnih in odgovornih poskusov definiranja meja med »patološkim« in »normalnim« pri posamezni bolezni namenoma brišejo meje med boleznijo, zgodnjimi stanji bolezni in dejavniki tveganja, spodbujajo patologizacijo dejavnikov tveganja« (2012, 42). Dejavniki tveganja, kot so na primer genske preddispozicije depresije, v

primeru, če se je le - ta že pojavila v družini, tako postanejo težave, potrebne farmakološke obravnave (Slatnar 2012). Horwitz in Wakefield, ki sta sicer zelo kritična do psihiatričnih diagnoz in definicij normalnega oz. patološkega, opozorilom, da sta »normalnost« in »patologija« kulturno relativna, očitata, da ne prinašajo nobene konkretne izboljšave na področju neustreznih psihiatričnih diagnoz (Horwitz in Wakefield 2007, 201). Rešitev vidita v jasni definiciji meja med t.i. normalnostjo in t.i. patologijo. Wakefield je tako poskušal oblikovati definicijo duševnih težav, ki bi vsebovala kulturne in univerzalne aspekte: pravi, da lahko govorimo o duševni »motnji« takrat, ko posameznikovi notranji mehanizmi ne delujejo v skladu z njihovo naravno zasnovano funkcijo in imajo negativen vpliv na njegovo počutje, v skladu družbenih vrednot in pomenov (v Horwitz 2002, 22). Menim, da je tudi njegova definicija problematična, saj se sklicuje na nekakšne »naravno zasnovane funkcije«, ki pa jih ne pojasni oz. opredeli. V definiciji torej operira s samoumevnostjo, ki se mu je ne zdi potrebno pojasniti: kot, da je »naravno« dovolj očitno in da je to »naravno« prav tako samoumevno, tudi »normalno«.

2.4 Teze o izvorihih psihičnih težav

Ker so za razumevanje in definicijo psihičnega trpljenja strokovnjaki za mentalno zdravje začeli uporabljati medicinske izraze, kot so bolezen, simptom, sindrom, pacient in prognoza, se je psihiatrija kot uradna veja medicine v raziskavah duševnih »motenj« usmerila na biološke vidike in farmacevtske oblike zdravljenja (Marecek in Hare-Mustin 2009, 79). Ker se mnoge oblike psihičnega trpljenja opisuje z biološko-nevrološkim modelom, ki se fokusira predvsem na fizične in biološke temelje ter posameznikove notranje lastnosti, se poveča možnost, da bo stanje diagnosticirano kot duševna bolezen, s čimer se širi proces medikalizacije kljub temu, da so vzroki trpljenja družbeni (Slatnar 2012, 31).

Tudi raziskave, ki potrjujejo, da psihotropna zdravila izboljšujejo psihično stanje posameznikov, podpirajo predpostavke, da duševne stiske izhajajo iz kemičnega neravnovesja v možganih in enačijo psihične bolezni s telesnimi (Kandel in Hirschfeld v Horwitz 2002, 191). Horwitz argumentira učinkovitost zdravil na primeru Aspirina, ki sicer lahko učinkuje proti glavobolu, ki nam ga je sprožil stresen dan, ampak to ne pomeni, da je pomanjkanje sestavin v telesu, ki jih Aspirin vsebuje, razlog za izbruh glavobola. Zdravila lahko odpravijo simptome, kar pa ne pomeni, da so istočasno odpravila vzrok njihovega nastanka. Tudi

dvojno slepi placebo preizkusi sicer potrjujejo, da je stanje posameznika slabše, če se ne zdravi z antidepressivi kot obratno, vendar ne dokazujejo superiornosti tovrstne medikalizacije nad ostalimi vrstami zdravljenja ali izboljšanju socialnih okoliščin (2002, 192 - 194).

S tem, ko psihiatri uporabljajo pojem bolezni kot metaforo za razumevanje psihičnega trpljenja, trpljenje obravnavajo kot vidno manifestacijo posameznikove notranje patologije in negirajo zunanje dejavnike, ki so lahko vzrok trpljenju (Magnusson in Marecek 2012, 136). Kritična psihologija nasprotuje tovrstnemu biomedicinskemu pristopu psihiatrije in mu očita zanemarjanje zgodovinskega, interpersonalnega in relacijskega ozadja posameznika ter negiranje in vpliva političnega, družbenega in kulturnega sistema. Biomedicinske diagnoze namreč temeljijo na etioloških ocenah, za razliko od psihiatričnih diagnoz, ki bazirajo na simptomih, katerih vzroki so zelo redko znani (Marecek in Hare-Mustin 2009, 80). Po besedah Lamovčeve je »to, kar v medicinskem modelu označujejo za »duševno bolezen«, v sociološkem smislu učinek interakcije med vedenjem posameznika in odzivom okolice nanj« (1998, 31). Allan Young poudarja, da psihična težava »ni brezčasna niti ne vsebuje notranje enotnosti. Je kompleksen rezultat praks, tehnologij in pripovedi, s katerimi je diagnosticirana, proučevana, zdravljena in zastopana iz različnih interesov, institucij in moralnih argumentov, ki so mobilizirala omenjena prizadevanja in vire« (v Magnusson in Marecek 2012, 135). Tako se npr. prehranjevalne težave, kot sta anoreksija in bulimija, pojavljajo samo v zahodnih družbah, ki skozi promocijo lepotnih idealov, ki poudarjajo pomembnost vitalnega ženskega telesa in pomen telesne vadbe, ustvarjajo bolezenske simptome. To gre za jasno zvezo med kulturo in ranljivostmi, ki se razvijejo v družbi na podlagi kulturnih norm (v Horwitz 2002, 116 - 126).

Sociološke teorije deviantno vedenje razlagajo kot posledico pomanjkanja sredstev nekaterih posameznikov, da bi dosegli družbeno zaželene cilje ali da z odklonskim vedenjem želijo doseči pripadnost določeni subkulturi, ena izmed teorij pa predpostavlja, da imamo ljudje že naravno determinirana določena vedenja, ki jih družba ocenjuje kot neprimerna in degradira (v Horwitz 2002, 222 - 223). Po besedah Linka in Dohrenwenda družbena okolja z visoko stopnjo revščine, kriminala, brezposelnosti, nestabilnosti, dezorganizacije in razbitih družin, prinašajo večja tveganja za nastanek različnih psihičnih tegob, kar dokazujejo tudi študije skupnosti, ki rezultirajo 36 odstotkov psihičnih težav v nižjih družbenih razredih in samo 9 odstotkov v višjih (v Horwitz 2002, 159). Tudi ekstremno nizka državna sredstva za vzdrževanje duševnega zdravja imajo drastične posledice predvsem za posameznike s hudimi težavami v duševnem razvoju iz marginaliziranih skupin, saj jih je mnogo končalo v

brezdomstvu ali celo v zaporih, kjer je v ZDA več duševno bolnih ljudi, kot v psihiatričnih bolnišnicah (Marecek in Hare-Mustin 2009, 90).

Po navedbah Groba je bil v ZDA leta 1946 ustanovljen Nacionalni inštitut za mentalno zdravje (NIMH - The National Institute of Mental Health), znotraj katerega so se razvili množični centri duševnega zdravja v skupnosti (CMHCs - Community Mental Health Centers), ki so se poleg zdravljenja bolnikov z duševnimi težavami zavzemali tudi za širše družbene spremembe v skupnosti. Nacionalni inštitut si je prizadeval odkriti in razrešiti tudi družbene in ekonomske probleme, ki naj bi imeli vpliv na razvoj duševnih bolezni, zato so bile opravljene številne študije o vidikih duševnega zdravja v okviru širših socialnih problemov, ki so jih kasnejše spremembe političnega sistema zanemarile in v prvo vrsto postavile raziskave specifičnih psihičnih težav. Nacionalni inštitut za mentalno zdravje je imel vlogo pri deinstitucionalizaciji duševnih bolnikov, ki je zmanjšala funkcijo državnih bolnišnic mentalnega zdravja (v Horwitz 2002, 76 - 84).

Psihosocialni pogled opozarja, da oznaka »duševna bolezen« oškoduje njegove nosilce, bolj kot pa dosega cilje, ki si jih prizadeva psihiatrična stroka, kar utemeljuje z naslednjimi argumenti:

1. Znanstveniki v enem stoletju še niso našli biološke preddispozicije, s katero bi dokazali, da je psihično trpljenje bolezenski rezultat, zato je neprimerno, da ga uvrščamo med patologijo;
2. Dokler ni dokazov, da »duševna bolezen« zares obstaja, jo lahko spoznavnoteoretsko obravnavamo samo kot neko domnevo, ki pa stigmatizira tiste, ki so označeni kot »duševno bolni«;
3. Ker s terminom »duševna bolezen« nekomu določimo trajno nefunkcionalnost, bi bilo primernejše uporabljati termin »kriza«, ki pomeni, da je nezmožnost »normalne« funkcije posameznika samo začasna;
4. Trenutno klasificiranje »duševnih bolezni« temelji na neracionalnih, zunanjih znamenjih, ki ne omogočajo predvidevanja poteka in izida psihičnega trpljenja. Funkcionalne so samo v etiketiranju posameznikov, ki so žrtve psihičnih kriz;
5. Psihiatri uporabljajo nečloveški jezik, s katerim ponižujejo, razvrednotijo in razosebijo svoje paciente (Lamovec 1998, 15 - 16).

Lamovčeva navaja, da psihosocialni model namesto termina ozdravitve uporablja izraz opolnomočenja (empowerment), ki se navezuje na proces pridobitve popolne moči in ga je

možno doseči z uporabniškim gibanjem. Kritizira sistem financiranja, saj pravi, da »dokler bo država financirala institucije (npr. duševne bolnišnice) po zasedenosti postelj, ni pričakovati, da bi uporabniki dosegli opolnomočenje« (1998, 19). Rešitev, ki jo predlaga, je neposredno individualno financiranje uporabnikov, ki jo prakticirajo mnoge razvite države in jim daje možnost samostojne izbire insitucij in programov. Meni, da bi bilo potrebno doseči, da bi bili uporabniki enakopravni drugim državljanom, da bi jim bilo potrebno omogočiti samostojno in kvalitetno življenje in da bi bilo potrebno ustanoviti uporabniške organizacije, ki bi zaposlile strokovnjake in pripomogle pri planiranju novih delovnih mest, hkrati pa zagotovile enakovredno vključitev v družbo (Lamovec 1998, 16 - 22).

3 PSIHIATRIČNE DIAGNOZE

Znanstvena medicina enači zdravljenje duševnih težav s telesnimi boleznimi, zato ne dajejo toliko pomena vzroku simptomov in osebnosti posameznika, ampak jih predvsem zanima, kateri simptomi se jim pojavljajo, da jim lahko na osnovi tega določijo diagnozo in predpišejo ustrezno obliko zdravila (Luhmann v Horwitz 2002, 184).

Psihiatrične diagnoze so, kot smo rekli, posebna vrsta družbene kategorizacije. Njihova funkcija ni samo v organizaciji zdravljenja posameznika, ampak na podlagi prejete diagnoze lahko spremenimo percepcijo sveta, percepcijo samih sebe. Močan vpliv imajo tudi na institucionalne funkcije kot so sodne obravnave, zavarovalnice, ter državna in zasebna proračunska sredstva. Zaradi agresivnega naraščanja diagnostičnih kategorij, je vse več vidikov vsakdanjega življenja pod lupo strokovnjakov duševnega zdravja (Magnusson in Marecek 2012, 132 - 142). Nenehno iskanje patologij, ki jih je treba transformirati, da bi našli sami sebe, izboljšali svojo ustvarjalnost, izkoristili svoje potencialne, da bi postali uspešni in živeli srečno življenje, je očiten primer ideologizacije v praksah klasifikacije »duševnih motenj« (Mencin Čeplak 2015, 72). Drug pomemben vidik ideologizacije je tudi hierarhiziranje, zgoščanje, izključevanje, kriminaliziranje, hegemoniziranje ali marginaliziranje prakse in ljudi, »ki odstopajo od uveljavljenega ideala« (Sewell v Illouz 2010, 63).

3.1 Zgodovina diagnosticiranja »duševnih motenj«

Dinamska psihiatrija je duševno patologijo sprva razlagala kot odsev nezavednih mehanizmov, ki so jo enačili z norostjo, beavostjo in blaznostjo. Emil Krapelin je poudarjal samo dva tipa duševnih motenj, in sicer afektivne psihoze, ki vključujejo unipolarno in bipolarno depresijo ter shizofrenijo. Grob navaja, da je kasneje uradna psihiatrija v ZDA klasificirala 21 kategorij različnih oblik psihoz, ena pa je bila namenjena pacientom, ki jih niso mogli umestiti med psihotična stanja. Zdravljenje je potekalo s somatsko terapijo, v obliki počitka, diet in elektrošokov. Psihiatrična praksa je bila sprva omejena na zdravljenje »resnih duševnih stanj«, večinoma s hospitalizacijo pacientov. Najbolj vpliven študent duševnih »motenj« je bil Sigmund Freud, ki se je prvi osredotočil na notranje psihične procese. V dinamski psihiatriji simptomi nikoli niso bili neposredni indikatorji določenih bolezenskih stanj, ampak so bili interpretirani kot simbolno izražanje konfliktov celotne posameznikove osebnosti. Pichot navaja, da so diagnosticirali šele na podlagi dolgega obdobja terapij, vendar začetek zdravljenja ni izhajal iz diagnoz. Ker bi enaki simptomi lahko kazali na različne motnje, je bil diagnostični sistem za dinamsko psihiatrijo neuporaben, zato so poudarjali pomen psihoanalize in analize sanj, ki so omogočile dostop do posameznikove podzavesti in spomine iz otroštva, kar naj bi vodilo do pravilne interpretacije deviantnega vedenja (Horwitz 2002, 38 - 56).

Po letu 1920 se je v ZDA delo psihiatrov iz bolnišnic preselilo v zasebne pisarne, istočasno pa je prišlo do porasta zasebnih psihiatrov, saj se je njihov delež iz 8% v letu 1917, povečal na 66% v letu 1970 (Shorter v Horwitz 2002, 51). Dinamska psihiatrija je začela s preučevanjem in zdravljenjem nevroz, kamor so uvrstili obsesije, frigidnost, fobije in anksiozne motnje, hkrati pa so njihovi klienti postali tudi tisti, ki niso bili zadovoljni sami s sabo, svojo kariero, zakonom itn. Tako so psihiatri postali specializirani ne samo za »norost«, ampak tudi za običajne, vsakdanje težave. Dinamski model je ohranjal svojo veljavo, dokler ni prišlo do ekonomskih in organizacijskih sprememb in dokler medicinski strokovnjaki niso zahtevali nekega racionalnega kvantitativnega sistema za interpretacijo duševnih bolezni. Psihoanalizi, ki ni gojila neke posebne simpatije do uradne medicine, so kmalu pripisali uporabo neznanstvenih metod in neizpolnjevanje medicinskih kriterijev, češ da se sklicuje na nemerljive psihične mehanizme, kot je človeška podzavest (Horwitz 2002, 52 - 56).

Diagnostična psihiatrija, ki je nadomestila dinamsko, je njene temelje transformirala v različne bolezenske klasifikacije, psihiatri so postali bolj poznani in posledično pomembni ne

samo za ljudi z resnimi psihičnimi težavami, ampak tudi za reševanje osebnih težav in deviantnega vedenja. Nova klasifikacija je tako bistveno spremenila mejo med »normalnim« in patološkim (v Horwitz 2002, 38 - 44). Na razvoj kategorizacijskega sistema duševnih težav je močno vplivala širitev trga psihoaktivnih medikamentov (Horwitz 2002, 78). Zdravje je za farmacevtska podjetja postalo tržno blago, saj v sklopu industrializacije zdravja bogate države finančno bolj podpirajo raziskave za preprečevanje bolezni, kot pa za nove oblike zdravljenja. Psihija v današnjem svetu predstavlja področje enega izmed najhitreje razvijajočih se »trgov« na industrijski in medicinski sferi, saj je število uradno registriranih psihičnih motenj iz 26 po 2. svetovni vojni naraslo na 395 (Zelko in Kocjančič 2009, 8 - 10).

3.2 Polemike v zvezi z diagnosticiranjem duševnih težav

Uporabo specifičnih kategorij (melanholijo, demenco, manijo, idr.) je predlagal že Pinel, glavni prispevek k današnjemu diagnostičnemu klasificiranju pa je dodal Kreapelin, ki je izvor duševnih težav pripisoval biologiji in genetiki in velja za ustanovitelja moderne znanstvene psihija (Langebucher in Nathan v Pomerantz 2013, 157).

Danes se za diagnosticiranje »duševnih motenj« uporablja diagnostični priročnik Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), ki ga od leta 1952 pripravlja in izdaja Ameriško psihiatrično združenje (v nadaljevanju APA). Pobuda za njegov nastanek izhaja iz potreb (predvsem) ameriške družbe, po popisovanju medicinskih statističnih podatkov v začetku 19. stoletja, z namenom, da bi lahko šteli, locirali in kategorizirali tiste, ki niso dosegali kriterijev »normalnosti«. V prvem uradnem popisu, ki so ga izvedli leta 1840, so uporabili samo eno kategorijo, in sicer idiotizem oziroma norost, saj medicina takrat še ni imela bistvene vloge pri označevanju »deviantnih« posameznikov, označevanje »norcev« je bila namreč domena laične presoje oziroma prej obsodbe. Kasnejši popis, ki je bil izdan leta 1880 in v katerem so že sodelovali medicinski strokovnjaki, je vseboval sedem kategorij duševnih »bolezni«, in sicer melanholijo, epilepsijo, manijo, delno ohromelost, monomanijo, demenco in alkoholizem. Kasneje, leta 1917 je APA v sodelovanju z Nacionalno komisijo za duševno higieno razvila nov priročnik za zbiranje statističnih podatkov v psihiatričnih bolnišnicah, ki je vseboval listo 22-ih diagnoz in so ga kasneje, z večkratnimi popravki vključili v Standardne klasifikacijske nomenklature bolezni. Med 2. svetovno vojno se je ameriška vojska močno zanimala za ocenjevanje duševnega stanja vojakov in leta 1943, na

podlagi duševnih težav, s katerimi so se spopadali vojaki, razvila nov klasifikacijski priročnik Medical 203. Kasneje, leta 1949 pa je Svetovna zdravstvena organizacija izdala šesto revizijo Mednarodne klasifikacije bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov – ICD, v kateri je bilo prvič vključeno poglavje o duševnih »motnjah«. Leta 1952 je bil izdan prvi diagnostični priročnik (DSM-I), ki je vključeval 106 duševnih »motenj«, njegova struktura in konceptualni okvir pa sta bila enaka kot v Medical 203 (DSM-I 1952, 5 – 11; Peck 2014).

Diagnostični model se ni razvil naključno niti postopno, ampak v zelo kratkem času, opozarja Horwitz (2002, 56). Svojo eksistenco ohranja, ker uspešno izpolnjuje spreminjajoče se zahteve tako v kulturnem okolju, kot tudi v družbeni, politični in ekonomski sferi. Za razliko od dinamskega modela se osredotoča na odkritje različnih simptomov in zanemarja tako posameznikovo osebnost kot tudi družbeni kontekst njihovega vzroka. »Bolezni« obravnava kot naravne, fizične entitete, zanemarja pa kulturne okvire in družbene pomene, znotraj katerih se pojavljajo duševne »motnje« (Horwitz 2002, 56). Podobno kritična je Illouz, ki meni, da je bil namen izdaje DSM okrepitev vezi med diagnozo in zdravljenjem ter izboljšanje obravnavanja zahtevkov zavarovalnic in drugih plačnikov. DSM namreč uporabljajo »legislature zveznih držav, regulacijske agencije, sodišča, komisije za licence, zavarovalniške družbe, uradi za otroško skrbstvo, policija itd.« (2010, 77). Nadalje navaja, da vse te institucije s kliničnimi delavci na čelu, podpirajo in širijo terapevtsko pripoved s patološko vsebino (2010, 79), po besedah Kutchinsa in Kirka pa je »DSM geslo psihoterapevtov za zavarovalniške odškodnine« (v Illouz 2010, 77).

Klasificiranje duševnih bolezni se torej ni razširilo z namenom, da bi jih bolj natančno razumeli, ampak zaradi bonitet, ki jih je simptomatska klasifikacija doprinesla specifičnim družbenim skupinam, ne samo zdravnikom in psihiatrom, temveč tudi farmacevtski industriji, znanstvenim raziskovalcem, zagovorniškim skupinam in drugim (Horwitz 2002, 16). DSM namreč bazira na mozaiku kulturnih vrednot, znanstvenih podatkov, političnih interesov in interesov zdravstvenih zavarovalnic (Marecek in Hare-Mustin 2009, 79). Prvi DSM je vključeval 106 duševnih »motenj«, ki so bazirale na psihodinamskih etioloških razlagah. V DSM-II, ki je bil podoben prvemu in je izšel leta 1968, je navedenih 182 »motenj«; DSM-III, ki je izšel leta 1980, je opustil psihodinamske perspektive in razširil seznam na 265 diagnostičnih kategorij. Z izidom DSM-IV 1994 je število diagnoz naraslo na 297 (Kawa in Giordano 2012, 2-6), kolikor jih približno vsebuje tudi zadnji priročnik (DSM-V).¹ Če se bo

¹ Te podatke je sicer treba obravnavati previdno, ker upoštevajo tudi vedenjske manifestacije, ki dejansko niso obravnavane kot diagnoze.

klasifikacija duševnih motenj v prihodnosti nadaljevala v tipološki obliki, bo število duševnih motenj kmalu skladno s številom pacientov (Benedik 1997, 85).

Horwitz in Wakefield (2007, 111 - 119) opozarjata, da noben priročnik za diagnosticiranje še ni poskušal sistematično spremeniti diagnostičnih meril s splošno definicijo duševnih težav, hkrati pa tudi nikjer ne zasledimo kriterijev, ki bi razlikovali simptome psihičnih težav od stanj, ki jih izzovejo vsakdanji življenjski problemi. Tudi Drake meni, da kriteriji lahko ustrezajo različnim psihičnim težavam hkrati, ker niso zadosti selektivni, zato obstaja visoka verjetnost neveljavne diagnoze (v Benedik 1997, 82). Marecek in Hare-Mustin opozarjata, da bi vse vrste psiholoških raziskav, pa najsi gre za vzroke, prognoze ali zdravljenje duševnih bolezni, morale potekati na nekem racionalnem sistematičnem vzorcu posameznikov, s podobnimi karakteristikami (2009, 79). Benedik izraža dvom, da je sploh možno oblikovati nek klasifikacijski sistem, ki bo ustrezal kriterijem objektivnosti, zanesljivosti in veljavnosti, samo v sklopu nekih simptomov in statističnih podatkov (1997, 82 - 83).

Izjemne polemike o ustreznosti diagnosticiranja so se odvijale tudi v procesu nastajanja in po izdaji zadnjega priročnika (DSM-V), ki je bil objavljen leta 2013. Vanjo so se aktivno vključili tudi britanski klinični psihologi. Ti so v svoji polemiki s pisci DSM-V ostro nasprotovali uporabi klasifikacijskega diagnostičnega sistema za opredeljevanje psihičnih težav in razpoloženskih stanj, saj ima po njihovem mnenju previsoke konceptualne in empirične omejitve. Dejstvo je, da je klasifikacijska strategija temeljna osnova medicine, vendar zahteva sistem, s katerim se lahko zanesljivo kategorizira klinične pojave, upošteva etiologijo, izbira intervencije in zagotavlja primerne pogoje za raziskave. Medicinsko diagnozo se namreč lahko postavi na podlagi ujemanja posameznikovega vzorca simptomov in bioloških znakov po nekem standardiziranim klasifikacijskem vzorcu, ki mora eliminirati tiste vzorce, ki se ne skladajo s standardiziranim kriterijem, in upoštevati diferencialno diagnozo, ki pomeni združitev vseh diagnoz, ki so optimalne glede na klinično sliko. Kritizirajo neprimernost opredeljevanja človekovih misli, občutij in vedenj po vzorcu biomedicinskega modela, s katerim se klasificira fizične bolezni, prav tako se jim zdi sporna uporaba pojmov, kot so »simptomi«, »duševne bolezni« ali »psihiatrične bolezni« za opisovanje psihičnega trpljenja. Klasifikacijski sistem ustvarja navidezno »otipljive« subjekte, ki jih uporabijo v upravnih, profitnih in zavarovalniških sistemih. Menijo, da bi bila nujna vključitev kliničnih psihologov, ki bi bolj podrobno identificirali, formulirali in izvajali intervencije na podlagi konteksta bio-psiho-socialnih faktorjev, ki lahko vplivajo na večjo dovzetnost fizičnih bolezni (The British Psychological Society 2013, 1 - 3).

Zahtevajo preobrat v paradigmi, in sicer obrat od diagnoz k deskripciji duševnih težav, kar pomeni opustitev diagnostičnih oznak, ter navajajo priporočila za oblikovanje novega pristopa. Prva kritična drža se nanaša na koncepte in model klasifikacijskega sistema na podlagi sledečih razlogov:

1. Psihiatrične diagnoze so pogosto interpretirane kot objektivna dejstva, zato bi klinična presoja morala izhajati iz opazovanj in interpretacij vedenja ter osebnega poročanja posameznikove izkušnje in zraven seveda upoštevati možnost variacije;
2. Veljavnost in zanesljivost klasifikacijskega sistema je močno omejena, zaradi česar se zmanjša funkcionalnost samih diagnoz, kot je določanje intervencij, razvoj poteka zdravljenja, komisijske storitve in raziskave;
3. Fokusiranje na biološke dejavnike, zanemarjanje psihosocialnih dejavnikov in zgodovinskega ozadja posameznikov ter pretirano poudarjanje zdravljenja z medikamenti;
4. Dekontekstualizacijo, saj psihiatrične diagnoze zanemarjajo pomembnost družbenega, kulturnega, družinskega in osebnega konteksta;
5. Etnocentrično pristranskost, saj temelji na predstavah zahodnega sveta, kar je diskriminatorno do drugih kultur in ne upošteva pomembnosti spola, kulture, razreda, duhovnosti in narodnosti.

Drug očitak se nanaša na vpliv diagnostičnega sistema na uporabnike storitev. Britanski klinični psihologi opozarjajo na:

- diskriminacijo, saj so raziskave pokazale, da so ljudje s psihiatrično diagnozo družbeno diskriminirani;
- stigmatizacijo in negativen vpliv na identiteto, ker diagnoza lahko negativno vpliva na posameznikov pogled na življenje in samopodobo;
- to, da posameznikove izkušnje obravnava kot irelevantne;
- to, da potek sprejemanja odločitev o klasificiranju posameznikovega vedenja in izkušenj pogosto temelji na objektivnih dejstvih;
- nemoč uporabnikov, saj je njihov položaj preveč odvisen od strokovnega svetovanja in zdravljenja, kar jih lahko odvrne od aktivnega sodelovanja pri okrevanju. Mnogi uporabniki namreč zavračajo diagnoze (The British Psychological Society 2013, 3 - 5).

Mechanic (v Horwitz 2002, 225) opozarja, da raznoliki pristopi vodilnih zdravstvenih organizacij stremijo k zmanjševanju zdravstvenih izdatkov z odpravo tistih storitev, ki se jim zdijo nepotrebne in dražje oblike zdravljenja zamenjujejo z alternativnimi, ki so cenejše. To se popolnoma sklada z enormnim poudarjanjem pomembnosti zdravljenja z medikamenti in zmanjševanju pomembnosti dolgemu procesu psihoterapevtskega zdravljenja. Horwitz meni, da bodo z upadom interesa različnih skupin, ki imajo kakršne koli koristi od patologizacije in medikalizacije različnih stanj, upadle tudi bolezni same, z novim alternativnim kasifikacijskim sistemom (2002, 226).

Po mnenju Stamppe obstaja očitna povezava med psihiatričnimi diagnozami in uveljavljanjem interesov privilegiranih družbenih skupin, na kar smo opozarjali že v prejšnjih poglavjih. Stamppe opozarja na ameriške črnske sužnje, ki so jim npr. diagnosticirali t.i. drapetomanijo, ker so si želeli biti svobodni in skušali pobegniti od svojih gospodarjev. Camhi navaja primer različne obravnave kraje v trgovinah, kjer so nižje družbene sloje obsodili kriminalnega dejanja, višji družbeni sloji pa so bili opravičeni na podlagi diagnoze kleptomanije (v Marecek in Hare-Mustin 2009, 81 - 82), s čimer so se izognili kazenski odgovornosti. Na pristranskost diagnoz lahko vplivajo tudi kulturne razlike med terapevtom in klientom, saj nepoznavanje in nerazumevanje kulturnega ozadja lahko vodi do napačne interpretacije klientovega vedenja in tako se patologizira stanja, ki so normativna v specifični družbeni skupini, zato bi bilo nujno upoštevati kulturne okoliščine in aspekte družbenega okolja kot so rasna in etnična diskriminacija, revščina, ekonomska neenakost, imigracije, nasilje, itn. (Marecek in Hare-Mustin 2009, 83).

Tudi razlike v diagnosticiranju istih simptomov opozarjajo na nezanesljivost psihiatričnih diagnoz. Po mnenju Morena so pogosto napačne diagnoze sistematične, pri čemer se navezuje na primere, ki so se pojavljali v šestdesetih in sedemdesetih letih, ko so britanski psihiatri tistim pacientom, ki so po mnenju ameriških psihiatrov imeli diagnozo manične depresije, diagnosticirali shizofrenijo. Določene diagnoze postanejo 'modni trend' nekega obdobja, potem jih nadomestijo druge (v Marecek in Hare-Mustin 2009, 79 - 80). Marecek in Hare-Mustinova predpostavljata, da so te razlike posledica spreminjanja diagnostičnih kriterijev: psihiatri prepoznava težave že v manj skrajnem vedenju, ki včasih ni bilo problematično; tudi manj hude težave postajajo patološke in potrebne profesionalne obravnave. Lahko pa so svojo presojo nevede spremenili kot odgovor na agresivno marketinško prizadevanje farmacevtskih podjetij (2009, 77 - 80).

4 DEPRESIJA

Depresija je v sodobnih zahodnih družbah oznaka za trpljenje, ki se izraža skozi konfiguracijo čustev, misli in dejanj (Marecek 2006). Po besedah psihiatrinje Marge Kocmur »so depresivna občutja del življenjske izkušnje vsakogar, vtkana tako v doživljanja sebe kot sveta okrog nas, tako, da je mejo med `še normalnim` in `že bolezenskim` težko prepoznati« (1996, 23).

Definicije depresije so se v zgodovini spreminjale, te spremembe pa odražajo razumevanje nevrobioloških in psiholoških izvorov obremenjujočih čustvenih stanj ter potrebe po raziskovanju v okviru kliničnih, gospodarskih in zdravstvenih zahtev (Wilhelm 2006).

Horwitz in Wakefield (2007, 6) navajata, da je bil izvor depresije sprva pripisan nepravilnemu fizičnemu delovanju oz. disfunkciji, ki zahteva medicinsko obravnavo in opozarjata na dejstvo, da ima depresivna motnja v sodobnih družbah razsežnosti epidemije, ki se manifestira na podlagi sledečih družbenih dejavnikov:

- *Razširjeno prepričanje, da vse večji delež populacije sodobne družbe trpi za depresivno motnjo:* Ocene epidemioloških študij namreč kažejo, da v ZDA depresija prizadene okrog 10% odraslih vsako leto in približno petino celotne populacije vsaj enkrat v življenju. Število žensk, ki trpijo za depresijo, je dvakrat večje v primerjavi z moško populacijo;
- *Eksplozivna porast števila ljudi, ki se odločajo za zdravljenje depresije:* V ZDA se je med letoma 1987 in 1997 zdravljenje za depresijo povečalo za 300%. Prav tako se
- *Povečuje se izdaja receptov za antidepresive,*
- *obširne in številne raziskave in znanstvene publikacije o depresiji in*
- *konstrukcija družbene podobe depresije v množičnih medijih* (Horwitz in Wakefield 2007, 4 - 5).

4.1 Diagnosticiranje depresije

Fenomen depresije je že v preteklosti strokovnjakom povzročal veliko zmed in preglavic, bolj kot katera koli psihična motnja (Kocmur 1996, 21). Antični grški zdravniki so fenomen depresivne motnje imenovali *melanholija* in jo označevali s skoraj enakimi simptomi kot jih

navaja DSM, z večjo mero fokusiranja na posameznika in kontekst znotraj katerega so se pojavili simptomi. V repertoar normalne žalosti so poleg žalovanja po smrti ljubljene osebe vključevali tudi spremembe v ekonomskem položaju, razočaranje zaradi nedoseganja življenjsko pomembnih ciljev, ljubezenska razočaranja itn., upoštevane pa so bile tudi temperamentne variacije (večja dovzetnost za žalost in strah nekaterih posameznikov) in časovno trajanje simptomov glede na dogodke, ki so jih sprožili (Horwitz in Wakefield 2007, 52).

Švicarski psihiater Adolf Meyer je leta 1920 razvil svoj biopsihosocialni pristop, s katerim se je osredotočil na osebnost in kontekst, znotraj katerega se je razvila depresija, saj je bil mnenja, da je prognoza depresivnih motenj preveč kompleksna in da je potrebno upoštevati posameznikove psihološke in socialne predispozicije, okoljske razmere, njegove individualne življenjske okoliščine in izkušnje, vključno z biološkimi reakcijami na stres. Njegov ključen namen je bil ozavestiti psihiatre, da niso simptomi tisti, s katerimi določamo disfunkcionalnost posameznika, ampak relacija do njegovih življenjskih okoliščin (Horwitz in Wakefield 2007, 82 - 84).

Psihiatrična praksa depresijo definira v okviru štirih modelov, in sicer

1. *Bolezenski model*, ki depresijo razlaga kot patološki dogodek, ki nastane kot neposredna posledica biokemičnih sprememb v možganih posameznika, ki ima genetske ali biološke predispozicije depresivne patologije;
2. *Psihodinamski model*, ki pravi da se depresivna stanja pri posamezniku razvijejo tako, da se mu ponovno aktivirajo nerazrešeni konflikti iz otroštva, ko je že doživel kakšno izgubo;
3. *Vedenjski/kognitivni model*, ki depresivna stanja obravnava kot del običajnega procesa žalovanja, vendar so se zaradi fiksacije na negativne misli in miselne povezave izmuznila kontroli, zato posameznik vse življenjske dogodke in svet zaznava s pesimističnimi in negativnimi občutki;
4. *Socialni model* pa poudarja, da so depresivna stanja posledica zunanjih okoljskih in družbenih stresorjev oziroma, da se oblikuje skozi procese nesprejemljivih oblik učenja, ki jih posameznik ohranja in krepi na podlagi različnih spodbujevalnih oblik iz zunanjega okolja (Kocmur 1996, 18 - 19).

4.1.1 Razlikovanje med t.i. normalno in t.i. bolezensko žalostjo (depresijo)

Zahodna družba je že v preteklosti razlikovala med t.i. normalno žalostjo in depresijo, meje med njima pa so bile bolj jasne kot danes (Kocmur 1996, 21).

Človekova težnja po izražanju t.i. normalni žalosti se v določenih kontekstih (predvsem, ko otroka ločimo od objekta, na katerega je navezan) pojavi že v zgodnjem otroštvu, še preden se jo nauči izražati na kulturno primeren način. Žalost je odgovor posameznika na izgubo in ga najdemo v vseh kulturah, vendar pa je reakcija na travmatične dogodke kulturno pogojena, saj vsaka kultura določa norme ustreznega načina izražanja, dožemanja in trajanja žalosti, vzorci, ki izzovejo odziv na izgubo pa so naravno determinirani. Glede na to, da so norme žalovanja različne v vsaki kulturi – znotraj plemena Navajo je na primer izražanje žalovanja omejeno na štiri dni, v sredozemskih kulturah pa tradicionalno žalovanje lahko traja tudi več let (Horwitz in Wakefield 2007, 40 - 44), se odpira vprašanje o zanesljivosti diagnosticiranja depresije. Ni vse povsod enako »ne/normalno«: odziv na izgubo, ki je lahko v neki kulturi sprejet kot »normalen«, je lahko v drugi dojet kot »nenormalen« in opredeljen kot disfunkcionalen in obratno. Psihiatrinja Marga Kocmur pravi, da »so depresivna občutja del življenjske izkušnje vsakogar, vtkana so tako v doživljanja sebe kot sveta okrog nas, tako da je mejo med `še normalnim` in `že bolezenskim` težko prepoznati« (Kocmur 1996, 23).

Horwitz in Wakefield (2007, 6 - 7) opozarjata na problematiko enačenja simptomov (nespečnost, socialna izključitev, izguba apetita, izguba interesa za vsakdanje aktivnosti) t.i. normalne žalosti z depresijo. T.i. normalno žalost posameznik namreč občuti kot posledico določenih stresnih življenjskih situacij (smrt v družini, ločitev...), pri depresiji pa se omenjeni simptomi pojavijo brez specifičnih zunanjih vzrokov, so dolgotrajni in ponavljajoči. Predpostavljata, da je enačenje teh dveh različnih kategorij posledica spremenjene definicije depresije psihiatrične stroke. Sicer pa je zaradi našega omejenega poznavanja delovanja normalnega duševnega stanja (kateri notranji mehanizmi sprožajo odziv posameznika na izgubo bližnje osebe, ali ti mehanizmi sploh obstajajo in kako delujejo), težko natanko definirati, kdaj gre dejansko za »normalen« (pričakovan) čustveni odziv posameznika v neki situaciji in kdaj je ta odziv nepričakovan, zato problematika še vedno ostaja odprta za teoretiziranje in revizije. Horwitz in Wakefield trdita, da sicer obstaja nekaj temeljnih načel, ki ponujajo podlago za ločevanje depresije od t.i. normalne žalosti, vendar pa so vsa ta načela še vedno nezanesljiva in zamegljena (Horwitz in Wakefield 2007, 16).

Kljub pomislekom Horwitz in Wakefield (2007, 27 - 29) navajata tri bistvene značilnosti, po katerih se po njunem mnenju t.i. normalna žalost razlikuje od »bolezenske«:

1. Pojavi se zaradi posebnih sprožilcev iz okolja, ki se navezujejo na različne oblike izgube v intimnih odnosih (bližina, ljubezen, prijateljstvo), izgubo moči, statusa, spoštovanja, nedosežene cilje;
2. Intenzivnost žalosti je približno sorazmerna z izgubo in se v veliki meri navezuje na vrednote posameznika, njegov temperament in kulturo;
3. Občutek žalosti se izboljša oz. preneha, ko se posameznik po naravni poti prilagodi novim razmeram in se vrne v neko psihološko oz. socialno ravnotežje.

To razlikovanje na prvi pogled uporablja relativno enostavne kriterije, vendar pa ne pojasni, kako in zakaj se »normalno« sprevrne v »patološko«. Psihoanaliza je pri tem precej bolj dosledna. Sigmund Freud sicer v svojem delu *Žalovanje in melanholija* opozarja na razlike med njima, opozarja pa tudi, da med njima obstajajo tudi podobnosti. Če posameznik izgubi nekoga, ki mu je blizu, ali ideale oziroma ideje, ki se navezujejo na njegovo samopodobo, lahko to v njem spodbudi tako procese žalovanja, kot melanholične (danes depresivne) procese. Žalovanje opredeli kot reakcijo na izgubo, ki jo posameznik sčasoma lahko premaga, melanholijo pa kot stanje, ki je zanj značilna izguba življenjske energije, v kateri izguba ni nikoli povrnjena. Melanholik potem objekt izgubljene ljubezni obrne/spremeni v del sebe. V procesu samokritike se melanholično stanje lahko stopnjuje do te mere, da posameznik izgubi svoje sebe, v ekstremnejših primerih pa se lahko stopnjuje v hud občutek krivde (kot da je sam kriv za izgubo). V stanju žalovanja posameznik svet akceptira kot nesmiseln in prazen, v stanju melanholije pa je ego tisti, ki spodbuja občutek praznine, kar mu posledično onemogoča »normalno« vsakodnevno življenje in sobivanje (v Gustafsson Chorell 2006, 96).

Za konceptualizacijo razlike med »patološkim« in »normalnim« je pomembna Lacanova teza, v kateri predpostavlja, da »so patološki pojavi identični kvantitativnim različicam normalnih pojavov« (v Roudinesco 1994, 70), kar pomeni, da t.i. normalna in t.i. patološka nagnjenja izhajajo iz istega jedra. Njegova predpostavka izključuje možnost dednih in genetskih konstitucij psihoze in izhaja iz reakcije posameznikove osebnosti, po tem, ko se je soočil z neko življenjsko situacijo (Roudinesco 1994).

Ker se mnogovrstne duševne težave klasificirajo v kategorični sistem in ker ne obstaja neka enotna pojavnost in intenziteta duševnih težav znotraj različnih družbenih skupin in

zgodovinskih obdobj, je po mnenju Levi - Straussa sfera patologije neujemljiva s sfero individualnega. Da bi posameznik dosegel duševno zdravje, mora participirati v sferi družbenega, saj zavračanje družbenega, vodi v razvoj duševne patologije. V nekaterih vidikih je sicer možno vsak psihološki fenomen identificirati z družbenim, vendar v drugih pogledih lahko pride do preobrata, namreč, da samo duševnost lahko dokazuje tisto, kar je družbeno. Duševno in družbeno se tako na nek način dinamično dopolnjujeta (Levi-Strauss 1996, 234 - 243).

4.1.2 Depresija v DSM

Prvi standardiziran klasifikacijski sistem 'Statistical Manual for the Use of Hospitals for Mental Diseases' v Združenih državah Amerike iz 1918 je med 22 skupinami psihičnih motenj dve namenil depresivnim motnjam. Definicija jasno nakazuje razmejitev med pojmom depresije in normalne žalosti, saj vidno upošteva široko paleto možnih negativnih okoliščin (žalost, bolezen, finančno stisko, žalovanje, itn.). Ne patologizira samo na podlagi simptomov, ampak upošteva njihovo povečano intenzivnost, ki ni skladna s kontekstom. V okviru (delne) decentralizacije ameriške psihiatrije je leta 1952 Ameriško psihiatrično združenje objavilo novo opredelitev depresivne motnje. V priročniku The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-I je očitno splošno podcenjevanje bioloških aspektov variabilnosti človeških populacij ter koncentriranje na nezavedne psihološke mehanizme in psihodinamične etiološke predpostavke. DSM-I definira depresivno motnjo kot *depresivno reakcijo*, pri kateri se sklicuje na psihodinamske etiološke predpostavke in posledično negira distinkcijo med depresijo in normalno žalostjo. Med drugim med simptome uvršča tudi izkrivljanje realnosti, občasne blodnje in halucinacije ter upošteva naslednje kriterije: zgodovino pacienta s posebnim poudarkom na motnjah razpoloženja, osebnostno strukturo, vpliv okoljskih dejavnikov, samomorilne misli, nespečnost, občutke krivde, upad psihomotoričnih sposobnosti, hipohondrično motnjo, upočasnjeno razmišljanje in samokaznovanje (Horwitz in Wakefield 2007, 84 - 87).

Leta 1968 je bil izdan nov izvod Diagnostičnega priročnika (DSM-II), ki se pri definiciji prav tako sklicuje na etiologijo, saj *depresivno nevrozo* opredeljuje kot pretirano reakcijo na neko notranje disfunkcionalno prepričanje oz. notranji konflikt ali nek specifičen travmatičen dogodek, kot je npr. izguba ljubljene osebe in poudarja pomembnost razločevanja med

melanholijo in manično depresivno motnjo. Definicija implicitno izraža razliko med normalno žalostjo in depresijo, saj ne negira dejstva, da težke izgube lahko vodijo do disfunkcionalnega vedenja, ki ni nujno posledica notranjih konfliktov posameznika. Ker priročnik ni vseboval specifičnih simptomov, na podlagi katerih bi psihiatri lahko diagnosticirali določeno duševno motnjo, so bili prisiljeni v diagnosticiranje po lastni presoji, zaradi česar je pogosto prihajalo do zmotnih ocen, napačnih diagnoz in posledično vprašanj legitimnosti psihiatrije kot medicinske veje in integritete njenega znanstvenega statusa. Raziskave med ameriškimi in britanskimi psihiatri in tudi znotraj posameznih psihiatričnih skupin so pokazale zastrašujočo stopnjo divergence v uporabi diagnostičnih oznak, razvrščanju nekega stanja v skupino nevroz oz. psihoz, kar pa je še najbolj zastrašujoče – niso si bili enotni celo v tem, ali je neko vedenje normalno ali spada v psihotično stanje, kljub temu, da so se ukvarjali z istim primerom (Horwitz in Wakefield 2007, 87 - 100).

Z izidom tretjega Diagnostičnega priročnika leta 1980 (DSM-III) pa je v psihiatrični stroki prišlo do večjih premikov, saj si je nov diagnostični sistem z znanstvenim in strokovnim utemeljevanjem in diagnosticiranjem psihičnih motenj prizadeval doseči večji konsenz med strokovnjaki in širšo publiko. Tradicionalna definicija depresivne motnje se je spremenila s poudarkom na kategoričnem pristopu, ki bolnike razvršča v posamezne diagnostične kategorije na podlagi večje deskriptivnosti motenj - operacionalno opredeljenimi psihopatološkimi znaki in umikom od etioloških predpostavk. Bistvena sprememba nove klasifikacije je, da depresije pojmuje le kot blage, zmerne in hude, pri katerih se preverja tudi prisotnost psihotičnih simptomov, ter kot posamezne ali rekurentne epizode, ne vsebuje pa več ločnice med reaktivno in endogeno obliko bolezni, saj so na podlagi raziskav spoznali, da je bilo tovrstno ločevanje brezpredmetno (Kocmur 1996, 21). DSM-III depresivne motnje razlikuje izključno na osnovi simptomov, ne glede na zunanje okoliščine, izključuje samo fazo žalovanja. Zasluge za to lahko pripišemo Pauli Clayton, ki je na podlagi raziskav prišla do spoznanja, da se depresivni simptomi pogosto pojavijo v obdobju žalovanja, ki po določenem času izzvenijo. Diagnostični kriteriji ne zajemajo drugih stresorjev (zakonske težave, resne bolezni, finančne težave...), ki lahko izzovejo enake simptome kot žalovanje, kar je seveda vplivalo na nezanesljivost diagnoz in na težave z distinkcijo med normalnim in patološkim stanjem ter posledično neprimerno medikalizacijo. Strokovnjaki so zaradi kritik o »nezanesljivosti«
diagnoz v DSM-III začeli navajati klasifikacijo simptomov z namenom, da bi opredelili jasne definicije vseh psihičnih motenj, ki jo danes uporabljajo tudi izven kliničnih ustanov mentalnega zdravja - v epidemioloških študijah psihičnih motenj, v trženju

antidepresivnih medikamentov, pri splošnih medicinskih pregledih, v sodnih postopkih itn. DSM je tako postal avtoritaren razsodnik patološkega vedenja sodobne družbe in zavrnil 2.500-letno tradicionalno klinično diagnosticiranje, ki je upoštevalo kontekst, znotraj katerega so se razvili določeni simptomi, s čimer je sproduciral fenomen masovne patologizacije normalne žalosti (Horwitz in Wakefield 2007, 100-103).

Po klasifikaciji DSM-IV mora posameznik kazati najmanj pet od naslednjih devetih simptomov (ki morajo trajati najmanj dva tedna), da zadošča kriterijem diagnoze depresivne motnje:

1. hudo depresivno razpoloženje skoraj vsak dan
2. izguba zanimanja ali veselja pri vsakodnevni dejavnosti
3. izguba apetita ali prenajedanje
4. motnje spanja (nespečnost ali pretirano spanje)
5. psihomotorična agitacija ali retardacija
6. utrujenost ali izguba energije
7. občutki ničvrednosti ali neutemeljeni občutki krivde
8. zmanjšana koncentracija in neodločnost
9. ponavljajoče samomorilne misli ali poskusi samomora (v Horwitz in Wakefield 2007, 8).

Dva od petih simptomov morata vključevati hudo depresivno razpoloženje ali izgubo zanimanja ali veselja pri vsakodnevni aktivnosti. Posamezniku se ne diagnosticira depresivne motnje v primeru, če so zgoraj naštetimi simptomi posledica izgube oz. smrti ljubljene osebe, od katere nista pretekla vsaj dva meseca in ne kaže resnih simptomatike psihoze in samomorilnih misli. Simptomi prav tako ne smejo biti posledica neposrednih psiholoških učinkov substanc (droge, zdravila) ali splošnega zdravstvenega stanja. Žalovanje kot posledica izgube ljubljene osebe je v definiciji DSM-IV edina travmatska izkušnja, ki kaže na razlikovanje med normalno žalostjo in boleznijo oz. depresijo (Horwitz in Wakefield 2007, 8-9).

Glede na število ljudi, ki se soočajo z različnimi oblikami travmatičnih stresorjev oziroma izgub na neki točki svojega življenja, bi velik delež ustrezal petim kriterijem depresivne motnje, ki jih navaja DSM-IV, kljub temu, da so šli skozi proces intenzivne »normalne žalosti«, kar kaže na možno potencialno visoko število lažnih pozitivnih diagnoz depresivne motnje (Horwitz in Wakefield 2007, 38 - 39). Horwitz in Wakefield zato kritizirata skopost

definicije, saj so omenjeni simptomi, ki trajajo v obdobju dveh tednov lahko tudi posledica vseh mogočih negativnih življenjskih dogodkov, kot so na primer odkritje smrtne bolezni posameznika ali njegove ljubljene osebe, prevara partnerja, neuspeh v šoli ali službi, ki je lahko usoden za kariero, trajno ponižanje, itn., ki so naravne (normalne) človeške reakcije na negativne okoliščine. Opozarjata, da imajo travmatične izkušnje kot je na primer propad zakonske zveze, pogosto negativne posledice na različne aspekte življenja, kamor sodi družbeni status, življenjske razmere, osebna identiteta, izguba pomembnih socialnih mrež, slabši ekonomski položaj, odnos z otroki, itn., seveda pa moramo upoštevati, da imajo nekateri ljudje že po naravi bolj občutljiv temperament in so bolj dovzetni na zunanje stresorje (2007, 14).

DSM-V celo po oceni psihiatra Levinea, ki je predsedoval delovni skupini, ki je ustvarila DSM-IV, ustvarja še več duševnih bolnikov, ker z znižanjem kriterijev omogoča še hitrejšo etiketo duševne bolezni, kar še posebej velja za depresijo (Levine 2013, 3). Kot že omenjeno, je bilo v DSM-IV žalovanje po smrti ljubljene osebe edini kriterij, ki je izključeval diagnozo depresivne »motnje«, DSM-V pa tega kriterija ne upošteva. To naj bi preprečilo možnost, da bi diagnostiki prezrli depresijo, ker da tudi žalovanje lahko sproži depresivna stanja. DSM V navaja naslednje razlike med žalovanjem in depresijo: če človek žaluje, ohranja pozitivno samopodobo, občuti bolečino v valovnih intervalih, pogosto so prisotni tudi pozitivni spomini na umrlega; v primeru depresije pa so njegova razpoloženska stanja in misli skoraj konstantno negativna, prisoten je tudi občutek ničvrednosti (Ameriško psihiatrično združenje 2013). Obenem je v svoj seznam duševnih »motenj« ponovno vključil predmenstrualno disforično »motnjo«, ki je uvrščena pod kategorijo depresivnih »motenj«. Vsebuje 11 simptomov, od katerih se jih vsaj 5 mora pojaviti v večini menstrualnih ciklusov, v obdobju preteklega leta, da zadošča kriterijem predmenstrualne disforične »motnje«. Res je, da mnoge ženske občutijo številne predmenstrualne simptome, ki vplivajo na njihovo kvaliteto življenja, sporno pa je, da se tovrstna stanja patologizira in zdravi. Feministične kritike poudarjajo, da gre za prepatologizacijo ženskega spola in trdijo, da je tovrstne simptome bolj primerno obravnavati kot fizične, saj je njihovo trajanje časovno omejeno (Caplan; Cosgrove; Eriksen in Kres v Pomerantz 2013, 173-174).

Robert Spitzer je dejansko že pred izdajo DSM-V razvil instrument, s katerim lahko zdravniki v samo osmih minutah diagnosticirajo duševna stanja, kot so depresija, anksioznost,

psihosomatske motnje in prehranjevalne motnje. Na vzorcu tisoč pacientov jih je kar 40 odstotkov ustrezalo simptomom katere od naštetih »motenj« (Horwitz 2002, 227). Kar ne preseneča, saj so v vprašalniku vprašanja tipa: »Ali ste se v svojem življenju v časovnem obdobju vsaj dveh tednov kdaj počutili žalostni, potrti, brezvoljni do vsakdanjih dejavnosti in hobijev, v katerih ste po navadi uživali...?«, ki izključujejo kakršen koli socialni kontekst (Blazer v Horwitz 2002, 97-98).

Z definicijo depresivne motnje, ki nemedicinski problem obravnava kot motnjo v domeni medicine se je najbolj okoristila medicina in njena veja psihiatrija. Ko so določena čustva, ki so včasih sodila v normalen življenjski repertoar, označena kot patološka, nastopi farmacevtska industrija z izdelavo psihotropnih zdravil, ki podaja roko psihoterapevtskim službam. Legitimnost patologizacije čustev in vedenj se je iz umobolnic in psihiatričnih ordinacij preselila tudi k splošnim zdravnikom, šolskim ustanovam in na internetne strani za samopomoč (Horwitz in Wakefield 2007, 213).

4.2 Raziskovanje vzrokov oz. kulturne konstrukcije depresije

4.2.1 Biologija

DSM so igrali ključno vlogo tudi pri bioloških raziskavah vzrokov depresije. Raziskave, v katerih so izvor depresije iskali v kemičnem neravnovesju v možganih, predvsem v pomanjkanju hormona serotonina, ki naj bi ga učinkovito uravnavali z zdravili, so pokazale, da ima samo okrog 25 odstotkov depresivnih bolnikov nizko stopnjo omenjenega hormona. Zdravila za lajšanje depresije imajo skoraj enak učinek na druge duševne težave kot so pomanjkanje pozornosti, anksioznost, zlorabo substanc in tudi na druge, ki se ne pojavljajo vzporedno z depresijo, kar pomeni, da ne uravnavajo specifičnih nevrokemičnih anomalij, ki naj bi bile vzrok izbruhu depresije, ampak delujejo na splošne možganske funkcije, ki imajo vpliv na naše vedenje in čustvovanje. Tudi zdravila, ki ne vplivajo na nivo serotonina, lahko ublažijo depresivne simptome, torej bi lahko predpostavljali, da nevrokemične spremembe niso vzrok, ampak posledica depresije. Veliko udeležencev raziskav se je namreč že dolgo časa zdravilo z antidepresivi, zato je nemogoče vedeti, kakšna je bila njihova možganska slika pred uporabo zdravil, hkrati pa ni podatkov o nekem standardnem oziroma normalnem nivoju

serotonina v določenih relativnih zunanjih kontekstih, ki bi razmejila patološkega. Realna distinkcija je mogoča samo na podlagi stopnje živčnih prenašalcev, ki kronično močno odstopa od pričakovane in se ne navezuje na nek zunanji kontekst. Raziskave tudi niso pokazale neke posebne, empirično podprte povezave med gensko zasnovano in izbruhom depresije, pokazale pa so, da na njen razvoj močno vplivajo omejeni materialni viri, ki so podlaga za razvoj številnih stresorjev, predvsem brezposelnost, dolgotrajna revščina in družbena neenakost. Zato so zaključki, da je depresija fizična/možganska bolezen, nezanesljivi in dvoumni, saj izključujejo ključno vlogo družbenih dejavnikov (Horwitz in Wakefield 2007, 165-174).

Sigerist pravi, da je biološka normalnost relativna glede na vsakega posameznika in da je ne moremo primerjati z normami, ki so rezultat nekega povprečja (v Canguilhem 1987, 132). Kljub temu, da so nekatere biološke študije o izvoru depresije, v katerih so bili subjekt opazovanja posvojeni otroci, na podlagi genetskih hipotez prišle do zaključkov, da obstaja večja možnost za razvoj depresije pri tistih posvojenih otrocih, ki so imeli biološko mati z diagnosticirano depresijo (Cadoret in Kety v Horwitz 2002, 144), so končni rezultati pokazali, da imajo kljub temu okoljski vzroki večjo težo na razvoj depresije posvojenih otrok, kot sama genetika (Cadoret v Horwitz 2002, 144).

4.2.2 Družbena/kulturna konstrukcija depresije

Vrsta psiholoških, antropoloških in socioloških študij opozarja na družbeno oz. kulturno konstruiranost t.i. depresivni oz. psihičnih motenj sploh. Behavioristi na primer trdijo, da psihične 'motnje' ne morejo obstajati, saj je vsako obnašanje rezultat procesa učenja; antropologi zagovarjajo dejstvo, da je normalno oz. nenormalno funkcioniranje relativno, saj je kategorizacija determinirana s kulturnimi in družbenimi normami. Na pogostost oz. razširjenost depresivnih 'motenj' pa, kot smo že omenili, predvsem vplivajo strokovne definicije in razlage: pred drugo svetovno vojno so npr. za depresijo zbolevali večinoma odrasli po 40. letu, kasneje, z vzponom kognitivnih teorij depresije, se je starostna meja ljudi z diagnozo izrazito znižala, in sicer na 20 let. Po letu 1990 so psihiatrični strokovnjaki javno opozorili na ekspanzijo depresije med najstniki, danes pa se povečuje število diagnoz pri otrocih (Marecek 2006).

Jadhav in Littlewood opozarjata, da depresija izmed vseh psihiatričnih kategorij zbuja največ dvomov v medkulturno veljavnost. Na seznamu duševnih motenj se ni pojavila kot posledica znanstvenega dosežka, temveč na podlagi političnih interesov in kulturnih norm (v Marecek 2006). Jadhav meni, da se kriteriji depresije v DSM priročniku navezujejo na oblike trpljenja, značilne za sodobne zahodne družbe, ki predstavljajo le majhen del svetovne populacije, ne upošteva pa depresivnih oblik, ki jih izražajo druge kulture. Rezultati raziskave v Nepal, v kateri so raziskovalci po standardizirani lestvici depresivnosti CES-D, na vzorcu 100 žensk, ki so ustrezale okoliščinam za visoko tveganje depresije pokazali, da so samo 3% žensk ustrezali kriterijem depresivne motnje (Marecek 2006). Fernando opozarja, da so v avtohotnih populacijah Afrike in Malezije ugotovili zelo nizko pojavnost depresije, zato jih psihiatri označujejo kot primitivno psihološko organizacijo z neodgovornim in nepremišljenim delovanjem. Gre za očitno vsiljevanje njihovih prepričanj in socialno kontrolo, ki je prikrita za navidezno masko skrbi (v Magnusson in Marecek 2012, 143).

Tezo o kulturni konstrukciji depresivne motnje potrjuje tudi raziskava Davida Takeuchija, v kateri je ugotavljal, kako sprememba socio-kulturnega okolja azijskih imigrantov vpliva na njihov odziv na različne stresorje. Ugotovil je, da Kitajci, ki t.i. depresijo sicer sprva izražajo s somatskimi simptomi, kot je bolečina v spodnjem delu hrbta, po določenem času bivanja v novem okolju začnejo kazati psihološke simptome depresije in anksioznosti, s čimer je dokazal, da se psihološke reakcije posameznika lahko spreminjajo na podlagi kulturnega konteksta (v Horwitz 2002, 127-127).

Omenjeni primeri kažejo na raznolikost izvorov psihičnega trpljenja in odzivov nanj v različnih kulturnih okoljih. Kultura določa tudi pomene in moralno vrednost, ki jih posameznik pripisuje depresivnemu trpljenju. Zahodna družba tovrstno trpljenje obravnava kot odklonska, kot medicinski in sekularni problem, številna verstva pa soočanje s trpljenjem in žalostjo dojemajo kot del spiritualnih praks ali kot znak modrosti in zrelosti (Marecek 2006).

Tudi sociološke raziskave opozarjajo na družbene in kulturne razlike v diagnosticiranju depresije, vendar pa predvsem epidemiološke študije, ki ocenjujejo psihološke posledice določenih družbenih stresorjev, pogosto nekritično prevzemajo klasifikacijo DSM pri oblikovanju standardiziranih vprašalnikov, s katerimi ugotavljajo pogostost »depresivnih motenj« v različnih okoljih (Horwitz in Wakefield 2007). Raziskovalke in raziskovalci izpostavljajo tri glavne dejavnike psiholoških težav, ki se jih običajno diagnosticira kot

depresijo: socialno-ekonomska stratifikacija, kamor sodi tudi podrejen položaj v družini ali v medosebnih odnosih; izguba ljubljene osebe in nezmožnost doseganja življenjsko pomembnih ciljev, veliko vlogo pa igra tudi število, intenzivnost, resnost in trajanje omenjenih stresorjev. Ena od najvplivnejših raziskav (tudi na psihiatrijo) je bila raziskava britanskega sociologa Georga Browna (v Horwitz in Wakefield 2007) in sicer predvsem zaradi metodološke prepričljivosti. Opravil je kvalitativne kot kvantitativne meritve, upošteval subjektivne pomene, ki vplivajo na čustvena stanja; vključil je ocene neodvisnih opazovalcev, ki so se fokusirali tudi na kontekst različnih zunanjih dogodkov. Zanimala ga je povezava med dogodki izgube in razvojem depresivne motnje med mestnimi ženskami delavskega razreda in prišel do spoznanja, da določene vrste izgub, ki v človeku vzbudijo občutke razvrednotenosti, ponižanja, podrejenosti in nesamozavesti, ter situacije, v katerih se človek počuti ujetega, vodijo v depresivna stanja. Ko so negativni stresorji odpravljeni ali jih zamenjajo pozitivne spremembe (nova služba, nov partner, novo življenjsko okolje...), pride do izboljšanja oziroma okrevanja. Horwitz in Wakefield (2007, 203-211) na račun Browna ponavljata svoj običajni očitek, češ da ne razlikuje med normalnimi (pričakovanimi) in disfunkcionalnimi odzivi in da njegove študije v večini primerov obravnavajo odzive normalne žalosti in ne depresivne.

Da je t.i. depresivne motnje potrebno obravnavati znotraj specifičnih kulturno-zgodovinskih kontekstov in konkretnih okoliščin, v katerih se psihične stiske pojavljajo, dokazujejo tudi razlike v diagnosticiranju depresije med spoloma. Depresija je bila najmanj 30 let obravnavana kot ženska bolezen; dandanes naj bi za klinično depresijo trpelo od dva, do trikrat več žensk, kot moških (Marecek 2006). Vendar razlike med spoloma niso univerzalne: kot dokazuje McCarthy (v Marecek 2006), jih v agrikulturnih družbah praktično ni, značilne so samo za zahodno Evropo in Severno Ameriko.

Pogostost duševnih stisk, ki so diagnosticirane kot depresija, naj bi bile povezane s kulturno določenimi družbenimi spolnimi vlogami, ki »predpisujejo« spolno specifične načine čustvovanja, in s patriarhalno kulturo. Kulturno sprejemljivo je, da ženske na stresne reakcije reagirajo bolj internalno, moški pa bolj eksternalno. Razen tega podrejenost in odvisnost žensk v patriarhalnih kulturah povečuje možnost tveganja za doživljanje duševnih stisk, opredeljenih kot depresija (Marecek 2006, Mirowsky v Horwitz 2002). Številne raziskave moških in žensk z različnim zakonskim statusom so ugotovile, da so poročene ženske bolj izpostavljene tveganju za razvoj depresije kot samske, ločene ali ovdovele (v Marecek 2006),

Karasz (Horwitz 2002, 174-177) pa na vzorcu pakistanskih žensk dokazuje, da so nasilje v zakonu, brezbržnost in nezvestoba moških glavni dejavniki njihovih psihičnih stisk.

Na psihično trpljenje vsekakor vplivajo kulturne norme in pričakovanja, institucionalne ureditve in medosebni odnosi. Dejstvo je, da so ženske, kot šibkejši del družbe bolj pogosto izpostavljene različnim oblikam nasilja, ki jim lahko prizadene psihično škodo, bolj pogosto so prisiljene v drastične življenjske spremembe in posledično so potencialno bolj podvržene depresiji. Moč psihične škode se navezuje na kulturo žrtve nasilja. V nekaterih kulturnih ureditvah se ženskam, ki so bile žrtve posilstva, odvzame pravico do poroke, v drugih so zaradi sramote, ki so jo kot žrtve spolne zlorabe povzročile svoji družini, pahnjene v smrt. Zato ne moremo mimo dejstva, da na izkustvo in izražanje psihičnega trpljenja vplivajo kulturni vzorci (Magnusson in Marecek 2012, 138-139).

4.3 Terapija

Sociolog David Karp je prišel do spoznanja, da depresivni ljudje poiščejo pomoč pri strokovnjakih šele takrat, ko se kljub izključitvi vseh možnih zunanjih vzrokov depresivno stanje ne preneha. V tem primeru vzroke pripišejo svojemu notranjemu psihičnemu neravnovesju in ne stresnim situacijam (Horwitz in Wakefield 2007, 132).

Lajšanje psihičnega trpljenja pogosto poteka ali samo s psihofarmakološkimi sredstvi, se pravi na podlagi izdaje recepta za antidepresive ali antiksitolitikov, ali v kombinaciji s psihoterapijo in spremembami socialne situacije (npr. menjava službe, novi družbeni stiki, itn.) (Slatnar 2012, 31 - 32).

4.3.1 Medikamentozna terapija

Psihoanalitiki so (bili) kritični do medikamentozno zdravljenja, saj so menili, da je njihov efekt samo površinski in da se z njimi ne da odpraviti vzrokov duševne bolezni (v Horwitz 2002, 78).

V Združenih državah Amerike so sprva različne duševne težave in fizične bolezni zdravili s kokainom in opiaty. Prvo »antipsihotično zdravilo« so odkrili leta 1952, po letu 1960 pa so

duševne težave lajšali s pomirjevali, barbiturati in bromidi (Shorter v Horwitz 2002, 187). Na razsežnost psihotropičnih medikamentov opozarja tudi Olfson, ki govori o potrojitvi izdanih receptov med leti 1985, ko je bilo izdanih okrog 4,2 milijona receptov, in 1994, ko je število naraslo na kar 11 milijonov. Popularna kultura skozi različne medije, kot so reklame, revije, videi na internetu, obljublja hitro rešitev slabega počutja in učinkovitost antidepresivov (v Horwitz 2002, 187).

Do leta 2000 je farmacevtska industrija v ZDA porabila 2 bilijona dolarjev za promocijo oglaševanja zdravil na recept DTC (Direct-to-consumer) (Horwitz in Wakefield 2007, 186). Kluger (v Marecek 2006) opozarja, da so tovrstne kampanje spremenile percepcijo depresije v ameriški populaciji tako, da so ustvarile poseben jezik za komunikacijo o trpljenju in razumevanje čustvene plati življenja, jim dale orodje za samodiagnosticsiranje in seveda promovirale hitro in učinkovito delovanje antidepresivnih medikamentov. Pri tem so se usmerjale predvsem na mlajšo in moško populacijo. Hkrati spodbujajo ljudi k jemanju zdravil tudi ob manjših in prehodnih težavah, vzdržujejo prepričanje, da psihične težave izhajajo iz kemičnega neravnovesja v možganih, ob enem pa z obljubo hitrega delovanja psihotropnih medikamentov odvrčajo od psihoterapije (Marecek in Hare-Mustin 2009, 89).

Eberstadt pravi, da farmacevtska podjetja z vdorom na področje duševnega zdravja ustvarjajo globalen posel, saj samo v Ameriki 10% žensk in 4% moških prejema antidepresivne medikamente (v Marecek in Hare-Mustin 2009, 89). Funkcija farmacevtskih podjetij seveda ni samo v izdelavi zdravil, ampak posega tudi v izobraževalna in raziskovalna področja psihiatrične stroke, znanstvene publikacije, strokovne konference in daje sredstva za raziskave. Da farmacija in psihiatrija sodelujeta z roko v roki, dokazuje tudi dokumentacija Cosgrovove in njenih kolegov, ki so ugotovili močne finančne vezi med farmacevtskimi podjetji in psihiatri, ki so izdali diagnostični priročnik DSM-IV, obenem pa imajo psihiatri tudi določene bonitete s strani farmacevtskih podjetij, kot so svetovalne provizije, malice in darila, zato bi bilo potrebno omejiti njihov vpliv na znanstvene raziskave in postaviti nove etične standarde na tem področju (Marecek in Hare-Mustin 2009, 89). Tudi Levine navaja, da je kar 69 odstotkov delovne skupine, ki je sodelovala pri nastanku DSM-V, sodelovala tudi s farmacevtsko industrijo (2013, 3).

Antidepresivi delujejo podobno na ljudi z diagnozo in na tiste brez diagnoze. Njihova razširjena uporaba spodbuja pobeg od soočanja življenjskih problemov, hkrati pa tovrsten

način zdravljenja simptomov, ki sploh niso patološki, redefinira socialne probleme v osebne (Horwitz in Wakefield 2007, 190). Ocene učinkovitosti temeljijo na posrednih dokazih in na približkih raziskovalnih modelov (Bon in Žmitek 2012, 555). Ker zdravila učinkujejo na delovanje možganov, posebna interakcija med terapevtom in klientom v tovrstnem zdravljenju ne igra tako pomembne vloge. Healy opozarja, da zdravila niso specificirana za zdravljenje določene motnje, ampak imajo tako imenovani antidepresivi podobne učinke na več vrst motenj. Dejansko jih, tako Kramer, predpisujejo tudi zdravim ljudem (tako otrokom kot odraslim) za izboljšanje samopodobe, samozavesti, medosebnih odnosov in za lažjo pot do osvojitve zelenih dosežkov (v Horwitz 2002, 189 - 191).

Dejstvo, da psihofarmakološka sredstva, ki se predpisujejo za lajšanje psihičnih težav, uporabljajo tudi ljudje brez diagnoz, je še en argument v prid trditvi o patologizaciji običajnih psihičnih stanj. Patologizacija vsakdanjega življenja, ki je neposredno povezana s splošno razširjenostjo terapevtskega diskurza (Illouz 2010), pa se kaže tudi v podatku, ki ga navaja Horwitz (2002, 221 - 222) – da se psihoterapevtskih storitev udeleži celo več tistih, ki nimajo večjih težav in ne kažejo resnejših simptomov.

4.3.2 Psihoterapija

Za razliko od zdravljenja z zdravili za sam potek psihoterapije neka splošna diagnoza nima bistvenega pomena. Vendar pa v ZDA igra diagnoza pomembno vlogo tudi pri presoji upravičenosti do povračila zdravljenja (Marecek in Hare-Mustin 2009, 83).

Psihoterapija zagotavlja »boljše funkcioniranje subjekta« in je tesno povezana z vsakdanjim življenjem, saj se vključuje v družbeni red in zajema sfero družine, šole, dela, navad, fizične aktivnosti, spolne prakse, itn. Omenjene okoliščine so po navadi ključni razlog posameznika, da se odloči za obisk psihoterapevta (Lešnik 1997, 9).

Analize so pokazale, da so klienti, ki so se zdravili s psihoterapijo, veliko bolje okrevali kot tisti, ki je zaradi dolge čakalne vrste še niso imeli možnosti izkusiti. Horwitz predpostavlja, da čakanje lahko pacientom le poglobi občutke brezupa ali pa si v času čakanja pomagajo z alternativnimi metodami, med drugim tudi zlorabo zdravil. Persons in Seligman navajata, da na učinkovitost psihoterapije vplivajo predvsem osebne karakteristike terapevta ter odnos, ki ga s klientom razvijeta med terapijami. S standardizacijo procesa same terapije pa

psihoterapevtska stroka ne bi pridobila večje legitimnosti, le manjšo učinkovitost, ker bi onemogočila razvoj pristnega medosebnega odnosa med terapevtom in klientom (v Horwitz 2002, 192 - 195).

Prav težave z merjenjem učinkovitosti so pogosto predmet kritik na račun psihoterapije. Njeno učinkovitost je posebej v primerih, ko je zdravljenje kombinirano z drugimi metodami, težko ugotavljati. Razen tega se veliko ljudi poslužuje psihoterapevtskih storitev, ko se spopadajo z vsakdanjimi življenjskimi problemi in ni jasno, ali so izboljšanja posledica terapije, spremenjenih okoliščin ali časovne distance (Horwitz 2002, 186). Vendar pa kljub temu, da se o spremembah vsakdanjega življenja, ki naj bi jih dosegli s psihoterapevtskimi tehnikami, ve zelo malo, obstajajo dokazi o njeni učinkovitosti (v Lešnik 1997, 109).

Kar zadeva že omenjen odnos med terapevtom in klientom, velja opozoriti na primerljivost njunega kulturnega ozadja: eni in drugi praviloma pripadajo srednjemu razredu (psihoterapija je relativno draga, razen tega je potrebna določena raven poznavanja »ponudbe«), zato terapije praviloma izhajajo iz norm in idealov srednjega razreda. Dejstvo je, da stopnja avtonomije, osebnih dosežkov, vzajemnosti in družinske solidarnosti ni primerljiva znotraj različnih kulturnih skupin, terapevti pa teh razlik pogosto ne upoštevajo (Marecek in Hare-Mustin 2009, 86).

Psihoterapija zahteva čas in je – praviloma – tudi finančno teže dostopna kot medikamentozna terapija. Že v prvi polovici 20. stoletja je večina klientov dinamske psihiatrije v ZDA plačevala za terapevtske storitve, zaradi velikega povpraševanja po psihoterapiji pa je kasneje, po letu 1960, približno četrtno cene krila zavarovalnica (Horwitz 2002, 74-75). Psihoterapija je v primerjavi z medikamenti veliko dražji način zdravljenja, zato se bolniki tudi iz finančnega vidika raje odločajo za antidepresive. Pogovori pri psihiatrih postajajo vedno krajši, seznam predpisanih receptov za antidepresive se drastično povečuje, zdravljenje s psihoterapijo pa se posledično zmanjšuje (Horwitz in Wakefield 2007, 184 - 185).

Sicer pa je ključen očitek na račun psihoterapije (podobno kot na račun medikamentozne terapije) ta, da izhaja iz predpostavke, da se vzroki za težave skrivajo v posamezniku, zato se fokusirajo na transformacijo njihove notranjosti, namesto da bi jim pomagali spremeniti okoliščine, ki so jih pripeljale do bolezenskega stanja (neprimerno in stresno delovno okolje, družinske in zakonske težave itd.). Potrebne bi bile radikalne strukturalne spremembe družbenih institucij, ne samo transformiranje posameznikov (Marecek in Hare-Mustin 2009, 85 - 90).

4.3.3 Obravnavanje depresije v Sloveniji

V Sloveniji je izmed vseh duševnih težav depresija najbolj pogosti razlog za obisk pri splošnem zdravniku, saj so na podlagi mednarodne raziskave PREDICT-D ugotovili, da se okoli 14,5 odstotkov odraslih spopada z depresivnimi težavami. V okviru omenjene raziskave so prišli do spoznanj, da so številni posamezniki s težavami niso primerno strokovno obravnavani, saj na primarnem nivoju zdravstvenega varstva prepozno prepoznajo njihove težave, kar seveda vpliva tudi na povečano stopnjo suicida, ki je pri nas že tako visoka. Kljub temu, da polovica ljudi, ki ima depresivne težave, ni ustrezno strokovno obravnavana, se paradoksalno povečuje poraba antidepressivov (Zupančič Grašič 2015).

Kersnik, zdravnik družinske medicine pravi, da je prišlo do takih premikov, »ker to ni bilo družbeno sprejemljivo, poleg tega se depresija ni prepoznavala kot takšna bolezen, ampak so jo povezovali z drugimi težavami. Zdaj je veliko več tudi informiranja strokovne in laične javnosti, ki se zato obstoja tega problema zavedata, več je znanja o depresiji in anksioznosti ter veščin obravnave bolnikov z duševnimi motnjami, kar vodi v pogostejšo pravočasno postavitev diagnoze in zdravljenje...« (v Zupančič Grašič 2015).

Molan (v Zupančič Grašič 2015) vzrok visoke stopnje depresivnih težav vidi v trenutni gospodarski krizi, ki prinaša mnoge negotovosti v populaciji in t.i. sendvič generacije, obenem pa se tudi izgorelost diagnosticira in zdravi kot depresivne težave. Navaja, da se antidepressivi pogosto predpišejo tudi ljudem, ki so hudo izčrpani ali imajo težave z nespečnostjo, ker ne vodijo v odvisnost kot pomirjevalne in uspavalne tablete.

Kersnik (v Zupančič Grašič 2015) navaja, da okrog 60 odstotkov depresivnih težav obravnavajo že splošni zdravniki in pediatri. Po njegovih besedah so antidepressivi zelo priročni in pripravni, ker od človeka ne zahtevajo veliko truda in časa, kar je tudi eden izmed optimalnih razlogov njihove pogoste uporabe: »Zato verjetno drži, da se antidepressive predpiše tudi ljudem, ki jih morebiti ne bi bilo treba zdraviti, saj se spopadajo zgolj z neko vsakdanjo potrtostjo. Nepotrebnost tega se pokaže še zlasti takrat, ko naletimo na res hud primer depresije«. Tako je očitno, da se patologizira in medikalizira vsakdanje težave tudi pri nas.

Zato tudi ne preseneča visok porast porabe psihoanaleptikov. Slatnar opozarja, da se je samo med letoma 2009 in 2010 v Sloveniji poraba psihoanaleptikov povečala za 6 odstotkov, kar 90 odstotkov teh receptov pa je bilo izdanih za antidepresive. Nadalje navaja primerjavo med letoma 2002, ko je bilo v Sloveniji izdanih 225.285 receptov za psihoanaleptična zdravila, in 2010, ko se je število teh receptov povečalo na 511.252 (2012, 33 - 35). Zupančič-Grašič opozarja, da antidepresive prejema okoli 5 odstotkov celotne slovenske populacije. Eden izmed ključnih vzrokov tako visoke porabe naj bi bile hude socialne stiske v slabše razvitih regijah, predvsem v Bovcu, Kočevju, Kobaridu, Murski Soboti, Rogaški Slatini, itn. (2015).

Kersnik (v Zupančič Grašič 2015) opozarja, da je medikamentalizacija bolj pogosta oblika lajšanja depresije kot psihoterapija. Kljub temu, da psihoterapija pri nas obstaja že štiri desetletja, obstajajo številne omejitve za kvalitetno dostopnost in izvajanje tovrstnih praks, saj imamo premajhno število psihoterapevtov glede na potrebe, nimamo sistemskih informacij o kvaliteti in vrsti terapij, slabo je integrirana v sistem javnega zdravstva, storitve niso pokrite s strani zavarovalnic, v edukaciji in usposabljanju so številne omejitve, zato je največ t.i. generičnih psihoterapevtov, register psihoterapevtov, učiteljev in supervizorjev ni pregleden, niti dostopen javnosti, nimamo nacionalne mreže ustanov, ki bi zagotovila psihoterapevtsko prakso, ni etične kontrole, raziskovanj na tem področju, materialnih sredstev za njen razvoj, akreditiranega fakultetnega študija, pogojev za akademske kariere, kvalitetnih učbenikov in knjig, javnost ne ločuje poklica psihoterapevta, psihologa in psihiatra in je premalo seznanjena o psihoterapevtskih praksah, njen položaj v populaciji je marginalen in hkrati stigmatiziran (Možina 2009).

Če primerjamo stanje psihoterapije pri nas z evropskimi državami (Avstrija, Nemčija, Anglija, Italija, itn.,), ki se poslužujejo t.i. skupnostnega pristopa v psihiatriji, smo v zelo velikem zaostanku. Skupnostni pristop pomeni prelociranje težišča oskrbe v lokalno skupnost, kar pomeni, da so v ospredju psihosocialne tehnike (dnevni centri, bivalne skupine, invalidska podjetja...), medikamentozno zdravljenje in hospitalizacijo se izvaja večinoma v akutnih fazah in za kratek čas (Možina 2009).

5 EMPIRIČNI DEL

5.1 Cilji in nameni raziskave

V teoretičnem delu naloge sem na osnovi teoretskih virov in raziskovalnih podatkov problematizirala medikalizacijo in patologizacijo psihičnih težav (poudarek na depresiji), v empiričnem delu pa sem želela ugotoviti, ali se oz. kako se te ugotovitve in predpostavke izražajo na ravni individualnega. Cilj kvalitativne analize je ugotoviti, kateri dejavniki odločilno vplivajo na to, da posameznice in posamezniki svoje psihične težave obravnavajo kot patološke in poiščejo pomoč ter kako klinična diagnoza vpliva na doživljanje težave oziroma samega sebe. Ker so ljudje z duševnimi težavami praviloma marginalizirani, mnogokrat spregledane in neslišani, sem želela z empiričnim delom opozoriti na njihove življenjske izkušnje, občutja, doživljanje in interpretacijo psihičnih težav in vsega, kar je povezano z njimi. Namen moje raziskave ni v tem, da bi na osnovi dobljenih rezultatov sklepala na značilnosti populacije, ampak predvsem dobiti uvid v kompleksnost posameznikovega doživljanja.

5.2 Metode zbiranja podatkov

V empirični raziskavi sem uporabila kvalitativno metodo, *face-to-face* pristop. Izbrala sem pol-strukturiran intervju, ki zaradi svoje fleksibilne narave omogoča vpogled v vsakdanji svet posameznic in posameznikov z diagnozo depresije (Kvale v Humer 2009, 106). Intervjuje sem zaradi intimne in občutljive tematike opravila individualno, saj menim, da sem s tem pridobila bolj poglobljene in pristne odgovore ter intervjuvancem zagotovila občutek varnosti in anonimnosti. Vse intervjuvance sem pred pogovorom obvestila o namenu same raziskave in jim obljubila anonimnost. Dala sem jim možnost, da so si sami izbrali prostor oziroma lokacijo izvedbe intervjujev, da bi se počutili varni in sproščeni. Prilagodila sem se jim tudi časovno. Intervjuje s štirimi ljudmi sem opravila na njihovih domovih, enega v kavarni in enega zaradi prostorske distance intervjuvanke (tujina) preko internetnega telefonskega omrežja Skype. Pogovore sem z njihovo privolitvijo snemala. Nekateri intervjuji so kar precej obsežni, saj je večina intervjuvancev na moje presenečenje prosto govorila o svojih dokaj

težkih izkušnjah. Nekateri so sicer vidno izrazili svojo nemoč in nelagodje, ko je v pogovoru prišlo do točke, ki je bila za marsikoga boleča, vendar so pogovor kljub temu nadaljevali. Intervjuji so v povprečju trajali od 40 do 90 minut. Večji del vprašanj je bil pripravljen vnaprej, posamična vprašanja pa sem prilagodila naravi individualnih odgovorov, saj sem tako lažje sledila njihovi življenjski zgodbi.

Vprašanja v intervjuju sem razdelila v štiri vsebinska poglavja. Prvi sklop vprašanj se nanaša na *fazo pred diagnozo*, kjer me je zanimalo predvsem, kako dolgo posamezniki čutijo težave in kateri so bili tisti ključni momenti oziroma dejavniki, ki so jih vodili do odločitve, da si poiščejo strokovno pomoč. Drugi sklop vprašanj zadeva *fazo po diagnozi*, kjer so me zanimala njihova pričakovanja, s katerimi so šli na pregled k strokovnjaku, kdaj in na kakšen način jim je bila ugotovljena in sporočena diagnoza, kakšna so bila njihova občutja in reakcije ob prvem soočenju z uradno diagnozo ter pomen, ki so ji ga pripisali. V tretjem sklopu so vprašanja, ki se nanašajo na *fazo zdravljenja*, kjer me je zanimal potek terapije, njihovo mnenje in izkušnje z zdravili in psihoterapevtskimi tehnikami, njihova ocena učinkovitosti terapije in pa možne alternativne oblike pomoči in dostopnost psihoterapevtskih storitev pri nas. Na koncu, v četrtem vsebinskem poglavju, pa sem želela dobiti vpogled v *pomen in osebni pogled na diagnoze* in predvsem dobiti odgovor na vprašanje, kako sama diagnoza vpliva na njihov odnos do samih sebe, na njihovo življenje, kaj menijo o alternativni in o tem, da bi se namesto postavljanja diagnoz osredotočali na specifične težave, ali bi spremenili strategijo soočanja s težavami v tem trenutku in kaj bi na podlagi osebnih izkušenj svetovali nekemu, ki je v podobni situaciji.

5.3 Predstavitev vzorca

V svojo raziskavo sem vključila šest oseb (dva moška in štiri ženske), ki jim je bila diagnosticirana oblika depresije. Najprej sem imela nekoliko težav s pridobivanjem intervjuvancev, saj mnogo ljudi nerado govori o svojih psihičnih težavah. Tri intervjuvance sem našla v okviru svoje širše neformalne socialne mreže, preostale tri pa s pomočjo ene izmed poznanih intervjuvank, ki je bila za daljši čas hospitalizirana in je imela v svojem socialnem omrežju več ljudi s to diagnozo. Da bi zagotovila anonimnost, sem v nalogi spremenila njihova imena. Ker je bil edini pogoj za sodelovanje v intervjuju diagnoza katerekoli oblike depresije, navajam samo nekaj njihovih splošnih podatkov:

1. intervjuvanka: Ana, 31 let. Ana ima diagnosticirano klinično depresijo. Psihične stiske so se ji začele pojavljati že v otroštvu, ko je bila stara približno 10 let. Zdraviti se je začela pri 25. letih, vendar ni bila nikoli hospitalizirana.
2. intervjuvanec: Dejan, 30 let. Dejan ima diagnosticirano bipolarno motnjo (manično depresijo). Psihične težave so se mu pojavile pri 18. letih. Hospitaliziran je bil sedemkrat v Begunjah, od tega štirikrat zaradi odločitve in pobude staršev, trikrat po lastni volji.
3. intervjuvanka: Eva, 30 let. Diagnosticirano ima bipolarno motnjo (manično depresijo). Psihične težave so se ji v hujši obliki pojavile pri 22. letih, ko je bila tudi dalj časa hospitalizirana v Begunjah, in sicer na pobudo staršev.
4. intervjuvanec: Tim, 33 let. Diagnosticirano ima depresijo, iz katere izhajajo tudi panični napadi in socialna fobija. Težave občuti 3 leta, nikoli ni bil hospitaliziran.
5. intervjuvanka: Marija, 53 let. Ima diagnozo bipolarne motnje, psihične težave občuti 2 leti, bila je dvakrat hospitalizirana, enkrat v Idriji in enkrat v Begunjah.
6. intervjuvanka: Manca, 34 let. Ima diagnozo depresije s paničnimi napadi. Večje psihične težave so se ji začele pred petimi leti, v zadnjem letu pravi, da težav po uspešni medikalizaciji ne občuti več.

5.4 Predstavitev in interpretacija zbranih podatkov

5.4.1 Dejavniki, ki so ključni za razvoj duševnih stanj, ki jih klinika obravnava kot depresivne motnje

Simptomi depresije se pogosto razvijejo kot posledica določenih kritičnih življenjskih dogodkov ali travmatičnih izkušenj. Družbeni stresorji, ki najbolj pogosto vplivajo na psihološke težave, so socialno-ekonomska stratifikacija, izguba ljubljene osebe in nezmožnost posameznika, da bi dosegel svoje življenjske cilje. Živimo namreč v družbi, ki konstantno zahteva tekmovalnost z drugimi in preseganje svojih zmožnosti, ki pogosto vodijo v stanja anksioznosti.

Mnoge duševne težave izvirajo iz slabih družbenih odnosov, kar potrjujejo trije intervjuvanci, ki so eksplicitno navedli **dejavnike, povezane z intimnimi razmerji**:

»Tokrat sem se ravno razšla s fantom in kmalu za tem, sem šla k osebni zdravnici po napotnico za psihiatra... Meni se je takrat vse sesulo, ker sem bila ravno v tistem ranljivem momentu, ko sam sebi priznaš, da pač rabiš pomoč in sem se sesula.« (Ana, 31 let)

»Je bilo pa dostikrat tako, da se mi je vse nabralo, pa s punco sem šel narazen, okoliščine ki te podrejo pač.« (Dejan, 30 let)

»... en fant se je norčeval iz mene in že prejšnji me je izkoristil... Nisem imela nikogar, da bi se lahko res zanesla nanj. Doma so »itak« starši imeli svoje probleme pa že takrat sem čutila, da njun zakon ni v redu.« (Eva)

Žalost posameznika, ki je pričakovan odziv na posledico izgube ljubljene osebe ali ločitve staršev, je v psihiatrični diagnostiki mnogokrat opredeljena kot depresivna motnja, zaradi spregledanega razlikovanja dveh različnih pojmov. T.i. normalna žalost je namreč posledica okoljskih stresorjev, ki se navezujejo na različne oblike izgube v intimnih odnosih in se lahko razvije v depresivno »motnjo« v primeru, da posameznik kljub izboljšanju situacije, še vedno občuti žalost (Horwitz in Wakefield 2007).

Sodobno življenje človeku pogosto daje občutek o neskončnih možnostih in priložnostih in od njega zahteva konstanten napredek in dokazovanje, predvsem na delovnih mestih, kar pogosto vodi v masovno ekspanzijo razočaranja zaposlenih. Bistvo korporacij je težnja za dobičkom, ki za sabo potegne izkoriščanje delavcev, ki nemalokrat vodi v preobremenjenost in izgorelost. Trije intervjuvanci so eksplicitno navedli **dejavnike, ki so povezani s preobremenjenostjo v delovnem okolju**:

»Zunanji dejavniki so po navadi stres in to me je tudi "vrglo"... Bil sem konstantno pod stresom zaradi vseh stvari, ki so se mi takrat nabrale. Sploh v službi sem bil preobremenjen, nisem več »sfural« vsega. In potem se je začelo dogajati kar naenkrat, da nisem hotel vstati iz postelje, bal sem se »folka«, nisem upal več avta voziti, konec...« (Dejan)

»In potem še ta stres v službi, delo ponoči, odzivi gostov, ko so izgubili velike količine denarja, ko se spravijo nate, se derejo, udarjajo po mizi, te žalijo, kot da si ti kriv za njihovo nesrečo. Bilo je nešteto stresnih momentov v službi... Preveč je bilo tega. Nisem več normalno delal, izmišljeval sem si stvari, samo da mi ni bilo treba delat.« (Tim)

»Ko me je recimo šefica klicala, če bom prišla v službo, ko sem bila na bolniški, sem rekla, da ne morem, ker nisem bila sposobna prebrati enega stavka, ker je bila moja koncentracija na ničli. Niso imeli razumevanja, da res nisem bila zmožna delati. Šefica res nima razumevanja, ona ima rada samo mir in da je vse podelano, ostalo je ne zanima.« (Marija)

Tudi finančna stiska je ena izmed možnih negativnih okoliščin, ki lahko v posamezniku sproži podobne simptome kot depresija. Dve intervjuvanki sta izrazili **dejavnike, ki so povezani z materialnimi problemi:**

»Pač »lajf« se mi je odvijal totalno drugače, kot sem si želela, na vseh nivojih. Doma smo bili ves čas brez denarja... » (Eva, 30 let)

»Prvi mož je ves denar zapravil za igre na srečo...« (Marija, 53 let)

En intervjuvanec je izrazil **dejavnike, ki so povezani z osebnimi cilji oz. pričakovanji:**

»Vse skupaj se je začelo, ko mi ni šlo več dobro pri veslanju in sem bil primoran nehati ter začeti delati v casinoju. Nikoli si nisem predstavljal, da ne bom delal nekaj v zvezi s športom. To so bile moje sanje od otroštva. Potem sem pa zaživel življenje, ki je bilo v nasprotju z mojimi predstavami. Nočno življenje, kajenje, nič ukvarjanja s športom in tako naprej.« (Tim)

Eden izmed razlogov, da so ženske kot šibkejši del družbe bolj nagnjene k psihičnemu trpljenju, je patriarhalna družbena ureditev, ki pogosto vodi do različnih oblik nasilja nad predstavnicami ženskega spola. Marija je navedla **dejavnike, ki se navezujejo na patriarhalna razmerja:**

»Jaz sem bila krivec za vse najine težave, uradni krivec... Pa vidiš, da sploh nisi ti sam toliko kriv kot on, ki te je kaznoval z molkom in trmo in zmeraj govoril, da sem jaz kriva za vse. To je bilo v bistvu čustveno nasilje... Drugi mož je zlorabil hčerko. To je pa bil padeč, pri katerem sem se hotela obesiti. Uničil je mene in mojo hčerko... Hčerka je prijavila moža, da je hodil k njej spat, in potem je prišla policija in jaz sem bila totalno pod stresom.«

Glede na dejstvo, da so psihične težave pogosto družbene narave, jih ne moremo zreducirati samo na neke individualne interpretacije. Iz dejavnikov, ki so jih navedli intervjuvanci, je razvidno, da gre za družbeno genezo simptomov njihovih psihičnih težav.

5.4.2 Dejavniki, ki vplivajo na posameznika, da začne neko psihično stanje ali doživljanje zaznavati kot patološko in potrebno medicinske obravnave

Dva intervjuvanca (Tim in Manca) sta najprej mislila, da je vzrok njunih težav fizične in ne psihične narave. Tim je imel številne predsodke o ljudeh, ki so deležni zdravljenja zaradi psihičnih stisk, posebej tistih, ki so hospitalizirani. Menil je namreč, da so »norci« in da on ne sodi v njihovo kategorijo, zato je sam sebi pripisal diagnozo srčne aritmije in izključil možnost psihičnih vzrokov. Šel je na preiskave k nevrologu, vendar izvidi niso pokazali nobenih posebnosti. Ker se njegovo stanje dolgo časa ni izboljšalo in ko so sodelavci v službi opazili, da ima ponavljajoče se težave in mu predlagali psihiatra, je tovrstne težave še vedno zanikal, vendar je čez čas kljub temu obiskal psihiatrinjo. Šele po nekaj seansah pri njej je prvič občutil, da je njegovo stanje psihopatološko:

Ampak recimo to bitje srca sem najprej pripisoval temu, da sem bil včasih veslač in da gre za kak fizičen izvor. Mislil sem, da gre za srčno aritmijo. To je bila prva diagnoza, ki sem si jo sam postavil... Mislil sem si, da so ti ljudje prizadeti. Na tak način sem dojemal to stvar, sploh pa sem izključil možnost, da bi bila to psihična bolezen... Zame je bil psihiater za norce, ne pa pač zame... Ime Begunje je bilo zame nekaj, za kar sem mislil, da nikoli ne bom stopil tja... Meni je vse drugo hodilo po glavi, da imam raka na možganih, to ali ono... Imel sem občutek, da me res nekaj v grlu boli in podobno. V bistvu so mi pomagali sodelavci, ker so videli, da nekaj ni v redu z mano, da nisem več normalen. Sam si verjetno ne bi poiskal te pomoči, ker o tem nisem sploh razmišljal. Psihiater mi sploh ni prišel na pamet. Sam osebno sem še kar zanikal. Ne znam točno sploh opisati, če sem iskren. Mislil sem jim lagati še naprej, da je z mano vse v redu... Kasneje, po enem mesecu oziroma nekaj srečanjih pa sem spoznal, da je to bolezen. (Tim)

Tudi Manca je sprva mislila, da je vzrok fizične narave. Bolečino v prsih si je razlagala kot posledico intenzivnega kajenja cigaret. Ko je v službi doživela intenzivnejši panični napad, je šla k osebnemu zdravniku, kjer so opravili vse potrebne preiskave, in ker ni bilo nobenih posebnosti, je dobila napotnico za psihiatra. Takrat je prvič slutila, da so težave psihične narave, slutnjo pa ji je podprlo še mnenje moževe tete, ki je psihologinja:

Kmalu so pri zdravniku ugotovili, da z mano ni nič narobe in da gre najverjetneje za kaj v zvezi s psihičnimi težavami. Potem sem dobila napotnico za psihiatra. Prej sploh

nisem pomislila, da gre za to bolezen, ker o njej nisem kaj dosti vedela. Ko pa so po nekaj preiskavah izključili druge vzroke in sem dobila napotnico za psihiatra, sem prvič to povezala s psihičnimi težavami. In potem mi je tudi moževa teta (psihologinja), ko sem ji povedala, namignila, da je verjetno to, to, tako da sem že pred diagnozo nekako slutila.

Marija je svoje psihične težave pripisovala stresu, v katerem je bila zaradi zakonskih težav, in je sprva mislila, da bodo izzvenele, ko se bo situacija doma izboljšala. Po suicidalnih nagnjenih, ki jih prej ni imela, in po informacijah, ki jih je dobila na internetu, ko je sama iskala možne rešitve za svoje težave, je prvič pomislila, da je njeno stanje lahko bolezensko:

Imela sem v bistvu premalo spanca, ampak sem bila hiperaktivna. In sem mislila, da če bom uredila težave z možem, da se bo to umirilo, nisem bila tako pozorna nase, bolj na to, da rešim družino. In potem, ko enkrat ni šlo, sem se tudi jaz sesedla, takrat se je pa meni to začelo dogajati. Zgodilo se je na začetku junija, ko sem se hotela obesiti, vedela sem, da tako razmišljanje ni moja praksa, veliko sem o tem prebrala tudi na internetu, ko sem iskala rešitve in sem vedela, da to ni več normalno. Ampak takrat tega nisem upala povedati zdravniku, ker me je bilo sram. Samo to sem mu rekla, da ne morem zaspati in da rabim tablete za spat. Ker se tudi po uspavalnih tabletih situacija ni spremenila, sem se zavedala, da ne bo minilo samo po sebi, da potrebujem strokovno pomoč. No, po enem mescu pa ni šlo več, sem pa šla enostavno v Idrijo na zdravljenje...

Dejan je svoje stanje začel obravnavati kot patološko šele po dani diagnozi: »Ja, šele, ko mi je psihiater povedal za diagnozo, nisem tega pričakoval. Vedel sem sicer veliko let, da stvari, ki jih doživljam, niso ravno povprečne, ker mi nikoli ni o tem nihče govoril. Moraš vedeti, da se včasih ni toliko govorilo o tem, kot se danes.« (Dejan)

Tudi Eva je prvič pomislila, da je njeno stanje bolezensko šele po sporočeni diagnozi bipolarni motnje, vendar si kljub temu svojih psihičnih težav ne razlaga kot nekaj, kar bi bilo patološko, ampak večji pomen daje vzrokom, ki so jo pripeljali do psihičnih stisk, saj bi jo sprejemanje stanja kot bolezenskega oviralo pri njenem napredku: »Ja, definitivno. Ko mi je povedala za diagnozo, pred tem nisem ravno pomislila, da je bolezen, ampak, da to niso dobri znaki in da tega ne želim več izkušati. Sama se vedno skušam izogniti nalepki »bolezen« in zmeraj skušam razumeti razloge, ki pripeljejo do določenih stanj ipd. Bolezen se mi zdi nekaj končno omejujočega, zato si poskušam stvari razložiti drugače.«

Ana je svoje težave občutila že v otroštvu, skozi fazo odraščanja pa je veliko prebirala o depresiji in čutila, da se njene težave navezujejo na patologijo, kar ji je kasneje potrdila diagnoza: »Ne vem, če je bil to trenutek nenadnega zavedanja, prihajalo je postopoma, ko sem odraščala, prebirala o raznoraznih stvareh, tudi o depresiji in naposled povezala, da je morda to, to, kar se z mano dogaja. Ker sem dosti brala o depresiji, in mi je bilo kar jasno, kaj se dogaja. Ampak skušaš nekako racionalizirati, dokler ti nekdo od zunaj ne pove, da je to bolezen, čeprav globoko v sebi veš.«

5.4.3 Dejavniki, ki so vplivali na iskanje strokovne pomoči

Ana se je v fazi odraščanja ob svojih psihičnih stiskah ves čas obračala na mamo in ker so z leti težave postajale vedno bolj intenzivne, ji mama ni znala več pomagati, zato ji je večkrat svetovala, naj poišče strokovno pomoč. Ana si je njen nasvet sprva razlagala kot mamino izgubo interesa za poslušanje njenih težav, vendar je čez čas spoznala, da je bil njen nasvet dobronameren in tudi sama začutila, da potrebuje mnenje strokovnjaka, saj je njena stiska postala prehuda:

Je prišel en moment, recimo teh 6 let nazaj, ko mi mama ni več dajala nasvetov, ni me več skušala potolažiti, ampak me je samo prekinila in rekla: » Ana, ti si moraš poiskati pomoč« ... In to se je zgodilo večkrat in mene je to »ful« prizadelo, kot da mi postavlja nek zid, v smislu kot da se ji ne da z mano o tem pogovarjati. Ampak potem, ko sem razčistila sama pri sebi, sem dojela, da sem v bistvu rabila, da me nekdo postavi pač pred neko dejstvo. Ker ona mi ni mogla več pomagati in še njo sem nekako 'dol tlačila' s tem, ko sem dajala te stvari ven, nanjo v bistvu, ne vem kako bi rekla. Pač ni mogla »shendlat« vsega tega. No in potem, ko sem vedela, da tako ne bo šlo več naprej in da je treba nekaj narediti, je trajalo »sigurno« kako leto ali celo dve, preden sem dejansko stisnila zobe in šla po napotnico.

Tim se je za obisk psihiatra odločil po predlogih sodelavcev, ki so sčasoma opazili, da v službi ne funkcionira več tako kot prej. Prvi obisk mu je organizirala sodelavka, ki je imela podobne težave kot on: »Opazovali so me pol leta, saj nisem mogel več normalno delati. Imel sem tudi sodelavko, ki je imela tako izkušnjo in je takoj prepoznala mojo težavo. Nato so se pripravljali kar nekaj časa, kako mi bodo to povedali in me pripravili do tega, da bom res hotel iti do psihiatra. Vse mi je ona uredila. Kdaj se bom dobil«.

Lamovčeva opozarja, da je proces hospitalizacije pogosto vezan na akterje iz posameznikove neposredne okolice (družina, sosedge, sodelavci...), ki opazijo njegovo nenavadno vedenje, ki presega njihovo mejo tolerance. Hospitalizacija je pogosto prisilna oziroma povedano v milejši obliki, posameznika pridržijo brez njegove privolitve (1998, 27). Tovrsten proces hospitalizacije je izkusil tudi eden izmed intervjuvancev, ob katerem se je počutil izdanega:

Ne, mene so takrat odpeljali starši. Gremo na izlet varianta... Starši so rekli, da hočejo, da jaz ostanem tam, ne jaz sam. Pa takrat jim zameriš, totalno, misliš, da so te izdali, najslabši so, čeprav potem vidiš, da ja, ane. Pri meni ni bila problem depresija. Ker te nobeden ne opazi, ker ne obstajaš. Problem je bil, ko je mene, ker imam bipolarno motnjo, iz »depre« vrglo v manijo. Ko sem iz tega podna, v katerem sem bil, lezel ven, ven, ven, ven... Potem sem šel pa preveč ven, preveč na dobro. Potem je pa preveč energije in se ti dogaja. In takrat so začeli opazati, da z mano pa nekaj ni v redu, ker ti govoriš, toliko energije imaš, da je noro. In takrat te »folk« ne more več dojemati, takrat oni vidijo v tebi problem. (Dejan)

Po prisilni hospitalizaciji strokovnjak z vprašanji, ki se hospitaliziranemu zdijo irelevantna, skuša v okviru formalnega postopka samo potrditi dejstva, ki so jih navedli tisti, ki so predlagali njegovo pridržanje (Lamovec 1998, 28). To potrjuje tudi Dejanova izkušnja, saj psihiater ni imel posluha za njegove obrazložitve, ampak se je osredotočil pretežno na to, kar so povedali starši. Implicitno navaja občutek degradacije: »Edino, kar mi je bilo najbolj neprijetno je, da me sploh ni poslušal. Ti mene ne poznaš, tebi so starši zdaj povedali nekaj najhujšega, kar je. Ti mu lahko tam razlagaš sto stvari, osredotočen je pa bolj na starše, ker on bo njih zadovoljil. Tebe vprašanje koliko. Ker ti si tam pacient.«

Tudi Eva je šla na prvo strokovno obravnavo na pobudo matere in tudi ona se je soočila z občutkom izdaje: »Tako je bilo: »Morava nekaj narediti, a greva k zdravnici?« In pač, ker sem bila vsa nemočna, »brezvezna«, »viseča«, sem samo rekla: »Ja, ok.«... Ampak po eni strani s tem, da me je peljala k zdravnici in da sem dobila to diagnozo, sem dobila nek občutek izdaje. In da se ljudem ni ljubilo potruditi do te mere, da bi me razumeli. Bilo je v smislu: »Tukaj jo imate, ubadajte se z njo, mi ne vemo več, kaj bi naredili.«

Po navedbah intervjuvancev sem ugotovila, da je bil ključni dejavnik za prvi obisk strokovnjaka pri večini intervjuvancev neposredna okolica, saj so se štirje intervjuvanci za prvi pregled odločili na pobudo svojcev oziroma sodelavcev, eden izmed njih je bil hospitaliziran prisilno. Dve intervjuvanki pa sta se za obisk strokovnjaka odločili popolnoma

samoniciativno, kot dejavnik sta eksplicitno navedli prehudo stisko in nezmožnost normalnega funkcioniranja v vsakdanjem življenju: »Ker se tudi po uspavalnih tabletah situacija ni spremenila, sem se zavedala, da ne bo minilo samo po sebi, da potrebujem strokovno pomoč. No, po enem mesecu pa ni šlo več, sem pa šla enostavno v Idrijo na zdravljenje.« (Marija)

5.4.4 Posameznikova percepcija diagnoze

Ugotovila sem, da so intervjuvanci različno doživljali soočenje s svojo diagnozo. Štirje intervjuvanci so svojo diagnozo sprejeli kot neko obliko olajšanja, kjer so eksplicitno navajali različne pozitivne aspekte. Dvema intervjuvancema pa je etiketa diagnoze pomenila breme, ki sta ga težko sprejela in se naučila z njim živeti.

Za Ano je diagnoza pomenila veliko olajšanje, saj so bile njene težave v tem trenutku končno identificirane, kar je za njo pomenilo, da se z njimi lahko sooči in jih rešuje s pomočjo strokovnjaka: »Vedela sem, da ne morem sama naprej in sem čutila neko olajšanje, ker je ta moj demon, recimo temu, ki me je spremljal od otroštva, dobil neko formalno, potrjeno ime, neko identiteto. Ni bil več to nek strah v moji glavi, nekaj, kar bi si izmišljevala, ampak je bilo to nekaj resničnega. In me je to na nek način osvobodilo. Ker če je to definirano, potem se lahko proti temu borim.«

Tudi Tim je ob diagnozi občutil olajšanje, saj se je na ta način začel spopadati s svojimi težavami, ki si jih prej ni znal obrazložiti. Diagnoza mu je dala možnost, da je z nekom diskutiral o svoji preteklosti, znebil se je strahu, da ima neko hujšo obliko fizične bolezni, obenem pa se je znebil predsodkov, ki jih je pred tem gojil do ljudi s psihičnimi stiskami:

Bilo je veliko olajšanje. Zato, ker prej sem ves čas iskal nekaj. Kaj, zakaj, kaj je narobe z menoj. Kot sem omenil že prej, ali imam mogoče raka v možganih in podobno... Uspelo ji je razkriti mojo podzavest in vse, kar je bilo nekje potlačeno, mi je pomagala spraviti na dan... Drugače sprejemam stvari, ljudi okoli sebi vidim drugače, kot sem jih, ker sem videl, da ima veliko ljudi psihične probleme, kar tega v preteklosti nisem videl in sem jih jemal kot slabiče, poniževalno. Sedaj gledam na to povsem drugače.

Mariji je diagnoza pripomogla k temu, da je začela sebe postavljati na prvo mesto, zapustila moža, ki naj bi ji sprožil psihične težave, in si začela graditi novo, bolj umirjeno življenje: »Prvič mi je pomagala, da sem se začela postavljati zase, drugič sem šla stran od moža, kar je bil tudi velik plus, ker sem rešila sebe in hčerko, ker potem smo začeli odpravljati vzroke in na novo graditi. Ker sem si rekla, da sedaj bo pa na prvem mestu moje zdravje in moja glava, da bo hčerka tudi mene imela in da gremo naprej.«

Tudi Maja je diagnozo sprejela pozitivno, saj je začela bolj odprto diskutirati o svojih težavah, obenem pa je čutila olajšanje, da so bili izključeni fizični vzroki bolezni: »Po eni strani sem čutila olajšanje, da ni kaj hujšega, da mi niso odkrili recimo raka ali kakšno hudo bolezen. Ni mi bilo tako grozno. V tem času, ko sem se s tem spopadala sem postala bolj komunikativna, odprta, da več stvari povem in zaupam, ker sem bila pred diagnozo bolj zaprte narave. Skratka, pozitivno.«

Za Dejana in Evo je soočenje z diagnozo bipolarnе motnje pomenilo veliko breme, ker nista pričakovala, da bodo njune težave definirane kot bolezenske. Obema je bilo lažje, preden sta vedela za svojo diagnozo: »Psihiater je rekel, da misli, da gre za bipolarno motnjo. Takrat sem kar malo v šok padel. Nisem vedel, ane. Prav »uno«: Aja? A to se je meni zgodilo zdaj, to jaz imam? Potem pa traja kar en lep čas, da to dojameš, da se navadiš s tem živet. Breme. Nočna mora!... Prej je bilo boljše, seveda. Tukaj si zaznamovan za vedno. Seveda je sedaj težje, ampak moraš znat živeti s tem.« (Dejan)

Eva ima po diagnozi tudi manjše samozaupanje in slabšo samopodobo, saj ji je etiketa diagnoze dala občutek, da njeno razmišljanje in percepcija sveta nista pravilna:

Neko breme, definitivno. Pa še sedaj sem precej »nesigurna« zaradi tega. Sem bolj obzirna do drugih, na nekem nivoju, zaradi te izkušnje. Prva stvar je, da podvomim vase in ne v drugega, recimo. Se mi zdi, da se je od takrat povečala moja »nesigurnost« vase. Ker dobiš še večjo potrditev od zunaj, da to, kar misliš ti, ni prav. Da si vse domišljaš. Verjetno je od posameznika odvisno, ampak po eni strani ti lahko da vedeti, da je s tabo nekaj narobe. Po drugi strani pa, če že tako nimaš nekega konstruktivnega mnenja o sebi, je lahko tudi škodljivo. Težko se je otresti pogleda nase skozi ta filter, se mi zdi.

Glede na kritiko britanskih kliničnih psihologov, ki so predlagali opustitev diagnoz, saj naj bi odvrčale osredotočenje na posameznikove dejanske težave, me je zanimalo, kako

posamezniki gledajo na njihovo idejo. Štirje intervjuvanci se strinjajo, da bi bilo bolje opustiti diagnoze in da bi bilo bolje samo govoriti o specifičnih težavah, kar vsak argumentira na svojevrsten način, dve intervjuvanki pa sta mnenja, da je pomembno oboje, tako diagnoza, na podlagi katerih se lahko predpiše ustrezna medikamentozna terapija, kot pogovor o težavah, ker ima vsak posameznik svojevrstno ozadje psihičnih stisk.

Ljudje, ki jim je etiketirana psihična diagnoza, so pogosto stigmatizirani, na kar eksplicitno opozori tudi Ana. Meni, da je zanjo pomembna tako diagnoza kot pogovor o težavah:

Meni osebno je recimo neka fiksna diagnoza pomagala oziroma je dobila nek obraz, neko ime, s katerim sem se lahko spopadala. Ampak verjetno marsikomu, ki se s tem težje spopada, s tem, da ima neko diagnozo, bi mogoče prišlo bolj prav, da ni v tem smislu: »S tabo je pa nekaj narobe«. Ampak bolj v smislu: »Aha, imaš to težavo in to težavo...«. In sigurno, če ne bi bilo fiksnih diagnoz, tudi take stigmatizacije s strani družbe ne bi bilo. Govoriti je sigurno treba o svojih težavah. Ne glede na izvor, je to nekaj, kar vpliva na tvoje življenje. Tako psihično kot vsakdanje, tako, da je pogovor absolutno potreben. Ne predstavljam si, da bi nekomu samo postavili diagnozo, ga »našopali« s tableti in poslali domov. Treba je vsaj spremljati potek zdravljenja. (Ana)

Pogostokrat se zgodi, da psihiatri posamezniku na podlagi nekaj simptomov določijo napačno diagnozo, kar vodi tudi do napačne tehnike zdravljenja, na kar je opozoril tudi Dejan:

Seveda, boljše bi bilo, da bi se o težavah pogovarjali. Veliko boljše... Tukaj pri nas je to zgrešeno, saj pravim. Psihoterapevta bi moral vsak dobiti, ne psihiatra, ki ti predpiše zdravila pa to, ampak psihoterapevta. On (psihiater) je tam, da piše zdravila, ne da ti prav preveč kaj razlaga. Našteje ti par simptomov bipolarnе motnje in reče: »To, je to«... Ne poslušajo te niti, da bi jim povedal, kaj je tebi to povzročilo. Tolikokrat sem že videl, da so postavili napačno diagnozo samo glede na simptome. Dostikrat se potem uštejejo pri zdravilih in potem ljudi »odpelje«. (Dejan)

Eva je eksplicitno izrazila, da ji etiketa diagnoze daje občutek, da je potrebna nenehnih popravkov in da je zanjo bolje samo govoriti o svojih težavah:

Sigurno je boljše govoriti o stvareh, ki se ti dogajajo. Ampak mislim, da ni za vse ljudi enako. Kakšen človek »rabi«, bolje funkcionira s tega kvantitativnega principa, da rabi konkretno diagnozo in to mu da občutek olajšanja. Jaz pa »rabim« bolj procese v življenju in principe. »Rabim« občutek neke vrednosti, ne občutka, da sem potrebna

nekega konstantnega popravljanja. Poznam kar nekaj ljudi, ki se poslužujejo psihoterapevtskih metod, ampak nikoli niso dobili nobene diagnoze. Ampak še vseeno vedo sami zase, da »rabijo« hodit tja, da jim to pomaga.

Depresija je lahko posledica številnih, med seboj prepletajočih se dejavnikov, zato je nemogoče vse posameznike na podlagi diagnoze razvrstiti v isto kategorijo in zdraviti po istem postopku, kar eksplicitno izrazi tudi Marija: »Kar sem jaz spremljala sebe ali koga drugega recimo, ima depresija sto obrazov, kar smo se z ženskami tam pogovarjale med sabo. Že določiš neko diagnozo, ampak s to diagnozo ne moreš vseh v isti »žakelj metat«, ker ima vsak neko svojo zgodbo, svoja ozadja. Čeprav mislim, da neko diagnozo moraš dobiti že zaradi samih zdravil, samo, saj pravim, vzrokov je veliko.«

Manca tako kot Marija meni, da verjetno ne bi bilo take ekspanzije psihičnih težav, če bi se o njih več pogovarjali. Problem vidi v slabi dostopnosti psihoterapevtskih storitev: »Zdi se mi, da ena diagnoza mora biti postavljena, prav je, da te dajo skozi vse te preiskave. Sicer je pa danes toliko teh psihičnih in depresivnih stanj, ki jih ima skoraj že vsak tretji. Če ne bi bilo samoplačniško, bi bilo verjetno drugače, ker si vsak tega ne more privoščiti. Ker to, konec koncev, najbolj pomaga, najlažje se nekomu izpoveš, ki ti je tuj, kot pa nekomu, ki ga poznaš in imaš vseeno malo zadržkov.« (Manca)

Trije intervjuvanci so eksplicitno problematizirali tudi stigmatizacijo, ki jo prinaša etiketa diagnoze: »Na začetku sem se »ful« obremenjeval, kaj si drugi mislijo, to te uniči in imaš blokado v glavi. Ostali začnejo govoriti "norišnica", nekako te zaznamujejo.« (Dejan)

Eva je navedla, da se zaradi stigme, ki ji jo je prinesla diagnoza, ni upala postaviti za pacientko, ki so jo medicinski tehniki žalili, ker njenega mnenja vodstvo ne bi smatralo kot resnično: »So bili pa tudi tehniki, ki so se iz ene punce prav norčevali. In takrat sem bila tako jezna, želela sem to izpostaviti vodstvu, ampak sem vedela, da moje mnenje ne bo sprejeto kot resnično, ker sem bila »itak« že označena za nefunkcionalno in vse, kar spada k temu.«

Tudi Ana je izrazila, napačno percepcijo okolice o psihičnih stiskah ljudi:

Ta stigmatizacija je absolutno zelo velik problem. Mene recimo zelo prizadene, ko ima kdo kako tako izjavo, v smislu: »Oh, ti »depresivci«, spravite se že skupaj enkrat!« In take podobne stvari. Tudi med svojimi prijatelji sem naletela na tak odziv, v smislu, da naj ne »jamram«. Da je vsem težko v življenju in da niso na tabletah zaradi tega. Depresivne ljudi pogosto označujejo kot sebičneže, egocentrike, da namesto, da bi se

ukvarjali z drugimi stvarmi, se ukvarjajo samo sami s sabo, zapletajo v svoje misli, iščejo pozornost in tako naprej. In da je vse to samo v glavi in da če bi se malo več ukvarjali s športom, bi bili vsi zdravi. (Ana)

5.4.5 Kako je raba psihofarmakoloških sredstev povezana z dostopnostjo psihoterapije?

V analizi odgovorov intervjuvancev sem ugotovila, da zdravljenje psihičnih težav pri nas primarno poteka s predpisovanjem receptov za zdravila. Vsi intervjuvanci so povedali, da jim je bila postavljena diagnoza že ob prvem pregledu, prav tako so vsi takoj prejeli zdravila: »Ja, ja, takoj. Ker me je tudi takoj dala na zdravila, jaz sem še isti dan šla domov z zdravili. Rekla je, da zglada kot neka tipična depresivna epizoda, klinična depresija pač, in da misli, da je najbolje, da poskusiva s kakim zdravilom.« (Ana)

Poleg terapije z zdravili je Ani psihiatrinja po nekaj srečanjih priporočila tudi psihoterapijo. Njena izjava potrjuje problematiko pomanjkanja psihoterapevtov, nesistemskih informacij o psihoterapevtskih storitvah in slabo integracijo v javnem zdravstvu: »Ja, rekla mi je, da bi bilo dobro, da bi hodila na psihoterapijo, ampak ker sva izrabili vse opcije, da me ona k nekemu pošlje, je potem rekla, da so vsi, za katere ve, da imajo proste termine, da so za plačat. Ampak tako iskreno, jaz niti nisem vedela takrat, na koga se obrnit, kje najti nekoga, ki to počne. Ker mi tudi ona ni dala takega kontakta, ampak samo svetovala, naj poiščem nekaj takega.«

Izmed vseh intervjuvancev ima samo Manca izkušnje s psihoterapevtskimi storitvami, ki se jih je udeležila samoplačniško, po nasvetu psihiatrinje, ki ji je povedala, da pri njej ne more dobiti pogovornih terapij, saj jih v bolnišnici ne nudijo, lahko pa ji predpiše zdravila: »Kmalu po diagnozi mi je tudi priporočila nadaljnje zdravljenje s psihoterapijo. Da v bistvu z njo ne bom reševala teh težav, ampak mi bo predpisovala samo zdravila... Takoj mi je povedala, da tega ni. Da v Begunjah ni psihoterapevtov, ampak samo psihiatri, ki ti predpišejo, kakšno dozo zdravil boš dobil, in spremljajo vse skupaj na podlagi zdravil.«

Dejan, ki se zaradi diagnosticirane bipolarne motnje zdravi že 11 let, je povedal, da je v bolnišnici izrazil željo, da bi se s kom pogovoril, ker bi rad poiskal vzrok svojih dolgoletnih psihičnih stisk, vendar mu tega niso omogočili. Svetovali so mu spanec in mu dali novo

količino zdravil. Ker so cene samoplačniških psihoterapij visoke, si jih sam ne more privoščiti:

Jaz sem enkrat prosil, da mi dajo psihoterapevta, da sploh vidim, kaj mi je, kaj je povod za to, kar se mi dogaja, pač enega strokovnjaka za to, ki bo imel čas zame. Veš kaj so mi rekli? Da to opravljajo zdravniki po službi, doma. In da stane okrog sto evrov. Ko sem vprašal, če tam lahko dobim, sem dobil negativen odgovor. Potem smo zaključili s tem... Ne vem, okrog 500 evrov stane ta moja injekcija, ki jo dobim vsak mesec, ne vem koliko že stane en bolnišnični dan in oni meni ne morejo omogočiti psihoterapevta, da bi jaz mogoče ugotovil, zakaj imam to, kaj to je, a razumeš?... Kako naj dam sto evrov za en obisk? En obisk mi ne bo pomagal. Rabil bi vsaj deset obiskov, kar pomeni tisoč evrov. Kako boš?... Svetovali so mi spanec, ampak te tako ali tako »nafilajo« s tableti, da spiš nenormalno. Dobil sem celo pest tablet in sem spal po 16 ur na dan, a veš kaj mislim?

Eva je po hospitalizaciji obiskovala dve psihiatrinji, ki pa ji nista izboljšali stanja, saj je zdravljenje večinoma potekalo s preskripcijo receptov. Ne verjame v učinek antidepressivov, zato jih ne jemlje več in si je sama poiskala psihiatra, ki bolj ustreza njenim nazorom. Psihiater ima koncesijo in terminsko in časovno omejitvev. Ker tako redka srečanja ne zadostujejo njenim potrebam po pogovoru, ji je predlagal, da si poišče psihoterapevta, ki pa si ga zaradi cene njegovih storitev ne more privoščiti:

In ona mi je seveda spet neke antidepressive predpisala, ki so bili tako »the last thing that I need«. Niti ne verjamem, da mi to sploh lahko pomaga. Če verjameš, da ti bo pomagalo, da te nekdo posluša. Tablet me ne bo poslušal, to je moja percepcija tega... Potem sem sama poiskala nekega psihiatra, ko se mi je stanje spet poslabšalo. On ima neke bolj ideološke, meni podobne nazore in sem upala, da me bo tudi bolj razumel. Vendar ga več kot enkrat na mesec ne morem obiskati, pa še to me skuša na psihoterapijo preusmerit, ki stane od 70 do 80 evrov na obisk, kar je pa »too much«.

Samo eden izmed vseh intervjuvancev je v celoti zadovoljen s potekom zdravljenja, saj mu je psihiatrinja na voljo kadarkoli. Njegovo zdravljenje namreč ne vključuje samo zdravil, ampak mu psihiatrinja nudi tudi obsežne pogovorne terapije. Da je bil deležen bolj celostne obravnave in se izognil dolgim čakalnim vrstam za psihiatrično obravnavo, ki so značilna problematika našega javnega zdravstva, so mu pripomogla poznanstva preko osebnih socialnih mrež:

V bistvu je bilo to vse po njenem delavniku in kadar je imela pavzo, se je ukvarjala z mano. Tako, da nisem imel določenega roka, kdaj moram priti. Bila mi je na voljo 24 ur na dan. Kadarkoli sem jo lahko poklical, kar mi daje tudi nekakšno varnost.... Mislil sem, da bo to kratek pogovor in da bom dobil tablete. Povsem nasprotno mojim pričakovanjem. Ne vem, kako je v realnem svetu, če moraš priti z napotnico in čakati, saj mislim, da je dolga čakalna doba. Osebno sem dobil preko vrste, pod nujno, saj je bila od prijatelja tašča psihiatrinja in me je zato hitro vzela. Ne vem pa, kako gre s temi napotnicami in temi stvarmi, ampak imel sem srečo. Vem pa, da mi je za redni rok rekla, da bi prišel na vrsto šele čez pol leta.

Ena izmed problematik zdravljenja v javnem zdravstvu pri nas je tudi pomanjkanje časa zdravnikov, kar definitivno vpliva na samo kvaliteto in tudi trajanje zdravljenja posameznika. Vsi trije intervjuvanci, ki so bili hospitalizirani (Eva, Dejan in Marija), so povedali, da so si psihiatri v bolnišnici vzeli premalo časa za pogovor o njihovih specifičnih težavah:

Ni pa, da bi imel psihoterapevta vsaj 10 minut na dan, a veš. Vsaj pet minut na dan. Ga ni. CT glave, odvzem krvi, tak »blesav« postopek. Tam si notri, s petnajstimi v istem »štuku«. Na dan imaš pa 10 minut pogovora, če ga imaš 10, prej 5, s psihiatrom, ane. Ki pa itak samo gleda, koliko boš imel izhoda, ali ti bo povečal dozo zdravil ali ti jo bo pomanjšal. Ni zdaj tak proces, da bi se ti pogovarjal o tem, kaj je. Nekako bi bilo isto, če bi pogledal tvoj videoposnetek, kaj ti delaš tam. (Dejan)

Marija je poleg pomanjkanja časa psihiatrov izrazila tudi problem pomanjkanja zasebnosti oziroma intimnega prostora, kjer bi lahko varno izrazila svojo osebno stisko, saj so bile terapije v času hospitalizacije skupinske: »Mislim, da zdravniku zmanjka časa za vse paciente, da bi se bolj poglobil. Noben se ti ni osebno posvetil, ampak smo imeli tiste skupinske terapije. Tako, da ti ni ravno prijetno pred drugimi govoriti o takih situacijah... Ni bilo tisto, kar sem jaz pričakovala, ni bilo nobenega pogovora z zdravnikom za moje direktne težave«. Povedala je tudi, da nima izkušenj s psihoterapijo in da ji manjka komunikacije z nekom, ker ima pogovor s psihiatrom samo enkrat na tri mesece, sama zdravila pa ji ne pomagajo dovolj, zato si je samoiniciativno poiskala dodatno pomoč v zdravstvenem domu z brezplačnimi tehnikami sproščanja: »Ja, šla sem v zdravstveni dom na tehnike sproščanja, kjer so me naučili, kako sprostiš svojo stisko, to mi je zelo pomagalo. Mislim, da tablet ne prime, če ni odpravljen vzrok, vsaj pri meni je tako.«

V teoretičnem delu, sem navedla kritiko britanskih kliničnih psihologov, ki opozarjajo, da je postopek zdravljenja in položaj ljudi s psihičnimi težavami preveč odvisen od mnenja strokovnjakov, kar nazorno prikazuje Anina izkušnja, ko je s psihologinjo želela govoriti o svojih osebnih težavah in želela izraziti svoje potrebe. Obenem je razvidno, da je zdravljenje z zdravili primarnega pomena:

Vsiljevala mi je tudi avtogeni trening. V bistvu mi sploh ni hotela nikoli prisluhniti, da bi videla, kaj je v bistvu zame najboljše. Imela je neko fiksno idejo, kako naj bi terapija potekala in ni odstopala od tega. Jaz sem čutila, da moram neke stvari razrešiti skozi pogovor, ne pa samo z nekimi tehnikami sproščanja. To sem povedala tudi svoji psihiatrinji in je rekla, da ne ve, koga naj mi priporoči in da če ne želim hoditi na to terapijo, da ni problem in da lahko nadaljujema samo s tableti.

Ana potrjuje, da predpisovanje zdravil ni samo vsakodnevna praksa psihiatrov, ampak tudi splošnih zdravnikov, ki niso specializirani za psihične težave: »Zdi se mi, da jih zdravniki preveč na hitro in preveč na lahko predpišejo. Posebej se mi zdi sporno to, da ti antidepressive lahko predpiše kar osebni zdravnik. Ker zdravnik splošne medicine ni psihiater in antidepressiv je resna stvar, ni to nek Aspirin. Se mi zdi, da to ne bi smelo biti tako lahko dostopno, da ti greš k zdravniku, malo »pojamaš« in že dobiš antidepressive.«

Tudi Anže implicitno navede svoje mišljenje o masovni preskripciji zdravil v današnjih časih, za vse vrste psihičnih težav: »Dostikrat se mi zdi, da čisto za vsak problem lahko dobiš tableto. Kot računalnik, kjer zbrišeš programe in potem naložiš tisto, kar boš potreboval.«

V navedenih izjavah intervjuvancev je razvidno, da zdravljenje depresivnih stisk pri nas primarno poteka v farmakološki obliki, zdravljenje s psihoterapijo pa je sekundarnega pomena, pa še to pretežno samoiniciativno in na lastne stroške, saj jim javno zdravstvo tovrstnih oblik zdravljenja ne omogoča. Pet intervjuvancev je v pogovoru večkrat opozorilo na pomanjkanje pogovora, pomanjkanje časa strokovnjakov, nekoga, ki bi v sklopu pogovora skušal odkriti ozadje oziroma vzrok njihovih psihičnih stisk. Večina si psihoterapij, ki so pri nas samoplačniške, žal ne more zagotoviti, tako, da jim ne preostane drugega, kot verjeti in upati, da bodo zdravila ublažila njihove težave. Da je psihoterapija dokaj premalo razširjena, vendar pomembna oblika zdravljenja psihičnih stisk, lahko potrdi tudi Manca, ki se ji je stanje po psihoterapevtskih seansah toliko izboljšalo, da že eno leto ne občuti več psihičnih težav, s katerimi se je prej spopadala štiri leta, prav tako ne jemlje več zdravil:

Če bi jaz že takrat vedela, da se da pozdraviti to samo s psihoterapijo, ki jo takrat še nisem poznala, nisem vedela o tem nič, bi se odločila najprej za psihoterapijo in ne za tablete. Kasneje, če mi to res ne bi pomagalo, bi šla pa na tablete. Ampak, takrat mi to ni bilo znano in vse, kar mi je bilo važno, je bilo, da se pozdravim. Zelo mi je odleglo, ko sem takrat dala vse iz sebe, vse kar me je v preteklosti morilo. Edini problem je, da so samoplačniške in si marsikdo tega ne more privoščiti... Res je tudi, da ne pomaga, da obiščeš eno terapijo, sama sem jih imela 12, potem sem jo prekinila. Šele potem vidiš, da je napredek. Sedaj moram potrpati, da je eno leto v redu, če pa recimo ne bi bilo, bi se pa odločila za nadaljnje obiske terapij.

6 SKLEP

Na prvo teoretsko vprašanje, kjer me je zanimalo, kakšno vlogo ima fenomen patologizacije duševnih stanj pri ohranjanju družbenega reda oziroma razmerij moči, odgovarjam s pomočjo teoretske literature v okviru patologizacije in medikalizacije psihičnih stanj, kjer je predvsem iz Canguilhemovih in Foucaultevih tez očitno, da se v sodobnih družbah patologizirajo vse oblike človeških stanj in vedenj, ki so označena kot družbeno nezaželena. Družbeni red se ohranja tako, da se posameznika, ki od družbenih norm odstopa, proglasi za patološkega in marginalizira. Procesi segregacije ljudi, ki se soočajo s psihičnimi stiskami, in vse refleksije, ki govorijo o tem, potrjujejo, da se patologizira nekaj, kar je del običajnih, vsakodnevnih reakcij. To samo po sebi utrjuje in ustvarja družbena razmerja, znotraj katerih so na obrobju in izpostavljeni različnim oblikam terapevtskih praks tisti, ki niso zadosti »uporabni«. Z ozirom na Foucaulta je uporabnost nek motiv oziroma imperativ, ki vodi te prakse patologizacije. Kdor ne zadošča družbenim idealom, je znotraj terapevtske kulture proglašen kot »nevrotičen«, »nenormalen« in »nezdrav«, skratka potreben specifičnih korekcij duševnosti, da bo dosegel samoizpolnitev, ki mu bo omogočila oznako mentalno zdravega človeka, ki bo s svojo izpopolnjeno uporabnostjo čim bolj doprinesel k človeškemu kapitalu.

Za sodobno družbo so značilne kompleksne in spremenljive oblike medčloveških interakcij, razredne hierarhije, ki ocenjujejo in določajo vrednost posameznika, ter večja mobilnost prebivalstva, ki žalujočim lahko otežuje materialno in emocionalno podporo bližnjega sorodstva, ekspanzija množičnih medijev, ki nas na vsakem koraku bombardirajo z reprezentacijo lepote, bogastva, slave, uspeha in idealov, ki so marsikomu nedosegljivi (Horwitz in Wakefield 2007, 51-52). Vsi ti družbeni dejavniki pogosto v sodobnem človeku sproducirajo različne oblike psihičnih stisk, zato njihovih vzrokov ne bi smeli iskati samo v posamezniku, ampak vsekakor tudi znotraj širšega družbenega konteksta.

Psihiatrična diagnostika s patologizacijo vsakdanjih težav posameznikov, sistemsko klasifikacijo širokega vzorca behavioralnih oblik in občutij, ki vodi v vse daljši seznam duševnih motenj, regulira njihova osebna življenja in tako ohranja družbeni nadzor. Mnoge odzive ljudi na kaotične razmere tega sveta se obravnava kot stanja, ki so potrebna psihiatrične obravnave, obenem pa se pozablja, da so del družbenih problemov, zato bi bile potrebne radikalne družbene spremembe in ne samo spreminjanje posameznika. Lešnik opozarja, da je pri vsem tem najbolj sporno dejstvo, da nihče, niti samo področje psihiatrije,

zares ne ve, zakaj toliko ljudi doživlja psihično krizo, kaj dejansko je »duševna bolezen«. Po njegovem mnenju se s terminom »duševna bolezen« poimenuje »različne pojave, ki jim je morda skupno samo to, da se ne vključujejo v racionalno (zamišljeno) družbeno zgradbo in so lahko njihovi vzroki enako raznovrstni in večplastni kakor na primer vzroki revščine ali lakote v družbi izobilja« (v Lamovec 1998, 9). Uspeva jim samo blažiti določene težave, v številnih primerih pa z napačno diagnostiko, posledično napačno preskripcijo zdravil in s pristopom, ki zna kdaj biti vse prej, kot profesionalen, mnogim stanje še poslabšajo.

Glede na teoretični kontekst in svojo raziskavo lahko sklepam, da je v našem javnem zdravstvu preskripcija medikamentov na nek način doktrina za lajšanje duševnih stisk, psihoterapevtske storitve so sekundarnega pomena in večini, zaradi slabe integracije v sistem javnega zdravstva in visokih cen, težko dostopne. Menim, da bi bile na tem področju nujno potrebne radikalne spremembe, saj pretežno medikamentozna oblika zdravljenja zanemarja ozadje posameznikovega konteksta njegovih psihičnih težav. Na ta način se posamezniku samo lajša oziroma prikriva določene simptome in nemalokrat zaradi stranskih učinkov zdravil dodatno sproducira nove, negira pa se iskanje in odpravljanje tistih stresorjev, ki so ga privedli v duševne stiske. Z večjo dostopnostjo psihoterapije bi lahko pri marsikomu preventivno preprečili, da se blažja psihična težava razvije v globljo duševno stisko, posledično bi se tako tudi zmanjšala masovna uporaba psihotropnih zdravil v slovenski populaciji. Menim, da bi lahko posamezniki uživali boljšo kakovost življenja, če bi imeli na voljo bolj poglobljeno in celostno obravnavo. Kljub temu da živimo v času, ko se na vsakem koraku izpostavlja in poudarja človekove pravice, mnogo ljudi, ki so žrtve psihičnega trpljenja, ni deležno dostojne obravnave in pomoči, ki bi jo resnično potrebovali (Lamovec 1998, 10).

7 LITERATURA

American Psychiatric Association. 1952. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM-I). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. Dostopno prek: <http://www.turkpsikiyatri.org/arsiv/dsm-1952.pdf> (17. marec 2015).

--- 2013. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. Dostopno prek: <http://www.terapiacognitiva.eu/dwl/dsm5/DSM-5.pdf> (19. marec 2015).

Ameriško psihiatrično združenje. 2013. *Major Depressive Disorder and the »Bereavement Exclusion«*. Dostopno prek: <http://www.dsm5.org/Documents/Bereavement%20Exclusion%20Fact%20Sheet.pdf> (15. september 2015).

Benedik, Emil. 1997. Problem pojmovanja in klasificiranja motenj osebnosti. Ljubljana: *Psihološka obzorja* 6 (3): 77-85.

Bon, Jurij in Andrej Žmitek. 2012. Sodobni biološki načini zdravljenja depresivne motnje. *Zdrav vestn* 81: 554–64. Dostopno prek: http://www.szd.si/user_files/vsebina/Zdravniski_Vestnik/2012/julij_avgust/554-64.pdf (14. julij 2015).

Canguilhem, Georges. 1987. *Normalno in patološko*. Ljubljana: Škuc: Znanstveni inštitut Filozofske fakultete.

Conrad, Peter. 2003. Medicalization and Social Control. *Annual Review of Sociology* 18: 209-232. Dostopno prek: https://www.researchgate.net/publication/234838406_Medicalization_and_Social_Control (14. julij 2015).

Cromby, John. 2004. Between Constructionism and Neuroscience: The Societal Co-constitution of Embodied Subjectivity. *Theory & Psychology* 14 (6): 797-821. Dostopno prek: http://midpsy.org/constructionism_neuroscience.pdf (29. april 2015).

Drev, Matjaž. 2010. *Množični nadzor v sodobni družbi*. Diplomsko delo. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Flaker, Vito. 1998. *Odpiranje norosti: vzpon in padec totalnih ustanov*. Ljubljana: Založba/*cf.

Foucault, Michel. 2007. *Življenje in prakse svobode*. Ljubljana: Založba ZRC.

Georgaca, Eugenie. 2013. Social constructionist contributions to critiques of psychiatric diagnosis and classification. *Feminism & Psychology* 23(1): 56-62. Dostopno prek: https://www.researchgate.net/publication/256443066_Social_constructionist_contributions_to_critiques_of_psychiatric_diagnosis_and_classification (3. april 2015).

Goffman Erving. 2008. *Stigma-Zapiski o upravljanju poškodovane identitete*. Maribor: Aristej.

Gustafsson Chorell, Torbjorn. 2006. *F. R. Ankersmit and the historical sublime*. Dostopno prek: <http://hhs.sagepub.com.nukweb.nuk.uni-lj.si/content/19/4/91.full.pdf> (18. september 2015).

Horwitz, Allan V. 2002. *Creating mental illness*. Chicago: University of Chicago Press.

--- 2011. Creating an Age of Depression: The Social Construction and Consequences of the Major Depression Diagnosis. *Society and Mental Health* 1 (1): 41-54. Dostopno prek: <http://smh.sagepub.com.nukweb.nuk.uni-lj.si/content/1/1/41.full.pdf+html> (11. maj 2015).

Horwitz, Allan V. in Jerome C. Wakefield. 2007. *The loss of sadness. How psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder*. New York: Oxford University Press.

Humer, Živa. 2009. *Etika skrbi, spol in družina: Procesi relokacije skrbi med zasebno in javno sfero*. Doktorska disertacija. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Illouz, Eva. 2010. *Hladne intimnosti. Oblikovanje čustvenega kapitalizma*. Ljubljana: Krtina.

Kawa, Shadia in James Giordano. 2012. *A brief historicity of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Issues and implications for the future of psychiatric canon and practice*. Dostopno prek: <http://www.peh-med.com/content/pdf/1747-5341-7-2.pdf> (3. september 2015).

Klančar, Erika in Nina Kafel-Jere. 2009. Medikalizacija v ambulanti zdravnika družinske medicine. V *Medikalizacija: Učno gradivo za 26. učne delavnice za zdravnike družinske medicine*, ur. Zalika Klemenc-Ketiš, 13-18. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske

medicine SZD. Dostopno prek: <http://www.drmed.org/wp-content/uploads/2014/06/Medikalizacija.pdf> (22. avgust 2015).

Klemenc-Ketiš, Zalika. 2009. Etični vidiki medikalizacije. V *Medikalizacija: Učno gradivo za 26. učne delavnice za zdravnike družinske medicine*, ur. Zalika Klemenc-Ketiš, 23-29. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD. Dostopno prek: <http://www.drmed.org/wp-content/uploads/2014/06/Medikalizacija.pdf> (22. avgust 2015).

Kocmur, Marga. 1996. Klasifikacija in prepoznavanje depresij. V *Zdravljenje z antidepressivi. Begunje, 25., 26. oktober*, ur. Janez Romih in Andrej Žmitek, 18-29. Begunje: Psihiatrična bolnišnica.

Lamovec, Tatjana. 1998. *Psihosocialna pomoč v duševni stiski*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.

Lešnik, Bogdan. 1997. *Subjekt v analizi*. Ljubljana: ISH - Fakulteta za podiplomski humanistični študij.

--- 1998. Predgovor. V *Psihosocialna pomoč v duševni stiski*, ur. Bogdan Lešnik, 9-10. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.

Levi-Strauss, Claude. 1996. Uvod v delo Marcela Maussa. V *Esej o daru in drugi spisi*, ur. Zoja Skušek, 227-266. Ljubljana: ŠKUC: Znanstveni inštitut Filozofske fakultete.

Levine, Bruce. 2013. Why the Rise of Mental Illness? Pathologizing Normal, Adverse Drug Effects, and a Peculiar Rebellion. Dostopno prek: <https://www.madinamerica.com/2013/07/why-the-dramatic-rise-of-mental-illness-diseasing-normal-behaviors-drug-adverse-effects-and-a-peculiar-rebellion/> (12. julij 2015).

Magnusson, Eva in Jeanne Marecek. 2012. *Gender and Culture in Psychology: Theories and Practices*. New York: Cambridge University Press.

Marecek, Jeanne. 2006. Social Suffering, Gender, and Women's Depression. V *Women and Depression: A Handbook for the Social, Behavioral and Biomedical Sciences*, ur. Corey L. M. Keyes in Sherryl H. Goodman, 283-308. New York: Cambridge University Press.

Marecek, Jeanne in Rachel T. Hare-Mustin. 2009. Clinical Psychology: The Politics of Madness. V *Critical Psychology: An Introduction Second Edition*, ur. Dennis Fox, Isaac Prilleltensky in Stephanie Austin, 75-92. London: Sage Publications.

Mencin Čeplak, Metka. 2001. *Razmerja moči v konceptualizacijah identitete: Doktorska disertacija*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

--- 2003. Dekonstruktivizem in psihologija. *Psihološka obzorja* 12 (3): 103-115.

--- 2015. Fragmenti o psihologiji in vladnosti – primer normiranja. *Panika* 18 (2-3): 71-73.

Miller, Paul. 2003. *The Social Reality of Depression: On the Situated Construction, Negotiation and Management of a Mental Illness Category in Primary Care*. Doctoral thesis, Lancaster University. Dostopno prek: http://insight.cumbria.ac.uk/75/1/Thesis__Complete.pdf (15. maj 2015).

Moynihan, Ray in Alan Cassels. 2010. *Kako farmacevtske velikanke delajo iz nas bolnike*. Ljubljana: V.B.Z.

Orožim, Brina. 2011. *Let nad kukavičjim gnezdrom: Medikalizacija normalne žalosti*. Koper: Fakulteta za humanistične študije.

Pek, Ben. 2014. The History and Tyranny of the DSM. Dostopno prek: <http://psychologytomorrowmagazine.com/history-tyranny-dsm/> (3. september 2015).

Petek-Šter, Marija in Tatjana Cvetko. 2009. Medikalizacija zdravega. V *Medikalizacija: Učno gradivo za 26. Učne delavnice za zdravnike družinske medicine*, ur. Zalika Klemenc-Ketiš, 33-42. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD. Dostopno prek: <http://www.drmed.org/wp-content/uploads/2014/06/Medikalizacija.pdf> (22. avgust 2015).

Pogačnik, Anja. 2011. *Medikalizacija smrti*. Dostopno prek: <http://anjapogacnik.tumblr.com/post/7649547803/medikalizacija-smrti> (17. julij 2015).

Pomerantz, Andrew M. 2013. Diagnosis and Classification Issues: DSM-5 and More. V *Clinical Psychology: Science, Practice, and Culture*, Third Edition: DSM-5 Update 5th Edition.

Regier Darrel, Emily A. Kuhl in David J. Kupfer. 2013. *The DSM-5: Classification and criteria changes*. Dostopno prek: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3683251/> (15. september 2015).

Rejc, Anja. 2014. *Medijsko okvirjanje depresije v slovenskih življenjskostilnih revijah*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Roudinesco, Elisabeth. 1994. Michelu Pecheuxu v spomin. Ljubljana: *Psihološka obzorja* 2: 66 – 72.

Slatnar, Boštjan. 2012. Medikalizacija – medikamentalizacija družb poznega kapitalizma. *Časopis za kritiko znanosti, domišljijo in novo antropologijo: Iz-hod iz totalnih ustanov med ljudi*, 25. december. Dostopno prek: <http://www.ckz.si/arhiv-ckz/19-stevilka-250-izhod-iz-totalnih-ustanov-med-ljudi> (4.maj 2015).

Szasz, Thomas. 2013. *Kraja človeka. Eseji proti medikalizaciji vsakdanjega življenja*. Ljubljana: UMco.

The British Psychological Society. 2013. *Classification of behaviour and experience in relation to functional psychiatric diagnoses: Time for a paradigm shift*. Dostopno prek: <http://www.bps.org.uk/system/files/Public%20files/cat-1325.pdf> (3. julij 2015).

Vezovnik, Andreja. 2009. Svet kronične bolečine kot nezavedni odziv subjekta na družbeni kontekst. *Družboslovne razprave* 25 (60): 27-45. Dostopno prek: <http://dk.fdv.uni-lj.si/druzboslovnerazprave/pdfs/dr60Vezovnik.pdf> (16. avgust 2015).

Videmšek, Petra. 2012. Vloga uporabniških gibanj pri spreminjanju vpliva uporabnikov. *Časopis za kritiko znanosti, domišljijo in novo antropologijo: Iz-hod iz totalnih ustanov med ljudi*, 25. december. Dostopno prek: <http://www.ckz.si/arhiv-ckz/19-stevilka-250-izhod-iz-totalnih-ustanov-med-ljudi> (24.maj 2015).

Wilhelm, Kay. 2006. Depression: From Nosology to Global Burden. V *Women and Depression: A Handbook for the Social, Behavioral and Biomedical Sciences*, ur. Corey L. M. Keyes in Sherryl H. Goodman, 1-21. New York: Cambridge University Press.

Zelko, Erika in Staša Kocjančič. 2009. Načela medikalizacije. V *Medikalizacija: Učno gradivo za 26. Učne delavnice za zdravnike družinske medicine*, ur. Zalika Klemenc-Ketiš, 7-12. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD. Dostopno prek: <http://www.drmed.org/wp-content/uploads/2014/06/Medikalizacija.pdf> (22. avgust 2015).

Zupančič Grašič, Jana. 2015. Antidepresiv, instant rešitev za številne tegobe. *Nedelo*, 12. april. Dostopno prek: <http://www.delo.si/nedelo/antidepresiv-instant-resitev-za-stevilne-tegobe.html> (23. avgust 2015).

PRILOGI

Priloga A: Vprašalnik za delno strukturiran intervju

1. SKLOP VPRAŠANJ (faza pred diagnozo)

Kako dolgo že občutite težave?

Kako dolgo so se pojavljale težave, zaradi katerih ste čutili potrebo po tem, da nekaj naredite in kakšna je bila najprej vaša strategija spoprijema s težavami? (Ali je bil to pogovor z bližnjimi, ali ste iskali informacije o vaših težavah na internetu, ste skušali definirati simptome, iskati odgovore po različnih virih – če ste, kje in kako?)

Kako ste se pri tem počutili?

Kaj je bil povod za to, da ste poiskali strokovno pomoč in kako dolgo po tem, ko ste postali pozorni na težave?

2. SKLOP VPRAŠANJ (faza diagnoze)

S kakšnimi pričakovanji ste šli na pregled?

Kdaj je bila diagnosticirana bolezen in kdo vam je postavil diagnozo?

Bi lahko ocenili na kakšen način oz na podlagi katerih dejavnikov vam je bila ugotovljena vaša diagnoza?

Na kakšen način vam je bila diagnoza sporočena?

Kako ste se počutili in odzvali v trenutku, ko ste izvedeli za diagnozo?

Kaj je za vas pomenila medicinska diagnoza? (Ali je to za vas pomenilo olajšanje ali še večje breme?)

Ste pričakovali tako diagnozo?

Ste o svoji diagnozi spregovorili z drugimi? (Če ste, kako so reagirali, ste se bali njihovega odziva – neodobravanje, negativen odnos zaradi vaše diagnoze doma, na delovnem mestu...)

3. SKLOP VPRAŠANJ (faza zdravljenja)

Kakšni so bili nasveti glede zdravljenja? (Zdravljenje z medikamenti, psihoterapijo ali oboje?)

Kaj menite o zdravljenju z medikamenti? Imajo po vašem mnenju predpisani medikamenti na vas tudi negativne stranske učinke? Katere?

Ali ste zadovoljni s potekom zdravljenja, če ste, zakaj? Občutite izboljšanje?

Ali pri zdravljenju kaj pogrešate? Ste si poskušali najti kakšno drugo vrsto pomoči? Če ste, kje ste jo iskali, ste jo našli? In če ste jo iskali, kako ste z njo zadovoljni?

Imate izkušnje s psihoterapijo in kaj menite o zdravljenju depresije s psihoterapevtsko tehniko?

Menite, da so psihoterapevtske storitve v Sloveniji dovolj dostopne?

4. SKLOP VPRAŠANJ (pomen/posledice diagnoze)

Kako ta diagnoza vpliva na odnos do samih sebe?

Ali se je v vašem življenju kaj spremenilo odkar vam je bila postavljena diagnoza? Kaj in kako? Menite, da ste zaradi svoje diagnoze za karkoli prikrajšani, kako vpliva na odnos z drugimi?

Kaj menite o diagnozah? Se vam zdi v redu, da se postavlja diagnozo na podlagi simptomov ali se vam zdi bolje govoriti o specifičnih težavah? Če pogledate nazaj, ko še niste imeli postavljene diagnoze, kdaj vam je bilo lažje? Zakaj?

Če bi se ta moment lahko odločili, ali bi spremenili vašo strategijo soočanja s težavami?in če bi, kako?

Kaj bi svetovali nekemu, ki so v podobni situaciji po izkušnjah, ki jih imate sami?

Priloga B: Transkript intervjujev

INTERVJU ŠT.1 (Ana, 31 let)

Kako dolgo že občutiš težave, ki jih imaš?

Najprej, ko nisem vedela, kaj to sploh je depresija in kako to izgleda... Spomnim se, da sem prve težave imela že zelo, zelo mlada, ko sem bila stara tam okrog 10 let. Že kot otrok sem imela visoko raven empatije in so mi stvari prišle zelo do živega. In v bistvu čez celo srednjo šolo, v osnovni še ne toliko, sem imela konstantno te demone, s katerimi se boriš. Take mini živčne zlome, tista eksistencialna vprašanja, ki si jih konstantno zastavljaš. Da se je pa začelo res tisto hudo, je bilo pa približno 6 let nazaj, ko se je stvar začela res stopnjevati. Takrat sem se ravno razšla s fantom in kmalu za tem, sem šla k osebni zdravnici po napotnico za psihiatra... Meni se je takrat vse sesulo, ker sem bila ravno v tistem ranljivem momentu, ko sam sebi priznaš, da pač rabiš pomoč in sem se sesula, ane. In takrat sem se potem začela zdraviti, od takrat naprej hodim k psihiatrinji. Ampak te težave, da sem pač začutila, da se z menoj dogaja nekaj, kar se z drugimi ne, bi pa rekla da že zelo, zelo zgodaj. Samo kot otrok to predpisuješ drugim stvarem ane, misliš, da se tudi drugim to dogaja ali, da se enostavno samo ti obremenjuješ z nečim, s čimer se drugi ne. Ampak potem, ko sem sama malo začela raziskovati in brati o depresiji pri otrocih (ker, ko sem bila jaz otrok, se o tem sploh ni govorilo), sem počasi začela povezovati te niti ali kako bi temu rekla.

Kako dolgo so se ti potem pojavljale te težave, zaradi katerih si čutila potrebo po tem, da nekaj narediš glede tega ?

Skozi srednjo šolo in začetek 'faksa' sem se poleg svojih prijateljev in prijateljic obračala tudi na svojo mamo. In ona mi je vedno prišla naproti, mi je pomagala, se pogovarjala z mano in mi svetovala in potem je prišel en moment, recimo teh 6 let nazaj, ko mi mama ni več dajala nasvetov, ni me več skušala potolažiti, ampak me je samo prekinila in rekla: » Ana, ti si moraš poiskati pomoč« ... In to se je zgodilo večkrat in mene je to 'ful' prizadelo, kot da mi postavlja nek zid, v smislu kot, da se ji ne da z mano o tem pogovarjat. Ampak potem, ko sem razčistila sama pri sebi, sem dojela, da sem v bistvu rabila, da me nekdo postavi pač pred neko dejstvo. Ker ona mi ni mogla več pomagati in še njo sem nekako 'dol tlačila' s tem, ko sem dajala te stvari ven, nanjo v bistvu, ne vem kako bi rekla. Pač ni mogla »shendlat« vsega tega. No in

potem, ko sem vedela, da tako ne bo šlo več naprej in da je treba nekaj narediti, je trajalo sigurno kako leto, ali celo dve, preden sem dejansko stisnila zobe in šla po napotnico.

Se mogoče spomniš, katere so bile res tiste ključne stvari, zaradi katerih si se zavedala, da res rabiš neko strokovno pomoč?

Ja, vedno neki isti strahovi, vedno sem premlevala v glavi neke iste situacije, ki se lahko sploh še niso zgodile pa se tudi ne bodo, ampak sem se jih bala, ker so me nekako utesnjevale, plus misli na samomor, ki so bile 'dnevno na jedilniku'. Jaz razlikujem med samomorilnostjo in mislimi o samomoru, to vem, da sta dve različni stvari. Nikoli nisem bila toliko nagnjena k samomoru, da bi ga res poskušala narediti, ampak pač razmišljaš o tem, koliko lažje bi bilo, če te bi bilo vsega tega konec recimo. Imela sem napade žalosti in joka brez razloga, enostavno vse mi je prišlo do živega in je prišel čas, ko vsega tega preprosto nisem več zdržala. Ko sem vsako jutro težko vstala iz postelje in sem se zavedala, da to ni več neka melanholija, ampak, da je pač res nekaj, kar mi resno ovira življenje in da moram nekaj narediti. Tako, da ni bilo prav tistega enega ključnega momenta, neka kaplja čez rob, enostavno nisem več zdržala.

Kdaj pa si prvič pomislila, da so težave lahko bolezenske?

Ne vem, če je bil to en trenutek nenadnega zavedanja, prihajalo je postopoma, ko sem odraščala, prebiralala o raznoraznih stvareh, tudi o depresiji in naposled povezala, da je morda to, to, kar se z mano dogaja. Ker sem dosti brala o depresiji in mi je bilo kar jasno, kaj se dogaja. Ampak skušaš nekako racionalizirati, dokler ti nekdo od zunaj ne pove, da je to bolezen, čeprav globoko v sebi veš

S kakšnimi pričakovanji si šla na prvi pregled?

Moj prvi pregled je tudi zgodba zase. Namreč takrat, ko sem ti rekla, da sem se razšla s fantom, se takrat še nisem najavila pri psihiatru, pač h komu bi šla, da dobim datum. Ker, ko sem dobila napotnico, je bil to neki prvi korak in sem rabila najprej še malo časa, da zadiham. No in potem, ko sva se s fantom razšla, sem jaz imela nek tak »break down«, ko nisem mogla več ne jesti, ne spati in sem v treh tednih shujšala skoraj za 10 kilogramov. Bila sem kot »zombi«, samo jokala sem in nič drugega. In spomnim se, da mi je mama poklicala neko SOS linijo, da sem se pogovarjala, ampak itak nismo prišli nikamor, ker sem samo jokala. Potem, ko sem pa toliko shujšala, je mama poklicala v zdravstveni dom in so rekli, da naj me spremljajo, da če bo shujšala še pol kilograma, da me bodo morali dati na infuzijo.

Ali bi lahko ocenila na kakšen način oziroma na podlagi katerih dejavnikov ti je bila ugotovljena diagnoza?

Mislím, da sem ji delovala kot nek šolski primer, ko sva se začele pogovarjat. Pač sigurno najbolj na podlagi napadov žalosti, nespečnosti, joku brez razloga, pretirana občutljivost. In seveda v tisti situaciji pretiran odziv na razhod s fantom, ker je bil res pretiran.

Potem ti je že na prvem srečanju določila in sporočila diagnozo?

Ja, ja, takoj. Ker me je tudi takoj dala na zdravila, jaz sem še isti dan šla domov z zdravili.

Se spomniš na kakšen način ti je sporočila diagnozo?

Čisto tako mirno, ko mi je dala nek svoj »feedback«, ko sva zaključili pogovor o tem kaj se dogaja z mano in zakaj sem prišla. Rekla je, da zgléda kot neka tipična depresivna epizoda, klinična depresija pač in da misli, da je najbolje, da poskusiva s kakim zdravilom. Jaz sem samo upala, da me bo rešila tega in igrala naprej to bitko.

Se mogoče spomniš kako si se počutila in odzvala v tistem trenutku, ko si izvedela za diagnozo?

Kako bi rekla... Malo se počutiš rešenega, kot da je nekdo iz tvojih pleč prevzel del tvojega bremena, ker je to sedaj neka diagnoza, s katero ti bo verjetno nekdo znal pomagati. Ne držiš več vsega tega v sebi. Še nekdo se ti pridruži v tem boju. In tisti moment si `itak` tako nemočen, da se čisto prepustiš. Vedela sem, da ne morem sama naprej in sem čutila neko olajšanje, ker je ta moj demon recimo temu, ki me je spremljal od otroštva, dobil neko formalno, potrjeno ime, neko identiteto. Ni bil več to nek strah v moji glavi, nekaj kar bi si izmišljevala, ampak je bilo to nekaj resničnega. In me je to na nek način osvobodilo. Ker če je to definirano, potem se lahko proti temu borim.

Pa si pričakovala tako diagnozo?

Ni bil nek šok recimo, ker sem že prej veliko brala o psihologiji, ker sem skušala tudi sama rešiti kak problem. Mogoče sem bila olajšana, da ni nekaj hujšega, mislim težjega za zdraviti, recimo kaka bipolarna motnja, tega sem se najbolj bala.

Rekla si, da si veliko brala o psihologiji. Kaj te je najbolj vodilo k temu? Si na ta način želela opredeliti svoje težave ali je bil namen drugačen?

V bistvu bolj kot diagnoze in razloge, sem iskala rešitve. In tudi potem, ko sem že imela diagnozo in ko sem se začela zdraviti, mi je tudi psihiatrinja priporočila kako knjigo. Po njenem priporočilu sem si kupila knjigo Vedenjsko-kognitivna terapija za telebane. In tam notri imaš »ful« enih vaj, ki jih sicer nisem delala, ker se mi je zdelo brez veze. Brala pa sem jo vsako noč pred spanjem, pač ta poglavja o depresiji in anksioznosti, ker me je pomirjalo ravno to, da je bila neka stvar definirana v knjigi. Ko je pojasnjeno kako se to kaj ljudem dogaja in da je to pač bolezen in kako se z njo spopadati, me je to pomirilo. Lažje sem zaspala, če sem to brala pred spanjem. Ker sem se na ta način nekako distancirala od depresije, nisem je ponotranjila, ker sem se zavedala, da je to neko bolezensko stanje, s katerim se pač spopadam.

Ko si izvedela za diagnozo, si o tem s kom spregovorila?

Ja, doma smo si blizu in so mi vsi stali ob strani, posebej mama. Tako da se mi doma ni bilo o tem težko pogovarjat, mogoče malo težje s sestro in očijem, ampak ne v smislu, da ne bi hotela razumeti. Ampak oči se je malo distanciral v tem smislu, da ne bi kaj narobe naredil. Sestra je potrebovala kar dosti časa, da je sprejela, da je depresija pač neka bolezen. A veš, ona je imela bolj tiste nasvete, da se spravim že skupaj, da naj grem telovadit in te klasike. Kar se pa tiče prijateljev, sem povedala tistim najbližjim. Sploh najboljša prijateljica mi je zelo pomagala, sploh v tistih treh tednih, ko sem bila čisto na tleh. Recimo mi je rekla, naj grem ven pobožat svojega kužka in da naj ji sporočim kako mi je bilo, ker jaz nisem niti vstala iz postelje cele dneve ane. Ali pa mi je recimo rekla, da naj vstanem, grem v kuhinjo in pojem eno jabolko, ker nisem jedla... In meni je to pomagalo. Od ostalih sem se »itak« izolirala, ker jim nisem imela kaj povedat... Pa se mi zdi, da se ljudje kar sami malo umaknejo od tebe, ko imaš depresivno epizodo, ker jih to kar malo plaši.

Imaš občutek, da ljudje dojemajo tvojo diagnozo bolj kot del tvoje osebnosti?

Ta stigmatizacije je absolutno zelo velik problem. Mene recimo zelo prizadene, ko ima kdo kako tako izjavo, v smislu: »Oh, te depresivci, spravite se že skupaj enkrat!« In take podobne stvari. Tudi med svojimi prijatelji sem naletela na tak odziv, v smislu, da naj ne »jamram«. Da je vsem težko v življenju in da niso na tabletih zaradi tega. Potem jim razložiš, ampak redko razume. Ampak jaz še vseeno povem za svojo situacijo, nimam težav s tem. In, če se kdo hoče odstraniti zaradi tega iz mojega življenja, je to pač njegova pravica. Do sebe v bistvu hočem biti poštena. Taka sem, imam depresijo in če komu kaj ni prav. In tudi, ko sem se z drugimi pogovarjala o tem, sem videla koliko je teh stigmatizacij. Če samo pogledaš komentarje ljudi

na smrt Robina Williamsa, ko so pisali, da je to neka kaprica od nekega razvajenca. Depresivne ljudi pogosto označujejo kot sebičneže, egocentrike, da namesto, da bi se ukvarjali z drugimi stvarmi, se ukvarjajo samo sami s sabo, zapletajo v svoje misli, iščejo pozornost in tako naprej. In da je vse to samo v glavi in da, če bi se malo več ukvarjali s športom, bi bili vsi zdravi.

Kakšni so bili nasveti glede zdravljenja?

Najprej sva začeli samo s tableti. Ker s športom se na začetku nisem mogla ukvarjati, ker sem bila preveč izčrpana. Potem, ko sem malo prišla k sebi pa absolutno kakšen šport, nekaj za sebe, recimo joga. Napotila me je tudi k psihologinji, najprej k eni starejši gospe, pri kateri sem bila dvakrat ali trikrat in mi je naredila nek test z enimi packami, po katerem je zaključila, da imam zelo bujno domišljijo in da nisem psihopat, kar je bilo »itak« čisto neuporabno za moje zdravje. V smislu, ker nisem psihopat, potem z mano ni nič narobe. In potem me je dala k neki drugi psihologinji, ki je isto delala v tem nekem zdravstvenem zavodu in se tudi nisva ujeli. Jaz sem njej hotela povedati neke stvari o sebi in ona me je vsakič utišala. V smislu, da nisva tukaj zato, da se pogovarjava o tem. Ves čas mi je dala neke teste za reševati in ves čas me je silila, da pišem dnevnik, meni pa je bila to res muka. V bistvu, da naredim nek urnik kdaj jem, kdaj športam, kdaj se vozim z avtom, ker sem si nabrala veliko anksioznosti glede vožnje. In meni je bilo to tako odveč, nisem sprejela tega kot del neke rutine. In potem, če sem kdaj pozabila ta zvezek doma, me je takoj jezno oštela, v smislu, da se ne držim tega, kar se dogovoriva. In sem si mislila, če hodim k njej, da se bo znašala nad mano in potem sem počasi tako izpeljala, da sva zaključili s terapijami. Vsiljevala mi je tudi avtogeni trening. V bistvu mi sploh ni hotela nikoli prisluhniti, da bi videla, kaj je v bistvu zame najboljše. Imela je neko fiksno idejo, kako naj bi terapija potekala in ni odstopala od tega. Jaz sem čutila, da moram neke stvari razrešiti skozi pogovor, ne pa samo z nekimi tehnikami sproščanja. To sem povedala tudi svoji psihiatrinji in je rekla, da ne ve, koga naj mi priporoči in da, če ne želim hoditi na to terapijo, da ni problem in da lahko nadaljujeva samo s tableti.

Kaj meniš o zdravljenju z medikamenti? Imajo kakšne stranske učinke in če imajo, kakšne?

Ja, absolutno imajo. In se mi zdi, na podlagi tega, kar se tudi z drugimi ljudmi, ki so na zdravilih pogovarjam, so »ful« preveč... Kako bi rekla... Zdi se mi, da jih zdravniki preveč na hitro in preveč na 'lahko' predpišejo. Posebej se mi zdi sporno to, da ti antidepressive lahko

tudi osebni kar osebni zdravnik predpiše. Ker zdravnik splošne medicine ni psihiater in antidepressiv je resna stvar, ni to nek Aspirin. Se mi zdi, da to ne bi smelo biti tako lahko dostopno, da ti greš k zdravniku, mal »pojamaš« in dobiš antidepressive. Kar se pa stranskih učinkov tiče pa absolutno so, seveda da so. Pri prvih dveh vrstah, ki sem jih jemala, sem se počutila nekako apatično. Plus to, kar seveda nas mlade vrže iz tira, je želja po seksualnem udejstvovanju, to ti ubije, totalno. Tretje tablete, ki jih jemljem sedaj, se mi je pa močno povešal pritisk, pulz oziroma utrip. In to do take mere, da me je skrbelo. Tako mi je razbijalo srce, da sem se bala, kaj bo iz tega. To sem povedala zdravnici in mi je rekla, da se bo čez kake 2 do 3 tedne to umirilo in se je res. Ampak sedaj je pa problem, da če pozabim vzeti tableto, mi pa ta pritisk preveč pade. Se mi je zgodilo enkrat, da sem jih zaradi časovne stiske 2 dni zaporedoma pozabila vzeti in potem tretji dan sploh nisem mogla vstati iz postelje. Nisem upala niti v promet s kolesom, sem hitro vzela tableto in počakala, da prime.

Si zadovoljna s potekom zdravljenja in če si, zakaj?

Ja, sem zadovoljna, posebej z odnosom, ki ga imam s svojo psihiatrinjo. Bilo bi sicer idealno, če bi že takoj našla prava zdravila zame, ampak jaz mislim, da ti najprej dajo nekaj kar večini ljudi pomaga. Ko vmes kako leto nisem jemala zdravil, sem si mislila, da bom to nekako sama rešila, da ne rabim zdravil, da bom razmišljala o sebi in prišla stvarem do dna, ampak nisem prišla nikamor. Tako, da mi te obiski pri psihiatru ponujajo neko oporo, ki jo imam za sabo. Vem, da ni samo od mene vse odvisno.

Si si mogoče poskušala najti tudi kakšno drugo vrsto pomoči in če si, kakšno?

Razen branja knjig in športa niti ne. Sem se kar zanesla na to klasično medicino. Ker jaz sem to svojo diagnozo sprejela v smislu ok, to je pač sedaj to in to moram pozdraviti. Nisem razmišljala o tem, da bi morala narediti še kaj drugega.

Prej si omenila, da pri obisku psihologinje nisi bila zadovoljna, ker se nista pogovarjali o tvojih specifičnih težavah. Ti je psihiatrinja mogoče kdaj predlagala kako obliko psihoterapije recimo?

Ja, rekla mi je, da bi bilo dobro, da bi hodila na neko terapijo, ampak, ker sva izrabili vse opcije, da me ona k nekemu pošlje, je potem rekla, da vsi, za katere ve za njih in da imajo proste termine, da so za plačat. Jaz pa potem po teh dveh slabih izkušnjah nisem bila pripravljena nekemu plačevati. Se mi je zdelo bolj smiselno porabiti denar za stvari, za katere sem vedela, da bom od njih res mela neko pozitivno korist. Kar jaz vem psihoterapevtov s

koncesijo ni, zato me je verjetno pošiljala k psihologu. Ampak tako iskreno, jaz niti nisem vedela takrat, na koga se obrnit, kje najti nekoga, ki to počne. Ker mi tudi ona ni dala kakega kontakta, ampak samo svetovala, naj poiščem nekaj takega. Menim pa, da je psihoterapija neka taka panoga, ki bi jo potrebovalo 99 procentov ljudi. Sicer sem pred kratkim spoznala neko punco, ki se ukvarja s to psihoterapijo, ampak se nama nekako še ni uspelo uskladiti. Sedaj recimo zadnje pol leta sem imela spet neke osebnostne probleme. Po petih mesecih sem se razšla s fantom, on je prekinil vezo in mi je bilo zelo, zelo težko. In nisem hotela, da bi se mi ponovila ista zgodba kot takrat. In mi je pomagala ena prijateljica, ki mi je predlagala, da pač, ko mi je težko zapisujem svoje misli. Svetovala mi je tudi eno knjigo Ženske, ki preveč ljubijo. In, ko sem prebrala prvo poglavje, so se mi posvetile neke stvari, nekako sem sama sebi našla tisto drugo, nemedicinsko diagnozo. Kakšen vzorec me je spremljal o medčloveških odnosih že od otroštva in zakaj. In takrat se mi je kar če noč spremenila samopodoba, samovrednotenje, bila sem nekako na svoji strani, nisem več razmišljala proti sebi. To mi je korenito spremenilo življenje v zadnjih mesecih. In se mi zdi, če bi že prej lahko dobila nekoga, ki bi z mano prišel do teh zaključkov, s psihoterapijo, mi ne bi bilo treba čakati toliko let, da sem dobila v roke to knjigo in jo začela brati. Do teh zaključkov bi sigurno prišla že prej, z neko pomočjo. Kar pa nisem mogla, ker je nisem imela.

Kako pa potem zgleda obisk pri psihiatrinji, se pogovarjata kaj o tvojih težavah?

V bistvu ja, pri njej se pogovarjava. Ko sem tam kako uro, uro in pol, jaz govorim ko dež in vedno me poslušajo in pride nasproti z nekim sprejemanjem, razumevanjem, nekim nasvetom. Vedno je imela kak pameten nasvet. In vedno me je brez izjeme podpirala. Tako, da mi je bil obisk pri njej še vseeno v večjo pomoč, kot obisk pri psihologinji, ker mi je vedno pustila, da govorim, kar sem želela povedati, razen, če je videla, da grem v neko smer, ki mi ne bo pomagala, me je potem prekinila s kakim vprašanjem. Ni bilo nikoli tako, da bi mi postavila 3 vprašanja in napisala recept.

Se ti zdi, da ti manjka mogoče malo več terapevtskega pogovora?

Trenutno ne, ker sem imela ob sebi take ljudi, da sem lahko z njimi to počela. Ampak v tisti fazi prej, bi pa definitivno potrebovala več pogovora, takrat mislim, da bi mi to zelo koristilo. Sem čutila, da rabim, tudi zato sem se pri psihologinjah želela o tem pogovarjati. O odnosih z mojimi starši in tako naprej, zato mi res ni bilo prav, ko mi je tista psihologinja rekla, da nisva tukaj, da se bova o tem pogovarjali. Verjetno bi me terapevt že prej pripeljal do ugotovitev, do katerih sem nekako prišla sama po vseh teh letih, ker to je bila res zelo, zelo dolga pot.

Kaj meniš o dostopnosti psihoterapije pri nas?

Ne vem koliko so dostopne, ker nikoli nisem aktivno iskala te storitve, ampak se mi zdi, da so mogoče premalo cenjene, premalo izpostavljene. Se mi zdi, da ljudje dojemajo, če hodiš k nekomu, ki vsebuje besedi psiha in terapevt v isti besedi, da je potem s teboj nekaj hudo narobe in da je takoj stigmatizirano ali pa jih dojemajo kot neke šamane, ki samo mešajo zrak in ti zaračuna za to. Vsaj jaz dobim tak občutek, da ljudje dojemajo tako te stvari, ko se z njimi pogovarjam. Ljudje mislijo, da je to vse isto, se mi zdi. Se mi zdi, da ljudje ne vedo dovolj o tem.

Kako pa diagnoza vpliva na odnos do same sebe?

Jo sprejemam, ampak ni nekako ponotranjena, da bi bila del mene. Je pač nekaj, kar jaz imam. In nekaj, s čimer se borim, s čimer živim in sem nekako sprejela to pozicijo, da vem, da sem močnejša in da je to nekako moj plus, ker vem, da sem v prednosti, ker zmorem, kar zmorem, kljub temu, da imam depresijo. Kot nek potencialni hendikep, ki ga jaz premagujem. In sem nekako ponosna na to. Je pač nekaj, kar imam in na srečo sedaj s temi zdravili kontroliram do te mere, da funkcioniram normalno.

Se ti zdi, da se je v tvojem življenju kaj spremenilo, odkar ti je bila postavljena diagnoza? Če se je, kaj in kako?

Najbolj se je spremenilo to, da si jaz ne zatiskam več oči pred tem. Sicer sem ves čas vedela, da nekaj ni v redu, ampak enostavno sam sebi lažeš, zato ker »itak« nočeš, da je s tabo nekaj narobe, seveda, kdo bi si želel to. Pa seveda tudi neko sprejemanje do sebe, to se ne zgodi čez noč, rabiš kar nekaj časa. Na začetku se počutiš kot, da je s tabo nekaj narobe, ker pač je ane. In ti ni prijetno, Potem pa počasi vidiš, da s tem ko imaš diagnozo in s tem ko to diagnozo zdraviš na nek način, jo s tem razorožiš. In mislim, da je to najbolj koristna stvar pri diagnozi, poleg zdravljenja samega. Da stvar dobi obraz, dobi ime in zato ni več tako grozna.

Ali meniš, da si bila zaradi svoje diagnoze za kar koli prikrajšana? Je vplivala na odnos z drugimi?

Sigurno. To pa res, absolutno. Mislim, da če bi si že prej poiskala pomoč, prej dobila diagnozo in se prej začela zdraviti, da bi bilo v mojem življenju marsikaj drugače. Ker sem imela ogromno težav sama s sabo, z družbo. Sicer ne neposredno – spoznati prijatelje in jih obdržati, ampak z vidika kako funkcionirati v družbi. Karierno gledano mislim, da bi prišla

dosti dlje, če bi se te stvari začela prej odvijati. Ampak moja samopodoba je bila tako nizka, da si nisem upala ničesar narediti. Vedno sem bila »the loser one«, vedno sem bila druga, nikoli prva in sem začela jemati to, kot da sem taka in da ne bo nikoli drugače. In sedaj vem, da temu pač ni tako.

Pa sedaj, ko veš za uradno diagnozo, je kaj drugače v tvojem življenju? Ti je sama diagnoza prinesla kaj negativnega v življenju?

Ja, sigurno za ene ljudi si pač nor, ker imaš to. Ampak sem se odločila, da takih ljudi ne rabim v svojem življenju. Sigurno sem pa previdna v nekih občutljivejših situacijah. Recimo v službi sigurno ne bom nikoli povedala za to. Ker nikoli ne veš, na kakšne odziv naletiš. Okolica te »itak«, z diagnozo ali brez, vidi kot nekega »depresivca«, ne rabijo imeti papirjev za to. Ampak, ko se izve, si pač tisti, ki ima depresijo.

Omenila si, da v službi ne bi nikoli povedala za diagnozo. Zakaj?

Nikoli ne veš. Nekako nimam razloga, da bi jim povedala. Nikoli ne veš, kako bi ljudje reagirali. Če bi me kdo vprašal, bi povedala recimo, nimam težav s tem. Ampak, ne bi se pa sama metala ven s tem in izpostavljala na veliki zvon. Ker je še vedno ogromno predsodkov o teh stvareh.

Kaj pa ti meniš o diagnozah? Se ti zdi v redu, da se postavlja diagnoze za psihične težave ali se ti zdi, da bi bilo bolje, da bi se samo govorilo o neki specifičnih težavah?

Se mi zdi, da to vprašanje nima enoličnega, enostranskega odgovora. Ker meni osebno je recimo neka fiksna diagnoza pomagala oziroma dobila nek obraz, neko ime, s katerim sem se lahko spopadala. Ampak verjetno marsikomu, ki se s tem težje spopada, s tem da ima neko diagnozo, bi mu mogoče prišlo bolj prav, da ni v tem smislu: »S tabo je pa nekaj narobe«. Ampak bolj v smislu: »Aha, imaš to težavo in to težavo«. In sigurno, če ne bi bilo fiksnih diagnoz, tudi take stigmatizacije s strani družbe ne bi bilo. Se mi zdi, da tisti ljudje, ki imajo predsodke, težje sprejmejo diagnozo, ker potem proti sebi obrnejo to. Govoriti je sigurno treba o svojih težavah. Ne glede na izvor, je to nekaj, kar vpliva na tvoje življenje. Tako psihično kot vsakdanje, tako, da je pogovor absolutno potreben. Ne predstavljam si, da bi nekomu samo postavili diagnozo, ga »našopali« s tableti in poslali domov. Treba je vsaj spremljati potek zdravljenja.

Če pogledaš za nazaj, ko še nisi imela postavljene diagnoze, kdaj ti je bilo lažje?

Absolutno mi je sedaj lažje. Ampak zato, ker sem z diagnozo šla v akcijo, da se z njo spopadem. Ne vem pa, če bi samo dobila diagnozo in se ne bi odločila za zdravljenje, da ne bi jemala zdravil in tako, pa ne vem, če bi mi bilo sedaj boljše. Težko rečem.

Če bi se ta moment lahko odločila, bi spremenila svoj način spopadanja s težavami? Če bi, kako?

Bistveno spremenila ne, ampak bi se pa definitivno prej začela spopadati s temi težavami. Poskušala bi preko psihoterapije priti do teh zaključkov, ki jih imam sedaj, zato, da bi začela sebe prej sprejemati tako, kot sem in bi mi bilo dosti, dosti lažje. Dosti hitreje bi prišla do tega stanja, kot sem sedaj. Ne bi spremenila tega, da sem šla k psihiatrinji in začela jemati zdravila, ampak psihoterapija bi mi prišla prav. Če je kaj manjkalo, je manjkalo to, ampak iz tega vidika, da bi prej prišla do rezultatov.

Kaj bi svetovala nekomu, ki je v podobni situaciji, po izkušnjah, ki jih imaš sama?

Absolutno bi svetovala, da naj si poišče pomoč in da naj se tega ne sramuje, ker ni nič sramotnega v tem in »ful« ljudi ima ta problem. In, da se obrne na psihiatra in ne na osebnega zdravnika in, če čuti, da potrebuje, da si tudi poišče kakšno terapijo zase. Se mi zdi, da je najprej za vsakega najtežje, da prizna sam sebi, da ima problem in začne iskati pomoč. Sigurno se je pa treba spopasti na vseh frontah, se pravi s terapijo, da se lahko pogovarjaš in z zdravili, če ti pomagajo. In verjetno še kaj, sigurno tudi šport. Opazila sem tudi, da se ljudje lažje odprejo nekomu, ki ima podobno izkušnjo.

Bi po svojem občutku lahko ocenila ali so tvoje depresivne epizode povezane tudi z zunanji dejavniki in situacijami?

Mislím, da je to način odzivanja na okolico in razni življenjski dogodki so sigurno sprožitelj depresije. Lahko se dolgo časa spopadaš z njo in niti ne veš, da jo imaš, ker si močan in zrel, ampak potem enkrat počí. In sigurno se da nekako regulirati te življenjske dogodke, mislim kako se nanje odzivamo. Posebej s pogovorom, da ne pride do nekíh pretiranih odzivov. Verjetno je odvisno od samega primera.

INTERVJU ŠT.2 (Dejan, 30 let)

Koliko časa že občutiš težave, ki jih imaš?

15 let. Oziroma ne, reciva pri osemnajstih letih. Težave sem občutil že prej, ampak pri 18ih so se začele tiste hude. Da sem vedel, da je depresija, da nekaj ni, »ane«.

Kako pa si to opazil?

Bil sem konstantno pod stresom, zaradi vseh stvari, ki so se mi takrat nabrale. Sploh v službi sem bil preobremenjen, nisem več »sfural« vsega. In potem se je začelo dogajati kar naenkrat, da nisem hotel vstati iz postelje, bal sem se »folka«, nisem upal več avta voziti, konec... Zaprt vase, ne ven iz sobe, samo da me noben ne pokliče, da ni nič, nič. Samo, da se mi nič ne bi zgodilo. Pa panika, napadi... Ponoči sem hodil gor in dol po sobi. Meni je to tako pri depresiji – ko dol začneš lesti, pol misliš, da vsi okrog tebe tudi kar vejo, da je s teboj nekaj narobe, da si ti v »depri«. In ne upaš sploh v oči pogledat človeka, ane. In potem kar razmišljaš: »Kaj tisto, kaj to...?« 1000 vprašanj se ti nabere na glavo, ko v bistvu nobena stvar sploh ni problem, ampak v glavi ti to ustvari tak problem, ki ti podre cel sistem. Ne vidiš svetle točke, vse je temno, vse je »bad«, za najmanjšo stvar se sekiraš, najrajši bi bil takrat nekje, da ni nič, nič, nič. Pol greš pa zmeraj globlje in se moraš soočit s tem in počasi ven prilest. Prvič, ko sem iz depresije zlezel, sem staršem tudi povedal, da je konec, da se mi nekaj dogaja in sem šel v trgovino po »6 pack«. Zima je bila, sneg je padal, 18 let sem bil star. Nisem upal v avto, pa najrajši imam »driftanje« pozimi, ampak me je tok »pojedlo«, da nisem upal ven. Potem sem pa spil 3 pive in sem šel na »parking« na pokopališče, se vrtel z ročno in jaz sem bil drug dan dober. Tako sem zlezel ven, da sem si v bistvu eno srečo nazaj prinesel, ker drugače nisem mogel. Izogibaš se »folka«, umakneš se, čist se umakneš stran, izoliraš se. Pa veš, da je narobe. Zavedaš se, da je narobe pa še vseeno to narediš. Sploh potem čez čas, ko se ti večkrat to ponovi, potem se pa že nekak...

In kako dolgo so se ti pojavljale težave, zaradi katerih si čutil potrebo, da nekaj narediš gleda tega? Kakšna je bila tvoja strategija spoprijemanja s težavami?

Jaz mislim, da iz depresije tebi ne more noben pomagati, razen tisti, ki je bil v depresiji. Ti lahko nekemu 100x razlagaš kaj je, zakaj je, kako je, pa veš, da ti ne more pomagati, ker ni bil v tem in sploh ne razume, kaj je to. Enostavno ne more te, da ti ene neumne odgovore, ko si že v naprej vedel kaj ti bo odgovoril, ampak ni... Sam moraš. Sam se moraš toliko »zbrcat«. Ampak po navadi je to tako, da greš tako globoko v depresijo, da že globlje sploh ne moreš. Pol je pa »itak« vse na tebi, ane. Meni takrat, tudi če bi imel pogovor s psihiatrom, ga ni, ne more. Pri meni ni bila nikoli problem depresija. Takrat sem bil sam, tih, zaprt, a veš, ne motiš

okolice, ker te ni, ne obstajaš. In potem vsakič, ko sem šel čisto do podna, sem si sam skušal pomagat pa se tolažit, govorit pozitivne stvari pa delat stvari, ki me veselijo, ki sem jih pozabil, opustil... Potem sem jih pa spet začel, zato, da sem nekako zlezel ven, ane. Je bilo pa dostikrat tako, da se mi je vse nabralo, pa s punco sem šel narazen, okoliščine ki te podrejo, pač.

Se spomniš kdaj in kaj je bil povod za to, da si sam pri sebi presodil, da imaš težave? Si mogoče po internetu iskal kakšne podatke, si sam sebi že prej postavil diagnozo?

Diagnoze si nisem postavil. Jaz sploh nisem vedel, kaj je recimo depresija, ko se mi je zgodilo prvič. Zdaj o depresiji se govori zadnjih 10 let ane, je to pač bolj javno. Prej pa tega ni bilo. Jaz sem vedel, da se zelo slabo počutim, da mi sploh ni več do življenja, a razumeš? In potem sem si zadal te cilje nazaj, kaj mi je dobro, kaj mi ni, kaj me veseli, da sem to potem spet začel delat in dobil smisel do življenja nazaj. Nikol nisem bral nič na internetu, ker moraš vedet, da takrat, ko se je meni to začelo dogajati, ni bilo toliko informacij pa forumov. Najbolj sem sam sebe opazal, da sem videl, kako sam sebi lahko pomagam. Po navadi se mi je to zgodilo bolj v zimskih dnevih ane, ker imam občutek, da mi sonce da dovolj energije. Poleti je »good«, potem pa pride ta november pa vse sivo, pa tema, pa nič za počet in te pokoplje, ane.

Ko si občutil prve simptome, kakšna je bila tvoja reakcija? Si se ustrašil teh občutkov?

Ustrašil, ja. Jaz sem ob 3h, 4h, 5h ponoči hodil gor pa dol po sobi. Grozno je bilo. Strah me je bilo v bistvu, strah te je vsega.

Si najprej pomislil, da so to take vrste težav, s katerimi se spopada večina ljudi? Si vedel, da gre za neko bolezensko stanje?

Nisem vedel, zakaj se mi je v bistvu to sploh zgodilo, ane. Jaz nisem delal slabih stvari v življenju pa, da bi se zaradi tega slabo počutil, ampak nekako...To pride in te...Začnejo te »bedirat« stvari, ki sploh niso pomembne, karkoli...Enostavno pride in zmeraj globlje greš in te »zabija«. In v eni fazi še upaš komu povedat, da nisi dobro ali pa karkoli ane, pol je pa tako globoko, da ne upaš več...Saj pravim... Telefon, ko mi je zazvonil, jaz se nisem javil, jaz se nisem upal javit, čeprav me je klical kolega pa me je verjetno samo tako malo poklical, jaz sem pa mislil, da je ena najbolj huda stvar.

Si na začetku s kom spregovoril o teh težavah?

Z mami. Sem ji povedal, da me je pač vsega strah. Takrat mi je rekla:«Ja, ne vem kaj boš?» Sem rekel, da jaz tudi ne. In potem sem spil 3 pire in šel »driftat« na sneg, kot sem ti že povedal in mi je bilo bolje.

Kaj je bil povod za to, da si prvič poiskal strokovno pomoč?

Pri meni ni bila problem depresija. Ker te nobeden ne opazi, ker ne obstajaš. Problem je bil, ko je mene, ker imam bipolarno motnjo, iz »depre« vrglo v manijo. Ko sem iz tega podna, v katerem sem bil, lezel ven, ven, ven, ven, ven...Potem sem šel pa preveč ven, preveč na dobro. Potem je pa preveč energije in se ti dogaja, ane. Potem pa ni več tako kot prej, ko si po 15, 16 ur spal pa ležal v postelji, ampak ne spiš več. In takrat so začeli opazati, da z mano pa neki ni v redu, ker ti govoriš, toliko energije imaš, da je noro. In takrat te »folk« ne more več dojemati, takrat oni vidijo v tebi problem. Takrat, ko si na »podnu«, saj veš kako je danes na tem svetu. Še rajši vidijo, da si tam, na »podnu«. In meni so prvič dali diagnozo, ko sem bil v maniji, ne v depresiji. Jaz sem jim moral razložiti, da imam depresije. Ker doma me »itak« niso resno jemali : »Ah daj no, kaj zdaj, boš že!« Itak, saj, tako, kot sem ti rekel, noben, ne ve, dokler se sam ne sooči s tem. Pa še tisti, ki to ima, te ne razume, on samo sebe razume. Ve pa, kako je. Ne more ti pa pomagat, ker ne ve, kaj je tebe v to pripeljalo pa kaj tebe v glavi »bedira«, ker po mojem vsak, ki ima depresijo, ima čisto druge probleme.

Koliko časa po tem, ko so se ti začele pojavljati težave, si stopil v prvi kontakt s strokovnjakom, ki ti je postavil diagnozo?

Ko sem bil hospitaliziran.

Nisi šel po svoji odločitvi?

Ne. Ker takrat ne veš. Takrat, ko si v maniji, ti je dobro, ne veš, da je neki narobe. Ker končno zadihaš, končno zajemaš zrak, celo sapo, konec je depresije, končno živim, dobim smisel za življenje. Živiš, dobro ti je. Manija je čisto nekaj »kontra«, kot depresija. Jaz sem takrat recimo celo sobo popisal. Vse stene. V kodah. Mislim v kodah. Meni se zdi, da ti odpre ventile, da pač človek, če lahko v normalnem stanju razmišlja okrog 8% , takrat v maniji, imaš občutek, da ti jih več. Vidiš stvari, ki jih prej nisi, bolj si poduhovljen, ne gledaš več na materializem, sploh ne, a veš? Samo čustva. To je »kontra« od »depre«, ampak občutek je dober. Ampak se isto stopnjuje kot depresija, se pravi tako, kot greš pri depresiji dol, dol, dol, greš v maniji gor. In potem ne spiš več. En dan, 2 dni, 3 dni. In potem normalno, da ne moreš več funkcionirati, ker rabiš počitek, tako kot vsak.

Potem hospitalizacija ni bila tvoja izbira?

Ne, mene so takrat odpeljali starši. Gremo na izlet varianta. Pa takrat jim zameriš, totalno, misliš, da so te izdali, najslabši so, čeprav potem vidiš, da ja, ane. Nekaj je bilo treba. Čeprav jaz mislim, da bi moral iti nekam v eno kočo, v naravo pa to poduhovljeno stanje, ki ga imaš takrat, podoživljat te občutke, jih preučiti, mogoče si jih zapisati, se posneti... Da bi potem sploh videl, kaj je, ker to se ti tolik stvari dogaja, da si vsega niti ne zapomniš. A veš, da nisi škodljiv za družbo, da se umakneš, da imaš čas zase in da vidiš, kaj ti sploh dogaja v glavi. Ker meni se zdi...O.K., bolezen ane, imam bipolarno motnjo, ampak po drugi strani je pa meni to dar. Ker jaz tiste stvari, ko sem jih takrat, v maniji doživljal in videl... Meni je bilo najlepše. To je razsvetljenje, jaz sem mislil, da sem bog, mislim »uno«, da je vse možno. Takrat v bistvu nisi prizemljen. Depresija te recimo toliko prizemlji, da te zabije dol. To je kot utrip srca - greš gor in dol. Zdaj je pa treba najti eno vmesno fazo, da si NORMALEN pa razpoloženje, ki bo ves čas isto. Saj pravim, ko si dol, te ni, ko si gor, si pa na stotih koncih, povsod si. Zmeniš se z »enmu«, »drugmu«, »tretmu«, »četrtnmu«. Prej pa z nobenim, samo da se ni treba dobit, ne karkoli. Čista »kontra«.

Kdaj ti je bila potem diagnosticirana bipolarna motnja in kdo ti je postavil diagnozo?

Mislil, da leta 2004. Psihiater je rekel, da misli, da gre za bipolarno motnjo. Takrat sem kar malo v šok padel. Nisem vedel, ane. Prav »uno«: »Aja? A to se je meni zgodilo zdaj, to jaz imam?« Potem pa traja kar en lep čas, da to dojameš, da se navadiš s tem živeti. Uf.

Se pravi si v tem trenutku šele spoznal, da gre za neko obliko psihične bolezni?

Ja, šele, ko mi je psihiater povedal za diagnozo, nisem tega pričakoval. Vedel sem sicer veliko let, da stvari, ki jih doživljam niso ravno povprečne, ker mi nikoli ni o tem nihče govoril. Moraš vedeti, da se včasih ni toliko govorilo o tem, kot se danes.

Se mogoče spomniš na kakšen način in na podlagi katerih dejavnikov ti je psihiater določil diagnozo?

Na podlagi tega, kar sem jaz govoril in občutil in kar sem delal. Pa kar so moji starši povedali, da sem delal.

Se pravi, se je psihiater pogovoril tudi s starši?

Zmeraj je tako. Najprej pridejo starši noter, potem prideš ti. Potem te pač pospremijo gor in te pač opazujejo.

Se spomniš, da je imel psihiater kakšen vprašalnik ali so bila njegova vprašanja spontana?

To imajo oni ene vzorce. Oni imajo teh primerov ogromno. Pač, če je dol-gor, je to, to. Edino, kar mi je bilo najbolj neprijetno je, da me sploh ni poslušal. Ti imaš vizito tam v bolnici, tam ležiš, ves »zadet« od tistih Apaurinov pa od usega kar ti dajo, a veš. Ni »fore«. Ti mene ne poznaš, tebi so starši zdaj povedali nekaj najhujšega, kar je. Ti mu lahko tam razlagaš 100 stvari, osredotočen je pa bolj na starše, ker on bo njih zadovoljil. Tebe vprašanje koliko. Ker ti si tam pacient.

Potem si imel občutek, da so bolj poslušali starše, kot tebe?

Definitivno. Saj so starši rekli, da hočejo, da jaz ostanem tam, ane, ne jaz sam. Problem je to, da zjutraj te vpraša: »Kako ste pa danes?...Mhm...« Vse, kar se gre pa tebi je pa to, da rečeš, če imaš lahko pol ure izhoda, da si malo na zraku, drugače si zaprt tam noter, ane. Ni pa, da bi imel psihoterapevta vsaj 10 minut na dan, a veš. Vsaj 5 minut na dan. Ga ni. CT glave, odvzem krvi, tak »blesav« postopek. Tam si notri s petnajstimi v istem »štuku«, lej, ni. Na dan imaš pa 10 minut pogovora, ČE ga imaš 10, prej 5, s psihiatrom, ane. Ki pa itak samo gleda, koliko boš imel izhoda, ali ti bo povečal dozo ali ti jo bo pomanjšal. Ni zdaj tak proces, da bi se ti pogovarjal o tem, kaj je. In mene to zelo moti. Tehnik na oddelku te gleda cel dan. In on piše dnevnik. In, če boš sedel cel dan na kavču pa gledal TV, pol si že dober. Dokler pa ti letaš gor pa dol in imaš energijo, pa nisi dober. Piše, ali si se s kom skregal, ali si konflikten, kako si se obnašal do njih, ali zavračaš zdravila, kaj govoriš... Pač on zjutraj potem to prebere: »Aha, to je to,...« Premalo je strokovne pomoči. Sploh v »startu« se ne pogovarjaš z nikomer. Nekako bi bilo isto, kot če bi on pogledal tvoj videoposnetek, kaj ti delaš tam.

Ali si imel občutek, da si obravnavan samo kot neka »številka«?

Tako kot sem ti rekel prej, sam sebi lahko pomagaš. »Itak« ali igraš, ali pljuvaš tablete ven, vse je na tebi. Res pa je, da mogoče veš, da nisi dober. Pa, ko te »zafilajo« s tableti, a veš kdaj si dober? Takrat, ko ne vstaneš več zjutraj iz postelje. Ko ne prideš več ven. Ko te pokliče na zajtrk in si spet v »depri«. Takrat si dober za njih. In greš spet na bel, odprt oddelek. Ker si spet brez volje do življenja. Ko prideš ven, z glavo dol. Takrat si dober tudi za starše in za okolico, »sorry«. Takrat si dober za drug »folk«. Meni je rekel tehnik enkrat, da vidi, da sem

depresiven, ti ne greš več ven iz sobe, povej to. In sem mu odgovoril, da je očitno to njihov namen. In potem preden ti najdeš to pravo mero zdravil... Jaz sem rabil 8 let, da sem jo. Samo ne vem pa kakšne ima to posledice na splošno v mojem življenju, a razumeš? Namesto, da bi tam s psihoterapijo, ko si tam 24 ur na dan... Ne vem okrog 500€ stane ta moja injekcija, ki jo dobim vsak mesec, ne vem koliko že stane 1 bolnišnični dan in oni meni ne morejo omogočiti psihoterapevta, da bi jaz mogoče ugotovil, zakaj imam to, kaj to je, a razumeš? Da ti en sploh razloži. Niti staršem, niti meni ni noben znal povedat, zakaj to pride, zakaj je to...Ja, vaš sin ima to in to je to. Kot, da bi po enih vzorcih za kriterij gledali: »To je ta znak, to je tisti znak, on ima to, dajmo mu to in to bo to«. ***Potem sem takrat dobil celo pest tablet in sem spal po 16 ur na dan, a veš kaj mislim?***

Pa si kdaj izrazil željo, da bi se rad s kom pogovoril?

Jaaa! Tukaj pri nas je to zgrešeno, saj pravim. Psihoterapevta bi moral vsak dobiti, ne psihiatra, ki ti predpiše zdravila pa to, ampak psihoterapevta. Jaz sem na začetku vsak dan tekkel tam v krogu pa vsak dan se bil v telovadnici in na vrečo sem boksal. To sem rad počel. Takrat sem se jaz dobro počutil in nisem bil več maničen, ampak sem bil pač nad tisto črto, ki jo oni radi vidijo – normalen. In jaz sem pač boksal tisto vrečo, slišalo se je dol...In potem, ko ti nehaš hoditi ven, ko se ne usedeš več skupaj s »folkom«, takrat greš pa ti lahko domov. In potem prideš domov in gledaš tiste tablete in jih poješ in zaspiš. In ne moreš funkcionirat, ne moreš. Prideš pač tja na kontrolo in jim to poveš in ti reče: »Ja, ampak ne bomo še zmanjšali«. »Mislim kaj naj, ali naj se »zategnem« zdaj, ko sem totalno »beden« ali kaj vi hočete?»

Se pravi, niso upoštevali tvoje želje?

Oni te počakajo, da prideš dol. Mislim dol. Nisi normalen, da bi rekel, da imaš voljo do življenja, a veš. Toliko te zabijejo. »Itak« pa moraš vedeti, da si vesel po eni strani, da prideš domov, ker si pač tam en mesec, ne greš ven, tam notri si. Ampak si pač skušaš naredit dobro. Ampak na koncu je pa že toliko »bad«, da ti ni več sploh, ane. Potem pa še ta osebje, ki je tam v bolnici. Se zgodi, da se derejo tam nate in karkoli jim rečeš, jim je odveč. Meni so dali enkrat Akineton in sem imel tako trde noge, da nisem mogel po stopnicah. Potem so mi dali Depakin, vzamem enega. Ja kot, da bi vzel eno drogo, sem tekkel po stopnicah, imel občutek kot, da bi lebdel, hiperaktiven. In to so mi ga dali 2x na dan. In sem šel do zdravnice in ji rekel, da tega mi pa ne bodo več dajali, da to je pa noro. Čutil sem kot, da imam že zobe »špičaste«, sem jo vprašal kaj je sedaj to, a mi že zobe uničujejo ta zdravila, a sem odvisen postal od njih? Ker mi »folk« pravi, da so odvisni postali od njih.

Pa so upoštevali, kar si jim povedal glede stranskih učinkov?

On itak točno ve, kaj ti da in kaj bo s tabo, kako se boš počutil, ve. Samo kdaj imaš občutek, da on čaka, kdaj bo ura štiri, da gre on lahko domov. Jaz sem zamenjal veliko zdravnikov. Meni se to sploh ne zdi pravi način zdravljenja. Mi smo v 21. stoletju, ane, če je to psihiatrična bolnica, naj bo tam bazen, naj bo tam čim več stvari, da ti človeka zmotiviraš nazaj. »Folk« je tam v »depri« pa delajo samomor in jim ne uspe in ga pripeljejo tja. 10 minut ima pogovora z zdravnikom, potem pa tam sedi z drugimi, v tisti «betonasti» kocki. In kaj si mu pomagal? Ti ga moraš zmotivirati nazaj, da on poišče svoj jaz, kaj mu je sploh všeč početi. Ne, da se bo zgodilo to, kar se je stokrat. Jaz tam, ko sem bil, se spomnim skoraj 10 ljudi, ki jih danes ni več. Kaj ti to pove? 2 sta se ubila tam, ko smo skupaj sedeli in potem so vodilni nas, paciente spraševali kako se je obnašal, kaj nam je govoril, a je komu kaj rekel... Ja pa oni so tisti, ki bi se morali z njim ukvarjat, oni bi morali to vedeti, ne pa mi, ki smo z njima sedeli pač tam dol. Mislim, to je grozno res. Ti se moraš terapevtu odpreti, mu zaupati, da se z nekom pogovoriš. Tukaj pa tega ni. Jaz sem enkrat prosil, da mi dajo psihoterapevta, da sploh vidim kaj mi je, povod za to, kar se mi to dogaja, pač enega strokovnjaka za to, ki bo imel čas zame. Veš kaj so mi rekli? Da ima ona popoldan čas, da pride okrog 100€. Samo samoplačniško, ne moreš ti dobiti psihoterapevta v psihiatrični bolnici. Pol sem šel ven na zrak in me nekaj časa ni bilo in potem so mi rekli, če mislim, da sem v hotelu. 10 minut zdravnika imaš na dan, ostalo te pa tehniki opazujejo, če prideš 5 do po zdravila, če si 5 do na kosilu pa, če si 5 do šel spat. Pa če sem vstal 5 čez in ne 5 do. Ker veš kdaj je po njihovem mnenju dobro? Ne takrat, ko ti vstaneš prej, ampak, ko te oni zbudijo. Da si »zafiksán«, da si »zapopan«, da sploh ne veš, zakaj se gre v bistvu, toliko te »zalimajo«, ane. Ful težje se je recimo lotit športa, ker si brez energije.

Ali se spomniš, na kakšen način ti je bila sporočena diagnoza?

Ja. Na stopnicah. Z mami sva ustavila zdravnika in sva ga vprašala, če se že kaj ve, kaj in kako je, ane in je rekel, da za enkrat kaže na bipolarno motnjo.

Se spomniš na podlagi česa je to ocenil?

Ja na podlagi tega, kar sem jaz povedal in moji starši. Ampak to je bilo recimo po enem tednu, kar sem bil tam. Jaz sem si dosti prebral potem o tem. Ampak najbolj mi je pomagal pisatelj Jaka Tomc, ki je napisal knjigo Manični poet, v kateri je opisal, kaj se je njemu dogajalo v maniji. Ne da se opisat. Kdor tega nima, ne more razumet. Dobil sem tudi eno knjigo z

naslovom Vse ali nič, ki govori o bipolarni motnji. Zelo zanimiva knjiga, se najdem notri. Jaz sem vesel, da sedaj začutim, kdaj grem gor in kdaj grem dol. In ustavim že pri prvi stopnji, če jih je recimo deset, ane. Ker drugače vem, da bi lezel dol in gor. Veš česa se bojim? Mislim, depresij se itak bojiš ane, samo pri depresiji veš, da ne boš nikogar prizadel, da ne boš naredil nič narobe, škoduješ samo sebi. Bojim se pa manije. Ker tisto je pa »sranje«, tam si povsod. In sem raje malo boljše dol, kot pa gor. Ker tega te je strah.

Čeprav so v maniji občutki veliko boljše kot v depresiji?

Ja, v maniji čutiš, da živiš. Lep občutek je. Ampak samo zaradi drugih, saj pravim. Jaz bi si najraje enkrat v življenju sam povzročil manijo, ampak bi bil v eni koči, daleč stran od »folka«, da bi se posnel in da bi si lahko potem, ko sem v »depri«, to predvajal. Ker se ne spomniš dejansko, kaj si res povedal. Občutek je dober. Ampak, a veš, tebe je strah, da ne boš imel stabilnega razpoloženja v življenju, je najtežje. Prvi občutek je najtežji, ko te zaznamujejo v psihiatrični bolnici. Na začetku sem se »ful« obremenjeval, kaj si drugi mislijo, to te uniči in imaš blokado v glavi. Ampak te blokade sem se z leti nekako znebil. Sedaj imam pa tisto blokado, da se ne bi imel preveč dobro. To je pa najhuje, da ko se imaš dobro, da veš, da je nekaj narobe. A si predstavljaš ta občutek? Ko si v »depri«, si samo želiš, da bi ti bilo dobro, ko si pa dobro, je pa v bistvu slabo. Totalen paradoks.

Ali se spomniš kako si se počutil in kako si se odzval v tistem trenutku, ko si izvedel za diagnozo?

Ko sem izvedel, sem se ustrašil. Misliš, da je nemogoče, "da neki ni". Šokira te. Potem si prebereš kaj je, pa malo ti povedo. Večinoma sem si pa sam prebral. Spomnim se pa, kot bi bilo včeraj. Tisti moment pri »dohtarju«, pod »štengam«. Z mami sva prišla tja in vprašala, da vsaj povedo, kaj se jim zdi, da je. In dobila sva odgovor, da je bipolarna motnja.

Kaj pa je zate pomenila ta medicinska diagnoza? Kaj je pomenilo to zate?

Ja »itak«, da breme. Nočna mora! Potem se soočiš, da boš s tem moral živeti. Vidiš šele, ko se drugič, tretjič to naredi. Vidiš da je "to, to".

Torej nisi čutil olajšanja, da sedaj vsaj veš kaj je?

Prvič, ko se mi je to zgodilo, sem bil hospitaliziran. Je bil hujši problem. Če bi se mi to večkrat zgodilo, bi bilo drugače, ampak prvič, ko sem izvedel pa ni bilo olajšanje.

Ali si pričakoval tako diagnozo?

Ne, ker nisem nič vedel od tega. Prej sem se soočal z depresijo. Vem, da sem bil hiperaktiven, potem pa preveč... Preveč energije.

Po diagnozi, ko si jo izvedel, si spregovoril z drugimi? Kako so odreagirali?

V bistvu sem najprej govoril o tem z ožjimi, z družino in mogoče kakšnim, ki je prišel na obisk. Potem pa dolgo časa nisem želel nobenemu povedati kaj je in kaj ni. Sedaj pa s tem moram živeti, zato povem, ni me sram. Nekajkrat, me je spravilo v tako stanje, da sem vesel, da sem ga doživel.

Si se obremenjeval s tem, kako bodo ljudje na to odreagirali, kako bodo sprejeli?

Tisti pravi, to ti je pomembno. Ostali začnejo govoriti "norišnica", nekako te zaznamujejo. Konec koncev moraš gledati nase in ne nato, kaj drugi pravijo. »Folk« ima predsodke, ker ne ve, kaj je.

Ali se ti zdi, da recimo, ko si ljudem povedal, da niso razumeli tega?

Nekateri ja, drugi ne. Nekateri poskusijo razumeti, drugi pa ne morejo vedeti. Ker ne vedo niti kako, niti kaj je to. Določeni so si potem prebrali kaj o tem. Sem jim pokazal.. Ker je danes tega vse več. Kakšen mogoče ve že od prej kaj, ostali, ki pa niso nikoli imeli težav pa ne vedo skoraj nič.

Misliš, da ljudje dojamejo to kot bolezen ali kot del tvoje osebnosti?

Mislim, da večina depresijo dojema kot del tvoje osebnosti, ja. Ni, da si bolan, ampak, da tak si. Ti pa takrat, v tem stanju, samega sebe sploh ne poznaš, ko si v maniji. Ko si v depresiji pa »itak« ne obstajaš. Ko si pa v maniji, si pa povsod.

Ali se spomniš, kakšni so bili nasveti glede zdravljenja, ko so ti postavili diagnozo? Kaj so ti svetovali?

Svetovali so mi spanec. Ampak te tako ali tako "nafilajo" s tableti, da spiš nenormalno. Za depresijo nisem bil nikoli hospitaliziran, za manijo pa sedemkrat. Trikrat sem prišel nazaj po enem tednu, ko sem prišel ven. Torej potrebuješ spanec, počitek, pomembno je, da greš spat pred polnočjo. Ne smeš uživati alkohola, drog... To je pa to.

Kaj meniš o zdravljenju z medikamenti? Imajo po tvojem mnenju kakšne stranske učinke?

Ja, »itak, itak«, da jih imajo. Najprej, ko sem bil na tabletih Depakin, katere so za stabilizacijo razpoloženja imaš otrdele noge, komaj se premikaš, treseš se. Nič prijetnega. Sedaj pa, ko imam to injekcijo, je pa enako. Občasno se začnem tako tresti, da niti kozarca ne morem držati v roki. Roka gre levo, desno. Ne vem ali je to strah v meni, nisem še ugotovil. Ampak po navadi se mi to zgodi, ko mi pade samozavest. Vprašaš se: "A bom to sploh lahko?". To se mi je začelo dogajati po tej injekciji.

Prej se ti ni to dogajalo?

Se mi je, ampak manj.

Torej bi lahko rekel, da ti mogoče injekcija nekatere od simptomov zavira, nekatere ti pa še bolj potencira?

To ne morem reči, da je samo od tega. Moram potrkat, da mi sedaj v bistvu vsaj injekcija pomaga. Počutim se "navadn", sem bolj brez energije, veliko bolj se moram potruditi, da se lahko vsaj malo ukvarjam s športom, pa malo me »skos dol tišči«. Ko pridem do tistega, da je malo »depre«, že vem zakaj se gre in takoj ukrepam. Po navadi s športom, ki najbolj pomaga proti temu.

Ali si zadovoljen s potekom zdravljenja? Če si, zakaj? Na splošno.

Vedno sem sam povedal, kaj bi znižal, koliko bi znižal, zakaj bi znižal, da sem prišel do tega. Najprej mi ni hotela sploh verjeti, zato mi je večala odmerek in ga sama določala. Zato sem potem sam "sforsiral", sam pri sebi sem vedel, kdaj se v redu počutim. Recimo sedaj mi je želela zmanjšati odmerek, ampak tega ne želim, ker se bojim, da se stvar ponovi. Raje imam malce manj energije pa je tako, kot je. Sigurno pa verjamem, da ta zdravila niso dobra dolgoročno za telo. Ne morejo biti. Tako, da to se malce bojim, kaj bo.. Saj ne veš.

Potem bi lahko rekel, da občutiš izboljšanje?

Ja »itak«. Že dve leti in pol se mi ni ponovila nobena manična epizoda.

Depresija ja?

Depresija pa »itak«. To je zaradi stvari okrog, zaradi življenja. Vedno si ponavljam, da moram biti nekako srečen. Potem si pa kdaj preveč srečen in spet pride do nihanja.

Ali pri zdravljenju kaj pogrēšaš?

Seveda. To ni nič. Jaz pridem tja, 5 min sem notri, povem kaj počnem, in to je to. Sploh ni nobenega pogovora. Da bi mi nekdo recimo res natančno povedal. Vse sem si moral sam prebrati. Nobene psihoterapije se ni dalo dobiti. Nič! Lahko pridem tja in se lažem za karkoli. Sploh pa se mi zdi, da ljudje lažejo zdravnikom, ker se bojijo povedati po resnici: "Ja, pijem pir". Čeprav, jaz jim povem po pravici, da spijem kakšnega. To je to. Trave pa ne »konzumiram«. Povem tudi, da dobro spim, kaj počnem, kakšne imam cilje. Ni pa to.. Saj veš, da bi se pogovarjal s strokovnjakom. On je tam, da piše zdravila, ne, da ti prav preveč kaj razlaga. Našteje ti par simptomov bipolarne motnje in reče: "To je to". Dober si pa takrat, ko si že malo v "depri", imam občutek. Najraje te vidijo tam (v Begunjah), da si čisto brez energije, da nimajo nič dela s tabo, da v bistvu ne obstajaš. Takoj, ko jih preveč sprašuješ, imajo že preveč dela s tabo kar pa se jim ne da. Sploh določenim.. Seveda pa so povsod izjeme.

Se pravi, če si se kdaj želel pogovoriti s kom o teh stvareh, ki so te zanimale, nisi dobil tega kar si želel?

Ja, tudi mami mi je rekla, da je to "obup". Ko je tudi ona spraševala: "Kaj, kako?" Ni dobila nobenega konkretnega odgovora. Vem, da se je tudi ona takrat jezila. Potem sem jaz njo spraševal, ker je bila več pri zdravniku kot jaz, po tem, ko sem bil hospitaliziran.

Ali si si mogoče poskušal najti kakšno drugo vrsto pomoči?

Ne. V bistvu, kar sem si sam bral po internetu, gledal dokumentarne filme o tem.

Kakšne alternativne stvari pa ne?

Ne, nič. V bistvu sem bil na bioresonanci. Tam so videli samo, da me nekaj tišči dol.

Torej izkušenj s psihoterapijo nimaš?

Ne, niti enkrat.

Potem meniš, da psihoterapevtske storitve pri nas niso dovolj dostopne?

Niso. Ali pa so predrage. Kako naj dam 100 evrov za en obisk? En obisk mi niti nebo pomagal. Rabil bi vsaj še 10 obiskov kar pomeni tisoč evrov. Kako boš?

Pa si kdaj izrazil željo, ko si bil hospitaliziran za psihoterapijo?

Ja, sem! Rekla mi je: "Ja to opravljajo zdravniki po službi, doma". Ko sem vprašal, če tam lahko dobim in sem dobil negativen odgovor. Potem smo zaključili s tem.

Se pravi je želela povedati, da je to samoplačniško?

Ja, to je to.

Kako ta diagnoza vpliva na odnos do samega sebe? Se je zate osebno kaj spremenilo? Mogoče gledaš nase drugače?

Ja, »itak«, drugače gledaš. Vem tudi, da ne morem iti za 3 mesece nekam, ker sem brez injekcije. Edina možnost je, mogoče, da bi jo vzel sabo in tam šel v bolnišnico, ker si jo sam ne morem dati. Ampak si tudi v strahu, kaj boš, če se ti zgodi to kje tam. Vse skupaj je malce bolj zakomplicirano. Ves čas moraš malo »ven lesti iz dreka«. Šport mi še najbolj pomaga pri tem. Problem je tudi zaradi služb. Nočnih izmen ne morem delati. Tukaj bi lahko šel za varnostnika pa ne morem, ker moram ponoči spati.

Torej si že pri iskanju službe omejen?

Ja, tako je. Ne morem recimo, da bi šel voziti kamion, ali kaj takega, ker se dela ponoči.

Se pravi, nočnih služb ne moraš opravljati?

Ne. Pa tudi takrat, ko sem bil reševalec iz vode, ko sem šel na zdravniški pregled, je videla, da imam bipolarno motnjo, je posebej napisala tam njim, da ne smem delati po tej pa tej uri zvečer, itd.

Si bil zaradi diagnoze še kje prikrajšan, razen v službi? Kako to vpliva na odnos z drugimi ljudmi?

Ja, »itak«. Oni se ustrašijo, čeprav večinoma si normalen, ampak takrat, ko te "zamede", tistih 14 dni recimo, si zbeگان. Potem se pa zopet postavi vse v normalno stanje.

Torej se ti zdi, da zaradi te diagnoze ne moreš več delovati normalno, kot prej, preden se ti je to dogajalo?

Ja, vedno te spremlja en strah. Pa misli na to, kaj se je vse dogajalo. Čeprav nisem nikoli nobenemu škodoval. Pa vseeno.

Kaj pa tvoje osebno mnenje o diagnozah? Se ti zdi v redu, da se postavi diagnoza na podlagi simptomov ali se ti zdi, da bi bilo boljše, da se samo govori o specifičnih težavah?

Veš kaj, tolikokrat sem že videl, da so postavili napačno diagnozo samo glede na simptome. Vsaka "varianta" ima ogromno simptomov. Dostikrat se potem vštejejo pri zdravilih. Potem ljudi "odpelje". Kar ugotovijo šele kasneje in poizkusijo več možnosti (več možnih zdravil). Boljše bi bilo, da sploh nebi bilo tako določeno. Do neke mere ja, ampak manj je več, več stopenj. Prva, druga, tretja. Meni do danes niso povedali, katero imam. Razlika je v tem kolikokrat si "dol", kolikokrat "gor". Meni tega nihče ni povedal. To mi je potem nekdo povedal tam, ki je tam delal ampak je tudi dobil bipolarno. Hodil je k eni v Ljubljano, ki mu je povedala kaj, zakaj... Bila je psihoterapevka.

Potem bi se ti zdelo boljše, da se samo govori o specifičnih težavah, ki jih imaš? Da bi se z nekom pogovarjal? Da bi sprti govoril kaj občutiš, kaj se dogaja? Skozi pogovor.

Ja, točno tako. Da se ti nekomu odpreš in poveš točno kaj, zakaj, kako. Tukaj pa oni s tabo, ko si hospitaliziran ne govorijo kaj dosti. Ampak poslušajo tiste, ki so te pripeljali. Slišijo pa vedno najhujše, čeprav stvar sploh ni tako huda. Ne poslušajo te niti, da bi jim povedal, zakaj je tebi to povzročilo. Meni se je recimo po navadi to zgodilo, ko sem bil preveč obremenjen z nečim. In potem mi je popustilo, ko sem bil pod prevelikim stresom.

S psihiatrinjo nista nikoli poskušala najti nekega vzroka, da bi se pogovarjala o tem? Da bi te vprašala kaj ti misliš, kaj ti to povzroči? Da bi poskušala skupaj najti vzrok, kaj ti to spodbudi? Zakaj se je to sploh začelo dogajati?

Bolj ne. Zadnjič sem še bral izvide v zdravstvenem domu, v svoji kartoteki. Notri samo piše, kar jaz tam povem, obnaša se tako in tako.. Nič konkretnega. Nič takega te ne vprašajo, povedo. Zelo malo, premalo.

Če pogledaš za nazaj, ko še nisi imel postavljenih diagnoze, kdaj ti je bilo lažje in zakaj?

Meni se je šele kasneje to razvilo, vedno bolj, vedno bolj intenzivno. Prej je bilo boljše, seveda. Tukaj si zaznamovan za vedno. Seveda je sedaj težje, ampak moraš znat živeti s tem.

Se ti zdi, da če ti nebi dali specifične diagnoze, če bi se pogovarjali s tabo o problemih že od samega začetka, ko so te pripeljali v bolnišnico, ko se je začelo zdravljenje in te nebi označili s posamezno diagnozo, bi ti bilo boljše, da diagnoza ne bi obstajala?

Seveda, boljše bi bilo, da bi se o težavah pogovarjali. Veliko boljše.

Bi zase lahko precenil (na grobo) ali so se ti težave začele dogajati kar na enkrat ali so zunanji dejavniki pripomogli k temu?

Kot sem že rekel, zunanji dejavniki so po navadi stres in to me je tudi "vrglo". Zunanji, »itak«. Najverjetneje bi se sprožilo tako ali tako, če to imaš v sebi. Recimo, če bi bil eno leto na dopustu nekje, da bi nekje ležal, jaz mislim, da se nebi. Tukaj pa je tisoč enih stvari.

Mogoče, če življenje ne bi bilo tako stresno kot je, misliš, da bi bilo enako?

Teh bolezni bi bilo veliko manj. Nekaj je sigurno prirojeno. Moj ata iz Zasipa je tudi "samomor pa scene imel". Tako, da je imel depresijo. Za manijo pa veš, kako je bilo včasih, oziroma verjetno ni bila tako razvita. Pravijo, da je to tudi dedno.

Če bi se ta trenutek lahko odločil, ali bi spremenil svojo strategijo soočenja s težavami? Če bi, kako bi spremenil?

Če bi vedel kako, potem bi. Še vedno se soočam s tem, ampak trenutno je kar v redu. Je pa res, da te kdaj zanima kaj, pa si ne upaš niti prebrat in pogledat kaj je. Takoj, ko pogledaš te stranske učinke, je grozno, ker jih je neomejeno. 40 strani pri mojem zdravlilu.

Ali so ti recimo, ljudje, ki so bili tudi hospitalizirani, povedali, da imajo tudi oni tako mnenje, da je premalo pogovora, pogovorne terapije? Da vse preveč temelji na tabletih? Je še kdo povedal, da ga to moti?

Seveda, tam se največ pogovarjaš z ljudmi, ki so tam notri, pacienti.. Z njimi se "itak" stalno pogovarjaš. In ja, večino moti. Moti jih koliko zdravil dobijo, imajo jih po celo pest. To je psiha, to bi se morali lotiti drugače, ne da te zatrejo z zdravili. Razumljivo, momentalno takrat, ko si v maničnem ali depresivnem stanju, da te malo "popravijo", da si stabilen. Ne pa potem nadaljevat s tem. Ker ljudje so čisto čudni po parih letih jemanja ogromno zdravil. Za nekatera zdravila sploh ne vem nič, ker so par let nazaj prišla šele na trg in ne vem kje in kako oni to poizkusijo. 40 strani stanskih učinkov, čeprav ni nujno, da imaš sploh katerega ampak kakšnega imaš sigurno. Malo me skrbi tudi pri bipolarni motnji, ker je ogromno primerov, ki

se končajo s samomori. Čeprav skozi to sem že šel. Zase vem da ne.. Kar nekaj, kar jih poznam jih je šlo zaradi tega. Tam, ko sem jih spoznal.

Torej se ti zdi, da se premalo poskrbi za ljudi, ki so tam?

Definitivno, ja. Imaš delavnice in terapevtko, ki telovadiš z njo in greš tja in sem, pa se igraš kakšne igre z njo. Uganke na primer. Tako, da te malo oceni kako ti lahko razmišljaš. Jaz, ko pridem notri, lahko veliko več razmišljam in boljše, kot potem, ko sem čisto zadet od tablet. Počasen si.

Imaš kakšno posebno izkušnjo, ki se jo spomniš? Dobro ali slabo? Mogoče kaj, kar ti je ostalo v spominu? Na primer iz bolnice?

V bolnici sem se vedno zelo dobro imel, zaradi pacientov, ki so tam. Z njimi se družiš, jih spoznavaš, izmenjaš si izkušnje. Tako, da tam mi ni bilo nikoli slabo razen prvič, ko sem bil razočaran nad vsem, ki so me pripeljali tja. Ko je res "mora". Če bi šel sedaj tja, za 14 dni, "mi je navadn". Jaz grem tja na nekakšen odmor, počitek, kjer imaš čas se samo posvečati samemu sebi. Nikjer nimaš toliko časa. Tako, da to se je bistveno spremenilo.

Kaj pa bi svetoval nekomu, ki je v podobni situaciji? Po izkušnjah, ki jih imaš sam?

Odkvisno, kako bi bil daleč s tem. Veliko prej bi ga poslal na kakšno psihoterapijo. Kar bom verjetno tudi sam naredil in šel. Ali pa, da gre na pogovor, kjer dobiš odgovore.

Se pravi, bi svetoval oboje. Obisk pri psihiatru in psihoterapijo?

Odkvisno kako je stvar daleč. Če je nekdo zelo depresiven, da govori o samomoru, potem ti ne preostane drugega, kot, da ga pelješ tja in je tam. Tistemu, ki pa je preveč "gor" pa tudi, da gre počivati, če ne pregoriš. Dosti ljudi je kap, ker tudi po tri dni ne spiš in preveč imaš energije. Zato »prekuriš« telo. Eni recimo dehidrirajo, ker so tako aktivni in ne pijejo dovolj. Ne ješ dovolj.

INTERVJU ŠT. 3 (Eva, 30 let)

Koliko časa že občutiš težave, ki jih imaš?

S takšnim močnim učinkom od leta 2007, se pravi začetka leta 2007, to je torej 8 let. Ampak že prej sem imela neke dele sebe, ki se jih nisem zavedala, če sedaj pogledam za nazaj... Nek ta, bolj črn del sebe. Samo, ker sem bila toliko zaposlena z drugimi stvarmi, v katere sem tisti trenutek bolj verjela, nisem temu delu sebe pripisovala takega pomena, kakor sedaj. Pač »lajf« se mi je odvijal totalno drugače, kot sem si želela, na vseh nivojih. Doma smo bili ves čas brez denarja, na faksu sem non stop doživljala neke nepravice, en tip se je norčeval iz mene in že prejšnji me je izkoristil. Imela sem veliko poškodb na drsanju, za katere nisem imela časa, da bi jih v miru sanirala. Nisem imela nikogar, da bi se lahko res zanesla nanj. Doma so »itak« starši imeli svoje probleme pa že takrat sem čutila, da njun zakon ni v redu, pes, na katerega sem bila zelo navezana, mi je umrl. Vse je šlo narobe, čutila sem, da nimam več kontrole nad ničemer.

In koliko časa so se ti pojavljale te težave, ko si prvič začutila potrebo po tem da, nekaj narediš in kakšna je bila tvoja strategija spoprijemanja s težavami?

Najprej sem padla v še večji brezup, ko sem se zavedala te neke stopnje nemoči v zvezi s tem. Pa potem kakšno leto sem bila precej samodestruktivno orientirana, ne samo na mentalnem nivoju, tudi na fizičnem. Potem na neki točki, ko so v bistvu starši videli ali da mi nočejo ali da mi ne morejo pomagati, so me napotili k terapevtom. In, ko sem ugotovila, da mi tudi terapevti ne morejo pomagati, ker oni niso jaz in jaz nikoli ne bom mogla vsega, kar se mi je zgodilo v življenju povedat, sem ugotovila, da se lahko samo sama s tem ukvarjam. To je bilo ne vem, kakšno leto po tem, ko sem začela opazati, da tonem, tako nekako.

Torej si najprej o svojih težavah govorila s starši?

Ne, z drugimi sem se pogovarjala, potem, ko je bilo pa res že tako grozno, da sem jokala 80% dneva, en mesec skupaj, nič nisem mogla delati in vse mi je bilo odveč. Vse, kar so mi rekli drugi, mi je šlo itak na živce. Ko sem sama dojela, da se na neke svoje sposobnosti, ki sem jih prej imela za samoumevne, ne morem več zanesti, mi je bilo prvič jasno in sem pomislila, da to ni več nekaj normalnega. Nisem ravno pomislila, da je bolezen, ampak, da to niso dobri znaki in da tega ne želim več izkušati. Odpovedale so mi nekatere funkcije, ki jih ima vsak povprečen človek. Kot na primer zapomniti si stvar od dveh minut nazaj, »pač« dve besedi, in takrat so intervenirali starši.

Se pravi prva tvoja strategija je bila psihoterapija?

Ne, najprej psihologinja, potem psihiater. Pa potem dalj časa psihiatri, različni, mislim dve. Pa nič od tega mi v bistvu ni pomagalo.

In s kakšnim pričakovanjem si šla na prvi pregled, pogovor?

Predvsem sem upala, da bom naletela na razumevanje in sočutje, pa sem naletela na tako distancirano razumevanje, tako, da sem čutila »pač« prostor med sabo in terapevtom, mogoče sem pa iskala neko čisto drugo izkušnjo, da se nekdo zlije z mano in z mojo izkušnjo, česar pa definitivno nisem dobila. In v bistvu želela sem si samo, da bi mi nekdo rekel, da sem normalna takšna, kakršna sem v tem trenutku, glede na to skozi kaj vse sem šla v »lajfu«. In se mi zdi, da »pač«, ker so ti ljudje v službah, to počnejo v določenem, omejenem času v dnevu, tega nikoli ne moreš doseči, vsaj ne z moje perspektive... Ker njemu se »pač« ta čas na neki točki izteče, jaz pa še nisem vsega povedala, skomunicirala. In ta del me je zmotil. Ne vem, težko bi nekomu verjela, ki to počne za službo, ne vem. Verjetno sem zaradi svoje vzgoje tudi upala, da bom naletela na nekaj nesebičnega. Mogoče se ne morem sprijazniti z realnostjo, kljub svojim letom, da ljudje ne bodo imeli toliko časa, kot bi si jaz želela, da ga imajo zame.

Ko si opazila določene težave, ki jih nisi razumela, si iskala kakšne informacije tudi po internetu ali kje drugje?

Sem začela brati knjige, ki jih prej nisem brala, ker nikoli nisem bila neki bralec. Tam se tudi našla neko mero utehe, nekaj rešitev zase. Ampak sem imela tako nizko samopodobo v tistem trenutku, da ko sem delila to s kom drugim, da mi je samo en negativen komentar porušil vso to upanje. Bolje bi bilo, da bi sama dajala to čez in ne delila z drugimi. Na internetu pa tudi v pogovoru z ljudmi, s katerimi nisem bila tako pogosto v kontaktu, ampak sem cenila njihov pogled na to, ker se mi je zdelo, da so imeli občutek za te stvari. Tisti trenutek, ko sem se pogovarjala z njimi, mi je pomagalo, ampak sem vsakič zdrsnila nazaj v luknjo.

Kdaj ti je bila postavljena diagnoza in kdo ti jo je postavil?

V bistvu sva šle z mami do moje splošne zdravnice, ker imava obe enako. In tam ti pač dajo za izpolnit nek vprašalnik. Vse kar je bilo na tistem vprašalniku, je bilo res zame, ni bilo niti ene točke, da ne bi videla stvari tako, kot je bilo tam navedeno. Ker si odgovarjal z da in ne.

In pri meni je bilo vse da. Ali imate negativne misli in tako dalje. In potem nama je rekla, da bi bilo to kar urgentno za neko bolj osebno obravnavo, s strani psihiatrov.

Na kakšen način ti je bila sporočena diagnoza?

V stanju kakršnem sem bila, ne vem, kako bi bilo lahko to sploh pozitivno ali vsaj nevtralnno sporočeno, tako, da sem jaz to takrat dojela kot negativno. Ne spomnim se točno kaj je rekla, spomnim se, da je izražala skrb. Ni mi bil všeč ta nek patronizirajoč občutek, ki ga imajo dostikrat starejši do mlajših ljudi. Čeprav je bilo to verjetno vse dobrohotno, samo se mi je vseeno zdelo, da nekako nisem bila upoštevana v tistem trenutku.

Se pravi, da nisi pričakovala te diagnoze?

Ne.

Potem ti je psihiatrinja prvič sprožila misel na to, da gre za bolezen?

Ja, definitivno. Ko mi je povedala za diagnozo, pred tem nisem ravno pomislila, da je bolezen, ampak, da to niso dobri znaki in da tega ne želim več izkušati. Sama se vedno skušam izogniti nalepki »bolezen« in zmeraj skušam razumeti razloge, ki pripeljejo do določenih stanj ipd. Bolezen se mi zdi nekaj končno omejujočega, zato si poskušam stvari razložiti drugače.

Kako si se počutila v tistem trenutku, ko si izvedela za diagnozo?

Ja v bistvu sem po eni strani razumela mami, da je bila tudi že sama obupana, ker ni več vedela, kaj narediti z mano. In, da je tudi ona iskala pomoč zase, da bi lahko meni pomagala. Ampak po eni strani s tem, da me je peljala k zdravnici in, da sem dobila to diagnozo... sem dobila nek občutek izdaje. In da se ljudem ni ljubilo potruditi do te mere, da bi me razumeli. Bilo je v smislu: »Tukaj jo imate, ubadajte se z njo, mi ne vemo več, kaj bi naredili.«

Si imela občutek, da si bila na nek način prisiljena v prvi pregled, ni bila tvoja svobodna izbira?

Ja, sigurno. Tako je bilo: »Morava nekaj narediti, a greva k zdravnici?« In pač, ker sem bila itak vsa nemočna, »brezvezna«, »viseča«, sem samo rekla: »Ja, ok.« Ker v tistem trenutku mi je bilo čisto vseeno, kaj bi naredila. Vseeno mi je bilo ali sem doma ali sem tam. Čeprav na srčnem nivoju mi ni bilo vseeno. Mislim, da tisti trenutek nobena stvar ne bi spremenila tega, kar se je dogajalo v meni.

Kaj je zate pomenila diagnoza?

Neko breme, definitivno. Pa še sedaj sem precej nesigurna zaradi tega. Sem bolj obzirna do drugih na nekem nivoju zaradi te izkušnje. Prva stvar je, da podvomim vase in ne v drugega recimo. Se mi zdi, da se je od takrat povečala moja nesigurnost vase. Ker dobiš še večjo potrditev od zunaj, da to, kar misliš ti, ni prav. Da si vse domišljaš.

Si svoje težave razlagaš kako drugače kot bolezen?

Ne ravno kot bolezen, ampak neko nezaželeno stanje. V smislu, če počneš nekaj, kar ni dobro zate, se to rezultira v negativnem počutju. Potem pa odvisno toliko kolikor se lahko premakneš od svojega centra, toliko grozno lahko postane.

Ko ti je bila postavljena diagnoza, si o tem govorila z drugimi o tem?

Ne, takrat ne. Takrat so me potem odpeljali v Begunje, na psihiatrijo, tako da sem bila tam ne vem, en mesec do tri mesece, ne spomnim se več dobro. In takrat nisem bila itak z nikomer v kontaktu, edino moji najboljši prijateljici je mami povedala in me je prišla obiskat. Pa seveda mami in ati. Ampak tudi to mi je bilo takrat v breme, ti obiski so se mi zdeli nekako parazitski na energetskem nivoju. Vsak mi je hotel nek svoj pogled na svet vsiliti. Jaz sem pa imela tisti trenutek težavo, da sem sploh svojega lahko ohranjala. In je bila to zame res neka prevelika invazija vame. Če bi me nekdo pretepel tisti trenutek, me ne bi to tako bolelo.. Pa saj verjetno je bilo to nevede. Recimo očetova ideja empatije je bila taka, da mi je govoril skozi kaj vse je šel on v »lajfu« in jaz sem bila takrat že tako v totalnem brezupu, nisem videla ene lepe stvari v svojem obstoju in to mi je bilo takrat samo še v večje breme. Ali pa sem bila nehvaležna, ne vem.

Se pravi si občutila nerazumevanje s strani drugih?

Sploh strokovni del mi je bil ne-ok. Sploh en medicinski tehnik, ki je preživel čas z nami, se nam je tudi osebno odprl in se mi zdi, da je bil eden redkih, ki nas je tam sprejemal kot ljudi in ne kot objekte, ki jih je treba popraviti. Od drugih sem nekako občutila bolj mehanski odnos in pristop do vseh nas. So bili pa tudi tehniki, ki so se iz ene punce prav norčevali. In takrat sem bila tako jezna, želela sem to izpostaviti vodstvu, ampak sem vedela, da moje mnenje ne bo sprejeto kot resnično, ker sem bila itak že označena za nefunkcionalno in vse, kar spada k temu. Nisem se počutila varno, edin občutek varnosti mi je bil ta, da sem se vsaj

delano umaknila od doma. Da mi niso vsiljevali svojih pogledov. Lažje se mi je bilo pogovarjati s temi ljudmi, ki jih nisem poznala tam v bolnici, kot tistimi, ki so gradili ves moj svet. Rabila sem nekoga, ki me posluša, nekoga, ki ima empatijo do teh stvari in ne nekoga, ki mi bo vsiljeval svoja mnenja in nasvete.

Kakšen je bil še potek tvojega zdravljenja? Po hospitalizaciji recimo?

Ja potem sem hodila enkrat na mesec k psihiatrinji, ko sem bila pač že vrnjena v realnost in na faks pa to. In ona mi je seveda spet neke antidepressive predpisala, ki so bili tako »the last thing that I need«. Niti ne verjamem, da mi to sploh lahko pomaga. Če verjameš, da ti bo pomagalo, da te nekdo posluša... Tablet me ne bo poslušal, to je moja percepcija tega. In še »ful« mi je bilo slabo po njih, tako da, kaj je dobrega v tem, če se še na telesnem nivoju potem manifestira kot nek odpor?! Mogoče mi je pomagalo, da nekam hodim, kjer lahko govorim o tem, kar se mi dogaja. Ampak ne tako, kot bi pričakovala, da bi mi. To je bilo kako leto po tem, dokler se nisem nekako vsaj naučila pretvarjati, da je vse v redu z mano. Potem sem pa lansko zimo, 2014, če se ne motim, sama poiskala nekega psihiatra, ko se mi je stanje spet poslabšalo. On ima bolj neke ideološke, meni podobne nazore in sem upala, da me bo tudi bolj razumel. Me je tudi sam vprašal, zakaj sem si ravno njega izbrala, ker je »ful« daleč, na drugem koncu Slovenije. In sem mu povedala, da sem upala, da mi vsaj enega dela sebe ne bo potrebno pojasnjevati. Zakaj nekaj doživljam, kot doživljam. Ampak še vedno se mi ne zdi, da je to tisto, čisto optimalno. Je pa boljše.

Se pravi, so imeli nate medikamenti stranske učinke?

Joj in to kakšne! Ko sem bila tam v bolnici, sem prejemale antidepressive pa antipsihotike, ker sem dobila diagnozo bipolarni motnje in depresije s sumom na psihozo. No in zaradi psihoze sem dobivala tudi te antipsihotike. Jaz sem sem izkušala učinek tega po pol ure, potem ko sem ga pojedla, se je vse upočasnilo. Ker takrat so mi tudi misli »ful« hitro delale in zato si tudi nisem mogla zapomniti stvari. Vse me je upočasnilo, ne samo mentalno, tudi telo je postalo težko, kakor, da bi imela ne vem koliko ton nečesa na sebi. Tudi po stopnicah sem komaj hodila. In potem na neki stopnji, po parih dneh mi je začelo telo zategovati v eno smer in so mi morali dati tablete, ki imajo učinek, da nevtralizirajo stranske učinke. In, ko sem prišla ven iz bolnice, sem kar sama nehala jemati te tablete. Čeprav, ko sem hodila na terapijo k tej drugi psihiatrinji, sem govorila, da jih še vedno jemljem, ker je ona delala celo paniko okrog tega, da naj bi jih postopoma opuščala. Samo jaz nisem mogla živeti od tistega, že tako nisem mogla živeti, potem pa še to, ane! Mogoče sem takrat dobila nek občutek moči, ko sem se

zavedala, da lahko vsaj nekaj v »lajfu« naredim, s čimer lahko pozitivno vplivam nase. Ker sem pogosto bruhala po njih, sem dojela, da to nima več vstopa v moje telo.

Se pravi bi lahko rekla, da so ti tableti stanje še poslabšali? Si občutila sploh kakšno olajšanje, kakšen pozitiven učinek?

Ne, ker sem že v štartu imela tak pogled, da to meni ne bo pomagalo. In še vedno imam tak pogled. Za razliko od protibolečinskih tablet, ki jih lahko uporabljam uspešno. Imam pa prijateljice, v bistvu znanke, ki jim pa antidepresivi naredijo »life« drugačen.

Potem se ne zdraviš več s tableti?

Ne, pa tudi vsake toliko časa, ko pridem v sobo k temu psihiatru, mi ponudi kakšno alternativo, nekaj bolj naravnega, šentjanževko ali kaj podobnega. Ampak nočem, jaz hočem svoj um natrenirati dejansko, da prepoznam vzorec, ki se pojavi in da ga takrat preusmerim. Ne pa, da padam konstantno v iste vzorce. Hvala bogu sem še toliko prisebna, da se mi ljubi sploh še s tem ukvarjat. Ker verjetno bi bilo bolj enostavno vzeti tisti tablet pa mogoče verjeti, da je moč v tem tabletu, ne pa v meni. Tako jaz to doživljam.

Ali pri zdravljenju kaj pogrešaš recimo? Si skušala najti tudi kakšno drugo vrsto pomoči?

Ja, veliko stvari, ki jih sedaj počnem, imajo terapevtski učinek name. Zaradi tega, ker zmeraj zapadem v vsakem kreativnem procesu v obup pa tiste neke vzorce, da mi ne bo šlo. Dostikrat se tudi sama porinem v kakšno tako stvar, ravno zaradi tega, da ne ostanem v tistem udobju. Pozitivna stvar iz bolnišnice je, da imaš na teh dnevni terapijah, na katere hodiš, stvari in material za ustvarjanje. Tam sem se po dolgem času spet usedla za šivalno mašino in sem nekaj začela šivati. Iz tega ven sem potem ugotovila, da lahko tudi sama doma to počnem. Čeprav, je od mene zahtevalo enormno energijo, da sem samo eno stvar izdelala recimo. No in v bistvu, po zaslugi tudi tega padca, so se marsikateri stvari po tem, tudi zgodile v mojem življenju. Z moje perspektive, več takih stvari, da te opomnejo ali pa ti dajo priložnost, da spoznaš nek del sebe, ki ima pozitiven učinek nate, risanje, kreativno izražanje, kakršnekoli vrste.

Se pravi, ti določeni hobiji pomagajo blažiti težave?

Ja.

Se ti zdi, da ti to bolj pomaga kot pa mogoče pogovor s psihiatrom?

Kakor kdaj. Včasih tudi rabim perspektivo kakšnega drugega človeka kot sebe. Ker vsi imamo kakšno slepo pego. In lahko cel prostor okoli slepe pege že poznaš, samo tiste točke pa ne. Jaz mislim, da ni čisto zamenljivo eno z drugim, ampak mešanica obojega, odvisno od momenta. Čeprav bi se rada bolj nase zanesla. To mi tudi ta psihiater govori, da se ne morem ves čas obešati na druge, klicati na pomoč. Samo se ne čutim še tako varno, da lahko shodim in pač rabim to berglo.

Kaj pa kakšen šport recimo?

Ja sigurno. Čeprav imam s športom še toliko ene »navlake« skozi to drsanje, ker se mi nikoli ni zdelo, da je bila to čisto moja izbira in imam tudi zaradi tega malo odpora. Čeprav vidim lepoto v tem športu sedaj, ko sem malo bolj racionalna in vidim zakaj sem nekatere stvari doživljala tako, kot sem jih. Ampak še vseeno, nisem iz čiste točke kar se športa tiče. Še zmeraj ga uporabljam tudi, da se kaznujem. Pač, ne vem: »Nisi naredila tega in tega, pojdi »laufat« za eno uro«.

Imaš mogoče izkušnjo s psihoterapijo? Če jo imaš, kakšno je tvoje mnenje? Kakšno tehniko uporablja psihiater h kateremu hodiš?

Ja. On je želel, da bi si zapisovala sanje. Ampak jaz imam tak um, da če mi nekaj naročiš, da moram početi, dobim takoj neko blokado, sicer ne vem zakaj, ampak potem enostavno ne morem tega narediti. To se mi je zgodilo tudi v bolnici, ko so mi dali uspavala, da bi zaspala in jaz sem bila celo noč pokonci. Tako, da ta proces z zapisom sanj ni šel skozi. Drugače pa ja, pogovor je najboljši. Dostikrat se mi je zgodilo, da mi je bil svet grozen na psihoterapiji. Drug dan, je bilo pa vse drugače, pozitivno. Čeprav si želim, da bi si lahko to večkrat privoščila, kar si pa trenutno ne morem.

Hodiš na terapije prek napotnice ali je vse samoplačniško?

Ni samoplačniško, če ne si ne bi mogla privoščiti. Prek ZZZS-ja. Jaz sem itak hodila k psihiatru pa v stanju, v kakršnem sem prvič prišla tja, so pač videli, da rabim pomoč. Če je mogoče to kaj prispevalo k temu, to pa ne vem. Vendar ga več kot enkrat na mesec ne morem obiskati, pa še to me skuša na psihoterapijo preusmerit, ki stane od 70 do 80 evrov na obisk, kar je pa »too much« .

Kako diagnoza vpliva na odnos do tebe same?

Verjetno je od posameznika odvisno, ampak po eni strani ti lahko da vedeti, da je s tabo nekaj narobe. Saj mogoče tudi je narobe, v smislu, da, če boš tako nadaljeval življenje, ga ne boš dolgo nadaljeval. Po drugi strani pa, če že tako nimaš nekega konstruktivnega mnenja o sebi, je lahko tudi škodljivo. Težko se je otresti pogleda nate skozi ta filter, se mi zdi.

Imaš občutek, da si manjvredna zaradi tega, se obtožuješ kdaj, imaš mogoče občutek krivde?

Dostikrat se obtožujem, da bi morala sama »shendlat life«. Ljudem se hujše stvari dogajajo v življenju kot so se meni, pa nekako znajo, pa so bolj zadovoljni z »lajfom« in srečni, da živijo, meni pa vsak drugi dan samomor hodi po glavi. Imam občutek, da sem prešibka.

Se ti zdi, da so se kakšne stvari opazno spremenile zate, odkar imaš postavljeno diagnozo? Recimo, da si bila za karkoli prikrajšana? Kako vpliva to na tvoj odnos z drugimi?

Saj ne vem, kaj bi se takrat moralo zgoditi, ker sem faks dala čisto na stran, ker itak nisem sploh hotela biti na tem faksu. Če bi bilo čisto po moje, ampak to je zelo dolga zgodba. Po drugi strani pa, ker sem pač hodila na te psihoterapije, ker sem lahko zelo malo naredila, ker sem imela take borbe sama s sabo, sem lahko dobila opravičilo, da sem počasneje delala faks. S tega vidika sem bila privilegirana.

Si kdaj imela kakšno neprijetno situacijo v odnosu z drugimi?

Ne spomnim se, da bi bilo kaj konkretnega.

Se pravi ti ni nelagodno govoriti o svojih težavah, nimaš nobenega občutka, da te bodo ljudje kakorkoli stigmatizirali?

Odvisno s kom. Toliko sem se že naučila prebrati ljudi, da vem, kdo ima vsaj kanček ne vem česa v sebi, da lahko o tem govorim, ne da bi to informacijo potem zlorabljal.

Se ti zdi, da ljudje, katerim si to povedala, znajo sprejeti na nek racionalen način?

Ja, večinoma. Čeprav se mi je mogoče kdaj zgodilo, ali pa mogoče tudi jaz to tako naredim, iz samoobrambe, da se pač označim že vnaprej za noro in počnem potem stvari z malo lažjo

vestjo. Recimo, če si v družbi ljudi, da si pač tam nek klovn pa, da si upaš o kakšnih stvareh govoriti, ki jih drugače radi pometemo pod preprogo.

Zakaj si recimo uporabila izraz nora?

Zato, ker se mi ne ljubi ravno te povprečne, normalne igre igrat ves čas in potem ta »hash tag« uporabljam, ker ne vem katerega drugega. Ne da se mi več opravičevati za vsako stvar.

Se tudi sama tako dojemaš v takem kontekstu?

Kakor kdaj.

Lahko bi rekla, da si enostavno drugačna, ne nora recimo?

Odkvisno koliko od norme grem s kakšno stvarjo.

Zdaj me pa zanima tvoje mnenje o diagnozah. Se ti zdi v redu da se postavi diagnozo na podlagi simptomov ali se ti zdi bolje samo govoriti o specifičnih težavah?

Sigurno je boljše govoriti o stvareh, ki se ti dogajajo. Ampak mislim, da ni za vse ljudi enako. Kakšen človek rabi, bolje funkcionira s tega kvantitativnega principa, da rabi konkretno diagnozo in to mu da občutek olajšanja. Jaz pa rabim bolj procese v življenju in principe. Zame bolj ta, drugi primer pride v poštev se mi zdi. Rabim občutek neke vrednosti, ne občutka, da sem potrebna nekega konstantnega popravljanja. Poznam kar nekaj ljudi, ki se poslužujejo psihoterapevtskih metod, ampak nikoli niso dobili nobene diagnoze. Ampak še vseeno vedo sami zase, da rabijo hodit tja, da jim to pomaga.

In, če pogledaš za nazaj recimo, ko še nisi imela postavljene strokovne diagnoze, ali ti je bilo lažje takrat ali ti je zdaj lažje?

Sploh ne vem, ker sta tako različni izkušnji v življenju. Ker meni se je po diagnozi čisto spremenil pogled na svet. Pa ne samo negativno, razširil se mi je nekako. Se mi zdi, da sem pred tem v manjšem svetu obstajala, kakor zdaj. Ne vem kako naj točno odgovorim na to vprašanje.

Če bi se ta trenutek lahko odločila, bi spremenila strategijo soočanja s svojimi težavami in če bi, kako bi jo spremenila?

Ja, verjetno bi. Še bolj selektivna bi bila, glede tega komu pač zaupam to. Saj ne vem, če bi naletela na prave. Ampak verjetno bi mi to pomagalo, da bi od nekoga s podobnimi

življenjskimi nazori dobila potrditev v smislu: »Jaz sem šel tudi skozi to obdobje, to je normalen del tega, v kar se razvijaš, skozi to moraš iti, zdaj je grozno, ne vem če bo kaj boljše, ampak to sprejmeš in pridejo kakšne dobre stvari iz tega ven, ki jih prej nisi poznal«.

Se pravi ti bolj pomaga, da govoriš z nekom, ki ima podobne izkušnje kot ti?

Ne verjamem v strokovnjake, to je moj problem. Vsak je strokovnjak svojega življenja in bolj me navdihujejo za nadaljevanje življenja ljudje, ki imajo svoje življenje urejeno na način, na kakršen bi si jaz želela imeti urejenega in to mi daje neko upanje, da se nekaj da in da je vredno.

Ko si rekla, da ne verjameš v strokovnjake, si se v bistvu potem za tega psihiatra odločila na podlagi njegovih prepričanj, mnenj, njegovih nazorov?

Ja, ker je pač vegan. In me je še sam vprašal, zakaj si nisem izbrala enega v Kranju in sem mu rekla, da ne rabim več strokovnjakov v temu življenju! Pa sem mu pač razložila zakaj. Kot sem že prej rekla, da mi vsaj enega dela sebe ne bo treba razlagati nekomu in da mi ne bo še tam vsiljeval kakšnega svojega pogleda na svet, ker če ne izkusiš, ne moreš vedeti dejansko. Tako da, pač tam je bila neka stična točka, vsaj ena, kjer se dva kroga stakneta.

Se ti zdi, da več pomenijo izkušnje, kot pa ena teorije, diagnoze...?

Se mi zdi, da se moram bolj orientirat na izkušnjsko plat življenja.

Kaj bi svetovala nekomu, ki je v podobni situaciji po izkušnjah, ki jih imaš sama?

Da naj se zakoplje v neko kreativno delo, naj se samo zapre nekam in skozi to v bistvu splava nekako ven oziroma vsaj bolje spozna, ni nujno, da ravno splava ven. Dejansko, da se zamoti, da gre »ven iz glave«.

INTERVJU ŠT. 4 (Tim, 33 let)

Kako dolgo že občutiš težave, ki jih imaš, oziroma koliko časa so se ti težave pojavljale preden si se odločil da narediš korak naprej?

2 do 3 leta. Vse skupaj se je začelo, ko mi ni šlo več dobro pri veslanju in sem bi primoran nehati ter začeti delati v casinoju. Nikoli si nisem mogel predstavljati, da ne bom delal nekaj v zvezi s športom. To so bile moje sanje od otroštva. Potem sem pa zaživel življenje, ki je bilo v

nasprotju z mojimi predstavami. Nočno življenje, kajenje, nič ukvarjanja s športom in tako naprej. In potem še ta stres v službi, delo ponoči, odzivi gostov, ko so izgubili velike količine denarja, ko se spravijo nate, se derejo, udarjajo po mizi, te žalijo, kot, da si ti kriv za njihovo nesrečo. Bilo je nešteto stresnih momentov v službi. To me je vse skupaj žrlo, pogrešal sem šport, ampak si tega nisem priznal. Nisem bil zadovoljen sam s sabo. In to se je skozi leta samo stopnjevalo, dokler mi ni enkrat počilo v glavi.

Kakšna je bila tvoja prva strategija spoprijemanja s težavami?

Pil sem ogromno vode in nisem nič jedel, ker sem imel občutek, da mi bo bolje.

Si kje iskal informacije glede tvojih težav?

Malo sem, ampak mi ni bilo nič znano, zato sem si kupil tablete brez recepta, vendar mi niso pomagali, zato sem šel do nevrologa na preiskave, ker nisem več znal kontrolirati svojega telesa.

Kaj je bil povod da si poiskal strokovno pomoč in koliko časa po tem, ko si opazil težave?

Najprej se mi je zgodilo doma, ko sploh nisem vedel, kaj se dogaja z mano. Bilo me je strah, srce mi je močno razbijalo, imel sem neke čudne misli. Ampak recimo to bitje srca sem najprej predpisoval temu, da sem bil včasih veslač in da gre za kak fizičen izvor. Mislil sem, da gre za srčno aritmijo. To je bila prva diagnoza, ki sem si jo sam postavil. Čeprav mi ni šlo skupaj, da mi kar vse skupaj odpove. Ni mi bilo jasno. Se mi je zgodilo enkrat, da sem v službi doživel enih deset napadov panike v osmih urah. Preveč je bilo tega. Nisem več normalno delal, izmišljeval sem si stvari, samo da mi ni bilo treba delat. V bistvu so mi pomagali sodelavci, ker so videli, da nekaj ni v redu z mano, da nisem več normalen. Sam si verjetno ne bi poiskal te pomoči, ker o tem nisem sploh razmišljal. Psihiater mi sploh ni prišel na pamet.

Ali si mislil, da je bil vzrok nekje drugje, da sploh ni potrebe po psihični pomoči?

Želel sem si da bi mi nekdo rekel, da je z mano vse v redu in da bi mi dali tablete, ki bi me umirili in pomagali, da ne bi imel več teh napadov.

Si naprej govoril z bližnjimi, starši itd?

Ne. Sploh se nisem pogovarjal o tem.

Torej si sam iskal pomoč s pomirjevali?

Ja. Zelo dolgo časa domači sploh niso vedeli. Vedeli so sodelavci.

Kakšen je bil tvoj prvi stik s strokovnjakom?

Bil je psihiater. Dobila sva se na pogovoru, vse je temeljilo na pogovoru. Malo sem bil razočaran, ker mi že prvič ni dala nobenih tablet, da bi se to končalo. Dobivala sva se vsak drugi dan za 2, 3, 4 ure, pogovarjala sva se, tako, da sva postala en drugemu bližje, kot s kakšnim najboljšim prijateljem. Povedal sem ji veliko več, kot drugim prijateljem. Nato sva šele začela z zdravljenjem.

Torej je najprej vse temeljilo na pogovoru?

Ne, to je trajalo 14 dni. Bil sem na bolniški. Dala mi je edino Helexe, za primere, če mi bo kdaj zelo neprijetno. Nisem mogel spati, oziroma dve uri spanja mi je bilo dovolj. Razmišljal sem samo, kaj vse mi gre lahko narobe. Kdo mi bo umrl, kaj se mi bo zgodilo... Same negativne stvari.

Ko si šel na prvi pregled kakšna pričakovanja si imel?

Jaz sem si predstavljal, da bom šel k splošnemu zdravniku, da mi bo pač dal ene tablete in, da bo z mano vse OK. Ko pa sem se dogovoril s psihiatrinjo in, ko mi je povedala, kam moram priti – v Begunje v 4. nadstropje, sem se ustrašil, da me bodo« nadrogirali« s tabletami, da bom pa sploh nor, da bom postal rastlina. Tako, kot vidiš v filmih, ko normalne ljudi naredijo nore. Tako, da sem imel kar nekaj predsodkov o teh tabletah in ko sem jih dobil, sem si na internetu vse prebral o tem na forumih, o stranskih učinkih. Ampak mi je psihiatrinja rekla, da se nimam česa bati, da se povsod pretirava in, da ne bom bolj nor, tako, da sem jih počasi sprejel. Tudi nimam take terapije, da bi bil celo življenje na tabletah, ker sedaj recimo že zmanjšujemo dozo. V bistvu nisem pričakoval, da se mi bo nekdo tako posvetil. Mislil sem, da bo to kratek pogovor in da bom dobil tablete in da bo vse v redu. Povsem nasprotno mojim pričakovanjem. Psihiatrinja se je zelo zavzela za moj primer, kar me je zelo presenetilo. Stike z njo imam še danes, se vidiva in tako naprej.

Kdaj ti je bila diagnosticirana bolezen?

Trajalo je kar nekaj časa, da sva prišla do pravega vzroka. Menjala sva tablete, da sva videla ali izhaja iz depresije oz iz strahu. Preizkušala sva, kaj mi sploh ugaja. Postavljena diagnoza lahko rečem, da je bila po dveh, oziroma treh mesecih. Na bolniški sem bil pa pol leta.

Ali lahko oceniš na kakšen način oz. na podlagi katerih dejavnikov ti je bila postavljena diagnoza?

Na podlagi vsega, kar sem ji povedal iz svoje preteklosti in trenutnega stanja, pač vseh teh simptomov, je rekla, da gre za depresijo, iz katere izhajajo tudi panični napadi in socialna fobija. Tako, da imam ene tablete za depresijo in še ene za panične napade. Jemljem tri vrste tablet. Ona je delala na nekem zaupanju, vsaj tako si predstavljam. Morala se je kar nekaj časa truditi, da sem ji jaz vse povedal oziroma ji zaupal. Povedal sem ji vse o mojem otroštvu, secirala sva celo moje življenje, do tiste točke, ko so se začeli problemi.

Torej si dobil zdravila pred diagnozo?

Ne. Dobil sem zdravila Helex za kratek čas, za čas ko mi je bilo najtežje in ne da bi se ga navadil. Nato sem pa dobil še en antidepresiv, ki je dosti splošen, ki naj bi te pomirjal in te hitreje rehabilitiral, spočil misli, itd. Da pa sem dobil res tista zdravila, ki naj bi bila točno ta za moj problem pa je bilo pa je vključila počasi po dveh, treh mesecih. Naprej po pol tablete, da je videla kako sem se odzival. Nato eno, potem dve, nato pa na normalno dozo.

Se pravi, bi lahko rekel, da je bila diagnoza postavljena na daljšem pogovoru, iskanju problemov iz preteklosti? Ni bila postavljena samo na podlagi simptomov?

Ne, ni bila.

Se morda spomniš na kakšen način ti je bila sporočena diagnoza?

V bistvu sva jo spoznavala skupaj, sama sva jo pripeljala do teh spoznanj, ni bilo tako da bi rekla da se jutri dobiva in mi povedala diagnozo. Ampak enostavno to je tako... To je zaradi tega, imaš strah pred tujimi in množico ljudi, kar se ti je zgodilo v otroštvu in kar se ti je dogajalo kasneje.

Ali se spomniš trenutka, ko ti je povedala diagnozo?

Ja.

Kako si se počutil tisti trenutek, ko si izvedel za točno diagnozo?

Bilo je veliko olajšanje, ker sem vedel, da je zadela točno to. Tudi sam sem se zavedal. Uspelo ji je razkriti mojo podzavest in vse, kar je bilo nekje potlačeno, mi je pomagala spraviti na dan. Tako da sem čutil veliko olajšanje.

Ali si pričakoval tako diagnozo?

V bistvu sploh nisem nič pričakoval. Pričakoval sem en hiter pogovor, dobil bom tablete in čez mesec dva bom v redu.

Na podlagi česa si imel taka pričakovanja? Izkušnje kakšnega znanca, ali si imel tako predstavo?

Ne. Tako sem imel predstavo. Noben mi tega ni razlagal saj se nisem z nobenim pogovarjal o teh stvareh. Zame je bil psihiater za norce, ne pa pač zame.

Omenil si sodelavce. So bili oni tisti, ki si jim zaupal svoje težave?

Ne. Oni so sami opazili da se z mano nekaj dogaja, da nekaj ni v redu. Opazovali so me pol leta, saj nisem mogel več normalno delati. Imel sem tudi sodelavko, ki je imela tako izkušnjo in je takoj prepoznala mojo težavo. Nato so se pripravljali kar nekaj časa, kako mi bodo to povedali in me pripravili do tega, da bom res hotel iti do psihiatra. Vse mi je uredila ona. Kdaj se bom dobil.

Ko so ti povedali svoje mnenje in dali svoje predloge, kako si ti gledal na to?

Sam osebno sem še kar zanikal. Ne znam točno sploh opisati, če sem iskren. Mislil sem jim lagati še naprej, da je z mano vse v redu. Nisem se hotel pogovarjati o tem, kar se v bistvu dogaja in kaj se mi pleče po glavi. Ampak vseeno sem jih nekako poslušal in naredil, kar so mi predlagali.

Mogoče veš zaradi česa se ti ni bilo prijetno pogovarjati? Si sam težko sprejel te stvari, ki so se ti dogajale? Si se bal predsodkov drugih ? Kako te bodo obravnavali? Ali bolj zaradi sebe?

To je bila zame povsem tabu tema. Ime Begunje so bile zame nekaj, za kar se mislil, da ne bom nikoli stopil v to ustanovo.

Že sama misel na to, da bi moral tja, ti je predstavljalo oviro?

Ja. Meni je vse drugo hodilo po glavi, da imam raka na možganih to ali ono.. Imel sem občutek da me res nekaj v grlu boli in podobno. Bolj sem razmišljal v to smer, ker nisem vedel, da se psihični problemi odražajo navzven. Nisem mogel kontrolirat telesa. Po glavi mi je šlo že, da imam Parkinsonovo in podobno. Zato sem se odločil da grem do nevrologa.

Se pravi si imel najprej občutek da gre za fizično in ne psihično bolezen?

Ja.

Kaj je bil vzrok oz moment, da te je »prepričal«, da si poslušal sodelavce in si mislil, da imajo mogoče prav?

Ne vem, enostavno sem se odločil. Rekel sem si, da grem še to »probat«, če vsi, ki gledajo na to stvar objektivno, pravijo tako. Bilo mi je zelo neprijetno in zelo strah. Nisem si predstavljal, kako se bo soočiti s psihiatrom.

Česa pa te je bilo strah? Kako priti v prvi kontakt z njim ali da ti bo neprijetno govoriti z njim o tvojih težavah?

Težko mi je bilo že poklicati po telefonu. Bilo je že tako daleč, da se nisem mogel pogovarjati z neznanci. Če je bila neznana telefonska številka, se ji nisem nikoli javljal, tudi sam pa nisem upal poklicati katerega koli neznanca, čeprav sem ga potreboval.

Ko si enkrat imel postavljeno diagnozo, si o tem spregovoril z drugimi in kako so reagirali? Je bilo prisotno olajšanje?

Ne. To sem povedal oziroma sem se začel odkrito pogovarjat. Takrat, ko mi je bila diagnoza že postavljena, ko sem bil že precej bolj sproščen, ko sem vedel, kaj je z mano in kaj se dogaja z mano, ker je vse prišlo iz psihičnih razlogov. Tega se v tistem trenutku nisem povsem nič sramoval. Če me je kdor koli hotel kaj vprašati, mi ni bilo neprijetno. Pred tem sem to smatral, da si to malo nor oziroma kratek, če imaš te probleme, kasneje po enem mescu, oziroma parih srečanjih pa sem spoznal, da je to bolezen. Točno se sploh ne spomnim kako sem to dojemal. Mislil sem si, da so ti ljudje prizadeti. Na tak način sem dojemal to stvar sploh pa sem izključil možnost, da bi bila to bolezen.

Si mislil, da ljudje, ki potrebujejo psihiatra, niso normalni ljudje?

Ja. Sploh niso normalni oziroma niso sposobni funkcionirati normalno na tem svetu in sem jih dajal v nič.

Kakšni so bili nasveti po diagnozi glede zdravljenja?

Bila mi je na voljo 24 ur na dan. Kadarkoli sem jo lahko poklical. Bilo je že tako, da me je bilo strah, da bi se njej lahko kaj zgodilo in bi ostal brez nje, saj sem ji zelo zaupal, kar je ostalo do danes. Ni vse temeljilo na tabletah. Temeljilo je na tem, da se začnem soočati s problemi, ne jih tlačiti nekam vase in si reči, da mogoče pa to ni kaj takega, mogoče pa ima kdo drug tudi take probleme. Ne moreš prijeto skodelice, ker imaš tremo kaj bodo rekli ljudje okoli tebe, ker se ti bo začela roka tresti. Primeš skodelico in naj ti bo to izziv, da jo preneseš na krožničku. Veliko je bilo gibanja v naravi, saj sem bil na bolniški in sem imel vse na »free«. Tablete sva v začetku iskala zato, da bi čim prej regeneriral moje telo in si odpočil glavo, da bi vse pospešilo, da ne bi bil eno leto na bolniški.

Se pravi je bila kombinacija psihoterapij in tablet?

Da.

Kaj meniš o zdravljenju z medikamenti? Ali imajo po tvojem mnenju kakšne stranske učinke in kakšne?

Jaz osebno jih nisem imel. Mogoče razen tega, da prej nisem mogel spati, sedaj pa lahko pa spim do osem ur, ampak zjutraj težko vstanem. Malo se počutim še utrujenega in zadetega.

Ko pa vstaneš pa lahko normalno funkcioniraš? Nisi brez energije? Bi lahko rekel, da so zdravila v večini nate vplivala pozitivno?

Ko enkrat vstane, funkcioniram normalno. Zdravila so meni zelo pomagala in so pozitivno vplivala name.

Si zadovoljen s potekom zdravljenja in zakaj si zadovoljen z njim? Ali pri zdravljenju kaj pogršaš? Si skušal najti še kakšno drugo vrsto pomoči?

Sem zadovoljen z njim. Ne. Pri tem zdravljenju sem dobil več, kot sem pričakoval. Jaz sem si to predstavljal povsem drugače in ne sploh ne, da bi pogršal karkoli, oziroma bi kaj dodal.

Kaj misliš o zdravljenju s psihoterapevtsko tehniko? Ti pomaga?

Da.

So bile psihoterapije samoplačniške ali prek napotnice?

Imel sem napotnico za psihiatrinjo, ampak v bistvu je bilo to vse po njenem delavniku oz med njenimi pavzami in kadar je imela pavzo, se je ukvarjala z mano. Tako, da nisem imel določenega roka kdaj moram priti. Prišel sem lahko kadarkoli. Na začetku sem moral urediti eno napotnico, ampak v bistvu je sploh nisem potreboval. Sprejela me je zelo na drugačen način in sem bil zelo presenečen in tudi vesel zaradi tega.

Terapije ki so sledile? Kako je bilo z njimi?

Bile so dihalne vaje. To mi je bilo potrata časa, saj mi niso bile všeč. Sem sicer hodil na njih, vendar mi niso bile tisti »vau«. Nekaj osnov kako dihati v različnih situacijah sem spoznal, če imaš panični napad, da moraš dihati skoz nos itd. Da bi pa vsak dan se ukvarjal s temi vajami, pa ne. Nisem občutil nobenega efekta.

Kakršne koli druge pomoči nisi iskal saj ti je bilo to dovolj?

To mi je bilo dovolj in nisem iskal kaj drugega.

Ali misliš, da so psihoterapevtske storitve v Sloveniji dovolj dostopne?

Ne vem kako je v realnem svetu, če moraš priti z napotnico in čakati, saj mislim, da je dolga čakalna doba. Osebno sem dobil preko vrste, pod nujno, saj je bila od prijatelja tašča psihiatrinja, njena dobra prijateljica pa se še vedno ukvarja s tem in me je zato hitro vzela. Jaz v tistem trenutku ne bi mogel več pol leta čakati. Če bi rekel, da imam datum čez pol leta, oziroma tri mesce, ne vem kako bi lahko zdržal. Ne vem pa kako gre s temi napotnicami in temi stvarmi, ampak sem imel srečo. V mojem primeru pa ne vem kako lahko ocenim, saj jo lahko pokličem kadarkoli in se dobim z njo, če je res nujno, kar mi tudi daje nekakšno varnost. Vem pa, da mi je za redni rok, ki ga imam rekla, da bi na vrsto prišel šele februarja. To je čez pol leta.

So terapije pogoste in predpisane ali sam pokličeš, ko je potrebno?

Sedaj imam vedno manj teh terapij saj jih ne potrebujem več toliko. Sedaj so v bistvu samo pogovori kako mi gre, kako se počutim, če se mi se kaj pojavlja. Nič takega, da bi premleval nekaj za nazaj, saj smo to pustili za sabo. Sedaj nisem bil že dva meseca sto procentno.

Kako diagnoza vpliva na odnos do samega sebe? Ali so kakšne spremembe? Kako gledaš na sebe? Je kaj drugače zate ko imaš postavljeno diagnozo? Ali o tem ne razmišljaš?

Seveda, da gledam drugače nase. Veliko bolj sem postal odkrit, odkar imam postavljeno diagnozo. Veliko se pogovarjam in sem bolj sproščen.

Bi lahko rekel da je dala diagnoza pozitivne prispevke tvojemu življenju?

Ja.

Ali si ti je v življenju kaj spremenilo, odkar imaš postavljeno diagnozo?

Drugače sprejemam stvari, ljudi okoli sebi vidim drugače kot sem jih, ker sem videl da ima veliko ljudi psihične probleme, kar tega v preteklosti nisem videl in sem jih jemal kot slabiče, poniževalno. Sedaj gledam na to povsem drugače.

Ali si imel kdaj občutek, da si bil kadarkoli prikrajšan za kašno stvar zaradi tvoje diagnoze? Ali to vpliva na tvojo odnos do drugih ljudi?

Ne, nič nisem bil prikrajšan. Ne skrivam pred ljudmi, prej sem jih, sedaj pa jih enostavno ne skrivam več.

In kaj meniš od diagnozah? Se ti zdi v redu, da se na podlagi določenih simptomov postavi diagnoza? Ali se ti zdi bolje samo govoriti o specifičnih težavah, ki jih imaš, brez postavljene diagnoze?

Sigurno mi je bolje, da se diagnoza ne bi postavljala, da bi se samo pogovarjali o temu.

Ampak vseeno ti je na podlagi prej omenjenih simptomov napisala zdravila? Verjetno ti je nekaj morala postaviti, da se je odločila na kakšen način te bo zdravila in katere tablete ti bo napisala?

Ona mi je predpisala tablete, ker je mislila da bo meni veliko bolje. Vedela je, kaj jaz potrebujem in to je, da moram biti bolj pogumen in manj razburjen in da se naspim. Na podlagi tega se je odločila katera tablete mi bodo sedaj odgovarjale. V začetku mi ni upala dajati teh tablet. Dobival sem bolj pomirjevala, ker sem bil blazno razdražljiv. Pripravljen sem se bil kregati z vsakemu kadarkoli. Zato sem bil na pomirjevalih, da sem padal na realen nivo. Sedaj se mi je začela terapija z tableti, ki mi dajejo malo več poguma, odločnosti. Na to vplivajo. Dostikrat se mi zdi, da čisto za vsaki problem lahko dobiš tableto (npr. kot računalnik, kjer zbrišiš programe in potem naložiš tisto, kar boš potreboval).

Se ti zdi to, kar si mi sedaj povedal, v redu? Imaš občutek, da ti tableti odpravijo ta simptom ali da ti ga samo prikrije ?

Mislím, da ga samo prikrije. Lažje greš čez ta simptom. V glavi ti dogaja povsem enako. Nekako se kasneje lahko pomiriš. Ne boš takoj prestrašen in paničen, ampak boš znal stvari urejati umirjeno. Zdi se mi da brez tablet ne bi mogel tega doseči.

Kaj se ti zdi bolje? Kombinacija psihoterapije in tablet ali samo tablet?

Kombinacija obojega. Jaz sem dobival panične napade za povsem brez vezne stvari. Kakor, da bi me nekdo udaril na »gobec«. Stvar je bila povsem drugačna, drugačno razmišljanje. Bil sem prestrašen, kakor, da bi bil star 3 leta, nebogljen. Čeprav sem vedel vzroke, mi še vseeno ni pomagalo nič, zato se mi zdi, da rabim tudi tablete.

Če pogledava za nazaj, ko še nisi imel postavljenе diagnoze. Kdaj ti je bilo lažje?

Sedaj mi je lažje. Zato, ker prej sem ves čas iskal nekaj. Kaj, zakaj, kaj je narobe z menoj. Kot se omenil že prej ali imam mogoče raka v možganih in podobno. Bil sem obseden s tem razmišljanjem. Vsak dan je bilo nekaj drugega narobe z menoj. Jaz sem si v svoji glavi postavil veliko hujšo diagnozo kot, da bi bili to psihični problemi. Osebnó sem bil prepričan, da je to nekaj drugega. Da je to Alzheimerjeva bolezen ali kaj podobnega. Zato mi je torej odleglo, ko so mi rekli, da to izhaja iz moje psihe in da mi moji možgani pošiljajo impulze in se ti sprošča ta hormon in tisti hormon, povsem nenadzorovano. V začetku nisem najbolj verjel, ampak sčasoma sem videl, da je nekaj na temu.

Se pravi si najprej malce dvomil v diagnozo, ki ti je bila postavljena?

Res je, in sicer zato, ker se mi je zdelo, da ne more biti to tako povezano. Nisem videl povezave, če imaš psihične probleme, da se ti to tako kaže navzven. Ampak lahko rečem, da na žalost se.

Če bi se ta trenutek moral odločiti ali bi lahko spremenil tvojo strategijo soočanja s težavami? In če bi jo, zakaj bi jo spremenil?

Ja, bi jo spremenil.

Kaj pa bi spremenil?

Ta trenutek?

Lahko poveš za prej in sedaj?

Dokler mi ni bila postavljena diagnoza sploh nisem vedel kako naj se soočim s temi težavami. Ko mi je bila postavljena diagnoza, sem nekako vedel, kako se soočiti s težavami in sem se z njimi soočil. Sedaj kar vem po vsem tem, bi povsem drugače razmišljal, kot pa sem razmišljal in se soočal z problemi. Sedaj bi se zagotovo soočal s težavami, kar se prej nisem.

Kaj bi svetoval nekemu, ki je v podobnih težavah kot si bil ti, po tvojih izkušnjah?

Da naj si poišče strokovno pomoč. Čim prej. Da to ni nič groznega, da ne pomeni da si nor, če greš k psihiatru.

Ali bi mogoče še sam kaj dodal, kar se ti zdi pomembno? Tvoje izkušnje z zdravljenjem?

Jaz vem samo to, da mi je vse skupaj zelo pomagalo. Osebno sem po enem letu povsem drug človek. To, kar sem si želel, da bi bil, čeprav je bila ta pot zelo težka. Prav tako pa vem, da okolica ne razume, kako je to težko, ker to jemljejo kot, da ni bolezen ampak del tebe. Po eni strani si včasih rečem: »Dobro, da se mi je to zgodilo, da sedaj znam malce drugače gledati na stvari«. Upam pa, da so vsi psihiatri tako poslušni, kot je bila moja, ker to zelo pomaga.

Ali bi lahko rekel, da s psihiatrom, zdravljenjem in podobno nisi imel nobene negativne izkušnje?

Ne. Samo pozitivne. Najslabša izkušnja je bila, da sem moral čakati eno uro v čakalnici. Res nobene.

INTERVJU ŠT.5 (Marija, 53 let)

Koliko časa že občutiš težave, ki jih imaš?

O, »madona«... 2013, se pravi 2 leti.

Kako dolgo so se ti pojavljale težave, zaradi katerih si čutila potrebo po tem, da nekaj narediš glede tega in kakšna je bila tvoja prva strategija spoprijemanja s težavami?

Pravzaprav si nisem pripisovala depresije na začetku... Ne, nisem hotela priznati sama pri sebi, da je mogoče to, to... Najprej sem hotela rešite zakonske probleme, ane... Imela sem v bistvu premalo spanca, ampak sem bila hiperaktivna. In sem mislila, da če bom uredila težave

z možem, da se bo to umirilo, nisem bila tako pozorna nase, bolj na to, da rešim družino. In potem, ko enkrat ni šlo, sem se tudi jaz sesedla, takrat se je pa meni to začelo dogajati. Zgodilo se je na začetku junija, ko sem se hotela obesit, vedela sem, da tako razmišljanje ni moja praksa, veliko sem o tem prebrala tudi na internetu, ko sem iskala rešitve in sem vedela, da to ni več normalno. Ampak takrat tega nisem upala povedati zdravniku, ker me je bilo sram. Samo to sem mu rekla, da ne morem zaspati in da rabim tablete za spat. Ker se tudi po uspavalnih tabletih situacija ni spremenila, sem se zavedala, da ne bo minilo samo po sebi, da potrebujem strokovno pomoč. No, po enem mescu pa ni šlo več, sem pa šla enostavno v Idrijo na zdravljenje... Ker enostavno doma ni bilo razumevanja za te moje težave. Jaz sem bila krivec za vse najine težave, uradni krivec.

In potem si šla najprej do osebnega zdravnika, oziroma na koga si se najprej obrnila?

Ne, v Gorico sem šla k psihologu. Hotela sem še moža rešiti, da bi še njega spravila k psihologu. Ampak, ko sem ji omenila, da sem se hotela obesit, je rekla, da je dovolj in da najprej jaz rabim pomoč in sem dobila napotnico za v Idrijo.

Ko si opazila te težave, si iskala mogoče kakšne informacije o tem na internetu? Si se skušala pogovoriti z bližnjimi, preden si naredila prvi kontakt s strokovnjakom?

Iskala sem, samo nisem iskala v bistvu za sebe, ane, jaz sem hotela takrat rešiti družino. Da bi moža spravila ven, ker je bil trmast, karkoli je bilo treba reševati, je bil samo molk, trma in konec. Enostavno ni šlo, tako, da šele po tistem sem jaz začela iskati samo sebe in vzroke, zakaj se je meni to sploh dogajalo. Pa vidiš, da sploh nisi ti sam toliko kriv kot on, ki te je kaznoval z molkom in trmo in zmeraj govoril, da sem jaz kriva za vse. To je bilo v bistvu čustveno nasilje.

Ob težavah, ki so se ti pojavljale, si sama predpostavila možnosti, kaj bi bilo lahko narobe?

Recimo tista nespečnost pa si kljub temu ves čas hiperaktiven, se vprašaš: »Od kje ti toliko energije?«. Pa gore bi lahko premikal pa ne vem kaj bi lahko vse naredil, ampak...ni. Začutiš, da si drugačen, da to ne bo šlo daleč. Potem »šiht« opravljat, to mi je še nekako šlo, čeprav recimo moj odziv na krivico, ker je bilo »nefer« z njihove strani... Je bil pa tisti moj »bum«, ko me niso bili navajeni. Tako da ja, je bila sprememba v mojem obnašanju.

Ko si poiskala strokovno pomoč, s kakšnimi pričakovanji si šla na pregled?

Ja pričakovala sem, da se mi bodo bolj posvetili, da bom imela več kontakta z zdravnikom. Vizita je bila v sobi, ampak teh težav jaz nisem želela pred ostalimi reševati. Hčerka je prijavila moža, da je hodil k njej spat in potem je prišla policija in jaz sem bila totalno pod stresom. Tako, da ti ni ravno prijetno pred drugimi govoriti o takih situacijah, a veš. 14 dni sem bila tam v Idriji, kot po neki proceduri. 3 dni si na zaprtem oddelku, nič, kaj bi ti rekla... Ni bilo tisto, kar sem jaz pričakovala, ni bilo nobenega pogovora z zdravnikom, za moje direktne težave, ane.

Se spomniš kdaj ti je bila diagnosticirana depresija in kdo ti je postavil diagnozo?

Uradno diagnozo mi je že takoj pri sprejemu povedala psihiatrinja, v Idriji.

Na kakšen način pa ti je določila diagnozo?

Par vprašanj mi je postavila, da je videla kako se znam orientirat po času pa take stvari. In potem je poklicala notri tud moža in je rekla, da gre za manično depresijo, tako, da mi je že tam postavila, kar direktno, kakih 10 ali 15 minut sva debatirali.

Na kakšen način pa ti je bila sporočena diagnoza?

Čisto lepo mi je povedala, da to, kar se mi dogaja, da je hiperaktivnost v bistvu. In spomnim se, da me je tudi vprašala, če imam kakšne halucinacije... Čeprav bom rekla, da ja, ampak moraš bit včasih tiho... Tako bom rekla, še preden sem prišla v Idrijo, so se mi enkrat zjutraj, ko sem vstala, kar pripeljale ene slike in sem videla vzrok, zakaj mi to mož dela, ker je imel pač težko otroštvo, dostikrat so bili lačni in on je nosil to v sebi. In dokler nama je šlo dobro, je bilo ok, ko nama je šlo enkrat slabo, se je pa do mene obnašal tako, kot se je oče do mame obnašal. In jaz sem te slike dobesedno videla. Ampak jaz tega njej nisem hotela razlagati, ker ne vem, a te potem lahko še na kakšen bolj zaprt oddelek pošljejo, nisem upala no.

Kako pa si se počutila v tistem trenutku in kakšna je bila tvoja reakcija, ko si izvedela za diagnozo?

Sem kar sprejela, ker sem rabila samo spanje, želela sem si samo še spat, ker se je preveč nabralo in sem si to vzela nekako kot ene počitnice, kjer bom imela mir. Ker sem rabila samo mir.

Kaj je zate pomenila ta diagnoza? Neke vrste olajšanje?

Ja, bi rekla, da ja.

Pa si pričakovala tako diagnozo?

Veš, da nekaj ni v redu s tabo, ko si tak. Tako, da sem čisto lepo sprejela.

Si o svoji diagnozi spregovorila z drugimi?

Delno sem, v skupinskih terapijah, ampak bistvenega problema nisem pred njimi hotela izpostavljati, predvsem zaradi hčerke. Mene, se mi zdi, da me je ravno to vrglo v depresijo, ker noben ni imel posluha za mene. Za vikend sem sicer hodila domov, ampak meni je bilo to premalo. Jaz sem si želela biti doma, zraven svoje hčerke. Noter lahko prideš, ampak ven potem težko.

Si z bližnjimi ali svojimi prijatelji spregovorila o diagnozi in če si, kako so odreagirali?

Veš kako je, to so take konkretne težave, ki jih pač ne zaupaš vsakemu. Imam pa zaupno prijateljico v službi, ki je moj angelček in ji zaupam. Mi svetuje in potolaži. Za diagnozo je šefica v službi itak vedela, ampak ni vedela mojih konkretnih težav.

Kakšni pa so bili nasveti glede zdravljenja?

Noben se ti ni osebno posvetil, ampak smo imeli tiste skupinske terapije. Hodili smo tudi na sprehode, risali, imeli ročna dela, take stvari. Bolj kot skupina smo imeli te delavnice zjutraj. Pa seveda zdravila. Ko sem prišla na odprt oddelek so bele te skupine bolj dejavne, veliko več zahtevajo od tebe, imaš tudi možnost zaprtega izhoda.

Kaj meniš o zdravljenju z medikamenti?

Delno pomagajo recimo, ampak jaz jih kar po svoji presoji jemljem in se mi zdi, da mi za enkrat kar uspeva.

Se ti zdi, da imajo nate kakšne stranske učinke?

Ja, seveda. Včasih imam potem še več energije, kot jo imam. Ko so mi zamenjali tablete, sem pa preveč spala. Depakine so mi dali, to so stabilizatorji in pa Zolrix za spanje. In, ker je v njihovi ambulanti (v Idriji) enkrat zmanjkalo teh Zolrixev, mi je sestra rekla, da mi bodo dali Cipralex, ker naj bi bil na isti osnovi. Zdaj ne vem čigava »komanda« je to bila, ker potem so mi v Begunjah povedali, da to ni to, da je to antidepresiv. Kot, da sem poskusni zajček, v smislu: »Sedaj pa tega ni več, boš pa tole jedla.« In po tem Cipralexu sem še bolj padla v depresijo. Ne vem zakaj so mi namesto uspaval dali antidepresive. Jaz sem s tabletami proti

depresiji padla totalno dol, v še večjo depresijo, na žalost. Ker me je skrbelo za otroka in sem samo tonila, samo želela sem domov, da sem lahko ob njej.

Kako si potem zadovoljna s samim potekom zdravljenja?

Tam v Idriji mi je manjkala zdravniški pogovor, zdaj tukaj v Begunjah se mi pa zdi, da imam malo več od tega pogovora z zdravnikom, kot pa prej direktno v bolnici. Povedala sem celotno sliko od A do Ž, kar tam v Idriji nisem imela možnosti, tukaj je malo drugačen dialog.

Ali pri zdravljenju kaj pogrešaš?

Ne, mislim da ne, da je kar v redu tole zdaj. V bistvu mi manjka komunikacija z nekom, ker je ta pogovor sedaj samo enkrat na 3 mesece.

Si skušala poiskati še kakšno drugo obliko pomoči? Če si kje in kakšno?

Ja, šla sem v zdravstveni dom na tehnike sproščanja, kjer so me naučili kako sprostiš svojo stisko, to mi je zelo pomagalo.

Ti je to svetovala tvoja zdravnica?

Ne, sama sem našla na spletni strani od zdravstvenega doma.

Imaš izkušnje s psihoterapijo?

Nimam sploh te izkušnje. Ker to se nisi pogovarjal posamično, ampak so bile terapije skupinske in je bila to potem čisto ena splošna debata. V Idriji mislim. Tukaj v Begunjah se mi zdi, da je malo več pogovora. Skoraj eno uro recimo.

Ali se ti zdi, da so psihoterapevtske storitve pri nas dovolj dostopne?

Kaj pa vem, se nisem niti pozanimala.

Kako diagnoza vpliva na odnos do same sebe?

Kdaj se ti zdi, da bi lahko drugače odreagirala. Se mi zdi, da prevečkrat pozabljam nase, da bi se morala bolj postaviti zase. Bolj bi se morala imeti rada.

Na podlagi katerih dejavnikov meniš, da so se ti začele pojavljati težave?

Jaz sem imela slabo samopodobo že v otroštvu. Doživela sem veliko hudih stvari in v prvem in v drugem zakonu. Prvi mož je ves denar zapravil za igre na srečo. Drugi mož je zlorabil

hčerko. To je pa bil padec, pri katerem sem se hotela obesit. Uničil je mene in mojo hčerko. Še bolj me je pokopalo to, da v tistem trenutku, ko sem razmišljala o smrti, nisem videla svoje hčerke. To pa je bil nek tisti pokazatelj, da nekaj ni v redu z mano. Vedela sem, da moram rešiti otroke in iti naprej. Spomnim se, da tudi mami nisem bila dosti pomembna, ko sem bila še otrok. Važen ji je bil vrt in kaj bodo rekli sosedge.

Se ti zdi, da se je v tvojem življenju kaj spremenilo, odkar ti je bila postavljena diagnoza?

Ja, drugačen način življenja imam. Veliko več se moram postaviti zase, premagati tisto, kar me »dol tlači«.

Meniš, da si zaradi svoje diagnoze za karkoli prikrajšana?

Mislím, da ne. Ker prvič mi je pomagala, da sem se začela postavljati zase, drugič sem šla stran od moža, kar je bil tudi velik plus, ker sem rešila sebe in hčerko.

Kako pa diagnoza vpliva na odnose z drugimi? Se je kaj spremenilo?

Ja. V službi sem zelo eksplozivno odreagirala, kar me niso bili navajeni, ker sem se prej bolj podrejala. Po vseh teh težavah sem spoznala, da se moram bolj postaviti zase. Ko me je recimo šefica klicala, če bom prišla v službo, ko sem bila na bolniški, sem rekla, da ne morem, ker nisem bila sposobna prebrati enega stavka, ker je bila moja koncentracija na ničli. Niso imeli razumevanja, da res nisem bila zmožna delati. Šefica res nima razumevanja, ona ima rada samo mir in da je vse podelano, ostalo jo ne zanima. Sicer rada opravljám svoje delo, ampak s šefico imam pa res težave, ki pa upam, da jih bova rešili. Tudi, ko sem mami na neko krivico bolj ostro odreagirala kot po navadi, mi je takoj rekla, naj se grem ponovno zdraviti v Idrijo.

Kaj meniš o diagnozah? Se ti zdi v redu, da se na podlagi simptomov postavi diagnoza ali se ti zdi bolje samo govoriti o specifičnih težavah?

Hm... Zanimivo vprašanje. Kar sem jaz spremljala sebe ali koga drugega recimo, ima depresija 100 obrazov. Kar smo se z ženskami tam v bolnici pogovarjale med sabo... Ne moreš ti na podlagi... Že določiš neko diagnozo, ampak je več vrst tega ane. Mislím, da če si ne bi punce med sabo pomagale, da bi bilo težko. Recimo ena mi je rekla, ti imaš toliko energije in volje pomagat drugim, sebi pa ne moreš. Jaz mislím, da s to diagnozo ne moreš vseh v isti »žakelj metat«, ker ima vsak neko svojo zgodbo, svoja ozadja. Čeprav mislím, da

neko diagnozo moraš dobiti že zaradi samih zdravil, samo saj pravim, vzrokov je veliko. Mislim, da zdravniku zmanjka časa za vse paciente, da bi se bolj poglobil. Ker recimo nas je bilo 15 v eni skupini in smo imeli skupinske terapije. Če bi se posvetil vsakemu posebej, bi potreboval 15 ur. Mislim, da je to problem. Čeprav mislim, da tudi tablet ne prime, če ni odpravljen vzrok, vsaj pri meni je tako.

Če pogledaš za nazaj, kdaj ti je bilo lažje – pred diagnozo ali po diagnozi?

Če pomislim, da sem šele potem začela reševati težave, potem po diagnozi, definitivno. Ker potem smo začeli odpravljati vzroke in na novo graditi. Ker sem si rekla, da sedaj bo pa na prvem mestu moje zdravje in moja glava, da bo hčerka tudi mene imela in da gremo naprej. Vedla sem ves čas, da bom morala odrezati vse skupaj, mislim to situacijo v svojem zakonu, ampak nisem pričakovala, da bo šlo tako grdo. Da bom pristala v bolnišnici.

Če bi se ta moment lahko odločila, bi spremenila svojo strategijo soočanja s težavami? Če bi, na kakšen način?

Ne bi spreminjala, ker je bilo samo vprašanje časa. Ker stanje z možem in doma, so bili vzroki, ki so mi sprožili vse to. Še potem, ko je šel v »arest«, je sodnik rekel, da ni čudno, da mi je vse enkrat počilo, ker je bilo vse na mojih ramenih. Čeprav je obljubil, da se bo poboljšal, mi je bolje tako, kot je sedaj. Brez njega. Je bila zame preveč težka pot do svobode. Če ne bi do tega prišlo, sem prepričana, da ne bi doživela tega zloma in hospitalizacije.

Kaj bi svetovala nekemu, ki je v podobni situaciji, po izkušnjah, ki jih imaš sama?

Da naj ne držijo v sebi vsega tega, če se le da. Ker ženske trpijo, nosijo v sebi. Ko sem bila hospitalizirana in spremljala malo zgodbe drugih, sem opazila, da ko so dale ven iz sebe stvari, ki so jih toliko časa bremenile, da so šle počasi nazaj gor. Res je treba poiskati pomoč.

INTERVJU ŠT. 6 (Manca)

Koliko časa že občutiš težave?

Sedaj trenutno težav nimam. Te težave pa so se začele, se mi zdi, 5 let nazaj. Sedaj trenutno jih pa eno leto nimam, oziroma nekako shajam.

Kako dugo so se pojavljale te težave, zaradi katerih si potem občutila potrebo po tem, da narediš nekaj glede tega in kakšna je bila tvoja strategija spoprijemanja s temi težavami?

Občasne težave so se začele že v srednji šoli in potem na fakso. Namreč doma so bili med starši ves čas prepiri in mi je bilo velikokrat težko. Že takrat sem občutila tesnobo, ampak je v bistvu sploh nisem prepoznala v taki obliki, mogoče se sliši smešno, ampak bolečino v prsih sem pripisovala svojemu kajenju. Ker sem včasih res veliko kadila. In se mi je dogajalo, da sem velikokrat kar jokala cele dneve, včasih brez razloga. Ampak vse to ni bilo tako pogosto, zato temu nisem pripisovala nekega večjega pomena. Potem so se pa težje težave začele kar naenkrat, iz danes, na jutri. In jaz sem te težave takoj začela reševati. Bilo je tako, da se mi je kar v sredini moje službe začelo vrteti, videla sem dvojno, pojavila se je slabost, ko sem hotela vstati, sem imela občutek, da bom omedlela, potila sem se, tresle so se mi roke. Eno uro sem bila v službi in teh stvari nisem mogla prenesti oziroma nisem si mogla pomagati. Enostavno nisem vedela, kaj se z mano dogaja. Potem sem se odpravila domov in bila cel teden čisto "preč". V Bojanovi oz. moževi družini so vsi neki psihiatri, psihologi ipd. Zato sem se takoj obrnila na moževo teto, ki je psihologinja in mi je nekako že ona malo na to namignila. Potem, ko sem bila en teden nemočna, mi je dala tablete za pomiritev, ki mi niso pomagali. Potem sem šla k svojemu zdravniku. Pri tem svojem zdravniku so mi naredili vse te preiskave, ki jih morajo narediti, da izključijo, da ne gre za kakšno resno bolezen in da izključijo vse bolezni, ki imajo podobne znake. Vmes sem dvakrat omedlela in roke so se mi tresle neprestano. Recimo, če sem šla ven, nisem vedela ali bom omedlela ali ne, sploh če sem šla v kakšen nakupovalni center. S težavami sem se takoj začela spopadati, še preden sem sploh vedela, da gre za panične napade in depresijo, ko sem še mislila, da je z mano narobe kaj drugega. Kmalu so pri zdravniku ugotovili, da z mano ni nič narobe in da gre najverjetneje za kaj v zvezi s psihičnimi težavami. Potem sem dobila napotnico za psihiatra in potem mi je moževa teta, ki je psihologinja, predlagala da bi se lahko odločila tudi za njo, ampak sem se potem raje odločila za nekoga nevtralnega, v bolnišnici Begunje, kjer sem dobila psihiatrinjo. Tako, da sem takoj po 14 dnevih od začetka težav, šla že do nje (sem dobila datum). Ta psihiatrinja mi je tam ugotovila, da gre za panične napade in depresijo, da gre za stvari, ki jih še nimam razrešenih iz preteklosti. Da gre za stvari, ki so sedaj udarile ven. Tam sem imela

par obiskov in dobila sem zdravila. Psihiatrinja me je napotila tudi na dihalne vaje (tehnike), na katere sem hodila 14dni.

Se pravi bi lahko rekla, da si v trenutku, ko si dobila napotnico za psihiatra prvič pomislila, da gre lahko za psihično bolezen?

Prej sploh nisem pomislila, da gre za to bolezen, ker o njej nisem kaj dosti vedela. Ko pa so po parih preiskavah izključili druge vzroke in sem dobila napotnico za mnenje psihiatra, sem prvič to povezala s psihičnimi težavami. In potem mi je tudi moževa teta, ko sem ji povedala, namignila, da je verjetno to, to, tako da sem že pred diagnozo nekako slutila.

Ali se mogoče spomniš, kdaj je bila diagnosticirana bolezen? Po prvi ali več terapijah?

Zelo kmalu. V grobem sva razčistili mojo preteklost, sedanost, kaj se z mano dogaja, kaj se je dogajalo, in na podlagi izvidov, ki sem jih imela od zdravnika (da ni nič narobe) je takoj rekla, da so to psihične težave in da morava midve skupaj sedaj delati na tem.

Ali bi lahko ocenila na kakšen način ali na podlagi katerih dejavnikov je bila ugotovljena diagnoza? Na podlagi pogovora? Je imela poseben vprašalnik?

Imela je razmetana vprašanja. Kmalu po tem mi je ona tudi priporočila nadaljnje zdravljenje s psihoterapijo. Da v bistvu z njo ne bom reševala teh težav, ampak mi bo predpisala samo zdravila. K njej sem hodila 4 leta, na vsake toliko časa sem imela pregled. Recimo na 2 ali 3 mesece. Odmerki mojih zdravil so se stalno spreminjali, včasih mi je morala povečati količino, včasih zmanjšati. Vsa ta 4 leta, ko sem jedla zdravila je bilo vse v redu, potem pa, ko sva prišle enkrat do tiste meje, da jih toliko potrebujem, da je stanje normalizirano. Vmes tudi ni bilo vse v redu, včasih so se še vedno pojavljale težave in napadi v "mini varianti".

Ali se mogoče spomniš, kako si se počutila tisti trenutek, ko si izvedela za diagnozo?

Po eni strani sem čutila olajšanje, da ni kaj hujšega, da mi niso odkrili recimo raka ali kakšno hudo bolezen. Ni mi bilo tako grozno. Nikoli nisem skrivala, vsi vedo za mojo bolezen. Šele potem, ko sem povedala okrog, kaj se z mano dogaja, so pogovori stekli v smer, kdo se vse zdravi za tem in šele potem se zaveš, koliko ljudi ima enake oz. podobne težave (tudi drugi so spregovorili). Potem sem ugotovila, da so drugi stvar vlekli in niso šli ne k zdravniku, sploh pa ne k psihiatru. Jaz pa sem se s temi zadevami takoj začela spopadati in se mi zdi, da mi je to kar dosti pomagalo (predvidevam).

Ali si pričakovala tako diagnozo, kot ti je bila postavljena?

Pričakovala je nisem, ker o teh stvareh nisem vedela skoraj nič. Če je nekdo rekel, da ima psihične težave, tesnobo, strahove in tako naprej ali pa da ima napade, nisem niti vedela, kako naj bi to izgledalo, kakšni so ti napadi, kako se sam s sabo spopadaš. Šele kasneje, sem si malo prebrala o tem. Tako, da

Kaj pa meniš o zdravljenju z medikamenti? Ali imajo po tvojem mnenju kakšen stranski učinek? Negativen? Če ima, kakšen?

Kaj dosti stranskih učinkov nisem imela, nisem pa bila navdušena nad tem, da moram jesti zdravila. Ampak v tistem trenutku, ko so bili te moji simptomi tako močni in grozni, mi je bilo čisto vseeno. Ampak potem, ko sem prišla do stanja, da sem se počutila boljše, sem začela razmišljati o tem, da bi bilo boljše, da bi jih dala stran. Potem sem začela hoditi na psihoterapije, ki mi jih ne na koncu predlagala psihiatrinja.

Potem se ti zdi, da ni bilo nič negativnih učinkov? Karkoli? Mogoče, da si bolj zaspana?

Edino, kar se mi zdi negativno je to, da sem bila hitro utrujena in veliko sem spala.

Kaj pa težave s koncentracijo?

Ne, nisem imela teh težav.

Ali si bila zadovoljna s potekom zdravljenja? Če si bila, zakaj?

Ja, bila sem. Zato ker ni bilo nobenih težav, stvari so se izboljšale, zdi se mi, da so se potrudili. Zdelo se mi je, da so stvar vzeli resno.

Ali si kaj pogrešala pri zdravljenju in poskušala najti tudi kakšno drugo obliko pomoči? Če ja, kje in kakšno?

Ne, to je bilo vse. Zadnja je bila psihoterapija, s katero sem bila zelo zadovoljna. Zelo mi je odleglo, ko sem takrat dala vse iz sebe, kar me je v preteklosti morilo.

Meniš, da so psihoterapevtske storitve pri nas dovolj dostopne?

Kar se tiče tega ali so dovolj dostopne, se mi zdi, da je veliko ponudnikov. Edini problem je, da so samoplačniške in si marsikdo tega ne more privoščiti. Se mi zdi, da zdravstvo tega sploh ne krije. Zdi se mi drage, na uro plačaš 40 do 50 eur. Res je tudi, da ne pomaga, da obiščeš

eno terapijo ampak jih moraš obiskati več. Sama sem imela 12 urno terapijo, ki sem jo potem prekinila. Šele potem vidiš ali je napredek. Sedaj moram potrpati, da je eno leto v redu, če pa recimo ne bi bilo, bi se pa lahko odločila za nadaljnje obiske terapij.

Psihiatrinja, pri kateri si bila (v Begunjah), ti ni dala možnosti, da bi imela tam kakšnega terapevta?

Ne, takoj mi je povedala, da tega ni. Da tam ni psihoterapevtov, ampak samo psihiatri, ki ti predpišejo kakšno dozo zdravil boš dobil in spremljajo vse skupaj na podlagi zdravil. Na grobo ti že pomagajo, s pogovori ipd., ampak to ni to.

Kako je vplivala diagnoza na odnos do sebe? Se je kaj spremenilo, ko so ti postavili diagnozo?

Ne. Mislim, ni se spremenilo, ampak v tem času, ko sem se s tem spopadala sem postala bolj komunikativna, odprta, da več stvari povem in zaupam, ker sem bila pred diagnozo bolj zaprte narave. Skratka pozitivno.

Ali so te psihoterapije pripravile do tega? Mogoče, ker si morala tam veliko govoriti o sebi?

Zdi se mi da ja, da je to pripeljalo do tega.

Ali se je nasploh kaj spremenilo v tvojem življenju, odkar je bila postavljena diagnoza? Si bila za kaj prikrajšana? Je to vplivalo na odnos z drugimi? Si opazila takrat kakšne negativne posledice?

Ne, ker so mi vsi stali ob strani in mi veliko pomagali. Malo sem imela težav edino okoli otrok, ker so me hitro vrgli iz tira, me spravljali ob živce. Res so mi veliko pomagali in če mi ne bi, bi bilo verjetno veliko težje iti čez vse.

Kaj meniš recimo ti o teh diagnozah, se ti zdi v redu, da se postavi diagnoza na podlagi simptomov ali se ti zdi, da bi bilo boljše, da bi se o težavah, ki jih ima posameznik preprosto samo pogovarjali (recimo, kot na psihoterapiji)?

Zdi se mi, da ena diagnoza mora biti postavljena, prav je, da te dajo skozi vse te preiskave. Sicer je pa danes toliko teh psihičnih in depresivnih stanj, ki jih ima skoraj že vsak tretji. Če ne bi bilo samoplačniško, bi bilo verjetno drugače, ker si vsak tega ne more privoščiti. Ker to,

konec koncev najbolj pomaga, najlažje se nekomu izpoveš, ki ti je tuj, kot pa nekomu, ki ga poznaš in imaš vseeno malo zadržkov.

Če pogledaš za nazaj, kdaj ti je bilo lažje? Pred ali po diagnozi?

Po, ker mi je to predstavljalo neko olajšanje, da sem vedela kaj se dogaja. V bistvu pa mi diagnoza ni bila nekaj groznega. Za nekatere pomeni to groza. V tistem času, ko sem jaz imela napade, je bilo res grozno ampak sedaj se mi ne zdi več, da je enako kot prej. Ko gre enkrat mimo se ti zdi čisto drugače.

Potem verjetno ne bi nič spremenila glede strategije soočenja s težavami?

Ne, nič ne bi spremenila. Mogoče edino, da bi se prej odločila za psihoterapijo. Lahko, da pride nazaj, da bom spet morala na tablete. Trenutno je v redu, ampak še vedno pride kakšen dan, ko čutim strah in tesnobo, ko jokam brez razloga ali zaradi res nepomembne stvari ali čutim, da bom dobila napad, ampak si potem pomagam z vajami, se umaknem, najbolj od otrok, ker me oni najbolj iz tira vržejo in mi pomaga. Naredim te vaje, da se malce sprostim.

Kaj bi svetovala nekomu, ki je v podobni situaciji? Po izkušnjah, ki jih imaš sama?

Svetovala bi jim, da če vedo, da gre za to, da se čim prej začnejo s tem spopadati oziroma, da se sprijaznijo in si čim prej poiščejo pomoč. Ker brez pomoči, se mi zdi, da bi težko šla čez to. Lahko pa da, ampak, čim prej, čim bolje. Namesto, da se stvar vleče.

Po tvojem mnenju je boljše zdravljenje s tabletami, vzporedno s psihoterapijo?

Če bi jaz že takrat vedela, da se da pozdravit to samo s psihoterapijo, ki jo takrat še nisem poznala, nisem vedela o tem nič, bi se odločila najprej za psihoterapijo in ne s tabletami. Kasneje, če mi to res ne bi pomagalo, bi šla pa na tablete. Ampak, takrat mi to ni bilo znano in vse kar mi je bilo važno, je bilo, da se pozdravim.

Si dobila zdravila takoj, ko je bila postavljena diagnoza?

Zdravila sem dobila takoj, ja.

Pred ali po postavljeni diagnozi?

Po postavljeni diagnozi. Zdi se mi, da po prvem obisku pri psihiatru.