

UNIVERZA V LJUBLJANI
PEDAGOŠKA FAKULTETA
Študijski program: Socialna pedagogika

Helena Grbec

UPORABNIŠKA PERSPEKTIVA OPUŠČANJA PSIHIATRIČNIH ZDRAVIL

Magistrsko delo

Ljubljana, 2020

UNIVERZA V LJUBLJANI
PEDAGOŠKA FAKULTETA
Študijski program: Socialna pedagogika

Helena Grbec

UPORABNIŠKA PERSPEKTIVA OPUŠČANJA PSIHIATRIČNIH ZDRAVIL

USER'S PERSPECTIVE ON COMING OFF PSYCHIATRIC DRUGS

Magistrsko delo

Mentor: red. prof. dr. Bojan Dekleva

Ljubljana, 2020

Zahvala

Hvala tebi, Bojan, da si z mano premleval mnoge življenjske (ne)smisle, z mano soustvarjal in raziskoval, ter me nežno vodil po (študijski) poti.

Hvala vama, mama in ate, da sta me s svojo neomajno vero podpirala pri bolj ali manj dobrih odločitvah in me od majhnih nog učila sprejemanja, odprtosti in ljubezni do drugega.

Hvala mojim ljubim prijateljicam in prijateljem, da ste z mano ustvarjali spomine in me vsak po svoje učili, kakšno življenje je vredno živeti – v družbi ljudi, ki te sprejemajo, podpirajo in imajo radi. In – da ste z mano enostavno *bili*.

In nenazadnje gre zahvala tudi vsem mojim sogovornikom in sogovornicam, da ste z mano delili svoje zgodbe, velikodušno razkrivali svoje modrosti in pripomogli, da je to delo ugledalo luč dneva.

IZVLEČEK

Magistrsko delo obravnava proces opuščanja psihofarmakov z vidika uporabnikov. V teoretičnem uvodu delo obravnava zgodovinski kontekst psihiatrije predvsem v luči pojava psihofarmakoloških zdravil in njegovega vpliva na oblikovanje sodobnih psihiatričnih storitev. V nadaljevanju se posveča opredelitvi psihofarmakov, njihovega delovanja in učinkov, čemur sledi umestitev koncepta osebnega okrevanja od težav v duševnem zdravju z gledišča psihosocialnega modela ter dosedanja spoznanja o opuščanju psihofarmakov. Namen magistrskega dela je bolje spoznati, kako osebe, ki uporabljajo psihofarmakološka zdravila, le-ta opuščajo, ne glede na to ali imajo pri tem podporo psihiatrov in drugih strokovnih delavcev ali pa so se na to pot podali sami (brez podpore). Empirični del je sestavljen iz kvalitativnega in kvantitativnega pristopa. V kvantitativni del je bilo s spletnim anketnim vprašalnikom zajetih 124 oseb, ki so opustile, trenutno opuščajo ali pa so nekdaj opuščale psihofarmake, sedaj pa jih redno jemljejo. Znotraj kvalitativnega dela je bilo izvedenih osem intervjujev. Podatki, pridobljeni s spletnim anketnim vprašalnikom so bili obdelani v statističnem programu, intervjuji pa so bili vsebinsko analizirani. Ugotovitve kvalitativnega dela kažejo, da gre pri odločitvi za opuščanje psihofarmakov za kompleksen preplet različnih dejavnikov, ki proces bodisi omogočajo bodisi ovirajo: osebna naravnost, pretekle izkušnje z opuščanjem, strahovi, pritiski okolice, oblike podpore, itd. Rezultati kvantitativne analize kažejo na to, da je opuščanje težavneje za osebe, ki psihofarmake uporabljajo dalj časa. Obenem te osebe doživljajo tudi bolj neprijetne in težavne odtegnitvene učinke.

Ključne besede: *psihiatrija, duševne težave, psihofarmaki, opuščanje uporabe psihofarmakov, zmanjševanje škode, okrevanje, psihosocialna podpora*

ABSTRACT

The subject of this master's thesis is the process of coming off psychiatric drugs from the user's point of view. The theoretical section describes the historical context of psychiatry mainly in light of the appearance of psychiatric drugs and its impact on the design of modern psychiatric services. It goes on to define psychopharmaceuticals, their actions and effects, and outlines the concept of personal recovery from mental health problems from the point of view of the psychosocial model and the current knowledge about the process of coming off psychiatric drugs. The purpose of the master's thesis is to better understand how people who use psychiatric drugs come off them, regardless of whether they have the support of psychiatrists and other professionals or have set out on this path themselves (without support). The empirical part consists of a qualitative and quantitative approach. The quantitative part was comprised of an online questionnaire with a sample of 124 people who have come off, are currently coming off, or used to come off psychiatric drugs, but are now taking them regularly. Eight interviews were conducted within the qualitative part. The data obtained from the online questionnaire were processed in the statistical program, and the interviews were analyzed in terms of content. The findings of qualitative work show that the decision to come off psychiatric drugs is a complex intertwining of various factors that either enable or hinder the process: personal orientation, past experiences with coming off drugs, fears, environmental pressures, forms of support, etc. The results of the quantitative analysis suggest that coming off psychiatric drugs is more difficult for people who have used them for longer periods of time. At the same time, these individuals also experience more unpleasant and difficult withdrawal effects.

Key words: *psychiatry, mental health issues, psychiatric drugs, coming off psychiatric drugs, harm reduction, recovery, psychosocial support*

KAZALO VSEBINE

I UVOD.....	1
II TEORETIČNA IZHODIŠČA.....	4
1 PSIHIAetriJA.....	4
1.1 OBRAVNAVA DUŠEVNIH TEŽAV PRED POJAVOM PSIHOFArMAKOV.....	4
1.2 PSIHIAtrične DIAGNOZE IN KLASIFIKACIJE.....	7
1.3 KRITIKA PSIHIAtriJE SKOZI PRIZMO EKOLOŠKEGA MODELA.....	8
1.4 MEDIKALIZACIJA.....	11
2 PSIHOFArMAKOTERAPIJA.....	12
2.1 ZAČETKI.....	12
2.2 VRSTE PSIHOFArMAKOV.....	13
2.3 DELOVANJE PSIHOFArMAKOV.....	14
2.4 NEŽELENI UČINKI.....	15
2.5 PLACEBO UČINEK.....	16
2.6 PREDPISOVANJE PSIHOFArMAKOV V SLOVENIJI.....	18
3 KONCEPT OSEBNEGA OKREVANJA.....	19
4 OPUŠČANJE PSIHIAtričnih ZDRAVIL.....	23
4.1 RAZLOGI ZA OPUŠČANJE.....	23
4.2 TEŽAVE PRI OPUŠČANJU PSIHIAtričnih ZDRAVIL.....	24
4.3 SMERNICE ZA OPUŠČANJE PSIHIAtričnih ZDRAVIL.....	26
5 EMPIrični DEL.....	30
1.1 OPREDELITEV PROBLEMA.....	30
5.2 NAMEN RAZISKAVE.....	30
5.3 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA.....	30
5.4 METODOLOGIJA.....	31
5.4.1 Metoda in raziskovalni pristop.....	31
5.4.2 Vzorec.....	31
5.4.3 Uporabljeni instrumenti.....	32
5.4.4 Opis postopka zbiranja podatkov.....	33
5.4.5 Postopki obdelave podatkov.....	34
6 REZULTATI IN INTERPRETACIJA.....	35
6.1 SPLETNI ANKETNI VPRAŠALNIK.....	35
6.1.1 Uporaba psihiatričnih zdravil.....	35
6.1.2 Število in trajanje hospitalizacij.....	37

6.1.3	Priprava na opuščanje psihiatričnih zdravil	38
6.1.4	Opuščanje psihiatričnih zdravil	39
6.1.5	Odtegnitveni učinki	41
6.1.6	Povzetek ključnih ugotovitev	43
6.2	INTERVJUJI Z (NEKDANJIMI) UPORABNIKI PSIHIATRIČNIH ZDRAVIL ...	46
6.2.1	RV1: Kakšni so začetki in okoliščine uporabe psihiatričnih zdravil?.....	46
6.2.1.1	Povzetek odgovorov na prvo raziskovalno vprašanje.....	63
6.2.2	RV2: Kateri so razlogi za pričetek opuščanja psihiatričnih zdravil?	66
6.2.3	RV3: S katerimi težavami in ovirami se srečujejo osebe, ki uporabljajo psihiatrična zdravila ob njihovem opuščanju?	68
6.2.3.1	Povzetek odgovorov na tretje raziskovalno vprašanje.....	73
6.2.4	RV4: Koga ali kaj osebe, ki uporabljajo psihiatrična zdravila, prepoznavajo kot podporno ob opuščanju psihiatričnih zdravil?	74
6.2.4.1	Povzetek odgovorov na četrto raziskovalno vprašanje	79
6.2.5	Prečne teme	80
7	SKLEP	87
8	OMEJITVE RAZISKAVE	94
9	VIRI	95
10	PRILOGE.....	101
10.1	SPLETNI ANKETNI VPRAŠALNIK	101
10.2	ODGOVORI NA IZBRANA VPRAŠANJA SPLETNEGA ANKETNEGA VPRAŠALNIKA.....	108
10.3	PRIMER KODIRANEGA INTERVJUJA	117

KAZALO SLIK

Slika 1: Podatki o porabi zdravil na recept po ATC klasifikaciji (3. nivo), ambulantno predpisana zdravila; beli in zeleni recept skupaj 2006—2018 (NIJZ, 2020b).....	19
Slika 2: Časovna dinamika uporabe in opuščanja psihiatričnih zdravil: Luka.....	47
Slika 3: Časovna dinamika uporabe in opuščanja psihiatričnih zdravil: Ana	49
Slika 4: Časovna dinamika uporabe in opuščanja psihiatričnih zdravil: Bojan	52
Slika 5: Časovna dinamika uporabe in opuščanja psihiatričnih zdravil: Denis	54
Slika 6: Časovna dinamika uporabe in opuščanja psihiatričnih zdravil: Gregor	55
Slika 7: Časovna dinamika uporabe in opuščanja psihiatričnih zdravil: Marina	57
Slika 8: Časovna dinamika uporabe in opuščanja psihiatričnih zdravil: Jessi	59
Slika 9: Značilnosti uporabe in opuščanja psihiatričnih zdravil: Moja	61
Slika 10: Podporne osebe in aktivnosti intervjuvank in intervjuvancev ob opuščanju psihiatričnih zdravil	74
Slika 11: Možni poteki odločanja o opuščanju psihiatričnih zdravil in njihovi izidi.....	87
Slika 12: Grafični prikaz ovirajočih in motivacijskih dejavnikov za opuščanje psihiatričnih zdravil.....	89

KAZALO TABEL

Tabela 1: Primerjava bolezenskega modela s pristopom zmanjševanja škode (Hall, 2014, prirejeno po Moncrieff in Cohen, 2009)	15
Tabela 2: Organizacija testiranja novega zdravila (Makovec, 2019, str. 91).....	17
Tabela 3: Ključni vidiki okrevanja (prirejeno po Slade, 2009).....	22
Tabela 4: Razlikovanje med odtegnitvenimi simptomi in ponovitvijo prvotnih težav (Darton, 2016, str. 18).....	26
Tabela 5: Značilnosti oseb, ki so izrazile pripravljenost za intervju na temo opuščanja psihiatričnih zdravil (podatki v celicah tabele se nanašajo na spol in starost osebe v letih. Podčrtane so osebe, ki so sodelovale v intervjujih).	32
Tabela 6: Skupine zdravil, ki so jih anketirani opuščali glede na trenutno uporabo (frekvenčna porazdelitev in delež)	36
Tabela 7: Trajanje uporabe psihiatričnih zdravil glede na trenutno uporabo (frekvenčna porazdelitev in delež)	36
Tabela 8: Trajanje uporabe psihiatričnih zdravil glede na vzorec uporabe in opuščanja psihiatričnih zdravil (frekvenčna porazdelitev in delež)	37
Tabela 9: Doživljanje zahtevnosti opuščanja glede na vzorec uporabe in opuščanja psihiatričnih zdravil (frekvenčna porazdelitev in delež)	39
Tabela 10: Doživljanje zahtevnosti opuščanja glede na trajanje uporabe psihiatričnih zdravil	40
Tabela 11: Zaznane oblike podpore anketiranih pri opuščanju psihiatričnih zdravil.....	41
Tabela 12: Zaznava odtegnitvenih učinkov glede na trajanje uporabe psihiatričnih zdravil ...	42

I UVOD

Morebiti bi morala uvod poimenovati z naslovom 'avtoričina perspektiva', kot to počno raziskovalke in raziskovalci, ki pišejo dela predvsem s področja humanistike in družboslovja. Pričujoče delo je namreč tudi odraz tega, kdo sem, kaj sem doživela in kam plujem. Pristransko, če ne celo zavajajoče bi bilo, če uvodoma ne bi pojasnila svojih izhodišč. Tudi sama nekdanja uporabnica psihiatričnih zdravil sem, kot že sam naslov dela pove (*Uporabniška perspektiva opuščanja psihiatričnih zdravil*), skušala v ospredje postaviti uporabnike, torej tiste osebe, ki uporabljajo psihiatrična zdravila, ter uzreti temo skozi njihovo perspektivo. Iz pripovedi oseb, s katerimi sem se srečala med nastajanjem dela, skušam izluščiti prvoosebno izkustveno znanje opuščanja psihiatričnih zdravil.

Za temo sem se prvenstveno zanimala zaradi lastne odločitve, da opustim psihiatrična zdravila. V moji glavi je kar mrgolelo vprašanj: kako naj se lotim, na kaj naj bom pozorna, kdo mi lahko pomaga, če bo težko ... Hkrati pa sem se borila z navzkrižnimi informacijami, ki sem jih našla na spletu. Bodisi sem našla informacije, ki so psihiatrična zdravila postavljale ob bok hudiču in demonom, če si lahko izposodim religiozno metaforo, bodisi so mi mnoge spletne strani skorajda žugale, da se na to pot ne smem podati sama (sploh pa, če tega ni odobril zdravnik) in da lahko ob opustitvi antidepresivov (ki so mi preostali kot zadnja oblika terapije) pride do povratka težav. V popolnem kaosu sem se na srečo spotaknila ob Vodnik za opuščanje psihiatričnih zdravil, avtorja Willa Halla, kjer pravzaprav nisem našla nobenih navodil, sem pa našla tihega poslušalca, ki je dal prostor mojim izkušnjam, strahovom in vprašanjem. Tema raziskovanja je tako tudi osebno obarvana, saj so raziskovanje usmerjale tudi moje izkušnje.

Za trenutek se moram ustaviti pri samem izboru terminologije, ki sem jo uporabljala. Le-ta je izbrana s kritično stanco, z zavedanjem, da ljudje z izborom diskurza konstruiramo in razumemo svoj svet. Pri tem, tako kot pravi tudi Russo (2018), ne želim razmejiti pojmov na prave in napačne, zagotovo pa izbor pojmov, ki se povezujejo s temo opuščanja psihiatričnih zdravil, predstavlja moje stališče do obravnavane teme. V splošnem uporabljam pojem *psihiatrična zdravila*, čeprav sem do tega poimenovanja kritična, saj sugerira, da psihofarmaki zdravijo; delajo nekoga, ki je bolan, zdravega. Ustreznejši termin, ki se sklada z mojim izhodiščem, bi bil *psihofarmaki*, ki pušča odprt prostor za identifikacijo posameznika (ga ne postavlja v vlogo bolnika, pacienta) in presega dihotomijo bolezen–zdravje. Za uporabo pojma psihiatrična zdravila sem se odločila zato, ker gre za pogovorni izraz, ki ga srečamo tudi med uporabniki psihofarmakov. Pri pojmu *psihiatrična zdravila* gre sicer za laičen izraz, saj lahko psihofarmake zdravniki predpisujejo za različna stanja, najpogosteje pa jih uporabljajo pri zdravljenju duševnih motenj. Psihofarmaki in njihova uporaba so srž polemike mnogih avtorjev in zdi se, da je edino stališče, ki ga lahko zavzameš, zgolj to, da si za uporabo ali *proti* njej. Podobno težavo prepoznava tudi Hall (2016), ki pravi, da »izključujoč način razmišljanja ali/ali predstavlja velik del težave, ko govorimo o zdravilih« (str. 8). Tudi sama se distanciram od črno-bele slike in iščem vsaj delež odtenkov med poloma. Četudi ne verjamem, da psihofarmaki zdravijo vzroke in/ali predobstoječa biološka stanja, iz katerih je vznikla duševna bolezen, prepoznavam psihofarmake kot možno obliko podpore, ki osebam v stiski (sploh v času hudih in intenzivnih doživljanj) lahko nudijo uteho.

Poleg tega da jih razumem kot *možno* obliko podpore, opažam, da so pogosto tudi edina ponujena oblika podpore znotraj sistema skrbi in podpore osebam s težavami v duševnem zdravju. Če stopim še korak naprej, lahko rečem, da so psihofarmaki mnogim osebam predstavljeni tudi kot edina možna rešitev za lajšanje njihovih težav. Poleg tega je alternativnih in dopolnjujočih se možnosti v slovenskem prostoru malo in sestojijo bolj ali manj iz plačljivih storitev s področja psihoterapije, alternativne medicine idr. Psihiatrična zdravila lahko marsikomu dobro služijo, jih podpirajo, ne povzročajo neželenih učinkov in z njimi dobro živijo. Oseb s težavami v duševnem zdravju ni smotno predstavljati kot homogeno skupino, ki ima eno skupno stališče do uporabe psihiatričnih zdravil. Uporabniki zasedajo različna stališča, ki se s časom in izkušnjami tudi spreminjajo (Russo, 2018).

Dosledno se izogibam tudi medicinskim poimenovanjem, kot so pacient, bolnik, duševna bolezen idr. in govorim o duševnih težavah, stiskah ali krizah. Pojem *pacient* uporabljam zgolj tedaj, ko govorim o odnosu med zdravnikom in pacientom. Temo skušam obravnavati zunaj okvirov bolezenskega modela in jo preko pripovedi intervjuvank in intervjuvancev kontekstualizirati v njihovem življenjskem vsakdanu. Izhajam iz stališča, da so uporabniki in uporabnice psihiatričnih storitev (in tudi zdravil) strokovnjaki za svoja stanja in ne zgolj pasivni prejemniki pomoči.

Teoretični del magistrske naloge sem zastavila z namenom podajanja konteksta samemu procesu opuščanja psihiatričnih zdravil. Pri tem sem se opirala predvsem na avtorice in avtorje, ki so prepoznani kot kritiki psihiatrije. Nanje sem se naslanjala predvsem zato, ker v splošnem prepoznavajo in priznavajo subjektivno izkušnjo duševnih tegob uporabnikov, kot tudi opuščanja psihiatričnih zdravil. Medtem pa avtorji in avtorice, ki svoje stališče zavzemajo iz bolezenskega modela, pogosto spregledajo uporabniški vidik ali pa ga celo demantirajo, češ da je oseba s hudimi duševnimi težavami nezmožna presojeti svoja stanja. Sama menim podobno, kot pravi avtorica Lamovec (1999), ki je bila tudi sama uporabnica psihiatričnih storitev: »Verjemite mi, nihče ni tako nor, da ne bi vedel, kdaj se počuti bolje in kdaj slabše« (str. 77). Še do nedavnega je namreč veljalo, da se težave ob opuščanju pojavljajo le v primeru ukinjanja uspaval in pomirjeval. Kompleksne življenjske izkušnje, kot so izkušnje duševnih težav, se pogosto razlikujejo od znanstvenih dognanj. Tako so na težave ob opuščanju antidepresivov, nevroleptikov in drugih psihofarmakov prvi opozorili uporabniki le-teh. V empiričnem delu ugotavljam, kako osebe, ki uporabljajo psihiatrična zdravila, le-ta opuščajo, s kakšnimi težavami se srečujejo in kateri so tisti dejavniki, ki so delovali podporno pri tem procesu. Osrednji del predstavlja osem intervjujev, dopolnjuje pa ga dodatno kvantitativno gradivo.

Kores Plesničar (2008) v predgovoru dela *Osnove psihofarmakoterapije* pove, da »s psihofarmakoterapijo živimo in tako bo verjetno ostalo tudi v prihodnje« (str. 1). Ob naraščajoči medikalizaciji družbe se vedno pogosteje srečujemo z osebami, katerih življenjska realnost je tudi (dolgotrajna) uporaba psihiatričnih zdravil. Pričujoče delo osvetljuje precej neraziskano področje opuščanja psihiatričnih zdravil, kar lahko pripomore k razvijanju boljših podpornih sistemov za ljudi z izkušnjo uporabe in opuščanja psihiatričnih zdravil. Prednosti magistrskega dela sta predvsem kombiniran metodološki pristop, ki ponuja poglobljen pogled

na kompleksno problematiko opuščanja psihiatričnih zdravil, ter zastopanost prvoosebne uporabniške izkušnje.

II TEORETIČNA IZHODIŠČA

1 PSIHIATRIJA

Psihiatrija je kot veja medicine relativno nova veda, ki se ukvarja s »preučevanjem, diagnostiko, zdravljenjem in rehabilitacijo ljudi, ki trpijo zaradi duševnih motenj« (Ziherl, 2013, str. 30). Pogojena je s specifičnim socio-kulturnim kontekstom v nekem zgodovinskem obdobju. Na začetni točki je pomembno izpostaviti, da psihiatrija ni enotna veda (Rose, 2019), temveč poznamo znotraj nje različne šole misli, npr. fenomenološko, psihodinamsko, sociodinamsko, biološko idr. (Makovec, 2019). Če želimo opisati zgodovino psihiatrije, težko prezremo dejstvo, da gre predvsem za zgodovino zahodnega sveta ali celo boljše zgodovino psihiatrije globalnega severa. Podobno kontekstualizirano je tudi pojmovanje duševnega zdravja. V literaturi velikokrat zasledimo definicijo duševnega zdravja, ki so jo pripravili v Svetovni zdravstveni organizaciji. Ta pravi, da je duševno zdravje stanje dobrega počutja, v katerem posameznik lahko uresničuje in razvija svoje sposobnosti, se spoprijema s stresnimi situacijami v vsakodnevnem življenju, učinkovito dela ter lahko prispeva k svoji skupnosti (World Health Organization, 2018). Že sama definicija nam poda uvid v trenutni socio-kulturni kontekst: živimo v svetu, kjer je pomembno dobro počutje, stres je del vsakdana in delo predstavlja pomembno vrednoto ter deluje kot vključevalni element v družbo. Čeprav gre pri duševnem zdravju za kontinuum različnih izkušenj, ga današnji svet pogosto interpretira zgolj skozi nasprotje duševno zdravje–duševna motnja, brez vmesnih odtenkov. In linija med enim in drugim polom je izjemno tanka. Spodnji zgodovinski oris je tako predvsem zgodovina nekega sveta, v katerem živimo, in prikazuje pomembnejše kontekste razvoja in delovanja psihiatrije, ki so vplivali na sodobne psihiatrične prakse. Ob raziskovanju duševnih težav namreč ne moremo zaobiti zgodovine psihiatrije in njenega trenutnega statusa (Cohen, 2008, str. 3).

1.1 OBRAVNAVA DUŠEVNIH TEŽAV PRED POJAVOM PSIHOFAKOV

O duševnih stiskah je bilo govora že daleč pred pojavom psihiatrije. Hipokrat, ki velja za očeta znanstvene medicine, je ustvaril prvo delitev duševnih motenj (glej Kleisiaris, Sfakianakis in Papathanasiou, 2014). Tegobe duše so si skozi zgodovino 'lastili' mnogi; sprva so jih razumeli predvsem kot bolezen duha, torej so na stiske gledali predvsem spiritualistično, od konca 18. stoletja dalje pa ima oblast nad presojanjem, kdo je 'nor', predvsem psihiatrija (Shorter, 1997). Razumeti moramo, da vsaka družba in kultura porajata svoje norme in pričakujeta, da se bomo v skladu z njimi tudi vedli. Kdor odstopa od tega povprečja, je označen kot drugačen in v skladu s pritiski, da se čim prej približa normi, je družba razvila različne strategije za spoprijemanje z drugačnostjo (Lamovec, 1995). Imeti težave v duševnem zdravju je od nekdaj pomenilo 'biti drugačen'. Razlage za drugačnost in spoprijemanje z njo se nenehno spreminjajo in na novo porajajo. Z asociacijsko tehniko bi na podlagi pojma 'duševno zdravje' ali pa morebiti tudi 'duševne težave' kaj hitro omenili tudi psihiatrijo, ki jo danes neločljivo povezujemo z našim duševnim zdravjem. Psihiatrija namreč vpliva na to, kako danes razumemo duševne težave, o njih govorimo in kakšne intervencije oblikujemo za pomoč osebam, ki se srečujejo z duševnimi krizami (Rose, 2019).

Psihijatrija je skozi zgodovino prešla skozi tri ključna obdobja, ki jih imenujemo tudi psihijatrične revolucije. Prva psihijatrična revolucija zaznamuje začetek vstopa zdravstvenega osebja v azile, njen ključni akter je bil zdravnik Philippe Pinel. K drugi paradigmatski spremembi je v luči druge psihijatrične revolucije pomembno doprinesel Sigmund Freud, ki je vzroke za duševne motnje prepoznal v nezavednem in neugodnih izkušnjah iz zgodnjega življenja. Za tretjo psihijatrično revolucijo pa štejemo gibanje deinstitucionalizacije v drugi polovici prejšnjega stoletja ob sočasnem pojavu psihofarmakov (Flaker, 1998; Shorter 1997). Vse tri psihijatrične revolucije so prinesle novo prevladujočo paradigmo razumevanja, obravnave in zdravljenja duševnih težav. Da pa se je psihijatrična revolucija sploh lahko zgodila, so k temu prispevali različni dogodki, ki predstavljajo njihov kontekst.

Od samega začetka je psihijatrija tesno povezana s t. i. totalnimi ustanovami (imenovane tudi azili), ki jih Goffman (2019) opiše kot tiste ustanove, ki zajemajo vse vidike življenja oseb, ki v njej stanujejo, obenem pa gre za ustanove, ki so tako ali drugače tudi fizično ločene od preostale populacije (npr. psihijatrične bolnišnice, zapor). Tovrstne ustanove obstajajo še danes in niso zgolj praksa nekega preteklega časa. Totalna ustanova, kot jo razumemo danes, se je rodila v 17. stoletju v času t. i. 'velikega zapiranja', ko so mestne oblasti pričele z zapiranjem tistega dela prebivalstva, ki je bil za splošno populacijo viden kot moteč, neumen, umazan, nemoralen ipd. (Foucault, 1998). Zapiranje je bila nova praksa upravljanja z drugačnostjo, ali če rečemo tudi drugače, norostjo. Dotlej je bila skrb za 'nore' domena družine, manj pa sorodstva ali skupnosti, velikokrat pa so bili prepuščeni tudi samim sebi. Tovrstna skrb pogosto ni bila ljubeča in podpora. Bolj pogoste prakse te skrbi so bile zapiranje, zanemarjanje in pretepanje (Shorter, 1997).

Predhodnice totalnih ustanov so bile prototalne ustanove, ki se od svojih naslednic razlikujejo v eni bistveni točki, ki zadeva osebje, ki naj bi skrbelo za stanovalke in stanovalce totalnih ustanov. Osebje sprva ni bilo posebej specializirano ali poklicno usposobljeno. V ustanovo niso prihajali na službeno mesto, temveč je šlo predvsem za prostovoljno pomoč uboščini (Flaker, 1998). Azili so bili sprva podobni zaporom, kjer so ljudi, ki naj bi bili nevarni sebi in drugim, zapirali in vklepali v okove ter nikakor niso bili terapevtsko usmerjeni (Shorter, 1997).

Vstop medicinskega osebja v totalne ustanove je bil vse prej kot nenaden. Spočetka so imeli zdravniki obrobno, posvetovalno vlogo in so bili prisotni zgolj po potrebi. Do preboja medicinskega osebja v ustanove takega tipa je prišlo ob koncu 18. stoletja. To obdobje zaznamujeta predvsem William Tuke in Philippe Pinel, ki sta fizično represijo zamenjala z moralno obravnavo, ki je predvsem spominjala na vzgojo z moralno avtoriteto. Philippu Pinelu in njegovemu mlajšemu kolegu Jeanu Etienneu Esquirolu pripisujejo zasluge, da je v psihijatriji prevladal medicinski model pri obravnavi psihijatričnih motenj (Kores Plesničar, 2008). Za psihijatrijo kot stroko veljata za začetnika sodobne, bolj humane psihijatrije (Flaker, 1998). Tudi na slovenskem ozemlju nismo zaostajali za evropskimi trendi. L. 1786 je bil bivši samostan na Ajdovščini preurejen v splošno bolnišnico, kjer so ustanovili tudi dva oddelka za »blaznike«, svojo prvo bolnišnico za duševne bolezni pa smo dobili l. 1881 (Univerzitetna psihijatrična klinika Ljubljana, b. d.), kar tudi predstavlja rojstvo slovenske psihijatrije (Ziherl, 2013).

Glavni akter druge psihiatrične revolucije je bil Sigmund Freud (1856—1939), ki je v psihiatrijo s svojo psihoanalitično teorijo prinesel psihodinamsko razumevanje duševnih motenj. Vzroke zanje je prepoznaval v nezavednih vzgibih in notranjih konfliktih, ki naj bi izvirali iz zgodnjega otroštva. Mayes in Horwitz (2005) pravita, da je psihoanaliza odgovorna za patologizacijo mnogih vedenj, ki jih do tedaj niso pojmovali kot bolezenska stanja.

Znotraj psihiatrije sta se postopoma začenjali oblikovati dve šoli, ki sta vzrok za duševne motnje tistega časa pripisovali bodisi organskim anomalijam v možganih (biološka psihiatrija) bodisi odzivom posameznika na neugodne in stresne življenjske dogodke (psihodinamske teorije). Temelje za biološko psihiatrijo je postavil nemški psihiater Emile Kräpelin (1856—1926), sledili pa so ji t. i. neo-kräpelinisti v 70. letih 20. stoletja. Izhajajoč iz biološke predpostavke o etiologiji duševnih motenj je konec 19. in pričetek 20. stoletja zaznamoval razmah eksperimentov nad pacienti in nove oblike zdravljenj. Obenem je šlo za obdobje velike krize v psihiatriji oz. azilih. V njih so se pričeli kopičiti pacienti, ki so potrebovali oskrbo, psihiatri in drugo zdravstveno osebje pa jim je komaj uspevalo nuditi osnovno blagostanje. Psihiatri so še vedno imeli malo védenja o duševnih motnjah in zanje niso poznali zdravila. Ker so duševne motnje povezovali z delovanjem možganov, so izumljali različne postopke, kot so lobotomija (kirurški poseg na možganih), inzulinska šok terapija, elektrošok. (Shorter, 1997). Te oblike zdravljenj, ki si jih danes težko predstavljamo kot humane, so bile del običajnih psihiatričnih praks še dolgo v 20. stoletju, dokler jih ni postopoma nadomestila psihofarmakoterapija.

Psihiatrija je v 50. letih prejšnjega stoletja pričela počasi odpirati vrata zaprtih institucij in vstopati v vsakdanje življenje. K odpiranju institucij je pomembno botroval razmislek o človekovih pravicah in pravici do svobode pa tudi integritete in avtonomije glede življenjskih odločitev, ki je postal osrednja tema postvojnega sveta. Grenak priokus, ki so ga puščala koncentracijska taborišča, je izzval miselni premik v razumevanju zapiranja ljudi. Pričelo se je gibanje deinstitutionalizacije, ki ne pomeni zgolj zapiranja azilov, temveč tudi premik obravnave duševnega zdravja v skupnost in zmanjševanje hospitalizacij. Korak naprej je gibanje prispevalo tudi pri razmisleku o duševnih težavah, ki so ga razširili s socialnimi in kontekstualnimi vidiki. Pričela se je t. i. tretja psihiatrična revolucija, ki jo zaznamuje pojav psihofarmakov in odpiranje zaprtih institucij ter usmerjeno delovanje v skupnost (Flaker, 1998). Flaker (prav tam) vidi razlog za pospešeno deinstitutionalizacijo v pojavu prvih psihofarmakov, ki so pacientom pomagali toliko, da so kljub duševnim krizam lahko živeli doma. Shorter (1997), Warner (v Flaker, 1998) in Ramon (1985, v Flaker, 1998) pa menijo drugače: deinstitutionalizacija in vračanje pacientov v skupnost sta se pričeli nekaj let pred pojavom prvega psihotropnega zdravila in sta bili rezultat nove idejne miselnosti, imenovane politika odprtih vrat.

S psihofarmakološkimi učinkovinami je prišlo do korenite spremembe v obravnavi duševnih težav. Dolgotrajna tradicija iskanja vzrokov za duševne težave v notranjih, nezavednih vzgibih pacientov je počasi, a vztrajno ugašala (Shorter, 1997; Braslow in Marder, 2019). Psihodinamski model, ki je v ameriški psihiatriji še dolgo prevladoval nad medicinskim (Wilson, 1993), se je v drugi polovici 20. stoletja postopno umikal iz središča psihiatričnega

fokusa in dokončno ga je dobrih deset let kasneje zasenčil pojav slavnega antidepresiva Prozaca (Whitaker, 2010).

Pojav psihiatričnih zdravil je po eni strani pomenil odpiranje zaprtih vrat psihiatričnih bolnišnic, deinstitutionalizacijo, lažji prehod nazaj v skupnost, kar je za mnoge uporabnike pomenilo živeti bolj kakovostno in v svojem socialnem okolju. Po drugi strani pa nekateri avtorji psihofarmake razumejo kot novo obliko zapiranja ali jih celo poimenujejo 'kemični prisilni jopiči' (Flaker, 1998). Flaker (prav tam) pravi, da so zdravila »norost uklenila v glavi« (str. 171).

1.2 PSIHIATRIČNE DIAGNOZE IN KLASIFIKACIJE

Psihiatrične klasifikacije duševnih motenj segajo že v čas Philippa Pinela, ki je različna opažena vedenja oz. simptome razvrščal v skupine (Shorter, 1997). Sprva so bile te klasifikacije bolj namenjene organizaciji poteka zdravljenj v azilih, prav poseben fenomen pa so postale v drugi polovici 20. stoletja. Prvi psihiater, ki je ustvaril podrobnejšo psihiatrično klasifikacijo, je bil Emil Kräpelin, ki je vzrok za abnormalno vedenje pripisoval organskim možganskim disfunkcijam (Kawa in Giordano, 2012).

Klasifikacije, ki so nedvomno najbolj vplivale na sodobno psihiatrijo, so priročniki DSM (*Diagnostic Statistic Manual*), ki so s svojim predhodnikom *Statistical Manual for the Use of Institutions for the Insane* od l. 1952 vedno bolj obvladovali psihiatrično prakso (Kawa in Giordano, 2012; Wilson, 1993). Vsebina priročnikov se je venomer spreminjala in odražala tako razvoj stroke psihiatrije kot tudi širšega družbenega konteksta (Wilson, 1993). Kawa in Giordano (2012) menita, da priročniki DSM predstavljajo refleksijo duha časa. Prvi dve izdaji priročnika, DSM-I in DSM-II, nista bili namenjeni diagnosticiranju, temveč sta predstavljali platformo, na podlagi katere so zaposleni v psihiatričnih bolnišnicah zbirali statistične podatke o pogostosti duševnih motenj in sta bili za psihiatrično oskrbo predvsem posrednega pomena (Horwitz in Grob, 2016). Tretja izdaja, DSM-III, pa je bila prvi priročnik, ki je na podlagi podrobno opisane simptomatike omogočal razvijanje testnih orodij, ki so služila diagnosticiranju. Priročnik je požel velik uspeh. Mnogi so ga prepoznavali kot pomembno prelomnico za psihiatrijo kot stroko, ki naj bi se takrat povzpela na znanstveni nivo (Kawa in Giordano, 2012). Klasifikacija naj bi namreč pomenila objektivnost, resnico in nenazadnje razum (Mayes in Horwitz, 2005). DSM-III je sicer užival velik sloves med psihiatri, a je bil na drugi strani tudi tarča mnogih kritik (tudi iz vrst znotraj psihiatrije), kjer so prevladovali predvsem očitki o znanstvenem redukcionizmu kompleksnih pojavov. Osnovanje psihiatrične diagnostike je bilo še posebej pomembno za zavarovalnice v ameriškem okolju, ki so morale upravičevati porabo psihiatričnih zdravil, farmacevtske družbe pa so potrebovale psihiatrične diagnoze, da so razvijale nova psihiatrična zdravila (Shorter, 1997).

Duševnih težav ali motenj, kar je bolj pogost termin v psihiatrični stroki, do današnjega dne ne moremo povezati samo z nevrobiološkimi vzroki (Makovec, 2019; Moncrieff, 2013; Whitaker, 2010). Klasifikacije na podlagi opisane simptomatike postanejo problematične, ko simptome razumemo, kot da izvirajo izključno iz nevrobioloških anomalij. Lamovec (1999) gre še dalj in pravi, da »dokler ne poznamo narave fenomena, ga ne bi smeli klasificirati« (str. 17).

Zadnji izdaja priročnika, DSM-5, ki so ga izdali leta 2013, ima velik vpliv na vse tiste države, kjer je prisotna psihiatrija (Pilgrim, 2014). Pilgrim (prav tam, str. 98—99) izpostavlja pet pomembnejših kritik zadnje izdaje priročnika:

- širjenje diagnoz (npr. žalovanje je postalo nova diagnoza, povezana z depresijo);
- nižanje diagnostičnega praga (prejšnji priročniki žalovanja niso videli kot duševno motnjo);
- prekomerna patologizacija otrok (zaradi še ne zaključene primarne socializacije je patologiziranje še posebej problematično);
- povečano tveganje klinične iatrogenoze (če posamezniki uporabljajo medikamente, lahko pride do tveganja za razvoj iatrogenih poškodb, tj. tistih stanj, ki jih povzročajo zdravniške intervence);
- zmotna ontološka predpostavka psihiatričnega pozitivizma, ki v ospredje postavlja predvsem biološko komponento zdravljenja.

Psihiatrične diagnoze nikakor nimajo nezanemarljivega vpliva na življenje oseb, ki so bile diagnosticirane. Lamovec (1995) pravi, da »[b]iti označen kot 'duševno bolan' ni malenkost. Spremenilo bo vsak delček vašega življenja, vaše odnose z ljudmi, ki ste jih poznali prej, kot tudi s tistimi, ki jih boste še spoznali. Spremenil se bo vaš položaj na trgu delovne sile. Potem so tu še tiste nevidne spremembe, ki določajo, kdo ste. Za vas bo od zdaj naprej veljala povsem druga zakonodaja, ki vas lahko v katerem koli trenutku oropa svobode in lastništva vašega telesa« (str. 22). Psihiatrične diagnoze so tudi edine medicinske diagnoze, kjer pacientom na podlagi njihovega poročanja brez kakršnih koli preiskav postavljajo diagnozo bolezni (Slade, 2009). Psihiatrična diagnoza tako nikakor ne more biti dejstvo, kvečjemu subjektivna ocena zdravnika o bolniku (Hall, 2016). Psihiatrične diagnoze pa lahko osebam v stiski predstavljajo tudi olajšanje, sploh če njihove težave in stiske nihče ne prepozna kot resne (prav tam). V tem primeru psihiatrična diagnoza deluje osvobodilno in omogoča iskanje pomoči in podpore.

1.3 KRITIKA PSIHIATRIJE SKOZI PRIZMO EKOLOŠKEGA MODELA

Kritike sodobne psihiatrije lahko ugledamo skozi več ravni: kritika psihiatričnih praks, kritika psihiatričnih diagnoz, kritika psihiatričnih zdravil idr. Ker pa je psihiatrija kot veda vpeta v širši sistem, so te kritike lahko usmerjene tudi na te širše sistemske vidike, ki pa vendar vplivajo na posameznika, ki uporablja psihiatrične storitve.

V 60. letih prejšnjega stoletja so izdali štiri temeljne knjige, ki so na različne načine nastopile v kritični drži do psihiatrije, in sicer avtorja RONALDA D. LAINGA: *The Divided Self*¹ (1960), MICHELA FOUCAULTA: *Zgodovina norosti v času klasicizma* (1961²), THOMASA SZASZA: *The Myth of Mental Illness* (1961³) in ERVINGA GOFFMANA: *Azili* (1961⁴). David Cooper (1967, v Burns, 2020) je njihovim razmislekom podal skupno ime 'antipsihiatrija', čeprav se avtorji nikdar niso poistovetili s pojmom. Vprašanja, ki so si jih postavljali tedaj, so še vedno aktualna

¹ Ni prevoda v slovenski jezik.

² Originalno delo je bilo izdano l. 1961, medtem ko je prevod v slovenščino nastal l. 1998.

³ Ni prevoda v slovenski jezik.

⁴ Originalno delo je bilo izdano l. 1961, medtem ko je prevod v slovenščino nastal l. 2019.

danes: kakšen je odnos med psihiatrom in pacientom, problemi, ki izvirajo iz postavljanja psihiatričnih diagnoz, kakšna je odgovornost psihiatrije do družbe idr. Sočasno so se dvignili tudi glasovi uporabnikov psihiatrije. Formirala so se gibanja preživelcev ali uporabniška gibanja, ki so združevala ljudi, ki so bili deležni psihiatričnega zdravljenja, se s tem poistovetili in vsaj do neke mere čutili zavezanost pomagati drug drugemu. S svojim angažmajem so v različni meri opozarjala na problematiko psihiatričnih zdravljenj in psihiatrije (Burstow, 2004).

Za razumevanje različnih ravni delovanja psihiatrije v širšem kontekstu si lahko izposodimo ekološki model, ki sloni na sistemski teoriji. Ta predpostavlja, da je posameznik vpet v več okolij, ki so med seboj v interakciji ter drug na drugega sovplivajo. Teorija predpostavlja več sistemov: makro (najširši sistem), ekso, mezo in mikro sistem (najožji sistem) ter raven posameznika.

Psihiatrija se na *makro ravni* srečuje predvsem z epistemološkimi težavami, ki zadevajo empirični in pojmovni status psihiatrične diagnoze. Danes sicer prevladuje predvsem biomedicinski model obravnave duševnih motenj, ki sloni na predpostavki, da so simptomi duševnih stisk znaki nevrobiološke patologije ter da odkrivanje teh patologij predstavlja ključni korak pri izboljšavah zdravljenja duševnih težav (Karter, 2019). Poleg prevladujočega biomedicinskega modela pa je na drugi strani psihosocialni model, ki simptome psihiatričnih motenj ne locira v nevrobiološki patologiji, temveč jih razume kot posledico neugodnih interakcij med posameznikom in njegovim okoljem ter posameznikovim subjektivnim osmišljanjem le-teh. Ontologija duševnih motenj je danes še vedno svojevrstno polemično polje raziskovanja, zato je težko iščemo vzroke v zgolj eni izmed perspektiv – bodisi je to psihološka, socialna ali biomedicinska.

Kritike na *ekso ravni* zajemajo širše strukturne in sociokulturne vidike psihiatrije (Karter, 2019). Čas, v katerem živimo, je zelo zaznamovan z ideologijo neoliberalizma, ki je sicer neotipljiva ideja, se pa njeni vzgibi kažejo v delovanju posameznikov, institucij, držav, trga idr. Neoliberalna ideologija promovira svet potrošništva in prostega trga, kar hodi z roko v roki z idejo kapitalizma. Določene socialne skupine (npr. tudi osebe s težavami v duševnem zdravju) imajo zmanjšan dostop do trga dela in so zato posebej občutljive. Nedostopnost do virov (finančnih, socialnih in drugih) povečuje neenakost med ljudmi. In na tej točki se zgodi povratna zanka, saj naraščujoča socialna neenakost pomembno vpliva na duševno zdravje ljudi; večje kot so socialne neenakosti, več je revščine, nasilja itd. in družba trpi zaradi slabšega duševnega zdravja (Wilkinson in Pickett, 2012). Čeprav gre za socialne probleme, ki zadevajo celotno družbo, ta problem reducira na posameznika, torej ga individualizira in v primeru vstopa v medicinsko polje tudi medikalizira. Psihiatrične diagnoze pa niso nikoli zaključeni približki biološke realnosti in so zato relativne glede na kontekst, v katerem so ustvarjene (Karter, 2019). Trenutni diagnostični sistem in psihiatrične diagnoze so namreč odraz trenutnega, našega, časa. Kritike, ki so usmerjene na ekso-sistem so osredotočene na to, kako psihiatrične diagnoze funkcionirajo znotraj širšega socio-zgodovinskega procesa in kako nekatera vedenja psihiatrija označuje s psihiatrično diagnozo (prav tam). Psihiatrija se je skozi zgodovino močno medikalizirala, kar lahko vidimo tudi v naraščujočem številu različnih psihiatričnih diagnoz v DSM (Mayes in Horwitz, 2005). Sočasno ob medikalizaciji poteka

tudi vse večja patologizacija različnih vedenj. Wykes in Callard (2010) pravita, da se je bazen normalnosti z izdajo DSM-5 zožal na lužo. Foucault (2004), Verhaeghe (2016) in Szasz (2013) opozarjajo tudi na normativnost psihiatričnih diagnoz: Foucault (2004) opozarja, da gre pri klasifikaciji za disciplinsko tehnologijo; ločuje disciplinirane od nediscipliniranih in jasno ustvarja ločnico med moralno oporečnim in moralno neoporečnim posameznikom, čemur se pridružuje tudi Szasz (2013), ki pravi, da gre pri psihiatriji za več kot zgolj golo medicinsko delovanje, temveč je le-to predvsem moralno in politično, kar v praksi pogosto izgleda tako, da je zdravljenje »osredotočeno na to, da se pacient podredi veljavnim normam vedenja« (Verhaeghe, 2016, str. 193).

Mezo raven predstavljajo kritike konkretnih institucionalnih in družbenih polemik, kot so npr. interesi psihiatrije ter drugih sorodnih strok (npr. psihologije) za monopol nad področjem duševnega zdravja (Karter, 2019). Szasz (2013) govori o psi-kompleksu, ki ga imajo nemedicinske stroke, ki se ukvarjajo z duševnim zdravjem in pove, da »[...] kakor da bi želeli nadomestiti pomanjkanje medicinske izobrazbe, se nemedicinski 'strokovnjaki' za duševno zdravje še celo bolj zavzeto od psihiatrov predajajo poslanstvu posebne izvedenosti za diagnosticiranje in zdravljenje duševnih bolezni« (str. 23). Podobno opazko izpostavi tudi Flaker (1998), ki pove, da ob timski obravnavi določenih primerov pride do izrazite preglasitve tistih strokovnjakov, ki nimajo medicinske izobrazbe.

Kritike na *mikro ravni* zaznamujejo specifični zgodovinski in znanstveni dogodki, kot so npr. napake v diagnostičnem priročniku DSM, poseben fokus pa predstavlja problematika opisovanja simptomov in njihovega merjenja (Karter, 2019). Na meritve simptomov vpliva tudi izbira diagnostičnega priročnika (Verhaeghe, 2016). Sorodni priročnik DSM-ja, ki ga uporabljamo tudi v Sloveniji, ICD (*International Classification of Diseases*) ali Mednarodna statistična klasifikacija bolezni, za diagnosticiranje predpostavlja druga merila kot DSM. Psihiatrija namreč ni eksaktna znanost, ki bi s fiziološkimi testi lahko potrdila ali ovrgla neko psihiatrično diagnozo. Predvsem gre za poskus organiziranja opažene simptomatike v nek sistem kategorij. Verhaeghe (prav tam) opozarja, da sodobna psihiatrija simptome enači z boleznijo (npr. ADHD sestavljata dva 'simptoma': motena pozornost in hiperaktivnost, ki nista bolezni sami po sebi, temveč izražena simptoma). Podobno opazko izpostavi tudi Zihlerl in Dernovšek (2013, str. 99), ki pravita, da je »večina diagnoz v psihiatriji ta trenutek še vedno sindromskih, opredeljenih torej kot skupek simptomov in znakov, ki so bolj značilni za določeno motnjo.«

Najbolj oprijemljiv okvir pa predstavlja *raven posameznika*. Življenje uporabnika psihiatričnih storitev krojijo že prej omenjeni sistemi na višjih ravneh. V ožjem smislu pogled skozi to prizmo prinaša razumevanje morebitnih učinkov psihiatričnih intervencij na posameznika in kako to vpliva na njegove odnose z drugimi (Karter, 2019). Psihiatrična diagnoza namreč ni zgolj kategorija, ki psihiatrom pomaga pri zdravljenju duševnih motenj, temveč pomembno zaznamuje posameznikovo življenje (Lamovec, 1999; Szasz, 2013). Osebe, ki so prejele psihiatrično diagnozo, se pogosto srečujejo s stigmo. Stigma je oblika socialne zaznamovanosti, ki diskreditira osebo na različnih življenjskih področjih (Goffman, 2008). Strbad in Švab (2005) pravita, da je stigma oseb, ki imajo težave v duševnem zdravju, lahko celo bolj obremenjujoča kot pa simptomi duševne motnje. Predsodki, diskriminacija in

stigmatizacija ljudi, ki imajo težave v duševnem zdravju, imajo velik vpliv na kakovost življenja posameznika in negativno delujejo na njegove odnose z drugimi (Hall, 2016). Izhajajoč iz diskriminacije pa sledi tudi vprašanje uresničevanja človekovih pravic ter sodelovanja v družbi. Osebe, ki imajo trajne težave v duševnem zdravju, imajo slabše možnosti na področju izobraževanja in so posledično tudi slabše zaposljive, kar okrnjuje možnosti za preživljanje z lastnim delom (Čebašek Travnik, 2013).

1.4 MEDIKALIZACIJA

O medikalizaciji psihiatrije sem spregovorila že v prejšnjih poglavjih, tu pa temo zaradi njene pomembne vloge pri razumevanju duševnih težav obravnavam še podrobneje. Medikalizacija je v svojem bistvu proces, ki določena stanja vsakdanjega življenja spreminja v medicinski problem, iz njega ustvari bolezen in ga tako tudi obravnava (Klančar in Kafel-Jere, 2009). Kot smo že videli, je bil ta proces izjemno močan pri zasuku psihiatrije v biomedicinski model obravnave. DSM-5 je medikaliziral mnoge vsakdanje tegobe, ki do takrat niso bile del psihiatričnega jezika. S tem, ko medikaliziramo (ali kot tudi lahko rečemo, obolezujemo) vsakodnevne življenjske izkušnje, kot so žalovanje, utrujenost in druge stiske, ustvarjamo nov način razreševanja teh težav. Stanjem pripišemo bolezen, ki jo je potrebno zdraviti z medicinskimi postopki. Psihiatrija je bila prva medicinska veda, ki se je ukvarjala s socialnimi problemi (Flaker, 1998), torej je medikalizirala tiste probleme, ki prvotno niso zdravstveni. V 17. stoletju so totalne ustanove sprva postale prisilni dom revežem, brezdomcem, prostitutkam idr., ki jih je meščanska elita skušala spraviti z ulic (Foucault, 1998). Nadalje se je psihiatrija medikalizirala s pričetkom uporabe inzulinske kome, elektrošoka in lobotomije (Shorter, 1997). Svoj vrhunec pa je dosegla s sintetiziranjem prvih psihofarmakov in njihovih naslednikov ter vzponom psihofarmakoterapije. Za premagovanje težav, ki primarno niso bolezenske, z zdravili uporabljamo podoben izraz, in sicer 'medikamentalizacija' (Slatnar, 2012).

Medikalizacija ni nujno vedno problematična, saj lahko nek problem, ki smo ga nekdanje obravnavali skozi drugačen pojmovni okvir, definira z medicinskim diskurzom ter ga na ta način osvobodi in ponudi novo, bolj etično obliko obravnave. Tak primer je epilepsija, ki so jo v preteklosti razumeli v religioznem kontekstu kot obsedenost z zli duhovi, danes pa predstavlja bolezen (Slatnar, 2012). Problem nastane, ko medikaliziramo stanja, ki primarno niso bolezenska, in ta proces sprožijo osebe z več družbene moči ali kapitala v imenu lastnih interesov. Conrad (2007, str. 7 in 8) kot kritike procesa medikalizacije izpostavlja naslednje:

- medikalizacija spreminja nekatere vidike vsakodnevnega življenja v patološke in ožja polje sprejemljivih vedenj;
- medikalizacija problem locira v posamezniku in ne v njegovem socialnem okolju;
- medikalizacija stremi k medicinskim rešitvam in ne k družbenim ali kolektivnim;
- medikalizacija povečuje socialno kontrolo nad človeškim vedenjem;
- medikalizacija poveča dobiček farmacevtskih in biotehnoških podjetij.

S slednjim se strinja tudi Makovec (2019), ki pravi, da je »[o]dsotnost tegob v interesu kapitala« (str. 14). Neoliberalni kapitalizem namreč od nas pričakuje neskončni osebni napredek, podjetniško žilico in koriščenje vseh naših potencialov. Ljudje težko dosegajo

ideale trenutne ideologije, zato iščejo načine, da izboljšajo svoje kapacitete – med drugim tudi s pomočjo psihofarmakov (Rose, 2019). Dandanes ni nič kaj neobičajno, da mnoge svoje frustracije, ki pogosto niso zgolj naše lastne, temveč družbene, blažimo s takimi ali drugačnimi tabletami, kar Flaker (1998) imenuje 'pil kultura'.

Neoliberalizem pretirano poudarja odgovornost posameznika in mu nalaga vso odgovornost, tako za uspeh kot tudi neuspeh. Posamezniki, ki se znajdejo v duševni stiski, svoje težave tako razumejo kot osebni neuspeh (Verhaeghe, 2016). Obisk pri zdravniku in psihiatru pa lahko to kaj hitro spremeni, saj le-ta »zlahka in pogosto prepriča pacienta, da njegove težave niso posledica načina življenja, ki ga živi v določenem socialnem okolju, temveč da so odraz kemičnega neravnovesja v možganih, ki se ga da enostavno in učinkovito popraviti z antidepresivi, nevroleptiki ipd. Pacient je nenadoma razbremenjen krivde, saj je za svoje težave našel krivca – biološko neravnovesje« (Makovec, 2019, str. 116). Pacient zdravnika zapusti z diagnozo in običajno tudi z receptom predpisanih psihofarmakov.

2 PSIHOFARMAKOTERAPIJA

Psihofarmaki, psihiatrična oz. psihotropna zdravila so kemično različna zdravila, ki vplivajo na duševno aktivnost in človekovo vedenje (Kores Plesničar, 2008). Iz tega izhaja, da je psihofarmakoterapija oblika terapije oz. zdravljenja s psihiatričnimi zdravili. Ljudje so skozi zgodovino uporabljali različne substance, katerih namen je bil lajšati bolečino, za pomirjanje ipd. Prvi priročnik psihofarmakologije, avtorja Schneiderja, so izdali v sredini 19. stoletja. V njem so ob seznamu zdravilnih rastlin opisane tudi psihiatrične metode zdravljenja (prav tam). Pojav psihofarmakov v 50. letih prejšnjega stoletja je ključno vplival na sodobno razumevanje psihiatričnih motenj (Baldessarini, 2014; Braslow in Marder, 2019). Psihofarmakoterapija je sodobni psihiatriji na nek način podala obliko. Lahko bi tudi rekli, da živimo v dobi psihofarmakologije (Braslow in Marder, 2019; Kores Plesničar, 2008).

2.1 ZAČETKI

Kores Plesničar (2008) moderno psihofarmakoterapijo razvrsti v tri časovna obdobja:

- 1) Prvo obdobje zaznamuje uporaba morfina v drugi polovici 19. stoletja. Zdravniki in psihiatri so za zdravljenje pacientov že uporabljali različne učinkovine, ki so na paciente v azilih pogosto delovale sedativno. Emil Kräpelin, ki sem ga že omenila, je pri svojem delu uporabljal različne učinkovine, kot so morfin, opij, hašiš, alkohol idr. Njegovemu zgledu so sledili mnogi, a le redki so učinkovinom pripisovali zdravilne učinke, temveč so jih uporabljali predvsem za pomirjanje (Braslow in Marder, 2019).
- 2) Drugo obdobje označuje razvoj in uporaba barbituratov v prvi polovici 20. stoletja. To so učinkovine, ki so več desetletij veljale za glavno skupino uspaval. Psihiatrija tistega časa se je navduševala nad novimi metodami zdravljenja, kot so spalna, inzulinsko-komatozna in elektrokonvulzivna terapija (elektrošok terapija).
- 3) Tretje obdobje pa se je pričelo z razvojem psihofarmakov in traja še danes.

Braslow in Marder (2019) ponudita za odtенок bolj razširjeno delitev, ki se od zgornje razlikuje po tem, da razdeli zgodovino psihofarmakologije na 1) obdobje pred moderno

psihofarmakologijo, 2) zlato dobo psihofarmakologije, 3) tretje obdobje med 1960 in 1980, ki je obdobje korenitih sprememb v razumevanju duševnih motenj, zdravljenja itd. ter 4) zadnje obdobje, ki predstavlja vzpon velikih antidepresivov in antipsihotikov, ki se prične v ZDA l. 1988 s predstavitvijo kulturnega antidepresiva Prozac.

Za prvo psihiatrično zdravilo štejemo *klorpromazin*, nevroleptik, ki je v psihiatrijo, podobno kot druge učinkovine, zašel slučajno. Francoski kirurg Henri Laborit je želel oblikovati varno obliko anestezije in ob uporabi opazil, da substanca poraja učinke, ki jih je opisal z izrazom 'kemična lobotomija', zato je predlagal uporabo v psihiatrični praksi (Kores Plesničar, 2008). Danes bi marsikdo skomignil ob uporabi neke učinkovine, katere učinke so označili s pojmom 'kemična lobotomija', a je psihiatrija tistega časa, ki je še nedavno uporabljala invazivne kirurške posege, kot je lobotomija, novo učinkovino pozdravila kot velik dosežek (Moncrieff, 2013; Whitaker, 2010). Psihiatrija je namreč po dobrih dveh stoletjih v roke končno prejela orodje, ki je obetalo spremembo zdravljenja duševnih motenj ter jih postavilo ob bok drugim vejam medicinske stroke. Med psihiatri je završal pravi terapevtski optimizem (Pilgrim, 2014). Kmalu so sintetizirali tudi druge psihofarmake, antidepresive in anksiolitike. Psihiatri so verjeli, da tovrstne učinkovine zdravijo in ne zgolj prikrivajo obstoječih stanj, do poznih 60. in v 70. let prejšnjega stoletja pa jih še niso rutinsko uporabljali (Braslow in Marder, 2019).

2.2 VRSTE PSIHOFARMAKOV

Pred pojavom klorpromazina so psihiatri pacientom s psihiatrično diagnozo, ki so običajno živeli v azilih, lajšali simptome s pomočjo različnih učinkovin, kot so opij, morfin, alkohol, hašiš ipd. (Shorter, 1997). Od pojava klorpromazina dalje so različna farmacevtska podjetja skušala ustvariti boljše, bolj učinkovita psihiatrična zdravila, katerih nabor se je iz leta v leto večal. Kljub optimizmu pa nekateri avtorji ugovarjajo, da danes še ne poznamo takih psihofarmakov, ki bi bili bistveno drugačni, bolj varni za uporabo ali bolj učinkoviti od njihovih predhodnikov (Baldessarini, 2014; Makovec, 2019; Whitaker, 2010). Poznamo različne klasifikacije psihofarmakov. V grobem jih delimo na:

- antidepresive;
- antipsihotike oz. nevroleptike;
- anksiolitike in hipnotike;
- zdravila za zdravljenje bipolarni motnje razpoloženja oz. t. i. stabilizatorje razpoloženja (antiepileptiki oz. antikonvulzivi);
- psihostimulanse, učinkovine za zdravljenje hiperkinezije in učinkovine za obnavljanje celic centralnega živčnega sistema (Kores Plesničar, 2008).

Po ATC klasifikaciji (Register zdravil, b. d.) psihiatrična zdravila sodijo v kategorijo »zdravila z delovanjem na živčevje« (oznaka N), kateri sledijo podkategorije:

- antiepileptiki (oznaka N03);
- antiparkinsoniki (oznaka N04);
- psiholeptiki (oznaka N05), kamor sodijo antipsihotiki, anksiolitiki ter hipnotiki in sedativi;

- psihoanaleptiki (oznaka N06), kamor sodijo antidepresivi, psihostimulansi in učinkovine za obnavljanje celic centralnega živčnega sistema in zdravila za zdravljenje demenc;
- druga zdravila z delovanjem na živčevje (oznaka N07), kjer najdemo zdravila za zdravljenje zasvojenosti.

2.3 DELOVANJE PSIHOFAKOV

Psihofarmaki delujejo na stičnih točkah živčnih celic ali sinaps, med katerimi se prenašajo signali. Psihiatrično zdravilo ta signal bodisi ojača bodisi zaustavi (Makovec, 2019). Zdravniki in raziskovalci so v 50. letih razvijali učinkovine, ki so vplivale na počutje pacientov z duševnimi motnjami, niso pa še odkrili mehanizma, ki bi pojasnjeval njihovo delovanje. Sprva so na podlagi opazovanja delovanja različnih skupin psihofarmakov prišli do hipoteze, da je za vsako duševno motnjo odgovoren eden izmed nevrottransmiterjev. To so živčni prenašalci signalov: dopamin, acetilholin, noradrenalin, serotonin, glutamat idr. Psihozam so pripisali motnje v delovanju dopamina, demenci motnje v delovanju acetilholina in razpoloženskim motnjam motnje v delovanju noradrenalina (Shorter, 1997). Pri raziskovanju učinkov so uporabili paradigmo vnazajšnje razlage (*»backwards reasoning«*), kjer so opazovali učinke in jih nato pripisali specifičnim nevrottransmiterjem (Pilgrim, 2014). Podobno trdi tudi Makovec (2019), ki razvoj psihofarmakov opiše z naslednjimi besedami: »najprej so ustvarili zdravilo in nato je bila ustvarjena hipoteza o pomanjkanju nevrottransmiterjev v poskusu, da bi znanstveno ovrednotili zdravilo in upravičili njegovo uporabo. Torej raziskave novih zdravil ustvarjajo hipoteze, namesto da bi s pomočjo hipotez ustvarjali nova zdravila. Testiranje teh novih zdravil bi potem hipoteze ovrglo ali potrdilo« (str. 124).

Od pričetka do danes lahko raziskave s področja psihofarmakologije poskusimo strniti v nekaj točk:

- ni dokazano, da psihofarmaki zdravijo vzroke duševnih motenj, temveč delujejo kot blažilci simptomov (Breggin in Breggin, 1995; Makovec, 2019);
- ni dokazano, da bi obstajalo kemično neravnovesje v možganih pri osebah z duševno motnjo, lahko pa ga zaznamo po uporabi psihofarmakov (Makovec, 2019; Rose, 2019; Whitaker, 2010);
- dokazana ni niti enotna genetska predispozicija za duševne motnje (Breggin in Breggin, 1995);
- psihofarmaki lahko pomagajo osebam obvladovati hude simptome, še posebej v akutnih stanjih (ob duševnih krizah) in umirjajo intenzivna doživljanja (Lamovec, 1995; Lehmann, 2002);
- odsvetuje se uporaba na daljši časovni rok (Lehmann, 2002; Makovec, 2019; Moncrieff, 2013; Whitaker, 2010).

Makovec (2019) predlaga zavrnitev do sedaj veljavnega modela razumevanja psihotropnih zdravil, tj. na bolezen osredotočen model delovanja psihotropnih zdravil, katerega osnovna predpostavka je, da zdravila odpravljajo nevropatološka stanja in ponovno vzpostavljajo

stanje pred boleznijo, ter da je treba na psihofarmakološko delovanje gledati kot na zdravilo osredotočen model, ki delovanje psihofarmakov razume tako, da le-ti ob uporabi ustvarjajo nenormalno nevrokemično stanje, ki slučajno deluje kot blažilec simptomov. Hall (2014, prirejeno po Moncrieff in Cohen, 2009) model razširja s principom zmanjševanja škode, ki upošteva na zdravilo osredotočen model (glej Tabela 1):

	Bolezniški model	Pristop zmanjševanja škode (z ozirom na na zdravilo osredotočen model)
Kaj so psihiatrična zdravila?	Zdravila za duševne motnje.	Psihoaktivne substance, ki spreminjajo človekovo duševno aktivnost. Lahko so koristne, vendar njihova uporaba vključuje tudi tveganja.
Delovanje	Zdravila popravijo kemično neuravnovešene procese v možganih.	Zdravila v kombinaciji s placebo učinkom in pričakovanji, tako kot vse psihoaktivne substance, ustvarijo nenormalne kemične procese v možganih.
Kdaj naj jih uporabljamo?	Ko je prisotna dotična duševna motnja.	Ko so v neki situaciji učinki zdravil koristni.
Koristi	Terapevtski učinki so rezultat delovanja zdravil na bolezenska stanja.	Terapevtski učinki so rezultat s psihiatričnim zdravilom vzpostavljenega stanja.
Kaj targetirajo?	Simptome duševne motnje.	Telo in duševnost oseb, ki uporabljajo psihiatrična zdravila (ne glede na to ali imajo duševne težave ali ne).
Tveganja	Tveganja so neizbežna pri zdravljenju duševnih motenj.	Tveganja so lahko zelo resna in hujša kot izkušnje, zaradi katerih so bila predpisana.
Paradigma	Inzulin za sladkorno bolezen.	Alkohol za socialno anksioznost.
Ključno vprašanje	Imaš duševno motnjo?	Je to zdravilo koristno zate z ozirom na tveganja?

Tabela 1: Primerjava bolezenskega modela s pristopom zmanjševanja škode (Hall, 2014, prirejeno po Moncrieff in Cohen, 2009)

Moncrieff (2008) dodaja, da lahko s pomočjo na zdravilo osredotočenega modela drugače pogledamo na koristi in tveganja uporabe psihiatričnih zdravil ter se odločimo, kakšno vlogo bodo imela pri psihiatričnem zdravljenju. Psihiatrična zdravila namreč sprožijo nekakšne učinke, ki pomembno vplivajo na življenja ljudi, ki jih uporabljajo. Tovrstna zamenjava modela razumevanja zamaje tudi temelje sodobne psihiatrične prakse, še posebej pa verjetje, da je duševna bolezen ravno takšna kot katera koli druga bolezen, kjer nevrokemično neravnovesje zdravimo s psihotropnimi zdravili (prav tam).

2.4 NEŽELENI UČINKI

Psihofarmaki lahko povzročajo neželene učinke, ki jim pravimo tudi stranski učinki. Zakon o zdravilih (2014) neželene učinke opisuje kot tiste učinke, ki jih je povzročila uporaba zdravila in so nenamerni ter škodljivi. Njihovo delovanje ne vpliva zgolj na možgansko nevrokemijo, temveč na telo kot celoto. Stranski učinki se kažejo kot težave s koncentracijo, spominom in komunikacijo, kot omotičnost, uporabniki se srečujejo s tremorjem, občutki okorelosti, nenadzorovanimi gibi, nemirom, občutki agresije, čustveno otopelostjo, izgubo zanimanja in motivacije, samomorilnimi mislimi, depresivnostjo, tesnobo, fizičnimi bolečinami, pogost je tudi povečan apetit, zaspanost ali utrujenost in na drugi strani težave z nespečnostjo, izguba

spolne želje, pridobivanje telesne teže in mnogi drugi. Kot je mogoče opaziti, mnogo stranskih učinkov sovpada s simptomi različnih psihiatričnih diagnoz. Pri tem je treba omeniti, da se vsi stranski učinki ne pojavljajo pri vseh zdravljenih ali skupinah zdravljenih, a so v večini primerov podobni. V populaciji se pojavljajo tudi podobno pogosto.

Zdravniki naj bi pacientom ob predpisovanju zdravljenih posredovali informacije o stranskih učinkih zdravljenih, da bi lahko pretehtali koristi in tveganja, ki sledijo njihovi uporabi. Lamovec (1999) pravi, da so uporabniki slabo informirani o stranskih učinkih zdravljenih, ki jih uporabljajo, obenem pa so nejasne tudi interakcije med njimi, recimo v primeru, ko uporabnik jemlje več kot eno samo psihiatrično zdravilo. Stranske učinke psihiatričnih zdravljenih so namreč zabeležili na podlagi kontrolirane uporabe zgolj ene učinkovine (Breggin, 1994), v realnosti pa uporabniki pogosto jemljejo več vrst psihiatričnih zdravljenih, med katerimi potekajo mnoge interakcije. Tudi Štuhec (2014) prepoznava tveganja in možnost pojava neželenih učinkov, ki izhajajo iz sočasne uporabe več psihiatričnih zdravljenih. Avtorica Lamovec (1999) nadaljuje, da je »[t]reba tudi zahtevati od zdravnikov, da dajo popolne informacije o učinkih zdravljenih, ki jih predpišejo. Tako omogočijo uporabniku boljše razumevanje svojega doživljanja, ki je zaradi zdravljenih spremenjeno. Pomembno je, da oseba ve, katere spremembe so povzročila zdravila in katere so sestavni del njegove krize« (str. 55).

2.5 PLACEBO UČINEK

Placebo je kemično neaktivno zdravilo, ki ima psihološki učinek na zdravljenega, nima pa nikakršnih kemijskih ali fizioloških sposobnosti. Gre za prepletajoče mehanizme pričakovanj, klasičnega pogojevanja in dejanskih fizioloških odzivov (Makovec, 2019).

Placebo učinek izboljša stanje pacienta zaradi »psihosocialne interakcije z zdravilom, terapevtskim ter z zdravstvenim posegom« (Makovec, 2019, str. 88). Podoben psihološki proces se odvija tudi pri ostalih zdravljenih: do njih imamo neka pričakovanja in bolj kot verjamemo v njihovo sposobnost izboljšanja stanja, večja je možnost, da se bo stanje zares izboljšalo. Lahko rečemo, da bo zdravilo bolje delovalo, če nam ga predpiše zdravnik, ki mu zaupamo in je prijazen. »Verovanje pacientov in v večini primerov tudi verovanje zdravnikov, ki predpisujejo psihofarmake, je tista nujna zdravilna substanca, ki zagotavlja uspeh« (prav tam, str. 88). Pacientovo prepričanje, da zdravila učinkujejo, botruje temu, da resnično delujejo (oziroma se njihova učinkovitost poveča) (Hall, 2016; Makovec, 2019; Moncrieff, 2008; Whitaker, 2010).

Na učinkovitost placeba vpliva (Makovec, 2019, str. 89, 90):

- Prijaznost in kompetentnost zdravnika in pozitivna pričakovanja. Obratno pa negativna pričakovanja poslabšajo stanje, kar imenujemo tudi nocebo efekt.
- Izgled in cena. Ljudje zaznavamo različne barve različno (npr. modra pomirja, rdeča nam daje energijo), zato tudi barva placebo tabletke implicira posredna sporočila. Obenem večja cena placebo tablet vpliva na večjo učinkovitost placeba.
- Odmerek in vrsta zdravila. Večja kot je doza placeba, večji je učinek. Poleg tega velja, da na placebo efekt vplivajo tudi prepričanja o različnih učinkovinah (npr. v primeru

uporabe paracetamola uporabniki placeba doživijo manjše učinke kot pri uporabi placeba, ko jim je rečeno, da bodo prejeli morfin).

Učinki placeba so pomembni tudi za t. i. dvojno slepe poskuse (imenovane tudi »slepe študije«), kjer testirajo nova zdravila in jih primerjajo s placebo tabletko. Namembnost teh študij je, da skušajo izključiti vse zunanje dejavnike, ki vplivajo na učinek zdravila. Ustvarili so jih na podlagi na bolezen osredotočenega modela, ki predpostavlja, da psihofarmaki zdravijo predobstoječo bolezen. Zaradi svoje osnovanosti te študije ne morejo razločevati, če so zdravila vplivala na bolezen ali samo ustvarjajo posebna stanja, ki zavirajo manifestacijo duševne stike (Moncrieff, 2008).

Za razumevanje delovanja placeba pri psihofarmakih je pomembno, da si ogledamo organizacijo dvojno slepih poskusov.

		Bolnik dejansko prejme	
		Zdravilo	Placebo
Bolnik misli, da prejme	Zdravilo	1	2
	Placebo	3	4

Tabela 2: Organizacija testiranja novega zdravila (Makovec, 2019, str. 91)

Številke 1, 2, 3 in 4 predstavljajo različne skupine (glej Tabelo 2). Skupini 1 povedo, da so dobili zdravilo in ga dejansko dobijo, skupini 2 povedo, da so dobili zdravilo, dobijo pa le placebo, skupina 3 prejme zdravilo, povedo jim pa, da jemljejo placebo in skupina 4 misli da prejme in dejansko prejme placebo. Zanimiv učinek placeba lahko opazujemo npr. v skupini 2 (običajno so simptomi manj intenzivni, prihaja do spontanih ozdravitev). Še posebej nazorno pa je dogajanje v skupini št. 3, ki verjame, da prejema placebo, dobiva pa zdravilo. Pogosto se izkaže, da je učinek zdravila nič oz. zdravilo ne deluje, ker za svoje delovanje nujno potrebuje tudi interakcijo s placebo učinkom (Makovec, 2019). Včasih pacienti sami ugotovijo (ali pa menijo, da so ugotovili), kaj uporabljajo in v skladu s spoznanjem ustvarijo pričakovanja, ki lahko vplivajo na rezultate – ali bo zdravilo pomagalo ali ne (Moncrieff, 2008).

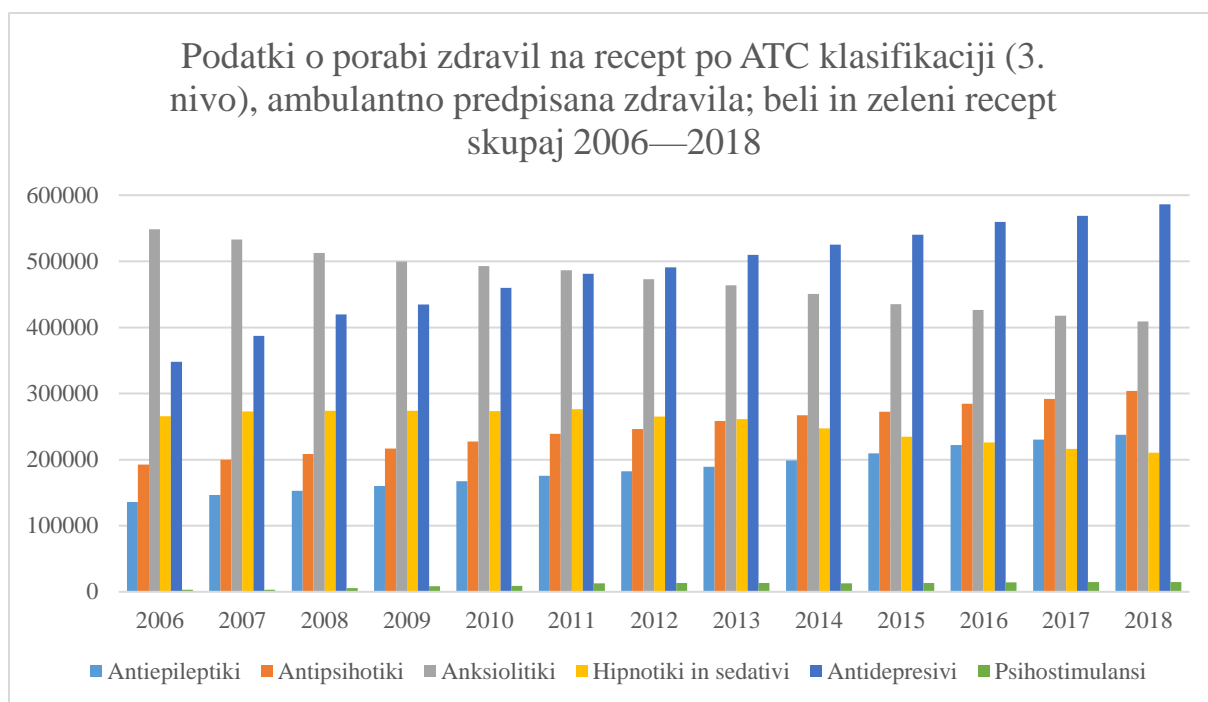
Pri psihofarmakih se lahko srečamo z daleč najvišjim deležem placeba med vsemi zdravili, ki je lahko tudi 100-odstoten (Makovec, 2019). To pomeni, da je učinek placeba skorajda enak kot učinek zdravila. Baldessarini (2014) meni, da so terapevtski učinki psihofarmakov precenjeni in pretirani. Meta-analize, ki raziskujejo učinke antidepresivov, kažejo na to, da med zdravljenjem s psihofarmaki in placebom skorajda ni razlike (Anderson in Roy, 2013). Razlika namreč ni klinično opazna, zgolj statistično zaznavna – pa še to pri najhujših oblikah depresije (Makovec, 2019; Moncrieff in Kirsch, 2016) in v krajšem obdobju zdravljenja (John Read, Gee, Diggle in Butler, 2019). Učinkovitost antidepresivov je zabeležena na podlagi kratkoročnih študij, katerim se zaradi časovne omejenosti izmuznejo podatki o vplivu na življenje posameznikov ob dolgoročni rabi. Podobno velja tudi za nevroleptike oz. antipsihotike. Raziskave kažejo na to, da učinki psihofarmakov ljudem pomagajo prebroditi hude krize in olajšajo marsikatero simptome, npr. ekstremen nemir, nespečnost ipd. Kljub kratkotrajnemu izboljšanju pa psihofarmaki lahko negativno vplivajo na dolgoročen izid, saj zmanjšujejo kakovost življenja ter onemogočajo spontana izboljšanja duševnih stanj (Moncrieff, 2008; Whitaker, 2010).

2.6 PREDPISOVANJE PSIHOFARMAKOV V SLOVENIJI

Nacionalni inštitut za javno zdravje (v nadaljevanju NIJZ) vsako leto pripravi poročilo o porabi ambulantno predpisanih zdravil v Sloveniji. Ambulantno predpisana zdravila so tista zdravila, ki jih prejmemo na beli ali zeleni recept ob obisku ambulante (tudi specialistične). Psihofarmakološka zdravila lahko v Sloveniji predpisujejo tudi osebni zdravniki, kar pomeni, da so relativno lahko dostopna. Ključne podatke glede predpisovanja psihofarmakov v l. 2019 povzemam spodaj (Kostnapfel in Albreht, 2020):

- Psihofarmaki spadajo v skupino zdravil z delovanjem na živčevje (po ATC klasifikaciji gre za skupino N). V letu 2019 so bila ta zdravila druga najpogosteje predpisana skupina zdravil. Največji odstotni delež predpisanih zdravil je pripadal analgetikom (41,2 %), psiholeptikom (26,6 %) in psihoanaleptikom (20,5 %). Slednji dve skupini zdravil sta skupini psihiatričnih zdravil, zato si jih bomo pogledali malo podrobneje.
- Anksiolitike je uporabljalo 7 % populacije, antidepresive 7,4 % ter hipnotike in sedative 3,1 % populacije.
- Najpogosteje predpisan psihofarmak je zolpidem, v Sloveniji predvsem poznan kot uspavalno s tovarniškim imenom Sanval (80 receptov na 1000 prebivalcev), takoj za njim pa alprazolam, v Sloveniji predvsem poznan kot pomirjevalo s tovarniškim imenom Helex (76 receptov na 1000 prebivalcev).
- Zolpidemu in alprazolamu sledita antidepresiva escitalopram in sertralin.
- Opažen je porast predpisovanja antidepresivov in upad predpisovanja anksiolitikov.

V državah globalnega severa v zadnjih letih opažajo porast predpisovanja vseh zdravil. Podobnemu trendu sledijo tudi psihofarmakološka zdravila. Od leta 2006 do leta 2018 (glej Sliko 1) v Sloveniji beležimo kar 32,72 % porast predpisanih receptov za zdravila, ki delujejo na živčevje (ATC klasifikacija, skupina N) (NIJZ, 2020a; NIJZ, 2020b), od tega za 57,67 % več predpisanih receptov za antipsihotična zdravila, 68,41 % več predpisanih receptov za antidepresive in 74,62 % več predpisanih zdravil za antiepileptike. Daleč največji porast pa lahko opazimo pri psihostimulansih, kjer so l. 2018 predpisali za 377,33 % več receptov kot leta 2006. Upad beležimo le pri predpisovanju dveh skupin zdravil, in sicer pri anksiolitiki za 25,41 % ter hipnotiki in sedativih za 20,67 % (prav tam).



Slika 1: Podatki o porabi zdravil na recept po ATC klasifikaciji (3. nivo), ambulantno predpisana zdravila; beli in zeleni recept skupaj 2006—2018 (NIJZ, 2020b).

Porast predpisovanja psihiatričnih (in tudi drugih) zdravil si lahko razlagamo na več načinov. Vzroki za to so lahko staranje prebivalstva, ki potrebuje več nege in medikamentov za premagovanje težav, ki nastopijo s starostjo, kot tudi napredek medicine kot znanosti (Slatnar, 2012). Pogost argument, ki ga slišimo v zagovor povišanega predpisovanja psihotropnih zdravil, je, da so ljudje vedno bolj ozaveščeni o pomembnosti dobrega duševnega zdravja in pogosteje iščejo pomoč. Ob vsem tem pa ne moremo spregledati dejstva, da globalni sever duševno zdravje oz. ne-zdravje razume kot medicinski problem, zato ljudje iščemo pomoč pri osebnih zdravnikih ali psihiatrih. Russo (2018) pravi, da se ob srečanju z zdravstvenim sistemom, ko iščemo pomoč zaradi duševnih stisk, težko izognemo psihofarmakom; te nam vsaj ponudijo, če ne že predpišejo.

3 KONCEPT OSEBNEGA OKREVANJA

Ziherl (2013) pravi, da je psihiatrija »znanstveno osnovana na medsebojnem prepletu bioloških, psiholoških in socialnih dejavnikov, ki delujejo na človekovo duševnost« (str. 22), Pregelj (2013) pa nadaljuje, da »nekateri pogledi poudarjajo določeno komponento in zanemarjajo druge. [...] Pretirano izpostavljanje ene komponente škoduje ugledu stroke in zmanjšuje zaupanje bolnikov« (str. 82). Prekomernemu enostranskemu modelu osmišljanja duševnih težav (v tem primeru biomedicinskemu) nasprotuje Lamovec (1995), ki meni, da so modeli nekakšna smernica, nikakor pa niso nezamenljivi ali neprilagodljivi. Obenem je odvisno tudi kakšen namen želimo doseči: nekatere cilje bomo lažje dosegli ob sledenju medicinskemu modelu, medtem ko druge boljše zasledujemo skozi socialni ali skupnostni model. Kljub temu da psihiatrija teoretično sloni na bio-psiho-socialnem modelu, je v ospredju vedno znova predpona 'bio', ki dominira nad ostalima dvema (Rose, 2019). To lahko vidimo v načinu obravnave oseb v stiski (zdravljenje s psihofarmaki), kot tudi v raziskovanju

vzrokov duševnih motenj, ki jih raziskovalci skušajo locirati v možganih, a so bili do današnjega dne neuspešni. Raziskave so često zastavljene tako, da poglavitni vzrok iščejo v možganski nevrobiologiji/nevrokemiji, psihološke in socialne dejavnike pa razumejo zgolj kot sprožilce.

Duševne stiske v splošnem svet zaznava in si jih razlaga skozi prevladujoč medicinski model ali pogosto poimenovan tudi bolezenski model, ki pa ni edini model. V poklicih pomoči pogosto uporabljamo kot pojmovni okvir tudi socialni ali psihosocialni model, ki nastanek duševnih kriz pripisuje socialnim dejavnikom, tj. neposrednemu okolju, pa tudi družbi kot celoti. Verhaeghe (2016) pravi, da so duševne težave »biopsihološka manifestacija družbenih problemov na ravni posameznika« (str. 212). Model ne utemeljuje pojmovanja duševnih motenj, temveč je bolj osredotočen na krize. To so dogodki, bodisi pozitivni bodisi regresivni, ki lahko privedejo do neke spremembe. V kontekstu duševnih stisk je cilj pomoči posamezniku ta, »da znova prevzame sprejemljivo socialno vlogo« (Lamovec, 1995, str. 53). Podobno idejo si deli s t. i. skupnostnim modelom, ki zagovarja načelo, da je posameznik vpet v svoje vsakdanje okolje in ga ne smemo izločiti, temveč mu v obdobjih krize (in v splošnem) omogočiti še več družabnih stikov. Skupnostni model duševne motnje razume kot probleme življenja, iz česar sledi, da jih moramo reševati v vsakdanjem življenju. Okolica (tako strokovnjaki, kot tudi bivši uporabniki) podpira posameznika v krizi in ga spodbuja, da najde svojo lastno rešitev. Stigmatizacija oseb s težavami v duševnem zdravju je veliko manjša z vidika socialnega modela kot pa pri obravnavi skozi okvir bolezenskega (Lamovec, 1995).

V tujini se je v 90. letih prejšnjega stoletja pojavil nov koncept, tj. koncept okrevanja. Okrevanje lahko razumemo v ožjem smislu, kot klinično okrevanje (kar pomeni remisijo simptomov) ali pa širše, kot osebno okrevanje. Slednji koncept se je v veliki meri oblikoval kot odgovor na preozko razumevanje kliničnega okrevanja in le-tega razširil z uporabniško perspektivo, subjektivnim doživljanjem oseb, ki se srečujejo s težavami v duševnem zdravju (Škraban, 2019). Anthony (1993, v Škraban, 2019) koncept kliničnega okrevanja razširi in ga pojmuje kot okrevanje od stigme, stranskih učinkov psihiatričnega zdravljenja, manjka možnosti za samodeterminacijo, stranskih učinkov dolgotrajne nezaposljivosti in porušenih sanj. Koncept osebnega okrevanja je širok, kot je široko življenje, ki ga živimo. Gre za globok, osebni in edinstven proces, kjer posameznik raziskuje, spreminja, (pre)vrednoti svoja stališča, vrednote, občutke, cilje, spretnosti in vloge z namenom živeti zadovoljno življenje kljub omejitvam, ki jih prinašajo težave v duševnem zdravju (prav tam). Mead in Copeland (2000) pravita, da gre za proces, ki je stvar osebne odločitve in ga nihče ne more voditi, ustvarjati, živeti namesto nas samih ali pa če si izposodimo besede avtorice Lamovec (1999), ki slednje ponazori s prispodobno, da »... ljudi ni mogoče 'odrešiti', še najmanj proti njihovi volji. Vsakdo se lahko odreši le sam« (str. 16).

Trenutno obstoječe storitve na področju duševnega zdravja bolj ali manj učinkovito podpirajo zgolj osebe na enem koncu spektra ljudi s težavami v duševnem zdravju. Gre za ljudi, ki sicer živijo dobro življenje in se na neki točki srečajo s težavami, ki vplivajo na njihovo duševno zdravje. Nekje v sredini spektra so osebe, ki jim trenutne storitve na področju duševnega zdravja ne služijo dobro, so pomanjkljive. Drugi konec spektra pa zasedajo tisti, za katere so trenutne storitve ne samo pomanjkljive, temveč tudi škodljive. Gre za ljudi, ki so že

dalj časa vpeti v sisteme podpore in pomoči. Njihovo življenje je zaradi dolgotrajnih težav in nenehnega vstopanja v polje psihiatričnih bolnišnic ali drugih storitev pogosto omejeno zgolj na nišo duševnih težav (Slade, 2009). Ljudje, ki so že dalj časa vpeti v službe s področja duševnega zdravja, lahko razvijejo odvisnost od teh služb. Gre za krožni proces, kjer večina strokovnjakov s področja duševnega zdravja deli konsenz, da so duševne težave kronične oz. doživljenjske (še posebej pri izkušnjah psihoze, manije in shizofrenije), uporabniki pa se vdajo tej filozofiji in izgubijo upanje v možnost zadovoljivega življenja. Težave v duševnem zdravju namreč niso kronične same po sebi, kronično jih naredi to, kako jih obravnavamo (Braslow, 2013). Rose (2019) v konceptu osebnega okrevanja vidi protistrup za odvisnost od strokovnih služb. Pri okrevanju gre namreč za iskanje lastne moči, pridobivanja zaupanja do sebe in drugih, iskanje novih identitet, sprejemanje in razumevanje lastnih težav, zastopanje aktivne vloge pri reševanju svojih stisk in premik iz brezupa v občutek smisla. Mead in Copeland (2000, str. 317—319) navajata naslednje ključne vidike osebnega okrevanja:

- Upanje obstaja. Osebam s težavami v duševnem zdravju okolica pogosto implicitno ali eksplicitno posreduje idejo, da zaradi svojih težav v življenju ne bodo zmogle početi tega ali onega. Ljudje ponotranjijo ta nizka pričakovanja okolice in se v skladu z njimi tudi vedejo (Švab, 2015). Pogosto jim tudi (nehote) sporočajo, da zanje ni upanja, da so žrtve svoje bolezni in da so edini odnosi, ki jih lahko pričakujejo, enostranski in taki, kjer bodo postavljeni v manjvreden položaj (Mead in Copeland, 2000, str. 317).
- Odločitev za okrevanje je stvar posameznika. Nikogar ne moremo prisiliti, da se odloči, da okreva, da išče nove poti v svojem življenju. Lahko pa ustvarjamo podporno okolje in možnosti, ki posameznika na tej poti opolnomočijo.
- Del procesa okrevanja je tudi učenje. Različne informacije pripomorejo k temu, da ljudje lažje najdejo načine, ki bi jim pomagali v vsakodnevem življenju.
- Samozagovornišvo predstavlja zagovarjanje izbire o načina zdravljenja, izdelavo osebnega načrta v primeru krize, pridobivanje informacij o stranskih učinkih psihofarmakov, zavračanje zdravljenja, izbiro odnosov, v katere vstopa oseba, pravico do dostojne, spoštljive in sočutne obravnave in pravico do oblikovanja svojega življenja po lastni izbiri.
- Vrstniška podpora igra ključno vlogo pri okrevanju. Vrstniško skupino v tem primeru predstavljajo ljudje, s katerimi si delijo podobno izkušnjo, npr. izkušnjo psihiatrične hospitalizacije, uporabe psihofarmakov idr.

Slade (2009) je na podlagi različnih študij, v katere so bile vključene osebe z različnimi težavami v duševnem zdravju, povzel ključne vidike osebnega okrevanja (str. 78) (glej Tabela 3):

Področje	Definicija	Osrednje vprašanje	Vloga področja pri duševnih težav
1. Upanje	Pričakovanja, usmerjena v prihodnost: osebni cilji, odnosi, duhovnost, na podlagi katerih si oseba ustvari smisel.	Kaj se mi bo zgodilo?	Težave v duševnem zdravju in posledice le-teh lahko posamezniku onemogočajo upanje v dobro prihodnost.
2. Identiteta	Stanovitne lastnosti, ki nas naredijo edinstvene in nam omogočajo ustvarjanje in vzdrževanje vezi z drugimi.	Kdo sem?	Težave v duševnem zdravju lahko načnejo osebne in socialne identitete oseb v stiski.
3. Smisel			
<i>Neposreden pomen</i>	Razumevanje, ki omogoča osmišljanje izkušnje težav v duševnem zdravju.	Kaj se je zgodilo?	Izkušnja duševne krize je globoka izkušnja, ki zahteva za osebo zadovoljivo razlago.
<i>Posreden pomen</i>	Integracija smisla v osebne in socialne identitete.	Kaj to zame pomeni?	Duševne krize sprožijo redefiniranje vrednot in osebnih ciljev.
4. Odgovornost do sebe	Skupek vrednot, spoznanj, čustev in vedenj, ki vodijo v polno življenje.	Kaj lahko naredim?	Težave v duševnem zdravju, strokovnjaki s področja duševnega zdravja in širša družba lahko spodkopavajo zmožnost osebe, da prevzame odgovornost za svoje življenje.

Tabela 3: Ključni vidiki okrevanja (prirejeno po Slade, 2009)

Pomemben vidik osebnega okrevanja predstavlja tudi (ne)uporaba psihiatričnih zdravil. Različni avtorji različno razumejo njihovo vlogo v procesu okrevanja. Braslow (2013) predvideva, da lahko onemogočajo osebno okrevanje. Podobno meni tudi Lehmann (2002), ki pravi, da šele opustitev uporabe psihiatričnih zdravil lahko pomeni zaživeti polno življenje. Ravno obratno pa koncept avtonomne rabe zdravil predpostavlja, da uravnavanje psihiatričnih zdravil na podlagi subjektivne izkušnje uporabnika prispeva k njegovemu okrevanju. Avtonomna raba zdravil je inovativen pristop, ki upošteva subjektivno izkušnjo uporabnikov in jih postavlja v središče farmakološkega zdravljenja z namenom izboljšanja kakovosti njihovega življenja (del Barrio, Cyr, Benisty in Richard, 2013). Osnovna načela, ki jim pristop sledi, so (prav tam, str. 2881):

- pomembna je uporabnikova subjektivna ocena kakovosti življenja;
- opolnomočenje (občutek nadzora nad potekom zdravljenja, občutek nadzora nad svojim življenjem);
- dopuščanje in priznavanje različnih razlag delovanja zdravil in zdravljenja;
- spoštovanje posameznikov, njihovih odločitev in pravic;
- celosten pristop k razumevanju trpljenja in blagostanja.

Pomembno je, da posameznik prevzame nadzor nad jemanjem ali nejejanjem psihiatričnih zdravil in sprejme odgovornost za njihovo uporabo. Slade (2009) predlaga, da naj posameznik v čim večji meri sam upravlja z zdravili. Da pa posameznik sploh lahko sprejme to

odgovornost, mora imeti dovolj informacij o zdravilih in njihovem delovanju. Pristop avtonomne rabe zdravil zasleduje princip zmanjševanja škode, kar pomeni, da ni nujno popolnoma prenehati z uporabo psihiatričnih zdravil, temveč da jih uporabljamo tako, da je uporaba čim bolj varna. Hall (2016) o pristopu zmanjševanja škode na področju uporabe psihiatričnih zdravil pravi, da »gibanje za zmanjševanje škode sprejema ljudi takšne, kot so, in jih izobrazijo, da lahko izberejo odločitev na podlagi informacij in preišljenega kompromisa, kar zmanjša tveganje in poveča dobro počutje« (str. 9).

Nekateri ljudje se odločijo ubrati ta pristop in iščejo takšna zdravila in takšne doze, ki jim pomagajo pri spoprijemanju s simptomi, hkrati pa čutijo, da lahko ob uporabi živijo dovolj dobro življenje. Drugi pa se lahko odločijo tudi za prenehanje uporabe psihiatričnih zdravil, kar bom podrobneje predstavila v naslednjem poglavju.

4 OPUŠČANJE PSIHIATRIČNIH ZDRAVIL

V literaturi zasledimo različne izraze, ki označujejo proces zmanjševanja doze ali ukinjanja psihofarmakov, najpogosteje pa se srečamo s pojmom odvajanje in opuščanje. Sama sem se odločila za slednji izraz, torej »opuščanje«, s katerim sledim delu Willa Halla: *Vodnik za opuščanje uporabe psihiatričnih zdravil v skladu z načeli zmanjševanja škode* (2016). Izraz 'odvajanje' v svojem bistvu pomeni prenehati z neko navado, medtem ko 'opuščanje' ne implicira navade. V medicinskem izrazoslovju pogosteje srečujemo pojem 'odvajanje', ki je vezan na področje zasvojenosti, npr. odvajanje od alkohola, drog, tobaka.

V slovenskem prostoru obstaja zelo malo podpore za tiste, ki se odločijo, da želijo prenehati jemati psihiatrična zdravila. Informacije o opuščanju, ki jih lahko osebe prejmejo, so bolj ali manj omejene na psihiatrične ambulante in nekaj spletnih strani, kjer si ljudje v stiski nudijo oporo in se pogovarjajo o svojih izkušnjah (npr. forum Društva DAM Nebojse). Hall (2016) pravi, da se osebe, ki iščejo informacije o opuščanju, prevečkrat znajdejo v položaju, ko so prepuščene same sebi, brez podpore ali pa je njihova želja opredeljena kot znak duševne bolezni.

Proces opuščanja psihiatričnih zdravil je edinstven za vsakega uporabnika in težko določimo formulo, ki bi veljala za vse. Razumeti moramo, da gre v svojem bistvu za proces, ki ga je potrebno nenehno prilagajati, in se znotraj njega vrstijo mnogi poskusi in napake (Hall, 2016). Razlogi za opuščanje se od posameznika do posameznika precej razlikujejo. Običajno so osebe do neke mere nezadovoljne z uporabo psihofarmakov ali pa njihova uporaba ovira njihove načrte za prihodnost.

4.1 RAZLOGI ZA OPUŠČANJE

Darton (2016) uporabnikom svetuje, da pred pričetkom opuščanja psihiatričnih zdravil pretehtajo prednosti in slabosti in da v primeru odločitve za opuščanje iščejo podporo pri tistih, ki so že uspešno opustili psihiatrična zdravila, ali pa pri strokovnjakih, ki ta proces razumejo. Poleg tega je potrebno identificirati možna tveganja in jih zmanjšati, če je to le mogoče. Nekateri uporabniki se na pot opuščanja podajo sami ali pa odločitev zaupajo zgolj

bližnjim osebam, spet drugi opuščajo ob podpori zdravnika, psihiatra, psihoterapevta ali drugega strokovnjaka.

Ljudje se za opuščanje psihiatričnih zdravil odločijo iz različnih razlogov:

- čutijo, da so jim zdravila sicer pomagala, ampak jih ne potrebujejo več;
- najdejo nove načine za reševanje svojih težav;
- zdravila jim nikoli niso pomagala;
- zaradi stranskih učinkov zdravil;
- zdravila vplivajo na njihovo fizično zdravje;
- čutijo, da so izgubili stik s svojimi čustvi;
- občutijo manj energije in zanosa, kar ovira medosebne odnose in zmožnost za delo;
- želijo otroke in jih skrbijo učinki zdravil na otroka med nosečnostjo in dojenjem (Darton, 2016, str. 5);
- zdravila poslabšajo njihove težave;
- skrbi jih, kakšni so dolgoročni učinki psihiatričnih zdravil;
- nekdo v njihovi družini jemlje psihiatrična zdravila dalj časa in si tega sami ne želijo;
- nekdo jih prisili, da prenehajo jemati psihiatrična zdravila (Cohen, 2007) ...

Zgodba pa ni zgolj enostranska: osebe z izkušnjo uporabe psihiatričnih zdravil lahko prepoznavajo tudi mnoge prednosti: zdravila jim pomagajo pri nespečnosti, pomirjajo krizo, simptomi so bolj obvladljivi in občutijo manj stresa, kar jim omogoča, da se posvetijo vsakdanjemu življenju ... Poleg tega imajo močan vpliv tudi pričakovanja do zdravil, ki pomembno vplivajo na njihovo delovanje (Hall, 2016). Zato je pomembno omeniti tudi razloge, zakaj se nekateri odločijo za nadaljevanje uporabe psihiatričnih zdravil (Darton, 2016, str. 5):

- odkar so našli ustrezno(a) zdravilo(a) zopet pridobivajo občutek nadzora nad svojim življenjem;
- prednosti uporabe odtehtajo slabosti (npr. stranske učinke);
- njihov psihiater meni, da jih je priporočljivo jemati in močno cenijo njegovo mnenje;
- so že opuščali in je bil ta proces pretežak;
- k uporabi jih spodbujajo družinski člani;
- morajo ohranjati dobro počutje, da lahko skrbijo za svoje otroke;
- čutijo, da jih še vedno potrebujejo in si puščajo prostor za razmislek.

Ob tem je pomembno poudariti, da uporabnikov psihofarmakov nikakor ni smotno prepričevati, da pričnejo z opuščanjem psihiatričnih zdravil. Tovrstno svetovanje je pogosto neučinkovito in kontraproduktivno (Makovec, 2019).

4.2 TEŽAVE PRI OPUŠČANJU PSIHIATRIČNIH ZDRAVIL

Osebe, ki se odločijo za opuščanje psihiatričnih zdravil, ne glede na to ali se odločijo za to ob podpori strokovnih delavcev ali ne, se lahko srečajo s težavami, ki ovirajo proces opuščanja ali pa ga celo zaustavijo. Eno izmed ovir predstavlja strah: strah pred ponovitvijo težav, strah zaradi pomanjkanja podpore, strah pred odtegnitvenimi učinki itd. Tudi negativna

pričakovanja lahko vplivajo na uspeh pri zmanjševanju doze ali opuščanju psihiatričnih zdravil.

Moncrieff (2006) predstavlja štiri različne skupine posledic oziroma odzivov oseb na prekinitev psihofarmakološke terapije:

- somatski prekinitveni sindrom (odtegnitvene reakcije): tj. fiziološke in psihološke manifestacije povzročene zaradi ukinitve redne uporabe psihiatričnih zdravil;
- povratna psihoza: se lahko pojavi ob prekinitvi uporabe nevroleptikov in je bolj pogosta ob ukinitvi nevroleptikov s krajšo razpolovno dobo;
- psihološke reakcije: negativna pričakovanja osebe, ki opušča psihiatrična zdravila, imenovana tudi nocebo efekt (pričakovanje vrnitve bolezni povzroči vrnitev bolezni);
- povratek (*relapse*) prej obstoječega stanja se lahko pojavi ob ukinitvi koristnega učinka zdravila in se mogoče ne bi zgodil ob 'naravnem poteku motnje'.

Dodatno dimenzijo učinkov predstavljajo še dolgotrajni učinki, ki ne izvenijo tudi po opustitvi psihiatričnih zdravil (Hall, 2016; Moncrieff, 2008; Whitaker, 2010) in jih uporabniki pripisujejo njihovi uporabi.

Pri iskanju literature na temo opuščanja psihiatričnih zdravil pogosto naletimo tudi na pojem adherence, ki ga Slovenski medicinski slovar (2012) razlaga kot »bolnikovo natančno sledenje navodilom za zdravljenje (npr. dosledno jemanje zdravil po predpisani shemi)«. Ohranjanje adherence pri uporabnikih naj bi predstavljalo bistveno intervencijo za zdravljenje večjih psihiatričnih težav (Semahegn, Torpey, Manu, Assefa, Tesfaye in Ankomah, 2018). Konflikt nastane takrat, ko se perspektiva uporabnikov in zdravnikov ne skladata, torej ko npr. uporabnik prepozna različne načine za okrevanje od svojih duševnih težav kot njegov lečeči zdravnik. Ob tem uporabniku umanjka podpora psihiatrov ali zdravnikov, ki je lahko za uporabnika ključnega pomena, saj zdravniku zaupa in od njega pričakuje podporo. Zdravniki so pogosto tudi mnenja, da je treba psihiatrična zdravila zaradi kroničnih duševnih težav jemati doživljenjsko (Lehmann, 2002).

Najpogostejše težave, s katerimi se srečujejo osebe, ki opuščajo psihiatrična zdravila, so odtegnitveni učinki. To so tisti učinki, ki jih pripisujemo njihovem opuščanju ali pa se pojavijo ob popolni prekinitvi jemanja zdravila. Z njimi se ne srečajo čisto vsi, Jordanova in Dernovšek (2001) pravita, da se z njimi sreča vsaj tretjina oseb, ki so uporabljale antidepresive ali antipsihotike. Bolj pogosto se srečajo z njimi tisti, ki so jemali več psihiatričnih zdravil in je njihova uporaba trajala dalj časa (Darton, 2016).

Včasih je težko razločevati med odtegnitvenimi učinki, ki so posledica opustitve/zmanjšanja doze zdravila, in čustvenimi težavami. Občutki žalosti, tesnobe, jokavosti ipd. lahko osebe, ki opuščajo psihiatrična zdravila, močno prestrašijo, saj občutijo, kot da se vračajo v začetni problem (Breggin in Breggin, 1995). Najbolj intenzivni so t. i. povratni učinki, kontra-regulatorne prilagoditvene reakcije, ki izgledajo kot začasna ponovitev prvotnih simptomov (npr. ob prenehanju uporabe anksiolitikov, ki imajo učinek pomirjanja, pride do ekstremnega nemira) (Lehmann, 2002, str. 23). Povratni učinki pa se lahko pojavijo tudi ob prehitri prekinitvi psihiatričnega zdravila (Tršinar, 2014).

Odtegnitvene simptome lahko ločimo od povratka začetnega problema skozi usmeritve, ki jih prilagam v spodnji tabeli (glej Tabelo 4).

Odtegnitveni simptomi	Ponovitev prvotnih težav
Ljudje jih po navadi občutijo, kot nekaj, kar do tedaj še niso občutili.	Simptomi so podobni tistim, ki so jih občutili ob pričetku težav.
Izginejo takoj, ko osebe ponovno pričnejo z uporabo zdravila.	Simptomi izzvenijo postopoma, lahko tudi po daljšem času od ponovnem pričetku uporabe zdravila.
Izzvenijo brez zdravljenja.	Simptomi se nadaljujejo.

Tabela 4: Razlikovanje med odtegnitvenimi simptomi in ponovitvijo prvotnih težav (Darton, 2016, str. 18)

Vsem avtorjem, ki pišejo o opuščanju psihiatričnih zdravil, je skupno to, da predlagajo postopno opuščanje. Večina zdravil je sicer opremljenih s smernicami za odmerjanje in uvajanje zdravila, manjkajo pa postopki ukinjanja ali menjave (Tršinar, 2014). Najpogostejši predlog različnih avtorjev za potek opuščanja je zmanjševanje doze za 10 % na teden ali na daljši časovni rok (Breggin in Breggin, 1995; Jordanova in Dernovšek, 2001; Lehmann, 2002; Makovec, 2019). Odtegnitveni učinki se lahko pojavijo tudi kasneje in ne zgolj ali samo ob prvem nižanju doze. Včasih se prehitro nižanje kaže kot tesnoba, težave s spanjem in občutenje slabosti (Darton, 2016). Makovec (2019) pravi, da lahko opuščanje traja od nekaj mesecev, če so uporabljali zgolj eno zdravilo in če imajo – kratkomalo – srečo, pa tudi do leta ali dveh. Psihofarmaki ustvarjajo kemično neravnovesje, ki se mora ob opuščanju zopet vzpostaviti, lahko pa se zgodi, da se kemično ravnovesje za vedno spremeni (prav tam).

V literaturi opazimo, da so sprva pojav odtegnitvenih učinkov pripisovali zgolj po prenehanju uporabe pomirjeval ali uspaval (Lehmann, 2002). Šele novejša raziskave so pokazale, da se odtegnitveni učinki pojavljajo tudi pri opuščanju zdravil, za katere niso domnevali, da se zaradi uporabe lahko razvijejo odtegnitveni simptomi, npr. antipsihotike, antidepresive, antikonzulzive (Jordanova in Dernovšek, 2001). Večje tveganje za pojav odtegnitvenih učinkov se pojavi ob nenadnih prekinitvah uporabe, prehitrem opuščanju psihiatričnih zdravil, kot tudi ob opuščanju po dolgotrajni uporabi. Da bi se izognili pogosto neprijetnim in napornim odtegnitvenim učinkom lahko uporabniki sledijo spodnjim smernicam za opuščanje psihiatričnih zdravil.

4.3 SMERNICE ZA OPUŠČANJE PSIHIATRIČNIH ZDRAVIL

Proces opuščanja psihiatričnih zdravil je lahko izjemno težaven in pogosto zahteva veliko moči ter poguma. Čeprav gre za edinstven proces, ki je unikatni vsakemu uporabniku, lahko na osnovi izkušenj oblikujemo nekaj okvirnih načel, ki jim lahko sledijo na eni strani uporabniki, na drugi pa tudi strokovnjaki, ki se srečujejo z ljudmi, ki se odločijo za opuščanje. Tu pa lahko naletimo na pomembno zagato: proces opuščanja psihiatričnih zdravil mora ostati v rokah posameznika, ki se za to odloči. S tem, ko strokovnjak namesto uporabnika načrtuje, nadzira potek, pretirano posega v njegovo pot, mu lahko vzame težko priborjeno moč. V smislu razmerja moči med strokovnjakom in uporabnikom moramo ohranjati enakovrednost. Rufus (1990, v Lehmann, 2002) na to posebej opozori in predlaga, da mora uporabnik sam sprejemati odločitve, medtem ko naj ga strokovnjak posluša, sprejme in sledi njegovi poti.

Podobno mnenje z avtorjem deli tudi Despotovič (1993), ki pravi, da so osnovna vodila pri opuščanju psihiatričnih zdravil naslednja:

- Dobro poučeni uporabnik je najboljši uporabnik.
- Oblast ljudem.
- Imeti na razpolago alternativne oblike psihosocialne pomoči.

Breggin in Breggin (1995) sicer verjameta, da bi moralo opuščanje psihiatričnih zdravil potekati pod nadzorom strokovnjaka. Tovrsten nadzor je lahko precej kočljiv, saj lahko s tem uporabnik vstopi v podobno vlogo, kot je vloga pacienta in pade v odvisen položaj. Vsekakor je pomoč in podpora strokovnjakov nezanemarljiva, a jo moramo nuditi premišljeno in nenehno prevpraševati lastno pozicijo v procesu. Avtorja (prav tam) navajata še naslednja vodila:

- spoštovanje pacientovih želja in pravice do informacij, ne glede na strokovnjakova stališča do uporabe psihofarmakov;
- ob toksičnem odzivu na zdravila je potrebno z uporabo zdravila prenehati takoj, sicer pa je boljše opuščati počasi;
- če pacient jemlje več zdravil, je najboljše postopoma opuščati enega za drugim;
- prijatelji, družina in po možnosti tudi sodelavci naj bodo obveščeni o težavah, s katerimi se lahko sreča uporabnik med procesom opuščanja;
- večina ljudi potrebuje podporno mrežo, ki jim pomaga prebroditi proces opuščanja.

Cohen (2007, str. 208) dodaja še naslednje smernice:

- podpreti posameznika pri raziskovanju razlogov za opuščanje psihiatričnih zdravil;
- nuditi informacije in dostop do informacij iz različnih virov;
- nuditi čustveno oporo;
- raziskati alternativne, nefarmakološke pristope;
- podpreti posameznika pri pridobivanju podpore pri družini, vrstnikih in strokovnjakih;
- pomagati pri pripravi realističnega in praktičnega načrta za opuščanje psihiatričnih zdravil ter načrt strategij ob izkušnji morebitnega neuspeha;
- postopno zmanjševati dozo;
- zmanjšati možnosti za pojav neprijetnih odtegnitvenih učinkov;
- vzpostaviti stik z zdravnikom ali drugim strokovnjakom, če je to le mogoče, in vzdrževati odnos z medicinskim osebjem.

V slovenskem jeziku najdemo le malo virov, ki bi uporabnikom psihiatričnih zdravil pomagali pri opuščanju. Le malo je takih spletnih ali drugih vsebin, kjer bi uporabniki lahko prejeli informacije, prebrali o prednostih in tveganjih uporabe psihofarmakov, našli vire podpore v lokalnih skupnostih itd. Čeprav tej temi z leti posvečamo vedno več pozornosti, zaenkrat ostaja v polsenci psihiatričnih služb. Opuščanje psihiatričnih zdravil je izrazito uporabniška izkušnja; prvi, ki so spregovorili o težavah uporabe in opuščanja psihiatričnih zdravil so bili ravno uporabniki. Njihove izkušnje, izpovedi in zgodbe so pritegnile pozornost raziskovalcev in drugih strokovnjakov. Razmeroma majhna vpletenost strokovnih služb tako lahko tudi pomeni, da to polje pomoči še ni terapevtizirano in v večjem delu ostaja v rokah ljudi. V

literaturi zato tudi pogosteje zasledimo priročnike, napisane za uporabnike psihofarmakov, manj pa je strokovnega gradiva in znanstvenih člankov. Hall (2016, str. 31–33) in Darton (2016, str. 7–11), ki sta avtorja takih priročnikov, uporabnikom, ki si želijo opustiti psihiatrična zdravila, svetujeta, da:

- pridobijo informacije o zdravilih, ki jih jemljejo, in o opustitvi jemanja psihiatričnih zdravil;
- izberejo primeren čas za opuščanje;
- načrtujejo opuščanje in oblikujejo cilje, ki si jih želijo doseči;
- obvestijo svoje bližnje o opuščanju ter pridobijo podporo in pomoč;
- pripravijo dokument, kjer zapišejo, kako naj ravnajo drugi v primeru resnejše krize med opuščanjem (»zemljevid norosti«);
- prepoznajo sprožilce in opozorilne znake, ki nakazujejo na krizo;
- so pozorni na svoje zdravje med opuščanjem;
- beležijo svoje razpoloženje, kar lahko pomaga pri prepoznavanju vzorcev, ki bi sicer lahko ostali neopaženi;
- zaupajo svojim občutkom: če trčijo ob težavo, naj upočasnijo tempo opuščanja ali pa jemljejo dozo dalj časa, kot so načrtovali;
- se (na)učijo poskrbeti zase (postavljanje mej, iskanje podpore pri prijateljih in družini ...);
- pazijo na prehrano (redni obroki, izogibanje sladkarijam in sladkim pijačam, ker vplivajo na nivo krvnega sladkorja, ta pa lahko povzroči nihanje razpoloženja in tesnobo);
- kakovostno in dovolj spijo;
- se gibajo, ukvarjajo s športom;
- naj bodo pripravljeni na spremembo načrtov;
- opuščajo postopoma.

Proces opuščanja psihiatričnih zdravil je močno vpet v različna strokovna in družbena polja. Za razumevanje opuščanja moramo dovolj dobro poznati sodobne psihiatrične prakse, ki na ljudeh s težavami v duševnem zdravju nedvomno puščajo odtis, sploh takrat, ko psihiatra ne prepoznavajo kot podpornega. Še posebej so za odvisnost od strokovnih služb ranljivi tisti, ki so dalj časa vpeti v različne skrbstvene storitve in se nenehno vrtijo znotraj vrtljivih vrat, ki jim skorajda ne dopušča življenja zunaj zaprtih vrat psihiatričnih bolnišnic. Opuščanje psihiatričnih zdravil, za katerega se posameznik odloči sam, je nedvomno tudi proces osvobajanja. Čeprav so sama dejanja znotraj procesa vezana na nižanje doze ali opuščanje psihofarmakov, jih lahko razumemo širše. Posameznik išče novo pot v življenju, za kar potrebuje veliko moči in podpore. Ta moč pa je zlahka izmuzljiva. Kot strokovnjaki moramo nujno zavreči naše lastne interese v procesu, saj lahko s tem ljudem težko priborjeno moč hote ali nehote vzamemo.

Oblike spoprijemanja, težave, podporni elementi, s katerimi se srečujejo z uporabniki, ki se odločajo za opuščanje psihiatričnih zdravil, so zelo raznoliki, kar lahko vidimo iz različnih osebnih pripovedi, ki jih (nekdanji) uporabniki psihiatrije in psihofarmakov delijo preko

različnih medijev. Njihove poti so edinstvene, saj pripovedujejo svojo življenjsko zgodbo. Take pripovedi sledijo tudi v empiričnem delu, kjer bom skušala izluščiti pomembnejše teme, s katerimi se srečujejo osebe, ki se odločijo za opuščanje psihiatričnih zdravil.

5 EMPIRIČNI DEL

1.1 OPREDELITEV PROBLEMA

V času naraščajoče medikalizacije družbe in porasta uporabe predpisanih psihiatričnih zdravil se pri delu z ljudmi vse pogosteje srečujemo s problematiko opuščanja psihiatričnih zdravil. Uporabniki psihiatričnih zdravil in storitev tožijo nad pomanjkanjem podpore pri opuščanju le-teh ter nad stranskimi in odtegnitvenimi učinki. Obstaja veliko raziskav, ki raziskujejo učinke psihiatričnih zdravil (sploh v fazi testiranja učinkovine v kliničnih študijah), le malo pa se jih osredotoča na to, kako jih osebe uporabljajo, s kakšnimi težavami se srečujejo, na kakšen način jih opuščajo in kakšni so konteksti opuščanja.

Zaradi različnih perspektiv psihiatrov in uporabnikov psihiatričnih zdravil prihaja do konflikta med njimi, saj pogledi in želje glede uporabe zdravil enih in drugih pogosto niso usklajene. Obenem se osebe, ki se odločajo za opuščanje psihiatričnih zdravil, pogosto srečujejo z različnimi težavami. V študiji (Larsen-Barr, Seymour, John Read in Gibson, 2018), ki so jo na vzorcu 144 oseb opravili na Novi Zelandiji, jih je 61,9 % poročalo o neželenih odtegnitvenih simptomih ob opuščanju antipsihotikov. Raziskovalci so ugotovili, da je pri opuščanju pomembna podpora, saj zviša verjetnost, da oseba opusti antipsihotike oz. ne prične s ponovno uporabo (prav tam).

Podobne rezultate je podala druga študija, ki je za vzorec zajela 250 oseb, ki so vsaj 9 mesecev uporabljale psihiatrična zdravila. Največ oseb (74 %) je prenehalo z uporabo zaradi skrbi glede učinkov zdravil (dolgoročnih in stranskih učinkov), 54 % pa se je ob opuščanju zdravil srečalo s hudimi odtegnitvenimi simptomi. Zanimiva je tudi razlika pri ocenjevanju podpore s strani tiste osebe, ki je predpisala zdravila. Ob pričetkih predpisovanja je odnos kot zelo sodelovalen označila več kot polovica oseb, medtem ko je ob opuščanju psihiatričnih zdravil sodelovalen odnos s strokovnjakom označilo samo še 45 % oseb (Ostrow, Jessell, Hurd, Darrow in Cohen, 2017). Tretja študija ugotavlja, da o odtegnitvenih učinkih ob opuščanju antidepresivov v povprečju poroča 56 % uporabnikov, skoraj polovica (46 %) jih označuje kot hude (Davies in John Read, 2019).

5.2 NAMEN RAZISKAVE

Namen magistrskega dela je bolje spoznati, kako osebe, ki uporabljajo psihiatrična zdravila le-ta opuščajo ne glede na to, ali imajo pri tem podporo psihiatrov in drugih strokovnih delavcev ali pa so se na to pot podali sami (brez podpore). Pridobljeni podatki lahko pripomorejo k razvijanju boljših podpornih sistemov za ljudi z izkušnjo uporabe in opuščanja psihiatričnih zdravil.

5.3 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Moje raziskovanje so vodila naslednja raziskovalna vprašanja:

- 1) Kakšni so začetki in okoliščine uporabe psihiatričnih zdravil?
- 2) Kateri so razlogi za pričetek opuščanja psihiatričnih zdravil?

- 3) S katerimi težavami in ovirami se srečujejo osebe, ki uporabljajo psihiatrična zdravila ob njihovem opuščanju?
- 4) Koga ali kaj osebe, ki uporabljajo psihiatrična zdravila, prepoznavajo kot podporno ob opuščanju psihiatričnih zdravil?

5.4 METODOLOGIJA

5.4.1 Metoda in raziskovalni pristop

V raziskovalnem delu sem uporabila deskriptivno metodo in kombinirala kvantitativni ter kvalitativni pristop. Večji poudarek je namenjen kvalitativnemu delu, ki ga dopolnjuje kvantitativno raziskovanje. Lobe (2006) pove, da komplementarna uporaba obeh metodologij lahko dodatno obogati podatke.

5.4.2 Vzorec

Uporabila sem dva vzorca oseb. Prvi vzorec sestavljajo osebe, ki so odgovarjale na spletni anketni vprašalnik, drugi vzorec pa osem oseb, ki imajo izkušnjo z opuščanjem psihiatričnih zdravil, in s katerimi sem opravila intervju.

Vzorčenje pri spletnem anketnem vprašalniku je bilo priložnostno. V vzorec kvantitativnega dela raziskave je vključenih 110 oseb, ki so popolno izpolnile spletne anketne vprašalnike, in 14 takih, ki so anketni vprašalnik izpolnile le delno.⁵ Vzorec sestavlja 78,2 % oseb ženskega in 21,8 % oseb moškega spola. Nihče ni izbral opcije 'Opredeljujem se drugače'. Povprečna starost anketiranih je bila 34,20 let ($\sigma = 13,066$; $x_{\min} = 17$ in $x_{\max} = 70$).

Največji delež vzorca predstavljajo zaposleni (40,0 %), ki jim sledijo študentje (33,6 %), zatem pa brezposelni (10,9 %) in upokojeni (9,1 %). Najmanjši delež predstavljajo dijaki (2,7 %) in polovično upokojeni (2,7 %). Oseba, ki je označila status 'drugo', je zapisala, da je njen status pisatelj. Pri zadnjem vprašanju iz demografskega sklopa sem anketirane povabila, da ocenijo svoj materialni oz. premoženjski status. Največji delež predstavlja ocena 'povprečno' (73,6 %), sledi ocena 'podpovprečno' (19,1 %), najmanj anketiranih pa svoje materialno stanje ocenjuje kot 'nadpovprečno' (7,3 %).

Vzorčenje za kvalitativni del raziskave je bilo povezano z reševanjem spletnega anketnega vprašalnika. V anketnem vprašalniku sem anketirane povabila, da vanj zapišejo svoj elektronski naslov, če bi bili pripravljeni prek intervjuja deliti svojo zgodbo z mano. Tako sem dobila elektronske naslove 31 oseb. Razvrstila sem jih v podskupine po treh kriterijih: trajanje uporabe psihiatričnih zdravil (do 5 let ali nad 5 let), ali so že opustili vsa psihiatrična zdravila, ali jih opuščajo sedaj oziroma so jih opuščali v preteklosti ter ali so jih opuščali ob podpori psihiatra ali ne (glej Tabela 5). Na osnovi te tabele sem na neslučajan način izbrala osem oseb, in sicer tako, da sem v kombinaciji izbrala štiri osebe moškega in štiri osebe ženskega spola, štiri osebe so uporabljale psihiatrična zdravila manj kot pet let, štiri pa več kot pet let, in štiri osebe, ki so že opustile vsa psihiatrična zdravila, ter štiri osebe, ki so opuščale

⁵ V anketo je bilo skupno zajetih 124 anketirank in anketirancev. Med reševanjem jih je 14 anketo prekinilo, so pa še vedno vključeni v numerus pri določenih vprašanjih.

nekdaj ali pa psihiatrična zdravila opuščajo danes. Ob tem sem bila pozorna še na zagotovitev zadostnega starostnega razpona izbranih oseb. Z vzorčenjem sem zajela štiri moške in štiri ženske. Intervjuvanke in intervjuvanci so bili v času intervjuja stari od 23 do 55 let. Označbo starosti intervjuvank in intervjuvancev sem spremenila za nekaj let in s tem zagotovila dodatno varstvo njihovih osebnih podatkov. Podrobnejše predstavitev intervjuvank in intervjuvancev sledijo pri odgovoru na prvo raziskovalno vprašanje.

Ob tem je pomembno omeniti še, da sem enega izmed intervjuvancev že precej dobro poznala, z eno intervjuvanko sva bili leta 2012 skupaj hospitalizirani na Centru za mentalno zdravje, a nisva ohranjali tesnih stikov, eno izmed intervjuvank pa sem bežno poznala zaradi skupnega dela na projektu za mlade v letu 2019.

Vzorec in trajanje uporabe oz. opuščanja uporabe zdravil:		So jih opuščali s podporo psihiatra	So jih opuščali brez podpore psihiatra
Že opustili vsa zdravila	Uporabljali zdravila do 5 let	<u>Ž19, Ž23, Ž25, Ž27</u> <u>M25, M49</u>	<u>Ž24, Ž44, Ž49</u> /
	Uporabljali zdravila nad 5 let	<u>Ž43, Ž55</u> /	<u>Ž23</u> /
Jih trenutno opuščajo	Uporabljali zdravila do 5 let	<u>Ž25, Ž27, Ž30</u> <u>M42</u>	/
	Uporabljali zdravila nad 5 let	<u>Ž34, Ž51, Ž61</u> <u>M69</u>	<u>Ž26,</u> <u>M82</u>
So jih nekoč opuščali, a jih sedaj redno jemljejo	Uporabljali zdravila do 5 let	<u>Ž19</u> /	<u>Ž24</u> /
	Uporabljali zdravila nad 5 let	<u>Ž29, Ž34, Ž44, Ž54, Ž70,</u> <u>M35,</u>	<u>M41</u>

Tabela 5: Značilnosti oseb, ki so izrazile pripravljenost za intervju na temo opuščanja psihiatričnih zdravil (podatki v celicah tabele se nanašajo na spol in starost osebe v letih. Podčrtane so osebe, ki so sodelovale v intervjujih).

5.4.3 Uporabljeni instrumenti

Pri raziskovanju sem uporabila dva instrumenta, in sicer spletni anketni vprašalnik⁶ za kvantitativni del ter polstrukturirani intervju za kvalitativni del naloge. Spletni anketni vprašalnik se je pričel z izločitvenim vprašanjem (*Ali je oseba kdaj opuščala uporabo psihiatričnih zdravil?*) v izogib nepotrebnim prekinitvam med reševanjem ankete. Sledilo mu je različno število zaprtih in odprtih vprašanj (od 11 do 17). Njihovo število je bilo namreč spremenljivo; nekatera vprašanja so se anketirancem prikazala zgolj v primeru, če so prej označili določene odgovore. Dve vprašanji sta bili organizirani v tabeli, kjer so anketirani odgovarjali na 5-stopenjskih lestvicah; v enem primeru na vprašanje, v kolikšni meri so bili zanje stranski učinki moteči in v drugem primeru o jakosti odtegnitvenih učinkov zdravil. Zatem je sledilo odprto vprašanje, kjer so anketiranci lahko s svojimi besedami opisali lastno izkušnjo opuščanja psihiatričnih zdravil. Zadnji sklop so predstavljala vprašanja o demografskih značilnostih: spol, starost, status in ocena materialnega položaja.

Drugi instrument je predstavljal polstrukturirani intervju. Zaradi narave raziskovane tematike sem se odločila, da namesto vnaprej pripravljenih okvirnih vprašanj osujem glavne teme, katerim se želim približati v intervjujih. Te teme so bile:

⁶ Celotno besedilo anketnega vprašalnika je mogoče najti v prilogah, v poglavju 10.1.

- okoliščine pričetka uporabe psihiatričnih zdravil;
- prednosti in slabosti uporabe psihiatričnih zdravil;
- razlogi za opuščanje psihiatričnih zdravil;
- potek opuščanja psihiatričnih zdravil;
- strokovna in neformalna podpora.

5.4.4 Opis postopka zbiranja podatkov

Spletni anketni vprašalnik je bil objavljen v več korakih: prvi korak je predstavljala delitev na mojem osebnem Facebook profilu, kar je sprožilo drugi (nepredviden) korak, ki je predstavljal 51 sekundarnih delitev ankete na profilih ljudi, ki so samoiniciativno delili spletni vprašalnik. Kasnejše objave so predstavljale še objavo na spletni strani Slišanje glasov, delitev anketnega vprašalnika na forumu Društva DAM nebojse.si in forumu med.over.net. Zadnja delitev vprašalnika pa se je zgodila med uporabniki Društva Šent s pomočjo strokovne delavke. Vprašalnik je bil dostopen na spletnem portalu lka od sredine marca do sredine junija.

Kvalitativne podatke sem zbrala s pomočjo polstrukturiranega intervjuja. Pri postavljanju vprašanj sem sledila načelu, ki ga Mesec (1998) imenuje prvo načelo kvalitativne metodologije, in sicer da nisem raziskovala zgolj lastnih zanimanj, temveč sem raziskovala tiste teme, ki so pomembne za raziskovance, zato so bili intervjuji obširni in zajemali tudi druge vidike življenj mojih sogovornic in sogovornikov. Proces opuščanja psihiatričnih zdravil je predstavljal najožjo temo intervjujev. Obenem sem raziskovala tudi druge kontekste, ki so lahko pomembni za odločitev in potek opuščanja psihiatričnih zdravil. Mesec (prav tam) pravi, da lahko pojav »razumemo celovito samo, če poznamo njegov razvoj, njegovo zgodovino« (str. 35).

Intervjuje sem izvedla na različnih lokacijah po dogovoru z intervjuvankami in intervjuvanci: z Luko, Bojanom, Jessi in Mojo v kavarni, z Ano in Denisom pri njima doma, z Marino v pisarni na njenem delovnem mestu, z Gregorjem pa v parku. Trajali so od 55 do 112 minut. Praviloma sem se z vsakim dobila zgolj enkrat, le z Mojo sva se dobili dvakrat. Motivacija oseb za pogovor je bila pri nekaterih jasna, pri drugih lahko nanjo zgolj sklepam. Več intervjuvancev mi je povedalo, da se jim zdi tema zelo zanimiva ter bi si želeli več pogovorov o tem. Nekateri so že sodelovali v podobnih raziskavah in so se zaradi dobre izkušnje odločili deliti zgodbo tudi z menoj.

Intervjuje sem snemala in jih zatem dobesedno transkribirala. Zaradi narave raziskovalnega problema mi je bilo izjemno pomembno, da vanjo nenehno vključujem intervjuvanke in intervjuvance. To sem storila tako, da sem jim v branje poslala zapis pogovora ter jih povabila, da ga preberejo, podajo svoje pripombe in morebitne spremembe. Mesec (1998) to poimenuje »konsenzualna validacija« (str. 57). Na željo nekaterih intervjuvancev sem transkribirane citate popravila v skladu s pravili slovenskega knjižnega jezika in pri tem skušala ohraniti pomen originalnega besedila. Nekatero citate, ki sem jih pretvorila v knjižni jezik, sem tudi preverila pri intervjuvancih, da bi s tem zagotovila veljavnost.

V petih primerih sem imela še dodatna vprašanja, ki so se mi porodila ob pisanju transkripta, zato sem intervjuvance bodisi prek elektronskega naslova bodisi prek telefonskega klica povabila, da odgovorijo nanje ter tako dopolnila zapise pogovorov. V enem primeru sva se z intervjuvanko zopet dobili v živo in nadaljevali najin pogovor.

5.4.5 Postopki obdelave podatkov

Za obdelavo in analizo podatkov sem uporabila kvantitativno in kvalitativno analizo.

Pri kvalitativni analizi sem si pomagala s programom Atlas.ti 7.5.7. Vnaprej sem imela že pripravljenih nekaj kod, ki sem jih zaznala med pogovori in so sovpadale z raziskovalnimi vprašanji, druge kode pa sem osnovala na podlagi črpanja iz gradiva. Zato sem kombinirala induktivno in deduktivno kodiranje. Vogrinc (2008) pravi, da »[p]ri deduktivnem pristopu raziskovalec torej izhaja iz abstraktnih pojmov in jih preverja na empiričnih podatkih, pri induktivnem pristopu pa raziskovalec oblikuje abstraktne pojme iz empiričnih podatkov« (str. 63). Kodiranje sem izvedla na dveh ravneh: kodah prvega reda in kategorijah⁷. Zaradi večinskega deduktivnega pristopa h kodiranju nisem pripravila definicij kategorij. Kategorije, ki pa niso sovpadale z zastavljenimi raziskovalnimi vprašanji in sem jih pridobila na podlagi induktivnega kodiranja, sem natančno pregledala in uporabila na različne načine: nekatere kategorije sem uporabila v poglavju *Intervjuji z (nekdanjimi) uporabniki psihiatričnih zdravil*, kjer sem ob odgovarjanju na prvo raziskovalno vprašanje tudi predstavila zgodbo vsakega intervjuvanca in intervjuvanke posebej. Ena izmed tem je povezovala vse ostale tematike, ki so jih izpostavljali moji sogovorniki in sogovornice, zato sem se odločila, da jo predstavim po odgovorih na raziskovalna vprašanja kot temo, ki preči vse ostale. Pri odgovorih na raziskovalna vprašanja sem uporabila različne tehnike: opuščanje izjav, posploševanje in združevanje (Mesec, 1998).

Pri obdelavi kvantitativnih podatkov sem si pomagala s statističnim programom SPSS IBM Statistics 22. Po uvodnem urejanju podatkov sem s pomočjo deskriptivne statistike podrobneje predstavila odgovore anketirank in anketirancev. Mestoma sem uporabila χ^2 -preizkus hipoteze neodvisnosti in Kullbackov 2 \hat{I} preizkus.

⁷ Primer kodiranega intervjuja je mogoče najti v prilogah, [v poglavju 10.3.](#)

6 REZULTATI IN INTERPRETACIJA

6.1 SPLETNI ANKETNI VPRAŠALNIK

Namen uporabe spletnih anketnih vprašalnikov je bil dobiti okvirne podatke⁸ o izkušnjah večjega števila anketirank in anketirancev z opuščanjem uporabe psihiatričnih zdravil. Seveda z anketami ni bilo mogoče prikazati konteksta in edinstvenosti izkušnje vsakega izmed njih, čemur so prvenstveno namenjeni intervjuji, ki jih analiziram v naslednjem poglavju.

Spletni anketni vprašalnik je sestavljalo več vsebinskih sklopov:

- 1) **uporaba psihiatričnih zdravil:** katere skupine zdravil so anketiranke in anketiranci opuščali in katera psihiatrična zdravila uporabljajo še danes, trajanje uporabe in stranski učinki, s katerimi so se srečevali ob uporabi (pet vprašanj);
- 2) **število in trajanje hospitalizacij** (tri vprašanja);
- 3) **priprava na opuščanje/zmanjševanje doze psihiatričnih zdravil:** iskanje informacij, razlogi in pobude za opuščanje psihiatričnih zdravil (tri vprašanja);
- 4) **opuščanje psihiatričnih zdravil:** trajanje in težavnost opuščanja, vloga psihiatra ali osebnega zdravnika pri opuščanju ter oblike podpore pri opuščanju (štiri vprašanja);
- 5) **odtegnitveni učinki:** katere odtegnitvene učinke so doživeli anketiranci, kako močni so bili in koliko časa so trajali (tri vprašanja).

Odgovore pogosto prikazujem za vse anketirane osebe skupaj, dodatno pa so prikazani ločeno za dve skupini oseb, ki sta označeni s kraticami NJPZ in JPZ. Skupino NJPZ (ne jemljejo psihiatričnih zdravil) predstavljajo anketirani, ki so že opustili vsa psihiatrična zdravila in jih danes ne uporabljajo več, skupino JPZ (jemljejo psihiatrična zdravila) pa predstavljajo osebe, ki trenutno opuščajo psihiatrična zdravila (JPZ-t) ali pa so jih opuščale v preteklosti, sedaj pa jih redno uporabljajo (JPZ-n). Ločevalni kriterij med obema skupinama NJPZ in JPZ je torej trenutna uporaba psihiatričnih zdravil: ali jih sedaj uporabljajo ali pa jih ne uporabljajo več.

6.1.1 *Uporaba psihiatričnih zdravil*

Anketirani v obeh skupinah (glej Tabelo 6) so najpogosteje opuščali **antidepresive** (72,6 %). V skupini NJPZ so anketirani kot drugo najpogostejšo skupino zdravil, ki so jih opuščali, navedli pomirjevala (37,3 %), medtem ko je bila druga najpogostejša skupina zdravil, ki so jih opuščali anketirani iz skupine JPZ, antipsihotiki (46,2 %). Morebitni razlog za razlike med skupinama je lahko ta, da so skupini JPZ antipsihotike predpisali pogosteje kot skupini NJPZ.

⁸ Pričujoče besedilo predstavlja povzetek glavnih ugotovitev, ki izhajajo iz kvantitativnega gradiva. V prilogi [v poglavju 10.2](#) sem v tabelah prikazala tudi druge odgovore na izbrana vprašanja iz spletnega anketnega vprašalnika.

Odgovori na vprašanje: »Zdravila katerih izmed spodnjih skupin ste uporabljali in jih danes ne uporabljate več/ste zmanjševali dozo ali pa jo zmanjšujete trenutno?«						
	Skupina NJPZ (n = 59)		Skupina JPZ (n = 65)		Skupaj (n = 124)	
	F	%	F	%	F	%
Antidepresive.	44	74,6	46	70,8	90	72,6
Antipsihotike.	21	35,6	30	46,2	51	41,1
Pomirjevala.	22	37,3	26	40,0	48	38,7
Stabilizatorje razpoloženja.	15	25,4	7	10,8	22	17,7
Uspavala.	10	16,9	14	21,5	24	19,4
Drugo: psihostimulansi	3	5,1	0	0,0	3	2,4
Drugo: akineton kot spremljevalec antipsihotikov	1	1,7	0	0,0	1	0,8

Tabela 6: Skupine zdravih, ki so jih anketirani opuščali glede na trenutno uporabo (frekvenčna porazdelitev in delež)

Pri vprašanju glede **trajanja uporabe psihiatričnih zdravil** (glej Tabelo 7) se med skupinama pojavljajo večje razlike. Osebe, ki so že povsem prenehale z uporabo psihiatričnih zdravil, so zdravila večinoma uporabljale manj kot tri leta (74,6 %), medtem ko osebe, ki še jemljejo psihiatrična zdravila, le ta uporabljajo večinoma več kot tri leta (81,5 %). Izhajajoč iz rezultatov v Tabeli 7 me je zanimalo, če se med osebami, ki so nekdanj opuščale psihiatrična zdravila in jih trenutno redno jemljejo (JPZ-n), osebami, ki so trenutno v fazi opuščanja (JPZ-t), ter osebami, ki so prenehale uporabljati psihiatrična zdravila (NJPZ), pojavljajo statistično pomembne razlike glede trajanja uporabe psihofarmakološke terapije (glej Tabelo 8).

Odgovori na vprašanje: »Pomislite na svoje življenje in poskušajte oceniti, koliko časa ste skupno uporabljali katera koli psihiatrična zdravila (od pričetka jemanja prvega psihiatričnega zdravila do današnjega dne)?«						
	Skupina NJPZ		Skupina JPZ		Skupaj	
	F	%	F	%	F	%
Do enega leta.	22	37,3	5	7,7	27	21,8
Nad enim letom do treh let.	22	37,3	7	10,8	29	23,4
Nad tremi do sedem let.	11	18,6	22	33,8	33	26,6
Osem let ali več.	4	6,8	31	47,7	35	28,2
Skupaj	59	100,0	65	100,0	124	100,0

Tabela 7: Trajanje uporabe psihiatričnih zdravil glede na trenutno uporabo (frekvenčna porazdelitev in delež)

Za preverjanje statistične pomembnosti sem uporabila χ^2 -preizkus hipoteze neodvisnosti, katerega rezultat je statistično pomemben na ravni $\alpha = 0,00$ ($\chi^2 = 49,714$, $g = 6$, $\alpha = 0,00$). Med osebami, ki so prenehale uporabljati psihiatrična zdravila, osebami, ki trenutno opuščajo psihiatrična zdravila, in osebami, ki so nekdanj opuščale psihiatrična zdravila, sedaj pa jih redno jemljejo, se kažejo statistično pomembne razlike glede trajanja uporabe psihofarmakov. S tveganjem manjšim od 0,1 % (in seveda ob predpostavki, da tu zajet vzorec na reprezentativen način predstavlja celotno populacijo) lahko trdim, da **v osnovni množici psihofarmake pogosteje opuščajo tiste osebe, ki jih jemljejo krajši čas** (glej Tabelo 8). Razliko med skupinama podpre tudi ugotovitev organizacije MIND (Darton, 2016), ki pravi, da se osebe, ki dalj časa uporabljajo psihiatrična zdravila, srečujejo z več težavami pri

opuščanju psihiatričnih zdravil in jih tudi težje opuščajo. Zgornji vzorec tudi nakazuje ta trend – osebe, ki so že opustile psihiatrična zdravila, so psihiatrična zdravila uporabljale manj časa (do treh let). Obenem je pomembno zavesti še naslednjo misel, in sicer, da so bili v vzorec lahko vključeni tudi anketirani, ki so psihiatrična zdravila uporabljali zelo kratek čas, tudi dan, teden ali mesec.

Vzorec uporabe in opuščanja	Trajanje uporabe								Skupaj	
	Do enega leta.		Nad enim letom do treh let.		Nad tremi do sedem let.		Osem let ali več.			
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
V preteklosti sem uporabljal_a psihiatrična zdravila, danes pa jih ne uporabljam več (NJPZ).	22	17,7	22	17,7	11	8,9	4	3,2	59	47,6
Trenutno zmanjšujem in/ali opuščam psihiatrična zdravila (vsa ali le nekatera) (JPZ-t).	3	2,4	6	4,8	6	4,8	8	6,5	23	18,5
V preteklosti sem opuščal_a/zmanjševal_a (nekatera) psihiatrična zdravila, danes pa jih ne opuščam več in jih redno jemljem (JPZ-n).	2	1,6	1	0,8	16	12,9	23	18,5	42	33,9
Skupaj	27	21,8	29	23,4	33	26,6	35	28,2	124	100,0

Tabela 8: Trajanje uporabe psihiatričnih zdravil glede na vzorec uporabe in opuščanja psihiatričnih zdravil (frekvenčna porazdelitev in delež)

Tako kot pri drugih zdravilih se tudi pri uporabi psihiatričnih zdravil lahko pojavljajo **stranski učinki**, ki so za osebe bolj ali manj moteči. Anketirani so v povprečju⁹ kot najbolj moteče stranske učinke navedli zaspanost in utrujenost ($n = 47^{10}$, $M = 3,83$), čustveno otopelost ($n = 47$, $M = 3,53$), izgubo zanimanja za stvari in motivacije ($n = 46$, $M = 3,37$), tesnobo ($n = 48$, $M = 3,29$), težave s spanjem, nespečnost ($n = 48$, $M = 3,19$), težave s koncentracijo, ($n = 47$, $M = 3,17$) in depresivnost ($n = 47$, $M = 3,17$). Anketirani kot malo manj moteče stranske učinke navajajo povečan apetit, težave s spominom, pridobivanje telesne teže, omotičnost, izgubo spolne želje in ekstremen nemir.

6.1.2 Število in trajanje hospitalizacij

Več kot polovica celotnega vzorca (53,5 %) je bila tekom zdravljenja hospitalizirana na psihiatričnem oddelku, pri tem pa prednjači skupina JPZ (62,7 %), medtem ko je bilo iz skupine NJPZ hospitaliziranih 43,6 % anketiranih oseb. V skupini JPZ je tudi več oseb, ki že dalj časa uporabljajo psihiatrična zdravila, zato lahko večji delež hospitalizacij razumemo tudi v

⁹ Anketirani so na 5-stopenjski lestvici ocenjevali, v kolikšni meri so bili zanje moteči nekateri stranski učinki zdravil. Tabela je sestavljala 22 postavk, ki so poimenovala posamezne vrste stranskih učinkov. Odgovore sem takole označila s številko: 1 – nemoteči, 2 – manj moteči, 3 – srednje moteči, 4 – precej moteči in 5 – zelo moteči. Anketirani so lahko izbrali tudi možnost »Nisem se srečal_a s to vrsto stranskih učinkov.«.

¹⁰ Numerus se nanaša na število oseb, ki so zaznale take stranske učinke. Tudi aritmetična sredina le na te osebe.

oziru na to, da tudi že dalj časa uporabljajo psihiatrične storitve. Dolgotrajna uporaba psihiatričnih zdravil pa lahko pomeni tudi dolgotrajne in bolj obremenilne težave v duševnem zdravju, kar lahko rezultira v večji možnosti za hospitalizacijo. V celotnem vzorcu jih je bilo največ hospitaliziranih dvakrat do petkrat (44,3 %), sledijo anketirani, ki so bili hospitalizirani enkrat (41,0 %), najmanj pa jih je bilo hospitaliziranih več kot petkrat (14,7 %). Najpogosteje so bili anketirani v seštevku (trajanj vseh hospitalizacij skupaj) hospitalizirani od meseca in pol do tri mesece (30,5 %).

6.1.3 Priprava na opuščanje psihiatričnih zdravil

Ta kategorija vprašanj se je nanašala na iskanje informacij o opuščanju psihiatričnih zdravil ter razlogih in pobudah za opuščanje.

Največ anketiranih, približno polovica vseh, je **informacije** o opuščanju psihiatričnih zdravil pridobila pri **psihiatru** (50,8 %), nato pa med viri informacij sledijo **tuje spletne strani** (16,1 %) in **informacije od prijateljev in znancev** (15,3 %). Le 7,3 % anketiranih je informacije o opuščanju pridobilo na slovenskih spletnih straneh, 20,2 % anketiranih pa informacij ni iskalo. V skupini oseb, ki so že opustile psihiatrična zdravila, je bil višji delež anketiranih, ki **niso iskali informacij** (30,5 %). Pri obeh skupinah, NJPZ in JPZ, je bil najpogostejši vir informacij psihiater, le da je bil pri skupini JPZ delež bistveno višji, in sicer 67,7 %, medtem ko je bil ta delež pri skupini NJPZ 32,2 %. Psihiatri so najverjetneje glavni vir informacij, ker tudi predpisujejo psihiatrična zdravila, zato so se anketirani pogosto obračali nanje. Razliko med skupinama JPZ in NJPZ lahko pripišemo temu, da 36,4 % anketiranih oseb v skupini NJPZ v času opuščanja ni obiskovalo psihiatra ali osebnega zdravnika in 21,8 % anketiranih oseb psihiatru ni povedalo, da opuščajo psihiatrična zdravila, eni osebi pa je psihiater zaradi odločitve za opuščanje odrekel pomoč (1,8 %).

Osebe, ki so se odločile za opuščanje psihiatričnih zdravil, navajajo zelo različne in pogosto kombinirane **razloge**, zakaj so se odločile, da opustijo psihofarmake. V vzorcu (n = 124) so se anketirani najpogosteje strinjali z (v anketi ponujenim) razlogom, da so se **počutili bolje in niso več potrebovali zdravil** (48,4 %), nato pa s tem, da so **svoje probleme želeli rešiti brez zdravil** (41,9 %). Drugi pogosti razlogi za opuščanje so:

- zaradi stranskih učinkov, ki so jih opazili sami (32,3 %);
- želeli so zmanjšati odmerek zdravila (28,2 %);
- bili so zaskrbljeni zaradi morebitnih dolgoročnih učinkov (24,2 %);
- ker so si želeli več neodvisnosti v svojem življenju (23,4 %).

Anketirani navajajo, da so se za opuščanje najpogosteje odločili **sami** (79,7 %), nekoliko manj pogosto pa je pobudo podal **psihiater** (35,0 %), kar je sicer bolj značilno za skupino, ki je nekdanje opuščala ali sedaj opušča psihiatrična zdravila, kjer je tako odgovorilo 50,0 % anketiranih (v skupini NJPZ pa le 18,6 %). Razlago za to razliko lahko najdemo v odgovorih, ki se nanašajo na vprašanje vloge psihiatra pri procesu opuščanja v skupini NJPZ, kjer 36,4 % anketiranih v času opuščanja ni obiskovalo psihiatra, 21,8 % anketiranih pa mu za odločitev ni povedalo, zato je manj verjetno, da bi anketiranim predstavljal pomembnejšo pobudo za opuščanje psihiatričnih zdravil.

6.1.4 Opuščanje psihiatričnih zdravil

Na ravni celotnega vzorca je naenkrat opustila psihiatrična zdravila slaba tretjina anketiranih (29,9 %). Anketirani, ki so že opustili vsa psihiatrična zdravila (NJPZ), so jih najpogosteje opuščali mahoma, torej ne postopno, ampak naenkrat (50,0 %). Če pa pogledamo podatke za obe skupini skupaj, je bilo opuščanje najpogosteje **v roku do enega leta**. Skupno je v roku od pol do enega meseca psihiatrična zdravila opustilo 17,0 % anketiranih, v roku od enega do treh mesecev 23,9 % anketiranih, od treh do šest mesecev 12,0 % anketiranih, več kot šest mesecev pa je psihiatrična zdravila opuščalo 11,2 % anketiranih oseb.

Anketirani povedo, da se jim je proces opuščanja psihiatričnih zdravil zdel **razmeroma enostaven** (glej Tabelo 9). Odgovora 'zelo enostavno' in 'precej enostavno' sta bolj pogosta v skupini, ki je že opustila psihiatrična zdravila (78,6 %). Skupina NJPZ je praviloma psihiatrična zdravila tudi uporabljala manj časa (glej Tabelo 7), kar lahko olajša proces opuščanja psihiatričnih zdravil.

Opuščanje zdravil je bilo:	Podskupine oseb glede na vzorec uporabe in opuščanja						Skupaj	
	V preteklosti sem uporabljal_a psihiatrična zdravila, danes pa jih ne uporabljam več (NJPZ).		Trenutno zmanjšujem in/ali opuščam psihiatrična zdravila (vsa ali le nekatera) (JPZ).		V preteklosti sem opuščal_a/zmanjševal_a (nekatera) psihiatrična zdravila, danes pa jih ne opuščam več in jih redno jemljem (JPZ).			
	F	%	F	%	F	%	F	%
Zelo enostavno.	24	20,5	3	2,6	3	2,6	30	25,6
Precej enostavno.	20	17,1	3	2,6	9	7,7	32	27,4
Srednje težko.	7	5,9	7	5,9	14	12,0	28	23,9
Precej težko.	4	3,4	4	3,4	7	5,9	15	12,8
Zelo težko.	1	0,9	3	2,6	8	6,8	12	10,3
Skupaj¹¹	56	47,9	20	17,1	41	35,0	117	100,0

Tabela 9: Doživljanje zahtevnosti opuščanja glede na vzorec uporabe in opuščanja psihiatričnih zdravil (frekvenčna porazdelitev in delež)

Porodilo se mi je vprašanje, ali trajanje uporabe vpliva na doživljanje zahtevnosti opuščanja pri anketiranih (glej Tabelo 10). Ustvarila sem novo spremenljivko, ki je delila vzorec oseb na dve skupini: tiste, ki so psihiatrična zdravila uporabljali manj kot tri leta, in tiste, ki so jih več kot tri leta. Statistično pomembnost razlik med skupinama sem preverila s χ^2 -preizkusom hipoteze neodvisnosti. Vrednost preizkusa je statistično pomembna ($\chi^2 = 27,627$, $g = 4$, $\alpha = 0,000$). Med skupino, ki je psihiatrična zdravila uporabljala manj kot tri leta, in skupino, ki je psihiatrična zdravila uporabljala več kot tri leta, se kažejo statistično pomembne razlike glede zaznave zahtevnosti opuščanja psihiatričnih zdravil. S tveganjem manjšim od 0,1 % lahko trdim, da tudi v osnovni množici **osebe, ki psihiatrična zdravila uporabljajo manj časa, torej do tri leta, opuščanje psihiatričnih zdravil zaznavajo kot bolj enostavno od tistih, ki jih jemljejo več kot tri leta**. Če izhajamo iz definicije, da so psihofarmakološka zdravila psihoaktivne substance, ki spreminjajo nevrokemično stanje v možganih (Makovec, 2019), ki

¹¹ Po nekaj oseb v vsaki skupini na to vprašanje ni odgovorilo, zato so numerusi nekoliko manjši.

delujejo na duševno aktivnost in človekovo vedenje (Kores Plesničar, 2008), lahko domnevamo, da dolgotrajna uporaba na človekovi duševni aktivnosti, vedenju in drugih vidikih, pušča različne posledice kot kratkotrajna. Osebe, ki zdravila jemljejo krajši čas, verjetno v manjši meri izkusijo dolgoročne učinke uporabe, medtem ko se osebe, ki psihiatrična zdravila jemljejo daljši čas, že srečujejo z učinki dolgotrajne uporabe, bolj težavnimi odtegnitvenimi simptomi ipd., kar vpliva na njihovo zaznavo zahtevnosti opuščanja.

Doživljanje zahtevnosti opuščanja psihiatričnih zdravil:	Trajanje uporabe				Skupaj	
	Do tri leta		Več kot tri leta			
	F	%	F	%	F	%
Zelo enostavno.	21	17,9	9	7,7	30	25,6
Precej enostavno.	19	16,2	13	11,1	32	27,4
Srednje težko.	9	7,7	19	16,2	28	23,9
Precej težko.	1	0,9	14	12,0	15	12,8
Zelo težko.	1	0,9	11	9,4	12	10,3
Skupaj	51	43,6	66	56,4	117	100,0

Tabela 10: Doživljanje zahtevnosti opuščanja glede na trajanje uporabe psihiatričnih zdravil

Glede vloge psihiatra ali osebnega zdravnika pri opuščanju je 29,8 % anketiranih povedalo, da je bil podporen, jih spodbujal pri opuščanju in jim pomagal pri načrtu za opuščanje, pogosto jim je opuščanje tudi sam predlagal (33,3 %). 22,8 % oseb pa je izbralo odgovor, da v času opuščanja niso obiskovali psihiatra ali osebnega zdravnika, 14,0 % oseb pa mu za odločitev za opuščanje psihiatričnih zdravil ni povedalo.

Anketirani so navedli tudi druge oblike podpore, ki jih predstavljam v Tabeli 11. Od podpornih oseb so najpogosteje navajali družinske člane, psihiatra/osebnega zdravnika in prijatelje. Najpogosteje izbrane druge oblike podpore, ki niso vezane na osebe, temveč na aktivnosti, pa so športna aktivnost in oblikovanje urnika, načrta (vzdrževanje strukture). Pri odprtem odgovoru 'drugo' so anketirani po enkrat kot obliko podpore navedli še konopljo – THC, življenje v mladinskem domu, željo po doživljanju čustev, niso videli potrebe po podpori, stik z naravo, komuno, samokontrolo in prostovoljstvo.

Kdo ali kaj vas je podpiral(o) pri opuščanju psihiatričnih zdravil?	Cel vzorec (n = 114)	
	frekvenca	delež (v %)
Družinski člani.	56	49,1
Psihiater/osebni zdravnik.	53	46,5
Prijatelj_ica.	35	30,7
Športna aktivnost.	26	22,8
Struktura (urnik, načrt ...).	26	22,8
Psihoterapevt.	20	17,5
Prehranjevalne navade.	17	14,9
Glasba, ples.	16	14,0
Podporna skupina, ki jo obiskujem.	7	6,1
Meditacija.	3	2,6
Lastna naravnost, spoznavanje sebe.	3	2,6
Nihče.	3	2,6

Tabela 11: Zaznane oblike podpore anketiranih pri opuščanju psihiatričnih zdravil

6.1.5 Odtegnitveni učinki

Odtegnitvene simptome (blažje do zelo hude), ki se pojavijo ob zmanjševanju doze ali prekinitvi jemanja psihiatričnih zdravil, je občutilo 61,0 % vseh anketiranih. Osebe, ki psihiatričnih zdravil ne uporabljajo več, v 50,8 % primerih niso občutile nobenih odtegnitvenih učinkov. Močnejše odtegnitvene učinke je občutila skupina, ki še uporablja psihiatrična zdravila (JPZ), kjer jih je 54,8 % občutilo zmerne, hude ali zelo hude odtegnitvene učinke (v skupini NJPZ je ta delež precej nižji, in sicer 33,9 %). Največ oseb v obeh skupinah skupaj ni občutilo odtegnitvenih učinkov (34,1 %) ali pa so bili ti učinki zmerni (30,9 %). Z odtegnitvenimi simptomi po prekinitvi uporabe nevroleptikov in antidepresivov naj bi se srečala tretjina oseb, ki so jih uporabljale (Jordanova in Dernovšek, 2001). V vzorec te raziskave so bile sicer vključene tudi osebe, ki so uporabljale psihostimulanse (2,4 %), pomirjevala (38,7 %) in uspavala (19,4 %), kar nedvomno vpliva na pojavnost odtegnitvenih učinkov med anketiranimi osebami. Na zaznavo odtegnitvenih učinkov lahko vplivajo razlike med posamezniki (kako si razlagajo svoja čustvena in telesna stanja ter čemu jih pripisujejo) ali pa postopnost zmanjševanja doze oz. opuščanja psihiatričnih zdravil. Postopno opuščanje lahko namreč omili odtegnitvene simptome (Makovec, 2019), ki bi se sicer lahko pojavili ob hitrejšem ali pa nenadnem opuščanju. Druga razlaga, ki lahko pojasni zaznavo odtegnitvenih simptomov, je tudi ta, da psihiatrična zdravila lažje opustijo tisti, ki občutijo manj odtegnitvenih učinkov ali pa jih sploh ne zaznajo.

Preverila sem še razlike pri zaznavi odtegnitvenih učinkov glede na trajanje uporabe psihiatričnih zdravil (glej Tabelo 12). Vrednost Kullbackovega $2\hat{I}$ preizkusa je statistično pomembna ($2\hat{I} = 26,746$, $g = 15$, $\alpha = 0,031$). Med osebami, ki so različno dolgo uporabljale psihiatrična zdravila, se pojavljajo statistično pomembne razlike glede zaznave odtegnitvenih učinkov. S tveganjem 3,1 % lahko trdim, da bi tudi v osnovni množici **osebe, ki so manj časa jemale psihiatrična zdravila, zaznale manj intenzivne odtegnitvene učinke oz. jih sploh ne bi občutile**. Psihiatrična zdravila povzročajo organske spremembe v možganski nevrokemiji, kar pomeni, da se možgani tudi navadijo na nova stanja in prisotnost zdravil (Hall, 2016). Telo se ob večletni uporabi psihiatričnih zdravil verjetno bolj navadi na nova

nevrokemična stanja, zato pri opuščanju psihiatričnih zdravil osebe, ki že dalj časa uporabljajo zdravila, doživljajo bolj intenzivne odtegnitvene simptome.

Ali ste ob opuščanju psihiatričnih zdravil opazili odtegnitvene učinke (to so tisti učinki, ki jih pripisujete zmanjševanju/opuščanju psihiatričnih zdravil)?	Trajanje uporabe psihiatričnih zdravil								Skupaj	
	Do enega leta.		Od enega do treh let.		Od treh let do sedem let.		Osem let ali več.			
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Nisem občutil_a nobenih odtegnitvenih učinkov.	16	13,0	12	9,8	8	6,5	6	4,9	42	34,1
Občutil_a sem blažje odtegnitvene učinke.	4	3,3	3	2,4	7	6,0	6	4,9	20	16,2
Občutil_a sem zmerne odtegnitvene učinke.	4	3,3	10	8,1	12	9,8	12	9,8	38	30,9
Občutil_a sem hude odtegnitvene učinke.	1	0,8	1	0,8	5	4,1	5	4,1	12	9,8
Občutil_a sem zelo hude odtegnitvene učinke.	0	0,0	1	0,8	0	0,0	4	3,3	5	4,1
Drugo.	1	0,8	2	1,6	1	0,8	2	1,6	6	4,9
Skupaj	26	21,1	29	23,6	33	26,8	35	28,5	123	100,0

Tabela 12: Zaznava odtegnitvenih učinkov glede na trajanje uporabe psihiatričnih zdravil

Anketirani so v povprečju¹² kot najmočnejše odtegnitvene učinke navedli:

- nihanje razpoloženja (M = 3,36, n = 76);
- tesnobo (M = 3,11, n = 76);
- nemirnost (M = 3,08; n = 76);
- težave s spanjem (M = 3,0, n = 75);
- občutke nemoči, žalosti in depresije (M = 2,93, n = 75);
- utrujenost (M = 2,86, n = 76);
- težave s koncentracijo in spominom (M = 2,55, n = 75).

Odtegnitveni učinki so najpogosteje **trajali dva tedna** (pri 23,4 % anketiranih), od dveh tednov do tri mesece jih je občutilo 14,3 % oseb, od enega meseca do treh 20,8 % oseb, zatem pa deleži pričnejo upadati. 3,9 % anketiranih je povedalo, da odtegnitveni učinki nikoli niso minili, 20,8% oseb pa o trajanju odtegnitvenih učinkov ni bilo prepričanih, niso vedeli ali niso mogli oceniti časa trajanja. Pod kategorijo 'drugo' so štirje anketirani dodali, da so odtegnitveni učinki trajali, dokler niso zopet pričeli z uporabo zdravil, kar je njihovo stanje normaliziralo.

¹² Odgovori na petstopenjski ocenjevalni lestvici so bii označeni takole: 1 — Nič, 2 — Blagi, 3 — Zmerni, 4 — Močni in 5 — Zelo močni. Numerusi in aritmetične sredine v alinejah spodaj se nanašajo na skupino oseb, ki so posamezne odtegnitvene učinke doživljale oz. opazile.

6.1.6 Povzetek ključnih ugotovitev

Vzorec anketiranih, ki so rešili spletni anketni vprašalnik, sestavlja 47,6 % oseb, ki so opustile vsa psihiatrična zdravila (označene s kratico NJPZ), 18,5 % oseb, ki trenutno zmanjšuje in/ali opušta psihiatrična zdravila (označene s kratico JPZ-t), ter 33,9 % oseb, ki so v preteklosti zmanjševale ali opuščale (nekatera) psihiatrična zdravila, danes pa jih ne opuščajo več in jih redno jemljejo (označene s kratico JPZ-n). Več kot polovico celotnega vzorca oseb (53,5 %) so tekom zdravljenja hospitalizirali na psihiatričnem oddelku, pri tem pa prednjači skupina JPZ (62,7 %), medtem ko so iz skupine NJPZ hospitalizirali 43,6 % anketiranih oseb. Vstopni kriterij za reševanje anketnega vprašalnika je bila izkušnja opuščanja katerih koli psihiatričnih zdravil, ne glede na to, koliko časa so jih uporabljali.

- Psihiatrična zdravila **pogosteje** popolnoma opustijo osebe, ki jih jemljejo krajši čas.
- Anketirane osebe so ob jemanju zdravil najpogosteje doživljale naslednje stranske učinke (izbrane iz ponujenega seznama): utrujenost, čustveno otopelost, izgubo zanimanja za stvari in motivacije, tesnobo, težave s spanjem ali nespečnost, težave s koncentracijo in depresivnost.
- Najpogosteje so anketirani kot **razlog za opuščanje psihiatričnih zdravil** izbrali izboljšanje počutja (48,4 %), drugi, da so želeli rešiti svoje težave brez zdravil (41,9 %), in tretji najpogostejši razlog moteči stranski učinki (32,3 %).
- Za opuščanje psihiatričnih zdravil so se anketirani najpogosteje **odločili sami** (79,7 %).
- Največ anketiranih je **informacije o opuščanju psihiatričnih zdravil** prejelo pri psihiatru (50,8 %); 33,3 % anketiranih pove, da jim je opuščanje predlagal sam, 29,8 %, da jih je pri tem spodbujal, 22,8 % anketiranih pa v času opuščanja ni obiskovalo psihiatra ali pa mu za odločitev niso povedali (14,0 %).
- 29,9 % anketiranih je psihiatrična zdravila opustilo **mahoma, naenkrat**, večina pa v roku do enega leta. Skupno je v roku od pol do enega meseca psihiatrična zdravila opustilo 17,0 % anketiranih, v roku od enega do treh mesecev 23,9 % anketiranih, od treh do šest mesecev 12,0 % anketiranih, več kot šest mesecev pa je opuščalo 11,2 % anketiranih oseb.
- **Zahtevnost** opuščanja psihiatričnih zdravil 25,6 % anketiranih zaznava kot zelo enostavno, 27,4 % kot precej enostavno, 23,9 % kot srednje težko, ostali pa kot precej težko (12,8 %) ali zelo težko (10,3 %). Opuščanje kot bolj enostavno pogosteje zaznavajo tiste osebe, ki so psihiatrična zdravila uporabljale manj kot tri leta.
- Z **odtegnitvenimi učinki** se je srečalo 61,0 % anketiranih. Odtegnitveni učinki so v 23,4 % primerov trajali dva tedna ali manj, pri 14,3 % anketiranih nad dva tedna do enega meseca, 20,8 % oseb je odtegnitvene učinke zaznavalo nad enim mesecem do tri mesece, v 9,1 % primerov pa so trajali več kot tri mesece. 3,9 % anketiranih pove, da odtegnitveni učinki nikoli niso minili, 20,8 % pa jih ni prepričanih, ne vedo ali ne morejo oceniti. Najpogosteje so doživljali naslednje odtegnitvene učinke (izbrane iz ponujenega seznama): nihanje razpoloženja, tesnobo, nemirnost, težave s spanjem, občutke nemoči, žalost in depresije, utrujenost ter težave s koncentracijo in spominom. Tiste osebe, ki odtegnitvene učinke zaznavajo kot manj intenzivne so praviloma uporabljale psihiatrična zdravila krajši čas.
- **Podpora** pri opuščanju psihiatričnih zdravil so anketirani najpogosteje našli pri družinskih članih (49,1 %), psihiatru (46,5 %) in v prijateljskih krogih (30,7 %).

Anketirani so najpogosteje opuščali antidepresive, ki jim sledijo antipsihotiki in pomirjevala, v manjšem deležu pa še uspavala in stabilizatorji razpoloženja. Osebe, ki so že povsem prenehale z uporabo psihiatričnih zdravil, so zdravila večinoma uporabljale manj kot tri leta (74,6%), medtem ko osebe, ki še jemljejo psihiatrična zdravila, ta uporabljajo večinoma več kot tri leta (81,5 %). Med osebami, ki so prenehale uporabljati psihiatrična zdravila, osebami, ki trenutno opuščajo psihiatrična zdravila, in osebami, ki so nekdanje opuščale psihiatrična zdravila, sedaj pa jih redno jemljejo, se kažejo statistično pomembne razlike glede trajanja uporabe psihofarmakov. Osebe, ki so že opustile psihiatrična zdravila (NJPZ), so jih uporabljale manj časa kot tisti, ki psihiatrična zdravila še vedno uporabljajo. Kot najbolj moteče stranske učinke, ki spremljajo uporabo psihiatričnih zdravil, anketirani navajajo zaspanost in utrujenost, čustveno otopelost, izgubo zanimanja za stvari in motivacije, tesnobo, težave s spanjem, nespečnost, težave s koncentracijo in depresivnost.

Največ anketiranih (50,8 %) je informacije o opuščanju psihiatričnih zdravil pridobilo pri psihiatru. V skupini JPZ je ta delež bistveno višji (67,7 %) kot v skupini NJPZ (32,3 %). Razliko med skupinama JPZ in NJPZ lahko pripišemo temu, da 36,4 % anketiranih oseb v skupini NJPZ v času opuščanja ni obiskovalo psihiatra ali osebnega zdravnika in 21,8 % anketiranih oseb psihiatru ni povedalo, da opuščajo psihiatrična zdravila, eni oseb pa je psihiater zaradi odločitve za opuščanje odrekel pomoč (1,8 %). V vzorcu sorodne raziskave (Ostrow, Jessell, Hurd, Darrow in Cohen, 2017) je 16 % anketiranih povedalo, da se njihov psihiater ni strinjal z odločitvijo o opuščanju psihiatričnih zdravil, 27 % oseb pa psihiatru ni zaupalo svoje odločitve ali pa so ga prenehali obiskovati. Podoben delež oseb, ki psihiatru ni zaupalo svoje odločitve, navaja tudi MIND (2005), kjer je bilo takih oseb 26 %

Kot najpogostejši razlog za opuščanje psihiatričnih zdravil so anketirane osebe izbrale razlog, da so se počutile bolje in niso več potrebovale zdravil (48,4 %), da so svoje probleme želele rešiti brez zdravil (41,9 %), zaradi stranskih učinkov, ki so jih opazile same (32,3 %), ker so želele zmanjšati odmerek zdravila (28,2 %), ker so bile zaskrbljene zaradi morebitnih dolgoročnih učinkov (24,2 %) in ker so si želele več neodvisnosti v svojem življenju (23,4 %). MIND (2005) kot najpogostejše razloge za opuščanje našteva: stranske učinke (60 %), anketirani niso želeli uporabljati psihiatričnih zdravil na dolgi rok (53 %), anketirani so se počutili bolje in niso več potrebovali psihiatričnih zdravil (37 %) in razlog, da zdravila niso bila uporabna (32 %). Nekoliko drugačne rezultate predstavlja tudi druga sorodna študija (Ostrow, Jessell, Hurd, Darrow in Cohen, 2017), kjer je 85 % anketiranih prenehalo z uporabo psihiatričnih zdravil zaradi neželenih in dolgoročnih učinkov, 61 % anketiranih je kot razlog navedlo željo po osebni rasti, spoznavanju samega sebe brez zdravil, učenju novih pristopov ali zaradi nasveta nekoga v njihovem osebnem življenju, 63 % oseb pa je kot razlog navedlo izboljšanje počutja ali pa to, da zdravila zanje niso bila več uporabna.

Anketirani so navedli, da so se za opuščanje najpogosteje odločili sami (79,7 %), nekoliko manj pogosto pa je pobudo podal psihiater (35,0 %), kar je sicer bolj značilno za skupino, ki je nekdanje opuščala ali sedaj opušča psihiatrična zdravila, kjer je tako odgovorilo 50,0 % anketiranih (v skupini NJPZ pa le 18,6 %). Razlago za to razliko lahko najdemo v odgovorih, ki se nanašajo na vprašanje vloge psihiatra pri procesu opuščanja v skupini NJPZ, kjer 36,4 % anketiranih v času opuščanja ni obiskovalo psihiatra in 21,8 % anketiranih mu za odločitev ni

povedalo, zato je manj verjetno, da bi anketiranim predstavljal pomembnejšo pobudo za opuščanje psihiatričnih zdravil.

Anketirani, ki so že opustili vsa psihiatrična zdravila (NJPZ), so jih najpogosteje opuščali mahoma, torej ne postopno, ampak naenkrat (50,0 %). Če pa pogledamo podatke za obe skupini skupaj, je največ anketiranih opuščalo psihiatrična zdravila v roku do enega leta. Anketirani povedo, da se jim je proces opuščanja psihiatričnih zdravil zdel razmeroma enostaven. Odgovora 'zelo enostavno' in 'precej enostavno' sta bolj pogosta v skupini, ki je že opustila psihiatrična zdravila (78,6 %). Skupina NJPZ je praviloma psihiatrična zdravila tudi uporabljala manj časa, kar lahko olajša proces opuščanja psihiatričnih zdravil. Med skupino, ki je psihiatrična zdravila uporabljala manj kot tri leta, in skupino, ki je psihiatrična zdravila uporabljala več kot tri leta, se kažejo statistično pomembne razlike glede zaznave zahtevnosti opuščanja psihiatričnih zdravil. Tudi v osnovni množici (ob predpostavki, da je vzorec zajet na reprezentativen način) osebe, ki psihiatrična zdravila uporabljajo manj časa, torej do tri leta, opuščanje psihiatričnih zdravil zaznavajo kot bolj enostavno od tistih, ki jih jemljejo več kot tri leta.

Odtegnitvene simptome (blažje do zelo hude), ki se pojavijo ob zmanjševanju doze ali prekinitvi jemanja psihiatričnih zdravil, je občutilo 61,0 % vseh anketiranih. Osebe, ki psihiatričnih zdravil ne uporabljajo več, v 50,8 % primerov niso občutile nobenih odtegnitvenih učinkov. Močnejše odtegnitvene učinke je občutila skupina, ki še uporablja psihiatrična zdravila (JPZ), kjer jih je 54,8 % občutilo zmerne, hude ali zelo hude odtegnitvene učinke (v skupini NJPZ je ta delež precej nižji in sicer 33,9 %). Med osebami, ki so različno dolgo uporabljale psihiatrična zdravila, se pojavljajo statistično pomembne razlike glede zaznave odtegnitvenih učinkov. S tveganjem 3,1 % lahko trdim, da bi tudi v osnovni množici osebe, ki so manj časa jemale psihiatrična zdravila, zaznale manj intenzivne odtegnitvene učinke oz. jih sploh ne bi občutile. Anketirani so v povprečju kot najmočnejše odtegnitvene učinke izbrali nihanje razpoloženja, tesnobo, nemirnost, težave s spanjem, občutke nemoči, žalosti in depresije, utrujenost ter težave s koncentracijo in spominom. Odtegnitveni učinki anketiranih so v večini primerov trajali do tri mesece po prenehanju uporabe ali zmanjšanju doze (58,5 %). Davies in Read (2019) sta ugotovila, da ni nenavadno, da odtegnitveni učinki trajajo več tednov ali mesecev. Študiji Ostrow idr. (2017) in študija organizacije MIND (2005) sta edini raziskavi, ki sem ju našla, ki sta raziskovali opuščanje vseh psihiatričnih zdravil. Druge raziskave so se osredotočale na opuščanje ene izmed skupin psihiatričnih zdravil (npr. samo na opuščanje antidepresivov ali antipsihotikov). John Read (2019) navaja, da se pri opuščanju antidepresivov s težavami srečuje 55 % oseb, ob tem jih je 61 % doživelo odtegnitvene učinke. Podoben delež navajata tudi Davies in John Read (2019) v drugi pregledni raziskavi o odtegnitvenih učinkih pri opuščanju antidepresivov. Z odtegnitvenimi učinki naj bi se srečala več kot polovica oseb, zajetih v vzorec raziskave, in sicer 56 %, skoraj polovica (46 %) jih označuje kot hude (prav tam). Pri opuščanju antipsihotikov je delež poročanja o odtegnitvenih učinkih podoben, in sicer 61,9 % (Larsen-Barr, Seymour, John Read in Gibson, 2018). V splošnem podatki kažejo, da so osebe, ki so psihiatrična zdravila uporabljale manj časa (manj kot tri leta), občutile manj (ali celo nič) odtegnitvenih učinkov in so proces opuščanja zaznavale kot manj težaven od tistih, ki psihiatrična zdravila uporabljajo več kot tri leta.

Glede vloge psihiatra ali osebnega zdravnika pri opuščanju je 29,8 % anketiranih povedalo, da je bil podporen, jih spodbujal pri opuščanju in jim pomagal pri načrtu za opuščanje, pogosto je opuščanje tudi predlagal sam (33,3 %). 22,8 % oseb pa je navedlo, da v času opuščanja niso obiskovale psihiatra ali osebnega zdravnika, 14,0 % oseb pa mu za odločitev za opuščanje psihiatričnih zdravil ni povedalo. Anketirani so med ponujenimi odgovori najpogosteje izbrali naslednje oblike podpore pri opuščanju psihiatričnih zdravil: družinski člani (49,1 %), psihiater/osebni zdravnik (46,5 %), prijatelji in prijateljice (30,7 %). Najpogosteje izbrane oblike podpore, ki niso vezane na osebe, temveč na aktivnosti, pa so bile športna aktivnost in oblikovanje urnika, načrta (vzdrževanje strukture).

6.2 INTERVJUJI Z (NEKDANJIMI) UPORABNIKI PSIHIATRIČNIH ZDRAVIL

Pričujoče poglavje povzema glavne ugotovitve kvalitativnega dela raziskovalne naloge. Odgovori na raziskovalna vprašanja so pogosto obširni, zato ob vsakem izmed njih predstavljam tudi glavne ugotovitve v navezavi s teoretično podlago. Odgovor na prvo raziskovalno vprašanje se nekoliko razlikuje od odgovorov na ostala raziskovalna vprašanja, saj vključuje tudi bolj podrobne predstavitve intervjuvank in intervjuvancev.

6.2.1 *RV1: Kakšni so začetki in okoliščine uporabe psihiatričnih zdravil?*

Ugotovitve v zvezi s prvim raziskovalnim vprašanjem se nanašajo na značilnosti uporabe psihiatričnih zdravil (ter začetkov in okoliščin te uporabe) za vsakega intervjuvanca oz. intervjuvanko posebej. Te lahko predstavljajo pomemben kontekst za sprejem odločitve za opuščanje/zmanjševanje doze psihiatričnih zdravil in njegov potek. Značilnosti uporabe psihiatričnih zdravil zajemajo navedbe o:

- iskanju pomoči;
- odnosu s strokovnimi službami (najpogosteje so to bili psihiatri in psihoterapevti);
- hospitalizacijah;
- časovni opredelitvi uporabe psihiatričnih zdravil;
- informacijah o psihiatričnih zdravilih, ki so jih prejeli ob pričetku uporabe;
- morebitnih stranskih učinkih;
- drugih temah, ki so se pojavljale pri sogovornicah in sogovornikih.

Vsak intervjuvanec ali intervjuvanka je izpostavljajal deloma različne, zanj oz. zanj pomembne teme, zato se vsebina predstavitev uporabe zdravil intervjuvanih oseb deloma razlikuje. Oris pričetka uporabe psihiatričnih zdravil že pomeni odgovor na eno izmed raziskovalnih vprašanj, in sicer: *Kakšni so začetki in okoliščine uporabe psihiatričnih zdravil?*

Slike služijo kot grob slikovni prikaz značilnosti uporabe in opuščanja psihiatričnih zdravil in niso ustvarjene na podlagi točnih časovnih in drugih opredelitev. Zaradi večkratnih menjav terapije, jemanja več zdravil hkrati, njihovega dodajanja in/ali višanja/nizanja doze je bilo uporabo zdravil težko smiselno in enostavno prikazati. Slike predstavljajo samo moje vtise in razumevanje časovne dinamike jemanja in opuščanja zdravil, ki je nastalo na osnovi pogovorov z intervjuvanci in intervjuvankami. V teh pogovorih pretežno nismo obravnavali jemanja ali opuščanja posameznih zdravil in niti ne natančno opredeljevali časovnih mejnikov

jemanja zdravil (razen če so intervjuvanke in intervjuvanci sami natančno opredelili čas in psihiatrična zdravila, ki so jih opuščali).

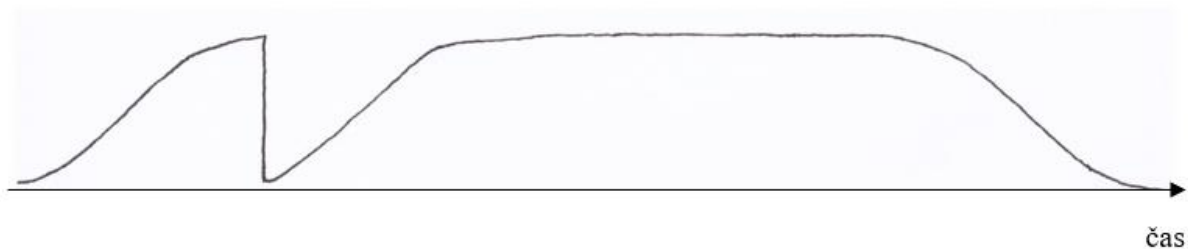
a) Luka

Število srečanj: eno srečanje v živo in dodatna elektronska korespondenca

Trajanje srečanja v živo: 77 minut

Psihiatrična zdravila, ki jih je opuščal: antidepresivi, pomirjevala

Lukovo uporabo psihiatričnih zdravil lahko približno orišemo tako, kot kaže spodnja slika (Slika 2):



Slika 2: Časovna dinamika uporabe in opuščanja psihiatričnih zdravil: Luka

Luka je star 25 let. Antidepresive in pomirjevala je uporabljal eno leto. Pred dvema leti se je odločil, da zaradi stiske poišče pomoč. Prišel je obiskovati psihoterapijo, s katero ni bil zadovoljen, ker se je počutil neslišanega:

[...] cel štos je bil, da zame osebno mi psihoterapija ni preveč ležala, ta dialoška metoda. Oziroma ne, kar mi ni ležal, je, da sm zelo hitr ugotovil, da je moja psihoterapevtka mela nek framework, teoretski, in pol je vse, kar sm povedu, skušala ke not zbasat in pol sem se jaz mal tko neslišanega počutil.

Po enem mesecu se je odločil, da psihoterapije ne bo več obiskoval. Svoje počutje je opisal kot *take zelo, zelo standardne simptome depresije pa anksioznosti*, ki so bili moteči za opravljanje njegove službe. Povedal je, da se je z depresivnostjo in anksioznostjo srečeval že pred tem obdobjem, vendar takrat počutje ni vplivalo na storilnost in počutje v njegovi službi:

Tko, na nek način bi lahko reku, da sem zmeri mel ful učinkovite preživetvene strategije, kako sem hendlal to, ki so pol na neki točki, nekje v sredini odraslosti, so ful neučinkovite ratale in pol so vse te stvari, ki so včasih bile čist normalne, so se zdele ful velike in grozeče in pomembne in ... Am, neki, kar je res postal, tko, da sem se jaz cele dni ukvarjal s tem. Ne sam, da sem jaz bil žalosten, ampak cela neka podstat mojega lajfa, cel nek temelj mene je pač bila žalost. Ki se mi v resnici ne zdi nič hujša, kot prej, sam ful bolj očitna in prisotna je rataala.

Stiska se je stopnjevala do te mere, da je prišel doživljati psihotične epizode v trenutkih akutnega stresa. Ob trenutkih izgube stikov z realnostjo je takrat občutil sram:

[...] meni so se te neki momenti panike, ki so rojeni iz tesnobe, momenti psihoz, ko zgubiš stik z realnostjo, so se meni ful nedostojanstveni zdel ...

Čutil je, da potrebuje pomoč in mora za svoje stanje najti hitro rešitev. S pomočjo osebnih poznanstev je našel pomoč pri psihiatru, ki mu je predpisal psihofarmakološko terapijo, antidepresive in pomirjevala. Uvajanje antidepresiva je bilo postopno, pomirjevalo je pa uporabljal zgolj občasno. Kot pomembnejšo stvar pri uvajanju je Luka omenil tudi placebo učinek:

[...] js sem omenil [psihiatru], ker carski placebo učinek je to [...] In js sem pol tko, prav spomnim se, prve dva tedna po tem, ko sem začel jemati tablete, sta bla ful dobra. In sem pršu tja in sem reku 'fak, ta placebo učinek je totalno carski', ker ni blo nobenega logičnega razloga, da bi to že funkcioniral, ampak js sem mel, tud ful poln upanja sem bil, da bo zdej, da bo to bolš, ne. [...] Pa sem vedu, pa sm šteku placebo učinek in vse, kaj se dogaja. Ampak vseen, totalno dobr je blo. Tko waw, ta placebo, kul, kul.

S psihiatrom sta se že od samega začetka pogovarjala o opustitvi psihiatričnih zdravil, saj je Luka pri sebi prepoznal določene osebne lastnosti, ki bi lahko vplivale na to, da bi do psihiatričnih zdravil razvil odvisnost, zato sta se s psihiatrom dogovorila, da bosta iskala druge spoprijemalne strategije, ki bi mu lahko pomagale. Določila sta tudi časovni načrt, ki je predvideval, da bo psihofarmakološka terapija trajala osem mesecev, nato pa se bosta posvetila opustitvi psihiatričnih zdravil.

Luka je dva meseca po uvajanju antidepresiva nenadno prekinil z uporabo. Na službenem mestu je občutil velik pritisk, za katerega je čutil, da mu ni kos. Pove, da si je ustvaril zgodbo, da si ne zasluži počutiti boljše, zato je prenehal uporabljati antidepresive. Zaradi nenadne opustitve sta se s psihiatrom ponovno odločila, da postopoma uvede terapijo.

S psihiatrom je imel zelo podporen odnos: *čist zaradi tega njegovega odnosa se mi je zdelo, da me on ful razume. Zdi se mu, da je bil z njegove strani slišan, sprejet in razumljen:*

Ampak nikol ni blo, a veš, nikol ni bil to komentar, kdo sem jaz, kot oseba. Je bil tko: 'ti maš te težave, dejva to rešit.'; [...] ker je blo tko 'okej, to ni neka tvoja lastnost, to je neka bedna stvar, ki se v tvojih možganih dogaja, ne, dejva poprav to bedno stvar'.

S psihiatrom sta se videvala povprečno na dva tedna ali pa do enkrat na mesec. Poleg psihofarmakološke terapije je Luki psihiater nudil tudi pogovore, preko katerih sta [...] *začela tud delat na nekih sprostitvenih tehnikah in nekih kognitivnih strategijah, kako neke socialne anksioznosti poprav. Kako, če se zgodi neki slabega, kako stopit nazaj in analizirat to.*

Psihiater mu je nudil tudi informacije o kemični sestavi antidepresivov, njihovem delovanju in morebitnih stranskih in odtegnitvenih učinkih, kar je Luki pomagalo pri razumevanju lastnih stanj:

Ja mi je, ves čas mi je govoril, kaj bojo možni stranski učinki, kaj bo. Ful transparentno.

[...] tud prav spomnim se, da ko sem mel v tistih prvih tednih tega [o. p. uvajanja], ful mi je pomagal, da vem to [o. p. o stranskih učinkih], ker je blo tko 'o, zdej me pa črviči v trebuhu.'

[...] ker meni je bilo sam to, da sem zdej mel razlog, da sem lahko pripel anksioznost na stranski učinek antidepresivov, mi je ful pomagal, da sem hendlal to anksioznost, ful manjša se je zdela [...]

Luka sicer ni imel večjih težav s stranskimi učinki psihiatričnih zdravil. Povedal je, da se je srečal z bolečinami v trebuhu in zmanjšanim libidom.

Zaradi nespečnosti in posledične izčrpanosti je za krajši čas dobil predpisano novo psihiatrično zdravilo, in sicer pomirjevalo.

Po pol leta uporabe psihiatričnih zdravil je Luka zaznal, da se je njegovo počutje izboljšalo: *[...] tam okrog konc julija je bla res neka normala, tko da sem mel filing, da ni blo več nekih simptomov. Recimo junija sm zadnjič mel neko psihotično epizodo.* Po desetih mesecih uporabe psihiatričnih zdravil sta se s psihiatrom dogovorila, da prične opuščati psihiatrična zdravila. Intervjuvanec danes psihiatričnih zdravil ne uporablja več.

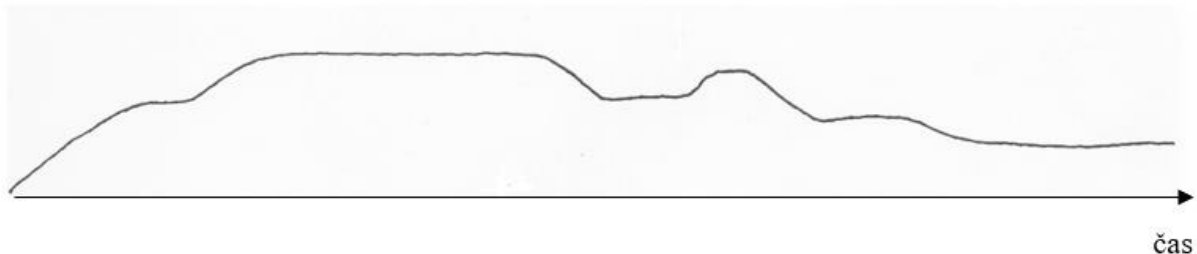
b) Ana

Število srečanj: eno srečanje v živo in dodatna elektronska korespondenca

Trajanje srečanja v živo: 56 minut

Psihiatrična zdravila, ki jih je opuščala: antidepresivi, nevroleptiki, pomirjevala

Anino uporabo psihiatričnih zdravil lahko približno orišemo tako, kot kaže spodnja slika (Slika 3):



Slika 3: Časovna dinamika uporabe in opuščanja psihiatričnih zdravil: Ana

Ana je stara 24 let. Psihiatrična zdravila uporablja že nekaj let, v zadnjem času samo še antidepresive. Pred tem je opuščala različne nevroleptike in pomirjevala.

Intervjuvanka je povedala, da se je z duševnimi stiskami srečevala že v osnovni in srednji šoli, a jim ne pripisuje velikega pomena:

Sem pa že večkrat pred tem, no, v bistvu celo gimnazijo pa tud osnovno šolo, sem imela tko težave, da sem bila kdaj mogoče mal tesnobna, pa da se nisem nikol mogla dobro vklopit v družbo, da so me ful zmerjal, pa bili nasilni do mene pa tko, ampak ni blo nikoli nič hujšga, da bi kakor kol pomoč iskala.

Do večjega kopičenja stresnih dejavnikov je prišlo, ko je obiskovala prvi letnik študija. Svoje stiske ni zmogla opredeliti kot posledice stresnih dejavnikov:

[...] takrat se mi ni zdel, da bi bila pod kakršnim koli akutnim stresom [...] ampak verjetno, da se mi je pač leta nabiral pa pol mal udaril vn, kokr je.

in se je le-ta stopnjevala do trenutka, ko si zaradi strahu ni več upala zapustiti sobe:

[...] v bistvu so se mi ful roke tresle, pač tko v službi. In mi je blo ful čudn, pač zakaj se mi roke tresejo. No in potem se je to stopnjeval, da mi je še srce razbijal in vse, in pač takrat nisem vedla, da je to pač panični napad, sem mislna 'kaj je zdej z mano, jaz bom umrla'. Amm, in smo šli na urgenco, večkrat, vse je blo v redu, mene je blo pa zmeraj bol strah in na konc pač me je blo tok strah v bistvu, da si nism upala več zapustit sobe.

Pomoč je sprva iskala pri svoji osebni zdravnici, ki ji je predpisala antidepresiv in pomirjevalo. Ana je to težko sprejela *[...] sem bla tko, 'kakšni antidepresivi? Sej nism depresivna ...'*, ampak je kljub vsemu še isti dan pričela jemati predpisana zdravila. Z osebno zdravnico je Ana imela tesen odnos in je verjela, da ji želi pomagati. Osebna zdravnica jo je tudi opozorila na stranske učinke in možnost razvoja odvisnosti od pomirjevala, ampak se Ana tega le medlo spomni, kar pripisuje temu, da je bila takrat pod velikim stresom. Intervjuvanka je povedala, da ni točno vedela, v kaj se spušča, in verjela napotkom osebne zdravnice, da ji bodo predpisana zdravila pomagala. Ob pričetku uporabe pa se je že kaj kmalu srečala z različnimi stranskimi učinki: *grozna slabost, nič nisem mogla jest, bruhanje, prebavne težave, pol čez čas samomorilno vedenje oziroma samomorilne misli, pa depresija bi tud rekla*. V stiski ji je pomagala predvsem njena družina.

Kakšen mesec po obisku osebne zdravnice je obiskala tudi psihiatrinjo, ki ji je zaradi stranskih učinkov zamenjala terapijo: *[...] je blo neki časa v redu, pol spet isti simptomi. In pol se je pač tolik ponavljal, da so mi menjal, menjal, menjal, in pač ni blo v redu*. Medtem ko je Ana odnos z osebno zdravnico doživljala kot podporen, je odnos z njeno prvo psihiatrinjo doživela kot nepodporen:

[...] od moje prve psihiatrinje nisem dobila pač čist nobene podpore. Samo tko je bla: 'aja, kaj so vam to predpisal? Vam ne ustreza, bomo neki družga. Aja, veste, sej vsi, ko pridejo na faks, imajo take težave.' [...] Res nisem marala tja hodit ...

Ana se je po treh mesecih počutila bolje in nadaljevala s študijem, a je imela pri učenju težave, saj ji je, kot pravi *od teh zdravil [...] ful koncentracija padla in tudi težje sem se zapomnla, težje sem se učila*. Obenem je skušala zopet vzpostaviti stik s svojo socialno mrežo.

Ob koncu leta se je stiska začela zopet stopnjevati zaradi občutka utesnjenosti v razmerju s fantom. Intervjuvanka je bila prvič hospitalizirana v bolnišnici, kjer je ostala en teden z namenom, da jo strokovni delavci opolnomočijo do te mere, da se bo lahko razšla z omenjenim fantom. Izkušnjo hospitalizacije ima sicer v dobrem spominu, sploh zaradi podpore sopacientov in sopacientk:

Pa tudi pospreme so me na večerjo pa vse, pa pol smo si ful zaupale. [...] Res tko, vse smo delal skupaj in sem se končno počutla, da spadam nekam, v neko skupnost.

Negativno presenečenje ji je predstavljal odnos nekaterih strokovnih delavcev, ki ga je doživljala kot napadalen, nesramen ali pa nadut.

Pa ful sem bla takrat še presenečena nad kakšnimi strokovnimi delavci, da so tko mal obnašal, ne vem, js sem to takrat dojela mogoče kokr, da me napadajo. [...] Da so bli kakšni ful nesramni. [...] Recimo pač zdravstveni tehnik je en tam, k se recimo skoz dere, ponižuje, zmerja. [...] ful tko da vedet, da je neki več [...]

V roku enega meseca je Ana zaradi hude stiske in samomorilnosti obiskala psihiatrično bolnišnico, kjer so ji predpisali nevroleptike. Izkušnjo uporabe opiše tako:

[...] pol pa sem dobessedno sam vegetirala doma. In je fant prhajal k men, sva se igrala Monopoly pa še to sem komi figurco premikala. Pa takrat sem začela tud dobivat tike, ki jih mam še zdej. V bistvu ne vem, pač tako, tko trzam pa stresam se in to se zadnje čase stopnjuje, čeprav jih ne jemljem več. Tako da ne vem, s čim je to povezano.

V kratkem času je bila ponovno hospitalizirana, tistikrat na zaprtem oddelku, kjer je preživela štiri dni. Temu sta sledili še dve hospitalizaciji. V tem času so ji nenadno ukinili antidepresiv zaradi bruhanja in prebavnih težav, kar pa je stanje samo še poslabšalo. Sledilo je še nekaj menjav psihiatričnih zdravil. Ana pove, da se je zaradi nenehnih menjav psihofarmakološke terapije počutila kot *poskusni zajček*. Po odpustitvi iz psihiatrične bolnišnice je pričela z opuščanjem nevroleptikov in bila ambulantno vodena pri novi psihiatrinji, ki se z Anino odločitvijo ni strinjala. Ponovno je bila hospitalizirana čez slabega pol leta, tokrat po predhodnem dogovoru na odprtem oddelku psihiatrične bolnišnice. Ana je bila s prejeto pomočjo in podporo tekom zadnje hospitalizacije zelo zadovoljna: *To mi je po mojem najbolj pomagalo od vsega takrat. Ene stvari sem ful razčistla, ampak pač je bil pa šele začetek tega dela na sebi*. Namen omenjene hospitalizacije je bil tudi zmanjševanje doze psihiatričnih zdravil, a je bil izkupiček ta, da ji je psihiatrinja povišala dozo antidepresivov. Ana se je med hospitalizacijo srečevala s hudimi stiskami, zato si ji je želela, da ji dodajo nova psihiatrična zdravila, ampak se psihiatrinja s tem ni strinjala. Takrat je imela občutek, da ji psihiatrinja noče pomagati, ker ji ne želi predpisati novih psihiatričnih zdravil, sedaj pa je za njeno odločitev hvaležna.

Kakšen mesec po odpustu iz psihiatrične bolnišnice, kjer je preživela slabe tri mesece, se je Ana morala soočiti z nenadno izgubo očeta, ki ji je predstavljal veliko oporo. Zaradi stiske ob izgubi se je odločila za ponovno hospitalizacijo. Strokovni delavci in delavke so jo skušali podpreti pri žalovanju za izgubo očeta. Poleg psihosocialne podpore so ji za hudo stisko predpisali pomirjevalo, ki ga je Ana uporabljala občasno.

Po odpustu so se stresni dejavniki v Aninem življenju kar vrstili: selitev v novo stanovanje, bolezen matere, samomor prijateljice in sum na spolno zlorabo: *Mislm ne bom zdej tega govorila kokr, da se je zgodil, kr ne vem točno, kaj se je. Ampak domnevno mi je podtaknu neko drogo za posilstvo in pač me je zlorabu v tem stanju. In je pol to pač spet ful vplival na moje počutje in šlo pač sam na dol.*

Kljub vsem stresnim dogodkom se je Ana sčasoma skušala vrniti v *neko normalno življenje*: nadaljevala je s študijem in si našla službo. Ana je danes vključena v psihoterapijo in še vedno uporablja antidepresive. Želi si jih opustiti, vendar ima težave z odtegnitvenimi učinki, obenem pa izpostavlja pomanjkanje podpore strokovnih služb pri opuščanju psihiatričnih zdravil.

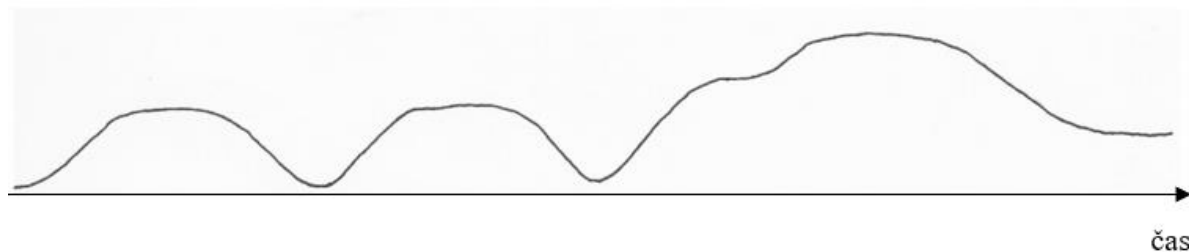
c) Bojan

Število srečanj: eno srečanje v živo

Trajanje srečanja v živo: 112 minut

Psihiatrična zdravila, ki jih je opuščal: antidepresivi, nevroleptiki

Bojanovo uporabo psihiatričnih zdravil lahko približno orišemo tako, kot kaže spodnja slika (Slika 4):



Slika 4: Časovna dinamika uporabe in opuščanja psihiatričnih zdravil: Bojan

Bojan je star 35 let. S psihiatričnimi zdravili se je prvič srečal pri dvajsetih letih. Svojo prvo izkušnjo opiše z naslednjimi besedami: *Ampak jaz nisem nič delal na sebi [...] okej, zdravila sem dobil, kul, vsak dan pojem, kul.* Ob prvi uporabi se je že srečal s stranskimi učinki in sicer povečanim apetitom, ki je rezultiral v višanju telesne teže. Svojo tesnobo je premagoval tudi z alkoholom, ki ga danes ne pije več. Po desetih letih se je stiska zopet poglobila, zato ga je partnerka spodbudila, da prične obiskovati psihoterapijo. Po kakšnem letu se je zaradi dobrega počutja odločil, da opusti antidepresiv. Dva tedna po opustitvi je njegova stiska eksalirala, zato je zopet iskal pomoč, tokrat pri psihiatrinji. Ta mu je predlagala hospitalizacijo, a jo je Bojan zavrnil. Dobil je novo terapijo: nov antidepresiv in nevroleptik. Naslednja dva meseca je sogovornik opisal kot *nora*, saj se je njegova stiska strmo stopnjevala. Imel je tudi samomorilne misli. Po nekaj mesecih je njegova stiska postopoma izzvenela. Opazil je, da ima antidepresiv nanj velik vpliv, saj se je zaradi učinkov zdravila počutil kot *drug človek*.

Jaz sem bil takrat k menih, [...] jaz sem bil čist miren pol. Jaz sem bil čist miren. [...] čist sem bil drug, drug človek. Dejansko me je spremenil, kot človeka. Jaz nisem tak, jaz sem mal tko, ne zdej vzkipljiv ampak uno, če je pa treba pa mal [udari po mizi] 'alo, dejmo, ne'. [...] Ne, uredi je blo. Ampak useen mi je blo pa mal uno, nisem to jaz, ne.

Bojan se je srečal tudi z drugimi stranskimi učinki: luščenje kože na rokah, potne roke, izpuščaji, težave z zaprtjem ... Bojan meni, da so *tud tisti zlo redki [o. p. stranski učinki], so kar zlo pogosti*.

V tem času je samoplačniško obiskoval novega psihiatra. Po enem letu se je ponovno odločil, da zdravila opusti. Takrat se je Bojan ponovno srečal s podobno izkušnjo kot ob prvem opuščanju: *v roku 14 dni je šlo downhill totalno*. Ponovno je pričel z uvajanjem antidepresiva ter občasno uporabo pomirjevala. Obenem je bilo za Bojana to tudi obdobje pričakovanja, saj sta s partnerko pričakovala svojega prvega otroka.

Uvajalno obdobje je bilo zanj zelo naporno: *In ni blo boljš, ni blo boljš, ni blo boljš ... Sem rekel 'kaj naj zdej nardim, ne'*. Zaradi neznosne stiske je vzel preveliko dozo pomirjeval, kar si danes razlaga kot klic na pomoč. Sledila je prva hospitalizacija, sprva na zaprtem oddelku (en dan), nato pa na odprtem oddelku psihiatrične bolnišnice. Psihiater v bolnišnici mu je zamenjal terapijo: nov antidepresiv in nevroleptik. Po prvotnem višanju doze antidepresiva je sledilo nižanje, s katerim se Bojan ni strinjal, saj se je ob višji dozi počutil boljše, psihiater pa je bil mnenja, da je doza previsoka. Po enem mesecu so ga odpustili iz psihiatrične bolnišnice, a se je še isti dan vrnil, ker je doma občutil hudo krizo. Od psihiatra je zahteval hospitalizacijo in pomoč: *Sem rekel 'jaz ne bom šel domov, jaz ne grem domov. Jaz dokler ne bom v redu, ne grem domov. To nikamor ne pelje.'* Ob ponovni hospitalizaciji je zopet zamenjal psihiatra, ki mu je povišal dozo in mu dodatno predpisal nov antidepresiv. Psihiater ga je med hospitalizacijo zelo spodbujal, da se je vključeval v vsakdanje aktivnosti, npr. hodil je na pripravo na porod, skupaj s partnerko sta hodila na preglede ipd. Ob tem je povedal: *In to se mi zdi taka dobra institucionalna praksa. Ne, da maš tam ljudi zaprte in jih nikamor ne pustiš, ne. Ampak da jih čim prej vrneš nazaj v življenje*. Bojan je na neki točki začutil, da se počuti dovolj dobro, da bi zapustil psihiatrično bolnišnico. Počasi je tudi pričel z opuščanjem psihiatričnih zdravil oziroma zmanjševanjem doze.

Bojan je že pred hospitalizacijo iskal pomoč pri različnih psihiatrih, psihoterapevtih, posegel je tudi po alternativnih rešitvah. Odšel je tudi *k eni šamanki*. *Ona je rekla 'ja, ja, to mate vi neke prednike, ki so umrli v čudnih okoliščinah in vas to mori'*. Obred, ki ga je doživel, mu ni pomagal, zato se je odločil: *zdej grem pa nazaj farmakološko [o. p. terapijo]*. Ostale izkušnje s strokovnimi službami (psihiatri in psihoterapevti) ocenjuje zelo različno in pove, da *s temi psihiatri je pri nas ... Zelo moreš met jackpot, no, res moreš met jackpot*. Bojan je povedal, da je ob pričetku uporabe psihiatričnih zdravil izvedel le peščico informacij, npr. to, da se lahko ob pričetku pojavi stopnjevanje že obstoječih simptomov, o opuščanju pa še manj. Z uvajanjem psihiatričnih zdravil je imel tudi največ težav, saj je občutil veliko različnih stranskih učinkov. Eden izmed psihiatrov, ki jih je spoznal med hospitalizacijo, je stranske učinke zdravil predstavil tako:

'Lejte, zdele je februar, zima je, ne. Megla je zuni. Torej stranski učinek zime je megla. Kaj zdej? A bomo skenslal zimo al kva? Pač mormo žvet s tem, ne. Stranski učinek zime je megla pa da je mraz, pa da je vlažn, pa bedno je. Pa kaj. Pač mormo žvet s tem.'

Bojan je po zadnji hospitalizaciji opustil vsa psihiatrična zdravila razen antidepresivov. Te jemlje še danes in se počuti dobro. Svojo situacijo opiše z naslednjimi besedami:

[...] je pa res, da mam to berglo zrav. Ampak lej, jaz zaenkrat to jemljem kot 'tko je'. Nimam niti plana zdej v bližnji prihodnosti, da bi dol s tega šel, ker the other option je

... Velik slabš, ne. Ne vem, mogoče pa sem se že tok spremenil, da bi lohk to pač komot, ne. Ampak lej, zaenkrat pa ni moj čas, ne čutim tega, ne čutim niti potrebe.

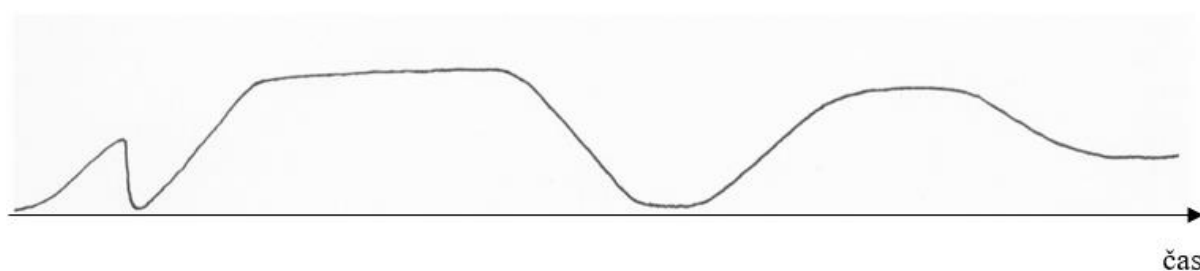
d) Denis

Število srečanj: eno srečanje v živo, dodatna elektronska korespondenca in telefonski klici

Trajanje srečanja v živo: 80 minut

Psihiatrična zdravila, ki jih je opuščal: antidepresivi

Denisovo uporabo psihiatričnih zdravil lahko približno orišemo tako, kot kaže spodnja slika (Slika 5):



Slika 5: Časovna dinamika uporabe in opuščanja psihiatričnih zdravil: Denis

Denis je star 42 let in uporablja antidepresive manj kot pet let. Pred nekaj leti je doživel hudo izgorelost, ki se je izražala kot napadi tesnobe in panike. K temu je botroval splet okoliščin:

Vse je strmo padalo, ne. V tistem obdobju nisem več bil sposoben zdržat, praktično nikjer nisem mel miru. Ne v službenem okolju, ne doma [...] Vse je blo overloadano. Overloadano pa zato, ker sem skoz toleriral in to je neko nalaganje; leta in leta ali pa mogoče celo desetletja in desetletja. Zagotovo povezano tudi z načinom, kak sem bil vzgojen, kaki so bili moji temelji, kako sem se odzival na vse skupaj, tak da če potegnem črto – mej nism postavljaj.

Zaradi prehude stiske se je odločil za obisk pri osebni zdravnici, ki je Denisu predlagala antidepresive. Do njih je imel neko distanco, ki jo je pojasnil z naslednjimi besedami: *da to pač ni neki, kar bo mene kadarkol doletelo*. Ker je bil v tako slabem stanju, je to obliko pomoči sprejel, vendar ga je bilo pričetka uporabe antidepresivov strah. Neugodni občutki so se še dodatno potencirali, ko je pričel z uporabo, saj je doživel neželene stranske učinke, o katerih pri osebni zdravnici ni prejel nobene informacije. Zaradi hudega odziva ob pričetku jemanja antidepresiva je poklical svojo osebno zdravnico, ki je rekla, *da ji je čudno, da to ne more bit od tega, čeprav je blo od tega [o. p. od pričetka uporabe antidepresivov]*. Denis se je zaradi slabe izkušnje odločil, da antidepresivov ne bo jemal. Po nekaj dneh je obiskal urgentno ambulanto, kjer mu je psihiatrinja predpisala druge antidepresive. Povedala mu je, naj jih uvaja postopoma. Zaradi slabe izkušnje s prvim uvajanjem je bil Denis še dodatno pazljiv in uvajal antidepresive še počasneje, kot ga je usmerila psihiatrinja. Ob drugem uvajanju se je srečal z nespečnostjo: *[...] dva dni nisem zaspal in se mi je že blest začelo. [...]* Sem to omenil, ko sem hodil na preglede, pa je *[o. p. psihiatrinja]* rekla, *da je ok, da pozna, ne*.

Ker se je v ambulanti, kjer je Denis iskal pomoč, zamenjalo kar nekaj psihiatrinj, je zaprosil, da bi dobil 'redno' psihiatrinjo. Po enem letu se je odločil, da antidepresive opusti, ker se je počutil boljše. Po postopnem opuščanju je zopet začutil stisko, zato se je odločil, da bo ponovno pričel uporabljati antidepresive. Psihiatrinja mu je predlagala, da se vrne na enako dozo, kot jo je jemal tekom prve terapije.

Denis je že dve leti vključen tudi v podporno skupino, ki mu jo je predlagala njegova psihiatrinja:

Tovrstne skupine so zelo dobra stvar, ker je neka disciplina, ki ti na dolgi rok zelo dobr koristi. [...] Morm rečt, da sem se ogromno naučil, predvsem o sebi, predvsem odzivanje na določene stvari, ko sem imel težavo. Je pa zanimivo tudi to, da tam tudi opazuješ druge ljudi, kako se odzivajo, in pol sem prepoznaval določene stvari, ki sem jih že nekak predelal – ne nekak – ki sem jih predelal, za katere lahko zelo samozavestno govorim, da nimam več triggerja, ne.

Po enem letu uporabe se je Denis zopet odločil za opuščanje. Ko je med pogovorom razmišljal o začetku uporabe, je povedal, da bi si želel vedeti več informacij o zdravilih, kot jih je prejel: *Če danes pogledam nazaj, vidim, da dejansko tudi jaz, kot nek posameznik, nek pacient pri strokovnjaku, bi mogel dobit več informacij.* Sedaj jemlje nižjo dozo in razmišlja o popolni opustitvi antidepresiva, a se v to ne priganja.

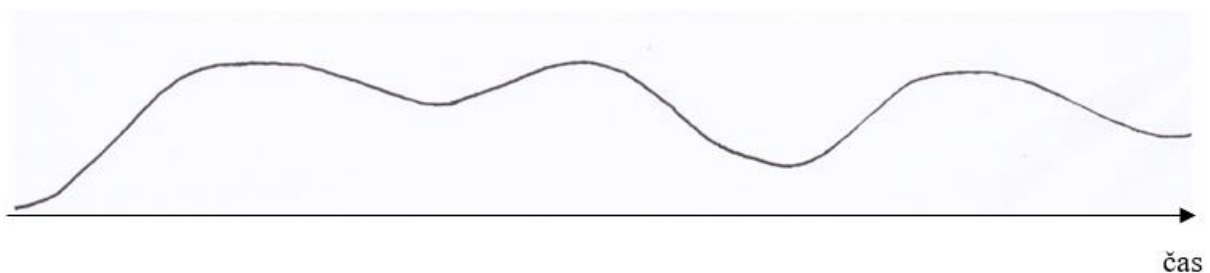
e) Gregor

Število srečanj: eno srečanje v živo in telefonski klic

Trajanje srečanja v živo: 84 minut

Psihiatrična zdravila, ki jih je opuščal: uspavala, nevroleptiki

Gregorjevo uporabo psihiatričnih zdravil lahko približno orišemo tako, kot kaže spodnja slika (Slika 6):



Slika 6: Časovna dinamika uporabe in opuščanja psihiatričnih zdravil: Gregor

Gregor je star 41 let. Med pogovorom sva zajadrala po mnogih zgodbah njegovega življenja. Te je z mano delil po delčkih, fragmentirano, včasih bolj, včasih manj povezano. Gregorjevo življenje bi lahko opisali z izrazom psihiatrična kariera, ki vključuje dolgotrajno uporabo psihiatričnih zdravil (največkrat nevroleptikov), vpetost v strokovne službe, hospitalizacije, mnoge menjave psihiatrov, upokojitev na podlagi psihiatrične diagnoze itd. Zase pove, da je *odrinjen na rob družbe*, kar tudi tematizira skozi celoten pogovor:

In sem vso energijo, vse sm vložil, da bi se tle tuki stabiliziral, da bi si najdu družbo [...]

Ja tko, da če je nekdo mal tko čuden, dejmo si ga prvoščit, ne [...]

Glede glasov sem pa tko mel en tak stik z eno višjo astralno silo, k sem tko komuniciral preko nje in jaz sem se počutil v tem svetu kot vesoljec.

Mene bi pa dal v Hrastovec najraj usi, ne, a veš.

Zato, k me ta svet ni izpolnjeval. K sem bil povsod ... karkol bi dubu kontra, a veš.

Sogovornik je imel s svojo družino zapleten odnos. Povedal je, da je bil oče fizično nasilen do njega in imel težave z alkoholom, za mater pa čuti, kot da ji ni pomemben: *Me tako obravnava, kot da ne bi bil njen sin, ampak nekdo, k ga je pobrala tamle, a veš.* Povedal je tudi: *Ja, jaz sem bolj mnenja, da bi moj oče rabil jemati te tablete. Pa moja mama pa moj brat.*

Njegov prvi stik s psihiatrijo je bila hospitalizacija, ko je bil v srednji šoli. Glede na Gregorjeve besede sklepam, da je šlo za prisilno hospitalizacijo: *Ja mene so silili [o. p. jemati zdravila], ne. [...] so me dal v bolnico [...] pred maturantskim izletom te dajo zapret nekam.* Skupno je bil hospitaliziran petnajstkrat. Gregorja je bilo strah, da bo na psihiatričnem oddelku preživel celo svoje življenje:

Ja tisto okolje, ne vem, a veš, človek, ki si pač želi izboriti eno svobodo, ga pol strpajo tja. Tam so bili včasih po 20 let ljudje, ne. Jaz sem mislil, da pač bom tam umrl, ne.

Gregor psihiatrična zdravila uporablja že 25 let. O uporabi je povedal, da je bil v to prisiljen, in orisal občutek ujetosti v dolgotrajno uporabo: *Zato, ker nimam izhoda, ker drugače bom v bolnici končal.* Ob uporabi se je srečal tudi z močnimi stranskimi učinki:

[...] k sem bil že na fakulteti, pa sem psihiatru rekel, da bi probal to Zyprexo. Sem eno vzel pred taborniškimi, skavtskim sestankom in se mi je spet jezik zavozljal, sem tko hotel povedat 'jaz ne morem govort, ne morem govort.'

Preprosto jih nisem mogel več jemati, ker sem mel tko visoko dozo, da moje telo ni blo navajen. [...] Tok stranskih učinkov sem [o. p. imel], men niso dal tam mini doze. A razumeš, če je maksimalna doza 20, so men dal 20 pa še injekcijo zraven pa še neki družga. Pa se ni dal z njimi nič pogovarjat, ne.

Ja pač lačen sem bil, to mi je blo najbolj huj, ne. Kolena so trpela, trpijo, ne. Pa tko, ne pustijo ti, ne moreš razvit ... Js pozabljam stvari, tko da si ne moreš verjet [...]

Dodatno je povedal, da čuti, da je zaradi uporabe antipsihotikov druga oseba: *Ampak antipsihotiki ti tko škodujejo, da ti na enem drugem nivoju pokvarijo biokemijo in pač se ne poznaš več in si druga oseba, a ne.*

Ko sem ga povprašala o tem, če ga je zdravnik, ki mu je predpisoval psihiatrična zdravila, informiral o njihovem delovanju, je povedal, da so mu rekli *'ne brat tega drobnega tiska, k tam piše, kaj se zgodi.'* Gregor se s tem ni strinjal, zato se je o delovanju pozanimal sam:

[...] valda bom prebral neki, kar jemljem, ne. [...] Ja ne, pač, pozanimal sem se. Sej to ne rabiš velik, to rabiš dve, tri ure, da najdeš kej. Pol pa še kej tko slišiš, pa bolj pomembno je tud, kaj ti psihiater zaupa, k oni tud poznajo kšne stvari, kako kej seveda, a ne.

Odkar je Gregor vpet v sistem strokovne podpore in pomoči, je že osemkrat zamenjal psihiatra. Z njimi ima različne izkušnje, v splošnem pove, da so mu *naklonjeni*, in da so vedno naredili tako, da mu je bilo *pomagano*. Večkrat pa izrazi tudi, da s strani psihiatrov ni bil slišan in se ob tem počuti, kot da nanj gledajo, kot da ni pameten: *Ja, tam [na psihiatričnem oddelku] pač ne smeš bit pameten. Tam ne smeš bit pameten niti zase. Sej razumem, da ti ne smeš bit pameten za nekoga družga, ampak tam ne smeš bit pameten zase.*

Gregor si želi, da bi opustil psihiatrična zdravila, a ga na drugi strani omejuje strah, ker ne želi biti ponovno hospitaliziran in prejemati še višje doze. Trenutno išče tako obliko podpore, ki bi mu to omogočala.

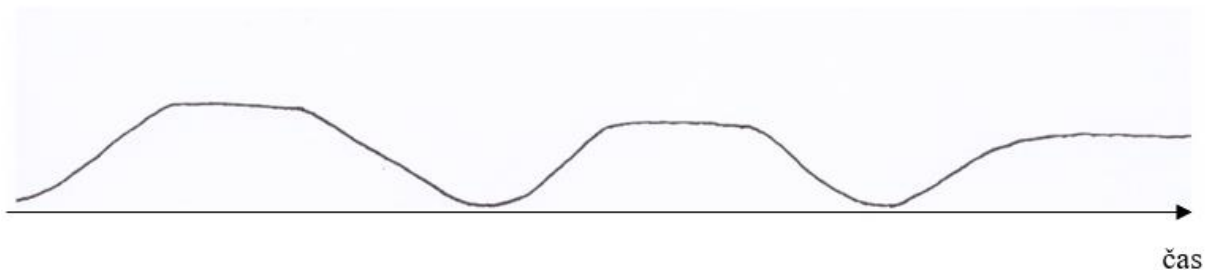
f) Marina

Število srečanj: eno srečanje v živo in dodatna elektronska korespondenca

Trajanje srečanja v živo: 56 minut

Psihiatrična zdravila, ki jih je opuščala: antidepresivi, pomirjevala

Marinino uporabo psihiatričnih zdravil lahko približno orišemo tako, kot kaže spodnja slika (Slika 7):



Slika 7: Časovna dinamika uporabe in opuščanja psihiatričnih zdravil: Marina

Marina je stara 55 let. S prekinitvami uporablja antidepresive več kot 30 let. Prvič jih je pričela uporabljati nekje pri 25. letih, ko se je v njenem življenju nakopičilo več stresnih dejavnikov: stresna služba, nerešeno stanovanjsko vprašanje, majhen otrok itd. Stiska se ji je izražala na fizični ravni tako, da je imela veliko vnetij, ki jih antibiotiki niso pozdravili. Osebna zdravnica jo je napotila k psihiatru, ta pa ji je predpisal antidepresive, ki jih je takrat jemala dve leti. Zatem je več let hodila na psihoterapijo in ni jemala nobenih zdravil.

Potem je prišlo do ponovne zgostitve stresnih dejavnikov in stopnjevanja stiske, zato ji je osebna zdravnica predpisala antidepresive, ki jih je uporabljala tri leta. Po nekajletnem premoru je Marina doživela *najhujšo stisko v življenju*, ki jo opiše tako: *Takrat sem bila tako sesuta, da nisem mogla več ne jesti, ne spati, ne ležati, ne hoditi, ne nič. Res totalni down.* Zopet je pričela uporabljati antidepresive, občasno je jemala tudi pomirjevala in uspavala. Takrat ni čutila nobenih stranskih učinkov: *Jaz nisem čutila nobenih [o. p. stranskih učinkov],*

ker se slabše sploh več nisem mogla počutiti. Da se je pobrala iz te stiske, je Marina potrebovala nekje tri leta. Vmes je uvedla nov antidepresiv, ki ji je zelo pomagal. Psihiater ji je tudi predlagal, da prične z obiskovanjem psihoterapije, kamor je potem hodila dve leti. Obenem je skušala opustiti antidepresiv in ob tem naletela na težave, ker je občutila intenzivne odtegnitvene učinke. Preden je dokončno opustila terapijo, se ji je duševno stanje zopet poslabšalo, zato ji je psihiater predlagal drug antidepresiv. S tem antidepresivom ni bila zadovoljna, zato ji je psihiater zamenjal terapijo. Marina z uvajanjem zdravila nikoli ni imela težav.

Marina je s podporo psihiatra sicer zadovoljna, moti jo le nenehno uvajanje in opuščanje, ki ga predlaga: *[...] naj mi pač piše te recepte. Drugi [o. p. uporabniki] imajo težave, ko pravijo, da jih [o. p. zdravniki] silijo tablete jemati, jaz imam pa ravno obraten problem ...* Večkrat jo je namreč že spodbudil, da opusti antidepresive. Marina je tako uvajala in opuščala antidepresive že večkrat. Njegovo držo si razlaga tako:

Po drugi strani pa ga po svoje tudi razujem. On je pač nasprotnik tega, da bi nekdo v nedogled jemal zdravila. On dela tudi z zasvojenici, alkoholiki. In to jemlje kot zasvojenost, mogoče. Čeprav saj vsi vemo — od antidepresivov nisi zasvojen.

Nenehno vrteči se vrtiljak uvajanja in opuščanja antidepresiva je trenutna Marinina realnost:

Jaz sem zdaj malo tudi sprijaznila s tem, da očitno je bilo tisto zelo dolgo obdobje v mojem življenju, ki je bilo tako stresno, da sem si mogoče res to kemijo v možganih čisto pokvarila. Da ne morem več prit nazaj. Da to berglo rabim. [...] Ker jaz tudi nimam več energije za te poskuse. Gor pa dol pa gor pa dol, to je tako naporno.

Informacije, ki jih je Marina dobila ob pričetku uporabe antidepresiva, so bile zelo borne: *To je bilo še v 80. letih. Zdravnica je rekla 'jaz vam bom dala nekaj, da boste imeli malo več energije'. Jaz nisem vedela, da je to depresija. Pa sem potem tisto vzela, ne. Bolj kot na informacije zdravnikov se je Marina zanašala na informacije, ki so jih na uporabniškem forumu delili uporabniki psihiatričnih zdravil. Marina se je aktivno vključevala v društvo s področja duševnega zdravja. Pomen povezovanja po izkušnji je prepoznala v naslednjem:*

Ravno v tem, da te najbolj razume nekdo, ki je sam to skozi dal, in da ti vidiš, da nisi edini. Da ti vidiš, da je še cel kup ljudi, ki ima točno take težave kot ti. Ko se ti te težave začnejo, se ti zdi, da se to samo tebi dogaja in da s tabo nekaj ni v redu in ... Vsi se bojimo, da bomo znoreli, ne. Pa tudi to, da družba to jemlje kot neko šibkost. Da se ti je to zgodilo, ker si pač neki slabič. Kar pa ni res, ne.

Danes se Marina žal težko vključuje v dogodke znotraj omenjenega društva, ker ne potekajo v njenem domačem kraju.

Marina je povedala, da se je nekdaj svojih težav sramovala in jih skrivala, sedaj pa o njih pripoveduje:

V bistvu sem ogromno energije porabila, da sem to čim bolj skrivala pred okolico pa v službi in to, ker je to taka stigma pri nas. Čeprav zadnja leta tudi jaz že lahko o tem

govorim in me ni več sram povedati, da imam težave z depresijo pa da jemljem zdravila. Sem v bistvu prišla preko tega. Ampak to je toliko let trajalo ...

Marina je nazadnje antidepresiv opuščala lani. Čez pol leta se je zaradi stiske ponovno odločila, da prične z uporabo, zato je uvedla antidepresiv, ki ji je ostal od zadnje uporabe v lanskem letu.

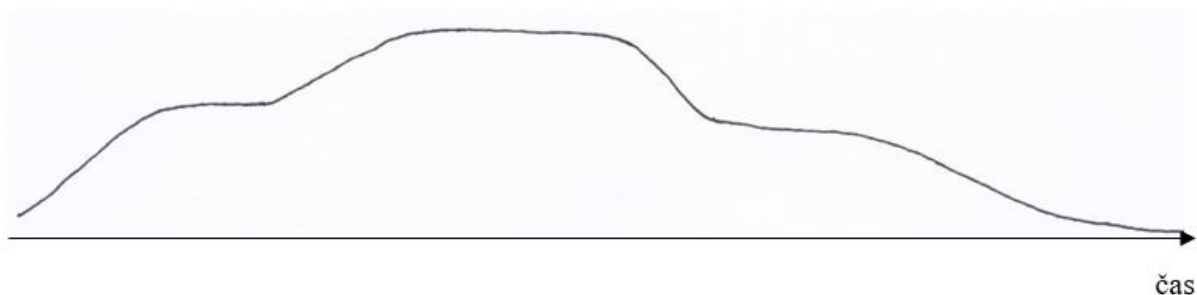
g) Jessi

Število srečanj: eno srečanje v živo

Trajanje srečanja v živo: 64 minut

Psihiatrična zdravila, ki jih je opuščala: antidepresivi, nevroleptiki

Jessijino uporabo psihiatričnih zdravil lahko približno orišemo tako, kot kaže spodnja slika (Slika 8):



Slika 8: Časovna dinamika uporabe in opuščanja psihiatričnih zdravil: Jessi

Jessi je stara 23 let. Z uporabo psihiatričnih zdravil je pričela pri 14. letih in jih jemala nekje šest do sedem let. Svojo pripoved je pričela z orisom svojega otroštva. Zdelo se ji je, da njena mati nikoli ni bila zares mati, ker je po njenem rojstvu doživela poporodno depresijo. Čutila je, kot da ima njena mama drugačen odnos do nje, kar se je še posebej izkazalo, ko je dobila brata: *A veš, če si en cajt govoriš 'ja sej mogoče pa samo ne more razvit ljubezni do otrok' al pa to. Ko pa vidš, da loh sam do tebe nima, tist te pa podre.* Takrat je Jessi pričela razvijati svoj svet, kjer je bilo vse popolno: [...] *ki tko zgleda kot domišljjski svet, kjer se itak vse dogaja kukr jaz hočem, vse je perfektno, a ne.* Zdi se ji, da je bila kot otrok drugačna od ostalih, socialno manj spretna in pogosto izključena iz skupine sovrstnikov.

Zase je povedala, da je bila *izjemno nesrečna* že od osnovne šole. Takrat je doživljala veliko stisko, ker je s strani sošolcev doživljala nasilje. Ko je o stiski spregovorila z odraslimi, so njeno stisko minimalizirali, zato se je počutila nemočno. Njena stiska se je poglobljala do te mere, da se je nekega dne zbudila z mislijo *'joj, js bi pa tok rada umrla, ne da se mi več.'* Povedala je, da ni občutila depresije, začutila je le, da hoče *ven od tu.* Nekega dne je doživela *breakdown* pred staršema in jima zaupala svojo stisko. Naslednji dan se je zlomila tudi na pregledu v zdravstvenem domu. Osebna zdravnica jo je napotila k psihiatru. Starši so pričeli z iskanjem pomoči in telefonirali mnogim psihiatrom. Pri več njih sta naletela na oviro: dolga čakalna doba. Naposled so starši našli kontakt psihiatričnega oddelka za mladostnike, kjer so ji predlagali hospitalizacijo. Jessi je bila kmalu zatem hospitalizirana. Psihiatrinja je menila,

da gre za blažjo depresijo, popolnoma pa je spregledala druge Jessijine težave. Jessi je zaradi nasilja sošolcev v osnovni šoli razvila strah pred dotiki, saj so se jo pogosto dotikali, ko in kjer ni želela. S strahom se ji je pomagal soočiti drugi psihiater na enoti. Ob sprejemu je prejela antidepressive, kasneje pa je pričela še z uporabo nevroleptikov in pomirjeval. Med pogovorom je povedala, da ni imela v spominu, da bi pred uporabo kar koli izvedela o delovanju in učinkih psihiatričnih zdravil. Prva hospitalizacija je trajala tri mesece. Zatem se je vrnila v šolo, kjer je doživela še hujše nasilje kot prej. V stiski jo je podprla predvsem razredničarka, ki ji je omogočila šolanje od doma, jo obiskala med hospitalizacijo itd.:

Ampak ona je res moja mami ratala, ne. Una, ki je nikol nism ... Mislm, nism mela, mam – ampak ne vem, res mi je en človk, ki mi je stal ob strani. A veš kukrat je ... Ona je bila edini od razrednikov, od kogarkol, ki je prišla k men na psihiatrijo.

Jessi je bila kasneje ponovno večkrat hospitalizirana *mal on-off*: *mal ja, mal ne*. Zatem je dobila ambulantno psihiatrinjo, s katero se nista dobro ujeli: *K se sploh nisva zastople, k je skos eno in isto razlagala, kar sploh ni blo res, a ne*. Jessijina stiska se je zopet poglobljala, pričela je slišati glasove, zato si je želela, da jo hospitalizirajo, vendar ji je psihiatrinja nekaj časa to onemogočala, saj je menila, da se Jessi želi izogniti obiskovanju šole. Naposled so jo hospitalizirali v psihiatrični bolnišnici za odrasle osebe, na zaprtem oddelku. Svoj prihod opiše z naslednjimi besedami:

Tam se pa spomnim, kako sem not pršla, kako so mi razložil, dal so mi za preoblečt uno pižamo, ker itak sam tist maš pa spodnje hlače, tud modrca takrat nismo smel met. Sem se šla preoblečt, dobila sem prvo dozo tablet, pol mam pa tri mesce temo. Ne vem nič več.

Ne Jessi, ne njeni starši do današnjega dne niso izvedeli, kakšno farmakološko terapijo je prejemale takrat: *To sam oni vejo, lej. Ne vem kva so takrat z mano delal, res ne vem*. Po treh mesecih je zapustila zaprt oddelek in šla na polodprtega, zato so ji tudi znižali dozo psihiatričnih zdravil. V tovrstni obravnavi je prepoznala tudi prednosti: *Ja lej, roko na srce, takrat js neb tega obdobja preživela brez tega, da bi me nekam not zaprl pa da bi me dal na zdravila tok, da sm se spočila*. Podobno kot prej so bile njene hospitalizacije na tem oddelku *mal on-off zadeva*. Na neki točki se je Jessi počutila boljše in želela zapustiti psihiatrično bolnišnico, a ji psihiatri tega niso dovolili, zato je ubrala strategijo: *'okej, zdej pa probej to normalnost, ki jo maš, zdržat. Ne mislit na to, da si vsak dan zaklenjena pa kuko je, pa to*, ki ji je pomagala, da je lažje pričakala odpust. Njene hospitalizacije so skupno trajale nekje tri leta z vmesnimi krajšimi prekinitvami. Kasneje se je vključila še v program projektnega učenja mlajših odraslih, sledilo je nekajmesečno bivanje v tuji državi, nato pa se je vrnila domov in nadaljevala s šolanjem. Razred, ki se mu je priključila, je bil veliko bolj podporen od prejšnjega. Tam je spoznala tudi svojo zdajšnjo najboljšo prijateljico.

Jessi pove, da se je med uporabo psihiatričnih zdravil srečala s stranskimi učinki: upočasnjeno motoriko, povečanim apetitom, izgubo refleksnih odzivov, čustveno otopelostjo itd.:

Prej [...] sem pomislila in je trajal par sekund, da se je roka premaknila al pa karkol, a ne. In to me je tud zelo omejeval, zato ker razumsko sem bla js top fit do neke mere

[...] In te umetne blokade so šle men tok na živce, lahko bi tok več s sebe nardila pa ne morem, a ne.

Potem sem se zredila, dobila sm gromozanski apetit. Pa v bistvu je blo tko, da se sploh nism zredila, ampak napihnila, a veš, tist, k okrogu rataš. [...] zgubla sem reflekse, nisem mela refleksov sploh več, ravnotežje se mi je poslabšal.

Čustvena otopelost, nisem mela nobenih čustev več na momente. Sem bla prazna, ni blo ... Nč ni blo več.

Z opuščanjem psihiatričnih zdravil je Jessi pričela pred maturo. Danes psihiatričnih zdravil ne uporablja več.

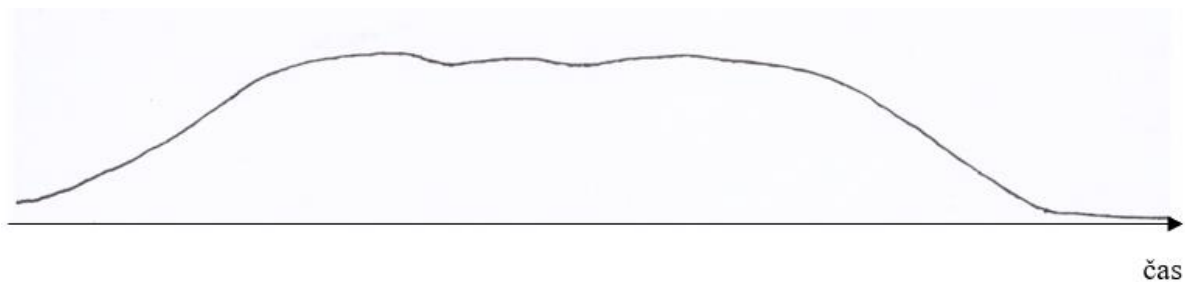
h) Moja

Število srečanj: dve srečanja v živo

Čas trajanja srečanja: 96 minut

Psihiatrična zdravila, ki jih je opuščala: antidepresivi, nevroleptiki

Mojino uporabo psihiatričnih zdravil lahko približno orišemo tako, kot kaže spodnja slika (Slika 9):



Slika 9: Značilnosti uporabe in opuščanja psihiatričnih zdravil: Moja

Moja je stara 49 let. Psihiatrična zdravila je uporabljala tri leta, sedaj pa jih že deset let ne uporablja več. Povedala je, da njeni spomini na uporabo in opuščanje niso več sveži. Z mano je delila veliko zgodb in spoznanj, ki so se pripetila po opustitvi psihiatričnih zdravil.

Moja je povedala, da je že od otroštva slišala glasove ter dodala, da *pač s tem živiš*. Opisala jih je tako:

[...] ker nisi imel sebe, ker si živel mogoče druge, ker si bil obremenjen s krivdo, da v bistvu se je v tem praznem prostoru ustvarla ta množina, ne. Ki je tvoj glas postala, ne, oziroma glasovi. Da pol potem, ko greš pa v obratni smeri, da pa obstaja vse bolj, kar si ti, kaj je tvoja identiteta, in potem, da jaz ne ločujem sebe pa glasove ampak v bistvu gledam kot dele sebe, ki niso imeli izraznosti. Tako da se bolj zdej s tem delom sprejemam, v svojih izraznostih.

Moji so se na neki točki v življenju nagnetle mnoge neugodne okoliščine: ločitev, boj za skrbništvo nad otroki in težave v službi. Z vsem je nekako ostala sama, saj z nikomer ni govorila o svojih težavah. Pomoč je sprva iskala pri bioenergetiku:

[...] sem videla pozneje, da mi je pral možgane. Ker sem jaz začela razmišljat sam še to, kaj bi on naredu oziroma ga poklicala po telefonu, kaj on misli oziroma če ga nisem dobila razmišljala kaj bi on naredil v tej situaciji. [...] Če tri leta hodiš k nekomu enkrat na teden, je to ... blazna avtoriteta postane v tvojem življenju. Kot neki varuh, avtoriteta, kot neki nadomestni oče, ne.

Po nezadovoljstvu s prejeto pomočjo pri bioenergetiku je ugotovila, da ji preostane zgolj še *sistemsko zdravljenje*. Ugotovila je, da lahko zgolj skozi *sistem* dostopa do bolniškega staleža, vstop v *sistem* pa ji je predstavljal tudi pot, ki bi ji omogočila skrbništvo nad otroki in stanovanjsko varnost. Psihiatrinja ji je ob pričetku povedala, da bo morala psihiatrična zdravila jemati vsaj tri leta. Predlagala ji je tudi hospitalizacijo, ki jo je argumentirala z naslednjimi besedami: *argument je bil, da bi našli pravo zdravilo zame. Ravno pravšnjo dozo, pravo, ne*. Moja je bila hospitalizirana mesec dni.

Ambulantno psihiatrinjo je obiskovala sedem let. Od nje je dobila občutek, da bo morala na »kontrolne preglede« hoditi doživljenjsko:

Blazen občutek ti nabijejo, da je to doživljenjsko. Da morš hodit na kontrolo in da temu se ne morš izognit in da se ne bo nč spremenilo [...] To ni res, da js morem hodit k njej doživljenjsko. Da bi lahko tud kam drugam, ampak v bistvu, da ne rabim tud nikamor pol.

Drugi vidik, ki ga je Moja odprla je tudi struktura njunih srečanj:

Jaz sem rekla temu krizni test. Ko sem šla k psihiatrinji in ona je mene v tistih pet, desetih minutah vprašala v zvezi s službo, partnerjem, otroci, ne. Js sem si to tko razlagala. In če sem js po tistih desetih minutah še zmeri bila kukr da skulirana, je blo to zanjo v redu. Merilo, da sem v redu, ne. Če sem bla v stiski, živčna, pol neki ne deluje. Al zdravila ne delujejo al jih pa ne jemljem, ne. [...] V bistvu je, da je bla to edina terapija, ki sem je bila deležna.

Moja je od psihiatričnih zdravil jemala nevroleptike v obliki tablet in tekočine. Povedala je, da se spomni, da ji je psihiatrinja tudi nekajkrat zamenjala terapijo. Povprašala sem jo, kakšne informacije je izvedela pred pričetkom uporabe, na kar je odgovorila: *V bistvu na mehkek način ti oni dajo, da lahko zbereš zdravila. Povejo. Te izbire ti ne dajo, sam povejo ti. [...] Kot rešitev, ki mi lahko pomaga. V bistvu sem opazila, da majo model. Ko si na psihiatriji, ti nimaš izbire, ne*. O psihiatričnih zdravilih je izrazila stališče, da moraš vanje verjeti, da te lahko podprejo. Sama je imela tako izkušnjo, da glasov niso utišala, so jo pa podprla tako, da je bila storilna, kar je bilo za sistem čisto dovolj: *V bistvu si storilen. V bistvu si avtomat. Pol-avtomat. In za sistem je to čisto dovolj, da funkcioniraš, da hodiš v službo [...]*. Psihiatrična zdravila je razumela kot *mašila*: *Potem pa to mašilo, kera koli substanca, ki je, utišava čustva. Ti da to storilnost. Ni važno, kaj je*. Opisala je še nekaj srečanj z neželenimi učinki, ki jih je razumela kot posledico uporabe: *[...] da maš pa blazno zožan krog odzivnosti*. Med uporabo je občutila, da je vse *plastično*, kar ji je onemogočalo pristen stik z otroki:

[...] pač takrat je bilo to moje dožemanje, da sem zaradi zdravil ... Da je vse plastično, da jest otroka ne morem objet, da recimo tudi, ko sem se objemala, ko sem se stiskala,

da ni bil stisk, ampak je blo vse bolj plastično. Lahko bi drugač opisala: da ni bilo bližine in niti topline in da jaz sem želela met, da to dam otrokom, ne.

Moja je psihiatrična zdravila, kot obliko pomoči sprejela za določen časovni rok: tri leta. Zatem se je odločila, da psihiatrična zdravila opusti brez soglasja psihiatrinje.

6.2.1.1 Povzetek odgovorov na prvo raziskovalno vprašanje

Moje sogovornice in sogovorniki so pričeli jemati psihiatrična zdravila različno dolgo nazaj, zato so spomini nekaterih na pričetek uporabe bolj medli. Šest od mojih sogovornic in sogovornikov je pred iskanjem pomoči v zdravstvenem sistemu občutilo hudo stisko, ki je bila pogosto **posledica nakopičenih stresnih dejavnikov, s katerimi se niso zmogli spoprijeti**, zato so sami iskali strokovno pomoč.

Gregor in Moja sta se pred vstopom v službe pomoči tudi srečevala z različnimi stiskami, vendar sta se z njimi spopadala na bolj **alternativne načine**: Moja z bioenergetsko pomočjo, Gregor pa z vpletenostjo v duhovno življenje. Moja je bila bitke na različnih frontah: služba, otroci, ločitev, centri za socialno delo. Uvidela je, da ima možnost obdržati skrbništvo nad otroki le v primeru, da gre skozi *sistem*. Moja je torej na podlagi prioritete uvidela, da je ta pot strateška. Gregor se je s psihiatrično pomočjo prvič srečal ob prvi hospitalizaciji, ki je bila sprožena s strani njegovih staršev.

Moja in Luka sta pomoč sprva iskala zunaj zdravstvenega sistema; Moja je pomoč iskala pri bioenergetiku, Luka pa pri psihoterapevtki. Zaradi nezadovoljstva z oblikama pomoči sta svojo srečo poskusila pri psihiatru.

V Sloveniji lahko psihiatrična zdravila predpisujejo **psihiatri in zdravniki splošne medicine**. Slednji so tudi najbolj dostopni posamezniku. Z vidika objektivne dostopnosti so to običajno zdravniki v lokalnem okolju, s katerimi se osebe poznajo že dalj časa. Pri iskanju pomoči ob težavah v duševnem zdravju pa je ravno tako pomemben občutek dostopnosti. Ambulante zdravnikov splošne medicine so namreč tudi razmeroma nestigmatizirane, torej je občutek potencialne stigmatiziranosti oseb, ki iščejo pomoč, bistveno manjši, kot pa pri ambulantah, ki jih vodijo specialisti psihiatri. Pri osebnem zdravniku so se prvič s psihiatričnimi zdravili srečali trije sogovorniki, trije pri ambulantnem psihiatru, dva pa ob prvi hospitalizaciji. Psihiatrična zdravila so precej lahko dostopna, Russo (2018) pravi, da redkokomu ob stiku s službami s področja duševnega zdravja niso vsaj ponudili, če ne že predpisali psihiatričnih zdravil ali pa so uporabniki celo prisiljeni k uporabi. Občutki prisile lahko izhajajo tudi iz uporabnikovega subjektivnega zaznavanja okoliščin, kot npr. pravi Gregor: *Zato, ker nimam izhoda, ker drugače bom v bolnici končal*. Sedem intervjuvank in intervjuvancev je psihiatrična zdravila ob prvem stiku s psihiatrom prejelo razmeroma hitro, ob prvem obisku. Le Luka se je s psihiatrom pred pričetkom uporabe pogovarjal o možnih rešitvah, ki bi mu pomagale olajšati stisko, obenem si je pa psihiater vzela čas za postavljanje psihiatrične diagnoze.

Le dva intervjuvanca sta bila ves čas vodena pri istem psihiatru, kjer sta pričela obravnavo, ostali pa so psihiatre zamenjali večkrat. Razlogi za menjavo so bili različni: nezadovoljstvo, hospitalizacije ali pa zunanji dejavniki, nad katerimi niso imeli vpliva. **S podporo psihiatra**

je bil zelo zadovoljen Luka: *čist zaradi tega njegovega odnosa se mi je zdelo, da me on ful razume*, ki je bil v stiku z enim psihiatrom. Tako kot Luka se tudi Marina že od samega začetka srečuje z istim psihiatrom in je z njegovo podporo zadovoljna. Ana se je ambulantno srečevala z dvema psihiatrinjama; ne pri eni ne pri drugi se ni počutila slišano. Glede odnosa s prvo psihiatrinjo je povedala, da je bila neosebna in je njene stiske minimalizirala, kar je ni podpiralo: *Samo tko je bla: 'aja, kaj so vam to predpisal? Vam ne ustreza, bomo neki družga. Aja, veste, sej vsi, ko pridejo na faks imajo take težave.'* [...] *Res nisem marala tja hodit ...* Z drugo psihiatrinjo pa sta prišli v konflikt glede poteka zdravljenja, saj se psihiatrinja ni strinjala z Aninim opuščanjem: [...] *pravi, da sem najbolj pasivn pacient, da ne upoštevam nobenih navodil psihiatrične stroke*. Bojan je zamenjal že kar nekaj psihiatrov z namenom, da najde rešitev zase. Na podlagi svojih izkušenj je povedal, da *s temi psihiatri je pri nas ... Zelo moreš met jackpot, no, res moreš met jackpot*. Podobno izkušnjo kot Bojan je imel tudi Gregor, ki je imel s podporo psihiatrov mešane izkušnje, v splošnem pa je čutil, da so mu *naklonjeni*. Glede na Mojine besede lahko domnevamo, da razume stališče psihiatrinje, ki ji je nudila pomoč, vendar je bila ta podpora za Mojo začasna in nezadostna: *Da sm se ji zahvalila, ker takrat, ko sem rabla podporo, pomoč, sem jo dobila. Dala mi jo je tako, kot je, kakršno pač ona verjame, se pravi samo zdravila, nič drugega*. Štirje intervjuvanci, ki so se sami odločili, da (večkrat) zamenjajo lečečega psihiatra, z njegovo obliko podpore niso bili zadovoljni. V vseh primerih lahko opazimo, da gre za umanjkanje podpornega odnosa: ne čutijo se slišani, čutijo, kot da so v nekaj prisiljeni in tožijo po pomanjkanju sodelovanja s psihiatrom, ki jim je predpisoval psihiatrična zdravila. Kaplan, Greenfield, Gandek, Rogers in Ware (1996) so ugotovili, da pacienti zapuščajo tiste zdravnike, kjer ne čutijo, da jim je dovoljena aktivna soudeležba pri zdravljenju. Pomen aktivne soudeležbe uporabnikov (oziroma pacientov, če gledamo z vidika zdravnikov) prepoznava tudi Židanik (2000), ki meni, da lahko le-ta pomembno prispeva tudi k izboljšanju počutja, večji motivaciji za terapijo in k boljši odzivnosti na psihiatrična zdravila.

Mnogi avtorji zagovarjajo načelo **informirane odločitve** ob pričetku uporabe psihiatričnih zdravil (Hall, 2016; Lamovec, 1998; Russo, 2018 idr.). To pomeni, da ima vsak uporabnik pravico do informacij o učinkih zdravil ter informacije o koristih in tveganjih uporabe, na podlagi katerih se lahko informirano odloči, če bo z uporabo pričel ali ne. Največ informacij od vseh intervjuvancev je prejel Luka, za katerega bi lahko rekli, da je sprejel informirano odločitev. Druge intervjuvanke in intervjuvanci niso prejeli veliko informacij oziroma so bile te omejene na informacije o možnih neželenih učinkih ob pričetku uvajanja zdravil. Iskanje informacij je tako prepuščeno posameznikom: Bojan in Gregor sta iskala informacije na spletnih straneh, Marina na uporabniških forumih, Denis pa znotraj svoje socialne mreže.

Skorajda takojšnje olajšanje stiske je ob pričetku uporabe občutil le Luka, kar je pripisal placebo učinku. Le-ta nedvomno vpliva na izboljšanje počutja. Psihiatrična zdravila, podobno kot druga zdravila, so bolj učinkovita, če ima uporabnik do njih pozitivna pričakovanja (Makovec, 2019). Ostale intervjuvanke in intervjuvanci so povedali, da sprva ni prišlo do izboljšanja počutja. Še posebej je bilo to očitno pri tistih, ki so uporabljali antidepresive: *Kot je znanstveno dokazano, mesec, dva, mogoče celo tri moreš jest, da dejansko pride do tistega popolnega učinka [o. p. antidepresivov] (Denis)*.

Intervjuvanci so prepoznali različne **pozitivne učinke uporabe psihiatričnih zdravil** oz. njihove koristi. Te so bile predvsem možnost spanca, počitka, dala so jim energijo ali pa so jih pomirjala. Podobne koristi navaja tudi Hall (2016). Trije intervjuvanci so izpostavili tudi, da so jim pomagala funkcionirati, kar si lahko razlagam tako, da jih učinki zdravil podprejo na ta način, da se lahko spoprijemajo z vsakdanom. Moja je bila sicer do te storilnosti, ki predstavlja korist, tudi kritična: *V bistvu si storilen. V bistvu si avtomat. Pol-avtomat. In za sistem je to čisto dovolj, da funkcionišaš, da hodiš v službo [...]*.

Sedem intervjuvank in intervjuvancev se je srečalo z **neželenimi učinki**, ki so pri nekaterih sčasoma izzveneli, ena intervjuvanka pa pravi, da niso izzveneli nikoli: *Ok, ja, res je, da je dejstvo, da sem pač manj tesnoba, odkar pač jemljem zdravila, ampak vseen mi še zmeri povzročajo hude slabosti, vrtoglavice in vse [...]* (Ana). Navajali so: bolečine v trebuhu, zmanjšan libido, slabost, zmanjšan apetit, bruhanje, prebavne težave, samomorilne misli, depresijo, izgubo energije, vrtoglavico, luščenje kože na rokah, potne roke, izpuščaji, težave z zaprtjem, nespečnost, tesnoba, pridobivanje telesne teže, alergija na mraz, upočasnjena motorika, povečan apetit, izguba refleksnih odzivov, čustvena otopelost, nihanje razpoloženja. Občutenje neželenih učinkov je bilo za vsakega izmed njih različno, saj so se nekateri z njimi srečevali dalj časa, drugi manj, obenem pa so nekateri neželeni učinki bili bolj moteči, drugi manj.

Izkušnjo s **hospitalizacijo** na psihiatričnem oddelku je imelo pet intervjuvancev. Gregor je bil edini intervjuvanec, ki je bil hospitaliziran proti svoji volji, deloma bi lahko podobno trdili tudi za Jessi, ki ima izkušnjo, da so psihiatri ob zadnji hospitalizaciji odlašali z njenim odpustom: *Pol sem bla pa v bistvu že tok bolj sama pr seb, da sm bla že prpravljena vn jt, me pa oni niso hotl dat.* Hospitalizacije proti volji uporabnika so predmet etičnih dilem. Mohor (1995) pravi, da naj bi se je zdravniki posluževali le v primeru, da posameznik ogroža sebe ali druge ter ko so izčrpane že vse druge oblike pomoči. Že iz zgodovine lahko vidimo, da je pri prisilnih hospitalizacij večkrat prišlo do zlorab, ko so le-te postale npr. politično obarvane (seveda pa zapiranje političnih nasprotnikov ne predstavlja edine problemske točke prisilnih hospitalizacij). Tudi danes ukrep hospitalizacije proti volji uporabnika predstavlja etično dilemo, saj jim ob tem kršijo človekove pravice (Flaker, 1998). Dve intervjuvanki sta imeli, kar se tiče hospitalizacije, mešane izkušnje, kjer so bili negativni vidiki izpostavljeni predvsem v navedbah o zaposlenem osebju: *Pa ful sem bla takrat še presenečena nad kakšnimi strokovnimi delavci, da so tko mal obnašal, ne vem, js sem to takrat dojela mogoče kokr, da me napadajo. [...]* *Da so bli kakšni ful nesramni. [...]*, kot pozitivne izkušnje pa intervjuvanci štejejo podporo s strani strokovnega osebja, sopacientk in sopacientov, možnosti izhodov ter podporo pri vključevanju v vsakdanje življenje:

Pa tudi pospreme so me [o. p. sopacientke] na večerjo pa vse, pa pol smo si ful zaupale. [...] *Res tko, vse smo delal skupaj in sem se končno počutla, da spadam nekam, v neko skupnost. — Ana*

Cel teden je delala samo z mano ena klinična psihologinja, skoz sem imela individualne pogovore, res so mi prisluhnil [...]. — Ana

In to se mi zdi taka dobra institucionalna praksa [o. p. spodbujanje intervjuvanca, da se vključuje v zanj pomembne življenjske dogodke]. Ne, da maš tam ljudi zaprte in jih nikamor ne pustiš, ne. Ampak, da jih čim prej vrneš nazaj v življenje. — Bojan

In sm rekla lej, on [o. p. psihiater] je še najbl mene poznal, najbl vedu. — Jessi

Jessi in Gregor sta bila dalj časa hospitalizirana tudi na varovanem (»zaprtem«) oddelku. Gregor je svojo izkušnjo opisal tako: *Ja tisto okolje, ne vem, a veš, človek, ki si pač želi izborit eno svobodo, ga pol strpajo tja. Tam so bili včasih po 20 let ljudje, ne. Jaz sem mislil, da pač bom tam umrl, ne. Jessi je povedala, da še danes čuti posledice hospitalizacije na zaprtem oddelku: Mene je ful ratal strah, tko stisne me, če slišm, da nekdo zaklepa vrata. Zato k sm bla tok cajta na psihiatriji zaprta in si mogu gledat, kako te zaklepajo. In una ujetost je tud, una, fak, a ne, nočm več tega.*

6.2.2 RV2: Kateri so razlogi za pričetek opuščanja psihiatričnih zdravil?

Ljudje svoje odločitve sprejemamo na podlagi različnih izkušenj in zaradi različnih razlogov. Običajno se ne odločamo brez ozira na vpetost v okolja, v katerih živimo. Pogosto gre za kombinacijo tega in onega razloga, ki na koncu botrujejosprejemu odločitve – v tem primeru odločitve za opuščanje psihiatričnih zdravil. Razlogi so včasih zelo jasni, sogovorniki so o njih govorili neposredno, spet druge bi si pa lahko razlagali kot posredne razloge, ki imajo veliko opraviti tudi z mojo interpretacijo.

Moje sogovornice in sogovorniki so se v večini primerov za opuščanje odločili **sami**. Pogosto se je tej odločitvi pridružil tudi psihiater, ki se je z odločitvijo strinjal. Le ena sogovornica je že večkrat opuščala na predlog psihiatra, sama pa ni imela te želje. Proces opuščanja psihiatričnih zdravil tudi ni enkraten dogodek: sogovornice in sogovorniki pogosto spregovorijo o tem, da so opuščali že nekajkrat, sploh pa, če je prišlo do več menjav psihofarmakološke terapije.

Pet sogovornikov se je za opuščanje psihiatričnih zdravil odločilo zaradi **neželenih učinkov**, ki so omejevali njihov vsakdan, v treh primerih predvsem šolanje:

[...] in js sem bla tok zaspana, nisem mogla mislit, nisem mogla brat, nisem mogla nč. In sm rekla pač, da ne bom več tega jemala [...] v bistvu, ker nisem mogla pol it niti na faks, niti nč in sm se odločla, pač, da tega ne bom več jemala. — Ana

[H: Ja kku si pol s temi tabletami čez življenje jih jemal in to?] G: Ja bolj tko, da sm jih opuščal pa na zalogo študiral. [...] Preprosto jih nisem mogel več jemati, ker sem mel tko visoko dozo, da moje telo ni blo navajen to, moje telo je blo navajeno na to, da športam in tko js nism mogu nit na en grad it razumeš. — Gregor

Ja, pol je blo pa tud tko, da sm jest tret letnik sem še zvozila s tableti, k se je pa matura začela, je blo pa tok stvari, da sm rekla 'ti tole pa nau šlo skos', a ne. [...] Sej takrat sem mela pol Leponex pa še neki, še en antidepressiv. Ampak še zmer dost močne doze. In sem jes enkrat odločla, 'ti, js bom šla pa s tega dol, zto kr drgač ne gre'. — Jessi

In sem začela potem to Cymbalto jest pa sem jo dve leti jemala. Mi je žal, da sem sploh kadar koli jemala, ker se mi zdi, da ti ene druge občutke čisto ubije. Res. [...] Tako da sem potem rekla, da ne bi več. – Marina

Opustila sva zato, ker sem rabu ful visoko dozo, da je delovala, in je bla tko visoka, da sem pol zjutri čist uničen bil. – Luka

Drugi najbolj pogost razlog je bil **izboljšanje počutja**:

Za opuščanje sem se preprosto odloču zarad tega, ker sem vidu, da so se stvari, rečmo temu, zelo izboljšale, glede na tist podn, če lah temu tak rečem, aam, ki sem ga doživljal tista dva mesca. [...] Ne vem, se mi zdi, da je to neko logično zaporedje nekih dosežkov, nekih ciljev. To so osebni cilji, nimam nobenega programa, da bi mi kdo govoril. – Denis

V glavnem vse je blo uredu in ne vem kaj, sm reku, lej, sam men ta Cymbalta, nekaj mi ni blo, ne, in po enem letu sm reku 'lej, sej zdej sm dokaj uredu.' – Bojan

[...] in sem js povedu, da se js v redu počutm, da mi je dobr in da bi js probu počas opuščat in pol sva zlo tko previdno ... – Luka

Luka je kot pglaviten razlog za opuščanje prepoznaval **strah pred odvisnostjo**: *[...] ampak dal sem vedet, da js v seb prepoznam, da mam neko obsesivno osebnost in da me je ful strah, da bom ratal odvisen od Helexa. In da tud nočm bit od tablet odvisen [...]. Ni pa imel v mislih zgolj fizične odvisnosti, temveč tudi psihološko: Ne odvisen fizično, ampak da bo to neka bergla, na katero bom projeciral vse dobre stvari v mojem lajfu, da brez tega pa js ne morem.*

Moja je podobno kot Luka že začrtala pot svojega opuščanja. Psihiatrinja ji je ob pričetku uporabe povedala, da bo psihiatrična zdravila morala jemati tri leta, zato se jih je po tem obdobju tudi odločila opustiti. Pomemben dejavnik, ki je vplival na njeno odločitev je bilo dejstvo, da sta bila njena otroka že dovolj stara, da center za socialno delo zaradi opustitve verjetno ne bi posegal v skrbništvo: *V bistvu je bilo takrat dovolj varno zame, otroka sta bla stara 16, 17 in sem že vedla, da se center ne more vmešat, da bi kar koli blo, ne. Njen razlog je torej bil pogojen precej tudi s tem, da je bilo zanjo **varno**. Bolj posredno je izrazila tudi drugi razlog, ki je bil povezan z željo po stiku z otroki:*

[...] pač takrat je bilo to moje dožemanje, da sem zaradi zdravil ... Da je vse plastično, da jest otroka ne morem objet, da recimo tudi, ko sem se objemala, ko sem se stiskala, da ni bil stisk, ampak je blo vse bolj plastično. Lahko bi drugač opisala: da ni bilo bližine in niti topline in da jaz sem želela met, da to dam otrokom, ne.

Najpomembnejši dejavnik, ki je vplival na Marinino odločitev za opuščanje psihiatričnih zdravil, je bila **osebna zdravnica oziroma psihiater**. Marina je že večkrat stopila na pot opuščanja: *Potem je pa moj psihiater nekako predlagal, da to že toliko časa jem, in kaj naj na tej bergli zdaj živim, da je treba nekaj ukrenit. [...] Potem po dveh letih je rekla 'a mislite, da bi lahko brez?' Pa sem rekla 'bom poskusila.' Pa sem res. S strani psihiatra je čutila velik pritisk: Ampak ta psihiater me je toliko pritiskal, da sem vedno znova rekla 'okej, no'.*

Razlogi za opuščanje psihiatričnih zdravil se v večji meri skladajo z razlogi, ki jih navajajo Cohen (2006), Darton (2016), Hall (2016) in drugi. Najpogostejši razlog, ki so ga navedli intervjuvanci v raziskavi britanske organizacije MIND (2005) so bili neprijetni neželeni učinki, katerim je sledil razlog, da psihiatričnih zdravil niso želeli uporabljati dolgoročno. Razen ene osebe so se intervjuvanke in intervjuvanci v grobem odločili za opuščanje psihiatričnih zdravil zaradi izboljšanja počutja in/ali zaradi želje, da bi se ob zmanjšanju doze ali opustitvi psihiatričnih zdravil počutili boljše.

6.2.3 RV3: S katerimi težavami in ovirami se srečujejo osebe, ki uporabljajo psihiatrična zdravila ob njihovem opuščanju?

Sogovorniki in sogovornice so se tekom opuščanja psihiatričnih zdravil srečevali z vrsto težav in ovir. V grobem jih delim na:

- neželene posledice opustitve psihiatričnih zdravil;
- pomanjkanje strokovne podpore;
- ovire, ki se tičejo oblike psihiatričnih zdravil (tablete, kapsule, tekočina ...);
- izbor neprimerne trenutka za opuščanje psihiatričnih zdravil.

Moncrieff (2006) predstavlja štiri različne skupine posledic oziroma odzivov oseb na prekinitev psihofarmakološke terapije:

- somatski prekinitveni sindrom (odtegnitvene reakcije);
- povratna psihoza;
- psihološke reakcije in negativna pričakovanja;
- povratek (relapse) prej obstoječega stanja.

Dodatno dimenzijo učinkov predstavljajo še dolgoročni učinki, ki se pojavijo po dolgotrajni uporabi psihiatričnih zdravil (Hall, 2016; Whitaker, 2010; Moncrieff, 2008). Vsi zgoraj naštetih odzivi so velikokrat med seboj povezani, vplivajo drug na drugega in med njimi ni jasne ločnice. Zato tudi izkušnje svojih sogovornic in sogovornikov ne bom skušala stisniti v zgolj enega izmed predalov, temveč predstavljajo smernice za razumevanje različnosti izkušenj z opuščanjem psihiatričnih zdravil. Neugodne posledice prekinitve lahko vplivajo na to, ali bo opuščanje psihiatričnih zdravil za nekoga uspešno ali ne.

Posledice opustitve psihiatričnih zdravil

Odtegnitvene simptome navaja večina mojih sogovornic in sogovornikov, razen Jessi. Čeprav se odtegnitveni simptomi ne pojavijo pri vseh osebah, ki opuščajo psihiatrična zdravila, sem ob vzorčenju naletela na osebe, ki so jih doživele.

Ana se je srečala s splošnim slabim počutjem, tesnobo, glavoboli in nespečnostjo, za katere je povedala, da jih je nekako prebrodila. V času najinega intervjuja je uporabljala le še antidepresiv, za katerega je povedala, da ga zaradi odtegnitvenega učinka ne zmora opustiti:

[...] ker so mi pač tok zvišal dozo, da enostavno ne zmorem sama opustit, ker imam pač take fizične simptome. [...] ker ostale stvari sm pač uspešno probala zmanjšat, to pa sem že večkrat probala in ne gre, ker dejansko fizično padem skupi. [...] Ja, pač do ful hudga odtegnitvenega simptoma, k da sem na res neki hudi drogi in enostavno ne zmorem sama.

Tudi Bojan se je ob opustitvi antidepresiva srečeval s tesnobo: *Pol se je pa začel spet. Vsakič, k sm se zjutri zbudil, js sm bil čist nervozen in sm gledu kaj, kako, zakaj, ne.* Tesnoba se je stopnjevala do te mere, da je postal samomorilen: *Tistikrat sem rekel 'js mam dost tega, dej, dej, shoot me now, pizda, ne'.* Zaradi hude stiske je zato ponovno pričel z uporabo psihiatričnih zdravil, ki je vodila do ponovnega opuščanja. Bojanova zgodba se je zopet ponovila: *Ko sem čist opustu, je začel spet, v roku 14 dni je šlo downhill totalno. Ja, tesnoba ven totalno. In js, ko sem tesnoben, to je konec.* V času najinega intervjuja je povedal, da uporablja le še antidepresive, katerih dozo je že skušal zmanjšati, vendar se je zopet pojavila tesnoba, zato je ostal na enaki dozi. Učinke si je razlagal tako: *Ne vem zdej, ali sem dejansko odvisen od tega, da je moje telo tok navajeno tega, da bi res rabu detoksat dve let skor, al ne vem kok, ne.*

Nejasne ločnice med sprožilcem in posledico je prepoznaval tudi Denis, ki je ob opustitvi antidepresiva občutil tesnobo. Zaradi neprijetnih občutkov se je pri njemu sprožil *domino efekt*, ki je rezultiral v ponovnem pričetku uporabe antidepresiva:

[H: A pol pripisuješ ta strah nekim odtegnitvenim simptomom?] Oboje, ne bom zanimal, da to ni bilo ne. Nekaj se je zagotovo zgodilo, neki občutki so zagotovo bili, ki jih prej ni blo, ki so bli močnejši od tistih, ki sem jih bil vajen leto pa pol. [H: Kakšni občutki pa?] Tesnobni občutki, neki taki rushi so se mi dogajali, ki sem jih občutil tudi v ustih [...], ko me prelije nek slab občutek po telesu. Ne vem kako bi ga opisal. [...] prav neki se spusti, čutiš, da se neka kemija sprosti notri v telesu. Ki ti pol da nek obrambni mehanizem, neko pripravljenost na nekaj. To so občutki, ki jih zelo dobro poznam pred napadi panike. Ni pa bilo intenzivno, nisem imel nobenga napada panike takrat, ampak začutu pa sem. In pol valda domino efekt.

Prepletenost različnih dejavnikov, ki vplivajo na počutje, je opisovala tudi Moja, ki se je srečala s čustvenimi nihanji:

Ko nisi več na zdravilih in ko so stanja še močna. Takrat je pač nihanje. Mogoče bi blo usegljih to, če bi bla na zdravilih, al pa ne, al pa bi blo drugač. Nepomembno, ne. Da pač poskušaš preživeti. Tako kot ima vse vmesno obdobje nekega prilagajanja v katerem hodijo vsi, ti in vsi, ki so okoli tebe, hodijo s tabo to, ne.

S poslabšanjem počutja se je srečal tudi Gregor: *In pol sem js držu tist, ne vem kok, tri tedne na nuli, ne, pol se mi je pa pač poslabšal in takoj vse [o. p. vsa psihiatrična zdravila] nazaj, a veš.*

Marina je odtegnitvene učinke opisala, kot najbolj intenzivne od vseh svojih sogovornikov:

Efectin zgleda, da je res en tako močen antidepresiv, da sem imela prav učinke v glavi. Prav v možganih. Kot da se mi nekaj prižiga ... Kot, da mi nekaj brni. [...] To je res vse v glavi. Prav v možganih. Prav čutiš, da se ti v možganih nekaj dogaja, in tega me je bilo tudi strah.

Preden je antidepresiv popolnoma opustila, se ji je počutje poslabšalo, zato je ponovno pričela z uporabo. Zgoraj omenjeni antidepresiv je opuščala trikrat in vsakič doživela podobno izkušnjo. Po zadnjem poskusu opuščanja ji je psihiater predpisal drug antidepresiv.

Nasprotno se je Luka srečal s takimi učinki, ki mu niso predstavljali večjih težav. Po prekinitvi antidepresiva se je srečal z nespečnostjo, ki jo je poznal že od prej, želodčnimi težavami in bolj intenzivnim čustvovanjem:

Kaj se je pa nardil, je pa to, da ko sem bil čist izven njih, po neke dveh, treh tednih, ne vem točno, so moja čustva sam ful intenzivna ratala in ne sam žalost ampak tudi veselje. Ful je tko, use je ratal ful overwhelming [...] Mal mi je blo težko hendlat, zdej ful je blo izčrpujoče, ne tko na slab način, sam ful mi je blo tko 'waw, use je tok, o js pa zdej rabm tko mal u izi mal.'

Jessi je edina od sogovornic, ki se ni srečala z nobenimi odtegnitvenimi učinki. Prepoznava pa dolgoročne posledice:

Poj tudi po temu se je par posledic začel kazat. Rečmo to, da sm dobila alergijo na mraz. [H: Posledice česa?] Od tega, da jemljem tablete. Od tega konzumiranja tablet so se mejčkn začele, ne zdej odvisnost al pa karkol, ampak se je telo na to uprl. [...] Ja, po temu, k se je to razvil, usi so rekl 'ne, to ni od tablet, to ni od tablet.' Sem šla brat, ker sem znala dobr nemšk, nemško raziskavo in je tam pisal, da to se pojav pr mladih ženskah, k so zlo dolg jemala antidepresive. Al pa k so jih velik jemale.

Pomanjkanje podpore

Pomanjkanje podpore mojim sogovornikom in sogovornicam predstavljajo različne stvari. Gre za kontinuum različnih izkušenj, najpogosteje v odnosu z zdravnikom/psihiatrom ali drugim strokovnim delavcem: nesoglasja, občutki neslišnosti, strah ...

Zdravniki in psihiatri imajo lahko nadzorjuoč odnos in se ne strinjajo s posameznikovo odločitvijo za opuščanje psihiatričnih zdravil (Hall, 2016). Tako izkušnja je imela Ana, ki jo je odločitev za opuščanje privedla do konflikta s psihiatrinjo, ki je Anino odločitev razumela kot pasiven pristop k psihiatričnemu zdravljenju:

Dubla sem pa takrat pol novo psihiatrinjo, no, to psihiatrinjo, k imam še zdej. In ona je rekla da ne, da js tega ne morem kr sama, da js pač to rabm, in da ne smem opuščat. [...] Bla je zelo jezna in zgrožena in še zdej je v konfliktu z mano. [...] Pravi da sem najbolj pasivn pacient, da ne upoštevam nobenih navodil psihiatrične stroke. Da mislm, da sem najpametnejša.

Ana je skušala zamenjati psihiatrinjo, vendar ji to ni uspelo, ker bi morala pri njej najprej zaključiti obravnavo: *In potem nekje so mi pa rekl, da sem js še v obravnavi pr njej, in da morem pač najprej pr njej zaključit. In takrat itak še nism vedla točno, kako so ti postopki, in pol sm tko pustila.* Pomanjkanje zdravniške podpore Ani še danes predstavlja oviro pri opuščanju: *[...] noben pa mi noče nudit podpore pr tem, kr pač pravjo da ne smem in da delam to pač čez njih.*

Strah pred odvzemom podpore je motiviral tudi Jessijino odločitev, da pred psihiatrom prikrije opustitev psihiatričnih zdravil: *Njemu ful cajta nism povedala, zto, kr si pač nism upala, ker je blo men tko, da nau slučajn reku 'zdej pa nimam več zaupanja', da bo skenslou vse skp.* Strah pred posledicami je občutila tudi Moja, ki je psihiatrinji več let prikrivala, da ne

jemlje psihiatričnih zdravil. Domnevam, da je šlo za strah pred odvzemom skrbništva nad otroki na eni strani ter svetom (prisilnih) hospitalizacij na drugi:

Kakšne ujetosti so to, da sem verjetno zato js, zaradi tega stavka recimo [o. p. stavka v izvidu zdravnice, da prisilna hospitalizacija trenutno ni potrebna] potem mogoče pet let ji nisem povedala, da nisem na zdravilih. In potem še dve leti vztrajala z njo. Lih zarad tega občutka, ki ti ga sistem ... ker te sistem lahko požre, ne.

Taisti sistem je predstavljal grožnjo tudi Gregorju: *[H: Kako pa to, da jih še vedno jemlješ?] Zato, ker nimam izhoda, ker drugače bom v bolnici končal. Občutek nadzora pa je zaznal tudi zaradi elektronsko vodenih zdravstvenih kartic: Gre se zato, da to se vse pozna na kartici [...]* V tem primeru je psihiater deloval bolj v funkciji nadzora kot v funkciji podpore.

Pomanjkanje podpore pri opuščanju psihiatričnih zdravil predstavlja oviro tudi, ko so se sogovorniki in sogovornice počutili neslišani v procesu odločanja o načinu opuščanja:

Ja, sm hodu pa ona mi je rekla, da mi je zazdravla shizofrenijo, da mi bo ukinla vsa zdravila. Sem reku 'ne, dejte mi počas.' In mi jih je tko, ko sem naslednjič pršel, še mal nižja doza, pol pa skinula iz 12 Invego na nula, ne. — Gregor

Ja, js sem hotel, js sm mel še Leponex tkrt, mislm, da sem mel kok, 125. Sem reku 'dejte mi ga enkrat na mesec al pa enkrat na dva mesca nižat za 25,' ne. K js bi se rad rešu zdravil, ne pa, da bi bil brez zdravil za pet mescev pa pol spet nazaj, ne. Ampak ona je tko na 75, pol pa na nulo spet, a veš. — Gregor

Želela bi si, da me neha gnjaviti, da naj preneham jemati, ampak mi naj pač piše te recepte, ne. — Marina

Oba sta tožila tudi po pomanjkanju razumevanja nenehnih uvajanj in ukinitvev psihiatričnih zdravil:

Ker jaz tudi nimam več energije za te poskuse. Gor pa dol pa gor pa dol, to je tako naporno. Že ko zmanjšuješ, si ves čas pod nekim pritiskom, kako se bo obneslo. In potem, ko se zadeva spet na novo zažene in si spet na začetku uvajanja zdravil, čakaš, da primejo in tako dalje. In to traja šest mesecev, da prideš spet nekje nazaj v neko normalno funkcioniranje. In to mi je postalo res tako naporno, da sem rekla, da ... Ne vem, ne želim več eksperimentirat s tem. — Marina

In jaz pač tega ne morem razumeti. Se opravičujem — ampak, če ona ne ve, da je stres za telo, da se odvadiš in navadiš, in da je to še mnogo huj, kot če bi skos jemal, tud ne vem. — Gregor

Trije sogovorniki so prepoznavali, da je pristop psihiatrov k opuščanju psihiatričnih zdravil preveč generičen in tehničen:

Saj tud psihiatri po mojem njenju nimajo prav, nimajo filinga. Tudi ko ti rečejo, da opusti. Moj psihiater je meni rekel '14 dni jemljete tako, 14 dni jemljete tako, pa 14 dni tako', ne. Mislm to se ubiješ, če tako narediš. [...] On je meni tako teoretično vedno

rekel pa še tako je narisal [pokaže risbo s prstom]. Naredite tako pa tako pa tako, ne. Ampak nisem nikoli tako naredila. — Marina

Ugotavlja, da je ob opuščanju pogrešal individualen pristop s strani stroke. Vprašala sem ga, če trenutni pristop doživlja, kot šablonski, na kar je pritrdil. V splošnem meni, da k opuščanju stroka pristopa preveč generično, splošno. [povzetek telefonskega klica] — Denis

Je pa tko, da mislm da iz faksa, recimo, lih iz teh izobraževalnih ustanov lih ne pridejo s tem znanjem [o. p. o opuščanju psihiatričnih zdravil], no. Da bolj to sami nekak prek nekega dodatnega izobraževanja, da pridejo do tega. — Bojan

Čeprou zdej že rečejo 'dej nehi, z 20 pejd na 10', ne. Včasih pa rečejo 'kr nehite', a veš. — Bojan

Tehnične ovire pri opuščanju psihiatričnih zdravil

Psihiatrična zdravila se dozirajo v različnih oblikah: v obliki tablet, kapsul, tekočine in depojev (injekcij). Bojan in Marina sta se srečala z antidepressivom, ki je v obliki kapsul, kar je oteževalo njuno postopno opuščanje, saj sta za zmanjševanje doze morala šteti manjše delčke, ki so dozirani v kapsulah:

Ampak Cymbalto je težko opustit, ker so kapsule. Ne vem, če poznaš. Kapsule so in not maš cel kup teh ... pikice maš not. No in mi smo šli na to foro, da smo 30 miligramsko, sem ven dal in sem štel une vn. Not jih je blo 276, v eni. No in sem jih pol štel vn, lepo, da sem šel na nulo. — Bojan

Čeprav sem res opuščala počasi, tako da sem odpirala kapsule, pa stresala tiste kroglice ven. [...] Zmerila sem si, ne vem, na žličko. Se pravi koliko je kroglic, da je bila recimo polna žlička. Potem sem recimo prve tri tedne dala malo kroglic stran, pa vsipala nazaj. Potem sem vedno več teh kroglic dajala stran. — Marina

Moja je pa zaradi oblike doziranja zdravila zavrnila terapijo, ker bi ji način odmerjanja terapije onemogočal skrivanje neuporabe psihiatričnih zdravil pred psihiatrinjo. Depoje se namreč prejema v obliki injekcij, ki jih uporabniki prejmejo s strani zdravstvenega osebja:

Depoja pa sm kategorično zavrnila zato, ker pol ne bi bla mogla goljufat [smeh].

Izbor neprimernega trenutka za opuščanje psihiatričnih zdravil

Čas predstavlja pomemben dejavnik pri opuščanju psihiatričnih zdravil. Gre za veliko življenjsko spremembo, ki zahteva določene napore in pripravo (Hall, 2016). Bojan in Denis sta psihiatrična zdravila opuščala več kot enkrat in prepoznavata, da sta v neuspehlih poskusih izbrala neprimeren čas:

Js sem se bal it dol. Nisem bil pripravljen. Js sm hotel sforsirat to mal, ne. Mislm, js sm mislu, da ne bo šlo. Nekje deep down maš un filing, pač ne bo šlo. Ampak po en stran pa 'dejmo, sej je uredi, sej bo.' — Bojan

Timing, ki sem ga takrat zbral, ni bil ta pravi. Zato ker takrat sem še zelo pogojeval z marsičem. [...] Tipanje v smislu kaj bo zdaj, v nekem pričakovanju sm bil, nisem bil sproščen, nisem bil čist prepričan, a je to dejansko blo prav, kar sem naredil. — Denis

6.2.3.1 Povzetek odgovorov na tretje raziskovalno vprašanje

Najpogostejše ovire, s katerimi se srečujejo intervjuvanke in intervjuvanci, so neprijetni učinki, ki jih pripisujejo bodisi odtegnitvenim simptomom bodisi povratku prej obstoječih težav, pomanjkanje (strokovne) podpore pri opuščanju psihiatričnih zdravil, izbor neprimerne obdobja za opuščanje ter ovire, ki se tičejo oblike psihiatričnih zdravil, ki onemogočajo postopno opuščanje.

Z **odtegnitvenimi učinki** se je srečalo sedem intervjuvank in intervjuvancev. Navedli so splošno slabo počutje, tesnobo, glavobole, nespečnost, fizični kolaps, čustvena nihanja, učinke v glavi (»brain zaps«) in prebavne težave. Štirje intervjuvanci, ki so imeli izkušnjo s popolno opustitvijo psihiatričnih zdravil (četudi jih danes zopet uporabljajo), so se večkrat srečali s poslabšanjem počutja v roku nekaj tednov, kar so pripisali ponovitvi težav. Kot razlaga Moncrieff (2006) psihiatri poslabšanje v večini primerov pripišejo ponovnemu povratku težav zaradi katerih so uporabniki sploh pričeli uporabljati psihiatrična zdravila. Nenehno opuščanje, ki mu sledi ponovna uporaba Moncrieff (2008) poimenuje s pojmom »pacient vrtljivih vrat«. Intervjuvanci, ki so zaradi poslabšanja stanja po opustitvi psihiatričnih zdravil spet pričeli uporabljati terapijo pa so imeli različne razlage za to. Denis je povedal, da se je prenaglil in pričel opuščati s premalo zavedanja, Bojan je razmišljal o tem, če je morebiti telo že navajeno antidepresivov, Marino je skrbelo, da so njene težave kronične, Gregor pa je menil, da so opuščanja potekala prehitro. Jessi je kot edina intervjuvanka pripovedovala tudi o dolgoročnih učinkih, ki jih je pripisala uporabi psihiatričnih zdravil (alergija na mraz).

S strahom in negotovostjo tekom opuščanja psihaitričnih zdravil so se srečali štirje intervjuvanci. Strah je pri intervjuvancih predstavljal izraz negotovosti, kaj bo, če bodo opustili psihiatrična zdravila, ali se bodo težave vrnile itd. Rufer (1998) pove, da strah pred vrnitvijo bolezni predstavlja težavo, ki lahko ovira proces opuščanja, Hall (2016) pa dodaja, da mnogo ljudi »poroča, da je strah največja ovira na začetku procesa« (str. 34). Nenazadnje je opuščanje psihiatričnih zdravil za vse uporabnike velika sprememba, ki zadeva mnogotere vidike življenja.

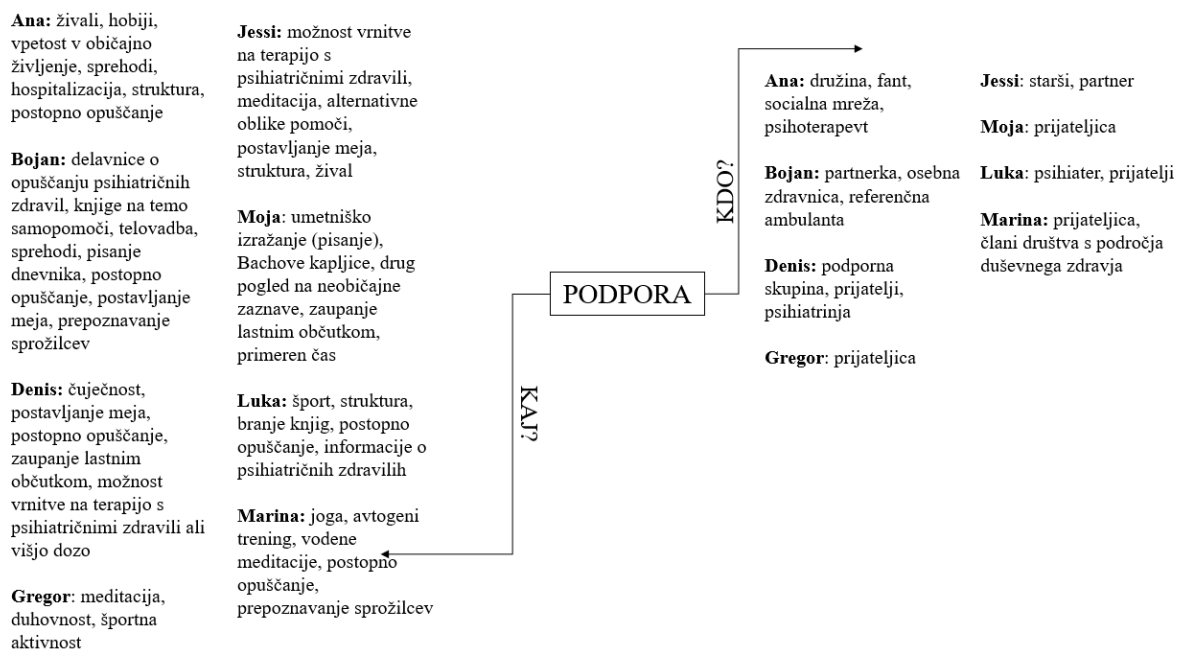
Drugo oviro lahko predstavlja **pomanjkanje podpore** s strani psihiatrov. Zaradi odločitve o opuščanju psihiatričnih zdravil je ena izmed intervjuvank izgubila podporo psihiatrinje, saj se ta z njo ni strinjala. Dve intervjuvanki sta opuščanje skrivali pred svojimi psihiatri, saj sta prepoznali, da je to zanju bolj varno. Pomanjkanje podpore sta dva intervjuvanca zaznavala tudi takrat, ko se nista počutila slišana. Trije intervjuvanci pa so podali tudi splošno oceno podpore, ki so jo prejeli s strani psihiatrov. Izpostavili so, da so njihove usmeritve nerealne (prehitro opuščanje), premalo orientirane na posameznikove želje in potrebe oziroma enostavno preveč splošne.

Oblika psihiatričnih zdravil (tablete, kapsule, tekočina, depoji) lahko zagode pri postopnem opuščanju psihiatričnih zdravil, saj je skorajda nemogoče postopno manjšati odmerek

zdravila. Dva intervjuvanca sta se srečala s kapsulami, kar je zanju pomenilo, da sta morala odpirati kapsule in z umikanjem manjših delcev, ki jih vsebuje, zmanjševati dozo.

Kot zadnjo težavo, ki lahko ovira proces opuščanja psihiatričnih zdravil, dva intervjuvanca navajata **izbor neprimernega trenutka za opuščanje**. Oba sta prepoznala neugodno obdobje šele kasneje in ugotovila, da na opuščanje nista bila dobro pripravljena. Izbor pravega trenutka za opuščanje je nedvomno velikega pomena, saj lahko dodatni stresni dejavniki otežijo proces opuščanja (Hall, 2016).

6.2.4 RV4: Koga ali kaj osebe, ki uporabljajo psihiatrična zdravila, prepoznajo kot podporno ob opuščanju psihiatričnih zdravil?



Slika 10: Podporne osebe in aktivnosti intervjuvank in intervjuvancev ob opuščanju psihiatričnih zdravil

Podporne dejavnike ob opuščanju psihiatričnih zdravil, ki jih navajajo intervjuvanke in intervjuvanci težko ločimo od tistih podpornih dejavnikov, ki so bili prisotni že med njihovo duševno krizo. Zgornji slikovni prikaz (glej Sliko 10) vključuje vse podporne dejavnike, ki so jih navedle intervjuvanke in intervjuvanci, torej ne samo tiste, ki so bili prisotni med opuščanjem psihiatričnih zdravil. Tu gre predvsem za ožje družinske člane, prijatelje in strokovne delavce ter splošne aktivnosti, kot so šport, hobiji, struktura (urnik), umetniško izražanje. Na drugi strani pa lahko najdemo tudi specifične podporne dejavnike in smernice, ki so jim sledili, da bi opuščanje potekalo brez večjih težav, ki jih predstavljam v nadaljevanju.

Zaradi načina vzorčenja (v vzorcu sem zajela štiri osebe, ki so opuščale s podporo psihiatra in štiri brez njegove podpore) je **psihiater** predstavljal podporo pri opuščanju psihiatričnih zdravil štirim intervjuvancem. Dva intervjuvanca sta povedala, da je bila odločitev za opuščanje psihiatričnih zdravil skupna: *In pol sva se zmenila, da bova mela osem mesecev*

redne terapije, v smislu, da jemljem tablete in da bova pol počas končala. (Luka); Mislim, da je blo to kr obojestransko. (Denis)

Bojanu pa je podporo pri opuščanju predstavljala tudi **osebna zdravnica**, za katero je povedal, da se za to temo tudi splošno zanima: *Js mam srečo, ker imam osebno zdravnico tako, ki se zlo za to zanima in je ona tud rekla, da 'lejte, če ste že tokrat šel gor in dol, bodte zdej na tem, pač zminimirite na minimalno, kar je, da lahko funkcionirate. Tud če je to placebo učink, da ti sam pol tablete jemlješ pa, če se ti uredi počutš ... Mate to opcijo, funkcionirate v redu.'*

Zdi se, da **predobstoječ dober odnos z zdravnikom**, kjer se uporabniki čutijo slišani, razumljeni, daje občutek podpore pri opuščanju psihiatričnih zdravil. Marina je izpostavila, da je odnos s psihiatrom prepoznavala kot podporen, čeprav je imela pomisleke glede psihiatrove pobude, da bi opuščala psihiatrična zdravila. Zato se je bolj zanašala na izkušnje, ki so jih uporabniki psihiatričnih zdravil delili na forumu, ki ga je obiskovala: *Ja, tam sem absolutno dobila bolj uporabne informacije kot pa od svojega psihiatra. On je pač tako teoretično meni vedno rekel, pa še tako je narisal. 'Naredite tako pa tako pa tako. Ampak nisem nikoli tako naredila. [...] Sej on je sicer v redu. Se lahko v redu pomeniva. Ni tako kot eni pišejo, da traja deset minut pa napiše recept.*

Pomembno podporo so lahko torej predstavljale tudi **informacije o opuščanju psihiatričnih zdravil**. Podobno kot Marina je storil tudi Denis, ki je informacije iskal v svojih socialnih mrežah:

Poznam določene ljudi, ki, ki so prenehali, s katerimi imamo zelo podoben pogled na življenje in na odzivanje in tko naprej. In je dejansko čist nek znanstveni pristop, da če, če so pogoji, potem je tut možno [o. p. opuščanje psihiatričnih zdravil], če pa dejansko pogojev ni, potem pa se člouk vpraša, zakaj bi se mučil pa vztrajal zgolj zaradi neke ideje, če ni potrebno.

Luka je največ informacij prejel s strani psihiatra, ki je z njim o učinkih zdravil vedno govoril *transparentno*. Pogovarjala sta se tudi o morebitnih odtegnitvenih učinkih, kar je Luki omogočilo lažje opuščanje psihiatričnih zdravil.

Pomembno podporo lahko pri opuščanju psihiatričnih zdravil nudijo tudi **bližnji**. Ana je izpostavila, da ji je oporo nudila predvsem njena **družina**: *V bistvu doma so mi stali ob strani, pač oči mi je ful pomagal [...] in partner: [o. p. fant] me je podpiral pr tem pač, da sem opuščala [...].* Podporno vlogo je zavzel tudi njen **psihoterapevt**, ki jo je spodbujal, naj sledi svojim željam ter poskusi z opuščanjem antidepresiva, ki ga še vedno uporablja: *[...] pač mislim psihoterapevt mi je svetoval naj probam sama, tko ko z ostalimi stvarmi, ampak pač on, ni on za zdravila.* Zaradi intenzivnih odtegnitvenih učinkov in občutij tesnobe se je Ana obrnila na pomoč tudi na dežurne psihiatre: *Pa tut večkrat je pršlo do tega, da nisem več zmogla, da sem bla tolk tesnobna, da me je peljal v Polje samo na ambulantni pregled, da sem se pa tam pogovorila.* Mojo je podpirala **prijateljica**, ki ji je ob novem nastanku krize po opustitvi psihiatričnih zdravil nudila nove možne interpretacije Mojinih stanj: *Ko se mi je začelo spet dogajanje, sem js mela to prijateljico, katera mi je dala mogoče neko informacijo drugačne interpretacije dogajanja.*

S posebno obliko strokovne podpore se je srečal tudi Bojan, ki obiskuje **referenčno ambulanto**:

To je referenčna ambulanta, je to, mislm, da je nad 30 let. Greš posebi h eni sestri, da ti mal ta check-up naredi. In js sem kao pač glede teh zdravil in tko naprej, sem pač rizičen kao pacient in hodim usak let tja. [...] in ona je tud rekla, da če je kdaj kej tacga, da ona vod tud te stvari o teh zdravilih in tko naprej, da pač povejo. Pač po neki knjigi greš, nek ta delovni zvezek v bistvu ...

Intervjuvanke in intervjuvanci so kot podporne dejavnike navajali tudi načela, smernice, ki so jim sledili, da je bilo opuščanje psihiatričnih zdravil zanje lažje ali bolj obvladljivo. Najpogosteje so se moje sogovornice in sogovorniki posluževali **postopnega opuščanja psihiatričnih zdravil**, ki je smernica mnogih avtorjev (Cohen, 2007; Darton, 2016; Hall, 2016; Makovec, 2019 idr.):

Sem tko pač si nižala, po 50 mg dol, najprej sm zjutraj nehala, pol sm še zvečer nehala ... — Ana

In pol sem začela. Najprej sem antidepressive skenslala zato, ker sem jih mela čist minimalno, a ne. In tist sm poj en mesc furala, je šlo že mal lažji, ampak ni blo še dost. Poj sm pa Leponex iz 200 nižala na 150 pa sem to mela en tedn, 150 na 100, to sem mela poj 14 dni, pol sem šla še na 50, to sem mela poj tud še en teden, pol sem šla pa na nulo, a ne. — Jessi

Ma ne, jaz se tega ne držim, jaz to čisto po svoje nardim. [...] Ja, v bistvu po občutku, ne. Dam si neko, neko daljše obdobje in potem, ko jemljem, ne vem, tisto malo manjšo količino pa ko pač vidim, kak se počutim, potem spet mal zmanjšam. Tako da res, ja, polovičke, četrтинke, ne. Res počasi. — Marina

Ja pol sm pa šel na 200 recimo, pol sm šel pa čez 14 dni na 150 [...] — Bojan

Postopno opuščanje jim je pogosto **predlagal tudi psihiater**:

Rekli so mi 'lej počas tele Loquene, ko se boš čutu, jih počas zmanjšuj.' — Bojan

To opuščanje je pol neki časa trajalo. [...] Pol sva pa se zmenila, da bom isto kot sva začela, bova opustila, s tem da na dva tedna bom za 5 zmanjšu, se pravi, četrтинo doze. — Luka

Denisa sem dodatno vprašala, kakšne usmeritve je dobil od psihiatrinje, na kar je povedal, da mu je psihiatrinja rekla: »dejva probat pol leta polovičko pa potem vidimo, kako je«. Usmeritev psihiatrinje je bila torej, da opušča postopoma. [povzetek telefonskega pogovora] — Denis

Pojem 'postopnega opuščanja' je težko določljiv, saj za nekoga lahko to pomeni krajše časovno obdobje ali pa daljše, zato so se intervjuvanci in intervjuvanke pogosto ravnali po **lastnem občutku**, tudi tisti, ki so opuščali brez podpore psihiatra:

Ja, sama, po svojem, trajal je dolg, par mesecov. — Ana

Ja. Pač po občutku sem delala, res sem po občutku. — Jessi

Ma ne, jaz se tega ne držim, jaz to čisto po svoje nardim. [...] — Marina

Glede na stanje korone in vsega skupi se čist prepuščam svojim občutkom, no. — Denis

In pol sem js najprej u bistvu skenslala aripirazol, zato k sm vedla, da je Leponex antipsihotik in mi ful, je ful bolj pomembn, a ne. — Jessi

Sočasno ob opuščanju po lastnem občutku, so trije intervjuvanci omenili **grajenje varnosti, sigurnosti, tudi upanja**. Ti občutki so jim dali moč, da so lahko verjeli v pozitivne izide pri opuščanju psihiatričnih zdravil:

Ampak sem js rekla 'lej poznam tok sama sebe'. — Jessi

Zato, ker to opuščanje ... tko, zdel se mi je, ful sem bil optimističen glede tega, ful se mi je zdel, da bo uredu, nisem mel nekih ful dvomov v to. — Luka

V bistvu sem js rabla, gradila v sebi občutek, da če js neham, da ne bo nobenih posledic. — Moja

Marina in Bojan sta spregovorila tudi o pomembnosti poznavanja **sprožilcev oziroma opozorilnih znakov**, ki lahko nakazujejo na poslabšanje počutja:

Ja pol sem pa šel na 200 recimo, pol sm šel pa čez 14 dni na 150. Ampak lej, večinoma je blo kr uredu, ampak takrat pol nisem takoj spoznal, k zdej bi že, nisem spoznal že alarmov, ko sem bil čist skor na nuli, je bil že alarm. Sem se zjutri enkrat nekje zbudu, smo bli nekje na obisku. Je res, da so bli tm mal težki ljudje in sem se js mal anksiozn zbudu. Kar je men ... nism bil navajen tega. [...] Tko da zdej že vem te znake. — Bojan

Spet nisem mogla več spat. Ko se začnem zbujat ob pol treh zjutraj, točno vem, kaj to pomeni. Jaz poznam zdaj že res vse znake, kaj je, ko je v redu, pa ko ni v redu. — Marina

Ob prekinitvi uporabe psihiatričnih zdravil podporno delujejo tudi **nove strategije spoprijemanja s stiskami**. Jessi je čutila, da se pozna dovolj, da opusti psihiatrična zdravila, hkrati pa se je učila nove strategije, ki so ji pomagale pri spoprijemanju s čustvi: *Ja, mela sm svoje ups and downs, čustva so spet mal bl živa ratala, kukr so prej bla. Sam sem se nekak tud naučila sama sebe gledat pa točn videt do kere mere morem možgane zaposlit, da mam mir*. Podobno je povedala tudi Moja, ki je prepoznala, da ji je raziskovanje in spreminjanje načina življenja, razmišljanja itd. omogočilo, da opusti psihiatrična zdravila:

Zdej al ta izraz obstaja, ne vem, al je to resnično al ni, js sm temu rekla, češ 'medeni tedni'. Recimo, ko nisi več na zdravilih, ampak zdravila še delujejo. Ta čas si ti še zmeri nekje. Pol pa, ko to izveni iz telesa, če nič ne narediš drugače, če se ne soočaš, če nimaš neke alternativne rešitve ... Mislm ne morš iz zdravil it. Bom pa ne bom, ne. Z nobeno stvarjo. Recimo, če maš tablete za sladkorno, morš spremenit način življenja, razmišljanja, prehrano, gibanje. Al pa holesterol. Tuki ni nič drugač, morš generalno

se spremenit ali se pa igraš, ne. Neki, recimo, neki podpornega se more zgodit v tvojem življenju, da ti zavzameš drug model odnosa do sveta.

Občutke varnosti je Jessi, Luki, Moji in Denisu nudilo tudi dejstvo, da lahko ob morebitni stiski **ponovno pričnejo z uporabo psihiatričnih zdravil**:

[...] da se lahko v primeru hude stiske še vedno obrne po pomoč. Ta možnost mu zagotavlja tudi občutek varnosti [povzetek telefonskega pogovora]. — Denis

Če sm mela pa kakršn kol poslabšanje, sem mela pa še zmer pomirjevala, k so pa najmnj vplivala na vse skp. [...] Pa rekla sem 'lej, če nau dobr, grem loh še zmer nazaj.' — Jessi

[...] da tudi to spustiš, da morš vse spustit in tudi to opcijo, da se lahko zgodi, da prideš nazaj na zdravila. In je v redu, ne. — Moja

In pol če bo ratal ful težko, da pa lahko zvišam nazaj. — Luka

Posamični (idiosinkratični) viri podpore

Sogovornice in sogovorniki so posamično navajali tudi druge podpore dejavnike, ki so veljali zgolj zanje.

Znanje, ki si ga ustvarimo sami (o sebi) lahko predstavlja veliko oporo tudi pri opuščanju psihiatričnih zdravil. Denis se je z opuščanjem antidepresiva srečal dvakrat. Ugotovil je, da med prvim poskusom in trenutnim opuščanjem obstaja zanj bistvena razlika, in sicer ta, da je njegova odločitev med trenutnim opuščanjem *zavestna, prej pa ni bila zavestna*. Iz prve izkušnje opuščanja je namreč zgradil **izkustveno znanje**, ki mu bo ob nadaljnjem morebitnem nižanju doze (ali opustitvi) dobro služilo.

Moja si je z intenzivnimi občutki po opustitvi psihiatričnih zdravil pomagala z **naravnimi pripravki**, in sicer z Bachovimi kapljicami: *Baje naj bi vzel 4 kapljice na dan, v tekočini ali na jezik. Js sm jih takrat jemala, ko je blo krizno, na dve uri. Štiri kapljice na dve uri. (Moja)*

Šport in struktura sta Luki predstavljal sidra, ki sta mu omogočila, da se je lažje spoprijemal z neprijetnimi občutki:

Šport je neki, kar je men ful pomembn, ker mi dan strukturira. Sej tud fizična aktivnost [...] men je ful pomembn, da začnem dan z nekim športom pa da ga končam in to je neki kar daje ritem mojmu dnevju in men je ful pomembno, da mam strukturiran čas. Js vem, da če nimam strukturiranega tega časa, ful težje hendlam neke pritiske. — Luka

Marina je imela velike težave z opuščanjem dotičnega antidepresiva. Ob poslabšanju počutja, ki mu je sledila ponovna uvedba terapije, se je odločila, da bo kljub dobremu počutju ob uporabi antidepresiva, ki ga je težko opuščala, **sprejela terapijo z drugimi antidepresivi**: *In potem mi je pač predlagal Asentro, ker je ta Asentra ni tak močna, kot ta Efectin. Ker sem s tega Efectina res tolik težko prišla v tistem zadnjem poskusu.*

6.2.4.1 Povzetek odgovorov na četrto raziskovalno vprašanje

Intervjuvanke in intervjuvanci so v proces opuščanja psihiatričnih zdravil že vstopali z manjšim ali večjim podpornim sistemom, ki so ga sestavljale osebe (družina, prijatelji, zdravstveni delavci, terapevt), hobiji, nove strategije spoprijemanja s stiskami ipd., ki so lahko spodbudno vplivali na proces opuščanja psihiatričnih zdravil. Obenem pa so iskali ali zasledovali specifične podporne dejavnike, ki so jih omenjali kot take, ki so neposredno vezani na proces opuščanja psihiatričnih zdravil.

Kot podporne osebe so intervjuvanke in intervjuvanci prepoznavali **zdravstveno osebje** (psihiatre, osebne zdravnike, zaposlene v referenčni ambulanti), **terapevte, osebe z izkušnjo opuščanja psihiatričnih zdravil in bližnje** (družina, partnerji, prijatelji). Štirim intervjuvancem so psihiatri nudili podporo predvsem v svetovanju glede načina opuščanja, obenem pa so ti intervjuvanci psihiatre prepoznavali kot njim pomembno podporo v splošnem. Podporo so nekaterim intervjuvankam in intervjuvancem nudili tudi bližnji; v Aninem primeru je moč videti, da so starši odigrali ključno vlogo v nudenju podpore v obdobju, ko se je spoprijemala z odtegnitvenimi učinki. Mojina prijateljica pa je z njo delila nove možnosti interpretacij njenih občutij in izkušenj. Nekatere intervjuvanke in intervjuvanci so kot podporen element prepoznali tudi informacije, ki so jih z njimi delile osebe, ki so imele lastno izkušnjo z opuščanjem psihiatričnih zdravil.

Drugo skupino podpornih dejavnikov predstavljajo smernice, ki so jim sledili intervjuvanci in intervjuvanke, da je bilo opuščanje psihiatričnih zdravil zanje lažje ali bolj obvladljivo. Te so bile:

- postopno zmanjševanje doze psihiatričnih zdravil;
- zaupanje lastnim občutkom;
- grajenje občutka varnosti, sigurnosti in (za)upanja;
- prepoznavanje opozorilnih znakov oz. sprožilcev;
- razvijanje novih strategij spoprijemanja s stiskami;
- možnost ponovnega pričetka uporabe psihiatričnih zdravil.

Posamično so navajali še druge oblike podpore, kot je izkustveno znanje, naravni pripravki, šport, strukturo (urnik) in menjavo psihofarmakološke terapije.

Psihiatrična zdravila so lahko intervjuvancem in intervjuvankam predstavljala obliko podpore, ko so jih uporabljali. Učinki so bili lahko zanje koristni, saj so jim pomagali pri spoprijemanju z duševnimi stiskami, vsakodnevnih opravilih ipd. Z opuščanjem pa je ta oblika podpore umanjala, kar je lahko za nekatere intervjuvanke in intervjuvance pomenilo ponovno duševno krizo. Zdi se, da lahko umik farmakološke terapije ustvari luknjo v podpornem sistemu, ga zrahlja, zamaje, če le-ta ni dovolj močan. Večina intervjuvank in intervjuvancev je tekom uporabe psihiatričnih zdravil iskala, soustvarjala in gradila take oblike podpore, ki so jim lahko posredno služile tudi pri procesu opuščanja psihiatričnih zdravil. Navedbe o oblikah podpore, strategijah, nemara bi lahko rekli tudi o načinih, kako živeti, so bolj ali manj predstavljali posebno vezno temo pri vseh intervjujih.

6.2.5 Prečne teme

Intervjuvanke in intervjuvanci so v pogovorih o opuščanju psihiatričnih zdravil spontano odpirali dodatne teme, ki jih mnogi avtorji in avtorice razumejo kot **(osebno) okrevanje**. Julie Gosling (2010) pove, da mora definicija okrevanja ostati v rokah oseb z izkušnjo duševnih stisk, kjer sami povedo, kaj pomeni 'se počutiti dobro', in v definicijo ne smejo posegati zunanje osebe, ki odločajo, ali so okrevali ali ne. Pomembna je torej subjektivna izkušnja uporabnika in ne zunanji faktorji. Tu lahko prepoznamo bistveno razliko s pojmom kliničnega okrevanja, ki okrevanje razume kot končno, merljivo in objektivno stanje, ki ga oceni zdravnik in se med posamezniki ne razlikuje (Slade, 2009). Okrevanje je nenazadnje proces, nemara tudi popotovanje, ki je vseživljenjsko in edinstveno za vsakega posameznika posebej. Pripovedi o uporabi in opuščanju psihiatričnih zdravil so bile bolj ali manj prepletene s temami upanja, iskanja smisla, odgovornosti do sebe in z razumevanjem samega sebe ter svojih izkušenj z duševnimi težavami. Te pripovedi so prišle na plano spontano in so delovale kot nekakšna vez med opisi življenjskih izkušenj in dogodkov intervjuvank in intervjuvancev. Govorili so o prepoznavanju točk preobrata, sprejemanju, boju zase, preseganju nepodpornih vlog in vzorcev, ustvarjanju novih strategij spoprijemanja s stiskami, postavljanju meja, odkrivanju notranjih virov moči, prepoznavanju sprožilcev, iskanju virov podpore, spoznavanju odnosov v družini in nenazadnje samospoznavanju v najširšem smislu. Ker lahko s črkami, besedami in ločili prikažem bolj ali manj zgolj vsebino teh izjav, moram tu omeniti še, da sem ob pripovedovanjih mojih sogovornic in sogovornikov občutila tudi njihovo moč, upanje in boj zase.

Intervjuvanke in intervjuvanci so o upanju spregovorili na različne načine; bodisi so govorili o ključnih trenutkih v njihovem življenju, ki bi jim lahko rekli tudi **točke preobrata**, bodisi je pripoved zavila v **načrte za prihodnost**. Trije intervjuvanci so ob pripovedovanju spregovorili o dotičnem trenutku v svojem življenju, ko so v sebi našli notranjo moč za spoprijemanje s svojimi duševnimi stiskami:

In se prav spomnem občutka, ko sem nekako sprejel, da je to to. In kako so se stvari začele pol izboljševati. Da sem recimo v dnevu doživel zelo kratke trenutke, mogoče minutko al pa dve, ko sem začutil v telesu, da sem se umiril, ne. Seveda je bila še vedno tesnoba prisotna, ampak odzivanje na samo situacijo ... In pol sem dejansko videl, da je to the way to go. In pol sem vsak dan gradil na teh majhnih trenutkih. Vsak dan, vsak dan. — Denis

In mi je blo tko, nek moment jasnine mi je bil, ko sem sam zaštekal, kok neumno stvar js delam. In je bil res tak šok in pol sem tko ful jezno zaprl laptop in šel pod tuš. Js se spomnem, kako sem se s ful namenom tuširal in pol nasledn dan mi ni ratal, sem šel nazaj v ta ritem. Ampak tko, uno tuširanje je bil en upor, pol sem počas začel ... — Luka

Mislím, da je bil ta moment ta, ko sem pršu nazaj u bolnco. Takrat je bla neka moja odločitev, da sem prišel nazaj, in sem reku 'zdej pa tkole, vi ste kle, zato da men pomagat'. [...] Takrat sem js pršou, sem reku 'lejte, zdej si pa ti tle, da ti men pomagaš, zdej pa js te lepo prosm', sem reku 'da mi pomagaš, da js lohk funkcioniram

v življenju' in to je to. To je bil un prvi korak. [...] Ja, v bistvu sem se zavzel zase takrat prvič v življenju. — Bojan

Osebe, ki imajo izkušnjo z duševnimi stiskami, pogosto internalizirajo sporočila okolice, da zanje ni upanja ter da so žrtve svoje diagnoze (Mead and Copeland, 2000). Pogosto taka sporočila okolica daje tistim, ki so imeli težje in dolgotrajnejše težave ter so bili dalj časa vpeti v sistem podpore s strani služb duševnega zdravja. **O upanju in sprejemanju** govorijo naslednji intervjuvanci in intervjuvanke:

In da ne gledaš za nazaj pa obžaluješ ampak v bistvu sprejmeš novo realnost in jo sprejmeš, kakršna je, in gledaš korak naprej. Se ne vračaš nazaj, ne obžaluješ in vedno, za vsak korak, ga sprejmeš, da stojiš za njim in da gledaš samo kaj pozitivnega ti je prinesel. Da pa razumeš, da ma vsaka stvar tud pozitivne in negativne stvari ampak s tvojo izbiro je to tvoja nova realnost, ne. Tko da, mogoče ta pozitivizem: vse me podpira in da nisem žrtev, recimo. V bistvu ta neka nova naravnost do vsega, ne. — Moja

Sej ne vem, če tableti karkol pozdravjo. Prou pozdravjo po mojem, da ne. Pač to morš še zmer ti sam narest. Moj mnenje. In tud dost stvari vem, da mi je zdle še zmer ostal. Tko k rečmo to, da more pes z mano hodt, ker dobivam panične napade. Tud iskreno, če pridejo glasovi nazaj, lej pa bojo. Pač moj mnenje, pa bojo, a ne. Sej kva pa bom. — Jessi

Ja, kdaj so momenti, k se zjokaš pa rečeš 'pa zakva jest, pa kva sm naredu pa ...' Ne vem, res ti je hudo, a ne, pa tud sekiraš se, k tega nikol nau konc pa zakva pa ... Sam pol so pa momenti, k si dobr pa rečš 'lej sej bomo zvozil' ... — Jessi

Tudi jaz teoretično obvladam vse, prebrala sem ogromno, lastnih izkušenj imam toliko ... Dve psihoterapiji sem čez dala. Pač enih stvari mogoče ne moreš spremenit. — Marina

Skušam si stvari poenostavit na tak način, da vedno dopuščam možnost praktično za vse, tukaj ni nobenega ideala. Idealno je pač vse, kar te doleti, kar pa js lahk naredim, je pa, kako se bom odzval na te stvari. Vem, da se dejansko moj način, če lahk temu tako rečem, kako živim, zdej res odvija okol takega pristopa. — Denis

Mislm, js vse jemljem pozitivno zdej, tud use te stvari, ki so ble. Pač to je blo use del mojga življenja, ne. Ne obžalujem ničesar. [...] Js vedno rečm, da je dons moj najlepši dan. Dons je najlepši dan mojga življenja. Jutr bo pa spet, ne. A veš, ni bil učeri, ne. Ni blo učer luštn. Dons je luštn, evo men je zdele luštn tlele, ne. Men je zdej super. Ne obžalujem, da sem prišel sem. Tko da ta attitude, no. In ko to ponotranjiš, je res the best, mislm res the best no. — Bojan

Neka anksioznost je ostala v družbenih situacijah, ampak v eni taki obliki, kjer je blo to neki prisotnga, ampak dokler sem jest praktical neke strategije, da sem se mal distanciral od tega in da sem si govoru 'sej je u redu, če nisem prikupen' in to, 'sej vrjetno, če sem tiho in sam poslušam', neke te stvari, nikol ni blo neke ful panike iz tega. — Luka

Intervjuvanke in intervjuvanci so se v procesu iskanja pomoči srečali z **novimi identitetami**, npr. identiteto uporabnika psihiatričnih storitev. Obenem so raziskovali svoje lastne identitete in vloge znotraj svoje primarne družine ter prepoznavali vzorce lastnega delovanja. Nekatere identitete so okrepili, druge raziskovali, spet tretje identitete ali vloge pa so zavrgli, ker jim niso več dobro služile. Moja je spregovorila o sprejemanju sebe v celoti: *Zame je blo to neko spoznanje, da lahko presežem, se sprejemem z vsem.*

Intervjuvanke in intervjuvanci so se spoznavali s samimi sabo, prepoznavali tiste reči, ki so jih omejevale in gradili nove načine spoprijemanja. Večinoma so govorili o **'delu na sebi'**:

To [o. p. hospitalizacija na odprtem oddelku] mi je po mojem najbolj pomagalo od vsega takrat. Ene stvari sem ful razčistila, ampak pač je bil pa šele začetek tega dela na sebi. – Ana

Tud tko, mislm, sej sm dost na seb naredu, tud to je dejstvo. Ni zdej, da se na tablete zanašam [...] – Bojan

Pač naučila sm se sama sebe [...] – Jessi

Zdej je mal drugače, ne. Bolj hodim po realnih tleh, bolj se zavedam, bolj se praktično soočam z občutki, ki niso ok, kokr pa sem se takrat. – Denis

In da sm js na podlagi tega poskušala delat na sebi, no. [...] Da se morem v bistvu potegnt nazaj vase in se globoko poslušat. Tudi mogoče navzven tega ni videt ampak, da sebe poslušam. Ne osebo, ki je ob meni, ne. – Moja

Najpogosteje so svoje delovanje reflektirali na podlagi **odnosov v svojih primarnih družinah**, od kjer so prepoznavali, da so prejeli določene vzorce vedenja in čustvovanja, ki zanje niso bili več funkcionalni:

In tudi v odnosu se je to ful poznalo. Recimo partnerko sem vsa ta leta čakal, da bova skupaj šla na kolo, šla na plesne ... In tek je bil ena prelomnica pri meni, k sem to začel delat pa brez nje. In je bla neka osvoboditev nekega vzorca, ki v bistvu v resnici nima nobene veze z njo, ima pa veze z vzgojo, moja mama, moj fotr. In tudi to spoznanje je blo tako uno 'uau', tak rush po telesu. – Denis

Kr rečmo tud že v otroštvu, če nazaj pomislim, moja mami mi nikol ni bla mami. Ona je mela poporodno depresijo in je, drgačn odnos je mela do mene, kukr do useh ostalih. Pol je pa še probala napake, k jih na seb ni marala in sm jih js tud mela, popravljat na ta način, da se je drla, da je blo use narobe in ... [...] Ker ni blo nobenga logičnga vzorca not, kva nardiš narobe pa si poj okregan, a ne. In je blo poj v bistvu to fora, da sm že takrat si razvila ta svoj svet, a ne [...] – Jessi

Psihoterapija je neko spoznavanje samega sebe in teh raznih dinamik v družbi oziroma v tvojem življenju, ne. Do partnerke, do staršev, do prjatlov in tko naprej. Pač predvsem spoznavanje samega sebe in predvsem spoznanje to, da si ti un – kar dons lahko rečem z lahkoto – ti si ta oseba, ti boš odločal o sebi [...] – Bojan

Enkrat sm se tko pod gradom sprehajal in midva z mamó sva mogla bit smrtna sovražnika v prejšnjem življenju. K sem slišu tko svojo dušo, kako prav njeni duši, da 'you're of no use to me anymore', a veš. Pač, sem zdej to zmagal [...] Pa sem se vse življenje zanjo zavzemal, tud ko je fotr tam grozil pa tko, sem se vmes postavu pa sm jih js pol dubu. – Gregor

Splloh tista prva [o. p. psihoterapevtka] mi je res takrat pomagala predelat ene zamere, ki sem jih recimo imela do mame. Pa pač tisto otroštvo in to. Da sem kar nekaj stvari zaprla. – Marina

Ločevanje od vlog in identitet, ki jih niso več prepoznavali kot svoje, so sprovedli tudi s **postavljanjem meja**, kjer so ubranili tisto, 'kar je njihovo' in se ločili od vlog, kjer se niso več prepoznavali. Moja, Ana in Denis so se prepoznali v **vlogi žrtve** in ugotovili, da jim to ne prinaša koristi, zato so zavestno izstopali iz nje:

Recimo že takoj v štartu, ko sem jst šla dol z zdravil, sem se odločla, da ne bom žrtev. Da sem prepoznala, da je to en vzorec. – Moja

Js sem bla zmeri v vlogi nekega nebogljenega otroka, oziroma tudi v partnerskih vlogah sem se postavlja v to vlogo žrtve, pa da me morejo potolažit, pa tko, in mi je to nekak manjkal. Oziroma še zdej bi rekla, da se soočam s tem, da sem mogoče mal osamljena, ampak zdej vsaj bolj ozavestim to. – Ana

In to na seb isto delam, sam se poberem, ne čakat, ne bit žrtev, res. Js sem bil žrtev cel življenje. Zakaj se to men dogaja, kaj sem komu js naredu, usem delam use tko k oni hočjo pa se mi useen to dogaja, sebe razdajam, se žrtvujem, vse živo. Pa sem depresiven, a veš. – Bojan

Ohranjanje svojega bistva in postavljanje meja je bilo bistveno tudi za Denisa: *Kako pomembno je, da ne zgubljamó stika s samim sabo. Kok je to pomembno in kok se danes tut borim, da ne dovolim, da mi kdor kol to odvzame. **Spoznavanje in zavedanje samega sebe ter lastne aktivnosti** je intervjuvanke in intervjuvance vodilo k postavljanju meja tudi na drugih področjih njihovih življenj:*

In v bistvu, ko sm opazla, da me določeni ljudje zelo radi spravljajo v stisko [...] Če bom js s svojo persono tuki nastopla in če bo kdo probal, se bova midva sam gledala, bo hitr konc. – Moja

In tud bi reku to, da pri postavljanju meja ne smeš met občutka, da si slab, če si vzameš tisto, kar ti najbolj na tem svetu pripada. In najbolj na tem svetu ti pripada notranji mir. – Denis

Predvsem morš, egoist morš bit mal, ampak v pozitivnem smislu, ne zdej egoizem ... [...] Ne na račun od druge svobode, se prav ne na račun svobode drugega. To js vedno rečem. Vedno rečem, ti lahko men težiš, mi govoriš ne vem kaj, ampak, ko boš pa v mojo osebno integriteto šel, sva pa zaključla. Tam pa nimaš ti dostopa do moje duše. Nimaš. Lej, tam pa se bom js odloču, kaj se bo dogajal. – Bojan

Če vidm, da ne morem več, rečem, lej. Ne tiščim se več do meje pa čez, a ne. To, kar sm učash delala, k je blo zmeri use za vsako ceno, stoprocentno [...] – Jessi

V svoje življenje so moje sogovornice in sogovorniki uvajali različne **spremembe**, za katere prepoznavajo, da so zanje bistveno bolj podporne:

In da maš skos v glavi to, da če boš isto počenjal, bojo isti rezultati, ker to je čista osnovna matematika. Noben ni imun na te težave in zavedat se mormo, da je to posledica odzivanja na določene triggerje. – Denis

Ja, mela sem svoje ups and downs, čustva so spet mal bolj živa ratala, kukr so prej bla. Sam sem se nekak tud naučila sama sebe gledat pa točen videt, do kere mere morem možgane zaposlit, da mam mir. Ker če sem se preveč, je šlo poj že v uno neprespanost pa u mal več, če sem se pa premal, so mi pa tud poj sami svoje delal. – Jessi

Pač, js sm vidu težavo, že preden se je zgodila, js nism vidu izziva, predn se je zgodl, js sm vidu težavo. Ne vem, tamle se bom zaletu z avtom, ja, konc sveta, ne. [...] Zdej si pa rečm' ja, pizda, kva nej zdej, razbou sm avto, pa kaj, pač, sej bomo rešil.' Vse je rešljivo. Vse se da rešit, ne. Ja, to katastrofiziranje, to je ful težava. – Bojan

Ja, da sem bila takrat pripravljena tko dopustit, mislim se odpret nekak, pa začet ugotavljat, kje je sploh problem, pa si priznat mogoče, da kakšne stvari niso tko, kokr jih js vrjamem [...] – Ana

Ker v bistvu, če ti zdravila ne utišajo glasov, potem se morš ti učit življenja z glasovi, zaznavami. Ker js mam druge zaznave. Energetske, videnja. Tako da ... V bistvu se potem učiš s tem živet. – Moja

Podpora predstavlja enega izmed ključnih elementov pri okrevanju. Intervjuvanke in intervjuvanci so bili pri **iskanju virov podpore** tudi aktivni soustvarjalci le-te. »Ljudje obvladujejo svoje psihične težave z vrsto strategij in tehnik, ki jim olajšujejo znake boleznin in tudi njene posledice« (Švab, 2015, str. 21). V splošnem so podporo našli v neformalnih okoljih (družina, prijatelji) in aktivnostih, ki so jim pripomogle k boljšemu počutju.

Men je ful pomembn, da začnem dan z nekim športom, pa da ga končam in to je neki, kar daje ritem mojmu dnevu in men je ful pomembno, da mam strukturiran čas. Js vem, da če nimam strukturiranega tega časa, ful težje hendlam neke pritiske. Jutranja joga, večerni tek, to je ful pomembna stvar v mojem življenju. In ful je bil tak herojski boj, da sem js vzpostavil ta ritem. – Luka

Pa tud ena izmed teh stvari je tud to, da sm zdej pač, da me mož pozna, da točen ve, kako pa kva, da se pr njemu tud lohk sprostim in da točen vem, da tud on ve, 'okej, zle neki pa je, zle morm pa to narest, zle pa morm un narest', a ne. – Jessi

Probam najdet stvari, ki so fiksne, ki so stabilne, k mene to v bistvu rešuje. – Jessi

Sem povedal [o. p. psihologu], da hodm k psihiatru, pa je reku 'vi kr pr njemu nadaljujte.' Sem reku, da on si vzame pet minut zame na mesec, da bi se rad pač

pogovarjal o tem, da vidm kakšne možnosti mam v življenju, kakšen poklic izbrat pa to ... – Gregor

Mislm js sm teh knjig [o. p. na temo samopomoči in pozitivnega mišljenja] velik prebral. Mislm res, js mam doma, js sm jih pol talal ljudem okol, k so mel težave in tko naprej, sm reku 'lej, preber to knjigo, mogoč ti bo pa pomagal.' Teh knjige sm js tud dost dubu, so mi tud ene pacientke dajale ... – Bojan

Pripovedovanje zgodb in deljenje izkušenj je način komunikacije, ki omogoča, da ljudje razumemo drug drugega (Cohen, 2008). **Deljenju izkušenj** pripisujejo velik pomen tudi intervjuvanke in intervjuvanci. Nekateri so sprva zaradi stigmatizacije duševnih težav svoje stiske skrivali. Weinstein (2010) meni, da je okrevanje možno sploh takrat, ko so osebam z izkušnjo duševnih težav prihranjeni stigma in diskriminacija. S pripovedovanjem o svojem življenju so aktivno oblikovali **pomene svojih zgodb, jih osmišljali** in v mnogih primerih tako tudi **zmanjšali moč stigme**. V pripovedih se je odslikavala tudi njihova notranja moč:

Zelo zdravo je, da človek govori o tem. Da vsakič, ko zgodbo pove, da je lažji. – Moja

Mislm takrat, k sm js prvič šel [o. p. k psihiatru], je blo to 'uzem tablet, dej pejd, ne govort okol, da si bil tuki', ti skor reče, 'ker boste deležni stigme.' [...] Mislm, da se premika okol tega in tud več se govori o tem. Js tud usakmu, ki imava kakšen bolj tak iskren pogovor, js pač rečm 'js mam izkušnjo s tem, jem tablete' [...] – Bojan

Ne, sej ni tko, da bi js karkol mel tko, da bi me obteževal, js pač tist, kar me muči v srcu, probam izrazit ... – Gregor

Je pa rekla [o. p. razredničarka] 'a greš lahko prosim ti pred razred pa ti poveš, k vem, da to rabš, k vem, da morš dat to nek vn, pejd pred razred pa nared [o. p. povej o svoji izkušnji]'. Če marskirga prašaš, so rekl 'to je izsiljevanje otrok', men je pa tkrt blo to ena največjih stvari, kar sm jih naredla zase. – Jessi

V bistvu sem ogromne energije porabla, da sem to čim bolj skrivala pred okolico pa v službi, ker je to taka stigma pri nas. Čeprav zadnja leta jaz v bistvu že lahko tudi o tem govorim in mene ni več sram povedat, da imam težave z depresijo pa da jemljem zdravila. Sem v bistvu prišla preko tega, ampak to je toliko let trajalo. V tistih časih, ko mi je blo najtežje, nisem ... [...] Če bi se lahko o teh stvareh odprto pogovarjali, bi blo vsem veliko lažje. – Marina

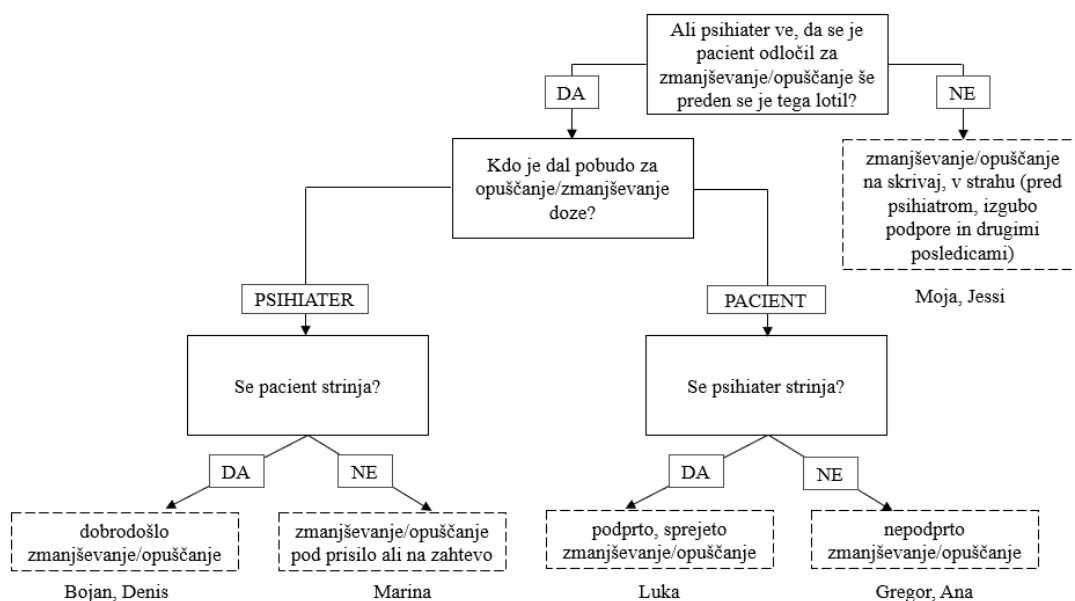
Čeprav se mogoče zdi, da osebe okrevajo predvsem na podlagi lastne iniciative, je pomembno opozoriti, da se spremembe lažje zgodijo v podpornem okolju. Na ta vidik okrevanja opozori tudi Masten (2015, v Rose, 2019), ki pravi, da je okrevanje pot, kjer preko neformalnih mrež, sistemov podpore in pomoči posameznik išče vire v sebi in v skupnosti, da si ustvari novo življenje, ali kot pravi Anthony (1993, v Škraban, 2019), je okrevanje »proces, v katerem posameznik najde življenje, ki ga je vredno živeti, navkljub omejitvam, ki jih prinašajo duševne težave in stiske« (str. 37). Okolje lahko okrevanje posameznika podpira tako, da mu omogoča večjo vpetost v odločanje o njihovem zdravljenju in oskrbi, nagovarja problematiko stigme in socialnega izključevanja, z jačanjem uporabniških skupin in s prevpraševanjem medicinskega modela (Weinstein, 2010). Uporabniki, ki se upirajo stigmati, ki je nastala kot

odziv okolice na duševne težave posameznika, imajo večjo možnost za okrevanje (Firmin, Luther, Lysaker, Minor in Salyers, 2017).

7 SKLEP

Namen magistrskega dela je bil bolje spoznati, kako osebe, ki uporabljajo ali so uporabljale psihiatrična zdravila, le-ta opuščajo, ne glede na to ali so imele pri tem podporo psihiatrov in drugih strokovnih delavcev ali pa so se na to pot podale same (brez podpore). Med prebiranjem literature, zgodb, poslušanjem pripovedi in analiziranjem gradiva mi je v mislih nenehno tlela ideja o tem, da iz ključnih ugotovitev pričnem sestavljati novo zgodbo. Razmišljala sem o tem, kako lahko vse te ključne ugotovitve pripomorejo k razvijanju boljših podpornih sistemov za ljudi z izkušnjo uporabe in opuščanja psihiatričnih zdravil. V nadaljevanju bom skušala strniti vsaj nekaj zaključnih misli, za katere pa verjamem, da nikakor niso dokončne, temveč zgolj uvod v nove in nenehno nastajajoče ideje.

Opuščanje psihiatričnih zdravil lahko obravnavamo kot proces, ki je razpet med več vidikov, ki ga bodisi onemogočajo bodisi omogočajo. S tem ne impliciram, da je vstopanje v ta proces ključen za vsakega uporabnika psihiatričnih zdravil, temveč raziskujem tiste dejavnike, ki osebe, ki se za to odločijo (ali pa se strinjajo z odločitvijo, ki jo je naredil nekdo drug, npr. psihiater), podpirajo in motivirajo, ter tiste, ki jih ovirajo ali pa celo onemogočajo samo odločitev. Če se osredotočim zgolj na intervjuvanke in intervjuvance lahko njihovo pot od odločitve za opuščanje do samega opuščanja prikažem tako, kot kaže Slika 11. Pri tem moram omeniti, da so štirje intervjuvanci v anketnem vprašalniku psihiatra navedli kot – v splošnem – podpornega (Luka, Bojan, Denis in Marina), štirje pa ne (Jessi, Moja, Gregor, Ana).



Slika 11: Možni poteki odločanja o opuščanju psihiatričnih zdravil in njihovi izidi

Dve intervjuvanki sta svojo odločitev za opuščanje psihiatričnih zdravil skrivali pred psihiatrom, ki sta ga obiskovali. Jessi je skrbelo, da bi zaradi svoje odločitve ostala brez psihiatrovega zaupanja in podpore, Moja pa je opustitev psihofarmakov prikrila zato, ker se je bala, da bi to utegnilo vplivati na skrbništvo nad otroki. Tudi v vzorcu anketiranih je bilo takih oseb, ki psihiatru niso povedale, da opuščajo psihiatrična zdravila, 14,0 %. Izhajajoč iz tega sklepam, da nekateri uporabniki in uporabnice psihiatričnih storitev vidijo psihiatra kot

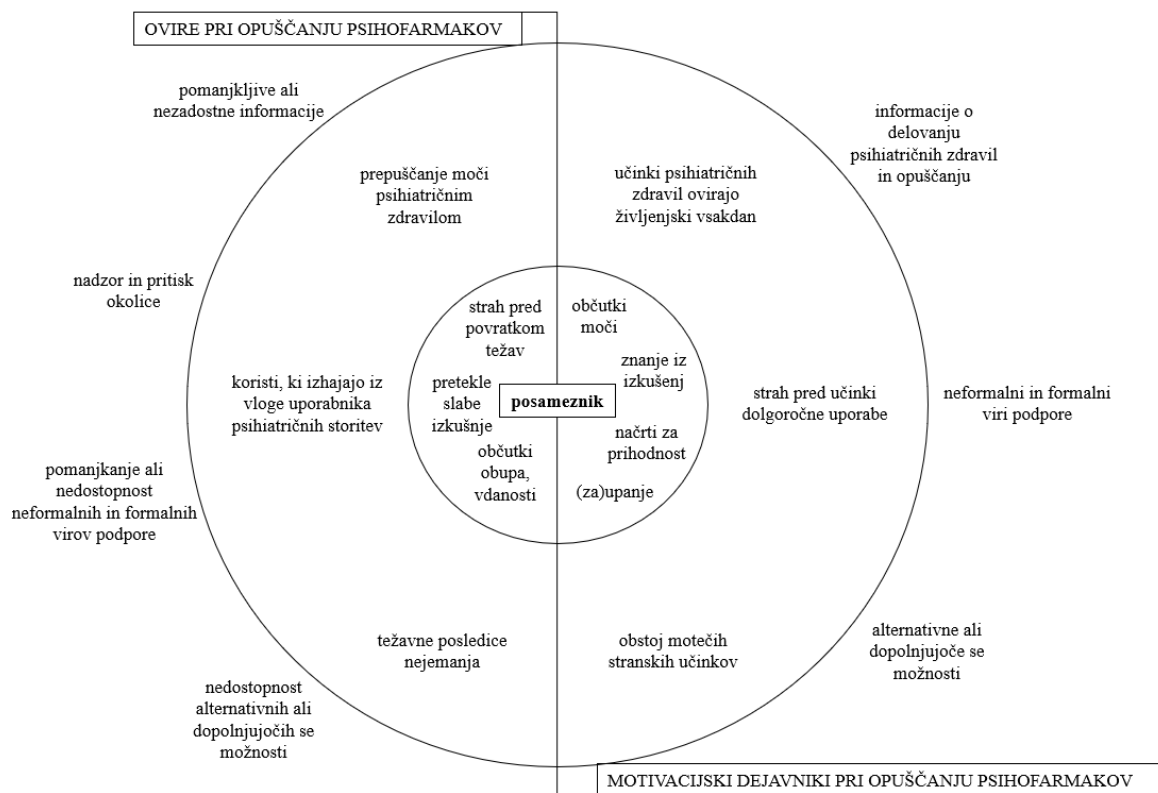
avtoriteto in svojo odločitev o opuščanju oz. zmanjševanju doze razumejo kot kršitev njegove zahteve (jemati predpisano terapijo). Medicinska doktrina adherenco predpisani terapiji razume kot normo, ki jo je potrebno spoštovati in zasledovati z namenom zdravljenja.

Zaradi razhajanja v mnenjih je umanjala podpora pri opuščanju še dvema intervjuvancema. Gregor si je želel znižati dozo psihiatričnih zdravil, a je pogosto naletel na zaprta vrata in ni bil slišan, kar je lahko ne samo oviralo temveč povsem zaustavilo proces zmanjševanja doze. Ana in njena psihiatrinja pa se povsem razhajata v mnenju o opuščanju psihiatričnih zdravil: Ana si tega želi, psihiatrinja pa meni, da je to nespametno. Mnenji psihiatra in uporabnika se lahko včasih tako zelo razhajata, da eden ali drugi (ali pa celo oba) izstopita iz odnosa. Dasiravno so se v zadnjem času vloge med zdravniki in pacienti spremenile in so pacienti bolj ozaveščeni in informirani o svojih pravicah, lahko zdravnik uporabi svojo družbeno moč na način, ki ga uporabniki prepoznavajo kot nepodpornega ali pa celo škodljivega (npr. umik pomoči in podpore, hospitalizacija idr.). Pri tem pride do praznine v podpornem sistemu, saj lahko zdravnik, psihiater, predstavlja pomembno oporo pri opuščanju psihiatričnih zdravil.

Štirje intervjuvanci so opuščali s podporo psihiatra; v dveh primerih je pobudo za opuščanje dal on sam, v enem pa intervjuvanec. Ena intervjuvanka (Marina) pa se je srečala z obratno situacijo: sama si ni želela opustiti antidepressivov, vendar jo je k temu spodbujal psihiater. Čeprav se z njegovo pobudo ni strinjala, se je vseeno podala na pot opuščanja in psihiatra v splošnem prepozna kot podpornega. Zgleda, da pri opuščanju psihiatričnih zdravil niso pomembne samo deklarativna navodila psihiatra (s katerimi se lahko pacient strinja ali pa ne), ampak je uporabnikom še bolj pomemben zaupen in sprejemajoč odnos z njim.

Med interpretacijo sem bila pozorna tudi na morebitne razlike med intervjuvankami in intervjuvanci glede na trajanje uporabe psihiatričnih zdravil in tem, ali se pojavljajo razlike med tistimi, ki so že opustili psihiatrična zdravila, jih sedaj opuščajo ali so jih nekdanj opuščali. Med njimi nisem zaznala razlik. Zdi se, da jih nekatere izkušnje družijo, spet druge pa prikazujejo razlike med njimi: kako so doživljali pričetek uporabe psihiatričnih zdravil, kakšen odnos so imeli s psihiatrom, s katerimi neželenimi učinki so se srečevali, na kakšne ovire so naleteli pri opuščanju itd.

Podporne, motivacijske in ovirajoče dejavnike pri opuščanju psihiatričnih zdravil, ki sem jih na podlagi raziskovalnih vprašanj razbrala iz pripovedi intervjuvank in intervjuvancev, sem razvrstila v grafičnem prikazu (Slika 12). Shema je nastala na podlagi manjšega vzorca (osmih) oseb in verjamem, da je lahko v mnogih primerih opuščanja psihiatričnih zdravil nepopolna oz. pomanjkljiva, saj se različni ljudje srečujejo s kompleksnim sistemom motivacijskih in podpornih dejavnikov ter ovir.



Slika 12: Grafični prikaz ovirajočih in motivacijskih dejavnikov za opuščanje psihiatričnih zdravil

Shemo predstavljajo tri dimenzije:

- 1) Prvo dimenzijo predstavljajo krogi, ki se vijejo okrog posameznika oz. posameznice, ki se odloča ali se je odločil za opuščanje psihiatričnih zdravil. V samem centru shema locira posameznika, ki ga razumem kot strokovnjaka na podlagi izkušenj, ki ima določena znanja o sebi, svoji izkušnji, odnosih, ki jih živi itd. V prvem krogu so predstavljeni tisti motivi, ki so lastni posamezniku: njegova osebna naravnost, občutki moči, upanja ali obupa, njegovo vrednotenje preteklih izkušenj z uporabo in opuščanjem psihiatričnih zdravil ter morebitni načrti za prihodnost. Drugi krog predstavlja nabor tistih dejavnikov, ki so nastali kot posledica uporabe psihiatričnih zdravil. Vsebuje naslednje elemente: težavne posledice nejejanja, koristi, ki izhajajo iz vloge uporabnika psihiatričnih storitev, prepuščanje moči psihiatričnim zdravilom, obstoj motečih stranskih učinkov, strah pred učinki dolgoročne uporabe ter ovirajoči učinki psihofarmakov, ki ovirajo uporabnikov vsakdan. Zunaj krogov pa so nanizani zunanji dejavniki: obstoj ali manko neformalnih in formalnih virov podpore, nadzor in pritisk okolice, (nezadostne) informacije ter obstoj ali pomanjkanje alternativnih možnosti psihiatričnim zdravilom.
- 2) Drugo dimenzijo predstavlja delitev na motivacijske dejavnike in ovire, kjer na desni strani sheme prevladujejo tisti, ki so intervjuvanke in intervjuvance podpirali ali motivirali pri odločitvi za opuščanje ali samem opuščanju psihiatričnih zdravil, na levi pa ravno obratno – so ta proces zavirali ali ovirali.
- 3) Tretjo dimenzijo pa predstavljajo možnosti za strokovno podporo posameznikom, ki se odločajo ali pa so se odločili za zmanjševanje ali opuščanje psihiatričnih zdravil, ki izhajajo iz detekcije motivacijskih, podpornih in ovirajočih dejavnikov.

Prvo in drugo dimenzijo slikovnega prikaza predstavljajo motivacijski oz. podporni in ovirajoči dejavniki, ki vplivajo na proces opuščanja psihiatričnih zdravil. Večina intervjuvank in intervjuvancev se je z opuščanjem srečala večkrat in s tem pridobila izkušnje, ki pa jih različno pojmujejo. Nekateri so si na podlagi izkušenj ustvarili svojevrstno **prvoosebno izkustveno znanje**, ki so ga lahko uporabili v naslednjih poskusih opuščanja:

Sedaj že ima izkušnje s tem in verjame, da bo, če se bo za to odločil, bolj pripravljen na opuščanje, kot je bil pripravljen ob prvem poskusu. Pravi, da ima zdaj več informacij o opuščanju psihiatričnih zdravil, hkrati pa tudi (prvoosebno) znanje iz lastne izkušnje. [povzetek telefonskega klica] — Denis

Spet drugi so doživeli hude odtegnitvene učinke:

[...] ker ostale stvari sem pač uspešno probala zmanjšat, to pa sem že večkrat probala in ne gre, ker dejansko fizično padem skupi. [...] Ja, pač, do ful hudga odtegnitvenega simptoma, k da sem na res neki hudi drogi in enostavno ne zmorem sama. — Ana

Lahko pa so prepoznali, da so se **njihove težave vrnile**, zato te izkušnje pojmujejo kot **slabe**. Tudi v odgovorih na vprašanja v anketnem vprašalniku je kar 61 % anketiranih povedalo, da so se srečali z odtegnitvenimi učinki. Obenem pa gre lahko za kombinacijo različnih dejavnikov, kjer nekateri intervjuvanci prepoznavajo izkušnjo opuščanja kot slabo, vendar so jo tudi zaradi drugih dejavnikov prepoznali kot pomembno in kot izkušnjo, ki jim bo služila pri omogočanju bolj podprtega opuščanja psihiatričnih zdravil v prihodnje. Pomembni motivacijski dejavniki izhajajo tudi iz samega pristopa osebe do življenja: občutenje **moči** za delovanje, občutki **upanja** in **načrti za prihodnost** lahko vplivajo na to, ali se je (bo) oseba odločila za opuščanje ali ne:

Ja, poj je blo pa tud tko, da sem jest tret letnik še zvozila s tableti, k se je pa matura začela, je blo pa tok stvari, da sem rekla 'ti tole pa nau šlo skos', a ne. — Jessi

V bistvu sem js gradila v sebi občutek, da če js neham, da ne bo nobenih posledic. — Moja

Ampak lej, js zaenkrat to jemljem kot, tko je, nimam niti plana zdej v bližnji prihodnosti, da bi dol s tega šel, ker the other option je ... Velik slabš, ne. Ne vem, mogoče pa sm se že tok spremenu, da bi lohk to pač komot, ne. Ampak lej, zaenkrat pa ni moj čas, ne čutm tega, ne čutm niti potrebe in tko naprej, ne. Tko da enkrat itak, sej veš ne. — Bojan

Upanje in načrte za prihodnost lahko prepoznavam tudi v odgovorih anketiranih, kjer so kot drugi najpogostejši razlog za opuščanje psihiatričnih zdravil, v 41,9 %, izbrali postavko, da si želijo svoje težave rešiti brez zdravil.

Drugi krog predstavljajo dejavniki, ki so nastali kot posledica uporabe psihiatričnih zdravil. Opuščanje lahko motivira **obstoj motečih stranskih učinkov**, **strah pred učinki dolgoročne uporabe** ter učinki psihiatričnih zdravil, ki lahko **ovirajo življenjski vsakdan** intervjuvank in intervjuvancev. Intervjuvanke in intervjuvanci, ki ne doživljajo neprijetnih stranskih učinkov uporabe psihiatričnih zdravil načeloma ne zaznavajo kot moteče: *Ampak men se zdi manjše*

zlo, da js to jemljem, ker nimam nekih stranskih učinkov blaznih, mislm tko, da bi reku, da bi me kej omejeval sploh. — Bojan.

Na drugi strani pa ovire predstavljajo npr. **težavne posledice nejemanja**. To so lahko dolgotrajni odtegnitveni učinki, ki intervjuvanke in intervjuvance lahko ovirajo pri vsakdanjem življenju, opravljanju nalog in izpolnjevanju pričakovanj, ki se tičejo različnih socialnih vlog. Posledice nejemanja lahko prepoznam tudi v strahu pred hospitalizacijo: *Zato, ker nimam izhoda, ker drugače bom v bolnici končal. (Gregor)*; ali pa pred izgubo skrbništva nad otroki in izgubo podpore psihiatra. Pomemben dejavnik, ki lahko vpliva na to, ali se oseba odloči za opuščanje ali ne, so **tudi koristi, ki izhajajo iz vloga uporabnika psihiatričnih storitev in/ali zdravil**. Oseba lahko zaradi svojih težav iz okolice prejema več podpore in pozornosti, kot jo je prejela prej (ker nje ali njenih težav niso jemali resno ipd.). Korist vlog uporabnika psihiatričnih storitev prepoznavam tudi v tem, da lahko do nekaterih (finančnih) virov, npr. invalidske pokojnine ali bolniškega staleža, dostopajo samo osebe, ki imajo postavljeno psihiatrično diagnozo. Tretjo oviro lahko predstavljajo tudi **stališča intervjuvank in intervjuvancev do psihiatričnih zdravil**. Opažam, da se intervjuvanci, ki psihiatričnim zdravilom dajejo veliko moč nad njihovim življenjem, težje odločijo za opuščanje kot pa tisti, ki psihiatrična zdravila vidijo zgolj kot enega izmed vidikov podpore ali kot pravi Denis: *Ampak, da ti omogoča, da ti pomaga, da se lahko postaviš nazaj na noge [...], ker to ni čudežna tabletk.*

Zunanje dejavnike predstavlja **(ne)dostopnost informacij o delovanju psihiatričnih zdravil in opuščanju**. Polovica (50,8 %) anketiranih je informacije o opuščanju psihiatričnih zdravil prejelo pri psihiatru, precej manj na tujih spletnih straneh (16,1 %) ali pa od prijateljev in znancev (15,3 %). Le 3,2 % anketiranih je izbralo možnost, da informacij o opuščanju psihiatričnih zdravil ni našlo, iz česar sklepam, da so informacije vsaj v neki meri dostopne, v intervjujih pa se je kljub temu izkazalo, da so pogosto nezadostne, pomanjkljive ali pa preveč generične: *Tudi, ko ti rečejo, da opusti, ne. Moj psihiater je meni rekel 14 dni jemljete tako, 14 dni jemljete tako pa 14 dni tako. Mislim, to se ubiješ, če tako narediš. (Marina)*. Oviro lahko predstavlja tudi **pomanjkanje ali nedostopnost neformalnih in formalnih virov podpore ter alternativnih in dopolnjujočih se možnosti**. Mnogi formalni viri podpore so v slovenskem prostoru plačljivi, taka je npr. psihoterapija. S psihoterapijo so se srečali štirje intervjuvanci, od tega jo dve intervjuvanki prepoznavata kot dobro obliko podpore, za druga dva intervjuvance pa je psihoterapija predstavljala bodisi začasno obliko podpore ali pa je bila pomoč nezadovoljiva. Tudi 17,5 % anketiranih prepozna psihoterapevta kot podporen dejavnik pri opuščanju psihiatričnih zdravil. Čeprav se psihoterapija, svetovanje ipd. ponujajo kot alternativna, dopolnjujoča, včasih celo bolj ustrezna oblika podpore napram psihiatričnim zdravilom, za intervjuvance v tej raziskavi tega ne morem trditi. Podobno kot psihiatrična zdravila lahko tudi psihoterapija predstavlja eno izmed možnih oblik podpore, ki pa ravno tako kot ostale oblike ne deluje po principu »one-size-fits-all«. Kljub temu da psihofarmaki predstavljajo prevladujoč, v nekaterih ozirih tudi edini odgovor na duševne težave ljudi, (predvsem) v tujini vznikajo tudi drugačne oblike podpore, npr. vrstniške podporne skupine, psihiatrične klinike, kjer farmakološko terapijo uporabljajo v manjši meri (in le ob informirani privolitvi uporabnikov) ter druge oblike dialoških praks, ki pa pogosto zasedajo svoje mesto v polju civilne družbe (npr. vrstniške samopomočne skupine) (Makovec, 2019; Rožman, 2020).

Njihove prednosti prepoznavam predvsem v tem, da so fleksibilne, locirane v socialnem okolju oseb s težavami v duševnem zdravju, zmanjšujejo stigmo idr.

Tretjo dimenzijo predstavljajo možne oblike strokovne podpore posameznikom, ki se odločajo ali pa so se odločili za zmanjševanje ali opuščanje psihiatričnih zdravil, ki izhajajo iz detekcije motivacijskih, podpornih in ovirajočih dejavnikov. Izhajajoč iz zaznanih dejavnikov, ki so jih izpostavili intervjuvanci in intervjuvanke, ter dodatnega kvantitativnega gradiva, ki je osvetlilo proces opuščanja psihiatričnih zdravil, sem skušala prepoznati potrebe oseb, ki se odločajo ali so se odločile za opuščanje psihiatričnih zdravil. Najbolj neposredno lahko z vidika strokovne podpore vplivamo na tiste dejavnike, ki so nanizani v tretjem (zunanjem) krogu: omogočati podporo, raziskovanje alternativnih ali dopolnjujočih možnosti ter nuditi informacije ali dostop do njih. Verjamem pa, da posegi v ta polja sprožijo spremembe tudi v ožjih krogih, saj so dejavniki med seboj v neprestani interakciji. V nadaljevanju prikazujem nekatere možnosti strokovne podpore.

Podobno kot drugi avtorji (npr. Cohen, 2007; Hall, 2016; Lamovec, 1998; Russo, 2018 idr.) prepoznavam pomen informirane odločitve o uporabi psihiatričnih zdravil. Z izjemno enega intervjuvanca so bili ostali v splošnem pomanjkljivo oz. nezadostno informirani o delovanju, učinkih in delovanju psihiatričnih zdravil. Čeprav so psihiatri z nekaterimi intervjuvanci delili nasvete in smernice za opuščanje psihiatričnih zdravil, so bile te generične, brez ozira na to, koliko časa so uporabljali psihiatrična zdravila, kakšne strahove imajo ob tem itd. Opuščanje psihiatričnih zdravil je bilo za vsakega izmed intervjuvancev edinstven proces, ki je prepletal tako biološke, psihološke, socialne in druge dejavnike v nekem določenem časovnem obdobju, ki je neponovljivo. Načrti za opuščanje bi tako morali biti individualizirani za vsakega uporabnika, kjer je uporabnik tisti, ki snuje svoj načrt, medtem ko ga strokovni delavec podpira. Drugi pomemben vidik, ki omogoča podprto opuščanje psihiatričnih zdravil, je raziskovanje že obstoječih podpornih sistemov (tako neformalnih kot formalnih mrež), ki posameznika že podpirajo ali pa ga lahko podpirajo pri opuščanju, ter omogočati prostor za razvijanje novih, morebiti tudi alternativnih in/ali dopolnjujočih oblik podpore znotraj skupnosti. Nenazadnje prepoznavam možnosti za strokovno podporo v tem, da se z osebami, ki se odločajo za opuščanje psihiatričnih zdravil, odkrito pogovarjajo o njihovih strahovih, skrbeh in ovirah, ki jih zaznavajo. Skleпам, da se lahko uporabniki in uporabnice psihiatričnih zdravil, ki se odločijo za opuščanje, lahko vselej srečajo z njimi. Strokovni delavci in delavke omogočajo tako okolje, kjer uporabnik ali uporabnica lahko te ovire tudi preseže.

V splošnem pa se ne morem izogniti dejstvu, da gre pri duševnih težavah navsezadnje za, kot bi rekla Lamovec (1999), *probleme življenja*: »Edina pot, ki vodi iz stiske, je skozi »simptome« k odkritju pravega problema, to pa je problem življenja« (str. 24). V širšem smislu uporabnike, ki se odločajo iskati nove, druge poti za lajšanje svojih stisk, podpiramo pri njihovem osebnem okrevanju. Okrevanje je pa dolgotrajen, če ne celo celoživljenjski proces, ko skušamo ugotoviti, kdo smo, kaj potrebujemo, kako živimo, v kakšne odnose vstopamo itd. Okrevanje pa lahko omogočamo tudi strokovni delavci in delavke, ki sodelujemo z osebami, ki imajo težave v duševnem zdravju ali pa se srečujejo z drugimi življenjskimi tegobami. Vera v človeka, optimizem in pozitivna naravnost so navsezadnje

ključni elementi, ki omogočajo taka okolja, kjer lahko posameznik raste, raziskuje in išče različne spoprijemalne strategije, nabira moč in nenazadnje išče odgovore na najbolj zapletena življenjska vprašanja. Ali če zaključim drugače:

»Dobro življenje ni nekaj splošnega, serijsko izdelanega, temveč si ga ljudje ukrojimo 'po meri'. Sleherni si ga mora ustvarjati, kakor mu narekuje njegova posameznost, ki je enkratna, neponovljiva ... in krhka. Modrost in zgled ljudi nam pri dobrem življenju lahko pomagata, ne moreta pa nas nadomestiti ...« (Salvater, 1995, str. 160–161, v Etični kodeks delavcev na področju socialne pedagogike, 2004).

8 OMEJITVE RAZISKAVE

Ob zaključku bi rada omenila še nekaj omejitev raziskave, ki sem jih mestoma izpostavila že med besedilom, vendar jih zaradi lažje preglednosti uvrščam tudi v samostojno poglavje.

Večjo omejitev predstavlja širina področja, ki sem ga raziskovala, kar je predstavljalo poseben izziv, ko sem snovala spletni anketni vprašalnik. Želela sem si, da bi bil čim bolj dostopen, pregleden in kratek ob hkratnem zagotavljanju smiselnosti vprašalnika. Ker je spletni anketni vprašalnik vključeval vprašanja za vse skupine psihofarmakov in zanj, razen izkušnje z opuščanjem ali zmanjševanjem doze psihiatričnih zdravil, ni bilo drugega vstopnega kriterija, sem morala vprašanja pripraviti tako, da nanje lahko odgovori množica oseb z različnimi izkušnjami. Zato so bila vprašanja bolj splošna in manj specifična, kot bi bila, če bi raziskovala opuščanje samo ene skupine zdravil (npr. antidepresivov) ali pa bi kot vstopni kriterij dodala trajanje uporabe ipd.

Čeprav je bil raziskovalni del zastavljen široko in z uporabo kombiniranega pristopa, predstavlja nabor perspektiv uporabnikov, ne predstavlja pa večje mnogoterosti vidikov, ki bi jih lahko pridobila z intervjuvanjem strokovnjakov: psihiatrov, (kliničnih) farmacevtov in drugih strokovnih delavk in delavcev s področja duševnega zdravja. Namensko sem izbrala uporabniški vidik, saj je ta v literaturi manj zastopan.

Poskusna teorija, ki sem jo osnovala na vzorcu osmih oseb, ni posplošljiva na celotno populacijo, temveč lahko velja zgolj za skupino teh osmih oseb. Na podobno dilemo sem naletela tudi pri spletnem anketnem vprašalniku, kjer sem sicer pridobila velik vzorec, vendar zanj ne morem trditi, da je reprezentativen.

9 VIRI

- Anderson, C. in Roy, T. (2013). Patient experiences of taking antidepressants for depression: A secondary qualitative analysis. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 9(6), 884—902. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2012.11.002>
- Baldessarini, R. J. (2014). The Impact of Psychopharmacology on Contemporary Psychiatry. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59(8), 401—405. <https://doi.org/10.1177/070674371405900801>
- Braslow, J. T. (2013). The manufacture of recovery. *The Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 781—809. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185642>
- Braslow, J. T. in Marder, S. R. (2019). History of Psychopharmacology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 15(18.1—18.26). <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050718-095514>
- Breggin, P. R. (1994). *Toxic psychiatry: why therapy, empathy, and love must replace the drugs, electroshock, and biochemical theories of the "new psychiatry"*. St. Martin's Press.
- Breggin, P. R., in Breggin, G. R. (1995). *Talking back to Prozac: What doctors aren't telling you about today's most controversial drug*. Macmillan.
- Burns, T. (2020). A history of antipsychiatry in four books. *The Lancet Psychiatry*, 7(4). [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30106-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30106-1)
- Burstow, B. (2004). Progressive Psychotherapists and the Psychiatric Survivor Movement. *Journal of Humanistic Psychology*, 44(2), 141—154. <https://doi.org/10.1177/0022167804263067>
- Cohen, D. (2007). Helping Individuals Withdraw from Psychiatric Drugs. *Journal of College Student Psychotherapy*, 21(3/4), 199—224.
- Cohen, M. Z. B. (2008). *Mental Health User Narratives. New Perspectives on Illness and Recovery*. Palgrave Macmillan.
- Conrad, P. (2007). *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. The Johns Hopkins University Press.
- Čebašek Travnik, Z. (2013). Spoštovanje in uveljavljanje človekovih pravic na področju psihiatrije. V P. Pregelj, B. Kores Plesničar, M. Tomori, B. Zalar in S. Zihlerl (ur.), *Psihiatrija* (str. 42—47). Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani in Psihiatrična klinika Ljubljana.
- Darton, K. (2016). *How to: coming off psychiatric drugs*. MIND.
- Davies, J. in Read, John (2019). A systematic review into the incidence, severity and duration of antidepressant withdrawal effects: Are guidelines evidence-based? *Addictive Behaviors*, 97, 111—121. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.08.027>

- del Barrio, L. R., Cyr, C., Benisty, L., in Richard, P. (2013). Gaining Autonomy & [corrected] Medication Management (GAM): new perspectives on well-being, quality of life and psychiatric medication. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(10), 2879–2887. <https://doi.org/10.1590/s1413-81232013001000012>
- Despotovič, Ž. (1993). Ali je odvisnost od psihotropičnih substanc (psihofarmakov) resnično potrebna? (prevod). *Socialno delo*, 32(3–), 124—133.
- Etični kodeks delavcev na področju socialne pedagogike. (2004). Združenje za socialno pedagogiko. <https://zzsp.org/zzsp/dokumenti/>
- Firmin, R. L., Luther, L., Lysaker, P. H., Minor, K. S., McGrew, J. H., Cornwell, M. N., in Salyers, M. P. (2017). Stigma resistance at the personal, peer, and public levels: A new conceptual model. *Stigma and Health*, 2(3), 182–194. <https://doi.org/10.1037/sah0000054>
- Flaker, V. (1998). *Odpiranje norosti: vzpon in padec totalnih ustanov*. Založba /*cf.
- Foucault, M. (1998). *Zgodovina norosti v času klasicizma*. Založba /*cf.
- Foucault, M. (2004). *Nadzorovanje in kaznovanje: nastanek zapora*. Krtina.
- Goffman, E. (2008). *Stigma: zapiski o upravljanju poškodovane identitete*. Aristej.
- Goffman, E. (2019). *Azili: eseji o socialni situaciji duševnih bolnikov in drugih zaprtih varovancev*. Založba /*cf.
- Gosling, J. (2010). The ethos of involvement as the route to recovery. V J. Winstein (ur.), *Mental Health, Service User Involvement and Recovery* (str. 30—44). Jessica Kingsley Publishers.
- Hall, W. (2016). *Vodnik za opuščanje uporabe psihiatričnih zdravil v skladu z načeli zmanjševanja škode*. Društvo za pomoč in samopomoč brezdomcev Kralji ulice, Mesto znanja – Društvo za izobraževanje in svetovanje, Fakulteta za psihoterapevtsko znanost Univerze Sigmunda Freuda v Ljubljani, Šent, Slovensko združenje za duševno zdravje; Ilirska Bistrica: Zavod moja pot Zavod za psihoterapijo in svetovanje.
- Horwitz, A. V. in Grob, G. N. (2016). The Troubled History of Psychiatry's Quest for Specificity. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 41(4) 521—539. <https://doi.org/10.1215/03616878-3620797>
- Jordanova, V. in Dernovšek, M. Z. (2001). Odtegnitvena reakcija po prekinitvi zdravljenja z antidepresivi, nevroleptiki in antiholinergičnimi antiparkinsoniki. *Zdravstveni vestnik*, 70(5), 291—294. [URN:NBN:SI:DOC-HMBXZDIP](https://nbn-resolving.org/urn:nbn:si:doc-hmbxzdip)
- Kaplan, S. H., Greenfield, S., Gandek, B., Rogers, W. H., in Ware, J. E., Jr. (1996). Characteristics of physicians with participatory decision-making styles. *Annals of Internal Medicine*, 124(5), 497–504. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-124-5-199603010-00007>

- Karter, J. M. (2019). An Ecological Model for Conceptual Competence in Psychiatric Diagnosis. *Journal of Humanistic Psychology*.
<https://doi.org/10.1177/0022167819852488>
- Kawa, S. in Giordano, J. (2012). A brief historicity of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: issues and implications for the future of psychiatric canon and practice. *Philosophy, Ethics and Humanities in Medicine*, 7(2).
<https://doi.org/10.1186/1747-5341-7-2>
- Klančar, D. in Kafel-Jere, N. (2009). Medikalizacija v ambulantni zdravnik družinske medicine. V Z. Klemenc-Ketiš (ur.), *Medikalizacija: učno gradivo za 26. učne delavnice za zdravnike družinske medicine* (str. 13—18). Zavod za razvoj družinske medicine.
- Kleisiaris, C. F., Sfakianakis, C. in Papathanasiou, I. V. (2014). Health care practices in ancient Greece: The Hippocratic ideal. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*, 7(6).
- Kores Plesničar, B. (2008). *Osnove psihofarmakoterapije*. Medicinska fakulteta.
- Kostnapfel, T. in Albrecht, T. (ur.). (2020). *Poraba ambulantno predpisanih zdravil v Sloveniji v letu 2019*. Nacionalni inštitut za javno zdravje.
https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/publikacija_220520_koncno.pdf
- Lamovec, T. (1995). *Ko rešitev postane problem in zdravilo postane strup*. Lumi.
- Lamovec, T. (1999). *Kako misliti drugačnost*. Visoka šola za socialno delo.
- Larsen-Barr, M., Seymour, F., Read, J., in Gibson, K. (2018). Attempting to stop antipsychotic medication: success, supports, and efforts to cope. *Social Psychiatry and Psychiatric eEpidemiology*, 53(7), 745–756. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1518-x>
- Lehmann, P. (ur.) (2002). *Coming off Psychiatric Drugs: Successful Withdrawal from Neuroleptics, Antidepressants, Lithium, Carbamazepine and Tranquilizers*. Peter Lehmann Publishing.
- Lobe, B. (2006). Združevanje kvalitativnih in kvantitativnih metod – stara praksa v novi preobleki? *Družboslovne razprave*, 22(53), 55—73. [URN:NBN:SI:doc-71FL9D1Z](https://nbn-resolving.org/urn:nbn:si:doc-71FL9D1Z)
- Makovec, T. (2019). *Medicina je padla na glavo*. Buča.
- Mayes, R. in Horwitz, A. V. (2005). DSM-III and the revolution in the classification of mental illness. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 41(3), 249—267.
<https://doi.org/10.1002/jhbs.20103>
- Mead, S. in Copeland, M. E. (2000). What recovery means to us: consumer's perspectives. *Community Mental Health Journal*, 36(3), 315—328.
<https://doi.org/10.1023/a:1001917516869>

- Mesec, B. (1998). *Uvod v kvalitativno raziskovanje v socialnem delu*. Visoka šola za socialno delo.
- Mohor, M. (1995). Hospitalizacija proti volji bolnika – dilema v splošni ambulanti. V J. Romih in A. Žmitek (ur.), *Dileme ob neprostovoljni hospitalizaciji* (str. 50—58).
- Moncrieff J. (2006). Why is it so difficult to stop psychiatric drug treatment? It may be nothing to do with the original problem. *Medical hypotheses*, 67(3), 517–523. <https://doi.org/10.1016/j.mehy.2006.03.009>
- Moncrieff, J. (2008). *The Myth of the Chemical Cure: A Critique of Psychiatric Drug Treatment*. Palgrave Macmillan.
- Moncrieff, J. (2013). *The Bitterest Pills: The Troubling Story of Antipsychotic Drugs*. Palgrave Macmillan.
- Moncrieff, J. in Kirsch, I. (2015). Empirically derived criteria cast doubt on the clinical significance of antidepressant-placebo differences. *Contemporary Clinical Trials*, 43, 60—62. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2015.05.005>
- Moncrieff, J., in Cohen, D. (2009). How do psychiatric drugs work? *The BMJ*, 338. <https://doi.org/10.1136/bmj.b1963>
- Nacionalni inštitut za javno zdravje Republike Slovenije (NIJZ). (11. 6. 2020a). *Podatki o porabi zdravil na recept, po ATC klasifikaciji (1. nivo), Slovenija, letno*. https://podatki.nijz.si/Selection.aspx?px_path=NIJZ%20podatkovni%20portal_6%20Zdravila_1%20Izdana%20zdravila%20na%20recept&px_tableid=60100001.px&px_language=sl&px_db=NIJZ%20podatkovni%20portal&rxid=0f9ee877-0107-46ef-9d80-2aeeb80b2ab1
- Nacionalni inštitut za javno zdravje Republike Slovenije (NIJZ). (11. 6. 2020b). *Podatki o porabi zdravil na recept, po ATC klasifikaciji (3. nivo), Slovenija, letno*. https://podatki.nijz.si/Selection.aspx?px_path=NIJZ%20podatkovni%20portal_6%20Zdravila_1%20Izdana%20zdravila%20na%20recept&px_tableid=60100003.px&px_language=sl&px_db=NIJZ%20podatkovni%20portal&rxid=0f9ee877-0107-46ef-9d80-2aeeb80b2ab1
- Ostrow, L., Jessell, L., Hurd, M., Darrow, S. M. in Cohen, D. (2017). Discontinuing Psychiatric Medications: A Survey of Long-Term Users. *Psychiatric Services*, 68(12), 1232—1238. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201700070>
- Pilgrim, D. (2014). Historical resonances of the DSM-5 dispute: American exceptionalism or Eurocentrism? *History of the Human Sciences*, 27(2), 97—117. <https://doi.org/10.1177/0952695114527998>
- Pregelj, P. (2013). Večvzročnost duševnih motenj. V P. Pregelj, B. Kores Plesničar, M. Tomori, B. Zalar in S. Zihlerl (ur.), *Psihijatrija* (str. 82—94). Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani in Psihiatrična klinika Ljubljana.
- Read, J. [Jim]. (2005). *Making sense of coming off psychiatric drugs*. MIND.

- Read, J. [John]. (2019) How common and severe are six withdrawal effects from, and addiction to, antidepressants? The experiences of a large international sample of patients. *Addictive Behaviors*, 102. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2019.106157>
- Read, J. [John], Gee, A., Diggle, J. in Butler, H. (2019). Staying on, and coming off, antidepressants: The experiences of 752 UK adults. *Addictive Behaviors*, 88, 82—85. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.08.021>
- Register zdravil. (b. d.). *ATC klasifikacija*. <https://mediately.co/si/atcs>
- Rose, N. (2019). *Our psychiatric future: the politics of mental health*. Polity Press.
- Rožman, A. (12. 2. 2020). Duševno zdravje: Odprti dialog – pristop, ki zmanjša porabo zdravil. *Dnevnik*. <https://www.dnevnik.si/1042922062?fbclid=IwAR1gHszDvZVUZ6N84HXEgJRmPeMko6TPjmET8Cx41FIx0B9If1LrfxQuQ1o>
- Rufer, M. (2002). Creating fear/Removing fear. When you wish to withdraw, the opinion of your doctor is dangerous. V P. Lehmann (ur.), *Coming off Psychiatric Drugs: Successful Withdrawal from Neuroleptics, Antidepressants, Lithium, Carbamazepine and Tranquilizers* (str. 197—209). Peter Lehmann Publishing.
- Russo, J. (2018). *Through the eyes of the observed: re-directing research on psychiatric drugs*. McPin Foundation.
- Semahegn, A., Torpey, K., Manu, A., Assefa, N., Tesfaye, G., in Ankomah, A. (2018). Psychotropic medication non-adherence and associated factors among adult patients with major psychiatric disorders: a protocol for a systematic review. *Systematic reviews*, 7(1), 10. <https://doi.org/10.1186/s13643-018-0676-y>
- Shorter, E. (1997). *A history of psychiatry: from the era of the asylum to the age of Prozac*. Wiley & Sons.
- Slade, M. (2009). *Personal Recovery and Mental Illness: A Guide for Mental Health Professionals*. Cambridge University Press.
- Slatnar, B. (2012). Medikalizacija —medikamentalizacija družb poznega kapitalizma. *Časopis za kritiko znanosti*, 40(250), 31—46. [URN:NBN:SI:DOC-CWR1XT9S](https://nbn-resolving.org/urn:nbn:si:doc-cwr1xt9s)
- Slovenski medicinski slovar. (2012). Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta.
- Strbad, M. in Švab, V. (2005). Stigmatizacija in psihiatrija. *Medicinski razgledi*, 44(2), 147—154. [URN:NBN:SI:DOC-C4CVAKN8](https://nbn-resolving.org/urn:nbn:si:doc-c4cvakn8)
- Szasz, T. (2013). *Kraja človeka: eseji proti medikalizaciji vsakdanjega življenja*. UMco.
- Škraban, J. (2019). Koncept okrevanja. V B. Dekleva in J. Škraban (ur.), *Svet, ki se sliši* (str. 36—51). Pedagoška fakulteta, Univerza v Ljubljani.
- Štuhec, M. (2014). Identifikacija in ozadje neželenih učinkov zdravil pri psihiatričnih bolnikih. *Farmacevtski vestnik*, 65(1), 11—17. [URN:NBN:SI:DOC-P0IWH7BQ](https://nbn-resolving.org/urn:nbn:si:doc-p0iwh7bq)

- Švab, V. (2015). Okrevanje. V V. Švab (ur.), *Obravnava v skupnosti* (str. 20—21). Šent, Slovensko združenje za duševno zdravje.
- Tršinar, M. (2014). Kdaj in kako menjavamo in ukinjamo psihofarmake. *Farmacevtski vestnik*, 65(1), 52—55. [URN:NBN:SI:DOC-S4ZS8JPE](https://nbn-resolving.org/urn:nbn:si:doc-s4zs8jpe)
- Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana. (b. d.). *Zgodovina*. <https://www.psih-klinika.si/predstavitev/zgodovina/>
- Verhaeghe, P. (2016). *Identiteta v času neoliberalizma, izgubljenih vrednot in anonimne avtoritete*. Ciceron.
- Vogrinc, J. (2008). *Kvalitativno raziskovanje na pedagoškem področju*. Pedagoška fakulteta, Univerza v Ljubljani.
- Weinstein, J. (2010). *Mental Health, Service User Involvement and Recovery*. Jessica Kingsley Publishers.
- Whitaker, R. (2010). *Anatomy of an epidemic: magic bullets, psychiatric drugs, and the astonishing rise of mental illness in America*. Crown Publishers.
- Wilkinson, R. G. in Pickett, K. (2012). *Velika ideja: zakaj je enakost boljša za vse*. Birotisk.
- Wilson, M. (1993). DSM-III and the Transformation of American Psychiatry: A history. *The American Journal of Psychiatry*, 150(3), 399—410. <https://doi.org/10.1176/ajp.150.3.399>
- World Health Organization (30. 3. 2018). *Mental health: strengthening our response*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Wykes, T., in Callard, F. (2010). Diagnosis, diagnosis, diagnosis: towards DSM-5. *Journal of Mental Health*, 19(4), 301—304. <https://doi.org/10.3109/09638237.2010.494189>
- Zakon o zdravilih (ZZdr-2). (2014). *Uradni list RS*, št. 17/14 in 66/19. <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO6295>
- Ziherl, S. (2013). Opredelitev in zgodovina psihiatrije. V P. Pregelj, B. Kores Plesničar, M. Tomori, B. Zalar in S. Ziherl (ur.), *Psihiatrija* (str. 22—30). Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani in Psihiatrična klinika Ljubljana.
- Ziherl, S. in Dernovšek, M. Z. (2013). Diagnoza in klasifikacija duševnih motenj. V P. Pregelj, B. Kores Plesničar, M. Tomori, B. Zalar in S. Ziherl (ur.), *Psihiatrija* (str. 95—99). Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani in Psihiatrična klinika Ljubljana.
- Židanik, M. (2000). Odnos med bolnikom in njegovim terapevtom. *Viceversa*, (30), 26—34.

10 PRILOGE

10.1 SPLETNI ANKETNI VPRAŠALNIK

Pozdravljeni! Sem Helena Grbec, študentka magistrskega študija socialne pedagogike na UL Pedagoški fakulteti in pripravljam magistrsko nalogo z naslovom Uporabniška perspektiva opuščanja psihiatričnih zdravil. Namen raziskave je boljše spoznati, kako osebe, ki uporabljajo psihiatrična zdravila le-ta opuščajo (oz. zmanjšujejo uporabo) in s kakšnimi ovirami se ob tem srečujejo. Anketni vprašalnik je anonimen, za izpolnjevanje pa boste potrebovali približno 10 minut. Za vaše sodelovanje se vam najlepše zahvaljujem. Helena Grbec (hgrbec@gmail.com)

Uvod - V pričujočem anketnem vprašalniku raziskujem uporabniške izkušnje opuščanja ali zmanjševanja doze psihiatričnih zdravil. Psihiatrična zdravila oziroma psihofarmaki so *kemično različna zdravila, ki vplivajo na duševno aktivnost in človekovo vedenje*. Uporabljajo se za zdravljenje simptomov duševnih stanj, kot so shizofrenija, depresija, manija, anksioznost, psihoza, idr. Med psihiatrična zdravila uvrščamo **antidepresive, antipsihotike, pomirjevala, stabilizatorje razpoloženja, uspavala, idr. V kolikor niste prepričani ali jih uporabljate navajam nekaj najpogostejših psihiatričnih zdravil (tovarniška imena in učinkovina) za vsako izmed skupin:**

- **antidepresivi**, npr. citalopram (Cipramil), escitalopram (Cipraleks, Ecytara), fluoksetin (Prozac, Fluval, Portal, Salipax), paroksetin (Paroxat, Parogen, Seroxat), sertralini (Asentra, Zolof), duloksetin (Cymbalta), venlafaksin (Alventa, Faxiprol), bupropion (Wellbutrin), moklobemid (Aurorix), reboksetin, tianeptin (Coaxil), mirtazapin (Mirzaten), agomelatin (Valdoxan)
- **antipsihotiki**, npr. risperidon (Risperdal, Risset, Torendo), paliperidon (Invega, Xeplion), olanzapin (Zyprexa, Zolrix), klopazepin (Leponex), kvetiapin (Seroquel, Kventiax, Kvelux), amisulprid (Solian), ziprazidon (Zeldox), aripiprazol (Abilify), haloperidol (Haldol), flufenazin (Moditen), cuklopentiksol (Clopixol), flupentiksol (Fluanxol), promazin (Prazine), levomepromazin (Nozinan), sulpirid (Eglonyl)
- **stabilizatorji razpoloženja**, npr. litij, valproat (Apilepsin, Depakine Chrono), lamotrigin (Lamictal), karbamazepin (Tegretol)
- **pomirjevala**, npr. diazepam (Aparin), alprazolam (Helex, Xanax), lorazepam (Loram, Lorsilan)
- **uspavala**, npr. flurazepam (Fluzepam), zolpidemijev tartrat (Sanval), midazolam (Dormicum)

Q2 - Prosim označite katera izmed spodnjih trditev najbolj drži za vas:

- V preteklosti sem uporabljal_a psihiatrična zdravila, danes pa jih ne uporabljam več.
- Trenutno zmanjšujem in/ali opuščam psihiatrična zdravila (vsa ali le nekatera).
- V preteklosti sem opuščal_a/zmanjševal_a (nekatera) psihiatrična zdravila, danes pa jih ne opuščam več in jih redno jemljem.
- Uporabljam psihiatrična zdravila in jih nikoli nisem zmanjševal_a ali opuščal_a (če ste izbrali ta odgovor, se bo za vas anketni vprašalnik tu zaključil).
- Nikoli nisem uporabljal_a psihiatričnih zdravil (če ste izbrali ta odgovor, se bo za vas anketni vprašalnik tu zaključil).

IF (1) Q2 = [2] or Q2 = [3]

Q3 - Zdravila izmed katerih spodnjih skupin ste uporabljali in jih danes ne uporabljate več/ste zmanjševali dozo ali pa jo zmanjšujete trenutno?

Možnih je več odgovorov

- Antidepresive.
- Antipsihotike.
- Pomirjevala.
- Stabilizatorje razpoloženja.
- Uspavala.
- Drugo (navedite):

IF (1) Q2 = [2] or Q2 = [3]

Q4 - V katero izmed spodnjih skupin psihiatričnih zdravil spadajo zdravila, ki jih še uporabljate danes?

Možnih je več odgovorov

- Antidepresive.
- Antipsihotike.
- Pomirjevala.
- Stabilizatorje razpoloženja.
- Uspavala.
- Drugo (navedite):

IF (1) Q2 = [2] or Q2 = [3]

Q5 - Pomislite na svoje življenje in poskušajte oceniti koliko časa ste skupno uporabljali katera koli psihiatrična zdravila (od pričetka jemanja prvega psihiatričnega zdravila do današnjega dne)?

- Manj kot pol leta.
- Pol leta do eno leto.
- Eno leto do dve leti.
- Dve leti do tri leta.
- Tri leta do štiri let.
- Štiri leta do pet let.
- Več kot pet let (prosim ocenite in zapišite koliko časa):

IF (1) Q2 = [2] or Q2 = [3]

Q6 - Kje ste našli/dobili informacije o zmanjševanju/opuščanju psihiatričnih zdravil?

Možnih je več odgovorov

- Od prijateljev, znancev.
- Na podporni skupini, ki jo obiskujem.
- Na domačih (slovenskih) spletnih straneh.
- Na družtvih (ali spletnih straneh društva) s področja duševnega zdravja.
- Na tujih spletnih straneh.
- V literaturi.
- Na Youtube kanalih.
- Pri osebnem zdravniku.
- Pri psihiatru.
- Iskal_a sem informacije o opuščanju psihiatričnih zdravil, a jih nisem našel.
- Nisem iskal_a nobenih informacij o opuščanju psihiatričnih zdravil.
- Drugo (navedite):

IF (1) Q2 = [2] or Q2 = [3]

Q7 - Zakaj ste se odločili, da zmanjšate dozo/opustite psihiatrična zdravila?

Možnih je več odgovorov

- Zaradi stranskih učinkov, na katere me je opozoril zdravnik.
- Zaradi stranskih učinkov, ki sem jih opazil_a sam_a.
- Počutil_a sem se bolje in nisem več potreboval_a zdravil.
- Zdravila mi niso nikdar pomagala (ali vsajne dovolj).
- Zdravila so mi na začetku sicer pomagala, a so prenehala delovati.
- Zdravila so poslabšala moje stanje.
- Po nesreči sem preskočil_a predpisano odmerko zdravila in videl_a, da mi ni koristil ali pa sem se brez njega celopočutil_a bolje.
- Želel_a sem rešiti svoje probleme brez zdravil.
- Želel_a sem zmanjšati odmerko zdravila.
- Bal_a sem se, da bi postal_a odvisen_a od zdravil.
- Zaradi nosečnosti, dojenja ali reproduktivnih zmognosti.
- Bil_a sem zaskrbljen_a zaradi morebitnih dolgoročnih učinkov.
- Nisem imel_a več dostopa do zdravil.
- Zdravnik se je odločil, da mi ukinete terapijo.
- Želel_a sem začeti z delom/šolanjem in sem vedel_a, da tega ne zmorem, če sem na zdravilih.
- Želel_a sem si več neodvisnosti v svojem življenju.
- Nekdo me je prepričal, naj jih ne jemljem več.
- Bližnjim (družini in/ali prijateljem) nibilo všeč, da jemljem psihiatrična zdravila.

- Seznanil_a sem se z neko alternativozdravilom.
 Drugo (navedite):

IF (1) Q2 = [2] or Q2 = [3]

IF (2) Q7 = [Q7b] or Q7 = [Q7a]

Q8 - V spodnji tabeli prosim označite, s katerimi stranskimi učinki (tj. učinki, ki jih pripisujete jemanju psihiatričnih zdravil) ste se srečevali. Označite tudi v kolikšni meri so bili za vas moteči. Če se z nekaterimi stranskimi učinki niste srečali označite "Nisem se srečal_a." Če ste hkrati jemali več zdravil, označite stranske učinke pri vseh zdravilih.

	Nemoteči	Manj moteči	Srednje moteči	Precej moteči	Zelo moteči	Nisem se srečal_a
Težave s koncentracijo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Težave s spominom.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Težave s komunikacijo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Omotičnost.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tremor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Okorelost.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nenadzorovani gibi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ekstremen nemir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Občutki agresije.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Čustvena otopelost.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Izguba zanimanja za stvari in motivacije.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Samomorilne misli.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Depresivnost.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tesnoba.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psihotične izkušnje.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fizične bolečine.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Povečan apetit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zaspanost, utrujenost.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Težave s spanjem, nespečnost.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Izguba spolne želje, težave s spolnostjo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pridobivanje telesne teže.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Občutek "gumijastih nog".	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Drugo (navedite):	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Drugo (navedite):	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Drugo (navedite):	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

IF (1) Q2 = [2] or Q2 = [3]

Q9 - Na čigavo pobudo ste pričeli z opuščanjem psihiatričnih zdravil?

Možnih je več odgovorov

- Za opuščanje sem se odločil_a sam_a.
 Na pobudo družinskih članov.
 Na pobudo prijateljic_ev, znank_cev, idr.
 Na pobudo osebne_ga zdravnice_ka.
 Na pobudo psihiatrinje_a.
 Na pobudo drugega zdravstvenega delavca.

- Na pobudo psihoterapevta.
- Na pobudo delodajalke_ca.
- Na pobudo duhovnika.
- Drugo (navedite):

IF (1) Q2 = [2] or Q2 = [3]

Q10 - Ali ste ob opuščanju psihiatričnih zdravil opazili odtegnitvene učinke (to so tisti učinki, ki jih pripisujete zmanjševanju/opuščanju psihiatričnih zdravil)?

- Nisem občutil nobenih odtegnitvenih učinkov.
- Občutil_a sem blažje odtegnitvene učinke.
- Občutil_a sem zmerne odtegnitvene učinke.
- Občutil_a sem hude odtegnitvene učinke.
- Občutil_a sem zelo hude odtegnitvene učinke.
- Drugo (navedite):

IF (1) Q2 = [2] or Q2 = [3]

IF (3) Q10 != [1]

Q11 - V spodnji tabeli označite s katerimi odtegnitvenimi učinki (tj. učinki, ki jih pripisujete zmanjševanju/opuščanju psihiatričnih zdravil) ste se srečali in v kolikšni meri ste jih občutili:

	Nič	Blagi	Zmerni	Močni	Zelo močni
Težave s spanjem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fizične bolečine.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Slabost.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prebavne težave.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vrtoglavica, omotica.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Težave s koncentracijo in/ali spominom.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nihanje razpoloženja.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Občutki nemoči, žalosti ali depresije.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tesnoba.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utrujenost.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nemirnost.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Samomorilne misli.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Občutljivost na dražljaje (svetlobne, zvočne, tipne ...).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Samopoškodovalno vedenje.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Paranoja, prisluhi, prividi, izkrivljena percipcija in druga nenavadna doživljanja.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Drugo (navedite):	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Drugo (navedite):	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Drugo (navedite):	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

IF (1) Q2 = [2] or Q2 = [3]

IF (3) Q10 != [1]

Q12 - Koliko časa so trajali odtegnitveni učinki?

- Dva tedna ali manj.
- Dva tedna do en mesec.
- En mesec do tri mesece.
- Tri do šest mesecev.
- Šest mesecev do eno leto.
- Več kot eno leto.

- Nikoli niso minili.
- Nisem prepričan_a, ne vem, ne morem oceniti.
- Drugo (navedite):

IF (1) Q2 = [2] or Q2 = [3]

Q13 - Pomislite na tisto psihiatrično zdravilo, ki ste ga opuščali/zmanjševali ali v primeru opuščanja več psihiatričnih zdravil pomislite na tistega, ki vam ga je bilo najtežje opustiti. Koliko časa ste potrebovali za opuščanje?

- Z vsemi psihiatričnimi zdravili sem prenehal_a naenkrat, torej v enem trenutku.
- Od pol do enega meseca.
- Od enega do tri mesece.
- Tri mesece do šest mesecev.
- Šest mesecev do enega leta.
- Eno leto do leta in pol.
- Leto in pol do dveh let.
- Dve leti do treh let.
- Tri leta do pet let.
- Več kot pet let, navedite koliko:
- Drugo (navedite):

IF (1) Q2 = [2] or Q2 = [3]

Q14 - Kako težko je za vas zmanjševanje/opuščanje psihiatričnih zdravil?

- Zelo enostavno.
- Precej enostavno.
- Srednje težko.
- Precej težko.
- Zelo težko.

IF (1) Q2 = [2] or Q2 = [3]

Q15 - Kakšen je bil odnos vašega psihiatra/osebnega zdravnika do odločitve za opuščanje ali zmanjševanje psihiatričnih zdravil?

Možnih je več odgovorov

- Opuščanje mi je predlagal sam.
- Ni se strinjal z odločitvijo in mi je zato odrekel pomoč.
- Ni se strinjal, a mi je vseeno pomagal.
- Mojo željo po opuščanju je videl kot simptom moje psihiatrične diagnoze.
- Pri opuščanju me je spodbujal in/ali mi pomagal pri pripravi načrta za opuščanje.
- Nisem mu/ji povedal_a, da sem opustil_a psihiatrična zdravila.
- V času opuščanja/zmanjševanja nisem obiskoval_a psihiatra/osebnega zdravnika.
- Drugo (navedite):

IF (1) Q2 = [2] or Q2 = [3]

Q39_2 - Kdo ali kaj vas je podpiral(o) pri opuščanju psihiatričnih zdravil?

Možnih je več odgovorov

- Družinski člani.
- Psihiater/osebni zdravnik.
- Psihoterapevt.
- Prijatelj/ica.
- Podporna skupina, ki jo obiskujem.
- Športna aktivnost.
- Prehranjevalne navade.
- Struktura (urnik, načrt ...)
- Glasba, ples.
- Drugo (navedite):

IF (1) Q2 = [2] or Q2 = [3]

Q16 - Ali ste bili kdaj hospitalizirani na psihiatričnem oddelku (v psihiatrični bolnišnici, centru za mentalno zdravje, ipd.)?

- Da.
 Ne.

IF (1) Q2 = [2] or Q2 = [3]

IF (4) Q16 = [1]

Q17 - Kolikokrat ste bili hospitalizirani na psihiatričnem oddelku?

- Enkrat.
 Dvakrat do petkrat.
 Več kot petkrat.

IF (1) Q2 = [2] or Q2 = [3]

IF (4) Q16 = [1]

Q18 - Koliko časa je skupno trajala vaša hospitalizacija na psihiatričnem oddelku (v primeru več hospitalizacij poskusite oceniti celoten čas)?

IF (9) Q2 = [1] or Q2 = [2] or Q2 = [3]

Q35 - Vabim vas, da spodaj s svojimi besedami opišete svojo izkušnjo opuščanja oz. zmanjševanja uporabe psihiatričnih zdravil.

IF (9) Q2 = [1] or Q2 = [2] or Q2 = [3]

Q36 - V sklopu magistrske naloge bom poleg pričujočega anketnega vprašalnika, podatke zbirala tudi z intervjuji. Če bi želeli svojo zgodbo v pogovoru deliti z mano, vas prosim, da spodaj zapišete svoj elektronski naslov preko katerega vas lahko kontaktiram ali pa mi pišete na hgrbec@gmail.com.

IF (9) Q2 = [1] or Q2 = [2] or Q2 = [3]

XSPOL - Spol:

- Moški
 Ženski
 Opredeljujem se drugače:

IF (9) Q2 = [1] or Q2 = [2] or Q2 = [3]

Q37 - Starost:

IF (9) Q2 = [1] or Q2 = [2] or Q2 = [3]
Q38 - Status:

- Dijak_inja.
- Študent_ka.
- Zaposlen_a.
- Brezposeln_a.
- Upokojen_a.
- Polovično upokojen_a.
- Drugo (prosim navedite):

IF (9) Q2 = [1] or Q2 = [2] or Q2 = [3]

Q39 - Prosim ocenite svoje premoženjsko oz. materialno stanje. Ocenjujem, da je:

- podpovprečno.
- povprečno.
- nadpovprečno.

10.2 ODGOVORI NA IZBRANA VPRAŠANJA SPLETNEGA ANKETNEGA VPRAŠALNIKA

Poglavje predstavlja izbrana vprašanja in odgovore nanje, ki sem jih pridobila s pomočjo spletnega anketnega vprašalnika. Kvantitativno gradivo je bilo izčrpno, vendar je v moji raziskovalni nalogi predstavljalo zgolj manjši delež napram širšemu, kvalitativnemu delu. Ker sem v poglavju 6.1 predstavila bolj ali manj povzetke odgovorov, spodaj prilagam tabele, kjer je mogoče razbrati tudi manj zastopane odgovore.

(Q6/Q21) Kje ste našli/dobili informacije o zmanjševanju/opuščanju psihiatričnih zdravil?							
	Skupina NJPZ (n=59)		Skupina JPZ (n=65)		Skupaj (n=124)		
	frekvenca	delež (v %)	frekvenca	delež (v %)	frekvenca	delež (v %)	
Od prijateljev, znancev.	8	13,6	11	16,9	19	15,3	
Na podporni skupini, ki jo obiskujem.	1	1,7	1	1,5	2	1,6	
Na domačih (slovenskih) spletnih straneh.	5	8,5	4	6,2	9	7,3	
Na društvih (ali spletnih straneh društva) s področja duševnega zdravja.	3	5,1	4	6,2	7	5,7	
Na tujih spletnih straneh.	8	13,6	12	18,5	20	16,1	
V literaturi.	5	8,5	5	7,7	10	8,1	
Na Youtube kanalih.	0	0,0	3	4,6	3	2,4	
Pri osebnem zdravniku.	6	10,2	6	9,2	12	9,7	
Pri psihiatru.	19	32,2	44	67,7	63	50,8	
Iskal_a sem informacije o opuščanju psihiatričnih zdravil, a jih nisem našel_a.	2	3,4	2	3,1	4	3,2	
Nisem iskal_a nobenih informacij o opuščanju psihiatričnih zdravil.	18	30,5	7	10,8	25	20,2	
Drugo: komuna (1) splošen komentar (2)	3	5,1	0	0	3	2,4	

(Q7/Q22) Zakaj ste se odločili, da zmanjšate dozo/opustite psihiatrična zdravila?							
	Skupina NJPZ (n=59)		Skupina JPZ (n=65)		Skupaj (n=124)		
	frekvenca	delež (v %)	frekvenca	delež (v %)	frekvenca	delež (v %)	
Zaradi stranskih učinkov, na katere me je opozoril zdravnik.	4	6,8	8	12,3	12	9,7	
Zaradi stranskih učinkov, ki sem jih opazil_a sam_a.	19	32,2	21	32,3	40	32,3	
Počutil_a sem se bolje in nisem več potreboval_a	28	47,5	32	49,2	60	48,4	

zdravil.						
Zdravila mi niso nikdar pomagala (ali vsaj ne dovolj).	11	18,6	11	16,9	22	17,8
Zdravila so mi na začetku sicer pomagala, a so prenehala delovati.	5	8,5	11	16,9	16	12,9
Zdravila so poslabšala moje stanje.	9	15,3	7	10,8	16	12,9
Po nesreči sem preskočil_a predpisan odmerek zdravila in videl_a, da mi ni koristil ali pa sem se brez njega celo počutil_a bolje.	5	8,5	2	3,1	7	5,7
Želel_a sem rešiti svoje probleme brez zdravil.	32	54,2	20	30,8	52	41,9
Želel_a sem zmanjšati odmerek zdravila.	7	11,9	28	43,1	35	28,2
Bal_a sem se, da bi postal_a odvisen_a od zdravil.	11	18,6	13	20,0	24	19,4
Zaradi nosečnosti, dojenja ali reproduktivnih zmožnosti.	2	3,4	4	6,2	6	4,8
Bil_a sem zaskrbljen_a zaradi morebitnih dolgoročnih učinkov.	14	23,7	16	24,0	30	24,2
Nisem imel_a več dostopa do zdravil.	0	0,0	1	1,5	1	0,8
Zdravnik se je odločil, da mi ukine terapijo.	7	11,9	15	23,1	22	17,7
Želel_a sem začeti z delom/šolanjem in sem vedel_a, da tega ne zmorem, če sem na zdravilih.	4	6,8	2	3,1	6	4,8
Želel_a sem si več neodvisnosti v svojem življenju.	14	23,7	15	23,1	29	23,4
Nekdo me je prepričal, naj jih ne jemljem več.	2	3,4	3	4,6	5	4,0
Bližnjim (družini in/ali prijateljem) ni bilo všeč, da jemljem psihiatrična zdravila.	2	3,4	6	9,2	8	6,5
Seznanil_a sem se z neko alternativo zdravilom.	6	10,2	4	6,2	10	8,1
Drugo: Pritiski prijateljev, družine in znancev na faksu beri pred	5	8,5	1	1,5	6	4,8

<p>leti, ni bilo vseč in sem z nekaterimi tudi prekinila stike. Pritiski okolice in zdravnikov so bili kar močni, da naj neham jesti zdravila, a vsakič, ko so mi zdravila ukinili pod nazdrom se mi je poslabšalo. Menjala sem več psihiatrov in zdaj imam zdravnika, ki razume, da me ne gre enačiti s splošno poulacijo mojih let. (1)</p> <p>zelo si želim na zdravila, sicer mi je samo eno pomagalo, ampak bi s tem ohromila mojo stisko in bi potem prekrila težavo in na ta način mogla jemati zdravila do smrti (1)</p> <p>zdelo se mi je da so zdravila bergla ki mi ne dovolijo čustev (1)</p> <p>Težje dobiš službo z zgodovino jemanja takih tablet. (1)</p> <p>Zdravil nisem opustila sama, vendar je terapijo zaključila psihiatrinja, ki je presodila, da zmorem brez (po 3 letih). (1)</p> <p>Ritalin/concerta/metilfenidat - poslabšan pretok krvi v prstih na rokah in nogah (bledi in malo napihnjeni), suha usta (skrbet te začne da ne dobis "meth mouth") (1)</p>						
--	--	--	--	--	--	--

(Q9/Q24) Na čigavo pobudo ste pričeli z opuščanjem psihiatričnih zdravil?						
	Skupina NJPZ (n=59)		Skupina JPZ (n=64)		Skupaj (n=123)	
	frekvenca	delež (v %)	frekvenca	delež (v %)	frekvenca	delež (v %)
Za opuščanje sem se odločil_a sam_a.	51	86,4	47	73,4	98	79,7
Na pobudo družinskih članov.	5	8,5	6	9,4	11	8,9
Na pobudo prijateljic_ev, znank_cev, idr.	2	3,4	6	9,4	8	6,5

Na pobudo osebne_ga zdravnice_ka.	1	1,7	4	6,3	5	4,1
Na pobudo psihiatrinje_a.	11	18,6	32	50,0	43	35,0
Na pobudo drugega zdravstvenega delavca.	1	1,7	0	0,0	1	0,8
Na pobudo psihoterapevta.	3	5,1	4	6,3	7	5,7
Na pobudo delodajalke_ca.	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Na pobudo duhovnika.	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Drugo: družila sem se s prijateljico, ki je imela drugačen, narativen pogled na zaznave in pojavnost le teh (1) po EEG-ju se je psihiater odločil da preneham jemati zdravila (1)	2	3,4	0	0,0	2	1,6

(Q10/Q25) Ali ste ob opuščanju psihiatričnih zdravil opazili odtegnitvene učinke (to so tisti učinki, ki jih pripisujete zmanjševanju/opuščanju psihiatričnih zdravil)?							
	Skupina NJPZ (n=59)		Skupina JPZ (n=64)		Skupaj (n=123)		
	frekvenca	delež (v %)	frekvenca	delež (v %)	frekvenca	delež (v %)	
Nisem občutil_a nobenih odtegnitvenih učinkov.	30	50,8	12	18,8	42	34,1	
Občutil_a sem blažje odtegnitvene učinke.	6	10,2	14	21,9	20	16,3	
Občutil_a sem zmerne odtegnitvene učinke.	13	22,0	25	39,1	38	30,9	
Občutil_a sem hude odtegnitvene učinke.	6	10,2	6	9,4	12	9,7	
Občutil_a sem zelo hude odtegnitvene učinke.	1	1,7	4	6,3	5	4,1	
Drugo: Jemal zdravila par mesecev, hotel prenehati, ni slo, jemal se pol leta, opustil zdravila in večkrat dnevno uporabljal konopljne izdelke (THC) - premaga vsako odvisnost (1) Prenehala se je slabost, ki je bila prej ves čas prisotna. (1) mislim da učinke zaznamo vsi, odvisno od vsakega posameznika je kako jih	3	5,1	3	4,7	6	4,9	

interpretira (1) prvič občutil zmerne, zdaj drugič jih pa še nisem (sem na opuščanju) (1) leta 2011 sem morala ponovno v psihiatrično bolnico (1) Prišlo je do poslabšanja osnovne bolezni depresije in anksioznosti (1)						
---	--	--	--	--	--	--

(Q12/Q27) Koliko časa so trajali odtegnitveni učinki?						
	Skupina NJPZ (n=27)		Skupina JPZ (n=50)		Skupaj (n=77)	
	frekvenca	delež (v %)	frekvenca	delež (v %)	frekvenca	delež (v %)
Dva tedna ali manj.	7	25,9	11	22,0	18	23,38
Dva tedna do en mesec.	3	11,1	8	16,0	11	14,29
En mesec do tri mesece.	9	33,3	7	14,0	16	20,78
Tri do šest mesecev.	3	11,1	3	6,0	6	7,79
Šest mesecev do eno leto.	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Več kot eno leto.	1	3,7	0	0,0	1	1,29
Nikoli niso minili.	0	0,0	3	6,0	3	3,90
Nisem prepričan_, ne vem, ne morem oceniti.	3	11,1	13	26,0	16	20,78
Drugo: Ko so zdravila zopet prišla so neželeni učinki minili. A po vsaki odtegnitvi, je trajalo dlje časa, da se je ravnovesje vzpostavilo nazaj. tako je lahko trajalo od enega do treh mesecev. (1) Ne vem, ker nisem uspela popolnoma iti iz zdravila, ampak le prepoloviti dozo. (1) Dokler nisem spet začela jemati vseh predpisanih zdravil (1) prvič: en teden. potem sem ponovno začel s terapijo. (1) Tri dni, dokler nisem ugotovil da je vzrok prekinitvev in pričel s postopnim zniževanjem z ekvivalentnim zdravilom z daljšo razpolovno dobo. (1) sama sem sprejela razlago, da	1	3,7	5	10,0	6	7,8

so se zaznave in s tem nestabilnost povečali zaradi manjše otopelosti od zdravil, skozi to razlago sem šla lažje čez stanja (1)						
---	--	--	--	--	--	--

(Q13/Q28) Pomislite na tisto psihiatrično zdravilo, ki ste ga opuščali/zmanjševali ali v primeru opuščanja več psihiatričnih zdravil pomislite na tistega, ki vam ga je bilo najtežje opustiti. Koliko časa ste potrebovali za opuščanje?

	Skupina NJPZ (n=56)		Skupina JPZ (n=61)		Skupaj (n=117)	
	frekvenca	delež (v %)	frekvenca	delež (v %)	frekvenca	delež (v %)
Z vsemi psihiatričnimi zdravili sem prenehal_a naenkrat, torej v enem trenutku.	28	50,0	7	11,5	35	29,9
Od pol do enega meseca.	10	17,9	10	16,4	20	17,0
Od enega do tri mesece.	9	16,1	19	31,1	28	23,9
Tri mesece do šest mesecev.	4	7,1	10	16,4	14	12,0
Šest mesecev do enega leta.	3	5,4	4	6,6	7	6,0
Eno leto do leta in pol.	0	0,0	4	6,6	4	3,4
Leto in pol do dveh let.	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Dve leti do treh let.	50	0,0	1	1,6	1	0,9
Tri leta do pet let.	1	1,8	0	0,0	1	0,9
Več kot pet let, navedite koliko:	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Drugo: še vedno jemljem (6) zadnja cca. 4 leta sem jemal samo litij, opustil sem ga brez zaznavnih težav. (1)	1	1,8	6	9,8	7	6,0

(Q15/Q30) Kakšen je bil odnos vašega psihiatra/osebnega zdravnika do odločitve za opuščanje ali zmanjševanje psihiatričnih zdravil?

	Skupina NJPZ (n=55)		Skupina JPZ (n=59)		Skupaj (n=114)	
	frekvenca	delež (v %)	frekvenca	delež (v %)	frekvenca	delež (v %)
Opuščanje mi je predlagal sam.	12	21,8	26	44,1	38	33,3
Ni se strinjal z odločitvijo in mi je zato odrekel pomoč.	1	1,8	2	3,4	3	2,6
Ni se strinjal, a mi je vseeno pomagal.	6	10,9	8	13,6	14	12,3
Mojo željo po opuščanju je videl kot simptom moje psihiatrične diagnoze.	2	3,6	2	3,4	4	3,5

Pri opuščanju me je spodbujal in/ali mi pomagal pri pripravi načrta za opuščanje.	11	20,0	23	39,0	34	29,8
Nisem mu/ji povedal_a, da sem opustil_a psihiatrična zdravila.	12	21,8	4	6,8	16	14,0
V času opuščanju/zmanjševanja nisem obiskoval_a psihiatra/osebnega zdravnika.	20	36,4	6	10,2	26	22,8
Drugo. Nisem več stopil pred njihova vrata, to so zlobni ljudje, ki se ne zavedajo da so zlobni (1) prvič sva opuščala skupaj, po ponovitvi simptomov nisem več jemala zdravil, česar pa zdravnik ni vedel (1) Psihiater me je podprl. Osebni zdravnik je pritiskal, da sem zelo bolna in jih moram jemati. Poklical je tudi psihiatra in mu posredoval mojo 20 let staro dokumentacijo. (1) Na mojo pobudo se je psihiatrinja strinjala z zmanjševanjem odmerka, a vse skupaj poteka počasneje kot bi si sama želela (1) (upoštevam njena navodila za zmanjševanje). (1) psihiater se je strinjal, vendar mi je podal navodila, da lahko znižam in opustim antidepresiv v 1 tednu (leto 2005) (1)	4	7,3	2	3,4	6	4,4

(Q39_2/Q31) Kdo ali kaj vas je podpiral(o) pri opuščanju psihiatričnih zdravil?						
	Skupina NJPZ (n=55)		Skupina JPZ (n=59)		Skupaj (n=114)	
	frekvenca	delež (v %)	frekvenca	delež (v %)	frekvenca	delež (v %)
Družinski člani.	24	43,3	32	54,2	56	49,1
Psihiater/osebni zdravnik.	17	30,9	36	61,0	53	46,5
Psihoterapevt.	8	14,5	12	20,3	20	17,5
Prijatelj_ica.	17	30,9	18	30,5	35	30,7
Podporna skupina, ki jo obiskujem.	3	5,5	4	6,8	7	6,1

Športna aktivnost.	11	20,0	15	25,4	26	22,8
Prehranjevalne navade.	10	18,2	7	11,9	17	14,9
Struktura (urnik, načrt ...).	12	21,8	14	23,7	26	22,8
Glasba, ples.	10	18,2	6	10,2	16	14,0
Drugo.	12	21,8	4	6,8	16	14,0
Konoplja – thc (1)						
meditacija (2)						
Življenje v mladinskem domu (1)						
Želja po doživljanju čustev (1)						
lastna naravnost, da zdravila niso rešitev, da je čas da se soočim s situacijami, ki so me do sedaj trle (1)						
nihče, nisem potreboval, sam (5)						
Meditacija, stik z naravo, skrb za pristne odnose, sprejemanje svojih čustev ... (1)						
komuna (1)						
samokontrola (1)						
To, da sem bolj prisluhnila sebi glede tega kaj bi mi pomagalo - v svojem življenju sem se distancirala od stvari, ki me izčrpajo. Poleg tega sem se osredotočila na spoznavanje sebe - kaj potrebujem, da se bom v redu počutila. (1)						
prostovoljstvo (1)						

(Q16/Q32) Ali ste bili kdaj hospitalizirani na psihiatričnem oddelku (v psihiatrični bolnišnici, centru za mentalno zdravje, ipd.)?

	Skupina NJPZ (n=55)		Skupina JPZ (n=59)		Skupaj (n=114)	
	frekvenca	delež (v %)	frekvenca	delež (v %)	frekvenca	delež (v %)
Da.	24	43,6	37	62,7	61	53,5
Ne.	31	56,4	22	37,3	53	46,5

(Q17/Q33) Kolikokrat ste bili hospitalizirani na psihiatričnem oddelku?

	Skupina NJPZ (n=24)		Skupina JPZ (n=37)		Skupaj (n=61)	
	frekvenca	delež (v %)	frekvenca	delež (v %)	frekvenca	delež (v %)
Enkrat.	12	50,0	13	35,1	25	41,0

Dvakrat do petkrat.	11	45,8	16	43,2	27	44,3
Več kot petkrat.	1	4,2	8	21,6	9	14,7

(Q18/Q34) Koliko časa je skupno trajala vaša hospitalizacija na psihiatričnem oddelku (v primeru več hospitalizacij poskusite oceniti celoten čas)?

	Skupina NJPZ (n=24)		Skupina JPZ (n=35)		Skupaj (n=59)	
	frekvenca	delež (v %)	frekvenca	delež (v %)	frekvenca	delež (v %)
Do enega meseca.	6	25,0	7	20,0	13	22,0
Mesec in pol do tri mesece.	5	20,8	13	37,1	18	30,5
Tri mesece in pol do šest mesecev.	7	29,2	6	17,1	13	22,0
Šest mesecev in pol do enajst mesecev.	1	4,2	2	5,7	3	5,1
Eno leto do tri leta.	5	20,8	7	20,0	12	20,3

10.3 PRIMER KODIRANEGA INTERVJUJA

šifra	tekst	koda 1. reda	kategorija
071	J: <u>Amm, ja poj je blo pa tud tko, da sm jest tret letnik sm še zvozila s tableti, k se je pa matura začela je blo pa tok stvari, da sm rekla 'ti tole pa nau šlo skos' a ne. Pač tableti pa pač tok amm, sej tkrt sm mela poj Leponex pa še neki, še en antidepressiv. Ampak še zmer dost močne doze, a ne. In sm jes enkrat odločila, ti js bom šla pa s tega dol, zto kr drgač ne gre.</u> H: Kaj te je pa v bistvu oviralo tko, k si rekla, da si mela maturo pa to.	odločitev za opuščanje PZ odločitev za opuščanje PZ	odločitev za opuščanje PZ
072	J: <u>Oviral me je v bistvu to, to je bla tista stvar, k je šla men tok zlo na živce. Ker mi je dopuščal koncentracijo pa use samo do ene mere, čeprou sm js hotla naprej. In če si se učil sam za eno kontrolno, si si že tok uplaniral, okej sej to bo pa šlo. Tm sm pa js mogla še za nazaj cel prvu pa drug letnik, k sm se jih sama naučila še enkrat podrobno jt skos, a ne. In mi enostavno ni šlo. In sm jes bl živčna ratvala od tega, ker se nism mogla naprej učit, pa sm vedla, da loh. Pač, a veš, k en enostaven stavk, k je kratek, preberš petkrat pa ene besede ne veš kva je fora, tm ti pa poj odpele, tm pa rečš 'ej zdej pa reees dost'. Pa rekla sm lej, če nau dobr grem loh še zmer nazaj. In pol sm začela, najprej sm, najprej sm antidepressive skenslala zto, kr sm jih mela čist minimalno, a ne. In tist sm poj en mesc furala, je šlo že mal lažji ampak ni blo še dost. Poj sm pa Leponex iz 200 znižala na 150 pa sm to mela en tedn, 150 na 100, to sm mela poj 14 dni, pol sm šla še na 50, to sm mela poj tud še en teden, pol sm šla pa na nulo, a ne.</u> H: Ampak to si po lastnmu filingu šla?	moteči stranski učinki razlog za opuščanje PZ če ne bo OK, lahko ponovno prične z uporabo postopno opuščanje PZ	razlog za opuščanje PZ razlog za opuščanje PZ podporni dejavniki pri opuščanju PZ
073	J: Ja. <u>Pač po občutku sm delala, res sm po občutku. In noben ni vedu, tablete k bi jih mogla jemati sm jih u al skrivala al pa u WC dajala, a ne, lej.</u> H: Te k si dobila?	opuščanje po lastnem občutku	podporni dejavniki pri opuščanju PZ
073	J: Ja, k bi jih mogla pojest, pač redno dozo sm, <u>al je šlo u WC al pa so se pod postlo zginl, a ne. Amm.</u> H: Kaj si mela filing, da ne bi odobraval drugi?	skrivanje tablet	ovire pri opuščanju PZ
074	J: <u>Nee, zto kr moja mami pa oči ... Zlo sta bla tko prestrašena pa zlo sta bla 'midva šenkratek tega ne bova šla skos' a ne in men je blo jasn 'js tud ne. Sam js točen vem, da če zle ne bom, pač, si dopustila tega žvet, kar loh, bo šlo še enkrat v to s tableti al pa brez', a ne. Ja in poj je blo v bistvu tko, da noben ni vedel, noben, ne starši, ne prijatli, dokler nism bla dva mesca brez in sm jest vidla 'u to pa gre', a ne. Ja, mela sm svoje ups and downs, čustva so spet mal bl živa ratala, kukr so prej bla, a ne. Sam sm se nekaj tud učila, naučila sama sebe gledat pa točen videt kok, do kere mere morem možgane zaposlit, da mam mir. Ker če sm se preveč je šlo poj že v uno neprespanost pa u mal več, če sm se pa premal, so mi pa tud poj sami svoje delal, a ne. In ja, pršli so glasovi nazaj, tega sm se na začetku ustrašla, tkrt sm tud mela ful meditacij pa tega, tm sm jih zaključla, k sm rekla 'tole ne bo', ker pač zapret oči pa neki delat men še bl spodbuja kero kol stvar.</u>	razlog za skrivanje, da opušča: strah staršev pred ponovitvijo težav skrivanje, da opušča pred bližnjimi novi načini spoprijemanja s stiskami začasna rešitev: meditacija	ovire pri opuščanju PZ delo na sebi delo na sebi