

UPORABNIŠKA PERSPEKTIVA OPUŠČANJA PSIHIATRIČNIH ZDRAVIL

197

USERS' PERSPECTIVES ON COMING
OFF PSYCHIATRIC DRUGS

Helena Grbec, mag. prof. soc. ped.

Slovenska filantropija, Cesta Dolomitskega odreda 11, 1000 Ljubljana

hgrbec@gmail.com

IZVLEČEK

Prispevek obravnava proces opuščanja psihofarmakov z vidika uporabnikov. Namen raziskovalnega dela je bolje spoznati, kako osebe, ki uporabljajo psihofarmakološka zdravila, le-ta opuščajo, in to 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). Uporabljen je bil kvalitativni pristop. Izvedenih je bilo osem intervjujev, ki so bili vsebinsko analizirani. Ugotovitve 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.

KLJUČNE BESEDE: *psihijatrija, duševne težave, psihofarmaki, opuščanje uporabe psihofarmakov, zmanjševanje škode, okrevanje, psihosocialna podpora*

ABSTRACT

The subject of this paper is the process of coming off psychiatric drugs from the user's point of view. The purpose of the research 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). We used qualitative approach. Eight interviews were conducted and 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.

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

UVOD

Uporaba psihiatričnih zdravil je v zadnjih letih v porastu. Veliko je govora tudi o tem, da narašča število duševnih motenj. V socialno-pedagoški praksi se pogosto srečujemo z osebami, ki uporabljajo psihiatrična zdravila. Predpisujejo jih otrokom, ki imajo zmanjšano pozornost, osebam, ki jih mučijo hude duševne stiske, z njimi pa se srečamo tudi v zaprtih institucijah, kot je na primer zapor. 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. Mednje štejemo predvsem antidepresive, nevroleptike (antipsihotike),

anksiolitike in hipnotike, antiepileptike oz. antikonvulzive, psihostimulanse idr.

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, jih prepoznavam kot mogočo obliko podpore, ki osebam v stiski (predvsem v času hudih in intenzivnih doživljanj) lahko nudijo uteho. Poleg tega da jih razumem kot mogočo 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 mogoča 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, ga podpirajo, ne povzročajo neželenih učinkov in z njimi dobro živi. Oseb s težavami v duševnem zdravju ni smotrno 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).

Terminologija, ki jo uporabljam, je izbrana s kritično distanco, z zavedanjem, da ljudje z izborom diskurza konstruiramo in razumemo svoj svet. Pri tem, 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 psihofarmake lahko zdravniki predpisujejo za različna stanja, najpogosteje pa jih uporabljajo pri zdravljenju duševnih motenj.

Še do nedavnega je 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.

Proces opuščanja psihiatričnih zdravil je povezan s psihiatrijo in pojmovanjem duševnega zdravja. Psihiatrija kot stroka in pojmovanje duševnega zdravja sta neločljivo pogojena s specifičnim sociokulturnim 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). 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 vsakodnevem življenju, učinkovito dela ter lahko prispeva k svoji skupnosti (World Health Organization, 2018). Že sama definicija nam poda uvid v trenutni sociokulturni kontekst: živimo v svetu, kjer je pomembno dobro počutje, stres je del vsakdana in delo je pomembna vrednota 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. Linija med enim in drugim polom pa je izjemno tanka.

RAZISKOVALNI PROBLEM

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 (predvsem v fazi testiranja učinkovine na 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. Namen empirične raziskave 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. V zvezi s tem si zastavljam 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 podporne ob opuščanju psihiatričnih zdravil?

RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

V izvajanju empiričnega raziskovanja, ki je potekalo v okviru izdelave magistrskega dela (Grbec, 2020), sem kombinirala dva pristopa. S kvantitativnim sem z internetno anketo zajela 124 respondentov, vendar o tem delu v tem članku ne poročam. S kvalitativnim pa sem izvedla poglobljene polstrukturirane intervjuje z osmimi osebami, ki so imele izkušnje z opuščanjem rabe psihofarmakov. Izbrala sem jih med tistimi, ki so v spletni anketi odgovorili, da bi

bili pripravljene na poglobljen pogovor. 31 takih oseb sem razdelila v podskupine po treh kriterijih: po trajanju uporabe psihiatričnih zdravil (do 5 let ali nad 5 let); ali so že opustili vsa psihiatrična zdravila ali jih opuščajo sedaj oz. so jih opuščali v preteklosti; ali so jih opuščali ob podpori psihiatra ali ne (glej Preglednico 1). Na osnovi te preglednice sem na neslučajan način izbrala 8 oseb, in sicer tako, da sem izbrala po 4 osebe moškega in 4 osebe ženskega spola; 4 osebe so uporabljale psihiatrična zdravila manj kot 5 let, 4 pa več kot 5 let; 4 osebe, ki so že opustile vsa psihiatrična zdravila, in 4 osebe, ki so opuščale nekdanja, pa jih zdaj uporabljajo, ali pa psihiatrična zdravila opuščajo danes. Ob tem sem bila pozorna še na zagotovitev zadostnega starostnega razpona izbranih oseb. Intervjuvanke in intervjuvanci so bili v času intervjuja stari od 23 do 55 let.

PREGLEDNICA 1: *Značilnosti oseb, ki so izrazile pripravljenost za intervju na temo opuščanja psihiatričnih zdravil (podatki v celicah preglednice se nanašajo na spol in starost osebe v letih. Podčrtane so osebe, ki so sodelovale v intervjujih).*

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

S polstrukturiranim intervjujem sem obdelala naslednje teme:

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

Pri tem je proces opuščanja psihiatričnih zdravil predstavljal osrednjo temo intervjujev. Obenem sem eksplorirala tudi različne kontekste, ki bi lahko bili pomembni za odločitev in potek opuščanja psihiatričnih zdravil. Intervjuje sem izvedla na različnih lokacijah po dogovoru z intervjuvankami in intervjuvanci; praviloma sem se z vsakim dobila zgolj enkrat, le z eno osebo dvakrat.

Intervjuje sem snemala in jih zatem dobesedno transkribirala. Intervjuvanim osebam sem kasneje v branje poslala zapis pogovora ter jih povabila, da ga preberejo, podajo svoje pripombe in morebitne spremembe. Na željo nekaterih intervjuvancev sem transkribirane citate popravila v skladu s pravili slovenskega knjižnega jezika in pri tem skušala ohraniti pomen originalnega besedila. 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.

Pri kvalitativni analizi sem si pomagala s programom Atlas.ti 7.5.7 po načelih oblikovanja utemeljene teorije. 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. Tako sem kombinirala induktivno in deduktivno kodiranje. Kodiranje sem izvedla na dveh ravneh: kode prvega reda in kategorije. Zaradi pretežnega deduktivnega pristopa h kodiranju nisem pripravila definicij kategorij. Ena od kategorij, ki ni sovpadala z zastavljenimi raziskovalnimi vprašanji in sem jo oblikovala na podlagi induktivnega kodiranja, je povezovala vse ostale tematike, ki so jih izpostavljali moji sogovorniki in sogovornice, zato sem se odločila, da jo po odgovorih na raziskovalna vprašanja predstavim kot temo, ki preči vse ostale.

REZULTATI

Ugotovitve iz intervjujev prikazujem v štirih podpoglavjih, ki ustrezajo štirim raziskovalnim vprašanjem, ter v dodatnem podpoglavju, ki se nanaša na novo oz. dodatno kategorijo odgovorov, do katere sem prišla na osnovi induktivnega kodiranja.

ZAČETKI IN OKOLIŠČINE UPORABE PSIHIATRIČNIH ZDRAVIL

Moji sogovorniki so pričeli jemati psihiatrična zdravila različno dolgo nazaj, zato so spomini na pričetek uporabe nekaterih bolj medli. Šest od mojih sogovornikov jih 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. Dva intervjuvanca sta se pred vstopom v službe pomoči tudi srečevala z različnimi stiskami, vendar sta se z njimi spopadala na bolj **alternativne načine**: z bioenergetsko pomočjo in duhovnim življenjem.

V Sloveniji lahko psihiatrična zdravila predpisujejo **psihiatr in zdravniki splošne medicine**. Slednji so tudi najdostopnejši za posameznika, saj 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 subjektiven občutek dostopnosti. Ambulante zdravnikov splošne medicine so razmeroma nestigmatizirane, torej je občutek potencialne stigmatiziranosti oseb, ki iščejo pomoč, bistveno manjši kot pri ambulantah, ki jih vodijo specialisti psihiatr. Pri osebnem zdravniku so se s psihiatričnimi zdravili prvič srečali trije sogovorniki, trije pri ambulantnem psihiatru, dva pa ob prvi hospitalizaciji. Psihiatrična zdravila so precej enostavno 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 eden izmed intervjuvancev se je s psihiatrom pred pričetkom uporabe pogovarjal o mogočih rešitvah, ki bi mu pomagale olajšati stisko, obenem pa si je psihiater vzel čas za postavljanje psihiatrične diagnoze.

Za intervjuvanke in intervjuvance so značilne pogoste menjave psihiatrov. Le dva intervjuvanca sta bila ves čas vodena pri istem psihiatru, pri katerem 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. Štirje intervjuvanci, ki so se sami odločili, da (večkrat) zamenjajo leččega psihiatra, z njegovo obliko podpore niso bili zadovoljni: niso se čutili slišani, čutili so, kot da so v nekaj prisiljeni, ali pa so tožili po pomanjkanju sodelovanja s psihiatrom, ki jim je predpisoval psihiatrična zdravila, kot ilustrira naslednja izjava: »[...] [o. p. psihiatrinja] pravi, da sem najbolj pasiven pacient, da ne upoštevam nobenih navodil psihiatrične stroke« (Ana). Kaplan, Greenfield, Gandek, Rogers in Ware (1996) so ugotovili, da pacienti zapuščajo tiste zdravnike, pri katerih ne čutijo, da jim je dovoljena aktivna soudeležba pri zdravljenju.

Mnogi avtorji zagovarjajo načelo **informirane odločitve** ob pričetku uporabe psihiatričnih zdravil (Hall, 2016; Lamovec, 1999 Russo, 2018 idr.), kar pomeni, da ima vsak uporabnik pravico do informacij o učinkih zdravil ter koristih in tveganjih uporabe, na podlagi katerih se lahko informirano odloči, če bo z uporabo pričel ali ne. Razen enega intervjuvanca, intervjuvanke in intervjuvanci niso prejeli veliko informacij oziroma so bile te omejene na informacije o mogočih neželenih učinkih ob pričetku uvajanja zdravil. Iskanje informacij je tako prepuščeno posameznikom: na spletnih straneh, uporabniških forumih in znotraj njihovih socialnih mrež.

Intervjuvanci so prepoznali različne **koristi uporabe psihiatričnih zdravil**. Te so bile predvsem možnost spanca, počitka, dala so jim energijo ali pa so jih pomirjala. 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 funkcioniраš, 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 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, izpuščaje, težave z zaprtjem, nespečnost, tesnobo, pridobivanje telesne teže, alergijo na mraz, upočasnjeno motoriko, povečan apetit, izgubo refleksnih odzivov, čustveno otopelost, nihanje razpoloženja. Občutenje neželenih učinkov je bilo pri vsakem izmed njih različno, saj so se nekateri z njimi srečevali dlje časa, drugi manj, obenem pa so bili nekateri neželeni učinki bolj moteči, drugi manj.

RAZLOGI ZA PRIČETEK OPUŠČANJA PSIHIATRIČNIH ZDRAVIL

Moji sogovorniki so se v večini primerov za opuščanje odločili **sami**. Le ena sogovornica je že večkrat opuščala na predlog psihiatra, sama pa ni imela te želje. Proces opuščanja psihiatričnih zdravil tudi ni enkrat dogodek; 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: *»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 anti-depresiv. Ampak še zmer dost močne doze. In sem jes enkrat odločila: Ti, js bom šla pa s tega dol, zto kr drgač ne gre«* (Jessi).

Drugi najpogostejši 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).

Luka je kot poglavitni 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«.

Pomemben dejavnik, ki je vplival na Mojino odločitev, je bilo dejstvo, da sta bila njena otroka že dovolj stara, da center za socialno delo zaradi opustitve psihiatričnih zdravil 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**.

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.«

TEŽAVE IN OVIRE, S KATERIMI SE SREČUJEJO OSEBE, KI UPORABLJAJO PSIHIATRIČNA ZDRAVILA, OB NJIHOVEM OPUŠČANJU

Najpogostejše ovire, s katerimi so se srečali intervjuvanke in intervjuvanci, so neprijetni učinki, ki so jih pripisali 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: prenačljena odločitev za opuščanje, občutki, da je telo že vajeno antidepressivov, občutek, da so njihove težave kronične, ali pa prehitro manjšanje doze. 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 psihiatričnih 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 (2002) 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).

Drugo oviro lahko predstavlja **pomanjkanje podpore** s strani psihiatrov. Zaradi odločitve o opuščanju psihiatričnih zdravil je ena izmed intervjuvank izgubila podporo psihiatrinje, dve intervjuvanki sta opuščanje skrivali pred svojimi psihiatri, dva intervjuvanca pa se nista počutila slišana. Trije intervjuvanci so izpostavili, da so usmeritve psihiatrov 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 neprimerne 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).

KOGA ALI KAJ OSEBE, KI UPORABLJAJO PSIHIATRIČNA ZDRAVILA, PREPOZNAVAJO KOT PODPORNE OB OPUŠČANJU PSIHIATRIČNIH ZDRAVIL

Kot podporne osebe so intervjuvanke in intervjuvanci prepoznali 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 s svetovanjem glede načina opuščanja, obenem pa so ti intervjuvanci psihiatre prepoznali kot sebi pomembno podporo v splošnem. Podporo so nekaterim intervjuvankam in intervjuvancem nudili tudi bližnji, predvsem starši ali prijatelji. 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 so izkuštvno znanje, naravni pripravki, šport, struktura (urnik) in menjava 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 ni dovolj močan. Večina intervjuvank in intervjuvancev je med uporabo 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 predstavljale posebno vezno temo pri vseh intervjujih.

PREČNE TEME – OKREVANJE

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 »počutiti se 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 od pojma kliničnega okrevanja, ki okrevanje razume kot končno, merljivo in objektivno stanje, ki ga oceni zdravnik in se med posamezniki ne razlikuje (Slade, 2009). Pripovedi so prišle na plano spontano in so delovale kot nekakšna vez med opisi življenjskih izkušenj in dogodki intervjuvank ter 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 ne nazadnje samo-spoznavanju v najširšem smislu.

Intervjuvanke in intervjuvanci so o upanju spregovorili na različne načine; govorili so o ključnih trenutkih v svojem življenju, ki bi jim lahko rekli tudi **točka preobrata** in jo je eden izmed intervjuvancev opisal tako: »*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)

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). Okolica daje taka sporočila pogosto tistim, ki so imeli težje in dolgotrajnejše težave ter so bili dlje časa vpeti v sistem podpore s strani služb duševnega zdravlja. V intervjujih sem pogosto zasledila izjave o upanju in sprejemanju: »*In da ne gledaš za nazaj pa obžaluješ, ampak v bistvu sprejmeš novo realnost in jo sprejmeš, kakršna je, in gledaš korak naprej*« (Moja).

Najpogosteje so svoje delovanje reflektirali na podlagi **odnosov v svojih primarnih družinah**, pri čemer 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).

Ločevanje od vlog in identitet, ki jih niso več prepoznavali kot svoje, so izvedli tudi s **postavljanjem meja**, kjer so ubranili tisto, »kar je njihovo«, in se ločili od vlog, kjer se niso več prepoznavali. Nekateri intervjuvanci so se prepoznali v **vlogi žrtve** in ugotovili, da jim to ne prinaša koristi, zato so zavestno izstopali iz nje: »*In to na seb isto delam, sam se poberem, ne čakam, 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 zgubljam stika s samim sabo. Kok je to pomembno in kok se danes tut borim, da ne dovolim, da mi kdorkol to odvzame«.*

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 mogoče predvsem takrat, ko sta 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 odlikavala tudi njihova notranja moč: *»V bistvu sem ogromne energije porabila, 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 laže 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 viře v sebi in v skupnosti, da si ustvari novo življenje. Anthony pa pravi (1993, v Škraban, 2019), da 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 svojem zdravljenju in oskrbi, nagovarja problematiko stigme in socialnega izključevanja, s krepitvijo uporabniških skupin in s preizpraševanjem medicinskega modela (Weinstein, 2010). Uporabniki, ki se upirajo stigmati, ki je nastala kot odziv okolice na njihove duševne težave, imajo večjo možnost za okrevanje (Firmin idr., 2017).

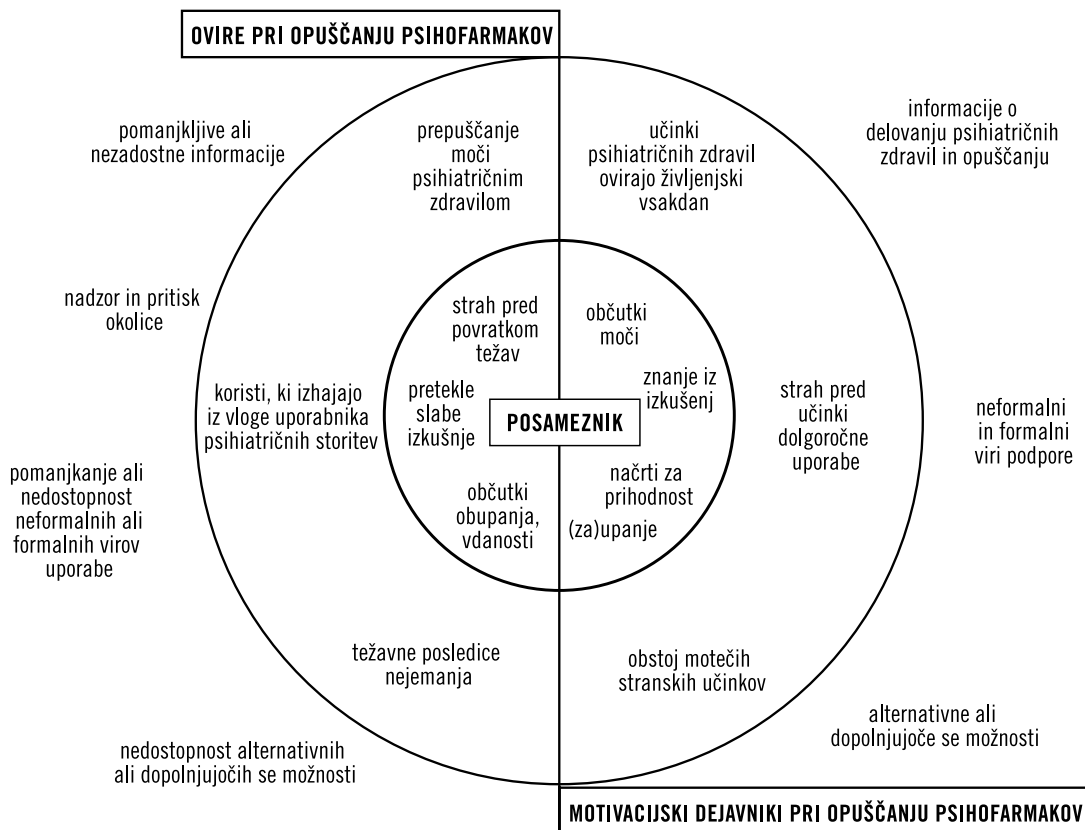
SKLEPI

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 ključno 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.

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 1**). 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.

Shemo predstavljajo tri dimenzije:

1. Prvo dimenzijo predstavljajo krogi, ki v centru locirajo posameznika, ki ga razumem kot strokovnjaka na podlagi izkušenj. Prvi krog predstavljajo motivi, ki so lastni posamezniku, drugi krog predstavlja nabor dejavnikov, ki so nastali kot posledica uporabe psihiatričnih zdravil, zunaj krogov pa so nanizani zunanji dejavniki.
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 – tisti, ki 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.



SLIKA 1: Grafični prikaz ovirajočih in motivacijskih dejavnikov za opuščanje psihiatričnih zdravil

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). Lahko pa so prepoznali, da so se njihove težave vrnile, zato te izkušnje pojmujejo kot slabe. Obenem pa gre lahko za kombinacijo različnih dejavnikov, kjer nekateri intervjuvanci prepoznavaajo 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.

Drugi krog predstavljaajo 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, 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 vloge uporabnika psihiatričnih storitev in/ali zdravil. Oseba lahko zaradi svojih težav iz okolice prejema več podpore in pozornosti, kot jo je prejemale prej (ker nje ali njenih težav niso jemali resno ipd.). Korist vloge 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 pripisujejo veliko moč nad svojim življenjem, težje odločijo za opuščanje kot pa tisti, ki psihiatrična zdravila vidijo zgolj kot enega izmed vidikov podpore. Denis pa pravi: *»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. V intervjujih se je 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, takšna je npr. psihoterapija. S psihoterapijo so se srečali štirje intervjuvanci, od tega jo dve intervjuvanki prepoznavata kot dobro obliko podpore, za druga dva intervjuvanca pa je psihoterapija predstavljala bodisi začasno obliko podpore bodisi je bila pomoč nezadovoljiva. 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 mogočih oblik podpore, ki pa ravno tako kot ostale oblike ne deluje po principu *»one-size-fits-all«.*

Tretjo dimenzijo predstavljajo mogoče 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. 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, 1999 Russo, 2018 idr.) prepoznavam pomen informirane odločitve o uporabi psihiatričnih zdravil. Z izjemo enega intervjuvanca so bili ostali v splošnem nezadostno informirani o delovanju in učinkih psihiatričnih zdravil. 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, da bi bil 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, ki posameznika že podpirajo ali pa ga lahko podpirajo pri opuščanju, ter omogočati prostor za razvijanje novih, alternativnih in/ali dopolnjujočih oblik podpore znotraj skupnosti. Ne nazadnje prepoznavam možnosti za strokovno podporo v tem, da se z osebami, ki se odločajo za opuščanje psihiatričnih zdravil, odkrito pogovarjajo o njihovih strahovih, skrbah in ovirah, ki jih zaznavajo, ter uporabnikom omogočajo okolje, kjer jih lahko premagujejo.

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, ki je pa dolgotrajen, če ne celo celoživljenjski proces, ko skušamo ugotoviti, kdo smo, kaj potrebujemo, kako živimo, v kakšne odnose vstopamo itd. Lahko ga 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 ne nazadnje išče odgovore na najbolj zapletena življenjska vprašanja.

LITERATURA

- 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.
- 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>
- 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.
- Grbec, H. (2020). *Uporabniška perspektiva opuščanja psihiatričnih zdravil*. Ljubljana: Pedagoška fakulteta, Univerza v Ljubljani.
- 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.
- 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>
- Kores Plesničar, B. (2008). *Osnove psihofarmakoterapije*. Ljubljana: Medicinska fakulteta UL.
- Lamovec, T. (1999). *Kako misliti drugačnost*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
- Makovec, T. (2019). *Medicina je padla na glavo*. Ljubljana: Buča.

- 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>
- 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.
- Rose, N. (2019). *Our psychiatric future: the politics of mental health*. Polity Press.
- 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.
- Slade, M. (2009). *Personal Recovery and Mental Illness: A Guide for Mental Health Professionals*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Škraban, J. (2019). Koncept okrevanja. V B. Dekleva in J. Škraban (ur.), *Svet, ki se sliši* (str. 36–51). Ljubljana: Pedagoška fakulteta, Univerza v Ljubljani.
- Weinstein, J. (2010). *Mental Health, Service User Involvement and Recovery*. Jessica Kingsley Publishers.
- 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>