

Vpliv stigme na odnos do psihološke pomoči¹

Jana Krivec² in Jana Suklan³

Povzetek

Osveščanje ljudi o duševnih težavah in iskanju psihološke pomoči je vse bolj prisotno, kljub temu pa pomoči ne dobi vsak, ki jo potrebuje. Eden glavnih vzrokov za to je stigma. Stigma izvira iz predsodkov, stereotipov in diskriminacije javnosti, ki preko ponotranjenja vpliva na posameznikov odnos in pripravljenost na iskanje psihološke pomoči, uspeh terapije in mnoga druga življenjska področja. Raziskava, ki smo jo izvedli, je potrdila prisotnost tovrstne stigme tudi v slovenskem prostoru. Predlagani so ukrepi za zmanjševanje stigme, ki se nanašajo na strokovno in širšo javnost, uporabnike psihološke pomoči, njihove bližnje, vladne in izobraževalne ustanove ter medije. Cilj takšnih ukrepov je, da bi širša javnost uporabo psihološke pomoči dojemala bolj pozitivno, kot delo na razvoju človekove osebnosti. S tem bi se izboljšalo duševno zdravje ljudi in celotne družbe.

Ključne besede: psihološka pomoč, stigma, odpravljanje predsodkov, mentalno zdravje.

¹ Zahvaljujeva se doc. dr. Janezu Mlakarju, predavatelju na Fakulteti za uporabne družbene študije v Novi Gorici, kliničnem psihologu in psihoterapevtu vedenjsko kognitivne terapije za sodelovanje pri pripravi anketnih vprašanj.

² jana.krivec@fuds.si.

³ jana.suklan@fuds.si.

Abstract

The awareness of people about mental health problems and seeking psychological help is growing. However, many of those in need still does not receive the deserved treatment. One of the main reasons for this is the stigma. Stigma derives from public prejudice, stereotypes and discrimination. Through the internalization it impacts the individual's attitude and willingness to seek psychological help, the success of therapy and many other areas of ones life. The conducted survey confirmed the presence of such a stigma in Slovenia. Measures to reduce the stigma are proposed, relating to the professional and general public, users of psychological support, their close relatives, government and educational institutions and media. The aim of such measures is to make general public see psychologijal help more positively, as the development of the human personality. This would improve the mental health of the individuals and whole society.

Key words: psychological support, stigma, stereotype reduction, mental health.

Uvod

»Ne morem se odseliti iz svoje četrti v New Yorku, ker imam tam svojega lekarnarja in svojega psihoterapevta, brez katerih ne morem »preživeti«.
Woody Allen

Večina ljudi gre v življenju skozi razna stresna in psihično naporna obdobja kot so življenjske spremembe, zdravstveni problemi, preselitev, stres pri delu, izguba službe, družinske in partnerske težave ipd., a se s temi problemi marsikdaj ne zna ali ne zmore spoprijemati na konstruktiven način. Živimo v času, ko breme duševnih težav ljudi primarno prevečkrat nosijo splošni zdravniki. Le ti z večjo verjetnostjo predpišejo medikamentozno kot svetovalno terapijo. Implicitno sporočilo je, da njihovim bolnikom ni treba prenašati terapije, se lahko izognejo sramu, času, in nelagodju in »le vzamejo tableto«. Pravi način za vzpostavljanje visokega nivoja duševnega zdravja in splošno izboljšanje kvalitete življenja pa je psihološka pomoč oziroma terapija. Pri bogatejših slojih na zahodu postaja psihoterapija vse bolj ustaljena praksa. Po navedbah Ipsos MORI se uporaba psihoterapevtskih in svetovalnih storitev tudi na splošno povečuje - v letu 2014 naj bi 28 %

Ljudi v VB v življenju že obiskalo psihoterapevta oziroma svetovalca. V letu 2010 je bil ta delež le 20 % (Corrigan, 2004). Pri uporabi psihoterapije obstajajo razlike med spoloma – ženske 32 %, moški 23 %. Najpogosteje naj bi terapevta obiskali ljudje v srednjih letih (35-44) in sicer v 38%. V VB je skupno več kot polovica ljudi že uporabila psihoterapevtske ali svetovalne storitve oziroma pozna koga ki jih je (Increase in counselling and psychotherapy suggests lessening of mental health stigma, 2014).

Še vedno pa je veliko ljudi, ki nikoli ne uporabi psihološke pomoči, socialna sprejetost tistih, ki poiščejo tovrstne storitve pa ostaja slaba (Schomerus in dr., 2012). Psihološka pomoč ostaja precej skrivnostna - kot nekakšen čarobni trik (»hokus-pokus«).

Psihoterapevti se ne borijo samo s problemi klientov, ampak tudi z naslednjimi predsodki ljudi:

1. Psihoterapija in psihološko svetovanje je nemalokrat razumljeno kot prvi korak na poti do mentalne ustanove. Te pa so na zelo slabem glasu zaradi premalo znanja in skrivnostnosti duševnih bolezni, nemalokrat neprimernih ustanov za njihovo zdravljenje, pa tudi zaradi izkrivljenih zgodb medijev. Raziskava (Crisp in dr., 2000) več kot 1700 odraslih v Veliki Britaniji je pokazala, da je mnogokrat prepričanje ljudi: (1) da so ljudje s težavami v duševnem zdravju nevarni, še posebej tisti s shizofrenijo,

alkoholiki in odvisniki od drog; (2) da je precej težav z duševnim zdravjem, kot npr. motnje hranjenja in zasvojenost povzročena s strani osebe same in (3) da je z ljudmi s težavami v duševnem zdravju na splošno težko govoriti (Wang in Lai, 2008; Reavley in Jorm, 2011; Swanson in dr., 1990). Pogosto je tudi mnenje, da se psihiatrična diagnoza praviloma povezuje z neugodno prognozo (Stritih, 2004).

2. Ljudi, ki so vključeni v psihološko pomoč, so pogosto nezaželeni in označeni kot socialno nesprijemljivi ter osebno šibki (Vogel, Wade, in Haake, 2006, 325). V raziskavi Ben-Porath-a (2002) so posameznike, ki naj bi poiskali pomoč ob pojavu depresivnosti udeleženci označeni kot bolj emocionalno nestabilne, manj zanimive in manj samozavestne kot tiste, ki naj bi poiskali pomoč pri bolečinah v hrbtu in tistih, ki naj ne bi poiskali nobene pomoči.
3. Ljudje so pogosto nezaupljivi do terapevtov. Bojijo se lahko, da bi le ta zlorabil njihovo zaupanje, jih zmanipuliral ali zavrnil (Courtois, 1995). Kot prvo so psihoterapevti zavezani k popolni molčečnosti v skladu z etičnim kodeksom, zato je vsaka bojazen, da zaupnosti ne bi bile na varnem, popolnoma odveč. Poleg tega je naravnost osvobajajoče zaupati se nekomu, ki je popolnoma nepristranski in ki ga najverjetneje vidimo prvič in zadnjič. Psihoterapevt je za razliko od naključnega tujca izšolan

strokovnjak, ki je globoko empatičen, neobsojajoč in ki je tam samo z enim razlogom: da nas posluša. Skratka nekdo, s katerim bomo vzpostavili varen odnos.

Predstavljeni prepričanja predstavljajo rodovitna tla za razvoj stigmatizacije na področju psihološke pomoči in duševnega zdravja.

Stigma v socialnih skupinah predstavlja na strahu osnovan proces, kjer je objekt strahu označen kot sramoten in posledično manj sprejet v skupini. V okviru iskanja psihološke pomoči je to zaznava, da je oseba, ki poišče psihološko pomoč nezaželena oziroma socialno nesprejemljiva (Vogel in dr., 2006).

Proces stigme je uokvirjen v štiri družbeno-kognitivne procese: (1) iztočnice za ravnanje, (2) stereotipe, (3) predsodke in (4) diskriminacijo.

1. Splošna javnost velikokrat stigmatizira uporabnike psihološke pomoči na osnovi predpostavk o lastnostih ljudi z duševnimi boleznimi: psihiatričnih simptomov (posebej psihotičnih kot je neprimerno čustvovanje in bizarno vedenje), pomanjkljivih socialnih spretnosti, fizičnega izgleda in etiketiranjem (npr.človek, ki prihaja iz ordinacije psihoterapevta je duševni bolnik) (Corrigan, 2000). Takšen način pripisovanja značilnosti je lahko zelo varljiv in velikokrat tudi napačen
2. Stigma sproža stereotipe – strukture znanja, ki se jih nauči splošna javnost o izbranih družbenih skupinah (Augoustinos in

dr., 1994). Stereotipi so zelo učinkovito sredstvo za kategoriziranje informacij o določeni socialni skupini, saj si ljudje na njihovi osnovi hitro ustvarijo vtis in pričakovanja o osebah, ki pripadajo stereotipni skupini (Hamilton in Sherman, 1996). Pogost stereotip o ljudeh s težavami v duševnem zdravju vključuje nasilje, nezmožnost normalnega življenja in dela ter krivdo (sami so si krivi, saj imajo šibak karakter) (Corrigan in dr., 2000).

3. S potrjevanjem negativnih stereotipov ("Res je, vsi ljudje z duševnimi težavami so nasilni in nesposobni!") si ljudje ustvarijo predsodke, ki privedejo do negativnih čustvenih reakcij ("Strašijo me!") (Hilton in Von Hippel, 1996). V nasprotju s stereotipi, ki so prepričanja, predsodki vključujejo vrednotenje (v glavnem negativno) in vodijo do diskriminacije – neprimernih vedenjskih reakcij (Eagley in Chaiken, 1993; Crocker in dr., 1998).
4. Diskriminatorna vedenja se izražajo v negativnih reakcijah do izbrane skupine ljudi, npr. izogibanje njihovih članov. To lahko onemogoči ljudem ustrezen normalen razvoj na osnovnih življenjskih področjih kot so služba, najem stanovanja in tudi pridobitev partnerske zveze. Na primer večina ljudi ne bi najela nekoga z težavami v duševnem zdravju za čuvanje otrok (Link in dr., 1987). Druss je s sodelavci ugotovi, da so ljudje z duševnimi težavami deležni manj zdravstvene nege in celo zavarovalniških

ugodnosti od drugih (Druss in dr., 2002). Delodajalci se izogibajo zaposlovanju ljudi z duševnimi težavami. Zato se ljudje o stresu, depresiji, tesnobi ali obiskovanju psihoterapije sploh ne upajo spregovoriti, še posebej ne na delovnem mestu" opozarja psiholog Cary Cooper z Univerze v Lancasterju.

Stigma posameznikov s težavami v duševnem zdravju in tistih, ki poiščejo psihološko pomoč zajema široko paleto posameznikov v družbi, ne glede na to, ali poznajo nekoga oziroma imajo družinskega člana s tovrstnimi težavami in ali imajo o tem dobro znanje in izkušnje (Crisp in dr., 2000). Moses (2010) je ugotovil, da 46 % adolescentov s težavami v duševnem zdravju doživlja stigmatizacijo s strani družinskih članov v obliki neupravičenih predpostavk (npr., da je oseba manipulativna), nezaupanja, izogibanja, pomilovanja in obrekovanja; 62 % jih je občutilo stigmatiziranje s strani sovrstnikov, kar velikokrat privede do izgube prijateljstev in socialne izolacije; 35 % jih je poročalo o stigmatizaciji s strani učiteljev in šolskih delavcev, ki so izražali strah, izogibanje, podcenjevanje in nevšečnost. Za psihično težavo ljudje velikokrat poskušajo iskati »krivca« - starši se lahko počutijo krive, če je njihov otrok samomorilen/depresiven, otrok se počuti kriv, da je to breme naložil staršem in ostalim bližnjim – na to se ne gleda z istim odnosom kot na fizično bolezen. Nejasne občutke krivde doživlja tudi uporabnik, kar ga hromi. Sledijo občutki sramu, ki jih družinski člani podajajo (in prebujajo) drug pri drugemu ter pred širšo okolico.

Stigmo delimo na socialno (družbeno) in osebno (Corrigan, 2004). Delitev je pomembna, saj omogoča pristojnim strokovnjakom intervenirati na primeren način in na primernem nivoju.

Socialno stigmo na področju psihološke pomoči predstavljajo predsodki in diskriminatorno vedenje s strani širše socialne skupnosti do uporabnikov teh storitev in do ljudi s težavami v duševnem zdravju. Negativne interakcije z drugimi ljudmi skupaj s pretežno negativnimi upodobitvami duševnih težav v medijih, znižajo samozavest in samoučinkovitost trpečega (Corrigan, 2004). Če nekomu prijatelj reče »Zdravljenje je znak šibkosti. Psihologi le razrešujejo svoje osebne probleme.« Ali »Psihatri so le plačani prijatelji«, poleg tega sliši še nestrokovnen prispevek v medijah, je velika verjetnost, da ta človek razvije odpor do iskanja psihološke pomoči in na ta način poslabša počutje oziroma duševno zdravje. Člani skupin, ki bolj stigmatizirajo ljudi s težavami v duševnem zdravju, še toliko težje poiščejo psihološko pomoč, tudi če bi jo potrebovali (Cooperin dr., 2003). Koncept socialne stigmatizacije (stigmatizacija v določeni socialni skupini) se nekoliko razlikuje od družbene stigmatizacije, ki je opredeljena kot zaznana stigma s strani drugih, v družbi na splošno (Rončević in Makarovič, 2010).

Osebna stigma pa je s strani osebe z duševnimi težavami oziroma uporabnika psihološke pomoči ponotranjena zaznava lastne diskriminacije (Vogel in dr., 2006). Negativne podobe s strani širše

javnosti postanejo del samozaznave osebe, kar privede do tega, da sebe zaznava kot inferiorno, neadekvatno in šibko (Corrigan, 1998). Posamezniki, ki se strinjajo s predsodki družbe privzamejo stereotipe kot na primer: »Prav imajo. Jaz sem šibak in ne morem skrbeti zase«. Takšni samopredsodki privedejo do negativnih emocionalnih reakcij, čustev sramu, slabijo samopodobo, onemogočajo osebno prilagoditev in razvoj ter vplivajo na slabši obisk ali izid terapije (Mak in dr., 2007). Na osebno stigmo vplivajo tudi nekatere osebnostne lastnosti (nagnjenost k sramovanju in samodestruktivnosti, nivo upanja, samoraziskovalna naravnost, pripravljenost za spremembe, odgovornost, vestnost, usmerjenost k rasti in zdravemu življenju) ter trenutna življenjska situacija (nivo stresa). Nekateri imajo srečo, da so obkroženi z bližnjimi, ki jim dajejo ustrezno podporo in jih pravilno usmerjajo. Nemalokrat namreč trpeča oseba izgubi pravo perspektivo in se niti ne zaveda resnosti težav s katerimi se sooča (na primer alkoholizem) (The Stigma of Psychotherapy, 2014).

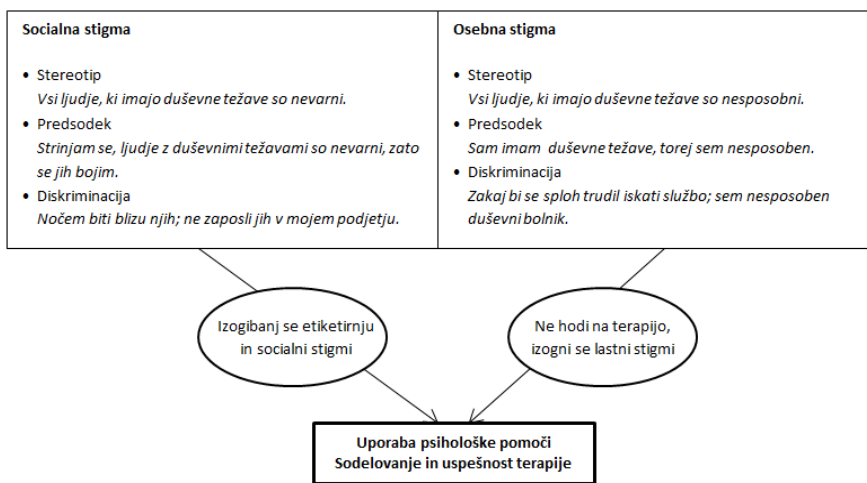
Pregled literature

Stigma iskanja psihološke pomoči in duševnih težav ima negativne posledice tako v vsakodnevnem življenju kot tudi v iskanju in poteku psihološke pomoči.

Stigma privede do socialne izolacije, nizke socialne podpore ter slabše subjektivne kvalitete življenja in psihološkega funkcioniranja (nizka samopodoba, samospoštovanje in samoučinkovitost, stres) (Livingston in Boyd, 2010). Zlasti osebna stigma je povezana s slabšimi poklicnimi izidi (uspeh zaposlovanja) in povečano brezposelnostjo. Primer negativnih posledic stigmatizacije je tudi samomorilnost – ljudje se zaradi stigme bojijo vprašati človeka v stiski, ali razmišlja o samomoru, kar pa je lahko začetek poti do rešitve. Trpeča oseba vidi, da nekoga zanima njegovo počutje, se ne počuti osamljenega v svojih mislih in lahko svoje misli pove na glas, s čimer se razbremeni napetost v njem.

Raziskave so pokazale, da zaznana stigma vpliva tudi na odnos do iskanja in iskanja psihološke pomoči (Rochlen in dr., 1999; Komiya in dr., 2000; Vogel in dr., 2005, 2007; Jorm in Wright, 2008). Predsednik avstralske komisije za mentalno zdravje, je povedal, da je stigma do duševnih bolezni glavna ovira, da trpečni ne dobijo kvalitetne nege duševnega zdravja, ki si jo zaslužijo in raje vsakodnevno trpijo posledice (Australian Government: National Mental Health Commission, 1999). Potrebno je vedeti, da je pravočasna in hitra pomoč pri duševnih motnjah večinoma zelo uspešna. Posameznik lahko zaznava družbeno stigmato, vendar se zanjo ne zmeni toliko, saj se sam zaveda, da mu bo zunanja psihološka pomoč koristila. V tem primeru je tudi iskanje pomoči veliko večje. Bolj kot pa oseba dojame psihološko pomoč kot grožnjo za izgubo samospoštovanja in samozaupanja, manjša je verjetnost, da bo k njej pristopila. Terapiji se pod vplivom stigme še posebej izogibajo tisti ljudje,

katerih simptomi so moteči, a ne tako hudi, da bi prekrili posledice stigmatizacije. Pomembna je tudi povezanost med sramom (tudi bližnjih družinskih članov) in izogibanjem terapiji. Na Sliki 1 je prikazan vpliv družbene in osebne stigme na iskanje in uporabo psihološke pomoči.

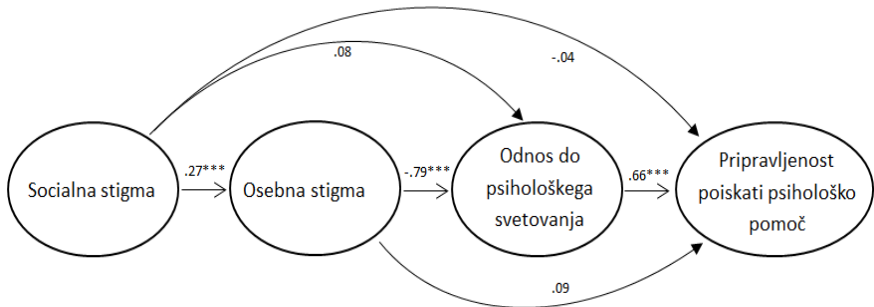


Vir: Corrigan, 2004

Slika 1. Vpliv osebne in javne stigme na uporabo psihološke pomoči s strani posameznika, ki bi mu ta koristila.

Iz Slike 1 lahko razberemo, da socialna in osebna stigma vplivata na odnos do iskanja psihološke pomoči ter pripravljenosti do uporabe tovrstnih storitev. Wade in dr. (2011) sta nadalje razčlenila poteka vpliva stigmatizacije od socialne stigme, preko osebne stigme in odnosa do

psihološke pomoči do pripravljenosti za iskanje psihološke pomoči (Slika 2).



Vir: Vogel, Wade in Hackler, 2007

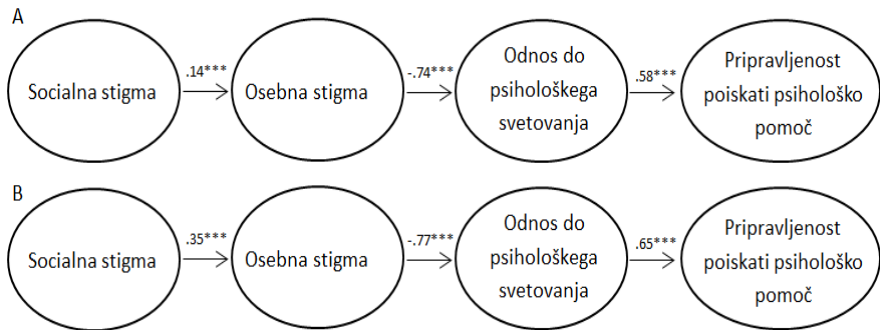
Slika 2. Model procesa vpliva stigmat na pripravljenost poiskati psihološko pomoč. *** $p < .001$.

Iz Slike 2 vidimo, da socialna stigma ni pomemben direkten prediktor odnosa do psihološke pomoči in iskanja le-te. Bolj pomembne so ponotranjene predstave vsakega posameznika – morebitna prisotnost osebne stigme pogojuje negativen odnos do psihološke pomoči, kar nadalje privede do izogibanja tovrstnim storitvam (Lannin in dr., 2015).

Na pripravljenost za uporabo psihološke pomoči v določeni meri vpliva tudi kultura, etnična skupina, družina, delovno okolje, spletna družba, vera, šola ali športna ekipa. V ekstremno vernih kulturah bodo pred psihoterapevtom pomoč v stiski poiskali pri verskemu voditelju. Goldston

in sod. (2008) so ugotovili, da naj bi posamezniki iz kolektivističnih kultur doživljali večjo osebno stigmo pri iskanju psihološke pomoči kot pripadniki individualističnih kultur (glej tudi Shea in Yeh, 2008, Makarovič in Golob, 2015). V nekaterih državah je terapija bolj sprejeta; v Argentini na primer je večje število psihoterapevtov, cene storitev pa dostopnejše kot drugod po svetu (The Stigma of Psychotherapy, 2014). Terapija je manj stigmatizirana v večjih mestih (New York, obala Kalifornije).

Odnos in pripravljenost poiskati psihološko pomoč je odvisna tudi od spola (Galdas in dr., 2005). Vse več raziskav kaže, da imajo moški v primerjavi z ženskami negativnejši odnos do psihološke pomoči in jo tudi redkeje poiščejo, bodisi da gre za probleme depresije, zasvojenosti, gibalne oviranosti ali stresnih dogodkov (Addis in Mahalik, 2003; Vogel in dr., 2007; Bathje in Pryor, 2011). Še posebej se to pokaže, ko gre za čustvene probleme in simptome depresije (Möller-Leimkühler, 2002). Vzrok za razlike ni boljše mentalno zdravje moških, pač pa naj bi bila v ozadju predvsem ocena potrebe oziroma resnosti težav, odnos do terapevtskih storitev ter stigma. Razlika med spoloma v stigmati in pripravljenosti iskanja psihološke pomoči je predstavljena na Sliki 3.



Vir: Vogel, Wade in Hackler, 2007

Slika 3. Model vpliva stigme na pripravljenost iskanja pomoči za ženske(A) in za moške (B).*** $p < .001$.

Iz Slike 3 vidimo, da moški ponotranjajo socialno stigmo v večji meri kot ženske (višji korelacijski koeficient), kar jih bolj odvrača od iskanja psihološke pomoči (Timlin-Scalera in dr., 2003). Za družbeno predstavo o tipičnem »moškem liku« je namreč posluževanje psihološke pomoči zadnji izhod, ko so izčrpane že vse možnosti. V ozadju stoji tradicionalna spolna vloga, ki smatra psihološko pomoč, kot nekaj kar moški ne potrebujejo, zato je tudi stigmatizirajo moške na tem področju močnejše kot ženske (Martin in dr., 1997). Ta med drugim »pripisuje« moškimi, naj bodo neodvisni, samozadostni s kontrolo nad sabo in svojim vedenjem (Hammen in Peters, 1977). V tem pogledu je iskanje psihološke pomoči zanje neuspeh, kar znižuje njihovo samopodobo in samospoštovanje (Vogel in dr., 2006). Konsistentno s tem sta Pederson in Vogel (2007)

ugotovila, da bolj kot so bili moški vpeti v tradicionalno moško vlogo, manj so bili pripravljeni uporabiti psihološko pomoč. Nenazadnje se moška spolna vloga odraža tudi v manj izraženem oziroma odprtem čustvovanju. Glede na to, da je pri ženskah bolj izražena osebna dimenzija nevroticizma, ki odraža tudi čustveno nestabilnost, se sprašujemo, ali ni lahko tudi to del vzroka za pogostejše iskanje psihološke pomoči pri ženskah. Seveda bi bilo potrebno odgovor poiskati v ustrezno izvedenih raziskavah.

Potrebno se je zavedati, da je stigma lahko pristona, tudi po tem, ko se je posameznik odločil, da bo poiskal psihološko pomoč (Corrigan, 2004) od česar lahko zavisi uspešnost in potek terapije. Večji del variance poteka in uspeha terapevtskega procesa namreč pojasnijo dejavniki s strani klienta: pričakovanje, pripravljenost na spremembo, notranji viri (Wampold, 2001; Lambert in Ogles, 2004), na kar zelo vpliva tudi stigma (Sirey in dr., 2001; Vogel in dr., 2005; Wade in dr., 2011). V primeru, da je pri klientu stigma prisotna tudi med samo terapijo se lahko pri klientu pojavi anksioznost o konceptu svojega sebstva ali vzpodbudi obrambne mehanizme, kar lahko ogrozi zmožnost sodelovanja v terapevtskih intervencijah, ki stremijo k vzpostavitvi dobrega duševnega zdravja. V kolikor terapevt razume dinamiko, ki vpliva na klientovo vključenost v terapijo, lahko s primernimi intervencijami odpravlja morebitne ovire in terapijo usmerja v pravilno smer.

Odsotnost stigme, skrbi in negativnih emocij v zvezi s terapijo vpliva na vzpostavitev dobrega terapevtskega odnosa kar je osnova za uspeh terapije (Wade in dr., 2011). Ta je navadno definiran kot čustvena vez med strankama z dogovorom o željenih ciljih terapije in strategijah potrebnih za njihovo dosego (Bordin, 1979). Uspešnost vzpostavitve te zveze, ki ji pravimo tudi raport omogoča preskakovanje ovir, ki se pojavljajo med terapijo in je pomemben prediktor uspešnosti celotne terapije (Safran in Muran, 2006). Natančneje, raziskava Owena in sod. (2013) je pokazala, da je z raportom povezana osebna (in ne tudi socialna) stigma. Klientova zaznava stigme vpliva na manjšo angažiranost v terapiji in predhodno zapustitev le-te (Sirey in dr., 2001; Wade in dr., 2011). Če ima posameznik pozitiven odnos do izida terapevtskih seans tekom celotne terapije, bo tudi proces in končni izid terapije uspešnejši (Watson in dr., 2010). Z negativnim odnosom do terapije se zmanjša globina seans, oslabi odnos s terapevtom in izgubi volja za nadaljevanje terapije. Klienti lahko hodijo na terapijo, kljub temu, da se jim na nek način upira, kar rezultira v dilemi: »Hodim na terapijo, čeprav del mene čuti, da sem zaradi tega disfunkcionalen«. Omejena klientova angažiranost pri terapiji je povezana z njegovo motivacijo za spremembe ali njegovim odporom (Norcross in dr., 2010). Klienti, ki zaznavajo stigmato do terapevtskih storitev se lahko počutijo v precepu, ko se od njih pričakuje kakršenkoli vložek, za dosego zastavljenih ciljev. Socialna stigma pa predstavlja neodobravanje s strani drugih o tem, da nekdo obiskuje terapijo (Owen, 2012). Ta potisno-privlačna dinamika lahko klienta odmakne od aktivne vključenosti v terapijo in od doseganja

zastavljenih ciljev, saj je veliko energije namenjene v usklajevanje teh nasprotujočih si pozicij.

Raziskava in rezultati

Predhodne raziskave na področju stigmatizacije so pokazale kako pomemben je odnos do iskanja in iskalcev psihološke pomoči za duševno zdravje posameznika in družbe. Z raziskavo Slovenski utrip smo želeli preveriti, kakšen je odnos do psihoterapije v Sloveniji, v kolikšni meri in zakaj se stigma pojavlja med Slovenci ter katere so tiste skupine, ki so stigmatizaciji najbolj podvržene. Predvidevali smo, da je v Sloveniji stigmatizacija na področju iskanja psihološke pomoči še vedno prisotna in da bi rezultati lahko predstavljali osnovo za razvoj in implementacijo ustreznih ukrepov, ki bi izboljšali duševno zdravje in dobrobit Slovenske družbe.

Raziskava je bila izvedena v obdobju med petnajstim in sedemnajstim decembrom 2014. Zajemala je polnoletne prebivalce Republike Slovenije. Raziskava je kvantitativnega tipa, zbiranje podatkov zanjo pa temelji na telefonskem anketiranju prek GSM (večji del vzorca – 80 %) in stacionarnih telefonov (manjši del vzorca – 20 %), ki je avtomatizirano po načelih CATI (Computer Aided Telephone Interviews). Razlog za tako odločitev je boljša demografija in posledično bolj natančni in zanesljivi

rezultati. Preko GSM so dosegljive tudi tiste skupine, ki so zaradi razširjenosti mobilne telefonije in načina življenja preko stacionarnih telefonov praktično že nedosegljive (jih nimajo ali pa so zdoma). To se nanaša predvsem na mlajšo generacijo. Anketiranje prek telefona izvajajo usposobljeni anketarji. Po dogovoru med naročnikom in izvajalcem je razvit vprašalnik, ki vključuje izključno zaprta vprašanja, to je vprašanja, pri katerih so vsi možni odgovori predvideni vnaprej.

Vzorčna baza je izbrana po metodi slučajnega vzorčenja iz elektronske različice telefonskega imenika.

Zaradi nesorazmerij med strukturo telefonskih naročnikov in strukturo realiziranega vzorca na eni strani ter dejansko strukturo slovenske populacije na drugi strani, je realizirani vzorec naknadno poststratificiran oziroma obtežen po metodi »grabljenja« (*raking*), tako da se zagotovi usklajenost demografske strukture vzorca po spolu, starosti in stopnji izobrazbe glede na Registrski Popis prebivalstva iz leta 2011. Teža posamičnih enot (anketirancev), ki po tej metodi presega ocenjeno mejno vrednost se zmanjša. Vsi rezultati, predstavljeni v poročilu, tako pri demografskih kot pri vsebinskih statistikah, so že izraz obtežitve po opisani metodi. Vzorec je konstruiran tako, da ga lahko jemljemo kot reprezentativnega za celotno proučevano populacijo in omogoča statistično zanesljivo sklepanje na tej podlagi.

V raziskavi je sodelovalo 913 anketirancev, med njimi je bilo 49,2 % moških. Med vprašanimi je največ takih s srednjo izobrazbo (31,8 %),

sledijo posamezniki z OŠ ali manj (24,5 %). Največ anketirancev je v starosti 55 let in več (38,1 %), sledijo stari med 35 in 54 let (35,8 %). Povprečna starost je 48,3 let, s standardnim odklonom 17,4 let.

O odnosu in uporabi psihoterapevtskih storitev smo v anketo vključili 7 vprašanj, katerih odgovore predstavljamo v nadaljevanju.

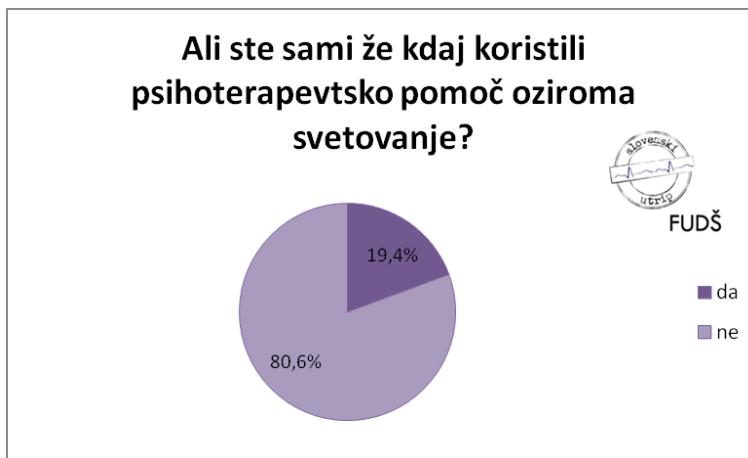
So psihoterapevtske storitve danes dovolj dostopne ljudem?



Slika 4. Prikaz odgovorov anketirancev na vprašanje »So psihoterapevtske storitve danes dovolj dostopne ljudem?«

Polovica (49,8 %) anketirancev meni, da so psihoterapevtske storitve dovolj dostopne. Na vprašanje 17,4 % prebivalcev ni znalo odgovoriti – če teh ne upoštevamo je v zadostno dostopnost psihoterapevtskih storitev prepričanih 60,3 % prebivalcev. Da so dovolj dostopne v večji meri menijo moški (64,1 %) kot ženske (57,0 %). Z zadostno dostopnostjo se v največji meri strinjajo najmanj izobraženi (68,0 %), v najmanjši meri pa poklicno izobraženi (51,3 %). Glede na starost pa so v dostopnost psihoterapevtskih storitev v največji meri prepričani prebivalci srednje starostne skupine (64,2 %), v najmanjši meri pa starejši (54,2 %).

Ali ste sami že kdaj koristili psihoterapevtsko pomoč oziroma svetovanje?

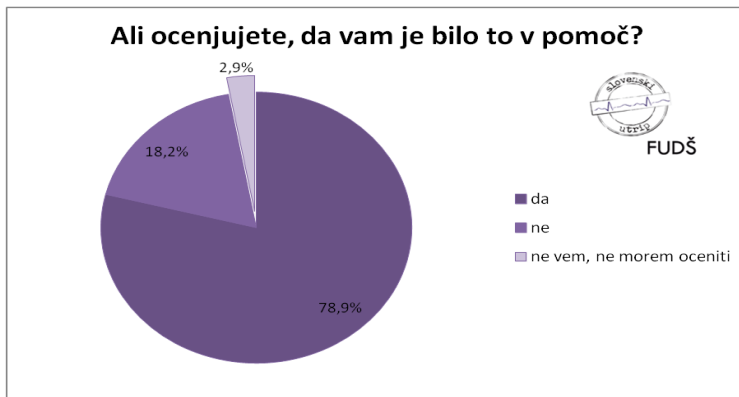


Slika 5. Prikaz odgovorov anketirancev na vprašanje »Ali ste sami že kdaj koristili psihoterapevtsko pomoč oziroma svetovanje?«

Iz Slike 5 vidimo, da je psihoterapevtsko pomoč že koristilo 19,4 % prebivalcev. Glede na spol ni statistično značilnih razlik. Psihoterapevtsko pomoč so v največji meri koristili najmanj izobraženi (26,7 %), v najmanjši meri pa srednje izobraženi (15,3 %). Glede na starost ni statistično značilnih razlik.

Anketirance, ki so že koristili psihoterapevtsko pomoč ($n = 177$) smo vprašali, ali jim je bila v pomoč.

Ali ocenjujete, da vam je bilo to v pomoč?



Slika 6. Prikaz odgovorov anketirancev na vprašanje »Ali ocenjujete, da vam je bila psihoterapevtska pomoč v korist?«

Večini vprašanih so bile psihoterapevtske storitve v pomoč (78,9 %). Na vprašanje 2,9 % vprašanih ni znalo odgovoriti – če teh ne upoštevamo je bila psihoterapija v pomoč 81,3 % anketirancem. Glede na spol, izobrazbo in starost ni statistično značilnih razlik.

Ste kdaj razmišljali, da bi koristili tako pomoč?



Slika 7. Prikaz odgovorov anketirancev na vprašanje »Ste kdaj razmišljali, da bi koristili tako pomoč?«

Vprašanje je prirejeno iz postavke vprašalnika o odnosu do iskanja profesionalne psihološke pomoči (ang. Attitudes Towards Seeking Professional Psychological Help Scale; Fischer in Farina, 1995): »Če

verjamem, da imam živčni zlom, bi bila moja prva misel, da poiščem psihološko pomoč«.

Večina (94,8 %) prebivalcev je že (enkrat) razmišljala o tem, da bi koristili psihoterapevtsko pomoč. Moški (96,3 %) so v večji meri enkrat pomislili o koriščenju psihoterapevtske pomoči kot ženske (92,9 %). Že večkrat pa so o tem v večji meri razmišljale ženske (6,5 %) kot moški (1,7 %). Vsaj enkrat je torej o tem razmišljalo 99,4 % žensk in 98,0 % moških. Glede na izobrazbo so o psihoterapevtski pomoči v največji meri razmišljali najbolj izobraženi (97,8 %), v najmanjši meri pa najmanj izobraženi (90,1 %). So pa v največji meri o tem že večkrat razmišljali najmanj izobraženi (8,1 %), v najmanjši meri pa najbolj izobraženi (1,4 %). Vsaj enkrat je o tem razmišljalo 100,0 % poklicno, 99,3 % višje ali več izobraženih, 98,3 % najmanj izobraženih in 98,2 % tistih s SŠ. Glede na starost ni statistično značilnih razlik.

Ali poznate koga, ki je kdaj koristil psihoterapevtsko pomoč?

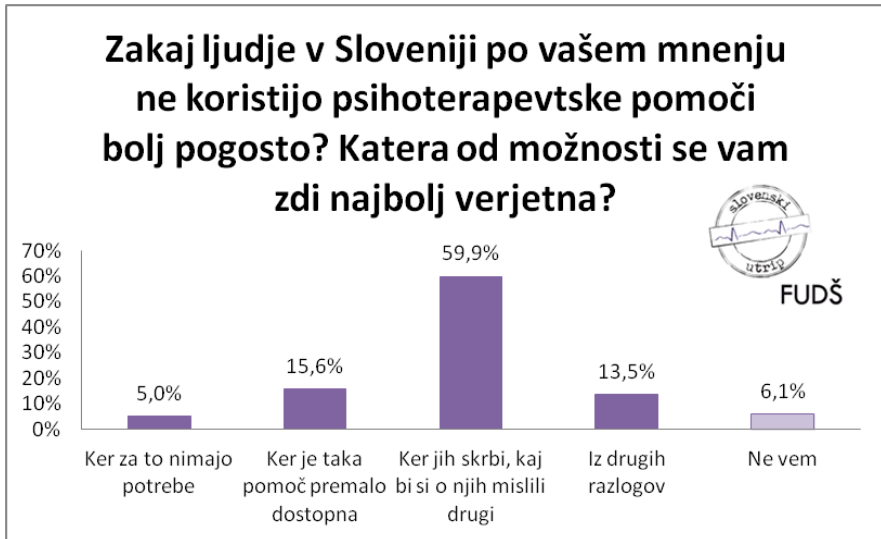


Slika 8. Prikaz odgovorov anketirancev na vprašanje »Ali poznate koga, ki je kdaj koristil psihoterapevtsko pomoč?«

Več kot polovica (51,0 %) prebivalcev pozna koga, ki je že koristil psihoterapevtsko pomoč. Na vprašanje 4,1 % prebivalcev ni znalo odgovoriti – če teh ne upoštevamo je 53,2 % anketirancev odgovorilo, da poznajo koga, ki je koristil to vrsto pomoči. Glede na spol ni statistično značilnih razlik.

Ljudi, ki so koristili psihoterapevtsko pomoč v največji meri poznajo najbolj izobraženi (68,0 %), v najmanjši meri pa najmanj izobraženi (47,8 %). Glede na starost ni statistično značilnih razlik.

Zakaj ljudje v Sloveniji po vašem mnenju ne koristijo psihoterapevtske pomoči bolj pogosto? Katera od možnosti se vam zdi najbolj verjetna?



Slika 9. Prikaz odgovorov anketirancev na vprašanje »Zakaj ljudje v Sloveniji po vašem mnenju ne koristijo psihoterapevtske pomoči bolj pogosto? Katera od možnosti se vam zdi najbolj verjetna?«

Prebivalci so mnenja, da ljudje v Sloveniji ne koristijo psihoterapevtske pomoči bolj pogosto zaradi strahu, kaj si bodo o njih mislili drugi (59,9 %). Sledijo tisti, ki so mnenja, da je taka pomoč premalo dostopna (15,6 %). Na vprašanje 6,1 % prebivalcev ni znalo odgovoriti – če teh ne

upoštevamo je 63,7 % anketirancev odgovorilo, da ljudi skrbi mnenje drugih. Da ljudi skrbi mnenje drugih v večji meri menijo ženske (65,5 %) kot moški (61,9 %). Glede na izobrazbo ni statistično značilnih razlik. Da ljudje ne koristijo psihoterapevtskih storitev zaradi strahu pred mnenjem drugih v največji meri menijo prebivalci srednje starostne skupine (73,6 %), v najmanjši meri pa starejši (53,5 %).

Iz Slike 9 lahko razberemo, da je v Sloveniji stigma še vedno zelo prisotna in predstavlja največjo oviro za nizko stopnjo posluževanja storitev psihološke pomoči. V nadaljnjih raziskavah bi lahko še podrobneje preiskovali vzroke za to da ljudje ne poiščejo pomoči, na primer s postavkami Vprašalnika osebne stigme, kot: "Počutil(-a) bi se nesposobnega, če bi pri terapevtu poiskal(-a) pomoč« (ang. Self-Stigma of Seeking Help Scale - SSOSH; Vogel in dr., 2006).

*Na katero področje po vašem mnenju spada področje
psihoterapevtskega svetovanja?*

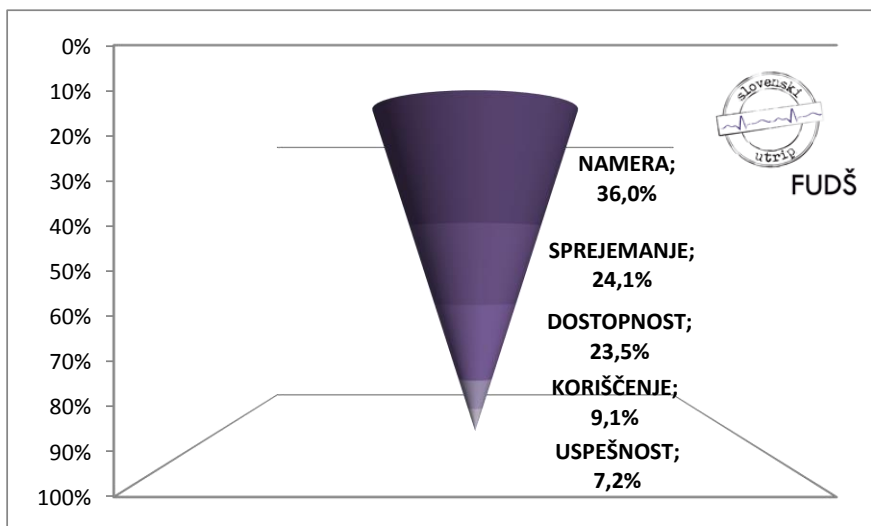


Slika 10. Prikaz odgovorov anketirancev na vprašanje »Na katero področje po vašem mnenju spada področje psihoterapevtskega svetovanja?«

Več kot polovica (57,4 %) prebivalcev meni, da lahko usposobljeni psihoterapevtski svetovalci svoje storitve nudijo tudi izven zdravstvenih organizacij, saj ne gre le za zdravstveni problem. Na vprašanje 5,2 % prebivalcev ni znalo odgovoriti – če teh ne upoštevamo je 60,5 % anketirancev mnenja, da se lahko te storitve nudijo tudi izven zdravstvenih ustanov. Glede na spol ni statistično značilnih razlik.

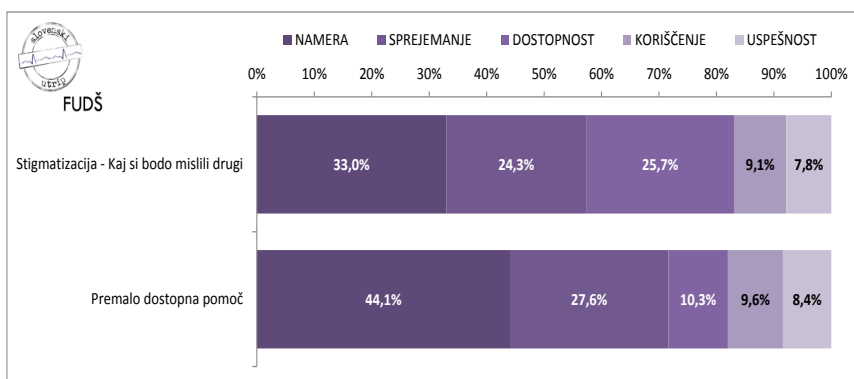
Da se lahko te storitve nudijo tudi izven zdravstvenih ustanov v največji meri menijo najbolj izobraženi (72,7 %), v najmanjši meri pa poklicno izobraženi (54,5 %). Glede na starost pa se z nudenjem psihoterapevtskih storitev izven zdravstvenih organizacij najbolj strinjajo prebivalci srednje starostne skupine (70,1 %), najmanj pa starejši (47,9 %).

Dodatne analize



Slika 11. Lijak splošnih značilnosti psihosocialne pomoči

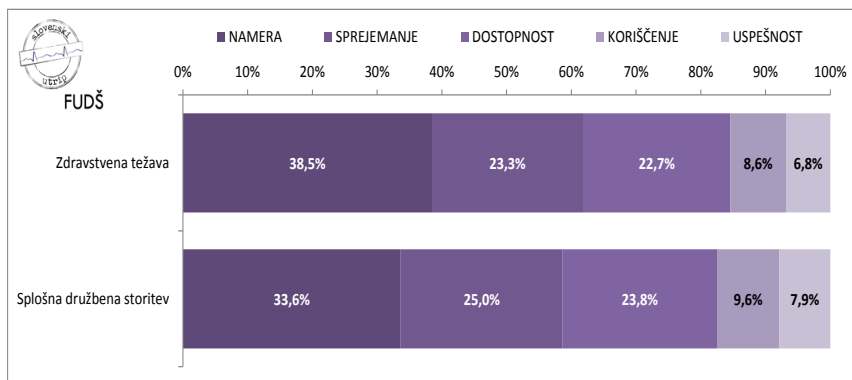
Slika 11 predstavlja osip ljudi od namere po uporabi psihosocialne pomoči, do dejanskega koriščenja terapevtskih storitev in uspešnosti le-teh. Opazimo, da med namero in koriščanjem prihaja do občutnega razkoraka. Izmed 697 anketirancev, ki so povedali, da so večkrat ali nekajkrat razmišljali o koriščenju psihoterapevtske pomoči, se je le 3 % vprašanih dejansko odločilo za koriščenje tovrstne pomoči. Največji razkorak je od namere do koriščenja, za kar se kot glavni razlog pokaže sprejemanje psihološke pomoči.



Slika 12. Razlogi za nekoriščenje psihosocialne pomoči - stigmatizacija ali nedostopnost

Za večino (79,4 %) udeležencev raziskave predstavlja stigmatizacija bistveno višjo vhodno oviro pri iskanju psihosocialne pomoči v primerjavi z dostopnostjo (20,6 %). Iz Slike 12 lahko razberemo, da je pri

anketirancih, ki menijo, da predstavlja stigmatizacija ključno oviro pri iskanju psihosocialne pomoči, namera podpovprečno izražena (33,0 %), sprejemanje (24,3 %) in dostopnost storitve (25,7 %) pa rahlo nadpovprečno. Pri koriščenju in uspešnosti ni večjih odstopanj. Med posamezniki, ki menijo, da je psihosocialna pomoč premalo dostopna, je namerna nadpovprečno izražena (44,1 %), prav tako sprejemanje (27,6 %). Pričakovano je dostopnost visoko podpovprečno izražena (10,3 %). Koriščenje (9,6 %) in uspešnost (8,4 %) sta nadpovprečno izražena dejavnika psihosocialne pomoči.



Slika 13. Področje svetovanja - zdravstvena težava ali splošna družbena storitev

Večinoma anketiranci psihoterapevtsko srečanje uvrščajo med splošne družbene storitve (60,5 %), čeprav 40,5 % vprašanih še vedno meni, da

gre tu zgolj za zdravstveno storitev. Med anketiranci, ki menijo, da se področje psihosocialne nege uvršča med zdravstvene storitve je namera nadpovprečno izražena (38,5 %), ostale značilnosti pa so pod povprečjem. Po drugi strani pa je med anketiranci, ki menijo, da se področje psihosocialnega svetovanja uvršča med splošne družbene storitve, namera podpovprečno izražena (33,6 %), ostali dejavniki pa so rahlo nad povprečjem.

Diskusija

V nadaljevanju predstavljamo razmišljanja o trenutnem pogledu na psihoterapijo v Sloveniji ter možnostih preprečevanja stigme s strani širše javnosti, medijev in medijskih osebnosti, strokovnjakov, klientov in njihovih družin.

Psihoterapevtske storitve se zdijo v Sloveniji dovolj dobro zastopane moškimi in manj izobraženim ljudem. Na drugi strani ženske, bolj izobraženi in starejši ljudje vidijo potrebo po večji dostopnosti psihoterapevtskih sredstev. Podatki po starosti, ki ne kažejo razlik v uporabi psihoterapevtskih storitev, se razlikujejo z dosedanjimi raziskavami. Raziskava Ipsos MORI-ja (2014) je pokazala, da so najbolj pogosti uporabniki teh storitev, osebe med 35 in 44 letom starosti. Ugotovitve dr. Rejca (Na obisku pri psihiatru, 2007) kažejo, da se

predsodki do psihiatrov in psihoterapije pri mlajši generaciji vse bolj izgubljajo, kar naj bi bila posledica dejstva, da ima vse več mladih s psihoterapevni neposredne izkušnje. V letu 2007 naj bi imel dr. Rejc 3800 študentov, ki izkoriščajo ugodnost brezplačne psihološke pomoči za študente, pri čemer je čakalna vrsta mesec ali dva. Po besedah dr. Rejca se za psihoterapijo najpogosteje odločajo študenti in študentke (spola sta približno enakomerno zastopana), ki iz različnih razlogov niso zadovoljni s trenutnim počutjem, ki mislijo, da bi bili lahko uspešnejši, skratka, "tisti, ki bi radi bolje živeli", pa čutijo, da jih nekaj ovira, zadržuje. Za veliko ljudi predvsem srednje in starejše generacije pa obisk psihoterapije še vedno negativen prizvok.

Opazimo, da med namero in koriščenjem prihaja do občutnega razkoraka. Izmed 697 anketirancev, ki so povedali, da so večkrat ali nekajkrat razmišljali o koriščenju psihoterapevtske pomoči, se je le 3 % vprašanih dejansko odločilo za koriščenje tovrstne pomoči. Največji razkorak je od namere do koriščenja, za kar se kot glavni razlog pokaže nesprejemanje psihološke pomoči, torej stigma. Udeleženci raziskave so mnenja, da ljudje v Sloveniji v splošnem ne koristijo psihoterapevtske pomoči ne toliko zaradi dostopnosti (20,6 %) ampak zaradi strahu, kaj si bodo o njih mislili drugi (79,4 %). Ne gre torej za to, da Slovenci nimamo psiholoških konfliktov in težav, ki bi jih hoteli predelati, ampak, da je v širši družbi človek, ki se s tovrstnimi težavami ne zna spopasti sam, ampak mu mora nekdo pomagati, označen kot šibek in družbeno manj sprejemljiv. Ob sprejetju psihološke pomoči gre tudi za priznanje, da ima

človek težave na psihološkem področju, ki naj bi bilo po mnenju večine ljudi pod človekovo osebno kontrolo in na nek način znak osebne moči oziroma šibkosti. Kot vidimo iz rezultatov ankete je predstava idealnega duševnega zdravja le fasada, za katero se skriva nemoč postaviti se zase, za svoje zdravje in se spoprijeti s potencialnimi očitki drugih. Družba takšnih posameznikov pa ni zdrava družba. Zato bi morali že na državni ravni spodbujati ukrepe, ki bi spreminjali odnos do psihoterapevtskih stritev in njihovih uporabnikov, saj bi s tem ustvarjali duševno bolj zdravo družbo. Rezultati kažejo, da stigma ni v takšni meri prisotna pri posameznikih, ki so poiskali psihološko pomoč. To lahko na eni strani pomeni, da ko posameznik enkrat pristopi k terapiji, stigma ne vpliva več toliko na nadaljnji potek in uspešnost terapije. Možnost pa je tudi, da k terapiji pristopijo tisti posamezniki, ki že v osnovi nimajo izrazite osebne stigmatice.

Iz rezultatov je tudi razvidno, da je v Sloveniji še vedno zelo prisotna stereotipna tradicionalna moška vloga, ki predvideva, da moški ne potrebujejo pomoči pri vzpostavljanju duševnega zdravja. Zatorej ne preseneča, da ne izražajo potrebe po večji razpoložljivosti jin dostopnosti psihoterapevtskih storitev. Na drugi strani rezultati kažejo, da so moški v večji meri razmišljali o koriščenju psihološke pomoči kot ženske, dejansko pa je pomoč poiskalo le majhen procent moških (okrog 9,5 %). Očitno se moški soočajo z duševnimi težavami, o njih razmišljajo in bi jih radi rešili, vendar naj bi jih po tradicionalni spolni vlogi znali rešiti sami, brez tuje pomoči. Ta pričakovanja sčasoma ponotranijo v njihova osebna

doživljanja in mnenja. Ker je marsikdaj osebne psihološke konflikte težko razrešiti sam in je iskanje pomoči stigmatizirano, se od konfliktov kolikor se da, vsaj začasno distancirajo, preusmerijo pozornost na druge stvari s katerimi kompenzirajo dotične psihološke težave. Konflikti se s tem ne rešijo, ampak se sčasoma razširijo oziroma poglobijo, do točke, ko se jih ne da več spregledati.

Stigma izhaja tudi iz dejstva, da ljudje dojemajo psihoterapijo, kot del institucionalnega zdravstvenega sistema, kar iskalce pomoči še bolj stigmatizira in odbija od iskanja tovrstne pomoči. Višje izobraženi ljudje, ki v večji meri uporabljajo psihološko pomoč, le to dojemajo kot splošno družbeno storitev in ne le kot del zdravstvenega sistema za zdravljenje zdravstvenih težav. Rezultati kažejo, da osamezniki, ki sicer večkrat pomislijo na storitev psihosocialne pomoči, le-te dejansko ne udejanjijo, predvsem zaradi prepričanja, da je omenjena pomoč oblika zdravljenja, torej, da je njihovo trenutno oziroma prehodno psihično stanje bolezen. Posamezniki, ki tovrstno pomoč razumejo kot splošno družbeno storitev pa ne ostanejo le pri nameri, ampak namero tudi udejanjijo. Na osnovi teh rezultatov lahko zaključimo da je korak k preprečevanju stime tudi v spremembi pogleda na psihoterapevtske storitve. Predstava psihoterapevtskih storitev, ki spodbuja pozitiven odnos in povečuje njihovo uporabo ni umeščena v zdravstveni sistem, institucionalno zdravljenje in psihiatrične bolnišnice, ampak je dostopna posameznikom v njihovem vsakodnevem okolju, brez vstopa v institucionalno obravnavo. Izveninstitucionalna obravnava je sodobni trend celotnega

zdravstvenega sistema, saj je domače okolje tisto, kjer se navadno človek najboljše počuti, socialna podpora tista, ki lahko osebi veliko pomaga. Pri psihološki obravnavi je dejavnik stigme, ki se ga lahko z izveninstitucionalno obravnavo lahko izognemo še toliko bolj pomemben.

Če rezultate o uporabi psihoterapevtskih storitev primerjamo z raziskavo Ipsos MORI-ja v Veliki Britaniji (2014), ki je ugotovila, da kar 32 % žensk in 23% moških v svojem življenju že uporabilo usluge svetovalca ali psihoterapevta, vidimo, da kljub temu, da se v Sloveniji stigma do uporabe psihološke pomoči iz leta v leto znižuje, le-ta še vedno ni splošno razširjena. Še zdaleč pa nismo na tisti idealni točki, ko stigme ni več in na uporabnike psihološke pomoči gledamo kot na vzornike, ki skrbijo za svoje duševno zdravje in osebni razvoj. Slovenija na področju duševnega zdravja in psihološke pomoči še veliko narediti, da se bo približala statusu, ki ga ima to področje na zahodu. V nadaljevanju predstavljamo dejavnike, ki so povezani s preprečevanjem stigme.

Da stigmo zmanjšamo je potrebno izpolniti tri pogoje: Zavedati se tega problema, ugotoviti vzroke, ki pripeljejo do stigmatizacije in posledično spremeniti odnos posameznikov in družbe do duševnega zdravja in psihološke pomoči. Dejstvo, da stigma ne izbira starosti, spola ali kulture morajo biti tudi ukrepi za njeno zmanjševanje široko zastavljeni (Pinfold in dr., 2003).

1. Sprememba odnosa do psihoterapevtskih storitev

Kot je pokazala naša raziskava je trenutno odnos do psihološke pomoči v Sloveniji napačen. Še vedno se iskanje psihološke pomoči ne smatra kot nekaj vzpodbudnega. Addis in Mahalik (2003) sta ugotovila, da kakršnakoli strategija, ki spodbuja predstavo problemov kot nekaj normalnega omogoča lažji pristop k iskanju pomoči. Če ljudje vidijo svoj problem kot nekaj normalnega, nič posebnega bodo prej poiskali pomoč za njegovo razrešitev, saj je ne smatrajo za tako ogrožujočo kot sicer. Predstavljanje tovrstnih problemov kot vsakodnevnih je stvar strokovne javnosti in medijev. Psihološko pomoč lahko predstavimo kot celostno skrb za lastno zdravje in dobro počutje. Tako kot jemo zdravo in se gibljemo za boljše telesno zdravje, tako lahko s psihološko pomočjo preventivno skrbimo za boljše duševno zdravje, razvijamo tisto dobro, potenciale, ki jih ima vsak od nas v sebi. V zadnjem desetletju se je razvila nova veja psihologije – pozitivna psihologija, ki se je dotaknila človeka in njegove psihe z bolj pozitivnega, nestigmatiziranega vidika. Gre za preobrat iz tradicionalnega pogleda popravljanja problemov v pogled, kjer iščemo stvari zaradi katerih se spleča živeti, prinašajo srečo in osebnostno rast. Cilj pozitivne psihologije je ustvariti pogoje, da se problemi sploh ne bodo pojavili. Psihološka pomoč umeščena v ta okvir je lažje sprejemljiva za skeptike, ki so še ostali. Psihološko pomoč je potrebno dojeti kot investicijo v čustveno, fizično in mentalno zdravje, dejanje poguma, darilo sebi in tistim, katerih življenja se dotaknete, ne pa kot šibkost. Terapijo je potrebno prikazati kot nekaj, s čimer

posameznik nadgradi svojo osebnost, se spoprijema s svojimi problemi, kar ne pomeni, da je šibak ker si ne more pomagati sam. Primer spletne strani, kjer prikazujejo takšen način dojemanja pomoči je tinyurl.com/6ben7o. Tu so prikazane slike moških, ki so zaradi težav z depresijo poiskali pomoč, pod njimi pa je zapisan slogan: »Potreben je pogum zato da poiščemo pomoč. Ti možje so jo«.

Spremenjen odnos v smeri sprejemanja psiholoških težav in pomoči se mora začeti v družini. Družina je primarna celica družbe, ki je v primeru, da njenega člana doleti duševna bolezen, najbolj prizadeta, hkrati pa naj bi predstavljala najpomembnejši vir socialne podpore. Če družba ne zagotovi klime, kjer vladajo človeške vrednote, toleranca, strpnost, potrpljenje, sprejemanje drugačnosti, vzajemno spoštovanje in razumevanje, to pogosto pripelje do izolacije in stigmatizacije celotne družine (Švab, 2012). Duševna bolezen družino oddalji od prejšnjega načina in ritma življenja. Prejšnji prijatelji in znanci so nenadoma potisnjeni v drugi plan, zato ker ni več časa za druženje z njimi (klepet ob kavici, rekreacija, šport idr.) ali se, kar je še pogostejše, sami odvrnejo od družine, ki jo je prizadela duševna bolezen. Stigmatizacija pahne družino v izolacijo, na rob družbenega dogajanja. To še poslabša stanje obolelega in sproži duševne motnje ali celo telesne bolezni pri ostalih članih družine. V družini je potrebno zbrati pogum, javno povedati, ne skrivati tega, da ima nekdo od družinskih članov duševne probleme ali da je poiskal psihološko pomoč. To namreč ni sramota, ni kriva ne družina ne posameznik, ampak je lahko le znak, da se s problemi v družini znamo

spopasti in jih ne pustimo, da eksalirajo (Švab, 2012). Družina mora stati ob posamezniku, ki je zaradi kakršnihkoli razlogov poiskal pomoč, ga bodriti in biti na to da se je spoprijel s problemi ponosna.

2. Zapolnjevanje vrzeli med psihološkimi storitvami v zdravstvenem sistemu in šarlatanstvom

Večina strokovno usposobljene psihološke pomoči se izvaja pod okriljem inštitucij, najpogosteje zdravstva. Iskanje tovrstne pomoči veliko lažje sproži stigmatizacijo s strani drugih ljudi, pa tudi sebe, kot je pokazala tudi naša raziskava. Če se mora človek vključiti v nek institucionalni sistem (Kavčič in dr., 2015), da pride do psihološke pomoči, prej dvakrat pomisli – ali je res potrebno, počkam še malo, morda pa bo šlo mimo. Na drugi strani so prosto komercialne storitve, ki naj bi ponujale psihološko pomoč zelo neregulirane in zato vse prevečkrat ne dosegajo strokovnih standardov. Če bi bile strokovno podkovanе storitve bolj dostopne (tudi finančno) vsem ljudem, bi se z več ljudi opogumilo in poskusilo tudi tovrstno pomoč. V PB Idrija so začutili to vrzel in uvedli nov način intervencije – zunajinstitucionalna oskrba, ki je sestavljena iz aktivacijske terapije pri psihiatričnem zdravljenju v skupnosti, socialne terapije pri psihiatričnem zdravljenju v skupnosti ter zdravstvene nege pri psihiatričnem zdravljenju v skupnosti (Psihiatrično zdravljenje v skupnosti, 2015).

3. Razumevanje stigme in intervencije tekom terapije

Razumevanje različnih oblik stigme lahko psihologom pomaga tekom terapije specificirati intervencije in jih na različnih nivojih posredovati klientom, ter jim tako omogočiti, da preskočijo marsikatero oviro, ki bi jim sicer zaradi stigme lahko zrušila potek terapije (Vogel in dr., 2007). Terapevti lahko začnejo pogovor o klientovih občutkih o tem, da obiskujejo terapijo in preko validacije klientovih občutkov predelajo morebitno lastno stigmo, ugotovijo katera čustva vplivajo na potek terapije in vzpodbudijo klientove notranje moči. Biti čuječ o svoji stigmati, to je zavedati se je ena bistvenih stvari, ki lahko pripomore k njeni nevtralizaciji. To se lahko doseže s pomočjo samo sprejemanja, pri čemer pomaga ustrezna socialna podpora. Socialna stigma lahko na eni strani dodatno motivira klienta, na drugi strani pa lahko predstavlja odsotnost socialne podpore, pomembne pri terapijah vseh vrst (Owen, 2012). Vsekakor pa mora biti terapevt tisti, ki ponuja zaupljivo in varno okolje in očiščeno vsakovrstnih stigm. Raziskave kažejo na to, da klienti občutijo manj osebne stigme, če se simptomi ob izvajanju terapiji izboljšujejo oziroma, če za simptome dobijo razlage (Schreiber in Hartrick, 2002). Ljudje gledajo na svoje težave z manj sramu in krivde, če se jim razloži, da so njihovi problemi normalna stvar, da niso edini s takšnimi problemi, da problemi niso njihova krivda, da so popravljivi (Rosen, 2003) in se lahko izboljšajo s pomočjo terapije (Mann in Himelein, 2004).

4. Protest, izobraževanje in stik

Corrigan in Penn (1999) sta predlagala 3 pristope k zmanjševanju stigme: protest, izobraževanje in stik:

- Ljudje ki nimajo stikov z realno terapijo in klienti, prevzamejo to, kar jim je ponujeno s strani medijev (Orchowski in dr., 2006; Vogel in dr., 2008). Psihologi in ostali ponudniki psiholoških storitev morajo biti zato glasni pri ugovarjanju neprimernemu prikazovanju psihološke pomoči ter njenih klientov v medijih in ostalih virih. Zavedajo naj se, da imajo ne samo pravico ampak tudi dolžnost ugovarjati stereotipni in pogosto izkrivljeni predstavitvi psihosocialne pomoči. Če tisti, ki se s tem ukvarjajo ne bodo korigirali napačnih predstav, kdo bo?
- Izobraževanje ljudi o mentalnem zdravju in psihološki pomoči je zelo pomembno za zmanjševanje stigme. Zajema tiskano gradivo (knjige, posterje, zloženke,...), video in audio material in nenazadnje tudi reklame. Že kratki izobraževalni programi naj bi imeli vsaj kratkoročni učinek na predsodke ljudi (Pinfold in dr., 2003). Nekaj izobraževalnih delavnic za zmanjševanje stigme je že uveljavljenih po svetu. Na primer: National Institute of Mental Health s kampanijo 'Real Men, Real Depression', za osveščanje moških z depresivnimi motnjami, ki ne poiščejo psihološke pomoči, ki uporablja širok spekter reklamiranja (tiskano gradivo, radio, televizija). Organizirati bi bilo potrebno čim več tematskih

dogodkov, kjer bi strokovno in sproščeno obravnavali psihološki aspekt človeka, vključno z obstoječo stigmatizacijo. Sproščene javne delavnice v lokalnih skupnostih so tudi način, da približamo tematiko duševnega zdravja ljudem (Psychotherapy retains stigma, 2015).

Hayward in Bright (1997) ter Corrigan in Calabrese (2005) so predlagali, da se ljudi izobražuje s pomočjo kognitivno vedenjskih strategij - intervencij, ki vključujejo desenzitizacijo strašljivih dražljajev ter kognitivnega prestrukturiranja negativnih prepričanj, s tem da se ljudem predstavi pravilne informacije, opiše zdravje in bolezen kot kontinuum, ki nima jasnega preseka ter spodbudi samosprejemanje. Implementacija kognitivno vedenjskih strategij je lahko osebna, kot tudi tako preko računalnika ali internetnega programa (na primer tinyurl.com/6abeqo; Griffiths in dr., 2004).

Tudi mediji imajo pri izobraževanju pomembno vlogo. Popoulnarni in zabavni mediji kot so filmi so z vidika izobraževanja o psihološki pomoči in klientih večkrat kritizirani (Thornicroft in dr., 2013). Owen (2012) je ugotovil, da je v angleških filmih med leti 1990 in 2010 v katerih nastopa vsaj en lik shizofrenega bolnika, večina teh označena za nasilne, nevarne in samomorilne. Takšn prikaz duševnih bolnikov je potrebno spremeniti in jih postaviti med ostale ljudi.

Danes je internet medij, ki doseže največ ljudi. Ozaveščanje preko spletnih strani in družabnih omrežij o duševnih problemih

ter psihološki pomoči je danes nujno na poti k zmanjševanju stigme na tem področju. Primer takšnih strani je: www.itsgoodtotalk.org.uk, ki vsebuje vrsto informacij za ljudi, ki jih zanima psihološka pomoč, kot na primer spletne brošure, videe, povezave do zadnjih raziskav na tem področju, aplikacija »najdi terapevta«, s pomočjo katere lahko posameznik v svojem okraju poišče zanj primernega terapevta. Ali primer strani, kjer lahko ljudje spoznajo več o depresivnih motnjah: <http://www.bluepages.anu.edu.au>.

Tudi medijske osebnosti lahko veliko pripomorejo k destigmatizaciji odnosa do psihološke pomoči. Primer je vojvoda Cambriška, ki je ob obisku pediatrične klinike za mentalno zdravje dejala »Mladim ljudem in njihovim staršem moramo pomagati razumeti, da iskanje pomoči ni znak šibkosti. Otrokovo duševno zdravje je prav tako pomembno kot njegovo fizično zdravje in zato si zasluži enakovredno podporo in tretma....Stigma onemogoča pomoči potrebnim otrokom, da ne dobijo kar potrebujejo. In to se mora spremeniti.« (Kate Middleton Shows Her Support For Children Struggling With Mental Health: It's Okay to Ask for Help, 2015).

- Rezultati naše raziskave so pokazali, da več kot pol ljudi pozna nekoga, ki je že koristil terapevtske storitve je dober znak, saj stik s temi ljudmi zmanjšuje stigmatizacijo. Osebni stik je najbolj učinkovit način za spreminjanje stigme do drugih. Več kot ima

nekdo stika z ljudmi, ki so izkusili duševne težave ali obiskali psihološko pomoč, manj stigmatizirani so (Angermeyer in dr., 2004). Osebni kontakt z uporabniki bi moral biti vključen v vse izobraževalne programe o psihološki pomoči (Pinfold in dr., 2003). Približek osebnemu kontaktu je tudi prikazovanje oziroma prebiranje osebnih izpovedi ljudi z izkušnjo psihološke pomoči. Stik naj bi imel največji učinek zmanjševanja stigmatizacije, če je predstavljena oseba (1) vsaj enakega statusa, (2) zaznana kot član neke skupine in (3) všečna (Corrigan in Penn, 1999). Zato je zelo dobrodošlo, če svoje zgodbe izpovejo znani ljudje, zvezde, ki so uporabili storitve psihološke pomoči.

V Veliki Britaniji je največja in zelo uspešna kampanija "Time to Change", podprta tako s strani prostovoljnih, nevladnih organizacij kot tudi s strani uradnih organizacij za mentalno zdravje (Time to change, 2015). Ta program vključuje bloga, videe, TV reklame in razne promocijske dogodke za dvig zavedanja o stigmatizaciji ljudi z duševnimi težavami in oblikah pomoči. Poleg tega se v kampaniji uporabljajo nekatere metode, poznane v socialni psihologiji za izboljšanje medskupinskih odnosov in zmanjševanje predsodkov (Brown, 2010). Te metode poskušajo promovirati dogodke, ki spodbujajo masovno udeležbo s socialnimi stiki med udeleženci ene in druge skupine (torej z in brez težav v duševnem zdravju) ter pozitivnem druženju in izmenjevanju medsebojnih kontaktov (primer je "Time to Change" Roadshow). Analiza tovrstnih medskupinskih dogodkov kaže, na (1) izboljšavo odnosa do ljudi s

težavami v duševnem zdravju, (2) povečujejo pripravljenost za razkritje morebitnih tovrstnih težav v prihodnosti ter (3) promocijo povezano z antistigmo (Thornicrof in dr., 2008; Evans-Lacko in dr., 2012).

Zaključek

Kljub temu, da se znanje o duševnih boleznih in psihološki pomoči izboljšuje, stigma še vedno zavira uporabo tovrstnih storitev marsikomu, ki bi jih potreboval. Raziskava je pokazala, da je tako tudi v Sloveniji. Širša javnost dojema psihološko pomoč kot nekaj slabšalnega, uporabnika tovrstnih storitev pa kot šibkega, nekoga, ki si ne more pomagati sam. Takšno socialno stigmo posameznik ponotranji in posledično spremeni odnos in pripravljenost poiskati psihološko pomoč. Dokler bo psihološka pomoč sprejeta kot kazen ali zdravstveno sredstvo za korekcijo neprijetnega vedenja drugih, bo stigma prisotna. Razumevanje stigme in procesov, ki so v ozadju je osnova za oblikovanje ustreznih intervencij. Intervencije so lahko na nivoju posameznika, družine ali širše skupnosti in pomagajo posameznikom, da sprejemajo odločitve, ki niso osnovane na stigmati ampak na informiranih in zdravih odločitvah. Stigmo lahko zmanjšujemo na več načinov – od vpliva terapevta na klienta do splošnega izobraževanja, javnega oporekanja strokovnjakov na izkrivljanje predstave o duševnem zdravju in psihološki pomoči ipd. Cilj destigmatizacije je, da se odnos do duševnega zdravja in

skrbi zanj spremeni do te mere, da (1) težava dobi enakovreden status fizičnim težavam ter (2) da je skrb za mentalno zdravje v preventivnem smislu označena pozitivno, zgledno, kot je denimo skrb za zdravo prehrano in ustrezno telesno gibanje. Le tako bi zvišali osnovni nivo duševnega zdravja in na ta način naredili celotno družbo bolj pozitivno.

Literatura in viri

Addis, M.E. in Mahalik, J.R. (2003). Men, masculinity, and the contexts of help-seeking. *American Psychologist*, 58, 5–14. Angermeyer, M.C., Matschinger.

Andrews, G., Issakidis, C., in Carter, G. (2001). Shortfall in mental health service utilization. *British Journal of Psychiatry*, 179, 417–425.

Angermeyer, M. C., in Matschinger, H. (2004). The stereotype of schizophrenia and its impact on discrimination against people with schizophrenia: results from a representative survey in Germany. *Schizophrenia Bulletin*, 30(4), 1049–1061.

Augoustinos, M., Ahrens, C., in Innes, J. M. (1994). Stereotypes and prejudice: The Australian experience. *British Journal of Social Psychology*, 33(1), 125–141. doi:10.1111/j.2044-8309.1994.tb01014.x

Australian Government: National Mental Health Commission (2015), pridobljeno 11 junija, 2015 iz <http://www.mentalhealthcommission.gov>.

Bathje, G., in Pryor, J. (2011). The relationships of public and self-stigma to seeking mental health services. *Journal of Mental Health Counseling*, 33, 161–176.

Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research in Practice*, 16, 252–260.

Cooper, A. E., Corrigan, P. W., in Watson, A. C. (2003). Mental illness stigma and care seeking. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 191(5), 339–341. doi:10.1097/01.NMD.0000066157.47101.22.

Corrigan, P. W. (1998). The impact of stigma or severe mental illness. *Cognitive and Behavioral Practice*. doi:10.1016/S1077-7229(98)80006-0.

Corrigan, P. W. (2000). Mental Health Stigma as Social Attribution: Implications for Research Methods and Attitude Change. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7, 48–67. doi:10.1093/clipsy.7.1.48.

Corrigan, P. W. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59, 614–625. doi:10.1037/0003-066X.59.7.614.

Corrigan, P.W. in Calabrese, J.D. (2005). Strategies for assessing and diminishing self-stigma. In P.W. Corrigan (Ed.) *On the stigma of mental illness. Practical strategies for research and social change* (pp.239–256). Washington, DC: American Psychological Association.

Corrigan, P.W. in Penn, D.L. (1999). Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *American Psychologist*, 54, 765–776.

Crisp A.H., Gelder MG, Rix S, Meltzer HI, Rowlands OJ., (2000). Stigmatisation of people with mental illnesses, *Journal: British Journal of Psychiatry*, 177 (1), pp.4-7, 2000. DOI: 10.1192/bjp.177.1.4.

Crocker, J., Major, B., in Steele, C. (1998). Social stigma. In *The handbook of social psychology Vols 1 and 2 4th ed* (pp. 504–553).

Courtois, C (1995). Assessment and diagnosis. In *Treating Women Molested in Childhood* (pp.1-34). San Francisco: Jossey-Bass.

Druss, B. G., Rosenheck, R. A., Desai, M. M., in Perlin, J. B. (2002). Quality of preventive medical care for patients with mental disorders. *Medical Care*, 40(2), 129–36. (44 ref).

Eagly, A. H., in Chaiken, S. (1993). The Nature of Attitudes. In *Attitude formation and change* (pp. 1–21).

Evans-Lacko, S., London, J., Japhet, S., Rüsçh, N., Flach, C., Corker, E., ... Thornicroft, G. (2012). Mass social contact interventions and their effect on mental health related stigma and intended discrimination. *BMC Public Health*. doi:10.1186/1471-2458-12-489.

Fischer, E. H., in Farina, A. (1995). Attitudes toward seeking professional psychological help: A shortened form and considerations for research. *Journal of College Student Development*, 36, 368–373.

Galdas, P. M., Cheater, F., in Marshall, P. (2005). Men and health help-seeking behaviour: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 49(6), 616-623 doi:[10.1111/j.1365-2648.2004.03331.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03331.x).

Goldston, D. B., Molock, S. D., Whitbeck, L. B., Murakami, J. L., Zayas, L. H., in Hall, G. C. (2008). Cultural considerations in adolescent suicide prevention and psychosocial treatment. *American Psychologist*, 63, 14–31.

Griffiths, K.M., Christensen, H., Jorm, A.F. et al. (2004). Effects of web-based depression literacy and cognitive-behavioral therapy interventions on stigmatizing attitudes to depression. *British Journal of Psychiatry*, 185, 342–349.

Hammen, C., in Peters, S. (1977). Interpersonal consequences of depression: Responses to men and women enacting a depressed role. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 322–332.

Hamilton, D. L., in Sherman, S. J. (1996). Perceiving persons and groups. *Psychological Review*, 103(2), 336–355. doi:10.1037/0033-295X.103.2.336.

Hayward, P. in Bright, J.A. (1997). Stigma and mental illness: A review and critique. *Journal of Mental Health*, 6, 345–354.

Hilton, J. L., in von Hippel, W. (1996). Stereotypes. *Annual Review of Psychology*, 47, 237–271. doi:10.1146/annurev.psych.47.1.237.

Increase in counselling and psychotherapy suggests lessening of mental health stigma (2014), pridobljeno 12. junija, 2015 iz <http://www.bacp.co.uk/media/?newsId=3506>.

Jorm, A.F. in Wright, A. (2008). Influences on young people's stigmatizing attitudes towards peers with mental disorders: National survey of young Australians and their parents. *British Journal of Psychiatry*, 192, 144–149.

Kate Middleton Shows Her Support For Children Struggling With Mental Health: It's Okay to Ask for Help (2015). Pridobljeno 23. junija 2015 iz:

<http://uk.eonline.com/news/625914/kate-middleton-shows-her-support-for-children-struggling-with-mental-health-it-s-okay-to-ask-for-help>.

Kavcic, K., Meško, M., Meško Štok, Z. in Markič, M. (2015). Corporate policy and the degree of management sophistication in Slovenian companies. *International Journal of Management and Enterprise Development* 14 (1): 70-88.

Komiya, N., Good, G. E., in Sherrod, N. B. (2000). Emotional openness as a predictor of college students' attitudes toward seeking psychological help. *Journal of Counseling Psychology*. doi:10.1037/0022-0167.47.1.138.

Lambert, M. J., in Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change (pp. 139–193). New York: John Wiley.

Lannin, D.G., Vogel, D.L., Brenner, R.E., Tucker, J.R. (2015). Predicting Self-Esteem and Intentions to Seek Counseling: The Internalized Stigma Model. *The Counseling Psychologist*; 43(1), 64-93. DOI:10.1177/0011000014541550.

Link, B. G. (1987). Understanding Labeling Effects in the Area of Mental Disorders: An Assessment of the Effects of Expectations of Rejection. *American Sociological Review*. doi:10.2307/2095395.

Link, B. G., in Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363–385.

Link, B. G., Struening, E. L., Neese-Todd, S., Asmussen, S., in Phelan, J. (2001). Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illness. *Psychiatric Services*, 52, 1621–1626.

Livingston, J. D., in Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social Science and Medicine*, 71(12), 2150–2161. doi:10.1016/j.socscimed.2010.09.030.

Mak, W.W.S., Poon, C.Y.M., Pun, L.Y.K. in Cheung, S.F. (2007). Meta-analysis of stigma and mental health. *Social Science and Medicine*, 65, 245–261.

Makarovič, M. in Golob, T. (2015). Increasing fluidity of identifications in the context of individualisation : identification with the European Union. *International social science journal*, 1-13.

Mann, C. E., in Himelein, M. J. (2004). Factors associated with stigmatization of persons with mental illness. *Psychiatric Services*, 55, 185–187.

Martin, S. B., Wrisberg, C. A., Beitel, P. A., in Lounsbury, J. (1997). NCAA Division I athletes' attitudes toward seeking sport psychology consultation: The development of an objective instrument. *Sport Counselor*, 11, 201–218.

Mental Health in Stigma (2013), pridobljeno 11 junija, 2015 iz <https://www.psychologytoday.com/blog/why-we-worry/201308/mental-health-stigma>.

Moses, T. (2010). Being treated differently: Stigma experiences with family, peers, and school staff among adolescents with mental health disorders. *Social Science and Medicine*, 70(7), 985–993. doi:10.1016/j.socscimed.2009.12.022.

Möller-Leimkühler, A.M. (2002) *Barriers to help-seeking by men: a review of sociocultural and clinical literature with particular reference to depression*. Pridobljeno 19. Julija iz: [http://www.jad-journal.com/article/S0165-0327\(01\)00379-2/pdf](http://www.jad-journal.com/article/S0165-0327(01)00379-2/pdf).

Na obisku pri psihiatru (2007). Pridobljeno 17. Julija 2015 iz:

http://predor.si21.com/docs/Stevilka_2_Avgust-September_2007/na_obisku_pri_psihiatru.pdf.

Norcross, J. C., Krebs, P. M., in Prochaska, J. O. (2010). Stages of change. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 67, 143–154.

Orchowski, L.M., Spickard, B.A. in McNamara, J.A. (2006). Cinema and the valuing of psychotherapy: Implications for clinical practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 37, 506–514.

Owen, J. (2012). Systemic alliance in individual therapy: Factor analysis of the ITASSF and the relationship with therapy outcomes and termination status. *Journal of Marital and Family Therapy*, 320–331.

Owen, J., LeKeldric, T., in Emil R. (2013). Stigma for Seeking Therapy: Self-Stigma, Social Stigma, and Therapeutic Processes. *The Counseling Psychologist* 41(6) 857-880. DOI: 10.1177/0011000012459365.

Pederson, E.L. in Vogel, D.L. (2007). Men's gender role conflict and their willingness to seek counseling: A mediation model. *Journal of Counseling Psychology*, 54, 373–384.

Pinfold, V., Toulmin, H., Thornicroft, G. et al. (2003). Reducing psychiatric stigma and discrimination: Evaluation of educational interventions in UK secondary schools. *British Journal of Psychiatry*, 182, 342–346.

Psihiatrično zdravljenje v skupnosti. Pridobljeno 3. julija 2015 iz: <http://www.pb-idrija.si/zdravljenje-in-pomoc/psihiatricno-zdravljenje-v-skupnosti>.

Psychotherapy retains stigma (2015). Pridobljeno 13. julija 2015 iz: <http://oakparktalon.org/1254/opinion/psychotherapy-retains-stigma/>.

Reavley, N.J., Jorm A.F. (2011). Recognition of mental disorders and beliefs about treatment and outcome: findings from an Australian national survey of mental health literacy and stigma. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(11):947-56. doi: 10.3109/00048674.2011.621060.

Rochlen, A. B., Mohr, J. J., in Hargrove, B. K. (1999). Development of the Attitudes Toward Career Counseling Scale. *Journal of Counseling Psychology*, 46, 196–206.

Rončević, B. in Makarovič, M. (2010). Towards the strategies of modern societies: systems and social processes, *Innovation* 23(3), pp. 223-239.

Rosen, A. (2003). What developed countries can learn from developing countries in challenging psychiatric stigma. *Australian Psychiatry*, 11, Supplement.

Safran, J. D., in Muran, J. C. (2006). Has the concept of the alliance outlived its usefulness? *Psychotherapy*, 43, 286–291.

Schreiber, R., in Hartrick, G. (2002). Keeping it together: How women use the biomedical explanatory model to manage the stigma of depression. *Issues in Mental Health Nursing*, 23, 91–105.

Schomerus, G., Schwahn, C., Holzinger, A., Corrigan, P. W., Grabe, H. J., Carta, M. G. and Angermeyer, M. C. (2012), Evolution of public attitudes about mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 125: 440–452. doi: 10.1111/j.1600-0447.2012.01826.x.

Shea, M., in Yeh, C. J. (2008). Asian American students' cultural values, stigma, and relational self-construal: Correlates of attitudes toward professional help seeking. *Journal of Mental Health Counseling*, 30, 157–172.

Sirey, J. A., Bruce, M. L., Alexopoulos, G. S., Perlick, D. A., Raue, P., Friedman, S. J., in Meyers, B. S. (2001). Perceived stigma as a predictor of treatment discontinuation in young and older outpatients with depression. *American Journal of Psychiatry*, 158, 479–481.

Stigmatiziranje depresije: »Že 15 let se zdravim, pa nikoli nisem želelškodovati drugim« (2015). pridobljeno 14 junija, 2015 iz:

http://www.24ur.com/specialno/nega_in_zdravje/stigmatiziranje-depresije-ze-15-let-se-zdravim-pa-nikoli-nisem-zelel-skodovati-drugim.html.

Stritih B (2004). Ekološko suportivna pomoč in razvijanje kompetentnosti v medčloveških odnosih. V: Avberšek S, Švab V. Psihosocialna rehabilitacija. Ljubljana: ŠENT – Slovensko združenje za duševno zdravje.

Swanson J.W., Holzer, C.E., Ganju V.K., Jono R.T. (1990). Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys, *Hospital and Community Psychiatry*, 41(7):761-70.

Švab, V., 2012. Svetovalno delo z ljudmi s težavami v duševnem zdravju, učno gradivo , Andragoški center Slovenije Ljubljana. Dostopna na: http://arhiv.acs.si/ucna_gradiva/Svetovalno_delo_z_ljudmi_s_tezavami_v_dusevnem_zdravju.pdf.

The Stigma of Psychotherapy (2014), pridobljeno 11 junija, 2015 iz: <http://healthpsych.com/stigma-of-psychotherapy/>.

Thornicroft, G., Brohan, E., Kassam, A., in Lewis-Holmes, E. (2008). Reducing stigma and discrimination: Candidate interventions. *International Journal of Mental Health Systems*, 2(1), 3. doi:10.1186/1752-4458-2-3.

Thornicroft, A., Goulden, R., Shefer, G., Rhydderch, D., Rose, D., Williams, P., ... Henderson, C. (2013). Newspaper coverage of mental illness in England 2008-2011. *British Journal of Psychiatry*, 202(SUPPL.55). doi:10.1192/bjp.bp.112.112920.

Time to change (2015). Pridobljeno 19. Junija 2015 iz: <http://www.time-to-change.org.uk>.

Timlin-Scalera, R. M., Ponterotto, J. G., Blumberg, F. C., in Jackson, M. A. (2003). A grounded theory study of help-seeking behaviors among White male high school students. *Journal of Counseling Psychology*. doi:10.1037/0022-0167.50.3.339.

Vogel, D. L., Wester, S. R., Wei, M., in Boysen, G. A. (2005). The role of outcome expectations and attitudes on decisions to seek professional help. *Journal of Counseling Psychology*, 52, 459–470.

Vogel, D.L., Wade, N.G. in Haake, S. (2006). Measuring the self-stigma associated with seeking psychological help. *Journal of Counseling Psychology*, 53, 325–337.

Vogel, D. L., Wade, N. G., in Hackler, A. H. (2007). Perceived public stigma and the willingness to seek counseling: The mediating roles of

self-stigma and attitudes toward counseling. *Journal of Counseling Psychology*. doi:10.1037/0022-0167.54.1.40.

Vogel, D.L., Gentile, D. in Kaplan, S. (2008). The influence of television on willingness to seek therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 63, 1–20.

Wade, N. G., Post, B. C., Cornish, M. A., Vogel, D. L., in Tucker, J. R. (2011). Predictors of the change in self-stigma following a single session of group counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 58, 170-182.

Wang, J L, Lali, D., (2008). The relationship between mental health literacy, personal contacts and personal stigma against depression, *Journal of Affective Disorders* , Volume 110, Issue 1 , 191 – 196. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2008.01.005>.

Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Mahwah, NJ: Erlbaum.

Watson, J. C., Schein, J., in McMullen, E. (2010). An examination of clients' in-session changes and their relationship to the working alliance and outcome. *Psychotherapy Research*, 20, 224–233.