



**OD SEZNANJENOSTI  
S TEŽAVAMI V DUŠEVNEM  
ZDRAVJU DO UČINKOVITEGA  
ODZIVANJA Z MANJ STIGME**

**Zdaj je čas, da znanje prenesemo v prakso!**





# **OD SEZNANJENOSTI S TEŽAVAMI V DUŠEVNEM ZDRAVJU DO UČINKOVITEGA ODZIVANJA Z MANJ STIGME**

**Zdaj je čas, da znanje prenesemo v prakso!**

FROM MENTAL HEALTH AWARENESS  
TO EFFECTIVE RESPONSES  
WITH LESS STIGMA

Now is the time to put knowledge into practice!

Uredila: Lilijana Šprah



Založba ZRC

OD SEZNANJENOSTI S TEŽAVAMI V DUŠEVNEM ZDRAVJU  
DO UČINKOVITEGA ODZIVANJA Z MANJ STIGME:

Zdaj je čas, da znanje prenesemo v prakso!

Uredila: Lilijana Šprah

Jezikovni pregled: Ana Jurkovič

Tehnično urejanje: Anela Klemenc Bešo

Izdajatelj: ZRC SAZU, Družbenomedicinski inštitut

Zanju: Lilijana Šprah

Založila: Založba ZRC, ZRC SAZU

Zanjo: Oto Luthar

Glavni urednik založbe: Aleš Pogačnik

Slika na naslovnici: Brigita Krek

Oblikovanje in prelom: Polonca Mesec Kurdija

Tisk: Cicero Begunje

Naklada: 200

Ljubljana, september 2022

Prva izdaja, prvi natis / Prva e-izdaja

Vsi prispevki so recenzirani.

Publikacija je v PDF-različici dostopna na spletni strani:

[www.omra.si](http://www.omra.si)



Delo je zaščiten z mednarodno licenco Creative Commons Attribution-Share Alike 4.0 International License (priznanje avtorstva, deljenje pod istimi pogoji):  
<https://doi.org/10.3986/9789610506768>

CIP - Kataložni zapis o publikaciji  
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

616.89-008.485(082)

316.647.8-056.34(082)

OD seznanjenosti s težavami v duševnem zdravju do učinkovitega odzivanja z manj stigme: zdaj je čas, da znanje prenesemo v prakso! = From mental health awareness to effective responses with less stigma : now is the time to put knowledge into practice! / uredila Lilijana Šprah. - 1. izd., 1. natis. - Ljubljana : Založba ZRC, 2022

ISBN 978-961-05-0675-1

COBISS.SI-ID 120410883

ISBN 978-961-05-0676-8 (PDF)

COBISS.SI-ID 120617475

# KNJIGI NA POT

## PROGRAM OMRA NA PREPIHU MED EPIDEMIJO IN PRIZADEVANJI ZA DVIG PISMENOSTI O DUŠEVNEM ZDRAVJU

Lilijana Šprah

Pričujoča večavtorska monografija preglednih in izvirnih znanstvenih prispevkov, ki je nastala v sklopu promocijsko preventivnega programa Z večjo pismenostjo o duševnem zdravju do obvladovanja motenj razpoloženja (akronim OMRA; [www.omra.si](http://www.omra.si)), je že druga tovrstna, ki smo jo izdali tokrat po petletnem obdobju izvajanja programa OMRA. Prvo smo pripravili v letu 2019 z naslovom Z več znanja o motnjah razpoloženja do izhodov iz labirintov: izkušnje in razmisleki. V tokratni je 19 prispevkov s področja duševnega zdravja, ki smo jim člani in članice programa posvetili največ pozornosti in dela v preteklem obdobju. K sodelovanju smo povabili tudi zunanje avtorice, ki so svoja znanja in izkušnje na področju duševnega zdravja povzele v treh prispevkih.

V preteklih treh letih izvajanja programa OMRA je epidemija nalezljive bolezni COVID-19 dodobra pretresla tudi članice in člane ekipe programa. Ne samo zaradi številnih prilagoditev, ki smo jih bili prisiljeni uvesti, če smo želeli izvajati načrtovane aktivnosti programa, temveč tudi zato ker smo se zelo kmalu po razglasitvi epidemije znašli pred velikim novim izzivom na področju skrbi za

---

**Avtorica:** Lilijana Šprah

**Znanstveni in strokovni naziv:** doktorica medicinskih ved,  
univerzitetno diplomirana psihologinja, višja znanstvena sodelavka,  
predstojnica Družbenomedicinskega inštituta ZRC SAZU

**Inštitucija/zaposlitev, naslov:** ZRC SAZU, Družbenomedicinski inštitut,  
Novi trg 2, 1000 Ljubljana

**E-naslov:** lilijana.sprah@zrc-sazu.si

dobro duševno zdravje. Strokovna javnost je že relativno hitro po začetku epidemije začela opozarjati, da virus SARS-CoV-2 ne ogroža zgolj telesnega zdravja, ampak skupaj z ukrepi za njegovo zamejitev sproža tudi novo epidemijo – epidemijo težav v duševnem zdravju. V letu 2020 se je število ljudi, ki so zboleli zaradi anksioznosti in depresije, močno povečalo. V samo enem letu so epidemiološke študije zabeležile 26-odstotno povečanje anksioznih in 28-odstotno povečanje depresivnih motenj. Prave razsežnosti težav v duševnem zdravju pa pravzaprav šele odkrivamo. Pričakovati je, da se bo slabše duševno zdravje prebivalstva pojavljalo v večjem obsegu kot pred epidemijo. Že sedaj pa beležimo, da postajajo težave v duševnem zdravju pereč problem v nekaterih ranljivejših družbenih skupinah, kot so otroci, mladina, starejši, uporabniki in uporabnice, njihovi bližnji. Podrobnejši pregled vpliva pandemije na duševno zdravje je v tej publikaciji predstavljen v posebnem prispevku z naslovom Povezanost težav v duševnem zdravju in pandemije COVID-19.

V programu OMRA smo se na aktualne okoliščine, povezane z epidemijo, hitro odzvali in začeli intenzivno obveščanje javnosti, kakšno tveganje za duševno zdravje predstavlja epidemija. Naslavljali smo varovalne dejavnike in ozaveščali javnost z uporabnimi predlogi za krepitev duševnega zdravja idr. Naša že utečena delavnica o stresu in soočanju z motnjami razpoloženja je bila kot naročena za to turbulentno obdobje, ko je umanjkal dostop do siceršnjih promocijsko preventivnih programov in ko je bil dostop do strokovnjakov in strokovnjakinj na področju duševnega zdravja močno okrnjen. Ljudje so se posledično znašli v vse večjih psihičnih stiskah. V obdobju med 2020 in 2022 smo zaradi velikega zanimanja izvedli kar 32 petinpolurnih spletnih delavnic Stres povzroča stiske, okrepite svoje moči! Učinki teh delavnic so zelo spodbudni in izsledki so podrobno predstavljeni v prispevku Evalvacija učinka spletnih delavnic Stres povzroča stiske, okrepite svoje moči! na raven pismenosti o motnjah razpoloženja.

V preteklem obdobju izvajanja programa OMRA smo še posebej naslovili dve pereči tematiki na področju duševnega zdravja: osebnostne motnje in stigmo. Osebnostne motnje so nekoliko posebna skupina motenj, saj niso nekaj, za čimer bi zboleli, kot za npr. depresijo, marveč govorimo o dolgotrajni motnji v osebnostnem delovanju. Gre za posebno obliko osebnostne strukture oz. tistega, čemur rečemo tudi značajske poteze. Osebnostne motnje so dolgotrajna stanja, ki sodijo med najresnejše duševne težave in pomembno vplivajo na posameznikovo delovanje. Če so osebnostne značilnosti tako intenzivne in ekstremne, da hudo motijo vsakodnevno funkcioniranje in odnose, je to huda duševna motnja. Pri osebah z blago izraženo osebnostno motnjo se pojavljajo

težave zgoj na nekaterih področjih delovanja, vendar še vedno govorimo o delu kontinuuma, ki ga povezujemo z negativnim duševnim zdravjem. Raziskave razkrivajo, da je seznanjenost z značilnostmi in posledicami osebnostnih motenj v laični javnosti in, presenetljivo, tudi v strokovnih krogih relativno slaba – kljub podatkom, ki kažejo, da so osebnostne motnje sorazmerno pogoste. Njihova prevalenca v splošni populaciji se giblje med 4 in 15%. To upravičeno vzbuja skrb tako zaradi neustreznega prepoznavanja težav in iskanja pomoči kakor stigme in socialnega izključevanja ljudi, ki trpijo zaradi osebnostnih motenj. V pričujoči publikaciji posvečamo osebnostnim motnjam osrednjo pozornost. Avtorice in avtorji prispevkov so v njih predstavili paleto različnih pogledov na osebnostne motnje, aktualne smernice in posebnosti pri njihovi obravnavi in zdravljenju in nekatera družbena vprašanja, ki se odpirajo v zvezi z osebnimi motnjami: Stara in nova klasifikacija osebnostnih motenj – pomen za klinično delo; Kratek pregled psihodinamskega pogleda na osebnostne motnje; Evolucijski vidiki osebnostnih motenj; Učinkovitost psihoterapije pri obravnavi osebnostnih motenj; Psihoanalitično delo z metaforo pri obsesivno-kompulzivni motnji; Družbeni mediji in narcizem: produktivni kaos znanosti v nastajanju.

Poseben poudarek se v pričujoči publikaciji nanaša na področje pismenosti o duševnem zdravju. Eden najbolj uporabljenih pristopov na področju obveščeniosti in ozaveščanja prebivalstva o značilnostih in posledicah težav v duševnem zdravju namreč izhaja iz konstrukta pismenosti o duševnem zdravju, na katerem temelji tudi naša večdisciplinarna izobraževalna platforma OMRA. Gre za večrazsežnostni model, ki opredeljuje pismenost kot skupek kognitivnih in socialnih veščin posameznika, ki omogočajo: sposobnost prepoznave specifičnih duševnih motenj; znanja o vzrokih in dejavnikih tveganja za pojav motenj; znanja o načinih samopomoči; znanja o strokovni pomoči, ki je na voljo; odnos in vedenja, ki olajšajo prepoznavo duševnih motenj; iskanje pomoči in znanja o tem, kje najti informacije o duševnem zdravju. Podrobneje je ta koncept z izsledki kratkoročnih in dolgoročnih učinkov naših delavnic na raven pismenosti o motnjah razpoložena in osebnostnih motnjah predstavljen v naslednjih prispevkih: Evalvacija učinka spletnih delavnic Stres povzročča stiske, okrepite svoje moči! na raven pismenosti o motnjah razpoložena; Vpliv psihoedukacijskih delavnic Čustveni vrtiljak odnosov: prepoznavajmo osebnostne motnje med nami na raven pismenosti o osebnostnih motnjah; Sporočila udeležencev in udeleženk delavnic OMRA o motnjah razpoložena, osebnostnih motnjah in stigmati.

Stigma, povezana s težavami v duševnem zdravju, je tretje obsežnejše področje, ki ga naslavlja kar nekaj prispevkov v tokratni publikaciji: Povezanost stereotipov, predsodkov in diskriminatornega vedenja z izbranimi sociodemografskimi

spremenljivkami v skupini udeležencev in udeleženk delavnic OMRA; Mejna osebnostna motnja in stigma: ali smo res sami odgovorni za (samo)stigma?; Stigma in ovire pri iskanju pomoči med begunci in begunkami; Demenca in stigma. Stigma povezujemo z eno od ključnih okoliščin, ki vpliva na odločitev, ali bodo ljudje s težavami v duševnem zdravju poiskali pomoč ali ne. Stigma zaobsega oboje – tako različne predsodke kot diskriminatorno vedenje do oseb s težavami v duševnem zdravju. Posledice stigme so posameznikova izključenost iz družbe, slaba socialna podpora, slabša kakovost življenja in slaba samopodoba. Poleg vpliva na kakovost posameznikovega življenja pa lahko stigma škoduje izidu samega zdravljenja, saj ovira uspešnost in učinkovitost okrevanja posameznika s težavami v duševnem zdravju. Še posebej je lahko stigma velika ovira pri iskanju pomoči in uspešnem okrevanju v ranljivih skupinah, kot so migranti, osebe z oviranostmi, starejši, podeželsko prebivalstvo, kronično bolni idr.

V publikaciji nekaj prispevkov naslavlja tematiko duševnega zdravja še iz drugih perspektiv. Razkrivajo, kakšno je zadovoljstvo uporabnikov in uporabnic centra za duševno zdravje (Ocena potreb: izkušnje pacientov z obravnavo v Centru za duševno zdravje odraslih); kakšna so opažanja podeželskih zdravnikov in zdravnic o specifičnih težavah in vzrokih slabega počutja in obolenj kmečkenga prebivalstva v primerjavi z nekmečkih (Podeželski zdravniki širše o trpljenju ljudi, ki kmetujejo) in kakšno vlogo ima lahko filozofsko svetovanje na področju spoprijemanja s težavami v duševnem zdravju (Duševne težave in filozofija).

Zdravje ni le odsotnost bolezni, temveč je tudi telesno in duševno blagostanje. S tem nista mišljeni neprestana vznemirjenost in sreča, temveč tako stanje, v katerem se lahko oseba dobro sooča z izzivi vsakodnevnega življenja. V nasprotju s telesnimi boleznimi, kot je sladkorna bolezen, je duševno zdravje mnogo težje opredeliti, zato želimo bralcem in bralkam tudi s pomočjo pričujoče publikacije Od seznanjenosti s težavami v duševnem zdravju do učinkovitega odzivanja z manj stigme: Zdaj je čas, da znanje prenesemo v prakso! približati raven obveščenosti o duševnem zdravju vsaj do te mere, kot jo imajo ljudje npr. o sladkorni bolezni. Avtorji in avtorice prispevkov smo prepričani, da bo v njej lahko vsakdo, bodisi laik/-inja bodisi strokovnjak/-inja, našel kaj zanimivega in poučnega in to znanje prenesel tudi v prakso.



# PREDGOVOR

## PROGRAM OMRA ZA KULISAMI

Anja Ibrčič

Pisal se je petek, 6. 3. 2020, ko se je ekipa OMRA v novi razširjeni zasedbi prvič v živo srečala na uvodnem sestanku z namenom spoznavanja novih članov ekipe in priprave izvedbe programa, ki je stopal v tretje leto izvajanja. Iskreno si nismo predstavljali, da bo naše naslednje druženje v pristnem osebnem stiku šele 10. oktobra 2021, ko smo obeležili svetovni dan duševnega zdravja. Program je namreč v nadaljevanju dodobra zaznamovala epidemija COVID-19, ko smo bili primorani prav vse naše vsebine, dogodke in srečanja, kakor smo vedeli in znali, na hitro preusmeriti na spletne platforme. To je bil poseben izziv, ki smo ga suvereno sprejeli. Tako kot v vsakodnevnem življenju tudi v delovnem okolju predstavljajo fleksibilnost, spontanost in iskanje rešitev tukaj in zdaj konstruktiven način spoprijemanja s stresom. Tudi strokovnjaki s področja duševnega zdravja se trudimo biti model dobre prakse za ljudi, ki se na nas obrnejo po pomoč, odgovore.

Osebne zgodbe ljudi, ki smo jih prejeli po naših komunikacijskih kanalih, so sporočale, da so se zaradi zaščitnih epidemioloških ukrepov precej poslabšale razmere na področju duševnega zdravja. Povečale so se različne duševne stiske, pogosti so bili primeri, ko so se posameznikom uresničili največji strahovi (ostati sam, zboleti, strah pred smrtjo bližnjih ali ogrožanje lastnega življenja, odvzeta svoboda gibanja idr.), znašli s(m) se pred t. i. tehnostresom. Zlasti veliko težav so imeli starejši in druge ranljive skupine, velik izziv je bilo namreč soočenje s tehnologijo, ki je začela zasedati večino našega življenjskega prostora.

---

**Avtorica:** Anja Ibrčič

**Znanstveni in strokovni naziv:** magistrica psihologije, specializantka transakcijske analize

**Inštitucija/zaposlitev, naslov:** ZAŽIVETI, Psihološko svetovanje in psihoterapija, Hudovernikova 2, 1000 Ljubljana; strokovna sodelavka Društva Altra, Zaloška cesta 40, 1000 Ljubljana

**E-naslov:** info@zaziveti.si



Uvodno srečanje skupine OMRA (marec 2020)



Snemanje predavanja ob svetovnem dnevu duševnega zdravja v prostorih ZRC SAZU (oktober 2020)



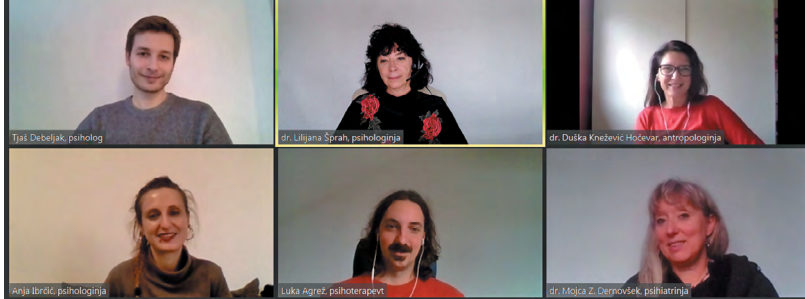
Novoletna poslanica skupine OMRA (december 2020)

Porajala se je nova, nepričakovana realnost in karkoli smo poznali pred tem obdobjem, ni bilo več primerljivo z novimi okoliščinami. Ekipe OMRA se je začela redno dobivati na spletni platformi Zoom, ki smo jo v zadnjih treh letih do potankosti spoznali in izkoristili njene možnosti za nove pristope komuniciranja, spletne delavnice, okrogle mize, predavanja.

Poseben izziv so nam predstavljale izvedbe spletnih delavnic, v katere smo želeli vnesti čim več interaktivnosti. Delavnico o motnjah razpoloženja Stres povzroča stiske, okrepite svoje moči!, ki se je prej izvajala v živo, smo morali popolnoma prilagoditi spletni izvedbi in se precej potruditi, da smo ohranili njene psihoedukacijske učinke. Čisto na novo pa smo v spletni obliki vzpostavili delavnico, ki naslavlja osebne motnje: *Čustveni vrtiljak odnosov: prepoznajmo osebne motnje med nami*, ki je predstavljala poseben izziv, kako laični javnosti na jasen način predstaviti kompleksno področje osebnostnih motenj. Delavnica je postavljena v psihološki in psihoterapevtski okvir in glede na povratne informacije udeležencev nam je uspela zelo dobro. Tretja, nova delavnica *Moč pogovora - šibkost stigme* pa je bila za razliko od prejšnjih dveh, ki sta bili organizirani v obliki krajših predavanj in nalog, zastavljena v obliki pogovora v manjših skupinah. Z udeleženci in udeleženkami smo se pogovarjali o stigmati na področju duševnega zdravja. Vedno znova smo ugotavljali, kako blagodejno je na ljudi deloval pogovor o tovrstnih vsebinah.

Brez tehničnih težav in zapletov pri našem delu seveda ni šlo. Bolj ali manj uspešno smo poleg strokovne priprave imeli kar nekaj dodatnih izzivov z obvladovanjem »tehnikacij«. Številne prilagoditve predavanj in delavnic so nam povzročale sive lase. In ljudje si le težka predstavljajo, koliko treme, stresa in truda s strani ekipe je bilo v ozadju, da so aktivnosti potekale nemoteno in da smo lahko na prvi pogled brezhdbno izpeljali dogodke. Nekajkrat nam je tudi padla spletna povezava in le upali smo lahko, da so udeleženci in udeleženke dogodka na drugi strani še vedno z nami. Delo na daljavo nam je sicer olajšalo urnik, saj se nam zjutraj ni mudilo v pisarne, ni bilo skrbi, ali bomo obstali v gneči na cesti, ali bomo našli parkirni prostor, nismo preveč razmišljali, kaj bomo v delovniku oblekli od pasu navzdol ..., hkrati pa ga je tudi otežilo. Komunicirati nekaj ur z računalniškim ekranom in ostati kot predavatelj brez verbalne in telesne povratne informacije s strani udeležencev in udeleženk je precej neprijetno in potrebovali smo kar nekaj časa, da smo se tej izkušnji privadili. Da nekaj vendarle delamo prav, smo izvedeli iz sporočil, e-mailov, vprašanj, pohval, pisnih komentarjev udeležencev.

Ker smo bili večino časa izvajanja programa omejeni z epidemiološkimi ukrepi, smo v glavnem ves program izpeljali v spletni obliki. Šele ob izteku tega nenavadnega obdobja smo se uspeli previdno podružiti na nekaterih dogodkih,



Pričelo se je dvoletno obdobje izvajanja spletnih delavnic OMRA (januar 2021)



Delo od doma- zlaganje gradiv za udeležke in udeležence spletnih delavnic (januar 2021)



Naposled po letu dni izvajanja aktivnosti programa na daljavo – srečanje skupine OMRA v živo ob svetovnem dnevu duševnega zdravja v Linhartovi dvorani v Radovljici (oktober 2021)



Nekaj uvodnega zagrevanja skupine OMRA pred delovnim srečanjem na platformi ZOOM (november 2021)

kjer smo presenečeni lahko primerjali razliko med našimi podobami v živo in preko zaslonov. Zelo zanimiva izkušnja. Čeprav smo se praktično vsa tri leta gledali le preko spletnih okenc, smo se kot ekipa v sklopu programa OMRA zelo dobro povezali, spoprijateljili in odlično timsko sodelovali, kar se je odražalo v naši učinkovitosti.

Kljub vsem različnim oviram in izzivom je v zadnjih treh letih program OMRA pridobival prepoznavnost. Redno smo pisali in objavljali zanimivosti in napotke za različna področja duševnega zdravja na spletni strani in na socialnih omrežjih Facebook in Twitter, pogosto smo komunicirali z javnostjo preko medijev (redne mesečne oddaje v sodelovanju z Radiem Agora (Poti iz labirintov: <https://www.agora.at/sendungen-oddaje/detail/which/poti-iz-labirintov>), članki na temo duševnega zdravja v spletnih in fizičnih revijah, gostovanja v radijskih in televizijskih oddajah), obeleževali različne mednarodne dneve, posvečene (duševnemu) zdravju v obliki predavanj, okroglih miz, diskusij, izdajali mesečne elektronske novičnike idr. Stkali smo bogato mrežo pridruženih partnerjev, ki so naše vsebine posredovali po svojih ožjih in širših socialnih krogih. Izkazalo se je, da so naši izdelki v preteklih treh letih pomagali marsikomu, ki je iskal pomoč zase, za svoje bližnje ali se je želel zgolj dodatno seznaniti s področjem duševnega zdravja. Rečemo lahko, da je naš inovativni promocijsko izobraževalni program dosegel svoje poslanstvo.

Naj ob koncu podelim še svoje osebno doživljanje kot aktivna članica programa OMRA mlajše generacije. Izredno dragoceno mi je bilo zapluti s polnimi jadri v večino aktivnosti in delovnih nalog programa. Gre za program, ki odprtih rok sprejema najrazličnejše poglede, pristope, ideje k skupnemu ozaveščanju o pomenu duševnega zdravja. Program, o katerem sem dobila čast napisati predgovor in opisati zakulisje, mi je omogočil neprecenljive nove izkušnje. Začutila sem, da se lahko ogromno naučim, tudi veliko ponudim s svojim znanjem in kar nekaj kompetencami. Slednje sem lahko tekom timskega dela in skupine, ki združuje najrazličnejša področja in strokovne poglede na področju duševnega zdravja, še dodobra nadgradila, na kar sem ponosna in za kar sem hvaležna hkrati.

Želimo si, da bi vsebine programa OMRA prepoznavali in uporabljali vsi, ki se soočajo s težavami v duševnem zdravju, njihovi bližnji, strokovni delavci in predstavniki organizacij, ki se pri svojem delu srečujejo z osebami s težavami v duševnem zdravju, navsezadnje pa tudi vsi ostali, ki jih tematika zanima. V tem pozitivnem in samozavestnem duhu plujemo proti naslednjemu triletju. Srčno upamo, da spet v pristnem stiku z ljudmi, s katerimi in za katere delujemo.



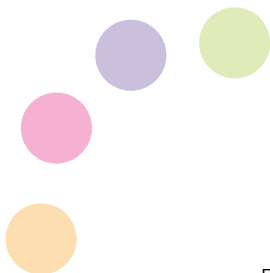
Okrogla miza skupine OMRA: Delo na daljavo – pasti in prednosti na področju duševnega zdravja (april 2022)



Skupina OMRA na Bledu – predavanje ob svetovnem dnevu narcistične zlorabe (junij 2022)



Promocijsko izobraževalna gradiva programa OMRA so prejeli tudi udeleženci in udeleženke naših dogodkov v živo (junij 2022)



# KAZALO

<b>KNJIGI NA POT PROGRAM OMRA NA PREPIHU MED EPIDEMIJO IN PRIZADEVANJI ZA DVIG PISMENOSTI O DUŠEVNEM ZDRAVJU</b> Lilijana Šprah	3
<b>PREDGOVOR PROGRAM OMRA ZA KULISAMI</b> Anja Ibrčič	7
<b>STARA IN NOVA KLASIFIKACIJA OSEBNOSTNIH MOTENJ – POMEN ZA KLINIČNO DELO / Old and new classification of personality disorders – significance for clinical work</b> Mojca Zvezdana Dernovšek	15
<b>EVOLUCIJSKI VIDIKI OSEBNOSTNIH MOTENJ /</b> Evolutionary aspects of personality disorders Malka Čeh	25
<b>KRATEK PREGLED PSIHODINAMSKEGA POGLEDA NA OSEBNOSTNE MOTNJE / A brief overview of the psychodynamic view of personality disorders</b> Anela Klemenc Bešo	39
<b>OSEBNOSTNE MOTNJE IN KOMORBIDNOST /</b> Personality disorders and comorbidity Mojca Zvezdana Dernovšek	51
<b>UČINKOVITOST PSIHOTERAPIJE PRI OBRAVNAVI OSEBNOSTNIH MOTENJ / Effectiveness of psychotherapy in the treatment of personality disorders</b> Luka Agrež	57
<b>PSIHOANALITIČNO DELO Z METAFORO PRI OBSESIVNO KOMPULZIVNI MOTNJI / Psychoanalytic work with metaphor in obsessive-compulsive disorder</b> Urška Battelino	65
<b>DRUŽBENI MEDIJI IN NARCIZEM: PRODUKTIVNI KAOS ZNANOSTI V NASTAJANJU / Social media and narcissism: productive chaos of science in the making</b> Jernej Kaluža	77
<b>VPLIV PSIHOEDUKACIJSKIH DELAVNIC »ČUSTVENI VRTILJAK ODNOSOV: PREPOZNAJMO OSEBNOSTNE MOTNJE MED NAMI« NA RAVEN PISMENOSTI O OSEBNOSTNIH MOTNJAH / The impact of the psychoeducational workshops »Emotional carousel of relationships: let's recognize personality disorders among us« on the level of literacy about personality disorders</b> Lilijana Šprah	91

<p><b>EVALVACIJA UČINKA SPLETNIH DELAVNIC »STRES POVZROČA STISKE, OKREPITE SVOJE MOČI!« NA RAVEN PISMENOSTI O MOTNJAH RAZPOLOŽENJA /</b> Evaluating the impact of online workshops »Stress Worries, Strengthen Your Strengths!« on the level of mood disorders literacy Lilijana Šprah</p>	113
<p><b>POVEZANOST STEREOTIPOV, PREDSDOKOV IN DISKRIMINATORNEGA VEDENJA Z IZBRANIMI SOCIODEMOGRAFSKIMI SPREMENLJIVKAMI V SKUPINI UDELEŽENCEV IN UDELEŽENK OMRA DELAVNIC /</b> The association of stereotypes, prejudice, and discriminatory behavior with selected sociodemographic variables in the group of OMRA workshop participants Lilijana Šprah</p>	139
<p><b>SPOROČILA UDELEŽENCEV IN UDELEŽENK OMRA DELAVNIC O MOTNJAH RAZPOLOŽENJA, OSEBNOSTNIH MOTNJAH IN STIGMI /</b> Messages of attendees of OMRA workshops on mood disorders, personality disorders and stigma Sanja Cukut Krilić</p>	159
<p><b>MEJNA OSEBNOSTNA MOTNJA IN STIGMA: ALI SMO RES SAMI ODGOVORNI ZA (SAMO)STIGMO? /</b> Borderline personality disorder and stigma: are we really responsible for self-stigma? Dino Manzoni</p>	173
<p><b>STIGMA IN OVIRE PRI ISKANJU POMOČI MED BEGUNCI IN BEGUNKAMI /</b> Stigma and barriers to help seeking among refugees Sanja Cukut Krilić</p>	183
<p><b>DEMENCA IN STIGMA /</b> Dementia and stigma Lucija Grkman, Nina Mavrič, Barbara Lovrečič &amp; Mercedes Lovrečič</p>	195
<p><b>PODEŽELSKI ZDRAVNIKI ŠIRŠE O TRPLJENJU LJUDI, KI KMETUJEJO /</b> Medical reflections on the suffering of farmers beyond the symptoms Duška Knežević Hočevar</p>	209
<p><b>OCENA POTREB: IZKUŠNJE PACIENTOV Z OBRAVNAVO V CENTRU ZA DUŠEVNO ZDRAVJE ODRASLIH /</b> Needs assessment: Patient reported experience measures within adult Mental Health Centre Irena Makivić</p>	221
<p><b>DUŠEVNE TEŽAVE IN FILOZOFIJA /</b> Mental problems and philosophy Barbara Vogrinec Švigelj</p>	233
<p><b>PORTRET OSEB S TEŽAVAMI V DUŠEVNEM ZDRAVJU V FILMIH IN NJIHOV UČINEK NA ZAZNAVO ŠIRŠE JAVNOSTI /</b> The portrayal of people with mental health problems in films and its impact on public perception Suzana Oreški</p>	241
<p><b>POVEZANOST TEŽAV V DUŠEVNEM ZDRAVJU IN PANDEMIJE COVID-19 /</b> The connection between mental health problems and the COVID-19 pandemic Anja Ibrčić, Lilijana Šprah</p>	251



# STARA IN NOVA KLASIFIKACIJA OSEBNOSTNIH MOTENJ – POMEN ZA KLINIČNO DELO

Old and new classification of personality  
disorders – significance for clinical work

Mojca Zvezdana Dernovšek

## **POVZETEK**

*Pregledni prispevek prinaša predstavitev razlik med razvrščanjem osebnostnih motenj v MKB-10 in MKB-11 in razpravlja o morebitnih vplivih na klinično prakso. Do MKB-10 sta razvrščanje in diagnostika temeljili na kategorijah, kar pa je prinašalo težave v vsakodnevni klinični praksi. Mnogo oseb z izkušnjo osebnostnih motenj namreč nima značilnosti samo ene osebnostne motnje. Hkrati kategorije niso omogočale, da bi se opredelilo, ali je osebnostna motnja glede na vplive, ki jih ima na življenje te osebe, izraženo blago, zmerno ali resno. MKB-11 prinaša dimenzionalno razvrstitev osebnostnih motenj, kar pomeni, da se bodo uporabljale dimenzije glede vpliva na življenje posameznika in glede posameznih lastnosti, ki se jih opredeljuje kot odstopanja in povzročajo težave.*

**Ključne besede:** osebnostne motnje, klasifikacija, MKB-11, diagnoza, klinično delo

## **ABSTRACT**

*The review paper presents the differences between the ICD-10 and ICD-11 classification of personality disorders and discusses possible implications for clinical practice. Until ICD-10, classification and diagnosis were based on categories, which created problems in daily clinical practice. Many people with personality disorders do not have the characteristics of only one personality disorder.*

---

**Avtorica:** Mojca Zvezdana Dernovšek

**Znanstveni in strokovni naziv:** prof. dr., doktorica medicine, specialistka psihiatrije

**Inštitucija/zaposlitev, naslov:** Inštitut Karakter – inštitut za osebnostne motnje in oblikovanje osebnosti, Ježa 90, 1000 Ljubljana

**E-naslov:** mojca-zvezdana.dernovsek@guest.arnes.si

**DOI:** [https://doi.org/10.3986/9789610506768\\_1](https://doi.org/10.3986/9789610506768_1)

*At the same time, the categories made it impossible to define whether the personality disorder was mild, moderate, or severe in terms of its impact on the person's life. The ICD-11 provides for a dimensional classification of personality disorders, which means that dimensions are used in terms of the impact on the person's life and in terms of individual characteristics that are defined as deviations causing problems.*

**Keywords:** *personality disorders, classification, ICD-11, diagnosis, clinical work*

## 1 UVOD

Z letom 2022 je stopila v veljavo 11. izdaja Mednarodne klasifikacije bolezni (MKB-11 ali International Classification of Diseases [WHO, 2018]), ki prinaša velike spremembe pri razvrščanju nekaterih skupin duševnih motenj. Poglavje osebnostnih motenj je med bolj spremenjenimi. MKB-11 se bo v Sloveniji začela uporabljati takoj, ko bo prevedena. Prevod lahko pričakujemo konec leta 2023 in začetek uporabe v letu 2024. Prispevek prinaša pregled sprememb, ki jih uvaja MKB-11 v luči klinične prakse in stigme.

Osebnostne motnje štejemo med pogoste duševne motnje, saj naj bi po različnih ocenah najmanj vsak sedmi odrasli imel klinično pomembno osebnostno motnjo (Eaton in Greene, 2017).

Postavitev diagnoze osebnostne motnje ima številne pasti. Ljudje z izkušnjo osebnostne motnje imajo zaradi odstopanj v čustvovanju, mišljenju, vedenju in odnosih številne težave na več področjih življenja, vendar težave pripisujejo okolju (WHO, 2003). Kadar iščejo pomoč zaradi težav v duševnem zdravju, je to večinoma zaradi pridruženih motenj, ki pa so pogoste in številne (Tyrer in sod., 1997), zato je natančna diagnostika izjemnega pomena, dober sistem razvrščanja pa lahko zelo pripomore k boljši diagnostiki. Uporaba enotnih kriterijev za postavitev diagnoze pomembno izboljša pravilnost in natančnost diagnoze.

Največja razlika med MKB-10 in MKB-11 glede osebnostnih motenj je naslednja: MKB-10 uporablja kategorično razvrščanje (enako kot vse klasifikacije pred njo), MKB-11 pa dimenzionalno (WHO, 2003; WHO, 2018). Spremembe, ki jih prinaša MKB-11, se bodo odrazile v neposredni klinični praksi, strokovni literaturi in raziskovanju. Zaradi velike količine strokovne literature iz preteklosti pa bo minilo še precej časa, da bo nova razvrstitev povsem zasenčila staro. Tudi razumevanje izvidov iz obdobja MKB-10 ali starejših zahteva od strokovnjakov poznavanje

stare klasifikacije. Strokovnjaki s področja duševnega zdravja bodo zatorej še lep čas morali razumeti tako staro kot novo klasifikacijo.

Nova in stara klasifikacija osebnostne motnje definirata na enak način. Gre za skupek osebnostnih lastnosti, ki so v navzkrižju ali celo sporu z ustaljenimi normami in praksami v družbenih okoljih, kjer človek z izkušnjo osebnostne motnje deluje. Te lastnosti, se pravi vzorci doživljanja (mišljenja, čustvovanja) in vedenja, so precej izražene in človeku povzročajo težave v odnosu s samim seboj in drugimi. Ker so te lastnosti tudi precej trajne, jih človek uveljavlja ne glede na te težave. Tu pa se podobnosti med klasifikacijama zaključita.

## 2 KATEGORIČNO RAZVRŠČANJE OSEBNOSTNIH MOTENJ V MKB-10

V stari klasifikaciji so osebnostne motnje razvrščene po kategoričnem modelu, kot je prikazano v tabeli 1 (WHO, 2003). Poglavlje F60–96 vključuje raznovrstna stanja in vzorce vedenja, ki so klinično pomembni. Podpoglavja so: specifične osebnostne motnje (F60), mešane in drugačne osebnostne motnje (F61) in dolgotrajne osebnostne spremembe (F62). Pri vseh teh stanjih gre za globoko zakoreninjene, dolgo časa prisotne osebnostne značilnosti, ki se kažejo kot neupogljivi odzivi na širok obseg osebnostnih in družbenih razmer. Te osebnostne značilnosti predstavljajo skrajne in značilne odklone od načina, kako povprečni posameznik v dani kulturi zaznava, misli, čuti in se povezuje z drugimi. Takšni vedenjski vzorci so stalni in obsegajo številna področja vedenja in duševnega funkcioniranja. Pogosto so povezani z različnimi stopnjami subjektivne stiske in problemi družbene učinkovitosti (WHO, 2003).

MKB-10 nadalje opredeljuje poglavje F60 takole: gre za resne motnje osebnosti in vedenjskih teženj posameznika, ki ne izhajajo neposredno iz bolezni, poškodbe ali drugačne okvare možganov ali kake drugačne duševne motnje. Navadno vključujejo več področij osebnosti in so skoraj vselej povezane z izrazito osebno stisko in razdorom z družbo. Navadno se kažejo od otroštva ali adolescence in se nadaljujejo skozi odraslo dobo.

**Tabela 1: Kategorije osebnostnih motenj po MKB-10 (WHO, 2003)**

Šifra	Poimenovanje (drugi izrazi)	Opis
F60.0	<b>Paranoidna osebnostna motnja</b> Osebnost (motnja): · eksplozivno paranoidna · fanatična · kverulantska · paranoidna · senzitivno blodnjava	Značilna je pretirana občutljivost za različne zapreke, nespravljivost zaradi žalitev; sumničavost in težnja k izkrivljanju izkušenj zaradi napačnega razlaganja nevtralnih ali prijateljskih dejanj drugih kot sovražna ali prezirljiva; ponavljajoča se neutemeljena sumničenja glede zakončeve ali partnerjeve nezvestobe; borbena in trdovratna zahteva po osebnih pravicah. Često je prisoten pretirano močan občutek samopomembnosti in občutek, da se stvari osebe tičejo.
F60.1	<b>Shizoidna osebnostna motnja</b>	Značilen je umik iz čustvenih, socialnih in drugačnih stikov, nagnjenost do fantazije, samotarskih dejavnosti in introspekcija. Sposobnost izražanja čustev in doživljanja ugodja je omejena.
F60.2	<b>Disocialna osebnostna motnja</b> Osebnost (motnja): · amoralna · antisocialna · asocialna · psihopatska · sociopatska	Značilno je neupoštevanje družbenih obveznosti, družbenih norm in popolna nezainteresiranost za čustva drugih. Neugodne izkušnje, vključno s kaznovanjem, ne vplivajo pomembno na vedenje. Značilna je nizka toleranca do neuspeha, nizek prag za sprostitev agresivnosti (vključno z nasiljem), obstaja tendenca h grajanju drugih in k verjetnim racionalizacijam vedenja, ki spravlja pacienta v spore z družbo.
F60.3	<b>Mejna osebnostna motnja</b>	Značilna je težnja k impulzivnemu agiranju, ne glede na posledice. Razpoloženje je nepredvidljivo in muhasto, oseba se nagiba k izbruhom čustev in je nezmožna nadzorovanja vedenjskih eksplozij. Nagnjenost k prepirljivosti in sporom z drugimi se pokaže, če se impulzivna dejanja onemogočajo ali nadzorujejo. Ločimo dva tipa: impulzivni tip, kjer prevladujeta čustvena neuravnovešenost in slabo obvladovanje hotnih vzgibov, in »borderline« tip, pri katerem so zraven še motnje v samopodobi, ciljih, notranjih preferencah, kronično občutje praznine, intenzivni in nestabilni medosebni odnosi in nagnjenost k samodestruktivnemu vedenju s samomorilnimi gestami in poskusi.
F60.4	<b>Histrionična osebnostna motnja</b> Osebnost (motnja): · histerična · psihoinfantilna	Osebnostna motnja, za katero so značilni plitvo in labilno čustvovanje, dramatiziranje, teatralnost, pretirano izražanje čustev, sugestibilnost, egocentričnost, razbrzdanost, pomanjkanje upoštevanja drugih, pretirana ranljivost in nenehno hlepenje po upoštevanju, pozornosti in vznurjenju.

F60.5	<p><b>Anankastična osebnostna motnja</b></p> <p>Osebnost (motnja):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· kompulzivna</li> <li>· obsesivna</li> <li>· obsesivno-kompulzivna</li> </ul>	<p>Značilna so čustva dvoma, težnje po popolnosti, pretirana vestnost, zadrževanje pri podrobnostih in pretirano ukvarjanje z njimi, svojeglavost, opreznost in togost. Lahko so prisotne trdovratne in nezaželene misli in impulzi, ki pa ne dosežejo stopnje obsesivno-kompulzivne motnje.</p>
F60.6	<p><b>Bojazljivostna (izmikajoča se) osebnostna motnja</b></p>	<p>Značilna so občutja napetosti, zaskrbljenosti, negotovosti in manjvrednosti. Obstaja nenehno hrepenenje po ljubljenosti in sprejetosti. Pomembna je preobčutljivost za odklonitev in kritiko, osiromašenost osebnih stikov in navezanosti, težnja k izogibanju določenim aktivnostim s poudarjanjem možnih nevarnosti ali tveganj v vsakdanjem življenju.</p>
F60.7	<p><b>Odvisnostna osebnostna motnja</b></p> <p>Osebnost (motnja):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· astenična</li> <li>· nezadostna</li> <li>· pasivna</li> <li>· malodušna</li> </ul>	<p>Značilno je popolno zanašanje na druge ljudi pri sprejemanju večjih ali manjših odločitev, velik strah pred tem, da bi jih kdo zapustil, občutje nebogljenosti in nesposobnosti, pasivno podrejanje željam starejših in drugih, šibek odziv na zahteve vsakdanjega življenja. Kaže se pomanjkanje vitalnosti na intelektualnem in emocionalnem področju. Pogosta je težnja prevladati odgovornost na druge.</p>
F60.8	<p><b>Druge specifične osebnostne motnje</b></p> <p>Osebnost (motnja):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· ekscentrična</li> <li>· tipa haltlos</li> <li>· nezrela</li> <li>· narcistična</li> <li>· pasivno agresivna</li> <li>· psihonevrotska</li> </ul>	<p>Ni dodatne razlage.</p>
F60.9	<p><b>Osebnostna motnja, neopredeljena</b></p> <p>Karakterna nevroza BDO Patološka osebnost BDO</p>	<p>Ni dodatne razlage.</p>
F61	<p><b>Mešana in druge osebnostne motnje</b></p>	<p>Ta kategorija je namenjena osebnostnim motnjam, ki so pogosto moteče, vendar ne razodevajo specifičnih simptomnih vzorcev, ki označujejo motnje, opisane v F60. Rezultat tega je, da jih je često težje diagnosticirati kot pa motnje v okviru F60. Primeri vključujejo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· mešane osebnostne motnje z značilnostmi nekaterih motenj v F60, vendar brez prevladujočega niza simptomov, ki bi dopuščali bolj specifično diagnozo,</li> <li>· moteče osebnostne spremembe, ki se jih ne da uvrstiti v F60 ali F62 in se jih da upoštevati kot sekundarne h glavni diagnozi kake afektivne ali anksiozne motnje.</li> </ul>

### 3 OD STARE K NOVI KLASIFIKACIJI ALI OD KATEGORIJ K DIMENZIJAM

Izhajajoč iz svojih kliničnih izkušenj, številni strokovnjaki s področja osebnostnih motenj ugotavljajo, da kategorični model razvrščanja teh motenj pravzaprav ni najustreznejši (Brezovar, 2019). Človek z izkušnjo osebnostne motnje ima pogosto značilnosti različnih osebnostnih motenj in zato kategorije velikokrat niso bile uporabne. MKB-10 opozarja na težave v diagnosticiranju, če se uporabi kategorija F61 (tabela 1). Pri različnih ljudeh z izkušnjo osebnostne motnje je namreč le-ta izražena v različni meri.

Osebnostne motnje zato nova klasifikacija razvršča v dimenzije. Dimenzije so dveh vrst – izraženost osebnostne motnje in prisotnost in izraženost posameznih lastnosti.

Izraženost osebnostne motnje pomeni, do katere mere osebnostna motnja vpliva na življenje posameznika. Ločimo blago, zmerno in izrazito osebnostno motnjo (tabela 2) (WHO, 2018).

**Tabela 2: Dimenzije izraženosti osebnostne motnje po MKB-11 (WHO, 2018)**

Izraženost osebnostne motnje	Vpliv na življenje posameznika
<b>Blaga osebnostna motnja</b>	Človek z izkušnjo blage osebnostne motnje ima težave zgolj na nekaterih področjih svojega delovanja, na ostalih pa nima večjih težav.
<b>Zmerna osebnostna motnja</b>	Oseba z izkušnjo zmerne osebnostne motnje ima težave na več področjih svojega delovanja, vendar so lahko na določenih področjih težave manjše. Občasno utegne s svojim vedenjem škodovati tako sebi kot drugim.
<b>Izrazita osebnostna motnja</b>	Oseba z izkušnjo izrazite osebnostne motnje ima težave na skoraj vseh področjih svojega delovanja in povsod, kjer so, so težave večje. Pogosto s svojim vedenjem škodi tako sebi kot drugim.

Nova klasifikacija je nastala kot plod večletnega raziskovanja in ugotavljanja, katere so tiste osebnostne poteze, ki so skupne več osebnostnim motnjam v stari klasifikaciji in pomembno vplivajo na mišljenje, čustvovanje in vedenje. Nabor osebnostnih potez za diagnozo osebnostne motnje je kratek in jedrnat, obsega pa naslednje: negativno čustvovanje, odtujenost, disocialnost, dezinhibicijo, anankastičnost, mejni vzorec (WHO, 2018).

Osebnostne motnje so tako razvrščene v več osebnostnih potez, ki so dimenzije, saj so lahko blage, zmerne ali izrazite, odvisno od tega, ali so prisotne pri blagi, zmerni ali izraziti osebnostni motnji. Te osebnostne poteze lahko opišemo, kot je navedeno v tabeli 3 (WHO, 2018).

**Tabela 3: Osebnostne poteze, ki so pomembne pri diagnosticiranju osebnostnih motenj po MKB-11 (WHO, 2018).**

Osebnostna lastnost	Opis	Prisotna pri kategorijah osebnostnih motenj po MKB-10
<b>Negativno čustvovanje</b>	Človek, pri katerem je prisotno negativno čustvovanje, je nagnjen k doživljanju velike količine različnih neprijetnih čustev, katerih pogostost in stopnja izraženosti sta neustrezni glede na okoliščine. Natančneje gre za neprijetna čustva, kot so tesnoba, zaskrbljenost, občutljivost, sovražnost, sumničavost, nezaupanje, jeza, potrtnost, črnogledost, sram, občutek krivde, slaba samopodoba ...	Značilne lastnosti pri odvisnosti in izogibajoči osebnostni motnji.  Prisotne so lahko tudi pri histrionični, narcistični, anakastični in disocialni osebnostni motnji.
<b>Odtujenost</b>	Oseba, pri kateri je prisotna odtujenost, ima težnjo k vzdrževanju pretirane čustvene razdalje v odnosih z drugimi ljudmi. Tako se izogiba sodelovanju z drugimi in intimnosti, nima prijateljev, je zadržana, vzvišena do drugih, ohola, njeno čustveno doživljanje in izražanje sta omejeni.	Značilna lastnost pri shizoidni osebnostni motnji.
<b>Disocialnost</b>	Oseba, pri kateri je prisotna disocialnost, zanemarja pravice in občutke drugih ljudi. To se kaže v tem, da je zaverovana vase – vključno s tem, da ima občutek upravičene nadrejenosti nad drugim, mogočnosti. Pričakuje, da jo bodo drugi občudovali, išče njihovo pozornost, ni zmožna vživljanja v drugega, zavaja druge, v odnosu z njimi je preračunljiva, izkoriščevalska, zlobna, nasilna.	Značilna lastnost pri disocialni osebnostni motnji.
<b>Dezinhibicija</b>	Dezinhibicija (ali zmanjšano zadrževanje) pomeni težnjo k nepremišljenim dejanjem kot odziv na zunanje ali notranje dražljaje (lastne misli, čustva, besede in dejanja drugih). Oseba, pri kateri je prisotna ta težnja, je nepremišljena v svojem vedenju, ki je lahko tudi nasilno, v poslovnih dejanjih, pomembnih življenjskih odločitvah ipd., ima tudi težave z zbranostjo, pozornostjo, načrtovanjem, odgovornostjo.	To lastnost lahko najdemo pri disocialni, histrionični, mejni in narcistični osebnostni motnji.

<b>Anankastičnost</b>	Človek, pri katerem je prisotna anankastičnost, ima prisilne, toge predstave glede popolnosti in tega, kaj je prav in kaj ne. Teži k pretiranemu nadzoru nad lastnim vedenjem in vedenjem drugih ter položajev, da bi se uresničile prisilne predstave. Tako si pretirano prizadeva za popolnost in ga pretirano skrbi, kaj je prav in kaj ne, vključno s tem, da je preveč osredotočen na podrobnosti, načrtovanje in urejanje, tudi čustveno in vedenjsko omejuje sebe in druge skupaj s tem, da trmoglavi, je pretirano preudaren in se izogiba tveganjem.	Značilna lastnost pri anankastični osebnostni motnji.
<b>Mejni vzorec</b>	Mejni vzorec pomeni izrazito nestanovitnost samopodobe, čustev in vedenja. Človek, pri katerem je prisotna ta nestanovitnost, hitro menja razpoloženje, partnerstva, prijateljstva, službe, življenjske prednosti ...	Značilna lastnost pri mejni osebnostni motnji.

## 4 ZAKLJUČEK

Z MKB-11 stopa v veljavo nova klasifikacija osebnostnih motenj in tudi nov model diagnosticiranja, ki namesto na kategorijah temelji na dimenzijah (WHO, 2018). Takšno razvrščanje je ustrežnejše, saj za razliko od razvrščanja v kategorije upošteva, da gre pri človeku z izkušnjo osebnostne motnje pogosto za značilnosti različnih osebnostnih motenj in da je pri različnih ljudeh z izkušnjo osebnostne motnje stopnja izraženosti le-te različna.

Diagnosticiranje osebnostnih motenj je v domeni specialista psihiatra in specialista klinične psihologije. Diagnoza osebnostne motnje se nikoli ne sme postaviti brez objektivnih podatkov, ki jih prispevajo bližnji in službe za pomoč ljudem v stiski. Nova klasifikacija izrecno zahteva, da se glede na posledice, ki jih imajo ljudje z izkušnjo osebnostne motnje, opredeli tudi njihova izraženost. To je velik napredek in bo omogočal/zahteval mnogo natančnejšo diagnosticiranje.

Po novem v klinično ugotovitev ne bomo napisali, da gre pri določeni osebi za mejno osebnostno motnjo – impulzivni tip, temveč bomo opredelili najprej, ali gre za blago, zmerno ali izrazito osebnostno motnjo. Nato bomo našli dimenzije, pri katerih najdemo odstopanja: npr. »z mejnim vzorcem, negativnim čustvovanjem in dezinhibicijo«. Diagnoza bo torej opisna.

Lahko se vprašamo, ali utegne nova klasifikacija osebnostnih motenj vplivati na stigmo. Posamezni strokovni izrazi iz stare klasifikacije se pojavljajo



v vsakodnevnih novicah, umetnosti, sodnih postopkih in vsakodnevnih zmerljivkah. Kadar uporaba takšnega izraza kaže na njegovo nerazumevanje oz. je celo povsem očitno, da se uporablja strokovni izraz kot zmerljivka, gre za utrjevanje stigme vseh duševnih motenj, ne samo osebnostnih. Hkrati etiketiranje z določenim izrazom pri ljudeh zbuja odpor in namesto prevzemanja odgovornosti za svoje mišljenje, čustvovanje in vedenje krepimo vdanost v usodo oz. aktivno upiranje in vztrajanje pri svojem. Stara klasifikacija osebnostnih motenj je dejansko uporabljala kategorije, s katerimi je predvsem opisovala zunanjo podobo izkušnje osebnostnih motenj, pri čemer je zanemarila notranji svet posameznika s temi izkušnjami.

Klient in strokovnjak s področja duševnega zdravja veliko lažje najdeta skupni jezik, kaj je problem, če se pozornost usmeri prav na te posebne izkušnje posameznika, npr. nagibanje k nepremišljenim dejanjem ali negativnemu čustvovanju. Nato lahko strokovnjak s področja duševnega zdravja podpre klienta pri iskanju boljših načinov odzivanja. Klinično delo je učinkoviteje, kadar uporabljamo tiste vsebine, kjer se klient in strokovnjak strinjata. Nova klasifikacija tako podpira na klienta usmerjeno klinično delo.

## Literatura

- Brezovar, S. Osebnostne motnje v teoriji in praksi: zakaj nastanejo, kako jih prepoznamo in kako zdravimo, Ljubljana: UMco; 2019.
- Eaton, N. R. in Greene, A. L. Personality disorders: community prevalence and socio-demographic correlates. *Curr Opin Psychol.* 2018; 21: 28–32.
- Newton-Howes, G., Tyrer, P., Anagnostakis, K., Cooper, S., Bowden-Jones, O. in Weaver, T. COSMIC study team. The prevalence of personality disorder, its comorbidity with mental state disorders, and its clinical significance in community mental health teams. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2010; 45(4): 453–460.
- Tyrer, P., Gunderson, J., Lyons, M. in Tohen, M. Extent of comorbidity between mental state and personality disorders. *J Pers Disord.* 1997; 11(3): 242–259.
- WHO. ICD-10: The 10th Revision of the International Classification of Diseases. WHO; 2003.
- WHO. ICD-11: The 11th Revision of the International Classification of Diseases. WHO; 2018.



# EVOLUCIJSKI VIDIKI OSEBNOSTNIH MOTENJ

## Evolutionary aspects of personality disorders

Malka Čeh

### **POVZETEK**

Človekova osebnostna struktura je enako kot druge funkcionalnosti njegovega organizma produkt naravne selekcije. Tekom evolucije so se v človeškem genomu ohranili aleli, ki so bili najučinkovitejši v zagotavljanju preživetja in razmnoževanja svojih nosilcev, saj je to zagotavljalo njihovo reprodukcijo. Visoka genetska determiniranost osebnostnih motenj z visoko prevalenco je v tem kontekstu videti paradoksalna, saj bi pričakovali, da jih bo naravna selekcija izločila iz genoma. V preglednem prispevku predstavljam mehanizme, ki pojasnjujejo evolucijo osebnostnih motenj kljub naravni selekciji in zaradi nje. Evolucijski pogled odpira drugačno perspektivo razumevanja osebnostnih motenj, njihove etiologije in obravnave znotraj diskurza različnih kriterijev funkcionalnosti.

**Ključne besede:** evolucijska psihologija, evolucijska antropologija, evolucija osebnosti, osebnostne motnje

### **ABSTRACT**

A person's personality structure, like other functionalities of his organism, is a product of natural selection. During evolution, the alleles that were most effective in ensuring the survival and reproduction of their carriers were preserved in the human genome, as this ensured their reproduction. The high genetic determination of high-prevalence personality disorders appears paradoxical in this context, as one would expect natural selection to eliminate

---

**Avtorica:** Malka Čeh

**Znanstveni in strokovni naziv:** magistrica psihoterapevtskih znanosti

**Inštitucija/zaposlitev, naslov:** Raziskovalno-razvojni psihoterapevtski inštitut Maribor, Jezdarska cesta 8, 2000 Maribor

**E-naslov:** malka.ceh@gmail.com

**DOI:** [https://doi.org/10.3986/9789610506768\\_2](https://doi.org/10.3986/9789610506768_2)

*them from the genome. In this review, I present mechanisms that explain the evolution of personality disorders despite and because of natural selection. The evolutionary view opens a different perspective of understanding personality disorders, their etiology and treatment within the context of different criteria of functionality.*

**Keywords:** *evolutionary psychology, evolutionary anthropology, evolution of personality, personality disorders*

## 1 UVOD

Osebnostne motnje prepoznavamo kot zdravstveno pomembna stanja, povezana s široko splošno obolevnostjo in komorbidnostjo, negativnimi učinki na posameznikovo počutje, zadovoljstvo, njegovo vključenost v odnose in skupnost (Volkert, Gablonski in Rabung, 2018; Winsper in sod. 2020). Konsenza glede definicije osebnostnih motenj ali njihovih posameznih tipov še nismo dosegli, skupno večini opredelitev pa so skrajne in neuravnotežene osebnostne lastnosti, ki ostajajo razmeroma stabilne skozi čas in v različnih situacijah (Crocq, 2022; Millon, 2016; Pullman in sod. 2021; Siever, 2022; Volkert in sod., 2018). V diskurzu evolucijske teorije osebnostne motnje razumemo kot nenormalne prilagoditvene strategije oz. produkte biogenih variacij osebnostnih kapacitet v okolju ugodnih in neugodnih ekoloških virov, ki pogojujejo zmožnosti preživetja in optimizacijo razmnoževanja (Bouchard in Loehlin, 2001). Normalna osebnost v istem diskurzu pomeni uporabo vrstno specifičnih prilagojenih načinov psihičnega delovanja, ki so pri zagotavljanju preživetja in optimizaciji razmnoževanja učinkoviti v povprečnem in pričakovanem življenjskem okolju vrste (Durisko in sod., 2016; Fabrega Jr, 1994; Millon, 2016). Da so se aleli dovzetnosti za osebnostne motnje kot osebnostne sloge slabo prilagojenega delovanja skozi evolucijo ohranili, odpira vprašanje, zakaj ali čemu jih naravna selekcija iz genskega bazena ni odstranila (Millon, 2003; Nettle, 2006; Pullman in sod. 2021).

Pojem naravne selekcije označuje preprosto naravno načelo preživetja in razmnoževanja svojemu okolju najbolj prilagojenih primerkov vrste. Poenostavljena ponazoritev naravne selekcije je, da preživijo in se razmnožujejo organizmi z lastnostmi, ki zagotavljajo prednosti v dostopu do virov, npr. hrane in zavetja, v izogibanju nevarnostim in škodi, npr. plenilcem in boleznim, in v atraktivnosti spolnim partnerjem (Al-Shawaf in Lewis, 2020; Durisko in sod., 2016). Te prednostne lastnosti nosilni organizmi v obliki genov posredujejo

naslednjim generacijam, medtem ko primerki z nekoristnimi ali celo škodljivimi lastnostmi ne preživijo, se ne razmnožujejo in so njihovi geni izločeni iz genoma (Buss, 2019; Millon, 2003; Wiley, 2021). Med naravno selekcijo na ta način nastajajo organizmi, ki se s svojimi lastnostmi najučinkoviteje izogibajo škodi in najučinkoviteje iščejo vire preživetja in načine razmnoževanja. Primerki znotraj vsake vrste kažejo ob tem vrsto skupnih lastnosti, hkrati pa se znotraj vsake vrste med njimi pojavljajo razlike (Al-Shawaf in Lewis, 2020; Lukaszewski in sod. 2020). Lastnosti, ki prispevajo k preživetju in razmnoževanju, konceptualiziramo kot evolucijske prednosti. Ene takšnih kompleksnih prilagoditvenih strategij so osebnostne strukture kot skupek osebnostnih lastnosti, ki odražajo delovanje nevronske-hormonskega sistema (McWilliams, 2011; Millon, 2003; Sela in Barbaro, 2018). Evolucija človekovega psihičnega delovanja se odvija kot tvorjenje novih organskih struktur in procesov na osnovi naključnih genskih mutacij, pri čemer nekatere vzpostavitve novih poti in reakcij povzročajo ugodne in druge neugodne razvojne spremembe. Ta biološki sistem poskusov in napak pogojuje nastanek vrste osebnostnih različic, vključno z osebnostnimi motnjami (Nettle, 2011; Sela in Barbaro, 2018; van Dongen in Boomsma, 2013).

Čeprav osebnostne motnje karakteriziramo kot nenormalne oblike osebnosti, metaanalize v splošni odrasli populaciji kažejo visoke stopnje razširjenosti. V zahodnih državah epidemiološke študije poročajo tudi o do 21-odstotni prevalenci (Penders in sod., 2020; Quirk in sod., 2016; Volkert, Gablonski in Rabung, 2018). Ocene razširjenosti so z do sedemodstotno prevalenco najvišje za C-skupino osebnostnih motenj (izogibajoča, odvisna in obsesivno-kompulzivna osebnostna motnja) in med posameznimi motnjami najvišje za obsesivno-kompulzivno in mejno osebnostno motnjo z do triodstotno prevalenco (Gawda, 2018; Volkert, Gablonski in Rabung, 2018; Winsper in sod., 2020). Genetske epidemiološke študije ob tem pojasnjujejo, da so osebnostne motnje razmeroma dedne in da igrajo skupni okoljski ali neaditivni genetski dejavniki manjšo ali nepomembno etiološko vlogo. Genetski dejavniki vključujejo ranljivost za osebnostno patologijo oz. negativno čustvovanje, impulzivnost in introvertiranost, pri čemer sodelujejo npr. geni neurotransmitorskih poti, zlasti serotonergičnih in dopaminergičnih sistemov (Reichborn-Kjennerud, 2022; Stevens in Price, 2015). Ob upoštevanju kapacitet naravne selekcije za razvoj in optimizacijo kompleksnih prilagoditev je videti paradoksalno, kako med evolucijo ni odstranila alelov, ki povzročajo tako pogosta škodljiva stanja, kot so osebnostne motnje (Durisko in sod., 2016; Gualtieri, 2021; Keller in Miller, 2006; Nettle, 2006; Pullman in sod., 2021).

## 2 EVOLUCIJA OSEBNOSTNIH MOTENJ

Navidezni paradoks evolucije osebnostnih motenj pojasnjuje več mehanizmov, ki opisujejo nastanek osebnostnih motenj *kljub* naravni selekciji in *zaradi* nje (Durisko in sod., 2016; Gualtieri, 2021; Keller, 2008; Keller in Miller, 2006; van Dongen in Boomsma, 2013). (a) Mehanizmi *kljub* naravni selekciji se nanašajo na ohranjanje alelov tveganja za osebnostne motnje, ker jih naravni selekciji ni uspelo izločiti. Razlogi so sama kompleksnost genetike osebnostnih motenj, velike spremembe v življenjskih pogojih in potencialna nevtralnost osebnostnih motenj z vidika evolucijske funkcionalnosti. (b) Evolucijsko razumevanje osebnostnih struktur pojasnjuje tudi načine, na katere dedno tveganje za osebnostne motnje nastaja *zaradi* naravne selekcije, in sicer predvsem kot izid kompromisov evolucijsko funkcionalnih adaptacij oz. kot stranski produkt naravne selekcije (Dawkins, 2006; Durisko in sod., 2016; Neuberg in Schaller, 2014; van Dongen in Boomsma, 2013). Posamezni mehanizmi evolucije osebnostnih motenj se med seboj ne izključujejo, ampak lahko učinkujejo sočasno in prehajajo eden v drugega (Durisko in sod., 2016; Keller in Miller, 2006).

### 2.1 Mehanizmi evolucije osebnostnih motenj *kljub* naravni selekciji

V okviru evolucije osebnostnih motenj *kljub* naravni selekciji lahko opazujemo mehanizme, ki so privedli do nastanka patoloških osebnostnih struktur, četudi te zmanjšujejo evolucijsko prednost in potencialno ovirajo prenos oz. ohranitev genotipa ali ker na to nimajo učinka (Buss, 2006; Durisko in sod., 2016; Keller in Miller, 2006; Ronningstam in sod., 2018). (a.1) Četudi osebnostne motnje zmanjšujejo evolucijsko prednost, naravni selekciji alelov tveganja zanje ni uspelo izločiti zaradi kompleksnosti genetike osebnostnih motenj ali zaradi spremembe človekovega življenjskega okolja. Ti mehanizmi temeljijo na (a.1.1) hitrostnem razmerju genetskih mutacij in naravne selekcije in (a.1.2) različnosti izhodiščnega evolucijskega okolja (Apostolou, 2016; Denissen in Miller, 2007; Durisko in sod., 2016; Keller in Miller, 2006; Penke in Jokela, 2016). (a.2) Naravna selekcija v izločanju genov tveganja za osebnostne motnje lahko tudi ni bila učinkovita, ker psihično blagostanje ni dejavnik preživetja in razmnoževanja, zato aleli tveganja niso predmet naravne selekcije. Razlaga osebnostnih motenj v teh primerih temelji na prepoznavanju (a.2.1) evolucijskega interesa posameznika in (a.2.2) interesa gena kot temeljnih evolucijskih načel (Apostolou, 2016; Buss, 2006; Gillespie in sod., 2018; Keller in Miller, 2006).

### 2.1.1 Hitrostno razmerje genetskih mutacij in delovanja naravne selekcije

Vse osebnostne lastnosti populacije so posledica množice naključnih mutacij in njihove naravne selekcije. Mehanizem razmerja hitrosti genetskih mutacij in delovanja naravne selekcije (angl. mutation-selection balance) se nanaša na hitrost nastajanja mutacij v razmerju do učinka delovanja naravne selekcije (Durisko in sod., 2016; van Dongen in Boomsma, 2013). V tem diskurzu so osebnostne motnje posledica mutacij, ki nastajajo hitreje, kot jih lahko selekcija iz genoma odstrani, ker so osebnostne strukture poligene z velikim naborom potencialnih virov napak (Crespi, 2009; Durisko in sod., 2016; Keller, 2018; Nettle, 2006; Penke in sod., 2007). Tudi najobetavnejši poskusi najti specifične alele občutljivosti, ki pogojujejo osebnostne motnje, namreč pojasnjujejo le malo splošnega tveganja in se med populacijami redko ponavljajo (Nettle, 2006; van Dongen in Boomsma, 2013).

Dovzetnost za osebnostne motnje lahko poleg tega posredujejo tudi običajne genetske variante z majhnimi individualnimi učinki, kar poznamo kot *hipotezo pogostih bolezni in pogostih alelov* (angl. common disease-common variant). Ta predvideva, da so aleli, ki povzročajo osebnostne motnje, v celotni populaciji pogosti, vendar osebnostne motnje povzročajo le določene kompleksne kombinacije. Vsaka različica vsakega gena, ki vpliva na osebnostno motnjo, ima majhen aditivni ali multiplikacijski učinek na fenotip motnje. Te motnje oz. osebnostne lastnosti so evolucijsko nevtralne deloma zato, ker nanje vpliva toliko genov (Penke in Jokela, 2016; Reus, 2018; van Dongen in Boomsma, 2013).

Naravna selekcija najhitreje odstrani mutacije z najškodlivejšimi učinki, v populaciji pa se dlje ohranijo redke mutacije novejšega izvora. Mutacija, ki povzroči enoodstotno zmanjšanje evolucijske prednosti, bo denimo v genomu vztrajala, dokler ne preide skozi okoli 100 primerkov (Nettle, 2006; Penke in Jokela, 2016). Mutacije z blažjimi učinki so izločene počasneje, zato so običajno pogostejše, čeprav v absolutnem smislu še vedno zelo redke, in mlajše, tj. podedovane od staršev, starih staršev itn. So pa genetske variacije, ki jih povzroča razmerje selekcije in mutacij, večinoma posledica starih mutacij, ki še niso bile izločene, in ne novih. Večina mutacij predstavlja družinsko zapuščino in ne individualnih slabosti (Durisko in sod., 2016; Penke in Jokela, 2016; van Dongen in Boomsma, 2013).

## 2.1.2 Različnost okolja evolucijskega prilagajanja

Neusklajenost okolja kot dejavnik evolucije osebnostnih motenj se nanaša na vrzel med okoljem, v katerem so se osebnostne strukture pod pritiski naravne selekcije razvijale, in okoljem, v katerem človek deluje danes (Li in sod., 2018; Millar in Tesser, 1990; Van Vugt in sod., 2020). Določena osebnostna struktura je lahko zagotavljala visoko funkcionalnost v izhodiščnem okolju evolucijskega prilagajanja (angl. environment of evolutionary adaptedness), vendar ima negativne učinke v človekovih današnjih življenjskih pogojih (Durisko in sod., 2016; Keller in Miller, 2006; Li in sod., 2018). Osebnostne motnje so lahko na isti način tudi odraz reaktivne obrambe, ki izhaja iz napake v okolju. Za osebnostne motnje je v več etioloških teorijah predpostavljeno, da se razvijejo kot odziv na okoljske dejavnike. Medtem ko je določena skrajna osebnostna struktura delovala funkcionalno obrambno in posamezniku zagotovila preživetje in razmnoževanje v izhodiščnih zaostrenih pogojih, danes deluje nefunkcionalno (Van Vugt in sod. 2020; Keller in Miller, 2006). Na oba načina se osebnostne motnje razvijajo kot neposredna posledica funkcionalnih adaptacij, ki so nefunkcionalne šele s prenosom genoma v okolje sodobnega človeka.

Vrzel med pogoji, v katerih so se osebnostne strukture skozi evolucijo razvijale, in človekovimi življenjskimi pogoji danes, je lahko povezana tudi z nevtralnostjo okolja evolucijskega prilagajanja. Nekatero osebnostne genetske variacije, ki povzročajo slabo funkcionalnost posameznika v sodobnem okolju, lahko v izhodiščnem okolju evolucijskega prilagajanja niso imele nobenega učinka in so nefunkcionalne postale z nastopom novih življenjskih pogojev. Danes patološke osebnostne strukture so se v genomu ohranile, ker nosilnim alelom naravna selekcija ni bila niti naklonjena niti ne naklonjena (Apostolou, 2016; Buss, 2006; Durisko in sod., 2016; Keller in Miller, 2006). Med pogoji, ki bi lahko povzročali nove interakcije z genetsko determiniranimi osebnostmi lastnostmi, so npr. šibkejša povezanost skupnosti, drugačni odnosni pogoji, novi družbeni kriteriji, norme in vrednote (Durisko in sod., 2016; Gillespie in sod., 2018; Ronningstam in sod., 2018). Učinek različnosti okolja evolucijskega prilagajanja se ujema z večjo razširjenostjo osebnostnih motenj v razvitejših državah in med posamezniki, ki so v stiku z evolucijskimi inovacijami, npr. psihično aktivnimi substancami in sodobnimi tehnologijami (Barrientos Guevara in Lopez Paredes, 2021; Gawda, 2018; Vater in sod., 2018).



### 2.1.3 Evolucijski interes posameznika in interes gena

Preostala dva mehanizma evolucije osebnostnih motenj *kljub* naravni selekciji izhajata iz okoliščin, (a.2.1) da so predmet naravne selekcije lastnosti, ki pogojujejo evolucijsko prednost, ne pa psihičnega blagostanja samega po sebi in (a.2.1) da naravna selekcija primarno ne deluje na ravni posameznika, ampak na ravni gena. Evolucijsko funkcionalne adaptacije pomenijo prilagoditvene izide, ki zagotavljajo dober prenos genov skozi generacije. Subjektivno slabo prilagojene osebnostne strukture tako z evolucijske perspektive niso motnje in ne odražajo disfunkcij, če ne ogrožajo reprodukcije genskega materiala (Nesse, 2019; Nesse in Schulkin, 2019).

Evolucijski nastanek osebnostnih motenj lahko razloži zorni kot opredeljevanja funkcionalnosti. Osebnostne motnje običajno razumemo kot motnje delovanja, vendar je za opredeljevanje disfunkcije bistvenega pomena vidik razumevanja funkcije (Keller in Miller, 2006; Stevens in Price, 2015). Osebnostne lastnosti in strukture predstavljajo različne strategije psihičnega delovanja, tj. kako človek zaznava, čustvuje, presoja, se odziva, vede, sooča, povezuje z drugimi. Osebnostne motnje kot patološka stanja opredeljujemo predvsem, ker povzročajo osebne stiske in človeka ovirajo v uresničevanju subjektivnih ciljev, vendar evolucijsko gledano nujno niso škodljive (Durisko in sod., 2016; McWilliams, 2011). Nastajajo lahko v evolucijskem interesu posameznika kot funkcionalne strategije preživetja organizma in njegove reprodukcije, ki so disfunkcionalne le z vidika naših subjektivnih kriterijev (Durisko in sod., 2016; Stevens in Price, 2015). Če osebnostne motnje ogrožajo dobro počutje posameznika in/ali počutje njegove okolice, vendar to ne vpliva na njegovo reprodukcijo, se z naravno selekcijo ohranjajo. Edinega pomena za vztrajanje alelov osebnostnih struktur v populaciji je njihova učinkovitost v zagotavljanju potomcev (Keller in Miller, 2006; Stevens in Price, 2015; van Dongen in Boomsma, 2013).

Naravna selekcija organizme oblikuje posredno, na ravni genov. Gen kot zaporedje nukleotidov nima »interesa« v dobesednem pomenu, ampak osnovne zakonitosti naravne selekcije pomenijo, da se v populaciji ohranijo aleli, ki z oblikovanjem lastnosti organizmov zagotovijo, da se reproducirajo, tj. v grobem, vendar ne izključno, da se razmnožujejo njihovi nosilci (Dawkins, 2006; Neuberger in Schaller, 2014; van Dongen in Boomsma, 2013). Ohranitev gena skozi generacije je odvisna od njegovega potenciala širjenja, četudi posameznika predisponira k požrtvovalnemu vedenju, predvsem pa ne glede na to, kako se ta počuti (Dawkins, 2006; Gilbert, 2019). Iz dejstva interesa genov izhaja ključno spoznanje, da izid naravne selekcije ni psihično blagostanje posameznika samo po sebi, ampak način njegovega delovanja, ki s potomci zagotovi prenos

genov (Caporael, 2001; van Dongen in Boomsma, 2013). Osebnostne motnje so lahko za posameznika na specifične načine škodljive, a se skozi evolucijo ohranijo, če ne ogrožajo reprodukcije izvirnega genskega materiala. Dobra osebnostna struktura ni nujno pogoj, da posameznik posreduje svoj genotip, in če osebnostna motnja dopušča ali celo zagotavlja, da ima posameznik potomce, se taka osebnostna struktura v genomu ohranja (Durisko in sod., 2016; Nesse, 2019; Nesse in Schulkin, 2019; Neuberg in Schaller, 2014).

## 2.2 Mehanizmi evolucije osebnostnih motenj *zaradi naravne selekcije*

Mehanizmi *zaradi* naravne selekcije zajemajo evolucijske procese, ki temeljijo na selektivni funkcionalnosti osebnostnih lastnosti. Naravna selekcija ne oblikuje popolnih primerkov vrste, temveč deluje s kompromisi, ki ne zagotavljajo vedno optimalnega, ampak povprečno najproduktivnejše posredovanje genskega materiala. Selekcija določene lastnosti, ki to funkcionalnost poviša, lahko pri tem spodbudi tveganje za osebnostno motnjo kot stranskega produkta, tudi če ta število potomcev zmanjšuje (Dawkins, 2006; Durisko in sod., 2016; van Dongen in Boomsma, 2013). Naravna selekcija osebnostnih lastnosti zagotavlja tudi razvoj povprečno optimalnih psihičnih strategij, vendar so stranski produkt tudi skrajne različice, ki so manj funkcionalne in se izražajo kot osebnostne motnje (Keller in Miller, 2006; Penke in Jokela, 2016; van Dongen in Boomsma, 2013). Gre za mehanizme razmerja selekcije oz. razmerja pozitivnih in negativnih selektivnih sil, ki ohranjajo alelne variacije. Stranski produkti selekcije nastajajo kot posledica antagonistične pleiotropije, prednosti heterozigota, prelomne točke in izmenične selekcije (Dingemanse in sod., 2004; Durisko in sod., 2016; Keller in Miller, 2006; van Oers in Mueller, 2010).

*Antagonistična pleiotropija* predstavlja mehanizem, ko določen alel poveča dovzetnost za posamezno osebnostno motnjo, vendar hkrati za preživetje ali razmnoževanje zagotavlja tudi nekatere druge prednosti (Carter in Nguyen, 2011; Durisko in sod., 2016; van Oers in Mueller, 2010). Pozitivna selekcija za koristno lastnost izniči negativno selekcijo proti povečanemu tveganju za osebnostno motnjo, celo če ta do neke mere evolucijsko funkcionalnost ogroža. Bistvo antagonistične pleiotropije je, da isti alel poveča tveganje za motnjo in izboljša evolucijsko prednost z neko drugo lastnostjo, zato naravna selekcija te sekundarne lastnosti v genomu ohranja alele tveganja (Durisko in sod., 2016; Penke in sod., 2007; van Dongen in Boomsma, 2013).

Drug mehanizem stanskih produktov naravne selekcije je stabilizacija selekcije dimenzionalnih lastnosti oz. *prednost heterozigota* (Durisko in sod., 2016; Keller

in Miller, 2006; van Dongen in Boomsma, 2013). Posameznik z enim alelom tveganja in enim alternativnim alelom ima večjo evolucijsko prednost, medtem ko je homozigot z dvema enakima aleloma izpostavljen povišanemu tveganju za psihopatologijo. Genetske različice, ki pogojujejo nastanek osebnostnih motenj pri homozigotih, se v genomu ohranijo, ker izboljšajo evolucijsko prednost pri večjem številu heterozigotnih nosilcev (Durisko in sod., 2016; Haysom in Zietsch, 2015; Roy in Roy, 2018; van Dongen in Boomsma, 2013). Osebnostne strukture so tudi izrazito poligene in prednost heterozigota se realizira predvsem na ravni množice alelnih kombinacij. Majhno število alelov tveganja in zmerne stopnje določene osebnostne strukture evolucijski funkciji koristijo, preveliko število istih alelov pa so ekstremi, ki zmanjšujejo funkcionalnost in se izražajo patološko (Durisko in sod., 2016; Haysom in Zietsch, 2015; Marks in Nesse, 2013; McWilliams, 2011).

Tudi *mehanizem prelomne točke* (angl. cliff-edged fitness) je skladen z razlagami evolucije osebnostnih motenj, ki osebnostne motnje razumejo kot skrajne točke kontinuuma osebnostnih lastnosti in ekstremne različice normalnih oz. povprečnih variacij strategij psihičnega delovanja (McWilliams, 2011; Millon, 2016). Čeprav so osebnostne motnje na fenotipski makroravni videti kot ločene kategorije, so pravzaprav izid kumulativnega učinka številnih manjših funkcij na mikroravni genov in procesne strukture hormonsko-nevronskega sistema (Keller in Miller, 2006; van Dongen in Boomsma, 2013). Mehanizem prelomne točke se nanaša na izboljšanje evolucijske prednosti z izražanjem izbrane osebnostne lastnosti ali strukture do določenega praga, nad katerim pa povečana izraženost pogojuje izrazit padec evolucijske funkcionalnosti. Zaradi visoke evolucijske funkcije določenih osebnostnih strategij se v genskem bazenu ohranjajo vsakokratni produkti teh strategij. Četudi se ekstremne kombinacije komponent iz genoma izločijo, s kromosomskim kombiniranjem vedno znova nastajajo (Nesse, 2004; van Dongen in Boomsma, 2013).

*Izmenična selekcija* (angl. alternating selection) se kot četrti mehanizem stranskih produktov naravne selekcije nanaša na selektivno naravno selekcijo. Prednosti in slabosti določenih genotipov ne veljajo vedno ali za vse primerke vrste, ampak je njihova evolucijska korist pogojena z okoliščinami, v katerih nosilec deluje. Aleli tveganja za osebnostne motnje se lahko v populaciji ohranjajo, ker izboljšajo funkcionalnost in evolucijsko prednost v nekaterih specifičnih okoljih ali pogojih, npr. pri enem spolu ali pri določeni gostoti v populaciji. V nekaterih okoliščinah so torej isti aleli adaptivni oz. povečajo evolucijsko prednost, čeprav jo v drugih zmanjšajo (Durisko in sod., 2016; Mulsant, 2016; Widiger, 1998). Spolni antagonizem se npr. kaže kot osebnostne strukture,

ki so v svoji intenzivnejši obliki pri enem spolu visoko, pri drugem spolu pa nizko funkcionalne. Primeri izmenične selekcije, ki so povezani s frekvenco ali gostoto pojavljanja alelov v populaciji, se nanašajo na kompatibilnost osebnostnih struktur. Šele ob preveliki gostoti določene osebnostne strukture njene prednosti ne pridejo do učinka oz. povzročajo moteno delovanje (Durisko in sod., 2016; Stevens in Price, 2015).

### 3 ZAKLJUČEK

Evolucijska teorija pojasnjuje temeljna organizacijska načela življenja, evolucijsko razumevanje delovanja človekove duševnosti pa odkriva specifični funkcijski vpogled v filogenetske etiološke mehanizme psihopatologije. Človeški nevronske-hormonski sistem v tej perspektivi razumemo kot kompleksno, z naravno selekcijo oblikovano integracijo prilagoditev na pritiske izvornega življenjskega okolja in s tega vidika opazujemo duševne pojave, tudi osebnostne motnje. Evolucijski zorni kot razkriva, kako osebnostne motnje kot skrajne oblike osebnostnih struktur nastajajo in obstajajo *kljub* naravni selekciji in *zaradi* nje. Osrednja lekcija evolucijsko informiranega pristopa je, da lahko osebnostna stanja, ki jih vidimo kot motnje, ker povzročajo subjektivne stiske in sodeč po specifičnih subjektivnih kriterijih nižajo kakovost življenja, v resnici predstavljajo funkcionalne prilagoditve in njihove stranske produkte, kot jih je oblikovala naravna selekcija za namen človekovega preživetja in razmnoževanja. Uvid, da ciljni izid naravne selekcije niso človekovo dobro počutje, zadovoljstvo, polno življenje, samoaktualizacija ipd., temveč reprodukcija genetskega materiala, oblikuje predpostavko, ali si v zdravljenju osebnostnih motenj ne prizadevamo za vzpostavitev normalnega naravnega stanja, temveč za oblikovanje supernormalnih osebnostnih struktur. Evolucijski vidik pod vprašaj postavlja patologizacijo osebnostnih motenj in vzbuja pomisleke o učinkih njihove obravnave izključno znotraj omejene perspektive naših subjektivnih kriterijev funkcionalnosti. Ključni nadaljnji premislek glede osebnostnih motenj izhaja iz spoznanja, da se kriteriji naravne selekcije pomembno razlikujejo od naših družbenih in posameznikovih subjektivnih potreb, ciljev, idej duševnega blagostanja in življenjskega smisla.

## Literatura

- Ali, A. Y. Personality and personality disorders: evolutionary entrances and exits. *International journal of emergency mental health and human resilience*. 2015; 17(3): 661–663.
- Al-Shawaf, L. in Lewis, D. M. *Evolutionary psychology and the emotions*. V: Zeigler-Hill, V. in Shackelford, T. K., ur. *Encyclopedia of personality and individual differences*. Cham: Springer International Publishing; 2020: 1452–1461.
- Apostolou, M. An evolutionary account of the prevalence of personality traits that impair intimate relationships. *Personality and individual differences*. 2016; 94(1): 140–148.
- Barrientos Guevara, S. A. in Lopez Paredes, O. E. Relationship between personality disorders and drug abuse in the hospital »santa rosita« patients. *Revista científica ciencia médica*. 2021; 24(1): 13–19.
- Bouchard, T. J. in Loehlin, J. C. Genes, evolution, and personality. *Behavior genetics*. 2001; 31(3): 243–273.
- Buss, D. M. *Evolutionary psychology: the new science of the mind*. London: Routledge; 2019.
- Buss, D. M. How can evolutionary psychology successfully explain personality and individual differences? *Perspectives on psychological science*. 2009; 4(4): 359–366.
- Buss, D. M. The evolutionary genetics of personality: Does mutation load signal relationship load? *Behavioral and brain sciences*. 2006; 29(4): 409–409.
- Caporael, L. R. *Evolutionary psychology: toward a unifying theory and a hybrid science*. *Annual review of psychology*. 2001; 52(1): 607–628.
- Carter, A. J. in Nguyen, A. Q. Antagonistic pleiotropy as a widespread mechanism for the maintenance of polymorphic disease alleles. *BMC medical genetics*. 2011; 12(1): 1–13.
- Crespi, B. *Evolutionary genetics of affective disorders*. V: Nesse, R. M., Nutt, D. in Wolpert, L., ur. *Understanding depression: a translational approach*. Oxford: Oxford University Press; 2009: 37–54.
- Crocq, M. A. Milestones in the history of personality disorders. *Dialogues in clinical neuroscience*. 2022; 15(2): 147–153.
- Dawkins, R. *The selfish gene*. New York: Oxford University Press; 2006.
- Dingemanse, N. J., Both, C., Drent, P. J. in Tinbergen, J. M. Fitness consequences of avian personalities in a fluctuating environment. *Proceedings of the Royal Society of London, series B: biological Sciences*. 2004; 271(1541): 847–852.
- Durisko, Z., Mulsant, B. H., McKenzie, K. in Andrews, P. W. Using evolutionary theory to guide mental health research. *The Canadian journal of psychiatry*. 2016; 61(3): 159–165.
- Fabrega Jr, H. Personality disorders as medical entities: a cultural interpretation. *Journal of personality disorders*. 1994; 8(2), 149–167.
- Gawda, B. Cross-cultural studies on the prevalence of personality disorders. *Current issues in personality psychology*. 2018; 6(4): 318–329.

- Gilbert, P. *Psychotherapy for the 21st century: an integrative, evolutionary, contextual, biopsychosocial approach*. *Psychology and psychotherapy: theory, research and practice*. 2019; 92(2): 164–189.
- Gillespie, N. A., Aggen, S. H., Neale, M. C., Knudsen, G. P., Krueger, R. F., South, S. C. in Reichborn-Kjennerud, T. *Associations between personality disorders and cannabis use and cannabis use disorder: A population-based twin study*. *Addiction*. 2018; 113(8): 1488–1498.
- Gualtieri, C. T. *Genomic variation, evolvability, and the paradox of mental illness*. *Frontiers in psychiatry*. 2021; 11(1): 1488.
- Haysom, H. J. in Zietsch, B. P. *Evolutionary models of personality*. V: Wright, J. D., ur. *International encyclopedia of the social & behavioral sciences*. Oxford: Elsevier; 2015: 899–905.
- James, S. L., Abate, D., Abate, K. H., Abay, S. M., Abbafati, C., Abbasi, N. in Briggs, A. M. *Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017*. *The Lancet*. 2018; 392(10159): 1789–1858.
- Keller, M. C. in Miller, G. *Resolving the paradox of common, harmful, heritable mental disorders: which evolutionary genetic models work best?* *Behavioral and brain sciences*. 2006; 29(4): 385–404.
- Keller, M. C. *Evolutionary perspectives on genetic and environmental risk factors for psychiatric disorders*. *Annual review of clinical psychology*. 2018; 14(1): 471–493.
- Keller, M. C. *The evolutionary persistence of genes that increase mental disorders risk*. *Current directions in psychological science*. 2008; 17(6): 395–399.
- Li, N. P., Van Vugt, M. in Colarelli, S. M. *The evolutionary mismatch hypothesis: Implications for psychological science*. *Current directions in psychological science*. 2018; 27(1): 38–44.
- Liu, C., Everall, I., Pantelis, C. in Bousman, C. *Interrogating the evolutionary paradox of schizophrenia: a novel framework and evidence supporting recent negative selection of schizophrenia risk alleles*. *Frontiers in genetics*. 2019; 10(1): 389–401.
- Lukaszewski, A. W., Lewis, D. M., Durkee, P. K., Sell, A. N., Sznycer, D. in Buss, D. M. *An adaptationist framework for personality science*. *European journal of personality*. 2020; 34(6): 1151–1174.
- Marks, I. in Nesse, R. *The evolutionary analysis of anxiety disorders*. V: Baron-Cohen, S., ur. *The maladapted mind: classic readings in evolutionary psychopathology*. New York: Psychology Press; 2013: 23–38.
- McWilliams, N. *Psychoanalytic diagnosis: understanding personality structure in the clinical process*. New York: Guilford Press; 2011.
- Millar, M. G. in Tesser, A. *Attitudes and behavior: The cognitive-affective mismatch hypothesis*. New York: ACR North American Advances; 1990.
- Millon, T. *Evolution: a generative source for conceptualizing the attributes of personality*. V: Millon, T., Lerner, J. M. in Weiner, I., ur. *Handbook of psychology*. New Jersey: John Wiley and Sons; 2003: 1–30.

- Millon, T. What is a personality disorder? *Journal of personality disorders*. 2016; 30(3): 289–306.
- Mulsant, B. H. Using evolutionary theory to guide mental health research. *Canadian journal of psychiatry*. 2016; 61(3): 159–189.
- Muntané, G., Farré, X., Bosch, E., Martorell, L., Navarro, A. in Vilella, E. The shared genetic architecture of schizophrenia, bipolar disorder and lifespan. *Human genetics*. 2021; 140(3): 441–455.
- Nesse, R. M. Cliff-edged fitness functions and the persistence of schizophrenia. *Behavioral and brain sciences*. 2004; 27(6): 862–863.
- Nesse, R. M. *Good reasons for bad feelings: insights from the frontier of evolutionary psychiatry*. New York: Penguin; 2019.
- Nesse, R. M. in, Schulkin, J. An evolutionary medicine perspective on pain and its disorders. *Philosophical transactions of the Royal Society B*. 2019; 374(1785): , 219–288.
- Nettle, D. Evolutionary perspectives on the five-factor model of personality. V: Buss, D. M in Hawley, P. H., ur. *The evolution of personality and individual differences*. Oxford: Oxford University Press; 2011: 5–28.
- Nettle, D. Reconciling the mutation-selection balance model with the schizotypy-creativity connection. *Behavioral and brain sciences*. 2006; 29(4): 418–418.
- Neuberg, S. L. in Schaller, M. The selfish goal meets the selfish gene. *Behavioral and brain sciences*. 2014; 37(2): 153–154.
- Penders, K. A., Peeters, I. G., Metsemakers, J. F. in Van Alphen, S. P. Personality disorders in older adults: a review of epidemiology, assessment, and treatment. *Current psychiatry reports*. 2020; 22(3): 1–14.
- Penke, L., Denissen, J. J. in Miller, G. F. The evolutionary genetics of personality. *European journal of personality: published for the European association of personality psychology*. 2007; 21(5): 549–587.
- Penke, L. in Jokela, M. The evolutionary genetics of personality revisited. *Current opinion in psychology*. 2016; 7(1): 104–109.
- Pullman, L. E., Refaie, N., Lalumière, M. L. in Krupp, D. B. Is psychopathy a mental disorder or an adaptation? Evidence from a meta-analysis of the association between psychopathy and handedness. *Evolutionary Psychology*. 2021; 19(4): 147–174.
- Quirk, S. E., Berk, M., Chanen, A. M., Koivumaa-Honkanen, H., Brennan-Olsen, S. L., Pasco, J. A. in Williams, L. J. Population prevalence of personality disorder and associations with physical health comorbidities and health care service utilization: a review. *Personality disorders: theory, research, and treatment*. 2016; 7(2): 136–151.
- Reichborn-Kjennerud, T. The genetic epidemiology of personality disorders. *Dialogues in clinical neuroscience*. 2022; 12(1): 103–114.
- Reus, V. I. Predisposition to neuropsychiatric disease: common genetic risk factors. *Focus*. 2018; 16(4): 5–6.
- Ronningstam, E. F., Keng, S. L., Ridolfi, M. E., Arbabi, M. in Grenyer, B. F. Cultural aspects in symptomatology, assessment, and treatment of personality disorders. *Current psychiatry reports*. 2018; 20(4): 1–10.

- Roy, D. in Roy, B. A red queen model of personality. *Evolution, mind and behaviour*. 2018; 16(1): 1–36.
- Sela, Y. in Barbaro, N. Evolutionary perspectives on personality and individual differences. V: Zeigler-Hill, V. in Shackelford, T. K., ur. *The SAGE handbook of personality and individual differences: the science of personality and individual differences*. New York: Sage; 2018: 203–228.
- Siever, L. J. Endophenotypes in the personality disorders. *Dialogues in clinical neuroscience*. 2005; 7(2): 139–151.
- Stevens, A. in Price, J. *Evolutionary psychiatry: a new beginning*. London: Routledge; 2015.
- Uher, R. The role of genetic variation in the causation of mental illness: an evolution-informed framework. *Molecular psychiatry*. 2009; 14(12): 1072–1082.
- Van Dongen J. in Boomsma, D. I. The evolutionary paradox and the missing heritability of schizophrenia. *American journal of medical genetics part B: neuropsychiatric genetics*. 2013; 162(2): 122–136.
- Van Oers, K. in Mueller, J. C. Evolutionary genomics of animal personality. *Philosophical transactions of the Royal Society B: biological sciences*. 2010; 365(1560): 3991–4000.
- Van Vugt, M., De Vries, L. P. in Li, N. P. The evolutionary mismatch hypothesis: Implications for applied social psychology. V: Van Vugt M., De Vries, L. P. in Li, N. P., ur. *Applications of social psychology*. New York: Routledge; 2020: 40–57.
- Vater, A., Moritz, S. in Roepke, S. Does a narcissism epidemic exist in modern western societies? Comparing narcissism and self-esteem in East and West Germany. *PLoS one*. 2018; 13(1): 0188287.
- Volkert, J., Gablonski, T. C. in Rabung, S. Prevalence of personality disorders in the general adult population in Western countries: systematic review and meta-analysis. *The British journal of psychiatry*. 2018; 213(6): 709–715.
- Widiger, T. A. Personality disorders. V: Costa, P. T. in McCrae, R. R., ur. *Advanced personality*. Springer: Boston; 1998: 335–352
- Wiley, R. H. Natural Selection. V: Shackelford, T. K. in Weekes-Shackelford, V. A., ur. *Encyclopedia of evolutionary psychological science*. Cham: Springer International Publishing; 2021: 5330–5341.
- Winsper, C., Bilgin, A., Thompson, A., Marwaha, S., Chanen, A. M., Singh, S. P. in Furtado, V. The prevalence of personality disorders in the community: a global systematic review and meta-analysis. *The British journal of psychiatry*. 2020; 216(2): 69–78.
- Zietsch, B. P., Sidari, M. J., Abdellaoui, A., Maier, R., Långström, N., Guo, S. in Verweij, K. J. Genomic evidence consistent with antagonistic pleiotropy may help explain the evolutionary maintenance of same-sex sexual behaviour in humans. *Nature human behaviour*. 2021; 5(9): 1251–1258.



# KRATEK PREGLED PSIHODINAMSKEGA POGLEDA NA OSEBNOSTNE MOTNJE

A brief overview of the psychodynamic view  
of personality disorders

Anela Klemenc Bešo

## **POVZETEK**

*Prispevek na pregleden način predstavi etiologijo osebnostnih motenj iz psihodinamične perspektive. Psihodinamični model poskuša najceloviteje in najbolj poglobljeno razložiti nastanek osebnostnih motenj. Članek naniza ključne fenomene, ki se uporabljajo pri sodobnem razumevanju osebnostnih motenj za klinične namene, izhajajoče iz klasične psihoanalitične teorije in neoanalitičnih teorij (teorija objektnih odnosov, teorija navezanosti).*

**Ključne besede:** osebnostne motnje, psihodinamska paradigma, klasična psihoanalitična teorija, teorija objektnih odnosov, teorija navezanosti

## **ABSTRACT**

*In the article, the etiology of personality disorders is clearly and concisely presented from a psychodynamic perspective. The psychodynamic model is the most comprehensive and profound attempt to explain the emergence of personality disorders. The article lists key phenomena used in the modern understanding of personality disorders for clinical purposes, derived from classical psychoanalytic theory and neoanalytic theories (object relations theory, attachment theory).*

**Keywords:** personality disorders, psychodynamic paradigm, psychoanalytic theory, object relation theory, attachment theory

---

**Avtorica:** Anela Klemenc Bešo

**Znanstveni in strokovni naziv:** univerzitetno diplomirana politologinja, specializantka psihoanalitične psihoterapije, višja strokovna sodelavka na Družbenomedicinskem inštitutu ZRC SAZU

**Inštitucija/zaposlitev, naslov:** ZRC SAZU, Družbenomedicinski inštitut, Novi trg 2, 1000 Ljubljana

**E-naslov:** anela.klemenc-beso@zrc-sazu.si, beso.anela@gmail.com

**DOI:** [https://doi.org/10.3986/9789610506768\\_3](https://doi.org/10.3986/9789610506768_3)

## 1 UVOD

Ambicija pričujočega prispevka je na kratek in pregleden način predstaviti etiologijo osebnostnih motenj, izhodišča razumevanja, **zakaj in kako osebnostne motnje nastanejo s poudarkom na psihodinamski paradigmi**. Članek se osredotoča na dela slovenskih avtorjev in prevode tujih del, ki na pregleden način obravnavajo tematiko osebnostnih motenj. Kot ocenjuje Brezovar (2019), prevladuje v našem diskurzu, kar se odraža tudi v strokovni literaturi, psihodinamski pogled na osebnostne motnje. Literature, ki bi obravnavala osebnostne motnje skozi prizmo kognitivno-vedenjske, nevroznanstvene ali integrativne perspektive, skorajda ni. Razlog za to lahko iščemo v dejstvu, da imajo osebnostne motnje kljub dolgi preteklosti kratko zgodovino; socialnokognitivni teoretiki so recimo šele nedavno začeli pisati o motnjah osebnosti (Erić, 2012). Čeprav so se zametki opisovanja karakternih odstopanj pojavila že v Hipokratovih časih, se je ideja osebnostnih motenj pojavila šele v 19. stoletju. Prichardova Razprava o norosti iz leta 1835 je postavila temelj za proučevanje osebnostnih motenj, 70 let kasneje so nadaljnje mejnike pri proučevanju osebnostnih motenj zakoličili Kraepelin z opisom štirih tipov psihopatskih osebnosti, Freud z opisom karakterjev glede na psihoseksualne fiksacije, Alexander z opisom nevrotičnega karakterja, Reich s celovitim popisom karakterja in kasneje Kernberg s prepoznavanjem mejnega stanja kot vmesne kategorije med nevrozo in psihozo (Brezovar, 2019). Vsi naštetih avtorji od Freuda naprej pripadajo psihoanalitični oz. psihodinamični znanstveni tradiciji.<sup>1</sup>

Psihična stanja, pojavi ali bolezni so kompleksni fenomeni, zato nastanka le-teh ni mogoče pojasniti zgolj z enim samim dejavnikom, ampak so rezultat interakcije med biološkimi, psihološkimi in socialnimi dejavniki. To velja tako za tista stanja, ki imajo jasno nevrobiološko ozadje, kot je demenca, še posebej pa za tista, kjer je nevrobiološko ozadje manj jasno, kamor spadajo tudi osebnostne motnje. Vsaka od obstoječih znanstveno uveljavljenih perspektiv razumevanja psihičnih fenomenov je uspela pojasniti le določen segment etioloških značilnosti osebnostnih motenj in razviti samostojno paradigmo, zakaj in kako osebnostne motnje nastanejo in posledično kako se zdravijo. Ker pa je **človeški** organizem kompleksen bio-psiho-socialni sistem, lahko osebnostne motnje kot odraz psihopatologije razumemo, le če ga obravnavamo holistično, če združimo

---

1. Termina psihoanalitičen in psihodinamičen se v večini primerov uporabljata kot sinonima, čeprav strogo gledano ne predstavljata iste stvari. Psihoanalitičen se nanaša na klasično Freudovo psihoanalizo, medtem ko se izraz psihodinamičen nanaša na novejšo, neofreudovsko pristope (Brezovar, 2019).

izkušnje iz kliničnih opazovanj in klasičnih teorij osebnosti, ki orisujejo funkcije osebnosti, ter sodobnih raziskovanj, ki poudarjajo osebnostne poteze (Benedik, 1999; Brezovar, 2019; Erić, 2012). Iz nezmožnosti posameznih pristopov, da bi popolnoma razložili naravo in izvor motenj osebnosti, so se razvili integrativni modeli, ki združujejo različne teoretske pristope in so danes zelo aktualni pri kliničnem delu z ljudmi z izkušnjo osebnostne motnje (Erić, 2012).

Dejstvo pa je, da psihodinamični model ponuja najcelovitejši in najbolj poglobljen poizkus razumevanja nastanka osebnosti in posledično osebnostne patologije. Osebe z izkušnjo osebnostne motnje so do nekdaj glavni zdravljenec psihodinamske obravnave (McWilliams 2017). V nadaljevanju zato pojasnjujemo ključne ideje izbranih psihoanalitičnih oz. psihodinamskih avtorjev z ambicijo zarisati generalni zemljevid idej in postulatov za **razumevanje osebnostnih motenj** ne glede na to, kje znotraj različnih klasifikacij duševnih motenj so umeščene.

## 2 PSIHODINAMSKA PARADIGMA

Freud je prvi poskušal razložiti psihopatologijo, ne da bi jo zreduciral na biološke motnje. Uvedel je **koncept psihodinamike**, s čimer je korenine duševnih motenj poiskal v psihi namesto v fiziologiji možganov. S tem ko se je psiha začela obravnavati kot epifenomen, se je omogočil razvoj vseh modalitet psihoterapije in razmah novih pristopov v medicini in psihologiji. Freud je psihodinamiko utemeljil na ohranjanju energije – vse vsebine, ki vstopijo na zavestni ali nezavedni ravni v našo psiho, ne morejo kar izginiti, ampak v naši psihi vztrajajo vse življenje in se preoblikujejo v nove psihične vsebine ter porajajo zdrave ali patološke misli, občutja, vedenjske vzorce (Rešetnikov in Pritz, 2019). Osnova postavka psihodinamske paradigme je, da je posameznikovo vedenje multiplo determinirano, izvor determinacije pa ima različne vidike. To so: *dinamični vidik* (energija gonov, njihova usmerjenost in [ne]konfliktnost), *ekonomični vidik* (način praznjenja, porazdeljevanje in transformacije gonske energije), *strukturalni vidik* (organiziranost psihičnih delov in procesov), *razvojni vidik* (zgodovina in razvoj psihičnih funkcij, način vplivanja preteklih izkušenj na aktualno psihično strukturo in funkcije), *prilagoditveni vidik* (način koordinacije gonov in zahtev realnosti, značilnosti objektnih odnosov). Izhajajoč iz naštetega lahko sklenemo, da je osnovna naloga psihodinamske paradigme identificirati temeljne mehanizme, ki so vključeni v delovanje sistema osebnosti, in socialne okoliščine, ki vplivajo na razvoj osebnosti (Benedik, 2014), slednji pa je lahko tudi moten.<sup>2</sup>

---

2. Glavna predpostavka psihodinamskega pristopa je, da ne obstaja ostra meja med zdravim in motenim delovanjem osebnosti (Benedik, 2014).

Sodobne raziskave potrjujejo, da k nastanku osebnostnih motenj prispevajo tako okoljski kot genetski dejavniki, ki sooblikujejo specifično klinično sliko. Tako lahko posameznik, ki ima še tako »neobremenjeno« genetsko zasnovo za določeno osebnostno motnjo, pod vplivom izrazito neugodnih okoljskih dejavnikov dobi izkušnjo osebnostne motnje kakor tudi obratno (Brezovar, 2019), vendar je treba pri razumevanju osebnostnih motenj iti še korak dalje, kot opredeli Benedik (2014: 36–37): »Od strukture in značilnosti osebnosti, njegovih prilagoditvenih funkcij je odvisno, ali se bo na psihične in socialne obremenitve odzval na zdrav ali bolezenski način. Psihopatologija je rezultat odnosa med organizmom, osebnostjo in okoljem. [...] Vsak psihopatološki fenomen se bolj ali manj odraža v osebnosti, ne glede na to, ali je to njena posledica, vzrok ali zgolj sočasni pojav«.

### 3 PSIHOANALITIČNA TEORIJA

Začetki psihoanalize so razumeli osebnostne motnje kot **probleme značaja**, ki jih ni mogoče izolirati v neodvisen simptom ali skupek neodvisnih simptomov (Erić, 2012). Freud se je zavedal pomembnosti značaja in obstoja karakternih razlik med ljudmi, kar je opredelili tudi v eseju O libidnih tipih<sup>3</sup> iz leta 1931,

3. **Libidni tipi** po Freudu so naslednji: *erotični* (prevladuje id), *prisilni* (prevladuje superego), *narcistični* (prevladuje ego) in mešanica med njimi (Brezovar, 2019).
4. Freudov **energetski oz. dinamski model** psihe temelji na hipotezi, da psihični procesi potekajo v interakciji sil, ki pomagajo ali zavirajo druga drugo, se med sabo povezujejo, sklepajo kompromise itd. Ta model zajema tako psihični konflikt kakor nasprotje med goni – *gonom življenja* in *gonom smrti* (Lešnik, 2009).
5. Freudov **tipografski model** psihe sestavljajo *zavestni del* (manjši del »nad površino«; to so psihične vsebine, ki so sprejemljive za nas in našo okolico), *predzavestni del* in *nezavedni del* (nagonske – spolne in agresivne težnje in impulzi, konflikti, ideje, misli...). Psihična tipografija se razvije na način, da se otrok, ki je na začetku nebogljen in mora svoje potrebe zadovoljevati takoj in s pomočjo drugih, začne prilagajati *principom realnosti* – svoj cilj lahko doseže le, da del svojega prvinskega aparata (gona) ohranja v območju nezavednega (Brezovar, 2019; Lešnik, 2009).
6. Po Freudu je **psihična struktura** sestavljena iz treh instanc: *id* ali *ono* (vsebuje samo nezavedne nagonske težnje) – otrok lahko svoje nagonske težnje brezskrbno zadovoljuje samo do določenega obdobja (t. i. *primarni proces*, ki deluje po *principu ugodja*), potem naleti na odpor okolja, zato mora svoje nagonske impulze prilagoditi zahtevam staršev (tj. *sekundarni proces*, ki deluje po *principu realnosti*) – iz tega se razvije ego ali jaz (zavestna pa tudi nezavedna instanca, saj vsebuje nezavedne *obrambne mehanizme*), ki od posameznika terja prilagojenost. Zadnji pa se razvije superego ali *nadjaz*, ki posameznikovo vedenje usmerja v največji meri iz nezavednega in od posameznika terja popolnost (sestavljjen je iz *vesti*, s katero reagiramo na nesprejemljivo vedenje, in iz ego *ideala*, s katerim reagiramo na moralno vedenje) (Brezovar, 2019).

kjer je opisal značajske tipe, ki jih lahko smatramo za predhodnike današnjih kategorij osebnostnih motenj. Poleg tega prispevka pa bi bilo sodobno razumevanje, prepoznavanje, opredeljevanje in zdravljenje osebnostnih motenj nemogoče brez vpeljave nekaterih temeljnih fenomenov Freudove teorije osebnosti: energetike oz. dinamike,<sup>4</sup> topike,<sup>5</sup> strukture<sup>6</sup> in genetike,<sup>7</sup> obrambnih mehanizmov, transferja<sup>8</sup> in kontratransferja<sup>9</sup> (Brezovar, 2019; Erić, 2012; Musek, 1988; Rešetnikov in Pritz, 2019).

Osebnostne motnje so se v začetkih razvoja psihoanalitične teorije težko zdravile, saj so se upirale razumevanju v okviru klasičnih psihoanalitičnih postavk. Tipografski in strukturni model je razlagal značajske motnje kot posledico obstoja psiholoških konfliktov in **psiholoških obramb**,<sup>10</sup> povezanih z zastoji in fiksacijami v času psihoseksualnega razvoja. V skladu s temi predpostavkami predstavljajo simptomi izražene nezavedne compromise, konfliktne želje, strahove in moralne standarde. Nekatero osebnostne motnje, ki so še danes klasificirane v Diagnostičnem in statističnem priročniku duševnih motenj (DSM-V), lahko razložimo z zgodnjimi psihoanalitičnimi teorijami o konfliktu.

- 
7. Freudova genetika se nanaša na naslednje psihoseksualne faze razvoja: *oralno*, *analno*, *falično*, *latentno* in *genitalno*. Predvsem zapleti v prvih teh fazah igrajo ključno vlogo pri razvoju osebnostne patologije oz. motenj (Brezovar, 2019).
  8. **Transfer** pomeni prenos zgodnjih čustvenih vsebin s pacienta na terapevta. Transfer nam pomaga razumeti, zakaj mislimo in čutimo na določen način oz. kakšno je ozadje naših vedenjskih vzorcev (Brezovar, 2019).
  9. **Kontratransfer** je terapevtov transferni odziv na pacientove transferne vsebine, ki je terapevtu v pomoč za razumevanje pacientovih nezavednih vsebin (Brezovar, 2019).
  10. **Psihološke obrambe** so ključni element razumevanja psihe in psihopatologije v psihodinamični teoriji in domala vsi psihoanalitični avtorji so pisali o obrambah in jih po svoje klasificirali. Najbolj uporabljena klasifikacija obrambnih mehanizmov je glede na raven osebnostne organizacije oz. stopnje zrelosti. Poznamo: (1) *patološke* (npr. psihotično zanihanje, blodnjava projekcija), (2) *nezrele* (npr. fantazija, projekcija, pasivna agresivnost, acting-out), (3) *nevrotične* (npr. intelektualizacija, reaktivna formacija, premeščanje, potlačevanje) in (4) *zrele obrambe* (humor, sublimacija, supresija, anticipacija, altruizem). Patološke in nezrele obrambe temeljijo na razcepu, nevrotične na potlačitvi, zrele pa na sublimaciji. Obrambni mehanizmi predstavljajo nezavedne varovalke, s katerimi ego določenim vsebinam ida preprečuje vstop v območje zavesti (Benedik, 2014; Brezovar, 2017; Erić, 2012; McWilliams, 2017). Zakaj je ideja obrambe v psihoanalitični diagnostiki ključna, lepo opredeli McWilliamsova (2017: 182): »Vse pomembnejše diagnostične kategorije, ki jih uporablja analitični terapevt za označevanje osebnostnih tipov, se implicitno nanašajo na katero od specifičnih trdovratnih obramb oz. kombinacij trdovratnih obramb, ki delujejo znotraj posameznika. V tem smislu je diagnostična etiketa neke vrste telegrafska oznaka obrambnega vzorca, ki se oklepa posameznika«.

Odvisnostna, obsesivno-kompulzivna in histrionična osebnostna motnja so po klasični psihoanalitični razlagi posledice fiksacije na oralni, analni in falični fazi psihoseksualnega razvoja (Erić, 2012).

## 4 TEORIJA OBJEKTIV ODNOSOV

Vedno več klinično usmerjenih psihoanalitikov pa je začelo opazovati paciente, ki jih klasičen psihoanalitični model razumevanja izvora psihopatologije ni zmožal zajeti – **težave** so se pri številnih pacientih kazale globlje od ravni konfliktov, odražale so se **na nivoju razvoja osebnosti**, pri temperamentu, **zgodnjih izkušnjah povezovanja** in interakciji. Osebnostne motnje, ki so v DSM klasificirane na podlagi teh postavk, so: shizoidna, mejna, narcistična (Erić, 2012). Nadaljnji razvoj psihoanalitične teorije je pozornost tako preusmeril od dinamike ida na strukturo ega, s tem pa začel vse bolj poudarjati pomen zgodnjih odnosov. Teorija objektivnih odnosov je postala najprodornejši in najcelovitejši sistem, ki je največ prispeval k razumevanju osebnostnih motenj in se tudi v praksi najbolj uporablja, saj lahko razloži večino značajskih odklonov, značilnih za osebnostne motnje (Brezovar, 2019; Erić, 2012).

Jedrni koncept raznolikih avtorjev teorije objektivnih odnosov (Klein, Mahler, A. Freud, Fairbairn, Winnicott, Kernberg itn.) je internalizirana predstava odnosov, imenovana *diada objektivnega odnosa*. Diada je sestavljena iz predstave selfa in njegovega doživljana afekta, ki je povezan z libidialnim ali agresivnim gonom, v odnosu do določene predstave drugega.<sup>11</sup> Diade postanejo gradniki psihičnih struktur, ki usmerjajo zaznavanje sveta in odnosov posameznika. Pri normalnem psihološkem razvoju predstave selfa in drugih postanejo bolj diferencirane in integrirane – zrele integrirane predstave pa omogočajo realistično spajanje dobrega in slabega in tolerirajo ambivalentnost, razlike, protislovja pri samem sebi in drugih (Erić, 2012).

V nadaljevanju na kratko predstavljamo izbrane ključne koncepte za razumevanje etiologije osebnostnih motenj, ki so nastali pod okriljem različnih avtorjev teorije objektivnih odnosov.

---

11. Primer: zadovoljen in zadovoljeni self v odnosu do skrbnega drugega, s katerim je povezan preko afekta topline in ljubezni. Nasprotni primer: zapuščen self v odnosu do brezbriznega drugega, povezan z afektom strahu in jeze (Erić, 2012).

## 4.1 Teorije strukture in organizacija osebnosti

Kernberg je predpostavil obstoj naslednjih psiholoških struktur: *identiteta, obrambe, rigidnost in testiranje realnosti*, katerih konstelacija je specifična za raven osebnostne organizacije, ki pa je lahko: *nevrotska, mejna in psihotična*. Vsaka od ravni osebne organizacije predpostavlja specifično stopnjo diferenciacije in integracije predstav selfa in drugih, skupaj z afektivnim nabojem oz. specifično ravniyo razvoja agresivnih in seksualnih gonov, strukture ega in superega in internaliziranih objektnih odnosov. V psihodinamičnem okviru so psihološke strukture opredeljene kot stabilni in trajni vzorci psihološkega funkcioniranja, ki se ponavljajoče aktivirajo v določenih situacijah in tako organizirajo posameznikovo vedenje, percepcijo in subjektivno izkušnjo. Raven organizacije osebnosti pa je odvisna od interakcij s pomembnimi drugimi v različnih razvojnih fazah in od uspešnosti razrešitve razvojne naloge v vsaki od razvojnih faz: (1) *faza normalnega avtizma* – nerazrešitev razvojne naloge vodi v avtizem, (2) *faza normalne simbioze* – nerazrešitev razvojne naloge vodi v psihotično organizacijo, (3) *faza diferenciacije selfa od objekta* – nerazrešitev razvojne naloge vodi v mejno organizacijo, (4) *faza integracije self reprezentacij in objekt reprezentacij* – nerazrešitev razvojne naloge vodi v nevrotično organizacijo in (5) *faza konsolidacije superega in integracije ega* – nerazrešitev razvojne naloge vodi v nevrotično, v primeru razrešitve pa v zdravo organizacijo (Benedik, 2014; Brezovar, 2019; Erić, 2012).

**Mejna organizacija osebnosti** temelji po Kerbergu na poenostavljenih predstavah selfa in drugega, za katero so značilni uporaba nezrelih obrambnih mehanizmov, difuzna identiteta in nestabilno ocenjevanje realnosti. Po DSM v to skupino motenj osebnosti spadajo: paranoidna, shizoidna, shizotipska, mejna, narcistična,<sup>12</sup> antisocialna, histrionična in odvisnostna, prav tako pa tudi ostale, ki jih DSM ne zajema: sadomazohistična, hipohondrična, ciklotimna, hipomanična. Motnje osebnosti z mejno organiziranostjo se razlikujejo od motenj osebnosti z nevrotsko organizacijo osebnosti, kamor spadajo: obsesivno-kompulzivna, histerična oz. konverzivna in depresivno-mazohistična osebnostna motnja (Benedik, 2014; Brezovar, 2019; Erić, 2012). Kernbergovo razumevanje razvrščanja osebnostnih motenj je dimenzionalna razmejitev med posameznimi osebnostnimi organizacijami in kategorijami – zato se lahko recimo narcistična osebnost pojavi na kontinuumu od manj motene (nevrotične) strukture do bolj motene mejne strukture.

---

12. Glavni Kernbergov prispevek je tudi njegova teorija narcistične motnje osebnosti, ki je prispevala k temu, da se je ta motnja uvrstila v psihiatrično klasifikacijo (Erić, 2012).

## 4.2 Teorija separacije in individualizacije

Margaret Mahler je na podlagi longitudinalnih raziskav, v katerih je preverjala otrokov razvoj v luči odnosa s pomembnimi drugimi, menila, da je dobra **simbioza** ključna za razvoj **individualizacije**, tj. formiranje lastne identitete, in tudi **separacije** od drugih, ki vodi v *psihološko rojstvo*, ko otrok postane individuum. Ti procesi so za razumevanje osebnostnih motenj izjemnega pomena, saj je po Mahlerjevi prav zaplet v fazi separacije in individuacije, tj. motenega vstopa ali izstopa iz simbioze, glavni vzrok za nastanek osebnostne patologije. Takšni otroci ne uspejo razviti<sup>13</sup> kapacitete, da bi odnos z materjo uporabljali kot orientacijo v svetu realnosti (Brezovar, 2019).

## 4.3 Teorija navezanosti

Teorijo objektnih odnos je pri razumevanju etiologije osebnostnih motenj nadgradila teorija navezanosti, po kateri obstaja en varen stil navezanosti in veliko negotovih. Od tega, na kakšen način bo otrok ne varno navezan, je odvisno, v katero smer bo krenil njegov osebnosti razvoj in kakšno karakterno patologijo utegne razviti. Bowlby in Ainsworth sta svoje delo posvetila raziskovanju navezanosti, tj. zgodnjim objektnim odnosom starš-otrok, ki je ključna za razvoj kapacitet za ustrezne odnose z drugimi ljudmi in prispeva k razvijanju notranjih struktur, ki pomagajo človeku ustrezno upravljati čustva na področju socialnega, poklicnega in odnosnega funkcioniranja. Specifični tipi socialno-emocionalne navezanosti, ki se vzpostavijo v otroštvu, so osnova za trajne mentalne predstave o medosebnih odnosih v odraslosti, t. i. notranji delovni modeli, ki delujejo kot vodiči po odnosih, s tem ko organizirajo razvoj osebnosti in uravnavajo afekte. **Varna navezanost** prispeva k zdravemu razvoju otroka v smislu uspešnega učenja, kakovostnih odnosov z bližnjimi, pozitivne samopodobe in izgradnje identitete in predstavlja zaščitni faktor pred razvojem osebnostnih motenj. Če je npr. mama v odnosu do otroka odmaknjena in oddaljena, otrok razvije **izogibajoči stil navezanosti**. **Ambivalentni stil navezanosti** razvije otrok kot posledico maminega nedoslednega odzivanja na otrokove potrebe (enkrat je odzivna, drugič zanemarjajoča). Posledica ekstremne in nepredvidljive mame, ki je lahko ali preveč pasivna ali preveč intruzivna, pa je **dezorganizirani stil navezanosti**. Ostali avtorji so se ukvarjali z

---

13. Besedna zveza *ne uspejo razviti* implicira, da so neopsihoanalitični modeli deficitarni, medtem ko je klasični model konflikten (Brezovar, 2019).



raziskovanjem stilov navezanosti v odraslosti<sup>14</sup> kot posledico stila navezanosti, ki se razvije v otroštvu. Sperry je povezala model odrasle navezanosti z različnimi osebnostnimi motnjami: *preokupirani stil navezanosti* je značilen predvsem za paciente z odvisnostno, obsesivno-kompulzivno in histrionično osebnostno motnjo, *plašljivi stil navezanosti* predvsem za paranoidno osebnostno motnjo, *odklonilni stil navezanosti* je značilen za osebe z izkušnjo shizoidne osebnostne motnje, kombinacija *preokupirano-plašljivega stila navezanosti* za izogibajočo osebnostno motnjo, kombinacija *plašljivo-odklonilnega stila navezanosti* za antisocialno, narcistično in shizotipsko osebnostno motnjo, *dezorganizirani stil navezanosti* pa za mejno osebnostno motnjo. Nedavni razvoj znotraj teorije navezanosti zajema razumevanje odnosa med motnjo osebnosti in zlorabo v otroštvu. Posamezniki, ki so doživeli zgodnjo travmo, lahko obrambno inhibirajo svojo sposobnost za mentalizacijo,<sup>15</sup> da bi se s tem izognili nujnemu razmišljanju o želji svojega skrbnika, da bi jim škodoval. Določene značilnosti težke mejne motnje osebnosti so lahko ukoreninjene v tej mentalni distanci, pri kateri gre v bistvu za disociacijo, fragmentacijo delov realnosti oz. razcep (angl. splitting) (Benedik, 2014; Brezovar, 2019; Erić, 2012).

## 5 PRIHODNJA PERSPEKTIVA

Zakaj in kako nastanejo nekatere osebnostne motnje, opredeljene v Diagnostičnem in statističnem priročniku duševnih motenj in ostalih kategorizacijah (Mednarodna klasifikacija bolezni, Priročnik psihodinamske diagnostike), lahko razložimo z zgodnjimi psihoanalitičnimi teorijami o konfliktu, medtem ko so druge potrebovale za svoje razumevanje razvoj različnih konceptov teorij objektivnih odnosov in teorije navezanosti, ki opirajo svoje razlage na razvojnih deficitih v različnih psiholoških strukturah. Ne glede na diferenciacije imajo psihodinamske teorije veliko skupnega. Svoje izhodišče razumevanja osebnostnih motenj gradijo na **psihičnem determinizmu** – na vlogi nezavednega, gonov, želja, prepovedi. Individualizirani zavestni um posameznika je zgolj del njegove psihične aktivnosti, medtem ko nezavedne sile nepredvidljivo vplivajo na njegova občutja, misli in ravnanja. Nadalje, pretekle izkušnje determinirajo

- 
14. **Model stilov odrasle navezanosti** po Bartholomewu: *varni* (pozitiven pogled na sebe in druge), *preokupirani* (negativen pogled na sebe, pozitiven na druge), *odklonilni* (pozitiven pogled na sebe, negativen na druge), *plašljivi* (negativen pogled na sebe in druge) (Benedik, 2014; Brezovar, 2019).
  15. Fonagy je definiral pojem refleksivne funkcije selfa ali mentalizacijo kot sposobnost razmišljanja o psihičnih stanjih pri sebi in drugih (Benedik, 2014; Erić, 2012).

posameznikove izkušnje sedanjosti, kar je osnova opredelitve vodilnega principa psihodinamskih teorij in prakse – **transfer**. Psihoanalitična teorija in različni terapevtski postopki, ki iz nje izvirajo, predpostavljajo **globinski pristop**, ki presega simptomatično zdravljenje – kakovost pacientovega življenja izboljša samo korenita sprememba osebnosti, konstelacija psiholoških procesov in ne izolirana obravnava simptomov. Čeprav različne psihodinamične teorije libidinalne in agresivne gone v celoti ali kot obrambe proti deficitom pri razvoju psihičnih struktur poudarjajo različno, gre predvsem za različne stopnje poudarka. Skupno psihodinamskim teorijam je tudi **dimenzionalni pogled** na osebnostne motnje – te je mogoče locirati na kontinuumu patologije od relativnega zdravja do relativne bolezni; mogoče jih je opredeliti tudi s pomočjo **značajskih stilov**, ki so ortogonalni glede na nivo motnje. Psihoanalitične teorije prav tako predpostavljajo, da osebnostne motnje zajemajo implicitne in eksplicitne procese osebnosti, med katerimi so samo nekateri dostopni za introspekcijo in imajo tako priložnost za samoproučevanje. Ne nazadnje osebnostne motnje odražajo globoko ukoreninjene procese, ki pogosto služijo različnim psihološkim funkcijam, med katerimi je tudi uravnavanje afektov, kjer tiči razlog za odpornost proti spremembam (Erić, 2012).

Kljub psihično deterministični poziciji psihodinamske teorije ne gradijo psihološkega modela na račun biološkega razumevanja psihopatologije, ampak ga tudi biološko utemeljuje (recimo fenomena, kot sta afekt in gon). Odlika psihodinamičnega pristopa je v tem, da je razdelal psihično funkcioniranje in se pri tem osredotočil na zavestne in nezavedne pomene izkušnje, medtem ko biološke sile medsebojno reagirajo z interpersonalnimi, družbenimi, kulturnimi in lingvističnimi vplivi. Ne nazadnje so konceptualno odprte za dopolnjevanje z drugimi modeli patologij, kot so kognitivni, interpersonalni, evolucijski in nevrokognitivni (Erić, 2012).

## 6 ZAKLJUČEK

Kljub ambiciji prispevka, da na kratek in pregleden način predstavi dosedanja dognanja glede etiologije osebnostnih motenj, se zavedamo, da smo s tem tvegali poenostavljanje in samovoljno izpostavljanje le nekaterih ključnih avtorjev in njihovih konceptov. Dejstvo je, da je etiologija osebnostnih motenj zelo kompleksno, večplastno in ne še docela razjasnjeno polje, zato ga je težko na kratko opredeliti, pojasniti. Poleg tega pa so različni avtorji v zgodovini razumevanja osebnostnih motenj k temu fenomenu pristopali iz različnih

gledišč. Perspektiva razumevanja osebnostnih motenj v bodočnosti vsekakor pelje k integraciji le-teh po principu tolerance kot znanstvene vrednote in eklekticizma kot znanstvene norme (Brezovar, 2019).

## Literatura

- Benedik, E. Osebnost med zdravjem in boleznijo. Psihološko razumevanje, ocenjevanje in zdravljenje motenj osebnosti. Lesce: samozaložba; 2014.
- Brezovar, S. Osebnostne motnje v teoriji in praksi. Zakaj nastanejo, kako jih prepoznamo in kako zdravimo. Ljubljana: UMco; 2019.
- Erić, L., ur. Psihodinamična psihiatrija. Motnje osebnosti. Ljubljana: Hermes IPAL; 2012.
- Lešnik, B. Temelji psihonalize: opombe h konceptom. Ljubljana: Založba \*cf; 2009.
- McWilliams, N. Psihoanalitična diagnostika: razumevanje osebnostne zgradbe skozi klinični proces. Ljubljana: UMco; 2017.
- McWilliams, N. Psychoanalytic Diagnosis (second edition): Understanding Personality Structure in the Clinical Process. New York: The Guilford Press; 2011.
- Musek, J. Teorije osebnosti. Ljubljana: Univerzitetna tiskarna v Ljubljani; 1988.
- Praper, P. Razvojna analitična psihoterapija. Ljubljana: Inštitut za klinično psihologijo; 1999.
- Rešetnikov, M. in Pritz, A. Osnove klasične analize. Ljubljana, Dunaj: Sigmund Freud University Press; 2019.



# OSEBNOSTNE MOTNJE IN KOMORBIDNOST

## Personality disorders and comorbidity

Mojca Zvezdana Dernovšek

### **POVZETEK**

*Prispevek govori o pogostosti sočasno prisotnih telesnih in duševnih motenj pri osebah z izkušnjo osebnostne motnje. Prisotnost osebnostne motnje je tesno povezana z vrsto težav v življenju in življenjskim slogom. Iskanje pomoči v zdravstvenih službah je skoraj vedno posledica pridruženih zdravstvenih težav in sočasna osebnostna motnja bistveno poslabšuje izide zdravljenja.*

**Ključne besede:** osebnostne motnje, komorbidnost, telesne bolezni, duševne motnje

### **ABSTRACT**

*The paper is about the frequency of co-occurrence of physical and mental disorders in people with a personality disorder. The presence of a personality disorder is closely related to a number of problems in life and living. Health care utilisation is almost always due to co-occurring health problems, and a co-occurring personality disorder significantly affects treatment outcomes.*

**Keywords:** personality disorders, comorbidity, physical illnesses, mental disorders

---

**Avtorica:** Mojca Zvezdana Dernovšek

**Znanstveni in strokovni naziv:** doktorica medicine, specialistka psihiatrije, redna profesorica

**Inštitucija/zaposlitev, naslov:** Inštitut Karakter – inštitut za osebnostne motnje in oblikovanje osebnosti, Ježa 90, 1000 Ljubljana

**E-naslov:** mojca-zvezdana.dernovsek@guest.arnes.si

**DOI:** [https://doi.org/10.3986/9789610506768\\_4](https://doi.org/10.3986/9789610506768_4)

## 1 UVOD

Osebnostne motnje so zelo pogoste in zato se bo vsak, ki poklicno dela z ljudmi, pogosto srečal z njimi. Ljudje z izkušnjo osebnostne motnje imajo težave v medosebnih odnosih, a jih pogosto napačno pripisujejo drugim (Tryrer in sod., 2015).

Raziskave so pokazale pomembno povezavo med katerokoli osebnostno motnjo s slabim zdravjem. Najpogosteje so preučevali mejno osebnostno motnjo, vendar najnovejši podatki kažejo, da je močna izraženost vsake osebnostne motnje povezana s slabim zdravjem (Dokucu in Cloninger, 2019).

Zaradi pogoste sočasno prisotne telesne ali duševne motnje, se bo z ljudmi z izkušnjo osebnostne motnje srečevalo zdravstveno osebje v vseh specialnostih. Osebnostne motnje se v kliničnem okolju pogosto ne prepoznajo, zato ljudje ne dobijo ustrezne pomoči (Tryrer in sod., 2015).

## 2 RAZLOGI ZA POVEČANO KOMORBIDNOST IN NJENE POSLEDICE

Raziskave kažejo, da se osebe z izkušnjo osebnostne motnje ne počutijo tako zdrave kot splošna populacija in dejansko imajo več zaznanih zdravstvenih težav (Frankenburg in Zanarini, 2006).

Povezava med osebnostnimi motnjami, telesnimi in drugimi duševnimi motnjami je zapletena in večplastna. Eden od koristnih načinov razlage komorbidnosti je prepoznavanje osebnostnih značilnosti in vplivov okolja, zaradi katerih imajo nekateri ljudje številne dejavnike tveganja za različne zdravstvene težave, ki hkrati podpirajo druga drugo in predstavljajo dejavnik tveganja druga za drugo (Tyrer in sod., 1997).

Prisotnost osebnostne motnje, ki je pridružena zdravstvenim težavam, pogosto negativno vpliva na potek in izid zdravljenja. Osebnostna motnja je povezana tudi s prezgodnjo umrljivostjo in samomorom (Tryrer in sod., 2015). Newton-Howes in sod. (2006) so ugotavljali, da če je depresivni motnji pridružena osebnostna motnja, je izid zdravljenja depresije bistveno slabši.

Kohortna študija, ki je preko podatkov v registrih v letih 2002–2016 spremljala 2756 oseb z mejno osebnostno motnjo in njihovih zakoncev pet let pred postavljenjo diagnozo in pet let po njej, je pokazala skupne neposredne stroške zdravstvene oskrbe in stroške izgubljene produktivnosti, ki so znašali 40.441

evrov, kar je 16-krat več kot pri ustreznih kontrolnih skupinah. Stroški somatskega in psihiatričnega zdravstvenega varstva in stroški izgubljene produktivnosti so se v petih letih pred postavitvijo diagnoze povečali. Avtorji povezujejo visoke stroške direktno z značilnostmi mejne osebnotne motnje in komorbidnostjo (Hastrup in sod., 2019).

### **3 NAJPOGOSTEJŠE TELESNE IN DUŠEVNE MOTNJE, KI SO PRIDRUŽENE OSEBNOSTNIM MOTNJAM**

Raziskava v štirih okoljih, kjer deluje skupnostna psihiatrična obravnava, je pokazala, da 40 % vključenih oseb izkazuje simptome in znake različnih osebnotnih motenj in da je njihova splošna ocena psihopatologije večja kot pri tistih, ki imajo psihozo ali bolezen odvisnosti, zato avtorji poudarjajo, da je treba komorbidnosti posvetiti več pozornosti (Newton-Howes in sod., 2010).

Ljudje z osebnotno motnjo bodo pogosteje imeli motnje spanja, kronično bolečino, bolezensko povišano telesno težo in druge kronične zdravstvene težave (Holder, 2020).

Komorbidnost različnih duševnih motenj je zelo razširjena in klinično zelo pomembna. Med vsemi sočasno prisotnimi duševnimi motnjami je najizrazitejša povezava med osebnotnimi motnjami dramatične in anksiozne skupine in boleznimi odvisnosti ter anksiozno skupino osebnotnih motenj in somatizacijskimi motnjami (Tyrer in sod., 1997).

Mejna osebnotna motnja spada med najpogostejše osebnotne motnje in naj bi bila prisotna pri 2,7 % odraslih. Pri 78 % oseb z mejno osebnotno motnjo se vsaj enkrat v življenju pojavijo zdravstvene težave, povezane z zlorabo psihoaktivnih substanc, oz. razvijejo odvisnost. Slednji imajo v večji meri izraženo impulzivnost, pogosteje izraženo samomorilno vedenje, pogosteje prekinjajo zdravljenje in imajo več recidivov (Kienast in sod., 2014).

V znanstveni in strokovni literaturi je na voljo vrsta podatkov, kako pogosto so zaznali posamezne vrste osebnotnih motenj pri specifični populaciji in v določenih kliničnih okoljih. Podatki so zato sila razdrobljeni in bi njihov prikaz presegal obseg prispevka. Pomembno sporočilo številnih raziskav pa je, da je praktično pri katerikoli zdravstveni težavi, naj bo to duševne ali telesne narave, mogoče v določenem procentu najti vse osebnotne motnje in da so nekatere mnogo pogostejše kot v splošni populaciji. Za ilustracijo prejšnje trditve navajamo nekaj takšnih raziskav.

Martunussen in sod. (2019) so v metaanalizi 87 raziskav iz 18 držav ugotovili, da je delež oseb z motnjo hranjenja in komorbidno osebnostno motnjo 52-odstotni. Statistično pomembno razliko med pacienti z anoreksijo in bulimijo so našli samo pri anankastični osebnostni motnji, ki je bila pogostejša pri anoreksiji (23 %) in redkejša pri bulimiji (12 %). Isti avtorji ugotavljajo, da imata obe motnji hranjenja enako pogoste in povišane deleže pridružene mejne in izogibajoče osebnostne motnje.

Reas in sod. (2013) so pri 2366 sprejetih pacientih v 16 bolnišničnih enotah na Norveškem med letoma 1993 in 2009 ugotovili, da je bila katerakoli motnja hranjenja prisotna pri 17 % žensk in 3 % moških. Višji odstotek motenj hranjenja je bil ugotovljen pri osebah z mejno osebnostno motnjo in več anoreksije je bilo pri ženskah z anankastično osebnostno motnjo.

Hiperaktivnost z motnjo pozornosti je ena od pogostejših težav v duševnem zdravju pri otrocih in mladostnikih in se lahko nadaljuje v odraslost. Korsgaard in sod. (2016) so ugotavljali, da 4,6 % otrok in mladostnikov ob sprejemu v bolnišnico izpolnjuje kriterije za hiperaktivnost z motnjo pozornosti in osebnostno motnjo, pri čemer niso našli razlik med spoloma glede pogostosti hiperaktivnosti z motnjo pozornosti, pač pa je več deklet s to motnjo imelo tudi osebnostno motnjo – zlasti antisocialno in mejno osebnostno motnjo. Nadalje so prekrivanje med mejno osebnostno motnjo in hiperaktivnostjo z motnjo pozornosti raziskovali Akça in sod. (2020) in pri mladostnikih ugotovili, da osebnostna motnja, ki je pridružena hiperaktivnosti z motnjo pozornosti, bistveno bolj prispeva k splošni oceni psihopatologije.

Povezavo med bolezensko povišano telesno težo in osebnostnimi motnjami so v metaanalizi raziskovali Gerach in sod. (2016). Ugotovili so, da je 68 raziskav v zadnjih 35 letih pokazalo, da imajo ljudje z izkušnjo katerekoli osebnostne motnje večje tveganje za bolezensko povišano telesno težo in da so izidi zdravljenja slabši.

Pri bolnikih s sladkorno boleznijo tipa I so raziskovalci ugotavljali, da obstaja posebna skupina bolnikov, ki imajo hude težave z glikemično kontrolo in so pogosto hospitalizirani. Pri tej skupini je bil večji delež pacientov z mejno, histrionično ali narcistično osebnostno motnjo (Pelizza in sod., 2016).

Blaney in sod. (2020) so iz administrativno zbranih podatkov preučevali pogostost osebnostnih motenj pri pacientih z avtoimunimi obolenji (multipla skleroza, revmatoidni artritis in vnetna črevesna bolezen) in ugotovili, da se diagnoza osebnostne motnje pogosteje pojavi skupaj z diagnozo avtoimune bolezni, in to tako pred postavitvijo diagnoze te bolezni kot po njej.



## 4 OBRAVNAVA KOMORBIDNIH STANJ

Družinska medicina posveča vse več pozornosti osebnostnim motnjam in ta postaja podobna pozornosti, ki je namenjena obravnavi depresije in bolezni odvisnosti (Davens, 2007). Pojavlja se vse več priporočil glede pristopov in dilem, s katerimi se družinska medicina srečuje, ko obravnavajo osebe z izkušnjo osebnostne motnje in pridruženimi zdravstvenimi težavami. Ta priporočila obsegajo veščine za empatične pristope, vzpostavljanje, vzdrževanje terapevtskega odnosa in skrb za ohranjanje zdravja pri zdravnikih (Davens, 2007).

Večja pozornost skupnim značilnostim osebnostnih motenj, ki so ključne za samoregulacijo vedenja, bi omogočila učinkovitejšo promocijo zdravja in preprečevanje bolezni v vseh medicinskih specialnostih in s tem pripomogla k razbremenitvi bremena, ki ga prinašajo kronične bolezni (Dokucu in Cloninger, 2019).

## 5 ZAKLJUČEK

Med najočitnejše posledice komorbidnosti na ravni posameznika štejemo slabše splošno zdravje, slabše sodelovanje v zdravljenju, slabši izid zdravljenja, okrnjeno produktivnost, drsenje na socialni rob in krajšo življenjsko dobo. Na ravni družbe nastajajo večji stroški obravnave in izgubljena produktivnost.

Zaradi pogostosti sočasno prisotnih duševnih in telesnih motenj pri osebah z izkušnjo osebnostne motnje je pomembna natančna diagnostika vseh zdravstvenih stanj pri obravnavi posameznika, ki išče pomoč. Slednja pripomore k holističnemu pristopu in s tem skuša izboljšati izid obravnave. Poznavanje in upoštevanje obstoja komorbidnosti, ki je pogosto vezana na življenjski slog in odločitve, prispeva k boljšim preventivnim pristopom in celostnim programom obravnave.

## Literatura

- Akça, Ö. F., Wall, K. in Sharp, C. Borderline personality disorder and attention deficit/hyperactivity disorder in adolescence: overlap and differences in a clinical setting. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul.* 2020; 7: 7.
- Blaney, C., Sommer, J., El-Gabalawy, R., Bernstein, C., Walld, R., Hitchon, C. in sod. CIHR Team in Defining the Burden and Managing the Impact of Psychiatric Comorbidity in Immune-Mediated Inflammatory Disease. Incidence and temporal trends of co-occurring personality disorder diagnoses in immune-mediated inflammatory diseases. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2020; 29: 84.

- Devens, M. Personality disorders. *Prim Care*. 2007; 34(3): 623–640.
- Dokucu, M. E. in Cloninger, C. R. Personality disorders and physical comorbidities: a complex relationship. *Curr Opin Psychiatry*. 2019; 32(5): 435–441.
- Frankenburg, F. R. in Zanarini, M. C. Personality disorders and medical comorbidity. *Curr Opin Psychiatry*. 2006; 19(4): 428–431.
- Gerlach, G., Loeber, S. in Herpertz, S. Personality disorders and obesity: a systematic review. *Obes Rev*. 2016; 17(8): 691–723.
- Holder, S. *Mental Disorders: Personality Disorders*. FP Essent. 2020; 495: 11–16.
- Kienast, T., Stoffers, J., Bermpohl, F. in Lieb, K. Borderline personality disorder and comorbid addiction: epidemiology and treatment. *Dtsch Arztebl Int*. 2014; 111(16): 280–286.
- Korsgaard, H. O., Torgersen, S., Wentzel-Larsen, T. in Ulberg, R. Personality disorders and Axis I comorbidity in adolescent outpatients with ADHD. *BMC Psychiatry*. 2016; 16: 175.
- Martinussen, M., Friberg, O., Schmierer, P., Kaiser, S., Øvergård, K. T., Neunhoffer, A. L. in *sod*. The comorbidity of personality disorders in eating disorders: a meta-analysis. *Eat Weight Disord*. 2017; 22(2): 201–209.
- Newton-Howes, G., Tyrer, P., Anagnostakis, K., Cooper, S., Bowden-Jones, O. in Weaver, T. The prevalence of personality disorder, its comorbidity with mental state disorders, and its clinical significance in community mental health teams. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2010; 45(4): 453–460.
- Newton-Howes, G., Tyrer, P. in Johnson, T. Personality disorder and the outcome of depression: meta-analysis of published studies. *Br J Psychiatry*. 2006; 188: 13–20.
- Pelizza, L. in Pupo, S. Brittle diabetes: Psychopathology and personality. *J Diabetes Complications*. 2016; 30(8): 1544–1547.
- Reas, D. L., Rø, Ø., Karterud, S., Hummelen, B. in Pedersen, G. Eating disorders in a large clinical sample of men and women with personality disorders. *Int J Eat Disord*. 2013; 46(8): 801–809.
- Tyrer, P., Gunderson, J., Lyons, M. in Tohen, M. Extent of comorbidity between mental state and personality disorders. *J Pers Disord*. 1997; 11(3): 242–259.
- Tyrer, P., Reed, G. M. in Crawford, M. J. Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. *Lancet*. 2015; 385(9969): 717–726.

# UČINKOVITOST PSIHOTERAPIJE PRI OBRAVNAVI OSEBNOSTNIH MOTENJ

Effectiveness of psychotherapy in the treatment  
of personality disorders

Luka Agrež

## POVZETEK

*V krajšem strokovnem prispevku so predstavljene nekatere ugotovitve raziskav sistematičnih pregledov in metaanaliz literature o učinkovitosti psihoterapije pri obravnavi oseb z izkušnjami osebnostnih motenj. Obravnavano področje je široko, opravljene raziskave pa pokrivajo le ožje segmente te teme, zato je v prispevku opisan tudi kontekst, ki je pomemben za razumevanje in interpretacijo izsledkov raziskav.*

**Ključne besede:** učinkovitost, psihoterapija, osebnostne motnje, kontekst raziskovanja

## ABSTRACT

*This brief review article presents some of the research findings from systematic reviews and meta-analyses of the literature on the effectiveness of psychotherapy in treating people with personality disorders. The area under investigation is broad, and the research that has been conducted covers only narrower segments of this topic. Therefore, the paper also describes the context that is important for understanding and interpreting the research findings.*

**Keywords:** effectiveness, psychotherapy, personality disorders, research context.

---

**Avtor:** Luka Agrež

**Znanstveni in strokovni naziv:** magister socialnega dela, psihodinamski psihoterapevt

**Inštitucija/zaposlitev, naslov:** Društvo Projekt Človek, Malenškova ul. 11, 1000 Ljubljana; Psihoterapija Agrež, Kidričeva ulica 3, 3000 Celje

**E-naslov:** luka@psihoterapija-agrez.si

**DOI:** [https://doi.org/10.3986/9789610506768\\_5](https://doi.org/10.3986/9789610506768_5)

## 1 UVOD

Psihoterapija se je izkazala za učinkovito metodo obravnave osebnostnih motenj. Raziskovanje učinkovitosti psihoterapije pri obravnavi oseb z izkušnjo osebnostnih motenj pa predstavlja velik izziv. Spremenljivke »psihoterapija«, »osebnostne motnje« in »učinkovitost« so namreč abstraktni pojmi, ki jih je težko definirati. Če definicije zastavimo preširoko, izgubimo razlike med psihoterapevtskimi pristopi, osebnostnimi motnjami in uspešnostjo izidov. Rezultati so tako presplošni, da bi lahko iz njih sklepali o posameznih primerih obravnave. Če definicije zastavimo preozko, pa dobimo študije primera oz. natančne rezultate, ki jih je težko prenašati na druge primere obravnave.

## 2 PSIHOTERAPIJA

Poznamo različne oblike psihoterapevtske obravnave: individualno, partnersko, družinsko in skupinsko psihoterapijo. Vse te oblike se lahko izvajajo v ambulantnem ali bolnišničnem kontekstu, lahko so kratkotrajne ali dolgotrajne, globinske ali podporne. Poleg tega obstaja na svetu veliko različnih psihoterapevtskih pristopov. Natančnega števila ne poznamo, ocena pa se giblje med 300 in 400. Vsak od njih ima določene specifike, ki so vezane na razumevanje delovanja duševnosti in terapevtske tehnike v prej omenjenih oblikah psihoterapije. Poleg tega obstajajo tudi pomembne razlike pri delu različnih terapevtov znotraj istih terapevtskih pristopov, ki so vezane na različne osebne stile terapevtov. Vse navedene značilnosti različnih psihoterapij lahko pomembno vplivajo na delo z osebami z izkušnjo osebnostne motnje. To zelo otežuje raziskovanje učinkovitosti psihoterapije, zato se vedno bolj razvija raziskovanje podobnosti namesto razlik med terapevtskimi pristopi oz. t. i. skupnih dejavnikov, ki v različnih pristopih prispevajo k uspešnim izidom terapevtskih procesov. Nisem pa zasledil raziskave, ki bi skupne dejavnike aplicirala na učinkovitost obravnave osebnostnih motenj.

Ni nujno vsaka psihoterapevtska obravnava učinkovita za vse oblike osebnostnih motenj. Če se določeni pristop oz. oblika izkaže za učinkovito pri obravnavi določene osebnostne motnje, niso nujno enako učinkoviti tudi vsi terapevti, ki izvajajo tovrstno obravnavo in ne ustreza nujno vsem osebami z diagnozo določene osebnostne motnje.

Raziskave jasno nakazujejo, da ima psihoterapija boljše rezultate učinkovitosti pri obravnavi osebnostnih motenj kot katerakoli oblika medikamentozne

terapije (Paris, 2008). Visoko učinkovitost pri obravnavi osebnostnih motenj pripisujejo kognitivno-vedenjskim terapijam in psihodinamskim psihoterapijam (Cristea in sod., 2017; McMain, 2007), njihova uspešnost pa ne nakazuje neuspešnosti ostalih oblik psihoterapij, temveč govori zgolj o usmerjenosti raziskav pretežno le v ti dve psihoterapevtski smeri. Bateman in Fonagy (2000) s sistematičnim pregledom literature povzemata, da obstajajo dokazi o učinkovitosti psihoterapije pri obravnavi osebnostnih motenj. Iz teh dokazov pa ne moremo sklepati niti o superiornosti določenega psihoterapevtskega pristopa pred drugimi niti o indikacijah primernejših oblik psihoterapije za določene podskupine osebnostnih motenj.

Pri raziskovanju učinkovitosti različnih oblik psihoterapij so rezultati različni. Parisovi (2008) izsledki raziskave govorijo, da imata dolgotrajna skupinska terapija in individualna psihoterapija primerljivo uspešne rezultate, obe pa se lahko izvajata v bolnišničnem ali ambulantnem okolju. To lahko podrobneje dalje delimo še na odprte in zaprte bolnišnične oddelke, dnevne bolnice, »stanovanjske/bivanjske programe« in zasebne psihoterapevtske prakse.

Rezultati raziskave McMain in Pos (2007) razkrivajo, da so obravnave hudih oblik osebnostnih motenj uspešnejše v obliki krajših bolnišničnih obravnav in nadaljevanja obravnave v skupnosti, medtem ko so trajnejše bolnišnične obravnave manj uspešne. Ogrodniczuk (2011) pa se pridržano nagiba k interpretaciji svojih raziskovalnih rezultatov v smeri večje učinkovitosti psihoterapije, ki se izvaja v trajnem bivanju v bolnišničnem okolju. To zasnava za vse tri skupine osebnostnih motenj po klasifikaciji DSM. Za skupino C (obsesivno-kompulzivna, odvisnostna in izogibajoča osebnostna motnja) pa znotraj bolnišničnega okolja odkriva tudi večjo učinkovitost kratkotrajnih psihoterapij, ki trajajo do pol leta.

Bartak in sod. (2011) podpirajo tezo večje učinkovitosti psihoterapije v bolnišničnem okolju za osebe z izkušnjo osebnostne motnje iz skupine A (shizoidna, paranoidna, shizotipska osebnostna motnja). V primerjavi s psihoterapijo v ambulantni obravnavi so osebe obravnavane v bolnišničnem okolju dosegle očitno večje izboljšanje psihiatričnih simptomov, socialnega in medosebnega delovanja in kakovosti življenja. Po drugi strani pa Arnevik in sod. (2010) za populacijo oseb z diagnozami različnih osebnostnih motenj ugotavljajo vsaj enako ali večjo učinkovitost individualne psihoterapije v zasebnih psihoterapevtskih praksah v primerjavi z obsežno psihoterapevtsko bolnišnično obravnavo, ki ji sledi ambulantno spremljanje.

### 3 OSEBNOSTNE MOTNJE

Osebnostna motnja je poimenovanje za skupek mišljenj, čutenj, vedenj in odnosnih vzorcev, ki odstopajo od norme v določenem kulturnem kontekstu. Poznamo različne variacije prej omenjenih spremenljivk, ki so v različnih klasifikacijah/priročnikih različno klasificirane/poimenovane. Posamezne klasifikacije predvidevajo različne postopke diagnostike in se skozi čas tudi spreminjajo oz. posodabljaajo. Pomembno se je zavedati tudi, da kategorije vseh klasifikacij temeljijo na statističnih izračunih pojavnosti določenih kombinacij osebnostnih lastnosti, ki jih v praksi le redko, če sploh, lahko najdemo v »čistih« oblikah. Običajno lahko pri posamezni osebi najdemo osebnostne lastnosti, ki so značilne za različne tipe osebnostnih motenj, spremljajo pa jih lahko tudi pridružene duševne motnje. Na proces diagnosticiranja pa poleg uporabljene klasifikacije vplivajo tudi osebni dejavniki diagnostika.

Diagnosticiranje osebnostnih motenj izvira in se uporablja v psihiatrični in kliničnopsihološki stroki. V slovenskem prostoru se za diagnostiko trenutno uporablja mednarodna klasifikacija ICD-11 (2018), za razumevanje osebnostnih motenj pa se uporablja tudi ameriška klasifikacija DSM-5 (2013), ki je posvečena le duševnim motnjam. Različne psihoterapevtske smeri pa imajo različna razumevanja in pojmovanja osebnostnih lastnosti, ki niso nujno vezana na prej omenjene klasifikacije. Nekatere psihoterapevtske smeri imajo tudi svoje klasifikacije, v psihodinamski psihoterapiji je to npr. OPD (Both in sod., 2019).

Vse to pomeni, da je diagnoza določene osebnostne motnje odvisna od uporabljene klasifikacije in časa diagnosticiranja; dva različna diagnostika lahko v istem obdobju postavita različni diagnozi tudi ob uporabi iste klasifikacije; v psihoterapevtski obravnavi pa so lahko osebnostne poteze posameznika razumljene in pojmovane drugače kot v psihiatrični in kliničnopsihološki obravnavi, čeprav obravnavajo isto simptomatiko.

Raziskave učinkovitosti psihoterapije pri obravnavi osebnostnih motenj se v večini sklicujejo na kategorije, kot jih definira klasifikacija DSM. V njej so osebnostne motnje razvrščene v tri skupine. Skupina A zajema t. i. čudaške osebnostne motnje – to so shizoidna, shizotipska in paranoidna osebnostna motnja. V skupino B se uvrščajo t. i. dramatične osebnostne motnje – to so mejna, histrionična, narcistična in antisocialna osebnostna motnja. Skupina C oz. t. i. anksiozne osebnostne motnje pa vključuje obsesivno-kompulzivno, izogibajočo in odvisno osebnostno motnjo.

Paris (2008) ugotavlja, da je velika večina raziskav o psihoterapiji osebnostnih motenj posvečenih mejni osebnostni motnji. Kot dokazano uspešne psihote-

rapevtske modele za obravnavo mejne osebnostne motnje navaja dialektično vedenjsko terapijo (to je mejni osebnostni motnji prilagojena oblika kognitivno-vedenjske terapije) in strukturirane različice psihodinamskih psihoterapij (osredotočene na mentalizacijo in transfer). Učinkovitost dialektične vedenjske terapije in psihodinamskih pristopov potrjujejo v novejši raziskavi tudi Cristea in sod. (2017). Paris (2008) pa navaja še uspešnost pristopa, ki združuje prej omenjena terapevtska modela in se imenuje »na sheme osredotočena terapija«. Trdi tudi, da so za obravnavo mejne osebnostne motnje lahko učinkovite različne oblike psihoterapije, ki temeljijo na različnih teorijah, pomembno pa je, da so dobro strukturirane. Kot neuspešne se izkažejo psihoterapije z odprtim zaključkom.

Kljub dominantni usmerjenosti raziskav v proučevanje uspešnosti obravnave mejne osebnostne motnje pa McMain in Pos (2007) po analizi literature potrjujeta učinkovitost psihoterapije tudi za izogibajočo, antisocialno in obsesivno-kompulzivno osebnostno motnjo in splošno osebnostno motenost. Horn in sod. (2015) so za populacijo z diagnozo osebnostne motnje, ki ni drugače specificirana, odkrili pozitivne izide različnih psihoterapevtskih pristopov. Kot zelo učinkovite so se izkazale kratkotrajne terapije, ki so omejene na pol leta.

## 4 UČINKOVITOST

Pri raziskovanju psihoterapevtskih obravnav osebnostnih motenj je pomembna spremenljivka tudi učinkovitost; izidi teh obravnav so namreč lahko zelo različni. Kar je za eno osebo z izkušnjo določene osebnostne motnje v obravnavi dosežek, je lahko za drugo osebo z izkušnjo druge osebnostne motnje patologija. Za nekoga bo npr. dosežek poiskati stik z ljudmi, za drugega pa ostati sam, brez ljudi okoli sebe.

Splošni pokazatelj uspešnosti psihoterapevtske obravnave je izboljšanje kakovosti življenja, ta pa se dosega preko individualno zastavljenih terapevtskih ciljev, ki so lahko zahtevnejši ali enostavnejši oz. višji ali nižji. Odvisni so vsaj od dveh pomembnih dejavnikov: motivacije osebe z izkušnjo osebnostne motnje in terapevtove naravnosti v obravnavi. Kar je za eno osebo z izkušnjo osebnostne motnje uspešen izid terapevtskega procesa, ni nujno uspešen izid za drugo osebo z diagnozo iste osebnostne motnje in kar je za enega terapevta uspešen izid obravnave, ne velja nujno tudi za drugega. Pri tem se lahko vprašamo, kdo lahko resnično sodi o uspešnosti psihoterapevtske obravnave osebnostnih motenj. Pomemben pokazatelj so tudi odnosi z ljudmi v vsakdanjem življenju osebe z izkušnjo osebnostne motnje, vendar tudi oni so lahko, skladno s svojimi

osebnostnimi lastnostmi, hitro zadovoljni z majhnimi spremembami ali zelo nezadovoljni kljub velikim spremembam.

Lindfors in sod. (2015) so raziskovali razlike med kratkotrajnimi (v rešitev usmerjena terapija in kratkotrajna psihodinamska psihoterapija) in dolgotrajnimi terapijami (dolgotrajna psihodinamska psihoterapija) pet let po zaključku terapije. Ugotavljajo, da kratkotrajne terapije prinašajo hitrejše učinke, dolgotrajne pa trajnejše.

## 5 ZAKLJUČEK

Namen problematizacije raziskovalnih ugotovitev v tem članku ni sporočilo, da osebnostnih motenj ni mogoče raziskovati ali da raziskovanje ni smiselno, temveč je oris kompleksnosti področja raziskovanja učinkovitosti psihoterapije osebnostnih motenj in vzpostavitev širšega konteksta za razumevanje izsledkov predstavljenih raziskav. Kljub opisanim problemom je namreč pomembno, da lahko osebnostne motnje poimenujemo in psihoterapevtsko obravnavamo, saj se v praksi kaže, da lahko različne oblike psihoterapije pomembno prispevajo k izboljšanju kakovosti življenja oseb z izkušnjo osebnostnih motenj. O nobenem od predstavljenih izsledkov raziskav danes še ne moremo govoriti z gotovostjo, očitno pa je, da je učinkovitost psihoterapije pri obravnavah osebnostnih motenj pomembno raziskovalno odkritje, pred katerim je še dolga pot raziskovanja do podrobnejšega razumevanja.

## Literatura

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. American Psychiatric Publishing; 2013.
- Arnevik, E., Wilberg, T., Urnes, Ø., Johansen, M., Monsen, J. T. in Karterud, S. Psychotherapy for personality disorders: 18 months' follow-up of the ullevål personality project. *J Pers Disord.* 2010; 24(2): 188–203.
- Bartak, A., Andrea, H., Spreeuwenberg, M. D., Thunnissen, M., Ziegler, U. M., Dekker, J. in sod. Patients with cluster a personality disorders in psychotherapy: an effectiveness study. *Psychother Psychosom.* 2011; 80(2): 88–99.
- Bateman, A. W. in Fonagy, P. Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorder. *Br J Psychiatry.* 2000; 177: 138–143.
- Both, L. M., Bastos, A. G. in Freitas, L. H. M. Operationalized psychodynamic diagnosis: a systematic review of the literature. *Trends Psychiatry Psychother.* 2019; 141(2): 201–210.



- Cristea, I. A., Gentili, C., Cotet, C. D., Palomba, D., Barbui, C. in Cuijpers, P. Efficacy of Psychotherapies for Borderline Personality Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2017; 74(4): 319–328.
- Horn, E. K., Bartak, A., Meerman, A. M., Rossum, B. V., Ziegler, U. M., Thunnissen, M. in sod. Effectiveness of Psychotherapy in Personality Disorders Not Otherwise Specified: A Comparison of Different Treatment Modalities. *Clin Psychol Psychother*. 2015; 22(5): 426–442.
- Lindfors, O., Knekt, P., Heinonen, E., Härkänen, T. in Virtala, E. Helsinki Psychotherapy Study Group. The effectiveness of short- and long-term psychotherapy on personality functioning during a 5-year follow-up. *J Affect Disord*. 2015;173: 31–38.
- McMain, S. in Pos, A. E. Advances in psychotherapy of personality disorders: a research update. *Curr Psychiatry Rep*. 2007; 9(1): 46–52.
- Ogrodniczuk, J. S. New directions in treatment research for personality disorders: effectiveness of different levels of care. *Psychother Psychosom*. 2011; 80(2): 65–69.
- World Health Organization. 2018. *ICD-11: International classification of diseases* (11th revision). Dostopno na: <https://icd.who.int/> (citirano 7. 7. 2022).



# PSIHOANALITIČNO DELO Z METAFORO PRI OBSESIVNO- KOMPULZIVNI MOTNJI (OKM)

Psychoanalytic work with metaphor  
in obsessive-compulsive disorder

Urška Battelino

## **POVZETEK**

*Obsesivno-kompulzivna motnja (OKM) spada med najpogostejše duševne motnje, kar spodbuja oblikovanje različnih modelov razumevanja in zdravljenja. Tudi znotraj psihoanalitične tradicije se že od začetkov razvija večdimenzionalna konceptualizacija etiologije, iz katere izhajajo pristopi njene obravnave. V prispevku na izbranem kliničnem primeru predstavljam psihoanalitično delo z metaforo, utemeljeno v kognitivni teoriji konceptualnih sistemov. Razčlemba postopka dela ponazarja osnovni postopek identifikacije metaforičnih čezpodročnih preslikav, ki vodijo interpretacijo simptomov v kontekstu zgodnje travmatske izkušnje. Metaforično razbiranje pomena simptomov omogoča predelovanje travmatskih vsebin in vodi v izzvenevanje simptomatike, kar metodo potrjuje kot učinkovit pristop zdravljenja.*

**Ključne besede:** psihoanalitična psihoterapija, obsesivno-kompulzivna motnja, konceptualna metafora, udejanjena kognicija

---

**Avtorica:** Urška Battelino

**Znanstveni in strokovni naziv:** doktorica psihoterapije, psihoanalitična psihoterapevtka

**Inštitucija/zaposlitev, naslov:** Psihoanalitična ordinacija, Urška Battelino, s. p.,  
Cesta na Brdo 109, 1000 Ljubljana

**E-naslov:** ubattelino@gmail.com

**DOI:** [https://doi.org/10.3986/9789610506768\\_6](https://doi.org/10.3986/9789610506768_6)

## ABSTRACT

*Obsessive-compulsive disorder (OCD) is one of the most common mental disorders, which encourages the development of various models of understanding and treatment. In the psychoanalytic tradition, a multidimensional conceptualization of etiology has been developing from the very beginning, from which approaches to its treatment are derived. In the article I present a selected clinical case of psychoanalytic work with metaphor grounded in cognitive theory of conceptual systems. The breakdown of the process illustrates the basic procedure of identifying metaphorical cross-field mappings that guide the interpretation of symptoms in the context of an early traumatic experience. Metaphorical understanding of the meaning of symptoms enables the processing of traumatic contents and leads to fading of symptoms, which confirms the method as an effective approach to treatment.*

**Keywords:** *psychoanalytic psychotherapy, obsessive-compulsive disorder, conceptual metaphor, embodied cognition*

## 1 UVOD

Obsesivno-kompulzivna motnja (OKM) predstavlja pogosto duševno motnjo, ki jo zaznamujejo vztrajne in ponavljajoče se neprijetne misli ali obsesije in prisilna dejanja ali kompulzije, s katerimi pacient blaži tesnobo (American Psychiatric Association, 2013). Psihiatrične smernice zdravljenja predlagajo selektivne zaviralce vnovičnega privzema serotonina in/ali vedenjsko-kognitivno terapijo z izpostavljanjem in preprečevanjem odziva (McKay in sod., 2015; Öst in sod., 2015). Klasična psihoanaliza OKM razlaga kot posledico psihičnih konfliktov ali potlačenih neželenih vsebin in etiologijo povezuje z zgodnjo anksioznostjo zaradi nerazrešenega Ojdipovega kompleksa, ki povzroča regresijo do analnofaznih obrambnih mehanizmov (Gabbard, 2001). Psihoanalitični pristop simptome OKM obravnava z vzročno-pomenskega vidika in zdravljenje usmerja v delo s prostimi asociacijami in ozaveščanjem potlačenih vsebin. Z ubesedovanjem nezavednih vsebin v psihoanalitični psihoterapiji semantika simptomov odkriva njihovo etiologijo, saj simptome OKM razumemo kot poskus soočanja in spoprijemanja s travmatskimi ali konfliktnimi izkušnjami (Lingiardi in McWilliams, 2017; Stanghellini in Mancini, 2017). Simptom razumemo kot način komunikacije med nezavednim in zavednim in kot eksplicitni označevalec (angl. signifier), ki zastopa implicitno vsebino (označeno, angl. signified) (Lacan, 2005). Branje simptomov je ključna komponenta zdravljenja,

eno od interpretativnih orodij, ki olajšajo razbiranje pomena simptomov, pa je lahko konceptualna metafora (Barsalou, 2012; Mahon, 2015). Z opazovanjem pacientove konceptualne govorice, ki se med drugim odraža v njegovih obsesivnih mislih in kompulzivnih dejanjih, odkrivamo nezavedne patogene vsebine (Barsalou, 2012; Lakoff in Johnson, 1980).

Pri psihoanalitičnem delu izhajamo iz spoznanj, da je pacientovo notranje dogajanje mogoče razumeti s pomočjo metaforike, kar potrjujejo ugotovitve kognitivne znanosti z odkritjem temeljne funkcije metaforike v človekovem procesiranju abstraktnih pojavov (Hopkins, 2002; Lakoff in Johnson, 1980). Teorija konceptualne metafore pojasnjuje, da metaforika ni arbitrarna in retorična, jezikovne analize pa potrjujejo, da razumevanje abstraktnih konceptov omogočajo senzorično dostopni konkretni koncepti. Metafora tako predstavlja temeljni kognitivni proces, s katerim človek osmišlja abstraktne pojave s preslikavami abstraktnega na konkretno (Bratož, 2010; Radman, 2015; Wallerstein, 2011). Delo z metaforo kot čezpodročno preslikavo je osnovni princip psihoanalitičnega dela, pri čemer je metaforičnost prepoznana kot temeljni način manifestnega izražanja latentnega nezavednega v sanjah, fantazijah, mislih, ravnanjih in simptomih (Freud, 2001; Lakoff, 1997; Petrovna, 2017). Pacient z manifestno metaforično govorico izraža svoje notranje dinamike in posreduje svoje nezavedne vsebine, ki mu jih psihoterapevt pomaga osmisлити (Arlow, 1979; Lakoff, 2016). Delo z metaforo oz. identifikacijami čezpodročnih preslikav vodi od manifestne vsebine do nezavednih vsebin, ki usmerjajo tvorbo specifičnih simptomov OKM. Pacientove simptome je mogoče interpretirati z razkrivanjem čezpodročnih preslikav in tako odkrivati potlačene konflikte in travme, odkrivanje konceptualnih povezav pa spodbuja ozaveščanje in podoživljanje patogenih vsebin, ki predstavljata osnovni princip zdravljenja (Akhtar, 2007).

## 2 METODA

Prispevek predstavlja študijo kliničnega primera, katere namen je ponazoriti pristop psihoanalitičnega dela z OKM, ki temelji na delu z metaforo in obsega razkrivanje čezpodročnih preslikav simptomatike. Čezpodročna preslikava je koncept teorije konceptualne metafore, ki pojasnjuje, da človek svoje izkušnje organizira z ustvarjanjem povezav med abstraktnim in konkretnim oz. neznanim in že znanim (Bratož, 2010; Kövecses, 2017). V psihoanalitični psihoterapiji odkrivamo terapevtski učinek interpretacije simptomatike z razkrivanjem metaforičnega pomena, ki omogoča ozaveščanje in podoživljanje patogenih vsebin. S predstavljenim primerom delovni proces ponazarjam z

razčlenitvijo čezpodročnih preslikav pacientkinih simptomov na pomenska izhodišča travmatske izkušnje. Osnovni princip psihoterapevtskega dela primera je temeljil na tradicionalni psihoanalitični tehniki, kjer pacient sledi temeljnemu psihoanalitičnemu pravilu, da govori o vsem, kar mu pade na pamet in se ne skuša cenzurirati (Freud, 1890). Na osnovi zapiskov, ki so nastajali med psihoterapevtsko obravnavo, je bil pripravljen opis poteka psihoterapije za opazovano obdobje polpetih let. Nabor simptomov je bil nato izluščen s kodiranjem opisa, ki je vključeval pojavljanje in opis simptomatike ter proces njene interpretacije. Za namen prikaza dela je bil nabor simptomov vsebinsko združen in kategoriziran po vsebinskih področjih, kar je omogočilo razčlenjeno ponazoritev uporabljene interpretativne tehnike razkrivanja konceptualnih metafor. V namen ugotavljanja učinkovitosti obravnave je bila v vsakem polletju obravnave na lestvici od 0 do 5 ocenjena intenzivnost 26 simptomov, ocene pa so združene v skupno povprečno oceno in grafično prikazane. Ocenjevanje intenzivnosti simptomov je potekalo po dveh kriterijih, in sicer glede na intenzivnost čustvene stiske in glede na časovno okupacijo pacientke s simptomi.

### 3 REZULTATI

Izbrani klinični primer OKM se nanaša na obravnavo pacientke v zgodnjih 30 letih, ki je v psihoterapijo vstopila zaradi vsiljivih misli in strahu pred nezmožnostjo odnosa z moškim. Obravnava je razkrila zgodnjo ponavljajočo spolno zlorabo s strani soseda in pretežno obsesivno in manj izraženo kompulzivno simptomatiko na področju hranjenja, telesne samopodobe, odnosov in potlačevanja agresije. Interpretativno delo med obravnavo je razkrilo povezanost simptomov z dogajanjem in pacientkinim doživljanjem ob travmatski izkušnji. S kategorizacijo pacientkinih simptomov, ki so vključevali obsesije in kompulzije, je bilo identificiranih več pomenskih področij, in sicer (a) dilema oz. ambivalenca, (b) hrana, (c) telo, (č) agresija, (d) vedenje, (e) nadzor, (f) samopodoba, (g) komunikacija, (h) odnos. Posamezni simptomi so se umeščali na enega ali več področij metaforičnih preslikav in so pomensko povezani z vsebinsko strukturo izhodiščne travmatske izkušnje. V interpretaciji simptomov preslikavam sledimo iz sedanosti v preteklost in tako odkrivamo poti metaforične tvorbe v obratni smeri nastanka simptomatike.

Prvo pomensko področje pacientkinih simptomov je področje *dileme oz. ambivalence*. Na področju dileme oz. ambivalence se pojavljajo obsesivni simptomi, kot so »hočem odnos/nočem odnosa«, »ljubim/ne ljubim«, »ljubi

me/ne ljubi me«, »odnos je pravi/odnos ni pravi«, »hočem dotik/nočem dotika«, »hočem jesti/nočem jesti«, »hočem shujšati/nočem shujšati« ipd. Simptomi odražajo jedrno specifiko pacientkine travme, saj se je dilema pri pacientki v etiološkem izhodišču pojavila kot intenzivna čustvena ambivalenca ugodja in neugodja ob spolni zlorabi in posledični vedenjski dilemi, ali naj v zlorabi sodeluje in se vrača. Pacientka si je spolno zlorabo zaradi telesnega ugodja deloma želela, hkrati pa ji je povzročala intenzivna neprijetna občutja, kot so gnus, nemoč, strah, krivda in sram, vendar kot otrok zlorabe ni mogla prekiniti. Ambivalenca se je z razvojem funkcije vrednotenja (superega) z ravni ugodja in neugodja pri pacientki razširila na raven dobrega in slabega, kar se kaže s prehajanjem tipa simptoma kot želje v tip simptoma vrednotenja. Izhodiščna struktura travmatske izkušnje se metaforično preslikava v simptomatiko. Dilema »hočem odnos s sosedom/nočem tega odnosa« se preslikava v obsesivne simptome »hočem partnerski odnos/nočem tega odnosa«, »želim si telesnega stika/ne želim si telesnega stika«.

Simptomatika se naprej preslikava na drugo področje *hrane*, ki je prav tako pogojena s primarno travmatsko izkušnjo, saj je sosed pacientko nagrajeval s sladkarijami. Na področju hrane se pojavljajo obsesije »hočem jesti/nočem jesti«, »zredila se bom/postala bom anoreksična« ipd. Simptomi se preslikavajo iz pacientkinih izhodiščnih travmatskih občutij glede sladkarij, ki so spremljale njeno spolno zlorabo, in oralne uresničitve potrebe po objektnem odnosu. Spolna zloraba in način zadovoljevanja potreb sta v pacientki vzbujala občutke sramu in krivde, ki se preslikavajo v simptome »če dvignem odmerek zdravil, sem luzerka« ipd. Tretje pomensko področje se nanaša na telo in je glede na vrsto izhodiščne travme prav tako pričakovano. Pojavljajo se obsesivni simptomi »partner se me ne sme dotakniti«, »če bom imela lepo postavo, bom dostopna za moške, ki se jim ne bom mogla upreti« ipd., ki odražajo preslikavo izhodiščne izkušnje, da soseda privlači pacientkino telo, ki se na zlorabo odziva. Pacientkino telo zaradi osrednje kavzalne vloge v travmatski izkušnji postane slabo in deležno pacientkinih napadov, kar se kasneje odraža z obsesivnimi simptomi »partnerja moti moja postava«, »nisem dovolj suha« ipd. V pomensko strukturo se vključuje tudi pacientkin odnos do sosedovega telesa, ki se preslikava na odnos do partnerjev: »ni mi všeč partnerjev nos«, »niso mi všeč partnerjeva ušesa« ipd.

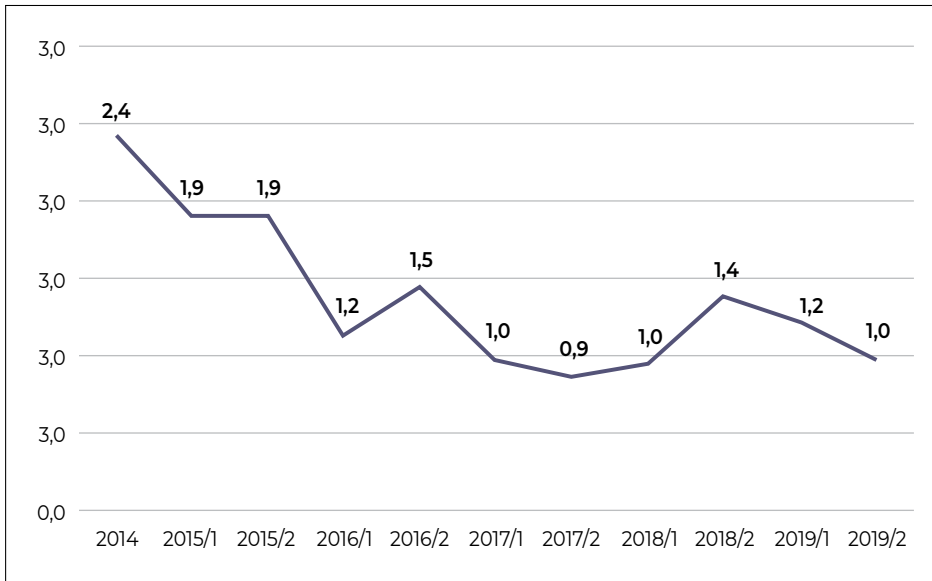
Področje *agresije* se v simptomih uresničuje z obračanjem navznoter ali navzven. Agresija obstaja v obrambni funkciji kot poskus uničenja objekta, subjekta ali objektnega odnosa, ki so osnovni gradniki travmatske izkušnje. Pacientka agresijo obrača nase in na svoje telo v simptomih »poškodovala

se bom«, »naredila bom samomor«, »tolčem se in kri šprica« ipd. in navzven v simptomih »komu bom kaj naredila«, »komu se bo kaj zgodilo«, »povozila bom pešce«, »napisala bi poslovilno pismo, da bi prizadela starše«. Navzven obrnjena agresija je v izhodiščni travmatski izkušnji namenjena sosedu in staršem, v simptomatiki pa se preslikava na anonimne objekte. Na pomenskem področju *vedenja* se pacientkina simptomatika uresničuje s simptomi, ki v veliki meri segajo tudi na področje agresije in telesa, kar je glede na izhodiščno travmatsko izkušnjo pričakovano. V pacientkinih simptomih odsevajo njene izhodiščne izkušnje, ko ni mogla razumeti, kaj si želi od vedenja drugih in kako naj se sama vede: »hočem iti nazaj/nočem iti nazaj«, »partner se me ne sme dotakniti«, »izgubila bom nadzor in se mi bo zmešalo« ipd. Pomensko področje *nadzora* združuje simptomatiko, ki se preslikava iz pacientkine izhodiščne izkušnje neobvladovanja situacije, lastnih občutij in vedenja in vedenja soseda. Premočni občutki izhodiščne travme se preslikavajo v simptomatiko: »izgubila bom nadzor in ...« »naredila samomor«, »se zredila«, »postala anoreksična«, »se mi bo zmešalo« ipd.

Simptomatika pomenskega področja samopodobe izhaja iz pacientkine izhodiščne izkušnje stiske ob svojem sodelovanju v spolni zlorabi: »sem grozna in neprimerna«, »če bom imela lepo postavo, bom plehka« ipd. Pacientkina simptomatika na področju *komunikacije*, npr. obsesije »nimam pravice reči, da sem bila zlorabljen«, »povedati moram tašči, da nisem izživeta«, odraža izhodiščno stisko, ali in kako spolno zlorabo razkriti. Zadnje pomensko področje pacientkine simptomatike pa je pomensko polje *odnosa*. Odnos je izhodiščno mesto pacientkine travme in tako tudi središče njene simptomatike, saj pacientka v odnosu doživlja intenzivno ambivalenco glede ugodja, želje, strahu in škodljivosti. Ambivalenca se preslikava na partnerske odnose v obliki simptomov »partnerja ljubim/ne ljubim«, »partner je dovolj dober/ni dovolj dober«, »partner me ima rad/me nima rad«, »želim si odnos/ne želim si odnosa« ipd. Pacientkini simptomi odražajo tudi izgubo upanja, da bodo njeni odnosi boljši: »vse je brez pomena«, »izdaja se bo ponovila«, »nihče mi ne bo všeč«, »nikogar ne bom imela rada« ipd.

Sledenje intenzivnosti simptomatike v opazovanem obdobju kaže na postopen upad povprečja intenzivnosti čustvene stiske in časovne okupacije pacientke s simptomi (slika 1).



**Slika 1: Povprečje intenzivnosti simptomatike na lestvici od 0 do 5**

## 4 RAZPRAVA

Delo z metaforo ima v psihoanalitični praksi dolgo tradicijo in predstavlja enega temeljnih načinov razumevanja simptomatike duševnih motenj (Freud, 2001; Lakoff, 2016; Petrovna, 2017). Predstavljeni primer tradicionalno metodo pojasnjuje v interdisciplinarnem teoretičnem okvirju in empirično ponazarja anatomijo postopka psihoterapevtskega dela. Simptomi so predstavljeni kot primeri udejanjene kognicije, njihov nastanek pa pojasnjen s preslikavanjem latentne psihične dinamike na manifestno simptomatiko. Pacientkina simptomatika je prikazana kot metaforično konceptualno poročilo o preteklosti, notranjih konfliktih, čustveni in obrambni dinamiki. Potek interpretacije je prikazan kot rekonstrukcija nezavednega po empiričnih pravilih konceptualne metaforike, ko se skozi neobremenjeno in spontano asociativno poročanje o mislih, spominih, občutkih, dogodkih, idejah oblikuje konceptualni sistem preslikav zavednih in nezavednih vsebin (Amin, Jeppsson in Haglund, 2015; Barsalou, 2008; Freud, 1890). Predstavljeni primer ilustrira posebno primernost OKM za interpretativno delo s simptomi, kar ugotavlja že Freud (1890) zaradi tvorjenja simptomov kot temeljne obrambna OKM in posledične bogate sporočilnosti simptomatike.

Medtem ko klasična psihoanalitična teorija pri OKM predpostavlja regres in vnovično vzpostavitev analno-sadistične konstelacije obramb (Freud, 1908; Teusch, 2020), pa se v predstavljenem primeru skozi obravnavo in interpretacijo odkrivajo predvsem bjehtnorelacijske vsebine, ki so predmet zanimanja sodobnejših psihoanalitičnih klinikov. Prikaz izbranega primera v zgodnjem razvoju na splošno kaže več etiološko nespecifičnih determinant OKM, podobno kot v svojem delu ugotavlja Anna Freud (1966), hkrati pa poleg relaksacijske ponazarja tudi reparacijsko funkcijo kompulzivnih simptomov, ki jih poudarjata Klein in Reviere (1937). Funkcija reparacije simptomatike izhaja iz neuspešnih poskusov korekcije posledic otrokovih agresivnih impulzov ob prehajanju v depresivno fazo in simptomatika se v predstavljenem primeru povezuje z relacijskimi rupturami objektnih odnosov. Kompulzivni simptomi se odražajo predvsem kot magični poskusi obujanja odnosa z objektom, kot njihovo dinamiko predpostavlja objektnorelacijska teorija. Predstavljeni primer se tako ujema s sodobnejšimi psihoanalitičnimi etiološkimi predpostavkami OKM in potrjuje logiko razreševanja travmatskih in konfliktnih vsebin tekom interpretativnega dela.

Učinkovitost psihoanalitične obravnave pri pacientih z OKM potrjujejo tudi druge študije. Leib (2001) opisuje kombinirano vedenjsko, psihofarmakološko in psihoanalitično obravnavo pacientke z intenzivno OKM, McGehee (2005) pa uspešno psihoanalitično obravnavo desetletnega dečka z OKM. Gabbard (2008) psihoanalitični pristop k obravnavi OKM utemeljuje na osnovi nezavednega pomena simptomov, njihove sekundarne koristi in psihodinamičnih sprožilnih dejavnikov in poudarja pomen interpretativnega dela. Chlebowski in Gregory (2009) opisujeta pet kliničnih primerov, v katerih sta bila psihodinamično razumevanje in psihodinamična obravnava ključnega pomena za pozitiven klinični izid, in potrjujeta, da je psihoanalitična obravnava primerna za kompleksnejše oblike OKM, ki se ne odzivajo na običajno obravnavo z zdravili in kognitivno-vedenjsko terapijo. Leichsenring in Steinert (2016) podajata principe za psihodinamično psihoterapijo OKM z 12 moduli suportivno-ekspresivne terapije in vodeno interpretacijo pomena simptomov. Becker in sod. (2019) pa učinkovitost psihodinamične psihoterapije potrjujejo z analizo dveh kliničnih primerov in kot ključne elemente obravnave poudarjajo ozaveščanje, raziskovanje, soočanje in interpretacijo konfliktov.

Predstavljeni primer obravnave doprinaša k obstoječim študijam in teoretičnim modelom, saj vključuje empirično razčlemba postopka dela in interdisciplinarno teoretično utemeljitev metode, s čimer pojasnjuje učinkovalnost in učinkovitost metode. Z odkrivanjem strukturiranega vpogleda v postopek dela z metaforo na eni strani zagotavlja učni ali delovni pripomoček, na drugi strani

pa argumentacijo izbire tovrstnega načina dela. Predstavljena študija prispeva tudi v naraščajoči nabor gradiva, s katerim postopoma odgovarjamo na kritike siceršnje slabše empirične podprtosti psihoanalitičnih pristopov.

## 5 ZAKLJUČEK

OKM je ena najpogostejših duševnih motenj, ki lahko resno ogroža funkcionalnost in kakovost življenja pacientov, zato sta ključnega pomena raziskovanje in vpeljevanje učinkovitih načinov zdravljenja. V študiji kliničnega primera predstavljam psihoanalitični pristop obravnave OKM, ki poteka kot delo z metaforo. Predstavljena metoda temelji na uvidu metaforične vrednosti simptoma, ki izhaja iz psihoanalitične tradicije in je utemeljen s teorijo konceptualnih sistemov v kognitivni znanosti. Metaforično delovanje predstavlja univerzalni način organizacije človekove izkušnje in se odvija kot preslikavanje slabše dostopne izkustvene vsebine na dostopnejšo izkustveno vsebino. Prenos človekove notranje izkušnje v zunanji svet z metaforo je temeljni način komunikacije, iste mehanizme pa je mogoče prepoznati na ravni manifestacije notranje dinamike v obliki obsesivnih in kompulzivnih simptomov. Prepoznavanje simptomov kot označevalcev nezavednih patogenih vsebin pacientu omogoča posredno predelovanje. Predstavljeni primer ponazarja množico metaforičnih preslikav, ki nastajajo ob prenašanju vsebin iz primarne travmatske izkušnje v obsesivne misli in kompulzivna dejanja. Razkrivanje pomena simptomov pacientki omogoča predelovanje travmatskih vsebin, kar vodi v izzvenevanje simptomatike zaradi upada potrebe po defenzivnem delovanju in kompulzivnem ponavljanju vzorcev primarne izkušnje. Psihoanalitična obravnava OKM, osredotočena na interpretacijo simptomov v kontekstu komunikacije vsebine patogenih izkušenj, se kaže kot učinkovit pristop k zdravljenju.

## Literatura

- Akhtar, S. Diversity without fanfare: Some reflections on contemporary psychoanalytic technique. *Psychoanal Inq*, 2007; 27(5): 690–704.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. Arlington: American Psychiatric Pub; 2013.
- Amin, T. G., Jeppsson, F. in Haglund, J. Conceptual metaphor and embodied cognition in science learning: introduction to special issue. *Int J Sci Edu*. 2015; 3(7): 5–6.
- Arlow, J. A. Metaphor and the psychoanalytic situation. *The Psychoanal Q*. 1979; 48(3): 363–385.

- Barsalou, L. W. Cognitive and neural contributions to understanding the conceptual system. *Curr Dir Psy Sci*. 2008; 17(2): 91–95.
- Barsalou, L. W. The human conceptual system. V Spivey, J. M., McRae, K. in Joanise, M. F., ur. *The Cambridge handbook of psycholinguistics*. Cambridge: Cambridge University Press; 2012: 239–258.
- Becker, J. P., Paixão, R., Silva, S., Quartilho, M. J. in Custódio, E. M. *Dynamic psychotherapy: the therapeutic process in the treatment of obsessive-compulsive disorder*. *Behav Sci*. 2019; 9(12): 141.
- Bratož, S. *Metafore našega časa*. Koper: Fakulteta za management; 2015.
- Chlebowski, S. in Gregory, R. J. Is a psychodynamic perspective relevant to the clinical management of obsessive-compulsive disorder? *Am J Psychother*. 2009; 63(3): 245–256.
- Freud, S. Bemerkungen über einen Fall von Zwangsneurose. *Jahrbuch für psychoanalytische und psychopathologische Forschung*. 1909; 1(2): 357–421.
- Freud, S. Inhibicija, simptom in tesnoba. *Problemi: revija za kulturo in družbena vprašanja*. 2001; 39(1/2): 7–90.
- Freud, S. *Inhibitions, symptoms and anxiety. The complete psychological works of Sigmund Freud*. London: Hogarth Press; 1926.
- Gabbard, G. O. Psychoanalytically informed approaches to the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Psychoanal Inq*. 2001; 21(2): 208–221.
- Hopkins, J. Psychoanalysis, metaphor and the concept of mind. In: Levine M, ur. *Analytic Freud*. London: Routledge; 2002: 23–47.
- Klein, M. in Riviere, J. *Love, hate and reparation: two lectures*. London: Hogarth Press & The Institute of Psycho-analysis; 1937.
- Kövecses, Z. Conceptual metaphor theory. V: Semino, E. in Demjén, Z., ur. *Handbook of metaphor*. London: Routledge; 2017: 13–27.
- Lacan, J. Sintom. *Problemi: revija za kulturo in družbena vprašanja*. 2007; 45(4-5): 139–162.
- Lakoff, G. in Johnson, M. The metaphorical structure of the human conceptual system. *Cogn Sci*. 1980; 4(2), 195–208.
- Lakoff, G. How metaphor structures dreams. V: Bulkeley, K., ur. *Dreams*. New York: Palgrave Macmillan; 2016: 265–284.
- Lakoff, G. How unconscious metaphorical thought shapes dreams. V: Stein, D. J., ur. *Cognitive science and the unconscious*. New York: American Psychiatric Pub; 1997: 89–120.
- Leib, P. T. Integrating behavior modification and pharmacotherapy with the psychoanalytic treatment of obsessive-compulsive disorder: a case study. *Psychoanal Q*. 2001; 21(2): 22–41.
- Leichsenring, F. in Steinert, C. *Psychodynamic therapy of obsessive-compulsive disorder: principles of a manual-guided approach*. *World psychiatry*. 2016; 5(3), 293–294.

- Lingiardi V. in McWilliams, N. *Psychodynamic diagnostic manual*. New York: Guilford Press; 2017.
- Mahon, B. Z. Missed connections: A connectivity constrained account of the representation and organization of object concepts. V: Margolis, E. in Laurence, S., ur. *The conceptual mind: new directions in the study of concepts*. Massachusetts: MIT Press; 2015: 79–116.
- McGehee, R. H. Child psychoanalysis and obsessive-compulsive symptoms: the treatment of a ten-year-old boy. *Am J Psychoanal*. 2005; 53(1): 213–237.
- McKay, D., Sookman, D., Neziroglu, F., Wilhelm, S., Stein, D. J., Kyrios, M. in Veale, D. Efficacy of cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res*. 2015; 225(3): 236–246.
- Öst, L. G., Havnen, A., Hansen, B. in Kvale, G. Cognitive behavioral treatments of obsessive-compulsive disorder. A systematic review and meta-analysis of studies published 1993–2014. *Clin Psychol Rev*. 2015; 40(1): 156–169.
- Petrovna, P. T. *Metaphor in cognitive sciences*. Moskva: Moscow State University; 2017.
- Radman, Z. From a metaphorical point of view: a multidisciplinary approach to the cognitive content of metaphor. Berlin: Walter de Gruyter GmbH & Co KG.; 2015.
- Stanghellini, G. in Mancini, M. The meaning of symptoms in the psycho-dynamic paradigm. V: Stanghellini, G. in Mancini, M., ur. *The therapeutic interview in mental health: a values-based and person-centered approach*. Cambridge: Cambridge University Press; 2017: 21–24.
- Teusch, R. Abstracts from the German journal *Psyche: Zeitschrift fuer psychoanalyse und ihre anwendungen*. Theme: obsessive-compulsive disorders. *Psychoanal Q*. 2020; 89(1): 179–194.
- Wallerstein, R. S. Metaphor in psychoanalysis: Bane or blessing? *Psychoan Inq*. 2011; 31(2): 90–106.



# DRUŽBENI MEDIJI IN NARCIZEM: PRODUKTIVNI KAOS ZNANOSTI V NASTAJANJU

Social media and narcissism: productive chaos  
of science in the making

Jernej Kaluža

## **POVZETEK**

*Članek izpostavlja konceptualna protislovja raziskav, ki analizirajo povezavo med družbenimi mediji in narcizmom. Po eni strani se s perspektive medijskih študij zdi, da je narcizem globoko vpisan v strukturo družbenih medijev, na kar med drugim nakazuje domnevno narcistična narava sebka. Tudi koncepti, kot so filtrirni mehurček, odmevna komora in pritrditvena pristranost, izpostavljajo, da naj bi družbeni mediji delovali sledeč imperativu zadovoljevanja posameznikovega sebstva in da gre za tehnološko favoriziranje narcističnih osebnostnih potez. Po drugi strani ugotovitve empiričnih raziskav niso tako enoznačne, kar je mogoče pripisati tudi problematičnemu konceptu internetne odvisnosti, ki zaradi svoje splošnosti ne more zaobseči kompleksnega, družbeno in zgodovinsko pogojenega medsebojnega vplivanja med rabo družbenih omrežij in težavami v duševnem zdravju.*

**Ključne besede:** narcizem, osebnostne motnje, družbeni mediji, internetna odvisnost, medijske študije

---

**Avtor:** Jernej Kaluža

**Znanstveni in strokovni naziv:** doktor filozofije

**Inštitucija/zaposlitev, naslov:** asistent raziskovalec na Centru za raziskovanje družbenega komuniciranja na Fakulteti za družbene vede (Univerza v Ljubljani), Kardeljeva ploščad 5, 1000 Ljubljana

**E-naslov:** jernej.kaluza@fdv.uni-lj.si

**DOI:** [https://doi.org/10.3986/9789610506768\\_7](https://doi.org/10.3986/9789610506768_7)

**ABSTRACT**

*The article highlights the conceptual contradictions of existing research that analyses the link between social media and narcissism. On the one hand, from the perspective of media studies, narcissism seems to be deeply inscribed in the structure of social media, as indicated by the supposedly narcissistic nature of selfies. Even more, concepts such as filter bubble, echo chamber and confirmation bias emphasize that social media functioning follows the imperative of satisfying the individual self and favours narcissistic personality traits. On the other hand, the findings of empirical research are not so unambiguous, which may also be attributable to the problematic concept of internet addiction, which, due to its generality, cannot encompass the complex, socially and historically conditioned interplay between social media use and mental health problems.*

**Keywords:** *narcissism, personality disorders, social media, internet addiction, media studies*

**1 UVOD**

Članka, ki bi lahko ponudil celosten pregled nad obsežno znanstveno produkcijo o novih medijih in osebnostnih motnjah, nastalo na presečišču komunikologije, medijskih študij, socialne psihologije, psihiatrije in številnih drugih znanstvenih področij, je nemogoče napisati. Problem ni samo količina znanstvene produkcije, temveč tudi njena razpršenost, tematska raznolikost in metodološka heterogenost, zaradi česar je težko primerjati ugotovitve posameznih raziskav. Težko je tudi vzpostaviti skupne konceptualne temelje ali osnovne ugotovitve, ki bi jih vsi brez dvoma sprejemali. Prej nasprotno, poskus pregleda literature na tem področju nas po eni strani navda z nelagodjem zaradi včasih nasprotujočih si pristopov in ugotovitev, po drugi strani pa tudi z navdušenjem, ki spremlja vsako pionirsko znanstveno raziskovanje, saj se zdi, da gre za področje, na katerem nikakor še ni bila rečena zadnja beseda.

V članku, ki se osredotoča na dela s področja komunikologije in medijskih študij na eni in empiričnih raziskav iz socialne psihologije na drugi strani, skušam prikazati del kompleksnosti problematike, ki se nahaja na presečišču družboslovja in naravoslovja. Gre za problematiko, kjer se uporabljajo tako metode »trde« znanosti kot tudi bolj družboslovno in humanistično navdahnjeni pristopi. Gledano tematsko pa se pričujoči pregledni članek osredotoča predvsem na korelacijo med narcizmom in družbenimi mediji (prvenstveno facebookom).



## 2 ZGODOVINSKI KONTEKST: NARCIZEM IN MEDIJI V 20. STOLETJU

Prvi obrisi moderne ideje, da nove tehnologije odtujujejo človeka od njegovega avtentičnega sebstva, se pojavljajo že v klasičnih filozofskih delih iz prve polovice 20. stoletja. Martin Heidegger (2018) tako v prevladi moderne tehnike uvidi tudi prevlado *računajočega mišljenja*, ki vse bivajoče podpredmeti na način, da ga zvede na golo sredstvo volje do moči. Tudi Adorno in Horkheimer sta v zavezništvu med tehnološkim napredkom, kapitalističnim režimom in porajajočimi se množičnimi mediji videla predvsem »nabuhli aparat kratkočasje«, ki »ljudem ne naredi življenja bolj človeka vrednega« (Adorno in Horkheimer, 2002: 144). Nasprotno, četudi (kot trdi Christopher Lasch) nove tehnologije in množična kultura, ki nastane na njihovi podlagi, obljublja »takojšnjo zadovoljitev želje«, vodijo v stanje »nemirne, večno nezadovoljene želje« (Lasch, 2012: 15), značilno za vzorec patološkega narcizma, ki spremlja »kulturo tekmovalnega individualizma, ki je v svoji izrojenosti prignala logiko individualizma do skrajnosti, do vojne vseh proti vsem, stremljenje k sreči pa v slepo ulico narcističnega ukvarjanja s seboj« (Lasch, 2012: 14).

Kritična teorija je torej vseskozi opozarjala na komercialno naravo množičnih medijev 20. stoletja, ki teži k zadovoljevanju širših množic (tudi za ceno trivializacije in manjše vsebinske kvalitete), toda zdi se, da je Laschevo svarilo pred mediji, ki neposredno spodbujajo »narcistično ukvarjanje s seboj«, svoj pravi objekt našlo šele z nastankom novih medijev v začetku novega tisočletja. Prav ti mediji namreč omogočajo uresničenje ideala splošne participacije in odpravo razlike med ustvarjalci medijskih vsebin in občinstvi, zaradi česar lahko na njih vsakdo najde svoj prostor (ali *Myspace*, kot se imenuje eden prvih družbenih medijev) in »izrazi svoj jaz«.

Iz vsega zapisanega bi lahko sklepali, da je vpliv družbenih omrežij na narcizem (kakor tudi obratno, vpliv narcizma na rabo družbenih omrežij) sistematično raziskan fenomen, kar pa ne drži povsem. Pri tem poleg nepregledne količine študij in raziskav odigra ključno vlogo tudi specifična dvojnost, ki po eni strani vidi osebnostne motnje – posebej narcizem – skoraj povsod v družbi, po drugi strani pa jih detektira samo v primeru zelo specifičnih, redkih in skrajnih odklonov in očitnih patologij. Nekateri denimo pristajajo na Laschevo tezo o patološkem narcizmu kot najsplošnejšemu kulturnemu vzorcu poznega kapitalizma, ki ga je ponotranjil tudi tehnološki razvoj družbenih omrežij, vendar se po drugi strani zdi, da ta vzorec vseeno ni tako vseprisoten, saj se javna razprava o negativnem vplivu novih tehnologij po navadi pojavlja v zelo

specifičnih okoliščinah izjemnega antisocialnega vedenja – denimo v primeru vpliva algoritemske personalizacije vsebin na družbenih medijih na politično radikalizacijo, širjenje sovražnega govora itd. (gl. Lewis, 2018; Tufekci, 2018).

### 3 NARCIZEM IN SEBKI: VARLJIVA ANALOGIJA ALI POTRJENA KORELACIJA?

Fenomen selfija oz. sebka je danes postal ena glavnih reprezentacij nove digitalne medijske kulture, ki jo omogoča »internet 2.0«, to je internet, ki ga zaznamujejo digitalne spletne platforme, družbeni mediji in ekonomija pozornosti (Fuchs, 2014). Obenem pa je postal tudi ena glavnih reprezentacij domnevnega narcizma (gl. Murray, 2020), ki ga spodbujajo družbeni mediji. Med prvimi 100 zadetki baze znanstvenih člankov Web of Science, ki vključujejo ključne besede narcissism in social network (ali social media oz. internet) tako najdemo kar 12 člankov, ki že v naslovu omenjajo besedo selfie. Ugotovitve teh člankov pa so nadvse raznolike: nekateri izpostavljajo dokaj jasno povezavo med temno triado osebnostnih potez (narcizem, makiavelizem in psihopatija) in objavljanjem sebkov (Sanecka, 2017), povezavo med narcistično zavistjo in samopromocijskim obnašanjem v primeru deljenja fotografij s potovanj (Taylor, 2020) in na povezavo med sebki in nekaterimi specifičnimi potezami narcizma – denimo avtoritarnostjo in grandioznim ekshibicionizmom (Weiser, 2015). Na drugi strani pa obstaja cela serija raziskav, ki kažejo, da je hipoteza o tej na videz samoumevni korelaciji prehitra in presplošna (Wu in sod., 2019), da objave, ki preveč direktno odražajo narcistično željo po ugajanju na družbenih medijih, niso nujno dobro sprejete (Choi in sod., 2015) in da je treba pri interpretaciji specifičnih praks na družbenih medijih vzeti v obzir kulturne specifike in specifike posameznih družbenih omrežij (Waterloo in sod., 2018).

Številne konceptualne in metodološke težave, nastale na presečišču študij, ki se ukvarjajo z družbenimi mediji in duševnim zdravjem, izhajajo iz različnih predpostavk, iz katerih izvirata bolj trdno znanstvena in medicinsko utemeljena klasifikacija duševnih motenj in izmuzljiva družbena realnost, s katero se ukvarjajo družbene vede. Prav objavljanje sebkov se zdi v tem kontekstu dober ponazoritveni primer prakse, ki se po eni strani zdi povsem ujemajoča z narcističnimi osebnimi potezami, po drugi strani pa neskončno bolj kompleksna in manj enoznačna. Tomanič Trivundža (2015) denimo opozarja, da splošni diskurz o sebkah, kot se ta odraža v medijskih vsebinah britanskih in slovenskih medijev v obdobju med novembrom 2012 in 2014, pogosto zaznamuje specifična psiho(pato)logizacija, ki zanemarja širše sociološke aspekte omenjenega fenomena.

Poleg tega pretirano osredotočanje na sebkje kot domnevno očitne manifestacije narcizma spregleda, da so družbeni mediji tudi v številnih drugih, morda manj očitnih kontekstih utemeljeni na idealu zadovoljevanja posameznikovega sebstva. Kot ugotavlja DeVito (2017), je namreč mogoče vse vrednote Facebookovih algoritmov, ki selekcionirajo vsebine, ki se pojavijo na časovnici, zreducirati na osebno pomembnost (angl. personal significance), npr. vpliv na sebstvo, interese, prijatelje, kar predstavlja radikalen prelom z vrednotami tradicionalnih medijev (ti vsaj na normativni ravni stavijo na vrednost vsebin za širšo družbo, javnost, občinstvo itd.). Wendy Chun (2016) v podobnem kontekstu piše celo o radikalnem prehodu od starih k novim medijem (N-you media), ki vselej stavijo na individualni nagovor posameznikovega sebstva (You!): najbolj popularna video platforma se imenuje YouTube, Facebook pa nas k novim objavam vabi z napisom »What's on your mind?« (Chun, 2016: 3). Tovrstna stava na zadovoljevanje in prilagajanje posameznim uporabnikom, njihovim zahtevam in pričakovanjem ima skratka negativne posledice za kohezivnost širše družbe na podoben način, kot je lahko družbeno destruktiven narcisov imperativ zadovoljevanja lastnih potreb.

### 3.1 Odmevne komore in narcistično odsevanje sebstva

Pomembna poteza novih medijev, ki jih najbolj eksplicitno utelešajo družbena omrežja, zaradi česar jih pogosto povezujemo z narcizmom, je povezava s tehnološkim napredkom – z razširitvijo rabe umetne inteligence, velikega podatkovja in algoritemske distribucije vsebin. Vse te tehnologije omogočajo, da novim medijem (za razliko od starih medijev, to so množični mediji 20. stoletja) ni več treba iskati najširšega skupnega imenovalca, ki določa, kaj je popularno med množicami, saj so se novi mediji z razvojem algoritemske personalizacije zmožni prilagoditi željam, pričakovanjem in potrebam posameznikov (Chun, 2016; Kaluža, 2022). Te strukturne lastnosti so bile v nekaterih zgodnejših raziskavah o narcizmu na družbenih omrežjih, ki so se osredotočale predvsem na površinske lastnosti družbenih omrežij – na možnost samopromocije, objavljanje fotografij in na kvantifikacijo prijateljstva (gl. denimo Buffardi in Campbell, 2008), povsem zanemarjene.

Skoraj vse glavne pojme, s katerimi se skuša v bolj poljudnem in deloma publicističnem diskurzu zaobseči glavni negativni učinek družbenih medijev na družbo – denimo pojme filtrirnih mehurčkov, odmevnih komor, ekonomije pozornosti ali afektivne polarizacije – je namreč mogoče razumeti kot specifične metafore, tesno povezane s simptomatiko osebnostnih motenj, posebej narcizma. Pojem filtrirnega mehurčka (angl. filter bubble), ki je postal od izida

istoimenske knjige Elija Pariserja ena najbolj rabljenih (pa tudi izrabljenih) metafor na področju komunikologije in medijskih študij, označuje strukturni učinek algoritemske personalizacije vsebin na časovnicah družbenih medijev, ki je zmožna prilagoditi selekcijo posameznim uporabnikom in njihovim preferencam, pričakovanjem in predsodkom.

Sledeč Pariserju naj bi to vodilo v »informatijski determinizem«, v katerem se lahko »ujamemo v statično, vedno ožjo verzijo samega sebe – v neskončno zanko lastnega jaza« (Pariser, 2011: 14). Tovrstno ujetje v lastno podobo se zdi na las podobo izvornemu mitu o Narcisu. Povedno pa je tudi, da Narcis išče potrditev pri nesrečni nimfi Eho (ki se vanj zaljubi in postane zaradi pretiranega pritrjevanja reducirana na prazni odmev), medtem ko pojem filtrirnega mehurčka pogosto spremlja pojem odmevne komore (angl. echo chamber), ki opozarja na to, da se na družbenih medijih zlahka vzpostavijo zaprte skupnosti istomislečih, ki dajejo posamezniku vtis lažnega konsenza in splošnega strinjanja. Zdi se skratka, da (narcistični) imperativ po zadovoljevanju potreb posameznega jaza po strukturni nujnosti vodi v konflikt med narcističnim jazom in širšim okoljem. Kot zapiše Pariser (2011: 90):

»[D]emokracija deluje le, če smo državljani zmožni razmišljati onkraj svojih ozkih interesov – za to pa potrebujemo skupen pogled na svet, v katerem živimo, in moramo priti v stik s potrebami in željami drugih ljudi. Filtrirni mehurčki pa nas potiskajo v nasprotno smer – ustvarjajo vtis, da je naš interes vse, kar obstaja«.

Izkazalo se je tudi, da čeprav družbeni mediji obljublajo večjo povezanost, pravzaprav pogosto prispevajo k fragmentaciji in polarizaciji družbe, zaradi česar jih je Siva Vaidhyathan (2018) imenoval kar za antisocialne medije. Specifična antisocialnost oz. antidružbenost pa je tudi ena glavnih značilnosti osebnostnih motenj. Ni presenetljivo torej, da v trenutku, ko se različne skupnosti istomislečih srečajo, nastane afektivna polarizacija, ki opisuje stanje javne razprave (po navadi o perečih družbenih in političnih temah), pri katerem ključno vlogo odigrajo negativna čustva do drugače mislečih. Nagnjenost k afektivni polarizaciji, ki je bila v nekaterih raziskavah povezana z avtoritarno osebnostno strukturo (Fasce, 2020; Luttig, 2017), je mogoče razumeti tudi kot specifičen strukturni učinek delovanja družbenih medijev. Ti temeljijo na ekonomiji pozornosti in – sledeč modelu tradicionalnih komercialnih medijev – prodajajo pozornost uporabnikov oglaševalcem. Posledično težijo k temu, da uporabniki čim več časa in čim več pozornosti posvetijo družbenim medijem in da so na njih čim bolj aktivni – aktivnost uporabnikov je namreč pretvorjena v veliko podatkovje, ki usmerja delovanje priporočilnih algoritmov, ti pa uporabnikom ponudijo še več še bolj personaliziranih vsebin, zmožnih pritegniti

njihovo pozornost. Znotraj tovrstnega strukturnega modela so posebej uspešne polarizirajoče vsebine, ki lahko vzbudijo močne in enostranske – bodisi izrazito negativne bodisi izrazito pozitivne – odzive. Z gledišča uporabnikov to implicira, da personalizirana selekcija vsebin pritrjuje njihovem okusu, sodbam in verjetjem, s čimer je izničena normativna ideja javnosti, ki leži v temelju moderne javne sfere, in sledeč kateri naj bi v demokratičnih družbah posamezniki mnenja kritično soočali z mnenji drugače mislečih v racionalni razpravi (gl. denimo Splichal, 2002).

V nasprotju s tem naj bi družbeni mediji sistematično spodbujali pritrditveno pristranskost (angl. confirmation bias) in vojaško mentaliteto, ki ostro razločuje med »nami« in »njimi«. Poleg tega na družbenih medijih uspevajo tudi nekatere druge narcistične osebnostne poteze, recimo pretirano individualistična, nasprotovalna in skeptična drža, ki preizprašuje vse družbeno vzpostavljene konsenze. Slednje je prišlo posebej do izraza v času širjenja teorij zarot o pandemiji COVID-19, kar naslavlja nekatere novejšje raziskave, ki se med drugim osredotočajo na uporabo toksičnega in agresivnega besednjaka na družbenih medijih (Pascual-Ferra in sod., 2021) in na vlogo treh temačnih osebnostnih potez (makiavelizma, narcizma in psihopatije) pri širjenju t. i. infodemije (Ahadzadeh in sod., 2021). Zaradi vsega naštetega Julia Galef predlaga specifičen način soočenja s tehnološko spodbujeno pritrditveno pristranskostjo, ki načrtno kultivira izvidniško miselnost, zmožno pogledati na svet iz perspektive drugega: »Najti moramo motivacijo, da vidimo stvari takšne, kot so, ne takšnih, kot si želimo, da bi bile« (Galef, 2021: 7). In zdi se, da bi bilo mogoče to geslo, ki kliče po bolj striktnem razlikovanju med freudovskima principoma realnosti in ugodja, ki postajata v času ekonomije pozornosti vse težje ločljiva, razumeti tudi v kontekstu soočanja z lastnim narcizmom.

## 4 EMPIRIČNE RAZISKAVE O DUŠEVNEM ZDRAVJU IN DRUŽBENIH OMREŽJIH

Ustvarjalci družbenih medijev in lastniki digitalnih platform pogosto verjamejo, da razvoj tehnologije prispeva k boljšemu svetu, večji povezanosti in družbeni kohezivnosti. Kot smo pokazali, pa se v kontekstu kritičnih medijskih študij in v splošnem publicističnem diskurzu zdi, da je konsenz povsem nasproten: struktura delovanja družbenih medijev je v določeni korelaciji s strukturo delovanja oseb z narcističnimi osebnostnimi potezami. To so potrdile tudi nekatere empirične psihološke raziskave na tem področju (Andreassen in sod., 2016; Peris in sod., 2020). Po drugi strani pa nekatere druge raziskave, denimo tudi

longitudinalne metaštudije, kažejo, da je korelacija med rabo družbenih omrežij in slabšim duševnim zdravjem sorazmerno majhna (Meier in Reinecke, 2021).

Podrobnejši pregled empiričnih raziskav torej pokaže, da rezultati niso povsem enoznačni in da je za podajanje dokončnih spoznanj potrebnega še več raziskovanja. Opravka imamo namreč z množico študij, ki jih je zaradi metodološke in tematske raznovrstnosti zelo težko zvesti na skupni imenovalec. Skrb, da lahko internet negativno vpliva na duševno zdravje, je sicer prisotna že od nastanka te tehnologije. V eni izmed pionirskih študij iz leta 1995 so denimo raziskovalci priskrbeli internetno povezavo za 93 gospodinjstev in v okviru projekta HomeNet spremljali psihološko zdravje v naslednjih letih. Že po letu dni so ugotovili, da je večja uporaba interneta povezana z več znaki osamljenosti in depresije (Kraut in sod., 2002; prim. tudi Rosen in sod., 2013).

Študije o odvisnosti od interneta ali videoiger so pogosto izhajale iz predpostavke, da nove tehnologije spodbujajo nenadzorovano rabo, ki lahko vodi v odvisnost in odmik od realnega v imaginarno in virtualne svetove. Z nastankom digitalnih družbenih omrežij v začetku novega tisočletja pa je predpostavka o opoziciji med realnim in virtualnim svetom postajala vse bolj vprašljiva, saj se družbena omrežja pogosto samoreprezentirajo kot obenem realna in virtualna in celo kot (digitalno) sredstvo, ki omogoča večjo povezanost, lažje ohranjanje in izboljševanje kakovosti medčloveških odnosov (tudi v fizičnem svetu).

Težavnost koncepta internetne odvisnosti, ki se najpogosteje meri v času, ki ga posameznik preživi za zaslonom (angl. screen time), se najbolj kaže prav pri preučevanju korelacije med osebnostnimi motnjami in družbenimi omrežji (Lyvers in sod., 2022). Narcistična osebnostna motnja se denimo v vsej svoji problematični simptomatiki odraža predvsem v medosebnih odnosih (najbolj z bližnjimi), česar pa tradicionalno osredotočanje na čas uporabe neke tehnologije ne more vzeti v obzir (Bergman in sod., 2010; Coyne in sod., 2020). Tudi vloga pretiranega obremenjevanja z družbenimi hierarhijami in primerjanje lastne vrednosti z vrstniki, ki jih omogoča zasnova družbenih omrežij, utemeljena na vidnosti številnih metrik družbene uspešnosti (število prijateljev, všečkov, delitev, komentarjev itd.), kar izpostavljajo številne študije, ki se osredotočajo na narcizem in družbena omrežja (Kong in sod., 2021), ne more biti zaobsežena s konceptom internetne odvisnosti. Prav tako s konceptualnim okvirom internetne odvisnosti in z merilom časa uporabe ni mogoče razložiti specifične povezanosti družbenih omrežij s težavami s samozavestjo in telesno samopodobo pri mladostnikih (Meeus in sod., 2019), medvrstniškim nadlegovanjem, spletnim zasledovanjem in zasmehovanjem, povezave med samopromocijskim in antisocialnim vedenjem (Carpenter, 2011) itd.

Zaradi preučevanja osebnostnih motenj v kontekstu internetne odvisnosti in odvisnosti od računalniških iger je prišlo v nekaterih raziskavah do pretiranega osredotočanja na specifično obliko »geekovskega« narcizma, ki se kaže v obliki neprilagojenega, antisocialnega, samotarskega in čudaškega vedenja. Kim in sod. (2008) so denimo trdili, da psihološke značilnosti, kot so agresija, manko samokontrole in narcistične osebnostne poteze, predstavljajo faktorje tveganja za razvoj odvisnosti od videoiger, kar velja predvsem za osebe moškega spola (Andreassen in sod., 2016). Kljub temu se zdi, da je ugotovitve tovrstnih raziskav nemogoče razširiti tudi na področje pretirane rabe (ali celo odvisnosti od) družbenih omrežij. Carvalho in Pianowski (2017) sta sicer argumentirala, da bi morda lahko število Facebook prijateljev predstavljalo dober prediktor narcizma, nekateri drugi pa so kot merilo uporabili druge metrike. Vsekakor pa se zdi tovrstna kvantifikacija in redukcija na en sam kriterij, če vzamemo v obzir heterogenost in mnoštvo razlogov, zaradi katerih ima lahko nekdo veliko Facebook prijateljev, izrazito redukcionistična.

Rosen in sod. (2013) so skušali analizirati korelacijo med rabo družbenih omrežij in širšim spektrom duševnih motenj (tesnoba, shizoidna, narcistična, antisocialna, histrionična in paranoidna osebnostna motnja), pri čemer so denimo ugotovili, da lahko število prijateljev na facebooku nakazuje na simptome bipolarnе manije, narcizma in histrionične osebnostne motnje, ne pa na simptome distemične in shizoidne osebnostne motnje. Njihova študija predstavlja tudi enega izmed klasičnih primerov kritike (pre)splošnega koncepta »internetne odvisnosti«, saj se pokaže, da so lahko različni tipi rabe interneta povezani z zelo različnimi težavami v duševnem zdravju. Nekaterе druge raziskave poudarjajo tudi pomen medkulturnih (večina raziskav se osredotoča na zahodni svet), generacijskih (večina raziskav se osredotoča na mladostnike in mlajše odrasle) in spolnih specifik (nekaterе od raziskav denimo kažejo na večjo pojavnosti duševnih težav v povezavi z rabo družbenih omrežij pri dekletih).

Povsem nov zagon je raziskovanje duševnega zdravja in novih tehnologij dobilo v času pandemije COVID-19. Socialna izolacija je namreč čas, ko se je večji del medčloveške komunikacije preselil na družbena omrežja, zaradi česar se zdi to obdobje posebej prikladno za poskus odgovora na vprašanje, ali je izvor določenih težav v duševnem zdravju treba iskati v odnosih v fizičnem ali virtualnem okolju. Mnoštvo visoko citiranih raziskav sicer nedvomno kaže na povečanje motenj razpoloženja v času pandemije, ugotovitve glede osebnostnih motenj pa niso tako enoznačne.

## 5 ZAKLJUČEK

Članek izpostavlja konceptualna protislovja raziskav, ki analizirajo povezavo med družbenimi mediji in osebnostnimi motnjami (predvsem narcizmom). Četudi je po eni strani ta povezava izpostavljena že v klasičnih delih kritične teorije, trdno zasidrana v splošni javnosti in obširno razdelana tudi v najbolj popularnih delih s področja medijskih študij in komunikologije, na drugi strani rezultati empiričnih raziskav niso tako enoznačni. Narcizem je tako še vedno obravnavan – podobno kot v drugi polovici 20. stoletja – na dvojen način: kot vseprisoten družbeni simptom na eni strani in kot specifična psihiatrična in psihološka klasifikacija na drugi strani.

Medijske študije izpostavljajo vseprisotnost algoritemske personalizacije, ki posameznika ujame v zanko jaza, filtrirne mehurčke in odmevne komore, kar je mogoče brati kot moderno tehnološko alegorijo mita o Narcisu. Praksa objavljanja sebkov se zdi očitna manifestacija vseprisotnega narcizma. Po drugi strani pa ugotovitve empiričnih raziskav niso tako enoznačne, saj nekatere potrjujejo, druge pa zanikajo korelacijo med rabo družbenih omrežij in narcizmom (in drugimi osebnostnimi motnjami).

Omenjeno neskladje je – po našem mnenju – posledica pomanjkljivih konceptualnih in metodoloških temeljev, sledeč katerim bi lahko merili in enoznačno ocenjevali vpliv družbenih omrežij na razvoj duševnih težav, saj se koncept internetne odvisnosti (in merilo časa uporabe) kaže kot presplošna za analizo kompleksnih psiholoških in družbenih učinkov, ki jih ima raba družbenih omrežij na duševno zdravje. Po drugi strani pa bi morale tudi medijske študije in komunikologija vzeti v obzir spoznanja empiričnih raziskav, ki kažejo, da narcizem na družbenih medijih vseeno ni povsem vseprisoten, kot ponazarjajo bolj teoretske analize in bolj abstraktna kritična teorija.

Tako empirične kot tudi teoretske raziskave o povezavi med osebnostnimi motnjami in rabo družbenih omrežij se nahajajo v prehodnem stanju, v katerem je jasno, da star konceptualni okvir in merila niso več prikladna, obenem pa ni mogoče najti koncepta, ki bi v svoji enoznačnosti in jasnosti lahko nadomestil starejši konceptualni in metodološki aparat. Tako kot pri drugih tematikah, ki se nahajajo na presečišču različnih metodoloških pristopov in konceptualnih okvirov in ne spadajo niti povsem na področje družboslovja niti na področje naravoslovja, bi bilo treba tudi v kontekstu družbenih omrežij in z njimi povezanih duševnih težav težiti k nedvoumnim in jasnim konceptom in metodološkim pristopom, vendar ne za ceno zanemarjanja kompleksne družbene in zgodovinske pogojenosti omenjenih pojavov.



## Literatura

- Ahadzadeh, A. S., Ong, F. S. in Wu, S. L. Social media skepticism and belief in conspiracy theories about COVID-19: the moderating role of the dark triad. *Curr Psychol.* 2021 [v tisku]. Doi: 10.1007/s12144-021-02198-1.
- Adorno, T. W. in Horkheimer, M. *Dialektika razsvetljenstva*. Ljubljana: Studia humanitatis; 2002.
- Andreassen, C. S. Billieux, J., Griffiths, M. D., Kuss, D. J., Demetrovics, Z., Mazzoni, E. in sod. The relationship between addictive use of social media and video games and symptoms of psychiatric disorders: A large-scale cross-sectional study. *Psychology of Addictive Behaviors.* 2016; 30(2): 252–262.
- Buffardi, L. E. in Campbell, W. K. Narcissism and Social Networking Web Sites. *Personality and Social Psychology Bulletin.* 2008; 34(10): 1303–1314.
- Carpenter, C. J. Narcissism on Facebook: Self-promotional and anti-social behavior. *Personality and Individual Differences.* 2012; 52(4): 482–486.
- Carvalho, L. D. in Pianowski, G. Pathological personality traits assessment using Facebook: Systematic review and meta-analyses. *Computers in Human Behavior.* 2017; 71: 307–317.
- Choi, M., Panek, E. T., Nardis, Y. in Toma, C. L. When social media isn't social: Friends' responsiveness to narcissists on Facebook. *Personality and Individual Differences.* 2015; 77: 209–214.
- Chun, W. H. K. *Updating to Remain the Same: Habitual New Media*. Cambridge, MA: The MIT Press; 2016.
- DeVito, M. A. From Editors to Algorithms. *Digital Journalism.* 2017; 5(6): 753–773.
- Fasce, A. in Avendaño, D. Opening the can of worms: A comprehensive examination of authoritarianism. *Personality and Individual Differences.* 2020; 163: 110057.
- Fuchs, C. *Social Media: a critical introduction*. Los Angeles, London, New Delhi, Singapore, Washington DC: SAGE Publications; 2014.
- Galef, J. *The Scout Mindset: Why Some People See Things Clearly and Others Don't*. New York: Portfolio/Penguin; 2021.
- Heidegger, M. *Kaj se pravi misliti?* Ljubljana: Filozofska fakulteta; 2018.
- Kaluža, J. Habitual Generation of Filter Bubbles: Why is Algorithmic Personalisation Problematic for the Democratic Public Sphere? *Javnost/The Public.* 2021 [v tisku]. Doi: 10.1080/13183222.2021.2003052.
- Kim, E. J., Namkoong, K., Ku, T. in Kim, S. J. The relationship between online game addiction and aggression, self-control and narcissistic personality traits. *Eur Psychiatry.* 2008; 23(3): 212–218.
- Kong, F., Wang, M., Zhang, X., Li, X. in Sun, X. Vulnerable Narcissism in Social Networking Sites: The Role of Upward and Downward Social Comparisons. *Front. Psychol.* 2021; 12: 711909.
- Kraut, R., Kiesler, S., Boneva, B., Cummings, J., Helgeson, V. in Crawford, A. Internet paradox revisited. *Journal of Social Issues.* 2002; 58(1): 49–74.

- Lasch, C. *Kultura narcizizma: ameriško življenje v času zmanjšanih pričakovanj*. Ljubljana: Mladinska knjiga; 2012.
- Lewis, R. *Alternative Influence: Broadcasting the Reactionary Right on YouTube*. Data & Society Research Institute; 2018. Dostopno na: <https://datasociety.net/library/alternative-influence/> (citirano 29. 6. 2022).
- Luttig, M. D. The »Prejudiced Personality« and the Origins of Partisan Strength, Affective Polarization, and Partisan Sorting. *Political Psychology*. 2018; 39: 239–256.
- Lyvers, M., Salviani, A., Costan, S. in Thorberg, F. A. Alexithymia, narcissism and social anxiety in relation to social media and internet addiction symptoms. *Int J Psychol*. 2022 [v tisku]. Doi: 10.1002/ijop.12840. doi:10.1002/ijop.12840.
- Meier, A. in Reinecke, L. *Computer-Mediated Communication, Social Media, and Mental Health: A Conceptual and Empirical Meta-Review*. *Communication Research*. 2021; 48(8): 1182–1209.
- Meeus, A., Beullens, K. in Eggermont, S. Like me (please?): Connecting online self-presentation to pre- and early adolescents' self-esteem. *New Media & Society*. 2019; 21(11-12): 2386–2403.
- Pariser, E. *The Filter Bubble: What the Internet Is Hiding from You*. New York: Penguin Random House; 2011.
- Pascual-Ferrá, P., Alperstein, N., Barnett, D. J. in Rimal, R. N. Toxicity and verbal aggression on social media: Polarized discourse on wearing face masks during the COVID-19 pandemic. *Big Data & Society*. 2021 [v tisku]. Doi: 10.1177/20539517211023533.
- Peris, M., de la Barrera, U., Schoeps, K. in Montoya-Castilla, I. Psychological Risk Factors that Predict Social Networking and Internet Addiction in Adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020; 17(12): 4598.
- Rosen, L. D., Whaling, K., Rab, S., Carrier, L. M. in Cheever, N. A. Is Facebook creating »iDisorders«? The link between clinical symptoms of psychiatric disorders and technology use, attitudes and anxiety. *Computers in Human Behavior*. 2013; 29(3): 1243–1254.
- Splichal, S. The Principle of Publicity, Public Use of Reason and Social Control. *Media, Culture & Society*. 2002; 24(1): 5–26.
- Taylor, D. G. Putting the »self« in selfies: how narcissism, envy and self-promotion motivate sharing of travel photos through social media. *Journal of Travel & Tourism Marketing*. 2020; 37(1): 64–77.
- Tomanic Trivundža, I. Are a Thousand Pictures Worth a Single Word? The Struggle between Condemnatory and Affirmative Discourses on Photographic Change in Slovene and UK Mainstream Media News Reports on Selfies. *Javnost/The Public*. 2015; 22(1): 93–109.
- Tufekci, Z. YouTube, the Great Radicalizer. *The New York Times*. 2018. Dostopno na: <https://www.nytimes.com/2018/03/10/opinion/sunday/youtube-politics-radical.html> (citirano 29. 6. 2022).
- Sanacka, E. The Dark Side of Social Media: Associations Between the Dark Triad of Personality, Self-Disclosure Online and Selfie-Related Behaviours. *JECS*. 2017; 8: 71–88.

- Vaidhyanathan, S. *Antisocial Media: How Facebook Disconnects Us and Undermines Democracy*. New York: Oxford University Press; 2018.
- Weiser, E. B. #Me: Narcissism and its facets as predictors of selfie-posting frequency. *Personality and Individual Differences*. 2015; 86: 477–481.
- Wu, M. S., Song, C. in Ma, Y. Selfie taking may be nonharmful: Evidence from adaptive and maladaptive narcissism among Chinese young adults. *Human Behaviour & Emerging Technologies*. 2019; 1: 240–244.



# VPLIV PSIHOEDUKACIJSKIH DELAVNIC »ČUSTVENI VRTILJAK ODNOSOV: PREPOZNAJMO OSEBNOSTNE MOTNJE MED NAMI« NA RAVEN PISMENOSTI O OSEBNOSTNIH MOTNJAH

The impact of the psychoeducational workshops »Emotional carousel of relationships: let's recognize personality disorders among us« on the level of literacy about personality disorders

Lilijana Šprah

## **POVZETEK**

*Pismenost o osebnostnih motnjah je v laični in strokovni javnosti relativno slaba. To vzbuja zaskrbljenost tako zaradi neustreznega prepoznavanja težav in iskanja pomoči kakor stigme in socialnega izključevanja ljudi, ki trpijo zaradi osebnostnih motenj. V članku je predstavljena evalvacija učinkov 20 spletnih psihoedukacijskih delavnic Čustveni vrtiljak odnosov: prepoznamo osebnostne motnje med nami na raven pismenosti o osebnostnih motnjah. Delavnice so bile izvedene v sklopu promocijsko preventivnega izobraževalnega programa OMRA ([www.omra.si](http://www.omra.si)). V evalvacijo je bilo vključenih 626 oseb, ki so pred delavnico in po njej izpolnjevale vprašalnik pismenosti o osebnostnih motnjah. Vprašalnik je bil sestavljen iz 22 trditev, ki so se nanašale na značilnosti,*

---

**Avtorica:** Lilijana Šprah

**Znanstveni in strokovni naziv:** doktorica medicinskih ved, univerzitetno diplomirana psihologinja, višja znanstvena sodelavka, predstojnica Družbenomedicinskega inštituta ZRC SAZU

**Inštitucija/zaposlitev, naslov:** ZRC SAZU, Družbenomedicinski inštitut, Novi trg 2, 1000 Ljubljana

**E-naslov:** [lilijana.sprah@zrc-sazu.si](mailto:lilijana.sprah@zrc-sazu.si)

**DOI:** [https://doi.org/10.3986/9789610506768\\_8](https://doi.org/10.3986/9789610506768_8)

posledice in zdravljenje osebnostnih motenj. Rezultati so pokazali, da se je delež pravih odgovorov po delavnicah pomembno povečal za 10,4 % ( $p < 0,05$ ). Izsledki učinkov delavnic so zelo spodbudni in razkrivajo, da smo vzpostavili uspešno in z dokazi podprto psihoedukacijsko intervencijo, ki sta jo dobro sprejeli laična in strokovna javnost. Psihoedukacijske delavnice o osebnostnih motnjah bomo v prihodnje še nadgrajevali in posvetili več pozornosti atributom, ki se povezujejo s pismenostjo o pozitivnem duševnem zdravju.

**Ključne besede:** osebnostne motnje, psihoedukacija, pismenost o duševnem zdravju, evalvacija, vprašalnik pismenosti o osebnostnih motnjah

### **ABSTRACT**

*Mental health literacy about personality disorders is relatively low among the lay and professional public. This raises concerns about inadequate recognition and utilization of help, as well as stigmatization and social exclusion of people suffering from personality disorders. This article presents an evaluation of the impact of 20 online psychoeducational workshops entitled »The emotional carousel of relationships: let's recognize the personality disorders among us« on levels of personality disorders literacy. The workshops were conducted as part of OMRA's promotion and prevention program ([www.omra.si](http://www.omra.si)). The evaluation involved 626 individuals who completed a literacy questionnaire about personality disorders before and after attending the workshops. The questionnaire consisted of 22 statements regarding the characteristics, consequences, and treatment of personality disorders. The results showed that the percentage of correct answers increased significantly by 10.4 % after the workshops ( $p < 0.05$ ). The outcomes of the workshops are very encouraging and revealed that we have established a successful and evidence-based psychoeducational intervention that is well accepted by the broadest public. In the future, we will continue to expand the psychoeducation workshops on personality disorders and pay more attention to attributes associated with positive mental health literacy.*

**Keywords:** personality disorders, psychoeducation, mental health literacy, evaluation, literacy questionnaire in relation to personality disorders

## 1 UVOD

Izraz osebnostne motnje je bil dolgo časa namenjen uporabi za domala vse vrste duševnih motenj, saj je ta termin zajemal vsako duševno motnjo, ki se je pojavila zaradi neprilagojenih motivacij in vedenjskih vzorcev, ki so se nanašali na socialno okolje. Osebnostne motnje so bile kot samostojna kategorija, in ne več kot del drugih duševnih motenj, v Diagnostičnem in statističnem priročniku duševnih motenj (DSM) prvič izpostavljene leta 1980 (Millon in Grossman, 2006). Bile so ločene od drugih duševnih motenj, saj so vključevale natančno definicijo in niz kriterijev za njihovo diagnosticiranje. Tako najdemo v peti izdaji DSM-definicijo, da je osebnostna motnja trajni vzorec ponotranjenih izkušenj in vedenj, ki se razlikujejo od pričakovanj posameznikove kulture. Ta vzorec je neprilagodljiv in se pogosto pojavlja, predvsem v adolescenci ali zgodnji odraslosti, sčasoma pa lahko postane stabilen in vodi do osebne stiske ali prizadetosti. Da lahko omenjeni vzorec klasificiramo kot osebnostno motnjo, ne sme biti posledica druge duševne motnje ali fizioloških vplivov substanc (APA, 2013). Če so starejše klasifikacije osebnostne motnje umeščale v kategorije, kot so: mejna, narcistična, paranoidna, shizoidna, disocialna, odvisnostna, histrionična, idr. osebnostna motnja, pa je z letom 2022 stopila v veljavo 11. izdaja Mednarodne klasifikacije bolezni (MKB-11) (WHO, 2018), kjer so osebnostne motnje razvrščene glede na dimenzije na dveh ravneh: izraženost osebnostne motnje in prisotnost posameznih osebnostnih značilnosti. Na osnovi tega razlikujemo blago, zmerno in izrazito osebnostno motnjo. Klinične izkušnje so namreč pokazale, da kategorični model razvrščanja osebnostnih motenj ni najustreznejši, saj ima lahko oseba izražene značilnosti različnih osebnostnih motenj in diagnosticiranje s pomočjo obstoječih kategorij v teh primerih ni uporabno (Brezovar, 2019).

Osebnostne motnje se lahko pojavijo že v otroštvu in adolescenci in se nadaljujejo v odraslosti. Zaradi njih je človekovo vedenje, mišljenje in čustvovanje povezano z velikimi težavami v medosebnih odnosih, posameznik in njegova okolica pa zaradi tega zelo trpita (Ziherl, 2013). Podatki o prevalenci osebnostnih motenj so dokaj nezanesljivi. Stopnje razširjenosti osebnostnih motenj se lahko v različnih študijah zelo razlikujejo. Tako se npr. v evropskih in severnoameriških presečnih študijah ocene prevalence v splošni populaciji gibljejo med 4 in 15 % (Volkert in sod., 2018). Razlike v ocenah prevalence je mogoče pripisati tudi uporabi različnih vzorcev, metod vzorčenja in diagnostičnih ocen. Pri zdravljenih pacientih in pacientkah z duševnimi motnjami je ta odstotek še višji, saj se kot komorbidna stanja osebnostne motnje pojavljajo pri 20 % ambulantnih in 40 %

hospitaliziranih pacientih in pacientkah (Choi-Kain in sod., 2021; Zihlerl, 2013). Poleg individualnega bremena predstavljajo osebnostne motnje tudi veliko družbeno in ekonomsko breme (Tyrer in sod., 2010). Tako npr. nizozemska študija (Soeteman in sod., 2008) navaja, da znaša ekonomsko breme osebe z diagnosticirano osebnostno motnjo cca 13.000 evrov. Angleška študija (McCrone in sod., 2008) je ocenila skupne stroške storitev iz naslova osebnostnih motenj na primarnem nivoju v letu 2007 na 726 milijonov evrov. Ta številka naj bi do leta 2026 znašala 1,3 milijarde. Če so k tem stroškom prišteli še stroške izgubljene zaposlitve, pa se je ekonomsko breme za leto 2026 povzpelo na 14,5 milijarde evrov.

## 1.1 Pismenost o duševnem zdravju

Izraz pismenost o duševnem zdravju je bil prvič uveden leta 1997 (Jorm, in sod., 1997). Od takrat je bilo na področju pismenosti o duševnem zdravju opravljenih že veliko raziskav, ki so prvotni večdimenzionalni koncept pismenosti, ki se nanaša na poznavanje in prepričanja ljudi o diagnozi in zdravljenju duševnih motenj, že dodobra nadgradile in dopolnile (Jorm in sod., 2012; Sampaio in sod., 2022). Ne nazadnje o velikem zanimanju za to področje kaže tudi skokovit porast raziskav v zadnjem desetletju, ki postajajo vse bolj usmerjene v prepoznavanje specifičnih težav v duševnem zdravju, v specifične skupine ljudi in okoliščine iskanja pomoči (Hamid in Furnham, 2014; Sweileh, 2021). Zadnja prizadevanja na tem področju se usmerjajo tudi v pozitivno komponento opismenjevanja o duševnem zdravju (poimenovano tudi pismenost o pozitivnem duševnem zdravju), ki se nanaša na zavedanje osebe o tem, kako doseči in ohraniti dobro duševno zdravje (Carvalho in sod., 2022). Če so se še do nedavno promocijske aktivnosti in raziskave na področju pismenosti o duševnem zdravju večinoma osredotočale na slabo duševno zdravje in pri tem izpostavljale predvsem negativni vidik duševnih motenj, vedno več novejših raziskav dokazuje, da ima spodbujanje pozitivnega duševnega zdravja dolgoročneje koristi (Bjørnsen in sod., 2018; Teixeira in sod., 2019). Atributi, ki definirajo pismenost o pozitivnem duševnem zdravju (Carvalho in sod., 2022), se nanašajo na:

- a) opremljenost s kompetencami za razreševanje problemov in udejanjanje lastnih potreb in potencialov; lastnost se nanaša na občutek obvladovanja in učinkovitost pri nadzoru nad okolico (npr. dobro obvladovanje stresnih okoliščin, zaupanje vase, urejen ritem budnosti in spanja, obvladovanje negativnih misli idr.);
- b) osebno zadovoljstvo; atribut se povezuje s pozitivno samopodobo, samospoštovanjem in sprejemanjem samega sebe, zadovoljstvom z osebnim življenjem in optimističnim pogledom na prihodnost;



- c) avtonomijo; lastnost je povezana z osebno varnostjo in samozavestjo, pa tudi z neodvisnostjo, občutkom osebne izbire ali aktivnosti v smeri lastnih ciljev in v skladu s svojimi ideali in samoregulacijo vedenja;
- č) večšine povezovanja in medosebnih odnosov; lastnost vključuje sposobnost vzpostavljanja medosebnih odnosov in empatijo – sposobnost razumevanja čustev drugega;
- d) samokontrolo; sposobnost obvladovanja stresa in konfliktov s pomočjo čustvenega ravnovesja oz. nadzora in višjega tolerančnega praga za frustracije, tesnobo in stres;
- e) prosocialno vedenje; nanaša se na aktivno vključevanje v družbo, vključno z altruizmom, nudenjem pomoči/podpore drugim, sprejemanjem drugih in drugačnosti.

V aktualni literaturi se pismenost o pozitivnem duševnem zdravju razume kot dinamičen koncept, ki se odraža kot rezultat promocijskih aktivnosti s pozitivnim odnosom do telesnega zdravja in socialnih interakcij, sposobnostjo reševanja problemov, produktivnostjo, samopodobo, odpornostjo in motivacijo (Bjørnsen in sod., 2017; Iasiello in sod., 2019; Mansfield in sod., 2020) na eni strani, na drugi strani pa predstavlja izvor oz. mediatorja duševnega zdravja in dobrega počutja, kjer se osebam omogoča preventivno udejstvovanje pri pojavljanju težav v duševnem zdravju.

## 1.2 Pismenost o osebnostnih motnjah

V literaturi o pismenosti o duševnem zdravju lahko zasledimo, da je bilo obravnavanih že veliko različnih motenj in v različnih kontekstih, pri čemer sta bili depresija in shizofrenija najbolj razširjeni in najpogostejši predmet raziskav (Hamid in Furnham, 2014; Sweileh, 2022). Zdi se, da se nekatere motnje, kot je depresija, preučujejo veliko pogosteje kot druge, denimo bipolarna motnja ali osebnostne motnje, kar bi lahko pripisali deloma tudi medijski pokritosti in razširjenosti določenih duševnih motenj v populaciji (Furnham in sod., 2015). Posledično je mogoče pričakovati, da je nekatere težave v duševnem zdravju lažje prepoznati, medtem ko so druge neupravičeno spregledane, kar pri strokovnjakih in strokovnjakinjah vzbuja pomisleke tudi glede zanesljivosti prepoznavanja težav in iskanja učinkovitega zdravljenja pri laični javnosti.

Opazimo lahko, da le maloštevilne študije pismenosti o duševnem zdravju vključujejo osebnostne motnje. Tiste redke pa odkrivajo, da je raven pismenosti o osebnostnih motnjah v laični javnosti nizka. Tako je npr. le okrog 2 % udeležencev v raziskavi, ki so jo opravili Lui in sod. (2016), pravilno prepoznalo antisocialno, narcistično in odvisnostno osebnostno motnjo. Furnham in Wincelous (2011)

sta razkrila, da je v njuni raziskavi le 6,3 % udeležencev poznalo izraz mejna osebnostna motnja. Furman in sod. (2015) pa poročajo, da se je pravilna prepoznavna mejne osebnostne motnje s pomočjo opisa primera (angl. case vignette) v njihovi raziskavi gibala med 0,5 in 4,1 % oseb. Le med 6 %, 10 % in 17 % oseb je pravilno prepoznalo opis treh oblik narcistične osebnostne motnje v raziskavi, ki sta jo opravila Wright in Furnham (2015), medtem ko je ista skupina pravilno prepoznala opis depresije v 89 % in shizofrenije v 48 %. V raziskavi, kjer so preverjali prepoznavanje opisa obsesivno-kompulzivne osebnostne motnje v vzorcu relativno dobro izobraženih oseb tudi s področja duševnega zdravja, je bila raven prepoznavne zelo slaba, saj jo je pravilno prepoznalo le 2 % sodelujočih (Koutoufa in Furnham, 2014).

Tovrstni izsledki lahko seveda posledično vzbujajo skrb glede iskanja ustreznega zdravljenja kot tudi stigme in morebitnega socialnega izključevanje oseb z izkušnjo osebnostne motne (Furnham in sod., 2015). Celotno več, nekatere raziskave kažejo, da imajo strokovni delavci in strokovne delavke na področju duševnega zdravja lahko bolj negativen odnos do posameznikov, ki imajo diagnosticirano osebnostno motnjo, kot do oseb z drugimi diagnozami, npr. depresijo (McKenzie in sod., 2022). Spreminjanje odnosa in prakse zdravstvenih delavcev pri obravnavi ljudi z mejno osebnostno motnjo lahko uspešno naslovijo specializirani izobraževalni programi, namenjeni strokovnemu osebju na področju duševnega zdravja (Dickens in sod., 2019; Klein in sod., 2022).

### **1.3 Namen evalvacije učinkov psihoedukacijskih delavnic na pismenost o osebnostnih motnjah**

V letu 2021 smo v okviru programa OMRA ([www.omra.si](http://www.omra.si)) začeli izvajati spletne delavnice o osebnostnih motnjah Čustveni vrtiljak odnosov: prepoznavajmo osebnostne motnje med nami. Za namene evalvacije učinkov delavnic smo pripravili vprašalnik pismenosti, s katerim smo preverjali raven obveščenosti o osebnostnih motnjah. V sklopu evalvacije pismenosti smo pri udeležencih in udeleženkah delavnic preverjali:

- a) kakšna je njihova raven seznanjenosti z značilnostmi, posledicami in pristopih zdravljenja osebnostnih motenj;
- b) kakšen učinek imajo delavnice na raven pismenosti o osebnostnih motnjah.

## 2 METODA

### 2.1 Opis vzorca, vključenega v evalvacijo učinkov delavnic

V evalvacijo so bili vključeni udeleženci in udeleženke 20 spletnih delavnic, ki so se izvajale v obdobju od 15. 10. 2020 do 23. 3. 2022. Od skupno 736 udeležencev in udeleženk delavnic je bilo v postopek evalvacije vključenih 626. V analizo podatkov so bili namreč vključeni le tisti udeleženci in udeleženke, ki so oddali popolne oz. veljavne vprašalnike. Podrobnejše sociodemografske značilnosti udeležencev in udeleženk, ki so sodelovali pri preverjanju učinka delavnic na raven pismenosti o osebnostnih motnjah, so predstavljene v tabeli 1.

**Tabela 1: Opis vzorca udeležencev in udeleženk delavnic, ki so bili vključeni v evalvacijo ravni pismenosti o osebnostnih motnjah (N = 626).**

SPOL (v %)	STAROST (leta)		KRAJ BIVANJA (v %)		IZOBRAZBA (v %)		STATUS (v %)		
Ženski	92	M	41,4	Mesto	54	Osnovna šola ali manj	0	Študent/-ka oz. dijak/-inja	4
Moški	8	SD	8,7	Podeželje	46	Krajše izobraževanje	0	Zaposlen/-a	90
						Poklicna šola	1	Nezaposlen/-a	5
						Srednja šola	7	Upokojen/-a	2
						Višja šola (I. bolonjska stopnja)	8		
						Fakulteta, visoka šola (II. bolonjska stopnja)	75		
						Magisterij ali doktorat znanosti	9		

*Opombe: M = povprečna starost; SD = standardna deviacija*

### 2.2 Pripomočki

Udeleženci in udeleženke spletnih delavnic so bili pred izvedbo vsakega tematskega sklopa delavnice povabljeni, da na posredovani spletni povezavi do platforme 1KA izpolnijo vprašalnik. Prvi sklop vprašanj se je nanašal na osnovne sociodemografske podatke. Vprašanja, ki so sledila, pa so bila namenjena preverjanju poznavanja značilnosti, posledic in pristopov zdravljenja osebnostnih motenj. Vprašalnik pismenosti o osebnostnih motnjah smo razvili sami. Vanj smo vključili primerljiva področja seznanjenosti z osebnostnimi motnjami, kot

smo jih pripravili v sklopu evalvacijskih orodij pismenosti o motnjah razpoloženja (Šprah, 2019). Prav tako smo uporabili enako metodologijo odgovaranja na vprašanja in razmerje med pravilnimi in napačnimi trditvami na vprašalniku.

## 2.3 Postopek pridobivanja podatkov

Udeleženci in udeleženke delavnic so bili pred začetkom delavnic povabljeni, da na posredovani spletni povezavi platforme 1KA anonimno izpolnijo vprašalnik pismenosti o osebnostnih motnjah, kjer se je zadnji sklop vprašanj nanašal na osnovne sociodemografske podatke. Vprašalnik sestavlja 22 trditev, povezanih z osebnostnimi motnjami. Udeleženci in udeleženke so pri vsaki trditvi označili odgovor PRAVILNO, če so menili, da trditev drži, ali NAPAČNO, če so presodili, da navedeno ne drži. V vseh treh vprašalnikih smo uvedli tudi kategorijo odgovora NE VEM, v kolikor o trditvi niso imeli mnenja oz. niso poznali odgovora. S tem pristopom smo se želeli izogniti prisilnemu izbiranju odgovorov in ugibanju v primerih, ko udeleženci in udeleženke ne bi bili prepričani o svojem odgovoru. Pravilni odgovor se je točkoval z eno točko, nepravilni odgovori in odgovori ne vem so šteli 0 točk. Najvišji skupni rezultat pri posameznem vprašalniku je znašal 22 točk, najnižji pa 0 točk. Podatke smo po vsaki zaključeni delavnici prenesli v našo zbirno podatkovno bazo, na kateri smo tudi izvedli statistično analizo.

### 2.3.1 Vsebina in potek delavnice o osebnostnih motnjah

Vsebino in potek delavnice o osebnostnih motnjah smo prilagodili spletnemu izvajanju. Udeležba na delavnicah je bila prostovoljna, prijava pa je potekala na spletni platformi programa ali preko lokalnih deležnikov, pridruženih partnerjev programa OMRA. Vsebinsko je bila delavnica oblikovana tako, da smo v peturnem izobraževanju naslovili ključne tematike, ki se povezujejo z osebnostnimi motnjami. Za uvodnim delom, kjer smo predstavili program OMRA, njegovo izobraževalno platformo in pomen duševnega zdravja za posameznika in družbo, smo podrobneje osvetlili osnovne značilnosti osebnostnih motenj. Potem so bile predstavljene osebnostne motnje v odnosih in kliničnopsihološka in psihiatrična obravnava osebnostnih in pridruženih motenj. V zadnjem delu delavnice smo podrobneje predstavili psihoterapevtski pristop zdravljenja osebnostnih motenj. Delavnico smo zaključili s predstavitvami primerov življenja z osebo z izkušnjo osebnostne motnje in priporočili za bližnje oz. svojece.

## 2.4 Statistična obdelava podatkov

Pri statistični obdelavi podatkov smo uporabili računalniški programski paket IBM SPSS Statistics 22. Notranjo zanesljivost celotnega vprašalnika smo preverili s koeficientom notranje konsistentnosti ( $\alpha$ ). Pred izvedbo statističnih analiz smo najprej preverili normalnost distribucije rezultatov s pomočjo Kolmogorov-Smirnovskega testa. V nadaljevanju analiz smo uporabili neparametrične statistične teste. Za namene preverjanja razlik v ravni pismenosti o osebnostnih motnjah pred delavnicami in po njih je bil uporabljen neparametrični Wilcoxonov test predznačnih rangov.

## 3 REZULTATI

### 3.1 Značilnosti vzorca, vključenega v evalvacijo učinkov delavnic

V vzorcu udeležencev in udeleženk, ki smo jih vključili v evalvacijo učinkov delavnic o osebnostnih motnjah ( $N = 626$ ), so prevladovale ženske (92 %), fakultetna izobrazba oz. II. bolonjska stopnja in več (84 %), glede na status pa je bilo 90 % zaposlenih. Povprečna starost je znašala 41,4 leta in se je gibala v razponu od 18 do 74 let. 54 % udeležencev in udeleženk je glede na kraj bivanja prihajalo iz mestnega in 46 % iz podeželskega okolja. Glede na razlog prijave na delavnico se je največ (40 %) udeleženk in udeležencev opredelilo za izbiro »zaposlen/-a sem v delovni organizaciji, kjer med opravljanjem svojega dela prihajam v stik z osebami, ki imajo tudi težave v duševnem zdravju«. Sledili so naslednji razlogi: »problematika duševnega zdravja me zanima« (31 %); »želim se strokovno izpopolniti, saj sem aktiven/-na na področju nujenja pomoči in podpore osebami s težavami v duševnem zdravju« (18 %); »imam svojca/bližnjega, ki ima težave v duševnem zdravju« (7 %); »imam sam/-a izkušnjo s težavami v duševnem zdravju« (4 %).

### 3.2 Psihometrične značilnosti vprašalnika pismenosti o osebnostnih motnjah

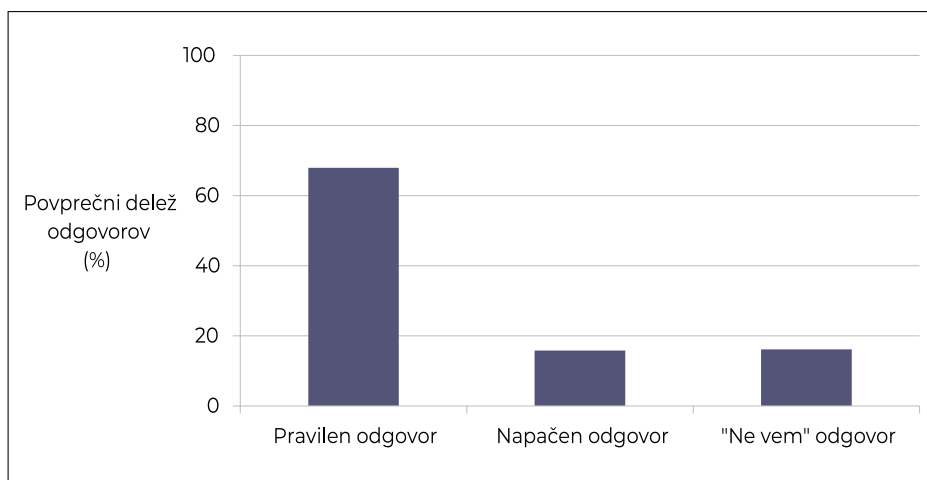
Koeficient notranje konsistentnosti (Cronbach  $\alpha$ ) je pokazal na dobro mero zanesljivosti vprašalnika pismenosti o osebnostnih motnjah ( $\alpha = 0,73$ ). Pred izvedbo statističnih analiz smo najprej preverili normalnost distribucije rezultatov s pomočjo Kolmogorov-Smirnovskega testa, ki je pokazal, da distribucija podatkov ne ustreza normalni porazdelitvi. V nadaljevanju analiz smo zato uporabili neparametrični Wilcoxonov test predznačnih rangov.

### 3.3 Poznavanje značilnosti, posledic in pristopov zdravljenja osebnostnih motenj

Raven pismenosti o osebnostnih motnjah se je pri udeležencih in udeleženkah delavnic ocenjevala pred izvajanjem delavnice s pomočjo vprašalnika, ki je bil dostopen na spletni povezavi platforme 1KA.

Rezultati so pokazali, da je pred delavnico znašal povprečen delež pravilnih odgovorov na vprašalniku 68 %, 15,9 % je bil napačnih odgovorov in 16,2 % je bilo odgovorov ne vem (slika 1).

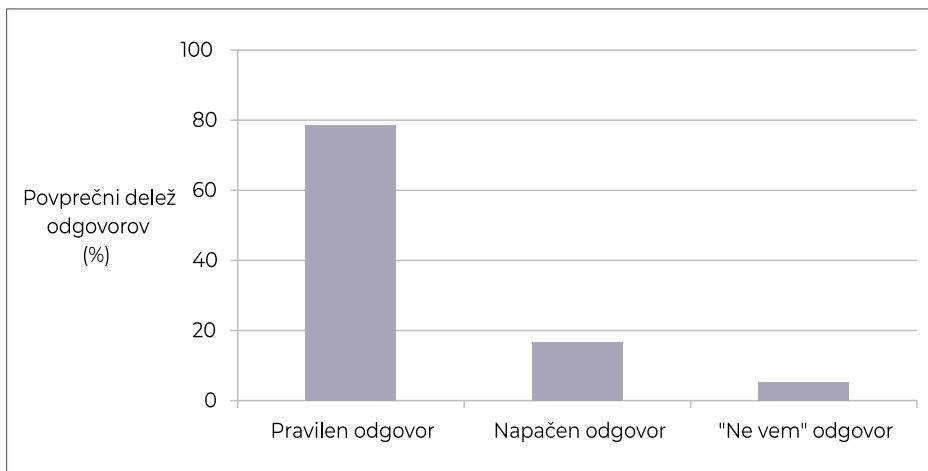
**Slika 1: Raven pismenosti o osebnostnih motnjah PRED delavnicami (N = 626)**



### 3.4 Vpliv delavnic na raven pismenosti o osebnostnih motnjah

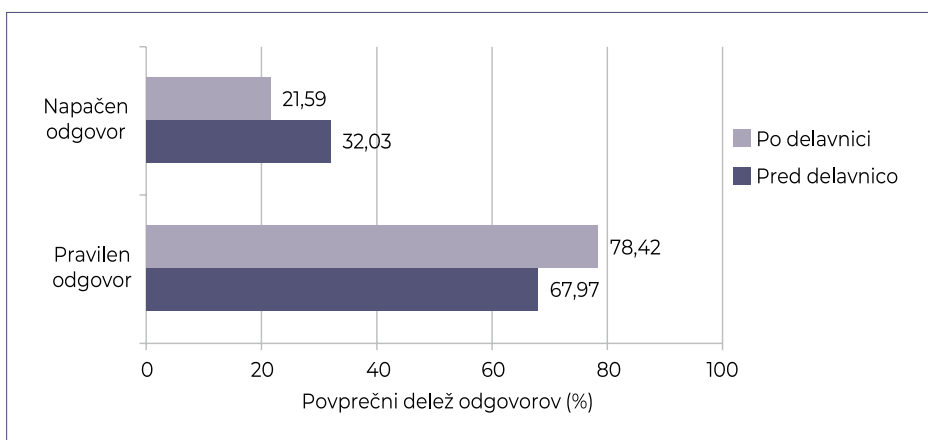
Vpliv delavnic na raven pismenosti o osebnostnih motnjah smo proučili tako, da so udeleženci in udeleženke delavnic ponovno izpolnili vprašalnik, ki so ga predhodno izpolnjevali že pred začetkom delavnic. Analiza podatkov je pokazala, da se je po delavnici delež pravilnih odgovorov povečal (78,4 %), delež napačnih zmanjšal (16,6 %), manj je bilo tudi odgovorov ne vem (5 %) (prim. sliki 1 in 2).

**Slika 2: Raven pismenosti o osebnostnih motnjah PO delavnicah (N = 626)**



V nadaljevanju analize rezultatov smo kategoriji napačnih odgovorov in ne vem združili v enotno kategorijo napačen odgovor in preverili vpliv delavnic na raven pismenosti o osebnostnih motnjah. Delež napačnih odgovorov po delavnici se je statistično pomembno zmanjšal ( $p < 0,05$ ), delež pravih odgovorov pa se je v primerjavi z deležem pravih odgovorov po delavnici povečal za 10,4 %. Razlika je bila statistično pomembna ( $p < 0,05$ ), na osnovi česar lahko zaključimo, da so imele delavnice pomemben vpliv na raven pismenosti o osebnostnih motnjah (slika 3).

**Slika 3: Primerjava ravni pismenosti o osebnostnih motnjah pred delavnicami in po njih (N = 626)**



Opravili smo tudi dodatno analizo petih postavk iz vprašalnika, na katere je največ udeležencev in udeleženk pred izvajanjem delavnice odgovorilo napačno. Na postavkah »nadpovprečna nadarjenost je pogosta značilnost ljudi z izkušnjo osebnostne motnje«, »narcistična osebnostna motnja je zmerno dedna« in »za diagnosticiranje osebnostne motnje ni treba počakati do odraslosti, saj se znaki osebnostne motnje začnejo kazati že zgodaj v otroštvu« smo zabeležili najvišji delež oseb, ki so nanje odgovorile napačno. Po delavnici pa se je delež oseb, ki so na istih postavkah podale pravilni odgovor, povečal (tabela 2).

**Tabela 2: Pet postavk v vprašalniku pismenosti o osebnostnih motnjah, na katere so udeleženci in udeleženke pred delavnico najpogosteje odgovorili napačno.**

Postavke vprašalnika	Delež oseb z napačnim odgovorom PRED delavnico (v %)	Delež oseb z napačnim odgovorom PO delavnici (v %)	Razlika (v %)
Nadpovprečna nadarjenost je pogosta značilnost ljudi z izkušnjo osebnostne motnje.	54	23	31
Narcistična osebnostna motnja je zmerno dedna.	40	29	11
Za diagnosticiranje osebnostne motnje ni treba počakati do odraslosti, saj se znaki osebnostne motnje začnejo kazati že zgodaj v otroštvu.	39	11	28
Antidepresivi pomagajo pri zdravljenju osebnostnih motenj.	35	33	2
Manj močno doživljanje strahu, občutkov krivde, sramu in sočutja so znaki psihopatske osebnostne motnje.	26	18	8

## 4 RAZPRAVA

Osebnostne motnje predstavljajo neprilagodljiv, trajni vzorec ponotranjenih izkušenj in vedenj, ki se razlikujejo od pričakovanj kulture, v kateri posameznik živi. V času adolescence in zgodnje odraslosti se ta vzorec še spreminja, sčasoma pa se umiri in postane stabilen (Choi-Kain in sod., 2022; Volkert in sod., 2018). Epidemiološke raziskave razširjenosti osebnostnih motenj ne dajejo enotnih rezultatov, vsekakor pa lahko zaključimo, da so osebnostne motnje pogoste



in se jim tudi na področju raziskav pismenosti o duševnem zdravju posveča premalo pozornosti. Po podatkih Choi-Kain in sod. (2022) med najbolj razširjene sodijo obsesivno-kompulzivna, narcistična, mejna in izogibalna osebnostna motnja (tabela 3).

**Tabela 3: Ocena razširjenosti posameznih osebnostnih motenj v splošni populaciji (povzeto in prilagojeno po Choi-Kain in sod., 2022)**

DIAGNOZA OSEBNOSTNE MOTNJE	PREVALENCIA OSEBNOSTNE MOTNJE (v %)
Obsesivno-kompulzivna	0,7–9,3
Mejna	0,7–5,9
Izogibalna	0,7–5,2
Paranoidna	0,4–5,1
Shizoidna	0,4–4,9
Antisocialna	0,2–4,5
Shizotipska	0,1–4,6
Odvisnostna	0,1–1,8
Narcistična	0–6,2
Histrionična	0–3

Glede na razširjenost osebnostnih motenj, njihovo pogosto kompleksno povezanost z drugimi težavami v duševnem zdravju, moteno funkcioniranje oseb z osebnostnimi motnjami in terapevtske izzive, povezane z osebnostnimi motnjami, ni presenetljivo, da predstavljajo osebnostne motnje znatno ekonomsko breme za družbo. Stroški, povezani z zdravstveno oskrbo in izgubljeno produktivnostjo, zlasti z mejno in obsesivno-kompulzivno osebnostno motnjo, po nekaterih podatkih celo presegajo ekonomsko breme, povezano z depresijo ali generalizirano anksiozno motnjo (Soeteman in sod., 2008). Pri tem raziskovalci opozarjajo (Tyrer in sod., 2009), da so lahko študije, ki ocenjujejo ekonomsko breme osebnostnih motenj uporabne le kot izhodišče presoje, nikakor pa ne dajejo točne ocene skupnega ekonomskega bremena osebnostnih motenj, saj bazirajo predvsem na podatkih ljudi, ki so poiskali pomoč. To je sicer lahko uporaben vzorec, ki služi v raziskovalne namene, nikakor pa ne reprezentativen, ki bi odražal dejansko stanje v populaciji. Znano je namreč, da veliko oseb z osebnostno motnjo ne poišče pomoči (National Institute of Mental Health in England, 2003), zavrača zdravljenje (Tyrer in sod., 2003) ali ima drugačno primarno diagnozo (Ranger in sod., 2004). Tako je danes dejansko ekonomsko breme osebnostnih motenj še vedno precejšnja neznanka,

vsekakor pa ni majhno, saj je treba vzeti v obzir številne storitvene sektorje, ki so vključeni v različne vidike obravnave osebnostnih motenj. Tukaj je poleg zdravstvenih in socialnih storitev treba upoštevati še pravosodje kot tudi širše gospodarstvo (nezmožnost za delo, prezgodnja smrt).

Pregled literature kaže, da so študije pismenosti o osebnostnih motnjah maloštevilne. Izsledki razkrivajo, da je raven pismenosti o osebnostnih motnjah tako v laični kakor, presenetljivo, tudi v strokovni javnosti nizka v primerjavi s prepoznavanjem depresije ali shizofrenije (Koutoufa in Furnham, 2014; Lui in sod., 2016). To kaže na določen neuspeh klinične stroke pri diagnosticiranju in zdravljenju osebnostnih motenj kakor tudi ozaveščenosti laične javnosti, ki se zaradi slabe obveščenosti o značilnostih, posledicah in zdravljenju osebnostnih motenj ne odziva ustrezno in posledično pogloblja stisko tako oseb z osebnostno motnjo kakor njihovih bližnjih. Predstavljena raziskava je ena redkih na področju pismenosti o osebnostnih motnjah. Širše se umešča v program OMRA (Šprah, 2019a; 2019b), ki je v letu 2017 s pomočjo večdisciplinarne izobraževalne platforme začel sistematično naslavljati pismenost o duševnem zdravju. V sklopu programa OMRA smo v letu 2021 začeli izvajati delavnice, s katerimi smo želeli povečati raven pismenosti o osebnostnih motnjah tako v laični kakor strokovni javnosti. Za namene evalviranja učinkov delavnic smo razvili svoje evalvacijsko orodje, ki odstopa od običajnih protokolov preverjanja pismenosti o osebnostnih motnjah. Študije s tega področja namreč uporabljajo predvsem opise primerov osebnostnih motenj (angl. case vignettes), ki so v strokovni literaturi naletele na vrsto kritik glede njihove uporabnosti in zanesljivosti. Opisi primerov osebnostnih motenj največkrat izhajajo iz diagnostičnih kriterijev, opredeljenih v DSM- ali MKB-klasifikacijah, ki se pa v praksi velikokrat izkažejo kot pomanjkljivi (Wright in Furnham, 2015), kot so pokazali izsledki raziskave o strukturi narcističnih osebnostnih značilnosti (Cain in sod., 2008).

Vprašalnik pismenosti o osebnostnih motnjah smo zasnovali v podobni obliki, kot so oblikovana že uveljavljena orodja za preverjanje pismenosti o depresiji in anksioznosti (Australian National University: National Institute for Mental Health Research, 2014a; 2014b). Udeleženci in udeleženke delavnic so ga izpolnili pred udeležbo na delavnici in po njej. Vprašalnik je pokazal dobro mero zanesljivosti, saj je Cronbachov koeficient notranje konsistentnosti ( $\alpha$ ) znašal 0,73. Raven seznanjenosti z osebnostnimi motnjami (v naši raziskavi je raven pismenosti izražena v odstotku pravih odgovorov na vprašalniku) je v našem vzorcu znašala 68 %. Če rezultat primerjamo z izsledki drugih naših študij, izvedenih v okviru programa OMRA (gl. prispevek v tej publikaciji: Lilijana Šprah: Evalvacija učinka spletnih delavnic Stres povzroča stiske, okrepite svoje moči! na raven

pismenosti o motnjah razpoloženja), ugotavljamo podobno kot drugi avtorji in avtorice, da je raven pismenosti o osebnostnih motnjah nižja kot npr. o depresiji. Delavnice so imele pozitiven učinek na raven pismenosti o osebnostnih motnjah, saj se je delež pravih odgovorov po delavnici povečal za 10,4 %.

Naš vprašalnik ni bil specifično usmerjen v zgolj eno vrsto osebnostnih motenj, ampak jih je naslavljal več in tudi več okoliščin, povezanih z osebnostnimi motnjami (vzroki, zdravljenje). Tako ne moremo oceniti, v kolikšni meri so bili udeleženci in udeleženke raziskave bolj seznanjeni s kakšno od bolj razširjenih osebnostnih motenj v populaciji, kot so mejna, narcistična ali obsesivno-kompulzivna motnja. Glede na posamezne postavke vprašalnika, kjer je bil delež napačnih odgovorov največji, še posebej izstopa postavka »nadpovprečna nadarjenost je pogosta značilnost ljudi z izkušnjo osebnostne motnje«. Izsledki so zanimivi v luči nekaterih študij, kjer avtorji ugotavljajo, da je laična javnost slabo obveščena o osebnostnih motnjah, zato lahko do oseb z izkušnjo osebnostne motnje gojijo tudi določene predsodke (Furnham in Petropoulou, 2017). Po drugi strani pa raziskave razkrivajo tudi, da so nekatere klinične in subklinične značilnosti osebnostnih motenj lahko zaželeni karakterne lastnosti oseb pri opravljanju nekaterih poklicev (Furnham in Petropoulou, 2019). Tako se je npr. izkazalo, da so narcistične in paranoide osebnostne značilnosti zaželeni pri menedžerskih poklicih, histrionične pri igralcih, shizotipske pri umetniških poklicih, antisocialne pri prodajalcih, obsesivno-kompulzivne pri računovodjih, shizoidne pa pri poklicih v IKT-sektorju. Avtor in avtorica si seveda zastavljata utemeljeno vprašanje, kakšni bi bili rezultati, če bi udeleženci in udeleženke raziskave predhodno seznanila s tem, da so bili opisi osebnostnih značilnosti, uporabljeni za namene ugotavljanja zaželenih lastnosti nekaterih poklicev, pravzaprav klinične in subklinične razlike najpogostejših osebnostnih motenj.

Slaba pismenost o osebnostnih motnjah vključuje tudi pomanjkljivo znanje o tem, kje poiskati pomoč in kakšne intervencije so pri osebnostnih motnjah najustreznejše. V naši raziskavi je 35 % udeležencev in udeleženek menilo, da antidepresivi pomagajo pri zdravljenju osebnostnih motenj. Tudi po delavnici se ta delež ni pomembno znižal (33 %). Čeprav je po drugi strani 90 % oseb menilo, da je psihoterapija najučinkovitejši pristop zdravljenja osebnostnih motenj. Po odgovorih na druga vprašanja o prepoznavanju in zdravljenju osebnostnih motenj sklepamo, da je raven obveščeniosti na tem področju tudi v našem vzorcu slaba. Zlati standard zdravljenja osebnostnih motenj seveda je psihoterapija, saj znatno poveča stopnjo remisije simptomov (Perry in sod., 1999). Ko pacient išče zdravljenje in je motiviran za spremembo, sta tako individualna kot skupinska psihoterapija lahko učinkoviti. Nedavno so bili razviti pristopi k

zdravljenju mejne osebnostne motnje, ki so se izkazali za enako učinkovite kot intenzivne specializirane psihoterapije (Choi-Kain in sod., 2017). Ti pristopi dajejo prednost diagnozi, psihoedukaciji in kliničnemu vodenju namesto psihoterapiji, zaradi česar so lahko dostopnejši za psihiatre in druge klinične strokovnjake, ki bodisi niso psihoterapevti bodisi ne morejo izvajati dolgotrajnih in intenzivnejših intervencij.

Psihoedukacijska delavnica o osebnostnih motnjah je bila osnovana na konceptu pismenosti o duševnem zdravju, v katerega smo pri vsebinskem in izvedbenem vidiku vnesli tudi nekatere attribute pozitivnega duševnega zdravja (Carvalho in sod., 2022). Učinke tega smotra seveda ni mogoče preverjati neposredno po delavnici, saj gre za dolgoročneje učinke. Slednje smo preverjali v sklopu kvalitativnih evalvacij v obliki intervjujev z udeleženci in udeleženkami nekaj mesecev po udeležbi na delavnicah. Evalvacije so pokazale, da so delavnice okrepile znanje in kompetence udeležencev in udeleženk glede boljše prepoznave in obravnave težav v duševnem zdravju. Pri tem sta se kot pomembna pokazala zlasti obravnava v smislu boljšega razumevanja kompleksnih ozadij duševnih težav in povezovanje z drugimi akterji na področju duševnega zdravja (gl. prispevek v tej publikaciji: Sanja Cukut Krilić: Sporočila udeležencev in udeleženk delavnic OMRA o motnjah razpoloženja, osebnostnih motnjah in stigmati). V nadaljevanju in nadgradnji psihoedukacijskih delavnic o osebnostnih motnjah bomo glede na izsledke kvantitativne in kvalitativne evalvacije še povečali prizadevanja na področju krepitve duševnega zdravja in implementacije koncepta pismenost o pozitivnem duševnem zdravju (Bjørnsen in sod., 2017; Iasiello in sod., 2019; Mansfield in sod., 2020).

Izsledki evalvacije učinkov spletnih delavnic Čustveni vrtiljak odnosov: prepoznamo osebnostne motnje med nami na raven pismenosti o osebnostnih motnjah so se pokazali do neke mere skladni z raziskavami na tem področju, vendar tudi zaradi uporabe drugačne metodologije težko najdemo vzporednice. Treba pa je omeniti nekaj omejitev evalvacije, ki bi lahko vplivale tudi na izsledke. Uporabljeno evalvacijsko orodje ni standardizirano, kljub temu pa je koeficient notranje konsistentnosti pokazal dobro zanesljivost vprašalnika pismenosti o osebnostni motnjah. Ne moremo zanemariti pa niti možnosti, da bi lahko pri določenih postavkah vprašalnika prišlo do neenotnega razumevanja trditev in posledično pristranskega odgovarjanja udeležencev in udeleženk. Delavnice smo izvajali v spletni obliki na platformi Zoom/Webinar, kjer udeleženci in udeleženke niso bili vidni vodjem delavnice s spletno kamero, zato obstaja možnost, da bi vprašalnike izpolnjevali namesto njih nekdo drug ali bi ga izpolnjevali skupinsko, če je bilo pred enim računalnikom navzočih več oseb. Osebe so lahko bile tudi

zgolj priključene na spletno delavnico, niso pa sledile njenim vsebinam. Vzorec, ki smo ga vključili v evalvacijo učinkov spletne delavnice, ni bil naključen in ni reprezentativen, saj je vključeval osebe, ki so se prostovoljno prijavile na udeležbo na delavnicah. Vzorec zato odraža določeno pristranost, saj so se spletnih delavnic udeleževale predvsem osebe, ki so bile digitalno pismene in z dostopom do spleta. Glede na sociodemografske značilnosti so prevladovali osebe z višjo izobrazbeno strukturo (84 % s fakultetno izobrazbo in več), 90 % je bilo zaposlenih. Prevladovali so udeleženci in udeleženske, ki so zaposleni v delovni organizaciji, kjer so med opravljanjem svojega dela prihajali v stik z osebami, ki imajo težave v duševnem zdravju (40 %), in tisti, ki jih problematika duševnega zdravja zanima (31 %). V manjši meri pa so bili prisotni tisti, ki imajo svojca/bližnjega s težavami v duševnem zdravju (7 %) oz. so sami imeli izkušnjo s težavami v duševnem zdravju (4 %). Vzorec je še posebej neuravnotežen glede spola, saj ga sestavljajo predvsem udeleženske. Delavnic se je namreč udeležilo le okrog 8 % moških. Ta podatek ne čudi, saj številne raziskave poročajo, da je moška populacija zelo rezervirana do udeležbe na različnih promocijsko preventivnih aktivnostih in do iskanja pomoči zaradi težav v duševnem zdravju (Affleck in sod., 2018; Bilsker in sod., 2018; Whitley, 2018).

## 5 ZAKLJUČEK

Nobenega dvoma ni, da je postala v raziskavah na področju duševnega zdravja pismenost o duševnem zdravju »vroča tema«, zato je morebiti zdaj tudi čas za spremembo paradigme, v kateri se pismenost o duševnem zdravju ne obravnava zgolj kot znanje o duševnih motnjah in njihovih dejavnih tveganja, ampak tudi kot konstrukt, ki spodbuja pozitivno duševno zdravje. Še posebej področje pismenosti o osebnostnih motnjah predstavlja področje, ki je manj raziskano, čeprav epidemiološke raziskave in ocene ekonomskega bremena osebnostnih motenj nakazujejo, da utegnejo celo presepati ekonomsko breme, povezano z najbolj razširjenimi težavami v duševnem zdravju, kot sta depresija ali anksioznost (Soeteman in sod., 2008). Slaba prepoznavna osebnostnih motenj tako v laični kot tudi strokovni javnosti, ki jo razkrivajo nekatere raziskave (Koutoufa in Furnham, 2014; Lui in sod., 2016), vpliva na neustrezno odzivanje nanje, manjšo pripravljenost iskanja pomoči in večjo stigmo, kar samo še dodatno pogloblja stisko tako oseb z osebnostno motnjo kakor njihovih bližnjih (Furnham in sod., 2015; McKenzie in sod., 2022).

Kar nekaj prihajajočih izzivov se zato poraja v zvezi z raziskavami na področju pismenosti o duševnem zdravju. Precej študij na to temo se osredotoča na

otroke, mladostnike in/ali mlade odrasle (Sampaio in sod., 2022). Tako posledično umanjajo podatki o pismenosti na področju duševnega zdravja pri specifičnih skupinah odraslih, kot so starejši in ljudje z duševnimi motnjami, s terminalnimi boleznimi, osebje, ki skrbi za ranljive skupine. Raziskave poročajo, da so še posebej ranljiva skupina moški (Whitley, 2018), saj po nekaterih indikatorjih negativnih izidov na področju duševnega zdravja, npr. samomorilno vedenje in zloraba alkohola, močno odstopajo od žensk. Prav tako podatki kažejo, da moški v manjši meri uporabljajo razpoložljive službe in storitve na področju skrbi za duševno zdravje. Bilsker in sod. (2018) v tem oziru izpostavljajo, da je treba posvetiti posebno pozornost razvoju moškim prilagojenih programov, ki bi bolje naslovili njihovo raven pismenosti o duševnem zdravju, in usposabljanju strokovnih delavcev za boljšo prepoznavo njihovih stisk (Porsche in Giorgianni, 2020).

Med raziskavami o duševnem zdravju in prakso obstaja velika vrzel (Girlanda in sod., 2017), kar velja tudi za področje pismenosti o duševnem zdravju. Čeprav študije o pismenosti na področju duševnega zdravja prinašajo nekatere dobre in uporabne izsledke, je njihova implementacija v prakso še vedno pomanjkljiva tudi med strokovnimi delavci. V klinični praksi tako npr. primanjkuje psihoedukativnih intervencij in programov, ki bi specifično naslavljali pismenost o duševnem zdravju tudi z vidika pozitivnega duševnega zdravja.

Tovrstne ugotovitve lahko seveda posledično vzbujajo skrb glede prepoznave osebnostnih motenj, iskanja ustreznega zdravljenja kot tudi pojavljanja stigme in morebitnega socialnega izključevanja oseb z izkušnjo osebnostne motne (Furnham in sod., 2015). Celo več, nekatere raziskave kažejo, da imajo strokovni delavci na področju duševnega zdravja lahko bolj negativen odnos do posameznikov, ki imajo diagnosticirano osebnostno motnjo, kot do oseb z drugimi diagnozami, npr. depresijo (McKenzie in sod., 2022). Spreminjanje odnosa in prakse zdravstvenih delavcev pri obravnavi ljudi z osebnostno motnjo lahko uspešno naslovijo specializirani izobraževalni programi, namenjeni strokovnemu osebju na področju duševnega zdravja (Dickens in sod., 2019; Klein in sod., 2022). V sklopu izvajanja programa OMRA vključujemo v delavnice opismenjevanja o osebnostnih motnjah poleg laične javnosti tudi veliko strokovnih delavcev, tako iz zdravstvenega kot socialnega sektorja. V nadaljevanju programa bomo tem skupinam posvetili še več pozornosti in s pomočjo evalvacijskih orodij ovrednotili učinkovitost naših psihoedukativnih intervencij na raven pismenosti o osebnostnih motnjah. Tako bomo lahko na osnovi z dokazi podprtimi izsledki v prihodnje ustrezno nadgrajevali in prilagajali delavnice različnim ciljnim skupinam.

## Literatura

- Affleck, W., Carmichael, V. in Whitley, R. Men's Mental Health: Social Determinants and Implications for Services. *Can J Psychiatry*. 2018; 63(9): 581–589.
- American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Health Disorders*, 5th ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 2013.
- Australian National University: National Institute for Mental Health Research. The Anxiety Literacy Questionnaire (A-lit); 2014a. Dostopno na: <http://rsph.anu.edu.au/research/tools-resources/anxiety-literacy-questionnaire-lit> (citirano 11. 7. 2022).
- Australian National University: National Institute for Mental Health Research. The Depression Literacy Questionnaire (D-lit); 2014b. Dostopno na: <http://rsph.anu.edu.au/research/tools-resources/depression-literacy-questionnaire-d-lit> (citirano 11. 7. 2022).
- Bilsker, D., Fogarty, A. S. in Wakefield, M. A. Critical Issues in Men's Mental Health. *Can J Psychiatry*. 2018; 63(9): 590–596.
- Bjørnsen, H. N., Eilertsen, M. E., Ringdal, R., Espnes, G. A. in Moksnes, U. K. Positive mental health literacy: development and validation of a measure among Norwegian adolescents. *BMC Public Health*. 2017; 17: 717.
- Bjørnsen, H. N., Ringdal, R., Espnes, G. A., Eilertsen, M. E. in Moksnes, U. K. Exploring MEST: a new universal teaching strategy for school health services to promote positive mental health literacy and mental wellbeing among Norwegian adolescents. *BMC Health Serv. Res*. 2018; 18: 1001.
- Brezovar, S. Osebnostne motnje v teoriji in praksi: zakaj nastanejo, kako jih prepoznamo in kako zdravimo. Ljubljana: UMco; 2019.
- Cain, N. M., Pincus, A. L. in Ansell, E. B. Narcissism at the crossroads: phenotypic description of pathological narcissism across clinical theory, social/personality psychology, and psychiatric diagnosis. *Clin Psychol Rev*. 2008; 28(4): 638–656.
- Carvalho, D., Sequeira, C., Querido, A., Tomás, C., Morgado, T. Valentim, O. in sod. Positive Mental Health Literacy: A Concept Analysis. *Front. Psychol*. 2022; 13: 877611.
- Choi-Kain, L. W., Rodriguez-Villa, A. M., Ilagan, G. S. in Iliakis, E. A. *Personality Disorders*. V: Walker, A., Schlozman, S. in Alpert, J., ur. *Introduction to Psychiatry: Preclinical Foundations and Clinical Essentials*. Cambridge: Cambridge University Press; 2021: 233–262.
- Dickens, G. L., Lamont, E., Mullen, J., MacArthur, N. in Stirling, F. J. Mixed-methods evaluation of an educational intervention to change mental health nurses' attitudes to people diagnosed with borderline personality disorder. *J Clin Nurs*. 2019; 28(13-14): 2613–2623.
- Furnham, A., Lee, V. in Kolzeev, V. Mental health literacy and borderline personality disorder (BPD): what do the public »make« of those with BPD? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2015; 50(2): 317–324.
- Furnham, A. in Wincelous, J. Psychiatric literacy and the personality disorders. *Psychopathology*. 2012; 45(1): 29–41.

- Furnham, A. in Petropoulou, K. The perceived problems of people with subclinical personality disorders: A mental health literacy study. *J Pers Relationships*. 2017; 8(13): 1–8.
- Furnham, A. in Petropoulou, K. Mental health literacy, sub-clinical personality disorders and job fit. *Journal of Mental Health*. 2019; 28(3): 249–254.
- Girlanda, F., Fiedler, I., Becker, T., Barbui, C. in Koesters, M. The Evidence–Practice Gap in Specialist Mental Healthcare: Systematic Review and Meta-Analysis of Guideline Implementation Studies. *Br. J. Psychiatry*. 2017; 210: 24–30.
- Hamid, A. in Furnham, A. Mental health literacy and attitudes to mental illness: a review of the recent literature. *Ment Health Rev J*. 2014; 19(2): 84–98.
- Iasiello, M., van Agteren, J., Keyes, C. in Cochrane, E. M. Positive mental health as a predictor of recovery from mental illness. *J. Affect. Disord*. 2019; 251: 227–230.
- Jorm, A., Korten, A., Jacomb, P., Christensen, H., Rodgers, B. in Pollitt, P. »Mental Health Literacy«: A Survey of the Public's Ability to Recognise Mental Disorders and their Beliefs about the Effectiveness of Treatment. *Med. J. Aust*. 1997; 166: 182–186.
- Jorm, A. F. Mental health literacy: empowering the community to take action for better mental health. *Am Psychol*. 2012; 67: 231–243.
- Klein, P., Fairweather, A. K. in Lawn, S. The impact of educational interventions on modifying health practitioners' attitudes and practice in treating people with borderline personality disorder: an integrative review. *Syst Rev*. 2022; 11(1): 108.
- Koutoufa, I. in Furnham, A. Mental health literacy and obsessive-compulsive personality disorder. *Psychiatry Res*. 2014; 215(1): 223–228.
- Lui, C., Wong, C. in Furnham, A. Mental health literacy in Hong Kong. *Int J Soc Psychiatry*. 2016; 62(6): 505–511.
- Mansfield, R., Patalay, P. in Humphrey, N. A systematic literature review of existing conceptualisation and measurement of mental health literacy in adolescent research: current challenges and inconsistencies. *BMC Public Health*. 2020; 20: 607.
- McCrone, P., Dhanasiri, S. in Patel, A. Paying the price: the cost of mental health care in England to 2026. London: King's Fund; 2008.
- McKenzie, K., Gregory, J. in Hogg, L. Mental Health Workers' Attitudes Towards Individuals With a Diagnosis of Borderline Personality Disorder: A Systematic Literature Review. *J Pers Disord*. 2022; 36(1): 70–98.
- Millon, T. in Grossman, D. Millon's Evolutionary Model for Unifying the Study of Normal and Abnormal Personality. V Strack, S., ur. Differentiating normal and abnormal personality. New York: Springer publishing company; 2006: 3–49.
- National Institute of Mental Health in England. Personality disorder: no longer a diagnosis of exclusion. Leeds: National Institute of Mental Health in England; 2003.
- Porsche, D. in Giorgianni, S. J. Jr. The Crisis in Male Mental Health: A Call to Action. *Am J Mens Health*. 2020; 14(4): 1557988320936504.
- Perry, J. C., Banon, E. in Ianni, F. Effectiveness of psychotherapy for personality disorders. *Am J Psychiatry*. 1999; 156(9): 1312–1321.



- Ranger, M., Methuen, C. in Rutter, D. Prevalence of personality disorder in the caseload of an inner city assertive out-reach team. *Psychiatr Bull.* 2004; 28: 441–443.
- Sampaio, F., Gonçalves, P. in Sequeira, C. Mental Health Literacy: It Is Now Time to Put Knowledge into Practice. *Int J Environ Res Public Health.* 2022; 19(12): 7030.
- Soeteman, D. I., Hakkaart-van Roijen, L. in Verheul, R. The economic burden of personality disorders in mental health care. *J Clin Psychiatry.* 2008; 69: 259–265.
- Sweileh, W. M. Global research activity on mental health literacy. *Middle East Curr Psychiatry.* 2021; 28: 43.
- Šprah, L. Evalvacija učinkov programa opismenjevanja o motnjah razpoloženja na raven razumevanja značilnosti in posledic anksioznosti, depresije in bipolarnje motnje razpoloženja. V: Šprah, L., ur. Z več znanja o motnjah razpoloženja do izhodov iz labirintov: izkušnje in razmisleki. Ljubljana: Založba ZRC, ZRC SAZU; 2019a: 91–112.
- Šprah, L. Uvajanje inovativnega programa pismenosti o motnjah razpoloženja v Sloveniji: rezultati in učinki programa. V: Šprah, L., ur. Z več znanja o motnjah razpoloženja do izhodov iz labirintov: izkušnje in razmisleki. Ljubljana: Založba ZRC, ZRC SAZU; 2019b: 51–73.
- Teixeira, S., Coelho, J., Sequeira, C., Lluch, I., Canut, M. T. in Ferré-Grau, C. The effectiveness of positive mental health programs in adults: a systematic review. *Health Soc. Care Community.* 2019; 27: 1126–1134.
- Tyrer, P., Mitchard, S. in Methuen, C. Treatment-rejecting and treatment-seeking personality disorders: Type R and Type S. *J Person Disord.* 2003; 17: 265–270.
- Tyrer, P., Mulder, R., Crawford, M., Newton-Howes, G., Simonsen, E., Ndeti, D. in sod. Personality disorder: a new global perspective. *World Psychiatry.* 2010; 9(1): 56–60.
- Whitley, R. Men's Mental Health: Beyond Victim-Blaming. *Can J Psychiatry.* 2018; 63(9): 577–580.
- Wright, K. in Furnham, A. How to spot a narcissist: Mental health literacy with respect to Narcissistic Personality Disorder. *Personal Ment Health.* 2015; 9(2): 150–161.



# EVALVACIJA UČINKA SPLETNIH DELAVNIC »STRES POVZROČA STISKE, OKREPITE SVOJE MOČI!« NA RAVEN PISMENOSTI O MOTNJAH RAZPOLOŽENJA

Evaluating the impact of online workshops  
»Stress Worries, Strengthen Your Strengths!«  
on the level of mood disorders literacy

Lilijana Šprah

## **POVZETEK**

*Epidemiološki podatki v letu 2019 so razkrili, da 970 milijonov ljudi po vsem svetu trpi zaradi duševnih motenj, pri čemer sta najpogostejši anksioznost in depresija. Leta 2020 se je zaradi pandemije COVID-19 število ljudi, ki so zboleli zaradi anksioznosti in depresije, močno povečalo. V samo enem letu se je pokazalo 26- oz. 28-odstotno povečanje anksioznih in depresivnih motenj. Tudi zaradi teh novih okoliščin postaja vse pomembnejša implementacija promocijsko preventivnih programov, usmerjenih v izboljšanje razumevanja motenj razpoloženja in njihovih posledic. Iz držav, kjer so tovrstne programe začeli sistematično izvajati in evalvirati njihove učinke, prihajajo spodbudna poročila, da z dokazi podprti in ciljno naravnani promocijsko preventivni programi prinašajo pozitivne spremembe v stališčih laične javnosti do motenj razpoloženja,*

---

**Avtorica:** Lilijana Šprah

**Znanstveni in strokovni naziv:** doktorica medicinskih ved,  
univerzitetno diplomirana psihologinja, višja znanstvena sodelavka,  
predstojnica Družbenomedicinskega inštituta ZRC SAZU

**Inštitucija/zaposlitev, naslov:** ZRC SAZU, Družbenomedicinski inštitut,  
Novi trg 2, 1000 Ljubljana

**E-naslov:** lilijana.sprah@zrc-sazu.si

**DOI:** [https://doi.org/10.3986/9789610506768\\_9](https://doi.org/10.3986/9789610506768_9)

*izboljšuje se njihov odnos do zdravljenja, prav tako pa se povečuje znanje o značilnostih motenj in njihovih posledicah. V letu 2017 smo v Sloveniji vzpostavili večdisciplinarni program Z večjo pismenostjo o duševnem zdravju do obvladovanja motenj razpoloženja (OMRA). Program je bil zasnovan na konceptu pismenosti o duševnem zdravju, ima kompleksno strukturo in sistematično naslavlja razumevanje značilnosti in posledic motenj razpoloženja, njihovo destigmatizacijo in kompetence (samo)pomoči. Z njegovimi aktivnostmi smo nadaljevali tudi v obdobju 2020–2022, kjer smo poleg drugih aktivnosti izvedli tudi 32 spletnih delavnic Stres povzroča stiske, okrepite svoje močil!, namenjenih dvigu pismenosti o motnjah razpoloženja. Delavnic se je udeležilo 951 oseb. Evalvacija učinkov spletnih delavnic na raven pismenosti je pokazala, da smo dosegli 19,8-odstotni dvig pismenosti o anksioznosti, 11-odstotni dvig pismenosti o depresiji in 18, 9-odstotni dvig pismenosti o bipolarni motnji razpoloženja. Izsledki evalvacije učinkov spletnih delavnic so zelo spodbudni in kažejo na to, da smo vzpostavili učinkovit, z dokazi podprt protokol izobraževanja, ki sta ga zelo dobro sprejeli laična in strokovna javnost.*

**Ključne besede:** *izobraževanje, pismenost o duševnem zdravju, anksiozne motnje, depresija, bipolarna motnja razpoloženja*

## **ABSTRACT**

Epidemiological data from 2019 show that 970 million people worldwide are living with a mental disorder, with anxiety and depression being the most common. In 2020, the number of people suffering from anxiety and depression increased significantly due to the pandemic COVID -19. In just one year, epidemiological studies have shown a 26 % increase in anxiety disorders and a 28 % increase in depressive disorders. Due in part to these new circumstances, the implementation of promotion and prevention programs aimed at better understanding mood disorders and their consequences is becoming increasingly important. There are several encouraging reports from countries where such programs are already being systematically implemented and their impact evaluated. Evidence-based and targeted education programs lead to positive changes in the lay public's attitudes toward mood disorders, improve their attitudes toward treatment, and increase knowledge about the characteristics of mood disorders and their consequences. In 2017, we introduced the multi-disciplinary program »With raised mental health literacy to better managing of mood disorders« (OMRA) in Slovenia. The program is based on the concept of mental health literacy, has a complex structure and systematically addresses the understanding of the characteristics and consequences of mood disorders,

their destigmatization and (self-)help skills. We continued between 2020 and 2022 program activities and conducted 32 online workshops »Stress makes you heavy, strengthen your strengths!« to improve knowledge about mood disorders. 951 people participated in the workshops. Evaluation of the impact of the online workshops on literacy levels showed that we achieved a 19.8 % increase in knowledge about anxiety, an 11.0 % increase in knowledge about depression, and an 18.9 % increase in knowledge about bipolar mood disorder. The evaluation results of the online workshops are very encouraging and show that we have developed an effective evidence-based training protocol that is well received by lay people and professionals.

**Keywords:** *education, mental health literacy, anxiety, depression, bipolar mood disorder*

## 1 UVOD

Duševno zdravje posameznika je rezultat sočasnega vplivanja različnih dejavnikov, tako varovalnih kakor različnih tveganj, ki so jim izpostavljeni posamezniki tekom življenja. V strokovni literaturi lahko zasledimo vrsto različnih teorij o tem, kaj so vzroki za pojavljanje težav na področju duševnega zdravja (Scheid in Brown, 2010). Večina avtorjev se strinja, da posameznik ni sam kriv za svoje stanje in da nanj ne more vplivati zgolj s svojo voljo, zato je še vedno najsprejemljivejša teorija, da je ključna kombinacija več različnih dejavnikov tveganja, ki lahko vodi v težave v duševnem zdravju oz. duševne motnje.

Promocijsko preventivne aktivnosti, usmerjene v izboljšanje razumevanja težav v duševnem zdravju in njihovih posledic, so se že v več okoljih in državah, ki so jih ciljno implementirale, izkazale kot zelo uspešne. Njihov cilj je preoblikovanje stališč laične javnosti v smeri večjega sprejemanja odgovornosti za lastno duševno zdravje in spodbujanje zavedanja, da je zdravje vrednota. Pri tem so skušale vplivati tudi na prepričanja, zmanjšati predsodke o duševnih motnjah in dvigniti raven znanja o lastni zmožnosti posameznika, da varuje in ohranja svoje zdravje, prav tako pa so seznanjale o načinih pomoči (Gronholm in sod., 2017; Highet in sod., 2007). Evalvacije tovrstnih aktivnosti so pokazale pozitivne spremembe v stališčih javnosti do duševnih motenj in njihovem odnosu do zdravljenja, prav tako pa boljše poznavanje značilnosti motenj in njihovih posledic (Graham in sod., 2010; Henderson in sod., 2016; Jorm, 2012; Thornicroft in sod., 2016). Motnje razpoloženja so še posebej v ospredju zanimanja promocijsko preventivnih aktivnosti, saj epidemiološke raziskave beležijo, da so

to najpogostejše težave v duševnem zdravju. V državah EU za njimi trpi več kot 50 milijonov ljudi (IHME, 2018; OECD/EU, 2018). Zadnji podatki pa kažejo, da se je zaradi okoliščin, povezanih z epidemijo COVID-19, epidemiološka slika motenj razpoloženja na globalni ravni še poslabšala (WHO, 2022). Tako Santomauro in sod. (2021) navajajo, da se je globalna razširjenost depresije v letu 2020 povečala za 27,6 % (z 2470,5 na 3152,9 primera/100.000 prebivalcev). Prevalenca anksioznih motenj je narasla za 25,6 % (s 3824,9 na 4802,4 primera/100.000 prebivalcev). Podatki za Evropo (centralni in vzhodni del) in srednjo Azijo kažejo še slabšo sliko. Prevalenca depresije se je povečala za 29,4 % (porast z 2519,7 na 3261,3 primera/100.000 prebivalcev) in anksiozne motnje za 30 % (s 3274,3 na 4255,3 primera/100.000 prebivalcev). Avtorji zaključujejo, da je pandemija v večini držav povečala potrebo po dodatni krepitvi sistemov duševnega zdravja, zato bi bodoče strategije na tem področju morale vključevati poleg okrepljenih intervencij na področju zdravljenja duševnih motenj tudi promocijsko preventivne programe za spodbujanje dobrega duševnega zdravja in počutja prebivalcev.

## 1.1 Koncept pismenost o duševnem zdravju (PDZ)

Eden najbolj uporabljenih pristopov na področju obveščeniosti in ozaveščanja prebivalstva o značilnostih in posledicah motenj razpoloženja izhaja iz koncepta pismenosti o duševnem zdravju (angl. Mental Health Literacy, v nadaljevanju PDZ) (Furnham in Lousley, 2013; Goldney in sod., 2001; Jorm, 2012; Jorm in sod., 1997; Kutcher in sod., 2016; Nutbeam, 2000). Koncept PDZ je večrazsežnostni model in opredeljuje pismenost kot skupek kognitivnih in socialnih veščin posameznika, ki omogočajo: (1) sposobnost prepoznave specifičnih duševnih motenj; (2) znanje o vzrokih in dejavnikih tveganja za pojav motenj; (3) znanje o načinih samopomoči; (4) znanje o strokovni pomoči, ki je na voljo; (5) odnos in vedenja, ki olajšajo prepoznavo duševnih motenj in iskanje pomoči; (6) znanje o tem, kje najti informacije o duševnem zdravju (Jorm in sod., 1997; Kutcher in sod., 2016). Visoka PDZ poleg tega, da omogoča posamezniku izboljšanje lastnega duševnega zdravja in duševnega zdravja drugih ljudi v njegovi skupnosti (Jorm, 2012), pozitivno vpliva na iskanje pomoči (Smith in Shochet, 2011; Wright in sod., 2007), spodbuja pozitivne in podporne interakcije s posamezniki z duševnimi motnjami (Jorm in sod., 2008), zmanjšuje stigmo duševnih motenj in prispeva k preventivni aktivnosti populacije (Rickwood in sod., 2005). Slabša PDZ se med drugim odraža tudi z negativnimi prepričanji in negativnim odnosom do zdravljenja, kar lahko vpliva na slabše možnosti okrevanja, npr. oseba z odklonilnim odnosom do antidepresivov bo manj verjetno jemala zdravila in bo lahko posledično poslabšala potek zdravljenja (Lopez in sod., 2018).

Programi, ki se opirajo na koncept PDZ, pa le redko izvajajo evalvacije, ki bi preverjale vse navedene vidike pismenosti, saj še vedno ni na voljo dovolj zanesljivih orodij. V ta namen je bilo razvitih že več evalvacijskih orodij (O'Connor in sod., 2014; Wei in sod., 2016), ki pa imajo le omejeno uporabnost. Omeniti velja, da se področju razvoja orodij, ki vključujejo večrazsežnostni model PDZ, posveča vse več pozornosti tudi v Sloveniji, kjer so raziskovalci začeli razvijati našemu prostoru prilagojeno orodje PDZ, ki bi lahko bilo uporabno tako s kliničnega vidika kakor za namene načrtovanja intervencij in evalvacij (Krohne in sod., 2022). Najbolj uveljavljena orodja na področju PDZ so še vedno tista, ki pretežno naslavljajo sposobnost posameznika za prepoznavanje specifičnih duševnih motenj. V aktualni literaturi lahko zasledimo, da se največ raziskav na področju motenj razpoloženja usmerja predvsem v evalvacijo prepoznavanja motenj razpoloženja, ravni pismenosti o anksioznih in depresivnih motnjah in stigme, povezane z iskanjem pomoči (Furnham in Hamid, 2014; Gronholm in sod., 2017; Hansson in sod., 2016; O'Connor in sod., 2014; Reavley in sod., 2014; Singh in sod., 2019). Le maloštevilne študije pa naslavljajo pismenost o bipolarni motnji razpoloženja (Stump in Eng, 2018; Vovou in sod., 2021).

Eden od ciljev boljše PDZ je tudi dvig kompetenc, namenjenih izboljšanju skrbi za duševno zdravje in obveščenosti, kdaj in kje poiskati strokovno pomoč. Če na eni strani raziskave razkrivajo, da obstaja veliko sivo polje neustrezne obravnave oseb, ki poiščejo pomoč pri strokovnih službah zaradi težav v duševnem zdravju, pa ne gre zanemariti dejstva, da je tudi odločitev posameznikov, da poiščejo strokovno pomoč, kompleksen problem, na katerega vpliva vrsta dejavnikov. Raziskave kažejo, da predvsem ženske, ljudje srednjih let in osebe z višjo stopnjo izobrazbe v večji meri poiščejo strokovno pomoč (Boerema in sod., 2017; Picco in sod., 2016; Rabinowitz in sod., 1999). Pomemben dejavnik, ki vpliva na odločitev o iskanju pomoči, pa je prepoznavna, torej ali oseba dojema svojo težavo kot duševno motnjo. Izsledki raziskav kažejo, da znaten delež laične javnosti ne prepoznavna duševnih motenj (Angermeyer in Dietrich, 2006), ampak jih pogosto enači s psihosocialnimi pritiski ali stresom, šibkostmi osebe, ne pa z zdravstveno težavo (Altweck in sod., 2016; Matschinger in Angermeyer, 1996; Park in sod., 2018), kar se odraža pri iskanju strokovne pomoči, zanimanju za zdravljenje in prepričanjih o učinkovitosti zdravljenja (Morgan in sod., 2014).

### 1.3 Namen evalvacije delavnic **Stres povzroča stiske, okrepite svoje moči!**

Leta 2017 smo v Sloveniji začeli izvajati nov izobraževalni promocijsko preventivni program na področju duševnega zdravja v obliki in vsebini, ki v slovenskem prostoru do takrat še ni bila vzpostavljena (Šprah, 2019a). Program je bil utemeljen na konceptu PDZ z osrednjim ciljem dvigniti raven pismenosti v laični javnosti o depresiji, anksioznih motnjah in bipolarni motnji razpoloženja. Eden od pristopov za dvig pismenosti o motnjah razpoloženja je bila tudi celodnevna delavnica. V ta namen smo pripravili različna orodja za seznanjanje z motnjami razpoloženja in protokol evalvacije učinkov delavnice. V letu 2020 smo nadaljevali izvajanje delavnic, vendar so zaradi epidemioloških okoliščin potekale v spletni obliki preko platforme ZOOM Webinar.

Namen evalvacije je bil pri udeležencih in udeleženkah spletnih delavnic **Stres povzroča stiske, okrepite svoje moči!** preveriti:

- a) kakšna je njihova raven seznanjenosti s simptomi in znaki anksiozne, depresivne in bipolarne motnje razpoloženja,
- b) kakšen je vpliv delavnic na raven pismenosti o motnjah razpoloženja,
- c) ali obstaja razlika v učinku delavnic na raven pismenosti o motnjah razpoloženja med skupinama oseb, ki so se udeležile delavnic v živo, na terenu in tistimi, ki so se delavnic udeležili preko spletne platforme.

## 2 METODA

### 2.1 Opis vzorca raziskave

V evalvacijo so bili vključeni udeleženci in udeleženke 32 spletnih delavnic, ki so se izvajale v obdobju od 15. 10. 2020 do 10. 3. 2022. Od skupno 951 udeležencev in udeleženek delavnic je bilo v postopek evalvacije vključenih 815, vendar ker vsi udeleženci in udeleženke niso sodelovali pri izpolnjevanju vseh vprašalnikov, se numerusi pri posameznih evalvacijskih vprašalnikih razlikujejo. Iz analize podatkov so bili namreč izključeni tisti udeleženci in udeleženke, ki so oddali nepopolne oz. neveljavne vprašalnike oz. jih sploh niso izpolnjevali. Podrobnejše sociodemografske značilnosti udeležencev in udeleženek, ki so sodelovali pri preverjanju učinka delavnic na raven pismenosti o anksioznosti, depresiji in bipolarni motnji razpoloženja, so predstavljene v tabeli 1.



**Tabela 1: Opis vzorca udeležencev in udeleženk delavnic, ki so bili vključeni v evalvacijo ravni pismenosti o različnih motnjah razpoloženja.**

VPRAŠALNIK O PISMENOSTI	SPOL (v %)		STAROST (leta)		KRAJ BIVANJA (v %)		IZOBRAZBA (v %)		STATUS (v %)	
	<b>Anksiozna motnja</b> (N = 649)	Ženski	90	M	39,3	Mesto	54	Osnovna šola ali manj	1	Študent/-ka oz. dijak/-inja
Moški		10	SD	8,7	Podeželje	46	Krajše izobraževanje	0	Zaposlen/-a	88
							Poklicna šola	1	Nezaposlen/-a	5
							Srednja šola	9	Upokojen/-a	2
							Višja šola (I. bolonjska stopnja)	8		
							Fakulteta, visoka šola (II. bolonjska stopnja)	63		
						Magisterij ali doktorat znanosti	19			
<b>Depresivna motnja</b> (N = 661)	Ženski	87	M	39,8	Mesto	54	Osnovna šola ali manj	0	Študent/-ka oz. dijak/-inja	5
	Moški	13	SD	8,8	Podeželje	46	Krajše izobraževanje	0	Zaposlen/-a	89
							Poklicna šola	1	Nezaposlen/-a	5
							Srednja šola	8	Upokojen/-a	1
							Višja šola (I. bolonjska stopnja)	10		
							Fakulteta, visoka šola (II. bolonjska stopnja)	62		
						Magisterij ali doktorat znanosti	19			

<b>Bipolarna motnja razpoloženja</b> (N = 689)	Ženski	89	M	39,7	Mesto	53	Osnovna šola ali manj	1	Študent/-ka oz. dijak/-inja	4
	Moški	11	SD	8,7	Podeželje	47	Krajše izobraževanje	0	Zaposlen/-a	90
							Poklicna šola	1	Nezaposlen/-a	5
							Srednja šola	8	Upokojen/-a	1
							Višja šola (I. bolonjska stopnja)	8		
							Fakulteta, visoka šola (II. bolonjska stopnja)	63		
							Magisterij ali doktorat znanosti	18		

Opombe: M = povprečna starost; SD = standardna deviacija

## 2.2 Pripomočki

Udeleženci in udeleženke spletnih delavnic so bili pred izvedbo vsakega tematskega sklopa delavnice povabljeni, da na posredovani spletni povezavi do platforme IKA izpolnijo ustrezen vprašalnik o pismenosti. Prvi sklop vprašanj se je nanašal na osnovne sociodemografske podatke. Vprašanja, ki so sledila, pa so bila namenjena preverjanju poznavanja motenj razpoloženja in pismenosti o anksioznosti, depresiji in bipolarni motnji razpoloženja.

### 2.2.1 Prepoznavanje anksiozne, depresivne in bipolarni motnje razpoloženja

Za namene prepoznavanja posameznih motenj razpoloženja so bili uporabljeni tipični opisi motenj razpoloženja v obliki osebne zgodbe (angl. Case vignette). Za anksioznost, depresijo in bipolarno motnjo razpoloženja so bili primeri zgodb oblikovani in povzeti po študijah, ki so vključevale primerljiv protokol prepoznavanja motenj razpoloženja in ob upoštevanju diagnostičnih kriterijev posameznih motenj razpoloženja (Gong in Furnham, 2014; Majcen, 2016; O'Connor in sod., 2014; Reavley in Jorm, 2011). Udeleženci in udeleženke delavnic so bili naprošeni, da po predstavitvi posameznega primera motnje iz nabora 17 možnosti obkrožijo samo tisti odgovor (zgolj enega), ki najnatančneje opisuje, kaj se dogaja z osebo v opisu.

### 2.2.2 Orodja za oceno ravni pismenosti o depresiji, anksioznosti in bipolarni motnji razpoloženja

Raven pismenosti o depresiji, anksioznosti in bipolarni motnji razpoloženja smo preverjali s tremi orodji. Za namene ocenjevanja pismenost o anksioznosti in depresiji sta bila uporabljena že uveljavljena vprašalnika iz tega področja A-lit (Anxiety Literacy) in D-lit (Depression Literacy) (Australian National University: National Institute for Mental Health Research, 2014a; 2014b; Gulliver in sod., 2012; Griffiths in sod., 2004). Vprašalnika sta bila za namene uporabe v sklopu programa OMRA prevedena v slovenščino. Vprašalnik pismenosti o bipolarni motnji B-lit smo razvili sami. Vanj smo vključili primerljiva področja seznanjenosti o bipolarni motnji, kot so jih avtorji in avtorice vključili v vprašalnika A-lit in D-lit, prav tako smo uporabili enako metodologijo odgovarjanja na vprašanja in razmerje med pravilnimi in napačnimi trditvami.

Vsakega od vprašalnikov sestavlja 22 trditve o določeni motnji razpoloženja. Udeleženci in udeleženke so pri vsaki trditvi označili odgovor PRAVILNO, če so menili, da trditev drži, ali NAPAČNO, če so presodili, da navedeno ne drži. V vseh treh vprašalnikih smo uvedli tudi kategorijo odgovora NE VEM, v kolikor o trditvi niso imeli mnenja oz. niso poznali odgovora. S tem pristopom smo se želeli izogniti prisilnemu izbiranju odgovorov in ugibanju v primerih, ko udeleženci in udeleženke ne bi bili prepričani o svojem odgovoru. Pravilni odgovor se je točkoval z eno točko, nepravilni odgovori in odgovori NE VEM pa so šteli nič točk. Najvišji skupni rezultat pri posameznem vprašalniku je znašal 22 točk, najmanjši pa nič točk.

## 2.3. Postopek pridobivanja podatkov

Pred začetkom izvajanja delavnic so udeleženci in udeleženke izpolnili sklop vprašanj, kjer so podali svoje osnovne sociodemografske podatke: spol, starost, stalno prebivališče, izobrazbo, status. Nato so na osnovi treh primerov krajših osebnih zgodb z opisi posameznih motenj razpoloženja na seznamu 17 možnosti označili tisto, ki je po njihovem mnenju najnatančneje opisovala vrsto težave v duševnem zdravju, predstavljeno v posameznem primeru. Vprašalnike za preverjanje pismenosti o anksioznosti (A-lit), depresiji (D-lit) in bipolarni motnji (B-lit) so izpolnili dvakrat: pred vsakim tematskim izobraževanjem o določeni motnji razpoloženja in po njem. Podatke smo iz vprašalnikov na platformi 1KA po vsaki delavnici prenesli v skupinske podatkovne baze.

### **2.3.1 Vsebina in potek delavnice Stres povzroča stiske, okrepite svoje moči!**

Vsebino in potek delavnice o motnjah razpoloženja smo prilagodili spletnemu izvajanju. Udeležba na delavnicah je bila prostovoljna, prijava pa je potekala na spletni platformi programa ali preko lokalnih deležnikov, pridruženih partnerjev programa OMRA. Vsebinsko je bila delavnica OMRA oblikovana tako, da smo v peturnem izobraževanju naslovili ključne tematike, ki se povezujejo z motnjami razpoloženja. Za uvodnim delom, kjer smo predstavili program OMRA, njegovo izobraževalno platformo in pomen duševnega zdravja za posameznika in družbo, smo podrobneje osvetlili problematiko stresa, njegove značilnosti in povezanost z motnjami razpoloženja kot njihovem sprožilcu in vzdrževalcu. Zatem so bile predstavljene motnje anksioznosti, depresija in bipolarna motnja razpoloženja. Pri vsaki motnji smo prikazali njene značilnosti, vzroke in pristope zdravljenja. V zadnjem delu smo predstavili problematiko samostigme in dileme samorazkrivanja v zasebnem in delovnem okolju. Delavnico smo zaključili s predstavitvijo oblik (samo)pomoči, ki so na voljo za spoprijemanje z motnjami razpoloženja.

## **2.4 Statistična obdelava podatkov**

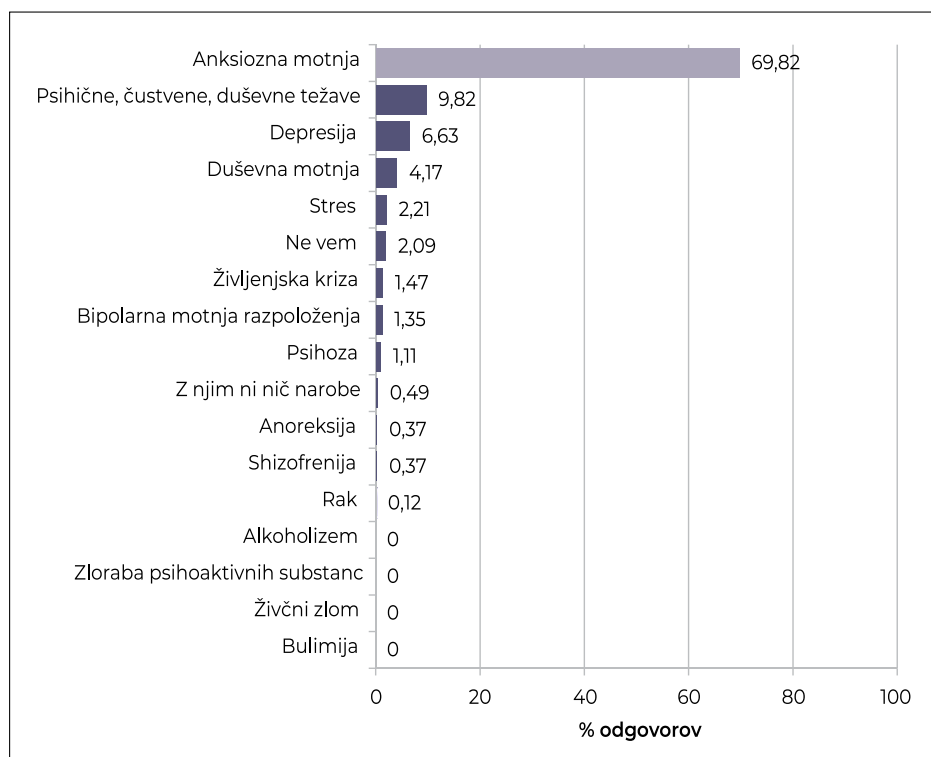
Za statistično obdelavo podatkov je bil uporabljen računalniški programski paket IBM SPSS Statistics 22. Preverjanje normalnosti distribucije rezultatov je potekalo s pomočjo Kolmogorov-Smirnovega testa. Za namene preverjanja razlik v ravni pismenosti o motnjah razpoloženja (anksioznost, depresija, bipolarna motnja razpoloženja) pred delavnicami in po njih je bil uporabljen neparametrični Wilcoxonov test predznačnih rangov. Neparametrični Mann-Whitneyjev U-test smo uporabili za primerjavo učinkov spletnih in terenskih delavnic na raven pismenosti o posameznih motnjah razpoloženja.

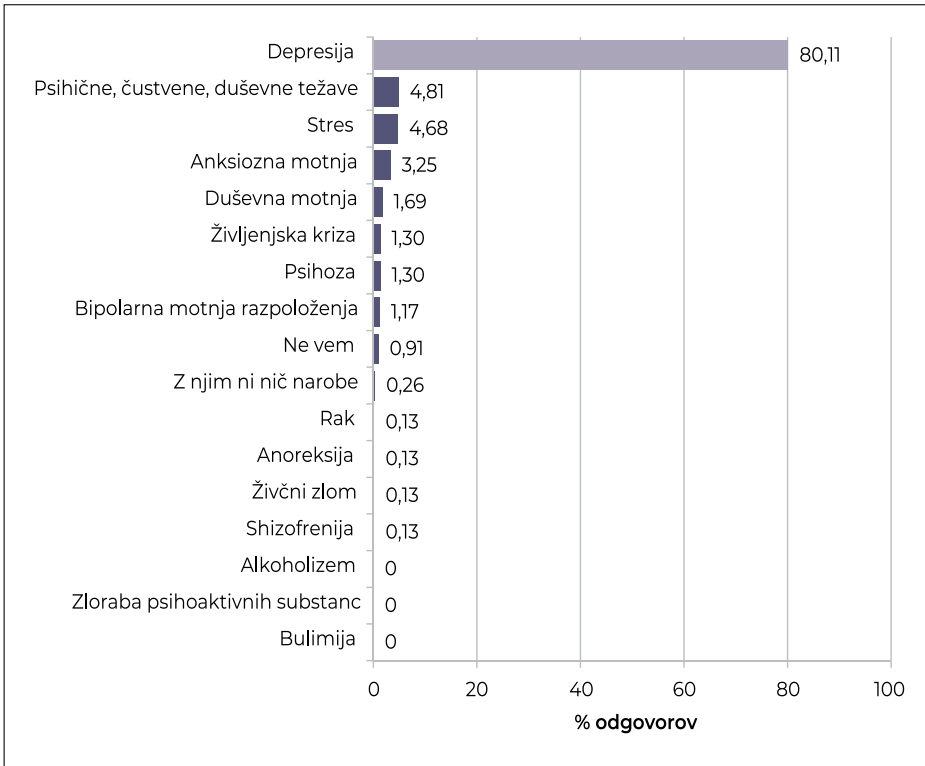
### 3 REZULTATI

#### 3.1 Prepoznavanje značilnosti anksioznosti, depresije in bipolarnе motnje razpoloženja

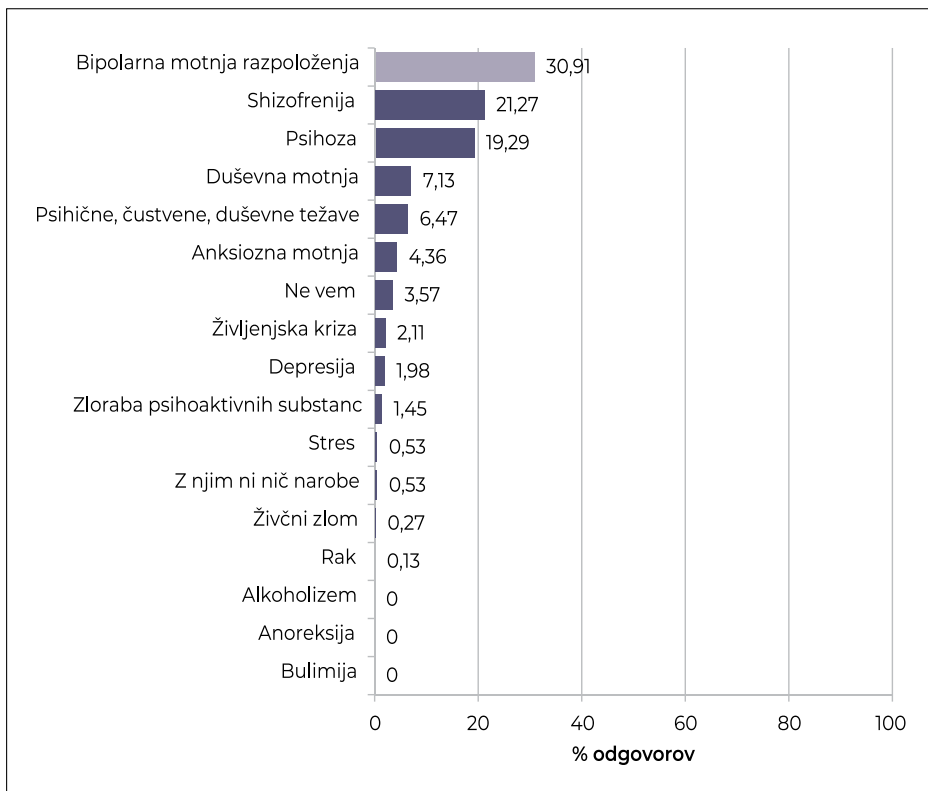
Analiza prepoznavanja značilnosti anksioznosti, depresije in bipolarnе motnje razpoloženja je pokazala, da je največ udeležencev in udeleženk pravilno prepoznalo v zgodbi opis depresije (80,1 %; slika 2) in imelo največ težav pri prepoznavanju bipolarnе motnje razpoloženja (30,9 %; slika 3). Anksioznost je pravilno prepoznalo 69,8 % udeležencev in udeleženk (slika 1).

**Slika 1: Prepoznavanje značilnosti anksiozne motnje (N = 815)**



**Slika 2: Prepoznavanje značilnosti depresivne motnje (N = 769)**

**Slika 3: Prepoznavanje značilnosti bipolarne motnje razpoloženja (N = 757)**



## 3.2 Raven pismenosti o motnjah razpoloženja

### 3.2.1 Psihometrične značilnosti orodij za evalvacijo ravni pismenosti o motnjah razpoloženja

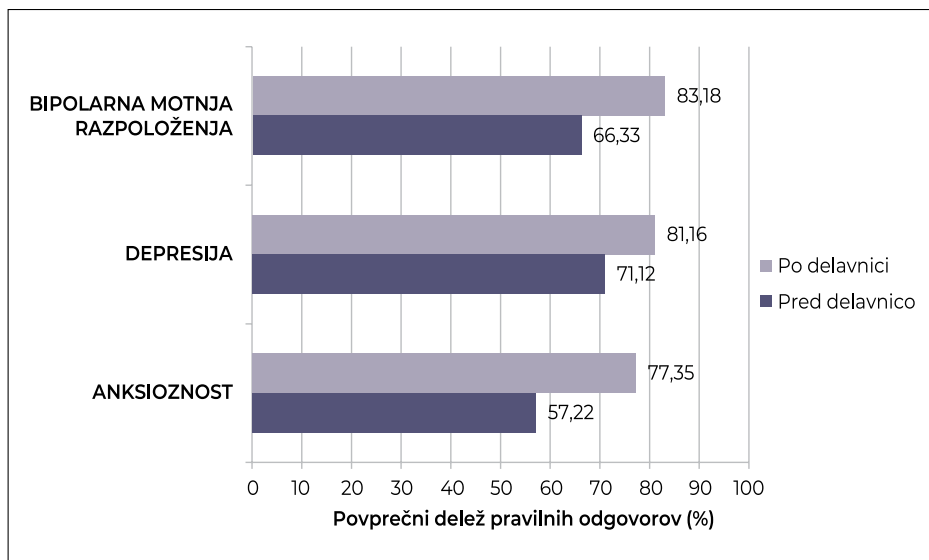
Zanesljivost uporabljenih vprašalnikov za oceno ravni pismenosti o posameznih motnjah razpoloženja je bila zelo dobra. Koefficient notranje konsistentnosti ( $\alpha$ ) je za bipolarno motnjo razpoloženja znašal 0,79, za depresijo 0,74 in za anksioznost 0,72. Ker so podatki za vse tri vprašalnike statistično pomembno odstopali od normalne porazdelitve (Kolmogorov-Smirnov test;  $p < 0,07$ ), smo v nadaljevanju analize podatkov uporabili neparametrične statistične teste.

### 3.2.2 Vpliv delavnic na raven pismenosti o anksioznosti, depresiji in bipolarni motnji razpoloženja

Raven pismenosti o motnjah razpoloženja se je pri udeležencih in udeleženkah delavnic ocenjevala pred izvajanjem tematskega predavanja o anksioznosti, depresiji oz. bipolarni motnji razpoloženja in po njem.

Analiza podatkov je pokazala, da je bila povprečna raven pismenosti pred delavnicami o depresiji najvišja, raven pismenosti o anksioznosti pa najnižja (slika 4). Po delavnicah se je delež pravih odgovorov povečal pri vseh vprašalnikih. Največji napredek v ravni pismenosti se je pojavil pri anksiozni motnji (20,1 %), sledili sta bipolarna motnja (16,9 %) in depresija (10 %). Razlike v ravni pismenosti pred delavnico in po njej so statistično pomembne (Wilcoxonov test predznanih rangov:  $p < 0,05$ ), na osnovi česar sklepamo o pomembnem vplivu delavnic na povprečno raven pismenosti o anksioznosti, depresiji in bipolarni motnji.

**Slika 4: Primerjava ravni pismenosti o motnjah razpoloženja pred delavnicami in po njih**



Opravljen je bila tudi dodatna analiza postavk iz vprašalnikov glede pismenosti o depresiji, anksioznosti in bipolarni motnji, in sicer treh postavk, na katere je pred izvajanjem delavnice največ udeležencev in udeleženk odgovorilo napačno oz. z možnostjo ne vem (tabela 2). V vprašalniku o anksiozni motnji je v tem pogledu najbolj izstopala postavka *Ljudje z anksiozno motnjo pogosto govorijo nejasno in nepovezano*, v vprašalniku o depresiji *Specialisti klinične psihologije*



lahko predpisujejo antidepresive in v vprašalniku o bipolarni motnji Osebe z bipolarno motnjo razpoloženja imajo krajšo življenjsko dobo. Po delavnici se je delež oseb, ki so na istih postavkah podale pravilni odgovor, povečal (tabela 2).

**Tabela 2: Tri postavke v vprašalnikih o pismenosti, na katere so udeleženci in udeleženke delavnic najpogosteje odgovorili napačno oz. z možnostjo ne vem.**

MOTNJA RAZPOLOŽENJA	Postavke vprašalnika	Delež oseb z napačnim odgovorom PRED delavnico (v %)	Delež oseb z napačnim odgovorom PO delavnici (v %)
ANKSIOZNOST	Ljudje z anksiozno motnjo pogosto govorijo nejasno in nepovezano.	43	15
	Kuhanje zamere in nesposobnost odpuščanja drugim je lahko znak anksiozne motnje.	40	13
	Veliko načinov zdravljenja anksiozne motnje je učinkovitejših od antidepresivov.	62	29
DEPRESIJA	Specialisti klinične psihologije lahko predpisujejo antidepresive.	41	18
	Veliko načinov zdravljenja depresije je učinkovitejših od antidepresivov.	26	25
	Svetovanje je pri depresiji enako učinkovito kot kognitivno-vedenjska terapija.	29	24
BIPOLARNA MOTNJA RAZPOLOŽENJA	Osebe z bipolarno motnjo razpoloženja imajo krajšo življenjsko dobo.	38	21
	Zdravljenje bipolarni motnje razpoloženja izvaja psihoterapevt.	37	18
	Pod določenimi pogoji lahko vsak zboli za bipolarno motnjo razpoloženja.	24	10

### 3.2.3 Primerjava učinkov izvajanja terenskih in spletnih delavnic na raven pismenosti o anksioznosti, depresiji in bipolarni motnji razpoloženja

Preverili smo tudi, ali obstaja razlika v učinku delavnic na raven pismenosti o motnjah razpoloženja glede na to, ali so delavnice potekale na terenu ali preko spletne platforme. Vsebina delavnic se ni razlikovala med različnima modalitetama delavnic, prav tako ne protokol preverjanja ravni pismenosti. Prilagodili smo le način izpolnjevanja vprašalnikov. Na terenu se je uporabljal način svinčnik in papir, na spletni platformi pa so udeleženci vprašalnike izpolnjevali na spletu (platforma 1KA). V tabeli 3 je prikazana primerjava med deleži udeležencev in udeleženk, ki so podali na posameznih vprašalnikih pravilne odgovore pred udeležbo na delavnicah in po njej. Podatki za oceno ravni pismenosti na terenskih delavnicah so povzeti po objavljenem prispevku Šprah (2019 b).

Analiza podatkov je pokazala, da so se po obeh oblikah izvajanja delavnic statistično značilno dvignile ravni pismenosti o motnjah razpoloženja (tabela 3). Razlike v dvigu pismenosti glede na delež udeležencev in udeleženk, ki je PO delavnic podal pravilne odgovore na posameznih vprašalnikih pismenosti, je bil primerljiv in razlike niso bile statistično pomembne (Mann-Whitneyjev U-test:  $p < 0,05$ ), kar kaže na to, da je vsebinski del delavnic ustrezno zastavljen in da so učinki primerljivi, ne glede na modaliteto izvedbe delavnic.

**Tabela 3: Primerjava učinkov izvajanja terenskih in spletnih delavnic na raven pismenosti o anksioznosti, depresiji in bipolarni motnji razpoloženja**

VPRAŠALNIK O PISMENOSTI	TERENSKÉ DELAVNICE			SPLETNE DELAVNICE		
	PRED delavnico (v %)	PO delavnici (v %)	Razlika (v %)	PRED delavnico (v %)	PO delavnici (v %)	Razlika (v %)
<b>ANKSIOZNOST</b>	58,8	77,5	<b>18,7</b>	63,5	83,3	<b>19,8</b>
<b>DEPRESIJA</b>	70	83,1	<b>13,2</b>	76,4	87,5	<b>11</b>
<b>BIPOLARNA MOTNJA RAZPOLOŽENJA</b>	65,7	87,2	<b>21,4</b>	71,2	90,1	<b>18,9</b>

Opomba: Raven pismenosti je izražena v deležu udeležencev in udeleženk (%) s pravilnimi odgovori pri posameznem vprašalniku pismenosti pred udeležbo na delavnicah in po njej.

## 4 RAZPRAVA

Ključni cilj evalvacije učinkov delavnic *Stres povzročča stiske, okrepite svoje moči!* na raven pismenosti o motnjah razpoloženja je bil preveriti, ali je protokol izvajanja spletnih delavnic in preverjanja njihovih učinkov, ki smo ga vzpostavili na mednarodno uveljavljeni paradigmi PDZ (Kutcher in sod., 2016; Jorm in sod., 1997), ustrezen glede na pridobljena znanja in razumevanje značilnosti anksioznih motenj, depresije in bipolarnе motnje razpoloženja. Pri tem nas je še posebej zanimalo, ali modaliteta delavnic, terenske v primerjavi s spletno izvedbo, različno vpliva na raven pismenosti udeležencev in udeleženk.

Največji delež udeležencev in udeleženk delavnic je v predstavljenih osebnih zgodbah pravilno prepoznal opis depresije (80,1 %), v manjši meri anksiozno motnjo (69,8 %), največ težav pa so imeli s prepoznavanjem bipolarnе motnje razpoloženja, saj je to motnjo pravilno prepoznalo le tretjina oseb (slike 1, 2 in 3). Bipolarno motnjo razpoloženja so v visokem deležu udeleženci in udeleženke delavnic zamenjevali s shizofrenijo (21,3 %) in psihozo (19,3 %). Rezultati so primerljivi z nekaterimi drugimi študijami, ki prav tako ugotavljajo, da je prepoznavanje depresije boljše v primerjavi z nekaterimi drugimi težavami v duševnem zdravju. Avtorji ugotavljajo, da depresijo prepozna okrog 70 % populacije, slabše pa druge anksiozne motnje, kot so generalizirana anksiozna motnja (2,84 %), obsesivno-kompulzivna motnja (64,6 %), panična motnja (1,26 %) in bipolarna motnja razpoloženja (28,4 %) (Furnham in Lousley, 2013; Furnham in sod., 2014; Majcen, 2016; Reavley in Jorm, 2011). Verjetno lahko takšen rezultat vsaj deloma pripišemo tudi dejstvu, da je depresija v primerjavi z ostalimi motnjami razpoloženja pogosta in se o njej v javnosti tudi več govori. K temu dodatno pripomorejo osebne zgodbe, ki jih javnosti razkrivajo različne znane osebnosti in po mnenju nekaterih avtorjev s tem naslavljajo poleg boljše obveščenosti o težavah v duševnem zdravju tudi zmanjševanje stigme in spodbujanje odločitev za iskanje strokovne pomoči (Corrigan in sod., 2022; Goldberg in sod., 2020).

Raven pismenosti udeležencev in udeleženk delavnic o motnjah razpoloženja kaže podoben trend: najvišja raven znanja pred delavnicami se je razkrila pri depresiji, sledila je bipolarna motnja, medtem ko se je najnižja raven pismenosti izkazala pri anksiozni motnji razpoloženja. Rezultati so primerljivi z izsledki študij, ki so uporabljale enaka vprašalnika (A-lit in D-lit) (Gulliver in sod., 2012; Griffiths in sod., 2004; Majcen, 2017). Po spletni delavnici se je raven pismenosti povečala, največja razlika v napredku pa se je pokazala pri anksiozni motnji (19,8 %), sledili sta bipolarna motnja razpoloženja (18,9 %) in depresija (11 %). Študije, ki spremljajo vpliv različnih intervencij na spremembe v ravni PDZ, ne dajejo

vedno enoznačnih rezultatov, tudi zato ker so intervencijske aktivnosti zelo različne tako po obliki kot vsebini, prav tako orodja, s katerimi se spremljajo njihovi učinki. Lahko pa iz rezultatov študij razberemo prevladujoči trend, da se po intervencijah, ki naslavlajo težave v duševnem zdravju, poveča raven znanja o specifičnih duševnih motnjah (Brijnath in sod., 2016; Pérez-Flores in Cabassa, 2021). Tako npr. Taylor-Rodgers in Batterham (2014) poročata, da se je po spletni psihoedukacijski intervenciji dvignila raven pismenosti o anksioznosti, medtem ko na raven pismenosti o depresiji psihoedukacijska intervencija ni imela pomembnega učinka. Spletne intervencije, ki so ponujale izobraževanja o značilnosti motenj, razpoložljivih oblikah pomoči in destigmazacijske vsebine, so se v študiji Gulliver in sod. (2012) izkazale za učinkovite, saj se je raven pismenosti o depresiji in anksioznosti po intervencijah pomembno zvišala. Študija Hanssona in sod. (2016) poroča, da se je po švedski nacionalni kampanji za zmanjšanje stigme zvišala raven PDZ v populaciji. Prav tako dokazuje metaanaliza zelo razširjenega avstralskega programa Mental Health First Aid training (Morgan in sod., 2018), da se je pri udeležencih in udeleženkah tega programa dvignila raven PDZ. V zadnjih letih se vse bolj uveljavlja t. i. digitalna pismenost o duševnem zdravju (Sit in sod., 2022; Zhang in sod., 2021). Različni računalniški programi, spletne platforme in aplikacije za pametne naprave se vse bolj uveljavljajo in so postali zelo popularni v času epidemije (Torous in sod., 2020). Poleg tega da so namenjeni seznanjanju ljudi z značilnostmi težav v duševnem zdravju, jim ponujajo tudi posvete strokovnjaki, psihoterapijo in različne oblike samopomoči, vendar avtorji tudi opozarjajo, da lahko »selitev« skrbi za duševno zdravje iz rok strokovnjakov v digitalne aplikacije dodatno izolira posameznike, ki pravzaprav najbolj potrebujejo pri svojem okrevanju osebni, neposredni stik (Rudd in Beidas, 2020).

Rezultati evalvacije so pokazali tudi, da je področje zdravljenja motenj razpoloženja še vedno tisto, kjer vlada precej predsodkov in tudi slabega poznavanja značilnosti posameznih terapevtskih intervencij. Iz posameznih odgovorov je namreč mogoče sklepati, da javnost še vedno ni dobro poučena o antidepresivih, prav tako ne o drugih pristopih zdravljenja motenj razpoloženja. Postavke, ki so pred izvajanjem delavnic zabeležile največ nepravilnih odgovorov oz. izbiro možnosti ne vem, so prikazane v tabeli 2, glede zdravljenja pa izstopajo naslednje: *Veliko načinov zdravljenja anksiozne motnje in depresije je učinkovitejših od antidepresivov; Specialisti klinične psihologije lahko predpisujejo antidepresive; Svetovanje je pri depresiji enako učinkovito kot kognitivno-vedenjska terapija; Zdravljenje bipolarni motnje razpoloženja izvaja psihoterapevt.* Primerljive rezultate je pokazala tudi slovenska raziskava PDZ v povezavi z nekaterimi vidiki javnega duševnega zdravja v dveh slovenskih

regijah (Majcen, 2016). V Sloveniji se sicer zadnja leta opaža zaželen trend večjega predpisovanja antidepresivov v razmerju do pomirjeval (Kostnapfel in Albreht, 2022), vendar slabo poznavanje učinkov antidepresivov in indikacij za njihovo predpisovanje se lahko odraža tudi v negativnem odnosu laične javnosti do tega, da poišče strokovno pomoč, oz. tovrstna stališča lahko vplivajo tudi na neredno jemanje zdravil (Clarke in Currie, 2009; Goldney in Fisher, 2001; Pence in sod., 2012; Reavley in Jorm, 2011). V tem oziru vlada v slovenskem prostoru še veliko rezerve in programi, ki bi v večji meri ozaveščali javnost o farmakoterapevtskih pristopih zdravljenja duševnih motenj, bi bili več kot dobrodošli. Tako na naših delavnicah kakor tudi na ostalih področjih udejstvovanja programa OMRA že leta opažamo, da je področje zdravil, ki se uporabljajo pri zdravljenju težav v duševnem zdravju, tisto, ki pritegne veliko poslušalcev in bralcev, in da je stigma, povezana z antidepresivi, še vedno zelo prisotna.

Ker smo zadnja tri leta izvajali le spletne delavnice, pred tem pa izključno v živo, na terenu, nas je zanimalo tudi, ali se učinki delavnic na raven pismenosti o motnjah razpoloženja razlikujejo glede na njihovo modaliteto izvajanja. Obe obliki izvajanja delavnic sta imeli primerljiv učinek na raven pismenosti, kar govori v prid temu, da je vsebinski okvir delavnic ustrezen in so učinki primerljivi, ne glede na modaliteto izvedbe delavnic. O dobrih rezultatih izvajanja spletnih psihoedukacijskih delavnic poročajo tudi v primerljivih študijah (Gulliver in sod., 2012; Taylor-Rodgers in Batterham, 2014).

Izsledki evalvacije učinkov spletnih delavnic *Stres povzročča stiske, okrepite svoje moči!* na raven pismenosti o motnjah razpoloženja so se pokazali skladni s primerljivimi mednarodnimi raziskavami s tega področja, vendar je treba omeniti nekaj omejitev evalvacije, ki bi lahko vplivale tudi na izsledke. Uporabljena evalvacijska orodja niso standardizirana za uporabo v slovenskem okolju, kljub temu pa je koeficient notranje konsistentnosti pokazal dobro zanesljivost vseh treh slovenskih orodij. Še vedno pa ne moremo popolnoma izključiti, da je lahko pri določenih postavkah vprašalnikov prišlo tudi do neenotnega razumevanja njihovih vsebin in posledično pristranskega odgovarjanja udeležencev in udeleženk. Delavnice smo izvajali v spletni obliki in ne moremo popolnoma izključiti »goljufanja«, kjer bi vprašalnike namesto udeleženca ali udeleženke delavnic izpolnjeval nekdo drug, ali da so osebe bile priključene na spletno delavnico, niso pa sledile njenim vsebinam. Spletno izvajanje delavnic je pokazalo, da imamo pristranski vzorec, na katerem smo opravili analizo podatkov, saj so se spletnih delavnic udeleževale predvsem osebe, ki so bile digitalno pismene, z dostopom do spleta in pretežno mlajše od 50 let (19–34 let = 214 oseb in 35–50 let = 371 oseb). Glede na sociodemografske značilnosti so

prevladovala osebe z višjo izobrazbeno strukturo (80 % s fakultetno izobrazbo in več), 88 % je bilo delovno aktivnih, 53 % jih je prebivalo v mestnem okolju in 47 % na podeželju. Ni zanemarljiv niti podatek, da vzorec sestavljajo predvsem udeleženske, saj se je delavnic udeležilo le okrog 10 % moških.

## 5 ZAKLJUČEK

Tudi tokrat so izsledki evalvacije učinkov delavnic zelo pozitivni in ohrabrujoči, podobno kot smo ugotavljali že po predhodnih delavnicah, ki smo jih izvajali v letih 2018 in 2019 (Šprah 2019b). Vzpostavili smo učinkovit, z dokazi podprt protokol izobraževanja in preverjanja učinkov na raven pismenosti o anksioznosti, depresiji in bipolarni motnji razpoloženja. Delavnice dopolnjuje in nadgrajuje izobraževalna spletna platforma ([www.omra.si](http://www.omra.si)), ki kaže zelo dobro obiskanost (100.000 obiskov do julija 2022). Program OMRA je prvi večdisciplinarni program pismenosti o motnjah razpoloženja v Sloveniji, ki ima kompleksno strukturo in sistematično naslavlja razumevanje motenj razpoloženja, njihovo destigmatizacijo in kompetence (samo)pomoči. Glede na aktualne smernice za izvajanje tovrstnih izobraževanj, ki se priporočajo v prilagojeni obliki za različne javnosti in okolja (Kutcher in sod., 2016), bomo v prihodnje tudi naše delavnice koncipirali v tej smeri. Vanje želimo še posebej pritegniti moške, več podeželskega prebivalstva, starejših, oseb s težavami v duševnem zdravju in njihovih svojcev.

Visoka raven PDZ je tako za družbo kot posameznika ključnega pomena, saj pripomore k pravočasnemu iskanju ustrezne strokovne pomoči, zniževanju stigme in preventivni naravnosti populacije (Jorm, 2000). Raziskave poročajo, da je v okoljih z visoko stopnjo PDZ skrb za dobro duševno zdravje boljša, več je iskanja strokovne pomoči, opažena pa je tudi povečana implementacija učinkovitih preventivno promocijskih strategij, kar na daljši rok zmanjšuje socialno in ekonomsko breme, ki ga povzročajo duševne motnje pri posamezniku in v družbi (Jorm, 2012; Morgan in sod., 2018; Samele, 2016). Oblikovalci in oblikovalke programa OMRA se bomo zato še naprej trudili pritegniti k našim vsebinam in aktivnostim čim več laične in drugih zainteresiranih javnosti.

## Literatura

- Altweck, L., Marshall, T. C., Ferenczi, N. in Lefringhausen, K. Mental health literacy: a cross-cultural approach to knowledge and beliefs about depression, schizophrenia and generalized anxiety disorder. *Front Psychol.* 2015; 6: 1272.
- Angermeyer, M. C. in Dietrich, S. Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. *Acta Psychiatr Scand.* 2006; 113: 163–179.
- Australian National University: National Institute for Mental Health Research. The Anxiety Literacy Questionnaire (A-lit); 2014a. Dostopno na: <http://rsph.anu.edu.au/research/tools-resources/anxiety-literacy-questionnaire-lit> (citirano 11. 7. 2022).
- Australian National University: National Institute for Mental Health Research. The Depression Literacy Questionnaire (D-lit); 2014b. Dostopno na: <http://rsph.anu.edu.au/research/tools-resources/depression-literacy-questionnaire-d-lit> (citirano 11. 7. 2022).
- Boerema, A. M., Ten Have, M., Kleiboer, A., de Graaf, R., Nuyen, J., Cuijpers, P. in Beekman, A. T. F. Demographic and need factors of early, delayed and no mental health care use in major depression: a prospective study. *BMC Psychiatry.* 2017; 17(1): 367.
- Brijnath, B., Protheroe, J., Mahtani, K. R. in Antoniadis, J. Do Web-based Mental Health Literacy Interventions Improve the Mental Health Literacy of Adult Consumers? Results From a Systematic Review. *J Med Internet Res.* 2016; 18(6): 165.
- Clarke, D. M. in Currie, K. C. Depression, anxiety and their relationship with chronic diseases: a review of the epidemiology, risk and treatment evidence. *Med J Aust.* 2009; 190(7): 54–60.
- Corrigan, P. W., Kundert, C. in Laique, A. The Impact of Contact and Fame on Changing the Public Stigma of Mental Illness. *Community Ment Health J.* 2022; 58(4): 673–678.
- Furnham, A., Annis, J. in Cleridou, K. Gender differences in the mental health literacy of young people. *Int J Adolesc Med Health.* 2014; 26: 283–292.
- Furnham, A. in Lousley, C. Mental health literacy and the anxiety disorders. *Health.* 2013; 5(3): 521–531.
- Goldberg, J. O. in Flett, G. L. What Celebrity Case Studies Can Teach about Clinical Formulation of Mental Health Conditions. *J Psychol.* 2020; 154(8): 662–679.
- Goldney, R. D., Fisher, L. J., Grande, E. D., Taylor, A. W. in Hawthorne, G. Have education and publicity about depression made a difference? Comparison of prevalence, service use and excess costs in South Australia: 1998 and 2004. *Aust N Z J Psychiatry.* 2007; 41: 38–53.
- Goldney, R. D., Fisher, L. J. in Wilson, D. H. Mental health literacy: an impediment to the optimum treatment of major depression in the community. *Journal of affective disorders.* 2001; 64(2): 277–284.
- Gong, A. T. in Furnham, A. Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders in mainland China. *Psych J.* 2014; 3(2): 144–158.
- Graham, A. L., Julian, J. in Meadows, G. Improving responses to depression and related disorders: evaluation of a innovative, general, mental health care workers training program. *Int J Ment Health Syst.* 2010; 4: 25.

- Griffiths, K., Christensen, H., Jorm, A. F., Evans, K. in Groves, C. Effect of web-based depression literacy and cognitive-behavioural therapy interventions on stigmatising attitudes to depression: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*. 2004; 185: 342–349.
- Gronholm P. C., Henderson, C., Deb, T. in Thornicroft, G. Interventions to reduce discrimination and stigma: the state of the art. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2017; 52(3): 249–258.
- Gulliver, A., Griffiths, K. M., Christensen, H., Mackinnon, A., Caley, A. L., Parsons, A. in sod. Internet-based interventions to promote mental health help-seeking in elite athletes: an exploratory randomized controlled trial. *J Med Internet Res*. 2012; 14(3): 69.
- Hansson, L., Stjernswärd, S. in Svensson, B. Changes in attitudes, intended behaviour, and mental health literacy in the Swedish population 2009–2014: an evaluation of a national antistigma programme. *Acta Psychiatr Scand*. 2016; 134: 71–79.
- Henderson, C., Stuart, H. in Hansson, L. Lessons from the results of three national antistigma programmes. *Acta Psychiatr Scand*. 2016; 134: 3–5.
- Hight, N. J., Luscombe, G. M., Davenport, T. A., Burns, J. M. in Hickie, I. B. Positive relationships between public awareness activity and recognition of the impacts of depression in Australia. *Aust N Z J Psychiatry*. 2006; 40: 55–58.
- IHME (2018). Global Health Data Exchange. Dostopno na: [www.healthdata.org](http://www.healthdata.org) (citirano 11. 7. 2022).
- Jorm, A., Korten, A., Jacomb, P., Christensen, H., Rodgers, B. in Pollitt, P. »Mental health literacy«: a survey of the public's ability to recognize mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Med J Aust*. 1997; 166: 182–186.
- Jorm, A. F., Morgan, A. in Wright, A. First aid strategies that are helpful to young people developing a mental disorder: Beliefs of health professionals compared to young people and parents. *BMC Psychiatry*. 2008; 8: 42.
- Jorm, A. F. Mental health literacy. Public knowledge and beliefs about mental disorders. Review. *Br J Psychiatry*. 2000; 177: 396–401.
- Jorm, A. F. Mental health literacy: Empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist*. 2012; 67(3): 231–243.
- Kostnapfel, T. in Albrecht, T. (ur.). Poraba ambulantno predpisanih zdravil v Sloveniji v letu 2021. Ljubljana: NIJZ; 2022. Dostopno na: [https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/ambulantna\\_zdravila\\_2022\\_objava\\_a\\_19.05.22.pdf](https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/ambulantna_zdravila_2022_objava_a_19.05.22.pdf) (citirano 11. 7. 2022).
- Krohne, N., Gomboc, V., Lavrič, M., Podlogar, T., Poštuvan, V., Šedivy, N. Z. in De Leo, D. Slovenian Validation of the Mental Health Literacy Scale (S-MHLS) on the General Population: A Four-Factor Model. *Inquiry*. 2022; 59: 469580211047193.
- Kutcher, S., Wei, Y. in Coniglio, C. Mental Health Literacy. Past, Present, and Future. *Can J Psychiatry*. 2016; 61(3): 154–158.
- Lopez, V., Sanchez, K., Killian, M. O. in Eghaneyan, B. H. Depression screening and education: an examination of mental health literacy and stigma in a sample of Hispanic women. *BMC Public Health*. 2018; 18(1): 646.



- Majcen, K. Pismenost o duševnem zdravju v povezavi z nekaterimi vidiki javnega duševnega zdravja v dveh slovenskih regijah [magistrsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru, Filozofska fakulteta; 2016.
- Matschinger, H. in Angermeyer, M. C. Lay beliefs about the causes of mental disorders: a new methodological approach. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1996; 31: 309–315.
- Morgan, A. J., Reavley, N. J. in Jorm, A. F. Beliefs about mental disorder treatment and prognosis: comparison of health professionals with the Australian public. *Aust N Z J Psychiatry.* 2014; 48(5): 442–451.
- Morgan, A. J., Ross, A. in Reavley, N. J. Systematic review and meta-analysis of Mental Health First Aid training: Effects on knowledge, stigma, and helping behaviour. *PLoS One.* 2018; 13(5): 0197102.
- Nutbeam, D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International.* 2000; 15(3): 259–267.
- O'Connor, M., Casey, L. in Clough, B. Measuring mental health literacy –a review of scale-based measures. *Journal of Mental Health.* 2014; 23(4): 197–204.
- OECD/EU. Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle. Paris: OECD Publishing; 2018. Dostopno na: [https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/health\\_glance\\_eur-2018-en.pdf?expires=1565290964&id=id&accname=guest&checksum=D82E02BC84BBFE365E77757EE37019D6](https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/health_glance_eur-2018-en.pdf?expires=1565290964&id=id&accname=guest&checksum=D82E02BC84BBFE365E77757EE37019D6) (citirano 11. 7. 2022).
- Park, S., Jang, H., Furnham, A., Jeon, M. in Park, S. J. Beliefs about the causes of and treatments for depression and bipolar disorder among South Koreans. *Psychiatry Res.* 2018; 260: 219–226.
- Pence, B. W., O'Donnell, J. K. in Gaynes, B. N. The depression treatment cascade in primary care: a public health perspective. *Curr Psychiatry Rep.* 2012; 14(4): 328–335.
- Pérez-Flores, N. J. in Cabassa, L. J. Effectiveness of Mental Health Literacy and Stigma Interventions for Latino/a Adults in the United States: A Systematic Review. *Stigma Health.* 2021; 6(4): 430–439.
- Picco, L., Abidin, E., Chong, S. A., Pang, S., Shafie, S., Chua, B. Y. in sod. Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help: Factor Structure and Socio-Demographic Predictors. *Front Psychol.* 2016; 7: 547.
- Rabinowitz, J., Gross, R. in Feldman, D. Correlates of a perceived need for mental health assistance and differences between those who do and do not seek help. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1999; 34: 141–146.
- Reavley, N. J. in Jorm, A. F. Recognition of mental disorders and beliefs about treatment and outcome: findings from an Australian national survey of mental health literacy and stigma. *Aust N Z J Psychiatry.* 2011; 45(11): 947–956.
- Reavley, N. J., Morgan, A. J. in Jorm, A. F. Development of scales to assess mental health literacy relating to recognition of and interventions for depression, anxiety disorders and schizophrenia/psychosis. *Aust N Z J Psychiatry.* 2014; 48(1): 61–69.
- Rickwood, D., Deane, F. P., Wilson, C. J. in Ciarrochi, J. Young people's help-seeking for mental health problems. *Australian e-journal for the Advancement of Mental Health.* 2005; 4(3): 218–251.

- Rudd, B. N. in Beidas, R. S. Digital Mental Health: The Answer to the Global Mental Health Crisis? *JMIR Ment Health*. 2020; 7(6): 18472.
- Samele, C. Increasing momentum in prevention of mental illness and mental health promotion across Europe. *BJPsych Int*. 2016; 13(1): 22–23.
- Santomauro, D. F., Mantilla Herrera, A. M., Shadid, J., Zheng, P., Ashbaugh, C., Pigott, D. M. in sod. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *Lancet*. 2021; 398(10312): 1700–1712.
- Scheid, T. L. in Brown, T. N. (ur.). *A handbook for the study of mental health: Social contexts, theories, and systems*, 2nd ed. Cambridge: Cambridge University Press; 2010.
- Singh, S., Zaki, R. A. in Farid, N. D. N. A systematic review of depression literacy: Knowledge, help-seeking and stigmatising attitudes among adolescents. *J Adolesc*. 2019; 74: 154–172.
- Sit, H. F., Hong, I. W., Burchert, S., Sou, E. K. L., Wong, M., Chen, W., Lam, A. I. F. in Hall, B. J. A Feasibility Study of the WHO Digital Mental Health Intervention Step-by-Step to Address Depression Among Chinese Young Adults. *Front Psychiatry*. 2022; 12: 812667.
- Smith, C. in Shochet, I. M. The impact of mental health literacy on help-seeking intentions: Results of a pilot study with first year psychology students. *International Journal of Mental Health Promotion*. 2011; 13: 14–20.
- Stump, T. A. in Eng, M. L. The development and psychometric properties of the bipolar disorders knowledge scale. *J Affect Disord*. 2018; 238: 645–650.
- Šprah, L. Evalvacija učinkov programa opismenjevanja o motnjah razpoloženja na raven razumevanja značilnosti in posledic anksioznosti, depresije in bipolarnih motnjah razpoloženja. V: Šprah, L., ur. *Z več znanja o motnjah razpoloženja do izhodov iz labirintov: izkušnje in razmisleki*. 1. izd. Ljubljana: Založba ZRC, ZRC SAZU, 2019b: 91–112.
- Šprah, L. Uvajanje inovativnega programa pismenosti o motnjah razpoloženja v Sloveniji: rezultati in učinki programa. V: Šprah, L., ur. *Z več znanja o motnjah razpoloženja do izhodov iz labirintov: izkušnje in razmisleki*. 1. izd. Ljubljana: Založba ZRC, ZRC SAZU, 2019a: 51–73.
- Taylor Rodgers, E. in Batterham, P. J. Evaluation of an online psychoeducation intervention to promote mental health help seeking attitudes and intentions among young adults: randomised controlled trial. *J Affect Disord*. 2014; 168: 65–71.
- Thornicroft, G., Mehta, N., Clement, S., Evans-Lacko, S., Doherty, M., Rose, D. in sod. Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. *Lancet*. 2016; 387(10023): 1123–1132.
- Torous, J., Jän Myrick, K., Rauseo-Ricupero, N. in Firth, J. Digital Mental Health and COVID-19: Using Technology Today to Accelerate the Curve on Access and Quality Tomorrow. *JMIR Ment Health*. 2020; 7(3): 18848.
- Vovou, F., Hull, L. in Petrides, K. V. Mental health literacy of ADHD, autism, schizophrenia, and bipolar disorder: a cross-cultural investigation. *J Ment Health*. 2021; 30(4): 470–480.

- Wei, Y., Patrick, J., McGrath, P. J., Hayden, J. in Kutcher, S. Measurement properties of tools measuring mental health knowledge: a systematic review. *BMC Psychiatry*. 2016; 16(1): 297.
- WHO. Mental Health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact Scientific brief. 2 March 2022. Dostopno na: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1412184/retrieve> (citirano 11. 7. 2022).
- Wright, A., Jorm, A. F., Harris, M. G. in McGorry, P. D. What's in a name? Is accurate recognition and labelling of mental disorders by young people associated with better help-seeking and treatment preferences? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2007; 42: 244–250.
- Zhang, X., Lewis, S., Firth, J., Chen, X. in Bucci, S. Digital mental health in China: a systematic review. *Psychol Med*. 2021; 51(15): 1–19.



# POVEZANOST STEREOTIPOV, PREDSODKOV IN DISKRIMINATORNEGA VEDENJA Z IZBRANIMI SOCIODEMOGRAFSKIMI SPREMENLJIVKAMI V SKUPINI UDELEŽENCEV IN UDELEŽENK DELAVNIC OMRA

The association of stereotypes, prejudice, and discriminatory behavior with selected sociodemographic variables in the group of OMRA workshop participants

Lilijana Šprah

## **POVZETEK**

*Stigma je večrazsežen pojav. Javna stigma se nanaša na zavedanje stereotipov, ki jih ima laična javnost o osebah s težavami v duševnem zdravju, osebna stigma pa se je vezana na ponotranjenje tovrstnih stereotipov, kar vodi v nizko samopodobo in slabo lastno učinkovitost. V predstavljeni raziskavi smo preverjali raven javne stigme na vzorcu 234 udeležencev in udeleženk, ki so se udeležili delavnic OMRA v obdobju med 26. 1. 2021 in 25. 5. 2022. Namen*

---

**Avtorica:** Lilijana Šprah

**Znanstveni in strokovni naziv:** doktorica medicinskih ved,  
univerzitetno diplomirana psihologinja, višja znanstvena sodelavka,  
predstojnica Družbenomedicinskega inštituta ZRC SAZU

**Inštitucija/zaposlitev, naslov:** ZRC SAZU, Družbenomedicinski inštitut,  
Novi trg 2, 1000 Ljubljana

**E-naslov:** lilijana.sprah@zrc-sazu.si

**DOI:** [https://doi.org/10.3986/9789610506768\\_10](https://doi.org/10.3986/9789610506768_10)

raziskave je bil, proučiti, s katerimi stereotipi in prepričanji se povezujejo negativni čustveni odzivi in diskriminatorni vedenjski vzorci, povezani s prikazom primera osebe z izkušnjo shizofrenije. Hkrati smo analizirali povezanost javne stigme z izbranimi sociodemografskimi spremenljivkami. V ta namen je bil uporabljen atribucijski vprašalnik AQ-27 (Corrigan in sod., 2003). Rezultati raziskave so pokazali relativno nizko raven javne stigme med udeleženci in udeleženkami raziskave. To lahko pripišemo tudi pristranskemu vzorcu raziskave, saj so v njem prevladovala ženske (88 %), udeleženci in udeleženke so imeli najmanj fakultetno izobrazbo (82 %) in so se pri svojem delu srečevali z osebami s težavami v duševnem zdravju (52 %). Primerljive raziskave kažejo, da so stereotipi, predsodki in diskriminatorno vedenje na področju duševnega zdravja v slovenskem prostoru prisotni v precejšnji meri, zato je treba posebno skrb nameniti prilagojenim programom za zmanjševanje diskriminacije in spodbujanje destigmatizacije. Tovrstnim prizadevanjema sledi tudi program OMRA ([www.omra.si](http://www.omra.si)).

**Ključne besede:** javna stigma, osebna stigma, duševno zdravje, diskriminacija, stereotipi

## **ABSTRACT**

Stigma is a multidimensional phenomenon. Perceived public stigma refers to the awareness of stereotypes that exist in the public about persons with mental health problems, and anticipated self-stigma refers to the application of such stereotypes to oneself, resulting in internalized devaluation and disempowerment. In the present study, we examined the extent of public stigma among 234 participants of OMRA workshops held from Jan. 26, 2021, to May 25, 2022, with the aim of investigating the stereotypes and beliefs associated with negative emotional reactions and discriminatory behaviours after the presentation of a case vignette about schizophrenia. In addition, the relationship between public stigma and selected sociodemographic variables was examined. For this purpose, the attribution questionnaire AQ-27 (Corrigan et al., 2003) was applied. The results showed a relatively low level of public stigma among the study participants. This may be attributed to the biased sample, which includes predominantly women (88 %), participants with high levels of education (82 %), and individuals who work with people with mental health problems (52 %). Comparable research shows that stereotypes, prejudice, and discriminatory behaviour in mental health area are present to a significant

*degree in Slovenia. Thus, more attention is needed to specific programs that reduce discrimination and promote destigmatization. The OMRA program ([www.omra.si](http://www.omra.si)) is also making such efforts.*

**Keywords:** *public stigma, self-stigma, mental health, discrimination, stereotypes*

## 1 UVOD

Težave v duševnem zdravju so v veliki meri obvladljive, v nekaterih primerih pa celo popolnoma ozdravljive. Ljudje s tovrstnimi težavami lahko ob ustrezni zdravstveni podpori živijo polno in bogato življenje, pri tem pa je ključnega pomena, da do te podpore dejansko tudi pridejo. Ena glavnih ovir, ki ljudem otežuje pravočasno iskanje pomoči, ko jo potrebujejo, je stigma. Beseda stigma izhaja iz grščine in označuje telesno znamenje, ki za osebo pomeni nekaj sramotnega in ji prinaša negativne izkušnje (Weinstein, 1982).

Številni ljudje s težavami v duševnem zdravju se soočajo z dvojnimi izzivom; po eni strani z bremenom duševne motnje, ki je posledica njenih simptomov in znakov, po drugi strani pa so zapostavljeni tudi zaradi stereotipov in predsodkov, ki so posledica napačnih predstav o duševnih motnjah. Zaradi obojega so ljudje s težavami v duševnem zdravju oropani možnosti, ki bi jim zagotovila kakovostno življenje: dobre službe, varno stanovanje, zadovoljiva zdravstvena oskrba, socialna mreža in s tem pripadnost raznolikim skupinam ljudi (Corrigan in Watson, 2002).

Tako javna kot osebna stigma oz. samostigma krepi diskriminatorno vedenje do oseb s težavami v duševnem zdravju. Vpliv stigme je dvojen, kot je prikazano v tabeli 1. Javna stigma je odziv, ki ga ima splošno prebivalstvo do ljudi s težavami v duševnem zdravju, osebna stigma pa je predsodek, ki ga ljudje z duševnimi težavami usmerijo vase. Tako javno kot osebno stigmatiko lahko razumemo na ravni treh komponent: stereotipov, predsodkov in diskriminacije. Socialni psihologi razlagajo stereotipe kot posebno učinkovite strukture socialnega (družbenega) znanja, ki jih usvoji večina članov družbene skupine (Hilton in von Hippel, 1996). Stereotipi veljajo za »družbene«, ker predstavljajo kolektivno dogovorjene predstave o določenih skupinah oseb. Imajo določeno praktično vrednost, saj si z njihovo pomočjo lahko ljudje na hitro ustvarijo vtise in pričakovanja do posameznikov, ki pripadajo stereotipni skupini.

**Tabela 1: Primerjava definicij javne in osebne stigme (povzeto po Corrigan in Watson, 2002)**

Javna stigma	
<b>Stereotip</b>	Negativno prepričanje o določeni skupini ljudi (npr. so nevarni, nesposobni, imajo slab značaj idr.).
<b>Predsodek</b>	Strinjanje s prepričanjem in/ali negativnimi čustvenimi reakcijami (npr. jeza, strah).
<b>Diskriminacija</b>	Vedenjski odziv na predsodke (npr. izogibanje, odpoved zaposlitve in stanovanjskih priložnosti, odklanjanje pomoči).
Osebna stigma	
<b>Stereotip</b>	Negativno prepričanje o sebi (npr. imam slab značaj, sem nesposoben/-na idr.).
<b>Predsodek</b>	Strinjanje s prepričanjmi in negativnimi čustvenimi reakcijami (npr. nizka samopodoba, slaba lastna učinkovitost).
<b>Diskriminacija</b>	Vedenjski odziv na predsodke (npr. neuspeh pri iskanju zaposlitvenih in stanovanjskih priložnosti).

Izvore javne stigme in diskriminatornega vedenja lahko pojasnujemo tudi s pomočjo teorije atribucij (Corrigan in sod. 2003), ki predpostavlja, da je vedenje ljudi pogojeno s specifičnim kognitivno-čustvenim procesom, s katerim se določeni motnji pripišeta obvladljivost in zaznana nevarnost, kar potem omogoča oblikovanje prepričanj o vzrokih motnje kot tudi osebni odgovornosti posameznika, ki ima težave v duševnem zdravju. Glede na doseženi konsenz se na to osebo okolica odziva z določenim čustvenim nabojem (npr. jeza, strah ali sočutje) in vedenjskimi vzorci (npr. izogibanje ali nudenje podpore), ti odzivi pa lahko privedejo tudi do stigmatiziranja (Corrigan, 2000).

Aktualni pristopi k spreminjanju družbene stigme naslavlajo zlasti tri pomembne pristope. To so: izobraževanje, stik in protesti. Izobraževalni pristopi skušajo spreminjati neustrezne stereotipe o težavah v duševnem zdravju in jih skušajo nadomestiti s prikazom dejstev, pri čemer se poslužujejo javnih objav, knjig, letakov, filmov, videov, spletnih strani, virtualne realnosti in drugih avdiovizualnih pripomočkov. Nekatere prednosti edukacijskih intervencij so njihova relativno nizka cena in širok doseg. Drugi način spreminjanja stigme je stik s skupinami, ki jih stigmatiziramo, recimo stik ena na ena, pogovor z osebami s težavami itn. Tretji način vpliva na stigmo je aktivizem, preko katerega se poudarjajo različne vrste družbenih nepravilnosti, ki so vezane na stigmo (Michaels in sod., 2012). Pri tovrstnih pristopih spreminjanja družbene stigme pa je treba upoštevati tudi nekatere posebnosti javnosti, ki so ji kampanje namenjene, kot so starost, spol, izobrazba, poklicna orientiranost idr. (Lo in sod., 2021).



Predstavljena raziskava je bila motivirana z namenom, da pri udeležencih in udeleženkah naših delavnic OMRA proučimo, s katerimi stereotipi in prepričanji se povezujejo negativni čustveni odzivi in diskriminatorni vedenjski vzorci, ki se povezujejo z javno stigmo. V ta namen smo uporabili opis osebe z izkušnjo shizofrenije. Hkrati smo proučili tudi, kakšna je povezanost javne stigme z izbranimi sociodemografskimi spremenljivkami vključenega vzorca.

## 2 METODA

### 2.1 Udeleženci in udeleženke raziskave

V raziskavo so bili vključeni udeleženci in udeleženke spletnih delavnic OMRA *Moč pogovora – šibkost stigme*. Delavnice so bile namenjene vsem, ki so želeli spregovoriti in se pogovoriti o svojih težavah v duševnem zdravju ali težavah bližnjih.

V obdobju od 26. 1. 2021 do 25. 5. 2022 je bilo izvedenih 25 delavnic. Od skupno 278 udeležencev in udeleženk delavnic jih je 234 izpolnilo spletni vprašalnik (Atribucijski vprašalnik AQ-27; Corrigan in sod., 2003). Podrobnejše sociodemografske značilnosti udeležencev in udeleženk delavnic, ki so bili vključeni v raziskavo, so predstavljene v tabeli 2.

**Tabela 2: Opis vzorca udeležencev in udeleženk delavnic, ki so bili vključeni v raziskavo (N = 234).**

SPOL (v %)		STAROST (leta)		KRAJ BIVANJA (v %)		IZOBRAZBA IN STATUS (v %)			
Ženski	Moški	M	SD	Mesto	Podeželje	Izobrazba		Status	
88	12	42,1	9,2	48	52	Osnovna šola ali manj	0	Študent/-ka oz. dijak/-inja	2,6
						Krajše izobraževanje	0	Zaposlen/-a	85
						Poklicna šola	1	Nezaposlen/-a	6
						Srednja šola	9	Upokojen/-a	6
						Višja šola (I. bolonjska stopnja)	8		
						Fakulteta, visoka šola (II. bolonjska stopnja)	72		
						Magisterij ali doktorat znanosti	10		

Opombe: M = povprečna starost; SD = standardna deviacija

## 2.2 Pripomočki

Uporabili smo atribucijski vprašalnik AQ-27. Vprašalnik smo za namene raziskave prevedli v slovenščino in mu dodali nekaj postavk za namene zbiranja osnovnih sociodemografskih značilnosti. Vprašalnik AQ-27 so leta 2003 razvili Corrigan, Markowitz, Watson, Rowan in Kubiak, ko so preučevali izvore stigme in diskriminatornega vedenja.

Vprašalnik temelji na modelu atribucij, ki predpostavlja, da ljudje za osebo s težavami v duševnem zdravju ocenijo, kako zelo se jim zdi nevarna in do kakšne mere je oseba zmožna nadzorovati simptomatiko svojih težav.

Vprašalnik AQ-27 se začne z zelo kratkim opisom osebe s shizofrenijo, čemur sledi 27 trditev, ki se nanašajo na začetni opis. Z devetstopenjsko Likertovo lestvico za vsako trditev se označi raven strinjanja z njo oz. verjetnost določenega svojega vedenjskega odziva (1 – najmanj, 9 – najbolj). Rezultati se prikazujejo na ravni devetih podlestvic, ki odražajo glavne stereotipe o osebah s težavami v duševnem zdravju: krivda, jeza, smiljenje, pomoč, nevarnost, strah, izogibanje, ločevanje in prisila. Najvišji skupni rezultat lestvice znaša 27 točk, najnižji pa 3 točke, pri čemer višji rezultat odraža večje strinjanje s trditvijo. Posamezne podlestvice odražajo naslednje izvore stereotipov:

1. KRIVDA: Osebe naj bi bile same krive in odgovorne za svoje težave in vedenje.
2. JEZA: Jeza in razdraženost zaradi oseb s težavami v duševnem zdravju.
3. SMILJENJE: Sočutje, smiljenje in zaskrbljenost glede oseb z duševno motnjo.
4. POMOČ: Nudenje pomoči in podpore osebam z duševno motnjo.
5. NEVARNOST: Prepričanje, da so osebe z duševno motnjo nevarne.
6. STRAH: Strah pred osebami z duševno motnjo, ker se zdijo nevarne.
7. IZOGIBANJE: Načrtno izogibanje osebam z duševno motnjo na področju zaposlovanja ali oddajanja stanovanja.
8. LOČEVANJE: Potreba po ločevanju oseb z duševno motnjo od preostalega dela populacije (zapiranje v oddaljene ustanove – psihiatrična bolnišnica, socialnovarstveni zavod).
9. PRISILA: Prepričanje, da bi bilo treba osebe z duševno motnjo prisiliti v obvezno zdravstveno obravnavo in medikamentozno zdravljenje oz. življenje v stanovanjski skupini.

## 2.3 Postopek pridobivanja podatkov

Udeleženci in udeleženke delavnic so bili pred začetkom delavnic povabljeni, da na posredovani spletni povezavi platforme Ika anonimno izpolnijo vprašalnik AQ-27, kjer se je zadnji sklop vprašanj nanašal na osnovne sociodemografske podatke. Navodilo za izpolnjevanje vprašalnika je bilo naslednje:

*Prosimo, da preberete zgodbo o Martinu in v nadaljevanju s pomočjo uporabe ocen od 1 do 9 ovrednotite svoje mnenje oz. odzive na Martinovo zgodbo. Prosimo, da pri vsaki postavki pod ustreznim številom označite znak • na lestvici ocen od 1 do 9 (skrajni vrednosti lestvice predstavljata pri oceni 1 najmanj verjeten odziv oz. najnižjo raven strinjanja s trditvijo in pri oceni 9 najbolj verjeten odziv oz. najvišjo raven strinjanja s trditvijo). S tem boste opisali, kako bi se vi morebiti odzvali oz. kakšna je stopnja vašega strinjanja s trditvijo. Ni pravih in napačnih odgovorov. Če niste prepričani, katera ocena najbolje odraža vaše mnenje, je prvi odgovor, na katerega pomislite, po navadi najboljši.*

Martin je samski 30-letni moški z izkušnjo shizofrenije. Občasno sliši glasove, ki ga razburijo. V stanovanju živi sam, dela pa kot uslužbenec v veliki odvetniški pisarni. Zaradi svoje izkušnje bolezni je bil že šestkrat hospitaliziran.

Podatke smo po vsaki zaključeni delavnici prenesli v našo zbirno podatkovno bazo, na kateri smo tudi izvedli statistično analizo.

## 2.4 Statistična obdelava podatkov

Pri statistični obdelavi podatkov smo uporabili računalniški programski paket IBM SPSS Statistics 22. Notranjo zanesljivost celotnega vprašalnika in posameznih podlestvnic smo preverili s koeficientom notranje konsistentnosti ( $\alpha$ ). Pred izvedbo statističnih analiz smo najprej preverili normalnost distribucije rezultatov pri moških in ženskah za vse podlestvice s pomočjo Kolmogorov-Smirnovskega testa. V nadaljevanju smo uporabili neparametrične statistične teste. Razlike med spoloma v ravni strinjanja s stereotipi smo preverjali s pomočjo neparametričnega Mann-Whitneyjevega U-testa. Z uporabo Spearmanovega koeficienta korelacije smo preverjali, ali je starost udeležencev in udeleženk povezana z rezultatom na posameznih podlestvnicah, s Kruskal-Wallisovim H-testom pa, kako se s stereotipi povezuje izobrazba in kraj stalnega prebivališča.

## 3 REZULTATI

### 3.1 Značilnosti vzorca raziskave

V vzorcu raziskave so prevladovali naslednje značilnosti: ženski spol (88 %), fakultetna izobrazba oz. II. bolonjska stopnja (72 %) in status zaposlenega (85 %). Povprečna starost je znašala 42,1 leta in se je gibala v razponu od 19 do 75 let. Dokaj izenačen je bil pri udeležencih in udeleženkah kraj stalnega prebivališča: mesto 48 %, podeželje 52 %. Glede na razlog prijave na delavnico se je največ (35 %) udeležencev in udeleženek opredelilo za izbiro »zaposlen/-a sem v delovni organizaciji, kjer med opravljanjem svojega dela prihajam v stik z osebami, ki imajo tudi težave v duševnem zdravju«. Sledili so naslednji razlogi: »problematika duševnega zdravja me zanima« (30 %); »želim se strokovno izpopolniti, saj sem aktiven/-na na področju nudenja pomoči in podpore osebami s težavami v duševnem zdravju« (17 %); »imam svojca/bližnjega, ki ima težave v duševnem zdravju« (10 %); »imam sam/-a izkušnjo s težavami v duševnem zdravju« (8 %).

### 3.2 Psihometrične značilnosti vprašalnika AQ-27 in njegovih podlestv

Vprašalnik kot celota je imel zelo dobro mero zanesljivosti ( $\alpha = 0,81$ ). Podlestvica *krivda* se je izkazala z izrazito slabo zanesljivostjo ( $\alpha = 0,14$ ). Podlestvici *smiljenje* in *prisila* sta imeli mejno zanesljivost, pri ostalih šestih pa se je pokazala dobra oz. zelo dobra zanesljivost, kar je razvidno v tabeli 3.

**Tabela 3: Notranja zanesljivost uporabljenega vprašalnika in podlestv**

Podlestvica	$\alpha$
AQ-27	0,81
Krivda	0,14
Jeza	0,83
Smiljenje	0,68
Pomoč	0,84
Nevarnost	0,88
Strah	0,90
Izogibanje	0,71
Ločevanje	0,74
Prisila	0,60

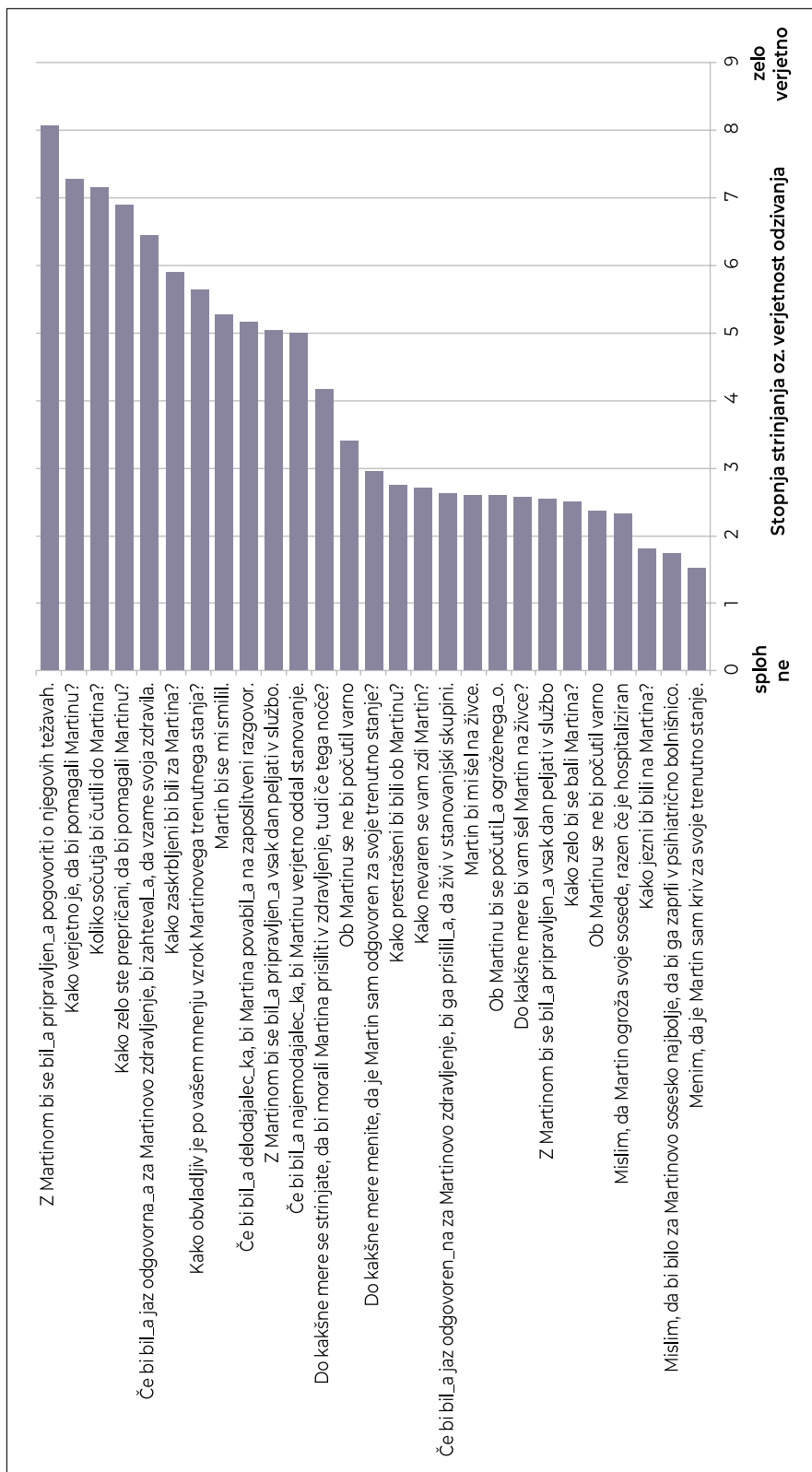
Ker je večina rezultatov pri moških in ženskah za vse podlestvice odstopala od normalne porazdelitve (Kolmogorov-Smirnov test), smo v nadaljevanju analize rezultatov uporabili neparametrične statistične teste.

### 3.3 Izraženost stereotipnih vedenjskih vzorcev

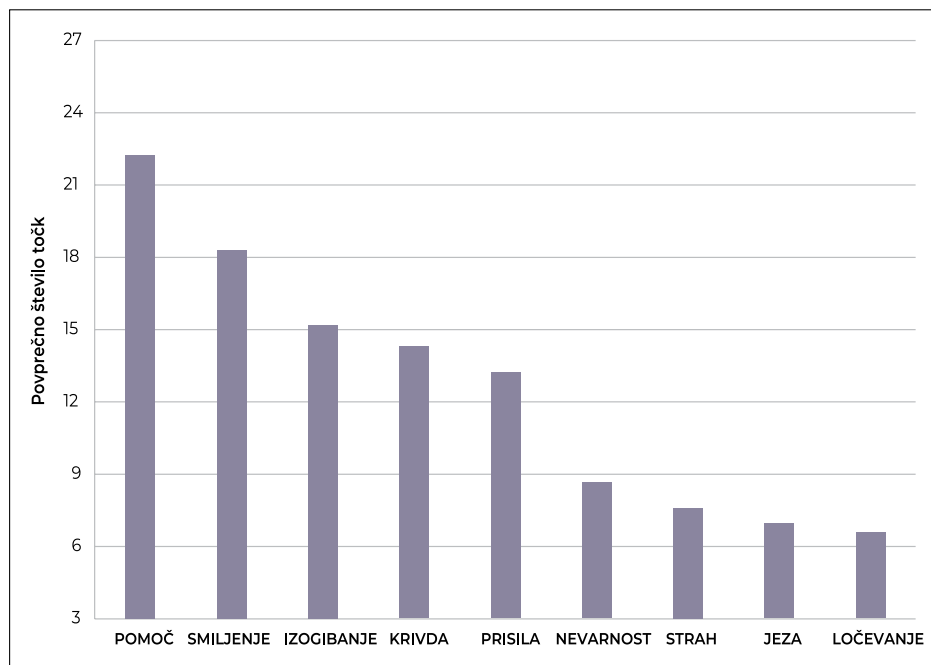
Udeleženci in udeleženke raziskave so pri vsaki postavki na lestvici ocen od 1 do 9 (skrajni vrednosti lestvice predstavljata pri oceni 1 najmanj verjeten odziv oz. najnižjo raven strinjanja s trditvijo in pri oceni 9 najverjetnejši odziv oz. najvišjo raven strinjanja s trditvijo) označili, kako bi se morebiti odzvali oz. kakšna je stopnja njihovega strinjanja s posameznimi trditvami, ki so se nanašale na osebno zgodbo Martina, ki je zbolel za shizofrenijo. Na sliki 1 lahko vidimo, da so kot najverjetnejše vedenjske in čustvene odzive opredelili, da bi se jim Martin smilil, zanj bi bili zaskrbljeni, ne bi se ga bali, veliko sočutja bi čutili do njega, zahtevali bi, da vzame svoja zdravila, bili bi mu zelo verjetno pripravljeni pomagati in se pogovoriti o njegovih težavah.

Najbolj izstopata področji *pomoč* in *smiljenje*, kjer smo v vzorcu raziskave zabeležili najvišjo stopnjo strinjanja s postavkami, ki odražajo, da bi se udeleženci in udeleženke bili pripravljeni pogovoriti o težavah in nuditi pomoč osebam s težavami v duševnem zdravju, prav tako do njih izražajo precejšnjo mero usmiljenja in zaskrbljenosti. Po drugi strani pa menijo tudi, da oseba ni sama kriva za svoje trenutno stanje in vedenje, in izražajo dokaj visoko strinjanje z načrtnim izogibanjem osebam s težavami v duševnem zdravju. Pri postavkah na podlestvicah *ločevanje* (potreba po ločevanju oseb z duševno motnjo od preostalega dela populacije, zapiranje v oddaljene ustanove) in *jeza* (jeza in razdraženost zaradi oseb, ki naj bi bile same krive za svoje težave) so udeleženci in udeleženke raziskave pokazali najnižjo stopnjo strinjanja (slika 2).

Slika 1: Primerjava povprečnih vrednosti stopenj strinjanja s posameznimi postavkami vprašalnika AQ-27 (N = 234)



**Slika 2: Primerjava izraženosti posameznih področij stereotipov pri skupini udeležencev in udeleženk raziskave (N = 234)**



### 3.4 Povezanost stereotipov s spolom

V nadaljevanju smo preverjali, ali obstaja med moškimi in ženskami značilna razlika v ravni strinjanja s stereotipi, ki jih odražajo trditve, zajete v vprašalniku AQ-27. Do statistično značilne razlike ( $p < 0,05$ ) je prišlo le pri podlestvicih *jeza* in *izogibanje*, kjer so ženske izrazile nižjo stopnjo jeze in vznemirjenosti glede Martina in manjšo pripravljenost zaposlovanja Martina oz. pripravljenost mu oddati stanovanje. Pri ostalih osmih podlestvicih se ni pokazala statistično pomembna razlika med moškimi in ženskam. Pri ženskah se je v primerjavi z moškimi sicer nakazal trend, da se jim je Martin bolj smilil, pripravljene bi mu bile ponuditi več podpore in pomoči, zaznavale so ga kot manj nevarnega in so se ga manj bale, bile manj naklonjene prisili v zdravljenje (tabela 4).

**Tabela 4: Primerjava strinjanja s stereotipi med spoloma (N = 232)**

Podlestvica	Spol	N	Min	Max	M	SD	Mann-Whitneyjev U-test	p
Krivda	M	27	3	19	14,04	3,73	2755,00	0,97
	Ž	205	7	20	14,36	2,45		
Jeza	M	27	3	19	8,48	4,27	2092,00	0,04*
	Ž	205	3	22	6,76	3,54		
Smiljenje	M	27	3	25	17,04	5,15	2378,50	0,23
	Ž	205	3	27	18,50	4,65		
Pomoč	M	27	11	27	21,37	4,84	2450,00	0,33
	Ž	205	8	27	22,41	4,26		
Nevarnost	M	27	3	22	9,48	5,83	2623,50	0,66
	Ž	205	3	22	8,61	4,61		
Strah	M	27	3	22	8,37	5,68	2682,050	0,79
	Ž	205	3	22	7,51	4,19		
Izogibanje	M	27	8	27	18,11	5,30	1862,00	0,01*
	Ž	205	3	27	14,78	5,93		
Ločevanje	M	27	3	20	6,96	4,07	2636,50	0,69
	Ž	205	3	18	6,58	3,53		
Prisila	M	27	3	23	12,00	5,74	2345,00	0,20
	Ž	205	3	24	13,41	4,74		

Opombe: \* $p < 0,05$

### 3.5 Povezanost stereotipov s starostjo, ravniyo izobrazbe in krajem stalnega bivanja

Starost se na našem vzorcu udeležencev in udeleženk ni pokazala kot pomembna spremenljivka, ki bi vplivala na izraženost posameznih stereotipov (tabela 5). Izražena je le ena značilna korelacija, vendar z zelo nizko stopnjo povezanosti ( $r = -0,14$ ) na podlestvici *prisila*, kjer bi lahko bila višja starost povezana z manjšim strinjanjem z mnenjem, da bi morali osebe s težavami v duševnem zdravju prisiliti v obvezno zdravstveno oz. medikamentozno obravnavo.



**Tabela 5: Povezanost stereotipov s starostjo**

Podlestvica	Starost	
	$r_s$	p
Krivda	0,00	0,96
Jeza	-0,00	0,99
Smiljenje	-0,08	0,20
Pomoč	0,07	0,32
Nevarnost	-0,09	0,19
Strah	-0,08	0,22
Izogibanje	0,03	0,61
Ločevanje	-0,11	0,10
Prisila	-0,14	0,04*

Opombe: \* $p < 0,05$

Tudi raven izobrazbe in kraj stalnega prebivanja se na našem vzorcu nista pokazala kot statistično pomembni spremenljivki, ki bi vplivali na izraženost stereotipov na posameznih podlestvicah.

## 4 RAZPRAVA

V raziskavo smo vključili skupino udeležencev in udeleženek, ki so se udeležili katere od 24 spletnih delavnic *Moč pogovora – šibkost stigme* (N = 234). Delavnice so potekale med 26. 1. 2021 in 25. 5. 2022 v manjših skupinah (12–15 oseb) in so bile namenjene strategijam krepitve samospoštovanja, lastnih virov moči, skupnih premislekov o razkrivanju težav v duševnem zdravju in pogovoru o svojih težavah v duševnem zdravju ali težavah bližnjih. S pomočjo izbranih vaj sta vodji delavnice skupaj z udeleženkami in udeleženci naslovili naslednje teme: kako začeti pogovor o stigmati in diskriminaciji, kako stigma in diskriminacija vplivata na nas in raznolike skupnosti, v katerih živimo in delujemo, kako podpreti nekoga za pogovor o lastni izkušnji.

V raziskavo sicer ni bil vključen reprezentativen, naključen vzorec, ampak le osebe, ki so se udeležile kakšne od spletnih delavnic. Pred delavnicami so bili udeleženci in udeleženke povabljeni k izpolnjevanju spletne oblike atribucijskega vprašalnika AQ-27 (Corrigan in sod., 2003). Vprašalnik temelji na modelu atribucij in z njim je mogoče preučevati naravo javne stigme in diskriminatornega vedenja. V ta namen je bila uporabljena zgodba, ki

opisuje osebo z izkušnjo shizofrenije. Udeleženci in udeleženke so s pomočjo vprašalnika ocenjevali svoje občutke, stališča in vedenja do te osebe in njenih okoliščin. Notranja zanesljivost vprašalnika in njegovih podlestvica se je izkazala kot zelo dobra ( $\alpha$  med 0,60 in 0,90). Le podlestvica *krivda* je imela relativno slabo notranjo veljavo ( $\alpha = 0,14$ ). Tako lahko zaključimo, da je kljub relativno majhnemu vzorcu raziskave uporabljeno orodje podalo dovolj kakovostne rezultate, s pomočjo katerih lahko sklepamo o nekaterih značilnostih javne stigme in diskriminatornega vedenja na področju duševnega zdravja, seveda ob upoštevanju nekaterih omejitev značilnosti vzorca. Naš vzorec so namreč predstavljale predvsem ženske (88 %). Povprečna starost vzorca je znašala 42,1 leta, prevladovala pa je fakultetna izobrazba oz. II. bolonjska stopnja (72 %). Največ (35 %) udeleženk in udeležencev se je delavnice udeležilo, zato ker so zaposleni v delovni organizaciji, kjer med opravljanjem svojega dela prihajajo v stik z osebami, ki imajo tudi težave v duševnem zdravju, 30 % jih problematika duševnega zdravja zanima, najmanj (8 %) pa jih je bilo takšnih, ki so imeli sami izkušnjo s težavami v duševnem zdravju.

Posebnosti našega vzorca raziskave se odražajo do določene mere tudi v stališčih, ki so se izkazala kot najbolj izstopajoča in odražajo nizko raven diskriminatornih in stereotipnih stališč udeležencev in udeleženk raziskave (slika 1). Prevladovala so predvsem stališča, ki jih lahko povežemo z visoko stopnjo občutljivosti do oseb s težavami v duševnem zdravju, pripravljenostjo jim prisluhniti in pomagati in zavračanjem intervencij, ki bi takšne osebe izolirala od ostale družbe. Takšen trend rezultatov bi povezali s tem, da je bilo v našem vzorcu več kot 70 % ljudi z visokošolsko izobrazbo in 35 % takšnih, ki se pri svojem delu srečujejo z ljudmi s težavami v duševnem zdravju. Glede na primerljive rezultate podobnih študij bi torej lahko sklepali o njihovi višji ravni pismenosti o duševnih motnjah in posledično manj izraženih diskriminatornih vedenjskih vzorcih (Del Olmo-Romero in sod., 2019).

Avtorji poročajo, da tako starost kakor spol vplivata na odnos do oseb s težavami v duševnem zdravju. Pri tem je pomemben dejavnik tudi to, do katere vrste duševne motnje se opredeljujejo udeleženci in udeleženke raziskav, čeprav domala vse diagnoze duševnih motenj povzročajo v širši populaciji neko obliko stigmatiziranega odnosa (Angermeyer in Matschinger, 2003; Griffiths, 2006). Odnos do shizofrenije je npr. bolj negativen in poln stereotipov v primerjavi z generalizirano anksiozno motnjo, pri čemer se ženske odzivajo na težave v duševnem zdravju bolj pozitivno v primerjavi z moškimi (Bradbury, 2020; Corrigan in sod., 2012). Corrigan in sod. (2003) so izvedli študijo, ki je pokazala, da so bili moški pogosteje prepričani, da je oseba sama kriva za svoje težave

v duševnem zdravju. Moški so ob opisu človeka s shizofrenijo tudi čutili več jeze in manj usmiljenja, starejši udeleženci pa so na splošno čutili manj jeze in strahu pred osebo s težavami v duševnem zdravju. Tisti, ki so bili mnenja, da lahko oseba sama obvladuje svojo shizofrenijo, so čutili večjo mero jeze in manj usmiljenja, če pa se jim je zdelo, da je ni zmožna obvladovati, se je pokazalo obratno. Moški in starejši udeleženci so bili na splošno manj nagnjeni k nudenju pomoči in so v večji meri podpirali segregacijo in prisilno obravnavo oseb s težavami v duševnem zdravju. Tisti, ki so bili bolj seznanjeni s težavami v duševnem zdravju, so bili v večji meri pripravljeni nuditi pomoč in redkeje podpirali segregacijo in prisilno obravnavo, kar kaže na pomembnost opismenjevanja. Na vedenjski odziv sta na splošno močno vplivali prepričanje o osebni odgovornosti in zaznana nevarnost. Če je udeleženec presodil, da je oseba sama kriva za nastalo situacijo ali nevarna, se je močno zmanjšala verjetnost pozitivnega odziva in nudenja pomoči, če pa je ocenil, da oseba ni kriva za svoje težave ali da ni nevarna, se je pokazalo ravno obratno. Zanimivo je, da se je občutek smiljenja povezoval tako z večjo verjetnostjo nudenja pomoči kot tudi z večjo naklonjenostjo prisilni obravnavi in ločevanju.

Podobne trende smo odkrili tudi v naši raziskavi. Rezultati analize razlik v stereotipih med spoloma so pokazali statistično pomembne razlike na podlestvicah *jeza* in *izogibanje*, kjer so ženske izrazile nižjo stopnjo jeze in iritiranosti zaradi oseb z duševnimi motnjami in manjšo pripravljenost njihovega zaposlovanja. Pri ostalih podlestvicah se niso pokazale statistično pomembne razlike med moškimi in ženskam kljub opaznemu trendu, da so ženske izražale višjo stopnjo smiljenja, pripravljenosti nudenja več podpore in pomoči, manjši občutek nevarnosti in strahu pred osebami z duševnimi motnjami in so bile manj naklonjene prisilnemu v zdravljenju. Povezanost starosti in izobrazbe s posameznimi področji stereotipov se v naši raziskavi sicer ni pokazala kot pomembna, čeprav primerljive študije razkrivajo vpliv starosti na raven diskriminacije in stereotipnih prepričanj (Bradbury, 2020; Time to Change, 2015). Tako so npr. v starostni skupini nad 40 let avtorji odkrili nižjo raven stigmatiziranih odnosov do generalizirane anksiozne motnje in shizofrenije v primerjavi s starostno skupino 16–18 let (Gonzalez, 2005).

Izsledki nekaterih raziskav navajajo, da ni nujno, da bi mlajše osebe imele manj stigmatizirana stališča v primerjavi s starejšimi (40 let in več) (Bradbury, 2020). Starostna skupina nad 40 let (ki je bila prevladujoča v našem vzorcu) se je namreč v več raziskavah izkazala kot skupina z nižjimi ravnmi stigmatizirajočih stališč, kar avtorji razlagajo s tem, da so pripadniki te starostne skupine verjetneje v življenju že imeli stik z nekom z diagnosticirano duševno motnjo in so lahko

bolje obveščeni o značilnostih težav v duševnem zdravju, kar bi posledično lahko vplivalo na manj stigmatizirajoča stališča. Medtem se le-ta lahko krepijo pri mlajši populaciji, kar je lahko poleg slabše obveščenosti tudi posledica družbenega pritiska na njihovo vedenje, da so videti kot »dobro delujoči« član svoje vrstniške skupine (Corrigan in sod., 2012; Gonzalez in sod., 2005). Nekatere raziskave pa poročajo tudi, da so mladi bolj nagnjeni k razumevanju duševne motnje kot osebnega neuspeha ali šibkosti in ne kot zdravstvenega problema (Jorm in Wright, 2008).

Raven izobrazbe se iz naših podatkov ni izkazala kot pomemben dejavnik, ki bi vplival na izraženost stereotipov. Najbrž tudi zaradi tega, ker smo imeli glede izobrazbene strukture precej neuravnotežen vzorec: okrog 80 % udeležencev in udeleženk raziskave se je uvrstilo med najbolj izobražen kader v populaciji. Sicer pa je rezultat naše raziskave v skladu z nekaterimi primerljivimi raziskavami. Višja stopnja končane izobrazbe se je namreč v več raziskavah izkazala kot dober napovednik manj stigmatizirajočega odnosa do oseb s težavami v duševnem zdravju (Corrigan in Watson, 2007; Gonzales idr., 2017; Phelan in Link, 2004), kar avtorji interpretirajo kot boljšo poučenost o duševnih motnjah, ki gre z roko v roki z več leti zaključene izobrazbe. V tej luči tudi ne čudi naš rezultat, da nismo odkrili pomembnega vpliva ravni izobrazbe na izraženost stereotipov, saj je prevladoval visok delež zelo dobro izobraženih udeležencev in udeleženk raziskave.

Raven strinjanja s stereotipi smo v našem vzorcu preverjali tudi glede na mestno ali podeželsko okolje bivanja. Analiza podatkov ni pokazala statistično pomembnih razlik. Ta rezultat se ne sklada z izsledki primerljivih raziskav, kjer avtorji navajajo, da je za ruralni kontekst značilna prisotnost večje stigme na področju duševnega zdravja, več diskriminatornega vedenja do oseb s težavami v duševnem zdravju in negativna stališča do iskanja strokovne pomoči v primeru duševnih motenj, slabša pismenost o duševnem zdravju v primerjavi z mestnim okoljem (Fuller in sod., 2000; Jackson in sod., 2007; Yin in sod., 2020). Slabšo poučenost o duševnih motnjah v teh okoljih bi lahko razumeli tudi kot dejavnik, ki krepi strah pred osebami s težavami v duševnem zdravju.

## 5 ZAKLJUČEK

Izsledki predstavljene raziskave do neke pritrjujejo modelu atribucije (Corrigan in sod. 2003), ki predpostavlja, da ljudje do oseb s težavami v duševnem zdravju oblikujejo prepričanja, da je oseba sama kriva za svoje težave, čemur sledi čustveni odziv (npr. strah, jeza ali smiljenje) in posledično še vedenjski odziv, ki je lahko tudi stigmatizirajoč (obtoževanje, izogibanje, podpiranje ločevanja in pri-

silne obravnave, nudenje ali odrekanje pomoči). Marsikdo meni, da imajo osebe z duševno motnjo enako mero nadzora nad lastnim vedenjem kot drugi ljudje, kar naj bi posledično pomenilo, da so same krivi za to, kar se jim dogaja. Temu največkrat sledita negativna čustvena reakcija in diskriminatorno vedenjski odziv.

Stigma vključuje tako različne stereotipe kot diskriminatorno vedenje do posameznikov s težavami v duševnem zdravju. Posledica stigme je posameznikova izključenost iz družbe, slaba socialna podpora, slabša kakovost življenja in slaba samopodoba. Poleg vpliva na kakovost življenja pa ima stigma tudi zelo negativen učinek na uspešnost in okrevanje posameznika s težavami v duševnem zdravju. Stigma je povezana tudi s slabšo dostopnostjo do izobrazbe, težavami pri iskanju zaposlitve in socialno izključenostjo.

Izsledki primerljivih slovenskih raziskav (Krivec in Suklan, 2015; Plemelj Gričar, 2012; Švab in sod., 2004; Švab in Strbad, 2004) potrjujejo nekatere predhodne ugotovitve mednarodnih študij in kažejo na to, da so stereotipi, predsodki in diskriminatorno vedenje na področju duševnega zdravja v slovenskem prostoru še kako prisotni. Odsev javne stigme pa lahko zasledimo tudi na področju samostigme, ki se povezuje z iskanjem pomoči v primeru težav v duševnem zdravju. Stanje ne čudi, saj je bilo področje duševnega zdravja v slovenskem prostoru dolgo tudi na sistemski ravni potisnjeno na rob zdravstvenih politik. S sprejetjem Resolucije o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028 (ReNPDZ18–28) smo 27. 3. 2018 tudi v Sloveniji dobili sodoben dokument na področju skrbi za duševno zdravje, ki sistematično in celostno naslavlja to področje, pri tem pa posebno skrb namenja ukrepom na področju zmanjševanja diskriminacije in spodbujanja destigmatizacije. Tovrstnim prizadevanjema sledi tudi program OMRA ([www.omra.si](http://www.omra.si)), ki naslavlja problematiko stigme, povezane z duševnim zdravjem z raznolikimi vsebinami, vključno z delavnicami, kjer se oblikuje varen in zaupen prostor za odkrit pogovor o stigmi, diskriminaciji in prvoosebni izkušnji.

## Literatura

- Angermeyer, M. C. in Matschinger, H. The stigma of mental illness: Effects of labelling on public attitudes towards people with mental disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2003; 108(1): 304–309.
- Bradbury, A. Mental Health Stigma: The Impact of Age and Gender on Attitudes. *Community Mental Health Journal*. 2020; 56(5): 933–938.
- Corrigan, P. W. Mental health stigma as social attribution: Implications for research methods and attitude change. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2000; 7(1): 48–67.

- Corrigan, P. W. in Watson, A. C. The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2002; 9(1): 35–53.
- Corrigan, P. W., Markowitz, F. E., Watson, A., Rowan, D. in Kubiak, M. A. An attribution model of public discrimination towards persons with mental illness. *Journal of Health and Social Behavior*. 2003; 44(2): 162–179.
- Corrigan P. W. in Watson, A. C. The stigma of psychiatric disorders and the gender, ethnicity, and education of the perceiver. *Community Mental Health Journal*. 2007; 43: 439–458.
- Corrigan, P. W., Morris, S. B., Michaels, P. J., Rafacz, J. D. in Rüsck, N. Challenging the public stigma of mental illness: A meta-analysis of outcome studies. *Psychiatric Services*. 2012; 63(10): 963–973.
- Del Olmo-Romero, F., González-Blanco, M., Sarró, S., Grácio, J., Martín-Carrasco, M., Martínez-Cabesón, A. C. in sod. Mental health professionals' attitudes towards mental illness: professional and cultural factors in the INTER NOS study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2019; 269: 325–339.
- Fuller, J., Edwards, J., Procter, N. in Moss, J. How definition of mental health problems can influence help seeking in rural and remote communities. *The Australian Journal of Rural Health*. 2000; 8(3): 148–153.
- Gonzalez, J. M., Alegria, M. in Prihoda, T. J. How do attitudes toward mental health treatment vary by age, gender, and ethnicity/race in young adults? *Journal of Community Psychology*. 2005; 33(5): 611–629.
- Gonzales, L., Cha, G. in Yanos, P. T. Individual and neighborhood predictors of mental illness stigma in New York state. *Stigma and Health*. 2017; 2(3): 175–181.
- Griffiths, K. M., Nakane, Y., Christensen, H., Yoshioka, K., Jorm, A. F. in Nakane, H. Stigma in response to mental disorders: A comparison of Australia and Japan. *BMC Psychiatry*. 2006. Dostopno na: <https://doi.org/10.1186/1471-244X-6-21> (citirano 8. 7. 2022).
- Hilton, J. L. in von Hippel, W. Stereotypes. *Annual review of psychology*. 1996; 47: 237–271.
- Jackson, H., Judd, F., Komiti, A., Fraser, C., Murray, G., Robins, G. in sod. Mental health problems in rural contexts: What are the barriers to seeking help from professional providers? *Australian Psychologist*. 2007; 42(2): 147–160.
- Jorm, A. F. in Wright, A. Influences on young people's stigmatising attitudes towards peers with mental disorders: National survey of young Australians and their parents. *The British Journal of Psychiatry*. 2008; 192(2): 144–149.
- Krivec, J. in Suklan, J. Vpliv stigme na odnos do psihološke pomoči. *Raziskave in razprave*. 2015; 8(3): 4–62.
- Lo, L. L. H., Suen, Y. N., Chan, S. K. W., Sum, M. Y., Charlton, C., Lai Ming, C. in sod. Sociodemographic correlates of public stigma about mental illness: a population study on Hong Kong's Chinese population. *BMC Psychiatry*. 2021; 21: 274. Dostopno na: <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03301-3> (citirano 8. 7. 2022).
- Michaels, P. J., Lopez, M., Rusch, N. in Corrigan, P. Constructs and concepts comprising the stigma of mental illness. *Psychology, Society & Education*. 2012; 4(2): 183–194.

- Phelan, J. C. in Link, B. G. Fear of people with mental illnesses: The role of personal and impersonal contact and exposure to threat or harm. *Journal of Health and Social Behavior*. 2004; 45: 68–80.
- Plemelj, A. in Gričar, N. Odnos delodajalcev do zaposlovanja oseb z motnjo v duševnem zdravju. *Posvetovanje: Delovna terapija – stroka sedanjosti*. 2012. Dostopno na: <https://www.zf.uni-lj.si/images/ri/publikacije/stroka2012/2.pdf> (citirano 8. 7. 2022).
- Strbad, M. in Švab, V. Stigmatizacija in psihiatrija. *Medicinski razgledi*. 2005; 44(2): 147–154.
- Švab, V., Strbad, M., Zupanc, M. in Zalar, B. Stigmatizacija ljudi z duševnimi motnjami. V: Kersnik, J., ur., *Družinska medicina na stičišču kultur*. 21. učne delavnice za zdravnike družinske medicine. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD: 85–90; 2004.
- Švab, V. *Duševna bolezen in stigma*. Ljubljana: ŠENT – Slovensko združenje za duševno zdravje; 2009.
- Time to Change. (2015). *Attitudes to Mental Illness: Research Report*; 2014. Dostopno na: <https://www.bl.uk/britishlibrary/~media/bl/global/social-welfare/pdfs/non-secure/a/t/t/attitudes-to-mental-illness-2014-research-report-001.pdf> (citirano 8. 7. 2022).
- Weinstein, R. M. Stigma and mental illness: Theory versus reality. *Orthomolecular Psychiatry*. 1982; 11(2): 87–99.
- Yin, H., Wardenaar, K. J., Xu, G., Tian, H. in Schoevers, R. A. Mental health stigma and mental health knowledge in Chinese population: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*. 2020; 20(1): 323.





# SPOROČILA UDELEŽENCEV IN UDELEŽENK DELAVNIC OMRA O MOTNJAH RAZPOLOŽENJA, OSEBNOSTNIH MOTNJAH IN STIGMI

Messages of attendees of OMRA workshops on mood disorders, personality disorders and stigma

Sanja Cukut Krilić

## **POVZETEK**

*Prispevek predstavi rezultate kvalitativne evalvacije delavnic obeh programov OMRA: Z večjo pismenostjo o duševnem zdravju do obvladovanja motenj razpoloženja in Opismenjevanje o motnjah razpoloženja in osebnostnih motnjah. Dolgoročna evalvacija obsega analizo osmih pogovorov z udeleženkami in udeleženci delavnic o motnjah razpoloženja v letih 2018 in 2019. Kratkoročna evalvacija predstavi analizo 26 pogovorov z udeleženkami in udeleženci delavnic o motnjah razpoloženja, osebnostnih motnjah in stigmi v letih 2020 in 2021. Pokazalo se je, da je program okrepil znanje in kompetence udeleženk in udeležencev za izboljšano prepoznavo in obravnavo težav v duševnem zdravju. Pri tem sta se kot pomembna pokazala zlasti obravnava v smislu boljšega razumevanja kompleksnih ozadij duševnih težav in povezovanje z drugimi akterji na področju duševnega zdravja.*

**Ključne besede:** izobraževalne aktivnosti/delavnice, duševno zdravje, težave v duševnem zdravju, evalvacije, digitalno

---

**Avtorica:** Sanja Cukut Krilić

**Znanstveni in strokovni naziv:** doktorica socioloških znanosti, znanstvena sodelavka

**Inštitucija/zaposlitev, naslov:** ZRC SAZU, Družbenomedicinski inštitut, Novi trg 2, Ljubljana

**E-naslov:** sanja.cukut@zrc-sazu.si

**DOI:** [https://doi.org/10.3986/9789610506768\\_11](https://doi.org/10.3986/9789610506768_11)

## ABSTRACT

*The paper presents the results of qualitative evaluation of workshops of two OMRA programmes: With Increased Mental Health Literacy to Better Management of Mood Disorders and Literacy about Mood Disorders and Personality Disorders. The long-term evaluation encompasses the analysis of eight interviews with participants of workshops on mood disorders in 2018 and 2019, and the short-term evaluation includes analysis of 26 interviews with participants of workshops on mood disorders, personality disorders, and stigma in 2020 and 2021. It was shown that the programme strengthened participants' knowledge and competences for better identification and treatment of mental health disorders. In this respect, treatment in terms of improved understanding of the complex background of mental health difficulties and networking with other actors in the area of mental health came to the forefront.*

**Key words:** *educational activities/workshops, mental health, mental health difficulties, evaluation, digital*

## 1 UVOD

V okviru programa Opismenjevanje o motnjah razpoloženja in osebnostnih motnjah (OMRA) smo med letoma 2020 in 2022 izvajali kvantitativno in kvalitativno evalvacijo učinkov programa. S tem smo nadaljevali ustaljeno prakso presojanja učinkov delavnic in drugih izobraževalnih aktivnosti kot enega od ključnih elementov programa OMRA Z večjo pismenostjo o duševnem zdravju do obvladovanja motenj razpoloženja, ki je potekal med letoma 2017 in 2019 (Knežević Hočevar, 2019a; 2019b; Šprah, 2019a; 2019b). Program OMRA, ki smo ga začeli izvajati v letu 2017, je namreč utemeljen v konceptu pismenosti o duševnem zdravju in naslavlja skupek »kognitivnih in socialnih spretnosti, ki opredeljujejo posameznikovo motivacijo za dostop do informacij, njihovo razumevanje in kritično rabo na način, ki spodbuja in ohranja duševno zdravje« (Šprah, 2019a: 56). Program je bil zasnovan večdisciplinarno in je nagovarjal različne razsežnosti težav v duševnem zdravju v okviru bio-psiho-socialnega modela duševnega zdravja (Knežević Hočevar, 2020; Šprah, 2019a). Pomen dvigovanja pismenosti o duševnem zdravju je naslovil tudi Akcijski načrt nacionalnega programa duševnega zdravja, program Mira, za obdobje med 2021 in 2023 (2021). Med prednostnimi področji načrt navaja promocijo duševnega zdravja, preventivo in destigmatizacijo na področju duševnih motenj. Ukrepi akcijskega načrta predvidevajo povečanje ozaveščenosti in pismenosti o duševnem zdravju, pri čemer je kot primer tovrstnih aktivnosti omenjen tudi program OMRA.

Pričujoče besedilo predstavlja rezultate kvalitativne evalvacije obeh programov OMRA. Med cilji v letu 2022 iztekajočega programa OMRA je namreč bila tudi dolgoročna evalvacija učinkov programa, ki smo jo izvedli z osmimi pogovori o vtisih udeleženk in udeležencev delavnic o motnjah razpoloženja med letoma 2018 in 2019. Nadalje smo izvedli 26 pogovorov z udeleženkami in udeleženci treh vsebinsko ločenih delavnic: o motnjah razpoloženja, osebnostnih motnjah in stigmati, izvedenih med letoma 2020 in 2021. Vsi pogovori, z izjemo enega, so bili posneti s soglasjem udeleženk in udeležencev in transkribirani. Ključna razlika med obema časovnima nizoma delavnic je v načinu njihove izvedbe in vsebinski nadgradnji delavnic. Prvotno so bile delavnice zasnovane kot peturne delavnice o stresu in motnjah razpoloženja. V letih 2018 in 2019 so potekale izključno v živo. Delavnice od leta 2020 do 2022 pa smo zaradi specifičnih okoliščin epidemije COVID-19 v celoti (z izjemo ene delavnice o stigmati, ki ni predmet pričujoče analize) preselili na splet in motnjam razpoloženja dodali vsebine s področja osebnostnih motenj in stigme.

Vprašanja za evalvacijo so bila oblikovana po zgledu kvalitativne evalvacijske raziskave, ki jo je oblikoval avtor koncepta opismenjevanja o duševnem zdravju Anthony Jorm s sodelavci (v Knežević Hočevar, 2019a), za potrebe programa OMRA pa jo je že v prejšnjem izvajanju programa prilagodila sodelavka Duška Knežević Hočevar. Na podlagi analize vsebine zbranega gradiva se prispevek osredotoča zlasti na dva vidika: na spremenjen odnos do ljudi s težavami v duševnem zdravju in na spremenjeno vedenje do njih, kar se kaže predvsem v izboljšanih praksah prepoznavne in obravnave tovrstnih težav. Preden predstavimo rezultate analize zbranega gradiva, naj v luči spremenjenih razmer izvedbe delavnic OMRA na kratko povzamemo še namen izobraževanj na področju pismenosti o duševnem zdravju s poudarkom na digitalnih oblikah njihovih izvajanj.<sup>1</sup>

## 2 PROGRAMI ZA POVEČEVANJE PISMENOSTI O DUŠEVNEM ZDRAVJU

Najsplošneje gledano so programi prve pomoči na področju duševnega zdravja intervencije o identifikaciji, razumevanju in pomoči ljudem, ki imajo težave v duševnem zdravju. Tovrstni program sta Anthony Jorm in Betty Kitchener

---

1. Za natančnejši pregled raziskav in historiat razvoja programov gl. Knežević Hočevar (2019a) in Šprah (2019a; 2019b), ki sta za zbornik zaključne konference programa Z večjo pismenostjo o duševnem zdravju do obvladovanja motenj razpoloženja analizirali učinke delavnic programa OMRA v letih 2018 in 2019.

prvič razvila v Avstraliji leta 2000, da bi se zagotovila pomoč nekemu, ki je v duševni stiski, preden poišče strokovno pomoč ali razreši svojo krizo (Knežević Hočevar, 2019a). Namen je bil tudi, da bi ljudi opremili z veščinami, kako podpreti osebe s težavami v duševnem zdravju, bolje prepoznavati simptome duševnih motenj in zagotoviti primernejšo obravnavo (Kitchener in Jorm, 2002). Tovrstna izobraževanja naj bi posledično povečevala znanje, samozavest in veščine udeležencev in udeleženk pri prepoznavanju in obravnavi težav v duševnem zdravju, postopoma pa so se razširila na bolj specifična izobraževanja, namenjena različnim javnostim oz. skupinam prebivalstva (več o tem v Knežević Hočevar, 2019a).

Zlasti v zadnjem desetletju smo priča razmahu digitalnih tehnologij tudi na področju opismenjevanja o duševnem zdravju. S pojavom epidemije COVID-19, ko so se različni vidiki naših vsakdanjih življenj preselili na splet, pa je njihov pomen postal še pomembnejši. Priča smo razmahu spletnih strategij, da bi ljudem omogočili izboljšani dostop do zdravstvenega varstva (McBride in sod., 2021). Temu sledijo tudi novejšje raziskave na področju opismenjevanja o duševnem zdravju, ki so naslovile tudi primere digitalne izključenosti oz. digitalnega razkoraka za posamezne skupine prebivalstva, kar se med drugim kaže v pomanjkljivem dostopu do tovrstnih tehnologij oz. nepoznavanju njihovih načinov uporabe in lahko vodi v poslabšanje (duševnega) zdravja posameznih ljudi (McBride in sod., 2021; Spanakis in sod., 2021).

Nekatere raziskave so opozorile na vlogo tovrstnih programov pri zmanjševanju stresa, ki je povezan z epidemijo COVID-19. Raziskava na večjem vzorcu študentov in študentk na Kitajskem (Yingxiu in sod., 2021) je na primer pokazala, da je bil stres, povezan z epidemijo COVID-19, manjši v primerih, ko so študentje in študentke izkazovali večjo stopnjo pismenosti o duševnem zdravju, kar je lahko pomembno tudi za zmanjševanje ravni anksioznosti v zvezi z epidemijo. V tem smislu se izobraževalne aktivnosti povečevanja pismenosti o duševnem zdravju kažejo kot pomembne v negotovih okoliščinah epidemije COVID-19. Program OMRA je v svojo izobraževalno platformo posledično vnesel vsebine s področja duševnega zdravja in stisk tudi v luči epidemije COVID-19.

### 3 METODA IN PRIDOBIVANJE SOGOVORNIC IN SOGOVORNIKOV

Med oktobrom 2020 in aprilom 2022 smo sodelavke in sodelavci programa OMRA skupaj izvedli 34 evalvacijskih intervjujev o vtisih udeleženk in udeležencev po obisku delavnic OMRA.<sup>2</sup> Najprej smo preverjali dolgoročne učinke delavnic OMRA, ki so jih sodelavke programa izvajale med letoma 2018 in 2019. Po teh delavnicah so bili k sodelovanju v pogovoru povabljeni tisti, ki so bili najaktivnejši pri komentiranju in zastavljanju vprašanj med samo delavnico in po njej (Knežević Hočevar, 2009a).<sup>3</sup> Nekateri so sodelovali v individualni in skupinski evalvaciji učinkov programa v letu 2019 (Knežević Hočevar, 2019a; 2019b), druge pa smo z namenom dolgoročneje evalvacije programa povabili k sodelovanju v letu 2020. Pogovori s to skupino udeleženk in udeležencev so potekali med novembrom 2020 in marcem 2021. Med sogovorniki je bilo sedem žensk in en moški. Spremenjene okoliščine epidemije COVID-19 so poleg reorganizacije načinov podajanja vsebin prinesle tudi spremenjene načine interakcije z udeleženkami in udeleženci. Delavnice so se namreč v celoti preselile na platformo Zoom. Posledično smo udeleženkam in udeležencem po izobraževanjih poslali povratno elektronsko pošto, v kateri smo jih med drugim seznanili z načrtovano evalvacijo učinkov delavnic. Nekateri so s povratnim elektronskim sporočilom izrazili pripravljenost sodelovanja v pogovoru, druge pa smo k pogovoru povabili naključno na podlagi seznama udeleženk in udeležencev delavnic. Med majem 2021 in aprilom 2022 smo izvedli 26 pogovorov o vtisih udeleženk in udeležencev po delavnicah o motnjah razpoloženja, osebnostnih motnjah in stigmi. Glede na ambicijo po preverjanju učinkov programa z določenim časovnim odmikom je bil osnovni kriterij povabila k pogovoru, da je od izobraževanja minilo vsaj šest mesecev. Pogovarjali smo se s 24 ženskami in le dvema moškima. K sodelovanju smo jih povabili na podlagi udeležbe na eni od treh delavnic programa OMRA. V praksi se je izkazalo, da so se ljudje nemalokrat udeležili več delavnic programa, kar se je odražalo tudi v pogovorih. Pogosto so govorili o tistih težavah o duševnem zdravju, ki so bile relevantne za njihovo strokovno ali osebno izkušnjo – sogovornica, ki je bila npr. povabljena k evalvaciji delavnice o osebnostnih motnjah, je zlasti

- 
2. Pogovore sta poleg avtorice besedila izvajala še članica in član programa OMRA mag. Anja Ibrčić in mag. Tjaš Debeljak, za kar se jima na tem mestu iskreno zahvaljujem.
  3. Tu gre zahvala sodelavki programa OMRA dr. Duški Knežević Hočevar, ki je po izobraževanjih leta 2018 in 2019 zbirala stike ljudi, ki so bili pripravljeni sodelovati v evalvacijskih intervjujih. Izobraževanja so potekala v živo v regijah severovzhodne Slovenije.

govorila o motnjah razpoloženja, saj je imela z njimi več praktičnih izkušenj. Izkazalo se je tudi, da so sogovornice in sogovorniki o spremenjenem odnosu do ljudi s težavami v duševnem zdravju govorili bolj na splošno kot na podlagi jasno zamejenih kategorialnih aparatov in simptomatike posameznih motenj. Posledično tudi rezultatov analize nismo ločili med posameznimi delavnicami.

Med sogovornicami in sogovorniki so bili strokovne delavke in strokovni delavci na področju duševnega zdravja in na sorodnih področjih nasilja v družini, zaposlovanja in izobraževanja (osnovne šole), oviranosti, demence in brezdomstva. Prihajali so tako iz nevladnih organizacij kot tudi državnih služb (npr. zavoda za zaposlovanje). Nekatere sogovornice in sogovorniki so imeli lastno izkušnjo težav v duševnem zdravju, spet drugi so bili svojci nekoga, ki ima tovrstne težave. Pogovarjali smo se tudi s takimi, ki so povedali, da so se izobraževanj udeležili zaradi zanimanja za tematiko. Izkazalo se je, da se opredeljeni razlogi za udeležbo na izobraževanju pogosto prekrivajo – svojka osebe s težavami v duševnem zdravju je npr. v pogovoru povedala, da je tudi sama imela težave; udeleženka, ki je na delavnico prišla, ker jo je tema zanimala, je v pogovoru razkrila pretekle težave z anksioznostjo. Posledično sogovornikov in sogovornic nismo jasno razdelili na skupino ljudi z izkušnjo težav oz. svojke/-ce in na strokovne delavce/-ke na področju duševnega zdravja in na sorodnih področjih, a omenjeno v analizi smiselno navajamo.

## 4 REZULTATI

### 4.1 Spremenjen odnos in razumevanje ozadij

Tudi tisti sogovornice in sogovorniki, ki niso podali konkretnega primera spremenjenega delovanja do oseb s težavami v duševnem zdravju, so praviloma povedali, da vseeno »gledaš z neke druge perspektive, se drugače odzoveš, paziš na te stvari«. Informacije z izobraževanj so jim v tem smislu koristile za izboljšano razumevanje ozadij težav v duševnem zdravju. Četudi jih je večina povedala, da že pred delavnico niso čutili odklonilnega odnosa do oseb s težavami, so nekateri sogovorniki in sogovornice vendarle izrazili določeno mero strahu, izogibanja in nesprejemanja le-teh. Delavnica jih je spodbudila k razmišljanju o tovrstnih delovanjih in povzročila, da se ob tej tematiki počutijo bolj sproščeno, se lažje povezujejo ali imajo stik z osebo s težavami. To je bila tudi izkušnja strokovnih delavk in delavcev: »Vsakič ko se takih izobraževanj udeležim, me to, kljub temu da sem iz te stroke, bolj senzibilizira za doživljanje in dožemanje tega. Me opolnomoči in tudi nek strah pred tem malo zmanjša in to normalizira«. Udeleženka delavnice o osebnostnih motnjah je podobno

navedla, da ne more reči, da bi se njen odnos do oseb s težavami spremenil, a jo je delavnica okrepila. Dobila je namreč jasna navodila, kaj in kako in kako naj postavi mejo, ko osebi s težavami ne zmore pomagati oz. le-ta tovrstne pomoči ne želi sprejeti. Sogovornik s težavami v duševnem zdravju je npr. izpostavil, da je »bolj suveren in ne tako prestrašen glede tega«. Nekaj jih je začutilo, da s tovrstnimi težavami niso sami, saj jih izkušajo tudi drugi ljudje. Tudi tisti, ki so se videli kot dokaj odprti do ljudi s težavami, so priznali, da so jih delavnice opomnile na pomen previdnosti pri komunikaciji z ljudmi, ki na tem področju »niso toliko izobraženi ali pa imajo veliko več stigme okrog duševnega zdravja«. Številni so se zavedali tudi, kako kompleksne so lahko težave v duševnem zdravju in kako hitro se lahko zgodijo vsakomur. Udeleženec delavnice o stigmati je tozadevno povedal: »[B]olj kot razumem, kaj se v resnici dogaja v nas, lažje lahko raziskujem naprej in sebi pomagam in morda tudi lažje razumem druge. [...] Nisem niti vedel, kako so te stvari razširjene, kako drugi tudi to doživljajo, kam se lahko obrnem glede tega, kdo mi lahko pomaga, ogromno teh stvari, no, težko bi jih zdaj sto našel, ampak sem jih nekako že kar šel direktno implementirat v svoje življenje, tiste, ki mislim, da so bile koristne zame, tako da zame je delavnica zagotovo bila v pomoč«.

Nekateri so poročali o boljšem zavedanju o klasifikacijah različnih motenj razpoloženja in osebnostnih motenj, ki so jih prej poznali bolj bežno. Zlasti pogosto so izpostavili boljše poznavanje bipolarnih motenj, za katero se zdi, da je bilo njeno poznavanje pred delavnico slabše, kot je to veljalo za ostale motnje razpoloženja (Šprah, 2019b). Za nekatere je bila delavnica le »dopolnitev, sem že prej veliko vedela«, za druge le »začetek, je bilo bolj informativne narave, bi še kaj pogrešala tukaj, da bi res se počutila tako sposobna reševati neke konflikte v zvezi s tem. Je pomagalo, ja, ampak bi še, še nekaj bi mogoče potrebovala«.

Hkrati so poročali o izboljššanem razumevanju ozadij duševnih motenj, saj mogoče »ni samo ta grozna socialna stiska, ki jo naši uporabniki doživljajo, ampak je mogoče tudi, da kdo rabi kakšno drugo pomoč, obravnavo in podobno« in »če imaš tudi sam neko dodatno znanje, ozadje, mogoče tega človeka ne ožigosaj še sam, ampak si pustiš malo več manevrskega prostora pri sprejemanju takega človeka«. Tudi udeleženke, ki so se delavnic udeležile kot osebe z izkušnjo težave v duševnem zdravju ali svojke, so poudarjale, kako kompleksna in hkrati pomembna je lahko družinska dinamika pri obravnavi težav v duševnem zdravju. V tem smislu je za eno od sogovornic bilo izjemno dragoceno, da se je izobraževanja z njo udeležil soprog. Menila je, da je delavnica vsaj delno zmanjšala stigmato, ki jo doživlja zaradi sinovih težav v duševnem zdravju: »Zdelo se mi je, da mogoče celo po tej vaši delavnici, da sem mogoče

majčkeno lažje z drugimi ljudmi izven mojega ožjega kroga začela govoriti o tem«. Sogovornica, ki ima tudi sama težave v duševnem zdravju, pa je navedla, da se »mogoče čuti, da je bolj odprta za te stvari«, zato sta se nanjo po izobraževanju obrnili dve osebi s tovrstnimi težavami.

## **4.2 Pomen informacij za izboljšano prepoznavo težav v duševnem zdravju**

V tem oziru so sogovornice in sogovorniki poročali o izboljšani prepoznavi težav v duševnem zdravju, tako v smislu, da tudi »recimo avtomatično sebe iščeš noter« ali »najprej pri sebi začneš iskat notri«, kot tudi, da so pri bližnjih oz. uporabnikih in uporabnicah, s katerimi prihajajo v stik, pomislili, da so morda v ozadju njihovega vedenja težave v duševnem zdravju. Tu je šlo npr. za situacije, ko se ljudje niso udeleževali zaposlitvenih razgovorov oz. niso mogli najti zaposlitve. Delavnice OMRA so jim pomagale bolje razumeti nekatere odzive oseb s težavami in jim hkrati razjasnile nekatere dileme, ki se tičejo učinkov in delovanja zdravil in fizioloških osnov težav v duševnem zdravju. Preko predstavljenih primerov iz prakse so se spomnili primerov uporabnic in uporabnikov ali bližnjih, pri katerih so prepoznali določene znake duševnih motenj. V tem oziru jim je med delavnico o motnjah razpoloženja praviloma koristilo izpolnjevanje vprašalnika o depresiji, anksioznih motnjah in bipolarni motnji pred izvedenim predavanjem o posameznih motnjah in po njem. Tako so namreč lahko sproti preverjali svoje znanje. Še bolj so se zavedali, da je »tanka meja med prepoznavanjem«, da so posamezni primeri individualni in da ljudje različno reagirajo na določene situacije. Prav zato so poudarili previdnost pri prepoznavanju težav in v komunikaciji, zlasti v primerih, ko oseba ne želi sprejeti pomoči. V teh primerih so namreč nekateri izkusili tudi negativne reakcije in odpor. Zdi se, da so po izobraževanjih znali jasneje razmejiti svojo vlogo pri prepoznavi teh težav in pri nudenju pomoči, za katero so menili, da naj bo v »mejah lastnih zmožnosti«. Tozadevno so poročali o tem, da si »mogoče tudi bolj pozoren na sebe« in »na kakšen način te vse varovalne metode uporabljaš pri sebi, da lažje ta stres prenašaš«. Zlasti so o pomenu postavljanja osebnih mej govorile udeleženke delavnice o osebnostnih motnjah.

## **4.3 Konkretni primeri izboljšanega odzivanja in povezovanja**

Dragocen vidik izobraževanj programa OMRA so bile tudi tiste povratne informacije udeleženk in udeležencev, ki so izpostavili, da so po izobraževanju z izboljšanimi praksami reševali konkretne primere težav v duševnem zdravju. Poveden je primer udeleženke izobraževanj iz leta 2019, ki je navedla primer



uporabnice, ki je imela strah pred zaprtimi prostori in množicami. Opisala je, kako je z njo vodila pogoste individualne razgovore, se pogovarjala o njenih občutkih, ji dovolila umik, ko je zašla v stisko, in jo postopoma uvajala v okolja, ki se jih je bala. Usmerila jo je tudi na vire pomoči in informacij, za katere je izvedela na delavnici. Druga sogovornica se je spomnila osebe, ki je imela močna nihanja razpoloženja in je postajala zadirčna do sebe in drugih. Menila je, da bi z znanjem, ki ga je dobila na delavnici, lahko najprej izrazila razumevanje do njenega vedenja, ji poskušala pomagati in prisluhniti, namesto da se je nanjo odzvala negativno.

Posebej pomembno je bilo večje zavedanje udeleženk in udeležencev, da težav v duševnem zdravju ne morejo reševati sami, temveč se morajo pri svojem delu oz. v vsakodnevnem življenju povezovati z ostalimi strokovnjaki kot tudi bližnjimi. Taki so primeri napotovanja uporabnikov in uporabnic na centre za socialno delo in k zdravnicam in zdravnikom oz. psihiatrinjam in psihiatrom, saj znanje posameznih strokovnih delavk in delavcev pogosto presega obseg težav: »Jaz jim ne ponujam rešitve. Jaz jih napotim naprej. Ker to presega moje znanje, jaz se potem preširoko polotim lahko.«

Hkrati pa so izpostavili pomen izboljšanega poznavanja mreže deležnikov, ki se ukvarjajo s težavami v duševnem zdravju, pomembni so namreč »konkretni naslovi in informacije«. V svojem profesionalnem, družinskem in prijateljskem okolju so tudi delili informacijo o programu OMRA in njegovih aktivnostih. Ena od udeleženk je npr. povedala, da poskuša pri svojem delu k udeležbi na delavnicah OMRA spodbuditi zaposlene in vodstva v podjetjih, kjer opaža precejšnje število težav v duševnem zdravju. Informacijo o programu so delili v okviru šol in organizacij na področju zaposlovanja, tako med sodelavkami in sodelavci kot tudi z uporabnicami in uporabniki. Sogovornica z izkušnjo bipolarnе motnje je povedala, da je dala gradivo OMRA na vpogled prijatelju in njegovi družini, da so »si bolj začeli predstavljati, kaj se z mano dogaja, kakšna je moja motnja in recimo, ko imam te slabše dneve ali pa kakšne vzpone in padce, se ne ustrašijo toliko, ker vedo, da v bistvu je to del te motnje«.

#### **4.4 Predlogi za nadgradnjo delavnic OMRA**

Predlogi udeleženk in udeležencev delavnic OMRA so se v glavnem nanašali na nekatere bolj specifične vsebine izobraževanj, ki bi jih potrebovali pri svojem strokovnem delovanju ali v svojem osebnem življenju. Najsplošnejši predlog se je nanašal na več konkretnih primerov za izboljšano komunikacijo z osebo s težavami v duševnem zdravju in napotkov, kako ravnati v določenih situacijah. Pri tem so se zavedali, da je »recepte« težko podati, saj je vsaka situacija individualna.

V tem oziru so izpostavili, da je bilo v primerjavi z ostalima dvema delavnicama več možnosti za tovrstno razpravo v okviru delavnice o stigmati, ki je bila že v izhodišču zastavljena na bolj interaktiven način. Udeleženke in udeleženci so izražali tudi dilemo, kako »daleč« iti pri nudenju pomoči v primerih, ko oseba pomoči ne želi ali še ni uvida in pripravljenosti za sprejemanje le-te. Svojka osebe s težavami v duševnem zdravju, ki se je udeležila delavnice o motnjah razpoloženja v živo, je izpostavila željo po krajših predavanjih, ki bi bila bolj osredotočena na določeno temo, npr. depresijo. Le-teh bi se lahko udeležili tisti, ki bi jih tematika zanimala, in bi imeli po njih več časa za postavljanje konkretnih vprašanj, ker »imaš ti osebno konkretna vprašanja, konkretne strahove in to je problem, ker potem teh odgovorov nimaš in se znajdeš tako, kot se znajdeš«. Tudi udeleženka delavnice o osebnostnih motnjah je menila, da bi bilo smiselno, da bi bile predstavljene še bolj konkretne okoliščine in situacije, kako se spoprijemati z osebnostnimi motnjami, tudi z vključitvijo še več osebnih zgodb. Udeleženka spletne delavnice o motnjah razpoloženja je izpostavila, da je bilo veliko ljudi na delavnicah v situaciji, ko se niso želeli izpostaviti. Zdelo bi se ji smiselno, da bi jih spodbudili oz. določen čas namenili deljenju njihove zgodbe. Podobno je druga udeleženka predlagala delo v manjših skupinah, v t. i. deljenih sobah (angl. breakout rooms), kjer bi ljudje lažje podelili svoje izkušnje. Udeleženka spletne delavnice o motnjah razpoloženja z izkušnjo depresije bi želela izvedeti več o skupinah za samopomoč kot možni obliki pomoči in o povezovanju ljudi z osebno izkušnjo težav v duševnem zdravju.

Praktični predlogi za izboljšane vsebine kot tudi druge vidike delavnic so se nanašali tudi na krajevno in lokalno prilagojeno organizacijo le-teh. Udeleženka iz leta 2019 je menila, da bi bilo smiselno, da se delavnice poleg v večjih mestih izvajajo tudi na širšem krajevnem območju. Ocenjevala je še, da je bila v takratni seriji delavnic smiselna razdelitev delavnic na tiste, ki so nagovarjale zlasti strokovne delavke in delavce na tem področju, in tiste, ki smo jih primarno pripravili za ljudi z izkušnjo težav v duševnem zdravju in njihove svojce. Udeleženka delavnic iz leta 2018, ki je prihajala iz zavoda za zaposlovanje, je tozadevno izpostavila potrebo po podrobnejši predstavitvi lokalnih mrež pomoči in možnosti za institucionalno povezovanje različnih akterjev na tem področju. Udeleženka iz zavoda za zaposlovanje, ki se je delavnice prav tako udeležila leta 2018, je omenila pomen boljšega poznavanja vloge in kompetenc različnih strokovnjakov in strokovnjakinj na tem področju (npr. psihiater/-inja nasproti psihoterapevtu/-ki). Nadalje so nekatere sogovornice izražale željo po podrobnejši predstavitvi delovanja in morebitnih stranskih učinkov zdravil za motnje razpoloženja, predstavitvi nekaterih spremljajočih duševnih motenj, zlasti različnih oblik psihoz, in tematik, kot so različne oblike zasvojenosti in

nasilja, ki se lahko pojavljajo ob težavah v duševnem zdravju. Udeleženka z izkušnjo bipolarnih motenj je povedala, da bi bilo zanjo poleg informacij o zdravilih koristnih tudi več informacij o konkretnih oblikah pomoči izven psihiatričnih bolnišnic. Hkrati pa je opozorila tudi na neurejenost področja psihoterapije, saj po njenem mnenju ogromno t. i. terapevtov izkorišča stiske ljudi s težavami v duševnem zdravju.

Sogovorniki in sogovornice so izpostavili tudi posebnosti spletnih delavnic. Priznali so, da je sledenje tovrstnim delavnicam zahtevno, ker pozornost bega naokoli, in da so bili proti koncu delavnice že precej utrujeni, tudi zaradi t. i. zoom utrujenosti (McBride in sod., 2021). Tozadevno so nekateri menili, da je bilo podanih preveč informacij. Sogovornik z izkušnjo težav v duševnem zdravju je npr. povedal, da lahko sam v kognitivnem smislu sprejme le določeno količino novih idej, spoznanj in razumevanj, zato bi bila zanj večkratna ponovitev delavnice zagotovo smiselna. Četudi so v splošnem menili, da je bilo delo na daljavo v danih okoliščinah povsem smiselno in primerno, nekaterim pa je omogočilo tudi, da so se skrili za ekranom, so si želeli v prihodnje izobraževanj v živo, saj je dinamika drugačna ob osebni stiku in možnosti debate. Nekateri so izpostavili prednosti spletnih izobraževanj: udeleženki iz Štajerske in Prekmurja sta npr. povedali, da bi se morda v primeru izobraževanja, ki bi potekalo v Ljubljani, težje odločili in se ga udeležili v živo. Za udeleženko s senzorno oviranostjo je bila spletna udeležba lažja, ker ni potrebovala pomoči v smislu spremstva in prevoza.

Sogovorniki in sogovornice so se zavzeli tudi za razširitev mreže organizacij in deležnikov, ki bi bili vključeni v organizacijo izobraževanj programa OMRA. Za manjša okolja je bilo npr. predlagano informiranje po lokalnih radijskih postajah, udeleženka je menila, da bi bilo smiselno povezovanje tudi s predstavniki cerkvenih skupnosti, ki so pomemben del nekaterih lokalnih skupnosti. Ne nazadnje pa so udeleženke in udeleženci delavnic pogosto izpostavili dejstvo, da je bila delavnica časovno preveč oddaljena, da bi lahko podali konkretne predloge za njeno izboljšavo. Menili so, da si le v manjši meri lahko priključijo konkretnije vsebine delavnic, kar je bil tudi eden od pogosteje navedenih razlogov, zakaj ne bi želeli sodelovati v evalvacijskem pogovoru.

## 5 ZAKLJUČEK

Rezultati kratkoročne kot tudi dolgoročne kvalitativne evalvacije delavnic programa OMRA so pokazali, da so udeleženke in udeleženci vrednost programa praviloma videli v izboljšani prepoznavi in obravnavi težav v duševnem zdravju, pa naj je šlo za strokovne delavke in delavce, svojce oz. ljudi z lastno izkušnjo

težav. Osebe z izkušnjo so povedale, da je bil zanje pomemben občutek, da s svojimi težavami niso same, kar je zmanjševalo tudi občutke samostigme. Tudi tiste udeleženke in tisti udeleženci, ki niso navedli, da so na delavnici pridobili bistveno nova znanja o težavah v duševnem zdravju, so praviloma poročali o izboljšani senzibilnosti za kompleksnost in raznolika ozadja težav v duševnem zdravju. Redkejši so bili tisti sogovorniki in sogovornice, ki so poročali, da se je pomembno zmanjšala njihova stigma do ljudi s težavami (zlasti občutki strahu). Večinoma so povedali, da se njihov odnos do oseb s težavami ni bistveno spremenil, se pa je spremenilo njihovo razumevanje težav in njihovo ravnanje. V tem oziru so se sogovornice in sogovorniki čutili tudi bolj kompetentni za obravnavo oseb s težavami ali pa so se v primeru lastnih težav oz. težav svojca lažje soočili s stigmo tovrstnih težav, postavili osebne meje, zlasti pri soočanju z osebnostnimi motnjami, se pri svojem delu povezovali z drugimi strokovnjaki in strokovnjakinjami, osebe s težavami so znali bolj kompetentno napotiti na ustrezno pomoč in hkrati so širili informacijo o aktivnostih programa OMRA tako v strokovnem delu kot v osebem življenju. Tozadevno med udeleženkami in udeleženci delavnic OMRA v letih 2018 in 2019 na eni strani in v letih 2020 in 2021 na drugi ni bilo opaziti bistvenih razlik, ki bi jih zaznali glede opažanj glede vsebine delavnic in njihovih učinkov na spremenjena stališča in delovanje (prim. Knežević Hočevar, 2019a; 2019b).

Pri interpretaciji rezultatov kvalitativne evalvacije delavnic OMRA je vendarle treba izpostaviti nekatere omejitve raziskave. Pristranost vzorca je zagotovo posledica dejstva, da so bili k sodelovanju povabljeni tiste udeleženke in tisti udeleženci, ki so že na delavnicah aktivneje sodelovali in so bili posledično prepoznani kot potencialni sogovorniki in sogovornice. Podobno bi lahko predpostavili, da so se na našo elektronsko pošto odzvali tiste udeleženke in udeleženci delavnic, ki jih je tematika posebej zanimala in so morda že v tem oziru izražali manjšo stigmo do ljudi s težavami v duševnem zdravju (prim. Jorm in sod., 2005). Kot so izpostavili tudi nekateri sogovorniki in sogovornice, je težko oceniti, katere učinke spremenjenega delovanja in odnosa do oseb s težavami je mogoče pripisati programu OMRA, katere pa drugim oblikam informiranja in izobraževanja, saj so se udeleženke in udeleženci udeleževali tudi drugih izobraževalnih aktivnosti o duševnem zdravju, prebirali knjižno gradivo itn. Sestava vzorca po spolu odraža, da so prevladovale ženske (Šprah, 2019a; 2019b).

Pomembna so tudi mnjenja, ki so izpostavila pomen izobraževanj na daljavo v smislu prostorske in časovne dostopnosti, kar je lahko posebej pomembno npr. za skupine ljudi z različnimi vrstami oviranosti. Razmisliti pa velja o digitalni izključenosti nekaterih skupin prebivalstva, ki se izobraževanj na daljavo

zaradi pomanjkanja t. i. digitalnih kompetenc ali celo digitalne izključenosti v smislu dostopa do tovrstnih tehnologij niso mogli udeležiti. V tem smislu so bile dragocene tudi povratne informacije starejših (a tudi nekaterih mlajših) udeležencev in udeleženk delavnice, ki smo jih prejeli po elektronski pošti, da je npr. izpolnjevanje vprašalnikov preko spleta zanje potekalo prehitro. Na mestu je tudi opozorilo, da je za nekatere ljudi »skriti se za zaslon« morda lažje kot osebna udeležba na delavnici o tej še vedno dokaj stigmatizirani tematiki. V tem oziru se zdi smiselno tudi o prihodnjih aktivnostih programa OMRA razmišljati v smislu kombinacije izobraževanj v živo kot tudi na daljavo. Kompleksnost pričujoče tematike in njena prepletenost s problematikami, kot so nasilje, zasvojenosti, brezdostvo, demenca, različne oblike oviranosti, s katerimi so se srečevali naši sogovorniki in sogovornice, pa kliče k zasnovi bolj specifičnih in posameznim skupinam prilagojenih oblik izobraževanj, kar sporočajo tudi rezultati tujih raziskav o pismenosti o duševnem zdravju.

## Literatura

- Akcijski načrt nacionalnega programa duševnega zdravja, program MIRA, za obdobje med 2021 in 2023. 2021. Dostopno na: [https://www.zadusevnozdravje.si/wp-content/uploads/2021/05/Akcijski-nacr-2021-2023\\_F\\_.pdf](https://www.zadusevnozdravje.si/wp-content/uploads/2021/05/Akcijski-nacr-2021-2023_F_.pdf) (citirano 5. 7. 2022).
- Jorm, A., Kitchener, B. A. in Mugford, S. K. Experiences in applying skills learned in a mental health first aid training course: a qualitative study of participants' stories. *BMC Psychiatry* 2005; 5: 43.
- Kitchener, B. in Jorm, A. F. Mental health first aid training for the public evaluation of effects of knowledge, attitudes and helping behavior. *BMC Psychiatry* 2002; 2: 10.
- Knežević Hočevar, D. Kako se je program OMRA dotaknil udeleženk in udeležencev delavnice? V: Šprah, L., ur. Z več znanja o motnjah razpoloženja do izhodov iz labirintov. Ljubljana: Založba ZRC, ZRC SAZU; 2019a; 139–150.
- Knežević Hočevar, D. Kvalitativna evalvacija pismenosti o duševnem zdravju in obvladovanju motenj razpoloženja: poročilo o učinkih delavnic OMRA. Interno poročilo. Ljubljana: ZRC SAZU, Družbenomedicinski inštitut; 2019b.
- Knežević Hočevar, D. Ko je ogroženo najdragocenejše: stigma nekoliko drugače. *Glasnik Slovenskega etnološkega društva*. 2020; 60(2): 5–15.
- McBride, K. A., Harrison, S., Mahata, S., Pfeffer, K., Cardamone, F., Ngigi, T. in sod. Building Mental Health and Psychosocial Support Capacity During a Pandemic: The Process of Adapting Problem Management Plus for Remote Training and Implementation During COVID-19 in New York City, Europe and East Africa. *Intervention* 2021; 19: 37–47.
- Spanakis, P., Peckham, E., Mathers, A., Shiers, D. in Gillbody, S. The digital divide: amplifying health inequalities for people with severe mental illness in the time of COVID-19. *BJPsycho* 2021; 219: 529–531.

Šprah, L. Uvajanje inovativnega programa pismenosti o motnjah razpoloženja v Sloveniji: rezultati in učinki programa. V: Šprah, L., ur. Z več znanja o motnjah razpoloženja do izhodov iz labirintov. Ljubljana: Založba ZRC, ZRC SAZU; 2019a; 51–73.

Šprah, L. Evalvacija učinkov programa opismenjevanja o motnjah razpoloženja na raven razumevanja značilnosti in posledic anksioznosti, depresije in bipolarnih motnjah razpoloženja. V: Šprah, L., ur. Z več znanja o motnjah razpoloženja do izhodov iz labirintov. Ljubljana: Založba ZRC, ZRC SAZU; 2019b; 91–112.

Yangxiu, H., Baojuan, Y. in Tan, J. Stress of COVID-19, Anxiety, Economic Insecurity, and Mental Health Literacy: A Structural Equation Modeling Approach. *Front Psychol.* 2021; 12: 707079.

# MEJNA OSEBNOSTNA MOTNJA IN STIGMA: ALI SMO RES SAMI ODGOVORNI ZA (SAMO)STIGMO?

Borderline personality disorder and stigma:  
are we really responsible for self-stigma?

Dino Manzoni

## **POVZETEK**

*V raziskavah, ki obravnavajo problem stigme pri ljudeh s težavami v duševnem zdravju, je navadno govora o duševnih motnjah »na splošno«, pri čemer ostanejo zanemarjene specifične posebnosti procesov stigmatizacije pri različnih duševnih boleznih, kot je mejna osebnostna motnja (MOM). Izsledki številnih raziskav (npr. Aviram in sod., 2006; Klein in sod., 2021; Rivera-Segarra in sod.; 2014) kažejo, da se osebe z MOM soočajo s hudo diskriminacijo, socialno izključenostjo in pomanjkanjem socialne podpore, kar ima pomembne posledice za njihovo zdravljenje in blagostanje. Tu pa se pojavi neko temeljno vprašanje, in sicer kako sploh razumeti pojem stigma. Od njenega razumevanja in teorije je namreč odvisno, kako bomo delovali in intervenirali v družbeni prostor z namenom zmanjševanja njenih negativnih učinkov.*

**Ključne besede:** mejna osebnostna motnja (MOM), (samo)stigma, strukturna stigma, Kernberg, Freud

---

**Avtor:** Dino Manzoni

**Znanstveni in strokovni naziv:** magister psihologije, asistent

**Inštitucija/zaposlitev, naslov:** ZRC SAZU, Družbenomedicinski inštitut,  
Novi trg 2, 1000 Ljubljana

**E-naslov:** dino.manzoni@zrc-sazu.si

**DOI:** [https://doi.org/10.3986/9789610506768\\_12](https://doi.org/10.3986/9789610506768_12)

## ABSTRACT

*Research addressing the problem of stigmatisation of people with mental health problems usually focuses on mental disorders "in general" and ignores the specifics of stigmatisation processes in various mental disorders, such as borderline personality disorder (BPD). The findings of a number of studies (e.g., Aviram et al., 2006; Klein et al., 2021; Rivera-Segarra et al., 2014) show that people with borderline personality disorder face severe discrimination, social exclusion, and lack of social support, which has significant implications for their treatment and well-being. This raises a fundamental question, namely how to understand the concept of »stigma« in the first place. How we act and intervene in the social space to reduce its negative effects depends on our understanding and theory of stigma.*

**Keywords:** *borderline personality disorder (BPD), self-stigma, structural stigma, Kernberg, Freud*

## 1 UVOD

V zadnjih desetletjih vse več raziskav ugotavlja, da je (samo)stigma eden najpogostejših razlogov, da ljudje s težavami v duševnem zdravju ne iščejo strokovne pomoči. Ker mejna osebnotna motnja (MOM) spada med najzahtevnejše duševne motnje – tako glede diagnostike kot terapije – z visoko stopnjo morbiditete in umrljivosti, ima (samo)stigma toliko večje učinke na - že po sebi - težavno obravnavo oseb s tovrstnimi težavami in na njihovo okrevanje oz. terapevtski izid. V znanstveni literaturi je že razmeroma dobro zabeležen in raziskan škodljiv vpliv stigmatizacije na zdravstveno stanje oseb s težjimi duševnimi motnjami, katere posledica so ohranjanje neenakosti v kakovosti življenja in procesu zdravljenja med ranljivimi skupinami prebivalstva (še toliko bolj npr. pri etničnih manjšinah). Etiketiranje, družbeno zavračanje in marginalizacija neposredno vplivajo na mrežo socialne podpore, izid zdravljenja in ohranjajo neenakosti na področju zdravja ranljivih populacij.

V raziskavah, ki obravnavajo problem stigme pri ljudeh s težavami v duševnem zdravju, je navadno govora o duševnih motnjah »na splošno«, pri čemer ostanejo zanemarjene specifične posebnosti procesov stigmatizacije pri različnih duševnih boleznih, kot je MOM. Izsledki številnih raziskav (npr. Aviram in sod., 2006; Klein in sod., 2021; Rivera-Segarra in sod., 2014) kažejo, da se osebe z MOM soočajo s hudo diskriminacijo, socialno izključenostjo in pomanjkanjem socialne podpore, kar ima pomembne posledice za njihovo zdravljenje in blagostanje



(angl. well-being). Celo strokovnjaki s področja duševnega zdravja nismo odporni proti tovrstnim učinkom stigme. Tako so se nekatere raziskave usmerile v analizo prepričanj, oznak, stereotipov in predsodkov, ki krožijo in se reproducirajo v populaciji zdravstvenih delavcev, ki so v stiku z osebami z diagnosticirano MOM.

Te raziskave kažejo, da imajo zdravstveni delavci pogosto negativen pogled na osebe z MOM in imajo do njih nekakšen odpor (ki se v psihoterapevtskem delu kaže kot učinek negativnega kontratransferja). Pogosto jih spontano dojemajo kot odporne na zdravljenje, manipulativne, zahtevne, nevarne, »premalo odgovorne« oz. »lene« in potrebne pretirane pozornosti (Aviram in sod., 2006; Klein in sod., 2021). Študija, ki so jo izvedli Cleary, Siegfried in Walter (2002), je preučevala in merila odnos zdravstvenega osebja do klientov z diagnosticirano MOM. Rezultati so pokazali, da več kot 80 % osebja meni, da je s to populacijo izjemno težko delati in da jo je težje obravnavati kot uporabnike z drugimi duševnimi motnjami - kar bistveno vpliva na diagnostiko, terapevtski odnos in prakso, v kateri so udeleženi strokovnjaki s področja duševnega zdravja ter pomožno zdravstveno osebje.

Z vidika sodobne družbe, ki je sistemsko usmerjena v neoliberalne politike in prakse, so simptomi in njihove manifestacije v procesu zdravljenja oseb z MOM še toliko bolj negativno vrednoteni, stigmatizirani in neodobravani, saj tovrstna aktualna "ideologija" (morala, ki jo občutimo kot obvezujočo in v obliki imperativa nadjaza, vesti) od nas zahteva veliko mero samoodgovornosti, samozadostnost, dobro (samo)obvladovanje v socialnem okolju in prilagajanje ter visoko stopnjo funkcionalnosti v medosebnih odnosih (npr. s strani delodajalcev, sodelavcev, sovrstnikov, družine, partnerjev, skupnosti in širše družbe). Vse skupaj pušča pomembne posledice na zdravstveno stanje oseb z MOM. Namreč socialna podpora je bila na podlagi raziskav opredeljena kot dejavnik uspešnega zdravljenja, okrevanja in ohranjanja zdravja ter kakovosti življenja na splošno. Krčenje mreže socialne in medosebne interakcije ima še posebej negativne učinke v marginaliziranih populacijah, kot so migranti, osebe z nizkim socialno-ekonomskim statusom, kmetje idr., ki imajo težave z duševnim zdravjem ali celo diagnozo MOM.

Kot smo že omenili, stigma spodbuja diskriminatorno vedenje ne samo s strani splošne populacije, marveč tudi s strani zdravstvenih delavcev in drugih strokovnjakov s področja duševnega zdravja. Kot ugotavljajo Aviram in sod. (2006), ima stigma celo klinično pomembnost, saj ovira zdravljenje, povečuje občutek sramu, krivde in samostigme pri klientih in lahko rezultira v poslabšanju simptomatike in zdravljenja na splošno. Stigma tako vpliva na odnos, odzive, vedenja, toleranco, čustva (apatija, oddaljenost), zaznavanje, mišljenje in motivacijo zdravstvenih delavcev, ki so v stiku s klientom. Ker so

osebe, diagnosticirane z MOM, še posebej občutljive za konflikte v medosebnih odnosih (zavrnitev in nesprejetost s strani drugega), se lahko odzovejo zelo negativno na zaznano zavrnitev; npr. umik iz terapevtskega procesa ali celo samopoškodovanje, ki sta v resnici manifestaciji klica na pomoč in potrebe po stabilnem odnosu s pomembnim drugim. Posledica tovrstnega procesa sta samouresničujoča se prerokba in začarani krog stigmatizacije.

Ravno zato je tako pomembno raziskovanje in spopadanje s stigmo na sistemski ravni. Eden od načinov krepitev kompetenc, znanja in empatije med zdravstvenimi delavci so lahko posebna, dodatna izobraževanja, ki bi prispevala k razumevanju kompleksnosti psihičnega aparata, vedenja in specifične problematike MOM.

K povedanemu lahko dodamo, da v zadnjih letih raziskovalci ugotavljajo vse bolj razširjen pojav t. i. »strukturne stigme« v zdravstvenih sistemih, ki so je deležne osebe z diagnozo MOM (Klein in sod., 2021). Če povzamemo ugotovitve Klein in sod. (2021), ki so izvedli obsežen pregled raziskav (angl. scoping review), se strukturna stigma v tem kontekstu nanaša na institucionalne politike, družbenokulturne norme in sprejete organizacijske prakse, ki ustvarjajo, utrjujejo in perpetuirajo določene razlike med ljudmi in klientom omejujejo dostop do zdravstvenih storitev, kakovostne oskrbe in doseganje optimalnega zdravljenja. Normativne strukture v zdravstvenih sistemih razvijajo in oblikujejo pričakovanja glede tega, kaj je »sprejemljivo« v nekem kontekstu, zato je treba raziskati in analizirati ključne dejavnike, ovire in mehanizme, ki prispevajo k stigmatizaciji v makrosocialnih okoljih oz. sistemih zdravstvenega varstva. Klein in sod. (2021) poudarjajo, da imajo politične odločitve izredno pomembno vlogo pri zagotavljanju ali omejevanju dostopnosti storitev za ljudi s težavami v duševnem zdravju, kar se lahko kaže v nepravilni porazdelitvi sredstev, namenjenih storitvam na področju duševnega zdravja, recimo v primerjavi s klasičnimi medicinskimi storitvami.

## 2 KAJ SPLOH JE STIGMA IN OD KOD PRIHAJA?

Čeprav smo v uvodu uporabljali pojem stigma v pomenu, ki mu ga navadno spontanopripisujemo, je treba izpostaviti, da znanstveni pojem nikoli ne sme biti zgolj samoumeven, saj je treba utemeljiti vse, kar zajema: strukturne razloge in pogoje, razlago mehanizmov stigmatizacije, njeno (re)produkcijo in dinamiko ter njeno nujnost, ki je pogojevana z dejstvom, da je človeška subjektivnost vselej že družbeno producirana, konstituirana in posredovana.

Dejstvo je, da vsaka družba in kultura delujeta na podlagi neosebnih pravil, predpisov, norm, »morale« (kaj je prav in kaj ni), ki se jih priučimo v procesu socializacije in uokvirjajo naše zaznavanje, mišljenje, vedenje, dinamiko socialnih interakcij, navade in delovanje v širšem družbenem okrožju. G. W. F. Hegel v svojem delu *Oris filozofije pravice* (2013 [1820]) uporabi pojem *Sittlichkeit*, 'nравnost', s katerim zajame nenapisana pravila obnašanja, manire, zakone, dolžnosti in norme, na podlagi katerih delujemo in čutimo v neki družbi. Le-ti omogočajo in usmerjajo socialno interakcijo oz. so njen pogoj in učinek obenem. Nравnosti ne moremo zvesti na kategorijo moralnosti, niti na kategorijo legalnosti, čeprav je nekakšna njuna hrbtna plat iz česar sledi, da se medsebojno podpirajo. Za delovanje in funkcioniranje neke družbe so torej bistvenega pomena načini, drže in obnašanja, ki niso formalizirani in eksplicitno postavljeni oz. definirani, a kljub temu usmerjajo naša občutja, vzgibe, percepcijo in vedenje v socialnih interakcijah.

Zakaj je to pomembno v kontekstu stigme? Je stigma nekaj, kar se priučimo zavestno in se je lahko enostavno odučimo, ali je ta pojav manifestacija neke družbene diferenciacije, antagonizma in razlike, ki je vselej konstitutivna tako za družbo kot za individualno identiteto subjekta, ki iz nje izhaja. Da odgovorimo na to vprašanje, si bomo pomagali s psihoanalitično teorijo in prakso. Med socializacijo se človeškemu subjektu v sorazvoju z instanco jaza oblikuje psihična instanca, ki jo Freud imenuje nadjaz. Tako psihoanaliza poskuša misliti razmerje med subjektom in družbenim, ki ga locira tako znotraj kot zunaj subjekta. Freud zavrne striktno ločevanje med sociologijo in psihologijo in dimenzijo družbenega izrecno postavi v jedro raziskovanja individualne psiho(pato)logije, saj se slednja oblikuje in izraža samo znotraj konstelacije in koordinat, ki jih zarisuje družbeno-simbolni red. Tako subjekt ni enostavno samozadosten, samozaveden, transparenten Jaz, Osebnost ali Posameznik kot eden izmed množice Posameznikov v družbi, marveč je družbeno v nekem oziru znotraj njega samega – ga obenem konstituira in razceplja – in s tem napravi tako družbeno kot subjektivnost problematična.

Nadjaz kot »družbena« instanca postavlja norme, ocene, merila individualnega, partikularnega jaza in ga po teh merilih vrednoti. V spisu *Jaz in nadjaz (ideal jaza)* (v *Metapsiholoških spisih*, 1987) Freud opozori, da je velik del nadjaza nezaveden in omogoča normalno delovanje subjekta v družbi, saj določa zapovedi, prepovedi, univerzalna pravila, norme in simbolne zakone, ki določajo vzgibe, čutenje in zaznavanje ter usmerjajo naše vedenje v družbi – kaj lahko počnemo in česa ne, kaj je bolj vredno in kaj manj. Vendar ima nadjaz obenem prisilni značaj, ki se izraža kot kategorični imperativ – tako bi *moralo* biti.

Od tod občutek krivde, ki nikoli ni v polni meri zavesten. Za nadjaz je tako bistven »etični aspekt«, ki ga tvori simbolni, univerzalni zakon, ki pa ni zgolj »simbolni«, marveč je utelešen v družbenih institucijah in dejanskih materialnih praksah, ki producirajo in urejajo socialna razmerja v neki družbi - in v katerih je utelešena prevladujoča ideologija.

Tako smo prišli do točke, v kateri lahko problematiziramo neko prevladujoče razumevanje pojava stereotipov, predsodkov, stigme, ki imajo za posledico socialno diskriminacijo in marginalizacijo specifičnih družbenih podskupin. Če upoštevamo prej opisane procese in mehanizme socializacije in oblikovanje individualnega (in obenem kolektivnega) psihičnega aparata, ki potekajo večinoma nezavedno, lahko rečemo, da je nujna posledica socializacije in s tem formacije subjektivnosti, izključevanje neželenega vedenja, lastnosti, mišljenja itd.

Najbolj razširjena in prevladujoča razlaga pojma stigme in procesov stigmatizacije izhaja iz socialnopsihološke kognitivne paradigme – od katere je prišel v uporabo tudi pojem samostigme – ki pa postane v perspektivi in razsežnosti, ki se odpre skozi optiko psihoanalitične teorije in konceptov, nadvse problematična. Stvar je v tem, da pravila in norme, po katerih delujeta navsezadnje tudi jezik in mišljenje vsakega partikularnega subjekta in s tem kognitivno kategoriziranje in organizacija prepričanj, oznak, shem itd., niso »zgolj« naši, subjektivni, ampak – razvojnopsihološko gledano – nujno privzeti v procesu socializacije in so za nas in našo identiteto nujno konstitutivni. Tako se jih ne moremo tako zlahka znebiti - npr. z nekakšno (psiho)edukacijo in ozavečanjem - saj organizirajo in konstituirajo socialno-simbolno resničnost, v kateri bivamo. Prek »implicitne pedagogike« se prav tako prenašajo preference, tendence in predispozicije (občutek) za reagiranje in delovanje v neki smeri in dispozicije za zaznavanje, vrednotenje in razumevanje sveta, ki v dobršni meri pogojujejo odzivanje in delovanje v socialnih situacijah in interakcijah. Individualno in kolektivno, telesno in umno so tukaj neločljivo prepleteni.

To, kar se označuje kot (samo)stigma, se na izkustveni ravni manifestira v obliki nadjazovskega pritiska, ki ga čutimo v tem, da se ne počutimo »normalne«, saj vidimo s perspektive velikega Drugega (in zato vemo), kako nas bodo drugi dojemali in kaj si bodo mislili, če npr. izvejo, da imamo duševne težave, kar ima za posledico občutke tesnobe, sramu in krivde. Sociokognitivne teorije, ki razlagajo »neprimerna« prepričanja, oznake, stereotipe, predsodke in stigmatizacijo kot zavestno naučene kognitivne kategorije, postanejo tako problematične. Procesi, kot so označevanje, stereotipiziranje, ločevanje »nas« od »njih«, večinoma ne potekajo zavestno in ne obstajajo neodvisno od naše osebne identitete, ki se je formirala in socializirala v nekem družbenem in zgodovinskem prostoru.

Iz tega izhaja, da se jih ni mogoče tako lahko znebiti oz. se jih niti ne moremo znebiti, saj naš psihični aparat, socialno-simbolni register (jaz in nadjaz), deluje vselej izključujoče in razlikovalno.

Tako (samo)stigma ne more biti enostavno individualni proces »napačnega pripisovanja«, ampak nanj vplivajo širše družbene, institucionalne okoliščine, materialne prakse in ideologija, v katerih smo operativni kot družba in se formiramo kot subjekti. Spreminjanje stališč, sodb in t. i. normalizacija lahko delujeta pozitivno in ublažita nekatere učinke stigmatizacije, vendar ne moreta odpraviti same simbolne, družbene strukture (ki je ponotranjena v nadjazu), katere učinki so »izključevanje«, ločevanje, diferenciacija. Tako npr. postane Goffmanov (2008) pojem poškodovane identitete stigmatizirane osebe problematičen, saj bi lahko rekli, da je v tem smislu naša identiteta vselej že poškodovana. Nekaj takega, kot je polna, celostna, nepoškodovana identiteta, je tako zgolj nujna iluzija, fikcija, ker je za konstrukcijo identitete vselej že konstitutivna operacija razlikovanja in izključitve.

Problem stigme smo tako primorani razumeti v navezavi na libidinalno ekonomijo (katere objekt je jaz; naša lastna vrednost), ki je vselej operativna in učinkujoča v socialnih interakcijah, v katerih si z drugimi nikoli nismo enostavno simetrični, enaki (kar recimo predpostavlja liberalen pojem posameznika). Razlika med sociokognitivističnim razumevanjem psihičnega aparata in psihoanalitičnim je potemtakem v posledicah, ki jih ima neka teorija za prakso, in v intervencijah v družbeni prostor, ki jih implicira. Če je problem stigme zgolj neko prepričanje ali kognitivna napaka, ki jo je treba odpraviti – tako kot za nekatere druge socialne psihologe, ki so se ukvarjali s temeljno napako atribucije, začeniši z eksperimentom, ki sta ga izvedla Jones in Harris leta 1967 – je z vidika psihoanalize problem v tem, da napačno prepoznanje ni le kognitivna napaka, ampak je dejansko neka *vednost*, ki je locirana v področju nezavednega nadjaza kot simbolnega reda. Aficirati simbolni red kot tak na način, da dejansko pride do učinka in konkretne spremembe v sami konstelaciji, ki določa parametre, v katerih se dojemamo kot subjekti, pa je veliko bolj problematično in težje doseči, kot pa samo spremeniti »zgolj« neko subjektivno prepričanje. Tako si lahko predstavljamo, kako npr. neka oseba s težavami v duševnem zdravju odgovori na očitek, ko ji nekdo razloži »resnične vzroke« vedenja in procesa »napačnega pripisovanja«, (samo) stigmatizacije: »Ja, jaz že vem, da nisem ‚nor‘, nenormalen (občutek sramu), kriv za svoje stanje, ampak a ve to Drugi (družba sama in nadjaz, v katerem so ponotranjene družbene norme in pravila)?«

Dokler sama simbolna institucija (nadjaz, veliki Drugi) ne registrira spremembe v vednosti, ostaja sprememba zavestnega prepričanja neučinkovita, nerelevantna

tna. Tako ostanemo ujeti v obstoječi ideologiji, dokler ne pride do spremembe na ravni same simbolne institucije, ki se obenem uteleša v materialnih praksah neke družbe. Za spremembo ni dovolj, da vsi »poznamo« zgolj neko dejstvo o stanju stvari, marveč je nujna nekakšna »reifikacija« (popredmetenje), da postane sprememba vednosti dejanska, operativna in učinkovita. Za spremembo »vednosti« je zato potrebna nekakšna »utelešenost«, saj se resnične spremembe dogajajo na ravni materialnih praks (družbenih institucij, običajev, navad itd.), v katerih se vzajemno formirajo in strukturirajo naša subjektivnost in družbena razmerja na katerih je utemeljena neka družba.

### 3 ZAKLJUČEK

Če povedano navežemo na specifični problem stigmatizacije oseb z MOM, je treba poudariti, da imajo največji vpliv na stigmo ravno način formuliranja problemov in razumevanje dotične problematike, iz katere izhaja specifična praksa, pristop k zdravljenju in dojemanje oseb z MOM v zdravstvenih institucijah. Pristop, ki je najmočneje oblikoval razumevanje »borderline problematike«, izhaja izpod teoretskega horizonta ameriške psihoanalize, t. i. ego psihologije in teorije objektnih odnosov. Klasični Kernbergov diagnostični priročnik zajema tako osebnostno strukturo kot simptome MOM (1975: 3–43), med katere spadajo hipohondrija, nevezana tesnoba, paranoidne ideje, impulzivno in odvisniško vedenje, disociativne reakcije, polifobija, konverzivna simptomatika, nezadostna kontrola nad gonskimi impulzi, šibkost jaza in nevarnost fragmentacije, nezmožnost integracije različnih, »dobrih« in »slabih« potez v enotno podobo objekta itd. Kernberg (1975: 69–106) opiše tudi specifične obrambne mehanizme, ki so značilni za MOM, in sicer razcep, primitivna idealizacija, projekcijska identifikacija, zanikanje in operaciji »omnipotence« in razvrednotenja, ki se nanašata na identifikacijo z idealizirano predstavo lastnega jaza in drugega (objekta) in delujeta kot zaščita pred ogrožajočimi odnosi z okolico oz. pomembnimi drugimi. Teoretska opora takšnega opisa MOM je Freudova druga topika (jaz, nadjaz, ono), ki jo je ameriška ego psihologija vzela za ključ do (ne) razumevanja Freudove metapsihologije. Kernbergova diagnostika je imela velik vpliv na oblikovanje priročnika DSM in kategorijo MOM, vendar nekateri kliniki in diagnostiki, kot je npr. Verhaeghe (2004), kritizirajo diagnostične kriterije MOM iz DSM, saj ti temeljijo zgolj na opazovanju in deskripciji simptomov, kar ne omogoča postavitve *strukturne diagnoze*, ki je bistvena za razumevanje psihopatologije - in s tem funkcioniranja psihičnega aparata, njegove dinamike (interakcije med sistemi), mehanizmov, intersubjektivnih odnosov, razmerja s

simbolnim redom in razsežnosti nezavednega; kar seveda implicira bistvene razlike v terapiji oseb z diagnozo MOM. Ker tovrstna razprava zahteva veliko več prostora in raziskovanje, ki presega okvir tega članka, bi bilo v prihodnje smiselno resno soočiti razne teoretske in konceptualne okvirje, skozi optiko katerih vidimo in formuliramo problematiko MOM, njeno logiko, teorijo in na njej temelječo diagnostiko ter terapevtsko prakso oz. proces zdravljenja, ki iz njih izhaja.

## Literatura

- Aviram, R., Brodsky, B. in Stanley, B. Borderline personality disorder, stigma, and treatment implications. *Harvard Review of Psychiatry*. 2006; 14(5): 249–256.
- Cleary, M., Siegfried, N. in Walter, G. Experience, knowledge and attitudes of mental health staff regarding clients with a borderline personality disorder. *Int J Ment Health Nurs*. 2002; 11: 186–191.
- Freud, S. *Metapsihološki spisi*. Ljubljana: Studia Humanitatis; 1987.
- Goffman, E. *Stigma: zapiski o upravljanju poškodovane identitete*. Maribor: Aristej; 2008.
- Hegel, G. W. F. *Oris filozofije pravice*. Ljubljana: Krtina; 2013.
- Jone, E. E. in Harris, V. A. The attribution of attitudes. *Journal of Experimental Social Psychology*. 1967; 3(1): 1–24.
- Kernberg, O. *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. New York: Jason Aronson; 1975.
- Klein, P., Fairweather, A. K., Lawn, S., Stallman, H. M. in Cammell, P. Structural stigma and its impact on healthcare for consumers with borderline personality disorder: protocol for a scoping review. *Systematic Reviews*. 2021; 10(23): 1–7.
- Rivera-Segarra, E., Rivera, G., López-Soto, R., Crespo-Ramos, G. in Marqués-Reyes, D. Stigmatization Experiences among People Living with Borderline Personality Disorder in Puerto Rico. *The Qualitative Report*. 2014; 19(30), 1–18.
- Verhaeghe, P. *On Being Normal and Other Disorders: A Manual for Clinical Psychodiagnostics*. New York: Other Press; 2004.





# STIGMA IN OVIRE PRI ISKANJU POMOČI MED BEGUNCI IN BEGUNKAMI

Stigma and barriers to help seeking  
among refugees

Sanja Cukut Krilić

## POVZETEK

*Za razumevanje večdimenzionalne narave stigme je treba raziskati raznolike družbene okoliščine, ki vplivajo na njeno doživljanje. Ena od teh je prisilna migracija, pri kateri je pomembno nasloviti izkušnje beguncev in begunk v izvorni državi, prav tako pa tudi med samo potjo in v novi državi. Prisilno migracijo spremljajo vrste izgub, negotovosti in stisk, ki so lahko dejavnik tveganja za pojav težav v duševnem zdravju te skupine ljudi. V tem oziru besedilo naslavlja problematiko stigme z vidika kulturnih in strukturnih ovir za iskanje pomoči v primeru težav v duševnem zdravju. Hkrati predstavi nekatere predloge za izboljšano obravnavo duševnih stisk med to skupino prebivalstva.*

**Ključne besede:** *begunci in begunke, prisilna migracija, stigma, duševno zdravje, težave v duševnem zdravju*

## ABSTRACT

*To understand the multidimensional nature of stigma, we need to examine diverse social circumstances that have an impact on experiencing it. One of them is forced migration, where experiences of refugees in the country of origin, during their migration route and in the new country are to be addressed. Forced migration is accompanied by a series of losses, insecurities and distresses that*

---

**Avtorica:** Sanja Cukut Krilić

**Znanstveni in strokovni naziv:** doktorica socioloških znanosti, znanstvena sodelavka

**Inštitucija/zaposlitev, naslov:** ZRC SAZU, Družbenomedicinski inštitut,  
Novi trg 2, 1000 Ljubljana

**E-naslov:** sanja.cukut@zrc-sazu.si

**DOI:** [https://doi.org/10.3986/9789610506768\\_13](https://doi.org/10.3986/9789610506768_13)

*can be among the risk factors for the prevalence of mental health difficulties. In this respect, the text addresses the issue of stigma from the viewpoint of cultural and structural barriers of help seeking for mental health difficulties. It also presents suggestions for improved treatment of mental health difficulties among this group of the population.*

**Keywords:** *refugees, forced migration, stigma, mental health, mental health difficulties*

## 1 UVOD

Zlasti v zadnjem desetletju se v Evropi srečujemo z naraščajočim številom ljudi, ki iščejo mednarodno zaščito, kar je posledica dolgotrajnih oboroženih konfliktov in politične nestabilnosti v državah, kot so Sirija, Afganistan, Irak, Somalija, Eritreja in od nedavnega Ukrajina. Glede na to, da je izkušnja vojne in preganjanja eden od pomembnejših dejavnikov tveganja za poslabšanje duševnega zdravja (Satinsky in sod., 2019), ni presenetljivo, da so tematiko migracij, duševnega zdravja in pomena psihosocialne podpore tem ljudem izpostavile tudi mednarodne organizacije na področju migracij (npr. IOM – Mednarodna organizacija za migracije in UNHCR – Visoki komisariat Združenih narodov za begunce) kot tudi zdravja (npr. WHO – Svetovna zdravstvena organizacija) (Ventevogel in sod., 2015).

Begunci in begunke<sup>1</sup> so izpostavljeni travmatičnim dogodkom, preden so zapustili domačo državo, med samo potjo in med življenjem v državi, v katero so pribežali. Doživljajo npr. dolgotrajne vojne, politično nestabilnost, mučenje, aretacije, izvensodne poboje, fizično in spolno nasilje, izgube najbližjih (Paudyal in sod., 2021; Shannon in sod., 2015). Tudi med samo migracijo oz. potjo izkušajo negotovost, pomanjkanje zanesljivih informacij in različne oblike nasilja. V državi priselitve se srečujejo z različnimi oblikami stigmatizacije in diskriminacije, z

---

1. Pri tem se zavedamo morebitne problematičnosti izraza begunec/-ka, saj zaradi vedno bolj omejevalnih migracijskih in begunskih politik nacionalne države zaostrujejo tudi dostop do samega statusa begunca/-ke. To pomeni dolgotrajne statuse prosilcev/-k za azil ali v primeru zavrnjenih prošenj za azil status nedokumentiranih migrantov/-k, kar še povečuje negotovost te skupine. Hkrati v javnem in političnem govoru zaznavamo vedno bolj prisotno razlikovanje med t. i. upravičenimi begunci/-kami in tistimi, ki so gledani »zgolj kot ekonomski migranti«, in posledično naraščajoč nadzor nad ljudmi na poteh. Zaradi večje jasnosti besedila tu govorimo o beguncih/-kah, četudi številni v pravnem smislu nimajo priznanega tovrstnega statusa. Med različnimi pravnimi statusi pogosto ne razlikujemo niti študije, ki govorijo o tej skupini ljudi.

izključevalnimi politikami, s pogosto odklonilnim odnosom lokalnega prebivalstva, s slabimi in negotovimi življenjskimi pogoji v segregiranih begunskih oz. azilnih centrih in drugih namestitvah ter z omejenimi možnostmi zaposlitve in izobraževanja (Bäärnhelm in sod., 2017; Bhugra in Gupta, 2010; Kirmayer in sod., 2011; Slobodin in sod., 2018).

Steel in sod. (2009) so v metaanalizi študij, ki so obravnavali PTSM (posttravmatsko stresno motnjo) in depresijo med begunci in begunkami poročali, da sta med begunci in begunkami PTSM in huda depresija med najpogostejšimi duševnimi motnjami. Kot najpomembnejša dejavnika tveganja za pojavnost duševnih motenj je raziskava opredelila izkušnjo mučenja in kumulativno izpostavljanje travmi. Nedavni (Satinsky in sod., 2019) sistematični pregled študij o uporabi in dostopu do storitev na področju duševnega zdravja in psihosocialne podpore med begunci/-kami in prisilci/-kami za azil v državah Evropske unije in Evropskega gospodarskega prostora je pokazal razkorak med potrebami beguncev/-k in med dostopanjem do služb na področju duševnega zdravja oz. njihovo uporabo. Avtorice in avtorji pregleda so poudarili, da obstajajo preliminarni indici, da begunci/-ke in prisilci/-ke za azil s težavami v duševnem zdravju pogosteje uporabljajo službe (med drugim tudi urgentne službe) zaradi težav oz. simptomov, ki jih prevladujoče povezujemo s telesnimi boleznimi. Stigmo so identificirali kot eno od večjih ovir za iskanje pomoči v primeru težav, med tovrstnimi ovirami pa so navedli še jezikovne ovire, kulturne razlike v izražanju simptomov, razkorak med pričakovanji pacientov in pacientk in ponudniki storitev na področju duševnega zdravja, pomanjkanje znanja o dostopnih storitvah in kulturne razlike v načinih iskanja pomoči.

V tem oziru so begunci in begunke zagotovo ena od ranljivih skupin za pojavljanje težav v duševnem zdravju. Izkušnja prisilne migracije je pogosto povezana z različnimi oblikami travme, negotovosti, strahu in izgub, tako fizičnih (izguba doma, družinskih članov in sorodnikov) kot tudi simbolnih (izguba jezika, kulturnih kodov in tradicij). Pri tem niso pomembne le njihove izkušnje v državi izvora in morebitne izkušnje nasilja na poti, temveč tudi stigmatizacije in diskriminacije, ki jih doživljajo v novi državi in lahko v medsebojnem součinkovanju vplivajo na njihovo doživljanje duševnih stisk.

Ambicija pričujočega besedila je raziskati dejavnike, ki lahko pri tej skupini prebivalstva vplivajo na prepoznavo težav v duševnem zdravju in na iskanje pomoči. Osredotočamo se zlasti na stigmo, ki spremlja težave v duševnem zdravju, na dostop do pomoči in na kulturne norme in prakse, ki lahko določenim skupinam prebivalstva otežujejo iskanje pomoči. Zatrjujemo, da gre pri doživljanju stigme in diskriminacije za medsebojni preplet različnih

dejavnikov, kot so pomen spola, religije, etnične skupine, pravnega statusa v novi državi, ekonomskega položaja itn., ki sooblikujejo kompleksen splet individualno raznolikih okoliščin, v katerih se znajde ta skupina prebivalstva. Pri tem se opiramo na rezultate sistematičnih pregledov tematik stigme beguncev in begunk in težav v duševnem zdravju kot tudi na bolj partikularne raziskave na izbranih skupinah beguncev in begunk (definiranih npr. po spolu, etnični pripadnosti ali državi izvora). V drugem delu besedila naslovimo možnosti za izboljšano obravnavo njihovih duševnih stisk.

## **2 OVIRE PRI ISKANJU POMOČI PRI BEGUNCIH IN BEGUNKAH**

Zlasti v zadnjih dveh desetletjih je v Evropi in ZDA naraslo število raziskav, ki so proučevale tematiko stigme, iskanja pomoči in težav v duševnem zdravju med begunci in begunkami. Pri tem so analizirale tako ovire, ki za iskanje pomoči obstajajo v skupnostih beguncev in begunk kot tudi v sociopolitičnih in ekonomskih ureditvah držav, v katere so prebežali. S tem večina raziskav sledi proučevanju ne le bolj psihološko utemeljenih dejavnikov, temveč tudi strukturnih dejavnikov, ki ljudem preprečujejo oz. otežujejo poiskati pomoč.

Na Škotskem so z metodo fokusnih skupin izvedli obsežno raziskavo med prosilci/-kami za azil in begunci/-kami (skupno 101 oseba) iz 17 različnih držav izvora o njihovih pogledih na stigo, ki je povezana s težavami v duševnem zdravju (Sherwood, 2008). Med glavnimi vzroki za težave v duševnem zdravju je večina udeležencev/-k navedla skrbi in pritiske v vsakdanjem življenju, ki so povezani s tem, da so prosilci/-ke za azil oz. begunci/-ke, in z negativnim vplivom samega azilnega procesa. Stigmatizirajoče vedenje, npr. izogibanje, govornice, zavračanje in označevanje, so zaznale vse v raziskavo vključene skupine. Kot enega od pomembnih razlogov za tako vedenje so navedli, da ne poznajo zakonodaje na področju težav v duševnem zdravju. Posledično ljudem s težavami včasih ne želijo pomagati, da ne bi tudi sami zapadli v težave. Hkrati so do ljudi s tovrstnimi težavami v Veliki Britaniji praviloma zaznali večjo stopnjo sprejemanja, kot to velja za države, iz katerih so prihajali. Nekateri so slabše duševno zdravje razlagali tudi kot posledico pretirane ali premajhne religioznosti. Navedli so tudi jezikovne ovire in nezaupanje do tolmačev/-k (glede kompetenc kot tudi zaupnosti), nezadosten dostop do storitev na tem področju in stigo in sram, ki sta povezana s težavami v duševnem zdravju. Če so težave blažje, so sodelujoči in sodelujoče večinoma povedali, da poiščejo pomoč pri družini in v prijateljskih krogih, četudi so bile za nekatere težava govornice znotraj skupnosti. Hkrati so

številni povedali, da bi verjetneje iskali pomoč nekoga, ki prihaja iz iste države kot oni. Ena od ključnih težav pri iskanju pomoči je bil tudi njihov vtis, da znotraj služb na področju duševnega zdravja obstaja institucionalni razisem.

Kvalitativna raziskava med 21 prisilnimi migranti in migrantkami v Londonu, ki so bili izbrani glede na različne sociodemografske značilnosti (starost, spol, pravni status, etnična skupina, religija, družbeni razred) (Palmer in Ward, 2007) je potrdila tovrstno kontradiktorno vlogo skupnosti. Skoraj polovica sodelujočih je povedala, da so travmatični dogodki v državi izvora pripomogli k njihovemu slabšemu duševnemu zdravju, dva pa sta poročala o travmatičnih dogodkih, ki so jih doživeli v Londonu. Kar 15 jih je izrazilo skrb glede zaupnosti in strah pred tem, da bo njihova skupnost izvedela, da imajo težave v duševnem zdravju. Vsi so povedali, da so zaradi svojih težav doživljali določeno stopnjo napetosti, nekateri so v zvezi s tem govorili o sramu, osem pa jih je eksplicitno povedalo, da v njihovih skupnostih obstaja stigma, ki je vezana na težave v duševnem zdravju. Identificirali so tudi nekatere družbeno-ekonomske dejavnike, ki so pripomogli k njihovemu slabšemu duševnemu zdravju. Pomanjkanje primerne nastanitve je bilo omenjeno kot eden od pomembnejših vzrokov za pojavljanje duševnih stisk, poleg samega procesa migracije, negotovosti statusa, finančnih težav, ovir pri zaposlovanju in težav z jezikom. Posebej so izpostavili, da je zaradi stresa, ki je povezan z migracijo, v nekaterih skupnostih težava samomor. Breme njih tudi občutek pomanjkanja nadzora nad situacijo, ki lahko vodi v naučeno nemoč oz. začarani krog občutka nemoči.

Devet beguncev in begunk iz Somalije iz okrožja Camden v Londonu je sodelovalo v nadaljnji raziskavi (Palmer, 2007), ki se je osredotočila na vpliv stigme in psihosocialne podpore na duševno zdravje te skupine. Vsi sodelujoči so travmatične izkušnje v Somaliji identificirali kot dejavnik, ki je prispeval k njihovemu slabšemu duševnemu zdravju, hkrati pa so v skladu s prejšnjo študijo navajali tudi socialne in ekonomske ovire, zlasti neprimerno in negotovo namestitve in splošen občutek deprivacije. Migracijski sistem in kompleksnost in negotovost pravnega statusa so dodatno prispevali k njihovim duševnim stiskam. Kar osem jih je povedalo, da koncepti stresa in depresije v Somaliji ne obstajajo in da so ljudje gledani ali kot nori ali kot razumni. To vpliva na odnos skupnosti do tovrstnih težav in je lahko ena od ovir za dostop do ustrezne pomoči.

Leta 2014 so v ZDA izvedli velik akcijsko raziskovalni projekt, kjer so želeli razviti bolj kulturno utemeljene načina prepoznavanja težav v duševnem zdravju za novo prispelle begunce in begunke (Shannon in sod., 2015). Izvajali so fokusne skupine z begunkami in begunci iz Somalije, Butana in pripadnicami

in pripadniki etničnih skupin Karen (Azija) in Odomo (prevladujoča etnična skupina v Etiopiji). Raziskovalke so ovire za pogovor o težavah v duševnem zdravju v teh skupnostih razvrstile v sedem skupin: zgodovina politične represije, strah, prepričanje, da pogovor o teh tematikah ne pomaga, ker so vsi člani/-ce skupnosti doživeli podobne stvari, pomanjkanje znanja o duševnem zdravju, izogibanje simptomom, bolečim spominom in opomnikom na trpljenje, kulturni dejavniki. Za skupine, ki so leta molčale o svojih izkušnjah in trpljenju, pri čemer je šlo pogosto za »utišanje« celotne (etnične) skupnosti, je pogosto tudi takrat, ko so na varnem, težko govoriti o trpljenju, ki so ga doživeli. Bojijo se izraziti svoje občutke, tega, da se bodo z razkritjem odtujili in izolirali od skupnosti, da jih bodo odpeljali v bolnišnico in ločili od družin, da jim ne morejo pomagati, strah jih je pomanjkanja zaupnosti in zaupanja znotraj skupnosti. Sram so ženske izražale zlasti v zvezi z izkušnjo posilstva. Nekatere so poudarile tudi, da zaradi kulturnega ozadja niso želele govoriti o določenih tematikah. Sodelujoče in sodelujoči so izpostavili tudi težavo dostopa do pomoči, pomanjkanje znanja o težavah v duševnem zdravju in storitvah v njihovih skupnostih. Raziskovalke so na podlagi rezultatov opozorile, da lahko pogovor o težkih izkušnjah deluje terapevtsko, a je hkrati lahko izjemno neprijeten in sproži simptome duševnih stisk. Prav tovrstni simptomi so po njihovem mnenju poleg stigme, ki spremlja težave v duševnem zdravju, pomembna ovira pri iskanju pomoči. Tudi Kirmayer in sod. (2011) so v pregledu študij o težavah v duševnem zdravju migrantov/-k in beguncev/-k poudarili, da izpostavljenost nasilju in PTSM zlasti pri begunkah v kliničnih okoljih pogosto nista naslovljena oz. ustrezno obravnavana.

Nedavna raziskava (Refugees, mental health and stigma in Scotland, 2016) med pripadniki in pripadnicami treh najbolj številčnih etničnih manjšin na Škotskem (kitajska, pakistanska in indijska) je med drugim preučevala stigmo v primeru težav v duševnem zdravju tako v teh skupnostih kot tudi zunaj njih. V vseh proučevanih skupnostih so bile težave v duševnem zdravju praviloma razumljene kot posledica kombinacije stresnih dejavnikov, kot so ekonomska prikrajšanost, socialna izolacija in pritiski, in odgovornosti, vezane na družino. Kitajci in Kitajke so npr. s tem v zvezi pogosto govorili o »življenjskih pritiskih«. Zlasti tisti, ki so se na Škotsko preselili šele nedavno, so poročali o neprimerni namestitvi, jezikovnih ovirah in izkušnji rasističnega izključevanja kot dejavnikov slabšega duševnega zdravja. Udeleženci in udeleženke raziskave depresije in anksioznih motenj praviloma niso videli kot prevladujočih medicinskih stanj, temveč bolj kot odgovor na družbene težave, krizo verovanja ali zgolj kot »del življenja«. Poročali so tudi o pogosti stigmatizaciji ljudi s težavami v duševnem zdravju znotraj svojih etničnih skupnosti. Stigmatizacijo so pogosto povezovali s kulturnimi in religioznimi prepričanji o vzrokih za težave, npr. z idejo o krivdi

in duševni motnji kot kazni za pretekle grehe ali s prepričanjem o genetskem prenosu duševnih motenj med posameznimi generacijami.

Na delu je torej medsebojno součinkovanje strukturne stigme, ki je posledica rasizma in družbene izključenosti teh skupin, in stigme, ki je povezana s težavami v duševnem zdravju. Gre za dvojno diskriminacijo te skupine ljudi. Velik pomen, ki ga praviloma pripisujejo razširjeni družini v teh skupnostih, lahko dodatno prispeva k skrivanju težav zaradi ohranitve družinske časti. Prav občutek sramu, povezan s težavami v duševnem zdravju, je bil med pripadniki in pripadnicami vseh treh etničnih skupin omenjen kot najpogostejše čustvo. S tem v zvezi so raziskovalci in raziskovalke opozorili na izraženost t. i. stigme po povezavi znotraj teh skupnosti – na dejstvo, da so tudi družina in druge osebe, ki se jih povezuje z osebo s težavami, stigmatizirani, kar je lahko še dodatna ovira pri dostopanju do programov pomoči. Paudyal in sod. (2021) so v raziskavi s polstrukturiranimi pogovori z begunci in begunkami iz Sirije opozorili, da so izguba, ločitev od ljubljenih oseb in nostalgija za domovino zanje pogosto vir psiholoških stisk. Prevladujoče so verjeli, da je najbolje biti »sam svoj zdravnik« in so se za zdravljenje in uteho obračali k veri, ritualom, naravi in hobijem. Poudarili so stigmo, jezikovne ovire in strah, da jih »nihče ne bo razumel«, kar je poudarilo kar nekaj sogovornikov in sogovornic. Raziskovalci in raziskovalke so poudarili tudi, da je v Siriji praviloma družbeno sprejemljivo govoriti o čustvenem trpljenju, a da oznaka tovrstnih stanj z medicinskimi termini lahko poveča stigmo in sram prizadetih.

### **3 KAKO ZMANJŠEVATI STIGMO ZARADI TEŽAV V DUŠEVNEM ZDRAVJU?**

Raziskave, ki so obravnavale stigmo med begunci in begunkami, so podale tudi nekatere predloge za njeno zmanjševanje in pri tem naslovile tako značilnosti skupnosti begunk in beguncev kot tudi strukturne ovire, ki nekaterim ljudem otežujejo dostop do ustreznih oblik pomoči.

Udeleženci in udeleženke že omenjene raziskave o begunstvu, duševnem zdravju in stigmati na Škotskem so bili pozvani tudi k evalvaciji tedaj potekajoče kampanje proti stigmati (Refugees, mental health and stigma in Scotland, 2016). Njeno ocenjevanje je dodatno opozorilo na praktične in konceptualne šibkosti tovrstnih aktivnosti za zmanjševanje stigme. Materiali kampanje so bili na voljo le v angleškem jeziku, posreden in subtilen jezik pa je bil včasih za pripadnice in pripadnike etničnih manjšin težje razumljiv. Izpostavili so tudi pomanjkanje slikovnih materialov, ki bi prikazovali ljudi različnih ras, in dejstvo, da televizijski

prikazi in pripovedi prostovoljk in prostovoljcev z izkušnjo težav v duševnem zdravju niso prikazovali ljudi iz različnih etničnih skupin. Materiali niso v zadostni meri dosegli teh skupnosti, saj so jih delili predvsem na sestankih lokalnih svetov in v zdravstvenih ustanovah, redkeje pa npr. v verskih in kulturnih centrih znotraj skupnosti. Udeleženke in udeleženci raziskave so predlagali tudi sodelovanje s televizijskimi in radijskimi postajami, ki oddajajo v več jezikih, in uporabo pozitivnega in enostavnejšega jezika. Izpostavili so tudi pomen osebnega stika in delovanja znotraj skupnosti (tudi v sodelovanju z npr. verskimi voditelji in delodajalci), kar je zlasti pomembno za ljudi z dolgimi delavniki.

Tudi raziskava med prisilnimi migranti in migrantkami v Londonu (Palmer in Ward, 2007) je kot potencialni primer dobre prakse v zmanjševanju stigme identificirala skupine znotraj skupnosti, ki lahko delujejo kot nekakšen vezni člen med posamezniki, ki imajo težave, in institucijami znotraj zdravstvenega sistema. Kurdska organizacija Derman je npr. oblikovala kulturno kompetentne svetovalne storitve, ki so jih vodili dvojezični Kurdi, ki so tudi sami imeli znanje o duševnem zdravju v medkulturni perspektivi. Njihova dvojezičnost je zmanjšala kar nekaj stresa, povezanega s težavami v duševnem zdravju in spremljajočo stigmo. Izpostavili so, da jim družina in prijatelji/-ce najbolj pomagajo pri duševnih stiskah, in poudarili vlogo praktičnih oblik pomoči, kot so svetovalni centri, pomoč in podpora pri iskanju ustreznih informacij. Tudi begunci in begunke iz Somalije so v nadaljevalni študiji Palmerja (2007) navedli, da sta zanje praktična pomoč in podpora, npr. pri iskanju namestitve ali zagotavljanju dohodka, izjemnega pomena. Hkrati so opozorili na pogosto kontradiktorno vlogo (etnične) skupnosti kot možnega izvora stigme in zmanjšane zaupanja v primeru težav v duševnem zdravju. Tudi že omenjena raziskava Shannon in sod. (2015) in raziskava na Škotskem (Sherwood, 2008) sta izpostavili pomen vzpostavitve zaupanja in zaupnosti, npr. med tolmači/-kami in begunci/-kami.

Xin (2020) je v metaanalizi študij, ki so obravnavale programe za zmanjševanje stigme med begunkami in begunci v ZDA in drugih državah, navedel pet ključnih načinov, kako to lažje dosežemo. Izpostavil je pomen kulturno primernih izobraževalnih programov, ki bi zviševali pismenost o duševnem zdravju in spremenili stališča in percepcije te skupine. Opozoril je na pomen tako neformalnih (družina, prijatelji/-ce, sodelavci/-ke) kot tudi formalnih omrežij (strokovnjaki/-nje na področju duševnega zdravja) za podporo in spodbudo beguncem in begunkam s težavami v duševnem zdravju. Poudaril je pomen kulturnih kompetenc strokovnjakov in strokovnjakinj, ki delajo z njimi, in pomen šol in skupnostnih/etničnih organizacij tako pri zagotavljanju varnega in lažjega dostopa do storitev kot tudi večjega osveščanja in destigmatizacije duševnih



težav znotraj skupnosti. Ne nazadnje je opozoril tudi na pomen spremembe širših družbenih norm glede težav v duševnem zdravju in na dejstvo, da tovrstni programi za skupino beguncev in begunk še niso razviti v zadostni meri.

## 4 ZAKLJUČEK

Pregled nekaterih ključnih ovir pri iskanju pomoči v primeru težav v duševnem zdravju je pokazal, da se socialno-politične, kulturne in ekonomske značilnosti tako okolij, iz katerih prihajajo begunci in begunke, kot tudi držav, v katere so pribežali, na raznolike načine izražajo v njihovih duševnih stanjih in odzivih. Četudi namen besedila ni bil odgovoriti na vprašanje, ali je med begunci in begunkami več težav v duševnem zdravju, kot to velja za t. i. splošno populacijo, in nismo naslovili razlik med posameznimi etičnimi skupinami in znotraj njih, se je pokazalo, da so begunci in begunke izpostavljeni različnim oblikam ranljivosti, ki so različne glede na spol, etnično pripadnost, migracijski oz. pravni status ipd.

Premislek o duševnem zdravju begunk in beguncev torej presega zgolj proučevanje kulturnih značilnosti in posebnosti določenih – praviloma etnično opredeljenih – skupin beguncev in begunk. Izpostavljanje določenih »kulturnih značilnosti in specifik« držav, iz katerih prihajajo begunke in begunci in posledično potreba po razvijanju t. i. kulturnih kompetenc strokovnih delavk in delavcev, ki prihajajo z njimi v stik, namreč spregleda notranjo raznolikost tako zamišljenih »nacionalnih kultur« (Cukut Krilič, 2019). Nadalje se je pokazalo, da socialne in ekonomske neenakosti pomembno vplivajo na doživljanje duševnih stisk. Ko razmišljamo o primernih storitvah in oblikah pomoči in skrbi na področju duševnega zdravja, je na mestu premislek o nastanitvi, zaposlitvi in delovnih pogojih, družabnem življenju, pravnemu statusu in dostopu do različnih storitev za različne skupine ljudi (Palmer, 2007), kar so izpostavile tudi raziskave o ovirah za iskanje pomoči med begunci in begunkami. Bolj kot o individualnih lahko torej govorimo o strukturnih ranljivostih določenih skupin prebivalstva. Tozadevno je pomembno ne le na individualni, temveč tudi na sistemski ravni nasloviti trpljenje in travme, ki so jih doživele žrtve oz. cele skupnosti beguncev in begunk. Povedano s primerom: priznavanje političnih ciljev spolnega nasilja v vojnah in v tem oziru politične narave dejanj povzročiteljev tovrstnega nasilja je pomembno za afirmacijo pravičnosti ne le za individualne žrtve, temveč tudi za celotne skupnosti (Shannon in sod., 2015), a vendarle pri tem ne pozabimo, da imajo begunci in begunke ne le svojo osebno zgodovino, temveč lahko tudi sedanje okoliščine doživljajo kot težavne, celo travmatične. Kadar je migracija prepoznana kot travmatičen življenjski dogodek, je torej pomembno razumeti

dejavnike, ki travmo povečujejo oz. zmanjšujejo. Hkrati je pomembno zavedanje, da imajo ljudje različne načine opisovanja duševnih stisk, ki morda niso v skladu z opisi zahodne medicine, ali pa take opise vidijo kot izvor povečane stigme in sramu. Stigmatizacija in diskriminacija v družbi sprejema sta med pomembnimi dejavniki, ki negativno vplivajo na življenja beguncev in begunk in lahko prispevajo k retravmatizaciji te skupine ljudi. Zdi se, da je v okoliščinah naraščajočega protimigrantskega razpoloženja in vedno bolj selektivnih in omejevalnih politik sprejema posameznih skupin, ki iščejo mednarodno zaščito, to dejstvo prepogosto spregledano.

## Literatura

- Bäärnhelm, S., Laban, K., Schouler-Ocak, M., Rousseau, C. in Kirmayer, L. Mental health for refugees, asylum seekers and displaced persons: A call for a humanitarian agenda. *Transcultural Psychiatry*. 2017; 54(5-6): 565–574.
- Bhugra, D. in Gupta, S. Introduction: setting the scene. V: Bhugra, D. in Gupta, S., ur. *Migration and Mental Health*. Cambridge: Cambridge University Press; 2010: 1–14.
- Cukut Krilić, S. Duševno zdravje v kontekstu sodobnih migracij. V: Šprah, L., ur. *Z več znanja o motnjah razpoloženja do izhodov iz labirintov*. Ljubljana: Založba ZRC, ZRC SAZU; 2019: 245–253.
- Kirmayer, L. J., Narasiah, L., Munoz, M., Rashid, M., Ryder, A. G., Guzder, J. in sod. Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. *CMAJ*. 2011; 183(12): 959–967.
- Palmer, D. Caught between inequality and stigma: the impact of psychosocial factors and stigma on the mental health of Somali migrants in the London Borough of Camden. *Diversity in Health and Social Care*. 2007; 4: 177–191.
- Palmer, D. in Ward, K. »Lost«: listening to the voices and mental health needs of forced migrants in London. *Medicine, Conflict and Survival*. 2007; 23(3): 198–212.
- Paudyal, P., Tattan, M. in Cooper, M. J. F. Qualitative study on mental health and well-being of Syrian refugees and their coping mechanisms towards integration in the UK. *BMJ Open*. 2021. Dostopno na: <https://bmjopen.bmj.com/content/11/8/e046065> (citirano 1. 7. 2022).
- Refugees, Mental Health and Stigma in Scotland. 2016. Dostopno na: <https://www.mentalhealth.org.uk/sites/default/files/Anti-stigma%20briefing.pdf> (citirano 3. 7. 2022).
- Satinsky, E., Fuhr, C. D., Woodward, A., Sondorp, E. in Roberts, B. Mental health care utilisation and access among refugees and asylum seekers in Europe: A systematic review. *Health Policy*. 2019; 123: 851–863.
- Shannon, P. J., Wieling, E., Simmelink-McCleary, J. in Becher, E. Beyond Stigma: Barriers to Discussing Mental Health in Refugee Populations. *Journal of Loss and Trauma*, 2015; 20(3): 281–296.

- Sherwood, L. Sanctuary – Mosaics of Meaning: Exploring Asylum Seekers and Refugees Views on the Stigma Associated with Mental Health Problems, Final Report. 2008. Dostopno na: <https://www.scottishrefugeecouncil.org.uk/wp-content/uploads/2019/10/Sanctuary-Mosaics-of-Meaning-Exploring-Asylum-Seekers-and-Refugees-Views-on-the-Stigma-Associated-with-Mental-Health-Problems.pdf>
- Slobodin, O., Ghane, S., De Jong, J. T. V. M. Developing a culturally sensitive mental health intervention for asylum seekers in the Netherlands: a pilot study. *Intervention*. 2018; 16(2): 86–94.
- Steel, Z., Chey, T., Silove, D., Marnane, C., Bryant, R. A. in Van Ommeren, M. Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement. *Journal of the American Medical Association*. 2009; 302: 537–549. (citirano 28. 6. 2022).
- Ventevogel, P., Schinina, G., Strang, A., Gagliato, M. in Hansen, J. L. Mental Health and Psychosocial Support for Refugees, Asylum-seekers and Migrants on the Move in Europe, A multi-agency guidance note. 2015. Dostopno na: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0009/297576/MHPSS-refugees-asylum-seekers-migrants-Europe-Multi-Agency-guidance-note.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/297576/MHPSS-refugees-asylum-seekers-migrants-Europe-Multi-Agency-guidance-note.pdf) (citirano 1. 7. 2022).
- Xin, H. Addressing Mental Health Stigmas among Refugees: A Narrative Review from a Socio-Ecological Perspective. *Universal Journal of Public Health*. 2020; 8(2): 57–64.

---

Prispevek je nastal delno v okviru projekta »Težave v duševnem zdravju migrantk\_ov: izkušnje prepoznavne in obravnave« (trajanje projekta: 1. 10. 2021 - 30. 9. 2024), ki ga sofinancira Agencija Republike Slovenije za raziskovalno dejavnost (spletna stran projekta: <https://dmi.zrc-sazu.si/sl/programi-in-projekti/tezave-v-dusevnem-zdravju-migrantkov-izkusnje-prepoznave-in-obravnave>).



# DEMENCA IN STIGMA

## Dementia and stigma

Lucija Grkman, Nina Mavrič,  
Barbara Lovrečič & Mercedes Lovrečič

### POVZETEK

*Pomanjkljivo znanje in napačna prepričanja o različnih vidikih bolezni demence v splošni javnosti predstavljajo ključne dejavnike, ki pripomorejo k stigmati. Ob tem je pomemben družbeni pogled in odnos do te bolezni. Posledice stigme občutijo tako bolniki kot njihovi svojci.*

*S pomočjo podatkovne baze PubMed smo izvedli pregled literature v skladu s smernicami PRISMA. Uporabili smo naslednje ključne besede in besedne zveze: general public, knowledge, dementia. Proučili smo glavne ugotovitve glede povezave med znanjem prebivalcev in odnosom do demence ter stigmo.*

#### Avtorice:

Lucija Grkman

**Znanstveni in strokovni naziv:** diplomirana sanitarna inženirka

**Inštitucija/zaposlitev, naslov:** Nacionalni inštitut za javno zdravje, Trubarjeva ulica 2, 1000 Ljubljana

**E-naslov:** lucija.grkman@nijz.si

Nina Mavrič

**Znanstveni in strokovni naziv:** magistrica sanitarnega inženirstva

**Inštitucija/zaposlitev, naslov:** Nacionalni inštitut za javno zdravje, Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana

**E-naslov:** nn.mavric@gmail.com

Barbara Lovrečič

**Znanstveni in strokovni naziv:** primarijka, docentka, doktorica medicinskih znanosti, doktorica medicine, specialistka socialne medicine, specialistka javnega zdravja, svetnica

**Inštitucija/zaposlitev, naslov:** Nacionalni inštitut za javno zdravje, Trubarjeva ulica 2, 1000 Ljubljana

**E-naslov:** barbara.lovrecic@nijz.si

Mercedes Lovrečič

**Znanstveni in strokovni naziv:** primarijka, docentka predmeta psihiatrija, docentka predmeta javno zdravje, doktorica medicinskih znanosti, doktorica medicine, specialistka psihiatrije, svetnica

**Inštitucija/zaposlitev, naslov:** Nacionalni inštitut za javno zdravje, Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana in Zdravstveni dom Izola, Oktobrske revolucije 11, 6310 Izola

**E-naslov:** mercedes.lovrecic@nijz.si

**DOI:** [https://doi.org/10.3986/9789610506768\\_14](https://doi.org/10.3986/9789610506768_14)

*V pregled literature smo vključili 35 objav. Izsledki raziskav kažejo, da se znanje o demenci in odnos do demence razlikuje v različnih skupinah prebivalcev. Več stigme je prisotne med tistimi, ki imajo o demenci manj informacij, so manj izobraženi oz. so to osebe, ki še niso imele osebne stika z osebo z demenco. K stigmati pripomore negativen odnos do bolezni in osebni negativni občutki, kot je povezovanje demence z izgubo samostojnosti, bremenom. K stigmati pri demenci pripomorejo tudi družbena kultura (razvoj stereotipov) in verska prepričanja. Kot pomemben javnozdravstveni izziv smo zaznali povezavo med stigmato demence in starizmom.*

*Splošna populacija ima večinoma zmerno znanje o demenci. Manj znanja vodi tudi v nezaveden stigmatizirajoč odnos, ki se kaže v specifičnih skupinah prebivalcev (manj izobraženi, starostniki, manjšine ...), zato so potrebni ciljno usmerjeni pristopi posredovanja prilagojenih informacij tem skupinam. Demenci se že vnaprej pripisujejo negativne lastnosti, ki jih posamezniki lahko ponotranjijo, in tako se pojavi še samostigma.*

*Pomembno je ustvariti okolje in družbo, ki bo demenci prijazna, obstoječe znanje o demenci pa se bo lahko uporabilo na način, ki bo stigmato dejansko zmanjšal, bolnikom in svojcem pa bi tako podporno okolje omogočalo čim bolj samostojno in dostojno življenje čim dlje. Pomembno je, namreč da oseb, ki jih je demenca prizadela, ne izključujemo iz družbe.*

**Ključne besede:** demenca, stigma, samostigma, starizem, demenci prijazna družba

## **ABSTRACT**

Lack of knowledge and misconceptions about the various aspects of dementia among the general public are key factors contributing to stigma. Social views and attitudes toward this disease are also important. The consequences of stigma are felt by both patients and their relatives.

A review of the literature was performed in the PubMed database using PRISMA guidelines. We used the following keywords and phrases: general public, knowledge, dementia. We examined the main findings regarding the link between general public knowledge and attitudes toward dementia and stigma.

We included 35 publications in the literature review. The results of the review show that knowledge about dementia and attitudes toward dementia differ among different population groups. Stigma is more prevalent among those who have less information about dementia, are less educated, or have never

had personal contact with a person with dementia. Negative attitudes toward the disease and personal negative feelings, such as associating dementia with a loss of independence, a burden, also contribute to stigma. Social culture (the development of stereotypes) and religious beliefs may also contribute to stigma. As an important public health challenge, we have found a link between dementia stigma and ageism.

The general population usually has only moderate knowledge about dementia. Low knowledge can lead to unconscious stigmatising attitudes reflected in certain populations (less educated, elderly, minorities), and targeted approaches are needed to provide tailored information to these groups. Dementia is pre-attributed with negative characteristics that individuals may internalise - which can lead to self-stigma.

It is important to create a dementia-friendly environment and society where existing knowledge about dementia can be used to destigmatize and enable patients and families to live independently and with dignity for as long as possible. It is important that people affected by dementia are not excluded from society.

**Keywords:** *dementia, stigma, self-stigma, ageism, dementia-friendly society*

## 1 UVOD

V povezavi z demenco predstavlja stigma ključni družbeni izziv. Stigma se nanaša na negativna stereotipna prepričanja, čustva in vedenje. Pojavlja se v sami kulturi družbenih skupin in vodi v diskriminacijo in strah javnosti pred demenco (1). Med razlogi so pomanjkanje ozaveščenosti in razumevanje bolezn demence. To lahko osebam z demenco preprečuje iskanje zdravniške pomoči ob pojavu zgodnjih znakov demence, kar onemogoča zgodnjo diagnozo in zdravljenje. To vodi v manj kakovostno življenje, počasnejši razvoj podpornih sistemov in omejuje raziskave na področju demence, saj stigma omejuje tudi sodelovanje v kliničnih študijah (2). Posledice stigme lahko predstavljajo tudi kršenje človekovih pravic oseb z demenco. Osebe, ki jih je prizadela bolezen demence, se lahko počutijo zapostavljene, diskriminirane, pogosteje se soočajo z depresijo, anksioznostjo in nižjo samozavestjo, kar velja tudi za neformalne oskrbovalce oseb z demenco in ostale družinske člane, vse navedeno pa poslabšuje kakovost življenja (1).

## 2 METODE

S pomočjo podatkovne baze PubMed smo opravili sistematični pregled literature, skladno s smernicami metodologije PRISMA (angl. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) (3). Proučevali smo poznavanje demence v splošni javnosti in povezavo s prisotnostjo in vplivom na stigmo. Za iskanje smo uporabili naslednje ključne besede: general public, knowledge, dementia. Vključili smo prispevke objavljene med 1. 1. 2010 in 31. 12. 2021. Izključili smo raziskave na živalskih modelih, študije primerov ali skupin primerov, kliničnih raziskav, upoštevali smo samo objave v angleščini. Ob upoštevanju prvih navedenih kriterijev smo opravili pregled izvlečkov prispevkov.

V prvem pregledu naslovov in izvlečkov smo identificirali prispevke, ki so obravnavali poznavanje splošne javnosti in družbeni ali osebni odnos do demence. V prispevkih, ki smo jih po prvem pregledu identificirali kot ustrezne, smo podrobneje pregledali celotno besedilo in glede na kriterije izključili:

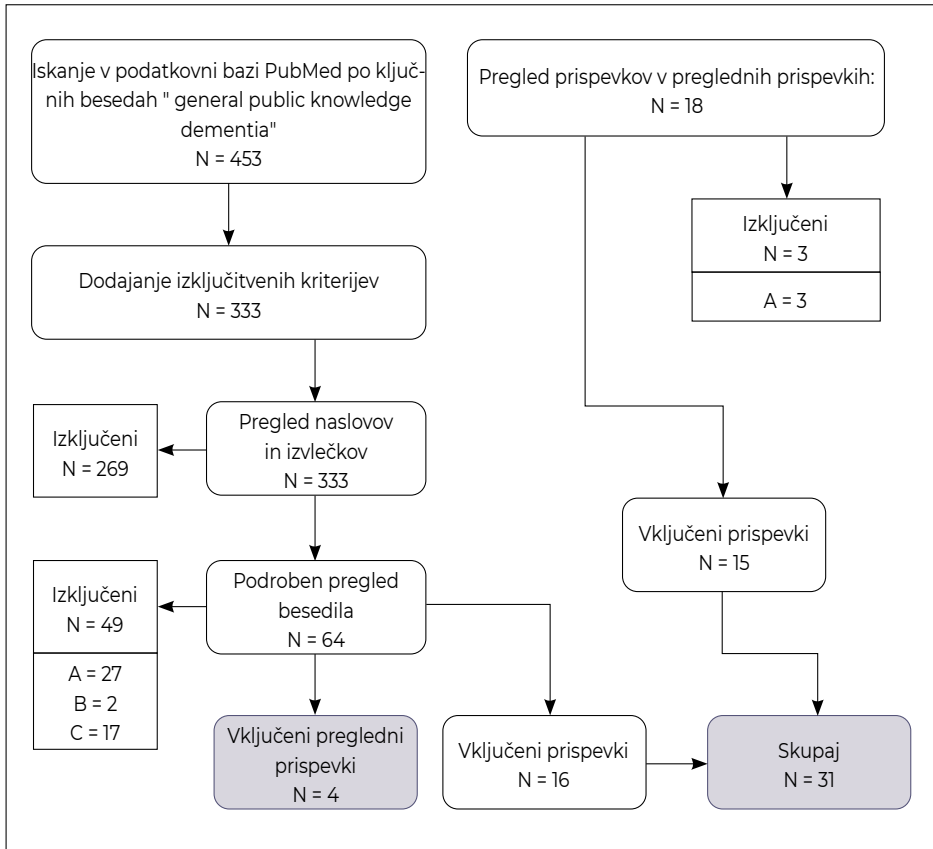
- A. prispevke, ki niso vsebovali poznavanja splošne javnosti o demenci (N = 30),
- B. prispevke, ki niso bili dostopni preko bibliotekarskega sistema pri nas (N = 2),
- C. prispevke, ki so vključevali raziskavo populacije z boljšim splošnim znanjem o demenci (negovalci osebe z demenco, zdravstveni delavci in drugi) (N = 17).

Dodatno pa smo pregledali še 18 prispevkov, ki so bili citirani med pregledanimi znanstvenimi objavami. Podroben shematski prikaz literature prikazuje slika 1.

## 3 REZULTATI

V sistematični pregled literature smo vključili 35 znanstvenih prispevkov, ki se nanašajo na področje Evrope (8–20), Azije (20–29), Avstralije (29–31), Severne Amerike (32–35) in Južne Amerike (36–38). Skupni povprečni delež žensk v obravnavanih študijah je 57 % (8–38). V nadaljevanju besedila pa smo izpostavili ključne ugotovitve v povezavi s stigmo demence.



**Slika 1: Prikaz pregleda literature po metodologiji PRISMA**

### 3.1 Poznavanje demence in stigma

Cahill in sod. so ugotavljali, da splošna javnost izkazuje slabo oz. omejeno do zmerno pismenost o demenci in Alzheimerjevi bolezni (4), enake ugotovitve so bile podane v preglednem prispevku o poznavanju demence v Latinski Ameriki (5). Boljše znanje o demenci se je pokazalo pri bolj izobraženih skupinah ali posameznikih (4, 5, 10, 19, 23, 24, 28, 36, 37) in s tem tudi boljši odnos (5). Pri skupinah z nižjo izobrazbo in pri rasnih in etičnih manjšinah je opazno pomanjkanje informacij in znanja o demenci (4), s tem pa tudi negativen in bolj stigmatizirajoč odnos (5, 29). Avtorji raziskav, opravljenih v Združenem kraljestvu, so ugotavljali, da so simptome demence bolje poznali predstavniki bele rase v primerjavi s temnopoltnimi (12). V brazilski raziskavi so 2,3-krat večjo stopnjo prisotnosti stigme zaznali pri manj izobraženih osebah v primerjavi z bolj izobraženimi (37).

Med ravno znanja o demenci in višjo starostjo se je pokazala negativna povezava (24). Pri starejših se pogosteje kaže pomanjkanje informacij in znanja (4) kot pri mlajših in srednjih starostnih skupinah (13, 16, 17, 19, 23, 34, 36). Nekatere raziskave največ znanja o demenci povezujejo z osebami, ki imajo izkušnje z osebami z demenco (9, 13, 15–17). V nasprotju pa raziskava v Braziliji ne navaja boljšega znanja o demenci pri oskrbovalcih in družinskih članih osebe z demenco (36). Korejska raziskava ugotavlja boljše znanje o demenci pri starejših odraslih brez kognitivne motnje kot pri tistih, ki imajo sami kognitivno motnjo ali demenco. V skupini brez težav s kognicijo je bilo znanje boljše ne le med visoko izobraženimi in mlajšimi, ampak tudi med ženskami brez depresije in pri tistih, ki so v družini imeli primere demence (23).

Avtorji francoske raziskave so ugotavljali, da javnost ima znanje o Alzheimerjevi bolezni, pomanjkljivosti pa so se kazale predvsem pri zmožnosti prepoznave zgodnjih znakov bolezni. Kar 95 % jih je zmotno mislilo, da so težave pri izpolnjevanju administrativnih papirjev in nezmožnost najti pot do doma zgodnji simptomi Alzheimerjeve bolezni (8). Vrzeli v znanju, ki jih je zaznala raziskava v Angliji, se nanašajo predvsem na znanje o poteku bolezni (pri 62 %) in stanjih, ki poslabšajo Alzheimerjevo bolezen, npr. depresija, neustrezna prehrana itd. (pri 59 %) (11). V najvišjem deležu so udeleženci v raziskavah med dejavnike tveganja za nastanek demence označili kognitivne motnje (10), dednost (15, 18, 32, 34) in starost (9, 22, 26, 33, 35). V manjših deležih pa so navajali možgansko kap ali operacijo možganov (22, 23, 24), stres (32, 34) in alkohol (36 %) (8–10, 18). Udeleženci v raziskavah so med ukrepe za preprečevanje demence navedli v najvišjem deležu zgodnje odkrivanje demence (14, 23), kognitivni trening (8, 10, 14, 22, 28, 38), zdrav življenjski slog (10, 22, 19), telesno aktivnost (8–10, 14, 22–24, 28, 31, 32, 34, 36, 38), uživanje zdrave prehrane (8–14, 18, 31, 32, 34, 36, 38), duševno aktivnost (14, 15, 31, 32, 34) in uživanje vitaminov (32, 34).

### 3.2 Odnos do demence in stigma

V dveh raziskavah, izvedenih na Kitajskem, so v splošnem odnos do demence ocenili kot negativen (25, 26). Zaradi stigme bi se četrtnina sodelujočih sramovala diagnoze, tretjina bi diagnozo poskušala prikriti pred drugimi (25), 18 % bi se sramovalo diagnoze demence pri svojcu (26), 80 % pa diagnoze demence ne bi želelo vedeti (25). V nasprotju bi 91 % udeležencev v francoskih raziskavi želelo biti seznanjenih z diagnozo Alzheimerjeve bolezni (8), prav tako je zgodnjemu odkrivanju demence naklonjeno 88 % v raziskavi v Nemčiji (14) in 60 % anketiranih v raziskavi v ZDA (34). Stigma (sram, prikrievanje) negativno vpliva na iskanje zgodnje zdravniške pomoči (25, 26).

Demenca vzbuja vrsto negativnih občutkov. V primeru francoske raziskave kar 93 % prebivalcev meni, da je Alzheimerjeva bolezen uničujoča za družino (8), 77 % v kitajski raziskavi je prepričan, da je oseba z Alzheimerjevo boleznijo breme za družino, 21 % pa jih navaja, da osebe z Alzheimerjevo boleznijo nimajo smisla življenja (25). 46 % udeležencev raziskave v Savdski Arabiji verjame, da je oseba z Alzheimerjevo boleznijo breme za družino in povzročča psihološki in socialni stres. Več kot polovica udeležencev (56 %) meni, da oseb z Alzheimerjevo boleznijo ne bi smeli sprejeti v institucionalno oskrbo (dom starejših občanov) (21). Negativni občutki glede demence se pojavljajo tudi pri mlajši (študentski) populaciji. Povezani so s stereotipi o demenci, kot sta odgovornost do osebe z demenco in nevarnost, negativnimi čustvenimi odzivi in zdravljenjem oseb z demenco brez privolitve (t. i. prisilno zdravljenje). Po drugi strani so beležili tudi pozitivne čustvene odzive, kot je težnja k pomoči osebi z demenco (20). Bolj negativen pogled na demenco izražajo tisti, ki imajo o bolezni več splošnega znanja, in tisti, ki so manj seznanjeni z dejavniki tveganja za demenco (18). Več znanja o demenci lahko vzpodbudi več negativnih občutkov. Osebe z več znanja manj verjamejo, da imajo bolniki z demenco visoko kakovost življenja, hkrati so manj skeptični glede potrebe zgodnjega odkrivanja demence (15). Osebe, ki so že bile v direktnem stiku z demenco (družinski člani, oskrbovalci), izkazujejo večjo mero zaskrbljenosti, da bi lahko zboleli za demenco (16). Odpor do demence, ki jo lahko dojemamo kot predhodnik stigme, je obratno povezana z znanjem in stikom z demenco – znanje o demenci in osebni stik z nekom, ki ima demenco, ne vzpodbudi vedno sočutnih odzivov. Kot primer v raziskavi med drugim navajajo trditev, da je potrebna visoka stopnja nadzora že za osebe z zgodnjo fazo demence, kar kaže na osebne odzive glede demence (18). Približno 30 % udeležencev v raziskavi v Savdski Arabiji meni, da družba stigmatizira osebe z Alzheimerjevo boleznijo. Stigma glede bolezni je prisotna ne glede na izkušnjo bolzni v družini (21).

### 3.3 Vpliv kulture, verskih prepričanj in stigma

Kulturološka in verska prepričanja pomembno vplivajo na oblikovanje prepričanj in stališč posameznika glede zdravstvenega stanja. Stigma ni vezana samo na bolnika, ampak tudi na njegovo družino. Kulturološka stigma je lahko razlog za kasneje postavljeno diagnozo in zamude pri zdravljenju demence. Podatek iz raziskave v Savdski Arabiji kaže, da je 17,5 % udeležencev raziskave menilo, da je demenco mogoče zdraviti z recitiranjem Korana (21). Izsledki raziskave na Kitajskem pa ponazarjajo, da so se v skupino z boljšim poznavanjem in odnosom do demence poleg tistih, ki poznajo osebe z demenco, uvrstili tisti, ki niso budistične, hinduistične ali taoistične veroizpovedi (25). Vpliv verskih in

moralnih prepričanj je vplival na prisotnost stigme tudi v brazilski raziskavi, saj je 42 % udeležencev potrdilo negativne stereotipe, 35,5 % predsodke, 14,8 % pa diskriminacijo glede demence (37).

### 3.4 Starizem in stigma

Pri osebah, ki se z demenco še niso srečale, je prisotne več stigme, pojavlja se tudi v kombinaciji s starizmom (29). Pogosto je zmotno prepričanje, da je demenca normalni del staranja (5, 6), čeprav si javno zdravje že več desetletji prizadeva za spremembo napačnega prepričanja. Iz našega pregleda literature izhaja, da se je slaba polovica udeležencev raziskav strinjala, da je demenca normalen del staranja (6, 9, 17, 19, 21, 25–27, 30, 35). V francoski raziskavi se je 74 % anketiranih strinjalo, da je v starosti normalno izgubljati spomin (8). Avstralska raziskava kaže, da dve od petih oseb ne poznata dejstva, da demenca ni normalen del staranja (30), na Irskem pa ena od štirih oseb (9). Skoraj 60 % vključenih v raziskavo je bilo zmotno prepričanih, da je upad v spominu enako kot demenca (25). Pojavlja se tudi zmotno prepričanje, da lahko samo starejše osebe zbolijo za demenco – pri 23 % anketiranih v irski raziskavi (9). Izsledki pričajo, da splošna javnost demenco povezuje predvsem s staranjem, hkrati je pomanjkljivo zavedanje, da lahko tveganje za demenco zmanjšamo že v mlajših letih, več kot polovica (56 %) vključenih v nizozemsko raziskavo se npr. ni zavedalo povezave med življenjskim slogom in tveganjem za demenco (10).

### 3.5 Pomen ozaveščanja in izobraževanja

Številni demence ne prepoznajo kot javnozdravstvene prioritete. V avstralski raziskavi je zgolj 7 % navedlo demenco kot eno izmed dveh najpomembnejših zadev, o katerih bi želeli biti informirani (31). Informacije o demenci splošna javnost najpogosteje pridobiva preko spleta (21, 10, 24), televizije (21, 24), radia (24), znancev (21, 24), tiskanih medijev (24) in pri posvetu z zdravnikom (10). Več kot polovica anketiranih meni, da od medijev in javnih ustanov ne prejmejo dovolj informacij o Alzheimerjevi bolezni (27). Pomembo je, da sporočila, intervencije za ozaveščanje in izobraževanje javnosti izpostavljajo pomen zgodnje diagnoze in zdravljenja, saj lahko v nasprotnem primeru le vzpodbujajo strah pred boleznijo. Na pozno diagnozo in zdravljenje lahko vpliva tudi razširjenost zmotnega prepričanja, da so razpoložljiva zdravljenja uporabna le za ohranjanje dobrega počutja oseb z demenco in da ta ne morejo upočasniti napredovanja bolezni (6). Pri izobraževanju je treba vključevati podporo in sodelovanje strokovnjakov in pozitivnih sporočil o zmanjševanju tveganja za demenco, npr. načine za ohranjanje zdravega in kakovostnega življenja. Smiselno je, da so izobraževalni

programi o demenci prilagojeni različnim skupinam prebivalcem, tudi zato ker se med njimi raven znanja razlikuje. Pri oskrbovalcih oseb z demenco, ki so bolj obveščena skupina, je ključno nadgrajevanje znanja (17). Izobraževanje je treba dopolnjevati z intervencijami, ki ustvarjajo podporne družbene procese. Na ta način posamezniki lažje sledijo zastavljenim ciljem in vzdržujejo spremembo vedenja, s tem pa tudi širijo znanje v družbi (7, 17).

## 4 RAZPRAVA

Stigma, povezana z demenco, vključuje kognitivne, čustvene komponente in diskriminatorna stališča, ki jih javnost pripisuje osebam z demenco, najpogosteje zaradi napačnih informacij in prepričanj (29). Škodljiva posledica stigme je lahko tudi diskriminacija pri dodeljevanju sredstev v zdravstvenem, socialnem in pravnem sistemu, kar bi lahko vodilo do manj kakovostne oskrbe oseb z demenco (29).

Povečanje ravni znanja splošne populacije o demenci bi pomagalo pri spopadanju s stigmo demence in omogočilo boljše zadovoljevanje potreb oseb z demenco, njihovih svojcev, predvsem neformalnih oskrbovalcev, ki so največkrat družinski člani (4). Znanje, ki ga posameznik pridobi o določeni bolezni, vpliva na njegov odnos do tega stanja in lastnega zdravja, enako velja v primeru demence. Izsledki raziskav kažejo, da se velik delež splošne javnosti počuti neprijetno ob osebi z demenco, nekateri se odzovejo celo s strahom (39). Odzivi na demenco, tako družbeni kot osebni, so namreč lahko zelo zapleteni. Z osebnega stališča lahko znanje o demenci vzpodbudi več negativnih občutkov, saj je posameznik bolj seznanjen s potekom in možnostjo napredovanja bolezni in dejstvom, da bolezen prizadene ne le bolnika, temveč posredno tudi svojce. V takih primerih lahko posameznik odlaša z obiskom zdravnika v primeru pojava zgodnjih znakov demence zaradi strahu ali zanikanja težav (25, 26). Na ta osebni odnos do bolezni pomembno vpliva stigma v družbi, kar potrjujejo rezultati raziskav (8, 15, 16, 18, 21, 25, 26). Na Kitajskem, kjer je stigma demence bolj razširjena, je mnogo večji delež tistih, ki bi se sramovali diagnoze demence ali te sploh ne bi želeli izvedeti (25). Glede na naš pregled literature so zgodnjemu odkrivanju diagnoze bolj naklonjeni v evropskih državah, npr. v Nemčiji (14) ali Franciji (8), in v ZDA (34).

Stigmatizirajoča stališča so lahko še bolj škodljiva, če se pojavljajo v skupinah, ki se pogosteje srečujejo z osebami z demenco. Stigma pri zdravstvenih delavcih lahko npr. povzroči, da to vpliva na kasnejšo diagnozo in zdravljenje bolnikov. Nekateri splošni zdravniki so lahko zaskrbljeni, da bi z diagnozo demence bolniki izgubili avtonomijo (39). Napačno zaznavanje zgodnjih simptomov demence kot

normalen pojav staranja pri posameznikih, ki imajo kognitivno motnjo, vpliva na kasnejše iskanje pomoči, dodatno negativno vpliva pa zmotno prepričanje, da učinkovitih metod za preprečevanje napredovanja bolezni ni in da diagnoza h ničemur ne pripomore. Čustveni in vedenjski odzivi po postavitvi diagnoze, kot so zanikanje težav, ignoriranje simptomov in prikrivanje vedenja, ohranjajo stigma in jo krepijo (39). Stigma demence se pogosto pojavi skupaj s starizmom. Osebe z demenco tako lahko doživijo socialno izključenost in prikrajšanost za različne storitve tako zaradi starosti kot kognitivne motnje. Osebe z demenco in njihovi oskrbovalci pogosto po diagnozi poročajo o krčenju socialnega kroga, predvsem izgubi prijateljev (41). Posamezniki lahko ponotranjijo pripisane negativne lastnosti, kar označujemo s samostigmo. Tako se v vsakdanjem življenju osebe z demenco pojavljajo strah, frustracije, jeza, žalost, izguba zaupanja, zadrega in sram. Samostigma se kaže tudi v vedenju (zanikanje, prikrivanje bolezni, umik iz družbe) in vsakodnevnih dejavnosti. Samostigma povzroči, da posameznik diskriminira samega sebe (42).

V opravljenem pregledu literature smo ugotovili, da imajo različne skupine prebivalcev različno stopnjo znanja o demenci. Razlike se tako pojavljajo med bolj in manj izobraženimi (4, 5, 10, 19, 23, 24, 28, 29, 36, 37), starejšimi in mlajšimi (4, 13, 16, 17, 19, 23, 24, 34, 36), osebami, ki imajo bližnjega z demenco, in osebami, ki še niso bile v stiku z osebo z demenco (9, 13, 15–17), pri vsem pa poleg znanja na stigma vplivajo še kultura, vera, pripadnost etničnim manjšinam (4, 5, 21, 25, 26, 29, 37) ali pa zgolj osebna čustvena komponenta (8, 15, 16, 18, 20, 21, 25, 26).

Posredovanje informacij mora biti prilagojeno glede na specifičnost posamezne populacije, tako da se znanje in ozaveščenost nadgrajujeta. Poleg samega posredovanja sporočil je ključno, da se ustvarja ustrezno podporno okolje, ki posamezniku in javnosti omogoča, da ukrepe in znanje sprejme in uporabi (6).

## 5 ZAKLJUČEK

Stigma pri demenci je podcenjena problematika, saj je stigma težko raziskovati. Breme stigme pri demenci (ki se uvršča med duševne motnje) se pojavlja v različnih skupinah, v splošni javnosti, pri zdravstvenem osebju, pri osebah s kognitivno motnjo in svojcih oseb z demenco. Posledice stigme vplivajo na kasnejše prepoznavanje bolezni, zamude pri diagnozi in zdravljenju, kar pripomore k slabšemu poteku bolezni in slabši kakovosti življenja osebe z demenco, njihovih svojcev in oskrbovalcev. Dodatno pripisovanje nevarnega vedenja in negativnih čustev osebami z demenco in napredovana faza demence v veliki meri prispevata k diskriminaciji oseb z demenco. Vse navedeno

pripomore k samostigmi, ki dodatno ovira zgodnje prepoznavanje bolezni, diagnosticiranje in zdravljenje. V svetu je namreč po ocenah kar tričetrť oseb z demenco nediagnosticiranih, pri čemer lahko pripišemo velik vpliv ravno stigmi.

Večina evropskih držav ima vladne načrte in strategije za področje demence (tudi Slovenija). Med skupnimi cilji vseh so tudi povečanje ozaveščenosti o demenci med prebivalci in zmanjšanje stigme, vzpostavitev več diagnostičnih centrov in povečanje števila oseb z zgodnjo in pravilno diagnozo, zagotovitev celostne oskrbe, ki izboljša kakovost oskrbe in življenja, spodbujanje izobraževalnih programov za formalne in neformalne oskrbovalce. Prav tako so bile v številnih evropskih državah izvedene kampanje na televiziji in v drugih javnih medijih o demenci, ki dajejo splošni vtis, da se ozaveščenost povečuje, stigma pa zmanjšuje, resnične učinke teh kampanj pa je sicer težko meriti (40). Pri ohranjanju stigme so se kot pomembni izkazali tudi popularni mediji, kot so filmi in drugo, v kolikor vsebujejo zavajajoče upodobitve in sporočila (39).

Informiranje in ozaveščanje o demenci sta glavni vodili mednarodnih organizacij, ki delujejo na področju demence, kot sta Alzheimer Europe (AE) in Alzheimer's Disease International (ADI). Pri tem imajo pomembno vlogo nevladne organizacije. V Sloveniji imamo npr. društvo Spominčica Alzheimer. Njihove aktivnosti so namenjene ozaveščanju javnosti. V ta namen uporabljajo različne načine informiranja, tako da zajamejo čim večji del prebivalcev. Informacije posredujejo na spletni strani in družabnih omrežjih, z razdeljevanjem informativnih gradiv, od zloženk, brošur in letakov do glasila, organizirajo pa tudi različne kampanje, kot je Sprehod za spomin (43).

Zmanjšanje stigme s povečanjem ozaveščenosti bi lahko pripomoglo h oblikovanju demenci prijazne družbe, ki bi osebi z demenco nudila podporno okolje in omogočala čim bolj samostojno in dostojno življenje čim dlje v domačem okolju. K temu lahko pripomorejo tudi demenci prijazne točke, ki se po Sloveniji širijo v okviru društva Spominčica (44).

## Literatura

1. Low, L. F. in Purwaningrum, F. Negative stereotypes, fear and social distance: a systematic review of depictions of dementia in popular culture in the context of stigma. *BMC Geriatr.* 2020; 20(477).
2. Alzheimer Association. Overcoming stigma; 2022. Dostopno na: <https://www.alz.org/help-support/i-have-alz/overcoming-stigma> (citirano 1. 6. 2022).
3. Page, M. J., Moher, D., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D. in sod. PRISMA 2020 explanation and elaboration: updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. *BMJ.* 2021; 372(160).

4. Cahill, S., Pierce, M., Werner, P., Darley, A. in Bobersky, A. A Systematic Review of the Public's Knowledge and Understanding of Alzheimer's Disease and Dementia. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*. 2015; 29(3): 255–275.
5. Farina, N., Suemoto, C. K., Burton, J. K., Oliveira, D. in Frost, R. Perceptions of dementia amongst the general public across Latin America: a systematic review. *Aging Ment Health*. 2021; 25(5): 787–796.
6. Cations, M., Radisic, G., Crotty, M. in Laver, K. E. What does the general public understand about prevention and treatment of dementia? A systematic review of population-based surveys. *PLOS ONE*. 2018; 13(4): 0196085.
7. Curran, E., Chong, T. W. H., Godbee, K., Abraham, C., Lautenschlager, N. T. in Palmer, V. J. General population perspectives of dementia risk reduction and the implications for intervention: A systematic review and thematic synthesis of qualitative evidence. *PLOS ONE*. 2021; 16(9): 0257540.
8. Breining, A., Lavallart, B., Pin, S., Léon, C., Moulias, S., Arwidson, P. in sod. Perception of Alzheimer's disease in the French population. *J Nutr Health Aging*. 2014; 18(4): 393–399.
9. Glynn, R. W., Shelley, E. in Lawlor, B. A. Public knowledge and understanding of dementia—evidence from a national survey in Ireland. *Age Ageing*. 2017; 46(5): 865–869.
10. Heger, I., Deckers, K., van Boxtel, M., de Vugt, M., Hajema, K., Verhey, F. in sod. Dementia awareness and risk perception in middle-aged and older individuals: baseline results of the MijBreincoach survey on the association between lifestyle and brain health. *BMC Public Health*. 2019; 19(1): 678.
11. Hudson, J. M., Pollux, P. M., Mistry, B. in Hobson, S. Beliefs about Alzheimer's disease in Britain. *Aging Ment Health*. 2012; 16(7): 828–835.
12. Kafadar, A. H., Barrett, C. in Cheung, K. L. Knowledge and perceptions of Alzheimer's disease in three ethnic groups of younger adults in the United Kingdom. *BMC Public Health*. 2021; 21(1): 1124.
13. Leszko, M. in Carpenter, B. D. Reliability and Validity of the Polish Version of the Alzheimer's Disease Knowledge Scale. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2021; 50(1): 51–59.
14. Luck, T., Lupp, M., Sieber, J., Schomerus, G., Werner, P., König, H. H. in sod. Attitudes of the German general population toward early diagnosis of dementia—results of a representative telephone survey. *PLoS ONE*. 2012; 7(11): 50792.
15. Lüdecke, D., von dem Knesebeck, O. in Kofahl, C. Public knowledge about dementia in Germany—results of a population survey. *Int J Public Health*. 2016; 61(1): 9–16.
16. Olsen, V., Taylor, L., Whiteley, K., Ellerton, A., Kingston, P. in Bailey, J. Exploring public perceptions and understanding of dementia: Analysing narratives from the Mass Observation Project. *Dementia (London)*. 2020; 19(8): 2804–2820.
17. Riva, M., Caratozzolo, S., Zanetti, M., Vicini Chilovi, B., Padovani, A. in Rozzini, L. Knowledge and attitudes about Alzheimer's disease in the lay public: influence of caregiving experience and other socio-demographic factors in an Italian sample. *Aging-Clinical & Experimental Research*. 2012; 24(5): 509–516.
18. Rosato, M., Leavey, G., Cooper, J., De Cock, P. in Devine, P. Factors associated with public knowledge of and attitudes to dementia: A cross-sectional study. *PLoS One*. 2019; 14(2): 0210543.



19. Vrijssen, J., Matulešij, T. F., Joxhorst, T., de Rooij, S. E. in Smidt, N. Knowledge, health beliefs and attitudes towards dementia and dementia risk reduction among the Dutch general population: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2021; 21(1): 857.
20. Werner, P., Kalaitzaki, A. E., Spitzer, N., Raviv-Turgeman, L., Koukouli, S. in Tziraki, C. Stigmatic beliefs towards persons with dementia: comparing Israeli and Greek college students. *Int Psychogeriatr*. 2019; 31(10): 1393–1401.
21. Algahtani, H., Shirah, B., Alhazmi, A., Alshareef, A., Bajunaid, M. in Samman, A. Perception and attitude of the general population towards Alzheimer's disease in Jeddah, Saudi Arabia. *Acta Neurol Belg*. 2020; 120: 313–320.
22. Liu, D., Cheng, G., An, L., Gan, X., Wu, Y., Zhang, B. in sod. Public Knowledge about Dementia in China: A National WeChat-Based Survey. *Int J Environ Res Public Health*. 2019; 16(21): 4231.
23. Lee, J. Y., Park, S., Kim, K. W., Kwon, J. E., Park, J. H., Kim, M. D. in sod. Differences in knowledge of dementia among older adults with normal cognition, mild cognitive impairment, and dementia: A representative nationwide sample of Korean elders. *Arch Gerontol Geriatr*. 2016; 66: 82–88.
24. Seo, H. J., Lee, D. Y. in Sung, M. R. Public knowledge about dementia in South Korea: a community-based cross-sectional survey. *Int Psychogeriatr*. 2015; 27(3): 463–469.
25. Tan, W. J., Hong, S. I., Luo, N., Lo, T. J. in Yap, P. The lay public's understanding and perception of dementia in a developed Asian nation. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*. 2012; 2(1): 433–444.
26. Yang, H. F., Cong, J. Y., Zang, X. Y., Jiang, N. in Zhao, Y. A study on knowledge, attitudes and health behaviours regarding Alzheimer's disease among community residents in Tianjin, China. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*. 2015; 22: 706–714.
27. Zeng, F., Xie, W. T., Wang, Y. J., Luo, H. B., Shi, X. Q., Zou, H. Q. in sod. General public perceptions and attitudes toward Alzheimer's disease from five cities in China. *Journal of Alzheimer's Disease*. 2015; 43: 511–518.
28. Zheng, Y. B., Shi, L., Gong, Y. M., Wang, X. X., Lu, Q. D., Que, J. Y. in sod. Public awareness and knowledge of factors associated with dementia in China. *BMC Public Health*. 2020; 20(1): 1567.
29. Werner, P. in Kim, S. A Cross-National Study of Dementia Stigma Among the General Public in Israel and Australia. *J Alzheimers Dis*. 2021; 83(1): 103–110.
30. Awareness and understanding of dementia in Australia Canberra, Australia. *Dementia Australia*; 2017. Dostopno na: <https://www.dementia.org.au/publications/reports/awareness-and-understanding-of-dementia-in-australia> (citirano: 30. 5. 2022).
31. Smith, B. J., Ali, S. in Quach, H. Public knowledge and beliefs about dementia risk reduction: a national survey of Australians. *BMC Public Health*. 2014; 14: 661.
32. Ayalon, L. Re-examining ethnic differences in concerns, knowledge, and beliefs about Alzheimer's disease: results from a national sample. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2013; 28(12): 1288–1295.
33. Nguyen, P. T, Nguyen, N., Vo, K., Ho, S., Nguyen, J. in Woo, B. K. Knowledge of dementia among Vietnamese American immigrants. *Asian Journal of Psychiatry*. 2016; 20: 39–40.

34. Roberts, J. S., McLaughlin, S. J. in Connell, C. M. Public beliefs and knowledge about risk and protective factors for Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia*. 2014; 10(suppl 5): 381–389.
35. Woo, B. K. Knowledge of dementia among Chinese American immigrants. *Asian Journal of Psychiatry*. 2013; 6: 351–352.
36. Amado, D. K. in Brucki, S. M. D. Knowledge about Alzheimer's disease in the Brazilian population. *Arq Neuropsiquiatr*. 2018; 76(11): 775–782.
37. Blay, S. L. in Toledo Pisa Peluso, E. Public stigma: the community's tolerance of Alzheimer disease. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2010; 18(2): 163–171.
38. Broche-Pérez, Y., Fernández-Fleites, Z., González, B., Hernández Pérez, M. A. in Salazar-Guerra, Y. I. Knowledge and beliefs about dementia among the general public: A preliminary report on the Cuban population. *Neurologia (Engl Ed)*. 2021; 36(5): 361–368.
39. Herrmann, L. K., Welter, E., Leverenz, J., Lernej, A. J., Udelson, N., Kanetsky, C. in Sajatovic, M. A Systematic Review of Dementia-related Stigma Research: Can We Move the Stigma Dial? *Am J Geriatr Psychiatry*. 2018; 26(3): 316–331.
40. Engedal, K. in Laks, J. Towards a Brazilian dementia plan? Lessons to be learned from Europe. *Dement Neuropsychol*. 2016; 10(2): 74–78.
41. Biggs, S., Carr, A. in Haapala, I. Dementia as a source of social disadvantage and exclusion. *Australas J Ageing*. 2019; 38(suppl 2): 26–33.
42. Gajardo, J., Alvarado, R., Slachevsky, A. in Gitlin, L. N. Self-stigma in people living with dementia in Chile: A qualitative exploratory study. *Aging Ment Health*. 2021(12): 1–8.
43. Spominčica Alzheimer Slovenija. Ozaveščanje javnosti; 2022 Dostopno na: [https://www.spomincica.si/?page\\_id=79888](https://www.spomincica.si/?page_id=79888) (citirano 30. 5. 2022).
44. Lovrečič, B. in Lovrečič, M. Spregovorimo o demenci: Stanje in izzivi na področju Alzheimerjeve bolezni: sindemija SARS-CoV-2/COVID-19 in Alzheimerjeva bolezen. *Javno zdravje*. 2021; 8: 1–22.

# PODEŽELSKI ZDRAVNIKI ŠIRŠE O TRPLJENJU LJUDI, KI KMETUJEJO

Medical reflections on the suffering  
of farmers beyond the symptoms

Duška Knežević Hočevar

## POVZETEK

*Prispevek se osredotoča na razmišljanja lokalnih zdravnikov in zdravnic o stiskah in obolenjih ljudi, ki kmetujejo v ruralnem Pomurju. Polstrukturirani pogovori z zdravstvenim osebjem, ki večino svojega življenja delajo in živijo na podeželju, so del antropološke terenske raziskave projekta Spremembe v kmetijstvu skozi oči in telesa kmetov. Njihova opažanja specifičnih težav in vzrokov slabega počutja in obolenj kmečkega prebivalstva v primerjavi z nekmečkih se ne omejujejo na navajanje simptomatike obolenj, povezanih s prekomernim stresom. Nasprotno, njihova opažanja in razlage se navezujejo na širše zgodovinske strukturne in kulturne okoliščine močno spremenjenega kmetovanja, v katere so vpeta trpljenja ljudi, ki jih srečujejo v svojih ambulantah in vsakodnevnem lokalnem okolju.*

**Ključne besede:** ruralno Pomurje, lokalni zdravniki, stres v kmetovanju, družbeno trpljenje, kmečko prebivalstvo

---

**Avtorica:** Duška Knežević Hočevar

**Znanstveni in strokovni naziv:** višja znanstvena sodelavka, doktorica antropologije

**Inštitucija/zaposlitev, naslov:** ZRC SAZU, Družbenomedicinski inštitut,  
Novi trg 2, 1000 Ljubljana

**E-naslov:** duska.knezevic@zrc-sazu.si

**DOI:** [https://doi.org/10.3986/9789610506768\\_15](https://doi.org/10.3986/9789610506768_15)

**ABSTRACT**

*This article focuses on the reflections of local physicians on suffering of people who farm in the Pomurje region of Slovenia. The semi-structured interviews with doctors who live and work in the countryside most of their lives are part of the anthropological fieldwork of the ongoing basic research project Changes in Agriculture through the Farmers' Eyes and Bodies. Their observations of the specific difficulties and reasons for poor well-being of farmers compared to non-farmers are not limited to symptoms of stress-related illness. Rather, their observations and interpretations relate to the broader historical, structural, and cultural contexts of drastically changed agriculture. Embedded in these contexts is the suffering of the people the practitioners encounter in their local clinics and daily environments.*

**Keywords:** Rural region of Pomurje, local doctors, farming stress, social suffering, farmers

## 1 UVOD: POSAMIČNO TRPLJENJE KOT DRUŽBENO TRPLJENJE

Svetovne zdravstvene evidence (statistike in anketne raziskave) sporočajo, da v zadnjih dveh desetletjih kmetje spadajo v poklicno skupino z največjo ogroženostjo z vidika z delom povezanih poškodb, obolenj, smrtnih primerov in samomorov (Griffin, 2013; Hirsch in Cukrowicz, 2014; ILO, 2017; Pyykkönen in Aherin, 2012; Roy in sod., 2013). Raziskovalci različnih disciplinarnih ozadij (medicine kmetijstva, javnega zdravja, sociologije zdravja, medicinske antropologije itd.) pojasnjujejo take evidence v skladu s svojimi epistemologijami, toda statistično obveščene in v podatkih utemeljene razlage še vedno prevladujejo pri oblikovanju ukrepov in posegov, povezanih z zdravjem. Čeprav različno usmerjeni raziskovalci vztrajajo, da so okoliščine z delom povezanih zdravstvenih izidov pomembne, so takšne okoliščine v še vedno najvplivnejših pristopih medicine dela in javnega zdravja redko opazovane onstran javnodostopnih podatkov, izračunanih trendov, kazalnikov in indeksov primerljivih statistično oblikovanih kategorij poklicnih skupin, pri čemer se osredotočajo bolj na dejavnike tveganja kot pa kompleksne subjektivne, družbene ali kulturne pojave, ki uokvirjajo obolenja posameznic in posameznikov (Bryant in Garnham, 2014). Še več, ti raziskovalci običajno ne prevprašajo zanesljivosti svojih modelov, ki so utemeljeni v »politikah klasificiranja« (Donham in Thelin, 2016), in okoliščin kontrastnih razvojnih zahtev in vizij agroživilskih sistemov

(Cleveland, 2014; Potter in Burney, 2002; Potter in Tilzey, 2005), ki se utegnejo odražati v zdravstvenih evidencah kmetov.

Od 90. let 20. stoletja dalje so prav družbenokritično usmerjeni medicinski antropologi bistveno prispevali k razumevanju globalnih zdravstvenih problematik v okoliščinah vpeljevanja bolečih »programov strukturalnega prilagajanja« širom po svetu – jedra neoliberalizma (Pfeiffer in Chapman, 2010). Z osredotočenjem na globalne strukturne dejavnike so nagovorili problematiko globalne neenakosti in krivic, ki lahko vplivajo na zdravje in blaginjo družbenih skupin v raznovrstnih lokalnih okoljih po svetu (npr. Nichter, 2008; Singer in Baer, 1995). Po zgledu začetne teoretizacije družbenokritično usmerjenih medicinskih antropologov (npr. Brown, 1998; Scheper-Hughes in Lock, 1987) so dekonstruirali prevladujoče zahodnjaške predstave o duši in telesu v globalnih zdravstvenih razpravah in predlagali raziskovanje treh med seboj povezanih perspektiv, po katerih lahko telo razumemo kot: fenomenološko doživljeno posamično zavedajoče se telo (angl. body-self); kot družbeno telo, ki omogoča razmislek o odnosu med naravo, družbo in kulturo; in kot politično telo za presojo družbenega in političnega nadzora nad njim. S tem je preučevanje posamičnega trpljenja postalo neločljivo povezano s preučevanjem družbenega trpljenja, da bi bolje razumeli, kako se zgodovinsko in ekonomsko oblikovane družbene sile velikega obsega pretvorijo v osebno stisko in obolenje.

Tudi pričujoči prispevek se loteva razprave posamičnega trpljenja, ki je neločljivo povezano z družbenim trpljenjem. Presoja namreč stiske pomurskih kmetov in njihova »specifična« obolenja v okoliščinah močno spremenjenega kmetovanja v Sloveniji po letu 1999, kot jih razumejo in srečujejo v svojih ambulantah in vsakodnevnem lokalnem okolju njihovi zdravniki. Njihova opažanja morebitnih posebnosti in vzrokov slabega počutja in obolenj kmečkega v primerjavi z nekmečkih prebivalstvom se ne omejujejo na navajanje simptomatike obolenj, povezanih s prekomernim stresom. Kot sporoča tematska analiza pogovorov, se njihova opažanja navezujejo na širše zgodovinske strukturne in kulturne okoliščine, ki pogojujejo obolenja ljudi, ki kmetujejo.

## 2 METODA

V okviru antropološke terenske raziskave temeljnega raziskovalnega projekta Spremembe v kmetijstvu skozi oči in telesa kmetov (ARRS, J6-2577, 2020–2023) sem izpeljala polstrukturirane pogovore z lokalnim zdravstvenim osebjem v decembru 2021 in januarju 2022 v Pomurju. Sogovornice in sogovorniki so bili: upokojeni družinska zdravnica, psihiater in patronažna sestra, trije delujoči

družinski zdravniki v lokalnem okolju in ena družinska zdravnica, ki trenutno dela v drugi regiji. Vsi so večino poklicne kariere opravili oz. jo opravljajo v podeželskem Pomurju, kjer so živeli oz. živijo. Izhodiščne teme pogovorov so se nanašale na njihovo oceno pogostosti srečevanj z ljudmi, ki kmetujejo, specifičnosti njihovih težav, stisk in obolenj, vzrokov zanje in oceno primernosti vpeljave psihološke podpore za to poklicno skupino po zgledu tuje prakse. Pogovori so posneti na podlagi obveščenega soglasja z udeleženkami in udeleženci raziskave, dobesedno prepisani in razčlenjeni z metodo tematske analize.

## 3 REZULTATI

### 3.1 Srečevanje s trpljenjem na kmetijah pred letom 1991

Upokojeni sogovornik in sogovornici so pogovor o stiskah kmetov sprva preusmerili v preteklost, v okoliščine socializma po drugi svetovni vojni, ko je bil kmet po njihovih besedah »sovražnik delavskega razreda«, je bil primoran v »prisilne oddaje pridelkov«, ni imel »zdravstvenega in socialnega zavarovanja« in ga »nihče ni vprašal, kako bo preživel«. Te okoliščine je upokojeni psihiater opisal kot »čisto agresijo [režima] in paranojo kmetov« in dodal, da jih je kot kmečki otrok tudi sam tako doživljal. Pove, da ortopedskih boleznih kmetje takrat niso poznali, ker se je pri takratnem načinu dela aktiviralo celo telo in ni bilo toliko sedenja kot pozneje v 60. letih, ko so začeli kupovati traktorje. Številnim obolenjem in boleznim kmetje sploh niso posvečali pozornosti, ampak so z njimi preprosto živeli. Dušenje ob kroničnem bronhitisu so npr. jemali zgolj kot »kašljanje«, srčni bolniki so pač imeli »zatečene noge«, so pa bili obveščeni, kaj je trahom, imeli so uši in tudi bolhe. Med drugim ocenjuje, da je bila življenjska doba krajša v primerjavi z današnjo in da so bili »vidno izčrpani«. Kot psihiater za nazaj ugotavlja, da »ni bilo toliko mentalnega stresa«, kot ga vidijo zdravniki danes, in ni bilo toliko »civilizacijskih stisk«, kot jih imamo ljudje zdaj. Spominja se, da so živeli enostavneje in bili zadovoljni z drobnarijami.

Danes upokojena podeželska družinska zdravnica se od obdobja »odprtja meje« nekje v 60. letih in odhoda Prekmurcev v tujino spominja predvsem preobremenjenosti kmečkih žensk po 40. letu starosti, mater in soproj kmetov. Te so se ji velikokrat izpovedale kar v ambulantni. Povedale so, da so moški vodili kmetijo, tekmovali s sosedi glede nabave mehanizacije – »prave traktoromanije«, stalno jemali kredite, one pa da so morale reševati domača denarna bremena, da ne bi kmetija »zavozila«, čeprav same niso razpolagale z denarjem. Ocenjuje, da so bile ženske že takrat vsakodnevno preobremenjene z denarnimi skrbmi in

pogosto zgolj soočene s podpisanimi kreditnimi odločbami, ne da bi pri tovrstnih odločitvah sodelovale. Takšna preobremenjenost žensk se je po njenem mnenju po letu 1991 le še stopnjevala. Zaradi stisk, izčrpanosti in ubogljivega karakterja naj bi se ženske zatekale v »nepotrebno tabletomanijo« in uživale alkohol »do meje«, da so zdržale vsa bremena vsakdanjika, se zatekale k »nepotrebni obiskom pri psihiatru« in dobivale diagnoze, ki »niso bile prave diagnoze«; takšna naj bi bila diagnoza depresije za stanje, ki po mnenju sogovornice sploh ni bilo depresija. Prepričana je, da so te ženske bolj trpele za »izčrpanostjo in dezorganizacijo vrednot na vasi«. Vzroke za takšna stanja pa je pripisala trdoživi patriarhalni vzgoji na podeželju, ki ima za posledico še vedno »ubogljivo žensko«, ki se podreja, prilagaja in vdano prevzema številne naloge generacije starejših žensk. Ne preseneča, da takšna stanja počutja »svojih pacientk« razume kot družbeno, ne pa biološko bolezen.

Tudi danes upokojena patronažna sestra se najbolj spominja obdobja, ko so moški odhajali na delo v Avstrijo, ženske pa ostale doma in kmetovale. Kmetje so jo kot patronažno sestro dobronamerno sprejeli, ker o negi niso vedeli ničesar, skrbela pa je za »težke kronične« bolnike in bolnice na domu, prevezovala je tudi rane. Običajno je prihajala dvakrat na dan in opazila, da jih je sram, ker niso imeli vodovoda, da bi si umila roke, ali ker je bila priča neurejenim bivanjskim razmeram. Onemogli stari, ki so obležali v postelji, so si želeli »že danes umreti«, ker niso mogli več delati na kmetiji. Večkrat so ji potožili, da čutijo krivdo do domačih, ki delajo cel dan na kmetiji pa še skrbijo zanje. Kmet namreč ne pozna ure – dela od jutra do večera. Takrat je na »terenu« videla največ zdravstvenih posledic zaradi sladkorne bolezni, tromboze in previsokega krvnega pritiska. Tolažbo in uteho so trpečii na kmetijah praviloma našli v molitvah, se pa ne spominja, da bi imeli kmetje »specifična obolenja« v primerjavi z nekmeti.

### 3.2 Trpljenje na kmetijah po letu 1991

Prav vsi udeleženci in udeleženci raziskave opažajo, da ne moremo enačiti vseh, ki kmetujejo. Praviloma razlikujejo med velikimi in malimi kmeti in polkmeti. Opažajo, da je zlasti po vstopu Slovenije v EU vse manj malih kmetov, drugih pa več. Na podlagi pogovora s pacientkami in pacienti iz kmetij povzemajo, da mali kmetje niso kos spremembam v kmetovanju, ki od njih zahtevajo izpolnjevanje predpisanih pogojev za pridobitev subvencij ali za vstop v določene sheme kmetovanja. Njihove izpovedi so jih prepričale, da se ne zmorejo spopasti s takšnimi zahtevami. Dodatno pa njihove stiske krepi dejstvo, da nimajo naslednika in da z nizkimi pokojninami lahko le še životarijo. Praviloma, ko ne zmorejo delati, živino prodajo, zemljo pa dajo v najem večjim kmetom, kar jim

zagotavlja dodaten dohodek ob mizernih pokojninah. Podeželski zdravniki pripisujejo zdravstvene posledice teh spremenjenih okoliščin sodobnega kmetovanja porastu antidepressivov, predpisanih zlasti ostarelim ženskam na malih, ne več delujočih kmetijah, in večji zlorabi alkohola. Opažajo tudi, da srednja generacija malih kmetov praviloma rešuje svoje materialne stiske z zaposlitvijo v sosednji Avstriji ali v drugih branžah in kmetovanje opušča. Po vaseh, kjer vse bolj prevladuje nekmečko prebivalstvo, ostajajo redki veliki kmetje ali pa polkmetje, ki so obenem zaposleni še zunaj kmetije.

Ne glede na velikost kmetije sogovorniki opažajo, da kmetje »obolevajo enako«: več je boleznih prebavil, kardiovaskularnih, skeletno-mišičnih obolenj, alergij in dermatitisov, hiperlipidimije, karcinomov, ki so vezani na doživljanje prekomernega stresa, izgorelosti in samomorov starejših. Posebnost, ki jo pri obiskovalcih ambulant – kmetih opažajo, pa je v tem, »da kmetje vedno čakajo do zadnjega trenutka, ko se dobesedno sesujejo in šele nato pridejo k nam,« kot je povzel eden od zdravnikov. Danes opažajo, da so telesa predvsem velikih kmetov povsem uničena okoli 50. leta starosti in da jih kmetje praviloma običejo, ko sami opazijo zmanjšano zmogljivost pri delu. Po njihovem mnenju se kmetje ne zmenijo za predhodne opozorilne znake, ki naj bi se vsled uničenosti teles morali pojavljati vsaj pet, če ne že deset let prej. Zakaj je tako, domnevno pripisujejo podrejanju delu, ki je sicer od vedno bilo vrhovna vrednota na kmetijah, v okoliščinah kmetovanja po letu 1991 pa se delo na kmetijah samo še stopnjuje. Delu sta podrejena telo in duša, »bolezen pa je nekaj, kar kmete resno odvrne od možnosti, da delaš,« je bila zgovorna nekdanja podeželska zdravnica.

Delo mora biti vedno opravljeno, kar na žalost zdravniki ugotavljajo tudi v primerih smrti zaradi samomora. Slikovit je bil eden od treh zdravnikov, ki je v svoji 30-letni delovni karieri potrdil 20 takšnih smrti: »Prišli smo k 80 let stari kmetici, ki je še zmeraj delala kmetijo, imela krave in jih še isto jutro uredila, ko si je na svoj 80. rojstni dan vzela življenje. Obesila se je na verandi isti dan, ko sta prišla k njej sin pa snaha s torto. Žal jih je tako pričakala. Doživimo na terenu, da ljudje opravljajo svojo dolžnost do dela do konca. Ni redko, vam povem.«

Pogosto so zdravniki deležni tudi pritiskov od kmetov, ko jih ti prosijo, da jim pomagajo urediti vrsto za operacijo v določenem mesecu v letu zaradi sezonskih delovnih vrhuncev. Nemalo jih odpove operacijo, na katero so tako dolgo čakali, ker »operirani že ne bodo v času setve«. Tudi po zahtevnih operativnih posegih ne okrevajo dovolj časa. Pogoste pooperativne komplikacije so praviloma posledica njihove prehitre vrnitve k prakticiranju telesno zahtevnih del, saj »delo na kmetiji ne more počakati«.



Poleg podrejenosti življenja vrednoti dela zdravniki opažajo, da je na kmetijah še vedno trdoživ patriarhat in negativna čustva na vasi, kot sta nevoščljivost in zavist, ki sta domnevno posledici stalnega primerjanja in tekmovanja. Domnevajo, da v takšnih okoliščinah zlasti veliki kmetje ne smejo priznati, da je z njimi karkoli narobe, sramotno je »biti zlomljen« in posebno »uspešni moški« zanikajo kakršnekoli duševne težave. Svojemu zdravniku skušajo na vsak način dopovedati, da imajo telesne težave. Bolijo jih »vratne žile« ali pa »ribice« (ledvica), nočejo pa se sprijazniti, da so bolečine povezane s težavami s hrbtenico tudi zaradi 12- ali 14-urnega sedenja na traktorju, ker je zanje priporočljiva telovadba zgolj izguba časa. Želijo si le učinkovitega zdravila, da »delo ne bo trpelo«.

Patriarhalne vrednote zdravniki opažajo tudi pri trpljenju žensk. Zlasti danes starejša generacija žensk ugotavlja, da so »zbolele na živcih« na stara leta zaradi trpljenja, ki so jim ga povzročile tašče. Te niso bile z njihovim delom nikoli zadovoljne, poudarjale so samo, »česa še niso naredile« ali »da delo ni bilo dobro opravljeno«. Njihovi možje so se praviloma izognili konfliktu med materjo in soprogo ali »kot mamini sinčki« v takšnih konfliktih podprli mamo. V tem oziru je na mestu razlaga zdravnikov, da te snahe niso razumele, da so tudi njihove tašče žrtve patriarhalnih vrednot.

Navsezadnje se je s trpljenjem polkmetic, zlasti Murinih delavk, v največji meri srečeval danes upokojeni psihiater. Ne da bi našteval vrste njihovih stisk, je poudaril, da so bile travmatizirane predvsem zaradi »industrializacije kmečke duše«. Izpostavljene so bile dvojni obremenitvi – pred službo in po njej. Praktično niso poznale odmora. Vstajale so ob štirih zjutraj, opravile delo na kmetiji, preživele osem ur v službi, po službi pa so se ponovno lotile dela na kmetiji in legle k počitku šele okrog enajstih zvečer. Pove, da so to bile »socialne depresije« oz. socialno pogojene depresije. Njegove pacientke naj bi doživljale izgubo svoje primarne kmečke identitete in načina življenja, obenem pa dvig standarda, ki jim ga je omogočilo plačano delo zunaj kmetije. Od slednjega niso imele bistvene koristi, saj so bile obremenjene še z domačim delom na kmetiji. Sebe so doživljale kot »nekoga, ki izgublja smisel bivanja«. Njihova travmatizirana stanja je pripisal »prestrukturaciji načina življenja na vasi«, ki jo razume ne le kot spremembo v smeri zmanjševanja števila kmetov v vaseh, ampak tudi kot »erozijo vaških moralnih vrednot« v smisli usihanja pomena rodbinskih vezi, stikov in komunikacije znotraj družin. Ali, kot je bil slikovit v svoji razlagi: »V današnjih vaseh ima skoraj vsaka soba svoj TV. Prevladuje ta mentalna razplinjenost, mentalni plini. Ni neke oprijemljive materije, ampak vsak je zase nekje. V glavnem ni družin.«

### 3.3 Nebiološki vzroki trpljenja

Na podlagi ambulantnih izpovedi in lastnih opažanj v lokalnem podeželskem okolju so sogovornice in sogovorniki navajali predvsem domnevne nebiološke vzroke za opisana zdravstvena stanja kmečkega prebivalstva. Presenetljivo so, kot že prej navedeno, poudarili širše razsežnosti videnih obolenj v pomurski regiji. Pred letom 1991, še v času socializma, so presojali trpljenje kmečkega prebivalstva predvsem v navezavi z njihovim obrobnim položajem v družbi; nadalje v navezavi s preobratom, ki ga je prinesla modernizacija kmetijstva z vpeljavo novih tehnologij; in v navezavi z dogodkom – odprtjem državne meje – ki jim je omogočil odhod na delo v Avstrijo. Pri tem so opozorili na nezavidljiv položaj kmetov, ki so same skrbele za kmetijo doma in bile vpete v patriarhalne odnose na družinskih kmetijah, pa tudi ostarelih kmetov in kmetov, ki so sami ostali na svojih kmetijah in živetarili.

Po osamosvojitvi Slovenije zdravnice in zdravniki presojajo stiske in obolenja kmetov s sklicevanjem na okoliščine njihove diferenciacije na vedno manjše število malih kmetov in večje število polkmetov in velikih kmetov; bankrotov nekdanjih pomembnih podjetij v regiji (npr. Mure in Pomurke); še vedno prisotnih patriarhalnih odnosov na kmetijah; glavni vrednoti dela, ki ji kmetje podrejajo tudi svoja telesa, do preoblikovanja samega podeželskega okolja. S tega vidika je večina prepoznala »specifične stiske« ljudi, ki kmetujejo in obiščejo njihove ambulante, in kot pomembno okoliščino poudarila obremenjenost velikih kmetov z administrativnim delom zaradi vpeljave sistema subvencij ali oškodovanost malih kmetov, ki niso tako vpeti v ta sistem oz. »se ne znajdejo«. Kot dvojno obremenjene so izpostavili tudi »dvoživke« ali polkmete, ki po njihovem mnenju vztrajajo v takšnem položaju bodisi zaradi nemožnosti preživetja zgolj s kmetovanjem bodisi zaradi nezmožnosti preživetja zgolj z nekmetovanjem.

Manjšina pa je vztrajala, da so podobne stiske značilne tudi za druge poklicne skupine oz. prebivalce ruralnega Pomurja nasploh. Tako sta upokojena patronažna sestra in nekdanja podeželska zdravnica poudarili, da na terenu in v ambulanti nista opazili »tipičnih« bolezenskih stanj, značilnih samo za kmečko prebivalstvo. Strinjali sta se, da je bil obseg določenih obolenj večji pri kmetih, nista pa opazili, da ima ta skupina ljudi »tipična« obolenja in težave. Povedali sta, da je takšne težave imelo tudi nekmečko podeželsko in mestno prebivalstvo ruralnega Pomurja.

Večina sogovornikov in sogovornic je poudarila predvsem specifično obnašanje kmetov v primerjavi z nekmeti. Od tega, da podcenjujejo svoje zdravstvene težave in jih prikrivajo, do tega, da slabo okrevajo v primerjavi z drugimi, ker se

podrejajo zanje glavni življenjski vrednoti, tj. delu na kmetiji. Takšno obnašanje večina pripisuje stopnjevanemu tekmovanju, ki je podprto z zahtevami sodobnega kmetovanja, kot tudi trdoživim patriarhalnim odnosom med generacijami in spoloma na kmetijah, ki se odraža npr. v tem, da ti kot zdravnik »velikega kmeta težko prepričaš, da je z njim kaj narobe«, ženske pa praviloma kažejo prilagodljivo vedenje zahtevam in pričakovanjem po izvajanju skrbstvenih in težaških del.

Sogovornice in sogovorniki opažajo porast določenih obolenj, povezanih s »hitrim tempom življenja«, ki je zajel tudi podeželje. Tako upokojeni psihiater razširja razlago o »travmatizaciji kmečke duše« tudi na velike kmete – podjetnike, za katere ugotavlja, da »ob svojem večjem materialnem blagostanju ne zmorejo sami sebe valorizirati v družbi«, še vedno se obnašajo bolj v skladu s svojim predhodno sorazmerno slabim materialnim stanjem. Kmet se ne zoperstavi slabemu ugledu v javnosti, ampak trpi zaradi njega. Upokojeni psihiater vzroke za svoje opažanje pripisuje procesom »prehitrih sprememb«, ki se na podeželju odvijajo od 60. let dalje. Te spremembe naj bi povzročile socialno diferenciacijo med samimi kmeti in prva takšna je bila, ko so »materialno odskočile« kmetije migrantov delavcev v sosednji Avstriji, ki so investirali svoje zaslužke iz tujine na domače kmetije, na katerih so praviloma ostale z delom preobremenjene ženske. Materialno naj bi odskočili tudi veliki kmetje po letu 1991, vendar, kot navedeno, pri njih opaža, da duševno niso kos svojemu materialnemu blagostanju in obenem izkazujejo »narcizem in kompleks manjvrednosti« v primerjavi z nekmeti v družbi.

Vsi brez izjeme razlikujejo med velikimi in malimi kmeti in polkmeti, ne pa vrst njihovih stisk. V ambulantah malih kmetov domala ne vidijo več, le še starke in starce, ki sami brez naslednikov životarijo na svojih domačijah. Takšno stanje pripisujejo tudi spremembam načina kmetovanja in življenja na kmetijah po letu 1991, ki se med drugim kažejo v izrazito manjšem deležu kmečkega prebivalstva po vaseh.

## 4 ZAKLJUČEK

Udeleženke in udeleženci raziskave so razširili svojo razlago stisk in obolenj ljudi, ki kmetujejo, onkraj medicinske simptomatike. Ni pretirana ugotovitev, da so ubrali nemedicinski pristop presoje posledic prekomernega stresa v kmetovanju (Bryant in Garnham, 2014; Garnham in Bryant, 2013; Price in Evans, 2009; Ramirez-Ferrero, 2005), pri čemer se sklicujejo na izpovedana doživljanja svojih ambulantnih obiskovalk in obiskovalcev in njihovih opisov okoliščin, ki

so jih domnevno privedle v doživljanje stisk in obolenj tako v odnosih doma na kmetijah kot v lokalni podeželski skupnosti, kjer kmetujejo. Te izpovedane okoliščine in njihova lastna opažanja dogajanja v ruralnem okolju vključujejo tudi presojo širših okoliščin kmetovanja v Pomurju pred letom 1991 in po njem, ki so vpete v vsakokratne politike režimov in ukrepov usmerjenega kmetovanja in lokalne kulture podeželskega okolja, ki jih kmetovalke in kmetovalci tvorno sooblikujejo: se jim prilagajo, upirajo, jih zavračajo ali se jim izogibajo.

Razmisleki o trpljenju onkraj diagnostičnih psihosomatskih simptomov pokažejo tudi, da ni nujno, da ostareli kmetice in kmetje umirajo zaradi samomora, ker so lahko slabega zdravja ali so zboleli za depresijo oz. jim primanjkuje »trdoživosti, veččin, informacij« (Ramirez-Ferrero, 2005: 3). Sogovornice in sogovorniki so se v svojih razmislekih dotaknili problematičnih odnosov med spoloma in generacijami na družinskih kmetijah, razmišljali so o okoliščinah kmetovanja v nekdanjem socializmu in se sklicevali na dogodke, ki so drastično spremenili način kmetovanja in življenja na podeželju. Opozorili so na spreminjanje položaja tako kmetov kot kmetic v ruralnih skupnostih z vedno bolj prevladujočim nekmečkim prebivalstvom oz. na doživljanje »razplinjanja« istovetenja sebe kot kmetov in kmetic.

Na podlagi vseh teh opaženih zgodovinskih in družbeno-kulturnih okoliščin stisk in obolenj ljudi, ki kmetujejo, so intervjuvanke in intervjuvanci premislili tudi, kakšna naj bi bila učinkovita oblika psihološke pomoči za to skupino ljudi, če bi jo vpeljali po zgledu nekaterih uveljavljenih praks, kot je npr. Iowa's Center for Agricultural Safety and Health. Večina predlaga, da bi takšna pomoč morala priti h kmetom v njihovo lokalno okolje, biti prožno organizirana v obliki delavnic, ki bi potekale enkrat v eni, drugič v drugi vasi in s prožno časovnico. Že obstoječi centri za krepitev duševnega zdravja so morda dobri za mestno prebivalstvo, nikakor pa ne za kmete. Ne verjamejo, da si bodo kmetje vzeli čas dopoldne od ponedeljka do petka in se pustili poučiti o zdravem načinu življenja. Zgledovati bi se morali po tujih praksah, ki v takšne namene angažirajo tudi nezdravstveno osebje, ki mu kmetje bolj zaupajo, saj zdravje ni samo odsotnost telesne ali duševne bolezni, ampak to, da se dobro počutiš in si zadovoljen v življenju. Opažajo tudi, da kmetje za vedno zapustijo ambulanto ali odnesejo svojo kartoteko drugam, če presodijo, da jim zdravniški dobronamerni nasveti ogrozijo način življenja ali preživetje. »Ubrati bi morali drugačen pogovor. Ne česa ne sme početi, da ohrani zdravje, ampak, kaj lahko počne. Drugače si ga za vedno izgubil.« (zdravnik družinske medicine)

Navsezadnje je na mestu bojazen lokalne zdravnice pred »potrošniško medicino«, ki ne krepi virov moči ljudi, ampak iz njih dela žrtve. Prepričana je,

da je pomoč nujna, a ne v smeri medikalizacije normalnih odzivov na doživljanje stisk, temveč »lokalno vpete dolgotrajne podpore kmetom v situaciji, ki je zanje lahko normalna reakcija na neko stisko«.

## Literatura

- Brown, P. J., ur. *Understanding and Applying Medical Anthropology*. Mountain View, California: Mayfield Publishing; 1998.
- Bryant, L. in Garnham, B. Economies, ethics and emotions: farmer distress within the moral economy of agribusiness. *Journal of Rural Studies* 2014; 34: 304–312.
- Cleveland, D. A. *Balancing on a Planet. The Future of Food and Agriculture*. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press; 2014.
- Donham, K. J. in Thelin, A. *Agricultural Medicine: Rural Occupational and Environmental Health, Safety, and Prevention*. Second Edition. Hoboken, New Jersey: Wiley & Sons, Inc.; 2016.
- Franklin, R. C., McBain-Rigg, K. E., King, J. C. in Lower, T. Exploring the barriers and facilitators to adoption of improved work practices for safety in the primary industries. Report. Rural Industries Research and Development Corporation. Canberra, ACT, Australia; 2015.
- Garnham, B. in Bryant, L. Problematising the suicides of older male farmers: subjective, social and cultural considerations. *Sociologia Ruralis* 2014; 54: 227–240.
- Griffin, P. J. Farming – a hazardous occupation – how to improve health & safety? Safety and Health in Agriculture. – European Parliament – Europa; 2013. Dostopno na: <http://www.europarl.europa.eu/document/activities/cont/201303/20130321ATT63633/20130321ATT63633EN.pdf> (citirano 1. 3. 2022).
- Hirsch, J. K. in Cukrowicz, K. C. Suicide in rural areas: An updated review of the literature. *Journal of Rural Mental Health* 2014; 38(2): 65–78.
- ILO. *Working Together to Promote a Safe and Healthy Working Environment*. International Labour Conference, 106<sup>th</sup> Session. Geneva: International Labour Office; 2017. Dostopno na: [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_norm/---relconf/documents/meetingdocument/wcms\\_543647.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/---relconf/documents/meetingdocument/wcms_543647.pdf) (citirano 1. junij 2022).
- Nichter, M. *Global Health: Why Cultural Perceptions, Social Representations, and Biopolitics Matter*. Tuscon: University of Arizona Press; 2008.
- Pfeiffer, J. in Chapman, R. Anthropological Perspectives on Structural Adjustment and Public Health. *Annual Review of Anthropology* 2010; 39(1): 149–165.
- Potter, C. in Burney, J. Agricultural multifunctionality in the WTO-legitimate nontrade concern or disguised protectionism? *Journal of Rural Studies* 2002; 18(1): 35–47.
- Potter, C. in Tilzey, M. Agricultural policy discourse in the European post-Fordist transition: neoliberalism, neomercantilism and multifunctionality. *Progress in Human Geography* 2005; 29(5): 581–600.
- Price, L. in Evans, N. From stress to distress: Conceptualizing the British family farming patriarchal way of life. *Journal of Rural Studies* 2009; 25: 1–11.

- Pyykkönen, M in Aherin, B. Occupational Health and Safety in Agriculture. V: Jakobsson, C. in Gustafson, A., ur. Sustainable agriculture. Uppsala, Sweden: Baltic University Press; 2012: 391–402.
- Ramirez-Ferrero, E. Troubled Fields: Men, Emotions and the Crisis in American Farming. Columbia University Press, New York, USA; 2005.
- Roy, P., Tremblay, G., Oliffe, J., Jbilou, J. in Robertson, S. Male farmers with mental health disorders: a scoping review. Australian Journal of Rural Health 2013; 21(1): 3–7.
- Scheper-Hughes, N. in Lock, M. M. The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology. Medical Anthropology Quarterly, New Series 1987; 1(1): 6–41.
- Singer, M. in Baer, H. Critical Medical Anthropology. Amityville, NY: Baywood; 1995.

# OCENA POTREB: IZKUŠNJE PACIENTOV Z OBRAVNAVO V CENTRU ZA DUŠEVNO ZDRAVJE ODRASLIH

Needs assessment: Patient reported experience  
measures within adult Mental Health Centre

Irena Makivić

## **POVZETEK**

*Cilj raziskave je bil prepoznati potrebe skozi oceno izkušenj in skozi merjenje (ne)zadovoljenih potreb. Raziskava je bila izvedena v okviru Centra za duševno zdravje odraslih. Več kot polovica sodelujočih je bila ženskega spola z nižjo socialno-ekonomsko ravnijo in nižjo izobrazbo. Strokovnjaki so v veliki meri vključevali bolnike v odločitve o zdravljenju, poznali so zgodovino bolezni bolnikov, osredotočili so se tudi na stvari, ki so pomembne za bolnike. Časovni okvir zdravljenja je potencialna neizpolnjena potreba, saj je četrtnina bolnikov imela težave z duševnim zdravje dlje kot tri leta, preden so poiskali strokovno pomoč. Raziskava je izhodišče za prihodnjo kvalitativno raziskavo za oceno potreb.*

**Ključne besede:** ocena potreb, duševno zdravje, PREMS, izkušnje pacientov

---

**Avtorica:** Irena Makivić

**Znanstveni in strokovni naziv:** doktorica socialne medicine,  
univerzitetna diplomirana sociologinja

**Inštitucija/zaposlitev, naslov:** NIJZ, Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana

**E-naslov:** irena.makivic@nijz.si

**DOI:** [https://doi.org/10.3986/9789610506768\\_16](https://doi.org/10.3986/9789610506768_16)

## ABSTRACT

The aim of the research was to identify the needs through assessment of experiences and un/satisfied needs. The research was conducted within Mental health centre for adults. More than half of the participants were women, with a lower socio-economic level and lower education. Professionals have been largely involved patients in their health decisions; they knew the patients' medical history; as well as they have focused on things that are important to the patients. The treatment timeframe is a potential unmet need, as a quarter of patients had mental health problems for more than three years before seeking professional help. The survey is a starting point for future qualitative needs assessment research.

**Keywords:** Needs assessment, mental health, PREMS, patients experiences

## 1 UVOD

Duševno zdravje je po definiciji OECD (2019a) stanje dobrega počutja, v katerem vsak posameznik uresničuje svoj potencial, se spopada z običajnimi življenjskimi stresi, dela in deluje produktivno in plodno ter je zmožen prispevati v svojo skupnost. Duševno zdravje je osnovna komponenta posameznikovega dobrega počutja in družbeno-ekonomske participacije. Raziskave kažejo, da težave z duševnim zdravjem, kot so depresija, anksiozne motnje in motnje zaradi uživanja alkohola in prepovedanih drog, letno prizadenejo več kot šestino ljudi po vsej Evropski uniji, poleg tega pa skupni stroški slabega duševnega zdravja znašajo več kot 600 milijard evrov ali več kot 4 % BDP v 28 državah Evropske unije (OECD, 2019b). V zadnjih desetih letih so bili odrasli (do 65. leta) najpogosteje obravnavani zaradi anksioznih motenj, depresivne epizode, ponavljajoče se depresije, stresnih in prilagoditvenih motenj (Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028 [ReNPDZ18-28], 2018). Duševno zdravje je področje, ki je bilo v Sloveniji v zadnjih desetih letih zapostavljeno, zato sta tako razvoj tega področja kot tudi spremljanje izidov in izkušenj še toliko pomembnejša.

Potrebe na področju duševnega zdravja so izhodišče tako za razvoj kot tudi za prilagoditev programov in storitev. Potrebe v tem kontekstu so lahko razumljene kot ocena kakovosti prejetih storitev (Sartorius, 2015). Zgolj odsotnost psihosomatskih simptomov še ne pomeni, da je duševno zdravje v dobri kondiciji. Pomemben cilj je tudi pacientovo subjektivno zaznano dobro počutje, če želimo doseči celovitost na polju duševnega zdravja (Li in sod., 2015). Potrebe na področju duševnega zdravja niso ločene od drugih potreb, saj



nekateri dejavniki ljudem omogočajo zmanjšanje družbenih učinkov na duševno bolezen (Smith, 1998). Osredotočenost na izkušnje pacientov in razumevanje različnih pogledov na zagotavljanje in izvajanje storitev sta bistvena dela modela oskrbe, osredotočene na pacienta (Fujisawa in Klazinga, 2017), ki ga vodijo tudi potrebe pacientov (IOM, 2001). Na področju duševnega zdravja se izkušnje pacientov do sedaj še niso strukturirano spremljale, še posebej pomembno pa je spremljanje z vidika vrednotenja uspešnosti novoustanovljenih struktur znotraj implementacije Resolucije o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028. Centri za duševno zdravje so implementirani na primarnem nivoju zdravstvenega varstva in želja je, da centri predvidoma in v skladu z dokazi o delovanju skupnostnih služb omogočijo boljši in lažji dostop do služb in storitev s področja duševnega zdravja v lokalnem okolju, hkrati pa na področje duševnega zdravja vpeljejo nov način dela skozi interdisciplinarno, na pacienta osredotočeno obravnavo (ReNPDZ18-28, 2018). Centri obravnavajo paciente s psihiatričnimi motnjami in drugimi potrebami s področja duševnega zdravja in pokrivajo populacijo 65.000 oseb (starejših od 18 let). Sestavlja jih inter- in multidisciplinarna ekipa strokovnjakov s področja duševnega zdravja, v katero so vključeni psihiater, (klinični) psiholog, diplomirana medicinska sestra, socialni delavec in delovni terapevt. Kakovost delovanja centrov za duševno zdravje se spremlja skozi strukturne kazalnike, procesne kazalnike in izide po Donabedianovi triadi, kjer je pomembna tudi ocena z vidika pacientov (Busse in sod., 2019). Znana pravica pacientov je njihova vključenost v obravnavo, manj znana pa je pravica vključenosti pacienta v oblikovanje in vrednotenje sistema. Pacienti so bili znotraj resolucije o nacionalnem programu že aktivno vpeti v oblikovanje drugega, nujnega, akcijskega načrta, kjer so sodelovali pri kvalitativni oceni potreb o službah in storitvah na področju duševnega zdravja (Makivič in sod., 2021). Pacienti in svojci lahko iz svoje izkušnje veliko prispevajo k oceni delovanja služb in njihovem načrtovanju, zato je pomembno redno spremljanje izkušenj in izidov preventivnih programov in programov zdravljenja, pri čemer je mnenje pacientov pomembno tudi kot orodje izboljševanja politik in prakse na področju duševnega zdravja. Raziskovanje pacientove izkušnje pa se tudi na mednarodnem nivoju izpostavlja kot čedalje pomembnejše orodje za izboljševanje kakovosti v zdravstveni oskrbi (Gleeson in sod., 2016).

Opisana raziskava tako služi prepoznavanju potreb pacientov, in sicer na eni strani kot ocena njihove izkušnje in s tem prikaz nezadovoljenih oz. zadovoljenih potreb, na drugi strani pa kot izhodišče za poglobljeno kvalitativno raziskavo z namenom prepoznave in naslavljanja potreb pacientov, ki so vključeni v obravnavo v centrih za duševno zdravje.

## 2 METODA

Raziskava je v enem izmed na novo ustanovljenih Centrov za duševno zdravje odraslih (CDZO) v Sloveniji, ki so bili vzpostavljeni na primarnem zdravstvenem nivoju, potekala devet tednov. Izvedena je bila v Centru za duševno zdravje odraslih Sevnica, ki je eden prvih ustanovljenih centrov v Sloveniji in pokriva populacijo 60.135 odraslih oseb. V okviru raziskave so bile zbrane izkušnje uporabnikov po zaključku ene izmed obravnav oz. po obisku centra za duševno zdravje, in sicer znotraj obeh timov, tako skupnostne kot tudi ambulantne obravnave. Vsakemu uporabniku je bila po obisku centra izročena kuverta, ki je vsebovala anketni vprašalnik in ovojnico, s katero je bilo mogoče vprašalnik poslati na NIJZ. Odgovori so bili nato vneseni v elektronsko bazo, s tem pa je bila zagotovljena popolna anonimnost in nezmožnost vplivanja na nadaljnjo obravnavo zaradi sodelovanja ali nesodelovanja v raziskavi. Raziskava je bila kombinacija odprtih in zaprtih vprašanj s pomočjo mednarodnih lestvic in z dodatnimi vprašanji, ki so pokrila tudi druge dimenzije obravnave, usmerjene na pacienta.

## 3 REZULTATI

Po podatkih ZZS je bilo v CDZO Sevnica v letu 2020 obravnavanih 275 oseb v ambulantni obravnavi in 339 oseb v skupnostni obravnavi. Podatki glede obravnavanih oseb kažejo, da število razdeljenih vprašalnikov predstavlja okoli četrtno vseh oseb obravnavanih v tem letu s predpostavko, da je ena oseba v tem času vprašalnik izpolnila le enkrat. Enota preučevanja sicer ni ena oseba, ampak en obisk. Stopnja odziva glede na število razdeljenih vprašalnikov je bila veliko boljša v ambulantni (53,7 %) kot v skupnostni obravnavni (23,4 %).

V raziskavi je sodelovalo nekoliko več žensk (55,7 %) kot moških (44,3 %). Povprečna starost vseh udeležencev je znašala 49 let (SD 2,8). Največ oseb je imelo poklicno izobrazbo (29,5 %), sledili sta srednješolska (27,9 %) in visoka oz. visokošolska izobrazba (26,5 %). Delež sodelujočih z dokončano osnovnošolsko izobrazbo ali manj je znašal 16,4 %. Največ oseb, ki je poiskalo pomoč v Centru za duševno zdravje odraslih, je imelo status upokojenca (46,7 %), zaposlenih je bilo 11,7 % udeležencev. V povprečju so udeleženci svoj socialno-ekonomski status na deset stopenjski lestvici, pri čemer 10 pomeni najvišjo socialno-ekonomsko raven v družbi in 0 najnižjo socialno-ekonomsko raven, ocenili z oceno 5,38 (SD 2,368). Prav tako pa več kot polovica uporabnikov svojega zdravstvenega stanja ni ocenila niti kot dobro niti kot slabo (tabela 1).

**Tabela 1: Demografske in druge značilnosti sodelujočih**

Spol		
	Moški	44,3 % (27)
	Ženski	<b>55,7 % (34)</b>
	Skupaj	100 % (61)
Starost udeležencev		
	Povprečje	49,34
	Mediana	54
	Standardni odklon	2,811
	Skupaj (N)	64
Kakšna je vaša najvišja dosežena izobrazba?		
	Osnovnošolska izobrazba ali manj	16,4 % (10)
	Poklicna šola (2- do 3-letna)	<b>29,5 % (18)</b>
	Srednja šola (4-letna strokovna, poklicna ali gimnazija)	27,9 % (17)
	Višja, visoka, univerzitetna izobrazba ali več	26,2 % (16)
	Skupaj	100 % (61)
Kakšen je vaš trenutni zaposlitveni status?		
	Zaposlen/-a	18,3 % (11)
	Samozaposlen/-a	3,3 % (2)
	Kmet/-ica	0 % (0)
	Brezposeln/-a in zmožen/-na za delo	13,3 % (8)
	Brezposeln/-a in nezmožen/-na za delo	10 % (6)
	Gospodinjec/gospodinja (brez lastnih dohodkov)	1,7 % (1)
	Upokojenec/-ka	<b>46,7 % (28)</b>
	Študent/-ka	6,7 % (4)
	Skupaj	100 % (60)
Nekateri ljudje imajo več socialne opore in materialnih sredstev za uspešno spopadanje z življenjskimi izzivi kot drugi. povejte nam, na katero socialno-ekonomsko raven bi se uvrstili na spodnji lestvici?		
	Povprečje	5,38
	Mediana	5
	Standardni odklon	2,368

**Kako bi na splošno ocenili svoje zdravstveno stanje?**

Odlično	3,2 % (2)
Zelo dobro	27,4 % (17)
Niti dobro niti slabo	51,6 % (32)
Slabo	11,3 % (7)
Zelo slabo	6,5 % (4)
Skupaj	100 % (62)

Med sodelujočimi, ki so odgovorili na vprašalnik o izkušnjah pacientov, je bila večina takšnih (78,1 %), ki so obiskali center zaradi ponovnega pregleda, manj je bilo oseb, ki so vprašalnik izpolnile po prvem pregledu (17,2 %). Znotraj interdisciplinarnega tima strokovnjakov v Centru za duševno zdravje odraslih je največ udeležencev (71,9 %) obravnaval psihiater, sledili so pregledi pri (kliničnem) psihologu (29,7 %). Pri ostalih profilih so bili sodelujoči uporabniki obravnavani redkeje. Med sodelujočimi je bila več kot polovica (59,7 %) v obravnavo v tem centru vključena že več kot eno leto, slaba četrtnina (24,2 %) pa manj kot pol leta.

Nekaj več kot polovica vseh udeležencev (54,7 %) se je popolnoma strinjala, da je do obravnave prišla, takrat ko so jo potrebovali. Skoraj vsi udeleženci (95,2 %) pa so navedli, da so jih strokovnjaki obravnavali vljudno in spoštljivo. Večina udeležencev (75 %) je bila mnjenja, da jim je strokovnjak oz. tim strokovnjakov namenil dovolj časa. Velika večina (81 %) se je strinjala, da so jim strokovnjaki zadeve pojasnili tako, da so jih enostavno razumeli. Strokovnjaki so veliko večino udeležencev (73 %) vključili v odločitve glede zdravljenja v tolikšni meri, kot so si želeli (tabela 2).

**Tabela 2: Obravnava in strokovnjaki****V kolikšni meri se strinjate, da ste do obravnave prišli, takrat ko ste jo potrebovali?**

Popolnoma se strinjam.	<b>54,7 % (35)</b>
Strinjam se.	42,2 % (27)
Ne strinjam se.	0 % (0)
Sploh se ne strinjam.	3,7 % (2)
Skupaj	100 % (64)

<b>Ali vas je strokovnjak oz. tim strokovnjakov obravnaval vljudno in spoštljivo?</b>		
	Da, zagotovo.	<b>95,2 % (60)</b>
	Da, do neke mere.	3,2 % (2)
	Niti ne	0 % (0)
	Sploh ne	0 % (0%)
	Ne vem.	0 % (0%)
	Ne želim odgovoriti.	1,6 % (1)
	Skupaj	100 % (63)
<b>Ali vam je strokovnjak oz. tim strokovnjakov namenil dovolj časa?</b>		
	Da, zagotovo.	<b>75 % (48)</b>
	Da, do neke mere.	23,4 % (15)
	Niti ne	0 % (0)
	Sploh ne	1,6 % (1)
	Ne vem.	0 % (0)
	Ne želim odgovoriti.	0 % (0)
	Skupaj	100 % (64)
<b>Ali vam je strokovnjak oz. tim strokovnjakov pojasnil zadeve tako, da ste jih enostavno razumeli?</b>		
	Da, zagotovo.	<b>81 % (51)</b>
	Da, do neke mere.	17,5 % (11)
	Niti ne	1,6 % (1)
	Sploh ne	0 % (0)
	Ne vem.	0 % (0)
	Ne želim odgovoriti.	0 % (0)
	Skupaj	100 % (63)
<b>Ali vas je strokovnjak oz. tim strokovnjakov vključil v odločitve glede vašega zdravljenja v tolikšni meri, kot ste si želeli?</b>		
	Da, zagotovo.	<b>73 % (46)</b>
	Da, do neke mere.	19 % (12)
	Niti ne	1,6 % (1)
	Sploh ne	1,6 % (1)
	Ne vem.	1,6 % (1)
	Ne želim odgovoriti.	3,2 % (2)
	Skupaj	100 % (64)

Skoraj vsi udeleženci (98,4 %) so se strinjali, da jih je strokovnjak poleg vprašanj o simptomih vprašal tudi po drugih stvareh, ki se tičejo njihovega zdravja in življenja na splošno. Odstotek oseb, ki so bile mnenja, da strokovnjak dovolj dobro pozna njihovo zdravstveno zgodovino, je znašal 66,7 %, z omenjeno postavko se ni strinjalo 12,7 % oseb, medtem ko na vprašanje ni znalo odgovoriti 20,6 % vseh udeležencev. Večina udeležencev (66,7 %) je bila mnenja, da strokovnjak dovolj dobro pozna njihove družinske okoliščine in vsakdanje življenje (tabela 3).

**Tabela 3: Obravnava v CDZO**

<b>Ali vas je strokovnjak oz. tim strokovnjakov poleg vprašanja o simptomih vprašal tudi po drugih stvareh, ki se tičejo vašega zdravja in življenja na splošno in so za vas pomembe?</b>		
	Da	<b>98,4 % (62)</b>
	Ne	1,6 % (1)
	Ne vem.	0 % (0)
	Skupaj	100 % (64)
<b>Ali po vašem mnenju strokovnjak oz. tim strokovnjakov, ki vas je obravnaval, dovolj dobro pozna vašo zdravstveno zgodovino oz. vaše predhodne težave?</b>		
	Da	<b>66,7 % (42)</b>
	Ne	12,7 % (8)
	Ne vem.	20,6 % (13)
	Skupaj	100 % (63)

Uporabniki v večini (67,7 %) menijo, da svojo težavo s področja duševnega zdravja obvladujejo bolje kot pred vključitvijo v center. Prav tako so se do neke mere strinjali, da dlje kot so vključeni v obravnavo v centru, bolj kakovostno je njihovo življenje (46 %). Povprečna ocena zadnje obravnave na deset stopenjski lestvici je znašala 8,61 (SD 2,092), kar pomeni, da so obravnavo ocenili kot zelo dobro.

Zanimivo se je pokazalo, da je največ oseb (36,5 %) imelo težave v duševnem zdravju manj kot pol leta, preden so poiskali strokovno pomoč, hkrati pa so bili precej visoki deleži oseb, ki so pomoč poiskale kasneje, tudi šele po več kot petih letih (tabela 4).

**Tabela 4: Trajanje težav v duševnem zdravju**

Kako dolgo ste imeli težave v duševnem zdravju, preden ste poiskali strokovno pomoč pri strokovnjakih v centru za duševno zdravje ali izven njega?	
Manj kot 6 mesecev	36,5 % (23)
Od 6 do 12 mesecev	20,6 % (13)
Od 1 do 3 leta	17,5 % (11)
Od 3 do 5 let	11,1 % (7)
Več kot 5 let	14,3 % (9)
Skupaj	100 % (63)

Kot ločeno temo smo obravnavali potrebe pacientov. Udeleženci so izrazili potrebo po dodatnih informacijah o zdravljenju (»Dodatno pojasnilo glede odločitve psihiatra pri zdravljenju«) in zdravilih (»Več informacij o zdravilih, ki pomagajo na tem področju.«). Četudi so zaprta vprašanja pokazala, da je velika večina udeležencev (91,4 %) prejela dovolj informacij o tem, kako jemati predpisano zdravilo, je skoraj petina uporabnikov (19,4 %) izrazila stališče, da od psihiatra niso prejeli informacij o delovanju in možnih nezaželenih učinkih predpisanega zdravila. Udeleženci so izražali stališča, da bi si želeli več časa pri obravnavi (»Mogoče včasih daljšo obravnavo«) in pogostejšo obravnavo strokovnjakov (»pogostejši obravnavi«).

## 4 RAZPRAVA

Izkušnje pacientov naše raziskave v veliki večini kažejo, da so jih strokovnjaki obravnavali vljudno in spoštljivo; da so jim namenili dovolj časa; da so jim zadeve pojasnili tako, da so jih enostavno razumeli; da strokovnjaki poznajo družinske okoliščine in vsakodnevno življenje pacientov; da imajo pacienti občutek, da strokovnjaki med seboj dobro komunicirajo in izmenjujejo pomembne informacije z namenom čim boljše obravnave. Vse to se sklada z modelom zdravljenja, ki je osredotočen na pacienta, kjer je obravnavna spoštljiva do posameznika in upošteva njegove potrebe in vrednote (Laine in Davidoff, 1996). To je zelo pomembno ne le za medsebojno zaupanje, ampak je takšna obravnavna prepoznana tudi kot ena najpomembnejših dimenzij kakovostne oskrbe (IOM, 2001). Glede na odgovore na odprta vprašanja je prostor za izboljšave na področju odnosa med strokovnjaki in pacienti iz naslova medsebojnega zaupanja in iz naslova komuniciranja (saj so izrazili potrebo po dodatnih informacijah o zdravljenju in zdravilih), kar je pomembno nasloviti, saj

je medsebojno zaupanje pomembno tudi zaradi dobre adherence pri zdravljenju (Chakrabarti, 2018).

Večina pacientov je bila mnenja, da svojo težavo s področja duševnega zdravja obvladujejo bolje kot pred vključitvijo v obravnavo. Izkušnje pacientov kažejo, da so bile njihove potrebe po kakovostni in na pacienta osredotočeni obravnavi naslovljene. Potrebe so osnova za razvoj in prilagoditev služb in storitev na področju duševnega zdravja, hkrati pa je vse bolj pomembna vključitev uporabnikov v oceno potreb (Ruggeri, 2004; Thornicroft in Slade, 2002), zato je pomembno od te točke nadaljevati in potrebe preveriti tako na druge načine (tudi kvalitativno, kot je bilo to že narejeno v tujih študijah – Roberge in sod., 2016) kot tudi dovolj pogosto (torej obdobjno oz. po potrebi).

## 5 ZAKLJUČEK

Merjenje posameznikovega dobrega počutja je pomemben del spremljanja kakovosti posameznikovega življenja, boljša kakovost življenja pa je tudi kazalnik družbenega napredka (OECD, 2013). Za duševno zdravje prebivalstva je pomembna nepretrganost zdravstvene obravnave, saj študije dokazujejo, da je nepretrgana obravnav povezana z boljšimi izidi zdravljenja in tudi z izboljšanjem tako duševnega stanja kot tudi funkcioniranja in kakovosti življenja (Joyce in sod., 2010). Skozi pilotno raziskavo smo naslovili predvsem vidik posameznika, njegove izkušnje o sami oskrbi in prepoznanih potrebah, saj so za namene preverjanja, ali centri za duševno zdravje resnično delujejo po svojih primarnih principih in načelih, na voljo druga dodatna orodja, ki niso predmet te raziskave. V Sloveniji bomo v prihodnje izkušnje pacientov s službami na področju duševnega zdravja preverjali znotraj enakih struktur na primarnem zdravstvenem nivoju in tako tudi izhodiščno enakih obravnav v centrih za duševno zdravje. Za preverjanje zadovoljenih potreb je pomembno tudi razumevanje posameznikovega dojetanja zdravljenja, saj je le-to pogojeno s kontekstom kulturnih in družbenih vrednot, posameznikovih želja, ciljev, pričakovanj in skrbi. Kakovost obravnave v centrih za duševno zdravje na podlagi mnenja pacientov je eden izmed parametrov za oceno potreb, ki so predvidoma kulturno, socialno in individualno pogojene. Pomembno je vedeti in videti, kako centri za duševno zdravje naslavljajo in zadovoljujejo potrebe pacientov. Raziskava je tako tudi dobro izhodišče za bodočo kvalitativno raziskavo s pacienti, ki bi omogočila identifikacijo dodatnih potrebnih storitev na področju duševnega zdravja; identifikacijo težav, povezanih z dostopom do storitev; poglobljene informacije o tem, kako bi bila videti najbolj kakovostna oskrba (iz njihove perspektive); katera in kakšna so sredstva za bolj-



še obvladovanje duševne bolezni; kakšne informacije o zdravljenju in zdravilih potrebujejo in na kakšen način bi lahko spodbudili zgodnje iskanje pomoči.

## Literatura

- Busse, R., Klazinga, N., Panteli, D. in Quentin, W., ur. Improving Healthcare Quality in Europe: Characteristics, Effectiveness and Implementation of Different Strategies. Health Policy Series, No. 53. Copenhagen: World Health Organization (WHO), Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). 2019. Dostopno na: [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/improving-healthcare-quality-in-europe\\_b11a6e8f-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/improving-healthcare-quality-in-europe_b11a6e8f-en) (citirano 5. 7. 2022).
- Chakrabarti, S. Treatment alliance and adherence in bipolar disorder. *World J psychiatry*. 2018; 8(5): 114–24. Dostopno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30425942/> (citirano 25. 6. 2022).
- Fujisawa, R. in Klazinga, N. S. Measuring patient experiences (PREMS): Progress made by the OECD and its member countries between 2006 and 2016, OECD Health Working Papers, No. 102. Paris: OECD Publishing; 2017. Dostopno na: <https://doi.org/10.1787/893a07d2-en> (citirano 16. 3. 2021).
- Gleeson, H., Calderon, A., Swami, V., Deighton, J., Wolpert, M. in Edbrooke-Childs, J. Systematic review of approaches to using patient experience data for quality improvement in healthcare settings. *BMJ Open*. 2016; 6(8): 011907. Dostopno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5013495/> (citirano 11. 3. 2021).
- Institute of Medicine, Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington (DC): National Academies Press (US); 2001.
- Joyce, A. S., Adair, C. E., Wild, T. C., McDougall, G. M., Gordon, A., Costigan, N. in sod. Continuity of care: Validation of a self-report measure to assess client perceptions of mental health service delivery. *Community Ment Health J*. 2010; 46(2): 192–208. Dostopno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19551503/> (citirano 26. 4. 2021).
- Laine, C. in Davidoff, F. Patient-centered medicine. A professional evolution. *JAMA*. 1996; 275(2): 152–156. Dostopno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8531314/> (citirano 25. 6. 2022).
- Li, J., Zhao, N. in Hao, B. A new assessment model of mental health. *Commun Comput Inf Sci*. 2015; 529: 328–33. Dostopno na: [https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-21383-5\\_55](https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-21383-5_55) (citirano 31. 3. 2022).
- Makivić, I., Švab, V. in Selak, Š. Mental Health Needs Assessment During the COVID-19 Pandemic: Consensus Based on Delphi Study. *Front Publiv Heal*. 2021; 9: 732539. Dostopno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34746080/> (citirano 1. 4. 2022).
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). OECD Guidelines on Measuring Subjective Well-being. Paris: OECD Publishing; 2013. Dostopno na: [https://www.oecd-ilibrary.org/economics/oecd-guidelines-on-measuring-subjective-well-being\\_9789264191655-en](https://www.oecd-ilibrary.org/economics/oecd-guidelines-on-measuring-subjective-well-being_9789264191655-en) (citirano 28. 6. 2022).

- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). OECD Mental Health Performance Framework. 2019a. Dostopno na: <https://www.oecd.org/health/OECD-Mental-Health-Performance-Framework-2019.pdf> (citirano 26. 4. 2021).
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Health at a Glance 2019: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing; 2019b. Dostopno na: [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2019\\_4dd50c09-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2019_4dd50c09-en) (citirano 12. 3. 2021).
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Slovenia. 2021. Dostopno na: <https://www.oecd.org/slovenia/> (citirano 22. 4. 2021).
- Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028 (ReN-PDZ18–28). Uradni list RS, št. 24/2018. Dostopno na: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=RESO120> (citirano 18. 3. 2021).
- Roberge, P., Hudon, C., Pavilanis, A., Beaulieu, M. C., Benoit, A., Brouillet, H. in sod. A qualitative study of perceived needs and factors associated with the quality of care for common mental disorders in patients with chronic diseases: the perspective of primary care clinicians and patients. *BMC Fam Pract.* 2016; 17(1): 134. Dostopno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27620166/> (citirano 25. 6. 2022).
- Ruggeri, M., Leese, M., Slade, M., Bonizzato, P., Fontecedro, L. in Tansella, M. Demographic, clinical, social and service variables associated with higher needs for care in community psychiatric service patients. The South Verona Outcome Project 8. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2004; 39(1): 60–8. Dostopno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15022048/> (citirano 25. 6. 2022).
- Sartorius, N. Mental health needs, 2015: Changes of concepts and consequences. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2015; 69(9):509–11. Dostopno na: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/pcn.12278> (citirano 15. 4. 2022).
- Smith, H. Needs assessment in mental health services: the DISC Framework. *J Public Health (Bangkok).* 1998; 20(2): 154–60. Dostopno na: <https://academic.oup.com/jpubhealth/article-lookup/doi/10.1093/oxfordjournals.pubmed.a024736> (citirano 9. 3. 2021).
- Thornicroft, G. in Slade, M. Comparing needs assessed by staff and by service users: paternalism or partnership in mental health? *Epidemiol Psychiatr Soc.* 2002; 11(3): 186–191. Dostopno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12451965/> (citirano 25. 6. 2022).

---

Prispevek je nastal v sklopu pilotne raziskave, ki je potekala v okviru podoktorskega projekta Ocena potreb na področju duševnega zdravja (trajanje projekta: 1. 9. 2020 - 31. 8. 2022), ki ga sofinancira Agencija Republike Slovenije za raziskovalno dejavnost.

# DUŠEVNE TEŽAVE IN FILOZOFIJA

## Mental problems and philosophy

Barbara Vogrinec Švigelj

### POVZETEK

*Namen pričujočega zapisa je poskusiti odgovoriti na vprašanje, zakaj pravzaprav bi si filozofsko svetovanje zaslužilo, da bi se v sodobni razčlovečeni in nihilistični družbi, kjer je vedno več težav v duševnem zdravju, ljudje k njemu bolj zatekali. Da bi dosegli ta namen, si najprej pobližje pogledamo na eni strani psihoterapijo kot tisto, k čemur se danes ljudje vedno bolj zatekajo, in na drugi strani filozofsko svetovanje kot tisto, kar bi si zaslužilo, da bi se danes ljudje k temu bolj zatekali, nato pa postavimo pod drobnogled še duševne težave kot danes vse pogostejše izkušnje. Tako se nam pokaže, da filozofsko svetovanje pomeni edinstveno pridobitev za posameznike sodobne družbe, tako pa tudi za celotno družbo.*

**Ključne besede:** sodobna družba, nihilizem, težave v duševnem zdravju, psihoterapija, filozofsko svetovanje

### ABSTRACT

*The purpose of this paper is to try to answer the question, why, in fact, would philosophical counseling deserve people resorting to it more in contemporary dehumanized and nihilistic society, where there are more and more mental health problems? To achieve this purpose we first take a closer look, on the one hand, at psychotherapy as what people are increasingly resorting to today, and, on the other hand, at philosophical counseling as what would deserve*

---

**Avtorica:** Barbara Vogrinec Švigelj

**Znanstveni in strokovni naziv:** doktorica filozofije

**Inštitucija/zaposlitev, naslov:** asistentka z doktoratom, raziskovalka; Inštitut Karakter – inštitut za osebnostne motnje in oblikovanje osebnosti, Ježa 90, 1000 Ljubljana

**E-naslov:** barbara.vogrinec@guest.arnes.si

**DOI:** [https://doi.org/10.3986/9789610506768\\_17](https://doi.org/10.3986/9789610506768_17)

*people resorting to this more today, and then we take a closer look also at mental problems as increasingly frequent experiences today. Thus, it shows to us, that philosophical counseling means an unique acquisition for individuals of the contemporary society, and thus also for this whole society.*

**Keywords:** contemporary society, nihilism, mental health problems, psychotherapy, philosophical counseling

## 1 UVOD

Italijanski filozof Umberto Galimberti v svojih knjigah *Grozljivi gost* in *Besedo* imajo mladi govori o današnjem času kot o času nihilističnega ozračja (Galimberti, 2010; 2019). V *Grozljivem gostu* tudi opozori, da ta nihilizem pomeni, da se življenje zdi nesmiselno in zato neznosno in ne obratno (Galimberti, 2010).

Ni torej presenetljivo, da je v sodobni t. i. zahodni družbi – ki jo objema nihilizem (pri katerem pa gre za to, da je nesmiselnost življenja vzrok neznosnosti življenja in ne njena posledica) – opaziti vedno več težav v duševnem zdravju, med katerimi so najpogostejše motnje razpoloženja, med njimi predvsem depresija (Šprah, 2019). Glede na to ni presenetljivo niti, da se v sodobni družbi vedno več ljudi zateka k psihoterapiji. Ameriški filozof Lou Marinoff (2011) ugotavlja, da to velja za ameriško družbo, Galimberti (2011) pa navaja, da to velja tudi pri nas, v Evropi.

Na srečo pa se dandanes ljudje poslužujejo tudi filozofskega svetovanja. V pričujočem zapisu bomo poskusili odgovoriti na vprašanje, zakaj pravzaprav je to sreča oz. zakaj bi si to svetovanje zaslužilo, da bi se danes ljudje k njemu bolj zatekali. Resnici na ljubo se danes le malo ljudi odloči za filozofsko svetovanje, zato se zdi, da je, kot se karikirano izrazi Marinoff (2022: 29), »povsod samo terapija, na razmišljanje pa nihče niti pomisli ne«. Da bi dosegli svoj tukajšnji namen, si bomo najprej pobližje pogledali na eni strani psihoterapijo kot tisto, k čemur se danes ljudje vedno bolj zatekajo, in na drugi strani filozofsko svetovanje kot tisto, kar bi si zaslužilo, da bi se danes ljudje k temu zatekali bolj, kot se.

## 2 PSIHOTERAPIJA POD DROBNOGLEDOM

Začnimo s psihoterapijo. To, kar lahko vidimo, ko vzamemo pod drobnogled psihoterapijo kot danes vse pogostejše zatočišče, je, da so to predvsem psihoterapevtski pristopi kognitivne (ali spoznavne) psihologije in behaviorizma (ali vedenjske psihologije). Od vseh smeri psihologije sta namreč danes najbolj uveljavljeni ti dve. Današnja prevlada kognitivne psihologije in behaviorizma nad

ostalimi smermi psihologije izpostavlja tudi Galimberti (2011: 144), ki pa opozarja, da »tako kognitivna psihologija kot behaviorizem veljata za 'konformistični smeri psihologije'«. Kaj to pomeni? Kot pojasnjuje Galimberti (2011), sta to smeri psihologije, za kateri je ideal duševnega zdravja stanje usklajenosti z okolico in ki za doseg tega ideala svetujeta ponotranjenje vzorcev, ki pomeni odklanjanje individuacijskih procesov. Cilj kognitivne psihologije in behaviorizma je torej bolj samoomejevanje kot samouresničevanje človeških posameznikov oz. njun cilj je bolj človekovo razumsko sprejemanje odločitev, ki niso najbolj njegove, kar ga oropa tiste moči, ki jo prepozna vsakič, ko razumsko sprejme odločitev, ki mu je bližja kot kaka druga – moči, v kateri je njegovo duševno zdravje (Galimberti, 2010). Tako pa kognitivna psihologija in behaviorizem vodita bolj k ohranjanju kot spreminjanju celotne sodobne družbe, ki je natančneje družba v dobi tehnike, v kateri je človek postal tako rekoč podoben stroju oz., kot bi se izrazil Galimberti (2019: 189), »[človek] ni več nosilec svojega delovanja, temveč preprost izvajalec opravil, ki jih predpisuje tehnični sistem«.

Psihoterapija pod našim drobnogledom je torej predvsem nekaj, kar vodi bolj k človekovemu samoomejevanju oz. odvisnosti od drugih kot samouresničevanju oz. neodvisnosti od drugih – tako pa tudi bolj k ohranjanju kot spreminjanju celotne sodobne razčlovečene družbe.

### 3 FILOZOFSKO SVETOVANJE POD DROBNOGLEDOM

Poglejmo si поблиžje še filozofsko svetovanje kot tisto, kar bi si zaslužilo, da bi se danes ljudje k temu bolj zatekali – kaj to je in kam vodi.

#### 3.1 Kaj je filozofsko svetovanje?

O našem filozofskem svetovanju (se pravi o filozofskem svetovanju, ki smo ga vzeli pod drobnogled) bi lahko najprej rekli, da je to smer filozofije, ki nekako nadaljuje izročilo prejšnjih filozofov, ki so si, če si sposodimo besede angleške filozofinje Sarah Bakewell (2018: 23), »s filozofijo raje prizadevali za dobro življenje, kot da bi iskali znanje ali modrost, ki bi bila sama sebi namen«. Če še sledimo Bakewellovi, so ti prejšnji filozofi natančneje predvsem najprej stoiki in epikurejci, nato Danec Søren Kierkegaard in Nemec Friedrich Nietzsche (ki veljata za predhodnika modernega eksistencializma), nato pa še moderni eksistencialisti, predvsem Francoza Jean-Paul Sartre (ki velja za očeta te filozofske smeri) in Simone de Beauvoir, in fenomenologi, predvsem Nemca Edmund Husserl (kot vodilni fenomenolog) in Martin Heidegger. Njihova filozofija pa natančneje »ni

bila čisti intelektualni podvig, ne zbirka cenениh trikov za samopomoč, temveč veda o tem, kako uspešno živeti v vseh ozirih človeško, odgovorno življenje» (Bakewell, 2018: 23).

Naše filozofsko svetovanje bi torej lahko opredelili najprej kot razmeroma novo smer filozofije, ki pa se je natančneje začela z nemškim filozofom Gerdom Achenbachom v 80. letih prejšnjega stoletja v Nemčiji, od koder se je kasneje razširila v Francijo, na Nizozemsko, v Združeno kraljestvo, Kanado, ZDA, Izrael, Italijo in drugam (Galimberti, 2011; Knapp in Tjeltvejt, 2005; van Deurzen, 1998). Ta nova filozofska smer je tudi nekakšno nadaljevanje izročila prejšnjih filozofov, za katere filozofija ni bila čisti intelektualni podvig, ampak so si z njo raje prizadevali za dobro življenje. Dalje pa bi lahko naše filozofsko svetovanje opredelili kot spodbujanje tistih, ki so prišli k filozofskemu svetovalcu po nasvet, k filozofiranju. In kaj pravzaprav je filozofiranje? V nekem intervjuju Galimberti pravi, da je to človekovo pretresanje, postavljanje pod vprašaj samoumevnih, stereotipnih vrednot, idej, po katerih živi (Grgič, 2012). K tej opredelitvi bi lahko dodali, da se s tem, ko postavlja pod vprašaj običajne, ustaljene, dokončne odgovore na vprašanja, ki zadevajo ideje, po katerih živi, človeku pokaže, da na neko vprašanje ni enega samega, dokončnega odgovora, da je še kakšen, ki je morda tudi bolj utemeljen, oz. je odgovorov več. Tako je človek ustvarjalen, tudi inovativen, in spoštljiv do razlik, drugačnosti, s tem pa tudi etičen. Posameznik tako prihaja do drugih, tudi povsem novih odgovorov na vprašanja, ki zadevajo njegove življenjske ideje. S tem obenem dopušča oz. je spoštljiv do drugačnosti. Hkrati pa je ob tem tudi etičen, se pravi zmožen delati dobro ne le sebi, ampak tudi drugim, natančneje skrbeti za potrebe, ne le svoje, ampak tudi potrebe drugih ljudi, človeške skupnosti, pa tudi vseh drugih živih bitij in vsega naravnega okolja, ki si ga ljudje z njimi delimo.

Ko filozofira, torej človek premišljuje o sebi in svetu okrog sebe – o tem, kar je, počne on sam, in je, se počne v svetu, ki ga obdaja – brez sklicevanja na katerokoli avtoriteto zunaj sebe. S tem avtonomnim premišljevanjem pa avtonomno spreminja samega sebe – svoj jaz, ki se tako poraja v novi, boljši obliki. Postaja torej svoja boljša različica, boljši – ustvarjalnejši, spoštljivejši do drugačnosti in bolj etičen.

### **3.2 Kam vodi filozofsko svetovanje?**

Glede na zapisano v prejšnjem podpoglavju lahko rečemo, da je cilj filozofskega svetovanja pod našim drobnogledom človekovo samouresničevanje oz. cilj tega svetovanja je človekovo razumsko sprejemanje odločitev, ki so njegove, se pravi njegova neodvisnost od drugih. Tako pa to svetovanje vodi tudi k spreminjanju celotne sodobne razčlovečene družbe.

Kot smo že omenili, po Galimbertiju sodobno družbo objema nihilizem, pri katerem pa gre za to, da je nesmiselnost življenja vzrok in ne posledica neznosnosti življenja. Naše filozofsko svetovanje vodi torej tudi k reševanju iz tega nihilizma oz. filozofiranje, h kateremu spodbuja to svetovanje, je tudi reševanje iz tega. Pri tem pa naj opozorimo, da je – zaradi narave nihilizma, ki objema sodobno družbo – morda primernejše, če na to filozofiranje usmerimo pogled, ki predstavlja »premik iz krščanske v grško kulturo« (Galimberti, 2010: 11), kar pomeni, da v njem vidimo bolj nekaj, v čemer se najde smisel, kot iskanje smisla.

## 4 DUŠEVNE TEŽAVE POD DROBNOGLEDOM

Skozi drobnogled na eni strani psihoterapije, ki v sodobni razčlovečeni in nihilistični družbi z vedno več težavami v duševnem zdravju postaja vse pogostejše zatočišče, in na drugi strani filozofskega svetovanja kot tistega, kar bi si zaslužilo, da bi se danes ljudje k temu bolj zatekali, smo poskusili odgovoriti na vprašanje, zakaj pravzaprav bi si to svetovanje zaslužilo več pozornosti. Pri tem smo prišli do delnega oz. enega odgovora na to vprašanje – na katero pa lahko odgovorimo še drugače. Do tega drugega odgovora bomo poskusili priti tako, da si bomo nekoliko pobližje pogledali še duševne težave kot tisto, kar danes ljudje vedno bolj izkušajo.

Kaj torej lahko vidimo, ko vzamemo pod drobnogled duševne težave kot danes vse pogostejše izkušnje? Vidimo lahko, da so to predvsem težave, ki jih, če si sposodimo besede Marinoffa (2011: 47), »ne povzroča nič telesnega in tudi ne psihičnega; niso krive kemijske ravni v možganih, jemanje snovi ali otroške travme«. Vzrok teh težav torej ni v možganih (se pravi nekaj telesnega) – v neki njihovi genetski nepravilnosti, ki povzroča spremenjeno delovanje živčnih prenašalcev, ali v nekem njihovem stanju, ki je posledica npr. uživanja psihoaktivnih snovi, kot so droge ali alkohol; prav tako njihov vzrok ni neka nerešena travma iz otroštva ali nerešen problem iz preteklosti (se pravi nekaj psihičnega). Večina današnjih duševnih težav torej ni takega izvora, pač pa vzrok »izvira iz nekega akutnega dogajanja v posameznikovem trenutnem življenju«, kot so »zaposlitvena kriza, grozeč osebni ali finančni problem, kot sta ločitev ali bankrot, ali pa moralna ali etična dilema« (Marinoff, 2011: 47). Tak pogled na te težave – ki ga odkrito sprejema tudi Galimberti (2011) – dobiva svojo potrditev predvsem v dejstvu, da je sodobna družba razčlovečena in nihilistična. Iz njega pa izhaja, da večina teh težav ne potrebuje zdravljenja z zdravili, ki ga sicer potrebujejo težave, katerih vzrok je v možganih; prav

tako ni potrebe po psihoterapiji, ki je sicer ustrezna za težave, katerih vzrok je neki nerešen problem iz preteklosti; pač pa se kaže potreba po filozofskem svetovanju. Večina današnjih duševnih težav torej potrebuje, če si izposodimo Galimbertijeve besede (2011: 157), »terapijo z idejami«, ki pa bi, kot izpostavi Marinoff (2011), pomagala tudi pri preostalem delu teh težav, in sicer tam, kjer so potrebna zdravila, po le-teh in namesto psihoterapije ali po njej, tam, kjer zdravila niso potrebna, pa namesto psihoterapije ali po njej.

## 5 ZAKLJUČEK

V pričujočem zapisu smo poskusili odgovoriti na vprašanje, zakaj pravzaprav bi si filozofsko svetovanje v sodobni razčlovečeni in nihilistični družbi, kjer je vedno več težav v duševnem zdravju, zaslužilo, da bi se več ljudi zatekalo k njemu. Skozi ta poskus se nam je pokazalo, da je psihoterapija kot tisto, k čemur se danes ljudje vedno bolj zatekajo, predvsem nekaj, kar vodi bolj k samoomejevanju človeka oz. njegovi odvisnosti od drugih kot posameznikovemu samouresničevanju oz. neodvisnosti od drugih, tako pa tudi bolj k ohranjanju celotne sodobne razčlovečene in nihilistične družbe kot njenemu spreminjanju. Nasprotno filozofsko svetovanje kot tisto, kar bi si zaslužilo, da bi se danes ljudje k temu bolj zatekali, vodi k človekovemu samouresničevanju oz. njegovi neodvisnosti od drugih, tako pa tudi k spreminjanju celotne sodobne razčlovečene in nihilistične družbe. Poleg tega večina duševnih težav kot tistega, kar danes ljudje vse pogosteje izkušajo, ne potrebuje zdravljenja z zdravili ali psihoterapije, pač pa filozofsko svetovanje.

Odgovor na vprašanje, zakaj bi si filozofsko svetovanje zaslužilo več pozornosti, nam torej kaže, da to svetovanje pomeni edinstveno pridobitev za posameznike sodobne družbe, tako pa tudi za družbo v celoti. V prihodnosti se mu torej moramo bolj posvetiti. To vključuje tudi več pozornosti v okviru raznih programov za povečevanje pismenosti širšega kroga ljudi o duševnem zdravju.

## Literatura

- Bakewell, S. V kavarni eksistencialistov: svoboda, bit in marelični koktajli. Ljubljana: Modrijan; 2018.
- Galimberti, U. Grozljivi gost: nihilizem in mladi. Ljubljana: Modrijan; 2010.
- Galimberti, U. Miti našega časa. Ljubljana: Modrijan; 2011.
- Galimberti, U. Besedo imajo mladi: dialog z generacijo dejavnega nihilizma. Ljubljana: Modrijan; 2019.



- Grgič, M. Dr. Umberto Galimberti: Sedimo na tempirani bombi (intervju z Umberto Galimbertijem). *Mladina*, 31. 8. 2012.
- Knapp, S. in Tjeltveit, A. C. A. Review and Critical Analysis of Philosophical Counseling. *Professional Psychology: Research and Practice*. 2005; 36(5): 558–565.
- Marinoff, L. *Raje Platona kot pomirjevala! Kako z večno modrostjo reševati vsakodnevne težave*. Ljubljana: Mladinska knjiga; 2011.
- Šprah, L. Uvajanje inovativnega programa pismenosti o motnjah razpoloženja v Sloveniji: rezultati in učinki programa. V: Šprah, L., ur. *Z več znanja o motnjah razpoloženja do izhodov iz labirintov: izkušnje in razmisleki*. Ljubljana: Založba ZRC, ZRC SAZU; 2019: 51–73.
- Van Deurzen, E. *Existentialism and existential psychotherapy*. 1998. Dostopno na: [https://www.researchgate.net/publication/265245397\\_EXISTENTIALISM\\_AND\\_EXISTENTIAL\\_PSYCHOTHERAPY](https://www.researchgate.net/publication/265245397_EXISTENTIALISM_AND_EXISTENTIAL_PSYCHOTHERAPY) (citirano: 7. 7. 2022).



# PORTRET OSEB S TEŽAVAMI V DUŠEVNEM ZDRAVJU V FILMIH IN NJIHOV UČINEK NA ZAZNAVO ŠIRŠE JAVNOSTI

The portrayal of people with mental health problems in films and its impact on public perception

Suzana Oreški

## **POVZETEK**

*Medijske reprezentacije duševnih motenj in raziskovanje njihovega vpliva na oblikovanje javnega mnenja in stališč so že desetletja vir raziskovanja po svetu. Dokazano je, da so medijske reprezentacije tém s področja duševnega zdravja pogosto netočne, zavajajoče in se večinoma razlikujejo od spoznanj stroke in dejanskih izkušenj ljudi s težavami v duševnem zdravju in njihovih bližnjih. Filmski vzorci netočnega prikazovanja duševnih motenj soustvarjajo, vzdržujejo in ohranjajo širšo družbeno stigmo oz. negativen odnos družbe do duševnih motenj in so celo škodljivi za razvoj služb in modelov pomoči v skupnosti. Zaradi močnega vpliva filmske produkcije na zaznavo javnosti in njihovega negativnega portretiranja duševnih motenj je treba skrbeti za avtentično in strokovno podajanje informacij in pri ljudeh razviti medijsko oz. filmsko pismenost.*

**Ključne besede:** mediji, film, stigma, duševne motnje, predsodki

---

**Avtorica:** Suzana Oreški

**Znanstveni in strokovni naziv:** doktorica znanosti,  
univerzitetno diplomirana socialna delavka

**Inštitucija/zaposlitev, naslov:** Nevladna organizacija ALTRA – Odbor za novosti  
v duševnem zdravju, Zaloška cesta 40, 1000 Ljubljana

**E-naslov:** [suzana.oreski@altra.si](mailto:suzana.oreski@altra.si)

**DOI:** [https://doi.org/10.3986/9789610506768\\_18](https://doi.org/10.3986/9789610506768_18)

## ABSTRACT

*Media representations of mental disorders and the study of their influence on public opinion and attitudes have been the subject of research worldwide for decades. Evidence shows that media representations of mental illness are often inaccurate and misleading, and usually do not match the expertise and actual experiences of people with mental health problems and their families. Film patterns of inaccurate portrayal of mental disorders create, maintain, and perpetuate broader social stigma or negative community attitudes toward mental disorders and are even detrimental to the development of services and models of help in the community. Due to the strong influence of film production on public perception and negative portrayal of mental disorders, it is necessary to pay attention to authentic and professional presentation of information and to develop media or film literacy.*

**Keywords:** *media, film, stigma, mental disorders, prejudices*

## 1 UVOD

Z razcvetom filmske industrije na začetku 20. stoletja v ZDA so se postavili novi temelji ameriške kulture, a tudi številnih drugih kultur po svetu. S tehnološkim napredkom so filmi postali dostopni ne zgolj na velikem platnu in televizijskih ekranih, temveč tudi na računalnikih, pametnih telefonih, tablicah ipd. Prisotnost filmov v vsakdanjem življenju ljudi je pritegnilo pozornost raziskovalcev, ki že od 30. let prejšnjega stoletja preučujejo vpliv filma na percepcijo javnosti oz. na mišljenje, čutenje in delovanje posameznika. Film govori univerzalni jezik in omogoča pripovedovanje zgodb, ki s pomočjo različnih žanrov in efektov učinkovito nagovorijo človekova čustva, njegov vrednostni sistem, sooblikujejo in vplivajo na znanje in na odnos glede tem, s katerimi imajo ljudje malo izkušenj v življenju. Film ne predstavlja zgolj obsežne ekonomske industrije, temveč se prepleta z umetnostjo, kulturo, vzgojo in socializacijo.

Gledano iz konteksta teorij medijskega vpliva (Borah, 2016; Erjavec, 2004; Perse, 2001) ni zanemarljivo, na kakšen način filmska industrija portretira in upodablja osebe s težavami v duševnem zdravju. Sporočilna vrednost filma vpliva na percepcijo realnosti posameznika – na njegovo mišljenje, čutenje in delovanje. Liki v filmih, ki upodabljajo duševno motnjo, sooblikujejo predstave, prepričanja in stališča do duševnih motenj. Film vpliva tako na osebe, ki imajo izkušnjo duševne motnje, kot tiste, ki jih nimajo. Če je duševna motnja prikazana napačno, senzacionalno, trivialno, populistično, vpliva na oblikovanje

in vzdrževanje stereotipov do duševnih motenj, ki v družbi že obstajajo. Na ta način medij krepí negativen in odklanjajoč odnos, kar predstavlja tudi ovire za bolj vključujočo in strpnjšo družbo do oseb z izkušnjo duševnih motenj in njihovih bližnjih (Choueiti, 2019; Kimmerle in Cress 2013; Smith in sod., 2006).

## 2 UPODABLJANJE DUŠEVNE MOTNJE V FILMIH

Zadnja desetletja smo doživeli paradigmatške spremembe v razumevanju duševnih motenj in njihovega zdravljenja. »Norost« ima dolgo zgodovino, ki je prepotovala zapiranje v azile, izganjanje demonov, nehumane obravnave in v različnih oblikah krepila predsodke do ljudi z izkušnjo duševne motnje. V novem tisočletju smo prešli v bolj humane in odprte skupnostne oblike pomoči in podpore s poudarkom na okrevanju in psihosocialni rehabilitaciji, v ospredju je tudi pomen pravic oseb s težavami v duševnem zdravju. Prav tako se zavedanje o pomeni duševnega zdravja v družbi krepí z različnimi kampanjami, projekti ozaveščanja, informiranja in opismenjevanja o težavah v duševnem zdravju. V političnih in zakonodajnih dokumentih so prisotni tudi ukrepi proti stigmati in predsodkom do duševnih motenj.

Navkljub novodobnim konceptom pomoči, odpiranju psihiatrije, demistifikaciji duševnih motenj je še vedno največji družbeni problem prav negativen odnos do duševnih motenj. Duševne motnje so v širši družbi še vedno močno stigmatizirane (Das in Doval, 2017; Sartorius in Shultze, 2005). Dokazano je, da ima veliko ljudi še vedno netočna in negativna prepričanja o duševnih motnjah (Pirkis in Francis, 2012; Pirkis in Blood, 2006). Na podlagi netočnih medijskih reprezentacij ljudje doživljajo osebe z izkušnjo duševne motnje kot družbeno breme in jim pripisujejo negativne osebnostne lastnosti, npr. lenobo, nesposobnost, nasilje ipd. (Wahl, 2003).

Medijske reprezentacije duševnih motenj in raziskovanje njihovega vpliva na oblikovanje javnega mnenja in stališč so že desetletja vir raziskovanja po svetu. Več avtorjev je v mednarodnih raziskavah dokazalo, da so medijske reprezentacije tém s področja duševnega zdravja pogosto netočne, zavajajoče in celo škodljive za razvoj služb in konceptov duševnega zdravja v skupnosti (Edney, 2004; Francis in sod., 2006; Philo, 1996; Sayce, 2000; Wahl, 1995). Avtorji zaključujejo, da množični mediji, tako resni kot zabavni, večina promovirajo netočne in negativne podobe duševnih motenj. Upodabljanje duševnih bolezni je pogosto v vseh filmskih žanrih in zaskrbljujoče je, da so te upodobitve nepravilne, zavajajoče. Številni liki z duševno boleznijo so npr. prikazani kot nasilni, omenjani z omalovažujočimi izrazi ali prikazani v komičnem kontekstu,

ki banalizira njihovo bolezen (Sayce, 2000; Wahl, 1995; Wykes, 2003). Tovrstna negativna upodabljanja vplivajo in poslabšujejo škodljive stereotipe in negativna stališča javnosti, kar dodatno vpliva na izolacijo oseb z izkušnjo duševne motnje, jih ovira pri iskanju ustrezne pomoči in zdravljenja in preprečuje njihova prizadevanja po vključevanju v družbo. Netočne upodobitve, ki jih vidijo posamezniki s težavami v duševnem zdravju ali njihovi družinski člani, pa lahko vodijo tudi do nerealnih pričakovanj glede zdravljenja.

## **2.1 Vpliv negativnega portretiranja duševnih motenj na zaznavo javnosti**

Sodobni hollywoodski filmi običajno upodabljaajo duševne motnjo z namenom, da bi osvetlili in kritizirali socialne, politične in ekonomske probleme v družbi (Heath, 2019). Za doseganje večjega dramatičnega učinka upodabljaajo v filmih like, ki trpijo, jih preplavljajo čustva oz. doživljajo močne osebne preizkušnje. Pretirano poudarjene nenavadne osebnostne lastnosti likov z duševno motnjo v filmih nimajo veliko skupnega z dejanskimi, realnimi izkušnjami oseb z duševno motnjo. Bolj realni portreti ne bi bili tako atraktivni in ne bi dosegali močnih dramatičnih učinkov na zaznavo javnosti. Filmski ustvarjalci namenoma senzacionalizirajo stereotipne in zgrešene predstave duševnih motenj zaradi večje gledanosti filma, popularnosti, prestižnih nagrad in zaslužka.

Najpogostejše stereotipne upodobitve posameznikov z duševno motnjo v filmu se gibljejo od prikazovanja agresivnih, nevarnih morilskih manijakov, ekscentričnega in uporniškega svobodnega duha, razsvetljenega člana družbe, ki je sposoben ustvariti utopijo, do nimfomank in močno zapeljivih žensk, narcisov ali razčlovečenih norčkov. Filmi, kot so: Klub golih pesti (1999), Ko jagenjčki obmolknejo (1991), Vitez teme (2008), Črni labod (2010), upodabljaajo like, ki so moteni, duševno bolni, slaboumni, imajo motnje avtističnega spektra, asociativno osebnost motnjo ali druge duševne motnje (Heath, 2019). V njih se preveč in tipično poudarjajo negativne lastnosti likov, ki so stereotipne predstavitve duševnih motenj v povezavi z nasiljem in nenavadnim vedenjem; uporabljajo ponižujoče, omalovažujoče žargonske izraze za označevanje oseb z izkušnjo duševne motnje (Kimmerle in Cress, 2013; Smith in Choueiti, 2019).

### **2.1.1 Škodljivi stereotipi duševnih motenj v filmih: nasilni portret**

Najpogosteje izstopa škodljiv stereotip o ljudeh z duševno motnjo, da so nasilni, škodoželjni in nagnjeni h kaznivim in nehumanim dejanjem. Portretiranje takšnih likov v filmih pomeni krepitev negativnih stereotipov v družbi. Kljub dokazom, da duševna motnja sama po sebi ni vzrok za nasilje, raziskave kažejo,

da velik odstotek otrok in odraslih ljudi s težavami v duševnem zdravju vidi kot nasilne, nevarne in nepredvidljive (Perciful in Meyer, 2016).

Predstave o osebah s težavami v duševnem zdravju med laično publiko so pravzaprav opisi likov »morilskih manijakov« iz medijske produkcije (Rasmussen in Höijer, 2003). Napačne predstave o nasilnem karakterju oseb z duševno motnjo povečujejo diskriminacijo do njih: imajo težave pri zaposlitvi, v medosebnih odnosih in zdravljenju, prav tako vplivajo tudi na politiko duševnega zdravja. V drugi polovici 90. let je angleški Department of Health Study ugotovil (Rose, 1998, v Edney, 2004), da obstaja povezava med negativnimi medijskimi reprezentacijami duševnih motenj in odločitvami v socialni politiki. Dokazali so, da negativne medijske reprezentacije duševnih motenj vplivajo na ukrepe in stališča vladnih politik do duševnega zdravja. Če v javnosti prevladuje prepričanje, da so posamezniki s psihiatričnimi diagnozami nevarni ali nezmožni skrbeti zase, bodo odločitve vladne politike odraz takšnih stališč, kar se kaže v zmanjševanju sredstev za izvajanje skupnostne skrbi in povečevanju sredstev za prisilne hospitalizacije in institucionalna zdravljenja.

### **2.1.2. Moč vizualnih reprezentacij: pozunanjeni posebneži**

Poleg nasilnega značaja je pogosto stereotipno prikazovanje osebe z duševno motnjo kot slaboumne, obubožane in iz družbenega dna. Portret takega posebneža se uporablja tudi kot sredstvo za komični vložek v filmu, kjer jih portretirajo na omalovažujoč in banalizirajoč način (Smith in Choueiti, 2019). Tudi v teh primerih gre za nepravilno upodabljanje duševne motnje, saj se jih pogosto prikazuje, tako da se poudarja njihov nenavadni zunanji videz ali bizarno vedenje v povezavi z duševno motnjo. V laični javnosti pogosto naletimo na nekoga, »ki ve, da ima nekdo duševno motnjo«. Pravijo, da »jim to vidijo po očeh«, tudi »v glasu ali v govoru«. Tovrstni »poznavalci« prepoznajo duševno motnjo, ker so tudi s pomočjo hollywoodske filmske produkcije in njenih reprezentacij imeli priložnost videti filmske like z duševno motnjo (Oreški, 2008).

Medijska produkcija zaradi moči vizualne reprezentacije nad občinstvom vztraja pri zavajajočih in netočnih orisih likov s težavami v duševnem zdravju. Ideja, da so ljudje z duševno motnjo drugačni po videzu, je vsesplošno prisotna in živa v medijskih upodabljanjih. Wahl (1995) npr. omenja kulturni film *Let nad kukavičjim gnezdrom* (1975), za katerega se je producent po ogledu oregonske državne bolnišnice odločil, da v njem ne bodo igrali dejanski pacienti, saj so bili na videz povsem običajni ljudje. Nič na njihovi zunanosti in v njihovem vedenju ni bilo dovolj atraktivno za ta film. Sporočilna vrednost filma je sicer negativno portretiranje psihiatrične institucije, kršenje pravic pacientov, pokroviteljskega

in avtoritarnega odnosa osebja do pacientov, vendar je na tem mestu treba omeniti nadvse zanimivo odločitev producenta, kot o tem piše Wahl, saj si je po ogledu pacientov v psihiatrični bolnišnici premislil, ker ti po njegovem mnenju niso ustrezali splošnim predstavam in stereotipom o t. i. duševnih bolnikih.

### 2.1.3. Portret komičnega infantilneža

Stereotipna upodabljanja se ne pojavljajo izključno v žanru grozljivk, trilerjev in dram; pogosta so tudi v komediji in otroških filmih. V komediji tipično upodabljaajo like z duševno motnjo kot simpatično zmedene, neškodljive, preproste, nerodne, brez okusa za oblačenje, nenavadnega videza, neurejene, samske, brez socialnih stikov oz. so pri sklepanju stikov vselej osmešijo; neprestano se jim dogajajo komične prigode ipd. (Bryne, 2000; Hylar in Gabbard, 1991; Pirkis in Blood, 2006). Tudi v otroških risankah želijo poudariti nenavaden videz ali vedenje v povezavi z duševno motnjo. Liki nosijo debela očala, škilijo, jecljajo, se slinijo ali nekontrolirano smejejo in podobno (Wykes, 2003). Upodobitve v otroških filmih vplivajo na oblikovanje stališč otrok do duševne motnje, ki se v procesu odraščanja še okrepijo z odklonilnim vedenjem. Izpostavljenost škodljivim stereotipom o duševnih boleznih skozi film lahko pri otrocih povzroči strah, distanco do oseb z izkušnjo duševne motnje in razvoj diskriminatornih stališč (Fouts in Callan, 2006).

Upodobitve duševnih motenj v otroških filmih nosita dve prevladujoči in škodljivi sporočilni vrednosti, in sicer da se psihiatrična diagnoza povezuje z vedenjem, ki je sporno, dvomno, bizarno, neumno, komično, nasilno, nehumano ipd., in da je uporaba psihiatričnega žargona pri sklicevanju na duševne bolezni običajen in sprejemljiv del pogovornega govora (Wahl in sod., 2003). Upodabljanje duševnih bolezni v otroških filmih je še posebej zaskrbljujoče zaradi dojetanja otrok in njihovih težav pri razlikovanju fikcije od resničnosti. Nenehno se učijo od interakcij z okoljem, ki jih obkroža; v procesu socializacije ponotranjijo stališča odraslih, šolskega sistema oz. širše družbe. Škodljivi stereotipi in slabo ravnanje z osebami z izkušnjo duševne motnje se krepijo s filmskimi liki, ki jih otroci občudujejo, in je verjetno, da jih bodo posnemali (Fouts in Callan, 2006; Wilson, 2018).

Komične medijske reprezentacije duševnih motenj so trivialne. Osebne in socialne lastnosti oseb s težavami v duševnem zdravju so prikazane na način, ki z vsakdanjim življenjem povprečnega državljana nima nič skupnega. Pogosto prikazovanje duševne motnje kot parodije pomeni posmehljivo, porogljivo posnemanje in oponašanje. V naših vsakdanjih v nasprotju s takšnim filmskim likom ne doživimo toliko smešnih in nenavadnih situacij. Komične reprezentacije



in zabavne podobe, ki so sicer namenjene sprostitvi in oddihu, niso nič manj označujoče kot resne informativne oddaje, poročila ali novice v medijih, ki zavajajoče in napačno poročajo o osebah s težavami v duševnem zdravju. Četudi gre za fikcijo, katere namen ni objektivno-informativno poročanje, ta neposredno informira javnost o osebah, ki imajo težave v duševnem zdravju. Njen učinek na zaznavo splošne javnosti zaradi neresne vsebine, komičnosti in pretiravanja v opisu smešnih situacij ni nič manjši. Ravno nasprotno: čustveno nabit prizor lahko povsem prevlada korektno informacijo. Ljudje smo do resnih izjav, dokumentarcev, pogovornih oddaj, knjig o duševnem zdravju bolj kritični kot do komedij in drugih zabavnih žanrov. Ti so morda res nekoliko omejeni (angl. mindless), vendar lahko vplivajo na splošno javnost bolj sofisticirano in s prijetnejšim emotivnim učinkom. Informacija ne more tekmovati z vizualno dramatičnimi prizori, tako da lahko povsem upravičeno sklepamo o večjem učinku, ki ga imajo podobe iz zabavnih in fiktivnih žanrov na zaznavo splošne javnosti.

Vpliv komičnih reprezentacij ima tudi neposredno škodljiv učinek na življenje ljudi s težavami v duševnem zdravju, ker ti take opise doživljajo kot zelo boleče in diskriminatorne. Povečujejo njihovo obrobno vlogo v družbi, dodatno vplivajo na njihovo izključenost in zavirajo njihovo okrevanje. Ljudje ponotranjijo negativne stereotipe, dvomijo o sebi, se sprašujejo. Tudi ljudje z duševno motnjo so tako kot vsi drugi uporabniki množičnih medijev zmožni globokih čustev, občutkov žalosti in prizadetosti, ko se jim godi krivica.

### 3 ZAKLJUČEK

Filmska produkcija prikazuje psihiatrične teme in portretira like z duševno motnjo površno, netočno in zavajajoče. V veliki meri se filmski ustvarjalci osredotočajo na enostransko, stereotipno in dramatično prikazovanje (Das in Doval, 2017). Upodabljanje duševnih motenj v filmih spodbuja k družbeni stigmati. Filmski vzorci netočnega prikazovanja duševnih motenj soustvarjajo, vzdržujejo in ohranjajo širšo družbeno stigmo oz. negativen odnos družbe do duševnih motenj. Duševna motnja se upodablja na zavajajoč način, kot stanje, ki se ga je treba bati, izogibati, se mu smejati ali ga omalovaževati, in ima negativen vpliv na percepcijo javnosti, saj vsebuje škodljivo sporočilno vrednost, ki spodbuja javnost k diskriminaciji do oseb, ki doživljajo duševne stiske in težave (Smith in Choueiti, 2019). Negativen odnos javnosti do duševnih motenj lahko pri posameznikih, ki duševno trpijo, poveča občutke izoliranosti, sramu in brezupa (Perciful in Meyer, 2016). Obsežne raziskave so pokazale tudi,

da razširjena negativna prepričanja o duševnih boleznih, na katera pomembno vpliva tudi film, ustvarjajo okolje, ki osebe v duševni stiski odvrta od iskanja zdravljenja in ovira njihovo okrevanje (Perciful in Meyer, 2016; Wahl in sod., 2003). Negativen odnos do težav v duševnem zdravju povečuje škodljivo stigmo in nepripravljenost ljudi, da poiščejo pomoč (Pirkis in Blood, 2006).

Mediji s produkcijo komičnih prizorov, upodabljanjem bizarnih in nenavadnih lastnosti, nasilnega in nehumanega vedenja v povezavi z duševno motnjo, z netočnim portretiranjem likov, z uporabo psihiatričnega žargona za opise nenavadnih družbenih stanj ali vedenj nekaterih družbenih avtoritet vplivajo in utrjujejo prepričanja in stereotipe o ljudeh s težavami v duševnem zdravju. Tovrstne reprezentacije poudarjajo, da so njihove osebne in socialne lastnosti drugačne, nenavadne, misteriozne, nevsakdanje. Podoben učinek imajo tudi neposredna naslavljanja z uporabo psihiatričnega žargona: »duševno moteni«, »psihiatrični pacienti«, »duševni bolniki«, »shizofreniki« in podobno. Enačenje posameznika z njegovo oviranostjo oz. hendikepom pomeni pripisovanje nove socialne identitete, še več, oblikovanje nove družbene skupine »duševno motenih« ali »duševno bolnih«. Tako se vzpostavi distanca in začnemo govoriti o tistih, ki imajo svoje običaje, svoje folklore in drugačno identiteto od drugih državljanov. So na svojem ozemlju, so na drugem bregu, med nami in njimi je meja. To ozemlje se dodatno potrjuje z nameščanjem in zdravljenjem v starih graščinah na obrobju mest. S poudarjanjem motnje teh oseb se izognemo razmišljanju, da imajo posamezniki s težavami v duševnem zdravju tudi spretnosti, talente, socialne veščine, da so torej v »nečem dobri« ali da imajo v življenju povsem običajna pričakovanja (Oreški, 2008).

Največji problem na področju duševnega zdravja so predsodki, stereotipi in stigma, ki pogosto postanejo najpogostejši življenjski sopotniki oseb s težavami v duševnem zdravju in njihovih bližnjih. Negativni in netočni medijski potreti reproducirajo škodljive reprezentacije o ljudeh s težavami v duševnem zdravju in ohranjajo diskurze, ki neugodno vplivajo na širše področje duševnega zdravja. Ti diskurzi se večinoma razlikujejo od spoznanj stroke in dejanskih izkušenj ljudi s težavami v duševnem zdravju in njihovih bližnjih. Veliko ljudi se o temah s področja duševnega zdravja, kot so že dokazale tuje raziskave, ne informira in ne poučuje iz strokovne literature, temveč iz vsakodnevnih, bolj priročnih virov, ki so blizu njihovim domovom. Množični mediji, vključno s filmom, so dostopni v vsakem gospodinjstvu, zato je pomembno, na kakšen način so teme s področja duševnega zdravja posredovane. Če so slednje prikazane bolj korektno in pozitivno, so lahko tudi koristne pri informiranju, usmerjanju in psihoedukaciji ljudi o pomenu duševnega zdravja za širšo družbo.

Zaradi močnega vpliva filmske produkcije na zaznavo javnosti in njihovega negativnega portretiranja duševnih motenj je treba skrbeti za avtentično in strokovno podajanje informacij in razviti medijsko oz. filmsko pismenost pri ljudeh. Zagovorniške organizacije, ki si prizadevajo za izboljšanje statusa oseb z izkušnjo duševne motnje v družbi, bi lahko bolj proaktivno skrbela za medijsko opismenjevanje in izvajale intervencije v tiste družbene prakse in medijske vsebine, ki netočno in zavajajoče prikazujejo in portretirajo duševne motnje. Do medijskih vsebin je namreč mogoče doseči distanco. Dovolj široka poučenost in informiranost o duševnih motnjah in duševnem zdravju omogoča, da se vzpostavi kritičen pogled in distanca do zavajajoče medijske vsebine do tovrstnih tem. Celo več – naša stališča, teze je v demokratičnih družbah mogoče posredovati medijem in vztrajati pri opozarjanju medijskih slabih praks na področju duševnega zdravja.

## Literatura

- Borah, P. Media Effects Theory. *The International Encyclopedia of Political Communication*; 2016.
- Bryne, P. Schizophrenia in the cinema. Me, Myself and Irene. *Psychiatric Bulletin*. 2000; 24(10): 364–365.
- Butler, J. in Hyler, S. Hollywood Portrayals of Child and Adolescent Mental Health Treatment: Implications for Clinical Practice. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 2005; 14: 509–522.
- Das, S. in Doval, N. Psychiatry and Cinema: What Can We Learn from the Magical Screen? *Shanghai Archives of Psychiatry*. 2017; 29(5): 310–313.
- Edney, D. R. Mass Media and Mental Illness: A Literature Review. Ontario: Canadian Mental Health Association; 2004.
- Erjavec, K. Mladostniki in medijsko okolje. V: Vesna, D. in Jana, N., ur. *Medijske navade med slovenskimi mladostniki*. Ljubljana: Študentska organizacija Univerze (ŠOU), Fakulteta za družbene vede, Center za metodologijo in informatiko; 2004: 5–18.
- Fouts, G. in Callan, M. Demonizing in Children's Television Cartoons and Disney Animated Films. *Child Psychiatry and Human Development*. 2006; 37(1): 15–23.
- Heath, E. *Mental Disorders in Popular Film: How Hollywood Uses, Shames, and Obscures Mental Diversity*. Lanham: Lexington Books; 2019.
- Hyler, S. E. in Gabbard, G. O. Homicidal maniacs and narcissistic parasites: stigmatization of mentally ill persons in the movies. *Hosp Community Psychiatry*. 1991; 42(10): 1044–1048.
- Kimmerle, J. in Cress, U. The Effects of TV and Film Exposure on Knowledge About and Attitudes Towards Mental Disorders. *Journal of Community Psychology*. 2013; 41: 931–943.

- Oreški, S. Družbeno pojmovanje duševnega zdravja: primer dveh slovenskih medijev [doktorsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede; 2008.
- Perciful, M. in Meyer, C. The Impact of Films on Viewer Attitudes towards People with Schizophrenia. *Curr Psychol.* 2016; 36: 483–493.
- Perse, M. E. *Media Effects and Society*. Mahwah: *Lawrence Erlbaum*; 2001.
- Philo, G. *Media and Mental Distress*. London: Routledge; 1997.
- Pirkis, J. in Francis, C. *Mental Health and Illness in the Media: A review of the literature*. Canberra: Mental Health and Special Programs Branch, Department of Health and Aging, Australia; 2012.
- Pirkis, J. in Blood, W. On-Screen Portrayals of Mental Illness: Extent, Nature, and Impacts. *Journal of Health Communication.* 2006; 11(5): 523–541.
- Rasmussen, J. in Höjjer, B. *Media Images of Mental Illness and Psychiatric Care in Connection with Violent Crimes: A Study of Dagens Nyheter, Aftonbladet and Rapport*. Örebro: Swedish Association of Social and Mental Health (RSMH), Swedish Disability Federation and the Umbrella Project Örebro University; 2003.
- Ryley, M. Horror Movies and Mental Health Conditions Through the Ages. *American Journal of Psychiatry Resident Journal.* 2020; 16(1): 17.
- Sartorius, N. in Schulze, H. *Reducing the Stigma of Mental Illness: A Report from a Global Programme of the World Psychiatric Association*. Cambridge: Cambridge University Press; 2005.
- Sayce, L. *From Psychiatric Patient to Citizen: Overcoming Discrimination and Social Exclusion*. New York: Palgrave; 2000.
- Smith, S. in Choueiti, M. *Mental Health Conditions in Film & TV: Portrayals that Dehumanize and Trivialize Characters*; 2019. Dostopno na [http://assets.uscannenberg.org/docs/aii-study-mental-health-media\\_052019.pdf](http://assets.uscannenberg.org/docs/aii-study-mental-health-media_052019.pdf) (citirano 17. 7. 2022).
- Wahl, O. *Media Madness: Public Images of Mental Illness*. New Jersey: Rutgers University Press; 1995.
- Wahl, O. News media portrayal of mental illness: Implication for public policy. *Am Behav Sci.* 2003; 46: 12: 1594–1600.
- Wahl, O., Wood, A., Zaveri, P., Drapalski, A. in Mann, B. Mental Illness Depiction in Children's Films. *Journal of Community Psychology.* 2003; 31: 553–560.
- Wilson, C., Nairn, R., Coverdale, J. in Panapa, A. How mental illness is portrayed in children's television: A prospective study. *British Journal of Psychiatry.* Cambridge: Cambridge University Press; 2018.

# POVEZANOST TEŽAV V DUŠEVNEM ZDRAVJU IN PANDEMIJE COVID-19

The connection between mental health problems  
and the COVID-19 pandemic

Anja Ibrčič, Lilijana Šprah

## POVZETEK

*Pandemija COVID-19 in z njo povezani omejevalni ukrepi niso neposredno ogrozili in prizadeli le telesnega, ampak tudi duševno zdravje ljudi po vsem svetu. V preglednem znanstvenem članku smo povzeli ključne izsledke raziskav iz obsežne strokovne in znanstvene literature, ki je v obdobju 2020–2022 poročala o učinkih ukrepov v zvezi z zajezitvijo okužbe z virusom SARS-CoV-2 in vplivu okužbe z virusom na duševno zdravje. Posebno pozornost smo v članku posvetili ranljivim skupinam, ki so se izkazale v tem času kot bolj dovzetne za težave v duševnem zdravju. Prav tako smo v prispevku naslovili varovalne dejavnike in dejavnike tveganja za pojav težav v duševnem zdravju v času pandemije. Pandemija COVID-19 je v številnih državah razkrila pomanjkljivosti v*

---

### Avtorici:

Anja Ibrčič

**Znanstveni in strokovni naziv:** magistrica psihologije,  
specializantka transakcijsko analitične psihoterapije

**Inštitucija/zaposlitev, naslov:** ZAŽIVETI, Psihološko svetovanje in psihoterapija,  
Hudovernikova 2, 1000 Ljubljana; strokovna sodelavka Društva Altra,  
Zaloška cesta 40, 1000 Ljubljana

**E-naslov:** info@zaziveti.si

Lilijana Šprah

**Znanstveni in strokovni naziv:** doktorica medicinskih ved,  
univerzitetno diplomirana psihologinja, višja znanstvena sodelavka,  
predstojnica Družbenomedicinskega inštituta ZRC SAZU

**Inštitucija/zaposlitev, naslov:** ZRC SAZU, Družbenomedicinski inštitut,  
Novi trg 2, 1000 Ljubljana

**E-naslov:** lilijana.sprah@zrc-sazu.si

**DOI:** [https://doi.org/10.3986/9789610506768\\_19](https://doi.org/10.3986/9789610506768_19)

*sistemih javnega duševnega zdravja, zato smo v pričujočem prispevku pripravili tudi pregled aktualnih predlogov strategij in usmeritev, ki bi lahko dobro podprli prizadevanja na področju skrbi za boljše duševno zdravje v kriznih obdobjih. Na področju duševnega zdravja so se sistemi javnega zdravja izkazali kot precej nepripravljeni na krizne razmere, zato se bomo s posledicami povečanega obsega težav v duševnem zdravju, ki jih povezujemo s posledicami pandemije COVID-19, najverjetneje soočali tudi v prihodnjih letih.*

**Ključne besede:** *pandemija COVID-19, duševno zdravje, posledice okužbe, ranljive skupine, dejavniki tveganj, varovalni dejavniki, javno zdravje*

### **ABSTRACT**

*The COVID -19 pandemic and its associated restrictive measures have directly threatened and affected not only the physical but also the mental health of people around the world. In a scientific review article, we summarized key research findings from the extensive professional and scientific literature reporting on the effects of SARS-CoV-2 virus infection containment measures and the impact of infection with the virus on mental health over the period 2020-2022. The article specifically addresses vulnerable groups that were found to be more susceptible to mental health problems during this period. It also discusses protective and risk factors for the occurrence of mental health problems during the pandemic. The COVID -19 pandemic exposed vulnerabilities in public mental health systems in many countries. Therefore, we also provided an overview of current suggestions for strategies and directions that could well support efforts in the area of care for improved mental health in times of crisis. It has been shown that public mental health systems are poorly prepared for crisis situations, so we will most likely continue to face the consequences of the increase in mental health problems related to the consequences of the pandemic COVID -19 in the coming years.*

**Keywords:** *COVID-19 pandemic, mental health, consequences of infection, vulnerable groups, risk factors, protective factors, public health*

## 1 UVOD

Pandemija COVID-19 predstavlja globalni zdravstveni in družbeni problem brez primere, ki je terjal do sedaj že več kot pet milijonov smrtnih žrtev in močno zaznamoval domala vsa področja življenja. Pandemija izstopa po obsegu, razsežnosti in trajanju (Morganstein, 2022). Uvrščamo jo v kategorijo ekstremnih dogodkov (Dohrenwend, 2000), saj so se v tem obdobju pojavljali za družbo pretežno negativni dogodki in neugodno, nepredvidljivo in življenjsko ogrožajoče poseganje v običajne aktivnosti, nad čimer posameznik nima kontrole. Vse omenjeno je pripeljalo do doživljanja negativnega stresa, nezaupanja in negotovosti med ljudmi širom sveta (Morganstein, 2022). Okoli 10 % populacije je doživljalo dolgotrajne stiske (Fancourt in sod., 2021), kar lahko povezujemo tudi z dejstvom, da ostrejši kot je odziv na ekstremni dogodek, večja stiska se pojavlja in verjetnejše so težave v duševnem zdravju (Dohrenwend, 2000). V številnih državah je bilo mogoče zaznati spremembe v duševnem zdravju, zlasti izrazite so bile povišane stopnje depresije, anksioznosti, posttravmatske stresne motnje in različne čustvene stiske (Manchia in sod., 2022; Papadopoulou, 2021). Kmalu zatem, ko je Svetovna zdravstvena organizacija 11. 3. 2020 razglasila stanje pandemije, se je v strokovnih krogih pojavila zaskrbljenost glede potencialno vzporedne krize na področju duševnega zdravja, tako zaradi nevarnosti samega virusa, ki vpliva tudi na centralni živčni sistem, kot zaradi vseh sprejetih omejevalnih ukrepov (Holems in sod., 2020; Pfefferbaum in North, 2020).

Pregled publikacij pokaže, da so učinki epidemije na duševno zdravje spodbudili veliko raziskovalne in strokovne radovednosti. Samo na spletišču PubMed (National Library of Medicine; <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>) npr. pod iskalnima ključema COVID-19 in Mental Health dosežemo kar 19.700 zadetkov – strokovnih in znanstvenih člankov, ki so bili objavljeni v obdobju 2020–2022 (pregledano 21.7. 2022). V pričujočem preglednem znanstvenem prispevku so predstavljeni ključni izsledki s področja presojanja učinkov epidemije na duševno zdravje v različnih kontekstih.

## 2 VPLIV OMEJEVALNIH UKREPOV NA DUŠEVNO ZDRAVJE

### 2.1 Socialna izolacija in karantena

S pandemijo COVID-19 povezani omejevalni ukrepi v času delnega oz. popolnega zaprtja javnega življenja so močno spremenili posameznikovo dnevno rutino, omejili medosebne stike, povečali negotovost in pogosto ustvarjali napetosti med najbližjimi (Manchia in sod., 2022). Tudi negotovost na področju dohodkov in zaposlitvenih statusov je pomembno vplivala na duševno zdravje splošne populacije, saj sta se pojavljali velika zaskrbljenost in nejasnost glede lastne prihodnosti in preživljanja svojih bližnjih (Chakraborty in Chatterjee, 2020; Rahman in sod., 2020; Shevlin in sod., 2020).

Karantena in socialna distanca sta bila najbolj razširjena ukrepa omejevanja širjenja okužbe. Raziskovalci razkrivajo, da karantena, ki sicer po eni strani omejuje človekovo delo in življenje in s tem lahko učinkovito preprečuje širjenje bolezni v skupnosti, po drugi strani škoduje duševnemu zdravju in močno okrne kakovost življenja (De Lima in sod., 2020). Avtorji poročajo, da so dolgotrajne karantene pri ljudeh izzvale negativne čustvene odzive (jeza, strah), anksioznost, depresijo, frustracijo in tudi panično odzivanje zaradi negativnih in nespodbudnih medijskih novic glede širjenja bolezni, naraščajočega števila novih primerov okužb in mrtvih (Brooks in sod., 2020). Prav tako je imel negativen učinek na duševno zdravje ukrep omejevanja socialnih stikov (Lei in sod., 2020). Raziskave kažejo, da so bili najpogostejši razlogi za doživljanje psihičnih stisk poleg širjenja virusa in okužb, omejenega gibanja, slabih novic, »lockdownov« in ukrepov »ostanite doma« tudi okrnjenost javnega prometa, zaprtje šol in služb, omejitev socialnih interakcij (Santomauro in sod., 2021), negotovost zaradi odsotnosti primernih strategij spoprijemanja v takšnih situacijah (Tsamakis in sod., 2020), spreminjanje zdravstvenih ukrepov in strah zaradi vsesplošnega pomanjkanja dobrin (Morganstein, 2022). Opazen je bil tudi trend povečevanja nasilja v družinah, trpinčenja in zanemarjanja otrok, zlorabe psihoaktivnih snovi (Holland in sod., 2021). Jin in sod. (2021) so preverjali vpliv množičnih karanten na duševno zdravje ljudi primerjalno v več državah in ugotovili, da so se najpogosteje pojavljale motnje anksioznosti, depresije in doživljanje negativnega stresa.

Porast depresije, depresivnih simptomov in anksioznih motenj se je pomembno povezovala s povečano zlorabo alkohola, kar predstavlja dejavnik tveganja za pojav drugih bolezni in samomorilnega vedenja (Ahmed in sod., 2021; Every-Palmer in sod., 2020; Robinson in sod., 2021). Avtorji so poročali tudi o porastu



motenj hranjenja (Solmi in sod., 2021). Omejevalni ukrepi so zelo otežili dostop do storitev in strokovnjakov na področju duševnega zdravja ter do ustreznih zdravil. Prav tako so bile prekinjene številne druge storitve na področju duševnega zdravja, saj se je pozornost zdravstvenega sektorja usmerjala zaradi večjih potreb pomoči predvsem na paciente, ki so bili neposredno ogroženi oz. so zboleli zaradi okužbe z virusom SARS-CoV-2 (Kola in sod., 2021).

## **2.2 Ali so težave v duševnem zdravju pričakovane in normalen odziv na pandemijo?**

Zadnji epidemiološki podatki kažejo, da se je zaradi okoliščin, povezanih z epidemijo COVID-19, epidemiološka slika motenj razpoloženja na globalni ravni poslabšala (WHO, 2022). Tako Santomauro in sod. (2021) navajajo, da se je globalna razširjenost depresije v samo enem letu (2020) povečala za 27,6 %, anksioznost pa za 25,6 %, s tem da podatki za Evropo (centralni in vzhodni del) in srednjo Azijo kažejo še nekoliko slabšo sliko. Večina študij poroča, da je bilo pojavljanje težav v duševnem zdravju, kot so depresija, anksiozne motnje, doživljanje prekomernega stresa in posttravmatska stresna motnja, v času pandemije COVID-19 pogostejše kot v obdobju pred njo (Niedzwiedz in sod., 2020). Tako je npr. ameriška longitudinalna študija (Daly in Robinson, 2020) zabeležila začetno povečanje težav v duševnem zdravju predvsem v prvih fazah pandemije, v kasnejšem pa izboljšanje na raven stanja pred njo. Tudi v eni izmed preglednih raziskav (Robinson in sod., 2021), v katero so vključili 65 longitudinalnih študij, ki so primerjale področje duševnega zdravja pri ljudeh pred in med izbruhom pandemije COVID-19 leta 2020, so zasledili porast simptomatike duševnih težav kmalu po izbruhu pandemije, ki pa je upadla in bila sredi leta 2020 (nekaj mesecev po izbruhu) primerljiva s stanjem pred razglasitvijo pandemije.

Takšni rezultati bi lahko odražali tudi hiter in normalen odziv na nepričakovane in težke travmatične dogodke (Palmas in sod., 2020), ki mu sledi obdobje psihološke adaptacije in prožnosti (Daly in Robinson, 2020). Možno je, da bi lahko navodila, kot so »ostati doma«, prinesla ljudem, ki so se že pred tem spopadali s težavami v duševnem zdravju, bolj strukturirano rutino in zmanjšala zunanje stresorje. Santomauro in sod. (2021) predpostavljajo, da lahko povišane ravni anksioznih simptomov med epidemijo odražajo le naraven psihološki in fiziološki odziv na zaznano nevarnost oz. grožnjo (kar pandemija COVID-19 nedvomno predstavlja) in pravzaprav ne govorimo o diagnozah anksioznih oz. depresivnih motenj v pravem pomenu besede. Prav tako je mogoče, da bo stanje po pandemiji drugačno kot med njo, kar bodo pokazale nadaljnje

raziskave. Večina študij na področju preverjanja vpliva epidemije na duševno zdravje se je namreč osredotočala na preverjanje stanja na področju depresije in anksioznih motenj, saj sta se ti motnji razpoloženja v preteklosti najpogosteje pojavljali pri ljudeh ravno v času različnih kriz.

### 3 POSLEDICE OKUŽBE Z VIRUSOM SARS-CoV-2 ZA DUŠEVNO ZDRAVJE

Akutni učinki zaradi okužbe z virusom SARS-CoV-2 so lahko usodni in življenjsko ogrožajoči, saj prizadenejo različne organske sisteme v telesu. Okužba povzroča tudi vnetne procese v možganih, kar lahko vpliva na kognitivne deficite oz. težave in težave v duševnem zdravju (Boldrini in sod., 2021). Analiza možganov pacientov, ki so umrli za boleznijo COVID-19 (Paniz-Mondolfi in sod., 2020), je pokazala, da lahko SARS-CoV-2 preči krvno možgansko pregrado in v različnih možganskih področjih (bazalni gangliji, piriformni in infra limbični korteks, možgansko deblo) povzroči določene nepravilnosti (Cespuglio in sod., 2021), kar bi lahko bilo povezano z motnjami razpoloženja (Dantzer, 2018) in motnjami spanja (Cespuglio in sod., 2021). Študije so pokazale, da lahko tudi nekatere druge oblike koronavirusa (MERS, SARS) povzročajo dolgotrajne težave v duševnem zdravju pri ljudeh, ki so se okužili (Park in sod., 2020). Tako npr. 12-letna longitudinalna študija ugotavlja, da so lahko anksioznost, depresija, travma in spalna deprivacija dolgotrajne posledice teh okužb (Tzeng in sod., 2020).

Pri posameznikih, ki so preboleli COVID-19, zlasti pri tistih, ki so bili simptomatski, so Jafri in sod. (2022) zasledili visoke stopnje posttravmatske stresne motnje, blago depresijo in anksioznost. Imeti simptome nalezljivega virusa je pri obolelih zbuvalo jezo, krivdo, negotovost. Dodatno pa je izolacija krepila (samo)stigma tako v družini obolelega kot pri njegovih bližnjih. Študije (Taquet in sod., 2021a; Taquet in sod., 2021b; Xie in sod., 2022) poročajo o pomembnih in konsistentnih, vendar zmernih povezavah med okužbo z virusom SARS-CoV-2 in povečanih stopnjah psihiatričnih diagnoz. Izkazalo se je, da tveganje za izkušnjo duševne motnje močno upade po prvem mesecu po okužbi (Taquet in sod., 2021b).

Raziskave o t. i. »dolgem kovidu« (angl. long covid) na področju duševnega zdravja ne ponujajo vedno enoznačnih rezultatov, saj poročajo tako o prisotnosti težav v duševnem zdravju (motnje razpoloženja, utrujenost) (Houben-Wilke in sod., 2022; Van Herck in sod., 2021) kakor o njihovi odsotnosti. Baumistrova in sod. (2021) npr. poročajo, da so dolgotrajni učinki zaradi okužbe s SARS-CoV-2 blagi simptomi anksioznosti in depresivnosti ali pa jih pri osebah sploh niso zasledili. Prav tako so ovrgli povezavo med boleznijo COVID-19 in dolgotrajno

posttravmatsko stresno motnjo. Raziskava, ki so jo opravili Wu in sod. (2020), razkriva, da je samo 10 % oseb, ki so preživele okužbo z virusom, zlasti ženske, imelo simptome depresije in anksioznosti, verjetno tudi zaradi strahu pred ponovitvijo okužbe. Baurmistrova in sod. (2021) zaključujejo, da na podlagi rezultatov njihove obsežne pregledne raziskave obstaja le majhna povezava med dolgotrajnimi resnimi težavami v duševnem zdravju in okužbo s SARS-CoV-2. Globalni porast slabega duševnega zdravja nekateri avtorji (Santomauro, 2021) zato pripisujejo predvsem psihosocialnim dejavnikom kot pa dolgotrajnim učinkom virusa na duševno zdravje. Več zanesljivejših podatkov o dolgotrajnih učinkih virusa na duševno zdravje prebolevnikov bodo razkrile šele prihajajoče raziskave na tem področju.

## 4 RANLJIVE SKUPINE IN TEŽAVE V DUŠEVNEM ZDRAVJU V ČASU EPIDEMIJE

Podatki raziskav kažejo, da je okoli 10 % populacije v času epidemije doživljalo nenehen negativni stres (Fancourt in sod., 2021). Pri tem so izstopale zlasti ženske, mlajše osebe, stare med 18 in 30 let, osebe z že obstoječimi duševnimi ali fizičnimi zdravstvenimi problemi, tisti, ki živijo v socialno ogrožajočih okoliščinah, in etnične manjšinske skupnosti (Network NMHI, 2021).

Ženske v primerjavi z moškimi in mlajše osebe v primerjavi s starejšimi so zaradi depresije in anksiozne motnje bolj trpeli. Prav tako so pri teh dveh skupinah zasledili več samomorov (Tanaka in Okamota, 2021) zaradi česar sta bili ti dve skupini prepoznani kot ranljivi. Zaradi stresnih delovnih pogojev pa se uvrščajo med ranljive skupine tudi zdravstveni delavci v prvih linijah boja z okužbo, težko oboleli posamezniki zaradi okužbe s SARS-CoV-2, starejši v institucionalni oskrbi in ljudje, ki jih je pandemija močno ekonomsko ogrozila (Taquet in sod., 2021b). Med ranljive skupine se uvrščajo tudi ljudje z že obstoječimi zdravstvenimi zapleti, otroci, mladostniki, študentje, migranti, begunci, starejši in ženske (Manchia in sod., 2022).

### 4.1 Zdravstveni strokovni delavci

Anksiozne motnje, depresija in posttravmatska stresna motnja so bile tiste težave v duševnem zdravju, ki so v času pandemije COVID-19 najbolj prizadele zdravstvene delavce (strokovni delavci, zdravniki, medicinske sestre) (Chutiyami in sod., 2022). Kljub njihovemu boljšemu poznavanju in izkušnjam pri soočanju s pandemijo je bilo njihovo zdravje enako ali še bolj ogroženo kot pri splošni populaciji (Cenat in sod., 2021; Pappa in sod., 2020). Prav tako so omenjeno

skupino prizadeli nespečnost, izgorelost (zaradi povečanja števila delovnih ur, zlasti pri mlajših uslužbencih), vsesplošni strah (najpogosteje strah pred okužbo), obsesivno-kompulzivna motnja, somatizacijski simptomi, fobije, zloraba substanc, samomorilne misli in samopoškodovanje. Kot najranljivejša skupina so se izkazale mlade ženske, medicinske sestre z nižjo izobrazbo na prvih linijah pomoči. Medicinske sestre naj bi od vseh zdravstvenih profilov doživljale največ anksioznosti, ker so imele največ stika z obolelimi pacienti (Chutiyami in sod., 2022). Pakpour in Griffiths (2020) poudarjata pomembnost dodatnega izobraževanja in preventivnih programov, usmerjenih v specifične poklicne skupine, ki lahko zmanjšujejo tveganja za pojav težav v duševnem zdravju in v katere bi bilo koristno vključiti tudi zdravstvene strokovne delavce.

## 4.2 Ženske

Ženske so se v času pandemije COVID-19 soočale s slabšim duševnim zdravjem kot moški (Dal Santo in sod., 2022; Uzeinović, 2021). Zaposlene v zdravstvu so bile dodatno obremenjene z gospodinjstvom in skrbjo za otroke (Power, 2020). Porast psihičnih stisk je bil opažen tudi pri ženskah v splošni populaciji (Every-Palmer in sod., 2020). Kot posebno ogrožena skupina so se pokazale učiteljice (De Oliveira in sod., 2021), ki so bile zelo obremenjene s povečano količino dela in spletnim poučevanjem (Chutiyami in sod., 2022). V primerjavi z moškimi se je pokazalo, da naj bi bile ženske manj odporne in vzdržljive pri soočenju s stresnimi okoliščinami, saj so doživljale več simptomov, povezanih s stresom, in simptomov anksioznosti (Hou in sod., 2020). Povečano raven anksioznosti so zasledili tudi pri nosečnicah v prvem tromesečju, predvsem pri tistih, ki so se soočale s šibko socialno podporo in pritiski glede cepljenja (Yue in sod., 2021). Raziskave poročajo, da naj bi imele ženske v času pandemije slabše ekonomsko stanje zaradi nižjih plač, manj prihrankov in manj gotove zaposlitve kot moški (Wenham in sod., 2020), pogosto so bile tudi žrtve nasilja v družini v času lockdownov, ko so se dlje časa zadrževale doma (Arrenas-Arroyo in sod., 2021).

## 4.3 Mladi

Mladi predstavljajo zelo ranljivo skupino glede pojavljanja težav v duševnem zdravju. Zaradi zaprtja šol in širših socialnih restrikcij so bili prikrajšani za druženje z vrstniki, imeli so omejen fizični prostor, okrnjeni sta bili tudi njihova motivacija in sposobnost za učenje (Santomauro in sod., 2021). Pri starostni skupini med 18 in 35 let se je pokazala najvišja raven prisotnosti psihološkega stresa v času pandemije (Tso in Park, 2020) zlasti zaradi strahu pred prihodnostjo, skrbi glede zaključka študija, iskanja prve zaposlitve (Stylianou in sod., 2020). Najpogostejše

manifestacije težav v duševnem zdravju otrok in mladine, ki so jih raziskovalci povezali z epidemijo, so bile anksioznost, depresija, motnje spanja in apetita, motnje socialnih interakcij z vrstniki (Meherali in sod., 2021).

#### 4.4 Starejši

Pandemija COVID-19 je razkrila še eno izjemno ranljivo skupino glede pojavljanja težav v duševnem zdravju. To so starejše osebe nad 65 let (Manchia in sod., 2022), pri kateri so številne raziskave poročale, da se je njihovo duševno zdravje poslabšalo. Anksioznost, depresivnost, težave s spanjem in občutki osamljenosti so bili v času pandemije COVID-19 v tej populaciji v primerjavi z obdobjem pred pandemijo prisotni v večji meri. Dodaten dejavnik tveganja je ob tem predstavljalo omejevanje socialnih stikov s svojimi bližnjimi (Kotnik, 2022). Zaradi izgube občutka kontrole se je pojavljal tudi občutek ujetosti (De Mendonca in sod., 2021). Kotnik (2022) je v magistrskem delu ugotovila, da so starejši v primerjavi s časom pred epidemijo v 71 % poročali o pogostejši anksioznosti in depresivnosti (63,5 %). V večji meri so anksioznost izražale starejše ženske in posamezniki, starejši od 85 let. Kljub temu pa naj bi bili starejši po drugi strani bolj odporni zaradi življenjskih izkušenj, boljšega prilagajanja razmeram in bolj optimalnega uravnavanja čustvenih odzivov (Chireh in sod., 2021; Manchia in sod., 2021; Robb in sod., 2020).

## 5 VAROVALNI IN DEJAVNIKI TVEGANJA ZA POJAV TEŽAV V DUŠEVNEM ZDRAVJU V ČASU MED EPIDEMIJO

### 5.1 Dejavniki tveganja

Kot glavni dejavniki tveganja za težave v duševnem zdravju v času pandemije so se pokazali: starost (otroci in mladina), spol (ženske), pridružene bolezni, predhodne duševne motnje in bolezni, status (študenti, brezposelni), izpostavljenost novicam ali informacijam socialnih medijev glede stanja epidemije COVID-19, okužba z virusom SARS-CoV-2 (Xiong, 2020), ekonomska ranljivost, izguba zaposlitve (Ma, 2020; Ueda in sod., 2020). Tudi nekateri okoljski dejavniki (karantene, zapiranje družbe) so se izkazali kot tveganja za pojav psihičnih stisk in težav v duševnem zdravju (Baurmistrova, 2021). Številne duševne stiske so se povezovale tudi s pomanjkanjem ali nedostopnostjo do psihološke podpore in svetovalnih služb (Lei in sod., 2020).

Tudi raven izobrazbe lahko predstavlja tveganje za pojav težav v duševnem zdravju v času epidemije COVID-19, vendar raziskave na tem področju nimajo

enoznačnih ugotovitev. Nekatere študije (Islam in sod., 2020; Niedzweidz in sod., 2020) npr. kažejo, da so bile osebe z višjo stopnjo izobrazbe dovetnejše za duševne stiske, druge (Goularte in sod., 2020; Wang, 2020) pa kot dejavnik tveganja za pojav težav v duševnem zdravju med epidemijo navajajo nižjo stopnjo izobrazbe.

Različne študije so poročale tudi o porastu uporabe/zlorabe psihoaktivnih snovi in uživanja alkohola z namenom lajšanja psiholoških stisk med epidemijo COVID-19, ki pa so se na ta račun še povečevale (Cooke in sod., 2020; Goularte in sod., 2020; Rahman in sod., 2020). Med epidemijo je prišlo tudi do porasta različnih tveganih vedenj. To se je odražalo v porastu nasilja, nesreč, napak pri delu, telesnih težav in slabših zmožnostih sprejemanja odločitev (Morganstein, 2022).

Pretirana izpostavljenost medijem v času pandemije, zlasti novicam o virusu (več kot šest ur dnevno) in konstantno preverjanje sporočil na pametnih napravah (mobilniki, tablice), se je izkazala kot škodljiva za duševno zdravje in počutje ljudi (Dong in sod., 2020; Xiong in sod., 2020; Yu in sod., 2020). Poleg tega je širjenje napačnih in lažnih informacij predstavljalo veliko oviro tudi v javnem zdravstvu v sklopu prizadevanj za obvladovanje epidemije (Busztyn in sod., 2020; Murthy, 2021). V tem oziru še posebej področje strinjanja/nestrinjanja glede cepljenja proti bolezni COVID-19, ki je številne ljudi spravilo v hudo osebno in psihično stisko (Kirzinger in sod., 2021; Morganstein, 2022).

## 5.2 Varovalni dejavniki

Lieneck in sod. (2021) so v študiji razkrili tri primarne varovalne dejavnike, ki so v času pandemije pripomogli uravnati psihološke stiske. To so: (1) sociodemografski dejavniki (področja z boljšo epidemiološko sliko, starejši nad 65 let in mladi); (2) viri skrbi zase ali podpora bližnjega (močna in razvejana socialna mreža); (3) ekonomska varnost. Dodali pa so še zdravstveni in socialni status, splošno znanje in razgledanost.

Trening večšin čustvene inteligentnosti se je izkazal kot uspešen način za spoprijemanja z neprijetnimi okoliščinami v času pandemije COVID-19 (Persich in sod., 2021). Prav tako pozitivno učinkujejo na duševno zdravje nekatere strategije, ki zmanjšujejo osamljenost in povečujejo čuječnost (npr. vaje čuječnosti) (Racine in sod., 2022).

Kot primer dobre prakse in varovalni dejavnik se je izkazala tudi storitev t. i. telemedicine (Hatami, 2022), saj so lahko ljudje kljub upoštevanju ukrepov socialne distance in izolacije nadaljevali delo s strokovnjaki za duševno zdravje

in kontinuirano skrbeli za svoje zdravje, dobili podporo v stiski in se priučili nekaterih novih strategij za spoprijemanje z obstoječim stanjem. Raziskava, ki so jo opravili Hatami in sod. (2022) in je analizirala 12 različnih člankov na to tematiko, je pokazala, da je telemedicina pripomogla k izboljšanju stanja na področju težav v duševnem zdravju, vendar je treba izpostaviti, da slednja ni enako učinkovita in primerna za vse uporabnike oz. paciente.

Vsekakor bi lahko kot varovalni dejavnik dodali tudi distanciranje od socialnih omrežij, saj so številne študije potrdile njihov negativen vpliv na duševno zdravje (Dong in sod., 2020; Xiong in sod., 2020; Yu in sod., 2020).

## 6 ZAKLJUČEK

Pandemija COVID-19 je razkrila veliko potrebo po okrepitvi sistema javnega duševnega zdravja. Predlogi strategij, ki bi lahko dobro podprle stanje na področju skrbi za boljše duševno zdravje prebivalcev, se nanašajo predvsem na promocijo duševnega zdravja, odpravljanje pomanjkljivosti sistema in intervencije za ljudi, ki trpijo zaradi duševnih stisk (Santomauro in sod., 2021). Videti je, da je epidemija še poglobila neenakosti v zdravju, saj so bili tisti z resnimi težavami v duševnem zdravju še bolj izključeni, soočali so se z večjimi stiskami in številne je doletela predčasna smrt (Marmot in sod., 2020). Aktualna priporočila za krepitev sistemov duševnega zdravja gredo v smeri povečanja učinkovitosti omejenih virov pomoči in storitev, povečevanje razpoložljivosti ustreznih strokovnjakov, povečane skrbi in pozornosti glede ranljivih skupin, zmanjševanja stigme in večje skrbi za človekove pravice. Predlogi naslavljajo tudi zagotavljanje boljšega informiranja javnosti o vplivu same bolezni in različnih okoliščin na duševno zdravje, kako si lahko posamezniki pomagajo sami v času stiske in o razpoložljivih storitvah, ki nudijo pomoč v duševni stiski (Ghebreyesus, 2022; Kola in sod., 2021). V prihodnje bo verjetno ključno več pozornosti posvečati občutku varnosti skupnosti (Morganstein, 2022), omejevanju alkohola v času kriznih okoliščin (Moranstein, 2022), ustvarjanju programov učinkovitih delovnih mest (Morganstein, 2022) na izobraževanjih o duševnem zdravju, komunikaciji v tveganih in kriznih razmerah (Albott in sod., 2020; Ursano in sod., 2017). Intervencije na področju duševnega zdravja naj bi nudili predvsem strokovnjaki z izkušnjami in poznavanjem področja dolgotrajnih stresnih okoliščin (Morganstein in sod., 2021). Kot odgovor na iskanje psihološke pomoči in psihiatričnih storitev v času pandemije COVID-19 so se razvile številne nove oz. nadgradile že obstoječe storitve t. i. telemedicine, kjer so bile v porastu predvsem storitve svetovanja in podpore preko telefona, spletne aplikacije,

videokonference za podporo pri psiholoških težavah, psihiatrično svetovanje in zdravljenje. Čeprav je videti, da trenutno cveti področje različnih raziskav, povezanih s proučevanjem vpliva in posledic epidemije na duševno zdravje, pa še vedno primanjkuje kakovostnih evalvacijskih študij o učinkovitosti različnih intervencij na področju duševnega zdravja v času pandemije COVID-19 (Weich, 2022). Dolgoročni vpliv pandemije na duševno zdravje bo verjetno mogoče bolj realno in zanesljivo oceniti šele v prihajajočem obdobju (Esterwood in Saeed, 2020).

## Literatura

- Ahmed, M. Z., Ahmed, O., Aibao, Z., Hanbin, S., Siyu, L. in Ahmad, A. Epidemic of COVID-19 in China and associated Psychological Problems. *Asian J Psychiatr.* 2020; 51: 102092.
- Albott, C. S., Wozniak, J. R., McGlinch, B. P., Wall, M. H., Gold, B. S. in Vinogradov, S. Battle Buddies: Rapid Deployment of a Psychological Resilience Intervention for Health Care Workers During the COVID-19 Pandemic. *Anesth Analg.* 2020; 131(1): 43–54.
- Cénat, J. M., Blais-Rochette, C., Kokou-Kpolou, C. K., Noorishad, P. G., Mukunzi, J. N., McIntee, S. E. in sod. Prevalence of symptoms of depression, anxiety, insomnia, posttraumatic stress disorder, and psychological distress among populations affected by the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res.* 2021; 295: 113599.
- Baurmistrova, N. W., Solomon, T., Braude, P., Strawbridge, R. in Carter, B. Long-term effects of COVID-19 on mental health: A systematic review. *Journal of Affective Disorders.* 2022; 299: 118–125.
- Boldrini, M., Canoll, P. D. in Klein, R. S. How COVID-19 Affects the Brain. *JAMA Psychiatry.* 2021; 78(6): 682–683.
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N. in sod. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet.* 2020; 395(10227): 912–920.
- Cespuoglio, R., Strekalova, T., Spencer, P. S., Román, G. C., Reis, J., Bouteille, B. in Buguet, A. SARS-CoV-2 infection and sleep disturbances: nitric oxide involvement and therapeutic opportunity. *Sleep.* 2021; 44(3): zsab009.
- Chakraborty, K. in Chatterjee, M. Psychological impact of COVID-19 pandemic on general population in West Bengal: A cross-sectional study. *Indian Journal of Psychiatry.* 2020; 62(3): 266–272.
- Chireh, B., Essien, S. K. in Novik, N. Multimorbidity, disability, and mental health conditions in a nationally representative sample of middle-aged and older Canadians. *Journal of Affective Disorders Reports.* 2021; 6(100290): 1–9.
- Chutiyami, M., Cheong, A. M. Y., Salihi, D., Bello, U. M., Ndwiga, D., Maharaj, R. in sod. COVID-19 Pandemic and overall mental health of healthcare professional globally: A Meta-Review of systematic reviews. *Frontiers in Psychiatry.* 2022; 12(804525): 1–18.



- Cooke, J. E., Eirich, R., Racine, N. in Madigan, S. Prevalence of posttraumatic and general psychological stress during COVID-19: A rapid review and meta-analysis. *Psychiatry Res.* 2020; 292: 113347.
- Dantzer, R. Neuroimmune interactions: from the brain to the immune system and vice versa. In *Physiological Reviews*. American Physiological Society. 2018; 98(1): 477–504.
- Dal Santo, T., Sun, Y., Wu, Y., He, C., Wang, Y., Jiang, X., Li, K. in sod. Systematic review of mental health symptom changes by sex or gender in early-COVID-19 compared to pre-pandemic. *Sci Rep.* 2022; 12(1): 11417.
- Daly, M. in Robinson, E. Psychological distress and adaptation to the COVID-19 crisis in the United States. *J Psychiatr Res.* 2021; 136: 603–609.
- De Lima, C. V. C., Cândido, E. L., da Silva, J. A., Albuquerque, L. V., de Menezes Soares, L., do Nascimento, M. M. in sod. Effects of quarantine on mental health of populations affected by Covid-19. *Journal of Affective Disorders.* 2020; 275: 253–254.
- De Mendonça, R. O., de Almeida, M. M. R., Garcia, T. B., Queiroz Viana, N. J. in Maximino, C. COVID-19, social isolation, and psychological distress in a Brazilian sample. *Psychology and Neuroscience.* 2020; 15(1): 67–88.
- Silva, D. F. O., Cobucci, R. N., Lima, S. C. V. C. in de Andrade, F. B. Prevalence of anxiety, depression, and stress among teachers during the COVID-19 pandemic: A PRISMA-compliant systematic review. *Medicine (Baltimore).* 2021; 100(44): 27684.
- Dohrenwend, B. P. The role of adversity and stress in psychopathology: Some evidence and its implications for theory and research. *Journal of health and social behaviour.* 2000; 41(1): 1–19.
- Dong, M. in Zheng, J. Letter to the editor: Headline stress disorder caused by Netnews during the outbreak of COVID-19. *Health Expectations: an International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy.* 2020; 23(2): 259
- Esterwood, E. in Saeed, S. A. Past Epidemics, Natural Disasters, COVID19, and Mental Health: Learning from History as we Deal with the Present and Prepare for the Future. Then *Psychiatric Quartely.* 2020; 91(4): 1121–1133.
- Every-Palmer, S., Jenkins, M., Gendall, P., Hoek, J., Beaglehole, B., Bell, C. in sod. Psychological distress, anxiety, family violence, suicidality, and wellbeing in New Zealand during the COVID-19 lockdown: a cross-sectional study. *PLoS ONE.* 2020; 15: 0241658.
- Fancourt, D., Steptoe, A. in Bu, F. Trajectories of anxiety and depressive symptoms during enforced isolation due to COVID-19 in England: a longitudinal observational study. *Lancet Psychiatry.* 2021; 8: 141–149.
- Goularte, J. F., Serafim, S. D., Colombo, R., Hogg, B., Caldieraro, M. A. in Rosa, A. R. COVID-19 and mental health in Brazil: Psychiatric symptoms in the general population. *Journal of Psychiatric Research.* 2021; 132: 32–37.
- Hatami, H., Deravi, N., Danaei, B., Zangiabadian, M., Shahidi Bonjar, A. H., Kheradmand, A. in sod. Tele-medicine and improvement of mental health problems in COVID-19 pandemic: A systematic review. 2022; 1942: 1–11.
- Holland, K. M., Jones, C., Vivolo-Kantor, A. M., Idaikkadar, N., Zwald, M., Hoots, B. in Yard, E. Trends in US emergency department visits for mental health, overdose, and violence outcomes before and during the COVID-19 pandemic. *JAMA Psychiatry* 2021; 78(4): 372–379.

- Hou, F., Bi, F., Jiao, R., Luo, D. in Song, K. Gender differences of depression and anxiety among social media users during the COVID-19 outbreak in China: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2020; 20: 1–11.
- Houben-Wilke, S., Goertz, Y. M., Delbressine, J. M., Vaes, A. W., Meys, R., Machado, F. V. in sod. The Impact of Long COVID-19 on Mental Health: Observational 6-Month Follow-Up Study. *JMIR Ment Health*. 2022; 9(2): 33704.
- Islam, M. S., Ferdous, M. Z. in Potenza, M. N. Panic and generalized anxiety during the COVID-19 pandemic among Bangladeshi people: An online pilot survey early in the outbreak. *Journal of Affective Disorders*. 2020; 276: 30–37.
- Jafri, M. R., Zaheer, A., Fatima, S., Saleem, T. in Sohail, A. Mental health status of COVID-19 survivors: a cross sectional study. *Vorology Journal*. 2022; 19(3): 1–5.
- Jin, Y., Sun, T., Zheng, P. in An, J. Mass quarantine and mental health during COVID-19: A meta-analysis. *Journal of Affective disorders*. 2021; 295: 1335–1346.
- Kirzinger, A., Sparks, G., Hamel, L., Lopes, L., Kearney, A. in Stokes, M. KFF COVID-19 Vaccine Monitor. 2021. Dostopno na: <https://www.kff.org/coronavirus-covid-19/poll-finding/kff-covid-19-vaccine-monitor-october-2021/> (citirano 22. 7. 2022).
- Kola, L., Kohrt, B. A., Hanlon, C., Naslund, J. A., Sikander, S., Balaji, M. in sod. COVID-19 mental health impact and responses in low-income and middle-income countries: reimagining global mental health. *Lancet Psychiatry*. 2021; 8: 535–550.
- Kotnik, K. Duševno zdravje starejših v času pandemije bolezni covid-19 [magistrsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru, Filozofska fakulteta; 2022.
- Lei, L., Huang, X., Zhang, S., Yang, J., Yang, L. in Xu, M. Comparison of prevalence and associated factors of anxiety and depression among people affected by versus people unaffected by quarantine during the COVID-19 epidemic in southwestern China. *Medial Science Monitor*. 2020; 26: 1–12.
- Lieneck, C., Bosworth, M., Weaver, E., Heinemann, K. in Patel, J. Protective and Non-Protective Factors of Mental Health Distress in the United States during the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review. *Medicina (Kaunas)*. 2021; 57(12): 1377.
- Manchia, M., Gathier, A. W., Yapici-Eser, H., Schmidt, M. V., de Quervain, D., van Amelsvoort, T. in sod. The impact of the prolonged COVID-19 pandemic on stress resilience and mental health: A critical review across waves. *European Neuropsychopharmacology*. 2022; 55: 22–83.
- Marmot, M., Allen, J., Goldblatt, P., Herd, E. in Morrison, J. Build Back Fairer: The COVID-19 Marmot Review. The Pandemic, Socioeconomic and Health Inequalities in England. Institute of Health Equity. 2020. Dostopno na: <https://www.health.org.uk/publications/build-back-fairer-the-covid-19-marmot-review> (citirano 22. 7. 2022)
- Meherali, S., Punjani, N., Louie-Poon, S., Abdul Rahim, K., Das, J. K., Salam, R. A. in Lassi, Z. S. Mental Health of Children and Adolescents Amidst COVID-19 and Past Pandemics: A Rapid Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021; 18(7): 3432.
- Morganstein, J. C. Preparing for the Next Pandemic to Protect Public Mental Health What Have We Learned from COVID-19? *Psychiatric clinics of North America*. 2022; 45: 191–210.

- Murthy, V. H. Confronting Health Misinformation – The U.S. Surgeon General's Advisory on Building a Healthy Information Environment. 2021. Dostopno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK572169/> (citirano 22. 7. 2022).
- Network NMHI. COVID-19 mental health and wellbeing surveillance: report. 2021. Dostopno na: <https://www.gov.uk/government/publications/covid-19-mental-health-and-wellbeing-surveillance-report> (citirano 22. 7. 2022).
- Niedziedz, C. L., Green, M. J., Benzeval, M., Campbell, D., Craig, P. in Demou, E. Mental health and health behaviours before and during the initial phase of the COVID-19 lockdown: longitudinal analyses of the UK Household Longitudinal Study *Journal of Epidemiol Community Health*. 2021; 75: 224–231.
- Pakpour, A. H. in Griffiths, M. D. The fear of COVID-19 and its role in preventive behaviors. *Journal of Concurrent Disorders*. 2020; 2(1): 58–63.
- Palmas, G., Moriondo, M., Trapani, S., Ricci, S., Calistri, E., Pisano, L. in sod. Nasal swab as preferred clinical specimen for COVID-19 testing in children. *The Pediatric Infectious Disease Journal*. 2020; 39(9): 267–270.
- Paniz-Mondolfi, A., Bryce, C., Grimes, Z., Gordon, R. E., Reidy, J., Lednicky, J. in sod. Central nervous system involvement by severe acute respiratory syndrome coronavirus-2 (SARS-CoV-2). *Journal of Med. Virology*. 2020; 92(7): 699–702.
- Papadopoulou, A., Efstathiou, V., Yotsidi, V., Pomini, V., Michopoulos, I., Markopoulou, E. in sod. Suicidal ideation during COVID-19 lockdown in Greece: Prevalence in the community, risk and protective factors. *Psychiatry Research*. 2021; 297: 113713.
- Pappa, S., Ntella, V., Giannakas, T., Giannakoulis, V. G., Papoutsis, E. in Katsaounou, P. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain Behav Immun*. 2020; 88: 901–907.
- Park, H. Y., Park, W. B., Lee, S. H., Kim, J., Lee, J. J., Lee, H. in sod. Posttraumatic stress disorder and depression of survivors 12 months after the outbreak of Middle East respiratory syndrome in South Korea. *BMC Public Health*. 2020; 20, 1–9.
- Persich, M. R., Smith, R., Cloonan, S. A., Woods-Lubbert, R., Strong, M. in Killgore, W. D. S. Emotional intelligence training as a protective factor for mental health during the COVID-19 pandemic. *Depress Anxiety*. 2021; 38(10): 1018–1025.
- Pfefferbaum, B. in North, C. S. Mental health and the COVID-19 pandemic. *The New England Journal of Medicine*. 2020. Dostopno na: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmp2008017> (citirano 22. 7. 2022).
- Power, K. The COVID-19 pandemic has increased the care burden of women and families. *Sustainability; Science, Practice and Policy*. 2020; 16: 67–73.
- Racine, S., Miller, A., Mehak, A. in Trolio, V. Examining risk and protective factors for psychological health during the COVID-19 pandemic. *Anxiety Stress Coping*. 2022; 35(1): 124–140.
- Rahman, M. A., Hoque, N., Alif, S. M., Salehin, M., Islam, S. M. S., Banik, B. in sod. Factors associated with psychological distress, fear and coping strategies during the COVID-19 pandemic in Australia. *Global Health*. 2020; 16(1): 1–15.

- Robinson, E., Boyland, E., Chisholm, A., Harrold, J., Maloney, N. G., Marty, L. in sod. Obesity, eating behavior and physical activity during COVID-19 lockdown: a study of UK adults. *Appetite*. 2021; 156: 104853.
- Robinson, E. in Sutin, A. R. A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies comparing mental health before versus during the COVID-19 pandemic in 2020. *Journal of affective disorders*. 2022; 296: 567–576.
- Santomauro, D., Mantilla Herrera, A. M., Shadid, J., Zheng, P., Ashbaugh, C., Pigott, D. M. in sod. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *The Lancet*. 2021; 398(10312): 1700–1712.
- Shevlin, M., McBride, O., Murphy, J., Miller, J. G., Hartman, T. K., Levita, L. in sod. Anxiety, depression, traumatic stress and COVID-19-related anxiety in the UK general population during the COVID-19 pandemic. *BJPsych Open*. 2020; 6(6): 125.
- Stylianou, N., Samouti, G. in Samoutis, G. Mental Health Disorders During the COVID-19 Outbreak in Cyprus. *J Med Life*. 2020; 13(3): 300–305.
- Taquet, M., Luciano, S., Geddes, J. R. in Harrison, P. J. Bidirectional associations between COVID-19 and psychiatric disorder: retrospective cohort studies of 62 354 COVID-19 cases in the USA. *Lancet Psychiatry*. 2021a; 8(2): 130–140.
- Taquet, M., Geddes, J. R., Husain, M., Luciano, S. in Harrison, P. J. 6-month neurological and psychiatric outcomes in 236 379 survivors of COVID-19: a retrospective cohort study using electronic health records. *Lancet Psychiatry*. 2021b; 8: 416–27.
- Tsamakis, K., Rizos, E., Manolis, A. J., Chaidou, S., Kypmpouropoulos, S., Spartalidis, E. in sod. COVID-19 pandemic and its impact on mental health of healthcare professionals. *Exp Ther Med*. 2020; 19(6): 3451–3453.
- Tso, I. F. in Park, S. Alarming levels of psychiatric symptoms and the role of loneliness during the COVID-19 epidemic: A case study of Hong Kong. *Psychiatry Res*. 2020; 293: 113423.
- Tzeng, N. S., Chung, C. H., Chang, C. C., Chang, H. A., Kao, Y. C., Chang, S. Y. in Chien, W. C. What could we learn from SARS when facing the mental health issues related to the COVID-19 outbreak? A nationwide cohort study in Taiwan. *Transl. Psychiatry*. 2020; 10(1): 1–9.
- Ueda, M., Stickley, A., Sueki, H. in Matsubayashi, T. Mental health status of the general population in Japan during the COVID-19 pandemic. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2020; 9: 1741.
- Ursano, R. J., Fullerton, C. S., Weisaeth, L. in Raphael, B. *Textbook of disaster psychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press; 2017.
- Uzeinović, E. *Duševno zdravje splošne populacije v času pandemije COVID-19 [diplomska naloga]*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede; 2021.
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., McIntyre, R. S. in Ho, C. A longitudinal study on the mental health of general population during the COVID-19 epidemic in China. *Brain Behav. Immun*. 2020; 87: 40–48.

- Weich, S. Mental health after covid-19. *The BMJ*. 2022; 376(0326): 1–2.
- Wenham, C., Smith, J., Davies, S. E., Feng, H., Grépin, K. A., Harman, S. in sod. Women are most affected by pandemics - lessons from past outbreaks. *Nature*. 2020; 583(7815): 194–198.
- WHO. Mental Health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact Scientific brief, 2 March 2022. 2022. Dostopno na: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1412184/retrieve> (citirano 22. 7. 2022).
- Wu, C., Hu, X., Song, J., Yang, D., Xu, J., Cheng, K. in sod. Mental health status and related influencing factors of COVID-19 survivors in Wuhan, China. *Clin Transl Med*. 2020; 10(2): 52.
- Van Herck, M., Goërtz, Y. M. J., Houben-Wilke, S., Machado, F. V. C., Meys, R., Delbressine, J. M. in sod. Severe Fatigue in Long COVID: Web-Based Quantitative Follow-up Study in Members of Online Long COVID Support Groups. *J Med Internet Res*. 2021; 23(9): 30274.
- Xiong, J., Lipsitz, O., Nasri, F., Lui, L. M. W., Gill, H., Phan, L. in sod. Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *J Affect Disord*. 2020; 277: 55-64.
- Yu, B. Y., Yeung, W. F., Lam, J. C., Yuen, S. C., Lam, S. C., Chung, V. C. in sod. Prevalence of sleep disturbances during COVID-19 outbreak in an urban Chinese population: a cross-sectional study. *Sleep Med*. 2020; 74: 18–24.
- Yue, C., Liu, C., Wang, J., Zhang, M., Wu, H., Li, C. in Yang, X. Association between social support and anxiety among pregnant women in the third trimester during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) epidemic in Qingdao, China: The mediating effect of risk perception. *Int J Soc Psychiatry*. 2021; 67(2): 120–127.



[www.omra.si](http://www.omra.si)





omra  
[www.omra.si](http://www.omra.si)

ZRC SAZU

K  
INSTITUT  
KARAKTER

PROJEKT  
ČLOVEK  
*Skupaj na poti za Človeka*

alra  
Odbor za novosti  
v duševnem zdravju