

SOCIALNA PEDAGOGIKA

december 2019 letnik 23 številka 03-04



SOCIALNA PEDAGOGIKA

TEMATSKA ŠTEVILKA: **DUŠEVNE STISKE MLADIH**

december 2019 letnik 23 številka 03-04



Revija **Socialna pedagogika** izdaja Združenje za socialno pedagogiko.

Socialna pedagogika is a professional journal published by Association for social pedagogy.

ISSN 1408-2942

Naslov uredništva / *Address of the editors:* Združenje za socialno pedagogiko
Uredništvo revije Socialna pedagogika
Kardeljeva ploščad 16 (*pri Pedagoški fakulteti*)
TEL: (01) 589 22 00; FAX: (01) 589 22 33
E-POŠTA: matej.sande@guest.arnes.si
SPLET: www.revija.zzsp.org

Urednik / Editor: Matej Sande (*glavni urednik, Ljubljana*)
Urednik te številke / This issue edited by: Bojan Dekleva

Uredniški odbor / *Editorial board:* Margot Lieberkind (*Danska, Denmark*)
Marta Mattingly (*ZDA, USA*)
Friedhelm Peters (*Nemčija, Germany*)
Andreas Walther (*Nemčija, Germany*)
Stephan Sting (*Avstrija, Austria*)
Jacek Pyżalski (*Poljska, Poland*)
Walter Lorenz (*Italija, Italy*)
Ali Rahimi (*Iran, Iran*)
Josipa Bašić (*Hrvaška, Croatia*)
Antonija Žižak (*Hrvaška, Croatia*)
Vesna Zunić Pavlović (*Srbija, Serbia*)
Darja Zorc (*Slovenija, Slovenia*)
Jana Rapuš Pavel (*Slovenija, Slovenia*)
Olga Poljšak Škraban (*Slovenija, Slovenia*)
Špela Razpotnik (*Slovenija, Slovenia*)
Mitja Krajncan (*Slovenija, Slovenia*)

Lektorirala / Proof reader: Simona Kepic
Prevodi / Translations: Zadruga Soglasnik
Oblikovanje in prelom / DTP: Iz principa
Fotografija na naslovnici / Cover photo: V.
Tisk / Print: Tiskarna Grafex

Naročnina na revijo za leto 2019 je 25 € za pravne osebe.

Naročnina na revijo je za člane Združenja vključena v članarino.

Članke v reviji abstrahirata in indeksirata *Family Studies Database*
in *Sociological Abstracts*.

Izdajanje revije v letu 2019 finančno podpira Agencija za raziskovalno dejavnost
Republike Slovenije.

VSEBINA /CONTENTS

<i>Bojan Dekleva, Darja Tadič in Špela Razpotnik</i> Uvodnik: Dostopnost organiziranih oblik podpore mladim v psihosocialnih in duševnih težavah <i>Evaluating Accessibility of Services for Young People with Psychosocial and Mental Health Problems</i>	133
<i>Bojan Dekleva in Darja Tadič</i> Zadovoljstvo mladih s prejeta pomočjo v zvezi z njihovimi duševnimi stiskami <i>Satisfaction of Young Users with Help Received in Relation to Their Mental Health Problems</i>	147
<i>Darja Tadič in Bojan Dekleva</i> Ovire pri iskanju in uporabi pomoči mladim v duševnih stiskah <i>Barriers to Mental Health Help-Seeking Among Young People</i>	173
<i>Špela Razpotnik</i> Zgoščanje ranljivosti v zgodbah mladih <i>Accumulating Vulnerabilities in Young People's Stories</i>	195
<i>Mija M. Klemenčič Rozman in Bojan Dekleva</i> Stališča šolskih delavk in modeli dobre prakse v šolah v zvezi z duševnimi stiskami mladih <i>Attitudes of School Workers and Models of Good Practice in Schools Related to Mental Health Problems of Young People</i>	217
<i>Helena Grbec</i> Moja pot iskanja pomoči <i>My Path of Seeking Help</i>	245
<i>Špela Razpotnik, Darja Tadič, Bojan Dekleva, Mija Marija Klemenčič Rozman, Matej Sande, Juš Škraban</i> Pomen uporabniške perspektive na področju duševnega zdravja mladih <i>The Importance of User Perspective in Youth Mental Health</i>	251
<i>Anica Mikuš Kos</i> Duševne težave in motnje otrok ter mladostnikov – kako zmanjšati razkorak med potrebami in možnostmi pomoči <i>Mental Problems and Disorders of Children and Adolescents — How to Reduce the Gap Between Needs and Options for Help</i>	273

UVODNIK: DOSTOPNOST ORGANIZIRANIH OBLIK PODPORE MLADIM V PSIHOSOCIALNIH IN DUŠEVNIH TEŽAVAH

133

EVALUATING ACCESSABILITY OF SERVICES
FOR YOUNG PEOPLE WITH PSYCHOSOCIAL
AND MENTAL HEALTH PROBLEMS

Bojan Dekleva, *dr. psih.*

Pedagoška fakulteta v Ljubljani, Kardeljeva ploščad 16, 1000 Ljubljana

bojan.dekleva@guest.arnes.si

Darja Tadič, *dr. soc. ped.*

Pedagoška fakulteta v Ljubljani, Kardeljeva ploščad 16, 1000 Ljubljana

Špela Razpotnik, *dr. soc. ped.*

Pedagoška fakulteta v Ljubljani, Kardeljeva ploščad 16, 1000 Ljubljana

V Sloveniji se je v zadnjih nekaj letih vedno bolj odpirala tema pomanjkanja dostopnih in ustreznih oblik strokovne pomoči ter podpore za mlade, ki se soočajo z različnimi oblikami duševnih stisk, še posebej znotraj zdravstvenega sistema. Temi duševnega zdravja

otrok in mladostnikov¹ je bil posvečen nedavno zaključen ciljni raziskovalni program z naslovom *Razvoj modela nacionalne mreže služb za duševno zdravje otrok in mladostnikov* (Klemenčič in drugi, 2017), ki ugotavlja, da so službe in storitve na tem področju nezadostne glede na potrebe in deklarativno prioritetenost tega področja, omenja pa tudi problematiko (slabega) medsektorskega in medinstitucionalnega sodelovanja, pri čemer se sklicuje na Muijenovo poročilo iz leta 2015 (Mental Health Mission Slovenia, 19.–21. april 2015). Poročilo, ki sicer temelji na kratkih in maloštevilnih pogovorih z nekaj ključnimi nosilci dejavnosti na tem področju, poleg problema slabega sodelovanja med drugim poudarja pomembna ključna problema prešibke zastopanosti in razvoja skupnostno usmerjenih modelov duševnega zdravja ter potrebo po nadaljnjem razvoju nekaterih služb (in timov) na področju duševnega zdravja za otroke in mladostnike. Poročilo omenja tudi premajhno število pedopsihiatrov v javnem sistemu, dolge čakalne roke za dostop do strokovne pomoči ter koristnost nekoč delujočih interdisciplinarnih timov za diagnostiko in obravnavo otrok ter mladostnikov s težavami v duševnem zdravju.

Muijenovo ključno priporočilo (prav tam) se osredotoča na potrebo po razvoju skupnostno orientiranih služb za duševno zdravje. Meni, da je bolnišnični sistem predimenzioniran in da črpa sredstva, ki potem manjkajo pri razvoju skupnostnih sistemov, in da gre visok standard psihiatričnih bolnic na račun drugih možnosti razvoja storitev. Ta njegova splošna in temeljna pripomba pa se ne povezuje neposredno s problematiko otrok in mladostnikov, s katero v zvezi predlaga uvedbo dodatnih multisektorskih in psihosocialnih timov za duševno zdravje otrok.

Temo pojavnosti in obravnave duševnih stisk v otroštvu in mladostništvu so v zadnjih letih intenzivneje pokrivala tudi slovenska

¹ V tej tematski številki so v vseh prispevkih vse spolno opredeljene besede (kot npr. mladostnik, mladostnica, strokovnjak, svetovalna delavka itd.) uporabljene tako, da se nanašajo na enakovreden način na vse osebe ne glede na njihovo spolno identifikacijo.

poljudna javna občila², vendar s poudarkom na primerih mladih v duševnih stiskah in s pridruženim, za okolico motečim vedenjem, ki so poročala o pomanjkanju zanje ustreznih strokovnih pristopov. Izpostavljala so potrebe te skupine mladih, na katere zdravstveni, šolski ter sistem socialnega varstva ne odgovarjajo ustrezno. Omenjala so, da je na voljo nedopustno premalo celostne in medresorsko povezane strokovne pomoči, da se nanjo predolgo čaka, da v nekaterih regijah sploh ni dostopa do nje in da je pogosto izvajana na neustrezen način. Vseeno pa je v medijskem diskurzu, ki sicer po našem mnenju upravičeno opozarja na manko dostopnosti pomoči oz. sistemske ureditve, zaznati nevarne tendence individualiziranja odgovornosti, slikanja mladostnikov v stiskah kot potencialno nevarnih ter hlantanja za hitrimi, instantnimi rešitvami. To pa tej populaciji in področju ne koristi, pač pa prej meče napačno luč na celotno področje, ki je kompleksno in zahteva kompleksne ter celovite odgovore.

Omenjena raziskava (Klemenčič in drugi, 2017) v mnogočem izhaja iz Muijenovega (2015) poročila oz. se navezuje nanj, na nekaj slovenskih analiz in raziskav iz zadnjih let (Dernovšek in Šprah, 2008; Šprah, Novak, Dernovšek, Šprah, 2011; Inštitut RS za socialno varstvo, 2011; Zalokar, Dernovšek, Šoln Verbinc, 2014; Jeriček Klanšček in drugi, 2015) ter na pregled izbranih tujih člankov na temo duševnega zdravja otrok in mladostnikov. Na tej osnovi pregleduje obstoječe službe za duševno zdravje otrok in mladostnikov v Sloveniji, standarde in normative za njihovo delo ter predlaga

² V letu 2017 na primer: Dnevnik (31. 5. 2017, <https://www.dnevnik.si/1042773615> in 17. 8. 2017, <https://www.dnevnik.si/1042781431>), Onaplus (28. 7. 2017, <http://www.onaplus.si/pistole-lomilke-brzostrelka-je-to-njihova-intima>), Večer (12. 8. 2017, <http://www.vecer.com/dovolj-sprenevedanja-med-otroki-so-tudi-psihopati-6290087>), Zarja (2017, <http://revijazarja.si/clanek/odklenjeno/596ca1dc9a65d/prestopniki-ze-v-vrtcu>), RTV Slo (3. 8. 2017, <http://www.rtvlo.si/slovenija/ravnatelj-vzgojnega-zavoda-izdal-depeso-iskanja-po-pogresani-osebi/429216>), Delo (8. 9. 2017, <http://www.delo.si/novice/slovenija/otrokom-z-vedenjskimi-tezavami-so-vse-tezje-kos.html>), 24ur (6. 2. 2017, http://www.24ur.com/specialno/nega_in_zdravje/skoraj-petina-otrok-ima-tezave-v-dusevnem-zdravju-a-pomoci-ne-dobijo-pravocasno.html; 2. 8. 2017, <http://www.24ur.com/novice/slovenija/zakaj-sistem-ne-deluje-je-resitev-zaprte-oddelek-psihiatrije-za-mladostnike.html>; 27. 7. 2017, http://www.24ur.com/bin/video.php?media_id=61951942; 16. 2. 2017, <http://www.24ur.com/novice/slovenija/znaki-nasilnega-vedenja-se-lahko-pokazujejo-ze-pri-sestletnikih.html>; 2. 8. 2017, http://www.24ur.com/bin/video.php?media_id=61953892).

posodobitev in nadgradnjo obstoječe mreže. Pomembni deli teh predlogov so (med drugim) izboljšanje normativov in povečanje kadrovske zasedbe, razvoj in uvedba mnogih protokolov sodelovanja med službami in spreminjanje formalnih podlag za delovanje sistema. Ocenjujemo, da so med temi predlogi, ki pomenijo v veliki meri »zgostitev formalne mreže« obravnavanja otrok in mladostnikov, najbolj polemični tisti, ki predvidevajo uvedbo novih zakonsko določenih obveznosti za starše.

Mnogi od teh predlogov, predvsem tisti, ki govorijo o kadrovski nadgradnji in krepitvi različnih delov mreže obravnavanja duševnih težav, se pojavljajo tudi v Resoluciji o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028 (2017). Naše opažanje je, da je resolucija v največji meri obdelala sektor zdravstva, medtem ko so predvidene dejavnosti in njihova materialna baza v drugih sektorjih (npr. šolstvo, sociala) obdelane manj skrbno in podrobno. Nastaja vtis, da je resolucija nastajala predvsem v sektorju zdravstva in ne v medsektorskem sodelovanju.

V takem kontekstu je Ministrstvo za zdravje RS konec leta 2017 pri skupini raziskovalcev s Pedagoške fakultete v Ljubljani naročilo izdelavo analize z naslovom Dostopnost organiziranih oblik podpore mladim v psihosocialnih in duševnih težavah in konteksti teh težav (preliminarna študija). Raziskava, katere ugotovitvam je posvečena ta tematska številka Socialne pedagogike, se je osredotočala na vprašanje dostopnosti oblik podpore in pomoči mladim, pri čemer dostopnosti nismo razumeli le kot fizično dostopnost, temveč še bolj kot poglede mladih na ponujeno pomoč, na privlačnost in sprejemljivost pomoči zanje ter na dožemanja tega, ali bo ponujena pomoč predstavljala zaželen odgovor na njihove stiske in težave. Ker smo upoštevali, da so prvoosebna doživljanja pomoči ključni dejavnik v procesu iskanja pomoči, so nas zanimali pogledi mladih, ki iščejo pomoč, njihova perspektiva (ali točka zrenja) na celoten sistem pomoči, ki je velikokrat nastala na osnovi lastnih izkušenj ali izkušenj vrstnikov. Z raziskovanjem t. i. perspektive uporabnikov smo posredno raziskovali tudi celoten sistem pomoči. Raziskovanje perspektive uporabnikov je v naši raziskavi pomenilo izvedbo polstrukturiranih intervjujev z mladimi, v katerih smo poskušali razumeti njihove poglede in jih jemati kot legitimne in

upravičene vsebine in ne kot (denimo) značilnosti ali posledice kakšne druge teoretične kategorije, na primer duševnih motenj.

Perspektiva mladih je seveda le ena izmed perspektiv; poleg nje obstajajo še perspektiva staršev in strokovnjakov, ki delajo z mladimi, in druge. Naša raziskava se je osredotočala na perspektivo mladih, ki je bila seveda razmeroma kritična, kakršna tudi mora biti perspektiva mladih. Dodatno pozornost v raziskavi smo posvetili tudi strokovnjakom, predvsem v vzgojno-izobraževalnem sistemu, ki so velikokrat (oziroma bi lahko ali morali biti) v vlogi prvih ponudnikov pomoči in prvih napotovalcev (poleg zdravnikov) mladih v bolj specializirane oblike pomoči, seveda delujočih v okvirih šol in v skladu z možnostmi in omejitvami svoje poklicne vloge. Takšno vlogo smo vzgojno-izobraževalnemu sistemu pripisali oziroma jo v njem videli zato, ker gre (poleg splošnega zdravstvenega sistema) za edino institucionalizirano mrežo, v katero so vpeti vsi otroci, v njej pa je s šolskimi svetovalnimi službami tudi sistemsko že predvideno delovanje na področju podpore mladim v stiskah, in to tudi onkraj ozko razumljene učne podpore.

V analizo naj bi zajeli ves kontinuum pojavljanja duševnih težav in vse vrste težav, vendar s posebnim poudarkom na začetnem delu kontinuumu pojavljanja težav in predvsem na prvem iskanju pomoči oz. v obdobju vstopa v sistem. To obdobje pa naj bi – retrospektivno – opazovali tudi pri nekaterih mladih, ki so po kontinuumu obravnav prišli že do »drugega konca« tega kontinuumu, torej do institucionalnih in hospitalnih obravnav (npr. v vzgojnem zavodu ali psihiatrični bolnici), in imajo predvidoma v svoji preteklosti že pestro zgodovino stisk in raznolikih odzivov nanje ter so v tem smislu lahko nenadomestljiv vir izkušenj (ne) ustreznih oblik podpore. V zvezi s tem smo si zastavili tri specifične namene:

- Osnovni namen naj bi bil spoznavanje uporabniške perspektive, torej zbiranju podatkov o tem, kako mladi in njihovi starši dojemajo duševne težave, predvsem pa, kako so iskali pomoč in kako prejeta pomoč ocenjujejo/dojemajo.
- Drugi namen se je nanašal na spoznavanje perspektive strokovnih delavcev, ki se z mladimi srečujejo znotraj

vzgojno-izobraževalnih kontekstov (predvsem učitelji/profesorji in šolske svetovalne službe). Ti so nas zanimali kot strokovnjaki, ki imajo vpogled v celoto (šolske) populacije in so pogosto prve strokovne osebe (oz. predstavniki formalnih ustanov), ki opazijo stiske in zaradi njih spremenjeno vedenje mladostnikov. Zanimale so nas njihova percepcija stanja, izkušnje, kompetence in načini ukrepanja, ko se srečajo s stisko mladostnikov ali njihovih družin. S tem naj bi evidentirali tudi mrežo delovanja, ki se v takih primerih (ne) sproži v različnih vzgojno-izobraževalnih kontekstih.

- Tretji namen je bil poiskati nekaj primerov dobre prakse obravnave učencev ali dijakov z duševnimi težavami v šolah/dijaških domovih in jih opisati.

V skladu s pilotsko in pretežno eksplorativno naravo študije naj bi z njo oblikovali hitro okvirno oceno stanja glede sistemskih ponudb pomoči, njihove dostopnosti ter prilagojenosti potrebam mladih (oz. njihovih družin) v duševnih stiskah ali psihosocialnih težavah. Ta ocena naj bi bila narejena s ciljem generiranja hipotez ter izdelave predloga bolj sistematične in celovite raziskave tega področja.

Analiza je temeljila izključno na primarnih podatkih, torej takšnih, ki smo jih sami zbrali. Pri tem smo uporabili več metodoloških pristopov (oz. načinov zbiranja podatkov, ki smo jih nato pretežno kvalitativno obdelali):

- Intervjuvali smo 143 mladih z izkušnjo iskanja pomoči v duševnih stiskah. Analizo teh intervjujev prikazujemo v več člankih v tej številki, in sicer v člankih o zadovoljstvu s prejeto pomočjo (Dekleva in Tadič), o ovirah pri iskanju pomoči (Tadič in Dekleva) in o posebno ranljivih skupinah mladih (Razpoutnik). Na osnovi istih podatkov smo izdelali tudi analizo formalnih in neformalnih oblik podpore pri mladih osebah z diagnozami psihotičnega spektra (Škraban, 2018), ki pa je v tej številki ne predstavljamo.
- Vsem osnovnim in srednjim šolam v Sloveniji ter vsem dijaškim domovom smo poslali vabilo k izpolnitvi spletne ankete na temo njihovih ocen in praks na področju duševnega zdravja mladih. Dodatno smo s predstavnicami treh šol opravili poglobljene intervjuje o modelih dobre prakse na njihovih šolah.

Te vsebine so tudi prikazane v posebnem članku v tej številki (Klemenčič Rozman in Dekleva).

- Posebna dejavnost v analizi je bila namenjena analizi dostopnosti služb in storitev na osnovi telefonskega anketiranja organizacij, ki svoje storitve namenjajo mladim do 25. leta starosti (Sande, 2018). Tudi tega dela analize v tej tematski številki ne predstavljamo³.
- Vanjo pa smo vključili še osebno pripoved Helene Grbec o svojem iskanju pomoči. Avtorica je sicer s pridobivanjem podatkov in njihovo analizo sodelovala tudi pri drugih delih analize.

Od – v zgornjih alinejah - opisanih metodoloških sklopov je bilo izvedbeno najbolj zahtevno iskanje in intervjuvanje mladih oseb z izkušnjo duševnih stisk in težav. Zanj smo angažirali ter usposobili več kot 130 intervjuvark, ki so bile vse študentke socialne pedagogike (in ki se jim za prispevek iskreno zahvaljujemo). Intervjuji z mladimi osebami so bili izvedeni v okrog 50 različnih slovenskih mestih, zato njihove vsebine »pokrivajo« celo Slovenijo.

Rezultatov pristopa, s katerim smo na priložnostni način vzorčili teh 143 oseb, ni bilo mogoče kaj dosti predvideti; niti glede demografske strukture mladih oseb niti glede narave njihovih težav niti glede izkušenj s ponujeno pomočjo. Pred izvedbo nas je skrbelo, da izvedeni intervjuji ne bodo zajeli vseh regij Slovenije ali pa bodo morda izkazovali kako pristranskost glede vrste težav. Skrbelo nas je tudi, kakšna bo stopnja zaupnosti in razkrivanja relevantnih podatkov v intervjujih. Vendar pa so izvedeni intervjuji vse te skrbi razblinili.

Ta del analize oz. raziskovalne empirije (intervjuvanje mladih) pomeni tudi najbolj originalen oz. redke pristop k raziskovanju dostopnosti sistema pomoči. Raziskovanje perspektive uporabnikov je v zdravstvu nasploh redko, na področju duševnega zdravja domnevno še bolj. Podobne študije, ki smo jih našli v svetovni literaturi, največkrat raziskujejo perspektive uporabnikov v povezavi

³ Pri tem delu raziskave so sodelovale še Anja Bortek, Gala Kuder, Neža Janež in Daša Dumenčič.

z določeno diagnozo ali z določeno institucijo/programom, torej tako, da podatke dobivajo od vzorca kakorkoli že institucionalno opredeljene populacije (npr. učenci neke šole ali uporabniki nekega programa). Posebnost naše raziskave je, da je vzorčenje potekalo v pretežni meri »neinstitucionalno« in da so se pridobljeni podatki nanašali na izkušnje uporabnikov s prav vsemi deli sistema pomoči, čeprav pri tem z nobenim prav posebno (fokusirano).

Naša odločitev za takšen pristop je bila v skladu s trendom vedno večjega upoštevanje uporabniške perspektive v raziskovanju, delovanju ustanov, izobraževanju in načrtovanju politik, ki ga lahko opazimo v zadnjih desetletjih (glej npr. Gilbert, Rose in Slade, 2008). K temu trendu sta verjetno prispevali dve drugi gibanji: tisto, obarvano predvsem s konzumeristično logiko z začetka 80. let, ter drugo, ki je črpalo iz družbenih gibanj uporabnikov s konca 70. let prejšnjega stoletja z namenom demokratizacije politik in storitev (Beresford po Beresford in Boxall, 2013: 72–3). To tendenco k večji participaciji uporabnikov v različnih procesih raziskovanja smo poskusili uveljavljati in razvijati z izborom raziskovalne metodologije, z izborom intervjuvarik in posvečanjem pozornosti izkušnjam uporabnikov.

Raziskava je bila zastavljena kot pilotska ter preliminarna in je bila tudi izvedena v izredno kratkem času – v le malo več kot 4 mesecih. Naši zaključki v veliki meri obsegajo predloge za nadaljnje (bolj poglobljeno) raziskovanje.

Ena od tem, ki smo jo s študijo raziskali, so bile t. i. vstopne točke mladih v mrežo podpor na področju duševnih stisk. S pojmom vstopne točke smo razumeli prvi stik mlade osebe s formalnim virom pomoči – torej začetek njene trajektorije iskanja oziroma prejemanja formalne pomoči. Tej temi v tej posebni številki revije zaradi prostorske omejitve nismo namenili posebnega prispevka, zato bomo nekaj ključnih ugotovitev predstavili tukaj. Zdi se nam, da ta vsebina ponuja dober kontekst, skozi katerega naj bralka ali bralec bereta sledeče prispevke v tej reviji.

Temo vstopnih točk mladih v formalni sistem pomoči smo raziskali na manjšem vzorcu 71 intervjujev z mladimi. V študiji nas je zanimalo, *kje*, preko katere organizacije ali institucije so mladi prvič vstopali v podporno mrežo, *kdo* je bil pri tem njihov

glavni partner oziroma spodbudnik in *kako* je do prvega dostopa k pomoči sploh prišlo. Zanimale so nas torej tudi okoliščine⁴, ki so mlade spodbudile, da so začeli iskati pomoč.

Ugotovili smo, da so mladi v proces iskanja pomoči prvič vstopali, ko 1. so se jim neprijetna doživljanja (telesna, čustvena ali vedenjska) izrazito stopnjevala, kopicila oziroma postajala zanje neznosna; 2. so bile na njihovih telesih izrazito vidne spremembe, ki so bili nekakšni vidni znanilci stisk, ki so jih drugi opazili; 3. so v sistem pomoči vstopili po spletu kakšnih naključij (torej to ni bil njihov namen). V splošnem v formalni sistem pomoči torej niso vstopali, ko se jim je stiska začenjala, pač pa ko je reševanje njihovih težave postalo že tako nujno, da je bil nujen tudi začetek iskanja pomoči. Mladi so bili zato verjetno naravnani predvsem na hitro razbremenitev od aktualnih, zanje zelo obremenjujočih stanj. Takšna naravnost je sooblikovala tudi njihova pričakovanja in potrebe v zvezi z obliko, hitrostjo in načinom pomoči, ki naj jim bi jim bila nudena. Najverjetneje so si želeli pomoči, ki jih bo hitro in na enostaven način razbremenila težav, s katerimi so se soočali. Ker takšni načini reševanja duševnih stisk najpogosteje niso mogoči oziroma smiselni, je treba spodbujati iskanje pomoči v zgodnejših fazah njihovih stisk.

Tipično so intervjuvani mladi (sami ali s starši) prvič pomoč iskali oziroma prejeli v zdravstvenem sistemu, zlasti pri osebnem zdravniku, manj tipično pa v šoli in drugih institucijah oziroma organizacijah. Deloma je temu botrovala specifika, da so prvič iskali pomoč, ko so se njihove stiske kazale tudi na telesni ravni. Deloma pa je temu verjetno botrovalo dejstvo, da je osebni zdravnik »kraj«, ki je mladim (in njihovim družinam) poznan in blizu, poleg tega pa ni nasičen s stigmo, ki jo sicer lahko prinaša iskanje pomoči v specializiranih ustanovah ali organizacijah na področju duševnih stisk, temveč je (nasprotno) namenjen vsem. Izhajajoč iz te ugotovitve, smo v študiji večkrat razvijali ideje o vzpostavljanju prostorov,

⁴ Pojem »okoliščine« smo razumeli zelo ozko. Gre za dogodke, situacije ali obdobja, ki so bili v pripovedi intervjuvanih mladih nekakšni mejniki, ki so preusmerili tok dogodkov v življenju mlade osebe tako, da se je bolj ali manj neposredno v zvezi s tem začelo prvo iskanje pomoči. Iskali smo opise o tem, kaj se je »moralo« zgoditi, da je šla oseba prvič kam po pomoč.

ki naj bi bili na podoben način namenjeni mladim nasploh, ne pa posameznim »motnjam« ali »diagnozam«. Takšen prostor bi lahko oziroma morala biti tudi šola.

Ugotovili smo, da mladi spodbude za začetek iskanja formalne pomoči tipično niso bili deležni izven ozke »socialne mreže«, ki jo predstavljata mlada oseba sama in njena družina. K prvemu iskanju pomoči so jih namreč tipično spodbudili starši in druge bližnje osebe v družini ali pa so se za iskanje odločili sami. Manj tipično so jih k iskanju pomoči spodbudile druge osebe (npr. šolsko osebje, zdravniki, prijatelji in drugi). Akterje prvega iskanja pomoči so bolj kot institucije, v katere so mladi vsakodnevno vpeti (npr. šola), predstavljala družinska okolja in mladi sami. Treba je spodbujati, še posebej pri mladih, ki bivajo izven družine ali v družinah, ki so manj podporne, da bodo v prepoznavanje stisk in iskanje podpore vpete tudi druge družbene institucije in organizacije ter osebe. Stiske mladih ne smejo ostajati stvar mladih samih in njihovih družin.

Za prispevek k tej tematski številki smo prosili še Anico Mikuš Kos (ki jo gotovo oseba, ki je v Sloveniji največ pisala tako o duševnem zdravju mladih kot o povezavi tega področja s šolo), in sicer v obliki zapisa misli, ki so se ji odpirale ob branju zaključnega poročila naše analize. Njen prispevek precej presega samo odziv na zapisano v raziskovalnem poročilu. Obsega najprej opis celovitega systemskega ali eko-socialnega razlagalnega modela, ki je bil tudi pomembno (implicitno) izhodišče raziskave, čeprav ga v raziskovalnem poročilu nismo izrecno omenjali. Predvsem pa obsega razmislek o uporabnosti spoznanj tu opisane raziskave. Anica Kos Mikuš je s tem v pomembni meri opisala uporabni vidik našega dela, za kar se ji avtorice in avtorji toplo zahvaljujemo.

Vsebine v pričujoči tematski številki smo (na straneh 143, 146, 172, 215, 216, 244, 250 in 300) ilustrirali z nekaj eksponati, ki so bili razstavljeni na dveh javnih dogodkih, povezanih z našo študijo. Prvi dogodek je bila interaktivna instalacija z naslovom Neznosna krhkost bivanja, postavljena na kongresu socialne pedagogike (Dekleva idr., 2017). Drugi dogodek je bila razstava o osamljenosti z imenom Na valovih življenja. Razstavo, ki je bila odprta januarja 2019, je kot nekakšen neformalni nasledek ali stranski produkt

Gledam se v ogledalu
Danes ne le mojega trebuha in
stegom.

Počasi pogledam višje, v oči.

Te oči.

Podobne so očetrnim, namrščena sem.

Zvem,

a tujka se sama rabi zditi.

Ne moram več,

občutek imam kot da v meni nekdo
dug živi.

Sprašujem se kdo sem?

Ali je to res moje vprašanje
ali le v knjigah sem zasledila
pisanje o negotovosti mladih, če
poročaj njihove identitete.

A.

raziskave pripravila skupina študentk socialne pedagogike na Pedagoški fakulteti v Ljubljani.

Na koncu se avtorice in avtorji zahvaljujemo za sodelovanje pri raziskavi 130 intervjuvarkam – študentkam socialne pedagogike, 143 mladim sogovornikom in sogovornicam oz. njihovim staršem ter 126 predstavnicam in predstavnikom anketiranih šol in dijaških domov. Hvala tudi nekaterim institucijam, ki so nudile tehnično podporo pri izvedbi raziskave.

LITERATURA

- Beresford, P. in Boxall, K. (2013). Where do service users' knowledges sit in relation to professional and academic understandings of knowledge? V P. Staddon (ur.), *Mental Health Service Users in Research. Critical Sociological Perspectives* (str. 69–87). Bristol: Policy Press.
- Dekleva, B., Lavrič Cassio, A., Mesarko, M., Kališnik, U., Grbec, H. in Razpotnik, Š. (2017). Neznosna krhkost bivanja. V A. Grobelšek (ur.). *Stičišča izkušenj: zbornik povzetkov prispevkov 8. kongresa socialne pedagogike* (str. 74). Ljubljana: Združenje za socialno pedagogiko.
- Dernovšek, M. Z. in Šprah, L. (2008). *Razvoj kakovosti in dostopnosti preventivne zdravstvene dejavnosti na področju duševnega zdravlja na primarnem nivoju : zaključno poročilo o rezultatih opravljenega raziskovalnega dela na projektu*. Ljubljana: Izobraževalno raziskovalni inštitut Ozare: Družbenomedicinski inštitut ZRC SAZU.
- Gilbert, H., Rose, D. in Slade, M. (2008). The importance of relationships in mental health care: A qualitative study of service users' experiences of psychiatric hospital admission in the UK. *BMC Health Services Research*, 8(92). doi:10.1186/1472-6963-8-92
- Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo (2011). *Otroci in mladostniki s hudimi motnjami vedenja*. Pridobljeno s <http://www.irsv.si/upload2/Otroci%20s%20hudimi%20motnjami%20vedenja.pdf>
- Jeriček Klanšček, H., Koprivnikar, H., Drev, A., Pucelj, V., Zupanič, T. in Britovšek, K. (ur.). (2015). *Z zdravjem povezana vedenja v šolskem*

- obdobju med mladostniki v Sloveniji. Izsledki mednarodne raziskave HBSC, 2014.* Ljubljana: NIJZ.
- Klemenčič, E. in drugi. (2017). *Razvoj modela nacionalne mreže služb za duševno zdravje otrok in mladostnikov. Neobjavljeno raziskovalno poročilo.* Ljubljana: CENTERKONTURA.
- Muijen, M. (2015). *Mental health Mission Slovenia, 19–21 April 2015. Neobjavljeno poročilo.* Ljubljana: WHO Regional Office for Europe.
- Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–228. Predlog za javno razpravo.* (2017). *Neobjavljeno gradivo.* Ljubljana: Ministrstvo RS za zdravje.
- Sande, M. (2018). Ocena dostopnosti organiziranih oblik podpore mladim v psihosocialnih in duševnih težavah s strani specializiranih javnih in zasebnih organizacij, ki svoje programe ponujajo tudi mladim. V B. Dekleva in drugi, *Dostopnost organiziranih oblik podpore mladim v psihosocialnih in duševnih težavah in konteksti teh težav (preliminarna študija), neobjavljeno raziskovalno poročilo* (str. 241–248). Ljubljana: Pedagoška fakulteta.
- Škraban, J. (2018). Formalne in neformalne oblike podpore pri osebah z diagnozami psihotičnega spektra. V B. Dekleva in drugi, *Dostopnost organiziranih oblik podpore mladim v psihosocialnih in duševnih težavah in konteksti teh težav (preliminarna študija), neobjavljeno raziskovalno poročilo* (str. 241–248). Ljubljana: Pedagoška fakulteta UL.
- Šprah, L., Novak, T., Dernovšek, M. Z., Šprah, L. (ur). (2011). *Ocena tveganj za razvoj težav v duševnem zdravju prebivalcev Republike Slovenije: analiza tveganj za razvoj težav v duševnem zdravju prebivalcev Republike Slovenije v posameznih statističnih regijah s pomočjo prilagojene metodologije Indeksa boljšega življenja : elaborat.* Ljubljana: Druženomedicinski inštitut Znanstvenoraziskovalnega centra Slovenske akademije znanosti in umetnosti, 2011.
- Zalokar, L., Dernovšek, M. Z. in Šoln Vrbinc, P. (2014). Poizvedba o obravnavi duševnih motenj pri otrocih in mladostnikih v slovenskih vzgojnih zavodih v letu 2011: analiza stanja in priporočila. *Specialna in rehabilitacijska pedagogika*, 22(1), 55–76.

She was drowning
but nobody saw her struggle.
You were there
but you were not.
You saw her
but you didn't hear her heart.

Now I wonder if it is
you drowning in this moment
should I stay or should I go.
Should I speak
or be quiet.
And pass by.

Should I speak or no?
The heart says no,
but the mind says yes.
Let you hear the voice.

Lay down your burden by my side,
you have carried it long enough.

Speak.
One word is enough for now.
Just one.

I am there.

A.

ZADOVOLJSTVO MLADIH S PREJETO POMOČJO V ZVEZI Z NJIHOVIMI DUŠEVNIMI STISKAMI

147

SATISFACTION OF YOUNG USERS WITH HELP RECEIVED
IN RELATION TO THEIR MENTAL HEALTH PROBLEMS

Bojan Dekleva, *dr. psih.*

Pedagoška fakulteta v Ljubljani, Kardeljeva ploščad 16, 1000 Ljubljana

bojan.dekleva@guest.arnes.si

Darja Tadič, *dr. soc. ped.*

Pedagoška fakulteta v Ljubljani, Kardeljeva ploščad 16, 1000 Ljubljana

POVZETEK

Prispevek pregleduje literaturo o pomenu zadovoljstva uporabnikov s sistemi pomoči v duševnih stiskah, predvsem s formalnimi sistemi. Tematiko zadovoljstva s prejeto pomočjo je obravnavala kvalitativna raziskava, ki je zajela 143 mladih v starosti od 9 do 26 let na vzorcu, ki je bil geografsko razpršen po celi Sloveniji. Rezultati so prikazani posebej glede na izkušnje s šolo in šolskimi delavci ter posebej glede na druge, bolj specializirane ponudnike pomoči, in to predvsem v zdravstvenem sistemu. Izkušnje mladih so bile različne, vendar so nekoliko pogosteje izpostavljali negativne. Ena od ključnih dimenzij (ne)zadovoljstva s pomočjo je bil odnos med

ponudnikom/izvajalcem pomoči ter mladim uporabnikom. Zaključek prispevka povezuje zahtevo za razvijanjem kakovostnega odnosa strokovnega osebja z mladimi s smernicami Evropskega akcijskega načrta na področju duševnega zdravja 2013–2020 (WHO, 2015).

KLJUČNE BESEDE: *otroci, mladi, duševne stiske, šola, zdravstveni sistem, duševno zdravje, sistemi pomoči*

ABSTRACT

The paper reviews the literature on the importance of user satisfaction with mental health assistance systems, especially formal systems. The topic of satisfaction with the assistance received was addressed by a qualitative research that included 143 young people aged 9 to 26 years in a sample that was geographically dispersed throughout Slovenia. The results are presented specifically in terms of experience with the school and school staff, and specifically in relation to other, more specialised assistance providers, especially in the healthcare system. The experiences of young people were different, but were more often negative. One of the key dimensions of (dis)satisfaction with the assistance was the relationship between the assistance provider and the young user. The conclusion of the paper links the demand for developing a positive and trusting relationship of professional staff with young people within the guidelines of the European Mental Health Action Plan 2013–2020.

KEY WORDS: *children, youth, mental distress, school, healthcare, mental health, support systems*

UVOD

Priebe in Miglietta (2019) menita, da lahko zadovoljstvo pacientov¹ s prejeto oskrbo in pomočjo splošno razumemo kot pomembno procesno spremenljivko in kot pokazatelj kakovosti sistema skrbi za duševno zdravje. Kot procesna spremenljivka je zadovoljstvo z obravnavo povezano z uspehom obravnave oz. ga napoveduje. Napovedovalo naj bi, da bodo pacienti dlje vztrajali v obravnavi, a tudi, da bodo – ne glede na čas vztrajanja v obravnavi – od nje pridobili več kot manj zadovoljni pacienti (prav tam). Zadovoljstvo naj bi bilo povezano z uporabo (in dostopanjem do) storitev in služb duševnega zdravnika ter naj bi zmanjševalo verjetnost osipanja iz obravnav (Miglietta, Belessiotis-Richards, Ruggeria in Priebe, 2018). V drugem smislu pa je zadovoljstvo pacientov cilj in vrednota sama po sebi, saj naj bi bile obravnave in procesi pomoči – ne glede na njihov vpliv na zdravje in socialne posledice – kolikor mogoče prijazni. Zadovoljstvo naj bi bilo rezultat različnih dejavnikov tako na ravni pacienta kot storitve, kot so to npr. pacientova pričakovanja od obravnave, zaznane potrebe po psihiatrični obravnavi, odnos med pacientom in kliničnim delavcem ter pacientove izkušnje s storitvami in prejetimi obravnavami nasploh (prav tam). Zato naj bi bilo zadovoljstvo pokazatelj dobrega delovanja organizacije in dobrega izvajanja storitev.

Do podobnih zaključkov so na osnovi pregleda mnogih raziskav zadnjih štirih desetletij prišli Fortin, Zhironig in Fleury (2018). Ugotavljajo, da je zadovoljstvo pacientov dober pokazatelj kakovostnih storitev tako na ravni organizacije kot posameznika. Zadovoljstvo definirajo kot »oceno, v kolikšni meri je storitev odgovorila na posameznikove čustvene in telesne potrebe v zvezi z duševnim zdravjem« (prav tam). Po njihovem mnenju zdravstveni sistemi, ki izboljšujejo dostopnost storitev, kontinuiteto in ustreznost obravnav, bolje odgovarjajo na potrebe pacientov. Po drugi strani pa zadovoljstvo pacientov vpliva na vzorce njihove uporabe obravnalnih ponudb, pa tudi na same obravnave in njihove rezultate.

⁵ Besede in slovnične oblike, zapisane v moškem ali ženskem spolu, se v tem prispevku nanašajo enakovredno na vse osebe, in to ne glede na njihovo spolno identifikacijo.

Bolj zadovoljni pacienti po rezultatih mnogih raziskav ustrežneje uporabljajo storitve in se bolj držijo navodil ter obravnavalnih zahtev.

Po mnenju istih avtorjev je bilo v zadnjih letih (v Kanadi, a tudi v mednarodnem prostoru) začelih ali predlaganih mnogo reform, ki naj bi izboljšale izide obravnave in zadovoljstvo pacientov. Med temi omenjajo:

- krepitev primarne ravni obravnave ter boljše povezovanje zdravstvenih in socialnih služb za osebe s kroničnimi stanji;
- izboljšanje sodelovanja med strokovnjaki in službami;
- hitrejša in enostavnejša usmerjanja pacientov v specializirane službe;
- poudarek na preprečevanju in promociji zdravja;
- posvečanje večje pozornosti osebam s t. i. dvojnimi diagnozami;
- večanje dostopnosti storitev kriznih intervencij;
- boljše upoštevanje vidikov ekonomskega stanja pacientov, njihovih nastanitev in izobraževalnih potreb.

V svoji originalni študiji večjega vzorca oseb z zelo različnimi diagnozami so isti avtorji ugotovili, da je bilo zadovoljstvo pacientov v primarnih in specializiranih službah povezano s kontinuiranostjo obravnave, obstojem nosilcev primerov (case managers) ter odgovarjanjem na potrebe pacientov. Za zagotavljanje zadovoljstva je bilo kritično pomembno odgovarjati na potrebe pacientov, in sicer celostno ter preko vzpostavitve dolgoročnih individualnih načrtov okrevanja, pri čemer je bilo ključno sodelovanje med strokovnjaki ter s svojci.

Na zadovoljstvo uporabnikov s prejetimi storitvami oz. oblikami pomoči vpliva veliko dejavnikov; poleg značilnosti nudenja pomoči/zdravljenja še mnoge značilnosti uporabnikov/pacientov oz. mnogi dejavniki, ki so prisotni že ob začetku ali pred začetkom izvajanja obravnave. Ti drugi dejavniki lahko statistično gledano zamegljujejo odnos med kakovostjo storitev in zadovoljstvom uporabnikov, saj imajo lahko naravo tretjih dejavnikov, ki vplivajo tako na izvajanje obravnave kot na zadovoljstvo z obravnavami. Vloga in moč teh dejavnikov je po ugotovitvah mnogih raziskav

razmeroma šibka, v zvezi z mnogimi od njih pa ugotovitve raziskav niso konsistentne. Kljub temu spodaj poskušava povzeti ugotovitve več pregledov takih raziskav (po Lehman in Zastowny, 1983; Garland, Aarons, Saltzman in Kruse, 2000; Buston, 2002; Blenkinson in Hammill, 2003; Lora, Rivolta in Lanzara, 2003; Releigh in drugi, 2007; Turchik, Karpenko, Ogles, Demireva in Probst, 2010; Tambuyzer in Van Audenhove, 2013; Simmons, Parker in Hetrick, 2014; Barber, Tischler in Healy, 2016; Fortin, Bamvita in Fleury, 2018; Fortin, Zhiorong in Fleury, 2018; Lindberg in Mundy, 2019; McMahon, 2017; Miglietta in drugi, 2018; Priebe in Miglietta, 2019; Woldekidan in drugi, 2019):

- Socio-demografske značilnosti (etnija, socio-ekonomski in zakonski status) so le redko in šibko povezane z zadovoljstvom uporabnikov ali pa so rezultati raziskav nekonsistentni.
- To ne velja za starost, kjer najdemo z naraščanjem starosti večje zadovoljstvo. To velja predvsem za odrasle, medtem ko pri otrocih in mladostnikih pogosto nezadovoljstvo z obravnavami narašča z večjo starostjo. Nekatero raziskave so našle večje zadovoljstvo pri moških kot pri ženskah.
- Pacienti z več in hujšimi simptomi, posebej z depresivnimi motnjami, osebnostnimi motnjami in odvisnostmi, so povprečno manj zadovoljni z obravnavami.
- Bolj nezadovoljni so uporabniki, ki so obravnavani prisilno in ki zaznavajo terapevtski odnos bolj negativno. Ljudje v skupnostnih obravnavah so zadovoljni bolj kot v hospitalnih obravnavah.
- Na zadovoljstvo vplivata kontinuiteta in pogostost obravnave (srečanj), ki morata biti v skladu s potrebami ljudi; podobno tudi stopnja angažmaja pacientov in njihovega opolnomočenja.
- Zadovoljstvo je povezano s stališči in pričakovanji do psihiatrične (in druge) pomoči, seveda pa tudi z uspešnostjo obravnav (zmanjšanja simptomov).
- Ne nazadnje na zadovoljstvo vplivajo tudi pogoji fizičnega okolja, kot so značilnosti lokacije, čakalnica in ambulante.

Ob omenjanju množstva dejavnikov, ki vplivajo na zadovoljstvo uporabnikov, bi znali pozabiti na to, da nas lahko zadovoljstvo uporabnikov zanima ravno zaradi njegove povezanosti s kakovostjo obravnave. Ugotavljanje take povezave bi zahtevalo, da na nek način znamo objektivno določiti kakovost obravnave, kar je naloga, ki se – spričo različnosti individualnih težav in množstva možnih obravnav zanje – približuje nemogočemu. Zato so take študije izredno redke. Ena od njih pa vendarle je raziskava (Edlund, Young, Kung, Sherbourne in Wells, 2003), ki je na zelo velikem ($N=14.985$) in (za ZDA) reprezentativnem vzorcu neinstitucionaliziranih ljudi ugotavljala povezanost med zadovoljstvom ljudi (ki je zajemalo zadovoljstvo z obravnavami in zaznavo potencialno dostopnih obravnav) ter »tehnično kakovostjo« obravnav. To povezavo so ugotavljali za dve vrsti težav, in sicer za anksiozno-depresivne motnje ter za druge motnje, vključujoč težave z alkoholom in prepovedanimi drogami. »Tehnično kakovost« pa so ugotavljali s kriterijem, ali je bil pri anksiozno-depresivnih motnjah človek deležen vsaj štirih srečanj s specialistom ali strokovnjakom na primarni ravni, namenjenih svetovanju, in/ali je bil deležen ustrezne farmakološke obravnave (vrsta zdravila, doza, trajanje) glede na veljavne smernice. Pri drugih motnjah pa je kriterij obsegal ugotavljanje, ali je bil posameznik deležen aktivne obravnave, ki je lahko obsegala zelo različne oblike, od učenja tehnik relaksacije pa do hospitalnih obravnav. Iz opisanega je razvidno, da je kriterij »tehnične kakovosti« zajemal skorajda samo to, ali so bili ljudje deležni obravnave, ne pa tega, kakšna je bila kakovost teh obravnav, kar bi bilo zelo težko, če ne nemogoče meriti. Glavna ugotovitev je bila, da so našli srednje veliko povezanost med zadovoljstvom ljudi in »tehnično kakovostjo« obravnave, pri čemer je bila ta povezava robustna in skorajda enaka tudi ob kontroli (upoštevanju vpliva) mnogih drugih dejavnikov (socialno-demografskih in kliničnih).

Druga posebna študija redke vrste, ki jo tu povzemava (Staniszevska in drugi, 2019), se je osredotočala na izkušnje ljudi s hospitalnimi obravnavami v sistemu duševnega zdravja, pri čemer je avtorje zanimala identifikacija glavnih tem pripovedi o hospitalizacijah. Gre za metaštudijo, ki je zajela vzorec skoraj 5.000 objavljenih del med 2000 in 2016 in iz njih izbrala 116 člankov ter knjig za

podrobnejšo analizo. Izhajali so iz teze, da »so izkušnje pacientov vitalni izvor dejstev, ki lahko usmerjajo razvoj visokokakovostnih storitev« (prav tam). Izhodiščno opažanje avtorjev je bilo (prav tam), da »hospitalizirani pacienti poročajo med drugim tudi o strahu pred napadi in zlorabami, skrbeh glede prisilnih obravnav, le omejenem fokusu podpore na okrevanje ter pomanjkanju terapevtskih dejavnosti«. Njihova analiza zelo obsežnega gradiva jih je pripeljala do identifikacije štirih prevladujočih tem ali dimenzij izkušenj:

- Najpogostejša tema je bila pomembnost visokokakovostnega odnosa z osebjem, ki je obsegala spoštljivo obravnavanje, jasno komunikacijo, empatičnost in občutke stabilnosti odnosa. Vse to, čemur bi lahko rekli tudi terapevtski odnos, je olajševalo vstop v hospitalne obravnave in zmanjševalo potrebo po prisilnih ukrepih.
- Odvrčajoče izkušnje uporabe prisile in prisilnih obravnav so obsegale pripovedi o sedaciji, izoliranju in prisilnem fizičnem omejevanju. Pacienti so ob tem videli kaznovalno vedenje osebja (npr. odvzemanje osebnih predmetov ali pohištva, omejevanje izhodov, obvezne ure odhoda na spanje itd.) kot kršitev svojih pravic.
- Zdravo, varno in spodbudno fizično okolje na oddelkih je prispevalo k temu, kako so pacienti doživljali sebe in kako so se odzivali na obravnave. Posebna podtema je bil dolgčas, ki so ga opisovali kot »ni bilo nič za početi«. Dolgčas je po njihovih besedah povečeval agresivnost in nasilje na oddelkih, poslabševal simptome in upočasnjeval okrevanje.
- Avtentične izkušnje z na pacienta osredotočenih obravnav so vključevale pacientovo soodločanje pri odločitvah glede obravnav, ustrezno informiranje glede diagnoze in obravnav, upoštevanje njegove individualnosti in individualnih razlik glede etnije, spola ter vere. Vse te značilnosti so bile povezane z bolj pozitivnimi izkušnjami obravnave.

Do zelo podobnih ugotovitev so prišli Gilbert, Rose in Slade (2008), katerih študijo tu omenjava kot primer raziskave, ki jo vodijo uporabniki (user-led research). Izhajajoč iz zahteve Nacionalnega

zdravstvenega sistema v Združenem kraljestvu po izboljšanju izkušenj pacientov, so raziskovali izkušnje oseb ob sprejemih v psihiatrične bolnišnice. Ugotovili so, da ko pacienti govorijo o svojih hospitalizacijah, govorijo večinoma o odnosih, ki so jih tam imeli z drugimi, pretežno z osebjem. Pet od osmih pomembnih tem njihovih pripovedi je bilo povezanih z odnosi, in sicer so bile to teme komunikacije, prisile, varnosti, zaupanja ter kulturnih in rasnih razlik. Ostale tri teme pa so bile zdravljenje, okolje in svoboda.

V zgornjem zelo hitrem in zato tudi deloma nepoglobljenem pregledu raziskav o pomenu in dejavnikih zadovoljstva uporabnikov s prejeto pomočjo v zvezi z njihovimi duševnimi stiskami sva se le na hitro dotaknila mnogih omejitev in dilem tovrstnega raziskovanja (ki se nanašajo med drugim tudi na načine merjenja zadovoljstva). Kljub dilemam in omejitvam pa citirani avtorji in pregledana poročila posredujejo sporočilo, da je zadovoljstvo uporabnikov (ki jih sicer praviloma imenujejo pacienti) pomembno ter da ga je potrebno evidentirati in upoštevati pri razvoju storitev. Pri tem avtorji (Lora, Rivolta in Lanzara, 2003; Fortin, Bamvita in Fleury, 2018; Waldekidan in drugi, 2019) menijo, da je zadovoljstvo pacientov pokazatelj kakovosti storitev in veljaven vidik načrtovanja ter evalvacije storitev. Drugi (Garland in drugi, 2000; Turchik in drugi, 2010; Staniszevska in drugi, 2019) ocenjujejo, da se je v sodobnosti zelo povečal pritisk na ponudnike storitev, da (pogosto ob vedno bolj omejenih sredstvih) skrbijo za učinkovitost in kakovost storitev, zaradi česar se povečuje interes za ugotavljanje zadovoljstva pacientov kot merila kakovosti storitev. Ta trend povezujejo (Garland in drugi, 2000) z vznikom in rastjo pomembnosti prepoznavanja uporabniških perspektiv oziroma (Lora in drugi, 2003) »razširjanjem pristopa zadovoljstva uporabnikov«. Ugotavljanje zadovoljstva uporabnikov vidijo (Buston, 2002; Simmons in drugi, 2014; Lindberg in Mundy, 2019) kot pomemben del zagotavljanja mladim prijaznega ali na pacienta osredotočenega pristopa, kar povezujejo s smernicami WHO (2005) za vzpostavitev nacionalnih standardov kakovosti za mladim prijazne zdravstvene storitve, ki naj bodo dostopne, sprejemljive, pravične, ustrezne in učinkovite. Mnoge od teh zahtev in pričakovanj se povezujejo z zahtevo po krepitvi »uporabniškega glasu« (Staniszevska in drugi, 2019),

z zahtevo, naj se uporabnikom zagotovijo dostojanstvo, sočutje, izbiro in avtonomija (prav tam; McMahan, 2017), in potekajo v okviru smeri razvoja, ki vključuje zahteve po (Tambuyzer in Van Audenhove, 2013) deinstitutionalizaciji, uporabniški perspektivi, krepitvi moči (empowerment), izhajanju iz pacienta, premiku iz enosmerne v dvomerno komunikacijo in demokratizaciji. Ne nazadnje sta uporabniško zadovoljstvo in izbira tudi najpomembnejša pri tržno usmerjenih ponudbah (oz. sistemih, ki so osnovani na tržnih načelih; McMahan, 2017), kjer uporabniki izbirajo storitev glede na svoje (pričakovano) zadovoljstvo².

RAZISKOVALNI PROBLEM

Osnovni namen raziskave je bil spoznavanje uporabniške perspektive mladih, ki so zaradi svojih stisk in težav na področju duševnega zdravja iskali pomoč pri formalnih ponudnikih pomoči. Zanimalo nas je, kako mladi ocenjujejo prejeta pomoč, s katerimi vidiki prejetja pomoči so bili zadovoljni in s katerimi ne ter katere so nasploh ključne teme, ki se odpirajo v pogovoru o prejemanju različnih oblik pomoči. Te teme so nas zanimale zato, ker je zadovoljstvo s pomočjo glede na ugotovitve mnogih raziskav dejavnik, ki v pomembni meri napoveduje posameznikovo vztrajanje v procesih pomoči ter njeno uspešnost.

RAZISKOVALNA METODA

V delu študije,³ o kateri poroča ta članek, smo oblikovali vzorec 143 intervjuvancev, od katerih je bilo 131 mladih oseb, starih od

⁶ Ob slednjem argumentu pa je vendarle treba poudariti, da je tržno naravnost seveda izredno problematično kakorkoli postavljati za vzor, po katerem naj se ravna področje duševnega zdravja. V tržno naravnanih okoljih sta cilja približevanju uporabniku prodaja storitve in kopičenje kapitala. V storitvah na področju duševnega zdravja naj se enako sredstvo uporablja za drugačen cilj – za zagotovitev, da bodo ljudje lahko dostopali do potrebnih storitev, kar naj bi bil cilj javnega zdravstva (brez dodatnih sekundarnih koristi).

⁷... , ki je podrobneje opisana v uvodniku v pričujoči številki revije.

16 in 27 let (s povprečjem 21,2 leti), ter 12 staršev otrok (starih v povprečju 14,6 let). Med vsemi je bilo 77,6 % oseb ženskega spola (kar se nanaša tudi na otroke intervjuvanih staršev). Vzorčenje je bilo oportunistično, deloma opravljeno po načelih snežne kepe.

S tem vzorcem oseb so bili izvedeni razmeroma zelo odprti polstrukturirani intervjuji z osnovno temo duševnih stisk, iskanj pomoči zanje in oceno teh prejetih pomoči. Intervjuje je izvedlo več kot 130 študentk višjih letnikov socialne pedagogike, ki so bile za ta namen usposobljene v obsegu približno 16 ur. Intervjuji so potekali v okrog 50 različnih slovenskih mestih oz. krajih. Navodilo intervjuvarkam za iskanje intervjuvancev je bilo, da mora iti za mlado osebo, ki je doživljala duševne stiske in zanje iskala pomoč oz. podporo. Intervjuji so bili dobesedno prepisani, nato deduktivno in induktivno kodirani, vsebina kod pa zatem abstrahirana, poimenovana in obrazložena v poglavju o rezultatih.

REZULTATI

V vzorcu intervjuvanih oseb so bili mladi, katerih starši so dosegali različne ravni izobrazbe, večinoma 3., 4. ali 5. stopnje. Med značilnimi ogrožajočimi dejavniki/značilnostmi družin 143 mladih smo našli naslednje odstotke prisotnosti posameznih značilnosti:

- hujše duševne stiske in težave koga od družinskih članov: 38 %,
- samohranilska družina: 27 %,
- alkoholizem ali druga zasvojenost koga od družinskih članov: 27 %,
- druge kronične in hujše bolezni koga od družinskih članov: 20 %,
- hujše in trajnejše fizično nasilje, fizične zlorabe v družini (pretežno nad otrokom, tudi nasilje partnerja nad intervjuvano osebo): 15 %,
- samomor ali poskus samomora bližnjega družinskega člana: 6 %.

Mladi so naravo svojih stisk opredelili takole (navajamo le sedem najpogostejših opredelitev; odstotki se nanašajo na del mladih, ki so s tem izrazom opredelili svojo stisko):

- depresija: 47 %,
- anksioznost, panični napadi: 38 %,
- motnje prehranjevanja: 16 %,
- samomorilna ideacija, samomorilni poskusi: 15 %,
- samopoškodovanje, rezanje: 11 %,
- duševne bolezni, shizofrenija, psihotične motnje itd.: 8 %,
- zloraba alkohola in/ali prepovedanih drog: 8 %.

Izkušnje s hospitalizacijo v psihiatrični bolnici je imelo 13 %, izkušnje s katerokoli obliko institucionalne obravnave zaradi duševnih ali vedenjskih težav (torej s hospitalizacijo v psihiatrični bolnici ali/ in kriznim centrom ali/in varno hišo ali/in zdravstvenim zavodom v Stični/na Rakitni) pa kar 34 %.

Od posameznih vrst strokovnjakov je bil največji del mladih zaradi svojih duševnih stisk obravnavan pri zdravniku specialistu psihiatrije ambulantno (73 %), v šoli in šolski svetovalni službi (69 %), pri splošnem/osebnem zdravniku (63 %), v zasebni samoplačniški psihoterapiji (39 %), bili so vključeni v brezplačno psihoterapijo na koncesijo ali v državni ustanovi (27 %), bili so vključeni v brezplačno psihoterapijo v nevladni organizaciji, ki ponuja svetovanje in psihoterapijo (20 %) in na centru za socialno delo (20 %).

Vse citate iz intervjujev smo po treh ravneh kodiranja razporedili v tri kategorije, ki smo jih poimenovali izkušnje s šolo in v šoli, zadovoljstvo s pomočjo izven šole ter nezadovoljstvo s pomočjo izven šole. Kategorija izkušenj s šolo obsega 18 kod drugega reda, ki jih prikazuje tabela 1, v kateri najdemo tudi število v te kode uvrščenih citatov.

Tema šole je v nekaterih intervjujih močno prisotna, v drugih pa sploh ni bila omenjena. Praviloma ni bilo omenjena takrat, kadar je – za posameznika – tema šole in šolanja ostala že »daleč zadaj« in ni bila več aktualna⁴ ali kadar posameznik ni imel s šolanjem nobenih težav ali pa ni imel takih težav, ki bi bile v interakciji s

⁴ V nekaterih prejetih intervjujih niti z besedo ni bila omenjena primarna družina, v nekaterih pa ni bila nikoli omenjena šola. Večkrat so bile to življenjske zgodbe, ki so kazale, da sta bila šola in šolanje za osebo že pred časom povsem opuščeni in/ali zavrženi »projekt« in z njim povezane izkušnje odrinjene daleč stran od aktualne zavesti. Take primere smo našli pri osebah, katerih življenje se je vrtele okrog uporabe drog ali ki so v veliki meri sprejele »kariero duševnega bolnika«.

šolskim življenjem. Tema šole pa je bila – nasprotno – zelo aktualna takrat, kadar so se posameznikove težave kazale ali aktualizirale tudi ali prav v šoli ali kadar je bil šolski prostor v neki pomembni

TABELA 1: Število izbranih citatov glede na to, o katerem vidiku šolskega življenja govorijo, in glede na to, ali mladi svoje izkušnje ocenjujejo kot pozitivne ali negativne

PODROČJE IZKUŠENJ:	pozitivne vsebine	mešane vsebine	negativne vsebine
izkušnje z učitelji in profesorji	20	12	34
izkušnje z razredniki	9	0	4
izkušnje s svetovalnimi delavci	22	3	36
izkušnje z vrstniki	1	0	23
izkušnje v odnosu šola – starši	2	0	0
izkušnje s šolo nasploh	13	0	3
skupaj	67	15	100

interakciji z družinskim prostorom in drugimi dejavniki, ki bi jim lahko pripisali vzročno vlogo pri nastanku duševnih težav.

Na področju izkušenj z učitelji (in skoraj enako tudi razredniki) lahko povzamemo, da so mladi ocenili kot podporno v šoli (in ob tem izrazili zadovoljstvo s pomočjo), kadar so jih učitelji opazili in prepoznali kot posameznike z individualnimi, unikatnimi značilnostmi in v unikatnih okoliščinah, kadar so z njimi vzpostavili osebni in/ali zaupni stik, jim pokazali, da jim ni bilo vseeno zanje, kadar so pokazali interes in skrb zanje, si vzeli čas za pogovore z njimi in jim bili dostopni, so imeli do njih in njihove prihodnosti pozitiven in optimističen, vzpodbuden odnos, kadar z njimi niso delovali na način pritiskanja in ustrahovanja, niso zmanjševali

pomena njihovih težav in jih banalizirali, kadar so varovali zaupnost podatkov in informacij o mladih osebah, so razumeli njihovo vedenje v kontekstu njihovih življenjskih okoliščin, kadar so bili do njih strpni in potrpežljivi ali bili vztrajni v prizadevanju za iskanje njihovih moči in pozitivnih točk.

Zgornji seznam lahko razumemo kot seznam splošnih ali univerzalnih vodil za podporno delovanje z ljudmi, ki ni bil nič kaj posebno specifičen za šolsko okolje. Kar je bilo specifično, je bila v neki meri problematika ocenjevanja znanja, obvezne prisotnosti in še morda vedenjskih težav, pri kateri pa so v poštev prišle prav iste zahteve, ki jih izraža zgornji seznam. Za ilustracijo navajamo en značilen citat, ki govori o zadovoljstvu, in enega, ki govori o nezadovoljstvu.

Intervju 97, koda »profesorji – pozitivne vsebine«:

Enkrat v 3. letniku sem skoraj imela popravni pri zgodovini. Se spomnem, da sem šla k profesorici in pač sem rekla, da se nisem učila, se ne morem skoncentrirat, da imamo doma težave in pač ona je popolnoma razumela, mislim je razumela situacijo, je rekla, da je zdej dovolj časa, da se naučim, in da bom odgovarjala, da verjame vame, da se bom uspela naučit, da ne bom imela popravnega.

Ti je kej pomagalo, ta pogovor?

Ja, definitivno. Ni bilo lih tako vseeno, tko ... je pokazala malo čustva, oziroma razumevanja.

Intervju 57, koda »profesorji – negativne vsebine«:

... grdo rečeno, ampak na nek način ti profesorji dajo vedet, da si neumen. In to me je prizadelo, ker je to dosti časa trajalo. Ne moreš mislit, da tako je. Ne moreš pri sebi razmislit, če je res tako, če traja toliko časa. V bistvu je to pri meni trajalo celo osnovno šolo.

Podobno, kot velja za učitelje, velja za šolske svetovalne delavce: izkušnje mladih, ki so doživljali duševne stiske, s šolskimi svetovalnimi službami so bile različne, tako dobre kot slabe, a nekoliko pogosteje slabe. Na osnovi citatov, ki so govorili o tej temi, v splošnem zaključujemo, da so zahteve za delovanje ŠSS, če naj bi jih mladi doživljali kot podporne, v načelu podobne zahtevam, ki smo jih našli v poglavju o profesorjih in razrednikih.

Po analizi citatov smo ugotovili, da mladi ocenjujejo odnos in delovanje šolskih svetovalnih delavcev (ŠSS) kot podporna in so z njima zadovoljni, če ju je mogoče opisati z naslednjimi gesli (v oklepajih so dobesečni citati): angažma, intenzivno ukvarjanje (*Pa s pedagoginjo smo se ful pogovarjali. Ona je res, ful se je ukvarjala z njim.*), odprtost in sprejemanje, pogovarjanje, posvečanje časa (*Jaz sem bila pri njej vsak drugi, tretji dan, kakor je ona mela čas.*), praktična/neposredna pomoč, praktični nasveti, profesionalna distanca, razpoložljivost, sočutje, sprejemanje (*... tut z njo sm se poštekala, me razume pa vse to, poslušá me in pomaga mi, pa pač ful dobr je!*), trajnost odnosa, razpoložljivost in dostopnost (*Rekla je, da se lahko vedno oglasim pr njej, če bom kej rabla.*), zavezníštvo.

Nasprotno pa so bila za primere, kjer so mladi doživljali ŠSS nepodporna, značilna naslednja gesla: banaliziranje težav (*Rekla mi je, da ma ona tut težave ... da mamó usi težave, da ne rabm iskat pozornosti ...*), dajanje prednosti ocenam (*... se mi zdi, da se je osredotočala sam na ocene in na to, da se hočm izpisat.*), iskanje šibkih točk, izdajanje zaupanja (*... pa mi je izdala zaupanje in pol sm sam bejž stran od nje ...*), kontrola, neangažiranje (*... pa je to vzela z nim največjim odporom ... ok, če že morm, te bom poslušála.*), nesodelovalno delo, nesprejemanje, neznanje, odklanjanje, podcenjevanje (močnih točk), površinsko obravnavanje, predalčkanje, prisila, pritiski, stigmatiziranje, zaničevanje – podcenjevanje (*... da nej sploh ne grem v te vode, da js tega nisem sposobna narest, da nej si izberem neko frizersko al pa kej podobnega ...*).

Identificirani citati iz pripovedi mladih oseb o vlogi vrstnikov – z eno izjemo – kažejo na negativno vlogo vrstnikov. Našli smo 23 pripovedi o vrstniškem zlorabljanju, nasilju ali ustrahovanju, nekatere od njih prav ekstremne. Dejstvo, da nismo našli več citatov, ki bi govorili o dobrih izkušnjah z vrstniki, je povezano s tem, da ta tema v pogovorih z mladimi osebami ni bila deležna posebne obravnave ali pozornosti v tistih primerih, ko vrstniški odnosi niso bili problematični. Intervjuvarke so opazile problematiko vrstniškega zlorabljanja pri 25 osebah. Ta je obsegala celoten nabor ravnanj, ki jih poznamo iz študij vrstniškega zlorabljanja, in sicer fizično, psihično in socialno nasilje ter diskriminiranje. Konkretneje: zbadanje, zmerjanje, pretepanje, spletno nasilje, izogibanje in izoliranje, zaničevanje, stereotipiziranje in stigmatiziranje

(tudi zaradi socialnih razlik), izsiljevanje, nepravilno obravnavanje itd. V nekaterih primerih je bilo vrstniško zlorabljanje povezano s siceršno stigmatiziranostjo in odrinjenostjo družine v lokalnem okolju, v drugih pa z omenjanjem nemoči šolskih delavcev, da bi v zvezi s tem vrstniškim nasiljem kako konstruktivno ukrepali. Spodaj je naveden eden od bolj ekstremnih opisov.

Intervju 2, koda »vrstniki – negativne vsebine«:

... k sm tud plezanje mal trenirala in so me starejši, k so bli tm, tolkl v kopalnci in me zaprl v uno kovinsko škatlo za žoge in takrat je učitl, k je pršu, me je vidu, js k sm pršla domov črna, je blo prvič, k so doma vidl, da je mt vidla, da so me res tepl.

V intervjujih smo našli največ delov, ki so sodili v kategorijo nezadovoljstvo s pomočjo izven šole. Razlogov za tolikšno pogostost teh kod je več. Eden je morda ta, da so naši mladi sogovorniki veliko več govorili o nezadovoljstvu kot o zadovoljstvu. Morda je bila tudi naravnost naših intervjuvark taka, da se jim je zdelo temo nezadovoljstva v intervjujih pomembnejše eksplorirati kot temo zadovoljstva. Morda so ljudje v obdobju adolescence bolj nagnjeni h kritičnosti. In (ne nazadnje) je morda v delovanju slovenskega sistema (ali sistemov) pomoči mladim v duševnih stiskah marsikaj takega, kar upravičeno povzroča nezadovoljstvo. Vsekakor smo vsaj kakšen del pripovedi, ki je govoril o nezadovoljstvu s pomočjo, našli pri 127 mladih oseb, dele, ki so govorili o zadovoljstvu, pa le pri 94 od 143 intervjuvanih oseb.

Pripovedi mladih, ki jih obravnavamo v tem poglavju, se v največji meri nanašajo na zdravstveni sistem in znotraj njega na psihiatrične in pedopsihiatrične obravnave, tako ambulantne kot hospitalne, oboje v približno enakem deležu. V precej manjšem deležu se nanašajo na (klinično) psihološke obravnave in še v manjšem na obravnave pri splošnih/osebnih zdravnikih. Poleg precej prevladujočega zdravstvenega sistema se drugi največji delež odgovorov nanaša na zasebne psihoterapevtske obravnave, koncesionirane ali plačljive (in zelo redko še na kakšno s tem povezano NVO). Precej očitno je bilo, da se več nezadovoljstva nanaša na javni del nudenja pomoči kot na nejavni del. V tem delu analize pa nismo toliko pozornosti posvečali nezadovoljstvom zaradi plačljivosti in težke

dostopnosti nekaterih oblik pomoči (predvsem psihoterapevtske in take, ki ne bi temeljila na medikamentih), ker so ta nezadovoljstva v večji meri obravnavana v prispevku Darje Tadič v tej številki.

Mladi in njihovi starši v primeru duševnih stisk iščejo pomoč šele takrat, ko so težave že velike in ko so že dolgo trajale⁵. Iskanje pomoči je torej velikokrat potekalo v nekem kriznem stanju, neredko tudi v situacijah, ko je bilo lahko ogroženo tudi njihovo življenje (motnje prehranjevanja, poskusi samomora ...). Zaradi pogoste tovrstne dolgotrajnosti obstoja in razvoja težav je – morda – logično, da dejavnosti pomoči niso bile vedno (oz. bolje rečeno skoraj nikoli) povsem uspešne, tako da so tudi po bolj ali manj intenzivnih obdobjih nudenja pomoči lahko neki vidiki ali značilnosti težav obstajali še naprej, kar je verjetno lahko prispevalo k nezadovoljstvom (v medicinskem diskurzu bi temu rekli, da so bile bolezni ali motnje kronične).

Za nekatere vrste težav pa je bilo značilno, da so bile njihove obravnave »prisilne« oz. izvedene v zelo »nesvobodnem prostoru odločanja« mladih, če lahko s tem izrazom zaobjamemo celoto pritiskov šole, družine in zdravstva. Tak kontekst smo zelo pogosto našli pri težavah s prehranjevanjem, še posebej v tistih primerih, kjer so bili (najpogosteje) mladostniki hospitalizirani. V takih primerih smo našli nadpovprečno mero nezadovoljstva in kritičnosti. Podobno pa tudi pri drugih psihiatričnih hospitalizacijah, ki so bile večkrat obeležene z večjo stopnjo prisilnosti.

Poseben primer so bili mladi, pri družinah katerih je šlo za kopičenje mnogih raznolikih ogrožajočih dejavnikov. Poimenovali smo jih ranljive družine ali posebno ogrožene družine/mlade ali družine z več težavami ali s kopičenjem težav. Te so bile praviloma tudi socialne narave, povezane z alkoholom, nasiljem, revščino itd. Njim je v tej tematski številki namenjen poseben članek Špele Razpotnik.

397 najdenih citatov, označenih s kodo »nezadovoljstvo s pomočjo«, smo ponovno in podrobneje razvrstili v 9 podkategorij, spodaj označenih s črkami od A do I. V pripovedih so se pogosto

⁵ Več o okoliščinah »vstopnih točk« v proces pomoči je opisano v uvodniku v pričujoči številki revije.

pojavnjale kompleksne vsebine, zaradi katerih bi sicer citate lahko razvrstili v več različnih podkategorij. Razvrstitev izjav v le posamezno od podkategorij je bila torej večkrat v precejšnji meri arbitrarna. Oblikovali smo naslednje podkategorije nezadovoljstev, ki se nanašajo na:

- a. predpisovanje in jemanje zdravil,
- b. odnos med strokovnjakom in mlado osebo,
- c. režim obravnave,
- d. nasilje in prisilo,
- e. izključevanje iz programov,
- f. nedelovanje ali nedoseganje učinkov ob uporabi določenega ukrepa (a brez zdravil),
- g. preredko obravnavo (premalo stikov),
- h. posebej na policijo, sodišče in CSD,
- i. druge vidike pomoči.

Daleč največ izjav o nezadovoljstvu smo našli v zvezi z zdravili, s katerimi je sicer imel izkušnje zelo velik del našega vzorca. Osnovni vidik teh nezadovoljstev bi lahko povzeli s tole oceno: v celem vzorcu 143 oseb skorajda ni bilo take, ki bi bila nezadovoljna, ker ne bi dobila zdravil, ko jih je želela, ali pa da bi jih dobila premalo; prav vse, ki so se pritoževale v zvezi z zdravili, pa so se nad tem, da so jih dobile prehitro ali preveč ali da so bila nekoristna ali da so imela prehude stranske posledice ali da so dobile samo zdravila brez kakšne druge oblike pomoči ali da se je kakršnakoli druga pomoč pogojevala s tem, da začnejo jemati zdravila. Mnenje več intervjuvank je, da so zdravila (antidepresivi) »potuha«, ki reševanje in prepoznavanje pravih vzrokov le odloži ali prikrije. Mnenje drugih pa je, da moraš zdravila sprejeti, če želiš »piti ven« iz institucije (v tem vidiku se tema zdravil povezuje s temo prisile). V mnogih primerih je bilo sicer ob pogovoru o zdravilih prisotno tudi tehtanje dobrih in slabih strani jemanja psihotropnih zdravil (poleg tega, da je bilo pri kom prisotno tudi samomediciranje z dovoljenimi, farmacevtskimi ali prepovedanimi učinkovinami).

Intervju 34, koda »nezadovoljstvo, kritičnost do oblike pomoči«: *Študentski psihiater me je sprejel in ko sem prišla noter, je vprašal, kakšne probleme imam (v smislu »motnje hranjenja, aha, ok, to je to«) in pri komu sem že do sedaj bila. Naslednja stvar, ki jo je povedal, je bila: »Ok, to bi šlo z antidepresivi«. Ful me je presenetilo, da me sploh ni vprašal o mojem počutju, kakšni so odnosi doma in drugo ... Povedala sem mu, da antidepresivov ne sprejemem, ker ko sem prišla iz pedopsihiatrije, mi jih je predpisala že novogoriška psihiatrinja v zdravstvenem domu, ampak sem se po antidepresivih počutila, kot da nisem več jaz, kot da lebdim dva metra nad sabo in gledam sebe, kako motorično izvajam neke funkcije. Zdi se mi, da odsotnost čustev na antidepresivih nič ne popravi, zato sem antidepresive odklonila. ... Psihologinja je povedala, da me bo poslala na obravnavo k študentskemu psihiatru, torej temu, ki me je poslal k njej. Videla sem, da z njihovo pomočjo ne bom prišla nikamor, razen do antidepresivov, ki jih nočem. ... Na antidepresivih nisem čutila nič. Ne rečem, da sem pogrešala žalost, ampak sem bila prej na trenutke vsaj lahko vesela.*

Drugi najpogostejši vidik nezadovoljstva se je nanašal na značilnosti odnosa med strokovnjakom in mlado osebo. Mladi so bili kritični do tega, da so bili strokovnjaki od njih distancirani, zanje niso imeli časa, bili so avtoritarni in nesodelovalni, nespodbudni, niso se posvečali razvoju odnosa z njimi in imeli do njih še druge oblike zanje neprijetnega odnosa. Nekaj mladih je povedalo, da so njihove osebne zdravnice, psihologi ali psihiatri njihove težave banalizirali, jih dajali v nič in jih na sploh ne jemali resno. Ta zamera se je večkrat povezovala z nestrinjanjem z načini obravnave, predvsem z obravnavo, ki je dajala prednost (ali celo edino pozornost) zdravlilom (točka A) ter s tem povezanim pristopom, ki je videl funkcijo pogovora samo v diagnostični uvrstitvi mladega človeka v ustrezen »diagnostičen predalček«. To nezadovoljstvo se je v veliki meri povezovalo ali prehajalo tudi v splošno nezadovoljstvo z načinom ali režimom obravnave (točka C).

Eno od razmeroma redkih vrst nezadovoljstva se je nanašalo na nasilje in prisilo. To je bilo prisotno pri nekaterih vrstah hospitalizacij, predvsem (oz. po definiciji) na zaprtih oddelkih, in se

je nanašalo na omejitve prostega gibanja, omejitev ali prepoved uporabe telefona, na prepoved uporabe interneta ali Facebooka (ali odsotnost za to potrebnih računalnikov). Posebej pri dekletih, ki so imela težave s prehranjevanjem in prenizko telesno težo, smo našli veliko nezadovoljstva, povezanega z uveljavljanjem strogih pravil v zvezi z vnosom hrane in telesno aktivnostjo. Nekaj nezadovoljstev je bilo povezano z ravnanji, ki so jih mladi doživljali kot neupravičeno kazen (glej spodnji citat).

Intervju 2, koda »nezadovoljstvo, kritičnost do oblike pomoči«:
... ko sm bla na zaprtmu oddelku v <ime bolnice>, sm vn spizdila enkrat in sm šla v trgovino kupt žiletke in ko je sestra vidla, da sm se rezala, me je dala pod mrzu tuš, sm bla pod ledenmu tušem in me je 10 minut notr držala in me ni vn spustila.

Zakaj je blo pa to dobr?

Zarad tega, k a veš, k mrzla voda nate pride, te boli. In je rekla, da boš probala, če ti bo to pomagal, če uhka to delaš, namest da se greš rezat.

Z bolj »tehničnimi« nezadovoljstvi, kot sta nedostopnost ali plačljivost pomoči, je povezano še nezadovoljstvo s preredko obravnavo. Ta nezadovoljstva so se nanašala samo na pogovorne terapije oz. pogovorno podporo. Kar nespregledljivo mnogo mladih je v času, ko so bili v hudih krizah, čutilo, da bi potrebovali intenzivnejše in pogostejše spremljanje, kot pa je bilo tisto, ki so jim ga predlagali ali omogočili. Ta problem se je seveda pojavljal še bolj poudarjeno pri tistih, ki si niso mogli privoščiti plačljive psihoterapije (kot nadomestilo ali dopolnitev preredkih obravnavam), in je bilo zato pogosto v zvezi z očitkom, da jim je ponudena samo medikamentozna terapija brez drugih oblik obravnavanja.

Kot že rečeno, smo skoraj pri vseh intervjuvancih našli kake izjave, ki so pričale o nezadovoljstvu s prejeto pomočjo, izjave o zadovoljstvu pa smo našli pri približno dveh tretjinah intervjuvancev. Citatov na temo nezadovoljstva je bilo po številu in obsegu približno 60 % več kot citatov o zadovoljstvu. Izjave o zadovoljstvu so se – tako kot izjave o nezadovoljstvu – nanašale v daleč največji meri na zdravstveni sistem (praviloma javni: psihiatre in

pedopsihiatre, osebne zdravnike, tudi posamezne medicinske sestre in v majhnem številu psihologe), v manjšem številu na zasebne ponudnike psihoterapije.

Identificiranih 265 identificiranih izjav o zadovoljstvu s prejeto (formalno) pomočjo smo v naslednjem koraku ponovno kodirali oziroma razvrščali v podkategorije. Te so se nanašale na:

- a. dober in ustrezen odnos strokovnjakov do mladih uporabnikov,
- b. zadovoljstvo s predpisanimi in uporabljanimi zdravili,
- c. prejete informacije, nasvete in druge vsebine pretežno kognitivne narave,
- d. koristnost in uspešnost psihoterapevtskega procesa,
- e. obstoj zaupanja strokovnjakom,
- f. zadovoljene potrebe po pogovoru kot pomembne potrebe,
- g. pridobitev razbremenjujočih strokovnih priporočil in dokumentov, potrebnih za prilagajanje pogojev šolanja,
- h. posedovanje in delitev moči med strokovnjakom in mlado osebo,
- i. druge vidike zadovoljstva pri prejemanju pomoči.

Zaradi omejenega prostora v nadaljevanju opisujemo le tri od teh podkategorij. Med vsemi izjavami o zadovoljstvu je bilo z naskokom (skoraj 60 % vseh takih izjav) največ tistih, ki so govorile o dobrem in ustreznem odnosu med mlado osebo in strokovnjakom. Vsebino tega dobrega odnosa bi lahko na kratko opisali z naslednjimi besedami: obstoj odnosa oz. prisotnost, bližina (a tudi nevtralnost in ustrezna distanca), odprtost, dostopnost, sprejemanje, prijaznost, neobsojanje, angažma, sodelovalnost, spoštovanje mlade osebe, fleksibilnost, spodbudnost in optimizem, razbremenjevanje ter tudi proaktivnost pri vzpostavljanju odnosa.

Po pogostosti izjav o zadovoljstvu bi lahko za naslednjo podkategorijo imenovali zadovoljstvo z zdravili, ki smo ga našli v 20 % vseh citatov. Intervjuvanci so učinke zdravil opisovali takole: *»... se mi je močno izboljšalo stanje ...«, »... osvobojena sem ...«, »... ful energija mi je šla na sky high ...«, »... mi pomaga pri migrenah ...«, »... se mi je potem izboljšalo stanje ...«, »... zdaj nisem bil v Polju že tri leta ...«, »... nekak so mi vseen pomagala ...«, »... prvič sem se naspala po*

enih dveh mesecih ...«, »... ne 100 %, ampak tko da je pomagal ...« In ena je dodala, nekoliko sarkastično, da zaradi zdravil »ful prišpara na alkoholu«. Med desetimi avtorji zgornjih izjav jih je sedem jemalo – kolikor je to moč razbrati – predvsem antidepresive in anksiolitike, drugi trije, ki pa so imeli vsi izkušnjo hospitalizacije, pa tudi antipsihotična zdravila.

Precej izjav je govorilo še o uspešnosti ali koristnosti psihoterapevtskega procesa. Za razliko od podobne teme koristnosti zdravil so se izjave o psihoterapiji nanašale na neka bolj dolgoročna dogajanja in notranje, spoznavne procese, ki so vodili k bolj kompleksnim in celovitim (dolgoročnim) spremembam. V intervjujih najdemo izjave, da je osebo psihoterapija »... spodbudila, da začne nazaj živeti življenje ...«, »... da ji je pomagala in bila na nek način uspešna ...«, »... da jo je navadila deliti občutke in zaupati ...«, »... da se je počutila 100 kil lažjo ...«, »... da je to najboljša izkušnja v njenem življenju ...« in »... da ji pomaga, da prepozna in rešuje svoje težave ...«. Delovanje in spoznanja v psihoterapevtskem procesu pa so taki, da »ni čudežno bolje po hitrem postopku« ter da »vzbuja novo tematiko in probleme za razmišljanje«. Gre torej pretežno za dolgoročne angažmaje ter za pogoje, ki omogočajo »delo na sebi« na dolgi rok.

SKLEPI

Intervjuji s 143 mladimi (oz. v manjšem obsegu njihovimi starši) so pokazali na mnoga njihova nezadovoljstva in (v manjši meri) zadovoljstva s pomočjo, ki so je bili deležni v situacijah in obdobjih duševnih stisk s strani šolskih delavcev ter drugih (bolj specializiranih), večinoma zdravstvenih delavcev. Uporabljena metodologija nam ni omogočila oblikovanja kake zanesljive velikostne ocene kakovosti sistema nudenja pomoči v primerih duševnih stisk, saj za to nismo imeli oprijemljivih (statističnih) norm, primerjalnih okvirov ali drugih sidrišč za ocenjevanje. Logično lahko le sklepamo, da primeri pozitivnih izkušenj in izraženega zadovoljstva pričajo o tem, da so organizatorji, ponudniki in izvajalci pomoči – v večji ali manjši meri – dosegli svoje cilje, saj so prejemniki pomoči z njo zadovoljni, njihovo zadovoljstvo pa je garancija za to, da bodo pomoč še naprej (po potrebi) poiskali in uporabljali. Obratno izjave

o nezadovoljstvu pričajo o tem, da sistem s svojim delovanjem ni dosegel optimalnih ciljev ter da je izpričano nezadovoljstvo lahko spodbuda za razmislek o možnostih izboljševanja delovanja sistema. Pri tem se seveda moramo zavedati, da kompleksna pojavnost in (tudi nejasna) vzročnost duševnih stisk, motenj in bolezni ne spodbujata prepričanja, da bi lahko (znotraj sistema duševnega zdravja) vsem ljudem optimalno pomagali in da bi lahko bili vsi optimalno zadovoljni. Predvsem pri težavah, kjer lahko bolj jasno opazimo pomen in vlogo t. i. socialnih determinant zdravja, postaja jasno, da so nezadovoljstva pogosto povezana tudi s širšimi družbenimi razmerami ter velikokrat tudi z delovanjem drugih podpornih sistemov izven ozko razumljenega sektorja dušenega zdravja.

Poleg specifičnih (ne)zadovoljstev pa vendarle najdemo neko skupno nit ali najpogosteje izraženo vrsto mnenj mladih. To je mnenje o ključnem pomenu odnosa med strokovnjakom in mladim iskalcem pomoči, ki bi moral biti sprejemajoč, neobsojajoč, spoštljiv, spodbuden, optimističen, varujoč zaupnost, obeležen s primerno mero bližine in osebnega zanimanja, seveda pa tudi nadgrajen v skladu s specifičnimi nameni in konteksti interakcije. Za intervjuvane mlade je bil ta vidik najpogosteje povezan z občutkom (ne)zadovoljstva s prejeto pomočjo in nedvomno tudi zelo pomemben dejavnik sprejemanja ter učinkovanja pomoči (še posebej pri obravnavah, ki niso bile prisilne; a pri slednjih gotovo tudi v pomembni meri). Tako mnenje mladih se je jasno kazalo tako v zvezi z učitelji, razredniki in šolskimi svetovalnimi delavci kakor v zvezi z bolj specializiranimi strokovnimi delavci, kot so osebni zdravniki, psihiatri, klinični psihologi in drugi.

Na osnovi naših podatkov je težko oceniti, ali se tem vidikom nujenja in izvajanja pomoči posveča dovolj pozornosti (npr. v izobraževanju strokovnih delavcev, v misijah in vizijah organizacij, v konkretni organizacijski podpori tem vidikom, v ocenjevanju ustanov s strani financerjev ali ustanoviteljev itd.), vendar ostaja dejstvo, da je prav s tem vidikom pomoči mnogo mladih nezadovoljnih in da jih prav ta vidik odvrča od iskanja in sprejemanja pomoči.

Naše ugotovitve so zelo v skladu z ugotovitvami mnogih tujih raziskovalcev, npr. že omenjene Staniszewske in drugih (2019), ki so ugotovili, da je najpogosteje izražena in z doživljanjem zadovoljstva s strokovnimi obravnavami povezana tema pomembnosti

visokokakovostnega odnosa z osebjem, ki je obsegala spoštljivo obravnavanje, jasno komunikacijo, empatičnost in občutke stabilnosti odnosa, kar naj bi olajševalo vstop v hospitalne obravnave in zmanjševalo potrebo po prisilnih ukrepih.

To temo zaobsega tudi Evropski akcijski načrt na področju duševnega zdravja 2013–2020, ki navaja (WHO ..., 2015), da:

... je odnos med sektorjem duševnega zdravja in pacienti ključ do učinkovitega izvajanja storitev duševnega zdravja. Načrtovanje kadrov in proces uresničevanja duševnega zdravja morata upoštevati legitimnost nezaupanja skupnosti in strahu glede storitev duševnega zdravja. Samo če bodo ljudje s težavami v duševnem zdravju in njihove družine zaupali, da bodo v sistemu duševnega zdravja spoštovali/varovali/ poskrbeli za njihovo dostojanstvo, zaupnost in varnost, bodo ljudje imeli zaupanje prvič pristopiti v službe za duševno zdravje in vztrajati v njihovih programih.

To gotovo velja tako za odrasle kot mlade uporabnike, po našem mnenju pa tudi podobno kot za sektor zdravstva velja tudi za šolstvo in druge sektorje.

LITERATURA

- Barber, A. J., Tischler, W. A. in Healy, E. (2016). Consumer satisfaction and child behaviour problems in child and adolescent mental health services. *Journal of Child Health Care*, 10(1), 9–21. DOI: 10.1177/1367493506060200
- Blenkiron, P. in Hammill, C. A. (2003). What determines patients' satisfaction with their mental health care and quality of life? *Postgrad Med J*, 79(932), 337–340.
- Buston, K. (2002). Adolescents with mental health problems: what do they say about health services? *Journal of Adolescence*, 25(2), 231–242. DOI:10.1006/jado.2002.0463
- Edlund, M. J., Young, A. S., Kung, F. Y., Sherbourne, C. D. in Wells, K. B. (2003). Does Satisfaction Reflect the Technical Quality of Mental Health Care? *Health Services Research*, 38(2), 637–645.

- Fortin, M., Bamvita, J. M. in Fleury, M.J. (2018). Patient satisfaction with mental health services based on Andersen's Behavioral Model. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 63(2) 103–114.
- Fortin, M., Zhirong, C. in Fleury, M.-J. (2018). Satisfaction with primary and specialized mental health care among patients with mental disorders. *International Journal of Mental Health*, 47(2), 97–117. DOI: 10.1080/00207411.2018.1448661
- Gaebel, W., Muijen, M, Baumann, A.E., Bhugra, D., Wasserman, D., van der Gaag, R. J., Heun, R., Zielasek. J. (2014). EPA guidance on building trust in mental health services. *European Psychiatry*, 29(2), 83–100.
- Garland, A. F., Aarons, G. A., Saltzman, M. D. in Kruse, M. I. (2000). Correlates of Adolescents' Satisfaction with Mental Health Services. *Mental Health Services Research*, 2(3), 127–139.
- Gilbert, H., Rose. D. in Slade, M. (2008). The importance of relationships in mental health care: A qualitative study of service users' experiences of psychiatric hospital admission in the UK. *BMC Health Services Research*, 8(92). doi:10.1186/1472-6963-8-92
- Lehman, A. F. in Zastowny, T. R. (1983). Patient satisfaction with mental health services: A Meta-Analysis to Establish Norms. *Evaluation and Program Planning*, 6(3–4), 265–214.
- Lindberg, L. G. in Mundy, S. S. (2019). Satisfaction with mental health treatment among patients with a non-Western migrant background: a survey in a Danish specialized outpatient mental health clinic. *The European Journal of Public Health*, 29(4), 700–705.
- Lora, A., Rivolta, N. in Lanzara, D. (2003). Patient Satisfaction with Community-Based Psychiatric Services. *International Journal of Mental Health*, 32(2), 32–48.
- McMahon, S. (2017). *Mental health treatment programs that gather satisfaction data will improve program services and outcomes*. Pridobljeno s <https://www.virgilstuckerandassociates.com/single-post/2017/09/07/Mental-health-treatment-programs-that-gather-satisfaction-data-will-improve-program-services-and-outcomes>.
- Miglietta, E., Belessiotis-Richardsb, C., Ruggeria, M. in Priebeb, S. (2018). Scales for assessing patient satisfaction with mental health care: A systematic review. *Journal of Psychiatric Research*, 100, 33–46.

- Priebe, S. in Miglietta, E. (2019). Assessment and determinants of patient satisfaction with mental health care. *World Psychiatry*, 18(1), 30–31.
- Raleigh, V. S., Irons, R., Hawe, E., Scobie, S., Cook, A. in Reeves, R. (2007). Ethnic variations in the experiences of mental health service users in England. Results of a national patient survey programme. *British journal of psychiatry*, 191, 304–312. DOI : 10.1192/bjp.bp.106.032417
- Simmons, M. B., Parker, A. G. in Hetrick, S. E. (2014). Development of a satisfaction scale for young people attending youth mental health services. *Early Intervention in Psychiatry*, 8(4), 382–386.
- Staniszewska, S., Mockford, C., Chadburn, G., Fenton, S.-J., Bhui, K., Larkin, M., Newton, E., Crepaz-Keay, D., Griffiths, F. in Weich, S. (2019). Experiences of in-patient mental health services: systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 214(6), 329–338. DOI: 10.1192/bjp.2019.22
- Tambuyzer, E. in Van Audenhove, C. (2013). Is perceived patient involvement in mental health care associated with satisfaction and empowerment? *Health Expectations*, 18(4), 516–526.
- Turchik, J. A., Karpenko, V., Ogles, B. M., Demireva, P. in Probst, D. R. (2010). Parent and Adolescent Satisfaction with Mental Health Services: Does it Relate to Youth Diagnosis, Age, Gender, or Treatment Outcome? *Community Ment Health J*, 46(3), 282–288. DOI 10.1007/s10597-010-9293-5
- WHO. (2005). *Adolescent friendly health services: making it happen*. Geneva: World Health Organization.
- WHO Regional Office for Europe. (2015). The European Mental Health Action Plan 2013–2020. Pridobljeno s http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/280604/WHO-Europe-Mental-Health-Acion-Plan-2013-2020.pdf.
- Woldekidan, N. A., Gebresillassie, B. M., Alem, R. H., Gezu, B. F., Abdela, O. A. in Asrie, A. B. (2019). Patient Satisfaction with Psychiatric Outpatient Care at University of Gondar pecialized Hospital: A Cross-Sectional Survey. *Psychiatry Journal*, 1–7.

BULIMIJA

Ne zdržim več,
okus jeze je preveč pekoč.

Proč, proč, proč!

Izbruham ga v noč.

Okus želodčne kisline

obuja spomine.

Mine, mine, mine ...

Pogledam ureznine.

In spet kozlam,

ne, ni me sram,

izločam jedke občutke,

izmečem usrane trenutke

in krvave organe,

da nič ne ostane.

Rane, rane, rane.

Zarinem še globlje v grlo

in čakam, kdaj bo umrlo.

Strlo, predrlo, odmrlo.

A. H.

OVIRE PRI ISKANJU IN UPORABI POMOČI MLADIM V DUŠEVNIH STISKAH

173

BARRIERS TO MENTAL HEALTH
HELP-SEEKING AMONG YOUNG PEOPLE

Darja Tadič, *dr. soc. ped.*

Pedagoška fakulteta v Ljubljani, Kardeljeva ploščad 16, 1000 Ljubljana

darja.tadic@pef.uni-lj.si

Bojan Dekleva, *dr. psih.*

Pedagoška fakulteta v Ljubljani, Kardeljeva ploščad 16, 1000 Ljubljana

POVZETEK

Na odločitve mladih za iskanje in uporabo pomoči v primeru duševnih stisk vplivajo dejavniki, ki jih lahko – glede na smer njihovega delovanja – imenujemo ovire in olajševalci. Ta prispevek obravnava ovire, s katerimi se soočajo mladi v duševnih stiskah, ko iščejo ali uporabljajo različne oblike pomoči. V uvodu so predstavljeni izsledki nekaterih dosedanjih raziskav o ovirah, s katerimi se soočajo mladi. V empiričnem delu so predstavljeni rezultati in ugotovitve študije, s katero smo raziskovali in identificirali ovire, s katerimi se soočajo mladi v Sloveniji. V razpravi je posebej izpostavljen subjektiven vidik dostopnosti pomoči mladim. Avtorja opozoriva, da je za delo na področju nudenja pomoči mladim v stiski poleg premislekov

o kvantitativnih širitvah sistema pomoči mladim treba misliti zlasti na njegovo kvalitativno poglobljanje v smislu destigmatisacije duševnih stisk in približevanja mladim in njihovim potrebam.

KLJUČNE BESEDE: *mladi, duševne stiske, ovire pri iskanju pomoči*

ABSTRACT

Young peoples' decisions to seek and use help to tackle mental health problems are affected by factors that can be seen as barriers or facilitators, depending on their course of action. This article addresses the barriers encountered by young people with mental health problems seeking or using various forms of help. The introduction presents the findings from some of the previous research studies that addressed the barriers encountered by young people. The empirical part includes the results and findings of the research study conducted to study and identify barriers encountered by young people in Slovenia. The discussion specifically emphasises the subjective perception of the accessibility of help for young people. The authors bring to attention that the activities of providing help for young people in distress should be reconsidered not only in terms of quantity, but also and above all in terms of quality, and should include the destigmatisation of mental health problems and strive to come closer to young people and their needs.

KEYWORDS: *youth, mental distress, barriers and facilitators in seeking help*

UVOD

V tuji in domači literaturi najdemo podatke o veliki pogostosti duševnih stisk in težav v današnjem času, tako nasploh kot posebej med mladimi. Podobno tudi mnogo podatkov kaže na razmeroma

hitro rast tega obsega. Ob tem pa le majhen del ljudi v duševnih stiskah poišče in prejme strokovno pomoč, pri čemer so pogosto mladi tista starostna skupina, ki pomoč poišče najredkeje.

Tako npr. Gulliver, Griffiths in Christensen (2010), povzemajoč druge avtorje, pišejo, da sta:

... depresija in anksioznost zelo razširjeni duševni motnji, ki prizadeneta eno petino prebivalstva v državah z visokim dohodkom po vsem svetu. Razširjenost duševnih motenj je pri mlajših osebah, starih od 16 do 24 let, večja kot v katerem koli drugem starostnem obdobju. Pogoste so tudi v otroštvu in zgodnjem mladostništvu, pri čemer je prizadetih 14 % otrok, starih od 4 do 17 let. To visoko stopnjo ogroženosti mladostnikov za razvoj duševnih motenj pa spremlja tudi močna nenaklonjenost iskanju strokovne pomoči« (str. 1).

Isti avtorji poročajo, da »po rezultatih različnih raziskav le med 18 in 34 % mladih z visoko stopnjo depresije ali simptomov tesnobe poišče strokovno pomoč«. Citirajo na primer nemško populacijsko študijo iz leta 2005 (prav tam), po kateri je med mladimi v starosti od 12 do 17 kadarkoli uporabljalo storitve sistema duševnega zdravja le 18,2 % tistih z jasnimi znaki anksioznosti (diagnosable anxiety disorder) in le 23 % tistih z depresivnimi motnjami. Podobno je druga velika študija mladih v starosti od 15 do 16 let na Norveškem iz leta 2006 ugotovila, da je v letu prej le 34 % oseb z visoko stopnjo depresije in simptomov tesnobe zaprosilo za strokovno pomoč (prav tam). Citirajo še tretjo obsežno nacionalno študijo iz Avstralije, ki ugotavlja, da je le 25 % otrok, starih od 4 do 17 let z znaki, ki bi omogočali diagnosticiranje duševne motnje, v 6 mesecih pred anketiranjem uporabilo zdravstvene storitve (prav tam).

French, Reardon in Smith (2003) navajajo podatke za Avstralijo, po katerih je prevalenca psihiatričnih disfunkcij med mladimi, starimi od 15 do 25 let, okrog 20 %, medtem ko naj bi mednarodni podatki kazali na 14 % takšnih mladih. Po podatkih ene od starejših avstralskih študij (Zubrick in drugi, 1995, v prav tam) naj bi pomoč iskala celo le dva odstotka teh.

Mitchell, McMillan in Hagan (2017) pišejo, da 43 % mladih, mlajših od 25 let, ki so uspešno storili samomor, pred tem ni imelo stika s katerikoli ponudnikom storitev s polja duševnega zdravlja.

Alonso in drugi (2004) navajajo ugotovitve iz primerjalne evropske študije, da je starostna skupina mladih med 18 in 24 let tista, ki najredkeje dostopa oz. prejme pomoč, pri čemer je znano (Salaheddin in Mason, 2016), da se kar tri četrtnine psihiatričnih motenj pokaže že pred 25. letom starosti oz. da je starostno obdobje od 16 do 24 let tisto, v katerem je prevalenca duševnih motenj največja (Kessler in drugi, 2005).

Ta svojevrstni paradoks je pripeljal do raziskovanja dejavnikov, ki vplivajo najprej na odločitev za iskanje pomoči, potem na dostopnost pomoči (kasneje pa tudi na zadostno vključenost oz. vztrajanje v procesih pomoči). Te dejavnike imenujejo – glede na smer njihovega delovanja – ovire in olajševalci iskanja pomoči.

Avtorji so široko skupino raznovrstnih dejavnikov (ovir in olajševalcev) doslej na različne načine razdelili in kategorizirali v skupine. Eno od takih delitev vsebuje fazni model, ki dejavnike razvršča glede na fazo iskanja pomoči. Tristopenjski model (Reardon in drugi, 2017) tako na primer obsega fazo (starševskega) prepoznavanja težave, fazo namena in odločitve za iskanje pomoči in fazo vzpostavitve stika s ponudnikom pomoči. Drugi model (Rickwood, Deane, Wilson in Ciarrochi, 2005) navaja širi faze: zavedanje o problemu, katerega reševanje zahteva pomoč drugega; voljna artikulacija/opis simptomov ter potrebe po pomoči; obstoj in dostopnost virov/ponudnikov pomoči; odločitev za izbor ponudnika pomoči in svoje razkritje. V skladu s takimi modeli je mogoče dejavnike ovir in olajševanja bolj specificirati in povezati z različnimi obdobji stisk.

Druga delitev dejavnikov, ki vplivajo na iskanje oziroma uporabo pomoči, razlikuje strukturne in osebne dejavnike (Barker, Olukoya in Aggleton 2005). Avtorji so razvili konceptualni okvir, ki naj bi integriral različne dejavnike, ki vplivajo na iskanje pomoči, in bil tudi relevanten za politike razvoja programov. To je pomembno zato, ker tudi programski vidiki in politike vplivajo na povpraševanje po pomoči in na ponudbo podpornih programov. Avtorji so torej s tem kot posebno kategorijo dejavnikov, ki vplivajo na proces iskanja in koriščenja pomoči, izpostavili strukturne dejavnike.

Mednje štejejo nacionalni zdravstveni sistem, razpoložljivost in dosegljivost služb in storitev ter socialne podpore. Strukturni dejavniki so povezani s »socialnim izključevanjem, nasiljem, revščino, predsodki in spolnimi neenakostmi« (prav tam), ki odvrčajo mlade od iskanja pomoči ali pomenijo, da se jim pomoč odteguje. Med osebne dejavnike pa avtorji štejejo osebna prepričanja, internalizirane spolne norme, spoprijemalne strategije, samoučinkovitost in stigma, ki jo mladi povezujejo z duševnimi stiskami oz. obravnavami. Pomembno naj bi bilo upoštevati tako normativne potrebe mladih kot tudi njihove specifične probleme in potrebe. Po mnenju avtorjev so ključni dejavniki za spodbujanje iskanja pomoči »vzpostavljanje zaupanja, spreminjanje odnosa do mladih ljudi in zmanjševanje stigme« (prav tam). Dejavnosti, namenjene izboljševanju dostopa do pomoči, morajo vključevati tudi upoštevanje strukturnih dejavnikov in vlaganje posebnih naporov v doseganje in delo s socialno izključenimi skupinami.

Pojav, ki je podoben pojavu nedostopanja do pomoči ali neuporabe pomoči, je osipanje ali opuščanje obravnav ali izstopanje iz njih po tem, ko je posameznik že našel pomoč in jo začel uporabljati. Tudi ta pojav osipa nekako ogroža osnovno zamisel sistema pomoči, da naj bi ga ljudje uporabljali in si tako pomagali, oz. omejuje domete sistemov pomoči, saj pomeni, da ti sistemi ne delujejo optimalno in da ne izpolnjujejo v celoti svoje funkcije nudenja pomoči v duševnih stiskah. Razlogi za osip so marsikdaj podobni razlogom za nedostopanje do pomoči in velikokrat učinkujejo kot novi, samosvoji razlogi za nedostopanje do naslednje oblike pomoči. Naenostavneje bi lahko rekli, da slabe izkušnje s pomočjo pogosto delujejo odvrčalno do iskanja ali prejemanje druge, drugačne pomoči.

Med dejavniki osipa so eni splošnejši, npr. demografski in socio-kulturni, drugi pa izvirajo specifično iz same obravnave in so torej povezani z izkušnjo prejete pomoči. Ti dve skupini dejavnikov imenujejo predtretmanske in tretmanske (De Haan, Boon, de Jong, Hoeve, Vermeiren, 2013). Slednje lahko naprej delimo na dejavnike obravnave (terapije, tretmane) in dejavnike terapevta, s katerim so povezani dejavniki odnosa med terapevtom in stranko/pacientom (ki je pomembna predvsem, kadar gre za obravnavo

»ena na ena«). Nasprotno dejavnikom osipa ali opuščanja obravnav pa delujejo dejavniki vztrajanja oziroma spodbujanja/olajševanja dostopanja do pomoči.

Oba omenjena pojava – tako pojav nedostopanja do pomoči kot pojav osipanja iz programov pomoči – sta torej v statističnem smislu povezana tako, da povečujeta prepad med številom oseb z duševnimi težavami ter številom ljudi, ki pomoč poiščejo in tudi prejemajo. Zato je smiselno raziskovati dejavnike tako nedostopanja kot osipanja iz programov pomoči.

V zadnjih 20 letih je nastalo veliko študij ovir in olajšujočih dejavnikov, ki se nanašajo na zelo različne starostno, spolno, etnično in še drugače definirane podskupine. Tako so v zadnjem času nastale tudi že metaštudije tega področja. Gulliver, Griffiths in Christensen (2010) so v svoji metaanalizi pregledali 22 objavljenih študij ovir in spodbujevalcev (barriers and facilitators) iskanja pomoči v sistemu duševnega zdravja s strani mladostnikov (12–17 let) in mladih odraslih (18–25 let). Po pregledu mnogih takih dejavnikov ter upoštevanju metodološke kakovosti pregledanih raziskav so avtorji oblikovali dve lestvici dejavnikov, in sicer najpomembnejših dejavnikov ovir ter najpomembnejših dejavnikov spodbujevalcev iskanja pomoči. Med dejavniki ovir so (po padajočem vrstnem redu pogostosti pojavljanja teh ovir med pregledanimi raziskavami) (prav tam):

- v javnosti prisotna ter zaznana stigma in samostigmatizirajoča stališča v zvezi z duševnimi boleznimi,
- nezaupanje do ponudnika pomoči in občutek, da obravnava ni (ali ne bo) zaupna,
- težave pri identificiranju znakov bolezni,
- skrb glede kakovosti izvajalca pomoči,
- dajanje prednosti samemu sebi kot izvoru in subjektu reševanja težav,
- poznavanje služb in storitev,
- strah pred obremenitvami, ki bodo izvirale iz iskanja pomoči od samih ponudnikov pomoči,
- pomanjkanje objektivne dostopnosti, npr. čas, stroški, razdalja,
- nepripravljenost izražanja čustvenih vsebin,

- strah pred obremenjevanjem koga drugega,
- preferiranje drugih izvorov pomoči, kot so npr. družina in prijatelji,
- skrb glede posledic za zaposlitev in kariero,
- nezmožnost drugih, da bi prepoznali potrebo po pomoči ali se znali odzvati.

Med dejavniki spodbujevalcev/olajševalcev iskanja pomoči pa avtorji navajajo (po padajočem vrstnem redu pogostosti pojavljanja teh ovir med pregledanimi raziskavami) (prav tam):

- pozitivne izkušnje vrstnikov z iskanjem pomoči,
- socialno podporo in spodbujanje drugih,
- zaupanje izvajalcu in zaupnost,
- pozitivne odnose z osebjem,
- zavedanje in informiranost,
- zaznavanje težav kot resnih,
- odprtost in sposobnost izražanja čustev,
- pozitivna stališča do iskanja pomoči.

Pregled obeh seznamov pokaže, da so se analizirane študije posvečale bolj osebnim kot strukturnim dejavnikom.

Druga obsežna metaanaliza (Reardon in drugi, 2017) se je osredotočala na to, kako starši zaznavajo ovire in spodbudne okoliščine pri iskanju pomoči za duševne težave svojih otrok. Izhajali so iz teze, da je – ker otroci in adolescenti le redko lahko sami poiščejo pomoč – enako pomembno raziskovati zaznavanje in stališča staršev v iskanju pomoči kot stališča in zaznave otrok. Avtorice so pregledale več tisoč študij in iz njih izbrale 44 takih, ki so ustrezale več kriterijem: da so obravnavale starše otrok, ki niso bili starejši od 21 let, da so poročale o zaznavah/dojemanjih staršev in da so bile objavljene v angleščini. Avtorice so identificirale štiri skupine ovir in olajševalcev: sistemske in strukturne dejavnike področja duševnega zdravja, poglede in stališča v zvezi z obravnavami in njihovimi ponudniki, znanje in razumevanje tako duševnih težav kot procesa pomoči in družinske okoliščine.

Med sistemskimi/strukturnimi dejavniki so v študijah pogosto našli:

- ceno (plačilo) obravnave,
- obstoj zavarovanja,
- posredne stroške (potni stroški, izguba plače),
- logistične/administrativne ovire (naročanje),
- potrošnjo časa,
- odsotnost storitve,
- potrebo po napotnici specialista.

Med dejavniki pogledov in stališč v zvezi z obravnavami in njihovimi ponudniki so pogosto našli:

- (ne)zaupanje v strokovnjaka oz. obstoj zaupnega odnosa,
- zaupnost (v smislu ne-posredovanja podatkov) in v splošnem kakovost obravnave,
- prejšnje izkušnje s podobnimi obravnavami,
- jezikovne in kulturne razlike,
- izkušnjo izključevalne obravnave s strani strokovnjaka (da strokovnjak starša ni poslušal ali upošteval),
- stigma, povezano z obravnavami (»kaj si bodo drugi mislili«),
- strah pred drugimi posledicami obravnav in diagnoz,
- prepričanje, da lahko težavo sami rešijo, itd.

Med dejavniki znanja in razumevanje duševnih težav so pogosto našli:

- starševo prepoznavanje težave, njene resnosti in posledic,
- podobno prepoznavanje s strani otroka, družine in prijateljev,
- poznavanje procesa iskanja pomoči itd.

Med družinskimi okoliščinami pa so navedli:

- druge družinske odgovornosti in angažmaje ter
- obstoj podporne mreže.

Med dejavniki, ki ovirajo iskanje pomoči, je eden od najpomembnejših (ali morda celo najpomembnejši) doživljanje stigme, povezane

z duševno stisko in iskanjem pomoči (to velja seveda za tiste dele sveta, kjer je pomoč na voljo in je objektivno dovolj dostopna). Objavljenih je mnogo raziskav o s težavami v duševnem zdravju povezani stigmati, zato njihov pregled presega razpoložljiv prostor tega prispevka.

Na koncu tega teoretičnega uvoda povzemava – poleg dveh metaanaliz – še ugotovitve treh originalnih študij. French in drugi (2003) so se ukvarjali z raziskovanjem skupine posebej ogroženih mladih, za katere naj bi bila značilna večja izpostavljenost dejavnikom, kot so brezdomstvo, stik z organi pregona, uporaba drog, samopoškodovanje in samomorilnost, pogosto v povezavi z izkušnjami marginalnosti in nepovezanosti z družbenimi institucijami, selitvami in pomanjkanjem družinske podpore. Avtorici in avtor opozorijo na omejeno uporabnost kvantitativnih študij ter dajo prednost kvalitativnim, ki lahko razkrijejo »edinstvene perspektive« mladih uporabnikov, izhajajočih iz njihovih lastnih izkušenj (lived experience), ki se v povprečjih kvantitativnih študij izgubijo. Rezultati njihove študije so osnovani na intervjujih z majhnim številom mladih (16), ki so bili napoteni na organizacijo YouthLink in od katerih so se nekateri odzvali in se vključili v obravnavo, drugi pa so se osipali (oz. osuli) iz obravnave ali se sploh ne odzvali. Intervjuji so bili kasneje dopolnjeni še s fokusno skupino z delom istih udeležencev, ki so v drugi fazi komentirali ugotovitve raziskave.

Avtorji so našli štiri osnovne kategorije odgovorov/razlogov za (ne)vključitev v obravnavo. Prva kategorija se je tikala same mlade osebe, njenih stališč in pričakovanj v zvezi z obravnavo, motivacijo za obravnavo, poznavanjem ponujene storitve in zavedanja svojih težav. Druge tri kategorije odgovorov/razlogov pa so se nanašale na ponudnika pomoči in so jih poimenovali privlačnost, dostopnost in asertivno (oz. aktivno) spremljanje mlade osebe tekom procesa pomoči.

Privlačnost se je nanašala na interakcije mlade osebe z osebjem (ponudniki pomoči), kar naj bi vplivalo na njihovo oceno, da bo obravnavo upoštevala njihove potrebe oz. prispevala k rešitvi težav. Kategorija privlačnost je obsegala več vidikov. Najbolj bistven za vse mlade je bil občutek, da jih tam razumejo, da so razumljeni, da se niso počutili nelagodno, da so bili slišani in ne obsojani. Pomembno

jim je bilo tudi to, da je bil program starostno specifičen, torej »mladinski« in ne namenjen vsem starostim. Pomembna jim je bila zaupnost, s katero so mnogi imeli v prejšnjih obravnavah slabe izkušnje. Preferirali so individualno svetovanje/obravnavo pred družinsko obravnavo. Pomembno jim je bilo, da so dobili bogate informacije o tem, kaj lahko od organizacije pričakujejo, vključno s čakalnimi roki. Poudarjali so svojo pravico do tega, da izberejo stopnjo svojega razkrivanja, ter pomen prijetnega fizičnega okolja. Vse to so bili vidiki, ki so prispevali k privlačnosti ponudbe pomoči.

Kategorija dostopnost se je nanašala na brezplačnost pomoči, podaljšan delovni čas izven okvirov običajne odprtosti uradov in služb, kar je vključevalo tudi možnost, da so lahko poklicali izven uradnih ur. Mladim je bilo pomembno, da je služba locirana v lokalni skupnosti (kar sicer v ameriškem kontekstu lahko pomeni nekaj drugega kot v mali Sloveniji). Za nekatere je bilo pomembno tudi to, da so delavci organizacije prvič stopili z njimi v stik izven organizacije, torej v okviru svojega terenskega dela.

Kategorija asertivno spremljanje je obsegala naslednje značilnosti. Pomembna je bila minimalna ali nikakršna čakalna lista, ker so bile težave pač akutne oz. pogosto krizne. Mladi so cenili osebni stik, kar je pomenilo telefonske klice namesto pošte. Pomembno jim je bilo, da je organizacija z njimi vzdrževala stike, npr. tako, da je vračala nedogovorjene klice (tudi če so bili narejeni izven delovnega časa). Tistim na čakalni listi pa je bilo pomembno, da so jih delavci tedensko klicali in spominjali na to, da so še vedno na čakalni listi, ki se za njih krajša.

Druga, angleška študija je raziskovala iskanje pomoči v primerih duševnih težav mladih pri osebnih zdravnikih (Leavey, Rothi in Paul, 2011). Kvalitativni del njihove študije je pokazal, da je pripravljenost mladih, starih od 14 do 15 let, za zaupanje svojih težav svojemu zdravniku povezana s petimi kategorijami dejavnikov. Prvi je razpolaganje z informacijami, da se zdravniki ukvarjajo s takimi stvarmi. Drugi je občutek in možnost avtonomije pri iskanju pomoči. Tretji je prepričanje o zasebnosti pogovora in varovanju zaupnosti razkritih informacij. Četrta se nanaša na dostopnost zdravnikov. Peti dejavnik se povezuje z oceno o možnosti razvoja pozitivnega odnosa z zdravnikom.

Tretja študija je bila narejena v Avstraliji na vzorcu 2.721 mladostnikov (Rickwood in drugi, 2005). Našli so naslednje ključne ovire pri iskanju pomoči: pomanjkanje čustvene kompetence, negacija pomoči (kot dejavnik, ki je naraščal, ko je naraščala samomoralna ideacija) ter negativna stališča in verovanja, povezana z iskanjem strokovne pomoči. Ključni olajševalci iskanja pomoči pa so bili: čustvena kompetenca, pozitivni socialni vpliv v zvezi z iskanjem pomoči (opogumljanje), obstoj zaupljivih odnosov z drugimi, spodbudno delovanje splošnih/osebnih zdravnikov kot ključnih »vratarjev« (gatekeepers), pomemben vpliv mladinskih delavcev kot »ključnih skupnostnih vratarjev« (community gatekeepers; na drugem mestu pa avtorji Rickwood, Deane in Wilson (2007), omenjajo še šolske svetovalne delavce kot najpogostejše »vratarje« ali napotovalce mladih v obravnave v službe duševnega zdravja) ter obstoj vrstnikov, ki poiščejo pomoč za mladostnika. Avtorici in avtorja so predlagali še vodila za intervencije, ki naj opogumijo mlade za iskanje pomoči:

- delo v smislu razvoja takih odnosov s pomembnimi drugimi (v neformalni in formalni mreži), v katerih se bodo mladi čutili varni, kje bodo čutili empatičen pristop in kjer jih ne bo sram se razkrivati;
- pristop terenskega dela in približevanja življenjskim prostoru mladim, kar pomeni zanje lažji dostop; ta smernica vključuje tudi opogumljanje mladih, da poiščejo pomoč za vrstnike;
- usmerjenost v okrevanje (recovery orientation), kar pomeni delo v partnerstvu z mladimi osebami in z veliko mero upanja ter pozitivnega odnosa do prihodnosti;
- upoštevanje potrebe mladih po pogajanju okrog pogojev pomoči ter vzdrževanju določene stopnje socialne oddaljenosti, kar implicira potrebo po razvoju anonimnih pristopov in dela preko interneta;
- usmerjenost v razvoj čustvene kompetence ter duševnozdravstvene pismenosti (mental health literacy).

RAZISKOVALNI PROBLEM

Osnovni namen raziskave je bil identificiranje ovir, s katerimi se mladi (ali njihovi starši) soočajo na svoji poti iskanja in tudi uporabe virov pomoči v primerih duševnih stisk mladih. Ker je znano, da le manjši del mladih z duševnimi stiskami uspe doseči ponudnike pomoči ter prejme ustrezno obravnavanje, je pomembno spoznavanje ovir na njihovi poti od doživljanja stisk preko oblikovanja zavedanja o potrebi po pomoči, iskanja ponudnikov pomoči pa do vzpostavitve stika z virom pomoči, oblikovanja dogovora o sodelovanju v procesu pomoči in vztrajanja v tem procesu. Ovire, ki se pojavijo na katerikoli točki tega procesa, lahko preprečijo dostop mlade osebe do pomoči.

Ovire na poti iskanja pomoči so lahko objektivne ali subjektivne. Tipična objektivna ovira bi lahko bila, da ponudnika pomoči sploh ne bi bilo ali da bi bili za dostop do njega potrebni neki pogoji, ki jih mlada oseba ne bi mogla zagotoviti (npr. finančna sredstva v primeru plačljive pomoči). Vendar tudi v takih primerih velikokrat ne bi bilo odločilno samo to, ali so neki pogoji objektivno prisotni, ampak še bolj to, kako jih mlada oseba v stiski ali s težavami v duševnem zdravju dojema. Zato nas je v študiji zanimalo predvsem dojetanje mladih o ovirah na poti iskanja pomoči, torej njihovo subjektivno razumevanje ali – z drugimi besedami – uporabniška perspektiva na proces iskanja pomoči.

METODOLOGIJA RAZISKAVE

Oblikovali smo vzorec 143 intervjuvancev, od katerih je bilo 131 mladih oseb, starih med 16 in 27 let (s povprečjem 21,2 leti), ter 12 staršev otrok (starih v povprečju 14,6 let). Med vsemi je bilo 77,6 % oseb ženskega spola (kar se nanaša tudi na otroke intervjuvanih staršev). Vzorčenje je bilo oportunistično, deloma opravljeno po načelih snežne kepe.

S tem vzorcem oseb so bili izvedeni polstrukturirani intervjuji z osnovnimi temami narave duševnih stisk, iskanj pomoči zanje, zaznavanja ovir pri tem iskanju in oceno prejetih pomoči.

Intervjuje je izvedlo več kot 130 študentk višjih letnikov socialne pedagogike, ki so bile za ta namen usposobljene v obsegu približno 16 ur. Intervjuji so potekali v okrog 50 različnih slovenskih mestih oz. krajih. Navodilo intervjuvarkam za iskanje intervjuvancev je bilo, da mora biti to mlada oseba, ki je doživljala duševne stiske in zanje iskala pomoč oz. podporo. Podrobnejši podatki o značilnostih vzorca intervjuvanih oseb so navedeni v članku z naslovom Zadovoljstvo mladih s prejeto pomočjo v zvezi z njihovimi duševnimi stiskami (Dekleva in Tadič, v pričujoči številki revije).

Intervjuji so bili dobesedno prepisani, nato induktivno kodirani, vsebina kod pa zatem abstrahirana, poimenovana in obrazložena v poglavju o rezultatih. Poleg take metodologije (induktivno kodiranje 143 intervjujev) pa rezultati tega prispevka temeljijo na še eni, dodatni vrsti podatkov. Intervjuvarke smo prosili, da po intervjuju na osnovi vseh informacij, pridobljenih v intervjuju, ter celostnega vtisa (ki je vključeval tudi neverbalne in diskurzivne vidike) o osebi na posebni ček listi označijo, ali se je pri intervjuvani osebi pojavila kakšna od sedmih, vnaprej opredeljenih vrst ovir. Teh sedem vrst ovir kaže leva kolona tabele 1.

REZULTATI

Iz tabele 1 je razvidno, katere ovire smo v intervjujih z mladimi prepoznali in kako pogosto so se pojavljale v intervjujih. V levih dveh stolpcih je razvidno, da so intervjuvarke ugotovile prisotnost posamezne vrste ovir od 15- do 87-krat. Kategorije ovir, pridobljene z induktivnim kodiranjem prepisanih intervjujev, ter njihovo pogostost kažeta desna stolpca tabele. Kode smo v tabelo razvrstili tako, da je razvidna relativna skladnost induktivno pridobljenih kod z vnaprej določenimi dimenzijami (vrstami ovir).

Ugotovljene skupine ovir smo po vzgledu modela faz razdelili v dve skupini:

- a. ovire pri *iskanju* pomoči (lahko bi jim rekli tudi predtretmanske) in
- b. ovire pri *uporabi* pomoči (ali tretmanske).

TABELA 1: Vrste ovir pri iskanju pomoči in njihova pogostost

KATEGORIJE OVIR PRI ISKANJU POMOČI, DOLOČENE PO:			
deduktivnem načelu – intervjuvarke so označile prisotnost vnaprej določene ovire na osnovi celostnega vtisa intervjuja	N	induktivnem načelu – identificirani deli intervjujev, ki so nato prosto poimenovani (kodirani) in razvrščeni v spodnje kategorije	N
doživljanje pomoči kot neustrezne	87	ne verjame, da je podpora »pametna«	19
		slabe prejšnje izkušnje s pomočjo	7
		strah pred negativnimi posledicami prijave/iskanja pomoči	6
		nestrinjanje z domnevno ponujeno pomočjo	5
		strah pred škodljivimi posledicami obravnave	5
		strah pred nerazumevanjem	1
nedostopnost informacij o možnostih pomoči	67	nima informacij, na koga se obrniti	27
dolgi čakalni roki	54	dolgi čakalni roki	82
problem plačljivosti pomoči	52	problem plačljivost pomoči	80
geografska nedostopnost pomoči	34	geografska oddaljenost pomoči	19
neuskkljenost med različnimi viri pomoči, ki so imeli nasprotna pričakovanja ali zahteve	28	v to skupino nismo umestili nobene kode oziroma citata, saj je bilo to značilnost moč prepoznati iz osebne zgodbe kot celote, ni pa je bilo mogoče prikazati s specifičnim delom besedila.	
nihče jih ne želi sprejeti, nikamor "ne pašejo", zavračali so jih, si jih podajali, neodzivnost služb	15	izključitev iz programa/storitve zaradi neprimerne vedenja, nesodelovanja ...	7
		neodzivnost vira najdenega ponudnika pomoči	6
		neizpolnjevanje formalnih pogojev za neko storitev	5
		mladostnik nikamor »ne paše«, ga nočejo sprejeti	2
		stigma, kaj si bodo drugi mislili, sram	70
		starši so bili proti iskanju pomoči	11
		strah pred spremembo, če bi šel v proces pomoči	4
		ne želi bremeniti drugih (npr. staršev)	4
		noče iskati pomoči, ker hoče obdržati svojo avtonomijo s simptomom	4
		druge ovire	87

A. V prvo skupino smo uvrstili ovire, ki so se nanašale na obdobje od nastanka težav do prvega stika mlade osebe s formalnimi oblikami pomoči. V drugo skupino smo uvrstili tiste ovire, s katerimi so se mladi (ali njihovi starši) soočali po začetku iskanja formalnih virov pomoči. Večino od začetno ugotovljenih vrst ovir smo lahko uvrstili v zgolj eno od dveh skupin ovir. Nekatere pa smo, čeprav označene z isto kodo (na primer ovire pod kodo »druge ovire«), uvrstili v obe skupini glede na to, v kateri fazi se je posamezen primer ovire pojavljal – pri iskanju ali uporabi pomoči.

V času iskanja pomoči so se mladi srečevali s štirimi vrstami ovir:

1. Nekateri mladi niso iskali pomoči, ker se svojih težav niso zavedali (ker niso vedeli, da imajo težave; vedeli so, da nekaj ni v redu, vendar svojih težav niso prepoznali kot duševne stiske; stiske so si razlagali kot le prehodno obdobje; stiske so si razlagali kot nek lasten »karakterni« problem).
2. Nekateri mladi si pomoči niso znali poiskati (ker niso vedeli, da bi si jo lahko iskali, saj jim poklici pomoči niso znani; imeli so premalo informacij o obstoječih virih pomoči; v prevelikem obsegu informacij se niso znašli).
3. Mladi so sporočali tudi, da pomoči niso iskali, ker so zaposlene v šolskih svetovalnih službah doživljali negativno (ker so ustvarjali vtis, da se ne ukvarjajo s tovrstnimi težavami mladih; bili so »zaprti v pisarni« in dajali občutek, da mladih ne bodo sprejeli oziroma jih bodo obsojali; dajali so vtis, da preprosto niso prijetne osebe).
4. Posebej izrazita ovira, ki je mlade odvrčala od iskanja pomoči, je bila njihova želja, da bi svoje težave iz različnih razlogov skrili, in sicer: niso želeli bremeniti ali prestrašiti staršev; strah jih je bilo ukrepov ali posledic psihiatrične obravnave ali pa ukrepov centra za socialno delo. Skrbeli so jih morebitni represivni ukrepi (na primer prisilna hospitalizacija) in posledice zapisa diagnoze v zdravstveno kartoteko ter morebitni odvzem otrok iz družine; strah jih je bilo stigme in sramu. Razkritje stisk preko iskanja pomoči so povezovali s

stigmatizacijo, osramotitvami in drugimi povezanimi negativnimi posledicami. Mladi (ali njihovi starši) so predvidevali, da bi jih iskanje pomoči negativno označilo. V svojih ali očeh drugih bi postali »ne-normalni«, »psihični«, »šibki«, zdelo bi se, da je z njimi »nekaj narobe«, da so »bolani«, »norci«, »za v Idrijo«, da so zaničevanja, izogibanja, izločanja ali obsojanja vredni – skratka negativno drugačni in slabši od drugih.

B. V času uporabe pomoči so se mladi srečevali z osmimi oblikami ovir, ki so negativno vplivale na njihovo prejemanje pomoči:

1. Gneča v sistemu formalne pomoči: premajhno število formalnih virov pomoči se je odražalo v obliki dolgih čakalnih rokov in preredkih oziroma prekratkih pogovorov in obravnav, ko so mladi le prišli na vrsto pri viru pomoči. V upanju, da bodo našli kaj hitrejšega, se mladi na storitve z dolgim čakalnim rokom sploh niso naročali; seznanitev s čakalnimi roki jim je odvzemala motivacijo za nadaljnje iskanje pomoči, čakalna obdobja pa so doživljali kot nasprotje od ideje nujenja pomoči. Pri uporabi pomoči je mlade ovirala tudi premalo intenzivna vpetost v obravnave. Premalokrat so imeli možnost priti k viru pomoči ali pa so bili njihovi stiki in pogovori prekratki. Takšno pomoč so doživljali kot nesmiselno, kar jih je demotiviralo za nadaljnje koriščenje pomoči.
2. Problem plačljivosti pomoči: mladi so se s problemom plačljivosti pomoči soočali v kontekstu gneče pri brezplačnih virih pomoči. Znašli so se v »luknji brez pomoči«, ki je nastajala med dolgimi čakalnimi roki in njim nedosegljivimi plačljivimi oblikami pomoči. Posledično so ostajali brez pomoči, ker si je niso mogli privoščiti ali pa na splošno obupali in jo nehali iskati. Ker gre za mlade osebe, še finančno odvisne od staršev, so se ovire v zvezi s plačljivostmi pomoči nanašale tudi na njihove starše. Mladi so se soočali s stiskami, ker so jim pomoč plačevali starši, saj jih niso želeli s tem bremeniti, starši sredstev niso imeli ali pa jim je bilo neprijetno »žicati« starše za denar;
3. Geografska oddaljenost: mlade je pri uporabi pomoči ovirala tudi geografska oddaljenost pomoči. Ta ovira se je prepletala

z vprašanjem financiranja pomoči, saj je prevoz k oddaljenemu viru pomoči lahko predstavljal nedosegljive stroške, zaradi česar so pomoč opustili oziroma je niso uporabljali. Geografska oddaljenost je pomenila tudi prevelik poseg v vsakodnevni potek življenja, v katerega dolge vožnje ni bilo mogoče umestiti.

4. Izključitve iz programov, ker mlada oseba ne ustreza kriterijem pomoči: mlade je pri uporabi pomoči oviralo tudi to, da niso ustrezali pogojem ali kriterijem, ki so jih viri pomoči postavljali za vključitev v svoje storitve. Takšni kriteriji so bili na primer povezani s starostjo uporabnika. Mladi so ob polnoletnosti morali zapustiti vire pomoči, v katere so bili vključeni. Poleg starosti so bili mladi izključeni iz pomoči tudi zaradi svojega vedenja, ki ni ustrezalo kriterijem ustanov. Te izključitve so se pojavljale v kontekstih zavodskih oblik pomoči. Mladi so bili na primer izključeni, ker niso želeli sodelovati, so kršili pravila vedenja v ustanovi, se kregali, pili alkohol. Odslovljeni so bili tudi zato, ker so bile njihove težave po oceni institucij prehude, da bi se z njimi ukvarjale.
5. Nepovezanost procesa pomoči: mlade je pri uporabi pomoči ovirala tudi menjava zaposlenih pri določenem viru pomoči, kar je zanje pomenilo, da so morali proces ponovno začeti in celo svojo zgodbo ponovno pripovedovati. To jih je od koriščenja pomoči odvrnilo.
6. Pomanjkanje podpore staršev: mladi se za pomoč niso odločali tudi zato, ker so predvidevali negativen odziv staršev. Starši so na primer z negativnim vedenjem izrazili, da ne podpirajo vključevanja v pomoč (so mlado osebo okregali, izražali užaljenost in ponižanost, »grozili« z opustitvijo stikov ali pa ocenili, da pomoč ni potrebna, in jo nehali omogočati).
7. Neodzivnost poiskanega vira pomoči: oviro pri uporabi pomoči je mladim predstavljala neodzivnost vira pomoči, ki so jo iskali in s ponudnikom že vzpostavili stik.
8. Nezadovoljstvo v že prejetimi oblikami pomoči: vidik nezadovoljstva je sicer natančneje predstavljen v članku z naslovom Zadovoljstvo mladih s prejeto pomočjo v zvezi z njihovimi duševnimi stiskami (Dekleva in Tadič, 2019) v pričujoči številki

revije. V kontekstu ovir pri uporabi pomoči pa je pomembno izpostaviti, da so slabe izkušnje s prejetimi oblikami pomoči mlade odvrčale od nadaljnjega vključevanja v pomoč, saj so jim negativne izkušnje močno zmanjšale zaupanje do virov pomoči ali pa zamajale vero v smiselnost pomoči.

Oblikovani dve skupini ovir (ovire v času iskanja in ovire v času uporabe pomoči) smo nadalje še dodatno razdelali, in sicer po osi subjektivne – objektivne. Neoviran dostop mladih do pomoči smo namreč razumeli kot seštevek vsaj dveh kvalit: njene objektivne in tudi subjektivne dostopnosti. Objektivno dostopno pomoč opisujejo naslednje značilnosti: uporabniku je fizično dovolj blizu, na voljo je v trenutku oziroma obdobju, ko uporabnik potrebuje pomoč, finančno si jo lahko privoščiti idr. Poleg objektivne pa so za dostopnost pomoči ključne še druge, bolj subjektivne (a zato nič manj prisotne ali resnične) kvalitete pomoči. Zaznave, izkušnje, pričakovanja, ocene in predstave mladih (in njihovih staršev) o virih pomoči ter njihovih učinkih in posledicah pomembno sooblikujejo pripravljenost in motivacijo mladih (ter staršev) za iskanje in koriščenje pomoči. Kot pomemben del dostopnosti pomoči smo zato šteli tudi značilnost, da je pomoč, ki je tudi subjektivno dostopna, takšna, da je mladi osebi všeč, jo ocenjuje kot koristno in predvideva, da od njenega koriščenja ne bo imela (preveč) negativnih posledic.

SKLEPI

Zanimalo nas je, kaj mlade ovira pri njihovem iskanju in uporabi pomoči. Ugotovili smo, da jih je pred iskanjem pomoči zadrževalo to, da se svojih težav niso zavedali, da pomoči niso znali poiskati, da so bile šolske svetovalne službe nedostopne in da so svoje težave želeli skrivati, saj so se bali ukrepov psihiatrije ali centrov za socialno delo, predvsem pa so se bali stigmatizacije in osramotitve zaradi razkritja svojih težav.

Z namenom spodbujanja hitrejše pomoči mladim bi bilo treba krepiti področje prepoznavanja njihovih težav in informiranja o mogočih oblikah iskanja pomoči. Tovrstna prizadevanja bi bilo

treba zagotavljati tako med mladimi samimi kot njihovimi starši, še posebej pa v formalnih mrežah, v katere so vpeti, na primer v šoli. Za boljšo dostopnost pomoči v stiskah bi bilo koristno krepite vlogo šole kot podporne institucije za mlade v stiskah, pri tem pa ne spregledati večplastnosti pojma dostopnost pomoči. Mladi v intervjujih tipično niso sporočali, da jim pomoč v šoli ni bila na voljo, ker svetovalne službe v šoli ne bi bilo (niso torej problematizirali objektivne dostopnosti), temveč so bolj poudarjali njeno subjektivno nedostopnost (te službe so doživljali negativno in jih zato niso obiskali).

Osrednja tema, ki bi jo bilo treba nasloviti, je področje stigmatizacije duševnih stisk. Mlade je od iskanja pomoči precej izrazito odvrčal strah, da bodo ob iskanju pomoči deležni negativnega zaznamovanja s strani okolja. Zaradi svojih stisk niso želeli biti označeni kot norci, ne-normalni, »psihiči« ali šibki, manj uspešni in biti posledično izločeni, zaničevani, obsojani. Ta ovira zelo izrazito odraža kulturno pogojenost načinov iskanja pomoči, ki močno presegajo vprašanje objektivne dosegljivosti virov pomoči. Zadržki mladih v zvezi z lastno stigmatizacijo zelo jasno kažejo na potrebo po destigmatizaciji stisk med mladimi in razvoju služb, ki delujejo na nestigmatizirajoč način. Skrbi v zvezi s stigmo so verjetno tesno prepletene tudi s favoriziranjem vidika uspešnosti in storilnosti v šolskem prostoru, pa tudi z diskurzom individualizma, v katerem se duševne stiske pojmujejo kot osebni poraz ali »trajna okvara« posameznika.

Ugotovili smo tudi, da si mladi pomoči ne upajo iskati, ker se bojijo nekaterih ukrepov formalnih virov pomoči (prisilne hospitalizacije, odvzema otroka iz družine, zaznamovanosti v zdravstveni kartoteki idr). Vprašanje, kako odstranjevati tovrstne ovire pri odločitvah mladih, da bi iskali pomoč, je precej zapleteno. Nesporno pa je dejstvo, da tovrstnih ukrepov kljub njihovi deklarativni naravnosti »v pomoč« ne moremo razumeti zgolj kot take – ti ukrepi so obenem tudi tisti, ki jih odvrčajo od tega, da bi iskali pomoč.

Za spodbujanje dejavnosti v predtretmanski fazi, torej v fazi, ko mladi še iščejo pomoč ali se jo odločajo iskati, je ključen predvsem subjektivni vidik dostopnosti pomoči. Za spodbujanje razvoja pomoči, ki se jo bodo pogosteje odločili poiskati, torej ni toliko

ključna kvantitativna razširitev mreže pomoči, kot je ključna njena kvalitativna poglobitev preko spremembe diskurza o stiskah mladih na način, da se jih ti ne bodo bali razkriti in govoriti o njih.

Zanimalo nas je tudi, kaj mlade ovira pri uporabi pomoči, ko jo že poiščejo. Ugotovili smo, da jih ovira premajhno število razpoložljivih virov formalne pomoči, kar se odraža z dolgimi čakalnimi roki in prereditimi oziroma prekratki možnostmi obiskov virov pomoči. Pri koriščenju pomoči jih je ovirala tudi plačljivost oblik pomoči, ki so alternativa pomoči z dolgimi čakalnimi roki. Tako so v »praznem prostoru« brez (ali z zelo malo) pomoči ostajali zlasti tisti, ki si plačljive pomoči niso mogli privoščiti. Pri uporabi pomoči je mlade ovirala tudi geografska oddaljenost virov pomoči. Ta ovira je še posebej problematična (ponovno) za tiste, ki si stroškov prevoza do virov pomoči niso mogli privoščiti. Ta preplet ovir (čakalni roki – oddaljenost – plačljivost) še posebej prizadene mlade s šibkejšim socialno-ekonomskim statusom, kar kaže na ekonomsko pogojevnost dostopnosti pomoči.

Dostopanje do pomoči so mladim ovirale tudi raznovrstne oblike izključevanja iz storitev pomoči, ker niso ustrezali kriterijem, ki so jih postavljali viri formalne pomoči (starost mlade osebe, teža mlade osebe, njeno sodelovanje, vedenje, prehude ali ne dovolj hude težave). Mlade so od koriščenja pomoči odvrčale tudi njihove slabe izkušnje z že prejetimi oblikami pomoči. Za doseganje cilja večje dostopnosti pomoči bi bilo treba iskati možnosti za večjo prožnost oblik pomoči ter približevanje oblik pomoči mladim z razvojem služb, ki so jim blizu in so »user-centered« v smislu prilagajanja pomoči osebi (in ne obratno).

Ob oblikovanju pomoči, ki bodo za mlade bolj dostopne, pa je treba vselej misliti tudi na dostopnost pomoči za njihove starše (oziroma družine). Posebnost razumevanja pomoči je seveda njihova odvisnost od staršev in mladostnikova vpetost v dinamiko družine. Mlade je od iskanja pomoči odvrčala skrb, da bodo s svojimi težavami obremenili ali prestrašili starše. Ob iskanju pomoči so bili odvisni od zmožnosti staršev, da plačajo storitev (in stroške prevoza), predvsem pa tudi od njihove podpore in odobravanja, da se v storitve pomoči vključujejo. Vse ugotovljene in naštetje ovire pri iskanju in uporabi pomoči je zato treba razumeti v kontekstu

družine, ukrepe za večjo dostopnost pomoči pa vselej načrtovati tako, da bo zagotovljena tudi podpora družinam mladostnikov.

Vprašanje širitve mreže pomoči je bolj kot za mlade, ki se za iskanje pomoči še odločajo, v središču za tiste mlade, ki pomoč že uporabljajo. V tem oziru opozarjajo na preskope ponudbe (brezplačnih) oblik pomoči. Na koncu je treba poudariti, da širjenje mreže samo po sebi verjetno ne bo doseglo zelenega učinka, če se ne bo posebne pozornosti posvečalo tudi subjektivnim vidikom dostopnosti pomoči mladim. Ta je v fazi uporabe pomoči povezana predvsem s tem, kako mladi in njihove družine doživljajo prejeta pomoč. Hkrati z načrtovanjem širitev mrež pomoči je torej vselej treba presojati ne samo, koliko pomoči jim je na voljo, pač pa tudi (ali predvsem), ali je ta pomoč takšna, da jo bodo mladi (in njihovi starši) želeli uporabljati.

LITERATURA

- Alonso, J., Angermeyer, A. J., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., ... Vollebergh, W. A. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scand Suppl*, 109(420), 21–27.
- Barker, G., Olukoya, A. in Aggleton, P. (2005). Young people, social support and help-seeking. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 17(4), 315–335.
- De Haan, A. M., Boon, A. E., de Jong, J. T., Hoeve, M. in Vermeiren, R. R. (2013). A meta-analytic review on treatment dropout in child and adolescent outpatient mental health care. *Clinical Psychology Review*, 33(5), 98–111.
- French, R., Reardon, M. in Smith, P. (2003). Engaging with a Mental Health Service: Perspectives of At-Risk Youth. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 20(6), 529–548.
- Gulliver, A., Griffiths, K.M. in Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 10(113), 1–9.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R. in Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset

- distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, 62(6), 593–602.
- Leavey, G., Rothi, D., Paul, R. (2010). Trust, autonomy and relationships: The help-seeking preferences of young people in secondary level schools in London (UK). *Journal of Adolescence*, 34(4), 685–93.
- Mitchell, C., McMillan, B., in Hagan, T. (2017). Mental health help-seeking behaviours in young adults. *British Journal of General Practice*, 67(654), 8–9.
- Reardon, T., Harvey, K., Baranowska, M., O'Brien, D., Smith, L. in Creswell, C. (2017). What do parents perceive are the barriers and facilitators to accessing psychological treatment for mental health problems in children and adolescents? A systematic review of qualitative and quantitative studies. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 26(6), 623–647. doi: 10.1007/s00787-016-0930-6
- Rickwood, D., Deane, F. P., Wilson, C. J. in Ciarrochi, J. V. (2005). Young people's help-seeking for mental health problems. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 4(3), 1–34.
- Rickwood, D. J., Deane, F. P. in Wilson, C. J. (2007). When and how do young people seek professional help for mental health problems? *The Medical journal of Australia*, 187(7), S35–S39.
- Salaheddin, K. in Mason, B. (2016). Identifying barriers to mental health help-seeking among young adults in the UK: a cross-sectional survey. *British Journal of General Practice*, 66(651), e686–e692.

IZVIRNI ZNANSTVENI ČLANEK, PREJET OKTOBRA 2019

ZGOŠČANJE RANLJIVOSTI V ZGODBAH MLADIH

195

ACCUMULATING VULNERABILITIES
IN YOUNG PEOPLE'S STORIES

Špela Razpotnik, *dr. soc. ped.*

Pedagoška fakulteta v Ljubljani, Kardeljeva ploščad 16, 1000 Ljubljana

spela.razpotnik@guest.arnes.si

POVZETEK

Predmet raziskovanja je bilo 18 tistih intervjujev iz nabora intervjujev s 143 mladostniki in mladostnicami z duševnimi tiskami, pri katerih je bilo prisotnih, zgoščenih, nakopičenih in sodelujočih več različnih vidikov ranljivosti ter dejavnikov tveganja. Teh 18 pripovedi smo analizirali z vidika kopičenja ranljivosti, medpresečnosti, podpornih in ogrožajočih dejavnikov, da bi iz njih izluščili ključne teme. Ugotovili smo, da posameznih vidikov ranljivosti ne gre jemati kot posamične in monolitne vidike, ki jih je moč nasloviti s specialistično ali ozko usmerjenimi pristopi; nasprotno zaključujemo, da je boljša prizma ravno medpresečna, ki upošteva medsebojno interakcijo posameznih vidikov in težav posameznikov ne pojmuje ozko. Orientacija za delovanje, ki iz tega sledi, je izhajanje iz poglobljenega razumevanja kompleksnosti posameznikove zgodbe in sledenje njegovim definicijam lastnega položaja pri nudenju podpore.

KLJUČNE BESEDE: *ranljivost, medpresečnost, kompleksne potrebe, duševne stiske*

ABSTRACT

The subject of the study was 18 interviews from a set of interviews with 143 adolescents and adolescents with mental disabilities, where we found the most psychosocial risk factors and aspects of vulnerability. These 18 narratives were analysed in terms of accumulation of vulnerability, intersectionality, protecting and risk factors, in order to extract key themes from them. It was recognised that individual aspects of vulnerability should not be considered as individual and monolithic aspects that can be addressed by specialist or narrow-minded approaches; on the contrary, we conclude that a better prism is precisely intersectional, taking into account the interaction of individual aspects and problems of individuals. The recommendation for professional work with such young people starts from the framework which allows for in-depth understanding of the complexity of an individual's story and to follow his/her own definitions of their position in providing support.

KEY WORDS: *vulnerability, intersectionality, complex needs, mental distress*

UVOD: PREPLETENOST IZZIVOV NA VEČ PODROČJIH ŽIVLJENJA

Heterogenizirana in kompleksna slika raznolikih dimenzij ranljivosti se kaže na različnih področjih vsakodnevnega življenja posameznikov, pa tudi na presečišču različnih disciplin oz. domen: vzgojno-izobraževalne, socialnovarstvene, zdravstvene in drugih. Ranljivost v tem kontekstu pomeni kopičenje raznolikih izključenosti. Četudi se ranljivost kaže na različne načine, pa lahko v zvezi z ranljivimi družinami oz. posamezniki najdemo določene stične točke, kot je kopičenje težav na različnih področjih življenja: od pomanjkanja materialne gotovosti in varne nastanitve, somatskih težav, psihosocialnih stisk, socialne izoliranosti, odnosnih težav znotraj družine ali v skupnosti do težav znotraj polja dela ter različnih služb in avtoritet,

vključno s svetovalnimi in podpornimi službami (Turnšek, Poljšak-Škraban, Razpotnik in Rapuš-Pavel, 2016, str. 33). Težave, s katerimi se soočajo ranljive družine in posamezniki, so pogosto večdimenzionalne ter prepletene. De Vries in Bouwcamp (2002) opišeta to prepletenost s konceptom »izzarevanja«, kjer gre za proces vzajemne prepletenosti težav na posameznih področjih življenja, ki negativno součinkujejo. Mešl in Kodele (2016) uporabita termin družine z več izzivi ter poudarita perspektivo virov ter moči namesto deficitarnega pogleda. Shannon in Rouge (2009) prepletenost izzivov na več področjih v globalnem kontekstu zgovorno opišeta z besedami »živeti na nevarnih križiščih belske nadvlade, kapitalizma ter zatiralskih institucionalnih struktur« in s tem opozorita na pogojenost kompleksnosti in nakopičenosti težav s širšimi družbenimi dejavniki in trendi. Individualno stisko je nemogoče razumeti izven kontekstov njenega porajanja, ki so vselej širše družbeno pogojeni.

Koncept večdimenzionalne ranljivosti lahko na tej točki povežemo s konceptom kompleksnih neenakosti (Mladenović, 2016), kompleksnih potreb (Grebenc in Kvaternik, 2008), presekov odvečnosti (Razpotnik, 2004) in medpresečnosti (interseksionalnosti) (Kuhar, 2009). Neenakosti so vse bolj zaznane kot kompleksne in neenoznačne. Uporaba medpresečnega pristopa bi zato lahko bila (npr. po mnenju Mladenović, 2016 ter Razpotnik, 2019) za obravnavo kompleksnih neenakosti ključnega pomena, saj predstavlja poskus preseganja razumevanja in posledično obravnave individualnih stisk ali ranljivosti kot individualiziranih in partikularnih hib posameznikov ter predstavlja okvir za razumevanje neenakosti kot strukturno pogojenih.

Eden od pomembnih vidikov ranljivosti je vpetost posameznikov oz. družin v raznolike podporne oblike; nekateri avtorji zaradi tega uvedejo izraz »družine več služb« (multy agency families) (npr. Sternad, 2012). Nekateri avtorji opozarjajo še, da lahko nerealistična ter neuskajana pričakovanja z vidika različnih institucij oz. služb rezultirajo v umiku ter izogibanju raznim oblikam pomoči namesto v krepitvi procesa iskanja rešitev. Prav tako najpogosteje v odtujitev od virov pomoči zaradi birokratskega in formalističnega pristopa institucij vodi prav tiste, ki bi podporne službe najbolj potrebovali (Sousa, 2005). Skupna značilnost ranljivih družin oz. posameznikov

je dolga zgodovina neuspehlih poskusov vzpostavljanja procesov podpore oz. poskusov vključevanja vanje. Pri tem pa je neuspeh s strani različnih strok pogosto interpretiran kot nezmožnost ali nepripravljenost na strani ranljivih posameznikov oz. družin, da bi poiskali in prejeli podporo (Bowkamp in Boucamp, 2014). Slednje je še kako ključno ravno za našo raziskavo, ki je ena redkih v našem prostoru, ki jo izrazito zanima uporabniški vidik in je tako tudi morebiten neuspeh pri doseganju podpore tokrat osvetljen z druge strani kot običajno – ne torej iz perspektive domnevno neuspešnih iskalcev podpore, pač pa s strani neustrezno delujoče oz. pomanjkljive podporne mreže.

PROBLEM IN METODOLOGIJA RAZISKAVE

Med mladimi, ki izkušajo duševne stiske in ki iščejo pomoč zanje, obstaja del mladih, ki so posebno ranljivi, se srečujejo z največ izzivi ter pri katerih najdemo največ ogrožajočih dejavnikov. Ti so lahko različnih vrst, pogosto pa se tičejo njihovih družin in življenjskih okoliščin. V analizi nas je zanimalo, kakšne so značilnosti takega vzorca mladih v smislu ogrožajočih in varovalnih/podpornih dejavnikov, ki jih pri njih najdemo. Vzorec 18 mladih, izbranih po kriteriju zgoščevanja več vidikov ranljivosti, smo izbrali iz večjega vzorca 143 mladih, identificiranih v širši študiji z naslovom Dostopnost organiziranih oblik podpore mladim v psihosocialnih in duševnih težavah in konteksti teh težav. Več o značilnostih te študije je zapisano v prispevku Dekleve in D. Tadič v tej številki revije.

Iz prepisanih 18 pogovorov smo izbrali dele besedila, iz katerih je bil razviden obstoj ogrožajočih in varovalnih/podpornih dejavnikov. Te dejavnike smo kodirali in jih razvrstili v tabelo, v kateri je označeno, v koliko od 18 pogovorov so se določeni dejavniki pojavljali. »Zelo pogosto« pomeni, da se pojavljajo v večini (15 ali več) primerov, »pogosto« pomeni pojavljanje v vsaj polovici (9 do 14) primerov, »manj pogosto« pomeni, da se dejavnik pojavlja v od 4 do 8 primerih, in »redko« v manj kot 4 pogovorih. Vsak izmed dejavnikov je ilustriran z enim ali več značilnim citatom iz intervjujev; če je citatov več, sem poskušala izbrati čim bolj raznolike.

REZULTATI: NAJBOLJ IZPOSTAVLJENE TEME 19 INTERVJUJEV

TABELA 1: Razvrstitev dejavnikov, o katerih poročajo sogovorniki in sogovornice, na kontinuum med podporne/varovalne in ogrožajoče/dejavnike tveganja

podporni, ogrožajoči ali mešani	poimenovanje dejavnika	pogostost pojavljanja dejavnika (v izbranih 18 intervjujih)	citat/primer iz intervjuja
KONTEKST: NA DRUŽINO VEZANI DEJAVNIKI			
ogrožajoči	nasilje v družini (s strani enega od staršev do drugega starša in ali otrok/a)	zelo pogosto	<i>Konstantni prepiri in konflikti mi kot 6-letnemu otroku niso bili jasni, nisem vedela, zakaj mora ati vsak dan po službi začeti prepir z mamico, nemalokrat pa jo je tudi pretepel.</i>
	dolgotrajni prepiri ali konflikti med staršema	zelo pogosto	<i>Vsak teden je šu drug od bajte, pol sta bla par dni skp, pol je biu spet kreg pa spet nobenga ni blo.</i>
	konflikti med staršema glede skrbništva po ločitvi	pogosto	<i>In nekaj časa je dala mir in sem bila pri očetu, pol me je pa enkrat klicala, to je bilo proti koncu 9. razreda, in je bilo dobesedno tako: »Jaz bom tvojega očeta tožila, če ne prideš nazaj k meni živet, ker on nima pravice te imeti pri sebi. In mu bodo pobrali še drugega otroka.«</i>
	revščina, pomanjkanje	pogosto	<i>In zaradi tega, ker smo imeli manj denarja, nismo nikamor hodili, nisem imel računalnika. V glavnem, bil sem nižji od ostalih.</i>
	odsotnost varnega prostora, doma	redko	<i>Sem šla k sestri na kavč živet, mama je živela pri bratu in niso imeli prostora, da bi še jaz prišla zraven ... pač rasuta familija čist.</i>
	zanemarjanje otroka	pogosto	<i>Ubistvu ne, ker js sm hotla pr njemu žvet sam zato, ker ga ni blo nč doma, je biu pasiven in ga je brigal za vse, tuđ k je zvedu za rezanje pa to, ni nikol nč reku, sam parkrat tist, dej nehi.</i>
	poskus samomora družinskega člana	redko	<i>Ko sem prišla iz gimnazije, sem se ustavila pri prijateljci v lokalu, ampak me je nekaj vleklo domov, in sem pač šla. Vrata na vrhu stanovanja zaklenjena, najdem ključ, napol sem vrata podrla in vidim mamo in prazne poke od tablet in mamu na kavču, cela modra, in sem jo oživljala in tresla, zbudi se, laufam po fotra dol in sem mu rekla, mami se tablet nažrla, naredi nekaj. Pol je prišel gor, je začel kričati, kaj si to naredila, ne moreš tega hčerki narediti. To me je tolk razjezilo, sem si mislila, kaj pa mi ti delaš, kaj pa ti njej delaš, če bi bilo po moje, bi jaz tipa zastrupila, če bi mi to delal ... no, mami je pa nekak začela dihat, je odprla oči, tega pogleda nikoli ne bom pozabila ... skoz mene je gledala, v prazno ...</i>
	zloraba alkohola in /ali drugih psihoaktivnih snovi s strani družinskega člana	pogosto	<i>Ubistvu mene so dal od družine, od mame, k je ful pila, dal so me pa k družini (rejniški, op. a), kjer je bilo še več alkohola.</i>

KONTEKST: NA DRUŽINO VEZANI DEJAVNIKI

	psihiatrična diagnoza ali hospitalizacija enega od staršev	manj pogosto	»Mami, živjo, pršla sm,« in me ni prepoznala – »Kdo pa si, kaj pa kle delaš?« Ker je bla na tko močnih tabletah.
ogrožajoči	po razhodu staršev reorganizacija družine, nerazumevanje z novim partnerjem enega od staršev	pogosto	Je bil pa zlo slab vpliv tam, ker ma mačeha tud bulimijo in depresijo in amm ... Pač ni blo uredu, ampak stara mama, od očeta mama, k je nad njim živila, je bla pa tud alkoholik in je še zdej in je trenutno nepokretna in zmer k sm pršla od atija, so ble težave še krat tri.
	finančna nepodpora oz. odklanjanje podpore s strani staršev (npr. odklanjanje plačevanja preživnine)	pogosto	Ampak pol k sva pa enkrat mele stik (z mamo, op. a.), sem pa povedala, da mi ni do tega, da bi mela stike z njo, ker sem vidla, kašna je, pa parkrat smo probal ... zdej mi spet ne nakazuje preživnine, kr neki, že ne vem kok mescev.
	občutek krivde zaradi konfliktov med staršema	manj pogosto	Potem je blo pa v moji glavi zmerej, da ne obremenjevat staršev še s tem, ker mogoče če boš pa pridna, se pa ne bosta več kregala, pa bosta mogoče še skp ostala.
podporni	podpora enega ali obeh starih staršev	pogosto	Ata je biu cele dneve pr men, se z mano učiu, sam da mi ni blo treba bit doma in dokler je biu žiu, je blo pač uredu, potem k je pa, mislm da sm bla takrat 3. letnik (...), k mi je str ata umru, takrat se je pa pr men ful poslabšal.
	vzajemna podpora, zaveznitvo ali skrb za sorojenca	pogosto	On (rejnik, op. a.) je že zjutri pil šnops in ko smo mi vstal, je že bil pijan, ane. No ... pol sma pa z bratom midva pobegnila. K fotru, ane.
podporni ali ogrožajoči	intervencija nekoga iz sorodstva (npr. prijava nasilja, zlorabe ...)	redko	Se me (z botro, op. a.) tam odpelemo, ane, in mi reče, še dandanes se spomnim, kje je tista smreka, tist plac, ko je ona mene vprašala ... ubistvu to je blo 4 km od tam, od tiste hiše. Je rekla: »A tebe fotr zlorablja?« In ji eno uro pa pol nism odgovorila, no na konc sm ji pa povedala. V ponedeljek zjutri ona kliče na CSD.

NA PARTNERSTVO ALI VRSTNIKE VEZANI DEJAVNIKI

podporni ali ogrožajoči	partnerstvo	pogosto	»Js te mam rad, ne glede na to, kaj delaš«, pač me res ne obsoja.
			Naenkrat sem dobil SMS, da sva končala in da me noče več videt in tej sem samo skup pado. Tej sem zakričal, ne vem, kaj, in se zbudil v bolnici na tleh.
podporni	vrstniške mreže, prijatelj, zaupnik	pogosto	Ja, ona je mela podobne probleme neki cajta, sam se je pr njej hitr nehal, tko da sm mela zmer enga, k je vedu, o čem govorim.

NA ŠOLO VEZANI DEJAVNIKI

podporni	izraziti osebni angažma koga od učiteljev oz. svetovalnih delavcev	pogosto	<i>Učiteljica slovenščine, ona je pa bila ko moja mama. Ona si je izmišljevala namesto mene, pač ko sem manjkala, sem rekla prinesem opravičilo, je rekla kar pust, ker vem, kako je. Ne vem na kakšne načine vse me je zagovarjala pred vsemi profesorji, po moje je dala pol duše v to, zdaj ko jo srečam, se tako objameva, vedno vpraša, kako sem, če mi gre.</i>
	prilagodljivost šole individualnim potrebam	redko	<i>Določeni pač so dovolil, k sm pol parkrat res vn šla, k sm dobesedno vn laufala, k nism zdržala, pač nism zdržala, preveč je blo vsega v moji glavi ...</i>
	občutek obsojanja; valjenje krivde na osebo v stiski	pogosto	<i>Pol so mi profesorji pravili, kako te lahko glava včeraj tolk bolela, da si mogla it, danes pa si taka vesela. Ja, pizda, ne vem, me je, še ta stari mi na začetku v osnovni niso verjeli, ko sem spala pr pouku konstantno, mi je blo zlo nadležno, k je razred skos: »Pa spet spi, spet spi« ... In se profesorju stalno opravičevat: »Joj, se oproščam, spet so mi tableti prijel«, medtem ko je blo pr men tko, da sm pet minut normalno funkcionirala, pol so se mi pa oči začele sam zapirat, postale težke in sm pol samo še padla na mizo in pol se ne spounem nč več naprej.</i>
	nezaupanje, nejevera in zanikanje stiske mladostnika	pogosto	<i>Faking starša sta mogla pridet v šolo in povedati, da se ločujeta in da je res to, kar govorim, da bi mi verjeli.</i>
	neinteres šolskih delavcev za stiske mladostnika	pogosto	<i>Meni se zdi, da so vedeli, da nekaj je, ampak nobenega ni niti brigalo, da bi se s tem ukvarjal. Jaz sem bila pivfarka, ki ima probleme doma, in je vse bolel kurac zame.</i>
ogrožajoči	usmerjenost šolskega prostora zgolj na dosežke	pogosto	<i>So mi pa velikrat pogledal skos prste, pa so mi tut kej opravičl, ker sm mela tako mamo. Večinoma so itak razumel. Njim je blo itak važn, da mam js lepe ocene, da bi se pa oni z mojo vzgojo ukvarjal, se pa niso. Sm bla precej podivjana.</i>
	vrstniško trpinčenje in ne(ustrezno) odzivanje šole nanj	pogosto	<i>V osnovni šoli so se fizično pa psihično spravlal name in sem konstantno hodila polna črnica domov ... Sej učitelji so doskrat videli neko nasilje, ampak niso reagirali, ne, kakšen je, sam ni jih zares neki glih brigalo.</i>
	žaljav in omalovažujoč odnos nekaterih učiteljev	redko	<i>Bil je ravnatelj dan in jst in moj prijatelj nisva vedla, kdaj je, in sva ostala doma na napačen dan in potem, ko sva naslednji dan prišla v šolo, so ostali sošolci rekli, da sva »špricala« in učiteljica je, ko sva prišla v razred, nama dala kar klufoto.</i> <i>No, v 2. letniku so ugotovili, da imam diskalkulijo ... In sem mogla dobit še eno pogodbo, da sem imela podaljšan čas, ker enostavno nisem rešila testa v 45 minutah. Profesorica (...) tega ni upoštevala. Sploh. Zanjto to ni obstajalo.</i>
	nediskretnost strokovnih delavcev glede zaupanih težav ali zloraba zaupanja	redko	<i>Takrat sem bila ful jezna na njega (učitelja, op. a.), ker je povedal (za stiske, rezanje, op. a.), ker je bila šolska socialna delavka brezbrizna, vseeno ji je bilo za človeka, brigalo jo je samo za to, da je imela kaj za govorit po kafetkih. To so te vasice, saj veš, kako to zgleda. In nima nihče pravice o 13-letni puncu razlagat vsem po vaseh, pizda.</i>

ogrožajoči	nezaupanje šolskim službam	pogosto	<i>Mislm ja, sm hotu (iskati podporo v šoli), sam če bi vedu, da to ne bo nrdilo še večje škode. Ker šola ni bla neka podpora, mislm, bi mi socialna nardila še večji problem že takoj, ne – ker me je že s to preместitvijo v ta razred nardila še večje probleme in sranje, ne.</i>
	izključevanje iz šolskih programov ali grožnja z izključitvijo	manj pogosto	<i>Na začetku (je bila gimnazija, op. a.) vir pomoči, ampak se je hitr sprevrgl, tko da je tud v dijaškem domu že pršlo do groženj oziroma da so me iz dijaškega vn metal in so rekl, da mogoče me vzamejo nazaj, mogoče me ne bojo ...</i>

VEZANO NA RAZLIČNE VIRE POMOČI/PODPORNE SLUŽBE

ogrožajoči	neuskajenost informacij in neažurnost podpore (npr. na CSD)	pogosto	<i>Dejansko uno, ko si pred tako odločitvijo, kaj za vruga bom naredil, nimam denarja za najemnino, ne vem kaj, karkoli konkretnega oprijemljivega eno jebeno cifro mi povej, pa povej, da bom tam dobila pomoč pa bom tja klicala. In pol hodim po socialni ... od enih vrat do drugih, tlele mi govorijo tako, tam so mi povedali lih drugače. Pač v sosedni pisarni mi je gospa povedala lih drugače, ja to pa ni možno. Pejt še enkrat vprašat. Pridem nazaj, gospa, v sosednji pisarni so mi rekli, da kar ste mi vi rekla, ni prav. Kako ne, to pa ni mogoče. Med sabo ne veste, kaj lahko, kaj ne, bilo je očitno, da niso imeli takega primera na daleč, ne. Ti bi mi mogla pomagat. Isto v šoli, pejt na center, pejt na center, dol bodo vse rešili. Ja, seveda da bodo rešili, če poveš zdaj, pa rabiš rešitev čez dve leti, to bi bilo optimalno. Ampak žal nimam tolik časa.</i>
	psihiatrična obravnava (neosebna, orientirana na medikamente), hierarhična, brez dialoga; občutek neslišnosti	pogosto	<i>To zgleda tako: enkrat na mesec prideš tja za pol ure in še to stalno gleda na uro, da ti je očitno, kako fakin odveč si ji. In samo tablete, tablete, tablete.</i> <i>Tako da ja, tista pedopsihiatrinja je bila pa sploh »krasna«. Imela sem fakin 40 kg. Kot da to ni bilo dovolj. Ona meni predpiše tri Helexe na dan plus en Sanval. Doza za konja ubit. Bila sem zafilana s tistimi tabletami in bila kot neka rastlinica na kavču doma. Ven iz bajte nisem šla praktično pol leta.</i>
obsojanje namesto podpore	pogosto	<i>Jih pa zaradi poskusov samomora na urgencah poslušala konstantno, tam te pa obravnavajo, aaam ... tam pa mislm, da narkomane bolj obravnavajo ... »Zakaj pa to delaš?« Pač obsojanje ... pa take.</i>	
nadzor pred podporo	pogosto	<i>K sm pa enkrat v bolnici povedala, da sm se predozirala s tabletami čez vikend, so me pa na zaprt oddelk poslali, pol sm si pa mislna, povej kej, pa bo kazensko pol ...</i>	
nezaščitenost s strani pristojnih institucij v primeru grožnje z nasiljem/zlorabe	manj pogosto	<i>On (oče, op. a.) je meni ... ful grozilna pisma pisu ... In ful grozilna pisma, ane, pa sm šla spet na policijo... da nej ustavijo to, nej neki nardijo. So pa rekl, da dokler mi kej ne nardi, ne morjo nič.</i>	
lokacijsko nedostopna podpora, dislocirana, drag prevoz	pogosto	<i>Sem imela ponudbo hodit ambulantno na EAP (enota za adolescentno psihijatrijo, op. a.), sam mi je mama jasno dala vedet, da me v Ljubljano ne bo vozila, sama prit pa ne morem zaradi denarja in ga ne bi mogla dobit od mame.</i>	

strah pred nadzorno vlogo nekaterih služb (npr. CSD)	pogosto	Smo jo vprašali (delavko na CSD), ker smo živeli v isti hiši, kako naj dejansko normalno živimo, če ne gre. Ta socialna delavka je zelo grdo rekla mojemu tatju, da ja, če ne znate sami poskrbet za svoje otroke, jih bomo dali v krizni center. Ko smo slišali te besede, je bilo grozno. Smo se ustrašili, kaj sploh krizni center je. Smo mislili, da grejo tam samo neki lumpi otroci.	
strah, da bi poskus iskanja podpore prinesel negativne spremembe	pogosto	No uglavnem, pol je blo pa men tega dost, ane (nasilje s strani očeta, op. a.), in sm se mu en dan uprla. In on je men vedno govoru, da če bom kermu kej povedala, da bom šla v poboljševalnico, ane. Najbolj žalostno je pa to, ane, da so vsi to vedl, vsi sosedi, vsi! No, pa nism nč upala zarad poboljševalnice, ane. Js sm vedla, da če bom šla komu to govort, k je na kakšnem višjem položaju, se bo vse doma spremenil. Pač vse bi blo drgač. Odpelal me bojo, ne bom mogla bit več z mami. K js sm vedla, da je bla situacija tok hardcore, da ne bom ostala doma in bi me zihr odpelal nekam v kašn zavod al pa neki. V zavodu pa itak veš, kako je. Za zmeri si pol v zavodu, če veš, kaj mislm. Tako da v bistvu nočeš, da bi kdo slišu, nočeš, da kdo vrta vate, ker pač veš, kaj bo sledil, če bo kdo zvedu. Odpeljal bi naju drugam. Itak te je strah neki novga.	
ogrožajoči	minimaliziranje stiske, nezanimanje ter žaljiv odnos ob prijavi npr. posilstva (zdravstvo, policija)	pogosto	Zaradi tega sem šla takoj naslednji dan k zdravniku. Še preden sem komurkoli kaj povedala. In ona mi ni verjela. Poslala me je na testiranja in mi rekla, da sem si sama kriva. Da sem pijanka in sem se nastavljala. Rekla je, naj dobro pomislim, ali ga bom prijavila, saj najbrž sploh ni kriv, to pa je resna obtožba. Sploh nisem vedela, kaj naj si mislim. Strokovna delavka mi je dala takšen odziv. Počutila sem se kot drek, še bolj krivo. Ti kriminalisti so prava grozljivka. Prišla sta tip in ženska ... in je rekla psihiatrinja, da bo zraven, ker nisem želela bit sama. Že od štarta imajo odnos do tebe, kot da si si zmisli. Čeprav so bili fizični dokazi, ker sem šla na ginekološko urgenco in je bila raztrgana nožnica, imela sem modrice ... Mislim, res ne moreš. In so me vprašali, če mam fanta, in rekli »Najbrž si se dala z enim dol in si izmislila zgodbo.«
nedostopnost brezplačne podpore in plačljivost učinkovite podpore (npr. odvetniki v primeru polnoletnosti in urejanja preživnine)	redko	Veste, za svojo preživnino se boste pa sama menila, kaj sama, kaj pa naj naredim, tle sem, povej mi, zato sem te prišla vprašat, ker nimam pojma, kaj naj naredim, katerem odvetniku naj grem, kdo bo mi ga plačal ... Ona mi pa pravi, ja, ste polnoletna in se bosta mogla sama zmenit.	
neusklajenost različnih virov podpore	pogosto	Ja, je bila v pisarni (delavka CSD, op. a.). In smo še njej povedali, kaj se je zgodilo, da so policaji rekli, da so v pristojnosti CSD-ja nadaljnji dogodki, in so svetovali, da se obrnemo na njih. In potem je socialna delavka rekla, da te stvari sploh niso v pristojnosti CSD-ja, da more to policija rešit. Torej so se nas malo tako podajali, noben ni imel pristojnosti za te težave, niti noben znal svetovat, kako to rešit.	
ozko (v simptome) usmerjena podpora	redko	Je blo bl tko, kako je s hrano, a zdej tko pa tko delaš, ampak da bi se osredotočila še na kaj drugca, kokr pa na hrano pa rezanje. Ker mi je šlo res na živce, da je blo skos samo hrana pa rezanje, zdej pa povej, kaj delaš, ni blo pa drugca.	

VEZANO NA RAZLIČNE VIRE POMOČI/PODPORNE SLUŽBE

	svetovanje, obiskovanje npr. psihologa ali psihoterapevta, utemeljeno na odnosnem delu, spoštovanju, v kontekstu enakopravnosti in dialoga; občutek slišnosti	pogosto	<i>On (psihoterapevt) je bil edina oseba, ki me ni sodila, da sem ful pila, ki me ni sodil, da sem zrolala džolo, ki me ni sodil, če sem vzela kakšno drogo. Vedno mi je skušal na nek alternativen način pomagat. Njemu sem povedala stvari, ki jih nisem nobenemu povedala.</i>
podporni	zagovorništvo s strani odrasle osebe v primeru neustrezne obravnave	redko	<i>To je učitelj za računalništvo opazil. Še vedno sva v stikih. On je meni ful ful pomagal, ker smo imeli v šoli prav neko ameriško sceno bullyinga (...) Ta učitelj od računalništva ful ni neumen. On je videl, kaj se dogaja, in je tudi vse profesorje opozarjal, da je to klanje in ni normalno, da bo to sesulo koga.</i>
	nevladne, manj formalne ali samopomočne oblike podpore	redko	<i>Pač in nas je blo 6 takih v skupini, k smo tud povedal, pač to pa to se dogaja, pa tko odreagiram. Potem si pa dobu nasvete oziroma načine, kako bi loh probu začet drugač razmišlat pa reagirat, manj impulzivno. No, tist mi je dost pomagal.</i>
	poskus usklajevanja ali usklajenost različnih oblik podpore	manj pogosto	<i>Mislm, ful sm manjkala, ane, in profesorji, moja razredničarka je ful uredu, ona bo use nardila zame in mi vse tko ful pomaga, mi si po SMS-u pišemo, se kličemo in tud ona je ful del tega. K itak tud na šolo to ful vpliva, ti moji problemi. In zdj je tud psihiatrinja dala neko pogodbo, nevem, kiro, k sm tud manjkala, aveš, tok ur, k sm prekoračla, da mi bodo pač v šoli pomagal, če bom mela spet probleme, in je bil tam moj vzgojitelj, da pač ve, da če zjutrej spim, da me pusti. Pa ravnatlca pa podravnatlca, socialna delavka, psihologinja, pa ne vem, kdo še vse ... tko da sem dobila zdaj tud to, no. So vsi sodeloval, da mi je lažje.</i>
podporni ali ogrožajoči	vklučitev v izvendružinsko ali domsko obliko vzgoje (rejniška družina, vzgojni zavod, stanovanjska skupina, dijaški dom)	redko	<i>Ampak če jaz ne bi bla v dijaškem domu, bi blo po mojem slabš, kar bi pomenil, da bi mogla bit v domačem okolju. Tud v stanovanjski skupini sem komej zdržala. K tm je tko, da skos vodijo nadzor nad učenjem. Jaz pa nisem mela teh težav, ker realno, če si na (...) gimnaziji, nimaš problemov z učenjem.</i>
DEJAVNIKI, VEZANI NA LOKALNO SKUPNOST, SOSESKO			
ogrožajoči	obrekovanje	pogosto	<i>Pol je prišel od tiste mož domov, pa njen sin, da kakšni smo mi to ljudje, in pol sem jaz to pokasir ala, ker sem delala po lokalih, kakšen je tvoj fotr, se fukara okoli, ti si ziher ista, ti boš ista kot on, kakšna je pa tvoja mat ... in pol itak nisem več tolik delala, ker se je vse to govorilo, hotela sem it čim dalj stran.</i>
	odpor do lokalnega okolja zaradi njegove zaprtosti ali obsojajočega odnosa	redko	<i>Ma veš, to izhaja iz nekih stvari iz preteklosti, iz okolja. Meni ni bilo nikoli všeč.</i>

V **TABELI 1** izrazito prednjačijo ogrožajoči dejavniki pred varovalnimi oz. podpornimi, kar lahko pripišemo samemu naboru pogovorov, v katerem so izbrani (kot že rečeno) ranljivejši in bolj obremenjeni primeri. Večjo obremenjenost in manj podpornih dejavnikov je bilo torej v tem podvzorcju pričakovati, vseeno pa podrobnejša analiza odpira nadaljnje razmisleke, relevantne ne le za primere, ki jih tukaj imenujemo »posebej ranljive«, pač pa za celoten sistem podpore, od neformalne, družinske, sorodniške, sosedske, preko šolske do socialnovarstvene, zdravstvene in te, ki sodi v nevladni sektor različnih vsebinskih področij.

Največ vseh, posebej pa ogrožajočih dejavnikov, je vezanih na družino (tu smo oblikovali 12 različnih kategorij in le 2 kategoriji podpornih dejavnikov). Po številčnosti kategorij družini sledi šola, kjer smo oblikovali 9 ogrožajočih in le 2 kategoriji podpornih dejavnikov. Druga področja niso tako homogena oz. združujejo različne kontekste in vire, tako da v zvezi z njimi ni smiselno odpirati kakršnihkoli kvantificiranih primerjav. Opazimo lahko, da je na vidik zdravstvene oskrbe vezanih več negativnih kot pozitivnih ocen, podobno velja za polje socialnega varstva. Na vseh naštetih področjih se pojavlja močno »pravilo izjem«, kjer gre večinoma za posamezne strokovnjakinje ali strokovnjake, ki so v dani situaciji naredili več, se strokovno (večkrat pa tudi osebno) dodatno angažirali in s tem verjetno tudi prekoračili obseg tega, kar bi po svoji dolžnosti morali narediti oz. za kar so bili v določenem primeru pristojni.

ODZIVI MLADIH NA OBREMENILNE OKOLIŠČINE

Ranljivost oz. kopičenje ogrožajočih dejavnikov se v tem kontekstu povezuje s prizmo kompleksnih težav, kjer gre za soobstoj več kot ene težave, diagnoze oz. v še širšem pomenu obremenilne življenjske okoliščine. Slednje lahko tudi bolje razumemo s pomočjo v zgornjih poglavjih omenjenih konceptov »izzărevanja«

ali »medpresečnosti«. Na podlagi pogovorov lahko razberemo, da gre v večini primerov za sosledje težkih družinskih okoliščin in bremen (ki so bili pogosto prisotni tudi že pred rojstvom otroka) ter različnih bolj ali manj ogrožajočih vedenj, ki jih lahko v tem kontekstu razumemo kot posledico celo otroštvo izkušanih stisk. Spodnji primer predstavlja ubeseditev enega tovrstnih prepletov, ob tem pa velja poudariti, da je vsak individualni preplet zgodba zase:

No, pač js nimam sam anoreksije, mam tud tku, nasilje v družini, tud je blu, fizično in psihično. Js sm do anoreksije pač pršla tku, ker je moj oči me že od majhnga me pač tepu, pa pač psihično nasilje, ane. In sm bla tud tku, veš, čustveno, pa pač še motnjo ADHD sm mela in sm bla ful čustveno nedostopna in še zdej me ful przadanejo stvari. In sm js ubistvu bla ful glasna včasih v šoli, pol sm se pa umirila, ne, in tu tud ni blu fajn, ane, ker sm se umirila in sm začela pa vase tiščat, ane. In pol sm mela ful s psiho probleme pa napade tesnobe in je enkrat mi sam reku, pač očim, kok maš debelo rit, ane, in me je to pač ful uno przadelu, ane, in pol sm se tud naprej zmer vidla bl debelo in da morm shujšat, pa sm shujšala 1 kilo pa 5 kil pa sm se še zmerej isto vidla.

Ključna ovira pri doseganju učinkovite podpore je torej v tem, da so posamični vidiki mladostnikove zgodbe tretirani posamično, pogosto tudi kot med seboj domnevno ločene diagnoze, spregledan pa je njihov preplet. Razlog za to gre seveda iskati pri velikokrat ozko usmerjenih programih podpore, ki so časovno zelo skopo odmerjeni ter birokratsko opredeljeni glede na ozke pristojnosti posameznega sektorja.

Mladostnice in mladostniki v pogovorih omenjajo številna izražena vedenja, ki pa jih v že opisanem kontekstu lahko razumemo kot posledice dolgotrajno izkušanih stisk.

Citati, ki sledijo, ponovno ilustrirajo preplet ali povezavo med težkimi okoliščinami in določenim vedenjem.

Različne telesne in duševne stiske, na primer depresija:

Mama je zbolela, ful je bilo težje v šoli, sem bil na trgovski, in sej veš, druga smer, nekaj drugega, in še zdravje se mi je poslabšalo – mislm, depresija se mi je povečala takrat.

Sledi izjava, ki ilustrira povezavo dolgotrajno izkušanih stisk z razvojem somatskih in duševnih težav, vezanih na podporo, obravnavo oz. izraža začudenje nad njeno neažurnostjo, zamikom:

Jst se spomnim, ni mi blo niti do lajfa, bil sem tudi dehidriran večkrat, in šele kot najstnika so to ugotovili in odreagirali.

Dve od izjemno pogostih vedenj, ki ju kot odziv na dolgotrajno stisko razvijajo v našem primeru predvsem dekleta, sta samopoškodovanje in motnje hranjenja, v nekaj primerih tudi v kombinaciji s pretirano telesno vadbo ali treningom. Nekaj izjav, ki govorijo o prepletu teh vedenj s stiskami:

In pol sm js lepo začela mal z rezanjem, takrat sem čist nehala jest, kar je bil pa povod, da sem trenirala atletko in hip hop in je hotla met sošolka nadzor nad najino višino in težo in k je šla ona pol kile dol, je mene zmerjala s konj, slon, vosu, vse pač.

ali

Mislila sem, da je to (rezanje, op. a.) rešitev. V tistem trenutku so me roke bolele bolj kot srce. To je bil moj način, kako sem takrat utapljala svojo žalost. Počutila sem se pomirjeno in boljše volje.

ali

In nisem smela imeti več kot 47 kg in dieta taka, da sploh ne vem, kako sem zdržala 3 ure treninga (baleta, op. a.) vsak dan.

Glede ocene podpore zgoraj omenjenih vedenj lahko izpostavimo kritiko, ki se nanaša na ozko in iz konteksta vzeto razumevanje

teh vedenj ali pa pretiran nadzor in agresiven pristop, ki je pogost odziv ne le staršev, ki se v posameznih primerih na spoznanje, da se otrok samopoškoduje ali ima motnje hranjena, odzovejo nasilno, pač pa tudi strokovnih služb. Ena od sogovornic ponudi spodnje opažanje:

Pač mislm, da bi se mogu zdravstvo bolj izobrazit na področju duševnega zdravja. Ker ne morš ti pridt v bolnco zarad, ne vem, bulimije in te ne morjo tm zmerjat, »ja, pol pa nehi se prenajedat pa nehi bruhat«.

Mladostniki poleg že naštetega poročajo tudi o umikih iz socialnih stikov, izolaciji (Ne, kar se pa tiče teh mojih težav, z nobenim nisem nikol govoru, sam zapiral sem se vedno bolj – doma itak nisem mel nobenega, pol pa tudi z drugimi nisem znal.), predoziranju z različnimi (predpisanimi) tabletami, poskusu samomora ali jemanju nedovoljenih drog in/ali zlorabi alkohola.

Kot bolj pozitivne izhode iz dolgotrajno izkušanih ogrožajočih situacij mladi omenjajo menjavo okolja, poskuse osamosvojitve (npr. selitev v svoje stanovanje), v zvezi s tem velik angažma na področju plačanega dela, ki bi omogočilo finančno osamosvojitve; vse naštetu pa bi lahko dali na skupni imenovalc poskusa »biti močan oz. močna« in ideje, da se je mogoče ob nepodpori zunanega sveta zanašati samo nase. Slednje je v skladu s prevladujočo ideologijo sodobnega sveta, ki posameznikom na pleča nalaga vso težo odgovornosti za njihove življenjske odločitve, uspehe in neuspehe, kar je (posebej v primeru neuspeha, zloma, ko se stvari ne izidejo po načrtu) lahko enormno breme, po drugi strani pa se lahko zdi, da tovrstni izidi izpričujejo veliko odpornost posameznikov s težkimi življenjskimi izkušnjami:

Delala sem noč in dan, da si bi lahko plačala elektriko, in sem jo mogla narediti na svoje ime, da sem sploh imela dokaz, da sem jaz to plačevala. Pri 18-ih letih sem sama sebe preživljala.

Kakorkoli se razvoj občutenja odvisnosti samo od sebe kot mogoč izhod iz stisk lahko sliši kot zmagovalna rešitev, pa je po drugi

strani krhko in zaskrbljujoče, če ga ne spremlja močna varovalna mreža družbe, skupnosti, širših podpornih dejavnikov.

Prav podporna varovalna mreža je ena od ključnih tem naše raziskave. Ugotavljamo namreč, da se ta spričo družbenih sprememb krha, šibi in preobraža ter da je potreben temeljit in celovit razmislek o tem, s kakšnimi koraki in strategijami jo plesti, razvijati, gojiti, negovati in kompenzirati.

Odzivi naših sogovornikov na težke življenjske razmere, polne nerešenih konfliktov, grožnje nasilja in negotovosti so zelo raznoliki in jih lahko prikažemo na celem spektru: od takih, s katerimi si posamezniki na videz škodujejo (samopoškodovanje, odklanjanje hrane ipd.), do takih, ki ga na prvi pogled ne ogrožajo. Cel spekter vedenj pa je potrebno razumeti kot v dani situaciji najboljše mogoče odzive na neugodne življenjske razmere. Po pravem takem razumevanju pa mnogi sogovorniki tudi hlepijo, saj pogosto izražajo potrebo po tem, da bi bili slišani, videni in sprejeti, ter kot zdravilne in ključne ocenjujejo strokovne ali neformalne odnose, ki jim občutek sprejetosti in pomembnosti omogočajo. Slednje pa se izključuje s patologizacijo, prelaganjem odgovornosti na individuume, usmerjenostjo na simptome oz. kakršnimkoli dekontektualiziranim obravnavanjem.

MEDGENERACIJSKO VZTRAJANJE BREMEN

Pri izbranih ranljivih posameznikah in posameznikih je zaznati, da se njihove težave skoraj praviloma niso začele pri njih, ampak so bili v neugodno, konfliktno, stigmatizirano, revno ali obremenjeno družinsko okolje nekako že rojeni. Slednje je v skladu z v teoretičnih izhodiščih poudarjenimi ugotovitvami o medgeneracijskih prenosih tveganj, ranljivosti in izključenosti, ki jim je potrebno v analizah posvetiti izdatno pozornost. Mnogi od sogovornikov oz. večina iz pričujočega podvzorca so živeli z bremeni psihiatričnih hospitalizacij, poskusov samomorov, nasilja, dolgo trajajočih nerazrešenih konfliktov, negativnih učinkov rabe alkohola in/ali drugih drog, materialnega pomanjkanja in podobnih obremenilnih okoliščin v svojih primarnih družinah. V večini primerov so bili med

starši prisotni dolgotrajni konflikti, ki vodijo do razhoda, ki pa pogosto ne pomeni olajšanja, saj starši bodisi še vedno živijo pod isto streho bodisi ostajajo v konfliktih; če pa se razidejo, so pogosti primeri, ko se enemu od staršev pridruži nov partner, pogosto pridejo novi otroci in pogosto se nasilje, težave in prepiri nadaljujejo ali celo stopnjujejo ter postajajo kompleksnejši in nepreglednejši. V nobenem od navedenih primerov reorganizacija družine za mladostnico ali mladostnika ni pomenila vira podpore. Zapletena družinska situacija se ponavadi razreši z umikom mladostnika v dijaški dom ali na študij v večje mesto, ves čas pa ostajata finančna stiska in veliko breme mladostniku, ki mora poskrbeti zase. To breme je večkrat pospremljeno s somatiziranimi ter duševnimi stiskami, ki v kriznem momentu pogosto postanejo tudi predmet psihiatrične obravnave.

Dodatno stisko našim mladostnicam in mladostnikom predstavlja stigma, ki so je zaradi obremenilnih okoliščin svoje družine pogosto deležni v npr. manjših krajih. Obremenjujejo jih komentarji sosedov, vprašanja in podobno. Nekateri do okolja, v katerem so odrasčali, izražajo velik odpor in željo, da bi okolje želeli zamenjati z npr. večjim mestom. Spet drugi so zaradi zgoraj opisane kombinacije ogrožajočih dejavnikov pogosto menjali okolje in se neredko znašli izgubljeni in z občutkom, da nimajo doma. Manj pogosto, a še vedno ne redko, so bili začasno v različnih oblikah izvendružinske vzgoje, v zavodih ali rejniških družinah.

Naša raziskava se je v delu intervjujev z mladostniki osredotočala predvsem na vidik dostopnosti različnih virov podpore. Sklop težav, ki bi ga lahko poimenovali z besedno zvezo »obremenilne družinske razmere«, je iz pogovorov sodeč v veliki meri nenaslovljen s strani različnih institucij oz. služb. Pogosto je – če ga ne spremlja izostajanje ali šolske oz. učne težave – v celoti spregledan s strani šol. V primeru nasilja v družini se obravnava sproži na CSD ali preko policije, a ta praviloma ni enostavna in ne prinaša hitrih rešitev (kar je zaradi težavnosti področja tudi pričakovano). Mladostniki pogosteje poročajo o odsotnosti podpore s strani šol in CSD kot pa o podpori. Tako so breme težav pogosto prevzeli nase in ga reševali po svojih najboljših močeh. V nekaterih primerih so breme delili s sorojenci ali kakim drugim družinskim članom, npr. s starimi starši,

ki v nekaterih primerih predstavljajo varovalni podporni člen, ne pa vselej. Tudi če stari starši predstavljajo podporni in varovalni člen, pa se pogosto med odraščanjem teh mladostnikov zgodi bolezen ali smrt enega ali obeh starih staršev in posledično izguba redke in pomembne podpore. Poleg sorojencev ali starih staršev so kot podpora v nekaterih primerih navedeni eden od staršev, učiteljica ali druga oseba iz šole, ki se za posameznega mladostnika osebno angažira, zaupnica pa tudi prijateljica ter podporna oseba, kot sta npr. psihologinja ali terapevt. V nekaterih primerih mladostniki podpora najdejo v vključitvi v podporno obliko določene nevladne organizacije ali samopomočno skupino, ki deluje v lokalni skupnosti. Informacije, ki jih dajejo o zdravniški in predvsem psihiatrični podpori, so ambivalentne, pogosto so do te oblike podpore kritični (predvsem zaradi njene fokusiranosti zgolj na simptome, kratkotrajnosti, hladnosti ...), redkeje pa so jo doživljali kot podporno, nujno potrebno oz. tako, ki je doprinesla k okrevanju. Z vidika nudenja psihološke podpore kot najbolj podporno sogovorniki ocenijo podpora, usmerjeno v odnos, vzajemnost in zagotavljanje enakovrednosti, torej dialoško, participatorno in demokratično. Izpostavljen je tudi pomen občutka zavzetosti podporne osebe, torej izraženega odnosa strokovnjaka, da mu za mladostnika ni vseeno in da ga podpira ter spremlja.

SKLEPI

Nabor pogovorov, kjer se kopičijo ranljivosti, daje zaključno sliko, v kateri sodeluje na eni strani več raznolikih ogrožajočih dejavnikov in na drugi strani premalo dostopne, delujoče, celostne in kontinuirane podpore. Posamezniki so podpora sicer prejeli in iskali (saj je bilo iskanje podpore pogoj našega vzorčenja), a ta v glavnem ni bila pravočasna, povezana, kontinuirana in ni bila centrirana v posameznike same ter oblikovana v dialogu z njimi in njim po meri, kot narekujejo sodobne strokovne smernice.

Zaradi pogostih težkih družinskih razmer, nasilja, zlorab in zanemarjanja je zgodovina iskanja podpore izrazito nepravčasna, saj so primeri družinskega nasilja in sorodnih pojavov žal povezani

s tabuji, stigmo in strahom pred odpiranjem in zaupanjem, da se stanje ne bo še poslabšalo. O tem strahu pogosto govorijo naše sogovornice in sogovorniki. Deloma je strah povezan z realnimi nevarnostmi, da podpora, ki bo sledila, ne bo ustrezna, po meri in dovolj celostna, da bi nadomestila (četudi neustrezno, pomanjkljivo in celo ogrožajočo družinsko podporo), prisoten je tudi strah pred oddajo mladoletne osebe v zavod ali drugo institucijo, kar vsekakor predstavlja veliko in radikalno življenjsko spremembo.

V pogovorih je dokaj pogosto omenjena vpletenost sorodnikov, zelo redko pa je omenjena vpletenost drugih članov soseske, na primer sosedov, družinskih prijateljev, znancev. Splošni vtis je, da so družine, iz katerih prihajajo naši sogovorniki, razmeroma izolirane in osamljene v svojih pogosto skozi generacije trajajočih težavah, ki jih ožje okolje (lokalna skupnost) ne pomaga reševati, ampak so zaradi njih te družine stigmatizirane, obrekovane, marginalizirane. Naši sogovorniki pogosto izražajo, da njihova družina ni nikoli živela nekega »tipičnega družinskega življenja«, torej hodila na skupne izlete, na počitnice, v družbo ..., kar prav tako izpričuje njeno zaprtost in marginaliziranost. Stigma, ki jo ima družina v okolju, se pogosto prenese na otroke, pred tem pa po pričevanju nekaterih sogovornikov ni imuno niti šolsko okolje, ki po njihovem pripovedovanju v posameznih primerih sodeluje pri obrekovanju in širjenju zaupnih informacij v zvezi s stiskami, vendar ne s ciljem podpore. Lokalnega okolja na podlagi naših primerov tako žal – razen redkih izjem – ne moremo oceniti kot vira podpore.

Vpletenost sorodnikov, posebej starih staršev, je (nasprotno) pogosto pomemben vir podpore za otroke in mladostnike, ki jim starši ne morejo nuditi podpore. V redkih primerih je skrbništvo starih staršev s strani sogovornikov ocenjeno kot neprimerno, saj je eden od starih staršev prav tako vir težav, npr. zaradi težav z alkoholom, nasilnostjo ipd. Pomemben vidik nepodpore je tudi odklanjanje finančne podpore otroku, mladostniku ali polnoletni, šola-joči se osebi, kar zelo pogosto (če ne kar praviloma) postane težava po ločitvi staršev. Tako je osamosvajanje mladostnikov oteženo, povezano z velikimi finančnimi bremenmi, na vidiku pa ni podpor- nih služb, ki bi mladostnike lahko podpirale pri stanovanjski osamosvojitvi, ključnemu koraku osamosvajanja, posebej v primeru

obremenjujočih in medgeneracijsko vztrajnih okoliščin, razen če delno osamosvojitve mladostnikom ponuja bivanje v dijaškem ali študentskem domu. Vendar pa se tudi v teh primerih (utemeljeno v nekaterih pogovorih) zastavlja vprašanje, kaj potem, ko status ne omogoča več te podprte in finančno dostopne oblike bivanja. Mladim grozi brezdomstvo ali – pogostejša alternativa – vrnitev v obremenjujoče okolje primarne družine.

Z vidika šole je s strani mladih pogosteje slišati o nesenzibilnosti šolskega okolja za stiske mladostnikov, zanimiva je tudi percepcija šole, ki jo mladi izpričujejo, in sicer, da je to okolje, v katerem gre za doseganje dobrih rezultatov (pri čemer rezultat pomeni ocene, ki omogočajo odprta vrata v prihodnje stopnje šolanja in ne znanja ali podpornih izkušenj), ne pa za vzgojno, podporno okolje, kjer bi lahko bili videni kot posamezniki, dobili izkušnjo sobivanja in sodelovanja. Pogosto so s strani šole izraženi celo nejevera v to, da je posameznik res v stiski, minimaliziranje težav in spregledovanje. Naši sogovorniki so (zaradi slabšega družbenega položaja, izhajajočega iz primarnih družin, ter njihovih bremen ali posebnosti) bili v mnogih primerih tudi žrtve šolskega nasilja, ki pa v večini primerov ni bilo obravnavano, zaznано ali kakorkoli pozitivno razrešeno. Tako so tudi s tem dodatnim bremenom, neredko pa še z dodatnimi modricami, pogosto ostajali sami. V posameznih primerih so se šola oz. njeni posamezni delavci pozitivno in podporno angažirali. Pogosteje kot na usklajene sistemske odzive naletimo na že omenjene izrazite angažmaje posameznih ljudi, delavcev oz. delavk šole. Naletimo lahko tudi na posamezne primere usklajenega podpornega delovanja šole, zdravstva in socialnega varstva po meri potreb posameznega mladostnika, a ti so žal redko omenjeni, četudi bi si želeli, da bi bili stalna praksa.

Pogosteje mladostniki poročajo o razparcelirani, neusklajeni in sporadični podpori, o neažurnosti nekaterih postopkov, pri katerih so pričakovali podporo predvsem s strani centrov za socialno delo, ali nedostopnosti podpore v trenutkih, ko so jo zares potrebovali. Pozitivno vrednotijo personalizirano podporo, ki so je bili deležni v obliki dostopnega in razpoložljivega odnosa (bodisi posamezne strokovnjakinje ali določene skupine, ponudbe NVO), kjer njihove težave niso bile demonizirane, ampak so se kljub svojim posebnostim počutili vključene, sprejete in primerne.

LITERATURA

- Bouwkamp, R. in Bouwkamp, S. (2014). *Blizu doma: Priročnik za delo z družinami: ravnanje z interakcijskimi vzorci v družini, pri procesih podpore in pomoči ter na področjih psihosocialnega dela*. Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete.
- De Vries, S. in Bouwkamp, R. (2002). Psihosocialna družinska terapija. Logatec: Firis.
- Grebenc, V. in Kvaternik, I. (2008). Vrzeli med medicino in socialnim delom: Primer »dvojnih diagnoz«. *Teorija in praksa*, 45(1–2), 129–143.
- Kuhar, R. (2009). *Na križiščih diskriminacije (Večplastna in interseksijska diskriminacija)*. Ljubljana: Mirovni inštitut.
- Mešl, N. in Kodele, T. (2016). Co-Creating Desired Outcomes and Strengthening the Resilience of Multi-Challenged Families. *CEPS Journal: Center for Educational Policy Studies Journal*, 6(4), 51–72.
- Mladenović, A. (2016). Pomen interseksionalnega pristopa pri obravnavi kompleksnih neenakosti. *Šolsko Polje*, 27(5/6), 219–220.
- Razpotnik, Š. (2004). *Preseki odvečnosti: nevidne identitete mladih priseljenk v družbi tranzicijskih vic*. Ljubljana: Pedagoška fakulteta.
- Razpotnik, Š. (2019). Intersectionality as a Tool for Overcoming the Barriers of Inclusion. V P. Zgaga (ur), *Inclusion in education: reconsidering limits, identifying possibilities* (str. 115–138). Berlin: Peter Lang.
- Shannon, D. in Rogue, J. (2009). Refusing to Wait: Anarchism and Intersectionality. Pridobljeno s <http://anarkismo.net/article/14923.4923>.
- Sousa, L. (2005). Building on personal networks when intervening with multi-problem poor families. *Journal of Social Work Practice*, 19(2), 163–179.
- Sternad, M. (2012). Socialnopedagoško sodelovanje z družinami z več problemi. *Socialna pedagogika*, 16(4), 437–468.
- Turnšek, N., Poljšak-Škraban, O., Razpotnik, Š. in Rapuš-Pavel, J. (2016). Challenges and responses to the vulnerability of families in a preschool context. *CEPS journal*, 6(4), 29–49.

BRAZGOTINE

Recimo, da o ranljivosti, nizki samopodobi, občutkih nemoči ... čivkajo že ptički v bližini pedagoške. Ampak zakaj sem se odločila za ta študij in zakaj sem po štirih letih komaj dojela, kaj pomeni ranljivost? In da to ni rana, ki se zaceli, ampak je brazgotina, ki tam preprosto je? In je na ogled. Na ogled preko pogovora, preko dela s tem fantom. In če je brazgotina, se vprašam: kje je smisel?

V tej brazgotini je toliko dejavnikov in jaz (kot socialna pedagoginja) sem majhna pikica, ki ne pomeni veliko. In zakaj ob tem doživljam občutke nemoči? Zakaj hočem »rešiti« stvari? Zakaj jih ne sprejemem in poskušam s tem živeti?

V bistvu delam enako kot Marko. Sem na SP, ne da bi se zavedala, kaj dejansko to pomeni. To pomeni živeti z brazgotinami (pri sebi in drugih) in nanje ne gledati kot na Sizifovo delo. S tem ko pričakujem rezultate, spremembe ..., delam enako, kot so z njimi delali starši, učitelji, vzgojitelji ..., ki so jih potem določili za osipnike. S tem ko je moje delo motivirano zaradi nekega učinka in je (z moje strani) vrednoteno v pozitivnem smislu le, če imam občutek »koristnosti«, v sebi gojim pričakovanja, da iz tega fanta nekaj bo. In če ne bo, se tolažim, da sem dala vse od sebe in da pač pri fantu ni bilo pravega momenta, da bi se ga kaj »prijelo«. In da včasih preprosto moraš poskrbeti zase in izčrpavajočemu odnosu reči »adijo«. Delam z osipniki, ki naj bi jih družba določila za osipnike, hkrati pa jih s tem, ko jim ne priznavam (ali nočem videti) oziroma hočem preseči, zakrpati to ranljivost, sama delam za osipnike.

Ranljivost ni neko začetno stanje, ki nakazuje izboljšanje. Ni začetna točka, da si priznaš in potem delaš na tem. Ranljivost je rez, ki jo skušaš in se trudiš vsak dan zapolniti z drugimi vsebinami in dejanji. **Ranljivost je nenehno dokazovanje zanikanja brazgotine.** Ranljivost je in ni začetek in ni konec. Ranljivost preprosto je in se je ne da kompenzirati. Lahko se jo ozaveš in lahko potem leži nekje v temnem kotu in ob slabih dnevih pride na plano v vsej svoji razsežnosti. Ranljivost je ozadje izstopajočih vedenj, ki so nam nesmiselna in ne-umna. Ranljivost je okvir, skozi katerega gledamo svet. **In hitro prekrivanje in iskanje izhoda iz stanja ranljivosti je ranljivost socialne pedagogike. Tendence po reševanju, po spremembi ...** Ker to potrebujem, da imam občutek, da imam moč. Za svoj občutek moči potrebujem nekoga, ki ga nima. Ko mu ga dam, se tudi sama počutim močno. Moja ranljivost se manjša z ranljivostjo ranlivega. Delo z ranljivimi zapolnjuje mojo brazgotino. In kaj sedaj?

L.

KAR JE OSTALO.

Kot da sem brez duše,
ena votla praznina, odmevajoča.

Nesmiselna vprašanja
brez odgovorov v luči dneva.

Misli neurejene
kot reka neustavljiva deroča.

Občutek neobčutenja
s priokusom ščepca gneva.

To je to.

Kar je ostalo od mene.

Dež – nevihta – toča,
nepredvidljivo vreme.

A. H.

STALIŠČA ŠOLSКИH DELAVK IN MODELI DOBRE PRAKSE V ŠOLAH V ZVEZI Z DUŠEVNIMI STISKAMI MLADIH

217

ATTITUDES OF SCHOOL WORKERS AND MODELS
OF GOOD PRACTICE IN SCHOOLS RELATED TO
MENTAL HEALTH PROBLEMS OF YOUNG PEOPLE

Mija M. Klemenčič Rozman, *dr. soc. ped.*

*Pedagoška fakulteta v Ljubljani, Kardeljeva ploščad 16, 1000 Ljubljana
mija-marija.klemencic@guest.arnes.si*

Bojan Dekleva, *dr. psih.*

Pedagoška fakulteta v Ljubljani, Kardeljeva ploščad 16, 1000 Ljubljana

POVZETEK

Prispevek predstavlja pregled ugotovitev dveh študij: a) stališč pedagoškega kadra o duševnih stiskah otrok in mladostnikov ter b) značilnosti ukvarjanja na tem področju v šolah, kjer so razvite dobre prakse. V teoretskih izhodiščih opredeli vlogo šole v povezavi z duševnim zdravjem in umesti delovanje šolske svetovalne službe v različnih obdobjih ter družbenih okoljih. Prva študija je bila izvedena s spletnimi anketami na uresničnem vzorcu 126 respondentk, druga pa je s polstrukturiranimi intervjuji dosegla vzorec treh šol z različnimi programi. Ugotovitve kažejo, da na tem področju obstajajo potrebe po dodatnih znanjih, po depatologizirajočem pristopu do duševnih stisk in bolj dostopni zunanji strokovni pomoči. Ugotovitve obeh študij vodijo do sklepa, da šolski prostor potrebuje specifične spodbude k razvijanju

in udejanjanju socialnointegrativnega celostnega pristopa na področju soočanja z duševnimi stiskami, ki so opredeljene v sklepnem delu prispevka.

KLJUČNE BESEDE: *duševne stiske, otroci in mladostniki, šola*

ABSTRACT

The article presents an overview of the findings from two research studies: a) the attitudes of school workers towards mental health problems of children and young people, and b) the approach to addressing these issues in schools where they have adopted good practices in this field. The theoretical grounds of the article include a definition of the role of schools in mental health and presents the activity of the school counselling services in different periods and societies. The first research study was conducted with online surveys that included a completed sample of 126 respondents, while the other included semi-structured interviews, conducted at three schools with various programmes. The findings identified a gap in the knowledge, and the need to depathologise mental health problems and provide more accessible external expert support. The findings of both research studies lead to the conclusion that specific incentives to develop and implement a socially integrative and wholesome approach are needed in the school arena to face mental health problems, which were defined in the final part of the article.

KEYWORDS: *mental health problems, children and youth, school*

UVOD

Šola (in v podobni meri vrtec) ima v sistemu skrbi za duševno zdravje in dobrobit posebno, privilegirano mesto (Mikuš Kos, 2017a). Prvič zato, ker skozi šolo »potuje« praktično vsa populacija ljudi, drugič zato, ker mladi preživijo v šolah razmeroma velik del svojega življenja, ter tretjič zato, ker šola omogoča oblikovanje

življenjskih pogojev mladih že zelo zgodaj, ko marsikateri vzorci duševnega življenja in vedenja še niso ustaljeni in se znaki težav šele začnejo kazati. Poleg tega v šolah delajo strokovni kadri, pedagoške delavke¹, učiteljice, profesorice in druge, ki jim je mogoče pripisati tudi naloge, ki so lahko tudi v zvezi s ciljem ohranjanja duševnega zdravja in ne le s prenašanjem ter »nalaganjem« znanja (na tem mestu se lahko spomnimo Freirovega² pojma bančniškega sistema šolanja, za katerega se prepogosto zdi, da postaja eno od osnovnih vodil pri razvoju šolstva³). Odrasli (delavke šole) imajo torej res pomembno in odgovorno nalogo, omogočiti vsem otrokom, ki so jim zaupani, čim bolj varno in spodbudno okolje, v katerem naj bi se optimalno razvijali. Šola se v tem smislu razlikuje od drugih okolij, predvsem od tržno usmerjenih ali tudi drugih samo storilnostno usmerjenih delovnih okolij; razlikuje se v tem, da je njenemu delovanju mogoče pripisati tudi vzgojne in duševnozdravstveno preventivne cilje.

Zato je postalo mogoče in zaželeno govoriti o nalogah in ciljnih šol v zvezi s poljem duševnega zdravja, pa čeprav včasih slišimo mnenja, da »šola ni terapevtska ustanova« ali da »šola ni za to« ali (bolj artikulirano) takole:

Omejitve [... v zvezi z obravnavanjem duševnih stisk učenk ...] se kažejo znotraj kolektiva, to je ekipe strokovnega aktiva, ki tovrstno delo interpretira kot delo, ki ni primerno za šole, ampak pripada zdravstvu (mnenje šolske svetovalne delavke iz osnovne šole).

Za opravljanje kakšnih specifičnih nalog v zvezi z duševnim zdravjem se v šolah pogosto organizirajo posebne službe, ki so po svetu organizirane različno in zaposlujejo različne kadre. Pri

¹ V teh službah in teh poklicnih vlogah so pri nas v veliki večini zaposlene ženske. V tem članku so besede in slovnične oblike zapisane v ženskem spolu in se nanašajo enakovredno na vse osebe, ne glede na njihovo spolno identifikacijo.

² Freire, 2017.

³ Vseeno pa ob tem A. Mikuš Kos (2017b) komentira, da bi morala biti šola zainteresirana za dobro duševno zdravje svojih učenk, ker se zdrave učenke bolje učijo in tako bolje dosegajo (tudi dobro merljive) cilje šole.

nas so to šolske svetovalne delavke, ki so po izobrazbi večinoma psihologinje, socialne delavke, socialne pedagoginje, pedagoginje in specialne pedagoginje, drugod po svetu pa so to lahko »šolske sestre« (school nurses), ki domnevno delujejo veliko bolj znotraj medicinskega okvira, ali pa svetovalke (school counselors), ki so tudi formalno usposobljene za svetovalno in včasih tudi terapevtsko delo. Ali pa take vloge nosijo učiteljice, ki so do-izobražene za šolsko svetovalno delo. Dejavnosti in službe šolskega svetovalnega dela (ali skrbi za zdravje ali posebej za duševno zdravje ali za poklicno usmerjanje in načrtovanje poklicne poti) so lahko organizirane kot služba znotraj šole ali pa kot zunanja služba, ki servisira tovrstne potrebe šole. Naša ureditev, kjer so šolske svetovalne službe organizacijsko del šole, ni edina mogoča in pomeni le enega od modelov, kako je to organizirano po svetu, čeprav ima seveda taka organiziranost mnoge prednosti⁴.

Kanadska avtorja Wei in Kutcher (2012) v svojem pregledu »globalnih pristopov in izzivov mednarodnega šolskega duševnega zdravja« opisujeta, da so se šolski zdravstveni programi razvijali skozi tri faze. V prvi so bile pomembne teme preventivni pregledi, cepljenja in skrb za zdravstvene osnove, kot so voda, prehrana in podobno. V drugem obdobju, ki naj bi obsegalo zadnjih 20 let (torej okvirno 1990–2010), so se področju dodale teme socialnega in čustvenega zdravja, s tem povezanega izobraževanja ter dobrega počutja, ki so obsegale oblikovanje varnega okolja, razvijanje življenjskih veščin, preprečevanje nasilja in zlorabe drog ter detektiranje specifičnih učnih težav. Šele v zadnjem obdobju pa naj bi postale teme osredotočene pozornosti duševno zdravje, duševne motnje in bolezni, vključujoč zgodnjo detekcijo in preprečevanje

⁴ American academy of pediatrics (2004) navaja tri vrste modelov organizacije služb za duševno zdravje v šolah. Te so lahko organizirane kot sestavni del šol in so njihove delavke zaposleni na šolah; lahko dejavnosti, povezane s skrbjo za duševno zdravje, izvaja zunanja izvajalka ali služba za šolo; ali pa obstaja celovit in integriran program duševnega zdravja, ki je ciljan na šole, družine in skupnost.

ter promocijo duševnega zdravja skozi izobraževanje⁵. Zdi se, da so bile v slovenski ureditvi in praksi teme iz prvega omenjenega obdobja predvsem povezane s službami šolske medicine, medtem ko so bile teme iz druge faze predvsem v domeni šolskih svetovalnih služb, prav tako tudi teme iz tretje faze, ki pa se v opazni meri obravnavajo tudi s sodelovanjem drugih, zunanjih organizacij in izvajalk. Vseeno pa je po mnenju nekaterih tema duševnega zdravja v našem šolskem prostoru »nekoliko zapostavljena« (Morgan, 2017).

Šole naj bi bile torej – ker tam lahko najdemo vso populacijo mladih in ker tam delajo bolj ali manj usposobljeni kadri – potencialno prostor pozitivnega delovanja v smeri zagotavljanja pogojev za razvoj dobrega duševnega zdravja, nekakšen varovalni dejavnik oz. prostor, kjer bi se lahko dogajali varovalni, spodbudni procesi. Vendar pa šola ni izolirana do širšega družbenega okolja in ni imuna pred vplivi, ki jih to prinaša. V resnici ne samo da ni imuna, temveč ji v veliki meri zunanje (politično, strokovno itd.) okolje narekuje trende razvoja. Šola se sebi odraža in reproducira zunanje politične, ekonomske, socialno-kulturne pogoje in je torej tudi pomembno orodje reprodukcije sistema. V njej se na primer socialne razlike in razlike v izobraževalnih dosežkih učenk ohranjajo ali celo prej poglobljajo kot pa zmanjšujejo⁶. Šola zato ni le prostor varovalnega delovanja, ampak tudi stresogeno in ogrožajoče okolje. Zato ne preseneča, če dijakinje v neki srednji šoli »navajajo, da je šola najmočnejši stresogen dejavnik v njihovem življenju« (pav tam). Temu drugemu vidiku, namreč šoli kot ogrožajočemu dejavniku za duševno zdravje, je v razpravah o šolskem svetovalnem delu ali o duševnem zdravju mladih običajno namenjena manjša pozornost

⁵ Weare in Nind (2010) v zvezi s programi promocije zdravja pišeta, da je vodilna svetovna sila na področju takih programov (bodisi glede na njihovo število bodisi na moč znanstvenega preverjanja njihovih učinkov) ZDA. Po svetu naj bi bilo dobesedno na tisoče različnih programov. Avtorici (prav tam) pripisujeta Avstraliji nekoliko drugačno usmeritev v pristope »celotne šole« ali »celotne skupnosti«, ki naj bi proizvedli močne mreže zdravih in odpornih šol. Programov promocije duševnega zdravja naj bi bilo tudi v Evropi vedno več, pri čemer omenjata programe preprečevanja nasilja, socialnega in čustvenega učenja, spoprijemalnih spretnosti, programe življenjskih veščin, prosocialnega vedenja in preprečevanja vrstniškega zlorabljanja.

⁶ Glej npr. Klun, 2019.

ali pa se ga spregleda, saj pomeni navezavo na širša družbena dogajanja in strukture, ki presejajo domeno delavk posameznih šol⁷.

Različne strategije in pristope šol v varovanju duševnega zdravja Mikuš Kos (2017b) sistematizira takole: odpravljanje dejavnikov tveganja; uvajanje varovalnih dejavnikov; pozitivna usmeritev v otrokova močna področja; upoštevanje povezav med čustvi in učenjem; razvijanje dobrih medvrstniških odnosov; pogovori z otroki o duševnem zdravju, težavah in motnjah; sodelovanje mladih pri varovanju duševnega zdravja; prosocialno delovanje otrok; vključevanje varovanja duševnega zdravja v kurikulum; sodelovanje s starši; psihoedukacija; povezovanje s skupnostjo; aktivnejša vloga šolske svetovalne službe ter povezovanje z zunanjimi službami na področju varovanja duševnega zdravja. Omenjene strategije pa po najinem mnenju pretežno niso nekaj, kar bi lahko razumeli predvsem »tehnično«, torej tako, da razvijemo in izvajamo specifične ure takih dejavnosti, ali uporabljamo specifične tehnike ali za to zaposlimo specifične kadre. Vse te strategije je mogoče in bi jih bilo treba uveljavljati v večini ali vseh dejavnostih v šolskem prostoru, torej na način »pristopa cele šole« ali razvoja ustreznega šolskega etosa in organizacijske kulture šole. Ta bi moral vključevati cilje in poslanstva, ki bi bila združljiva z varovanjem duševnega zdravja. V uveljavljanju in razvoju takega etosa bi morali imeti bolj ali manj aktivno vlogo vse šolske delavke, še posebej vodstveni kader, v našem sistemu posebej tudi šolske svetovalne službe.

RAZISKOVALNI PROBLEM IN VPRAŠANJA

Namen raziskave je bil spoznavanje pogledov strokovnih delavk, ki se z mladimi srečujejo znotraj vzgojno-izobraževalnih kontekstov (šol in dijaških domov), na problematiko duševnega zdravja mladih in možnosti dela z njimi v okviru šol. Skozi njihove izjave smo želeli sklepati o različnih praksah na šolah. Vzpostavili smo stik s predstavnicami šol in pridobili podatke o njihovih zaznavah

⁷ Prav tem vidikom pa je bila posvečena serija okroglih miz v šolskem letu 2018/2019, ki jih povzemata Š. Razpotnik in D. Tadič (v tisku).

stanja na šoli, izkušnjah, kompetencah in načinih ukrepanja, ko se srečajo s stisko mladostnic ali njihovih družin. Temu namenu smo sledili skozi dve študiji, ki sta opisani v nadaljevanju: prva obsega anketiranje večjega vzorca predstavnic šol, druga pa bolj poglobljeno analizo modelov dobre prakse na treh šolah.

PRVA ŠTUDIJA: UGOTAVLJANJE STALIŠČ IN OCEN ŠOLSКИH (SVETOVALNIH) DELAVK

NAMEN ANALIZE IN RAZISKOVALNA METODA

Splošni namen analize (v nadaljevanju imenovane tudi spletna študija) je bil spoznavanje prakse in stališč vzgojno-izobraževalnih ustanov v zvezi z duševnimi stiskami in težavami mladih. Konkretnje nas je zanimalo, 1. kakšne duševne težave in stiske mladih predstavniki teh ustanov opažajo; 2. kaj so znanilci duševnih stisk in značilnosti okoliščin, v katerih šola prvič zazna stiske mladih; 3. kakšne so možnosti in ovire za delo z duševnimi stiskami mladih v šoli; kakšni morebitni protokoli obravnave; 4. ali na šolah obstajajo kakšni protokoli ali dogovorjeni načini ukrepanja; 5. ali prepoznavajo kakšne modele svoje dobre prakse na tem področju; 6. s kakšnimi pričakovanji se na njih obračajo starši in kakšne so izkušnje sodelovanja z njimi; 7. kakšno je sodelovanje z drugimi organizacijami in kam mlade napotujejo; 8. kakšne so oblike informiranja mladih in staršev o možnostih pomoči; 9. kakšni so njihovi predlogi za izboljšanje stanja na področju dela z mladimi v duševnih stiskah in kakšne vrste podpor bi šole v tem kontekstu potrebovale.

Kot način zbiranja podatkov je bila izbrana metoda spletnega anketiranja. Prošnje za sodelovanje pri anketi smo poslali na elektronske naslove vseh slovenskih osnovnih in srednjih šol ter dijaških domov. Njihove naslove smo pridobili od Ministrstva za izobraževanje, znanost in šport RS. Na anketo smo skupno prejeli 126 odgovorov, in sicer 67 od 15 % naslovljenih osnovnih šol, 50 ali 24 % od naslovljenih srednjih šol ter 9 ali 23 % od naslovljenih dijaških domov. Čeprav je bila naslovljena celotna populacija šol in domov, je pri odgovarjanju prišlo do samo-izbire tistih, ki

so se na anketo odzvali. Ker ne vemo, po kakšnih kriterijih so se samo-izbirali, težko trdimo, da je realizirani vzorec reprezentativen. Ocenjujemo, da je verjetno, da so se na anketo odzvale v večji meri ustanove (oz. posameznice), ki se srečujejo z več duševnimi stiskami mladih, ki jih to področje bolj zanima ali ki imajo s tem v zvezi bolj razvito prakso.

Med respondentkami jih je 81 % opredelilo svoje delovno mesto. Med temi je bilo 92 % svetovalnih delavk, 9 % učiteljic/profesorice/vzgojiteljic, 4 % ravnateljic ali pomočnic in 7% izvajalk dodatne strokovne pomoči. Sodelujoče ustanove so bile iz vseh slovenskih regij, vendar pa po večjem deležu zastopanosti nekoliko izstopata gorenjska in zasavska regija, po manjši stopnji odzivnosti pa savinjska, posavska in koroška.

Anketa je obsegala devet zgoraj navedenih vprašanj z odprtim načinom odgovarjanja. Presenetila nas je velika obsežnost odgovorov. Odgovore smo analizirali z njihovim tematskih razporejanjem/kodiranjem v različne skupine vsebin, ki smo jih vsebinsko interpretirali, včasih pa tudi preštevali z namenom ugotavljanja zaporedja pogostosti različnih odgovorov.

UGOTOVITVE

V nadaljevanju prikazujemo povzetke analize odgovorov na posamezna od devetih vprašanj. Pri nekaterih točkah naše ugotovitve ilustriramo z izbranimi citati iz odgovorov šol.

1. Pogostost pojavljanja duševnih težav mladih

Anketirani najpogosteje poročajo o pojavljanju naslednjih vrst duševnih stisk mladih: anksioznost in panični napadi, medvrstniško nasilje, depresivna stanja in samopoškodbeno vedenje, pri osnovnošolski populaciji še strah pred šolo in podobni pojavi, pri srednješolski pa motne hranjenja. Druge pogoste težave osnovnošolk so še vedenjske težave ter motnje pozornosti in koncentracije, pri srednješolkah pa kemične in nekemične odvisnosti ter zlorabe in samomorilnosti ter z njo povezane pojavne oblike. Poleg teh vrst težav, ki so razmeroma dobro (to je individualistično, kot značilnost

posameznika) opredeljene, so respondentke zelo pogosto navajale še stiske mladih, ki so bile opredeljene z opisovanjem različnih družinskih situacij, npr. »neurejene družinske razmere in odnosi«.

Upoštevač obe vrsti šol, ugotavljamo, da so – po mnenju anketiranih – najbolj v porastu anksiozne motnje in panični napadi (točneje rečeno, so na največ šolah menili, da je ta pojav v porastu). To pa je hkrati tudi vrsta težav, za katero je največ anketiranih izjavilo tudi, da se z njimi najpogosteje ali najbolj intenzivno ukvarjajo.

2. Odkrivanje duševnih težav mladih

V šolah za primere duševnih stisk mladih izvedo na zelo različne načine. Poleg najbolj neposrednih (opazijo učiteljice in razredničarke ali mladi pridejo sami povedati) tudi na mnoge bolj posredne. Če si zamišljamo eno od vlog šol in šolskih svetovalnih služb kot zgodnje odkrivanje duševnih stisk (bodisi z namenom njihovega obravnavanja v šoli bodisi usmerjanja mladih drugam), potem bi bil korak naprej v tej smeri (po mnenju več predstavnikov šol): oblikovanje takih pogojev (in šolske kulture/klime), v katerih bi te težave in stiske delavke hitreje opažale in mladi bi sami raje iskali pomoč. To pomeni razvijanje odprtih kanalov komuniciranja med mladimi in šolskimi delavkami. Odpiranje kanalov komunikacije bi lahko pomenilo gojenje in dopuščanje pogovorov o duševnih stiskah, gojenje kulture iskanja in nudenja pomoči. Korak v to smer bi bila tudi svojevrstna destigmatizacija šolske svetovalne službe, ki naj ne bi bila več (predvsem) servis za obravnavanje problematičnih učenk/dijakinj, ampak podporni dejavnik v celoti vsakodnevnega življenja (torej ne le v akademskem, učno-storilnostnem vidiku življenja na šoli), torej blizu mladim. Podobna ideja se nanaša na spodbujanje oblikovanja vloge »zaupnih osebe« med šolskimi delavkami. Več odgovorov anketiranih je poudarjalo pomembnost male in komunikacijsko povezane šole, ki omogoča dober pretok informacij in vzpostavitev potrebnih zaupnih odnosov.

3. Možnosti in ovire za delo z duševnimi stiskami mladih

Na vprašanje o možnostih in ovirah za delo z duševnimi stiskami mladih so anketirani večkrat našteali ovire kot priložnosti. Med ovirami sta najpogosteje omenjeni dve: bodisi za – poenostavljeno

rečeno – obravnavanje duševnih stisk nimajo dovolj časa (ker je njihov delokrog preveč heterogen in administrativno obarvan ter ker je normativ za svetovalne delavke na šolah neugoden) bodisi dovolj specifičnega znanja. Take odgovore je prispevala več kot polovica šol, tako med OŠ kot med SŠ.

Med možnostmi so anketirane respondentke najpogosteje omenjale individualno delo in svetovanje, sodelovanje in usmerjanje k zunanjim strokovnjakinjam, preventivne delavnice in dejavnosti (predvsem v OŠ) ter prilagajanje izvajanja pouka (predvsem v SŠ) in mnoge druge oblike dela, kot so interesne dejavnosti, medicija, razredne ure, projekti, Zdrava šola, obvezne izbirne vsebine, delo v malih skupinah z dijakinjami s težavami in delo v okviru posameznih predmetov. Kot svoje posebne prednosti je opazen del respondentk omenjal svojo vsakodnevno prisotnost in vpetost v šolo (kar pomeni odsotnost čakalnih rokov) ter znanje, občutljivost in zaupanje učenk/dijakinj, ki si ga pridobijo nekatere šolske svetovalne delavke.

Za omenjenima najpogosteje navedenima ovirama je naslednja razmeroma zelo pogosto omenjena ovira dolgotrajno čakanje na zunanjo pomoč (predolge čakalne vrste), plačljivost pomoči, nedostopnost pedopsihiatrinj ali kliničnih psihologinj ali sploh odsotnost »pravega mesta za obravnavo določenega problema«.

Med drugimi pogosteje omenjanimi ovirami so bile še: »močno prisotna stigma, povezana z duševnimi težavami«; nesodelovanje staršev; geografska odmaknjenost ali manjša dostopnost pomoči; različne značilnosti kulture šole, med katerimi navajajo npr. storičnostno naravnost okolja in tekmovalnost med dijakinjami.

Osnovna šola, koda »možnosti in ovire« – »celoviti opisi«
Menim, da je najboljša pot ta, da se ukvarjamo s primarno preventivo. Da se o problemih pogovarjamo, se krepimo, ko jih še ni. Da ustvarjamo vključujoče okolje in delujemo varovalno. To bi morala biti osnovna naloga šole. Žal pa zmanjkuje časa. Otroci so tako zaposleni v času pouka in po njem, vse do odhoda iz šole, da se kakšnih dodatnih dejavnosti ne da organizirati. Prav zato skušamo v svoje obstoječe delo vključevati preventivne dejavnosti, dejavnosti, ki povezujejo otroke, spodbujamo sodelovanje in ne tekmovanja,

vključujemo otroke v vse dejavnosti, jim prisluhnemo, ko izražajo svoje mnenje (razredna skupnost, šolska skupnost, šolski parlament), izkažemo spoštovanje in smo se pripravljene pogovarjati.

Srednja šola, koda »možnosti in ovire« – »celoviti opisi«
Priložnosti je veliko, a sama (kot tudi večina svetovalnih delavk) nisem ustrezno usposobljena za terapevtsko delo, ki bi dejansko pomagalo veliko dijakinjam. Tudi pri hujših duševnih stiskah – če ne gre za življenjsko ogroženost – so čakalne dobe v zdravstvenih domovih in drugih ustanovah zelo dolge, tudi po 4 mesece, dijakinja pa vsak dan težko preživlja. Tudi ko pride na vrsto, je obravnavana največ 1-krat mesečno, večinoma se z njo naredi psihodiagnostika, predlaga se morebitna medikamentozna terapija. Prava psihoterapija z rednimi srečanji enkrat tedensko, ki bi jo pa dejansko potrebovala, da bi se pričela aktivno učiti, kako se učinkoviteje soočiti s svojimi težavami, pa je plačljiva oziroma ji je niti ne predlagajo. Tako dijakinje v veliki stiski prihajajo v svetovalno službo, kjer jim pomagamo po najboljših močeh, in priznam, verjetno tudi nudimo neko laično obliko psihoterapevtske pomoči, čemur pa svetovalna služba v osnovi ni namenjena. Po mojem mnenju bi bila prav večja dostopnost psihoterapije (npr. v obliki koncesij oz. na napotnico, kot so psihodiagnostične storitve) najboljša preventiva za razvoj duševnih bolezni v odraslosti ter s tem povezanih stroškov, ki jih plačuje država (bolniške odsotnosti, zdravljenje, hospitalizacije).

4. Pravila in protokoli odzivanja

Nekatere šole nimajo posebnih pravil ali protokolov za obravnavanje duševnih težav mladih, druge pa menijo, da jih imajo (nekatero samo za problematiko nasilja). Največ pa jih je poročalo o ustaljenih potekih obravnav, ki pa niso imeli oblike posebnih zapisanih protokolov. V odgovorih šol smo našli naslednje (bolj ali manj) pogoste elemente prakse (ali pravil ali protokolov): poudarek na medsebojnem obveščanju in timskem obravnavanju; vključitev in sodelovanje s starši; usmerjanje mladih k zunanjim strokovnjakinjam in sodelovanje z njimi; oblikovanje individualiziranih načrtov dela; spodbujanje senzibilnosti med zaposlenimi in povezanosti v kolektivu; spodbujanje zaupanja ter ključne vloga tim.

zaupnih oseb, s katerimi učenka/dijakinja vzpostavi dober odnos; po potrebi tudi delo z vrstnicami; spremljanje in iskanje/nudenje povratnih informacij.

Naša ocena je, da bi bilo oblikovanje protokolov za obravnavanje mladih z duševnimi stiskami – predvsem v obliki splošnih usmeritev ali načel delovanja ali pa kot posplošen opis doslej razvite dobre prakse – mogoče in koristno.

5. Značilnosti dobrih praks

Šole so na vprašanje o dobrih praksah prispevale mnogo zelo različnih opisov, v glavnem opisov primerov posameznih učenk/dijakinj. Vseeno pa veliko število šol na to vprašanje ni odgovorilo ali odgovorilo nikalno, namreč da pri njih nimajo nobene dobre prakse. Tako je odgovorila več kot tretjina OŠ in več kot četrtnina SŠ. Ostale pa so zapisale zelo različne primere dobre prakse, ki jih je težko enostavno povzeti. Nekatere so kot dobro prakso omenile kak vidik sistemske ureditve (šole), nekatere pa kak specifičen model dela, bodisi svetovalno/terapevtsko/vzgojno delo ali pa preventivno-edukativnega.

Izhajajoč iz odgovorov na anketo, bi modeli dobre prakse morali (med drugim) vsebovati (poleg kakih specifičnih) naslednje (nespecifične) elemente: dobro koordiniranje, redno sestajanje deležnikov, odprto in vključujočo komunikacijo ter spodbujanje povratnih informacij; dobro sodelovanje s starši ter z zunanjimi ustanovami; obstoj zaupnih oseb na šoli in razumevanju tega, da je zaupen odnos predpogoj za skoraj vsako delovanje; zagovorniško vlogo šolske svetovalne službe in drugih šolskih delavk; preventivno delo in spodbujanje aktivnosti vseh deležnikov; usklajevalen in sodelovalen empatičen pristop ter individualizacijo pristopov; zagotavljanje časa in priložnosti za pogovore (ob težavah); vsakodnevno prisotnost, dogovarjanje, sledenje dogovorom; poznavanje in uporabo mnogih specifičnih, razmeram prilagojenih tehnik in pristopov; vključevanje razrednega vrstniškega kolektiva in razvoj vrstniških podpornih mrež ter skupin; izobraževanje kadrov, staršev, učenk, dijakinj, sodelavk; celostno urejanje življenjske situacije mlade osebe.

Osnovna šola, koda »dobre prakse« – »opis individualnih primerov«
Učenka je pri pouku večkrat doživljala občutke tesnobe (začela je jokati, težave z dihanjem, slabše je slišala, ni se mogla skoncentrirati na delo, ni imela apetita, zelo je shujšala ...). Po pogovoru s starši in napotitvijo v zdravstveni dom k psihologinji so ugotovili, da ni fizičnega razloga za stisko. Napotili smo jo na pedopsihiatrijo, a je dobila termin komaj čez eno leto. Za učenko smo nato naredili načrt dela; ko se je stiska začejala, je lahko zapustila razred in šla najprej k šolski psihologinji, kjer je izvajala vaje sproščanja in se pogovarjala, iskala rešitve, lahko je šla v športni kabinet vozit sobno kolo, saj ji je telesna aktivnost pomagala pri umirjanju, lahko je šla teč po šolskem igrišču ... Na tak način je učenka ugotovila razloge za stisko (odhod družinskega člana v tujino), naučila se jo je sama nadzorovati. Stisk je bilo vedno manj, po nekaj tednih pa se sploh niso več pojavljale.

6. Sodelovanje s starši

Šole večinsko poročajo o pretežno dobrem sodelovanju s starši, vendar pa jih večina poroča tudi o obstoju specifičnih težav v komuniciranju s starši oziroma o težavah, ki se kažejo kot neustrezen odnos staršev do duševnih stisk svojih otrok. Med temi neustreznimi odnosi so predvsem zatiskanje oči pred problemi in njihovo zanikanje, na drugi strani prevelika pričakovanja od šole in prelaganje odgovornosti nanjo, oboje pa včasih spremlja sram staršev in problem stigmatiziranosti duševnih težav. Ocenjujemo, da na možnosti sodelovanja s starši močno vplivata tudi šolska klima in kultura ter močno izražena storilnostna naravnost, ki lahko starše odvrača od odprte komunikacije o drugih težavah otrok.

7. Sodelovanje z drugimi ustanovami

Tako OŠ kot SŠ sodelujejo z mnogimi drugimi ustanovami, najpogosteje z zdravstvenimi domovi. Posplošeno rečeno lahko ugotovimo, da večina šol ocenjuje sodelovanje kot pretežno dobro, manjšina pa kot slabo ali različno/mešano. Negativni komentarji šol glede sodelovanja z drugimi ustanovami (pretežno zdravstvenimi) obsegajo kritiko neodzivnosti in nedostopnosti teh ustanov, dolge čakalne

vrste, redko naročanje, premajhno intenzivnost obravnav, pomanjkanje ustanov ali strokovnjakinj, ki nudijo obravnave mladih, ter to, da obravnave obsegajo samo predpisovanje zdravil.

*Srednja šola, koda »sodelovanje z drugimi ustanovami«
Najpogosteje sodelujemo s klinično psihologinjo v zdravstvenem domu, Svetovalnim centrom v Ljubljani, z oddelkom za mladostniško psihiatrijo v Ljubljani. Omenila bi izkušnjo, da psihiatrinje samo pišejo zdravila v 15 minutah, ko obravnavajo mladostnico, da starši pogosto niso več vključeni v pogovore, če je mladostnica stara 18 let, čeprav prevzemajo še vso odgovornost in delo s tako psihično ovirano mladostnico. Pogosto te institucije nimajo nobene stika s šolo, stikov tudi ne iščejo. Mladostnice in njihovi starši pogosto begajo od ene do druge psihiatrinje, tu se pojavlja tudi zasebna praksa psihiatrinj in problem, da revni starši nikakor nimajo sredstev za iskanje strokovne pomoči za svoje otroke. Še posebno v krajih, ki so precej oddaljeni od Ljubljane.*

8. Informiranje

Odgovori šol so pokazali, da uporabljajo različne kanale informiranja mladih ter njihovih staršev, precej prevladujoče pa osebno in individualno informiranje. Vseeno menimo, da informiranost o mogočih virih pomoči in načinih dostopanja do njih ostaja problematična oz. pomanjkljiva. Vprašanje pa je, ali so vzvodi za izboljševanje informiranosti predvsem na strani šol ali na strani ponudnic pomoči (in njihove premajhne številčnosti).

9. Predlogi za izboljšanje stanja

Predstavnice šol so v anketi podale tudi svoje predloge za izboljšanje stanja. Dva najpogosteje zapisana predloga se nanašata na potrebo po dodatnem izobraževanju šolskih kadrov in na potrebo po razbremenitvi šolskih svetovalnih delavk oz. izboljšanju normativa/razmerja števila svetovalnih delavk na število učenk oz. dijakinj. Predlogi, ki se tičejo šole, obsegajo še več preventivnega dela, izboljševanje šolske klime ter razvoj posebnih izobraževalnih delavnic za mlade na temo duševnih stisk.

Med predlogi, ki se nanašajo na druge ustanove, so najpogostejše zapisane zahteve za skrajševanje čakalnih dob, za povečevanje dostopnosti pomoči ter njeno brezplačnost. Drugi najpogostejši predlog se nanaša na kritiko prehitre/takojšnje uporabe medikamentov brez hkratne psihoterapevtske in druge nemedikamentne obravnave.

Poleg tega je pomemben še predlog za to, da se razvije/ uvede/ financira več ustanov in izvajalk pomoči za mlade, kar bi pomenilo boljšo dostopnost pomoči. Pri tem je posebej pomembna geografska razpršenost ponudnic pomoči, saj so v odgovorih izstopale nekatere regije, v katerih se zaradi svoje odmaknjenosti ali nepokritosti še posebej močno soočajo s problemom nedostopnosti pomoči. Potrebujemo tudi več informacijskih virov in možnosti dostopa do dobrih informacij za šolske kadre, mlade in njihove starše.

DRUGA ŠTUDIJA: MODELI DOBRE PRAKSE V SREDNJIH ŠOLAH

NAMEN ANALIZE IN RAZISKOVALNA METODA

Splošni namen analize je bil identificirati tiste pristope v srednjih šolah, kjer je praksa pokazala, da je v okviru šolskega sistema mogoče podpreti mlade, ko se znajdejo v težavah oz. psihosocialnih stiskah. Zanimale so nas konkretne situacije in načini delovanja, ki jih v posamezni šoli pri tovrstnih situacijah udejanjajo, ter kdo so ključne akterke pri tem. Osredinjeni smo bili predvsem na t. i. »dobre, uspešne izide« in ne na splošen oris stanja na področju medresorskega sodelovanja šolstvo – sociala – zdravstvo.

Konkretneje nas je zanimalo: 1. kako šolske svetovalne delavke opredeljujejo uspešen izid procesa podpore in pomoči, morebitne skupne točke tem primerom in morebitna inovativnost pristopov; 2. kateri so bili konkretni viri podpor in pomoči mladostnicam v stiski in načini mobilizacije le-teh; 3. kakšne so značilnosti povezav z drugimi strokovnimi ali prostovoljskimi delavkami ter načini ravnanj na šoli, ko je v sistemu socialnega varstva, zdravstvenega varstva premalo resursov ali pa jih ni (niso odzivni, niso dostopni);

4. katere vrste prilagoditev so ponujene dijakinjam v stiski na šoli (običajne, neobičajne ...) in kdo vse ima/dobi pristojnost za odločitve o prilagoditvah; 5. kakšni so pogoji vodenja/upravljanja šol, ki omogočajo dobre prakse; 6. kakšna je klima in kultura med zaposlenimi glede posebnih prilagoditev na šoli; 7. kako so zaposleni usposobljeni za prepoznavanje in primerno odzivanje na stiske pri dijakinjah (še posebej za travmo in razumevanje posttravmatskih odzivov); 8. kakšna je usmeritev in delovanje šole v smeri vzpostavljanja sodelovalne klime v razredih in na šoli ter 9. kakšna je usmeritev in delovanje šole v prakso/dejavnosti, ki delujejo tudi širše socialnointegrativno, torej omogočajo in olajšujejo dijakinjam vključevanje v neke zunanje strukture, npr. v lokalno skupnost, projekte, druge organizacije.

V študiju smo zajeli majhen vzorec treh srednjih šol, od katerih je bila po ena: a) s programi nižjega poklicnega, poklicnega in poklicno-tehniškega izobraževanja, b) s programi srednjega poklicnega, srednjega strokovnega in poklicno-tehniškega izobraževanja ter c) samo s programom gimnazijskega izobraževanja. Vzorec, ki je moral zadostiti kriteriju obstoječih dobrih praks, smo oblikovali priložnostno na podlagi predhodno opravljenih spletnih anket (glej opis prve študije v tem članku) in osebnega poznavanja šol. Izbrali smo šole, katerih svetovalne delavke so bile poznane, da v strokovnih kontekstih na pozitivne načine govorijo o svojem delu na področju duševnega zdravja dijakinj. Iz vsake šole smo vključili po eno svetovalno delavko. Izkazalo se je, da imajo vse tri delovno dobo 10 let, od tega so zaposlene 8–9 let na šoli, kjer trenutno delujejo. Število vpisanih dijakinj na šolah, ki so bile vključene v ta del raziskave, je bilo med 300 in 1.000, pedagoškega kadra pa je bilo med 30 in 70 oseb. Nobena izmed sodelujočih šol ni bila iz Ljubljane.

Podatke smo pridobili s tehniko polstrukturiranih intervjujev, ki so trajali od 70 do 90 minut. Iz materiala prepisa posnetega intervjuja smo grupirali posamezne izpostavljene tematike in jih predstavili po posameznih tematskih sklopih. Z namenom, da bi zagotovili anonimnost intervjuvank, nekaterih specifičnih podatkov, ki bi omogočili identifikacijo sogovornic, nismo navajali.

UGOTOVITVE

V nadaljevanju prikazujemo povzetke analize odgovorov na posamezna od devetih tematskih sklopov. Tam, kjer so se med šolami pokazale razlike, so te izrecno opredeljene glede na vrsto šole oz. izobraževalnega programa.

1. Opredelitev uspešnega izida procesa podpore in pomoči, skupne točke primerov in inovativnost pristopov

Uspešne izide pomoči so svetovalne delavke opredelile skozi dva vidika: a) kot grajenje odnosa z dijakinjo, skupno snovanje rešitev, kar naj bi vodilo do izhoda iz stiske do te mere, da je dijakinja lahko kljub težavam delovala oz. so te izzvenele in sta obe z dijakinjo videla napredek ter b) prilagoditev šolskega dela z namenom, da je dijakinja zaključila obveznosti šolskega programa in s tem ohranjala občutek obvladovanja življenja (vsaj na šolskem področju).

Skupna značilnost mnenj svetovalnih delavk vseh treh šol se kaže v oceni, da praviloma velja, da nižja kot je zahtevnost šolskega programa, večja je socialno-ekonomska, čustvena in kulturna kompleksnost stisk všolanih dijakinj, ki so zaradi tega potisnjene v situacije večkratne izključenosti, zato so potrebe po podpori in pomoči kompleksne, večnivojske in zahtevajo bolj usklajeno sistemsko sodelovanje več resorjev (sociala, zdravstvo in šolstvo) ter kličejo po večji dostopnosti brezplačne, kakovostne, učinkovite, kontinuirane in frekventne odnosno usmerjene pomoči. Višja kot je zahtevnost šolskega programa, lažje dijakinje in njihovi starši dostopajo do plačilnih storitev podpor in pomoči.

Inovativnost se je po njihovem mnenju kazala v prožni uporabi sistemskih možnosti glede na potrebe, ki so se kazale pri posameznem primeru. Ta prožnost je pomenila včasih tudi delovanje izven zakonskih okvirjev, pri tem pa so vse imele podporo ravnateljic oz. so si to podporo načrtno pridobile.

2. Konkretni viri podpor in pomoči mladostnicam v stiski in načini mobilizacije le-teh

Po mnenju svetovalnih delavk je razredničarka ena najpomembnejših dejavnikov pri odkrivanju dijakov v stiski in ukrepanju v smeri

njihove podpore. Druge osebe, ki prepoznajo dijakinjino stisko in so most do svetovalne službe, so še druge učiteljice, sošolke, starši ter mentorice na praksi.

V širšem smislu svetovalne delavke omogočajo konkretno podporo mladostnicam v stiski tako, da so prisotne v šoli, v razredih, aktivno delujejo v smeri, da jih dijakinje in učiteljice (s)poznajo. Vse poudarjajo, da je to plod načrtovanega in sistematičnega večletnega dela, ne glede na to, ali je bila taka praksa vzpostavljena že pred prihodom posamezne svetovalne delavke na šolo ali pa jo je pričela ustvarjati sama. Tovrstno delovanje prinaša vse večjo detabuizacijo in depatologizacijo svetovalnega dela. Na tem sloni podporno delo svetovalnih delavk v ožjem smislu, ko opredeljujejo svojo vlogo kot sogovornice in zagovornice mladostnic, sogovornice staršem, podporne osebe učiteljicam ter pomembne soustvarjalke vključujoče šolske skupnosti.

Omenjene vloge so takole opredelile: a) v vlogi sogovornice sprašujejo mladostnice po njihovih željah, upih in načrtih; b) v vlogi zagovornice krepijo glas mladostnice v situacijah, kjer je ta preslišan; c) v vlogi sogovornice staršem ponujajo podporo odnosu med odraščajočo mladostnico v stiski in starši ter (včasih tudi s postavljanjem zahtev) spodbujajo k proaktivnemu delovanju v smeri zelenih skupnih sprememb; d) v vlogi podporne osebe učiteljicam pojasnjujejo posameznikove potrebe, ki jih neka (duševna) stiska prinaša, jim predlagajo prilagoditve in z učiteljicami soustvarjajo nove prilagoditve – še posebej tako, da spodbujajo delitev izkušenj in s tem medsebojne podpore med učiteljicami učiteljskega oddelčnega zbora. Izrecen pomen svoje vloge vidijo svetovalne delavke takrat, ko učiteljicam zmanjkuje moči za delovanje v neki situaciji soočenja z dijakinjami v stiski v daljšem časovnem obdobju, ter v tem smislu; da e) pomembno prispevajo k vzpostavljanju vključujoče šolske skupnosti (glej tudi točko 8). Drugi viri podpor in pomoči dijakinjam v stiski so (delno) zajeti v spodnjih točkah in jih tu – v izogib podvajanju – ne izpostavljam.

3. Značilnosti povezav z drugimi strokovnimi ali prostovoljskimi delavkami, načini ravnanj v šoli, ko je v sistemu socialnega varstva, zdravstvenega varstva premalo resursov ali pa jih ni

Delujoče trajnejše strokovne povezave med šolsko svetovalno službo in drugimi, zunanji strokovnimi službami so nastale na osnovi kakovostnih izkušenj skupnega sodelovanja v preteklosti. Zaradi tovrstnih povezav se svetovalne delavke lahko z zunanjimi službami tudi posvetujejo, preden se odločijo za posamezne nadaljnje faze procesa podpore in pomoči ter nadaljnje ukrepe. Če za dijakinje (še) bilo na voljo dostopnih virov pomoči (dolge čakalne dobe, pomoč ni lokalno blizu ...), so svetovalne delavke prevzemale vlogo strokovne osebe, ki ponuja prvo in dostopno pomoč ter podporo, ki je včasih že presegala njihove časovne zmožnosti ali pristojnosti ali presegala njihovo usposobljenost za vodenje tovrstnih procesov. Še posebej v teh primerih so svetovalne delavke poudarjale, da so si na različne načine priskrbele podporo, saj same tega ne bi zmogle: posvetovale so se z drugimi svetovalnimi delavkami na šoli, če so tam zaposlene, se udeleževale regijskega aktiva svetovalnih delavk, bile aktivne v strokovnem združenju ter se vključile v dodatno (psihoterapevtsko) usposabljanje. Več izkušenj sodelovanja so imele z vladnimi ustanovami kot nevladnimi organizacijami, vendar poudarjajo vrednost programov, s katerimi zapolnijo vrzel nevladni programi. Vse sogovornice pa so izpostavljale premalo dostopnih (brezplačnih) kontinuiranih in fleksibilnih odnosno usmerjenih programov pomoči.

4. Vrste prilagoditev, ponujenih dijakinjam v stiski na šoli (običajne, neobičajne ...), pristojnosti za odločitev o prilagoditvah

Pomen prilagoditev učnega procesa so sogovornice utemeljevale z vidika delovanja šole kot varovalnega dejavnika. S pomočjo prilagoditev so mladostnice kljub svojim stiskam lahko dosegale zadovoljive učne rezultate in tako obvladovale vsaj en del svojega življenja tudi takrat, ko to na drugih področjih ni bilo možno. Med sistemsko najpomembnejšimi možnostmi prilagoditev so sogovornice omenjale institut pedagoške pogodbe (11. člen Pravilnika o šolskem redu v srednjih šolah), ker omogoča veliko in raznovrstne prilagoditve učnega procesa in so ga v svoji praksi v trenutkih izkaza akutne stiske izvajale najprej v obliki ustnega dogovora. Za udejanjenje prilagoditev, ki izhajajo iz avtonomnosti strokovnega dela, so vse kot

glavni dejavnik suverenosti delovanja svetovalne službe omenjale podpore ravnateljice, ki so si jo načrtno pridobile oz. pridobivale.

Vse sogovornice so kot temeljno značilnost dobrih praks na svojih šolah omenjale naravnost, da prilagoditve ne morejo biti vnaprej protokolarno pripravljene, temveč izhajajo iz specifičnih potreb posameznice v situaciji duševne stiske. Zato so bile prilagoditve po vsebini in izvedbi zelo raznolike in tudi inovativne, včasih celo nekoliko izven okvira pravno-formalno opredeljenega delovanja. Slednje so sogovornice utemeljevale s prikazom posameznih primerov, s katerimi so se na šoli srečale; v vseh je bilo zajeto načelo delovanja, ki ga ena od sogovornic ubesedi kot: »Delo prilagodiš mladostnici, ne pa mladostnice temu, kako se dela«. Izpostavljale so še, da možno prilagoditve normirati še najbolj v široko zastavljenih strokovnih smernic. Poudarjale so, da gre pri izvajanju prilagoditev za proces, da se zato te spreminjajo glede na situacijo in s tem prinašajo določen delež kaotičnosti dela. Vsaka skozi svoje primere pa so tudi utemeljevale, da prilagoditve dijakinjam v situaciji (akutnih) duševnih stisk niso zajemale zgolj prilagoditev učnega procesa, temveč tudi (včasih pa celo predvsem) prilagoditve, ki so dijakinjam v kar največji meri omogočale vključenost v (ob)šolsko dogajanje.

5. Pogoji vodenja/upravljanja šole, ki omogočajo dobre prakse

V vseh primerih dobre prakse je za ustvarjanje vključujoče klime in kulture šole imela izjemno vlogo ravnateljica. Sogovornice so ravnateljico doživljale tudi kot pomemben vir podpore delu svetovalne službe, ker je svetovalni delavki zaupala in jo podprla pri učiteljskemu kolektivu, kadar tam ni bilo potrebnega razumevanja. Zaupanje ravnateljice so si morale svetovalne delavke pridobiti z delovanjem, preko katerega so do-/pokazale, da je svetovalno delo na šoli pomemben del delovanja šole.

6. Klima in kultura med zaposlenimi glede posebnih prilagoditev na šoli

Sogovornice so ocenjevale, da je občutljivost razredničark za prepoznavanje in ukrepanje ob prepoznanih stiskah dijakinj v največji

meri odvisna od osebne naravnosti razredničarke. Tako na isti šoli delujejo razredničarke, ki svoje delo opravljajo vključujoče naravnano, in razredničarke, ki vključujoče naravnosti ne prepoznavajo kot svoje delovne naloge. Prav tako je bilo oblikovanje razreda kot skupnosti (ki je še posebej pomemben vir podpore dijakinjam v stiski) odvisno v največji meri od tega, kako je razredničarka izvajala razredništvo (tehniciščno ali usmerjeno v oblikovanje skupnosti). S tem v zvezi se jasno kaže potreba po boljši sistemski in (v času izvajanja raziskave) tudi finančni urejenosti razredništva. Kot pomembne zaupnice na eni od šol z (nižjim) poklicnim izobraževanjem pa so se pokazale tudi učiteljice praktičnih modulov. Podobno kot pri razredničarkah je bila tudi pri drugih učiteljicah občutljivost za stiske in zanje potrebne prilagoditve največkrat odvisna od osebne naravnosti (včasih je slednja vodila tudi do pretirane želje, pomagati preko učiteljičinih strokovnih kompetenc).

7. Usposobljenost zaposlenih za prepoznavanje in primerno odzivanje na stiske pri dijakinjah

Posamezne situacije mladostnic v duševni stiski na šoli so pokazale, da učiteljice in razredničarke niso imele sistematičnega znanja o širokem spektru specifičnih (duševnih) stisk in spoprijemanju z njimi, saj za to niso usposobljene, a vendar je marsikatera med njimi prepoznavala stiske pri mladostnicah, še vedno pa je bilo to v največji meri odvisno od osebne naravnosti. Mnogokrat je to razumevanje slonelo na medicinskem diskurzu (ideja o potrebi po obravnavi in napotovanju brez razumevanja, da je lahko šola varovalni dejavnik). Še manj je bilo med učiteljicami prepoznati znanja o travmi in travmatskih dogodkih ter predvsem z njimi povezane dolgotrajnejše posledice. Te vsebine so delno prepoznavale pod izrazi hude življenjske situacije, težki življenjski izzivi in parcialno po posameznih tematikah, npr. zlorabe, nasilje, nesreče ... Sogovornice menijo, da se v situaciji specifičnih (iz psihološke travme izhajajočih) stisk kaže velika potreba po znanjih in veščinah za ustvarjanje socialno-integrativnega delovanja učiteljic v šoli, v razredu, pri pouku.

8. Usmeritev in delovanje šole v smeri vzpostavljanja sodelovalne klime v razredih in na šoli

Poleg že omenjene podpore ravnateljice pri vzpostavljanju vključujoče klime in kulture na šoli so imele v razredih največjo vlogo pri vzpostavljanju sodelovalne klime razredničarke. Vlogo pri podpori razredničarkam, da podprejo razred kot skupnost, pa svetovalne delavke razumejo kot eno od delovnih nalog. Vloga svetovalne delavke kot pomembne soustvarjalke vključujoče šolske skupnosti se kaže v razumevanju, da v šoli podpora dijakinjam na področju duševnega zdravja še zdaleč ne poteka zgolj individualno, temveč je v širšem smislu izjemnega pomena podpora svetovalne delavke šolski in razredni skupnosti, torej delu z razredi in učiteljicami, kar vodi do vključujoče šolske klime in kulture.

9. Usmeritev in delovanje šole v prakso/dejavnosti, ki delujejo tudi širše socialnointegrativno

Pomemben vpliv pri prepoznavanju stisk in nudenju podpore mladostnicam sta predstavljali klima in kultura na šoli, ki sta dopuščali in sprejemali stiske kot del realnosti in kot del življenja dijakinje, kjer tudi šola lahko ponuja pomembno podporo. Gre torej za socialnointegrativni diskurz, kjer dijakinja ne pridobi zgolj podpore in pomoči v situaciji stiske, temveč se zanjo ustvarjajo možnosti, da lahko čimbolj polno sodeluje v šolskih in obšolskih (še posebej v skupnost usmerjenih) dejavnostih. Te so bile na šolah omogočene prek prostovoljstva, šolskih projektov, prakse, vključevanja dijakinj v predstavitev šole na OŠ, raziskovalnih nalog in tekmovanj. Vendar pa vse vključene svetovalne delavke ugotavljajo, da ravno področju obšolskih (še posebej v skupnost usmerjenih) dejavnosti na šoli namenjajo najmanj sistematičnega delovanja, saj pedagoškemu kadru ob vseh ostalih delovnih nalogah zmanjka časa za to. To ugotovitev lahko interpretiramo tudi tako, da v srednjih šolah obšolske dejavnosti niso prioriteta, še nižjo prioriteto pa dosegajo dejavnosti, ki bi povezovale šolo in skupnost.

SKLEPI

Ugotovitve spletne analize se z ugotovitvami analize dobrih praks v mnogočem stikajo. Tam, kjer modelov dobrih praks ne prepoznavajo oz. nimajo razvitih, so bili izraženi predlogi za izboljšanje mnogo-krat prav vidiki dobrih praks, ki jih na nekaterih šolah že udejanjajo. Razlog, da smo se v raziskavi v enem delu tudi specifično usmerili v obstoječe dobre prakse, je, da bi spoznali, kaj že obstaja, kaj deluje, saj to vodi do argumentacije, da je nek (uveden) način dela mogoč. To lahko tudi preokvirja posamezne medklice, da »se ne da ničesar storiti«, ki so mestoma prisotni v razpravah o možnostih delovanja šole ob soočanju z duševnimi stiskami mladih. Morda je omenjena naravnost (v povezavi s pomanjkanjem poznavanja tematike duševnih stisk) tudi botrovala rezultatom, da več kot tretjina OŠ in več kot četrtnina v anketi sodelujočih udeleženi SŠ meni, da nimajo razvitih modelov dobrih praks oz. niso odgovarjali na to vprašanje. Morda bi veljalo omogočati prostor, da bi šole, ki imajo razvite modele dobrih praks, te lahko predstavile oz. da bi se zbrali opisi teh modelov.

Duševne stiske v šoli neposredno prepoznajo razredničarke in druge učiteljice ter tako predstavljajo most od otroka oz. mladostnice v stiski do svetovalne službe. Ugotovitve obeh študij so glede tega pokazale očiten paradoks; razredničarka je eden od najpomembnejših dejavnikov pri odkrivanju (duševnih) stisk mladih, poleg nje so naslednje pomembne še druge učiteljice. Koliko so prve in druge občutljive za to, pa je odvisno predvsem od njihove osebne naravnosti. V tem primeru lahko sklepamo, da če otrok ali mladostnica nima sreče, torej nima občutljive razredničarke ali drugih učiteljic, je odvisno od tega, ali jo bo prepoznala sošolka ali starši ter iskali pomoč zanjo.

Konsistentnost ugotovitev prve in druge študije se je pokazala tudi na ravni razumevanja pomena kulture in klime šole ter predlogov, da bi bilo potrebno načrtno graditi kulturo in klimo šole, ki bi bila odprta do stisk in težav. Modeli dobrih praks so pokazali, da sta za ta del izjemnega pomena vloga ravnateljice in sistematično delo. En vidik vzpostavljanja te kulture je vsekakor tudi sistematično delovanje šolske svetovalne službe, da je prepoznana na šoli, da je prisotna neposredno v razredih in povezana z učiteljicami ter

tako prispeva k depatologizaciji njenega delovanja. To je eden od pomembnih korakov k ustvarjanju odprtih kanalov komuniciranja in pretoka informacij.

Vidik gradnje kulture in klime šole, ki bi bila sprejemajoča do duševnih stisk, je tudi načrtno delo na tem, da so stiske del realnosti in ne nekih posebnih odklonskosti (npr. pogovori o duševnih stiskah, o tem, da so del življenja, delavnice o teh tematikah itd.). Diskurz o tem, da so duševne stiske del življenja, ne pomeni legitimizacije ravnodušne naravnosti do duševnih stisk med mladimi. Nasprotno: naravnost, da so stiske del realnosti, potencialni del vsakdana vsakega človeka in ne nekih posebnih odklonskosti, pomeni večanje možnosti, da stiska ni patologizirana, temveč je to neka situacija, v kateri posameznik potrebuje podporo različnih vidikov konteksta, v kateri stiska vztraja, saj se je znotraj nekega konteksta tudi vzpostavila. Kontekstualno razumevanje (duševnih) stisk neposredno vodi tudi do konkretnih aplikativnih vidikov organiziranosti podpor in pomoči v šoli (in v drugih delih konteksta). Na ravni šole to pomeni, da pomoč ni zgolj individualno usmerjena, temveč da je tudi oz. včasih predvsem usmerjena v ustvarjanje takih okolij, ki v prvi vrsti delujejo socialnointegrativno (razred kot sprejemajoča in podporna skupnost, učiteljski zbor kot vir opor in pomoči, občolske dejavnosti kot vir izkaza močnih točk učenk v stiski ...). To zahteva seveda sistematično delovanje.

Prvi korak k tej sistematičnosti je zadovoljivo znanje. Medtem ko naj bi svetovalna služba imela določen obseg teh znanj, pa na osnovi spletne ankete ugotavljamo, da si želi več specifičnih znanj. V nasprotju z njimi pa pedagoški kader potrebuje splošna znanja o duševnih stiskah, o njihovi umeščenosti oz. sopogojenosti z ožjim in širšim kontekstom in o pedagoških ravnanjih, ki delujejo varovalno, ter ravnanjih, ki krepijo dejavnike tveganja in so sama po sebi dejavniki tveganja. Na tem mestu bi še izpostavila znanja o travmatskih dogodkih (a ne z medicinskega, temveč socialnointegrativnega vidika) in ustreznih pedagoških odzivih. Omenjenih znanj v zadostni meri ne obsegajo niti visokošolski kurikuli za bodoči pedagoški kader⁸. Naj poudariva, da ne govoriva zgolj o psiholoških tematikah, temveč o širših socialnointegrativnih tematikah. V tem

⁸ Na Pedagoški fakulteti UL je denimo na prvostopenjskih študijskih programih Razredni pouk, Dvopredmetni učitelj in Likovna pedagogika v učnih načrtih predmetov zgolj v 4. letniku predviden del socialnopedagoških vsebin (največ do polovice) predmeta Inkluzivna vzgoja in izobraževanje.

pogledu govorimo o socialnopedagoških vsebinah, katerih namen je vzpostavljanje socialno pravične in za različnost spodbujajoče in vključujoče skupnosti. Želiva poudariti namreč, da je velik del stigme o duševnih stiskah, o kateri so v spletni raziskavi poročale svetovalne delavke, soustvarjen zato, ker je (npr. etnična, spolna, vedenjska ...) različnost razumljena kot odklonskost in kot taka nesprejeta, s tem pa se generirajo stiske tudi tam, kjer se te same po sebi (tj. v sprejemajočem okolju) ne bi vzpostavile.

Drugi korak k sistematičnemu vzpostavljanju sprejemajoče kulture in klime do duševnih stisk na šolah bi bila oblikovana splošna strokovna načela delovanja na področju duševnih težav za šole in na začetku te razprave omenjen posplošen opis doslej razvitih modelov dobrih praks. Tovrstna zapisana načela ali smernice bi bile vseka-kor dobrodošel orientacijski pripomoček za šole. Morda ni pretirano opozorilo, da morajo tovrstni zapisi ostati na ravni načel in smernic ter ne natančnih protokolov, saj slednji dopuščajo zelo malo manevrskega prostora za prilagajanje in prožno odzivanje na kontekst duševnih stisk posamezne osebe. Ti konteksti pa so med seboj izjemno raznoliki.

Ko omenjava socialno pravičnost in polje delovanja socialne pedagogike, naj omeniva še značilnost, da so dobre prakse pokazale, da gredo pri delovanju včasih izven pravno-formalnih okvirjev. Seveda je ta prožnost v odzivanju bolj kot ne vredna pohvale, hkrati pa odpira razmislek, v katerem delu je zakonodaja na področju OŠ in SŠ preveč rigidna, da ne dovoljuje prožnih, kreativnih odzivov, ki so v fazi akutnih stisk še toliko bolj pomembne.

Čeprav je več anketiranih poudarjalo pomembnost male in povezane šole, ki bi omogočala dober pretok informacij in vzpostavitev dobrih zaupnih odnosov, pa je Mikek (2015) ugotovila, da je moč organizacijske kulture večja v večjih šolah, kar pojasnjuje z možnostjo, da zaradi zavedanja o velikosti šole te bolj načrtno gradijo kulturo šole. Zaključujeva, da je bolj kot velikost šole za kulturo šol pomembno, kako načrtno jo razvijamo. Ne zanikava dejstva, da je število učenk in število učiteljic na šoli vredno premisleka, ko govorimo o kulturi šole, ki bi bila občutljiva na duševne stiske otrok in mladostnic ter bi nanje čimbolj kompleksno odgovarjala, izpostavlja pa, da to ni edini dejavnik, ki bi linearno določal odprto/zaprto kulturo do duševnih stisk.

Sodelovanje s starši je pomemben vidik dela svetovalne službe, ko govorimo o duševnih stiskah otrok in mladostnic. Ugotovitve

kažejo, da je gradnja sodelovalnega odnosa s starši zelo dinamična, saj medtem ko nekateri sicer sami pristopijo do svetovalne službe, mnogi zaradi stigme ne zmorejo ali pa imajo previsoka pričakovanja do zmožnosti pomoči s strani šole. Zato so svetovalne delavke tiste, ki vzdržujejo in spodbujajo procese sodelovanja s starši, krepijo glas otroka v teh procesih, usmerjajo in včasih zahtevajo potrebne korake v smeri želenih sprememb ter starše povezujejo z drugimi strokovnimi službami. Ocenjujemo, da bolj kot je/bo odprta kultura šole (in širše družbe) do duševnih stisk, bolj hrabro bodo lahko starši iskali pomoč v svetovalni službi. Na vsak način pa bo to sodelovanje prežeto z dialektiko želje po pomoči otroku in hkrati po čim prejšnji odpravi stisk in s tem povezanim zanikanjem resnosti težav. V luči tega razumevanja je potrebno pristopati do grajenja partnerskega odnosa s starši.

Tam, kjer imajo šole vzpostavljeno sodelovanje z drugimi ustanovami, je to sodelovanje v splošnem dobro, toda tako anketirane kot intervjuvane sogovornice so izpostavile veliko potrebo po dostopu do brezplačne, kontinuirane, frekventne, geografsko dostopne in odnosno usmerjene pomoči. Omenjale niso informiranja o podpori in dejanske podpore v obliki različnih mladim prilagojenih programov s pomočjo spletnih vsebin in aplikacij, vendar pa bi bilo – vsaj z vidika geografske (ne)dostopnosti – o tem smiselno razmišljati. Na ta način bi bilo mogoče zapolniti marsikakšno vrzel, nastalo zaradi časovne ali lokacijske nedostopnosti pomoči in podpore.

Zaključujeva, da šolski prostor, mišljen v najširšem smislu, potrebuje še več znanj in veščin socialnointegrativnega pristopa na področju duševnih oz. (morda bolje) psihosocialnih stisk. To bi delujočim v šolskem prostoru, ki se soočajo s konkretnimi duševnimi težavami učencev in učenk, omogočalo (strokovno) delovanje v smeri celostnega pristopa. Celostni pristop deluje v smeri: a) krepitve moči otroka oz. mladostnice (kaj potrebuje, kaj zanjo učinkovito deluje ...), b) ustvarjanja razreda kot podporne sredine, c) šole kot skupnosti sobivanja ter prepletenosti različnosti, d) razvijanja partnerskih odnosov sodelovanja s starši ter e) ustvarjanja možnosti povezav šole z lokalnim okoljem oz. s skupnostjo. Šele interakcija vseh teh vidikov lahko v kar največji možni meri omogoča otrokom in mladim izkušnje kompetentnosti, ustvarjalnosti in razvoja v skladu s tem, kar v določenem obdobju življenja

zmorejo, v čemer so dobri in v čemer se lahko izrazijo. Za opaznejše udejanjanje celostnega pristopa bo potrebno aktivno načrtovati in udejanjati spremembe na področju: a) kurikulov na fakultetah, ki izobražujejo bodoče kadre, b) delovanja svetovalne službe v smeri razbremenitve administrativnih obveznosti, c) izobraževanja in usposabljanja obstoječega pedagoškega kadra za celostno socialno-integrativno pedagoško delovanje, d) systemske spodbude za razvoj šolske kulture in klime, ki sprejema različnosti in s tem tudi duševne stiske, e) zbiranja oz. oblikovanja načel strokovnega delovanja na šolah v zvezi s področjem duševnih stisk in zbiranja modelov dobrih praks, f) razvoja brezplačne, kontinuirane, frekventne, geografsko dostopne in odnosno usmerjene pomoči in g) zakonodaje, ki pokriva to področje.

LITERATURA

- American academy of pediatrics. (2004). School-based mental health services. *Pediatrics*, 113(6), 1839-1845.
- Freire, P. (2017). *Pedagogy of the oppressed*. London: Penguin books.
- Klun, L. (2019). Narativna neenakost in govorno-jezikovni razvoj otrok. *Socialna pedagogika*, 23(1-2), 65-92.
- Margan, U. (2017). Uvodnik. *Šolsko svetovalno delo*, 21(2/3), 1-2.
- Mikek, K. (2015). Organizacijska kultura in klima v šoli (Doktorska disertacija). Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta, Ljubljana.
- Mikuš Kos, A. (2017a). *Duševno zdravje otrok današnjega časa*. Radovljica: Didakta.
- Mikuš Kos, A. (2017b). Šola, vrtec in duševno zdravje. *Šolsko svetovalno delo*, 21(2/3), 4-12.
- Razpotnik, Š. in Tadič, D. (v tisku). Refleksija sodobnega šolskega prostora na Pedagoški fakulteti v Ljubljani. *Vzgoja in izobraževanje*.
- Weare, K. in Nind, M. (2010) Identifying Evidence-Based Work on Mental Health Promotion in Schools in Europe: An Interim Report on the DataPrev Project. *Advances in School Mental Health Promotion*, 3(2), 37-45, DOI: 10.1080/1754730X.2010.9715679
- Wei, Y. in Kutcher, S. (2012). International School Mental Health: Global approaches, Global Challenges, and Global Opportunities. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am*, 21(1), 11-27. doi:10.1016/j.chc.2011.09.005

I SPIT LISTEN.

I spit Listen.

They spit Latuda.

I spit Somebody.

They spit Seroquel.

I spit Look At Me.

They spit Lamictal.

I spit Please.

They spit Prazosin.

I spit Validate.

They spit Valium.

I spit Listen. Somebody, Look At Me. Please Validate it.

They spit Xanax.

Anonimni_a avtor_ica, Tumblr

MOJA POT ISKANJA POMOČI

MY PATH OF SEEKING HELP

245

Helena Grbec, *dipl. soc. ped.*

hgrbec@gmail.com.

Vsi se kdaj pa kdaj znajdemo v stiski in nemara bi mi kdo očital, da ostro generaliziram, in mi povedal, da v resnici obstajajo ljudje, katerih pot je bila ravna, brez preprek in nepreglednih zavojev. Ko sem prvič občutila hudo stisko, sem še verjela v utopično misel, da takšni ljudje zares živijo, in vse, kar sem si želela, je bilo to, da bi se približala njihovim sanjam, sreči, veselju in smehu, ki so (vsaj tako sem mislila) samoumevno vpisani v njihovo življenjsko nit. Priti čim bliže življenju ljudi, ki občutijo zgolj srečo in veselje. To je bil moj cilj. Verjela sem, da se bom vedno bolje počutila, če bom svojo zgodbo ustvarila po njihovih merilih. Da bo potem vse ok.

Pot iskanja pomoči je daleč od tega, da bi bila ravna in bi sledila kakršnikoli logiki ali pa celo zaporedju. Sama se sprva nisem zavedala, da potrebujem pomoč. V šoli sem bila uspešna, rada sem obiskovala nešteto krožkov, srkala znanje in enostavno – živela. Vedno pogosteje pa so se v moje življenje tihotapili občutki nemoči, nemira in žalosti. Ko sem se pri desetih letih v svojem rožnatem dnevniku vprašala »Ali mora biti tako?«, nisem dobila odgovora. Vprašanje je po eni strani zahtevalo odgovor, po drugi pa sem si želela, da tam samo je – v tišini in samo. Bi to vprašanje naslovila na mamo, očeta, brata, učiteljico ali koga drugega? Ne, naj ostane v tišini in samo.

Svojo stisko si večkrat predstavljam kot nekakšno gmoto »nečesa«, ki je brez prave oblike ali strukture. Vsako leto se je ta stiska večala, a njena rast ni bila konstantna. Nekaj časa se je manjšala, spet druge dni in mesece rasla po vseh svojih dimenzijah. Vedno

znova sem premlevala, kaj se mi dogaja, zakaj se počutim tako slabo, zakaj sem žalostna in zakaj čutim toliko krivde; o tem pa nisem spregovorila z nikomer. Tudi v moji okolici nihče ni govoril o svojih bolečinah, vsaj ne na način, ki bi me vključeval in mi ponudil mesto, da povem svojo zgodbo. Govorjenja o tem nisem bila vajena, zakaj bi torej govorila? In ko me je učiteljica baleta vprašala: »Helena, kaj se dogaja s tabo, je kaj narobe?«, od šoka nisem mogla reči kaj dosti več, kot pa formirati nek splošen odgovor v smislu: »Ne, zakaj pa bi bilo?« Še danes se sprašujem, kako bi se moje življenje zasukalo, če bi odgovorila iskreno. Če bi to sploh znala.

Stiska je rasla in ostajala nevidna za mojo družino, sošolke in sošolce, prijateljice in prijatelje, jaz pa sem se iz dneva v dan počutila bolj osamljeno. Zdelo se mi je, da imam okoli sebe toliko ljudi, pa kljub temu nisem imela nobenega občutka pripadnosti ali vključenosti. Vedno več sem imela za povedati o bolečini, ki jo nosim, o drugih stvareh pa vedno manj, zato sem se težje povezovala in čutila kot del nečesa.

Neverjetno, koliko upanja nam dajo življenjske prelomnice! Zame je bila ta prelomnica prehod iz osnovne v srednjo šolo. Zares sem verjela, da se bo vse spremenilo, čeprav sem ostala v domačem okolju, moje bodoče sošolke in sošolci pa so mi bili vsi že bolj ali manj znani. Moja pričakovanja so manjšala stisko in jo potiskala v kote ter predale, da ne bi prišla na plano in mi pokvarila novega začetka. Po nekaj mesecih pa mi je že postalo jasno, da se ni nič spremenilo.

Med poletnimi počitnicami ob koncu prvega letnika nisem več ločevala stiske od sebe. Bila sem Stiska. Bila sem Stiska. Bila sem Nemoč, Žalost, Obup, Bolečina in Krivda. Sprva nisem mogla spati, nato pa nisem mogla več jesti. Takrat sem vedela, da potrebujem pomoč, ker me skorajda nič več ne ohranja na tem svetu. Moje izbire, na koga se bom obrnila, so bile omejene, zato sem se odločila, da se obrnem na mamo. Izgledalo je, kot da je prišla iz faze šoka v zanikanje, ki sem ga sama gojila dolga leta, zato so bile njene prve oblike pomoči okorne, nerazumevajoče in s pomanjkanjem sočutja. Kljub temu mi je poskušala pomagati: tablete na zeliščni osnovi, pogovor na CPM, obisk osebnega zdravnika ... Tako se je začela dolga in prevečkrat trnova pot iskanja pomoči. V tem obdobju nisem bila zbegana samo jaz, ampak tudi moji starši, saj

niso vedeli, kaj naj bi bilo prav, kaj narobe, kam naj me še usmerijo ... Med nami so ostajale neizrečene besede in občutki krivde ter sramu zaradi iskanja podpore zunaj. Zbeganost, nevednost, nesprejemanje in v kakšnih primerih tudi (ne)odkrito zavračanje so me spremljali celotno obdobje iskanja pomoči, ki bi bila ustrezna in odgovarjala mojim potrebam. Zaposlena na CPM po koncu srečanja ni vedela, kaj naj z menoj; čeprav mi je ponudila ponovno srečanje, je mami povedala, da mogoče takšna oblika pomoči ne bo primerna zame. Osebni zdravnik je sprva poskusil z uspavalnimi tabletami in ko to ni delovalo, je napisal napotnico za psihologa in psihiatra. Dneve in noči sem zapravljala za razmišljanje o tem, kje bom sploh dobila pomoč, kdo me bo končno poslušal, mi namenil čas. Kaj pa, če nikogar takšnega ni? Čeprav sem sprva mislila, da bom pomoč prejela takoj, sem preživotala še mnoge dni.

Iskanje pomoči je trajalo že nekaj mesecev, dnevi so postajali daljši in težji. V rokavu sem imela še en adut – čakalo me je srečanje pri psihologinji in psihiatrinji v svetovalnem centru. Vse, kar sem si želela, je bilo biti slišana in videna. Želela sem si govoriti z nekom, želela sem si, da bi mi nekdo pomagal priti iz teh muk, tesnobe in žalosti. In zopet sem naletela na zaprta vrata – pri psihologinji sem bila testirana na tisoč in en način, pogovor pri psihiatrinji pa je po desetih minutah obrodil en in edini (gnil) sad – predpis antidepressivov in pomirjeval. Ker sem že toliko časa iskala pomoč, sem se vdala in pričela jemati tablete kljub temu, da sem bila skeptična do njihovih učinkov. Seveda je treba počakati še nekaj tednov, preden začnejo učinkovati ...

Minil je prvi teden, drugi, tretji pa je v mojih mislih trajal že vsaj tisočletje, saj bi zdaj že morala občutiti razliko, ki pa je ni bilo na obzorju. Čeprav je bil prvi obisk pri psihiatrinji izrazito neoseben (počutila sem se neumno in neslišano), sem verjela, da potrebujeva čas, da se spoznava. Drugi obisk pa mi je dal vedeti ravno vse tisto, česar nisem želela vedeti – da sem le številka. Sem le ena izmed mnogih, ki išče pomoč in enkrat mesečno obišče psihiatrinjo, da bi prevzela nov recept za zdravila. Stiska me je do tistega dne že ohromela; verjetno v kombinaciji s stranskimi učinki zdravil, ki sem jih prejemale. Takrat mi je bilo že vseeno, ker je bilo očitno vseeno tudi vsem okrog mene. Psihiatrinja me je tistega dne urgentno napotila

na enoto za adolescentno psihiatrijo. Vseeno mi je bilo. Naj se zgodi, kar se že mora.

Ob prihodu na EAP sem bila prvič slišana. Včasih sem lahko šepetala in bila slišana, včasih pa sem se morala dreti, da so me vzeli v ozir. Stvari v mojem življenju so se kljub vsemu začele nekam premikati. Na trenutke se mi je zdelo, da je moje trpljenje nesmiselno, saj se mi je zdelo, da ne bo nikoli bolje, a so temu sledili tudi trenutki občutij moči. Tekom različnih terapij sem negovala in razvijala različne vidike same sebe – sprva se je v gibih, igrah vlog in risbah kazal gnev nad svetom, v katerem sem živela, počasi pa so ta mesta zasedala sprva blede, nato pa vedno svetlejša podobe sveta, ki sem ga poskušala kreirati. Mogoče bi si mislili, da so zame tam največjo vlogo odigrali psihiater in drugi zaposleni, a so bile zame največja zakladnica podpore in razumevanja sopacientke in sopacienti, ki so ob meni gradili svoj svet. Imela sem občutek, da moram svoj svet razstaviti na prafaktorje in ga zgraditi na močnih temeljih, ki bodo dovoljevali gradnjo tudi kasneje v življenju.

Zame je bil EAP prva oblika pomoči, ki je bila v mojih očeh vsaj približno ustrezna, a je tudi njen rok na neki točki potekel. Še danes obsojam količino zdravil, ki so mi jo predpisali, odnos nekaterih zaposlenih in institucijo kot tako, ki potrebuje izboljšave. Ne glede na to sem tekom hospitalizacije na oddelku tudi odraščala, oblikovala svojo identiteto in stremela k višjim ciljem. Zdelo se mi je, da sem program nekako prerasla, čeprav naj bi bil namenjen mladim do 22. leta. Počasi sem se zagostila v teme o samopodobi, konfliktih in ostalih težavah v odnosih, zahtevala pa sem več, zato sem se ob ponovnem poslabšanju odločila, da si znova najdem pomoč. Po pogovoru s psihiatrom sem se odločila za hospitalizacijo v Psihiatrični bolnišnici Idrija. Takrat sem si že nabrala kar nekaj življenjskih moči, hkrati pa sem se prvič slišala reči: »Zmorem.« In res sem zmogla.

... zmogla živeti v svetu, ne da bi bila zopet hospitalizirana. Odločila sem se, da bom srednješolska leta podaljšala in opravljala maturo šele prihodnje leto. Ker sem že od majhnega živela v istem kraju, sem si želela oditi v drugo šolo, se prepisati in živeti v dijaškem domu. Čeprav sem že enkrat tako močno verjela v nov začetek, ki se je na koncu sfizil, sem se kot pravi osel podala še enkrat na led visokih pričakovanj in navdušenosti, ki jih prinese nov začetek.

Prepisala sem se na drugo gimnazijo izven svojega kraja. Svojo »prvo« gimnazijo imam v dobrem spominu, čeprav je zaradi velike odsotnosti nisem doživela v svoji polnosti. V tamkajšnji svetovalni službi nikoli nisem iskala pomoči – ob začetku težav je v mislih niti nisem imela za potencialno izbiro. Prvič sem prišla z njo v stik ob sklenitvi pedagoške pogodbe, nato pri urejanju statusa dijakinje s posebnimi potrebami, pridobivanju zapiskov in organiziranju preverjanj znanja. Podobno izkušnjo sem imela tudi v svetovalni službi na gimnaziji, na katero sem se prešolala.

Zares trdno podporo v tistem času pa sem doživela pri vzgojiteljici v dijaškem domu, ki si je upala pogledati čez vse nalepke in diagnoze, ki sem jih dotlej prejela. Ko sem se prešolala, sem imela veliko težav pri vzpostavljanju odnosov tako z zaposlenimi na šoli kot s sošolkami in sošolci. Sprva sem prenehala prihajati na ure enega predmeta, nato drugega, zatem sem kakšen dan uspešno preživela v šoli, nato pa zopet tri dni ne. V tistem letu sem si nabrala zajeten kup neopravičenih ur, ki so prižgale alarme tudi v svetovalni službi in pri razredniku. Počutila sem se krivo za svoje izostajanje od pouka, dušilo me je zaradi neopravljenih obveznosti, imela sem težave z nizko samopodobo, okolica pa mi je vedno znova dajala občutek, da sem Nihče. In tu je vstopila moja vzgojiteljica – bila je tam in nikoli ni tratila časa, da bi me še dodatno krivila in moralizirala. Včasih je zgolj sedela ob meni v tišini in je bilo to zame dovolj. Začela sem ji zaupati in se obračati nanjo, ko sem bila v stiski. Včasih sem prišla v vzgojiteljsko sobo in tam samo sedela, kdaj pa kdaj sem se tudi odprla in kaj povedala, včasih tudi zajokala. Odnos do mene je oblikovala počasi, z občutkom in vedno sem vedela, da ji je mar zame.

Pot, ki sem jo opisala, je moja. Mogoče je kdo šel po enaki poti in se lahko identificira že takoj, mnoge intervjuvanke in intervjuvanci pa so ubrali popolnoma druge poti. Z omembo raznih institucij in oseb nisem želela očrnuti ali pokazati na slabe oblike pomoči, ki sem jih prejela. Bi si pa takrat želela nekaj stvari, ki si jih želim še vedno: sprejemanje, poslušanje, zaupanje, vzeti si čas zame, česar nisem bila deležna vedno in povsod. V nekem obdobju pa so kljub temu pretehtale te vrednote pri osebah, ki sem jih srečala tekom svojega iskanja pomoči.

Ko boli, si želiš, da bi bolečina minila. V resnici si najbolj želiš, da bi minila v trenutku. Žal pa se ta želja uresniči le v pravljicah in ne v realnem svetu oziroma v realnih odnosih. Ko pa si v odnosu z nekom, ki te posluša, sprejema, ti zaupa in verjame vate, je s to bolečino mnogo lažje živeti. Želim si, da bi na začetku poti iskanja pomoči spoznala osebo, ki bi mi stala ob strani, ko bi jadrala od ene pomoči do druge in iskala takšno, ki bi bila zame primerna. Osebo, ki bi poznala razne oblike pomoči, mi svetovala in me spremljala od samega začetka do konca, preko različnih oblik pomoči. Sita sem bila podajanja med strokami, ki so me zavračale in najprej napotile na en konec, nato pa na drugega. Pošiljali so me od enega do drugega, kot da ne čutim ničesar, v resnici pa je vsaka majhna slaba izkušnja sprožila snežno kroglo neugodnih občutkov. Vse, kar sem si želela slišati, je bilo »mar mi je in tu sem s teboj, skupaj bova našla tako pomoč, kot jo potrebuješ«. Že to bi bila prva opora, ki sem jo takrat tako krvavo potrebovala.



SLIKA 3: *Včasih si lahko sam sebi največji sovražnik. Prispeval_a N**

POMEN UPORABNIŠKE PERSPEKTIVE NA PODROČJU DUŠEVNEGA ZDRAVJA MLADIH

251

THE IMPORTANCE OF USER PERSPECTIVE
IN YOUTH MENTAL HEALTH

Špela Razpotnik, dr. soc. ped.

*Pedagoška fakulteta v Ljubljani, Kardeljeva ploščad 16, 1000 Ljubljana
spela.razpotnik@guest.arnes.si*

Darja Tadič, dr. soc. ped.

Pedagoška fakulteta v Ljubljani, Kardeljeva ploščad 16, 1000 Ljubljana

Bojan Dekleva, dr. psih.

Pedagoška fakulteta v Ljubljani, Kardeljeva ploščad 16, 1000 Ljubljana

Mija Marija Klemenčič Rozman, dr. soc. ped.

Pedagoška fakulteta v Ljubljani, Kardeljeva ploščad 16, 1000 Ljubljana

Matej Sande, dr. soc. ped.

Pedagoška fakulteta v Ljubljani, Kardeljeva ploščad 16, 1000 Ljubljana

Juš Škraban, Mestre (Republika Portugalska)

Fakulteta za socialno delo, Topniška ulica 31, 1000 Ljubljana

POVZETEK

Prispevek povzema ugotovitve raziskave Dostopnost organiziranih oblik podpore mladim v psihosocialnih in duševnih

težavah in konteksti teh težav, ki je bila narejena v Sloveniji leta 2018. Te ugotovitve kontekstualizira in na njihovi osnovi daje predlog za nadaljnji razvoj sistema duševnega zdravja. Zavzema se za to, da bi se poleg kvantitativne razširitve sistema duševnega zdravja upoštevale tudi zahteve po njegovem kvalitativnem spreminjanju. Podpora "po meri posameznika" bi morala predpostavljati posameznikovo participacijo, vključenost, sodelovanje, dialoški pristop in postavljanje doživljanja mladostnice v središče – kot ključne strokovnjakinje za svoje življenje.

KLJUČNE BESEDE: *otroci, mladi, duševne stiske, duševno zdravje, ranljivost, uporabniška perspektiva*

ABSTRACT

The article summarises the findings of the research "Evaluating accessibility of organised forms of support to young people with psychosocial and mental problems and the context of these problems", which was conducted in Slovenia in 2018, contextualises these findings and, on this basis, makes a proposal for further development of the mental health system. It advocates that, in addition to the quantitative extension of the mental health system, the requirements for its qualitative change should be taken into account. Individualised support should presuppose the individual's participation, involvement, participation, dialogic approach and putting the adolescents' experiences at the centre – taking them as key experts in their lives.

KEYWORDS: *children, young people, mental distress, mental health, vulnerability, users' perspective*

ŠTUDIJA O DUŠEVNIH STISKAH MLADIH: NJENI NAMENI IN UPORABLJENA RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

Ta prispevek je namenjen zaključnemu pregledu ugotovitev raziskave s polnim naslovom Dostopnost organiziranih oblik podpore mladim v psihosocialnih in duševnih težavah in konteksti teh težav (preliminarna študija)¹, kontekstualizaciji teh ugotovitev ter pogledu naprej.

Ključni namen študije je bil spoznavanje uporabniške perspektive mladih, ki so izkušali duševne stiske in iskali pomoč zanje. Zbirali smo podatke o tem, kako mladi in njihovi starši dojemajo duševne težave, kako so iskali pomoč in kako prejeta pomoč ocenjujejo/dojemajo (Dekleva idr., 2018). Podatke smo zbirali s terenskimi polstrukturiranimi intervjuji vzorca 134 mladih, ki je bil geografsko zelo razpršen po Sloveniji. Zbrane podatke smo kodirali po metodologiji utemeljene teorije glede na zastavljena raziskovalna vprašanja. Več o metodologiji študije glej v članku Dekleva in Tadič v tej številki revije.

Drugi del študije je bil osnovan na spletni anketi, na katero je odgovorilo 124 predstavnic slovenskih šol in dijaških domov. Vsebina ankete se je nanašala na prakse šol v soočanju z duševnimi stiskami mladih. Tudi te podatke smo kvalitativno obdelali. Ugotovitve na osnovi podatkov, ki so bili zbrani z obema glavnima metodološkima pristopoma, prikazujejo prejšnji članki v tej številki revije. Razmišljanja, zapisana v tem članku, se nanašajo na celotno študijo ter njene implikacije za prakso in nadaljnje raziskovanje.

O DRUŽBENEM KONTEKSTU ŠTUDIJE TER NJENIH PREDNOSTIH/OMEJITVAH

Študijo smo izvajali v obdobju povečane pozornosti, ki so jo mediji posvečali duševnemu zdravju mladih, žal prepogosto v medijskem

¹ Analizo s tem naslovom je financiralo Ministrstvo za zdravje RS. Njeno izvajanje je trajalo le malo več kot štiri mesece.

diskurzu, ki je skladen s sporočilom o individualiziranju odgovornosti in slikanjem mladih v stiskah kot potencialno nevarnih. Mladi, ki smo jih intervjuvali v okviru raziskave (o namenih in značilnostih te študije glej prispevek Dekleva in Tadič v tej številki revije), so živeli in živijo v času, ko življenje v šolah zaznamujejo (v primerjavi s prejšnjimi desetletji) povečani storilnostni pritiski, podprti z mednarodnimi primerjavami, povečana stopnja tekmovalnosti in vse drugo, kar zaznamuje uveljavljanje neoliberalnega diskurza v šolstvu (Razpotnik in Tadič, v tisku). To je hkrati (na razvitem zahodu) doba rasti obsega težav in motenj v duševnem zdravju², vsaj sodeč po številu storitev, izdanih receptov, številu iskanj pomoči ter s tem povezanim bremenom za zdravstvene zavarovalnice. V Sloveniji »se je v obdobju med 2008 in 2015 število obravnav otrok in mladostnic zaradi duševnih in vedenjskih motenj na sekundarni zdravstveni ravni povečalo za 71 %« (Jeriček Klanšček in drugi, 2018, s. 9).

Današnji čas (ki ga zaznamujejo in določajo trendi zadnjih nekaj desetletij) je tudi čas uveljavitve »bio-bio-biomodela« psihiatrije (v nasprotju z bio-psiho-sociomodelom; Sharfstein, 2005), ki ga zaznamuje močen vpliv farmacevtskih korporacij ter pojavljanje novih psihiatričnih zdravil in njihove uporabe. Ta rast je bila marsikje eksponentna, skorajda eksplozivna, seveda predvsem v razvitem in bogatem svetu ter dosti manj v revnem tretjem svetu. V Sloveniji se je »poraba zdravil za zdravljenje duševnih in vedenjskih motenj pri osebah, mlajših od 20 let, v obdobju od leta

² Murphy in Fonagy (2013) pišeta: »Raziskave, ki so zajele več kot 25-letno obdobje od leta 1974 do 1999, so našle porast vedenjskih motenj med mladimi, in to ne glede na spol, socialni izvor in tip družine«. Podobno velja za čustvene motnje, ne pa tudi za hiperaktivnost. Našli pa so izrazit porast primerov samopoškodovanja. Mikuš Kos (2017) sicer piše, da je na vprašanje spreminjanja obsega motenj v duševnem zdravju mladih težko odgovoriti. Podatke o naraščanju nekaterih vrst motenj, predvsem anksioznih in depresivnih, spremljajo podatki o drugih vrstah motenj, kjer ne najdemo povečanja. Obseg nekaterih ogrožajočih dejavnikov upada (npr. stopnja stigmatiziranja razvez ali število mam, ki so v nosečnosti kadile), obseg drugih pa raste. Naraščajoče število registriranih motenj in danih diagnoz je gotovo v neki meri povezano s povečano dostopnostjo služb za duševno zdravje itd. Na drugem mestu avtorica piše, da so naša pojmovanja duševnega zdravja – kot sposobnosti za obvladovanje ovir in težav ter delovno uspešnost – pod vplivom »ekonomske in vrednostne naravnosti sodobnega sveta, v katerem so učinkovitost, uspešnost, tekmovalnost osnova za ugoden položaj v skupnosti«.

2008 do leta 2015 povečala za 48 %. Najbolj se je povečala med mladostnicami med 15. in 19. letom starosti, saj je bila leta 2015 za 73 % večja kot leta 2008 ... Poraba zdravil se je povečala predvsem zaradi velikega porasta porabe antidepressivov (43-odstotni porast porabe) in psihostimulansov (88-odstotni porast porabe) v starostni skupini od 15 do 19 let« (Jeriček Klanšček in drugi, 2018, s. 52). V svoji študiji smo med drugim ugotovili tudi to, da sta anksioznost in depresivnost dve težavi mladih, ki sta po mnenju največjega deleža anketiranih predstavnic šol v zadnjem času v porastu, oz. dve težavi mladih, s katerimi se šolske svetovalne delavke največ ukvarjajo. Trenutno ni videti konca temu trendu, ki bi mu lahko rekli medikalizacija duševnih težav³.

V takšnem času in kontekstu smo izvajali empirično raziskavo, katere osrednji del je bilo intervjuvanje 143 mladih (oz. v 12 primerih, ko so bili ti mladi še premladi, njihovih staršev) na temo njihove poti iskanja pomoči za njihove duševne stiske in težave⁴. Zanimali so nas njihovi pogledi na svoje težave ter iskanje pomoči, njihove izkušnje v šolah, ki so jih vsi obiskovali, a tudi izkušnje z drugimi, bolj specializiranimi ponudnicami pomoči za težave duševne narave. Z drugimi besedami: zanimala nas je uporabniška perspektiva mladih uporabnic (predvsem) formalnih virov pomoči v situaciji lastnih duševnih stisk. Uporabniška perspektiva nas je zanimala zato, ker smo domnevali, da ta vključuje tudi razloge (ali ključne do razumevanja razlogov), zaradi katerih toliko mladih ne poišče ali ne najde poti do ponudnikov storitev na področju duševnega zdravja (kar je bilo eno od glavnih vprašanj in motivacij za študijo) in zaradi katerih se kasneje v tolikšni meri (namreč večji, kot je to značilno za druge starostne skupine uporabnikov)

³ Psihiater Rok Tavčar (2018) je v nedavnem predavanju rekel: »Ali res ne gre brez zdravil? Dajmo družbo spremeniti, pa ne bo nobene duševne motnje več!? Ja, mogoče res, zdaj imamo novo vlado, mogoče bo ta nova vlada spremenila družbo [...] Jasno, da družbe najbrž ne bomo mogli spremeniti, vsaj ne z danes na jutri [...] Človek, ki ima danes težave, ne more čakati na zaključek mandata pa na evropske volitve, tudi pogovor o podnebnih spremembah mu v bistvu ne bo koristil pri tem, če ima depresijo ...«.

⁴ Pri tem nismo uporabljali izrazov motnje ali bolezn, ki bi implicirale obstoj diagnoz in strokovnih obravnav, česar pa nismo jemali kot pogoj za vključitev mladih oseb v študijo. V študiji nas je nadalje zanimala predvsem subjektivna perspektiva uporabnic, ki ni nujno vključevala izrazov motnje in diagnoze, praviloma pa je šlo za stiske in težave.

iz obravnav osipajo ali jih predčasno zapuščajo (kar pa sicer ni bilo eno od glavnih vprašanj študije).

Po našem vedenju v slovenskem prostoru še ni bilo opravljene podobne raziskave, še posebej ne s tako velikim vzorcem, s tolikšno geografsko razpršenostjo vzorca in s tako širokim fokusom vzorčenja, ki se ni omejeval na posamezne diagnoze ali posamezne institucije, ki naj bi jih intervjuvane osebe obiskovale. Ne glede na druge »metodološko raziskovalne tehnikalije« pa je bila – za slovenski prostor – morda najbolj nova sploh ideja ugotavljanja uporabniške perspektive na področju duševnega zdravja, ki je bila ključni fokus naše raziskave. Zanimala nas je predvsem razgrnitev prvoosebne perspektive, znanja in izkušenj uporabnikov storitev oz. posameznikov, posameznic ali družin, ki so poskušale dostopati do podpore v situacijah duševnih stisk.

Podobna (čeprav v manjši meri) novost je bila tudi izvedena analiza mnenj predstavnic osnovnih in srednjih šol (ter dijaških domov) na osnovi anketiranja na temo duševnega zdravja. Anketa je bila poslana vsem slovenskim šolam, nanjo pa so v veliki večini odgovarjale šolske svetovalne delavke. Domnevno je bilo to tako zato, ker se vprašanja duševnega zdravja v šolah razumejo pretežno kot stvar in pristojnost šolskih svetovalnih služb (ŠSS). O delu ŠSS v slovenskem prostoru je sicer na voljo več analiz in študij, vendar pa po našem vedenju nobena ni bila fokusirana na duševno zdravje in ni vključevala celotne populacije slovenskih šol oz. ŠSS. O tem pa, da je tema duševnega zdravja v zvezi s šolo v zadnjem času vendarle predmet razmišljanja in pisanja, priča med drugim tudi tematska številka revije Šolsko svetovalno delo (Duševno zdravje v vrtcu ..., 2017).

Da bi spoznali »uporabniške perspektive« oseb, s katerimi smo izvedli intervjuje, smo izvedli široko zastavljeno vzorčenje mladih oseb, ki smo ga zgoraj ocenili kot prednost in kakovost, mogoče pa ga je oceniti tudi kot slabost ali pomanjkljivost. Zaradi oportunistične narave vzorčenja je študiji seveda mogoče očitati, da ni povsem jasno, na katero populacijo se nanaša oz. v kakšnem odnosu je vzorec s populacijo vseh mladih, ki izkušajo duševne stiske. Ta očitek je delno upravičen in bi ga bilo moč preseči le z zbiranjem podatkov od reprezentativnega vzorca mladih nasplloh – če bi želeli

zajeti celoten spekter faz iskanja pomoči, diagnoz oz. težav in ponudnikov pomoči, tako kot je bilo to v naši študiji. Takšna raziskava bi bila zelo draga in bi morala verjetno vključevati pretežno kvantitativno metodologijo z vsemi njenimi prednostmi in slabostmi.

Kljub vsemu je bil naš vzorec – tudi ob uporabi kvalitativne metodologije (za katero so sicer običajni precej manjši vzorci) – razmeroma velik, tako da je omogočal tudi grobo ocenjevanje nekaterih vidikov reprezentativnosti. Na osnovi takega zares grobega ocenjevanja lahko trdimo, da smo dosegli vzorec mladih, ki je bil dobro geografsko razpršen, ki ni vseboval samo družin srednjega sloja (česar bi se lahko zaradi izbranega socialnega porekla intervjuvark bali) ter ki je kazal porazdeljenost duševnih težav (kakor so jih pač mladi sami poimenovali), ki je bila presenetljivo podobna porazdeljenosti strokovno diganosticiranih duševnih težav in motenj.

Še več omejitev raziskave je bilo povezanih z njeno kvalitativno usmerjenostjo. Taka metodologija se vnaprej odpoveduje kvantitativni primerljivosti, npr. z drugačnimi vzorci ljudi, glede na druga območja, čase itd. Z njo smo ugotavljali predvsem prisotnost tem, pojavov, skrbi, vrst izkušenj, manj pa smo lahko z njo utemeljevali količinsko opredeljene ocene. Težko smo namreč ocenjevali, ali je nečesa veliko ali malo, preveč ali premalo, ker nismo imeli jasnega merila, s katerim bi to stvar zanesljivo izmerili, po možnosti še na način, ki bi omogočal primerjave s količino istega nekje drugje. Ena od teh (merjenih ali nemerljivih?) »stvari«, morda najpomembnejša v naši študiji, je bilo zadovoljstvo mladih uporabnikov s prejeto pomočjo (ali z dostopnostjo te pomoči). V skladu z naravo kvalitativne metodologije nismo mogli izmeriti velikosti tega (ne)zadovoljstva, lahko pa smo identificirali njegove vrste in prešteli ljudi, ki so poročali o teh (ne)zadovoljstvih.

Sicer pa v svetu obstajajo prizadevanja, da bi (ne)zadovoljstva uporabnikov zanesljivo izmerili, s čimer bi lahko potem primerjali njihove stopnje skozi čas ali v različnih prostorih. Če govorimo o zanesljivosti ter možnostih primerjave, gre seveda za kvantitativne študije, ki podatke pridobivajo s pomočjo vprašalnikov oz. lestvic. Dva primera takih študij sta npr. Simmons, Parker in Hetrick (2014) ter Rickwood in drugi (2019). Pri konstrukciji lestvic sodelujejo tudi uporabniki (npr. Rogers, Chamberlln, Langer Ellison

in Crean, 1997). Po nekaj desetletjih oblikovanja in preizkušanja takih lestvic so na voljo tudi metaanalize njihove uporabnosti in rezultatov (npr. Miglietta, Belessiotis-Richard, Ruggeri in Priebe, 2018). Nekateri avtorji pa menijo, da je za ugotavljanje zadovoljstva uporabnic s storitvami duševnega zdravja v splošnem primernejša kvalitativna metodologija, katere uporabnost za primerjalne študije pa je seveda omejena.

Naša raziskava na koncu ne pomeni le študije (za nas) novega pojava (predmeta raziskovanja) t. i. uporabniške paradigme, ampak tudi preizkus nove raziskovalne paradigme – raziskovanja v razmeroma tesnem sodelovanju s študentkami, ki so same sodile v starostno skupino mladih, ki smo jih proučevali. Njihovo sodelovanje se je (pri nekaterih) kazalo ne nazadnje v tem, da so tudi same prispevale svoje osebne izkušnje ter nekatere tej tematiki kasneje posvetile svoja magistrska dela.

UGOTOVITVE ŠTUDIJE IN NJIHOVA UPORABNOST

V študiji smo ugotavljali, da mlade, ki so v duševnih stiskah, pred iskanjem pomoči zadržuje predvsem to, da želijo težave iz različnih razlogov skriti. Ta želja po skrivanju stisk je tipično povezana z enim od dveh strahov, s katerima se soočajo: 1. strah, da bodo deležni odzivov, ki bi jih doživeli kot represiven in neustrezen poseg vase ali v svoje družine (npr. prisilna hospitalizacija, namestitev v vzgojni zavod ali odvzem otroka iz družine); 2. strah pred stigmatizacijo in osramotitvijo zaradi razkritja stisk, na kar so (poleg intervjuvanih mladih) opozorile tudi anketirane šolske delavke. Ob tovrstnih skrbeh ni čudno, da je naša študija pokazala, da so mladi z iskanjem oziroma prejemanjem pomoči večinoma začeli prej pozno, ko so se njihove težave že nakopičile in postale (zanje) neznosne.

Akterji prvega iskanja formalne pomoči tipično niso bile šole ali druge ustanove, namenjene mladim. Pomoč so večinoma začeli iskati mladi sami ali pa njihove družine. Intervjuji z mladimi iz posebej ranljivih družin so osvetlili, da je redko omenjena vpletenost

drugih članic soseske, na primer sosed, družinskih prijateljic, znank. Splošni vtis je, da so torej družine, ki iščejo pomoč, izolirane in osamljene v svojih težavah, ki jih ožje okolje (lokalna skupnost) ne pomaga reševati, ampak so zaradi njih te družine prej stigmatizirane, obrekovane, marginalizirane.

Mladi so v intervjujih opozarjali na relativno nesenzibilnost šolskega okolja za njihove stiske, obenem pa so predstavili percepcijo šole kot okolja, v katerem gre predvsem in prepogosto za doseganje dobrih rezultatov (pri čemer »rezultatov« pomeni »ocen«), ne pa za vzgojno naravnano in podporno okolje, kjer bi mladi lahko bili videni kot posamezniki, dobili izkušnjo sobivanja in sodelovanja. Ob tem smo preko ankete s šolskimi svetovalnimi službami ugotavljali, da ti kot oviro na področju nujenja podpore mladim v šolskem prostoru izpostavljajo pomanjkanje časa, ker je, med drugim, njihov delokrog administrativno obarvan ter ker je normativ za svetovalne delavke na šolah neugoden. Lahko bi rekli, da se perspektiva intervjuvanih mladih in perspektiva anketiranih delavk vsebinsko dobro (pa čeprav sporočilnostno zaskrbljujoče) dopolnjujeta in medsebojno osvetljujeja. Ta splošen zaključek pa seveda ne sme zamegliti dejstva, da so nekateri mladi vendarle ocenili podporo, ki so jo dobili v šolah, kot zares ustrezno in podporno. Zato ni dvoma, da v nekaterih šolah in nekatere šolske delavke delujejo kar optimalno tudi v smislu zagotavljanja podpore za dober razvoj duševnega zdravja, a to seveda v kontekstu obstoječih pogojev in vrednot šolskega sistema⁵.

V študiji smo ugotavljali tudi, da mlade, ki se pomoč vendarle odločijo in začnejo iskati, pri tem pogosto in bolj izrazito ovirajo tudi »količinski« vidiki mreže ponudnikov pomoči. Tisti, ki pomoč že iščejo, se soočajo s premajhnim številom razpoložljivih virov formalne pomoči, kar se odraža v dolgih čakalnih dobah in omejenih možnostih obiskov virov pomoči (preredka oziroma prekratka srečanja). Pri uporabi razpoložljive pomoči sta jih ovirali tudi plačljivost

⁵ Primerjaj oceno Kos Mikuš (v članku v tej številki revije) o tem, da je podporno delovanje v šolah bolj stvar srečnega naključja (npr. da si dobil »dobro« razredničarko, učiteljico, vzgojiteljico) kot pa namenskega sistemskega delovanja ali poslanstva šole: »Osnovna pomoč otrokom v stiskah ni nujni sestavni del socialnega tkiva vzgojno-izobraževalnih institucij.«

oblik pomoči, ki so alternativa pomoči z dolgimi čakalnimi roki, in geografska oddaljenost virov pomoči. Organizacije, ki so ponujale hitro dostopno pomoč za mlade v psihosocialnih stiskah, so bile večinoma v Ljubljani. Intervjuji z mladimi iz ranljivih družin so posebej izrazito opozorili na problem razparcelirane, neusklajene in sporadične podpore, na neažurnost nekaterih postopkov. Sistemi pomoči niso medsebojno integrirane mreže; v bistvu lahko govorimo o improvizaciji pri iskanju pomoči s strani uporabnic in njihovih bližnjih. Poleg naštetih pa so se mladi soočali tudi z raznovrstnimi oblikami izključevanja, ker niso ustrezali kriterijem, ki so jih postavljali viri formalne pomoči (npr. starost ali prehude oziroma ne dovolj hude težave).

Manjši del raziskave je premaknil fokus z iskalcev pomoči na ponudnike storitev pomoči mladim⁶, ki imajo psihosocialne stiske in težave. Pri nas tovrstne storitve ponujajo javne neprofitne organizacije (CSD, svetovalni centri za otroke in mladostnike, psihiatrične bolnišnice ...), nevladne organizacije z različnimi programi podpore in zasebne psihiatrične ambulante. Glede na hiter pregled navedenih organizacij smo ugotovili, da jih razmeroma malo ponuja specializirane programe pomoči za mlade, večji del jih vključuje v redne programe (kar lahko glede na zgoraj opisano zmanjšuje možnosti za uspeh pomoči oziroma podpore). Organizacije, ki omogočajo razmeroma hiter dostop do pomoči, so mladim na voljo večinoma na območju Ljubljane. Že tako okrnjena specializirana »mreža« pomoči je tako geografsko zelo zgoščena, kar pomeni, da je lahko dostopnost pomoči za mlade v drugih regijah otežena. Organizacije, ki smo jih analizirali podrobneje, so ponujale celostno obravnavo mladostnic, nekatere pa imajo razvite tudi nekatere inovativne pristope za mlade, kot so prilagojene spletne strani, klepetalnice in aplikacije. Glavne težave organizacij so povezane s pomanjkanjem kadrov ali s premalo usposobljenim kadrom in s pomanjkanjem specializiranih oblik nastanitve za mlade. Če ugotovitve povežemo z ostalimi deli raziskave, lahko poleg podrobnejše analize organizacij, ki ponujajo pomoč mladim (saj zaradi slabšega odziva nismo

⁶ Metodologija tega dela raziskave je podrobneje prikazana v raziskovalnem poročilu (Sande, 2018). V prvi fazi je vzorec vključeval 48 organizacij, v drugem pa 38 organizacij.

zajeli vseh), predlagamo razmislek o nadgradnji mreže pomoči za mladostnice, ki bo v prvi liniji ponujala mladostnicam prilagojeno in hitro dostopno obliko pomoči za širši spekter psihosocialnih stisk in težav ob podpori drugega nivoja mreže za specifične težave, ki je do neke mere bolje razvita. Poleg tega pa že omenjen razvoj integracije oziroma vključevanja v skupnost z nastanitveno podporo za mlade.

Intervjuji z mladimi so nas opozorili na še en pomemben vidik dostopnosti pomoči. Poleg preskope, premalo povezane in integrirane mreže pomoči so mlade odvrčale tudi slabe izkušnje s prejetimi oblikami pomoči. Na to, ali bo mlada oseba v najdeni obliki pomoči vztrajala in jo uporabljala, je v veliki meri vplivalo to, kako je to pomoč doživela.

Med izkušnjami s ponudnicami in izvajalkami pomoči, ki so jih mladi ocenili kot pozitivne in podpirne, so različne oblike odnosov, pristopov in ravnanj, ki bi jim lahko določili kar skupno nadopomenko »človečnost« (glej prispevek Mikuš Kos v tej številki revije in Mikuš Kos, 2017). Kot podporno in spodbudno so doživeli na primer to, da so bili opaženi in prepoznani kot neponovljivi posamezniki z unikatnimi značilnostmi in življenjskimi okoliščinami; da je bil z njimi vzpostavljen osebni in/ali zaupni stik; da jim ni bilo vseeno zanje, da so pokazali interes in skrb zanje; da so si vzeli čas za pogovore z njimi, da so bili dostopni; da so imeli do njih in njihove prihodnosti pozitiven in optimističen, vzpodbuden odnos; da z njimi niso delovali na način pritiskanja in ustrahovanja; da niso zmanjševali pomena njihovih težav in jih banalizirali; da so varovali zaupnost podatkov in informacij o mladih osebah. Kot podpirne so doživeli pomoči in osebe, ki so delovale na način, ki ga opisujejo naslednja gesla: angažma, odprtost, pogovarjanje, posvečanje časa, praktična/neposredna pomoč, profesionalna distanca, razpoložljivost, sočutje, sprejemanje, trajnost odnosa, zaveznitvo.

Zelo podobno je pokazala tudi naša študija nekaterih primerov dobrih praks v šolah. Za šole, ki smo jih označili kot dobre primere na področju podpore mladim v stiskah, je veljalo, da so svetovalne delavke prisotne v šoli, v razredih, aktivno delujejo v smeri, da jih dijakinje in učiteljice (s)poznajo. V šoli je bilo prisotno razumevanje, da podpora dijakinjam na področju duševnega zdravja ne poteka

samo individualno. Prilagoditve dijakinjam v situaciji (akutnih) duševnih stisk niso pomenile samo prilagoditev učnega procesa, temveč tudi prilagoditve, ki so jim v kar največji meri omogočale vključenost v (ob)šolsko dogajanje. Pomemben vpliv pri prepoznavanju stisk in nudenju podpore sta predstavljal klima in kultura v šoli, ki sta dopuščali in sprejemali stiske kot del realnosti in kot del življenja dijakinje, kjer tudi šola lahko ponuja pomembno podporo. Šlo je torej za socialnointegrativni diskurz, kjer dijakinja ne pridobi zgolj podpore in pomoči v situaciji stiske, temveč se zanjo ustvarjajo možnosti, da lahko čimbolj polno sodeluje v šolskih in obšolskih (še posebej v skupnost usmerjenih) dejavnostih. Podobne ugotovitve izhajajo tudi iz ankete s šolskimi svetovalnimi delavci in delavkami. Ti so kot posebno prednost omenjali ravno svojo vsakodnevno prisotnost in vpetost v šolo kot skupnost ter znanje, občutljivost in zaupanje učenk/diakinj, ki si ga pridobijo nekatere šolske svetovalne delavke.

Nanizane ugotovitve nudijo precej bogat nabor izhodišč za razmisleke o tem, kam bi bilo smotrno usmeriti nadaljnje aktivnosti in prizadevanja za ustvarjanje smiselnih oblik in pogojev za podporo mladim v duševnih stiskah.

Če si želimo, da bi mladi svoje stiske izražali prej in s tem v zvezi tudi prej iskali podporo, potem moramo zmanjševati strahove, zaradi katerih skrivajo svoje stiske. Vprašanje, kako zmanjševati strah mladih pred npr. prisilnimi hospitalizacijami ali odvzemom otroka iz družine, je precej zapleteno. Vključuje namreč tudi predpostavko, da so lahko stvari, ki se jih mladi bojijo, zanje koristne in nujno potrebne. Nesporno pa je, da prisilnih institucionalnih ukrepov kljub njihovi deklarativni naravnosti »v pomoč« ne moremo razumeti zgolj kot take. Ti ukrepi so obenem tudi dejavnik, ki mlade odvrča od tega, da bi iskali pomoč. Strah pred namestitvami v institucije in njihovimi represivnimi ukrepi pa je v precejšnji meri verjetno povezan tudi (ali zlasti) z vlogo, ki jo institucijam pripisujemo in javno reprezentiramo. Razumljivo je, da si mladi, ki doživljajo stiske, ne želijo v institucije, katerih prednostni nalogi sta represija in nadzor, ljudje, ki naj bi v te institucije sodili, pa »moteni«, »nevarni«, manj sposobni ali »kronično bolni«. Prizadevanja za izboljšanje dostopnosti podpore mladim, ki so v duševnih

stiskah, morajo biti zato nujno povezana tudi s ponovnim razmislekom o tem, komu in čemu so institucije namenjene, ob čemer pa se je treba izogibati povzdigovanju njihovih nadzorstvenih in represivnih funkcij na račun zanemarjanja njihove naloge, da mlade podpirajo, spodbujajo in zagovarjajo.

Zadržki mladih v zvezi s svojo stigmatizacijo zelo jasno kažejo tudi na potrebo po destigmatizaciji duševnih stisk in razvoju služb, ki delujejo na nestigmatizirajoč način. Skrbi v zvezi s stigmo so verjetno tesno povezane z diskurzom individualizma, v katerem se duševne stiske pojmujejo kot osebni poraz posameznika, pa tudi z »golim« medicinskim diskurzom (ki ne upošteva socialnih determinant zdravja), v katerem so duševne stiske mladih pogosto biodeterministično razumljene kot bolj ali manj trajne somatske značilnosti osebe. Obenem pa so skrbi mladih v zvezi s stigmo prepletene tudi s favoriziranjem vidika uspešnosti in storilnosti mladih v šolskem prostoru, v katerem se stiske predstavlja kot znak »šibkosti« ali »osebne neuspehe«.

Spoznanja o tem, da so mladi začenjali iskati pomoč večinoma sami ali ob spodbudi ožje družine, nas opozarjajo na potrebo po tem, da se v iskanje pomoči aktivneje vpnejo tudi izven družinske mreže mladih. To je še posebej pomembno pri tistih, ki imajo šibkejšo socialno mrežo, in pri tistih, ki bivajo izven družine ali v družinah, ki so v kontekstu prepoznavanja stisk in iskanja pomoči manj podperne. Idealizacija družine kot tiste, ki bo gotovo dobro poskrbela za svoje člane, hkrati pa spodbujanje idej, naj bodo stiske otrok tema, ki naj (v skladu z diskurzom individualizma) ostaja v zasebni sferi mlade osebe same ali njene družine, krepita vrzel, ki nastaja okrog mladih, ki sami ali v svoji družini ne morejo ali nočejo iskati podpore v primerih duševnih stisk. Treba je krepiti zavest, da stiske mladih niso zgolj stvar njih samih in njihovih družin, pač pa tudi njihovih prijateljev, sosedov, soselek in skupnosti, poleg tega pa tudi stvar šole.

Mladi so v tej študiji sporočali, da je šola predvsem kraj, kjer se meri njihova uspešnost v smislu pridobivanja dobrih ocen, precej manj pa kraj, kjer bi iskali in dobili prostor za razvoj in učenje v širšem pomenu. Na tej točki je potrebna širša refleksija šole, ki naj bo – če želimo mladim nuditi boljše in varnejše prostore za

izražanje svojih stisk – usmerjena stran od storilnosti, tekmovalnosti in zahtev po karierni uspešnosti mladih.

Mladi, ki so se za iskanje pomoči kljub mnogim oviram že odločili, so se pogosto soočali s težavo premalo razširjene, slabo integrirane in premalo geografsko razpršene brezplačne pomoči. Obenem pa je na to, ali bo mlada oseba v najdeni obliki pomoči vztrajala in jo uporabljala, v veliki meri vplivalo to, kako je to pomoč doživela. Hkrati z načrtovanjem širitev mrež pomoči mladim je torej vselej treba presoјati ne samo, koliko virov pomoči jim je na voljo, pač pa tudi (ali predvsem), ali je ta pomoč takšna, da jo bodo mladi (in njihovi starši) želeli uporabljati. Mladi so uporabljali in vztrajali v tistih oblikah pomoči, kjer so občutili sprejemanje, spodbudo, sodelovanje, in druge elemente naravnosti, ki jo lahko imenujemo »človečnost«. Ta je – gledano diskurzivno – precejšnje nasprotje temu, kar so mladi izpostavljali, ko so opisovali svoje zadržke in ovire pri iskanju pomoči in ki smo jih v prejšnjih nekaj stavkih problematizirali.

Ta študija nas je (kot se da razbrati iz tega zaključka) večkrat spodbujala, da smo se vračali k širšim, paradigmatiskim vprašanjem o današnji družbi in mestu mladih v njej. Verjetno je eno od pomembnejših spoznanj te študije, da želji po povečevanju dostopnosti pomoči mladim v stiskah ne moremo dobro zadostiti s kakšno tehnično reorganizacijo sistema pomoči, pač pa terja bolj kompleksne spremembe diskurzov, v katerih so trenutno organizirana življenja (s tem pa tudi stiske in pomoč) mladih. Tisto, kar mlade odvrča od iskanja pomoči, in tisto, kar verjetno hkrati njihove stiske tudi ustvarja, so načela, ki so se jih priučili v svetu individualizma, biodeterminizma in ustrahovanja. Tisto, kar obstoječemu sistemu pomoči manjka (poleg lažje rešljivega problema števila izvajalcev, njihove nenenakomerne geografske porazdeljenosti in nepovezanosti sistema pomoči), je morda še večja mera usmerjenosti v človeka ali poslanstva v smislu podpore in zagovornišva ljudi nasproti nezdravim pritiskom in okoliščinam okolja.

V paradigmatškemu preobratu, v katerem bosta imela na primer skupnost in povezovanje prednost pred tekmovalnostjo in individualizmom, človek prednost pred diagnozo, učenje za

življenje pa prednost pred storilnostjo in ocenami, bodo sledila tudi drugačna razumevanja stisk mladih in ideje o odzivih nanje.

POGLED NAPREJ

Kompleksnost vsakodnevnega življenja prehiteva kapacitete raznolikih strok, da bi dogajanje sproti ustrezno reflektirale, analizirale in pojasnjevale⁷. V tej luči je potrebo brati tudi zaključke naše raziskave, kjer podatki, predvsem citati sogovornic in sogovornikov, ki so sami izkušali stiske in procese iskanja podpore, zgovorno pričajo sami zase, obenem pa jih poskušamo uokvirjati s koncepti, brez katerih je nemogoče misliti sodobni čas.

Ključni fokus naše raziskave je bil vsekakor razgrnitev prvoosebne perspektive uporabnic storitev oz. posameznic ali družin, ki so poskušale dostopati do podpore v situacijah duševnih stisk. Walsh (2016) poudari pomen prepoznavanja individualnih specifik vsakokratne uporabnice, posebej še, če gre za ranljivo posameznico in družino. Celosten pristop k ranljivim posameznicam ali družinam naj bi vključeval neformalno podporo in prepoznanje potreb posameznice kot celovite osebe. Prav tako naj bi bila ključnega pomena čim večja participacija družinskih članov, ko gre za načrtovanje podpore in odločanje o prihodnjih korakih. Čačinovič Vogrinčič (2016) s tem v zvezi opisuje paradigmo soustvarjanja, ki gradi na perspektivi moči, krepitvi moči in narekuje izhajanje iz virov, ne primanjkljajev.

Glede participativne naravnosti ponujenih podpornih programov lahko na podlagi svoje raziskave zaključimo, da smo našli le (pre)malo participatorne, dialoške naravnosti različnih podpornih ponudb. Taki rezultati bi nas zlahka zapeljali v poenostavitve, kjer bi valili krivdo na starše ali strokovne delavke šol ali drugih sfer. Zgolj z valjenjem odgovornosti na katerega koli od deležnikov pa se seveda ne moremo zadovoljiti, saj je naš namen

⁷ Mikuš Kos (glej njen prispevek v tej številki revije) meni, da kompleksnost vsakodnevnega življenja ne prehiteva toliko možnosti strok v reflektiranju, analiziranju in pojasnjevanju kot njihove »zmožnosti ustreznega odzivanja in obvladovanja dogajanj tako na teoretični ravni kot na ravni prakse«.

ravno uvajanje diskurza deljene odgovornosti (Razpotnik, 2011), vmesnosti, recipročnosti, dialoški in postajanja.

Režimi pojasnjevanja resničnosti, v katere so različni programi obravnavanja ranljivih posameznic in družin vgrajeni, najpogosteje izključujejo akterke same, da bi te definirale probleme, s katerimi bi se morali soočiti (izključenost, revščina, slabi dosežki v šoli, slabe bivalne razmere, segregacija, nasilje ...). Diskusija o tem in definiranje ključnih problemov je prepuščena strokovnjakinjam. Nikakor pa ni očitno, poudarijo Vandenbroeck, Boonaert in Van Der Mespel, (2009), da so cilji takih raznolikih programov vselej tudi v skladu s cilji povečanja moči, dobrobiti in dostojanstva po meri ljudi, ki izkušajo težave (posledice izključenosti).

Nevključenost v dialog, ki je pogosto omenjena težava mladih pri vključenosti v različne vrste podpore, nakazuje na paradoks, da se pogosto znajdejo sami in neslišani sredi specializiranih oblik pomoči. Ena izmed glavnih ugotovitev poglavja o (ne)formalnih oblikah pomoči je, da so za uporabnice bolj kot strokovne kompetence podpornih oseb ključne pomenske izkušnje participacije v dialogu, odnosi zaupanja, slišnosti s podpornimi osebami. To nakazuje na potrebo po ponovnem premisleku o delovanju že obstoječih in po snovanju novih podpornih struktur, ki bodo bolje naslavljale potrebe ljudi, ki doživljajo duševne stiske, in njihovih bližnjih. Pri tem imajo lahko ključno vlogo prav osebe s prvoosebno izkušnjo.

V času atomizacije in razkroja nekdanje trdnje (ne pa nujno tudi podpornih) tradicionalnih mrež je nujen razmislek o novih oblikah podpore, ki bi jo posameznice v stiskah, ki jih generira nov, atomiziran čas, potrebovale. Javni govor postaja vse bolj obremenjen z individualizacijo odgovornosti za stiske in težave, ki jih posameznice doživljajo, po drugi strani se zdi, da te postajajo pogostejše in tvorijo nove fenomene. Govorimo o anksioznosti, eksternalizirani ali internalizirani agresiji (nasilnosti ali samopoškodovanju, samomorilnosti), depresiji oz. pomanjkanju volje za življenje in podobno. Stanja, kot sta anksioznost in depresija, se na primer v današnjih družbenih strukturah razume kot od družbe neodvisni obolenji, ki naj se ju naslavlja individualno, ne pa kot eni od mnogih stranskih učinkov sodobnega poudarjanja osebnih koristi ter tekmovalnosti, s tem pa odplavljanja socialnih vezi in promocije

odtujenosti (Espozito in Perez, 2014). Tudi v okoljih, kjer narašča število ljudi, ki prejemajo razpoložljive oblike pomoči, je vse več ljudi s težavami v duševnem zdravju (prav tam). Vprašanje pomoči mladim torej ne more biti zgolj vprašanje širjenja naborov pomoči, temveč je treba tudi ponovno razmisliti o njihovih oblikah, ne nazadnje pa tudi o strukturah, ki v današnjem času te stiske porajajo.

Kar smo za zdaj kot družba ponudili, je, da te težave medikaliziramo, jih poskušamo razumeti kot čim bolj ozko definirane in dekontekstualizirane simptome in jih tako razvrščamo v neke ozke kategorije, s čemer pa spregledamo bistveno: njihovo kompleksnost in vpetost v kontekste, v katerih se so stiske porajale, razvijale in izkazovale (konteksti družine, šole, soseske in širšega kulturnega miljeja). Na podlagi številnih pogovorov v okviru raziskave bi lahko zaključili, da poskus, najti ustrezno, visoko specializirano obravnavo za določeno kombinacijo (duševnih) stisk, najpogosteje vodi do napotovanja mladostnic od vrat do vrat, kar opisuje koncept »vrtljivih vrat« kot fenomen prehajanja med različnimi ponudbami podpore, od katerih nobena ne nudi ustreznega odgovora. Pri tem pa podajanje in prenapotovanje mlade osebe s prizadevanjem, da bi poiskali ravno pravšnjo obliko specializirane podpore, ni samo prazen, »brez-pomočen« čas. Gre tudi za čas, ki stisko povečuje, kar ilustrira pripoved Helene Grbec (glej njen prispevek v tej številki revije): »Pošiljali so me od enega k drugemu, kot da ne čutim ničesar, v resnici pa je vsaka majhna slaba izkušnja sprožila snežno kroglo neugodnih občutkov«. Povedano v bolj subjektivnem jeziku, ki ima podlago v pripovedih naših sogovornic: pogost vtis mladih v stiski je, da so odpirali številna vrata, sporočilo, ki so ga dobili pri posameznih službah, pa je bilo, da ne sodijo k njim, da oni niso pravi naslov za njihove težave in da jih je potrebno napotiti nekam drugam. In tako naprej, pogosto v začaranem krogu. Sporočilo, ki ostaja, je, da zato, ker ne sodijo v kakšno od kategorij težav, ne sodijo nikamor niti kot ljudje, so odveč in nikomur pomembni. Ob tem gre poudariti specifično mladih, ki v kategorizaciji simptomov in diagnoz ne vedo prav veliko. Svoje stiske najpogosteje ne prepoznajo kot nastanek nekih specifičnih težav, temveč jo doživljajo bolj generično. Zdi se jim, da nekaj ni ok, da je enostavno nekaj narobe in da se v tem svetu preprosto ne počutijo dobro, kot

ilustrira pripoved Helene Grbec (prav tam): »... nekakšn(e) gmot(e) 'nečesa', kar je brez prave oblike ali strukture« in »... nisem več ločevala stiske od sebe. Bila sem Stiska«.

Odgovor, ki ga lahko damo na to dilemo, je zahteva organizacijam in skupnostim po ustvarjanju podpornih prostorov, kjer se bodo mladostniki in mladostnice (ne glede na stiske, ki jih doživljajo) lahko počutili sprejete, dobrodošle, slišane in pomembne, kjer bodo lahko tkali formalne in neformalne podporne vezi, ki jih je v skupnostih, kot jih naši pogovori izpričujejo, izrazito premalo. V tem tiči tudi sporočilo strokam, da je njihova naloga nadomeščanje primanjkljajev v podpornih mrežah, tudi teh neformalnih, na raznolike načine, ki bi krepili moč in povezanost sicer vse bolj razslojenih in atomiziranih članov skupnosti. Potreba po ustvarjanju prostorov vključenosti pa se ne izključuje s potrebo po intenzivnejši podpori za tiste, ki bi jo potrebovali. Sidrišča, ki bi mladostnice vključevala, bi glede na naše raziskovalne ugotovitve lahko delovala tako preventivno (preprečevala osamljenosti, stiske) kot tudi kurativno (vključevala ter naslavljala konkretne stiske, četudi ne na dramtizirajoč ali demonizirajoč način).

Na podlagi pogovorov lahko rečemo, da je potreba po bolj specifični (ekspertni) podpori, ki jo mladostnice (v javnem govoru zaznane kot »težki primeri«) potrebujejo, morda mit, saj je na podlagi številnih zgodb tisto, kar šteje in deluje, varna in podporna skupnost ali odnos. Šele varna skupnost oz. odnos je (oz. bi naj bila) tudi nujna podlaga za morebitne bolj specifične obravnave. Individualizirano in po meri posameznice torej ne pomeni isto kot »specializirano«. Ključna razlika je v tem, da podpora »po meri posameznice« predpostavlja njeno participacijo, vključenost, sodelovanje, dialoški pristop in postavljanje doživljanja mladostnice v središče (kot ključne strokovnjakinje za svoje življenje). Nasprotno pa bolj specializirana (v smislu konvencionalne ekspertnosti – psihiatrične, pedagoške ali druge) pomoč lahko pomeni nekaj bolj oddaljenega in odtujenega od same posameznice s stiskami in njene skupnosti, družine, obstoječih virov, mreže.

Poti iskanja podpore naših sogovornic so zelo povedne, raznolike, težke. Razgrnitev teh iskanj s časovne distance prinaša obilico novega znanja, ki ga lahko uporabimo pri bodočih razmislekih o

gradnji podpornih mrež na področju duševnega zdravja. Nakazuje potrebo, da je te mreže potrebno zgostiti, pa ne le v kvantitativnem, pač pa predvsem kvalitativnem smislu; da bodo bodočim iskalkam in soustvarjalkam podpore lahko ponudile varen, smiseln prostor, ki bo zasnovan z namenom, da bi se mladi v stiski v njem lahko na varne načine izrazili. Na podlagi analiz sicer ne moremo orisati tipične poti iskanja podpore, a vseeno lahko s pripovedmi mladih utemeljimo nekaj močnih poudarkov, ki so izraženi v večini zgodb:

- 1) Na začetku je iskanje podpore težko, okorno, povezano z negotovostjo, sramom in strahom.
- 2) Pogosto so prvi zaupniki starši ali eden od njih. Tudi prvi odzivi na stisko otrok s strani staršev so pogosto povezani s sramom, strahom, pogosto je izražena krivda, obup. Pogost je sram zaradi samega iskanja podpore.
- 3) Šole in njenih služb mladostnice navadno ne vidijo kot potencialno podpornih ali zaupanja vrednih, v šoli praviloma ne iščejo (in ne pričakujejo) podpore. Iz tega sledi misel, da je naloga šol, da svojo vlogo podpornih, varnih in zaupanja vrednih ustanov naredijo vidno. To pa seveda ne more biti zgolj deklarativno dejanje (npr. izobesiti plakat Smo za duševne stiske senzibilna šola), pač pa mora biti dolgotrajen proces, ki bi dialoško vključeval vse akterje, ter zaveza k preobrazbi in tudi obrat v drugo smer, kot so šole (kot servisi neoliberalnih sistemov) umerjene sedaj (v doseganje merljivih izkazov znanja, tekmovanje, dosežke). Naloga se zdi zahtevna, posebej glede na to, da za zdaj v družbi ni zaznati mnogo artikuliranih glasov v to smer.
- 4) Mladostnice si želijo na poti iskanja srečati nekoga, ki bi jim prisluhnil in jih videl, sprejel za svoje, želijo si okolja, v katerem bi se lahko izrazile, ustvarjale, učile, rasle, pa naj gre za strokovnjakinje ali za podporno vrstniško skupino. Zavedati se te potrebe mladostnic se zdi ključno sporočilo službam, ki znotraj zdravstvenega ali socialnovarstvenega sistema prihajajo v stik z mladimi v duševnih stiskah ali njihovimi družinami. Občutek sprejetosti verjetno težje zagotovijo strokovnjakinje z omejenim časom za določeno posameznico, lažje pa konteksti, kot so npr. podporna skupina, prostor srečevanja ...
- 5) Mladostnice si ne želijo biti podajane od vrat do vrat k domnevno bolj specializiranim strokam.
- 6) V večini primerov si ne želijo biti nadzorovane, pač pa sprejete kot centralne strokovnjakinje svojih življenj in sogovornice pri

oblikovanju ustrezne podpore zase. 7) Mladostnice po odpustu/zaključku iz katerekoli oblike podpore potrebujejo spremljanje, saj so prehodi zanje pogosto težki. Pri tem je ključno vprašanje tudi vprašanje nastanitve, bivanja, materialne preskrbljenosti ter obenem vključenosti v skupnost.

Ne nazadnje je potrebno posvetiti nekaj besed tudi posebnosti obdobja mladostništva in tranzicij v odraslost. V to obdobje so vpete naše zgodbe in vsekakor gre za posebej turbulentno obdobje, zaznamovano z velikimi tveganji, negotovostmi in identitetnimi spraševanji. V splošno negotovem zgodovinskem trenutku, ki ga označuje slepa tekmovalnost za ne več zagotovljene vire namesto splošne, univerzalne blaginje, je stiske, strahove pred prihodnostjo ali občutenja pomanjkanja moči za spopadanje s tem tekmovalnim svetom toliko lažje razumeti. Odgovornost starejših generacij do mlajše, ki v svet, kot smo jim ga pustili, šele vstopajo, ne more biti v nalaganju večje teže na pleča generacij, ki prihajajo, saj je razumljivo, da prevelike teže ta mlada pleča ne morejo vselej zdržati in se lahko pod njo upognejo ali zlomijo. Odgovornost je v poskusu, razumeti simboliko tega sveta, ki se lomi na telesih in dušah teh mladih. Šele poskus razumevanja in občutljivost sta predpogoj za gradnjo dialoških prostorov, kjer bodo mladi lahko postali pomembni soustvarjalci lastne in skupne prihodnosti ter kjer bodo lahko razdiralne in atomizirajoče tokove obračali v druge, bolj podporne, povezane in spodbudne smeri.

LITERATURA

- Čačinovič Vogrinčič, G. (2016). Socialno delo z družino: soustvarjanje procesov podpore in pomoči. V *Družine s številnimi izzivi: soustvarjanje pomoči v skupnosti* (str. 21–40). Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Duševno zdravje v vrtcu in šoli (vodilna tema). (2017). *Šolsko svetovalno delo*, 21(2–3), 1–91.
- Dekleva, B., Klemenčič Rozman, M.M., Razpotnik, Š., Sande, M., Škraban, J., Tadič, D. (2018). *Dostopnost organiziranih oblik podpore mladim v psihosocialnih in duševnih težavah in konteksti teh težav (preliminarna študija)*. Ljubljana: Pedagoška fakulteta.

- Esposito, L. in Perez, F. M. (2014). Neoliberalism and the Commodification of Mental Health. *Humanity & Society*, 38(4), 414–442.
- Jeriček Klanšček, H. in drugi (2018). *Duševno zdravje otrok in mladostnikov v Sloveniji*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja.
- Miglietta, M., Belessiotis-Richard, C., Ruggeri, M. in Priebe, S. (2018). Scales for assessing patient satisfaction with mental health care: A systematic review. *Journal of Psychiatric Research*, 100, 33–46.
- Mikuš Kos, A. (2017). *Duševno zdravje otrok današnjega časa*. Radovljica: Didakta.
- Murphy, M. in Fonagy, P. (2013). *Mental health problem in children and young people. Annual Report of the Chief Medical Officer, Our Children Deserve Better*. London: Department of Health.
- Razpotnik, Š. (2011). Premoščevalni potencial družinskega centra. *Teorija in praksa*, 48(2), 491–509.
- Razpotnik, Š. in Tadič, D. (v tisku). Refleksija sodobnega šolskega prostora na Pedagoški fakulteti v Ljubljani. *Vzgoja in izobraževanje*.
- Rickwood, D., Wallace, A., Kennedy, V., O'Sullivan, S., Telford, N. in Leicester, S. (2019). Young peoples' satisfaction with an online mental health service eheadspace. *JMIR Mental Health*, 6(4), 1–13.
- Rogers, E. S., Chamberlln, J., Langer Ellison, M. in Crean, T. (1997). A Consumer-Constructed Scale to Measure Empowerment Among Users of Mental Health Services. *Psychiatric services*, 48(8), 1042–1047.
- Sande, M. (2018). Ocena dostopnosti organiziranih oblik podpore mladim v psihosocialnih in duševnih težavah s strani specializiranih javnih in zasebnih organizacij, ki svoje programe ponujajo tudi mladim. V B. Dekleva in drugi, *Dostopnost organiziranih oblik podpore mladim v psihosocialnih in duševnih težavah in konteksti teh težav (preliminarna študija, neobjavljeno raziskovalno poročilo* (str. 241–248). Ljubljana: Pedagoška fakulteta.
- Sharfstein, S. S. (2005). *Big Pharma and American Psychiatry: The Good, the Bad, and the Ugly*. Pridobljeno s <https://psychnews.psychiatry-online.org/doi/full/10.1176/pn.40.16.00400003>.
- Simmons, M. B., Parker, A. G. in Hetrick, S. E. (2014). Development of a satisfaction scale for young people attending youth mental health services. *Early Intervention in Psychiatry*, 8(4), 382–386.

- Tavčar, R. (2018). Miti in resnice o zdravilih za motnje razpoloženja. Javno objavljeno predavanje. Pridobljeno s <https://www.youtube.com/watch?v=OgsiDoQIxYM>.
- Vandenbroeck, M., Boonaert T. in Van Der Mespel S. (2009). Dialogical Spaces to Reconceptualize Parent Support in the Social Investment State. *Contemporary Issues in Early Childhood* 10(1), 66–77.
- Walsh, F. (2016) Family resilience: a developmental systems framework. *European Journal of Developmental Psychology*, 13(3), 313–324.

IZVIRNI ZNANSTVENI ČLANEK, PREJET OKTOBRA 2019

DUŠEVNE TEŽAVE IN MOTNJE OTROK TER MLADOSTNIKOV — KAKO ZMANJŠATI RAZKORAK MED POTREBAMI IN MOŽNOSTMI POMOČI

273

MENTAL PROBLEMS AND DISORDERS OF CHILDREN
AND ADOLESCENTS — HOW TO REDUCE THE GAP
BETWEEN NEEDS AND OPTIONS FOR HELP

Anica Mikuš Kos, *dr. med., spec. klin. psih.*

POVZETEK

Članek predstavlja odziv avtorice na študijo z naslovom Dostopnost organiziranih oblik podpore mladim v psihosocialnih in duševnih težavah. Umešča jo v celotni, sistemski in kontekstualni okvir pojmovanja duševnega zdravja in varovanja duševnega zdravja otrok ter mladostnikov. Ob razmišljanju o izsledkih študije avtorica posebej izpostavlja potrebo po krepitvi komponente odnosa in človečnosti v procesih formalne pomoči mladim z duševnimi motnjami. Opozarja na resurse varovanja duševnega zdravja in pomoči otrokom ter mladim z duševnimi težavami v okviru izobraževalnih institucij, ki vključujejo vse otroke in večino mladostnikov, ter na pomen

aktiviranja naravnih socialnih mrež. Avtorica priporoča obravnavanje izsledkov študije v strokovnih krogih, ki so povezani v varovanjem duševnega zdravja, in še posebej tistih, ki nudijo pomoč otrokom in mladim s težavami.

KLJUČNE BESEDE: *otroci, mladostniki, duševno zdravje, duševne motnje, pomoč*

ABSTRACT

The article presents the author's response to a study entitled "Evaluating accessibility of services for young people with psychosocial and mental health problems". It places the study within the comprehensive, systemic and contextual framework of the conception of mental health and the protection of mental health of children and adolescents. Reflecting on the findings of the study, the author emphasises the need to strengthen the component of relations and humanity in the processes of formal assistance to young people with mental disorders. It draws attention to mental health resources and assistance to children and young people with mental disabilities within educational institutions that include all children and most adolescents and the importance of activating natural social networks. The author recommends considering the findings of the study in professional circles that are involved in mental health care, especially those that provide assistance to children and young people with disabilities.

KEYWORDS: *children, youth, mental health, mental disorders, help*

UVOD

V sestavku poskušam umestiti študijo Dostopnost organiziranih oblik podpore mladim v psihosocialnih in duševnih težavah (Dekleva in drugi, 2018) v kontekst celostnega sistemskega pogleda na psihosocialne in duševne težave ter motnje in predstaviti svoje

refleksije na izsledke študije. Ime študije se mi ne zdi ustrezno, ker v resnici obravnava in prikazuje mnogo širši diapazon pozitivnih in negativnih dogajanj v okviru formalnih virov in struktur varovanja duševnega zdravja (DZ) mladih. Mislim, da je naslov mnogo preskromen.

Kot otroška psihiatrinja razmišljam in pišem o varovanju duševnega zdravja otrok in mladostnikov (VDZOM), in to v širši perspektivi, ki vključuje krepitev duševnega zdravja, preprečevanje duševnih motenj – DM, psihosocialno pomoč in strokovno terapijo DM. V tekstu obravnavam predvsem komponento pomoči otrokom in mladim (OM) v stiskah ter zdravljenje njihovih motenj.

V terminologiji področja DZ in DM je veliko nejasnosti. Duševna stanja, psihosocialna stanja lahko razvrstimo na premici: odsotnost stisk, prisotnost stisk različne intenzitete, majhne in večje težave, psihosocialne motnje, ki so reakcija na neugodne okoliščine, DM, duševne bolezni. Naštete kategorije so nejasno in dokaj poljubno razmejene in nestanovitne. Izhajajoč iz svoje stroke, pišem predvsem o DM, medtem ko avtorji študije pišejo predvsem o subjektivnem doživetju odklonskosti – o stiskah in težavah. DM pojmem kot pojave, ki so opredeljeni v mednarodnih klasifikacijah duševnih motenj (Mednarodna klasifikacija duševnih motenj, MKB 10 ..., 2008; in Klasifikacija ameriškega psihiatričnega združenja DSM VI; APA ..., 2013). To kljub svojim številnim pomislekom glede obeh klasifikacij, ki določata, ali smo duševno zdravi ali ne-zdravi, počnem zaradi lažje strokovne komunikacije. Izraz psihosocialne motnje uporabljam za posameznika ali za okolje neugodne pojave na področju odzivanja, čustvovanja, mišljenja in vedenja, ki so predvsem posledica interakcij posameznika s socialnim okoljem, in to ne glede na to, ali sodijo v medicinske klasifikacije bolezni ali ne.

Ena od mojih osnovnih preokupacij, povezanih z duševnovarstvenimi službami in dejavnostmi, je vprašanje učinkov njihovega delovanja. To vprašanje je neločljivo povezano z vprašanji: Kaj je DZ? Kaj so DM? Kaj so vzroki za DM? V pričujočem sestavku predstavljam razlagalni model, ki je bil osnova mojega kliničnega dela in dela na področjih prizadetih z revščino in množičnim nasiljem, v deželah, v katerih so stiske velike in ni ali skoraj ni strokovnjakov

za VDZOM. Moje refleksije izhajajo iz predstavljenega modela in iz lastnih izkušenj.

CELOSTNI SISTEMSKI IN KONTEKSTUALNI POGLED NA DUŠEVNO ZDRAVJE IN DUŠEVNE MOTNJE

KAJ JE DUŠEVNO ZDRAVJE, KAJ SO DUŠEVNE MOTNJE?

Opredelitev Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) je: »Duševno zdravje je stanje dobroti, v kateri posameznik lahko udejanji svoje sposobnosti in obvladuje običajne življenjske stresorje, dela produktivno in koristno ter je zmožen prispevati k svoji skupnosti« (WHO, 2004, str. 10). DZ je konstrukt modernega časa in vključuje kombinacijo lastnosti, kot so srečnost, zadovoljstvo, zmožnost vzpostavljanja dobrih medčloveških odnosov, učinkovitost dela in delovanja, sposobnost obvladovanja težav, odsotnost znatno odklonskih pojavov dojemanja in razumevanja zunanjega ter notranjega sveta in še marsikaj.

Odgovor na vprašanje, kaj so DM, je v dualnem načinu mišljenja enostaven: DM sestavljajo vsi zgoraj naštetih atributi z negativnim predznakom. Ali kot smo nekoč rekli: DZ je odsotnost DM. Toda težava je v tem, da na premici, na katero razvrstimo osebe glede na neko temperamentno, osebnostno, kognitivno, nevropsihološko ali katerokoli drugo lastnost, sami določamo mejo, mesto, od katerega dalje bomo ovrednotili nek način mišljenja, socialne odnose, vedenje kot »motnjo«, »deviantnost«, »bolezenski simptom«. Zato se tudi pojavljajo nove bolezni in izginjajo bolezni iz medicinskih klasifikacij DM. To se dogaja predvsem zaradi spreminjajočega se družbenega konteksta, ki generira ego-ideal in prav tako lik človeka z motnjo, in mnogo manj zaradi znanstvenih odkritij. Trije poenostavljeni primeri iz časa mojega strokovnega delovanja:

Za hiperaktivnega otroka smo nekoč rekli, da ima »v riti mevlje«, ko pa šolski sistem ni več prenesel teh otrok, smo jim dali diagnozo ADHD, ki je vstopila v klasifikacijo duševnih motenj

in je danes najpogosteje diagnosticirana motnja v osnovnošolski populaciji. Mnoge osebe brez interesa za soljudi in težavami v komuniciranju, ki jih danes vidimo v avtističnem spektru in zdravimo, popravljamo, smo nekoč (v času, ko še ni bilo tako socialno pomembno biti spreten v komunikaciji, biti priljubljen) imenovali samotarji, čudaki. Mimogrede, različne raziskave kažejo, da število otrok z ADHD in otrok, ki imajo diagnozo iz avtističnega spektra, narašča. In obraten primer: homoseksualnost je bila nekoč bolezen, ki smo jo zdravili s psihoterapijo, danes je dovoljena različica spolne usmeritve. Trditev, da sami določamo mejo med DZ in duševnim ne-zdravjem ali DM, moram dopolniti. Določajo jo predvsem družbeni in okoljski kontekst, družbena ureditev, vrednote prostora in časa.

Temu socialnokonstruktivističnemu pogledu na DZ in DM se upirajo klinični strokovnjaki VDZ, ki imajo opraviti z osebami s težkimi motnjami, kot so globoke depresije, psihoze, ki povzročajo trpljenje, za katerega nikakor ne moremo reči, da je poljubno oziroma družbeno opredeljen pojav. To so DM, ki jim sodi oznaka duševna bolezen, družbeni vpliv na nevrobiološka dogajanja, ki primarno pogojujejo te motnje, pa je razmeroma majhen. S popravljanjem družbe mnogih teh motenj in njim imanentnega trpljenja ne bi odpravili. Vendar tudi na te (pretežno biološko pogojene) DM nadgradi dodatno trpljenje zaradi odzivov okolja. Obstajajo tudi možganski pojavi, ki botrujejo ekstremnim oblikam drugim škodljivega vedenja, npr. huda odsotnost empatije in odsotnost moralnih norm pri psihopatijah, na katere ne moremo gledati kot na individualne nevro-različice, ki smo jim zgolj dogovorno pripisali oznako DM. Seveda zopet v skladu s sedanjimi normami človečnosti, s sprejetim zlatim pravilom.

V razvitem svetu ima po kriterijih veljavnih medicinskih priročnikov za diagnosticiranje DM 20–30 % OM. Za svet, kjer so vojne in revščine, pa tako ali tako nimamo validnih epidemioloških študij. Ne glede na to, komu pripišemo krivdo za DM, biologiji ali okolju, in koliko v družbeni perspektivi relativiziramo DM, osebe z DM trpijo in/ali povzročajo obremenitve (danes pišejo predvsem o finančnem bremenu DM za družbo) in trpljenje svojemu okolju. Velik del trpljenja OM zaradi različic v odzivanju, mišljenju,

čustvovanju, vedenju, ki jih družbeni kontekst in klasifikacije opredelijo kot DM, je posledica reakcij družbe na »motnjo«, izključenost, občutek nenormalnosti, neuspešnost v šoli ali na delovnem mestu, konflikte zaradi družbeno ali šolsko neustreznega vedenja. Tudi izsledki študije, ki je sprožila pisanje tega teksta, vsebujejo sporočilo, da imajo boleče socialno pogojene posledice DM veliko težo v doživljanju mladih in da ti pričakujejo pomoč ne le pri odpravljanju simptomov, ki tvorijo njihovo motnjo, temveč tudi pri zmanjševanju trpljenja, ki ga povzročajo reakcije okolja.

CELOSTNA SISTEMSKA RAZLAGA DUŠEVNEGA ZDRAVJA IN NJEGOVEGA VAROVANJA TER NEKATERE IMPLIKACIJE ZA POMOČ LJUDEM Z DUŠEVNIMI MOTNJIAMI

Kako bomo ravnali z DM in z osebami, ki so njihovi nosilci, je v veliki meri odvisno od tega, komu ali čemu pripišemo vzroke motenj. Ali bomo izganjali hudiča iz »motenih«, psihoterapevtizirali starše ali otroke, predpisovali psihofarmak ali kaj drugega, denimo v prihodnosti zdravili ljudi z globoko možgansko električno stimulacijo? Predstavljam sodobni razlagalni model DZ in DM, ki je osnova za strategije VDZOM.

Prvi postulat celostne razlage se nanaša na odnos med biološkimi in socialnimi ko-determinantami DM. Dvojnost v pojmovanju je presežena z interaktivnim modelom vzajemnega dinamičnega vplivanja bioloških in socialnih dogajanj. Narava, teža, delež vplivanja biologije ali okolja se pri različnih motnjah razlikujejo. So stanja, pri katerih so socialni vplivi za nastanek in vzdrževanje motnje malo pomembni (npr. psihoze), pri drugih mnogo bolj (npr. po-travmatske stresne motnje, psihosocialne motnje). Za prakso pomoči osebam s psihosocialnimi težavami ali z DM interaktivna soodvisnost med biološkimi in socialnimi dogajANJI pomeni, da lahko vplivamo na težavo ali motnjo s kemičnimi ali elektromagnetskimi sredstvi, ki spreminjajo delovanje biološke mase človeškega telesa, ali s spremembami zunanjih okoliščin, ki se bodo odrazila s spremembami v nevrobiološkem delovanju ali celo v mikrostrukturnih spremembah možganov. Med »zunanje« vplive sodijo boljše

psihosocialne okoliščine življenja, nove dobre izkušnje z ljudmi, priložnosti za uspešnost v šoli ali pri delu, zdravilne vsebine psihoterapij ... Izraz »biološka masa človeškega telesa« sem uporabila zato, ker danes ne mislimo več, da je zgolj možganska masa odgovorna za psihične in psihosocialne procese. Vemo, da so to lahko hormoni, črevesne bakterije (mikrobiota) in druge biološke snovi.

Osnova celostnega pojmovanja DZ in DM je sistemski ali ek-socialni razlagalni model. Ta je krovni model za druge parcialne razlagalne modele DM. Osnovna trditev je, da je DZ ali ne-zdravje odvisno od vseh preteklih in sedanjih življenjskih podsistemov, katerih član ali deležnik je OM, in od sedanjih lastnosti OM – od značilnosti njegovega sedanjega nevropsihološkega odzivanja in delovanja, ki izhaja iz biologije, in preteklih okoljskih vplivov ter izkušenj. Posamezni življenjski podsistemi imajo v različnih obdobjih različno vplivno moč: družina največjo v zgodnjem otroštvu, vrstniška skupina največjo v času doraščanja ... Vsak od življenjskih podsistemov lahko vsebuje ogrožajoče in zaščitne dejavnike DZ. Podsistemi so med seboj interaktivno ujeti v vesoljih družbenih kontekstov.

DM lahko preprečujemo, odpravljamo, zdravimo z odstranjevanjem negativnih vplivov, ko-determinant DM ali z aktiviranjem varovalnih dejavnikov. Ti krepijo psihično odpornost in omogočajo obvladovanje ogrožajočih vplivov, so protiutež negativnim izkušnjam, skratka pomagajo ohranjati DZ kljub sedanjim ali preteklim škodljivim vplivom. Ta razlagalni model omogoča razumevanje, zakaj je mogoče v psihološkem smislu preživeti še tako neugodne okoliščine in okrevati brez strokovne pomoči. Odpira tudi široke možnosti za prakso prevencije in zdravljenja psihosocialnih motenj. Ne omejuje dejavnosti VDZOM le na odstranjevanje škodljivih vplivov, kar je žal pogosto nemogoče (hudo disfunkcionalne družine, velika revščina, oboroženi konflikti ...). Razširi jih na razvijanje, krepitev, vnašanje varovalnih dejavnikov DZ v življenje in izkušnjo OM.

To niso nova odkritja. Vsakdanje življenje tudi brez dušeslovnih strokovnjakov ponuja, režira vrsto okoliščin, ki delujejo varovalno ali zdravilno. Otroški psihiater Rutter (Thaper in drugi, 2015) je uporabljal izraz »turning point« (točka preobrata), v kateri

naključna življenjska okoliščina (partner, delovno mesto, uspešnost v neki dejavnosti, travmatska izkušnja, ki ima za posledico osebnostno rast ...) preusmeri psihosocialni razvoj v pozitivno smer, ustavi razvoj psihosocialne motnje ali jo celo odpravi. Zanimivo, da ta Rutterjeva teza ni našla široke pritrditve med otroškimi psihiatri, verjetno tudi zaradi njihove zaverovanosti v edinstveno moč zdravljenja svoje stroke in nepripravljenost, da bi priznali zdravilno moč naravnih okolij, življenja kar tako. Seveda kot strokovnjaki, na katere se posamezniki in družba obračajo s pričakovanjem ali zahtevo po zdravljenju DZ OM, ne moremo svojim pacientom govoriti: »Počakajte, se bo že kaj zgodilo v življenju, kar bo pomagalo.« Lahko pa pri svojem svetovalnem in kliničnem delu koristimo, aktiviramo vire podpore, pomoči, novih pozitivnih izkušenj v naravnih življenjskih okoljih – v družini, vrtcu, šoli, zdravstvenih ustanovah, taborniški organizaciji, športnih in drugih priložnostnih dejavnostih. To je vsebinsko in kakovostno dopolnilo strokovni pomoči. Še posebej pomembno je takšno delovanje za preprečevanje motenj, krepitev psihične odpornosti.

ATRIBUCIJA VZROKOV DUŠEVNIH MOTENJ IN NJEN VPLIV NA POMOČ POSAMEZNIKOM

Predstavljena celostna sistemska paradigma DZ in nastanka ter obstanka DM je osnova za atribucijo vzrokov DM in delovanja za njihovo preprečevanje in odpravljanje. Sama sem doživela nacistično atribucijo DM genom in posledično steriliziranje ali uničenje populacije »motenih«, da se ne bi razmnoževali in kvarili kakovosti narodnega telesa. Strokovno sem bila vzgajana v času atribucije motenj staršem, odnosom v družini, vzgojnim metodam. V Ameriki je v 60. in 70. letih veljal rek: Če poznaš Johnnyjevo mamo, veš, kakšne težave ima Johnny, in obratno, če poznaš Johnnyjeve težave, veš, kašna je njegova mama. Tudi pri nas so prevladovali enoznačni linearni vzročno posledični razlagalni modeli DM. Danes v skladu z neoliberalno filozofijo in individualističnimi vrednotami vzroke za težave in motnje socialnega delovanja pripisujemo posamezniku, in to po načelu: »Sam si kriv. Vsak je sam odgovoren

za svoje življenje. Če hočeš, zmoreš ...«. Posledično pomoč sestoji predvsem v popravljanju posameznika.

O DRUŽBENIH VPLIVIH NA DUŠEVNO ZDRAVJE IN MOTNJE

V sedanjem času veliko govorimo o družbenih vplivih na DZ in DM. Ko analiziramo družbene vplive na DZ in na DM v svetu, v katerem živimo (to je v razvitem in bogatem svetu), najprej pomislimo na zahteve, pritiske glede storilnosti, uspešnosti. Toda za porast števila oseb z DM v sedanjem času je enako ali celo bolj pomemben družbeni ego-ideal. Današnji ego-ideal je hedonističen, socialno, delovno in statusno uspešen človek, ki si brez večjih pomislekov do drugih prizadeva za svoj razvoj, napredovanje na socialnem in materialnem področju. Tisti, ki tega ne zmorejo, ki zaostajajo v tekmi ali izpadejo iz tekme, so ljudje z nekimi primanjkljaji – v delovanju možganov, v energiji, v sposobnostih, z zmotnim videnjem sveta in njegovega smisla, neprilagojeni. Vse gre po načelu »sam si krojiš usodo, sam si kriv za svoje težave«. Ker pa vendarle živimo v svetu, ki je le nekako (zlasti na papirju) zavezan socialnosti in pomoči ljudem v stiski, prekvalificiramo različice v željah, sanjah, mišljenju, delovanju, odzivanju »izgub« (luzerjev) v medicinske kategorije – v DM.

Sodobni izsledki nevroznanosti razkrivajo biološke osnove za razlike in potrjujejo biološko pogojene odklone delovanja nevronov, sinaps, predelov možganov, ki jim z vso legitimiteto medicinske vede pripišemo naziv bolezni. Seveda v skladu s psihodinamskimi teorijami in občo človeško izkušnjo priznavamo tudi izkustveno pogojene vplive na DZ in DM, ki jih ranljiv, ne dovolj psihično močan posameznik ni uspel obvladati. Prekvalificiranje družbeno neustreznih lastnosti v DM daje nosilcem teh lastnosti pravico do olajšav, brezplačne pomoči in zdravljenja.

Družbeni sistemi določajo tudi možnosti, količino, naravo in kakovost formalne (ter seveda tudi neformalne) pomoči ljudem v stiskah, dostopnost in pravičnost te pomoči. So torej tudi z vidika pomoči ko-determinanta trajnosti ali slabšanja motenj.

Potrebe po pomoči in zdravljenju naglo naraščajo, ker spričo družbenih okoliščin narašča število tistih, ki ne ustrezajo osebno-stnemu idealu tržne in tekmovalne družbe, obenem pa se v bogatem svetu naravni resursi psihosocialne pomoči krčijo – empatija, solidarnost, družinske vezi, vezi v skupnostih, vključenost posameznika naravne potencialno podporne skupine.

MEDICINSKI MODEL POMOČI OSEBAM Z DUŠEVNIMI MOTNJAMI

Spreminjanje, korekcija, popravljanje posameznika s kemičnimi preparati, elektromagnetnim valovanjem ali psihoterapijo je lažje izvedljivo, manj naporno in kompleksno kot spreminjanje družbenih odnosov, ki prispevajo k DM. Govorimo o medikalizaciji odklonskih pojavov na področjih mišljenja, čustvovanja, percepcije, vedenja. Duševnozdravstvene stroke (medicina, klinična psihologija) vzamejo pod svojo streho nesrečnike, katerih vedenje ni pravnje za sedanjí čas, in tiste, ki so psihično podlegli nekim obćim dogajanjem v ćloveškem rodu, kot so vojne, klimatske spremembe, digitalizacija, revščina. Imamo nešteto metod za zdravljenje PTSD zaradi masovnega nasilja in vojn, imamo ambulate za zdravljenje digitalne zasvojenosti, imamo metode, s katerimi naj bi bilo možno odpraviti možganske spremembe, povzročene po revščini, in pravkar so na obzorju ambulate za zdravljenje anksioznosti zaradi klimatskih sprememb in drugih masovnih socialno pogojenih katastrof.

Gre za dobronamerne, humanistićne oblike pomoći posamezniku, bližnjice za urejanje problemov, ki jih generirajo družbeni odnosi in razvoj družbe. Takšni postopki olajšajo položaj OM z DM ali otroka s posebnimi potrebami, kot mnogim danes pravimo. Poveća se strpnost do manjše učinkovitosti, odpre se pravica do olajšav, do spreminjanja in prilagajanja ućnih in delovnih zahtev ter pravica do brezplaćnega zdravljenja. Odlićen primer za to so otroci s specifićnimi težavami pri ućenju, bolj natanćno s težavami ob poućevanju z metodami in vsebinami, ki jih je doloćil šolski sistem. Vzroke za težave smo našli v bioloćkih razlićicah delovanja njihovih možganov. Da pa le ne bi bili izvrženi iz šolskega sistema (kot so

bili mnogi drugače misleči geniji in seveda še mnogo več pametnih ne-genijev v preteklosti), jim damo medicinsko diagnozo. Ta proces se je nekoč imenoval »razvrščanje«, danes se imenuje »usmerjanje«. In res usmerimo mnoge neuspešne učence med osebe z DM. Disleksijo, disgrafijo, diskalkulijo, dispraksijo boste našli v medicinskih priročnikih za diagnosticiranje duševnih motenj. Dodelimo jim torej status bolnika in vse bonitete, ki izhajajo iz tega statusa. Ta proces je postal tako pomemben za psihosocialno dobrobit otrok, da mnogi starši želijo, da bi bili njihovi otroci »usmerjeni«, in tudi mnogi otroci želijo biti »usmerjeni«. Gre torej za zanimivo gibanje v nasprotni smeri strahu, sramu pred stigmatizacijo.

Vsekakor je lažje zagotavljati dodatno učno pomoč in dajati psihostimulanse naraščajoči množici OM (ZDA je to 2,5 milijona otrok), ki niso po meri šole, kot spremeniti kolos šolskega sistema, ki je vpet v filozofijo obstoječih družbenih in materialnih odnosov ter vrednot. Bolj kot so šolski sistem in družbena pričakovanja zahtevna glede delovne in socialne performace OM in bolj kot je storilnost pomembna za dobrobit posameznika, tem večje bo ob nespremenjenem šolskem sistemu število »usmerjenih«. Število »usmerjenih« otrok v slovenskih osnovnih šolah narašča in je v letu 2017/18 doseglo 7,7 % otrok, ki so dobili status otrok s posebnimi potrebami. Podobno zgodbo bi lahko zapisali o porastu števila anksioznih motenj med mladostniki, le da njih zaenkrat še ne »usmerjamo«.

O VAROVALNIH DEJAVNIKI DUŠEVNEGA ZDRAVJA

Prvo načelo VDZOM je odpravljanje vzrokov DM – škodljivih dejavnikov in dejavnikov tveganja. Če pa smo realistični, pa mnogih od teh dejavnikov ne moremo odpraviti, še posebej ne družbenih in socialnih dejavnikov, ki prizadevajo velike množice OM (npr. masovno nasilje, vojne, skrajna revščina, diskriminacija ...). Prav tako odrasli, ki želimo pomagati ali smo s strani države ali skupnosti zadolženi za pomoč OM s težavami in z DM, vsaj kratkoročno ne moremo odpraviti ego-ideala neoliberalne družbe, ki promovira uspeh, egoizem in potisne na rob ter izloča veliko število tistih, ki niso po meri tega ideala. Zato se širi nova strategija VDZOM

z uvajanjem, aktiviranjem, razvijanjem varovalnih dejavnikov, ki krepijo odpornost za življenje v svetu, kakršen je, to je v »najboljšem izmed vseh možnih svetov«. Vendar ob tem ne smemo spregledati raziskovalnih ugotovitev, ki kažejo, da ima velika večina posamičnih dejavnikov tveganja, ki jim je otrok izpostavljen, le mejne učinke na DZ. Njihov učinek je predvsem kumulativen in interaktiven. To pomeni, da če iz množice ogrožajočih dejavnikov odstranimo le nekatere, smo izboljšali otrokove možnosti, da ohrani DZ kljub vztrajanju drugih neugodnih okoliščin.

Pri vnašanju varovalnih dejavnikov in pozitivnih sil v življenje in izkušnjo OM poskušamo okrepiti njegovo psihično odpornost. Ta se gradi na soigri notranjih in zunanjih virov obvladovanja težav. Usmerjamo se v sodelovanje z OM – poskušamo pokrpati ranjenega, okrepiti šibkega in ogroženega. Druga usmeritev je razvijanje varovalnih in podpornih silnic v naravnih okoljih (v družini, vrtcu, šoli, prostočasnih dejavnostih) s krepitvijo socialnih mrež, izboljšanjem psihosocialne kakovosti življenja OM in izboljšanjem kakovosti vsakodnevnih izkušenj z OM ljudmi. Za večanje psihične odpornosti, sposobnosti obvladovanja težav, včasih celo življenja z DM, je potrebno krepiti notranje in zunanje vire obvladovanja.

FORMALNI VIRI POMOČI – KRITIČNI POGLED

V prvi polovici 20. stoletja smo prepoznali nekatere odklone na področju čustvovanja, mišljenja, vedenja, odzivanja pri OM kot bolezen. Spoznanja medicinskih in psiholoških strok o možnostih zdravljenja, predvsem z medikamenti ali s psihoterapijo, so utrdili položaj bolezni in spodbudili razvoj formalnih virov pomoči.

Pomoč strokovnih služb, tako zdravstvenih kot psiholoških in psihoterapevtskih, vsebuje specifične vsebine pomoči in nespecifične, splošno človečnostne vsebine pomoči. To so predvsem empatija, spodbuda, podpora in drugi izrazi medčloveške pomoči v stiski, ki so skupne tistemu, kar lahko ponudi naravna podporna socialna mreža. Če je seveda ta na voljo v obliki in intenziteti, ki ustreza potrebam posameznika v stiski.

O tem, katera komponenta terapevtskega procesa je bolj vplivna (specifična ali nespecifična, ki jo imenujemo tudi »g«

– generalna komponenta), je veliko razprav. Večina razpravljavcev je mnenja, da je vplivnost slednje pomembnejša v terapevtskem procesu kot specializirani pristopi ali tehnike. Študija Dekleve in sodelavcev očitno prikazuje, kolikšen pomen mladi porabniki služb pripisujejo komponenti »g« .

Glede na osebno izkušnjo bi rekla, da človečnostna komponenta uhaja iz strokovnega prostora. Prej so jo napajale psihodinamske terapije, danes jim pravimo odnose terapije, ki so gradile predvsem na medosebnih dogajanjih med pacientom in terapevtom. Vse bolj se poučujejo in izvajajo natančno izdelane psihoterapevtske tehnike, medikamentna terapija, na pohodu pa so različne oblike spreminjanja možganskega delovanja z nevroznanstvenimi metodami, kot so vstavljanje čipov v možgane, povezave med računalnikom in možgani, globoka možganska stimulacija.

Formalni viri pomoči, do katerih imajo OM pravico, so danes deležni mnogih kritik (Mikuš Kos, 2017; Quel modele ..., 2019; Williams, 2015). S strani uporabnikov je to predvsem kritika kakovosti medčloveških odnosov, premajhnega posluha za trpljenje in kritika slabe dostopnosti strokovnih služb. To je tudi očitno prikazano v študiji Dekleve in drugih (2018).

Osnovna družbena kritika formalnih sistemov in služb pomoči je, da pokrivajo potrebe majhnega dela OM, ki bi potrebovali pomoč. Formalne oblike pomoči prejema le 20–30 % populacije OM z DM. Vzroki za to so različni: pomanjkanje služb in strokovnjakov, nepriklagenost delovanja služb uporabnikom, strah pred stigmatizacijo in mnogi drugi.

Spremljajoč je očitek socialne nepravilnosti glede možnosti koriščenja formalnih oblik pomoči. Pri tem ne gre le za to, da revni ne morejo koristiti plačljivih storitev. Niz socialnih ovir preprečuje vstop OM iz revne družine tudi v brezplačne sisteme formalne pomoči. To je očitno dejstvo, ki izhaja iz analiz socialne strukture porabnikov v zahodnoevropskih državah in ZDA. Pri nas, kolikor mi je znano, takšne socialne analize nimamo, razen nekaterih podatkov iz Svetovalnega centra za otroke, mladostnike in starše v Ljubljani, ki kažejo na manjšo zastopanost otrok iz družin z nižjim SES in otrok, katerih starši imajo nižjo izobrazbo (Slodnjak, 2016).

Kot otroška psihiatrinja sem se vedno čudila, kako se moja stroka malo zanima za tisto množico OM z DM, ki ne pride po pomoč. V času mojega poklicnega delovanja pred 24 leti je bil odstotek prejemnikov pomoči med pomoči potrebnimi še manjši, kot je danes. Za razliko od velike etične odgovornosti do posameznika, s strani formalni sistemov pomoči in zdravljenja, ni bilo možno zaznati socialne odgovornosti duševno-zdravstvenih strok za to, koliko prispevajo k dobrobiti OM v skupnost in dobrobiti celotne skupnosti s tem, da zagotavljajo svojo pomoč vsaj večini OM s težavami in DM. Šele v zadnjih letih tudi v Sloveniji beremo nekaj o tistih, ki ne pridejo.

Zanimalo me je predvsem, kaj lahko storimo za tiste, ki ne pridejo ali so prišli in nas zapustili, še preden je bilo zdravljenje zaključeno. Odgovore sem našla v skupnostnem pristopu. Tega razumem kot delovanja, ki presežejo prizadevanja za dobrobit redkih srečnežev, ki so vstopili v formalne sisteme pomoči. Skupnostni pristop je blizu javnozdravstvenemu pristopu. Osnovni namen je izboljšati psihosocialno dobrobit skupnosti, kar pomeni predvsem preventivne in duševnozdravstvene promocijske pristope za vse OM ter zagotavljanje pomoči signifikantni množici OM s težavami. Obenem pa skupnostni pristop gradi na razvijanju in aktiviranju virov za VDZOM v skupnosti – njenih mrežah (družine, NVO, prostovoljci, dejavnosti v lokalni skupnosti ...) in osnovnih institucijah za OM (vzgojno-izobraževalni zavodi, zdravstveni zavodi ...) (Mikuš Kos, 2017).

Osnova za razvijanje skupnostnega pristopa pomoči OM z DM je povezovanje in sodelovanje institucij ter strokovnjakov za formalno pomoč s skupnostnimi viri pomoči. Da so takšni modeli mogoči, priča delovanje Svetovalnega centra za otroke, mladostnike in starše, ki je v letih 1988–1995 porabil okrog 30 % delovnih ur za skupnostno delo. To je vključevalo sodelovanje in s šolami in vrtci, z zdravstvenimi ustanovami, pri usposabljanju pedagoških delavcev, pri delu s prostovoljci, z mladinskimi klubi, s poletnimi tabori. Vse to je pomagalo aktivirati vire pomoči za OM v stiski v okviru institucij, v katerih se znajdejo vsi OM ali velika večina OM (otroško zdravstvo, šole, vrtci ...) organizacij ter socialnih in mrež, ki tvorijo vsakdan OM.

VIZIJA RAZVOJA FORMALNIH VIROV POMOČI

Mentalnohigienski strokovnjaki, ki opozarjajo na velik razkorak med potrebami in dosegljivostjo formalnih virov pomoči ob DM OM in ostro kritizirajo sedanjo situacijo, predlagajo nove modele pomoči, ki bi zajeli znatno več, vsaj večino OM s težavami. Ker je očitno, da niti najbogatejše države ne zmorejo ali niso pripravljene zagotoviti množic dušeslovnih strokovnjakov za pomoč naraščajočemu številu OM z DM, je danes vodilna zamisel o večplastnem modelu VDZO, v katerem so storitve mentalnohigienskih specialistov rezervirane za OM z najtežjimi motnjami, pomoč ostalim z motnjami, preventivne dejavnosti in dejavnosti krepitev DZ pa pokrivajo druga vplivna institucionalna okolja, predvsem šola, pa tudi ne-institucionalna okolja: naravne podporne mreže, nevladne organizacije, prostovoljci ...

Uveljavljajo se tudi načela in strategije »delitve nalog in prenosa nalog« (tasks sharing and task shifting) (De Jong, 2014; Patel, 2014). To pomeni, da naj bi specialisti zdravili le najtežje motnje, del svojega strokovnega časa pa bi uporabili za sodelovanje, svetovanje, usposabljanje strok, povezanih z DZ OM (vzgojno-izobraževalni zavodi, zdravstveni zavodi, socialni zavodi ...) in z drugimi skupnostnimi viri pomoči OM v stiski. Pristop terja tudi redefinicijo vloge specialistov DZ OM.

Takšno vizijo izboljšanja VDZOM podpira tudi prepoznani pomen »majhnih reči«, ki tvorijo vsakodnevno izkušnjo OM in oblikujejo njeno podobo sveta. Vsakodnevne dobre izkušnje lahko zagotovijo socialne mreže, institucije, ki niso specializirane za VDZOM, na primer učiteljica, ki je vsak dan v razredu z otrokom. »Majhne reči« so lahko, ko postanejo del življenjske stvarnosti, za OM s težavami velike reči. Zanesljiva in trajna dobra izkušnja, denimo v šoli, je lahko protiutež slabim izkušnjam v družini, spreminja pogled na svet in ljudi, vpliva pozitivno na konstrukcijo socialne stvarnosti, pojavi se prostor za upanje in zaupanje, aktivirajo se notranji viri za obvladovanje, poveča se psihična odpornost. »Majhne reči« so del psihosocialne klime, etosa skupine, socialne mreže, skupnosti, institucije.

Predstavljeni pristopi VDZOM so v Sloveniji prisotni, vendar ne zadostno, predvsem so nezadostno vgrajeni v delovanje sistemov. Šolskega otroka s težavami bo najprej obravnaval šolski psiholog in če je težava toliko resna, da potrebuje klinično obravnavo, ga bo šolski psiholog poslal v ustrezno strokovno institucijo. Toda tu se soočimo s prvim problemom, da bo moral čakati za sprejem nekaj mesecev ali celo leto. Pomanjkljive so tudi duševnozdravstvena kultura, pismenost, ozaveščenost in proaktivnost osnovnih institucionalnih sistemov za OM, predvsem šolstva. V stvarnosti teh sistemov se resda zgodi veliko dobrega s strani ŠSD, v sodelovanju ŠSD z učitelji in s strani učiteljev, ki sami nudijo pomoč svojim učencem in dijakom, o čemer priča tudi študija. Problem je v tem, da je takšno delovanje v nekem smislu naključno, odvisno od sreče (kakšnega učitelja, razredničarko, vzgojiteljico bo otrok imel, kašen je ravnatelj šole).

Ob ugotovitvi, da osnovna pomoč OM v stiskah ni nujni sestavni del vzgojno-izobraževalnih institucij, se pojavi ugovor: vzgojno-izobraževalni zavodi niso psihoterapevtski zavodi. Ko terjamo večjo aktivnost šole na področju VDZOM, v mislih nimamo specialnih terapevtskih pristopov. Pričakujemo, da bodo učitelji znali prepoznati motnje, bili usposobljeni za nudenje osnovne pomoči OM v okviru šolskega vsakdana in imeli dobro voljo za nudenje te pomoči in za aktiviranje človeških virov pomoči OM v tiski. Ti viri so znotraj šole ali v skupnosti, v katero je umeščena šola.

MISLI OB BRANJU ŠTUDIJE

PRVE MISLI

Najprej: krasno, da je bila študija opravljena kot korak k osvetljevanju formalne pomoči mladostnikov z DM. Težišče študije je v tem, kako mladi z DM doživljajo ponudbe pomoči in kako jih uporabljajo, obenem pa daje uvid v podpovršinske plasti zagotavljanja formalne pomoči mladim z DM. Kaj izvemo iz raziskave, kaj se naučimo, na kaj bomo pozorni, je odvisno od področja, na katerem delamo, od

naših strokovnih izkušenj, vprašanj, ki smo si jih zastavljali pri svojem delu. Kateri drug avtor bi morda izpostavil druge ugotovitve in poudarke študije, kot so te, ki sem jih zapisala jaz.

Mladostniki s težjimi DM – torej tisti, ki so poročevalci v študiji – najbolj potrebujejo formalne oblike pomoči, zato je prav, da se je študija usmerila v to skupino. Vendar bi bilo v nadaljevanju koristno izvedeti, kaj se dogaja s tistimi, ki imajo blažje oblike težav ali motenj. Vprašanje je, koliko ta skupina koristi formalne oblike pomoči, koliko koristi druge vire pomoči, katere neformalne in vsakdanje življenjske vire koristi in kakšni so učinki neformalne pomoči. Ob podmeni, da je z zgodnjo pomočjo mogoče preprečiti razvoj resnejših motenj v odrasli dobi, ima z vidika individualne in nacionalne zaščite DZ zgodnja pomoč, to je pomoč v času, ko motnje še niso močno izražene, so še v zametkih, veliko vrednost.

O »PRVOOSEBNIH« STROKOVNJAKIH IN NEKATERIH ZMOTAH STROKE

Posebna kakovost študije je, da je na osnovi informacij iz »prve roke«, to je od iskalcev pomoči, proučila vprašanje koriščenja, dostopnosti in ustreznosti služb. Pomen pojma »prvoosebni strokovnjak«, ki botruje temu pristopu, sem prepoznala ob delu z učitelji in zdravstvenimi delavci, ki so doživeli vojne travme in veliko več vedeli o lastnih travmah in o travmah OM (kakšno pomoč potrebujejo, kakšni so njihovi viri obvladovanja) kot jaz, velika specialistka duševnega zdravlja. Osebe, ki so imele ali imajo težave z DZ, so med prvimi poklicanimi za ocenjevanje in analizo delovanja formalnih in neformalnih virov pomoči. A ne gre le za vlogo udeležencev dogajanja pomoči po načelih akcijskega raziskovanja. »Prvoosebni strokovnjaki« so lahko tudi neposredno agensi pomoči drugim.

Vrednost na lastnem izkustvu sloneče participacije ljudi z duševnimi težavami v procesu pomoči drugim sem najbolje prepoznala v projektu psihosocialne pomoči družinam, ki jih je zadelo obstreljevanje ali bombardiranje ameriške vojske v obmejnih provincah Afganistana, kamor noben strokovnjakov ni hotel in ni mogel priti. Edini izvedljivi pristop pomoči je bil usposabljanje članov teh skupnosti: učiteljev, medicinskih sester, trgovcev, pridelovalcev

medu, torej ljudi dobre volje, zainteresiranih za nudenje pomoči sovaščanom. Udeleženci so se po dvotedenskem usposabljanju v Kabulu vrnili v svoje vasi in delovali kot psihosocialni pomočniki. Projekt je trajal dve leti z dodatnim usposabljanjem, izmenjavo izkušenj, mentorstvom s strani afganistanskih kolegov – strokovnjakov psihološkega področja. Ameriška visokoekspertna evalvacija učinkov projekta je začuda pokazala pozitivne rezultate. Moja afganistanska izkušnja in tudi mnoge druge izkušnje z begunci potrjujejo možnosti podporne pomoči mnogih ljudi, ki so sami doživeli podobno izkušnjo duševne stiske, travmatske dogodke in travmatske izgube.

FORMALNA DUŠEVNO-ZDRAVSTVENA POMOČ IMA OMEJEN DOMET

Pridružujem se mnenju avtorjev, da je vprašanje VDZMO še vedno mnogo preveč videno kot problem medicinskih strok in zdravstvenih služb. Aktiviranje virov pomoči v obstoječih institucijah, ki tvorijo vsakdan otrok in dosežejo vse otroke ali veliko večino OM, je podcenjena strategija. Zgolj razvijanje zdravstvenih služb za pomoč ogromnemu številu OM s težavami ne bo rešilo problema na nacionalni ravni. Usmerjenost v zdravstvo demotivira ostale službe, ki se nekako ne čutijo priznane kot pomembne nosilke dejavnosti VDZOM, kar zmanjšuje njihove napore na tem področju. Mreža služb za VDZOM, mreže podpore in pomoči znotraj institucij za OM in mreže v skupnosti bi morale biti povezane, združiti svoje energije in dejavnosti v sinergično mrežo.

KAJ MLADE OVIRA ALI MOTI PRI ISKANJU POMOČI, KAJ CENIJO?

Študija prikazuje ključne dejavnike za iskanje pomoči in vztrajanje mladih v obravnavi in za preprečevanje osipa. Največ mladih (60 % vseh izjav na to vprašanje) navaja zadovoljstvo s kakovostjo odnosa. Na prvem mestu med pozitivnimi dejavniki v očeh mladih je vzpostavljane zaupanja in ustrezen odnos do mladih, torej generalne komponente procesa pomoči, tisto, kar sama poimenujem

komponento človečnosti. Ta je za mlade tudi glavni faktor privlačnosti procesa pomoči. Avtorji ugotavljajo, da je prav kakovost odnosa ključnega pomena za celoten proces pomoči. Študija ni le klic po širjenju virov pomoči, temveč znova in znova opozarja na pomen vključevanja, razvijanja, izboljšanja odnosne in človečnosti komponente pomoči.

Mojo pozornost je posebej pritegnila ena od mladim všečnih kategorij – možnost pogovora. Kategorija dobrega odnosa gotovo vključuje tudi možnost pogovora. Kot pišejo avtorji: »V teh citatih ni bilo omemb kakih bolj zapletenih postopkov obravnave niti ne specifičnih ciljev pogovora, temveč predvsem možnosti, imeti podporen in sprejemajoč stik z nekom.« Ob tem se tako kot mnogokrat prej vprašam, kaj iz mozaika elementov formalne pomoči bi bilo mogoče nadomestiti z dostopnejšimi viri in možnostmi, kot so storitve visokokvalificiranih in hudo manjkajočih strokovnjakov.

Poleg zadovoljstva s predpisanimi zdravili je na tretjem mestu zadovoljstvo z informacijami, praktičnimi nasveti, naučenimi tehnikami obvladovanja težav v procesu pomoči. Psihoterapija – kraljica terapij na področju VDZ – pa se uvrsti na četrto mesto. Pri tem je treba upoštevati, da ima izkušnjo s psihoterapijo le kakih 50 % mladih, ki so sodelovali v raziskavi. Oba podatka kažeta na manjšo vlogo psihoterapije v procesih formalne pomoči OM z DM, kot si to predstavljamo oziroma kot bi lahko sklepali na osnovi njenega mesta v uradni strokovni paradigmi in usposabljanju strokovnjakov s področja VDZOM.

Kar zadeva ovire pri iskanju pomoči, je zanimivo, da so na prvem mestu »mehke« ovire pred strukturalno-organizacijskimi pomanjkljivostmi in nezadostnostjo strokovnih služb. Med prvimi so informacijske vrzeli glede DZ in možnosti pomoči ob težavah ter strah pred stigmo. Oboje bi bilo mogoče spreminjati s širjenjem ozaveščenosti in informiranosti mladih v raznih javnostih in predvsem v običajnih življenjskih prostorih OM. Ob tem bi opozorila, da gre za skupino mladih, ki so iskali pomoč. Podatki kažejo, da tudi ob dobrih okoliščinah delovanja strokovnih služb (dostopnost neplačljive formalne pomoči) še vedno ostaja večina takih, ki ne poiščejo ustrezne pomoči, kar verjetno pomeni, da so zanje »mehke« ovire enako ali še bolj pomembne.

Študija opozarja na socialno pogojenost prejemanja formalne pomoči, tudi neplačljivih oblik formalne pomoči. Poleg materialnih razlogov, kot so potni stroški, je še veliko drugih razlogov, ki izhajajo iz socialne realitete revnih (prioritete potreb, vrednote, izkušnje ...). Vzrok socialne diskriminacije pa je tudi pogosta organizacijska in konceptualna neuskkljenost delovanja služb z možnostmi, potrebami in stališči revnih.

Ko razmišljamo o ovirah za dostopnost formalnih oblik, nas seveda najbolj zanimajo ovire, ki jih je mogoče odstraniti ali ublažiti. Med te gotovo pri mladih sodijo neprepoznavanje pojavov motenj in mogočih posledic, neznanje pri iskanju pomoči in druge, ki so v veliki meri zadeva informiranja, ozaveščanja, promoviranja skrbi za DZ v populaciji mladih, skratka dejavnosti, ki bi jih brez večjih težav in stroškov lahko vgradili v šolski prostor in mladostniško kulturo. Krepitev tega pomembnega področja ne bi terjala posebnih inštitucij in z nekaj dobre volje bi ga bilo mogoče razširiti.

O VLOGI ŠOLE IN UČITELJEV

Študija odpira poglobljen uvid v vlogo šole pri VDZOM. Duševnozdravstveni strokovnjaki in tudi del pedagoških strokovnjakov šolo vedno bolj vidijo kot socialni prostor z največ možnostmi za VDZOM; predvsem zato, ker šola v razvitem svetu vključuje vse otroke. Njena univerzalnost, neodvisnost pri nujenju podpore in pomoči OM v stiski od možnosti in dobre volje staršev, da vodijo otroke k specialistu, dokazana mogoča varovalna vloga pri OM, obremenjenih z dejavniki tveganja, so argumenti za razvijanje duševno-zdravstvene kulture v šolah. Pod besedo »šola« v kontekstu VDZ OM pojmujejo šolo kot celoto z ravnateljem in učitelji ter njeno posebno službo – ŠSS.

V študiji je lepo brati o pomoči, ki jo mladostnikom v stiskah nudijo učitelji in profesorji. Predpostavljam, da je tega veliko več v osnovnih šolah, kjer je stik med učiteljem in učencem tesnejši. Problem učiteljske podpore in pomoči je v tem, da je naključna, odvisna od tega, ali imaš srečo, da te poučuje učitelj dobrega srca. Če bi bila podpora učiteljev OM v stiski vgrajena v delovanje šole, torej če bi bila razvita kultura DZ, bi govorili o smoli, ki jo je imel

učenec, ker ga poučuje učitelj brez empatije. Jasno je namreč, da v še tako idealnem šolskem sistemu ne bodo vsi učitelji empatični in pripravljeni pomagati. Toda gre za vprašanje, ali je stvar srečnega naključja empatičen učitelj ali stvar nesrečnega naključja učitelj brez empatije. V doživljanju prejete pomoči pri mladih, ki so sodelovali v študiji, najdemo več pozitivnih izkušenj s šolo, kot bi jih pričakovali glede na kritike šole v smislu njenega razčlovečenja in usmerjenosti v storilnost.

Res je, da so v šolah prisotne oblike pomoči posamezniku v stiski ali skupini otrok s podobnimi težavami, so strategije za reševanje posamičnih problemov (droge, vrstniško nasilje), so posebni programi, ki pa spričo prostovoljne udeležbe zajamejo le del otrok s težavami. Očitna pa je odsotnost naporov in strategij za spreminjanje etosa, psihosocialne klime, duševnozdravstvene kulture šole kot celote, kar bi zmanjšalo dejavnike tveganja znotraj šole in generiralo vrsto zaščitnih procesov pa tudi aktiviralo vire, pomoči, npr. empatijo, solidarnost, vrstniško pomoč, integrativno moč šole, in zmanjševalo stigmo DM. Opozorila bi še, da zgolj izobraževanje šolskih kadrov brez uvajanj kulture DZ in kulture psihosocialne dobrobiti ne zadošča.

Študija zelo dobro prikaže delovanje ŠSS, njene prednosti in ovire. Še posebej povedne se mi zdijo navedbe mladih o tem, kako vidijo podporno ŠSS, torej tako, s katero imajo dobro izkušnjo. Med značilnostmi ne najdemo kakšne striktno izvajane terapevtske ali svetovalne metode ali tehnike, temveč kakovost človeškega odnosa in praktične nasvete ter pomoč. Nisem seznanjena z izobraževanjem ŠSD ob delu, vem pa, da je na tržišču vse polno ponudb za s protokoli določene tehnike in terapije. Ne vem pa, koliko je v teh izpopolnjevanjih govora o vlogi človečnosti in praktičnih nasvetov. Prav tako je v edukaciji šolskih in zdravstvenih delavcev zanemarljivo področje aktiviranja virov pomoči v širši družini, v šoli, med prostovoljci, v nevladnih organizacijah, skupnosti. Zdi se mi, da ta znanja ŠSD črpajo predvsem iz osebnih virov, lastnih izkušenj in modrosti, pridobljene ob delu. Iz študije dobimo tudi vtis, da bi ŠSS lahko znatno več prispevale k VDZOM ob ustreznih delovnih razporeditvah delovnih nalog in usposabljanjih širšega značaja o celostnih sistemskih pristopih pomoči OM v stiskah.

V študiji predstavljene vsebine o vlogi šole in ŠSD so tako bogate in pomembne, da jih je preprosto nemogoče obravnavati v okviru enega članka in bi terjale poseben esej. Četudi je naročnik študije zdravstvo, bi v nadaljevanju raziskave priporočala poglobljen razmislek o tem, kako bi se dragoceni viri šole lahko v večji meri aktivirali za VDZOM in kaj k temu lahko zdravstvo prispeva.

Vloga izkušenj z vrstniki pri nastanku in vzdrževanju DM je velika zaradi pomena vrstniških odnosov za mladostnika. Četudi v zadnjih letih v psihiatrični literaturi veliko opozarjajo na trajne posledice različnih oblik vrstniškega nasilja za DZ, mislim, da to še vedno ni ustrezno prepoznano na šolah. Poleg tega pa je neprepoznana pozitivna vrednost vrstniške pomoči. Vrstniška podpora ali podpora enega prijatelja dokazano sodi med varovalne dejavnike, je mogoč vir pomoči za obvladovanje težav. V strokah pomoči in v šolah premalo spodbujamo in koristimo vrstniško pomoč za OM v stiskah in z DM. Spodbujanje in krepitev teh procesov ima še dodano pomembno socializacijsko vlogo – večanje empatije, vzgoja za vzajemno pomoč in solidarnost. To je področje srečanja državljske vzgoje, vzgoje za človečnost s filozofijo in prakso VDZOM.

O DOBRIH PRAKSAH

Avtorje so zanimale dobre prakse. Preusmeritev od zgolj odkrivanja napak in pomanjkljivosti do odkrivanja dobrih praks je nadvse koristen prispevek k izboljšanju VDZOM. Izmenjava dobrih izkušenj med učitelji ima v mojem videnju enako ali včasih celo večjo vrednost za implementacijo kot predavanja mentalnohigienskih strokovnjakov.

Ob dobrih šolskih praksah sem se spomnila: ko sem na seminarjih za učitelje v različnih delih sveta povprašala učitelje po dobrih praksah pomoči učencu v stiski, je bil pogost odgovor: »Nič posebnega nismo naredili. Ne spomnim se, da bi kaj posebnega naredili. Saj nismo vedeli, kaj naj bi naredili.« Ko pa sem pričela spraševati o drobnih oblikah izkazovanj empatije, človeške podpore, smo skupaj odkrili kup na videz nepomembnih dejanj, ki so otroku pomenila novo, boljše medčloveško izkušnjo, izkušnjo dobrega, ki deluje kot protiutež doživetemu slabemu.

KAJ STORITI ZA BOLJŠE VAROVANJE DUŠEVNEGA ZDRAVJA OTROK IN MLADOSTNIKOV?

Pomembno podvprašanje tega razmišljanja je, kako zagotoviti podporo in pomoč večjemu številu OM s težavami in DM. Prvi odgovor je seveda s širjenjem, razvijanjem, zgotovitvijo služb, ki nudijo formalno pomoč. Vendar – kot je bilo večkrat zapisano v tekstu – s tem ne bomo zadostno rešili problema. Potrebno je delovanje širšega značaja. Nekatere smeri delovanja so predstavljene v predhodnem tekstu. Zapisane misli ne predstavljajo celovitega recepta, le opozarjajo na nekatera izvedljiva delovanja v smeri izboljšanja stanja.

Za DZOM je potrebno poleg vseh ozaveščanj in priporočil za starševstvo predvsem razviti institucionalno kulturo DZ. To pomeni ozaveščanje strokovnih delavcev v institucijah za OM o pomenu DZ, o njihovi vlogi in vplivnosti, osnovno izobraževanje o DZ in DM, odgovoriti na vprašanje »Kaj jaz – učiteljica, vzgojiteljica, medicinska sestra, zdravnica – lahko storim v svojem razredu, svoji skupini, svoji ambulanti za VDZOM?«

V različnih oblikah izobraževanja se vse premalo usmerjamo v kontekst delovanja. Predstavljamo splošna znanja o DZ in DM, marsikdaj tudi modele pomoči specialističnega značaja, ki niso izvedljivi v delovni stvarnosti udeležencev usposabljanja. Usmerjenosti v kontekst pri usposabljanju delavcev različnih strok za VDZOM in pomoč OM v stiski sem se naučila, ko so me učitelji in zdravstveni delavci v revnih deželah in deželah, obremenjenih z oboroženimi konflikti, spraševali po mojih krasnih predavanjih: »Kaj lahko jaz storim v svoji ambulanti, v kateri v enem dopoldnevu vidim 100 pacientov?« ali »Kaj lahko jaz storim v svojem razredu s 60 ali 80 učenci?« V Sloveniji se s takšnimi številkami ne srečujemo. Toda vprašanje možnosti ne-specialistične pomoči v konkretnem kontekstu ostaja prvenstvena značaja. Odgovori na navedena in podobna vprašanja so predvsem v zagotavljanju komponent pomoči, za katere niso potrebna specializirana znanja psihologije ali psihiatrije. To so razumevanja, empatije, podpora, spodbujanje, posredovanje praktičnih nasvetov in instrumentalne pomoči ter aktiviranje zunanjih virov pomoči. Pri svojem delu z

učitelji se mi zdi enako pomembno ali celo bolj pomembno okrepiti energije učitelja, da izrazi svojo človeško podporo otroku, da mu pomaga s praktičnimi nasveti pri učenju in samoobvladovanju, kot da mu vliva v glavo nova odkritja s področja psihologije ali medicine. Učitelji – vsaj velika večina njih – imajo potrebna tovrstna osnovna znanja, poznajo otroke, so razvili veliko modrosti za pedagoško, psihopedagoško in psihološko delo z otrokom. Problem je v tem, da mnogi ne prepoznavajo svojega pomena v življenju otroka, podcenjujejo svojo vlogo in vplivnost, ker prejema premalo spodbud in socialnih nagrad za človečnostno komponento svojega učiteljevanja. Mnogi kljub temu uspejo ohraniti vlogo pomočnikov OM v stiskah. Ne zastavljajo vprašanja »Mar je šola terapevtska ustanova?« Od teh učiteljev se vsi (drugi učitelji, mentalnohigienski strokovnjaki) lahko največ naučimo o tem, kako krepiti DZ OM v okviru šole in pomagati OM v stiskah in ob DM.

Morda bi kazalo tudi okrepiti vlogo ŠSD. Kar zahtevamo od ŠSD, je v sedanjih okoliščinah njihovega delovanja nerealistično: nudenje vsaj neke oblike pomoči vsem otrokom na šoli, ki so v stiski. ŠSD naj bi bili skrbniki dobre psihosocialne klime na šoli in naj bi opravljali še nadvse važno vlogo izobraževalca, spodbujevalca, svetovalca učiteljev na področju VDZOM. Vprašanje je, kako ustvariti boljše pogoje za takšno celostno delovanje.

Čeprav študija ne opredeljuje teoretskega okvirja DZ in nastanka ter vzdrževanja motenj, je očitno, da gradi na celostnem interaktivnem modelu, ki utemeljuje potrebo po celostni večdimenzionalni pomoči mladostnikom. V kompleksu sinergično povezanih oblik pomoči mladim imajo posebno vplivnost, podporno in zaščitno vrednost socialne mreže. O tem, kako razvijati, krepiti, aktivirati socialne mreže in spodbuditi vključevanje otroka in mladostnika v te mreže, le malo beremo v znanstvenih objavah stroke. Te mreže nimajo le varovalnega vpliva na posameznika. Pomembne so, ker tvorijo del socialnega kapitala, ki poraja dobrobit skupnosti. Vrednost socialnih mrež za ljudi v stiskah je tudi v tem, ker lahko ob nedostopnosti formalno-strokovnih intervencij nudijo osebi v stiski ali osebi z DM vsaj človeško in odnosno komponento pomoči in komponento praktičnih nasvetov.

ZA ZAKLJUČEK

Morda se sprva zdi nekoliko čudno, da je nekdo naročil takšno študijo v času, ko so v Sloveniji čakalne dobe za obravnavo v institucijah, ki nudijo brezplačno pomoč mladim z duševnimi težavami ali z DM, nekaj mesecev ali v nekaterih zavodih več kot leto. Toda ob branju izsledkov študije prepoznamo, da je lahko v veliko pomoč pri iskanju rešitev za naraščajoče nesorazmerje med potrebami po pomoči in zdravljenju ter možnostmi za pomoč in zdravljenje, ki zagotavljajo sistem zdravstvenega in socialnega varstva in šolski sistem.

Vrednost študije vidim tudi v tem, da nas, formalne pomočnike OM v duševnih stiskah ali z DM, usmeri na razmišljanja o lastni strokovni in družbeni vlogi, o svojem delovanju in sodelovanju ter seveda o delovanju institucionalnih sistemov za VDZOM. In tistih, ki so povezani z DZOM.

Predlogi za izboljšave sistema, zbrani v študiji, so dragocen material za načrtovalce sprememb. Zgolj večanje števila strokovnjakov bo le delno rešilo problem. Vzporedno bi bilo treba razvijati širše modele VDZOM po načelu prenosa in delitve nalog. Naučimo se, da je potrebno mnogo širše zastaviti dejavnost VDZOM ob koriščenju naravnih življenjskih virov pomoči, ki tvorijo vsakdanjo izkušnjo OM v odnosih z ljudmi. Mislim, da je poleg tega, kar avtorji študije imenujejo »zgodstitev formalne mreže«, enako pomembna širitev mreže po parafraziranem načelu SZO: »Duševno zdravje za vse otroke in mladostnike, vsi za duševno zdravje vseh otrok in mladostnikov«.

Všeč mi je bilo, da pri branju študije veliko izvemo tudi o dobrih rečeh, ki se dogajajo v formalnih virih pomoči. Veliko več kot iz deklarativnih izjav in letnih poročil teh institucij. Študijo bi bilo nadvse koristno predstaviti in predebatirati v različnih strokovnih krogih, zlasti šolskih svetovalnih delavcev, svetovalnih centrov in drugih ambulantnih terapevtskih ustanov za DM OM. Poglavje o zadovoljstvu in nezadovoljstvu s prejeta pomočjo (v zvezi z zdravili, z odnosom, z obliko, metodo in vsebino intervencij pomoči, z režimom) bi moralo biti vsebina učne ure izobraževanja vseh pomočnikov ter poglavje v vsakem učbeniku o VDZOM.

Poglavje Modeli dobre prakse v šolah in celotno gradivo študije bi bilo nadvse koristna iztočnica za razpravo o stanju DZ v šolah.

Ustavila sem se ob stavku v zaključkih: »Kompleksnost vsa-kodnevnega življenja prehiteva kapacitete raznolikih strok, da bi dogajanje reflektirale.« Mislim, da jih predvsem prehiteva v zmožnosti ustreznega odzivanja in obvladovanja dogajanj tako na teoretični ravni kot na ravni prakse. Problem je tudi v tem, da vse preveč prepuščamo, reševanje težav družbenega, systemskega izvora in obče človeškega značaja zaupamo strokam, ki se ukvarjajo s popraviljem posameznikov. Tudi če pristanemo na medicinski model zdravljenja in popraviljanja posameznika z duševnimi težavami ali motnjami, moramo priznati, da imajo mentalnohigienske stroke mnogo manj učinkovita orodja za odpravljanje bolezni, kot jih ima medicinska stroka za mnoge telesne bolezni. Pri prevzemanju medicinskega modela spregledamo, da je zdravstvena stroka poleg pomoči bolnemu posamezniku razvila in še razvija učinkovite metode odpravljanja virov bolezni, ki ogrožajo celotno populacijo, kot so higiena, cepljenje, varstvo žena v nosečnosti, zdravstveno varstvo otrok ... Kaže, da dušeslovnim strokam (tudi tistim, ki so del zdravstva) primanjkuje iniciativ in energij za javno duševnozdravstveno delovanje in družbeni aktivizem na področju VDZOM.

LITERATURA

- APA - American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Ed.* Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- De Jong, J. T. (2014). New frontiers: a view to the future. *Intervention, 12*(1), 129–144.
- Dekleva, B., Klemenčič Rozman, M. M., Razpotnik, Š., Sande, M., Škraban, J. in Tadič, D. (2018). *Dostopnost organiziranih oblik podpore mladim v psihosocialnih in duševnih in konteksti teh težav težava (preliminarna študija)*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta.
- Mikuš Kos, A. (2017). *Duševno zdravje otrok današnjega časa*. Radovljica: Didakta.

- MKB-10 – AM. *Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene. Avstralska modifikacija, verzija 6.* (2008). Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
- Patel, V. (2014) Rethinking mental health care: bridging the credibility gap. *Intervention*, 12(1), 15–20.
- Quel modele pour la pedopsychiatrie de demain? (2019). *Psychiatrie francaise*, 49(4), 18.
- Slodnjak, V. (2015). Svetovalni center za otroke mladostnike in starše. *V 60 let podpore pri vzgoji, učenju in odraščanju. Zbornik strokovnega simpozija ob 60. letnici Svetovalnega centra* (str. 24–50). Svetovalni center.
- Thapar, A., Pine, D., Leckman, J. F., Scott, S., Snowling M. J. in Taylor, E. A. (ur.). (2015). *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry, Sixth Edition*. John Wiley & Sons, Ltd.
- World Health Organization. (2004). *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice (Summary Report)*. Geneva: World Health Organization.
- Williams, P. (2015). *Lack of Mental Healthcare for Children Reaches 'Crisis' Level. Helthline*. Pridobljeno s <http://www.healthline.com/health-news/lack-of-mental-healthcare-for-children-reaches-crisis-level-062315#1>.

END (start)

PIIIISK. Odmev v ušesih.

Vročina po telesu. Srh.

T-t-treseš se. Slabo ti je.

Ne more biti.

Ne more biti konec.

Solze. Usta polna sline.

Nisi se poslovila.

Nisi rekla »adijo«.

Nisi pomahala.

Nisi objela.

Obstala si na koncu poti.

Konec poti?

Ni zaključka, ni miru, ni konca ...

Nenehna misel v ozadju.

Zevajoča črna grabežljiva luknja.

Vprašanja, vprašanja, vprašanja.

Klicajil in podpičja;

Poved se konča s piko.

Življenje se konča s piko.

Nikar ne verjemi takim nesmisлом.

Tam je le ;

Tam je le —

Manko. Prazno. Nepopolno.

Tam je le **end (start)**.

Tam je le **start (end)**.

H.

NAVODILA SODELAVKAM IN SODELAVCEM REVIJE SOCIALNA PEDAGOGIKA

301

Revija Socialna pedagogika objavlja izvirne znanstvene (teoretsko-primerjalne oz. raziskovalne in empirične) in strokovne članke, prevode v tujih jezikih že objavljenih člankov, prikaze, poročila ter recenzije s področja socialnopedagoškega raziskovanja, razvoja in prakse.

Prosimo vas, da pri pripravi znanstvenih in strokovnih prispevkov za revijo upoštevate naslednja navodila:

OBLIKA PRISPEVKOV

1. Prva stran članka naj obsega: slovenski naslov dela, angleški naslov dela, ime in priimek avtorja (ali več avtorjev), natančen akademski in strokovni naziv avtorjev in popoln naslov ustanove, kjer so avtorji zaposleni (oziroma kamor jim je mogoče pisati), ter elektronski naslov.
2. Naslov naj kratko in jedrnato označi bistvene elemente vsebine prispevka. Vsebuje naj po možnosti največ 80 znakov.
3. Druga stran naj vsebuje jedrnat povzetek članka v slovenščini in angleščini, ki naj največ v 150 besedah vsebinsko povzema, in ne le našteva bistvene vsebine dela. Povzetek raziskovalnega poročila naj povzema namen dela, osnovne značilnosti raziskave, glavne izsledke in pomembne sklepe.
4. Izvlečkoma naj sledijo ključne besede (v slovenskem in tujem jeziku).
5. Od tretje strani dalje naj teče besedilo prispevka. Prispevki naj bodo dolgi največ 20 strani (oz. največ 35 000 znakov s presledki). Avtorji naj morebitne daljše prispevke pripravijo

v dveh ali več nadaljevanjih oziroma se o dolžini prispevka posvetujejo z urednikom revije.

6. Razdelitev snovi v prispevku naj bo logična in razvidna. Naslovi in podnaslovi poglavij naj ne bodo oštevilčeni (1.0, 1.1, 1.1.1). Razdeljeni so lahko na največ dve ravni (naslov in podnaslov/-i). Priporočamo, da razmeroma pogosto uporabljate mednaslove, ki pa naj bodo samo na eni ravni (posamezen podnaslov naj torej nima še nadaljnjih podnaslovov). Podnaslovi naj bodo napisani z malimi črkami (vendar z velikimi začetnicami) in krepko (bold). Raziskovalni prispevki naj praviloma obsegajo poglavja: Uvod, Namen dela, Metode, Izsledki in Sklepi.
7. Tabele naj bodo natisnjene v besedilu na mestih, kamor sodijo. Vsaka tabela naj bo razumljiva in pregledna, ne da bi jo morali še dodatno pojasnjevati in opisovati. V naslovu tabele naj bo pojasnjeno, kaj prikazuje, lahko so tudi dodana pojasnila za razumevanje, tako da bo razumljena brez branja preostalega besedila. V legendi je treba pojasniti, od kod so podatki in enote mer, ter pojasniti morebitne okrajšave. Vsa polja tabele morajo biti izpolnjena. Jasno je treba označiti, če je podatek enak nič, če je podatek zanemarljivo majhen ali če ga ni. Če so podatki v odstotkih (%), mora biti jasno naznačena njihova osnova (kaj pomeni 100 %).
8. Narisane sheme, diagrami in fotografije naj bodo vsaka na samostojnem listu, ki so na hrbtni strani označeni z zaporedno številko, kot si sledijo v besedilu. V besedilu naj mesto označuje vodoravna puščica ob levem robu z zaporedno številko na njej. V dvomljivih primerih naj bo označeno, kaj je spodaj in kaj zgoraj, poleg tega pa tudi naslov članka, kamor sodi. Velikost prikazov naj bo vsaj tolikšna, kot bo objavljena. Risbe naj bodo čim bolj kontrastne. Grafikoni naj imajo absciso in ordinato, ob vrhu oznako, kateri podatek je prikazan, in v oklepaju enoto mere.
9. Avtorjem priporočamo, da posebno označevanje teksta s poševno (*italic*) ali krepko (**bold**) pisavo ter z VELIKIMI ČRKAMI uporabljajo čim redkeje ali pa sploh ne. Poševna pisava naj se uporablja npr. za označevanje dobesednih izjav

raziskovanih oseb, za označevanje morebitnih slengovskih ali posebnih tehničnih izrazov itd.

CITIRANJE IN REFERENCE

1. Od leta 1999 dalje v reviji *Socialna pedagogika* upoštevamo pri citiranju, označevanju referenc in pripravi seznama literature stil APA (za podrobnosti glej čim poznejšo izdajo priročnika: *Publication manual of the American Psychological Association*. Washington, DC: American Psychological Association.). Literatura naj bo razvrščena po abecednem redu priimkov avtorjev oziroma urednikov (oz. naslovov publikacij, kjer avtorji ali uredniki niso navedeni). Prosimo vas, da citirate iz originalnih virov. Če ti niso dostopni, lahko izjemoma uporabite posredno citiranje. Če v knjigi Dekleve iz leta 2009 navajate nekaj, kar je napisala Razpotnikova leta 2003, storite to tako: Razpotnik (2003, v Dekleva, 2009). Upoštevajte navodila za citiranje po standardu APA, objavljena na straneh www.revija.zzsp.org/apa.htm.
2. Vključevanje reference v tekst naj bo označeno na enega od dveh načinov. Če gre za dobesedno navajanje (citiranje), naj bo navedek označen z narekovaji (npr. „To je dobesedni navedek,“ ali „Tudi to je dobesedni navedek.“), v oklepaju pa napisan priimek avtorja, letnica izdaje citiranega dela in stran citata, npr. (Miller, 1992, str. 99).
3. Avtorjem priporočamo, da ne uporabljajo opomb pod črto.

ODDAJANJE IN OBJAVA PRISPEVKOV

1. Avtorji naj oddajo svoje prispevke v elektronski obliki (.doc) na elektronski naslov uredništva. Če članek vsebuje tudi računalniško obdelane slike, grafikone ali risbe, naj bodo te v posebnih datotekah, in ne vključene v datoteke z besedilom.
2. Avtorji s tem, ko oddajo prispevek uredništvu v objavo, zagotavljajo, da prispevek še ni bil objavljen na drugem mestu in izrazijo svoje strinjanje s tem, da se njihov prispevek objavi v reviji *Socialna pedagogika*.

3. Vse raziskovalne in teoretične članke dajemo v dve slepi (anonimni) recenziji domačim ali tujim recenzentom. Recenzente neodvisno izbere uredniški odbor. O objavi prispevka odloča uredniški odbor revije po sprejetju recenzij. Prispevkov, ki imajo naravo prikaza, ocene knjige ali poročila s kongresa, ne dajemo v recenzije.
4. O objavi ali neobjavi prispevkov bodo avtorji obveščeni. Lahko se zgodi, da bo uredništvo na osnovi mnenj recenzentov avtorjem predlagalo, da svoje prispevke pred objavo dodatno skrajšajo, spremenijo oz. dopolnijo. Uredništvo si pridržuje pravico spremeniti, izpustiti ali dopolniti manjše dele besedila, da postane tako prispevek bolj razumljiv, ne da bi prej obvestilo avtorje.
5. Avtorske pravice za prispevke, ki jih avtorji pošljejo uredništvu in se objavijo v reviji, pripadajo reviji Socialna pedagogika, razen če ni izrecno dogovorjeno drugače.
6. Vsakemu prvemu avtorju objavljenega prispevka pripada brezplačnih pet izvodov revije.

Prispevke pošljite na naslov **matej.sande@guest.arnes.si**
(v zadevi/subject obvezno navedite: Objava prispevka).

Spletna stran revije: **www.revija.zzsp.org**

<i>Bojan Dekleva, Darja Tadič in Špela Razpotnik</i> Uvodnik: Dostopnost organiziranih oblik podpore mladim v psihosocialnih in duševnih težavah	133
<i>Bojan Dekleva in Darja Tadič</i> Zadovoljstvo mladih s prejeto pomočjo v zvezi z njihovimi duševnimi stiskami	147
<i>Darja Tadič in Bojan Dekleva</i> Ovire pri iskanju in uporabi pomoči mladim v duševnih stiskah	173
<i>Špela Razpotnik</i> Zgoščanje ranljivosti v zgodbah mladih	195
<i>Mija M. Klemenčič Rozman in Bojan Dekleva</i> Stališča šolskih delavk in modeli dobre prakse v šolah v zvezi z duševnimi stiskami mladih	217
<i>Helena Grbec</i> Moja pot iskanja pomoči	245
<i>Špela Razpotnik, Darja Tadič, Bojan Dekleva, Mija Marija Klemenčič Rozman, Matej Sande, Juš Škraban</i> Pomen uporabniške perspektive na področju duševnega zdravlja mladih	251
<i>Anica Mikuš Kos</i> Duševne težave in motnje otrok ter mladostnikov – kako zmanjšati razkorak med potrebami in možnostmi pomoči	273