

Skrb za duševno zdravje med psihologi – Pandorina skrinjica

Saška Roškar
Nacionalni inštitut za javno zdravje

Care for mental health among psychologists – Pandora's box

Saška Roškar
National Institute of Public Health, Slovenia

Ključne besede: duševno zdravje, samostigma, psihologi

Keywords: mental health, selfstigma, psychologists

Psihologi sodimo med poklicne skupine, pri katerih se skozi leta formalnega in neformalnega izobraževanja gradi vloga in poklicna identiteta nekoga, ki pomaga drugim ohraniti, okrepiti ali ponovno vzpostaviti duševno zdravje. Podobno velja še za vrsto drugih poklicev, denimo za zdravnike psihiatre, socialne delavce in še koga. Počasi in vztrajno, mogoče tudi nezavedno, z leti na strokovne vsebine vedno bolj gledamo dihotomno, iz zornega kota *mi*, ki pomagamo, in *oni*, ki pomoč potrebujejo (Good idr., 2009). Diskurz, ki ga s tem hote ali ne hote vzpostavljamo je, da s(m)o tisti, ki s(m)o dejavni na področju duševnega zdravja, imuni na duševne stiske in duševne bolezni. Skorajda premazani s teflonom, da se nič ne (s)prime. Zdi se, da se težko in redko iskreno med sabo pogovarjamo o naših duševnih stiskah ali težavah. Še redkeje te vsebine, torej ranljivost (za duševne težave) kot nekaj, kar je lastno človeškemu bitju, ne glede na poklicno usmeritev, naslovimo s študenti in tistimi, ki so še v procesu izobraževanja. In tako raste nova generacija strokovnjakov, ki bo lahko nadaljevala dihotomizacijo na *nas* in na *njih*. V odnosu do lastnega duševnega zdravja zelo neugodna, vzvišena in potencialno zelo škodljiva drža.

Kaj pa, če nas naša duševnost vseeno preseneti in ne upošteva tega, da imamo na diplomih, magisteriju, doktoratu, specialistični listini napisano, da smo s tega področja in da o tem nekaj vemo? Kaj pa takrat? Pred nekaj leti so na Evropskem suidološkem kongresu organizirali prav posebno plenarno sekcijo. Namesto klasičnih predavanj smo poslušali zgodbe in izkušnje strokovnjakov – kliničnih psihologov, terapevtov, suidologov – o njihovem spopadanju z lastnimi duševnimi težavami in samomorilnimi mislimi. Govorci so odkrito govorili o tem, kako težko so sprejeli dejstvo, da se to dogaja njim, kako nerodno in nelagodno jim je bilo ob misli, da bi to izvedeli njihovi kolegi in kako nekompetentni so se ob tem počutili, saj so se vendar celo življenje izobraževali za to, da pomagajo drugim. Njihova pripoved in pogum sta me navdihnili in me zanesla v razmišljanje, kako zares strogo držo do sebe imamo tisti, ki smo dejavni na področju duševnega zdravja, in koliko dopuščamo oziroma sprejemamo možnost, da tudi sami zbolimo za duševno boleznijo. Kmalu zatem smo se s skupino domačih in tujih kolegov odločili, da med strokovnjaki na področju suidologije (psihologi, klinični psihologi, psihiatri, terapevti, sociologi, itd.), ki jih združuje članstvo v okviru Mednarodne organizacije za preprečevanje samomora, preverimo, koliko od njih ima izkušnjo z lastnimi duševnimi težavami. In kakšen je njihov odnos do tega. Ugotovili smo, da izkušnja duševne bolezni in samomorilne stiske niti ni tako redka. Več kot tretjina vprašanih je odgovorila, da je kadarkoli v življenju že imela samomorilne misli, skoraj polovica vprašanih je odgovorila, da je kadarkoli že imela duševne težave (Roškar idr., 2022). Kot so ugotavljali Zamir idr. (2022) je predhodna izkušnja z duševnimi težavami lahko celo razlog oziroma motivacija v ozadju odločitve, da se začnemo formalno izobraževati na področju duševnega zdravja. Vsebine so torej več kot očitno *med nami* in morali bi jih začeti sistematično naslavljanje. Vendar to pomeni, da bi morali odpreti Pandorino skrinjico ...

*Naslov/Address: dr. Saška Roškar, Nacionalni inštitut za javno zdravje, Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana, e-mail: saska.roskar@nijz.si

Pogovarjati se o tem, da obiskujemo psihoterapijo ali svetovanje, bodisi zaradi zahtev izobraževalnega procesa bodisi zaradi lastne odločitve je eno (mogoče je v zadnjem času to celo moderno), a pogovarjati se o tem, da imaš ali si imel duševno motnjo, je nekaj povsem drugega. Duševne motnje že same po sebi nosijo veliko breme stigme, če pa se to zgodi tistim, ki smo dejavni na področju duševnega zdravja, pa je (samo)stigma lahko še večja. Zaradi poklicne vloge, ki jo imamo zaposleni na področju duševnega zdravja, velikokrat razvijemo (pre)visoka pričakovanja do sebe. Ta pričakovanja lahko krepijo proces zanikanja lastne duševne stiske, sprožijo občutke sramu in zavirajo iskanje pomoči (Good idr., 2009; Wallace, 2012), saj je v ozadju strah, da nas bo javnost dojemala kot manj kompetentne, če se bomo razkrili. V odnosu do stanovskih kolegov ni nič drugače. Pravzaprav so v študijah ugotavljali, da se strokovnjaki lažje razkrijejo v svojih nestrokovnih kot strokovnih krogih (Waugh idr., 2017) in da imajo zadržke do tega, da bi pristopili h kolegu, za katerega menijo, da se sooča z duševnimi težavami (Kleespies idr., 2011). Velik del stigmatizirajočih stališč do duševnih motenj in posledično tudi do oseb, ki se z njimi soočajo, izhaja ravno iz vrst strokovnjakov (Hinshaw, 2008). Če smo del strokovne skupine, za katero vemo, da stigmatizira duševne težave (čeprav se navzven zdi vse prej kot to), potem je strah pred tem, kakšen bo odziv, če bi razkrili svoje duševne težave, razumljiv. Posledično je razumljiva tudi motivacija, da svojo duševno stisko prikrijemo oziroma je ne razkrijemo, zato da sami pred sabo, pred javnostjo, predvsem pa pred kolegi vzdržujemo nezlomljivo podobo o sebi. Razumljivo je spraševanje o tem, ali nas bodo kolegi še vedno dojemali kot kompetentnega sogovornika, ali nas bodo uporabniki še vedno dojemali kot kompetentnega strokovnjaka. Zato veliko strokovnjakov tudi odlaša z iskanjem pomoči (Barnett idr., 2007). A zanikanje duševne stiske in neiskanje pomoči je lahko (tudi za nas) zelo nevarno in se lahko zaplete do skrajnosti, do samomorilnega vedenja. Zato ne preseneča dejstvo, da so na vzorcu ameriških psihologov ugotovili, da je 42 % kadarkoli v življenju imelo tesnobo (Tay idr., 2018), 61 % kadarkoli v življenju imelo klinično depresijo, 29 % jih je kadarkoli imelo samomorilne misli, 4 % so samomor poskušali narediti (Gillroy idr., 2002; Pope in Tabachnik, 1994; Zuckerman idr., 2022). In kljub temu tovrstnih težav, ki so prisotne med nami, ne obravnavamo z resnostjo, ki bi problemu pritikal. O tem, kako težke so dileme okoli lastnega razkritja/nerazkritja in iskanja pomoči ter kaj se iz njih vendarle lahko naučimo, pričajo sočutne in iskrene prvoosebne izpovedi v knjigi *Breaking the Silence – Mental health professionals disclose their personal and family experiences of mental illness* (Hinshaw, 2008), v katerih psihologi in psihiatri opisujejo svoje spopadanje z duševnimi težavami (bodisi lastnimi ali družinskih članov). Uteha in 'dovoljenje', da se kaj takšnega lahko zgodi tudi nam. Kot opisujejo, si posebno veliko odgovornost naložimo takrat, ko se kdo od naših bližnjih sooča z duševno stisko. Namreč, če je ob soočanju z lastno duševno stisko prevladujoči občutek sram (pred sabo in drugimi), je v primeru, da se kdo od bližnjih sooča z duševno boleznijo, bolj glasen občutek krivde in odgovornosti. Teren postane še bolj spolzek zaradi prepričanja, da kot psihologi – kot nekdo, ki so ga učili

pomagati drugim – nismo zmogli ali znali preprečiti padca tistih, ki jih imamo najraje. Znanje, ki nam sicer koristi, nam je kar naenkrat v breme ali nedostopno.

A vendar smo tudi mi samo (navadni) ljudje. Vsi, ki smo dejavni na področju duševnega zdravja in tako ali drugače pomagamo drugim, si moramo priznati tudi lastne ranljivosti in meje. Pravzaprav to ni samo naša odgovornost, pač pa tudi naša dolžnost. V odnosu do tistih, s katerimi delamo in jim poskušamo pomagati, v odnosu do sebe in tudi do strokovnih kolegov. Kot je zapisano v etičnem kodeksu Ameriške psihološke zveze (American Psychological Association [APA], 2017), se psihologi morajo zavedati učinkov, ki jih na njihove strokovne kompetence lahko ima njihovo telesno in duševno zdravje. Kar zadeva kompetence, omenjeni kodeks celo navaja, da bi psiholog, kadar se zave osebnih težav, ki vplivajo na njegovo strokovno sposobnost, moral ustrezno ukrepati, in sicer tako, da bi omejil, začasno prekinil ali prenehal z opravljanjem delovnih zahtev, zato da deluje v najboljšem interesu zase in za tiste, s katerimi je v delovnem odnosu.

Premakniti se moramo iz drže, v kateri distancirano govorimo o teh vsebinah, kot da zadevajo (le) druge in se premakniti v pozicijo, iz katere bi vsebine naslavljali kot nekaj univerzalnega, kot nekaj, kar se lahko zgodi tudi nam. Postati moramo bolj občutljivi, predvsem pa ozavestiti in sprejeti dejstvo, da diagnoze pod črko F iz Mednarodne klasifikacije bolezni ne izbirajo med izobrazbo. In na ta način ne bi smeli izgubiti na kredibilnosti v očeh stanovskih kolegov. Ravno nasprotno. Drznem si razmišljati, da podobno velja tudi v odnosu do javnosti. Šele ko se bomo zmogli znotraj strokovnih krogov odkrito in brez zadrege pogovarjati o lastnih izkušnjah, bomo namreč lahko zares pričakovali in verjeli, da bodo o tem lahko odkrito govorili tudi drugi. Ker sicer gre za eklatantno dvojna merila, ki jih postavlja nihče drug kot mi.

Kot je zapisala skupina avtorjev, ne gre za vprašanje *mi in oni*, pač pa za vprašanje *mi in kdaj* (Good idr., 2009). Jaz sem se s svojim *kdaj* že spopadla. Kaj pa vi?

Literatura

- American Psychological Association. (2017). Ethical principles of psychologists and code of conduct (2002, amended effective June 1, 2010, and January 1, 2017). <https://www.apa.org/ethics/code/>
- Barnett, J. E., Baker, E. K., Elman, N. S. in Schoener, G. R. (2007). In pursuit of wellness: The self-care imperative. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38, 603–612.
- Gilroy, P. J., Carroll, L. in Murra, J. (2022). A preliminary survey of counseling psychologists' personal experiences with depression and treatment. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33, 402–407.
- Good, G. E., Khairallah, T. in Mintz, L. B. (2009). Wellness and impairment: Moving beyond noble us and troubled them. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 16, 21–23.
- Hinshaw, S. (2008). *Breaking the silence: Mental health professionals disclose their personal and family*

- experiences of mental illness*. Oxford University Press.
- Kleespies, P. M., Van Orden, K. A., Bongar, B., Bridgeman, D., Bufka, L. F., Galper, D. I., Hillbrand, M. in Yufit, R. I. (2011). Psychologist suicide: Incidence, impact, and suggestions for prevention, intervention, and postvention. *Professional Psychology: Research and Practice*, 42, 244–251.
- Pope, K. S. in Tabachnick, B. G. (1994). Therapists as patients: A national survey of psychologists' experiences, problems, and beliefs. *Professional Psychology: Research and Practice*, 25, 247–258.
- Roškar, S., Kralj, D., Andriessen, K., Krysinska, K., Vinko, M in Podlesek, A. (2022). Anticipated self and public stigma in suicide prevention professionals. *Frontiers in Psychiatry*, 13, članek 931245.
- Tay, S., Alcock, K. in Scior, K. (2018). Mental health problems among clinical psychologists: Stigma and its impact on disclosure and help-seeking. *Journal of Clinical Psychology*, 74, 1545–1555.
- Wallace, J. E. (2012). Mental health and stigma in the medical profession. *Health*, 16, 3–18.
- Waugh, W., Lethem, C., Sherring, S. in Henderson, C. (2017). Exploring experiences of and attitudes towards mental illness and disclosure amongst health care professionals: A qualitative study. *Journal of Mental Health*, 26, 457–463.
- Zamir, A., Tickle, A. in Sabin-Farrell, R. A. (2022). Systematic review of the evidence relating to disclosure of psychological distress by mental health professionals within the workplace. *Journal of Clinical Psychology*, 1–27.
- Zuckerman, S., Lightsey, O. R. in White, J. M. (2022). What predicts suicidality among psychologists? An examination of risk and resilience. *Death Studies*, 1–12.