

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 MOTNJAMI

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 osebami s psihosocialnimi težavami ali z DM interaktivna soodvisnost med biološkimi in socialnimi dogajanja 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 preprečitve 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 prostočasnih dejavnostih. To je vsebinsko in kakovostno dopolnilo strokovni pomoči. Še posebej pomembno je takšno delovanje za preprečitev 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 nekím obćim dogajanjem v ćloveškem rodu, kot so vojne, klimatske spremembe, digitalizacija, revščina. Imamo nešteto metod za zdravljenje PTSD zaradi masovnega nasilja in vojn, imamo ambulante za zdravljenje digitalne zasvojenosti, imamo metode, s katerimi naj bi bilo možno odpraviti možganske spremembe, povzročene po revščini, in pravkar so na obzorju ambulante za zdravljenje anksioznosti zaradi klimatskih sprememb in drugih masovnih socialno pogojenih katastrof.

Gre za dobronamerne, humanistične oblike pomoči 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 učnih in delovnih zahtev ter pravica do brezplačnega zdravljenja. Odličén primer za to so otroci s specifićnimi težavami pri ućenju, bolj natanćno s težavami ob poućevanju z metodami in vsebinami, ki jih je določil šolski sistem. Vzroke za težave smo našli v bioloćkih različicah 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 performanse 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 stigmatom. 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 neuskklajenost 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, boljšo 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.« Mislím, 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 popraviljanjem 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>.