



Zakonski in družinski inštitut
Za osrečujoče medosebne odnose

DUŠEVNO ZDRAVJE IN IZGUBE

**ZBORNİK PRISPEVKOV SODELUJOČIH NA STROKOVNEM
POSVETU OB SVETOVNEM DNEVU DUŠEVNEGA ZDRAVJA
2013**

Novo mesto, 11. oktober 2013



Zakonski in družinski inštitut

Kolofon:

Izdajatelj: Zakonski in družinski inštitut

Novo mesto, oktober 2014

Urednici: Anica Koprivc Prepeluh in Melita Kramar

Avtorji prispevkov: Tomaž Erzar, Doroteja Kuhar, Vesna Zupančič, Petra Škof, Zlata Dragan, Katja Čelič, Melita Kramar in Anica Koprivc Prepeluh

Zbornik je izšel v elektronski obliki in je prosto dostopen na www.zdi-nm.si ali po e-pošti info@zdi-nm.si.

Zbornik je izšel v okviru projekta »*Krepitev duševnega zdravja oseb, ki trpijo zaradi razpada življenjske skupnosti*«, ki ga je finančno podprla Mestna občina Novo mesto.

CIP- Kataložni zapis o publikaciji

Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

159.913(082)

DUŠEVNO zdravje in izgube (Elektronski vir): zbornik prispevkov sodelujočih na strokovnem posvetu ob svetovnem dnevu duševnega zdravja 2013, Novo mesto, 11.oktober 2013 / (avtorji prispevkov Tomaž Erzar... (et al.); urednici Anica Koprivc Prepeluh in Melita Kramar). – El. knjiga. – Novo mesto: Zakonski in družinski inštitut, 2014

ISBN 978-961-281-578-3 (pdf)

1. Erzar, Tomaž 2. Koprivc Prepeluh, Anica
275952384

Kazalo

UVODNIK.....	4
ODNOSI: ZDRAVILO IN STRUP ZA DUŠEVNO ZDRAVJE.....	6
DUŠEVNO ZDRAVJE V ZDRAVSTVENI REGIJI NOVO MESTO11	
SKUPNOSTNA SKRB ZA OSEBE Z DEPRESIJO	17
IGRA ZA ŽIVLJENJE – UPORABA IGRALNE TERAPIJE ZA POMOČ OTROKOM S ČUSTVENIMI IN VEDENJSKIMI TEŽAVAMI.....	25
POMOČ OB IZGUBI – STORITVE, KI JIH RAZVIJA OZARA ..	36
METODE DELA KOORDINATORJA OBRAVNAVE V SKUPNOSTI PRI OSEBAH, KI SO DOŽIVELE IZGUBO	44
IZGUBE V TERAPEVTSKI PRAKSI.....	52
RAZPRAVLJAMO O DUŠEVNEM ZDRAVJU	57
KAM PO POMOČ V PRIMERU DUŠEVNE STISKE OB IZGUBI?60	
Zahvala.....	62

UVODNIK

Spoštovani bralci,
vabljeni k razmišljanju ob prebiranju zbornika »Duševno zdravje in izgube«. Zbrane vsebine, ki smo jih pripravili za vas, so povzetki prispevkov sedmih strokovnjakov, ki delujejo na področju duševnega zdravlja.

Se sprašujete, čemu smo se lotili tako »zamorjene«, težke in »neprivlačne« teme? Teme, o kateri se neradi pogovarjamo, kaj šele hodimo javno na posvete?

Ker verjamemo, da je duševno zdravlje osnova za kvaliteto našega življenja in naših odnosov. Duševno zdravlje se dotika in vpliva na vse dele našega življenja. Je del naše vitalnosti. Razmislimo:

Svetovna zdravstvena organizacija opredeljuje duševno zdravlje kot »stanje dobrega počutja, v katerem posameznik uresničuje svoje sposobnosti, normalno obvladuje stres v vsakdanjem življenju, svoje delo opravlja produktivno in je sposoben prispevati k skupnosti, v kateri živi«. Zakon o duševnem zdravlju pravi »Duševno zdravlje je stanje posameznika, ki se kaže v njegovem mišljenju, čustvovanju, zaznavanju, vedenju ter dojemanju sebe in okolja.«

In čemu ravno izgube? Znano je, da izgube povečujejo tveganje za pojav duševnih motenj in slabšanje duševnega zdravlja, pa tudi fizičnega. A izgube so del življenja, vsi se z njimi srečujemo. Vsak od nas je doživel kakšno – izgubili smo denarnico, ključ, telefon. Ali pa smo doživeli večjo, resnejšo, težjo, bolj bolečo, kot je izguba bližnje osebe zaradi ločitve ali smrti, izguba doma in varnosti v domu, izguba odnosa, stika v odnosu, izguba zaupanja, ki ga je odvzelo nasilje, alkohol, droge. Pa ne pozabimo na izgubo zdravlja. Dandanes skoraj ne smemo spregledati še ene pogoste izgube, s katero se soočajo neredki: izguba službe in z njo povezane osnovne socialne varnosti za preživetje. Vsakega od nas se izgube drugače dotaknejo in drugače vplivajo. Tudi naši odzivi nanje so drugačni. Od naše splošne "kondicije" in predvsem medosebne podpore pa je odvisno, koliko bodo vplivale tudi na naše duševno zdravlje.

Vendar: Naj nas ne bo sram govoriti o našem duševnem stanju, o tem, kako smo, kako se počutimo, kaj se nam dogaja, kaj zaznavamo, kaj čutimo. Kaj je več v življenju od tega, da nismo sami, da je nekdo ob nas, kot človek ob človeku, kjer se lahko razvije pristen stik? Da tam, kjer nas zmanjka, kjer ne zmoremo, kjer upade naša moč, nas nekdo vidi, čuti, razume, poprime za roko in pelje naprej? Da je tam

nekdo, ki verjame v nas, da lahko vse bolj tudi sami verjamemo vase, da poiščemo tudi strokovno pomoč, da poskerbimo za svoje rane?

Pravijo, da se zavemo pomena in vrednosti nečesa šele takrat, ko to izgubimo. Pa je res tako? S samozavedanjem in priznanjem svoje vrednosti, vrednosti svojega zdravlja, počutja in medsebojnih odnosov, smo na dobri poti k skrbi zase, medsebojnemu povezovanju in utrjevanju naših medosebnih odnosov. V povezujočih in podpornih odnosih bomo pridobili tudi moč, da bomo poiskali potrebne informacije, strokovno pomoč, rešitve, ki jih potrebujemo za večjo kvaliteto našega življenja.

Namen posveta in tudi tega zbornika, je v prvi vrsti ustvariti prostor in priložnost za pogovor, izmenjavo mnenj in znanj o duševnem zdravlju in izgubah. Da se spomnimo, kako zelo bistvenega pomena je za nas zadovoljno in zdravo življenje.

Želeli smo izmenjati strokovne izkušnje, vam strokovnjake približati in ponuditi možnost, da se srečate z njimi. Želeli smo pregledati potrebe po novih oblikah pomoči, ki jih opažajo tako strokovnjaki kot širša javnost oz. tudi pomoči iščoč in njihovi svojci.

S posvetom in tem zbornikom želimo odpreti debato o duševnem zdravlju in izgubah in vzpodbuditi vaše razmišljanje. Želimo odstreti kakšno zaveso, odgovoriti na kakšna vprašanja, razširiti znanja in informacije, komu olajšati pot do pomoči zase ali svojca.

Glede na bogat odziv na posvetu verjamem, da je naše poslanstvo, ki smo si ga zadali, zaživelo. Želim si, da živi naprej tudi s tem zbornikom.

Melita Kramar, specialistka zakonske in družinske terapije
strokovna direktorica Zakonskega in družinskega inštituta

ODNOSI: ZDRAVILO IN STRUP ZA DUŠEVNO ZDRAVJE

Čedalje bolj nam postaja jasno, kako velik delež imajo pri ustvarjanju in blaženju vsakodnevnega stresa zdravi in varni medosebni odnosi. V sprejemajočih in naklonjenih odnosih ljudje uresničujemo potrebo po bližini, pripadnosti in sprejetosti. Rezultat življenja v varnih odnosih je zavedanje svojih potreb in želja, pozitivna samopodoba in pozitivna podoba o soljudih. Dober občutek o sebi, ki prihaja do nas prek varnih odnosov, je tudi temelj za dobro telesno počutje in odpornost, saj v organizmu sprožja vrsto procesov, namenjenih zadržati in sprostiti napetosti.

Ker naše dožemanje in ravnanje v sedanosti praviloma narekujejo izkušnje iz preteklih odnosov v otroštvu, to lahko predstavlja veliko oviro za ustvarjanje sproščenih in zaupnih odnosov v odraslosti. Če so bile pretekle izkušnje obeležene z strahom, jezo, nesprejemanjem in občutkom nevrednosti, bomo namreč tudi sedanje odnose doživljali v skladu z negativnimi pričakovanji in strahovi iz preteklosti. Izživ odraslih zaupnih odnosov je, da z njihovo pomočjo dopolnimo pretekle negativne izkušnje in tako doživimo pozitivno in blagodejno plat teh odnosov.

1. Odnosi v družini

Družina je veliko več kot le skupina posameznikov. Povezuje izvorni družini zakoncev z njunim odnosom in odnosi, ki jih kot starša vzpostavljata do otrok. Poleg tega so tudi odnosi med otroki poseben del družine, vse skupaj pa je postavljeno v kontekst razvoja družine skozi različne razvojne stopnje, ki postavljajo tako pred družino kot pred posameznika in vsak posamezni odnos med njimi nove zahteve in izzive. Življenjski cikel ali krog družine, razumljene kot **krožni sistem odnosov**, je temeljni okvir, v katerem se razvijajo vsi drugi odnosi oziroma procesi. Posameznikov razvoj vedno poteka znotraj ciklusa razvoja družine, ki je primarni kontekst človeškega razvoja. Šele v tej sistemski perspektivi lahko razumemo emocionalne probleme in motnje, ki jih razvijejo posamezniki. Moč družine vedno prevlada nad močjo posameznika, saj je njegova

temeljna psihična struktura prepletena in zgrajena v družinskem sistemu in njegovi zgodovini ter aktualnih odnosih, v katerih in ob katerih je posameznik odraščal in se izoblikoval na edinstveni način.

2. Čustvovanje in čustvena povezanost

Moči družinskega sistema, oziroma vezi, ki čustveno držijo člane skupaj, se posamezniki v družini navadno ne zavedajo. Zato lahko govorimo o **skriti moči družine, ki oblikuje življenje posameznikov in družine na najgloblji notranjepsihični in medosebni ravni**. Tudi v svoje okolje se družina vpiše preko tega temeljnega skripta. Od njega je odvisno, kako bo okolje dojemala, kako se bo nanj odzivala, kako bo izbrala, kaj iz okolja je zanj pomembno in kakšno težo bo pripisala zahtevam okolja. Zato McGoldrickova pravi, da: “Več ko vemo o svoji družini, več lahko izvemo o sebi in večjo svobodo imamo, da izberemo, kako želimo živeti. Tudi najstrašnejše in najbolj boleče izkušnje iz družine, kot so alkoholizem, spolna zloraba, samomor, postanejo del naše identitete. Dejansko nam razumevanje, kaj je vodilo tako vedenje, lahko pomaga razumeti temne strani naše osebnosti in nam omogoči, da lahko kasneje spet najdemo zaupanje v ljudi okrog sebe. Obstaja celo pregovor, ki pravi, da: “Kdor se ne more spominjati svoje preteklosti, jo je prisiljen stalno ponavljati” (McGoldrick, 1995).

Ljudje ne moremo spremeniti tega, s kom smo povezani v kompleksno mrežo družinskih vezi skozi generacije. Očitno pa se družinski člani dostikrat vedejo, kot da niso povezani z nikomer – zaradi medsebojnih konfliktov odrežejo drug drugega in trdijo, da nimajo nič skupnega. Kadar družinski člani živijo, kot da so družinske vezi arbitrarne in poljubne, to počnejo za ceno lastne identitete in bogastva svojega socialnega in emocionalnega sveta.

3. Družinske vloge: priučeni vzorci čustvovanja, zavedanje sebe in drugih

Odkrivanje družinskih vezi, skritih zgodb, zapletov in poznavanje, kaj vse je ta družina v prejšnjih generacijah spoznala, kje se je zapletala in kakšne vzorce odnosov pozna, nam lahko omogoči **prepoznati lastno vlogo v tej družini in jo preoblikovati**. Ali, kot pravi McGoldrickova:

“Poznavanje družinske dediščine nas lahko osvobodi do te mere, da spremenimo svojo prihodnost” (McGoldrick, 1995).

Čutenja, ki v družinskem sistemu še niso bila razrešena, bodo iskala razrešitev v naslednji generaciji. Vzorci odnosov v nekem sistemu so tisti, ki bodo narekovali vloge posamezniku v tem sistemu, hkrati pa bo ta posameznik to vlogo preoblikoval glede na svojo čustveno odzivnost, temperament in druge preddispozicije. “Ponavadi **posamezniki dobijo določeno vlogo: npr. vlogo družinskega maščevalca, heroja, klovn, žrtve**” (McGoldrick, 1995). To vlogo potem odigravajo, ne da bi vedeli zakaj. Zato vloge nikoli ne morejo do konca doigrati, oziroma jo uporabiti zase. Vloga namreč v posamezniku poudari in razvije določene lastnosti in sposobnosti, ki jih sicer ne bi razvil. Poznavanje svoje vloge tako posamezniku omogoči, da te sposobnosti obrne v prid razvijanju samostojne identitete. To pomeni, da bo te lastnosti uporabljal takrat in tako, kot bo to sam želel in ne avtomatično. V nasprotnem primeru bo namreč ostal zgolj v službi družinskega sistema in bo njegova identiteta odvisna od tistih odnosov, ki utrjujejo njegovo vlogo. “**Postati raziskovalec lastne družine** je tako najboljši način, da spremenimo svoje doživljanje družine kot utesnjujoče, frustrirajoče, dolgočasne, boleče in napete”(McGoldrick, 1995).

4. Ranjeni in čustveno lačni starši: breme in strup za otroka

Otroci so neverjetno občutljivi na držo in odnos staršev do njih in se vedejo v skladu s to držo. Otroci se varno počutijo takrat, ko so starši pozitivno usmerjeni nanje, ko se lahko sprostijo in ko se počutijo varne. Če pa starše obvladuje občutek manjvrednosti in so prvenstveno sovražno in kritično nastrojeni do sebe, bo otrok to občutil kot grožnjo za svojo varnost ter se bo ustrašil, da bo starše izgubil. Odnos staršev do otrok je namreč zgolj stranski produkt notranjih konfliktov in ambivalentne drže staršev do samih sebe. Samo če starši razvijejo sočutje do samih sebe in dobijo vpogled v svoje notranje konflikte, bodo lahko nudili otrokom prostor za zdrav čustveni razvoj.

Še več, ne glede na to, kako pozorni so starši do otrok, bo njihov razvoj odvisen od odnosa, ki ga ima vsak izmed staršev do samega sebe.

»Odrasli, ki sovražijo sami sebe, otrokom ne morejo nuditi prave ljubezni in nežnosti, saj ne morejo empatično začutiti otrokovih pravih potreb, niti ne morejo otrokom nuditi moči in opore, ki bi jo ti potrebovali, da bi se počutili varne in zaščitene« (Firestone, 2000). Tega sočutja s samim seboj, z otrokom v sebi, pa se posameznik lahko nauči samo v iskrenem odnosu z drugim odraslim človekom, v intimnem odnosu.

Otroci, ki odraščajo ob čustveno lačnih oziroma nezrelih starših, razvijejo enako čustveno lakoto do svojih staršev. To lahko velikokrat opazimo pri otrocih, ki se bolešno oklepajo matere in se bojijo narediti karkoli samostojnega. Drugi otroci se upirajo objemu in telesno otrdijo, ko jih starši dvignejo v naročje. Ti otroci se pogosto odzivajo na nezavedni obup svojih staršev. Ti otroci se skušajo izogniti temu, da bi bili le tolažba obupanim staršem.

5. Zdrave razmejitve med generacijami

Življenjski ciklusi posameznih generacij se prepletajo. Ko se stari starši soočajo s starostjo, boleznimi in smrtjo, se njihovi otroci sprašujejo o svojih dosežkih, pretresajo svoje cilje in trenutno stanje ter se soočajo s smrtjo staršev ter odhodom otrok, medtem ko njihovi otroci izgrajujejo svojo identiteto in samostojnost (Walsh, 1988). Raziskave normalnega odraslega razvoja kažejo, da je z uspešno prilagoditvijo na starost povezana zlasti sposobnost posameznika, da ne vztraja pri enem in istem vzorcu, ampak na okolje odgovarja različno. Tako lahko že zgolj stik med tremi generacijami pokaže tri različne načine spoprijemanja z istimi razvojnimi nalogami, seveda na treh različnih ravneh. Npr. vnukinja, ki preizkuša različne stile zunanje identitete, oblačenja, govorjenja in vedenja, ki spravlja v obup njeno mamo, bo v babici našla varen prostor za to raziskovanje. Babica, ki se istočasno sooča z manjšanjem števila vlog in identitet, ki jih lahko prevzame, bo vnukinjo razumela v njenem navdušenju, iskanju in hkrati negotovosti, medtem ko bo mati, ki je v tem obdobju pred nalogo utrditi eno žensko identiteto preveč ranljiva ob zmedi, ki jo doživlja njena hči. Raznolikost odgovorov na isto vprašanje, kot v našem primeru vprašanje ženske identitete tako lahko omogoči trem generacijam, da druga ob drugi izoblikuje edinstven odgovor zase.

6. Zaključek

Razen v redkih primerih je družina najpomembnejši čustveni sistem, ki mu človek kdajkoli pripada. Družina oblikuje vsebino in smer odraslega življenja posameznika, saj je njegovo odraslo delovanje tesno povezano z odnosi, vzorec vedenja v teh odnosih in vzorec iskanja bližine pa spet izhaja iz njegove izvorne družine. Prav zaradi tega je družina največji vir opore in čustvenega bogastva, a tudi največji potencialni vir stresa in bolečine. Kdor se vrača domov in ne ve, katere globoke potrebe, stiske ali želje ga ženejo k temu, oziroma ne ve, kaj bi rad povedal domačim ali kakšno priznanje bi rad dobil od njih, bo v nevarnosti, da bo od doma odhajal v svet prizadet in nepotešen. Le kdor se zmore vrniti domov tako, da poišče nov stik s starši ali celo spregovori z njimi o svojih otroških izkušnjah, bo lahko **izžaloval izgubljene priložnosti svojega odraščanja, odpustil krivice ter pogumneje stopil na pot odraslosti.**

Literatura:

- McGoldrick, M. (1995). *You Can Go Home Again: Reconnecting With Your Family*. New York: Norton.
- Walsh, F. (1988). *Normal Family Processes: Growing Diversity and Complexity*. New York: Guilford Press.
- Firestone, R. W. (2000). *The fantasy bond: Structure of psychological defenses*. Santa Barbara, CA: Glendon Association.

Izr. prof. dr. Tomaž Erzar je predavatelj na podiplomskem študiju zakonske in družinske terapije, zakonski in družinski terapevt, soustanovitelj Študijsko-raziskovalnega centra za družino Ljubljana, avtor več znanstvenih in strokovnih prispevkov in knjig, med drugim tudi knjig »Duševne motnje: psihopatologija v zakonski in družinski terapiji« ter »Teorija navezanosti«, ki jo je izdal v soavtorstvu z dr. Katarino Kompan Erzar. Poleg predavateljskega in terapevtskega dela vodi tudi delavnice za preprečevanje nasilja, reševanje konfliktov in obvladovanje jeze. V zadnjem času raziskuje posledice povojne travmatizacije v slovenski družbi in proces odpuščanja. Aktivno sodeluje tudi na mednarodnih konferencah.

DUŠEVNO ZDRAVJE V ZDRAVSTVENI REGIJI NOVO MESTO

Že leta 1948 ob ustanovitvi Svetovne zdravstvene organizacije je nastala definicija zdravja, ki pravi, da je zdravje stanje popolnega telesnega (fizičnega), duševnega (mentalnega) in socialnega blagostanja (ugodja) in ne samo odsotnost bolezni ali betežnosti (nemoči). Dobro duševno zdravje je eden izmed temeljnih pogojev za dobro delovanje posameznika v družbi. Duševne bolezni predstavljajo enega največjih javnozdravstvenih problemov v (razvitem) svetu, kar pomeni, da prizadenejo veliko število ljudi, pogosteje delovno aktivno prebivalstvo. S tem prispevajo k veliki odsotnosti z dela ter predstavljajo veliko ekonomsko breme. Na njihovo pojavnost v populaciji vplivajo tako razpoložljivost določenih zdravstvenih strokovnjakov, kot so specialisti psihiatrije in klinične psihologije, kot tudi prisotnost preventivno promocijskih programov na določenem območju. Prevalenca duševnih bolezni in motenj je po podatkih Inštituta za varovanje zdravja visoka, vendar se zelo razlikuje med posameznimi statističnimi (zdravstvenimi) regijami. Podatki kažejo, da je s tovrstnimi boleznimi in motnjami bolj obremenjen vzhodni del Slovenije in manj osrednji ter zahodni del Slovenije. Eden izmed pokazateljev duševnega zdravja je tudi količnik samomorilnosti (= število samomorov na 100.000 prebivalcev nekega območja). Podatki Zdravstveno statističnega letopisa za zdravstveno regijo Novo mesto so pokazali, da količnik samomorilnosti v Zdravstveni regiji Novo mesto, kamor sodijo upravne enote Novo mesto, Trebnje, Krško, Metlika in Črnomelj, v zadnjih petnajstih letih precej niha, v povprečju pa je višje od slovenskega povprečja. Razlike v količniku samomorilnosti obstajajo tudi znotraj regije, najbolj obremenjeno območje je tako Posavje.

1. Biopsihosocialni model zdravja

Zavod za zdravstveno varstvo Novo mesto je javnozdravstveni zavod, ki je ustanovljen za potrebe s področja javnega zdravja v zdravstveni regiji

Novo mesto, kamor sodijo upravne enote Novo mesto, Krško, Črnomelj, Trebnje in Metlika. Njegov ustanovitelj je država Slovenija. Ena izmed njegovih temeljnih nalog je tudi zbiranje, obdelava, objavljanje in poročanje podatkov o zdravstvenem stanju prebivalcev regije. Na podlagi podatkov, ki se zbirajo, poročajo in objavljajo na letni ravni, lahko prepoznamo tiste velike javnozdravstvene ukrepe, ki jih lahko s preventivnimi ukrepi dobro obvladujemo.

Po koncu druge svetovne vojne je začelo naraščati breme kroničnih nenalezljivih bolezni (v nadaljevanju KNB), kamor sodijo predvsem srčno-žilne in rakave bolezni. Za te bolezni je splošno znano in tudi znanstveno raziskano, da na njih v veliki meri vpliva način življenja posameznika. V to sodijo predvsem naslednja vedenja: prehranske navade, telesna dejavnost, kajenje tobaka, uživanje alkohola in tvegano stresno vedenje.

Slednje je zelo odvisno od posameznika, predvsem od tega, v koliki meri se je posameznik sposoben prilagajati zunanjemu (predvsem družbenemu) okolju. Biopsihosocialni model zdravja, ki je temelj javnega zdravja kot stroke, namreč pravi, da je zdravje posameznika odvisno tudi od njegove zmožnosti (sposobnosti) prilagajanja zunanjemu okolju. Dokler uspešno kljubuje dejavnikom tveganja zunanjega okolja, lahko govorimo o relativnem zdravju. Ko ta sposobnost prilagajanja pade (pojenja), pa nastopi bolezen (bolezni) ali kak drug negativni zdravstveni pojav. Torej dobro duševno zdravje je eden izmed osnovnih pogojev dobrega zdravja posameznika in tudi z različnimi raziskavami je že dognano, da slabo duševno zdravje lahko prispeva k razvoju KNB, še zlasti srčno-žilnih.

2. Jugovzhodna Slovenija in Posavje med bolj obremenjenimi

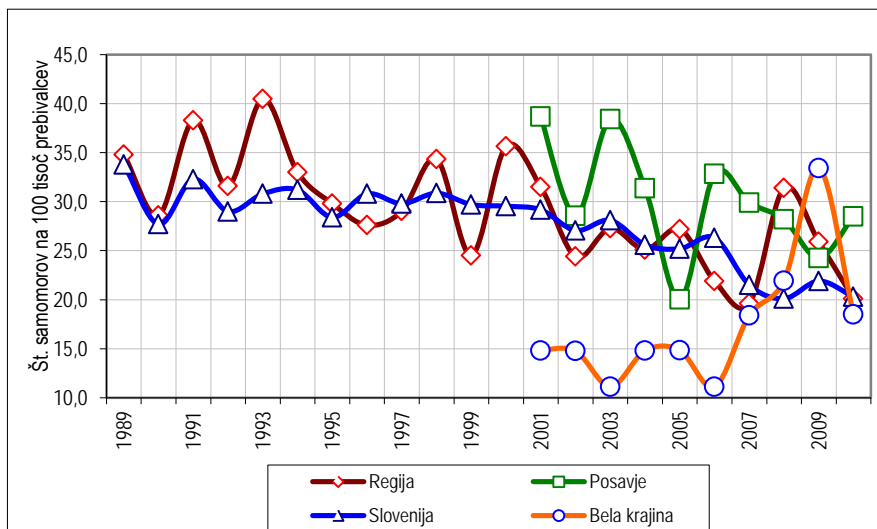
Zdravstvena regija Novo mesto sodi sicer (glede na statistične regije) v Jugovzhodno Slovenijo. Glede zdravstvenih kazalcev kažejo podatki raziskav, da je Slovenija različno obremenjena z velikimi javnozdravstvenimi problemi, kot so npr. KNB. Bolj kot gremo proti vzhodu Slovenije, večja je obremenitev s tovrstno skupino bolezni. Tudi dejavniki tveganja za njihov razvoj so porazdeljeni tako, da je njihova prevalenca najvišja v vzhodnem delu Slovenije. Podobno kažejo tudi

kazalci duševnega zdravja, eden izmed njih je količnik samomorilnosti (= število samomorov na 100.000 prebivalcev nekega območja).

Slovenski in tuji suicidologi so enotnega mnenja, da je samomor pogosto posledica neprepoznane in nezdravljene duševne motnje, na primer depresije ali shizofrenije. Številne študije potrjujejo, da bi vsaj petino samomorov med ljudmi z duševnimi motnjami lahko preprečili.

V JV Sloveniji, še posebno pa v Posavju, je treba okrepiti aktivnosti za ohranjanje in krepitev duševnega zdravja. Poleg tega je treba začeti s programi za obvladovanje duševnih motenj in za povrnitev duševnega zdravja pri ljudeh, pri katerih je bilo porušeno (slika 1).

Slika 1: Število samomorov na 100.000 prebivalcev, Zdravstvena regija Novo mesto, Posavje in Slovenija



Podatki za obdobje od leta 1996 do 2009 za zdravstveno regijo Novo mesto in Posavje kažejo, da se je količnik samomorilnosti skozi leta precej spreminjal. Kljub temu pa lahko rečemo, da je količnik samomorilnosti skozi celotno obdobje višji, kot je v Sloveniji, še zlasti pa v zadnjih letih

izstopa Posavje (kamor sodijo upravne enote Brežice, Sevnica in Krško). Vse prevečkrat samomor predstavlja tragično posledico nediagnosticirane, neprepoznane duševne motnje. Nezdravljene duševne motnje so lahko smrtonosne (tabela 1).

Tabela 1: Samomorilnost po upravnih enotah, zdravstveni regiji Novo mesto, Posavju in Sloveniji

Leto \ UE	Črnomelj	Krško	Metlika	Novo mesto	Trebnje	Brežice	Sevnica	Posavje	Regija	Slovenija
1996	21,6	17,5	24,3	31,2	38,9				27,6	30,8
1997	5,4	35,1	12,1	29,5	49,7				29,0	29,8
1998	37,4	21,4	36,8	34,4	49,9				34,3	30,9
1999	5,3	25,1	36,5	31,0	16,5				24,5	29,7
2000	37,2	35,9	12,1	31,0	60,1				35,7	29,5
2001	16,0	46,6	12,1	30,9	32,6			38,7	31,2	29,2
2002	16,0	35,6	12,0	14,6	54,0			28,6	24,4	27,1
2003	16,1	42,7	0,0	32,3	10,7	44,65	22,86	38,4	27,3	28,1
2004	10,8	17,8	23,8	30,7	32,1	36,53	45,81	31,4	25,1	25,6
2005	10,8	24,9	23,7	30,5	37,2	12,29	22,95	20,0	27,2	25,2
2006	10,7	31,9	11,8	27,2	5,3	16,32	57,51	32,8	21,9	26,3
2007	21,4	35,4	11,8	17,4	5,2	16,34	40,03	29,9	19,6	21,5
2008	26,5	24,4	11,8	35,9	40,6	20,34	45,37	28,2	31,4	20,1
2009	37,9	24,9	23,7	26,8	14,8	32,88	11,33	24,3	25,9	21,9

Opomba: Samomorilnost na 100.000 prebivalcev.

3. Socioekonomski dejavniki tveganja

Znano je, da socioekonomski dejavniki, kot so izobrazba, dohodek, zaposlenost in družbeni položaj, vplivajo na zdravje posameznika, s tem mislimo tudi na duševno zdravje. Neenakosti v socioekonomskih dejavnikih vodijo do neenakosti v zdravju in do slabega duševnega zdravja na tistih področjih, kjer so le-ti slabši. V nadaljevanju prikazujemo nekaj podatkov o socioekonomskih dejavnikih v zdravstveni regiji Novo mesto

(posebej izpostavljena Bela krajina, kamor sodita upravni enoti Metlika in Črnomelj), Posavju v primerjavi s Slovenijo (tabela 2).

Tabela 2: Delež prebivalstva, starega 15 let ali več, po izobrazbi v zdravstveni regiji Novo mesto, Beli krajini, Posavju in Sloveniji

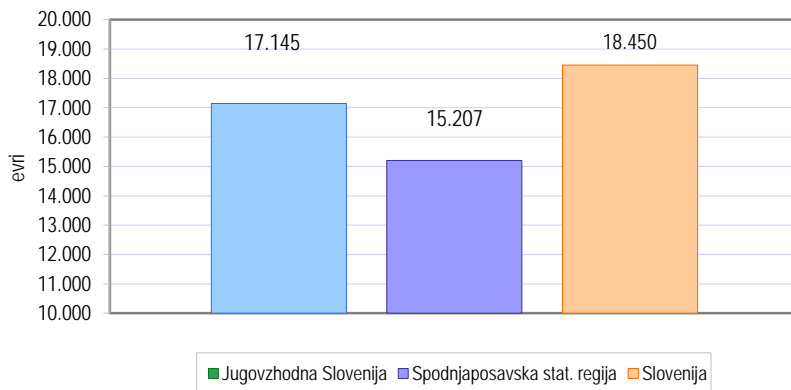
Izobrazba / Področje	Posavje	Bela krajina	ZR NM	Slovenija
Osnovna šola ali manj	37,9	41,7	39,2	33,9
Srednja šola	53,0	50,3	50,6	54,1
Višja ali visoka šola	9,1	8,0	10,1	13,0
Skupaj	100,0	100,0	100,0	100,0

Vir: Statistični urad RS, popis 2002.

Bruto družbeni proizvod (BDP) je vsota vseh dobrin in storitev, ustvarjenih na ozemlju domače države. V letu 2007 je BDP za Slovenijo znašal 17.123 evrov (€), v letu 2008: 18.450 €, v letu 2009: 17.331 € in v letu 2010: 17.602 €.

Bruto domači proizvod je v JV Sloveniji in v Spodnjeposavski statistični regiji nižji od slovenskega povprečja (v JV Sloveniji za 7 odstotnih točk in v Spodnjeposavski statistični regiji za 18 odstotnih točk; slika 2).

Slika 2: Bruto družbeni produkt na prebivalca v letu 2008 v JV Sloveniji, Spodnjeposavski statistični regiji in Sloveniji



Literatura:

1. Statistični podatki o zdravstvenem varstvu in delu zdravstvene službe za zdravstveno regijo Novo mesto. Dostopno na www.zzv-nm.si
2. Harlander D. (2011). *Uvajanje skupnostne psihiatrične skupnostne delovne skupine na področju zdravstvene regije Novo mesto in Posavje*. Novo mesto. Dostopno na Zavodu za zdravstveno varstvo Novo mesto.

Doroteja Kubar, dr. med., je specialistka javnega zdravja, zaposlena na Zavodu za zdravstveno varstvo Novo mesto, Služba za javno zdravje. V okviru svoje specializacije s področja javnega zdravja se s tematiko duševnega zdravja srečuje na populacijskem nivoju na območju Zdravstvene regije Novo mesto.

SKUPNOSTNA SKRB ZA OSEBE Z DEPRESIJO

Svetovna zdravstvena organizacija ugotavlja, da sodi depresija med najpogostejše oblike duševnih bolezni. Skupnostna skrb za osebe z depresijo izhaja iz podpore mreže za duševno zdravje. Glavne strategije pri razvoju skupnostne skrbi za osebe z depresijo vključujejo tako vplivanje na družbene dejavnike tveganja za pojav depresije, promocijo zdravja in ukrepe za kakovostno življenje, ukrepe za zgodnje prepoznavanje simptomov depresije in vključevanje oseb v celovito obravnavo, zdravljenje ter rehabilitacijo. Izgube, ki jih lahko doživlja posamezna oseba, so z možno genetsko obremenjenostjo in večdimenzionalni vzroki, ki vključujejo slabe odnose, življenjske krize in stresorje, močan dejavnik tveganja. Skupnostna skrb se udejanja skozi načela spoštovanja avtonomije strok, prejemnikov in ponudnikov pomoči, spoštovanja človekove integritete in dostojanstva, vzajemnega spoštovanja, socialne pravičnosti, enakopravnosti in resnice, odgovornega odnosa do dela, kritične strpnosti in odprtosti za nove ideje, proaktivnosti in fleksibilnosti, strokovne odličnosti in etičnosti ravnanja, prizadevanj za celovito obravnavo, sistematičnega prepoznavanja potreb »subjektov v procesu skrbi« in ugotavljanja vzročno-posledičnih zvez za zagotavljanje kakovosti življenja ljudi od rojstva do smrti.

1. Uvod

Skupnostna skrb za osebe z depresijo je v Sloveniji definirana kot izhod delovanja podpore mreže za duševno zdravje, ki temelji na razporeditvi podpornih služb (aktivnosti) v bližini doma osebe z depresijo in ki opravlja delo na podlagi ocenjenih potreb tako, da se na regionalno opredeljenih območjih povežejo različni viri pomoči (Marušič 2002; Švab 2003). Podporno mrežo, ki izvaja programe in storitve za duševno zdravje v okviru javne službe po Zakonu o duševnem zdravju (ZDZdr 2008) sestavljajo izvajalci psihiatričnega zdravljenja, izvajalci socialno varstvenih programov in storitev, izvajalci nadzorovane obravnave in izvajalci obravnave v skupnosti. Izvajalci obravnave v skupnosti so javni

socialnovarstveni zavodi in posamezniki s koncesijo za opravljanje storitev na tem področju, izvajalci psihiatričnega zdravljenja in nevladne organizacije s področja duševnega zdravja. Sicer pa, gledano širše, se v podporno mrežo na področju skrbi za duševno zdravje vključujejo tudi vse organizacije, ki delujejo na področju primarne, sekundarne in terciarne preventive za spodbujanje duševnega zdravja, preprečevanja motenj v duševnem zdravju in zmanjševanja posledic duševnih bolezni.

Namen prispevka je predstaviti pogoje za razvoj skupnostne skrbi za osebe z depresijo v Sloveniji, ki bo temeljila na prizadevanjih za zmanjševanje prisotnosti dejavnikov tveganja pojavnosti depresije, zgodnjem prepoznavanju, celoviti, kontinuirani in integrirani zdravstveno-socialni obravnavi ter rehabilitaciji.

2. Depresija kot javnozdravstveni problem

Svetovna zdravstvena organizacija ugotavlja, da sodi depresija med najpogostejše oblike duševnih bolezni v Evropski Uniji in v svetovnem merilu prizadene približno 121 milijonov ljudi. Do leta 2020 naj bi depresija dosegla drugo mesto v razvrstitvi DALY¹ za vse starosti in pri obeh spolih ter se prebila na drugo mesto med najdražjimi boleznimi (WHO 2012). Ob tem pa se Smith in Elliot (2009, 15) sprašujeta o stroških za osebo z depresijo, »saj se nepopisne bolečine, groze in žalosti, ki jo izkusijo oseba sama in njena družina, ne da niti opisati«. Pri tem da »vsaka depra še ni depresija«,² uvrščamo depresijo oziroma depresivno motnjo med motnje razpoloženja in čustvovanja s sočasnimi spremembami videza, mišljenja, vedenja in drugih duševnih funkcij.

Simptomi depresije se pojavijo v mislih (sem nevreden, ni prihodnosti, sem slab, nima smisla), čustvih (žalost, otopelost, napetost, tesnoba, občutki krivde, nemoč, razočaranje), vedenju (umikanje v samoto, jok, poležavanje, samozanemarjanje, opuščanje dejavnosti, nespečnost, slaba pozornost, koncentracija) in na telesu osebe (bolečine, mravljinčavost, utrujenost, pomanjkanje energije in apetita) (npr. Dernovšek idr. 2007, 33). Hywel in Chan (2012) navajata, da gre pri depresiji za pojav treh glavnih simptomov: depresivnega razpoloženja,

¹ DALY (Disability-Adjusted Life Year) je meritev količine bremena bolezni iz umrljivosti in obolevnosti. 1 DALY opišemo kot eno izgubljeno leto zdravega življenja v primerjavi z idealnim stanjem zdravstvenega varstva (WHO, 2012). Pri vsoti posamezne količine bremena bolezni v celotni populaciji govorimo o globalnem bremenu bolezni.

² »Depra še ni depresija« je naslov članka Maje Južnič Sotlar, ki je izšel v *Vini* 14. aprila 2012. V članku je predstavljen intervju s *prim. Andrejem Žmitkom, dr. med., spec. psihiatrije, ki pojasnjuje, da vsaka otožnost še ni depresija*. V pogovornem jeziku resda pogosto uporabljamo izraza depresija ali depresiven namesto ustrežnejših. Depra je tudi naslov knjige Renate Ažman (2007), ki je dnevniški zapis avtorice, svobodne novinarki, o spopadanju z depresijo – boleznijo našega razčlovečenega časa.

izgube interesa in užitka ter znižane energije, kar vodi v utrujenost in zmanjšano aktivnost, ki trajajo vsaj dva tedna. Z njo povezani simptomi pa so tudi zmanjšana sposobnost koncentracije, izguba zaupanja in samozavesti, občutek krivde in sramote, pesimističen pogled na prihodnost, ideje ali dejanja samopoškodb in samomorov, motnje spanja.

Po oceni Svetovne zdravstvene organizacije je življenjska prevalenca depresije kot motnje v duševnem zdravju 13 % v odrasli populaciji (WHO 2008), 9 % pri odraslih moških in 17 % pri odraslih ženskah. Verjetnost, da oseba kadarkoli v življenju zbolí za depresijo je 15–20 % (Kamin idr. 2009; Klanšček idr. 2010). Depresija se kot vzrok za obisk zdravstvene službe v Sloveniji uvršča od drugega do četrtega mesta med duševnimi obolenji. Pojavlja se pri četrtini pacientov s kroničnimi telesnimi boleznimi (Rakovec Felser 2009). V letu 2010 je bilo po podatkih Inštituta za varovanje zdravja Slovenije v Statistično zdravstvenem letopisu (2011, 83) npr. v ambulantni obravnavi napisanih 459.758 receptov za zdravila za zdravljenje depresije (antidepresivov).

V tabeli 1 je predstavljeno število obravnav zaradi depresije oziroma depresivne motnje glede na posamezno raven zdravstvene obravnave v Sloveniji.

Tabela 1. Število obravnav oseb zaradi depresije v sistemu zdravstvenega varstva

Raven zdravstvenega varstva	Število vseh obravnav	Število obravnav pri	Število obravnav
-----------------------------	-----------------------	----------------------	------------------

		moških	pri ženskah
Primarna raven	16.038	4.844	11.194
Specialistična ambulantna dejavnost			
V starosti 20-64 let Depresivna epizoda je na tretjem mestu med duševnimi obolenji.	12.093	3.845	8.248
V starosti nad 65 let Depresivna epizoda je na drugem mestu med duševnimi obolenji.	3.707	906	2.081
Bolnišnična obravnava	542	231	311

Vir: Statistični zdravstveni letopis, 2011.

3. Pogoji za razvoj skupnostne skrbi v Sloveniji

Skupnostna skrb za osebe z depresijo izhaja iz podporne mreže za duševno zdravje. Elementi kakovosti življenja oseb z depresijo in elementi kakovosti njihove obravnave z vidika prizadevanj strokovnjakov v poklicih skrbi se v okviru skupnostne skrbi združijo v enotni koncept, ki uokvirja uveljavljanje biopsihosocialnega modela obravnave osebe z depresijo.

Glavne strategije pri razvoju skupnostne skrbi za osebe z depresijo vključujejo tako vplivanje na družbene dejavnike tveganja za pojav depresije, promocijo zdravja in ukrepe za kakovostno življenje, ukrepe za zgodnje prepoznavanje simptomov depresije in vključevanje oseb v celovito obravnavo, zdravljenje ter rehabilitacijo. Izgube, ki jih lahko doživlja posamezna oseba, so z možno genetsko obremenjenostjo in večdimenzionalni vzroki, ki vključujejo slabe odnose, življenjske krize in stresorje, močan dejavnik tveganja. Pri tem lahko govorimo o izgubi službe in brezposelnosti, izgubi vira dohodka in revščini, izgubi zdravja in stopnje samooskrbe zaradi pojava kronične bolezni, invalidnosti, procesov staranja ali izgubi bližnje osebe.

Za doseg ciljev zgodnjega prepoznavanja oseb s simptomi depresije in preprečevanja sekundarnih posledic depresije (izgube službe, ločitve, zanemarjanje otrok, samomor) je potrebno pospešiti povezovanje vseh obstoječih služb v mrežo in razvoj »kulture skrbi«. Gre za procese

tvorjenja podporne mreže za razrešitev specifične problemske situacije, v katerih se znajde posameznik, ki jo tvorijo javne, nevladne in zasebne pridobitne organizacije. V javno podporno mrežo se vključujejo tudi neformalni pomočniki (svoji, prostovoljci, sosedej itd.).

Problematiko pomanjkljivega sodelovanja v Sloveniji dojemamo zelo široko. Pri tem vidimo povezavo s posledicami, kot npr. da osebe z depresijo pravočasno ne poiščejo pomoči, razvoj sekundarnih posledic depresije, neizkoriščanje pravice do obravnave v skupnosti po odpustu iz bolnišnične obravnave in druge. Za razvoj skupnostne skrbi je tako dokazano potrebno spodbujati integracijo na področju zdravstvenega in socialnega varstva preko zagotavljanja kontinuuma celovitih storitev, dostopnosti do storitev in geografske pokritosti z vsemi potrebnimi programi pomoči ter upoštevanja prejemnika pomoči, standardiziranja izvajanja skrbi prek multidisciplinarnih timov in definiranja vloge zdravnikov v procesih integracije, informacijske podpore, zagotavljanja uspešnosti menedžmenta, razvoja organizacijske kulture in vodenja, strukturnega in finančnega upravljanja (Sutter idr. 2009).

Skupnostna skrb se udejanja skozi načela spoštovanja avtonomije strok, prejemnikov in ponudnikov pomoči, spoštovanja človekove integritete in dostojanstva, vzajemnega spoštovanja, socialne pravičnosti, enakopravnosti in resnice, odgovornega odnosa do dela, kritične strpnosti in odprtosti za nove ideje, proaktivnosti in fleksibilnosti, strokovne odličnosti in etičnosti ravnanja, prizadevanj za celovito obravnavo, sistematičnega prepoznavanja potreb »subjektov v procesu skrbi« in ugotavljanja vzročno-posledičnih zvez za zagotavljanje kakovosti življenja ljudi od rojstva do smrti. Ni samo kompleksen teoretični koncept, ampak tudi izjemno pomemben cilj integracije strategij skrbi. Je potrebna družbena norma, ki zagotavlja matrico v obravnavi posameznikov, družin in skupin na področju skrbi za zdravje in kakovost življenja; za doseg zadovoljstva ljudi, ne samo v zdravju, ampak tudi v bolezni. Njena aplikativna vrednost je dejansko izražena šele pri delovanju npr. neposrednih izvajalcev, pri vzpostavljanju, izvajanju in vzdrževanju zdravstvenonegovalne socialne obravnave pacientov v okviru interdisciplinarnih timov. Strokovne delavce mora odlikovati zadostno

znanje (informiranost), osvojene spretnosti (timsko delo, praktične veščine, sposobnost komuniciranja) in izdelan vrednostni sistem (odzivnost, odsotnost stereotipiziranih prepričanj). Dejstvo je, da imeti znanje še ne pomeni delovanja v skladu z načeli skupnostne skrbi, je pa to temelj (Zupančič, Filej, 2013).

4. Zaključek

Ljudje so si na osnovi medijskih portretov ljudi z motnjami v duševnem zdravju in »ljudskega izročila, ki nezavedno prehaja iz roda v rod« oblikovali stereotipizirano predstavo o vedenju in zmožnostih oseb z motnjo v duševnem zdravju. Ta predstava se je nezavedno vgradila tudi v prepričanja in stališča strokovnih delavcev na različnih področjih dela z ljudmi. Še posebej pa je prisotnost stereotipizirane predstave o osebah z motnjo v duševnem zdravju lahko moteča na področju skrbi za osebe z depresijo in njihove svojce.

Skupnostna skrb za osebe z depresijo ni samo produkt usklajenega timskega dela strokovnjakov različnih disciplin, ki duševno zdravje pojmujejo v presečišču psihične, fizične, socialne in hkrati tudi doživete ravni. Temelji tudi na nujni predpostavki odsotnosti stereotipiziranih ravnanj ter se udejanja skozi lastno odgovornost za duševno zdravje in v prizadevanjih za medsebojno solidarnost in medgeneracijsko povezanost.

Literatura:

- Ažman, R. (2007). *Depra*. Celje: Društvo Mohorjeva družba: Celjska Mohorjeva družba.
- Dernovšek, M., M. Gorenc, H. Jeriček in R. Tavčar (2007). *Stres, tesnoba in depresija pri bolnikih z rakom*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja.
- Hywel, T., in C. Timothy (2012). Assessment and management of depression in primary care settings. *Nursing Older People* 24 (10): 32-38. Dostopno prek: <http://ehis.ebscohost.com/nukweb.nuk.uni-lj.si/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=408e0f8c-5d4f-49f5-9980-3abf0f2bc781%40sessionmgr198&vid=11&hid=107> (12.9. 2013).

- Južnič Sotlar, M. (2011). *Vsaka »depra« še ni depresija*. Viva – portal za zdravo življenje, 14. april. Dostopno prek: <http://www.viva.si/Psihijatrija/6518/Vsaka-depra-%C5%A1e-ni-depresija> (23. 9. 2013).
- Kamin, T., H. Jeriček Klanšček, M. Zorko, M. Bajt, S. Roškar in M. Z. Dernovšek (2009). *Duševno zdravlje prebivalcev Slovenije*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja.
- Klanšček Jeriček, H., M. Zorko, S. Roškar, M. Bajt in T. Kamin (2010). Nekateri značilnosti duševnega zdravja prebivalcev Slovenije. *Zdravstveni vestnik* 79 (7/8): 523–530.
- Marušič, A. (2002). Meje med institucionalno in skupnostno psihijatrijo. V: *Meje psihijatrije*, ur. Janez Romih in Andrej Žmitek, 45–50. Begunje: Psihiatrična bolnišnica.
- Rakovec Felser, Z. (2009). *Psihologija telesnega bolnika in njegovega okolja*. Maribor: Založba Pivec.
- Smith, L., in C. H. Elliot (2009). *Depresija za telebane*. Ljubljana: Pasadena.
- Suter, E., N. D. Oelke, C. E. Adair in G. D. Armitage (2009). Ten Key Principles for Successful Health Systems Integration. *Healthc Q* 13 (Spec No): 16–23. Dostopno prek: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3004930/> (3. 10. 2013).
- Švab, V. (2003). Skupnostna skrb za osebe z duševnimi motnjami. V: *Zbornik predavanj projekta: Skupnostna skrb za uporabnike psihijatričnih služb na Krasu*, 5–8. Ljubljana: Šent – Slovensko združenje za duševno zdravje.
- World Health Organization (2008). Dostopno prek: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS08_Part1.pdf (3. 10. 2013).
- World Health Organization (2012). Dostopno prek: http://www.who.int/mental_health/evidence/en/ (3. 10. 2013).
- Zakon o duševnem zdravlju (ZDZdr)*. Ur. L. RS 77/2008. Dostopno prek: <http://www.uradni-list.si/1/content?id=88016> (4. 10. 2013).
- Zdravstveni statistični letopis: Slovenija* (2011). Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. Dostopno prek: <http://img.ivz.si/janez/1863-5488.pdf> (4. 10. 2013).

Zupančič, V., in B. Filej. 2013. Koncept skupnostne skrbi iz perspektive znanja študentov. V: *Sedanost in prihodnost zdravstvenih ved v času globalnih sprememb: zbornik predavanj z recenzijo*, ur. Danica Železnik, Miha Boris Kaučič, Uroš Železnik, str. 66-75. Slovenj Gradec: Visoka šola za zdravstvene vede.

Vesna Zupančič, mag., je zaposlena na Fakulteti za zdravstvene vede Novo mesto kot predavateljica in predstojnica Katedre za zdravstveno nego. Opravlja pa tudi naloge zastopnice pravic oseb s težavami v duševnem zdravju. Pred tem je dolgoletne izkušnje dela z osebami s težavami v duševni stiski nabirala na Šentu.

IGRA ZA ŽIVLJENJE – UPORABA IGRALNE TERAPIJE ZA POMOČ OTROKOM S ČUSTVENIMI IN VEDENJSKIMI TEŽAVAMI

Igralna terapija je v svetu ena vodilnih terapij, namenjena otrokom s čustvenimi in vedenjskimi težavami, starim od 4 do 12 let. Pri igralni terapiji gre za dobro premišljen pristop, ki se je oblikoval postopoma in je podprt z raziskavami in je za otroka to, kar je za odraslega svetovanje ali psihoterapija, le da otrok izraža svoje razumevanje sveta skozi igro, saj otrokov jezikovni razvoj zaostaja za kognitivnim. V igralni terapiji igrače postanejo otrokove besede in igra njegov jezik. Glavni namen igre v igralni terapiji je, da skozi simbolno predstavitev spreminja tisto, kar je v realnosti nenadzorovano, v obvladljive situacije in daje otroku možnost, da se nauči soočiti s težavami. Vendar pa najpomembnejšo vlogo v igralni terapiji igra odnos, ki se vzpostavi med otrokom in igralnim terapevtom.

1. Kaj je igralna terapija in zakaj igralna terapija?

Igra je za otroka to, kar je verbalizacija za odraslega. Igra je medij, s katerim otrok izraža svoja čustva, proučuje odnose, opisuje izkušnje, razkriva želje in se izpopolnjuje. Enega večjih problemov, s katerimi se med odraščanjem srečuje otrok, predstavljajo odrasli, ki ga ne razumejo ter se neprimerno odzivajo na njegova čustva in poskuse komuniciranja. Ta komunikacijski prepad se še poveča, kadar odrasli od otroka zahtevajo, da prevzame načine izražanja, ki so sicer značilni zanje. V komunikaciji z otroki, ki poteka izključno na verbalni ravni, odrasli predpostavljamo, da je spretnost izražanja skozi govor dobro razvita in tako omejimo otroka na medij, ki je pogosto okoren in ga po nepotrebnem omejuje.

Igralna terapija je igra s terapevtskim namenom, priložnost, da otrok skozi igro “ubesedi” svoje občutke in težave, metoda, ki omogoča otroku s

čustvenimi in vedenjskimi težavami, da se z njimi sooči, se jih nauči nadzorovati, jih razreši ali zavrže.

2. Komu je namenjena?

Namenjena je otrokom, ki se neprimerno vedejo, so večkrat v konfliktu z drugimi otroki, imajo težave v socialnih stikih, težko najdejo prijatelje, imajo nizko samopodobo, so osamljeni, zaprti vase ali nesrečni, se izogibajo igri, imajo težave v šoli, ustrahujejo druge ali so sami ustrahovani, imajo nočne more ali motnje spanja, so utrpeli izgubo ali so v procesu žalovanja, so doživeli travmo, so doživeli čustveno, fizično ali spolno zlorabo, trpijo zaradi ločitve staršev, jih mučijo tesnoba, strah ali fobije, so posvojeni ali v rejništvu oziroma to še bodo, so kronično bolni, kažejo znake avtizma ali so otroci s posebnimi potrebami.

3. Osnovni princip igralne terapije

Otrokov jezikovni razvoj zaostaja za kognitivnim (čustvenim), zato otrok izraža svoje razumevanje sveta skozi igro. V igralni terapiji igrače postanejo otrokove besede in igra njegov jezik. Tako je igralna terapija za otroka to, kar je za odraslega svetovanje ali psihoterapija. V igralni terapiji je najpomembnejša simbolna igra, saj predstavlja otrokovo sredstvo za izražanje notranjega sveta. Skozi simbolne predstavitve, ki jih predstavljajo igrače, otrok bolj sproščeno in v varnem okolju izraža čustveno pomembne izkušnje. Uporaba igrač mu omogoča, da prenese tesnobo, strahove, fantazije in občutek krivde na predmete, ne pa na ljudi. V tem procesu so otroci varni pred svojimi občutki in reakcijami, saj igra otroku omogoča, da se kadar koli oddalji od travmatičnih dogodkov in izkušenj. Tako na otroka njegova lastna dejanja ne vplivajo, saj se dogodek odvija v domišljajskem svetu. S tem, ko odigra strašljivo in travmatično izkušnjo ali situacijo in morda spremeni izid, se približa notranji razrešitvi problema ter se tako bolje sooča s problemi ali pa prilagaja novim situacijam.



Terapevtska tehnika – slike v pesku (Foto: Center za igralno terapijo)

V igralni terapiji najpomembnejšo vlogo igra odnos, ki se vzpostavi med otrokom in igralnim terapevtom. Odnos temelji na popolnem sprejemanju in razumevanju otroka. Na ta način terapevt ustvari za otroka varen prostor in mu tako omogoči, da se s svojimi težavami in občutki sooči, dobi moč, da jih nadzoruje, razreši ali celo zavrže. Proces igralne terapije otroku dovoljuje ustvarjanje popolnoma drugačne realnosti, s pomočjo katere lahko razišče neznano in oblikuje novo zavest o sebi.

Glavni namen igre v igralni terapiji je, da skozi simbolično predstavitev spreminja tisto, kar je v realnosti nenadzorovano, v obvladljive situacije in daje otroku možnost, da se nauči soočati s težavami.

4. Proces igralne terapije

Igralna terapija poteka v posebej opremljenem prostoru oziroma igralnici, kjer so igrače in materiali skrbno izbrani. Ker terapija ni način preživljanja časa in ni njen namen, da terapevt zamoti otrokove roke, medtem ko se

skuša z njim pogovarjati, morajo izbrane igrače in materiali spodbujati otrokovo izražanje ali raziskovanje potreb, občutkov in izkušenj.

V terapevtski igralnici otrok dobi priložnost, da svoje občutke in potrebe odigra v procesu izražanja, ki je podoben načinu odraslih. Čeprav sta dinamika izražanja in mehanizem za komuniciranje pri otrocih drugačna, so izrazi čustev (strahu, zadovoljstva, jeze, sreče, neugodja) podobni tistim, ki jih kažejo odrasli. Otroci imajo kar precej težav, ko želijo povedati, kaj čutijo in kako različne izkušnje vplivajo nanje. Toda če je otroku dovoljeno, bo v družbi skrbnega, čutečega in razumevajočega odraslega, s pomočjo igrač in različnih materialov, ubesedil svoje notranje občutke.



Terapevtska tehnika – glasba (Foto: Center za igralno terapijo)

Igralna terapija je proces, ki ga lahko razumemo tudi kot odnos med terapevtom in otrokom, v katerem je igra sredstvo, s katerim otrok razišče svoj notranji svet in vzpostavi kontakt s terapevtom na način, ki je zanj varen. Igralna terapija nudi otroku priložnost, da med igro podoživi izkušnje in občutke. Ta proces omogoča terapevtu, da na osebni in

interaktiven način izkusi notranje dimenzije otrokovega sveta. Terapevtski odnos otroku ponudi dinamično rast in zdravljenje.

Ker je otrokov svet aktivnosti in dejavnosti, igralna terapija nudi terapevtu priložnost, da vstopi vanj. Otrok ni omejen samo na pogovor o tem, kar se je zgodilo; namesto tega med igro podoživi pretekle izkušnje in z njimi povezane občutke.

Če so otroka napotili k terapevtu zaradi nasilnega vedenja, igra kot medij terapevtu omogoči, da iz prve roke izkusi agresijo, ko otrok tolče po igrači ali ga skuša ustreliti s pištolo. Poleg tega se otrok skozi igro, ko se odziva na postavljene meje, nauči samokontrole.

Če igralna terapija ne bi vključevala igralnega gradiva, bi se lahko terapevt samo pogovarjal z otrokom o nasilnem vedenju, ki ga je pokazal dan ali teden poprej. Pri igralni terapiji pa terapevt, ne glede na razlog, neposredno izkusi probleme otrokovega doživljanja in se z njimi aktivno sooči. Ena od utemeljiteljic igralne terapije, Virginia Axline, meni, da gre za proces, v katerem otrok odigra občutke, jih s tem ozavesti, se z njimi sooči in se nauči, kako jih lahko nadzoruje ali razreši.

5. Teoretični mejniki, na katerih temelji igralna terapija

- Melanie Klein (1932) – interpretacija otrokove ne-vodene, proste igre
- Carl Jung – predstavil pomen simbolov v odkrivanju nezavednega
- Margaret Lowenfeld (1925) – slike v pesku – nadomestilo za verbalno komunikacijo
- Erik Erikson (1950) – osem kriz oz. kritičnih stopenj razvoja in njihova razrešitev
- Jean Piaget (1971) – razvojne stopnje in stopnje kognitivnega razvoja
- John Bowlby (1969) – teorija navezanosti
- Carl Rogers & Virginia Axline – nekoliko preoblikovan “na klienta osredotočen” pristop,

- Violet Oaklander – uporaba gestalt terapije pri delu z otroci-
vodena igralna terapija
- Nevroznanost



Terapevtska tehnika – igra vlog (Foto: Center za igralno terapijo)

6. Učinkovitost igralne terapije

Igralna terapija je v svetu ena najbolj uveljavljenih terapij za otroke s čustvenimi in vedenjskimi težavami, stare od štiri do dvanajst let. Otrok običajno potrebuje od 10 do 20 srečanj; ta potekajo enkrat tedensko, vsako srečanje pa traja od 45 do 60 minut.

Glede na najnovejše raziskave, ki sta jih izvedli vodilni svetovni organizaciji na področju igralne terapije, Play Therapy International (PTI) in Play Therapy United Kingdom (PTUK), so se težave pri 64 do 87 odstotkov otrok občutno zmanjšale. V raziskavo je bilo vključenih 1.851 otrok z vsega sveta.

7. Pomen proste igre

Igralna terapija temelji na simbolni, prosti igri, ki z uporabo metafor omogoča otrokom nova doživljanja in doživetja, ki vplivajo na razvoj novih povezav v možganih. Igra je ena ključnih dejavnosti v otroštvu, ne samo zaradi pogostosti opravljanja tovrstne dejavnosti, ampak tudi zaradi vpliva, ki ga ima na otrokov razvoj, tako telesni kot kognitivni, saj ima vodilno vlogo pri razvoju in rasti centralnega živčnega sistema. Biolog Byres (University of Idaho) je ugotovil, da imajo večje možgane tiste živalske vrste, ki se igrajo, nevro psiholog Sivy (Gettysburg College) pa je ugotovil, da igra vpliva na koncentracijo beljakovine "c-FOS" v možganih, ki povzroča rast in razvoj živčnih celic.

Z razvojnega in socialnega vidika ločimo več vrst igre, in sicer funkcijsko, konstrukcijsko, simbolno igro in igro s pravili ter igro brez udeležbe, opazovalno, samostojno vzporedno, asociativno in sodelovalno igro. Vse razdelitve in opisi se nanašajo na opazovanje otrok med prosto, nestrukturirano igro, ki v pa jo v sodobni družbi vedno bolj nadomešča vodena, strukturirana igra. Čeprav imata tako prosta kot vodena igra velik vpliv na razvoj otrok, ima ravno prosta igra, kjer dominira simbolna igra, po mnenju številnih znanstvenikov, največji vpliv na socialni, čustveni in kognitivni razvoj otrok. Številni znanstveniki so, že davno preden je otroški smeh pričel izginjati iz otroških igrišč, opozarjali na nevarnost izginjanja igre iz otroških življenj. Glede na raziskavo objavljeno leta 2005 v »Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine« je čas, ki ga otroci namenijo prosti igri upadel za četrtno med letoma 1981 in 1997. To so sicer podatki, ki veljajo za ZDA, vendar tudi pri nas čas namenjen prosti igri drastično upada. V poplavi popoldanskih dejavnosti, računalniških iger in ob vedno večjih zahtevah v sodobnih učnih načrtih, postaja prosta, domišljajska igra podcenjena in kot se mnogokrat sliši »izguba časa«. Starši in mnogi strokovni delavci, ki se ukvarjajo z otroki, ne razumejo, zakaj je prosta igra pomembna, celo pomembnejša od treninga nogometa, igranja klavirja ali številnih družabnih iger.

Prosta igra je vrsta igre, ki bi jo najlaže primerjali z živalsko igro in ima izredno pomemben vpliv na evolucijo. Gordon M. Burghart, avtor knjige *The Genesis of Animal Play*, je več kot 18 let proučeval živali in njihovo

igro, da je prišel do definicije igre. Po njegovih besedah je igra ponavljajoča, prostovoljna dejavnost, ki se izvaja v sproščenem okolju, saj se živali in otroci, ki so zanemarjeni ali v stresu, ne igrajo. Najpomembnejši opisnik igre pa je, da je igra dejavnost, ki nima posebnega namena in cilja. Igra je dejavnost, ki obstaja zaradi nje same. Anthony D. Pellegrini, šolski psiholog, opozarja, da so strukturirane igre pomembne za razvoj socialnih veščin in kognitivnih sposobnosti, vendar prosta igra, ki nima vnaprej določenih pravil, ki zahtevajo od otrok samo upoštevanje in sledenje, zahteva od otrok veliko več ustvarjalnosti za aktivno sodelovanje v njej. Po besedah Pellegrinija ima ravno ustvarjalni kontekst proste glavno vlogo pri razvoju otrokovih možganov in kognitivnih sposobnosti. Prosta igra pomembno vpliva na razvoj ustvarjalnega, konvergentnega in divergentnega mišljenja, na razvoj govora, na razvoj izvršilnih funkcij ter na sprostitev, saj raziskave dokazujejo, da otroci skozi igro gradijo čustveno stabilnost, ker je igra učinkovito orodje za premagovanje anksioznosti in zmanjšanje stresa. Mnoge raziskave dokazujejo, da anksioznost povzroča motnje v številnih kognitivnih procesih, kot je epizodični in delovni spomin, koncentracija, priklic informacij, motnje v izvršilnih funkcijah. Raziskave dokazujejo, da je igra izredno pomembna za čustveno stabilnost otrok, saj je zelo učinkovito orodje za premagovanje anksioznosti in zmanjšanje stresa.

V raziskavi objavljeni leta 1984 v *Journal of Child Psychology and Psychiatry* je sodelovalo 74 otrok starih tri in štiri leta. Raziskovalci so spremljali stopnjo anksioznosti na njihov prvi dan v vrtcu in jih razdelili na tiste, ki so bili anksiozni in tiste ki niso bili anksiozni. Potem so jih naključno razdelili v štiri skupine. Polovico otrok so namestili v igralnice polne igrač, kjer so se igrali sami ali s prijatelji. Drugo polovico otrok pa so namestili v razrede, polovica je bila v razredih s prijatelji in druga polovica je sedela samih za mizo. Otrokom v razredih so brali pravljico. Po 15 minutah so ponovno izmerili stopnjo anksioznosti in ugotovili, da je bila stopnja anksioznosti pri otrocih, ki so se igrali, kar dvakrat nižja kot pri otrocih, ki so poslušali pravljico. Zanimiva ugotovitev pa je bila, da so se tisti otroci, ki so se igrali sami, mnogo bolj umirili kot otroci, ki so se igrali z vrstniki. Iz rezultatov so sklepali, da otroci preko domišljajske, simbolne

igre, ki je samoiniciativna in na kateri temelji nevodena igralna terapija, gradijo fantazije, s pomočjo katerih se lažje soočajo s težkimi situacijami.

8. Kaj lahko strokovnjaki storimo za ohranjanje proste igre?

Številni učitelji, pediatri, psihologi in ostali strokovnjaki, ki se ukvarjajo z otroki, izražajo zaskrbljenost zaradi izginjanja proste igre iz otroškega vsakdanjika, kar ima negativne posledice na otroško fizično in duševno zdravje. Potrebno bi bilo izvesti še več raziskav, ki bi raziskale poleg kratkoročnih tudi dolgoročne posledice »ne-igranja« v otroštvu. Poleg tega moramo strokovnjaki, ki se ukvarjamo z otroki ozaveščati tako starše kot učitelje in ostale strokovnjake o pomenu proste igre za otrokov razvoj. Ker otroci vse več časa preživijo v šoli, bi bilo morda smiselno v šolske dejavnosti vključiti proste igre kot obvezen del učnih načrtov.

Šolski psiholog Anthony D. Pellegrini in psiholog Robyn M. Holmes sta leta 2005 v obsežni raziskavi v osnovnih šolah dokazala, da so bili otroci po 20 minutnem odmoru, v katerem so imeli možnost proste igre brez usmerjanja odraslih, bistveno bolj skoncentrirani in uspešni pri šolskem delu. Podatki, ki sta jih dobila pri raziskavi, podpirajo tako imenovano hipotezo kognitivne nezrelosti, po kateri nestrukturirani odmori med kognitivno zahtevnimi dejavnostmi, ki so del rednega pouka, olajšajo tako šolsko delo kot tudi socialno kompetenco in prilagoditev na šolsko okolje. Ker so popoldnevi sodobnih otrok vse bolj natrpani s številnimi popoldanskimi dejavnostmi, ki jim onemogočajo popoldansko druženje z vrstniki, bi jim prav uvedba nestrukturiranih odmorov omogočala razvijanje socialnih veščin in kompetenc preko igre z vrstniki.

Viri in literatura:

- Axline, V. M. (1981). *Play Therapy*. New York: Ballantine Books.
- Bahovec, E. D. (2007). *Kurikulum za vrtce*. Ljubljana: Ministrstvo za šolstvo in šport, Zavod za šolstvo.
- Barnes, M. A. (1996). *The Healing Path With Children: An Exploration for Parents and Professionals*. Canada: Viktoria, Fermoyle & Berrigan Publishing House.

- Barnes, P. (1995). *Personal, Social and Emotional Development of Children*. UK: The Open University, Blackwell Publishing.
- Batistič Zorec, M. (2006). *Teorije v razvojni psihologiji*. Ljubljana: Pedagoška fakulteta.
- Berg, R., G. Landreth in K. Fall (1998). *Group counselling: Concepts and procedures* (3. izdaja). Muncie, IN: Accelerated Development.
- Brown, S. (2010). *Play*. New York: Penguin Group.
- Cohen, D. (1993). *The concept of play* (2. izdaja). New York: Routledge.
- Geldard K. in D. Geldard (2001). *Working with Children in Groups, A Handbook for Councillors, Educators and Community Workers* (1. izdaja). New York: Palgrave.
- Goodyear-Brown, P. (2002). *Digging for Buried Treasure; 52 Prop-Based Play Therapy Interventions for Treating the Problems of Childhood*. Paris: Goodyear-Brown.
- Hughes, F. P. (2003). *Spontaneous Play in the 21st Century. Contemporary Perspectives on Play in Early Childhood Education*. Greenwich, CT: Information Age Publishing, str. 21-39.
- Macintyre, C. (2001). *Enhancing learning through play: A developmental perspective for early year setting*. UK: David Fulton Publishers.
- Marjanovič Umek, L., in M. Zupančič (2005). *Psihologija otroške igre. Od rojstva do vstopa v šolo*. Ljubljana: Znanstveno-raziskovalni inštitut Filozofske fakultete.
- Mills, Y. C. (1999). *Reconnecting to the Magic of Life*. Hawaii: Imaginal Press.
- Oates, J., in A. Grayson (2004). *Cognitive and Language Development in Children*. The Open University. Milton Keynes.
- Pellegrini, D. A., in M. R. Holmes (2005). *The Role of Recess in Primary School*. Oxford: Oxford University Press.
- Sweeney, D., in L. Homeyer (1999). *The Handbook of Group Play Therapy* (1. izdaja). San Fransisco: Jossey-Bass Publishers.
- Wenner, M. (2009). The Serious Need for Play. *Scientific American Mind*, 20 (1): 22-29.

Petra Škof je psihologinja (BSc (Hons) Psychology) in igralna terapevtka, ki je znanje nabirala v tujini. Ima dolgoletne izkušnje delovne izkušnje kot psihologinja v šolstvu ter kot igralna terapevtka z otroci in mladostniki. Kot ustanoviteljica Centra za igralno terapijo že več kot pet let uspešno pomaga številnim otrokom z vedenjskimi in čustvenimi težavami.

POMOČ OB IZGUBI – STORITVE, KI JIH RAZVIJA OZARA

OZARA Slovenija Nacionalno združenje za kakovost življenja, je nastalo, predvsem iz potrebe po organiziranih izvenbolnišničnih dejavnostih za ljudi s težavami v duševnem zdravju. Delovanje društva je bilo sprva lokacijsko usmerjeno predvsem na območje Štajerske, danes pa obsega več kot dvajset enot in gostovanj, razpršenih po celotnem območju Slovenije. S širitvijo na nove lokacije so se širili tudi programi in storitve društva (od dnevnega centra, stanovanjskih skupin, pisarn za informiranje in svetovanje do terenskega dela ter ostalih podpornih programov), ki vključenim uporabnikom lajšajo prehod iz institucij v domače okolje in prispevajo k njihovi večji samostojnosti ter h kakovostnejšemu življenju v skupnosti.

1. Predstavitev organizacije

OZARA Slovenija, Nacionalno združenje za kakovost življenja, je nastalo leta 1994 predvsem iz potrebe po organiziranih izvenbolnišničnih dejavnostih za ljudi s težavami v duševnem zdravju. Delovanje društva je bilo sprva lokacijsko usmerjeno predvsem na območje Štajerske, danes pa obsega več kot dvajset enot in gostovanj (v Mariboru, Murski Soboti, Ljutomeru, Lendavi, Slovenj Gradcu, Ljubljani, Kranju, Novem mestu, Izoli, Kopru, Celju, Brežicah, Novi Gorici, Črnomlju, Sevnici, Krškem, Bohinju, Tolminu, Trebnjem, na Ptuj, Ravnah na Koroškem, Bovcu, Jesenicah), razpršenih po celotnem območju Slovenije. S širitvijo na nove lokacije so se širili tudi programi in storitve društva, ki vključenim uporabnikom lajšajo prehod iz institucij v domače okolje in prispevajo k njihovi večji samostojnosti ter h kakovostnejšemu življenju v skupnosti.

Prvi je začel delovati program dnevnega centra, ki je usmerjen v druženje in konstruktivno preživljanje prostega časa po odpustu iz bolnišnice. Vključeni uporabniki so lahko izkoristili tudi namestitvev in podporo v okviru programa stanovanjskih skupin, in sicer v spodbudnem okolju izven institucij, ter tako ponovno pridobili potrebne funkcionalne spretnosti in samostojno zaživel v domačem okolju. Od leta 1999 deluje tudi program pisarn za informiranje in svetovanje, ki preko terenskega dela posameznikom omogoča individualno obravnavo ter ustrezno podporo tudi v njihovem domačem okolju.

Poleg naštetega pa izvajajo še številne podperne programe ter programe samopomoči in zagovorništva za uporabnike in njihove svojce, preventivne aktivnosti, založniško dejavnost, izobraževanje in pozitivno promocijo duševnega zdravja.

2. Program pisarn za informiranje in svetovanje

Program Mreža pisarn za informiranje in svetovanje (v nadaljevanju program) je organizirana oblika psihosocialne pomoči in podpore osebam s težavami v duševnem zdravju, ki se lahko izvaja v njihovem življenjskem okolju (na domu, v javnih prostorih) ali prostorih organizacije. Program je namenjen tako ljudem z težavami v duševnem zdravju kot ljudem v stiski in njihovim svojcem ter deluje s ciljem krepitve osebne moči, zmanjševanja socialne izključenosti in večanja participacije uporabnika storitev v socialnem okolju. **Temeljni namen** programa je tako prispevati k izboljšanju položaja ljudi s težavami v duševnem zdravju v družbi. Ta cilj dosegamo z zagotavljanjem individualnega pristopa ter s skupnim načrtovanjem pomoči in storitev.

3. Temeljni principi dela z uporabniki

Program predstavlja implementacijo **modela »psihosocialne rehabilitacije«** oseb z dolgotrajnimi in ponavljajočimi se težavami v duševnem zdravju. Ta vključuje princip »okrevanja« in promovira njihovo integracijo v skupnost ter si prizadeva izboljšati kakovost njihovega življenja. Zanj sta značilna še principa **»usmerjenosti k uporabniku«** ter **»individualizirano načrtovanje obravnave«**. Intervencije, ki jih model zagotavlja, se osredotočajo na podporo uporabnikom pri razvijanju

potrebnih socialnih veščin ter večanju dostopnosti do tistih virov, s katerimi lahko izboljšajo svoje kapacitete za neodvisno življenje ter povečajo svoje izobraževalne ali zaposlitvene možnosti.

Princip »okrevanja« je pomemben zlasti zato, ker za razliko od nekaterih drugih (npr. principa »remisije«) izkorišča lasten potencial posameznega uporabnika za okrevanje ter se ne osredotoča na njegovo patologijo. Njegov cilj ni zgolj doseči dobro remisijo (psihično stabilno obdobje brez simptomov duševne motnje), temveč tudi socialno vključenost in neodvisno življenje uporabnikov. Je kot nekakšno osebno popotovanje uporabnika, prek katerega lahko razvije upanje, občutek lastne vrednosti, tvorne medosebne odnose, spretnosti za vsakdanje življenje ter ponovno odkrije veselje do življenja.

Princip »usmerjenosti k uporabniku« uporabniku ponuja možnost, da sam raziskuje vire moči, ki obstajajo v njegovi skupnosti, preizkuša nove aktivnosti, pridobiva nove izkušnje in sprejema odločitve o svojem življenju. Podpora, ki jo zagotavljajo strokovni delavci programa, se zagotavlja izključno v skladu z uporabnikovimi želenimi ciljev in pričakovanji.

Princip »normalizacije« se odraža v prizadevanjih, s katerimi se želijo zlasti tistim uporabnikom, ki so dlje časa bivali v institucijah, ustvariti čim bolj normalne življenjske razmere ter priskrbeti njihovo pozitivno vrednoteno vlogo.

Princip »neodvisnega življenja« daje uporabnikom možnost, da živijo tako kot živijo drugi člani skupnosti. Imajo možnost sprejemanja odločitev o svojem življenju in možnost obvladovanja vsakodnevnih aktivnosti. Pravico imajo do odgovornosti za svoja dejanja. Neodvisno življenje ima opravljanje s samodeterminacijo in avtonomnostjo, je pravica in možnost zasledovanja določene usmeritve ter hkrati svoboda za zmotne odločitve in učenje iz lastnih napak. Je predvsem pravica in hkrati tudi odgovornost, da posameznik izbira, upravlja in obvladuje svoj način življenja.

Princip »in vivo« pomeni, da se posamezne intervencije oz. storitve programa izvajajo v življenjskem okolju uporabnikov – doma. Program je usmerjen prav v **terensko delo**, kar pomeni, da uporabniku ponudimo pomoč v njegovem življenjskem okolju. S tem uporabnikom omogočamo trajen in lažje dostopen sistem podpore, kar je tudi naša prednostna naloga. Prednost terenskega dela je v večji dostopnosti storitev za uporabnike, saj prejmejo pomoč tam, kjer jo potrebujejo ter se počutijo najbolj varne. Zaradi tega so bolj sproščeni, se lažje odprejo, so bolj pripravljeni za odkrit pogovor, lažje povedo kaj hočejo in čutijo ter enostavneje izražajo svoje potrebe. Terensko delo omogoča tako večjo fleksibilnost pri zagotavljanju storitev ter hitrejše in bolj neposredno nudenje pomoči.

Ciljni populaciji program nudi in zagotavlja: individualno pomoč, svetovanje, informiranje, urejanje, vodenje, načrtovanje in organiziranje podpore z namenom, da se uporabniku omogoči razvijanje, dopolnjevanje, ohranjanje ter izboljšanje njegovega socialnega funkcioniranja.

4. Cilji programa

Temeljni cilj in namen programa je prispevati k izboljšanju položaja ljudi s težavami v duševnem zdravju v družbi. Ta cilj dosegamo z zagotavljanjem individualnega pristopa ter s skupnim načrtovanjem pomoči in storitev. **Končni cilj** programa je zagotoviti posamezniku tiste storitve in takšno obliko pomoči, ki jih dejansko potrebuje za doseg čim bolj kakovostnega in samostojnega življenja, in sicer:

- a) Dvig kvalitete življenja – krepitev in ohranjanje zdravja uporabnikov, širitev socialne mreže:
 - izboljšanje kvalitete življenja, zapolnitev časa, socialna integracija, izobraževanje v smeri boljšega razumevanja bolezni;
 - zmanjševanje problemov in kriz in s tem posledično zmanjševanje ponovnih hospitalizacij, povečevanje zmožnosti samostojnega življenja.
- b) Razvijanje samostojnosti uporabnikov – krepitev moči:

- samopomoč, samozagovorništvo, izboljšanje socialnih odnosov, osebno in skupno reševanje stiske, spodbujanje in podpiranje uporabniške samoiniciative;
 - omogočiti uporabnikom, da odkrijejo in izboljšajo svoje lastne potenciale ter tako razvijejo socialno pozitivno vrednoteno vlogo;
 - dvig samopodobe in občutka varnosti ter
 - informiranje uporabnika o njegovih pravicah.
- c) Zagotoviti trajen in čim lažje dostopen sistem podpore:
- zagotavljati terensko delo – obravnava in delo z uporabnikom v njegovem življenjskem okolju;
 - zagotoviti teritorialno pokritost in
 - ponuditi uporabnikom sproščeno, varno, spodbudno in nestigmatizirajoče okolje za druženje ter destigmatizacija uporabnikov.
- d) Zagotoviti individualiziran pristop dela z uporabnikom:
- upoštevanje tako trenutnih kot specifičnih uporabnikovih potreb, povečevati uporabnikov vpliv nad lastnim življenjem in
 - spodbujanje uporabnika za udeležbo pri odločanju in načrtovanju njegove vloge v programu in izven njega.
- e) Pomoč in podpora svojcem uporabnikov, delo z družino:
- izobraževanje in opolnomočenje svojcev s skupinskim delom;
 - opolnomočenje in informiranje svojcev z individualnim delom.
- f) Mentorstvo prostovoljcem:
- klub prostovoljcev in
 - intervizije oz. individualne konzultacije.
- g) Informiranje in osveščanje javnosti:
- obveščanje javnosti, sodelovanje na lokalni ravni ter sodelovanje z vladnimi in nevladnimi organizacijami na področju duševnega zdravja;
 - vpliv na politiko o duševnem zdravju, vpliv na načrtovanje in izvajanje skrbi, izmenjava izkušenj in informacij.

5. Oblike pomoči

Vodilo strokovnega dela, ki mu v programu sledimo, je krepitev moči uporabnikov. Kar pomeni podpreti in spremljati posameznika na njegovi poti k prevzemanju vpliva nad svojim odločitvami in svojim življenjem, kar dosegamo z različnimi oblikami dela.

Delo s posameznikom obsega individualne razgovore, svetovalne razgovore, urejanje, vodenje in spremljanje.

Individualno delo strokovnega delavca z uporabnikom v našem programu zajema delo s posameznikom v pisarni, delo s posameznikom na terenu, delo s posameznikom preko telefona ter po e-pošti. Tako jim nudimo naslednje storitve: informativni razgovor, osebno pomoč, socialno oskrbo, delo s svojci in uporabnikom. Strokovni delavci nudijo podporo uporabnikom samostojno, razen v posebnih primerih, ko uporabnik želi še prisotnost tretje osebe.

Svetovanje in terensko delo. Uporabniki se lahko sami odločijo, na kakšen način se želijo pogovoriti s strokovnim delavcem. Svetovanje in informiranje lahko poteka v pisarni, na njihovem domu ali kjerkoli zunaj, preko telefona ali elektronske pošte, namenjeno pa je opravljanju različnih storitev: svetovanju, informiranju, urejanju, vodenju, spremstvu in podpori v domačem okolju ... Svetovanje zajema tudi pomoč in podporo pri razreševanju osebnih stisk ter vključevanju v aktivno življenje, pri iskanju ustrezne zaposlitve ter oblikovanje, izvajanje in spremljanje individualnih načrtov.

Delo z družino predstavlja skupinsko delo z družino uporabnika. Poleg individualnega dela velikokrat pride do potrebe po storitvi – delo s svojci in uporabnikom, saj je nemogoče pomagati uporabniku, ne da bi delali tudi z družino kot celoto.

Dela s skupino zajemajo skupinsko svetovanje, skupine za samopomoč, predavanja in izobraževanja oz. podprograme, ki so uporabnikom na voljo poleg osnovnega programa. Ti se na različnih enotah izvajajo različno intenzivno. Predvsem se izvajajo glede na potrebe. Uporabniki in svojci imajo možnost vključevanja v **izobraževalne delavnice**, ki so namenjene

predvsem boljšemu poznavanju njihovih težav v duševnem zdravju. Prav tako pa se lahko vključujejo v **pristočasne aktivnosti**. **Skupin za samopomoč** se udeležujejo uporabniki, ki jim ustreza skupinsko delo in ki želijo z drugimi uporabniki podeliti svoje težave, izmenjati izkušnje, se družiti in se informirati. Ta aktivnost še naprej ostaja aktualna, skupaj z uporabniki pa se trudimo, da bi bili čim bolj samostojni in bi se poskušali sami organizirati. **Klub svojcev** je odprta skupina, kar pomeni, da udeležba ni stalna in vedno ista. Svojci se skupine udeležijo takrat, ko začutijo potrebo po tem, da svoje težave podelijo z drugimi ali se želijo informirati. Poleg skupinskega dela s svojci je na voljo tudi individualno svetovalno delo s strokovnim delavcem, ki je lahko v pisarni, na terenu ali preko telefona.

Delo s skupnostjo predstavlja preventivo, izobraževalne delavnice, informiranje in osveščanje. Poleg storitev, ki so vezane na naše uporabnike, izvajamo tudi izobraževanja in delavnice na osnovnih in srednjih šolah. Te so oblika **preventivnega dela**.

6. Zaključek

Prelet devetnajstletnega dela kaže, da smo v društvu OZARA v teh letih uresničili večino zastavljenih ciljev in to predvsem s pomočjo zavzetih strokovnih delavcev in njihovega tesnega sodelovanja z uporabniki. Potrebe ljudi s težavami v duševnem zdravju se spreminjajo. Cilj našega dela pa ostaja enak – ljudem s težavami v duševnem zdravju na poti v samostojno življenje omogočiti podporo v obliki in na način, kot jo potrebujejo. V organizaciji se zavedamo, da nas v prihodnje čaka še mnogo izzivov, ki bodo od nas zahtevali strokovne in inovativne rešitve. Trudili se bomo, da jih bomo v sodelovanju z uporabniki naših storitev našli čim več.

Zlata Dragan, univ. dipl. soc. del, je višja svetovalka z večletnimi izkušnjami na področju socialnega varstva. Na Ozari zaposlena kot strokovna vodja programa pisarn za informiranje in svetovanje. Sodelovala je v delovni skupini Socialne zbornice Slovenije za razvoj strokovnega pristopa in socialnovarstvene doktrine za področje duševnega zdravlja v skupnosti. Med drugim je tudi koordinatorica prostovoljnega dela in svetovalka študentom socialnega dela, mentorica

Študentom socialnega dela in pripravnikom, 10 let vodja programa pomoči otrokom in mladostnikom.

METODE DELA KOORDINATORJA OBRAVNAVE V SKUPNOSTI PRI OSEBAH, KI SO DOŽIVELE IZGUBO

Koordinator obravnave v skupnosti (v nadaljevanju KOS) je zaposlen na centru za socialno delo (v nadaljevanju CSD) in pokriva področje več centrov za socialno delo (CSD Novo mesto pokriva celo Dolenjsko in Belo Krajino). Obravnava v skupnosti je opredeljena kot izvajanje pomoči uporabnikom, ki ne potrebujejo več zdravljenja v psihiatrični bolnišnici ali nadzorovani obravnavi, vendar potrebujejo pomoč pri psihosocialni rehabilitaciji, vsakdanjih opravilih, urejanju življenjskih razmer in vključevanju v vsakdanje življenje na podlagi načrta obravnave. Vse te osebe so že ničkolikokrat v življenju doživele razne izgube (nasilje v družini, alkoholizem staršev ali partnerja, ločitev staršev ali svojo osebno, smrt bližnjega družinskega člana, izgubo službe ipd.), zaradi katerih so se znašle v hudi duševni stiski in poiskale tudi psihiatrično pomoč.

1. Kdo je koordinator obravnave v skupnosti

Z *Zakonom o duševnem zdravju*, ki določa sistem zdravstvene in socialnovarstvene skrbi na področju duševnega zdravja ter nosilce te dejavnosti (Ur. l. RS, št. 77/08) in s *Pravilnikom o načinu in vsebini obravnave v skupnosti ter vsebini, pogojih in načinu opravljanja izpita koordinatorja obravnave v skupnosti* (Ur. l. RS, št. 49/09), ki določa način in vsebino obravnave v skupnosti, vlogo koordinatorja obravnave in multidisciplinarnega tima ter vsebino, pogoje in način opravljanja izpita za koordinatorja obravnave v skupnosti, je bil opredeljen profil in določen način dela koordinatorja obravnave v skupnosti.

Koordinator obravnave v skupnosti (v nadaljevanju KOS) je zaposlen na centru za socialno delo (v nadaljevanju CSD) in pokriva področje več

centrov za socialno delo (CSD Novo mesto pokriva celo Dolenjsko in Belo Krajino). Imeti mora visoko izobrazbo, opravljen izpit za koordinatorja, najmanj tri leta delovnih izkušenj na področju varovanja duševnega zdravja ali s področja socialnega varstva in ne sme biti pravnomočno obsojen. Koordinator z osebo načrtuje, jo vodi, spremlja, predlaga izvajalce, posluša osebo v njeni biti, išče vire moči znotraj nje in njenega primarnega okolja. Oseba je vir in bistvo vsega dela.

In kdo je koordinatorka obravnave v skupnosti v Novem mestu? Po izobrazbi sem univerzitetna diplomirana socialna delavka, samostojna svetovalka, na CSD Novo mesto zaposlena več kot 7 let. Pred veljavnostjo Zakona o duševnem zdravju in nastopom delovnega mesta koordinatorke obravnave v skupnosti, sem delala na več različnih delovnih mestih: denarne socialne pomoči, varstvo mladostnikov, varstvo odraslih, delo z družino (razveze, nasilje v družini) ter bila nekaj let vključena v interventno službo. Izkušenj mi ne manjka. Z vsakoletnim menjavanjem delovnih področij sem pridobila ogromno širino in izkušnje dela z različnimi populacijami, problemi in metodami dela. Skupno vsem pa je bilo razreševanje določene stiske, izgube, konflikta posameznikov in nudenje najprimernejše oblike pomoči ali storitve, kot so informiranje, svetovanje, vodenje. Pa seveda izvajanje vseh javnih pooblastil, ki izhajajo iz različnih zakonov. Vse te izkušnje mi še kako prav pridejo pri sedanjem delu na področju duševnega zdravja. Delo koordinatorke opravljam tako korektno po predpisih kot tudi srčno, človeško. Zavedam se, da smo ljudje celostna bitja in da uspejo naši uporabniki prebroditi svojo stisko samo s celostno obravnavo, ki vključuje tako socialno kot zdravstveno službo ter psihoterapevtsko pomoč.

2. Protokol dela za koordinatorje obravnave v skupnosti

Obravnava v skupnosti je opredeljena kot izvajanje pomoči uporabnikom, ki ne potrebujejo več zdravljenja v psihiatrični bolnišnici ali nadzorovani obravnavi, vendar potrebujejo pomoč pri psihosocialni rehabilitaciji, vsakdanjih opravilih, urejanju življenjskih razmer in vključevanju v vsakdanje življenje na podlagi načrta obravnave. Vse te osebe so že ničkolikokrat v življenju doživele razne izgube (nasilje v družini,

alkoholizem staršev ali partnerja, ločitev staršev ali svojo osebno, smrt bližnjega družinskega člana, izgubo službe ipd.), zaradi katerih so se znašle v hudi duševni stiski in poiskale tudi psihiatrično pomoč.

Zakon o duševnem zdravju določa naslednji **protokol dela za koordinatorje**:

- najmanj tri tedne pred odpustom osebe iz psihiatrične bolnišnice (PB), *socialna služba PB obvesti pristojni CSD oz. KOS o nastanku pogojev, da se poveže z osebo*; osebo predčasno seznanijo z možnostjo vključitve v obravnavo v skupnosti in če se oseba strinja s predstavitevijo, pride KOS v bolnišnico predstaviti metodo dela;
- KOS *obišče osebo v PB* ter njo in/ali njenega zakonitega zastopnika seznaniti z možnostjo obravnave v skupnosti (OS);
- oseba ali zakoniti zastopnik *pisno privoli* v OS;
- skupaj z osebo *pripravi predlog načrta* (rok največ 30 dni od pisne privolitve), katerega podpišeta oseba in KOS;
- na podlagi dogovora z osebo in v skladu s cilji *predlaga člane multidisciplinarnega tima* (MDT) – stalni člani so poleg osebe in KOS še osebni psihiater in pristojna socialna delavka, nestalni člani so določeni glede na cilje, največkrat so to predstavniki različnih služb, kot so zaposlitveni rehabilitator, predstavnik NVO, svojci ipd.;
- *skliče MDT* oz. pošlje vabilo vsem članom;
- *piše zapisnik MDT* z namenom potrditve načrta prisotnih članov MDT – potrdi in sprejme ga direktor pristojnega CSD s podpisom in žigom;
- KOS *sodeluje pri izvajanju* načrta z ostalimi člani MDT (ne sme se mešati vloga načrtovalca in izvajalca);
- *koordinira in nadzira izvajanje* načrta obravnave ter nudi strokovno oporo in podporo izvajalcem v skupnosti;
- po 6 mesecih skupaj z osebo *oceni izvajanje načrta* in po potrebi pripravi spremembo načrta;
- *skrbi za evidenco* obravnav v skupnosti.

3. Kaj pa se dogaja v praksi?

Kot običajno v življenju tudi pri delu KOS prihaja do določenih odstopanj v primerjavi s predvidenim. Praktične izkušnje so sledeče:

- V obravnavo v skupnosti sprejem bistveno več oseb iz okolja kot iz psihiatrične bolnišnice. Za KOS izvedo na Zavodu RS za zaposlovanje, pri osebnem psihiatru ali osebnem zdravniku, od strokovnih delavcev znotraj CSD, v društvih ŠENT in Ozara, od prijateljev.
- Načrt z večino oseb pišemo dlje kot en mesec, z nekaterimi celo več mesecev skupaj, saj osebe niso zmožne v akutnih stanjih duševne stiske kontinuirano sodelovati ali biti zbrani. Dvakrat se mi je zgodilo, da smo načrt napisali ob enem srečanju, kar pripisujem temu, da za ti dve osebi ta metoda dela ni bila primerna, saj bi lahko edini cilj, ki sta ga navedli – t.j. zaposlitev, lahko dosegli tudi brez KOS.
- S psihiatri največ sodelujem preko telefona in elektronske pošte, samo v redkih primerih pride kateri izmed njih osebno na MDT (v 4 letih 4-krat, 2 psihiatra).
- Osebe so v obravnavi tudi več kot 3 leta, tudi brez kakršnekoli spremembe načrta. V takšnih primerih se lahko vprašam, ali smo oblikovali prave korake za doseg cilja oz. vključili prave izvajalce, ali se je oseba že navezala na KOS in si dodaja vse manjše cilje samo zato, da ostaja v obravnavi.
- Prepogosto je KOS tudi izvajalec načrta.

4. Kaj je načrt obravnave v skupnosti (NOS)?

- dokument, ki je last osebe, KOS je samo načrtovalec in zapisnikar le-tega;
- sestavljen iz treh delov:
 1. življenjska zgodba (preteklost)
 2. pomembni vidiki v življenju (sedanjost):
 - vpliv
 - spretnosti
 - zdravje, strahovi, skrbi
 - stiki
 3. cilji za organizirano življenje v skupnosti (prihodnost):



... in tako se cilj razčleni po korakih:

KORAKI:	KAJ je potrebno narediti	KDO bo naredil	CENA	PLAČNIK	(DO) KDAJ

Pri načrtovanju je zelo pomembna vsaka postavka, saj je enako pomembno, da oseba si postavi prave korake za doseg cilja, kakor da se navede, kdo bo kaj naredil, koliko ga bo to stalo oz. če je potrebno pridobiti dodatna sredstva in kje le-te dobiti. Bistvenega pomena je, da se navede tudi do kdaj bo posamezni korak naredil.

5. Kakšni so najpogostejši cilji, ki si jih zastavljajo osebe v obravnavi?

Zaposlitev (pogosto zaposlitvena rehabilitacija, pridobitev financ ali poplačilo dolgov), razreševanje medosebnih odnosov, stiki z otroki, upokojevanje, druženje, vključevanje v različne dejavnosti in aktivnosti preko raznih društev (predvsem ŠENT in Ozara), zaključiti šolanje (poklicno, srednjo, fakulteto), skrb za zdravje (zdrava prehrana, gibanje, redno jemanje zdravil), nič več hospitalizacije. V zadnjih mesecih pa je v porastu med cilji *psihoterapija*. Razlog slednjemu vidim v tem, da se med pripovedovanjem življenjske zgodbe odpre marsikatera rana, bolečina, travma iz otroštva, katero ne moremo pustiti odprto in nerazrešeno, zato vodim osebo k raziskovanju, na kakšen način bi si želela to razrešiti in ji ponudim možne pomoči. V vsakem primeru so cilji vedno cilji osebe in jaz z njo samo raziskujem, kateri koraki so potrebni, da lahko cilj doseže, in katere oblike pomoči sistem oz. okolje že ponuja.

6. S kakšnimi izgubami pa so se vključene osebe že srečale, katere doživele, preživele?

- T.i. zunanje izgube so: izguba službe, ločitev staršev ali njena osebna ločitev. Psihično, spolno, fizično nasilje v otroštvu in/ali v partnerstvu. Poniževanje, razvrednotenje s strani bližnjih oseb.

Izguba doma, hiše, stanovanja. Izguba dohodkov in finančne svobode. Smrt bližnjega družinskega člana.

- Posledične notranje izgube: Slaba samozavest in samopodoba. Izguba zaupanja in vere vase in v sistem pomoči. Izguba svobode in vpliva nad lastnim življenjem (sploh pri tistih, ki so bili hospitalizirani brez privolitve). Izguba vpliva nad lastnim čustvovanjem in doživljanjem sveta okoli sebe kot posledica zdravil.

Ljudje si želimo zaceliti rane, biti ljubljeni in sprejeti takšni, kot v resnici smo, uvideti svoje napake in se iz njih kaj naučiti in dobiti nove priložnosti. Opažam, da si uporabniki zastavljajo takšne cilje, ki so povezani z izgubami. Želijo nazaj stvari ali osebe, ki so jih izgubili, ponovno pridobiti vpliv in moč nad lastnim življenjem, biti boljša oseba.

7. Pričakovanja in potrebe uporabnikov

Glede na izkušnje dela z uporabniki lahko strnem tudi njihova pričakovanja, potrebe in izkušnje v procesu obravnave v skupnosti.

Kakšno strokovno pomoč si želijo?

- Od strokovnega delavca, najsi bo to psihiater ali socialna delavka ali osebni zdravnik ali psihoterapevt, želi uporabnik naših storitev predvsem to, da ga bo strokovnjak slišal in ne samo poslušal, da ga bo razumel, da ga bo zanimala njegova zgodba, mu ne bo samo številka, mu bo prišel nasproti – po potrebi na dom in slišal njegove potrebe.
- Sami povedo, da jim je pomagala: psihoterapija (različni izvajalci), klinična psihologinja, skupine za samopomoč, dnevni center na ŠENT-u.

Kaj bi v imenu uporabnikov lahko sklenila, na kaj opozorila?

- Skupaj z uporabniki podpiram začetek delovanja skupnostne psihiatrične obravnave, saj si osebe želijo zdravljenja v domačem okolju, želijo biti destigmatizirani, občasno potrebujejo terenskega psihiatra, saj v kakšnih akutnih stanjih ne zmorejo sami oditi na

pregled (ali zaradi nekritičnosti do svoje bolezni ali pa zaradi nezmožnosti voziti avto ipd.), obenem pa ne potrebujejo hospitalizacije.

- Vsi uporabniki bi morali imeti pravico do brezplačne psihoterapije, saj je dokazano učinkovita metoda zdravljenja duševnih bolezni, seveda z roko v roki z medikamentoznim zdravljenjem, kjer je to nujno potrebno. Razmišljam o spremembi zakonodaje v smislu financiranja psihoterapije preko zdravstvenega zavarovanja, od koder se tudi sedaj plačuje bolnišnično zdravljenje, saj bi na ta način tako država kot uporabniki marsikaj pridobili.
- Osebe potrebujejo zaposlitev, denar. Želijo biti vključeni. Glede na to, da jih diagnoza samo še bolj stigmatizira in onespособi pri iskanju službe, bi moral sistem odreagirati na drugačen, prilagojen način. Zakonodaja nam že ponuja občasno delo upokoјencev, zaposlitveno rehabilitacijo. Prav tako bi se lahko formalno uredilo 'jaz tebi – ti meni' zaposlovanje, saj imajo nekatere osebe ogromno neizkoriščenih spretnosti, znanja, sposobnosti, druge osebe pa si tega znanja, veščin želijo naučiti (npr. ena gospa si želi naučiti šivati, druga oseba pa je bila zaposlena kot šivilja 10 let). Izmenjava znanj s plačilom z urami in ne z denarjem.

8. Zaključek

Ne glede na to, ali smo »vladniki« ali »nevladniki«, moški ali ženske, terenski ali pisarniški, socialni ali zdravstveni delavci ... nujno moramo začeti gledati na naše delo proaktivno. Iskati rešitve v ljudeh. In le tako bodo naše storitve koristile 'prave' osebe, ki jih v nekem trenutku zares potrebujejo. Ni vsaka storitev za vse enako učinkovita in v vsakem trenutku nujno potrebna in bi se zato morale službe med seboj nujno bolj konstruktivno povezovati. Včasih je preveč za ljudi, da imajo individualni načrt v bolnišnici, potem pri KOS, potem še pri NVO in na koncu še pri skupnostni psihiatrični obravnavi. Za naše uporabnike je to preveč dogovorov in obveznosti naenkrat. Vprašanje je, kaj je v določenem zdravstvenem stanju osebe, zanjo najprimernejša obravnava? In tukaj bi morale iti službe z roko v roki, vedeti ena za drugo in predati ljudem prave informacije, da se sami odločijo za eno storitev in jih spodbujati, da tam vztrajajo, dokler se jim stanje ne stabilizira. Če uporabniki nimajo vsaj

manjših vidnih pozitivnih sprememb v nekem doglednem času, začnejo obupovati nad ponujenimi pomočmi, kar si v tem sistemu ne smemo privoščiti. Podpiram takšne in drugačne posvete in delovne sestanke, saj je to plod potreb po sodelovanju in močno upam, da bo to v nekaj mesecih, bolj realno pa v letih, prešlo iz teorije in želje v dobro prakso.

Katja Čelič, univ. dipl. soc. del., je zaposlena na CSD Novo mesto več kot 7 let. Pred veljavnostjo Zakona o duševnem zdravju in nastopom delovnega mesta koordinatorke obravnave v skupnosti je delala na različnih delovnih mestih znotraj centra in tako z vsakoletnim menjavanjem delovnih področij pridobila ogromno širino in izkušenj dela z različnimi populacijami, problemi in metodami. Kar ji pomaga pri sedanjem delu na področju duševnega zdravlja. Delo koordinatorke opravlja tako korektno po predpisih kot tudi srčno, človeško.

IZGUBE V TERAPEVTSKI PRAKSI

Psihoterapija nudi tako individualno kot skupinsko psihoterapevtsko pomoč ob različnih duševnih stiskah, med drugih tudi ko gre za soočanje z izgubami. Naše izhodišče je relacijski družinski model, kar pomeni, da posameznika vedno gledamo v okviru njegovih medosebnih odnosov – tako sedanjih kot preteklih. Verjamemo, da je vzajemen odnos med temi odnosi in posameznikom – odnosi zaznamujejo posameznika, on pa jih aktivno sokreira. Odnosi tudi bistveno vplivajo na posameznikovo duševno in tudi fizično zdravje. Kot zakonski in družinski terapevti se z izgubami, ki so povezane z dogodki, kot so npr. ločitev oz. razpad partnerske zveze, smrt v družini, nasilje kot izguba varnosti in zaupanja v odnosu kar pogosto srečujemo. Eden od pomembnih ciljev je običajno tudi proces žalovanja ter v primeru, ko je šlo npr. za ločitev oz. prekinitev partnerske zveze, tudi predelava starih čustvenih, miselnih in vedenjskih vzorcev ter vzpostavljanje novih.

1. Uvod

Na Zakonskem in družinskem inštitutu nudimo terapevtsko pomoč. Delamo individualno s posamezniki, pari in družinami v različnih stiskah (od konfliktnih odnosov, vzgojnih težav, nizke samopodobe, ločitev, depresij in tesnobnih motenj ter drugih čustvenih stisk do različnih oblik nasilja, odvisnosti ipd.). Izvajamo pa tudi skupinsko terapijo in preventivne delavnice.

Naše izhodišče je relacijski družinski model, kar pomeni, da posameznika vedno gledamo v okviru njegovih medosebnih odnosov – tako sedanjih kot preteklih, saj verjamemo, da je vzajemen odnos med temi odnosi in posameznikom. Ti odnosi bistveno vplivajo na posameznikovo stanje in počutje danes – torej tudi na duševno zdravje. Hkrati pa kot odrasli posamezniki tudi mi bistveno lahko prispevamo in sokreiramo te odnose

in s tem svoje življenje, če nismo zgolj pasivni opazovalci svojega življenja. Kot psihoterapevtom nam je skrb za duševno zdravje – bodisi za ohranitev ali povrnitev v primeru duševnih stisk – pomembna naloga, za katero si prizadevamo skupaj s klientom.

2. Izgube v terapevtski praksi

Kot zakonski in družinski terapevti se z izgubami, ki so povezane z dogodki, kot so ločitev oz. razpad partnerske zveze, smrt v družini, kar pogosto srečujemo in na terapiji z njimi prihajamo v stik na različne načine. Včasih so glavni razlog za prihod na terapijo – ko nekdo ostane sam in začuti, da bo za svoje žalovanje in prehod v normalno življenje, ki ne bo sicer nikoli več čisto enako, kot je bilo pred izgubo, ter za zato, da bo zmožgal dajati primerno oporo tudi svojim mladoletnim otrokom, potreboval strokovno spremljanje.

Občasno je povod za prihod na terapijo tudi strah pred izgubo – ko eden od partnerjev na ta način »privleče« drugega, ko ima občutek, da izgubljata stik, ali pa nekdo pride, ker mu je partner to dal kot zadnjo izbiro pred odhodom. Ali pa starš opaža, da izgublja stik z otrokom, pri katerem opaža vedenjske, učne ali čustvene težave ...

Spet tretjič pa do izgub pridemo preko skrbi za duševno zdravje – ko je izguba »sprožila« oz. poslabšala počutje posameznika do te mere, da je npr. postal depresiven ali anksiozen in ga je morda po psihoterapevtsko pomoč napotil celo psihiater. Včasih je psihoterapija dopolnitev medikamentoznemu zdravljenju, včasih pa zdravila niti niso potrebna. Včasih pridejo klienti sami, ker so začutili, da to potrebujejo, včasih jih napotijo svojci, prijatelji ali pa drugi strokovne službe ... V današnjih časih pa se vse pogosteje tudi v terapevtski praksi srečujemo še z drugačnim tipom izgub, kot so npr. izguba službe in socialne varnosti ... Neredko se izgube kombinirajo – izguba fizične varnosti (nasilje) ali pa izguba odnosa (ločitev, smrt) in izguba finančne varnosti – brezposelnost. Kar stiske le še poveča.

Motivi za vključitev v terapijo so tako lahko zelo različni in zato so tudi terapevtski proces različni, individualizirani. Glede na situacijo se včasih še da preprečiti izgubo – ko je še upanje, da bo odnos zaživel ali pa se globlji

stik morda sploh prvič vzpostavil – bodisi med partnerjema, bodisi med starši in otroci. Včasih pa te možnosti več ni. Bodisi, ker je drugi že odšel, npr. ločitve in razpadi zvez, kjer ni upanja, da bi se odnos popravil (npr. hudo družinsko nasilje brez storilčevega prevzemanja svojega deleža odgovornosti). V določenih primerih pa je posredi tudi smrt in s tem dokončna izguba. V vseh teh primerih pa ostanejo ljudje z izgubo in potrebo po tem, da bi dali sebi čas za žalovanje in predelavo tega, kar se je zgodilo.

3. Nerazrešene travmatične izkušnje težijo za ponavljanjem

Vsakdanje izkušnje kažejo, da gre marsikdo tudi po takih travmatičnih dogodkih kar naprej, brez da bi se kaj veliko ustavljal in žaloval. Bodisi ker vidi v tistem trenutku to kot zanj edini možni način soočanja s situacijo, bodisi ker morda zanj trenutno še ni pravi čas ali pa ker mu okoliščine tega ne dopuščajo. A hkrati je to lahko tudi beg pred žalovanjem in lastno stisko.

In če se najprej ustavimo ob prekinjenih partnerstvih in ločitvah, potem taka hitra izbira novega partnerja neredko vodi v podobno nezadovoljiv odnos, kot je bil tisti, iz katerega je nekdo odšel. Svojo čustveno prtljago nesemo s sabo in če na sebi nismo nič naredili, bomo zelo verjetno spet naleteli na podobne čustvene zaplete. Neredki scenarij iz klinične prakse gre nekako tako: gospa odide iz nasilnega odnosa in v velikih pričakovanjih začne odnos z novim partnerjem, ki je »čisto drugačen«. Čas pa pokaže, da je ravno tako nasilen kot prvi – če ne fizično, pa vsaj psihično. Čez leta ugotavlja, da je prišla z dežja pod kap, da je verjela, da je to rešitev, a se je pokazalo kot past. Zaradi preprečevanja ponavljanja podobnih zapletov je pomembno, da si za vsako tako izgubo vzamemo čas in se skušamo iz nje nekaj naučiti – in predvsem pogledati, kaj je tisto v meni, kar v mojo bližino priteguje tak tip ljudi oz. zakaj so meni taki privlačni, kaj me dela še posebej ranljivo za npr. nasilje, prevare, izdajstva, osamljenost, zavrženost ... V terapevtskem procesu je tako potrebno poiskati tiste temeljne izkušnje iz otroštva, ki so me do te mere zaznamovale, da še danes na nezavedni ravni kreirajo moje življenje. In si nato dati čas, da jih lahko predelamo in postavimo svoje življenje na

drugačne temelje. Ravno ta proces predelave je poleg žalovanja eden pomembnih poudarkov pri terapiji z ločenimi.

4. Proces žalovanja

Pri vseh izgubah, še posebej pa pri tistih, kjer je odnos prekinila smrt in nam iztrgala svojca, pa je pomembno, da si damo čas za žalovanje. Da si dovolimo iti čez cel proces žalovanja, z vsemi čustvi, ki niso lahka. Ne za tistega, ki žaluje, ne za njegove podpornike. Opora pa je skoraj nujna – da človek v stiski ob izgubi ne ostane čisto sam, da ima nekoga, ki ga sprejema in spremlja v njegovih težkih trenutkih in pred katerim se tudi upa pokazati in izraziti svojo bolečino, stisko in druga čustva, ki ga prevevajo v nekem trenutku. In ki mu konec koncev lahko pove, da je tudi v tem žalovanju »normalen« – da je to normalen proces, da zaradi tega še ni duševno bolan ali neuravnovešen, če joče ob izgubi in še kar nekaj časa po njej. Da je normalno tudi, da je lahko tudi jezen v neki fazi, v drugi spet nemočnega, izdanega, praznega, krivega ...

Za žalovanje so namreč tipične naslednje faze, ki pa ni nujno, da si sledijo točno v navedenem vrstnem redu. Lahko trajajo različno dolgo in se lahko tudi izmenjujejo. Proces žalovanja je namreč individualen in se razlikuje od posameznika do posameznika. Običajno je prvi odziv na izgubo zanikanje (»To ni res, mora biti napaka! To se ne dogaja meni!«). Naslednja stopnja je jeza, ko iščemo razloge in krivca (»Zakaj se je to zgodilo? Kdo je kriv?«). Sledi obdobje pogajanja (»Bom ..., samo da ...«) in nato stiska res udari z vso silo v obdobju t.i. depresije (»Predam se. Ne morem več. Preveč boli.«). Zaključna faza procesa žalovanja je sprejemanje (»Sprejemam, kar se je zgodilo ... Življenje bo za vedno drugačno in jaz z njim, a grem naprej!«).

5. Terapevtska pomoč ob izgubi

Tako kot v vsakdanjem življenju in še bolj ob različnih preizkušnjah in stiskah, tudi ob žalovanju potrebujemo predvsem sočutje, razumevanje, sprejetost, oporo in človeško toplino. Skratka to, kar nam naj bi omogočala naša običajna podporna mreža. Dodatno pomoč terapevta pa je smiselno poiskati, ko se žalovanje zavleče ali ko vidimo, da smo avtodestruktivni (živimo na način, ki škoduje našemu zdravju in osebnosti

– npr. iskanje rešitve v alkoholu, spolnosti, bežanju iz odnosa v odnos, daljšem zatekanju v pomirjevala, fantazijo in drugih tveganih načinih vedenja ali nesposobnosti osnovnega delovanja) ali pa ko škodujemo drugim (razdražljivost, popoln čustven umik od otrok, nasilje, zasvojenost ipd.). Strokovno spremljanje je smiselno poiskati tudi, ko imamo mi sami potrebo po tem iz kakršnega že koli razloga oz. ko imamo občutek, da se ne najdemo najbolje in bi želeli ob strokovnjaku (morda samo na enkratnem srečanju) preveriti, kje smo v svojem procesu. Mnogim koristi tudi vključitev v skupine (npr. za ločene, vdovce/e, za starše po izgubi otroka ipd.), kjer je močan terapevtski dejavnik ravno doživetje, da drugi s podobno izkušnjo lahko razume in doživlja podobno ter da pot naprej obstaja, četudi je morda v tem trenutku sami ne vidimo. Lahko pa taka izguba sproži (seveda ob predpogoju tudi drugih potrebnih dejavnikov) hujšo duševno stisko ali celo duševno bolezen. V takih primerih pa je potrebno obiskati tudi psihiatra.

6. Sklep

Glede na to, da se v življenju in terapevtski praksi srečujemo z različnimi tipi izgub in da smo tudi ljudje različni, so tudi načini soočanja z izgubami zelo raznoliki, pa tudi čas prebolevanja traja različno dolgo. Ključno pa je, da si upamo priznati, da se nas je izguba (izgubljena oseba in odnos z njo) globlje dotaknila in nas za vedno spremenila. Kar pomeni, da imamo pokojne (še) vedno pravico pogrešati in jih imeti radi. Prav tako imamo v primeru nasilja ali neželene ločitve pravico najprej izjokati izgubljene sanje, nato pa se pogumno soočiti z novim položajem, poiskati in okrepiti svoje močne točke ter dopustiti, da vzbrsti novo upanje na novih temeljih.

Literatura:

- Gostečnik, C. (2004). *Relacijska družinska terapija*. Ljubljana: Brat Frančišek in Frančiškanski družinski inštitut.
- Kübler Ross, E. (1998). *O smrti in življenju po njej*. Ljubljana: Mladinska knjiga.

Dr. Anica Koprivc Prepeluh je že sedmo leto je strokovna sodelavka Zakonskega in družinskega inštituta. Poleg izvajanja individualnih terapevtskih obravnav je bila na inštitutu tudi pobudnica skupinske obravnave – tako skupine za ženske kot za ločene pa tudi delavnic za pare. Je doktorica znanosti s področja zakonske in družinske terapije. Njeno raziskovalno področje je ženska osebna rast, medosebni odnosi in skupinska terapija. Je avtorica facebook strani za ženske »Rada sem ženska«.

*Melita Kramar
Zakonski in družinski inštitut
melita.kramar@zdi-nm.si*

RAZPRAVLJAMO O DUŠEVNEM ZDRAVJU

Kljub težki tematiki - ali pa prav zaradi nje - je bil posvet zelo dobro obiskan. Prišlo je več kot 130 obiskovalcev. Glede na to, da ste prišli do tega dela zbornika, ste verjetno že natančno prebrali vse prispevke, ki so jih pripravili naši sodelujoči strokovnjaki. Kakšni so vtisi? Ste izvedeli kaj novega? Se vam porajajo kakšna vprašanja, razmisleki? Sklepno dejanje na posvetu je bilo ravno skupno razmišljanje, debata, opozarjanje na pereča področja in iskanje rešitev, k čemur vabim tudi vas.

Vsem prisotnim strokovnjakom smo postavili pomembno vprašanje: **»Kaj menite, katere so še potrebe v naši regiji na področju duševnega zdravja (in izgub), ki so nepokrite in bi bilo nujno zanje poskrbeti?«**

Ugotovili smo sledeče:

1. Prepoznavamo vse več potreb po storitvah, ki preventivno in tudi terapevtsko vplivajo na duševno zdravje in počutje ljudi.
2. Da je vse več uporabnikov oz. oseb, ki trpijo stiske in imajo težave v duševnem zdravju.
3. Prepoznavamo nepokrite potrebe (strokovnjaki, programi) za pomoč otrok in mladostnikom s težavami v duševnem zdravju, v čustvovanju in vedenju.

4. Ni ustreznih rednih prometnih povezav, predvsem za obrobne kraje, tako osebe nimajo dostopa do strokovnjakov in programov pomoči, ki jih je več v večjih krajih.
5. Pomanjkljivo financiranje programov in strokovnjakov, ki lahko pozitivno vplivaj na duševno zdravje prebivalcev – podpora psihoterapevtskih programov, strokovno vodenih skupin ipd.
6. Pomanjkanje stanovanjskih skupin, ki omogočajo podaljšanje samostojnosti oseb s hujšimi težavami v duševnem zdravju.
7. Pomanjkanje skupinske pomoči za osebe, ki so doživele oz. doživljajo izgubo.
8. Razviden je manko strokovnjakov psihologije, psihiatrije in psihoterapije na področju Bele Krajine.

Predvsem pa nam manjka razumevanje pomena duševnega zdravja, razumevanje naših težav in stisk in stisk naših bližnjih. Ko se znajdemo v duševni stiski, se prepogosto zapremo vase, v svoj svet, kar stisko še poveča. Sram nas je spregovoriti, kako nam je, kaj se nam dogaja. Tudi opazovalci stiske težko nagovorimo našega bližnjega in mu povemo, kaj opažamo, težko povemo, ko nas skrbi za zdravje drugega. Ali pa morda le, ko gre za duševno zdravje. Lažje se nam je pogovarjati o telesnem zdravju ali povedati, da imamo težave s srčnim pritiskom. Toliko težje, da potrebujemo zdravila, da uravnavajo naše hormone v možganih, da smo potem bolj umirjeni, se lažje skoncentriramo ipd. V obeh primerih gre za naše zdravje, počutje, ovire pri opravljanju naših nalog, dnevnih izzivov in izpolnjevanje našega poslanstva.

Zavedajmo se, da je naše duševno počutje enako pomembno kot telesno. Ozavestimo se, spregovorimo o duševnem zdravju in naših potrebah. Pojdimo po pomoč, ko jo potrebujemo. Če to storimo za naše avtomobile, pralne stroje in druge naše stvari – čemu ne bi to storili zase?!?

Da bomo to lažje storili, se odprimo drug drugemu. Vzpostavimo vezi med seboj. Povezujmo se. Na vseh nivojih. Povežimo se člani družine, širše in ožje, člani delovne skupine, sosedje, člani kluba ali društva, strokovnjaki med seboj. Zavedajmo se, da smo pomembni drug za drugega. Aktivirajmo se! Vzpostavimo kontakte! Odprimo se v odnose!

Človek je bitje odnosov. V odnosih rastemo in se razvijamo. In prav odnosi, ki so varni, so bistveni pri spopadanju s stresom. Ko imamo varne odnose, se lahko bolje zavemo svojih potreb in želja, zanje tudi lažje poskrbimo, oblikujemo pozitivno podobo v sebi, o drugih ljudeh in o svetu. Lažje tudi poiščemo pomoč, ko jo potrebujemo. Tudi pri iskanju pomoči je bistven odnos, ki ga vzpostavi otrok, mladostnik ali pa odrasel človek s strokovnjakom, psihoterapevtom, psihiatrom ... Odnos, kjer se počuti varnega, sprejetega, razumljenega, podprtega, kjer čuti, da ni več sam.

Ravno tako je pomembna in dobrodelna naša socialna mreža, stkana iz odnosov s prijatelji, sorodniki, kolegi, na katero se lahko naslonimo in se napojimo s sočutjem, toplino, podporo, usmerjanjem, spodbudo.

Kot ste prebrali v prispevkih, je depresija najpogostejša oblika duševnih bolezni. In tudi da je najbolj obremenjen del Slovenije ravno Jugovzhodni. Vendarle pa smo v našem okolju tudi institucije, ki nudimo različne oblike pomoči pri preprečevanju in reševanju duševnih stisk. Upam, da smo s posvetom in tem zbornikom ponudili nekaj novih informacij in vplivali na višje zavedanje pomembnosti naših medosebnih odnosov. Naši zdravi odnosi so naše največje bogastvo. Zdravi medosebni odnosi – zdravi posamezniki! Zavedajmo se, da so naši odnosi tudi naša najvrednejša naložba!

Melita Kramar, specialistka zakonske in družinske terapije, je strokovna direktorica Zakonskega in družinskega inštituta ter njegova soustanoviteljica. V devetih letih terapevtskih izkušenj se je največ posvečala terapevtskemu delu z žrtvami nasilja, ter delu s posamezniki, ki si želijo več življenjske moči in čustvene izpolnitve pri sebi in svojih odnosih. Že vrsto let je izvajalka terapevtske skupine za ženske, različnih delavnic in predavanj. Pri delu aktivno sodeluje z mnogimi strokovnjaki. Je tudi licencirana supervizorka Socialne zbornice Slovenije in Združenja zakonskih in družinskih terapevtov.

Njene vrednote, ki jo vodijo pri delu so spoštovanje, odprtost, zaupanje, zavzetost. Strankam želi ponuditi celostno izkušnjo, ki jih lahko popelje v njihove bolj varne in osrečujoče odnose.

KAM PO POMOČ V PRIMERU DUŠEVNE STISKE OB IZGUBI?

Lahko se obrnete na **organizacije in posameznike, ki so sodelovali na posvetu:**

- **Zakonski in družinski inštitut**
031 489 309 ali 07 33 21133
info@zdi-nm.si
www.zdi-nm.si
- **Center za igralno terapijo**
031 688 324
igralna.terapija@gmail.com
www.igralna-terapija.si
- **Ozara Slovenija – Nacionalno združenje za kakovost življenja, enota Novo mesto**
07 39 42 661
zlata.dragan@ozara.org
www.ozara.org
- **CSD Novo mesto, Koordinatorica obravnave v skupnosti za Dolenjsko**
07/39 32 640, 39 32 671
katja.celic@gov.si
- **Študijsko-raziskovalni center za družino**
040 508-785
info@srcdljubljana.com
www.srcdljubljana.com
- **Zastopnica pravic oseb na področju duševnega zdravja in predavateljica na Fakulteti za zdravstvene vede Novo mesto Vesna Zupančič, mag.**
051 276 211
vesna.zupancic@guest.arnes.si
www.fzv.vs-nm.si

- **Nacionalni inštitut za javno zdravje, enota Novo mesto** (prej: Zavod za zdravstveno varstvo Novo mesto)
07 39 34 100
doroteja.kubar@nijz.si
www.nijz.si

Na področju Jugovzhodne Slovenije in Posavja sicer pomoč v primeru stiske ob izgubi nudijo še:

- Ozara Slovenija, enote Črnomelj, Brežice in Sevnica
- Šent
- Posvetovalnica za učence in starše Novo mesto
- Posvetovalnica za starše in otroke Krško
- psihiatri
- klinični psihologi
- drugi terapevtski centri
- vedno se lahko obrnete tudi na svojega osebnega **zdravnika** in **socialne delavce** na lokalnem centru za socialno delo

Zahvala

Za podporo pri izvedbo posveta in s tem tudi izdaji tega zbornika se najlepše zahvaljujemo:

- Mestni občini Novo mesto
- Gozdnemu gospodarstvu Novo mesto
- Evrosadu d.o.o. Krško
- Dani d.o.o.
- Minevri, računalniškemu inženiringu, Matjaž Kramar, s.p.