

Zavod za zdravstveno varstvo Ravne in Ministrstvo za zdravje

VEČ VIROV – VEČ MOŽNOSTI

NACIONALNA KONFERENCA ob

meseču preprečevanja zasvojenosti

2012



Slovenj Gradec,

7. 11. 2012

VEČ VIROV – VEČ MOŽNOSTI



NACIONALNA KONFERENCA OB MESECU PREPREČEVANJA ZASVOJENOSTI

Slovenj Gradec, 7. 11. 2012

ZBORNİK PRISPEVKOV

Organizatorja:

Zavod za zdravstveno varstvo Ravne na Koroškem in Ministrstvo za zdravje RS

Urednice:

Branka Božank

Nina Pogorevc

Manca Rebula

Programski odbor:

Branka Božank

Nina Pogorevc

Manca Rebula

Organizacijski odbor:

Branka Božank

Nina Pogorevc

Manca Rebula

Gregor Švetak

Helena Pavlič

Gaja Korošec

Barbara Rednak

Oblikovanje:

Manca Rebula

Založil in izdal:

Zavod za zdravstveno varstvo Ravne na Koroškem

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

613.8(082)

NACIONALNA konferenca ob mesecu preprečevanja zasvojenosti (2012 ; Slovenj Gradec)
Več virov - več možnosti [Elektronski vir] : zbornik prispevkov / Nacionalna konferenca ob mesecu preprečevanja zasvojenosti 2012, Slovenj Gradec, 7. 11. 2012 ; organizatorja Zavod za zdravstveno varstvo Ravne na Koroškem in Ministrstvo za zdravje RS ; urednice Branka Božank, Nina Pogorevc, Manca Rebula. - El. knjiga. - Ravne na Koroškem : Zavod za zdravstveno varstvo, 2013

ISBN 978-961-92242-2-9 (pdf)

1. Božank, Branka 2. Zavod za zdravstveno varstvo (Ravne na Koroškem) 3. Ministrstvo za zdravje RS
267876096

VEČ VIROV – VEČ MOŽNOSTI

ZZV Ravne



Tudi v lanskem mesecu novembru smo javne inštitucije, nevladne organizacije, lokalne akcijske skupine ter drugi akterji, ki se pri svojem delu srečujemo s področjem preventive, pa tudi zdravljenja zasvojenosti ali reintegracijo, obeležili mesec preprečevanja zasvojenosti. V času od 2. do 30. novembra 2012 smo v Sloveniji različni izvajalci tako namenili še večjo pozornost izvedbi različnih preventivnih aktivnosti v svojih lokalnih okoljih, ki so vsaka na svoj način dodala košček v mozaik preprečevanja razvoja tveganih vedenj in zasvojenosti med mladimi.

Kot vsako leto je v sodelovanju z Ministrstvom za zdravje bila izbrana tema, ki je kot rdeča nit vodila skozi mesec preprečevanja zasvojenosti ter »narekovala« vsebino nacionalne konference. **Tokratni slogan je bil »Več virov, več možnosti«**, s čimer smo predvsem želeli poudariti pomembnost različnih virov v preventivi (kot tudi programov zdravljenja, rehabilitacije in zmanjševanja škode), tako strokovnih, organizacijskih ter ne nazadnje tudi finančnih.

Slogan »Več virov, več možnosti« se je navezoval na dejstvo, da imamo v Sloveniji na voljo široko paleto intervencij in pristopov na področju univerzalne preventive in tako

kot se »ožijo« ciljne populacije na naslednjih nivojih preventive, tako upada tudi število specializiranih programov. Soočamo se s težavami pri dostopnosti programov selektivne preventive, namenjene specifičnim ciljnim populacijam: marginaliziranim etničnim skupinam, mladim iz deprivilegiranih okolij, mladim prestopnikom, rizičnim družinam. Uporaba drog ima lahko za uporabnike številne negativne posledice, tako zdravstvene (predoziranje, infekcije, spolno prenosljive bolezni, zapleti v nosečnosti in po njej, samomorilnost, psihiatrične motnje,...), kot tudi socialne, ki se kažejo predvsem kot težave z zaposlitvijo, šolanjem, socialno-ekonomskim statusom, družinskimi razmerami, vpletenostjo v kriminalna dejanja in podobno.

Dostopnost se še dodatno zmanjša, ko gre za ukrepe indicirane preventive, ki ni več usmerjena na večje skupine, temveč na posameznike, pri katerih mora biti s strani strokovnjakov diagnosticirano katero izmed stanj, ki predstavljajo povečano tveganje za kasnejši razvoj zasvojenosti (na primer motnje pozornosti, hiperaktivnost,...). Programi indicirane preventive se lotevajo dejavnikov tveganja, povezanih s posameznikom – nizka samopodoba, motnje osebnosti, odtujevanje od družine, šole in »zdrave« vrstniške družbe.

Trenutna ekonomska situacija (in ki bo verjetno še nekaj časa vztrajala) na lokalnem, nacionalnem in globalnem nivoju ni najbolj ugodna za zmanjševanje številnih neenakosti, tudi na področju duševnega zdravja in preprečevanja zasvojenosti ne. Številni varčevalni ukrepi, ukinjanje regijskih strokovnih struktur, odhajanje strokovnega kadra s periferije v centre ali tujino,...grozijo, da se bodo neenakosti v dostopnosti različnih preventivnih (in drugih) programov še poglobile, ob hkratnem povečevanju stisk ljudi.

Strokovna konferenca je potekala 7. novembra 2012 v Mladinskem kulturnem centru Slovenj Gradec, Ozare 18, 2380 Slovenj Gradec.

Vsebina nacionalne konference je bila namenjena izzivom v preventivi, predvsem na področju selektivne ter indicirane preventive. Pojav vedno novih oblik psihoaktivnih snovi, trendov uporabe, različnih podskupin v populaciji, ki potrebujejo specializirane, predvsem pa »evidence-based« programe, zahteva tudi na vseh nivojih preventive zasvojenosti nenehno prilagajanje na potrebe okolja in ciljnih skupin.

Zavod za zdravstveno varstvo Ravne je v sodelovanju z Ministrstvom za zdravje RS v okviru strokovne konference organiziral novinarsko konferenco. Prikazani so bili najnovejši podatki raziskave ESPAD 2011 in strateški dokumenti na področju prepovedanih drog v Sloveniji.

KAZALO

PREGLED STANJA PREVENTIVNIH PROGRAMOV IN KOORDINACIJA LOKALNIH AKCIJSKIH SKUPIN V SLOVENIJI.....	7
MLADI IN MANJ TVEGANA ZABAVA	11
CILJI POLITIKE DO PREPOVEDANIH DROG IN PROGRAMI PREPREČEVANJA UPORABE DROG	19
PREPOZNAVANJE IN PRESEGANJE TEŽAV NA PODROČJU ČUSTVOVANJA IN MOTENJ HRANJENJA - VLOGA STROKOVNIH DELAVCEV IN POMEN ZAŠČITNIH DEJAVNIKOV	25
LOGOUT - PRVI SPECIALIZIRAN CENTER POMOČI PRI PREKOMERNI RABI INTERNETA	44
PROJEKT SRAP: PREPREČEVANJE ODVISNOSTI MED MLADIMI ROMI IN SINTI (PREDSTAVITEV DELOVANJA RIC-A NOVO MESTO V PARTNERSKI MREŽI PROJEKTA SRAP).....	48
PREVENTIVNI PROGRAM ZA KREPITEV DRUŽIN NA PODROČJU PREPREČEVANJA ZASVOJENOSTI	53
VLOGA PREVENTIVNEGA DELA V OKVIRU SOCIALNEGA VARSTVA	56
PREVENTIVNO DELO Z OTROKI IZ DRUŽIN, OBREMENJENIH Z DUŠEVNIMI MOTNJAMI	60
UPORABA ALKOHOLA IN PREOSTALIH DROG MED ŠOLSKO MLADINO V OBDOBJU 1995 – 2011 REZULTATI RAZISKAVE ESPAD.....	67
KREPITEV SOCIALNIH KOMPETENC IN OSEBNIH VRLIN MLADOSTNIKOV –NAJBOLJŠA PREVENTIVA PRED DROGO.....	99

PREGLED STANJA PREVENTIVNIH PROGRAMOV IN KOORDINACIJA LOKALNIH AKCIJSKIH SKUPIN V SLOVENIJI

Nina Pogorevc, Branka Božank, Marijana Kašnik, ZZV Ravne

Preventivo na področju preprečevanja uporabe drog usklajuje Ministrstvo za zdravje RS v sodelovanju z ostalimi resornimi ministrstvi. Koordinacija teh politik je zagotovljena prek Komisije Vlade RS za droge, ključni partnerji pa so nosilci in izvajalci preventive (vladne in nevladne ustanove ter društva), lokalne oblasti (občine, regije), univerze in raziskovalne ustanove.

V Sloveniji imamo veliko število različnih preventivnih programov, ki jih izvajajo številne vladne in nevladne organizacije ter društva, tako na področju univerzalne, selektivne kot tudi indicirane preventive. Programi sicer sledijo smernicam strokovnih spoznanj o učinkovitosti, do razlik pa prihaja predvsem zaradi neenake dostopnosti do teh programov. Prav tako nimamo nacionalne baze podatkov o vrsti, obsegu in o učinkovitosti preventivnih programov, podatki se namreč zbirajo s pomočjo posameznih raziskav in pregledov stanja ter s pomočjo poročil ministrstev, ki financirajo preventivne programe. Prav tako še ni sprejetih nacionalnih smernic in standardov na področju preventivnih programov, a so se tu že začeli nekateri premiki v smeri oblikovanja strokovnih skupin na pristojnih ministrstvih.

Vsako leto se v okviru EMCDDA pripravijo tudi nacionalna poročila o stanju na področju prepovedanih drog v Sloveniji, ki jih pripravijo na Inštitutu za varovanje zdravja RS (IVZ RS) v sodelovanju z drugimi akterji, ki delujejo na področju drog – del poročila je namenjen preventivi. Vendar pa poročila predstavljajo le širšo sliko preventivnih dejavnosti, ne pa podrobnega števila in opisa aktivnosti, ter akterjev, ki na tem področju delajo. Tako so vsako leto izpostavljeni le posamezni programi oz. projekti na področju preventive. Poročila so dostopna tudi preko spletne strani www.ivz.si. Ključne ugotovitve Nacionalnega poročila IVZ RS vsako leto predstavi tudi na novinarski konferenci.

Univerzalna preventiva v šoli kot prevladujoč pristop

Pregled preventivnih aktivnosti v Sloveniji, ki je zajel 116 različnih dejavnosti je pokazal, da se največ (66,4%) zaznanih preventivnih aktivnosti usmerja v šolski prostor, najpogostejša ciljna populacija pa so osnovnošolci in starši (Košir, Talić 2011). Glede na to, da se večina programov izvaja na področju univerzalne preventive, upamo, da se bodo v prihodnje bolj krepili in razvijali tudi programi na področju selektivne in indicirane preventive ter da bodo ti programi bolj dostopni tudi na periferiji.

UNIVERZALNA PREVENTIVA je široko usmerjena in namenjena splošni populaciji ali veliki populacijski skupini ljudi, ki so (vsaj na videz) zdravi. Kot osrednjo ciljno populacijo identificira otroke in mladostnike. Pod univerzalno preventivo spadajo (1) preventivne aktivnosti v vzgojno-izobraževalnih ustanovah, (2) preventivni programi v lokalnih skupnostih ter (3) nacionalne in lokalne (medijske) aktivnosti.

Ko govorimo o **preventivi v vzgojno-izobraževalnih ustanovah**, so določene vsebine s področja drog v šolah vključene v redni izobraževalni proces, glede na zaznane potrebe pa šole izvajajo tudi dodatne preventivne programe in projekte, katerih izvajalci so v največji meri pedagoški delavci in sodelavci ter zunanji izvajalci (predstavniki vladnih in nevladnih ustanov). V vrtcih se programi osredotočajo na splošne elemente razvijanja in krepitev socialnih, emocionalnih in kognitivnih spretnosti. V osnovnih in srednjih šolah pa je poudarek na spodbujanju zdravega načina življenja, ohranjanju abstinence ter na vzpostavitvi varnih in spodbudnih okolij. Vzgojno-izobraževalne ustanove prav tako sodelujejo v programih, ki se izvajajo na različnih ravneh v lokalnih okoljih. Pogostejše so aktivnosti v obliki enkratnih dogodkov, manj je takšnih, ki bi si sledile v več sejah. Kljub temu, da je univerzalna preventiva v vzgojno-izobraževalnih ustanovah prevladujoč pristop, je še vedno premalo programov, ki bi se načrtno izvajali in vrednotili po vsej državi.

Univerzalna preventiva v lokalni skupnosti je usmerjena v vzpostavljanje življenjskih pogojev, ki bodo prebivalce usmerjali in jim omogočili razvijati življenjske sloge brez uporabe drog, oz. če se že uporabljajo, da bo njihova uporaba čim manj tvegana. Izvajalci so različni akterji – med vladnimi ustanovami najpogosteje zdravstvene organizacije (zdravstveni domovi, zavodi za zdravstveno varstvo), policija, centri za socialno delo, krizni centri za mlade in šole. Med nevladnimi ustanovami pa različna društva in neprofitne organizacije, lokalne akcijske skupine, Rdeči križ, verske organizacije, mladinski centri, idr. Poudarek je predvsem na zagotavljanju različnih možnosti za varno preživljanje prostega časa otrok, mladostnikov in odraslih.

LOKALNE AKCIJSKE SKUPINE

Najrazvitejši in najbolj organiziran model dela v lokalnih skupnostih Slovenije so lokalne akcijske skupine (LAS), ki delujejo kot strokovno posvetovalno telo v občinah. Imajo pomembno vlogo pri načrtovanju, razvijanju in pri izvajanju različnih preventivnih aktivnosti na področju preventive drog v občini.

Z letošnjim letom je po sklepu Komisije Vlade RS za droge nacionalno koordinacijo LAS prevzel ZZV Ravne. Prvo srečanje z Lokalnimi akcijskimi skupinami je pod okriljem Ministrstva za zdravje potekalo 5. junija 2012. Na srečanju smo predstavili analizo o delovanju LAS, zakonodajo in politiko na področju drog ter vizijo razvoja LAS v Sloveniji, predstavniki LAS pa so izpostavili probleme, s katerimi se srečujejo na terenu. Sklepi srečanja: na MZ bo dvakrat letno potekalo delovno srečanje lokalnih akcijskih skupin, Ministrstva za zdravje in nacionalnega koordinatorja; na srečanjih LAS predstavijo s

kakšnimi težavami se srečujejo, MZ in koordinator pa bodo skušali pomagati pri odpravljanju posameznih težav; srečanja so namenjena medsebojnemu spoznavanju, povezovanju, delitvi izkušenj, strokovni podpori ter širitvi znanj preko predstavitev dobrih praks LAS; ZZV Ravne skrbi za komunikacijo, povezovanje, izmenjavo aktualnih informacij in dobrih praks med LAS, koordinatorji ter drugimi akterji s področja preventive.

SELEKTIVNA PREVENTIVA se izvaja v različnih skupinah ranljivih otrok, mladostnikov in družin, pri katerih obstaja večja verjetnost uporabe drog in drugih oblik tveganega vedenja. Pod to vrsto preventive spada (1) preventiva v rizičnih skupinah otrok in mladostnikov, (2) preventiva v rekreativnih okoljih ter (3) preventiva v rizičnih družinah. V okviru selektivne preventive se v **šolah** osredotočajo predvsem na zgodnje prepoznavanje otrok in mladostnikov s težavami, ter njihovo vključitev v posebne skupinske programe. Programi ponujajo svetovanje, psihoterapijo, krepitev socialnih veščin, refleksijo lastnega vzorca vedenja in promoviranje pozitivnih alternativ. Najbolj razširjeni programi v **rizičnih družinah** se izvajajo v družinah, kjer je nekdo izmed članov družine zasvojen z alkoholom – individualna obravnava in skupinska pomoč. Dobro je razvita tudi preventiva v **rekreativnih okoljih** s ciljem zmanjševanja uporabe drog in škode, nastale zaradi njihove uporabe. Ti programi so bolj razširjeni v večjih mestih, na periferiji se srečujemo s pomanjkanjem teh programov. Izvajajo se tudi informacijsko-svetovalni programi za starše, učitelje in svetovalne delavce, ki se srečujejo s problematiko uporabe drog med otroki in mladostniki. Med izvajalci selektivne preventive prevladuje nevladni sektor.

INDICIRANA PREVENTIVA je usmerjena na prepoznavanje posameznikov, ki imajo povečano tveganje za razvoj zasvojenosti v kasnejšem življenju kot so npr. duševne motnje, motnje pozornosti, zgodnji znaki uporabe drog. Poudarek je na posamezniku, individualni obravnavi s posebnimi intervencijami. Indicirana preventiva deluje v tesnem sodelovanju strokovnjakov različnih strokovnih disciplin in staršev oz. skrbnikov, izvajajo pa jo vladne organizacije in posebej specializirana društva na nacionalni, regijski in lokalni ravni. V glavnem je namenjena **otrokom s posebnimi potrebami**, na primer otrokom z motnjo pozornosti, otrokom z različnimi duševnimi motnjami (npr. depresija), idr. Večina teh programov poteka znotraj organiziranega terapevtskega in vzgojno-svetovalnega konteksta, vključuje pa zdravstveno, psihoterapevtsko in psihosocialno podporo, izobraževalno podporo v vrtcu ali šoli ter poglobljeno delo s starši oz. skrbniki otrok.

Povzetek

V Sloveniji so najbolj široko zastopani programi s področja univerzalne preventive, ki so v glavnem usmerjeni na ciljno populacijo otrok in mladostnikov. Tako kot se na naslednjih nivojih preventive ciljne populacije ožijo, tako se v našem prostoru zmanjšuje tudi izbira selektivno preventivnih programov ter programov indicirane preventive.

Na terenu je še vedno prisotno (pre)več programov, katerih pristopi in učinki so lahko precej vprašljivi. Zato je še toliko bolj pomembno in potrebno:

- oblikovati **nacionalno bazo** podatkov o vrsti, obsegu in o učinkovitosti preventivnih programov;
- vzpostaviti učinkovit **sistem evalvacije** preventivnih programov;
- čimprejšnja uvedba **enotnih strokovnih smernic ter standardov kakovosti** v preventivi na področju drog in zasvojenosti;
- oblikovanje programov, ki bi se načrtno in vodeno izvajali po vsej državi.

Literatura

Nacionalno poročilo o stanju na področju drog 2012 – poglavje Preventiva; Dostopno na :

<http://www.ivz.si/Mp.aspx?ni=168&pi=5&id=2175&PageIndex=0&groupId=301&newsCategory=&action=ShowNewsFull&pl=168-5.0>.

Nacionalno poročilo o stanju na področju drog 2011 – poglavje Preventiva; Dostopno na:

<http://www.ivz.si/Mp.aspx?ni=168&pi=5&id=1854&PageIndex=0&groupId=301&newsCategory=&action=ShowNewsFull&pl=168-5.0>.

MLADI IN MANJ TVEGANA ZABAVA

Špela Dovžan, univ.dipl.soc.ped,

Združenje DrogArt

spela@drogart.org

Povzetek

V prispevku je predstavljeno obdobje mladostništva, za katerega je značilno tudi eksperimentiranje na različnih področjih, med njimi na področju drog in alkohola. Lokacije, kjer se eksperimentiranje najpogosteje odvija, so lokacije nočnega življenja – lokali, klubi, diskoteke, prizorišča večjih prireditev, odprti javni prostori, ki veljajo za zbirališča mladih in podobno. Prispevek govori o konceptu preventive in zmanjševanja škode, ki se na teh lokacijah prepletata. V nadaljevanju predstavi aktivnosti Združenja DrogArt na področju zmanjševanja škode zaradi uporabe drog in alkohola med mladimi ter zaključi s poudarkom na pomembnosti pluralnosti, dostopnosti, razširjenosti in nenehnega razvoja programov, ki si prizadevajo za manj tvegano zabavo mladih.

Gljučne besede: mladostništvo, eksperimentiranje, zmanjševanje škode, nočno življenje

Mladost danes ni več taka kot pred 20 leti. Vse večja negotovost, pritiski, izbire in odgovornosti so stalnica v življenju mladih, ki oblikujejo svojo identiteto in iščejo lastno (vse daljšo) pot v svet odraslih. Zabava predstavlja oddih, odklop in pobeg, pogosto pa je pospremljena z uporabo alkohola in drugih drog.

Delo z mladimi na področju drog in alkohola zahteva strokovne pristope, katerih podlaga pa mora biti predvsem razumevanje mladih in obdobja, v katerem se nahajajo.

Obdobje mladostništva

Idejo o adolescenci kot posebnem življenjskem obdobju najprej zasledimo v študiji psihologa Stanleya Halla. Hall je v prvem desetletju dvajsetega stoletja prvi raziskal obdobje mladosti in ga tudi poimenoval z besedo adolescenca. To je stanje človekovega čustvenega in fizičnega spreminjanja, zato je zanj normalno, da adolescenti preživijo fazo »viharjev in ujm« (Nastran Ule 2008).

Zupančič in Justin (1991) govorita o adolescenci kot o razvojnem obdobju med otroštvom in odraslostjo človeka, ko se pri mladostniku začnejo spremembe sprva na telesnem področju. Obdobje najintenzivnejšega telesnega, zlasti spolnega, dozorevanja imenujemo puberteta. Razvoj se odvija tudi na intelektualnem, čustvenem, socialnem in ekonomskem področju.

V literaturi najdemo različne definicije adolescence, katerih skupna točka pa je, da gre za obdobje hitrih in pomembnih sprememb v življenju posameznika.

Burno obdobje adolescence je prežeto s tveganji, individualizacijo in negotovostjo (Ule in Kuhar v Sande 2004). Pri tem v t.i. »družbi tveganj« tveganje ne pomeni upornišтва, ampak predstavlja strategijo preživetja – taktiko za doseganje ciljev. Posledica sprejemanja tveganj je večja raznolikost in negotovost mladih, ko izkusijo individualizacijo (Parker, Aldridge in Measham 1998). Slednja vsebuje odgovornost za svoje osebne biografije, ki pa niso več standardne, temveč so postale izbirne in samorefleksivne (Ule in Kuhar v Sande 2004)

Mladi se z izbirami srečujejo na vseh področjih – izbirajo svoj stil oblačenja, vedenja, spolne preference, družbo, kariero, način preživljanja prostega časa in še marsikaj drugega. Proste izbire lahko pomenijo večjo avtonomijo in izbiro, pa tudi večjo negotovost in stres (Sande 2004), za katerega pa niso vsi mladi enako dobro opremljeni.

Pri iskanju svoje poti mladi pogosto preigravajo različne vloge in eksperimentirajo – v odnosih, spolnosti, individualnih stilih in tudi z uporabo alkohola in drugih drog.

Pri eksperimentiranju z drogami je pogosta oblika uporabe drog t.i. »rekreativna uporaba«, ki se največkrat dogaja ob koncu tedna in predstavlja način zabave, ugodja in sprostitve od napornega tedna (Sande 2004). Poleg zabave lahko predstavlja nekakšno samomedikacijo posledic stresa in težav bivanja v sodobni družbi tveganj (Parker in drugi 1998). Vikendi mladim predstavljajo tudi priložnost za pobeg kontrolnim mehanizmom odraslih in ustvarjanje lastnih izkušenj (Calafat in drugi v Sande 2004).

»Eksperimentiranje z drogami in rekreativna uporaba sta lahko le prehodni obdobji, ki pri večini mladostnikov za seboj ne pustita večjih posledic. V nekaterih primerih pa se

uporaba lahko zavleče v odraslo obdobje in za seboj pusti fizične in psihične posledice različnih razsežnosti« (Sande 2004, 33).

Tomorijeva (1998) govori o adolescenci kot obdobju preizkušanja meja in po mnenju Sandeta (2004) je ravno zato, ker predstavlja idealistično razvojno fazo, v kateri se zdi vse mogoče in dosegljivo, pomembna tudi s stališča preventive, saj se takrat oblikujejo bodoči načini spoprijemanja s stresi ter odnos do zdravja in lastnega telesa.

Preventiva in zmanjševanje škode

Preventiva na področju uporabe drog (tudi alkohola) je širok pojem, ki zajema tako aktivnosti, namenjene preprečevanju uporabe drog ali prestavljanju prve uporabe na kasnejši čas, prenehanju uporabe, zmanjševanju pogostosti oziroma obsega uporabe in preprečevanju prehoda na tvegano rabo, kot tudi tiste, namenjene preprečevanju oziroma zmanjšanju negativnih posledic uporabe.

Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami (EMCDDA) preventivo deli na tri nivoje: primarno, selektivno in indicirano (Prevention interventions 2012)

Primarna preventiva je namenjena splošni populaciji oziroma široki populacijski skupini. Tako je njena prednost v tem, da zajame veliko ljudi. S sporočili želi predvsem preprečiti ali odložiti uporabo psihoaktivnih substanc. Selektivna preventiva se usmerja na specifično populacijo in sicer na ranljive skupine (Zavod za zdravstveno varstvo Ravne 2011). Ukrepi selektivne preventive se usmerjajo tudi v področje nočnega življenja (npr. omejevanje promocijskih akcij alkoholnih pijač), kjer se srečujejo in prepletajo z ukrepi zmanjševanja škode.

Tretji nivo preventive, indicirana preventiva, pa identificira in se osredotoča na posameznike, pri katerih je zaznano povečano tveganje za razvoj zasvojenosti, npr. zgodnji znaki uporabe psihoaktivnih substanc, šolski neuspeh, duševne motnje itd. V indicirani preventivi je pomembna ciljna in individualna obravnava rizičnih posameznikov (Zavod za zdravstveno varstvo Ravne 2011). Tudi ta nivo preventive se povezuje s konceptom zmanjševanja škode, saj je njen cilj lahko tudi zmanjšanje uporabe ter preprečevanje tveganj pri uporabi drog.

Pomen zgoraj omenjene politike na področju obravnavanja drog, *zmanjševanja škode*, je začel naraščati v 80. letih 20. stoletja.

Temeljni okvir koncepta izhaja iz dejstva, da so droge prisotne med nami in bodo tu tudi ostale. Z nami so ves čas zgodovine in v vseh civilizacijah. Spreminjajo se sicer razlike v družbenih in kulturnih kontekstih, v katerih se droge pojavljajo ter odzivi družbe nanje, same droge kot družbeno dejstvo pa ne (Kocmur).

Koncept zmanjševanja škode prelamlja racionalistično paradigmo, ki temelji na prepričanju, da je problem drog možno odpraviti s pomočjo terapevtskih ali pravnih sredstev. Poleg tega v programe pomoči vpeljuje pojem nizkega praga, kar pomeni, da za vključitev v program abstinenca ni pogoj. Posledično povečuje dostopnost programov širšemu spektru uporabnikov. Programi zmanjševanja škode kot kriterij intervencije uvedejo pragmatiko, ravnajo se torej po tem, kar je uspešno. Kot uspeh ocenjujejo vse spremembe v smeri zmanjševanja tveganj. Koncept poudarja sodelovanje in vključevanje uporabnikov drog ter krepitev njihove moči. Uporabniki drog so pojmovani kot kompetentne in odgovorne osebe, ki se aktivno vključujejo v načrtovanje in izvajanje pomoči. Nenazadnje so ravno oni tisti, ki o tveganjih, načinih uživanja in »sceni« na sploh vedo največ (Flaker v Fojan 2005, 184-186).

Razločevalna poteza koncepta zmanjševanja škode je prej v osredotočenju na preventivo škodljivih posledic rabe drog, kakor pa na preventivi jemanja drog kot takih (Kocmur).

Pristop zmanjševanja škode predstavlja pomemben sestavni del politike na področju drog v večjem delu Evrope (Rhodes in Hedrich 2010). Tudi na področju alkohola ima dolgo tradicijo in je osnovna značilnost alkoholne politike v mnogih državah (Robson in Marlatt v Rhodes in Hendrich 2010). Marlatt in Witkiewitz (2002) pravita, da so »samo reci ne« pristopi ničelne tolerance lahko kontraproduktivni, saj se mladostniki pogosto upirajo avtoriteti in se ravno zato odločajo za vedenje, ki je »prepovedano«. Po mnenju Larimerja in sodelavcev (v Marlatt in Witkiewitz 2002) so programi, usmerjeni v zmanjševanje škode bolj realistični in tako lahko bolj učinkoviti.

Kot je razvidno iz zgornjih opredelitev pa se seveda koncepta preventive in zmanjševanja škode ne izključujeta, ampak se dopolnjujeta. Pluralnost prilagojenih pristopov na več področjih in nivojih namreč omogoča, da zajamemo širok spekter različnih posameznikov.

Področje, kjer je sobivanje pristopov preventive in zmanjševanja škode izredno pomembno so ravno lokacije nočnega življenja. Primer takega soobstoja navajajo avtorji priročnika Handbook Healthy Nightlife Toolbox (2010) iz nizozemske organizacije Trimbos – instituut, ki pravijo, da lahko na terenu pri ne-uporabnikih spodbujamo ohranjanje abstinence (»Najboljša uporaba je neuporaba.«), medtem ko uporabnikom

ponudimo realistično in poučno sporočilo, temelječe na zmanjševanju škode (»Če ne želiš tvegati, ne uporabljaj. Če se odločiš za uporabo, to počni čim manj tvegano«). Tovrstni ukrepi v nočnem življenju so torej koristni za vse mlade, ne glede na to, ali uporabljajo droge (tudi alkohol) ali ne.

DrogArt na lokacijah nočnega življenja

Rekreativna uporaba drog, o kateri smo že govorili, zaradi svoje specifične zahteve pristope, ki so usmerjeni v ciljno populacijo in so povezani s »sceno« ter prisotni in tudi prepoznavni na prizoriščih nočnega življenja mladostnikov (Sande 2004). Take pristope razvijamo in uporabljamo v Združenju DrogArt.

Združenje DrogArt je zasebna neprofitna volonterska organizacija ustanovljena leta 1999 z glavnim namenom zmanjševanja škodljivih posledic drog (tudi alkohola) med mladimi. Glavna področja delovanja Združenja so informiranje in svetovanje, info točka, terensko delo na prireditvah elektronske glasbe in drugih lokacijah nočnega življenja, izvajanje delavnic Izberi sam z namenom zmanjševanja škode na področju alkohola med mladimi, publicistična dejavnost in raziskovanje. Združenje DrogArt ima od leta 2005 status humanitarne organizacije. Vizija Združenja DrogArt je zmanjšati tveganja povezana z uporabo drog in alkohola v Sloveniji. Naše vrednote so sodelovanje, pomoč, razvoj, izobraževanje in usposabljanje.

DrogArt je s svojimi programi pokriva številne lokacije nočnega življenja, kjer je verjetnost za (bolj tvegano) uporabo drog in alkohola pri mladih večja. Da bi bila zabava na teh lokacijah za mlade čim bolj prijetna in čim manj tvegana, mlade informiramo, osveščamo in spodbujamo k sprejemanju odgovornih odločitev.

Terenska ekipa Pleši z glavo;) je prisotna na vseh večjih prireditvah elektronske glasbe in mnogih klubskih prireditvah elektronske glasbe. DrogArt terenski delavci na prireditvah delijo brezplačno sadje, izotonične napitke in informativne materiale in skrbijo za osnovno prvo pomoč tistim, ki imajo težave zaradi uporabe psihoaktivnih substanc. V klubih so prisotni tudi DrogArt informatorji, ki delijo informativne materiale in so na voljo za pogovor.

Izberi sam je program, ki se osredotoča na najpopularnejšo drogo pri nas – alkohol. Njegov namen je zmanjševanje škodljivih posledic alkohola med mladimi ter razvijanje odgovornosti za bolj informirane in manj tvegane odločitve mladih. V okviru programa delujejo vrstniški informatorji, ki mlade informirajo o škodljivih posledicah alkohola in

načinih za zmanjševanje tveganj. Prisotni so na odprtih javnih prostorih, kjer se mladi zbirajo, družijo in popivajo, pa tudi v klubih in različnih prireditvah za mlade. V šolskem letu 2012/2013 bodo informatorji na željo šole prisotni tudi na valeti, ki je pogosto dogodek, ko se mladi srečajo z alkoholom.

Ko se žur konča, se žal še vedno preveč ljudi odloči za vožnjo domov pod vplivom alkohola. DrogArt terenska ekipa na partijih nudi preverjanje alkoholiziranosti z alkotestom in alkoholiziranim posameznikom priporoča varnejšo alternativo za pot domov. V sodelovanju s Policijo so DrogArt informatorji občasno prisotni tudi pri poostrenih nadzorih prometa, kjer ustavljenim voznikom ponudijo informativni material ter tiste, ki vozijo trezno, nagradijo z obeskom za ključke Furam 0,0.

V sklopu omenjenih programov smo v letu 2012 do novembra izvedli:

- 28 terenskih akcij, kjer smo imeli 85 intervencij (nudenje pomoči zaradi težav povezanih z uporabo drog ali alkohola),
- 73 informiranj v klubih (deljenje informativnih materialov, v klubih, kjer je zaznana raba kokaina pa tudi distribucija listkov za snifanje v toaletnih prostorih),
- 27 informiranj na lokacijah, kjer se mladi zbirajo, družijo in popivajo (odprti javni prostori; deljenje informativnih materialov, informiranje, diskusija).

V tem obdobju smo razdelili preko 36.000 informativnih letakov in zloženek.

Letos smo bili z ekipo prvič prisotni tudi na večdnevni festivalih (npr. Koupadelic, Hello Summer, Schengenfest) ter na mednarodnem festivalu Outlook na Hrvaškem.

V prihodnje načrtujemo okrepitev sodelovanja z gostinskimi lokali in klubi, razširitev področij prisotnosti naše ekipe in nadaljevanje prizadevanja za zagotavljanje pogojev za manj tvegano zabavo na različnih lokacijah nočnega življenja.

Več virov, več možnosti

Delo na področju problematike drog in zagotavljanja manj tvegane zabave mladih je lahko učinkovito, če je zasnovano celostno. To zahteva povezovanje različnih akterjev – nevladnih organizacij, pa tudi pristojnih ministrstev, šol, lokalnih skupnosti, družin, lastnikov in osebja v lokalih itd.

Nujno je sobivanje in dopolnjevanje programov tako s področja preventive kot tudi zmanjševanja škode.

Da bi lahko uporabnikom zagotovili prosto izbiro med programi glede na njihove individualne značilnosti, potrebe, želje in trenutne zmožnosti, je potrebno obstoječe programe razširiti ter razvijati nove. Pri tem moramo zagotavljati dostopnost in razpoložljivost. V Sloveniji so številna področja z vidika pokritosti z ustreznimi programi še vedno zelo »podhranjena« in zato toliko bolj rizična.

Kot je v današnji družbi edina stalnica sprememba, bi moralo to veljati tudi za programe, ki se ukvarjajo z mladimi. Neprestan razvoj in sledenje potrebam ciljne populacije je ključnega pomena za zagotavljanje učinkovitosti. Pri tem pa ne smemo pozabiti na vključevanje in participacijo mladih že v samo načrtovanje (in zelo zaželeno tudi izvajanje) aktivnosti.

»Mladost je norost, čez potok skače, kjer je most«, pravijo. Poleg grajenja mostov lahko z ustreznimi programi tiste mlade, ki želijo skočiti, pripravimo na skok in smo tam, da jih ujamemo, če je le-ta prekratek.

Literatura

Fojan, Dragica. 2005. Zmanjševanje škode na področju drog. *Socialna pedagogika* 9 (2): 177 – 192.

Hadbook Healthy Nightlife Toolbox. 2010. Dostopno prek: http://hntinfo.eu/File/Handbook_printversion%20100804_DEF.PDF (15. december 2012).

Kocmur, Dare. *Zmanjševanje škode, kot nova paradigma v politiki do drog*. Dostopno prek: <http://www.drustvo-stigma.si/politika-droge-in-zmanjevanje-kode/208-paradigma> (15. december 2012).

Marlatt, G.Allen in Witkiewitz, Katie. 2002. Harm reduction approaches to alcohol use: Health promotion, prevention, and treatment. *Addictive Behaviours* 27 (6): 867 – 886.

Nastran Ule, Mirjana. 2008. *Za vedno mladi? Socialna psihologija odraščanja*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Parker, Howard, Aldridge, Judith in Measham, Fiona. 1998. *Illegal leisure: The normalization of adolescent recreational drug use*. London, New York: Routledge.

Prevention interventions. 2012. Dostopno prek: <http://www.emcdda.europa.eu/best-practice/prevention> (16. december 2012).

Rhodes, Tim in Hedrich, Dagmar. 2010. Harm reduction and the mainstream. V *Harm reduction: Evidence, impacts and challenges*, ur. Tim Rhodes in Dagmar Hedrich, 19 – 36. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Sande, Matej. 2004. *Uporaba drog v družbi tvegaj: Vpliv varovalnih dejavnikov in dejavnikov tveganja*. Ljubljana: Pedagoška fakulteta.

Tomori, Martina. 1998. Tvegano vedenje v adolescenci. V *Dejavniki tveganja pri slovenskih srednješolcih*, ur. Martina Tomori in Siniša Stikovič, 5-9. Ljubljana: Psihiatrična klinika.

Zavod za zdravstveno varstvo Ravne. 2011. *Preventivne aktivnosti na področju uporabe psihoaktivnih snovi*. Ravne na Koroškem: Zavod za zdravstveno varstvo Ravne. Dostopno prek: <http://www.zzv-ravne.si/images/stories/podporno%20gradivo%20ob%20mpz%202011.pdf>

pdf

Zupančič, Maja in Justin, Janez. 1991. *Otrok, pravila, vrednote: otrokov moralni in socialni razvoj*. Radovljica: Didakta.

CILJI POLITIKE DO PREPOVEDANIH DROG IN PROGRAMI PREPREČEVANJA UPORABE DROG¹

Jože Hren

Osnovna načela določene politike do drog izhajajo iz konkretnih ciljev, ki jih neka družba želi doseči. Čeprav se je v zadnjih letih vsaj znotraj EU politika do drog do velike mere poenotila, še vedno lahko opazamo določene specifike med državami članicami, ali vsaj večje poudarke, ki jih posamezne države dajejo posameznim konceptom. Na Švedskem na primer, so glede ciljev svoje politike že pred vrsto let dosegli splošen konsenz, ki v načelu ne sprejema uporabe drog. Prednost dajejo preprečevanju, zdravljenju, socialni obravnavi in reintegraciji nekdanjih uporabnikov drog v družbo. Temu navkljub je treba poudariti, da so programi zmanjševanja škode ravno tako dokaj razvejeni v švedski družbi, vendar poudarek je drugje. Po drugi strani pa so nekatere druge države, npr. Nizozemska, Portugalska, v zadnjem času tudi Češka ali Avstralija, zavzele povsem drugačna stališča. V omenjenih državah prevladuje prepričanje, da je dramatično zmanjšanje uporabe drog nedosegljiv cilj, zato naj bo politika usmerjena k zmanjševanju škode, do katere lahko pride zaradi rabe legalnih ali nelegalnih drog.

Na načelni ravni je pomembna še opredelitev oz. zavedanje, da je vsakršna politika lahko celovita le, če vključuje vse programe in vse skupine prebivalstva ter je uravnotežena, kar pomeni, da se problematike drog primarno ne rešuje skozi programe omejevanja ponudbe oz. dobave različnih drog, niti ne zgolj samo znotraj programov zmanjševanja povpraševanja po drogah. Cilji politike morajo biti zelo konkretni in dosegljivi.

Celovita politika² do drog je sestavljena iz vrste korakov oziroma faz: identifikacija problema; oblikovanje politike in njenega časovnega okvira; izvajanje politike; vrednotenje z možnostjo poprav ali zamenjave politike.

Idealna politika do drog naj bi zajemala:

¹ Jože Hren

² Povzeto po Kalant; v UNDCP World report (1998), str. 159.

- a) Zanesljive in objektivne informacije ter znanstveno utemeljene napovedi o vseh možnih posledicah, pozitivnih ali negativnih, ne/izvajanja neke politike;
- b) pripravo zanesljivih merskih instrumentov za merljive učinke določene politike;
- c) jasna izhodišča, cilje in vrednote tistih, ki bodo vrednotili ocenjevano politiko;
- d) realno presojo o izvršljivosti posameznih elementov določene politike, presojo o mehanizmih podpore in o dopustni stopnji odmika od načrtane politike;
- e) možne ukrepe, če se izkaže konkretna politika za netočno oz. neustrezno.

Poudariti je treba, da so vsakršne okoliščine rabe nelegalnih drog nepredvidljive in zanesljive informacije o dejanskem stanju praktično nedostopne, ali pa dostopne le do določene meje, tako da je priprava kredibilne in ažurne politike silno zahteven proces. Vsaka politika do drog lahko nasede na čereh nepredvidljivih spremenljivk, kot je na primer pojav novih drog ali npr. odzivnost ciljne populacije v danem trenutku:

Preventiva v šolah, na primer, naj bi bila dovolj informativna in naj bi upoštevala razvojno raven, interese ter predznanje učencev, hkrati pa naj ne bi predstavljala nemara celo nekakšne propagande za droge. Drug primer nepredvidljivosti ali kontraproduktivnosti določene politike je lahko v primeru večjega poudarka zgolj na preprečevanju ponudbe različnih drog, torej na represiji. Pomanjkanje droge lahko pogojno, zaradi zvišanih cen, privede do zmanjšanja povpraševanja po drogah. Komu lahko celo prepreči, da bi vstopil na trg nelegalnih drog. Hkrati pa strožji režim lahko privede do spremembe načina rabe droge zaradi večjega učinka (od kajenja droge k injiciranju) ali tudi do povečanja števila kaznivih dejanj uporabnikov drog: tatvin, ropov itd. zaradi plačila za nabavo droge.

Pri vrednotenju uspešnosti politike je pomemben dejavnik čas. Posledice predvidenih in izpeljanih ukrepov, zlasti tistih na področju preventive, morda ne bodo vidne še vrsto let in tudi posamezni ukrepi se lahko kronološko izvajajo drugače, glede na trenutno problematiko v različnih regijah ali mestih. Pri izvajanju in vrednotenju politike je zato treba upoštevati širok spekter merljivih in še vedno nemerljivih indikatorjev.

V svetovnem merilu sta v zadnjih dveh desetletjih politiko do drog najmočneje določala dva pojava. Prvi je epidemija virusa HIV, ki je politiko usmeril v medicinski diskurz, drugi pa je

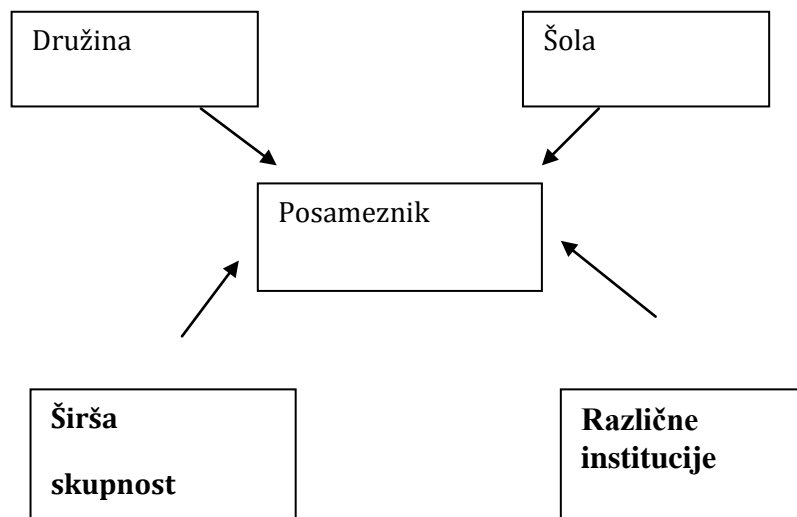
porast uporabe kokaina v razvitem svetu in s tem povezanega nasilja, kar politiko do drog (lahko) vodi k večji represiji. Oba pojava sta do vsaj neke mere Slovenijo doslej puščala ob strani. V zadnjem obdobju pa čedalje več skrbi povzročajo nove psihoaktivne snovi, ki imitirajo učinke že reguliranih snovi, pravno pa (še) niso prepovedane. V EU je bilo v letu 2012 identificiranih 73 takšnih substanc, ki imajo lahko zelo nepredvidljive, škodljive ali celo nevarne učinke na ljudi, leto pred tem 49, leta 2010 je bilo prijavljeno 41 substanc, v letu 2009 pa 24 substanc.

Integracija teorije spreminjanja okolja med preventivne ukrepe³

V nadaljevanju bomo na kratko predstavili enega izmed modelov okoljske preventive, ki svoj pomen dobiva tudi v novi strategiji EU na področju drog. Po Klitznerju je eden od načinov kategorizacije okoljskih preventivnih strategij in pristopov deljenje na preventivo, ki v osnovi cilja na posameznika ter njegovo ožje okolje (*individualized environments*), in tisto, katere cilj je okolje, ki potencialno ogroža vse mlade oz. celotno populacijo (*shared environment*)⁴.

Strategija, ki je usmerjena k posamezniku

Socializacija, svetovanje, vodenje, učenje;



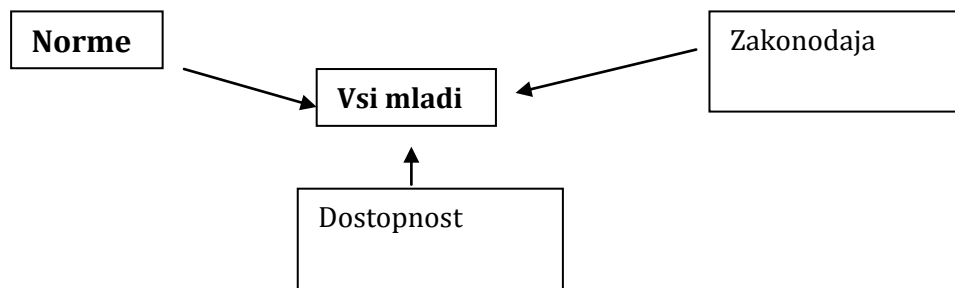
Graf št.1

³ Klitzner, 1998

⁴ Prav tam;

Strategija, ki je usmerjena v skupnost

Podpora, preprečevanje



Graf št.2

Kot vidimo na prvem grafu, so spremenljivke, ki vplivajo na posameznika družina, šola, širša skupnost in različne institucije. Kot možne strategije v smislu krepitve obrambnih mehanizmov pred različnimi dejavniki tveganja pa Klitzner navaja socializacijo, svetovanje, vodenje in učenje. V tem smislu lahko različni akterji oblikujejo posebne preventivne programe za starše, otroke in širšo skupnost. Oblikovane so lahko tudi specializirane institucije, ki se ukvarjajo s preventivnimi programi. Vse te individualizirane dejavnosti imajo namen krepiti posameznika pred ogrožajočimi dejavniki v okolju.

Strategije, usmerjene v skupnost, se lahko izvajajo na različnih nivojih:

- Na nivoju soseske;
- na nivoju mesta;
- na nivoju države;
- na regionalnem in nadregionalnem nivoju.

Tri najpomembnejše spremenljivke, ki vplivajo na vedenje ljudi so norme, dostopnost in zakonodaja. Norme predstavljajo nekakšno splošno orientacijo za ljudi. Skladno z normami presojava kakšno dejanje kot dobro ali slabo, sprejemljivo ali nesprejemljivo. Dostopnost pomeni vložek potrebne časa, energije in denarja za zadovoljitev določene potrebe. Večji kot je vložek, manjša je dostopnost. Zakonodaja služi nadzoru nad dostopnostjo in kodiranju norm ter sankcioniranju kršiteljev. Verjetnost, da pride do

tveganega vedenja, je majhna ob hkratni aplikaciji norm, ki ne sprejemajo določenega vedenja, zakonodaje, ki sankcionira določeno ravnanje, in težji dostopnosti nekega blaga. Norme, zakonodaja in dostopnost so torej medsebojno povezane in pogosto medsebojno prekrivajoče.

Prednosti strategij, ki so usmerjene v skupnost, so v tem, da so bolj učinkovite v smislu pokritja širšega kroga ljudi, ki imajo korist od preventivnih programov (na primer: preverjanje starosti otrok in posledično prepoved prodaje alkoholnih pijač mladoletnim), in drugič, da so rezultati hitreje opazni (na primer: ob doslednem preverjanju starosti otrok, ki kupujejo alkohol in posledičnem spoštovanju predpisov, ki prepovedujejo prodajo mladim do določene starosti).

Zaključek

V besedilu smo na kratko prikazali ključne aspekte politike na področju prepovedanih drog in predstavili relativno nov koncept okoljske preventive, ki je dobila svoje mesto tudi v najnovejši strategiji EU na področju drog. Prispevek lahko služi nadaljnji razpravi o politiki na tem področju v naši državi in nadaljnjemu profiliranju politike. V nekaterih državah politika (policy) prehaja ozke okvire posameznih odvisnosti in postaja celovita, kar pomeni, da zajema vse psihoaktivne snovi. Vsaj posamezni segmenti (npr. preprečevanje, raziskovanje, izobraževanje, do neke mere tudi zdravljenje in socialna obravnava) individualne politike transverzalno segajo še na druga področja. Zaradi tega je smiselno preverjati možnosti oblikovanja koherentne politike na področju odvisnosti tudi pri nas.

Viri:

- EU Drugs Strategy (2013-20). <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2012:402:0001:0010:en:PDF>
- Klitzner M. (1999). Integrating environmental change theory into prevention practice. In: Environmental Prevention Strategies: Putting Theory Into Practice, Training and Resource Guide. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- United Nations Drug Control Programme (1998): World Drug Report. (New York - Vienna).

PREPOZNAVANJE IN PRESEGANJE TEŽAV NA PODROČJU ČUSTVOVANJA IN MOTENJ HRANJENJA - VLOGA STROKOVNIH DELAVCEV IN POMEN ZAŠČITNIH DEJAVNIKOV

Julija Pelc, univ.dipl.psih., spec. psih. svetovanje, gestalt izkustvena družinska terapevtka, EAGT

Uvod

Vsak otrok naj bi imel svoje gnezdo, kjer naj bi dovolj neobremenjeno rasel in se zrcalil v očeh svojih staršev, zibal v naročju miline in ravno prave ostrine, da bi lahko spoznaval, kje je začrtana pot, ki ga vodi v novi dan, k soustvarjanju prihodnosti. Kdo sem in kaj hočem, komu pripadam, kaj me veseli, kaj me radosti, čemu se izogibam, v kaj vlagam svoj napor, kje se spotikam, v kaj vtikam, ob čem neizmerno smejim in kdaj jočem v senci dneva? Vsi odgovori na zastavljena vprašanja pomagajo graditi podobo o sebi, vedenje o sebi, drugih in svetu, tudi o tem, koliko se posameznik ceni in spoštuje. Če otrok v sporočilih odraslih spozna realno sliko o sebi, ki je pozitivno obarvana, lažje gradi pozitivno samospoštovanje in vgradi zaupanje, da zmore: soočiti se, tvegati, raziskati, stopiti naprej, pokazati, kdo je, sprejeti spodrseljaj, imeti pogum »biti«. Biti spontano radoveden, igriv, radoživ in nagajiv, delovno ustvarjalen, raziskovalen.

Ko se soočamo s težavami otrok in mladostnikov, nemalokrat čutimo nemoč in stisko tudi odrasli. Družbene spremembe pomembno vplivajo na kakovost družinskega življenja. Čas, ki ga starši in otroci vzadovoljstvo vseh preživijo skupaj, se zdi vse krajši. Pasti sodobne družbe v svoje lovke vabijo ranljive in manj odporne posameznike, ki ob različnih dejavnikih tveganja (biološki, psihološki in družbeni) ter nepravočasni strokovni podpori lahko razvijejo težave tudi na področju čustvovanja in hranjenja. Stiska vseh narašča, ob tem pa se večja občutek krivde, jeza, nestrpnost ob doživljanju nemoči, ki ji sledi ocena: »Nisem dober starš!« A pomembno je biti le dovolj dober starš. Pomembno je biti dovolj dober strokovni delavec, ki se problemu ne bo izognil, temveč se z njim kompetentno soočil. Eni in drugi se lahko zataknejo v »čustveno zanko«. Da bi se temu izognili in soustvarjali most, pot k izhodu iz stisk, je pomembno, da strokovni delavci timsko sodelujemo, strokovno izpopolnujemo in ozaveščamo, da smo odrasli odgovorni za otroke in mlade, s katerimi se srečujemo. Ponuditi jim moramo ustrezno zaščito in učinkovito strokovno pomoč, ko jo potrebujejo. Ne le njim, tudi njihovim staršem, in nenazadnje s supervizijo lastnega dela sami sebi. Z odgovornim razpletanjem lastnih čustvenih kokonov, prepričanaj, doživljanj in odzivanj, bomo lažje delovali odgovorno, kompetentno, celostno, v ustvarjalnem timu vodili izbrane in dogovorjene oblike pomoči ter vanje sistematično zaobjeli ranljive posameznike in skupine.

Čustva, razvoj čustev ter vloga odraslih

Čustva so kompleksni procesi (fiziološki, miselni, motivacijski, vedenjski), ki odražajo posameznikov vrednostni odnos do sebe, do drugih ljudi, situacij ali dogodkov. So eno od gibal našega razvoja, o čemer priča tudi latinski izvor besede "emovere", "movere", ki pomeni gibati. Panju po Jansenu(2010, str. 17) opredeljuje čustvo kot medkulturni odziv na dražljaj okolja. Slednji odziv je povod za čustveno doživljanje, ki ima lahko izvore v preteklih izkušnjah, skrbi za prihodnost ali v zaznavanju in pripisovanju pomena sedanjemu trenutku.

V sodobni psihologiji prevladuje mnenje, da poteka razvoj čustev od nediferenciranega čustvenega stanja splošnega vzburjenja k vse bolj specifičnim in med seboj različnim čustvom. Že pri dojenčku lahko kmalu po rojstvu opazimo izraze ugodja (izrazi obraza) in neugodja (npr. jok, gibi z rokami). To stanje splošnega prijetnega oz. neprijetnega vzburjenja se šele postopoma preoblikuje v osnovna čustva. Iz teh se kasneje razvijajo kompleksna čustva kot so npr. ljubezen, ljubosumje, sram ... (Milivojević, 1993, str. 29).

Tabela 1: Mejniki v čustvenem razvoju do prvega leta starosti po posameznih avtorjih (izbrano in prirejeno po Kompare, 2002, Oatley in Jenkins, 2002 in Zupančič, 1995, citirano po Smrtnik Vitulić, 2007, str. 38)

Starost	Posamezna čustva	Primeri situacij, ki sprožijo čustveni izraz
Do 2. tedna	Zanimanje Neugodje Gnus Nasmešek	Novost ali gibanje Bolečina Različni neugodni okusi REM faza ⁵ spanja, po hranjenju
4. do 6. teden	Socialni nasmeh	Obrazi, zvončkljanje, določeni predmeti, nežno guganje in pihanje v obraz
2. do 3. mesec	Žalost Previdnost (predhodnik strahu) Frustriranost (predhodnik jeze) Presenečenje	Bolečina Obraz neznanca Omejitev, preprečitev gibanja Lutka, ki skoči iz škatle
6. do 8. mesec	Strah (separacijski, pred globino, pred tujci) Jeza Veselje	Ločitev od skrbnika, globina, neznani ljudje, nenavadni, novi dražljaji Preprečeno dejanje, nedokončana akcija (npr. žoga s katero se otrok igra, se skotali pod mizo) Odziv na pozitivne zunanje izkušnje (npr. prihod znane osebe)

⁵ Rem faza - faza spanja, ki izzove refleksne smehljaje brez nekega notranjega doživljanja veselja.

12. do 18. mesec	Sram	Neuspeh ob izvajanju dejavnosti v navzočnosti drugih oseb
------------------	------	---

Čustva so prvi jezik sporazumevanja, izražajo posameznikovo počutje, stanje. Doživljanja in izražanja čustev se otrok nauči v najzgodnejšem obdobju z opazovanjem in s posnemanjem. Smrtnik Vitulić (2007) navaja, da zmore dojenček že v prvem mesecu starosti usklajevati svoja čustvena stanja z izrazi drugih ljudi. Ob koncu prvega leta starosti jim začne pripisovati pomen, ki je odvisen od specifične situacije. Razvoj čustev poteka po določenih zakonitostih, od manj kompleksnih k sestavljenim. Uporaba slednjih narašča s starostjo otroka. Razvoj razumevanja lastnih čustev in čustev drugih poteka vzporedno in je tesno povezan z otrokovim celostnim razvojem in zorenjem. Osnova čustvenega odzivanja in socialnega razvoja je namreč dosežena določena

- kognitivna raven funkcij, ki jih uporabljamo pri mišljenju, odločanju in učenju (kot so: zaznave, predstavljanje, presojanje, spomin, jezik) ter
- motorična raven razvoja.

Do največjih sprememb v razvoju čustev prihaja v najbolj razburkanem obdobju, na prehodu iz otroštva v mladostništvo. Z okrepljenimi spoznavnimi in socialnimi sposobnostmi posameznik postopoma razvije boljše zavedanje, razumevanje, razlago lastnih čustev in čustev drugega, posledično ima učinkovitejši nadzor nad doživljanjem in izražanjem čustev, kar mu zagotavlja večjo čustveno zrelost in vzpostavljanje bolj kakovostnih stikov z otroki in odraslimi.

Pomembno je, da odrasli v odnosu do otrok njihovih čustev ne minimaliziramo. V opomnik so nam lahko naslednja spoznanja glede razlik med čustvovanjem otrok in odraslih:

- čustvovanje pri otrocih je intenzivno in kratkotrajno,
- otroci hitreje prehajajo iz enega doživljanja v drugo,
- med razvojem se spreminja moč posameznih čustev, ena postanejo intenzivnejša, druga šibkejša,
- otrok se postopoma uči zmanjševati čustvene izraze in odzivati socialno bolj sprejemljivi način. (Zupančič, 1995; povzeto po Smrtnik Vitulić, 2004, str. 55).

Skozi proces vzgoje ponotranjimo prepričanja o pozitivnih in negativnih čustvih. Veselje, srečo, ponos, spoštovanje praviloma občutimo ob zadovoljevanju potreb, želja in ciljev. Kadar naše potrebe niso zadovoljene, v nas pa dogodki in odnosi sprožijo manj prijetna čustva, kot so zavist, sovraštvo, jeza, žalost, ponotranjimo prepričanja o negativnih čustvih. V resnici govorimo le o prijetnih in neprijetnih čustvih. Opredelitev je tesno povezana z doživljanimi občutki ugodja in neugodja ters pomenom, ki ga pripisujemo posamezni situaciji. V kolikor ji ne pripisujemo pomena, ostajamo v odzivanju dovolj nevtralni. Milivojević (1999; citirano po Smrtnik Vitulić, 2004, str. 21) navaja, da kadar »posameznik oceni dogajanje kot pomembno, se v njem aktivirajo značilni biološki programi, ki vključujejo spremembe v viscelarnih in motoričnih funkcijah. Zato oseba te spremembe doživlja kot telesno doživljanje v ožjem pomenu. Pomen sprememb v telesu je v tem, da omogočajo hitro prehajanje z nižjega na višji nivo funkcioniranja: s povečanjem energije pripravijo organizem na morebitno akcijo.«

Zavedanje, kaj in kdaj doživljamo, je za posameznika ključnega pomena pri razvijanju sposobnosti samouravnavanja. Pomembno je tudi prepoznavanje vseh prepričanj, introjektov, ki jih ponotranjimo med razvojem, tako pozitivnih kot negativnih. V določenih okoliščinah in obdobjih načini odzivanja nimajo več funkcije »kreativne prilagoditve«, temveč predstavljajo predvsem oviro pri oblikovanju kakovostnih medosebnih odnosov, doseganju ciljev in zadovoljevanju potreb. Če smo zmožni »prevesti«, razumeti lasten čustveni odziv oz. odziv druge osebe, najdemo pot do prepoznavanja konfliktov na ravni interesa ter svojih in njenih želja in potreb.

Čustva imajo različne funkcije, za doseganje želenega je pomembno, da optimalno deluje vsaka od njih:

1. Prilagoditvena - prilagajanje na okoliščine, vzpostavljanje ravnotežja.
2. Motivacijska - motiviranje k določenim ciljem, usmerja k tistemu, kar v nas sproža prijetna čustva in odvrča od neprijetnih. Doživljanje veselja in ponosa ob uspehu nas spodbudita k nadaljnemu prizadevanju.
3. Aktivacijska - nas usmerja k spremembi (jeza, strah imata lahko pozitivno vlogo)
4. Komunikacijska - s čustvenimi izrazi drugim pošiljamo informacije o svojem notranjem stanju, na osnovi katerih potem drugi uravnavajo svoje vedenje do nas. (Kompore, Stražišar, Dogša, Vec in Curk, 2002, str. 122-123).

Pri oceni, kdaj so čustveni odzivi posameznika primerni, nam pomagajo naslednji kriteriji:

1. Ali se pomen in značaj, ki ga posameznik pripisuje dražljaju, skladata z realnostjo situacije?
2. Ali je kakovost čustvovanja v skladu z objektivnim tolmačenjem razlage?
3. Ali je intenzivnost čustev v skladu z objektivno pomembnostjo situacije?
4. Ali se čustvo izraža na socialno sprejemljiv način?
5. Ali je vedenje, ki izhaja iz danega čustva prilagodljivo?

Več kot je negativnih odgovorov, bolj so v ospredju neprimerni čustveni odzivi. (tudi Muršič, Milivojević, Brvar, Filipčič, Lešnik, in Pušnik 2013, str. 19).

Da bi se otroci in mladostniki uspešno čustveno opismenjevali, je pomembno, da v družinah in okoljih vzgoje in izobraževanja ter svetovalno-terapevtskega dela odraščajočim pomagamo razvijati socialne veščine in spretnosti sporazumevanja. V razvoju je pomembno, da bi posamezniki:

- poznali čustva, na starosti primeren način (kaj so čustva, kakšna je njihova vloga, kako nastanejo),
- prepoznali, katere so izkrivljene predstave o čustvih, kako posamezna čustva opredeliti,
- vedeli, kaj z izražanjem posameznih čustev sporočamo,
- uvideli, kako so čustva lahko povezana z nasiljem in drugimi stanji, odzivi,
- razvili ustrezna čustva do sebe (zlasti spoštovanje, ljubezen, zaupanje) in do drugih ljudi,
- sebi dovoljevali doživljati čustva (ne pa si jih prepovedovali),
- vedeli, katero čustvo doživljajo in zakaj,
- sprejemali odgovornost za svoja čustva,
- znali prepoznati čustva drugih, bili empatični in imeli sposobnost življenja v soljudi, imeli manj nesporazumov in boljše medosebne odnose,

- znali svoja čustva ustrezno, nenasilno izražati (in jih, kadar je to umestno, tudi ne izraziti, zadržati zase). (Muršičetal., 2013, str. 19)

Odraslim, mladostnikom in še posebej otrokom pogosto primanjkuje besed, s katerimi bi zmogli izraziti notranje psihično doživljanje in občutenje. Še preden najdejo besede, lahko v sebi prepoznajo odziv telesa. Pravijo, da telo ve, da ima telo spomin. Telo je lahko bogat vir informacij o nas samih in drugih. Da bi več vedeli o lastnem čustvovanju, je pomembno, da se naučimo prepoznavati sporočila, ki se odražajo v občutkih in fiziologiji telesa. Z jasnejšo predstavo in razumevanjem, prepoznavanjem čustev, ustvarjamo pogoje za uspešnejše samouravnavanje, organiziranje čustvenega doživljanja in odzivanja.

Miha (11 let) se jezi, ker ga je Maja (9 let) izzivala in mu govorila »grde« besede. S to pritožbo odvrta pogovor o svojem vedenju v skupini, ko je bil sam izzivalen, tudi nasilen do vrstnika. Ko mu omenimo možnost, da se pogovorimo z njim in Majo, vztraja, da to tudi izpeljemo.

Maja se na povabilo na pogovor odzove z blagim uporom in zadržanostjo. Videti je, da ni vajena pogovora o težavah. Nezadovoljno prekriža roke ob telesu in se zapre. Usta tesno stiska, glavicico nagne desno navzdol, jezno pogleduje izpod čela. Na vsako vprašanje med hojo do mesta pogovora zavije z očmi in globoko vdihne, roke ostajajo prekrizane, hkrati pa vztrajno stopica ob psihologinji.

Ugnezdimo se v kotiček sobe na tla, Maja samodejno sede na preprogo tesno ob psihologinji, obe sta naslonjeni na steno. Miha je meter stran pred njima. Nemirno kroži, pogleduje, iz žepa potegne kamen, ki deluje kot fosil, meri v tarčo, malo proti nama, a ne z nasilnim vzgibom, malo na otroško sliko drevesa na steni, a ne popraska, vznemirjen vmes na hitro razlaga, da zna dobro zadeti tarčo in pojasnjuje, kako je potrebno ciljati, da jo zadeneš. Postopoma se ga uspešno privabi v sodelovanje. Že prej je v pogovoru z drugim otrokom, s katerim je imel konflikt, povedal, da je v šoli razredni psiholog. Daje nasvete, pomaga razreševati spore.

Psihologinja Maji: »Miha je povedal, da ga moti, kako si se z njim pogovarjala. Rad bi se pogovoril. Tudi mene zanima, kaj se je zgodilo. Te je kaj razjezilo, prizadelo? Rada bi, da se pogovorimo... Si za to?«

Maja (še bolj stisne prekrizane roke k sebi, stisne ustnice, povesi glavo).

Miha: »Ja, mi je povedala tisto besedo na f..., pa ..., pa m..., (ne ponavlja besed, zmore samocenzuro). To mi ni všeč.«

Psihologinja: »Sem slišala Miha, da ga moti, ker si mu govorila tiste besede, jih ne bomo sedaj ponavljali. Saj ti sama veš, katere. Kaj se je zgodilo?«

Maja: (venaki pozi, stisne ustnice, gleda navzdol in nič ne reče.)

Miha: »Povej, povej, no. Zakaj to govoriš?«

Maja: (se ne odpira)

Miha: (hiti z interpretiranjem, pritiskom in pogleduje psihologinjo)

Psihologinja: »Miha, počakaj malo. Daj ji čas. Videti je, da ji je težko.«

»Maja, ali te je kaj prizadelo? (Psihologinja empatično upočasni pogovor in jakost glasu, ne pritiska, Miho nebesedno zadrži, da čaka, daje prostor. Maja še molči, videti je, da se v njej nekaj dogaja.)

»Jaz si mislim, Maja, ji reče psihologinja, da ti ne želiš, da te drugi vidijo kot deklico, ki preklinja, žali.«

Maja: (Dvigne oči in pogleda psihologinjo. Spusti oči. Blago odkima.)

Miha: (poskuša usmerjati.)

Psihologinja odločno, a pozorno: »Miha, počakaj, daj ji čas! Vidim, da ji je nelagodno.«

Miha: »Nerodno ji je, zato ne more govoriti. Povej mi, ali si kaj jezna name? Sem ti kaj naredil? Povej mi. Rad bi vedel! Daj no, povej.«

Psihologinja: »Počasi, Miha.« Obrne se proti Maji: »Maja, si slišala Miho? Zanima ga, če te je s čem prizadel, ujezil?«

Miha (ne zmore počakati): »Povej, Maja. Povej mi, da bom vedel.«

Maja (vedno bolj v odprti drži res odločno spregovori): »Jaz sem se navadila kleti, doma. Brat tako govori. Jaz ne znam drugače. Tako sem navajena.«

Miha: »Koliko je pa brat star? Je starejši ali je mlajši?«

Maja: »Starejši, 15 let ima.«

Miha: »Sedaj vem, ti posnemaš starejšega brata, rada bi bila tako kot on, ali pa pridobila pozornost, pa ga posnemaš in govoriš grde besede. Glej, ne ga posnemati. Ni dobro, da govoriš take besede. Povej mu, naj ne govori teh besed, pogovori se z njim. Ali, namesto, da govoriš kletvice, reci kaj drugega. Na primer: vagon poln premoga ali kaj takega, hecnega. Pa se ti bodo drugi smejali. Malo humorja. Ali pa: »Ti si smešna gorila:«, ali pa ... Saj vem, ti bi rada pritegnila pozornost, ampak tako je ne boš dobila! (Miha vmes pogleduje psihologinjo, če opazi, kako dobre nasvete daje Maji in v očeh išče potrditev za nadaljevanje).

Psihologinja: »Brat je starejši, Miha. Mogoče je ne bo poslušal... Ta predlog z gorilo je lahko tudi malo tvegan, kajne Miha, se strinjaš? Mogoče nekateri ne razumejo humorja na tak način, kot to zmores ti.«

Miha: »Ja, no, mogoče ne gorila, pa kaj drugega, ja. Ampak, če bi rada pozornost, jo lahko dobi na drug način, ne da preklinja. Se drugi smejijo in tudi dobi pozornost. Imam pa še en predlog. Lahko ti svetujem, če želiš (in že hiti pripovedovati naprej). Lahko pa, ko si jezna... jaz poznam take tri vaje: stisneš dlani drugo proti drugi in jih stiskaš, takole (kaže Maji in pritiska dlan ob dlan pred prsmi.) Ali pa stojiš ob mizi in z njimi stiskaš mizo, takole, ali potiskaš steno z dlanmi ali pa tako z nogami, glej, potiskaš z nogami v tla.«

Psihologinja nagradi Miho za sodelovanje samo s pogledom, njuni pogledi se srečajo, Miha zadrži pogled, ostane resen. Tako sproti preverja, ali je njegovo vedenje v skladu s pričakovanim vedenjem »razrednega psihologa«, kakor se je sam poimenoval.

Maja se odzove: »Saj **hočem**, pa ne znam.«

Psihologinja: »Miha ti je dal dobre nasvete. Všeč mi je, kako se sedaj oba lepo pogovarjata,

bosta tudi v prihodnje raje sodelovala na tak način.«

Miha: »Ti kar pridi k meni, pa mi reči, da bi se rada igrala.«

(Maja nima več sključene drže in prekrižanih rok. Govori in naju vse bolj pogosto in dalj časa gleda.)

Psihologinja Maji: »Slišala sem Miho, da te je povabil, da se bosta igrala, da ti kar pridi do njega. Če ti pa kaj ni všeč, mu povej in se bosta pogovorila. Prej ti je rekel, da ga zanima, da bi rad vedel, če ti je kaj naredil...«

Psihologinja: »Kako si sedaj, Maja?« (Maja se namuzne, ne ubesedi).

Miha jo prehitil, ponovno interpretira: »Vem, zakaj ni mogla govoriti. Nerodno ji je bilo. Sedaj je uredu.«

Psihologinja: »Miha, kako pa to veš?«

Miha: »Prej je imela bolj zaprte in temne oči, ker jo je bilo malo sram. Sedaj pa ima bolj široke, odprte oči. Sedaj je srečna, je razložil Miha.«

Na tej točki je bil pogovor zaključen, prijateljsko sta zapustila kotiček, Maja ne več s prekrižanimi rokami, Miha zadovoljen, da se je potrdil kot nekdo, ki rad pomaga. Maja v prvem pogovoru še ni zmoгла dovolj ubesedenja, se je pa odpirala predvsem na nebesedni ravni. Pri naslednjem srečanju s skupino pa je bila tudi besedno bolj odprta, zgovorna. Miha se je skozi pogovor prelevil iz dečka, ki je uporniško in konfliktno stopal v dialog s psihologinjo, v otroka, ki je uspešno soustvarjal odnosno komunikacijo in pomagal deklici pri ozaveščanju čustev, k povezovanju nebesednega odziva v telesu s čustvenim izrazom na obrazu, z ubesedenjem potreb, ki so deklico vodile k določenemu dejanju, kar je hkrati razkrivalo njegovo projekcijo, njegovo vedenje v podobnih situacijah. Prenašal ji je strategije za sproščanje napetosti in čustva - jeze, ki se jih je naučil pri svoji terapeutki, ipd. S skrbjo zanjo je tudi sam v sebi krepil občutek, da je koristen, da je dober, prijazen.

Opisani pogovor lahko pogledamo tudi skozi lupo spodaj navedenega KER modela, z zaporedjem procesov, ki so odgovorni za nastanek čustev. S spreminjanjem pomena situacijam, z dodajanjem novega pogleda in drugačnim vrednotenjem pomena določene situacije, se je spreminjal tudi čustven odziv, s tem pa druga izbira dejavnosti, ki je presegala začetno konfliktno situacijo ter ustvarjala pogoje za kakovostno srečanje. V nadaljevanju je v drugih situacijah, ko Miha opisanega še ni zmožel prenesti nase, bilo dovolj, da ga je psihologinja strpno, a dovolj odločno ter z opomnikom opozorila na vedenje, da naj to, kar svetuje drugim, prišepne tudi sebi. Opozorilo je delovalo usmerjevalno, zmožel je več samonadzora in čustvenega uravnavanja v situacijah, kjer je čutil več nestrpnosti, jeze. Tudi na ta način mladim ob upoštevanju njihovega dostojanstva vračamo moč, da sami bolj učinkovito uravnavajo svoje odzive.

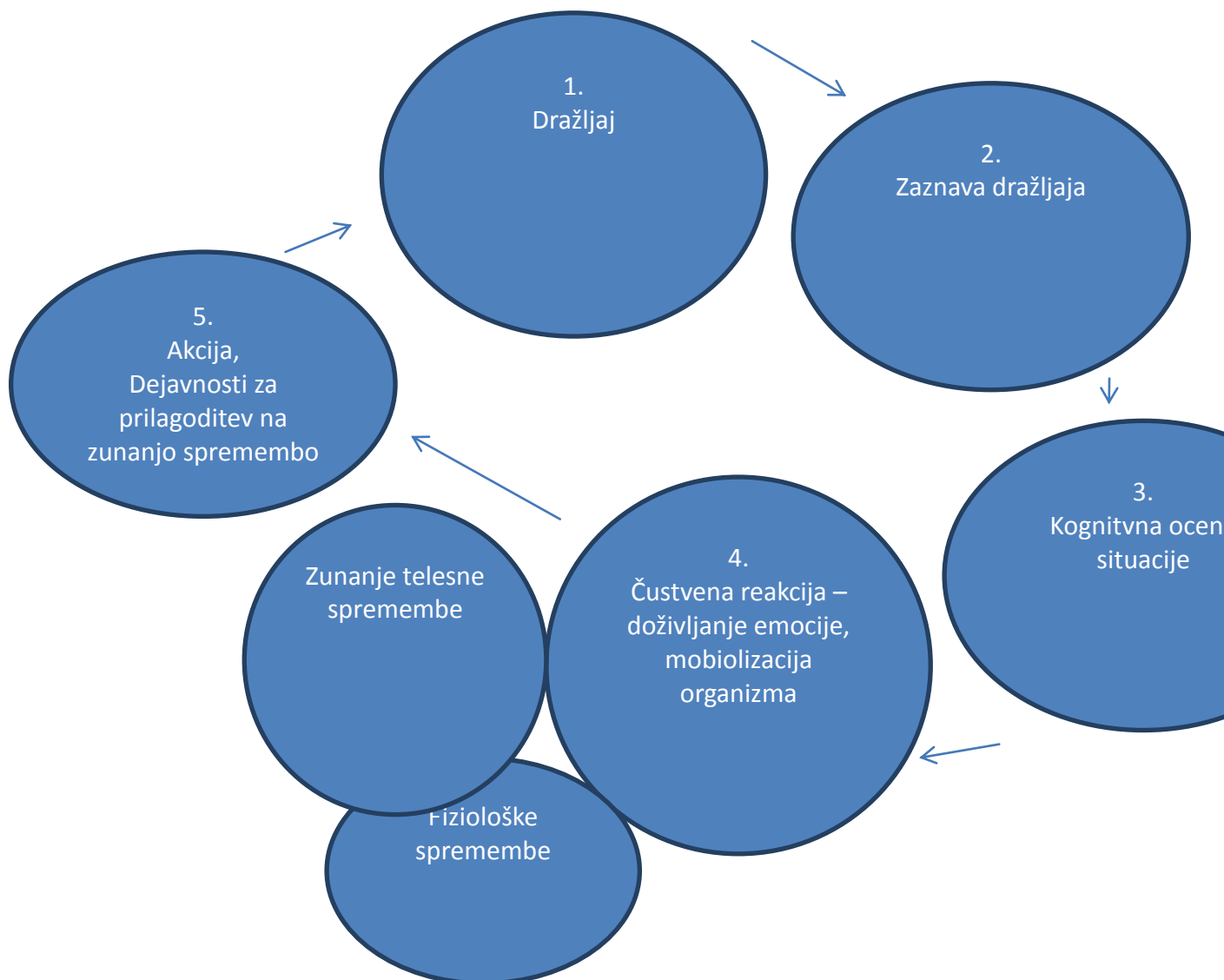
Milivojević (1999; povzeto po Smrtnik Vitulić, 2004, str. 12-13) predstavi zaporedje procesov, ki so odgovorni za nastanek čustva skozi model krožne emocionalne reakcije, kognitivno-fiziološko-vedenjski krožni model (KER). Zaporedje procesov, ki so odločilni za nastanek čustev:

1. prisotnost dražljajske situacije
2. zaznavanje situacije

3. pripis pomena situaciji,
4. pripis pomembnosti situaciji,
5. telesna obdelava informacije,
6. priprava na akcijo, mišljenje in
7. pripravljenost na odziv na situacijo.

Z razumevanjem omenjenega procesa lahko posameznik bolje razume, na katerih točkah lahko vpliva na spremembe in kaj mora narediti, da do njih pride. To mu pomaga pri preseganju začaranega kroga, znotraj katerega se vrti v ponavljajočih se konfliktih.

Grafični prikaz emocionalne zanke (Moiso; po Milivojević, 1993, str. 29):



Sposobnost samouravnavanja in samokontrole sta pomembna dejavnika zdravega psihičnega funkcioniranja. Omogočata nam ustrezno in skladno odzivanje. Panju (2010, str. 48) meni, da za obvladovanje močnih čustev, s čemer se izognemo temu, da bi nas čustva preplavila ali paralizirala, potrebujemo:

- nadzorovanje naših čustvenih reakcij (zadrževanje razdiralnih impulzov),
- zavedanje (prepoznavanje odgovornosti za lastna dejanja, nadzorovanje naših impulzov, odlaganje zadovoljitve zaradi doseganja ciljev in hitro okrevanje po čustveni stiski),
- prilagajanje (prilagodljivost pri spremembah in sprejemanje novih idej, drugačnih pristopov in novih informacij).

Razvoj samokontrole pri odraščajočih podpremo (Panju, 2010, str. 57):

- z identifikacijo čustev,
- z odkritim pogovorom o občutkih, ki jih ovrednotimo,
- z vedenjem o strategijah obvladovanja določenega čustva, ki ga posameznik prepozna pri drugih,
- z iskanjem novih strategij,
- s prepoznavanjem sprožilcev določenega čustvenega odziva,
- z zgledom odraslih,
- z vključevanjem podpornih stebrov (starši, učitelji, prijatelji).

Baner (1997; povzeto po Smrtnik Vitulić, 2004, str. 45) navaja, da so otroci v zgodnjem otroštvu manj spretni pri navajanju strategij za spremembo doživljanja čustev, če morajo sami poiskati rešitve. Zato je pomembno, da jim omogočimo, da imajo na izbiro predlagane rešitve, med katerimi se lahko odločajo. Strategije za nadzor čustev niso le produkt kulturnih pričakovanj in vzgojnih strategij. Že nekaj mesecev stari otroci se različno odzivajo na doživljanje jeze, kar lahko pripišemo razlikam v temperamentu (prav tam, povzeto po Stifter, Sponrad in Braungart-Rieker, 1999).

Za razumevanje posameznikovih posebnosti je na področju čustvovanja pomembno prepoznavati tudi njegov temperament (Zupančič, 2004, str. 238). Temperament je celotna organizacija razmeroma stabilnih individualnih značilnosti, ki se odraža v kakovosti in intenzivnosti čustvovanja, načinu odzivanja in ima biološke temelje.

9-komponentni model temperamenta(po Thomas in Chess,1977,1984, Thomas, Chess in Birch, 1968; povzeto po Marjanovič Umek, 2004, str. 239) vključuje naslednje značilnosti:

1. Raven dejavnosti: količina gibanja, razmerje med (ne)dejavnimi obdobji.
2. Ritmičnost: rednost v bioloških funkcijah –lakota, izločanje, spanje, budnost.
3. Odkrenljivost: lahkota, s katero irelevantni dražljaj v okolju zmoti, prekinja trenutno dejavnost.
4. Približevanje/umik: začetni odziv na nov dražljaj. Otrok sprejme novo izkušnjo ali se ji umakne.
5. Prilagodljivost: lahkota, s katero se posameznik prilagodi na spremembe v okolju, kako hitro lahko preusmerimo otrokov začetni odziv v zeleno smer.
6. Obseg pozornosti in vztrajnost: količina časa, ko otrok sledi dejavnosti in z njo nadaljuje kljub motnjam v okolju.
7. Moč odzivanja: moč ali energetska raven odzivanja.

8. Prag odzivnosti: moč dražljaja, ki je potrebna za otrokov odziv nanj.
9. Kakovost razpoloženja: količina pozitivnega nasproti negativnemu razpoloženju.

Navedeni kriteriji pomembno obarvajo posameznikovo osebnost, zmožnost prilagajanja v skupini in uravnavanja vzorcev vedenja v odnosu z drugimi. Izkušnje kažejo, da strokovni delavci, ki se zavedajo dejavnikov, kaj vpliva na čustven odziv posameznika in razumejo, da ne gre le za vprašanje, ali otrok hoče ali noče sodelovati, razvijejo več strpnosti, empatije ter mobilizirajo več različnih virov moči, da svoj pristop prilagodijo posameznikovim potrebam in situaciji. Pomembno je, da smo kot odrasli fleksibilni, prilagodljivi, zainteresirani, pristno zavzeti, angažirani ter z vztrajanjem, s predvidljivostjo, stalnostjo, z zmožnostjo empatije in ohranjanjem otrokovega dostojanstva, omogočamo, da se otrok počuti dovolj varnega, da zmore krepiti lastno odpornost in premoščati notranje in zunanje ovire. Čačinovič Vogrinčič (2008, str. 43) poudarja, da je pomembno odraščajočim zagotavljati skrb in podporo. Odrasli naj bi ohranjali pozitivno držo, pričakovanje ter svojo udeleženo in vpetost v odnos.

Poznavanje in razumevanje otrokovih značilnosti in posebnosti nam olajša pogoje za kakovosten stik, saj v tem primeru nismo osredotočeni le nase in lastne potrebe, cilje in pričakovanja, kakšen bi moral biti otrok, mladostnik. Pomembno je zavedanje, da se značilnosti temperamenta povezujejo s kakovostjo otrokovega socialnega odzivanja na vrstnike, slednje pa je tesno povezano s kakovostjo medosebnih odnosov in z otrokovim socialnim položajem v skupini (Marjanovič Umek et al. 2004, str. 353).



Krasnogorski je uporabil znano Hipokratovo klasifikacijo štirih temperamentov (Zupančič, 2004, str. 238), za razumevanje otrokovih osebnostnih potez, ki se razlikujejo po kakovosti čustvovanja:

- Otrok sangvinik: ima hiter odziv, moč je v skladu z močjo dražljaja, hitro, razmeroma močno in trajno zmore inhibirati svoje odzive. Je živahen in se učinkovito prilagaja okolju. Govori jasno in artikulirano, govor spremljajo živahne geste in lahko prepoznavni izrazi na obrazu. Odrasli opisujejo, da otroka vzgajajo z lahkoto.
- Otrok flegmatik: pozitivni odzivi na dražljaje, sposoben močne inhibicije vedenja, z lahkoto se prilagaja okolju. Hitro se uči, govor je počasnejši, razmeroma tih, monoton, brez znakov čustvenega vznurjenja, izrazov na obrazu, gestikulacij.
- Otrok kolerik: ima manj nadzora nad odzivi, ki so razmeroma kratkotrajni, pogosto izbruhne, lahko je žaljiv, nepotrpežljiv, ker imajo težave s prilagajanjem svojih odzivov in čustev zahtevam okolja. Govor je razmeroma hiter in ni tekoč.
- Otrok melanholik: izraža malo energije in malo čustev. Hitro se utruji in se neha odzivati celo na močne in ponavljajoče dražljaje. Odziva se počasi in ima mnogo inhibicij, v primerjavi z vrstniki potrebuje več časa za učenje.

Glede na posebnosti otrokovega delovanja je naloga in odgovornost odraslih, da soustvarjamo različne poti, ki omogočajo kakovosten stik. Ključni doželenih sprememb v odzivanju otrok v veliki meri domujejo pripisovanju drugačnega pomena situacijam, prepoznavanju telesnih in čustvenih odzivov, v zmožnosti uvidevanja, s katerimi potrebami so povezana, v osvajanju tehnik sproščanja, razbremenjevanja stresa in napetosti, veščinah uravnavanja impulzov, zmožnosti odlaganja zadovoljitve potreb in doseganja takojšnjega ugodja, samokontroli, učenju strategij reševanja problemov, konfliktov, v zmožnosti prepoznavanja inverbalizacije

notranjega doživljanja ter v podpornih tehnikah izražanja lastnih hotenj in pričakovanj, v učinkoviti komunikaciji, učenju asertivnosti in sodelovanja v timu. Pomembno je, da odrasčajočim pomagamo k večjemu samozavedanju, jih podpremo pri razvoju samoopazovanja, navajanju na samostojnost, pri razvijanju samospoštovanja, samozaupanja, pozitivne samopodobe, empatije in motivacije.

Odlaganje zadovoljitve potreb ima pomembno vlogo pri zmožnosti sprejemanja realnosti in je sestavni del zdravega psihičnega funkcioniranja. Panju (2010, str. 51) navaja, da so posamezniki, ki so zmogli ustrezno odlaganje zadovoljitve, imeli kasneje večjo motivacijo za doseganje uspeha, boljše učne in socialne spretnosti, lažje so sklepali in ohranjali prijateljstva. Lažje so obvladovali frustracije, bili so bolj samozavestni in vztrajni. Slednje naj bi opogumljalo starše in vzgojitelje, učitelje k zdravemu omejevanju in podpori pri sprejemanju realnosti, ki je mnogokrat v nasprotju z otroškimi željami, v izogib razvajanosti, ki se lahko prenese v odraslo dobo.

K samokontroli čustvenega odzivanja pomembno doprinesejo (Panju, 2010, str. 49-50):

- nadzorovanje čustvenih reakcij,
- zmožnost zavedanja,
- sposobnost prilagajanja na spremembe in
- sposobnost sprejemanja novih idej, drugačnih pristopov in novih informacij.

Otroci in mladostniki s težavami na področju čustvovanja imajo probleme še posebej pri obvladovanju negativnih čustvenih odzivov, za mnoge je lahko učenje primernejših veščin zahtevna naloga. V podporo jim lahko odrasli ponudijo naslednje tehnike (Panju, prav tam):

- zadrževanje čustev, ki se pojavijo in odstranitev vseh zunanjih znakov,
- ponovno ovrednotenje situacije, ki omogoča, da posameznik spremeni pomen situaciji,
- preusmeritev na manj vznemirjujoč dražljaj,
- pomoč, ki jo posameznik poišče pri prijateljih ali odraslih.



V odnosu je možna sočasna skrb zase in za drugega, kadar zmore biti posameznik empatičen. Empatija je razumevanje posameznika, kaj drugi čuti in občuti, je »sposobnost razumevanja čustev drugih in odzivanje s komplementarnimi čustvi.« (Marjanovič Umek et al. 2001, str. 273). Empatija omogoča prostor za oblikovanje kakovostnih prijateljskih odnosov, ki z vidika socialnega in osebostnega razvoja s starostjo postajajo vse bolj pomembni. Panju, (2010, str. 60) meni, da na zmožnost empatije neposredno vpliva zmožnost samozavedanja. Za doseganje navedenega je pomembno, da otrok zmore določeno stopnjo ločenosti, ki je predpogoj za razumevanje koncepta drugega. Drugi lahko mislijo, čutijo o sebi na način, ki je posamezniku tuj, zato mora otrok v razvoju preseči fazo psihološkega razvoja, kjer je egocentrično osredotočen samo nase. Le na ta način se bo postopoma lahko poglobil v čustvovanje drugega. V podporo razvoja empatije avtor izpostavi, da je dobro posamezniku nuditi pomoč pri prepoznavanju doživljanja v sebi, pri vživljanju v položaj drugega, razvijanju spretnosti poslušanja, sprejemanja ter spoštovanja različnosti.

Oči vodijo ljudi v svet!

Uho pelje svet v ljudi.

Oči so zrcalo duše.

Ušesa so vrata, skozi katere vstopamo v duše!

Berendet

Foto Zvone Šeruga, www.zvoneseruga.com

Omenjene cilje bomo lažje dosegali, v kolikor uspemo pri posamezniku ohranjati motivacijo za učenje in doseganje sprememb. Panju (2010, str. 66-69) navaja, da motivacijo podpirajo sposobnosti kot so: usmerjenost posameznika k dosežkom, usmerjenost k cilju, pozitivne spodbude in ohranjanje optimizma, da pri doseganju le-teh vztrajamo kljub morebitnim oviram. S poznavanjem omenjenih dejstev, kaj otrok potrebuje za doseganje bolj zrelega odzivanja, lahko odraščajoče bolj uspešno vodimo k učenju specifičnih spretnosti.

Odrasli lahko spodbujamo čustveno inteligentnost po modelu z imenom ELEVATE – dvigniti (Goleman; povzeto po Panju, 2010, str. 80). Model vsebuje veščine in spretnosti, ki posameznika podprejo pri učenju o čustvih in ravnanju z njimi, ne glede na okoliščine, kjer se z njimi srečuje.

ELEVATE	Angleško	Slovensko
E	Environment for learning	OKOLJE ZA UČENJE
L	Language of emotions	JEZIK ČUSTEV
E	Establishing relationships	VZPOSTAVLJANJE ODNOSOV
V	Validating feelings	VREDNOTENJE OBČUTKOV
A	Active engagement	AKTIVNO SODELOVANJE
T	Thinking skills	MISELNE SPRETNOSTI
E	Empower through feedback	VLIVANJE MOČI S POVRATNIMI INFORMACIJAMI

Za učenje novih veščin je pomembno, da se posameznik uči v zanj varnem okolju. Ljubeči odnosi mu pomagajo pri razvijanju znanja o čustvih. V učenju in osvajanju novih veščin in vrlin smo sprva nerodni, zato sprejemanje napak, občutkov neuspeha in sramu s strani odraslih pomembno doprinese, da odraščajoči še naprej dejavno sodeluje v procesu skozi soustvarjalni odnos. Tako z lastno motivacijo in soustvarjanjem okoliščin tudi samprispeva k lastnemu napredku in napredku skupnosti, katere del je. Za lažje prepoznavanje in refleksijo lastnega vedenja, mu bodo v pomoč pravočasne, realne in konstruktivne povratne informacije strani odraslih in vrstnikov. Odrasli prepogosto opustimo zavedanje, da smo odgovorni za odnos z odraščajočim, še posebej je to pomembno pri otroku v stiski. Skozi proces učinkovitega postavljanja meja, reda in strukture ter s krmarjenjem med popustljivostjo in strogostjo, prepogosto dajemo sporočila, ki odraščajočemu dodatno krepijo občutke sramu, neadekvatnosti in jim jemljejo pogum, da bi se spreminjali. Modro in strokovno je premisliti, na kakšen način pristopiti, da kakovostno skrbimo za odnos in hkrati izrazimo sporočilo glede vedenja, s katerim se ne strinjamo.

Kakovost odnosa in medsebojno zaupanje sovplivata na posameznikovo zmožnost sprejemanja povratnih informacij. Otrokom zrcalimo ali s svojim vedenjem ustrezajo našim pričakovanjem. Pomembno je, da je povratna informacija realna, a tudi pozitivna. Zato se

osredotočimo najprej na pozitivno, prisluhnemo, ali otrok v situaciji že zmore govoriti z nami. Posebej, ko se otrok še ne zmore izražati, led prebije odrasli. V pogovoru sledi jasna informacija, katero vedenje ni primerno, usmerimo se na priporočilo. Učinkoviteje je, če govorimo v jeziku pričakovanega vedenja. Dobro je, da ob tem dajemo primere. Povratna informacija naj bo dovolj pogosta, hitra in natančna, konkretna, komentarji naj bodo podprti z dejstvi. Pozabiti ne smemo na preverjanje razumevanja našega sporočila, saj je pomembno, da v primeru, da nismo razumljeni, sporočilo lahko preoblikujemo na način, da bi bili tudi slišani. Le tako lahko posredovano doseže naslovnika. Če v odnos vstopamo z lastnimi odpori in s predsodki, prikritim ali odkritim kritiziranjem in z ustvarjanjem drugih blokad v medsebojnem odnosu, lahko pričakujemo, da se sogovornik ne bo čutil varnega in sprejetega, kar je osnova za oblikovanje sodelovalnega odnosa, za dejavno soočanje z lastnimi omejitvami. Upoštevajoč navedene smernice v pogovoru pri sogovorniku ohranjamo dostojanstvo in občutek, da ga razumemo in sprejemamo.

Posameznikov občutek varnosti v odnosu je pogojen s kakovostjo odnosa, ki ga gradi odrasli. Otrok, mladostnik vstopata v odnos z odraslimi tudi s preteklo izkušnjo zgodnjega otroštva in s kakovostjo navezanosti, ki sta jo razvila v odnosu z zanj pomembno odraslo osebo. Navezanost je čustveni odnos do osebe, ob kateri se otrok počuti podprto, varno in prijetno. Varne navezane otroke imajo tisti starši, ki so svojim otrokom na razpolago na zanesljiv in trajen način, se odzivajo na njihove znake in klice. Do otrokove čustvene varnosti vodi drža staršev, ki je stalna, konsistentna, rahločutna, sprejemajoča in odzivna na stisko (Erzar in Kompan Erzar 2011, str. 14-20). Kakovost navezanosti posledično vpliva na samopodobo, sposobnost navezovanja globljih čustvenih odnosov, spontanost in sproščenost v stikih z ljudmi, soočanje z obremenilnimi situacijami ter na celotno življenjsko uspešnost. Pomembno obarvajo tudi odnos z vzgojitelji, učitelji in terapevti, ki naj s svojim odnosom in odzivnostjo nudijo varno sidrišče, kamor se bo otrok z zaupanjem vračal po moč in po pomoč.

Varnost in zaupljivost v odnosu z drugim bomo odrasli vzpostavljali tudi z ustreznim nebesednim odzivanjem, ko se uglasimo na posameznikov čustveni odziv. Ta uglasitev drugemu pomaga „začutiti, da ga čutimo“, spoznati, da v razburjenem valovanju in poplavi čustev odraščajoči ni sam, da nas zanima, kaj čuti v sebi in ne samo to, kar kaže navzven (Siegel, PayneBryson, 2013, str. 32). Vloga odraslih je, da preko procesa uglasitve pomagamo posamezniku priti v stik z čustvi, ki jih že ali še ne prepozna, z občutki in s podobami, ter mu pomagamo doživeto ubesediti in izraziti skozi pripoved. Na ta način povezujemo dejavnost obeh možganskih hemisfer, pristopamo celostno, mladim pa omogočamo, da na probleme zrejo z različnih perspektiv in kontekstov.

Petra je vsa razburjena, jezna in ljubosumna, ker se prijatelj močno hvali pred tekom in po njem s tem, kako je uspešen in učinkovit, kako dober rezultat je dosegel. Pred tem je bilo njegovo stališče, da on pa že ne bo tekal. Petra se je iz manj fizično dejavne mladostnice prelevila v dekle z zdravim življenjskim slogom. Poleg plesa in telovadbe tudi teče. A je potrebno v tek vložiti več truda, povratno pa uspeh še vedno ni v skladu s pričakovanim, zelenim. Z razumevanjem „čustvene zanke“ in pomena, ki ga pripisuje teku, s prepoznavanjem, kako se primerja in s prijateljem tekmuje, z razumevanjem, da je samohvala pravzaprav rezultat prijateljeve osebne zgodbe in potrebe po samopotrjevanju in občutku vrednosti, ki ga s pohvalo drugih dobi, je Petra zmogla več zdrave distance. Dobila je orodje, s katerim se je lažje osredotočila na lastne cilje, želje, pričakovanja ter razočaranja, da uspeh ni dosežen hitro in zlahka.

Razumevanje situacije, vpogled vanjo in v drugega, večanje empatije, omogoča posamezniku

več vpogleda vase, uglaševanje na lastne potrebe in čustvene odzive, posledično pa večanje možnosti za kakovostnejše povezovanje z drugimi.

Stiske in težave otrok in mladih, ki nimajo ustrezne opore in pravočasne pomoči v družini in okolju, lahko prerastejo tudi v motnje na področju hranjenja in čustvovanja.

Motnje hranjenja in čustvene motnje

Pelc (2013) povzema, da so motnje hranjenja kronične in ponavljajoče se duševne motnje, pogosto so povezane tudi z drugimi psihiatričnimi motnjami, ki jih spremlja niz telesnih težav. Predstavljajo resen javno zdravstveni problem, zdravljenje pa zahteva celostno in strokovno obravnavo. Poleg anoreksije k motnjam hranjenja štejemo tudi bulimijo, kompulzivno prenažanje, bigoreksijo in ortoreksijo. Klinična praksa kaže na porast motenj hranjenja. Ser nec (2011) navaja, da med 15. in 35. letom starosti za navedenimi motnjami oboleva 2-12% žensk, vsako leto je odkritih 7 primerov anoreksije nervoze in 14 primerov bulimije nervoze na 100.000 prebivalcev. Na 9 žensk zboli 1 moški, starostna meja za anoreksijo, ki je razvojno najzgodnejša oblika motenj hranjenja, se niža, po nekaterih navedbah tudi na okrog osem let. Znano je, da vsi posamezniki, ki imajo motnje prehranjevanja, nujno ne razvijejo tudi motnje hranjenja. Praviloma pa so posamezniki z motnjo hranjenja imeli tudi motnje prehranjevanja (občasno prenažanje, hujšanje, izpuščanje obrokov, neredno prehranjevanje, stopnjevana izbirčnost, odklanjanje hrane zaradi čustvene motnje, strah pred uživanjem določene vrste hrane, ipd.).

Pomembno je, da odrasli pravočasno opazimo mladostnika v stiski. Zaznamo lahko, da se otrokovo, mladostnikovo vedenje nenadoma spremeni, lahko pa se spremembe pojavijo postopoma in s tem manj opazno. Spremenijo se navade prehranjevanja (na primer omejevanje količinskega vnosa hrane, posameznih jedi, izpuščanje obrokov, sprememba prehranjevalnih navad cele družine v smislu uvajanja zdravega hranjenja), stopnjevanje telesne aktivnosti, povečana telesna utrujenost, sprememba spalnih navad, poudarjeno stopnjevanje natančnosti, obsedenost s tehtnico, zloraba odvajal, možen pojav samopoškodbenega vedenja... Opazimo lahko spremembe na čustvenem področju, ki se kažejo v večji občutljivosti, razdražljivosti, čustvenem neravnovesju, pomiku vase, celo vznosenosti, posebej, ko je v ospredju zadovoljstvo nad sabo in zmožnostjo nadzora teže. V tem primeru govorimo, da je v ospredju t.i. bolezenska korist, ki jo ima posameznik zaradi motnje hranjenja. V tem obdobju praviloma zanika, da je kaj narobe, opažanja in pripombe odraslih zaznava kot moteče in nerealne. Različne vrste motenj hranjenja imajo specifične prepoznavne znake. V primeru bulimije je vzdrževanje teže povezano z bruhanjem, ki lahko ostane dalj časa prikrito. Osebe bruhamo pogosteje kmalu po zaužiti hrani, ob prisiljenem bruhanju pa je moč zaznati tudi spremembe na obrazu in poškodbe na členkih roke. Kakor v drugih primerih je tudi pri motnjah hranjenja pomembno, da ne diagnosticiramo na podlagi posameznega kriterija. Za opredelitev motnje je potrebna strokovna diferencialno diagnostična ocena. Vsekakor pa so pokazatelji znak, alarm, klic na pomoč, kjer odrasli ali vrstniki moramo najti pot do odraščajočega v stiski.

Strokovnjaki ugotavljajo (Ser nec, 2011, Anderluh, 2011 ter Middleton, Smith, 2012, str. 27-31), da na razvoj motenj hranjenja sočasno vpliva več dejavnikov tveganja: *biološko-genetski dejavniki*, med katere sodijo prekomerna telesna teža ob rojstvu in posebne osebne poteze, kot so impulzivnost, odpornost ali ranljivost na stres, težnja k izogibanju nevarnostim, strah pred napakami, pretirana redoljubnost, pretiran dvom vase in težave s spoprijemanjem z

novostmi. Obremenilno lahko deluje tudi nagnjenost k pretiranemu iskanju novosti, nesrečam, nezmožnost vztrajanja v določeni aktivnosti – odkrenljiva pozornost, nemir. Negativna samopodoba in nizko samozaupanje dvome vase okrepijo, znižujejo zmožnost notranje kontrole, samouravnava, neodvisnosti od mnenja drugih. Spregledati ne smemo *socio-kulturnih dejavnikov* z močnim vplivom medijev, ki vsiljujejo kriterije lepote in vitkosti, vplivajo na subjektiven občutek biti suh, negativno stigmatizirajo debelost. Med te dejavnike sodi tudi poudarjena in spremenjena vloga ženske v sodobni družbi. Tretji in ne zadnji pomemben dejavnik na razvoj motnje hranjenja domuje v *družini*. Disfunkcionalnost družine ima različne oblike in doprinese h krepitvi težav.

Zaradi kompleksne problematike in sovplivanja različnih vzrokov, je neumestno, neproduktivno in strokovno napačno iskati krivca za razvoj motnje hranjenja. Družina mora v procesu zdravljenja postati »ključ do zdravja«. Pomembno je, da starše razbremenimo občutkov krivde, prav tako osebo z motnjo hranjenja. Svojo zgodbo v taki družini živijo tudi sorojenci. Izhod je v celostni obravnavi in podpori, tako osebi, ki je razvila motnjo hranjenja, kakor njenim svojcem. V družini je potrebno ponovno vzpostaviti ustrezno strukturo, in delitev vlog, graditi na varni povezanosti in dopuščanju starosti primerne razdalje, samostojnosti in avtonomnosti. Pogosto je družinske člane potrebno naučiti ustrežnejših vzorcev komunikacije, izražanja čustev, strategij soočanja s težavami, večšin sproščanja in jih podpreti v dogovarjanju, kako preživljati skupen čas na način, ki nudi zadovoljstvo, krepi pripadnost, dopušča svobodo in spodbuja k zdravemu življenjskemu slogu. Doseganje sprememb je izziv, saj so družine oseb z motnjo hranjenja lahko pogosto navzven zaprte in imajo manjšo moč prilagajanja, težje se soočajo s težavami. Varnost potrebujejo »mali in veliki«, omogoča pa jo stalnost, prilagodljivost in jasnost meja, ljubezen ni dovolj. Poseben pomen pri razvoju motenj hranjenja ima tudi neuskkljenost družinskega sistema z razvojnimi potrebami otroka in mladostnika. Družina naj bi omogočala osnovne pogoje za njegov celostni biološki, osebni: čustveni, socialni razvoj in duhovni razvoj.

Nenazadnje je zelo pomemben tudi emocionalni odnos do hrane, ki ga skozi dinamiko odnosov in vedenjskih vzorcev, povezanih s prehranjevanjem pri posamezniku pomembno sooblikuje družina. Hrana in njen pomen se lahko zlorabi, ko je hrana v funkciji komunikacije, vzgojni pripomoček (princip kaznovanja, nadzora, kontrole, merjenje moči, zasliševanja, omejevanja), sredstvo za merjenje priljubljenosti, merilo sprejemanja, zavračanja, ne le obroka, ampak osebe kot celote.

Družinske vrednote se stikajo z vrednotami družbe. Družbena realnost lahko pahne družino na rob preživetja. Vendar nizek ekonomski status sam po sebi ni zadosten pogoj za razvoj motenj hranjenja, za nastanek le-teh je potrebno sovpadanje prej opisanih dejavnikov tveganja, kjer se posledično krepijo tudi negativno čustvovanje otroka oz. mladostnika, negativna samopodoba in nezadovoljstvo s svojim telesom.

Velika dostopnost do hrane in še večja ponudba le-te rušijo zdravo mero in mejo v vrednostnem sistemu družine in posameznika, ki se kaže tudi skozi načine uživanja hrane in ravnanja z njo.

Motnje hranjenja so torej kompleksen in večplasten problem, ki ga sooblikujejo biološko-genetski, socialni, čustveni, duhovni in družbeni dejavniki. Splet različnih okoliščin doprinese k specifični motnji hranjenja, ki se ji lahko pridružijo še drugi čustveni in telesni zapleti. Obravnava in zdravljenje morata potekati na več ravneh, ki zaobjamejo skrb za telesno in

psihično zdravje, spremembo stališč, vedenja, osebnostnega zorenja posameznika in družine kot sistema. Na kateri ravni je poudarek, je odvisno od akutnosti, dinamike motnje hranjenja in zmožnosti osebe. Izkušnje kažejo, da je psihoterapija nujna in nepogrešljiva pot k zdravju. Cilj zdravljenja ni le odprava simptomov, temveč večje zadovoljstvo s seboj in moč za vodenje življenja, prepoznavanje, načrtovanje in udeleževanje ciljev ter sooblikovanje kakovostnih medosebnih odnosov, prepoznavanje in občutenje smisla bivanja. Razplet je možen le, ko presežemo ukvarjanje s simptomom in se približamo jedru težav, ki ta simptom hrani.

Navedeno misel lahko prenesemo tudi na premoščanje težav na področju čustvovanja, ki so prerasle v **čustvene motnje**. Te se lahko pojavijo v otroštvu, razrastejo v obdobju adolescence ali kasnejših obdobjih. Kažejo se različno, s pretiranim, z napačnim, s premajhnim itd. odzivom na določen dogodek, pojavijo se lahko tudi brez navzven vidnega povoda ali kot posledica travmatskih izkušenj. Pogosto so jih predhodno spremljale ali jih še vedno spremljajo težave v doživljanju in izražanju čustev, težave na področju vedenja, prehranjevalnih in spalnih navad, telesnega zdravja, odnosov z vrstniki in odraslimi, težave na področju motivacije in interesov ter šolskega dela. Pogostejše motnje čustvovanja se lahko kažejo kot depresivnost, anksioznost, različne fobije, obsesivno kompulzivna motnja, panična motnja, generalizirana anksiozna motnja, idr. Čustvene motnje pomembno ovirajo normalen psihološki razvoj, glede na vrsto motnje in dejavnike pri posamezniku, družini in okolju, lahko specifični simptomi vztrajajo dovolj dolgo. Zaradi intenzivnosti jih otrok ali mladostnik ne uspe nadzirati, ovirajo pa tudi njegovo mišljenje in dejavnost. Tudi v teh primerih je zelo pomembno, da diagnoza in načrt obravnave temeljita na psihiatrični in kliničnopsihološki diagnostiki. Za sam proces psihoterapevtskega zdravljenja je pomembno, da se vanj vključuje širši strokovni tim z različnih področij (šola, center za socialno delo, zdravstvo, nevladne organizacije ipd.). Izpostaviti želim, naj posameznik ne bo le objekt, ki se (ga) identificira z diagnozo, temveč subjekt, ki aktivno, z vpetostjo in s soudeležbo ustvarja proces ozdravitve.

Skozi proces pomoči strokovni delavci dejavno soustvarjamo pogoje, v katerih se posameznik opolnomoči z osvajanjem novih strategij in vzorcev mišljenja, vedenja in odzivanja in s temza doseganje večje odpornosti na stresne situacije.

Odpornost posameznika se povečuje z naslednjimi varovalnimi dejavniki (Losel 1993; povzeto po Mikuš Kos, 2001, str. 44):

- stanovit in trden odnos z vsaj enim staršem, osebo,
- socialna podpora znotraj in zunaj družine,
- čustveno pozitivno vzdušje, v katerem so jasno prisotne vrednote in norme življenja,
- socialni modeli, ki spodbujajo konstruktivno obvladovanje,
- ravnovesje med zahtevami okolja do odraščajočega glede socialne odgovornosti in glede dosežkov ter med otrokovimi zmogljivostmi,
- kognitivne zmogljivosti (veščine komuniciranja, empatije, realistično načrtovanje, vsaj povprečne intelektualne sposobnosti),
- temperamentne značilnosti, ki omogočajo učinkovito obvladovanje,
- izkušnja lastne učinkovitosti, notranji lokus kontrole, samozaupanje in pozitivna podoba o sebi,
- izkušnja smiselnosti, prepoznavanje okvirov, strukture ter pomena dogajanj in procesov (vera, ideologija),

- socialna inteligentnost – prepletanje različnih osebnostih lastnosti, nadgrajenih z izkušnjo.

Strokovni delavci in starši naj bi otroku in mladostniku omogočali pogoje, ki krepijo večjo zaščito in preprečujejo, da bi težave prerasle v motnje. Pripomogli naj bi k izgradnji kakovostne osebne integritete mladostnika, ki bo na ta način lažje presešel osebne težave in se dejavno soočil z njihovim reševanjem. Pomoč mora biti sistematična in sistemska, povezovalna, celostna. Pozornost je potrebno usmeriti na izgradnjo socialne mreže pomoči, ki je stkana skozi spodaj navedene zaščitne dejavnike.

Petzold (2011) izpostavi naslednjih **14 zaščitnih faktorjev**, ki naj bi jih udeleževali v odnosu z odraščajočimi:

1. Empatično razumevanje vključujoč sočutje, spoštovanje.
2. Čustveno sprejemanje in podpora.
3. Pomoč pri soočanju z v realnosti praktičnimi življenjskimi nalogami, problemi.
4. Podpiranje izražanja čustev (socializacija čustev) in dovoljenje, da sprejema odločitve.
5. Kognitivni uvid, razumevanje izkušenj.
6. Spodbujanje komunikacijskih in socialnih kompetenc.
7. Spodbujanje zavedanja telesa, sposobnosti, da uravnavajo fizično napetost.
8. Spodbujanje učnih zmožnosti in interesov.
9. Spodbujanje zmožnosti za doživljanje ustvarjalnosti.
10. Usmerjenost na pozitivno perspektivo prihodnosti.
11. Spodbujanje realne zaznave samega sebe in jasnejše podobe o lastni identiteti (psihoedukacija).
12. Pozornost na to, ali imajo podpirajočo socialno mrežo (»konvoj, saj ljudje ne potujemo sami«).
13. Ustvarjanje priložnosti, da lahko izrazijo solidarnost. Mladi so radi solidarni. Skrb za drugega jih krepi in osmišlja bivanje.
14. Razvijanje pozitivnih mnenj o sebi (pozitivno vrednotenje sebe).

V spodbudo in premislek

Kaj nam daje občutek, da smo slišani? Da nas drugi poslušajo, sprejemajo, ne nujno tudi strinjajo z nami, da občutimo, da imamo v odnosu svoje mesto, kjer smo za drugega pomembni? Kaj nas podpira v prepričanju, da smemo biti to, kar smo, da smemo izreči, da občutimo, da bo pogovor odzvanjal? Želimo si, da bi mladi spregovorili, želimo si, da bi zmogli skupaj odpreti vrata. Želimo si, da bi se spreminjali in jim dali vedeti, da jih razumemo. Soočamo se z mnogoterimi stiskami otrok in mladih ter njihovih staršev. Strokovni delavci se občasno srečujemo z občutki nemoči, ki so lahko vzporedni občutkom staršev in odraščajočih. S sodelovanjem med strokovnimi službami, s prevzemanjem lastne odgovornosti za strokovno delovanje ter osebno zorenje, dejavno skrbimo za nenehno doseganje strokovnih kompetenc, ki nam pomagajo na poti preseganja težavna področja čustvovanja in motenj hranjenja.

Se z izgovorom ujetosti v sodobni čas ter hiter tempo bivanja in obvez izmikamo priložnosti, da bi vsak trenutek srečanja optimalno izkoristili za oblikovanje kakovostnega stika s tistimi, ki pridejo k nam po pomoč? Kaj storimo z lastnim strahom, občutkom izpostavljenosti,

nezaščitenosti in pomanjkanja podpore? Tudi strokovni delavci se lahko potopimo v lastni stiski, ko je pričati izkušnji drugega še prezahtevno. Lahko smo netaktni, premalo pozorni, prestrašeni, nestrpni, celo površni, ko vstopamo v proces pomoči. Zato so samorefleksija, zrcaljenje sebe in redna supervizija lastnega dela nujni.

Odrasli in strokovni delavci smo odgovorni za odnos z otroki, odraščajočimi, ljudmi v stiski. Na nas je, da iščemo poti, kako do njih, da bi se jim lahko pridružili na poti iskanja rešitve. Poznavanje teorije, strokovnih smernic, je le eden od dejavnikov, drugi domuje v naši osebnostni zrelosti in vzajemni strokovni podpori. Tudi strokovni delavci smo le ljudje, z lastnimi čustvenimi odzivi, s prepričanji, z vrednotami, s sposobnostjo samournavanja in specifično odzivnostjo na stresne situacije.

Pomembno se je zavedati, da so vse stvari medsebojno povezane in delujejo druga na drugo. Zato mora biti pomoč odraščajočim celostna in vključujoča. Moč delovanja je v sedanjem trenutku. Opazovati in odzivati se moramo na trenutno dogajanje, na tisto, kar je prisotno, kar soustvarjamo in ne spregledati, kaj v celotni zgodbi manjka. Preteklost in prihodnost sta tako na edinstven način prisotni sedaj. S sedanjimi odločitvami in dejanji soustvarjamo prihodnost. Odrasli imamo možnost izbire svojega vedenja in odzivanja, otrok in mladostnik se tega šele učita.

Pelc (2009, str. 537) izpostavi, naj bi strokovni delavci prepoznavali in raziskali, kaj posameznik doživlja in kako se nekaj dogaja. Razumevanje in refleksija dogodka, ustrezno vzpostavljanje stika s seboj in z drugim, pozorno opazovanje, na kakšen način stik vzpostavljamo, vzdržujemo ali prekinjamo, so pomembne veščine, ki jih v svojem delovanju nujno potrebujemo. Z večjim zavedanjem sebebomo lahko oblikovali pristnejši stik. Pristnost v odnosih povečuje kakovost sporazumevanja. Otrok in mladostnik se lahko spreminjata ob naši podpori z lastno motivacijo, zato sta strpnost, postopnost in sprejemanje drugačnosti na strani odraslega nujna. Vemo, da je moč posredovanega v besednem in nebesednem sporočilu, v skladnosti obeh. Zato bodimo odrasli otrokom in odraščajočim za zgled. Pomembno je, da z njimi na ustrezen način delimo to, kar vidimo, čutimo, doživljamo in mislimo, da smo ob njih v prvi vrsti prisotni kot ljudje. Interpretacije in sodbelahko delujejo kot razdiralci stika.

Pomembno je, da sebi, otrokom in mladostnikom omogočamo učenje iz izkušnje in jim damo orodja, s katerimi bodo lahko v stiku s seboj uravnavali napetosti ter z vaje in v rokah vodili svoje življenje. Ko učenje tako poteka v zaupljivem in dovolj varnem okolju, obstaja boljša priložnost za prilagajanje spremembam, za oblikovanje novih vedenjskih vzorcev. Osebnostni razvoj postane privilegij za odrasle in za mlade. Začnimo pri sebi!

Literatura in viri:

1. Čačinovič Vogrinčič, G. (2008). *Soustvarjanje v šoli: učenje kot pogovor*. Ljubljana: Zavod Republike Slovenije za šolstvo.
2. Čigon, E. (spremenjeno 21. 02. 2013). Čustva, občutki in razpoloženja. Pridobljeno 19. 5. 2013 s spletne strani <http://kakosi.si/wp-content/uploads/2012/10/%C4%8Custva-ob%C4%8Dutki-in-razpolo%C5%BEenja-bro%C5%A1ura.pdf>
3. Erzar T. in Kompan Erzar, K. (2011). *Teorija navezanosti*. Celje: Celjska Mohorjeva družba: Društvo Mohorjeva družba.

4. Kompare, A., Stražišar, M., Dogša, I., Vec, T. in Curk, J., (2006). *Psihologija: spoznanja in dileme. Učbenik za psihologijo v 4. letniku gimnazijskega izobraževanja.*(1. izd., 1. natis). Ljubljana: DZS.
5. Marjanovič Umek, L. (ur.),Zupančič, M. (ur.) (2004). *Razvojna psihologija.*Ljubljana: Znanstvenoraziskovalni inštitut Filozofske fakultete.
6. Mikuš Kos, A. (2001). Psihične travme v otroštvu in adolescenci.V T. Samec in V. Slodnjak (ur.), *Psihične travme v otroštvu in adolescenci* (str. 7 – 27). Ljubljana: Kolaborativni center Svetovne zdravstvene organizacije za duševno zdravje otrok pri Svetovalnem centru za otroke, mladostnike in starše : Inštitut za psihologijo osebnosti.
7. Middleton, K., Smith, J. (2012). *Motnje hranjenja: prvi koraki na poti do ozdravitve.* Koper: Ognjišče.
8. Milivojević, Z. (1993). *Psihoterapija i razumevanje emocija.* Novi Sad: Prometej.
9. MKB-10. Pridobljeno 19. 05. 2013 s spletne strani <http://sl.wikipedia.org/wiki/MKB-10>
10. Muršič, M., Milivojević, Z., Brvar, B., Filipčič, K., Lešnik, D. in Pušnik, M.(2010). *Znanje o čustvih za manj nasilja v šoli.* Ljubljana: Inštitut za kriminologijo pri Pravni fakulteti v Ljubljani.
11. Panju, M. (2010). *Strategije za spodbujanje čustvene inteligentnosti v razredu.* Ljubljana: Modrijan.
12. Pečjak, V. (1965). *Poglavja iz psihologije.* Ljubljana: Državna založba Slovenije.
13. Pelc, J. (2009). Ravnanje strokovnih delavcev pri ravnanju z otroki z manj sprejemljivimi oblikami vedenja. V:Tašner V. (ur.)*Brez spopada: kultur, spolov, generacij.* Ljubljana: Pedagoška fakulteta.
14. Petzold, H. (2011). *Anksioznost, depresija in psihoterapija: Deveti študijski dnevi SKZP (osebno gradivo).* Rogla: SKZP
15. Prijatelj, M. (08. 04. 2013). Samo ljubezen ne ozdravi motenj hranjenja: v mladinskem klimatskem zdravilišču Rakitna izvajajo program rehabilitacije oseb z motnjami hranjenja. *Delo.* Pridobljeno 19. 05. 2013 s spletne strani <http://www.delo.si/druzba/zdravje/samo-ljubezen-ne-ozdravi-motenj-hranjenja.html>
16. Serbec, K., Andrelih, M. et. al.(2011). *Motnje hranjenja : gradivo za seminar: Ljubljana, 27.11. 2011.* Ljubljana: Socialna zbornica Slovenije: Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve.
17. Siegel, D. J., PayneBryson,T. (2013). *Celostni razvoj otroških možganov: 12 revolucionarnih metod, s katerimi spodbujamo razvoj otroških možganov.*Domžale: Družinski in terapevtski center Pogled.
18. Smrtnik Vitulić, H. (2007). *Čustva in razvoj čustev.* Ljubljana: Pedagoška fakulteta.
19. Strmečki, A. (2010). *Čim bolj si tiho, bolj se te sliši – neverbalno izražanje čustev: Raziskovalna naloga.* Pridobljeno 19. 05. 2013 s spletne strani http://www.zpm-mb.si/attachments/sl/301/Cim_bolj_si_tiho_bolj_se_te_slisi.pdf
20. Zupančič, M. (2004). Razvoj čustev in temperament ter osebnost v obdobjih dojenčka in malčka.V:Marjanovič Umek, L. (ur.),Zupančič, M. (ur.). *Razvojna psihologija.* Ljubljana: Znanstvenoraziskovalni inštitut Filozofske fakultete.
21. <http://www.mkz-rakitna.si/>

LOGOUT - PRVI SPECIALIZIRAN CENTER POMOČI PRI PREKOMERNI RABI INTERNETA

Petra Belina, univ.dipl.psih.

“Nehal sem se umivati, jedel sem nekaj, vedno poleg računalnika, izgubil sem na telesni teži, moja koža je postala pobledela, nisem se bril in česal...skratka nič nisem počel. Izgledal sem tako slabo, da mi je mama nekoč dejala, da izgledam kot heroinski odvisnik”, pravi mladostnik, ki je postal zasvojen z računalniškimi igrami.

Večina ljudi uporablja računalnik, video igre in internet do mere, ko ta bistveno ne vpliva na njihovo življenje. V manjšem deležu pa lahko nekateri posamezniki postanejo odvisni ali kompulzivni uporabniki. Raziskave kažejo, da naj bi bilo teh od 5 - 10%, intenzivnih uporabnikov. S problemom se srečujejo predvsem mladostniki in mlajši odrasli. Na tem področju je bilo v zadnjih dveh desetletjih narejenih precej raziskav, predvsem v ZDA. Psihologi ugotavljajo, da gre za klasičen mehanizem odvisnosti, ki ga poimenujejo z različnimi termini: CIU (Compulsive internet use), IA (internet-addiction), PIU (Pathological Internet Use) in podobno. V Logoutu temu pravimo prekomerna ali kompulzivna raba digitalnih tehnologij. S strokovnostjo in inovativnim pristopom poskušamo pomagati tistim, ki so na tem polju izgubili nadzor. V prispevku bomo razložili naše delovanje in bistvene poudarke.

MULTIDISCIPLINAREN PRISTOP

V uvodu je potrebno poudariti, da kriterij za obstoj težav NI čas, preživet online, temveč simptomi in posledice vidne v življenju offline (delo, odnosi, družina, pristočasne dejavnosti ...). Ker je osnova v razumevanju uporabnikovega vedenja in iskanju sprožilcev, ki spodbudijo kompulzivno vedenje, smo dokaj hitro ugotovili, da poznavanje ene stroke ni dovolj za nudenje ustrezne pomoči uporabniku. Polje našega delovanja potrebuje različne profile. Na primer, kadar ugotovimo, da je bežanje pred računalnik simptom razpoloženskih motenj (depresije, anksioznosti, apatije...), se v program, poleg psihologa in strokovnjaka za digitalne tehnologije, vključi tudi zdravnik. Tako v našem centru delujejo psihologi, zdravnica in psihoterapevtka, sociolog kulture in strokovnjaki za digitalne tehnologije.

SIMPTOMI IN POSLEDICE

Online aktivnost lahko postane neskončna in emocionalno utrujajoča. Uporabniki zaradi nje pogosto zanemarjajo osnovne življenske potrebe kot so spanje, hranjenje, gibanje in druženje. Ker si ne privoščijo počitka in se slabo prehranjujejo, se lahko pojavi niz različno intenzivnih simptomov in zdravstvenih težav. Spodaj navajmo najpogostejše simptome in posledice prekomerne rabe:

- Odmik od prijateljev in družine
- Upad delovne ali učne učinkovitosti
- Izguba občutka za čas
- Izgubljanje interesa za hobije in športne aktivnosti
- Zdravstvene težave: bolečine v hrbtenici, vratu, zatilju, sindrom karpalnega kanala..
- Znaki po epizodični spletni aktivnosti: glavobol, slabo počutje, omotica
- Nihanje razpoloženja (online - offline)
- Spremembe spalnega vzorca
- Ponavljajoče vedenje kljub vidnim posledicam
- Čas preživet za računalnikom se povečuje

- Laganje
- Šibka socialna mreža

- Buren emocionalni odziv, če mu odvzamemo dostop in/ali računalnik
- Ob prenehanju z aktivnostjo doživlja odtegnitvene simptome, ki vključujejo anksioznost, depresijo, nemirnost, tresenje, neumorno in obsesivno razmišljanje o internetu in podobno

- Prehranjevanje pred računalnikom
- Nezmožnost vzpostavitve nadzora nad vedenjem (neuspeli poskusi)

ZNAČILNOSTI NAŠIH UPORABNIKOV

V naslednjih vrsticah bomo podali nekatere osebnostne značilnosti ljudi, ki so bili obravnavani v svetovalnici Logout v letu 2012 (N=27). Večina je otrok starih od 15 do 18 let (N=22). Pripeljali so jih starši ali partnerji. Večina njih je prišla v svetovalnico zaradi prekomernega igranja računalniških MMORPG iger. S psihodiagnostičnimi sredstvi, ki so del obravnave, smo ugotovili, da so nadpovprečno inteligentni (TN nad 115) in čustveno nestabilni (BFQ: KIM in KČU nizka). Poleg tega je skupno vsem, da imajo relativno šibko

socialno mrežo in nizko samopodobo, ki je vezana na offline življenje. Njihovi odnosi z ostalimi so postavljeni na drugo mesto, medtem ko spletni pridobivajo na svoji veljavi in pomembnosti. Skupno vsem je tudi zelo dobro znanje angleškega jezika in interes za domišljjsko fantazijski svet.

VLOGA STARŠEV IN DRUŽINSKA E-PRAVILA

Obdobje adolescence prinaša veliko sprememb in izzivov, in pogosto se zgodi, da zaradi stiske in dokazovanja otrok zbeži pred računalnik. Pomembno je, da starši vedo v kolikšni meri njihovi otroci uporabljajo računalnik in internet. Preko delovanja v svetovalnici Logout in naših preventivnih programov, smo ugotovili, da starši delajo pri vzgoji svojih otrok s tehnologijami, nezavedajoč se pogoste napake. Ker je postavljanje e-pravil ključno, bomo na tem mestu poskušali povzeti njene bistvene dele. E-pravilnik ne more biti enoten za vse družine, temveč izdelan po meri. Najbolje je, da ga izdelajo starši skupaj z otroci. V njem je potrebno izpostaviti:

- Kje je/bo računalnik (svetujemo v skupnem prostoru)
- Digitalna postaja - mesto v stanovanju, kjer se ob določenih urah in med obroki odložijo/polnijo naprave
- Natančen urnik dostopa za posamezne člane po dnevih v tednu
- Kaj mora posamezni član družine opraviti, da lahko uporablja računalnik in naprave
- Katere vsebine lahko otrok obiskuje (nameščanje varovalnih mehanizmov)
- Izjeme za urnik (počitnice, delo za šolo ali službo...),
- Posledice neupoštevanja pravil

Na tem mestu je potrebno poudariti, da le s pravili in zahtevami ni mogoče vzpostaviti zdravega odnosa do tehnologij in spleta. Pomemben je ustrezen zgled in slog življenja, ki vključuje različne aktivnosti in zdrave navade celotne družine.

PROGRAM RESTART ALI DIGITALNA DIETA

Ker ne moremo zanikati pozitivnih plati interneta in tehnologij, in ker bi bil uporabnik brez vsega tega skorajda nefunkcionalen, se pri obravnavi praviloma ne poslužujemo abstinencnega modela. Abstinenca pride v poštev le, kadar gre za bolj adiktivne vsebine, kot so na primer online igre na srečo, pornografske vsebine in podobno. V teh primerih gre le za abstinenco od problematičnih vsebin. Glede na intenzivnost težav se pri pomoči posamezniku odločamo med programom Restart in Digitalno dieto. Oba sta v svojem bistvu naravnana na konkretnega posameznika, na njegove potrebe in njegove online/offline

navade.

Posameznikom z izrazitejšimi težavami je namenjen program RESTART. V svetovalnem procesu sta prisotna psiholog in strokovnjak s področja sodobnih tehnologij. V začetni fazi ocenimo stanje in izdelamo profil uporabnika z analizo vedenja online. Sledijo motivacijski intervju in postopne modifikacije v življenju offline. V nadaljevanju s spremljanjem in različnimi tehnikami prehajamo do problemov v ozadju. Cilj ni abstinenca, ampak spodbujanje posameznika h kreativni in uravnoteženi rabi tehnologij in svetovnega spleta. Po rednem programu preidemo na občasna skupinska srečanja.

ENOSTAVNEJŠI IN BOLJ KRATKOTRAJEN PROGRAM JE DIGITALNA DIETA, NAMENJEN TISTIM, KI SO S TEHNOLOGIJAMI IN SPLETOM PREOBREMENJENI. PO POGOVORU IZDELAMO PROFIL UPORABNIKA, IZRAČUNAMO TAKO IMENOVANI VIRTUALNI INDEKS 'TELESNE MASE' IN PRIPRAVIMO OSEBNI NAČRT SPREMEMB. V OSEBNEM NAČRTU Z DROBNIMI SPREMEMBAMI IN OPTIMIZACIJO ČASA PREŽIVETEGA NA SPLETU, POSTOPOMA PRISPEMO DO CILJA, KI JE ZDRAVA IN URAVNOTEŽENA RABA SPLETA IN DIGITALNIH TEHNOLOGIJ.

ZA ZAKLJUČEK

Ker smo se dolgo ukvarjali predvsem z vprašanjem ali obstaja tovrstna zasvojenost ali ne, je zdaj pravi čas, da se posvetimo temu, kako posameznikom, ki so razvili tovrstno odvisniško navado pomagati. V našem centru se trudimo, da bi bila obravnava čimbolj specializirana in individualna. Prav tako se zavedamo, kako pomembna in vredna truda je preventiva, saj nas pri našem delu še vedno nemalokrat preseneti zgoraj navedeno vprašanje. Za vse, ki smo na tak ali drugačen način povezani v splet svetujemo, da se vsake toliko odklopite! Že enodnevni odklop ima lahko zelo pozitivne učinke na naše počutje in medsebojne odnose.

RAZLAGA KRATIC:

MMORPG igre - masivno-večigralsko spletno igranje domišljajskih vlog

BFQ - vprašalnik za merjenje strukture osebnosti po modelu "Velikih pet"

KIM – kontrola impulzov, posobnost kontroliranja lastnega vedenja, ko gre za neprijetno, konfliktno ali nevarno situacijo

KČU - kontrola čustev, obvladovanje napetosti, stisk

PROJEKT SRAP: PREPREČEVANJE ODVISNOSTI MED MLADIMI ROMI IN SINTI

(PREDSTAVITEV DELOVANJA RIC-A NOVO MESTO V PARTNERSKI MREŽI PROJEKTA SRAP)

Tea Sulič

Razvojno izobraževalni center Novo mesto

tea.sulic@ric-nm.si

Ključne besede: projekt SRAP, romska mladina, preprečevanja odvisnosti od drog

Povzetek: Problem odvisnosti vpliva na vsako družbo, vendar pa ima še globlji vpliv na romske skupnosti, ki sodi med socialno izključeno in marginalizirano družbeno skupino. Raziskovanje odvisnosti med Romi je nemogoče, nimamo ustreznih podatkov niti analiz stanja. V projektu SRAP smo se zato bolj orientirali na ugotavljanje odnosa romske mladine do drog ter ugotavljanja dejavnikov tveganja ter potencialnih preventivnih dejavnikov, ki izhajajo iz njihovega okolja.

Problem odvisnosti vpliva na vsako družbo, vendar pa ima še globlji vpliv na romske skupnosti. Že tako socialno izključena, podvržena revščini, marginalizirana romska skupnost, s slabim zdravstvenim stanjem, velikimi težavami pri vključevanju v družbeno skupnost in skupnost označena z družbenimi predsodki, nima možnosti, da bi se spopadla z negativnimi učinki različnih oblik odvisnosti, ki se iz mest in mestnih obrobij selijo tudi v romska naselja.

Problematiko odvisnosti med Romi je težko raziskovalno zajeti. Posledično jo je težko tudi primerjati z ostalo populacijo. Za oblikovanje katerekoli ciljno usmerjene strategije pa je prvenstveno potrebna analiza obstoječega stanja. Razlogov, da predhodnih analiz ni možno izpeljati je več. Največje protislovje izhaja iz temeljne pravice posameznika do opredelitve lastne etnične in narodnostne pripadnosti. Možnost (ne)opredelitve omogoči (ne)zajetje tistih potrebnih podatkov, ki bi lahko romski skupnosti omogočila razvoj strategij za kvalitetnejše reševanje ekonomskih, socialnih in zdravstvenih težav.

V kolikor pa že naletimo na posamične študije, ki so povezane z zdravstvenim stanjem Romov, so le-te bolj usmerjene v možnosti dostopa pripadnikov romske skupnosti do zdravstvenega varstva in ne z ustreznimi sanacijskimi ukrepi ter izoblikovanimi

ustreznimi politikami in intervencijami, ki bi skozi različna področja (ni nujno, da je preventiva povezana izključno s področjem, ki ga pokriva zdravstvo) vplivala na zdravje.

Pri reševanju ali oblikovanju strategij pa vse prevečkrat pozabimo, da morajo le-te (če hočemo, da bodo delovale) nastajati v sodelovanju z vsemi udeleženi, da morajo izhajati iz potreb skupine, torej v našem primeru s sodelovanjem z Romi in z upoštevanjem njihovih potreb. Projekt SRAP postane zanimiv ravno zaradi slednjega, v proces iskanja rešitev za zmanjševanja odvisnosti od prepovedanih drog vključi predstavnike romske skupnosti.

Projekt SRAP je začel z delovanjem julija 2010., zaključil se bo junija 2013. Združuje enajst partnerjev (Občina Bologna (IT), ki je hkrati vodilni partner, Società Dolce - Bologna (IT), mesto Benetke (IT), Evropski forum za urbano varnost, Efus - Pariz (FR), Hors la Rue - Pariz (FR), Fundacija Secretariado Gitano - Madrid (Španija), Development Foundation, HESED - Sofija (BG), Romski javni svet Kupate - Sofija (BG), Foundatia Parada - Bukarešta (Romunija), Fakulteta Trnava , Oddelek za zdravstvo in socialno varstvo, Trnava (Slovaška) ter Razvojno izobraževalni center Novo mesto (SI). Poteka pod okriljem evropskega projekta Zdravje, sofinancira pa ga Izvajalska komisija za zdravje in potrošnike pri Evropski komisiji.

Med temeljne cilje si projekt SRAP postavi:

- izboljšanje in izmenjava razumevanja vedenja in ravnanja mladih Romov v evropskem prostoru v povezavi s problematiko zasvojenosti,
- okrepitev preventivnih spretnosti mladih Romov;
- upoštevanje medkulturnih razlik zdravstvenih delavcev pri vključevanju v dejavnosti preprečevanja odvisnosti od drog;
- vplivanje na dovtetnost javnega sektorja in civilne družbe za potrebe mladih Romov, ki so povezane s preprečevanjem odvisnosti od drog.

Začetki dela na projektu so bili usmerjeni v pregled zakonodaje s področja statusne ureditve romske skupnosti v državah partnerjev projekta, s pregledom zdravstvene in socialne urejenosti romske skupnosti, z zakonskimi podlagami, ki se nanašajo na porabo dovoljenih in nedovoljenih drog ter na pregled morebitnih nacionalnih raziskav, ki bi se nanašale na problem uporabe drog med predstavniki romske skupnosti.

Ker projekt SRAP izhaja iz prepričanja, da je potrebno v projektu povečati participacijo Romov, smo pripadnike romske skupnosti vključil v samo načrtovanje izvedbe akcijskega raziskovanja, še zlasti pri postavljanju ciljev in prioriteten tem. V spomladanskih mesecih 2011 smo delali s tremi fokusnimi skupinami: skupino zdravstvenih delavcev, skupino socialnih delavcev ter predstavnikov lokalnega okolja

ter skupino Romov. Še zlasti smo bili pri fokusnih skupinah usmerjeni v iskanje vsebin, ki jih tako Romi kot ostali strokovni delavci čutijo kot potrebne raziskovanja. Na ta način smo dobili odgovor na vprašanje, katere so naše prednostne naloge, ki izhajajo iz potreb fokusnih skupin v okolju, dobili smo iztočnice za delo na projektu. Zanimala nas je umeščenost problematike odvisnosti od dovoljenih in prepovedanih drog med romsko populacijo. Tako smo prišli do temeljnih ugotovitev, da strokovnjakom, ki se v lokalnem okolju ukvarjajo z omenjeno problematiko preprečevanja odvisnosti od drog, zelo primanjkujejo informacije o sami kulturi, vrednostnem sistemu, življenjskem stilu Romov, nimajo ustreznih informacij o pripravljenosti Romov za sodelovanje pri reševanju te problematike. Predstavniki romske skupnosti pa so izpostavili neosveščenost o posledicah odvisnosti od drog ter neinformiranost o možnih oblikah pomoči in podpore v okolju v primeru odvisnosti, ali če strnemo:

- pri nadaljnjem delu na projektu bo potrebno upoštevati tudi kulturno pogojenost razumevanja uporabe drog v romskih skupnostih (npr: določene droge so kulturno umeščene v njihovo življenje, nekatere pa so prenešene);
- izredno težko bo ugotavljati prisotnost drog v romskih skupnostih, saj so romske skupnosti izredno zaprte socialne skupnosti;
- opazne so močne vrzeli v nujenju pomoči in izvedbi preventivnih programom
- med romsko populacijo (še zlasti mladino) obstaja veliko dejavnikov tveganj in skoraj nič varovalnih dejavnikov (ni ozaveščenosti, ni informiranosti, hiter prehod iz otroštva v odraslost, zaprte skupnosti...).

V poletnih mesecih 2011 smo nadaljevali z akcijskim raziskovanjem, delo smo usmerili v romsko mladino. Zanimal nas je odnos romske mladina do uživanja posameznih drog in delovanje njihove socialne mreže oz. morebitne podpore, ki jo imajo v socialnem okolju. Odločili smo se, da opravimo raziskovanje v treh različnih starostnih skupinah s pomočjo dveh metod dela: s skupino mlajših romskih otrok (11-14 let) ter skupino starejših romskih otrok (14-16 let) smo izvedli delavnico vizualne stimulacije (delo s kolaži po metodi, ki jo je razvila P. Reavey), s starejšo romsko mladino (17-24 let) pa smo izpeljali intervjuje. Izbira metod dela je izhajala iz predhodnih ugotovitev: pri delu je potrebno upoštevati jezikovne ovire ter med Romi obstaja velika stopnja nezaupanja, tako medsebojnega kot tudi do neromov.

Pri metodi vizualne stimulacije smo dali skupini otrok navodila, da poiščejo v različnih revijah slike, ki jih asociirajo na posamezne droge, njihove učinke in njihov odnos do drog (tobak, alkohol in prepovedane droge) ter s slikami in dodanim tekstom oblikujejo individualen in skupinski kolaž. Pri izvedbi delavnic v romskem naselju so nam pomagali javni delavci, zaposleni na RIC-u Novo mesto, ki izhajajo iz romske skupnosti ter tako prispevali h krepitvi občutka varnosti, vplivali na motivacijo romskih otrok po sodelovanju in pomagali pri premagovanju jezikovnih ovir. Intervjuji s starejšimi so potekali v prostorih RIC-a Novo mesto in so bili orientirani na sledeča področja: vrste in

pogostost jemanja drog, dostopnost do drog, nedavna uporaba drog, socialna podpora v okolju, preživljanje prostega časa ter življenjski cilji. Zavedamo se, da vzorec mladine, ki smo jo zajeli ni statistično reprezentativen, vendar smo dobili zadovoljivo sliko o in uporabne informacije za nadaljnje delo na projektu. Ugotovili smo, da:

- so dovoljene droge (tobak, alkohol) in nedovoljene droge (kanabis, heroin) prepoznane in prisotne v življenju romske mladine (ostale substance, kot so zdravila pa bolj v svetu odraslih);

- romska mladina pozna negativne socialne in ekonomske posledice, ki jih povzročata alkoholizem;

- sodi tobak in deloma alkohol med sprejemljiva drogo (kulturno sprejeta), da pa doživljajo prepovedane droge kot umešene iz zunanjega okolja v njihov svet;

- imajo do prepovedanih drog negativen odnos, vzbujajo jim nelagodje, povezujejo jih s smrtjo in boleznijo ter so največkrat tabu tema;

- imajo pomanjkljivo znanje o delovanju drog na organizem oz. vpliv na njihovo zdravje ter da ne vedo, kje bi lahko poiskali ustrezno pomoč v primeru odvisnosti oz. ne iščejo zunanje podpore (po pomoč se npr. obračajo samo na policijo v primeru agresivnega vedenja alkoholiziranega posameznika v skupnosti oz. na center za socialno delo v primeru, da zanemarjanja starševskih obveznosti zaradi odvisnosti od alkohola).

Največji dejavnik tveganja pa dejansko izhaja iz njihove socialne mreže in življenjske brezcilnosti. Največja stopnja zaupanja poteka le med materjo in posameznim otrokom, nekaj več jo je še med mlajšimi partnerji, med brati in sestrami jo je dosti manj, ravno tako med očetom in otroki, najmanj med vrstniki. Glede na to, da je odraščala romska mladina v izrazito permisivnem okolju pa tudi ta veza (mati- otrok) nima pomembnejših preventivnih učinkov. Zato se postavi vprašanje, ali je samoumevnost konzumiranja tobačnih izdelkov in deloma alkohola bolj posledica starševske nemoči in ne del njihove kulture. Na drugi strani pa je opazna v odraščanju mladih izrazita brezcilnost in nestrukturiranost prostega časa, ki omogoča dovolj velik prostor za umestitev vseh oblik odvisnosti.

Novembra 2011 smo v Dolenjskih Toplicah organizirali srečanje partnerjev in strokovnih delavcev, ki izvajajo dejavnosti na projektu z namenom, da se opremimo z ustreznimi metodami preventivnega dela z romsko mladino na področju preprečevanja odvisnosti od drog. Izbor strokovnjakov je bil povezan z idejo, da je potrebno romsko mladino opolnomočiti pri sprejemanju odločitev glede poseganja po drogah. Na srečanje smo povabili ugledna mednarodna strokovnjaka, ki imata za sabo veliko raziskav in delovanja na področju odvisnosti, Gian Paola Guelfija iz Italije ter Richard Ivesa iz Velike Britanije.

Richard Ives je poudaril pomen krepitve življenjskih veščin, s katerimi lahko vplivamo na (samo)odločanje in kritično delovanje vsakega posameznika. Guelfi pa nam je predstavil t.i. motivacijski intervju kot komunikacijsko metodo, osredotočeno na posameznika s katero pomagamo le-temu slediti doseganje lastnega cilja.

Jesen 2012 smo ob vseh dosedanjih izkušnjah namenili preverjanju možnosti prenosa obeh metod dela med romsko mladino. Življenjske veščine smo razvijali na delavnicah skozi različne socialne igre. Delavnice so potekale na različnih lokacijah, v dveh starostno različnih skupinah otrok, v mlajši skupini otrok (11-14 let) v romskem naselju Kerinov Grm v Krškem ter v starejši skupini v Ric-u Novo mesto. Pred nami (vsemi partnerji projekta) je skupna evalvacija doseženih rezultatov. Delni rezultati, ki smo jih dobili na RIC-u Novo mesto pa kažejo, da bo v primeru razvijanja življenjskih veščin med mladimi Romi potrebno veliko prilagoditev vsebin in načina izvedbe ob upoštevanju romske kulture v najširšem smislu.

Znotraj projekta pa poteka še priprava posebnega programa usposabljanja (ter njegova izvedba) in priročnika, namenjena še zlasti zdravstvenim delavcem, z namenom: okrepiti zavedanje o pomenu upoštevanja kulturnih in socialnih razlik pri delu z Romsko mladino.

Rezultate projekta objavljamo partnerji na spletni strani projekta www.srap-project.eu, na spletni strani Ric-a Novo mesto pa so objavljeni dogodki, ki so povezani z delom na projektu ter zanimivimi aktivnosti iz življenja Romov v lokalnem okolju.

PREVENTIVNI PROGRAM ZA KREPITEV DRUŽIN NA PODROČJU PREPREČEVANJA ZASVOJENOSTI

Matej Košir in Sanela Talić

Inštitut Utrip

Preventivni program Krepitev družin na področju preprečevanja zasvojenosti (The Strengthening Families Program) je znanstveno dokazano učinkovit družinsko preventivni program, ki temelji na treningu veščin v družinah. Program gradi na varovalnih dejavnikih, kot so: izboljšanje družinskih odnosov, izboljšanje starševskih veščin in povečanje socialnih ter drugih življenjskih veščin pri otrocih in mladostnikih. Primerjalni pregled učinkovitih preventivnih programov na področju alkohola in prepovedanih drog je pokazal, da je program Krepitev družin najučinkovitejši preventivni program na svetu (Foxcroft in sod., 2003).

Inštitut Utrip je v letih 2011 in 2012 pilotsko izvedel program z 8 družinami, ki jih je pridobili za sodelovanje prek šolskih svetovalnih služb. Glede na starost otrok izbranih družin so izvedli različico programa za starostno skupino otrok od 6. do 11. leta starosti. Zunanje vrednotenje pilotske izvedbe programa je pripravila skupina strokovnjakov pod vodstvom dr. Karol Kumpfer z Univerze v Utahu, ZDA.

Vrednotenje učinkov je potekalo s pomočjo kvazi-eksperimentalnega ponavljanja merjenj različnih spremenljivk in merljivih kazalnikov⁶ ter testiranja vedenja in stališč staršev in otrok pred in po izvedbi programa⁷ po priporočilu Campbella in Stanleya (1967). Učni načrt so izvajalci izvedli v sklopu 14 družinskih srečanj na organiziran in interaktiven način. Med spremljanjem izvajanja programa so ocenjevalci ugotovili, da so bile družine aktivno vključene v izvedbo programa, in da so dejansko okrepile načrtovane družinske veščine.

⁶Pri tej metodi gre za longitudinalno ponavljajoče merjenje istih spremenljivk in kazalnikov pri intervencijah, pri čemer merimo spremembe skozi čas. Pri kvazi-eksperimentu gre za empirično študijo, s katero ocenjujemo učinek ali rezultat intervencije na ciljno skupino. Gre za sorodno metodo kot pri eksperimentu ali naključnem nadzorovanem poskusu, vendar pa v tem primeru manjka t. i. »naključnost« (vzorec ciljne skupine za pilotsko fazo izvedbe SFP v Sloveniji ni bil izbran naključno). Kljub temu smo pri izboru ciljne skupine upoštevali določene kriterije, kot so npr. ranljivost otrok (hiperaktivnost, vedenjske ali učne težave ipd.).

⁷Testiranje pred in po izvedbi intervencije je raziskovalna metoda, pri kateri primerjamo ciljne skupine med seboj in stopnjo sprememb kot rezultata programa ali intervencije. Lahko jo uporabimo za merjenje stopnje sprememb tudi znotraj ene ciljne skupine pred in po izvedbi programa ali intervencije.

Vrednotenje je pokazalo odlične rezultate pri 16 od 18⁸(89 %) merljivih kazalnikov (dejavnih zaščite ali tveganja), v nekaterih točkah celo boljše od povprečnih rezultatov in učinkov predhodnih študij. Največji učinek je program dosegel pri pozitivnih spremembah starševskih veščin in vzgojnega stila pri obeh starših (pri posameznih spremenljivkah je bil učinek od $d = .78^9$ (visok obseg učinka) pri pozitivnem starševstvu do $d = .60$ (srednji obseg učinka) pri starševski učinkovitosti). Program je tudi v segmentu družinskih sprememb dosegel občutne spremembe na bolje pri vseh spremenljivkah, in sicer je bil učinek od $d = .95$ (visok obseg učinka) pri družinski moči in odpornosti do $d = .50$ (srednji obseg učinka) pri družinskih konfliktih. Omenjene spremembe, izmerjene pri sodelujočih slovenskih družinah, so boljše, kot jih je program dosegel pri številnih drugih študijah učinkovitosti programa v ZDA in drugod. Tudi pri otrocih, ki so sodelovali v programu, so se pokazale spremembe na bolje. Kar pri 6 od 7 spremenljivkah se je pokazalo izboljšanje, in sicer se je zmanjšala odkrita ali prikrita agresivnost, izboljšalo se je stanje glede pomanjkanja pozornosti, hiperaktivnosti in depresije, izboljšale pa so se tudi socialne veščine in koncentracija otrok. Rezultati kažejo, da je zelo pomembno vzdrževati visoko udeležbo družin skozi celoten program ter se osredotočati na izboljševanje starševske prakse glede disciplinskih tehnik pri vzgoji otrok. Starši so v sklopu vrednotenja poročali o zelo skromni uporabi alkohola, tobaka ali drugih drog preden so se udeležili programa, s tem da so po izvedbi programa poročali še o zmanjšani uporabi le-teh. Zaradi zelo nizke uporabe alkohola, tobaka in drugih drog pred začetkom programa tudi učinki niso bili občutno boljši. Gledano v celoti je program pokazal srednje do velike izboljšave pri starševskih veščinah in majhne do velike izboljšave pri družinskih odnosih ter otrokovem vedenju.

Zunanji ocenjevalci (Kumpfer in sod., 2012) so v sklopu evalvacijskega poročila pripravili tudi nekaj priporočil, in sicer predlagajo, da se z izvajanjem programa v Sloveniji nadaljuje, saj je bil pilotsko izveden v skladu z vsemi smernicami in priporočili, ter da se uporablja enak postopek vrednotenja tudi v bodoče, vključno z vrednotenje učinkov in rezultatov (kar bo omogočalo mednarodne primerjave). Ocenjevalci še priporočajo, da se program v Sloveniji razširi na rizične, visoko rizične in socialno

⁸ Med merljivimi indikatorji (dejavniki zaščite ali tveganja) so organizacija družin, družinska kohezija, družinska komunikacija, družinski konflikti, družinska odpornost, pozitivno starševstvo, vključenost staršev, starševske veščine, starševski nadzor, starševska (vzgojna) učinkovitost, odkrita in prikrita agresija, težave s koncentracijo, kriminalno vedenje, hiperaktivnost, socialno vedenje, depresija ter uporaba alkohola in drugih drog.

⁹ Cohenov d spada med najbolj znane mere za ocenjevanje razlik (poleg Glassovega Δ in Hedgesove g statistike). Po Cohenu pomeni $d = .20$ majhen obseg učinka, $d = .50$ srednji obseg učinka in $d = .80$ velik obseg učinka. Največji obseg učinka $d = 1.00$ pomeni, da se je pri posamezniku ali skupini zgodila sprememba za eno standardno deviacijo. Kumpfer pri ocenjevanju učinkov preventivnih programov (glede na specifične tovrstnih intervencij) uporablja nekoliko prilagojeno lestvico obsega učinkov, in sicer pomeni $d = .00$ do $.30$ majhen obseg učinka, $d = .31$ do $.60$ srednji obseg učinka in $d = .61$ velik obseg učinka.

izključene oziroma izolirane družine ter, da se sproti zagotovi financiranje programa za vse nadaljnje cikle in izvedbe na podlagi načrta dela nosilcev in izvajalcev.

Inštitut Utrip bi po njihovem mnenju lahko bil bolj uspešen pri izvajanju programa, če bi si zagotovil širšo podporo skupnosti, zlasti centrov za socialno delo ter drugih ustanov in organizacij, ki delujejo na področju socialnega varstva in družine (npr. organizacije za zaščito otrok, svetovalnice za otroke, mladostnike in starše ipd.).

VLOGA PREVENTIVNEGA DELA V OKVIRU SOCIALNEGA VARSTVA

Marjeta Ferlan Istinič, sekretarka na Ministrstvu za delo, družino in socialne zadeve

Tako kot tudi drugje po svetu tako tudi v Sloveniji zasvojenost in z njo povezane posledice predstavljajo resen problem sodobne družbe. Problemi povezani z zasvojenostjo imajo mnoge razsežnosti tako za posameznika kot za celotno družbo. Zasvojenost ni vezana le na zlorabo prepovedanih drog, ampak tudi na druge oblike zasvojenosti, kot so motnje hranjenja, igre na srečo, v zadnjem času tudi zasvojenost z računalniki, ipd. Poleg primarno preventivnih programov ne smemo pozabiti na pomen in krepitev kakovostnih ter dostopnih programov, namenjenih obravnavi in rehabilitaciji zasvojenih in zmanjševanju posledic, ki jih za posameznika in družbo predstavlja zasvojenost.

Problematika povezana z zasvojenostjo se v sistemu socialnega varstva obravnava kot ena izmed mnogih vedenjskih oblik, ki lahko vodijo v zmanjšanje stopnje socialne vključenosti osebe, ki je zasvojena, ali njegovih bližnjih (svojcev in prijateljev). Osnovna načela za izvajanje sistema socialnega varstva v RS so zagotavljanje človekovega dostojanstva, socialne pravičnosti, solidarnosti (ob hkratni odgovornosti posameznika za lastno socialno varnost in socialno varnost njegovih družinskih članov), medgeneracijske povezanosti, enake dostopnosti, proste izbire in individualizirane obravnave.

Sistem socialnega varstva zajema storitve, programe in druge oblike pomoči, katerih namen je preprečevati nastajanje socialnih stisk in težav, storitve, programe, prejemke in druge oblike pomoči, ki so namenjeni reševanju socialnih stisk in težav, javna pooblastila, naloge in ukrepe, ki jih izvajalcem socialnega varstva nalagajo zakoni in drugi predpisi, načrtovanje, razvoj, spremljanje in evalvacijo vseh elementov sistema socialnega varstva in socialne zaščite. V tem kontekstu se v načrtovanje in izvajanje programov, namenjenih reševanju socialnih stisk, povezanih z zasvojenostjo, ustrezno prilagaja temeljni usmeritvi sistema socialnega varstva ter zviševanju stopnje socialne vključenosti. Kot vsa ostala področja, na katera vstopa socialno varstvo, tudi reševanje problematike povezane z zasvojenostjo, zahteva celosten pristop. Gre za problematiko, katere reševanje zahteva izrazito medsektorsko in multidisciplinarno delovanje in usklajevanje.

Načelni cilji, ki jih mora zagotoviti sistem socialnega varstva in s tem posredno tudi mreža izvajalcev storitev in programov za reševanje socialne problematike povezane z uživanjem prepovedanih drog so naslednji: izboljšanje kvalitete življenja posameznikov, zagotavljanje

aktivnih oblik socialnega varstva, razvoj strokovnih socialnih mrež pomoči, vzpostavitev in razvoj pluralnosti dejavnosti ter oblikovanje novih pristopov za obvladovanje socialnih stisk.

Strokovne dejavnosti namenjene reševanju socialne problematike, povezane s problematiko na področju zasvojenosti, se izvajajo v okviru javne službe ter v okviru dopolnilne mreže socialnovarstvenih programov. V Centrih za socialno delo (trenutno jih je v Republiki Sloveniji 62), so osebe, ki imajo težave z zasvojenostjo (uporabniki) in njihovi svojci različnih socialnovarstvenih storitev: predvsem pa storitev prve socialne pomoči, osebne pomoči in pomoči družini za dom.

Kot nepogrešljiv del ponudbe programov pomoči, deluje izven okvira javne službe tudi mreža socialnovarstvenih programov, katerih pretežni del izvajalcev so nevladne organizacije. V različnih programih obravnave se uporabnikom in njihovim svojcem nudi strokovno podporo pri obravnavanju njihovih težav, podporo pri identifikaciji in doseganju ugodnih rešitev za nastale težave in drugačnih vzorcev vedenja, spremljanje in pomoč pri odvajanju in vzdrževanju abstinence ter reorganizaciji življenja.

Programi, namenjeni reševanju vprašanj socialnih stisk, povezanih z zasvojenostjo, so predvsem:

- Primarno preventivni programi (informiranje, delavnice, delo v skupinah, akcije usmerjene v širšo javnost),
- Programi namenjeni identifikaciji in delu s posamezniki in skupinami z večjim tveganjem (sprejemni centri, informativne pisarne s svetovanjem, internetno svetovanje, dnevni centri, delavnice, skupine za samopomoč),
- Nizkopražni programi (dnevni centri, zavetišča ter sprejemališča za brezdomne uživalce drog, mreža centrov za svetovanje s terenskim delom za pomoč zasvojenim osebam s prepovedanimi drogami),
- Visokopražni programi (sprejemni centri, informacijske pisarne, terapevtsko pripravljalni centri, terapevtske skupnosti s poudarkom na strokovni psihosocialni obravnavi, terapevtske skupnosti s pridruženimi motnjami, terapevtske skupnosti za zasvojene starše z otroki, komune, dnevni centri),
- Programi reintegracije uporabnikov v družbo (dnevni centri, individualno spremljanje in svetovanje, delo v skupinah),
- Programi za vzporedno psihosocialno pomoč svojcem zasvojenih ter terapevtskim skupnostim alternativnih programov za uživalce drog.

Ne glede na različne oblike in možnosti vključitve uporabnikov v različne programe je treba povedati, da številni uporabniki zaradi zahtevnosti posameznih programov predčasno zapustijo programe in se vključujejo v manj zahtevne programe. Zato je naloga ministrstva, da v okviru mreže zagotavljamo različne oblike pomoči in obravnave.

MDDSZ v odnosu do izvajalcev socialnovarstvenih programov, kamor sodijo tudi programi urejanja socialnih stisk, povezanih z zasvojenostjo, s sofinanciranjem programov nastopa kot spodbujevalec njihovega razvoja (od leta 1993 dalje).

Pravna podlaga za reševanje problematike povezane z zasvojenostjo:

Zakon o socialnem varstvu in Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva 2006-2010 - nova Resolucija je v pripravi, Zakon o preprečevanju uporabe prepovedanih drog in o obravnavi uživalcev prepovedanih drog (ZPUPD) – nova resolucija je v pripravi.

Sredstva, ki jih je Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve v preteklih letih namenilo za sofinanciranje programov s področja socialne rehabilitacije zasvojenih, smo od leta 2000 naprej vsako leto povečevali. V letu 2000 smo za socialnovarstvene programe namenili sredstva v višini 587.210,00 EUR. S širitvijo programov po vseh regijah v Sloveniji in oblikovanjem novih programov smo mrežo na področju zasvojenosti močno okrepili. V letu 2012 smo za socialnovarstvene programe namenili sredstva v višini 3.227.823,00 EUR. Sredstva so bila namenjena za sofinanciranje celotnega področja zasvojenosti, v katerega, poleg programov, namenjenih reševanju socialne problematike uživalcev prepovedanih drog, spadajo tudi programi s področja alkoholizma in motenj hranjenja. V okviru sredstev, ki jih MDDSZ namenja za sofinanciranje programov s področja zasvojenosti (Socialna rehabilitacija zasvojenih) je 60% sredstev namenjenih za visokopražne programe, 25% sredstev za nizkopražne programe in 15% sredstev za preventivne programe. Sredstva, ki so namenjena za izvajanje programov, so namenjena pretežno za stroške dela strokovnih delavcev.

V zadnjih treh letih smo na področju socialne rehabilitacije zasvojenih posebno pozornost namenili razvoju mreže programov socialne reintegracije ter specializiranih programov za starše z otroki ter programov za mladostnike. Glede na to, da se zavedamo pomembnosti pravočasne obravnave, smo okrepili tudi mrežo sprejemnih centrov za zasvojene in njihove svojce.

V zadnjih štirih letih smo pozornost namenili tudi evalviranju že obstoječih programov v ta namen je bila v okviru Inštituta za socialno varstvo Republike Slovenije oblikovana projektna skupina, ki je zadolžena tudi za ustrezno usposabljanje na tem področju. Prav tako smo že v letu 2008 pričeli z verifikacijo programov, ki je tudi pogoj za uvrstitvev

programov med javne socialnovarstvene programe. S področja socialne rehabilitacije se je do konca leta 2011 tako verificiralo že okrog 20 programov.

V okviru ministrstva za delo, družino in socialne zadeve bomo tudi v prihodnosti intenzivno spremljali problematiko zasvojenosti na različnih nivojih in se tako preko različnih oblik pomoči prilagajali potrebam v skupnosti, s posebnim poudarkom na novih oblikah zasvojenosti. Prav tako pa se bomo trudili, da bomo pri oblikovanju novih strategij na področju zasvojenosti delovali povezano in interdisciplinarno.

PREVENTIVNO DELO Z OTROKI IZ DRUŽIN, OBREMENJENIH Z DUŠEVNIMI MOTNJAMI

Mag. Bogdan Dobnik, diplomirani socialni delavec

Ozara Slovenija, Nacionalno združenje za kakovost življenja
bogdan.dobnik@ozara.org

Povzetek: Strokovni delavci na področju duševnega zdravja že dalj časa spoznavajo, da težave v duševnem zdravju ne prizadenejo samo osebe s temi težavami, pač pa zaradi njih trpi celotna družina. Vse bolj se zavedajo, da je potrebno določeno skrb nameniti tudi njihovim najbližjim. V Sloveniji se sicer izvajajo programi, ki služijo podpori in pomoči tem osebam. V njih so pretežno vključeni odrasli družinski člani, skoraj nikoli pa njihovi otroci. Odraščanje je že samo po sebi težaven proces, ki je še toliko bolj zapleten v družini, ki je obremenjena z duševno motnjo staršev. Otroci morajo v takšnih družinah premagati marsikatero oviro, ki je ostalim otrokom prihranjena. Odrasti morajo hitreje, razumeti morajo težko doumljivo naravo duševnih motenj, pogosto se morajo soočiti z obremenjujočimi občutki sramu in krivde, velikokrat so prikrajšani za brezskrbne otroške trenutke. Tako so v tem ranljivem življenjskem obdobju prepogosto prepuščeni sami sebi, kar lahko ima negativne posledice na njihov nadaljnji razvoj.

Ključne besede: dejavniki tveganja, preventivne aktivnosti, krepitev duševnega zdravja otrok, otroci v družinah z duševno motnjo

Raziskave o duševnem zdravju otrok

Mednarodna raziskava »Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju« iz leta 2010 (Jeriček Klanšček in drugi 2011), ki poteka vsake štiri leta in jo na reprezentativnem vzorcu učencev in dijakov, starih enajst, trinajst in petnajst let izvaja Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, je pokazala, da ima večina (67 odstotkov) slovenskih mladostnikov dobro ali celo zelo dobro z zdravjem povezano kvaliteto življenja. Vsaj desetina mladostnikov svoje zdravje ocenjuje kot slabo in redno občuti težave, kot so nespečnost, nervoza, razdražljivost, glavobol in ni zadovoljna s svojim življenjem. Približno 30 odstotkov pa jih je v zadnjem leto doživljalo občutke depresije.

Raziskave tujih strokovnjakov so pokazale, da kar 20 odstotkov otrok in mladostnikov trpi zaradi duševne motnje; samomor pa je med mladostniki tretji najpogostejši vzrok smrti (Belfer 2008). Po podatkih iz Velike Britanije ima 10 odstotkov otrok pomembno duševno motnjo, kar pomeni, da le-te pomembno učinkujejo na njihov nadaljnji razvoj (Layard in Dunn 2009; Rowland in Beinart 2009).

Strokovnjaki, med njimi tudi slovenski, vse pogosteje opozarjajo (Med.over.net 2012) na porast depresije, zlasti med starostniki in mladostniki. Po nekaterih ocenah, ki temeljijo na epidemioloških študijah, naj bi približno 1 odstotek predšolskih otrok trpelo za

depresivnimi simptomi, med najstniki pa je ta odstotek še nekoliko višji in znaša med 2 in 6 odstotki. Obdobje srednje in pozne adolescence še posebej kritično za pojav depresivnih simptomov, posebno pri dekletih.

Znaki depresije pri otrocih

Medtem, ko so za otroke vseh starostnih skupin značilne pretirana razdražljivost, preobčutljivost in socialni umik, pa je potrebno na tem mestu omeniti tudi starostne posebnosti, saj se depresija pri mladih kaže glede na razvojno obdobje, v katerem se nahajajo. V zgodnji starosti (otroci stari med 6 in 8. let) prevladujejo telesne pritožbe (npr. bolečina v trebuhu), afektivni simptomi (potrtost ali bes) ter psihomotorni nemir, v srednjem otroštvu pa nizko samospoštovanje, težave s koncentracijo in težave v šolskem funkcioniranju. Po 11. letu starosti se tovrstne težave kažejo skozi brezup in nemoč, občutki neutemeljene krivde, lahko pa tudi z motnjami spanja (npr. prekomerno dnevno zaspanostjo) ali spremembo telesne teže. Pri adolescentih se pogosto razvijejo najrazličnejše morbidne ideje, zelo pogosto pa tudi samomorilne misli (Stark in drugi 2001).

Pojav in potek depresije sta povezani z nizom bioloških, psiholoških in socialnih dejavnikov. Verjetnost, da bodo potomci staršev z depresijo podedovali depresijo, je trikrat večja kot v normalni populaciji, kar pomeni, da bo 15 odstotkov potomcev razvilo depresijo, 85 odstotkov pa ne. Najpogostejši psihosocialni dejavniki se vežejo na neugodne zgodnje izkušnje, neustrezen zgodnji odnos med otrokom in staršem ali pa na izgubo roditelja v otroštvu. Prve epizode depresije so sprožene s pomembnimi stresnimi življenjskimi dogodki, ki so še posebej povezani z izgubo (npr. ločitev, separacija, žalovanje, bolezen, poškodba brezposelnost) (Sadock in Sadock 2002; Stark in drugi 2001).

Otroci staršev z duševnimi motnjami

Odraščanje že samo po sebi težaven proces, ki pa je še bolj zapleten v družini, obremenjeni z duševno boleznijo. Takšni otroci imajo namreč večjo možnost za razvoj psihične motnje, v razvoju pa zlahka zaostanejo. Način, kako se v njihovi družini vedejo med seboj, pa obarva njihove prihodnje odnose v življenju. Najmanj eden izmed treh otrok staršev s psihičnimi problemi ima eno motnjo, še ena tretjina pa zmerne težave, ki s primerno pomočjo nazadnje izzvenijo (Wyckmans 2006). Uspeh farmakologije in prenos skrbi iz institucij v skupnost, prispevajo k temu, da je vse več otrok soočenih z bolezenskimi znaki ter zdravljenjem svojega očeta ali matere.

Otroci staršev, ki trpijo za duševnimi motnjami, naletijo na številne ovire. Razumeti morajo težko doumljivo naravo duševnih motenj, ki je čestokrat težko razumljiva celo odraslim. Zelo pogosto se morajo soočati z obremenjujočimi občutki sramu in krivde, velikokrat so prikrajšani za brezskrbne otroške trenutke, zanje pa je značilna izguba varnosti v njihovem intimnem doživljanju. Harmonija družine se naenkrat poruši in močno zaznamuje vsakega od njenih članov, otroci pa se ne morejo več opirati na starša kot na osebi za identifikacijo. Na nek način morajo ti otroci hitreje odrasti in pogosto biti

starši staršem, ki to v celoti niso mogli biti. Poleg vsega naštetega pa so še biološko oz. genetsko obremenjeni.

Vloga genov ni zanemarljiva, vendar ne obstaja prav velika verjetnost, da bi otroci obolelih staršev motnjo podedovali. Verjetnost za nastanek shizofrenije pri posamezniku je 2 odstotna, če je bolan njegov bratranec, če je bolan stric ali teta, med 2 in 6 odstotkov, če je bolan kateri od staršev, otrok, brat ali sestra, pa med 6 in 17 odstotki. Pri enojajčnem dvojčku pa je verjetnost pojava bolezni pri drugem dvojčku, če ima prvi shizofrenijo, 50 odstotna (Cullberg 2006). Verjetnost, da bodo otroci staršev z depresijo podedovali depresijo, je približno trikrat večja kot v splošni populaciji (Stark in drugi 2001).

Okoljski dejavniki so pomemben dejavnik tveganja za nastanek depresije, še posebej pri ljudeh, ki so poleg tega tudi biološko oz. dedno obremenjeni, imajo slabo samopodobo in nimajo razvitih spretnosti za spopadanje s stresom in življenjskimi izzivi. Praviloma so namreč prve epizode depresije sprožene s pomembnimi stresnimi življenjskimi dogodki, ki so še posebej povezani z izgubo (npr. ločitev, separacija, žalovanje, bolezen, poškodba brezposelnost). Najpogostejši psihosocialni dejavniki se vežejo na neugodne zgodnje izkušnje, neustrezen zgodnji odnos med otrokom in staršem in izgubo roditelja v otroštvu (Gelder in drugi 1993).

Na tam mestu je potrebno omeniti, da se s številnimi težavami ne srečujejo zgolj otroci temveč tudi njihovi oboleli starši. Pri njih je največkrat močno prisoten občutek, da otrok niso sposobni vzgajati. O svojih težavah se z otroki težko pogovarjajo. V času akutne duševne krize, zdravljenja in okrevanja pa ne zmorejo zadovoljiti potreb otrok po varnosti, toplini in ljubezni, kar jim povzroča dodatne stiske. Zdravi starši vso skrb namenijo obolelim partnerjem, na potrebe otrok pa pozabijo.

Posledice spregledanih duševnih motenj v otroštvu in učinki ustrezne obravnave

Duševne motnje v otroštvu povečujejo tveganje duševnih motenj v odraslosti. Več kot 50 % duševnih motenj odraslih se začne v adolescenci (Belfer 2008). Imajo negativen učinek na posameznikovo zmožnost doseganja izobrazbe, zaposlitve in oblikovanja odnosov v odraslosti. Tisti, ki niso deležni ustrezne strokovne pomoči, bodo verjetneje kot drugi otroci v odraslosti odvisni od alkohola ali prepovedanih drog ali prestopniki ... (Belfer 2008; Layard in Dunn 2009; Rowland in Beinart 2009). Ustrezne strokovne pomoči je deležna le četrtnina otrok z duševnimi motnjami (Layard in Dunn 2009; Rowland in Beinart 2009).

Po drugi strani pa lahko ustrezna obravnava otrokom iz takšnih okolij pomaga, da pridobijo nekaj zase in postanejo psihično močnejši. Z ustrezno pomočjo lahko odrastejo v čuteče in odgovorne ljudi, ki kasneje v življenju ne klonejo pred vsako prepreko, ampak so se navajeni boriti naprej. Da pa bi zmogli vztrajati na tej zahtevni poti pa vsekakor potrebujejo veliko podpore in razumevanja.

Potrebe na področju preventivnega dela in primeri preventivnih programov v Sloveniji

V Sloveniji se sicer izvajajo podporni in terapevtski programi, ki služijo tem osebam, a so namenjeni pretežno odraslim, skoraj nikoli pa njihovim otrokom. V tem ranljivem življenjskem obdobju so tako prepogosto prepuščeni sami sebi, kar lahko ima negativne posledice na njihov nadaljnji razvoj. Vsekakor pa bo potrebno v naslednjih letih skrajšati (pre)dolge čakalne dobe za obisk usposobljenega strokovnjaka ter izboljšati pokritost s službami pomoči, zlasti v regijah, ki so izrazito podhranjene z javno zdravstveno mrežo kliničnih psihologov in pedopsihiatrov. Naj na tem mestu zapišem, da je v Koroški regiji, v kateri po podatkih Statističnega urada Republike Slovenije iz leta 2010 prebiva 72.063 prebivalcev (Statistični urad Republike Slovenije 2010), na voljo zgolj en klinični psiholog za otroke ter dva psihologa, medtem ko pedopsihiatra na Koroškem ni. V Zbornici kliničnih psihologov Slovenije so nedavno opozorili, da je v starostnem obdobju od 0 do 19 let ter ob upoštevanju 10 odstotne prevalence duševnih motenj, približno 40.000 otrok in mladostnikov, ki bi potrebovali strokovno pomoč. Dodali so, da bi glede na to številko v Sloveniji potrebovali vsaj 130 specialistov klinične psihologije, ki bi delovali izključno na področju duševnega zdravja otrok in mladostnikov (Med.over.net 2012).

Država bo morala več vlagati v preventivo in ozaveščanje javnosti ter narediti vse, da bo ključni strateški dokument na tem področju - nacionalni program duševnega zdravja, čim prej sprejet in implementiran. Slovenija namreč sodi po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije (WHO 2005) med tiste redke države sveta, ki takšnega dokumenta še niso izoblikovale, pa čeprav bi ga v skladu z Zakonom o duševnem zdravju morala sprejeti že leta 2009 (Uradni list Republike Slovenije 2008).

Dolgoročno bo potrebno spremeniti odnos družbe do tovrstnih težav, duševno zdravje pa sprejeti kot neločljivo celoto zdravja nasploh. Mladih, ki bodo v primeru resnejših zapletov poiskali strokovno pomoč, nikakor ne smemo stigmatizirati, temveč jih moramo postaviti za zgled vsem drugim, ki svojo stisko, predvsem zaradi bojzani pred neustreznim odzivom okolice, skrivajo za "štirimi stenami". Dolgoročno bo potrebno spremeniti odnos družbe do tovrstnih težav, duševno zdravje pa sprejeti kot neločljivo celoto zdravja nasploh

Primeri programov krepitve duševnega zdravja in preventive duševnih težav

Navkljub pomanjkanju preventivnih programov za otroke in mlade, pa se v Sloveniji že ta trenutek uspešno izvajajo preventivni programi, katerih namen je izboljšanje duševnega zdravja otrok. Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije koordinira model zdrav življenjski slog, s katerim si prizadevajo vsebine duševnega zdravja vpeljati v šolski kurikulum prek medpredmetnega povezovanja. Drug tovrsten program je program »To sem jaz«, ki ga vodi Zavod za zdravstveno varstvo Celje. Gre za internetni portal, ki nudi dobro izhodišče za krepitev duševnega zdravja otrok in mladostnikov ter hkrati preventivo duševnih težav. Spletna svetovalnica omogoča mladostnikom dostop do anonimnega, hitrega in brezplačnega posvetovanja s strokovnjaki s področja medicine,

psihologije in socialnega dela. Na vprašanja mladih odgovarja skupina 33 strokovnjakov (Zavod za zdravstveno varstvo Celje 2012).

Omeniti velja še program A (se) štekaš?!, ki ga v okviru Inštituta Andreja Marušiča izvaja Slovenski center za raziskovanje samomora. Preko integrativnega pristopa delavnic za dijake, informacij za starše, izobraževanj za učitelje in šolsko osebje ter sodelovanja s svetovalno službo želijo opolnomočiti dijake, starše, šolsko osebje za preprečevanje duševnih motenj, nezdravega življenjskega sloga in tudi preprečevanja samomora. Na ta način smo mladostnikom približali tematiko duševnega zdravja, jim predstavili načine in orodja za spoprijemanje z življenjskimi situacijami, staršem ter šolskemu osebju (posebno svetovalnim službam) pa predstavili različne oblike pomoči, aktivnosti in orodja tako za prepoznavanje mladostniških stisk kot tudi pomoč (Zavod za zdravstveno varstvo Ljubljana 2012).

Programi društva Ozara Slovenija

V društvu Ozara Slovenija že nekaj let uspešno izvajamo delavnice „Od stiske do duševne motnje“, namenjene krepitvi in varovanju duševnega zdravja mladih. Poleg tega so namenjene njihovem ozaveščanju o dejavnikih tveganja in načinih ohranjanja dobrega duševnega zdravja ter oblikah pomoči, ki so jim namenjene v primeru težav.

Poleg tega smo izdajatelj terapevtskih knjig za otroke staršev, ki se soočajo z duševnim motnjami. Do danes smo izdali 8 knjig o duševnih motnjah za otroke in mlade, prvo knjigo – slikanico „Očka nikdar ni utrujen!“, pa smo izdali leta 2006. Knjige so namenjene različnim starostnim skupinam in gre za prevode knjig, katerih originali so izšli v Belgiji in Nemčiji. V letu 2013 načrtujemo izdati tudi avtorska dela slovenskih ustvarjalcev, med katerimi bodo tudi dela znanih slovenskih otroških in mladinskih pisateljev. Vse knjige, ki smo jih izdali, so bralcem na voljo povsem brezplačno in jih je moč dobiti v vsaki šolski knjižnici. Pri njihovi distribuciji smo pozorni, da jih teritorialno in količinsko enakomerno porazdelimo med slovenske vrtce in osnove šole.

S knjigami želimo otrokom na njim prilagojen ter razumljiv jezik podati osnovne informacije o duševnih motnjah ter jim na prijazen način razložiti, kaj se dogaja z njihovimi starši, ko se ti znajdejo v akutni duševni stiski. Poleg tega želimo zmanjšati njihov strah in odpraviti predsodke, ki najpogosteje izvirajo ravno iz neznanja ter zmotnih predstav o duševnih motnjah. Priporočamo, da knjige berejo otroci skupaj z njihovimi obolelimi starši, saj se bo s tem še dodatno ojačala vez med njimi.

Staršem otrok, pa tudi strokovnjakom, ponujamo orodje, ki jim po pomagalo začeti pogovor o tej tematiki. Poleg tega želimo vplivati na oblikovanje ustreznega odnosa otrok do problematike duševnega zdravja ter oseb, ki trpijo za duševnimi motnjami, ter preprečiti stigmatizacijo oseb z duševnim motnjami in njihovih družinskih članov, zlasti otrok.

Literatura:

Belfer, Myron Lowell. 2008. Child and adolescent mental disorders: the magnitude of the problem across the globe. *J Child Psychol Psychiatry* 49(3): 226-236
Cullberg, Johan. 2006. *Psychoses. An integrative perspective*. London: Routledge

Gelder, Michael, Gath, Dennis in Mayou, Richard. 1993. *Concise Oxford Textbook of Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press

Jeriček Klanjšček, Helena, Roškar, Saška, Koprivnikar, Helena, Pucelj, Vesna, Bajt, Maja, Zupančič, tina, ur. 2011. *Neenakosti v zdravju in z zdravjem povezanih vedenjih slovenskih mladostnikov*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije

Layard, Richard in Dunn, Judy. 2009. *A good childhood: searching for values in a competitive age*. London: Penguin

Med.over.net. 2012. *Zaskrbljujoče nazadovanje standardov skrbi za otroke in mladostnike v Sloveniji*. Dostopno prek: <http://med.over.net/clanek/zaskrbljujoce-nazadovanje-standardov-skrbi-za-otroke-in-mladostnike-v-sloveniji/#.UQWhpPKADVZ> (4. november 2012)

Rowland, Ann in Beinart, Helen. 2009. Clinical Psychology Services for Children in Primary Care. *Clinical Psychology in Practice*, ur. Beinart, Helen, Kennedy, Paul in Llewelyn, Susan, 62 – 72. Oxford: Wiley-Blackwell.

Sadock, Benjamin J. in Sadock, Virginia A. 2002. *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*. New York: Lippincott Williams & Wilkins

Stark, Kevin D., Ballatore, Melanie, Hamff, Allison, Valdez, Carmen, Selvig, Lisa. 2001. Childhood Depression. V *Handbook of Conceptualization and Treatment of Child Psychopathology*, ur. Orvaschel, Helen, Faust, Jan, Hersen, Michel, 107 - 132. Oxford: Elsevier Science Ltd

Statistični urad Republike Slovenije. 2010. *Statistične informacije*. Dostopno prek: <http://www.stat.si/doc/statinf/05-si-007-1001.pdf> (4. november 2012)

World Health Organization. 2005. *Mental Health Atlas*. Geneva: World Health Organization

Wyckmans, Anne. 2006. *Očka nikdar ni utrujen!*. Maribor: Ozara Slovenija

Zakon o duševnem zdravju (ZDZdr). Uradni list Republike Slovenije 77/2088 (28. julij 2008)

Zavod za zdravstveno varstvo Celje. 2012. Dostopno prek: http://www.tosemjaz.net/si/o_projektu/ (5. november 2012)

Zavod za zdravstveno varstvo Ljubljana. 2012. Dostopno prek: <http://www.zzv-lj.si/promocija-zdravja-in-zdravstvena-statistika/zdrave-sole/Astekas.pdf> (4. november 2012)

UPORABA ALKOHOLA IN PREOSTALIH DROG MED ŠOLSKO MLADINO V OBDOBJU 1995 – 2011: REZULTATI RAZISKAVE ESPAD

Mag. Eva Stergar, univ. dipl. psih., zdravstvena svetnica

Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa, Univerzitetni klinični center Ljubljana

Evropska raziskava o alkoholu in preostalih drogah med šolsko mladino – ESPAD poteka po standardizirani mednarodni metodologiji v koordinaciji Švedskega sveta za informacije o alkoholu in preostalih drogah (CAN) od leta 1995 dalje v štiriletnih razmakih. Poglavitni cilj raziskave ESPAD je zbrati primerljive podatke o uporabi različnih psihoaktivnih snovi med 15- in 16-letnimi dijaki v Evropi za spremljanje trendov v državah in med njimi. V okviru projekta ESPAD je bilo do zdaj opravljenih pet serij zbiranja podatkov. Prva študija iz leta 1995 je potekala v 26 državah, zbiranje podatkov leta 2011 pa se je izvajalo v 37 državah. Slovenija je sodelovala v vseh petih raziskavah.

Raziskava ESPAD poteka po skrbno načrtovani metodologiji, ki stremi k standardizaciji postopkov, da bi bili zbrani podatki čim bolj veljavni, zanesljivi in objektivni. Slovenski rezultati za leto 2011 temeljijo na odgovorih 3.186 anketirancev, starih v povprečju 15,8 let, iz 180 razredov srednjih šol širom po Sloveniji.

Rezultati kažejo, da je naš problem številka ena (še vedno) pitje **alkohola**. Delež anketiranih, ki so do dne anketiranja popili kozarec alkoholne pijače enkrat ali bolj pogosto se vztrajno večja – leta 2011 jih je bilo že kar 93% (povprečje ESPAD za leto 2011 znaša 87%). Ob zadnji pivski priložnosti so anketirani z alkoholnimi pijačami popili 5,4 centilitrov čistega alkohola – največ v pivu in vinu; fantje 6,4 cl, dekleta pa 4,5 cl. Razlike med spoloma so – kar se tiče pitja alkoholnih pijač – statistično značilne: fantje začnejo piti prej, pijejo bolj pogosto in večje količine alkoholnih pijač kot dekleta.

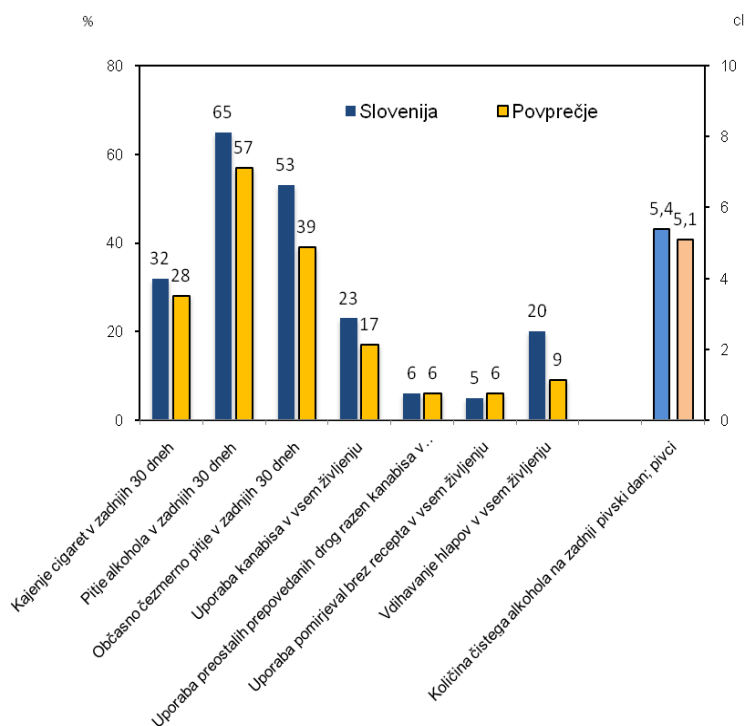
Na področju **prepovedanih drog** smo ugotovili podoben trend kot v preostalih državah: umirjanje razširjenosti uporabe prepovedanih drog po vrhu, ki smo ga dosegli leta 2007, in ustalitev deleža mladih, ki imajo izkušnjo z uporabo katerekoli prepovedane droge, pri 25%. Večino spremenljivke »katerakoli prepovedana droga« pojasnimo z uporabo marihuane. Tudi tu so razlike med spoloma statistično značilne: fantje bolj pogost uporabljajo marihuano kot dekleta.

Zaskrbljujoče je vztrajno naraščanje razširjenosti **vdihavanja hlapov** zato, da bi bili zadeti, ki ga med slovenskimi anketiranci beležimo od prve raziskave ESPAD dalje. Leta 1995 je 12% anketiranih odgovorilo, da so v življenju vdihavali hlape enkrat ali bolj pogosto, da bi bili zadeti, leta 2011 pa je bilo takih odgovorov že kar petina. Podobno situacijo opažajo tudi v preostalih državah.

Trend **kajenja cigaret** je podoben tistemu, ki smo ga ugotovili pri katerikoli prepovedani drogi: po izraziti rasti iniciacij v obdobju 1995 – 1999 – 2003 (41% - 64% - 67%) in značilnemu upadu v letu 2007 (61%) se je leta 2011 odstotek ustavil pri 60%.

Primerjava osmih ključnih spremenljivk (kajenje cigaret v zadnjih 30 dneh, pitje alkohola v zadnjih 30 dneh, občasno čezmerno pitje v zadnjih 30 dneh, uporaba kanabisa v vsem življenju, uporaba preostalih prepovedanih drog v vsem življenju, uporaba pomirjeval brez recepta, vdihavanje hlapov v vsem življenju in količina čistega alkohola na zadnji pivski dan pri pivcih) za Slovenijo in povprečje držav ESPAD kaže, da slovenski anketiranci presegajo evropsko povprečje kar na petih spremenljivkah. Najbolj izrazito je odstopanje odstotka mladih, ki so v vsem življenju vdihavali hlape, da bi bili zadeti, sledijo tri alkoholne spremenljivke in uporaba kanabisa.

Slika 1: Ključne spremenljivke za Slovenijo. ESPAD 2011. V % (če ni drugače navedeno)



Vir: Hibell in sod. (2012)