



OBRAVNAVA V SKUPNOSTI

OBRAVNAVA V SKUPNOSTI

UREDNIKA

Vesna Švab

AVTORJI

Renata Ažman, Pika Bensa, Živa Cotič, Ana Ivanišević Valetič,
Mija M. Klemenčič Rozman, Janko Kersnik, Janez Mlakar,
Simona Mlinar, Tina Nanut, Majda Pahor, Edo Pavao Belak,
Nataša Potočnik Dajčman, Maja Smrdu, Tone Vrhovnik Straka,
Vesna Švab, Maja Valič, Urška Weber, Špela Zgonc

LEKTURA

Eva Vrbnjak

TEHNIČNA UREDITEV

Grafični atelje Zenit

TISK

Demago d. o. o.

Publikacija je objavljena na spletni strani:

www.sent.si

Ljubljana, 2015

CIP - Kataložni zapis o publikaciji

Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

616.89(082)

OBRAVNAVA v skupnosti [Elektronski vir] / avtorji Renata Ažman ... [et al.] ; urednica Vesna Švab. - El. knjiga. - Ljubljana : Šent, Slovensko združenje za duševno zdravje, 2015

ISBN 978-961-93651-3-7 (pdf)

1. Ažman, Renata 2. Švab, Vesna

281623296

IZDAJATELJ

Šent - slovensko združenje za duševno Zdravje

Belokranjska ulica 2, 1000 Ljubljana

info@sent.si • www.sent.si

VSEBINA

Tone Vrhovnik Straka PREDGOVOR: POGLED NA DUŠEVNO ZDRAVJE V SLOVENIJI S STALIŠČA PREŽIVELCA	5
Vesna Švab UVOD	6
Tone Vrhovnik Straka: DRŽAVA IN MI	10
Živa Cotič, Simona Mlinar VARSTVO PRAVIC OSEB S TEŽAVAMI V DUŠEVNEM ZDRAVJU: KONVENCIJA ZDRUŽENIH NARODOV O PRAVICAH INVALIDOV	12
Tone Vrhovnik Straka: OKOLJE IN MI	19
Vesna Švab OKREVANJE	20
Tone Vrhovnik Straka: MI IN MI	22
Vesna Švab STIGMA	24
Tone Vrhovnik Straka: ZDRAVNIKI IN LEKARNARJI IN MI	27
Vesna Švab PSIHOSOCIALNA REHABILITACIJA (PSR) IN OBRAVNAVA V SKUPNOSTI	29
Vesna Švab SKRB ZA DUŠEVNO ZDRAVJE V SKUPNOSTI	31

Janko Kersnik	
VLOGA ZDRAVNIKA DRUŽINSKE MEDICINE PRI PREPOZNAVANJU KRIZ IN PRI KRIZNIH INTERVENCIJAH	37
Tone Vrhovnik Straka: NEVLADNI STROKOVNJAKI IN MI	41
Špela Zgonc, Tina Nanut, Ana Ivanišević Valetič	
PSIHOSOCIALNA REHABILITACIJA V SKUPNOSTI ZA OSEBE S TEŽAVAMI V DUŠEVNEM ZDRAVJU	43
Tone Vrhovnik Straka: DRUŽINA IN MI	50
Maja Smrdu, Edo Pavao Belak, Vesna Švab	
DELO Z DRUŽINAMI	51
Vesna Švab, Janez Mlakar	
SVETOVANJE	60
Mija M. Klemenčič Rozman, Maja Valič	
SKUPINE ZA SAMOPOMOČ NA PODROČJU DUŠEVNEGA ZDRAVJA	65
Maja Valič, Pika Bensa	
PSIHOEDUKACIJA	76
Majda Pahor	
ZAVEZNIŠTVO ZA ZDRAVJE: SODELOVANJE V ZDRAVSTVENIH TIMIH	89
Urška Weber, Nataša Potočnik Dajčman	
PREVENTIVA DUŠEVNIH MOTENJ PRI OTROCIH IN MLADOSTNIKI	105
Vesna Švab	
PROMOCIJA IN PREVENTIVA DUŠEVNEGA ZDRAVJA	112
Renata Ažman	
OKREVANJE S STALIŠČA UPORABNIKOV	119
SEZNAM OKRAJŠAV	124

Tone Vrhovnik Straka

Predgovor: Pogled na duševno zdravje v Sloveniji s stališča preživelca

V prvi izdaji knjige o psihosocialni rehabilitaciji je »uporabniško« besedilo prispevala dr. Tanja Lamovec¹, zvezda vodnica tukajšnjih preživelcev psihiatrije, ki pa je mrtva in ne more več pomagati. Sprva sem mislil nadaljevati, kjer je spoštovana avtorica končala, povzeti njena besedila in popisati tista gibanja preživelcev in uporabnikov, ki so nastala od zadnjega zapisa pred desetletjem do danes, pa to nima posebnega smisla, saj bi se vseskozi zatikal v vprašanje, kako da se tako poredko zberemo. Zato bom s tem raje opravil in se držal druge poti: vsako od področij, ki zadevajo nas preživelce (tako prevajam têrmin »survivors«, ki ga uporabljata v anglosaksonskem okolju tako svetovna /WNUSP – World Network of Users and Survivors of Psychiatry/ kot evropska zveza /ENUSP/; pojem mi je všeč zato, ker poudarja trenutno neodvisnost in hkrati obremenjenost nekdanjih uporabnikov psihiatričnih storitev) bom pregledal s treh stališč:

- s stališča od »sistema« prizadetega in užaljenega uporabnika, ki ga bom namenoma popopraval z nekaj grobosti, ki ni neznana moški depresivni konturi;
- s stališča kar najbolj objektivistične in posledično močno dolgočasne stvarnosti, kot jo pretežno vidimo, kadar na problematiko preživelstva pogledamo sicer s simpatijo, ampak od zunaj; ter
- z vangoghovskim širokim, optimističnim zamahom rešilnih idej za danes in za svetlo prihodnost ljudi, ki nas pesti psihiatrična izkušnja. Po odmaknjenosti od turobne in dolgočasne pogleda lahko ta, tretji vidik imenujemo umirjeno hipomaničen.

Če želite boljši vpogled v stališča in nazore preživelcev, lahko besedilo skušate prebrati samo v zaključnih stavkih posameznih razdelkov – tam so navedene vse rešitve –, če pa vas zanima bolj vsakdanji pogled prekaljenih veteranov duševnih stisk in zdravja, bo bolj po meri začetni del vsakega od poglavij. Bralke in bralci preizkuševalci se strinjajo, da sem kar dobro zadel.

¹ Lamovec T. *Pogled uporabnikov na psihosocialne službe*. V: Svab V. (ur.). *Psihosocialna rehabilitacija*. Ljubljana, ŠENT 2006: 128,146.

Uvod

V slovenskem prostoru se je v zadnjih dvajsetih letih razvilo več oblik obravnave ljudi s hudimi duševnimi motnjami v skupnosti. Začetki segajo na področju socialne skrbi v čas, ko je v svetu potekal proces deinstytucionalizacije, v naši bližini predvsem v sosednji Italiji, kjer so 1986. z zakonom prepovedali sprejeme v bolnišnice in zaprli veliko psihiatrično bolnišnico v Trstu ter kasneje skrb za ljudi s kroničnimi duševnimi motnjami organizirali v več regionalnih centrih za duševno zdravje. V Sloveniji do podobnega premika ni prišlo, govorilo se je predvsem o napakah deinstytucionalizacije in njenih škodljivih posledicah, kot je na primer porast brezdomstva in pomanjkanje skrbi za psihiatrične bolnike (1). Kljub temu so nekateri strokovnjaki temo občasno odpirali, predvsem z zgodovinskim preudarkom o vzrokih za odpore pred obravnavo v skupnosti (2) in s pragmatičnimi poskusi zagotavljanja obravnave na osnovni ravni zdravstvenega varstva. Že v sedemdesetih letih prejšnjega stoletja so začeli ustanavljati mrežo psihiatričnih dispanzerjev, ki naj bi omogočili zdravljenje vsem, ki ga potrebujejo, s prostim dostopom do psihiatra v vseh večjih krajih. Dispanzerji naj bi bili povezani z zdravstvenimi domovi, vendar je prišlo do prerazporeditve sredstev iz osnovne na sekundarno raven skrbi, saj so se dispanzerji oblikovali v okviru šestih psihiatričnih bolnišnic, ki so vanje prispevale kadrovska sredstva. V devetdesetih so začeli dispanzerji postopoma razpadati zaradi možnosti, da psihiatri delujejo kot zasebniki, oblikovala se je mreža ambulant, ki pa so razporejene izrazito neenakomerno in so dostopne predvsem v večjih mestih, najbolj v Ljubljani (3). Vzporedno sta se razvijali dve mreži obravnave, prva vezana na nevladne organizacije, ki so oblikovale predvsem rehabilitacijske službe za ljudi s hudimi in ponavljajočimi se duševnimi motnjami – te so razvile metode načrtovanja obravnave ter službe dnevne oskrbe, zaposlitvene centre, stanovanjske skupine in zagovorništvo ter v devetdesetih vodile tudi pomembne kampanje proti stigmatizaciji. Drugo mrežo so ustvarjali centri za socialno delo, ki so dejansko že ves čas nudili svetovanja in praktično pomoč ljudem z duševnimi motnjami, čeprav niso nikoli opredeljevali svoje pomoči kot skrb za duševno zdravje. Ob sprejetju Zakona o duševnem zdravju so dobili zakonska pooblastila in s tem sredstva, da načrtujejo in izvajajo storitve skupnostne obravnave po odpustu pacientov iz bolnišnic. Druge oblike obravnave v skupnosti so opisane v kasnejših poglavjih. Oblikovanje

skupnostnih programov je nastajalo vzporedno z reformnimi programi v osnovnem zdravstvenem varstvu, med katerimi je v zadnjem času najpomembnejše uvajanje referenčnih ambulant s sodobnimi timskimi pristopi h bolnikom s kroničnimi boleznimi (4).

V obdobju, ko nas mednarodne organizacije pozivajo k premiku obravnave institucij v skupnost (5), je zato pomembno, da tudi pri nas opredelimo obstoječe oblike obravnave v skupnosti, jih med seboj primerjamo in na enem mestu predstavimo načela in dokazano uspešne metode pomoči in podpore, ki jih ljudje z duševnimi motnjami potrebujejo. Razlogi so strokovni: ob številnih in že skoraj nepreglednih ponudbah različnih svetovalnih služb in tekmovanju na trgu psihosocialnega dela za ljudi z duševnimi motnjami se nam zdi pomembno predstaviti obstoječe oblike pomoči na področju obravnave v skupnosti in možnosti za pomoč pri okrevanju v našem prostoru.

Učbenik začenjamo s poglavji o etiki, pravnih okvirih in zahtevami uporabnikov. V naslednjih poglavjih je predstavljeno raziskovalno delo na področju okrevanja, stigmatizacije in rehabilitacije. Sledijo poglavja o različnih dostopnih oblikah obravnave v skupnosti. Poglavje o obravnavi v družinski medicini je pripravil prof. dr. Janko Kersnik, ki je bil ves čas svojega znanstvenega in praktičnega dela kritičen, čeprav naklonjen obravnavi v skupnosti. Sodeloval je tudi pri tudi multidisciplinarnem izobraževanju, ki smo ga za potrebe skupnostnega dela pripravili v NVO ter k našemu delu prispeval svoje bogate izkušnje. Predstavljene so vrste in načini obravnave v NVO, temelji za psihoterapevtsko svetovanje pri ljudeh s hudimi in ponavljajočimi duševnimi motnjami ter delo v skupinah za samopomoč ter psihoedukacija, ki so dokazano uspešne rehabilitacijske metode. Posebno poglavje je namenjeno predstavitvi timskega dela, sodelovanja, ki je osnova za kakovost. Zaključna poglavja so namenjena predstavitvi dokazano uspešnih oblike preventive na področju duševnega zdravja, posebej tistih, ki jih je dokazano uspešno mogoče izvajati na področju preventive duševnega zdravja pri otrocih in mladostnikih. Skupine poglavij uvajamo z razmislekom »preživelca«, uporabnika, posameznika, človeka, ki pozna obstoječi sistem skrbi in priča o lastnih izkušnjah in izkušnjah drugih vrstnikov, ki službe uporabljajo. Na koncu njegovih prispevkov je v ležeči obliki pripravljeno priporočilo za strokovnjake o tem kaj bi bilo potrebno narediti bolje. Ta poziv dopolnjuje razmislek Renate Ažman, intelektualke, publicistke, novinarki in uporabnice, ki objavlja pri nas in v tujini tekste, ki se dotaknejo najbolj občutljivih stigem, samodiskriminacije, hkrati pa ponujajo možnosti za njihovo premagovanje in obvladovanje.

Učbenik izdajamo v oktobru 2015 kot delovno gradivo v spletni obliki in pričakujemo še prispevke o oceni potreb na področju duševnega zdravja, o zaposlitveni rehabilitaciji in oceni delazmožnosti pri duševnih motnjah. Pričakujemo, da bomo lahko zdrali tudi prve izkušnje o obravnavi v skupnosti. Učbenik je živo gradivo, ki ga bomo posodabljali in dopolnjevali tako, da bo lahko sledil dognanjem v stroki in refleksiji civilne družbe.

Naše delo pa je potrebno uvesti tudi z razmislekom o ciljnih strokovnega dela z ljudmi s hudimi in ponavljajočimi se duševnimi motnjami v skupnosti. Temeljna predpostavka, iz katere izhajamo v vseh poglavjih, je, da diagnoza ne more označiti identitete ljudi, s katerimi delamo, in jih še zdaleč ne definira. Vincent van Gogh, na primer, je imel hudo in ponavljajočo se duševno motnjo. Med izbruhi svoje bolezni je bil zdrav, čeprav morda ne povsem v skladu z definicijami duševnega zdravja (stanje psihičnega, fizičnega in socialnega blagostanja). V obdobjih zdravja je slikal in svoje delo uporabljal zato, da se je ubranil »norosti«, predvsem pa je samouresničil svojo globoko potrebo po kreativnosti (6).

Duševne motnje in bolezni lahko ponujajo dodatno možnost za novo organizacijo življenja in njegovega smisla, o čemer govorijo številna pričevanja (7). Za to novo organizacijo in spremembo v pogledu nase in na svet pa ljudje, s katerimi delamo, potrebujejo predvsem pozorno spraševanje in poslušanje o vseh področjih njihovega življenja, ne le o njihovih simptomih. Za večino je huda duševna motnja res tragedija, ki jo je potrebno preprečevati in zdraviti, vendar jo je treba videti tudi kot možnost za napredovanje in spoštovati subjektivno perspektivo tistih, ki so jo doživeli. Za diagnozo je treba prepoznati človeka, ki doživlja, kar doživlja zaradi svoje prirodne in pridobljene občutljivosti ob povodu in sprožitelju, ki ga je največkrat mogoče dovolj jasno identificirati, če pozorno poslušamo zgodbo. Psihiatri pri diagnostiki duševnih motenj še vedno in upravičeno poleg trdnih diagnostičnih orodij uporabljamo tudi svojo intuicijo, ki izhaja iz zmožnosti za poistovetenje in zrcaljenje. To lahko danes povežemo z obstojem »zrcalnih nevronov« v možganih, ki nam omogočajo vsaj deloma doživljati, kar doživljajo drugi (8). Trditev Karla Jaspersa (9), da so ljudje s shizofrenijo nenavadni, hladni in oddaljeni na način, da jih sploh ne moremo opisati, je napačna. Drži le, da se strokovnjaki nismo dovolj potrudili, da bi prišli do njih. Edini, ki nam lahko pri tem pomagajo, so oni sami (6). Če želimo napredovati pri kakovosti svojega dela in jih razumeti, potrebujemo resnične osebne zgodbe, ki so tudi najmočnejše orožje pri premagovanju stigme in diskriminacije (10). Potrebujemo kontakt in razumevanje.

Zgodovina psihiatrije in obravnave ljudi s hudimi duševnimi motnjami je nabita s pričevanji o krivicah, zlorabah in diskriminatornih ravnanjih (6). Naše delo je vsaj deloma namenjeno preprečevanju napak in zmot, ki so se in se še vedno pojavljajo na področju obravnave oseb z duševnimi motnjami, in upamo, da bo pomagalo tistim, ki pomoč nudijo tako, da se bodo zmanjšale možnosti za neustrezno, površno in pomanjkljivo obravnavo tistih, ki pomoč najbolj potrebujejo.

Viri

1. Bras S in Milčinski L (ur.). Psihiatrija [Psychiatry]. Ljubljana 1986. Državna založba Slovenije.
2. Darovec J. Psihiatrija včeraj, danes, jutri. [Psychiatry yesterday, today, tomorrow]. Zdrav Var 1992; 31: 5-9.
3. Švab V in Švab I. Barriers and Errors in Implementing Community Psychiatry in Slovenia. Ment Health Fam Med. Jan 2013; 10(1): 23-28.
4. Poplas Susič T, Švab I, Kersnik J. Projekt referenčnih ambulant družinske medicine. [The project of model practices in family medicine in Slovenia]. Zdravniški Vestnik 2013; 82 (10): 635-47.
5. Evropski plan za duševno zdravje 2013 [European Mental Health Plan 2013]. Dostopno 3. 5. 2015 na spletni strani: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/194107/63wd11e_MentalHealth-3.pdf
6. Glover J. Alien landscapes?: interpreting disorder minds. Harvard 2014. Harvard College.
7. Spaniol LR, Gagne C, in Koehler M. Psychological and Social aspects of Psychiatric Disability. Center for Psychiatric Rehabilitation. Boston 2001. Boston University.
8. Kaplan JT in Iacoboni M. Getting a grip on other minds: Mirror neurons, intention understanding, and cognitive empathy. Social Neuroscience 2006; 1 (3-4): 175-83.
9. Jaspers K. General Psychopathology. Baltimore 1997. Johns Hopkins University Press.
10. Pinfold V, Thornicroft G, Huxley P in Farmer P. Active Ingredients in Anti-Stigma Programmes in Mental Health. International Review of Psychiatry 2005; 17(2): 123-31.

Država in mi

Zakon o duševnem zdravju, ki je začel veljati leta 2009, je predvidel, da vlada pripravi, državni zbor pa v letu dni sprejme resolucijo o nacionalnem programu na področju duševnega zdravja. V lastni praznini naj vegetirajo ljudje, ki so neposredno odgovorni, da programa, ki bi konkretiziral programe enakomerne porazdelitve pomoči, spremembe paradigme z bolnišničnega na pomoč ljudem v skupnosti ter posebno skrb za mlade in starejše ljudi z duševnimi tegobami, še zmeraj ni: Dorijan Marušič, Tomaž Gantar, Karel Erjavec, Alenka Trop Skaza, Alenka Bratušek in Milojka Kolar Celarc ter njihovi šefi Borut Pahor, Janez Janša, spet Alenka Bratušek ter Miro Cerar. Ti ljudje v primeru Zakona o duševnem zdravju in njegovega 111. člena kršijo zakon in so za to neposredno odgovorni.

Sprejem Zakona o duševnem zdravju je bil za slovenske preživelce velik dan: natanko je opredelil, v katerih primerih sme država človeka zapreti na zaprti oddelek katere od bolnišnic, omejil in tudi časovno zamejil je »posebne metode«, ki jih v takšnih primerih sme uporabljati osebje, opredelil je, kako se posebej občutljivo ravna z mladimi, predvsem pa je uvedel institut zastopnika, uporabnikovega zaveznika ob stiku s psihiatrijo zlasti pri neprostovoljnem sprejemu. Če se je zdravstvena skupnost razburjala predvsem nad povečanjem uradniškega dela (nad natančnim zapisovanjem, katere metode uporablja pri pacienti, za koliko časa in ali v predvidenem času obvešča sodišče), je mera razočaranja tudi na uporabniški strani dokajšnja. Ne zgolj zato, ker večina ljudi na zaprtih oddelkih za »svojega« zastopnika in druge zakonske pravice niti ne izve, pač pa zato, ker je država določila, da so zastopniki – in tudi »koordinatorji nadzorovane obravnave« – v resničnem življenju predvsem zaposleni iz najbližjega centra za socialno delo ali kvečjemu iz najbližje nevladne organizacije, torej spet strokovnjaki, ki jim pravic pacientov ni zmeraj dovolj mar.

Država je v Zakonu o pacientovih pravicah (tudi iz leta 2008) naklonjeno pomislila na ljudi s psihičnimi težavami, saj jim omogoča t. i. »psihiatrični testament«, ni pa podatkov, ali se je kdo že odločil za uveljavitev takšne možnosti in kako uspešen je bil.

Država je podpisnica Konvencije o pravicah invalidov (ki invalidnost opredeljuje širše kot slovenska zakonodaja: »Invalidi so ljudje z dolgotrajnimi

telesnimi, duševnimi, intelektualnimi ali senzoričnimi okvarami, ki jih v povezavi z različnimi ovirami lahko omejujejo, da bi enako kot drugi polno in učinkovito sodelovali v družbi.«) in se je formalno zavezala, da se bo pri vseh zakonodajnih in drugih postopkih, ki se nanašajo na invalide, temeljito posvetovala z njimi. Tega ne počne.

Priporočilo uporabnika

Država v dialogu in soglasju s preživelci sprejme nacionalni program in glede na izračune, ki jasno opredeljujejo narodnogospodarsko škodo, ki na področju duševnega zdravja nastaja s samomori, revščino, izključenostjo, invalidnostjo, bolniško odsotnostjo in drugimi postavkami, nameni zadostna sredstva za regionalno zadostno razporejenost preventive, diagnostike in zdravljenja težav, povezanih z duševnim zdravjem. Posebno pozornost posveti zgodnjemu odkrivanju motenj v otroštvu in mladosti, od mrtvega oživi regionalne posvetovalnice in dispanzerje, okrepi in na novo naredi mrežo posvetovalnic. Okrepi mrežo psihoterapevtskih delavnic in začne plačevati psihoterapijo iz sredstev zdravstvene blagajne. Okrepi timsko delovanje strokovnjakov v skupnosti, pomaga pri razvoju nevladnega sektorja in zakonsko uredi participacijo preživelcev v vseh segmentih duševnega zdravja. Izkaže se, da s tem življenje postane znosnejše in bolj ustvarjalno ne zgolj za ljudi s težavami v duševnem zdravju, pač pa za vse prebivalstvo.

Varstvo pravic oseb s težavami v duševnem zdravju: Konvencija Združenih narodov o pravicah invalidov¹

Konvencija o pravicah invalidov (Konvencija) je mednarodna pogodba o človekovih pravicah, ki celovito ureja in ščiti pravice oseb z manjšimi zmožnostmi (invalidi).² Konvencijo je leta 2006 sprejela Generalna skupščina Združenih narodov, leta 2008 pa jo je ratificirala tudi Slovenija (1). Z ratifikacijo je Konvencija postala del slovenskega pravnega reda in se v Sloveniji uporablja neposredno. H Konvenciji je poleg Slovenije pristopilo še 153 članic, med njimi tudi Evropska unija (2).

Konvencija ureja vrsto pravic oseb z zmanjšanimi zmožnostmi z namenom zagotavljanje polno in enakopravno uživanje njihovih človekovih pravic in svoboščin ter spoštovanje njihovega dostojanstva (1. člen Konvencije).

Pomen Konvencije: od medicinskega do socialnega modela invalidnosti

Telesna in vedenjska odstopanja so prepoznana v vseh družbah in imajo pogosto socialne posledice (3). Pojmovanje invalidnosti je od sredine 20. stoletja doživelo številne spremembe. Tradicionalno prevladujoči medicinski model invalidnosti so z razvojem moderne psihiatrične obravnave začeli nadomeščati modeli, ki temeljijo na avtonomiji volje posameznikov z manjšimi zmožnostmi. Tradicionalna obravnava oseb z manjšimi duševnimi zmožnostmi je do druge polovice 20. stoletja potekala v okviru posebnih institucij, večinoma psihiatričnih bolnišnic oz. ustanov, kjer je bila osebam z manjšimi duševnimi zmožnostmi odvzeta svoboda gibanja. Te osebe so bile mnogokrat podvržene metodam zdravljenja, ki jih v modernem svetu danes obravnavamo kot mučenje ali nečloveško ravnanje (4).

¹ Prispevek delno povzema magistrsko nalogo avtorice: Cotič, Ž. *The Road to International Implementation of Supported Decision-making*. King's College London. 2014.

² Konvencija o pravicah invalidov v avtentičnih jezikovnih različicah ne uporablja izraza »invalid«, temveč »osebe z zmanjšanimi zmožnostmi« (angl. *persons with disabilities*). Ustreznost slovenskega prevoda je vprašljiva, ker se invalidnost (laično) uporablja za osebe z zmanjšanimi telesnimi zmožnostmi.

V zahodnem (predvsem anglosaškem) svetu se je, pod vplivom ozaveščanja javnosti o problematiki institucionalizacije in posledičnih sprememb invalidskih politik, v šestdesetih letih prejšnjega stoletja začela uveljavljati skupnostna obravnava (5). V okviru le-te se institucionalizacija uporablja le še v posebnih (nujnih) primerih, obravnava oseb z manjšimi duševnimi zmožnostmi pa poteka v skupnosti, torej izven psihiatričnih bolnišnic, in omogoča boljšo psihosocialno rehabilitacijo. Podlaga za tovrstne premike izhaja iz spremenjenega razumevanja težav v duševnem zdravju. V okviru obravnave invalidnosti (zmanjšanih zmožnosti) ločimo tri različne poglede.

Prvi, ki sovpada s politiko institucionalizacije, je tradicionalni *medicinski model invalidnosti*. Medicinski model invalidnosti predpostavlja, da je invalidnost nezaželena, in jo je torej potrebno zdraviti. Osebe z manjšimi zmožnostmi so posledično vredne usmiljenja in ne spoštovanja (6). Ker temelji na stigmatizaciji, občutek stigmatiziranosti pa lahko vodi v razvoj nadaljnjih psihosocialnih problemov (7), in diskriminaciji ter osebam z manjšimi zmožnostmi preprečuje učinkovito vključitev v družbo, se je zgodovinsko ta model izkazal za neprimerne (8). Drugi model invalidnosti, *model socialnega varstva* (angl. *social welfare model*), invalidnosti ne pojmuje z medicinskega vidika, vendar zmanjšane zmožnosti še vedno vidi kot oviro. Zato, enako kot prejšnji model, vodi k družbeni izključenosti (9).

Konvencija predstavlja kakovostni preskok predvsem v tem, da je prvi mednarodnopravni dokument, ki takšen pogled presega in na globalni ravni uvaja *socialni model invalidnosti*. Ta model od družbe oz. točneje, od države, zahteva uveljavitev vrste pravic, ki ljudem z manjšimi zmožnostmi omogočajo učinkovito vključitev v družbo (9, 10). Prednost tega modela je predvsem v omogočanju uresničitve potencialov oseb z manjšimi zmožnostmi. V okviru medicinskega modela in modela socialnega varstva zaradi neposredne ali posredne diskriminacije te možnosti nimajo. Z uveljavitvijo socialnega modela invalidnosti tudi družba pridobi posameznika, ki v njej lahko sodeluje in k njej učinkovito prispeva (10), kar je temelj socialne vključenosti. Socialna vključenost namreč zadeva (družbena) načela, na podlagi katerih so posamezniki v odnosu drug z drugim (11).

Konvencija socialni model invalidnosti uvaja v prvem členu, ki osebe z manjšimi zmožnostmi opredeli kot osebe »z dolgotrajnimi telesnimi, duševnimi, intelektualnimi ali senzoričnimi okvarami, ki jih v povezavi z različnimi ovirami lahko omejujejo, da bi *enako kot drugi polno in učinkovito sodelovali v družbi*«.

Kljub temu da je Konvencija z uveljavitvijo socialnega modela invalidnosti storila pomemben korak naprej, je za polno vključitev oseb z zmanjšanimi zmožnostmi v družbo potrebno dejansko varstvo in možnost praktičnega uresničevanja teh pravic.

Nekatere pravice oseb z zmanjšanimi zmožnostmi

Pravice, ki jih Konvencija navaja, so večinoma urejene v drugih mednarodno-pravnih dokumentih,³ v Sloveniji pa tudi na ustavni ravni. Te pravice so, na primer, pravica do življenja, dostop do sodnega varstva, svoboda gibanja in državljanstva ter prepoved mučenja, ki so v Konvenciji ponovno opredeljene kot pravice, ki pripadajo vsem osebam, ne glede na zmanjšanje telesne ali duševne zmožnosti.

S pristopom h Konvenciji se je Slovenija zavezala, da bo zagotavljala in spodbujala uresničevanje vseh človekovih pravic vseh invalidov brez diskriminacije s sprejemanjem zakonodajnih in drugih ukrepov ter sprejetjem vseh ustreznih ukrepov za odpravo diskriminacije zaradi invalidnosti, ki jo izvajajo posamezniki, organizacije in tudi podjetja v zasebni lasti (4. člen Konvencije).

Skladno s to zavezo mora država sprejeti ukrepe za:

- ozaveščanje družbe o osebah z manjšimi zmožnostmi in spodbujanje spoštovanja njihovih pravic in dostojanstva
- boj proti stereotipom, predsodkom in škodljivim ravnanjem v zvezi z osebami z manjšimi zmožnostmi ter
- spodbujati vedenje o sposobnostih in prispevanju invalidov (8. člen Konvencije).

Nadalje Konvencija v 9. členu od držav zahteva, da osebam z manjšimi zmožnostmi omogoči neodvisno življenje in polno sodelovanje na vseh področjih življenja. Države morajo v ta namen sprejeti ustrezne ukrepe, s katerimi osebam z manjšimi zmožnostmi zagotovijo enak dostop do fizičnega okolja, prevoza, informacij in komunikacij ter javnih objektov, naprav in storitev, vključno z informacijskimi in komunikacijskimi tehnologijami

³ Konvencija o pravicah otrok, Mednarodni pakt o državljanskih in političnih pravicah, Konvencija proti mučenju in drugim krutim, nečloveškim ali poniževalnim kaznim ali ravnanju itd.

in sistemi, ter do drugih objektov, naprav in storitev, ki so namenjene javnosti ali se zanjo opravljajo v mestu in na podeželju.

Za osebe z manjšimi zmožnostmi zaradi težav v duševnem zdravju je posebnega pomena 12. člen Konvencije, ker jim priznava poslovno sposobnost ne glede na invalidnost. Ta določba je novost za večino držav, v katerih se tradicionalno uporablja sistem skrbništva, ki je povezan z odvzemom poslovne sposobnosti na podlagi diagnoze duševne bolezni. Glede na Konvencijo takšna ureditev ni več mogoča, države pa bodo morale s skrbniških sistemov preiti na sistem podpore pri odločanju (12).

Za Slovenijo je pomembna tudi določba 19. člena, v katerem Konvencija osebam z manjšimi zmožnostmi priznava pravico do življenja v skupnosti. Pri tem mora država sprejeti učinkovite in ustrezne ukrepe, ki omogočajo polno uživanje te pravice ter polno vključenost v skupnost in sodelovanje v njej. Ta določba daje pravico izbirati stalno prebivališče ter pravico samostojnega odločanja o življenjskem prostoru, zato je za osebe s težavami v duševnem zdravju ključnega pomena. Še več, Konvencija določa, da morajo imeti osebe z manjšimi zmožnostmi dostop do bivalnih in drugih podpor- nih storitev v skupnosti, vključno z osebno pomočjo, potrebno za življenje in vključitev v skupnost ter za preprečevanje osamljenosti ali izločenosti iz skupnosti.

Samostojno življenje in vključenost v skupnost sta povezana tudi s t. i. habilitacijo in rehabilitacijo, ki ju ureja 26. člen Konvencije. To pomeni, da morajo države sprejeti ukrepe, s katerimi osebam z manjšimi zmožnostmi omogočajo doseganje in ohranjanje največje samostojnosti in polne telesne, duševne, socialne in poklicne sposobnosti ter polno vključenost in sodelovanje na vseh življenjskih področjih. V ta namen morajo države pogodbenice omogočiti celovite storitve habilitacije in rehabilitacije zlasti na področju zdravja, zaposlovanja, izobraževanja in socialnih služb ter se morajo začeti čim prej. Te storitve morajo temeljiti na multidisciplinarni presoji potreb in zmožnosti vsakega posameznika, spodbujati morajo sodelovanje in vključevanje v skupnost in družbo. Hkrati morajo biti prostovoljne in na razpolago invalidom čim bližje skupnostim, v katerih živijo, vključno s podeželjem.

Problematika oseb s težavami v duševnem zdravju v Sloveniji in vloga Odbora za pravice invalidov

V kontekstu Slovenije so zgoraj omenjene določbe pomembne predvsem v okviru izvajanja psihosocialne rehabilitacije v okviru programov skupnostne obravnave in podpore pri odločanju. Po vzoru razvitih držav bi morala Slovenija takšno ureditev uvesti že pred desetletji. Varuh človekovih pravic je v poročilu leta 2014 ugotovil, da mora država sprejeti »učinkovitejše in ustrežnejše ukrepe, s katerimi bo invalidom omogočila doseganje in ohranjanje največje mogoče samostojnosti, tudi poklicne, ter njihovo polno vključenost in sodelovanje na vseh področjih« (13). Za konkretizacijo Konvencije je po mnenju varuha treba sprejeti ustrezne podzakonske predpise – mednarodnopravne zaveze države na podlagi ratificirane Konvencije in ustreznih zakonov se namreč v pomembnem delu ne morejo uresničevati brez ustreznih podzakonskih predpisov. Tako je na primer Državni zbor že leta 2010 izglasoval Zakon o izenačevanju možnosti invalidov (ZIMI), vendar podzakonski akti, ki bi omogočili učinkovito uveljavljanje pravic, doslej niso bili sprejeti. Zaskrbljujoče so tudi nekatere ugotovitve varuha ob obiskih socialnovarstvenih zavodov, ki jih je opravil v okviru državnega preventivnega mehanizma po Opcijskem protokolu h Konvenciji OZN proti mučenju in drugim krutim nečloveškim ali poniževalnim kaznim ali ravnanju na podlagi pooblastil, ki jih daje Opcijski protokol (14). V Sloveniji se, na primer, osebe z demenco pogosto še vedno obravnava v okviru oddelkov, kjer jim je omejena osebna svoboda. Težave se pojavljajo tudi pri razumevanju privolitve ob sprejemu na oddelke z omejeno svobodo gibanja, v bolnišnico, pri t. i. »prisilni hospitalizaciji« in pri uporabi posebnih varovalnih ukrepov (13). Ugotovljene pomanjkljivosti terjajo spremembo in dopolnitev Zakona o duševnem zdravju (ZDZdr).

Dejanska implementacija določb Konvencije tako ni le predmet zgoraj omenjene zakonodaje, temveč tudi vrste drugih zakonov in programov. Skladno s Konvencijo mora Slovenija redno poročati o sprejetih ukrepih za izpolnjevanje obveznosti in o doseženem napredku na tem področju. To poročilo nato obravnava Odbor za pravice invalidov, ki je ustanovljen s Konvencijo in zaseda v Ženevi. Na podlagi obravnave poročila, ki vključuje tudi konstruktivni dialog z delegacijo države pogodbenice, Odbor sprejme ustrezne predloge in splošna priporočila za uresničevanje določb Konvencije. Slovenija je prvo začetno poročilo (15) Odboru posredovala šele leta 2014, Odbor pa ga bo predvidoma obravnaval na eni izmed naslednjih sej.

Skladno z Opcijskim protokolom h Konvenciji ima Odbor tudi pristojnost za obravnavo pritožb posameznikov ali skupin, v katerih zatrjujejo, da država pogodbenica krši določbe Konvencije. Priporočila Odbora imajo pomembno strokovno in moralno veljavo, zato jih države pogodbenice praviloma uresničijo v praksi.

Pogled naprej

Slovenija je z ratifikacijo Konvencije o pravicah invalidov storila pomemben korak k zagotavljanju pravic oseb z manjšimi zmožnostmi. Pomen Konvencije ni le v zagotavljanju pravic, temveč tudi v novem razumevanju oseb z manjšimi zmožnostmi, ki temelji na njihovem spoštovanju in učinkovitem vključevanju v družbo. Za tovrsten premik ni dovolj le pravo, potrebna je širša družbena sprememba, pri kateri mora poleg države sodelovati tudi strokovna in širša javnost. Pravi uspeh bo šele, ko bomo s skupnimi močmi zagotovili učinkovito psihosocialno rehabilitacijo teh oseb izven institucij, ki bo izhajala predvsem iz sprejetosti okolja, v katerem živijo.

Viri

1. Zakon o ratifikaciji Konvencije o pravicah invalidov in Izbirnega protokola h Konvenciji o pravicah invalidov (Uradni list RS – Mednarodne pogodbe, št. 10/08).
2. United Nations. Status mednarodnih pogodb (Status of Treaties). 2006. Pridobljeno 17.5.2015 s spletne strani: https://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IV-15&chapter=4&lang=en.
3. Shuttleworth RP. Encyclopedia of Medical Anthropology: Health and Illness in the World's Cultures Topics-Volume 1; Cultures. Ember, C. R., Ember, M. (ur.) Springer Science & Business Media 2004.
4. Szasz TS. The manufacture of madness: A comparative study of the inquisition and the mental health movement. Syracuse University Press 1997.
5. Scull A. Deinstitutionalization and public policy. Soc Sci Med. Elsevier 1985; 20 (5): 545–52.
6. Lang R. The United Nations Convention on the right and dignities for persons with disability: A panacea for ending disability discrimination?

- ALTER-European J Disabil Res Eur Rech sur le Handicap. Elsevier 2009; 3 (3): 266–85.
7. Baker GA, Brooks J, Buck D in Jacoby A. The stigma of epilepsy: a European perspective. *Epilepsia*. Wiley Online Library 2000; 41 (1): 98–104.
 8. Lord JE, Suozzi D in Taylor AL. Lessons from the Experience of UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities: Addressing the Democratic Deficit in Global Health Governance. *J Law, Med Ethics*. Wiley Online Library 2010; 38 (3): 564–79.
 9. Bartlett P. The United Nations convention on the rights of persons with disabilities and mental health law. *Mod Law Rev*. Wiley Online Library 2012; 75 (5): 752–78.
 10. Dhanda A. Legal capacity in the disability rights convention: stranglehold of the past or lodestar for the future. *Syracuse J Int'l L Com*. HeinOnline 2006; 34: 429.
 11. Berkman LF, Glass T, Brissette I in Seeman TE. From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Soc Sci Med*. Elsevier 2000; 51 (6): 843–57.
 12. Cotič Ž. Izgubljeno s prevodom: problematika poslovne sposobnosti v Konvenciji o pravicah invalidov. *Pravna praksa* 2014; 33 (9): 16–7.
 13. Varuh človekovih pravic RS. Devetnajsto redno poročilo Varuha človekovih pravic Republike Slovenije za leto 2013. 2014. Pridobljeno 18.5.2015 s spletne strani: http://www.varuh-rs.si/fileadmin/user_upload/pdf/lp/Devetnajsto_redno_letno_porocilo_Varuha_CP_RS_za_letno_2013.pdf.
 14. Varuh človekovih pravic RS. Poročilo o izvajanju nalog DPM v letu 2013.. Pridobljeno 18.5.2015 s spletne strani: http://www.varuh-rs.si/fileadmin/user_upload/pdf/lp/Porocilo_DPM_za_letno_2013.pdf.
 15. Initial Report on the Implementation of the Provisions of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities. 2014. Pridobljeno 19.5.2015 s spletne strani : [http://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CRPD/Shared Documents/SVN/CRPD_C_SVN_1_7019_E.doc](http://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CRPD/Shared%20Documents/SVN/CRPD_C_SVN_1_7019_E.doc).

Tone Vrhovnik Straka

Okolje in mi

Časopisov itak ne berem, na televiziji in internetu nas vsak dan znova česa obtožijo. »Naš« je ustrelil policista, »naš« je zakantal poln avion v skale, »naša« je zadušila otroka, spet »naša« je zabodla moža ... In, roko na srce – kakšna pa je napoved? Z veliko verjetnostjo lahko predvidimo, da večina tistih, ki nas duševna motnja »napade« v šolski dobi, ne bomo končali šole, še manj študija; velika večina ne bo oblikovala družine, ostali bomo doma s socialno podporo (oni s srečo, da so prej nekaj delali, pa s penzijo), objektivno bomo vso družino potegnili za vsaj en družbeni razred navzdol. Pri tem bomo videti nadvse vsakdanji, morda malce okrogli in počasni, in nestrokovnjakom bo večna uganka razločiti med resnim poslabšanjem stanja in običajno sitnobo, malodušjem, razvajeno nergavostjo ... Kako naj za takšne oblikuješ iniciativo svojcev, kako naj se proti brezdušni državi boriš za nekoga, za katerega še sam nisi gotov, ali ni morda samo len in ga nisi samo preveč razvadil, ko si mu nosil vse pred usta? Saj res, pokličimo medije! Ampak kako bodo ti posneli razburljivo in pretresljivo zgodbo nekoga, ki ves dan prečemi doma in morda niti še vstal ni? Ki se mu ne ljubi ne obleči ne počesati ne naličiti? Koliko preživelcev depresije, manije in shizofrenije lahko naštejemo iz resnih in rumenih medijev, iz filmov in epov, ki so se iztrgali iz krempljev bolezni, se mukoma prebili skozi pasti nevarnega sveta, osvojili srce ljubljene osebe in danes mirno uživajo v družbi vnukov ali vodijo sanatorij v temni Afriki? Krhem ... Zmagal sem, že tretji mesec vsako jutro vstanem, ta teden sem bil dvakrat na sprehodu! Zgodba in pol!

Okrevanje

Ko govorimo o okrevanju in rehabilitaciji, metodi dela, ki naj bi podprla okrevanje, mislimo na povečevanje objektivne kakovosti življenja, kamor sodijo primerno bivanje, prijateljstva, občutek varnosti, zaposlitev in tesni odnosi z drugimi ljudmi, ter na doseganje življenjskih ciljev. Kakovost življenja je predvsem subjektivna kategorija, povezana z uresničevanjem notranjih vrednot, in ni le odsotnost bolečine, užitek in napredovanje, temveč je povezana z resničnim in dejavnim življenjem, občutkom nadzora, dostojanstvom in oblikovanjem lastne identitete (1). Pregled raziskav o tem, kaj pomeni okrevanje za ljudi, ki imajo duševne motnje in uporabljajo strokovne službe, pokaže, da so poglavitne mere, ki so pomembne za paciente glede okrevanja, povezanost (socialna vključenost, vključenost v skupnost), upanje in optimizem, razvoj lastne identitete, smiselnost delovanja in občutek moči (2). Ljudje, ki so preboleli duševno motnjo ali bolezen, imajo enake želje in potrebe kot drugi ljudje. Predvsem želijo obdržati ali pridobiti vrednotene socialne vloge, kar pomeni, da želijo delovati kot zaposleni ljudje, partnerji, družinski člani, prijatelji, znanci in občani, ki svobodno odločajo o svojem življenju. Ocenjevanje je tako merjenje uspešnosti doseganja vrednotenih socialnih vlog in posameznikovih osebnih ciljev (3). Doseganje teh življenjskih norm se ocenjuje tako, da jih primerjamo z normalnim socialnim funkcioniranjem in ne z instrumenti, s katerimi strokovni delavci merijo znake bolezni ali manjše zmožnosti (4). Pri ocenjevanju in razumevanju okrevanja se je potrebno izogniti ponotranjeni stigmati, ki se kaže z nizkimi pričakovanji posameznikov, ki so doživeli psihiatrično motnjo, in še posebej z nizkimi pričakovanji osebja, ki z njimi dela (5).

V zadnjih desetletjih je postalo jasno, da je potrebno za uspešno in smiselno prenovno sistema skrbi za duševno zdravje razumeti, da ljudje po preboleli duševni motnji vstopijo v proces okrevanja, ki ga je mogoče opisati kot osebno pot k napredovanju, globoko oseben in edinstven proces spreminjanja odnosov, vrednot, občutkov, ciljev, spretnosti in vlog ..., način za zadovoljujoče ali smiselno in samoizpolnjujoče življenje, čeprav v okvirih, ki jih povzročajo omejitve, ki jih prinaša duševna motnja (6). Gre torej za pogled na proces zdravljenja, rehabilitacije in doživljanje duševne motnje od znotraj, s strani tistih, ki so imeli izkušnjo duševne motnje. Večplastnost okrevanja, za katero so do pred kratkim verjeli, da je tako zapletena

in subjektivna, da je ni mogoče resno raziskovati, je vse bolj pomembna za raziskovalce, strokovne delavce in za ljudi z izkušnjo duševne bolezni. Še več, pogled od znotraj je danes eden izmed poglavitnih meril za ocenjevanje strokovnega dela po merilih, kot so učinkovitost, uspešnost in celo cenovna učinkovitost (4). Globalne prioritete razvoja na področju duševnega zdravja so tesno povezane z okrevanjem in so glede na pomembnost razvrščene v »nacionalne programe duševnega zdravja«, »promocijo zmanjševanja stigme in diskriminacije«, »krepitev in izvajanje psihosocialnih obravnav, ki so usmerjanje k okrevanju in s pomočjo katerih je mogoča vrnitev na delo« in »omogočiti premik iz institucionalne k skupnostni obravnavi« (7).

Zdravila in okrevanje

Uporaba številnih in uspešnih psihiatričnih zdravil je omogočila, da številni ljudje z duševnimi motnjami ne trpijo ali manj trpijo zaradi znakov bolezni. Mike Slade v poglavju o vlogi zdravil pri okrevanju (8) razpravlja o tem, kako pomembno je, da posameznik v obdobju zdravljenja prevzame odgovornost za jemanje ali nejeemanje zdravil in da vzpostavi nadzor nad njihovimi učinki in neželenimi učinki. To pomeni tudi, da naj sam upravlja z zdravili, ki jih pozna, in da prevzame čim večjo lastno odgovornost za njihovo uporabo. To pomeni tudi možnost izbire. Za informirano odločanje o jemanju zdravil mora imeti človek dovolj potrebnih informacij, ki so jasne in strokovno pravilne. Odločitve je lažje sprejeti, če zastavljamo jasna vprašanja, ki razjasnijo problem sodelovanja pri zdravljenju z zdravili. Pa tudi: okrevanje ni odvisno le od zdravil in človek ni le skupek kemičnih reakcij, ki definirajo njegovo vedenje (1). Ljudje obvladujejo svoje psihične težave z vrsto strategij in tehnik, ki jim olajšujejo znake bolezni in tudi njene posledice. To so na primer metode preusmerjanja pozornosti, rekreacija, ustvarjalnost na vseh področjih, pristni strpni odnosi itd. Zdravila so tudi le eno izmed, čeprav zelo učinkovitih sredstev za preprečevanje ponovitve bolezni, vendar je za to preprečevanje pomembno tudi, da človek živi v varnih in stabilnih odnosih s svojo družino, da ne jemlje drog, da ni izpostavljen pretiranemu stresu na delovnem mestu, itd. Končno ravnovesje večina doseže s kombinacijo uporabe zdravil in drugih načinov obvladovanja duševne motnje in to praviloma le takrat, ko se za to odločijo in za to odločitve prevzamejo polno odgovornost.

Mi in mi

Kaj naj človek počne ob še eni zgubi, kakršna je itak sam? Na spletu in po telefonu že rečemo kakšno o zdravilih, ki jih jemo, o naših terapevtih, da pa bi se družili, kot me nenehno silijo pri psihiatru in domači... Kakšen smisel ima to? Itak me nihče ne posluša. Če že slučajno živim v kraju, ki premore dnevni center, nas tam silijo v skupine, v neko stalno pogovarjanje o neumnostih. Kaj naj novega povem o svojem dnevu in občutkih, ki so že leta isti? Kaj mene briga, katero kombinacijo zdravil imata Minka in Franček, ne, nimam za kavo, še zase komaj naberačim, penzija ali podpora sprhnita vsak mesec hitreje. Ma, danes bom kar doma.

Samoorganiziranih dejavnosti s strani preživelcev v Sloveniji ni veliko. Odlično se je prijel spletni forum nebojse.si društva DAM, ki je s svojim delovanjem dejansko edina in že vrsto let delujoča uspešnica na področju samoorganizacije ljudi s težavami v duševnem zdravju. Vse ostalo dogajanje (pojavi in upehali so se Mostovi, vzniknil in potihnil je spletni portal bipolarna.si, potihnil je 'klub bipolarnih' z mesečnimi srečanji) se dogaja skoraj izključno v dnevnikih centrih nevladnih organizacij Altra, Novi paradoks, Ozara, Šent in Vezi ter v okviru stanovanjskih skupin, ki jih ima nekaj od teh organizacij, sicer pa potreba po združevanju in skupnem nastopanju obdobju vznikne in se spet ugasne. Aktivistke in aktivisti, ki se na ta način povežejo, se hitro zapletejo v povsem vsakdanje težave, povezane z lastnim zdravjem, nezanesljivo uspešnostjo takšnih podjetij, odnosom do strokovnjakov, ki sicer iskreno želijo pomagati, a se potem neizogibno pomešajo načrti in hotenja ... V tej temi se globoko strinjam s pokojno dr. Lamovec, ki je v iskanju prostora za samouresničitev avtonomnega uporabniškega gibanja našla v opremljenosti s kar največ empiričnega znanja, v kritičnemu odnosu do (predvsem strokovnih) pomočnikov ter v preseženju vsakršne krivde uporabnikov za svoje stanje: namesto te naj krepijo odgovornost za svoje delovanje ter 'vzdušje realističnega optimizma'.⁴

Problem je v tem, da psihiatrični preživelci objektivno nimamo možnosti, da bi se sami povezali v močno skupnost. Če se denimo primerjamo z

⁴ Lamovec T. Ko rešitev postane problem in zdravilo postane strup: nove oblike skrbi za osebe v duševni krizi. Fakulteta za socialno delo 2006. Ljubljana.

rakavimi ali sladkornimi bolniki, je tam katarza po preživetih ali obvladani bolezni razumljiva in družbeno sprejeta, celo hvaljena, povsem samoumevno je, da so na voljo sezname kompanjonov, prostori, skupinice dobro informiranih in strokovnih veteranov, ki niti ne rabijo pomoči strokovnjakov, zgolj ščepec humanizma in jasne vednosti, kako dragoceni in zdravljeni sta samopomoč ter prijazno uho kolega po izkušnji. Pri psihiatričnih veteranih pa ostaja nedoumljivo dejstvo, da še nikdar ni zbolel zdravnik, nikdar psihoza ni pošlatala pravnik, bognekdaj ekonomista, da bi ti potem kot skupina prizadevnih palčkov pojoč postavili varno zavetišče za vse naslednje Metke in Janke ... Po drugi plati po svetu uspeh samoorganizacije primerjajo s podobnimi organizacijami bivših pijancev in narkomanov. Spet hruške in jabolka: pri pijancih in narkomanih je del katarze in priljubljenosti v tam, da so z nečim prenehali, se osvobodili, ozdraveli ... Razumete razliko? Psihiatrični preživelec nima te svobode, da lepega jutra vstane in reče: takole bodi! Psihoza je končana! Depresija pokopana!

Priporočilo uporabnika

Obstajajo Dam in nekatere druge bolj drobne pobude (na primer 'Poglej!', v katerem sodelujem): razvijajmo jih nežno, pozorno, za čase, ko ne bomo lačni in prezebli in zadeti in zdolgočaseni – ostajajo dragocen prostor, kjer smo lahko tudi mi dobri ljudje.

Stigma

V preteklosti so menili, da duševne bolezni onemogočajo normalno funkcioniranje in da močno zmanjšajo posameznikove sposobnosti (9, 10). Za shizofrenijo, na primer, se še vedno govori in dokazuje, tudi na najbolj obiskanih psihiatričnih kongresih, da je bolezen, ki naj bi povzročala nepretrgan upad številnih sposobnosti in življenjskih zmožnosti. To naj bi potrjevali rezultati o izidih bolezni, slikanja možganov in ocenjevanja spoznavnih sposobnosti ljudi s to boleznijo. Ob tem pa raziskovalni dokazi kažejo, prvič, da ima le približno 25 odstotkov ljudi s shizofrenijo slab dolgotrajni izid bolezni in da se le pri nekaterih med temi kaže napredujoče zmanjšanje delovanja (kar je sicer značilnost nevrodegenerativnih bolezni); drugič, študije magnetne resonance (vrsta slikanja možganov) kažejo na majhne strukturne spremembe možganov pri prvem pojavu bolezni, potem pa na nadaljnjo zmanjševanje možganske mase, vendar pa je zadnje mogoče razložiti z učinki antipsihotičnih zdravil pod vplivom psihoaktivnih snovi (alkohol, droge), ki jih ti bolniki pogosto uživajo in jih je mogoče pripisati tudi drugim sekundarnim vplivom, ki smo jim vsi izpostavljeni; naj med njimi navedem le staranje. In tretjič, čeprav je mogoče dokazati spoznavne motnje (upad spominskih sposobnosti, sposobnosti sklepanja in manjše sposobnosti procesiranja informacij), se te sposobnosti pri ljudeh s shizofrenijo v času ne poslabšujejo.

Večina ljudi s shizofrenijo lahko doživi dolgotrajno remisijo (umik simptomov) in lahko dobro funkcionira. Dejstvo, da nekateri nazadujejo, je mogoče pogosto pripisati slabemu dostopu in sodelovanju pri zdravljenju, učinku spremljajočih okoliščin in socialnemu ter finančnemu osiromašenju. Žal številni ljudje s shizofrenijo nimajo dostopa do ustreznih služb in socialne podpore, ki jih potrebujejo, da bi lahko dosegli okrevanje in dovolj dobro kakovost življenja.

Pri napovedovanju izida shizofrenije je treba upoštevati vplive stigmatizacije in njenih posledic, kot so revščina, nezaposlenost, bivanje v bolnišnicah in socialnih zavodih ali celo zaporih, ki vsi gotovo močno poslabšajo delovanje posameznikov (11).

Kljub tem dokazom pa v strokovnih službah, ki naj bi bile v pomoč ljudem z duševnimi motnjami, in v širši družbi tudi danes prevladuje mnenje o

usodnem nazadovanju pri shizofreniji. V strokovnih službah in delovnih okoljih, pa tudi v družinah, ljudi odvrtaajo od njihovih življenjskih ciljev, ki so enaki kot pri drugih ljudeh: od zaposlitve, ustvarjanja družine in prijateljstev do neodvisnega življenja (12). Kaže, da je ena izmed determinant tega arhaičnega razmišljanja pri strokovnih delavcih in pri njihovih pacientih, uporabnikih in svojcih strah, ki pri obolelih še zdaleč ni vezan le na bolezen, temveč tudi na (pre)moč drugih in njihov nadzor, na strah pred stigmatom, diskriminacijo in stisko zaradi okoliščin, v katerih živijo. Raziskovanje strahu, ki lahko bistveno determinira vedenje in proces okrevanja, je nezadostno (13). Strah strokovnjakov pred dopuščanjem okrevanja in njegovi podpori pa je prav gotovo zakoreninjen v njihovih profesionalnih vlogah, ki v določeni meri težijo k inertnosti in pokroviteljstvu.

Viri

1. Glover J. Alien landscapes?: interpreting disordered minds. Harvard 2014. Harvard College.
2. Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, et al. Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *Br J Psychiatry* 2011;199: 445–52.
3. Slade M. Measuring recovery in mental health services. *Isr J Psychiatry Relat Sci.*2010; 47: 206–12.
4. Thornicroft G, Slade M. New trends in assessing the outcomes of mental health interventions. *World Psychiatry* 2014;13(2):118-24.
5. Lasalvia A, Zoppei S, Van Bortel T, et al. Global pattern of experienced and anticipated discrimination reported by people with major depressive disorder: a cross-sectional survey. *Lancet.* 2013; 381: 55–62.
6. Anthony WA. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health system in the 1990s. *Innovations and Research* 1993; 2:17–24
7. Copeland J, Thornicroft G, Bird V, Bowis J, Slade M. Global priorities of civil society for mental health services: findings from a 53 country survey. *World Psychiatry* 2014;13(2):198-200.
8. Thornicroft G, Szmukler G, Mueser KT, Drake RE (eds.). *Community Mental Health.* Oxford 2011, Oxford University Press: 31-2.

9. Bellack AS. Scientific and consumer models of recovery in schizophrenia: concordance, contrasts, and implications. *Schizophr Bull.* 2006;32(3):432–442.
10. Kraepelin E. *Dementia Praecox and Paraphrenia*. Barclay RM (translator). Edinburgh 1919, UK: E and S Livingstone.
11. HYPERLINK »<http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/search?author1=Thomas+J.+Reilly&sortspec=date&submit=Submit>« Reilly TJ and HYPERLINK »<http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/search?author1=Robin+M.+Murray&sortspec=date&submit=Submit>« Murray RM. The Myth of Schizophrenia as a Progressive Brain Disease *Schizophr Bull* (2013) 39 (6): 1363-72.
12. Drake RE, Whitley R. Recovery and Severe Mental Illness: Description and Analysis. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie* 2014; 59(5):236-42.
13. Sweeney A, Gillard S, Wykes T in Rose D. The role of fear in mental health service users' experiences: a qualitative exploration. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2015. Feb 22. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 25702165, DOI 10.1007/s00127-015-1028-z.

Tone Vrhovnik Straka

Zdravniki in lekarnarji in mi

Po celomesečnih pripravah, dopolnjevanju, črtanju in pripravljanju poročila, vprašanj in vljudnih zahtev je scenarij največkrat takle:

»Počutite se v redu? Zdravil še imate do prihodnjega obiska?«

»Jaz ...«

»Ondesite, prosim, recepte sestri in nasvidenje prihodnjč.«

Temeljna značilnost slovenske psihiatrije s strani uporabnika je neskončno čakanje. Na pogovor, ki ga nikdar ni, za znižanje tablet, na razumen nasvet, preden se doma pobijemo, na odločitev za novo hospitalizacijo, na delno ali kompletno upokojitev ... Še s kralji v pravljicah so podložniki lažje prišli do razprave kakor s psihiatom. Seveda, tisti, ki imajo, si ga lahko privoščijo popoldne, v zasebni ordinaciji, ostali čakamo na hladnem hodniku v norišnici ali v zadušni čakalnici, da potem iz časopisa izvemo, kako je morda ravno naš psihiater med uglednimi prejemniki denarjev kot sodni izvedenec ... in vsa ta izvedenstva je moral pisati ponoči, ko lenuharji spimo ali pa bolščimo v strop, morda je prav zato tako utrujen in se ne spomni, kako se pišem in zakaj prihajam ...

Mreža psihiatrije že desetletja škriplje, zdravnikov je neznosno premalo, zato se v stikih z uporabniki omejujejo na najnujnejše, na hitri servis. Če so v stiku s človekom suvereni in samozavestni, se hitro zmedejo ob spraševanju, denimo, po stranskih učinkih zdravil, ali recimo ob tem, zakaj se velika večina ljudi po začetku jemanja antidepresivov nenadzorovano zredi, kar gotovo ne vpliva najboljše na že tako porušeno samopodobo. Četudi se kot »branilci vednosti« po vzvišenosti do preostalega sveta psihiatri ne ločijo veliko od drugih zdravnikov, bi od njih vendarle pričakovali nekoliko globljo vednost o vzrokih, oblikah in napredovanju motenj, o katerih se z njimi pogovarjamo, predvsem in izrecno pa bistveno več časa za pogovor. Žal med uporabniki in preživelci že zaradi površnih pojasnil in večnega hitenja ostaja zakoreninjeno prepričanje, da so psihiatri večinoma komercialisti farmacevtske industrije, o kateri pa tudi »vemo«, da ji gre pravzaprav samo za zasluzke in so resne raziskave o razvoju zdravil za hujše motnje že zdavnaj poniknile, zato pa neprestano raste trg za blažja pomirila in anti-depresive, ki jih dandanes radi predpisujejo osebni zdravniki.

Sprejemni oddelki slovenskih blaznic še zmeraj ostajajo temačni kraji, ki prepuščajo poročila o fizičnem in psihičnem nasilju (le da so zdaj nasprotna dejstva podrobno dokumentirana), o pokori, poslušnosti in pridnosti – tērminih, ki so tudi pri dresuri že nekoliko iz mode.

Psihiatri se enostavno ne trudijo dovolj. Glede na resnost in težavnost travm in omejujočih dejavnikov, ki jih doživljamo ljudje z duševnimi motnjami, so te oskrbljene površno, brez zadostnih informacij o uspešnem zdravljenju in s prenizkimi cilji, saj zaključek psihiatričnega posega pomeni zdravljenje z nedoglednim jemanjem zdravil, ne pa ozdravitev s polno vrnitvijo v stanje duševnega zdravja. Dejstvo, da smo vljudni in se ne upiramo, ni zadosten argument za mnenje, da delajo dobro.

Priporočilo uporabnika

Z reformo zdravstvenega sistema psihiatri postanejo zdravniki »po starem«, v miru se posvečajo delu z ljudmi v klinikah in ambulantah, skupaj s psihologi in nevroznanstveniki preiskujejo razne kombinacije pogovornih in zdravilnih pristopov, sami zahtevajo in dosežejo, da timsko obravnavajo zapletenejše primere, obiskujejo ljudi na domu, jim pomagajo pri vračanju v življenje in delo. Resno sodelovanje med enakopravnimi partnerji ugodno vpliva na padec samomorov. Farmacevtska industrija odkrije nova zdravila za psihozo in cepivo, pomaga pri raziskavah in odpravljanju depresije, ob prepovedi izdelave in prodaje debelilnih antidepressivov in zasvojljivih pomiril se reorganizira v socialno industrijo in se resno vrže v raziskave za odpravljanje vzrokov za mladostniške krize ter za utrjevanje duševnega in telesnega zdravja vse večje populacije starejših.

Vesna Švab

Psihosocialna rehabilitacija (PSR) in obravnava v skupnosti

V zadnjih desetletjih se je pokroviteljski odnos začel spreminjati s pobudami glede vključevanja perspektive okrevanja v procese pomoči. Programi, ki naj bi bili namenjeni okrevanju, »normalizaciji« in krepitvi moči uporabnikov, so se v Sloveniji pojavili v socialnih, nevladnih in psihiatričnih službah.

Definicija PSR je po smernicah Ameriškega združenja za PSR metoda dela, ki pospešuje okrevanje, vključitev v skupnost in boljšo kakovost življenja za ljudi, ki imajo diagnozo hude in ponavljajoče se duševne motnje, to je takšne, ki zmanjša njihove zmožnosti, da živijo zadovoljujoče življenje (1, 2). Temeljna načela rehabilitacijskega pristopa lahko označimo z devetimi smernicami: obravnava je prilagojena posamezniku; vključitev okolja; osredotočanje na zmožnosti; obnavljanje upanja; iskanje zaposlitve; vsestranska obravnava; neposredno vključevanje uporabnikov v odločanje in načrtovanje; nepretrganost obravnave in krepitev moči. Uspeh PSR je odvisen od osebnega odnosa med pacientom in tistim, ki omogoča podporo.

Cilji PSR so usmerjeni v funkcioniranje, socialno zadovoljujoče odnose, zmanjševanje diskriminacije in označenja, podporo družinam, socialno podporo, ki naj omogoči zaposlitev, stanovanje, druženje in prostočasovne dejavnosti. S PSR bi morali povečati moč ljudi, ki uporabljajo službe, njihovo samozavest in zmožnost uresničevanja osebnih ciljev.

Metode PSR, ki so se dokazale kot uspešne, so:

- Učenje spretnosti neodvisnega bivanja in socialnih veščin: Uporabljajo se teorije učenja za pridobivanje in utrjevanje spretnosti, ki so potrebne v vsakdanjem življenju.
- Psihološka podpora pacientom in njihovim družinam, med katere sodi tudi psihoedukacija, ki je opisana v enem od naslednjih poglavij.
- Urejanje bivanja: Stremi se k zagotavljanju bivanja v običajnem in urejenem okolju s podporo izobraženega osebja, če je to potrebno.

- Delovna rehabilitacija in zaposlovanje: posebej uspešni so programi podpornega zaposlovanja na delovnem mestu, ki prispevajo tudi k izboljšanju zdravja in bistveno k večji zadovoljnosti.
- Socialno vključevanje in pomoč pri medosebnih odnosih, ki jih posameznik doživlja kot take, da krepijo njegove sposobnosti za obvladovanje težav: delujejo tako, da omilijo stresne situacije, ali tako, da okrepijo posameznika.

Vesna Švab

Skrb za duševno zdravje v skupnosti

Zakaj obravnava v skupnosti

Zdravljenje duševnih motenj poteka v institucijah in v skupnosti. Velika večina ljudi z duševnimi motnjami se obravnava v domačem okolju, kjer za njihovo zdravje skrbijo družinski zdravniki in njihove medicinske sestre ter tudi drugi sodelavci na osnovni ravni zdravstvenega varstva, kot je opisal Kersnik v enem izmed naslednjih poglavij. Velika večina sredstev za zdravljenje duševnih motenj se porabi v institucionalnih oblikah oskrbe, kar je mogoče enostavno utemeljiti z razlikami v kadrovske zasedenosti obeh oblik obravnave. Podatki Ministrstva kažejo, da je kadrovska zasedba v zavodih več kot 10-krat boljše kot v nevladnih organizacijah.

Drugi razlog je etične narave. Kot piše Glover (3), ljudje z duševnimi motnjami niso nenavadne ptice v vrtu, temveč enakopravni in v veliki večini potez enaki člani skupnosti, ki ne želijo bivati v institucionalnih okoljih. Institucionalizacija dokazano škodi njihovemu duševnemu zdravju, dolgotrajna institucionalizacija dokazano poslabša njihove zmožnosti in samozavest. V skupnosti sicer ne pride do hitrejšega umika simptomov bolezni kot v bolnišnici (prej obratno, ker skupnostno zdravljenje pogosto ni tako intenzivno, vsaj kar se tiče zdravljenja), dokazano hitreje pa se izboljšujejo funkcionalne sposobnosti. Poročila govorijo, da strokovni delavci, ki delajo v skupnosti, bolj previdno – z več spoštovanja – obravnavajo paciente, čeprav seveda to ni nujno tako. Obravnava v skupnosti ima glede okrevanja boljše izide kot obravnava v institucijah, vendar je za ustrezno načrtovanje služb potrebno vzpostaviti uravnoteženo zastopnost skupnostnih in institucionalnih oblik obravnave (4). Večina držav sredstva za obravnavo ljudi s hudimi in ponavljajočimi se duševnimi motnjami preusmerja iz institucionalnih v skupnostne oblike obravnave.

Definicije

Skupnostna psihiatrija pomeni uporabo tehnik, metod in teorij, ki odkrivajo potrebe na področju duševnega zdravja in poskušajo na te potrebe odgovoriti funkcionalno ali na zemljepisno omejenem območju. Skupnostne službe naj bi torej odgovarjale na potrebe posameznikov in ne ustanovljale novih služb.

Skupnostna obravnava naj bi zagotavljala vsestransko in neprekinjeno podporo ter, kadarkoli je to mogoče, preprečevala sprejeme v bolnišnico. Drugi deli definicije vključujejo zavezi, da uporabniki služb sodelujejo pri njihovem nastajanju in da nadzirajo njihovo kakovost in da so metode dela, ki jih uporabljajo, podprte z dokazi (2). Poglavitne alternative hospitalizacijam so skupnostno zdravljenje na domovih bolnikov in različne oblike dnevnega bivanja ter zaposlitev. Sistem velikih ali srednje velikih institucij naj bi se postopoma zamenjal z bolj prilagodljivo mrežo alternativnih služb, v katero je vključeno tudi psihiatrično zdravljenje.

Razvoj skupnostne obravnave v Sloveniji

V Sloveniji so se v zadnjih petih letih vzporedno razvili štirje modeli obravnave ljudi s hudimi in ponavljajočimi se duševnimi motnjami v skupnosti, ki jih je potrebno primerjati in oceniti glede uspešnosti in finančne učinkovitosti. Uporabljajo nekatere primerljive metode dela, paciente pa obravnavajo z različno stopnjo intenzivnosti. Prva dva modela sta nastala v zdravstvenem, druga dva pa v socialnem sektorju.

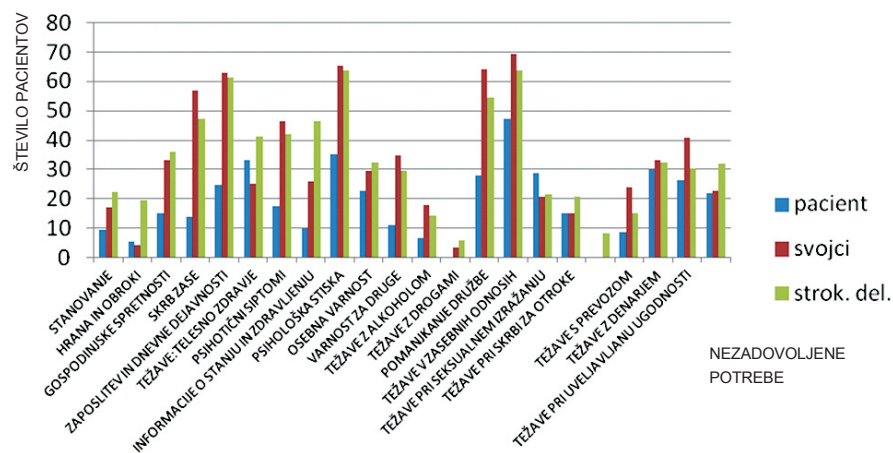
Prvi model: Skupnostna psihiatrična obravnava (SPO)

Dostopnost in vsestranskost psihiatrične obravnave za ljudi z duševnimi motnjami izboljšajo skupnostne psihiatrične delovne skupine (angl. CMHT – Community Mental Health Team) (5), ki so sestavljene iz psihiatra, psihologa, socialnega delavca, medicinskih sester in delovnih terapevtov. Te skupine delujejo na področjih s 50.000 do 100.000 prebivalcev in odgovarjajo na potrebe po zdravljenju pacientov s kroničnimi duševnimi motnjami in na potrebe drugih posameznikov, ki imajo hude duševne motnje in potrebujejo takojšnjo psihiatrično oskrbo. Večinoma se ukvarjajo torej s kroničnimi psihiatričnimi pacienti, in sicer s spremljanjem in zdravljenjem na njihovem domu, hkrati pa obvladujejo tudi krizne situacije in asistirajo osnovnemu zdravstvenemu varstvu pri njihovem delu z ogroženimi pacienti. SPO vzpostavi kontakt in spremlja tudi paciente, ki še niso bili v psihiatrični obravnavi in jih osebje na primarni ravni identificira kot ogrožene. V Sloveniji smo 2013 uvedli SPO pilotsko v štirih regijah skupaj z izobraževalnim programom o obravnavi in preventivi duševnih motenj. Aprila 2015 je bilo vključenih že 471 obravnavanih oseb, od tega na Koroškem 67, v Sevnici 152, v Novem mestu 164, v Murski Soboti pa 88.

Štirje zdravstveni domovi so dobili sredstva za spremljanje pacientov, ki so bili na njihovem območju neoskrbljeni na terenu, torej v njihovem lokalnem okolju. Opravili so lokalno oceno potreb in zagotovili pomoč pri vodenju tistih, ki so pri zdravljenju slabo sodelovali.

Ocena potreb pri tej skupini pokaže, da imajo veliko težav na različnih življenjskih področjih in da najhujše težave niso na področju psihoze, temveč v vsakdanjem resničnem življenju: osamljenost, zapuščenost, brezdelje, pomanjkanje samospoštovanja in skrbi zase, revščina in pogosto samomorilna nevarnost/visoka ogroženost glede osebne varnosti (slika 1).

Slika 1: Nezadovoljene potrebe pacientov, ki jih obravnavajo lokalni skupnostni timi v RS (ocena pacientov, svojcev in strokovnih delavcev)



Pojasnilo: višje vrednosti pomenijo več izraženih potreb. Osebna varnost pomeni samomorilna razmišljanja ali nevarnost.

Drugi model: Timi ACT

V RS se skupnostna psihiatrija izvaja tudi v psihiatričnih bolnišnicah. Bolnišnični psihiatrični timi, ki delajo po modelu ACT (angl. Assertive Community Treatment), spremljajo paciente s hudimi in komorbidnimi psihiatričnimi motnjami po odpustu iz bolnišnice ter zagotavljajo pravočasno zdravljenje ter pomagajo pri reševanju življenjskih težav. Spremljanje naj bi potekalo v omejenem obdobju po odpustu, dostopnost tima naj bi bila

v tem času nepretrgoma. Vsi timi ACT v Sloveniji – v vseh psihiatričnih bolnišnicah – so dosegli pomembno zmanjšanje števila hospitalizacij pri obravnavanih osebah. Obravnavali naj bi posameznike, ki potrebujejo nepretrgano spremljanje in pri katerih je mogoče predvideti, da bodo potrebne intervencije tudi ponoči in ob praznikih.

Že bolnišnični skupnostni timi so dokazali bistveno zmanjšanje hospitalizacij pri pacientih, ki jih vodijo, in s tem tudi prihranke pri najdražji bolnišnični obravnavi.

Tretji in četrti model: Koordinacija obravnave v skupnosti

Tretji model je metoda dela, ki jo izvajajo za isto skupino pacientov (odpuščenih iz psihiatričnih bolnišnic) centri za socialno delo in zato zaposlujejo socialne delavce, ki jih za to tudi dodatno usposobijo. Obseg tega dela in pristojnosti koordinatorjev so opisani v Resoluciji duševnega zdravja (MZ Slovenije). Večinoma urejajo socialne probleme vključenih oseb in poskušajo koordinirati delo s psihiatri, za kar imajo tudi zakonska pooblastila. Podobno obravnavo ponujajo tudi nevladne organizacije, ki imajo na tem področju izkušnje že od devetdesetih let. Program, ki ga izvajajo, sloni na modelu načrtovanje obravnave. Pri nas ga je teoretično razvijala Fakulteta za socialno delo, ki je tudi izobraževala koordinatorje obravnave. O uspešnosti programa imamo nekaj podatkov, opisanih v Resoluciji duševnega zdravja RS. V letu 2013 je 29 koordinatorjev obravnave v skupnosti izvedlo 500 načrtov obravnave (vir: Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve).

Protokoli delovanja delovnih skupin

Sprejem:

- Paciente se pri programu SPO identificira v ambulantah družinske medicine, s pregledom primerov v patronažnih zdravstvenih službah, z identifikacijo primerov na centrih za socialno delo in v nevladnih organizacijah ter preko javnih predstavitev programa s strani delovne skupine, ki izvaja program in je sestavljena iz medicinskih sester (dve), polovico delovnega časa pa tudi iz delovnega terapevta, psihiatra in psihologa. Napotitev je lahko direktna, brez napotnice. Za identificirane paciente se pripravi protokol obravnave (načrt) na podlagi identificiranih potreb in ciljev obravnave (začetni multidisciplinarni tim s pacientom, svojci in zunanjimi sodelavci v obravnavi).

- Pri programu ACT se paciente identificira v psihiatrični bolnišnici med hospitalizacijo; takrat se opravi tudi diagnostika in začne obravnavati.
- Paciente se pri koordinaciji oskrbe (KO) v skupnosti identificira ob odpustu iz psihiatrične bolnišnice, ko se pacient odloči za pomoč koordinatorja oskrbe po odpustu.

Spremljanje:

- Pri vseh treh programih se paciente spremlja in zdravi v skladu z načrtom in se beleži storitve in ukrepe, kot so pripravljene v protokolu obravnave (v SPO in ACT se uporablja protokolirane zapiske o obravnavah, SPO mora šifrirati storitve za zavarovalnico in imeti zapise o ukrepih in izidih; pri KO so to zapisi o obravnavi in zapisniki multidisciplinarnih timov).

Ocena izida:

- se spremlja z zgoraj navedenimi podatki.

Evalvacija

SPO so opravili analizo opravljenih storitev, zbrali demografske podatke in jih analizirali ter opravili pri vseh vključenih oceno potreb in oceno klinične slike v šestmesečnih razmikih.

Timi ACT so dokazali zmanjšanje hospitalizacij za izbrane paciente.

V letu 2010 so koordinatorji obravnave v skupnosti opravili 642 obravnav, od tega 183 v multidisciplinarnih timih, v letu 2014 pa 500.

Nevladne organizacije so nadaljevale svoje delo na področju načrtovanja obravnave za isto skupino, ki je že več kot desetletje vključena v programe psihosocialne pomoči, v stanovanjske skupine, dnevne centre in socialna podjetja, ki so jih ustanovljale.

Vsi izvajalci zagotavljajo, da so njihove službe usmerjene v okrevanje, da zagotavljajo najboljšo možno obravnavo, pri kateri se ravna glede na njihove potrebe in želje. V tej mreži služb, ki se je razvila v zadnjem desetletju, so številni ljudje po hospitalizaciji lahko uporabljali različne službe in spremljanje, vodenje in spremljanje se je pri nekaterih podvajalo.

Pojavile so se prve pritožbe, med njimi takšne, da je nadzora preveč, da strokovni delavci vdirajo v domove, da ne znajo prepoznati potreb družine in da načrtujejo obravnavo brez dejanske udeležbe svojcev in ljudi, ki so vključeni v obravnavo. Pritožbe so bile tudi, da se informacije med

službami izmenjujejo z veliko lahkostjo ali obratno, da medsebojnega obveščanja ni (ustna komunikacija).

V tej situaciji je predvsem potrebno definirati delokroge vseh izvajalcev, doseči konsenz glede razdelitve nalog in sprejeti ustrezne protokole. Pacienta je potrebno dejansko postaviti v središče obravnave in doseči, da sam izbere službe, ki jih potrebuje in želi.

Viri

1. Anthony WA in Liberman RP. The Practice of Psychiatric Rehabilitation: Historical, Conceptual, and Research Base. *Schizophrenia Bulletin* 1986; 12 (4). 542–59.
2. Thornicroft G, Szumukler G, Mueser KT in Drake RE (eds.) *Community Mental Health*. Oxford 2011, Oxford University Press.
3. Glover J. *Alien landscapes?: interpreting disorder minds*. Harvard 2014. Harvard College.
4. McDaid D in Thornicroft G. Balancing institutional and community-based care. *European Observatory on Health Systems and Policies* 2005. Accessed 27.9.2015 at: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/108952/E85488.pdf.
5. Thornicroft G in Tansella M. Components of modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care. *Overview of systematic evidence*. *British Journal of Psychiatry* 2004; 185: 283–90.
6. Thornicroft G. Physical health disparities and mental illness: the scandal of premature mortality. *Br J Psychiatry* 2011; 199(6):441-2.
7. *European Mental Health Plan 2013*. Accessed 3.5.2015 from webpage: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/194107/63wd11e_MentalHealth-3.pdf
8. Thornicroft G in Slade M. *Camberwell Assessment of Need, short version, User friendly assessment of need*. *Nursing Times* 1999; 95(33):52-3.

Janko Kersnik

Vloga zdravnika družinske medicine pri prepoznavanju kriz in pri kriznih intervencijah⁵

Uvod

Krizna stanja in krizne intervencije predstavljajo za vse zdravstvene delavce velik strokovni, organizacijski in človeški izziv. Predstavljajo celo mavrico možnih scenarijev in vzrokov (1–3). Z očmi javnega zdravja so pri obravnavi kriznih stanj pomembni preprečevanje, zgodnje odkrivanje, obravnava (krizne intervencije) ter vodenje bolnikov v krizi in po njej. Večina dostopne literature je namenjena psihologom in psihiatrom, medtem ko je za zdravnike družinske medicine na voljo le opis hospitalizacije proti bolnikovi volji v primeru skrajnih kriznih stanj kot uvoda v krizno intervencijo.

Preprečevanje kriznih stanj

Za številne bolnike je že védenje, da imajo na razpolago svojega zdravnika družinske medicine, ki jim je dostopen, kadar potrebujejo pomoč, in s katerim imajo ustrezen odnos, prvi korak pri podpori v času razvoja in pojava krize. Zdravnik družinske medicine s svojim pristopom k bolnikom in s svojim ravnanjem pomembno prispeva k manjšemu pojavu in hitrejšemu prepoznavanju kriznih stanj pri svojih bolnikih, podpori in ustreznemu usmerjanju k drugim zdravstvenim delavcem v primeru potrebe. Večina vzrokov in sprožilcev kriz je izven moči posameznika in zdravstva. Velik del aktivnosti na tem področju v družinski medicini predstavlja vodenje znanih bolnikov z duševno motnjo, pri katerih so krize pogostejše kot pri ostalih ljudeh, bo opisano v enem od naslednjih poglavij.

Zdravnik družinske medicine s svojim timom k preventivi kriznih stanj prispeva že s svojo prisotnostjo in dostopnostjo. Iz predhodnih obiskov in iz

⁵ Prispevek je povzet po predavanju na 18. Schrottovih dnevih, 20. in 21. marca 2015, in je bil v celoti objavljen v zborniku srečanja: Kersnik, J. *Vloga zdravnika družinske medicine pri kriznih intervencijah*. V: 18. Schrottovi dnevi, Ljubljana, 20.–21. 3. 2014. Poplas-Susič, T. (ur.), Vajd, R. (ur.). 18. Schrottovi dnevi : zbornik predavanj: Ljubljana, 20.–21. 3. 2015], (Medicinski razgledi, ISSN 0353-3484, Supplement, Letn. 54, 1). Ljubljana: Medicinski razgledi, 2015: 47–50.

socialnega napotitvenega sistema ostalih bolnikov bolniki izvedo za slog dela, paleto problemov, o katerih se z zdravnikom in njegovimi sodelavci lahko pogovorijo. Pomemben je psihosocialni del zdravnikovega dela, celovitost in celostnost obravnave, pri čemer se za bolnika zanima tudi v njegovem bivanskem in duhovnem svetu ter v delovnem, duševnem in socialnem okolju (3). Bolj ko je zdravnik psihosocialno naravnani, večja je verjetnost, da bodo bolniki zgodaj zaupali svoje stiske in jih ob zdravnikovi podpori uspešneje reševali, da krize ne bodo tako pogosto izzvale kriznih stanj.

Zgodnje prepoznavanje (grozečih) kriznih stanj

Če je splošni zdravnikov odnos do reševanja zdravstvenih težav svojih bolnikov (kot ga bolniki poznajo iz socialnega napotitvenega sistema) pomemben za to, da bodo bolniki v času krize oz. kriznega stanja iskali pri njem nasvet, pa je za zgodnje odkrivanje kriznih stanj pomembno poznavanje znakov, ki nas opozarjajo, da bolnik doživlja krizo ali da se pri njem razvija krizno stanje. Krize lahko pričakujemo pri vsaki pomembni spremembi socialne strukture znotraj skupine, ki ji posameznik pripada (5), zato se bomo pri bolnikih, ki so se znašli v takem življenjskem položaju, v katerem se lahko pojavi kriza, pozorni do znakov kriznega stanja. Pozorni smo na razvojne krize, ki so pričakovane in nujne razvojne stopnje in del življenjskih ciklov, ki jih nujno spremlja emocionalna kriza (adolescenca, ustvarjanje družine, odhod otrok od doma, klimakterij ...), predvsem pa na travmatske oz. naključne krize, ki jim lahko botrujejo zelo različni dogodki (1, 2, 5).

Obravnava kriznih stanj

Celovita obravnava kriznih stanj sodi na področje psihiatrije, kjer psihologi in psihiatri obravnavajo te bolnike z namenom zmanjšanja neugodnih izidov in zmanjšanja števila hospitalizacij (1, 3, 5). Kljub prosti dostopnosti psihiatrične nujne pomoči je pravočasna ustrezna napotitev na obravnavo pomembna naloga zdravnika družinske medicine, ki se s kriznim stanjem sreča v svoji ambulanti, v dežurni službi ali v nujni medicinski pomoči (6).

Krizne intervencije

Krizne intervencije izvajajo psihiatri in psihologi (1–3, 5, 7, 8).

Vloga nepsihiatra in nepsihologa

O vlogi zdravnika družinske medicine pri neprostovoljni hospitalizaciji kot skrajni obliki ukrepanja zaradi kriznega stanja govorijo vse smernice nujnega ukrepanja (6). V dostopni literaturi pa ni mogoče dobiti uporabnih smernic o vlogi ostalih zdravnikov pri obravnavi kriz in kriznih stanj na splošno. Kljub temu vlogo zdravnika družinske medicine lahko opišemo s podobnimi vodili, kot veljajo za intervencijske ekipe, ki obravnavajo krizna stanja (3):

- ocenimo ogroženost
- vzpostavimo sodelovanje
- ugotovimo problem/-e
- obravnavamo čustva
- proučimo možne poti reševanja nastale situacije
- načrtujemo ukrep/-e
- spremljamo (če bolnika ne predamo drugi službi)

Kot pri celotnem našem delu je tudi v kriznih intervencijah ključna (z)možnost vzpostavitve čim višje stopnje zaupanja, ki omogoča oz. olajša vse ostale naloge. Pri načrtovanju ukrepov se moramo opreti na širok krog možnih sodelavcev, tj. od socialnih delavcev, patronažnih medicinskih sester do psihologov, psihiatrov idr., ki bodo lahko izvedli ustrezne ukrepe pri prizadetih v krizni situaciji.

Vodenje bolnikov z večjim tveganjem za pojav kriznega stanja

Čeprav v to skupino sodijo tudi bolniki, pri katerih pričakujemo eno od razvojnih kriz, imamo v mislih predvsem duševne bolnike, ki so v svojem življenju že doživeli krizno stanje predvsem zaradi svoje duševne bolezni. Zlasti bolniki z diagnozo psihotične motnje zaslužijo našo posebno skrb, da spremljamo in spodbujamo njihovo sodelovanje pri zdravljenju, se zanimamo za njihovo počutje, doživljanje in zmožnost samooskrbe. Sodelujemo s svojci in patronažno medicinsko sestro, da lahko »trianguliramo« bolnikove informacije in naša opažanja. Nudimo jim podporo in skrbimo, da bolniki vedo, da smo jim na voljo, kadar koli bi rabili našo pomoč.

Sklep

Kljub temu da so krizne intervencije področje psihiatrije, lahko zdravniki družinske medicine poleg neprostovoljnih hospitalizacij pomembno prispevamo k preprečevanju razvoja kriznih stanj s svojim celovitim pristopom k obravnavi naših bolnikov, k zgodnjemu prepoznavanju grozečih kriznih stanj s poznavanjem vzrokov in sprožilnih dejavnikov kriz ter s poslušom za bolnika in njegove življenjske okoliščine na sploh. Psihična podpora ter pravočasna in ustrezna napotitev pomembno prispevata k hitrejši odpravi kriznega stanja in vračanju bolnikov v normalno življenje.

Viri

1. Kocmur M. Krizna stanja. V: Romih, J., in Žmitek, A. (ur.) Urgentna stanja v psihiatriji: Begunje, 16. in 17. oktober 1998. Begunje: Psihiatrična bolnišnica, 1999: 89–100.
2. Pojem U. Krizna stanja v psihoonkologiji. V: Romih, J. in Žmitek, A. (ur.) Urgentna stanja v psihiatriji: [zbornik], Begunje, 16. in 17. oktober 1998. Begunje: Psihiatrična bolnišnica, 1999: 32–40.
3. Roberts AR. Assessment, Crisis Intervention and Trauma Treatment: The Integrative ACT Intervention Model. 2002: 1–22.
4. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I in Ram P. The European Definition of General Practitioner. Evans P. (ur.) WONCA EUROPE (The European Society of General Practice/ Family Medicine); 2005. Pridobljeno s <http://www.euract.eu/official-documents/finish/3-official-documents/94-european-definition-of-general-practitioner-family-medicine-2005-full-version>.
5. Mrevlje G. Krizna stanja pri mladostniku. Obz Zdrav Nege 1984; 18: 264–73.
6. Turk H. in Kersnik J. Hospitalizacija proti volji bolnika. V: Grmec, Š. (ur.) Nujna stanja. Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine, 2008: 239–41.
7. Anon. Crisis management I : Early Detection and Crisis Prevention. Ballart; Ballart health Services, 1997.
8. Mental Health Crisis Planning. Minneapolis, NAMI, 2008.

Tone Vrhovnik Straka

Nevladni strokovnjaki in mi

Vse te organizacije so samo zato, da same zaposlujejo ljudi, ne pa, da pomagajo nam. Je že kdo slišal za koga, ki so ga po zaposlitveni rehabilitaciji tudi zares zaposlili? V dnevnikih centrih (kolikor jih sploh še je, večinoma so jih izrinili razni inštituti, ki so spet namenjeni nam, samo sedeti ne smemo v njih) delajo z nami kot v vrtcu. Kaj mene briga sedenje v krogu in razpravljanje, katero asociacijo v meni sproža rdeča barva? Zakaj nas vržejo ven, ko gredo iz službe oni – a nismo mi njihova služba? Zakaj stalno javkajo, kako vse bi nam pomagali, pa jim država daje zmeraj manj denarja? Kaj mene briga, če morajo cele dni pisati vloge za razne razpise? Jaz bi samo en prostor, kjer bi v miru posedel, kjer me ne bi bilo strah, kjer bi bili do mene prijazni, ne pokroviteljski, kjer bi mi kaj pomagali. Res pa mi gredo na jetra razne praktikantke, ki se do nas obnašajo še bolj butasto kot redno zaposleni. Pripravljen sem marsikaj prenesti; ker so mlade, se nas v bistvu bojijo in nimajo pojma, kaj se nam plete po glavah – samo tako prekleto pocukrane naj ne bodo. Vem, rabijo prakso, cel oddelek na fakulteti so naredili samo zato, da bi nam kar najbolj pomagali. Če ne bi bilo nas, bi imeli pa katedro za pomoč kakšni drugi ogroženi živalci. Človeški ribici.

Roko na srce: kar počno Altra, Novi Paradoks, Ozara, ŠENT in Vezi ter razne partnerske pobude, ki jih vzpodbujajo predvsem bolj humane bolnišnice, je za ljudi, ki imamo za seboj izkušnjo težav v duševnem zdravju, preprosto neprecenljivo. Na dnevni ravni na stotinam ljudem, ki bi sicer kot velika večina manj srečnih kolegov (v katerih okoljih dnevnih centrov ni) vegetirali za domačimi zidovi, nudijo zavetje, vzpodbudo, izobraževanja in tečaje v tem in drugem, konkretno zagovorniško pomoč in podporo. Z leti se obseg in intenziteta te pomoči spreminjata, kar je razumljivo, leta gospodarske krize se kajpak odražajo tudi na tem področju. Nevladniki se borijo za vse manjšo državno podporo in vbogajme raznih mednarodnih pomoči, saj je kljub vsemu dokazovanju o »ekonomski računici« pomoči potrebnim državi najlaže odreči pomoč na področjih, na katerih se stanje poslabšuje tiho, brez velikih kravalov in krvavih naslovnih.

Ni pričakovati, da bodo nevladniki podporo za oplemenitenje in razvoj dobili od nas, uporabnikov in preživelcev, zato se bo treba pogoditi za pošten dogovor, ki bo proti tretjemu (državi) omogočil dobrobit obema stranema. Objekti smo za pomoč hvaležni in jo čutimo, ni pa verjetno narobe,

če zahtevamo pravičen vrstni red: milijoni najprej nam in šele potem našim pomočnikom. Naj so njihove življenjske razmere še tako naporne – ne smejo jih reševati na naših plečih. Ker to ni prav.

Priporočilo uporabnika

Preživelci znova postanemo ne zgolj objekt, pač pa subjekt nevladnih organizacij, v njih suvereno soodločamo in soupravljamo, jih uporabljamo kot bazo za intervence na terenu, kot zametek za redno zaposlitev, preko nevladnih organizacij vzpodbujamo prostovoljstvo, zagovorništvo, razvoj znanosti in uspešnih praks na področju duševnega zdravja, koordiniramo nacionalne in mednarodne akcije. Skupaj z nevladniki in njihovim strokovnim znanjem nastopamo proti evidentnim krivicam, zahtevamo ne zgolj sedežev v upravnih odborih in svetih bolnišnic, nevladnih organizacij, jasno mesto v invalidski sferi (in, krhem, pripadajoči delež tamkajšnje pogače, se razume), konec koncev pripadajoče mesto na paraolimpijadi!

Špela Zgonc, Tina Nanut, Ana Ivanišević Valetič

Psihosocialna rehabilitacija v skupnosti za osebe s težavami v duševnem zdravju

ŠENT – Slovensko združenje za duševno zdravje že od leta 1993 izvaja skupnostne programe za osebe, ki imajo težave v duševnem zdravju.

Na podlagi potreb teh oseb so v začetku devetdesetih let začela različna društva izvajati programe v okolju, kjer ti ljudje živijo. Pred tem so se običajno gibali v začaranem krogu med psihiatrično bolnišnico in domom.

S programi smo začeli odgovarjati na njihove potrebe in ustvarili zanje nove priložnosti, da lahko kljub nekaterim prikrajsanostim razvijajo svoje sposobnosti in krepijo znanja in veščine, ki jim omogočajo samostojno in neodvisno življenje.

Programe smo pričeli izvajati na več lokacijah, s čimer smo želeli doseči večjo dostopnost za ljudi in jih obenem čim manj finančno obremeniti.

V psihosocialnih programih, ki jih izvajamo v skupnosti, uporabljamo metode dela, ki vodijo k *opolnomočenju* posameznika. Besedo smo povzeli iz angleščine (*empowerment*), kar pomeni pridobitev moči, v slovenščini pa jo lahko razložimo kot pridobitev polne moči za samostojno odločanje o svojem življenju. Pomembno je, da posameznik pridobi ustrezne informacije, znanja in veščine ter spretnosti, ki mu omogočajo, da samostojno odloča o svojem življenju (namesto njega se ne odločajo njegovi bližnji ali strokovni delavci, ki opravljajo zanj storitve oz. izvajajo programe) in za svoje odločitve tudi prevzema odgovornost.

Pri opolnomočenju je pomemben del tudi zagovorništvo. Naše delo ni nudenje pomoči v smislu, da posamezniku odvzamemo aktivno vlogo pri tem, da si sam pomaga. Naše delo mora biti usmerjeno k cilju, da posamezniku damo aktivno vlogo pri reševanju njegovih osebnih stisk in ne postane odvisen od naše pomoči, ampak se nauči veščin, s katerimi si pomaga sam. S tem si pridobiva tudi samozavest in samospoštovanje. Če mu nudimo pomoč na način, da mu jemljemo aktivno vlogo v tem procesu, mu s tem jemljemo dostojanstvo (2).

Drugo zelo pomembno načelo je *normalizacija*, ki v osnovi pomeni »normalno življenje« – torej enako za tiste, ki imajo kakšne težave, in tiste, ki teh težav nimajo (2).

Naša obravnava sloni na oceni potreb posameznika, na vseh področjih njegovega življenja. Za tovrstno obravnavo je zelo pomembno, da so v tim

vključeni različni strokovnjaki in tudi drugi, ki so pomembni za posameznika oz. so del njegovega življenja. Člani tima morajo biti ves čas pozorni na to, da so cilji, ki jim sledijo, res cilji posameznika, da mu nudijo ustrezno podporo pri tem, da cilje dosega s čim manj podpore oz. da podporo dobi na področjih, na katerih jo sam želi in potrebuje, ne da mu jo vsiljujemo.

Cilj programa je zmanjševanje podpore na račun večanja/povečevanja samostojnosti posameznika.

Lamovec (1) povzema, da je bistvo zagovorniškega načela omogočanje posamezniku, da se aktivno vključi v reševanje svojih težav in stisk na način, ki je njemu blizu.

Prav udeleženci v problemu morajo največ prispevati pri oblikovanju rešitve. Naloga delavcev v socialnem varstvu je, da omogočimo izkušnjo sodelovanja (4).

Program Dnevni centrov je namenjen pridobivanju socialnih in vsakdanjih veščin, z namenom, da posameznik lahko samostojno opravlja vsakdanja opravila in skrbi zase, neodvisno od drugih. Program je osnova za nadaljevanje v programih zaposlovanja. Preprečuje osamljenost in izolacijo, ki je pogosto posledica duševne bolezni in stigme. Izvaja se na 14 lokacijah po Sloveniji (od tega v 6 manjših občinah).

Je socialnovarstveni program, namenjen posameznikom, ki se znajdejo v duševni stiski. Običajno se vanj vključujejo posamezniki, ki imajo dolgotrajne težave v duševnem zdravju, občasno pa se po pomoč obračajo tudi tisti, ki se znajdejo v trenutni stiski in so vključeni krajši čas.

Dolgotrajni uporabniki dnevni centrov so običajno posamezniki s kroničnimi motnjami in starejši; za mlajše je pomembno, da potem, ko pridobijo potrebne življenjske kompetence in postanejo dovolj opolnomočeni, naredijo korake naprej in se polno vključijo v življenje.

V dnevnem centru posameznik dobi ustrezno strokovno podporo in pomoč pri razreševanju vsakodnevnih težav, s katerimi se srečuje pri sprejemanju duševne motnje in posledično nekaterih manj zmožnosti, prav tako pa začne krepiti svoje pozitivne lastnosti in se učiti, da je življenje z duševno motnjo lahko tudi kakovostno in polno. V okviru programa pridobiva različne kompetence, ki so pomembne in potrebne za samostojno in neodvisno življenje (ustrezni načini komuniciranja in interakcije v okolju, osebna urejenost, skrb za telesno in duševno zdravje, kuhanje, učenje računalništva,

ipd). Pomemben vidik vključitve je tudi krepitev in širjenje socialnih stikov (pomagamo in spodbujamo pri stikih v programu, v okolju, pri vključevanju v druge programe in oblike druženja, s sorodniki in prijatelji).

Delo s posameznikom poteka individualno in skupinsko. Poudarek je na svetovalnem delu, učenju socialnih veščin, spodbujanju in usmerjanju v samopomoč ter učenje vsakdanjih veščin.

Na individualni ravni se opravljajo svetovalni in razbremenilni razgovori. Timsko se pripravi individualni načrt doseganja ciljev posameznika (če ga ne pripravi koordinator obravnave v skupnosti), na podlagi katerega posameznik pridobiva življenjske kompetence in dosega zastavljene cilje, ki mu omogočajo življenje, v katerem potrebuje vedno manj podpore in je vedno bolj samostojen pri zadovoljevanju tako osnovnih kot kompleksnejših potreb. To dosegamo z učenjem konkretnih spretnosti in veščin (komunikacija, interakcija, osebna urejenost, ipd.).

Pri skupinskem delu se vključeni v program učijo socialnih kompetenc z izmenjavo izkušenj, praktičnim usposabljanjem in preizkušanjem; pridobivajo različna funkcionalna in praktična znanja (računalništvo, tuji jeziki, kuhanje, zdrava prehrana, urejenost prostora, ipd.) in se vključujejo v prostčasne športne in družabne aktivnosti, s pomočjo katerih si širijo osebno socialno mrežo.

Za vključitev v program se posameznik odloči sam, prav tako si v programu sam izbira aktivnosti, v katere se želi vključiti. Invalidsko upokojeni in upokojeni se najpogosteje vključujejo v prostčasne dejavnosti, saj je zanje zelo pomembno kakovostno preživljanje prostega časa in socialna mreža.

Oseba, ki se vključi v dnevni center, velikokrat opravi precej dolgo pot, na kateri sprejema odgovornosti in pridobiva veščine in znanja, ki so nujno potrebna za samostojno življenje: zavedati se resnosti duševne bolezni, sprejeti nov način življenja in funkcioniranja, omejitve, ki jih prinaša bolezen ter vse te spremembe vplesti v lastno življenje ali, bolje, stare navade predrugati do te mere, da ustrezajo novim pogojem, obenem pa ohraniti svoj jaz. Prebrati te spremembe je morda enostavno, resnično jih uvesti v vsakdan pa precej zahtevna življenjska naloga. Strokovni delavci v naših 14 dnevni centrih ponujajo dejavnosti in storitve, ki omogočajo učenje in razvoj posameznika. Obravnava je prilagojena posamezniku in v večji meri poteka v manjših skupinah, kjer posameznik ostaja v socialnem krogu, znotraj katerega pridobiva nove veščine, znanja in življenjske spretnosti, obenem pa krepi in nadgrajuje ohranjene. Z osvojenimi veščinami je

posameznik pripravljen na (ponovno) vrnitev na področje dela, kjer pa se ponovno zaplete, saj zaposlitev pod posebnimi pogoji ali zaščitene zaposlitve niso del sistema, zato je možnosti premalo.

Program stanovanjskih skupin omogoča bivanje, učenje socialnih in vsakdanjih veščin za samostojnost in nudi podporo in pomoč pri samostojnem bivanju. Izvajamo ga v 11 enotah (v 7 krajih).

Je socialnovarstveni program, namenjen polnoletnim osebam, ki zaradi občasnih ali dolgotrajnih stisk in težav v duševnem zdravju potrebujejo strokovno pomoč in podporo za samostojno življenje v skupnosti, ker nimajo primerne okolje in ustrezne socialne mreže. Posameznik se sam v največji možni meri odloča o svojem bivanju, zdravljenju in delu. Zagotoviti jim skušamo učenje vsakodnevno potrebnih spretnosti za samostojno bivanje in nuditi podporo pri organizaciji bivanja ter pomoč pri drugih oblikah stisk in težav, s katerimi se srečujejo.

Skupina je v hiši ali stanovanju. Gre za sobivanje 4–6 oseb, ki imajo dolgotrajne težave v duševnem zdravju. Praviloma gre za sobivanje v dvoposteljni sobi (možnost je tudi enoposteljna soba – odločamo se na podlagi potreb oseb, ki trenutno bivajo v skupini). Kuhinja, dnevna soba in kopalnica so skupni prostori. Člani skupine si z našo pomočjo razdelijo zadolžitve (kuhanje, skrb za čiščenje prostorov, za urejanje vrta; vsak pa skrbi za red in čistočo v svoji sobi).

Posebno pozornost namenjamo lokaciji stanovanjskih skupin, ki mora imeti razvito infrastrukturo in stanovalcem nuditi možnost dostopa do storitev, ki jim omogočajo aktivno in kakovostno preživljanje prostega časa.

Osnovni pogoj za sprejem v stanovanjsko skupino je delna samostojnost pri opravljanju vsakodnevnih opravil oz. zmožnost učenja teh veščin, skrb zase, redno jemanje predpisane medikamentozne terapije, redni kontrolni obiski pri lečečem zdravniku/psihiatru in sprejemanje pogojev in pravil ter aktivno sodelovanje v programu.

Za sprejem posameznik priloži motivacijsko pismo oz. opis ciljev in veščin, ki jih želi doseči oz. pridobiti v programu. Pred vključitvijo skličemo timski sestanek, na katerem se pomembni deležniki, ki s kandidatom delajo, seznanijo z možnostjo vključitve in si tudi razdelijo vloge in naloge, kako bodo podpirali posameznika pri doseganju ciljev, ki si jih je zastavil.

Ob sprejemu in v času bivanja poskušamo s stanovalcem doseči spoštovanje določenih pravil in načel, ki veljajo za vse stanovalce v stanovanjskih

skupinah, kar omogoča kakovostno in strpno sobivanje. S tem pa se učijo tudi veščin za bivanje v skupnosti.

Stanovalec skupaj s strokovnim delavcem izdelava individualni načrt za samostojno življenje, ki zajema pomembnejša področja njegovega življenja. Na podlagi načrta poskušamo doseči cilje, ki si jih posameznik zastavi. Uresničevanju ciljev sledimo sproti, najmanj enkrat letno pa jih evalviramo – skupaj z uporabnikom podamo mnenje, kaj je bilo storjenega, kje se je ustavilo, kaj in kako lahko še naredimo ipd.

Temeljni cilj programa je povečanje zmožnosti za neodvisno, samostojno in kakovostno življenje posameznika. Podpiramo in spodbujamo jih pri vzpostavljanju socialnih stikov (s prostovoljci, z vključevanjem v druge organizacije, z vključevanjem v športne in prostočasne aktivnosti v lokalnem okolju, ipd.). S stalno podporo in učenjem veščin za neodvisno življenje, omogočamo kakovostno življenje. S strokovnim delom s svojci in drugimi pomembnimi osebami v življenju posameznika, izboljšamo odnose med njimi in prispevamo k lažjemu sprejemanju nove situacije.

S stalno podporo je posameznik zmožen relativno samostojnega življenja v skupnosti, zna poskrbeti zase in za svoje pravice ter prevzemati odgovornost za svoje odločitve.

Za nekatere izmed njih je zadnji korak zaključenega programa vrnitev v domače ali drugo okolje in samostojno življenje s podporo skupnosti.

V ta namen že pred odhodom iz programa vključimo koordinatorje obravnave v skupnosti s pristojnih CSD. Skupaj pregledamo, kaj je bilo do tedaj narejenega, čemu je potrebno posvetiti več pozornosti in aktivnosti za naprej – koliko podpore koordinatorja bo potrebno in pri katerih zadevah. Na ta način se lahko prepreči marsikatera stresna situacija, ki bi lahko vplivala na poslabšanje zdravstvenega stanja in socialnih okoliščin.

Po izstopu (zaključku programa) je za nekatere bivše stanovalce, ki še niso popolnoma zgradili socialne mreže, pomembna vključitev v dnevni center, kjer ostajajo možnosti za navezovanje stikov z vrstniki in možnost podpore in strokovne pomoči, v kolikor jo potrebujejo.

Zaradi neurejene stanovanjske politike je selitev na svoje za mnoge stanovalce zelo oddaljena možnost, saj se zaradi slabih finančnih zmožnosti (v večini primerov prejemniki denarne socialne pomoči ali invalidske pokojnine) zanašajo na neprofitna stanovanja, teh pa je na trgu premalo. Za tržni najem sob ali stanovanj se odločijo zelo redko, ker je poleg denarnih

omejitev prisotno tudi nesprejemanje duševnih motenj s strani okolice; skrbi jih, da jih bodo iz stanovanj najemodajalci »vrgli« takoj, ko bodo izvedeli, da imajo težave v duševnem zdravju; prav tako jih skrbi, kaj se bo zgodilo s stroški najemnine, če bodo hospitalizirani itd.

Zato se večinoma, kjer je možnost, vračajo domov, v času trajanja vključitve pa intenzivno delamo na izboljšanju odnosov z bližnjimi, da se uredijo domače razmere.

Prizadevamo si za nadgradnjo in širitev programa stanovanjskih skupin, saj smo v družbi prepoznali potrebe po stanovanjskih skupinah in predvsem manjših in individualnih enotah tako za osebe s težavami v duševnem zdravju kot tudi za druge ranljive skupine prebivalstva, ki bodo na tak način ostale del družbe. Pri tem nas omejuje systemske ovire, ki trenutno ne omogočajo ustreznega vključevanja posameznika, ki je dovolj napredoval in bi moral od nas oditi. V Sloveniji je namreč zelo pomanjkljiva stanovanjska politika in sistem zaposlovanja za ranljive skupine oseb. Tukaj govorimo o tem, da se osebe, ki so v programu Stanovanjskih skupin, že dosegle stopnjo samostojnosti, ki jim omogoča bivanje na svojem, vendar pa to ni mogoče, ker si s svojimi dohodki tega ne morejo privoščiti. Na lokalnem in nacionalnem nivoju pa ni na voljo bivalnih enot za osebe s tovrstnimi težavami, kot lahko vidimo nekatere primere v tujini (ali jim nudijo stanovanje ali pa finančno podporo, ki omogoča samostojno, individualno bivanje ali imajo subvencionirano plačilo najemnine).

Vseh stanovanjskih skupin v združenju ŠENT je enajst: v Osrednjeslovenski regiji pet, v Savinjski regiji tri, dve na Obalno-kraški regiji in ena v Severnoprimorski regiji.

Poleg tega dvema osebama zagotavljamo tudi individualno bivanje. Stopnja podpore ni vnaprej določena, ampak se prilagajamo njunim potrebam. Ni vnaprej določenega urnika, kdaj in na katerem področju življenja jima nudimo pomoč.

V okviru ŠENT-a se za vključitev v program sklene pogodba med stanovalcem/-ko, financerjem (lokalna skupnost/občina) in izvajalcem, kar postavlja stanovalca v enakopraven položaj pogodbene stranke.

Kaj nas loči od drugih programov in storitev, ki se izvajajo v javnih službah in zavodih? Vstop v program je veliko bolj neformalen, ni čakalnih vrst, kar je za osebe z duševnimi motnjami zelo pomembno (5). Sicer nas v zbiranje podatkov in dokumentacije sili veliko število uporabnikov naših

programov in tudi naši sofinancerji, ki imajo svoje zahteve, a kljub temu poskušamo ohraniti čim bolj osebni pristop in osebe, ki k nam prihajajo, čim manj obremenjevati s formalnostmi in administracijo ter jim ponuditi storitve, ki bodo pripomogle k razreševanju njihovih težav in razvoju zmožnosti za socialno in kasneje zaposlitveno vključenost.

Ker nismo omejeni z normiranjem naših storitev, smo lahko bolj fleksibilni in poslušamo posameznika in njegove potrebe ter mu ponudimo individualizirano in celostno pomoč, ki jo v tistem trenutku potrebuje. Pri nudenju pomoči in reševanju posameznikove problematike želimo vplivati na čim večji spekter njegovih potreb, na njemu prilagojen način.

Viri

1. Lamovec T. Psihosocialna pomoč v duševni stiski. Ljubljana 1998, Visoka šola za socialno delo.
2. Brandon D, Brandon A, Brandon T. Advocacy: Power to people with disabilities. Birmingham 1995, Venture Press.
3. Videmšek P. Iz institucij v skupnost : stanovanjske skupine nevladnih organizacij na področju duševnega zdravja. Ljubljana 2013: Fakulteta za socialno delo.
4. Čačinovič Vogrinčič G. Jezik socialnega dela, Socialno delo 2003; 42 (4-5): 199-203.
5. Švab V. Vgraditi rehabilitacijo v sistem skrbi in pomoči. Švab, V. (ur.). Psihosocialna rehabilitacija. Ljubljana 2004, ŠENT – Slovensko združenje za duševno zdravje.

Družina in mi

Domači mi težijo, naj se vendar kam zmigam, pa nimam ne s čim ne kam – in tudi kako, če vendar ves svet ve, da smo psihiatrični krivi za vse? Domači mi odmerjajo zdravila, me zasledujejo, ali sem vse pogoltnil, in zraven teži-jo, kako sem matast in debel od teh istih zdravil. Vem, ja. Penzijo ali socialno razdelimo za stroške; tudi če mi vso pustijo, je ne upam dati na banko – kaj, če mi potem vzamejo socialno, češ saj se lahko preživljam s prihranki? Z mamo se stalno dajeva, ali vrnemo še tisti dodatek za postrežbo, ker nam bodo po njeni smrti zaradi tega dolga prodali stanovanje in bom na cesti. O, ja, kupil bi kolo in se kam odpeljal, šel bi na fitnes ali teč, ampak vse to stane in mama pravi, naj ne plačujem mesečnih kart za telovadbe, potem pa že tretjič ne bom šel in bo vse propadlo ...

Ob vseh prizadevanjih za destigmatizacijo, skupinah za starše in svojce ter pomoči nevladnikov so družine ljudi, ki se srečajo z duševno motnjo, v obdobju obilja znanja in cenenih informacijskih sredstev v večini povsem nepripravljene na novo življenje. Enako kot preživenci sami tudi njihovi bližnji prihajajo iz celotne mavrice socialnih, lokalnih in izobrazbenih okolij in so v skladu s temi dejavniki (ne)ustrezno pripravljeni na pomoč. Kam takšne družine nagnejo krize, ki jih preživlja celotna družba, verjetno ni treba posebej modrovati.

Priporočilo uporabnika

Družino v celoti vključimo v ekipo za rehabilitacijo pomoči potrebnemu človeku: najprej jo ustrezno izobrazimo, pripravimo, s strokovnjaki vseh smeri pregledamo položaj, v težjih primerih vključimo v terapijo tudi druge občutljive člane. Preverimo, ali družina že dobiva vse možne vire s socialne plati, ji pojasnimo vse o novih okoliščinah (morebitnem prehodu v invalidski status svojca, sistemu socialnih pomoči, vprašanjih lastništva, dedovanja, zaposlitvenih možnosti preživelca in drugih članov), skratka, družino ustrezno pripravimo na rehabilitacijo. Če preživelec družine nima, ga postopno vključimo v stanovanjsko skupino in kasneje, ko je svet zanj dovolj varen, v samostojno življenje. Družine opolnomočimo, da si izborijo pravice in možnost polnovrednega življenja.

Delo z družinami

Najpomembnejši korak pri soočanju družin s hudimi psihotičnimi duševnimi motnjami, kot je npr. shizofrenija, je razvoj ustreznega odnosa. Za to se morajo družinski člani obolelega najprej razbremeniti občutkov krivde in sramu, ki izhajajo iz zmotnega prepričanja, da je razlog za nastanek bolezni v njih samih, napačni vzgoji, pretiranemu popuščanju ali pretirani strogosti ali morda v neprijetnih dogodkih, ki so se zgodili. Nikogar ni, ki ne želel kaj spremeniti pri vzgoji in družinskih odnosih, pa vendar zbolijo le redki otroci. Hude duševne motnje so predvsem bolezni. Družine ne povzročijo duševne bolezni, kot so shizofrenija in bipolarna motnja, ampak jih povzročijo številni kompleksni dejavniki, vključno z biologijo in genetiko. Pri delu z družinami pa se moramo zavedati, da sta občutja krivde in sramu tako pogosta občutka, da je potrebno o tem povprašati bolnika in svojce, tudi če sami o tem ne spregovorijo spontano. Če se občutki krivde predelajo in zmanjšajo, se lahko med bolnikom in svojci vzpostavi odnos, ki vsebuje (1): občutek perspektive, sprejemanje bolezni, družinsko ravno-vesje in realistična pričakovanja.

V nadaljevanju bomo povzeli napotke za družine ljudi z duševnimi boleznimi različnih avtorjev, ki so povzeti v npr. avstralskem priročniku *SANE Guide for Families* (SANE vodnik za družine). SANE je avstralska dobrodelna organizacija za ljudi z duševnimi motnjami in ponuja programe pomoči, izobraževanja in usposabljanja. Priročnik poskuša tudi s perspektive svojcev pomagati k ustreznemu ravnanju. Razumeti pa je treba, da je temelj za takšna priporočila raziskovalno delo številnih skupin, ki so ugotovljale, da je visoka čustvena zavzetost v družini (bodisi kot pretirana pozornost, bodisi kot sovražno vedenje) lahko dokazano škodljiva za potek bolezni. Razbremenjene družine lahko bolje pomagajo svojim bližnjim. Podobno velja tudi za zavzete strokovne delavce, ki želijo nuditi pomoč.

Kot je napisano zgoraj, družine najprej potrebujejo informacije in podporo, da premagajo občutke krivde in zmorejo ponuditi ustrezno pomoč. Dokazano je, da so pristopi, ki družinam pomagajo, psihoedukacija, ki je opisana v enem od naslednjih poglavij, in vse vrste podpornih pristopov, ki omogočijo povečevanje varnosti in zaupanja v družinskem krogu. Družinske intervencije dokazano izboljšajo prognozo bolezni oz. zmanjšajo število ponovitev bolezni. Psihosocialni podporni programi družinam so uspešni

pri zmanjševanju pretirane čustvene zavzetosti (2). To je enako pomembno tudi zunaj nuklearne družine v vseh oblikah zdravljenja in podpore.

Pojav duševne bolezni pri enem članu družine spremeni življenje vseh. Svojci si v procesu zdravljenja in rehabilitacije želijo, da bi vedeli čim več o naslednjih vsebinah (3):

- duševne motnje, medicinski posegi in zdravljenje;
- družinska dinamika, odnosi in čustva v družinah, katerih član je oseba z duševno motnjo;
- zaščita obolelih svojcev;
- izmenjava skupnih skrbi in izkušenj;
- zunanja pomoč;
- sprejemanje;
- načini obvladovanja motnje in obvladovanje stresnih dejavnikov;
- komunikacija;
- stigmatizacija;
- samomor;
- finančne težave.

Družinska srečanja je mogoče organizirati na več načinov:

- družina, pacient in zdravnik se skupaj pogovarjajo o problemu;
- na srečanju s terapevtom, ki traja uro in pol, se svojcem razloži narava motnje in omogoči dovolj časa za diskusijo;
- skupino svojcev vodja skupine pozove k čim bolj odprti in svobodni medosebni komunikaciji in izmenjavi izkušenj; lahko se vključio pacienta;
- prost razgovor, katerega glavna značilnost je sprejemanje brez obsojanja;
- izobraževanje: informacije o bolezni, mogoči izidi bolezni, možnosti za zdravljenje in rehabilitacijo – kakšna naj bo podpora svojcev?

Oktober 1998 smo v Cankarjevem domu v Ljubljani organizirali okroglo mizo svojcev in skrbnikov oseb z duševnimi motnjami. Na tem mestu ne bomo navedli vseh sklepov, ki smo jih takrat sprejeli, radi pa bi opozorili na nekatere, ki se nam zdijo bistveni:

- svojci oseb z duševnimi motnjami ne potrebujejo terapevtske obravnave, temveč konkretno in vsakdanjo pomoč pri reševanju svojih težav;

- strokovno osebje služb za duševno zdravje pozivajo, naj preusmeri del svojih delovnih naporov od psihoterapevtskega izobraževanja in skupinskega dela k nepretrgani podpori na domovih bolnikov;
- svojci pričakujejo finančno podporo in pomoč države (ker prevzemajo skrb, ki bi bila sicer institucionalna) v obliki socialnih podpor, davčnih olajšav, varstvenih dodatkov ipd.;
- od strokovnih delavcev pričakujejo strokoven in spoštljiv odnos, podporo in zaupanje predvsem v primerih, ko so prisiljeni poiskati pomoč za hospitalizacijo proti volji pacienta;
- želijo se organizirati v organizacijo, ki bo lahko zastopala njihove potrebe in potrebe njihovih obolelih družinskih članov;
- pozivajo k ustanavljanju in vzdrževanju mreže služb (zaposlitvenih, podpornih, dnevnih centrov itd.), ki bo izboljšala kakovost življenja bolnikov in razbremenila njihove skrbnike.

Temeljna priporočila, napisana v številnih priročnikih, so:

Soočanje – soočiti se z dejstvom, da ima svojec duševno bolezen, ki bo verjetno imela velik vpliv tako nanj kot na člane družine. Hkrati se lahko pojavijo občutki jeze, zmedenosti in/ali občutek izgube in žalovanja ob tem, da se je zaradi simptomov bolezni svojec spremenil. Pomembno si je priznati ta čustva in spregovoriti o njih.

Razviti občutek ravnotežja med:

- priznanjem vpliva bolezni na obolelega in upanjem za okrevanje;
- željo pomagati bolniku in spodbujanjem njegove neodvisnosti;
- izražanjem skrbi in pretirano zavzetostjo, angažiranostjo;
- posvečanjem časa bolniku in posvečanjem časa sebi ter drugim družinskim članom;
- spodbujanjem bolnika k aktivnosti in vzdrževanju realnih pričakovanj.

Glavna splošna usmeritev je uravnovešene podpore in skrbi s težnjo k čim večji samostojnosti, ob čemer se zmanjša nadzor in omogoči posamezniku, da prevzame odgovornost zase. Večkrat je težko najti ustrezno razmejitev med vsem naštetim, zato je priporočljivo, da se člani družine dogovorijo, lahko tudi s člani strokovnega tima, kaj lahko naredijo za obolelega svojca.

Govoriti o svojih čustvih

Ker duševne bolezni čustveno vplivajo na celotno družino, je potrebno zagotoviti, da se lahko čustva izrazijo in da ima ob tem mnenje vsakega enako mesto, težo. Hkrati je pomembno vedeti, na kakšne načine in kdaj spregovoriti o čustvih tudi z bolnikom, saj je pretirana čustvena izraznost in angažiranost škodljiva, kot je opisano zgoraj. Tako je priporočljivo, da se člani družine o tem najprej pogovorijo s strokovnim timom in da se vključijo v samopomočne skupine, kjer se lahko srečajo z ljudmi, ki so se znašli v podobni situaciji.

Kaj narediti v kriznih situacijah?

Pri obvladovanju kriznih stanj se spodbuja upoštevanje naslednji treh načel:

- Komunikacija naj bo jasna, poštena in razumevajoča. Naj se ne priganja ali po nepotrebem dotika bolnika, če ga to spravlja v stisko.
- Bolniku naj se omogoči mirno in varno okolje, po potrebi naj se odstrani predmete, s katerimi lahko poškoduje sebe ali druge.
- Družina in strokovni delavci naj se vedejo čim bolj mirno in samozavestno, naj bodo odločni in hkrati prijateljski. Izogibati se je treba grožnjam.

V primeru, da so se kadarkoli v času bolezni pojavljale pri bolniku samomorilne misli, samopoškodbeno vedenje ali agresivnost, je potrebno to vzeti resno in se o tem pogovoriti s psihiatrom. Družina (skupaj z bolnikom) naj naredi načrt, kaj narediti v takšnih primerih, strokovni delavci pa naj imajo za takšne primere pripravljene protokole obravnave.

Pristopi za pomoči družinam

Eden izmed uspešnih pristopov pomoči družini vsebuje več komponent:

- Oceno težav v družini in vključitev družine.
- Izobraževanje in prepoznavanje simptomov. Če člani družine ne vedo, kakšni so znaki in posledice bolezni, kako se zdravi in kakšne so možnosti za okrevanje, lahko to prepreči družini, da bi učinkovito pomagala bolniku. Včasih člani družine težko razumejo teže simptome ali jih napačno pripisujejo posameznikovi volji namesto bolezni.

Družinski člani se lahko vključijo v psihoedukacijo, lahko pa si pomagajo tudi z različno literaturo.

- Komunikacijski trening. Del tega je tudi, da se družinski člani naučijo člane strokovnega tima vprašati za pomoč. Stigma (ki je večja, če ima družina občutek krivde) lahko prepreči, da družine poiščejo podporo. K razvijanju komunikacijskih spretnosti in zaupnosti lahko pomagajo tudi podporne skupine, kjer si družine delijo izkušnje, kako se soočiti in pomagati bližnji osebi z duševno motnjo.
- Ravno tako je pomembno ohranjanje mirnosti v pogovorih in reakcijah. Potrebno se je izogibati jeznim odgovorom in reakcijam ter poskusiti delovati s potrpljenjem in razumevanjem.
- Definiranje ciljev. Pričakovanja naj bodo realistična, saj lahko pretirana pričakovanja članov družine porušijo proces okrevanja. Ko se bolnik po večtedenski hospitalizaciji vrne domov si želi nadoknaditi izgubljeni čas v šoli oz. službi, tako da se takoj vrne v šolo, na delovno mesto in si napolni urnik še z dodatnimi aktivnostmi, da bi nadoknadel čas, preživet v bolnišnici. S tem si močno zviša nivo stresa in tako poveča možnost ponovitve bolezni. Načeloma je bolje znižati pričakovanja in spodbuditi bolnika, da ubere počasnejši ritem vračanja v svoje predhodno življenje.
- Reševanje problemov je usmerjeno zlasti v nadzor čustvovanja in na ustrezne načine obvladovanja težav v vsakodnevnih življenjskih situacijah. Sestavljeno je iz: prepoznavanja problema, njegovega definiranja, razvijanja strategij za njegovo razrešitev, organiziranja znanja ter prepoznavanja virov in spretnosti, ki lahko pri tem pomagajo, spremljanja napredka in ocene rešitve. Pri tem je tendenca, da se tovrstno razreševanje preizkusi najprej v bolj enostavnih situacijah in obvladljivem okolju ter da se šele po obvladanju reševanja v tovrstnih situacijah to prenese v realno okolje.
- Vedenjske metode samoobvladovanja in kontrola simptomov sta pomembna pri preprečevanju ponovitev bolezni. Vsak bolnik ima svoj vzorec znakov in opozorilnih znakov, ki so si ob ponovitvah bolezni podobni. Največkrat je potrebno biti pozoren na dolžino in vzorec spanja, občutke tesnobe in strahu ali nemira, razdražljivost, povečanje težav pri vsakodnevnih opravilih, spremembe v utrujenosti in splošnem nivoju energije, občutke zmedenosti, motnje pozornosti in povečano žalost.

- Obvladovanje stresov. Pomembno je, da se tako bolnik kot družina naučijo prepoznavati, kaj ga spravi v stisko, da si sam to zabeleži skupaj z občutki in čustvi, ki jih ob tem doživlja, ter svojim vedenjem. Za tem se skupaj poišče alternativne rešitve tako za situacije, ki stres izzovejo, kot za strategije soočanja s stresom. Pri tem pomembno pomagata struktura in možnost umika v miren prostor.
- Vzdrževanje sprememb.

Program vpliva na zmanjšanje kritičnih pripomb v družini in vsiljive medsebojne interakcije, hkrati pa tudi omogoči podporo bolniku pri nadzoru simptomov, rednem jemanju zdravil in razvija druge vedenjske spretnosti (3, 5).

Še nekaj dodatnih splošnih usmeritev (6):

- Sodelovanje svojcev in bolnika z zdravstvenim timom. Aktivno sodelovanje bolnika poveča možnost uspešnega zdravljenja. Potrebno je zagotoviti možnosti, da iskreno poroča o svojih občutkih, stanju pa tudi o dvomih.
- Ustvarjanje ustreznega odnosa med svojci in bolnikom zajema ustvarjanje enakopravnega odnosa, prepuščanje določene odgovornosti bolniku in postavljanje ustreznih meja. Ljudje z duševno motnjo imajo pogosto občutek, da so izgubili nadzor nad svojim življenjem, čutijo se stigmatizirane in imajo nizko samopodobo. Zato je pomembno, da se jih obravnava spoštljivo, ne glede na to, kako izraženi so simptomi bolezni. Pomembno je, da se jim ne prepoveduje stvari, ki niso tako pomembne, npr. kajenje, stil oblačenja, itd. Tudi pomembnejše stvari, kot je npr. jemanje zdravil, je dobro prepustiti, če je le mogoče. Če želi bolnik narediti nekaj, za kar družinski člani čutijo, da presega njegove trenutne zmožnosti, je pomembno, da mu ne vzamejo priložnosti, da to poskusi. Nema lokrat se zgodi, da bolnik to potem uspešno izvede.

Ravno tako, kot je pomembno, da je odnos družine do prizadetega spoštljiv in da mu prepušča nadzor v največji možni meri, pa je tudi pomembno, da se vzpostavi ustrezne meje, ki omogočijo jasnejšo strukturo dneva in delitev odgovornosti. Postavljanje meja je zlasti pomembno pri agresivnosti. Ob tem pa ne pozabiti na enakopravnost, npr. agresivno vedenje naj bo v enaki meri prepovedano za vse člane družine.

- Prepoznati pogum bolnika ter ohranjati in izražati upanje. Človek, ki je zbolel za hudo duševno motnjo in zbere moč za vrnitev v življenje, je na svoj način, s svojimi potenciali in s prepoznavanjem svojih omejitev, vreden globokega spoštovanja. Poleg tega veliko ljudi s težjimi duševnimi motnjami dobro okreva in lahko živi običajno življenje. Pogosto pa je za to potreben čas.
- Samopomoč. Tudi člani družine imajo svoje omejitve in potrebujejo redna obdobja počitka, prostočasne dejavnosti ter druženje izven družine. To je potrebno načrtovati vnaprej, saj se ob lahko spregleda, da je družina že izčrpana. Potrebno se je zavedati, da se brez obnavljanja lastne moči ne more ustrezno pomagati drugemu.

Vpliv bolezni na sorojence, otroke in partnerje

V splošnem se hitro zavemo vpliva bolezni na starše bolnika, vse prevečkrat pa se pozablja, da ta vpliva tudi na druge svojce, ki lahko doživljajo močne občutke sramu in zadrege ter se namesto, da bi se soočili s tem, lahko odtujijo od doma in bolnika. Bolniki s težjo duševno motnjo večkrat zavzamejo nesorazmerno količino družinske energije, časa in pozornosti, zaradi česar lahko pride pri sorojencih do jeze, ljubosumja in zamere. Po drugi strani pa lahko doživljajo žalost in krivdo, saj so lahko z boleznijo izgubili pomemben odnos (npr. brata, na katerega so se lahko v preteklosti zanesli; ženo, ki je bila samostojna in s katero so preživeli veliko lepega ipd.). Odnosi se lahko spremenijo, npr. mlajša sestra lahko prevzame materinski odnos, žena postane skrbnica ipd. Pri sorojencih pa se pojavi tudi strah, da bodo tudi sami zboleli, ali pa povečan pritisk, da naj bodo sami uspešni, da bodo kompenzirali, kar je družina z boleznijo svojega člana izgubila (1).

Najbolj pogosto kršene pravice svojcev

V praksi je še vedno tako, da svojci pogosto nimajo možnosti sodelovati v procesu zdravljenja. Svojci razumejo, da je treba upoštevati tudi privolitev ali neprivolitev obolelega za sodelovanje, vendar so najpogosteje realno največji zavezniki pacienta na poti okrevanja in verjamejo, da je koristno in prav, da se jih vključi v vse faze procesa zdravljenja in rehabilitacije. Ob tem pa imajo svojci tudi pravico do izbire, da sprejmejo ali ne sprejmejo vlogo skrbnika in priznanje te pravice. Tudi svojci lahko obnemorejo. Tudi svojci imajo pravico do mirne in uravnotežene starosti. Pogosto so družine materialno in socialno ogrožene. Materialna eksistenca je vsakdanje vprašanje, ki kljub banalnosti povzroča strah pred prihodnostjo, nepretrgan stres in

veliko možnost, da sami zbolijo. Svojci imajo pravico do dostojnega bivanja. V sobivanju z obolelim bližnjim so svojci zaradi materialnoekstenzičnih problemov predvsem prikrajšani v pravici do prostora samo zase, kar povzroča dodaten stres.

Svojci imajo pravico do skupnostne skrbi za duševno zdravje in do povezanosti mreže za podporo in pomoč v skupnosti.

Navajamo cilje *Baselske deklaracije*, ki je bila sprejeta na kongresu EUFAMI leta 2011 in predstavljena tudi Evropskemu parlamentu. Potrebna je:

- formalna in neformalna podpora uporabnikom storitev in skrbnikom;
- enaka dostopnost do skupnostnih služb v lokalnem okolju uporabnika, kjer je čim manj omejitev;
- zmanjševanje stigme zaradi duševne bolezni, saj stigma predstavlja težko breme za družine, zmanjšuje dostopnost do storitev, otežuje vključevanje v družbo, delovno in bivalno okolje ter zmanjšuje možnosti za vzpostavljanje medsebojnih odnosov;
- pravica do izbire za družine, da sprejmejo ali ne sprejmejo vlogo skrbnika, in priznanje te pravice;
- promocija socialne vključenosti;
- hitrejša okrevanje po duševni bolezni za uporabnike storitev in njihove skrbnike.

Kako si pomagati

Izkušnje svojcev govori, da si moramo svojci svoje pravice izboriti in zaščititi predvsem sami in da so nam pri tem največja in najbolj zanesljiva podpora nevladne organizacije (NVO) s svojimi organizacijami svojcev.

Kot primer dobre prakse navajamo delovanje Foruma svojcev Slovenije (FSS), ki deluje kot posvetovalni organ Slovenskega združenja za duševno zdravje ŠENT. S svojo aktivnostjo je FSS uspel povezati in pritegniti k sodelovanju tudi svojce iz drugih NVO – ustanovitev Odbora svojcev oseb s težavami v duševnem zdravju Slovenije, ki združuje svojce iz petih NVO. Skupaj z organizacijo uporabnikov, Svetom uporabnikov ŠENT, smo v letu 2008 uspeli, da je bil sprejet Zakon o duševnem zdravju ter tako vsaj delno zaščitili pravice uporabnikov in njihovih svojcev. Bitka je bila dobljena, vojna pa še traja in svojce čaka še veliko dela za doseg ciljev, ki bi pripomogli k njihovem kakovostnejšemu, predvsem pa zadovoljnejšemu sobivanju z njihovimi obolelimi bližnjimi.

Moč svojcev je predvsem v sodelovanju med organizacijami svojcev doma in v tujini ter z uporabniki, ki naj vlado in njene institucije nenehno opozarja na nerešena vprašanja na področju duševnega zdravja.

Viri

1. Fuller Torrey E. *Surviving Schizophrenia: a manual for families, patients and providers*. Harper Collins Publishers 1983.
2. Pharoah F, Mari J, Rathbone J. in Wong W. *Family intervention for schizophrenia*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 12.
3. Kavanagh DJ. *Schizophrenia*. V: Wilson P. H. *Relapse Prevention*, New York 1992. The Guilford Press: 157–90.
4. Bebbington P in Kuipers L. *The predictive utility of expressed emotion in schizophrenia: an aggregate analysis*. *Psychol Med*. 1994; 24 (3): 707–18.
5. Mueser KT in Gingerich S. *The Complete Family guide to Schizophrenia: helping your loved one get the most out of life*. The Guilford Press 2006.
6. Miklowitz DJ. *The bipolar survival guide: what you and your family need to know*. The Guilford Press 2010.

Svetovanje

Cilj psihoterapije je zmanjšati stisko in bolečino, odstraniti ovire k zadovoljnemu življenju pa tudi izboljšanje samorazumevanja in samouresničitve (1).

Teorija psihoterapije psihoz izvira iz teorije objektnih odnosov, ki razlaga psihotično stanje kot regresivno stanje: gre za porušene logične poti, ohlapne miselne povezave, kondenzacijo ali fragmentacijo objektov. Meja med sabo in drugimi je zabrisana. Ljudje s psihozo se pogosto počutijo odtujene tudi sami sebi, drugačni in zato neskončno osamljeni (2).

Načela

Prvo načelo psihoterapevtskega dela pri ljudeh, ki so doživeli tako hud psihični zlom, da je pri njih prišlo do motnje v nadzoru resničnosti, je najprej ustvariti okolje varnosti in zaupnosti. Psihoza je psihološko gledano regresivni proces, ki vrača v zgodnje faze razvoja, ko se človek počuti in je dejansko povsem odvisen od drugih. V teh razvojnih fazah je občutek sebe še krhek in nejasen, prav tako predstava o drugih. Potreba po stabilnih in varnih odnosih je v psihozi velika.

Okolje, v katerem se svetovanje izvaja, naj bo varno pred stresom. Čustvena napetost naj bo čim nižja. Vzporednico je mogoče videti v najpomembnejšem nasvetu družinam, ki živijo z ljudmi s hudimi duševnimi motnjami – da je ključnega pomena za okrevanje nizka čustvena zavzetost, neintenzivno izražanje čustev in umiritev, ki se izkaže za bistveno v terapevtskem procesu, pa tudi če ne izvajamo psihoterapije.

Predstavljamo si, da človek s simptomi psihotične bolezni doživlja veliko in preveč stimulacij od znotraj in da mu je v olajšanje, če se zmanjšajo vsaj tiste, ki prihajajo od zunaj. Tudi ljudje brez psihotične bolezni imajo obdobja ali vsaj trenutke prevelike okupiranosti, preplavljanja z informacijami, ki jih lahko spravijo v stisko, razburjenje ali sprožijo celo izbruh neprimerne vedenja. Človek, ki trpi zaradi navala idej in preobremenjenosti svojega živčnega sistema, je za zunanje stimulacije še bolj občutljiv. Zato praviloma težko sodeluje pri delu v skupini. V skupini je za zelo občutljivega posameznika navadno verbalnih in neverbalnih informacij preveč, preusmerjanje

pozornosti pa zaradi bolezni zelo oteženo. V življenju običajnih ljudi ni nič nenavadnega, da nekateri ne prenašajo gneče v nakupovalnih centrih ali na zabavah in se tem dogodkom umikajo. V obravnavah bolj občutljivih ljudi v različnih službah pa pravico po omejitvi stika pogosto spregledamo.

Temelj za psihoterapevtsko obravnavo ljudi s hudimi duševnimi motnjami je podobno kot za rehabilitacijo iskreno zavzeto, pozorno in neobsojajoče poslušanje, sprejemanje in sočutje v pomenu poistovetenja, dokler je pač mogoče, z visoko stopnjo podpore in sprejemanja.

V psihoterapiji psihoz se lahko uporablja različne psihoterapevtske metode, če je strokovnjak zanje usposobljen, to je šolan in ima na področju opravljeno ustrezno kvalifikacijo. Ustrezna kvalifikacija pomeni diploma mednarodno priznane psihoterapevtske šole, ki je pri nas v seznamu šol, ki ga, dokler zakon ne bo določil drugače, pripravi Združenje psihoterapevtov. Med te šole sodijo kognitivna vedenjska psihoterapija, sistemska (družinska) psihoterapija in analitska psihoterapija. Za psihoterapevte, ki delajo z ljudmi s psihotičnimi motnjami, je še posebej pomembno poznavanje psihopatologije, to je predvsem poznavanje znakov bolezni, ki jih posebej intenzivni psihoterapevtski postopki lahko poslabšajo. Osnova dela je ne glede na tehniko enakopraven, zavzet odnos, nizka raven stresnih obremenitev v obravnavi in podpora.

Psihoterapevtski kontinuum

Psihoterapevtske metode so bolj ali manj intenzivne. V analitskih metodah je intenzivnost obravnave praviloma visoka. Človek v obravnavi sledi svojim prostim asociacijam, razkriva nezavedne vzgibe in konflikte, kar je lahko boleč in zahteven proces bodisi v individualni analizi, skupinski analitski psihoterapiji, transakcijski analizi, psihodinamskih terapijah bodisi pri gestalt analitskih pristopih. Kognitivna vedenjska terapija (KVT) je manj stresna kar se tiče intenzivnosti in pomaga človeku reševati psihični problem s spreminjanjem miselnih vzorcev in posebej pri psihozah tudi z racionalnim prepoznavanjem in obvladovanjem problemov ter simptomov. Na lestvici intenzitete sledijo psihoedukacija in veščine obvladovanja, pripovedovanje (svoje) zgodbe, empatična komunikacija in včasih le prisotnost ter sprejemanje povedanega (containing). V podrobno razlago posameznih metod se na tem mestu ne bom spuščala, saj se je vsake izmed njih potrebno priučiti. Manj intenzivne oblike svetovanja pa so načeloma bolj sprejemljive za ljudi, ki imajo hude in ponavljajoče se duševne motnje (3).

Podpora in vztrajanje pri prizadetem, pomoč pri reševanju resničnih težav in komunikacija, v kateri sporočamo, da nam je mar in da bomo vztrajali v terapevtskem odnosu zaradi posameznika, s katerim delamo, pa so najbolj učinkovita sporočila v svetovalnih razgovorih, ki jim skupno lahko rečemo tudi podpora. Načini, kako izražamo podporo, so odvisni od naših osebnostnih značilnosti, vendar vedno vsebujejo demonstracijo zavzetega odnosa, sprejemanja in naklonjenosti; sporočilo o sodelovanju na enakopravni ravni; sporočanje o tem, da je okrevanje mogoče; spoštovanje obramb in osredotočanje na zmožnosti (4, 5).

Empatična komunikacija, ki upošteva posameznika in njegova čustva ter pomaga pri obvladovanju, ter spoštljiv odnos sta osnova vsakega psihoterapevtskega procesa pri psihotičnih motnjah.

Kognitivna terapija psihotičnih simptomov

V zadnjih letih se je težišče psihosocialne obravnave psihotičnih motenj premaknilo od vedenjskih na kognitivne metode. Predmet obravnave so bili največkrat rezidualni simptomi, zlasti halucinacije in blodnje. Po prvih pilotskih preizkusih, ki so pokazali, da je obravnava uspešno zmanjšala prepričanost v blodnjave misli, so raziskave s kognitivnim vedenjskim pristopom razširili na širše področje psihotične simptomatike. Kuipers in sodelavci (6) so pri polovici udeležencev terapije ugotovili bistveno izboljšanje.

Posebna prednost psihosocialne obravnave s KVT je v tem, da nima negativnih stranskih učinkov, da klienti v njej radi sodelujejo in jim predstavlja sprejemljiv način premagovanja njihovih problemov. Pozitivni učinki terapije so v Kuipersovi raziskavi ostali in se še celo izboljšali v nadaljnjih 18 mesecih sledenja. Zanesljivo klinično izboljšanje je kazalo 68 % udeležencev skupine KVT. Manj je bilo blodnjavih prepričanj in vznemirjenosti zaradi njih. Prav tako se je zmanjšala pogostnost halucinantnega doživljanja.

Opravljenе so bile tudi primerjave z drugimi metodami obravnave. Intenzivna obravnava KVT je bila signifikantno boljša od standardne rutinske obravnave tovrstnih težav. Zanimivo je, da so bili pozitivni učinki po devetmesečni obravnavi primerljivi z učinki nespecifičnega podpornega odnosa s terapevtom. Vendar se je ob sledenju pokazalo, da so pozitivni učinki ostali samo pri skupini, ki je bila deležna obravnave KVT (7).

Terapevti, ki uporabljajo kognitivne vedenjske ukrepe pri obravnavi psihotičnih simptomov, so si edini v tem, da je poleg strokovnosti in obvladanja

metod bistvenega pomena tudi sodelovanje klienta in dober odnos med njim in terapevtom. Psihotična simptomatika – kot so halucinacije in blodnje – povzroča v klientovem življenju hud stres in močne pritiske, ki jih okolica večinoma ne razume, kar v klientih še poveča težavo; vse to jih potiska v prikrivanje, osamljenost in prepuščenost samim sebi. Pomaga jim lahko le svetovalec, pri katerem najdejo razumevanje in sprejemanje in katerega lahko zaupajo na svoji poti k realnejši kontroli notranjega doživljanja.

Kognitivna remediacija

V zadnjem času se veliko uporablja tîrmin kognitivna remediacija, ki pomeni učenje, praktično individualizirano vadbo in skupinske razprave, s katerimi se izboljšuje kognitivno funkcioniranje (8). Kognitivna remediacija je torej trening, ki omogoči izboljšanje spomina in možnosti učenja ter koncentracije. Avtorja učbenika o kognitivni remediaciji pa vendar na začetku opisa te tehnike opozorita najprej na pomen okolja, v katerem se terapija izvaja, in na pomen terapevtskega odnosa. Pisca knjige opozarjata na to, da naj kognitivna remediacija v prvem koraku skuša zmanjšati stimuluse in tako olajšati spoznavne procese. Drugo pravilo je, da se terapevt in oseba v terapevtskem procesu vsaj v začetku srečujeta sama (9). To je v nasprotju z obstoječo, vsepovsod prisotno prakso dela v skupinah, ki je namenjena predvsem temu, da se razbremenijo osebe na oddelkih bolnišnic, zavodov, v dnevnikih centrih in v stanovanjskih skupinah.

Delo z družino

Osnova za razumevanje načina dela z družino je klinični konstrukt izraženih čustev (angl. *Expressed Emotionality Index – EE*). Izkazalo se je, da so v družinah z visokim EE (to so kritične pripombe, sovražnost in prevelika zavzetost za obolelega družinskega člana) ponovitve bolezni bistveno pogostejše kot v družinah z nizkim EE. Zato je ena izmed pomembnih terapevtskih dejavnosti pri hudih duševnih motnjah psihoedukacija (izobraževanje družin ljudi z duševnimi motnjami), ki lahko zmanjša omenjeni indeks EE (10) predvsem tako, da se omogoči družinam polna informiranost o bolezni, predvsem njenih znakih, zdravljenju, vzrokih in posledicah, s čimer se jih razbremenijo občutkov krivde za nastanek bolezni, zmanjšanje teh občutkov pa poveča stabilnost v družini, zmanjša stres in s tem tudi EE. Družine z visokim EE se slabše spoprijemajo z boleznijo in lahko poslabšujejo tveganje

za ponovitev bolezni s tem, da ustvarjajo nepredvidljivo okolje (11). Princip velja tudi za strokovne delavce. Poglavitni načini dela z družinami so podporne in informativne narave, spodbuja se medsebojna pomoč.

Viri

1. Glover J. Alien landscapes: interpreting disorder minds. Harvard 2014. Harvard College..
2. Lakerman R. Adapting psychotherapy to psychosis. Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health 2006; 5 (1). ISSN: 1446-7984.
3. Goldsten WN. Analytic vs. dynamic psychotherapy in the ear of managed care. Psychiatric Times 1998; 15(11).
4. Pinsker H. The supportive component of psychotherapy. Psychiatric Times 1998; 15(11).
5. Barber JP, Stratt R, Halperin G in Connolly B. Supportive techniques: Are they found in different therapies? Journal of Psychotherapy Practice and Research 2001; 10(3): 165-72.
6. Kuipers E, Fowler D, Garety PA, Chisholm D, Freeman D, Dunn G et al. London-East Anglia randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy for psychosis: effects of the treatment phase. British Journal of Psychiatry 1997; 171: 319-27.
7. Sensky T, Turkington D, Kingdon D, Scott JL, Scott J, Siddle R, et al. (). A randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy for persistent symptoms in schizophrenia resistant to medication. Archives of General Psychiatry 2000; 57(2): 165-72.
8. Dernovšek MZ, Smrdu M. Kognitivna remediacija duševnih motenj. ISIS 2011.
9. Wykes T in Reeder C. Cognitive Remediation Therapy for Schizophrenia. East Sussex 2005. Routhledge.
10. Pharoah F, Mari JJ, Rathbone J, Wong W. Family intervention for schizophrenia. Cochrane Database 2012.
11. Kuipers L. in Bebbington P. Expressed emotion research in schizophrenia: theoretical and clinical implications. Psychological Medicine 1988; 18: 893-909.

Mija M. Klemenčič Rozman, Maja Valič

Skupine za samopomoč na področju duševnega zdravja

Uvod

Težave v duševnem zdravju močno vplivajo na različna življenjska področja. Lahko vplivajo na potek izobraževanja, delo, spremembo socialnega statusa in socialne mreže. Vse to dodatno obremeni posameznika in njegove najbližje in pred njih postavi nova vprašanja in zahteve.

Za doseganje čim boljše kakovosti posameznikovega življenja je pomembno, da pridobi strategije za obvladovanje svojih težav (tako na ravni obvladovanja težav v duševnem zdravju kakor tudi njihovih posledic) in se vrne v svoje vsakdanje življenje, čeprav z nekaterimi omejitvami. Zaradi sprememb, povezanih z duševnimi težavami, potrebuje pomoč družine in širše skupnosti. Znotraj slednje so zelo koristna družjenja in izmenjave izkušenj s posamezniki in skupinami, ki so se z enakimi ali podobnimi preizkušnjami že uspešno soočili oz. se z njimi soočajo. Ena od možnosti za to so skupine za samopomoč (SS) in podporne skupine (PS). To so varna okolja, v katerih lahko oseba poišče pomoč in podporo ter hkrati z deljenjem svoje izkušnje in sodelovanjem v skupini pomaga drugim, ki prav tako iščejo pomoč.

Razvoj SS

SS so v svetu doživele razcvet v sedemdesetih in osemdesetih letih preteklega stoletja. Prve SS, skupine Anonimnih alkoholikov (AA), pa so bile ustanovljene v ZDA že v tridesetih letih preteklega stoletja (1, 2, 3). Prve SS v Sloveniji⁶ (prav tako AA) so bile ustanovljene v osemdesetih, toda šele sprememba družbenopolitičnega sistema po osamosvojitvi je omogočila množično nastajanje SS na različnih področjih v devetdesetih letih preteklega stoletja (4). Med vidnejšimi predstavniki tega razvoja so SS za starejše (5), sledile pa so SS na področju duševnega zdravja. Mnoge od njih so ustanovili uporabniki, pojavljati pa so se začele tudi na pobudo strokovnih

⁶ Celovit pregled sodobnega stanja na področju skupin za samopomoč in podpornih skupin v Sloveniji in po svetu: Klemenčič Rozman MM. Sami po moč: skupina za samopomoč in podpora skupina kot vir moči. Ljubljana 2015. Pedagoška fakulteta.

delavcev (6). Kmalu so na to polje začeli intenzivneje vstopati strokovni delavci z ustanavljanjem PS.

V svetu se SS mnogokrat združujejo znotraj posameznih področij ali organizacij v matična središča (t. i. clearinghouse), ki nudijo tehnično, informacijsko in izvedbeno podporo skupinam (7, 8), ta pa so združena dalje v nacionalno matično središče (npr. American Self-Help Group Clearinghouse, glej 10), v katerem se zbirajo podatki o vseh obstoječih skupinah v državi in predstavljajo informacijsko središče o teh skupinah ter podporo za njihovo delovanje.

V Sloveniji nacionalnega matičnega središča še nimamo, so pa nekatere skupine povezane znotraj organizacij, društev ali zvez društev ipd. To velja tudi za SS na področju duševnega zdravja tako za skupine za osebe, ki se s temi težavami soočajo, kakor za njihove svojce. Kljub zakasnjnim začetkom pojavnosti SS in PS pri nas pa v splošnem lahko rečemo, da je v preteklih letih narasla njihova številčnost in tudi (strokovni) interes zanje.

SS in PS na področju duševnega zdravja

Samopomoč ne pomeni, da si človek pomaga sam (tj. individualna samopomoč), temveč označuje pojav impulza za pomoč »od znotraj«, tj. iz enote samopomoči. Zato samopomoč pomeni nasprotje intervencijam, ki prihajajo »od zunaj«, npr. intervencije cerkve, države, strokovnjakov ... Enota samopomoči je lahko posameznik, skupina, skupnost ali narod, ki se samoorganizira (3).

Kadar se ljudje samoorganizirajo v skupine, kjer si nudijo medsebojno podporo in pomoč, govorimo o SS. To so majhne skupine ljudi, ki se družijo na prostovoljni ravni z namenom rešitve nekega problema, stiske, in vsaj sprva niso organizirane znotraj organizacij (1, 10). V teh skupinah imajo člani poleg doživljanja podobne stiske in podobnega cilja udeležbe v skupini (rešitve te stiske) tudi podobne izkušnje stigmatizacije iz preteklosti, zato lahko drug drugega bolje razumejo in podpirajo. Zavezani so osebni angažiranosti in osebni odgovornosti za svoje delo ter so si med seboj enakovredni, tudi vodja; njegova naloga je le skrb za koordinacijo⁷ (11, 12, 2, 13).

⁷ Več o SS na področju duševnega zdravja, njihovih značilnostih, organizaciji ter napotkih za ustanovitev: Lamovec T (1998). Psihosocialna pomoč v duševni stiski. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo in v Campbell P (1996). Kako začeti. Maribor: Ozara.

Na področju duševnega zdravja lahko SS delimo na:

- skupine, katerih namen je sprememba sistema na področju duševnega zdravja;
- skupine, ki se osredotočajo na osebne spremembe;
- kombinirane skupine, katerih namen je sprememba na socialnem in osebnem področju (15).

Druga oblika skupin, kjer si člani nudijo medsebojno pomoč, so PS (15), ki so se razvile iz SS oz. so njihova modifikacija. Po eni strani se prekrivajo s SS (ljudje med seboj delijo svoje izkušnje), po drugi strani pa s terapevtskimi skupinami (običajno so vanje vključeni strokovnjaki) (16).

Razlike med opredelitvami SS in PS (tabela 1) so vedno opisi »idealnih tipov«, ki jih v praksi bolj redko srečamo (12), saj so izvedbene oblike skupin bolj ali manj kombinacija značilnosti enih in drugih. Pregled tuje literature pokaže, da delujejo v svetu na področju duševnega zdravja za osebe in svojce oseb s težavami v duševnem zdravju SS in PS, a so za osebe s težavami nekoliko pogostejše SS, za svojce pa PS. Ta razlika izhaja iz dejstva, da so skupine za osebe s težavami v duševnem zdravju pogosteje uporabniško vodene, medtem ko so za svojce pogosteje ustanovljene s strani nekega strokovnega delavca, npr. v nevladni organizaciji, ki deluje na področju duševnega zdravja. Podobno je stanje v Sloveniji.

Tabela 1: Razlike med SS in PS po Farris Kurtz (13); Schopler in Galinsky (16)

Kriteriji	SS	PS
Definicija	Podporna, edukativna, na spremembo usmerjena skupina za medsebojno pomoč, ki naslavlja posamezno življenjsko težavo ali pogoj, ki si ga delijo vsi člani skupine.	Skupina, kjer si člani nudijo medsebojno čustveno podporo in informacije o skupnem problemu.

Kriteriji	SS	PS
Namen	osebna ali družbena sprememba ali oboje	emocionalna podpora in izobraževanje, vedenjske in družbene spremembe so manj pomembne
Ideologija	prisotna in namenjena soočanju s situacijo	ni oz. izjemoma prisotna
Vodenje	predvsem člani skupine	pogosto s strani strokovnjaka ali prostovoljcev, redko član
Udeležba	prostovoljna	prostovoljna
Prispevki	prostovoljni, ni članarin	običajno ni prispevkov ali članarin
Prisotnost strokovnjaka	redko z dejavno vlogo (razen, če je član)	pogosto ustanovljene s strani strokovnjakov (enak med člani, a njegova legitimnost izhaja iz usposobljenosti, redko ima enako izkušnjo kot člani)
Članstvo	vsi, ki se soočajo z enako težavo	omejeno na člane organizacije, ki izvaja/sponsorira skupino
Srečanja	strukturirana, usmerjena na nalogo, uporaba specifičnih metod pomoči	nestrukturirana
Avtonomnost	lokalne skupine, razmeroma neodvisne od nacionalnih centralnih organizacij	običajno organizirane znotraj nacionalnih organizacij ali lokalnih strokovnih delavcev

Procesi, ki potekajo v SS in PS, so: dajanje podpore, izmenjava informacij, nudenje občutka pripadnosti, sporočanje izkustvenega znanja in učenje novih metod spoprijemanja. Procesi, ki so lastni zgolj SS, pa so: preoblikovanje identitete, krepitev moči, doseganje uvida, preokvirjanje posameznikovega problema in izgradnja novih skupnosti za življenje (12). Kasneje sta v nadaljevanju predstavljena dva procesa izmed omenjenih, ki sta v slovenski literaturi redkeje omenjana.

Enako kakor druge skupine so tudi SS in PS za svoje člane lahko v nekaterih primerih destruktivne. To se zgodi, če v skupinah prihaja do pretiranega izražanja intenzivnih ali negativnih čustev (17); pritiska skupine h konformiranju članov; stresa, povezanega z obveznostmi do skupine; občutka preplavljanja in manjše ustreznosti; učenja neustreznih in neučinkovitih odzivov; stisk in prevelike samozavesti (16).

SS in strokovna pomoč na področju duševnega zdravja

Večina ljudi, ki jih srečujemo v SS na področju duševnega zdravja, že ima izkušnje z različnimi oblikami strokovne pomoči. Verjetna je domneva, da se ljudje vključujejo v SS, ko na svoji koži spoznajo omejitve glede možnosti učinkovite strokovne pomoči. Tako se vključijo osebe, ki potrebujejo dodatno obliko pomoči, ki poteka bolj ali manj vzporedno s strokovnimi oblikami, ali pa je sodelovanje v skupini nadaljevanje strokovne oblike pomoči. Nekateri iščejo v SS alternativno obliko pomoči (18), za nekatere pa je odskočna deska za kasnejše iskanje strokovne pomoči.

SS so bile v svojih začetkih pretežno nepovezane s strokovnimi delavci, saj so nastale kot alternativa strokovnim pristopom, sčasoma pa se je pričelo razvijati povezovanje med obojimi (19). Danes so SS, PS in drugi procesi medsebojne pomoči v svetu stalna spremljevalka strokovnih oblik pomoči posameznikom v psihosocialni ali zdravstveni stiski in so se uveljavile tako na področju preventive kot tudi kurative (1). Enako lahko trdimo tudi za slovensko okolje.

Ocenjevane součinkovanja obeh pristopov na področju duševnega zdravja kažejo, da vključenost v SS za osebe s težavami v duševnem zdravju pomembno prispeva k zmanjšanju števila (dni) hospitalizacij in k povečanju zadovoljstva z delom in izobraževanjem (20). Pri odvisnostih prispevajo k zmanjšanju pogostosti iskanja strokovne pomoči in hospitalizacij ter pogostejši abstinenca (21), pri mladih pa povečajo učinke ambulantnih obravnav in so varovalni dejavnik pri mladih z najresnejšimi poteki odvisnosti

od substanc, pri katerih je okolje v funkciji dejavnika tveganja (22). PS za svoje pomembno prispevajo k zmanjšanju stresa in povečanju občutka kompetentnosti glede lastne vloge pri skrbnikih, k pozitivnim osebnim spremembam, k večanju občutka prejete čustvene podpore ali zmanjšanju psihopatoloških znakov (17, 23, 24).

Še vedno pa se dogaja, da strokovnjaki na področju duševnega zdravja samopomoč priporočajo, ji pa ne zaupajo (25). Študija v slovenskem prostoru je pokazala, da vodje (N = 146) tistih SS in PS, ki so bolj oddaljene od strokovne pomoči, ocenjujejo, da bi bila lahko poznavanje in naklonjenost strokovnjakov do teh skupin večja, medtem ko je 634 članov teh skupin izrazilo visoko stopnjo zadovoljstva glede svojega članstva v skupini (M = 8,44, SD = 1,74, lestvica 0–10) (26).

Izkustveno znanje

Številne SS in PS občasno vabijo strokovnjake v skupine z namenom informiranja in izobraževanja. Zavedajo se pomena strokovnega znanja, ki pa ni edino znanje, iz katerega lahko črpajo informacije. Zelo pomemben vir znanja je človek sam oz. njegova izkušnja. Izkustveno znanje je znanje, ki ga posameznik pridobi, ko preživi ali reši težavo. To znanje se razlikuje od znanja strokovnjakov ali laikov (12, 10). Vsak član SS in PS ima izkustveno znanje. Skupine so torej prostor za samostojno delo, ki se preko pripovedovanja zgodb udeležencev dopolnjuje z njihovim lastnim izkustvenim znanjem.

Nekateri člani SS in PS svoje izkustveno znanje dopolnjujejo tudi s strokovnim, ki ga pridobivajo s pomočjo knjig, člankov in dodatnih izobraževanj. Postanejo strokovnjaki z izkušnjo. Caron-Flinterman (27) pojasnjuje, da je izkustvena strokovnost celotno izkustveno znanje in znanje, ki presega meje posameznikovih izkušenj.

Priznavanje izkustvenega znanja bolnikov se je v tujini pričelo uveljavljati konec osemdesetih let in se razvilo v gibanje. Podporniki gibanja so prepričani, da se znanje na področju zdravja ne razvija več samo v kliničnih procesih, ki jih izvaja medicinski kader, temveč je lahko tudi rezultat različnih oblik samozdravljenja, ki jih razvijajo skupine bolnikov in bolnic (28).

Danes mnoge države skrbijo za dodatna izobraževanja oseb z izkušnjo. Vabijo jih kot predavatelje na izobraževanja za bolnike, da predstavijo svojo izkušnjo z boleznijo in zdravljenjem. Slovenija je na tem področju, vsaj na

polju duševnega zdravja, v velikem zaostanku, čeprav ŠENT že od 1996 razvija in izvaja prav izobraževanja za strokovne delavce, kjer so učitelji ljudje z izkušnjo (programa *Pomoč in samopomoč v duševni stiski* in *Duševno zdravje v skupnosti*, ki sta se izvajala v več regijah; prvi kontinuirano do leta 2006, drugi pa v letu 2014). Večina strokovnjakov s področja duševnega zdravja še vedno pristopa k uporabniku in svojcem s pozicije moči in se ne zaveda, da je strokovno znanje samo del tega, kar ljudje potrebujejo. V začetku zdravljenja je dobro, da ljudje slišijo nekoga s podobno izkušnjo, da pridobijo upanje, samozavest in utrdijo svoje sodelovanje. V fazi okrevanja morajo od izkušenega »veterana« slišati, kako je premagoval številne probleme, da tudi zase najdejo dobre načine soočanja. Kasneje pa potrebujejo podporo le še ob posameznih težavah.

Pomočniški princip

Biti pomočnik drugemu ima terapevtski učinek za tistega, ki nudi pomoč, in tudi za tistega, ki pomoč prejema. SS zagotavlja članom okvir za doseganje edinstvenih prednosti, ki nastanejo iz pomoči komu, ki ima enako težavo kot tisti, ki pomoč daje. Tisti, ki nudijo pomoč, zamenjajo vlogo pasivnega »bolnika« z aktivno, družbeno cenjeno vlogo posameznika, ki je zgled za ostale, ki so v začetnem stanju svojega okrevanja. Prejemanje pomoči je tako destigmatizirano (29).

Za tistega, ki pomoč nudi, so osebne koristi, ki izhajajo iz učinkovite pomoči drugim, naslednje: preko občutka, da je vplival na življenje drugega, se okrepi notranji občutek kompetentnosti, pridobi toliko, kot jim je dal; preko dela z drugimi se hkrati samoizobražuje in izboljša svojo samozavest (30).

Borkmanova (10) razširja razumevanje pomočniškega principa, ko opozarja, da ne gre zgolj za to, da bi bili ljudje v SS pomočniki in klienti v eni osebi, temveč so vključeni vanje kot cele osebe (ne zgolj tisti del, ki se nanaša na bolezen) in gradijo nove skupnosti, kjer se stigma normalizira, posameznik pa se lahko uzre kot cela oseba, ki ima pomanjkljivosti ali omejitve. Lamovec (11) podobno izpostavlja, da samopomoči in strokovne pomoči ne gre presoјati po istih kriterijih, saj je prva bolj podobna socialni mreži, zato zaključuje, da sta si samopomoč in strokovna pomoč komplementarni.

Izpoved osebe z obsesivno kompulzivno motnjo (OKM):

»Ko mi je bilo najtežje in sem še svoji psihiatrinji komaj upala povedati, kako hude misli me vsakodnevno obhajajo, mi je psihiatrinja predlagala, da se

pogovorim z nekom z izkušnjo. Kako vendar? Saj nikogar ne poznam. Psihiatrinja mi je dala telefonsko številko osebe, ki je že prebolela te težave. Pojasnila mi je, da je dogovorjena, da lahko številko zaupa ljudem, ki bi se želeli pogovarjati o premagovanju OKM.

Kljub obotavljanju sem čez nekaj dni poklicala. Oglasila se je Neja in po nekaj stavkih sva se že pogovarjali – kot stari znanki. Podobne težave, enaki strahovi ... V nekaj tednih mi je bilo lažje, zdravila so naredila svoje, Neja pa mi je bila v veliko spodbudo. Ona je obsesije in kompulzije povsem premagala.

Na kontrolnem pregledu sem poročala psihiatrinji. Rekla sem ji, da sem tudi sama pripravljena dati svoj čas in telefonsko številko in pomagati kot Neja. In res – čez kakšen mesec sem že dobila prvi klic. OKM mi je pripravila kup težav, a dobila sem čudovite nove prijatelje. Zdaj se med seboj slišimo skoraj vsak teden. Približno 8 nas je vseh skupaj – smo pogosto na Skypu vsi naenkrat. Tudi videli smo se že. Žal živimo vsak na svojem koncu Slovenije, zato ne moremo organizirati svoje skupine za samopomoč.«

To je le ena izmed zgodb, ki dokazuje pomembnost pomočniškega principa, ki ga premalo poudarjamo, podpiramo in izkoriščamo v procesu zdravljenja duševnih težav. Zato naj se strokovnjaki držijo vodila, da naj bo strokovna pomoč ponujana zgolj tam, kjer je nezamenljiva in nujno potrebna, kjer pa si podpora in pomoč lahko nudijo ljudje med seboj, naj strokovnjaki spodbujajo tovrstne procese, saj se tako ustvarjajo nove skupnosti, ki so za vsakdanje življenje posameznika dragocen doprinos.

Zaključek

SS so lahko prva oblika pomoči, kamor se posameznik zateče ali pa so odlična dopolnitev zdravljenja in rehabilitacije. Če je SS prva oblika pomoči, kamor posameznik pride, ima možnost pridobiti koristne informacije o vrstah pomoči, prilagodi pričakovanja in se lažje znajde. Korist je tako za posameznika kot tudi za širšo družbo – pot do pomoči je krajša in z manj stranpotmi. V kolikor se posameznik udeležuje skupin za samopomoč kot dopolnilne oblike zdravljenja in rehabilitacije, prejema dodatno spodbudo in podporo, zato bo okrevanje krajše in bolj učinkovito. Če bo med stroko in SS/PS vzpostavljen odprt in sodelovalen odnos, bosta oba pristopa lahko nudila tiste vrste in obseg pomoči, ki bodo za posamezno osebo kar najbolj koristne.

Viri

1. Nowinski J. Self-help groups. V: Sorensen, J. L., Rawson, R. A., Guydish, J. in Zweben, J. E. (ur.) Drug abuse treatment through collaboration: Practice and research partnerships that work. Washington: American Psychological Association, 2003: 55–70.
2. Katz AH. Self-Help in America: A Social Movement Perspective. New York: Twayne Publishers, 1993.
3. Riessman F in Carrol D. Redefining Self-Help: Policy and Practice. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1995.
4. Ramovš J. Skupine in organizacije za samopomoč v Sloveniji: zaključno poročilo o rezultatih opravljenega raziskovalnega dela na znanstvenoraziskovalnem projektu za triletno obdobje. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 1994.
5. Ramovš J. Skupine ostarelih za samopomoč: raziskovalno uporabni projekt za dvig kakovosti življenja ostarelih. Letno poročilo. Ljubljana: Univerzitetni zavod za zdravstveno in socialno varstvo, 1989.
6. Bogataj A. Skupina za samopomoč za osebe z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju. Soc. delo 2004; 43: 161–162.
7. Wollert R. Self-Help Clearinghouses: An Overview of an Emergent System for Promoting Mutual Aid. V: Powell, T. J. (ur.) Working with Self-Help. Silver Spring, MD: NASW Press, 1990: 254–266.
8. Steinke B. Rehabilitation Initiatives by Disability Self-Help Groups: A Comparative Study. Int Soc secur rev 2000; 53: 83–107.
9. White BJ in Madara EJ (ur.). Self-help Group Sourcebook: Your Guide to Community and Online Support Groups, 7th ed. New Jersey: American Self-Help Group Clearinghouse, 2002.
10. Borkman TJ. Understanding Self-Help/Mutual Aid: Experiential Learning in the Commons. New Brunswick, New Jersey in London: Rutgers University Press, 1999.
11. Lamovec T. Psihosocialna pomoč v duševni stiski. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo, 1998.
12. Farris Kurtz L. Self-Help and Support Groups: A Handbook for Practitioners. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publication, 1997.
13. Hedrick HL, Isenberg DH in Martini CJM. Self-Help Groups: Empowerment Through Policy and Partnership. V: Katz AH, Hedrick

- HL, Isenberget, DH, Thompson LM, Goodrich T, Kutscher AH (ur.). *Self-Help: Concept and Applications*. Philadelphia: The Charles Press, 1992: 1–55.
14. Emerick RE. The politics of psychiatric self-help: political factions, interactional support, and group longevity in a social movement. *Soc. sci. med.* 1991; 32: 1121–1128.
 15. Nichols K in Jenkinson J. *Leading a Support Group: a Practical Guide*. Maidenhead, New York: Open University Press, 2006.
 16. Schopler JH in Galinsky MJ. Expanding Our view of Support Groups as Open Systems. V: Galinsky MJ, Shopler JH (ur.). *Support Groups: Current Perspectives on Theory and Practise*. New York, London: The Haworth Press Inc, 1995: 3–10.
 17. Chien WT, Norman I in Thompson DR. Perceived Benefits and Difficulties Experienced in a Mutual Support Group for Family Carers of People With Schizophrenia. *Qual health res* 2006; 16: 962–981.
 18. Stritih B. Skupine za samopomoč v duševnih in socialnih težavah: dragocena oblika dela na meji med psihiatrijo in socialnim delom. *Soc. delo* 1987; 26: 97–119.
 19. Gartner A in Riessman F. Self-help and mental health. *Hosp Community Psychiatry* 1982; 33: 631–35.
 20. Burti L, Amaddeo F, Ambrosi M, Bonetto C, Cristofalo D, Ruggeri M in Tansella M. Does Additional Care Provided by a Consumer Self-Help Group Improve Psychiatric Outcome? A Study in an Italian Community-Based Psychiatric Service. *Community ment health j* 2005; 41: 705–720.
 21. Humphreys K in Moos R. Can Encouraging Substance Abuse Patients to Participate in Self-Help Groups Reduce Demand for Health Care? A Quasi-Experimetnal Study. *Alcohol clin. exp res* 2001; 25: 711–16.
 22. Gangi J in Darling CA. Adolescent Substance-Use Frequency Following Self-Help Group Attendance and Outpatient Substance Abuse Treatment. *J child adolesc subst abuse* 2012; 21: 293–309.
 23. Guerriero Austrom M, Geros KN, Hemmerlein K, McGuire SM, Gao S, Brown SA, Callahan CM in Clark DO. Use of a multiparty web based videoconference support group for family caregivers. *Dementia* 2014:1–9. Pridobljeno 25. 3. 2015 s spletne strani doi: 10.1177/1471301214544338.
 24. Mentis M, Messinis L, Kotrotsiou E, Angelopoulos NV, Marneras C, Papathanasopoulos P in Dardiotis E. Efficacy of a support group intervention on psychopathological characteristics among caregivers of psychotic patients. *Int J Soc Psychiatry* 2014: 1–6. Pridobljeno 25. 3. 2015 s spletne strani: doi: 10.1177/0020764014547075.
 25. Norcross JC. Integrating Self-Help Into Psychotherapy: 16 Practical Suggestions. *Prof psychol res pract* 2006; 37: 683–693.
 26. Klemenčič Rozman MM. *Tipologija in značilnosti skupin za samopomoč in podpornih skupin v Sloveniji*. Doktorska disertacija. Ljubljana: Pedagoška fakulteta, 2011.
 27. Caron-Flinterman JF. *A New Voice in Science: Patient participation in decision-making on biomedical research*. Amsterdam: Vrije Universiteit, 2005. Pridobljeno 17. 3. 2015 s spletne strani <http://dspace.uvu.vu.nl/bitstream/handle/1871/9047/7326.pdf?sequence=1>.
 28. Jouet E, Las Vergnas O, Flora L in Petan M. Priznavanje izkustvenega znanja bolnikov in bolnic. *Soc. delo* 2012; 51: 87–101.
 29. Riessman F. The »helper« therapy principle. *Soc. Work* 1956; 10: 27–32.
 30. Skovholt T. The client as helper: A means to promote psychological growth. *Couns psychol* 1974; 13: 58–64.

Psahoedukacija

Za uspešno zdravljenje duševnih motenj in težav je potrebna široka podpora, ki jo nudi zdravstvena služba in bližnja okolica posameznika. K hitrejšemu in učinkovitejšemu zdravljenju lahko pripomore tudi posameznik sam s pomočjo informiranja o svoji motnji oz. s psahoedukacijo.

Psahoedukacija je največkrat opisana kot eden izmed terapevtskih pristopov pri rehabilitaciji bolnikov z duševnimi motnjami in njihovih svojcev. Najpogosteje je uporabljena pri shizofreniji, psihotičnih motnjah, bipolarni motnji razpoloženja, depresiji, anksioznih motnjah, motnjah hranjenja in osebnostnih motnjah.

Razlag pojma »psahoedukacija« je veliko, a večina izhaja iz učenja osebnih in medosebnih odnosov ter veščin, ki jih posameznik uporabi za reševanje sedanjih in bodočih psiholoških težav, da poveča svoje zadovoljstvo z življenjem (1). Vsebina pojma se je nenehno dopolnjevala in prilagajala potrebam terapije. Moderna definicija zajema vse vidike psahoedukacije, po katerih izraz psahoedukacija obsega sistematične, didaktično-psihoterapevtske intervencije, ki so ustrezne za seznanjanje bolnikov in njihovih svojcev z boleznijo in njenim zdravljenjem ter so v pomoč tako pri razumevanju kot osebnoodgovornem obravnavanju bolezni in v podporo prizadetim pri spoprijemanju z motnjo. Korenine psahoedukacije najdemo v vedenjski terapiji. Trenutno pojmovanje psahoedukacije, pa vključuje tudi elemente na klienta osredotočene terapije. V okviru psihoterapije pomeni psahoedukacija tiste sestavine zdravljenja, kjer je poudarjeno sporočanje in izmenjava informacij med prizadetimi in informiranje o zdravljenju bolezni (2).

Danes je psahoedukacija del celovite oskrbe osebe z duševno motnjo, nemalokrat pa so vključeni tudi svojci, ki živijo z bolniki in jim skušajo pomagati (3).

Obstajajo različni psahoedukativni programi in tudi načini izvajanja, katerih glavni cilji so (4):

- povečati znanje o duševni motnji in možnostih zdravljenja;
- povečati uvid v duševno motnjo;
- razumeti, kako delujejo zdravila;
- pojasniti pomembnost rednega uživanja zdravil za okrevanje
- izboljšati vztrajanje v procesu zdravljenja;

- izboljšati telesno zdravje in dobro počutje;
- vplivati na boljše obvladovanje stresa in težav;
- zmanjšati možnost ponovitve bolezni in novih bolnišničnih zdravljenj;
- hitreje prepoznati ponovitve bolezni;
- izdelati načrt za preprečevanje kriz in ponovitve bolezni;
- vplivati na hitrejšo okrevanje in ponovno vključevanje v skupnost;
- omogočiti osebi z duševno motnjo in svojcem, da se odločajo na podlagi informacij;
- omogočiti hitrejšo in boljše sodelovanje med prizadetimi, svojci in strokovnjaki;
- zmanjšati psihološko breme svojcev (žalost, stres, stigma).

Psahoedukacija se lahko izvaja individualno in skupinsko. Če poteka v obliki predavanj ali delavnic, po navadi obsega od 4 do 16 srečanj enkrat do dvakrat tedensko in traja eno uro ali uro in pol. V večini jo izvajajo zdravniki ali psihologi, pomočniki pa so lahko tudi drugih poklicev (5, 6). Številni strokovnjaki v program psahoedukacije vključijo tudi bolnika, ki v tem primeru kot predavatelj predstavi svojo izkušnjo z boleznijo in zdravljenjem. Te izkušnje »veterana« pripomorejo k večjemu zaupanju v ozdravitev.

Nekaj primerov slovenskih psahoedukacijskih programov

PSIHOEDUKACIJA BOLNIKOV S HUDIMI IN PONAVLJAJOČIMI SE DUŠEVNIMI MOTNJAMI (7, 8)

Srečanja so namenjene osebam s shizofrenijo, shizoafektivno motnjo, bipolarno motnjo, blodnjavo motnjo in njihovim družinam. Bolniki in svojci se sestajajo ločeno, gradivo je za obe skupini enako. Program je sestavila prof. dr. Vesna Švab, dr. med., spec. psih., v okviru Slovenskega združenja za duševno zdravje. Pri izvajanju programa so sodelovali tudi enakovredni partnerji – osebe z izkušnjo. Program oz. njegove različice se še danes izvajajo v različnih ustanovah po Sloveniji.

Srečanja potekajo tedensko v obliki diskusij in trajajo uro in pol. Priporočeno delovno gradivo je *Priročnik o shizofreniji* avtorice dr. Vesne Švab. Udeleženci dobijo tudi natisnjeno gradivo, ki ga lahko dopolnjujejo s svojimi zapiski.

Izobraževanje vodijo člani multidisciplinarnega tima.

1. srečanje

NAMEN: Vzpostavitev partnerskega odnosa.

CILJI:

- Empatična ocena psihopatologije in funkcije;
- predstavitev problemov in ovir, s katerimi se bolniki in svojci srečujejo v vsakdanjem življenju;
- vzpostavitev pristnega, zavzetega in empatičnega odnosa;
- ocena potreb bolnika in svojcev;
- ocena ovir za udeleževanje izobraževalnega programa;
- omogočiti odprto komunikacijo;
- sporočiti sposobnost terapevta, da se uči iz bolnikovih izkušenj;
- sporočiti pripravljenost in možnost, da se odgovori na konkretne potrebe bolnika in svojcev (dostop do služb, obiski na domu, komunikacija z lečečim zdravnikom).
- »Bolnik ima vedno prav.«

2. srečanje

NAMEN: Prepoznati in strukturirati obstoječe znanje o znakih duševne motnje ter okrepiti prepoznavanje in komunikacijo med bolniki, svojci in strokovnjaki.

CILJI:

- Pridobiti informacijo in zapisati simptome, ki jih bolniki in svojci poznajo;
- strukturirati njihovo znanje v okviru priloženih materialov;
- poenotiti izrazoslovje;
- spodbuditi h komunikaciji z izvajalci oskrbe;
- prilagoditi podajanje informacij (fleksibilnost);
- opredeliti trajanje akutnih simptomov (od ... do);
- spodbujati izpraševanje;
- doseči sodelovanje.

3. srečanje

NAMEN: Prepoznati in strukturirati obstoječe znanje o vzrokih duševne motnje, ter premostiti predsodke.

CILJI:

- Pridobiti informacijo o razlagah glede vzrokov in povodov za nastanek duševne motnje;
- strukturirati njihova znanja v sklope bioloških, psiholoških in socialnih dejavnikov;
- razložiti vulnerabilnost – stresni model;
- poudariti pomen in bistveno vlogo bioloških dejavnikov;
- razložiti dopaminsko hipotezo in jo razširiti z vplivom drugih nevrotansmitorjev;
- poudariti vpliv socialnih in psiholoških dejavnikov na potek duševne motnje;
- poudariti pomen obvladovanja;
- doseči sodelovanje;
- zmanjšati občutke krivde.

4. srečanje: Zdravljenje

NAMEN: Prepoznati in strukturirati obstoječe znanje o psihiatričnih zdravilih, stranskih učinkih in predpisovanju. Motivirati za sodelovanje pri zdravljenju in informirani diskusiji s strokovnimi delavci.

CILJI:

- Pridobiti informacije o znanju o zdravilih in drugih terapevtskih metodah;
- strukturirati njihova znanja v sklope: psihofarmakoterapija, psihoterapija, rehabilitacija;
- razložiti vrste in učinke antipsihotikov, antidepresivov, stabilizatorjev in pomirjeval;
- pridobiti informacije o prepoznanih stranskih učinkih zdravil;
- strukturirati obstoječa znanja po vrstah zdravil;

- opisati omejitve psihiatričnega predpisovanja zdravil;
- motivirati za dolgotrajno zdravljenje.

5. srečanje: Rehabilitacija, psihoterapija

NAMEN: Pomagati bolnikom in svojcem, da uporabijo dokazano uspešne oblike obravnave, in jih motivirati za psihiatrično rehabilitacijo ter tako prispevati k procesu okrevanja. Okrepiti sodelovanje.

CILJI:

- Pridobiti informacije o tem, katere terapevtske metode poleg psihofarmakoterapije ocenjujejo kot uspešne;
- strukturirati znanje, predstaviti dokazano uspešne metode;
- pridobiti mnenja o tem, katere metode je mogoče uporabiti v bolnišnici in katere v skupnosti;
- pridobiti informacije o tem, katere službe za podporo in zdravljenje poznajo;
- strukturirati in predstaviti obstoječe možnosti v lokalnem okolju;
- predstaviti delovno skupino za skupnostno obravnavo;
- predstaviti načela in metode psihiatrične rehabilitacije;
- izboljšati sodelovanje, doseči boljšo dostopnost pomoči.

6. srečanje: Opozorilni znaki

NAMEN: Prepoznati in opredeliti opozorilne znake pri posameznem pacientu. Pripraviti seznam opozorilnih znakov in pripraviti posamezniku prilagojene načine ukrepanja – krizni načrt.

CILJI:

- Našteti opozorilne znake;
- poudariti njihovo različnost in načine pojavljanja;
- vsak udeleženec pripravi seznam opozorilnih znakov;
- primerjanje;
- opredeliti možne načine ukrepanja;
- pripraviti krizni načrt za posamezne udeležence v skupini.

7. srečanje: Vloga svojcev

NAMEN: Zmanjšati predsodke in občutke krivde ter zmanjšati čustveno zavzetost.

CILJI:

- Pojasniti, da svojci niso odgovorni za nastanek bolezni (pregled raziskav);
- pojasniti, da svojci lahko vplivajo na potek bolezni;
- pridobiti informacije o tem, kako lahko svojci pomagajo;
- opredeliti pojem indeksa izraženih čustev in vzroke za različno čustveno odzivanje;
- pojasniti kulturne razlike;
- razbremeniti, zmanjšati pričakovanja;
- sporočiti o dobrih možnostih za okrevanje,
- definirati okrevanje;
- omogočiti povezovanje svojcev v okviru samopomoči;
- ponovno razjasniti vire pomoči.

PSIHOEDUKATIVNE DELAVNICE ZA BIPOLARNO MOTNJO RAZPOLOŽENJA

Delavnice so namenjene osebam z bipolarno motnjo razpoloženja (BMR) in njihovim svojcem, saj poznavanje motnje pripomore k zmanjšanju simptomov in izboljšanju kakovosti življenja. Pomembno je, da se udeleženci naučijo samoopazovanja in obvladovanja prvih znakov, saj to bistveno pripomore k zgodnjemu preprečevanju ponovitve bolezni.

Program je razdeljen na šest delavnic po 2 uri. Delavnice potekajo v Zdravstvenem zavodu Furlan v Ljubljani.

Vsebina delavnic:

1. srečanje

- seznanitev s programom,
- medsebojno spoznavanje udeležencev,
- spoznavanje simptomov BMR.

2. srečanje

- značilnosti BMR,
- vzroki BMR.

3. srečanje

- zdravila, s katerimi zdravimo BMR.

4. in 5. srečanje

- zgodnje prepoznavanje ponovitev,
- zgodnje preprečevanje ponovitev,
- učenje tehnik, da se bolezen ne ponovi v polni meri.

6. srečanje

- kako z zdravim načinom življenja in urejenimi medsebojnimi odnosi dolgoročno preprečujemo ponovitve.

PSIHOEDUKATIVNE DELAVNICE ZA DEPRESIVNO MOTNJO RAZPOLOŽENJA

V letu 2014 je Nacionalni inštitut za varovanje zdravja v okviru nacionalnega projekta »Za boljše zdravje in zmanjšanje neenakosti v zdravju« (s krajšim nazivom *SKUPAJ ZA ZDRAVJE*) v Sloveniji pričel z uvajanjem delavnic »Podpora pri spoprijemanju z depresijo« v zdravstvenovzgojnih centrih po Sloveniji.

Delavnice potekajo v vseh zdravstvenih regijah in prispevajo k razširitvi ponudbe preventivnih programov primarne mreže. Vodijo jih diplomirane medicinske sestre.

Delavnice so namenjene seznanjanju oseb, obolenih za depresijo, in njihovih svojcev z osnovnimi značilnostmi depresije, njenim potekom in načinom zdravljenja. Obenem udeležencem omogočajo, da spregovorijo o svojih težavah, si izmenjajo izkušnje in se medsebojno podprejo. Vse to ima pomembno vlogo pri uspešnem zdravljenju depresije, saj pri osebah z depresijo in svojcih povečuje prepoznavanje težav, podpira strategije spoprijemanja in zagotavlja sodelovanje pri zdravljenju.

Vsebina delavnic:

- prepoznavanje vzrokov in simptomov depresije;
- seznanjanje z različnimi vrstami zdravljenja depresije;
- vpliv negativnih misli na telo, čustva in vedenje;
- preprečevanje poslabšanj in ponovitev.

Na spletni strani <http://cindi-slovenija.net/> je dostopen priročnik Prepoznajmo in premagajmo depresijo, v pripravi pa je že nova izdaja (10).

PSIHOEDUKACIJA NEVROTSKIH IN STRESNIH MOTENJ

Program *Psihoedukacija nevrotskih in stresnih motenj* se izvaja v Psihiatrični bolnišnici Begunje na oddelku B1, kjer se zdravijo osebe z depresijo in anksioznimi motnjami.

Program traja tri tedne po uro in pol, od ponedeljka do četrтка, v skupini pa je od 10 do 12 udeležencev.

Vsako srečanje se prične s pogovorom o trenutnem počutju, pregledom terapevtske naloge ter utrjevanjem znanja prejšnjih delavnic.

1. srečanje:

- bolniki se na kratko predstavijo;
- pogovor je usmerjen v znake tesnobe;
- izmenjava mnenj in izkušenj;
- predstavitev posameznih tehnik sproščanja;
- naloga: utrjevanje tehnik sproščanja doma.

2. srečanje:

- predstavitev in utrjevanje hitre sprostitvene tehnike;
- razlaga kognitivnega vedenjskega modela anksioznosti/depresije;
- predstavitev kognitivne vedenjske terapije;
- naloga: beleženje situacij, ki sprožijo tesnobo, beleženje avtomatskih misli in vedenja.

3. srečanje:

- prepoznavanje za bolnika ogrožajočih situacij in prvih znakov tesnobe;
- doživljanje in interpretacija telesnih simptomov tesnobe;

- pogovor o strategijah za zmanjšanje tesnobe;
- izmenjava mnenj in izkušenj med bolniki;
- naloga: beleženje ogrožajočih okoliščin, avtomatskih misli, telesnih simptomov in vedenja.

4. srečanje:

- iskanje drugih možnih načinov sproščanja;
- spodbujanje k načrtovanju aktivnosti, ki prinašajo sprostitev in zadovoljstvo;
- iskanje misli in prepričanj, ki bolnika odvrta od prijetnih aktivnosti;
- pogovor o prepoznavanju in zadovoljevanju potreb;
- naloga: bolnik poišče in načrtuje prijetne aktivnosti, ki jih je v času bolezni opustil.

5. srečanje:

- nadaljevanje pogovora o hobijih in drugih aktivnostih, ki prinašajo zadovoljstvo;
- predstavitev in utrjevanje tehnike stop;
- naloga: utrjevanje tehnike stop;
- biblioterapija: terapevt priporoči branje izbrane literature.

6. srečanje:

- prepoznavanje čustev;
- pogovor o prilagoditveni funkciji čustev;
- razlikovanje med normalno in patološko čustveno reakcijo;
- naloga: prepoznavanje in beleženje čustvene in vedenjske reakcije v ogrožajoči situaciji.

7. srečanje:

- pogovor o jezi, dajanju in sprejemanju kritik;
- naloga: utrjevanje sprostitev tehnik.

8. srečanje:

- pogovor o vplivu pohvale in samopohvale na počutje in vedenje;
- izmenjava mnenj in izkušenj med bolniki, odkrivanje predsodkov o pohvalah;

- naloga: pozornost usmeri v svoje dobre lastnosti in dobre lastnosti drugih ljudi; nagradi in pohvali sebe, pohvali svoje bližnje.

9. srečanje:

- izmenjava izkušenj med bolniki (v katerih situacijah so uporabili posamezne tehnike, ali so jim pomagale);
- bolniki pohvalijo drug drugega in povedo, kako se ob tem počutijo;
- naloga: utrjevanje tehnik sproščanja ob tesnobi.

10. srečanje:

- pogovor o ruminacijah;
- učenje tehnike preusmerjanja pozornosti;
- naloga: utrjevanje tehnike preusmerjanja pozornosti s poudarkom opazovanja okolice brez vrednotenja.

11. srečanje:

- izmenjava mnenj in izkušenj med bolniki;
- učenje imaginacije;
- naloga: utrjevanje imaginacije pred spanjem.

12. srečanje:

- izmenjava mnenj in izkušenj med bolniki;
- terapevt bolnike spodbuja, da se vključijo v skupino za samopomoč (7).

Vsi psihoedukativni programi, ki so opisani, niso edini načini pridobivanja informacij o bolezni oz. motnji, saj pojem psihoedukacija v širšem smislu zajema tudi podajanje informacij v obliki informacijskih gradiv, letakov, delovnih zvezkov za samopomoč in priročnikov v tiskani obliki, vedno bolj pa se v ta namen uporablja tudi svetovni splet.

Vsem, ki boste pri svojem delu in svetovanju potrebovali psihoedukativna gradiva, svetujemo, da pri iskanju uporabite internet. Veliko informacij je dosegljivih tako v slovenskem kot v angleškem jeziku.

Seznam knjig, priročnikov in ostalih gradiv, ki so dostopna v slovenskem jeziku:

ANKSIOZNE MOTNJE	Spletna gradiva	Priročnik <i>Obvladajmo anksioznost</i> za vodje delavnic (www.nebojse.si)
		Anksioznost – pomoč pri spoprijemanju z anksiozno motnjo (www.nebojse.si)
		Orodje za anksiozne motnje (www.nebojse.si)
		Kako pomagati otrokom z anksioznimi motnjami (www.nebojse.si)
		<i>Jaz in moja OKM</i> (otroci) – Pfizer (www.karakter.si)
		Obsesivno kompulzivna motnja (OKM) – Mylan (www.karakter.si)
		Generalizirana anksiozna motnja – Mylan (www.karakter.si)
		Panična motnja – Mylan (www.karakter.si)
	Tiskano	C. Elliott. Premagovanje anksioznosti za telebane; Pasadena
		K. Rebolj. Panična motnja: tris; Ravnovesje
C. Elliott, L. Smith. Obsesivno kompulzivna motnja za telebane; Pasadena		
DEPRESIJA	Spletna gradiva	Prepoznavamo in premagajmo depresijo (www.cindi-slovenija.net)
		Obvladovanje depresije za najstnike (www.nebojse.si)
		Orodje za depresijo (www.nebojse.si)
		Soočanje z diagnozo depresije (www.nebojse.si)
		Preprečevanje ponovitve depresije (www.nebojse.si)

DEPRESIJA	Spletna gradiva	Sodelovanje z zdravnikom pri zdravljenju depresije (www.nebojse.si)
		Zima v srcu: ko se materinstvu pridruži ta depresija in tesnoba, radost pa odide (www.ivz.si)
		Depresija med starejšimi (www.ivz.si)
		Spregovorimo o depresiji in samomoru med starejšimi (www.ivz.si)
	Tiskano	L. Smith. Depresija za telebane; Pasadena
		D. Burns. Kako smo lahko srečni in zadovoljni. Ljubljana, Mladinska knjiga
B. Cobain. Ko nič več ni važno: priročnik za mladostnike z depresijo; Didakta		
BIPOLARNA MOTNJA RAZPOLO- ŽENJA	Tiskano	C. Fink, J. Kraynak. Bipolarna motnja za telebane; Pasadena
		ŠENT. Od znotraj navzven – vodič do samoobvladovanja bipolarni motnje razpoloženja
SHIZOFRE- NIJA	Tiskano	V. Švab. Shizofrenija – informacija za družine; ŠENT
		V. Švab. Priročnik o shizofreniji; ŠENT
		J. Levine, I. Levine. Shizofrenija za telebane; Pasadena
OSTALO	Spletna gradiva	Kratek program KVT v 7 korakih (www.nebojse.si)
		Ko te stresa stres (www.ivz.si)
	Tiskano	V. Švab. Duševna bolezen in stigma; ŠENT
		R. Branch. Kognitivno-vedenjska terapija za telebane; Pasadena

Viri

1. Guerny B, Stollak G, Guerny L. The practicing psychologist as educator – an alternative to the medical practitioner model. Prof. psychol. 1971; 2: 271-272.
2. Bäuml J, Froböse T, Kraemer S, Rentrop M, Pitschel-Walz G. Psychoeducation. A basic psychotherapeutic intervention for patients with schizophrenia and their families. Schizophr Bull 2006; 32 (Suppl 1): S1-S9. Pridobljeno 18.4.2015 na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2683741/>
3. Winkler A. Izobraževanje bolnikov s hudo in ponavljajočo se duševno motnjo ter njihovih svojcev. V: Švab V (ur). Psihosocialna rehabilitacija. Ljubljana 2004. Šent,: 32-6.
4. An Evidence-Based Practice of Psychoeducation for Schizophrenia. Psychiatric Times. Pridobljeno 18.4.2015 na: <http://www.psychiatric-times.com/articles/evidence-based-practice-psychoeducation-schizophrenia>
5. Wood SD, Kitchiner NJ, Bisson JI. Experience of implementing an adult educational approach to treating anxiety disorders. J Psychiatr Ment Health Nurs 2005; 12: 95-9.
6. Hughton S; Saxon D. An evaluation of large group CBT psycho-education for anxiety disorders delivered in routine practice. Patient educ. couns 2007; 68: 107-10.
7. <http://www.sentprima.com/content/izobrazevanje/duševno-zdravje-v-skupnosti>
8. Švab V. Pacient kot učitelj v procesu izobraževanja. ISIS 2013:59-60.
9. Bensa MP. Psihoedukacija nevrotskih in stresnih motenj (tritedenski program). Diplomaska naloga. Ljubljana: Fakulteta za psihoterapevtsko znanost Univerze Sigmunda Freuda, 2014.
10. Dernovšek MZ, Tavčar R, editors. Prepoznavmo in premagajmo depresijo: priročnik za osebe z depresijo in njihove svojce. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2005. Pridobljeno 18.4.2015 na: http://cindi-slovenija.net/images/stories/cindi/dusevno_zdravje/prepoznajmo_in_premagajmo_depresijo.pdf

Majda Pahor

Zavezništvo za zdravje: sodelovanje v zdravstvenih timih⁸

Kako usklajevati delo v zdravstvu

Za delo v zdravstvu je potrebno povezati uporabo znanstvenega pristopa, holistični pogled na človeka, orientacijo k zdravju in pripravljenost na problemsko in vseživljenjsko učenje. Izobraževanje zdravstvenih strokovnjakov pred vstopom v poklic je zato dolgo in namenjeno pridobivanju za njihovo stroko specifičnih znanj in spretnosti. Vsaka stroka pa je komplementarna z drugimi, zato je zanje nujno tudi medpoklicno izobraževanje, da spoznajo vloge in sposobnosti drugih strokovnjakov in se naučijo sodelovanja z njimi v timu (1).

V sodobno zdravstveno varstvo tako poleg uveljavljenega pojma profesionalnosti vstopa pojem interprofesionalnosti oz. medpoklicnosti, ki ga D'Amour in Oandasan (2, 3) definirata kot proces, ko se skozi stalno interakcijo in izmenjavo informacij in znanja med različnimi strokovnjaki izoblikuje celovit odgovor na potrebe uporabnikov kot posameznikov, skupin ali skupnosti, ki poveča njihovo vključenost. Je hkrati sistem vrednot, smernic ravnanja in načinov dela.

Osnovni razlog za razvoj medpoklicnosti je dejstvo, da so zdravstveni problemi ljudi mnogoplastni in sestavljeni ter zahtevajo usklajeno delovanje različnih strokovnjakov. Pomemben razlog pa je tudi dejstvo, da je zdravstvo delovno intenzivna panoga z zaposlenimi različnih poklicev in ravni izobrazbe. Če naj njihovo delo doseže pričakovane učinke, to je zagotavljanje dobrega zdravstvenega varstva, mora biti usklajeno. Vprašanje pa je, kako naj to medsebojno usklajevanje poteka.

Poznamo dva tipa usklajevanja dela:

- hierarhično, ki predpostavlja vertikalno razporejene ravni odločanja in izvrševanja z medsebojno podrejenimi oz. nadrejenimi položaji, in

⁸ Besedilo je nastalo na osnovi poglavja Majde P. Zavezniki za zdravje: medpoklicno sodelovanje v zdravstvenih timih. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta, 2014.

- sodelovalno, kjer gre za bolj horizontalno strukturo, kjer se količina moči med subjekti ne razlikuje pomembno, oz. se vzpostavlja v vsaki situaciji sproti na osnovi znanja in izkušenj.

V sodobni organizaciji dela se pričakujejo sodelovalni odnosi, ki pa se praviloma ne razvijejo sami po sebi, ampak so rezultat zavestnih odločitev in namenskega delovanja. Za zdravstveno varstvo je bilo in je do neke mere še vedno značilno pretežno hierarhično usklajevanje dela. Hierarhična oblika usklajevanja deluje, dokler jo vsi vključeni v odnos sprejemajo in dokler jo podpira tudi družbeni kontekst, politični sistem, kultura in socializacija – tako primarna v družini kot sekundarna v izobraževalnih in zaposlovalnih institucijah. Značilnost sodobnega časa pa je *naraščajoča nujnost sodelovanja*, kajti nadrejeni ne more več poznati in nadzorovati vseh vidikov dela drugih strokovnjakov. To je lahko problem za vse tiste, ki so se uspešno socializirali v pretekle modele odnosov. Da hierarhični model usklajevanja ne deluje več, je posledica različnih družbenih procesov, ki potekajo v zadnjih desetletjih. V splošnem se na družbenem in političnem področju kažejo kot demokratizacija in pluralizacija interesov, vrednot, življenjskih slogov in življenjskih potekov. Zlasti močno se je spremenil položaj žensk in mladine. Poznajo se učinki (tudi nepričakovani) višanja izobrazbene ravni prebivalcev in povečevanje obsega znanja, tako formalno pridobljenega skozi šolanje kot neformalnega, ki se črpa predvsem iz medijev, potovanj, neformalnih stikov idr.

Če pogledamo spremembe na področju zdravstva, je tu najbolj izrazit proces hitro naraščanje zaloga znanja na osnovi raziskovalnega dela v vseh zdravstvenih strokah, tudi tistih, ki so bile v preteklosti utemeljene predvsem na osebnih praktičnih izkušnjah.

Pomemben dejavnik dinamike procesov v zdravstvenem varstvu so tudi spremenjene potrebe in zahteve pacientov. Prevladujoče zdravstvene težave sedanjega časa so dolgotrajna stanja, ki potrebujejo drugačno in bolj kompleksno obravnavo kot akutna. Tudi zahteve in pričakovanja pacientov se z njihovo višjo izobrazbenostjo, razgledanostjo in na sploh »zdravstveno pismenostjo« višajo in pomenijo pritisk na izvajalce zdravstvenega varstva. Ta pritisk se kaže v količini oz. obsegu dela, saj ljudje čedalje pogosteje za svoje težave iščejo pomoč v zdravstvu, pa tudi v kakovosti oz. načinu dela s pacienti. Pojavlja se nezadovoljstvo, če so obravnavani kot predmeti, brez pojasnil in brez sodelovanja pri sprejemanju odločitev.

Kaj je sodelovanje?

V zadnjem desetletju ali dveh se ta pojem zelo pogosto pojavlja v literaturi o zdravstvenem delu, zato se je skupina raziskovalcev (2) odločila za obsežno pregledno študijo o tem, katere opredelitve sodelovanja so našli v različnih študijah, in identificirala naslednje elemente sodelovanja:

- povezovanje oz. delitev nečesa, kar je vsem pripadnikom skupno
To, kar je skupno in si ljudje, ki sodelujejo, med sabo delijo, je odgovornost, filozofija dejavnosti, vrednote, podatki, načrtovanje dejavnosti in delovanje.
- partnerstvo
Sodelovanje nastopi, kadar sta prisotna vsaj dva akterja v skupni dejavnosti s skupnimi cilji. Za odnose med sodelujočimi je značilna kolegialnost in konstruktiven odnos, odprta in poštena komunikacija, medsebojno zaupanje in spoštovanje. To vključuje tudi prepoznavanje in upoštevanje prispevkov in pogledov vseh članov.
- soodvisnost
Medsebojna soodvisnost se pojavlja tudi pri drugih oblikah usklajevanja dela, a pri sodelovanju je ozaveščena in jasno izražena. Šele zavest o soodvisnosti omogoči sinergijo individualnih učinkov. Doseganje zaželenega izida ni možno le kot vsota individualnih prispevkov.
- porazdelitev moči
V sodelovalnih odnosih je moč porazdeljena bolj na osnovi znanja in izkušenj kot na osnovi funkcij oz. položajev v organizaciji. Je produkt interakcij in ne položajev. Tipična značilnost sodelovanja je tudi krepitev moči vseh sodelujočih.
- proces
Sodelovanje je transformativen proces, torej spreminja vse vključene, tako njihove osebne kot profesionalne lastnosti. Zanj so značilna pogajanja in kompromisi pri odločanju, skupno načrtovanje in intervencija. Znotraj tega procesa lahko posamezniki prestopajo poklicne meje v smislu transdisciplinarnosti.

Dejavniki sodelovanja

Če sodelovanje opredelimo kot eno od možnih oblik usklajevanja ljudi pri delu, je potrebno ugotoviti, v kakšnih okoliščinah se vzpostavi in kateri

dejavniki vplivajo nanj. Analize (4) so identificirale tri ravni, na katerih se oblikujejo ti vplivi. Prva je makro raven, ki vključuje sistemske dejavnike, druga je mezo raven z organizacijskimi dejavniki in tretja je mikro raven, to so medosebne interakcije.

Sistemski dejavniki

Najširši okvir delovanja ljudi oblikujejo različni sistemi, ki na globalni ravni določajo temeljna razmerja v družbi, kot so družbeni sistem, kulturni sistem, poklicni sistem in izobraževalni sistem. *Družbeni sistem* pomeni najširši normativni okvir (splošna pravila o organiziranosti družbe), ki vključuje politično ureditev in porazdelitev moči. Ta lahko sistematično ustvarja politične in pravne spodbude sodelovanju, saj je le-to napisano v temeljnih aktih večine sodobnih držav. Šele podrobnejša analiza državnih aktov in ukrepov pa pokaže, ali je sodelovanje spodbujano tudi na bolj konkretni ravni. Ovire za sodelovanje so družbene in poklicne razlike v moči, statusu in vlogah. *Kulturni sistem* zajema vrednote, prepričanja in ravnanja ljudi, ki živijo v določeni družbi in ki usmerjajo njihovo delovanje. Pri tem je pomemben jezik oz. »jeziki«, ki jih govorijo pripadniki različnih subkultur v družbi in si tako ustvarjajo svoje simbolne teritorije, ki jih branijo tudi s stroki lastno terminologijo oziroma specifičnim jezikom. *Poklicni sistem* je nastal na osnovi delitve dela in se strukturira glede na priznane družbene potrebe in prioritete v določenem obdobju. Proces razvoja je na tem področju ustvaril bolj ali manj ostro ločene in v hierarhična razmerja organizirane poklicne teritorije, kar vodi k neprestani potrebi po (re)definiranju poklicnih meja. Celotno zdravstvo se čedalje bolj utemeljuje na dokazih, pridobljenih z raziskovanjem, ravno tako se tudi empirično ugotavlja prispevek različnih poklicnih skupin (5). *Izobraževalni sistem* služi za reprodukcijo poklicnih skupin in praviloma ohranja ločene poklicne kulture. Različne skupine tako posedujejo različno »intelektualno prtljago« (to je načine, kako vidijo določeno situacijo, kje vidijo vzroke za probleme), iz katere zajemajo pripomočke za svoje delovanje. Izobraževanje v zdravstvenih poklicih ni omejeno le na dodiplomsko, ampak postaja vse bolj vseživljenjsko.

Organizacijski dejavniki

Vplivi na ravni organizacije so ključni za sodelovalne procese pri delu. Struktura, filozofija, način vodenja in upravljanja organizacije, v kateri poteka delo, je neposredno okolje, iz katerega skupine in posamezniki pridobivajo

sredstva za delovanje: čas, prostor, material, podporo pri pridobivanju znanja ipd. Mehanizmi komunikacije in koordinacije znotraj organizacije lahko podpirajo ali ovirajo sodelovanje, usmerjajo pa ga lahko tudi v različne oblike – npr. multidisciplinarno, interdisciplinarno ali transdisciplinarno. Sodelovanje pacientov je v večini zdravstvenih ustanov še minimalno, prevladuje pokroviteljski odnos zdravstvenih delavcev. Zato je še aktualno vprašanje, ali bi za opis odnosov v zdravstvu veljala metafora, ki so jo sicer uporabljali za odnose med zdravniki, medicinskimi sestrami in pacienti. Namreč, metaforo patriarhalne družine z očetom kot osrednjo osebo – strogim, odločnim, a pravičnim; z materjo, ki je ljubeča in skrbna in posreduje med otroki in očetom, hkrati pa skrbi, da se ohranja očetova avtoriteta in njegova vloga. Otroci pa morajo ubogati starše, zaupati materi in se bati očeta. Najbrž bi v določenih okoljih še lahko identificirali elemente odnosov, podobne opisanim, v splošnem pa zaradi družbenih sprememb ta model ne vzdrži več. Kot pravita Salvage in Smith, nas »oče« ne more ozdraviti vseh naših bolezni, »mati« ne more nuditi vse tolažbe, ki bi jo potrebovali, in »otrok« je odrasel – ali vsaj prišel v puberteto in pričel ugovarjati avtoriteti (6).

Interakcijski (medosebni) dejavniki

Ugotovili so, da določene osebnostne značilnosti oz. interakcijske spretnosti vključenih vplivajo na kakovost sodelovanja. Različne študije so ugotovile pomen *pripravljenosti na sodelovanje* kot temeljnega stališča, kar pomeni željo, ostati v skupini. Odvisna pa je od izobraževanja, predhodnih izkušenj in osebne zrelosti. Dejavniki sodelovanja na tej medosebni ravni je tudi medsebojno *zaupanje in značilnosti komunikacije* – če je enostavna, odprta, odkrita, potem spodbuja sodelovanje. Ravno tako je pomembna prisotnost *medsebojnega spoštovanja* kot vnaprejšnjega pogoja in hkrati posledice sodelovanja (4), mogoče najpomembnejši pogoj sodelovanja pa je *poklicno in osebno samozaupanje*. To se nanaša na poznavanje lastnih sposobnosti in omejitev, ki ga nekateri avtorji opisujejo kot »odraslost«, ki skupaj s sodelovanjem na medosebni ravni in medsebojno podporo *zmanjšuje tesnobo* ob soočanju z vedno znova nepričakovanimi situacijami, kot so značilne za zdravstvo (7).

Vpliv sodelovanja na izide zdravljenja

Eksperimentalne študije so potrdile vpliv na skrajšanje ležalne dobe, zmanjšanje stroškov zdravljenja, zadovoljstvo pacientov, izboljšano

komunikacijo in medsebojno spoštovanje zdravstvenih delavcev (8). Delno pa je bil potrjen vpliv na umrljivost in na kraj odpusta iz bolnišnice, če gre za pacienta, ki ob odpustu ni sposoben samooskrbe. Če je tak pacient obravnavan timsko, je večja verjetnost, da bo po zdravljenju odšel domov in ne v kakšno drugo institucijo

Svetovna zdravstvena organizacija (3) v svojem gradivu z naslovom *Okvir dejavnosti medpoklicnega izobraževanja in sodelovalne prakse* povzema ugotovitve mnogih raziskav o pomenu timskega dela za izide pri pacientih. Raziskave so pokazale, da sodelovalna praksa poveča dostop do zdravstvenih storitev, ustrezno uporabo specialističnih virov, izide pri kroničnih bolnikih, varnost pacientov in zmanjša zaplete pri pacientih, konflikte med zdravstvenimi delavci, beg zdravstvenih strokovnjakov, sprejeme v bolnišnico, klinične napake in stopnje umrljivosti (3).

Pomembne učinke so odkrili na področju duševnega zdravja, in sicer višje zadovoljstvo uporabnikov in zdravstvenih delavcev, sprejemanje obravnave, krajša obravnava, manjši stroški obravnave, manjša incidenca samomorov in manj obiskov ambulante (3).

Tim kot oblika sodelovalnega dela

Tim je skupina posameznikov z različno izobrazbo, perspektivami, spretnostmi in usposobljenostjo, ki deluje za doseganje skupnih ciljev. Člani poznajo in cenijo prispevke vseh vključenih.

Znotraj te opredelitve obstajajo različni timi glede na organizacijo (npr. timi so lahko eno ali večpoklicni, lahko so med člani majhne ali velike razlike, stopnja formalizacije odnosov je lahko različna), glede na stopnjo interakcije (istočasno skupno delo na problemu, ali npr. dnevni ali tedenski sestanki v realnem ali virtualnem prostoru ipd.) in glede na vlogo pacienta/klienta/uporabnika storitev. Ločimo tudi vrste timov glede na njihovo trajanje oz. lokacijo: poznamo tim. delovne time (npr. člani oddelkov) in k nalogam usmerjene time (so po navadi začasni, imajo skupni cilj, zanje je značilna pozitivna soodvisnost).

Vodenje timov je lahko avtoritativno (vodja je izpostavljen, ugleden, vodenje je usmerjeno k hitremu doseganju ciljev, naloge članov so jasno strukturirane) ali pa gre za samovodenje (avtonomni, demokratični in proustvoljno oblikovani timi z enakovredno vlogo članov, vodja je bolj koordinator). Možen je tudi mešani ali kombinirani način vodenja.

Glede na povezanost dejavnosti članov ločimo:

- Multidisciplinarni tim (člani različnih poklicev z ločenimi vlogami, ne sprejemajo skupnih odločitev, delajo vzporedno).
- Interdisciplinarni tim (povezovanje pripadnikov poklicev, medsebojno poznavanje, dogovarjanje, skupne odločitve).
- Transdisciplinarni tim (visoka raven notranje povezanosti, zmožnost celostnega pristopa s strani vsakega člana).

Svetovna zdravstvena organizacija ugotavlja, da zdravstvene time lahko sestavljajo različni zdravstveni strokovnjaki reguliranih in nereguliranih poklicev, pa tudi psihologi, socialni delavci, ekonomisti, informatiki, menedžerji, veterinarji, urbanisti itd., pač glede na konkreten zdravstveni problem oziroma nalogo (3).

Timi so hkrati obrnjeni navznoter (kot skupina) ter navzven, v okolje (kot del organizacije in družbenih sistemov). Za time kot skupino je značilna specifična individualna in skupinska dinamika, tu se porazdeljujejo vloge, vzpostavljajo se norme in kohezija med člani. Tim kot del organizacije pomeni, da je prisotna formalna regulacija s pravili komuniciranja in odločanja. Timi pa so tudi del družbenih sistemov in odsevajo temeljne družbene odnose in strukture, npr. razlike v moči glede na sloj, spol, ali status.

Tipi timov glede na medsebojna razmerja članov in vlogo pacienta

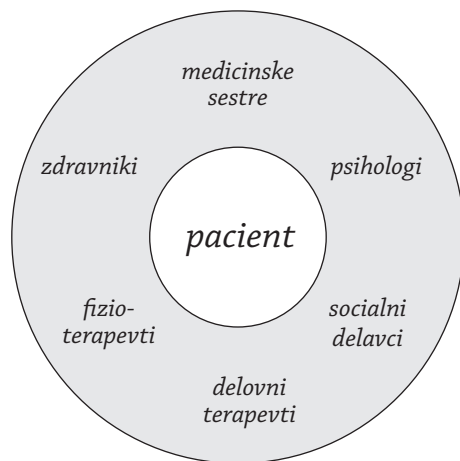
Hierarhični "tim"



Ko govorimo o tem tipu organizacije dela, je izraz »tim« postavljen v navednice, ker je hierarhija v smislu prevlado odnosov nadrejenosti in podrejenosti na osnovi položaja in ne kompetenc oziroma obravnavanega problema, v nasprotju s temeljno idejo sodelovalne organizacije.

Na pacienta osredičeni tim

Porast zaloge znanja na področjih tistih poklicev v zdravstvu, ki so imeli v preteklosti podrejeno vlogo, je pripeljala do bolj enakopravnih odnosov v timu. Prispevek posameznih poklicev je postal bolj prepoznaven in upoštevan.



Na zdravstveni problem osredičeni tim

Nadaljnji razvoj organizacije timskega dela poteka v smeri aktivnejše vloge pacienta, ki postaja član tima, osredičenega na zdravstveni problem ob sodelovanju vseh vključenih. Seveda tega tipa tima ni mogoče vzpostaviti za obravnavo vseh zdravstvenih problemov, a glede na to, da narašča delež kroničnih bolezni, kjer je aktivna vloga pacienta ob podpori strokovnjakov ključna za izide, postaja čedalje pogostejši.



Stopnje v razvoju tima

Opozoriti je potrebno, da timsko delo ni čudežna paličica in ne rešuje avtomatično zdravstvenih problemov, lahko pa podpre zdravstvene delavce pri soočanju z izzivi kompleksne globalne skrbi za zdravje. Timi ne nastajajo sami od sebe, so rezultat nekih okoliščin in se razvijajo skozi določene faze oz. stopnje.

Raziskovalci so že pred desetletji (Tuckman 1965) odkrili, da razvoj tima poteka skozi stopnje, ki jih lahko identificiramo in predvidimo, s tem pa tudi razumemo in obvladujemo. Po Tuckmanu (9) poteka razvoj tima skozi štiri stopnje: oblikovanje, nasprotovanje, sprejemanje pravil in delovanje.

1. stopnja: Oblikovanje

Oblikovanje tima je začetna faza njegovega razvoja. Ker si posamezniki želijo, da bi jih drugi sprejeli, da bi se izognili nasprotovanjem in konfliktom, se ob spoznavanju izogibajo resnejšim problemom. V tej fazi se člani največ ukvarjajo z rutinskimi vprašanji, kot so organizacija dela, delitev vlog, kraj in čas srečanj ipd. Posamezniki zbirajo vtise in informacije drug o drugem ter o timskih nalogah. To je sorazmerno mirna in neproblematična faza, ampak tu se tim pravzaprav še ne loti svojega dela. Skozi prva srečanja tim ugotavlja svoje sposobnosti in izzive, ki so pred njimi, oblikuje svoje cilje ter se loteva nalog. Člani se obnašajo dokaj neodvisno, njihova vključenost in povezanost z drugimi še ni visoka. So vljudni med seboj, a usmerjeni predvsem vsak nase. Tisti člani tima, ki imajo več izkušenj, delujejo kot vzori obnašanja, drugi, ki so prvič v nekem timu, pa jih začenjajo posnemati. Zelo koristno za tim v tej fazi je, da se seznanijo s fazami timskega razvoja, da kasneje ne pride do presenečenj. Pomembno je, da se člani spoznajo, da si izmenjajo nekaj osebnih informacij in vzpostavijo prijateljstva. Tu se tudi vidi, kako člani delajo kot posamezniki in kako reagirajo na naloge.

2. stopnja: Nasprotovanje

V tej fazi različne ideje tekmujejo za uveljavitev. Člani razpravljajo o tem, kaj je pravzaprav njihov problem, kako se ga lotiti, pri čem bodo člani samostojni in glede česa bodo usklajevali odločitve. Dogovoriti se morajo tudi glede načina vodenja tima. Člani postanejo bolj odprti drug do drugega in primerjajo različne ideje in vidike. V nekaterih primerih je mogoče to fazo hitro preseči in oblikovati odločitve, ki so sprejemljive za vse, kar je

zlasti odvisno od zrelosti članov. V nekaterih primerih pa tim nikoli ne zapusti te faze – nekateri člani se započijo v vsako malenkost, da bi se izognili pravim problemom.

Faza nasprotovanja je nujna za razvoj tima. Lahko je zamudna, neprijetna ali celo boleča za člane, ki ne marajo konfliktov. Tu je potrebno izpostaviti nujnost strpnosti in potrpežljivosti v medsebojnih odnosih, sicer bo tim propadel. Ravno to se nekaterim timom zgodi, saj v konfliktnem okolju ni mogoče vzdrževati motivacije za delo. Tisti, ki tim nadzorujejo oz. usmerjajo (supervizorji) morajo biti v tem času bolj dostopni, vendar ne preveč usmerjevalni – člani tima morajo sami razrešiti svoja nasprotja.

3. stopnja: Sprejemanje pravil

Tu se opredeli jasen cilj in načrt, kako ga doseči. Nekateri člani tima se odpovejo svojim idejam in podprejo ideje drugih, izoblikujejo se rešitve, ki so lahko oprte na predloge posameznikov ali so iz njih izpeljane in sestavljene v novo rešitev. Tukaj se občutek pripadnosti timu poveča, vsi člani sprejemajo odgovornost za izide in delujejo v smeri uspešnega doseganja skupnega cilja.

4. stopnja: Delovanje

To fazo dosežejo le nekateri timi. Pomeni, da delujejo usklajeno in opravljajo svoje naloge tekoče in učinkovito. Ni več nepotrebnih konfliktov ne potrebe po nadzoru ali podpori izven tima. Vsi člani so motivirani in poznajo delo ter vloge vseh članov. So kompetentni, avtonomni in sposobni odločanja brez nadzora. Nestrinjanje je sprejeto in njegovo razreševanje teče na vnaprej dogovorjen način, npr. na timskih sestankih. Nadzorniki tima praktično niso potrebni, tim sprejema vse potrebne odločitve. Lahko se pa zgodi, da za kratek čas preidejo na katero od nižjih faz, npr. ko dobijo nove člane ali se jim zamenjajo delovne naloge. Zato gredo dolgo obstoječi timi ponavadi večkrat skozi vse faze izgradnje tima.

Kako se pripraviti na sodelovalne oblike organizacije dela: medpoklicno izobraževanje

Sodelovalno delo praviloma ni nekaj, kar se pojavi samo od sebe, ampak je rezultat zavestnih odločitev in znanja o sodelovanju, ki ga lahko pridobimo z izobraževanjem. Medpoklicno izobraževanje pomeni, da se študenti

dveh ali več poklicev učijo drug o drugem, drug od drugega in drug z drugim z namenom, da bi omogočili učinkovito sodelovanje in izboljšali zdravstvene izide (3).

Medpoklicno izobraževanje je usmerjeno v vloge posameznih poklicev v zdravstvu, v posameznikove komunikacijske spretnosti, spretnosti prepoznavanja in reševanja konfliktov ter skupinske spretnosti (10).

Medpoklicno izobraževanje je v prvi vrsti namenjeno razumevanju in spoštovanju drugačnosti v zdravstvenem timu. Oblikuje ustvarjalne in fleksibilne zdravstvene delavce, ki so sposobni nuditi kvalitetnejšo zdravstveno oskrbo (Barr, 1996 cit. po 11).

Elementi medpoklicnega izobraževanja

Vrednote in etika medpoklicnega sodelovanja

Vrednote so pomemben del sodobne profesionalne identitete. Gre za osredičenost na pacienta z usmeritvijo na skupnost oz. populacijo, utemeljeno na odločitvi o podpori skupnemu dobremu v zdravstvenem varstvu. Vrednote odsevajo skupno zavezanost za ustvarjanje bolj varnega, bolj učinkovitega in uspešnega zdravstvenega varstva. Izhajajo iz specifičnih kompetenc in vrednostnih sistemov posameznih strok, vključujejo pa pacienta in njegovo družino kot enakopravne člane tima. Raznolika sestava timov omogoča obravnavo zdravstvenih problemov (po načelih stroškovne učinkovitosti) tako z vidika promocije zdravja, preventive bolezni, zagotavljanja celovite obravnave bolezni, omogočanja rehabilitacije in podpiranja učinkovite oskrbe v zadnjem obdobju življenja.

Novo razumevanje profesionalizma poudarja pomen medpoklicnega sodelovanja na osnovi 'skupnih vrtilin' različnih zdravstvenih strokovnjakov (12), ki vključujejo altruizem, odličnost, skrb, etiko, spoštovanje, komunikacijo in odgovornost. Izhajajo iz predpostavke, da je zdravje pravica. Ljudje imajo pravico dostopa do virov zdravja in zdravstvenega varstva, pri čemer je sodelovanje vseh vključenih osnovno načelo. Skupne vrednote morajo biti osnova za vse vrste odnosov tako med strokovnjaki kot do pacientov. Medsebojno spoštovanje in zaupanje so osnova za učinkovite medpoklicne delovne odnose v celotnem zdravstvu. Obenem pa se spoštuje različnost in komplementarnost strok, ki vsaka prinaša edinstven prispevek v zdravstveno varstvo. A le z ustrezno komunikacijo in koordinacijo, osnovano na medsebojnem spoštovanju, je mogoče dobro delati.

Medsebojno poznavanje

Za sodelovanje je nujno vedeti, kako različni strokovnjaki dopolnjujejo drug drugega v skrbi za pacienta, ki je usmerjena v skupnost. Vsakemu zdravstvenemu delavcu mora biti jasna lastna strokovna vloga. Znati jo mora razumljivo predstaviti drugim članom tima, hkrati pa razumeti vloge drugih in njihovo komplementarnost. Medsebojno poznavanje strokovnih vlog je osnovni pogoj za dobro sodelovanje (13, 3, 14, 15, 16).

Različnost članov tima pa je tako prednost kot problem pri sodelovanju. Prednost je v tem, da poveča število perspektiv, ki jih tim pokriva. Problem pa so lahko stereotipi, tako pozitivni kot negativni, ki jih imajo člani o različnih strokah in kulturnih ali demografskih značilnostih posameznih članov (17). Če se zaupanje ne vzpostavlja na osnovi dejanskih značilnosti članov, ampak je rezultat vnaprejšnjih sodb (lahko tudi pozitivnih), to lahko povzroča probleme v delovanju.

Potreba po obravnavi kompleksnih zdravstvenih problemov, kjer ni vključen le posameznik, ampak tudi njegovo okolje na mezo in makro ravni, je pripeljala do ugotovitve o omejenosti posameznih strok in nujnosti usklajenega sodelovanja, kajti le tako je mogoče priti do zaželenih izidov. Tako sodelovanje pa je možno le na osnovi medsebojnega poznavanja. Vloge posameznih strok so v zdravstvu zakonsko določene, se pa razlikujejo v konkretnih situacijah. Kako predstaviti svojo vlogo drugim članom tima, je lahko za posamezne člane problem, če prej o tem niso govorili. Možno je, da določeni poklici sploh nimajo besednjaka, s katerim bi predstavili svoj pomen za končni izid obravnave ali opisali, kaj pravzaprav delajo. Ker so nekatere stroke v preteklosti morale molčati o svojem delu, imajo zdaj težave z njegovim opisovanjem v jeziku sodobne organizacije dela (18). Osnovna sposobnost strokovnjakov je razumevanje lastne vloge in sposobnost njene predstavitve drugim. Poleg tega je lahko ovira sodelovanju tudi razlika v individualnih izkušnjah pripadnikov poklicev, zato je stalno sprotno izpopolnjevanje in spoznavanje pogoj uspešnega dela. Praviloma so bolj učinkoviti dalj časa skupaj delujoči timi.

Medpoklicna komunikacija

Komunikacija je temeljni pogoj za medpoklicno sodelovalno prakso. Vsi zdravstveni delavci se usposablajo za komuniciranje s pacienti, vendar imajo pogosto malo znanja ali izkušenj o medpoklicnem komuniciranju.

Nekatere poklicne organizacije spodbujajo tudi to obliko usposabljanja, vendar še ni sistematično prisotna. Zdravstveni strokovnjaki si morajo pridobiti sposobnost, da skozi komunikacijo pokažejo pripravljenost na sodelovanje. Raziskava Baggs in Schmitt (19) je identificirala načine, na katere lahko sodelavci pokažejo to pripravljenost, kot so npr. da so dosegljivi, pripravljeni na izmenjavo znanja, da izražajo zanimanje, aktivno poslušajo in so pripravljeni razpravljati.

Kot ovira pa lahko deluje uporaba strokovnega žargona, ki ga pozna le ena stroka. Zato je nujno oblikovanje skupnega jezika, npr. skozi različne protokole, ki preprečujejo komunikacijske šume. Tak protokol je npr. SBAR (*situation, background, assesment, recommendation*), ki ga veliko uporabljajo za usposabljanje medicinskih sester za komuniciranje z zdravniki. Gre za to, da se dogovorimo o elementih vsakega sporočila, da zagotovimo medsebojno razumevanje – da vsi govorijo z istimi izrazi o isti zadevi (20).

Pomemben del jezikovne usposobljenosti je splošna funkcionalna pismenost in zdravstvena pismenost. Pismenost namreč omogoča razumljivo sporočanje in sprejemanje sporočil, kar je nujno za varno in učinkovito obravnavo pacientov. Pomembna je računalniška pismenost in sposobnost za uporabo informacijsko komunikacijskih tehnologij, saj veliko timov deluje tudi v virtualnem prostoru. Ker zdravstveno delo sega tudi v javnost s promocijo zdravja, postaja čedalje važnejša tudi medijska pismenost.

Poklicne in demografske hierarhije, ki so še vedno močno prisotne, tudi ovirajo ustrezno komuniciranje. Raziskave poudarjajo pomen preseganja teh ovir (ko si npr. medicinske sestre ne upajo nagovoriti zdravnikov, ali mlajši sodelavci starejših ipd.) za zagotavljanje kakovostnega dela. Ker so v naši kulturi še vedno usidrani hierarhični vzorci, je potrebno biti nanje pozoren in jih sistematično presegati skozi učenje spoštljive, pravočasne in učinkovite izmenjave informacij. Posebej je potrebno biti pozoren na to, kako izmenjujemo emocionalno težavne informacije s pacienti in njihovimi družinami, kot so npr. slabe vesti o razvoju bolezni, ali informacije o napakah pri obravnavi. Tu je potrebna odprtost, razumevanje in sposobnost posredovanja informacij na občutljiv in spoštljiv način.

Usklajevanje v timu

Timsko delo vključuje koordinirano sodelovanje pri oskrbi bolnikov, tako da ne pride do prekrivanja, prekinitvev ali napak, vključuje tudi skupno

reševanje problemov in skupno odločanje, zlasti kadar gre za negotove situacije. Sodobni trendi v zdravstveni obravnavi kažejo na naraščajočo stopnjo medsebojne odvisnosti članov tima tako znotraj posameznih organizacijskih enot kot med njimi, pa tudi v odnosu do zunanjih dejavnikov skupnosti in družbe.

Vstopiti v tim pomeni postati del majhnega in kompleksnega sistema, ki skrbi za posameznika ali skupnost. Prispevek vsakega posameznega člana vpliva na izide. Za učinkovito delo v timu je potrebno poznavanje timskih procesov vzpostavljanja tima, delovanja tima in timskih izidov.

Med člani tima lahko pride do konfliktov, npr. zaradi različnosti njihovih strokovnih področij in sposobnosti. Do konfliktov lahko pride tudi glede vodenja, zlasti kadar status ali moč veljata več kot strokovna usposobljenost. Vodilo pri reševanju konfliktov mora biti odgovor na vprašanje, kaj je najboljše za pacienta, pogoj za njihovo uspešno premagovanje pa je odprta in konstruktivna komunikacija in skupno reševanje problemov.

Dobri vodje tima so tisti, ki ohranjajo usmerjenost na potrebe pacientov in cenijo vse prispevke članov, ki doprinesejo k temu. S člani tima komunicirajo na način, ki bo izboljšal njihove prispevke ter zagotavljajo podporo skupnemu delu z razumevanjem dinamike tima (21).

Delo v timu vključuje delitev svoje strokovnosti in odrekanje dela svoje strokovne avtonomije za doseganje boljših izidov ob tesnem sodelovanju z drugimi strokovnjaki in uporabniki. Skupna odgovornost, skupno reševanje problemov in sprejemanje odločitev so tipični za sodelovalno timsko delo. Če naj to dosežemo, moramo ceniti delo z drugimi in si biti na jasnem s svojo in drugih strokovno vlogo in zavestno izboljševati timsko komunikacijo.

Timske procese je mogoče izboljšati s pomočjo orodij za izboljšanje kakovosti dela. Na ta način izboljšamo organizacijo in dejavnost timov za boljše izide pri pacientih. Obstoji veliko literature o načinih izboljšave timskega dela (npr. 22).

Zaključek

Skrb za zdravje je še vedno nekaj, kar delajo ljudje za ljudi – ljudje kot posamezniki, kot skupine in kot družba. Odnosi med ljudmi spadajo po oceni Svetovne zdravstvene organizacije med »trdna dejstva« dejavnikov zdravja (3). Zato je razmislek o tem, kakšni so odnosi med ljudmi, ki skrbijo za zdravje drugih, pogoj za njihovo učinkovito delo.

Viri

1. Unit for programme integration 2013. Faculty of Health Sciences/ Linköpings universitet. <http://www.hu.liu.se/pedagogisktcentrum/programintegration>. <25.1.2013>
2. D'Amour D, Ferrada-Videla M, San Martin Rodriguez L, Beaulieu MD. The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. *J Interprof Care* 2005; 19 (Suppl 1): 116-31.
3. WHO. Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice 2010 (WHO/HRH/HPN/10.3). Dosegljivo na: http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_HRH_HP_N_10.3_eng.pdf. 24.01.2013
4. San Martin-Rodriguez L, Beaulieu MD, D'Amour D, Ferrada-Videla M. The determinants of successful collaboration: a review of theoretical and empirical work. *J Interprof Care* 2005; 19 (Suppl 1): 132-47.
5. Doyal L, Cameron A. Reshaping the NHS workforce. *BMJ* 2000; 320 (7241): 1023-4.
6. Salvage J, Smith R. Doctors and nurses: doing it differently. *BMJ* 2000;320 (7241): 1019-20.
7. Barret G, Keeping C. The processes required for effective interprofessional working. In: Barret G, Sellman D, Thomas J, eds. *Interprofessional working in health and social care. Professional perspectives*. 2005. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
8. Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2009 (3) Art. No.: CD000072.
9. Tuckman BW. Developmental sequence in small groups. *Psychological Bulletin* 1965; 63 (6): 384-99.
10. Hall P, Weaver L. Interdisciplinary education and teamwork: a long and winding road. *Med Educ* 2001;35: 867-75.
11. Glen S, Reeves S. Developing interprofessional education in the pre-registration curricula: Mission impossible? *Nurse Educ Pract* 2004; 4: 45-52.

12. McNair RP. The case for educationg health care students in professionalism as the core content of interprofessional education. *Med Educ* 2005; 39: 456-464.
13. Thistlethwaite J, Moran M. Learning outcomes for interprofessional education: Literature review and synthesis. *J Interprof Care* 2010; 24: 503-13.
14. CIHC - Canadian Interprofessional Health Collaborative. A National Interprofessional Competency Framework. Vancouver 2010: College of Health Disciplines, University
15. Cronenwett L, Sherwood G, Barnsteiner et al.. Quality and safety education for nurses. *Nurs Outlook* 2007; 55 (3): 122-31.
16. University of Toronto, 2008. Advancing the interprofessional education curriculum 2009. Curriculum overview. Competence Framework. Toronto: University of Toronto. Office for Interprofessional Education. Dosegljivo na: <http://ipe.utoronto.ca/initiatives/ipe/iheif/competencies.html>. 25.1.2013
17. Hean S, Clark JM, Adams K, Humphris D, Lathlean J. Being seen by others as we see ourselves: the congruence between the ingroup and outgroup perceptions of health and social care students. *Learning in Health and Social Care* 2006; 5 (1): 10-22.
18. Lambe M, Boylan O. Developing teamwork in primary care. *Educ Prim Care* 2008; 19 (5): 530-4(5).
19. Baggs J, Schmitt MH. Nurses' and resident physicians' perceptions of the process of collaboration in the MICU. *Res Nurs Health* 1997; 20 (1): 71-80.
20. NHS Institute for Innovation and Improvement (). Quality and Service Improvement Tools. SBAR – Situation – Background – Assessment – Recommendation. 2008. Dosegljivo 20.9.2015 na: http://www.institute.nhs.uk/quality_and_service_improvement_tools/quality_and_service_improvement_tools/sbar_-_situation_-_background_-_assessment_-_recommendation.html.
21. Zaccaro SJ, Heinen B, Shuffler M. Team leadership and team effectiveness. In: Salas E, Goodwin GF, Burke CS (eds.) *Team effectiveness in complex organizations*. New York: Psychology Press, 2009, 183-208.
22. Salas E, Goodwin GF, Burke CS (eds). *Team effectiveness in complex organizations*. New York 2009. Psychology Press: 183-208.

Urška Weber, Nataša Potočnik Dajčman

Preventiva duševnih motenj pri otrocih in mladostnikih

Preventiva duševnih motenj pri otrocih in mladostnikih je izjemnega pomena iz več razlogov. Duševne motnje predstavljajo ogromno družbeno breme, saj v posledicah segajo tako na zdravstveno, socialno, izobraževalno, zaposlitveno kot pravosodno področje (1). Večina trajnih duševnih motenj odrasle dobe pa se začne že pri otrocih in mladostnikih – 50 odstotkov do 14. leta in 75 odstotkov do 25. leta starosti (2). Študije ugotavljajo tudi relativno slabo učinkovitost zdravljenja teh motenj, zato je preventivna dejavnost na tem področju še toliko bolj upravičena (3–5). Po nekaterih ocenah bi bilo z ustreznimi strokovnimi ukrepi v otroškem in mladostniškem obdobju možno preprečiti 25–50 odstotkov trajnih oz. ponavljajočih se duševnih motenj odrasle dobe (6). Breme povečuje tudi stigma, zato destigmatizacija predstavlja pomemben segment promocije in v širšem pogledu tudi preventive na področju duševnega zdravja te populacije (7).

1. Duševne motnje pri otrocih in mladostnikih so pogoste

Pogostost duševnih motenj pri otrocih in mladostnikih je v evropskem prostoru ocenjena na okoli 20 odstotkov te populacije (3). V Sloveniji otroci in mladostniki zaradi duševnih motenj obišejo zdravnika ali druge strokovnjake s področja duševnega zdravja najpogosteje zaradi motenj v duševnem razvoju, reakcij na hud stres in prilagoditvenih motenj, motenj prehranjevanja, hiperkinetičnih ali drugih vedenjskih in čustvenih motenj, ki se začnejo navadno v otroštvu. V starosti nad 15. letom vzroki postanejo primerljivi s starejšim prebivalstvom: duševne in vedenjske motnje, depresivne epizode, anksiozne motnje, reakcije na hud stres in prilagoditvene motnje, motnje hranjenja. V tem starostnem obdobju so tudi v porastu duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola, kanabinoidov, hlapljivih topil in uživanja več drog hkrati. V zadnjih letih je v porastu število vedenjsko in čustveno motenih otrok in mladostnikov, mnogi izmed njih že kažejo simptome, kasneje v odraslem obdobju pa izpolnjujejo kriterije osebne motnje. Spodnja starostna meja se pri nekaterih duševnih motnjah niža in premika v mladostniško obdobje (npr. prve epizode depresije in shizofrenije) (8).

2. Dejavniki tveganja in zaščitni dejavniki v razvoju duševnih motenj otrok in mladostnikov

Verjetnost razvoja duševnih motenj pri otrocih in mladostnikih povečujejo številni *dejavniki tveganja*, tako biološki kot psihosocialni. Med *posebej ogroženimi skupinami in tistimi otroki in mladostniki, ki zahtevajo posebno skrb*, so kronično in pogosto bolni, otroci in mladostniki z motnjo v delovanju osrednjega živčevja, tisti, ki odraščajo v neugodnih družinskih razmerah ali živijo v stalnem stresu, tudi npr. zaradi ločitve staršev, osipniki iz šolskega sistema, tisti iz družin z nižjim socioekonomskim položajem, z manj prijatelji, s slabšim učnim uspehom in tisti, ki obiskujejo manj zahteven srednješolski program. Med bodočimi starši so posebej ogroženi tisti z neugodnim socioekonomskim položajem in žrtve nasilja (3, 8, 9).

Učinke dejavnikov tveganja na duševno zdravje otrok in mladostnikov na drugi strani lahko pomembno zmanjšujejo številni *zaščitni dejavniki*, ki jih prav tako lahko razdelimo na biološke in psihosocialne. Najpomembnejši so ustrezna skrb za materino zdravje pred in po porodu, ustrezna starševska skrb (vzgojni pristopi, vzorci navezovanja in ostalih družinskih odnosov), ustrezna socialna podpora in mreža (razvoj ustreznih socialnih veščin in vrstniške mreže, ugodno šolsko in širše socialno okolje), ustrezen socioekonomski položaj družine (tudi finančni, zaposlitveni položaj in druge oblike pomoči socialno-ekonomsko šibkejšim družinam) ter ugodna genetska podlaga in osebnostna struktura otroka (3, 9).

3. Preventivni programi na področju duševnega zdravja otrok in mladostnikov

V Sloveniji je preventiva duševnih motenj pri otrocih in mladostnikih organizirana stopenjsko (8):

1. Neformalna skupnostna pomoč (skupnostne posvetovalnice, preventivne akcije in programi, internetna strokovna in laična podpora).
2. Primarna preventiva v okvirih:
 - osnovnega zdravstva (šola za bodoče starše, zdravstveno varstvo nosečnic, posvetovalnice, obdobjni sistematski pregledi otrok in mladostnikov, razvojne ambulante, vzgoja za zdravje),

- vzgojno-izobraževalnih institucij (šolska svetovalna služba, programi v vrtcih in šolah),
- socialnovarstvenih institucij (programi za otroke, mladostnike in družine v okviru dejavnosti centrov za socialno delo, nevladnih organizacij in družinskih centrov).

3. Večnivojska, sekundarna in terciarna preventiva v okvirih:

- specialistične ambulantne zdravstvene dejavnosti,
- specialistične bolnišnične zdravstvene dejavnosti,
- svetovalnih centrov za otroke, mladostnike in starše,
- institucionalnega varstva (vzgojno-varstveni in vzgojno-izobraževalni zavodi, centri za usposabljanje, delo in varstvo, mladinski domovi, stanovanjske skupnosti, zdravilišča).

Preventivnih programov je izjemno veliko, izvajajo se na vseh opisanih stopnjah varovanja duševnega zdravja otrok in mladostnikov in so raznoliki, vendar pa niso vsi pripravljene po standardih in na nacionalni ravni, le nekateri izmed njih so podprti z dokazi in se kontinuirano izvajajo (8).

V ocenjevalnih raziskavah so se kot ključne značilnosti z dokazi podprtih *primarnih* preventivnih programov pokazale (14–16) naslednje dejavnosti:

- omejevanje dejavnikov tveganja in krepitev zaščitnih dejavnikov v razvoju duševnih motenj;
- učenje kognitivnih vedenjskih spretnosti in socialnih veščin;
- starosti primerni in za otroka oz. mladostnika zanimivi pristopi;
- izvajanje v otrokovem neposrednem okolju – družina, šola, centri za socialno delo, mladinski centri ...;
- dovolj dolgo in neprekinjeno trajanje programa;
- vključenost večjega števila pomembnih oseb, s katerimi se otrok srečuje – družina, učitelji, zdravstvo, socialni delavci, policija, mladinska društva in drugi.

Na področju *univerzalne primarne preventive* – usmerjene na splošno populacijo – so najuspešnejši programi za nosečnice in starše majhnih, predšolskih in šolskih otrok ter programi preprečevanja nasilja in učenja strpnih odnosov v šolah (7, 10–13). Še uspešnejši pa so programi *selektivne oz.*

indicirane primarne preventive – usmerjene na populacijo otrok in mladostnikov z znanimi dejavniki tveganja za razvoj duševnih motenj oz. z njihovimi že razvitimi podpražnimi oblikami (14).

Na področju *sekundarne* in *terciarne* preventive največ zanesljivih dokazov uspešnosti kažejo vsestranski programi, ki zajemajo (14):

- ustrezno zdravljenje z zdravili, kadar je indicirano;
- ustrezne oblike psihoterapije;
- omejevanje dejavnikov tveganja in krepitev zaščitnih dejavnikov v razvoju duševnih motenj;
- sodelovanje družine in drugega ožjega socialnega okolja otroka oz. mladostnika v programu;
- medsektorsko sodelovanje (zdravstvo, šolstvo, socialno področje) v obliki skupnostnih preventivnih in vključitvenih dejavnosti ter
- zagotavljanje formalnih skupnostnih služb za duševno zdravje (angl. *case management*), kjer je vsakemu posameznemu otroku in njegovi družini dodeljen koordinator, ki skrbi za izvajanje diagnostike in ukrepov strokovnih institucij ter skupnostnih rehabilitacijskih in vključitvenih dejavnosti.

Primeri, ki vključujeta vse ključne značilnosti z dokazi podprtih preventivnih programov in se v Sloveniji uvajata v zadnjih letih, sta programa »Krog varnosti« in »Neverjetna leta« (17–23).

Krog varnosti (angl. *Circle of security*) (11) je program zgodnje intervencije, namenjen populaciji staršev z otroki do 5. leta starosti. Temelji na teoriji navezanosti, njegov namen pa je učenje vzajemnega čustvenopodpornega odnosa med starši in otrokom. V modificirani obliki se program izvaja tudi za starše s starejšimi otroki in mladostniki; za starše z visokim tveganjem za duševne motnje pri otroku (npr. starši, ki so mladoletni, z nizkim socioekonomskim položajem, na prestajanju zaporne kazni, posvojitelji in rejniki, z duševnimi ali osebnostnimi motnjami ...) in za starše z otroki z že prepoznano duševno motnjo.

Neverjetna leta (angl. *Incredible Years*) (13) je program za preprečevanje in zgodnjo obravnavo vedenjskih težav pri otrocih. Gre za program primarne preventive duševnih motenj pri otrocih do 12. leta starosti, ki vključuje podprograme za starše, učitelje in otroke. Temelji na razvojni teoriji, ki razlaga pomembne dejavnike tveganja in zaščitne dejavnike v razvoju

vedenjskih težav pri otroku. Njegov namen je okrepitev starševskih ali učiteljevih kompetenc in njihove vloge v otrokovem šolanju ter razvoj ustreznega spopadanja z učnimi, socialnimi in čustvenimi izzivi ter s tem preprečevanje in zgodnja obravnavo vedenjskih težav pri otroku. V modificirani obliki se izvaja tudi za starše z otroki z že razvitimi vedenjskimi motnjami, motnjo pozornosti in hiperaktivnosti, z motnjami iz avtističnega spektra ali v razvoju govora.

Viri

1. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jönsson B et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol* 2011; 21: 655–79.
2. Kessler RC, Amminger GP, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Lee S in Ustün TB. Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Curr Opin Psychiatry* 2007; 20 (Suppl 4): 359–64.
3. World Health Organization. Child and adolescent mental health policies and plans. Mental health policy and service guidance package. Geneva: World Health Organization, 2005.
4. McDaid D, Park A, Knapp M, Losert C in Kilian R. Making the case for investing in child and adolescent mental health: how can economics help? *Int J Ment Health Promot* 2010; 12: 37–44.
5. Knapp M, McDaid D in Parsonage M (ur.). Mental health promotion and prevention: the economic case. London: Department of Health, London, 2011.
6. Kim-Cohen J, Caspi A, Moffitt TE, Harrington H, Milne BJ in Poulton R. Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a prospective longitudinal cohort. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60: 709–17.
7. Patel V, Flisher AJ, Hetrick S in McGorry P. Mental health of young people: a global public-health challenge. *Lancet* 2007; 369 (Suppl 9569): 1302–13.
8. Ministrstvo za zdravje RS. Resolucija o Nacionalnem programu duševnega zdravlja 2014–2018. Pridobljeno 26. 3. 2015 s spletne strani: http://www.http://www.sent.si/fck_files/file/NOVICE/NPDZ_3_J.pdf.

9. Champion J, Bhui K in Bhugra D. European psychiatric association (EPA) guidance on prevention of mental disorders. *Eur Psychiatry* 2012; 27: 68–80.
10. McDavid D in Park A. Investing in mental health and well-being: findings from the DataPrev project. *Health Promot Int* 2011; 26 (Suppl 1): 108–39.
11. Marvin R, Cooper G, Hoffman K in Powell B. The Circle of security project: attachment-based intervention with caregiver-preschool child dyads. *Attach Hum Dev* 2002; 4 (Suppl 1): 107–24.
12. Khan RJ, Bedford K in Williams M Evaluation of the MindMatters buddy support scheme in southwest Sydney: strategies, achievements and challenges. *Health Educ J* 2012; 71: 320–6.
13. Webster-Stratton C, Mihalic S, Fagan A, Arnold D, Taylor T in Tingley C. Blueprints for violence prevention, book eleven: The Incredible Years – parent, teacher, and child training series. Boulder, CO: Center for the study and prevention of violence, 2001.
14. Tennant R, Goens C, Barlow J, Day C in Steward-Brown S. A systematic review of reviews of interventions to promote mental health and prevent mental health problems in children and young people. *J Pub Ment Health* 2007; 6 (Suppl 1): 25–32.
15. Nation M, Crusto C, Wandersman A, Kumpfer KL, Seybolt D, Morrissey-Kane E et al. What works in prevention: Principles of effective prevention programs. *Am Psychol* 2003; 58: 449–56.
16. Doughty C. The effectiveness of mental health promotion, prevention and early intervention in children, adolescents and adults. A critical appraisal of the literature. Christchurch: New Zealand Health Technology Assessment (NZHTA) Report 2005, 8.
17. Cassidy J, Ziv Y, Supica B, Sherman LJ, Butler H, Karfgin A et al. Enhancing attachment security in the infants of women in a jail-diversion program. *Attach Hum Dev* 2010; 12: 333–53.
18. Cassidy J, Woodhouse S, Sherman L, Stupica B in Lejuez CW. Enhancing infant attachment security: an examination of treatment efficacy and differential susceptibility. *Dev Psychopathol* 2011; 23: 131–48.
19. Hutchings J, Bywater T, Daley D, Gardner F, Whitaker CJ, Jones K et al. Parenting intervention in Sure Start services for children at risk of developing conduct disorder: pragmatic randomized controlled trial. *Br Med J* 2007; 334 (Suppl 7595): 678–85.
20. Gardner F, Hutchings J, Bywater T in Whitaker CJ. Who benefits and how does it work? Moderators and mediators of outcome in a randomized trial of parenting interventions in multiple »Sure Start« services. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2010; 39 (Suppl 4): 568–80.
21. Jones K, Daley D, Hutchings J, Bywater T in Eames C. Efficacy of the Incredible Years basic parent training programme as an early intervention for children with conduct disorder and ADHD: long-term follow-up. *Child Care Health Dev* 2008; 34 (Suppl 3): 380–90.
22. Bywater T, Hutchings J, Daley D, Whitaker CJ, Jones K in Eames C. Long-term effectiveness of the Incredible Years parenting programme in Sure Start services in Wales with children at risk of developing conduct disorder. *Br J Psychiatry* 2009; 195: 1–7.
23. Bywater T, Hutchings J, Whitaker CJ, Evans C in Parry L. Research protocol: building social and emotional competence in young high-risk school children: a pragmatic randomized controlled trial of the Incredible Years therapeutic (small group) Dinosaur curriculum in Gwynedd primary schools, Wales. *Trials* 2011; 12 (Suppl 1): 39–46.

Promocija in preventiva duševnega zdravja

Promocija duševnega zdravja in preventiva duševnih motenj sta vse bolj pomembni za države in družbe. Podatki kažejo, da veliko ljudi trpi zaradi duševnih motenj, da imajo duševne motnje lahko hude posledice, ki se kažejo kot manjše zmožnosti na številnih življenjskih področjih, kot so delo, socialno delovanje, starševstvo itd. in da so ekonomske posledice duševnih motenj ogromne (1). Večina duševnih motenj se pojavi že v otroštvu in obdobju mladostništva ter se nadaljujejo (čeprav pogosto v drugačni obliki) v odrasli dobi, ko vplivajo na kakovost življenja prizadetih in njihovih bližnjih, zmanjšujejo delazmožnost in prispevajo k obremenitvam pokojninskih in drugih, npr. sodnih sistemov (2). Obstajajo trdni dokazi, da je mogoče duševne motnje preprečevati že pred njihovim nastankom, da jih je mogoče zelo dobro zdraviti in tudi obvladovati (3).

Namen tega poglavja je predstaviti skupine dokazano uspešnih preventivnih in promocijskih dejavnosti na področju duševnega zdravja. Iz pregleda literature in izkušenj v stroki je namreč razvidno, da se uporabljajo številne metode in načini izboljševanja duševne kondicije, številna učna gradiva, s katerimi skušajo pomagati staršem pri vzgoji in šolanju njihovih otrok, in tudi številni programi, ki skušajo okrepiti delodajalce in strokovne delavce na področju zdravstva, šolstva in socialnih ved, ter da obstaja močna in nepretrgana, čeprav slabo povezana, dejavnost medijev, ki skuša okrepiti duševno zdravje prebivalcev. Smernice Evropske psihiatrične zveze glede preventive duševnih motenj povzamejo, da 70 odstotkov bremena duševnih motenj ni mogoče zmanjšati z zdravljenjem, da pa je nanj mogoče vplivati s preventivo in promocijo (4, 5).

Duševno zdravje je tesno povezano z vprašanjem človekovih pravic. Stigma, diskriminacija in kršenje človekovih pravic poškodujejo duševno zdravje prizadetih dodatno in v veliki meri. Poleg tega smo še vedno priče splošnemu predsodku, da so duševne motnje neozdravljive, in dejstvu, da se to zmotno prepričanje pojavlja tudi med strokovnjaki in bodočimi strokovnjaki ter se celo posreduje v učnih gradivih. Učinkovita preventiva je usmerjena proti predsodkom in se izkaže skladna s principi socialne enakosti, enakih možnosti in dostopnosti do pomoči najbolj ranljivim skupinam prebivalstva. Ker pa se krivice dogajajo, je pomembno preventivno delovanje, krepitev

moči in sodelovanja uporabnikov (pacientov, svojcev) v službah za duševno zdravje pri odločanju, načrtovanju in izvajanju storitev, kar pomeni, da so prav tisti, ki službe uporabljajo, tudi tisti, ki službe ocenjujejo (evalvirajo). Preventivno priporočilo je, da je treba ohraniti dostojanstvo ljudi in izboljšati kakovost ter dostopnost storitev, organizirati pomoč in zdravljenje v bližini doma, v skupnosti, na lokalno omejenih območjih in ne v velikih institucijah, pa naj bodo to bolnišnice ali veliki zavodi. Skupnostna obravnava ali obravnava na primarni ravni zdravstvenega in socialnega varstva imata boljše izide kot obravnava v institucionalnem okolju, skupnostna obravnava je bolj dostopna in manj krši človekove pravice (6).

Programne preventive in promocije lahko razdelimo glede na to, kje se izvajajo, kdo jih izvaja in na katere skupine ljudi se osredotočajo.

Prva skupina ukrepov so politični in ekonomski ukrepi, ki izboljšajo prehrano, bivanjske pogoje, izobraženost, zmanjšajo ekonomsko negotovost ter omogočijo zaposlitev in prilagojeno zaposlitev ranljivim skupinam. To preventivno orodje ima v rokah država, ki je dolžna prispevati k boljšemu duševnemu zdravju z ukrepi, ki zmanjšujejo revščino in brezposelnost. Priporočila glede zmanjševanja izključevanja ljudi so napisana v *Evropskem akcijskem planu za duševno zdravje* in so bila poudarjena že v znani *Helsinški deklaraciji* (7) v času, ko je ekonomska kriza bila na svojem začetku.

Preventivni programi za otroke in mladostnike ter promocija duševnega zdravja so prioritetni za to skupino, glede na to, da se človekova osebnost najhitreje in najbolj dinamično razvija v otroškem obdobju. Odpornost otrok in mladostnikov pred duševnimi motnjami se skuša doseči preko promocije ustreznega starševstva in z zgodnjimi intervencijami pri otrocih, ki so rizični za duševno motnjo (npr. če živijo v slabih socioekonomskih razmerah, so izgubili starše, so žrtve zlorab ali že imajo znake duševnih motenj). Pregled raziskav na tem področju je pokazal, da imajo izvrstno učinkovitost programi, ki krepijo matere dojenčkov in majhnih otrok (pri nas jih izvajajo patronažne medicinske sestre), ker omogočijo zgodnje prepoznavanje duševnih težav pri materah po porodu, ker zajamejo vse porodnice in zato ne stigmatizirajo in ker je pristop k materi in otroku celovit: torej ne ocenjuje se le duševnega zdravja, temveč celo bolj telesno zdravje matere in otroka. Visoko vrednost obiskov na domu v poporodnem obdobju potrjujejo tudi tuje raziskave (4, 5). Prepoznavanje razvojnih zaostankov ali težav v zgodnjem otroškem obdobju s periodičnimi pregledi, ki jih opravijo visoko usposobljeni strokovnjaki v centrih za mentalno zdravje, so drugi, čeprav po mojem vedenju slabo evalviran del preventive.

Pregled raziskav kaže, da so zelo uspešni tudi programi pomoči in podpore v šolah, ki zajamejo učitelje in starše. Uspehe dokazujejo programi preprečevanj nasilništva in učenja strpnih odnosov ter vzdrževanje podpornih okolij. Primer je avstralski program Mind Matters (8), ki zajame celotno šolsko okolje in ima zelo dobre rezultate. Pri nas naj bi se s pomočjo evropskih sredstev začel izvajati program Neverjetna leta, ki je opisan v prejšnjem poglavju (9).

Tretja skupina ukrepov, ki so dokazano uspešni glede promocije in preventive, so tisti, ki se ukvarjajo z varovanjem duševnega zdravja na delovnem mestu ter s pomočjo in podporo tistim, ki že imajo duševne motnje ter zato ob delu potrebujejo različne stopnje podpore in pomoči. Večina promocijskih programov se loteva obvladovanja stresa in celostne promocije zdravega načina življenja. Videti je, da so ti programi zelo ekonomsko uspešni, da močno zmanjšajo odsotnosti z dela in povečajo produktivnost zaposlenih. Programi zaščitijo ljudi na delovnem mestu, ki že imajo psihične težave, imajo prav tako izvrstne rezultate, posebej v socialnih podjetjih in kooperativah, ki zagotavljajo ponovno usposabljanje za delo na delovnem mestu, kjer je človek zaposlen. Izkaže se, da je prilagojena zaposlitev ena izmed najbolj uspešnih načinov za uspešno okrevanje po duševni motnji (4, 5, 9).

V skupini starostnikov je pomembno razumeti tesno povezanost med telesnim in duševnim zdravjem, ki se izkaže tudi z manjšo smrtnostjo ob dobrem duševnem zdravju in z boljšim telesnim zdravjem tistih starostnikov, ki so čustveno stabilni. 25 odstotkov starejših v skupnosti npr. v Veliki Britaniji ima lahko simptome depresije, zaradi katere potrebujejo pomoč. Demenca prizadene 5 odstotkov starejših od 65 let. Bolj ogroženi so tisti, ki so telesno bolni. Uspešna preventiva pri duševnih motnjah v starosti so psihosocialne intervencije, visoka stopnja socialne podpore ob bolezni, preventiva socialne izolacije, hoja in fizična aktivnost, učenje, primerno ogrevanje prostorov, psihoedukacija za skrbnike in zmanjševanje revščine. Preventiva in promocija duševnega zdravja pri starostnikih se izvaja v veliki meri z obiski na domu, s telesno vadbo, psihosocialnimi skupinami in z delovno terapijo.

Najhujša posledica duševnih motenj so samomori. Preprečevanje samomora je ena izmed temeljnih preventivnih in promocijskih dejavnosti v državah Evropske unije. V Sloveniji potekajo programi preprečevanja samomora že več desetletij, večinoma na področju izobraževanja strokovnjakov, javnosti in ponekod tudi intenzivno na področju izboljševanja dostopa do

pravočasne pomoči. Večino preventivnih in promocijskih dejavnosti vodi Nacionalni inštitut za javno zdravje, aktivno pa se vključujejo tudi nekatere nevladne organizacije, Slovenski center za raziskovanje v Kopru, posamezni zdravstveni domovi, centri, mediji, pa tudi bolnišnice in Psihiatrična klinika preko svojih raziskovalcev.

Danes vemo, kateri so najpomembnejši dejavniki tveganja za samomor, vendar je posameznike, ki so posebej ogroženi, še vedno težko identificirati. Tako se preventivno delovanje usmerja pretežno k posameznikom z visokim tveganjem za samomor, najbolj k tistim, ki so ravnokar odpuščeni iz različnih ustanov. Te je potrebno izobraziti o njihovi motnji in jih spremljati. Med drugimi vrstami pomoči imajo dokazano uspešno vlogo predvsem vedenjsko kognitivne metode (10).

Zaščitni dejavniki za dobro duševno zdravje za vse skupine ljudi so ugodno starševstvo in ugodne razmere v zgodnjem otroštvu, močne socialne podporne mreže, majhna neenakost, zaposlitev in ciljno, smiselno delo, socialni kapital (participacija, zaupanje), samozavest, avtonomija, pa tudi altruizem, čustvena in socialna poučenost ter telesno zdravje.

Zato je dobro počutje (angl. *well-being*) v zadnjem desetletju ena izmed pomembnih področij političnega načrtovanja in tudi raziskovanja. Dobro počutje je izrazito subjektivno, po definiciji je to zadovoljnost z različnimi področji življenja ali presoja posameznika o zadovoljstvu s celotnim življenjem, pa tudi trenutno čustveno stanje, sestavljeno iz ugodnih in neugodnih čustev (11). Področje se zdi tako pomembno, da je Svetovna zdravstvena organizacija organizirala nekaj srečanj na to temo. V okviru projekta ROAMER (*Roadmap for Mental Health In Europe*) se je med drugim zbralo številne podatke o že obstoječih projektih za dobro počutje v Evropi. Število publikacij na tem področju se je od leta 2007 podvojilo, njihovo število pa je najvišje v skandinavskih državah, na Nizozemskem in na Irskem (12, 13).

Preventiva duševnih motenj pri otrocih in mladostnikih z manjšimi zmožnostmi

Konvencija o pravicah otrok in *Konvencija o pravicah ljudi z manjšimi zmožnostmi* so okvir za zaščito pravic otrok, katerih temeljni del je pravica do odstranitve ovir pri vključitvi v družbo. Osnovne pravice otrok vključujejo pravico do ohranjanja identitete, pravico, da živijo s starši, odsotnost zlorab in mučenja, pravico do življenja v skupnosti, pravico do izobrazbe in pravico

do zdravja. Otroci iz najnižjih socioekonomskih razredov imajo trikrat večjo možnost, da zbolijo za duševno motnjo kot tisti iz višjih slojev. Otroci, ki ne živijo s svojimi družinami, imajo 5-krat večje tveganje za nastanek duševne motnje kot drugi; otroci z učnimi motnjami imajo 6,5-krat večje tveganje, 15- do 17-letni fantje, ki živijo v skrbništvu ali zavodu, pa 18-krat večje tveganje za samomor.

Namestitev otrok v institucije je kršitev človekovih pravic in posledica globokega nerazumevanja in neznanja o potrebah otrok z manjšimi zmoglostmi. Otroci potrebujejo predvsem odraščanje v družinah. Vse družine ne zmorejo zagotoviti vseh pogojev za zdravo odraščanje otrok. Te družine potrebujejo pomoč pri skrbi za svoje otroke. Obstajajo resni in zdaj že neizpodbitni dokazi, da bivanje otrok v institucijah katerekoli vrste zaradi pomanjkanja kakovostne oskrbe, pomanjkanja kakovostne medosebne komunikacije in pomanjkljive stimulacije njihovega razvoja privede do nazadovanja v razvoju, bolezni, samopoškodb in samomorov. Institucionalizirani otroci umirajo prej. Obstaja tudi veliko dokazov, da institucionalna skrb povzroča fizično in psihološko škodo. Otroci v institucijah so bistveno bolj izpostavljeni nasilju kot drugi otroci. Osnovna strategija za preprečevanje institucionalizacij otrok je razvoj skupnostnih služb. Programi, ki lahko pospešijo vključitev otrok v skupnost, so zgodnje intervencije (pravočasno ukrepanje in pomoč družinam), skupnostne službe za duševno zdravje (pomoč na domu in v okviru lokalne skupnosti), izobraževalni in drugi programi pomoči staršem o kakovostni vzgoji in skrbi za otroke, neformalna podpora otrokom in družinam, inkluzivno izobraževanje, torej vključevanje otrok z različnimi manjšimi zmoglostmi v običajna šolska okolja, finančna pomoč družinam, ki imajo otroke in potrebujejo za preživetje denar, zagotavljanje možnosti, da si starši lahko oddahnejo od nepretrgane skrbi, razvijanje programov skrbništva, razvijanje delovnih skupin, ki bi lahko nudile pomoč na domu in nadzor nad službami za otroke in mladostnike.

Razlogi za institucionalizacijo otrok so pretežno revščina, stigma, diskriminacija in pomanjkanje skupnostnih služb. V institucijah so otroci pogosto izpostavljeni zanemarjanju in zlorabam, poniževanju ter površni oskrbi. Posledice se pojavljajo na socialnem, vedenjskem in duševnem področju (14). Vpliv udobja, dobre opremljenosti in prijazne raznobarvnosti teh ustanov, celo zavzetosti osebja, ki tam dela, je majhen. Otroci in mladostniki lahko bistveno bolje napredujejo in se razvijajo v domačem okolju, v bližini svojih ljudi, posebej takrat, ko njim in družinam ponudimo zadostno podporo in pomoč, da lahko živijo svoje življenje doma.

Viri

1. Wittchen et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychoph.* 2011;21:655-79.
2. McDaid D in Park A. (2011) Investing in mental health and well-being: findings from the DataPrev project. *Health Promotion International*, 26 (S1), i108-i139.
3. WHO Prevention of mental disorders : effective interventions and policy options : summary report / a report of the World Health Organization Dept. of Mental Health and Substance Abuse ; in collaboration with the Prevention Research Centre of the Universities of Nijmegen and Maastricht. Geneva 2004.
4. Champion J, Bhui K in Bhugra D. EPA guidance on prevention of mental disorders. *European Psychiatry* 2012; 27: 68-80).
5. Saxena S, Jané-Llopis E, Hosman C. Prevention of mental and behavioral disorders: implications for policy and practice. *World Psychiatry* 2006; 5(1):5-14.
6. WHO. The European Mental Health Action Plan. Çeşme Izmir 2013. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/194107/63wd11e_MentalHealth-3.pdf
7. WHO European Ministerial Conference on Mental Health: Facing The Challenges, Building Solutions, Helsinki, Finland, 14 January 2005.
8. Wyn J, Cahill H, Holdsworth R, Rowling L and Carson S. , *MindMatters*, a whole-school approach promoting mental health and wellbeing. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2000; 34: 594-601.
9. Samele C, Frew S, Urquía N. A European profile of prevention and promotion of mental health (EuroPoPP-MH), EU report 2013. Dosegljivo 10.10.2014 na: http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/europopp_full_en.pdf
10. McDaid D, Bonin E, Park A et al. () Making the Case for Investing in Suicide Prevention Interventions: Estimating the Economic Impact of Suicide and Non-Fatal Self Harm Events. *Injury Prevention* 2010b; 16:A257-A258
11. Diener E, Suh EM, Lucas RE in Smith HL. Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin* 1999; 125: 276-302.

12. Haro J M, Ayuso-Mateos JL, Bitter I, Demotes-Mainard J, Leboyer M, Lewis SW, Linszen D, Maj M, McDavid D, Meyer-Lindenberg A, Robbins TW, Schumann G, Thornicroft G, Van Der Feltz-Cornelis C, Van Os J, Wahlbeck K, Wittchen HU, Wykes T, Arango C, Bickenbach J, Brunn M, Cammarata P, Chevreul K, Evans-Lacko S, Finocchiaro C, Fiorillo A, Forsman AK, Hago JB, Knappe S, Kuepper R, Luciano M, Miret M, Obradors-Tarragó C, Pagano G, Papp S in Walker-Tilley T. ROAMER: roadmap for mental health research in Europe. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 2014; 23(S1): 1-14.
13. Miret M, et al. The state of the art on European well-being research within the area of mental health. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 2015. Dosegljivo 20.9.2015 na : <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijchp.2015.02.001>.
14. WHO. Glubenkian Mental Health Platform Promoting Rights and Community Living for Children with Psychosocial Disabilities. Lisbon 2014.

Renata Ažman

Okrevanje s stališča uporabnikov

Uvod

Ena od značilnosti okrevanja pri duševni motnji – poznam bipolarno motnjo in shizoafektivne motnje – je, da večino časa predstavlja boj za preživetje. Poskrbeti je treba tako za materialno kot za duhovno plat, saj je oboje pomembno: redna in zdrava prehrana, čim več gibanja, ustrezna terapija, psihoterapija, branje, pisanje.

Redni obiski pri psihiatru, redni sprehodi v naravo, redno jemanje zdravil – ko je vse to izpolnjeno, pa se lahko podamo na pot k samemu sebi, na pot bolečine pa tudi olajšanja, odlaganja bremen in sprejemanja samega sebe; na pot preživetja.

Moja zgodba

Začelo se je jeseni 1992 z depresijo, ki se je spomladi prevesila v hudo manijo, in v marcu 1993 sem bila prvič hospitalizirana v psihiatrično bolnišnico v Polju. Ko sem zaključila bolnišnično zdravljenje, sem začela obiskovati zasebno psihiatrično ordinacijo dr. Borislave Lovšin, vendar sem zdravljenje zavračala, ker sem menila, da bom lahko premagovala simptome brez ustreznih zdravil.

Potrebovala sem deset let in še dve hospitalizaciji, da sem vzela svoje življenje v svoje roke. Začela sem redno jemati predpisana zdravila, začela sem se ukvarjati z duhovnostjo in začela sem pisati. Mislim, da je to tisto, kar mi je najbolj pomagalo premagovati bolezen. Pot je bila dolga, a uspešna; naučila sem se živeti s svojimi simptomi. S pisanjem nadaljujem, pomaga mi narava, pomagajo mi kristali, pomagajo mi ljudje.

Vsak ima svojo zgodbo, vsako okrevanje je drugačno, vsak hodi po svoji poti. A skupno vsem ljudem z duševno motnjo je to, da je naše okrevanje boj za golo preživetje. Preživeti bolezen, preživeti psihiatrični sistem; morda celo živeti.

Ko sem se leta 2003 odločila, da sledim svojemu občutku, me je pot pripeljala tja, kjer si niti v sanjah ne bi predstavljala, da me bo pripeljala; hvaležna sem za to.

Sledila sem svojemu srcu, se ubadala s preteklostjo, vmes pa napisala štiri knjige (*Japajade*, 2005; *Depra*, 2007; *Itaq*, 2011 in *Yoyo*, 2014), vodila več kot deset delavnic terapevtskega pisanja in botrovala nastanku antologije *Izpišimo bolečino* (Celjska Mohorjeva družba, 2014). Na svojo pot sem ponosna in občutek imam, da se pravzaprav šele zdaj začinja. Zdaj sem končno odrasla in se sprejemam, kakršna sem, ker sem v redu. Zaslužim si modrino neba in prostor pod soncem. Kadar sem v depresiji, si želim, da bi čim prej minilo, a sprejemam tudi to, tudi črne trenutke, pretkane z bolečino, tudi tesnobo, tudi paniko; pa tudi vse ostalo sprejemam.

Zgodbe

V ozadju vsake duševne motnje je zgodba. To zgodbo je treba ozavestiti, jo sprejeti in razvozlati vse zapletene vzorce, ki izhajajo iz nje. Travmatične zgodbe je težko misliti, še težje pripovedovati. Najbolj potlačene dele zgodbe pogosto niti ne pridejo do zavesti, nekdo nam jih mora pomagati priklicati v spomin, nekdo usposobljen, psihiater ali psihoterapevt. Nekdo mora pokazati zanimanje za našo zgodbo, nekdo, ki mu zaupamo, nekdo, ki posluša, nekdo, ki sliši; nekdo, ki zna.

Izjemen pripomoček pri samozdravljenju predstavlja pisanje.

V skladu z novinarsko doktrino – kdo, kdaj, kaj, kje in zakaj – sem preizkusila pisanje kot terapevtski pripomoček in to je *terapevtsko pisanje*. Ko sem izdala prvo, drugo, tretjo in četrto knjigo, sem na sebi preizkusila model pisanja o resničnih ljudeh in dogodkih resničnih zgodb in njihovo objavo.

Pri terapevtskem pisanju je pomembno, da se zavedamo, da komunikacija poteka na treh ravneh: komunikacija s samim sabo, komunikacija s pomembnimi drugimi in komunikacija z javnostjo. To je pomembno ne samo na ravni družbe, ki tako spoznava zgodbe ljudi z duševno motnjo, ampak je zlasti pomembno s stališča avtorja, tistega, ki piše. Na prvi ravni, v komunikaciji s samim sabo, gre zgolj za artikulacijo misli, za transformacijo energij skozi akt pisanja. Na tej ravni je koristno pisanje dnevnika, pa tudi zgodb in pisem.

V komunikaciji s pomembnimi drugimi nam pomaga pisanje pisem, poslanih in neodposlanih, pisanje zgodb, ki jih pomembnim drugim dajemo v branje. Zgodbo v miru napišemo, za nas pomembni ljudje pa potem to zgodbo preberejo in nam ponudijo odziv. Običajno je odziv pozitiven, kar pomembno prispeva k oblikovanju nove samopodobe. Skrivnost, ki jo

čuvamo in nas razjeda ter nam povzroča simptome duševnih motenj, izgubi svojo moč, ljudje nas sprejmejo na tisti točki, na kateri prej mislimo, da nas nikoli ne bodo sprejeli. Zato je odziv običajno zelo zdravilen, prinaša olajšanje, izjeme so redke in so namenjene selekciji v strukturi naše socialne mreže.

Z objavo zgodbe se zgodi komunikacija z javnostjo; zgodbo lahko vsi preberejo. Takrat se moč temačnih skrivnosti povsem izgubi, zgodba je samo še zgodba.

Z objavami resničnih zgodb ljudi z duševnimi motnjami se prostor odpira resnici o duševnih motnjah, o resničnih vzrokih in posledicah travm ter pripeva k ozaveščanju in destigmatizaciji področja duševnega zdravja nasploh.

Socialna mreža

Pri okrevanju in sanaciji simptomov duševnih motenj je zelo pomembno, kakšne odnose imamo s pomembnimi drugimi: s sorodniki, prijatelji, sodelavci, z znanci. Vsi ljudje, ki vstopajo v naša življenja, nam pomagajo, jim pomagamo, se medsebojno podpiramo in se od drug drugega učimo. Iskreni odnosi z ljudmi, ki predstavljajo našo socialno mrežo, nam pomagajo oblikovati novo samopodobo, podobo v ogledalu, ki nam je vedno bolj všeč. Vsi, ki nas imajo iskreno radi, ki nas podpirajo in nas izpolnjujejo, so dragoceni ljudje, z njimi je treba še posebej spoštljivo ravnati. Socialno mrežo gradimo vse življenje, pomembno se je zavedati, da če hočemo naklonjenost dobiti, jo moramo tudi dajati. Dajati prav tisto, kar najbolj potrebuješ. Zato je izražanje iskrenih čustev in resnica naših zgodb predpogoj za trdne in iskrene odnose z našimi pomembnimi drugimi.

Stroka

Odnos s psihiatrom ali s psihoterapevtom je zelo specifičen odnos in pomembno vpliva na potek zdravljenja in okrevanje. Predpogoj za uspešen odnos s strokovnjakom je zaupanje. Zaupanje v njegovo avtoriteto in vedenje o tem, kaj in kako nam bo pomagalo pri okrevanju. Pomembno je, da začutimo njegovo prisotnost, pristnost in pa določeno stopnjo empatije. Ta je pomembna, če hočemo, da bo zdravljenje uspešno. Potrebno nas je spodbujati na naši poti in nas usmerjati v dejavnosti, ki nas veselijo in nam koristijo. Dejstvo je, da so srečanja s strokovnjaki bolj redka, zato je

organizacija vsakdanjega življenja in preživetje bolj ali manj v naših rokah. V času od enega do drugega obiska pri psihiatru/psihoterapevtu smo prepuščeni samim sebi – izjema je bolnišnično zdravljenje – in od nas je odvisno, kako in kaj bomo počeli in kako se bomo počutili. Če vemo, da naše misli postajajo črne, jih preusmerimo v lepše razmišljanje, če se le da. Vedno se tega ne da, zato se je tem epizodam – izbruh simptomov – najbolje privaditi. Iz izkušenj vem, da so vse epizode težke, včasih jih enostavno ne zmoremo obvladovati. Takrat je pomembno zaupati stroki, ker nas tako ohranja v okvirih družbe, ki ji pripadamo, da lahko lažje spoštujemo pravila. Najkrajša pot do svobode pa je prav spoštovanje pravil. Preverjeno.

Stigma in destigmatizacija

Ko sem se prvič zbudila v psihiatrični bolnišnici, sem doživela šok. Zavedla sem se, da sem v tistem trenutku postala duševna bolnica, pacientka psihiatrične ustanove, in zavedla sem se, da bom vedno ožigosana. Ta šok je bil boleč.

Kasneje sem duševno motnjo prikrivala, sramovala sem se je in za zelo dolgo časa sem se popolnoma izolirala od večine članov svoje socialne mreže. Stik sem ohranila le z redkimi, nekateri so me spodbujali, drugi pa svetovali, naj se skrivam. Ta skrivnost me je peklila, dokler se nisem odločila in napisala resnico o svoji duševni motnji, izdala sem jo leta 2005 pri založbi Tuma pod naslovom *Japajade*. Molk je bil prekinjen, vsem sem povedala, kako je z mano in spoznala sem nekaj čudovitih ljudi, ki so se odzvali na mojo knjigo. *Japajade* ni doživela takšnega medijskega preboja, kot jo je doživela moja druga knjiga *Depra* (Celjska Mohorjeva družba, 2007; Chipmunkapublishing, 2007). Trije natisi so bili skoraj razprodani, dobila sem veliko pisem bralk in bralcev, ki so se mi zahvalili, ker jim je *Depra* malce olajšala pot. Spoznala sem še več čudovitih ljudi in takrat sem se s svojo duševno motnjo tudi dokončno sprijaznila. Stigma je popustila.

Enako se je zgodilo z *Itaq* (Miš, 2011) in *Yoyom* (ALUO, 2014).

Mentalna ekologija

Če se hočemo zares resocializirati in postaviti svoje življenje na nove temelje, potem moramo staro strukturo najprej do temeljev porušiti. Kadar čistimo stare vzorce in če hočemo ozdraviti stare rane, moramo poseči do

korenin, do temeljev. Ta proces je zelo boleč in dolgotrajen, ampak se splača. Cilj je spoznati, sprejeti, si odpustiti in vzljubiti samega sebe. To nam preprečujejo stara prepričanja o nas samih in prav to je tisto, kar moramo najbolj spremeniti.

Sem ali nisem dovolj dober, sem ali nisem vreden ljubezni, sem ali nisem?

Kadar čistimo stare vzorce, je pomembno hkrati čistiti telo, um in dušo.

Telo nam je hvaležno, kadar jemo okusno in dobro hrano, če si privoščimo sproščujoče kopeli, če gremo na masažo. Sprehodi v naravo, gibanje, svež zrak, druženje z živalmi in rastlinami, prijazna oblačila in družba ljubeznivih ljudi so najboljše, kar lahko v tem pogledu storimo zase. Dobro je slediti občutkom.

Um, ki je nenehno zaposlen z vprašanji, strahovi in dvomi, je dobro očistiti negativnih in uničujočih škodljivih misli. To storimo z branjem kakovostne in strokovne literature ter s pisanjem in razmišljanjem. Dobro je, če si govorimo pozitivne afirmacije o sebi in o svojem življenju.

Duša je uglašena na ljubezen in vsakršna motnja je lahko zelo moteča. Dušo nam lahko ozdravi verjetje v nekaj, v nek vesoljni red, kjer dobro vedno premaga zlo.

Dobro zdravilo je glasba, umetnost vseh vrst, pa tudi duhovnost.

Zaključek

Vsak mora najti svojo pot, najbolj pomembna pa je odločitev.

Sreča je na strani pogumnih.

Seznam okrajšav

NVO: nevladna organizacija

Konvencija: Konvencija o pravicah oseb z zmanjšanimi zmožnostmi je mednarodna pogodba o človekovih pravicah, ki celovito ureja in ščiti pravice oseb z manjšimi zmožnostmi (invalidi)

ZIMI: Zakon o izenačevanju možnosti invalidov

ZDZdr: Zakon o duševnem zdravju

PSR: Psihosocialna rehabilitacija

ACT: *Assertive Community Treatment* – model skupnostne obravnave z nepretrgano dostopnostjo in visoko intenzivnostjo obravnave.

SPO: skupnostna psihiatrična obravnava na osnovni ravni zdravstvenega in socialnega varstva

KO: Koordinacija oskrbe v skupnosti, ki jo izvaja center za socialno delo.

ŠENT: Slovensko združenje za duševno zdravje

EE: (*expressed emotionality index*) indeks izraženih čustev

KVT: kognitivno vedenjska terapija

PS: podporna skupina

SS: skupina za samopomoč

AA: anonimni alkoholiki