



**Z VEČ ZNANJA
O MOTNJAH RAZPOLOŽENJA
DO IZHODOV IZ LABIRINTOV**
Izkušnje in razmisleki



Z VEČ ZNANJA O MOTNJAH RAZPOLOŽENJA DO IZHODOV IZ LABIRINTOV

Izkušnje in razmisleki

Uredila: Lilijana Šprah



Z VEČ ZNANJA O MOTNJAH RAZPOLOŽENJA
DO IZHODOV IZ LABIRINTOV: IZKUŠNJE IN RAZMISLEKI
Uredila: Lilijana Šprah
Jezikovni pregled: Ana Jurkovič
Tehnično urejanje: Anela Klemenc Bešo
Izdajatelj: ZRC SAZU, Družbenomedicinski inštitut in Inštitut Karakter
Zanju: Lilijana Šprah, Maja Valič
Založila: Založba ZRC, ZRC SAZU
Zanjo: Oto Luthar
Glavni urednik založbe: Aleš Pogačnik
Oblikovanje in prelom: Polonca Mesec Kurdija

Publikacija je brezplačna.
Ljubljana, september 2019
Prva e-izdaja

Vsi prispevki so recenzirani.
Publikacija je v pdf različici dostopna na spletni strani:
www.omra.si



Delo je zaščiteno z mednarodno licenco Creative Commons Attribution-Share Alike 4.0 International License (priznanje avtorstva, deljenje pod istimi pogoji)
© 2019 ZRC SAZU, Družbenomedicinski inštitut, Založba ZRC

Kataložni zapis o publikaciji (CIP) pripravili v Narodni in univerzitetni knjižnici v Ljubljani
COBISS.SI -ID= 301624064
ISBN 978-961-05-0219-7 (pdf)
DOI: 10.3986/9789610502197

KNJIGI NA POT

TEŽAVE V DUŠEVNEM ZDRAVJU SO KOMPLEKSNE IN POTREBUJEJO VEČDISCIPLINARNI PRISTOP

Ocene pojavnosti in bremen duševnih motenj napovedujejo, da bo v naslednjih letih to eden glavnih javnozdravstvenih problemov in skrb za dobro duševno zdravje bo pomembno vplivala na naša razmišljanja in na domala vsa področja našega življenja, vendar pa so po drugi strani duševne motnje od vseh kroničnih nenalezljivih bolezni tiste, o katerih imata laična in strokovna javnost najbolj različna stališča in prepričanja. Predsodki in napačne informacije so v povezavi z duševnimi motnjami bolj pravilo kot izjema. Laična javnost duševne motnje pogosto enači s psihosocialnimi pritiski ali stresom in šibkostmi osebe kakor pa z zdravstveno težavo, kar se odraža tako pri iskanju strokovne pomoči in zanimanju za zdravljenje kot tudi v prepričanjih o učinkovitosti zdravljenja. Praksa namreč kaže, da približno polovica ljudi, ki zaradi težav v duševnem zdravju potrebuje strokovno pomoč, slednje ne poišče. Najpogostejša razloga za takšno vedenje sta predvsem slaba poučenost o značilnostih in posledicah duševnih motenj in stigma.

Če se je na duševno zdravje dolga desetletja gledalo predvsem kot na bolezen z izrazitimi poudarki na njenih negativnih platih, na ljudi s tovrstnimi težavami pa kot na nore in ničvredne, je danes naš pogled že manj diskriminatoren in izključujoč, zavedanje, da lahko za duševno motnjo zbolí vsak, pa vse bolj razširjeno. Aktualni pristopi promocijsko preventivnih aktivnosti na področju duševnega zdravja izpostavljajo, da področje skrbi za dobro duševno zdravje, preprečevanje duševnih motenj in iskanje ustrezne pomoči nikakor ne more biti zgolj v domeni medicinskih praks, saj je področje duševnega zdravja tesno povezano s sklopom subjektivnih izkušenj in družbenih procesov, zato mora vključevati kulturne prakse in nujno upoštevati različne okoliščine položajev posameznikov, družin in skupnosti.

V Sloveniji je bilo področje duševnega zdravja vrsto desetletij zanemarjeno. Po dolgoletnih prizadevanjih je bil leta 2008 vendarle sprejet prvi nacionalni dokument s področja duševnega zdravja – Zakon o duševnem zdravju, deset let pozneje pa je parlament potrdil dokument, ki predvideva tudi celovito urejanje tega področja – Resolucijo o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028. Strokovna in laična javnost trenutno z velikim zanimanjem in upi spremljata njegovo implementacijo v želji, da se bodo končno tudi v Sloveniji zgodili večji premiki v smeri povečane skrbi za dobro duševno zdravje prebivalstva.

Ne glede na to pa se trenutno v slovenskem prostoru še vedno soočamo s pomanjkanjem kakovostnih promocijsko preventivnih aktivnosti na področju duševnega zdravja, ki bi bile dostopne širšemu krogu prebivalcev. Septembra 2017 smo združili svoje strokovne in raziskovalne kompetence in dolgoletne izkušnje s področja duševnega zdravja ekipi Družbenomedicinskega inštituta ZRC SAZU in Inštituta Karakter in začeli izvajati program krepitve duševnega zdravja v obliki in vsebini, ki v slovenskem prostoru do takrat še ni bila na voljo – program OMRA.¹ Program je zasnovan večdisciplinarno in temelji na aktualnih smernicah na področju izvajanja promocije duševnega zdravja in opismenjevanja o najpogostejših duševnih motnjah – motnjah razpoloženja. Glavni cilj programa je predvsem povečati dostopnost do različnih informacij, povezanih z zgodnjim prepoznavanjem motenj razpoloženja in razpoložljivih oblikah (samo) pomoči s pomočjo spletne izobraževalne platforme in regijsko usmerjenega pristopa z izvajanjem neposrednih izobraževanj za različne ciljne skupine.

Po dveh letih izvajanja programa smo z njegovimi učinki izjemno zadovoljni. V večavtorski monografiji *Z več znanja o motnjah razpoloženja do izhodov iz labirintov: izkušnje in razmisleki* predstavljamo prve rezultate programa OMRA, ki smo jih pripravili na osnovi skrbno načrtovanih in izvedenih evalvacijskih postopkov tako na kvantitativni kakor kvalitativni ravni. Poleg sklopa prispevkov, ki predstavljajo kratkoročne in dolgoročne učinke programa OMRA, smo v pričujoči publikaciji duševno zdravje in motnje razpoloženja naslovili tudi s pomočjo prispevkov vabljenih avtoric in avtorjev. Prispevki podajajo pregled politik, zdravstvenih statistik in medicinskega modela razumevanja zdravja in bolezni, hkrati pa predstavljajo tudi nekatere poglede in razmisleke antropologije, sociologije in socialnega dela na področju obravnavanja duševnega zdravja.

Večdisciplinarno razumevanje in obravnavanje težav v duševnem zdravju se odraža tudi v prispevkih o obravnavah in pristopih zdravljenja motenj razpoloženja.

1. Z večjo pismenostjo o duševnem zdravju do obvladovanja motenj razpoloženja (akronim OMRA)

Avtorice in avtorji naslavljajo vse od farmakoloških pristopov do komplementarnih medicinskih metod in psihoterapevtskih intervencij in ne nazadnje stigmo, enega ključnih dejavnikov, ki osebe s težavami v duševnem zdravju odvrča od iskanja strokovne pomoči. Brez nevladnih organizacij, centrov za socialno delo in svojcev si kakovostne in celostne obravnave na področju duševnega zdravja ne znamo več predstavljati. Trije prispevki v publikaciji podrobno predstavljajo njihovo vlogo, ključna področja delovanja, izkušnje in ovire, s katerimi se srečujejo. V dobi novih tehnologij se tudi na področju digitalnega (duševnega) zdravja vse bolj uveljavljajo različna spletna orodja (spletne strani, družbena omrežja, aplikacije za pametne naprave). Njihovo vlogo pri zmanjševanju družbene stigme, dvigu pismenosti o duševnem zdravju in spodbujanju k iskanju ustrezne pomoči v stiskah kritično presoja prispevek, ki predstavlja tudi ključne aktivnosti programa OMRA na družbenih omrežjih. Nekatere življenjske okoliščine lahko predstavljajo veliko tveganje za razvoj težav v duševnem zdravju. V monografiji so podrobneje predstavljene nekatere od teh, ki so še posebej aktualne v sedanjem času: migracije, zloraba opiatov in brezposelnost.

Večavtorska monografija znanstvenih in strokovnih prispevkov *Z več znanja o motnjah razpoloženja do izhodov iz labirintov: izkušnje in razmisleki* je namenjena tako laični kakor strokovni javnosti. Avtorji prispevkov smo prepričani, da bo v njej lahko vsak našel kaj zanimivega in poučnega. Če vsaj malo velja kitajski pregovor *Znanje je zaklad, ki venomer spremlja svojega lastnika*, potem verjamemo, da bo marsikdo s pomočjo labirinta znanj pričujoče publikacije našel številne uporabne usmeritve, kako poskrbeti za dobro duševno zdravje tako pri sebi kakor drugih.

Lilijana Šprah

PREDGOVOR

OMRA V ZAKULISJU

Pustolovščina ni zunaj človeka, je v njem.

Marry Ann Evans (George Eliot)

Prav teh intimnih, prepogosto skritih osebnih »pustolovščin« smo se dotikali v programu OMRA. Najintenzivneje v zadnjem letu delovanja programa, ko smo v krajih na Koroškem, Štajerskem in v Pomurju izvajali celodnevne delavnice o težavah, povezanih s stresom, anksioznimi motnjami, depresijo in bipolarno motnjo razpoloženja. Od oktobra 2018 do maja 2019 smo jih uspešno in angažirano izvedli dvaindvajset, na njih pa se je nabralo kar 1096 udeleženk_cev.

Veseli nas, da smo se z vsebinami in načinom izvedbe delavnic uspeli približati ljudem v stiskah in oni nam. To so bili lepi koraki v obe smeri. Med odmori in predavanji so nam številni spontano zaupali svoje zgodbe: zgodbe o izgubah, nenadnih življenjskih preobratih, dolgoletnem trpinčenju, boleznih bližnjih, zapletenih medgeneracijskih in partnerskih odnosih, strahovih, pomanjkanju, nerazumevanju okolice, stiskah na delovnem mestu, ponižanjih in podobnem. Včasih je bila bližina tako prepustna, da smo občutili temna obdobja življenja, iz katerih se je peklensko težko izvleči, in nemalokrat bi bila na mestu ugotovitev Fride Kahlo, da lahko človek na koncu dneva prenese mnogo več, kot se zaveda.

Ključno sporočilo delavnic je bilo, da izhod iz labirinta obstaja. Razumevanje mehanizmov motenj razpoloženja namreč pripomore k njihovemu obvladovanju, človek lahko veliko stori sam z raznimi oblikami samopomoči in ne nazadnje je na voljo strokovna pomoč, ki je dostopna vsem. V zadnjem delu delavnice smo zato v sodelovanju s psihiatrom iz lokalnega okolja predstavili, katere so pristojnosti posameznih strokovnjakov in institucij, prav tako pa na katere vladne in nevladne oblike pomoči se je v določeni regiji mogoče obrniti.

Delavnice so bile neredko svetel moment pri udeleženkah_cih, poriv ali motiv za korak k spremembi, iskanju pomoči, vpisu na delavnice o stresu, depresiji ali anksioznih motnjah, ki se izvajajo v zdravstvenih domovih, in iskanju drugih možnosti. Predvsem pa smo z izobraževalnimi delavnicami prispevali k

razširjenemu in boljšemu razumevanju motenj razpoloženja (višji pismenosti) in zmanjševanju stigme na tem področju. Vsekakor smo s programom OMRA dosegli svoj namen.

No, svojevrstne pustolovščine pa so bile tudi naše pogoste poti v kraje severovzhodne Slovenije. Zgodnji jutranji odhodi in pozno popoldansko vračanje po nepredvidljivi štajerski avtocesti iz Murske Sobote, Maribora, Celja, Slovenj Gradca, Velenja, Gornje Radgone, Moravcev in s Ptuja so se na srečo razpletli brez večjih čakanj v cestnih zastojih. Občasno nam je pot zapletla le navigacijska naprava in nas brez kančka slabe vesti suvereno zapeljala v napačno *uliko*¹ in nepoznane labirinte, a tudi iz teh geografskih smo se nekako vedno uspeli rešiti in pravočasno prispeti na cilj, četudi je bilo treba v navalu smeha čez travnik ali kolovoz. Logično, saj pot do cilja ni nikoli samo ena.

Jana Šimenc

1. Popačena angleška izgovorjava besede ulica.



Prva tiskovna konferenci v prostorih ZRC SAZU



Srečna ekipa: prva uspešno izvedena delavnica v Velenju



Bogato gradivo za udeležence delavnic zлага celotna ekipa OMRA



En selfi ekipe z lokalnimi organizatorji, Slovenj Gradec



Po zaključnem delu v soboto v Gornji Radgoni



Skoraj celotna ekipa na enem mestu z lokalno organizatorko, Moravci



Mediji na obisku

KAZALO

KNJIGI NA POT TEŽAVE V DUŠEVNEM ZDRAVJU SO KOMPLEKSNE IN POTREBUJEJO VEČDISCIPLINARNI PRISTOP Lilijana Šprah	3
PREDGOVOR OMRA V ZAKULISJU Jana Šimenc	7
DUŠEVNO ZDRAVJE ODRASLIH PREBIVALCEV SLOVENIJE SKOZI ZDRAVSTVENO STATISTIKO Nuša Konec-Juričič, Domen Kralj, Anja Magajna, Saška Roškar, Špela Selak, Sandra Simonovič, Matej Vinko	13
UMEŠČENOST PROGRAMA OMRA V JAVNI INTERES O DUŠEVNEM ZDRAVJU Anela Klemenc Bešo	27
RESOLUCIJA O NACIONALNEM PROGRAMU DUŠEVNEGA ZDRAVJA 2018-2028 Jožica Maučec Zakotnik	35
PRISPEVEK ANTROPOLOGIJE H KULTURNO OBVEŠČENI PSIHIATRIJI Duška Knežević Hočevar	41
UVAJANJE INOVATIVNEGA PROGRAMA PISMENOSTI O MOTNJAH RAZPOLOŽENJA V SLOVENIJI: REZULTATI IN UČINKI PROGRAMA Lilijana Šprah	51
ANKSIOZNE MOTNJE Mojca Zvezdana Dernovšek	75
PONAVALJAJOČA SE DEPRESIVNA MOTNJA IN DEPRESIJA V SKLOPU BIPOLARNE MOTNJE Mojca Zvezdana Dernovšek	83
EVALVACIJA UČINKOV PROGRAMA OPISMENJAVANJA O MOTNJAH RAZPOLOŽENJA NA RAVEN RAZUMEVANJA ZNAČILNOSTI IN POSLEDIC ANKSIOZNOSTI, DEPRESIJE IN BIPOLARNE MOTNJE RAZPOLOŽENJA Lilijana Šprah	91

UMEŠČANJE DUŠEVNEGA ZDRAVJA NA DRUŽBENA OMREŽJA – PRIMER PROGRAMA OMRA	
Jana Šimenc	113
PREUSMERITEV POGLEDA OD STIGMATIZIRANIH K STIGMATIZIRAJOČIM	
Duška Knežević Hočevar	129
KAKO SE JE PROGRAM OMRA DOTAKNIL UDELEŽENK IN UDELEŽENCEV DELAVNICE	
Duška Knežević Hočevar	139
NAJPOGOSTEJŠA VPRAŠANJA O ZDRAVILIH ZA ZDRAVLJENJE MOTENJ RAZPOLOŽENJA	
Rok Tavčar	151
KOGNITIVNO-VEDENJSKA TERAPIJA	
Maja Bundalo Bočič in Mojca Zvezdana Dernovšek	161
TEORETIČNA ZASNOVA METODE INTERPRETACIJE SIMPOTOMOV OBSESIVNO-KOMPULZIVNE MOTNJE (OKM)	
Urška Battelino	169
PSIHIATRIČNO IN AJURVEDSKO RAZUMEVANJE IN ZDRAVLJENJE DEPRESIJE: IZKUŠNJE PACIENTOV V SLOVENIJI	
Maja Kolarević	181
SVOJCI OSEB Z DUŠEVNIMI MOTNJAMI	
Mojca Zvezdana Dernovšek	189
VLOGA NEVLADNIH ORGANIZACIJ NA PODROČJU DUŠEVNEGA ZDRAVJA: PRIMER DRUŠTVA ALTRA	
Suzana Oreški	197
VLOGA CENTRA ZA SOCIALNO DELO IN KOORDINATORJA OBRAVNAVE V SKUPNOSTI PRI OBRAVNAVI OSEB S TEŽAVAMI V DUŠEVNEM ZDRAVJU	
Janez Sterle	207
PSIHOLOŠKI VIDIKI BREZPOSELNOSTI	
Brigita Vončina	221
MOTNJE RAZPOLOŽENJA PRI UPORABNIKIH OPIATOV	
Barbara Lovrečič in Mercedes Lovrečič	233
DUŠEVNO ZDRAVJE V KONTEKSTU SODOBNIH MIGRACIJ	
Sanja Cukut Krilić	245

DUŠEVNO ZDRAVJE ODRASLIH PREBIVALCEV SLOVENIJE SKOZI ZDRAVSTVENO STATISTIKO

Nuša Konec-Juričič¹, Domen Kralj²,
Anja Magajna³, Saška Roškar⁴, Špela Selak⁵,
Sandra Simonovič⁶, Matej Vinko⁷

POVZETEK

Pričujoči prispevek podaja pregled stanja na področju duševnega zdravja odraslih prebivalcev v Sloveniji na osnovi podatkov redne zdravstvene statistike, ki jih zbiramo na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje (v nadaljevanju NIJZ) za desetletno obdobje. Odrasli prebivalci so bili v obdobju od 2008 do 2017 najpogosteje obravnavani zaradi drugih anksioznih motenj, reakcije na hud stres in prilagoditvene motnje, depresivne epizode, ponavljajoče se depresije, duševnih in vedenjskih motenj zaradi alkohola, shizofrenije, neorganskih motenj spanja in neopredeljene demence. V prikazanem obdobju se je povečalo

1. Primarijka, doktorica medicine, specialistka javnega zdravja; Nacionalni inštitut za javno zdravje, Trubarjeva cesta 2, 1000 Ljubljana
e-naslov: nusa.konec-juricic@nijz.si
2. Magister psihologije; Nacionalni inštitut za javno zdravje, Trubarjeva cesta 2, 1000 Ljubljana
3. Univerzitetno diplomirana psihologinja; Nacionalni inštitut za javno zdravje, Trubarjeva cesta 2, 1000 Ljubljana
4. Doktorica znanosti, univerzitetno diplomirana psihologinja, docentka; Nacionalni inštitut za javno zdravje, Trubarjeva cesta 2, 1000 Ljubljana
5. Doktorica znanosti, magistrica psihologije; Nacionalni inštitut za javno zdravje, Trubarjeva cesta 2, 1000 Ljubljana
6. Doktorica medicine; Nacionalni inštitut za javno zdravje, Trubarjeva cesta 2, 1000 Ljubljana
7. Doktor medicine; Nacionalni inštitut za javno zdravje, Trubarjeva cesta 2, 1000 Ljubljana

število izgubljenih delovnih dni zaradi bolniškega staleža. Povečala se je tudi raba zdravil, zlasti antidepresivov in zdravil za zdravljenje demence. Samomor je v navedenem obdobju upadal. Podatki so pokazali tudi na pomembne razlike v duševnem zdravju glede na starost, spol in regije. Ženske so pogosteje poiskale pomoč zaradi duševnih težav v primarnem in sekundarnem zdravstvenem varstvu in so imele daljše bolniške odsotnosti, pri moških pa je bilo več bolnišničnih obravnav in smrti zaradi samomora. Med najpogostejšimi vzroki za bolnišnično obravnavo pri osebah, starih do 64 let, so bile duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola in shizofrenija, pri starejših od 65 let pa so bile v ospredju predvsem organske in simptomatske duševne motnje. Posebej ranljiva regija na področju duševnega zdravja (zunajbolnišnične obravnave, samomorilnost) je bila zasavska regija.

Ključne besede: duševne motnje, zdravstvena statistika, poraba zdravil, bolniški stalež, zunajbolnišnične in bolnišnične obravnave, samomo

1 UVOD

Dobro duševno zdravje daje posamezniku možnost udejanjanja svojih kognitivnih in čustvenih zmožnosti, prav tako pa omogoča uspešnost v poklicnem, družbenem in zasebnem življenju. Kot tako predstavlja temelj zdravja nasploh in posledično tudi socialne in gospodarske stabilnosti, prav tako pa kakovosti življenja (Klanšček Jeriček in sod., 2009). Zaradi vse večje prevalence težav v duševnem zdravju to področje postaja vse bolj pomembno tako v svetovnem merilu kot tudi pri nas. Duševne motnje ne vplivajo le na posameznika in njegove bližnje, temveč predstavljajo pomembno breme za gospodarske, socialne in izobraževalne sisteme in družbeno blaginjo. Ekonomski stroški, povezani z duševnimi težavami, znašajo 461 milijard evrov letno oz. od 3 do 4 % bruto domačega proizvoda, predvsem zaradi izgube produktivnosti in zgodnjega upokojevanja (Hewlett in Moran, 2014). Po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije so štiri izmed šestih poglavitnih vzrokov izgubljenih zdravih let življenja posledica nevropsihiatričnih motenj (depresija, z alkoholom povezane duševne motnje, shizofrenija in bipolarna motnja) (World Health Organization, 2003). Izboljšanje duševnega zdravja je eden od strateških ciljev politik Evropske unije, vse več pozornosti pa temu področju namenjamo tudi v Sloveniji. V lanskem letu je bila sprejeta Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028, ki predvideva številne ukrepe za krepitev in varovanje duševnega zdravja (Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028, 2018).

Namen pričujočega prispevka je podati strnjen pregled stanja na področju duševnega zdravja odraslih prebivalcev v Sloveniji z vidika ambulantnih in bolnišničnih obravnav, porabe zdravil in bolniške odsotnosti zaradi duševnih in vedenjskih motenj in samomora.

2 METODA

V analizo smo vključili podatke redne zdravstvene statistike, ki jih zbiramo na NIJZ, skladno z Zakonom o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva. Iz evidence osnovnega zdravstvenega varstva in evidence o boleznih in stanjih, ugotovljenih v specialistični ambulantni dejavnosti, so prikazani podatki, ki vključujejo diagnoze iz poglavja F – duševne in vedenjske motnje, postavljene ob prvem obisku na primarni ravni, in končne diagnoze na sekundarni ravni. Podatki o bolnišničnih obravnavah zaradi diagnoz iz poglavja F so pridobljeni iz evidence bolezni, poškodb in zastrupitev, ki zahtevajo zdravljenje v bolnišnici in so bili izbrani na podlagi glavne diagnoze, to je glavno stanje oz. bolezen, diagnosticirana ob koncu bolnišnične obravnave kot glavni vzrok, zaradi katerega je oseba potrebovala zdravljenje v bolnišnici. V prikaz podatkov so vključeni prvi in ponovni primeri bolnišničnih obravnav glede na glavno diagnozo. Podatke o predpisanih zdravilih za zdravljenje bolezni iz poglavja F lekarne poročajo Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije, ta pa zbrane in obdelane posreduje NIJZ. Poraba zdravil je predstavljena z definiranim dnevni odmerkom (angl. *Defined Daily Dose*, v nadaljevanju DDD) na 1000 oseb na dan. DDD je opisna spremenljivka in pomeni povprečni dnevni vzdrževalni odmerek zdravila, ki ga odrasla oseba prejme za zdravljenje stanja, ki je glavna indikacija zdravila. Vir podatkov bolniške odsotnosti zaradi bolezni iz poglavja F je potrdilo o upravičeni zadržanosti od dela, BOL/03, in jo prikazujemo kot indeks onesposabljanja (IO – število izgubljenih koledarskih dni na enega zaposlenega delavca) in resnost (R – povprečno trajanje ene odsotnosti z dela). Podatki o umrlih zaradi samomora so pridobljeni iz podatkovne zbirke vzrokov smrti na podlagi zdravniških poročil o umrli osebi, ki vključuje podatke o vseh umrlih s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji. Podatki se nanašajo na desetletno obdobje od 2008 do 2017 (za področje zdravil od 2008 do 2018, za bolniško odsotnost od 2009 do 2018) in so prikazani v naslednjih starostnih skupinah: 24–44 let, 45–64 let in 65 let in več (v primeru zunajbolnišničnih obravnav so skupine naslednje: 20–49, 50–64 in 65 let in več). Za izračun stopnje zunajbolnišničnih in bolnišničnih obravnav na 1000 prebivalcev in stopnje umrlih zaradi samomora na 100.000 prebivalcev smo upoštevali število vseh prebivalcev v Sloveniji v referenčni starostni skupini.

3 REZULTATI

V obdobju od 2008 do 2017 se je stopnja prvih obiskov zaradi duševnih in vedenjskih motenj na primarni ravni zdravstvenega varstva konstantno zniževala. Leta 2017 je bila v primerjavi z letom 2008 nižja za 23 %. Stopnja prvih obiskov je bila pri ženskah višja kot pri moških v vseh starostnih skupinah, pri obeh spolih pa je bila najvišja v skupini 65 let in več. Stopnja obiskov z zabeleženo končno F-diagnozo na sekundarni ravni se je v obdobju od 2008 do 2017 minimalno znižala pri obeh spolih v skupinah od 20 do 49 in od 50 do 64 let, medtem ko se je pri starejših od 65 let povišala. V vseh starostnih skupinah je bila višja pri ženskah kot moških, pri obeh spolih je bila najvišja v starostni skupini 50–64 let, sledita skupini 65 let in več in 20–49 let. Najvišjo stopnjo prvih obiskov zaradi vedenjskih in duševnih motenj na primarni ravni so zabeležili izvajalci v zassavski in pomurski regiji, najnižjo pa v posavski. Najvišja stopnja končnih diagnoz zaradi vedenjskih in duševnih motenj na sekundarni ravni je bila v pomurski, osrednjeslovenski in podravske regiji, medtem ko je bila najnižja v koroški.

Pri moških in ženskah, starih od 20 do 49 let, so bile na primarni ravni najpogostejše zabeležene diagnoze druge anksiozne motnje (F41), depresivna epizoda (F32), reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje (F43, tabela 1). Med letoma 2008 in 2017 se je v tej starostni skupini najizraziteje povečala stopnja obiskov zaradi reakcije na hud stres in prilagoditvene motnje, pri vseh ostalih najpogostejših motnjah pa je prišlo do upada obiskov. Enak trend najpogostejših F-diagnoz (F41, F32 in F43) je bil razviden tudi pri moških in ženskah, starih med 50 in 64 let. V dani starostni skupini se je med letom 2008 in 2017 poleg reakcije na hud stres in prilagoditvene motnje pri obeh spolih povečalo število prvih obiskov za druge duševne motnje zaradi možganske okvare in disfunkcije, prav tako pa zaradi telesne bolezni (F06), ki se sicer ne uvrščajo med prvih pet najpogostejših diagnoz. Pri obeh spolih v skupini, v kateri so bili starejši od 65 let, so bile najpogostejše zabeležene naslednje diagnoze: neopredeljena demenca (F03), depresivna epizoda in druge anksiozne motnje. V letu 2017 se je glede na leto 2008 tudi v tej starostni skupini najbolj povečala stopnja obiskov zaradi neopredeljene demence, reakcije na hud stres in prilagoditvene motnje. Pri vseh ostalih najpogostejših motnjah je prišlo do upada obiskov.

Tabela 1: Prvih pet najpogosteje zabeleženih diagnoz po spolu, starostni skupini in ravni zdravstvene obravnave za obdobje od 2009 do 2017

Starostna skupina	Raven zdravstvene obravnave	Moški	Delež med vsemi F- diagnozami	Ženske	Delež med vsemi F- diagnozami
20–49 let	Primarna	F41	19,3	F43	26,4
		F43	18,9	F41	25,1
		F32	12,8	F32	18,7
		F10	9,8	F33	4,5
		F20	5,0	F45	3,2
	Sekundarna	F41	14,0	F41	23,2
		F10	12,8	F43	16,4
		F20	11,4	F32	12,0
		F43	11,2	F33	10,1
		F32	7,4	F20	6,0
50–64 let	Primarna	F41	17,8	F41	24,0
		F32	15,8	F32	21,2
		F43	14,9	F43	21,0
		F10	14,7	F33	6,1
		F51	5,6	F51	4,7
	Sekundarna	F10	17,5	F41	18,6
		F41	11,7	F33	18,2
		F43	10,2	F32	12,9
		F20	10,0	F43	12,1
		F33	9,9	F20	7,3
64 let in več	Primarna	F03	18,5	F03	19,4
		F32	12,5	F41	16,1
		F41	12,3	F32	15,9
		F51	10,7	F43	9,9
		F43	7,2	F51	8,7
	Sekundarna	F03	19,7	F03	20,7
		F06	15,4	F06	13,8
		F41	7,8	F41	12,2
		F10	7,4	F33	10,8
		F32	7,4	F32	9,8

Opombe: F41 = druge anksiozne motnje; F43 = reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje; F32 = depresivna epizoda; F10 = duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola; F20 = shizofrenija; F33 = ponavljajoča se depresivna motnja; F45 = somatoformne motnje; F51 = neorganske motnje spanja; F03 = neopredeljena demenca; F06 = druge duševne motnje zaradi možganske okvare oz. disfunkcije in zaradi telesne bolezni

DUŠEVNO ZDRAVJE ODRASLIH PREBIVALCEV SLOVENIJE SKOZI ZDRAVSTVENO STATISTIKO

Nuša Konec-Juričič¹, Domen Kralj²,
Anja Magajna³, Saška Roškar⁴, Špela Selak⁵,
Sandra Simonovič⁶, Matej Vinko⁷

POVZETEK

Pričujoči prispevek podaja pregled stanja na področju duševnega zdravja odraslih prebivalcev v Sloveniji na osnovi podatkov redne zdravstvene statistike, ki jih zbiramo na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje (v nadaljevanju NIJZ) za desetletno obdobje. Odrasli prebivalci so bili v obdobju od 2008 do 2017 najpogosteje obravnavani zaradi drugih anksioznih motenj, reakcije na hud stres in prilagoditvene motnje, depresivne epizode, ponavljajoče se depresije, duševnih in vedenjskih motenj zaradi alkohola, shizofrenije, neorganskih motenj spanja in neopredeljene demence. V prikazanem obdobju se je povečalo

1. Primarijka, doktorica medicine, specialistka javnega zdravja; Nacionalni inštitut za javno zdravje, Trubarjeva cesta 2, 1000 Ljubljana
e-naslov: nusa.konec-juricic@nijz.si
2. Magister psihologije; Nacionalni inštitut za javno zdravje, Trubarjeva cesta 2, 1000 Ljubljana
3. Univerzitetno diplomirana psihologinja; Nacionalni inštitut za javno zdravje, Trubarjeva cesta 2, 1000 Ljubljana
4. Doktorica znanosti, univerzitetno diplomirana psihologinja, docentka; Nacionalni inštitut za javno zdravje, Trubarjeva cesta 2, 1000 Ljubljana
5. Doktorica znanosti, magistrica psihologije; Nacionalni inštitut za javno zdravje, Trubarjeva cesta 2, 1000 Ljubljana
6. Doktorica medicine; Nacionalni inštitut za javno zdravje, Trubarjeva cesta 2, 1000 Ljubljana
7. Doktor medicine; Nacionalni inštitut za javno zdravje, Trubarjeva cesta 2, 1000 Ljubljana

število izgubljenih delovnih dni zaradi bolniškega staleža. Povečala se je tudi raba zdravil, zlasti antidepresivov in zdravil za zdravljenje demence. Samomor je v navedenem obdobju upadal. Podatki so pokazali tudi na pomembne razlike v duševnem zdravju glede na starost, spol in regije. Ženske so pogosteje poiskale pomoč zaradi duševnih težav v primarnem in sekundarnem zdravstvenem varstvu in so imele daljše bolniške odsotnosti, pri moških pa je bilo več bolnišničnih obravnav in smrti zaradi samomora. Med najpogostejšimi vzroki za bolnišnično obravnavo pri osebah, starih do 64 let, so bile duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola in shizofrenija, pri starejših od 65 let pa so bile v ospredju predvsem organske in simptomatske duševne motnje. Posebej ranljiva regija na področju duševnega zdravja (zunajbolnišnične obravnave, samomorilnost) je bila zasavska regija.

Ključne besede: duševne motnje, zdravstvena statistika, poraba zdravil, bolniški stalež, zunajbolnišnične in bolnišnične obravnave, samomo

1 UVOD

Dobro duševno zdravje daje posamezniku možnost udejanjanja svojih kognitivnih in čustvenih zmožnosti, prav tako pa omogoča uspešnost v poklicnem, družbenem in zasebnem življenju. Kot tako predstavlja temelj zdravja nasploh in posledično tudi socialne in gospodarske stabilnosti, prav tako pa kakovosti življenja (Klanšček Jeriček in sod., 2009). Zaradi vse večje prevalence težav v duševnem zdravju to področje postaja vse bolj pomembno tako v svetovnem merilu kot tudi pri nas. Duševne motnje ne vplivajo le na posameznika in njegove bližnje, temveč predstavljajo pomembno breme za gospodarske, socialne in izobraževalne sisteme in družbeno blaginjo. Ekonomski stroški, povezani z duševnimi težavami, znašajo 461 milijard evrov letno oz. od 3 do 4 % bruto domačega proizvoda, predvsem zaradi izgube produktivnosti in zgodnjega upokojevanja (Hewlett in Moran, 2014). Po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije so štiri izmed šestih poglavitnih vzrokov izgubljenih zdravih let življenja posledica nevropsihiatričnih motenj (depresija, z alkoholom povezane duševne motnje, shizofrenija in bipolarna motnja) (World Health Organization, 2003). Izboljšanje duševnega zdravja je eden od strateških ciljev politik Evropske unije, vse več pozornosti pa temu področju namenjamo tudi v Sloveniji. V lanskem letu je bila sprejeta Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028, ki predvideva številne ukrepe za krepitev in varovanje duševnega zdravja (Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028, 2018).

Namen pričujočega prispevka je podati strnjen pregled stanja na področju duševnega zdravja odraslih prebivalcev v Sloveniji z vidika ambulantnih in bolnišničnih obravnav, porabe zdravil in bolniške odsotnosti zaradi duševnih in vedenjskih motenj in samomora.

2 METODA

V analizo smo vključili podatke redne zdravstvene statistike, ki jih zbiramo na NIJZ, skladno z Zakonom o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva. Iz evidence osnovnega zdravstvenega varstva in evidence o boleznih in stanjih, ugotovljenih v specialistični ambulantni dejavnosti, so prikazani podatki, ki vključujejo diagnoze iz poglavja F – duševne in vedenjske motnje, postavljene ob prvem obisku na primarni ravni, in končne diagnoze na sekundarni ravni. Podatki o bolnišničnih obravnavah zaradi diagnoz iz poglavja F so pridobljeni iz evidence bolezni, poškodb in zastrupitev, ki zahtevajo zdravljenje v bolnišnici in so bili izbrani na podlagi glavne diagnoze, to je glavno stanje oz. bolezen, diagnosticirana ob koncu bolnišnične obravnave kot glavni vzrok, zaradi katerega je oseba potrebovala zdravljenje v bolnišnici. V prikaz podatkov so vključeni prvi in ponovni primeri bolnišničnih obravnav glede na glavno diagnozo. Podatke o predpisanih zdravilih za zdravljenje bolezni iz poglavja F lekarne poročajo Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije, ta pa zbrane in obdelane posreduje NIJZ. Poraba zdravil je predstavljena z definiranim dnevni odmerkom (angl. *Defined Daily Dose*, v nadaljevanju DDD) na 1000 oseb na dan. DDD je opisna spremenljivka in pomeni povprečni dnevni vzdrževalni odmerek zdravila, ki ga odrasla oseba prejme za zdravljenje stanja, ki je glavna indikacija zdravila. Vir podatkov bolniške odsotnosti zaradi bolezni iz poglavja F je potrdilo o upravičeni zadržanosti od dela, BOL/03, in jo prikazujemo kot indeks onesposabljanja (IO – število izgubljenih koledarskih dni na enega zaposlenega delavca) in resnost (R – povprečno trajanje ene odsotnosti z dela). Podatki o umrlih zaradi samomora so pridobljeni iz podatkovne zbirke vzrokov smrti na podlagi zdravniških poročil o umrli osebi, ki vključuje podatke o vseh umrlih s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji. Podatki se nanašajo na desetletno obdobje od 2008 do 2017 (za področje zdravil od 2008 do 2018, za bolniško odsotnost od 2009 do 2018) in so prikazani v naslednjih starostnih skupinah: 24–44 let, 45–64 let in 65 let in več (v primeru zunajbolnišničnih obravnav so skupine naslednje: 20–49, 50–64 in 65 let in več). Za izračun stopnje zunajbolnišničnih in bolnišničnih obravnav na 1000 prebivalcev in stopnje umrlih zaradi samomora na 100.000 prebivalcev smo upoštevali število vseh prebivalcev v Sloveniji v referenčni starostni skupini.

3 REZULTATI

V obdobju od 2008 do 2017 se je stopnja prvih obiskov zaradi duševnih in vedenjskih motenj na primarni ravni zdravstvenega varstva konstantno zniževala. Leta 2017 je bila v primerjavi z letom 2008 nižja za 23 %. Stopnja prvih obiskov je bila pri ženskah višja kot pri moških v vseh starostnih skupinah, pri obeh spolih pa je bila najvišja v skupini 65 let in več. Stopnja obiskov z zabeleženo končno F-diagnozo na sekundarni ravni se je v obdobju od 2008 do 2017 minimalno znižala pri obeh spolih v skupinah od 20 do 49 in od 50 do 64 let, medtem ko se je pri starejših od 65 let povišala. V vseh starostnih skupinah je bila višja pri ženskah kot moških, pri obeh spolih je bila najvišja v starostni skupini 50–64 let, sledita skupini 65 let in več in 20–49 let. Najvišjo stopnjo prvih obiskov zaradi vedenjskih in duševnih motenj na primarni ravni so zabeležili izvajalci v zassavski in pomurski regiji, najnižjo pa v posavski. Najvišja stopnja končnih diagnoz zaradi vedenjskih in duševnih motenj na sekundarni ravni je bila v pomurski, osrednjeslovenski in podravske regiji, medtem ko je bila najnižja v koroški.

Pri moških in ženskah, starih od 20 do 49 let, so bile na primarni ravni najpogostejše zabeležene diagnoze druge anksiozne motnje (F41), depresivna epizoda (F32), reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje (F43, tabela 1). Med letoma 2008 in 2017 se je v tej starostni skupini najizraziteje povečala stopnja obiskov zaradi reakcije na hud stres in prilagoditvene motnje, pri vseh ostalih najpogostejših motnjah pa je prišlo do upada obiskov. Enak trend najpogostejših F-diagnoz (F41, F32 in F43) je bil razviden tudi pri moških in ženskah, starih med 50 in 64 let. V dani starostni skupini se je med letom 2008 in 2017 poleg reakcije na hud stres in prilagoditvene motnje pri obeh spolih povečalo število prvih obiskov za druge duševne motnje zaradi možganske okvare in disfunkcije, prav tako pa zaradi telesne bolezni (F06), ki se sicer ne uvrščajo med prvih pet najpogostejših diagnoz. Pri obeh spolih v skupini, v kateri so bili starejši od 65 let, so bile najpogostejše zabeležene naslednje diagnoze: neopredeljena demenca (F03), depresivna epizoda in druge anksiozne motnje. V letu 2017 se je glede na leto 2008 tudi v tej starostni skupini najbolj povečala stopnja obiskov zaradi neopredeljene demence, reakcije na hud stres in prilagoditvene motnje. Pri vseh ostalih najpogostejših motnjah je prišlo do upada obiskov.

Tabela 1: Prvih pet najpogosteje zabeleženih diagnoz po spolu, starostni skupini in ravni zdravstvene obravnave za obdobje od 2009 do 2017

Starostna skupina	Raven zdravstvene obravnave	Moški	Delež med vsemi F- diagnozami	Ženske	Delež med vsemi F- diagnozami
20–49 let	Primarna	F41	19,3	F43	26,4
		F43	18,9	F41	25,1
		F32	12,8	F32	18,7
		F10	9,8	F33	4,5
		F20	5,0	F45	3,2
	Sekundarna	F41	14,0	F41	23,2
		F10	12,8	F43	16,4
		F20	11,4	F32	12,0
		F43	11,2	F33	10,1
		F32	7,4	F20	6,0
50–64 let	Primarna	F41	17,8	F41	24,0
		F32	15,8	F32	21,2
		F43	14,9	F43	21,0
		F10	14,7	F33	6,1
		F51	5,6	F51	4,7
	Sekundarna	F10	17,5	F41	18,6
		F41	11,7	F33	18,2
		F43	10,2	F32	12,9
		F20	10,0	F43	12,1
		F33	9,9	F20	7,3
64 let in več	Primarna	F03	18,5	F03	19,4
		F32	12,5	F41	16,1
		F41	12,3	F32	15,9
		F51	10,7	F43	9,9
		F43	7,2	F51	8,7
	Sekundarna	F03	19,7	F03	20,7
		F06	15,4	F06	13,8
		F41	7,8	F41	12,2
		F10	7,4	F33	10,8
		F32	7,4	F32	9,8

Opombe: F41 = druge anksiozne motnje; F43 = reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje; F32 = depresivna epizoda; F10 = duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola; F20 = shizofrenija; F33 = ponavljajoča se depresivna motnja; F45 = somatoformne motnje; F51 = neorganske motnje spanja; F03 = neopredeljena demenca; F06 = druge duševne motnje zaradi možganske okvare oz. disfunkcije in zaradi telesne bolezni

Na sekundarni ravni je bila med vsemi diagnozami iz poglavja F pri moških in ženskah od 20 do 49 let najpogosteje zabeležena diagnoza druge anksiozne motnje. Pri moških so sledile duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola (F10) in shizofrenija (F20), pri ženskah pa reakcija na hud stres, prilagoditvene motnje in depresivna epizoda. V letu 2017 se je v primerjavi z 2008 povečala stopnja obiskov s končno diagnozo reakcije na hud stres in prilagoditvene motnje. Pri moških, starih med 50 in 64 let, so bile najpogosteje zabeležene diagnoze duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola, druge anksiozne motnje, reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje, pri ženskah pa druge anksiozne motnje, ponavljajoča se depresivna motnja (F33) in depresivna epizoda. Glede na leto 2008 se je v letu 2017 pri obeh spolih povečala stopnja obiskov s končno diagnozo reakcije na hud stres in prilagoditvene motnje. V tej starostni skupini je bilo zabeleženo tudi povečano število obiskov s končno diagnozo neorganske motnje spanja (F51). V starostni skupini nad 65 let so bile v navedenem obdobju pri obeh spolih najpogosteje zabeležene naslednje končne diagnoze: druge anksiozne motnje, neopredeljena demenca, druge duševne motnje zaradi možganske okvare oz. disfunkcije in zaradi telesne bolezni.

Stopnja bolnišničnih obravnav se med letoma 2008 in 2017 ni bistveno spremenjala (povprečje: 6,34 bolnišnične obravnave na 1000 oseb). V tem obdobju so bile zabeležene bistveno višje stopnje bolnišničnih obravnav pri moških, pri katerih je v starostni skupini med 24 in 44 let stopnja blago narasla, v skupini med 45 in 64 pa rahlo upadla. Pri ostalih opazovanih skupinah prebivalstva nismo zaznali izrazitih trendov. Tako pri ženskah kot moških v starostni skupini med 24 in 44 let so bili v opazovanem obdobju med najpogostejšimi vzroki za bolnišnično obravnavo diagnoze duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola, shizofrenija, reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje (tabela 2).

Tabela 2: Povprečna stopnja bolnišničnih obravnav na 1000 oseb za pet najpogostejših vzrokov obravnav po spolu in starostni skupini za obdobje od 2008 do 2017

Starostna skupina	Spol in vrednost deleža med vsemi diagnozami iz poglavja F			
	Moški	Povprečna stopnja na 1000 oseb	Ženske	Povprečna stopnja na 1000 oseb
24–44 let	F10	1,93	F20	0,86
	F20	1,59	F43	0,56
	F19	0,78	F10	0,55
	F43	0,44	F23	0,40
	F23	0,42	F33	0,33
45–64 let	F10	3,12	F20	1,00
	F20	0,95	F33	0,93
	F33	0,45	F10	0,84
	F43	0,44	F43	0,58
	F06	0,36	F25	0,54
65 let in več	F10	0,99	F03	0,87
	F03	0,81	F06	0,86
	F06	0,79	F33	0,63
	F05	0,57	F05	0,54
	F01	0,45	F01	0,44

Opombe: F41 = druge anksiozne motnje; F43 = reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje; F32 = depresivna epizoda; F10 = duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola; F19 = duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja več drog in drugih psihoaktivnih snovi; F20 = shizofrenija; F23 = akutne in prehodne psihotične motnje; F25 = shizoafektivne motnje; F33 = ponavljajoča se depresivna motnja; F45 = somatoformne motnje; F51 = neorganske motnje spanja; F03 = neopredeljena demenca; F05 = delirij, ki ga ne povzročajo alkohol ali druge psihoaktivne snovi; F06 = druge duševne motnje zaradi možganske okvare oz. disfunkcije in zaradi telesne bolezni

Pri obeh spolih je v tem obdobju zaslediti trend naraščanja bolnišničnih obravnav zaradi reakcije na hud stres in prilagoditvenih motenj. Pri obeh spolih v starostni skupini med 45 in 64 let so bili med najpogostejšimi vzroki za bolnišnično obravnavo diagnoze duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola (ki je pri moških daleč najpogostejši vzrok bolnišnične obravnave), shizofrenija (najpogostejši vzrok obravnave pri ženskah), ponavljajoča se depresivna motnja, reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje, pri katerih beležimo trend blagega naraščanja pogostosti bolnišničnih obravnav pri obeh spolih. Pri obeh spolih

v starostni skupini od 65 let med najpogostejšimi vzroki bolnišničnih obravnav prednjačijo organske, vključno simptomatske, duševne motnje (F00–F09), kot so neopredeljena in vaskularna demenca (F01, F03), druge duševne motnje zaradi možganske okvare oz. disfunkcije in zaradi telesne bolezni (F06) in delirij, ki ga ne povzročajo alkohol ali druge psihoaktivne snovi (F05). Jasen trend naraščanja pogostosti bolnišničnih obravnav je možno zaznati le pri moških pri bolnišničnih obravnavah zaradi drugih duševnih motenj zaradi možganske okvare oz. disfunkcije in zaradi telesne bolezni in delirija, ki ga ne povzročajo alkohol ali druge psihoaktivne snovi.

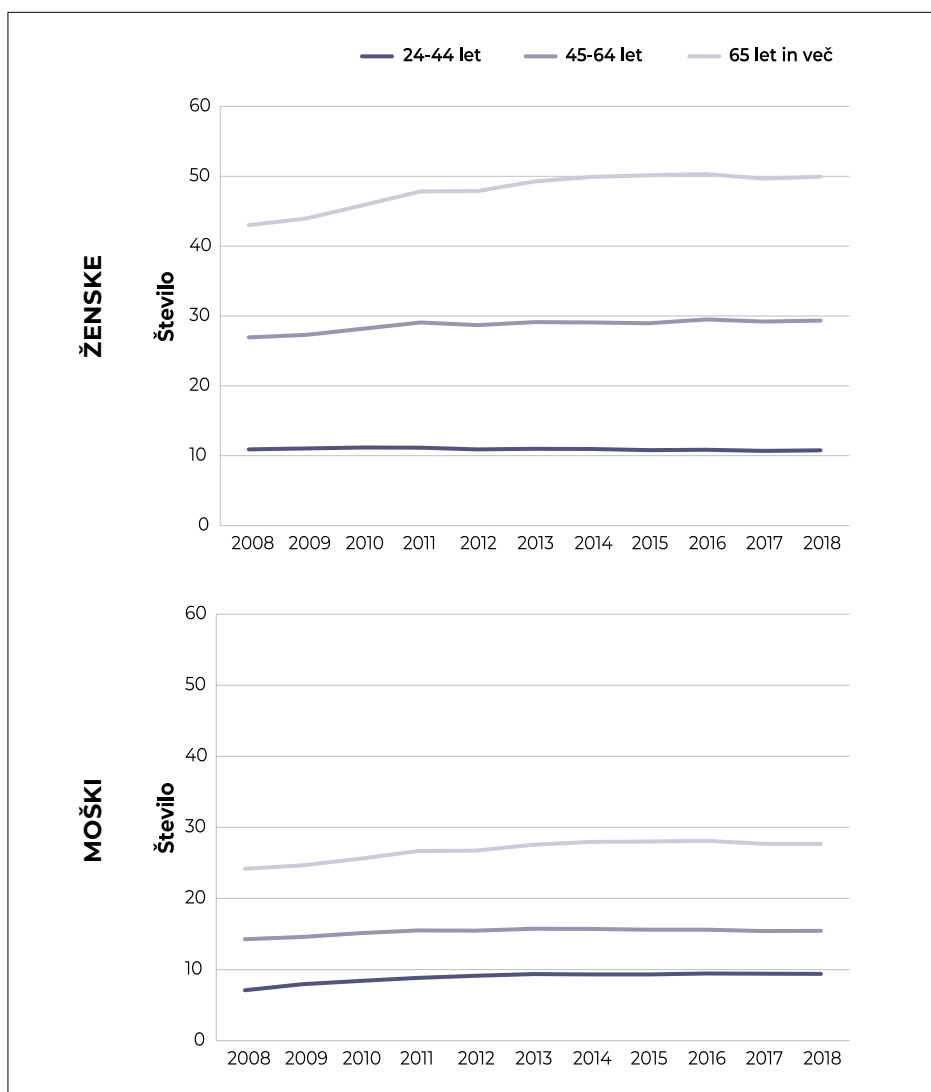
Med vzroki za bolniško odsotnost z dela so bile duševne in vedenjske motnje po številu izgubljenih koledarskih dni na enega zaposlenega delavca v letu 2018 na tretjem mestu, takoj za boleznimi mišično-skeletnega sistema in vezivnega tkiva, poškodbami in zastrupitvami (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2019). Število izgubljenih koledarskih dni na enega zaposlenega delavca zaradi duševnih in vedenjskih motenj se je v desetletnem obdobju od 2009 do 2018 zvišalo. Med najpogostejšimi vzroki za izgubljene koledarske dni so bile v vseh starostnih skupinah nevrotske, stresne in somatoformne motnje (F40–F48), razpoloženjske (afektivne) motnje (F30–F39) in shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje (F20–F29). Ženske so v primerjavi z moškimi več izostajale z dela. Povprečno trajanje enega primera bolniške odsotnosti zaradi duševnih in vedenjskih motenj je v letu 2018 znašalo 46,89 dneva. V desetletnem obdobju se je povprečno trajanje enega primera odsotnosti z dela pri moških skrajšalo za 3,05 dneva, pri ženskah pa podaljšalo za 1,87.

Primerjava porabe zdravil za zdravljenje duševnih in vedenjskih motenj pokaže, da se je poraba zdravil pri odraslih prebivalcih Slovenije od leta 2008 do leta 2018 povečala za 17 %. Zvišanje porabe gre predvsem na račun antidepresivov in zdravil za zdravljenje demence. Nekoliko se je znižala poraba anksiolitikov, hipnotikov in sedativov, poraba antipsihotikov in psihostimulansov pa se ni spreminjala. V celotnem opazovanem obdobju je bila poraba višja v vzhodni kohezijski regiji kot v zahodni, razlika v porabi med regijama pa se je z leti nekoliko povečevala. Med statističnimi regijami je imela najvišjo porabo zdravil zasavska regija, in sicer v povprečju za tretjino višjo kot v osrednjeslovenski statistični regiji, ki je regija z najmanjšo porabo teh zdravil.

V absolutnih številkah je bila najvišja poraba zdravil za zdravljenje duševnih in vedenjskih motenj v starostni skupini nad 65 let, sledita starostni skupini 45–64 let in 24–44 let. V vseh treh starostnih skupinah je bila na prvem mestu poraba antidepresivov. Tako v starostni skupini od 45 do 64 let kot tudi v starostni skupini nad 65 let je bila poraba zdravil pri ženskah dvakrat višja kot pri moških

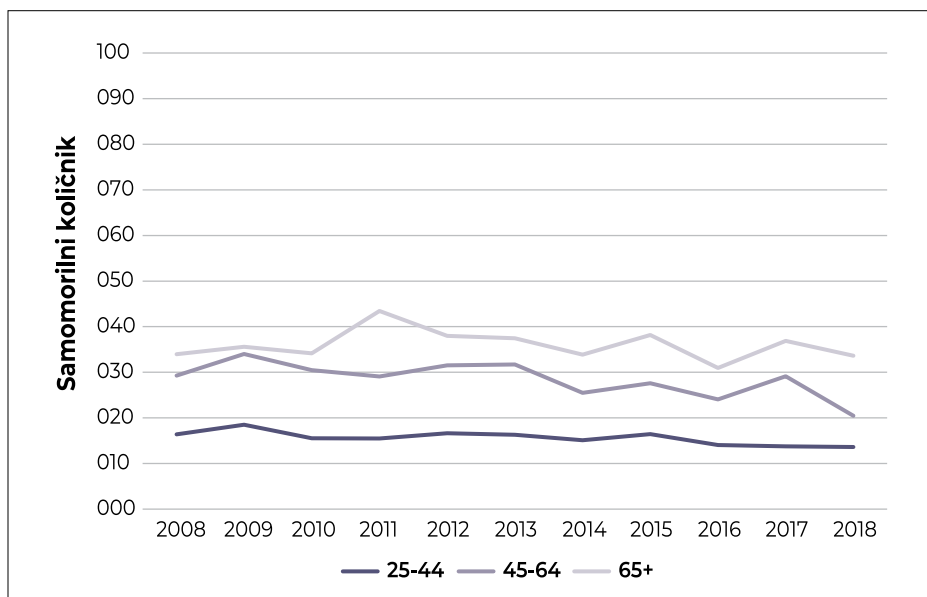
(graf 1). Velika večina zdravil za zdravljenje duševnih in vedenjskih motenj je bila v opazovanem obdobju predpisana v okviru specialnosti: psihiatrija, splošna in družinska medicina. V obeh specialnostih je porast porabe med letoma 2008 in 2018 znašal 30 %. V okviru ostalih specialnosti zdravnika se poraba zdravil za zdravljenje duševnih in vedenjskih motenj pri odraslih prebivalcih Slovenije ni spreminjala.

Graf 1: Število DDD na 1000 oseb na dan za zdravila za zdravljenje duševnih in vedenjskih motenj za ženske in moške glede na starost v obdobju od 2008 do 2018



Povprečni samomorilni količnik (število umrlih zaradi samomora na 100.000 prebivalcev) v Sloveniji je v obdobju od 2008 do 2018 znašal 20,14 (32,44 za moške in 7,99 za ženske). Samomorilni količnik se viša s starostjo.

Graf 2: Samomorilni količnik v treh starostnih skupinah v obdobju 2008–2018



V opazovanem obdobju smo zabeležili upad v vseh opazovanih starostnih skupinah: 25–44 let, 45–64 let in nad 65 let in pri obeh spolih (graf 2). Razlike v pogostosti samomora med spoloma so prisotne v vseh treh starostnih obdobjih in se z naraščanjem starosti povečujejo. Razmerje med moškimi in ženskimi samomori je v najnižjem starostnem obdobju okrog štiri (samomori med moškimi so bili štirikrat pogostejši), medtem ko je to razmerje v najvišji starostni skupini okrog sedem. Moški v starostni skupini od 25 do 44 let imajo višji samomorilni količnik kot ženske v starostni skupini nad 65 let.

**Tabela 3: Količniki samomora v različnih statističnih regijah
v letih 2017 in 2018**

Statistična regija	Samomorilni količnik (skupaj)		Samomorilni količnik (moški)		Samomorilni količnik (ženske)	
	2017	2018	2017	2018	2017	2018
Pomurska	13,88	15,68	24,67	30,08	3,42	1,72
Podravska	25,51	17,08	39,41	24,31	11,76	9,90
Koroška	18,36	9,92	30,98	11,29	5,66	8,54
Savinjska	29,40	21,98	49,22	33,61	9,44	10,25
Zasavska	19,21	26,29	31,84	45,58	6,90	10,39
Posavska	29,17	21,23	44,87	34,28	13,32	8,01
Jugovzhodna Slovenija	18,92	17,50	31,93	30,58	5,66	4,24
Osrednjeslovenska	14,99	14,01	24,54	21,81	5,81	6,51
Gorenjska	21,11	22,10	29,72	33,66	12,65	10,72
Primorsko-notranjska	17,13	19,11	26,34	30,22	7,70	7,73
Goriška	19,54	11,94	28,86	20,44	10,20	3,42
Obalno-kraška	7,91	14,04	14,19	21,27	1,74	6,95

4 RAZPRAVA

Analiza podatkov iz redne zdravstvene statistike za obdobje od 2008 do 2017 kaže, da so bile med najpogostejšimi diagnozami s področja duševnih in vedenjskih motenj, ki jih zabeležijo zdravniki pri ambulantnem delu z odraslimi, druge anksiozne motnje, reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje, depresivna epizoda, ponavljajoča se depresija, duševne in vedenjske motnje zaradi alkohola, shizofrenija, neorganske motnje spanja in neopredeljena demenca. Do podobnih ugotovitev na področju duševnega zdravja odraslih prihajajo tudi raziskave v mednarodnem prostoru, kjer med duševnimi motnjami z najvišjo prevalenco izstopajo anksiozne motnje, depresija in duševne motnje, povezane z alkoholom (Ritchie in Roser, 2019). Pri primerjavah z mednarodnimi študijami je potrebna previdnost, saj obstajajo številne razlike (tudi med članicami Evropske unije), ki se nanašajo na ureditev zdravstvenega sistema, poročanje, delovanje na področju duševnega zdravja, prav tako pa tudi glede ekonomske situacije, življenjskega sloga prebivalcev idr. (Andreas in sod., 2017). Med najpogostejšimi vzroki za bolnišnično obravnavo pri osebah, starih do 64 let, so bile ponavljajoča se depresivna motnja, duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola, shizofrenija, reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje, pri starejših od 65

let pa so bile v ospredju organske, vključno simptomatske duševne motnje, med njimi zlasti neopredeljena in vaskularna demenca, druge duševne motnje zaradi možganske okvare oz. disfunkcije in zaradi telesne bolezni in delirij, ki ga ne povzročajo alkohol ali druge psihoaktivne snovi. Podobne razloge bolnišničnih obravnav zasledimo tudi v mednarodnem prostoru (Canadian Institute for Health Information, b. d.; NHS – National Services Scotland, 2017; Saba in sod., 2008; Xu in sod., 2014). Medtem ko se je stopnja vseh prvih obiskov z diagnozo duševnih in vedenjskih motenj na primarni ravni konstantno zniževala, se stopnja zabeleženih končnih diagnoz na sekundarni ravni in stopnja bolnišničnih obravnav nista bistveno spremenili. Stopnja ambulantnih obravnav je bila med ženskami vseh starostnih skupin višja kot med moškimi, medtem ko je bila stopnja bolnišničnih obravnav višja pri moških. Raziskave iz industrijsko razvitih držav nakazujejo, da se ženske v večji meri kot moški poslužujejo ambulantnih storitev na področju duševnega zdravja in da moški iščejo pomoč pozneje, ko se že pojavijo simptomi, ali odlašajo, dokler simptomi ne postanejo resni (World Health Organization, 2002). Če duševnih motenj ne zdravimo, je verjetnost hospitalizacije večja (Saba in sod., 2008). V prikazanem obdobju se je povečalo število izgubljenih delovnih dni zaradi bolniškega staleža, med najpogostejšimi razlogi so bile pri vseh starostnih skupinah bolezni iz skupin nevrotske, stresne in somatoformne motnje, razpoloženske (afektivne) motnje in shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje. Pri vseh starostnih skupinah in obeh spolih je bil v obdobju od 2008 do 2017 na ambulantnih nivojih prisoten konstanten upad obravnav zaradi depresivne epizode, medtem ko je tako na ambulantni kot bolnišnični ravni izstopal trend naraščanja obravnav zaradi reakcije na hud stres in prilagoditvene motnje, in sicer zlasti v starostni skupini do 64 let. Pri starejših od 65 let je bil prisoten trend naraščanja obravnav zaradi vaskularne in neopredeljene demence, drugih duševnih motenj zaradi možganske okvare oz. disfunkcije in zaradi telesne bolezni. Ta trend je pričakovan, saj prevalenca demence narašča s starostjo (Andreas in sod., 2017). Po podatkih Statističnega urada Slovenije (Statistični urad Republike Slovenije, 2019) je bilo leta 2008 v Sloveniji 16 % prebivalstva, starejšega od 65 let, v letu 2019 pa ta delež znaša že slabih 20 %. Poraba zdravil je v prikazanem obdobju narasla za 17 %, in sicer zlasti antidepresivov in zdravil za zdravljenje demence. Za samomor kot enega izstopajočih javnozdravstvenih problemov v Sloveniji je med letoma 2008 in 2017 značilen trend upadanja samomorilnega količnika. Kljub temu je Slovenija še vedno nad evropskim povprečjem umrljivosti zaradi samomora (11 na 100.000 prebivalcev), med bolj ogrožene pa še vedno spadajo vzhodne statistične regije (kjer ponekod izstopa visok samomorilni količnik med moškimi), medtem ko je pojavnost samomora v zahodnih statističnih regijah nižja.

5 ZAKLJUČKI

Na podlagi ugotovitev pričujoče analize in obstoječih mednarodnih raziskav zaključujemo, da področje duševnega zdravja kljub nekaterim vidnim premikom v smeri boljšega obvladovanja težav duševnega zdravja zahteva dodatne napore tako v smislu raziskovanja in spremljanja stanja, spodbujanja in promocije (duševnega) zdravja in posameznikovega dobrega počutja, ustreznega naslavljanja vseh dejavnikov tveganja, povečevanja pismenosti o duševnem zdravju, zmanjševanju stigme, zagotavljanju dostopnosti pravočasne strokovne obravnave in pomoči osebam z duševnimi in vedenjskimi težavami.

Literatura

- Andreas S, Schulz H, Volkert J, Dehoust M, Sehner S, Suling A et al. Prevalence of mental disorders in elderly people: the European MentDis_ICF65+ study. *The British Journal of Psychiatry*. 2017;210(2):125–131.
- Canadian Institute for Health Information (b. d.). Hospital stays in Canada. Dostopno na: <https://www.cihi.ca/en/hospital-stays-in-canada> (citirano 14. 8. 2019).
- Hewlett E, Moran V. Making Mental Health Count. OECD. 2014. Dostopno na: <http://doi.org/10.1787/9789264208445-en> (citirano 4. 8. 2019).
- Klanšček Jeriček H, Zorko M, Bajt M, Roškar S. Duševno zdravje v Sloveniji. 2009.
- Nacionalni inštitut za javno zdravje. NIJZ Podatkovni portal. 2019. Dostopno na: https://podatki.nijz.si/Table.aspx?layout=tableViewLayout2&px_tableid=BS_TB1.px&px_path=NIJZ%20podatkovni%20portal__1%20Zdravstveno%20stanje%20prebivalstva__07%20Bolni%20stale%20stale%20stale&px_language=sl&px_db=NIJZ%20podatkovni%20portal&rid=edb9f22f-ff35-4e46-a28a-929138f0b292 (citirano: 4. 8. 2019).
- NHS – National Services Scotland. A National Statistics Publication for Scotland: Hospital inpatient care of people with mental health problems in Scotland. 2017. Dostopno na: <https://www.isdscotland.org/Health-Topics/Mental-Health/Publications/2017-03-14/2017-03-14-Mental-Health-Report.pdf?> (citirano 4. 8. 2019).
- Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028. Uradni list RS št. 24/18.
- Ritchie H, Roser M. Mental Health. 2019. Dostopno na: <https://ourworldindata.org/mental-health> (citirano: 15. 8. 2019).
- Saba DK, MHS, Levit KR, Elixhauser A. Statistical brief #62: Hospital Stays Related to Mental Health, 2006. 2008. Dostopno na: <https://www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb62.pdf> (citirano: 14. 8. 2019).
- Statistični urad Republike Slovenije. Prebivalstvo – izbrani kazalniki, kohezijski regiji, Slovenija, polletno. 2019. Dostopno na: https://pxweb.stat.si/SiStatDb/pxweb/sl/10_Dem_soc/10_Dem_soc__05_prebivalstvo__10_stevilo_preb__05_05C10_prebivalstvo_kohez/05C1006S.px/ (citirano: 14. 8. 2019).

World Health Organization. Gender and Mental Health. 2002. Dostopno na: https://www.who.int/gender/other_health/genderMH.pdf (citirano: 14. 8. 2019).

World Health Organization. Investing in mental health. Geneva. Switzerland; 2003.

Xu F, Sullivan EA, Li Z, Burns L, Austin MP, Slade T. The increased trend in mothers' hospital admissions for psychiatric disorders in the first year after birth between 2001 and 2010 in New South Wales, Australia. *BMC women's health*. 2014; 14, 119. Dostopno na: <http://doi.org/10.1186/1472-6874-14-119> (citirano: 14. 8. 2019).

UMEŠČENOST PROGRAMA OMRA V JAVNI INTERES O DUŠEVNEM ZDRAVJU

Anela Klemenc Bešo¹

POVZETEK

Javni razpisi so eden od instrumentov izvajanja javnih politik na tistih področjih, za katere je država pristojna, in dobro upravljano (angl. good governance) javno politiko pri določanju ciljev razpisa vodijo strateške usmeritve področja. Cilji razpisa so tako po eni strani najpomembnejša usmeritev prijaviteljem pri snovanju njihovih projektnih predlogov, programov, aktivnosti in orodij, s katerimi država sledi ciljem, ki si jih je zadala. V prispevku avtorica s pregledom ključnih političnih dokumentov na področju duševnega zdravja analizira zasledovanje javnega interesa na področju duševnega zdravja v Sloveniji in širše s poudarkom na promociji in preventivi preko implementacije javno financiranega programa OMRA.

Ključne besede: analiza politik, javni interes na področju duševnega zdravja, promocija in preventiva na področju duševnega zdravja, pismenost in ozaveščenost o duševnem zdravju, program OMRA

1 UVOD

Dvoletni program Z večjo pismenostjo o duševnem zdravju do obvladovanja motenj razpoloženja (akronim OMRA), ki ga je podprlo Ministrstvo za zdravje RS v okviru Javnega razpisa za sofinanciranje programov za varovanje in krepitev

1. Univerzitetna diplomirana politologinja,
študentka propedeutike psihoterapevtske znanosti SFU Ljubljana,
višja strokovna sodelavka; ZRC SAZU, Družbenomedicinski inštitut,
Novi trg 2, 1000 Ljubljana
E-naslov: anela.klemenc-beso@zrc-sazu.si, beso.anela@gmail.com

zdravja za leta 2017, 2018, 2019 (v nadaljevanju: javni razpis), se je ambiciozno zavezal slediti ključnim nacionalnim in mednarodnim strateškim usmeritvam, strokovnim smernicam in dobrim praksam, ki posredno ali neposredno narekujejo razvoj varovanja in krepitev duševnega zdravja v Sloveniji na področju pismenosti, ozaveščenosti o duševnem zdravju. V nadaljevanju so predstavljeni ključni politični dokumenti, ki preko opredeljenih ciljev in ukrepov oblikujejo okvir javnega interesa upravljanja s področjem duševnega zdravja s poudarkom na zdravstveni pismenosti, ozaveščenosti, ki ga program OMRA s svojimi raznovrstnimi aktivnostmi implementira (gl. Šprah, L.: *Evalvacija učinkov programa opismenjevanja o motnjah razpoloženja na raven razumevanja značilnosti in posledic anksioznosti, depresije in bipolarnih motnjah razpoloženja*, Šprah, L.: *Uvajanje inovativnega programa pismenosti o motnjah razpoloženja v Sloveniji: rezultati in učinki programa*, Knežević Hočevar, D.: *Kako se je program OMRA dotaknil udeleženk in udeležencev delavnic*, Šimenc, J.: *Umeščanje duševnega zdravja na družbena omrežja – primer programa OMRA*).

1.1 Osnutek Strategije razvoja dejavnosti javnega zdravja 2013–2023

Osnutek Strategije razvoja dejavnosti javnega zdravja 2013–2023 podpira vzpostavitev in izvajanje programov za zagotavljanje zdravstvene pismenosti in prepoznava pomen verodostojnih in znanstveno utemeljenih informacij, ki so na učinkovit način preko različnih komunikacijskih kanalov posredovane določevalcem, strokovni in splošni javnosti in drugim deležnikom. Tovrstni pristop h komuniciranju strategija opredeli kot ključ za spremembe pri oblikovanju politik, ukrepov, sprememb stališč in vedenja, povezanega z zdravjem. »Pojav množičnega komuniciranja preko različnih spletnih omrežij, ki ga zaznamuje interaktivna komunikacija ponuja številne nove možnosti za širjenje informacij« (prav tam, 62).

1.2 Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 Skupaj za družbo zdravja

Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 predvideva nadgradnjo kurative s preventivo na primarni ravni prav z izboljševanjem zdravstvene pismenosti – z upoštevanjem specifičnosti ranljivih skupin (aktivnost 6.1.3 Okrepitev preventivnih pristopov na primarni ravni zdravstvenega varstva) – kakor tudi ukrep izdelave orodij za ozaveščanje prebivalstva o pomenu zdravja, zdravem načinu življenja in opolnomočenje za skrb za lastno zdravje – dvig zdravstvene pismenosti, vključno z izvedbo nacionalnih kampanj in pripravo gradiv, primernih orodij in smernic za pomoč pri izvajanju programov krepitev zdravja v

vseh okoljih (ukrep 1, aktivnost 6.1.6 Programi krepitve zdravja v vzgojno-izobraževalnih ustanovah, na delovnem mestu, v lokalnih okoljih). Naslednji ukrep pri taisti aktivnosti napoveduje pilotno izvedbo vrednotenja programov neprofitnih zavodov, nevladnih organizacij in društev, ki se financirajo iz javnih virov.

1.3 Resolucija nacionalnega programa o duševnem zdravju 2018–2028

Resolucija nacionalnega programa o duševnem zdravju 2018–2028 (v nadaljevanju ReNPDZ) je ključen dokument pri analizi umeščnosti programa OMRA v javni interes o duševnem zdravju, saj uvaja sistematično promocijo in preventivo duševnih motenj.

ReNPDZ prepoznava med tremi ključnimi izzivi tudi povečanje pismenosti in ozaveščenosti na področju duševnega zdravja in destigmatizacijo, ki se zrcalita tako v viziji kot namenu ReNPDZ predvsem v dveh strateških ciljih:

- Strateški cilj 2: Razvoj in implementacija z dokazi podprtih medsektorskih in interdisciplinarnih promocijskih in preventivnih programov na področju duševnega zdravja.
- Strateški cilj 5: Krepitev znanja, kompetenc, z dokazi podprtih intervencij in izmenjave dobrih praks na področju duševnega zdravja.

Doseganje strateških ciljev ReNPDZ je opredeljeno preko različnih prednostnih področij, specifičnih ciljev in pripadajočih ukrepov. V nadaljevanju so izpostavljene tiste, ki jih je naslovila OMRA:

- **Prednostno področje 1:** Zagotavljanje skupnostnega pristopa pri krepitvi duševnega zdravja in obravnavi oseb s težavami v duševnem zdravju v skupnosti.

Specifični cilj 1: Usklajeno medresorsko sodelovanje in vključevanje civilne družbe na področju duševnega zdravja na državni, regionalni in lokalni ravni.

Ukrep 3: Zmanjševanje stigme in diskriminacije z dokazano preverjenimi programi.

- **Prednostno področje 2:** Promocija duševnega zdravja, preventiva in destigmatizacija na področju duševnih motenj.

Prednostno podpodročje 2.1: Promocija duševnega zdravja in preventiva duševnih motenj pri različnih ciljnih skupinah.

Specifični cilj 1: Ustvarjanje duševnemu zdravju podpornih okolij in vplevanje programov promocije duševnega zdravja in preventive duševnih motenj skozi različna razvojna obdobja posameznika.

Ukrep 6: Vpeljevanje programov, storitev promocije duševnega zdravja in preventive duševnih motenj za ranljive skupine in skupine prebivalstva z večjim tveganjem.

Ukrep 7: Uporaba novejših IKT in inovativnih pristopov pri promociji duševnega zdravja in preprečevanju duševnih motenj.

Specifični cilj 2: Dvig pismenosti, ozaveščenosti na področju duševnega zdravja pri različnih deležnikih skupnosti, izobraževanje strokovne javnosti in destigmatizacija.

Ukrep 1: Razvoj in implementacija programov, ki povečujejo pismenost na področju duševnega zdravja za različne ciljne skupine in v različnih okoljih (družina, na delovnem mestu, šolski sistemi itd.):

- različne oblike posredovanja informacij o duševnem zdravju, težavah, možnostih in možnostih ukrepanja, vključno z viri pomoči,
- kontinuirano sodelovanje z mediji za odgovorno poročanje o vsebinah duševnega zdravja.

Ukrep 2: Kontinuirano izvajanje na dokazih temelječih destigmatizacijskih kampanj (kampanje, ki nagovarjajo strokovnjake, mlade, javnost ...).

- **Prednostno področje 6:** Izobraževanje, raziskovanje, spremljanje in evalvacija.

Specifični cilj 1: Zagotavljanje vsebin o pomenu varovanja duševnega zdravja v izobraževalnih kurikulih.

Ukrep 3: Vključitev vsebin o duševnem zdravju v redno strokovno izpopolnjevanje za vse poklicne skupine, ki delajo z ljudmi (zdravstvo, sociala, družina, vzgoja in izobraževanje, pravosodje in organi pregona).

1.4 Ostale smernice na področju pismenosti o duševnem zdravju

Program OMRA se je pri opredelitvi svojih ciljev in s tem povezanimi aktivnostmi oprl tako na smernice, oblikovane tako na mednarodnem kot na lokalnem nivoju:

- Evropa 2020 Strategija za pametno, trajnostno, vključujočo rast: opredeljuje, da dvig pismenosti podpira predstavo, da zdravstvo ni strošek, temveč pomemben dejavnik trajnostnega razvoja,
- Evropska socialna listina o dostopnosti zdravstvenih sistemov: program zagotavlja dostop za vse skupine prebivalstva,
- strategija EU Skupaj za zdravje – izboljšana pismenost: posredno prispeva h gospodarski uspešnosti,

- dobra praksa na lokalnem nivoju Vlaganje v zdravje in razvoj v Pomurju – pilotni program MURA (2005): si je prizadeval zmanjševati medregijske neenakosti z medsektorskim mreženjem za krepitev duševnega zdravja,
- avstralski nacionalni strategiji za izboljšanje zdravstvene pismenosti (2014) kot primer dobre prakse upravljanja s področjem zdravstvene pismenosti.

2 PRISPEVEK PROGRAMA OMRA K IMPLEMENTACIJI JAVNEGA INTERESA NA PODROČJU PISMENOSTI O DUŠEVNEM ZDRAVJU

Program OMRA se je izvajal v okviru javnega razpisa, katerega namen je bil sofinanciranje programov varovanja in krepitev zdravja za leta 2017, 2018 in 2019 s ciljem preprečevanja rabe dovoljenih in prepovedanih drog, nekemičnih zasvojenosti, kroničnih nenalezljivih bolezni in krepitev duševnega zdravja (program OMRA se je umestil v razpisno področje Sklop 2 – Področje A, ki je zasledoval zadnjega od opredeljenih ciljev) in v podporo izvajanju Resolucije o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2015–2025, Skupaj za družbo zdravja. Javni razpis se je glede slednjega osredotočil predvsem na aktivnosti in ukrepe na prednostnem področju 6.1 Krepitev in varovanje zdravja in preprečevanje bolezni – javno zdravje z naslednjimi specifičnimi cilji:

- uveljavljanje zdravja kot vrednote in cilja v vseh nacionalnih, regionalnih in lokalnih politikah,
- vzpostavitev vrednotenja učinka politik in ukrepov držav na zdravje,
- večja ozaveščenost odločevalcev in prebivalstva za večjo odgovornost družbe in posameznika za zdravje,
- premik od bolezni k zdravju in nadgradnja kurativne dejavnosti s preventivo, s posebnim poudarkom na ranljivih skupinah.

Javni razpis uresničuje tudi določila različnih zakonov in strategij, med njimi ReNPDZ, kar pomeni, da jih financirani programi, kot je OMRA, morajo zasledovati.

Prve rezultate programa OMRA so izvajalci predstavili v pričujoči večavtorski monografiji Z več znanja o motnjah razpoloženja do izhodov iz labirintov: izkušnje in razmisleki, kjer so predstavljeni kratkoročni in dolgoročni učinki programa OMRA, pripravljeni na osnovi skrbno načrtovanih in izvedenih evalvacijskih postopkov tako na kvantitativni kakor kvalitativni ravni. Vrednotenje oz. eval-

vacija pa ima tako v okviru upravljanja s projekti kakor tudi na nivoju analize politik ključno vlogo. »To (op. vrednotenje) je še posebej pomembno, ko želimo z aktivnostmi, ki so se izvajale v okviru projektov, uresničevati zastavljene cilje iz razvojnih strategij. Namen vrednotenja je namreč izmeriti dosežke in prepoznati priložnosti za izboljšanje. Rezultati vrednotenja nam dajejo povratno informacijo glede izvajanja projektov ter njihovega prispevka k uresničevanju javnih politik. Pomagajo nam tudi pri pripravi prihodnjih razpisov. Poleg tega z vrednotenjem izkazujemo odgovoren odnos do javnih sredstev, saj ne nazadnje ne gre zgolj za razdeljevanje razpoložljivih proračunskih sredstev, ampak predvsem za zagotavljanje skupnega dobrega. Zato naj bo vrednotenje realno in objektivno; naj ne gre le za administrativno preverjanje izvedenih aktivnosti, ampak resnično za poglobljeno ugotavljanje dejanskih učinkov in priložnosti za izboljšanje« (Divjak in Forbici, 2015, 59). Strokovno in profesionalno samovrednotenje programa OMRA kot ena izmed ključnih projektnih aktivnosti je tako izdatno prispevala k dokazovanju implementacije javnega interesa na področju duševnega zdravja preko program OMRA.

3 ZAKLJUČEK

Prispevek oriše strateški politični okvir izvajanja programa OMRA. Poleg razpisnih določil zasledovanja ciljev Resolucije o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2015–2025, Skupaj za družbo zdravja, je program OMRA s svojo interdisciplinarnostjo in inovativnostjo pokrili ključne koordinate na zemljevidu javnega interesa na področju duševnega zdravja v Sloveniji in širše, kar dokazuje s svojimi skrbno načrtovanimi in izvedenimi evalvacijskimi postopki tako na kvantitativni kakor kvalitativni ravni.

Literatura

- Divjak T, Forbici G. Javni razpisi za nevladne organizacije: priročnik o načrtovanju, izvajanju in vrednotenju nacionalnih javnih razpisov. 1. izd. Ljubljana, Center za informiranje, sodelovanje in razvoj nevladnih organizacij – CNVOS; 2015. Dostopno na: https://www.cnvos.si/media/filer_public/9e/db/9edb56ef-fa65-47de-acf0-639abee535b1/javni_razpisi_za_nevladne_organizacije.pdf (citirano 1. 7. 2019).
- EVROPA 2020. Strategija za pametno, trajnostno in vključujočo rast. Dostopno na: https://ec.europa.eu/eu2020/pdf/1_SL_ACT_part1_v1.pdf (citirano 21. 8. 2019).
- Javni razpisi za sofinanciranje programov za varovanje in krepitev zdravja za leta 2017, 2018, 2019. Dostopno na: https://www.uradni-list.si/_pdf/2017/Ra/r2017023.pdf (citirano 31. 7. 2019).

- Maučec Zakotnik J, Buzeti T. Vlaganje za zdravje in razvoj v Sloveniji. Program MURA. Center za zdravje in razvoj Murska Sobota; 2008. Dostopno na: <http://czr.si/files/CZR/Projekti/Vlaganje%20v%20zdravje%20in%20razvoj/mura-vlaganje-za-zdravje-in-razvoj.pdf> (citirano 14. 8. 2019).
- Resolucija Evropskega parlamenta z dne 9. oktobra 2008 o beli knjigi z naslovom Skupaj za zdravje: strateški pristop EU za obdobje 2008–2013. Dostopno na: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P6-TA-2008-0477+0+DOC+XML+V0//SL> (citirano 24. 8. 2019).
- Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 Skupaj za družbo zdravja. Dostopno na: <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/2016-01-0999?sop=2016-01-0999> (citirano 14. 8. 2019).
- Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028. Uradni list RS št. 24/18. Dostopno na: <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/2018-01-1046?sop=2018-01-1046> (citirano 31. 7. 2019).
- United Nations. Economic and Social Commission for Asia and the Pacific. What is Good Governance? Dostopno na: <https://www.unescap.org/sites/default/files/good-governance.pdf> (citirano 1. 7. 2019).

RESOLUCIJA O NACIONALNEM PROGRAMU DUŠEVNEGA ZDRAVJA 2018-2028

Jožica Maučec Zakotnik¹

POVZETEK

Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028, ki jo je parlament sprejel marca 2018, je prvi akcijsko naravnan dokument v Republiki Sloveniji, ki predvideva celovito urejanje področja duševnega zdravja preko prepoznavanja potreb populacije in neenakosti glede dostopa do ustreznih programov promocije, preventive in zdravljenja. V Sloveniji je bolnišnična psihiatrična dejavnost dobro razvita, slabo pa sta pokriti ambulantna dejavnost in skupnostna psihiatrična obravnava, zato resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja uvaja mrežo centrov za duševno zdravje za otroke in mladostnike in za odrasle, tako da bodo vsi prebivalci v Sloveniji imeli enak dostop do ambulantne in skupnostne oskrbe. Centri za duševno zdravje bodo imeli tudi pomembno preventivno in promocijsko delovanje. Znanje o duševnem zdravju je med splošno populacijo in med strokovno javnostjo še vedno nezadostno, zato je eden od strateških ciljev tudi povečevanje pismenosti o duševnem zdravju in preprečevanje stigme, ki spremlja duševne motnje. S tem se poveča opolnomočenje ljudi v duševni stiski in poveča verjetnost, da se bodo odločili za zdrav življenjski slog in v primeru težav v duševnem zdravju hitro poiskali ustrezno pomoč.

Ključne besede: *nacionalni program duševnega zdravja, akcijski načrt, promocija duševnega zdravja, preventiva duševnih motenj, pismenost o duševnem zdravju*

1. Doktorica medicine, specialistka družinske medicine;
Nacionalni inštitut za javno zdravje, Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana
E-naslov: jozica.zakotnik@nijz.si

1 UVOD

Republika Slovenije se lahko z marcem 2018, ko je parlament sprejel Resolucijo o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028 (v nadaljevanju ReNPDZ), prišteje med države, ki imajo nacionalno politiko za področje duševnega zdravja.

Nacionalno politiko za področje duševnega zdravja država potrebuje iz več razlogov:

- Dobro duševno zdravje je temelj zdravja nasploh in posledično socialne, družinske in gospodarske stabilnosti, družbene blaginje in kakovosti življenja ljudi.
- Duševne motnje so veliko breme za posameznike in njihove bližnje, pomenijo pa tudi veliko izgubo in obremenitev za gospodarske, socialne in izobraževalne sisteme. Po nekaterih podatkih je imelo leta 2011 v Evropski uniji (skupaj z Islandijo, Norveško in Švico) duševne motnje 38,2 % prebivalstva, kar je približno 164,8 milijona ljudi. Stroški, povezani z duševnimi boleznimi v Evropi, pa znašajo 461 milijard evrov na leto.

Težave v duševnem zdravju so torej ključni razlog za izgubo produktivnega človeškega kapitala. Tudi v Sloveniji so duševne in vedenjske motnje eden najpogostejših vzrokov za bolniški dopust v zadnjih letih, ki je po trajanju tudi med najdaljšimi.

Osebe z duševnimi motnjami in njihovi bližnji so poleg bremena bolezni pogosto deležni diskriminacije, izključenosti in kršenja temeljnih človekovih pravic. Stigma negativno vpliva tudi na dostopnost oz. potek zdravstvene obravnave.

V Sloveniji so velike razlike v dostopnosti do storitev na področju duševnega zdravja in soočamo se s precejšnjimi socialno-ekonomskimi in demografskimi razlikami znotraj posameznih geografskih območij.

2 KAJ PRINAŠA ReNPDZ

ReNPDZ je akcijsko naravnana in v 10-letnem predvideva obdobju celostno in sistematično urediti najbolj pereče probleme na področju duševnega zdravja.

ReNPDZ prepoznava kot ključne naslednje izzive:

1. zmanjševanje duševnih težav, motenj in bremena zaradi slabega duševnega zdravja,
2. povečanje pismenosti in ozaveščenosti na področju duševnega zdravja in destigmatizacijo,
3. ustrežnejšo organizacijo služb in storitev na področju duševnega zdravja.

Vizija ReNPDZ je vsem prebivalcem Slovenije zagotoviti pravico do optimalnega duševnega in telesnega blagostanja, do pogojev za razvoj in udejanjanje vseh svojih potencialov v poklicnem, družbenem, zasebnem in družinskem življenju in do enakega dostopa do kakovostnih virov pomoči.

Namen ReNPDZ je:

1. krepiti in ohranjati dobro duševno zdravje vseh prebivalcev Slovenije, preprečevati duševne težave in motnje od najzgodnejšega obdobja do pozne starosti,
2. zmanjšati stigmo in diskriminacijo oseb z duševnimi motnjami,
3. vzpostaviti podporno okolje za dobro duševno zdravje,
4. izboljšati kompetence strokovnih služb na vseh področjih varovanja duševnega zdravja,
5. približati službe in storitve za duševno zdravje uporabnikom,
6. zmanjševanje institucionalizacije na področju duševnega zdravja.

Strateški cilji ReNPDZ so naslednji:

- Strateški cilj 1: Zagotoviti trajnostno in učinkovito implementacijo politik in ukrepov za podporo duševnemu zdravju celotne populacije, še posebej ranljivih skupin prebivalcev, in ukrepov za varstvo pravic oseb s težavami v duševnem zdravju.
- Strateški cilj 2: Razvoj in implementacija z dokazi podprtih medsektorskih in interdisciplinarnih promocijskih in preventivnih programov na področju duševnega zdravja.
- Strateški cilj 3: Zmanjšanje samomora in duševnih motenj, povezanih z alkoholom.
- Strateški cilj 4: Zagotoviti dostopno, celostno in kakovostno obravnavo na področju duševnega zdravja v skupnosti.
- Strateški cilj 5: Krepitev znanja, kompetenc, z dokazi podprtih intervencij in izmenjave dobrih praks na področju duševnega zdravja.
- Strateški cilj 6: Socialnovarstveni programi in programi v podporo družini, ki se povezujejo s programi zdravstvenega varstva, bodo nadgrajeni s službami in programi za obravnavo oseb s pridruženimi motnjami v duševnem zdravju.
- Strateški cilj 7: Spodbujanje in krepitev horizontalnega in vertikalnega sektorskega in medsektorskega sodelovanja za razvoj na področju duševnega zdravja
- Strateški cilj 8: Zmanjšanje deficitarnosti na področju poklicev, na katerih sloni skrb za boljše duševno zdravje prebivalcev.

3 KAKO POTEKA IMPLEMENTACIJA ReNPDZ

Koordinacija implementacije ReNPDZ je vzpostavljena na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje.

V Sloveniji je dobro razvita bolnišnična psihiatrična dejavnost, slabo pa sta pokriti ambulantna dejavnost in skupnostna psihiatrična obravnava, zato ReNPDZ uvaja na primarni ravni mrežo 26 centrov za duševno zdravje za otroke in mladostnike (CDZOM) in 26 centrov za duševno zdravje za odrasle (CDZO), tako da bodo vsi prebivalci v Sloveniji imeli enak dostop do ambulantne in skupnostne oskrbe. Centri za duševno zdravje (CDZ) bodo imeli tudi pomembno preventivno in promocijsko delovanje. V letu 2018 so stekle priprave za vzpostavitev prvih CDZOM in CDZO.

V prvi polovici leta 2019 so se vzpostavili in že delujejo naslednji CDZ: v ZD Sevnica CDZO, v ZD Ptuj CDZOM in CDZO, v ZD Ormož CDZO, v ZD Celje CDZOM in v ZD Postojna CDZOM. V pripravi za vzpostavitev CDZ do konca leta 2019 so še: ZD Murska Sobota, ZD Ravne, ZD Velenje, ZD Trbovlje, ZD Nova Gorica in ZD Kočevje, vsi za oba centra, CDZOM in CDZO, ZD Celje za CDZO in ZD Ormož za CDZOM. Največje težave so pri pridobivanju kadrov.

Pripravljene so klinične poti obravnave v CDZ in protokoli sodelovanja CDZ z različnimi deležniki znotraj zdravstvenega sistema in z nezdravstvenimi službami in deležniki v lokalnem okolju, vse s ciljem celostne in kakovostne obravnave oseb s težavami v duševnem zdravju in večje in boljše dostopnosti do služb. Nabor novih storitev za CDZ, ki jih priznava Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, je v pripravi.

4 ZDRAVSTVENA PISMENOST IN PISMENOST NA PODROČJU DUŠEVNEGA ZDRAVJA

Znanje o duševnem zdravju je med splošno populacijo in med strokovno javnostjo še vedno nezadostno, zato je eden od strateških ciljev (strateški cilj 5) posvečen krepitvi znanja, kompetenc, z dokazi podprtih intervencij in izmenjave dobrih praks na področju duševnega zdravja. To pomeni, da je treba povečati pismenost o duševnem zdravju in okrepiti preprečevanje stigme, ki spremlja duševne motnje. S tem se poveča opolnomočenje ljudi v duševni stiski in poveča verjetnost, da se bodo odločili za zdrav življenjski slog in v primeru težav v duševnem zdravju hitro poiskali ustrezno pomoč. Znano je namreč, da zaradi neznanja in stigme samo ¼ ljudi, ki se sooča s težavami v duševnem zdravju, poišče pomoč.

Eden od načinov za zmanjševanje stigme je povečevanje pismenosti na področju duševnega zdravja (Jorm, 2012), ki se nanaša na znanje, prepričanja in stališča o duševnih motnjah, znanje, ki pomaga pri njihovem prepoznavanju, obravnavi in preventivi. Majcen (2015) v svoji raziskavi ugotavlja, da med pismenostjo v duševnem zdravju obstajajo razlike med slovenskimi regijami. V regijah, ki so bile bolj izpostavljene promocijskim in preventivnim dejavnostim, je pismenost o duševnem zdravju večja. Znanje krepi družbeno moč ljudi s težavami in ozavešča druge, da so duševne motnje dobro ozdravljive. Večina ljudi po duševni motnji namreč okleva in lahko živijo ustvarjalno in polno življenje.

Samo dobro informiran in opolnomočen posameznik bo lahko sprejemal glede svojega zdravja ustrezne odločitve.

Dokazano učinkovit ukrep za zmanjševanju stigme pa so tudi trajnostno naravnane kampanje za zmanjšanje stigme, ki vključujejo pričanja oseb z izkušnjo, bolnikov z duševno motnjo in njihovih svojcev (ambasadorjev). Izvajanje tovrstnih kampanj predvideva namreč tudi ReNPDZ.

5 ZAKLJUČEK

Pretekla leta so številni posamezniki, organizacije (vladne in nevladne), zdravstveni in socialni zavodi opravili izjemno delo na področju skrbi za duševno zdravje in se pri reševanju težav, na katere so naleteli, naučili zanesti predvsem nase. Sedaj je mogoče narediti korak dalje in iskati možnosti za sodelovanje in skupno reševanje težav. Drugi pomemben vidik implementacije ReNPDZ je, da odpira paleto težav in problemov, ki so se z leti nakopičili in jih nihče ni zmožal ali znal začeti reševati. Tak problem je med drugim pomanjkanje specialistov psihiatrov, pedopsihiatrov in kliničnih psihologov v ambulantni dejavnosti. Vseh težav ni mogoče rešiti v enem letu in predvsem je treba postaviti prioritete, nato pa voditi dialog z deležniki.

ReNPDZ je prvi dokument v Republiki Sloveniji, ki celovito ureja področje duševnega zdravja. To pomeni, da se sedaj stopa načrtovano in dolgoročno v dialog in sodelovanje med posameznimi sektorji in deležniki.

Literatura

Jorm, AF. Mental health literacy. Public knowledge and beliefs about mental disorders. *Br J Psychiatry*. 2000; 177: 396–401.

Majcen K. Pismenost o duševnem zdravju v povezavi z nekaterimi vidiki javnega duševnega zdravja v dveh slovenskih regijah [na spletu]. Maribor: Univerza v Mariboru, Filozofska fakulteta; 2016.

Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028. Uradni list RS št. 24/18.

PRISPEVEK ANTROPOLOGIJE H KULTURNO OBVEŠČENI PSIHIATRIJI

Duška Knežević Hočevar¹

POVZETEK

Članek presoja okoliščine vpeljave kulturnega pristopa v ameriško psihiatrijo, natančneje v oba priročnika duševnih motenj DSM-IV in DSM-5. Zatrjuje, da je to dejanje tudi zametek uveljavljanja obravnave duševnih motenj in obolenj z vidika kulture, zato ne preseneča, da so se v razpravo in konkretna dejanja preoblikovanja priročnikov vključili strokovnjaki na področju obojega – kulture in duševnega zdravja, zlasti pa medicinski antropologi in kulturni psihiatri. Sprva prispevek pojasni razloge za vpeljavo pojmov kulturno zamejen sindrom in načrt za kulturno formulacijo v DSM-IV. Zaradi izkazanih pomanjkljivosti je podskupina za medkulturna vprašanja DSM-5 dobri dve desetletji skušala nadalje operacionalizirati kulturni pristop do take mere, da bi psihiatri lahko učinkoviteje povezali diagnozo s kulturnimi okoliščinami osebe s težavami v duševnem zdravju. S tega vidika njihov rezultat – kulturno občutljiv intervju – vključuje posodobljeno opredelitev kulture kot odprtega, dinamičnega sistema, ki ga njegovo članstvo stalno poustvarja. Prav tako je utemeljen v podmeni, da so vse duševne motnje in obolenja tudi kulturne stvaritve, vključno z njihovimi opisi v omenjenih priročnikih. Udeleženi medicinski antropologi pa so poudarili, da je individualne duševne motnje nujno gledati tudi kot manifestacijo družbenostrukturalnih neenakosti, kar sporočajo skozi koncept družbenega trpljenja.

Ključne besede: načrt kulturne formulacije, kulturno zamejen sindrom, kulturno občutljiv intervju, medicinska antropologija, kulturna psihiatrija

1. Doktorica antropologije, višja znanstvena sodelavka;
ZRC SAZU, Družbenomedicinski inštitut, Novi trg 2, 1000 Ljubljana
E-naslov: duska@zrc-sazu.si

1 UVOD

Prijavna vloga je odobrena, naslov programa obeta, kako pa začeti? Med sooblikovalke_ce programa Z večjo pismenostjo o duševnem zdravju do obvladovanja motenj razpoloženja (OMRA) smo prijaviteljice iz ZRC SAZU in Inštituta Karakter povabile tudi lokalne udeleženske_ce z neposredno ali posredno izkušnjo motnje razpoloženja. Zakaj? Strinjale smo se, da utemeljitev izvajanja različnih oblik programa, zlasti mobilnih delavnic v krajih severovzhodne Slovenije, predvsem na podlagi preverjenih evidenc o zdravju po občinah NIJZ (npr. o prejemnikih zdravlil zaradi duševnih motenj, bolniških odsotnosti, zadovoljstvu z življenjem) ne bo zadoščala za identifikacijo »lokalnih posebnosti« v zvezi s prepoznavo, doživljanjem in obravnavo motenj razpoloženja. V enajstih pilotnih individualnih in enem skupinskem pogovoru tako z osebami z izkušnjo motnje razpoloženja kot tistimi, ki se poklicno srečujejo z njimi, smo nagovorile in pridobile dragocena razmišljanja, sugestije in predloge o lokalno pomembnih poudarkih, ki presega jo splošne ugotovitve, kot jih zagotavlja znanstvena literatura o opismenjevanju o duševnem zdravju (npr. Jorm, 2000).

Pilotno »preverjanje terena« je dragocen lakmus premislekov o pomanjkljivi lokalni infrastrukturi v zvezi z obravnavo ljudi s težavami v duševnem zdravju, o doživljanju kulture sramu in strahu, ki praviloma preprečujeta iskanje strokovne pomoči, o protipsihiatrični klimi in o ovirah, podporah in praksah (samo) stigmatizacije zlasti v podeželskem okolju, »kjer vsak vsakega pozna« (Knežević Hočevar, 2016). Kako bi opisali svoje počutje? Kaj mislijo drugi v vašem okolju, da je vzrok težavam v duševnem zdravju? Kaj v zasebnem in širšem okolju lajša oz. stopnjuje vaše slabo počutje? Katere oblike (samo)pomoči uporabljate v vašem okolju? Kako se počutite, ko greste k zdravniku? To so samo nekatera od vprašanj, ki smo jih za lokalne sogovornice_ke priredile na podlagi kulturno občutljivega intervjuja (v nadaljevanju KOI), ki je na voljo v peti izdaji Diagnostičnega in statističnega priročnika duševnih motenj (DSM-5) Ameriškega psihiatričnega društva (APA, 2013).

Pričujoči članek presoja sprva okoliščine vpeljave kulturnega pristopa v DSM-IV s pomočjo koncepta kulturno zamejeni sindromi in čez dve desetletji KOI v DSM-5. Pri tem zatrjuje, da lahko operacionalizacijo kulture v obliki KOI gledamo tudi kot prispevek antropologije h kulturno obveščeni psihiatriji.

2 OVINEK K ANTROPOLOŠKI OBRAVNAVI DUŠEVNIH MOTENJ Z VIDIKA DRUŽBENEGA TRPLJENJA

Preden se podrobneje lotimo pregleda kar več desetletij trajajoče razprave o tem, kako psihiatrična znanost v ZDA presoja kulturo v kontekstu duševnih motenj z vidika kulturno zamejenih sindromov, si na kratko oglejmo, kako se je veda o kulturah (antropologija) lotila duševnih motenj. Poučen pregled historiata zagotavlja nedavno delo (2017) antropologinje Nichole Khan s povednim naslovom *Duševna motnja – antropološki vpogledi*. Bralstvo izve, kako so antropologi različnih raziskovalnih usmeritev in v različnih obdobjih presojali duševne motnje, njihovo obravnavo in zdravljenje. Pri tem se seznanimo z odmevnejšimi intelektualnimi paradigmatскими preklopi antropoloških obravnav duševnih motenj, npr. od njihove presoje z vidika osredotočenosti na rase kot biološke kategorije v prvi polovici 20. stoletja, nato osredotočenosti na kulturo ljudi z duševnimi motnjami do 80. let prejšnjega stoletja, do raziskovalnih zanimanj od 90. let prejšnjega stoletja dalje, ki se osredotočajo na vprašanje, kako je duševna motnja oblikovana skozi institucionalne oblike moči in globalizacijo. Antropologi se vedno bolj ukvarjajo tudi s stopnjevano medikalizacijo psihiatrije od farmacevtske industrije in s povratkom bioloških razlag, ki praviloma podcenijo nebiološke vzroke duševnih motenj. Aktualna vrnitev k biološkim razlagam predvsem zaradi vidnega napredka v raziskavah možganov, nevroznanosti in epigenetike, po mnenju Khanove, ni enoznačna. Zlasti medicinski antropologi poudarjajo, da je cilj medicine – zdravljenje simptomov duševnih motenj – nujno umestiti v širše družbene in kulturne okoliščine, revščino in zatiralske odnose, ki utegnejo nesorazmerno izpostaviti določene skupine ljudi določenim vzorcem obolenj.

Zgleden primer je skupina medicinskih antropologov, ki je bila in je še vedno vpletena v razpravo o družbenem trpljenju (Farmer, 2009; Kleinman, 1995; Kleinman in sod., 1997; Schepers-Hughes in Lock, 1987; Young, 1995) in med drugim prevprašuje tudi v zahodni medicini (psihiatriji) še vedno uveljavljeno dediščino kolonialnih, esencialističnih predstav o »kulturah drugih« (primitivnih družbah) in »naših družbah«, ki naj bi bile neodvisne od kulture. Skupno jim je, da naslavlja tako osebno kot kolektivno doživljanje bolečine in duševnih stisk z močno navezavo na družbene in kulturne okoliščine, ki ju pogojujejo in tudi blažijo. Izhajajo iz podmene, da so »družbene sile« vpisane v duševno in utelešeno izkustvo bolečine, obolenja in travme in da bi posamično trpljenje morali razumeti kot manifestacijo družbenostrukturnih neenakosti ali celo za-

tiranja. Pri tem so kritični do ločenih polj obravnav take problematike, čeprav se med seboj prepletajo. Travme, bolečine ali duševne motnje, ki so posledica krutosti družbenih sil, so zdravstvene problematike, zadevajo pa tudi politična in kulturna vprašanja. Avtorji poudarjajo tudi razsežnost univerzalnosti temeljev družbenega trpljenja, ki presegajo meje posamične kulture (Kleinman in sod., 1997), vendar so nekateri previdni in kljub poudarjanju univerzalnosti družbenega trpljenja zagovarjajo uporabnost koncepta kulture. Tako je Robbins (2013) prepričan, da se tvornost trpečih kot odziva na družbeno trpljenje kaže zlasti v njihovem zamišljanju »dobrega«, vrednot, moralnosti, upanja, spremembe ipd., kar je kulturno pogojeno. Hkrati avtor upravičeno opozori na izgubo kulturne razlike, če se osredotočimo na trpljenje kot univerzalni pojav (Robbins, 2013), kar je prav tisti kamen spotike, ki ga antropologi »očitajo« dekontekstualizirano zasnovanim medicinskim presojam duševnega zdravja.

3 KULTURNO ZAMEJENI SINDROMI

Kako lahko antropologi pomagajo strokovnjakom na področju duševnega zdravja, ki delajo s pripadniki političnih manjšin, marginaliziranih skupnosti ali različnih etničnih skupin? Kako lahko prispevajo k problematiki opisov duševnih motenj v psihiatričnih klasifikacijah, ki so lahko splošno uporabni ali kulturno specifični?

Ti vprašnji lahko presojamo z vidika potrebe po vključitvi koncepta kulturno zamejenega sindroma v priročnik DSM-IV (APA, 1994). Razlog za to se nanaša na v ameriški družbi stopnjevano iskanje pomoči zaradi težav v duševnem zdravju kulturno (etnično) raznolikih oseb predvsem zaradi priseljevanja, drugi razlog pa je vezan na internacionalizacijo različnih izdaj DSM-IV (Guarnaccia in Rogler, 1999).

Kulturno zamejen sindrom je izraz, ki ga je skoval psihiater Pow Ming Yap v 60. letih prejšnjega stoletja. Opazil je, da so strokovnjaki, ki so delovali v azijskih, pacifiških in t. i. plemenskih družbah, opisovali vedenjske sindrome, ki niso bili poznani v tedanji mainstreamski psihiatriji, zgolj z izrazi lokalnih jezikov. Zavzel se je, da bi take »netipične kulturno zamejene odzivne sindrome« vključili v psihiatrično nomenklaturu kot lokalne variante sicer univerzalnih kategorij psihiatričnih bolezni, ki so opisane v priročnikih DSM (Yap, 1969). Čeprav je polje kulturne psihiatrije že od 80. let prejšnjega stoletja presojalo lokalne vrednote, prepričanja, družbene strukture in skupnosti pri poteku in izidih duševnih obolenj, se je izraz kulturno zamejen sindrom zares uveljavil šele v 90. letih.

Dobesedno je naveden v Dodatku I četrte izdaje DSM-IV, njegovo opredelitev pa je posodobila skupina strokovnjakov za kulturo in duševne motnje (antropologov in kulturnih psihiatrov),² ki ga je opredelila kot »ponavljajoče, lokalno specifične vzorce odklonskega vedenja in težavnega doživljanja, ki je lahko ali tudi ne povezan s posamično DSM-IV diagnostično kategorijo« (APA, 1994: 844). Skupina je prispevala tudi slovarček opisov najbolj raziskanih 25 kulturno zamejenih sindromov.

V Dodatku I je tudi načrt za kulturno formulacijo, ki naj bi psihiatrom kot pripomoček pomagal povezati kulturni kontekst z diagnozo. S pomočjo načrta naj bi psihiatri skušali pridobiti informacije o kulturni identiteti bolnikov, o obolenjih skozi njihovo specifično kulturno izrazje, o podpornih in oviralnih dejavnikih njihovega psihosocialnega in kulturnega okolja in identificirati kulturne razlike med njimi in bolniki, ki bi utegnile vplivati na diagnozo in obravnavo.

Toda z načrtom ni bil nihče povsem zadovoljen. Poleg za neveselje psihiatre časovno zahtevnega pridobivanja kontekstualnih informacij na podlagi načrta so mainstreamski psihiatri bolj poudarjali univerzalne, nevropsihološke razsežnosti kulturno zamejenih sindromov, kulturni psihiatri in psihiatrični (medicinski) antropologi pa so se zavzemali, da bi jih morali raziskovati v lastnih zgodovinskih kontekstih, neodvisno od tega, kako sovpadajo s standardno diagnostično klasifikacijo DSM-IV. Celo Yap je že leta 1974 podvomil o veljavi nadkulturnih, univerzalnih psihiatričnih priročnikov in zatrjeval, da so ti zgodovinsko utemeljeni v izkušnjah zahodne psihiatrije (Yap, v: Guarnaccia in Rogler, 1999). Prav tako pa so antropologi opozarjali, da kulturno zamejen sindrom sporoča zamejenost in lokaliziranost kulture, ki spominja na zastarelo prakso rabe statičnega koncepta kulture, po katerem zadošča, da poznamo seznam ustaljenih (nespremenljivih) kulturnih značilnosti in vanj umestimo in že vnaprej stereotipno obravnavamo pripadnika (pacienta) določene kulture.

4 KOI

Da je kultura dinamičen (spremenljiv) sistem, ki ga njegovo članstvo stalno postvarja, je poudarila skupina mednarodnih antropologov in kulturnih psihiatrov, znana kot podskupina za medkulturna vprašanja DSM-5, ki je skušala operacionalizirati načrt za kulturno formulacijo (Lewis-Fernández in sod., 2014). To ji je uspelo s pomočjo KOI, izhajala pa je iz podmen, da so »vse oblike stisk lokalno

2. Njeno članstvo lahko najdemo med svetovalci o medkulturnih vprašanjih v Dodatku J DSM-IV.

oblikovane, vključno z motnjami [ki so opisane v glavnem besedilu] DSM« (APA, 2013: 758), da so kulture odprti, dinamični sistemi, ki se v času spreminjajo, in da so kultura, rasa in etničnost povezani z ekonomskimi neenakostmi, rasizmom in diskriminacijo, kar ima za posledico neenakosti v zdravju (APA, 2013).

S KOI naj bi psihiatri lažje obvladovali težave pri diagnosticiranju zaradi kulturnih, verskih ali socioekonomskih razlik med njimi in posamezniki, negotovosti glede neskladnosti med kulturno razločnimi simptomi in diagnostičnimi merili, težave pri presoji resnosti obolenja, nestrinjanje o poteku obravnave med njimi in posamezniki ali njihovo omejeno sodelovanje oz. vztrajanje v obravnavi. Podskupina DSM-5 je bila kritična tudi do koncepta kulturno zamejenega sindroma iz DSM-IV, saj po njenem mnenju ni nagovarjal pomembnih kulturnih razlik razlag ali doživljanj duševnih težav, ampak se je bolj osredotočal na odkrivanje kulturno razločnih konfiguracij simptomov, pri čemer je preveč poudarjal lokalne posebnosti pa tudi omejeno razširjenost kulturnih konceptov stisk (APA, 2013). Kot ustreznejše je predlagala koncepte *kulturni sindromi*, *kulturni idiomi stisk* in *kulturne razlage stisk ali zaznani vzroki* zanj (APA, 2013: 758; poudarki so izvirni), ki so bili tudi iztočnica za oblikovanje KOI. Tega so mednarodni strokovnjaki testirali med novembroma 2011 in 2012 na 12 klinikah v šestih državah,³ da je v končni obliki 16 vprašanj na štirih področjih⁴ z natančnimi navodili in v dveh različicah – za osebe s težavami v duševnem zdravju in njihove zastopnike – na razpolago psihiatrom v peti izdaji DSM-5 (APA, 2013: 752–757; Lewis-Fernández in sod., 2014).

Podskupina je razvila tudi 12 dodatnih modulov za razširitev KOI, če bi psihiater želel poglobiti določeno področje, in oblikovala slovarček osmih najpogosteje raziskanih kulturnih konceptov stisk, ki jih je povezala tako s podobno opisanimi zdravstvenimi stanji v drugih kulturnih kontekstih kot tudi z opisanimi duševnimi motnjami v glavnem besedilu DSM-5. Duševna motnja, ki je npr. v slovarčku opisana pod *ataque de nervois* (APA, 2013: 833) in sta jo poglobljeno raziskovala Lewis-Fernández in Aggrawal (2015) med Portoričani v Portoriku kot tudi v ZDA, je v DSM-5 prečno napotena na sorodna stanja v drugih kulturnih kontekstih (npr. *black out* na jugu ZDA) in na sorodna stanja v glavnem besedilu DSM-5, kot je panični napad. Prav nova oblika prečnega sklicevanja in KOI naj

3. Klinike so se nahajale v ZDA, Kanadi, Peruju, na Nizozemskem, v Keniji in Indiji.

4. Vsebine štirih področij ocenjevanja si sledijo v naslednjem zaporedju: 1. kulturna opredelitev – težave (vprašanja od 1 do 3), 2. kulturna zaznava vzroka, konteksta in podpore (4–10), 3. kulturni dejavniki, ki pogojujejo samoobvladovanje in preteklo iskanje pomoči (11–13), in 4. kulturni dejavniki, ki pogojujejo zdajšnje iskanje pomoči (14–16) (APA, 2013: 751).

bi pomagala psihiatrom, da ocenijo vsako obolenje v kulturnem kontekstu, da se izognejo napačnim diagnozam, pridobijo uporabne informacije, izboljšajo odnos do pacienta in učinkovitost terapije in razjasnijo kulturno epidemiologijo (APA 2013: 758–759).

5 ZAKLJUČEK

Čeprav lahko prizadevanja antropologov v kontekstu oblikovanja DSM-5 označimo za pomemben korak zagledanja težav v duševnem zdravju tudi z vidika konteksta oz. kulture, nekateri menijo, da bi kultura morala imeti še vidnejšo vlogo v psihiatričnem raziskovanju, teoriji in praksi (Kirmayer in sod., 2015; White in sod., 2017). Zlasti antropologi (Kirmayer in sod., 2015) poudarjajo, da uradna psihiatrična klasifikacija duševnih motenj in bolezni skuša opisati težave tako, da jih še vedno praviloma abstrahira iz kontekstov in jim pripiše določene vrste splošnih značilnosti in procesov, čeprav bi v zdravstveni praksi probleme morali nagovoriti in razumeti v odnosu z njihovo lokalno zgodovino in spremenljivimi konteksti. Prav z umeščanjem trpljenja in zdravljenja v lokalne in globalne svetove znanj, pomenov in vrednot lahko antropologi in drugi družboslovci bistveno prispevajo k psihiatriji. In prav spoznanje, da te okoliščine pogojujejo težavne položaje posameznikov, družin in skupnosti, razpirajo vprašanja o delovalnosti in vrednotah udeleženih v psihiatrično prakso. Samo strinjamo se lahko z avtorji uvodnika v zbornik *Re-vizioniranje psihiatrije: kulturna fenomenologija, kritična nevroznanost in globalno duševno zdravje*, da so »težave duševnega zdravja in obolenj preveč kompleksne in pomembne, da bi jih pustili zgolj eni disciplini« (Kirmayer in sod., 2015: 28).

Brez pretiravanja lahko zaključim, da smo izvajalke programa OMRA edina več-disciplinarna ekipa, ki jo sestavljajo psihiatrinja, psihologinja, antropologinja in sociologinja, ki se je lotila opismenjevanja o duševnem zdravju na Slovenskem ravno s pomočjo KOI z udeleženkami_{ci} raziskave v začetni fazi oblikovanja programa. Brez njihovih dragocenih razlag motenj razpoloženja, zasebnih in lokalnih okoliščin, sugestij in predlogov o primernih oblikah njegove izvedbe, zadovoljstvo z delavnicami programa več kot 1000 udeleženk_{cev} verjetno ne bi bilo tako pozitivno, kot to izkazujejo evalvacije učinkovitosti programa.

Literatura

- American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV)*. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994.
- American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. Arlington, VA: APA, 2013.
- Farmer P. On Suffering and Structural Violence. *A View from Below. Race/Ethnicity: Multidisciplinary Global Contexts* 2009; 3(1): 11–28. Dostopno na: http://www2.kobe-u.ac.jp/~alexroni/IPD%202016%20readings/IPD%202016_10/On%20suffering%20and%20structural%20violence.pdf (citirano 31. 7. 2019)
- Guarnaccia PJ, Rogler LH. Research on Culture-Bound Syndromes: New Directions. *American Journal of Psychiatry*. 1999; 156: 1322–1327.
- Jorm AF. Mental Health Literacy: Public Knowledge and Beliefs about Mental Disorders. *British Journal of Psychiatry*. 2000; 177, 396–401.
- Khan N. *Mental disorder: Anthropological insights*. Toronto: University of Toronto Press, 2017.
- Kirmayer LJ, Lemelson R, Cummings CA. Introduction. In: Kirmayer LJ, Lemelson R, Cummings CA, eds. *Re-Visioning Psychiatry: Cultural Phenomenology, Critical Neuroscience, and Global Mental Health*, New York, Cambridge University Press, 2015: 1–38.
- Kleinman A. *Writing at the Margin: Discourse between Anthropology and Medicine*. Berkely: University of California Press, 1995.
- Kleinman A, Das V, Lock M. Introduction. In: Kleinman A, Das V, Lock M, eds. *Social Suffering*. Berkely, Los Angeles, London, University of California Press, 1997: IX–XXVII.
- Knežević Hočevar D. Nasilje v družinah v okoljih, kjer »vsak vsakega pozna«: nekateri pomisleki. *Socialno delo*. 2016; 55(1/2): 39–53.
- Lewis-Fernández R, Aggarwal NK, Bäärnhielm S, Rohloff H, Kirmayer LJ, Weiss MG in drugi. Culture and Psychiatric Evaluation: Operationalizing Cultural Formulation for DSM-5. *Psychiatry* 2014; 77(2): 130–154, doi: 10.1521/psyc.2014.77.2.130
- Lewis-Fernández R., Aggarwal NK. Psychiatric Classification Beyond the DSM: An Interdisciplinary Approach. In: Kirmayer LJ, Lemelson R, Cummings CA, eds. *Re-Visioning Psychiatry. Cultural Phenomenology, Critical Neuroscience, and Global Mental Health*, New York, Cambridge University Press, 2015: 434–468.
- Robbins J. Beyond the Suffering Subject: Toward an Anthropology of the Good. *Journal of the Royal Anthropological Institute*. 2013; 19: 447–462.
- Scheper-Hughes N, Lock MM. The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology. *Medical Anthropology Quarterly, New Series*. 1987; 1(1): 6–41.
- White RG, Orr DMR, Read UM, Jain S. Situating Global Mental Health: Sociocultural Perspectives. In: White RG, Orr DMR, Read UM, Jain S, eds. *The Palgrave Handbook of Sociocultural Perspectives on Global Mental Health*, London, Palgrave Macmillan, 2017: 1–27.

- Wilkinson IM, Kleinman AA. *Passion for Society: How We Think About Human Suffering. Public Anthropology*. Oakland, California: University of California Press, 2016.
- Yap PM. The Culture-Bound Reactive Syndrome. In: Caudill W, Lin T, eds. *Mental Health Research in Asia and the Pacific*, Honolulu, East West Center Press, 1969: 33–53.
- Young A. *The Harmony of Illusions: Inventing Post-Traumatic Stress Disorder*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press, 1995.

UVAJANJE INOVATIVNEGA PROGRAMA PISMENOSTI O MOTNJAH RAZPOLOŽENJA V SLOVENIJI: REZULTATI IN UČINKI PROGRAMA

Lilijana Šprah¹

POVZETEK

Zaradi porasta težav v duševnem zdravju, ki ga beležijo domala vse razvite države, postajata promocija duševnega zdravja in preventiva duševnih motenj vse bolj pomembni, vendar so duševne motnje od vseh kroničnih nenalezljivih bolezni tiste, o katerih imata laična in strokovna javnost najbolj različna stališča in prepričanja. Pogosto so prisotni predsodki in napačne informacije, kar negativno vpliva tudi na iskanje pomoči. Raziskave kažejo, da približno polovica ljudi, ki potrebuje zdravljenje zaradi težav v duševnem zdravju, ne prejme nikakršne strokovne pomoči. Najpogostejši razlogi so zanikanje, slaba ozaveščenost in stigma. V prispevku so predstavljeni rezultati in učinki programa Z večjo pismenostjo o duševnem zdravju do obvladovanja motenj razpoloženja (akronim OMRA), ki se je začel izvajati v letu 2017 v obliki in vsebini, ki v slovenskem prostoru do takrat še ni bila na voljo. Program je utemeljen na konceptu pismenosti o motnjah razpoloženja in večdisciplinarno naslavlja skupek kognitivnih in socialnih spretnosti, ki opredeljujejo posameznikovo motivacijo za dostop do informacij, njihovo razumevanje in kritično rabo na način, ki spodbuja in ohranja duševno zdravje. V ta namen je bila vzpostavljena izobraževalna

-
1. Doktorica medicinskih ved, univerzitetno diplomirana psihologinja, višja znanstvena sodelavka, predstojnica; ZRC SAZU, Družbenomedicinski inštitut, Novi trg 2, 1000 Ljubljana
E-naslov: lilijana.sprah@zrc-sazu.si

Moška slovnična oblika zapisa v prispevku je uporabljena kot nevtralna za ženski in moški spol.

platforma, ki vključuje različna orodja (spletno stran, publikacije, izobraževanja idr.), s ciljem, da se dvigne raven pismenosti o motnjah razpoloženja pri laični javnosti in ranljivih skupinah. Rezultati in učinki programa OMRA so izjemno spodbudni, saj je bil program zelo odmeven in dobro sprejet tako med laično kot strokovno javnostjo, zato so bodoči načrti povezani s povečevanjem dostopa laične javnosti do vsebin programa in njegovo nadgradnjo z raznolikimi oblikami aktivnosti in novimi vsebinami s področja težav v duševnem zdravju.

Ključne besede: duševno zdravje, pismenost o motnjah razpoloženja, promocija duševnega zdrava, stigma, izobraževalna platforma

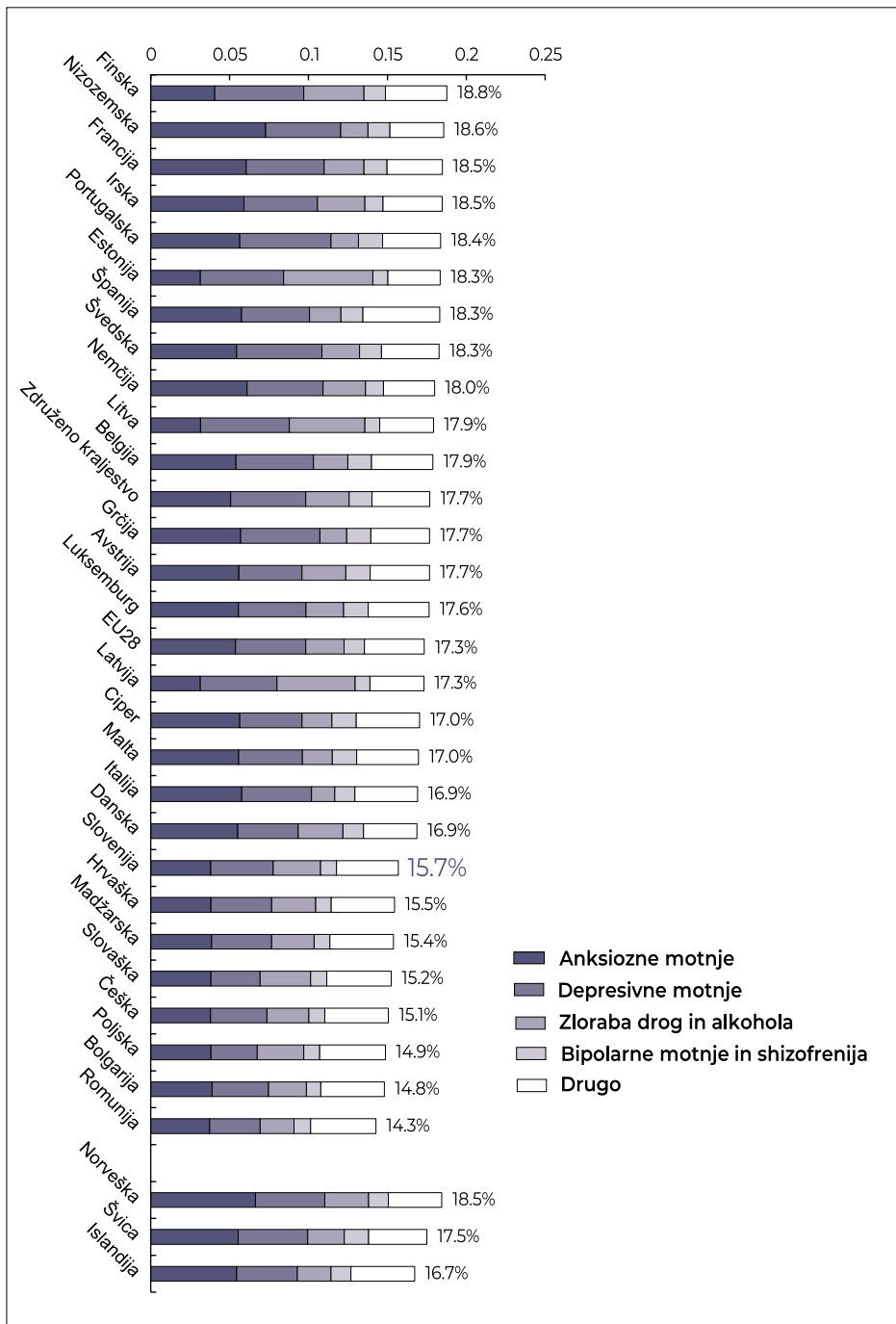
1 UVOD

Leta 2001 je Svetovna zdravstvena organizacija v svojem poročilu (WHO, 2001) objavila odmeven podatek, da naj bi vsak četrti posameznik vsaj enkrat v življenju doživel takšne spremembe v duševnem stanju, ki zadostijo postavitvi diagnoze duševne motnje. Leta 2007 je Kessler s sodelavci opozoril, da je v različnih okoljih letna prevalenca duševnih motenj med 28 in 44 %. Podobno so ugotavljali Wittchen in sod. (2011), ki so ocenili, da enoletna prevalenca duševnih motenj v Evropi znaša 38,2 % (upoštevali so 27 diagnoz), med katerimi so najpogostejše anksiozne motnje (14 %), nespečnost (7 %) in depresija (6,9 %).

Novejše analize iz leta 2016 razkrivajo, da ima težave z duševnim zdravjem več kot vsak šesti prebivalec EU, kar pomeni približno 84 milijonov ljudi. Poleg tega je bilo leta 2015 več kot 84.000 smrti v državah EU posledica duševnih motenj ali samomorov. Najpogostejše duševne motnje v državah EU so anksiozne motnje (za njimi trpi 25 milijonov ljudi ali 5,4 % prebivalstva), sledijo ji depresivne motnje (prizadenejo več kot 21 milijonov ljudi ali 4,5 % prebivalstva), 11 milijonov ljudi ali 2,4 % prebivalstva ima motnje zaradi uživanja drog in alkohola (graf 1). Hude duševne bolezni, kot so bipolarni motnje, prizadenejo skoraj 5 milijonov ljudi (1 % prebivalstva), medtem ko shizofrenija prizadene še dodatnih 1,5 milijona ljudi (0,3 %) (IHME, 2018; OECD/EU, 2018).

Graf 1: Ocena prevalece duševnih motenj v državah članicah EU

(ocena se nanaša na leto 2016; povzeto po IHME, 2018 in OECD/EU, 2018)



Iz grafa 1 je razvidno, da je stopnja prevalence duševnih motenj najvišja na Finskem, Nizozemskem, v Franciji in na Irskem (18,5 % ali več prebivalstva z vsaj eno duševno motnjo), najnižja pa v Romuniji, Bolgariji in na Poljskem (s stopnjami manj kot 15 % prebivalstva z vsaj eno duševno motnjo). Avtorji v poročilu (OECD/EU, 2018) poudarjajo, da so nekatere razlike v stopnjah prevalence med državami predvsem posledica dejstva, da so npr. prebivalci Finske, Nizozemske, Francije idr. bolj ozaveščeni, v družbi je prisotne manj stigme, verjetneje osebe s težavami v duševnem zdravju prej poiščejo strokovno pomoč. V številnih državah je namreč stigma, povezana z različnimi težavami v duševnem zdravju, zelo močna in hodi z roko v roki z vsesplošnim prepričanjem, da se je bolje izogibati pogovorom o duševnih motnjah (Munizza in sod., 2013).

Promocija duševnega zdravja in preventiva duševnih motenj zato postajata vse bolj ključni dejavnosti tudi na področju javnega zdravja. Svetovna zdravstvena organizacija je v letu 2013 prepoznala vlogo dobrega duševnega zdravja kot ključnega pri doseganju cilja zdravja za vse in je v Akcijskem načrtu duševnega zdravja 2013–2020 med štirimi glavnimi cilji priporočila tudi implementacijo promocije in preventive (WHO, 2013).

Navkljub visoki pojavnosti duševnih motenj, predvsem depresije in anksioznih motenj, in pomembnosti duševnega zdravja, ki se ga vse bolj zavedajo slovenske zdravstvene in socialne politike, sta znanje in ozaveščenost o duševnih motnjah med laično javnostjo še vedno zelo nizki (Majcen, 2016; Marušič in Temnik, 2009). Slabša seznanjenost z duševnimi motnjami in razpoložljivimi oblikami pomoči se povezuje tudi s stigmatizacijo duševnih motenj, ki je pri laični javnosti še kako močno prisotna (Švab, 2009). Vse to zelo negativno vpliva na posameznike, ki trpijo zaradi težav v duševnem zdravju, saj pogosto ravno zaradi navedenega pomoč (če sploh) poiščejo zelo pozno, kar največkrat pomeni tudi slabšo prognozo zdravljenja in večje ekonomsko in socialno breme tako za posameznika kakor družbo (Olesen in sod., 2012; Wittchen in sod., 2011). Študije namreč razkrivajo, da zgolj slaba polovica ljudi, ki trpi za najpogostejšimi duševnimi težavami, kot sta depresija in generalizirana anksiozna motnja, poišče tudi ustrezno strokovno pomoč (Kohn in sod., 2004; Roberts in sod., 2018). Podatki za Slovenijo kažejo, da je vrzel med tistimi, ki trpijo zaradi duševnih motenj, in iskanjem strokovne pomoči še globlja (Šprah in sod., 2011), saj v Sloveniji bistveno manj oseb poišče strokovno pomoč, kot prikazujejo zdravstvene statistike v primerljivih mednarodnih študijah. Tako je v letu 2009 odstotek obiskov v psihiatričnih ambulantah glede na pričakovano število vseh bolnikov znašal za: depresijo 9,9 %, bipolarno motnjo razpoloženja 9,6 %, panično motnjo 3,6 %, generalizirano anksiozno motnjo 2,2 %, obsesivno-kompulzivno motnjo 3,1 %.

2 SKRB ZA DOBRO DUŠEVNO ZDRAVJE V SLOVENIJI

Nedvomno je ena od prioriternih nalog na področju javnega zdravja tudi v Sloveniji področje skrbi za dobro duševno zdravje prebivalcev, žal pa smo v praksi lahko spremljali, da ima duševno zdravje v Sloveniji še vedno nizko prioriteto (Bajt in sod., 2009), kar se odraža tudi v tem, da nimamo izdelanega pregleda vpliva javnih politik na duševno zdravje in obratno, medsektorsko povezovanje in sodelovanje je šibko, informacijski sistem za registracijo in spremljanje duševnih motenj je nezadostno razvit, primanjkuje interdisciplinarnih in multidisciplinarnih timov, ki so usposobljeni za celovito obravnavo duševnih motenj, srečujemo se z neenakomerno teritorialno pokritostjo s psihiatričnimi službami, slabo dostopnostjo do nekaterih storitev, npr. psihoterapija, obravnav pri psihiatru in ne nazadnje so sredstva, ki so v okviru proračuna dodeljena varovanju duševnega zdravja, nezadostna. Ravno zato je bilo sprejetje prvega akcijsko naravnane dokumenta v Republiki Sloveniji v letu 2018, ki predvideva celovito urejanje področja duševnega zdravja, tj. Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028, med strokovno in laično javnostjo pospremljeno z veliko upanja, da se bodo na tem dolga leta zanemarjenem področju tudi v Sloveniji končno zgodili večji premiki v smeri povečane skrbi za dobro duševno zdravje prebivalstva.

Kljub temu v Sloveniji še vedno primanjkuje kakovostnih, z dokazi podprtih programov za duševno zdravje s preventivnimi in promocijskimi aktivnostmi za izboljšanje duševnega zdravja. Tisti maloštevilni, ki potekajo in laično prebivalstvo ozaveščajo, povečujejo raven znanja o duševnih motnjah in posledično prispevajo k opolnomočenju pri soočanju z duševnimi motnjami in njihovi destigmatizaciji, pa žal niso enako dostopni vsem prebivalstvenim in ranljivim skupinam. V tem oziru opažamo med prebivalci v različnih slovenskih regijah velike neenakosti v zdravju, tudi na področju duševnega zdravja (Bajt in sod., 2009; Buzeti in sod., 2011; Lesnik in sod., 2018).

3 OD KONCEPTA ZDRAVSTVENE PISMENOSTI DO KONCEPTA PISMENOSTI O DUŠEVNEM ZDRAVJU

Na opolnomočenje laične javnosti na področju duševnega zdravja lahko vplivamo tudi z različnimi aktivnostmi, ki povečujejo t. i. pismenost o duševnem zdravju (angl. *Mental Health Literacy*, v nadaljevanju PDZ) (Jorm, 2012; Kutcher in sod., 2016). Konstrukt PDZ izhaja iz temeljnega koncepta zdravstvene pisme-

nosti, ki je na področju telesnega zdravja že precej uveljavljen pristop (Nutbeam, 2000). Zdravstvena pismenost je koncept, ki se je prvič pojavil sredi 70. let prejšnjega stoletja (Mancuso, 2008), šele v zadnjih desetletjih pa se teoretična in empirična dela sistematično usmerjajo na probleme, neposredno povezane z zdravstveno pismenostjo (Speros, 2005). Laična javnost v razvitih državah je ravno zaradi uveljavljanja tega pristopa že dokaj dobro ozaveščena o tem, kako skrbeti za svoje dobro fizično zdravje, npr. razumevanje pomena zdravega življenjskega sloga, seznanjenost z diabetesom, redno udeleževanje preventivnih pregledov in presejalnih testov, nudenje prve pomoči idr.

Zdravstvena pismenost se velikokrat dotika tudi področja duševnega zdravja, zato so strokovnjaki konstrukt zdravstvene pismenosti razširili in začeli naslavljati pismenost o duševnem zdravju kot samostojen koncept. Tako je Jorm s sodelavci leta 1997 opredelil PDZ kot tista znanja in prepričanja posameznika o duševnih motnjah, ki prispevajo k njihovemu prepoznavanju, obvladovanju in preprečevanju. Izpostavljenih je bilo pet glavnih dejavnikov PDZ: 1) sposobnost prepoznavanja različnih duševnih motenj, 2) znanja in prepričanja o vzrokih in dejavnikih tveganja za nastanek duševnih motenj, 3) znanja in prepričanja o različnih vrstah samopomoči, 4) znanje o tem, kako poiskati ustrezne informacije o težavah s področja duševnega zdravja, 5) stališča, ki olajšajo prepoznavanje duševnih motenj in iskanje ustrezne pomoči.

Novější koncept PDZ (Kutcher in sod., 2016) predhodni Jormov koncept nadgrajuje in ga definira kot skupek kognitivnih in socialnih veščin posameznika, ki omogočajo: razumevanje, kako pridobiti in vzdrževati dobro duševno zdravje, razumevanje duševnih motenj in njihovega zdravljenja, zmanjševanje stigme, povezane z duševnimi motnjami, izboljšanje učinkovitosti iskanja pomoči (vedeti, kdaj in kje poiskati pomoč), razvijanje kompetenc, namenjenih izboljšanju skrbi za duševno zdravje, in sposobnosti samopomoči.

Različne študije razkrivajo, da je v družbi z višjo ravnijo PDZ opaziti boljše duševno zdravje prebivalcev, saj je iskanje pomoči pravočasno, poveča se uporaba učinkovitih preventivnih strategij in breme, ki ga povzročajo duševne motnje pri posamezniku in v družbi, se zmanjša (Hadlaczky in sod., 2014; Jorm, 2012). Največ raziskav na področju PDZ naslavlja predvsem sposobnost prepoznavanja posameznih duševnih motenj (O'Connor in sod., 2014; Wei in sod., 2016), v manjši meri pa se raziskave usmerjajo v to, kakšno je razumevanje duševnih motenj in njihovega zdravljenja, kakšne so strategije iskanja pomoči in učinki preventivnih programov na stigmato in na stališča do iskanja pomoči pri različnih prebivalstvenih skupinah. Strokovnjaki zato priporočajo, da se bodoči programi PDZ bolje kontekstualno umeščajo in so posebej prilagojenim specifičnim

ciljnim skupinam in okoliščinam (npr. upoštevati značilnosti različnih delovnih okolij, starost, spol, poklicno usmerjenost, senzorno oviranost idr.) (Campos in sod., 2018; Kutcher in sod., 2016).

Podobno kot se je zdravstvena pismenost v zadnjih letih vse bolj usmerjala v posamezna bolezenska stanja na področju fizičnega zdravja, npr. zdravstvena pismenost o diabetesu (Marciano in sod., 2019), raku (Lee in sod., 2016), kardiovaskularnih boleznih (Greenberg in sod., 2019), aidsu (Tique in sod., 2017), smo v novejših študijah priča temu, da se tudi koncept PDZ vse bolj usmerja v pismenost o specifičnih duševnih motnjah. V ta namen se tudi hitro razvijajo specifična orodja, s katerimi se ocenjuje poznavanje in razumevanje določenih duševnih motenj, npr. pismenosti o anksioznosti (Furnham in Lousley, 2013; Hadjimina in Furnham, 2017), depresiji (Griffiths in sod., 2004; Singh in sod., 2019), shizofreniji (Loureiro in sod., 2015).

4 PRISTOPI K IMPLEMENTACIJI PROGRAMA Z VEČJO PISMENOSTJO O DUŠEVNEM ZDRAVJU DO OBVLADOVANJA MOTENJ RAZPOLOŽENJA (akronim OMRA)

V letu 2017 smo začeli izvajati program krepitev duševnega zdravja v obliki in vsebini, ki v slovenskem prostoru do takrat še ni bila na voljo. Program je bil utemeljen na konceptu pismenosti o duševnem zdravju in naslavlja skupek kognitivnih in socialnih spretnosti, ki opredeljujejo posameznikovo motivacijo za dostop do informacij, njihovo razumevanje in kritično rabo na način, ki spodbuja in ohranja duševno zdravje. S tovrstnim pristopom smo želeli omogočiti širši pogled na duševno zdravje, saj vključuje znanja za obvladovanje dejavnikov tveganja, krepitev varovalnih dejavnikov, hitrejše prepoznavanje posameznih težav na področju duševnega zdravja, hitrejše zdravljenje, manjšo stigmo in realnejša pričakovanja glede učinkov strokovne obravnave duševnih stisk.

4.1 Cilj programa OMRA

Da bi lahko v okviru programa OMRA podali ključna znanja, ki so tudi ustrezno umeščena v družbeno-kulturni kontekst razumevanja zdravja in bolezni, smo izobraževalno platformo programa OMRA zasnovali večdisciplinarno. V programu OMRA sta partnerja ZRC SAZU (Družbenomedicinski inštitut) in Inštitut Karakter združila svoje dolgoletne izkušnje izvajanja promocijsko preventivnih aktivnosti na področju krepitev duševnega zdravja in jih nadgradila

z najnovejšimi, z dokazi podprtimi pristopi s področij psihologije, psihiatrije, kulturne in medicinske antropologije, sociologije, psihoterapije in socialnega dela. Glavni cilj programa OMRA je dvig pismenosti o motnjah razpoloženja (depresija, anksiozne motnje, bipolarna motnja razpoloženja), saj je kljub njihovi razširjenosti med laično javnostjo mogoče zaznati, da jih še vedno slabo prepoznava in pogosto tudi spregleda prve znake slabšanja duševnega zdravja. Pri že razvitih motnjah pa zaradi sramu in stigme ignorira, odlaša ali se slabše znajde pri iskanju pomoči oz. je slabše seznanjena z možnostmi (samo)pomoči.

Program OMRA je v prvi vrsti namenjen laični javnosti in ranljivim skupinam (starejši, brezposelni, osipniki, kmečko prebivalstvo, osebe s težavami v duševnem zdravju in njihovi svojci). Nekatere aktivnosti programa pa so tudi regijsko specifične, namenjene predvsem prebivalstvu v regijah severovzhodne Slovenije (podravska, pomurska in koroška regija), ki jih zaznamujejo izrazito neugodni kazalniki neenakosti v zdravju. Zdravstvene statistike namreč izkazujejo v teh regijah v primerjavi s slovenskim povprečjem in ostalimi regijami več bolniških izostankov, več predpisanih zdravil za duševne in vedenjske motnje, slabšo dostopnost do strokovnih služb in nekatere izrazito neugodne sociodemografske kazalnike, ki jih lahko povezujemo tudi s tveganji za razvoj težav v duševnem zdravju, zato so bile dejavnosti programa v teh regijah neposredno usmerjene v izobraževanje in usposabljanje različnih lokalnih deležnikov in uporabnikov njihovih storitev (centri za socialno delo, območni zavodi za zaposlovanje, nevladne organizacije, medgeneracijski centri, izobraževalne ustanove idr.). Raven znanja o duševnih motnjah, varovanju duševnega zdravja, njegovi destigmatizaciji in obveščanju o različnih oblikah pomoči smo naslovili tudi s prostodostopno spletno izobraževalno platformo, ki presega geografske in časovne omejitve in tako omogoča krepitev strokovnih kapacitet pri naslavljanju problemov duševnega zdravja najširšemu krogu prebivalstva.

4.2 Orodja za dvig pismenosti v okviru programa OMRA

V okviru implementacije programa OMRA smo razvili več orodij za dvig pismenosti o motnjah razpoloženja.

4.2.1 Spletna izobraževalna platforma (www.omra.si)

Namenjena je predstavitvi značilnosti motenj razpoloženja, dodatno osvetljenih tudi v kontekstih stresa kot sprožilca in vzdrževalca težav v duševnem zdravju. Platforma vsebuje različne informacije:

- **V e-učilnici** lahko obiskovalci izobraževalne platforme preverjajo raven svoje seznanjenosti z motnjami razpoloženja in poglobljajo svoje razumevanje

depresije, anksioznih motenj in bipolarne motnje razpoloženja in njihovega zdravljenja.

- **Osebne zgodbe posameznikov**, ki delijo svoje izkušnje pri premagovanju ovir, povezanih s težavami v duševnem zdravju, iskanju pomoči, okrevanju in skrbi za lastno zdravje, so na voljo preko anonimnega spletnega obrazca. Ta pristop je najučinkovitejši, kadar strahovi, napačne predstave, sram in stigma zmotijo uporabnikovo zaupanje v strokovno pomoč. Raziskave kažejo, da z deljenjem svojih izkušenj kreatorji zgodb razbremenjujejo tako sebe kot druge, zmanjšujejo (samo)stigma in opogumljajo posameznike s podobnimi izkušnjami, da poiščejo pomoč in podporo (Heilemann in sod., 2018; De Vecchi in sod., 2016).
- **Iskalnik strokovne pomoči** omogoča obiskovalcu izobraževalne platforme, da poišče strokovnjake (psihologe, psihoterapevte, psihiatre, nevladne organizacije) v regiji, kjer živi.
- **Podrobna pojasnila, kje iskati in najti pomoč v primerih težav z duševnim zdravjem**, so koristna, ko uporabnik želi vedeti, kaj pričakovati od posameznih oblik pomoči. Predstavljena so tudi najpogostejša vprašanja in odgovori, povezani s stresom in motnjami razpoloženja.
- **Priporočila za psihoedukacijo kot obliko samopomoči** obiskovalcem strani omogočajo, da najdejo napotke in povezave do spletnih strani s poučnimi avdio- in videografi in priporočila za literaturo, povezano s stresom in motnjami razpoloženja.
- **Spletni obrazci** so namenjeni prijavi za prejemanja novičnika OMRA in za udeležbo na delavnicah.

4.2.2 Delavnice opismenjevanja o motnjah razpoloženja

Delavnice o prepoznavanju in rešitvah težav, povezanih s stresom, depresijo, anksioznimi in drugimi duševnimi motnjami, so se izvajale v regijah severovzhodne Slovenije od oktobra 2018 do maja 2019 v dveh modalitetah:

- **delavnice, namenjene osebam, ki jih je tovrstna tematika zanimala ali so se soočale s težavami v duševnem zdravju pri svojih bližnjih, svojcih ali sebi,**
- **delavnice, namenjene strokovnim delavcem in predstavnikom organizacij, ki se pri svojem delu srečujejo z osebami s težavami v duševnem zdravju.**

V okviru peturnih delavnic je petčlanska izobraževalna ekipa podala razlage s ponazoritvijo primerov na nekatera ključna vprašanja, kot so: Kaj so motnje razpoloženja? Kako se razvijejo? Kako jih prepoznati? Kako se povezujejo s stresom? Kako zdraviti motnje razpoloženja? Kako prispevati k zmanjšanju stigme?

Kam in h komu po pomoč? Kaj lahko naredite sami? Na vsaki lokaciji izvajanja delavnice se je delavnici pridružil tudi psihiater oz. psihoterapevt iz lokalnega okolja, ki je konkretno pojasnil, na koga se obrniti v primeru težav v duševnem zdravju in katere oblike strokovne pomoči so na voljo v določenem kraju. Vsi udeleženci delavnic so tudi prejeli promocijsko informativna gradiva programa OMRA (mapa, pisalo, zloženka OMRA, priročnika Stres in anksioznost in Depresija in bipolarna motnja razpoloženja, knjižico Vodič po motnjah razpoloženja).

Izvedba delavnic je bila zasnovana na preverjenih pristopih in intervencijah, ki imajo podlago v konstruktivni PDZ. Za namene preverjanja učinkov delavnic smo uporabili več uveljavljenih orodij za kvantitativno in kvalitativno preverjanje ravni pismenosti o depresiji, anksioznih motnjah in bipolarni motnji ter izraženosti (samo)stigmatizacije in vedenjske namere glede iskanja strokovne pomoči (učinki delavnic na raven pismenosti o motnjah razpoloženja so predstavljeni v poglavju: Šprah, L.: *Evalvacija učinkov programa opismenjavanja o motnjah razpoloženja na raven razumevanja značilnosti in posledic anksioznosti, depresije in bipolarni motnje razpoloženja*).

4.2.3 Inovativna tiskana informativno promocijska gradiva programa OMRA

Namenjena so najširši javnosti, prejeli so jih udeleženci delavnic OMRA in javnih prireditev, prostodostopna pa so tudi v pdf-formatu na spletni strani programa (<https://www.omra.si/pomoc/samopomoc/samopomoc/prirocniki-omra/>):

- **Priročnika STRES IN ANKSIOZNOST in DEPRESIJA IN BIPOLARNA MOTNJA RAZPOLOŽENJA** sta namenjena vsem, ki si želijo vedeti več o duševnih motnjah in bolje poskrbeti za svoje duševno zdravje. Knjižici odlikuje inovativen pristop, saj s pomočjo primerov osebnih zgodb pripomoreta k boljšemu razumevanju motenj razpoloženja in njihove povezanosti s stresom. Poleg tega predstavljata tudi različne oblike (samo)pomoči.
- **Knjižica VODIČ PO MOTNJAH RAZPOLOŽENJA – Poti iz labirintov: rešitev vedno obstaja** je vodič s krajšimi opisi značilnosti stresa in motenj razpoloženja, prav tako pa pristopov zdravljenja. Vsebina obsega tudi nekatere uporabne praktične nasvete, kdaj in kje poiskati strokovno pomoč v duševni stiski, kako pomagati bližnjemu v duševni stiski, kako začeti pogovor z zdravnikom, kaj pričakovati od formalnih in neformalnih posameznih oblik idr., navedeni pa so tudi kontakti za krizne intervencije.
- **Zloženka OMRA Izhod iz labirinta** je informativno promocijska zgibanka, kjer so predstavljene vsebine spletne izobraževalne platforme programa OMRA. Omenjeno gradivo se je delilo na vseh javnih dogodkih programa,

udeležencem delavnic, predstavnikom lokalnih deležnikov, da so jih lahko posredovali svojim članom oz. uporabnikom.

4.2.4 Podporne aktivnosti za razširjanje vabil in obvestil o aktivnostih programa OMRA in posredovanje strokovnih vsebin

Za namene seznanjanja najširše javnosti z vsebinami programa OMRA smo vzpostavili več komunikacijskih kanalov:

- **Organizacija javnih izobraževalnih dogodkov:** potekala je v sklopu mednarodnega dneva duševnega zdravja. V Ljubljani smo pripravili serijo javnih predavanj in delavnic s področja motenj razpoloženja, kjer smo udeležence seznanjali tudi z aktivnostmi programa OMRA.
- **Izdaja elektronskega novičnika OMRA:** novičnik izhaja mesečno. Zajema zanimive in poučne vsebine s področja motenj razpoloženja in napovednike aktivnosti programa. Informacije prejemajo vsi, ki so vključeni v elektronski poštni seznam OMRA. Novičniki so bili posredovani tudi vsem pridruženim partnerjem programa, da so ga lahko izobesili na svojih spletnih straneh in družbenih omrežjih. Arhiv novičnikov je objavljen na spletni strani programa (www.omra.si).
- **Vzpostavitev mreže lokalnih deležnikov v regijah severovzhodne Slovenije:** za namene obveščanja o izvajanju delavnic in aktivnostih programa OMRA smo v regijah severovzhodne Slovenije vzpostavili mrežo predstavnikov inštitucij, kjer njihovi zaposleni pogosto prihajajo v stik z osebami, ki imajo težave v duševnem zdravju, in ciljnim skupinami programa OMRA (območni zavodi za zaposlovanje, centri za socialno delo, šole, zaposlitvene agencije, nevladne organizacije, društva upokojencev idr.). Lokalni deležniki so med svoje zaposlene in člani oz. uporabniki razširjali obvestila o delavnicah, informativno-izobraževalna gradiva in nudili tudi svoje prostore za izvajanje delavnic OMRA.
- **Vzpostavitev družbenih omrežij:** po facebooku in twitterju je program OMRA redno komuniciral z javnostmi, ki uporabljajo tovrstna orodja. Na družbenih omrežjih so se redno objavljale tekoče aktivnosti programa, zanimivosti o duševnem zdravju, zdravljenju duševnih motenj, priporočila za samopomoč idr.
- **Stiki z mediji:** izvajalci programa OMRA smo sistematično nagovarjali najširšo laično javnost tudi po nacionalnih in regionalnih tiskanih in elektronskih medijih, kjer smo predstavljali program OMRA, njegove vsebine in rezultate oz. sodelovali pri pripravi oddaj in prispevkov na temo motenj razpoloženja in njihovega zdravljenja.

5 REZULTATI PROGRAMA OMRA

Program OMRA je (bil) zelo odmeven in dobro sprejet med strokovno in laično javnostjo. Po nekaterih kvantitativnih podatkih, ki so nam dostopni, je bilo o programu OMRA obveščenih okrog 15.000 ljudi, ki so lahko spremljali njegove aktivnosti (obiskovalci spletne strani, sledilci na družbenih omrežjih, gledalci Youtubovega kanala OMRA, prejemniki novic na elektronskih poštah seznamih OMRA, lokalni deležniki). Verjetno pa je bila obveščenost laične javnosti o programu OMRA bistveno večja, saj v teh podatkih ni tistih, ki se nanašajo na spremljanje dosega raznovrstnih medijev, deljenja sporočil po družbenih omrežjih ipd.

5.1 Obiski spletne izobraževalne platforme

Od 1. septembra 2018, ko je zaživela izobraževalna platforma OMRA, do 5. avgusta 2019 je bilo na spletni strani zabeleženih 12.000 obiskovalcev (89.778 ogledov strani/podstrani), od tega je bilo okrog 18 % povratnih in 82 % enkratnih obiskovalcev. V tabeli je prikazana pogostost obiskov za 25 najbolj ogledovanih spletnih vsebin.

Tabela 1: Najpogostejši ogledi vsebin spletne izobraževalne platforme OMRA

VSEBINE	ŠTEVILO OGLEDOV
Delavnice OMRA – predstavitev, potek in vsebina delavnic, prijave	13.334
Uvodna stran programa OMRA	12.183
Zanimivosti o anksioznih motnjah	3.273
Aktualno/obvestila/predstavitev programa	3.196
E-učilnica o stigmati	2.828
Svetovni dan duševnega zdravja 2018, materiali predavanj in delavnic	2.312
Pogosta vprašanja in odgovori o anksioznosti	2.199
Vprašalnik Bi prepoznali težavo v duševnem zdravju?	2.095
Samopomoč	2.011
Kaj pričakovati od posameznih oblik pomoči?	1.930
Vprašalnik Koliko sem v stresu?	1.891
Zanimivosti o depresiji	1.782
Osebne izpovedi	1.723
Zanimivosti o bipolarni motnji razpoloženja	1.709
Predstavitev programa OMRA	1.658
Zanimivosti o stresu	1.478

Novičniki OMRA	744
Pogosta vprašanja in odgovori o duševnih motnjah	701
Predstavitve partnerjev programa OMRA	656
Kdaj je skrb odveč in kdaj upravičena?	646
Pogosta vprašanja in odgovori o depresiji	630
Zdravljenje/psihoterapija/farmakoterapija	556
Priročniki OMRA	506
Zanimivosti o bipolarni motnji razpoloženja	449
Vprašalnik o (samo)stigmati	353

Največ obiskovalcev (49,46 %) je vstopalo v spletno izobraževalno platformo s pomočjo iskalnika Google, 27,19 % je obiskalo spletno stran direktno z vnašanjem http-naslova in 13 % je vanjo vstopalo preko povezav na facebooku. V manjšem deležu (6,3 %) so vstopali preko spletnih strani medijev (Delo, Dnevnik, 24 ur, Žurnal 24, Val 202, Radio Agora, STA idr.) in v manj kot 4 % preko spletnih strani pridruženih partnerjev in različnih spletnih portalov.

5.2 Udeležba na javnih izobraževalnih dogodkih

V sklopu svetovnega dneva duševnega zdravja 2018 so bile v organizaciji programa OMRA v Ljubljani izvedene štiri delavnice in štiri predavanja za laično javnost. Dogodki so bili dobro obiskani, prav tako spletna stran, kjer smo objavili prezentacije v powerpointu in videoposnetke predavanj (tabela 2). Udeleženci *predavanj* so bili v povprečju stari 39,4 leta (razpon starosti: od 17 do 67 let), pretežno ženskega spola (86 %) in s prevladujočo fakultetno izobrazbo (60 %). Udeleženci *delavnic* so bili v povprečju stari 35,6 leta (razpon starosti: od 19 do 64 let), pretežno ženskega spola (83 %) in s prevladujočo fakultetno izobrazbo (61 %). Evalvacijski vprašalniki zadovoljstva s ponujenimi vsebinami so pokazali izjemno dobro sprejetost vsebin in visoko stopnjo zadovoljstva z izvedenimi dogodki. *Predavanja* so udeleženci ocenili v 34,3 % kot dobra in v 64,2 % kot zelo dobra, *delavnice* pa je kot dobre ocenilo 33,3 % udeležencev in kot zelo dobre 61,5 %.

Tabela 2: Vsebine, število udeležencev in število ogledov videoposnetkov javnih izobraževalnih dogodkov v sklopu mednarodnega dneva duševnega zdravlja 2018

VSEBINA	ŠTEVILO UDELEŽENCEV	ŠTEVILO OGLEDOV NA KANALU YOUTUBE
Predavanje 1: Stres in anksiozne motnje	102	1.423
Predavanje 2: Miti in resnice o zdravilih za motnje razpoloženja	97	654
Predavanje 3: Miti in resnice o psihoterapiji pri motnjah razpoloženja	81	596
Predavanje 4: Kaj pa svojci?	50	565
Delavnica 1: Čuječnost	43	/
Delavnica 2: Prva pomoč v čustvenih viharjih	45	/
Delavnica 3: EFT – tehnika doseganja čustvene svobode	45	/
Delavnica 4: Kako lahko z gibanjem in prehrano prelisčite možgane?	35	/

5.3 Udeležba na delavnicah opismenjevanja o motnjah razpoloženja

Skupaj je bilo izvedenih 22 delavnic v podravski, pomurski in koroški regiji, ki se jih je skupno udeležilo 956 slušateljev (tabela 3). Če k temu prištejemo še pilotno izvedbo delavnice s 140 udeleženci, ki je bila izpeljana štiri mesece pred začetkom izvajanja serije delavnic OMRA z namenom preverjanja primernosti, razumljivosti delavničnih gradiv in strukturiranosti vsebin, se je delavnic OMRA skupno udeležilo 1096 oseb.

Tabela 3: Število delavnic in udeležencev na delavnicah OMRA v podravski, pomurski in koroški regiji

REGIJA	Delavnice, namenjene osebam, ki jih tovrstna tematika zanima, se soočajo s težavami v duševnem zdravju pri svojih bližnjih, svojcih ali sebi.	Delavnice, namenjene strokovnim delavcem, predstavnikom organizacij, ki se pri svojem delu srečujejo z osebami, ki imajo težave v duševnem zdravju.	Skupno število udeležencev
PODRAVSKA	3 delavnice N = 125	5 delavnic N = 186	311
KOROŠKA	3 delavnice N = 103	3 delavnice N = 158	222
POMURSKA	4 delavnice N = 211	4 delavnice N = 173	384
SKUPAJ	10 delavnic N = 439	12 delavnic N = 517	956

Pri udeležencih delavnic je prevladoval ženski spol (84 %), povprečna starost je znašala 45,7 leta v razponu od 18 do 80 let. 45 % udeležencev je imelo fakultetno izobrazbo, 22 % srednješolsko, 12 % višješolsko, 8 % končano poklicno šolo, 6 % zaključeno osnovno šolo ali manj in 6 % magisterij ali doktorat znanosti. Glede na področje (trenutne oz. pretekle) zaposlitve so prevladovali udeleženci s področja socialnega dela in varstva (22,1 %), vzgoje, izobraževanja in umetnosti (17,3 %), zaposlovanja – svetovalci, strokovni delavci (17,2 %), zdravstva (12 %), v manjši meri trgovina, gostinstvo, turizem, storitve (6,3 %) in ekonomije, administracije, zavarovalništva (6,3 %). Najmanj udeležencev je prihajalo s področja tehnike, gradbeništva, transporta, energetike (3,5 %), nevladnih organizacij, javnih del (3,2 %), kmetijstva (3 %), proizvodnje (2,9 %), pravosodja in policije (2,7 %).

Učinke delavnic na izraženost (samo)stigme in vedenjske namere glede iskanja strokovne pomoči smo preverjali s samoocenjevalnima vprašalnikoma o izraženosti (samo)stigme pri iskanju pomoči (Self-Stigma of Seeking Help Scale – SSOSH; Vogel in sod., 2006) in vedenjskih namerah glede iskanja strokovne pomoči (prirejena verzija vprašalnika po avtorjih: Bohon in sod., 2016; Fischer in Farina, 1995; Mackenzie in sod., 2004; Mo in Mak, 2009).

5.3.1 Izražena (samo)stigma pri iskanju strokovne pomoči

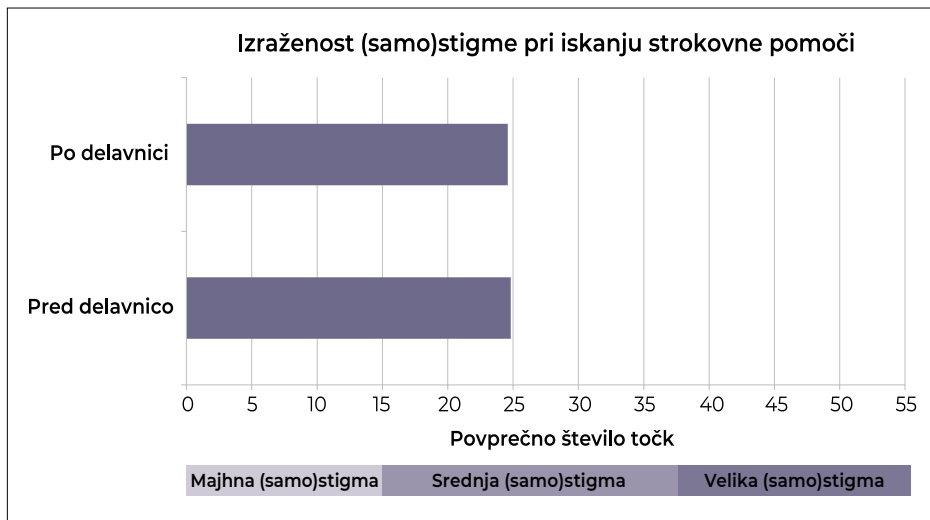
Udeleženci delavnic so vprašalnik o izraženi (samo)stigmati izpolnjevali dvakrat, in sicer pred zaključkom delavnice in po njej. Vprašalnik je sestavljalo 10 trditev, kjer so udeleženci na petstopenjski lestvici označili stopnjo svojega strinjanja (1 = sploh se ne strinjam, 2 = ne strinjam se, 3 = enako se strinjam in ne strinjam, 4 = strinjam se, 5 = popolnoma se strinjam) z navedenimi trditvami in tako opisali, kako bi sami morebiti reagirali v podobnih situacijah (primera trditev: Ne bi se počutil/-a dobro, če bi šel/šla k terapevtu po psihološko pomoč; Pri iskanju strokovne pomoči moja samozavest NE bi bila ogrožena).

Odgovori so bili ustrezno ovrednoteni (Vogel in sod., 2006) in izraženi v številu doseženih točk, ki opredeljujejo:

- a) majhno (samo)stigma: predsodki, stereotipi in negativna stališča do iskanja pomoči niso izraženi do te mere, da bi imele osebe izrazito odklonilen odnos do iskanja strokovne pomoči v primeru težav z duševnim zdravjem,
- b) srednjo (samo)stigma: predsodki, stereotipi in negativna stališča do iskanja pomoči so izraženi do te mere, da bi lahko vplivali na samospoštovanje oseb, njihovo samozavest in nepripravljenost sprejeti kakršnekoli vire strokovne pomoči oz. opuščanje iskanja pomoči v primeru težav z duševnim zdravjem,
- c) veliko (samo)stigma: predsodki, stereotipi in negativna stališča do iskanja pomoči so pri osebah dokaj izraženi in verjetno vplivajo na samospoštovanje, samozavest in posledično na izrazito odklonilen odnos do strokovne pomoči oz. nepripravljenost sprejeti kakršnekoli vire strokovne pomoči v primeru težav z duševnim zdravjem.

Graf 2 prikazuje oceno (samo)stigmati udeležencev delavnice (N = 936) pred njo in po njej. Pričakovano, se le-ta ni bistveno spremenila neposredno po udeležbi na delavnici. Ugotovili smo zgolj zanemarljivo 0,4-odstotno razliko v doseženih točkah, in to v območju srednje (samo)stigmati. Rezultat je lahko do neke mere tudi zavajajoč, saj je pogojen s tem, kdo so bili udeleženci delavnic. Tako smo predvsem po delavnicah, kjer so bili udeleženci zgolj osebe, ki jih je tovrstna tematika zanimala oz. so se soočali s težavami v duševnem zdravju pri svojih bližnjih, svojcih ali sebi, zabeležili v območju srednje (samo)stigmati razliko med 2,6 in 9 % v smeri zmanjševanja (samo)stigmati glede iskanja strokovne pomoči.

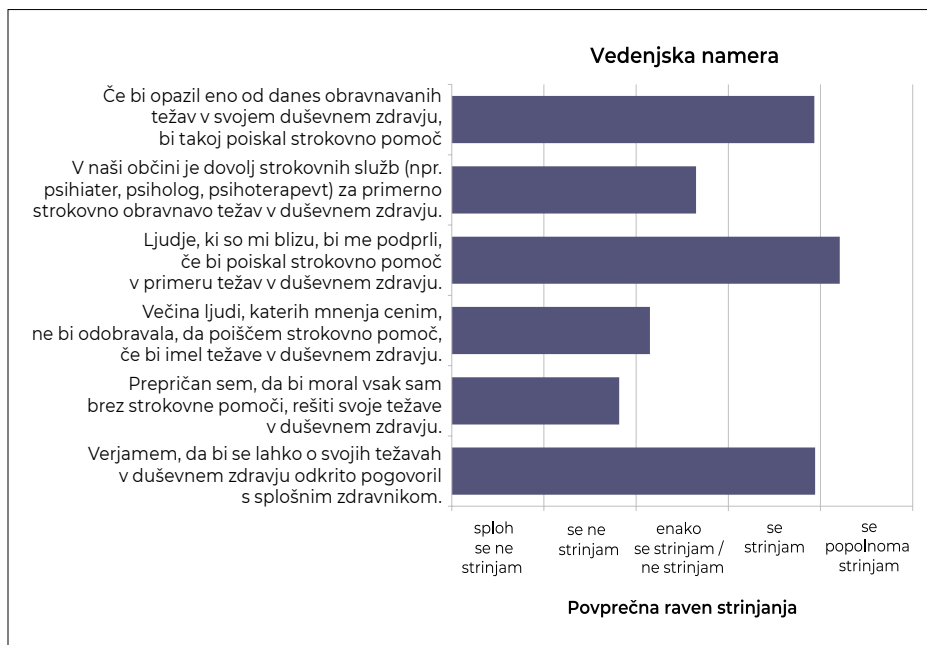
Graf 2: Izražena (samo)stigma pri iskanju strokovne pomoči udeležencev delavnice OMRA pred njo in po njej (N = 936)



5.3.2 Vedenjska namera glede iskanja strokovne pomoči

Pri udeležencih smo ob zaključku delavnic preverjali tudi vedenjsko namero glede iskanja strokovne pomoči, če bi imeli težave v duševnem zdravju. Vprašalnik je bil sestavljen iz šestih trditev, kjer so udeleženci na petstopenjski lestvici označili stopnjo svojega strinjanja (1 = sploh se ne strinjam, 2 = ne strinjam se, 3 = enako se strinjam in ne strinjam, 4 = strinjam se, 5 = popolnoma se strinjam) z navedenimi trditvami in tako opisali svoja stališča oz. vedenjsko namero do iskanja strokovne pomoči. Odgovori so bili ustrezno ovrednoteni in izraženi kot povprečna raven strinjanja z navedeno trditvijo (graf 3). Rezultati so pokazali, da so se udeleženci pretežno pozitivno opredeljevali glede svoje namere iskanja strokovne pomoči, če bi imeli težave v duševnem zdravju.

Graf 3: Vedenjska namera glede iskanja strokovne pomoči udeležencev delavnice (N = 936)



5.4 Rezultati podpornih aktivnosti programa OMRA

S pomočjo različnih podpornih aktivnosti smo v sklopu izvajanja programa OMRA zastavili nekaj stalnih aktivnosti, ki so bile namenjene seznanjanju najširše javnosti z vsebinami programa OMRA:

- **Elektronski novičnik OMRA:** izšel je 12-krat in bil vsakokrat razposlan v okviru elektronskih poštnih seznamov programa OMRA (trenutno vsebuje 841 naslovov).
- **Mreža lokalnih deležnikov v regijah severovzhodne Slovenije:** trenutno vključuje 39 pridruženih partnerjev (<https://www.omra.si/kaj-je-omra/pri-druzeni-partnerji/>).
- **Profila OMRA na družbenih omrežjih Facebook in Twitter (@Program Omra):** na profilu Twitter je bilo v obdobju od septembra 2018 do 5. 8. 2019 88 sledilcev, 177 objav, doseg objav je znašal približno 90.000 prikazov med uporabniki. Na profilu Facebook pa je bilo od septembra 2018 do 5. 8. 2019 zabeleženih 224 objav, 543 sledilcev in 527 všečkov strani.
- **Stiki z mediji:** v okviru predstavljanja programa OMRA so bile izvedene tri tiskovne konference. Dve sta potekali v Ljubljani, prva ob svetovnem dnevu

duševnega zdravja 2018, kjer je bila predstavljena izobraževalna platforma OMRA, in druga ob izidu priročnikov in vodiča OMRA. Tretja konferenca je bila izpeljana v pomurski regiji, kjer smo ob zadnji tam potekajoči delavnici predstavili rezultate programa, ki smo jih dosegli v sklopu delavnic v njihovi regiji. Kliping programa OMRA vsebuje 52 medijskih objav, kjer so nacionalni in regionalni tiskani oz. elektronski mediji poročali o aktivnostih programa ali pa članice ekipe OMRA povabili k intervjujem in gostovanjem v različnih oddajah in prispevkih. Izobraževalna platforma OMRA je bila predstavljena v okviru treh prispevkov tudi na dveh evropskih konferencah o duševnem zdravju, ki sta potekali leta 2018 v Ljubljani in Splitu.

6 ZAKLJUČEK

Duševne motnje predstavljajo veliko družbeno in ekonomsko breme in po ocenah strokovnjakov bo v prihodnje njihova pojavnost pri odraslih v primerjavi z ostalimi kategorijami bolezni še naraščala, prav tako pa se bodo povečevali tudi stroški, povezani z njihovo obravnavo. Najnovejše poročilo Health at a Glance: Europe 2018 (OECD/EU, 2018) razkriva, da so gospodarski in družbeni stroški duševnih motenj zelo visoki. Skupni stroški za duševne težave v vseh 28 državah članicah EU so bili leta 2015 ocenjeni na več kot 4 % BDP ali več kot 600 milijard evrov (ocena za Slovenijo je znašala 1,6 milijarde evrov oz. 4,13 % BDP). Neposredna poraba v zdravstvu je dosegla 190 milijard evrov oz. 1,3 % BDP (Slovenija: 507 milijonov evrov oz. 1,31 % BDP), poraba za programe socialne varnosti je znašala 170 milijard evrov oz. 1,2 % BDP (Slovenija: 308 milijonov evrov oz. 0,79 % BDP), posredni stroški za trg dela zaradi nižje stopnje zaposlenosti in produktivnosti pa so šteli 240 milijard evrov oz. 1,6 % BDP (Slovenija: 786 milijonov evrov oz. 2,02 % BDP).

Ne glede na to pa se je težkemu bremenu duševnih motenj za posameznike, gospodarstvo in družbo mogoče izogniti oz. situacijo vsaj omiliti. Številne evropske države imajo že vzpostavljene politike in programe za obravnavo duševnih motenj pri različnih starostih in ciljnih skupinah, vendar je za ohranjanje in spodbujanje duševnega zdravja mogoče storiti še veliko več. Duševne motnje so od vseh kroničnih nenalezljivih bolezni tiste, o katerih imata laična in strokovna javnost najbolj različna stališča in prepričanja. Predsodki in napačne informacije so bolj pravilo kot izjema, kar negativno vpliva tudi na pogostost in načine iskanja pomoči. To izpostavljajo tudi raziskave, ki poudarjajo, da približno polovica ljudi, ki potrebuje zdravljenje zaradi duševnih motenj, ne prejme nika-kršne zdravstvene pomoči (Kohn in sod., 2004; Roberts in sod., 2018).

Pomembno pa se je tudi zavedati, da področje skrbi za dobro duševno zdravje, preprečevanje duševnih motenj in iskanje ustrezne pomoči ni zgolj v domeni medicinskih praks. Področje je povezano s sklopom subjektivnih izkušenj in družbenih procesov, zato vključuje tudi kulturne prakse. Serija antropoloških, socioloških in medkulturnih raziskav je jasno pokazala, kako lahko kulturno ozadje posameznika vpliva na vse vidike bolezni, od jezikovnega ali čustvenega izražanja do somatskih pritožb (Helman, 2007; Kirmayer, 2001; Lewis-Fernandez, 1996). To spoznanje v okviru psihiatrije vključuje tudi kulturna psihiatrija, ki se osredotoča na družbeno-kulturne vidike človeškega vedenja in jih znotraj tega konteksta povezuje z duševnim zdravjem, psihopatologijo in zdravljenjem (Alarcón, 2009).

V Sloveniji smo v letu 2017 pod okriljem ministrstva za zdravje začeli izvajati inovativni program Z večjo pismenostjo o duševnem zdravju do obvladovanja motenj razpoloženja. Program je zasnovan večdisciplinarno in vključuje aktualne smernice na področju izvajanja promocije duševnega zdravja in opismenjevanja o duševnih motnjah, ki so trenutno najpogostejše – motnje razpoloženja. Cilj programa je povečati dostopnost do različnih informacij, povezanih z zgodnjim prepoznavanjem motenj razpoloženja in razpoložljivih oblikah (samo)pomoči s pomočjo spletne izobraževalne platforme in preko regijsko usmerjenega pristopa z izvajanjem neposrednih izobraževanj za ciljne skupine. Rezultati in učinki programa OMRA po njegovem šele dvoletnem izvajanju so izjemno spodbudni, saj je bil program zelo odmeven in dobro sprejet tako med laično kot strokovno javnostjo. Ker v Sloveniji še vedno niso za vse skupine prebivalstva in v vseh regijah enako dostopni kakovostni programi krepitve duševnega zdravja, preprečevanja, zgodnjega odkrivanja in zdravljenja duševnih motenj, je program naslavljal tudi zmanjševanje tovrstnih neenakosti v duševnem zdravju prebivalcev. Bodoče ambicije programa so še povečati dostop laične javnosti do njegovih vsebin in aktivnosti, prav tako pa nadgradnja programa z raznolikimi oblikami aktivnosti in novimi vsebinami s področja težav v duševnem zdravju, kot so osebne motnje, zloraba psihoaktivnih snovi idr.

Literatura

- Alarcón RD. Culture, cultural factors and psychiatric diagnosis: review and projections. *World Psychiatry*. 2009; 8(3): 131–139.
- Bajt M, Gabrijelčič Blenkuš M, Jeriček Klanšček H, Kovše K, Kofol Bric T, Pribaković Brinovec R, et al. Duševno zdravje v Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2009.

- Bohon LM, Cotter KA, Kravitz RL, Cello PC Jr, Fernandez Y, Garcia E. The Theory of Planned Behavior as it predicts potential intention to seek mental health services for depression among college students. *J Am Coll Health*. 2016; 64(8): 593–603.
- Buzeti T, Djomba JK, Gabrijelčič Blenkuš M, Ivanuša M, Jeriček Klanšček H, Kelšin N, et al. Neenakosti v zdravju v Sloveniji. Ljubljana: IVZ; 2011.
- Campos L, Dias P, Duarte A, Veiga E, Dias CC, Palha F. Is It Possible to »Find Space for Mental Health« in Young People? Effectiveness of a School-Based Mental Health Literacy Promotion Program. *Int J Environ Res Public Health*. 2018; 15(7): 1426.
- De Vecchi N, Kenny A, Dickson-Swift V, Kidd S. How digital storytelling is used in mental health: A scoping review. *Int J Ment Health Nurs*. 2016; 25(3): 183–193.
- Fischer EH, Farina A. Attitudes toward seeking professional psychological help: a shortened form and considerations for research. *J. Coll. Stud. Dev*. 1995; 36: 368–373.
- Furnham A, Lousley C. Mental health literacy and the anxiety disorders. *Health*. 2013; 5(3): 521–531.
- Greenberg KL, Leiter E, Donchin M, Agbaria N, Karjawayally M, Zwas DR. Cardiovascular health literacy and patient-physician communication intervention in women from disadvantaged communities. *Eur J Prev Cardiol*. 2019; 2047487319853900.
- Griffiths K., Christensen H, Jorm AF, Evans K, Groves C. Effect of web-based depression literacy and cognitive-behavioural therapy interventions on stigmatising attitudes to depression: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*. 2004; 185: 342–349.
- Hadjimina E, Furnham A. Influence of age and gender on mental health literacy of anxiety disorders. *Psychiatry Res*. 2017; 251: 8–13.
- Hadlaczky G, Hokby S, Mkrtchian A, Carli V, Wasserman D. Mental health first aid is an effective public health intervention for improving knowledge, attitudes, and behaviors: a meta-analysis. *Int Rev Psychiatry*. 2014; 26(4): 467–475.
- Heilemann MV, Martinez A, Soderlund PD. A Mental Health Storytelling Intervention Using Transmedia to Engage Latinas: Grounded Theory Analysis of Participants' Perceptions of the Story's Main Character. *J Med Internet Res*. 2018; 20(5): 10028.
- Helman CG. *Culture, Health and Illness*, Fifth edition. CRC Press, London; 2007.
- IHME (2018). Global Health Data Exchange. Dostopno na: www.healthdata.org (citirano 31.7.2019).
- Jorm AF. Mental health literacy: Empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist*. 2012; 67(3), 231–243.
- Jorm A, Korten A, Jacomb P, Christensen H, Rodgers B, Pollitt P. »Mental health literacy«: a survey of the public's ability to recognize mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Med J Aust*. 1997; 166: 182–186.
- Kirmayer LJ. Cultural variations in the clinical presentation of depression and anxiety: implications for diagnosis and treatment. *J Clin Psychiatry*. 2001; 62(13): 22–28.
- Kutcher S, Wei Y, Coniglio C. Mental Health Literacy. Past, Present, and Future. *Can J Psychiatry*. 2016; 61(3): 154–158.

- Kessler RC, Angermeyer M, Anthony JC, DE Graaf R, Demyttenaere K, et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*. 2007; 6(3): 168–176.
- Lee HY, Rhee TG, Kim NK. Cancer literacy as a mediator for cancer screening behaviour in Korean adults. *Health Soc Care Community*. 2016; 24(5): 34–42.
- Lesnik T, Gabrijelčič Blenkuš M, Hočevnar-Grom A, Kofol Bric T, Zaletel M. Neenakosti v zdravju v Sloveniji v času ekonomske krize. Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2018.
- Lewis-Fernández R. Cultural formulation of psychiatric diagnosis. *Cult Med Psychiatry*. 1996; 20(2): 133–144.
- Loureiro LM, Jorm AF, Oliveira RA, Mendes AM, dos Santos JC, Rodrigues MA, Sousa CS. Mental health literacy about schizophrenia: a survey of Portuguese youth. *Early Interv Psychiatry*. 2015; 9(3): 234–241.
- Mackenzie CS, Knox VJ, Gekoski WL, Macaulay HL. An adaptation and extension of the Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help scale. *Journal of Applied Social Psychology*. 2004; 34: 2410–2435.
- Majcen K. Pismenost o duševnem zdravju v povezavi z nekaterimi vidiki javnega duševnega zdravja v dveh slovenskih regijah. Maribor: Univerza v Mariboru, Filozofska fakulteta; 2016. Dostopno na: <https://dk.um.si/Dokument.php?id=85407> (citirano 31. 7. 2019).
- Mancuso JM. Health literacy: a concept/dimensional analysis. *Nurs Health sci*. 2008; 10(3): 248–255.
- Marciano L, Camerini AL, Schulz PJ. The Role of Health Literacy in Diabetes Knowledge, Self-Care, and Glycemic Control: a Meta-analysis. *J Gen Intern Med*. 2019; 34(6): 1007–1017.
- Marušič A, Temnik S. Javno duševno zdravje. Celje: Celjska Mohorjeva družba; Društvo Mohorjeva družba; 2009.
- Mo P, Mak W. Help-seeking for mental health problems among Chinese: The application and extension of the theory of planned behavior. *Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology*. 2009; 44(8): 675–684.
- Munizza C, Argentero P, Coppo A, Tibaldi G, Di Giannantonio M, Picci RL, Rucci P. Public beliefs and attitudes towards depression in Italy: a national survey. *PLoS One*. 2013; 8(5): 63806.
- Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*. 2000; 15(3): 259–267.
- O'Connor M, Casey L, Clough B. Measuring mental health literacy – a review of scale-based measures. *Journal of Mental Health*. 2014; 23(4): 197–204.
- OECD/EU. Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris. 2018. Dostopno na: https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/health_glance_eur-2018-en.pdf?expires=1565290964&id=id&accname=guest&checksum=D82E02BC84BBFE365E77757EE37019D6 (citirano 31. 7. 2019).

- Olesen J, Gustavsson A, Svensson M, Wittchen HU, Jönsson B. on behalf of the CDBe2010 study group in the European Brain Council. The economic cost of brain disorders in Europe: Economic cost of brain disorders in Europe. *European Journal of Neurology*. 2012; 19(1): 155–162.
- Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028. Uradni list RS št. 24/18.
- Roberts T, Esponda GM, Krupchanka D, Shidhaye R, Patel V, Rathod S. Factors associated with health service utilisation for common mental disorders: a systematic review. *BMC Psychiatry*. 2018; 18: 262.
- Singh S, Zaki RA, Farid NDN. A systematic review of depression literacy: Knowledge, help-seeking and stigmatising attitudes among adolescents. *J Adolesc*. 2019; 74: 154–172.
- Speros C. Health literacy: concept analysis. *J Adv Nurs*. 2005; 50(6): 633–640.
- Šprah L, Novak T, Dernovšek MZ. Ocena tveganj za razvoj težav v duševnem zdravju prebivalcev Republike Slovenije: analiza tveganj za razvoj težav v duševnem zdravju prebivalcev Republike Slovenije v posameznih statističnih regijah s pomočjo prilagojene metodologije Indeksa boljšega življenja: elaborat. Ljubljana: Družbenomedicinski inštitut Znanstvenoraziskovalnega centra Slovenske akademije znanosti in umetnosti; 2011.
- Švab V. Duševna bolezen in stigma. Ljubljana: ŠENT – Slovensko združenje za duševno zdravje; 2009.
- Tique JA, Howard LM, Gaveta S, Sidat M, Rothman RL, Vermund SH, Ciampa PJ. Measuring Health Literacy Among Adults with HIV Infection in Mozambique: Development and Validation of the HIV Literacy Test. *AIDS Behav*. 2017; 21(3): 822–832.
- Vogel DL, Wade NG, Haake S. Measuring the Self-Stigma Associated with Seeking Psychological Help. *Journal of Counseling Psychology*. 2006; 53: 325–337.
- Wei Y, Patrick J, McGrath PJ, Hayden J, Kutcher S. Measurement properties of tools measuring mental health knowledge: a systematic review. *BMC Psychiatry*. 2016; 16(1): 297.
- 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. Review. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2011; 21(9): 655–679.
- World Health Organization [WHO]. Mental health action plan 2013-2020. Dostopno na: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021_eng.pdf;jsessionid=D3C9B386333562440B076E5BDE8828AC?sequence=1 (citirano 31. 7. 2019).
- World Health Organization [WHO]. The World health report 2001: Mental health: new understanding, new hope. World Health Organization, Geneva, Switzerland; 2001. Dostopno na: https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf?ua=1 (citirano 31. 7. 2019).

ANKSIOZNE MOTNJE

Mojca Zvezdana Dernovšek¹

POVZETEK

Anksiozne motnje so skupina motenj, za katere je značilna trajna ali občasna izjemno poudarjena tesnoba, ki posameznika ovira in mu povzroča težave v vsakodnevem življenju in slabša kakovost življenja. Skupna značilnost vseh anksioznih motenj je sprožanje lažnih alarmov – sprožanje tesnobe in odziva boja oz. bega. Prav tako je skupna lastnost anksioznih motenj izogibanje okoliščinam, kjer se pojavijo lažni alarmi, in bežanje iz njih. Težave nastanejo tudi zaradi opuščanja dejavnosti in bega iz okoliščin, ki povzročajo lažne alarme. Posamezne anksiozne motnje se med seboj ločijo glede na vrsto lažnega alarma in posledic, ki jih povzroči opuščanje dejavnosti oz. beg iz okoliščin.

Ključne besede: *panična motnja, generalizirana anksiozna motnja, socialna fobija, agorafobija, specifične fobije, obsesivno-kompulzivna motnja*

1 UVOD

Skupni stroški možganskih motenj v Evropi so leta 2010 znašali 798 milijard evrov in povprečni stroški na prebivalca so nanesti 5550 evrov. Skupni letni stroški za anksiozne motnje pa so istega leta dosegli 74,4 milijarde evrov (Olesen in sod., 2012).

Anksiozne motnje lahko razvije vsak človek ob katerikoli neprijetni okoliščini, če se je začne izogibati, namesto da bi se z njo soočil. Človeška narava je takšna, da se vsak raje izogne neprijetnim telesnim odzivom, visoki tesnobi in nelagodju. Neprijetna okoliščina z izogibanjem in opuščanjem dejavnosti postane lažni alarm.

1. Doktorica medicine, specialistka psihiatrije, redna profesorica;
Inštitut Karakter, Ježa 90, 1231 Ljubljana - Črnuče;
Zdravstveni dom Sevnica, Trg svobode 14, 8290 Sevnica;
Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, Vrazov trg 2, 1000 Ljubljana
E-naslov: mojca-zvezdana.dernovsek@guest.arnes.si

Opuščanje dejavnosti in izogibanje okoliščinam, ki sprožijo povečano tesnobo, privedejo do kratkoročnega olajšanja, dolgoročno pa človek še z večjim strahom pričakuje soočanje in samozaupanje je vse manjše (Dernovšek in sod., 2017). Dejavniki tveganja za razvoj in vzdrževanje anksioznih motenj so navedeni v tabeli 1.

Tabela 1: Dejavniki tveganja za razvoj in vzdrževanje anksioznih motenj
(Dernovšek in sod., 2017)

Dejavnik tveganja, ki poveča verjetnost razvoja anksiozne motnje	Sprožilec – neugoden življenjski dogodek	Vzdrževanje anksioznih motenj
<p>DEDNOST:</p> <ul style="list-style-type: none"> - anksiozne motnje pri krvnih sorodnikih v več kolenih <p>ZGODNJE IZKUŠNJE IZ DRUŽINE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - neugodne izkušnje v otroštvu in mladosti - pretirano zaščitništvo ali pretirana strogost - izpostavljenost nevarnosti, nasilju <p>OSEBNOSTNE LASTNOSTI POSAMEZNIKA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - perfekcionizem - povečana potreba po odobravanju okolice in slabo prenašanje kritike - velika potreba po varnosti - zanemarjanje občutkov stresa in utrujenosti - velika potreba po nadzoru nad položajem, okoliščinami, odnosi 	<p>IZGUBE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - smrt bližnjega - izguba pomembnega odnosa - izguba službe <p>PRETIRANA UPORABA POŽIVIL:</p> <ul style="list-style-type: none"> - kava in pravi čaj - energijski napitki <p>ZLORABA PSIHOAKTIVNIH SNOVI:</p> <ul style="list-style-type: none"> - marihuana - stimulansi <p>KRONIČNE BOLEZNI:</p> <ul style="list-style-type: none"> - rak, sladkorna bolezen, bolezn srca (posledice: velike spremembe v življenjskem slogu in vrsta negotovosti) <p>NEPRIJETNI DOGODKI:</p> <ul style="list-style-type: none"> - v službi (nasilje, nesreče) - v domačem okolju (bolezn in poškodbe bližnjih, izpostavljenost nasilju) 	<p>OPUŠČANJE DEJAVNOSTI:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Človek predvideva, da se bo pojavila povišana tesnoba pri določeni dejavnosti, zato jo opusti. Pri tem ne pomisli, da je strah pretiran in gre samo za nelagodje zaradi tesnobe. <p>IZOGIBANJE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Izogibanje vsemu, kar povzroča povišano stopnjo tesnobe, čeprav okoliščine niso tako nevarne, da bi zahtevale izogibanje oz. bežanje. <p>RESIGNACIJA IN NAUČENA NEMOČ:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vsega me je strah, vse je preveč zahtevno zame, raje se ničesar ne lotim.

Za vse anksiozne motnje je značilno, da je tesnoba stalno ali občasno povečana do te mere, da osebi ne koristi in jo celo ovira. Gre za motnje, ki so zelo neprijetne, a za življenje niso nevarne. Nekdo ima lahko več anksioznih motenj hkrati ali ima različne anksiozne motnje v različnih časovnih obdobjih. Posamezne anksiozne motnje se med seboj ločijo glede na sprožilec povišane tesnobe, ki ga imenujemo lažni alarm (tabela 2). Človek se namreč odzove pretirano – saj okoliščine niso tako nevarne, kot jih predvidi, ali nevarnosti sploh ni (Dernovšek in sod., 2017).

Tabela 2: Lažni alarm pri posamezni anksiozni motnji

VRSTA ANKSIOZNE MOTNJE	LAŽNI ALARM
Generalizirana anksiozna motnja	V nevarnosti so moje vrednote.
Panična motnja	Telesni simptomi so nevarni.
Agorafobija	Povsod prežijo nevarnosti.
Specifične fobije	Bojim se ... zobozdravnika.
Socialna fobija	Bojim se osramotitve.
Obsesivno-kompulzivna motnja	Bojim se lastnih misli.

Anksiozne motnje so zelo pogoste. Na voljo imamo podatke o ljudeh, ki so poiskali pomoč in jim je bila postavljena diagnoza anksiozne motnje (tabela 3). Prevalenco v populaciji je mnogo težje ugotoviti, saj veliko ljudi ne išče pomoči ali ne dobijo prave diagnoze.

Badelow in Michaelis (2015) ocenjujeta, da ima anksiozne motnje v življenju do 33,7 % prebivalstva. Opozarjata tudi na slabo prepoznavanje anksioznih motenj in posledično slabše zdravljenje oz. njihovo nezdravljenje. Ni dokazov, da bi se razširjenost anksioznih motenj v zadnjih letih spreminjala. V medkulturnih primerjavah je stopnja razširjenosti zelo različna. Bolj verjetno je, da je ta heterogenost posledica razlik v metodologiji kot kulturnih vplivov. Anksiozne motnje imajo kronični potek, z leti pa se njihova izraženost omili. Anksiozne motnje so velikokrat pridružene drugim duševnim motnjam (Sartorius in sod., 1993).

Zelo pogosto imajo ljudje po več različnih anksioznih motenj hkrati ali imajo različne anksiozne motnje po enkrat ali nekajkrat v življenju.

Tabela 3: Pogostost anksioznih motenj (Slovenija, NIJZ, 2010)

VRSTA ANKSIOZNE MOTNJE	Število prebivalcev Slovenije s posamezno motnjo
Generalizirana anksiozna motnja	36.000
Panična motnja	32.000
Agorafobija	35.500
Specifične fobije	93.000
Socialna fobija	41.000
Obsesivno-kompulzivna motnja	12.000

2 ZNAČILNOSTI POSAMEZNIH ANKSIOZNIH MOTENJ

2.1 Generalizirana anksiozna motnja

Spitzer in sod. (2006) opisujejo simptomatiko generalizirane anksiozne motnje kot pretirano zaskrbljenost zaradi različnih vsakdanjih težav. Osebo skrbi za stvari, ki so ji pomembne in ji predstavljajo vrednoto (npr. zdravje, družina, delovno mesto, splošna varnost, okolje ...). Hkrati se zaveda, da je bolj zaskrbljena v primerjavi z drugimi ljudmi. To jo lahko dodatno prestraši in si celo ustvari razlago, da so drugi ljudje neodgovorni. Lahko pa si zaradi svoje zaskrbljenosti dela dodatne skrbi in si želi, da bi bila bolj sproščena. Pri tej motnji prevladujeta dve miselni distorziji:

- prepričanje, da skrb za vrednoto odvrne težave, ki bi lahko nastale,
- prepričanje, da vrednoti grozijo večje nevarnosti, kot je realno, in da so rešitve težav nedostopne oz. dvomijo o lastni sposobnosti reševanja težav.

Nenehna zaskrbljenost privede do vrste težav: človek je nesproščen, nenehno napet in v pripravljenosti, da se bo zgodilo kaj hudega. Telesne posledice se kažejo kot nenehna utrujenost, hitra utrudljivost, nespečnost in bolečine v mišicah, ki so nenehno napete. Posledice so tudi v medosebnih odnosih, saj je takšen človek v odnosih napet, ves čas na preži, nesproščen in nerazpoložen. Okolico nenehno obremenjuje s svojimi skrbmi (Spitzer in sod., 2006).

Generalizirana anksiozna motnja je pogosto pridružena depresiji, panični motnji in socialni fobiji (Noyes, 2001). Neredko si ljudje najdejo pomoč v zlorabi alkohola in drugih psihoaktivnih substanc. Pogostejša je pri ženskah in prisotna je v vseh starostnih skupinah (Badelow in Michaelis, 2015).

2.2 Panična motnja

Clark (1986) je prvi opisal začarani krog pri panični motnji, ki se začne z lažnim alarmom telesnega simptoma, ki si ga človek razloži kot življenje ogrožajočega. Dvigne se tesnoba, telesni simptom se še okrepi, kar si človek razume kot potrditev osnovne domneve, da je ogrožen (Bouton in sod., 2001).

Vse razlage lažnega alarma sodijo v sklop ene od naslednjih napačnih domnev (Casey in sod., 2005):

- Umrli/-a bom.
- Izgubil/-a bom zdrav razum.
- Izgubil/-a bom nadzor nad svojim vedenjem.

Ne gre za dejansko nevarnost, da bi vse naštetu zgodilo, temveč zgolj za strah pred tem, da bi to bilo verjetno (Teachman in sod., 2010).

O panični motnji govorimo, ko oseba doživi vsaj dva nepričakovana panična napada, ki jima sledi vsaj en mesec skrbi pred novim napadom, izgubo nadzora ali izgubo zdravega razuma (Ashcroft in sod., 1987). Posamezen panični napad traja od 15 do največ 30 minut. V enem dnevu lahko naštejemo največ 80 paničnih napadov. Po končanem paničnem napadu je človek utrujen, izžet in prestrašeni (Barlow, 2002).

Najpogosteje je panični motnji pridružena agorafobija, generalizirana anksiozna motnja in depresija (Noyes, 2001).

2.3 Agorafobija

Izraz agorafobija je sprva označeval strah pred odprtimi prostori (gr. *agora* 'trg'), a so ga kasneje razširili na strah pred (vsemi) javnimi prostori oz. okoliščinami, kjer se človek ne počuti varnega (Holmes, 2008). Oseba z agorafobijo doživlja povišano tesnobo ob okoliščinah, iz katerih je težko oditi ali pobegniti oz. obstaja verjetnost, da ji ne bo zagotovljena morebitna potrebna pomoč (Beck in sod., 1985).

Največkrat se agorafobija razvije po prometni nesreči, ko človek ne upa več v avto ali se noče več voziti po določenih cestah. Pogosto se razvije pri panični motnji: človek ima npr. panični napad v avtobusu, trgovinskem centru ... in potem se tem prostorom izogiba.

Osebe z agorafobijo so v svojem življenju zelo ovirane: ne morejo se voziti z letali, dvigali, avtobusi in avtomobili, saj so to prostori, iz katerih ni mogoče pobegniti. Včasih je agorafobija tako huda, da si sami ne upajo več zapustiti svojega doma in doma sploh ne upajo biti sami. Agorafobija je pogosto pridružena panični motnji, generalizirani anksiozni motnji in depresiji (Noyes, 2001).

2.4 Specifične fobije

Fobije so ene najpogostejših anksioznih motenj in kadar so močno izražene, so povezane s težavami v vsakodnevnem delovanju, ljudje pa zaradi njih niti ne iščejo pomoči (Magee in sod., 1996).

Ljudje se najpogosteje bojijo pajkov, noči, zobozdravnikov ... Seznam je skoraj neskončen (Ovanessian in sod., 2019).

2.5 Socialna fobija

Začetek socialne fobije navadno sega v zgodnje najstniško obdobje, pojavi pa se lahko tudi mnogo kasneje. Ljudje s socialno fobijo doživljajo nenehen in neracionalen strah pred družabnimi okoliščinami, v katerih bi jih drugi ljudje lahko ocenjevali ali obsojali. Strah še naraste, kadar osebe s socialno fobijo menijo, da bodo v prisotnosti drugih doživele ponižanje ali se na neki način osramotile. Strah jih je, da bodo drugi opazili znake tesnobe, kot so zardevanje, tresenje rok ali potenje. Rade se izogibajo situacijam, ki pri njih povzročajo tesnobo. Značilnost oseb s socialno fobijo je, da so preveč samokritične (Magee in sod., 1996).

Osebe s hudo socialno fobijo imajo pogosto malo prijateljev, počutijo se osamljene in imajo težave pri uresničevanju svojih ciljev v šoli ali službi. Kadar je socialna fobija zelo huda, se lahko ob izpostavljanju (družabnim okoliščinam) pojavijo tudi napadi panike (Magee in sod., 1996).

Najpogosteje se socialno fobiji pridružijo depresija in zloraba psihoaktivnih snovi (Noyes, 2001).

2.6 Obsesivno-kompulzivna motnja

Obsesivno-kompulzivna motnja je anksiozna motnja, ki se manifestira z obsesijami in kompulzijami. Obsesije so vsiljive, ponavljajoče se in vztrajne neželene misli, ki povečujejo tesnobo. Kompulzije pa so ponavljajoča se vedenja, s katerimi človek zmanjšuje tesnobo in ima občutek, da jih mora izvajati (Drubach, 2015).

Obsesivno-kompulzivno motnjo razložimo tako, da človek razvije strah pred svojimi lastnimi mislimi, ki jih nenehno odganja, te pa se stalno pojavljajo. Lažni alarm se vzpostavi na lastne misli. Z miselnimi in/ali vedenjskimi kompulzijami se človek nauči premagovati visoke stopnje tesnobe (Bokor, 2014). Najpogosteje se obsesivno-kompulzivni motnji pridruži depresija (Noyes, 2001).

3 ZAKLJUČEK

Anksiozne motnje so pogoste in še vedno slabo prepoznane. Velikokrat so pridružene drugim duševnim motnjam in telesnim boleznim. Bolj poljudno bi lahko rekli, da so anksiozne motnje »naučene« – človek se je narobe naučil, da je nekaj nevarno, v resnici pa ni. Zdravljenje temelji na tem, da se človek nauči, da gre za lažne alarme, preneha z izogibanjem in se sooči.

Literatura

- Ashcroft GW, Beaumont G, Bonn J, Brandon S, Briggs A, Clark D, Davison K, Gelder MG, Goldberg D, Herrington R, et al. Consensus statement: panic disorder. *Br J Psychiatry*. 1987; 150: 557–558.
- Bandelow B, Michaelis S. Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues Clin Neurosci*. 2015; 17(3): 327–335.
- Barlow D. *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford Press; 2002.
- Bokor G, Anderson PD. Obsessive-compulsive disorder. *J Pharm Pract*. 2014; 27(2): 116–130.
- Bouton ME, Mineka S, Barlow DH. A modern learning theory perspective on the etiology of panic disorder. *Psychology Review*. 2001; 108: 4–32.
- Casey LM, Newcombe PA, Oei TPS. Cognitive mediation of panic severity: The role of catastrophic misinterpretation of bodily sensations and panic self-efficacy. *Cognitive Therapy and Research*. 2005; 29: 187–200.
- Clark DM. A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*. 1986; 24: 461–470.
- Dernovšek MZ, Tančič Grum A, Sedlar Kobe N. *Podpora pri spoprijemanju s tesnobo: priročnik za vodje*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2017.
- Drubach DA. Obsessive-compulsive disorder. *Continuum (Minneapolis, Minn)*. 2015; 21(3 Behavioral Neurology and Neuropsychiatry): 783–788. Doi: 10.1212/01 CON.0000466666.12779.07.
- Holmes J. Space and the secure base in agoraphobia: a qualitative survey. *Area*. 2008; 40: 375–382.
- Beck AT, Emery G, Greenberg RI. *Anxiety disorders and phobias*. New York: Basic Books; 1985.
- Magee WJ, Eaton WW, Wittchen H, McGonagle KA, Kessler RC. Agoraphobia, Simple Phobia, and Social Phobia in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1996; 53(2): 159–168.
- Noyes R Jr. Comorbidity in generalized anxiety disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 2001; 24(1): 41–55.
- Olesen J, Gustavsson A, Svensson M, Wittchen HU, Jönsson B, CDBE2010 study group; European Brain Council. The economic cost of brain disorders in Europe. *Eur J Neurol*. 2012; 19(1): 155–162.
- Ovanessian, MM, Fairbrother N, Vorstenbosch V, et al. Psychometric Properties and Clinical Utility of the Specific Phobia Questionnaire in an Anxiety Disorders Sample. *J Psychopathol Behav Assess* (2019) 41: 36.
- Sartorius N, Ustun TB, Costa and Silva JA, et al. An international study of psychological problems in primary care. Preliminary report from the World Health Organization Collaborative Project on „Psychological Problems in General Health Care“. *Arch Gen Psychiatry*. 1993; 50(10): 819–824.

Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löwe B. A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder: The GAD-7. *Arch Intern Med.* 2006; 166(10): 1092–1097.

Teachman BA, Marker CD, Clerkin EM. Catastrophic misinterpretations as a predictor of symptom change during treatment for panic disorder. *J Consult Clin Psychol.* 2010; 78(6): 964–973.

PONAVLJAJOČA SE DEPRESIVNA MOTNJA IN DEPRESIJA V SKLOPU BIPOLARNE MOTNJE

Mojca Zvezdana Dernovšek¹

POVZETEK

Sidrom depresije srečamo pri dveh motnjah razpoloženja: pri ponavljajoči se depresiji in bipolarni motnji razpoloženja. Pri prvi epizodi depresije je nemogoče ugotoviti, za katero motnjo gre, na podlagi nekaterih značilnosti pa je mogoče posumiti, v katero smer se utegne motnja razviti. Pomembno je čim hitreje ločiti med depresijo v sklopu ponavljajoče se depresije in depresijo v sklopu bipolarne motnje razpoloženja, saj je zdravljenje povsem različno. Klinične poti za zdravljenje ponavljajoče se depresije niso učinkovite pri bipolarni depresiji, še več – povzročijo lahko obrat faze v manjjo, kar pomeni dodatno epizodo.

Preprečevalno zdravljenje ponavljajoče se depresije je dobro raziskano, manj pa vemo o preprečevanju epizod bipolarne motnje razpoloženja.

Ključne besede: prva epizoda depresije, bipolarna motnja razpoloženja, ponavljajoča se depresivna motnja, zdravljenje, klinična slika

1. Doktorica medicine, specialistka psihiatrije, redna profesorica;
Inštitut Karakter, Ježa 90, 1231 Ljubljana - Črnuče;
Zdravstveni dom Sevnica, Trg svobode 14, 8290 Sevnica;
Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, Vrazov trg 2, 1000 Ljubljana
E-naslov: mojca-zvezdana.dernovsek@guest.arnes.si

1 UVOD

Sindrom depresije, ki ga opredeljujejo depresivno razpoloženje, anhedonija in pomanjkanje energije, se pojavlja pri dveh motnjah razpoloženja: pri ponavljajoči se depresivni motnji (v nadaljevanju DM) in bipolarni motnji razpoloženja (v nadaljevanju BMR).

DM Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene (v nadaljevanju MKB 10) (ZSO, 2008) opredeljuje kot več depresivnih epizod, ki se lahko pojavijo v katerem koli življenjskem obdobju od otroštva do starosti. Motnje se lahko pojavijo akutno ali prikrito, trajajo pa od nekaj tednov do več mesecev.

BMR ista klasifikacija (ZSO, 2008) opredeljuje kot motnjo razpoloženja, za katero je značilno dvoje ali več epizod, pri katerih je pri pacientu izrazito motena raven razpoloženja in aktivnosti, kar se včasih kaže v privzdignjenem razpoloženju, povečani energiji in aktivnosti (hipomanija ali manija), drugič v slabem razpoloženju, zmanjšani energiji in aktivnosti (depresija). Ponavljanje samih epizod hipomanije ali manije in depresije je označeno kot bipolarna motnja. Pri BMR-I je zgornji pol razpoloženja manija, pri BMR-II pa hipomanija.

2 SIMPTOMI IN POSLEDICE DEPRESIVNE EPIZODE – PODROBNOSTI IN RAZLIKE

MKB 10 (ZSO, 2008) opredeljuje posamezne simptome sindroma depresije: poslabšanje razpoloženja, upad energije, manjša aktivnost, zmanjšana sposobnost za uživanje in zanimanje, slaba koncentracija, izrazita utrujenost že po najmanjšem naporu, moteno spanje, oslABLJena apetit in libido, znižano samospoštovanje in samozaupanje, prisotnost občutkov krivde in razmišljanje o lastni ničvrednosti. Slabo razpoloženje se le malo spreminja iz dneva v dan, zunanje okoliščine pa ga ne popravijo. Najhujše težave so zjutraj. Glede na število in izrazitost simptomov lahko depresivno epizodo opredelimo kot blago, zmerno ali hudo.

Depresivna epizoda v okviru BMR je navadno globlja, traja dlje in pogostejši so psihotični simptomi (Bobo, 2017).

V okviru BMR je samomorilna nevarnost večja kot pri DM (Harris in Barraclough, 1997). Podrobnejši podatki so v tabeli 1.

**Tabela 1: Samomorilna ogroženost pri različnih duševnih motnjah
in splošni populaciji** (Harris in Barraclough, 1997)

Duševna motnja	Relativno tveganje	Stopnja samomora v odstotkih na leto	Tveganje v celotnem življenju
BMR	28	0,39	23,4
Hudo izražena DM	21	0,29	17,4
Odvisnost od psihoaktivnih snovi	20	0,28	16,8
Hudo izražena anksiozna motnja	11	0,15	9,0
Zmerna DM	9	0,13	7,8
Shizofrenija	9	0,12	7,2
Osebnostna motnja	7	0,10	6,0
Splošna populacija	1	0,014	0,8

Istočasna prisotnost maničnih simptomov in depresivnih se imenuje mešana epizoda (ZSO, 2008), velikokrat pa je depresivni epizodi v okviru BMR pridruženih kar nekaj simptomov manije. Goldberg in sod. (2009) poročajo, da je med 1360 bolniki 69 % imelo vsaj en manični simptom. Najpogostejši manični simptomi niso vključevali privzdignjenega razpoloženja ali grandioznosti, temveč so bili naslednji: slaba pozornost, slaba koncentracija, pospešene misli, hiter govor in povečana aktivnost. Za ocenjevanje simptomov depresije pri DM se uporablja paleta kliničnih instrumentov (Bailey in Coppen, 1976). Za ocenjevanje depresivnih simptomov pri BMR pa je bolje uporabiti posebne klinične instrumente, npr. lestvico Bipolar Inventory of Symptoms Scale (v nadaljevanju BISS). Uporaba BISS je pri ljudeh z depresivno epizodo v sklopu BMR pokazala predvsem naslednje simptome manije: pospešene misli, odvrnljiva pozornost, vznemirjenost in čustvena labilnost. Možno je tudi, da se v depresivni epizodi v okviru BMR libido poveča in ne zmanjša (Bowden in sod., 2007).

V skupnostni raziskavi v ZDA (Kessler in sod., 2005) so ugotovili, da so imele osebe z BMR veliko bolj izražene psihosocialne težave kot tiste z DM na področjih dela/šole, družbenega/prostega časa in družinskega življenja. Isti avtorji menijo, da je višja stopnja oviranosti v vsakodnevem življenju znak bipolarnosti.

3 ZA KATERO DUŠEVNO MOTJO GRE PRI EPIZODAH DEPRESIJE?

Ker je depresivna epizoda lahko del dveh duševnih motenj, se prva depresivna epizoda v MKB 10 (ZSO, 2008) diagnosticira kot posebna klinična kategorija. Pri ponovni depresivni epizodi se diagnoza spremeni v DM. Če se pojavita hipomanija ali manija, pa se diagnoza spremeni v BMR.

Angst in sod. (2005) so po dolgoletnem spremljanju ljudi z depresijo izračunali, da je sprememba diagnoze iz DM v BMR-I približno pri 1 % bolnikov na leto, v BMR-II pa pri približno 0,5 %. Dejavniki tveganja za spremembo diagnoze v BP-I sta moški spol in zgodnji začetek motnje, dejavniki tveganja za spremembo diagnoze v BMR-II pa so ženski spol, poznejši začetek motnje in pozitivna družinska anamneza manije. Angst (2006) opozarja, da mnogo ljudi z DM nima prave diagnoze in da bi bila prava diagnoza BMR. Klinično dilemo razloži z večjo pogostostjo DM v populaciji v primerjavi z BMR in da ljudje o stanju hipomanije ne poročajo, saj je ne zaznavajo kot problem.

BMR-I navadno ne spregleda nihče – ne oseba z BMR ne svojci, okolica in zdravnik, saj je manija tako izrazita, da posameznik pogosto potrebuje zdravljenje v bolnišnici. Večji problem je pri prepoznavanju BMR-II. V raziskavi Hirschfelda in sod. (2003) je imelo 69 % ljudi napačno diagnozo DM. Isti avtorji navajajo, da so pacienti obiskali povprečno štiri specialiste, preden jim je bila postavljena prava diagnoza, in da je pri več kot eni tretjini do prave diagnoze minilo 10 let in več. Hantouche in sod. (1998) so ocenili, da ima 40 % ljudi, ki se zdravijo zaradi DM, pravzaprav BMR.

MKB 10 (ZSO, 2008) zato opozarja, da čeprav je posameznik doživel doslej že več depresivnih epizod, nikdar ni mogoče docela izključiti možnosti, da bo pacient s ponavljajočo se depresivno motnjo doživel manično epizodo. Če se takšna epizoda pripeti, je treba diagnozo spremeniti v BMR. Bobo (2017) opredeljuje določene značilnosti ljudi, ki se zdravijo za DM, na podlagi katerih bi lahko posumili na BMR: družinska anamneza motenj razpoloženja ali zlorabe psihoaktivnih snovi, zgodnji nastanek prve epizode, psihotični simptomi, sezonsko pojavljanje, v katerem je več depresije pozimi in vrhunci poleti, neodzivnost oz. slabo prenašanje antidepresivov.

Tudi Bowden (2001) ocenjuje, da je treba zgodnjo depresijo, zlasti v mladostništvu, vedno obravnavati kot potencialno povezano z BMR, saj ima DM vrh zbolevanja v poznejši starosti, BMR pa se začne zgodaj. Prav tako depresija, ki traja večji del leta, kaže na BMR in ne DM. Sato in sod. (2003) dodajajo, da je kazalniki v smeri bipolarnosti tudi hitro spreminjanje razpoloženja v roku minut ali ur.

4 ZDRAVLJENJE DM

DM zdravimo z antidepresivi. Uporaba antidepresivov pri BMR pa je lahko problematična, saj so povezani z obratom faze v manijo ali sploh niso učinkoviti. Triciklični antidepresivi povečajo obrat faze v manijo, antidepresivi iz skupine zaviralcev ponovnega privzema serotonina pa ne (Nemeroff in sod., 2001), zato se pri zdravljenju depresije pri BMR uporabljajo stabilizatorji razpoloženja: litij, novejši antipsihotiki in nekateri antiepileptiki.

V dvojno slepi, s placebom nadzorovani študiji v ZDA so bili preiskovanci naključno deležni do 26 tednov trajajočega zdravljenja s stabilizatorjem razpoloženja in dodatno terapijo z antidepresivi (bupropion in paroksetin) ali stabilizatorjem razpoloženja in ustreznim placebom. Obrat faze je bil v obeh skupinah podoben. Učinkovitost dodatnega antidepresiva ni bila večja od terapije s stabilizatorji razpoloženja (Sachs in sod., 2007).

V desettedenskem kliničnem preskusu dodajanja antidepresiva so raziskovalci ugotovili, da so se učinki razlikovali med ljudmi, ki so poleg depresivnih simptomov imeli tudi posamezne manične simptome; pri slednjih je bilo več obratov faze v manijo (Frye in sod., 2008).

V pregledu devetih kliničnih študij, ki so preučevale kratkotrajno zdravljenje depresije pri BMR, se je litij v osmih študijah izkazal učinkovitejši kot placebo, v eni pa enako. Pri zdravljenju z litijem ni prišlo do obratov faze (Zornberg in Pope, 1993).

Dve študiji valproata pri akutni bipolarni depresiji sta pokazali njegovo učinkovitost (Gaemi in sod., 2007). Valproat je bil učinkovit tudi v raziskavi, ki so jo opravili Davis in sod. (2005).

V šestih študijah so raziskovali učinkovitost monoterapije z lamotriginom pri zdravljenju depresije v sklopu BMR. Dvakrat je bilo zdravilo v primerjavi s placebom učinkovitejše, v štirih pa ni bilo razlik (Calabrese in sod., 2008).

Tohen in sod. (2003) so izvedli raziskavo kombinacije olanzapina in fluoksetina pri depresiji v sklopu BMR. Bistveno večjemu deležu bolnikov se je stanje izboljšalo po lanzapinu v kombinaciji s fluoksetinom.

Pri bipolarni depresiji je bil kvetiapin v primerjavi s placebom učinkovit (Calabrese in sod., 2005).

DM se preprečuje z zdravljenjem obstoječe epizode in preprečevalnim zdravljenjem, ki traja dve leti. Preprečevalno zdravljenje pri BMR je bistveno slabše raziskano. Največ pristašev vzdrževalne terapije stavi na podaljšanje v akutni fazi

učinkovite terapije še v obdobje preprečevanja epizod. Bowden in sod. (2000) so opravili prvo študijo vzdrževalnega zdravljenja. Med tistimi, ki so prejeli samo valproat, je bilo manj ponovne depresije. Tisti, ki so jemali antidepresiv in valproat, pa so imeli bistveno boljše rezultate od tistih, ki so prejeli samo antidepresiv. Bolniki, ki so se zdravili z litijem, so imeli učinke, podobne valproatu.

Bowden in sod. (2005) so dokazali, da je večja korist lamotrigina pri preprečevanju depresije nedavno maničnih in ne pred kratkim depresivnih bolnikov.

5 ZAKLJUČEK

Sindrom depresije se pojavi pri DM in BMR. Klinična slika je lahko povsem podobna in pri prvi epizodi ni mogoče ločiti, za katero duševno motnjo gre. Nekatere značilnosti (zgoden začetek, družinska obremenjenost z motnjami razpoloženja in depresiji pridruženi manični simptomi) kažejo na depresijo v sklopu BMR. Ločiti DM in BMR je pomembno, saj je zdravljenje povsem drugačno. Še več: zdravljenje depresije v sklopu BMR po kliničnih poteh za DM je neučinkovito ali celo škodljivo – pripelje do obrata faze v manijo. Tudi preprečevalno zdravljenje je pri obeh motnjah zelo različno.

Literatura

- Angst J. Do Many Patients With Depression Suffer From Bipolar Disorder? *Can J Psychiatry*. 2006; 51: 3–5.
- Angst J, Sellaro R, Stassen HH, Gamma A. Diagnostic conversion from depression to bipolar disorders: results of a long-term prospective study of hospital admissions. *J Affect Disord*. 2005; 84: 149–157.
- Bailey J, Copen A. A comparison between the Hamilton Rating Scale and the Beck Inventory in the measurement of depression. *Br J Psychiatry*. 1976; 128: 486–489.
- Bobo WV. The Diagnosis and Management of Bipolar I and II Disorders: Clinical Practice Update. *Mayo Clinic Proceedings*. 2017; 92(10): 1532–1551.
- Bowden CL. Strategies to reduce misdiagnosis of bipolar depression. *Psychiatr Serv*. 2001; 52(1): 51–55.
- Bowden CL, Singh V, Thompson P, Gonzalez JM, Katz MM, Dahl M, Prihoda TJ, Chang X. Development of the bipolar inventory of symptoms scale. *Acta Psychiatr Scand*. 2007; 116(3): 189–194.
- Bowden CL, Collins MA, McElroy SL, Calabrese JR, Swann AC, Weisler RH, Wozniak PJ. Relationship of mania symptomatology to maintenance treatment response with divalproex, lithium, or placebo. *Neuropsychopharmacology*. 2005; 30(10): 1932–1939.

- Calabrese JR, Huffman RF, White RL, Edwards S, Thompson TR, Ascher JA, Monaghan ET, Leadbetter RA. Lamotrigine in the acute treatment of bipolar depression: results of five double-blind, placebo-controlled clinical trials. *Bipolar Disord*. 2008; 10(2): 323–333.
- Calabrese JR, Keck PE Jr, Macfadden W, Minkwitz M, Ketter TA, Weisler RH, Cutler AJ, McCoy R, Wilson E, Mullen J. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of quetiapine in the treatment of bipolar I or II depression. *Am J Psychiatry*. 2005; 162(7): 1351–1360.
- Davis LL, Bartolucci A, Petty F. Divalproex in the treatment of bipolar depression: a placebo-controlled study. *J Affect Disord*. 2005; 85(3): 259–266.
- Frye MA, Helleman G, McElroy SL, Altshuler LL, Black DO, Keck PE Jr, Nolen WA, Kupka R, Leverich GS, Grunze H, Mintz J, Post RM, Suppes T. Correlates of treatment-emergent mania associated with antidepressant treatment in bipolar depression. *Am J Psychiatry*. 2009; 166(2): 164–172.
- Ghaemi SN, Gilmer WS, Goldberg JF, Zablotsky B, Kemp DE, Kelley ME, Bauer AD, Fleck J, Filkowski MM, Stan VA, Dunn RT. Divalproex in the treatment of acute bipolar depression: a preliminary double-blind, randomized, placebo-controlled pilot study. *J Clin Psychiatry*. 2007; 68(12): 1840–1844.
- Goldberg JF, Perlis RH, Bowden CL, Thase ME, Miklowitz DJ, Marangell LB, Calabrese JR, Nierenberg AA, Sachs GS. Manic symptoms during depressive episodes in 1,380 patients with bipolar disorder: findings from the STEP-BD. *Am J Psychiatry*. 2009; 166(2):173–181.
- Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 1997; 170: 205–228.
- Hantouche EG, Akiskal HS, Lancrenon S, Allilaire JF, Sechter D, Azorin JM, Bourgeois M, Fraud JP, Châtenet-Duchêne L. Systematic clinical methodology for validating bipolar-II disorder: data in mid-stream from a French national multi-site study (EPIDEP). *J Affect Disord*. 1998; 50(2-3): 163–173.
- Hirschfeld RMA, Calabrese Jr, Weissman MM, Reed M, Davies MA, Frye MA in ostali. Screening for bipolar disorder in the community. *J Clin Psychiatry*. 2003; 64: 53–59.
- Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005; 62(6): 617–627.
- Nemeroff CB, Evans DL, Gyulai L, Sachs GS, Bowden CL, Gergel IP, Oakes R, Pitts CD. Double-blind, placebo-controlled comparison of imipramine and paroxetine in the treatment of bipolar depression. *Am J Psychiatry*. 2001; 158(6): 906–912.
- Sachs GS, Nierenberg AA, Calabrese JR, Marangell LB, Wisniewski SR, Gyulai L, Friedman ES, Bowden CL, Fossey MD, Ostacher MJ, Ketter TA, Patel J, Hauser P, Rapport D, Martinez JM, Allen MH, Miklowitz DJ, Otto MW, Dennehy EB, Thase ME. Effectiveness of adjunctive antidepressant treatment for bipolar depression. *N Engl J Med*. 2007; 356(17): 1711–1722.
- Svetovna zdravstvena organizacija. Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene, Avstralska modifikacija (MKB-10-AM). Pregledni seznam bolezni; 2008. Dostopno na: https://www.nijz.si/files/uploaded/ks_mkb10-am-v6_v02_splet.pdf (citirano: 4. 8. 2019).

- Sato T, Bottlender R, Schröter A, Möller HJ. Frequency of manic symptoms during a depressive episode and unipolar 'depressive mixed state' as bipolar spectrum. *Acta Psychiatr Scand.* 2003; 107(4): 268–274.
- Tohen M, Vieta E, Calabrese J, Ketter TA, Sachs G, Bowden C, Mitchell PB, Centorrino F, Risser R, Baker RW, Evans AR, Beymer K, Dube S, Tollefson GD, Breier A. Efficacy of olanzapine and olanzapine-fluoxetine combination in the treatment of bipolar I depression. *Arch Gen Psychiatry.* 2003; 60(11): 1079–1088.
- Zornberg GL, Pope HG Jr. Treatment of depression in bipolar disorder: new directions for research. *J Clin Psychopharmacol.* 1993; 13(6): 397–408.

EVALVACIJA UČINKOV PROGRAMA OPISMENJAVANJA O MOTNJAH RAZPOLOŽENJA NA RAVEN RAZUMEVANJA ZNAČILNOSTI IN POSLEDIC ANKSIOZNOSTI, DEPRESIJE IN BIPOLARNE MOTNJE RAZPOLOŽENJA

Lilijana Šprah¹

POVZETEK

V državah EU ima motnje razpoloženja več kot 50 milijonov prebivalcev. To predstavlja resen javnozdravstveni problem tako zaradi trpljenja posameznikov in njihovih družin kakor tudi velikih stroškov, ki so povezani z njihovim zdravljenjem in posledicami za družbo. Vse bolj aktualna zato postaja implementacija promocijsko preventivnih aktivnosti, usmerjenih v izboljšanje razumevanja motenj razpoloženja in njihovih posledic. Iz držav, kjer so tovrstne programe začeli sistematično izvajati in evalvirati njihove učinke, prihajajo spodbudna poročila, da z dokazi podprti in ciljno naravnani promocijsko preventivni programi prinašajo pozitivne spremembe v stališčih laične javnosti do duševnih motenj, izboljšuje se njihov odnos do zdravljenja, prav tako pa se širi poznavanje značilnosti motenj in njihovih posledic. S podobnimi ambicijami se je v letu 2017 vzpostavil tudi program Z večjo pismenostjo o duševnem zdravju do obvladovanja motenj razpoloženja (OMRA), v okviru katerega je bilo v regijah

-
1. Doktorica medicinskih ved, univerzitetno diplomirana psihologinja, višja znanstvena sodelavka, predstojnica; ZRC SAZU, Družbenomedicinski inštitut, Novi trg 2, 1000 Ljubljana
E-naslov: lilijana.sprah@zrc-sazu.si
Moška slovnična oblika zapisa v prispevku je uporabljena kot nevtralna za ženski in moški spol.

severovzhodne Slovenije izvedenih 22 delavnic s ciljem, da se pri 956 osebah, ki so se udeležile izobraževanj o motnjah razpoloženja, dvigne raven pismenosti o anksioznosti, depresiji in bipolarni motnji razpoloženja. Izsledki evalvacije učinkov delavnic OMRA so zelo pozitivni in kažejo na to, da se je vzpostavil učinkovit, z dokazi podprt protokol izobraževanja, ki sta ga zelo dobro sprejeli laična in strokovna javnost. To je prvi večdisciplinarni program izobraževanja o motnjah razpoloženja v Sloveniji, ki je zasnovan na konceptu pismenosti o duševnem zdravju, ima kompleksno strukturo in sistematično naslavlja razumevanje značilnosti in posledic motenj razpoloženja, njihovo destigmatizacijo in kompetence (samo)pomoči.

Ključne besede: izobraževanje, pismenost o duševnem zdravju, anksiozne motnje, depresija, bipolarna motnja razpoloženja

1 UVOD

Duševne motnje so v splošni populaciji zelo pogoste in verjetnost, da bo nekdo obolel za kakšno od njih, je med 40 in 50 % (Kessler in sod., 2005; 2007). Med najbolj razširjene duševne motnje razpoloženja se uvrščajo anksiozne in depresivne motnje, kar predstavlja tudi resen javnozdravstveni problem tako zaradi trpljenja posameznikov in njihovih družin kakor znatnih stroškov, ki so povezani z njihovim zdravljenjem in posledicami za družbo (Olesen in sod., 2012; Prince in sod., 2007; Wittchen in sod., 2011). V tem oziru še posebno izstopa depresija, ki se v primerjavi z drugimi zdravstvenimi težavami globalno gledano uvršča v sam vrh bremen bolezni, izraženih v letih življenja z invalidnostjo (angl. *Years Lived with Disability* – YLD) (Smith, 2014). Delno lahko razloge za takšno stanje pripišemo tudi stigmati, ki se drži duševnih motenj, poznemu iskanju strokovne pomoči in posledično dolgotrajnemu okrevanju (Henshaw, 2014). Raziskave kažejo, da npr. le slaba polovica oseb z depresijo ali generalizirano anksiozno motnjo poišče tudi strokovno pomoč (Kohn in sod., 2004; Roberts in sod., 2018), delež tistih, ki prejmejo tudi ustrezno diagnozo in terapijo, pa je še bistveno nižji (Clarke in Currie, 2009; Craven in Bland, 2013; Montano, 1994). Tako npr. avtorji za depresijo navajajo, da so pri 12,5 % pacientov, ki obišejo zdravnika na primarni ravni, prisotni tudi klinični znaki depresije, vendar je le 47 % takšnih pacientov tudi pravilno diagnosticiranih. Le 24 % od teh jih prejme terapijo, vendar zgolj pri 9 % je terapija ustrezna in le 6 % pacientov z ustrezno terapijo doseže remisijo (Pence in sod., 2012).

Če na eni strani raziskave razkrivajo, da obstaja veliko sivo polje neustrezne obravnave oseb, ki poiščejo pomoč pri strokovnih službah zaradi težav v dušev-

nem zdravju, pa ne gre zanemariti dejstva, da je tudi odločitev posameznikov, da poiščejo strokovno pomoč, kompleksen problem, na katerega vpliva vrsta dejavnikov. Raziskave kažejo, da predvsem ženske, ljudje srednjih let in osebe z višjo stopnjo izobrazbe v večji meri poiščejo strokovno pomoč (Boerema in sod., 2017; Picco in sod., 2016; Rabinowitz in sod., 1999). Pomemben faktor, ki vpliva na odločitev o iskanju pomoči, je prepoznava, torej ali oseba dojema svojo težavo kot duševno motnjo. Izsledki raziskav kažejo, da znaten delež laične javnosti ne prepozna duševnih motenj (Angermeyer in Dietrich, 2006). Laična javnost duševne motnje pogosto enači s psihosocialnimi pritiski ali stresom, šibkostmi osebe, ne pa z zdravstveno težavo (Altweck in sod., 2016; Matschinger in Angermeyer, 1996; Park in sod., 2018), kar se odraža pri iskanju strokovne pomoči, zanimanju za zdravljenje in prepričanjih o učinkovitosti zdravljenja (Morgan in sod., 2014).

1.1 Promocijsko preventivne aktivnosti in njihov vpliv na razumevanja duševnih motenj in njihovih posledic

Promocijsko preventivne aktivnosti, usmerjene v izboljšanje razumevanja duševnih motenj in njihovih posledic, so se že v več državah, ki so jih ciljno implementirale, izkazale kot zelo uspešne. Njihov cilj je bilo preoblikovanje stališč laične javnosti v smeri večjega sprejemanja odgovornosti za lastno duševno zdravje in spodbujanje zavedanja, da je zdravje vrednota. Pri tem so skušale vplivati tudi na prepričanja, zmanjšati predsodke o duševnih motnjah in dvigniti raven znanja o lastni zmožnosti posameznika, da varuje in ohranja svoje zdravje, prav tako pa so seznanjale o načinih pomoči (Goldney in sod., 2007; Gronholm in sod., 2017; Highet in sod., 2007). Evalvacije tovrstnih aktivnosti so pokazale pozitivne spremembe v stališčih javnosti do duševnih motenj in njihovem odnosu do zdravljenja, prav tako pa boljše poznavanje značilnosti motenj in njihovih posledic (Graham in sod., 2010; Henderson in sod., 2016; Jorm, 2012; Thornicroft in sod., 2016). Motnje razpoloženja so še posebej v ospredju zanimanja promocijsko preventivnih aktivnosti, saj zadnje epidemiološke raziskave beležijo, da v državah EU za njimi trpi več kot 50 milijonov ljudi (IHME, 2018; OECD/EU, 2018).

Eden učinkovitejših pristopov ozaveščanja in informiranja prebivalstva o značilnostih in posledicah motenj razpoloženja izhaja iz koncepta pismenosti o duševnem zdravju (angl. *Mental Health Literacy*, v nadaljevanju PDZ) (Furnham in Lousley, 2013; Goldney in sod., 2001; Jorm, 2012; Jorm in sod., 1997; Kutcher in sod., 2016; Nutbeam, 2000). Koncept PDZ opredeljuje pismenost kot skupek kognitivnih in socialnih veščin posameznika, ki omogočajo vedenje, kako pridobiti in vzdrževati dobro duševno zdravje, razumevanje duševnih motenj in

njihovega zdravljenja, zmanjševanje stigme, povezane z duševnimi motnjami, znanje, kdaj in kje poiskati pomoč, razvijanje kompetenc, namenjenih izboljšanju skrbi za duševno zdravje, in sposobnost samopomoči (Kutcher in sod., 2016; Jorm in sod., 1997). Ne glede na to pa programi, ki se opirajo na koncept PDZ, le redko izvajajo evalvacije, ki bi preverjale vse navedene vidike pismenosti, ampak pretežno naslavljajo sposobnost posameznika za prepoznavanje specifičnih duševnih motenj. V ta namen je bilo razvitih že več evalvacijskih orodij (O'Connor in sod., 2014; Wei in sod., 2016). V aktualni literaturi lahko zasledimo, da se največ raziskav na področju motenj razpoloženja usmerja predvsem v evalvacijo prepoznavanja motenj razpoloženja, ravni pismenosti o anksioznih in depresivnih motnjah in stigme, povezane z iskanjem pomoči (Furnham in Hamid, 2014; Gronholm in sod., 2017; Hansson in sod., 2016; Reavley in sod., 2014; Singh in sod., 2019; O'Connor in sod., 2014). Le maloštevilne študije pa naslavljajo pismenost o bipolarni motnji razpoloženja, saj vse do nedavno še ni bilo razvito, niti standardizirano orodje za preverjanje pismenosti o tej motnji razpoloženja (Stump in Eng, 2018).

1.2 Namen evalvacije delavnic OMRA

Leta 2017 smo v Sloveniji začeli izvajati nov promocijsko preventivni program na področju duševnega zdravja v obliki in vsebini, ki v slovenskem prostoru do takrat še ni bila vzpostavljena (več o vsebini in poteku programa OMRA² gl. Šprah, L.: *Uvajanje inovativnega programa pismenosti o motnjah razpoloženja v Sloveniji: rezultati in učinki programa*). Program je bil utemeljen na konceptu pismenosti o duševnem zdravju z osrednjim ciljem dvigniti raven pismenosti o motnjah razpoloženja (depresija, anksiozne motnje, bipolarna motnja razpoloženja) v laični javnosti. V ta namen so bila razvita različna orodja in pristopi. Ena od aktivnosti opismenjevanja je potekala tudi na terenu v obliki delavnic o prepoznavanju in rešitvah težav, povezanih s stresom, depresijo, anksioznimi in drugimi duševnimi motnjami (v nadaljevanju delavnica OMRA).

Namen evalvacije je bil pri udeležencih delavnic OMRA preveriti:

- a) kakšna je njihova sposobnost prepoznavanja anksioznosti, depresije in bipolarnih motenj razpoloženja,
- b) kakšna je njihova raven pismenosti o anksioznosti, depresiji in bipolarni motnji razpoloženja,
- c) kakšen je vpliv delavnic OMRA na raven pismenosti o motnjah razpoloženja,

2. OMRA – akronim programa Z večjo pismenostjo o duševnem zdravju do obvladovanja motenj razpoloženja

- č) ali obstaja razlika v ravni pismenosti o motnjah razpoloženja med skupinama oseb, ki so se udeležile delavnic, ker jih je tovrstna tematika zanimala ali so se same soočale s težavami v duševnem zdravju pri svojih bližnjih, svojcih ali sebi, in skupino oseb, ki se pri svojem delu srečujejo z osebami s težavami v duševnem zdravju (strokovni delavci, predstavniki/člani lokalnih deležnikov).

2 METODA

2.1 Udeleženci evalvacije

V evalvacijo so bili vključeni udeleženci delavnic OMRA, ki so se izvajale v regijah severovzhodne Slovenije (koroška, podravska in pomurska regija) od oktobra 2018 do maja 2019 v dveh modalitetah:

- delavnice, namenjene osebam, ki jih je tovrstna tematika zanimala ali so se soočale s težavami v duševnem zdravju pri svojih bližnjih, svojcih ali sebi (skupina A),
- delavnice, namenjene strokovnim delavcem in predstavnikom organizacij, ki se pri svojem delu srečujejo z osebami s težavami v duševnem zdravju (skupina B).

Od skupno 956 udeležencev delavnic je bilo v postopek evalvacije vključenih 936, izključeni pa so bili tisti udeleženci, ki so oddali nepopolne oz. neveljavne vprašalnike oz. jih sploh niso oddali. Podrobnejše sociodemografske značilnosti udeležencev delavnic, ki so bili vključeni v evalvacijo, so predstavljene v tabeli 1.

Tabela 1: Opis vzorca udeležencev delavnic (N = 936), ki so bili vključeni v evalvacijo

SKU-PINA	SPOL (%)		STAROST (leta)		STALNO PREBIVALIŠČE		IZOBRAZBA (%)		STATUS (%)	
	Ženski	Moški	M	SD	Me-sto	Pode-želje				
SKUPINA A (N = 428)	75,5	24,5	46,4	15,1	49,8	50,2	Osnovna šola ali manj	10,4	Študent oz. dijak	2,1
							Krajše izobraževanje – USO-programi za usposabljanje	1,4	Zaposlen	42,6
							Poklicna šola	13,2	Nezaposlen	36,0
							Srednja šola	35,0	Upokojen	19,3
							Višja šola (I. bolonjska stopnja)	10,7		
							Fakulteta, visoka šola (II. bolonjska stopnja)	24,8		
							Magisterij ali doktorat znanosti	4,4		
SKUPINA B (N = 508)	91,1	8,9	45,1	6,1	42,1	57,9	Osnovna šola ali manj	2,0	Študent oz. dijak	1,4
							Krajše izobraževanje – USO-programi za usposabljanje	0,8	Zaposlen	90,2
							Poklicna šola	2,7	Nezaposlen	2,4
							Srednja šola	10,8	Upokojen	6,0
							Višja šola (I. bolonjska stopnja)	13,9		
							Fakulteta, visoka šola (II. bolonjska stopnja)	62,7		
							Magisterij ali doktorat znanosti	7,1		

Opombe: M = povprečna starost; SD = standardna deviacija; skupina A = osebe, ki so se udeležile delavnice, ker jih je tovrstna tematika zanimala ali so se same soočale s

težavami v duševnem zdravju pri svojih bližnjih, svojcih ali sebi; skupina B = osebe, ki se pri svojem delu srečujejo z osebami s težavami v duševnem zdravju (strokovni delavci, predstavniki/člani lokalnih deležnikov).

2.2 Pripomočki

Udeleženci delavnic so v okviru delavničnega materiala prejeli sklop vprašalnikov, ki so jih po navodilih vodij anonimno izpolnjevali med izvajanjem delavnic. Prvi sklop vprašanj se je nanašal na osnovne sociodemografske podatke. Vprašanja, ki so sledila, pa so bila namenjena preverjanju pismenosti o anksioznosti, depresiji in bipolarni motnji razpoloženja.

2.2.1 Prepoznavanje anksiozne motnje, depresije in bipolarne motnje razpoloženja

Za namene prepoznavanja posameznih motenj razpoloženja so bili uporabljeni tipični opisi motenj razpoloženja v obliki osebne zgodbe (angl. *Case vignette*). Za anksioznost, depresijo in bipolarno motnjo razpoloženja so bili primeri zgodb oblikovani in povzeti po študijah, ki so vključevale primerljiv protokol prepoznavanja motenj razpoloženja in ob upoštevanju diagnostičnih kriterijev posameznih motenj razpoloženja (American Psychiatric Association, 2013; Gong in Furnham, 2014; Majcen, 2016; O'Connor in sod., 2014; Reavley in Jorm, 2011). Udeleženci so bili naprošeni, da po predstavitvi posameznega primera motnje iz nabora 17 možnosti obkrožijo samo tisti odgovor (zgolj enega), ki najbolj točno opisuje, kaj se dogaja z osebo v opisu.

2.2.2 Orodja za oceno ravni pismenosti o depresiji, anksioznosti in bipolarni motnji razpoloženja

Raven pismenosti o depresiji, anksioznosti in bipolarni motnji razpoloženja smo preverjali s tremi orodji. Za namene ocenjevanja pismenost o anksioznosti in depresiji sta bila uporabljena že uveljavljena vprašalnika iz tega področja A-lit (Anxiety Literacy) in D-lit (Depression Literacy) (Australian National University; National Institute for Mental Health Research, 2014a; 2014b; Griffiths in sod., 2004; Gulliver in sod., 2012). Vprašalnika sta bila za namene uporabe v sklopu programa OMRA prevedena v slovenščino. Vprašalnik pismenosti o bipolarni motnji B-lit smo razvili sami. Vanj smo vključili primerljiva področja seznanjenosti o bipolarni motnji, kot so jih avtorji vključili v vprašalnika A-lit in D-lit, prav tako smo uporabili enako metodologijo odgovarjanja na vprašanja in razmerje med pravilnimi in napačnimi trditvami.

Vsakega od vprašalnikov sestavlja 22 trditev o anksiozni motnji, depresiji oz. bipolarni motnji razpoloženja. Udeleženci so pri vsaki trditvi označili odgovor PRAVILNO, če so menili, da trditev drži, ali NAPAČNO, če so presodili, da navedeno ne drži. V vseh treh vprašalnikih smo uvedli tudi kategorijo odgovora NE VEM, če udeleženci o trditvi niso imeli mnenja oz. niso poznali odgovora. S tem pristopom smo se želeli izogniti prisilnemu izbiranju odgovorov in ugibanju v primerih, ko udeleženci ne bi bili prepričani o svojem odgovoru. Če je udeleženec podal pravilni odgovor, se je slednji točkoval z eno točko, nepravilni odgovori in odgovori, o katerih ni imel mnenja, pa so šteli 0 točk. Najvišji skupni rezultat pri posameznem vprašalniku je znašal 22 točk, najmanjši pa 0 točk.

2.3 Postopek pridobivanja podatkov

Pred začetkom izvajanja delavnic so slušatelji izpolnili sklop vprašanj, kjer so podali svoje osnovne sociodemografske podatke: spol, starost, stalno prebivališče, izobrazbo, status. Nato so na treh primerih krajših osebnih zgodb z opisi posameznih motenj razpoloženja na seznamu 17 možnosti označili tisto, ki je po njihovem mnenju najtočneje opisovala vrsto težave v duševnem zdravju, predstavljene v posameznem primeru. Orodja za preverjanje pismenosti o anksioznosti (A-lit), depresiji (D-lit) in bipolarni motnji (B-lit) so bila aplicirana dvakrat: pred vsakim tematskim izobraževanjem o določeni motnji razpoloženja in po njem. Vprašalnike smo sproti zbirali, jih kasneje ustrezno označili in podatke vnesli v podatkovne baze.

2.3.1 Vsebina in potek delavnice OMRA

Vsebino in potek delavnice o motnjah razpoloženja smo zasnovali tudi s pomočjo intervjujev in fokusnih skupin, kjer smo s sogovorniki iz regij severovzhodne Slovenije preverjali, o katerih vsebinah bi se želeli izobraževati, in v kakšni obliki naj bi bile podane. Udeležba na delavnicah je bila prostovoljna, prijava pa je potekala na spletni platformi programa ali preko lokalnih deležnikov, pridruženih partnerjev programa OMRA. Vsebinsko je bila delavnica OMRA oblikovana tako, da smo v peturnem izobraževanju naslovili ključne tematike, ki se povezujejo z motnjami razpoloženja. Za uvodnim delom, kjer smo predstavili program OMRA, njegovo izobraževalno platformo in pomen duševnega zdravja za posameznika in družbo, smo podrobneje osvetlili problematiko stresa, njegove značilnosti in povezanost z motnjami razpoloženja kot njihovem sprožilcu in vzdrževalcu. Zatem so bile predstavljene motnje anksioznosti, depresija in bipolarna motnja razpoloženja. Pri vsaki motnji smo orisali njene značilnosti, vzroke in pristope zdravljenja. V zadnjem delu smo predstavili problematiko samostigme in dile-

me samorazkrivanja v zasebnem in delovnem okolju. Ob zaključku delavnice se je predavanju o oblikah (samo)pomoči, ki so na voljo za zdravljenje motenj razpoloženja, pridružil še lokalni psihiater oz. psihoterapevt, ki je udeležence seznanil s konkretnimi postopki iskanja strokovne podpore v lokalnem okolju.

2.4 Statistična obdelava podatkov

Za statistično obdelavo podatkov je bil uporabljen računalniški programski paket IBM SPSS Statistics 22. Za namene preverjanja razlik v ravni pismenosti o motnjah razpoloženja (anksioznost, depresija, bipolarna motnja razpoloženja) med skupinama A in B pred delavnicami in po njih je bil uporabljen neparametrični test Mann-Whitney U test. Za preverjanje učinkov delavnice na raven pismenosti pri posamezni skupini pa se je uporabil neparametrični Wilcoxonov test predznačenih rangov.

3 REZULTATI

3.1 Prepoznavanje motenj razpoloženja

Analiza prepoznavanja posameznih primerov opisov anksioznosti, depresije in bipolarne motnje razpoloženja je pokazala, da je največ udeležencev pravilno prepoznalo opis depresije in imelo največ težav pri opisu bipolarne motnje razpoloženja, kjer je bilo tudi največ nepravilnih odgovorov (tabela 2). Večji delež oseb iz skupine B je v primerjavi s skupino A pravilno prepoznal vsako od treh predstavljenih motenj razpoloženja. Podrobnejši rezultati prepoznavanja motenj razpoloženja pri obeh skupinah so prikazani v tabeli 2.

Tabela 2: Prepoznavanje motenj razpoloženja

	Osebna zgodba (anksioznost)		Osebna zgodba (depresija)		Osebna zgodba (bipolarna motnja razpoloženja)	
	Skupina A	Skupina B	Skupina A	Skupina B	Skupina A	Skupina B
	%		%		%	
Anksiozna motnja	43,2	69,4	6,4	4,5	7,9	3,0
Depresija	12,4	6,2	57,3	72,7	2,6	2,2
Bipolarna motnja razpoloženja	2,1	0,2	2,1	1,8	18,9	26,6
Psihične, čustvene, duševne težave	25,1	16,9	11,8	9,1	16,3	6,6
Življenjska kriza	1,7	0,6	4,0	3,2	6,7	2,2
Shizofrenija	1,2	0,0	1,2	0,4	14,8	22,9
Psihoza	1,0	1,8	0,9	0,8	11,7	20,9
Duševna motnja	5,0	2,8	5,7	2,6	10,3	11,1
Stres	2,6	1,6	6,8	4,3	2,9	0,4
Živčni zlom	0,0	0,0	0,5	0,0	0,5	0,0
Zloraba psihoaktivnih substanc	0,2	0,0	0,2	0,0	2,6	0,8
Z njim/hjo ni nič narobe.	1,0	0,0	0,9	0,0	1,0	0,8
Bulimija	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Anoreksija	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Alkoholizem	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2
Rak	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ne vem.	4,3	0,6	2,1	0,6	3,8	2,4

Opombe: skupina A = osebe, ki so se udeležile delavnice, ker jih je tovrstna tematika zanimala ali so se same soočale s težavami v duševnem zdravju pri svojih bližnjih, svojcih ali sebi; skupina B = osebe, ki se pri svojem delu srečujejo z osebami s težavami v duševnem zdravju (strokovni delavci, predstavniki/člani lokalnih deležnikov).

3.2 Raven pismenosti o motnjah razpoloženja

Raven pismenosti o motnjah razpoloženja se je pri udeležencih delavnic evalvirala pred izvajanjem tematskega predavanja o anksioznosti, depresiji oz. bipolarni motnji razpoloženja in po njem (tabela 3).

3.2.1 Vpliv delavnic OMRA na raven pismenosti o anksioznosti, depresiji in bipolarni motnji razpoloženja

Analiza podatkov je pokazala, da je bila v obeh skupinah pred delavnico povprečna raven pismenosti o depresiji najvišja, raven pismenosti o anksioznosti pa najnižja. Skupina A je pri vseh treh motnjah dosegala nižjo povprečno raven pismenosti v primerjavi s skupino B tako pred delavnico kakor po njej (tabela 3). Po delavnici se je delež pravih odgovorov v obeh skupinah povečal in največja razlika v ravni pismenosti se je pokazala pri obeh skupinah pri bipolarni motnji razpoloženja (skupina A: 19,4 %, skupina B: 22,7 %).

Tabela 3: Raven pismenosti o motnjah razpoloženja pred delavnico OMRA in po njej

MOTNJA RAZPOLOŽENJA	Skupina	Testiranje	Raven pismenosti (%)	Razlika v ravni pismenosti po delavnici (%)
ANKSIOZNOST	Skupina A	Pred delavnico	53,9	17,8
		Po delavnici	71,7	
	Skupina B	Pred delavnico	62,9	19,3
		Po delavnici	82,2	
DEPRESIJA	Skupina A	Pred delavnico	63,9	12,9
		Po delavnici	76,9	
	Skupina B	Pred delavnico	75,1	12,9
		Po delavnici	88,0	
BIPOLARNA MOTNJA RAZPOLOŽENJA	Skupina A	Pred delavnico	62,2	19,4
		Po delavnici	81,6	
	Skupina B	Pred delavnico	68,4	22,7
		Po delavnici	91,0	

Opombe: raven pismenosti prikazana kot % pravih odgovorov; skupina A = osebe, ki so se udeležile delavnice, ker jih je tovrstna tematika zanimala ali so se soočale s težavami v duševnem zdravju pri svojih bližnjih, svojcih ali sebi; skupina B = osebe, ki se pri svojem delu srečujejo z osebami s težavami v duševnem zdravju (strokovni delavci, predstavniki/člani lokalnih deležnikov).

Opravili smo tudi dodatno analizo postavk iz vprašalnikov glede pismenosti o depresiji, anksioznosti in bipolarni motnji, na katere sta pred izvajanjem delavnice vsaj 2/3 udeležencev odgovorili napačno oz. z možnostjo ne vem (tabela 4). Na vprašalniku glede pismenosti o anksiozni motnji sta v tem pogledu pri obeh skupinah najbolj izstopali naslednji postavki: *Ljudje z anksiozno motnjo pogosto govorijo nejasno in nepovezano* in *Veliko načinov zdravljenja anksiozne motnje*

je učinkovitejših od antidepresivov. Delež oseb, ki so po delavnici na isto postavko odgovorili napačno, se je zmanjšal v obeh skupinah, najbolj v skupini B pri postavki *Antidepresivi so učinkovit način zdravljenja anksiozne motnje* (64,5 %). Pri vprašalniku glede pismenosti o depresiji sta v obeh skupinah pred delavnico najbolj izstopali postavki *Specialisti klinične psihologije lahko predpisujejo antidepresive* in *Svetovanje je pri depresiji enako učinkovito kot kognitivno-vedenjska terapija*, saj je bilo tukaj največ napačnih odgovorov. Na vprašalniku glede pismenosti o bipolarni motnji pa se je v obeh skupinah pojavilo največ napačnih odgovorov pred delavnico na naslednjih postavkah: *Osebe z bipolarno motnjo razpoložena imajo krajšo življenjsko dobo* in *Zdravljenje bipolarne motnje razpoložena izvaja psihoterapevt*. Delež oseb, ki so po delavnici na istih postavkah podali pravilni odgovor, se je v obeh skupinah povečal. Najbolj je izstopala postavka *Osebe z bipolarno motnjo razpoložena imajo krajšo življenjsko dobo*, kjer je v skupini B po delavnici nanjo napačno odgovorilo le še 9,5 %.

Tabela 4: Predstavitev postavk v vprašalniku, vezanem na pismenosti o motnjah razpoloženja, na katere so udeleženci delavnic OMRA najpogosteje odgovorili napačno oz. z možnostjo ne vem

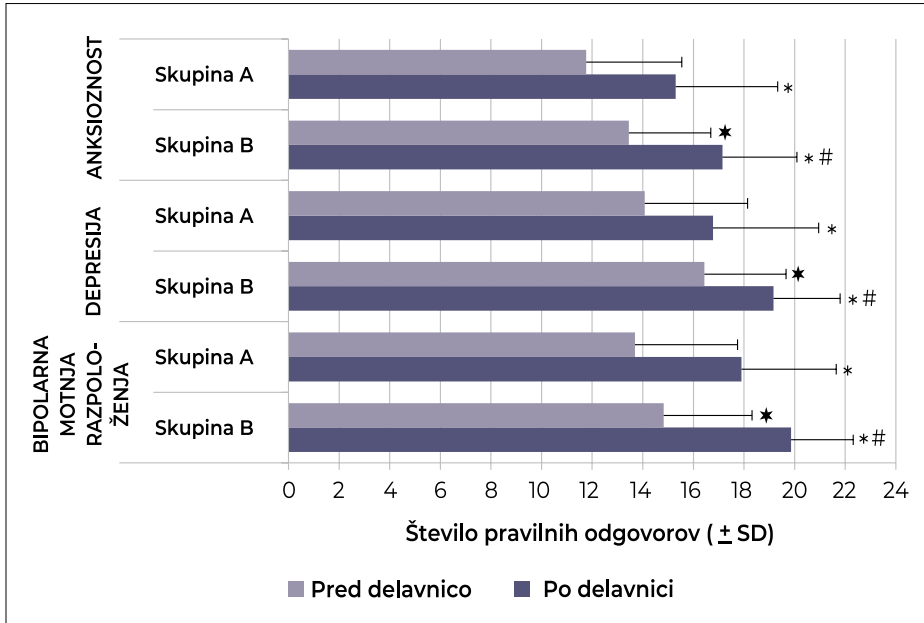
MOTNJA RAZPOLOŽENJA	Skupina	Postavke vprašalnika	Delež oseb z napačnim odgovorom in izbrano možnostjo ne vem PRED delavnico (%)	Delež oseb z napačnim odgovorom in izbrano možnostjo ne vem PO delavnici (%)
ANKSIOZNOST	A	1. Ljudje z anksiozno motnjo pogosto govorijo nejasno in nepovezano.	75,5	33,9
		17. Veliko načinov zdravljenja anksiozne motnje je učinkovitejših od antidepresivov.	85,9	58,0
		18. Akupunktura je enako učinkovita za zdravljenje anksiozne motnje kot kognitivno-vedenjska terapija.	74,1	23,8
	B	1. Ljudje z anksiozno motnjo pogosto govorijo nejasno in nepovezano.	64,7	32,8
		16. Antidepresivi so učinkovit način zdravljenja anksiozne motnje.	68,5	4,0
		17. Veliko načinov zdravljenja anksiozne motnje je učinkovitejših od antidepresivov.	89,8	36,8

DEPRESIJA	A	12. Specialisti klinične psihologije lahko predpisujejo antidepresive.	75,4	42,7
		17. Svetovanje je pri depresiji enako učinkovito kot kognitivno-vedenjska terapija.	74,3	48,8
	B	12. Specialisti klinične psihologije lahko predpisujejo antidepresive.	63,8	20,9
		17. Svetovanje je pri depresiji enako učinkovito kot kognitivno-vedenjska terapija.	64,7	27,8
BIPOLARNA MOTNJA RAZPOLOŽENJA	A	9. Osebe z bipolarno motnjo razpoloženja imajo krajšo življenjsko dobo.	87,6	21,1
		13. Zdravljenje bipolarne motnje razpoloženja izvaja psihoterapevt.	72,7	36,6
	B	9. Osebe z bipolarno motnjo razpoloženja imajo krajšo življenjsko dobo.	89,9	9,5
		13. Zdravljenje bipolarne motnje razpoloženja izvaja psihoterapevt.	60,9	22,9

Opombe: skupina A = osebe, ki so se udeležile delavnice, ker jih je tovrstna tematika zanimala ali so se same soočale s težavami v duševnem zdravju pri svojih bližnjih, svojcih ali sebi; skupina B = osebe, ki se pri svojem delu srečujejo z osebami s težavami v duševnem zdravju (strokovni delavci, predstavniki/člani lokalnih deležnikov).

Statistična analiza je pokazala pomembno višjo raven znanja po delavnici pri skupini B, saj je bila izkazana povprečna raven pismenosti o anksioznosti, depresiji in bipolarni motnji tako pred delavnico kakor po njej v skupini B pomembno višja v primerjavi s skupino A. V obeh skupinah se je pokazal pomemben vpliv delavnice na povprečno raven pismenosti o anksioznosti, depresiji in bipolarni motnji, saj so bile razlike v številu pravih odgovorov po delavnici v obeh skupinah statistično pomembne (graf 1).

Graf 1: Primerjava povprečnih ravni pismenosti o motnjah razpoloženja pred delavnico OMRA in po njej



Opomba: skupina A = osebe, ki so se udeležile delavnice, ker jih je tovrstna tematika zanimala ali so se same soočale s težavami v duševnem zdravju pri svojih bližnjih, svojcih ali sebi; skupina B = osebe, ki se pri svojem delu srečujejo z osebami s težavami v duševnem zdravju (strokovni delavci, predstavniki/člani lokalnih deležnikov); * = statistično pomembna razlika v povprečni ravni pismenosti po delavnici na ravni posamezne skupine; # = statistično pomembna razlika med skupino A in B v povprečni ravni pismenosti pred delavnico; # = statistično pomembna razlika v povprečni ravni pismenosti med skupino A in B po delavnici.

4 RAZPRAVA

Osnovni namen evalvacije učinkov delavnic OMRA na raven pismenosti o motnjah razpoloženja je bil preveriti, ali je implementirani protokol izvajanja delavnic in preverjanja njihovih učinkov, ki smo ga vzpostavili na že mednarodno uveljavljeni paradigmi pismenosti o duševnem zdravju (Jorm in sod., 1997; Kutcher in sod., 2016), ustrezen glede na pridobljena znanja in razumevanje značilnosti anksioznih motenj, depresije in bipolarni motnje razpoloženja. Pri tem smo upoštevali, da so se delavnice izvajale ločeno za dve ciljni skupini oseb (gl. poglavje 3.1), zato je bila evalvacija opravljena tako na ravni posamezne skupine kakor na ravni medskupinskih primerjav.

Evalvirani skupini sta se po nekaterih izbranih sociodemografskih podatkih precej razlikovali (tabela 1). V skupini B so močno prevladovala ženske (91,1 %) in osebe z višjo izobrazbeno strukturo (62,7 % s fakultetno izobrazbo), 90,2 % je bilo delovno aktivnih, medtem ko je bil v skupini A večji delež moških udeležencev (24,5 %), izobrazbena struktura je bila nižja, pri čemer je prevladovala srednješolska izobrazba (35,0 %), 24,8 % jih je imelo fakultetno izobrazbo, delovno aktivnih je bilo 42,6 %, nezaposlenih 36 % in upokojenih 19,3 %.

Ključni rezultati evalvacije učinkov delavnic OMRA so bili naslednji: 1) najmanj težav so udeleženci delavnic imeli s prepoznavanjem depresije in največ z bipolarno motnjo razpoloženja, 2) raven pismenosti o anksioznosti, depresiji in bipolarni motnji pred delavnicami je bila na višji ravni pri skupini oseb, ki so jo sestavljali strokovni delavci in predstavniki organizacij, ki se pri svojem delu srečujejo z osebami s težavami v duševnem zdravju (skupina B), 3) udeleženci delavnic obeh skupin so izkazali višjo raven pismenosti o anksioznih motnjah, depresiji in bipolarni motnji po delavnicah, s tem da je bila višja raven znanja zaznana pri strokovnih delavcih in predstavnikih organizacij, ki se pri svojem delu srečujejo z osebami s težavami v duševnem zdravju, 4) največji preskok v ravni pismenosti po delavnici se je pojavil v obeh skupinah pri bipolarni motnji razpoloženja in najmanjši pri depresiji.

4.1 Prepoznavanje motenj razpoloženja

Pričakovano je največji delež udeležencev pravilno prepoznal opis depresije, v manjši meri anksiozno motnjo, največ težav pa so imeli z bipolarno motnjo razpoloženja, pri čemer jo je v skupini A pravilno prepoznalo 18,9 %, v skupini B pa 26,6 %. Bipolarno motnjo so v obeh skupinah v visokem deležu udeleženci prepoznali kot shizofrenijo (skupina A: 14,8 %, skupina B: 22,9 %). Na splošno smo opazili trend, da je skupina B v primerjavi s skupino A izkazala boljše prepoznavo posameznih motenj razpoloženja (tabela 2), kar ne preseneča, saj je to bila skupina, ki so jo sestavljali predvsem strokovni delavci, zaposleni v centrih za socialno delo, zdravstvu, nevladnih organizacijah, zavodu za zaposlovanje, učitelji. Rezultati evalvacije so primerljivi z nekaterimi drugimi študijami, ki prav tako ugotavljajo, da je prepoznavanje depresije boljše v primerjavi z nekaterimi drugimi duševnimi motnjami. Tako depresijo prepozna okrog 70 % populacije, slabše pa druge anksiozne motnje, kot so generalizirana anksiozna motnja (2,84 %), obsesivno-kompulzivna motnja (64,6 %), panična motnja (1,26 %) in bipolarna motnja razpoloženja (28,4 %) (Furnham in Lousley, 2013; Furnham in sod., 2014; Majcen, 2016; Reavley in Jorm, 2011). Verjetno lahko vsaj deloma pripišemo takšen rezultat tudi dejstvu, da je depresija pogosta in se o njej v javnosti tudi več govori v primerjavi z ostalimi motnjami razpoloženja.

4.2 Raven pismenosti o anksioznosti, depresiji in bipolarni motnji razpoloženja

Podobno kot pri prepoznavanju različnih motenj razpoloženja se je izkazalo tudi pri testiranju ravni pismenosti o posameznih motnjah razpoloženja, da se je najvišja raven znanja pred delavnicami v obeh skupinah razkrila pri depresiji (tabela 3), sledila je bipolarna motnja, medtem ko se je najnižja raven pismenosti izkazala pri anksiozni motnji razpoloženja. Rezultati so primerljivi z izsledki študij, ki so uporabljale enako metodologijo (vprašalnika A-lit in D-lit) (Griffiths in sod., 2004; Gulliver in sod., 2012; Majcen, 2017; Taylor-Rodgers in Batterham, 2014). Po delavnici se je raven znanja v obeh skupinah povečala, največja razlika v napredku pa se je pokazala pri bipolarni motnji razpoloženja. Skupina A je pri vseh treh motnjah dosegala nižjo povprečno raven pismenosti v primerjavi s skupino B tako pred delavnico kakor tudi po njej (tabela 3). Študije, ki spremljajo spremembe na ravni pismenosti o duševnem zdravju po različnih intervencijah, ne dajejo vedno enoznačnih rezultatov, tudi zato ker so intervencijske aktivnosti zelo različne tako po obliki kot vsebini, prav tako orodja, s katerimi se spremljajo njihovi učinki. Lahko pa iz rezultatov študij razberemo prevladujoči trend, da se po intervencijah, ki naslavljajo težave v duševnem zdravju, poveča raven pismenosti o duševnem zdravju ali specifičnih duševnih motnjah (Brijnath in sod., 2016). Tako npr. Taylor-Rodgers in Batterham (2014) poročata, da se je po spletni psihoedukacijski intervenciji dvignila raven pismenosti o anksioznosti, medtem ko na raven pismenosti o depresiji psihoedukacijska intervencija ni imela pomembnega učinka. Spletne intervencije, ki so ponujale izobraževanja o značilnosti motenj, razpoložljivih oblikah pomoči in destigmazacijske vsebine, so se v študiji Gulliver in sod. (2012) izkazale za učinkovite, saj se je raven pismenosti o depresiji in anksioznosti po intervencijah pomembno zvišala. Študija Hanssona in sod. (2016) poroča, da se je po švedski nacionalni kampanji za zmanjšanje stigme zvišala raven pismenosti o duševnem zdravju v populaciji. Prav tako dokazuje metaanaliza zelo razširjenega avstralskega programa Mental Health First Aid training (Morgan in sod., 2018), da se je pri udeležencih tega programa dvignila raven pismenosti o duševnem zdravju. Evalvacija programa treninga družinskih zdravnikov za boljše odzivanje na depresijo in anksiozne motnje (The Mental Health Aptitudes into Practice; MAP) je razkrila, da se je poleg povečanja zaupanja v svoje kompetence in sposobnosti dela s pacienti, ki imajo tudi težave v duševnem zdravju, dvignila tudi njihova raven pismenosti o duševnem zdravju (Graham in sod., 2010).

Za namene preverjanja pismenosti o bipolarni motnji razpoloženja smo razvili lasten vprašalnik, ki je sledil ključnim značilnostim orodij A-lit in D-lit, do nedavno

namreč ni bilo na voljo tovrstnih standardiziranih orodij (Stump in Eng, 2018). Rezultati evalvacije so pokazali, da je bila pismenosti o bipolarni motnji pred delavnico pri obeh skupinah dokaj visoka, vendar na podobni ravni kot pismenost o anksiozni motnji. V obeh skupinah se je po delavnici najbolj povečala raven pismenosti o bipolarni motnji razpoloženja (skupina A: 19,2 %, skupina B: 23,2 %). Možno, da se del tega rezultata nanaša tudi na transfer znanja. Bipolarna motnja razpoloženja je bila namreč predstavljena po predavanjih o anksiozni in depresivni motnji, zato so udeleženci v tem delu lahko pridobili določena znanja, ki so jim pomagala pri izpolnjevanju vprašalnika B-lit.

Podrobnejša analiza postavk, ki so udeležencem delala največ težav, je pokazala, da je področje zdravljenja motenj razpoloženja še vedno tisto, kjer vlada precej predsodkov in tudi slabega poznavanja značilnosti posameznih terapevtskih intervencij. Iz odgovorov je mogoče sklepati, da tako laična kot tudi strokovna javnost ni dobro poučena o antidepresivih, prav tako ne o drugih pristopih zdravljenja motenj razpoloženja. Postavke, ki so pred izvajanjem delavnic zabeležile največ nepravilnih odgovorov oz. izbiro možnosti ne vem, so naslednje (tabela 4): *veliko načinov zdravljenja anksiozne motnje je učinkovitejših od antidepresivov, akupunktura je enako učinkovita za zdravljenje anksiozne motnje kot kognitivno-vedenjska terapija, specialisti klinične psihologije lahko predpisujejo antidepresive, zdravljenje bipolarni motnje razpoloženja izvaja psihoterapevt*. Primerljive rezultate je pokazala tudi slovenska raziskava Pismenost o duševnem zdravju v povezavi z nekaterimi vidiki javnega duševnega zdravja v dveh slovenskih regijah (Majcen, 2016). V Sloveniji se sicer zadnja leta opaža zaželen trend večjega predpisovanja antidepresivov v razmerju do pomirjeval (Kostnapfel in Albrecht, 2017), vendar slabo poznavanje učinkov antidepresivov in indikacij za njihovo predpisovanje se lahko odraža v negativnem odnosu laične javnosti do tega, da poišče strokovno pomoč, oz. tovrstna stališča vplivajo na neredno jemanje zdravil (Clarke in Currie, 2009; Goldney in Fisher, 2001; Pence in sod., 2012; Reavley in Jorm, 2011). V tem oziru vlada v slovenskem prostoru še veliko rezerve in programi, ki bi v večji meri ozaveščali javnost o farmakoterapevtskih pristopih zdravljenja duševnih motenj, bi bili več kot dobrodošli. Na delavnicah OMRA smo namreč zaznali, da je področje predstavljanja zdravil, ki se uporabljajo pri zdravljenju motenj razpoloženja, tisto, ki je udeležence vedno zelo pritegnilo. Vodjem delavnic so zastavljali veliko vprašanj in izrazili tudi precej pomislekov glede učinkov terapij z zdravili in njihovih stranskih učinkov, kar kaže na to, da naši zdravniki v ambulantnih ali bolnišničnih kontaktih s pacienti še vedno posvetijo temu pomembnemu področju premalo pozornosti.

Rezultati evalvacije učinkov delavnic OMRA so se pokazali v več ozirih skladni s primerljivimi mednarodnimi raziskavami s tega področja, vendar velja omeniti

nekaj omejitev evalvacije, ki bi lahko vplivale tudi na naravo izsledkov. Najprej: uporabljena evalvacijska orodja niso standardizirana za uporabo v slovenskem okolju in je pri določenih postavkah lahko prišlo tudi do neenotnega razumevanja njihovih vsebin in posledično pristranskega odgovarjanja udeležencev. Nadalje: čeprav smo izvajali delavnice ločeno za skupini A in B, smo opazili, da so se delavnic, organiziranih za skupino A, včasih udeležili tudi posamezniki, ki naj bi se vključili v skupino B, in obratno. Včasih se je to dogajalo v večjem številu, drugič je šlo zgolj za posameznike. Preden smo opravili analizo podatkov, smo preverili razlike med skupinama in izkazalo se je, da se skupini kljub vsemu razlikujeta do te mere, da jih v sklopu analiz pismenosti ne moremo obravnavati kot enotno skupino. Dokaj heterogeni skupini udeležencev delavnic verjetno tudi pogojujeta nekatere izsledke evalvacije, predvsem tiste, ki se močneje povezujejo s spolom, izobrazbo in starostjo. Tretja omejitev evalvacije se nanaša na področje analize ravni pismenosti o bipolarni motnji. Tukaj se je izkazal učinek delavnic največji, kar pa nujno ne odraža dejanskega stanja. Nekateri udeleženci so namreč izpolnjevali vprašalnik B-lit v drugo tekom izvajanja delavnice, kljub prošnji vodij delavnice, da naj izpolnjujejo vprašalnike po njihovih navodilih in takrat ko so pozvani za to.

5 ZAKLJUČEK

Izsledki evalvacije učinkov delavnic OMRA so pozitivni in zelo ohrabrujoči. Zaključujemo, da smo vzpostavili učinkovit, z dokazi podprt protokol izobraževanja in preverjanja njegovih učinkov na raven pismenosti o anksioznosti, depresiji in bipolarni motnji razpoloženja. To je prvi večdisciplinarni program pismenosti o motnjah razpoloženja v Sloveniji, ki ima kompleksno strukturo in sistematično naslavlja razumevanje motenj razpoloženja, njihovo destigmatizacijo, tudi kompetence (samo)pomoči. Njegova dodana vrednost je tudi v vzpostavljenem evalvacijskem protokolu kratkoročnih in dolgoročnih učinkov izobraževanj.

Že na terenu smo izvajalci delavnic opazili, da so bili udeleženci z izobraževanji zelo zadovoljni (*gl. Šimenc, J.: OMRA v zakulisju*). Podobna sporočila smo dobili po družbenih omrežjih in tudi v okviru kvalitativne evalvacije učinkov delavnic, ki smo jo opravili pri izbranih udeležencih nekaj mesecev po njenem obisku (*gl. Knežević Hočevar, D.: Kako se je program OMRA dotaknil udeleženk in udeležencev delavnic?*). Glede na aktualne smernice za izvajanje tovrstnih izobraževanj, ki se priporočajo v prilagojeni obliki za različne javnosti in okolja (Kutcher in sod., 2016), smo tudi mi delavnice koncipirali na regionalni osnovi, saj smo jih 22 izvedli v regijah severovzhodne Slovenije, kjer so neenakosti v

duševnem zdravju v primerjavi z ostalimi slovenskimi regijami največje. Delavnice smo ločeno izvajali za dve ciljni skupini: 12 delavnic za osebe, ki jih je tovrstna tematika zanimala ali so se soočale s težavami v duševnem zdravju pri svojih bližnjih, svojcih ali sebi (skupina A), in 10 delavnic za strokovne delavce in predstavnike organizacij, ki se pri svojem delu srečujejo z osebami s težavami v duševnem zdravju (skupina B). S sprotno evalvacijo posameznih delavnic smo njihove vsebine tudi spreminjali in prilagajali ter jih tako še bolj približali slušateljem.

Visoka raven pismenosti o duševnem zdravju je tako za družbo kot posameznika ključnega pomena, saj bistveno pripomore k pravočasnemu iskanju ustrezne strokovne pomoči, zniževanju stigme in preventivni naravnosti populacije (Jorm, 2000). Raziskave poročajo, da je v okoljih z visoko stopnjo pismenosti o duševnem zdravju skrb za dobro duševno zdravje boljša, več je iskanja strokovne pomoči, opažena pa je tudi povečana implementacija učinkovitih preventivno promocijskih strategij, kar na daljši rok zmanjšuje socialno in ekonomsko breme, ki ga povzročajo duševne motnje pri posamezniku in v družbi (Jorm, 2012; Jorm in Raevly, 2013; Morgan in sod., 2018; Samele, 2016). Oblikovalci programa OMRA zato upamo, da bo tudi Slovenija odločneje zakorakala v smeri povečane skrbi za dobro duševno zdravje in bo vzpostavljena izobraževalna platforma OMRA postala dostopna čim večjemu številu prebivalcev.

Literatura

- Altweck L, Marshall TC, Ferenczi N, Lefringhausen K. Mental health literacy: a cross-cultural approach to knowledge and beliefs about depression, schizophrenia and generalized anxiety disorder. *Front Psychol.* 2015; 6: 1272.
- American Psychiatric Association (eds.). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 (5th ed)*. Washington, D.C: American Psychiatric Association; 2013.
- Angermeyer MC, Dietrich S. Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. *Acta Psychiatr Scand.* 2006; 113: 163–179.
- Australian National University: National Institute for Mental Health Research. The Anxiety Literacy Questionnaire (A-lit); 2014a. Dostopno na: <http://rsph.anu.edu.au/research/tools-resources/anxiety-literacy-questionnaire-lit> (citirano 31. 7. 2019).
- Australian National University: National Institute for Mental Health Research. The Depression Literacy Questionnaire (D-lit); 2014b. Dostopno na: <http://rsph.anu.edu.au/research/tools-resources/depression-literacy-questionnaire-d-lit> (citirano 31. 7. 2019).
- Boerema AM, Ten Have M, Kleiboer A, de Graaf R, Nuyen J, Cuijpers P, Beekman ATF. Demographic and need factors of early, delayed and no mental health care use in major depression: a prospective study. *BMC Psychiatry.* 2017; 17(1): 367.

- Brijnath B, Protheroe J, Mahtani KR, Antoniadis J. Do Web-based Mental Health Literacy Interventions Improve the Mental Health Literacy of Adult Consumers? Results From a Systematic Review. *J Med Internet Res*. 2016; 18(6): 165.
- Clarke DM, Currie KC. Depression, anxiety and their relationship with chronic diseases: a review of the epidemiology, risk and treatment evidence. *Med J Aust*. 2009; 190(7): 54–60.
- Craven MA, Bland R. Depression in primary care: current and future challenges. Review. *Can J Psychiatry*. 2013; 58(8): 442–448.
- Furnham A, Lousley C. Mental health literacy and the anxiety disorders. *Health*. 2013; 5(3): 521–531.
- Furnham A, Annis J, Cleridou K. Gender differences in the mental health literacy of young people. *Int J Adolesc Med Health*. 2014; 26: 283–92.
- Griffiths K, Christensen H, Jorm AF, Evans K, Groves C. Effect of web-based depression literacy and cognitive-behavioural therapy interventions on stigmatising attitudes to depression: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*. 2004; 185: 342–349.
- Goldney RD, Fisher LJ, Grande ED, Taylor AW, Hawthorne G. Have education and publicity about depression made a difference? Comparison of prevalence, service use and excess costs in South Australia: 1998 and 2004. *Aust N Z J Psychiatry*. 2007; 41: 38–53.
- Goldney RD, Fisher LJ, Wilson DH. Mental health literacy: an impediment to the optimum treatment of major depression in the community. *Journal of affective disorders*. 2001; 64(2): 277–284.
- Gong AT, Furnham A. Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders in mainland China. *Psych J*. 2014; 3(2): 144–158.
- Gronholm PC, Henderson C, Deb T, Thornicroft G. Interventions to reduce discrimination and stigma: the state of the art. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2017; 52(3): 249–258.
- Graham AL, Julian J, Meadows G. Improving responses to depression and related disorders: evaluation of a innovative, general, mental health care workers training program. *Int J Ment Health Syst*. 2010; 4: 25.
- Gulliver A, Griffiths KM, Christensen H, Mackinnon A, Calear AL, Parsons A, Bennett K, Batterham PJ, Stanimirovic R. Internet-based interventions to promote mental health help-seeking in elite athletes: an exploratory randomized controlled trial. *J Med Internet Res*. 2012; 14(3): 69.
- Hansson L, Stjernswärd S, Svensson B. Changes in attitudes, intended behaviour, and mental health literacy in the Swedish population 2009–2014: an evaluation of a national antistigma programme. *Acta Psychiatr Scand*. 2016; 134: 71–79.
- Henderson C, Stuart H, Hansson L. Lessons from the results of three national antistigma programmes. *Acta Psychiatr Scand*. 2016; 134: 3–5.
- Henshaw EJ. Too sick, not sick enough? Effects of treatment type and timing on depression stigma. Review. *J Nerv Ment Dis*. 2014; 202(4): 292–299.
- Hight NJ, Luscombe GM, Davenport TA, Burns JM, Hickie IB. Positive relationships between public awareness activity and recognition of the impacts of depression in Australia. *Aust N Z J Psychiatry*. 2006; 40: 55–58.

- IHME (2018). Global Health Data Exchange. Dostopno na: www.healthdata.org (citirano 31. 7. 2019).
- Jorm AF. Mental health literacy: Empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist*. 2012; 67(3): 231–243.
- Jorm AF. Mental health literacy. Public knowledge and beliefs about mental disorders. *Review. Br J Psychiatry*. 2000; 177: 396–401.
- Jorm A, Korten A, Jacomb P, Christensen H, Rodgers B, Pollitt P. »Mental health literacy«: a survey of the public's ability to recognize mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Med J Aust*. 1997; 166: 182–186.
- Kessler RC, Angermeyer M, Anthony JC, DE Graaf R, Demyttenaere K, et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*. 2007; 6(3): 168–176.
- Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSMIV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005; 62: 593–602.
- Kostnapfel T, Albrecht T (eds). *Poraba ambulantno predpisanih zdravil v Sloveniji v letu 2017*. NIJZ, 2017. Dostopno na: https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/publikacija_final_230718.pdf (citirano 31. 7. 2019).
- Kutcher S, Wei Y, Coniglio C. Mental Health Literacy. Past, Present, and Future. *Can J Psychiatry*. 2016; 61(3): 154–158.
- Majcen K. *Pismenost o duševnem zdravju v povezavi z nekaterimi vidiki javnega duševnega zdravja v dveh slovenskih regijah*. Maribor: Univerza v Mariboru, Filozofska fakulteta; 2016. Dostopno na: <https://dk.um.si/Dokument.php?id=85407> (citirano 31. 7. 2019).
- Matschinger H, Angermeyer MC. Lay beliefs about the causes of mental disorders: a new methodological approach. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1996, 31: 309–315.
- Montano CB. Recognition and treatment of depression in a primary care setting. *J Clin Psychiatry*. 1994; 55:18–34.
- Morgan AJ, Reavley NJ, Jorm AF. Beliefs about mental disorder treatment and prognosis: comparison of health professionals with the Australian public. *Aust N Z J Psychiatry*. 2014; 48(5): 442–451.
- Morgan AJ, Ross A, Reavley NJ. Systematic review and meta-analysis of Mental Health First Aid training: Effects on knowledge, stigma, and helping behaviour. *PLoS One*. 2018; 13(5): e0197102.
- Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*. 2000; 15(3): 259–267.
- O'Connor M, Casey L, Clough B. Measuring mental health literacy –a review of scale-based measures. *Journal of Mental Health*. 2014; 23(4): 197–204.
- OECD/EU. *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris. 2018. Dostopno na: https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/health_glance_eur-2018-en.pdf?expires=1565290964&id=id&accname=guest&checksum=D82E02BC84BBFE365E77757EE37019D6 (citirano 31. 7. 2019).

- Olesen J, Gustavsson A, Svensson M, Wittchen HU, Jönsson B. on behalf of the CDBE2010 study group in the European Brain Council. The economic cost of brain disorders in Europe: Economic cost of brain disorders in Europe. *European Journal of Neurology*. 2012; 19(1): 155–162.
- Park S, Jang H, Furnham A, Jeon M, Park SJ. Beliefs about the causes of and treatments for depression and bipolar disorder among South Koreans. *Psychiatry Res*. 2018; 260: 219–226.
- Pence BW, O'Donnell JK, Gaynes BN. The depression treatment cascade in primary care: a public health perspective. *Curr Psychiatry Rep*. 2012; 14(4): 328–335.
- Picco L, Abidin E, Chong SA, Pang S, Shafie S, Chua BY, et al. Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help: Factor Structure and Socio-Demographic Predictors. *Front Psychol*. 2016; 7: 547.
- Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, Rahman A. No health without mental health. *The Lancet*. 2007; 370(9590): 859–877.
- Rabinowitz J, Gross R, Feldman D. Correlates of a perceived need for mental health assistance and differences between those who do and do not seek help. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1999; 34: 141–146.
- Reavley NJ, Jorm AF. Recognition of mental disorders and beliefs about treatment and outcome: findings from an Australian national survey of mental health literacy and stigma. *Aust N Z J Psychiatry*. 2011; 45(11): 947–956.
- Reavley NJ, Morgan AJ, Jorm AF. Development of scales to assess mental health literacy relating to recognition of and interventions for depression, anxiety disorders and schizophrenia/psychosis. *Aust N Z J Psychiatry*. 2014; 48(1): 61–69.
- Samele C. Increasing momentum in prevention of mental illness and mental health promotion across Europe. *BJPsych Int*. 2016; 13(1): 22–23.
- Singh S, Zaki RA, Farid NDN. A systematic review of depression literacy: Knowledge, help-seeking and stigmatising attitudes among adolescents. *J Adolesc*. 2019; 74: 154–172.
- Smith K. Mental health: a world of depression. *Nature*. 2014; 515(7526): 181.
- Stump TA, Eng ML. The development and psychometric properties of the bipolar disorders knowledge scale. *J Affect Disord*. 2018; 238: 645–650.
- Taylor Rodgers E, Batterham PJ. Evaluation of an online psychoeducation intervention to promote mental health help seeking attitudes and intentions among young adults: randomised controlled trial. *J Affect Disord*. 2014; 168: 65–71.
- Thornicroft G, Mehta N, Clement S, Evans-Lacko S, Doherty M, Rose D, et al. Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. *Lancet*. 2016; 387(10023): 1123–1132.
- Wei Y, Patrick J, McGrath PJ, Hayden J, Kutcher S. Measurement properties of tools measuring mental health knowledge: a systematic review. *BMC Psychiatry*. 2016; 16(1): 297.
- 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. Review. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2011; 21(9): 655–679.

UMEŠČANJE DUŠEVNEGA ZDRAVJA NA DRUŽBENA OMREŽJA – PRIMER PROGRAMA OMRA

Jana Šimenc¹

POVZETEK

V krajšem preglednem uvodnem delu avtorica nakaže arbitrarnost družbenih omrežij, ki (so)ustvarjajo (nove) patologije, prav tako pa lahko pripomorejo k zmanjševanju stigme in stisk na področju duševnega zdravja. V nadaljevanju ugotavlja, da družbena omrežja kljub njihovi arbitrarnosti postajajo nepogrešljivi komunikacijski kanali pri ustvarjanju celostnih in uspešnih javnozdravstvenih ozaveščevalnih akcij. Pripomorejo lahko k dvigovanju pismenosti o duševnem zdravju in spodbujajo k iskanju ustrezne strokovne pomoči. Nato na primeru programa OMRA prikaže komunikacijsko strategijo in način premišljenega umeščanja tematike duševnega zdravja na izbrana družbena omrežja (Facebook, Twitter, You Tube). Strategija je temeljila na teoretičnih izhodiščih novega materializma, pri čemer je digitalna medijska pokrajina promocije in ozaveščanja o duševnem zdravju kompleksen in dinamičen preplet dejavnikov (javnih, aktivističnih, komercialnih agencij ...), objektov (podob, pametnih telefonov, zdravil ...) in raznolikih posameznikov, ki imajo različne bolezenske izkušnje, odnose, razpoložljive vire, znanje, odnos do avtoritet, uradne medicine idr.

Avtorica v sklepnem delu ugotavlja, da so se v primeru programa OMRA družbena omrežja izkazala kot pomembno in učinkovito dopolnilo obstoječim komunikacijskim orodjem. Novi komunikacijski kanali pri tem niso bili interretirani kot ločeni, digitalni/spletni »objekti« s specifično logiko, ampak kot možnosti razširjanja obstoječe skrbstvene infrastrukture. Predvsem pa izkušnje

-
1. Doktorica etnologije in kulturne antropologije, diplomirana etnologinja in kulturna antropologinja, znanstvena sodelavka; ZRC SAZU, Družbenomedicinski inštitut, Novi trg 2, 1000 Ljubljana
E-naslov: jana.simenc@zrc-sazu.si, jankaindijanka@hotmail.com

programa OMRA potrjujejo znanstvene ugotovitve, da je uspeh raznoraznih digitalnih/spletnih rešitev in intervencij na področju zdravja mediiran z osebnimi stiki med uporabniki in strokovnjaki.

Ključne besede: duševno zdravje, družbena omrežja, Facebook, Twitter, oza-veščanje, stigma

1 UVOD

Od preloma tisočletja spremljamo eksponenten razvoj novih tehnologij na področju (ne)zdravja posameznikov in zdravstvene oskrbe družbe. Govorimo o tako imenovanem digitalnem zdravju, ki je na pomenski, pojavni in izvedbeni ravni izjemno večplasten in kompleksen (Šimenc, 2016, 2017). Po začetnem vzponu in tehnoloških utopičnih vizijah o vsemogočnosti, finančnih prednostih digitalnih/spletnih zdravstvenih rešitev (za krajši pregled razvoja digitalnih intervencij na področju duševnega zdravja gl. Andersson, 2018) je dandanes v ospredju problematiziranje njihove arbitrarnosti. V revijah, kot so *Journal of Medical Internet Research*, *Cyberpsychology*, *Digital health*, *Internet interventions*, *Computers in human behaviour*, *Journal of Medical Internet Research* in podobnih, je z iskanjem po ključnih besedah (npr. mental health, new technologies, digital health interventions, social networks ...) mogoče zaslediti morje člankov. A kvantiteta ne odraža kvalitete, saj imajo razprave pomanjkljivosti. Ne samo da se pri številnih pojavlja več metodoloških vprašanj, ampak tudi večinoma izhajajo iz kratkotrajnih eksperimentalnih študij. Zaznati je argumentacijsko šibkost besedil in (pre)pogosto poenostavljeno osredotočanje na (ne)učinkovitosti posamezne digitalne ali novotehnološke zdravstvene intervencije (npr. izvajanje terapije na daljavo, spremljanje in vodenje pacientov z aplikacijo na pametnih telefonih, samozdravljenje s pomočjo spleta in podobno). Prav tako je pomanjkljivost nekaterih študij omejeno razumevanje pojavov sodobnosti. S kategoriziranjem novih tehnologij in spletnih intervencij v slabe/škodljive ali dobre/koristne rešitve se namreč spregledujejo družbeno-materialna razmerja in ontološke kompleksnosti, ki nastajajo v razmerjih med novimi tehnologijami, človekom in njegovim (ne)zdravjem, doživljanjem bolezni in sebstvom (Barad, 2003; McCosker, 2017). Poenostavljeno kategoriziranje lahko vodi tudi k poustvarjanju stereotipov, na kar opozarja predvsem antropološka literatura (Boellstorff, 2016; Duclos, 2015; Šimenc, 2017). Tudi Miller (2017) meni, da le s holistično kontekstualizacijo, s širšimi časovnimi in krajevnimi odskočišči lahko odstopamo od klišejskih interpretacij digitalnosti in novih tehnologij.

Bolj kritično naravnana Fullagar s sodelavkami (2017) poudarja, da je pri razvoju in vpeljevanju digitalnih zdravstvenih intervencij v prakso potrebno dinamično razumevanje konceptov digitalne pismenosti in duševnega (ne)zdravja, prav tako pa je nujna tudi kritična preišljenost pri rabi digitalnih orodij, razvijanju spletnih poigritvenih terapij in nosljivih tehnologij. Rapidno razširjanje in priljubljenost formalnih in neformalnih oblik pomoči z novimi tehnologijami namreč proizvaja tudi predrugačene in nove oblike nenormalnosti in patologij (Fullagar in sod., 2017). Številni avtorji nadalje opozarjajo na negativne vplive vseprisotnosti in naraščajoče odvisnosti od pametnih telefonov in tablic na duševno zdravje mladostnikov in odraslih. Kot argumentirajo, je pretirana odvisnost in problematična raba pametnih telefonov povezana tudi z naraščanjem anksioznih motenj in depresije (Elhai in sod., 2016). Po drugi strani pa nove tehnologije odpirajo možnosti za izvajanje in umeščanje preventivnih, ozaveščevalnih in izobraževalnih intervencij s področja duševnega zdravja na svetovni splet² in na osebne pametne naprave.

Sočasno z razvojem spletnih komunikacijskih tehnologij in platform, tudi z njimi povezanih novih duševnih motenj, narašča raziskovalno in javnozdravstveno zanimanje za intervencije, ki s pomočjo novih tehnologij, kanalov in digitalnih orodij zmanjšujejo družbeno stigmo in dvigujejo pismenost o (duševnem) zdravju in spodbujajo k iskanju ustrezne pomoči v stiskah (Lupton, 2012, 2014). Prav odprtost spleta 3.0 z možnostmi anonimnega ali javnega (aktivnega) delovanja uporabnikov naj bi pridala izjemne potenciale pri javnozdravstvenih akcijah (Hunt in sod., 2015; Shaw in sod., 2015), tudi pri doseganju težje dosegljive (skrite) ali marginalizirane populacije (Neiger in sod., 2012).

V zadnjem času, ko so se družbena omrežja (predvsem Facebook in Twitter) po začetni nestabilnosti, aferah z zlorabami podatkov in vprašljivosti njihovega dolgotrajnejšega obstanka le uspela ustoličiti v vsakdanjo komunikacijsko sfero, je veliko pozornosti usmerjeno v njihove potenciale na področju zdravstvene pismenosti in javnozdravstvenih aktivnosti (Guistini, 2018; Ventriglio in Bhugra,

-
2. V Sloveniji že od leta 2001 obstaja vizionarsko zastavljen in odličen, tudi večkrat mednarodno nagrajen primer spletnega svetovanja, ki je nastal predvsem z idejo krepitve dobrega duševnega zdravja mladine. Spletišče za mlade *To sem jaz* (www.tosemjaz.com) je preventivni program, ki mladim omogoča enostaven, hiter, brezplačen, anonimni dostop do strokovnih nasvetov. Predvsem pa se je skozi leta s preišljenim in dobrim uredniškim vodstvom razvil v verodostojen vir informacij in pomoči, tematike pa se razširjajo. Spletišče dosega zavidljive številke glede obiskanosti. V publikaciji *Srečanja na spletu* avtorice in avtor podrobneje razložijo, zakaj se je spletni prostor izkazal kot dober preventivni varovalni dejavnik, anonimno strokovno spletno svetovanje pa kot odličen način podpore mladim pri reševanju težav (Lekić in sod., 2014).

2017). Družbena omrežja so s svojo interaktivno naravo namreč odprla poti za nove, neposredne oblike aktivizma, ko posamezniki z izkušnjo duševne bolezni spodbujajo govor in razmisleke o duševnih stiskah med splošno javnostjo (npr. v univerzalističnem slogu: duševne težave in bolezni lahko doletijo vsakogar, duševne težave imamo lahko vsi), širijo razumevanje bolezni v družbi (Richardson, 2018), prispevajo k zmanjševanju diskriminacije in stereotipizacije ljudi z duševnimi motnjami, opozarjajo na sistemske izboljšave in podobno (za študijo primera aktivizma v Veliki Britaniji gl. Bierski, 2015).

2 STRATEGIJA UMEŠČANJA PROGRAMA OMRA NA DRUŽBENA OMREŽJA

Dandanes je tako težko spregledati, da so družbena omrežja postala zelo uporaben in priročen prostor za javno diskusijo in spodbujanje govora o težavah v duševnem zdravju, torej temah, ki so v družbi še vedno stigmatizirane in težje izgovorljive (Richardson, 2018). Z zavedanjem potencialnih dejavnikov tveganja pri vzpostavljanju zdravstvenih intervencij in angažiranja javnih zdravstvenih programov na družbenih omrežjih smo že ob snovanju programa OMRA sledili predhodnim znanstvenim izsledkom in priporočilom kritičnih raziskovalcev digitalnega zdravja. Upoštevali smo teoretična izhodišča novega materializma, da je digitalna medijska pokrajina promocije in ozaveščanja o duševnem zdravju kompleksen in dinamičen preplet dejavnikov (javnih, aktivističnih, komercialnih agencij ...), objektov (podob, pametnih telefonov, senzorjev, zdravil ...) in edinstvenih posameznikov, ki imajo raznolike bolezenske izkušnje, odnose, razpoložljive vire, znanje, odnos do avtoritet, uradne medicine idr.) (Fullagar in sod., 2017: 3).

Prav tako smo vstopili na družbena omrežja s poznavanjem navidezne nevtralnosti algoritmov, ki so nastavljeni v skladu s tržnimi in drugimi interesi ustanoviteljskih družb družbenih omrežij (o navidezni algoritemski nevtralnosti gl. Šimenc, 2017; Tufekci, 2015). Algoritmi so namreč manipulativni, razvrščajo in določajo vidnost in »uspešnost« objav. Znano je, da imajo večjo vrednost in prednost pri razvrščanju pozitivne objave pozitivni emotikoni (kot so npr. smeško, občutenje sreče, zadovoljstva ...) in slikovno gradivo,³ ki ustvarjajo navidezni

3. Richardson (2018) omenja, da je Facebook v Združenih državah Amerike poskusil vzpostaviti algoritme, ki bi pri uporabnikih platforme zaznali/prepoznali samomorilne misli in vedenje in na ta način spodbudil nadaljnje intervencije za preprečevanja samomora.

svet lepih, srečnih in zadovoljnih ljudi. Vedno bolj pa prihaja v ospredje tudi plačljivost objav, s čimer se doseže večja vidnost in uspešnost objav.

Vsa omenjena ozadja so torej vplivala na organsko prikazovanje objav profila programa OMRA. Tudi zato numerični rezultati (kot so število sledilcev, všečkov in podobno) niso bili naš središčni cilj, merilo uspešnosti ali skrb. Osredotočenost izključno na numerične analize kot ključnega kazalnika uspešnosti spletne intervencije namreč ne bi prikazala celotne podobe uspešnosti komuniciranja na družbenih omrežjih. Veliko je bilo namreč ogledov tihih, anonimnih uporabnikov, ki nas spremljajo. Tematika duševnega zdravja in motenj razpoloženja je (še vedno) družbeno stigmatizirana. Številni uporabniki družbenih omrežij zato ne želijo javno razkriti svojih težav z duševnim zdravjem, niti nočejo biti vidni pri spremljanju profilov, kot je program OMRA. Objav, povezanih z duševnim zdravjem, uporabniki na osebnih profilih ne delijo kar vsepovprek, brez morebitnih zadržkov in vprašanj, kot so: Kaj si bodo mislili moji prijatelji, sledilci? Da sem nor/-a? Da imam sam/-a težave v duševnem zdravju? Izjeme so seveda razkriti, aktivni in angažirani posamezniki z izkušnjo ali profesionalno angažirani ljudje, ki si prizadevajo za zmanjšanje stigme in boljše ozaveščenost javnosti o duševnih težavah. Bolj kot na številke smo se zato osredotočali na vsebine in doseganje naše ciljne publike (prebivalci v ruralnih in urbanih delih severovzhodne Slovenije, marginalizirani, tudi kmečko prebivalstvo).

V komunikacijsko strategijo smo torej zelo premišljeno vključili prisotnost programa OMRA na izbranih, za program primernih družbenih omrežjih. Septembra 2018 smo odprli profila (@ProgramOmra) na Twitterju in Facebooku, januarja 2019 pa še na kanalu You Tube. Uredniško delo je opravljala avtorica članka.

3 OMRA NA KANALU YOU TUBE

Kanal You Tube je bil namenjen predvsem razširjanju kratkih predstavitvenih videov o delavnicah programa OMRA,⁴ s katerimi smo želeli javnost spodbuditi k prijavam in udeležbi. Uporabili smo ga tudi za deljenje posnetkov, po mnenju udeležencev odličnih predavanj, ki smo jih v prostorih Slovenskega etnograf-

4. V relativno kratkem času (od objave 6. februarja do 21. junija 2019) in glede na tematiko duševnega zdravja sta videa dosegla lepo gledanost. Video s kratko predstavitvijo vsebin in poteka delavnice programa OMRA (<https://www.youtube.com/watch?v=BKuIDZBZsKw&t=3s>) je dosegel 560 ogledov. Video, v katerem predstavljamo mnenja treh udeležencev na delavnici (<https://www.youtube.com/watch?v=8n0XMVJaKaA&t=13s>), pa 282 ogledov.

skega muzeja v Ljubljani organizirali 10. oktobra 2018 ob svetovnem dnevu duševnega zdravja⁵ (več o vsebinah in dogodku gl. <https://www.omra.si/aktualno/obvestila/svetovni-dan-dusevnega-zdravja-2018/>). Zanimanje za udeležbo na predavanjih je namreč presehalo namestitvene zmožnosti dvorane, prejeli smo tudi več povpraševanj in prošenj za objavo posnetkov predavanj.⁶ Navsezadnje pa smo kanal You Tube uporabili še za objave kratkih videoposnetkov predavanj z delavnic programa OMRA, ki dopolnjujejo spletne učilnice (gl. razdelek e-učilnice na www.omra.si).

4 OMRA NA FACEBOOKU

Glede na starejšo ciljno publiko programa OMRA pa smo najprej vzpostavili profil Facebook. Facebook namreč ostaja na piedestalu med družabnimi omrežji, je tudi najbolj razširjena komunikacijska platforma med populacijo nad 30 let in starejšimi. Prav tako je oblika komuniciranja na platformi, ki dovoljuje daljše razlage, deljenje slikovnega in video gradiva (brez časovnih omejitev pojavljanja), najustreznejša za razširjanje vsebin programa OMRA.

Ob začetku našega komuniciranja na platformi se je pojavila rahla zmeda, saj so uporabniki mislili, da smo odprli svetovalni program z možnostjo individualne strokovne pomoči in svetovanjem v primeru duševnih stisk. Prejemali smo namreč vprašanja posameznikov. Po nekajkratnih javnih pojasnilih o ciljnih in namenu programa OMRA pa tovrstne zmede ni bilo več.


Pri komuniciranju smo gradili na prepoznanih vizualijah zanimivosti (Ali ste vedeli?) in razlag zmotnih prepričanj (Miti in resnice). Vizualije so bile pripravljene v skladu s celotno grafično podobo programa OMRA in izbrano vijolično barvno shemo (gl. slike 1 in 2).


5. Več o vsebinah in dogodku gl. <https://www.omra.si/aktualno/obvestila/svetovni-dan-dusevnega-zdravja-2018/>.


6. Med štirimi posnetki predavanj je največ ogledov (1350) in zanimanja javnosti vzelo predavanje dr. Mojce Zvezdane Dernovšek, in sicer o povezanosti med stresom in anksioznimi motnjami (ogled na <https://www.youtube.com/watch?v=2Ae-4Fbhkdw&t=10s>).

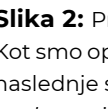
Slika 1: Med objavami, ki so dosegle največ uporabnikov (6450), se uvršča objava z 20. maja 2019, in sicer o značilnosti depresije pri otrocih in mladostnikih. Poleg grafične podobe smo objavili spremno besedilo: »Po podatkih zadnje raziskave Nacionalnega inštituta za javno zdravje Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju, ki so jo opravili slovenskih 11-, 13- in 15-letnikov, je leta 2014 o občutjih depresivnosti (ki še ne pomenijo nujno tudi diagnoze klinične depresije) poročala dobra petina otrok in mladostnikov. Za depresijo je značilno žalostno razpoloženje oz. potrtost, ki traja dlje časa in zmanjšano zanimanje in občutek zadovoljstva pri dejavnostih, ki so otroka oz. mladostnika navadno veselile.«

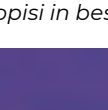
ZNAČILNOSTI DEPRESIJE PRI OTROCIH IN MLADOSTNIKI

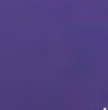
 Otrok oziroma mladostnik se ne želi družiti oziroma se izogiba družabnim dogodkom, je tišji in manj opazen.


 Razdražljivost ali jeza, več preprirov s sorojenci in drugimi družinskimi člani, napadi trme ali joka.


 Nepojasnjena obdobja žalosti in nezmožnost daljše koncentracije, sanjarjenje, zrenje v prazno.


 Nezmožnost uživanja v stvareh, v katerih je užival običajno, težave z odločanjem že pri preprostih odločitvah.

 Lahko ima manj energije kot običajno oziroma je upočasnen, pojavljajo se stalna občutja krivde ali manjvrednosti.

 Pojavljajo se lahko nepojasnjene telesne bolečine in težave tudi na telesnem nivoju: ponavljajoči glavoboli, bolečine v trebuhu, slabost in druge težave, ki nimajo jasnega vzroka, večji ali manjši apetit kot običajno, spremembe v spalnih vzorcih (preveč/premalo spanja, težave z usnavanjem, prebujanjem ali nočne more).







Slika 2: Primer vsebine, s katero smo želeli izboljšati razumevanje anksioznih motenj. Kot smo opažali na terenu, izraz anksioznost ni vsesplošno znan. Pri vizualiji smo objavili naslednje spremno besedilo: »Marsikdo ne pozna in ne razume izraza anksioznost. Tesnoba je že bolj jasna, a še vedno se v pogovornem jeziku uporabljajo tudi drugačni opisi in besede za opisovanje tesnobnih občutkov. Poznate še katero?«

ALI STE VEDELI, DA ...

... da v pogovornem jeziku občutke tesnobe večkrat označujemo kot biti napet, biti na robu, tresti se kot šiba na vodi, slabost od strahu, imeti kepo v grlu, biti "napsihiran" ipd.?

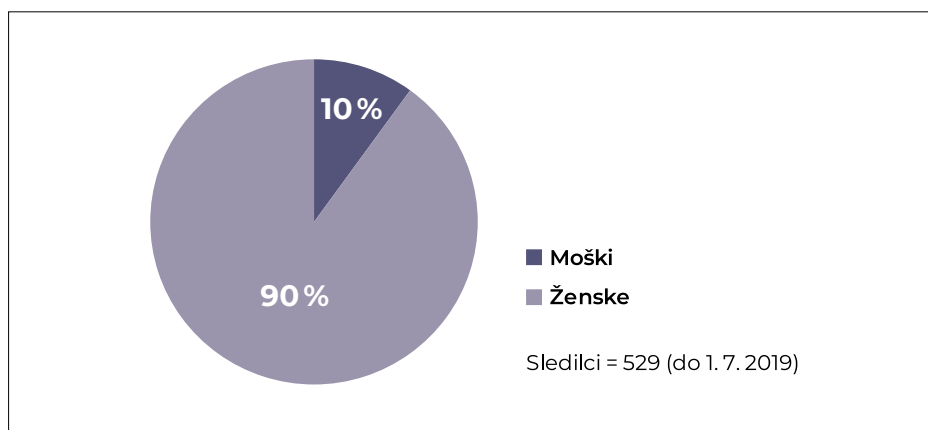
Več zanimivosti na www.omra.si

Objave na Facebooku so bile redne, večinoma vsakodnevne. Na prejeta vprašanja, predvsem v zvezi z izvedbami in prijavi na delavnice OMRA ali o osebnih težavah, smo odgovarjali tudi ob koncih tedna in v večernih urah. Ob vsakokratnem javnem dogodku ali delavnici OMRA smo se javljali s terena, delili vtise in objavljali avtentične fotografije (pri tem obrazov udeležencev nismo izpostavljali, vedno smo povprašali za ustno soglasje in dovoljenje za objave fotografij; v primeru nestrinjanja z objavo na družbenih omrežjih, kar se je tudi zgodilo, smo dosledno upoštevali željo publike). Z angažiranim delovanjem in hitro odzivnostjo smo uspeli ustvariti pristen stik z javnostjo, uporabnikom pa smo sporočali, da smo zaupanja vreden program. Kakršnikoli uredniški posegi zaradi neprimerne, žaljivega ali sovražnega komentiranja niso bili potrebni.

Število sledilcev je naraščalo počasi (529 do 1. 7. 2019). Predvidevamo, da so k naraščanju sledilcev in živosti na profilu @ProgramOmra ključno prispevale terenske aktivnosti ekipe OMRA. Prisotnosti programa OMRA na družbenih omrežjih smo omenjali tudi v uvodnem delu vsake delavnice. Brez osebnih pojasnil in povabil ne bi uspeli doseči ciljne publike. Šele s pogovori, srečevanji v živo smo uspeli graditi aktivno in zvesto publiko na spletu. Prav udeleženke in udeleženci na delavnicah so postali naši podporniki v lokalnih skupnostih, stalni sledilci in angažirani prenašalci spletnih objav.

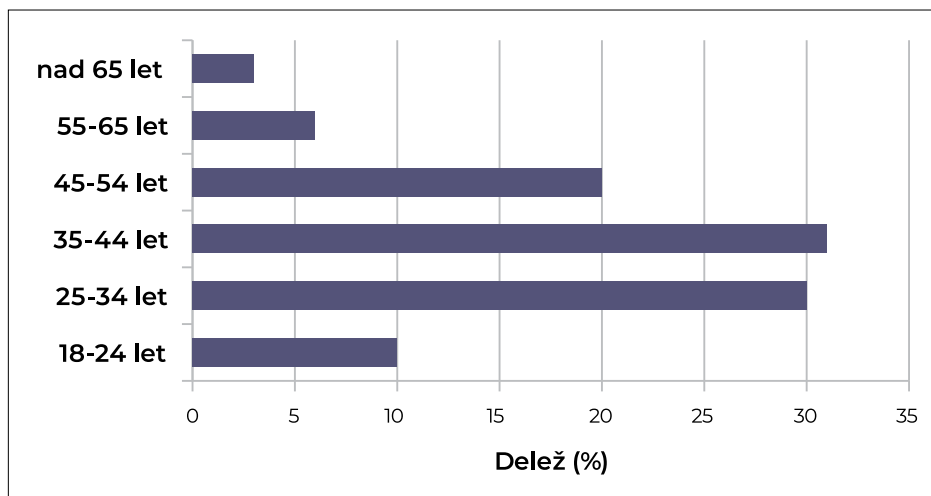
Analiza sledilcev na Facebooku kaže na podobno spolno strukturo kot se je odražala na delavnicah OMRA. Kar 90 % od 529 sledilcev je žensk (gl. graf 1). Nadalje starostna analiza odraža, da je največ uporabnikov (31 %) starih od 35 do 44 let in od 25 do 34 let (30 %). V 20 % so zastopani predstavniki v starostni skupini od 45 do 54 let, preostale manjše deleže pa zavzemajo starejši ali mlajši (gl. graf 2).

Graf 1: Skupno število sledilcev (N = 529) in njihova spolna struktura na omrežju Facebook (vir: Facebook analitika, pregledano 1. 7. 2019)



Graf 2: Starostna struktura sledilcev na omrežju Facebook

(vir: Facebook analitika, pregledano 1. 7. 2019)



Po vsaki delavnici ali javnem dogodku je število aktivnosti na platformi naraslo. Prejemali smo več pohval in pozitivnih komentarjev. Zanimivo je, da je bilo izraženo nezadovoljstvo vezano izključno na okoliščino, da delavnic nismo izvajali v krajih po celi Sloveniji.

V nadaljevanju je nekaj ilustrativnih primerov odzivov uporabnic in uporabnika s Facebooka.

Čudovit program ozaveščanja javnosti; razumljiv in dostopen vsem. Ko znanost ni več namenjena sama sebi in ožjemu salonskemu krogu, se lahko zgodijo spremembe. Čestitke avtoricam in izvajalkam!

Želim si samo to, da se vaš program oz. konkretno delavnice razširijo še v druge dele Slovenije (ne samo SV), ker po mojem mnenju je osveščanja o teh temah občutno premalo tudi drugod in posledično je zaradi tega prisotna tudi stigma in strah pred njo, kar je tudi razlog da se nekdo ne odloči za pomoč. Sama že kar nekaj časa spremljam dogajanje na tem področju z vidika lastne izkušnje in ugotavljam, da z izjemo redkih posameznikov, ki razbijajo tabuje na tem področju in se s svojimi izkušnjami izpostavijo javno in pa z nekimi javnimi akcijami, kot je npr. *Ustavi.se*, je ta tema po mojem mnenju še vedno precej marginalizirana, zato pozdravljam vaš program in prizadevanja v tej smeri še naprej.

Izredno zanimivo in uporabno za vse, ki jih tematika zanima! Hvala vsem, ki omogočajo tovrstne delavnice, še posebej predavateljicam za kakovosten in privlačen nastop.

Super delavnica, tudi vzdušje in publika v Hiši Sadeži družbe Murska Sobota. Priporočam vsakomur. Stran s tabuji in stigmo.

5 PROGRAM OMRA NA TWITTERJU

Sočasno z odprtjem profila na Facebooku smo se začeli pojavljati tudi na platformi Twitter. Komunikacijo smo prilagodili platformi, sporočila so bila krajša, udarnejša. Aktivnosti in dinamike s publiko je bilo bistveno manj kot na Facebooku. Tudi s krajšim povpraševanjem med udeleženci na terenu smo ugotovili, da naša ciljna publika za delavnice OMRA večinoma ni prisotna na tem družbenem omrežju.

Pri razširjanju objav na Twitterju nam je tako ključno pomagala podpora profila izvajalca programa ZRC SAZU (@ZRC SAZU), preko katerega smo pridobili nekaj »vplivnežev«, ki so bolj ali manj redno delili naše objave. Rezultati kažejo, da smo od septembra 2018 do 1. junija 2019 ustvarili 169 objav, pridobili pa 85 sledilcev. Mesečno so objave @ProgramOmra dosegle okoli 8000 uporabnikov. Twitter analitika še kaže, da so objave od septembra 2018 do junija 2019 dosegle 88390 prikazov.

Na Twitterju se je bolj kot neposredna komunikacija in stik z našo ciljno publiko vzpostavila širša javna komunikacija, namenjena predvsem ozaveščanju in spodbujanju javnega govora o duševnih težavah. Povezali smo se tudi s tujimi odličnimi ozaveščevalnimi akcijami (npr. World bipolar day, Depression Awareness in podobnimi), vendar je bilo zaradi jezikovne bariere tovrstno medsebojno dopolnjevanje omejeno.

Slika 3: Posnetek zaslona profila Twitter @ProgramOmra (zajeto 1. 7. 2019)



6 KROVNO KOMUNIKACIJSKO SPOROČILO: IZHOD IZ LABIRINTA

Krovni motiv komunikacijskih akcij na družbenih omrežjih pod sloganov Poti iz labirintov je bil pokazati, da v duševnih stiskah pomoč obstaja, in je tudi dostopna vsem. Javnost smo nadalje intenzivno seznanjali, da iskanje pomoči v duševni stiski ni znak šibkosti, osebnega poraza in sramote. Pozornost smo usmerjali k razlagam o oblikah samopomoči, strokovnih službah in programih s področja duševna zdravja, ki obstajajo, so dostopni vsem, a pre pogosto premalo poznani.

Specifični komunikacijski cilji pa so bili naslednji:

1. Z govorom in pojasnjevanjem kontekstov duševnih težav prispevati k zmanjšanju družbene stigme duševnih motenj.
2. S številnimi poljudnimi razlagami in pojasnili dvigniti pismenost o motnjah razpoloženja, predvsem o anksioznih motnjah, depresiji, bipolarni motnji razpoloženja.
3. Razširjati vest o možnostih udeležbe na celodnevnih brezplačnih delavnicah OMRA v krajih severovzhodne Slovenije in k prijavi privabiti čim večje število udeležencev.
4. V primeru blažjih duševnih motenj spodbujati oblike samozdravljenja in učenja. K strokovnim oblikam pomoči smo usmerjali šele, ko so posamezniki izčrpali samozdravljenje, in se stanje ni izboljšalo.

Naš primarni cilj ni bila interaktivnost, temveč pozicioniranje tematike motenj razpoloženj na družbena omrežja, usmerjanje uporabnikov na nadaljnje vire, na raziskovanje tematike, radijske in televizijske oddaje in druge pobude programa OMRA. Z izvajanjem delavnic smo imeli stalen neposreden stik s publiko in vpogled v ključna vprašanja, ki se v javnosti pojavljajo. Objave na družbenih omrežjih smo dinamično in odzivno prilagajali ključnim dilemam, ki smo jih slišali in zaznali na terenu.

Naracija je bila strokovna, a razumljiva. Slog objav pa sproščen (z dodatki emotikonov, naših občutenj ...) in iskren (z objavami avtentičnih fotografij ekipnega dela v ozadju, med pripravami, med sestanki, na poteh ...).

7 ZAKLJUČEK

Naše izkušnje kažejo, da so družbena omrežja pomemben in vedno bolj nepogrešljiv teren za ozaveščanje javnosti o duševnih težavah, ki so še vedno slabo ali zmotno razumljene in stigmatizirane. V primeru programa OMRA so se izkazala kot pomembno in učinkovito dopolnilo vsem drugim komunikacijskim orodjem. Že v izhodišču smo intervencije zmanjševanja stigme in opismenjevanja o duševnih motnjah zastavili holistično, s prepletanjem spleta in terenskih dogodkov v živo, zato je tudi novih komunikacijskih kanalov nismo interpretirali kot ločenih, spletnih »objektov« s specifično skrbstveno logiko (angl. *logic of care*), ampak kot možnost razširjanja obstoječe infrastrukture (gl. Mol, 2008). Šele s celovitim preletom spletnih in osebnih, neposrednih komunikacijskih aktivnosti smo uspeli doseči odlično udeležbo na delavnicah, dobro obiskanost spletne platforme (www.omra.si) in živost na družbenih omrežjih. Numerična analiza Google statistike o obiskanosti spletne strani www.omra.si še kaže, da je bil Facebook za neposrednim obiskom najpomembnejši vir, ki je usmerjal uporabnike na spletno platformo programa OMRA. Prav tako pa je smiselnost, vidnost in uporabnost objav na družbenih omrežjih prišla na površje v sklopu kvalitativne evalvacije programa, kjer smo z nekaj mesečnim zamikom po delavnicah opravljali poglobljene evalvacijske intervjuje in fokusne skupine s sogovornicami in sogovorniki.

Naše empirične izkušnje potrjujejo ugotovitve raziskovalcev s področja digitalnega zdravja, da zaupanje uporabnikov v digitalne zdravstvene rešitve ne nastane avtomatično, temveč je mediirano z osebnimi stiki med uporabniki in strokovnjaki (gl. Schneider-Kamp, 2019, ki piše o spodbujanju t.i. ranljivih pacientov s psihiatričnimi težavami k rabi mZdravstvene aplikacije). Zaradi osebnih stikov z udeleženkami in udeleženci smo si pridobili zaupanje in podporo javnosti, ki je (bila)

vidna tudi na družbenih omrežjih. Ključno za uspešnost komuniciranja programa OMRA je bilo prepletanje, povezovanje in vsebinsko dopolnjevanje vseh izdelkov programa OMRA (spletne platforme, publikacij, rednih novicevnikov, oblikovanje prepoznanih vizualij za družbena omrežja, plakatov ...) in aktivnosti (predavanja, delavnic, pogostega nastopanja članic programa v »tradicionalnih« medijih ...).

Navsezadnje pa smo družbena omrežja uporabili tudi za povezovanje z lokalnimi deležniki in promoviranje sofinancerja programa, Ministrstva za zdravje Republike Slovenije. Pogrešali pa smo odzivnost in podporo programa OMRA na družbenih omrežjih Ministrstva za zdravje. Opažamo še vrzel pri informiranju prek družabnih omrežij o javnozdravstvenih programih, ki jih sofinancira. Kot smo lahko zaznali in slišali na terenu, v javnozdravstveni mreži in programskem financiranju potekajo številne odlične in zelo kakovostne dejavnosti, ki pa žal ne dosežejo uporabnikov. Med financerji, izvajalci in strokovnimi organizacijami tako ostaja še neizkoriščen potencial za medsebojno mreženje, povezovanje in podpiranje tovrstnih programov, kar omogočajo nove komunikacijske platforme (z deljenjem, všečkanjem ...).

Slabost vidimo tudi v časovni omejenosti in kratkotrajnosti programskega financiranja, kot je primer OMRA. Pridobiti sledilce oz. dober socialni kapital na družbenih omrežjih je zahtevno in dolgotrajno delo, s prenehanjem financiranja pa tudi profili »čez noč« ugasnejo in zbledijo. V bodoče bi bili potrebni razmisleki o nadgradnji in načinih, ki bi zagotavljali dolgoročneje delovanje projektno in programsko financiranih profilov oz. nadaljnjo uporabo njihovega socialnega kapitala.

Literatura

- Andersson G. Internet interventions: Past, present and future. *Internet Interventions*. 2018; 12: 181–188. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.invent.2018.03.008>. Dostopno na: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214782918300150> (citirano 27. 6. 2019).
- Barad K. Posthumanist performativity: Toward an understanding of how matter comes to matter. *Signs: Journal of Woman Culture and Society*. 2003; 28: 801–831.
- Bierski K. „Something We All Have“ – Mental health, activism and media in the United Kingdom. *World Cultural Psychiatry Research Review*. 2015; 10(3-4): 138–148.
- Boellstorff T. For whom the ontology turns: Theorizing the digital real. *Current anthropology*. 2016; 57(4): 387–407.
- Duclos V. Global eHealth: Designing spaces of care in the era of global connectivity. *Medicine Anthropology Theory*. 2015; 2(1): 154–164. Dostopno na: medanthrotheory.org/read/4925/global-ehealth (citirano 27. 6. 2019).

- Elhai DJ, Levine CJ, Dvorak DR, Hall JB. Fear of missing out, need for touch, anxiety and depression are related to problematic smartphone use. *Computers in human behaviour*. 2016(63): 509–516. Doi: 10.1016/j.chb.2016.05.079.
- Fullagar S, Rich E, Francombe-Webb J. New kinds of (ab)normal? Public pedagogies, affect, and youth mental health in the digital age. *Soc. Sci.* 2017; 6(99). Doi:10.3390/socsci6030099.
- Guistini D, Ali MS, Frazer M, Kamel Bouulus NM. Effective uses of social media in public health and medicine: a systematic review of systematic reviews. *Online J Public Health Inform.* 2018; 10(2): 215. Dostopno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6194097/> (citirano 27. 6. 2019).
- Hunt D, Kotevko N, Gunter B. UK policy on social networking sites and online health: From informed patient to informed consumer? *Digital health*. June 2015(1): 1–12. Doi: 10.1177/2055207615592513. Dostopno na: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/2055207615592513> (citirano 26. 6. 2019).
- Lekić K, Tratnjek P, Konec Juričič N, Cugmas M. Srečanja na spletu: Potrebe slovenske mladine in spletno svetovanje. Celje: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2014. Dostopno na: https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/sreca_nja_na_spletu_0.pdf (citirano 21. 6. 2019).
- Lupton D. Health promotion in the digital era. *Health Promotion International*. October 2014. doi:10.1093/heapro/dau091. Dostopno na: <http://heapro.oxfordjournals.org/content/early/2014/10/15/heapro.dau091> (citirano 24. 6. 2019).
- Lupton D. M-health and health promotion: the digital cyborg and surveillance society. *Social Theory & Health*. 2012; 10: 229–244.
- McCosker A. Digital mental health and visibility: Tagging depression. In: *Digital Media: Transformations in Human Communication*, 2nd ed., Messaris P, Humphrey L, eds. New York: Peter Lang; 2017: 31–39.
- Miller D. *The comfort of people*. London: Polity Press; 2017.
- Mol A. *The logic of care: Health and the problem of patient choice*. New York: Routledge; 2008.
- Neiger BL, Thackeray R, Van Wagenen SA, Hanson CL, West JH, Barnes MD in sod. Use of social media in health promotion: Purpose, key performance indicators, and evaluation metrics. *Health Promotion Practice*. 2012; 13: 159–164.
- Schneider-Kamp A. *Digitally engaging vulnerable patients: Patient involvement in social psychiatry*. In: *The Digitally Engaged Patient*, University of Copenhagen, 2019: 17. Dostopno na: <https://eventsignup.ku.dk/VITAL-DEPConference/conference-program-and-abstracts.html> (citirano 26. 6. 2019)
- Richardson G. Social media for mental health initiatives. In: Sekala S, Niezgodna BC, eds. *Global Perspectives on Health Communication in the Age of Social Media*. USA: IGI Global; 2018: 210-224.
- Shaw MJ, Mitchell CA, Welch AJ, Williamson JM. Social media used as a health intervention in adolescent health: A systematic review of the literature. *Digital Health*. June 2015. Doi: <https://doi.org/10.1177/2055207615588395>.

- Šimenc J. mHealth and Self-Quantification in Health Promotion: Some Critical Considerations. *Informatica medica Slovenica*. 2016; 21(1-2): 14–20. Dostopno na: [http://ims.mf.uni-lj.si/archive/21\(1-2\)/21.pdf](http://ims.mf.uni-lj.si/archive/21(1-2)/21.pdf) (citirano 25. 6. 2019).
- Šimenc J. Sinhronizacija digitalnosti v medicinski praksi. *Glasnik Slovenskega etnološkega društva*. 2017; 57(1-2): 45–53. Dostopno na: <https://www.sed-drustvo.si/domains/sed-drustvo.si/modules/Domino/Files/glasnik-sed-57-12-2017-low.pdf> (citirano 25. 6. 2019).
- Tufekci Z. Algorithmic harms beyond Facebook and Google: Emergent challenges of computational agency. *Journal on Telecommunications & High Tech*. 2015; 13: 203–218.
- Ventriglio A, Bhugra D. Social media and cultural psychiatry. *International journal of cultural psychiatry*. 2017; 63(3), 179–180. Doi: 10.1177/0020764017691552 Dostopno na: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/002076401769155> (citirano 25. 6. 2019).

PREUSMERITEV POGLEDA OD STIGMATIZIRANIH K STIGMATIZIRAJOČIM

Duška Knežević Hočevar¹

POVZETEK

Članek presoja aktualne pristope preučevanja procesov (samo)stigmatizacije na področju duševnega zdravja. Na eni strani so teoretična prizadevanja socialnih psihologov od začetka tisočletja dalje, ki so v okviru kognitivne paradigme opozorili na paradoks samostigme, ki je proti pričakovanjem pokazal, da se ljudje s težavami v duševnem zdravju različno odzivajo na stigmatizirajočo okolico. Na drugi strani pa so sociologi opozorili na v socialno-psihološkem teoretiziranju zanemarjeno razsežnost politične ekonomije stigmatiziranja, ki poudarja problematiko strukturne stigmatizacije – tj. perspektivo stigmatizirajočega. Pri tem so se oprli na teoretike nevidnih struktur moči, da bi med drugim bolje pojasnili tudi paradoks samostigmatizacije. Prispevek kaže, da so teoretična prizadevanja raziskovalcev različnih akademskih ozadij koristna tudi glede oblikovanja primernejših ukrepov boja proti stigmati, ki naj bi upoštevali tako živečo izkušnjo nekoga s težavami v duševnem zdravju kot tudi specifične časovne in prostorske okoliščine, ki pogojujejo prakse stigmatiziranja ljudi s težavami v duševnem zdravju, obenem pa jih ti poustvarjajo.

Ključne besede: opismenjevanje o duševnem zdravju, javna stigma, paradoks samostigme, koncept stigma – moč, program za znižanje samostigme

1. Doktorica antropologije, višja znanstvena sodelavka;
ZRC SAZU, Družbenomedicinski inštitut, Novi trg 2, 1000 Ljubljana
E-naslov: duska@zrc-sazu.si

1 UVOD

Poleg pilotnega »preverjanja terena« na začetku izvajanja programa Z večjo pismenostjo o duševnem zdravju do obvladovanja motenj razpoloženja (OMRA), da bi pri načrtovanju njegovih dejavnosti uspešno nagovorili »lokalne posebnosti« ciljnih regij severovzhodne Slovenije, smo proti koncu njegovega izvajanja opravili tudi kvalitativno evalvacijo njegove učinkovitosti.² V obeh primerih se je govor o stigmati pokazal kot samoumeven govor o pojavu, ki ga ni treba posebej razlagati. Vtis je bil, kot da vsi vemo, da je stigma ovira, »da si priznaš, da s tabo nekaj ni v redu«, da se zaradi stigme »o tem ne govori«, da te je zaradi stigme »strah, kaj bodo rekli drugi«, »da te ne bodo razumeli«, da te je »sram«, skratka, da je stigma nekaj, kar obstaja v tvojem domačem okolju in vpliva nate, »da se zapreš«.

Po udeležbi na delavnicah, na katerih se je poslušalstvo podrobneje seznanilo z opredelitvami stigme, njenih oblikah, procesu samostigmatizacije in strategijah proti samostigmati, pa je vtis ta, da so delavnice na eni strani delovale proti krivdi, sramu in strahu, na drugi strani pa so razprle novo problematiko večplastnih okoliščin, ki doživljanje stigme še stopnjujejo. Tako je ena od udeleženk z izkušnjo motnje razpoloženja pohvalila delavnico, zatrjujoč, da je zdaj (po delavnici) »ni več sram, da [je] duševno bolna«, ker je na delavnici srečala toliko »takih bolnikov« in smo predavateljice »čisto preproste in [nismo] vzvišene.« Povedala je tudi, da zdaj prepozna nekoga z motnjo razpoloženja, ker »se skriva, mu je nerodno, ga je sram«, pri čemer ve, da »ni on kriv, tako kot [ona ni] kriva, da [je] dobila to motnjo«. Drug sogovornik, ki je na delavnici osvežil svoje znanje in dobil potrditev, da razmišlja in deluje v »pravi smeri«, saj se poklicno ukvarja z ljudmi s težavami v duševnem zdravju, pa je odkrito priznal, da je imel močne pomisleke, ko se je odločal za svoj poklic. Prepričan je, da je »področje duševnega zdravja [...] zelo zanimivo, pa tudi malo strašljivo [...], potencialno nevarno, zelo stigmatizirano«. Njegovi uporabniki – zlasti po hribovitih zaselkih – pa nimajo samo depresije, ampak še kakšno telesno bolezen in težave z alkoholom. Okoliščine, v katerih živijo, pa je opisal takole: »Ne vem, če izraz socialno dno dovolj opiše klavnost teh razmer.«

2. Pilotno »preverjanje terena« (11 kulturno občutljivih intervjujev in 1 fokusna skupina) v letu 2017 sva opravili z dr. antropologije Majo Kolarevič, kvalitativno evalvacijo učinkovitosti programa OMRA (20 evalvacijskih intervjujev in 2 fokusni skupini) v letu 2019 pa sva izpeljali z dr. antropologije Jano Šimenc.

Oba primera razmišljanj o stigmati nista izbrana naključno. Ponazarjata vedno izrazitejše poudarke raziskovanja procesa (samo)stigmatiziranja na področju duševnega zdravja. Ti skušajo konceptualno boljše kot doslej zgrabiti in razložiti proces ponotranjenja javne stigme. Prispevek ponuja pregled aktualnih pristopov preučevanja stigmatizacije na področju duševnega zdravja, ki poleg paradoksa samostigme prednostno presojuje polje tistega, ki stigmatizira – tj. politično ekonomijo stigme.

2 PARADOKS STIGME

Številne raziskave sporočajo, da je samostigma eden najpogostejših razlogov, da ljudje s težavami v duševnem zdravju ne iščejo strokovne pomoči (npr. Gulliver in sod., 2012; Schomerus in sod., 2009; Thompson in sod., 2008; Vogel in sod., 2013). To je bil tudi eden od razlogov, da je na začetku stoletja avstralski psiholog Anthony F. Jorm s sodelavci oblikoval koncept opismenjevanja o duševnem zdravju, ki vključuje taka »znanja in prepričanja o duševnih motnjah, ki pomagajo k njihovi prepoznavi, obvladovanju ali preprečevanju« (Jorm in sod., 1997: 182). V skladu s konceptom opismenjevanja je snoval tudi programe krepitev moči v skupnosti, ki nagovarjajo tako ljudi s težavami v duševnem zdravju kot tudi vse druge, ki so z njimi poklicno ali zasebno povezani (Jorm, 2000, 2012).

Vzporedno so se psihologi lotili sistematičnega preučevanja samostigmatizacije, da bi zmanjšali njene škodljive posledice, zlasti take, ki so bile zabeležene v pripovedih o nizkem samospoštovanju in nizki samostorilnosti ljudi z resnimi težavami v duševnem zdravju (Wahl, 1999; Wahl in Harman, 1989), vendar sta na podlagi temeljitega pregleda takratne literature Corrigan in Watsonova (2002) ugotovila različne odzive ljudi s težavami v duševnem zdravju na stigmatizirajočo okolico. To sta poimenovala paradoks samostigme, ki se jima je pokazal v treh skupinah odzivov. V prvo sta umestila ljudi z znižanim samospoštovanjem, v drugo take, ki so bili zaradi negativnih predsodkov upravičeno jezni, vendar so ohranili visoko samospoštovanje, v tretjo pa sta uvrstila take, ki so se zdeli brezbrizni do stigmatizirajoče okolice in prav tako niso izkazovali znižanega samospoštovanja. Ta izsledek ju je prepričal, da zavedanje o javni stigmati ni sinonim za njeno ponotranjenje in da samostigma ni univerzalna.

Čeprav sta javno stigmo in samostigmo opredelila v skladu s socialnopsihološko kognitivno paradigmo kot sestavljeni iz treh istovrstnih elementov – stereotipov,

predsodkov in diskriminacije³ – sta za pojasnitev paradoksa samostigme oblikovala t. i. situacijski model, ki sta ga utemeljevala z izsledki raziskav o drugih stigmatiziranih skupinah, npr. po spolu, rasi ali etnični pripadnosti. Izhodišče modela je podmena, da se ljudje z duševnimi motnjami lahko odzovejo različno na stigmatizirajočo okolico, odvisno od situacije. Povedano shematično: ljudje s težavami v duševnem zdravju, ki se strinjajo, da je javna stigma legitimna, imajo znižano samospoštovanje, tisti, ki se z njo ne strinjajo oz. je ne razumejo kot legitimne, pa ne kažejo njenega učinka na svoje samospoštovanje. Med slednjimi so nadalje taki, ki se identificirajo s skupino stigmatiziranih ljudi na področju duševnega zdravja in ti kažejo upravičeno jezo do stigmatizirajočih in imajo visoko samospoštovanje. Tisti, ki pa se iz različnih razlogov ne identificirajo s stigmatizirano skupino, izkazujejo brezbržnost oz. samozadovoljstvo (Corrigan in Watson, 2002).

Situacijski model naj bi bil prvi korak k teoretizaciji paradoksa samostigme v okviru socialnopsihološke kognitivne paradigme, saj sta avtorja oblikovala veliko hipotez za bodoče raziskovanje, obenem pa nakazala metodološke zagate prenosa izsledkov o drugih stigmatiziranih skupinah na področje duševnega zdravja. Ena takih je težavno razlikovanje nizkega samospoštovanja kot posledice ponotranjene javne stigme ali kot odraza disfunkcije resne duševne motnje. Čeprav sta predpostavila, da je model uporaben za situacijski odziv na javno stigmatizacijo, ne pa toliko za razlago konsistentnih vzorcev odziva v različnih situacijah, je kot heuristično sredstvo vplival na nadaljnje raziskovanje in oblikovanje strategij in programov za znižanje samostigme (Corrigan in Rao, 2012; Corrigan in sod., 2013; Corrigan in sod., 2015).

-
3. Shematično sta razlike med elementi javne stigme in samostigme pojasnila takole: stereotip pri javni stigmatizaciji se nanaša na negativna prepričanja o članih stigmatizirane skupine kot nevarnih, nezmožnih in s šibkim značajem, stereotip pri samostigmatizaciji pa na negativna prepričanja o sebi kot nezmožni osebi ali s šibkim značajem. Predsodki kot potrditev stigmatiziranih prepričanj se kažejo v negativnih čustvih do stigmatiziranih ljudi v obliki izražene jeze ali strahu do njih, pri samostigmatizaciji pa se kažejo v nizkem samospoštovanju in zmanjšani samostorilnosti. Diskriminacija kot izključevalno vedenje je odziv na predsodke. Pri javni stigmatizaciji se kaže v odrekanju pomoči ljudem s težavami v duševnem zdravju, izogibanju njihovega zaposlovanja ipd., pri samostigmatizaciji pa v samoosamitvi, neprizadevanju za uresničitev drugih življenjskih ciljev, kar je znano pod izrazom »učinek zakaj si prizadevati« (Corrigan in Rao, 2012).

3 STIGMA - MOČ

Vzporedno s prizadevanjem raziskovalcev za izboljšano teoretizacijo procesa samostigmatizacije so drugi opozarjali na zanemarjeno sociološko razsežnost pojava. Tako sta denimo Link in Phelan (2001) potrdila skokovito naraščanje raziskav o stigmati, odkar je sociolog Erving Goffman spisal znamenito delo,⁴ ki je navdihnilo raziskovalce različnih disciplinarnih ozadij, vendar sta poudarila, da prevladujejo pristopi socialne psihologije, ki se praviloma osredotočajo na načine oblikovanja kognitivnih kategorij, ki jih ljudje povezujejo s stereotipnimi prepričanji in stališči – torej se osredotočajo na perspektivo stigmatiziranega. Obenem sta povzela takratne kritike pristopa socialne psihologije, ki so mu očitale, da na eni strani zanemarija živečo izkušnjo stigmatiziranih ljudi, na drugi strani pa strukturno problematiko stigmatizacije – tj. perspektivo stigmatizirajočega. Kot odziv na tovrstne kritike in v nasprotju s konceptom stigme socialne psihologije, ki naj bi bil v takratni prevladujoči rabi preohlapno opredeljen in osredotočen zgolj na stigmatiziranega posameznika, sta predlagala preoblikovan koncept stigme. Opredelila sta jo kot sopojavljanje njenih prepletenih elementov (procesov) – označevanja, stereotipiziranja, ločevanja »nas« od »njih«, izgube družbenega položaja in diskriminacije – pri čemer sta poudarila, da se stigmatizacija nujno pojavi v okoliščinah izvajanja moči, ki omogočajo, da se ti procesi razkrijejo (Link in Phelan, 2001).

Ugotovitev, da je vloga moči pogosto spregledana, ker so razlike v družbeni moči razumljene kot samo po sebi umevne,⁵ sta z leti teoretično dodelala z oblikovanjem koncepta stigma – moč. Opirajoča se tudi na dela Bourdieuja, v katerih je utemeljeval, da je moč najučinkovitejša, ko je prikrita ali »napačno prepoznana«, sta stigmatizacijo – moč opredelila kot vir za doseg ciljev ljudi, ki si prizadevajo druge omejevati, zadrževati v okviru pravil ali se jim izogibati (Link in Phelan, 2014). Izraz stigma – moč sta torej predlagala za sklicevanje na primere, v katerih procesi stigme uresničijo cilje stigmatizirajočih, ki izkoriščajo, nadzirajo ali izključujejo stigmatizirane. Pri tem ju zanima, kako se cilji stigmatizirajočih uresničujejo in kako so skriti v poskusih ljudi s težavami v duševnem zdravju, da obvladujejo stigmatizacijo. Zatrjujejo namreč, da stigmatizirajoči redko uresničujejo svoje interese v neposrednih in odkritih dejanjih, ampak bolj posredno in zakrito skozi percepcije in vedenja stigmatiziranih (Link in Phelan, 2014).

4. Gre za danes že klasično delo Ervinga Goffmana *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity* iz leta 1963.

5. Ali kot ponazorita s primerom: »Ko ljudje pomislijo na duševno obolenje [...], obstaja težnja, da se osredotočijo bolj na značilnosti, ki so združene s temi stanji, kot pa na razlike med ljudmi, ki jih imajo ali pa jih nimajo« (Link in Phelan, 2001: 375).

Tudi drugi zagovorniki vpeljave sociološke razsežnosti v raziskovanje procesov (samo)stigmatizacije (npr. Holley in sod., 2012; Parker in Aggleton, 2003; Tyler in Slater; 2018) so si enotni, da ima vsaj pol stoletja uporabljana Goffmanova opredelitev stigme v tovrstnih raziskavah za posledico predstavo, da sta stigma in z njo povezana diskriminacija individualna procesa, nekaj, kar posamezniki delajo drugim posameznikom brez presoje strukturnih okoliščin, ki proizvajajo izključitve »določenih« ljudi iz družbenega in ekonomskega življenja. Raziskovalci so namreč navajali in še vedno najpogosteje navajajo tisti del opisa Goffmanove definicije, ki pravi, da je stigma »označba, ki globoko zasramuje in izvzame [njenega] nosilca iz celote ter običajno osebo degradira v umazano, zavrženo« (Evans-Lacko in sod., 2014: 5). Prav opiranje na poudarek, da gre pri stigmati za diskreditirajočo označbo oz. lastnost, naj bi usmeril raziskovalce h gledanju stigme kot vrste stvari – sorazmerno statične značilnosti oz. lastnosti, čeprav naj bi bila po Goffmanu kulturno proizvedena (Parker in Aggleton, 2003). Še več, Parker in Aggleton (2003) sta prepričana, da je prav razumevanje Goffmanovega poudarka, da »neželena razlika« vodi do »pokvarjene identitete«, spodbudilo močno individualizirane analize raziskovalcev, čeprav bi lahko razumeli Goffmanovo stigmatizacijo kot proces, ki bolj razvrednoti odnose. Take analize, ki se osredotočajo na vprašanje, kaj nekateri posamezniki delajo drugim posameznikom, naj bi bile uporabne zgolj v visoko individualiziranih kulturah, kot sta ZDA in deli Evrope, kjer ljudi učijo, da verjamejo, da so svobodni akterji, nikakor pa niso primerne za t. i. svet v razvoju, kjer je še vedno prisotna močna navezanost na skupnost, vas, sorodstvo ipd. V teh predelih sveta programi za zniževanje samostigme, ki so zasnovani na podlagi analiz socialne psihologije, niso učinkoviti, saj spregledajo, da se stigma in stigmatizacija oblikujeta v specifičnih okoliščinah kulture in moči. Šele spoznanje, da stigma privzema svojske oblike pojavnosti v različnih časovnih momentih in v različnih krajih in prostorih, prav tako pa je zgodovinsko specifična, je podlaga za oblikovanje primernejših ukrepov boja proti njej in njenim posledicam.

S tega vidika tudi Tylerjeva in Slater (2018) presojata na prvi pogled všečno kampanjo boja proti stigmati v duševnem zdravju Heads Together, ki jo je v letu 2016 začela izvajati britanska kraljeva družina. Z javnim razkrivanjem težav v duševnem zdravju slavnih oseb in njihovega okrevanja je želela »normalizirati« pogovor o duševnem zdravju oz. si prizadevati za spremembo negativnih stališč v javnosti, vendar avtorja opozorita na vprašanje socialne porazdelitve stisk v britanski družbi in da obstaja bistvena razlika, če se javnosti razkrije princ ali slavna oseba, delodajalcu prekerni delavec, socialni delavki pa mati. Nadalje povzemata številne kritike mainstreamskih kampanj proti stigmati, ki z osredotočenjem zgolj na posamične zgodbe razkritja in okrevanja pogosto zanemarijo

sociološka vprašanja o vzrokih duševnih stisk. Zato sta še toliko bolj poudarila motive in finančno ozadje kampanje kraljeve družine in jo umestila v okoliščine izvajanja neoliberalnih politik kot odziva na finančno krizo v letu 2008, ki so se med drugim kazale v uresničevanju ukrepov radikalnega zmanjšanja socialnih pomoči in strogih varčevalnih ukrepov v državi, ki so pogojevali depresijo, tesnobo in druga psihosomatska obolenja med prebivalstvom. Še več, razkrila sta, da kampanjo Heads Together financirajo korporacijske in finančne organizacije (npr. Unilever in BlackRock), ki so koristnik neoliberalnih ekonomskih ukrepov in varčevalnih reform, ki spodkopavajo državo blaginje in socialno varstvo in pogojujejo duševne stiske najrevnejšega in najranjlivejšega članstva družbe (Tyler in Slater, 2018).

4 ZAKLJUČEK

Vrnimo se k uvodu. Kako torej oblikovati učinkovit program za znižanje stigme za nekoga, ki živi osamljen v okoliščinah revščine, se predaja alkoholu, ne išče pomoči, nima socialne mreže, se zapira v svoj svet trpljenja? Odgovora verjetno ne gre iskati v zunajzkustvenem svetu nekoga, ki doživlja težave v duševnem zdravju, oz. zunajčasovnih in zunajprostorskih »univerzalnih« programih za zniževanje stigme ali celo takih, ki so učinkoviti v okoljih (npr. urbanih), kjer so bili oblikovani, in se nato pričakuje, da bodo enako učinkoviti v neprimerljivih kontekstih, kamor se »uvozijo« kot »dobre prakse«. Upoštevanje konteksta in živeče izkušnje ljudi s težavami v duševnem zdravju je pomembno, ko je govor o uporabnih strategijah proti stigmati, zato je še toliko bolj pomembno, da prisluhnemo argumentom raziskovalcev različnih disciplinarnih ozadij: od fenomenološko usmerjenih, ki opozarjajo na pomen subjektivnosti oz. delovalnosti izkustvenega jaza, ko je govor o stigmatiziranem jazu oz. paradoksu samostigme (Eriksson, 2019), do takih, ki utemeljujejo kritično protizitiralsko paradigmo tako v raziskovanju kot tudi v praksi, da bi spremenili večravske strukture in procese, ki tlačijo ljudi s težavami v duševnem zdravju (Holley in sod., 2012). Toliko bolj so zato dragocene pripovedi o osebnih izkušnjah udeleženk_cev pilotne raziskave in evalvacije učinkovitosti programa OMRA, ki nas vselej opozarjajo, da so programi za znižanje stigme namenjeni predvsem njim.

Literatura

- Corrigan PW, Watson AC. The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2002; 9(1): 35–53.
- Corrigan PW, Rao D. On the self-stigma of mental illness: stages, disclosure, and strategies for change. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*. 2012; 57(8): 464–469. doi:10.1177/070674371205700804. Dostopno na: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/070674371205700804> (citirano 12. 3. 2018).
- Corrigan PW, Kosyluk KA, Rüsch N. Reducing self-stigma by coming out proud. *American journal of public health*. 2013; 103(5): 794–800.
- Corrigan PW, Larsona JE, Michaels PJ, Buchholz BA, Del Rossi R, Fontecchio MJ, et al. Diminishing the self-stigma of mental illness by coming out proud. *Psychiatry Research*. 2015; 229(1-2): 148–154. Dostopno na: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.07.053> (citirano 2. 1. 2018).
- Eriksson, K. Self-Stigma, Bad Faith and the Experiential Self. *Human Studies* april 2019. Dostopno na: <https://doi.org/10.1007/s10746-019-09504-8> (citirano 2. 7. 2019).
- Evans-Lacko S, Courtin E, Fiorillo A, Knapp M, Luciano M, Park A-L, et al. The state of the art in European research on reducing social exclusion and stigma related to mental health: A systematic mapping of the literature. *European Psychiatry*. 2014; 29(6): 381–389. Dostopno na <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.02.007> (citirano 2. 6. 2019).
- Gulliver A, Griffiths KM, Christensen H, Mackinnon A, Cleave AL, Parsons A, Bennett K, et al. Internet-based interventions to promote mental health help-seeking in elite athletes: an exploratory randomized controlled trial. *J Med Internet Res*. 2012; 14(3): 69. Doi: 10.2196/jmir.1864. Dostopno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3414855> (citirano 5. 5. 2019).
- Holley L, Stromwall L, Bashor K. Reconceptualizing stigma: Toward a critical antioppression paradigm. *Stigma Research and Action*. 2012; 2(2). Dostopno na: <http://stigmaj.org/article/view/46> (citirano 12. 6. 2019).
- Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, Christensen H, Rodgers B, Pollitt P. »Mental health literacy«: A survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia*. 1997; 166: 182–186.
- Jorm AF. Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders. *British Journal of Psychiatry*. 2000; 177: 396–401.
- Link BC, Phelan JC. Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*. 2001; 27: 363–385.
- Link B, Phelan J. Stigma power. *Social Science & Medicine*. 2014; 103: 24–32. Dostopno na: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.07.035> (citirano: 2. 3. 2019).
- Parker R, Aggleton P. HIV and AIDS-related stigma and discrimination: A conceptual framework and implications for action. *Social Science & Medicine*. 2003; 57: 13–24. Dostopno na: [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00304-0](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00304-0) (citirano 4. 4. 2019).
- Schomerus G, Matschinger H, Angermeyer M. Attitudes that determine willingness to seek psychiatric help for depression: A representative population survey applying the theory of planned behaviour. *Psychological Medicine*. 2009; 39 (11): 1855–1865.

- Thompson A, Issakidis C, Hunt C. Delay to Seek Treatment for Anxiety and Mood Disorders in an Australian Clinical Sample. *Behaviour Change*. 2008; 25(2): 71–84.
- Tyler I, Slater T. Rethinking the sociology of stigma. *The Sociological Review*. 2018; 66(4): 721–743.
- Vogel DL, Armstrong PI, Tsai P-C, Wade NG, Hammer JH, Efstathiou G, et al. Cross-cultural validity of the Self-Stigma of Seeking Help (SSOSH) scale: Examination across six nations. *Journal of Counseling Psychology*. 2013; 60(2): 303–310.
- Wahl OF. Mental health consumers' experience of stigma. *Schizophrenia Bulletin*. 1999; 25(3): 467–478. Dostopno na: <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a033394> (citirano 4. 5. 2019).
- Wahl OF, Harman CR. Family views of stigma. *Schizophrenia Bulletin*. 1989; 15(1): 131–139. Dostopno na: <https://doi.org/10.1093/schbul/15.1.131> (citirano: 2. 4. 2019).

KAKO SE JE PROGRAM OMRA DOTAKNIL UDELEŽENK IN UDELEŽENCEV DELAVNICE

Duška Knežević Hočevar¹

POVZETEK

Prispevek predstavlja rezultate kvalitativne evalvacije programa Z večjo pismenostjo o duševnem zdravju do obvladovanja motenj razpoloženja (OMRA) 18 udeleženk_cev dveh skupinskih pogovorov, ki sta potekala maja 2019 v Mariboru in Murski Soboti. Na začetku so predstavljene evalvacijske raziskave mednarodno uveljavljenega programa The Mental Health First Aid, katerega različica je slovenski program OMRA. V nadaljevanju so navedeni rezultati analize vsebine posnetih in transkribiranih skupinskih pogovorov, ki so pokazali, da je program OMRA zelo uporaben in učinkovit za skupino, ki se poklicno srečuje z ljudmi s težavami v duševnem zdravju. Na delavnicah so nadgradili svoje znanje o motnjah razpoloženja in še poglobili razumevanje o možnostih delovanja svojih uporabnic_kov, ki imajo težave v duševnem zdravju. Predvsem so izboljšali svoje znanje o razpoložljivi strokovni pomoči, kar jim je dvignilo samozavest za spremenjeno delovalnost – potrpežljivo poslušanje svojih uporabnic_kov, svetovanje o primerni strokovni pomoči in napotovanju na koristne prostodostopne informacije o motnjah razpoloženja na spletnih in drugih gradivih projekta OMRA. Obenem so jim delavnice pokazale, katere prakse že izvajajo »v pravi smeri«.

Kljub sporočenemu izrazitemu zadovoljstvu z delavnicami kot enih bolj uporabnih v njihovi delovni karieri so konstruktivno opozorili na prostor za izboljšave prihodnjih izvedb. Navsezadnje so jih delavnice spodbudile h kritičnemu razmišljanju – o dilemah in vprašanjih, ki so se jim porajala o dozdajšnjih praksah in o odnosu do ljudi s težavami v duševnem zdravju.

Ključne besede: *opismenjevanje o duševnem zdravju, kvalitativna evalvacija, skupinski intervju, program OMRA, programi prve pomoči v duševnem zdravju (MHFA)*

1. Doktorica antropologije, višja znanstvena sodelavka;
ZRC SAZU, Družbenomedicinski inštitut, Novi trg 2, 1000 Ljubljana
E-naslov: duska@zrc-sazu.si

1 UVOD

Program Z večjo pismenostjo o duševnem zdravju do obvladovanja motenj razpoloženja (OMRA) med drugim odlikujeta tudi kvantitativno in kvalitativno oblikovani evalvaciji programa. Pričujoči prispevek sporoča razmišljanja o programu OMRA, ki so jih z avtorico prispevka in sodelavko Jano Šimenc delile_i izbrani udeleženske_ci 22 peturnih delavnic v okviru dveh evalvacijskih skupinskih intervjujev. Slednje_i so večinoma predstavnice_ki skupine B, ki se poklicno srečujejo z ljudmi s težavami v duševnem zdravju.² Prispevek torej presoja kvalitativno evalvacijo, katere vprašanja so bila oblikovana po zgledu kvalitativne evalvacijske raziskave, ki jo je izpeljal avtor koncepta opismenjevanja o duševnem zdravju Anthony Jorm s sodelavci (Jorm in sod., 2005).

Skupinska pogovora sta bila posneta s privolitvijo udeleženk_cev raziskave in transkribirana. Na podlagi analize vsebine zbranega gradiva prispevek presoja njihovo doživljanje programa OMRA, ki je različica mednarodno uveljavljenega psihoedukacijskega programa The Mental Health First Aid (MHFA). Preden odgovorimo na vprašanje, ali je program OMRA učinkovit in uporaben za udeleženske_ce delavnic, si oglejmo, kaj v splošnem sporočajo raziskave o evalvaciji MHFA.

2 KAJ SPOROČAJO RAZISKAVE O EVALVACIJA PROGRAMOV OPISMENJEVANJA O DUŠEVNEM ZDRAVJU?

Programi opismenjevanja o duševnem zdravju izvorno domujejo v Avstraliji. Leta 2000 sta prvo tako izobraževanje – The Mental Health First Aid (MHFA) – v partnerstvu razvila raziskovalec Anthony Jorm in prostovoljka z izkušnjo težav v duševnem zdravju, izvajalka in uporabnica takih izobraževanj Betty Kitchener. Pravzaprav sta podoben medicinski model prve pomoči za poškodbe in urgentne situacije prilagodila problematiki duševnega zdravja s ciljem, da se zagotovi pomoč nekemu, ki oboleva ali je v duševni stiski, preden poišče primerno strokovno pomoč ali razreši svojo krizo. Tak tečaj oz. delavnica uči, kako prepoznati skupino simptomov splošnih duševnih motenj (npr. depresije

2. Omeniti velja, da je avtorica prispevka s sodelavko Jano Šimenc izpeljala tudi 20 evalvacijskih osebnih intervjujev večinoma z udeleženkami_ci skupine A, tj. z osebami, ki imajo same izkušnjo težav v duševnem zdravju ali jo imajo njihovi bližnji. Njihova ocena delavnic oz. programa OMRA ni predmet pričujočega prispevka, ker analiza vsebine še poteka.

in anksioznosti) in kriznih situacij (npr. samomorilnega razmišljanja in vedenja, akutnih stresnih odzivov, napadov panike in akutnih psihotičnih vedenj), kako zagotoviti začetno pomoč in nekoga usmeriti v primerno obravnavo in druge oblike razpoložljive pomoči (Kitchener in Jorm, 2002).

Od svojih začetkov v Avstraliji se je program MHFA zelo hitro razširil po svetu; po zadnjih podatkih ga je vsebinsko prilagodilo 25 držav, od tega 11 evropskih (MHFA international).³ Poleg standardnega izobraževanja, namenjenega odraslim s težavami v duševnem zdravju (npr. Jensen, 2016; Jorm in sod., 2004; Lipson, 2014), so ga prilagodili za različne ciljne javnosti. Med njimi najdemo programe, oblikovane za odrasle, ki pomagajo odraščajočim s težavami v duševnem zdravju (Jorm in sod., 2010; Rose, 2019), za starejše (Svensson, Hansson, 2017), prilagojene pripadnikom različnih etničnih skupnosti znotraj večinskega prebivalstva (Auger in sod., 2019; Kitchener in sod., 2008), posebej podeželanom (Jorm in sod., 2004), do takih, ki nagovarjajo različne poklicne skupine – npr. kmete (Hossain in sod., 2010; Sartore in sod., 2008), javne uslužbenke (Svensson, Hansson, 2014) ali same predavateljke MHFA (Terry, 2011). Poudariti velja, da so vsebine izobraževanj MHFA oblikovane na podlagi znanstvene evidence – tj. pregleda vsestranske znanstvene literature. Kjer pa taka literatura ne obstaja, so vsebine programa oblikovane na podlagi konsenza strokovnjakov s pomočjo metode Delphi (npr. Kelly in sod., 2010).

Pomemben dejavnik mednarodnega razširjanja in financiranja programov MHFA je po mnenju njegovih avtorjev (Kitchener in Jorm, 2008) prav njihova evalvacija in njene objave v znanstvenih revijah. Tako sta že Kitchener in Jorm v eni svojih prvih pregledov treh evalvacijskih raziskav programa MHFA v Avstraliji zaključila, da so večinoma prisotne udeleženske nadgradile svoje znanje o duševnem zdravju, izboljšale podporno vedenje do ljudi s težavami v duševnem zdravju, okrepile samozaupanje pri zagotavljanju pomoči, znižale socialno razdaljo do ljudi s težavami v duševnem zdravju in celo ocenile, da so imele same korist v smislu izboljšanja lastnega duševnega zdravja (Kitchener in Jorm, 2006). Nedavna metaanaliza 15 izbranih raziskav o evalvaciji MHFA (Hadlaczký in sod., 2014) je pokazala še, da je program izboljšal znanje udeležencev o duševnem

3. Prilagojene MHFA s svojim zdravstvenim sistemom izvajajo v Avstraliji, Angliji, Bangladešu, na Bermudskem otočju, Danskem, Finskem, v Hongkongu, Indiji, na Japonskem, v Kambodži, Kanadi, na Malti, Nizozemskem, Novi Zelandiji, v Pakistanu, Republiki Irski, na Severnem Irskem, v Savdski Arabiji, Singapurju, na Škotskem, Švedskem, v Švici, Združenih arabskih emiratih, ZDA in Wellsu. Jorm in sod. (2019) ocenjujejo celo, da se je do sredine leta 2018 programa MHFA udeležilo več kot 700.000 prebivalcev Avstralije in 2,7 milijona ljudi po svetu.

zdravju, znižal njihova negativna (stigmatizirajoča) stališča do duševnega zdravja in utrdil njihovo podporno vedenje do ljudi s težavami v duševnem zdravju. Morgan in sod. (2018) pa so v zadnji posodobljeni in še obsežnejši metaanalizi 18 kontroliranih poskusov dognali trajanje učinkov MHFA. Pokazali so, da so poleg takojšnjega izboljšane znanja o duševnem zdravju udeleženk_cev programov MHFA in njihovega prakticiranja primerne pomoči ljudem s težavami v duševnem zdravju učinki v obdobju šestih mesecev po obisku izobraževanj manj jasni. Iz rezultatov analize je razbrati tudi, da se je pri udeleženkah_cih MHFA le malo znižala stigma do ljudi s težavami v duševnem zdravju, izboljšala pa se je njihova samozavest, da jim lahko pomagajo, oz. njihova namera, da jim lahko zagotovijo pomoč. Majhne izboljšave je metaanaliza pokazala tudi v kontekstu zagotavljanja količine pomoči nekemu s težavami v duševnem zdravju.

V glavnem kvantitativno oblikovane raznolike evalvacijske raziskave sporočajo, da je program MHFA zelo učinkovit in priporočljiv kot javnozdravstveni poseg za izboljšanje življenja ljudi s težavami v duševnem zdravju. V nadaljevanju prispevka pa si oglejmo, kaj je pokazala kvalitativno zasnovana evalvacija programa OMRA v Sloveniji.

3 KAKO SMO IZBRALI KANDIDATKE_E ZA SKUPINSKE POGOVORE?

Potencialne sogovornice_ke je avtorica prispevka izbirala med izvajanjem delavnic OMRA, na katerih je vodila dnevnik vtisov in opažanj njihovih odzivov na predstavljene vsebine o stresu in s stresom povezanih motnjah razpoloženja, anksioznih motnjah, depresiji, bipolarni motnji razpoloženja, stigmi, vrstah razpoložljive in raznolike pomoči. Praviloma je k pogovoru povabila »najbolj zgovorne«, ki so veliko komentirali in zastavljali raznolika vprašanja, v upanju, da bodo pristali na skupinski pogovor o oceni programa OMRA. Iz seznama zbranih stikov (do 10 na delavnico) sta s sodelavko Jano Šimenc določili potencialne kandidatke_e za dva skupinska pogovora. Pri tem sta upoštevali, da jih je večina obiskala delavnico vsaj tri mesece pred napovedanim skupinskim pogovorom, manjšina pa po enem ali šestih mesecih. Namenoma sta na skupinska pogovora vabili kandidatke_te iz skupine B (take, ki se poklicno srečujejo z ljudmi s težavami v duševnem zdravju), za osebne bolj intimne individualne intervjuje pa sta izbirali predvsem udeleženk_ce iz skupine A (ljudi z izkušnjo težav v duševnem zdravju ali njihove svojce), katerih analiza še poteka in ni predmet pričujočega prispevka.

Skupinska pogovora, izpeljana v Mariboru in Murski Soboti maja 2019, sta trajala približno uro in pol. 18 udeleženk_cev obeh skupinskih pogovorov je zaposlenih na zavodu za zaposlovanje, centru za socialno delo, v nevladnih organizacijah na področju duševnega zdravja, zdravstvenih domovih ali zasebnih ambulantah iz severovzhodne Slovenije.

4 KAKO SO DELAVNICE OMRA SPREMENILE DELOVALNOST SOGOVORNIC_KOV SKUPINSKIH POGOVOROV?

Večina udeleženk_cev skupinskih pogovorov je obiskala delavnico OMRA predvsem zato, ker se poklicno dnevno ali pogosto srečuje z ljudmi s težavami v duševnem zdravju. Povedali so, da se velikokrat znajdejo v zagati, kako svoje stranke oz. uporabnice_ke storitev pravilno usmeriti, jim svetovati ali jih prepričati, naj redno jemljejo zdravila. Od delavnice so si obetali tovrstne napotke. Eno od sogovornic pa je zanimal način podajanja vsebin, saj v okviru zdravstvenega doma izvaja psihoedukacijo.

Vprašanja skupinskih pogovorov so se med drugim nanašala na uporabnost novo pridobljenega znanja v njihovem poklicnem in vsakdanjem življenju, morebitno občutenje večjih sposobnosti prepoznavanja določenih motenj razpoloženja, njihov odziv v primeru, če so po delavnici srečali osebo s težavami v duševnem zdravju, vpliv programa OMRA na njihov morebiti spremenjen odnos do oseb, ki trpijo zaradi motenj razpoloženja, potrebo po dodatnem izobraževanju bodisi s pomočjo spletne strani OMRA ali gradiv programa bodisi v okviru drugih vsebinsko podobnih izobraževanj, navsezadnje pa nas je zanimalo mnenje o programu OMRA oz. morebitna kritika. Na podlagi tematske analize skupinskih pogovorov (Krippendorf, 2004) je avtorica prispevka oblikovala spodnje vsebinske okvirje njihovih razmišljanj.

4.1 Osveženo znanje in boljše razumevanje

Čeprav je bila večina udeleženk_cev skupinskih pogovorov že zaradi narave svojega dela in pridobljene izobrazbe na področju psihologije, socialnega dela, zdravstva dobro seznanjena z vsebinami delavnice, je poudarila, da je ponovila, nadgradila, predvsem pa »osvežila« znanje o motnjah razpoloženja, ki je nujna podlaga za razumevanje ljudi s težavami v duševnem zdravju. Kot vsebinske novosti so udeleženke_ci omenjale_i posamične poudarke, npr. da je anksioznost praviloma priučena, da so duševne težave pogosto zavite v telesne, kar

otežuje diagnostiko, da se čezmerni stres kaže v spremenjenih štirih razsežnostih (v vedenju, čustvovanju, telesu in razmišljanju) človeškega odzivanja, kar je primerljiva točka opazovanja sprememb tudi pri motnjah razpoloženja, da lahko že splošni zdravnik veliko stori.

Uporabnost osveženega znanja so videli predvsem pri delu s svojimi uporabnicami_ki: z ozaveščanjem, da motnje razpoloženja niso »nič groznega«, usmerjanjem na delavnice OMRA, spletno stran in deljenjem knjižic o programu, bolj samozavestnim pojasnjevanjem, »da ni vse takoj tabletk«, napotitvijo uporabnic_kov po pomoč v konkretne službe (zdravstvo, socialne službe, nevladne organizacije). Ali kot je bila slikovita udeleženka: »Vsi pacienti v mojem delokrogu, [...] ki sem z njimi govorila, da imajo to diagnozo [bipolarno motnjo razpoloženja], noben ni vedel, da je to huda duševna motnja. In da imajo tudi, kolikor imajo težave, nekaj pravic na tej njihovi težki poti.«

Prav tako so uporabnost delavnice prepoznali tudi zase – da so uporabne za njihovo življenje in bližnje, da krepijo učinek tudi drugih delavnic s podobno vsebino. Ena udeleženka pa je pohvalila kot uporabno »dinamiko predstavitve vsebin suverenih predavateljic«.

4.2 Večja samozavest pri delu

Zanimivo, da se večina sogovornic_ov po delavnici ne počuti »bolj kompetentnih« za soočanje z nekom, ki ima težave v duševnem zdravju. Raje so uporabljale_i naslednje opise: »bolj suvereno/samozavestno napotim uporabnika po pomoč zaradi osveženega znanja« ali pa »da si bolj suveren v svetovalnem procesu, da lažje steče svetovalni proces z uporabnikom«. Nekateri so opisovali, da se po delavnici »bolj približaš uporabnikom, ker govoriš njihov jezik«, prav tako so navedli, da »stranka vidi, da jo sprejemaš, da se nima česa sramovati«. Nekaterim se je zdela celo raba izraza »bolj suveren« preambiciozna in so raje poudarili, da so »okrepili veščine«, ker so pridobili nekaj novega znanja o simptomatiki motenj razpoloženja.

Kakorkoli, manjšina je le poudarila, da se počuti bolj kompetentno, ker lažje sooči svoje uporabnice_ke, da le poskušajo poiskati pomoč ali redno jemljejo zdravila. Navsezadnje so izpostavili, da so pri svojem delu še bolj pozorni in senzibilni zaradi osveženega znanja.

4.3 Spremenjeno konkretno ravnanje, večja potrpežljivost in potrditev, da se dela v pravi smeri

Že zaradi narave dela je večina udeleženk_cev skupinskih pogovorov po delavnici srečala nekoga, ki ima težave v duševnem zdravju. Bolj samozavestne_i z osveženim znanjem so priznale_i, da po delavnici »še bolj prepoznajo« oz. so »še bolj pozorne_i« na simptomatiko. Poleg svetovanja, kam po pomoč, jih je večina poudarila, da so po delavnici »bolj potrpežljivi« z uporabniki_cami, jim »dajo čas«, ker bolje razumejo, kaj se z njimi dogaja. Ali kot je bil slikovit udeleženec: »Pretenciozno bi bilo reči, da zdaj po delavnici prepoznam vse simptome in znam diagnosticirati. Bolj je pomembno, da po delavnici moja stranka začuti, da razumem, zakaj ne more funkcionirati, če ima določeno diagnozo. Že to je dovolj oz. veliko, da ji pokažeš, da njo kot osebo s tako diagnozo sprejemaš.«

Nekateri so po delavnici bolje opremljeni z znanjem, da znajo dolgoletne uporabnice_ke bolje uvrstiti: »Aha, ti si oseba s takimi težavami, [...] kar mi pomaga, da vem, kaj od nje pričakovati oz. kako z njo delati v programih stanovanjskih skupin.«

Večina je poudarila, da jim je delavnica potrdila, da »delajo v pravi smeri«, da »uporabnik potrebuje zaupanje, prisluh in ne zgolj njihove razlage«, da je potreben čas, da prepoznajo težave pri strankah, in da jih ne smejo na hitro odpraviti: »Še vedno nekateri sodelavci zavijajo z očmi, ker se predolgo ukvarjaš z nekom.«

Večina je opisovala konkretne primere napotitev po pomoč v različne službe, kar so pripisovale_i znanju, ki so ga pridobile_i na delavnicah o iskanju pomoči. Od tega, da so svojega uporabnika napotile_i na center za socialno delo, ker je odklonil zdravnika, in se je pozneje izkazalo, da je imel težave že v otroštvu kot zavržen otrok, do povsem konkretnih napotkov uporabnici, ki jih je udeleženka opisala takole: »Po delavnici se srečam z zelo anksiozno mlado punco [sledí opis]. Jo poslušam, jo spomnim, naj se sprosti, vmes zadíha [pokaže tehnike dihanja]. Ko se z njo pogovarjam, pridobivam čas, jo umirjam, da stečejo stvari. Ji ne dopovedujem, ampak jo skušam umiriti in poslušati.«

Manjšina, ki se po delavnici ni srečala s konkretno osebo s težavami v duševnem zdravju, pa je poudarila, da ji je udeležba na njej pomagala, da za nazaj razumejo, kaj se je dogajalo z njihovimi uporabnicami_ki ali bližnjimi.

Navsezadnje velja omeniti, da je večina udeleženk_cev skupinskih pogovorov že do delavnice gojila razumevajoč odnos do ljudi s težavami v duševnem zdravju. Temu je tudi pripisati njihove razlage, da niso »bistveno spremenili« svojega odnosa do ljudi, ki trpijo zaradi motenj razpoloženja. Tipični opisi so sporočali, da »sem bila do njih precej odprta že pred delavnico«.

4.4 Prostor za izboljšave

Kljub izrečenemu velikemu zadovoljstvu z delavnico, ki so ga poudarile_i prav vse_i udeleženke_ci skupinskih pogovorov, nekatere_i pa so celo potrdile_i, da so to bile v njihovi delovni karieri najbolj uporabne delavnice, so svojo konstruktivno kritiko sporočale_i s posamičnimi predlogi za izboljšanje bodočih delavnic. Nekaj jih je predlagalo, da bi bilo za ljudi s težavami v duševnem zdravju – za skupino A – bolje organizirati polovico krajše delavnice z več odmori in manj občinstva na delavnico. Predlagali so bolj intimne majhne skupine, na katerih bi udeleženke_ci imele_i več prostora za sporočanje svojih konkretnih težav in skupno iskanje rešitev. Prav tako so nekateri izpostavili, da je bilo v enem dnevu posredovanih »preveč informacij«, kar bi se dalo izboljšati z več delavnic z določeno vsebino in ne z eno delavnico z več vsebinami.

Zanimivi so bili predlogi tistih, ki so opozorili, da se v resničnosti in pri svojem delu srečujejo z ljudmi, ki nimajo samo ene motnje razpoloženja, ampak se običajno borijo s komorbidnostjo in obenem težavnimi socialnimi okoliščinami – največkrat s samomorilnostjo in alkoholizmom. Predlagali so, da bi v bodoče lahko naslovili tudi zdravstveno in socialno večplastnejše in zahtevnejše primere, da bi se znali spoprijeti z njimi.

V tem oziru so nekateri opozorili na »maskiranje« oz. prikrivanje težav v duševnem zdravju svojih uporabnic_kov – zlasti iskalk_cev zaposlitve – in izrazili željo, da bi jih v prihodnje bolje opremili za spoprijemanje s tovrstnimi strategijami. Prav tako bi želeli izvedeti več o oceni delazmožnosti svojih uporabnic_kov, saj jih veliko podcenjuje ali precenjuje svoje zmožnosti za delo. Kot zahtevne so omenjali uporabnice_ke, ki po njihovem mnenju niso motivirane_i za iskanje zaposlitve oz. se ne zmorejo ali nočejo poklicno rehabilitirati in socialno vključevati v okolje. Ali kot je izrazila ena od udeleženk: »Že dolgo delam na zaposlitveni rehabilitaciji in številni težko zadovoljijo zahteve delodajalca, ker so upočasnjeni, potrebujejo veliko razumevanja, niha jim pozornost itd. Ni dolga le pot zdravljenja, ampak tudi poklicne rehabilitacije. Malo je uspešnih zgodb«.

S tega vidika so številni izrazili željo po bolj konkretnih napotkih zahtevne komunikacije z ljudmi s težavami v duševnem zdravju poleg običajnega prakticiranja odprtih vprašanj, s katerimi skušajo »odpirati« svoje uporabnice_ke.

Navsezadnje so bili dobrodošli predlogi o »bolj spodbudnih« naslovih delavnic, ki ne smejo vnaprej odvrčati ljudi s težavami v duševnem zdravju, saj se ti praviloma še vedno nočejo javno izpostaviti na delavnicah, kar lahko stopnjuje njihovo samostigmatizacijo.

4.5 Novi premisleki in vprašanja

Poleg osveženih znanj in spremenjenih namer ravnanj so delavnice spodbudile udeleženke_ce skupinskih pogovorov k »premisleku« o ustaljenih stališčih in zastavljanju novih vprašanj. Večina se je strinjala, da je učinek delavnic najmočnejši takoj po obisku delavnice in da te pozneje »povozijo vsakodnevne obveznosti« oz. se »posvetiš prioritetam v službi«. So pa zlasti tisti, ki so bili na delavnici pred šestimi meseci, ugotavljali, da jih je udeležba spodbudila k sodelovanju na podobnih izobraževanjih in da občasno spremljajo spletno stran OMRA, še posebej, ko izide novičnik. V splošnem so se strinjali, da vedo, kje iskati uporabne informacije, in da je s tega vidika gradivo OMRA zelo uporabno. Predvsem pa so soglašali, da bi se delavnice morale redno izvajati in ne le kot enkratni dogodek.

Nekateri so izpostavili, da bi take delavnice morale doseči prebivalce celotne Slovenije in ne le njenega severovzhodnega dela, da bi na ta način krepili preventivne socialnozdravstvene dejavnosti. Spet drugi so dejali, da bi jih morali organizirati tudi za druge skupine, npr. za delodajalce v okoliščinah pričakovane stopnjevane produktivnosti in učinkovitosti zaposlenih. Z večjo prisotnostjo v prostoru bi lahko delavnice predstavljale protiutež še vedno stigmatizirajočemu in senzacionalističnemu medijskemu poročanju o »nevarnih« ljudeh z motnjami razpoloženja.

Nekatere je delavnica spodbudila, da se sprašujejo, »kje je meja«, da se nekoga napoti po pomoč, oz. »koliko se lahko s svojimi napotki približajo uporabniku«. Prepričani so, da je meja zelo problematična tudi zaradi stigme, saj ljudje še vedno nočejo slišati, da imajo težave v duševnem zdravju. Navsezadnje so v dilemi, ali sploh predlagati nekomu pomoč, ki s svojo diagnozo dobro funkcionira. Prav tako so bili v zadregi, ko so priznali, da niso kos vsakodnevnim obremenitvam v službi, kar občutijo njihove_i uporabnice_ki, ker si praviloma ne zmorejo vzeti dovolj časa zanje.

Nekatere je delavnica prepričala, da bi morala v Sloveniji obveljati praksa napotovanja »od spodaj navzgor«, da bi se s tem razbremenilo psihiatrijo, bi moralo biti na voljo več preventivnih programov dobrega počutja, da lahko takoj »na licu mesta« dobiš pomoč, npr. v obliki pogovora – v šoli, domačem okolju, »ne da bi ga [otroka] sprehajali po institucijah«. Tudi učitelje bi morali bolj redno izobraževati, kako prisluhniti otroku, da razkrije svoje duševne težave.

Navsezadnje so presojali protipsihiatrično klimo v državi in ugotavljali, da je nujen pogovor o stranskih učinkih zdravil z uporabnicami_ki, češ da je podcenjen. Prav zaradi tega naj bi sicer redke udeleženke delavnico OMRA doživele kot negativno, ker so ocenile, da se prehitro priporočijo antidepresivi kot najbolj učinkovita oblika zdravljenja motenj razpoloženja.

5 ZAKLJUČEK

Čeprav so udeleženke_ci skupinskih pogovorov predstavnice_ki številnih poklicev in organizacij, ki se pri svojem delu zelo pogosto, celo dnevno, srečujejo z ljudmi s težavami v duševnem zdravju, je izbrani vzorec sogovornic_kov pristranski, saj je avtorica prispevka k sodelovanju povabila »najbolj zgovorne« udeleženke_ce delavnic OMRA iz skupine B. Poleg tega se je v pogovoru pokazalo, da je večina že dobro seznanjenih in poučenih o duševnem zdravju, zato ne preseneča, da niso bistveno spremenili svojega odnosa do ljudi s težavami v duševnem zdravju v smislu znižane stigme. Njihov odnos do uporabnic_kov s težavami v duševnem zdravju je bil že pred izvajanjem delavnic OMRA na visoki ravni. Kljub temu rezultati vsebinske analize v splošnem potrjujejo rezultate podobno zasnovanih kvalitativnih evalvacijskih raziskav MHFA (npr. Svensson in sod., 2015), ki so se prav tako zgledovale po začetni tovrstni raziskavi avtorja koncepta opismenjevanja o duševnem zdravju (Jorm in sod., 2005).

Program OMRA je torej 18 izbranih udeleženke_cev dveh skupinskih pogovorov ocenilo kot učinkovit. Nadgradil in osvežil je njihovo znanje o simptomatiki motenj razpoloženja, da bolje razumejo in se odzovejo na duševne stiske svojim uporabnic_kov. Izboljšal je njihovo znanje o iskanju primerne pomoči, predvsem pa je potrdil, da so že do zdaj ravnali v pravi smeri, ko so prisluhnili svojim uporabnicam_kom. Po delavnici se večina čuti dovolj opremljena s koristnimi informacijami, da lahko zelo konkretno pomaga svojim uporabnicam_kom s težavami v duševnem zdravju pri iskanju uporabnih informacij o motnjah razpoloženja in zanje primerne strokovne pomoči. Obenem so potrdili, da je program OMRA uporaben tudi za njih same in njihove bližnje, ko se znajdejo v stiski, in jih je spodbudil h konstruktivnemu razmišljanju, kako s skupnimi močmi še izboljšati njegovo učinkovitost, da bo dosegel vse, ki jim je namenjen.

Literatura

- Auger M, Crooks CV, Lapp A, Tsuruda S, Caron C, Rogers BJ, van der Woerd K. The essential role of cultural safety in developing culturally-relevant prevention programming in First Nations communities: Lessons learned from a national evaluation of Mental Health First Aid First Nations. *Evaluation and Program Planning*. 2019; 72: 188–196. Dostopno na: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0149718917304275> (citirano 1. 6. 2019).
- Hadlaczky G, Hokby S, Mkrtchian A, Carli V, Wasserman D. Mental Health First Aid is an effective public health intervention for improving knowledge, attitudes, and behaviour: a meta-analysis. *International Review of Psychiatry*. 2014; 26(4): 467–475.

- Hossain D, Gorman D, Eley R, Coutts J. Value of Mental Health First Aid training of Advisory and Extension Agents in supporting farmers in rural Queensland. *Rural and Remote Health*. 2010; 10:1–9. Dostopno na: www.rrh.org.au/journal/article/1593 (citirano 3. 5. 2019).
- Jensen KB, Morthorst BR, Vendsborg PB, Hjorthøj C, Nordentoft M. Effectiveness of Mental Health First Aid training in Denmark: a randomized trial in waitlist design. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2016; 51(4): 597–606.
- Jorm AF, Kitchener BA, O’Kearney R, Dear KBG. Mental health first aid training of the public in a rural area: a cluster randomized trial [ISRCTN5388754]. *BMC Psychiatry*. 2004; 4(33):1–9. Dostopno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC526774> (citirano 5. 1. 2019).
- Jorm A, Kitchener B in Mugford S. Experiences in applying skills learned in a mental health first aid training course: A qualitative study of participants’ stories. *BMC Psychiatry*. 2005; 5(43):1–10. Dostopno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1308824> (citirano 16. 10. 2018).
- Jorm AF, Kitchener BA, Sawyer MG, Scales H, Cvetkovski S. Mental health first aid training for high school teachers: a cluster randomized trial. *BMC Psychiatry*. 2010; 10(51): 1–12. Dostopno na: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-10-51> (citirano 7. 3. 2019).
- Jorm AF, Kitchener BA, Reavley NJ. Mental Health First Aid training: lessons learned from the global spread of a community education program. *World Psychiatry*. 2019; 18(2): 142–143.
- Kelly CM, Jorm AF, Kitchener BA. Development of mental health first aid guidelines on how a member of the public can support a person affected by a traumatic event: a Delphi study. *BMC Psychiatry*. 2010; 10(49): 1–15. Dostopno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2904289/pdf/1471-244X-10-49.pdf> (citirano 6. 5. 2019).
- Kitchener BA, Jorm AF. Mental health first aid training for the public: evaluation of effects on knowledge, attitudes and helping behavior. *BMC Psychiatry*. 2002; 2: 10. Dostopno na: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-244X-2-10> (citirano 1. 12. 2018).
- Kitchener BA, Jorm AF. Mental Health First aid Training: Review of Evaluation Studies. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2006; 40(1): 6–8.
- Kitchener B, Jorm A, Kanowski L. *Aboriginal and Torres Strait Islander Mental Health First Aid Manual*. Parkville, Vic: ORYGEN Research Centre, University of Melbourne; 2008.
- Kitchener BA, Jorm AF. Mental Health First Aid: an international programme for early intervention. *Early Intervention Psychiatry*. 2008; 2(1): 55–61. Dostopno na: <https://dhs.iowa.gov/sites/default/files/Mental-Health-First-Aid-An-International-Program-for%20Early-Intervention.pdf?080120190550> (citirano 1. 7. 2019).
- Krippendorff K. *Content Analysis: An Introduction to its Methodology*, 2nd edition. London: Sage Publications; 2004.
- Lipson SK, Speer N, Brunwasser S, Hahn E, Eisenberg D. Gatekeeper training and access to mental health care at universities and colleges. *Journal of Adolescent Health*. 2014; 55(5): 612–619. Dostopno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4209329/pdf/nihms-601953.pdf> (citirano 3. 6. 2019).

- Mental Health First Aid – International Directory of MHFA Programs. Dostopno na: <http://www.mhfainternational.org/international-mhfa-programs.html> (citirano 25. 7. 2019).
- Morgan AJ, Ross A, Reavley NJ. Systematic review and meta-analysis of Mental Health First Aid training: Effects on knowledge, stigma, and helping behaviour. *PLoS ONE*. 2018; 13(5):1–20. Dostopno na: <https://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0197102&type=printable> (citirano 23. 5. 2019).
- Rose T, Leitch J, Collins KS, Frey JJ, Osteen PJ. Effectiveness of Youth Mental Health First Aid USA for social work students. *Research on Social Work Practice*. 2019; 29(3): 291–302.
- Sartore G-M, Kelly B, Stain HJ, Fuller J, Fragar L, Tonna A. Improving mental health capacity in rural communities: Mental health first aid delivery in drought affected rural New South Wales. *The Australian Journal of Rural Health*. 2008; 16(5): 313–318. Dostopno na: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1440-1584.2008.01005.x> (citirano 12. 3. 2019).
- Svensson B, Hansson L, Stjernswärd S. Experiences of a Mental Health First Aid Training Program in Sweden: A Descriptive Qualitative Study. *Community Mental Health Journal*. 2015; 51(4): 497–503.
- Svensson B, Hansson L. Effectiveness of mental health first aid training in Sweden. A randomized controlled trial with a six-month and two-year follow-up. *PLoS One*. 2014; 9(6):1–8. Dostopno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4071003/pdf/pone.0100911.pdf> (citirano 5. 5. 2019).
- Svensson B, Hansson L. Mental health first aid for the elderly: A pilot study of a training program adapted for helping elderly people. *Aging & Mental Health*. 2017; 21(6): 595–601.
- Terry, J. Delivering a basic mental health training programme: views and experiences of Mental Health First Aid instructors in Wales. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*. 2011; 18: 677–686.

NAJPOGOSTEJŠA VPRAŠANJA O ZDRAVILIH ZA ZDRAVLJENJE MOTENJ RAZPOLOŽENJA

Rok Tavčar¹

POVZETEK

Zdravila, ki se uporabljajo pri motnjah razpoloženja, spadajo v različne skupine: antidepressive, stabilizatorje razpoloženja, uspavala in anksiolitike (pomirjevala). Zdravila so učinkovita, vendar niso vsemogočna. Zgolj zanašanje nanje ne prinese dobrih rezultatov. Različne javnosti so do njihove uporabe za zdravljenje duševnih motenj zelo kritične. Nekatere kritike so upravičene, nekatere pa niso. V prispevku avtor povzema najpogostejša vprašanja, povezana z zdravljenjem motenj razpoloženja z zdravili, in odgovarja z informacijami, ki izhajajo iz raziskav.

Ključne besede: motnje razpoloženja, antidepressivi, stabilizatorji razpoloženja, zdravljenje, zdravila

1 UVOD

Široko področje zdravljenja motenj razpoloženja z zdravili je v kratkem poglavju skoraj nemogoče obdelati v vseh podrobnostih.

V tabeli 1 so predstavljena vsa zdravila, ki se uporabljajo za posamezne motnje razpoloženja.

1. Doktor medicine, specialist psihiater, redni profesor;
Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, Vrazov trg 2, 1000 Ljubljana;
Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana, Studenec 48, 1000 Ljubljana
E-naslov: rok.tavcar@mf.uni-lj.si

Tabela 1: Zdravila za zdravljenje motenj razpoloženja

Skupina zdravil	Posamezna zdravila	Motnje razpoloženja, kjer se ta zdravila uporabljajo
antidepresivi	citalopram, escitalopram, paroksetin, fluoksetin, venlafaksin, duloksetin, vortiooksetin, moklobemid, mirtazapin, bupropion, agomelatin, trazodon	Včasih se uporabljajo pri akutni stresni motnji in prilagoditveni motnji, zdravilo izbora za prvo in ponovne epizode depresije.
stabilizatorji razpoloženja	litij, lamotrigin, valproat, karbamazepin, okskarbazepin, kvetiapin, risperidon, olanzapin	Bipolarno motnjo razpoloženja zdravimo z različnimi kombinacijami stabilizatorjev razpoloženja.
anksiolitiki (pomirjevala)	lorazepam, bromazepam, alprazolam, oksazepam	Včasih se uporabljajo pri akutni stresni motnji, prilagoditveni motnji, anksioznih motnjah, bipolarni motnji razpoloženja in depresiji.
hipnotiki (uspavala)	zolpidem, midazolam	Včasih se uporabljajo pri akutni stresni motnji, prilagoditveni motnji, anksioznih motnjah, bipolarni motnji razpoloženja in depresiji.

2 AKUTNA STRESNA MOTNJA IN PRILAGODITVENA MOTNJA

Najpogostejša vprašanja, povezana z zdravili, ki jih uporabljamo pri teh motnjah, so naslednja:

Zakaj mi je zdravnik predpisal antidepresiv, saj nimam depresije? Izgubil/-a sem službo. Zakaj sem sedaj dobil/-a zdravilo? Antidepresiv mi ne bo prinesel nove službe.

Motnje, povezane s stresom (akutna stresna motnja in prilagoditvena motnja), se lahko ustrezno obvladajo tudi brez zdravil. Včasih bo družinski zdravnik ali psihiater (če bo posameznik poiskal njegovo pomoč) predpisal kratkotrajno jemanje katerega od antidepresivov, uspaval ali anksiolitikov. Nobeno od navedenih zdravil ni registrirano za zdravljenje akutne stresne motnje in prilagoditvene motnje, a jih uporabljamo, če so ljudje zelo vznemirjeni in trpijo (Battaglia, 2005; Allen in sod., 2005).

Odgovori na vprašanja:

- Nekateri antidepresivi, npr. trazodon, delujejo pomirjujoče in izboljšajo uspanje, zato se predpisujejo ob hudi vznemirjenosti.

- Antidepresiv je varnejši od uspaval in pomirjeval.
- Pri težavah, povezanih s stresom, je jemanje antidepresiva kratkotrajno.
- Antidepresiv zmanjša vznemirjenost in izboljša spanje, tako da se posameznik lažje sooča s težavami, ki ga pestijo.

Ali lahko postanem odvisen/-na od pomirjeval in uspaval?

Da, pomirjevala in uspavala povzročajo zasvojenost, zato se predpisujejo za največ štiri tedne. Nizki odmerki antidepresiva so mnogo varnejši.

3 ANKSIOZNE MOTNJE

Najpogostejša vprašanja glede zdravil pri anksioznih motnjah so naslednja:

Ali je mogoče obvladati anksiozno motnjo brez zdravil? Katera zdravila se uporabljajo pri zdravljenju anksioznih motenj? Kako dolgo je treba jemati zdravila? Ali bom lahko kdaj brez zdravil? Ali lahko postanem odvisen/-na od pomirjeval, uspaval in antidepresivov?

Bandelow in sod. (2017) priporočajo zdravljenje z antidepresivi, med katerimi posebej izpostavljajo selektivne inhibitorje ponovnega privzema serotonina in noradrenalina. Opozarjajo, da je rutinska uporaba benzodiazepinov neustrezna.

Najučinkovitejše je kombinirano zdravljenje z zdravili in psihoterapijo (Tribaut, 2017).

Terapevtsko neodzivna anksiozna motnja je klinična kategorija, ki se šele uveljavlja in nima enotne definicije glede trajanja zdravljenja (od 4 tedne do 6 mesecev) in vrste zdravljenja (farmakoterapija in/ali psihoterapija) (Bokma in sod., 2019). To pomeni, da še nimamo definicije standardnega zdravljenja in s tem povezanega priporočljivega trajanja.

Možni odgovori na vprašanja:

- Pri zdravljenju anksioznih motenj uporabljamo antidepresive. Anksiolitiki niso priporočljivi.
- Trajanje zdravljenja z zdravili je odvisno od zmožnosti posameznika, da se nauči obvladovati tesnobo z drugimi metodami.
- Antidepresivi ne povzročajo odvisnosti. Poznamo pa odvisnost od pomirjeval in uspaval.

4 DEPRESIJA

Najpogostejša vprašanja o zdravljenju depresije z zdravili lahko strnemo v naslednje:

Ali je mogoče zdraviti depresijo brez zdravil? Kako izbrati pravi antidepresiv? Kako dolgo je treba jemati zdravila? Ali bom lahko kdaj brez zdravil? Kaj se zgodi, če zdravljenje z zdravili prekinem po dveh mesecih?

Poglejmo, kaj nam povedo raziskave. Depresijo zdravimo z antidepresivi, ki so velika skupina zdravil, ki se med seboj nekoliko razlikujejo glede na delovanje preko serotoninskega, noradrenalinskega in dopaminskega sistema (Montgomery, 2008; Morrissette in Stahl, 2014).

Cipriani in sod. (2018) so v metaanalizi 522 raziskav, ki je vključevala 21 različnih antidepresivov, ugotovili, da so antidepresivi učinkovitejši od placeba. Razlike med antidepresivi so se pokazale glede učinkovitosti in neželenih učinkov.

Nekateri antidepresivi delujejo pomirjujoče in se jemljejo zvečer, nekateri pa delujejo spodbujajoče in zmanjšujejo utrujenost, zato jih je treba vzeti zjutraj. Zdravljenje prve epizode depresije traja eno do dve leti (Faquih in sod., 2019).

Možni odgovori na vprašanja:

- Pri zdravljenju depresije uporabljamo antidepresive. Anksiolitiki, razen za krajši čas ob hudi tesnobi, niso priporočljivi.
- Izbor antidepresiva temelji tako na klinični sliki posameznikove depresije kot na morebitnih sočasno prisotnih drugih boleznih, prav tako pa tudi na prenosljivosti posameznega zdravila.
- Trajanje zdravljenja z zdravili je odvisno od števila epizod (ponovne epizode navadno zahtevajo daljše zdravljenje) in izraženosti simptomov.
- Antidepresivi ne povzročajo odvisnosti. Ob nagli prekinitvi jemanja nekaterih antidepresivov je možen pojav prekinitvenih (ne odtegnitvenih) simptomov, zato se navadno zdravila ukinjajo postopoma.

Kakšni so neželeni učinki antidepresivov?

Raziskave so glede varnosti uporabe antidepresivov enotne – to so varna zdravila, ki pa niso brez neželenih učinkov (Coupland in sod., 2018, Wang in sod., 2018). Na začetku zdravljenja so pogosti prehodni neželeni učinki, kot sta slabost in povišanje tesnobe. Med dolgoročnimi neželenimi učinki pa izstopajo povišanje telesne teže in motnje spolne funkcije (Wang in sod., 2018).

Odgovori na vprašanje o neželenih učinkih:

- Na začetku je pričakovati prehodne neželene učinke.
- O neželenih učinkih je treba poročati svojemu zdravniku.
- Zdrav življenjski slog je pomemben del okrevanja in prepreči težave glede povečanja telesne teže.

5 BIPOLARNA MOTNJA RAZPOLOŽENJA

Poglejmo si še najpogostejša vprašanja, povezana z zdravljenjem bipolarnе motnje razpoloženja:

Ali mi bo to zdravilo pomagalo? Ali bomo s tem zdravilom preprečili ponovitve? Se mi to splača jemati?

Vieta in sod. (2011) so objavili metaanalizo 20 raziskav, kjer je bil čas spremljanja vsaj šest mesecev po epizodi bipolarnе motnje. Vse raziskave so učinkovito terapijo iz akutne faze bolezni preverjale v času remisije. Vključenih je bilo osem raziskav z litijem, pet s kvetiapiinom in ostale z drugimi zdravili in različnimi kombinacijami zdravil. Nobena monoterapija se ni izkazala za učinkovito pri preprečitvi ponovitve. Najučinkovitejše so bile kombinacije kvetiapina in litija ali valproata.

Bowden in sod. (2015) so analizirali več vrst izidov – klinična stanja (remisija, subsindromi manije in manija, mešana slika, subsindromi depresije in depresija, prenosljivost zdravila) in podatke so pridobili iz baz dveh registracijskih raziskav FDA za lamotrigin, litij in placebo. Ugotovili so, da sta obe zdravili podaljšali čas remisije. Pacienti so imeli dolgo posamezne simptome depresije (subsindromi depresije), čas manije je bil pri litiju skrajšan, po lamotriginu pa ne. Litij je bil zelo učinkovit, njegovo prenašanje pa slabše, lamotrigin je bil učinkovit in dobro prenosljiv, placebo pa neučinkovit, a odlično prenosljiv.

Raziskava Geoffroya in sod. (2014) je pokazala, da je pogostost ponovitev velika in da bi potrebovali zanesljiv in ponovljiv način napovedovanja odziva in učinkovitosti zdravila. Farmakogenetika še ni dala pravih odgovorov. Nimamo zanesljivih rezultatov, zato ostaja klinična praksa zaenkrat nespremenjena.

Polovica ljudi z bipolarno motnjo razpoloženja ima več maničnih oziroma depresivnih epizod – kar pomeni, da lahko določimo prevladujoči pol (Carvalho in sod., 2014; Popovic in sod., 2014). Naturalistične raziskave kažejo, da se pacienti s prevladujočimi depresivnimi fazami pogosteje zdravijo z antidepresivi in stabilizatorji, tisti s prevladujočimi maničnimi pa z antipsihotiki.

Možni odgovori:

- Nimamo dobrega načina za napovedovanje izida zdravljenja. Ne moremo vedeti, kdo bo doživel poslabšanje in kdo ne, zato vse obravnavamo, kot da so kandidati za poslabšanje.
- Terapijo psihiater določa individualno – izhaja iz učinkovitosti/prenosljivosti v maniji/mešani sliki/depresiji in nato terapijo podaljša v preprečevalno fazo.
- Zdravimo tudi pridružene motnje – anksiozne motnje, zlorabe substanc.
- Manj zdravil potrebujejo ljudje z zdravim življenjskim slogom.
- Ljudje naj se poučijo o bipolarni motnji razpoloženja, da bodo lažje sprejeli dobre odločitve.

Zakaj moram jemati štiri vrste zdravil? Ali ne bi bilo dovolj samo eno zdravilo?

Metaanaliza monoterapije v akutni fazi (Selle in sod., 2014) je vključila 24 raziskav in opazovalno obdobje je bilo vsaj 7,5 tedna. Rezultati so pokazali naslednji rang učinkovitosti: olanzapin + fluoksetin \geq valproat > kvetiapin > lurazidon > olanzapin, aripiprazol, karbamazepin; ziprasidon neučinkovit. Podatki o litiju so bili pomanjkljivi.

Raziskava EMBLEM (European Mania in Bipolar Longitudinal Evaluation of Medication) je dveletna, prospektivna opazovalna raziskava kliničnih in funkcionalnih izidov zdravljenja indeksne manične in mešane epizode z monoterapijo z olanzapinom in s kombinacijo zdravil. Med kombinacijo in monoterapijo ni bilo razlik (Gonzalez-Pinto in sod., 2011).

Viktorin in sod. (2014) so analizirali obrat faze v manijo pri tistih, ki so bili zdravljeni samo z antidepresivom in z antidepresivom in stabilizatorjem razpoloženja. Podatki so bili iz švedskega nacionalnega registra. Pri predpisanem antidepresivu je bilo tveganje za ponovno manijo skoraj trikratno, pri kombinaciji antidepresiva in stabilizatorja razpoloženja pa 0,79.

Možni odgovori:

- Redki so tisti pacienti, ki imajo ves čas samo eno zdravilo.
- Postopoma bi lahko prekinili jemanje nekaterih zdravil.
- Najraje ukinemo benzodiazepine.

Ali lahko terapijo prekinem? Tako dolgo sem že povsem v redu. Kaj se bo zgodilo, če terapijo prekinem? Ali je mogoče biti brez zdravil?

Kaj se zgodi v treh mesecih po prekinitvi terapije, je pokazala naturalistična retrospektivna raziskava s 310 primeri in 53 nenadnimi prekinitvami vsaj ene terapije pri 48 osebah. Ponovitev (največkrat manija ali hipomanija) je bila za-

beležena pri 86 % tistih, ki so jemali litij, 89 % tistih, ki so uživali antiepileptike, 64 % antipsihotike in 58 % antidepresive (Franks in sod., 2008).

Post (2012) opozarja, da lahko učinkovitost litija z leti izgine, zlasti če je terapija prekinjena.

Možni odgovori:

- Nikakor ne prekinite zdravljenja z zdravili sami in ne opustite pregledov pri psihiatru. Če se odločite prekiniti terapijo z zdravili, to sporočite psihiatru in se dogovorite, da boste hodili na preglede pogosteje.
- Povejte bližnji osebi, da ste prekinili terapijo, in se z njo dogovorite, da vam bo brez odlašanja povedala, ko bo opazila spremembe razpoloženja.
- Zelo redki ljudje shajajo brez zdravil, a so zelo prilagodili življenjski slog.
- Če vam pade na misel, da se bolezen nikoli več ne bo ponovila in ste popolnoma zdravi, je to znak manije. Določeno nelagodje ob misli na ponovitev je znak zdravja.

6 ZAKLJUČEK

Prispevek obravnava nekaj najpogostejših vprašanj v zvezi z zdravili. Zdravilom za zdravljenje duševnih motenj se vse prevečkrat pripisuje vse mogoče: okrivijo se za simptome in znake duševne motnje, farmacevtski industriji se očitajo zasluzki in pojavljajo se trditve, da zdravila kontrolirajo človekovo svobodno voljo. Vse navedeno je pretirano. Poznavanje zdravil za zdravljenje duševnih motenj omogoča ustrezna pričakovanja, kje in kako lahko zdravila pomagajo, kje pa ne. Uporaba zdravil za zdravljenje duševnih motenj je ustrežnejša, če je oseba, ki jih jemlje, dobro poučena in seznanjena z njimi.

Literatura

- Allen MH, Currier GW, Carpenter D, Ross RW, Docherty JP. Expert Consensus Panel for Behavioral Emergencies 2005. The expert consensus guideline series. Treatment of behavioral emergencies 2005. *J Psychiatr Pract.* 2005; 11(1): 5–108.
- Bandelow B, Michaelis S, Wedekind D. Treatment of anxiety disorders. *Dialogues Clin Neurosci.* 2017; 19(2): 93–107.
- Battaglia J. Pharmacological management of acute agitation. *Drugs.* 2005; 65(9): 1207–1222.

- Bokma WA, Wetzter GAAM, Gehrels JB, Penninx BWJH, Batelaan NM, van Balkom ALJM. Aligning the many definitions of treatment resistance in anxiety disorders: A systematic review. *Depress Anxiety*. 2019; Doi: 10.1002/da.22895. [Epub ahead of print] Review.
- Bowden CL, Mintz J, Tohen M. Multi-state outcome analysis of treatments (MOAT): application of a new approach to evaluate outcomes in longitudinal studies of bipolar disorder. *Mol Psychiatry*. 2016; 21(2): 237–242.
- Carvalho AF, Quevedo J, McIntyre RS, Soeiro-de-Souza MG, Fountoulakis KN, Berk M, Hyphantis TN, Vieta E. Treatment implications of predominant polarity and the polarity index: a comprehensive review. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2014; 18(2).
- Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G, Chaimani A, Atkinson LZ, Ogawa Y, Leucht S, Ruhe HG, Turner EH, Higgins JPT, Egger M, Takeshima N, Hayasaka Y, Imai H, Shinohara K, Tajika A, Ioannidis JPA, Geddes JR. Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet*. 2018; 391(10128): 1357–1366.
- Coupland C, Hill T, Morriss R, Moore M, Arthur A, Hippisley-Cox J. Antidepressant use and risk of adverse outcomes in people aged 20–64 years: cohort study using a primary care database. *BMC Med*. 2018; 16(1): 36–48.
- Faqui AE, Memon RI, Hafeez H, Zeshan M, Naveed S. A Review of Novel Antidepressants: A Guide for Clinicians. *Cureus*. 2019; 11(3): e4185.
- Franks M, Macritchie KA, Mahmood T, Young AH. Bouncing back: is the bipolar rebound phenomenon peculiar to lithium? A retrospective naturalistic study. *J Psychopharmacol*. 2008; 22(4): 452–456.
- Geoffroy PA, Bellivier F, Leboyer M, Etain B. Can the response to mood stabilizers be predicted in bipolar disorder? *Front Biosci (Elite Ed)*. 2014; 6: 120–138.
- Gonzalez-Pinto A, Vieta E, Reed C, Novick D, Barraco A, Aguado J, Haro JM. Effectiveness of olanzapine monotherapy and olanzapine combination treatment in the long term following acute mania – results of a two year observational study in bipolar disorder (EMBLEM). *J Affect Disord*. 2011; 131(1-3): 320–329.
- Montgomery SA. The under-recognized role of dopamine in the treatment of major depressive disorder. *Int Clin Psychopharmacol*. 2008; 23(2): 63–69.
- Morrisette DA, Stahl SM. Modulating the serotonin system in the treatment of major depressive disorder. *CNS Spectr*. 2014; 19(1): 57–67.
- Popovic D, Torrent C, Goikolea JM, Cruz N, Sánchez-Moreno J, González-Pinto A, Vieta E. Clinical implications of predominant polarity and the polarity index in bipolar disorder: a naturalistic study. *Acta Psychiatr Scand*. 2014; 129(5): 366–374.
- Post RM. Acquired lithium resistance revisited: discontinuation-induced refractoriness versus tolerance. *J Affect Disord*. 2012; 140(1): 6–13.
- Thibaut F. Anxiety disorders: a review of current literature. *Dialogues Clin Neurosci*. 2017; 19(2): 87–88.
- Vieta E, Günther O, Locklear J, Ekman M, Miltenburger C, Chatterton ML, Åström M, Paulsson B. Effectiveness of psychotropic medications in the maintenance phase of bipolar disorder: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2011; 14(8): 1029–1049.

- Viktorin A, Lichtenstein P, Thase ME, Larsson H, Lundholm C, Magnusson PK, Landén M. The risk of switch to mania in patients with bipolar disorder during treatment with an antidepressant alone and in combination with a mood stabilizer. *Am J Psychiatry*. 2014; 171(10): 1067–1073.
- Wang SM, Han C, Bahk WM, Lee SJ, Patkar AA, Masand PS, Pae CU. Addressing the Side Effects of Contemporary Antidepressant Drugs: A Comprehensive Review. *Chonnam Med J*. 2018; 54(2): 101–112.

KOGNITIVNO-VEDENJSKA TERAPIJA

Maja Bundalo Bočić¹ in Mojca Zvezdana Dernovšek²

POVZETEK

Kognitivno-vedenjska terapija (v nadaljevanju KVT) je metoda psihoterapije, ki se je razvila v 60. letih prejšnjega stoletja. Najprej je bila ta metoda uporabljena pri ljudeh z depresijo, nato so se diagnostične kategorije vse bolj širile in razvijali so se novi in novi pristopi. V zadnjem času KVT in njene izpeljanke doživljajo ponovni razcvet v obliki transdiagnostičnih pristopov, ki so metode, usmerjene na posamezne simptome/skupke simptomov različnih duševnih motenj. Slovenija ni izjema glede nedostopnosti psihoterapije. KVT je na voljo kot samoplačniška terapija in kot terapija znotraj zdravstvenega sistema (čakalne dobe so izjemno dolge). Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja pa predvideva reguliranje področja psihoterapije in povečanje dostopnosti.

Ključne besede: KVT, tretji val, transdiagnostični pristop, Slovenija

1 UVOD

Besedo psihoterapija uporabljamo in razumemo kot zdravljenje duševnih motenj in bolezni s psihološkimi sredstvi. Psihoterapija je učinkovita pri zdravljenju motenj razpoloženja in se uporablja samostojno ali v kombinaciji z zdravili (Consoli in sod., 2016). Ločimo številne pristope psihoterapije, ki temeljijo na

-
1. Doktorica medicine, specialistka psihiatrije;
Zdravstveni dom Ptuj, Raičeva 6, 2250 Ptuj
E-naslov: maja.bocic@gmail.com
 2. Doktorica medicine, specialistka psihiatrije, redna profesorica;
Inštitut Karakter, Ježa 90, 1231 Ljubljana - Črnuče;
Zdravstveni dom Sevnica, Trg svobode 14, 8290 Sevnica;
Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, Vrazov trg 2, 1000 Ljubljana
E-naslov: mojca-zvezdana.dernovsek@guest.arnes.si

štirih filozofskih in teoretičnih šolah: psihoanalitični/dinamski (Freud, 1949; Jung, 1963; Klein, 1960), vedenjski (Skinner, 1953; Watson, 1924; Wolpe, 1958), humanistični (Maslow, 1943; May, 1961; Rogers, 1951) in kognitivni (Beck 1979; Churchill in sod., 2013; Lazarus, 1971). Psihoanalitična šola in dinamska psihoterapija z ozaveščanjem nezavednega in notranjega sveta posameznika in njegovih odnosov do sebe in drugih pripomoreta k dolgoročnim osebnostnim in čustvenim spremembam. Humanistične terapije temeljijo na spodbujanju posameznikove sposobnosti za doživljanje občutkov in delovanja v skladju s kapacitetami vsakega posameznika, da se aktualizira kot individuum (Consoli in sod., 2016). Med humanistično-eksistencialne vrste psihoterapije uvrščamo: Rogersovo terapijo, usmerjeno na posameznika, terapijo gestalt, transakcijsko analizo, realitetno terapijo, eksistencialno terapijo in logoterapijo. Tradicionalna vedenjska terapija se osredotoča na spreminjanje vedenja s sredstvi klasičnega ali instrumentalnega pogojevanja. KVT vključuje pomen posameznikove kognicije pri nastanku, vzdrževanju in spreminjanju problemov. V kognitivno-vedenjskih pristopih terapevti pomagajo pacientom pri spreminjanju specifičnih načinov mišljenja in vedenja, ki vzdržujejo njihov problem (Consoli in sod., 2016).

2 KVT

KVT je poleg psihodinamske, interpersonalne in systemske psihoterapije najbolj raziskan psihoterapevtski pristop za zdravljenje depresije (Meister in sod., 2018). KVT temelji na **splošnem kognitivnem modelu** (Knapp in Beck, 2008), slednji pa sloni na preprosti ugotovitvi, da mišljenje (zaznava dogodka ali okoliščin) močno vpliva na čustvovanje in vedenje (Hofmann in sod., 2013).

V slovenskem jezikovnem prostoru termin KVT in njemu primerno določen naziv Društva za vedenjsko in kognitivno psihoterapijo Slovenije (v nadaljevanju DVKT) najdemo praviloma v obratnem besednem zaporedju kot **vedenjsko-kognitivna psihoterapija**. Kakorkoli imenovana, je kognitivno-vedenjska ali vedenjsko-kognitivna psihoterapija termin, ki opisuje uporabo istih terapevtskih tehnik, ki izhajajo iz kognitivnega pristopa in vedenjskih procesov (Knapp in Beck, 2008). Za posamezne duševne motnje imamo razvite terapevtske protokole kognitivno-vedenjskega pristopa, ki so bili tudi znanstveno ovrednoteni kot učinkoviti (Hayes in Hofmann, 2017; Hofmann in Smits, 2017).

Začetnik kognitivne psihoterapije Arron T. Beck je na osnovi kliničnih opazovanj, študij in eksperimentov oblikoval teoretično predpostavko, po kateri je v osnovi vsake duševne motnje, kot je denimo depresija, disfunkcionalno mišljenje. Beck (1997, 2019) pa je svojo ugotovitev o disfunkcionalnosti mišljenja kot

značilnosti sleherne duševne motnje spoznal za osnovno empirično teorijo za razlago psihopatologije. To je veda o simptomih duševnih motenj in boleznih, ki pa ne pojasnjuje bioloških vzrokov in razlogov zanje (Maddux in Winstead, 2008). Trenutno veljavne klasifikacije duševnih motenj (MKB 10 ali DSM V) se uporabljajo za osnovo oblikovanja kognitivnih modelov različnih duševnih motenj (Hofmann in sod., 2013). Znotraj posamezne diagnostične skupine se nato izdelajo kognitivni modeli in pripadajoče paradigme KVT (Persons, 2008).

Hayes in Hoffman (2018) poudarjata pomanjkljivosti, ki nastajajo ob usklajenosti terapevtskih protokolov KVT s klasifikacijami: pretirano izpostavljanje simptomov nad kontekstualnimi in situacijskimi dejavniki oz. konceptualizacija primera, premik središča pozornosti od individuuma k simptomu, zanemarjanje splošnih dejavnikov, poglobitnih za spremembe v terapevtskem procesu in za razvoj znanstveno podprtih intervencij, specifičnih terapevtskih strategij. Menita, da je v skladu s klasifikacijo DSM V (Regier, 2013) vse pomembne simptome razpoloženja, ki se nanašajo na depresijo, generalizirano anksiozno motnjo, socialno anksioznost, obsesivno-kompulzivno motnjo, panično motnjo in agorafobijo, mogoče pojasniti brez uporabe diagnostičnih kategorij in širše. Omenjena in podobna stališča predstavljajo osnovo, na kateri se zadnje čase gradijo t. i. **transdiagnostični** ali splošni protokoli zdravljenja, ki naslavljajo bistvene značilnosti motenj in omogočajo oblikovanje cenejših in učinkovitejših pristopov.

Pogost pojav komorbidnosti (sočasne duševne motnje) pri motnjah čustvovanja je eden poglobitnih vzrokov nastanka transdiagnostičnih psihoterapevtskih pristopov, vendar zaenkrat ne najdemo zadostnega števila kvalitetnih raziskav, ki bi z rezultati potrjevale potrebo po tej posebni obliki zdravljenja (González-Robles in sod., 2018). Poleg omenjenega še ni ugotovljene jasne povezanosti komorbidnosti in učinkovitosti transdiagnostičnega pristopa, prav tako pa pomembnih razlik med transdiagnostičnimi in v diagnozo usmerjenimi pristopi. Enako je pri opazovanju vpliva komorbidnosti na uspešnost zdravljenja anksioznih motenj (Pearl in Norton, 2017).

V nedavnih analizah so se stališča Haysa in enako mislečih izkazala kot delno ponavljanje že absolviranega razmišljanja o primarni potrebi psihoterapevtskega zdravljenja individuuma, ne pa diagnostičnega primera (Fusar-Poli, 2019). Pri tem ni nikoli odveč poudariti, da je pretirana usmerjenost v simptome lahko past za terapevte, da bi ob izginevanju simptomatike pozabili na funkcionalnost kot poglobitni cilj zdravljenja pacienta, za katerega je prav disfunkcionalnost eden osnovnih razlogov, da si je poiskal psihoterapevtsko pomoč (Tolin in sod., 2015).

3 RAZVOJ KOGNITIVNO-VEDENJSKE TERAPIJE

Začetki kognitivne psihoterapije segajo v 60. leta prejšnjega stoletja z nastankom racionalno-emocionalne vedenjske terapije, ki je po mnenju številnih prva v nizu kognitivno-vedenjskih terapij. Njen tvorec Albert Ellis je postavil ABC-model, ki narekuje, da sleherni dogodek aktivira (A – *activate*) naše mišljenje v obliki prepričanj (B – *beliefs*), ki sprožijo posledice (C – *consequences*), kot so: čustveni, vedenjski in telesni odziv. Po Ellisu dvanajst osnovnih miselnih distorzij v obliki nerealnih in absolutnih prepričanj predstavlja temelj čustvenega odziva, prestrukturiranje mišljenja pa je cilj terapevtskega pristopa. 70. leta je zaznamoval nastanek klasične kognitivne terapije, zgodnja 80. pa pojav psihoterapevtskega konstruktivizma, ki je usmeril pozornost od vsebine mišljenja v **proces** in **pomen** mišljenja.

Postracionalistični pristopi so se mestoma oddaljili od klasične kognitivne psihoterapije in z 90. leti so se oblikovali novi terapevtski pristopi (Knapp in Beck, 2008). Danes govorimo o tretjem valu KVT: shema terapija (Young, 1990), funkcionalna analitična psihoterapija – FAP (Kohlenberg, 1991), dialektična vedenjska terapija – DBT (Linehan, 1993), terapija čuječnosti – MBCT (Teasdale, 1995), razširjen model vedenjske aktivacije – BA (Martell 2001), trening sočutja uma – CMT (Gilbert 2005), terapija s sprejemanjem in predanostjo (angl. *Acceptance and Commitment Therapy* – ACT) (Hayes, 2004) in metakognitivna terapija – MCT (Churchill in sod., 2013; Kahl in sod., 2012; Wells, 2009). Adrian Wells kljub marsikateremu stališču svoje metakognitivne terapije ne uvršča v tretji val, kar lahko ob poznavanju njegovega dela tudi razumemo (Hofmann in Asmundson, 2008; Wells, 2009). Tretji val je po Stevenu Haysu, tvorcu najbolj vplivnega pristopa ACT, nastal pred 14 leti (Hayes in Hofmann, 2017). Za razliko od tradicionalne kognitivne terapije je usmerjen predvsem v procese, manj v vsebino mišljenja, s strategijami ozaveščanja in sprejemanja lastnega mišljenja, brez predhodne presoje. Zagovarja nove strategije za doseganje zaželenih sprememb in racionalno analizo mišljenja, glavno značilnost intervencij v kognitivno-vedenjskem pristopu pa opredeljuje kot manj pomembno (Churchill in sod., 2014).

Od nastanka do današnjega časa je KVT doživela marsikatero transformacijo in razširila terapevtski fokus od depresije na praktično celotno področje duševnega zdravja. Nekateri trenutne okoliščine v KVT zaznavajo kot okoliščine »na razpoltju«, kakor je tudi zvenel slogan letošnje svetovne konference o KVT v Berlinu: COGNITIVE AND BEHAVIOURAL THERAPIES AT THE CROSSROADS, dostopne na https://wcbct2019.org/Downloads/E-news_July_2019.pdf. Za nekatere isti slogan predstavlja še večjo priložnost in izziv k integraciji znanj in razvoju pristopa.

4 UČINKOVITOST KOGNITIVNO-VEDENJSKE TERAPIJE

Pregled 106 metaanaliz o učinkovitosti KVT potrjuje raziskave na tem področju. Največ dokazov se nanaša na učinkovitost KVT pri anksioznih in somatoformnih motnjah, bulimiji, kontroli jeze in stresa, manj pri depresiji, kjer rezultati niso eno-značni, zlasti v primerjavi z drugimi modalitetami, kot so recimo psihodinamska psihoterapija, tehnike reševanje problemov ali interpersonalna terapija (Hofmann in sod., 2012; Ravitz, 2017). Pri stresu se je KVT izkazala kot učinkovitejša v primerjavi z drugimi pristopi, vendar ostaja še vedno odprto vprašanje relativne učinkovitosti KVT v primerjavi z zdravljenjem z zdravili, prav tako se pojavljajo metodološke težave, s katerimi se srečujejo raziskovalci v tovrstnih študijah. Obenem manjkajo raziskave učinkov KVT na nekaterih specifičnih ciljnih skupinah. Dokaj dobro so raziskani učinki pri otrocih in starostnikih, slabše pa pri nekaterih etničnih skupinah ali skupinah z nižjim socialno-ekonomskim položajem (Hofmann in sod., 2012). Podatki o zdravljenju depresije s KVT se kažejo kot pomanjkljivi, saj nimamo analize stroškovne učinkovitosti zdravljenja (Karyotaki in sod., 2016).

5 DOSTOPNOST KOGNITIVNO-VEDENJSKE TERAPIJE V SLOVENIJI

Znano nesorazmerje med razpoložljivostjo učinkovitih psihoterapevtskih pristopov in potreb v skupnosti pesti tudi naše okolje (Cook in sod., 2017). Ponazarja ga opažanje Erica Plakuna (2016) v uvodniku za časopis *Journal of Psychiatric Practice*, da za pacienta ni pomembna učinkovitost terapije, če nima možnosti dostopa do terapevta, in da se psihiatri, sicer primarno usmerjeni v biomedicinski model, vse manj ukvarjamo s psihoterapijo, in to kljub ugotovitvam o vse večjem deležu vpliva psihosocialnih dejavnikov pri nastanku duševnih motenj.

Vedenjsko-kognitivni terapevti so v Sloveniji strokovnjaki s področja zdravstva in družboslovja – zdravniki in psihologi, ki so opravili večletno izobraževanje iz te smeri psihoterapije. DVKT (<http://www.drustvo-vkt.org>) so ustanovili leta 1997 slovenski psihologi s podporo hrvaških kolegov. Izobraževanje dosega standarde za članstvo v Evropskem združenju za vedenjsko in kognitivno psihoterapijo (EABCT – European Association for Behavioural and Cognitive Therapies, <https://eabct.eu>).

Društvo za vedenjsko in kognitivno psihoterapijo Slovenije ima na svoji spletni strani kontakte 20 psihoterapevtov, med katerimi jih je nekaj še v procesu

edukacije. Terapevti, ki delajo v javnem sektorju, se soočajo s pomanjkanjem časa za te terapije, zato ne presenečajo nekajmesečne čakalne dobe. Večina storitev KVT je zato samoplačniška.

Vse vrste psihoterapij so trenutno v Sloveniji slabo dostopne, pa naj bodo plačane v okviru zdravstvenega zavarovanja ali samoplačniško. Število terapevtov, zlasti na samoplačniški ravni, sicer narašča, je pa področje še vedno neregulirano in kakovost storitev je lahko zelo vprašljiva. Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028 predvideva ustrezno regulacijo psihoterapevtskih storitev in hkrati povečanje dostopnosti do psiholoških oblik pomoči v novoustanovljenih centrih za duševno zdravje za otroke in mladostnike in centrih za duševno zdravje odraslih. Pozitiven odziv na problematiko je še primer uvajanja psihoterapevtske izobrazbe iz KVT v program specializacije kliničnih psihologov in izvedba psihoedukacijskih delavnic na primarnem nivoju zdravstvene oskrbe. Upamo, da se bo dostopnost do psihoterapije, zlasti KVT, v naslednjih letih povečala in bo ponudba kakovostnejša.

6 ZAKLJUČEK

KVT se pri motnjah razpoloženja uporablja kot samostojna terapija ali kot pomemben del celostnega pristopa skupaj z zdravljenjem z zdravili. Trenutno stanje kaže, da bi morali dostopnost KVT v Sloveniji izboljšati, saj gre za učinkovit pristop, ki ga potrjujejo tudi številne raziskave.

Literatura

- Beck AT. The past and future of cognitive therapy. *J Psychother Pract Res.* 1997; 6(4): 276–284.
- Beck AT. A 60-Year Evolution of Cognitive Theory and Therapy. *Perspect Psychol Sci.* 2019; 14(1): 16–20.
- Churchill R, Moore TH, Furukawa TA, Caldwell DM, Davies P, Jones H, Shinohara K, Imai H, Lewis G, Hunot V. »Third wave« cognitive and behavioural therapies versus treatment as usual for depression. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013; 10: CD008705.
- Consoli AJ, Beutler LE, Bongar B. *Comprehensive Textbook of Psychotherapy: Theory and Practice* 2nd Edition, Oxford University Press; 2 edition, 2016.
- Cook SC, Schwartz AC, Kaslow NJ. Evidence-Based Psychotherapy: Advantages and Challenges. *Neurotherapeutics.* 2017; 14(3): 537–545.
- Fusar-Poli P, Solmi M, Brondino N, Davies C, Chae C, Politi P, Borgwardt S, Lawrie SM, Parnas J, McGuire P. Transdiagnostic psychiatry: a systematic review. *World Psychiatry.* 2019; 18(2): 192–207.

- González-Robles A, Díaz-García A, Miguel C, García-Palacios A, Botella C. Comorbidity and diagnosis distribution in transdiagnostic treatments for emotional disorders: A systematic review of randomized controlled trials. *PLoS One*. 2018; 13(11): e0207396.
- Hayes SC, Hofmann SG. *PROCESS- BASED CBT The Science and Core Clinical Competencies of Cognitive Behavioral Therapy*. Context Press; 2018.
- Hayes SC, Hofmann SG. The third wave of cognitive behavioral therapy and the rise of process-based care. *World Psychiatry*. 2017; 16(3): 245–246.
- Hofmann SG, Asnaani A, Vonk IJ, Sawyer AT, Fang A. The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognit Ther Res*. 2012; 36(5): 427–440.
- Hofmann SG, Asmundson GJ, Beck AT. The science of cognitive therapy. *Behav Ther*. 2013; 44(2): 199–212.
- Hofmann SG, Smits JAJ. The Evolution of Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety and Depression. *Psychiatr Clin North Am*. 2017; 40(4): XI–XII.
- Kahl KG, Winter L, Schweiger U. The third wave of cognitive behavioural therapies: what is new and what is effective? *Curr Opin Psychiatry*. 2012; 25(6): 522–528.
- Karyotaki E, Tordrup D, Buntrock C, Bertolini R, Cuijpers P. Economic evidence for the clinical management of major depressive disorder: a systematic review and quality appraisal of economic evaluations alongside randomised controlled trials. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2017; 26(5): 501–516.
- Knapp P, Beck AT. Cognitive therapy: foundations, conceptual models, applications and research. *Braz J Psychiatry*. 2008; 30(2): 54–64.
- Maddux JE, Winstead BA. *Psychopathology: foundations for a contemporary understanding/ editors*, 2nd ed. New York: Taylor & Francis Group; 2008.
- Meister R, Jansen A, Berger M, Baumeister H, Bschor T, Harfst T, Hautzinger M, Kriston L, Kühner C, Schauenburg H, Schorr SG, Schneider F, Härter M. [Psychotherapy of depressive disorders: Procedures, evidence and perspectives]. *Nervenarzt*. 2018; 89(3): 241–251.
- Pearl SB, Norton PJ. Transdiagnostic versus diagnosis specific cognitive behavioural therapies for anxiety: A meta-analysis. *J Anxiety Disord*. 2017; 46: 11–24.
- Persons JB. *The case formulation approach to cognitive-behavior therapy*. New York: The Guilford Press; 2008.
- Plakun ET. An Introduction from the New Psychotherapy Columnist. *Journal of Psychiatric Practice*. 2016; 22: 467–470.
- Regier DA, Kuhl EA, Kupfer DJ. The DSM-5: Classification and criteria changes. *World Psychiatry*. 2013; 12(2): 92–98.
- Ravitz P. Contemporary Psychiatry, Psychoanalysis, and Psychotherapy. *Can J Psychiatry*. 2017; 62(5): 304–307.
- Tolin DF, Forman EM, Klonsky DE, Thombs BD. Empirically Supported Treatment: Recommendations for a New Model. *Clin Psychol Sci Prac*, 2015. Dostopno na: https://www.psychologytoday.com/sites/default/files/cpsp_2015_est_standards.pdf (citirano 31. 7. 2019).
- Wells A. *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: Guilford Press; 2009.

TEORETIČNA ZASNOVA METODE INTERPRETACIJE SIMPTOMOV OBSESIVNO- KOMPULZIVNE MOTNJE (OKM)

Urška Battelino¹

POVZETEK

Obsesivno-kompulzivna motnja (OKM) je pogosta duševna motnja (prevalenca 2–3 %) z visoko obremenilno in spremenljivo simptomatiko, ki se izraža v obliki ponavljajočih se vsiljivih misli (obsesij) in ritualnih dejanj (kompulzij). Zaradi dobre odzivnosti sestavljajo zdravljenje prve izbire selektivni zaviralci ponovnega privzema serotonina in vedenjsko-kognitivna psihoterapija z metodo izpostavljanja in preprečevanja odziva. Visoko učinkovitost v klinični praksi kaže tudi psihoanalitično zdravljenje, vendar ostaja slabo raziskano in poznano le ožjemu krogu strokovnjakov. V članku je predstavljena psihiatrična in psihoanalitična formulacija OKM in patogeneza s poudarkom na psihoanalitični teoriji. Poudarek je na teoretični zasnovi psihoanalitične obravnave OKM z uvajanjem teorije konceptualne metafore, na podlagi katere se predlaga razvijanje modela za interpretacijo manifestne vsebine obsesivno-kompulzivne simptomatike. Prepoznavanje in razumevanje abstraktnih pomenov posameznikovega konceptualnega sistema lahko služi kot orodje, ki predvsem v psihoanalitični terapiji pomembno prispeva k bolj usmerjeni in konsistentni interpretaciji simboličnega pomena simptomov OKM. Članek predstavlja osnovo za nadaljnje raziskovanje na področju diagnostike in zdravljenja OKM in z OKM povezane simptomatike.

Ključne besede: *obsesivno-kompulzivna motnja, interpretacija simptomov, psihoanaliza, teorija konceptualne metafore*

-
1. Magistra psihoterapije, psihoanalitična psihoterapevtka, asistentka; Fakulteta za psihoterapevsko znanost Univerze Sigmunda Freuda v Ljubljani, Trubarjeva cesta 65, 1000 Ljubljana
E-naslov: ubattelino@gmail.com
Moška slovnična oblika zapisa v prispevku je uporabljena kot nevtralna za ženski in moški spol.

1 UVOD

Freud (1926) je obsesivno nevrozo pred slabim stoletjem označil kot najzanimivejši, vendar nerazrešeni predmet analitičnega raziskovanja. Esman (1989) je desetletja pozneje ugotavljal, da postaja problematika obsesivno-kompulzivne motnje (v nadaljevanju OKM) teoretično vse kompleksnejša, medtem ko na področju njenega zdravljenja ni večjega napredka. Psihiatrična paradigma je z identifikacijo nevrobioloških karakteristik pacientov z obsesivno-kompulzivno simptomatiko v zadnjih dveh desetletjih napovedovala uspešno farmakološko obvladovanje in zdravljenje OKM, vendar študije dolgotrajnih izidov ugotavljajo majhen odstotek popolne remisije (Baldessarini, 2013; Bloch in sod., 2013; Micali in sod., 2010). Širok nabor alternativnih medicinskih, psihoterapevtskih in psihosocialnih metod zdravljenja OKM kaže, da ostaja motnja delno odzivna na različne vrste intervencij, kot so kognitivna psihoterapija, izpostavljanje ob preprečevanju odziva, terapija čuječnosti in sprejemanja, družinske nastanitvene intervencije, nukleotidna in alternativna zdravljenja, funkcionalna nevrokirurgija, globoka možganska stimulacija, različni intenzivni pristopi zdravljenja itn. (Bloch, 2017). V preglednem članku predstavim teoretično zasnovo psihoanalitične obravnave OKM z uvajanjem teorije konceptualne metafore, na podlagi katere predlagam razvoj modela za interpretacijo manifestne vsebine obsesivno-kompulzivne simptomatike.

2 PSIHIATRIČNI MODEL OKM

OKM velja za eno najpogostejših psihiatričnih motenj z eno najbolj obremenilnih simptomatik (Stein in Fineberg, 2015; Torres in sod., 2015). Diagnostični in statistični priročnik duševnih motenj (DSM) OKM opredeljuje z obsesijami (vztrajne in ponavljajoče se neprijetne misli) in kompulzijami (prisilna dejanja, katerih cilj je zmanjšati tesnoba), ki zahtevajo več kot uro časa dnevno, povzročajo klinično pomembno stisko ali otežujejo opravljanje vsakdanjih obveznosti. OKM se razlikuje od obsesivno-kompulzivne osebnostne motnje (OKOM), ki jo DSM opredeljuje kot širok osebnostni vzorec preokupacije s perfekcionizmom, redom in nadzorom za ceno učinkovitosti, fleksibilnosti in odprtosti. Ključni razlikovalni kriterij med motnjama je ta, da je simptomatika OKM egodistona, simptomatika OKOM pa egosintona (American Psychiatric Association, 2013). Klasična psihiatrija OKM običajno razlaga kot biološko pogojeno, saj raziskave kažejo konsistentne povezave med specifičnimi živčnimi potmi in živčnimi prenašalci, prav tako pa povezave klinično izražene simptomatike s pacientovo genetsko zasnovo

(Burguiere in sod., 2015; Gabbard, 2001; Kullgard in sod., 2013; Nakao, Okada in Kanba, 2014; Pauls, 2018; Pauls in sod., 2014; Stein in Fineberg, 2015; Taylor, 2016). Psihiatrična priporočila za zdravljenje OKM vključujejo zdravljenje s selektivnimi zaviralci vnovičnega privzema serotonina in/ali vedenjsko-kognitivno terapijo z izpostavljanjem in preprečevanjem odziva (Gabbard, 2001; Kullgard in sod., 2013; McKay in sod., 2015; Öst in sod., 2015; Stein in Fineberg, 2015).

3 PSIHOANALITIČNA FORMULACIJA OKM

Tudi psihoanalitična teorija OKM pogosto obravnava in jo definira kot pojav simptomov, obsesivnih misli in prisilnih vedenj, ki nastanejo zaradi psihičnih konfliktov ali potlačevanja neželenih vsebin. Klasična psihoanaliza OKM razlaga kot posledico anksioznosti, ki nastane okoli 3. leta starosti, in sicer zaradi nerazrešenega Ojdipovega kompleksa. Ta povzroča regresijo pacienta do analnofaznih obrambnih mehanizmov, vključno z reakcijsko tvorbo, vzdejanjem (angl. *acting-out*) in izničenjem ter izolacijo vpliva. Do regresije v analno fazo prihaja zaradi analnih fiksacij, ki nastanejo med toaletnim treningom (Gabbard, 2001). Povezanost trme, natančnosti, nagnjenosti h kopičenju pri obsesivno-kompulzivnem odraslem z odporom otroka med učenjem nadzora nad odvajanjem je psihološki sliki nadela ime analni karakter (Kernberg, 1984; McWilliams, 2017). Psihoanalitične teorije poleg OKM obravnavajo tudi OKOM, ki jo umeščajo med osebne sindrome (Kernberg, 1984; Kullgard in sod., 2013; McWilliams, 2017). OKOM povezujejo z visokimi stopnjami agresije in krutim nadjazom, ki sta posledica vrojene ali zatrte jeze in čezmernega nadzorovanja otroka z vzbujanjem sramu in krivde ob neizpolnjevanju pričakovanj (Kernberg, 1984; Lingiard in McWilliams, 2017; McWilliams, 2017). OKOM je okarakterizirana z močno potrebo po nadzoru in avtonomiji, s togostjo v funkciji zaščite in upravljanja z doživljanjem in z uporabo obrambnih mehanizmov, kot so izolacija, reakcijska tvorba in izničevanje (Blatt, Auerbach in Levy, 1997; Kullgard in sod., 2013; Levy, Blatt in Shaver, 1998). Medtem ko sta OKM in OKOM tradicionalno obliki iste pojavnosti na kontinuumu, sodobnejši teoretični konstrukti in klinične izkušnje kažejo, da gre za dve različni entiteti (Baer in sod., 1990; Gabbard, 2001; Pitman in Jenike, 1989; Stein in Hollander, 1993). Ocenjeno je, da okoli 6 % pacientov z OKM izpolnjuje tudi diagnostične kriterije za OKOM, razlikovanje pa je pomembno pri odločanju o terapevtskem pristopu (Gabbard, 2001; Lingiard in McWilliams, 2017; Pinto, Steinglass, Greene, Weber in Simpson, 2014).

Ključna razlika med OKM in OKOM je prisotnost t. i. pravih obsesij in kompulzij pri OKM (Georgiva, Panayotov in Valentino, 2014). Pacient z OKM simptomatiko

običajno doživlja kot egodistono, ob njej doživlja večje stiske in zaradi simptomov poišče pomoč. Nasprotno so simptomi OKOM pogosto egosintoni in neredko večjo stisko kot pacientu samemu povzročajo okolici, pomoč pa oseba prej poišče zaradi posledičnih konfliktov z okolico (Gabbard, 2001; Georgiva, Panayotov in Valentino, 2014; McCullough in Maltzberger, 1995; Rasmussen in Eisen, 1989). Pacient z OKM dejanjem in ritualom namenja veliko več svojega časa, resnost simptomov pa skozi čas niha, medtem ko je simptomatika OKOM manj obremenilna, vendar je motnja večinoma trajna (Georgiva, Panayotov in Valentino, 2014). Za OKOM so značilni preokupacija s podrobnostmi, perfekcionizem, pretirana predanost delu, nefleksibilnost, kopičenje, težave z zaupanjem in sodelovanjem z drugimi, varčnost in/ali trma. Simptomi OKM pa zajemajo različne specifične oblike, med obsesijami pogosto strah pred umazanijo ali kontaminacijo z mikroorganizmi, strah pred napakami, potrebo po redu, simetriji ali natančnosti, med kompulzijami pa kopanje, prhanje ali umivanje rok, zavračanje rokovanja in dotikanja kljuk, preverjanje naprav, pripomočkov in predmetov in stalno urejanje stvari na določen način (Georgiva, Panayotov in Valentino, 2014).

4 PATOGENEZA IN ZDRAVLJENJE OKM V PSIHOANALITIČNI PSIHOTERAPIJI

Psihoanalitični koncepti simptome že obravnavajo z vzročnega in pomenskega vidika, osrednja delovna metoda pa je s prostimi asociacijami ozavestiti in ubesediti potlačene nezavedne vsebine. Semantiko simptomov povezujemo z njihovo etiologijo, ki se nanaša na dve patogenetski poti: na travmo ali konflikt (Stanghellini in Mancini, 2017). Klasična psihoanalitična teorija občutke anksioznosti povezuje s konfliktom med nezavednimi potrebami in zahtevami realnosti, nezavedno obrambo, ki se izraža v obliki simptoma, pa razlaga kot kompromisno razrešitev tega konflikta (Freud, 2001). Psihoanalitični pristop predpostavlja: 1) da je vsak duševni dogodek pogojen vsaj z enim duševnim vzrokom, ki ga je mogoče razložiti na psihološki osnovi, 2) ima lahko vsak duševni dogodek za pacienta psihološki pomen in 3) moramo pri razlagi pomena upoštevati obstoj dinamičnega nezavednega (Brakel, 2009). Simptomatika je s tem razumljena kot eksplicitni izraz soočanja in spoprijemanja z izkušnjami, simptomi pa niso izolirani pojavi, zato zgolj njihovo odpravljanje ne prinaša dolgotrajnega in celostnega ozdravljenja (Lingiardi in McWilliams, 2017).

Simptoma v psihoanalitični obravnavi ni dovolj le prepoznati in odstraniti, ampak razumeti njegovo latentno sporočilo in se nanj ustrezno odzivati (Stanghellini

in Mancini, 2017). Simptom razumemo kot način pacientove komunikacije med nezavednim in zavednim in kot znak znak - eksplisitni (angl. *signifier*), ki zastopa implicitno duševno vsebino - označeno (Lacan, 2005). Branje simptomov je ključna komponenta zdravljenja, zato je pomemben razvoj interpretativnih orodij, ki razbiranje pomena simptomov olajšajo. V ta namen je v nadaljevanju predstavljena teorija konceptualnih sistemov, ki pojasnjuje povezanost organizacije človekovega duševnega delovanja na ravni procesiranja, organizacije in reprezentacije dražljajev, informacij, pomenov, vsebin in njihovih medsebojnih povezav (Barsalou, 2012; Mahon, 2015). Opazovanje pacientove konceptualne govorice, ki se odraža v jezikovnih vsebinah, govoricah sanj, njegovih dejanjih in vedenju, nam pomaga prepoznavati nezavedne vsebine njegovega notranjega sveta in preteklosti (Barsalou, 2012; Frank, 1986; Lakoff in Johnson, 1980; Malt in sod., 2015).

5 KONCEPTUALNA METAFORA V PSIHOANALITIČNI PSIHOTERAPIJI

Psihoanalitični pristop se razvija z zavedanjem, da je velik del duševnega življenja mogoče opazovati in razumeti skozi prizmo simbolizma oz. metaforike (Hopkins, 2002). Ozko razumevanje zgolj estetske funkcije metafore je razširila kognitivnolingvistična perspektiva, ki je odkrila temeljno funkcijo metafore v človekovem procesiranju abstraktnih pojavov in jo prepoznala kot neizogibni vidik človeškega duševnega delovanja (Lakoff in Johnson, 1980). Iz teh spoznanj izhajajoča teorija konceptualne metafore pojasnjuje, da metaforika ni arbitrarna, nemotivirana, retorična ali umetniška, ampak je vgrajena v človekovo zaznavanje, osmišljanje, pripisovanje pomenov, ustvarjanje in sporazumevanje (Bratož, 2010; Gentner, Bowdle, Wolff in Boronat, 2001; Radman, 2015). Jezikovne uresničitve kažejo, da ljudje življenje dojemamo kot potovanje (nekam odhajamo, smo na razpotju), čas kot tekočino (ure in dnevi tečejo), čustva kot rastline (čustva gojimo) in si tako s pomočjo konkretnih konceptov, ki so nam senzorično dostopnejši, olajšamo ravnanje z abstraktnimi koncepti. Metafora je v tem kontekstu temeljni, konstruktivni in naravni duševni proces, s katerim človek konceptualizira svet in svojo življenjsko izkušnjo na način preslikavanja konceptov s področja abstraktnega na področje konkretnega (Wallerstein, 2011).

Delo z metaforo kot takšno čezpodročno preslikavo je osnovna komponenta psihoanalitičnega kliničnega pristopa (Lakoff, 1997). Čeprav Freud (2001) ni uporabljal termina metafora, sta njegova pojma premeščanje in kondenzacija osnovna metaforična procesa. Namesto o metaforah je govoril o simbolih (ki no-

sijo univerzalne kulturne pomene), čeprav se je zanimal predvsem za osebne in idiosinkratične pomene, torej prej za metafore (Modell, 2009). Predpostavil je, da je simboličnost (tj. metaforičnost) karakteristika nezavednega kot takega, zaradi česar se stalno manifestira v kulturnih pojavih, vseprisotno naravo metaforičnih mehanizmov v zavednih in nezavednih duševnih procesih pa potrjuje sodobna kognitivna znanost (Freud, 2001; Lakoff, 1997, 2016; Petrovna, 2017; Radman, 2015). Pri nezavednem in zavednem procesiranju konceptualni metaforični sistem med drugimi opravlja generativno vlogo, kar pomeni, da manifestne oblike izrazov nastajajo s konceptualno preslikavo latentnih pomenov (Lakoff, 2016).

Tudi psihoterapija je v svojem bistvu metaforična aktivnost. Pacient z manifestno, metaforično govorico v obliki besed, ravnanj in simptomov izraža svoje zaznave, izkušnje in doživljanja in posreduje svoja nezavedna in zavedna sporočila, psihoterapevt pa skuša vsebine razumeti v diskurzu pacientovega konceptualnega sistema in izrazom pripisati ustrezne pomene (Arlow, 1979; Lakoff, 2016). Razumevanje metaforične narave človekovega kognitivnega in afektivnega procesiranja olajša interpretacijo govornice simptomov duševnih motenj, med katerimi je OKM z vidika raznovrstnosti in spremenljivosti simptomatike še posebej specifična (Lakoff, 2016; Leckman in sod., 1997; Summerfeldt in sod., 1999; Wallerstein, 2011). Heterogena simptomatika se pri vsakem pacientu manifestira drugače, zato številni poskusi klasifikacije in kategorizacije niso dosegli konsenza glede determinant vsebine simptomov (García-Soriano, 2011; Leckman in sod., 1997; McKay in sod., 2004; Summerfeldt in sod., 1999). Tudi biološka paradigma ne oblikuje predpostavk glede vrste, oblike ali manifestne vsebine obsesivno-kompulzivnega simptoma, pač pa ugotavlja enake nevrobiološke ekvivalente različnih simptomatskih slik (Okada, 2015; Pauls in sod., 2014; Stein in Fineberg, 2015).

Interpretacijo pomena pacientovega simptoma z identifikacijo čezpodročne preslikave lahko ponazorimo na primeru strahu pred okužbo, ki predstavlja eno tipičnih kategorij simptomov OKM (McKay in sod., 2015). Okužba je pojav s področja konkretnega in zajema naselitev mikroorganizma v organizmu gostitelja, kar prinaša koristi za mikroorganizem in povzroča škodo gostitelju (Legan in sod., 2019). Pri simptomu OKM se koncept okužbe s področja konkretnega (delovanja organizma) prenese na področje abstraktnega, psihičnega. Strah pred okužbo lahko interpretiramo kot sporočilo o vdoru aktivne zunanje žive vsebine v posameznikov duševni prostor. Koncept gostiteljevega organizma se preslika na človekov psihični prostor, koncept mikroorganizma pa na objekt. Čezpodročna preslikava zajema izkoriščevalsko aktivnost mikroorganizma oz. objekta, ki mikroorganizmu oz. objektu koristi, gostitelju oz. subjektu pa

škoduje. Iz preslikave razberemo tudi koncept nevidnosti mikroorganizma, ki se preslikava na subtilnost posega objekta v subjektov prostor. Z nadaljnjim razkrivanjem komponent čezpodročne preslikave interpretiramo pacientov simptom in odkrivamo pacientove notranje konflikte, potlačene spomine, nezaveščena dogajanja. Odkrivanje konceptualnih povezav spodbuja ozaveščanje in podoživljanje patogenih vsebin, njihovo postopno desenzitizacijo in deaktivacijo (Akhtar, 2007; Novey, 1962; Stolorow in Atwood, 1984).

6 ZAKLJUČEK

OKM je duševna motnja z visoko prevalenco in (možno) visoko stopnjo obremenilnosti, kar že več desetletij spodbuja razvoj različnih načinov zdravljenja. Čeprav se z nevropsihiatričnega vidika kaže kot relativno homogena in psihoanalitična teorija opisuje univerzalne procese nastanka, sta za simptomatiko OKM značilni posebej visoka raven raznovrstnosti in spremenljivosti. Slednji motivirata poskuse klasifikacije in kategorizacije simptomov in odkrivanje mehanizmov njihovega nastajanja. V psihoanalitični obravnavi si ne prizadevamo za neposredno odpravljanje simptomov, ampak se osredotočamo na interpretacijo njihovega pomena, ki nas vodi do izvorov patologije OKM in spodbuja deaktivacijo patogenih vsebin. V članku je predstavljen osnutek teoretičnega okvira za razvoj interpretacijskega instrumentarija, ki temelji na teoriji konceptualnih sistemov. Skladno s teoretičnimi izhodišči navajam, da je nastanek in premeščanje simptomov OKM mogoče pojasniti z mehanizmi čezpodročnih preslikav posameznikovega konceptualnega sistema. Pri oblikovanju predloga izhajam iz predpostavke generativne vloge konceptualnih sistemov pri tvorbi simptomatike OKM, razumevanje nastanka simptomov in razreševanje patogenih vsebin pa pogojujem z odkrivanjem čezpodročnih preslikav.

Literatura

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). Arlington: American Psychiatric Pub; 2013.
- Adams TG, Kelmendi B, Brake CA, Gruner P, Badour CL, Pittenger C. The role of stress in the pathogenesis and maintenance of obsessive-compulsive disorder. *Chronic stress*. 2018; 2(1): 1–11.
- Akhtar, S. Diversity without fanfare: Some reflections on contemporary psychoanalytic technique. *Psychoanal Inq*. 2007; 27(5): 690–704.
- Arlow JA. Metaphor and the psychoanalytic situation. *The Psychoanal Q*. 1979; 48(3): 363–385.

- Baer L, Jenike MA, Ricciardi JN, Holland AD, Seymour RJ, Minichiello WE, Buttolph ML. Standardized assessment of personality disorders in obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1990; 47(9): 826–830.
- Baldessarini RJ. *Chemotherapy in psychiatry*. New York: Springer Press; 2013.
- Barsalou LW. The human conceptual system. In: Spivey JM, McRae K, Joanise MF, eds. *The Cambridge handbook of psycholinguistics*. Cambridge: Cambridge University Press; 2012: 239–258.
- Blatt SJ, Auerbach JS, Levy KN. Mental representations in personality development, psychopathology and the therapeutic process. *Rev Gen Psychol*. 1997; 1(4): 351–374.
- Bloch MH. Natural history and long-term outcome of OCD. In: Pittenger C, ed. *Obsessive-compulsive Disorder: phenomenology, pathophysiology and treatment*. Oxford: Oxford University Press; 2017: 51–59.
- Bloch MH, Green C, Kichuk SA, Dombrowski PA, Wasylink S, Billingslea E, Coric V, et al. Long-term outcome in adults with obsessive-compulsive disorder. *Depression and anxiety*. 2013; 30(8): 716–722.
- Bono JJ. Science, discourse, and literature: the role/rule of metaphor in science. In: Peterfreund S, ed. *Literature and science: theory and practice*. Boston: Unwin Hyman; 1990: 59–89.
- Brakel LA. *Philosophy, psychoanalysis and the a-rational mind*. Oxford: Oxford University Press; 2009.
- Brander G, Pérez-Vigil A, Larsson H, Mataix-Cols D. Systematic review of environmental risk factors for obsessive-compulsive disorder: A proposed roadmap from association to causation. *Neurosci Biobehav Rev*. 2016; 65(1): 36–62.
- Bratož, S. *Metafore našega časa*. Koper: Fakulteta za management; 2015.
- Burguiere E, Monteiro P, Mallet L, Feng G, Graybiel AM. Striatal circuits, habits, and implications for obsessive-compulsive disorder. *Curr Opin Neurobiol*. 2015; 30(1), 59–65.
- Buttolph ML, Holland AD. Obsessive-compulsive disorders in pregnancy and childbirth. In: Jenike MA, Baer L, Minichiello WE, ed. *Obsessive-compulsive disorders: theory and management*. Chicago: Year Book Medical Pub; 1990: 89–95.
- Coles ME, Pinto A, Mancebo MC, Rasmussen SA, Eisen JL. OCD with comorbid OCPD: a subtype of OCD? *J Psychiatr Res*. 2008; 42(4), 289–296.
- Čeh Steger J. Pogledi na metaforo. *Jezik in slovstvo*. 2005; 50(3/4), 75–86.
- Elliott A. *Psychoanalytic theory: an introduction*. Macmillan International New York: Higher Education; 2015.
- Esman AH. Psychoanalysis and general psychiatry: obsessive-compulsive disorder as paradigm. *J Am Psychoanal Assoc*. 1989; 37(2): 319–336.
- Finatto MJB. Metaphors in scientific and technical languages: challenges and perspective. *Delta: documentação de estudos em lingüística teórica e aplicada*. 2010; 26(1): 645–656.
- Furray A, Focseneanu M, Pittman B, McDougale CJ, Epperson CN. Onset and exacerbation of obsessive-compulsive disorder in pregnancy and the postpartum period. *J Clin Psychiatry*. 2010; 71(8): 1061–1068.

- Frank JD. Psychotherapy – the transformation of meanings: discussion paper. *J Royal Soc Med.* 1986; 79(6): 341–346.
- Freud, S. Bemerkungen über einen Fall von Zwangsneurose. *Jahrbuch für psychoanalytische und psychopathologische Forschung.* 1909; 1(2): 357–421.
- Freud, S. Inhibicija, simptom in tesnoba. *Problemi: revija za kulturo in družbena vprašanja.* 2001; 39(1/2), 7–90.
- Freud, S. Inhibitions, symptoms and anxiety. *The complete psychological works of Sigmund Freud.* London: Hogarth Press; 1926.
- Gabbard GO. Psychoanalytically informed approaches to the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Psychoanal Inq.* 2001; 21(2): 208–221.
- García-Soriano G, Belloch A, Morillo C, Clark DA. Symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder: From normal cognitive intrusions to clinical obsessions. *J Anxiety Disord.* 2011; 25(4): 474–482.
- Gentner D, Bowdle B, Wolff P, Boronat C. Metaphor is like analogy. In: Gentner D, Holyoak KJ, Holyoak KJ, Kokinov BN, ed. *The analogical mind: Perspectives from cognitive science.* Massachusetts: MIT Press; 2001: 199–253.
- Georgiva GN, Panayotov PK, Valentinova GS. Obsessive compulsive disorder vs obsessive compulsive personality disorder. *Современная наука: теоретический и практический взгляд.* 2014; 29(1): 227–229.
- Hopkins J. Psychoanalysis, metaphor and the concept of mind. In: Levine M, ed. *Analytic Freud.* London: Routledge; 2002: 23–47.
- Johnson SM. *Humanizing the narcissistic style.* Menlo Park: WW Norton & C.; 1987.
- Katz SM. *Metaphor and fields: common ground, common language, and the future of psychoanalysis.* London: Routledge; 2013.
- Kernberg O. *Object-relations theory and clinical psychoanalysis.* New York: Jason Aronson; 1984.
- Kullgard N, Persson P, Möller C, Falkenström F, Holmqvist R. Reflective functioning in patients with obsessive-compulsive disorder (OCD)-preliminary findings of a comparison between reflective functioning (RF) in general and OCD-specific reflective functioning. *Psychoanal Psychother.* 2013; 27(2): 154–169.
- Lacan J. Sintom. *Problemi: revija za kulturo in družbena vprašanja.* 2007; 45(4/5): 139–162.
- Lakoff G. How unconscious metaphorical thought shapes dreams. In: Stein DJ, ed. *Cognitive science and the unconscious.* New York: American Psychiatric Pub; 1997: 89–120.
- Lakoff G. How metaphor structures dreams. In: Bulkeley K, ed. *Dreams.* New York: Palgrave Macmillan; 2016: 265–284.
- Lakoff G, Johnson M. The metaphorical structure of the human conceptual system. *Cogn Sci.* 1980; 4(2), 195–208.
- Leckman JF, Grice DE, Boardman J, Zhang H, Vitale A, Bondi C, Goodman WK. Symptoms of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry.* 1997; 154(7): 911–917.
- Legan M, Petrovič D, Sket D. *Slovenski medicinski slovar.* Ljubljana: Medicinska fakulteta; 2019.

- Leichsenring F, Steinert C. Psychodynamic therapy of obsessive compulsive disorder: principles of a manual guided approach. *World psychiatry*. 2016; 5(3), 293–294.
- Levy KN, Blatt SJ, Shaver PR. Attachment styles and parental representations. *J Pers Soc Psychol*. 1998; 74(2): 407–419.
- Lingiardi V, McWilliams N. Psychodynamic diagnostic manual. New York: Guilford Press; 2017.
- Mahon BZ. Missed connections: A connectivity constrained account of the representation and organization of object concepts. In: Margolis E, Laurence S, eds. *The conceptual mind: new directions in the study of concepts*. Massachusetts: MIT Press; 2015: 79–116.
- Malt BC, Gennari SP, Imai M, Ameel E, Saji N, Majid A. Where are the concepts? What words can and can't reveal. *The conceptual mind: new directions in the study of concepts*. Massachusetts: MIT Press; 2015: 291–326.
- Masterson JF. *The search for the real self: Unmasking the personality disorders of our age*. London: Taylor & Francis; 1988.
- McCullough PK, Maltsberger T. Obsessive-compulsive personality disorder. In: Gabbard GO, ed. *Treatments of psychiatric disorders*. Washington: American Psychiatric Press; 1995: 1851–1861.
- McKay D, Abramowitz JS, Calamari JE, Kyrios M, Radosky A, Sookman D, Wilhelm S, et al. A critical evaluation of obsessive-compulsive disorder subtypes: symptoms versus mechanisms. *Clin Psych Rev*. 2004; 24(3): 283–313.
- McKay D, Sookman D, Neziroglu F, Wilhelm S, Stein DJ, Kyrios M, Veale D. Efficacy of cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res*. 2015; 225(3): 236–246.
- McWilliams N. *Psihoanalitična diagnostika*. Ljubljana: UMCO; 2017.
- Micali N, Heyman I, Perez M, Hilton K, Nakatani E, Turner C, Mataix-Cols D. Long-term outcomes of obsessive-compulsive disorder: follow-up of 142 children and adolescents. *Br J Psychiatry*. 2010; 197(2): 128–134.
- Modell AH. Metaphor, the bridge between feelings and knowledge. *Psychoanal Inq*. 2009; 29(1): 6–11.
- Nakao T, Okada K, Kanba S. Neurobiological model of obsessive-compulsive disorder: evidence from recent neuropsychological and neuroimaging findings. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2014; 68(8): 587–605.
- Neziroglu F, Anemone R, Yaryura-Tobias JA. Onset of obsessive-compulsive disorder in pregnancy. *Am J Psychiatry*. 1992; 149(7): 947–950.
- Novey S. The principle of "working through" in psychoanalysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. 1962; 10(4): 658–676.
- Okada K, Nakao T, Sanematsu H, Murayama K, Honda S, Tomita M, Kanba S, et al. Biological heterogeneity of obsessive-compulsive disorder: A voxel based morphometric study based on dimensional assessment. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2015; 69(7), 411–421.
- Öst LG, Havnen A, Hansen B, Kvale G. Cognitive behavioral treatments of obsessive-compulsive disorder. A systematic review and meta-analysis of studies published 1993–2014. *Clin Psychol Rev*. 2015; 40(1): 156–169.

- Pauls DL. The genetics of obsessive compulsive disorder: a review of the evidence. *Am J Med Genet C: Sem Med Gene*. 2018; 148(2): 133–139.
- Pauls DL, Abramovitch A, Rauch SL, Geller DA. Obsessive-compulsive disorder: an integrative genetic and neurobiological perspective. *Nat Rev Neurosci*. 2014; 15(6): 410.
- Petrovna PT. *Metaphor in cognitive sciences*. Moskva: Moscow State University; 2017.
- Pinto A, Steinglass JE, Greene AL, Weber EU, Simpson HB. Capacity to delay reward differentiates obsessive-compulsive disorder and obsessive-compulsive personality disorder. *Biol Psychiatry*. 2014; 75(8): 653–659.
- Pitman RK, Jenike MA. Normal and disordered compulsivity: evidence against a continuum. *J Clin psychiatry*. 1989; 50(12): 450–452.
- Radman Z. *From a metaphorical point of view: a multidisciplinary approach to the cognitive content of metaphor*. Berlin: Walter de Gruyter GmbH & Co KG.; 2015.
- Rasmussen SA, Eisen JL. Clinical features and phenomenology of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatr Ann*. 1989; 19(2): 67–73.
- Russell EJ, Fawcett JM, Mazmanian D. Risk of obsessive-compulsive disorder in pregnant and postpartum women: a meta-analysis. *J Clin Psychiatry*. 2013; 74(4), 377–385.
- Stanghellini G, Mancini M. The meaning of symptoms in the psycho-dynamic paradigm. In: Stanghellini G, Mancini M, ed. *The therapeutic interview in mental health: a values-based and person-centered approach*. Cambridge: Cambridge University Press; 2017: 21–24.
- Stein DJ, Hollander E. The spectrum of obsessive-compulsive related disorders. In: Hollander E, ed. *Obsessive-compulsive related disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1993: 241–270.
- Stein DJ, Fineberg N, Reghunandan S. *Obsessive-compulsive and related disorders*. Oxford: Oxford Psychiatry Library; 2015.
- Stolorow RD, Atwood GE. *Psychoanalytic phenomenology: Toward a science of human experience*. *Psychoanal Inq*. 1984; 4(1): 87–105.
- Summerfeldt LJ, Richter MA, Antony MM, Swinson RP. Symptom structure in obsessive-compulsive disorder: a confirmatory factor-analytic study. *Behaviour research and therapy*. 1999; 37(4): 297–311.
- Taylor S. Disorder-specific genetic factors in obsessive compulsive disorder: A comprehensive meta-analysis. *Am J Med Genet B: Neuropsychiatr Genet*. 2016; 171(3); 325–332.
- Torres AR, Fontenelle LF, Shavitt RG, Hoexter MQ, Pittenger C, Miguel EC. Epidemiology, comorbidity and burden of OCD. In: Pittenger C, ed. *Obsessive-compulsive disorder: phenomenology, pathophysiology, and treatment*. Oxford: Oxford University Press; 2017: 156–189.
- Upadhyaya SK, Sharma A. Onset of obsessive compulsive disorder in pregnancy with pica as the sole manifestation. *Indian J Psychol Med*. 2012; 34(3): 276–278.
- Wallerstein RS. Metaphor in psychoanalysis: Bane or blessing? *Psychoan Inq*. 2011; 31(2): 90–106.

PSIHIATRIČNO IN AJURVEDSKO RAZUMEVANJE IN ZDRAVLJENJE DEPRESIJE: IZKUŠNJE PACIENTOV V SLOVENIJI

Maja Kolarevič¹

POVZETEK

Raziskovalni problem študije je »velika depresija«, ki se uvršča v psihiatrično kategorizacijo duševnih motenj, v spekter motenj razpoloženja, njena pojavnost pa se močno povečuje. Prvi poudarek je (de)konstrukcija znanstvene vednosti depresije v ajurvedi in psihiatriji, drugi poudarek pa so prednosti/slabosti primerjanih praks, ki so jih izkusili pacienti z diagnozo velike depresije v Sloveniji. Namen raziskave je preučiti razlike in podobnosti med obema pristopoma razumevanja in zdravljenja depresije, njenih vzrokov, poteka in terapevtskih intervencij. V članku so predstavljeni rezultati opazovanja z udeležbo ajurvedske prakse v Sloveniji in Indiji in intervjuji z 10 psihiatri, 11 ajurvedskimi strokovnjaki, 10 psihiatričnimi pacienti in 10 uporabniki ajurvede. Analiza je identificirala osem metatem.

Ključne besede: velika depresija, psihiatrija, ajurvedska medicina

-
1. Doktorica medicinske antropologije, univerzitetna diplomirana socialna antropologinja in kulturologinja; Inštitut Anahata, Ob ribniku 81, 2000 Maribor
E-naslov: info@institut-anahata.si
Moška slovnična oblika zapisa v prispevku je uporabljena kot nevtralna za ženski in moški spol.

1 UVOD

Članek raziskuje razumevanje in zdravljenje depresivne motnje razpoloženja z vidika indijske medicine – ajurvede, psihiatrije in v luči pacienta, diagnosticiranega z veliko depresijo v Sloveniji. Pri tem sem skozi pripovedi udeležencev raziskave primerjala razumevanje depresije z vidika psihiatrije in ajurvede, opredelila ključne dejavnike, ki so udeležence spodbudili k zdravljenju v okviru ajurvedske oz. psihiatrične prakse, analizirala in primerjala potek in izid zdravljenja z obema pristopoma, nazadnje pa proučila ajurvedsko prakso, preneseno v drugo kulturno okolje – Slovenijo v primerjavi z okoljem, iz katerega izhaja, Indijo.

Glede na ameriško klasifikacijo duševnih motenj (DSM-IV) govorimo o veliki depresivni epizodi, kadar simptomi trajajo vsaj 14 dni, pri čemer mora posameznik biti skoraj vsak dan večino dneva žalosten oz. potrtn ali brezvoljen (American Psychiatric Association, 1994). Poleg tega mora imeti vsaj še pet ali več od naslednjih simptomov: motnje apetita, motnje spanja, zmanjšano telesna aktivnost ali nemir, utrujenost ali pomanjkanje energije, občutek krivde in ničvrednosti, težave s koncentracijo ali samomorilne misli.

Čeprav je depresija najbolj biologizirana in medikalizirana duševna motnja na Zahodu (Gaines, 1992; Kleinman in Good, 1985; Marsella, 1980), se danes depresija razume in obravnava v okviru biopsihosocialnega modela (Ghaem, 2003; Walker, 2008), kjer so vse tri ravni (nevrološka, psihološka in družbena) ključnega pomena pri nastanku, zgodovini narave in zdravljenju. Pri vseh zdravstvenih intervencijah je treba upoštevati vse tri ravni, saj se nobena bolezen, stanje ali pacient ne more omejiti na en sam vidik (Brown, 2000).

Podobno ajurveda poudarja povezanost in holizem pri razumevanju depresije, kar je pokazala tudi etnografska študija, ki sta jo opravila Lang in Jansen (2013). Ajurvedsko razumevanje depresije je namreč relativno združljivo s psihiatričnim konceptom depresije. Ajurveda je razvila celovito teorijo in dobro strukturirane mehanizme zoper psihološke stiske. Pojem *unmada* je splošni izraz za vse duševne motnje, v katerih posameznik izgublja moč za nadzorovanje svojih dejanj in opravljanje dolžnosti v skladu z družbo. Charaka Samhita, najstarejše in temeljno delo indijske medicine, zagotavlja jasno definicijo *unmade*, opisuje etiološke dejavnike in patološki proces, opredeljuje jasne diagnostične in terapevtske postopke (božanska terapija, biološka terapija, psihoterapija in joga) (Sharma in Dash, 2011).

Charaka Samhita opisuje, da se duševne bolezni razvijejo, ko:

- oseba ne dobi tistega, kar si želi (frustracije), in dobi tisto, česar si ne želi,

- gune ali tri energije v možganih (*satva, radža, tamas*) niso v ravnovesju, kar poslabša sposobnost ljudi, da razmišljajo jasno, in povzroča »kršitev znanja«,
- ljudje ne poznajo samega sebe (ekstremni občutki, kot so žalost, zavist in poželenje, pa tudi evforija in veselje, lahko odvrnejo dojemanje ljudi o sebi stran od realnosti),
- doše ali trije sistemi, ki upravljajo psihosomatsko delovanje telesa, to so *vata, pita, kapa*, niso v ravnovesju,
- oseba uživa neprimerno, nekompatibilno in onesnaženo hrano,
- so prisotne težave v odnosih (zlasti z ožjimi družinskimi člani) in družbene nepravilnosti,
- se pojavijo karmične tendence reinkarnirane duše.

Učinki ajurvedske prakse kot zdravljenja duševnih motenj so še vedno relativno slabo raziskani, prav tako pa tudi prenos ajurvedske medicine v drugo kulturno okolje. Študije o zdravljenju duševnih motenj z ajurvedsko medicino z vidika evropske izkušnje s pacienti so redke in na tem raziskovalnem področju obstaja velika vrzel.

2 METODA

Za preverjanje raziskovalnih vprašanj sem uporabila naslednje kvalitativne antropološke raziskovalne pristope:

- **Opazovanje z udeležbo** v dveh okoljih sem izbrala za zagotovitev podatkov o ajurvedski praksi v Sloveniji in Indiji. Terensko delo v Sloveniji je potekalo v eni od ajurvedskih ordinacij od decembra 2010 do maja 2011, terensko delo v Indiji, Kerali je potekalo v ajurvedski psihiatrični bolnišnici Kottakkal in Cherian ašramu Kottayam med decembrom 2011 in januarjem 2012.
- **Avtobiografijo** ali refleksijo sem uporabila za opis lastne motivacije in kot osebni prispevek za izvedbo raziskave.
- **Z avtoetnografijo** sem zagotavljala načelo avtobiografije in etnografije pri izvajanju in pisanju, s čimer sem iskala doslednost med pacientovimi pripovedmi in opazovanim.
- **Polstrukturirane intervjuje** sem izpeljala s psihiatri, ajurvedskimi terapevti in zdravniki v Sloveniji in Indiji.
- **Narativni intervjuji** ali biografija bolezni pa so potekali z osebami, ki so potrebovale pomoč v psihiatrični in ajurvedski praksi.

V raziskavi sem uporabila obsežen podatkovni material, ki je temeljil na različnih vidikih udeležencev. To so bili:

- psihiatrični pacienti (osem žensk in dva moška med 26. in 64. letom),
- ajurvedski pacienti (šest žensk in štirje moški med 29. in 64. letom),
- psihiatri (štiri ženske in šest moških med 38. in 66. letom),
- ajurvedski zdravniki in terapevti v Sloveniji (ena ženska in štirje moški med 34. in 55. letom),
- ajurvedski zdravniki in terapevti v Indiji (tri ženske in štirje moški med 25. in 61. letom).

Vstopni kriterij za vse intervjuvane paciente je bila biomedicinska diagnoza velike depresije. Beckov vprašalnik je bil uporabljen kot orodje za identifikacijo simptomov depresije, ki so oblikovali merilo za izbiro oseb. Želja je bila vključiti osebe z depresijo v remisiji in morebitno blagimi simptomi.

3 REZULTATI IN RAZPRAVA

Tematski pristop analize je bil izveden kot glavna metoda analize intervjujev, terenskih zapiskov in pisnih materialov. S tem pristopom so bili semantično podobni deli kodirani in organizirani v podobne teme, kjer sem identificirala osem metatem.

Prvič: ajurvedsko razumevanje depresije ustreza biopsihosocialnemu modelu v psihiatriji, vendar ajurveda gre širše. Človeka določata biologija v smislu genetike ali karme in biološka konstitucija ali doševska konstitucija. Poleg tega psihiatrično razumevanje depresije kot nevrokemičnega neravnovesja ustreza ajurvedskemu konceptu neravnovesja doš in gun. Tudi v ajurvedi depresija pomeni motnjo v možganih, za razliko od psihiatrije pa je vedno povezana z vsaj eno došo (kapa, vata, pita). Ajurveda poudarja, da vse, kar mislimo, izkusimo in občutimo, vpliva na kemijo naših celic in obratno. V okviru te tradicije je neravnovesje v možganih posledica biološkega, psihološkega, socialnega, kulturnega in duhovnega vpliva. Ajurvedsko razumevanje depresije je širše zaradi vključitve duhovnega vidika, ki pravi, da se depresija razvije, ker energija posamezne duše ne teče skozi telesne kanale – možganski kanali, živci, krvni obtok, limfa itd. Zaradi blokiranih kanalov ne morejo skozenj niti doše niti gune. Ta ilustracija predstavlja psihopatološki mehanizem depresije, ki je v psihiatriji še nejasen.

Drugič: aktualni biopsihosocialni model razumevanja depresije je nezadosten, česar se psihiatri dobro zavedajo in enako kot ajurvedski strokovnjaki pogosto

razpravljajo o širših družbeno-kulturnih vzrokih za depresijo: vse večja osamljenost, delovno okolje, negotovosti, tehnološki razvoj, politične in gospodarske razmere, stigmatizacija, revščina, življenjsko okolje, daljša življenjska doba in prehod iz tradicionalne družbe v postmoderno/postsocialistično družbo. Da je depresija bolezen mnogoterih obrazov, so podprle tudi etnografije pacientov, med katerimi so bile prisotne štiri oblike depresije (travmatične izkušnje v otroštvu in adolescenci, dolgotrajni, nerešeni in neustrezni odnosi, delovno okolje in negativni življenjski dogodki), ki so hkrati razkrile tudi šest »kulturnih« oblik depresije v Sloveniji:

- **izgoreli posamezniki**, ki so zaradi dela pretirano izčrpani,
- **pomanjkanje individualizacije**, kjer številni (zlasti ženske) živijo in pogosto delajo z ozkim razponom družinskih članov, s pogostimi konflikti in stalnim vmešavanjem v njihova življenja,
- **velik strah pred neuspehom** (zlasti moški) – še vedno ni sprejemljivo, da moški joče, je prizadet ali izrazi svoja čustva (trpijo v tišini),
- **zloraba alkohola** odraža še en slovenski problem, saj od 100.000 do 200.000 ljudi je odvisnih od alkohola,
- **dolgotrajna brezposelnost** (okoli 13 %), ki ustvarja negotovost in strah,
- **pomanjkanje toplih in podpornih odnosov v družini** – za razliko od Indije v Sloveniji pri zdravljenju niso sodelovali družinski člani.

Tretjič: posameznik je soodgovoren za razvoj depresije. Oba medicinska sistema poudarjata, da čeprav nastop depresije ni posameznikova krivda, je soodgovoren za nekaj, kar je v njegovem obsegu vpliva. Soodgovornost je priznala tudi večina pacientov. Pripisali so jo svojemu temperamentu, nezavedanju, poznemu iskanju pomoči in pomanjkanju izkušenj in znanja o depresiji. Pacienti so z današnje perspektive govorili o soodgovornosti v svoji preteklosti, potem, ko so analizirali vzroke ali dejavnike lastnih težav. Ko so iskali pomoč, pa se tega niso zavedali.

Četrtrič: v psihiatriji je biopsihosocialni model redko uporabljen pri zdravljenju depresije, medtem ko je večnivojski pristop v ajurvedi stalna praksa. Večini pacientov poleg zdravljenja z antidepresivi ni bila nudena psihoterapija ali druga podporna metoda. Težave so predvsem na sistemski ravni, poleg tega tudi finančni model ne podpira večnivojskega zdravljenja depresije. Razlika je tudi v tem, da so bili psihiatrični pacienti veliko manj usmerjeni v reševanje lastnih težav. Ajurveda priporoča uporabo določenih smernic in tehnik (meditacija, joga, telesna aktivnost, prehranske smernice, komunikacija itd.) vsem pacientom,

medtem ko poudari posamezne smernice v skladu s pacientovim specifičnim problemom. Kakorkoli, obe skupini pacientov sta po zdravljenju poročali o izboljšavah. Ajurvedska obravnava lahko prinese pozitivne spremembe v več vidikov življenja osebe v treh do petih tednih, medtem ko morajo psihiatrični pacienti čakati vsaj tri tedne, preden antidepresivi začnejo delovati.

Petič: bistvena razlika med obema pristopoma zdravljenja je terapevtski odnos. Čeprav psihiater uporablja izčrpen intervju, podoben ajurvedskemu, da razkrije vzroke za depresijo, je ajurvedski pristop celovitejši. Ajurveda namenja več časa vsakemu posameznemu pacientu in vključuje veliko več kontekstualnih informacij (o življenju, človeku, zdravju, bolezni, načinu zdravljenja, prehrani, življenjskem slogu, duhovnosti itd.). Psihiatrični bolniki so bili na splošno zadovoljni s psihiatri, čeprav so pogrešali več pogovora med kontrolnimi obiski, aktivnejšo vlogo in kontrolne teste, ki bi spremljali njihov napredek. Ajurvedski pacienti, ki so bili manj zadovoljni s psihiatri, pa so opozorili na ključne razlike v terapevtskem odnosu: nižja stopnja formalnosti, bolj oseben in aktiven dialog, pripravljenost terapevta, da posluša in razume, čuječnost, usmerjevalno svetovanje, časovna komponenta, pragmatično usmerjanje in stalna opora v času terapevtskega procesa in zatem.

Šestič: ljudje se odločajo za ajurvedo na podlagi izkušenj drugih ljudi – družinskih članov, prijateljev, znancev, ne pa zato, ker bi jim bile ideje in prepričanja ajurvede blizu. Le eden od ajurvedskih pacientov je imel predhodno zanje o ajurvedi. Večina pacientov je bila obravnavanih izključno z ajurvedo, le eden je potreboval ajurvedo kot dopolnilo psihiatričnemu zdravljenju. Pacienti so se obrnili k ajurvedi iz naslednjih razlogov: depresija, nezadovoljstvo s psihiatrično oskrbo, strah pred neželenimi učinki zdravil in odvisnostjo, somatske in psihološke težave, neuspešni poskusi psihiatrije, iskanje naravnih, varnejših metod, želja po drugačni interpretaciji njihovih težav, radovednost in dejstvo, da je lahko psihiatrično zdravljenje bolj stigmatizirano.

Sedmič: ajurveda ponuja dva komplementarna procesa – individualizacijo in povezanost. Ustreza sodobnim psihološkim usmeritvam, saj poudarja psihosocialno(duhovne) vzroke depresije. Zapolnjuje vrzel zaradi pomanjkanja strokovne psihološke prakse v Sloveniji. Pomaga pacientom, ki nimajo osebne individualizacije (ljudje, ki so preveč vpleteni v družinska razmerja in brez samorefleksije), da postanejo bolj individualizirani v zvezi z razmišljanjem o njih samih, učenjem, kdo so in kaj želijo. Zaradi poudarka na medsebojni povezanosti vseh živih bitij v ajurvedi ti isti pacienti čutijo povezanost, zlasti z drugimi. Psihiatri in ajurvedski strokovnjaki (kot tudi številne študije) so poudarili, kako

pomembni so družbeni odnosi in kako lahko vplivajo na telesno in duševno počutje posameznika.

Osmič: v Sloveniji manjkajo osnovni elementi ajurvedske prakse. Pri nas se ajurveda srečuje s številnimi ovirami in omejitvami in je ni mogoče priznati kot medicinski sistem. Manjka predvsem institucionalna ajurvedska oskrba in dostop do ajurvedskih zdravil, ki so že registrirana na ravni EU. Na oboje pa vpliva tudi neurejenost in manko preverjenega registra izvajalcev komplementarnih metod zdravljenja.

4 ZAKLJUČEK

Čeprav je v zadnjih letih psihiatrija napredovala pri zdravljenju človeka bolj celostno, je raziskava pokazala dve posebni prednosti ajurvedske obravnave. Ena je usmerjevalnost (dajanje usmerjenih nasvetov), druga je dnevna podpora v času obravnave po socialnih omrežjih ali telefonu. Kot so predlagali udeleženci raziskave, sta oba pristopa učinkovita v praksi, vendar v psihiatriji nedovoljena. Pomemben prispevek raziskave je ustvarjanje okolja, v katerem različni pogledi in različne paradigme pridejo v stik med seboj za dobro ljudi in njihovega zdravja. Študija razširja tudi naše razumevanje prakse zdravljenja pacientov z depresijo, pri čemer je analiza podala ugotovitve, ki bi lahko imele vpliv na prakso psihiatrov in ajurvedskih strokovnjakov v Sloveniji in svetu.

Literatura

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington: American Psychiatric Association; 1994.
- Brown TM. The growth of George Engel's biopsychosocial model. 2000. Dostopno na: <http://human-nature.com/free-ass-ociations/engell.html> (citirano 7. 9. 2012).
- Gaines AD. Ethnopsychiatry: The cultural construction of professional and folk psychiatries. Albany: State University of New York Press; 1992.
- Kleinman A, Good B. Culture and depression: Studies in the anthropology and cross-cultural psychiatry of affect and disorder. Berkeley: University of California Press; 1985.
- Marsella A. Depressive experience and disorder across cultures. In: Draguns J, ed. Handbook of cross-cultural psychology: Vol. 6. Psychopathology. New York: Allyn & Bacon; 1980: 237–289.
- Chaem NS. The Concepts of Psychiatry. A Pluralistic Approach to the Mind and Mental Illness. Baltimore and London: The Johns Hopkins University Press; 2003.

Lang C, Jansen E. Appropriating depression: biomedicalizing Ayurvedic psychiatry in Kerala, India. *Medical Anthropology*. 2013; 32(1): 25–45.

Sharma RK, Dash B. *Caraka Samhita, Text With English Translation & Critical Exposition. Volume I*. Varanasi: Chowkhamba Sanskrit Series Office; 2011.

Walker C. *Depression and Globalization. The Politics of Mental Health in the 21st Century*. New York: Springer Science and Business Media; 2008.

SVOJCI OSEB Z DUŠEVNIMI MOTNJAMI

Mojca Zvezdana Dernovšek¹

POVZETEK

Duševna motnja enega od članov družine povzroči hudo breme celotni družini, ki se sreča s težavami, ki jih do tedaj še ni poznala. Duševne motnje spremljata stigma in sram, zato o reševanju težav v duševnem zdravju ljudje ne govorijo med seboj, s tem pa si ne morejo prenesti dobre izkušnje. Z namenom manjšanja bremena ljudje uporabijo strategije spoprijemanja z duševno motnjo. Strategije spoprijemanja so dveh vrst – usmerjene na problem in usmerjene na čustva. Soočanje z duševno motnjo in okrevanje je proces, ki zahteva čas in je poln pasti.

Ključne besede: duševne motnje, svojci, strategije spoprijemanja, stres, prilagoditvena motnja

1 UVOD

Duševna motnja vpliva na vse družinske člane, na kakovost medsebojnih odnosov in kvaliteto življenja. Družina se sreča s težavami, ki jih do tedaj ni poznala in so vseh razsežnosti – od velikih do majhnih in predstavljajo breme za vse (Susanti in sod., 2019).

Nekatere obremenitve, s katerimi se srečujejo družinski člani, so naslednje (Bentley in Roban, 2015):

-
1. Doktorica medicine, specialistka psihiatrije, redna profesorica;
Inštitut Karakter, Ježa 90, 1231 Ljubljana - Črnuče;
Zdravstveni dom Sevnica, Trg svobode 14, 8290 Sevnica;
Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, Vrazov trg 2, 1000 Ljubljana
E-naslov: mojca-zvezdana.dernovsek@guest.arnes.si

- nočno zbujanje,
- finančni problemi,
- težave pri delu,
- omejene socialne aktivnosti,
- zanemarjanje ostalih družinskih članov,
- občutki krivde, sramu, tesnobe, označenosti, izgube in žalosti,
- zaskrbljenost zaradi negotove prihodnosti,
- občutek, da ne morejo več vzdržati nastale situacije.

Obstajajo posebne metode za oceno stopnje obremenitve družine, ki ima člana z duševno motnjo (Wolff in sod., 2006).

Psihične obremenitve svojcev oseb s težavami v duševnem zdravju so dvakrat večje kot pri povprečnem prebivalstvu in pri številnih svojcih pripeljejo do trajnega stresa, ki lahko vodi tudi v izgorelost, težave v duševnem zdravju in telesno bolezen (Mulligan in sod., 2013). Ob prvem soočenju z duševno motnjo pri družinskem članu se pri svojcih vedno razvije akutna stresna motnja, ki se lahko podaljša v prilagoditveno motnjo. Svojci doživijo proces žalovanja.

2 AKUTNA STRESNA MOTNJA IN PROCES ŽALOVANJA

Diagnoza duševne motnje je tako za posameznika kot za njegove svojce zelo stresen dogodek.

Čustveni odzivi nanj so različni in odvisni od posameznika, običajno pa so v primerjavi s kakim drugim stresnim dogodkom (izguba službe) pri večini ljudi še bolj intenzivni in dlje trajajoči. Govorimo o stresni motnji, ki traja do tri tedne (SVO, 2008).

Pri nekaterih so stiske zelo hude in trajajo dolgo. Vključujejo močne občutke nemoči in motijo dnevno delovanje. V tem primeru govorimo o prilagoditveni motnji, ki je prehodni odziv. Razvije se v treh tednih po nastopu stresa in ne traja več kot šest mesecev (SVO, 2008).

V času akutne stresne motnje in prilagoditvene motnje se v večjem ali manjšem obsegu pojavijo vsebine procesa žalovanja (tabela 1) (Shear in sod., 2011).

Tabela 1: Proces žalovanja pri soočanju z duševno motnjo svojca

Faza žalovanja	Opis
Šok	Zanikanje bolezni, ko posameznik in njegovi svojci ne morejo sprejeti dejstva, da je zbolel. Diagnoza duševne motnje, morebitne hospitalizacije in drugih dogodkov je šok za celotno družino.
Barantanje	Posamezniku se zdi, da ne bi zbolel, če bi bolje pazil na svoje zdravje, starši iščejo vzroke in razloge za nastanek motnje pri sebi, šoli, drugih. Prisotni so močni občutki krivde.
Jeza	Posameznik in svojci se sprašujejo, zakaj se je to zgodilo ravno njim, pogosto se pojavijo očitki, medsebojno obtoževanje in vračanje krivde na druge osebe. Družina se znajde na veliki preizkušnji.
Žalost	Prisotni so občutki izgube in nemoči.
Sprejetje	Proces se zaključi s sprejetjem stanja, to pa se zgodi običajno v nekaj tednih ali mesecih. Življenje družine zopet preide v »normalni tir«. Lahko se zgodi, da svojci posameznika z duševno motnjo proces žalovanja zaključijo pred njim. Kljub temu je pomembno, da svojemu članu dopustijo, da tudi sam preide skozi vse faze. Pretirano priganjanje posameznika k čimprejšnjemu sprejetju svojega stanja lahko doseže nasprotni učinek in ima za posledico še dolgotrajnejši proces žalovanja.

Tudi svojci lahko zbolijo, pri tem pa se poraja vprašanje, ali naj jih zdravi isti psihiater. Enotnega odgovora ni. Včasih je najbolje, če jih zdravi isti psihiater, včasih pa je bolje, da imata družinska člana vsak svojega.

3 STRATEGIJE SPOPRIJEMANJA Z DUŠEVNO MOTNJO IN NJENIMI POSLEDICAMI

Za uspešno reševanje vseh posledic duševne motnje in spremljajočih težav je pomemben občutek obvladljivosti težav (Parker, 1993). Ljudje iščejo načine, da bi zmanjšali neznosno breme, ki se je zgrnilo nanje. Ljudje se odzivamo zelo različno. Naši odzivi na določeno vedenje so tudi neenotni (enkrat razumevanje, drugič nerazumevanje in jeza).

Na voljo imamo različne strategije pomoči oziroma strategije spoprijemanja z duševno motnjo in njenimi posledicami (tabela 2) (Doornbos, 2002). Na splošno bi lahko strategije razdelili na dve vrsti: na tiste, ki so usmerjene na problem, in na tiste, ki izhajajo bolj iz čustvenih nagibov (Saunders, 2003). Več ko je v družini negativnih čustev, slabše je okrevanje osebe z duševno motnjo (Vaughn in Leff, 1976).

Tabela 2: Strategije spoprijemanja z duševno motnjo pri bližnjem

(Lefley, 1996)

Strategija spoprijemanja	Opis
Iskanje informacij	Iskanje informacij o duševni motnji, možnostih pomoči, zdravljenju, vlogi svojcev je pomembno za boljše razumevanje narave motnje, ustrežnejše ravnanje in odzivanje nanjo. Z iskanjem informacij ni dobro pretiravati. Najti je treba zanesljiv vir. Dobre informacije breme zmanjšujejo. Pretiravanje z informacijami in informacije, ki so nezanesljive, pa breme povečajo.
Čustveni odzivi svojcev	Bojazen, previdnost, občutki krivde, sramu, označenosti ... svojce ovirajo, da bi se vedli spontano. Povečuje se distanca, kopičijo se zamere in nastaja nepremostljiv prepad. Svojec ali bližnji z duševno motnjo se začne izogibati druženju in včasih se odnos povsem prekine. Čustveno odzivanje breme povečuje.
Nasilno odzivanje	V svoji nemoči se svojci včasih zatečejo v jezo, posledično kaznovanje in pripisovanje krivde drug drugemu v družini. Lahko so pretirano negotovi, postanejo nestrpni in nenehno opozarjajo, da je nekaj narobe, da se je bolezen ponovila in podobno. Razvijejo lahko hude občutke sramu in označenosti. Lahko so zelo nepotrpežljivi, včasih pa tudi odkrito sovražni. Pogosto sledijo občutki krivde na obeh straneh in poskusi zgladitve odnosov. Breme družine je samo še večje.
Pozitivna komunikacija	Pozitivna komunikacija je usmerjena na podpiranje in krepitev zdravih, pozitivnih in kreativnih lastnosti vseh članov družine. Spodbuda, pohvala ali zahvala delujejo kot priznanje in potrditev in pripomorejo k izboljšanju posameznikove samopodobe, ki je zaradi duševne motnje znižana. Spoštljiva medsebojna komunikacija je temelj dobrih medčloveških odnosov. Njena pozitivna lastnost pa je tudi ta, da za njeno učenje ni nikoli prepozno. Pozitivna komunikacija breme duševne motnje v družini zmanjšuje.
Ohranjanje lastnih interesov	Žrtvovanje lastnih ciljev, želja in potreb je pogost pojav med svojci in kratkoročno lahko prinese precej koristi. Dolgoročno pretirana skrb in odrekanje svojim potrebam zaradi člana z duševno motnjo pa je nekoristno za vse vpletene. Pomembno je, da svojci ohranijo svoje interese, krepijo občutek, da živijo svoje življenje dalje, in da duševna motnja družinskega člana ne postane glavna in edina vsebina njihovega skupnega življenja.
Vključevanje v družinske in družbene dejavnosti	Glavni cilj po začetnem izboljšanju je, da bi človek spet dosegel samostojnost in prevzel odgovornost za svoje zdravje. Pot do tega cilja je vključevanje osebe z duševno motnjo v družinske in družbene aktivnosti, sodelovanje pri vsakodnevnih družinskih opravilih, razvijanje hobijev, priložnosti dejavnosti, ohranjanje stikov s prijatelji, vključevanje v redno šolanje in delo ...
Resignacija ali vdanost v usodo	Izvira iz občutka nemoči in predaje. Svojec samo še čaka, kaj se bo spet hudega in neprijetnega zgodilo. Razmišljanje o prihodnosti je pesimistično, le čudež bi lahko rešil težave. Breme se samo povečuje. Bolje se je osredotočiti na iskanje rešitev po malih korakih.

4 NAPAČNA PREPRIČANJA IN PASTI SOOČANJA Z DUŠEVNO MOTNJO

Stališča svojcev in njihovo lastno soočanje s stigmatom glede duševnih motenj močno vplivajo na sodelovanje v zdravljenju (Girma in sod., 2014).

Pomembno je, da ljudje razumejo, da je okrevanje proces, ki traja in je poln preprek (Szmukler in sod., 1996). Okrevanje pri duševnih motnjah je počasno in pogosto se ljudje soočajo z majhnimi padci ali velikimi zdrsi. Poslabšanja in ponovitve so pogosto novo breme in preskus zaupanja in volje. Nekateri poskusi se ne posrečijo, a vsak poskus, čeprav na prvi pogled ponesrečen in neuspešen, je dragocen, saj se iz njega lahko marsikaj naučimo. Ponovna vključitev v aktivno življenje je težja, kot si ljudje po navadi predstavljajo in zahteva veliko volje, truda in vztrajnosti. Vsak posamezen korak na tej poti je pomemben in vreden priznanja. Napačna prepričanja povečujejo stiske. Zmotno je verjeti, da bo posameznik zdrav, šele ko bo nehal jemati zdravila. Manj obremenjujoče je prepričanje, da zdravila pomagajo pri ohranjanju zdravja (Grover in sod., 2014).

Raziskave so pokazale, da se breme, ki ga nosijo družinski člani osebe z duševno motnjo, z uporabo manj čustveno usmerjenih strategij pomoči in s povečano praktično pomočjo socialne mreže sčasoma zmanjša (Girma in sod., 2014). Družine, ki imajo razvito bogato podporno socialno mrežo, nosijo manjše breme in z večjim optimizmom gledajo na duševno motnjo svojega člana.

Ljudje pogosto padejo v pasti primerjav z drugimi in s seboj. Ljudje se radi primerjajo s seboj, predvsem s stanjem, preden so zboleli, čeprav jim gre na bolje, težave premagujejo in so se že uspešno ponovno vključili v družbo. Primerjave z drugimi so prav tako nevhvaležne in povečujejo breme. Ljudje smo različni in nihče ni brez problemov. Odgovorni smo sebi in bližnjim in to pomeni, da rešujemo svoje težave.

Nihče ne zbolí po svoji krivdi. Spregledati to, pomeni delati si veliko krivico.

5 ZAKLJUČEK

Če so svojci pripravljeni krepiti in razvijati strategije spoprijemanja z duševno motnjo, obstaja velika verjetnost, da se bo breme, ki ga nosi vsa družina, zmanjšalo, tudi po več letih prisotnosti duševne motnje v družini (Walke in sod., 2018).

V Sloveniji je na voljo poseben psihoedukativni program za ljudi z depresijo, anksioznimi motnjami, stresnimi motnjami in njihove svojce. Podporne skupinske

delavnice potekajo v centrih za krepitev zdravja v vseh zdravstvenih domovih v Sloveniji. Ljudem z depresijo, anksioznimi motnjami in stresnimi motnjami priporočamo vključitev v omenjene delavnice. Informacije, ki jih bodo prejeli, so kakovostne in ustrezne. Pomaga tudi poslušati druge, ki imajo podobne težave in se drug od drugega učiti dobrih in učinkovitih načinov spoprijemanja.

Literatura

- Bentley R, Lobban F. What do relatives experience when supporting someone in early psychosis? *Psychol Psychother*. 2015; 88(1): 105–19.
- Doornbos MM. Family caregivers and the mental health care system: reality and dreams. *Arch Psychiatr Nurs*. 2002; 16(1): 39–46.
- Girma E, Möller-Leimkühler AM, Dehning S, Mueller N, Tesfaye M, Froeschl G. Self-stigma among caregivers of people with mental illness: toward caregivers' empowerment. *J Multidiscip Healthc*. 2014; 7: 37–43.
- Grover S, Chakrabarti S, Sharma A, Tyagi S. Attitudes toward psychotropic medications among patients with chronic psychiatric disorders and their family caregivers. *J Neurosci Rural Pract*. 2014; 5(4): 374–383.
- Lefley HP. Family caregiver applications series, Vol. 7. Family caregiving in mental illness. Thousand Oaks, CA. US: Sage Publications, Inc, 1996.
- Mulligan J, Sellwood W, Reid GS, Riddell S, Andy N. Informal caregivers in early psychosis: evaluation of need for psychosocial intervention and unresolved grief. *Early Interv Psychiatry*. 2013; 7(3): 291–299.
- Parker BA. Living with mental illness: the family as caregiver. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 1993; 31(3): 19–21.
- Saunders JC. Families living with severe mental illness: a literature review. *Issues Ment Health Nurs*. 2003; 24(2): 175–198.
- Shear MK, Simon N, Wall M, Zisook S, Neimeyer R, Duan N, Reynolds C, et al. Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *Depress Anxiety*. 2011; 28(2): 103–117.
- Susanti H, Lovell K, Mairs H. Emotional reactions and coping strategies of carers of people with serious mental illnesses: A focus group study. *Enferm Clin*. 2019; pii: S1130-8621(19)30130-5. Doi: 10.1016/j.enfcli.2019.04.033.
- Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene. Avstralska modifikacija (MKB-10-AM). Pregledni seznam bolezni. Svetovna zdravstvena organizacija; 2008. Dostopno na: https://www.nijz.si/files/uploaded/ks_mkb10-am-v6_v02_splet.pdf (citirano 30. 7. 2019).
- Szmukler, GI, Burgess, P, Herman, H, et al. Caring for relatives with serious mental illness – the development of the Experience of Caregiving Inventory. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 1996; 31: 134–148.

- Vaughn C, Leff J. The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients. *Br J Soc Clin Psychol.* 1976; 15(2): 157–165.
- Walke SC, Chandrasekaran V, Mayya SS. Caregiver Burden among Caregivers of Mentally Ill Individuals and Their Coping Mechanisms. *J Neurosci Rural Pract.* 2018; 9(2): 180–185.
- Wolff N, Perlick DA, Kaczynski R, Calabrese J, Nierenberg A, Miklowitz DJ. Modeling costs and burden of informal caregiving for persons with bipolar disorder. *J Ment Health Policy Econ.* 2006; 9(2): 99–110.

VLOGA NEVLADNIH ORGANIZACIJ NA PODROČJU DUŠEVNEGA ZDRAVJA: PRIMER DRUŠTVA ALTRA

Suzana Oreški¹

POVZETEK

Nevladne organizacije na področju duševnega zdravja v skupnosti delujejo v Sloveniji že skoraj tri desetletja. Njihov razvoj ima bogato in pestro zgodovino, ki je vplivala na oblikovanje in izvajanje skupnostnih modelov pomoči, namenjenih ljudem z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju. V okviru socialne politike so že v 90. letih bili sprejeti ukrepi, ki so omogočili razvoj socialnovarstvenih programov, s pomočjo katerih tudi nevladna organizacija Altra zagotavlja psihosocialno rehabilitacijo in obravnavo v skupnosti za osebe s težavami v duševnem zdravju. Metode in oblike dela, ki jih strokovni delavci uporabljajo, so preplet modelov, ki jih konceptualno uvrščamo na področje preventive in promocije duševnega zdravja in preventive duševnih motenj posameznikov in skupin prebivalstva. Vloga Altre je v družbenem prostoru ključnega pomena, saj je zaradi svoje majhnosti, fleksibilnosti, ozke usmerjenosti, delovanja v lokalnih okoljih in skupnostih bližje ljudem kot javne ustanove in je sposobnejša učinkovitejšega prepoznavanja potreb civilne družbe. Pri načrtovanju in izvajanju politike duševnega zdravja je nevladne organizacije nujno treba prepoznati kot ključnega partnerja pri zagotavljanju skupnostnih oblik pomoči na področju duševnega zdravja in jih ustrezneje umestiti v mrežo služb na tem področju.

Ključne besede: *nevladne organizacije, obravnava v skupnosti, preventiva duševnih motenj, promocija duševnega zdravja, socialnovarstveni programi*

-
1. Doktorica znanosti, univerzitetno diplomirana socialna delavka, predsednica in strokovna vodja društva Altra; Društvo Altra Zaloška c. 40, 1000 Ljubljana
E.naslov: suzana.oreski@altra.si

1 UVOD

Delovanje nevladnih organizacij na področju duševnega zdravja v skupnosti se v Sloveniji odvija že skoraj tri desetletja. Njihov razvoj ima bogato in pestro zgodovino, ki se je začela konec 80. let prejšnjega stoletja in jo povezujemo z radikalnim gibanjem, ki ga je sprožil Odbor za družbeno zaščito norosti (Flaker, 2012), predhodnik Altre – odbora za novosti v duševnem zdravju. Gibanje je močno zaznamovalo slovenski prostor, saj so njegova prizadevanja za demokratizacijo psihiatrije oz. transformacijo psihiatričnih služb imela precejšen odmev v javnosti (Oreški, 2008). V njegovem ospredju je bila zagovorniška drža do ljudi s težavami v duševnem zdravju, odprava kršitev njihovih temeljnih človekovih pravic in dostojanstva, poziv k sistemski ureditvi skupnostne skrbi in zaprtju institucij, uvedbi neodvisnega zagovorništva in drugih skupnostnih profilov po vzoru demokratičnih družb (prav tam).

V 90. letih prejšnjega stoletja so se z namenom oblikovanja in izvajanja inovativnih modelov pomoči v skupnosti, kot so stanovanjske skupine, skupine za samopomoč, zagovorniške skupine in dnevni centri, ustanovile številne nevladne organizacije: Altra, Šent, Ozara, Paradoks in druge (Flaker, 2012; Rafaelič, 2016). Inovativno-eksperimentalni in preventivno-razvojni projekti, ki so jih izvajale, so bili podprti s pomočjo tujih in domačih financerjev. Šlo je za predhodnike današnjih javnih, verificiranih socialnovarstvenih programov na področju duševnega zdravja.

V Sloveniji imamo tudi pestro zgodovino razvoja uporabniških organizacij, pilotskih in drugih projektov s področja deinstitucionalizacije in skupnostne oskrbe, vendar se v tem prispevku osredotočam na nevladno organizacijo Altra in njeno primarno vlogo na področju duševnega zdravja v skupnosti.

2 DEJAVNOST ALTRE

2.1 Formalni status

Altra – odbor za novosti v duševnem zdravju je prostovoljno, nevladno, neprireditno, neprofitno in humanitarno društvo, ki deluje na območju Republike Slovenije (Statut Društva Altra, 2015). Ima status nevladne organizacije v javnem interesu s področja socialnega varstva, ki ga je dodelilo Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti.

Namen Društva Altra je varovanje človekovih pravic in temeljnih svoboščin oseb s težavami v duševnem zdravju, varovanje in krepitev njihovega dostojanstva,

njihova psihosocialna in zaposlitvena rehabilitacija. Namen je tudi reševanje in lajšanje socialnih stisk in težav oseb s težavami v duševnem zdravju, zagotovitev pomoči zanje, okrepitev njihovega psihofizičnega zdravja in zagotovitev pomoči njihovim bližnjim (Statut Društva Altra, 2015). Dejavnosti izvajajo zaposleni strokovni delavci po 69. členu Zakona o socialnem varstvu (2007), prostovoljci po Zakonu o prostovoljstvu (2011) in osebe, ki so v društvu zaposlene za določen čas v okviru programov aktivne politike zaposlovanja po Zakonu o spremembah in dopolnitvah Zakona o urejanju trga dela – ZUTD-D (2017).

Gledano iz konteksta socialne politike, ki prek različnih programov in ukrepov zagotavlja socialno varnost in blaginjo ljudi (Hrast-Filipovic in Rakar 2019), nevladno organizacijo Altra umeščamo v sfero civilne družbe, ki jo predstavljajo zasebne, neprofitne – volonterske organizacije (Kolarič in sod., 2002). Te so v sistemu socialne politike ključnega pomena, saj so zaradi svoje majhnosti, fleksibilnosti, ozke usmerjenosti, delovanja v lokalnih okoljih bližje ljudem in sposobnejše učinkovitejšega prepoznavanja potreb civilne družbe. Iniciative posameznikov prevajajo v javne oz. skupno koristne namene (prav tam) in so strateško pomemben partner (v našem primeru) pri zagotavljanju skupnostnih oblik pomoči na področju duševnega zdravja. Altra lahko, prav zaradi svojega posebnega statusa na primarnem nivoju, ki ga ima za posameznika in ogrožene skupine, poveže vse sektorje oz. sfero države, sfero trga, sfero skupnosti in sfero civilne družbe (Kolarič in sod., 2002). Proaktivni pristop, ki ga izvaja pri svojem delu, je tudi dobra podlaga za preventivno delo na področju duševnega zdravja.

2.2 Preventivna dejavnost

Osnovna dejavnost Altre je izvajanje psihosocialne pomoči osebam s težavami v duševnem zdravju in njihovim bližnjim. Strokovni delavci pri konkretnem nudenju pomoči upoštevajo posameznikovo biološko, psihološko, sociološko, kulturno in duhovno vpetost v življenje. Trudijo se združevati tako družbene kot individualne dejavnike, ki so osebi v pomoč na poti njenega okrevanja oz. ki krepijo in ohranjajo njeno dobro počutje, blagostanje in duševno zdravje. Metode, oblike dela in strokovna ravnanja, ki jih pri tem uporabljajo, so preplet modelov, ki jih konceptualno uvrstimo na področje preventive in promocije duševnega zdravja in preventive duševnih motenj posameznikov in skupin prebivalstva (Tudor, 1996). Izhajajo predvsem iz modelov: okrevanja (angl. *recovery model*) (Jacobs, 2015; Repper in Perkins, 2003), opolnomočenja (angl. *empowerment*) (Lamovec, 1993; Škerjanec, 1996) in krepitev moči (angl. *strength model*) (Rapp in Gosche 2011; Saleebey, 1997). Celostni pristop, ki ga izvajajo, se odraža tudi

v multidisciplinarnem povezovanju in sodelovanju z mrežo služb na področju socialnega, zdravstvenega varstva in drugimi.

Tudi v Resoluciji o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028 zasedimo, da koncept preventive duševnih motenj in promocije duševnega zdravja izhaja iz biopsihosocialnega modela zdravja. Pozornost usmerja v izboljševanje kakovosti življenja in poudarjanje pozitivnih lastnosti in sposobnosti posameznika, ne le osredotočenosti na zmanjševanje simptomov/primanjkljajev oz. na duševne motnje in bolezni (ReNPDZ18–28, 2018), kar povsem lepo sovпада s smernicami dela v nevladni organizaciji Altra. Drugi avtorji delovanje nevladnih organizacij s področja duševnega zdravja umeščajo na področje psihosocialne rehabilitacije (Švab, 2015), ki pa je pravzaprav eno izmed področij preventive. Dokazujejo celo, da so nevladne organizacije vse do leta 2008 bile ključne nosilke psihosocialne rehabilitacije v Sloveniji (Zupančič, 2016).

Tudi avtorici Šprah in Dernovšek (2008) v raziskavi Razvoj kakovosti in dostopnosti preventivne zdravstvene dejavnosti na področju duševnega zdravja na primarnem nivoju ugotavljata, da dejavnosti nevladnih organizacij sodijo v preventivno dejavnost, ki je usmerjena v skupine ljudi z duševno motnjo oz. povečanim tveganjem za nastanek duševnih motenj. Gledano iz konteksta te raziskave lahko dejavnost Altre uvrstimo na področje terciarne preventive, v katero sodijo: namestitveni programi, dnevne, svetovalne in strukturirane aktivnosti, skupine za samopomoč, svetovanje, varovanje pravic ipd. (prav tam). Te aktivnosti se v Altri izvajajo v okviru javnih, verificiranih socialnovarstvenih programov, ki so sofinancirani na podlagi javnih razpisov in opredeljeni v Resoluciji nacionalnega programa socialnega varstva za obdobje 2013–2020 v poglavju Mreža javne službe na področju socialnovarstvenih programov (ReNPSVI3–20, 2013). Po analizi Inštituta za socialno varstvo se vanje vključujejo naslednje skupine uporabnikov: osebe z dolgotrajnimi ali ponavljajočimi se težavami v duševnem zdravju, osebe, ki na področju duševnega zdravja potrebujejo celovito pomoč (običajno po odpustu iz bolnišnice oz. v procesu ambulantnega psihiatričnega zdravljenja), osebe, ki so zaradi svojih značilnosti izpostavljene večjemu tveganju za razvoj duševne motnje, osebe z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju, ki potrebujejo bivanjsko oskrbo (zaradi različnih razlogov ne zmorejo več bivati v lastnem bivalnem okolju), strokovno pomoč in podporo za optimalno funkcioniranje v vsakdanjem življenju, osebe s težavami v duševnem zdravju, ki za varovanje svojih interesov in pravic potrebujejo zagovornika, svojci in prijatelji oseb s težavami v duševnem zdravju (IRSSV, 2018).

2.3 Namestitveni program

Izvaja se v okviru javnega, verificiranega socialnovarstvenega programa Mreža stanovanjskih skupin za osebe z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju, katerega namen je zagotavljanje celovite psihosocialne pomoči in podpore osebam, ki zaradi občasnih in dolgotrajnih težav v duševnem zdravju potrebujejo strokovno podporo in pomoč za optimalno funkcioniranje v vsakdanjem življenju. Strokovni delavci vodijo aktivnosti, ki stremijo h krepitvi varovalnih dejavnikov, ki preprečujejo poslabšanje duševne motnje uporabnikov. Običajno gre za zadovoljevanje potreb na vseh ravneh posameznikovega življenja: bivanja, skrbi za higieno, jemanje terapije, pomoči pri širitvi socialne mreže, urejanja vsakodnevnih aktivnosti, učenja socialnih spretnosti in veščin ipd. Posamezni strokovni delavec skupaj s timom intenzivno in dolgotrajno sodeluje z uporabnikom z namenom zvišanja njegove samostojnosti in življenja v skupnosti. V letu 2018 je bilo v program vključenih 42 uporabnikov. Program so izvajali: dve strokovni vodji, sedem strokovnih delavcev in dva sodelavca. Potekal je vse dni v letu, in to 24 ur na dan (Interno gradivo Društva Altra, 2019).

2.4 Dnevne strukturirane aktivnosti, skupine za samopomoč, svetovanje in varovanje pravic

V preostalih javnih, verificiranih socialnovarstvenih programih (dnevni center, svetovalnica in zagovorništvo) je poudarek na izvajanju dnevnih, družabnih in drugih strukturiranih aktivnosti, psihosocialnem svetovanju, informiranju in varovanju pravic, vodenju skupin za samopomoč, psihoedukativnih delavnic, uporabniških skupin in samozagovorništva.

V ospredju programa dnevnega centra so skupinske aktivnosti, ki potekajo v obliki raznolikih tematskih delavnic, pogovornih skupin, ustvarjalnih delavnic, kulturnih aktivnosti, rekreativne vadbe, uporabniških skupin, delavnic za pridobivanje in ohranjanje funkcionalnih znanj (npr. šivanje, kuhanje, tuji jeziki, osebna higiena, ravnanje z denarjem, računalniško opismenjevanje) ipd. Splošni namen tega programa je spodbujanje uporabnikov k aktivnemu in kakovostnemu preživljanju prostega časa in vključevanje v družabno in širše družbeno življenje. Poleg skupinskih aktivnosti se pozornost namenja tudi razbremenilnim osebnim pogovorom. V letu 2018 so program izvajali: strokovna vodja, strokovna delavka, šivilja, tri osebe, zaposlene preko programa javnih del, in 14 prostovoljcev. V aktivnosti programa je bilo skupno vključenih 338 različnih uporabnikov, na mesec v povprečju 162 (Interno gradivo Društva Altra, 2019).

V okviru svetovalnice se osebam s težavami v duševnem zdravju nudi pomoč pri vključitvi v organizacijo, opredelitvi psihosocialnih težav, po potrebi usmerjanje v druge službe oz. informiranje o oblikah pomoči, ki potekajo v mreži služb glede na opredeljen tip težave, strukturirano in dalj časa trajajočo individualno podporo in pomoč pri urejanju in odpravljanju psihosocialnih težav in stisk. V Altri se tako v programu svetovalnice izvajajo vodene skupine za samopomoč, psihoedukativne delavnice, psihosocialno svetovanje, ocena potreb, osebni načrt, ki mu lahko sledi koordinacija služb na različnih nivojih, in delo s svojci. V letu 2018 so program uresničevali trije zaposleni: strokovna vodja, strokovni delavec, oseba, zaposlena prek programa javnih del, in 25 prostovoljcev. Vanj je bilo vključenih 251 oseb s težavami v duševnem zdravju, v povprečju so bili na mesec 103 uporabniki. V program Svetovalnica z elementi dnevnega centra, ki se odvija na Koroškem, v Prevaljah je bilo vključenih 153 uporabnikov. Pomoč so jim nudili zaposlena strokovna vodja, oseba, zaposlena prek programa javnih del, in štiri prostovoljci (Interno gradivo Društva Altra, 2019).

V okviru socialnovarstvenega programa Zagovorništvo Altra v Ljubljani in v enoti na Prevaljah so na voljo psihosocialno in pravno zagovorništvo, treningi krepitve moči in samozagovorništva s ciljem varovanja pravic, interesov in integritete oseb s težavami v duševnem zdravju, ki so v nezavidljivih življenjskih situacijah. V letu 2018 sta program izvajala dva strokovna delavca, oseba, zaposlena prek programa javnih del, pogodbeni sodelavka, ki je nudila pravno svetovanje, in osem prostovoljcev. V program je bilo vključenih 411 uporabnikov, v povprečju na mesec 79 (Interno gradivo društva Altra, 2019).

V organizaciji tradicionalno potekata tudi taborniška in pohodniška dejavnost, ki že vključenim uporabnikom omogočata krepitev psihofizičnega zdravja, socialnih veščin, občutek pripadnosti, vključenosti in izboljšano kakovost življenja. V preteklem letu je bilo v pohodniško dejavnost, ki je bila izvedena 20-krat, vključenih 59 različnih uporabnikov in njihovih bližnjih; v povprečju 22 na pohod. V dejavnost letovanj in taborov (trajanje v povprečju sedem dni) je bilo vključenih 64 različnih uporabnikov, ki so prejeli celovito oskrbo z nočitvijo (Interno gradivo Društva Altra, 2019).

2.5 Promocijska dejavnost

Namenjena je informiranju, ozaveščanju, izobraževanju in usposabljanju uporabnikov, bližnjih, prostovoljcev in širše javnosti o različnih temah s širšega področja duševnega zdravja. Osnovni namen je vplivati na družbeno senzibilnost, razumevanje in sprejemanje težav na področju duševnega zdravja, zmanjševati stigmo in predsodke do duševnih motenj in spodbujati ljudi k pravočasnemu

iskanju pomoči. Cilj je tudi informirati že vključene uporabnike, njihove bližnje, člane, simpatizerje in druge deležnike o rednih in aktualnih dejavnostih organizacije in novostih na področju skupnostne obravnave. Družbeni angažma in intervencije v slabe družbene prakse so del poslanstva organizacije in bi ga v prihodnje želeli še bolj poglobiti (npr. tiskovne konference, obvestila za javnost in druge oblike kontinuiranega sodelovanja z mediji, družbenimi omrežji ipd.) (Interno gradivo Društva Altra 2019).

3 ZAKLJUČEK

Socialna politika pod okriljem resorja za socialno varstvo že od leta 1992 skrbi za razvoj programov na področju duševnega zdravja in psihosocialno rehabilitacijo oseb s težavami v duševnem zdravju (Grabrijan, 2006), žal pa od 2012 leta izvaja nepredvidljive finančne in vsebinske ukrepe, ki zavirajo razvoj in nadgradnjo socialnovarstvenih programov na področju duševnega zdravja. Čeprav se število uporabnikov, ki imajo kompleksne stiske in težave, v programih povečuje, se jim ne omogočajo kadrovske in vsebinske širitve. Zadnjih deset let se za nevladne organizacije s področja duševnega zdravja ni spremenilo nič, kljub temu da je bil leta 2008 sprejet Zakon o duševnem zdravju, ki jih je umestil kot izvajalke v obravnavo v skupnosti. V resorju zdravstvenega varstva se zanje ne namenja sredstev, čeprav delujejo na področju preventive duševnih motenj in promocije duševnega zdravja. Pomanjkanje ustrezne politike duševnega zdravja v Sloveniji vpliva na slabo medsektorsko sodelovanje, kar se posledično pozna na terenu, na izvajalskih organizacijah. Nevladne organizacije ne morejo delati le na humanitarne obrate, temveč se morajo njihovi strokovni programi in storitve prepoznati, podpreti iz finančnega vidika in načrtno vključiti v sistem mreže služb s področja duševnega zdravja.

Literatura

- Dernovšek MZ, Šprah L. Razvoj kakovosti in dostopnosti preventivne zdravstvene dejavnosti na področju duševnega zdravja na primarnem nivoju: zaključno poročilo o rezultatih opravljenega raziskovalnega dela na projektu št. V3-0370 v okviru Ciljnega raziskovalnega programa Konkurenčnost Slovenije 2006–2013: elaborat. Ljubljana: Izobraževalno raziskovalni inštitut Ozare. Družbenomedicinski inštitut ZRC SAZU; 2008.
- Flaker V. Kratka zgodovina deinstitucionalizacije v Sloveniji. Časopis za kritiko znanosti, domišljijo in novo antropologijo. 2012; 39(250): 13–30.
- Grabrijan B. Razvoj programov nevladnega sektorja na področju duševnega zdravja. Socialno delo. 2006; 45(3/5): 213–220.

- Hrast-Filipovič M, Rakar T. Socialna politika danes in jutri. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede. 2. dopolnjena izdaja, elektronska knjiga; 2019. Dostopno na: https://knjigarna.fdv.si/knjige/sociologija/ost-osrednje-socioloske-teme/i_774_socialna-politika-danes-in-jutri (citirano 6. 7. 2019).
- Interno gradivo Društva Altra: program Stanovanjskih skupin, program Svetovalnica, program Dnevni center, program Svetovalnica z elementi dnevnega centra Prevalje, Program pohodniške in taborniške dejavnosti, Program preventive in promocije duševnega zdravja, 2019.
- Jacob KS. Recovery Model of Mental Illness: A Complementary Approach to Psychiatric Care. *Indian J Psychol Med.* 2015 Apr-Jun; 37(2): 117–119. Dostopno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4418239/> (citirano 17. 7. 2019).
- Kolarič Z, Črnak-Meglič A, Vojnovič M. Zasebne neprofitno-volonterske organizacije v mednarodni perspektivi. Ljubljana: Založba FDV, zbirka Politični procesi in inštitucije, 2002.
- Kovač N, Smolej Jež S, Kobal Tomc B, Trebežnik J. Spremljanje socialnovarstvenih programov: poročilo o izvajanju programov v letu 2018. Inštitut republike Slovenije, 2019. Dostopno na: https://www.irssv.si/upload2/SVP_koncno_V2_30.5.2019.pdf (citirano 18. 7. 2019).
- Lamovec T. Duševno zdravje v skupnosti: zagovorništvo. Ljubljana: Skupnost socialnega varstva Slovenije; 1993.
- Oreški S. Družbeno pojmovanje duševnega zdravja: primer dveh slovenskih medijev [doktorska disertacija]. Ljubljana. Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede; 2008.
- Rafaelič A. Pomen povezovanja in vključevanja pri oskrbi po meri človeka in procesih dezinstucionalizacije [doktorska disertacija]. Ljubljana. Univerza v Ljubljani, Fakulteta za socialno delo; 2016.
- Rapp C.; Goscha R. *The Strengths Model: A Recovery-Oriented Approach to Mental Health Services.* 3rd Edition. Oxford: Oxford University Press, 2012.
- Repper J, Perkins R. *Social inclusion and recovery: a model for mental health practice.* Edinburgh: Baillière Tindall, 2003.
- Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028 (ReNPDZ18–28). Uradni list RS, št. 24/18.
- Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2013–2020 (ReNP-SV13–20). Uradni list RS, št. 39/13.
- Saleebey D. *The Strength Perspective in Social Work Practice: Introduction – Power in the People.* New York: Longman; 1997.
- Statut Društva Altra. Dostopno na: <https://altra.si/files/statut.pdf/> (citirano 11. 7. 2019).
- Škerjanec J. Zgodba o ekologiji in moči. *Socialno delo.* 1996; 35(4): 283–288.
- Švab V. *Psihosocialna rehabilitacija.* Ljubljana: Šent; 2004.
- Švab V. *Obravnava v skupnosti.* Dostopno na: http://sent.si/fck_files/file/Ucbenik_OBRAVNAVA_V_SKUPNOSTI_Vesna_Svab_ur.pdf (citirano 18. 7. 2019).
- Tudor K. *Mental Health Promotion: Paradigms and Practice.* London and New York: Routledge; 1996.

Zakon o duševnem zdravju. Uradni list RS, št. 77/08.

Zakon o nevladnih organizacijah. Uradni list RS, št. 21/18.

Zakon o socialnem varstvu. Uradni list RS, št. 3/07 – uradno prečiščeno besedilo, 23/07 – popr., 41/07 – popr., 61/10 – ZSVarPre, 62/10 – ZUPJS, 57/12, 39/16, 52/16 – ZPPreb-1, 15/17 – DZ, 29/17, 54/17, 21/18 – ZNOrg, 31/18 – ZOA-A in 28/19.

Zakon o prostovoljstvu. Uradni list RS, št. 10/11, 16/11 – popr. in 82/15.

Zakonu o spremembah in dopolnitvah Zakona o urejanju trga dela (ZUTD-D). Uradni list RS, 55/2017.

Zupančič V. Nevladne organizacije v podporni mreži za osebe z depresijo [doktorska disertacija]. Ljubljana. Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede; 2016.

VLOGA CENTRA ZA SOCIALNO DELO IN KOORDINATORJA OBRAVNAVE V SKUPNOSTI PRI OBRAVNAVI OSEB S TEŽAVAMI V DUŠEVNEM ZDRAVJU

Janez Sterle¹

POVZETEK

Po skoraj dveh desetletjih razprav v Sloveniji se je področje duševnega zdravja uredilo komplementarno v sistemu zdravstvene in socialnovarstvene skrbi. Velik vpliv na sprejetje Zakona o duševnem zdravju so imele nevladne organizacije, ki so s programi v skupnosti orale ledino in dokazale, da se s primerno mrežo pomoči v domačem okolju lahko učinkovito pomaga ljudem s težavami v duševnem zdravju. Zakon o duševnem zdravju je bil sprejet leta 2008 in je postavil temelje sistema skrbi za duševno zdravje, pri tem pa v mrežo izvajalcev programov in storitev poleg izvajalcev psihiatričnega zdravljenja in nadzorovane obravnave vključil izvajalce socialnovarstvenih programov in storitev, prav tako pa izvajalce obravnave v skupnosti. Pomembna vloga v mreži je dodeljena tudi nevladnim organizacijam, izvajalkam različnih programov. Prav tako je zakon zagotovil sodelovanje različnih služb z uvedbo treh novih poklicnih profilov: zastopnika pravic oseb na področju duševnega zdravja, koordinatorja nadzorovane obravnave in koordinatorja obravnave v

1. Univerzitetno diplomirani socialni delavec, samostojni svetovalec, koordinator obravnave v skupnosti; Center za socialno delo Koroška, Ozka ulica 1, 2380 Slovenj Gradec
E-naslov: janez.sterle@gov.si

skupnosti. Na centrih za socialno delo so zaposlili prve koordinatorje obravnave v skupnosti. Danes nas na terenu deluje petindvajset. Koordinatorji že od nekdaj vzpostavljamo mrežo in razvijamo strokovno doktrino, pri čemer nam pomagata Skupnost centrov za socialno delo Slovenije in Fakulteta za socialno delo, ki nam že od začetka zagotavljata delovanje strokovnega aktiva in supervizijo, kjer rešujemo kompleksne stiske in težave.

Ključne besede: center za socialno delo, koordinator obravnave v skupnosti, težave v duševnem zdravju, osebno načrtovanje in izvajanje storitev, prikaz stanja

1 UVOD

V prispevku se osredotočam na naloge centra za socialno delo (v nadaljevanju CSD) in predstavitev profila koordinatorja obravnave v skupnosti pri obravnavi oseb s težavami v duševnem zdravju. Posebno pozornost namenjam vsebini in procesu obravnave v skupnosti v skladu z Zakonom o duševnem zdravju in Pravilnikom o načinu in vsebini obravnave v skupnosti ter vsebini, pogojih in načinu opravljanja izpita za koordinatorja obravnave v skupnosti. Na kratko predstavim tudi osrednjo metodo socialnega dela, ki se uporablja v procesu načrtovanja, in sicer osebno načrtovanje in izvajanje storitev. Orisujem stanje na terenu in težave, s katerimi se koordinatorji soočamo pri delu z uporabniki. Zaključujem pa s prikazom nekaj statističnih podatkov, zajetih iz Letnega poročila koordinatorja obravnave v skupnosti za koroško regijo za leto 2018. Te vsebine so pomembne za ozaveščanje tako laične kot strokovne javnosti o izzivih obravnave oseb s težavami v duševnem zdravju, o sistemskih pomanjkljivostih, prepočasnem razvoju (pre)potrebnih skupnostnih služb, ki bi nadomeščale institucionalno varstvo, in tudi o primerih dobre prakse. Te smo nanizali v obdobju od sprejetja Zakona o duševnem zdravju, ki je na strokovni zemljevid obravnave oseb s težavami v duševnem zdravju prinesel nove profile strokovnjakov in jasno določil naloge posameznih akterjev in pogoje za uporabo nujnih ukrepov, ki se izvajajo proti volji oseb, o katerih odloča sodišče. Gre za dragoceno informiranje, saj tovrstni uporabniki storitev CSD in njihovi svojci pogosto ne poznajo vseh svojih pravic, oblik pomoči, ki bi jih lahko izkoristili, in možnosti, ki jih imajo. Poznavanje teh vsebin je koristno tudi za strokovnjake drugih sistemov, ki z multidisciplinarnim sodelovanjem prispevajo svoj delež pri obravnavi oseb s težavami v duševnem zdravju.

2 VLOGA CSD IN KOORDINATORJA OBRAVNAVE V SKUPNOSTI PRI OBRAVNAVI OSEB S TEŽAVAMI V DUŠEVNEM ZDRAVJU²

Petnajstega julija leta 2008 je bil sprejet Zakon o duševnem zdravju, ki je določil *sistem zdravstvene in socialnovarstvene skrbi na področju duševnega zdravja, nosilke in nosilce te dejavnosti in pravice oseb* med zdravljenjem v oddelku pod posebnim nadzorom psihiatrične bolnišnice, obravnavo v varovanem oddelku socialnovarstvenega zavoda in v nadzorovani obravnavi. Določil je tudi *postopke sprejema oseb na zdravljenje v oddelek pod posebnim nadzorom psihiatrične bolnišnice, v obravnavo v varovani oddelek socialnovarstvenega zavoda, v nadzorovano obravnavo in v obravnavo v skupnosti*. Pomembno vlogo v *mreži izvajalcev programov in storitev* na področju duševnega zdravja imajo tudi *nevladne organizacije, izvajalke različnih programov*. Prav tako je zakon zagotovil sodelovanje *različnih služb z uvedbo treh novih poklicnih profilov: zastopnika pravic oseb na področju duševnega zdravja, koordinatorja nadzorovane obravnave in koordinatorja obravnave v skupnosti*.

CSD se pri izvajanju javnih pooblastil, nalog po zakonu in socialnovarstvenih storitev srečuje tudi z uporabniki, ki imajo težave v duševnem zdravju. Če so pripravljeni sprejeti usmeritev v obravnavo v skupnosti (izbira je prostovoljna) in se vanjo dejansko vključijo, pomeni, da lahko z njimi začnemo pripravljati predlog načrta za bolj organizirano življenje v skupnosti. V teh primerih lahko CSD ponudi svoje storitve in uporabnike usmerja znotraj CSD in izven, v primerne programe in oblike pomoči.

Pomembno vlogo znotraj CSD ima tudi koordinator obravnave v skupnosti. To je posameznik, ki ga za spremljanje in koordiniranje obravnave v skupnosti za posamezno osebo določi CSD. Tam je tudi zaposlen, center pa obenem strokovno nadzira njegovo delo. Opravlja predvsem naslednje naloge: pripravi, koordinira in nadzira izvajanje načrta obravnave v skupnosti, organizira in vodi multidisciplinarni tim, nudi strokovno podporo in podporo glede namestitve izvajalcem obravnave v skupnosti in skrbi za evidenco obravnav v skupnosti. Koordinator obravnave v skupnosti je dolžan kot poklicno skrivnost varovati vse, kar pri opravljanju svojega dela izve o osebi, zlasti informacije o njenem zdravstvenem stanju, osebnih, družinskih in socialnih razmerah in informacije v zvezi z ugotavljanjem, zdravljenjem in spremljanjem bolezni ali poškodb. Naloge opravlja obzirno in tako, da oseba zaradi tega ni izpostavljena neprijetnostim.

2. Prim. Zakon o duševnem zdravju (2008).

Sodeluje z različnimi akterji v okolju: izvajalci psihiatričnega zdravljenja (psihiatrične bolnišnice, ambulante, koncesionarji), izvajalci socialnovarstvenih storitev (centri za socialno delo, socialnovarstveni zavodi, domovi za starejše, nevladne organizacije), izvajalci nadzorovane obravnave, zastopniki, drugimi izvajalci (zavod za zaposlovanje, zdravstveni domovi – osebni zdravnik, patronažna služba, izvajalci oskrbe na domu, javni stanovanjski sklad, policija itd.) in neformalno mrežo uporabnika (svojci, prijatelji, sosedi itd.).

3 VSEBINA IN NAČIN OBRAVNAVE V SKUPNOSTI

Vsebina in način obravnave v skupnosti sta opredeljena s Pravilnikom o načinu in vsebini obravnave v skupnosti ter vsebini, pogojih in načinu opravljanja izpita za koordinatorja obravnave v skupnosti (2009, v nadaljevanju Pravilnik), ki določa naslednje:

Obravnava v skupnosti je postopek izvajanja socialnovarstvenih, zdravstvenih ali drugih storitev in programov pomoči osebam, ki ne potrebujejo več zdravljenja v psihiatrični bolnišnici ali nadzorovani obravnavi, vendar potrebujejo pomoč pri psihosocialni rehabilitaciji, vsakdanjih opravilih, urejanju življenjskih razmer in vključevanju v vsakdanje življenje na podlagi *načrta obravnave*.

Strokovni delavec psihiatrične bolnišnice ali koordinator nadzorovane obravnave mora najmanj tri tedne pred odpustom osebe iz psihiatrične bolnišnice oz. pred zaključkom nadzorovane obravnave obvestiti center za socialno delo, ki je pristojen za obravnavo v skupnosti. Obvestiti ga mora, ko meni, da so nastopili pogoji, da se koordinator obravnave v skupnosti (v nadaljevanju: koordinator) poveže z osebo, da bo oseba, ki naj bi se obravnavala v skupnosti, odpuščena oz. bo njena nadzorovana obravnava zaključena. V praksi poteka tovrstno obveščanje neskladno z določili zakona, običajno dan ali dva pred odpustom. Z leti delovanja koordinatorjev in neposredno v skupnosti se je razširil krog tistih, ki lahko potencialne uporabnike usmerijo v obravnavo. Slednje lahko priporočijo osebam tudi psihiatri, ki osebe obravnavajo ambulantno, strokovni delavci CSD, ki pri svoji obravnavi ocenijo, da gre za osebe s težavami v duševnem zdravju, nevladne organizacije, člani tima skupnostne psihiatrične obravnave, lahko pa pride do koordinatorja tudi oseba sama, ki je bila predhodno ustrezno informirana. Do obravnave v skupnosti je tako upravičena vsaka oseba s težavami v duševnem zdravju, ki se zdravi oz. obravnava v mreži izvajalcev programov in storitev za duševno zdravje. Za obravnavo v skupnosti je v posameznem primeru pristojna enota CSD, kjer ima oseba prijavljeno stalno bivališče, razen če se z načrtom obravnave v skupnosti na predlog osebe dogovori drugače. Koordinator po

prejemu obvestila obišče osebo in jo, prav tako pa njenega zastopnika, seznaniti z možnostjo obravnave v skupnosti. V skupnosti se lahko obravnava oseba, ki pisno privoli v pripravo načrta obravnave v skupnosti (v nadaljevanju: načrt). Če ima oseba zakonitega zastopnika, lahko v pripravo načrta pisno privoli slednji.

Pisna privolitve se poda na posebnem obrazcu, ki je sestavni del Pravilnika. Če oseba v pripravo načrta ne privoli, koordinator naredi uradni zaznamek. Z osebo, ki je privolila v obravnavo v skupnosti, koordinator takoj po privolitvi začne pripravljati predlog načrta. Če oseba, ki zaključuje zdravljenje v psihiatrični bolnišnici ali v nadzorovani obravnavi in je privolila v obravnavo v skupnosti, po odpustu nima zagotovljenega bivanja, koordinator prednostno izdelava predlog rešitve glede njene ustrezne namestitve.

3.1 Multidisciplinarni tim

Na podlagi dogovora z osebo in v skladu s cilji, ki jih je oseba opredelila za organiziranje svojega življenja v skupnosti, koordinator predlaga člane multidisciplinarnega tima. Slednjega vodi koordinator za vsak posamezni primer posebej. Sestavljajo ga stalni in nestalni člani, ki jih imenuje CSD. Stalna člana multidisciplinarnega tima sta poleg koordinatorja še psihiater in socialni delavec kot predstavnika za osebo krajevno pristojnega CSD. Ko koordinator skupaj z osebo presodi, da je poleg stalnih članov v multidisciplinarni tim treba vključiti še druge člane – najbližjo osebo, patronažno sestro, predstavnike nevladnih organizacij in druge izvajalce, ki lahko vplivajo na potek obravnave v skupnosti – jih pozove k sodelovanju. Oseba in/ali njen zakoniti zastopnik lahko sodelujeta na vseh sejah multidisciplinarnega tima. Člani tima so se dolžni udeleževati sej na podlagi vabila, ki ga pošlje koordinator. Vabilo se pošlje tudi osebi in/ali njenemu zakonitemu zastopniku. Tim se sestaja na sejah, kjer obravnava predlog načrta. Glede na okoliščine primera lahko člani tima komunicirajo tudi na drug primeren način (po telefonu, elektronski pošti ipd.). Na sejah se o delu tima piše zapisnik, ki vsebuje potek seje, obravnavane predloge in sprejete sklepe. Če člani tima komunicirajo na drug primeren način, o poteku dogovorov naredi zapis koordinator. Zapis je uradni dokument, varovan v skladu s predpisi, ki urejajo zbiranje in varstvo osebnih podatkov, vodenje in hranjenje dokumentacije. Zapis se posreduje vsem članom tima. Na sejah tima je javnost izključena.

3.2 Načrt obravnave v skupnosti

Načrt obravnave v skupnosti vsebuje časovno določene zdravstvene, socialno-varstvene in druge storitve z njihovimi izvajalci, ki se opravljajo v obravnavi v skupnosti, in se sprejme za posamezno osebo. Pri oceni situacije in oblikovanju

ciljev za življenje v skupnosti ugotavljata oseba in koordinator potrebne oblike pomoči in podpore.

Načrt vsebuje: zapis ocene situacije osebe, ugotovitev potreb osebe, cilje obravnave, ukrepe za njihovo doseganje, predlog izvajalcev ukrepov, časovno opredelitev izvajanja načrta, način spremljanja, evalvacije izvajanja ukrepov, finančno ovrednotenje.

V načrtu obravnave v skupnosti oseba in koordinator pripravita predloge ciljev in ukrepov, ki se nanašajo na naslednja področja: urejanje stanovanjskih oz. bivalnih razmer, urejanje socialne varnosti, urejanje zaposlitve in dela, urejanje podpore pri opravljanju temeljnih in podpornih dnevnih opravil, urejanje podpore pri zagotavljanju socialnih stikov in družabnosti. Glede na ugotovljene potrebe in oblike pomoči se v načrtu lahko opredelijo tudi druga področja, ki so pomembna za vključevanje osebe v skupnost. Oseba in koordinator pri pripravi predloga ukrepov za izvajanje ciljev, določenih v načrtu, proučita vse možnosti in po potrebi poiščeta tudi začasne rešitve za doseg ciljev. Ko se oseba in multidisciplinarni tim dogovorita o vsebini načrta, ga oseba in koordinator potrdita s podpisom. Ta načrt na predlog koordinatorja sprejme CSD. Rok za pripravo načrta ne sme biti daljši od trideset dni od pisne privolitve osebe. Koordinator po šestih mesecih izvajanja načrta skupaj z osebo oceni izvajanje in pripravi morebitne dopolnitve načrta. Če koordinator ali oseba oceni, da je potrebna ocenitev izvajanja načrta prej in da je treba pripraviti morebitne spremembe načrta, skličeta multidisciplinarni tim, ga seznanita z dosedanjim izvajanjem načrta in predlagata potrebne spremembe. Pobudo za spremembo načrta lahko predlaga tudi najbližja oseba ali član multidisciplinarnega tima, spremembo načrta pa sprejme CSD.

Obravnavo v skupnosti za osebo preneha: če oseba in koordinator ugotovita, da ni več potrebe po obravnavi v skupnosti, oseba pisno izjavi, da ne želi več obravnave v skupnosti, ali oseba ne sodeluje pri izvajanju načrta. O tem sprejme CSD sklep.

Če je oseba med izvajanjem načrta ponovno hospitalizirana ali vključena v nadzorovano obravnavo, se izvajanje načrta začasno prekine. Po končanem ponovnem zdravljenju ali končani nadzorovani obravnavi multidisciplinarni tim skupaj z osebo ponovno preveri načrt in pripravi morebitne spremembe.

4 METODA OSEBNEGA NAČRTOVANJA IN IZVAJANJA STORITEV

Osnovna metoda dela koordinirane obravnave v skupnosti je *osebno načrtovanje in izvajanje storitev*. Če pogledamo nanjo v jeziku temeljnih operacij socialnega dela, gre predvsem za raziskovanje življenjskega sveta uporabnika in omogočanje dostopa do sredstev. Vsebuje še preostale tri operacije: vzpostavljanje odnosa, analizo tveganja in krepitev moči. Zajema pa tudi osnovne načine, s katerimi delujemo v socialnem delu, in sicer: zapisovanje, pogovarjanje, terensko in timsko delo. Gre torej za metodo, ki na podlagi raziskovanja življenjskega sveta oblikuje cilje in načrtuje uporabo sredstev, ki jih ima človek na razpolago, kot tudi tistih, ki jih še mora pridobiti, da bi dosegel svoje cilje. To poteka znotraj konstantnega dialoga in delovnega odnosa z uporabnikom, z doslednim upoštevanjem njegove volje in tako, da se krepí moč in širijo možnosti človeka, ki mu je načrt namenjen, kljub določenim tveganjem, ki so sprejemljiva. Metoda osebnega načrtovanja in izvajanja storitev izhaja iz 80. let prejšnjega stoletja, ko se je zaradi dezinstitucionalizacije pojavila potreba po koordiniranem delovanju različnih služb in usklajevanju storitev v skupnosti. Razvila se je iz vodenja primera, načrtovanja in izvajanja oskrbe, predvsem pa iz neodvisnega posredništva storitev. V Sloveniji jo je prvi predstavil David Brandon (1994), razvijali pa so jo Jelka Škerjanc in Vito Flaker s sodelavci. O metodi osebnega načrtovanja in izvajanja storitev lahko govorimo kot o sintezi, ki je nastala v procesu dezinstitucionalizacije, ko so jo iz zavodov prenesli v skupnost. Vsebuje značilnosti tradicionalnega dela s posameznikom, prav tako pa tudi značilnosti zavodske oskrbe. Za ljudi, ki potrebujejo dolgotrajno, kontinuirano in organizirano pomoč, oskrbo ali podporo in živijo v skupnosti, je treba zagotoviti podporo, ki je usklajena (koordinirana), stalna (kontinuirana) in prilagojena njihovim potrebam (personalizirana), obsega uporabnikovo celotno življenje in ne samo posamezne segmente (celostna), hkrati pa omogoča dostop do številnih storitev različnih izvajalcev (pluralna in polivokalna). Uporabnika ne izključimo, premestimo iz skupnosti, a mu vseeno omogočimo preskrbo z vsemi potrebnimi sredstvi in podporo. Ne moremo govoriti o metodi v smislu osebne pomoči človeku v stiski, ki se osredotoča na njegove probleme, ampak o metodi z nalogo zagotoviti pomoč in podporo, potrebno za uresničitev uporabnikovih ciljev, iz katerih tudi izhajamo in mu tako pomagamo, da si organizira življenje.

5 STANJE NA TERENU IN TEŽAVE, S KATERIMI SE SREČUJEMO PRI DELU Z LJUDMI S TEŽAVAMI V DUŠEVNEM ZDRAVJU

Koordinatorji se pri svojem delu srečujemo z različnimi izzivi. Velikokrat so naši uporabniki kljub prostovoljni vključitvi v obravnavo nizko motivirani za uresničevanje dogovorov, da bi realizirali svoje cilje. Neredko se zgodi, da zaradi neželenih učinkov zdravil niso sposobni slediti načrtovanju, pogovoru ali imajo zelo kratkotrajno pozornost in ne zdržijo dovolj časa v pogovoru, kar podaljša proces načrtovanja. Rok za pripravo načrta, določen s Pravilnikom, se je v praksi pokazal za nerealnega, včasih celo neetičnega, saj je prekratek ravno zaradi prej omenjenih razlogov. Poleg že navedenih težav se pri svojem delu srečujemo še z drugimi omejitvami, ovirami in sistemskimi pomanjkljivostmi. Na naših skupnih aktivih opozarjamo na potrebne spremembe in smo pri tem bolj ali manj uspešni. Aktiv je organiziran na nacionalni ravni in poteka štirikrat letno. Pri reševanju vsebinskih težav pri posameznih primerih nam je zelo v pomoč supervizija, ki poteka enkrat mesečno v Ljubljani.

Delo koordinatorja v koroški regiji je zelo razgibano in zanimivo. Pokrivamo območje delovanja vseh štirih enot CSD Koroška (enota Slovenj Gradec, enota Ravne na Koroškem, enota Dravograd in enota Radlje ob Dravi). Specifičnost regije je v razpršenosti prebivalstva, v odročnih hribovskih vaseh, kjer je še vedno močno prisotna stigma iskanja pomoči, kjer so slabe prometne povezave in s tem še bolj omejene možnosti dostopa do programov in storitev, ki bi jih osebe s težavami v duševnem zdravju potrebovale. Določene osebe pridejo zelo pozno do prvega psihiatričnega pregleda in diagnoze in so prepuščene iznajdljivosti in pripravljenosti družinskih članov in sorodnikov, da jim pomagajo. Izpostaviti je treba, da na Koroškem ni veliko društev, nevladnih organizacij, programov, ki so primerni za obravnavo in vključevanje oseb s težavami v duševnem zdravju, vendar to, kar imamo, deluje. Različne institucije na področju duševnega zdravlja, tako v javnem sektorju kot tudi nevladne organizacije, dobro sodelujemo v korist skupnih uporabnikov. Pohvalimo lahko povezovanje z zdravstvom, saj v koroški regiji psihiatri sodelujejo, redno prihajajo na multidisciplinarnе time. Če se jih ne morejo udeležiti, pa posredujejo poročilo o obravnavi. Izven regije, ko imajo uporabniki psihiatre iz drugih regij, pa je žal zgodba drugačna, saj se praviloma multidisciplinarnih timov ne udeležujejo, nekateri ne želijo posredovati niti poročila. To je še vedno težava, na katero koordinatorji opozarjamo tako rekoč od vsega začetka. Nevladne organizacije imajo na Koroškem izredno pomembno vlogo pri zagotavljanju programov in storitev uporabnikom s težavami

v duševnem zdravju. Dobro sodelujemo tudi s karitativnimi organizacijami, v okviru Zdravstvenega doma Ravne na Koroškem pa deluje tudi tim skupnostne psihiatrične obravnave, katerega člani so vsi z izjemo obeh psihiatrinj prisotni neposredno na terenu. V Zdravstvenem domu Slovenj Gradec deluje Center za krepitev zdravja, ki svoje aktivnosti izvaja v svojih prostorih in tudi v sodelovanju z večgeneracijskim centrom v Slovenj Gradcu. Dobro sodelujemo tudi z vsemi štirimi enotami CSD Koroška in drugimi institucijami (več v statističnih podatkih letnega poročila).

Kljub vsemu naštetemu ne moremo mimo dejstev, da je Slovenija v samem vrhu držav Evropske unije z enim najvišjih deležev institucionaliziranosti prebivalstva. Dolgo se že govori o dezinstitutionalizaciji (kar nekaj primerov bolj ali manj uspešnih projektov preselitev ljudi iz institucij nazaj v skupnost je že za nami), ki je živ proces in se bo zgodila. Menim pa, da se proces ustanavljanja in oblikovanja podpornih služb in storitev v skupnosti, ki bi moral teči vzporedno s procesom dezinstitutionalizacije, uresničuje prepočasi in premalo intenzivno. Stiske ljudi s težavami v duševnem zdravju so velike, primanjkuje stanovanjskih skupin, drugih bivalni enot in namestitvenih kapacitet, stanovanj, srečujemo se s podhranjenostjo strokovnega kadra in potrebnih služb, s čimer bi pokrili vse potrebe ljudi na terenu (po družbi, oskrbi na domu) in bi nadomestili storitve institucionalnega varstva. Obstoječe službe so marsikje že čez rob svojih zmogljivosti, ljudje imajo prenizke dohodke, velikokrat tudi slabe socialne mreže ali so celo brez njih. Še vedno so ljudje s težavami v duševnem zdravju marsikje prikrajšani, stigmatizirani in neenakopravno obravnavani. Evropske smernice za prehod iz institucionalne skrbi na podporne storitve v skupnosti so jasne. Govorijo o štirih skupinah uporabnikov, ki so v veliki meri še vedno institucionalizirani in imajo pravico živeti v skupnosti. Te skupine so: otroci s posebnimi potrebami ali brez njih, odrasle osebe s težavami v duševnem zdravju, starejše osebe in invalidi. Čeprav se koordinirana obravnava v skupnosti posveča samo odraslim osebam s težavami v duševnem zdravju, nam že na tem področju zelo primanjkuje namestitvenih možnosti, stanovanj, potrebnih storitev, služb in primerne kadra, da bi lahko več naših uporabnikov samostojno in dostojno živelo v skupnosti, bi bili vključeni v družbo in udeleženi v delovnih procesih.

Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja za obdobje od 2018 do 2028, sprejeta marca 2018, prinaša vsaj na papirju določene dobre rešitve. To so več preventivne in zgodnje detekcije težav v duševnem zdravju, povezovanje različnih služb in načrtovani centri za duševno zdravje za odrasle in otroke, kjer pa se že kažejo težave pri iskanju primerne kadra za delovanje potrebnih strokovnih timov.

Treba bo vložiti še veliko truda, dela in sredstev, da se bodo razmere in pogoji uredili do te mere, da se bo proces dezinstucionalizacije resnično lahko udeležil, se bo vzpostavil sistem dolgotrajne oskrbe, bodo ljudje imeli zagotovljeno potrebno podporo v skupnosti in bomo dosegli potrebne premike tako na področju zakonodaje in sistema kot miselnosti ljudi. Želim si, da bi postali še bolj odprta in strpna družba do ljudi s težavami v duševnem zdravju in drugačnosti.

6 STATISTIČNI PODATKI LETNEGA POROČILA KOORDINATORJA OBRAVNAVE V SKUPNOSTI ZA KOROŠKO REGIJO ZA LETO 2018

Tabela 1: Število novih pobud za vključitev uporabnika v obravnavo v skupnosti v letu 2018

Krajevno pristojni CSD	PB	Psih. amb.	CSD	Svojci	Up	NVO	SVZ	Drugi	SKUPAJ
Slovenj Gradec	5		4						9
Ravne na Koroškem	2				1			Zavod RUJ1	4
Dravograd	1		2						3
Radlje ob Dravi		2				1			3
SKUPAJ	8	2	6		1	1		1	19

Opomba: PB – psihiatrična bolnišnica, Up – uporabnik, NVO – nevladna organizacija, SVZ – socialnovarstveni zavod, Drugi – osebni zdravnik, drugi CSD, ZRSZ, patronažna služba, rehabilitacijska svetovalka, koordinator nadzorovane obravnave (KNO), skupnostna psihiatrična obravnava (SPO)

Tabela 2: Število novih obravnav v letu 2018 glede na privolitev uporabnika

Leto	Št. novih obravnav	Uporabniki, ki so privolili v obravnavo	Uporabniki, ki niso privolili v obravnavo
2018	19	11	8

Tabela 3: Število vseh vodenih obravnav v letu 2018 glede na vključenost uporabnika po enotah CSD

Leto	Enota CSD Slovenj Gradec	Enota CSD Ravne na Koroškem	Enota CSD Dravograd	Enota CSD Radlje ob Dravi	SKUPAJ
2018	18	21	11	10	60

Tabela 4: Časovni okvir obravnave uporabnikov (vseh vodenih v letu 2018) in zaključenih obravnav v letu 2018

Časovni okvir obravnave	Št. uporabnikov
0–3 mesece	11
Do 1 leta	11
1–3 let	28
Več kot 3 leta	10
SKUPAJ	60
Št. zaključenih obravnav v letu 2018	21

Tabela 5: Število vseh obravnavanih oseb v koordinaciji glede na spol v letu 2018

Spol	Št. vseh obravnav
Ženske	36
Moški	24
SKUPAJ	60

Tabela 6: Število multidisciplinarnih timov (MDT), zapisanih načrtov in evalvacij v letu 2018

Leto	Št. zapisanih načrtov	Št. MDT	Št. evalvacij
2018	13	12 – z namenom potrditve načrta obravnave v skupnosti 7 – z namenom načrtovanja pomoči po odpustu iz PB 26 – z namenom skupne evalvacije načrta obravnave v skupnosti, kjer se je sestel celoten MDT 1 – revizija sofinanciranega načrta	26 – skupne evalvacije na timskih sestankih 1 – individualna evalvacija
SKUPAJ	13	46	27

Tabela 7: Sodelovanje z nevladnimi organizacijami v koroški regiji

Naziv NVO	V katere programe se uporabniki vključujejo?
Dnevni center Ozara Slovenj Gradec	Program dnevnega centra, zdravstvena šola (prostovoljstvo), strokovno svetovanje, preživljanje prostega časa, ustvarjalne delavnice, izobraževalne, interesne dejavnosti, družabni dogodki, strokovna delavka je pogosta članica multidisciplinarnih timov v okviru KOS.
Pisarna za informiranje in svetovanje Ozara, Ravne na Koroškem	Tedenske delavnice, vključuje se prostovoljka za sprehode, strokovna delavka večino dela opravi na domu uporabnikov, vključuje se v realizacijo ciljev v okviru načrta (strokovna delavka je pogosta članica multidisciplinarnih timov v okviru KOS), pomoč in podpora uporabnikom, izvajanje storitev in drugih oblik pomoči, ki so pomembne za dvig kvalitete življenja, krepitev in ohranjanje duševnega zdravja uporabnikov, širitev socialne mreže, razvijanje samostojnosti uporabnikov in krepitev moči, pomoč in podpora svojcem.
Svetovalnica z elementi dnevnega centra Altra, Prevalje	Program dnevnega centra, svetovalnice, pomoč in podpora uporabnikom, strokovna delavka je pogosta članica multidisciplinarnih timov v okviru KOS.
Stanovanjska skupina Altra, Prevalje	Bivanjska oskrba, pomoč in podpora v vsakdanjem življenju.
Center za psihosocialno svetovanje s terenskim delom Šent	Program dnevnega centra, strokovna delavka pomoč izvaja tudi na terenu, je pogosta članica MDT in izvajalka načrtov obravnave v skupnosti.

Tabela 8: Sodelovanje z ostalimi organizacijami v koroški regiji (humanitarne organizacije, javni sektor, javni zavodi, prostovoljci itd.)

Naziv organizacije	V katere programe se uporabniki vključujejo?
Zavodi za zaposlovanje	Sodelovanje z rehabilitacijsko svetovalko, svetovalkami ...
Zip center	Predhodna rehabilitacijska obravnava, zaposlitvena rehabilitacija, socialna vključenost
Ozara, d. o. o.	Program socialne vključenosti (uporabniki v okviru KOS se vključujejo tudi kot prostovoljci)
Zavod Ruj	Zaposlitvena rehabilitacija, socialna vključenost
CSD Koroška – vse enote	Storitve centra
RK, Karitas	Finančna pomoč, paketi s hrano, oblačila
Društva (invalidi, upokojenci)	Dejavnosti, ki jih imajo.
Domovi za starejše	Uporabniki se lahko vključujejo tudi v delovno terapijo, se vključujejo kot prostovoljci, igranje pikada, jemanje kosil ..., pomoč na domu.

Skupnostna psihiatrična obravnava	Pomoč pri terapiji, psihološka pomoč, pomoč delovnega terapevta, vključujejo se kot posamezni člani multidisciplinarnih timov v okviru KOS ...
Gimnazija, zdravstvena šola, FSD	Prostovoljci, predvsem v smeri družabništva
Zdravstveni domovi	Pomoč patronažnih sester, šola hujšanja, delavnice spopadanja z depresijo, sodelovanje zdravnikov, klubi zdravljenih alkoholikov
UKC Maribor	Zelo dobro sodelovanje s socialnimi delavci, timski sestanki v času trajanja hospitalizacije
Psihiatrična bolnica Vojnik	Zelo dobro sodelovanje s socialnimi delavci, timski sestanki v času trajanja hospitalizacije
Splošna bolnišnica Slovenj Gradec	Sodelovanje s psihiatrom
Občine	Finančna pomoč, pomoč pri stanovanjskih zadevah ...
Odstiranj	Psihoterapevtska obravnava
Društvo Dam	Skupina za samopomoč
AA	Skupina AA
Mocis	Programi, ki so na voljo (univerza za tretje življenjsko obdobje, tečajji računalništva ...).
Moč	Mreža psiholoških svetovalnic
Socialnovarstveni zavodi	Bivalne enote, namestitve
Mladinski kulturni center	Brezplačni najem prostora za posvete
Zavetišče za brezdomce	Namestitev
Medgeneracijski center Ravne na Koroškem in Radlje ob Dravi	Središče, kjer potekajo različne dejavnosti.
CSD Koroška – enota Radlje ob Dravi	Skupina za zdravljenje odvisnosti od alkohola
Zavod Franko Maribor, zavod za razvijanje, načrtovanje in izvajanje dela v skupnosti	V okviru Zavoda Franko se izvajata dva socialnovarstvena programa na področju duševnega zdravja: odprte stanovanjske skupine – vzpostavljanje oskrbe v skupnosti in prehodna stanovanjska skupina. Programa sta namenjena osebam z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju, ki za svoje bivanje v skupnosti potrebujejo kontinuirano, koordinirano in individualnim potrebam prilagojeno podporo in pomoč.
Večgeneracijski center Slovenj Gradec	- Različne delavnice, vodeni pogovori s strokovnjaki na različne teme, druženje, možnost brezplačnih toplih napitkov, igralni kotichek za otroke ...

Literatura

Bilten skupnosti CSD Slovenije, Kaljenje št. 13, Skupnost CSD Slovenije; 2016.

Brandon D, Brandon A Jin in Jang načrtovanja psihosocialne skrbi. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo; 1994.

Flaker V, Mali J, Rafaelič A, Ratajc S. Osebno načrtovanje in izvajanje storitev. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo; 2013.

Flaker V, Mali J, Kodele T, Grebenc V, Škerjanc J, Urek M. Dolgotrajna oskrba: očrt potreb in odgovorov nanje. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo; 2008.

Letno poročilo koordinatorja obravnave v skupnosti za koroško regijo za leto 2018. Center za socialno delo Koroška; 2018. Interno gradivo.

Pravilnik o načinu in vsebini obravnave v skupnosti ter vsebini, pogojih in načinu opravljanja izpita za koordinatorja obravnave v skupnosti. Uradni list RS št. 49/2009.

Zakon o duševnem zdravju. Uradni list RS št. 77/2008.

PSIHOLOŠKI VIDIKI BREZPOSELNOSTI

Brigita Vončina¹

POVZETEK

Brezposelnost je izziv vsake ekonomije in zajema kompleksno povezanost tako kulturne, gospodarske, socialne kot tudi psihološke dimenzije. Z ozirom na to, da se je trg dela v zadnjih desetletjih izrazilo spremenil v smeri vse večje prožnosti, pa je pri kreiranju adekvatnih podpornih programov za brezposelne še posebej potrebno bolj poglobljeno razumevanje socialnih in psiholoških učinkov ne le brezposelnosti, temveč tudi nastanka dolgotrajne in zelo dolgotrajne brezposelnosti. V članku so naslovljeni nekateri koncepti, kot so varna prožnost, dolgotrajna brezposelnost in histereza brezposelnosti v povezavi s psihičnim blagostanjem, osebnostnimi lastnostmi in ostalimi psihičnimi lastnostmi posameznika.

Ključne besede: brezposelnost, trg dela, zaposljivost, psihološko blagostanje, duševno zdravje

1 UVOD

Brezposelnost je v sodobnem pomenu besede prvič omenjena v povezavi z razvojem množičnega gospodarstva; na slovenskem ozemlju gre za čas od druge polovice 19. stoletja dalje (Kresal, 2006). Prvotno so jo pogosto povezovali s postopaštvom, potepuštvom, z brezdolneži in delomrzneži. V tedanjem času je veljalo, da kdor ni zmožen za delo, zmore in mora sam poskrbeti za svoje

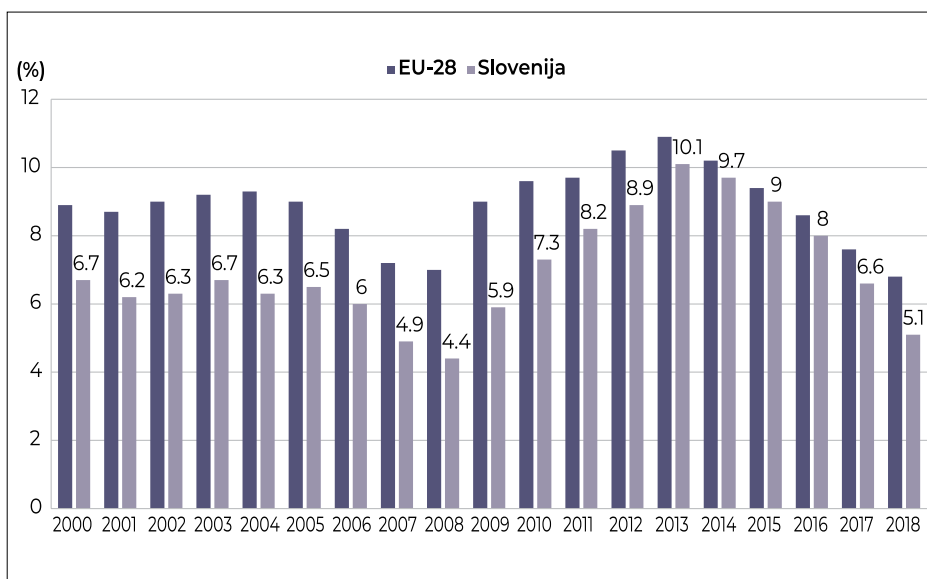
1. Univerzitetna diplomirana psihologinja, doktorandka humanistike in družboslovja – aplikativne psihološke študije; Zavod Republike Slovenije za zaposlovanje, svetovalka področja zaposlovanja, Rožna dolina, cesta IX/6, 1000 Ljubljana
E-naslov: brigita.voncina@ess.gov.si

preživetje. Do pojava množične brezposelnosti je prevladovalo stališče, da bo že našel delo, kdor je sposoben in kdor želi in hoče delati. Krivda in odgovornost za brezposelnost sta bili v takratnem času naloženi zgolj brezposelni osebi (Kresal, 2006). Danes pa brezposelnost pojmujejo precej bolj poglobljeno, tako s sociološkega, psihološkega, ekonomskega kot tudi gospodarskega vidika. Vsesplošno sprejet standardni koncept brezposelnosti, ki ga je definirala Mednarodna organizacija dela na 13. in 14. Mednarodni konferenci statistikov trga dela (ICLS), kot brezposelne razume vse osebe med 15. in 74. letom starosti, ki niso bile zaposlene ali samozaposlene vsaj eno uro v referenčnem tednu in so hkrati pripravljene opravljati plačano delo ter aktivno iščejo zaposlitev ali samozaposlitev (Melis in Lüdekeuropean, 2006).

2 TRG DELA

Ker se področje trga dela v zadnjih desetletjih korenito spreminja in postaja prožnejše, se oblikujejo novi odnosi med zaposlenimi in organizacijami. Ključna sprememba v delovnem okolju je večanje prožnosti na vseh področjih dela (Winfield, Bishop in Porter, 2004). Na grafu 1, ki prikazuje gibanje anketne brezposelnosti v EU 28 in Sloveniji od leta 2000 dalje, je razviden vpliv nedavne gospodarske krize na gibanje stopnje brezposelnosti.

Graf 1: Stopnja anketne brezposelnosti (Labour Force Survey) v EU 28 in Sloveniji od leta 2000 dalje (Eurostat, 2019)



K nastanku in poteku brezposelnosti nedvomno prispevajo tudi značilnosti gospodarskih gibanj. Ekonomisti razlikujejo več kategorij brezposelnosti: frikcijska brezposelnost se pojavi, ko delavci zamenjajo službo, vendar ne začnejo takoj delati v novi službi, brezposelni so le kratek čas, brezposelnost pa ne predstavlja resnega problema; strukturna brezposelnost pomeni, da so na voljo tako delovna mesta kot tudi delavci, vendar le-ti ne ustrezajo delovnim mestom (ločimo regionalno in sektorsko strukturno brezposelnost); ciklična brezposelnost pa se zgodi vsakih nekaj let ob gospodarskih nihanjih, kadar je ponudba delavcev večja kot povpraševanje po njih (Haralambos in Holborn, 1999).

3 VPLIV BREZPOSELNOSTI NA PSIHIČNO POČUTJE POSAMEZNIKA

Brezposelnost ima posledice za družbo, skupnost in tudi posameznika, ki se kažejo na več nivojih – finančnem, socialnem, psihološkem (dvom in dezorientacija, zanikanje in optimizem, tesnoba in stiska, vdanost v usodo in prilagoditev) in zdravstvenem (Haralambos in Holborn, 1999).

Peltzer in sodelavci (2014) trdijo, da brezposelnost predstavlja pomemben stresor, ki lahko pri posamezniku negativno vpliva na njegovo duševno zdravje. Podobno ugotavlja tudi Warr (1983), da brezposelnost pogosto vodi k negativni percepciji, ki se manifestira v povečani anksioznosti, depresiji, melanholiji, občutkih odvisnosti, slabši sposobnosti soočanja z izzivi in v splošnem slabšem zadovoljstvu z življenjem.

Tudi Karsten in Moser (2009) sta v študiji ugotovila obstoj pomembnih razlik v pojavnosti različnih simptomov distresa, depresije, anksioznosti, psihosomatskih motenj, subjektivnega zaznavanja dobrega počutja in samovrednotenja. Med brezposelnimi se negativni psihološki simptomi izražajo kar v 34 %, pri zaposlenih pa sta obstoj simptomov odkrila le v 16 %.

Doodley in Catalano (1984) dodajata, da trenutna stopnja brezposelnosti predstavlja pomemben kazalnik splošnega dobrega počutja v določeni populaciji. Turner (1995) navaja, da so posledice izgube zaposlitve v času visoke brezposelnosti in zmanjšane možnosti za zaposlitveno reintegracijo nedvomno drugačne od posledic na posameznika, ki se kažejo v času, ko je možnosti za zaposlitev veliko. Drugače rečeno: brezposelni v času visoke brezposelnosti izkušajo nižjo raven stresa ob izgubi zaposlitve, saj vzroke za svojo brezposelnost lažje pripisujejo zunanjim dejavnikom. Ti brezposelni doživljajo manjšo odgovornost za nastanek brezposelnosti, kar lahko zamegli negativne psihološke vplive na

njihovo dobro počutje. Kljub temu pa visoka stopnja brezposelnosti negativno vpliva na tiste posameznike, ki aktivno iščejo zaposlitev, saj je verjetnost reintegracije manjša. Dve nadaljnji študiji potrjujeta zadnjo trditev z ugotovitvijo, da je psihološko blagostanje posameznikov v času visoke brezposelnosti slabše (Cohn, 1978; Turner, 1995).

4 VARNA PROŽNOST

V zadnjih dveh desetletjih se je kot odgovor na izzive globalizacije trga dela v EU oblikoval koncept varne prožnosti, ki je s prenovljeno Lizbonsko strategijo postala tudi cilj Slovenije. Sicer so o prožnosti govorili že v 70. letih prejšnjega stoletja, zanjo pa so se zavzemali delavci oz. zaposleni in njihovi predstavniki predvsem v smislu prožnosti delovnega časa in z namenom izboljšanja delovnih pogojev za lažje usklajevanje dela z družinskim in zasebnim življenjem (Kornelakis, 2014). V sredini 80. let se je okrepilo zanimanje za dvig prožnosti dela v organizacijah, ki so v tem videle priložnost za povečanje svojih zmoglosti prilagajanja in hitrega odzivanja na spremembe na trgu. V 90. pa je diskurz o prožnosti z mikroekonomske ravni prešel tudi na makroekonomsko raven, varna prožnost pa naj bi omogočala učinkovito uravnavanje stopnje brezposelnosti na vse bolj fleksibilnem trgu dela. Argument za makroekonomsko varno prožnost je temeljil na predpostavkah mobilne, brezpreferenčne, racionalne in informirane delovne sile, ki se na trgu vede podobno kot dobrine. Predpostavka je danes pogosto tarča kritik, saj delovna sila ni dobrina (ki bi bila last delodajalcev), ampak so delavci ponudniki (prodajalci) delovne sile oz. sposobnosti za delo in imajo svoje preference glede dela, ki niso odvisne le od kognicije. Tudi njihova prožnost je omejena (Kornelakis, 2014).

5 ZAPOS LJIVOST

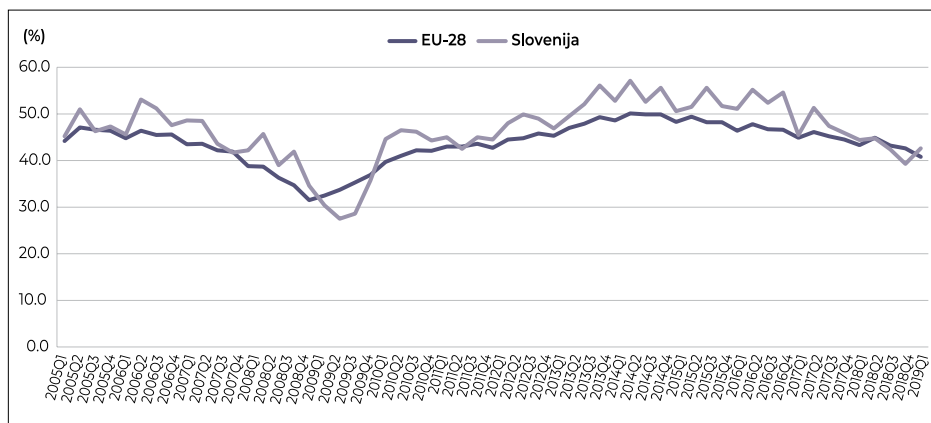
Zaradi omenjenega je danes koncept zaposljivosti pomembnejši kot kadarkoli doslej. Slednja je ob koncu 20. stoletja postala osrednji element v debatah o razvoju človeških virov v vse večji globalizaciji ekonomije, hkrati pa eden glavnih stebrov Evropske strategije zaposlovanja (de Grip, van Loo in Sanders, 2004). Zgodovinsko gledano je koncept zaposljivosti v literaturi znan že več kot stoletje in se prvič omenja v začetku 20. stoletja v Veliki Britaniji in ZDA (Gazier, 2001), ko so delavce enostavno delili na nezaposljive, če niso bili delazmožni ali so bili upravičeni do upokojitve, in zaposljive, če so iskali delo oz. so bili delazmožni. To je bil dihotomiziran model (Mansfield, 2001), ki se je skozi stoletje družbenih

gibanj korenito spremenil in tako danes govorimo o »interaktivni« različici zaposljivosti, v katero so vključeni vsi akterji na trgu dela (Gazier, 2001).

Temeljita analiza literature nam razkriva, da so za sodobni koncept zaposljivosti pomembni trije vidiki: zaposljivost je posameznikova želja in sposobnost biti proaktiven, kot je mogoče v danih razmerah ob upoštevanju organizacijskih in institucionalnih omejitev, da ostane atraktiven na trgu dela. Zaposljivost lahko torej definiramo kot: »sposobnost in pripravljenost delavcev, da ostanejo atraktivni za trg dela (dejavniki na strani ponudbe) ob spremembah in predvidenih zahtevah v nalogah delovnih mest in delovnih okolij (dejavniki povpraševanja) in z uporabo inštrumentov vseživljenjskega razvoja človeških virov (institucionalni okvir)« (de Grip, van Loo in Sanders, 2004).

Zaradi kompleksnosti pojma zaposljivosti je v nadaljevanju poudarek na razumevanju zaposljivosti, ki predstavlja merljiv koncept in je v literaturi opredeljen kot sposobnost pridobiti in obdržati formalno zaposlitev ali poiskati drugo ustrezno zaposlitev brez obdobja brezposelnosti ali tako, da je ta čas čim krajši (Fugate, Kinicki in Ashforth, 2004). Graf 2 prikazuje visok delež dolgotrajno brezposelnih oseb med vsemi brezposelnimi osebami v EU 28 in Sloveniji od leta 2005 dalje na ravni kvartilov (Q1, Q2, Q3, Q4).

Graf 2: Stopnja dolgotrajne brezposelnosti med vsemi brezposelnimi v EU 28 in Sloveniji od leta 2005 dalje na ravni kvartilov (Eurostat, 2019)



Ugotavljamo, da je v zadnjem desetletju opaziti pojav visokega deleža oseb, katerih zaposljivost je zaradi spleta gospodarskih in osebnih razmer slabša, so izpadli iz primarnega trga dela in se srečujejo z dolgotrajno brezposelnostjo.

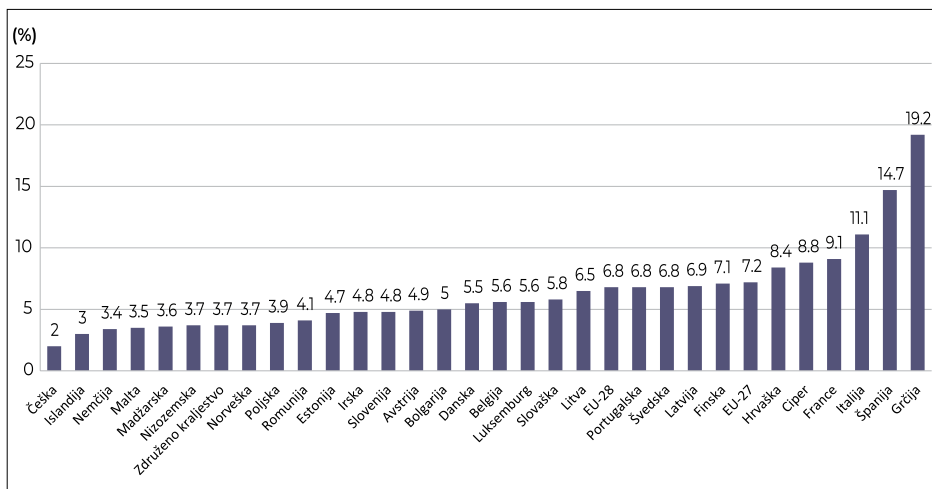
Gazier (2001) omenja dve glavni posledici interaktivnega koncepta zaposljivosti, in sicer usmeritev politik trga dela k reševanju problematike dolgotrajno brez-

poselnih in ostalih ranljivih ciljnih skupin na trgu dela s pomočjo kreacije novih ukrepov aktivacije za omenjene ciljne skupine in z namenom preprečevanja vse večje segmentacije, ki ima številne negativne posledice tako za posameznika kot tudi družbo v celoti.

6 DOLGOTRAJNA BREZPOSELNOST

Tako tudi po nekajletni hitri gospodarski rasti v Sloveniji brezposelnost, predvsem dolgotrajna in zelo dolgotrajna, še vedno ostaja sorazmerno visoka. Nekateri posamezniki se srečujejo z večjimi težavami pri ponovni integraciji na trg dela in tako preidejo v dolgotrajno brezposelnost (vztrajanje v registrirani brezposelnosti več kot eno leto) in zelo dolgotrajno brezposelnost (vztrajanje v registrirani brezposelnosti dlje od dveh let). Graf 3 prikazuje delež dolgotrajno brezposelnih glede na delovno aktivno populacijo (od 16 do 74 let), ki je v Sloveniji v prvem četrletju leta 2019 znašal 2,1 % in se je od prvega četrletja 2014, ko je znašal 5,7%, zmanjšal za 3,6 odstotne točke.

Graf 3: Delež dolgotrajno brezposelnih glede na delovno aktivno populacijo – od 16 do 74 let (Labour Force Survey) v EU 28 za prvo četrletje 2019 (Eurostat, 2019)



Dalj časa trajajoča brezposelnost vpliva na vse večje akumuliranje stresa pri posamezniku (Jackson in Warr, 1984), predvsem ko brezposelni izčrpa finančne vire soočanja z brezposelnostjo (Kinicki in sod., 2000) in se anksioznost in notranje napetosti kopičijo pod težo izgube finančne podpore, nadomestila in

ostalih ugodnosti. Tako npr. Kinicki in sod. (2000) ugotavljajo, da se posamezniki z dlje trajajočo brezposelnostjo soočajo s slabšim psihološkim blagostanjem.

7 OSEBNOSTNE LASTNOSTI IN BREZPOSELNOST

Kot že omenjeno, v času visoke brezposelnosti izguba zaposlitve za posameznika predstavlja manjši stres, kot bi ga predstavljala sicer, zato pa je stres ob neuspehu pri iskanju zaposlitve toliko večji. V študiji Trajanje brezposelnosti in osebnost Uysala in Pohlmeierja (2011) se je pokazalo, da so osebnostne lastnosti glavni faktorji, ki pojasnjujejo vedenje pri iskanju zaposlitve. Avtorja navajata, da je intenzivnost iskanja zaposlitve močno pogojena tudi z osebnostnimi lastnostmi, ki se odražajo v zmožnosti samomotiviranja in samonadzora pri iskanju dela in zaposlitve. Poleg tega menita, da lahko nekatere zaželene osebnostne lastnosti, če so ustrezno reflektirane delodajalcu, povečajo verjetnost ponudbe in sprejetja zaposlitve.

Omenjena študija komplementarno dopolnjuje predhodne študije o vplivu osebnostnih lastnosti na izobraževalne dosežke in zaslužek. Rezultati študije Osebnostne lastnosti in brezposelnost so pokazali, da je višje izražena odprtost povezana s kumulativo brezposelnosti v glavni delovni dobi, vendar so obdobja brezposelnosti krajša (Viinikainen in Kokko, 2012). Občutek smisla ima pomemben učinek na trajanje brezposelnosti. Odprtost in nevroticizem sta z občutkom smisla povezana negativno, vestnost pa pozitivno (Van Hoya in Lootens, 2013). Posamezniki, ki dosegajo visok rezultat pri vestnosti, po treh letih brezposelnosti doživljajo 120 % višji padec zadovoljstva s svojim življenjem (Boyce, Wood in Brown, 2010).

V literaturi lahko zasledimo številne raziskave o vplivu sposobnosti na različne dosežke. Herrnstein in Murray (1994) tako ugotavljata, da kognitivne sposobnosti najbolj vplivajo na višino dohodka, medtem ko so Heckman, Stixrud in Urzua (2006) odkrili vpliv tudi na nekatere druge rezultate na trgu dela, vendar v povezavi z osebnostnimi lastnostmi. Fritjof Krassel in Lykke Sørensen (2015) podobno ugotavljata, da so kognitivne sposobnosti povezane z višino dohodka, ne pa tudi s časom trajanja brezposelnosti.

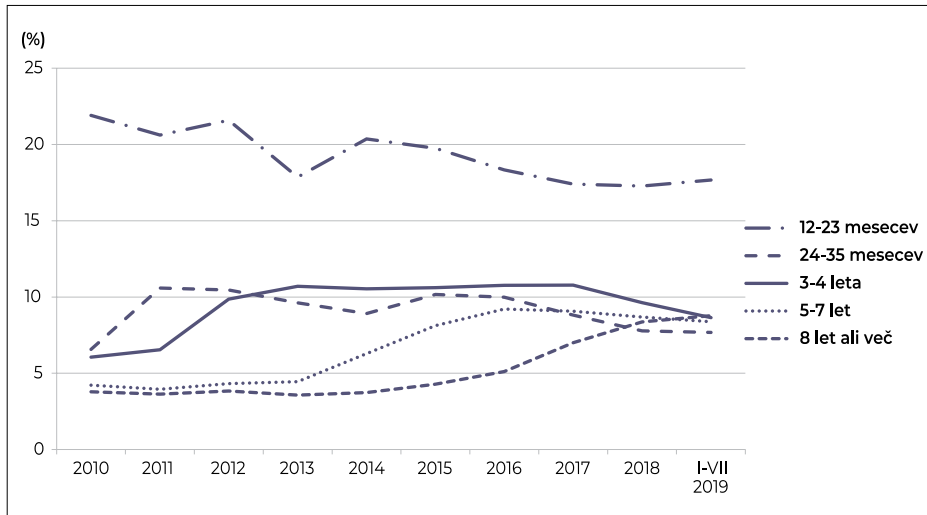
8 HISTEREZA BREZPOSELNOSTI

Na trgu dela po vsaki ciklični brezposelnosti opažamo zanimiv pojav, ki mu rečemo histereza brezposelnosti. Rezultati empirične študije Unemployment Hysteresis in the Eurozone Area: Evidences from Nonlinear Heterogeneous Panel Unit Root Test iz leta 2014 kažejo na obstoj histereze tudi v Sloveniji poleg ostalih držav EU, npr. na Nizozemskem, Slovaškem, v Italiji, na Portugalskem in Cipru (Bolat, Tiwari in Erdayi, 2014), kar pomeni, da se brezposelnost ohranja, čeprav so že izginili razlogi, ki so prvotno spodbudili hitro rast brezposelnosti (Kajzer, 1997).

Po podatkih Zavoda Republike Slovenije za zaposlovanje (graf 4) so najbolj ranljiva ciljna skupina brezposelnih tisti posamezniki, ki so registrirano brezposelni osem let ali dlje. V tej skupini posameznikov se delež med vsemi brezposelnimi vztrajno povečuje že od leta 2014 dalje, kljub vse bolj ugodnim gospodarskim razmeram.

Graf 4: Delež registriranih dolgotrajno brezposelnih glede na celotno registrirano brezposelnost v Sloveniji od leta 2010 dalje

(latni izračun; ZRSZ, 2019)



Učinek histereze v gibanju brezposelnosti pojasnjuje splet več vzrokov, ki segajo od premajhne fleksibilnosti trga dela do visokega deleža nekvalificirane delovne sile med brezposelnimi, neskladij na trgu dela do specifičnosti obnašanja delodajalcev v razmerah močne prisotnosti notranjih lastnikov (Kajzer, 1997).

Kako pa je s psihološkimi vidiki zelo dolgotrajne brezposelnosti in histereze brezposelnosti? Miller in Seligman (1973), Klein, Fencil-Morse in Seligman (1976)

ugotavljajo, da je brezposelnost dogodek, ki je sprva lahko zaznan kot neobvladljiv, zaradi dolgotrajnega neuspešnega iskanja zaposlitve in/ali pomanjkanja ustreznih veščin iskanja zaposlitve in veščin soočanja z brezposelnostjo pa tak na koncu tudi postane (predvsem kadar je splošna stopnja brezposelnosti visoka). Posameznik se skozi takšno izkušnjo nauči občutka nemoči, kar poslabša njegovo motivacijo za iskanje zaposlitve in ga vodi v nadaljnji krog neprijetnih občutkov. Tako ne presenečajo navedbe nekaterih avtorjev, kot so Baum in sodelavci (1986), O'Brien in Kabanoff (1979), Parnes in King (1977), Patton in Noller (1984), Tiffany in sodelavci (1970), da brezposelnost preusmerja posameznikov lokus nadzora navzven, kar najverjetneje vodi v občutek nemoči. Baum in sodelavci (1986) so ugotovili, da med brezposelnimi vztrajnost in prizadevanje za soočanje z brezposelnostjo sčasoma upadata, trajanje brezposelnosti pa se na račun tega povečuje. Koncept naučene nemoči tako lahko deloma pojasnjuje vztrajanje v zelo dolgotrajni brezposelnosti in osvetljuje razumevanje pojava histereze brezposelnosti.

9 ZAKLJUČKI

Pomembno vlogo pri soočanju z brezposelnostjo nosijo javni zavodi za zaposlovanje, zato je potrebno zavedanje, da je poleg ovir na trgu dela treba hkrati predvideti tudi posameznikovo tveganje za nastanek morebitnih težav na področju duševnega zdravja in neustrezno soočanje z brezposelnostjo. Zato je potrebno ponuditi podporo v čim krajšem času po nastanku brezposelnosti – najbolje že ob prvem srečanju s svetovalcem.

Kadar je pri posamezniku odkrito večje tveganje za nastanek dolgotrajne brezposelnosti, je hitro ukrepanje nujno, prav tako pa je treba zagotoviti ustrezno psihosocialno podporo, lahko tudi izven javnega zavoda. Iskalci zaposlitve se bodo lažje soočali z brezposelnostjo le, če so zagotovljeni ustrezni sistemski ukrepi. Eden od poskusov zagotavljanja ustrezne obravnave dolgotrajno brezposelnih so Priporočila Sveta Evrope za integracijo dolgotrajno brezposelnih na trg dela (The Council of the European Union, 2016), ki so bila sprejeta že v letu 2016 in se nanašajo na vse države članice EU. Hkrati pa OECD (2015) navaja še, da je dodatno pomoč iskalcem zaposlitve mogoče zagotoviti tudi z:

- uporabo ustreznih orodij za prepoznavanje morebitnih težav na področju duševnega zdravja že na prvem razgovoru pri svetovalcu,
- ustrezno usposobljenostjo svetovalcev za prepoznavanje težav na področju duševnega zdravja,

- sprejetjem jasnih smernic za delavce o ukrepih v primerih, ko se pojavijo težave,
- zagotavljanjem dostopa do običajnih ali posebnih storitev iskalcem zaposlitve z duševnimi težavami,
- izogibanjem oprostitev aktivnosti pri iskanju zaposlitve in
- prilagoditvijo postopkov svetovanja in ozaveščenostjo svetovalcev glede težav na področju duševnega zdravja.

Literatura

- Baum A, Fleming R, Reddy DM. Unemployment Stress: Loss of Control, Reactance and Learned Helplessness. *Social Science Medicine*. 1986; 22(5): 509–516. Doi: 10.1016/0277-9536(86)90016-X.
- Bolat S, Tiwari AK, Erdayi AU. Unemployment Hysteresis in the Eurozone Area: Evidences from Nonlinear Heterogeneous Panel Unit Root Test. *Applied Economics Letters*. 2014; 21(8): 536–540. Doi: 10.1080/13504851.2013.872755.
- Boyce C, Wood A, Brown G. The dark side of conscientiousness: Conscientious people experience greater drops in life satisfaction following unemployment. *Journal of Research in Personality*. 2010; 44(4): 535–539. Doi: 10.1016/j.jrp.2010.05.001.
- Cohn RM. The effect of employment status change on selfattitudes. *Social Psychology*. 1978; 41(2): 81–93. Doi: 10.2307/3033568.
- De Grip A, van Loo J, Sanders J. The Industry Employability Index: Taking account of supply and demand characteristics. *International labour review*. 2004; 143(3): 211–230. Doi: 10.1111/j.1564-913X.2004.tb00269.x.
- Dooley D, Catalano R. The epidemiology of economic stress. *American Journal of Community Psychology*. 1984; 12(4): 387–409. Doi: 10.1007/BF00896502.
- Eurostat. Employment and unemployment LFS. Dostopno na <https://ec.europa.eu/eurostat/web/lfs/data/database> (citirano 21. 8. 2019).
- Fritjof Krassel K, Lykke Sørensen K. Childhood and Early Labor Market Life - Cognitive and Non-cognitive Skills and Their Return to Labor Market Outcomes. København: KORA, Danish Institute for Local and Regional Government Research; 2015.
- Fugate M, Kinicki A, Ashforth B. Employability: A psychosocial construct, its dimensions and applications. *Journal of Vocational Behavior*. 2004; 65(1): 14–38. Doi: 10.1016/j.jvb.2003.10.005.
- Gazier B. *Employability: From theory to practice*. New Brunswick, London: Transaction publishers; 2001.
- Haralambos M, Holborn M. *Sociologija: Teme in pogledi*. 1. izd. (M. Makarovič et al., prev.) Ljubljana: DZS in Harper Collins Publishers; 1999.
- Heckman J, Stixrud J, Urzua S. The Effects of Cognitive and Noncognitive Abilities on Labor Market Outcomes and Social Behavior. *Journal of Labor Economics*. 2006; 24(3): 411–482. Doi: 10.1086/504455.

- Herrnstein R, Murray C. *The Bell Curve: Intelligence and Class Structure in American Life*. New York: Free Press; 1994.
- Jackson PR, Warr PB. Unemployment and psychological ill-health: The moderating role of duration and age. *Psychological Medicine*. 1984; 14(3): 605–614. Doi: 10.1017/S003329170001521X.
- Kajzer A. Histereza brezposelnosti in stagnacija zaposlenosti v obdobju transformacijskega okrevanja v Sloveniji. *IB revija*. 1997; 31(7-8): 3–10.
- Karsten P, Moser K. Unemployment impairs mental health: Meta-analysis. *Journal of Vocational Behavior*. 2009; 74(3): 264–282. Doi: 10.1016/j.jvb.2009.01.001.
- Kinicki AJ, Prussia RE, McKee-Ryan FM. A panel study of coping with involuntary job loss. *Academy of Management Journal*. 2000; 43(1): 90–100. Doi: 10.2307/1556388.
- Klein DC, Fencil-Morse E, Seligman MEP. Learned Helplessness, Depression, and the Attribution of Failure. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1976; 33(5): 508–516. Doi: 10.1037/0022-3514.33.5.508.
- Kornelakis A. Balancing flexibility with security in organizations? Exploring the links between flexicurity and human resource development. *Human Resource Development Review*. 2014; 13(4): 398–412. Doi: 10.1177/1534484314543013.
- Kresal B. Reševanje brezposelnosti v slovenski zgodovini. V: Zaviršek D, Leskovšek V, ur. *Zgodovina socialnega dela v Sloveniji: med družbenimi gibanji in političnimi sistemi*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo; 2006: 103–123.
- Mansfield M. Flying to the moon: Reconsidering the British labour exchange system in the early twentieth century. *Labour History Review*. 2001; 66(1): 24–40. Doi: 10.3828/lhr.66.1.24.
- Melis A, Lüdekeuropean B. Registered unemployment (RU) compared with harmonised unemployed (LFS). Working Paper and Studies. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; 2006.
- Miller WR, Seligman MEP. Depression and the Perception of Reinforcement. *Journal of Abnormal Psychology*. 1973; 82(1): 62–73. Doi: 10.1037/h0034954.
- OECD. *Fit Mind, Fit Job: From Evidence to Practice in Mental Health and Work, Mental Health and Work*. Paris: OECD Publishing; 2015. Dostopno na: <https://doi.org/10.1787/9789264228283-en> (citirano 21. 8. 2019).
- O'Brien GE, Kabanoff B. Comparison of Unemployed and Employed Workers on Values, Locus of Control and Health Variables. *Australian Psychologist*. 1979; 14(2): 143–154. Doi: 10.1080/00050067908260434.
- Parnes HS, King R. Middle-aged Job Losers. *Industrial Gerontology*. 1977; 4(2): 77–95.
- Patton W, Noller P. Unemployment and Youth: A Longitudinal Study. *Australian Journal of Psychology*. 1984; 36(3): 399–413. Doi: 10.1080/00049538408255320.
- Pelzer B, Schaffrath S, Vernaleken I. Coping with unemployment: the impact of unemployment on mental health, personality, and social interaction skills. *Work*. 2014; 48(2): 289–295. Doi: 0.3233/WOR-131626.
- The Council of the European Union. Council Recommendation of 15. February 2016 on the integration of the long-term unemployed into the labour market. *Official Journal of the European Union*. 2016.

- Tiffany DW, Cowan JR, Tiffany PM. *The Unemployed: A Socio-psychological Portrait*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1970.
- Turner JB. Economic context and the health effects of unemployment. *Journal of Health and Social Behavior*. 1995; 36(3): 213–229. Doi: 10.2307/2137339.
- Uysal S, Pohlmeier W. Unemployment duration and personality. *Journal of Economic Psychology*. 2011; 32(6): 980–992. Doi: 10.1016/j.joep.2011.03.008.
- Van Hoye G, Lootens H. Coping with unemployment: Personality, role demands, and time structure. *Journal of Vocational Behavior*. 2013; 82(2): 85–95. Doi: 10.1016/j.jvb.2013.01.004.
- Viinikanen J, Kokko K. Personality traits and unemployment: Evidence from longitudinal data. *Journal of Economic Psychology*. 2012; 33(6): 1204–1222. Doi: 10.1016/j.joep.2012.09.001.
- Warr P. Work and unemployment. In: Drenth PJD, Thierry H, Willems PJ. *Handbook of Work and Organizational Psychology*. London: Wiley; 1983.
- Winfield P, Bishop R, Porter K. *Core Management for HR students and practitioners*. 2. izd. Oxford: Butterworth-Heinemann; 2004.
- Zavod RS za zaposlovanje. Trg dela v številkah. Dostopno na: https://www.ess.gov.si/trg_dela/trg_dela_v_stevilkah (citirano 21. 8. 2019).

MOTNJE RAZPOLOŽENJA PRI UPORABNIKIH OPIATOV

Barbara Lovrečič¹ in Mercedes Lovrečič²

POVZETEK

Pri osebah z duševnimi in vedenjskimi motnjami zaradi uživanja opiatov (v nadaljevanju DVMO) so motnje razpoloženja pogoste. Depresivna motnja se pojavlja pri 30 % do 50 % oseb, doživljenjska prevalenca se giblje med 48 % in 90 %. Bipolarna motnja in ciklotimija sta po ocenah prisotne v 5,4 % primerov, hipomanične epizode pa v 7 % primerov.

Motnje razpoloženja predstavljajo dejavnik tveganja za rabo psihoaktivnih snovi (v nadaljevanju PAS). Pacienti z DVMO in depresivno motnjo poleg opiatov pogosto zlorabljajo benzodiazepinske anksiolitike in hipnotike, v hipomaničnih epizodah pogosteje posegajo po kokainu in psihostimulansih, v maničnih fazah po kokainu, psihostimulansih in kanabinoidih, pri mešanih epizodah po opiatih, alkoholu, stimulansih in kanabinoidih.

Samomorilno vedenje in samomor sta pri osebah z DVMO pogostejša, v primerjavi s splošno populacijo samomor storijo mlajši. Pri osebah z DVMO in depresijo ali disforijo je tveganje za samomor visoko, pri osebah z DVMO in bipolarno motnjo pa je tveganje za rabo PAS visoko, za samomor nižje.

Zdravljenje motenj razpoloženja pri osebah s sindromom odvisnosti od heroina (v nadaljevanju SOH) poteka podobno kot pri drugih pacientih z motnjami razpoloženja z nekaterimi posebnostmi in prilagoditvami.

Ključne besede: *motnje razpoloženja, zloraba opiatov, zloraba psihoaktivnih snovi, samomor, nevropsihofarmakoterapija*

1. Primarijka, asistentka, doktorica medicine, specialistka socialne medicine in specialistka javnega zdravja; Nacionalni inštitut za javno zdravje, Trubarjeva ulica 2, 1000 Ljubljana
E-naslov: barbara.lovrecic@nijz.si
2. Primarijka, docentka, doktorica medicine, specialistka psihiatrije; Zdravstveni dom Izola, Oktobrske revolucije 11, 6310 Izola
E-naslov: mercedes.lovrecic@nijz.si

1 UVOD

Problematika oseb z duševnimi in vedenjskimi motnjami zaradi uživanja opiatov (DVMO) je po podatkih Organizacije združenih narodov (v nadaljevanju OZN) na najvišjih ravneh. V letu 2017 je po ocenah OZN letna prevalenca oseb v starosti med 15 in 64 let z rabo prepovedanih drog v svetu znašala 5 % (več kot 200 milijonov oseb), s sindromom odvisnosti od prepovednih drog pa okrog 0,5 % (UNODC, 2019). V svetu izstopajo opioidna kriza v Severni Ameriki (v letu 2017 so v primerjavi z letom 2013 zabeležili več kot dvakrat več smrti zaradi zastrupitve z opiodi: opiodi na recept, heroinom, sintetičnimi opiodi s črnega trga) in srednji, zahodni in severni Afriki, kjer so v letu 2017 zabeležili 14-krat več zasegov tramadola v primerjavi z letom 2013 (UNODC, 2019). Po podatkih OZN je poraba opiatov v zahodni in srednji Evropi visoka in je bila v obdobju od leta 2003 do leta 2017 na najvišji ravni v letu 2017. Poleg opiatov narašča poraba drugih prepovedanih drog (npr. kokaina, amfetamina) (UNODC, 2019). Opiati so prevladujoča prva prepovedana droga, zaradi katere osebe iščejo pomoč v programih zdravljenja zaradi duševnih in vedenjskih motenj zaradi uživanja PAS v Aziji, Oceaniji, zahodni, srednji, vzhodni in jugovzhodni Evropi, v preostalih delih sveta pa ena izmed problematičnih prepovedanih drog, kljub temu pa je le ena izmed sedmih oseb v svetu deležna zdravljenja duševnih in vedenjskih motenj zaradi uživanja PAS (UNODC, 2019).

Z večanjem porabe opiatov naraščajo tudi duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja opiatov in pridružene motnje razpoloženja.

2 EPIDEMIOLOGIJA MOTENJ RAZPOLOŽENJA OB RABI OPIATOV

Motnje razpoloženja so pogosti psihiatrični fenomeni pri osebah z DVMO (najpogosteje heroina). Izsledki različnih raziskav kažejo, da tretjina oseb, ki imajo DVMO, izpolnjuje diagnostične kriterije za depresijo (Dorus, Senay, 1980; Lehman, De Angelis, 1972; Rounsaville in sod., 1979; Robins, 1974; Steer in Kotzer, 1980; Weissman in sod., 1976). Kljub pogosti sočasni prisotnosti osebne motnje pri osebah z DVMO pa depresija pogosteje pripada sklopu motenj razpoloženja (Abbott in sod., 1994; Bela in sod., 1978; Brienza in sod., 2000; Chen in sod., 1999; Darke in sod., 1994; Khantzian, 1985; Khantzian in Treece, 1985; Khantzian, Treece, 1979; Mason in sod., 1998; Mintz in sod., 1979; Mirin in sod., 1976; Pilowsky in Katsikitis, 1983; Ross in sod., 1988; Rounsaville in sod., 1982b; Shaw in sod., 1979; von Limbeek in sod., 1992; Woody in Blaine, 1979). V tabeli 1 je prikazana pojavnost in doživljenjska prevalenca depresivnih motenj.

Osebe, ki prostovoljno vstopajo in se zdravijo zaradi DVMO v programih zdravljenja z metadonom, imajo večjo predispozicijo za razvoj hude depresije (34 %) v primerjavi z osebami, ki se ne zdravijo (14 %). Depresija je prisotna v več kot 50 % primerov pri brezdolnih osebah, ki imajo DVMO (Brienza in sod., 2000).

Po drugi strani je pri osebah z DVMO dvig razpoloženske lege redkejši, prave manične epizode so redke (0,9 % študijske populacije v raziskavi Yale) (Rounsaville in sod., 1982d), pogostejše so hipomanične epizode (7 %), okrog 5,5 % oseb z DVMO pa bi lahko imelo bipolarno motnjo (Rounsaville in sod., 1982b). Bipolarna motnja in ciklotimija sta po ocenah prisotne v 5,4 % primerov (Mirin in sod., 1988; Mirin Weiss, 1991).

Tabela 1: Pojavnost in doživljenjska prevalenca depresivnih motenj razpoložena pri osebah z DMVO

Motnja razpoloženja	Pojavnost	Doživljenjska prevalenca
Depresija	Pri tretjini	60–90 %
	Zmerna depresija pri tretjini pacientov, ki se zdravijo z metadonom, v »drug free« programih, 30 % oseb, vključenih v psihosocialne rehabilitacijske programe.	
Depresija ali distimija	50 %	60 %
Huda depresivna epizoda	Pojavlja se v 25 % po detoksikaciji, v 62 % med zdravljenjem ali takoj po ukinitvi metadona.	48–70 %

Vir: Brienza in sod., 2000; Clerici in sod., 1987; Dackis, Gold, 1983; Dorus, Senay, 1980; Hendriks, 1971; Jainchill in sod., 1986; Khantzian, Treece, 1979; Khantzian, Treece, 1985; Krausz in sod., 1998; Lehman in De Angelis, 1972; McLellan in sod., 1980; Robins, 1974; Rounsaville, 1985; Rounsaville in sod., 1979; Rounsaville in sod., 1980; Rounsaville in sod., 1982c; Rounsaville in sod., 1982č, Rounsaville in sod., 1983; Steer, Kotzer, 1980; Weissman in sod., 1976

3 FAMILIARNOST ZA MOTNJE RAZPOLOŽENJA

19 % uporabnikov kokaina in 7,5 % uporabnikov opiatov ima pozitivno familiarno anamnezo za motnje razpoloženja pri ožjih sorodnikih (Weiss in sod., 1986a). Sorojenci oseb z rabo opiatov, pri katerih so starši imeli depresijo, imajo pogosto motnje razpoloženja in/ali anksiozne motnje. Avtorji raziskav poročajo o 70-odstotni pozitivni familiarni anamnezi za duševno motnjo pri sorodnikih 1. in 2. ravni, od teh jih 30 % ni imelo duševne motnje, ampak je prevladoval afektiven temperament (hipertimen ali depresiven), ostalih 40 % je poleg po-

zitivne familiarne anamneze za duševno motnjo imelo tudi pozitivno osebno anamnezo za duševno motnjo (Maremmani in sod., 1994). Raziskave, opravljene na monozigotnih dvojčkih, nakazujejo, da je pozitivna familiarna anamneza v teh primerih pomemben dejavnik za prisotnost depresije in sindroma odvisnosti od alkohola (v nadaljevanju SOA), ne pa za depresijo in rabo drugih PAS. Nekateri avtorji opozarjajo, da okolje, v katerem odraščajo dvojčki, vpliva na zanesljivost rezultatov (Grove in sod., 1990; Kendler, Gardner, 1998; Pickens in sod., 1991).

4 UPORABA PSIHOAKTIVNIH SNOVI PRI OSEBAH Z BIPOLARNO MOTNJO

Motnje razpoloženja predstavljajo dejavnik tveganja za rabo PAS, še posebej za bipolarno motnjo z zgodnjim začetkom, ponavljajočimi epizodami in pri stanjih z mešano sliko (Maremmani, Maremmani, 2019). Med osebami s SOH so najverjetneje bipolarne motnje najpogostejše psihiatrične motnje (Maremmani in sod., 1994). Na voljo je vse več izsledkov raziskav, ki kažejo na doživljenjsko rabo heroina pri osebah z bipolarno motnjo (Brady, Lydiard, 1992; Brady, Sonne, 1995; Himmelhoch in sod., 1976; Mirin in sod., 1988; Sherwood Brown in sod., 2001; Strakowski in sod., 2000; Winokur in sod., 1995).

Pacienti z depresivno motnjo, ki imajo DVMO in poleg opiatov pogosto zlorabljujejo benzodiazepinske anksiolitike in hipnotike, v hipomaničnih epizodah pogosteje posegajo po kokainu in psihostimulansih, v maničnih fazah pa poleg kokaina in psihostimulansov zlorabljujejo še kanabinoide, pri mešanih epizodah pa poleg opiatov uživajo še alkohol, stimulanse, kanabinoide (Maremmani in sod., 2012; Maremmani, Maremmani, 2019).

Uporaba kanabinoidov lahko povzroči klinične slike psihoz s hipomaničnimi simptomi in agitacijo, ki hitro izzvenijo v primerjavi s kliničnimi slikami psihoz pri pacientih, ki ne uporabljajo kanabinoidov (Rottanburg in sod., 1982). Tesna povezava je izpostavljena pri uporabi kokaina, motnjah pozornosti in bipolarni motnji (Cocores in sod., 1987; Wilens in sod., 1997). Pri osebah z bipolarno motnjo, ki imajo duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja PAS, je najpogostejša zloraba alkohola (80 %), sledi kokain (30 %) pred sedativi in hipnotiki ali amfetamini (21 %) in pred opiatu (13 %) (Goldberg in sod., 1999).

5 TVEGANJE ZA SAMOMOR

SOH predstavlja dejavnik tveganja za samomor (Maremmanni, Maremmanni, 2019). Povezava med samomorom in SOA je že dolgo in splošno poznana, šele naknadno pa je bila prepoznana povezava med SOH in samomorilnim vedenjem (Barraclough in sod., 1974; Dorpat, Woodhall, 1960). Pri prvih izsledkih raziskav so tako ugotavljali nižjo prevalenco, okrog 5 %, kar gre najverjetneje povezovati tudi z manj senzibilnimi diagnostičnimi orodji in dejansko manj razširjeno tovrstno problematiko, medtem ko so avtorji raziskave, opravljene v San Diegu med letoma 1981 in 1983, navajali prevalenco pri duševnih in vedenjskih motnjah zaradi uživanja alkohola in PAS pri 58 % primerov (Rich in sod., 1986; Rich in sod., 1988; Rich in sod., 1989; Volkow in sod., 1991), kar je bistveno višje od prevalence v splošni populaciji (11–18 %) (Robins, 1974).

Pojavnost samomora pri osebah s SOH je med 30 in 82 primerov na 100.000 prebivalcev in je enajstkrat višja od tiste v splošni populaciji (Galanter, Castaneda, 1985; Humeniuk in sod., 2000; Miles, 1977). Doživljenjska prevalenca samomora pri osebah s SOH se giblje med 7 % in 25 % (Galanter, Castaneda, 1985; Stimmel in sod., 1983b; Ward, Schuckit, 1980). Pri osebah s SOH se samomor pojavlja v povprečju pred 40. letom starosti, kar je prej kot v primerjavi z osebami s SOA in v primerjavi s splošno populacijo (Vaillant, 1966). V polovici primerov osebe s SOH poizkušajo ali izvedejo samomor pred 28. letom starosti (Bewley in sod., 1968). V raziskavi, opravljeni v San Diegu, je kar 67 % oseb s SOH zaključila samomor pred 30. letom starosti, 46 % samomorov je bilo po 30. letu in 14 % po 40. letu starosti (Rich in sod., 1986; Rich in sod., 1988; Rich in sod., 1989).

Pri 90 % oseb s SOH, ki imajo suicidalno vedenje, je možno izslediti zgodovino depresivne motnje (Murphy in sod., 1988). Tveganje za samomor je pri osebah z DVMO višje, če je prisotna tudi motnja razpoloženja, pri čemer gre v 29 % primerov za atipične depresivne klinične slike (Rich in sod., 1989). Bežni depresivni simptomi so lahko prisotni tudi pri pacientih, ki imajo le DVMO in so brez klinično izraženih motenj razpoloženja (v povprečju imajo 4,1 depresivnega simptoma), kar se odraža v samomorilnih poskusih kot odzivih na nenadne, kratke intenzivne depresivne epizode, ki trajajo manj kot 15 dni in so torej brez klinično prepoznavne depresivne motnje (Hasin in sod., 1988).

Zgodnje težave pri socialni in okoljski integraciji (npr. posvojitve, bivanje v prevzgojnih zavodih), hiperaktivnost z motnjami pozornosti v otroštvu in mladostništvu, pozitivna družinska anamneza za depresivno motnjo, samomor in SOA povečujejo tveganje za samomor pri mlajših osebah s SOH, še posebej ob prisotnosti destruktivnega vedenja (Marzuk, Mann, 1988; Renaud in sod., 1999;

Stimmel in sod., 1983b). Dodatne dejavnike tveganja za samomor pri osebah s SOH predstavljajo kombinirana raba PAS, še posebej sedativi, hipnotiki in alkohol, ki povzročata dezinhibicijo vedenja, avtoagresivne impulze in/ali potencirajo nevrodepresivne učinke heroina (Flower in sod., 1986; Stimmel in sod., 1983b; Marzuk, Mann, 1988). Avtorji sandiegoske raziskave so poročali, da je oseba s SOH, ki je storila samomor, v povprečju zaužila 3,6 PAS, v 84 % primerov alkohol, heroin, zdravila (Flower in sod., 1986).

Suicidalna ideacija je lahko prisotna tudi pri osebah s SOH, ki nimajo depresivne motnje, in predstavlja tveganje za samomor v povezavi s sočasno rabo PAS, stopnjo socialne neprilagojenosti in pomanjkanjem družinske podpore (Mino in sod., 1999). S sočasno rabo PAS je tveganje za samomor nižje v primeru rabe kanabinoidov in halucinogenov v primerjavi s kombinirano sočasno rabo alkohola, heroina, kokaina in tobaka (Cornelius in sod., 1998; Tondo in sod., 1999).

Dejavniki tveganja za samomor se pri osebah s SOH razlikujejo glede na spol. Pri ženskah se pogosteje pojavljajo: zloraba zdravil, mejna osebnostna motnja (angl. *border line*), predhodni poskusi samomora, iznašanje samomorilnih nomenov. Pogosto se duševna motnja pojavlja pred SOH (Pirkola in sod., 1999).

Glede na tipologijo motenj razpoloženja, v povezavi s tveganjem za samomor pri osebah s SOH, je v splošnem možno trditi, da je pri osebah z bipolarno motnjo, še posebej če ni prisotnih mešanih simptomov, tveganje za samomor nižje, tveganje za rabo PAS pa visoko, medtem ko je tveganje za samomor visoko pri osebah z depresijo in pri disforičnih kliničnih slikah (brez bipolarnе motnje, bipolarna motnja, mešana slika) (Tondo in sod., 1999).

6 ZDRAVLJENJE MOTENJ RAZPOLOŽENJA PRI OSEBAH S SOH

Zdravljenje motenj razpoloženja pri osebah s SOH poteka podobno kot pri drugih pacientih z motnjami razpoloženja z nekaterimi posebnostmi in prilagoditvami. Zdravljenje depresivne motnje zmanjša tveganje za samomor pri osebah z zlorabo PAS (Grant, Hasin, 1999). Pri osebah, ki imajo SOH in motnje razpoloženja, samo z zdravljenjem z antidepresivi v depresivni fazi ali samo z zdravljenjem s stabilizatorji razpoloženja ne moremo doseči remisije SOH, s sočasnim zdravljenjem z agonisti opioidov pa lahko zmanjšujemo intenzivnost psihopatoloških simptomov (Maremmanni, Maremmanni, 2019).

V primeru suicidalnega vedenja in/ali suicidalne ideacije je potrebno takojšnje zdravljenje v psihiatrični bolnišnici. Spremembe razpoloženjske lege v povezavi

z zlorabo alkohola ali depresivne motnje predstavljajo pomembne napovedne dejavnike za samomor (Maremmani, Maremmani, 2019).

V primerih motenj razpoloženja pri osebah s SOH (ali drugih DVMO) naj bi se vsi zdravniki izogibali predpisovanju zdravil z visokim tveganjem za zlorabo in upoštevali farmakološke interakcije z drugimi psihotropnimi snovmi (npr. benzodiazepini) (Maremmani in sod., 2013b; Maremmani in sod., 2014a; Maremmani in sod., 2014b; Maremmani, Maremmani, 2019). V primerih oseb z DVMO, ko še ni prisoten SOH, se je smiselno izogibati predpisovanju benzodiazepinov s hitrim delovanjem (npr. diazepam, alprazolam), benzodiazepine s počasnim delovanjem (npr. oksazepam, klonazepam) predpisujemo le pri izbranih pacientih in pod zdravniškim nadzorom, pri osebah, ki so odvisne od benzodiazepinov, pa predpisujemo le klonazepam zaradi nizke adiktibilne moči, dolgodelujočega učinka in moči (Griffiths in sod., 1984; Sellers in sod., 1993; Maremmani in sod., 2013b; Maremmani in sod., 2014a; Maremmani in sod., 2014b; Maremmani, Maremmani, 2019).

V tabeli 2 so predstavljeni napotki in priporočila za zdravljenje pacientov s SOH in pridruženimi motnjami razpoloženja.

Tabela 2: Napotki in priporočila za nevropsihofarmakološko zdravljenje pridruženih motenj razpoloženja pri osebah s SOH

Agonisti opioidov imajo v ustreznih terapevtskih odmerkih tudi antidepresiven učinek (npr. buprenorfin).

Antidepresivi (še posebej inhibitorji ponovnega privzema serotonina – v nadaljevanju SSRI) zvišujejo serumske koncentracije opioidnih agonistov (več metadona, manj buprenorfina). Pri uporabi SSRI v primeru indukcije z metadonom je potrebna previdnost. Pri detoksikaciji z metadonom se SSRI odsvetuje.

Med manično fazo se craving za PAS zviša. Stabilizatorji razpoloženja nimajo učinka zmanjševanja cravinga za opiate. Odsvetujejo se antidepresivi, ki lahko povzročijo switch 'obrat faze'. V depresivnih fazah se svetujejo antidepresivi, kot so fluoksetin ali sertralin, skupaj s stabilizatorji razpoloženja (npr. valproat).

Pri pacientih, ki zlorabljajo stimulanse zaradi kardiovaskularnih tveganj, se je treba izogibati inhibitorjem monoaminooksidaze.

Tudi v akutnih fazah pri osebah s toleranco na opiate zaradi visokega tveganja za razvoj odvisnosti se je treba izogibati benzodiazepinom. Za zdravljenje anksioznih motenj pri SOH se uporabljajo antidepresivi SSRI ali triciklični sedativi. Za nespečnost so na voljo triciklični sedativi, kvetiapin v nizkih odmerkih ali trazodon.

Za sindrom reward deficit se uporabljajo dopaminergični antidepresivi. Oceniti je treba možnost uporabe trazodona.

Upoštevati je treba problematiko odtegnitve pri tricikličnih antidepresivih.

Vir: Anglin in sod., 1989; Ball, Ross, 1991; Barglow in sod., 1992; Kleber, 1989; Kleber in sod.,

1983; Griffiths in sod., 1984; Sellers in sod., 1993; Stimmel in sod., 1983a; Maremmani in sod., 2013b; Maremmani in sod., 2014a; Maremmani in sod., 2014b; Maremmani, Maremmani, 2019; Woody in sod., 1984

Literatura

- Abbott PJ, Weller SB, Walker SR. Psychiatric disorders of opioid addicts entering treatment: Preliminary data. *J Addict Dis.* 1994; 13: 1–11.
- Anglin MD, Almong U, Fisher DG, et al. Alcohol use by heroin addicts: Evidence for an inverse relationship: A study of methadone maintenance in drug-free treatment samples. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 1989; 15: 191–207.
- Ball JC, Ross A. Follow-up study of 105 patients who left treatment. In: Ball JC, Ross A, eds. *The effectiveness of methadone maintenance treatment.* New York: Springer-Verlag, 1991: 176–187.
- Barglow P, Kotun J, Dunteman GH, et al. Methadone in cocaine. *Hosp Community Psychiatry.* 1992; 43: 1245–1246.
- Barraclough B, Bunch J, Nelson B. A hundred cases of suicide: Clinical aspects. *Br J Psychiatry.* 1974; 25: 350–355.
- Bela GLA, Folke J, Von Knorring L in sod. Endorphins in chronic pain. Differences in csf endorphine level between organic in psychogenic pain syndrome. *Pain.* 1978; 5: 153–162.
- Bewley TH, Ben-Arie O, James JP. Morbidity in mortality from heroin dependence. *Br Med J.* 1968; 1: 720–725.
- Brady KT, Lydiard RB. Bipolar affective disorder in substance abuse. *J Clin Pharmacol.* 1992; 12: 17–22.
- Brady KT, Sonne SC. The relationship between substance abuse in bipolar disorder. *J Clin Psychiatry.* 1995; 56: 19–24.
- Brienza RS, Stein MD, Chen M, et al. Depression among needle exchange program in methadone maintenance client. *J Subst Abuse Treat.* 2000; 18: 331–337.
- Chen CC, Tsai SY, Su LW, et al. Psychiatric co-morbidity among male heroin addicts: Differences between hospital incarcerated subjects in Taiwan. *Addiction.* 1999; 94: 825–832.
- Clerici M, Capitanio C, Garini R, et al. Tossicodipendenza ed interventi psicoterapeutici: Il profilo psicopatologico del tossicodipendente da eroina. *Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria.* 1987; 48: 546–559.
- Cocores JA, Pete MD, Gold MS, et al. Cocaine abuse, attention deficit disorder, in bipolar patients. *J Nerv Ment Dis.* 1987; 175: 431–432.
- Cornelius JR, Thase ME, Salloum IM, et al. Cocaine use associated with increased suicidal behaviour in depressed alcoholics. *Addict Behav.* 1998; 23: 119–121.
- Darke S, Swift W, Hall W. Prevalence, severity in correlates of psychological morbidity among methadone maintenance clients. *Addiction.* 1994; 89: 211–217.
- Dorpat T, Woodhall K. A study of suicide in the seattle area. *Compr Psychiatry.* 1960; 1: 340–349.

- Dorus W, Senay EC. Depression demographic dimensions, in drug abuse. *Am J Psychiatry*. 1980; 137: 669–704.
- Flower RC, Rich CL, Young D. San Diego suicide study: II. Substance abuse in young cases. *Arch Gen Psychiatry*. 1986; 43: 960–962.
- Galanter M, Castaneda R. Self-destructive behaviour in the substance abuser. *Psychiatr Clin North Am*. 1985; 8: 250–251.
- Goldberg JF, Garno JL, Portera L, et al. Correlates of suicidal ideation in dysphoric mania. *J Affect Disord*. 1999; 56: 75–81.
- Grant BF, Hasin OS. Suicidal ideation among the united states drinking population: Results from national longitudinal alcohol epidemiologic survey. *J Stud Alcohol*. 1999; 60: 422–429.
- Griffiths RR, Mcleod DR, Bigelow GE, et al. Comparison of diazepam in oxazepam: Preference, liking in extent of abuse. *J Pharmacol Exp Ther*. 1984; 229: 501–508.
- Grove WM, Eckert ED, Heston L, et al. Heritability of substance abuse in antisocial behavior: A study of monozygotic twins reared apart. *Biol Psychiatry*. 1990; 27: 1293–1304.
- Hasin D, Grant B, Endicott J. Treated in untreated suicide attempts in substance abuse patients. *J Nerv Ment Dis*. 1988; 176: 289–293.
- Hendriks WJ. Use of multifamily counseling groups in treatment of male narcotics addicts. *Int J Group Psychother*. 1971; 21: 34–90.
- Himmelhoch JM, Mulla D, Neil JF, et al. Incidence in significance of mixed affective states in a bipolar population. *Arch Gen Psychiatry*. 1976; 33: 1062–1067.
- Humeniuk R, Ali R, White J, et al. Proceedings of the expert workshop on induction in stabilisation of patients on to methadone. Adelaide: NIDA; 2000.
- Jainchill N, De Leon G, Pinkham L. Psychiatric diagnosis among substance abusers in therapeutic community treatment. *J Psychoactive Drugs*. 1986; 18(3): 209–213.
- Kendler KS, Gardner COJ. Twin studies of adult psychiatric in substance dependence disorders: Are they biased by differences in the environmental experiences of monozygotic in dizygotic twins in childhood in adolescence? *Psychol Med*. 1998; 28: 625–633.
- Khantzian EJ. Psychoterapeutic interventions with substance abusers: The clinical context. *J Subst Abuse Treat*. 1985; 2: 83–88.
- Khantzian EJ, Treece C. DSM-III psychiatric diagnosis of narcotic addicts: Recent findings. *Arch Gen Psychiatry*. 1985; 42: 1067–1077.
- Khantzian EJ, Treece CD. Heroin addiction: The diagnostic dilemma for psychiatry. In: *Psychiatric factors in drug abuse*. New York: Grune in Stratton; 1979: 21–45.
- Kleber GE. Treatment of drug dependence: What works. *Int Rev Psychiatry*. 1989; 1: 81–100.
- Kleber HD, Weissman MM, Rounsaville BJ, et al. Irniprarnine as treatment for depression in opiate addicts. *Arch Gen Psychiatry*. 1983; 40: 649–653.
- Krausz M, Verthein U, Degkewitz P, et al. Maintenance treatment of opiate addicts in Germany with medications containing codeine: Results of follow-up study. *Addiction*. 1998; 93: 1161–1167.

- Lehman WX, De Angelis GC. Adolescents, methadone, in psychoterapeutic agents. Proceedings of the fourth national conference on methadone treatment. New York: National Association for the Prevention of the Addiction to Narcotics. 1972; 95–104.
- Maremmani AGI, Bacciardi S, Rugani F, et al. Outcomes of clonazepam maintained benzodiazepine-heroin addicted patients during methadone maintenance: A descriptive case series. *Heroin Addict Relat Clin Probl.* 2014a; 16: 55–64.
- Maremmani AGI, Bacciardi S, Rugani F, et al. Is it possible to treat heroin addicts with severe comorbid benzodiazepines addiction combining enhanced methadone maintenance in clonazepam maintenance treatments? *Heroin Addict Relat Clin Probl.* 2014b; 16: 15–24.
- Maremmani AGI, Maremmani I. Disturbi dell'umore in pazienti con uso di oppiacei: aspetti clinici e terapeutici. In: Maremmani I. 169–177. 2019 [v tisku].
- Maremmani AGI, Rovai L, Rugani F, et al. Clonazepam as agonist substitution treatment for benzodiazepine dependence: A case report. *Case Rep Psychiatry.* 2013b; Article ID 367594: 1–4.
- Maremmani I, Capone MR, Aglietti M, et al. Heroin dependence in bipolar disorders. *New Trends Exp Clin Psychiat.* 1994; X: 179–182.
- Maremmani I, Maremmani AGI, Rugani F, et al. Clinical presentations of substance abuse in bipolar heroin addicts at time of treatment entry. *Ann Gen Psychiatry.* 2012; 11.
- Marzuk PM, Mann JJ. Suicide in substance abuse. *Psychiatric Annals.* 1988; 18: 630–639.
- Mason BJ, Kocsis JH, Melia D, et al. Psychiatric comorbidity in methadone maintained patients. *J Addict Dis.* 1998; 17: 75–89.
- McLellan AT, Luborsky L, O'brien CP, et al. An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients: The addiction severity index. *J Nerv Ment Dis.* 1980; 168: 26–33.
- Miles CP. Conditions predisposing to suicide: A review. *J Nerv Ment Dis.* 1977; 164: 230–231.
- Mino A, Bousquet A, Broers B. Substance abuse in drug related death, suicidal ideation in suicide: A review. *Crisis.* 1999; 20: 28–35.
- Mintz J, O'brien CP, Woody GE, et al. Depression in treated narcotic addicts, ex addicts, non addicts, in suicide attempters: Validation of a very brief depression scale. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 1979; 6: 385–396.
- Mirin SM, Weiss R, Michael J, et al. Psychopathology in substance abusers: Diagnosis in treatment. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 1988; 14: 139–157.
- Mirin SM, Weiss RD. Psychiatric comorbidity in drug/alcohol addiction. In: Miller NS, ed. *Comprehensive handbook of drug in alcohol addiction.* White Plains. New York: Merce Dekker Jnc. 1991, 65–77.
- Mirin SR, Meyer RE, Mcnamee B. Psychopathology in mood duration in heroin use: Acute in chronic effects. *Arch Gen Psychiatry.* 1976; 33: 1503–1508.
- Murphy JM, Waller MB, Gatto G. Effects of fluoxetina on the intragastric self-administration of ethanol in the alcohol preferring p line of rats. *Alcohol.* 1988; 5: 283–286.
- Pickens RW, Svikis DS, Mogue M, et al. Heterogeneity in the inheritance of alcoholism: A study of male in female twins. *Arch Gen Psychiatry.* 1991; 48: 19–28.

- Pilowsky I, Katsikitis M. Depressive illness in dependency. *Acta Psychiatr Scin.* 1983; 68: 11–14.
- Pirkola SP, Isometsa ET, Heikkinen ME, et al. Female psychoactive substance dependent suicide victims differ from male-results from a nationwide psychological autopsy study. *Compr Psychiatry.* 1999; 40: 101–107.
- Renaud J, Brent DA, Birmaher B, et al. Suicide in adolescents with disruptive disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1999; 38: 846–851.
- Rich CL, Fowler RC, Fogarthy LA. The s. Diego suicide study: lii relationship between diagnosis in stressors. *Arch Gen Psychiatry.* 1988; 45: 580–589.
- Rich CL, Fowler RC, Young D. Substance abuse in suicide: The s. Diego study. *Ann Clin Psychiatry.* 1989; 1: 70–79.
- Rich CL, Young D, Fowler RC. The s. Diego suicide study: Young vs old subjects. *Arch Gen Psychiatry.* 1986; 43: 570–577.
- Robins PR. Depres ion in drug addiction. *Psychoanal Q.* 1974; 48: 375–386.
- Ross HE, Glasser FB, Germanson T. The prevalence of psychiatric disorders in patients with alcohol in other drug problem. *Arch Gen Psychiatry.* 1988; 45: 1023–1032.
- Rottanburg D, Robins AH, Oved B, et al. Cannabis – associated psychosis with hypomanic features. *Lancet.* 1982; 18: 1364–1366.
- Rounsaville BJ. Epidemiology of drug use in abuse in adults. In: Cavenar JO, ed. *Psychiatry.* New York: Basic Books Inc, 1985, 137–143.
- Rounsaville BJ, Rosenberger PH, Wilber CH, et al. A comparison of the SAD/RDC in the DSM-III, diagnosing drug abusers. *J Nerv Ment Dis.* 1980; 168: 90–97.
- Rounsaville BJ, Weissman MM, Crits-Christoph K, et al. Diagnosis in symptoms of depression in opiate addicts. Course in relationship to treatment outcome. *Arch Gen Psychiatry.* 1982b; 39: 151–156.
- Rounsaville BJ, Weissman MM, Crits-Christoph K, et al. Diagnosis in symptoms of depression in opiate addicts: Course in relationship to treatment outcome. *Arch Gen Psychiatry.* 1982c; 39: 156–161.
- Rounsaville BJ, Weissman MM, Kleber H, et al. Heterogeneity of psychiatric diagnosis in treated opiate addicts. *Arch Gen Psychiatry.* 1982č; 39: 161–166.
- Rounsaville BJ, Weissman MM, Kleber HD. An evaluation of depression in opiate addicts. *Research Communication in Mental health.* 1983; 3: 257–289.
- Rounsaville BJ, Weissman MM, Rosenberger PH, et al. Detecting depressive disorders in drug abusers: A comparison of screening instruments. *J Affect Disord.* 1979; 1: 255–267.
- Sellers EM, Ciraulo DA, Dupont RL, et al. Alprazolam in benzodiazepine dependence. *J Clin Psychiatry.* 1993; 54(10): 64–75.
- Shaw BF, Steer RA, Beck AT, et al. Structure of depression in heroin addicts. *Br J Addict.* 1979; 74: 295–303.
- Sherwood Brown E, Suppes T, Adinoff B, et al. Drug abuse in bipolar disorder: Comorbidity or misdiagnosis? *J Affect Disord.* 2001; 65: 105–115.
- Steer RA, Kotzer E. Affective changes in male in female methadone patients. *Drug Alcohol Depend.* 1980; 5: 115–122.

- Stimmel B, Cohen M, Sturiano V, et al. Is treatment for alcoholism effective in persons on methadone maintenance? *Am J Psychiatry*. 1983a; 140: 862–866.
- Stimmel B, Goldberg J, Murphy R. Fetal outcome in narcotic dependent women: The importance of the type of maternal narcotic used. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 1983b; 9: 373–395.
- Strakowski SM, Del Bello MP, Fleck DE, et al. The impact of substance abuse on the course of bipolar disorder. *Biol Psychiatry*. 2000; 48: 477–485.
- Tondo L, Baldessarini RJ, Hennen J, et al. Suicide attempts in major affective disorder patients with comorbid substance use disorders. *J Clin Psychiatry*. 1999; 60: 63–69.
- United Nations Office on Drugs in Crime. World drug report. New York: United Nations Office on Drugs in Crime. United Nations Publication, Vienna, Austria; 2019.
- Vaillant GE. A twelve-year follow-up of new york narcotic addicts, iv: Some characteristics in determinants of abstinence. *Am J Psychiatry*. 1966; 123: 575–585.
- Volkow ND, Fowler JS, Wolf AP, et al. Changes in brain glucose metabolism in cocaine dependence in withdrawal. *Am J Psychiatry*. 1991; 148: 621–626.
- Von Limbeek J, Wouters L, Kaplan CD, et al. Prevalence of psychopathology in drug-addicted dutch. *J Subst Abuse Treat*. 1992; 9: 43–52.
- Ward NG, Schuckit M. Factors associated with suicidal behavior in polydrug abusers. *J Clin Psychiatry*. 1980; 41: 370–379.
- Weiss RD, Mirin SM, Michael JL, et al. Psychopathology in chronic cocaine abusers. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 1986a; 12: 17–29.
- Weissman MM, Slobetz F, Prusoff BA, et al. Clinical depression among narcotic addicts maintained on methadone in the community. *Am J Psychiatry*. 1976; 133: 1434–1438.
- Wilens TE, Biederman J, Mick E, et al. Adhd is associated with early onset substance use disorders. *J Nerv Ment Dis*. 1997; 185: 475–482.
- Winokur G, Coryell W, Akiskal, HS, et al. Alcoholism in manic-depressive (bipolar) illness: Familial illness, course of illness in the primary- secondary distinction. *Am J Psychiatry*. 1995; 152: 365–372.
- Woody GE, Blaine JD. Depression in narcotic addicts: Quite possibly more than a chance association. In: Dupont RL, Goldstein A, O'donnell J, eds. *Handbook on drug abuse*. National Institute on Drug Abuse Pub. No.277-286. Washington, D.C.: US Govt. Print. Off, 1979.
- Woody GE, McLellan AT, Luborsky L, et al. Psychiatric severity as a predictor of benefits from psychotherapy: The penn-va study. *Am J Psychiatry*. 1984; 141: 1172–1177.

DUŠEVNO ZDRAVJE V KONTEKSTU SODOBNIH MIGRACIJ

Sanja Cukut Krilić¹

POVZETEK

Z naraščajočim pomenom in vedno večjo raznolikostjo mednarodnih migracij narašča tudi potreba po bolj prilagojeni obravnavi migrantk_ov in etničnih manjšin v okviru strokovnih služb na področju duševnega zdravja in hkrati po povečevanju dostopnosti tovrstnih služb. Besedilo sprva predstavi temeljne dejavnike, ki na raznolike in pogosto kontradiktorne načine vplivajo na pojavnost duševnih motenj pri migrantkah_ih. Utemeljeno je v podmeni, da moramo pri razumevanju nastanka tovrstnih motenj upoštevati individualne osebnostne značilnosti in okoliščine migracije posameznih migrantk_ov, prav tako pa ekonomske, kulturne in politične okoliščine in neenakosti (npr. po spolu, ekonomskem statusu, starosti, spolni orientaciji, religiji itn.) tako v državah, iz katerih prihajajo migrantke_ti, kot tudi v državah, v katere se priseljujejo. Posledično prispevek utemeljuje nujnost kulturno obveščenega pristopa k obravnavi duševnih motenj in poda nekaj izhodišč za uveljavitev tovrstnega pristopa v raziskovalnih in strokovnih prizadevanjih na področju duševnega zdravja.

Ključne besede: migracije, duševno zdravje, duševna bolezen, begunke_ci, migrantke_ti

1. Doktorica sociologije, univerzitetno diplomirana sociologinja, znanstvena sodelavka; ZRC SAZU, Družbenomedicinski inštitut, Novi trg 2, 1000 Ljubljana
E-naslov: sanja.cukut@zrc-sazu.si

1 UVOD

Sodobne Evrope ne utemeljuje le združitev nacionalnih držav, temveč tudi naraščajoča prisotnost mednarodnih migrantk_ov (Merrill, 2006). Stephen Castles in Mark Miller (1998) kot temeljne značilnosti sodobnih migracij navajata njihovo globalizacijo, vedno večje število, povečevanje njihove raznolikosti, feminizacijo in politizacijo. Globalizacija migracij pomeni, da je vedno več držav pod pomembnim vplivom migracijskih gibanj, hkrati pa se povečuje tudi raznolikost izvornih držav, kar pomeni, da se tudi migrantke_ti, ki prihajajo v nove družbe, med seboj vedno bolj razlikujejo.

V tem oziru gotovo ni presenetljivo, da se zlasti v zadnjih desetletjih tako med strokovnjakinjami_i na področju duševnega zdravja kot tudi med oblikovalkami_ci politik pojavlja vprašanje, kako službe in storitve na področju duševnega zdravja prilagoditi tudi migrantkam_om in/ali etničnim manjšinam. Pri tovrstnih prizadevanjih se kot ključni tematiki izpostavljata problematika dostopa do tovrstnih storitev, njihova kvaliteta oz. prilagojenost izkustvu in doživljanju teh družbenih skupin. Tematiko migracij, duševnega zdravja in pomena nudenja celostne in integrirane psihosocialne podpore migrantkam_om in še posebej begunkam_cem kot posebej ranljivi skupini so kot eno od pomembnih področij izpostavile tudi mednarodne organizacije tako na področju migracij kot tudi zdravja, kot so WHO (Svetovna zdravstvena organizacija), IOM (Mednarodna organizacija za migracije) in UNHCR (Visoki komisariat Združenih narodov za begunce) (Mental health and psychosocial Support for Refugees, Asylum-seekers and Migrants on the Move in Europe, 2015).

Zaradi kompleksnosti tematike, ki zagotovo ne naslavlja le migrantk_ov kot za duševne motnje domnevno bolj ranljivo in dovzetno skupino prebivalstva, temveč v enaki meri tudi sociopolitični in ekonomski kontekst sodobnih družb tako izseljevanja kot tudi priseljevanja, ki lahko pomembno vpliva na doživljanje duševnih stisk in motenj, pričujoče besedilo nima ambicije odgovoriti na vprašanje, ali in v kakšni smeri izkušnja migracije vpliva na incidenco duševnih bolezni med migrantkami_ti. Namen je precej skromnejši: pokazati na pogosto kontradiktorne učinke migracije na osebe, ki se znajdejo v raznolikih osebnih in družbenih okoliščinah. Tovrstno prizadevanje je že nekaj desetletij del raziškovalnega delovanja zlasti kulturnih psihiatrov in medicinskih antropologov. V tem smislu prispevek poleg premisleka o migracijah in duševnem zdravju ponuja tudi razmislek o globalni politiki na področju duševnega zdravja.

2 IZKUŠNJE MIGRACIJE IN DUŠEVNO ZDRAVJE

Poenostavljeno lahko pri proučevanju vpliva migracij na duševno zdravje govorimo o treh fazah: fazi pred migracijo, o samemu procesu migracije in obdobju po migraciji, četudi se v vsakdanjem življenju le-te neizogibno prekrivajo (Bhugra in Gupta, 2010; Palmer in Ward, 2007). Vplivi migracije na duševno zdravje so rezultat součinkovanja kompleksnih socialnih, ekonomskih, psiholoških, fizičnih in kulturnih dejavnikov, ki lahko vplivajo na sam proces migracije, prav tako pa na razloge zanjo, četudi je vzročno povezavo težko dokazati (Bhugra in Gupta, 2010; Dein in Bhui, 2013).

Dejavniki pred migracijo lahko obsegajo nagnjenost k duševnim motnjam in določene osebnostne poteze, ki se jim priključijo dejavniki ranljivosti (npr. porodna travma in težke izkušnje v zgodnjem otroštvu). Ti lahko povečajo dovzetnost za duševno motnjo v poznejšem življenju in določajo tudi percepcijo in spoprijemanje z izkušnjo tako migracije kot tudi umeščanja v novo družbo. Dejavniki tveganja pred migracijo so tudi življenjski pogoji v državi izvora, med drugim različne oblike nasilja, vojna in mučenje (Lindert in sod., 2008). Pomembno je lahko neskladje kulturnega in socioekonomskega statusa pred migracijo in po njej. Nizek socioekonomski status je namreč po ugotovitvah večine raziskav dejavnik tveganja za slabše duševno zdravje tako med migrantkami_tj kot tudi med »domačim« prebivalstvom (Bhugra in Gupta, 2010; Lindert, 2010). Migracija pogosto vključuje serijo izgub, npr. družine in »znane« družbe, ki so lahko čustvene, a tudi strukturalne. Izgubi se lahko jezik, zlasti pogovorni in narečni, spremenijo se stališča, vrednote, družbene strukture in podporne mreže, pravni status migrantk_ov v novi družbi pa je pogosto negotov (Bäärnhielm in sod., 2017; Bhugra, 2004; Bhugra in Gupta, 2010). Posebno težavo predstavlja jezik, zlasti ko gre za kulturno posredovan in določen govor o stiskah in simptomih, saj prevod nikoli ni le prevod, temveč interaktivni dinamični medij (Bhugra in Gupta, 2010). Četudi imajo lahko migrantke_tj dostop do zdravstvenega varstva in jim je zagotovljeno načelo enake obravnave znotraj zdravstvenega sistema, tovrstne ovire, ki se jim pridružuje diskriminacija na ravni vsakodnevnega življenja, in pogosto neustrezna obravnava na strani zdravstvenih delavk_cev, ki tudi sami čutijo negotovost pri delu z domnevno »kulturno različnimi« skupinami prebivalstva, pogosto povzročijo, da migrantke_tj v manjši meri, kot to velja za »lokalno prebivalstvo«, uporabljajo storitve na področju (duševnega) zdravlja (Lindert in sod., 2008). Nekateri raziskovalci so opozorili tudi na pomen spiritualnih oz. religijskih razlag duševnih stanj kot prevladujočih načinov razumevanja duševnega stanja posameznic_kov iz določenih etničnih skupin in na prisotnost kompleksnih sistemov teorije in klinične prakse v okviru zdravstvenih

sistemov, ki niso del »zahodne medicine«, a so za nekatere posameznice_ke še kako relevantni (Dein in Bhui, 2013).

Težavo predstavlja tudi pomanjkanje podatkov, zlasti kvantitativnih epidemioloških podatkov, o (duševnem) zdravju migrantk_ov, vključujoč pomanjkanje podatkov, ki bi diferencirali med osebami s slabšim oz. boljšim ekonomskim statusom (Dein in Bhui, 2013). Nezanemarljiva v tem oziru je tudi ugotovitev Linderta in sodelavcev (2008), da psihometrični instrumenti, ki jih raziskovalke_ci pogosto uporabljajo v študijah duševnega zdravja migrantk_ov, pogosto niso kulturno validirani in da prevodi, ki so na voljo, niso testirani med kulturnimi in jezikovnimi skupinami, za katere so bili pripravljani. Ne nazadnje je potreben tudi premislek o prevladujočih »zahodnih« kategorijah bolezni in simptomatike, ki so večinoma uporabljeni v tovrstnih inštrumentih (Lindert in sod., 2008).

Posebno pozornost velja posvetiti tudi nekaterim specifičnim skupinam migrantk_ov. Med najranljivejšimi skupinami so gotovo begunke_ci, saj prisilne migracije pogosto niso načrtovane in so povezane z različnimi oblikami travme, negotovosti, strahu in izgube tako v državi izvora kot tudi med samo potjo, negotovim pravnim in migracijskim statusom in izgubo socialnih mrež, pogosto tudi primarne družine. Tovrstnim dejavnikom tveganja se pridružujejo različne oblike diskriminacije v državi preselitve in odklonilen odnos lokalnega prebivalstva, neustreznost zdravstvene oskrbe, slabi življenjski pogoji, pogosto v segregiranih begunskih in azilnih centrih, in omejene možnosti zaposlitve in izobraževanja (Bäärnhielm in sod., 2017; Bhugra in Gupta, 2010; Slobodin in sod., 2018). Prav zaradi specifičnosti begunske izkušnje ni presenetljivo, da so pri tej skupini najpogosteje postavljene diagnoze tesnobnih in depresivnih motenj, kot so posttravmatska stresna motnja in huda depresija, ki odražajo doživete travme in izgube (Bhugra in Gupta, 2010). V tem oziru nekateri opozarjajo tudi na nevarnosti razlaganja klinično pomembnih simptomov in motenj kot zgolj posledice travme, kar lahko vodi v neustrezne in pomanjkljive odzive strokovnih služb (Bhugra in Gupta, 2010). Povedna v tem oziru je ugotovitev preliminarne raziskave med prosilci za azil na Nizozemskem, ki je ugotovila, da so bile težave v duševnem zdravju med prosilci za azil pogosteje povezane s stresorji po migraciji (negotovost, nemoč in frustracija zaradi azilnega postopka) kot s preteklimi travmatskimi izkušnjami, kar so potrdile tudi nekatere prejšnje raziskave na to temo (Slobodin in sod., 2018), četudi so bile tovrstne študije praviloma lokalno omejene in manjšega obsega v smislu vzorčenja.

Za stare migrantke_te se dejavniki tveganja za pojavnost duševnih stisk lahko negativen odnos družbe do starih (angl. *ageism*), omejen dostop do zdravstvenih in socialnih storitev, razlike med spoloma in težave v komunikaciji,

zlasti ko gre za dementna in depresivna stanja, ki v nekaterih družbah nimajo terminološko primerljivega izraza, saj se tovrstne težave praviloma somatizirajo (Bhugra in Gupta, 2010). Za posameznice_ke LGBT sta prav homofobija in/ali nedostopnost medicinskih in kirurških intervencij za spremembo spola v državi izvora lahko eden od pomembnih dejavnikov pri odločitvi za migracijo in v tem smislu »varovalni« dejavnik duševnega zdravja, po drugi strani pa jih lahko negativen odnos do spolnih manjšin v državi priselitve skupaj z dejavniki, kot so migrantski in manjšinski status, starost, spol in religijska pripadnost, dodatno ogrožajo (Bhugra in Gupta, 2010). Nezanemarljive niso niti spremembe v vlogah med spoloma in neskladja v pričakovanjih o družbeno sprejemljivem vedenju za posamezen spol med državo izvora in državo priselitve, ki se lahko kažejo zlasti v stališčih do dela žensk izven gospodinjstva in spremembah podpornih mrež na prehodu iz razširjenih v naraščajoče jedrne oblike družine (Bhugra in Gupta, 2010). Posebej ogrožena skupina so zaradi ne vključenosti v sistem zdravstvenega varstva in nezakonitega migracijskega statusa v državi preselitve nedokumentirane_i migrantke_ti, ki imajo zaradi svojega statusa še dodatno omejene možnosti za geografsko in socialno mobilnost (Paat in Green, 2017).

Iz shematičnega prikaza nekaterih dejavnikov tveganja za pojavnost duševnih motenj pri migrantkah_ih lahko izluščimo dejavnike, ki niso povezani le z individualnimi in osebnostnimi značilnostmi migrantk_ov, temveč tudi z njihovim položajem npr. znotraj blaginjskih sistemov gostujočih držav, položajem na trgu dela in v izobraževalnem sistemu, dostopnostjo in primernostjo socialnih in zdravstvenih storitev in navsezadnje tudi umeščenostjo v lokalne mreže pomenov simptomatike, prepoznave in obravnave duševnih stisk.

3 ZAKAJ KULTURNA PSIHIATRIJA?

Od 50. letih 20. stoletja, ko se je oblikovala t. i. (trans)kulturalna psihiatrija, se je zlasti med antropologi in kulturnimi psihiatri razvilo zavedanje, da se morajo reakcije na izkušnjo migracije, enako kot to velja za druge življenjske izkušnje, ki so med strokovnjaki prepoznane kot dejavnik tveganja za razvoj duševnih motenj, kontekstualizirati (Bhugra in Gupta, 2010; Ingleby, 2005; Kirmayer in sod., 2015).² Prvi sistematični poskusi raziskovanja zdravja na globalni ravni in oblikovanja globalne politike na področju zdravja so imeli dokaj univerzalistična izhodišča: zahodne kategorije bolezni in oblike zdravljenja naj bi bile relevantne

2. V pričujoči publikaciji tematiko podrobneje predstavlja prispevek Duške Knežević Hočvar: Prispevek antropologije h kulturno obveščeni psihiatriji.

za vse države, v najslabšem primeru naj bi pri njihovem prenosu šlo za ustrezen »prevod« domnevno univerzalnih konceptov bolezni in zdravljenja v različne kulturne idiome. V skladu s tedaj prevladujočim asimilacijskim pristopom migracijske politike naj bi se tudi migrantke_t_i dokaj neproblematično prilagodile_i tovrstnemu »zahodnemu« medicinskemu modelu (Ingleby, 2005). Prizadevanja medicinskih antropologinj_ov za oblikovanje t. i. antropološke psihiatrije, ki je poudarjala kulturno ustrezno nudenje storitev in prinesla zavedanje, da enaka obravnava za vse lahko pomeni neustrezno obravnavo, so privedla k oblikovanju t. i. multikulturnega modela skrbi (Ingleby, 2005). Ne glede na to pa je bila kulturna občutljivost v praktičnih modelih pogosto razumljena zgolj kot prilagoditev nudenja storitev kulturnim značilnostim določenih etničnih skupin, četudi je zagotovo vprašljivo, ali te skupine obstajajo kot kulturno homogene kategorije (Ingleby, 2005; Kirmayer, 2012). Povečevanje kulturnih kompetenc v zdravstvu bi posledično, kot je zapisal Kirmayer (2012), pomenilo, da so storitve zdravstvenega varstva dostopnejše, primernejše in učinkovitejše tudi za osebe iz različnih kulturnih in etničnih skupin in da so zdravstveni delavci vedno bolj kompetentni za obravnavo pacientov iz tovrstnih skupin. Alternativni koncepti, kot so kulturna varnost (Papps in Ramsden v Kirmayer, 2012) in strukturalne kompetence (Metzl in Hansen, 2014), v večji meri kot razvijanje kompetenc poudarjajo socialne, politične in ekonomske okoliščine, ki oblikujejo razlike v družbeni moči in neenakosti v zdravju in zdravstveni obravnavi. V tem oziru se analiza kulturne razlike ne osredotoča na stereotipne portrete pacientkinega_ovega »etničnega in kulturnega ozadja«, temveč v večji meri na družbeno moč, družbene položaje in interakcije med lokalnimi svetovi pacientk_ov in zdravstvenih delavcev (Kirmayer, 2012; Kirmayer in sod., 2014; Kirmayer in sod., 2015). Način, na katerega strokovnjaki in laična javnost razumejo težave v duševnem zdravju in oblike pomoči, ki so na voljo, odražajo različne oblike vednosti in prakse specifičnih sistemov medicine in zdravljenja, ki so se oblikovale v določenem kulturnem in zgodovinskem kontekstu (Bäärnhjelm in sod., 2017; Kirmayer, 2012).

Tovrstno umeščanje duševnih motenj ne le v individualno patologijo, temveč predvsem v družbene strukture moči in sisteme neenakosti, nam lahko pomaga tudi pri preseganju poenostavljenega kategoriziranja »normalnih« in »abnormalnih« reakcij migrantk_ov in begunk_cev, recimo na izgubo in travmo. Na primeru prevpraševanja koncepta posttravmatske stresne motnje se zlasti med kulturnimi psihiatrinjami_i in v humanističnih in družboslovnih krogih v premislek ponujajo številna vprašanja: ali je lahko postavitev diagnoze posttravmatske stresne motnje oblika patologiziranja in medikaliziranja popolnoma pričakovane človeškega odziva na izjemne stiske, nadalje se pojavlja dvom o upravičenosti poudarka pomembnosti posttravmatske stresne motnje, saj

ta pogosto naj ne bi povzročala večje oviranosti v vsakdanjem delovanju, opozarjajo na komorbidnost z ostalimi duševnimi motnjami, predvsem depresijo, ki pogosto ostajajo nezdravljene, na prisotnost komorbidnih telesnih bolezni zlasti pri žrtvah mučenja, ki lahko zakrijejo duševne stiske, navsezadnje pa se sprašujejo tudi o možnostih napovedovanja omenjene motnje (Bäärnhielm in sod., 2017; Bhugra in Gupta, 2010; Ingleby, 2005). Kot je zapisal Ingleby (2005), so travmatični dogodki vedno »umeščeni v kontekst groženj, negotovosti, deprivacij, zatiranja in trpljenja«.

V takem zagledanju duševnih motenj postanejo pomembni dejavniki, kot so rasizem v smislu ideologije superiornosti in upravičevanja institucionalnih in individualnih praks, ki vzdržujejo družbeno neenakost med rasnimi in etničnimi skupinami. Slednja se ne odraža zgolj na ravni medosebnih odnosov, temveč tudi na ravni institucionalnih formalnih in neformalnih praks, ki lahko vodijo v ekonomsko in socialno prikrajšanost, socialno povzročeno travmo (ki ji je prizadeta_i priča ali jo sam_a izkuša) in občutke nezaupanja v strokovne službe, tudi zdravstvo (Bhugra in Gupta, 2010).

A tovrsten »mehak«, fenomenološko utemeljen pristop v obravnavi duševnih motenj, ki zahteva uporabo (tudi) bolj kvalitativno zasnovanih raziskovalnih metod in se bolj kot na diagnoze in simptome osredotoča na socialne kontekste, pomene in izkušnje bolezni, kar naj bi bila tudi osnova za učinkovitejše nudenje storitev osebam s težavami v duševnem zdravju, v pravnih zadevah, kjer je meja med patološkimi in normalnimi odzivi jasno začrtana, po mnenju Inglebyja (2005) največkrat ni uporaben. Poveden je primer iz Velike Britanije, kjer je bil prosilcu za azil iz Konga azil zavrnjen z utemeljitvijo, da je njegova huda depresija »normalna« in razumljiva reakcija na ločenost od družine in njegove težke življenjske izkušnje. Enako je diagnoza posttravmatske stresne motnje za številne begunke_ce eden od redkih načinov za utemeljevanje pravice do statusa begunke_ca – status žrtve oz. »bolnice_ka« je lahko pravna osnova za pridobitev političnega azila, četudi je tovrstna kategorizacija problematična z vidika socialne integracije teh oseb (Ingleby, 2005).

4 ZAKLJUČEK

Migrantke_ti so nedvomno izpostavljene_i različnim dejavnikom ranljivosti tako pred samo migracijo kot tudi v procesu migracije in v fazi prilagoditve življenju v novih družbah, a hkrati imajo različne strategije spoprijemanja s tovrstnimi dejavniki, zato migracije ne moremo obravnavati kot enoznačnega dejavnika, ki pozitivno ali negativno vpliva na duševno zdravje. Kot nujen element iz-

boljšanega razumevanja nastanka in izkušanja duševnih motenj v kontekstu migracij se poleg samega migracijskega statusa izkazuje upoštevanje mnogoterih dejavnikov, kot so spol, socioekonomski status, spolna usmerjenost, starost, religija, etnična pripadnost itn. Pri tem ni odveč premislek o vprašanju, ali je migracija lahko tudi odgovor na diskriminacije (na podlagi spola, spolne usmeritve, religije ipd.), ki jih posameznice_ki doživljajo v državi izvora in jo v tem smislu lahko obravnavamo tudi kot enega od možnih zaščitnih dejavnikov za doseganje boljšega duševnega zdravja. Vendar prav izpostavljanje določenih »kulturnih značilnosti in specifik« držav, iz katerih prihajajo migrantke_ti in posledično potreba po razvijanju t. i. kulturnih kompetenc strokovnih delavcev, ki so z njimi v stiku, spregleda notranjo raznolikost tako zamišljenih »nacionalnih kultur«. Prav zato se zdi, kot je zapisala Duška Knežević Hočevar (glej prispevek: Prispevek antropologije h kulturno obveščeni psihiatriji), sledeč premislekom medicinskih antropologov in kulturnih psihiatrov, da je treba »zdravljenje simptomov duševnih motenj umestiti v širše družbene in kulturne okoliščine, revščino in zatiralske odnose, ki utegnejo nesorazmerno izpostaviti določene skupine ljudi določenim vzorcem obolenj«. V luči naraščajočih globalnih neenakosti in sprememb, ki v veliki meri pogojujejo tudi vzorce in tokove sodobnih migracij, in hkrati v migrantkam_om vedno manj naklonjeni družbeni klimi v državah priseljevanja je jasno, da proučevanje tematike o duševnem zdravju migrantk_ov zahteva premislek, ki presega zgolj individualne in kulturne značilnosti in posebnosti« posameznic_kov.

Literatura

- Bäärnhielm S, Laban K, Schouler-Ocak, Rousseau C, Kirmayer L. Mental health for refugees, asylum seekers and displaced persons: A call for a humanitarian agenda. *Transcultural Psychiatry*. 2017; 54(5-6): 565–574.
- Bhugra D. Migration, distress and cultural identity. *British Medical Bulletin*. 2004; 69: 129–141.
- Bhugra D, Gupta S. Introduction: setting the scene. In: Bhugra D, Gupta S, eds. *Migration and Mental Health*. Cambridge: Cambridge University Press; 2010: 1–14.
- Castles S, Miller MJ. *The age of migration: International population movements in the modern world*. Houndmills: Macmillan; 1998.
- Dein S, Bhui Singh K. At the crossroads of anthropology and epidemiology: Current research in cultural psychiatry in the UK. *Transcultural Psychiatry*. 2013; 50(6): 769–791.
- Ingleby D. Editor's introduction. In: Ingleby D, ed. *Forced Migration and Mental Health Rethinking the Care of Refugees and Displaced Persons*. Boston: Springer; 2005: 1–27.
- Kirmayer L. Editorial: Rethinking cultural competence. *Transcultural Psychiatry*. 2012; 49(2): 149–164.

- Kirmayer LJ, Rousseau C, Guzder J. Introduction: The Place of Culture in Mental Health Services. In: Kirmayer LJ, Guzder J, Rousseau C, eds. *Cultural Consultation: Encountering the Other in Mental Health Care*. Boston: Springer; 2014: 1–20.
- Kirmayer LJ, Lemelson R in Cummings CA. Introduction: Psychiatry at a Crossroads. In: Kirmayer LJ, Lemelson R, Cummings CA, eds. *Re-Visioning Psychiatry: Cultural Phenomenology, Critical Neuroscience, and Global Mental Health*, New York, Cambridge University Press; 2015: 1–38.
- Lindert J, Schouler-Ocak M, Heinz A, Priebe S. Mental health, health care utilisation of migrants in Europe. *European Psychiatry*. 2008; 23: 14–20.
- Mental Health and Psychosocial Support for Refugees, Asylum-seekers and Migrants on the Move in Europe, A multi-agency guidance note. UNHCR, IOM, MHPSS.net. Dostopno na: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/297576/MH-PSS-refugees-asylum-seekers-migrants-Europe-Multi-Agency-guidance-note.pdf (citirano 23. 7. 2019).
- Merrill H. *An alliance of women: Immigration and the politics of race*. Minneapolis, London: University of Minnesota; 2006.
- Metzl JM, Hansen H. Structural competency: Theorizing a new medical engagement with stigma and inequality. *Social Science & Medicine*. 2014; 103: 126–133.
- Paat Y-F, Green R. Mental health of immigrants and refugees seeking legal services on the US-Mexico border. *Transcultural Psychiatry*. 2017; 54(5-6): 783–805.
- Palmer D, Ward K. »Lost«: listening to the voices and mental health needs of forced migrants in London. *Medicine, Conflict and Survival*. 2007; 23(3): 198–212.
- Slobodin O, Ghane S, De Jong JTVM. Developing a culturally sensitive mental health intervention for asylum seekers in the Netherlands: a pilot study. *Intervention*. 2018; 16(2): 86–94.

»Veliko mora človek narediti sam, ampak jaz nimam volje«

Tadej, 25 let

Živim v malem mestu. Lahko bi tudi rekel v veliki vasi. V vasi, kjer je samo en zdravnik in psihologinja. Seveda tu ni na voljo psihoterapije. To bi tako potreboval. Rad bi se odselil. Tja, kjer lahko obiščeš psihoterapevko ali odlično psihiatrinjo.

Začelo se je že, ko sem bil majhen. Jecljal sem. Mami so svetovali, naj me pelje k psihologu. In sem ga obiskoval. Zgodaj sem ugotovil, kdo je psiholog. Ko sem odraščal, sem spoznal učiteljice in učitelje v osnovni šoli in psihologa Dejana. Rad sem ga imel, ker je bil prijazen.

Pri 16 pa sem prvič doživel panični napad. No, danes vem, da je to bil panični napad. Takrat nisem obiskal zdravnika. Pa ne zato, ker bi me bilo strah ali sram, enostavno sem mislil, da bo minilo. Pa se je samo stopnjevalo. Srce mi je tako razbijalo, da sem njegove udarce dobesedno videl skozi pulover. Poiskal sem urgentno pomoč in bil hospitaliziran na pediatrični kliniki. Prijazna zdravnica mi je pojasnila, da naj bi to bilo psihične narave, in me napotila k psihiatru. Bilo je enostavno. Dobil sem napotnico in šel v večje mesto k pedopsihiatru. Dobil sem zdravila, sam pa sem se vključil v eno skupino, ki jo je vodil psiholog. Že kot otrok sem imel dobro izkušnjo s psihologom Dejanom. Verjel sem, da mi bo tudi ta pomagal.

Po napadih sem poleg zdravil dobil tudi diagnozo – depresija in mešana anksiozna motnja. Trikrat so me hospitalizirali v drugem večjem mestu. Pravzaprav ni bilo tako veliko, je pa tam bila odlična psihoterapevka. Tam sem spoznal meni podobne najstnike in najstnice. S številnimi sem postal prijatelj. Pogosto se pogovarjamo po facebooku. Razumem jih. Vem, kako je, če si na tleh, samo problem je, ker njim boljše pomagam kot sebi. To je problem.

Veliko berem. V google vtipkaš in poiščeš. Toda karkoli preberem, piše, da lahko človek naredi veliko sam. Verjetno res, ampak jaz nimam volje. Cele dneve spim. Že devet let jemljem antidepresive, antipsihotike, stabilizatorje razpoloženja. Morda pa nimam pravih zdravil. Rad bi izvedel še kaj več o zdravilih. Še raje pa bi imel tako psihologinjo, kot je bil psiholog Dejan. Konec meseca sem naročen pri njej. Če se bova ujela, bom ostal v mestu.

(Predelana pripoved iz terenskega gradiva programa OMRA)

www.omra.si

