

PROGRAM STROKOVNEGA IZOBRAŽEVANJA

- 07.45–08.30 **Registracija udeležencev**
45 min
- 08.30–08.40 **Uvodni pozdrav ob Svetovnem dnevu duševnega zdravja**
10 min
Darko Lončnar, dipl. zn., mag. zdr.-soc. manag., predsednik Sekcije MS in ZT v psihiatriji
- 08.40–09.00 **Podelitev priznanj za dosežke na ožjem strokovnem področju**
20 min
Darko Lončnar, dipl. zn., mag. zdr.-soc. manag., predsednik Sekcije MS in ZT v psihiatriji
Jože Prestor, mag. zdr. nege, podpredsednik Zbornice-Zveze

I. SKLOP

Moderatorica: *Ivanka Limonšek*

- 09.00–09.45 **Izkušnje in pogled varuhinje pri varovanju človekovih pravic otrok in mladostnikov na področju duševnega zdravja**
45 min
Vlasta Nussdorfer, univ. dipl. prav., varuhinja človekovih pravic Republike Slovenije
- 09.50–10.35 **Duševno zdravje otrok in mladostnikov v Sloveniji**
45 min
prim. Nuša Konec Juričič, dr. med., specialistka javnega zdravja, NIJZ
- 10.40 – 10.55 **Razprava**
15 min
- 10.55–11.25 Odmor
30 min

II. SKLOP

Moderatorica: *Jacinta Doberšek Mlakar*

- 11.25–11.35 **Pomen cepljenja otrok in mladostnikov (satelitsko predavanje)**
10 min
dr. Alenka Trop-Skaza, NIJZ
- 11.40–12.00 **Celostna obravnava na oddelku Službe za otroško psihiatrijo Pediatrične klinike UKC Ljubljana**
20 min
Urška Weber, dr. med., Denis Mušič, ZT, univ. dipl. org, dr. Marija Anderluh, spec. otr. in mlad. psih.
- 12.05–12.25 **Obravnava mladostnika s samopoškodovanim vedenjem na Enoti za adolescentno psihiatrijo UPK Ljubljana**
20 min
mag. Matejka Pintar Babič dipl. m. s., univ. dipl. org.
- 12.30–12.50 **Celostna obravnava otrok in mladostnikov v z motnjo v telesnem in duševnem razvoju ZUDV Dornava**
20 min
Ivanka Limonšek, dipl. m. s., univ. dipl. org.
- 12.55–13.10 Razprava
15 min
- 13.15–14.00 **Odmor s pogostitvijo**
45 min

III. SKLOP

Moderator: *Aljoša Lapanja*

- 14.00–14.20 **Socialna obravnava mladostnika – vključevanje zunanjih služb v obravnavo mladostnika s težavami na področju duševnega zdravja**
20 min
mag. Damijana Pirc, univ. dipl. soc. del.
- 14.25–14.45 **Pedagoška obravnava mladostnikov s težavami na področju duševnega zdravja v UPK Ljubljana**
20 min
Barbara Dajčman, univ. dipl. ped.
- 14.50–15.00 **Razprava**
10 min
- 15.00–15.15 **Zaključek strokovnega izobraževanja in podelitev potrdil**

VSEBINA

IZKUŠNJE IN POGLED VARUJINJE PRI VAROVANJU ČLOVEKOVIH PRAVIC OTROK IN MLADOSTNIKOV NA PODROČJU DUŠEVNEGA ZDRAVJA	1
DUŠEVNO ZDRAVJE OTROK IN MLADOSTNIKOV V SLOVENIJI	3
POMEN CEPLJENJA OTROK IN MLADOSTNIKOV	5
CELOSTNA OBRAVNAVA OTROK NA ODDELKU SLUŽBE ZA OTROŠKO PSIHIATRIJO PEDIATRIČNE KLINIKE LJUBLJANA	7
OBRAVNAVA MLADOSTNIKA S SAMOPOŠKODOVALNIM VEDENJEM NA ENOTI ZA ADOLESCENTNO PSIHIATRIJO UNIVERZITETNE PSIHIATRIČNE KLINIKE LJUBLJANA	13
CELOSTNA OBRAVNAVA OTROK IN MLADOSTNIKOV Z MOTNJO V DUŠEVNEM IN TELESNEM RAZVOJU	20
SOCIALNA OBRAVNAVA MLADOSTNIKA – VKLJUČEVANJE ZUNANJIH SLUŽB V OBRAVNAVO MLADOSTNIKA S TEŽAVAMI NA PODROČJU DUŠEVNEGA ZDRAVJA	26
PEDAGOŠKA OBRAVNAVA OTROK IN MLADOSTNIKOV S TEŽAVAMI NA PODROČJU DUŠEVNEGA ZDRAVJA V UPK LJUBLJANA	34

IZKUŠNJE IN POGLED VARUHINGE PRI VAROVANJU ČLOVEKOVIH PRAVIC OTROK IN MLADOSTNIKOV NA PODROČJU DUŠEVNEGA ZDRAVJA

Vlasta Nussdorfer, univ. dipl. prav.
varuhinja človekovih pravic Republike Slovenije
vlasta.nussdorfer@varuh-rs.si

Otroci dobijo udarce,
ki pripadajo staršem.
Italijanski pregovor

Med največjimi problemi na tem področju, pa najsi gre za odrasle ali otroke, je vsekakor stigma. Prav zaradi nje mnogi ne iščejo pomoči, ali pa jo prepozno.

Zagotovo pa je treba o duševnem zdravju razmišljati še, preden pride do težav ali vsaj na njihovem začetku. Skrb zanj tako tedaj ni stvar psihiatrije, pač pa okolja, v katerem otroci živijo. Dotika se predvsem družine, ki ima lahko več oblik in posebnosti. Glavno vlogo pri tem sicer res igrajo starši, a niso zanemarljivi niti vzgojitelji, učitelji, vrstniki, niti socialni delavci. Pomembno je, kdo igra kakšno vlogo v otrokovem življenju, kako ga otrok doživlja, kdo ima nanj vpliv, včasih celo rejnica ali rejnik, ki pa mora imeti specializirana znanja.

Najhujši dejavnik tveganja je vsekakor poleg dednih zasnov nasilje, in to v vseh pojavnih oblikah. Še posebej, če ga izvajajo otrokovi najbližji, ki bi ga morali zaščititi pred njim. Izguba zaupanja vodi v stresne situacije, otrok išče izhode, tudi s »klici na pomoč« in če je preslišan, je ponovno izdan. Zato se v bolezen ali motnjo lahko umikajo tudi žrtve nasilja, zlasti spolnega, če je storilec eden od staršev, drugi pa ga prikriva. Tem žrtve celo bolj zamerijo. Pričakovale so pomoč in rešitev gorja, a naletijo na »zid«. Treba je umakniti storilca in ne žrtev. Tudi nenehno ponavljanje zgodb nasilja pred različnimi institucijami, celo večkrat za potrebe mnogih postopkov, je nedopustno. Žal se še vedno dogaja.

Prav tako je potrebno dosledno upoštevati varuhovo priporočilo o pogovorih z otroki v prijaznih sobah in snemanja teh pogovorov. Vse te travme namreč lahko pustijo na mladih osebah hude posledice na njihovi psihi, za njihovo psiho, zato mora država z vsemi strokovnjaki poskrbeti za najranljivejša bitja. Otrokom je potrebno omogočiti vso pomoč brez pogojev. Zanje moramo zagotoviti najboljše pooblaščenke iz vrst odvetnikov.

Pomembne so tudi smernice za poročanje medijev o dogodkih in postopkih, v katere so vpleteni otroci. Seveda so dandanes pred mladimi še dodatni riziki: alkohol, mamila in nekemične zasvojenosti. Zlasti slednje predstavljajo »boj z mlino na veter«. Ker jim celo starši niso kos, tudi zaradi nepoznavanja pasti, je do odvisnosti njihovih otrok pogosto potrebnih manj korakov.

Opozarjam še na prepotrebne programe pozitivnega starševstva, ko starši menijo, da to potrebujejo »tisti drugi« in ne oni. Uspešen je poseben projekt pediatrične klinike, ki odrasle uči za odgovorno starševstvo. Vse preveč je namreč usmerjenosti zgolj v učenje in storilnost, zanemarja pa se čustveno stanje otrok.

Za vse otroke s posebnimi potrebami je nujna skrb države za zgodnje odkrivanje, spremljanje in pomoč. Nikakor ni moč iti mimo bolečih razhodov, ko starši neodgovorno bijejo svoj boj prek ničesar krivih otrok. Zreli in odgovorni starši lahko za otroka poskrbijo skupaj ali narazen.

Tu je pa še šola kot drugo »starševstvo«, včasih celo prvo in edino pravo. Žal pa učitelji pogosto odrivajo svojo tovrstno vlogo pri ohranjanju duševnega zdravja otrok, saj menijo, da so oni za učenje, drugo pa morajo opraviti socialni in zdravstveni delavci ter drugi strokovnjaki. Šola pa je zagotovo pomembno okolje, kjer se lahko duševno zdravje otrok zagotavlja ali celo ogroža. Pojavu, ki mu pravimo medvrstniško nasilje, je treba reči odločni ne. Skrivanja in prikrivanja ne sme biti.

Kot varuhinja si že leta prizadevam za odprtje posebnega varovanega oddelka za otroke in mladostnike s hudimi psihiatričnimi težavami in agresivnim vedenjem. Nedopustno je, da so nameščeni celo na oddelke psihiatrije skupaj z odraslimi bolniki. Oddelek v Ljubljani je pripravljen, odstranjene so bile težave s financami, a sedaj ni dovolj ustreznega kadra. Pred kratkim smo sicer imeli obetajoč sestanek na ministrstvu za zdravje in upanje, da se bodo kadri našli, je sedaj večje. A dokler ne bodo tam poleg nove opreme tudi bolni otroci, tega ne bom povsem verjela.

Nujna je psihoterapija, in to brezplačna. Seveda ne bo šlo brez dodatnih znanj in izobraževanja. Za vse.

In čisto na koncu to, kar na splošno ugotavljamo pri Varuhu za človekove pravice kot slabost vseh postopkov, kjer je potrebno delo več institucij. Nujno je medresorsko sodelovanje, in to ne zgolj na papirju, ki prenese skoraj vse, tudi v vsakdanu, ko pride do krizne situacije in izgovarjanja drug na drugega.

Ostaja še skrb za dovolj mest v zavodih, pa zmanjšanje regijske neenakosti. Le tako bomo lahko rekli, da nam je mar za otroke, ki so včasih daleč od največjega bogastva, pa čeprav prav to tako radi ponavljamo.

Otrok ni odrasel človek v miniaturi.
Otroci gledajo,
mislijo in čutijo na svoj način.
Narava hoče, da so
otroci prej, preden postanejo odrasli.
Otrok se upira,
če ne upoštevamo njegovih naravnih
lastnosti in ker
mu jemljemo veselje otroštva.

Jean Jacques Rousseau

Vlasta Nussdorfer
Varuhinja človekovih pravic

DUŠEVNO ZDRAVJE OTROK IN MLADOSTNIKOV V SLOVENIJI

Mental health of children and adolescents in Slovenia

prim. Nuša Konec Juričič, dr. med., spec. soc. med. in javnega zdravja
Nacionalni inštitut za javno zdravje območna enota Celje
nusa.konec-juricic@nijz.si

Razširjen izvleček

Duševno zdravje ni le odsotnost duševne motnje. Opredeljujejo ga tudi kot pozitiven in realen odnos do sebe in drugih, samospoštovanje, sposobnost uspešnega soočanja z izzivi in problemi in doprinos posameznika k skupnemu dobremu, kar lahko poimenujemo kot pozitivno duševno zdravje. Ker je duševno zdravje otrok in mladostnikov pomemben napovedni dejavnik duševnega zdravja v odrasli dobi, je skrb zanj ena ključnih nalog družbe kot celote in vseh njenih podsistemov. Skrb za duševno zdravje se uresničuje prek zagotavljanja dobrih življenjskih pogojev, v katerih otrok lahko razvija svoje zmožnosti in potencialne, promocije zdravja in podpore starševstvu, nadalje prek spremljanja otrokovega razvoja, zgodnjega odkrivanja morebitnih težav duševnega zdravja ter zagotavljanja pravočasne strokovne interdisciplinarne obravnave otroka in mladostnika ter družine, kadar je ta potrebna. Po podatkih publikacije Duševno zdravje otrok in mladostnikov v Sloveniji okoli 80 % otrok in mladostnikov v Sloveniji nima duševnih motenj in so zgolj s tega vidika duševno zdravi, kar pa še ne pomeni, da imajo visoko stopnjo pozitivnega duševnega zdravja. Večina slovenskih mladostnikov je zadovoljnih s svojim življenjem, 60 % jih ima povprečno ali visoko z zdravjem povezano kvaliteto življenja. V tem kontekstu ne smemo zanemariti pomembnega vpliva neenakosti na zdravje, o višjem zadovoljstvu z življenjem namreč poročajo tisti mladostniki, ki ocenjujejo, da gre njihovi družini finančno dobro, da imajo dobro podporo staršev, vrstnikov in učiteljev. Podatki, ki jih beležijo v zdravstvenem sistemu, kažejo, da se je od leta 2008 do 2015 število zunajbolnišničnih obravnav otrok in mladostnikov zaradi duševnih motenj povečalo, najbolj v starostni skupini od 15 do 19 let. Podatki kažejo tudi, da obstoječa javnozdravstvena mreža ni skladna z dejanskimi potrebami otrok in mladostnikov na področju duševnega zdravja, da je kadrovsko podhranjena ter neenakomerno razporejena v Sloveniji, kar vodi do neenakosti v dostopu do virov podpore in pomoči. Mnogo mladostnikov podporo pri težavah s področja duševnega zdravja najde tudi v spletni svetovalnici »To sem jaz«, ki nam daje pomemben in nekoliko drugačen uvid v stiske mladih. Z Resolucijo o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028, ki je bila sprejeta letos, se nadejamo izboljšanja celostne skrbi za duševno zdravje vseh prebivalcev Slovenije. Resolucija duševnemu zdravju otrok in mladostnikov posveča posebno skrb, izraženo v jasno definiranih ciljnih in ukrepih. Med temi ukrepi je tudi vzpostavitev centrov za duševno zdravje otrok in mladostnikov na primarni zdravstveni ravni, prvi med njimi bodo z delovanjem pričeli že v prihodnjem letu.

Priporočena literatura

- Jeriček Klanšček, H., Roškar, S., Vinko, M. & Hočevar Grom, A., 2018. *Duševno zdravje otrok in mladostnikov*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
- Lekić, K., Tratnjek, P., Konec Juričič, N. & Cugmas, M., 2014. *Srečanja na spletu. Potrebe slovenske mladine in spletno svetovanje*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
- ReNPDZ18-28 - Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028*, 2018. Uradni list Republike Slovenije št. 24/18. Available at: <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/2018-01-1046/resolucija-o-nacionalnem-programu-dusevnega-zdravja-2018-2028-renpdz18-28> [26.9.2018].

POMEN CEPLJENJA OTROK IN MLADOSTNIKOV

The meaning of vaccination of children and youth

Prim. dr. Alenka Trop Skaza, dr. med.

Nacionalni inštitut za javno zdravje, Območna enota Celje

Alenka.Skaza@nijz.si

Razširjen izvleček

O javnozdravstvenih uspehih cepljenja v svetovnem in slovenskem prostoru ne gre dvomiti. Eradikacijo črnih koz smo dosegli leta 1980, eliminacijo otroške paralize v letu 2002, srečujemo se s sporadičnimi primeri nalezljivih bolezni, ki jih preprečujemo s cepljenjem, vključno z ošpicami. Kapljično prenosljive bolezni se niso zmanjšale zaradi izboljšanja življenjskega in higienskega standarda, ampak zaradi cepljenja. Oseba, ki se cepi, ščiti sebe, kolektiv pa pri dovolj veliki precepljenosti ščiti tudi okužbi izpostavljene posameznike, ki niso cepljeni.

Prvi in najpomembnejši cilj cepljenja je učinkovita zaščita posameznika pred boleznijo. V nekaterih primerih ostaja to edini cilj, ker se bolezni ne širijo s stiki med ljudmi (npr. cepljenje proti tetanusu, klopnemu meningoencefalitisu).

Za bolezni, ki se širijo kapljično, pa velja, da se ob visoki precepljenosti omeji tudi širjenja med ljudmi. Če cepimo vsaj od 90 do 95 % otrok, vzpostavimo kolektivno imunost, zaradi katere so pred boleznijo zavarovani tudi tisti, ki zaradi kontraindikacij ne morejo biti cepljeni.

V Sloveniji je obvezno cepljenje predšolskih, šolskih otrok in mladine proti davici, oslovskemu kašlju, tetanusu, otroški paralizi, okužbam s hemofilusom tipa b (Hib), ošpicam, mumpsu, rdečkam in hepatitisu B. Cepljenje proti pnevmokoknim okužbam in preventivno cepljenje pred okužbo z določenimi humanimi papilomavirusi izvedemo ob privolitvi staršev.

Poleg že naštetih bolezni, proti katerim je cepljenje v Sloveniji obvezno, se je možno cepiti še proti rotavirusnim okužbam, gripi, klopnemu meningoencefalitisu, meningokoknemu meningitisu, noricam, pnevmokoknim okužbam, tuberkulozi, hepatitisu A, rumeni mrzlici, okužbi z respiratornim sincicijskim virusom, raku na materničnem vratu, tifusu.

Kljub nespornim zaslugam, ki jih ima cepljenje pri izboljšanju zdravstvenega stanja prebivalstva, pa nekateri posamezniki dvomijo, da je res potrebno. Eden od razlogov je gotova ta, da se nekatere od hudih nalezljivih bolezni pri nas že več let ne pojavljajo. Vendar dolgotrajna odsotnost bolezni ne pomeni, da povzročiteljev ni več v našem okolju, le možnosti nimajo, da bi se razširili.

V Sloveniji nekateri starši oz. skrbniki zavračajo obvezno cepljenje otrok, ker menijo, da cepiva niso varna in povzročajo vrsto hudih bolezni, avtizem in avtoimuna obolenja. Izsledki obsežnih znanstvenih raziskav tega niso potrdili.

Vsa cepljenja, ker gre za poseg v telo, s seboj prinašajo določena tveganja. Neželeni (stranski) dogodki po cepljenju so lahko prave reakcije na cepljenje zaradi cepiva, lahko so posledica načina dajanja cepiva ali pa nastanejo zaradi določenega stanja cepljene osebe. Neželeni dogodki po cepljenju lahko vključujejo »prave« ali »resnične« neželene učinke, koincidenso (časovno zaporedje dogodkov, ki bi se zgodili tudi, če oseba ne bi bila cepljena), napake, ki so povezane z nepravilno pripravo cepiva, nepravilnim rokovanjem s cepivom ali njegovim dajanjem, in pa predhodno nepovezane dogodke, ki jih ne moremo povezati s cepivom ali njegovim dajanjem. Neželeni učinki cepiv in njihova pogostnost za strokovno javnost so navedeni v povzetku glavnih značilnosti (SPC-ju) ter v navodilu za uporabo (PIL-u), ki je priloga vsakemu cepivu/zdravilu in je namenjen laikom oz. uporabnikom.

Starši in vsi, ki obvezno cepljenje odklanjajo (med njimi tudi zdravstveni delavci, ki so izpostavljeni okužbi z virusom hepatitisa B, drugim nalezljivim boleznim, še posebej okužbi z »aktualnimi« ošpicami), razumejo odklonitev kot svojo pravico. Ob tem pa se ne ukvarjajo z odgovornostjo, ki je povezana z odklonitvijo. Nasprotniki cepljenja v argumentih za odklonitev cepljenja prevzemajo individualno »odgovornost« za bolezen pri njih osebno, z možnimi posledicami po preboleli bolezni, stroški zdravljenja in rehabilitacije ter seveda z ogrožanjem zdravja drugih pa ne. Večina nalezljivih bolezni že v izhodišču ne predstavlja tveganja samo za eno osebo, ampak za vse, s katerimi je ta oseba prišla v kontakt v času kužnosti.

Zdravstveni strokovnjaki smo pogosto soočeni z odklonilnimi stališči do cepljenja. Na določene trenutke se ustvarja paranoja – vse je teorija zarote. Starši želijo, da cepljenje ne bi bilo obvezno, ampak prostovoljno. Vprašanje pa je, ali je naša družba za tak pristop dovolj zrela in poučena. Žal so otroci tisti, ki v primeru bolezni zaradi odklonitve cepljenja nosijo zdravstvene posledice, za preventivo pa je takrat prepozno.

Obstaja korelacija med znanjem zdravstvenih delavcev glede cepljenja, njihovim odnosom, vzgledom in precepljenostjo pacientov. Slovenske matere kot viru informacij, kar je potrdila slovenska raziskava Nacionalnega inštituta za javno zdravje glede stališč in odnosa ključnih javnosti do cepljenja v Sloveniji, najbolj zaupajo zdravniku in medicinski sestri.

Viri in priporočena literatura:

- Kraigher, A. ed., 2018. *Cepljenje: stališča in odnos ključnih javnosti do cepljenja v Sloveniji*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. Available at: http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/monografija_8_07-03-18.pdf [15.9.2018].
- Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2018. *Analiza izvajanja cepljenja v Sloveniji v letu 2016*. Available at: http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/porocilo_cepljenje2016.pdf [15.9.2018].
- Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2018. *Informacije o cepivih-cepiva in specifični imunoglobulini*. Available at: <http://www.nijz.si/sl/informacije-o-cepivih-cepiva-in-specificni-imunoglobulini> [15.9.2018].
- Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2018. *Navodila za izvajanje Programa cepljenja in zaščite z zdravili za leto 2018*. Available at: http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/navodila_za_izvajanje_ip_2018.pdf [15.9.2018].
- Učakar, V., Jeraj, I. & Grgič Vitek, M. eds., 2016. *Neželeni učinki, pridruženi cepljenju v Sloveniji v letu 2016*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. Available at: http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/porocilo_nu2016.pdf [15.9.2018].

CELOSTNA OBRAVNAVA OTROK NA ODDELKU SLUŽBE ZA OTROŠKO PSIHIATRIJO PEDIATRIČNE KLINIKE LJUBLJANA

Comprehensive approach to child treatment in the child psychiatric unit of university children's hospital Ljubljana

Urška Weber, dr. med., Denis Mušič, ZT, univ. dipl. org.,

dr. Marija Anderluh, dr. med., spec. otr. in mlad. psih.

Univerzitetni klinični center Ljubljana, Pediatrična klinika, Služba za otroško psihiatrijo
marija.anderluh@kclj.si

Izvleček

Bolnišnična pedopsihiatrična obravnava je običajno potrebna le v redkih primerih, kjer strokovna pomoč na primarni in sekundarni ravni varovanja duševnega zdravja otrok in mladostnikov ni zadostna in je zato potrebna kompleksnejša diagnostično-terapevtska obravnava ali pa je potrebna bolj restriktivna oblika strokovne pomoči zaradi stabilizacije kriznega stanja in zagotavljanja ustrezne stopnje varnosti. Sodobni pristopi bolnišnične pedopsihiatrične obravnave vključujejo celostno, multidisciplinarno, na otroka in družino osredotočeno ter z dokazi podprto diagnostično in terapevtsko ukrepanje ter preprečevanje morebitnih nadaljnjih poslabšanj. Na ta način omogočajo čim prejšnjo ponovno vzpostavitev ustreznega funkcioniranja otrok in mladostnikov ter njihovo učinkovito nadaljnje strokovno vodenje v domačem okolju. Namen prispevka je kratek prikaz celostne obravnave otrok in mladostnikov na oddelku Službe za otroško psihiatrijo Pediatrične klinike Ljubljana. Obravnava temelji na upoštevanju principov sodobnih pristopov bolnišničnega pedopsihiatričnega zdravljenja, ob čemer se oddelek zaradi oslABLJENE in nezadostne mreže izvajalcev na primarni in sekundarni ravni še vedno sooča z velikimi ovirami.

***Ključne besede:** duševno zdravje, sodobni pristopi bolnišnične obravnave, multidisciplinarna obravnava, subspecialistični programi*

Abstract

Inpatient pedopsychiatric treatment is usually only provided in rare cases where the problems have been resistant to specialist, community based treatment and therefore more complex diagnostic and therapeutic procedures are needed or less restrictive treatment is not feasible due to the need of crisis stabilization and safety maintenance. Modern approaches to hospital pedopsychiatric treatment include comprehensive, multidisciplinary as well as evidence based diagnostic, therapeutic and preventive measures, centered on child and family. This way they enable the patients to regain adequate functioning and facilitate efficient further specialist, community based treatment as soon as possible. The article aims at presenting briefly the comprehensive treatment approach in the Child psychiatric unit of University Children's Hospital Ljubljana. The approach is based on the modern principles of hospital pedopsychiatric

treatment, yet the department still faces important obstacles due to weakened and insufficient primary and secondary level mental health care.

Keywords: *mental health, modern approaches to hospital treatment, multidisciplinary treatment, sub-specialized programs*

Uvod

Večina otrok in mladostnikov prejme vso potrebno pomoč in podporo, ki ju potrebujejo za zdrav duševni razvoj od svojih staršev in družine ter skupnostnih služb. Med slednje sodijo vrtec, šola, pediatrični oz. šolski dispanzer, različna društva in nevladne organizacije. Duševno zdravje otroka je tesno odvisno od zmožnosti staršev, družine ter širšega podpornega okolja zagotavljati ustrezno varno in spodbudno okolje za razvoj otroka, od njegovih podedovanih in pridobljenih značilnosti ter prepletenega součinkovanja teh dejavnikov. Ob pojavu za zdrav duševni razvoj izraziteje neugodnih psihosocialnih okoliščin in/ali duševnih težav pri otroku ter mladostniku ima velik pomen zgodnja prepoznavna in zgodnja usmerjena strokovna pomoč. V skladu s priporočili Svetovne zdravstvene organizacije (WHO, 2005) je varovanje duševnega zdravja otrok in mladostnikov organizirano stopenjsko, pri čemer večina otrok, ki potrebuje tovrstno strokovno pomoč, le-to prejme v okviru primarne in sekundarne javno-zdravstvene dejavnosti. Pomoč naj bo organizirana čim bližje domu, kar je bistvenega pomena in omogoča manj prekinitev njegovih vsakdanjih aktivnosti in pomembnih medosebnih odnosov. Bolnišnična psihiatrična obravnava je tako potrebna le v redkih primerih, kjer strokovna pomoč na primarni in sekundarni ravni ni zadostna in je zato potrebna kompleksnejša diagnostično terapevtska obravnava ali pa je potrebna bolj restriktivna oblika strokovne pomoči zaradi stabilizacije kriznega stanja in zagotavljanja ustrezne stopnje varnosti otroka ali mladostnika ali drugih. Z dobro dostopnostjo in primernimi kadrovskimi kapacitetami na ravni primarne in sekundarne zdravstvene dejavnosti ter ustreznim medsebojnim povezovanjem različnih strokovnih služb tega področja je potrebno zagotoviti zgodnje odkrivanje in preprečevanje poglobljanja duševnih težav ter obremenjujočih izkušenj otrok in mladostnikov v zgodnjem obdobju, kar ima velik pomen ne samo z vidika posameznika in njegove družine, pač pa tudi širše družbe (WHO, 2005).

V tradicionalnih modelih bolnišničnega psihiatričnega zdravljenja otrok in mladostnikov prevladujejo urgentni sprejemi ob kriznih stanjih, ki jih z manj restriktivnimi oblikami pomoči ni moč ustrezno oskrbeti. Načrtovanih sprejemov je bistveno manj. V zadnjih dveh desetletjih se je pod vplivom pobud za deinstitutionalizacijo in spodbujanje obravnave v skupnosti čas trajanja takih hospitalizacij močno skrajšal, hkrati pa jih zato praviloma spremljajo tudi manj poglobljena diagnostično-terapevtska obravnava z intenzivnejšim predpisovanjem psihotropnih zdravil in pogosto pomanjkljiv načrt ustreznega spremljanja otrok in družine po odpustu. Vse to lahko vodi v slabši nadaljnji potek duševnih motenj in v večkratne ponovitve hospitalizacij (Sharfstein, et al., 2009; Meagher, et al., 2013). V bolnišnični pedopsihiatrični obravnavi je izpostavljen tristopenjski proces: 1) *poglobljena začetna diagnostična ocena* (opazovanje, zbiranje informacij, priprava individualiziranega načrta pred pričetkom zdravljenja), 2) *izvajanje načrta zdravljenja z vzporednim nadaljevanjem diagnostike in preverjanjem učinkovitosti zdravljenja* ter 3) *zaključek z individualiziranim načrtom nadaljnje zunajbolnišnične obravnave*. Ob tem je ključnega pomena, da se vse stopnje izvaja po principih celostne – multidisciplinarnе strokovne

obravnavne, usmerjene v otroka in družino. Družino se kot enakovrednega partnerja/sodelavca aktivno vključuje v diagnostično-terapevtski proces skozi celotno trajanje hospitalizacije ter v fazi rehabilitacije. Vključevanje družine ima pomen pri preprečevanju ponovnega poslabšanja duševnega stanja otroka. Sodobna bolnišnična pedopsihiatrična obravnava je tako praviloma namenjena predvsem skrbno načrtovanim sprejemom otrok in mladostnikov v primerih potrebe po kompleksnejši in celostni diagnostično-terapevtski obravnavi, kar čas hospitalizacije sicer podaljša, ob tem pa zagotovi bolj natančno diagnostično oceno, previdnejšo in racionalnejšo uporabo psihotropnih zdravil ter izdelavo natančnih, posameznemu otroku in družini prilagojenih usmeritev za nadaljnjo strokovno vodenje po odpustu (Glick, et al., 2011; Gathright, et al., 2016). Primerjavo tradicionalnih in sodobnih pristopov v bolnišnični pedopsihiatrični obravnavi prikazuje tabela 1.

Namen prispevka je kratek prikaz celostne obravnave otrok in mladostnikov na oddelku Službe za otroško psihiatrijo Pediatrične klinike Ljubljana. Obravnava temelji na upoštevanju principov sodobnih pristopov bolnišničnega pedopsihiatričnega zdravljenja, ob čemer se oddelek zaradi zelo oslabiljene in nezadostne javnozdravstvene mreže izvajalcev strokovne pomoči na področju varovanja duševnega zdravja otrok in mladostnikov še vedno sooča s pomembnimi realnimi ovirami.

Tabela 1: Primerjava med tradicionalnim in sodobnim pristopom bolnišnične pedopsihiatrične obravnave (Gathright, et al., 2016)

	TRADICIONALNA bolnišnična pedopsihiatrična obrnava	SODOBNA bolnišnična pedopsihiatrična obrnava
1. Sprejemi na oddelek	Urgentni sprejemi	Načrtovani sprejemi
2. Čas hospitalizacije	Kratka, nekajdnevna	Daljša, pogosto mesec ali več
3. Oddelčno okolje	Večposteljne sobe, zaprti sestrski prostori	Enoposteljne sobe, odprti sestrski prostori
4. Celostna obravnava, dokazano učinkoviti pristopi	Ni običajna	Pri vseh otrocih
5. Na otroka in družino osredotočena obravnava	Omejen dostop staršev do otroka in njihovo minimalno vključevanje v obravnavo	Spodbujan dostop staršev do otroka in njihovo aktivno vključevanje v obravnavo
6. Vzdrževanje reda in spoštovanja pravil	Stopenjski sistem negativnih posledic	Modificiran VKT pristop - Reševanje težav s sodelovanjem vseh vpletenih
9. Uporaba zdravil	Obsežni medikacijski režimi	Usmerjena, previdna in racionalna uporaba zdravil
10. Odpust	Ob odpustu medicinska sestra staršem preda informacije brez natančnega načrta sledenja po odpustu	MDT s starši pred odpustom, individualiziran načrt in spremljanje po odpustu

Legenda: VKT – vedenjsko kognitivna terapija, MDT – multidisciplinarni tim

Demografske značilnosti in najpogostejši vzroki bolnišnične obravnave otrok in mladostnikov na oddelku

Oddelek Službe za otroško psihiatrijo na Pediatrični kliniki Ljubljana je namenjen bolnišnični in ambulantni obravnavi otrok in mladostnikov do dopolnjenega 14. leta, v primeru motenj hranjenja do 18. leta starosti. V času pisanja tega prispevka ne razpolagamo s podatki analize aktualnega stanja demografskih značilnosti in najpogostejših duševnih motenj obravnavanih otrok na oddelku. Iz podatkov nedavne analize stanja duševnega zdravja otrok in mladostnikov v Sloveniji, ki je bila opravljena s strani Nacionalnega inštituta za javno zdravje v obdobju 2008–2015 je razvidno, da pri bolnišničnih obravnavah otrok, starih do 15 let, močno prevladuje starostna skupina *6–14 let*, pri kateri sta spola zastopana približno enako. Pri *fantih* te starostne skupine so bile v opazovanem obdobju najpogostejše primarne diagnoze, tj. *hiperkinetična motnja* ter *vedenjske in čustvene motnje*, pri *deklethih* pa *motnje hranjenja*, *vedenjske in čustvene motnje* ter *nevrotske, stresne in somatiformne motnje*. V starostni skupini do 5. leta starosti močno prevladujejo *fantje*, med vzroki bolnišničnih obravnav pa prevladujejo druge vedenjske in čustvene, druge razpoloženske in pervazivne razvojne motnje (Jeriček Klanšček, et al., 2018). V Službi za otroško psihiatrijo se v zadnjih letih soočamo z izzivom strmega naraščanja nujnih sprejemov napram načrtovanim. Delež načrtovanih, ki je pred dvajsetimi leti predstavljal okoli 80 % vseh sprejemov, je v zadnjih letih padel na manj kot 30 %. Podatki odražajo vse slabšo dostopnost strokovne pomoči na primarni in sekundarni ravni. Zaradi zelo dolgih čakalnih dob ali ponekod sploh odsotnih ustreznih strokovnih služb otroci in mladostniki do pomoči ne pridejo pravočasno. Nedostopnost pravočasne pomoči vodi v stopnjevanje klinične slike, v obdobju razvoja lahko to pomeni tudi slabši dolgoročni izid tako zaradi posledic na telesnem, čustvenem, socialnem kot tudi učnem področju (Drobnič Radobuljac, et al., 2017; Jeriček Klanšček, et al., 2018).

Dejavnosti oddelka

Primarno dejavnost oddelka Službe za otroško psihiatrijo predstavlja ***Bolnišnična dejavnost***, ki tako po urgentnih kot po načrtovanih sprejemih otrok poteka po načelih:

- *Tristopenjskega modela bolnišničnega zdravljenja*: začetna poglobljena diagnostika s pripravo individualiziranega načrta zdravljenja, izvajanje načrta zdravljenja z vzporednim nadaljevanjem diagnostike in preverjanjem učinkovitosti zdravljenja ter zaključek z individualiziranim načrtom nadaljnje, kontinuirane zunajbolnišnične obravnave;
- *Celostne obravnave otroka oz. mladostnika in njegove družine*: multidisciplinarna obravnava (pedopsihiatrična, klinično psihološka, specialno pedagoška, delovno terapevtska, socialna obravnava, tesno sodelovanje z učitelji na otrokovi matični šoli ter specialisti pediatri in drugimi strokovnimi službami), aktivno vključevanje staršev v obravnavo in delo z družino, kontinuirano šolsko delo v dejavnosti bolnišnične šole, vzpodbujanje in krepitev socialnih spretnost in vrstniških odnosov na oddelku in v domačem okolju – preko vikend izhodov ter v obdobju postopnega vračanja v domače družinsko in šolsko okolje ob zaključku zdravljenja, ko je večkrat namesto celodnevne možna tudi dnevna bolnišnična oskrba (slednja je v določenih primerih tudi edina oblika bolnišnične oskrbe), tesno sodelovanje z otrokovo matično šolo ter drugimi zunanji strokovnimi institucijami v obliki razširjenih multidisciplinarnih timskih sestankov (regionalni ambulantni pedopsihiater ali klinični psiholog, Center za socialno delo, vzgojni dom in druge), skrb za ustrezno rehabilitacijo in preventivo poslabšanja

duševnega stanja po odpustu;

- *Uporabe z dokazi podprtih diagnostično terapevtskih in preventivnih pristopov:* stopenjska multidisciplinarna obravnava, uporaba motivacijskih in kognitivno-vedenjskih terapevtskih pristopov, prilagojenih posameznim duševnim motnjam, ter pristopov sistemske družinske terapije, uporaba na družinskem pristopu utemeljenega zdravljenja motenj hranjenja, vključevanje programov starševstva v zdravljenju vedenjskih motenj v zgodnjem otroštvu in drugih.

Bolnišnično dejavnost dopolnjuje dejavnost **Konziliarne pedopsihiatrične službe**, ki je namenjena pedopsihiatričnim konzultacijam za otroke in mladostnike drugih oddelkov Pediatrične klinike ter drugih klinik v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana.

Ambulantna dejavnost je primarno namenjena ambulantnemu vodenju otrok in mladostnikov s kompleksnejšimi duševnimi motnjami. Tudi v sklopu te dejavnosti obravnava otrok in mladostnikov poteka celostno oz. multidisciplinarno z aktivnim vključevanjem otrokove družine in tesnim sodelovanjem z matično šolo, izbranim pediatrom oz. šolskim zdravnikom ter po potrebi drugimi zunanjimi strokovnimi službami.

Zaradi vse večjih potreb po urgentnih pedopsihiatričnih pregledih oddelek izvaja tudi **Urgentno – triažno pedopsihiatrično dejavnost**. V načrtu je uvedba samostojne Urgentno-triažne pedopsihiatrične ambulante na Pediatrični kliniki Ljubljana, kamor bi se vključevali tudi zunanji specialisti pedopsihiatri. Na oddelku Službe za otroško psihiatrijo poteka tudi začetno ambulantno vodenje urgentno pregledanih pacientov zaradi predolghih čakalnih dob in pomanjkljive mreže izvajalcev na primarnem in sekundarnem nivoju.

Na oddelku Službe za otroško psihiatrijo poteka več *subspecialističnih programov*:

- *Program za obravnavo otrok s spektroavtističnimi motnjami* – ambulantna multidisciplinarna diagnostična obravnava (nevropediatrična, pedopsihiatrična, avdiološka, klinično psihološka, specialno pedagoška, delovno terapevtska, govorno terapevtska, fizioterapevtska, socialna), v primeru kompleksnejših motenj multidisciplinarna obravnava z aktivnim vključevanjem staršev ter tesnim sodelovanjem z izbranim pediatrom oz. šolskim zdravnikom, matično šolo, vrtci, logopedi, razvojnimi ambulantami ter drugimi zunanjimi institucijami;
- *Program za obravnavo otrok in mladostnikov z motnjo hranjenja* – ambulantna in hospitalna multidisciplinarna obravnava (pedopsihiatrična, klinično psihološka, dietetična, endokrinološka, gastroenterološka, fizioterapevtska, po potrebi vključevanje drugih specialistov pediatrov in drugih strokovnih služb) z aktivnim vključevanjem družine (na družinskem pristopu utemeljeno zdravljenje) ter tesnim sodelovanjem z izbranim pediatrom oz. šolskim zdravnikom, matično šolo ter po potrebi drugimi zunanjimi institucijami;
- *Program dokazano učinkovitih zgodnjih intervencij* – ambulantni programi starševstva »Neverjetna leta« namenjeni preprečevanju in zgodnji obravnavi vedenjskih težav pri otrocih do 12. leta starosti.

Izobraževalna in raziskovalna dejavnost oddelka poteka v sklopu vključenosti v izobraževalne procese različnih zdravstvenih izobraževalnih in drugih ustanov ter v različne raziskovalne projekte.

Razvojne usmeritve oddelka

Ključna prizadevanja oddelka Službe za otroško psihiatrijo so usmerjena v nadaljnje izboljševanje pogojev za izvajanje sodobnih pristopov bolnišnične pedopsihiatrične obravnave ter krepitev obstoječih in razvoj novih subspecialističnih programov. Na oddelku se vzpostavlja Center za dokazano učinkovite zgodnje intervencije, ki bo nadalje prevzemal skrb za razvoj mreže izvajalcev programov starševstva in kakovost izvajanja programov, ter Center za obravnavo kompleksnih nevrološko razvojnih motenj. Ob kadrovski okrepitvi in razbremenitvi dejavnosti oddelka z vzporednim razvojem mreže izvajalcev na primarni in sekundarni ravni se bo dodatno lahko razširilo izobraževalno in raziskovalno dejavnost.

Zaključek

Sodobni pristopi v bolnišnični pedopsihiatrični obravnavi, ki vključujejo celostno in na dokazih utemeljeno obravnavo otrok in družine, predstavljajo najzanesljivejšo pot do čim prejšnje ponovne vzpostavitve ustreznega funkcioniranja otroka ter njegovega uspešnega nadaljnega strokovnega vodenja v domačem okolju. Spodbudno je, da se v Sloveniji s pomembnimi političnimi odločitvami na področju varovanja duševnega zdravja otrok in mladostnikov (sprejem Resolucije o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028 ter potrditev programa vzpostavitve centrov za duševno zdravje otrok in mladostnikov) (Resolucija, 2018) odvijajo izjemno pomembne pozitivne spremembe, ki bodo omogočile tako zadostno dostopnost do ustrezne strokovne pomoči kot ustrezne pogoje za izvajanje te pomoči v obliki sodobne, celostne obravnave na vseh nivojih zdravstvene dejavnosti.

Literatura

- Gathright, M.M., Holmes, K.J., Morris, E.M. & Gatlin D.A., 2016. An innovative, interdisciplinary model of care for inpatient child psychiatry: an overview. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 43(4), pp. 648-660.
- Glick, I.D., Sharfstein, S.S. & Schwartz, H.I., 2011. Inpatient psychiatric care in 21st century: the need for reform. *Psychiatric Services*, 62(2), pp. 206-209.
- Drobnič Radobuljac, M., Hudoklin, M., Potočnik Dajčman, N. & Gregorič Kumperščak, H., 2017. Architecture and functioning of child and adolescent mental health services: a reply from Slovenia. *Lancet Psychiatry*, 4(9), p. 20.
- Jeriček Klanšček, H., Roškar, S., Vinko, M. & Hočevar Grom, A. eds., 2018. *Duševno zdravje otrok in mladostnikov v Sloveniji*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 89-105.
- Meagher, S.M., Rajan, A., Wyshak, G. & Goldstein, J., 2013. Changing trends in inpatient care for psychiatrically hospitalized youth: 1991-2008. *Psychiatric Quarterly*, 84(2), pp. 159-168.
- Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018 – 2028 (ReNPDZ18-28)*, 2018. Uradni list Republike Slovenije št. 24.
- Sharfstein, S.S., Dickerson, F.B. & Oldham, J.M., 2009. Introduction. In: Sharfstein, S.S., et al. eds. *Textbook of hospital psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, pp. 19-21.
- WHO – World Health Organization, 2005. *Child and adolescent mental health policies and plans. Mental health policy and service guidance package*. Geneva: World Health Organization, pp. 26-29.

OBRAVNAVA MLADOSTNIKA S SAMOPOŠKODOVALNIM VEDENJEM NA ENOTI ZA ADOLESCENTNO PSIHIATRIJO UNIVERZITETNE PSIHIATRIČNE KLINIKE LJUBLJANA

Care for adolescent with self-harming behavior in unit of adolescent psychiatry of university psychiatry clinic Ljubljana

mag. Matejka Pintar Babič, dipl. m. s., univ. dipl. org.

Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana

matejka.pintar@psih-klinika.si

Izvleček

Samopoškodovanje predstavlja namerno povzročanje poškodb lastnega telesa na način, ki ni družbeno sprejemljiv in nima samomorilnega namena. Najpogostejše je v obdobju mladostništva in se povečuje ob prisotnosti duševne motnje. Mladostnikom služi za obvladovanje negativnih občutkov, pridobitev kontrole nad situacijo ter sprostitev občutkov napetosti. Najpogostejši načini samopoškodovanja so vreznine, opekline, praskanje, vbodi, udarjanje sebe, udarjanje v predmete, ščipanje, lasanje. Za povzročanje samopoškodb so uporabljeni britvice, steklo, noži, igle, ključi, rezila šilčkov, ogorki cigaret, elastike. Na Enoti za adolescentno psihiatrijo Univerzitetne psihiatrične klinike Ljubljana je bila izdelana in v klinično prakso uvedena zloženska »Samopoškodovanje in varnostni načrt«, ki usmerja mladostnika in zaposlene v zdravstveni negi pri obvladovanju neprijetnih občutkov, zaradi katerih se pojavi želja mladostnika po samopoškodovanju. Hkrati omogoča zmanjševanje občutka nemoči med zaposlenimi in jih usmerja v uporabo različnih metod in načinov komuniciranja. Izkušnje kažejo, da se z uporabo individualne terapevtske komunikacije, empatičnim in profesionalnim odnosom željo po samopoškodovanju pogosto lahko omili ali prepreči.

Ključne besede: zdravstvena nega, mladi, namerne poškodbe, samopoškodbe

Abstract

Self-harm is deliberately causing injury to one's own body in a way that is socially not acceptable and has no suicidal purpose. It is most common in adolescence and increases with the presence of a mental disorder. It is used for adolescents to cope with negative feelings, gain control over the situation, and release feelings of tension. The most common ways of harming oneself are cuts, burns, scratches, stabs, clicking oneself, clicking objects, punching, and scratching. Blades, glass, knives, needles, wrenches, blades, cigarette nuts, and elastics are used to cause self-harm. In the Unit for Adolescent Psychiatry of University Psychiatric Clinic Ljubljana, a leaflet with the title "Self-harm and a safety plan" has been introduced into clinical practice. It instructs the adolescent and the nursing staff to deal with the unpleasant feelings resulting in the desire to self-harm. Its aim is to reduce the sense of helplessness among employees and directing them to use different methods and methods of communication. Experience shows that by using individual therapeutic communication as well as empathic and professional relationships, the

desire to self-harm can often be suppressed or avoided.

Keywords: *nursing, young people, intentional injuries, self-harm*

Uvod

Mladostništvo predstavlja obdobje pospešenih sprememb na področju telesnega razvoja, spoznavnih sposobnosti, psihološkega dozorevanja in razvoja socialnih spretnosti. Naloge, katerih izpolnitev naj bi zagotavljala odraslost in zrelost, so kompleksne, težavne in zahtevne (Drobnič & Pintar, 2017). Eno od težav, ki se lahko razvije v mladostništvu, predstavlja pojav samopoškodovalnega vedenja (Wilkinson & Goodyeer, 2011). Mladostniki ga najpogosteje uporabljajo za razreševanje stisk in notranje napetosti (Favazza, 2012). Večina mladostnikov težavo do odraslosti brez večjih težav preseže (Moran, 2012), nekateri pri tem potrebujejo pomoč bližnjih ali celo strokovnih služb (Gonzales & Bergstrom, 2013). Obravnava mladostnikov s samopoškodovalnim vedenjem od zaposlenih v zdravstveni negi zahteva specialna znanja, izkušnje iz klinične prakse ter pravočasno delovanje v smeri preprečevanja oz. zmanjševanja samopoškodovalnega vedenja. Zagotavljanje varnosti pri obravnavi mladostnikov s samopoškodovalnimi vedenji predstavlja najpomembnejšo intervencijo zdravstvene nege na področju psihiatrije. Mogoče jo je zagotoviti s pomočjo ustreznega terapevtskega odnosa, ki zagotavlja psihično varnost, ter na podlagi pregleda bolnišničnega okolja in odstranitve rizičnih predmetov, s katerimi bi bilo mogoče povzročiti poškodbe, kar zagotavlja fizično varnost (Pintar, 2016). Ključnega pomena pri obravnavi mladostnikov s samopoškodovalnim vedenjem predstavlja ugotavljanje potreb, natančna ocena dejavnikov tveganja, izvajanje zdravstveno-vzgojnega dela in opredelitev aktivnosti zdravstvene nege, ki pripomorejo k preprečevanju samopoškodovalnega vedenja.

Problematika samopoškodovalnega vedenja v obdobju mladostništva je v slovenskem prostoru slabo raziskana tema, zato je namen prispevka predstaviti samopoškodovalno vedenje in intervencije v okviru kompetenc zdravstvene nege.

Samopoškodovalno vedenje

Najpogosteje navedena definicija samopoškodovalno vedenje opredeljuje kot namerno povzročanje poškodb lastnega telesa na način, ki ni družbeno sprejemljivo in nima samomorilnega namena. Predstavlja impulzivno, pogosto ponavljajoče reagiranje v subjektivno neznosni situaciji (Favazza, 2012), ki nekaterim posameznikom predstavlja strategijo preživetja (Kaliman, et al., 2011). Leta 2013 je bilo samopoškodovanje ob izdaji Diagnostičnega in statističnega šifranta – V (DSM-V) prvič opredeljeno s specifičnimi kriteriji in definirano kot nesamomorilno samopoškodovalno vedenje (angl. Non-Suicidal Self Injury – NSSI) (American Psychiatric Association, 2013). Pojavnost samopoškodovalnega vedenja v odrasli populaciji je med 4–6 % (Briere & Gil, 1998) in med 15–23 % v dobi mladostništva. Pojavnost se povečuje ob prisotnosti duševne motnje in je najpogostejše med 14. in 24. letom (Gonzales & Bergstrom, 2013; Rodav, et al., 2014). Študije ugotavljajo, da so povzročitelji pogosteje ženske (Wilstrand, et al., 2007). Najpogosteje zabeleženi načini samopoškodovanja so rezanje kože, žganje in praskanje kože, udarci po telesu, puljenje las oz. lasanje, udarci v steno z roko, nogo, ponovno poškodovanje starih ran ipd. (Volmajer, 2011). Poškodbe se lahko nahajajo kjerkoli na telesu, najpogosteje pa so na rokah, trebuhu in stegnih. Mladostniki, ki se samopoškodujejo,

se praviloma ne ustavijo pri eni ali dveh samopoškodbah temveč svoje vedenje ponavljajo (Gonzales & Bergstrom, 2013). Zadnje raziskave kažejo, da samopoškodovalno vedenje v mladostništvu predstavlja močan napovedni dejavnik samomorilnosti (Wilkinson & Goodyear, 2011). Dejavniki, ki pomenijo večjo posameznikovo dovzetnost za samopoškodovalno vedenje, so zloraba v otroštvu, slabi družinski odnosi in genetska predispozicija močnega čustvenega in kognitivnega odzivanja (Negovalne diagnoze NANDA International: definicije in klasifikacija 2015–2017, 2017), medtem ko izjemo predstavljajo mladostniki, ki vidijo samopoškodovanje kot del svoje subkulturne identitete (Young, et al., 2014).

Ugotavljanje dejavnikov tveganja samopoškodovalnega vedenja v Enoti za adolescentno psihiatrijo

V Centru za mentalno zdravje, ki je ena od organizacijskih enot Univerzitetne psihiatrične klinike Ljubljana (UPK Ljubljana), je bilo z letom 2014 uvedeno sistematično spremljanje samopoškodb. Odločitev je bila sprejeta na podlagi ugotovitev, da to vedenje predstavlja glavnino zabeleženih odklonov ter ker je glede specifičnosti obravnavanih pacientov problematika samopoškodb pričakovana. V zadnjem času je bilo tudi opaziti, da se z vidika psihopatologije povečuje pojavnost samega vedenja med obravnavanimi pacienti. V spremljanem obdobju 2014–2017 je bilo ugotovljeno, da so se glede na spol ženske 10-krat pogosteje samopoškodovale kot moški. Največ samopoškodb je bilo povzročenih v popoldanskem in večernem času. Povprečna starost povzročiteljev samopoškodb je bila 18 let. Zabeležene vrste samopoškodb so bile: rezanje (uporabljeni predmeti za poškodbo so bili britvice, steklo, olfa nož); opekline, povzročene s cigaretami, s segreto žlico, elastiko; praskanje z nohti, ključi, iglo; vbodi; udarjanje sebe; udarjanje v predmete; ščipanje; lasanje; nameščanje kopriv pod oblačilo. Največji delež samopoškodb je bil povzročen z rezanjem, pri tem je bila najpogosteje uporabljena britvica. Na podlagi ugotovitev, da je pogosto potrebno po samopoškodbi odvzeti ostre predmete, so potekale napovedane in nenapovedane higienske vizite, katerih namen je odstranitev potencialnih predmetov za povzročanje samopoškodb. Hkrati poudarjamo, da je izvajanje higienskih vizit opravičljivo le ob predhodnem zdravstveno-vzgojnem delu. Evidentirani so bili opravljeni razbremenilni pogovori, katerih delež se je vsako leto povečeval, kar nakazuje na premik v razmišljanju zaposlenih v zdravstveni negi, da mladostnik potrebuje podporo. Vsem novo sprejetim mladostnikom, ki so v anamnezi že imeli samopoškodovalno vedenje ali so imeli na telesu vidne poškodbe, je bila uvedena dokumentacija spremljanja poškodb. Ugotovljeno je bilo, da so pregledi pri specialistu potrebni v manjši meri, kar pritrjuje dejstvu, da samopoškodbe niso imele samomorilnega namena in so v večini primerov površinske, zato so rane oskrbljene v enoti. Premestitve so bile zabeležene v manjši meri, v večini primerov so bile izvedene znotraj UPK Ljubljana, in sicer najpogosteje na oddelek pod posebnim nadzorom (Pintar Babič, 2016; Interni vir UPK Ljubljana, 2018). Podrobnejša razprava o pojavnosti in dinamiki samopoškodovalnega vedenja med bolnišničnem zdravljenjem bi bila mogoča ob natančnejši analizi. Vendar so nekateri nujni podatki, ki bi pojasnili dogodke, tajni zaradi zaščite pacientovih pravic.

Na podlagi sistematičnega zbiranja podatkov in v želji izboljšanja obravnave mladostnikov s samopoškodovalnim vedenjem v Enoti za adolescentno psihiatrijo so bile uvedene posamezne spremembe. Zaradi potreb po pripomočkih pri kliničnem delu z mladostniki je bila ob pomoči

angleških kolegov izdelana zloženka z naslovom Samopoškodovanje in varnostni načrt. Njen glavni namen je priprava individualiziranega načrta ravnanja v primeru nevarnosti za samopoškodovanje in s tem usmerjanje mladostnika in zaposlenih v pravilno ukrepanje. Medicinska sestra po predhodnem dogovoru z oddelčnim psihiatrom, z aktivnim vključevanjem mladostnika pripravi varnostni načrt, kar pomembno vpliva na vsakodnevno obravnavo in omogoča obvladovanje ter preprečevanje samopoškodb. V nadaljevanju je opisan primer obravnave v Enoti za adolescentno psihiatrijo ob uporabi zloženke in ob upoštevanju kompetenc zdravstvene nege.

Obravnavanje mladostnika s samopoškodovalnim vedenjem v Enoti za adolescentno psihiatrijo ob uporabi zloženke Samopoškodovanje in varnostni načrt

Prvi del zloženke vsebuje kratek opis samopoškodovalnega vedenja z namenom boljšega razumevanja motnje, in sicer: »Na trenutke se je z življenjem težko soočati, še posebej, če se nam je v življenju zgodilo kaj hudega. Lahko imamo občutke, da le s poškodovanjem samega sebe izrazimo negativne občutke in dosežemo izboljšanje svojega počutja. Sprva se začne kot povsem intimno dejanje, sčasoma pa samopoškodovanje lahko postane navada, ki povsem uide našemu nadzoru in o katerem je zelo neprijetno spregovoriti. S samopoškodovanjem je podobno kot z drugimi vedenji, ki se jih sramujemo; tudi ljudi, ki se samopoškodujejo je veliko več, kot si predstavljamo. Samopoškodovanje lahko daje občutek nadzora, zmanjša neprijetne občutke, napetost in stisko. Vseeno pa to ne pomeni, da oseba, ki se samopoškoduje, ne bi mogla uporabiti drugih načinov spopadanja s svojimi težavami.«

V drugem delu zloženke so naštet t. i. stop tehnike, ki mladostnikom s samopoškodovalnim vedenjem lahko pomagajo pri spoprijemanju z negativnimi občutki. Seznam ni dokončen. Večina mladostnikov, ki se samopoškodujejo, za obvladovanje želje po samopoškodovanju že uporablja posamezne tehnike. Ostale našete v zloženki jim bodo v pomoč.

Predlagane stop tehnike

- Pogovori se z osebo, ob kateri se dobro počutiš: če si sam lahko pokličeš prijatelja, domače ali eno od spodaj napisanih telefonskih števil;
- Počni nekaj kar te veseli, npr.: risanje, pisanje pesmi, pisanje zgodb, ples;
- Bodi telesno aktiven: pojdi v telovadnico ali na sprehod;
- Pojdi spat;
- Poslušaj glasbo, ki ti izboljša razpoloženje ali te sprosti;
- Pospravi sobo, stanovanje ali hišo;
- Glej TV ali se drugače zamoti;
- Potolaži se v objemu ljubljene osebe, pocrkljaj se z domačim ljubljencekom ali plišasto igračko;
- Vzemi nekaj ledenih kock, ki naj se ti stopijo v roki, dokler ti ta ne odreveni;
- Tolči v blazino ali vzglavnike, da sprostiš jezo;
- Piši dnevnik, da se naučiš prepoznati situacije, ki sprožajo željo po samopoškodovanju;
- Delaj z rokami kaj zahtevnega, da se zamotiš;

- Pojdi pod mrzel tuš;
- Uporabi sprostivne tehnike: v mislih se osredotoči na kaj prijetnega;
- Večkrat napni in spusti elastiko, ki jo imaš okoli zapestja; ta bolečina zate ni nevarna.

Tretji del zloženke mladostnika poziva, da skupaj z zaposlenim v zdravstveni negi oz. drugim terapevtom pripravi varnostni načrt, ki mu bo v pomoč, kadar se bo spoprijemal z mislimi, da bi se samopoškodoval. Svetovano je, naj ima varnostni načrt vedno pri sebi, da mu bo v pomoč, kadar ga bo potreboval. Hkrati je zloženka v pomoč vsem, ki pridejo v stik z mladostnikom, ki se samopoškoduje (svojci, zdravstveni delavci, strokovnjaki zaposleni v šolstvu in v vzgojnih zavodih) (tabela 1).

Tabela 1: Varnostni načrt (Prirejeno po: Drobnič Radobuljac, et al., 2014)

Prepoznavanje sprožilcev	»Kaj pri meni povzroči željo po samopoškodovanju?« To so lahko t določeni ljudje, občutki, prostori ali spomini.
Stop tehnike	Ali obstaja še kaj drugega razen samopoškodovanja, kar bi mi lahko pomagalo, da bi se počutil/-a bolje? Kaj bi sam/-a svetoval/-a svojemu prijatelju, ki bi se tako počutil?
Pomoč drugih	Ali lahko drugi storijo kaj, kar bi mi pomagalo? Kaj?
Individualni načrt	Ko se bom naslednjič želel/-a poškodovati, bom naredil/-a eno od naslednjih stvari:
Organizirana pomoč	Pokličem na TOM (telefon 116 111, vsak dan med 12. in 20. uro; www.e-tom.si). Pokličem na telefon Klic v duševni stiski (telefon 01 520 99 00, vsako noč med 19. ih 7. uro). Pokličem na telefon Društva Samarijan (telefon 116 123, 24 ur na dan). Obiščem eno od urgentnih služb (zdravstveni domovi, psihiatrične bolnišnice).
Datum	
Podpis uporabnika	
Podpis terapevta	

Mladostnik pri izdelavi varnostnega načrta in nizanju tehnik pomoči potrebuje usmerjanje. Zaposleni v zdravstveni negi pričnemo s tehnikami, ko je mladostnik motiviran. Najprej pričnemo s tehnikami, ki so manj zahtevne oz. za njih mladostnik ne potrebuje pripomočkov ter so izvedljive v kateri koli situaciji (v šoli, med poukom, na avtobusu, v kinu itd.). Mladostnik nadaljuje z bolj zahtevnimi tehnikami, kasneje se odloči za pomoč drugih, ki so lažje dosegljivi in jim zaupa (npr. svojci, prijatelji), in nazadnje za strokovne službe, ki so težje dosegljive. Zloženka se zaključi s podpisom in datumom sklenitve varnostnega načrta. Podpis mladostnika ima terapevtski namen. Sledi ime in podpis terapevta. Ime terapevta predstavlja ime osebe, s pomočjo katere je pacient izdelal varnostni načrt (Pintar Babič, et al., 2017).

Zaključek

Zaposleni v zdravstveni negi imajo pri obravnavi mladostnikov s samopoškodovalnim vedenjem zaradi svoje neposredne dostopnosti ključno vlogo (Murphy, 2017). Z mladostnikom izpostavijo problem, z njim iščejo rešitev, zastavijo cilje ter kot vezni člen sodelujejo v multidisciplinarnem timu. Spodbujajo mladostnikovo aktivno vlogo v procesu zdravljenja. Obravnavajo ga kot enakopravnega člana in motivirajo za intervencije, usmerjene v iskanje manj škodljivih načinov reševanja stisk. Za vzpostavitev učinkovitega terapevtskega odnosa morajo imeti dovolj časa, dobre komunikacijske veščine, spoštljiv in empatičen odnos, obenem morajo odkrito sprejemati raznolika mnenja in kritična razmišljanja (Karman, et al., 2015). Pri zagotavljanju varnosti mladostnika je bistvenega pomena natančna ocena dejavnikov tveganja in opredelitev aktivnosti zdravstvene nege, ki pripomorejo k preprečevanju samopoškodovalnega vedenja. Pri nudenju pomoči je pomemben odnos zaposlene osebe, ki ugotovi, da se posameznik samopoškoduje. Odzove naj se razumevajoče in naj ne obsoja, pokaže naj pripravljenost za skupno iskanje prave pomoči, medtem ko ne sme dovoliti, da mladostnik s samopoškodovanjem dosega ugodnosti, ki jih sicer ne bi bil deležen. Na ta način bi namreč lahko povzročil, da se vedenje od zunaj nevede ojačuje (Drobnič & Pintar, 2017).

Problematika samopoškodovalnega vedenja v UPK Ljubljana je bila odkrita s sistematičnim beleženjem samopoškodb, analizo pojavnosti in dinamike dogodkov. Zloženska je bila izdelana z namenom izboljšanja kakovosti obravnave mladostnikov s samopoškodovalnim vedenjem. Izdelan varnostni načrt je na voljo tako zaposlenim kot tudi samostojni uporabi pacientom ali vodilo njihovim svojcem ter strokovnjakom na različnih področjih zdravstvenega varstva, šolstva in socialnega varstva. Na Enoti za adolescentno psihiatrijo usmerja zaposlene v zdravstveni negi in mladostnika pri obvladovanju neprijetnih občutkov, zaradi katerih se pojavi želja po samopoškodovanju. Hkrati omogoča zmanjševanje občutka nemoči med zaposlenimi in jih usmerja pri uporabi različnih metod in načinov komuniciranja. Izkušnje zaposlenih kažejo, da se z uporabo usmerjene terapevtske komunikacije, empatičnim in profesionalnim odnosom želja po samopoškodovanju pogosto omili ali prepreči.

Literatura

- American Psychiatric Association, 2013. *Desk reference to the Diagnostic criteria from DSM-5*. Washington: American Psychiatric Publishing.
- Briere, J. & Gil, E., 1998. Self-mutilation in clinical and general population samples: prevalence, correlates, and functions. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68(4), pp. 609-620.
- Drobnič Radobuljac, M., Plemeniti, B. & Pintar Babič, M., 2014. Zloženska z ukrepi za preprečevanje samopoškodovanja pri mladostnikih in mladostnicah, ki se samopoškodujejo. *Viceversa-Združenje psihiatrov pri slovenskem zdravniškem društvu*, 58, pp. 34-36.
- Drobnič Radobuljac, M. & Pintar Babič, M., 2017. Samomorilno vedenje in samopoškodovalno vedenje brez samomorilnega namena v otroštvu in mladostništvu: duševno zdravje v vrtcu in šoli. *Šolsko svetovalno delo: revija za svetovalne delavce v vrtcih, šolah in domovih*, 21(2/3), pp. 54-61.
- Favazza, A.R., 2012. Nonsuicidal self-injury: How categorization guides treatment. *Current Psychiatry*, 11(3), pp. 21-25.
- Gonzales, A.H. & Bergstrom, L., 2013. Adolescent Non-Suicidal Self-Injury (NSSI) Interventions. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 26, pp. 124-130.
- Interno gradivo Univerzitetne psihiatrične klinike Ljubljana, 2018
- Kaliman, M., Knez, T. & Rode, N., 2011. Samopoškodovanje: Telo kot sredstvo sporočanja in premagovanja stisk mladostnikov. *Socialno delo*, 50(6), pp. 389-401.

- Karman, P., et al., 2015. Nurses' attitudes towards self-harm: a literature review. *Journal Psychiatr Ment Health Nursing*.
- Moran, P., Coffey, C., Romaniuk, H., Olsson, C., Borschmann, R., Carlin, J.B., et al., 2012. The natural history of self-harm from adolescence to young adulthood: a population-based cohort study, *Lancet*, 379(9812), pp. 236-43.
- Murphy, K., 2017. Compassionate care for teens who self-injure. *Nursing Made Incredibly Easy!*, 15(2), pp. 32-37.
- Negovalne diagnoze NANDA International: definicije in klasifikacija 2015-2017, 2017, Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije- Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 412-413.
- Pintar Babič M., Junuzović E., Lipovec, A. & Drobnič Radobuljac, M., 2017. Izobraževalna in vzgojna funkcija medicinske sestre pri integrirani celostni obravnavi pacientov s samopoškodovalnim vedenjem brez samomorilnega namena. In: Majcen Dvoršak, S., et al. eds. *Medicinske sestre ključne za zdravstveni sistem*. 11. Kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije. Brdo 27., 28 in 29. november 2017. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije- Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 65-75.
- Pintar Babič, M., 2016. *Ocena vpliva znanja zaposlenih v zdravstveni negi na obravnavo mladostnikov s samopoškodovalnim vedenjem*: magistrsko delo. Kranj, Univerza v Mariboru: Fakulteta za organizacijske vede, pp. 20-26.
- Rodav, O., Levy, S. & Hamdan, S., 2014. Clinical characteristics and functions of non-suicide self-injury in youth. *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*, 29(8), pp. 503-508.
- Volmajer, J., 2011. *Samopoškodovanje otrok in mladostnikov*: diplomsko delo. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 47-57.
- Wilkinson, P. & Goodyear, I., 2011. Non-suicidal self-injury, *European Child & Adolescent Psychiatry*, 20, pp. 103-108.
- Wilstrand, C., Lindgren, B.M., Gilje, F. & Olofsson, B., 2007. Being burdened and balancing boundaries: a qualitative study of nurses' experiences caring for patients who self-harm. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(1), pp. 72-78.
- Young, R., Sproeber, N., Groschwitz, R.C., Preiss, M. & Plener, P.L., 2014. Why alternative teenagers self-harm: exploring the link between non-suicidal self-injury, attempted suicide and adolescent identity. *BMC Psychiatry*, 14(127), pp. 1-14. Available at: <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/14/137> [4. 6. 2015].

CELOSTNA OBRAVNAVA OTROK IN MLADOSTNIKOV Z MOTNJO V DUŠEVNEM IN TELESNEM RAZVOJU

Integrated treatment of children and adolescents with disabilities in mental and physical development

Ivanka Limonšek, dipl. m. s., univ. dipl. org.

Zavod za usposabljanje, delo in varstvo dr. Marijana Borštnarja

ivanka.limonsek@zavod-dornava.si

Izvleček

Obravnavanje otrok in mladostnikov z duševno in telesno motnjo je zahtevna. Zagotovljene morajo biti vse osnovne življenjske potrebe ob upoštevanju vseh posebnosti posameznika. Izvedena mora biti individualna diagnostika z načrtovanimi obravnavami, ki so prilagojene vsakemu otroku in mladostniku posebej. Za otroke in mladostnike z neželenimi oblikami vedenja je izdelana integrativna diagnoza in vedenjski načrt. Aktivnosti dela so usmerjene v vzroke neželenih oblik vedenja in v zmožnosti urediti takšno okolje, ki omogoča razvoj in dobro počutje otrok in mladostnikov. Prepoznavanje potreb otrok in mladostnikov je oteženo zaradi osnovne motnje ter drugih pridruženih motenj. Glede na ugotovljene potrebe se izdelava individualen načrt zagotavljanja potreb in obravnav, v katere so vključeni.

***Ključne besede:** motnje v razvoju, neželeno vedenje, integrativna diagnoza, vedenjski načrt*

Abstract

Treatment of children and adolescents with mental and physical disorders is challenging. All basic living needs must be secured by respecting person's individuality. Individual diagnostics with planned treatments, tailored to the need of each child and adolescent, are to be carried out. Integrative diagnosis and behavioral plan are made for children and adolescents with unwanted behaviors. The work activities are directed towards the causes of unwanted behaviors and towards the ability to regulate such an environment that enables the development and well-being of children and adolescents. Recognizing the needs of children and adolescents is difficult because of the basic disorder and the additional associated disorders. An individual plan that depends on the identified needs is developed for providing the needs and treatments.

***Keywords:** developmental disorders, unwanted behavior, integrative diagnosis, behavioral plan*

Uvod

Razvoj otroka lahko opisujemo s spremembami skozi celoten življenjski cikel na telesnem, spoznavnem (kognitivni ali intelektualni razvoj) in psihosocialnem (čustveni razvoj) področju. Prav rast in razvoj otroka sta najboljša pokazatelja zdravstvenega stanja in blagostanja

posameznega otroka, pa tudi populacije (Kržišnik, et al., 2013). Razvojno motnjo otroka lahko povzročijo številni dejavniki. Kažejo se lahko na enem samem področju razvoja (specifične razvojne motnje) ali na različnih razvojnih področjih (prodorne razvojne motnje) (Medicine.net.com, 2013). Nacionalni center za obporodne motnje in motnje v razvoju (National Center on Birth Defects and Developmental Disabilities, 2013) navaja, da se razvojne napake pojavijo kadar koli v razvojnem obdobju in običajno trajajo vse življenje. Zakon o usmerjanju otrok s posebnimi potrebami (ZUOPP-1, 2011) v 2. členu pravi, da so to otroci z motnjami v duševnem razvoju, slepi in slabovidni otroci, gluhi in naglušni otroci, otroci z govorno-jezikovnimi motnjami, gibalno ovirani otroci, dolgotrajno bolni otroci, otroci s primanjkljaji na posameznih področjih učenja, otroci z avtističnimi motnjami ter otroci s čustvenimi in vedenjskimi motnjami, ki potrebujejo prilagojeno izvajanje programov vzgoje in izobraževanja z dodatno strokovno pomočjo oz. posebne programe vzgoje in izobraževanja. Najštevilčnejša skupina so otroci in mladostniki z duševno motnjo. V publikaciji Kriteriji za opredelitev vrste in stopnje primanjkljajev, ovir oz. motenj otrok s posebnimi potrebami avtorji Marinč in sodelavci (2015) motnjo v duševnem razvoju opredeljujejo kot nevrološko pogojeno razvojno motnjo, ki nastopi pred dopolnjenim osemnajstim letom starosti in se kaže v pomembno nižjih intelektualnih sposobnostih ter pomembnih odstopanjih pri prilagoditvenih spretnostih. Obravnava otrok in mladostnikov z duševno in telesno motnjo je zahtevna. Zagotovljene morajo biti vse osnovne življenjske potrebe ob upoštevanju vseh posebnosti posameznika. Izvedena mora biti individualna diagnostika z načrtovanimi obravnavami, ki so prilagojene vsakemu otroku posebej (Timby & Smith, 2005).

Značilnosti obravnave otrok in mladostnikov z motnjo v telesnem in duševnem razvoju

Veliko oseb z motnjo v duševnem razvoju ni sposobnih zadovoljivo izpolnjevati svojih osnovnih življenjskih potreb; nekateri potrebujejo samo delno pomoč in vodenje, nekateri pa pomoč pri vseh življenjskih aktivnostih. V kolikšni meri te osebe potrebujejo tujo pomoč, lahko sklepamo na podlagi informacij o stopnji motnje v njihovem duševnem razvoju (zmerna, težja ali težka) in informacij o pridruženih motnjah v telesnem razvoju (lažji motorični izpad, zmerna, težja ali težka motorična telesna motnja). Kazalnika, ki nakazujeta potrebo po zdravstveni negi, sta tudi pogostost akutnih obolenj in kombinirane motnje, kar pomeni, da imajo lahko osebe hkrati kronično bolezen, prirojene systemske anomalije, epilepsijo, motnje senzoričnih organov ipd. Načrtovanje obravnav je odvisno tudi od oblike bivanja in usposabljanja otrok in mladostnikov z motnjo v duševnem in telesnem razvoju; vključeni so lahko v dnevno ali celodnevno obravnavo, kratkotrajne oz. začasne sprejeme (Anon., 2004).

Dejavniki, ki so naštet, vplivajo na pristop in obravnavo pri otrocih in mladostnikih s posebnimi potrebami. Najpogosteje se pojavljajo epileptični napadi, cerebralna paraliza in motnje vedenja.

a) Epileptični napadi

Stopnja prevalence je višja, čim večja je okvara oz. prizadetost možganov. Epilepsija prizadene približno enega od treh otrok s cerebralno paralizo (CP). Pri osebah z lažjo duševno motnjo se pojav epilepsije približuje zdravi populaciji. Pri osebah z zmerno in težko duševno motnjo se povečuje stopnja pojavnosti, epileptični napadi so pogostejši, kognitivni upad sposobnosti pa hitrejši ter zajema tudi vedenjsko poslabšanje. Kompleksni parcialni napadi so nenadni; kažejo se kot spremenjeno vedenje, sledi stereotipija, ki traja približno 60 sekund. Po napadu se poveča

stopnja agresivnega vedenja. Pred epileptičnimi napadi se lahko pri posamezniku pojavljajo motnje, ki trajajo več dni pred napadom, kažejo pa se lahko kot povečana razdražljivost, anksioznost, intenzivna disforija, slaba koncentracija in motnje spanja. Po napadu so lahko zmedeni, dezorientirani, psihotični, razburjeni, čustveno nestabilni (Barnhill, 2002).

b) Cerebralna paraliza

Za cerebralno paralizo velja: eden od treh otrok ne more hoditi; eden od štirih otrok ne more govoriti; eden od štirih otrok trpi za epilepsijo; eden od 25 otrok je gluhi; trije od štirih otrok imajo bolečine; eden od dveh otrok ima manjše intelektualne sposobnosti; eden od treh ima otrok izpah kolkov; eden od štirih ima vedenjske težave; eden od štirih otrok ima težave z nadzorovanjem delovanja mehurja; eden od petih otrok se slini; eden od desetih otrok je slep; eden od 15 otrok se hrani po gastrostomi; eden od petih otrok ima težave s spanjem (manj zanesljiv podatek) (Kos, 2013).

c) Motnje vedenja

Kobolt in sodelavci (2015) navajajo, da obstaja cel spekter čustvenih in vedenjskih motenj, ki se praviloma pojavljajo skupaj s primanjkljaji na drugih področjih, npr. z motnjami pozornosti ali hiperaktivnostjo, z govorno-jezikovnimi motnjami, z motnjami avtističnega spektra ipd. Pri opredelitvi posebnih potreb oseb z omenjenimi motnjami in načrtovanju pomoči/pristopa k tem osebam, upoštevamo biološke, socialne, psihološke in okoljske dejavnike, saj tudi vzroki za te motnje izhajajo iz različnih področij. Ugotovljamo lahko neustrezno zadovoljevanje psihosocialnih potreb, travmatske izkušnje v preteklosti, napake v delovanju živčnega sistema, neustrezno oz. pomanjkljivo strategijo spoprijemanja s problemi, slabe družinske razmere ipd. Našteto lahko posamezno ali v kombinaciji sproži in vzdržuje otrokove neprimerne čustvene in vedenjske odzive.

Vedenjske in čustvene motnje so zunanje ali notranje pogojene in se lahko odražajo v različnih oblikah, kot so avtoagresivno in agresivno vedenje, uživanje alkohola in mamil, uničevanje tuje lastnine, pobegi od doma, čustvene motnje ipd. (Žerovnik, 2004).

Obraznava otrok in mladostnikov v zavodu Dornava

V Zavodu za usposabljanje, delo in varstvo dr. Marijana Borštnarja Dornava (ZUDV Dornava) se izvaja interdisciplinarno obravnavo otrok in mladostnikov z duševno in telesno motnjo. Celosten pristop pri izvajanju zdravstvene nege otrok s posebnimi potrebami je temelj za njihovo dobro psihofizično počutje in zdravje. Ob sprejemu otroka in mladostnika strokovni tim določi diagnostični tim (defektolog, psiholog, socialna delavka, fizioterapevt, logoped, delovni terapevt, diplomirana medicinska sestra), ki spremlja novo sprejetega otroka en mesec. Vsi člani diagnostičnega tima so ves čas v stiku z negovalnim timom. Po končani diagnostiki se tim sestane, vsak posamezni strokovni delavec predstavi svoje ugotovitve ter obravnave, ki jih otrok in mladostnik potrebuje. Le-te se predstavi staršem oz. skrbnikom otroka oz. mladostnika. Habilitacijski tim je določen, ko določijo obravnave za posameznega otroka in mladostnika glede na njegove potrebe. Vsi, ki se srečujejo z otrokom in mladostnikom, se na oddelčnih timih seznanijo s posebnostmi pri obravnavi in pristopu. Sledi predstavitev vedenjskih načrtov negovalnemu kadru. Evalvacije se vrši letno oz. pogosteje glede na potrebe otroka in

mladostnika. Mesečno se izvaja habilitacijske time posameznih enot, ob večji problematiki pa time za posameznika.

Naloge strokovnega delavca v timu so:

- ocena sposobnosti in potreb posameznika (diagnostika),
- izdelovanje individualnega programa za posamezna področja dela,
- spremljanje izvajanja individualnega programa dela,
- spremljanje izvajanja individualnih programov ocenjevanja uspešnosti razvoja pri uporabnikih,
- sodelovanje s starši glede sestave in izvajanja individualnega programa dela z njihovimi otroki in mladostniki,
- usklajevanje organizacijskih in vsebinskih nalog, ki se nanašajo na neposredno delo,
- sprejemanje in izvajanje navodil strokovnih služb, ki se nanašajo na neposredno obravnavo,
- spoštovanje načel in standardov, ki veljajo v zavodu in v posamezni dejavnosti,
- razvijanje pogojev za kakovostne delovne odnose in odnose do otrok in mladostnikov ter njihovih svojcev,
- spodbujanje interdisciplinarnih odnosov,
- vzdrževanje dobrih medsebojnih odnosov,
- enakovredno vključevanje posameznika s svojimi idejami glede procesov in postopkov, ki jih izvaja.

Pri individualni obravnavi se upošteva (Brenčič, 2008):

- Posamezniki se zaradi svojega stanja ne zmorejo ali ne znajo sami identificirati;
- Intelektualne sposobnosti dojemanja oseb z motnjami so tako omejene, da ne razumejo, zakaj je določen postopek potreben, zato lahko nekateri s hudimi motnjami vedenja reagirajo z agresijo; zadovoljevanje dnevnih in drugih aktivnosti lahko razumejo kot grobo poseganje v njihov osebni prostor;
- Nekateri reagirajo z nemiro zaradi strahu, ki ga povzročajo negativni občutki zaradi nezmožnosti razumevanja;
- Nekateri ne povedo, ne pojasnijo svojega počutja, zato je opazovanje in ocenjevanje uspešnosti obravnave proces, ki zahteva od izvajalca veliko strokovnega znanja in dobro poznavanje posameznika.

Pomembno je sodelovanje vseh, ki so vključeni v obravnavo otroka, še posebej staršev. Otrok, ki ima težave z neželenimi oblikami vedenja (otrok s spektro-avtistično motnjo (SAM), čustvenimi težavami, dodatnimi psihiatričnimi obolenji itd.) je vključen v tim za duševno zdravje oz. tim za obravnavo oseb s SAM. Izdela se integrativno diagnozo, ki je sestavljena iz:

- psihiatrične diagnoze,
- psihopatološkega mehanizma (izvor vedenja – zgodnji razvoj, vzrok pojavljanja, časovna opredelitev pojavljanja),
- določitve bioloških faktorjev,
- nevrofizioloških faktorjev,
- rezultatov, uporabljenih psihodiagnostičnih sredstev (Vinlandska lestvica vedenjske prilagojenosti),
- nevropsiholoških faktorjev,

- opisa osebnostnih lastnosti,
- izražanja osnovnih potreb,
- interakcijskih vzorcev,
- določitve eksistenčnih problemov (zmožnosti zagotavljanja potreb v okolju),
- okolja,
- priporočene obravnave (holističnega pristopa).

Integrativna diagnoza in vedenjski načrt

V izdelavo integrativne diagnoze je vključen celoten tim strokovnih delavcev (glede na strokovno področje). Po zaključeni oceni sledi predstavitev otroka in mladostnika zaposlenim na delovnih enotah, ki se z njim dnevno srečujejo. Predstavi se vedenjski načrt dela, glede na specifičnost dela pa sledi tudi priuči tev kadra.

Vedenjski načrt opisuje:

- sprožilce neželenega vedenja (npr. neizpolnitev želje, potreba po pozornosti, vstop druge osebe v prostor, glasnejši govor, postavljena zahteva itd.),
- opis neželenih oblik vedenja (NOV) (npr. avtoagresija, heteroagresija, metanje predmetov, kričanje itd.),
- jasna in nedvoumna navodila glede preprečevanja NOV (npr. kako izreči pohvalo, prepoznavanje njegovih zahtev, količina hrane, zagotovitev osebnega prostora, da so otroku lastni ljubi predmeti na »pravem« mestu itn.),
- kako ravnati v primeru agresije (kratka in jasna navodila, npr. če udari sebe zaradi pozornosti, se umaknemo; če udari, ko izrečemo zahtevo, ignorirajmo početje. *Ignoriramo zato, ker ne sme dobiti pozornosti za negativno dejanje, temveč kadar je to potrebno, vodimo in pomagamo, da konča nalogo, umaknemo ostale otroke in mladostnike, da ne dobi zelene pozornosti itn.*)

Zaključek

Za izvedbo aktivnosti in obravnav, v katere je vključen otrok in mladostnik z duševno in telesno motnjo je potrebno dobro sodelovanje vseh zaposlenih in staršev. Pri otroku in mladostniku ter starših si je potrebno pridobiti zaupanje, da se zmanjša strah pri otroku in mladostniku, ki se lahko kaže kot jeza, agresija, starše pa je potrebno prepričati, da so aktivnosti zastavljene tako, da resnično izhajajo iz otrokovih oz. mladostnikovih potreb. Poudariti je treba, da smo v prvi vrsti zastopniki otrokovih oz. mladostnikovih pravic in znamo prepoznati otrokove oz. mladostnikove potrebe tudi, kadar so zelo posebne, pa vendar njemu lastne.

Dobro strokovno znanje, izkušnje in timsko delo so podlaga za izvedbo aktivnosti, ki omogočajo kakovostno življenje oseb s posebnimi potrebami. Osnovno načelo dela na tem področju je prepoznavanje znakov in vedenja, ki so otroku in mladostniku lastni, ter znakov, ki kažejo na to, da je otrok oz. mladostnik v stiski, ker niso prepoznane njegove potrebe.

Načelo celostnega in individualnega pristopa je, da ne iščemo načinov, kako odpraviti simptome, temveč iščemo vzroke, ki so te simptome povzročili.

Literatura

- Anon., 2004. *Vizija razvoja socialno-varstvenih zavodov za usposabljanje: končno poročilo*. Ljubljana: Republika Slovenija Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve. Available at: http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti__pdf/zavodi_usposabljanje_vizija_kocno.pdf [10. 9. 2018].
- Barnhill, J.L., 2002. Epilepsy, Mental Retardation, and Psychopathology. *NADD Bulletin*, 2(Suppl V), pp. 12. Available at: <http://thenadd.org/modal/bulletins/v5n2a2~.htm> [10. 9. 2018].
- Brenčič, J., 2008. Sodoben pristop v pediatrični zdravstveni negi pri otrocih in mladostnikih s posebnimi potrebami. In: Limonšek, I., et al. eds. *Pediatrična zdravstvena nega otroka in mladostnika z motnjami v telesnem in duševnem razvoju*. Zbornik predavanj, strokovni seminar Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji pri Zvezi društev. Dornava, 9. maj 2008. Ljubljana: Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije – Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 12–19.
- Kobolt, A., Rajniš Pinterič, M. & Rogelj, F., 2015. Otroci s čustvenimi in vedenjskimi motnjami. In: Vovk-Ornik, N. ur. *Kriterij za opredelitev vrste in stopnje primanjkljajev, ovir oz. motenj otrok s posebnimi potrebami*. 2. izd. El. knjiga. Ljubljana: Zavod RS za šolstvo, pp. 32 – 34. Available at: <https://www.zrss.si/pdf/Kriteriji-motenj-otrok-s-posebnimi-potrebami.pdf> [10. 9. 2018].
- Kos, H., 2013. *Zdravstvene težave, povezane s cerebralno paralizo, predvsem bolečina*. Zveza sožitje. Available at: <http://www.soncek.org/cerebralna-paraliza/cerebralna-paraliza/definicije-vzroki-pogostost-oblike> [10. 9. 2018].
- Kržišnik, C., Anderluh, M., Avbelj Stefanija, M., Avčin, T., Battelino, T., Benedik-Dolničar, et al., 2013. *Pediatrija*. Ljubljana: Državna založba Slovenije.
- Marinč, B., Burnik, F., Vališer, A., Barbori, K., Potočnik Dajčman, N. & Dretnik, F., 2015. Otroci z motnjami v duševnem razvoju. In: Vovk Ornik, N. ur. *Kriteriji za opredelitev vrste in stopnje primanjkljajev, ovir oz. motenj otrok s posebnimi potrebami*. 2. izd. El. knjiga. Ljubljana: Zavod RS za šolstvo, pp. 6 – 8. Available at: <https://www.zrss.si/pdf/Kriteriji-motenj-otrok-s-posebnimi-potrebami.pdf> [10. 9. 2018].
- Medicine.net.com, 2013. *Definition of Developmental disorder*. Available at: <http://www.medicinenet.com/script/main/art.asp?articlekey=11145> [10. 9. 2018].
- National Center on Birth Defects and Developmental Disabilities, 2013. *Facts About Developmental Disabilities*. Available at: <http://www.cdc.gov/ncbddd/developmentaldisabilities/facts.html> [10. 9. 2018].
- Timby, B. & Smith, N.E., 2005. Pediatric nursing. In: Timby, B. & Smith, N.E. eds. *Essentials of Nursing: Care of Adults and Children*. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkons, pp. 109–24.
- Zakon o usmerjanju otrok s posebnimi potrebami (ZUO-PP-1)*, 2011. Uradni list Republike Slovenije št. 58.
- Žerovnik, A., 2004. *Otroci s posebnimi potrebami*. Ljubljana: Družina.

SOCIALNA OBRAVNAVA MLADOSTNIKA – VKLJUČEVANJE ZUNANJIH SLUŽB V OBRAVNAVO MLADOSTNIKA S TEŽAVAMI NA PODROČJU DUŠEVNEGA ZDRAVJA

Social treatment of adolescent – inclusion of external services in the treatment of adolescents with mental health problems

mag. Damijana Pirc, univ. dipl. soc. del.
Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana
damijana.pirc@psih-klinika.si

Izvleček

Članek predstavlja socialno delo z mladostniki z duševnimi motnjami in težavami v psihiatrični obravnavi na Enoti za adolescentno psihiatrijo Centra za mentalno zdravje Univerzitetne psihiatrične klinike v Ljubljani. Opisana je specifičnost procesa socialnega dela z mladostnikom v psihiatrični obravnavi. Posebna pozornost je namenjena vlogi socialne delavke v multidisciplinarnem timu. Pri opredelitvi procesa pomoči so uporabljeni koncepti, ki so integrirani tudi v praktično delo: človek v okolju, ekosistemska teorija, biopsihosocialni model obravnave, celostna obravnava, delovni odnos, proces opredeljevanja problema, integrirana obravnava. Opisan je socialno-delovni proces pomoči mladostniku. Mladostnike že zaradi razvojnega obdobja, v katerem so še močno odvisni od svojega okolja, staršev, vrstnikov in šole, ne moremo obravnavati zgolj individualno. Socialna delavka mora pri delu s to starostno skupino povezati in mobilizirati vire moči vseh udeleženih v mladostnikovi socialni mreži: zdravstvo, družino, vrstniško skupino in šolo.

Ključne besede: *biopsihosocialni model, celostna obravnava, proces pomoči, mladi*

Abstract

The article describes social work with adolescents with mental disorders and mental distress at the Unit for Adolescent Psychiatry (Centre for Mental Health, University Psychiatric Clinic Ljubljana). The specifics of the social work with adolescents in psychiatric treatment are detailed. Special attention is given to the role of social workers in multidisciplinary team. To define the helping process, we use concepts such as: person in environment, ecosystem theory, biopsychosocial model of treatment, holistic treatment, working relationship, defining problem, and integrated treatment. Special stress is laid upon the description of social worker in helping process to adolescents. Adolescents must not be treated individually, since they are in a developmental period, in which they still heavily depend on their environment: parents, peers, school. Social worker must connect and mobilize helping resources of everyone involved: medicine, patient, family, peer group, school.

Keywords: *biopsychosocial model, holistic treatment, helping process, adolescents*

Uvod

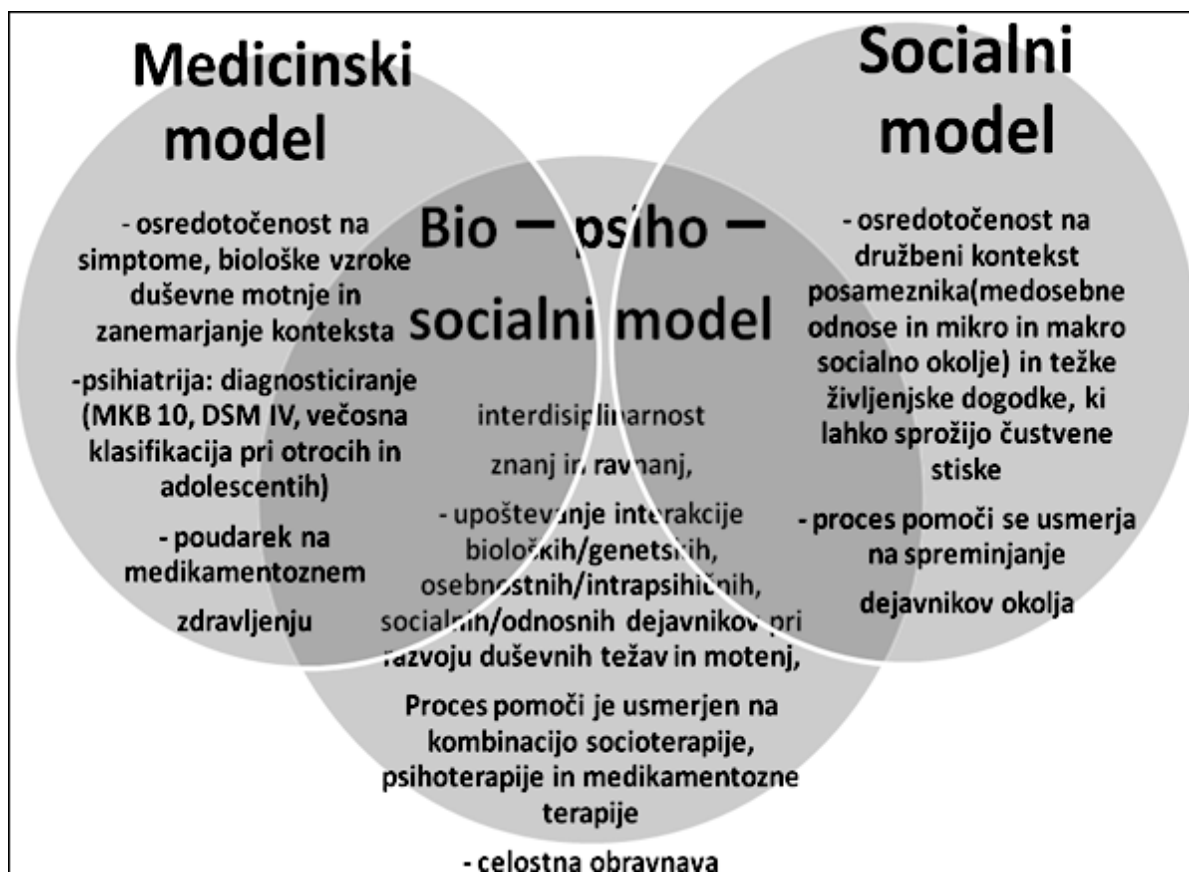
K obravnavi mladostnic in mladostnikov z duševnimi motnjami in težavami moramo pristopiti drugače kot k obravnavi odraslih. Ne moremo jih obravnavati zgolj individualno, saj so mladi odvisni od svojega okolja, staršev, vrstnikov in učiteljev, zato jih moramo znati videti v kontekstu funkcioniranja v teh zanje pomembnih sistemih. Za psihiatrično zdravljenje se mladi ne glede na spol odločijo predvsem takrat, ko se niso več zmožni spopadati s krizami (Tyson, et al., 2010). Če mladostnice ali mladostnika v stiski, ki se odloči za psihiatrično zdravljenje, ne obravnavamo ustrezno, obstaja tveganje za razvoj duševne motnje v odraslosti (Walker, 2003). Dokazano je, da je največji dejavnik tveganja za razvoj duševne motnje v odraslosti nezdravljenje oz. nezadostna usmerjenost v obravnavo duševnih motenj in težav v mladostništvu (Department of health, 1998; Howe, 1999; Department of health, 2001 cited in Walker, 2003).

Zdravljenje mladostnikov in mladostnic z duševnimi težavami in motnjami je učinkovito, če je multidisciplinarno in večsektorsko. Glavno vodilo multidisciplinarne obravnave so inovativne rešitve, ki jih lahko ponudi multidisciplinarna praksa, zgodnje medsektorsko ukrepanje in dobro interdisciplinarno sodelovanje. Izredno pomembna je dobra preventiva, da se pri ranljivejših otrocih in mladostnikih ne razvijejo resnejše duševne težave in motnje (Walker, 2011). Pomemben del procesa zdravljenja smo tudi socialni delavci, predvsem, kadar so v začetni fazi zdravljenja zaznani dejavniki tveganja za pojav in ohranjanje psihosocialnih problemov, kot so revščina, izključenost iz vrstniške skupine, slab učni uspeh, pomanjkljiv ali neustrezen starševski nadzor, nasilje v družini itd. Gre za usmerjenost v socialno ozdravitev. Pacientove potrebe so v ospredju procesa pomoči in vodijo socialno delavko v smeri interdisciplinarnega delovanja, kar zahteva sodelovanje z zdravstvenim timom in drugimi zunanjimi strokovnimi službami podpore in pomoči v skupnosti, da kar najbolje zadovolji pacientove potrebe. Sistem pomoči, ki ga skupaj zagotavlja več služb pomoči in strokovnih delavcev in delavk različnih strok, lahko mladostnicam in mladostnikom z duševnimi motnjami in psihosocialnimi težavami ponudi različne kombinacije in širok obseg zdravstvenih, pedagoških in socialnovarstvenih oblik pomoči in podpore.

Na podlagi izkušenj iz svoje prakse lahko potrdim, da se je integrirana obravnavna pokazala kot učinkovita, vendar je treba za vsakega posameznega pacienta/pacientko narediti dobro selekcijo virov podpore in pomoči v multidisciplinarnem timu.

Teoretična izhodišča

Psihiatrična obravnavna mladostnikov zahteva biopsihosocialni pristop (slika 1), ki združuje tri prekrivajoče se vidike pacientovega funkcioniranja: »bio«, ki se nanaša na biološki in medicinski vidik njegovega zdravja in blagostanja, »psiho«, ki se nanaša na njegovo samovrednotenje, značaj, samospoštovanje in čustvene vire, povezane z njegovim zdravstvenim stanjem, »socialno«, ki se nanaša na socialno okolje (družino, šolo, vrstniško skupino), ki ga obkroža in vpliva nanj. Ta pristop nam pomaga, da v diagnostičnem postopku v interdisciplinarnem zdravstvenem timu (specialist psihiater, klinični psiholog, socialni delavec, delovni terapevt, specialni pedagog, učitelj) raziščemo biološke, duševne in socialne dejavnike razvoja in ohranjanja mladostnikove duševne motnje, stiske ali težave. Skupaj ga vodimo do zelenih sprememb, tako da raziščemo in osvetlimo vire moči za okrevanje oz. izboljšanje funkcioniranja.



Slika 1: Modeli obravnave duševnih motenj, vir: Coppock, V. & Dunn, B., 2009

Vloga socialne delavke v interdisciplinarnem zdravstvenem timu

Otroci in mladostniki z motnjami in težavami v duševnem zdravju zahtevajo ustvarjalne in prilagodljive rešitve za svojo bolečino in trpljenje (Davis, et al., 1997; McGuire, et al., 1997; Bayley, 1998; Davis & Spurr, 1998 cited in Walker, 2003). Socialni delavci uporabimo določeno znanje, spretnosti in izkušnje dobrih praks glede na dano pacientovo problemsko situacijo, da ga bomo lahko vodili do zelenih sprememb oz. k premostitvi ovir, ki so bodisi vir ali posledica njegove duševne motnje, stiske ali drugih težav.

Delo socialnega delavca je usmerjeno v oceno pacientovega funkcioniranja v domačem, šolskem ali vrstniškem okolju. Če je prav to okolje izvor mladostnikovih stisk in težav, članom zdravstvenega tima predlaga začetek izvajanja socialnih ukrepov za razreševanje težav. Socialni delavec začne proces soustvarjanja pomoči skupaj s pacientom. V pogovoru raziščeta vire moči za okrevanje ter postavi cilje oz. opredelita zelene spremembe. V pogovor poskušata vključiti zunanje strokovne delavce in tiste osebe, ki lahko pomembno prispevajo k rešitvi oz. izboljšanju mladostnikovega funkcioniranja v kontekstih, kjer ima težave.

Kompleksne problemske situacije, ki jih rešujemo socialne delavke in delavci, zahtevajo integrirano obravnavo različnih strokovnjakov in različnih služb pomoči. Socialno delo je integrativna znanost (Shepherd, et al., 2008). Teorija socialnega dela določa način, kako bomo pestro znanje različnih strok umestili v procese pomoči v socialnem delu. Vedeti moramo,

koga povabiti v obravnavo in kdo so strokovnjaki ali posamezniki v pacientovem ožjem ali širšem socialnem okolju (starši, šola, center za socialno delo idr.), ki lahko s svojim strokovnim znanjem, možnostmi ali zgolj navzočnostjo prispevajo k rešitvi pacientove stiske. O tem, koga vključiti v proces pomoči, seveda odloča pacient sam.

Zaradi raznovrstnega znanja različnih strok, integriranega v teoriji socialnega dela, ima socialna delavka nalogo, da naredi izbor, integrira znanje in skupaj z uporabnikom in vsemi vključenimi v problemsko situacijo ustvari enkraten, njegovim potrebam in željam prilagojen projekt pomoči za okrevanje. Gre za socialno okrevanje in ne za klinično ozdravitev. Zadnjih 20 let se je koncept okrevanja pojavil kot najpomembnejše teoretično načelo, ki oblikuje razumevanje duševne motnje in organiziranost služb, ki so v oporo in pomoč osebam z duševno motnjo (Bland & Tullgren, 2014). Izzval je izvajalce pomoči in storitev, da presežejo ozek bolezenski okvir, simptome in načine zdravljenja, da razumevajo, kako vsak posameznik doživlja duševno motnjo in kako si lahko zagotovi kakovostno življenje. Poudarek je na odzivanju in rešitvah, ki jih predlaga pacient. Kakovost bivanja je pomembnejša od samega zdravljenja simptomov. Koncept socialnega okrevanja razlaga, da osebe s težavami v duševnem zdravju kljub medikamentoznemu zdravljenju in vključenosti v različne službe pomoči zmorejo šolanje in delo, si ustvarijo partnerstva, družine in imajo polno življenje. Socialno okrevanje kot filozofija temelji na gibanju za rehabilitacijo v Bostonu v ZDA (Anthony, 1993), osredotoča pa se na spremembo socialnega funkcioniranja in učenje veščin, s čimer predstavlja izziv medicinskemu modelu zdravljenja simptomov.

Lois Forth Cowels (2003) pri opisu temeljne usmerjenosti bolnišnične socialne delavke izhaja iz pogleda Cobota (1928) in Ide Cannon (1923), ki sta bila začetnika socialnega dela v zdravstveni dejavnosti v ZDA. Cowelsova pravi, da je temeljna naloga bolnišnične socialne delavke poznavanje pacientovega socialnega okolja in opozarjanje zdravstvenega osebja na vpliv socialnih dejavnikov na posameznikovo zdravje oz. počutje. Ida Cannon je še posebej poudarjala, da se moramo socialni delavci usmeriti na socialne in čustvene dejavnike pacientovega počutja. Socialni delavci in delavke si prizadevamo za odstranitev ali premostitev ovir v posameznikovem okolju, saj lahko to pripomore k ozdravitvi ali ohranjanju stabilnosti njegovega duševnega zdravja.

Socialna delavka ima vlogo zveze ali mostu med bolnišnico ter pacientovim socialnim okoljem ter viri pomoči in podpore v skupnosti. Naša naloga je, da zapolnimo prazen prostor med bolnišničnim okoljem in socialnim okoljem uporabnika s tem, da prepoznamo in poskušamo odpraviti ovire, ki so mu na poti do uspešne ozdravitve in reintegracije.

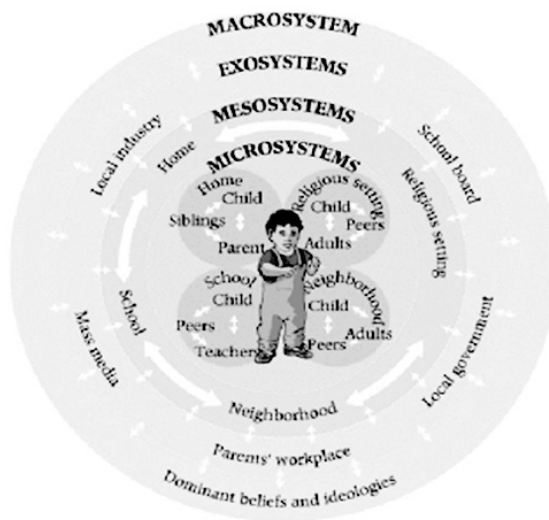
Psihiatrične socialne delavke in delavci moramo pri delu s pacientkami in pacienti izhajati iz svojih praktičnih izkušenj in njihove starosti, teoretičnega znanja o procesih pomoči, vrste problemske situacije in razpoložljivih virov pomoči. Healy (2005) piše o reflektivnem pristopu, po katerem socialne delavke nenehno sestavljamo znanje in uporabo teorije, deloma tudi na podlagi izkušenj in virov, kot sta praktični kontekst in formalna teoretična podlaga.

Kompetentno ravnanje socialnih delavcev v psihiatriji zahteva uporabo konceptov socialnega dela, ki vedno predstavljajo okvir za izbor in integracijo znanja. Socialne delavke uporabljamo

teorijo in tudi ustvarjamo teorijo v praksi. Čeprav v psihiatriji prevladuje biomedicinski diskurz, je dovolj prostora za celotno obravnavo, ki temelji na razumevanju posameznika v njegovem širšem socialnem kontekstu. Do trka vrednot socialnega dela in biomedicinskega diskurza pride pri uporabi terminologije. Socialni delavci imamo svojo terminologijo. Govorimo o uporabnikih in ne pacientih, okrevanju in ne zdravljenju, pomoči in ne obravnavi oz. terapiji ter o iskanju virov moči za okrevanje in soustvarjanju zelenih rešitev. V zdravstvu seveda prevladuje biomedicinski diskurz, tako da socialni delavci v zdravstvu uporabljamo biomedicinske izraze, kot so pacient, socialna diagnostika, ocena in terapija, če želimo učinkovito komunicirati v tem okolju (Healy, 2005).

Teoretična izhodišča socialnega dela v psihiatriji

Okvir dela socialne delavke v psihiatriji predstavlja ekosistemska perspektiva, ki poudarja koncept »človek v okolju« (Austrian, 2005). V vsakdanjo prakso moramo vključiti ekosistemsko teorijo in koncept »človek v okolju«, ki ga je razvil Urie Bronfenbrenner. Pri socialnem delu moramo na posameznika gledati celotno. Zanimajo nas dejavniki, ki so posameznika privedli do pojava duševne motnje, duševnih stisk in težav kot tudi dejavniki, ki preprečujejo okrevanje. Raziskati moramo, kaj je treba izboljšati ali kaj spremeniti pri posamezniku in v njegovem okolju, da bo lahko prišlo do izboljšanje njegovega psihosocialnega funkcioniranja.



Slika 2: Ekosistemska teorija razlaga, kako otrokove značilnosti v stiku z njegovim neposrednim in širšim okoljem vplivajo na njegov razvoj in odraščanje, vir: Urie Bronfenbrenner, 1979

Socialni delavci v psihiatriji, ki delamo z mladostniki, si moramo zato pri svojem delu prizadevati za vpogled v vire moči in podpore, ovire in priložnosti ter dejavnike tveganja in varovalne dejavnike v mladostnikovem okolju. Seznaniti se moramo z mladostnikovim funkcioniranjem v družini ter v šolskem in vrstniškem okolju. Za uspešno delo si moramo prizadevati, da celotno ocenimo mladostnikovo psihosocialno funkcioniranje v povezavi z vidnimi in nevidnimi razsežnostmi problemske situacije. Praksa socialnega dela prepoznava socialnoekološko načelo »človek v okolju« kot posameznikovo soodvisnost z okoljem, ki ga obdaja. Vsakodnevni stik

z okoljem ga lahko neguje, podpira, motivira, sprošča, frustrira in obenem tudi prispeva k njegovemu okrevanju. Glede na to je za neposredno prasko socialnega dela pomembno, da oceni vpliv ožjega in širšega okolja, družine, šole, vrstnikov in skupnosti na mladostnikovo vedenje in funkcioniranje. V sledenju takemu procesu ocenjevanja mladostnikove situacije moramo biti previdni, da namenimo več poudarka virom moči kot primanjkljajem in toksičnim elementom v mladostnikovem okolju (Sullivan & Rapp, 2009).

Na mladostnika moramo gledati v kontekstu raznovrstnih odnosov z drugimi – v našem primeru pacienta v odnosu s starši, torej v kontekstu družine, ter v stiku s sošolci, učitelji, prijatelji in drugimi osebami ali ustanovami (npr. center za socialno delo, svetovalni center). Socialna delavka upošteva celoten mladostnikov kontekst, torej njegov odnos s starši, bivanjske in materialne razmere, doživljanje šole in svojega položaja v njej, doživljanje vrstnikov in družine ter vrednote, ki jih je razvil. Po pojmovanju systemsko-ekološkega modela sta socialna delavka ali delavec in uporabnik partnerja, sodelavca pri reševanju težav.

Pomembno teoretično izhodišče za prakso socialnega dela v psihiatriji predstavljata dva koncepta: *koncept delovnega odnosa*, ki ga je razvila Čačinovič Vogrinčič in *proces opredeljevanja problema*, ki ga je opredelil Meyer (1993). Delovni odnos zagotavlja instrumentalno opredelitev problema in soustvarjanje rešitev, pri čemer sodelovanje aktivira moč posameznika, družine ali šole. Delovni odnos omogoča soustvarjanje sprememb in pomoči (Čačinovič Vogrinčič, 2010). Socialno delo je izviren delovni projekt sodelovanja, ki ga soustvarimo na temelju sporazumevanja, dogovarjanja in skupnega oblikovanja rešitev, da bi udeleženi v problemu postali udeleženi v rešitvi. Tudi Čačinovič Vogrinčič (2008) poudarja, da morajo biti v procesu pomoči raziskani in dogovorjeni oz. ubesedeni zaželeni izidi oz. vmesni cilji in posamezni koraki do njih. Brez smiselnega cilja ni smiselne poti. Nedoseženi cilji in neopravljeni koraki nas zgolj napotijo, da jih bolje raziščemo in na novo zastavimo v okviru uresničljivega. S svojim strokovnim znanjem pacienta vodimo k razumevanju življenjske situacije in konceptov rešitve socialnih problemov ali kot v socialnem delu pravimo, izhajamo iz pacientove instrumentalne opredelitve problemov in vodimo proces soustvarjanja podpore in pomoči.

Proces opredeljevanja problema, kot ga je opredelil Meyer (1993), je sistematičen petstopenjski proces. Prvi korak je raziskovanje oz. poslušanje pacientove zgodbe, da socialna delavka pridobi podatke in informacije; trudi si pridobiti relevantne informacije za razumevanje problemske situacije v kontekstu. Ko pridobi ustrezne informacije, preide na sklepne misli; to je drugi korak procesa, ki vključuje pregled dobljenih podatkov, da lahko določi njihov pomen in vidi, ali so uporabne oz. logične. Socialna delavka se odloči o tem, kaj storiti s pridobljenimi informacijami na podlagi svojega praktičnega znanja in izkušenj s podobnimi primeri, teoretičnega znanja, okoliščin in razpoložljivosti virov. Tretji korak je evalvacija. Vključuje oceno pacientovega funkcioniranja z opredelitvijo problema ter njegove moči in šibkosti v okolju. Drugi in tretji korak vključujeta le socialno delavko, v četrtem koraku pa je spet potrebno pacientovo sodelovanje. Med vrsto problemov, ki sta jih osvetlila v prvih treh korakih, se morata skupaj odločiti, s katerim problemom se bosta ukvarjala in v kateri kontekst bosta usmerila svoje delovanje. Določiti morata tudi, kaj je realno izvedljivo in kje so omejitve. Peti korak je načrtovanje ukrepov. Pri tem izhajata iz predhodnih štirih korakov. Socialna delavka in pacient se dogovorita glede načina, časa in potrebe po osredotočanju na opredeljeni problem. Pogovorita

se tudi o pričakovanih rezultatih. Ocenjevanje, ki temelji na praktičnem znanju in spretnostih, je individualiziran proces, ki zahteva upoštevanje enkratnosti posameznika in okoliščin. Gre za neprekinjen proces, ukrepanje pa je treba sproti prilagajati novim informacijam.

Načrtovanje ukrepov oz. ciljev, ki jih želimo doseči, mora biti skupno. Socialna delavka s strokovnim znanjem in izkušnjami lahko predlaga različne možne vire pomoči ter koga pritegniti v reševanje problema, toda končna odločitev, po kateri poti iti, pa je pacientova. Pomembno je, da njegovo odločitev sprejmemo, tudi če se nam ne zdi najboljša. Pomembno je, da smo pacientu na voljo, če mu ne uspe. V tem primeru mu pomagamo še naprej raziskovati ter določiti nove cilje in nove poti do njih.

Socialni delavec z uporabnikom soustvarja nove možnosti in okoliščine za kakovostnejše življenje. Te dejavnosti pripomorejo k spreminjanju človeka samega ali njegovih življenjskih razmer, spodbujajo in zagotavljajo njegov razvoj in izboljšujejo možnosti za posameznikovo socialno integracijo s sistemi v njegovem okolju (Milošević Arnold & Poštrak, 2003, p. 9).

Zaključek

Socialni delavci v psihiatriji usmerjamo svojo pozornost na sovplivanje posameznikovih telesnih, duševnih in družbenih dejavnikov na razvoj duševnih motenj in težav. Naš pogled je, da lahko duševno stisko ali motnjo sprožijo bodisi neugodna socialna situacija (socialna izključenost, šolski neuspeh, bivanjska ali materialna stiska, nasilje idr.) bodisi življenjska sprememba (npr. smrt ljubljene osebe) bodisi telesne težave, ki lahko za posameznika postavljajo precejšno oviro pri opravljanju pomembnih življenjskih dejavnosti in neugodno vplivajo na njegovo funkcioniranje v družbi.

Ekosistemska perspektiva in iz nje izhajajoč koncept »človek v okolju« je temeljno vodilo procesa pomoči socialnega delavca v psihiatriji. Priporočljiv je predvsem za delo z mladostniki, saj so ti močno odvisni od svojega okolja (od staršev, vrstnikov, učiteljev). Gre za pogled, ki določa, da je posameznika treba razumeti v kontekstu pogojev in možnosti, ki jih ima v svojem okolju. Mladostnikovo socialno okolje pojmuje kot njegovo družino, pogoje bivanja, šolsko situacijo, materialni položaj, možnosti za izobraževanje, vire pomoči v skupnosti, odnose s prijatelji in sošolci, možnosti za rekreacijo itd. Socialni delavci moramo posebno pozornost posvetiti virom in podpori, oviram in priložnostim ter dejavnikom tveganja in varovalnim dejavnikom, ki so prisotni v mladostnikovem okolju.

Pomembno teoretično izhodišče za vodenje procesa pomoči v psihiatričnem socialnem delu sta koncept delovnega odnosa (Čačinovič Vogrinčič, 2008) in proces opredeljevanja problema (Meyer, 1993). Določata proces pomoči, kjer se zgodi ravno tisto, kar je pomembno za delo z mladostniki. Mladostnika že zaradi razvojnega obdobja, v katerem ni več otrok, ni pa še odrasel in je kot tak še odvisen od svojih staršev, skrbnikov, vrstnikov in drugih pomembnih za njegov razvoj, ne moremo obravnavati zgolj individualno. Socialni delavci moramo v procesu pomoči povezati vire pomoči vseh udeleženi v mladostnikovi socialni mreži: njegovo družino, vrstniško skupino, šolo, skupnostne vire podpore in pomoči.

Socialne delavke in delavci moramo imeti znanje in moč, da pacientu predstavimo možne poti reševanja stisk in težav, seveda pa pacient sam odloča o tem, kakšno pot bo izbral. Pomembno je, da se mu pridružimo, ga pri tem podpremo, četudi njegova izbira z našega strokovnega zornega kota ni najboljša.

Če povzamem besede Paula Freira (1985), smo socialni delavci »posredniki sprememb«, ki zaznamo, kaj je mogoče v danem trenutku narediti. Posameznika podpremo tam, kjer sam želi, in ne tam, kjer bi sami želeli delovati.

Literatura

- Austrian, S., 2005. *Mental disorders, medications, and clinical social work*. 3th ed. New York: Columbia University Press.
- Beder, J., 2006. *Hospital social work: The interface of medicine and caring*. New York: Routledge.
- Bland, R. & Tullgren, A., 2014. Recovery theory and practice. In Francise, A.P. ed. *Social work in mental health: context and theories in practice*. New Delhi: Sage.
- Coppock, V. & Dunn, B., 2009. Understanding social work practice in mental health. SAGE publication.
- Čačinovič Vogrinčič, G., 2008. *Soustvarjanje v šoli: Učenje kot pogovor*. Ljubljana: Zavod RS za šolstvo.
- Čačinovič Vogrinčič, G., 2010. Soustvarjanje pomoči v jeziku socialnega dela. *Socialno delo*, 49(4), pp. 239-245.
- Freire, P., 1985. *The politics of education: Culture, power and liberation*. Westport: Bergin & Garvey.
- Fort Cowles, L.A., 2003. *Social work in the health field*. New York: Routledge.
- Healy, K., 2005. *Social work theories in context: Creating frameworks for practice*. London: Palgrave Macmillan.
- Mešl, N., 2008. *Razvijanje in uporaba znanja v socialnem delu z družin: Procesi soustvarjanja teoretskega znanja v praksi*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Meyer, C.H., 1993. *Assesment in social work practice*. New York: Columbia, University Press.
- Milošević Arnold, V. & Poštrak, M., 2003. *Uvod v socialno delo*. Ljubljana: Študentska založba.
- Shepherd, G., Boardman, J. & Slide, M., 2008. *Making recovery a reality*. London: Sainsbury Centre for Mental Health.
- Sullivan Patric, W. & Rapp Charles, A., 2009. Honoring Philosophical Traditions. In: Sallebey, D. ed. *The Strengths Model and the Social Environment*. Boston: Alyn and Bacon.
- Tyson, E.H., Baffour, S.T. & Duong Tran, P., 2010. Gender comparisons of self-identified strengths and coping strategies: a study of adolescents in an acute psychiatric facility. *Child Adolescent Social Work Journal*, 27(3), pp. 161-175.
- Walker, S., 2003. Social work and child mental health: Psihosocial principles in community practice. *British Journal of social work*, 33(5), pp. 673-687.
- Walker, S., 2011. *The social worker's guide to child and adolescent mental health*. London: Jessica Kingsley Publishers.

PEDAGOŠKA OBRAVNAVA OTROK IN MLADOSTNIKOV S TEŽAVAMI NA PODROČJU DUŠEVNEGA ZDRAVJA V UPK LJUBLJANA

Pedagogical treatment of children and adolescents with mental health problems in upk Ljubljana

Barbara Dajčman, univ. dipl. ped.

Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana

barbara.dajcman@psih-klinika.si

Povzetek

Pedagoška obravnava v Centru za klinično psihiatrijo v Univerzitetni psihiatrični kliniki Ljubljana zajema dve področji. Prvo je pomoč pri šolanju, drugo pa je individualna obravnava. Obravnava je individualna in intenzivna, z njo se začne, ko se zdravstveno stanje pacientov toliko stabilizira, da so zmožni sodelovati, zato se jih v pedagoško obravnavo vključi šele, ko so nanjo pripravljeni. V prvi vrsti se jim uredi vse formalnosti, povezane s šolanjem (status in pripravo posebnih pogojev izobraževanja), pri čemer se sodeluje s svojci in z zunanjimi institucijami. Nato se jim pomaga pri procesu učenja. Šolanje je pri pacientih izrednega pomena, saj jim daje vrednost, novo upanje, strukturo dneva ter možnost za vrnitev v njihovo okolje. Drugo področje pedagoške obravnave zajema delo na oddelkih pod posebnim nadzorom. Obravnava je namenjena otrokom in mladostnikom, ki so sprejeti na oddelek pod posebnim nadzorom zaradi raznovrstnih težav, ki jih ni moč reševati zunaj bolnišnice. Vloga pedagoga je intenzivno spremljanje šolanja otroka in mladostnika. Pri tem se obravnavo prilagodi individualnim potrebam posameznika in možnostim, ki jih nudi bolnišnica.

***Ključne besede:** izobraževanje, psihiatrija, bolnišnična šola*

Abstract

The pedagogical work at the Center for clinical psychiatry at the University Psychiatric Clinic Ljubljana covers two areas, i.e. help in the education of our patients and individual work. The work is individual and intensive, and it begins as soon as the health status of patients is stable enough that they are able to co-operate, which is why they are not included in the pedagogical work, before they are ready to participate in it. At the first stage, we arrange all formalities related to their education (status and preparation of special conditions of education). During this stage, we coordinate planning with family members and outside institutions, and then we help them in the process of learning itself. For our patients, education is of the highest importance, because it gives them self-esteem, new hope, structure and the possibility to return to their normal environment. The second area of pedagogical work includes work at the ward under special surveillance. This work is intended for children and adolescents that are admitted to the ward under special surveillance because of various problems, which cannot be solved outside of the hospital. The role of the pedagogue in this area is to monitor the child or adolescent as intensively as possible during the entire period of their hospitalization and to adjust the work to

the patient's needs within the framework of possibilities available at the hospital.

Keywords: *education, psychiatry, hospital school*

Uvod

Razmere v EU kažejo, da približno polovica duševnih bolezni s kroničnim ali ponavljajočim potekom nastane pred 14. letom starosti. Z razvojnimi, čustvenimi ali vedenjskimi težavami se sooča petina otrok in mladostnikov v Evropski uniji, eden od osmih pa ima diagnosticirano eno duševno bolezen (Bajt, 2009). Osebe z duševno motnjo v veliki večini prvič zbolijo za duševno boleznijo ravno v obdobju otroštva in mladostništva, ko so še v procesu rednega izobraževanja. Zato je izrednega pomena, da jim tekom hospitalizacije pomagamo tudi, da se zaradi bolezni šolanje ne prekine ali v celoti ustavi. Zdravljenje duševnih bolezni je dolgotrajno, zato je v obdobju otroštva in mladostništva vloga pedagoga, da pacientom pomaga, da nadaljujejo šolanje (Cooley, 2007). V Centru za klinično psihiatrijo Univerzitetne psihiatrične klinike Ljubljana (UPK Ljubljana) zajema pedagoška obravnava dve področji. Prvo področje je pomoč pri šolanju, drugo področje pa je individualna obravnava otrok in mladostnikov na oddelku pod posebnim nadzorom.

Šolanje

V pedagoško obravnavo so vključeni posamezniki, ki so že vključeni v proces izobraževanja (učenci, dijaki, študenti), in tisti, ki so zaradi bolezni prekinili izobraževanje (tudi za več let). Kot smo že omenili, je šolanje za naše paciente izrednega pomena. Smisel šolanja je prepoznan v različnih razlogih:

- nova identiteta: iz vloge pacienta z duševno motnjo v vlogo učenca, dijaka ali študenta;
- novo in normalizirano okolje: iz psihiatrične bolnišnice v učilnico;
- struktura: učenje in ostale učne/šolske aktivnosti dajejo vredne in produktivne načine preživljanja časa;
- »nov list« – nova priložnost, da po odpustu iz bolnišnice zaživijo drugače;
- upanje: doseganje ciljev in sanj, ki so se pred vključitvijo v izobraževanje zdeli nedosegljivi (Fuller Torrey, 2006).

Klinične izkušnje kažejo, da so ovire, s katerimi se pacienti soočajo v izobraževalnem procesu, zelo velike. Te so bodisi posledica zdravljenja z zdravili bodisi značilnosti bolezni in simptomov.

Najpogostejše ovire, s katerimi se soočajo, so:

- slabša koncentracija in spomin,
- težave pri procesiranju informacij,
- upočasnjnost,
- pomanjkanje socialnih veščin,
- stres pri izpitih in preverjanju znanja (ki je v času bolezni veliko večji),
- negativen odnos in stigma (ali s strani izobraževalnih ustanov, ki ne razumejo duševne motnje ali pa s strani svojcev, ki jih lahko po eni strani doživljajo kot preveč krhke in ranljive, da bi zmogli proces izobraževanja ali pa od njih pričakujejo preveč zaradi nerazumevanja bolezni in previsokih pričakovanj).

Paciente, ki se šolajo, vključimo v času hospitalizacije v pedagoško obravnavo, ki je individualna in intenzivna. Individualna obravnavo pri pedagogu v UPK Ljubljana zajema:

- oceno trenutne situacije na področju izobraževanja, oceno možnosti nadaljevanja, dokončanja oz. izbire izobraževanja;
- pomoč pri urejanju statusa dijaka, študenta ali odraslega v izobraževanju;
- informacije o srednješolskih in študijskih programih za tiste, ki se še odločajo, pomoč pri vpisu v izobraževalne programe;
- sodelovanje s starši oz. skrbniki in s šolami pri pripravi posebnih pogojev za izobraževanje (pedagoška pogodba ali odločba o usmerjanju otrok in mladostnikov s posebnimi potrebami);
- učenje tehnik učenja in pomoč pri oblikovanju učnih načrtov;
- pomoč pri študiju literature, preverjanje znanja in napredka pri učenju, urejanje zapisov;
- sodelovanje z učnimi ustanovami ter Zavodom za šolstvo;
- sodelovanje z bolnišnično šolo (kamor vključimo paciente, ki potrebujejo individualno učno pomoč pri določenih predmetih).

Populacija pacientov, ki jih vključimo v pedagoško obravnavo, zajema mladostnike in mlajše odrasle; najpogostejše diagnoze so psihoza, depresija, bipolarna motnja ter čustvena in vedenjska motnja. Glede na diagnozo prilagodimo potek in način obravnave, saj se glede na značilnosti posamezne diagnoze ti načini zelo razlikujejo. Večina otrok in mladostnikov z duševno motnjo ima težave pri rednem pouku, zato jim je potrebno omogočiti določene prilagoditve (Cooley, 2007). Zelo pomembno je timsko sodelovanje, sodelovanje s svojci, učnimi ustanovami in bolnišnično šolo. Namen sodelovanja s šolami je, da se pacient po odpustu iz bolnišnice vrne v varno okolje, zato jim omogočimo določene prilagoditve in pripravimo posebne pogoje za izobraževanje (pedagoška pogodba ali odločba o usmerjanju otrok in mladostnikov s posebnimi potrebami). S tem jim olajšamo nadaljnji proces izobraževanja in omogočimo, da uspešno nadaljujejo in zaključijo začrtano pot.

Individualna obravnavo otrok in mladostnikov na oddelku pod posebnim nadzorom

»Obravnavo otrok in mladostnikov do osemnajstega leta z različnimi vedenjskimi, čustvenimi ali duševnimi motnjami v Sloveniji ni urejena za tiste, ki po mnenju obstoječih služb ne ustrezajo kriterijem za obravnavo v njihovih programih. Obstoječe pedopsihiatrične službe v Sloveniji odklanjajo obravnavo otrok in mladostnikov s težjimi motnjami v duševnem zdravju in pridruženim avto- ali heteroagresivnim vedenjem, zato se vse pogosteje dogaja, da je edina rešitev bolnišnično zdravljenje brez privolitve v nujnem primeru na oddelkih pod posebnim nadzorom psihiatričnih bolnišnic, kjer se takšne otroke in mladostnike obravnava skupaj z odraslo populacijo z najtežjimi duševnimi motnjami,« (Lapanja, 2016, p. 8). V UPK Ljubljana opazamo porast sprejemov otrok in mladostnikov. Pri mladostnikih izvajamo intenzivno individualno obravnavo (če je ta možna), ob tem pa aktivno iščemo rešitve, kam in kako po odpustu. Sodelujemo s starši in zunanjimi institucijami (CSD, Zavod za šolstvo, šole, vzgojni zavodi, CUDV idr.) običajno v obliki razširjenih timskih sestankov, kjer ob naši koordinaciji skupaj iščemo rešitve.

V obravnavo je vključen celoten tim. Vloga pedagoga je sledeča:

- po sprejemu na oddelk se izvede pogovor z otrokom oz. mladostnikom in pripravi individualni načrt dela (miselne igre, vaje za spomin in koncentracijo, učenje, pogovor

- in ostale aktivnosti, ki so prilagojene njegovim zmožnostim);
- intenzivno spremljanje med celotnim zdravljenjem v bolnišnici (predvsem mlajših mladostnikov ter tistih, ki nimajo svojcev ali jih le-ti ne obiskujejo);
- obravnava je načeloma individualna, če je možno, pa v manjših skupinah, kjer so aktivnosti prilagojene vsakemu posamezniku.

Glavni problemi, s katerimi se soočamo pri obravnavi otrok in mladostnikov, so:

- zdravstvena obravnava na oddelku pod posebnim nadzorom. Problem bo rešen ob odprtju specializiranega oddelka za otroke in mladostnike;
- dolgotrajna zdravstvena obravnava na oddelku pod posebnim nadzorom kljub stabilnemu stanju otroka oz. mladostnika, nezmožnost vrnitve domov oz. v drugo okolje;
- sodelovanje s svojci, ki velikokrat zavirajo obravnavo ali v obravnavi ne želijo sodelovati;
- sodelovanje oz. nesodelovanje z določenimi zunanjimi institucijami;
- neusklajenost v obravnavi med nami, svojci in določenimi zunanjimi institucijami;
- pomanjkanje institucij (zavodov) za obravnavo in namestitvev otrok in mladostnikov s hujšimi oblikami vedenjskih in čustvenih motenj.

Kot pozitivno bi izpostavili predvsem zelo dobro sodelovanje z določenimi zavodi, CSD-ji in Zavodom za šolstvo, saj nam njihova hitra odzivnost in pripravljenost pomagati velikokrat olajša delo in skrajša bolnišnično zdravljenje.

Problem je kompleksen in težko rešljiv zaradi pomanjkanja institucij in usposobljenih strokovnih delavcev. Vedno več je primerov, ko je sprejet otrok oz. mladostnik in nato starši ter zunanje institucije vse prepustijo kliniki. Posledica so zelo dolge hospitalizacije, saj mladostnika ne moremo odpustiti v »prazen prostor«. Starši več ne želijo, da se vrne domov, kapacitete zavodov pa so v večini primerov zapolnjene.

Zaključek

Pedagoška obravnava je kompleksna in zajema veliko vidikov otrokovega oz. mladostnikovega delovanja. Ključnega pomena je dobro timsko sodelovanje na oddelkih, s svojci in z zunanjimi institucijami, saj smo le tako lahko uspešni. V zadnjih desetih letih so izkušnje v UPK Ljubljana pokazale, da je vloga pedagoga pri obravnavi otrok in mladostnikov velikega pomena, saj je šolanje eden od najpomembnejših delov njihovega življenja. Šolanje jih pripravi na nadaljnjo samostojno življenje ter pomaga pri procesu rehabilitacije in jim daje občutek vrednosti in uspešnosti.

Literatura

- Bajt, M., 2009. *Področje duševnega zdravja v mednarodni perspektivi*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja, p. 17.
- Cooley, M.L., 2007. *Teaching Kids with Mental Health & Learning Disorders in the Regular Classroom*. Minneapolis: Free Spirit Publishing Inc, p. 42.
- Fuller Torrey, E., 2006. *Surviving Schizophrenia*. 5th edition. New York: Harper Collins Publisher, pp. 251 - 267.
- Lapanja, A., 2016. *Obravnava otrok in mladostnikov na psihiatričnem oddelku pod posebnim nadzorom – socialno-pedagoški izziv: diplomsko delo univerzitetnega študija*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta, p. 8.

