

Ksenija da Silva, Gaja Zager Kocjan

SMERNICE ZA IZOBRAŽEVANJE STROKOVNJAKOV NA PODROČJU PREVENTIVE DEPRESIVNOSTI IN SAMOMORILNOSTI TER MODEL IZOBRAŽEVALNEGA PROGRAMA

IZZIVI IN POMANJKLJIVOSTI KLASIČNIH PROGRAMOV IZOBRAŽEVANJA NA PODROČJU PREVENTIVE DEPRESIVNOSTI IN SAMOMORILNOSTI

Diagnostični in statistični priročnik duševnih bolezni (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders* ali DSM) je, kot predlaga ime, zbirka vseh znanih duševnih bolezni, njihovih opisov in meril za klasifikacijo. Zdravstveni delavci in delavke, raziskovalci in raziskovalke, zdravstvene zavarovalnice, farmacevtska podjetja in oblikovalci politik se pri svojem delu zanašajo na klasifikacijo, kot je določena v DSM-IV-R, kljub številnim kritikam sistema. Nezadovoljiva veljavnost in zanesljivost sistema (Baca-Garcia *et al.* 2007, Kendell, Jablensky 2003, McLaren 2007, Pincus *et al.* 1998), identifikacija simptomov namesto vzrokov bolezni, določanje arbitrarnih mejnikov med dvema ali več boleznimi, določanje arbitrarnih mej, ki zadoščajo, da se določen pojav uvrsti med duševne bolezni (Dalal, Sivakumar 2009), podvrženost kulturnim razlikam (Widiger, Sankis 2000) ter pritiskom farmacevtskih družb (Cosgrove 2006) je samo nekaj pogostih kritik.

Z vidika zdravstvenih delavk in delavcev ter organizacij, ki so pri svojem delu odvisni od diagnostičnega sistema, je »problem« samomorov oziroma samomorilnega vedenja in misli v tem, da jih DSM ne opredeljuje kot duševno bolezen (vsaj ne do leta 2013, takrat se obeta nova revidirana izdaja, DSM-V). V praksi se temu problemu praviloma izognejo tako, da ozadje samomora pripišejo neki duševni motnji, ki je navedena v sistemu in

utemeljena z medicinskim modelom (pogosto z nepravilnim delovanjem nevrottransmiterjev). Največkrat je ta duševna bolezen povezana z depresijo, bipolarno motnjo, shizofrenijo, alkoholizmom, zlorabo drog ipd. Dokument Evropske komisije (Wahlbeck, Mäkinen 2008) npr. ocenjuje, da je 90 % samomorov storjenih zaradi depresije ali drugih duševnih motenj.

Med samomorilnim vedenjem in depresijo obstaja močna korelacijska vez, vendar ne gre vedno za vzročno povezavo. Občutki brezupa, nepripadnosti, samote, nesmisla bivanja so povezani z depresivnimi občutki (korelacijska vez), vendar so pod vplivom »bio-bio-bio modela« samomorov interpretirani kot posledica oziroma izraz določene primarne duševne motnje. Taka klasifikacija pa ne pripomore k boljšemu razumevanju samomorov in lahko poleg tega celo ogroža duševno stanje samomorilnih posameznikov, v družbi pa povzroča nastanek stigmatizacije, povezane tako z duševnimi boleznimi kot s samomori. Posameznike z izkušnjo samomora ali samomorilnih misli se npr. napačno uvršča med duševne bolnike in se jim krati pravice do moči, to pa lahko povzroči poznejšo stigmatizacijo pri vključevanju v družbo, iskanju zaposlitve ali v izobraževanju.

Tako se tematika samomorilnosti, ki je bila prvotno obravnavana celostno (»bio-psiho-socialno-duhovni model«), skrči na ozko usmerjeno farmakološko zdravljenje. Tak pristop ima tako pozitivno kot negativno plat. Obe sta opisani drugje (da Silva 2012). Med drugim je tudi sam predsednik Ameriškega psihiatričnega združenja Steven Sharfstein (2005: 5) glede pritiskov farmacevtskih družb zapisal, da so psihiatri

dopustili, da je »bio-psiho-socialni model« samomorilnosti postal »bio-bio-bio model«.

Samomorilne izkušnje pomembno vplivajo na posameznika in njegov odnos z družino, prijatelji, sodelavci, šolskimi ali službenimi obveznostmi ipd. Ne izginejo niti ob ustreznem farmakološkem zdravljenju, zato je obravnavala samomorov po biološkem, psihološkem in socialnem modelu za posameznike s samomorilnimi mislimi tako reaktivnega kot tudi organskega izvora ključna.

Zelena knjiga za izboljšanje duševnega zdravja prebivalstva (2005) in *Evropski pakt za duševno zdravje* (2008) poudarjata strateški pomen promocije duševnega zdravja in zmanjševanja obolevnosti kot ključna temelja vseevropske politike duševnega zdravja. Eden pglavitnih ciljev projekta PROMISE je tako razviti in razširiti izčrpne smernice za izobraževanje in primere izobraževalnih programov za strokovnjake, ki se srečujejo ali pa se bodo v svoji karieri srečali s tematiko samomorilnosti. Klasičen pristop k izobraževanju strokovnjakov na področju depresivnosti in samomorilnosti se tako po novih smernicah odmika od sistema, ki temelji na DSM in preventivi, ter poudarja pozitiven premik k celostni obravnavi depresivnosti in samomorilnosti, predvsem pomembnost promocije (dobrega) duševnega zdravja.

SMERNICE ZA IZOBRAŽEVANJE STROKOVNJAKOV NA PODROČJU PREVENTIVE DEPRESIVNOSTI IN SAMOMORILNOSTI

Smernice so bile pripravljene na evropski ravni v sodelovanju s strokovnimi organi za zdravstvene in socialne storitve, univerzitetnimi mrežami, civilnimi organizacijami in samimi uporabniki storitev, da bi skupaj prepoznali potrebe strokovnih organizacij, ki zagotavljajo izobraževanje iz promocije duševnega zdravja. Smernice upoštevajo politiko in zakonodajo različnih držav ter različne primere najboljših praks s področja tako promocije duševnega zdravja kot tudi preventive depresivnosti in samomorilnosti (Jané-Llopis, Anderson 2006, Jané-Llopis, Barry 2005, Jané-Llopis *et al.* 2005, Patel *et al.* 2007, PROMO 2008, Taylor *et al.* 2007, Sve-

tovna zdravstvena organizacija 2004 a, b). Pri razvoju smernic smo se povezovali z nacionalnimi vladnimi in nevladnimi organizacijami, ki delujejo na področju preventive depresivnosti in samomorilnosti, in razvijali učinkovite delovne odnose z lokalnimi organizacijami in uporabniki storitev s področja duševnega zdravja (izčrpne informacije o vseh sodelujočih akterjih je mogoče najti v uradnih dokumentih na internetni strani projekta PROMISE).

Pri razvoju smernic je bilo pomembno sodelovanje z uporabniki storitev duševnega zdravja kot netradicionalnimi sodelavci (npr. posamezniki z izkušnjo samomora ali samomorilnih misli, uporabniki preventivnih storitev s področja depresivnosti in samomorilnosti in njihovi bližnji). V izobraževalni program so bili vključili kot predavatelji, ki lahko s svojim pogledom in izkušnjami obogatijo obravnavo izbrane problematike (»strokovnjaki z osebnimi izkušnjami«).

Smernica 1: Preprečevanje duševnih bolezni in promocija duševnega zdravja

Cilj preventive je

zmanjšati pojavnost, razširjenost in ponovitev duševnih motenj, čas trajanja simptomov, preprečevanje ponovitve in zmanjševanje vpliva bolezni na prizadete osebe, njihove družine in družbo. (Mrazek, Haggerty 1994: 22.)

Po drugi strani pa pomenijo dejavnosti promocije duševnega zdravja

ustvarjanje takih posameznikovih, družbenih in okoljskih razmer, ki omogočajo optimalen psihološki in psihofiziološki razvoj. Take pobude vključujejo posameznika v procesu doseganja pozitivnega duševnega zdravja, izboljšanja kakovosti življenja in zmanjševanja zdravstvenih razlik med državami in skupinami. (Hosman, Jané-Llopis 1999: 30.)

Cilj promocije duševnega zdravja je torej spodbujanje pozitivnega duševnega zdravja z izboljšanjem duševnega počutja, sposobnosti in odpornosti ter z ustvarjanjem ugodnih življenjskih razmer. Cilj preprečevanja duševnih motenj pa je zmanjšanje simptomov. Pri tem

ne gre za dva konca ene dimenzije, pač pa za prekrivajoči se in medsebojno povezani komponenti enotnega koncepta duševnega zdravja (Detels *et al.* 2002).

Prvi indikator tako poudarja, da mora program usposabljanja zajemati idejo o promociji duševnega zdravja za razliko od preventive ali kurativne obravnave. Pozitivno duševno zdravje se kaže kot vir, kot vrednota sama po sebi in kot osnovna človekova pravica, odločilna za družbeni in gospodarski razvoj (Svetovna zdravstvena organizacija 1997). Promocija duševnega zdravja naj bi vplivala na dejavnike duševnega zdravja, saj povečuje pozitivno duševno zdravje in zmanjšuje neenakosti.

V zvezi z depresivnostjo in samomorilnostjo se program ne omejuje na tradicionalne preventivne pristope (kot so omejevanje dostopa do sredstev za izvedbo samomora, naslavljanje ogroženih skupin in ukvarjanje z dejavniki tveganja, zgodnje prepoznavanje depresije; Hegerl *et al.* 2008), ampak obravnava tudi spodbujanje duševnega zdravja na področju depresivnosti in samomorilnosti. V ta okvir vključuje pozitivne vidike dobrega počutja in subjektivne blaginje, vprašanja glede spanja, spolnosti, prehrane in telesne aktivnosti, nekatera specifična vprašanja s področja duševnega zdravja, kot so razmere, v katerih je lahko depresija normalna reakcija ali v katerih lahko posameznik vidi samomor kot razumno izbiro, pomen subjektivnega razumevanja sebe in drugih, samopodobo, identiteto in samospoštovanje, čustveno pismenost in asertivnost, maksimizacijo uporabe učinkovitih strategij spoprijemanja s stresom, zavedanje pomena dobrega duševnega počutja ipd. (*cf.* Kohyama 2010, Li *et al.* 2010, Marty *et al.* 2010, Neustadter 2010, Selvi *et al.* 2010, Tyson *et al.* 2010). Program v zvezi z navedenim upošteva tudi posebne človekove pravice in zakonodajo s področja samomorilnosti in depresivnosti.

Smernica 2: Sodelovanje skupnosti in krepitev moči uporabnikov

Program usposabljanja obsega načelo sodelovanja skupnosti. Gre za posameznike s skupnimi interesi, ki jih družijo skupna lokacija, zgodovina ali drugi socialni dejavniki (npr. jezik, družinska

struktura, odnosi med spoloma, rasa, ekonomski dejavniki, kulturni dejavniki, način oblačenja, vera, rituali, prazniki, zakoni, morala, sistem vrednot). Promocija duševnega zdravja vključuje spodbujanje in krepitev vseh zainteresiranih strani, da sodelujejo pri razvoju projektov za promocijo duševnega zdravja (*cf.* Austen 2003, Berry, Rickwood 2000). Krepitev moči zajema dostop do informacij, vključevanje in sodelovanje ter prevzemanje odgovornosti in upošteva lokalne organizacijske zmogljivosti. V primeru usposabljanja strokovnjakov za posebne projekte s področja duševnega zdravja so predstavniki iz skupnosti povabljeni k sodelovanju pri določitvi zdravstvenih ciljev ter k oblikovanju in izvajanju projekta. Program usposabljanja upošteva tudi vire, ki jih imajo na voljo zainteresirani posamezniki za promocijo duševnega zdravja na trajnosten način (finance, čas ipd.).

Na primer, študentje in vsi zaposleni na univerzi, ki delujejo v okviru izobraževalnega programa s področja samomorilnosti in depresivnosti, sodelujejo pri določitvi zdravstvenih ciljev ter oblikovanju in izvajanju programa. Vse skupnosti znotraj univerze se ukvarjajo tudi s tem, kako zagotoviti sredstva za trajnostno izvedbo programa.

Gre za dlje časa trajajoč projekt, v katerem postopno razvrstimo naloge in prioritete. Bistvo je v delovanju skupnosti in ne več posameznika. Najbolje je, da vodenje prevzame nekdo, ki prihaja iz skupnosti (Austen 2003). Optimalen izid je sodelovanje med skupnostjo in strokovnjaki, pri tem pa ne smemo pozabiti, da je mnenje obeh strani enako pomembno.

Smernica 3: Interdisciplinarni in medsektorski pristop

Program usposabljanja upošteva nujen interdisciplinaren in medsektorski pristop k promociji duševnega zdravja. Cilj je kolektivno lastništvo programa usposabljanja in intervencij za promocijo duševnega zdravja, povezanih s programom, ki si ga delijo vse zainteresirane strani. Interesne skupine (*stakeholders*) so lahko posamezniki oziroma podjetja znotraj ali zunaj organizacije, ki sponzorirajo projekt, imajo interes oziroma dobiček po uspešnem

koncu projekta in imajo lahko pozitiven ali negativen vpliv na dokončanje projekta (Jané-Llopis, Anderson 2006, Jané-Llopis *et al.* 2005). Primer so lahko stranke, uporabniki in uporabniške skupine, vodje projektov, razvojne ekipe, nevladne in vladne organizacije ipd.

Pri oblikovanju programa usposabljanja na področju samomorilnosti in depresivnosti je tako pomembno posvetovanje s strokovnjaki z različnih področij – ne le zdravniki, ampak tudi s psihologi, socialnimi delavkami, medicinskimi sestrami, učitelji ipd.

Herrman *et al.* (2005) in Hosman *et al.* (2004) menijo, da morata biti preventiva in promocija na področju duševnega zdravja integrirani v javni politični pristop, ki vključuje horizontalne ukrepe med različnimi javnimi sektorji, kot so okolje, nastanitev, socialno varstvo, javno zdravstvo, zaposlovanje, izobraževanje, šport, umetnost, kazensko pravo in človekove pravice. Menijo, da bi moralo biti to usklajevanje del nacionalne strategije za učinkovito medsektorsko sodelovanje med javnim zdravstvom, promocijo zdravja, sektorji primarnega zdravstvenega varstva in zdravstvenega varstva na področju duševnega zdravja. Pomembno je tudi sodelovanje z drugimi javnimi sektorji, ki bi lahko imeli koristi od učinkovitih preventivnih programov in politike, kot so izobraževanje, delo in pravice.

Smernica 4: Vključevanje uporabnikov storitev s področja duševnega zdravja

Program usposabljanja je usmerjen tudi k posameznikom z osebnimi izkušnjami duševnih težav, k uporabnikom storitev s področja duševnega zdravja in k njihovim skrbnikom. Posamezniki s težavami z duševnim zdravjem in tisti s težavami, povezanimi s cilji specifičnega programa, so v izvedbo programa vključeni že od začetka.

Primer je lahko program usposabljanja, usmerjen k posameznikom z zgodovino depresivnih ali samomorilnih misli – na primer k uporabnikom storitev programov za preprečevanje depresivnosti in samomorilnosti ter k njihovim skrbnikom (*cf.* Chen *et al.* 2011, Gulfi

et al. 2010, Pape, Galipeault 2002, Taylor *et al.* 2007, Tzeng *et al.* 2010, Webb 2010).

Smernica 5: Zagovorništvo

Program usposabljanja poudarja pomen zagovorništva, tj. znanja o tem, kako predstaviti in zagovarjati stališča posameznikov, ki nimajo ustreznih spretnosti ali družbene moči, da bi branili svoje pravice, oziroma politične moči za pozitivne spremembe v socialnem ali zdravstvenem sistemu. Nevladne organizacije in posamezniki lahko spodbujajo vlado, naj deluje v javnem interesu, in svoje delo načrtujejo tako, da bi povečali možnosti sprejetja pozitivne politike in programov (*cf.* Anderson *et al.* 2008, Jané-Llopis, Anderson 2005, Jané-Llopis *et al.* 2005, Zigmund 2010).

Program se lahko na primer osredotoča na izražanje potreb in mnenj pri posameznikih s samomorilnimi mislimi in njihovih bližnjih. Njegov cilj je lahko tudi usposabljanje predstavnikov nevladnih organizacij, da se konstruktivno zavzamejo za program preventive na področju samomorilnosti oziroma za spodbujanje duševnega zdravja.

Smernica 6: Uporaba baze znanja

Pri opredelitvi strategij dela program usposabljanja upošteva sodobna znanstvena odkritja in etnografske podatke, ki jih črpa iz različnih metod, tudi epidemiologije in družbenih ved.

V zvezi s samomorilnostjo in depresivnostjo program usposabljanja obsega sodobna znanstvena odkritja s področij epidemiologije in družbenih ved ter tudi dejavnike tveganja in varovalne dejavnike, modele najboljših praks, ki so povezani s krepitvijo in sodelovanjem uporabnikov, ipd. (npr. statistika o samomorih, dejavniki tveganja, nevrobiologija depresije in načini zdravljenja; *cf.* Beautrais 2001, Guo, Harstall 2004, Sobocki *et al.* 2007, Stacey *et al.* 2007).

Smernica 7: Celostni, ekološki pristop

Program usposabljanja je osredotočen na cilje promocije zdravja, ki temeljijo na oceni

lokalnih potreb in so merljivi. Intervencije morajo biti prilagojene lokalnim razmeram in celostno obravnavati specifične cilje promocije duševnega zdravja z vidika posameznika in skupnosti ter ob upoštevanju različnih kulturnih, socialno-ekonomskih in izobrazbenih dejavnikov, starosti, spola, spolne usmerjenosti, zdravstvenega stanja in sposobnosti (cf. Patel, Kleinman 2003, Svetovna zdravstvena organizacija 2005, 2011). Skupnosti ali posamezniki sodelujejo pri ocenjevanju lokalnih potreb, izbiri ciljev in ugotavljanju rezultatov.

Posamezniki in organizacije, ki se kakorkoli ukvarjajo s temami s področij samomorilnosti in depresije, sodelujejo z oceno lokalnih potreb, izbiro ciljev in ugotavljanjem rezultatov. Na primer, univerzitetni učitelji in drugo osebje univerze, ki izvajajo študijski program o samomorilnosti in depresiji, sodelujejo z oceno potreb univerze. Te potrebe določijo s pregledom vseh dejavnikov, ki bi lahko bili povezani z duševnim zdravjem študentske populacije na določeni univerzi – npr. študij, konjički, nastanitev, dohodki in finance, socialne mreže, telesna dejavnost. Program usposabljanja upošteva potrebo po prilagoditvi znanstveno podprtih intervencij, povezanih z depresijo in samomorilnostjo, lokalnemu kontekstu (cf. Beautrais *et al.* 1998, Berk *et al.* 2006, Goeschel 2010, Milner, De Leo 2010, Middleton *et al.* 2006).

V zvezi z depresijo in samomorilnostjo program znanja ne le črpa iz znanstvenih virov, ampak upošteva tudi življenjske strategije in izkušnje ljudi iz skupnosti.

Smernica 8: Prepoznavanje tveganj

Program usposabljanja se ukvarja ne samo s pričakovanimi pozitivnimi izidi, ampak tudi z morebitnimi tveganji intervencij za promocijo duševnega zdravja tako za posameznika kot za skupnost. Možna tveganja v fazi implementacije programa so lahko: izvajalci brez ustreznega znanja, premajhna podpora organizaciji in ključnim vodjem, slaba motivacija, slaba tehnična pomoč, pomanjkanje spremljanja, neustrezen čas izvedbe in pomanjkanje sredstev (Chen 1998, Mihalic *et al.* 2002). Prepozna-

vanje tveganj ima lahko zdravstvene, socialne in ekonomske koristi, povečuje lahko socialno vključenost in ekonomsko produktivnost, zmanjšuje tveganja za duševne in vedenjske motnje, zmanjšuje stroške socialnega varstva in zdravstvene stroške ter s pomočjo izobraževanja zmanjšuje stigmatizacijo (Austen 2003, Jané-Llopis, Anderson 2005).

Posamezniki s samomorilnim vedenjem bi se na primer lahko bali sodelovati v projektu promocije duševnega zdravja zaradi strahu, da bi bili javno prepoznani, obravnavani kot duševno bolne osebe, da bi izgubili socialne stike, bili stigmatizirani ipd.

Smernica 9: Uporaba medijev

Za spodbujanje duševnega zdravja in boj proti stigmatizaciji, povezani z duševnimi boleznimi, programi usposabljanja vključujejo medije in komunikacijsko strategijo.

Senzacionalistična poročila medijev o samomorih so povezana s povečanjem števila samomorov in z učinkom posnemanja (t. i. Wertherjev učinek). Mediji lahko pripomorejo tudi k stigmatizaciji, še posebej če so ljudje, ki so umrli zaradi samomora, predstavljeni kot posamezniki s težavami z duševnim zdravjem (cf. Jenner *et al.* 2010, Pirkis *et al.* 2010, Tatum *et al.* 2010). Zato so številne države že sprejele smernice za etično poročanje o samomorih v medijih (Jané-Llopis, Anderson 2006). Njihov namen je spodbujanje vseh strokovnjakov s področja medijev k razpravi o ključnih etičnih vprašanjih, ki so vključena v medijska poročila o samomorilnem vedenju.

Primer dobre prakse so lahko kampanje ozaveščanja javnosti s ciljem destigmatizacije depresije in spodbujanja zgodnjega iskanja pomoči. Pozitiven vpliv imajo lahko tudi zgodbe o slavnih, ki so prestali depresijo, saj zmanjšujejo stigo in posameznikom vlivajo upanje (Wahlbeck, Mäkinen 2008).

Smernica 10: Evalvacija

Poudarjen je pomen vrednotenja rezultatov usposabljanja za promocijo duševnega zdravja ter tudi ukrepov in programov na splošno

(cf. Herrman *et al.* 2005, Holden *et al.* 2001, Jané-Llopis, Anderson 2006, Jané-Llopis *et al.* 2005).

Na področju preprečevanja depresivnosti in samomorilnosti morajo biti programi usposabljanja temeljito evalvirani – ocenimo na primer pridobitev spretnosti, motivacijo in izvedbo programa, pa tudi cilje programa usposabljanja, obstoječa znanja in izkušnje udeležencev programa, možnost za transfer novih spretnosti, naučenih v času usposabljanja, poklicne situacije posameznih udeležencev.

MODEL IZOBRAŽEVALNEGA PROGRAMA

Usposabljanje po modelu izobraževalnega programa, razvitem v okviru projekta PROMISE, je potekalo na Univerzi na Primorskem, in sicer na Fakulteti za matematiko, naravoslovje in informacijske tehnologije v sklopu študija biopsihologija (prva bolonjska stopnja) pri predmetu psihološki praktikum (izvaja se v prvem letniku). Splošni namen je bil uvesti nov koncept promocije duševnega zdravja na področju depresivnosti in samomorilnosti ter boja proti stigmatizaciji s teoretskim in praktičnim usposabljanjem s poudarkom na sodobnem, uravnoteženem, multisektorskem pristopu in »bio-psiho-socialno-duhovnem modelu«.

Ob koncu usposabljanja naj bi bil vsak udeleženec zmožen kompetentno oceniti obstoječe modele usposabljanja na področju depresivnosti in samomorilnosti, pa tudi na širšem področju promocije duševnega zdravja. Poleg tega naj bi znal tudi sam oblikovati ustrezne modele usposabljanja. Seznanjen naj bi bil s sodobnim, uravnoteženim, multisektorskim pristopom ter z »bio-psiho-socialno-duhovnim modelom« depresivnosti in samomorilnosti kot optimalnim načinom za boj proti stigmatizaciji. Pridobil naj bi nova znanja, spretnosti in tehnike za vodenje vsakdanjega življenja pri preprečevanju depresivnosti in samomorilnosti.

Usposabljanje po razvitem modelu lahko izvajata dva predavatelja z izobrazbo s področja (duševnega) zdravja ali en predavatelj z izobrazbo s področja (duševnega) zdravja v celotnem programu in za vsak sklop programa

drug »specialist« (npr. novinar, predstavnik nevladne organizacije). Predavatelji morajo imeti znanje in izkušnje s področja samomorilnosti, po možnosti s področja izobraževanja in usposabljanja, ter morajo programu usposabljanja posvetiti vsaj en dan na teden v enomesečnem obdobju, potrebnem za izvedbo. Priporočljiva je vključitev predavatelja z uporabniško izkušnjo (depresija oziroma samomorilnost), ker ima izkušnje iz prve roke. Če želimo ustvariti intimno in zelo interaktivno okolje, je priporočeno, da v usposabljanje vključimo do 10 udeležencev, za namene poučevanja pa je lahko skupina tudi večja.

Usposabljanje naj bi potekalo enkrat na teden in ne več zaporednih dni (zaradi utrditve znanja). Priporočena dolžina posameznega sklopa (štirje sklopi) je tri ure s kratkima odmoroma (po približno 10 minut). En dodaten dan lahko namenimo ocenjevanju. Pri pripravi posebno pozornost posvetimo primernemu času in prostoru, da bosta ustrezala udeležencem. Določimo finančna sredstva za program usposabljanja (npr. finančna podpora lokalnih institucij s področja duševnega zdravja). Prepričamo se o dosegljivosti potrebnih učnih pripomočkov in opreme. Določimo predavatelje »specialiste«, jih seznanimo s programom usposabljanja in jim razdelimo naloge. Razvijemo učinkovite delovne odnose z lokalnimi uporabniki storitev s področja duševnega zdravja in z organizacijami ter tako pridobimo njihovo sodelovanje v programu (lahko so udeleženci ali pa mentorji in predavatelji). Raziščemo tudi lokalna pooblastila za izvedbo programa.

V našem primeru sta program usposabljanja vodili nevropsihologinja in uporabnica storitev s področja duševnega zdravja (predsednica nevladne organizacije za preprečevanje depresije v Sloveniji). Udeleženih je bilo med 55 in 59 študentov prvega letnika biopsihologije s povprečno starostjo 19 let (prib. 80 % žensk in 20 % moških). Usposabljanje je potekalo tri tedne in je skupaj trajalo 10 ur. Posamezni sklopi so bili dolgi tri ure in 20 minut. Poudarek je bil na preprečevanju depresivnosti in samomorilnosti in na promociji pozitivnega duševnega zdravja. Študenti so morali izvesti

10 ur individualnega dela doma, da so lahko napisali poročilo. Uporabnica je vodila uro in pol dolgo usposabljanje iz psihoedukacije.

Predavateljica je vsak tematski sklop začela s predstavitev teoretskih osnov, potem pa je v usposabljanje vključevala različne metode dela, kot so učenje z vajo (npr. z vajo »bolečina v ušesu – duševna bolečina«, s fizičnimi vajami, kot je sproščanje, in nekaterimi kognitivno-vedenjskimi tehnikami), skupinske diskusije, individualne vaje, domače naloge (npr. branje gradiva, oblikovanje lastnih smernic za usposabljanje in modela usposabljanja) ter povzemanje evalvacij/refleksij in pričakovanj udeležencev. Uporabljeni pripomočki so bili računalnik, projektor za predstavitve s powerpointom, internet, tabla, pisala, papir in fotokopirni stroj.

Predstavljen primer kaže, da je mogoče oblikovati dodiplomsko usposabljanje, ki temelji na smernicah, ki so nastale v okviru projekta PROMISE. Čeprav študenti prej niso imeli izkušenj z uporabniki kot predavatelji, so usposabljanje vsi ocenili zelo pozitivno. Podali so pozitivne povratne informacije v zvezi z učnim gradivom. Najbolj pozitiven odziv se je nanašal na učenje iz resničnih življenjskih zgodb, ki jih je povedala uporabnica. Študenti so idejo o promociji zdravja doživeli kot ključno pri usposabljanju.

SKLEPI

Nove smernice, razvite v okviru projekta PROMISE, in klasičen pristop k izobraževanju strokovnjakov na področju depresivnosti in samomorilnosti, ki temelji na preventivi in na diagnostični klasifikaciji DSM, pomenijo premik k sistemu, ki poudarja pomen celostne obravnave depresivnosti in samomorilnosti in promocije (dobrega) duševnega zdravja. Od ozkega farmakološko usmerjenega »bio-bio-bio modela« nas tako usmerijo k bio-psiho-socialno-duhovni obravnavi samomorilne tematike, poudarjajo pomen večanja moči samomorilnih posameznikov in boja proti stigmatizaciji na področju depresivnosti in samomorilnosti.

Smernice upoštevajo vseevropsko politiko duševnega zdravja, ki temelji na *Zeleni knjigi*

za izboljšanje duševnega zdravja prebivalstva (2005) in na *Evropskem paktu za duševno zdravje* (2008). Upoštevajo politiko in zakonodajo različnih evropskih držav ter primere najboljših praks. Nastale so v sodelovanju z nacionalnimi vladnimi in nevladnimi organizacijami ter lokalnimi organizacijami, posebno vlogo pri razvoju pa so imeli uporabniki storitev s področja duševnega zdravja, saj so s svojimi izkušnjami obogatili razumevanje izbrane tematike.

V okviru projekta PROMISE so bili razviti nekateri modeli programov usposabljanj. Univerza na Primorskem kot sodelujoča članica je razvila model programa usposabljanja na področju preventivne depresivnosti in samomorilnosti in ga je v okviru študijskega programa biopsihologija preizkusila tudi v praksi. Študenti so bili z izvedenim programom usposabljanja zadovoljni. Pri končni evalvaciji programa so poudarili predvsem vključevanje uporabnikov in njihovih osebnih zgodb. Ob klasičnih preventivnih pristopih pri preprečevanju samomorilnosti so poudarili pomen duševnega zdravja (dejavnike, ki pripomorejo k boljšemu zdravju, kot so šport, prehrana, konjički, vera, glasba, ples). Po drugi strani pa so izrazili dvome o moči, ki jo imajo lahko običajni posamezniki ali organizacije kot zagovorniki. Po njihovem mnenju so spremembe v zakonodaji ali obravnavi duševnih problemov mogoče le tedaj, ko se zanje zavzamejo vplivni posamezniki ali organizacije.

Smernice in predlagan model usposabljanja prihodnjih strokovnjakov spodbujajo nov pristop k tematiki depresivnosti in samomorilnosti. Ta pristop poudrja sodelovanje z uporabniki, celostno obravnavo, spodbujanje duševnega zdravja in destigmatizacijo duševnih bolezni.

VIRI

- ANDERSON, P., GORDON, R., JANÉ-LLOPIS, E. (2008), *Training manual on advocacy skills in mental health promotion and mental disorder prevention*. Barcelona: Department of Health of Government of Catalonia.
- AUSTEN, P. (2003), *Community capacity building and mobilisation in youth mental health promotion*. Ottawa: Public Health Agency of Canada.

- BACA-GARCIA, E., PEREZ-RODRIGUEZ, M. M., BASURTE-VILLAMOR, I., DEL MORAL, A. L. F., JIMENEZ-ARRIERO, M. A., DE RIVERA, J. L. G., SAIZ-RUIZ, J., OQUENDO, M. A. (2007), Diagnostic stability of psychiatric disorders in clinical practice. *British Journal of Psychiatry*, 190: 210–216.
- BEAUTRAIS, A. L. (2001), Effectiveness of barriers at suicide jumping sites: A case study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35, 5: 557–562.
- BEAUTRAIS, A. L., JOYCE, P. R., MULDER, R. T. (1998), Unemployment and serious suicide attempts. *Psychological Medicine*, 28, 1: 209–218.
- BERK, M., DODD, S., HENRY, M. (2006), The effect of macroeconomic variables on suicide. *Psychological Medicine*, 36, 2: 181–189.
- BERRY, H. L., RICKWOOD, D. J. (2000), Measuring social capital at the individual level: Personal social capital, values and psychological distress. *International Journal of Mental Health Promotion*, 2, 3: 35–44.
- CHEN, H. (1998), Theory-driven evaluations. *Advances in Educational Productivity*, 7: 15–34.
- CHEN, V. C. H., TAN, H. K. L., CHEN, C.-Y., CHEN, T. H. H., LIAO, L.-R., LEE, C. T. C., DEWEY, M., STEWART, R., PRINCE, M., CHENG, A. T. A. (2011), Mortality and suicide after self-harm: community cohort study in Taiwan. *British Journal of Psychiatry*, 198, 1: 31–36.
- COSGROVE, L., KRIMSKY, S., VIJAYARAGHAVAN, M., SCHNEIDER, L. (2006), Financial ties between DSM-IV panel members and the pharmaceutical industry. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75: 154–160.
- DALAL, P. K., SIVAKUMAR, T. (2009), Moving towards ICD-11 and DSM-V: Concept and evolution of psychiatric classification. *Indian Journal of Psychiatry*, 51, 4: 310–319.
- DA SILVA, K. (2012), Pravice ljudi s samomorilnimi izkušnjami v bio-bio-bio modelu. *Časopis za kritiko znanosti*, 246.
- DETELS, R., MCEWEN, J., BEAGLEHOLE, R., TANAKA, H. (ur.) (2002), *Oxford textbook of public health*. Oxford: Oxford University Press.
- Evropski pakt za duševno zdravje* (2008). *The European pact for mental health and well-being*. Bruselj: Evropska komisija.
- GOESCHEL, C. (2010), Suicide in nazi concentration camps. *Journal of Contemporary History*, 45, 3: 628–648.
- GULFI, A., DRANSART, D. A. C., HEEB, J.-L., GUTJAHR, E. (2010), The impact of patient suicide on the professional reactions and practices of mental health caregivers and social workers. *Crisis – Toronto*, 31, 4: 202–210.
- GUO, B., HARSTALL, C. (2004), *For which strategies of suicide prevention is there evidence of effectiveness?* København: WHO Regional Office for Europe.
- HEGERL, U., WITTMANN, M., ARENSMAN, E., VAN AUDENHOVE, C., BOULEAU, J. H., VAN DER FELTZ-CORNELIS, C., GUSMAO, R., KOPP, M., LÖHR, C., MAXWELL, M., MEISE, U., MIRJANIC, M., OSKARSSON, H., SOLA, V. P., PULL, C., PYCHA, R., RICKA, R., TUULARI, J., VÁRNIK, A., PFEIFFER-GERSCHEL, T. (2008), The 'European Alliance Against Depression (EAAD)': A multifaceted, community-based action programme against depression and suicidality. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 9, 1: 51–58.
- HERRMAN H., SAXENA S., MOODIE R. (ur.) (2005), *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice*. Ženeva: Svetovna zdravstvena organizacija (poročilo).
- HOLDEN, R. R., MEHTA, K., CUNNINGHAM, E. J., MCLEOD, L. D. (2001), Development and preliminary validation of a scale of psychache. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 33: 224–232.
- HOSMAN, C., JANÉ-LLOPIS, E. (1999), Political challenges 2: Mental health. V: *The evidence of health promotion effectiveness: Shaping public health in a new Europe*. Pariz: IUHPE (29–41).
- HOSMAN, C., JANÉ-LLOPIS, E., SAXENA S. (ur.) (2004), Prevention of mental disorders – effective interventions and policy options. Ženeva: Svetovna zdravstvena organizacija.
- JANÉ-LLOPIS, E., ANDERSON, P. (2005), *Mental health promotion and mental disorder prevention: A policy for Europe*. Nijmegen: Radboud University Nijmegen.
- (ur.) (2006), *Mental health promotion and mental disorder prevention across European member states: A collection of country stories*. Luksemburg: European Communities.
- JANÉ-LLOPIS, E., BARRY, M. (2005), What makes mental health promotion effective? *Promotion & Education*, 2: 47–54.
- JANÉ-LLOPIS, E., BARRY, M., HOSMAN, C., PATEL, V. (2005), The evidence of mental health promotion effectiveness: Strategies for action. *Promotion and education*, priloga 2. Saint Denis Cedex: IUHPE/ UIPES.
- JENNER, E., JENNER, L. W., MATTHEWS-STERLING, M., BUTTS, J. K., WILLIAMS, T. E. (2010), Awareness

- effects of a youth suicide prevention media campaign in Louisiana. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 40, 4: 394–406.
- KENDELL, R. E., JABLENSKY, A. (2003), Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnosis. *The American Journal of Psychiatry*, 160, 1: 4–12.
- KOHYAMA, J. (2010), More sleep will bring more serotonin and less suicide in Japan. *Medical Hypotheses*, 75, 3: 340.
- LI, S. X., LAM, S. P., YU, M. W., ZHANG, J., WING, Y. K. (2010), Nocturnal sleep disturbances as a predictor of suicide attempts among psychiatric outpatients: A clinical, epidemiologic, prospective study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 71, 11: 1440–1446.
- MARTY, M. A., SEGAL, D. L., COOLIDGE, F. L. (2010), Relationships among dispositional coping strategies, suicidal ideation, and protective factors against suicide in older adults. *Aging and Mental Health*, 14, 8: 1015–1023.
- McLAREN, N. (2007), *Humanising madness*. Ann Arbor: Loving Healing press.
- MIDDLETON, N., STERNE, J. A. C., GUNNELL, D. (2006), The geography of despair among 15–44-year-old men in England and Wales: Putting suicide on the map. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60: 1040–1047.
- MIHALIC, S., FAGAN, A., IRWIN, K., BALLARD, D., ELLIOTT, D. (2002), *Blueprints for violence prevention replications: Factors for implementation success*. Boulder: Center for the study of prevention of violence.
- MILNER, A., DE LEO, D. (2010), Suicide research and prevention in developing countries in Asia and the Pacific. *Bulletin of the World Health Organization*, 88, 10: 795–796.
- MRAZEK, P. J., HAGGERTY, R. J. (ur.) (1994), *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. Washington DC: Institute of Medicine, National Academy Press.
- NEUSTADTER, S. B. (2010), Understanding the motivation for suicide from a transpersonal perspective: Research and clinical approaches. *Journal of Transpersonal Psychology*, 42, 1: 61–88.
- PAPE, B., GALIPEAULT, J. P. (2002), *Mental health promotion for people with mental illness: A discussion paper*. Public health agency of Canada.
- PATEL, V., KLEINMAN, A. (2003), Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 81: 609–615.
- PATEL, V., ARAYA, R., CHATTERJEE, S., CHISHOLM, D., COHEN, A., DE SILVA, M., HOSMAN, C., MCGUIRE, H., ROJAS, G., VAN OMMEREN, M. (2007), Global Mental Health 3: Treatment and prevention of mental disorders in low-income and middle-income countries. *The Lancet*, 370: 991–1005.
- PINCUS, H. A., TANIELLIAN, T. L., MARCUS, S. C., OLFSON, M., ZARIN, D. A., THOMPSON, J., ZITO, J. M. (1998), Prescribing trends in psychotropic medications. *Journal of the American Medical Association*, 279, 7: 526–531.
- PIRKIS, J., BLOOD, R. W., SKEHAN, J., DARE, A. (2010), Suicide in the news: Informing strategies to improve the reporting of suicide. *Health Communication*, 25, 6–7: 576–577.
- PROMO (2008), Best practice in promoting mental health in socially marginalized people in Europe – PROMO. Dostopno na: <http://www.promostudy.org/index.html>. (29. 5. 2012).
- SELVI, Y., AYDIN, A., BOYSAN, M., ATLI, A., AGARGUN, M. Y., BESIROGLU, L. (2010), Associations between chronotype, sleep quality, suicidality, and depressive symptoms in patients with major depression and healthy controls. *Chronobiology International*, 27, 9–10: 1813–1828.
- SHARFSTEIN, S. (2005), Big Pharma and American psychiatry: The good, the bad, and the ugly. *Psychiatric News*, 40, 16: 3–4.
- SOBOCKI, P., LEKANDER, I., BORGSTRÖM, F., STRÖM, O., RUNESON, B. (2007), The economic burden of depression in Sweden from 1997 to 2005. *European Psychiatry*, 22, 3: 146–152.
- STACEY, K., KELLER, N., GIBSON, B., JOHNSON, R., JURY, L., KELLY, D., NEWCHURCH, A., NEWCHURCH, L., RYAN, B., SHORT, T. (2007), Promoting mental health and well-being in Aboriginal contexts: Successful elements of suicide prevention work. *Health Promotion Journal of Australia*, 18, 3: 247–254.
- Svetovna zdravstvena organizacija (1997), *The Jakarta declaration on leading health promotion into the 21st century*. Ženeva: Svetovna zdravstvena organizacija.
- (2004 a), *Prevention of mental disorders: Effective interventions and policy options*. Ženeva: Svetovna zdravstvena organizacija.
- (2004 b), *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice*. Ženeva: Svetovna zdravstvena organizacija.
- (2005), *Highlights on health in Slovenia in 2005*. Dostopno na: <http://www.euro.who.int/data/>

- assets/pdf_file/0008/103598/E88408.pdf (29. 5. 2012).
- (2011), *Slovenia – facts and figures*. Dostopno na: <http://www.euro.who.int/en/where-we-work/member-states/slovenia/facts-and-figures> (29. 5. 2012).
- TATUM, P. T., CANETTO, S. S., SLATER, M. D. (2010), Suicide coverage in U.S. newspapers following the publication of the media guidelines. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 40, 5: 524–534.
- TAYLOR, L., TASKE, N., SWANN, C., WALLER, S. (2007), *Public health interventions to promote positive mental health and prevent mental health disorders among adults*. London: NICE.
- TYSON, P., WILSON, K., CRONE, D., BRAILSFORD, R., LAWS, K. (2010), Physical activity and mental health in a student population. *Journal of Mental Health*, 19, 6: 492–499.
- TZENG, W.-C., SU, P.-Y., TZENG, N.-S., YEH, C.-B., CHEN, T.-H., CHEN, C.-H. (2010), A moral life after a suicide death in Taiwan. *Qualitative Health Research*, 20, 7: 999–1007.
- WAHLBECK, K., MÄKINEN, M. (ur.) (2008), *Prevention of depression and suicide: Consensus paper*. Luksemburg: European Communities.
- WEBB, D. (2010), *Thinking about suicide: Contemplating and comprehending the urge to die*. Ross-on-Wye: PCCS Books.
- WIDIGER, T. A., SANKIS, L. M. (2000), Adult psychopathology: Issues and controversies. *Annual Review of Psychology*, 51: 377–404.
- Zelena knjiga za izboljšanje duševnega zdravja prebivalstva* (2005). *Green Paper. Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union*. Bruselj: Evropska komisija.
- ZIGMOND, J. (2010), Prevention through intervention: Programs use training, patient education to help head off suicide attempts. *Modern Healthcare*, 40, 39: 22.