

Damijana Stržinar

SOCIALNO DELO Z MLADOSTNIKI V PSIHIATRIČNI OBRAVNAVI

Socialno delo z mladostniki in mladostnicami s psihičnimi motnjami in težavami je specifično in malo raziskano. V prispevku se bom osredotočila na specifičnosti procesa pomoči socialnega dela mladostnikom v psihiatrični obravnavi. Izhajala bom iz svojih praktičnih izkušenj socialne delavke na Enoti za adolescentno psihiatrijo. Posebno pozornost bom namenila teoretskim konceptom, ki so mi v pomoč pri delu z mladostnicami in mladostniki.

Enota za adolescentno psihiatrijo deluje na Centru za mentalno zdravje Psihiatrične klinike v Ljubljani že 37 let. Namenjena je zdravljenju mladostnikov v starosti od 15 do 22 let, z različnimi vrstami duševnih težav in motenj, kot so čustvene motnje (postravmatska stresna motnja, anksiozne motnje, depresivnost, bipolarni motnje, obsesivno-kompulzivna motnja), nevrotične, psihotične motnje, motnje hranjenja, samopoškodbeno vedenje, suicidalno vedenje, vedenjske motnje, psihološke zlorabe, telesne in spolne zlorabe.

Za zdravljenje se odločijo največkrat po daljšem obdobju neuspešnega reševanja svojih stisk, težav v šoli, bodisi zaradi slabega učnega uspeha bodisi zaradi nerazumevanja s sošolci, socialnega umika, nerazumevanja s starši ipd. Na zdravljenje jih napotijo osebna zdravnica, ambulantni psihiater, center za socialno delo, šolska svetovalna služba ...

MLADOSTNIK IN MLADOSTNICA V STISKI

Mladostnikova stiska lahko izhaja z več področij, ki so v tem obdobju pomembna zanj.

Težave so lahko povezane s samopodobo, lahko je nezadovoljen s seboj, s svojim videzom, lastnostmi, družinskimi odnosi. Pojavijo se lahko vprašanja osamosvajanja, neodvisnosti s sočasno potrebo po tem, da ga sprejemajo starši in šola. Neuspešnost v šoli lahko ogrozi njegovo samopodobo, lahko so ogroženi odnosi s sovrstniki, lahko se pojavijo težave v stikih z avtoriteto ali na socialnem področju. Mladostnica ali mladostnik ima lahko težave pri vzpostavljanju odnosov z drugimi, v intimnosti. Na tem področju je še zelo negotov, neizkušen, zato še posebej ranljiv.

Poleg povzročiteljev stresa, ti izhajajo že iz samega razvojnega obdobja, pa je mladostnica ali mladostnik vzpostavljen še drugim dejavnikom stresa. Ti so lahko bodisi akutni (pojavijo se nenadoma, so zelo intenzivni, a kratkotrajni, na primer naravna nesreča, prometna nesreča) bodisi kronični (začnejo se postopno, so manj intenzivni, trajajo dolgo, na primer bolezen staršev, družinska nesoglasja, zloraba).

Če je mladostnica ali mladostnik naenkrat izpostavljen več različnim povzročiteljem stresa, je večja verjetnost, da se bodo pri njem pokazale težave. Načini, na katere mladostnik izrazi stisko, so različni. Pogoste so telesne težave, kot so obolevnost in glavoboli. Lahko se vede prav nasprotno, kot bi pričakovali od človeka v stiski: je pretirano živahen, glasen, nemiren. Znamenje notranje stiske je lahko tudi večja razburljivost, konfliktnost ali agresivnost. Eden od znamenj je lahko tudi nenadno poslabšanje šolskega uspeha.

Vendar se težave ne pokažejo pri vseh mladostnicah in mladostnikih, na katere vpli-

vajo različni povzročitelji stresa. Ljudje imajo namreč različne sposobnosti za spoprijemanje s stresom. Dejavniki, ki vplivajo na našo odpornost za stres, so osebni (inteligenca, dobra samopodoba, razvite spretnosti za reševanje problemov) in dejavniki okolja (kohezivna družina, toplo sprejemajoče okolje, prijatelji, dobra socialna mreža). Zato veliko mladostnikov, ki preživljajo velike stiske, odraste v zdravo, dobro prilagojeno odraslo osebo.

K obravnavi mladostnic in mladostnikov v stiski moramo pristopiti drugače kot k obravnavi odraslih. Ne moremo jih obravnavati zgolj individualno. Predvsem zato, ker so mladi bolj odvisni od okolja, od svojih staršev, vrstnikov, učiteljev. Za psihiatrično zdravljenje, ne glede na spol, se mladi 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 bolezni v odraslosti (Walker 2003).

INTERDISCIPLINARNOST OBRAVNAVE

Zdravljenje mladostnikov in mladostnic z duševnimi težavami in motnjami je učinkovito, če je multidisciplinarno in večsektorsko (*op. cit.*). Socialna delavka tako mora delovati interdisciplinarno, to pa zahteva potrebo po sodelovanju z drugimi strokovnjaki in službami pomoči v skupnosti, da kar najbolje zadovolji potrebe pacienta/pacientke. Sistem pomoči, ki ga skupaj zagotavlja več služb pomoči in strokovnih delavk različnih strok, lahko mladostnicam in mladostnikom z duševnimi in psihosocialnimi težavami ponudi različne kombinacije in širok obseg zdravstvenih, pedagoških in socialnovarstvenih pomoči.

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

Zdravljenje mladostnic in mladostnikov na Enoti za adolescentno psihiatrijo je interdisciplinarno. Kot socialna delavka sem

vključena v tim strokovnjakov različnih znanj in specialnosti (psihiatri, medicinske sestre, delovni terapevti, pedagoginje, kinezioterapevti, muzikoterapevti). Naloge takega tima obsegajo skupno oceno pacientovih problemov in potreb, pridobitev relevantnih podatkov, timsko poučevanje osebja, načrtovanje intervencij, etično odločanje, delegiranje nalog in odgovornosti in evalvacija doseženega.

Ker je cilj združiti različne stroke za zadovoljitev pacientovih/pacientkinih potreb, velja, da različne stroke prispevajo različna stališča, vrednote in spretnosti, usmeritev v premislek, kaj je najbolje za pacientka ali pacienta (Beder 2006).

Specifičnost pri zdravljenju mladostnic in mladostnikov je biopsihosocialni pristop. Združuje tri prekrivajoče se vidike pacientovega funkcioniranja: »bio« se nanaša na biološki in medicinski vidik njegovega zdravja in blaginje; »psiho« se nanaša na njegovo samovrednotenje, samospoštovanje in čustvene vire, ki so v povezavi z njegovim zdravstvenim stanjem; »socialno« pa se nanaša na socialno okolje, ki ga obkroža in vpliva nanj. Pristop nam pomaga, da s svojim strokovnim znanjem vodimo pacienta pri raziskovanju vsake izmed navedenih razsežnosti, skupaj določimo zelene cilje ter raziščemo in osvetlimo lastne moči in vire za dosego teh ciljev.

Delo socialne delavke je usmerjeno v pregled psihosocialnega funkcioniranja uporabnikov v domačem, šolskem ali delovnem okolju. Če je prav to okolje izvor mladostnikovih stisk in težav, članom tima predlaga: načrtovanje in izvajanje socialnih intervencij za razreševanje težav, zaščito in zagovornišvo, delo s starši, razreševanje odnosnih, bivanjskih in materialnih težav, učenje socialnih spretnosti, asertivnosti, učenje tehnik učenja, zagotavljanje pomoči in podpore pri reintegraciji v domače, šolsko ali delovno okolje in vrstniško skupino.

Mladostnik ima v procesu zdravljenja na Enoti za adolescentno psihiatrijo veliko različnih možnosti za samoraziskovanje, za prepoznavanje svojih virov moči za ozdravitev.

Zdravljenje vsakega posameznega mladostnika in mladostnice obsega diagnostiko, po potrebi vpeljavo medikamentozne terapije (glede na vrsto težave ali motnje), individualno

psihoterapijo (psihološko, vedenjsko, psihodinamsko), družinsko terapijo, socioterapijo ali terapijo v skupini (velike in majhne psihoterapevtske skupine), skupinske terapije (psihodrama, muzikoterapija, gibalno-izrazna terapija, likovna terapija, biblioterapije), rehabilitacijske terapije (učenje socialnih spretnosti, učenje tehnik učenja, individualni in vodeni skupinski izhod). Poudarek je na psihoterapevtski in socioterapevtski obravnavi.

Delo tima je usmerjeno v celostno obravnavo mladostnic in mladostnikov in upošteva tako zdravje kot tudi dobro počutje posameznika v povezavi z njegovim bivanjskim okoljem, z njegovimi potrebami, željami in osebnimi cilji. Tudi program zdravljenja zahteva, da pacientke in pacienti vikende preživljajo doma. Oddelek zapušča ob petkih po dvanajsti uri in se vračajo nazaj v nedeljo zvečer. Pri obravnavi mladostnic in mladostnikov veliko pozornosti namenjamo njihovi družini in šolanju. Zanima nas tudi njihova vključenost med vrstnike. Svojci, rejniki ali skrbniki imajo možnost rednih individualnih pogovorov s terapevti, vključijo se lahko v terapevtsko vodeno skupino svojcev – ta poteka enkrat na teden.

VLOGA SOCIALNE DELAVKE

Lois Forth Cowels (2003) pri opisu temeljne usmerjenosti bolnišnične socialne delavke izhaja iz pogleda dr. Cobota in Ide Cannon, ki sta bila v dvajsetih letih 20. stoletja začetnika socialnega dela v zdravstveni dejavnosti v ZDA. Lois Cowels meni, da je temeljna naloga bolnišnične socialne delavke poznavanje pacientovega družbenega okolja in opozarjanje zdravstvenega osebja na vpliv družbeno-okoljskih dejavnikov na posameznikovo zdravje oziroma počutje. Ida Cannon je še posebej poudarjala, da se socialne delavke moramo usmeriti na družbene, okoljske in čustvene dejavnike pacientovega počutja.

Socialni delavci in delavke si prizadevamo za odstranitev ovir v družbenem okolju posameznika, saj lahko to pripomore k ozdravitvi ali ohranjanju stabilnosti njegovega duševnega zdravja.

Socialna delavka ima vlogo zveze ali mostu med bolnišnico ter pacientovim družbenim

okoljem in 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.

S svojim strokovnim znanjem pacienta vodimo k razumevanju življenjske situacije in njegovih konceptov rešitve socialnih problemov ali, kot pravimo v socialnem delu, izhajamo iz pacientove instrumentalne definicije problemov in vodimo proces soustvarjanja podpore in pomoči.

Psihiatrične socialne delavke in delavci moramo pri delu s pacientkami in pacienti izhajati iz svojih praktičnih izkušenj in starosti pacientov in pacientk, teoretskega znanja o procesih pomoči, tipa problemske situacije in razpoložljivosti virov pomoči. Karen Healy (2005) piše o reflektivnem pristopu, po katerem socialne delavke nenehno konstruiramo znanje in uporabo teorije – deloma na podlagi izkušenj in tudi na podlagi virov, kot sta praktični kontekst in formalna teoretska podlaga.

Kompetentno ravnanje psihiatričnih socialnih delavk in delavcev zahteva uporabo konceptov socialnega dela. Ti so vsakokrat možen okvir za izbor in integracijo znanj. Socialne delavke uporabljamo teorijo in tudi ustvarjamo teorijo v praksi. Čeprav v psihiatriji prevladuje biomedicinski diskurz, je dovolj prostora za celostno obravnavo, za katero se zavzemamo socialne delavke in ki temelji na razumevanju posameznika v njegovem družbenem kontekstu. Do trka vrednot socialnega dela in biomedicinskega diskurza pride pri terminologiji, vendar tu prevladuje biomedicinski diskurz (*op. cit.*). Socialne delavke in delavci smo prisiljeni uporabljati biomedicinske izraze, kot so pacient/ka, socialna diagnostika, ocena, terapija, če želimo učinkovito komunicirati v tem okolju.

Otroci in mladostniki z duševnimi težavami in motnjami zahtevajo ustvarjalne in prilagodljive rešitve za svojo bolečino in trpljenje (Walker 2003). Zato si v procesu pomoči pomagamo s svojim znanjem in spretnostmi in jih uporabljamo v trenutnih razmerah, da bi zadovoljili potrebe otrok na zanje prijazen način in z občutkom za socialno vključevanje.

Kompleksne problemske situacije, ki jih rešujemo socialne delavke in delavci, zahtevajo integrirano obravnavo različnih strokovnjakov in različnih služb pomoči. Socialno delo je integracijska znanost in zato ima pri obravnavi oseb z duševnimi težavami in motnjami v duševnem zdravju prednost pred drugimi (Shepherd *et al.* 2008). Teorija socialnega dela določa način, kako bomo raznovrstna potrebna znanja različnih strok umestili v procese pomoči v socialnem delu. Vedeti moramo, koga povabiti v obravnavo, kdo so strokovnjaki ali posamezniki v pacientovem ožjem ali širšem družbenem okolju, starši, šola, center za socialno delo idr., ki lahko pripomorejo s svojim strokovnim znanjem, možnostmi ali zgolj navzočnostjo k rešitvi pacientove stiske. Seveda o tem, koga vključiti v proces pomoči, odloča pacient sam.

Zaradi raznovrstnega znanja različnih strok, integriranega v teoriji socialnega dela, ima socialna delavka nalogo: narediti mora izbor in integrirati znanje in skupaj z uporabnikom in vsemi vključenimi v problemsko situacijo ustvari enkraten, njegovim potrebam in željam prilagojen projekt pomoči za ozdravitev. Gre za socialno in ne za klinično ozdravitev (*op. cit.*).

UPORABA EKOSISTEMSKE PERSPEKTIVE

Okvir dela za socialno delavko v psihiatriji je ekosistemska perspektiva, ki omenja človeka-v-okolju (Austrian 2005). V vsakdanjo prakso moramo vključiti koncept »človeka v okolju«. V socialnem delu moramo na posameznika gledati celostno. Zanimajo nas dejavniki, ki so posameznika privedli do pojava duševne motnje, preučiti moramo, kaj je treba izboljšati ali kaj spremeniti pri posamezniku in v njegovem okolju, da se bo njegovo socialno funkcioniranje izboljšalo.

Psihiatrične socialne delavke in delavci, ki delamo z mladostniki, si zato moramo pri svojem delu prizadevati za vpogled v vire in podporo, ovire in priložnosti, dejavnike tveganja in varovalne dejavnike v okolju mladostnice. Imeti moramo vpogled v funkcioniranje mladostnika v družini, v šolskem in vrstniškem

okolju. Za uspešno delo si moramo prizadevati, da bi celostno ocenili psihosocialno funkcioniranje pacienta v povezavi z vidnimi in nevidnimi razsežnostmi problemske situacije.

Ekosistemski pogled odgovornost za uspešnost intervencije pripisuje predvsem vzpostavitvi delovnega odnosa in delovnega stika. Delovni odnos (Mešl 2008) zagotavlja instrumentalno definicijo problema in soustvarjanje rešitev, pri tem pa 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 na skupnega oblikovanja rešitev, da bi udeleženi v problemu postali udeleženi v rešitvi.

Proces definicije problema, ki ga je opredelil C. H. Meyer (1993), je sistematičen proces, ki obsega pet stopenj. Začne se z raziskovanjem, poslušanjem pacientove zgodbe (1), da bi si pridobili podatke in informacije. Truditi se je treba za pridobitev informacij, ki so relevantne za razumevanje problemske situacije v kontekstu. Ko pridobimo ustrezne informacije, se proces prenese na sklepne misli (2). To vključuje pregled dobljenih podatkov, da bi določili njihov pomen in videli, ali so uporabne, logične. Socialna delavka se odloči glede ravnanja z dobljenimi informacijami na podlagi svojega praktičnega znanja s podobnimi primeri, pacienti s podobno problematiko, na podlagi teoretskega znanja, tipa situacije in razpoložljivosti virov. Naslednji korak je evalvacija (3). Vključuje oceno pacientovega funkcioniranja z definiranjem problema. Obsega tudi oceno moči in šibkosti posameznika v okolju. Drugi in tretji korak sta vključevala le socialno delavko, pa je v četrtem koraku definiranje problema (4) proces, ki zahteva socialno delavko in pacienta. Med vrsto problemov, ki sta jih osvetlila v prvih treh korakih, se morata zdaj skupaj odločiti, s katerim problemom se bosta ukvarjala in na kateri kontekst bosta usmerila svoje delovanje. Določiti morata tudi, kaj je realno izvedljivo in kje so omejitve. Zadnji korak (5) je načrtovanje intervencij. Pri tem izhajata iz

predhodnih štirih korakov. Socialna delavka in pacient se dogovorita glede načina, časa in potrebe po osredotočanju na definiran problem. Pogovorita se tudi o pričakovanih rezultatih. Ocenjevanje, ki temelji na praktičnem znanju in spretnostih, je individualiziran proces, ki zahteva spoznanje enkratnosti posameznika in situacije. Gre za neprekinjen proces, ki se nadaljuje – interveniranje je treba spremeniti ob razkritju novih informacij.

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

Socialna delavka ali delavec skupaj, družno z uporabnikom soustvarja nove možnosti, nove okoliščine za bolj kakovostno življenje. Te dejavnosti pripomorejo k spreminjanju človeka samega ali njegovih življenjskih razmer, spodbujajo in zagotavljajo njegov razvoj in izboljšujejo možnosti za socialno integracijo posameznika s sistemi v njegovem okolju (Milošević Arnold, Postrak 2003: 9).

Tudi Gabi Čačinovič Vogrinčič (2008) poudarja, da morajo biti v procesu pomoči raziskani, dogovorjeni, ubesedeni zaželeni izidi oziroma vmesni cilji in posamezni koraki do njih. Brez smiselnega cilja ni smiselne poti. Nedoseženi cilji, neopravljeni koraki nas zgolj napotijo, da jih bolje raziščemo in na novo zastavimo v okviru uresničljivega.

Če izhajamo iz ekosistemske perspektive, težko govorimo o metodi dela s posameznikom (Docstoc 2012). Naj posebej opozorim, da je pomembna pojmovna razlika med tem, če rečemo metoda dela s posameznikom ali metoda dela s posameznim primerom. Metoda dela s posameznikom bi ustrezala konceptu tradicionalnega modela, ki se osredotoča na pomoč posamezniku. Metoda dela s posameznim primerom pa da vedeti, da gre za pomoč ali,

bolje, za delovni odnos med socialno delavko in posameznim primerom. Ta posamezen primer ni izoliran posameznik, temveč oseba v kontekstu raznovrstnih odnosov z drugimi. V našem primeru npr. pacient v odnosu s starši, torej v kontekstu družine, v interakciji s sošolci, učitelji, prijatelji in drugimi osebami ali ustanovami (npr. center za socialno delo, svetovalni center). Socialna delavka upošteva celosten kontekst uporabnika, v našem primeru mladostnika. Se pravi njegov odnos s starši, njegove gmotne razmere, njegovo doživljanje šole in svojega položaja v njej, njegovo doživljanje vrstnikov, njegovo doživljanje družine, vrednote, ki jih je razvil ...

Po pojmovanju sistemsko ekološkega modela sta socialna delavka ali delavec in uporabnik partnerja, sodelavca pri reševanju težav.

PRIMER SOCIALNEGA DELA Z MLADOSTNIKOM V PSIHIATRIČNI OBRAVNAVI

Marko je bil v letih 2010-11 šestkrat hospitaliziran na Enoti za adolescentno psihiatrijo. Med prvim enomesečnim bolnišničnim zdravljenjem je dopolnil 17 let. Vsako bolnišnično zdravljenje je trajalo povprečno mesec in pol. Marko je živel skupaj z materjo. Mati in oče sta se ločila, ko je imel 3 leta. Po ločitvi je Marko še obiskoval očeta. Oče je bil alkoholik. Do fanta je bil agresiven. Pred 8 leti so se stiki med njima popolnoma prekinili.

Marko je bil bister fant. V šoli ni bilo težav. Te so se začele kazati v 9. razredu osnovne šole: uporniško vedenje, »špricanje šole«, uživanje psihoaktivnih substanc, slaba družba. Uspelo se mu je vpisati na srednjo tehniško šolo v domačem kraju. Letnika mu ni uspelo izdelati. Ker se je z lahkoto učil tuje jezike, se je skupaj z materjo odločil, da se prepíše na srednjo turistično šolo. Prepis je zaradi oddaljenosti šole od kraja stalnega bivanja zahteval namestitev v dijaški dom.

S prepisom težave v šoli niso izginile. Marko je še naprej »šprical«, užival alkohol in druge psihoaktivne substance in zahajal v slabo družbo. Mati ni imela vzgojne moči nad njim.

Njenih zahtev ni želel izpolnjevati. Veliko sta se prepirala glede učenja, »špricanja« pouka, ponočevanja, opravljanja hišnih obveznosti.

Po smrti najboljšega prijatelja je Marko želel narediti samomor. Z materjo sta poiskala pomoč v psihiatrični ambulanti. Takrat je bil tudi prvič napoten na zdravljenje na našo enoto. Prvi cilj zdravljenja je bil, da Marko ne bi več mislil na samomor, da bi nehaj uživati psihoaktivne substanc in da bi ga okrepili z ustreznimi strategijami reševanja stisk in težav. Marko je bil na oddelku vključen v individualno in skupinsko terapevtsko obravnavo. Mati se je vključila v skupino za starše. Intenzivneje sem začela z Markom delati med tretjo hospitalizacijo, ko je Marko toliko napredoval v procesu zdravljenja, da je izrazil željo, da bi želel končati šolo. Za začetek sva se skupaj odločila, da se vključi v bolnišnično šolo, da preizkusi, koliko učnih navad in znanja mu je uspelo ohraniti po dveh letih nerednega obiskovanja šole.

Kmalu se je pokazalo, da bi srednjo šolo lahko izdelal z malo učenja. Učno snov je hitro razumeval. Na učne ure ni zamujal. Učiteljice v bolnišnični šoli so ga zelo pohvalile, češ da dobro napreduje. V soglasju z njim sem navezala stik z matično šolo. Razumeli so ga in so mu bili pripravljeni pomagati. Ponudili so mu možnost tretjega rednega vpisa v prvi letnik.

Vendar pa je Marko izrazil željo, da bi zamenjal okolje šolanja in bivanja, da ne bi spet zašel v slabo družbo. Strah ga je bilo tudi pristopa učiteljev, glede na to, da ga skoraj nič ni bilo v šoli. Podprla sem njegovo željo, da se prešola v Ljubljano. S prešolanjem bi bilo treba urediti tudi bivanje. Z materjo sta se preživljala z njeno plačo in preživnino iz jamstvenega sklada, do katere je Marko upravičen le do polnoletnosti. Mati je izrazila stisko glede plačila dijaškega doma. V stanovanjsko skupino za mladostnike Marko ni želel.

V pogovor in dogovor o sodelovanju smo vključili tudi dedka, ker se je zelo zanimal za Marka. Dedek se je odločil, da bo materi pomagal pri plačilu bivanja v dijaškem domu. Potrudila sem se urediti tretji redni vpis v prvi letnik istega programa šolanja v Ljubljani.

Tega je lahko dovolil le ravnatelj na podlagi utemeljenih razlogov. Zaposila sem tudi za namestitve v dijaški dom.

Z Markovo odločitvijo se po tistem nisem popolnoma strinjala. Glede na izkušnje sem dvomila, ali je dijaški dom primerno bivalno okolje zanj. Primernejša se mi je zdela stanovanjska skupina, ker deluje bolj strukturirano. Marko je imel težave z mejami, organizacijo svojega časa, delovnimi navadami. Delo vzgojiteljev je ne le reparacija vedenja posameznika, temveč tudi izboljšanje odnosov v družini. Materi so lahko pomembna opora pri njeni starševski vlogi. Toda kljub dvomom sem ga podprla. Vedela sem, da bova rešitve še iskala, če izbrana pot ne bo najboljša. Naša vloga je, da v procesu pomoči raziskujemo s svojim strokovnim znanjem pacientovo razumevanje njegove življenjske situacije in njegovih konceptov reševanja problemske situacije. Pomembno je, da se procesi raziskovanja, soustvarjanja pomoči in podpore nadaljujejo v smeri zelenega izida, ko se pojavi nova problemska situacija.

Sklicali smo skupni tim z vodjo dijaškega doma, vzgojitelji in svetovalnim delavcem dijaškega doma in se pogovorili o naših skupnih pričakovanjih in ciljih. Seveda smo v naš skupni pogovor vključili tudi Marka in mamo. Vsak od nas je prevzel del odgovornosti v procesu reševanja problema na poti k zelenemu izidu. Naš skupni cilj je bil, da Marku uspe redno obiskovati pouk, da konča prvi letnik, da ne uživa psihoaktivnih substanc, da poišče pomoč oz. se pogovori s kom od nas, kadar občuti hudo stisko. Marko je z vključitvijo v dijaški dom tudi končal bolnišnično zdravljenje. Kot smo se dogovorili, sem bila stalno v stiku s šolsko svetovalno delavko in svetovalnim delavcem v dijaškem domu.

Marku ni šlo po pričakovanjih. Prve tedne mu je bilo v šoli težko. Zamujal je k pouku ali prej odšel iz šole. V domu je bil precej odmaknjen od drugih. Kljub temu je napredek le bil. Šolsko svetovalno delavko sem prosila za razumevanje, češ da je težko pričakovati stalno navzočnost pri pouku in učno uspešnost od mladostnika, ki zadnja tri leta ni obiskoval pouka.

Vse vendarle ni šlo tako, kot smo vsi pričakovali. Marko je bil spet v stiski. Težave v šoli so se nadaljevale. Odnos z materjo se ni izboljšal. Spet sva se pogovorila o stanovanjski skupini. To so podprli tudi lečeči psihiater, šolska svetovalna delavka, svetovalni delavec v dijaškem domu, mati in dedek. Marko se je odločil, da bo poskusil.

Povezala sva se z matičnim centrom za socialno delo. Socialna delavka centra se je pozanimala, kje bi bila možna namestitvev. Med hospitalizacijo se je našlo pristo mesto v stanovanjski skupini v bližini šole. Ker je bil to za Marka naporen korak, sem se dogovorila z vzgojiteljem za obisk in ogled. Na prvem obisku smo se dogovorili, da Marko en teden (brez dokončne odločbe o namestitvi) v popoldanskem času vsak drugi dan obiskuje iz bolnišnice stanovanjsko skupino, preden se dokončno odloči.

Marko se je na podlagi osebne izkušnje, kako potekata življenje in delo v stanovanjski skupini, odločil, da se vključi. Nadaljeval je z ambulantnim zdravljenjem. Sočasno sta se z materjo odločila tudi za vključitev v program Društva UP za pomoč zasvojenecem in njihovim svojcem.

Marku ni uspelo nadoknaditi zamujenega pouka in učnih obveznosti. Kazalo je, da letnika ne bo izdelal. Kaj zdaj? Ali je zaradi starostne razlike in zrelosti možen in smiseln četrti redni vpis v prvi letnik. Marko se je odločal tudi o tem, ali bi sploh ostal v stanovanjski skupini. Skupaj z lečečim psihiatrom sva se odločila, da Marku predlagava skupni pogovor z vsemi udeleženi pri reševanju njegovih težav. Marko je privolil. Na skupni pogovor smo povabili šolsko svetovalno delavko, razredničarko, matičnega vzgojitelja, terapevtko društva Up in mamo.

Skupaj smo se dogovorili, da Marko ostane v stanovanjski skupini, da se še enkrat, četrtič vpiše v prvi letnik in da ne prekine terapevtskega vodenja v društvu UP.

Marko po tem pogovoru ni več iskal psihiatrične pomoči. Pot je bila prava. Še vedno je vključen v stanovanjsko skupino. Zdaj smo na polovici

šolskega leta. Gre mu in vse kaže, da bo, če bo tako nadaljeval, uspešno naredil letnik.

SKLEP

V prispevku sem predstavila sodobna teoretska izhodišča in procese pomoči, delovnega odnosa (Gabi Čačinovič Vogrinčič 2010) in proces definicije problema (Meyer 1993), saj se mi zdijo pomemben okvir za prakso socialnega dela v psihiatrični dejavnosti. Določajo proces pomoči, v katerem se zgodi prav tisto, kar je pomembno za delo z mladostniki. Mladostnika že zaradi razvojnega obdobja, v katerem ni niti več otrok niti odrasel in je kot tak še odvisen od svojih staršev, skrbnikov, vrstnikov in drugih pomembnih oseb za njegov razvoj, ne moremo obravnavati zgolj individualno. Socialni delavci in delavke moramo v procesu pomoči povezati vire pomoči vseh udeleženi v socialni mreži mladostnika: njegovo družino, vrstniško skupino, šolo, skupnostne vire podpore in pomoči.

Posebno pozornost sem posvetila vlogi socialnega dela v psihiatriji. Socialne delavke in delavci moramo imeti znanje in moč, da pacientu predstavimo možne poti reševanja stik in težav, seveda pa pacient sam odloča o tem, kakšno pot bo izbral. Pomembno je, da se mu pridružimo, ga pri tem podpremo, tudi če njegova izbira z našega strokovnega zornega kota ni najboljša.

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

Socialne delavke in delavci v psihiatriji pozornost usmerjamo na sovplivanje telesnih, duševnih in družbenih dejavnikov, ki delujejo na duševno stisko ali motnjo posameznika. Menimo, da duševno stisko ali motnjo lahko sproži tako družbena situacija ali življenjska sprememba (kot so smrt ljubljenih oseb, družbena izolacija, šolski neuspeh ...) kot tudi telesne težave, ki nas ovirajo pri opravljanju pomembnih življenjskih dejavnosti, saj to lahko neugodno vpliva na naše funkcioniranje v družbi.

Koncept »človek v okolju« je temeljno vodilo procesa pomoči v socialnem delu v psihiatriji. Priporočljiv je predvsem za delo z mladostniki. Najbolj zato, ker so mladostniki bolj odvisni od svojega okolja: od staršev, vrstnikov, učiteljev. Gre za pogled, v skladu s katerim je posameznika treba razumeti v kontekstu pogojev in možnosti, ki jih ima v svojem okolju. S pojmom družbeno okolje posameznice razumemo njeno družino, bivanjske razmere, zaposlitev ali šolsko situacijo, materialni položaj, možnosti za izobraževanje, vire pomoči v skupnosti, odnose s prijatelji in sošolci, možnosti za rekreacijo ... Socialne delavke in delavci moramo posebno pozornost namenjati virom in podpori, oviram in priložnostim, dejavnikom tveganja in varovalnim dejavnikom v okolju mladostnika in mladostnice.

VIRI

- AUSTRIAN, S. (2005), *Mental disorders, medications, and clinical social work*. New York: Columbia University Press (tretja, dopolnjena izdaja).
- BEDER, J. (2006), *Hospital social work: The interface of medicine and caring*. New York: Routledge.
- COWELS, L. F. (2003), *Social work in the health field: A care perspective*. New York: Routledge.
- ČAČINOVIC VOGRINČIČ, G. (2008), Soustvarjanje v šoli: Učenje kot pogovor. Ljubljana: Zavod RS za šolstvo.
- (2010). Soustvarjanje pomoči v jeziku socialnega dela. *Socialno delo*, 49, 4: 239-245.
- Docstoc (2012). Dostopno na: [http://www.docstoc.com/docs/59829872/Prispevek-stroke-socialnega-dela-za-svetovalno-delo-v-praksi-\(1.2.2012\)](http://www.docstoc.com/docs/59829872/Prispevek-stroke-socialnega-dela-za-svetovalno-delo-v-praksi-(1.2.2012)).
- 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.
- 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: 161-175.
- SHEPHERD, G., BOARDMAN, J., SLIDE, M. (2008), *Making recovery a reality*. London: Sainsbury Centre for Mental Health.
- WALKER, S. (2003), Social work and child mental health: Psychosocial principles in community practice. *British Journal of social work*, 33: 673-687.