

Univerza v Ljubljani
Fakulteta za socialno delo

Matevž Vršič
Življenjske okoliščine kot ključni faktor duševnega zdravja
Diplomsko delo

Ljubljana 2021

Univerza v Ljubljani
Fakulteta za socialno delo

Matevž Vršič
Življenjske okoliščine kot ključni faktor duševnega zdravja

Diplomsko delo

Mentorica: Doc. dr. Petra Videmšek

Ljubljana 2021

Zahvala

Rad bi se zahvalil mentorici Petri Videmšek za stalno usmerjanje in vzpodbujanje. Ko sem se pogosto spopadal z lastno negotovostjo, je verjela v moje delo. Predvsem pa bi se ji rad zahvalil za pomoč in razumevanje pri oddaji diplomskega dela – malokdo je pripravljen za to žrtvovati svoj poletni dopust.

Zahvalil bi se rad mojemu očetu Zlatku, mami Andreji in bratu Luku, ki so me vztrajno vzpodbujali in mi stali ob strani v zadnjih tednih dela, ki so mi predstavljali največji napor. Zala, hvala ti za vso moralno in čustveno podporo, ki si mi jo nudila v teku celotnega procesa pisanja – ogromno mi pomeni, da si mi stala ob strani. Iskreno se zahvaljujem tudi sestri Zarji, ki mi je pomagala z lektoriranjem diplomskega dela.

Nazadnje bi se rad zahvalil ekipi LYC. Takrat, ko sem bil najmanj motiviran za delo, me je držala pokonci misel, da bom lahko zelo kmalu spet skejtal z vami.

Življenjske okoliščine kot ključni faktor duševnega zdravja

Dojemanje duševnega zdravja in duševnih stisk se je skozi zgodovino močno spreminjalo. V času »Velikega zapiranja« se je utrdil pojem družbene deviantnosti, ki je bil v veliki meri povezan z revščino in družbeno neproduktivnostjo. Rešitev naraščajoče revščine v novi meščanski družbi je bila njeno izobčenje. Vzpostavljane meščanske družbe je zahtevalo prilagoditev norm obnašanja in morale. Posledično je proces *Velikega Zapiranja* poleg revežev in beračev zajel tudi norce, prostitutke, gobavce in druge deviantne profile prebivalstva, ki niso ustrezali novim normam meščanske družbe. Zapiranje norosti je vzpostavilo temelje, na katerih se je začela graditi znanost o norosti, ki se je v 19. stoletju začela uveljavljati pod okriljem medicine. To je razumevanju in obravnavi duševnih stisk dalo znanstveno verodostojnost. Antipsihiatrično gibanje je v 2. polovici 20. stoletja začelo opozarjati na pomanjkljivosti psihiatrične metode, ki je takrat temeljila predvsem na pozitivističnem, biološkem razumevanju duševnih stisk in duševnega zdravja. Duševne stiske so bile po mnenju protagonistov gibanja bolj odvisne od življenjskih okoliščin posameznika kakor pa od njegovih telesnih pomanjkljivosti. Razumevanje duševnih stisk od tam naprej ni več utemeljeno zgolj na medicinskem razumevanju duševnih stisk kot bioloških disfunkcij, kljub temu pa medicina oz. psihiatrija v veliki meri drži monopol nad javnim diskurzom razumevanja duševnih stisk in duševnega zdravja. Cilj te diplomske naloge je pokazati, da bi moralo razumevanje duševnih stisk segati preko meja medicinskih parametrov in da bi morala biti njihova obravnava bolj celostna. Da bi to dokazal, sem napravil pregled literature, v katerem je prepoznaven vpliv pandemije COVID-19 na duševno zdravje. Pandemija in predvsem njeni zaježitveni ukrepi so v vsakdanje življenje posameznikov prinesli pomembne spremembe. Duševno zdravje populacij se je v času pandemije COVID-19 občutno poslabšalo. Karantena in drugi zaježitveni ukrepi kot denimo zaprtje šol predstavljajo ključne spremembe, ki imajo izrazito negativen vpliv na duševno zdravje.

Ključne besede: duševno zdravje, duševna bolezen, duševna stiska, psihiatrija, antipsihiatrija, pandemija, COVID-19, karantena, zaježitveni ukrepi, socialna izolacija, zaprtje šol

Social circumstances as the deciding factor of mental health

The understanding of mental health has changed drastically throughout history. In the early stages of understanding mental health the term social deviancy was used to describe mental disorders. It was largely connected to poverty and social unproductiveness. The solution to growing poverty in new bourgeois society was exclusion. The establishment of bourgeois society demanded the adjustment of social norms and morality. This led to the exclusion of not only poor people and beggars but also prostitutes, lepers, homosexuals and anyone who did not fit the new codes of conduct. The closure and medication of insanity set the groundwork for the scientific study of insanity, which was established in the 19th century as a medical science. This gave the understanding of insanity a scientific credibility. The antipsychiatry movement of the second half of the 20th century began to criticize the shortcomings of the psychiatric method which was, at the time, based mostly on a positivistic, biological understanding of mental health. This movement thought that the mental health of patients is based more on social circumstances than their anatomical shortcomings. Since then the understanding of mental health is not solely based in medical

theory but incorporates social factors in to its research and understanding. Despite this the medical field, chiefly psychiatry, still holds a monopoly on public discourse about mental health. The aim of this research is to show that the understanding of mental health must transcend solely medical explanations and that its treatment must be more holistic. This research presents an overview of literature focused on the effects of the Covid-19 pandemic on mental health. The pandemic and the ensuing measures put in place to curb the spread of the Corona virus have brought important changes to the lives of individuals. The mental health of populations worldwide has declined sharply during the pandemic. Lockdowns and school closures are crucial changes which have a decidedly negative effect on mental health.

Key words: mental health, mental illness, mental hardship, psychiatry, antipsychiatry, pandemic, COVID-19, quarantine, containment measures, social isolation, school closures

Kazalo vsebine

1. UVOD	7
2. PREGLED PROBLEMATIKE.....	8
2.1. ZGODOVINA KONCEPTA DUŠEVNE STISKE IN RAZVOJ PSIHIATRIJE	8
2.1.1. NOROST IN ZAMETKI SODOBNE PSIHIATRIČNE USTANOVE	8
2.1.2. ZGODOVINA KONCEPTA DUŠEVNE STISKE IN VZPOSTAVITEV PSIHIATRIČNE STROKE	11
2.2. ANTIPSIHIATRIČNO GIBANJE	14
2.3. SOCIALNE DETERMINANTE DUŠEVNEGA ZDRAVJA.....	18
2.4. VLOGA SOCIALNEGA DELA	21
2.4.1. SISTEM SKUPNOSTNE SKRBI ZA DUŠEVNO ZDRAVJE	21
2.4.2. POSTMODERNI KONCEPTI V SOCIALNEM DELU	23
3. PROBLEM	26
4. METODOLOGIJA	28
5. PREGLED LITERATURE	29
6. REZULTATI.....	46
7. RAZPRAVA	49
8. PREDLOGI.....	50
9. VIRI IN LITERATURA.....	51
10. PRILOGA	54

1. UVOD

Duševno zdravje in duševne stiske me zanimajo že od nekdaj. V teku študija socialnega dela sem lahko to področje podrobneje spoznal. Prva srečanja z omenjeno temo na Fakulteti za socialno delo so moje zanimanje še dodatno poglobila. Dobil sem občutek, da je pristop socialnega dela do duševnega zdravja in duševnih stisk nekoliko drugačen od psihiatrično-medicinskega diskurza, ki smo ga vajeni. Govor o duševnem zdravju je bil v veliki meri odmaknjen od diagnoz in kategoriziranja, ki nam pogosto daje občutek gotovosti o predmetu proučevanja. Poleg tega me je presenetila in navdušila nenehna usmerjenost k rešitvam, namesto problemom.

Navidezna gotovost, ki se vije okoli govora o duševnem zdravju in duševnih stiskah, je v mnogih pogledih neupravičena. Pozitivistični pogled na duševno zdravje pogosto stigmatizira oškodovanega posameznika in koren duševne stiske išče v njem samem. V teku študija se mi je vedno bolj dozdevalo, da zametki duševnih stisk ne morejo tičati zgolj v vsakem posamezniku, ampak da na njihov razvoj v veliki meri vpliva okolje, v katerem se nahajajo. Antipsihiatrično gibanje je eno izmed prvih gibanj, ki je opozarjalo na druge etiološke razsežnosti duševnih stisk, predvsem pa je zagovarjalo stališče, da duševne stiske niso »bolezni« v pravem pomenu besede, ampak bolj »problemi bivanja«, ki pogosto izhajajo iz okolja.

S svojim diplomskim delom želim pokazati, kako pomemben vpliv ima lahko okolje, v katerem živimo, na naše duševno zdravje. To skušam dokazati na podlagi drastičnih sprememb v duševnem zdravju populacij, ki so posledica pandemije COVID-19.

2. PREGLED PROBLEMATIKE

2.1. ZGODOVINA KONCEPTA DUŠEVNE STISKE IN RAZVOJ PSIHIATRIJE

V sledečem poglavju skušam razjasniti razvoj psihiatrične institucije in psihiatrije kot vede, ki drži monopol nad konceptualizacijo duševnih stisk in duševnega zdravja. Prav tako naj bi v teku poglavja bralcu postalo bolj jasno, kako se je koncept duševnih stisk in duševnega zdravja spreminjal skupaj z razvojem diskurza o duševnem zdravju. Celotno poglavje temelji na dveh virih, in sicer Flaker (1998) *Odpiranje norosti: vzpon in padec totalnih ustanov* in Scull (2011) *Madness: A Very Short Introduction*. Zanašanje na zgolj dva vira se mi ni zdelo sporno, ker sta omenjena vira izčrpna in dobro pokrijeta področje, ki je povzeto v poglavju. Flakerjevo (1998) delo je služilo kot osnova prvemu podpoglavju, Scullovo (2011) pa drugemu. Razvoj koncepta norosti, duševne bolezni ter psihiatrije kot stroke in institucije je sicer področje, o katerem je napisano ogromno znanstvene literature, vendar ta za potrebe te diplomske naloge ne pride v poštev. Razumevanje razvoja koncepta duševne bolezni, razvoja psihiatrije in ostalih »psi« poklicev je sicer pomembno za razumevanje predmeta te diplomske naloge, kljub temu pa ni njen osrednji fokus.

2.1.1. NOROST IN ZAMETKI SODOBNE PSIHIATRIČNE USTANOVE

Pred institucionalizacijo norosti, torej pred ustanovitvijo norišnic, je bila skrb za blazne zakoreninjena v njihovi neposredni skupnosti (Flaker 1998). Po navadi so za njih skrbeli njihovi domači, redkeje so zatočišče našli v samostanih. Norost je imela v tem času mističen prizvok in njen pomen je bil bolj ambivalenten kot je danes. Flaker prepoznava norost, svetost in herezijo kot tri opcije družbenega zaznavanja, ki jih je imel blaznež s svojim »tipom« norosti na voljo. Veljalo je, da so bili norci obsedeni s hudičem, z dobrimi ali zlimi duhovi in v skladu s tem prepričanjem je njihovo zdravljenje temeljilo na metodah, ki so izhajale iz zdravilstva. Kljub temu da norost ni bila izolirana od skupnostnega življenja, njen status ni bil prestižen.

Razvoj psihiatrije se je začel nekje v drugi polovici 19. stoletja, njeni zametki pa segajo vse do srednjega veka. Razvoj psihiatrije kot institucije in koncept duševnih stisk je v veliki meri povezan z razvojem totalnih ustanov v srednjem veku. Flaker navaja, da so v srednjem veku obstajale štiri vrste proto-totalnih ustanov, ki so služile za temelje moderne totalne ustanove. To so bili samostani, dvori, leprozoriji (gobavišča) in špitali. V razvoju psihiatrije so

pomembno vlogo igrali predvsem špitali in gobavišča. Prvi so bili socialne narave; služili so za nekakšne socialne oskrbovalnice vseh tistih, ki niso bili vključeni v dvor ali samostan in niso imeli mesta v fevdalnem redu. V njih se je odvijala predvsem dobrodelna dejavnost, oskrbovanci pa niso bili prisiljeni, da v njih ostanejo. Leprozoriji – gobavišča – so bili mnogo bolj totalitarni. Tja so v osnovi zapirali gobavce, hkrati pa tudi vse ostale nezaželene člane družbe, na primer norce in kaznjence, ki so raje kot smrt izbrali izgon v gobavišče.

Nobena izmed naštetih ustanov ni preživela prehoda iz fevdalnega sistema v kapitalizem, kljub temu pa so se njihove temeljne funkcije manifestirale v totalnih ustanovah kakor jih poznamo danes: »Samostan nam je dal idejo konverzije (programiranja), dvor neomejeno gospostvo, špital status obrobja in gobavišče stigma in izobčenost« (Flaker, 1998; str. 70). Totalna ustanova se je v celoti izoblikovala v 17. stoletju skozi proces, ki ga je Foucault poimenoval »Veliko zapiranje« (ang. *The Great Confinement*). Zapiranje je imelo več različnih funkcij. Po eni strani je bil to poizkus odprave revščine (in posledično nedelavnosti), ki se je ob prehodu fevdalizma v meščansko družbo razbohotila do neverjetnih razsežnosti. Reveži, ki so se množili v mestih, so predstavljali skupino, ki bi lahko zaradi svoje številčnosti in nezadovoljstva zamajala absolutistično oblast vladarjev. Iztrebljanje revščine je imelo hkrati tudi pomembno moralno sporočilo za tedanje prebivalce mest: nedelavnost, ki naj bi revščino povzročila, je bila v novem redu meščanske družbe nezaželena in kaznovana. Nov družbeni red je od vsakega posameznika zahteval, da prispeva k njegovi ohranitvi in delovanju. Oblikovanje meščanske družbe je imelo pomemben vpliv na nastanek pravil sprejemljivega vedenja in novega moralnega konsenza. Zapiralo se ni zgolj revežev in beračev, ampak tudi vse ostale deviantne profile prebivalstva – homoseksualce, pohablence, prostitutke, norce... Velik del zaprtih so bili odsluženi vojaki, ki so predstavljali (morda bolj kot reveži in berači) grožnjo absolutističnemu sistemu. Vojaški aparat, ki je v tistem času padel pod državno oblast, je bil zadolžen za skrb tistih, ki niso bili več sposobni opravljati vojaškega poklica. Proces zapiranja je v tem kontekstu predstavljal začetke institucionalizacije dobrodelnosti, ki je bila pred tem deloma v rokah Cerkve, deloma pa v rokah vsakega posameznika, ki jo je opravljal neposredno. Predvsem pa je bilo »Veliko zapiranje« v 17. stoletju pomemben aspekt vzpostavljanja absolutistične oblasti.

»Veliko zapiranje« je potekalo v obdobju razsvetljenstva oz. racionalizma. Meščansko življenje, okolje, vladarjeva moč in institucionalizirana organizacija dobrodelnosti so temeljili

na razumu. Razum je v tem obdobju pridobil oznako kvalitete (in hkrati sposobnosti), ki jo posedujejo samo ljudje, in je torej temelj človeškosti. Tisti, ki so ostajali zunaj okvirjev razumnosti, so bili izključeni iz družbe. To so bili ljudje, ki so v procesu zapiranja izgubili svojo svobodo. Gobavost, ki je bila glavni razlog za vzpostavitev gobavišč, je bila sčasoma odstranjena in posledično so se leprozoriji, ki so bili locirani izven mestnih obzidij, vzpostavili kot prostori splošnega zapiranja. V njih so našli svoj prostor vsi deviantni in nefunkcionalni profili družbe skupaj s tistimi, ki so bili oropani svojega razuma in svoje človeškosti – norci. V obdobju razsvetljenstva je norost izgubila svojo nerazumljivo svetost in mističnost ter prevzela podobe živalskosti, kar se je jasno odražalo v obravnavanju blaznih.

Razvoj totalnih pra-ustanov 17. in 18. stoletja je prispeval k razvoju novih poklicnih profilov, ki so skrbeli za njihovo delovanje. Absolutistična oblast je Cerkvi odvzela del njene družbene moči s tem, da je dobrodelnost institucionalizirala in podržavila, hkrati pa jo je v novi red ponovno vključila – za vodenje totalnih ustanov so bile v kontinentalni Evropi v veliki meri zadolžene bratovščine oz. verske kongregacije (v Veliki Britaniji so jih upravljale lokalne župnije), hkrati pa se je začel v totalne ustanove vključevati nov, vedno bolj navzoč kader medicinskega osebja. Kongregacije so bistveno izgubile na svoji moči v času meščanske revolucije, saj je bila kontrola nad ustanovami zapiranja postopoma dodeljena osebju medicinske stroke. Sprva je bila njihova vloga zgolj obrobna, vendar je njihov profil s hkratnim preoblikovanjem leprozorijev v bolnišnice in norišnice postajal nepogrešljiv – posledično je medicinsko osebje prevzelo kontrolo nad tovrstnimi ustanovam. Norišnice so zdravniki vodili na avtorski način, njihov poklic pa jim je zagotavljal visoko stopnjo družbenega ugleda.

Ob koncu 18. stoletja je norost vzbujala gnus in usmiljenje. Nekontrolirana narava norca je ogrožala družbeni red, hkrati pa norec ni bil sam odgovoren, da je bil oropan razuma, ki ga dela človeka. Norci so bili *družbeno mladoletni* – niso bili sposobni vstopati v recipročne sisteme racionalnih izmenjav, zato je bilo potrebno zanje skrbeti. Odnos do norcev je bil pokroviteljski in starševski. Pinel in Tuke, ki veljata za utemeljitelja sodobne psihiatrične ustanove, sta sprožila proces diferenciacije in specializacije prostorov zapiranja in profilov, ki so bili vključeni v skrb za nore. S tem sta bila do neke mere odpravljena surovost in fizično zatiranje norih, hkrati pa se je vzpostavila *moralna obravnava* kot nova metoda upravljanja z bolniki. Norcu je bila pripisana potencialna človeškost, ki je bila odvisna od njegove

prevzgoje. Medicina je v tem kontekstu nekoliko izgubila na svojem pomenu, saj resocializacija in prevzgoja nista v njeni domeni. Tukaj lahko vidimo zametke mnenja, da duševne stiske niso 'prave' bolezni ampak bolj anomalije duše, ki se jih da popraviti. Medicinska stroka je strogo ugovarjala temu trendu – trditi, da je duša pokvarjena, pomeni dvomiti v integriteto in nesmrtnost duše, kar pa nasprotuje katoliškim načelom in posledično celotnemu družbenemu redu (Scull, 2011).

Duševna bolezen je zaradi odsotnosti razuma v dobi razsvetljenstva pridobila status nečloveškega, živalskega. Moralni red in pravila družbeno sprejemljivega vedenja, ki so se razvijala z nastankom meščanske družbe, so prispevali k izolaciji in izobčenju norih skozi proces *velikega zapiranja*. Kljub izrazito negativnim prispodobam norosti, pa je bila le-ta vredna usmiljenja – konec koncev posameznik ni sam kriv za svoje stanje. Tako se je vzpostavila prevzgojna funkcija zgodnjih norišnic. »Bolezen duše« je bila v nasprotju s katoliškimi nazori na svet in posledično je pretehtalo mnenje, da je norost bolezen, ki izvira iz telesa.

2.1.2. ZGODOVINA KONCEPTA DUŠEVNE STISKE IN VZPOSTAVITEV PSIHIATRIČNE STROKE

Razvoj medicine v drugi polovici 19. stoletja je prispeval k uveljavitvi psihiatrije kot znanstvene discipline pod njenim okriljem (Scull, 2011). Njuno zvezo je okrepil Wilhelm Griesinger, ki se je zavzemal za razvoj psihiatrije kot znanstvenoraziskovalne discipline, ki je vredna univerzitetne obravnave. Temelj njegove teorije je bil, da so duševne stiske bolezni možganov in živčevja. Z iskanjem telesnih anomalij post-mortem je poskušal dokazati svojo tezo. Njegova težnja po iskanju vzroka duševnih stisk v telesu in prizadevanja po združitvi medicine in psihiatrije je navdihnila njegove naslednike. Njegovo delo ni prineslo vzpodbudnih rezultatov, kljub temu pa je začrtalo pomembne smernice razvoja psihiatrije vse do 1. svetovne vojne. Kraepelin se je odmaknil od iskanja vzroka duševnih stisk v telesu. Njegov fokus je bil klasificiranje *sindromov* duševnih stisk. Prepoznal je dva različna tipa sindromov in ju opredelil kot *dementia preacox* (kasneje jo je Eugen Bleuler preimenoval v shizofrenijo) in manično-depresivne motnje. Novo nozologijo duševnih stisk je predstavil v svojih priročnikih.

Podoba norosti je bila v zgodnjih fazah razvoja njenega koncepta skrajna. Ob koncu 19. stoletja se je začelo uveljavljati mnenje, da imajo duševne stiske različno intenziteto. Znižanje kriterijev norosti je v prakso pripeljalo bolj obvladljivo klientelo, ki je bila manj zahtevna do kompetenc strokovnjakov. V tem kontekstu se je oblikoval pojem histerije, ki ga je laikom predstavil Jean-Martin Charcot. Kot nevrolog je bil mnenja, da je histerija nevrološka bolezen. Njegovo delo znotraj stroke ni doseglo kakršnegakoli uspeha. Histeriji se je pridružila *neurasthenia*, šibkost živčevja, kateri naj bi vzrokovala prekomerne delovne obremenitve [ang.]) in vsakodnevni življenjski pritiski.

Odmik od pozitivističnega, medicinskega dojemanja duševne bolezni je bil očiten v Freudovem pojmovanju duševnih stisk in njihovega izvora (Scull, 2011). Osnovo njegove teorije je predstavljala predpostavka, da duševna bolezen izvira iz travm, doživetih v otroštvu, ki jih nismo uspeli ustrezno predelati. Eden njegovih ključnih konceptov je *libido*, oz. spolna sla, ki jo je videl kot gonilno os duševnih stisk. S pomočjo psihoanalize naj bi terapevt tolmačil klientove simptome in pridobil globlje razumevanje njegovih frustracij ter mu s tem omogočil premik k razrešitvi. Freudov prispevek k razumevanju duševnih bolezni je izjemnega pomena. S tem, da je videl njihov vzrok v otroštvu in ne v delovanju telesa, jim je nehote pripisal pomen. Simptomatsko vedenje je postalo pomembno orodje, preko katerega je bilo možno pridobiti vpogled v notranjost posameznika; pravilno tolmačenje simptomov je terapevta približalo k razumevanju in razrešitvi duševne bolezni. *Libido*, spolna sla, je bila videna kot sestavni del notranjosti, s čimer je duševna bolezen postala potencialna grožnja za vsakega. Freudova teorija je dobila nekaj zagona v Združenih državah, v večini pa so jo strokovnjaki zavračali. Šele premiki znotraj stroke, do katerih je prišlo v obdobju svetovnih vojn, so ji prislužili širše sprejemanje znotraj psihiatrične in psihološke stroke.

Splošne trende psihiatrije zgodnjega 20. stoletja je še vedno usmerjalo predvsem pozitivistično razumevanje duševne bolezni. Prva desetletja novega stoletja so v zgodovini »psi« poklicev pustila črn madež z razvojem okrutnih metod (elektrošoki, lobotomija) s katerimi so skušali bolezen izkoreniniti iz telesa. Predvsem tisti, ki so simpatizirali s psihoanalizo, so nasprotovali surovosti in barbarstvu, ki se je odvijalo znotraj stroke.

Posledice vojn (1. in 2. svetovna vojna, postkolonialne vojne na Bližnjem vzhodu, vojna v Vietnamu), ki so zaznamovale velik del 20. stoletja, so pomembno prispevale k razvoju psihiatrične stroke. Izkušnje nasilja, vojne travme in nevroze so predstavljale nove izzive.

Njihova narava je prispevala k uveljavitvi mnenja, da imajo vsaj nekatere duševne bolezni psihodinamične temelje. Psihijatrija in psihoanaliza sta se širili zavoljo vojnih potreb in s tem pridobivali na svoji družbeni moči in ugledu – prva bolj kot slednja.

Po izoblikovanju in definiranju prostorov zapiranja duševne bolezni se je fokus prestavil k njenemu razumevanju in k uveljavljanju psihijatrije kot medicinske vede. Medicina med naravoslovnimi znanostmi zaseda pomemben položaj in posledično poseduje visoko stopnjo družbene moči in ugleda. Duševna bolezen je bila tako prepoznana kot telesna bolezen, katere simptomi so nerazumno, noro vedenje. Ta miselna podlaga je začrtala razvoj psihijatrije vse do druge polovice 20. stoletja. Alternativne teorije (tukaj imam v mislih predvsem Freudovo) so bile v veliki večini neuspešne ali pa so se začele uveljavljati šele kasneje, vseeno pa so ponudile drugačen pogled na duševno zdravje in bolezni. Temeljev niso iskale v telesu, ampak v psihodinamičnih procesih. Simptomatično vedenje je posledično postalo pomembno orodje pri reševanju duševne stiske, hkrati pa je pridobilo pomen – bilo je odraz tistega, česar posamezniku ni uspelo uspešno predelati v preteklosti. Vojne posledice 20. stoletja so zamajale temelje pozitivističnemu razumevanju duševne bolezni, hkrati pa je vojno dogajanje v veliki meri pripomoglo k razširitvi in uveljavitvi psihijatrije in ostalih »psi« poklicev (Scull, 2011).

2.2. ANTIPSIHIATRIČNO GIBANJE

V drugi polovici 20. stoletja sta se začeli avtoriteta in ugled psihiatrije majati. Kritike so prihajale z različnih smeri in poskušale spodnesti različne aspekte psihiatričnega monopola nad duševno boleznijo. Najbolj očiten napad je bil usmerjen na diagnosticiranje, ki je bilo (v veliki meri je še danes) povsem nezanesljivo. Nekateri so primerjali psihiatrične oddelke z koncentracijskimi taborišči v 2. svetovni vojni (Deutsch, 1948). Pojavljale so se težnje po reorganizaciji psihiatričnih ustanov, saj so te v tistem času služile kot ustanove zapiranja, svojo korekcijsko funkcijo oz. zdravljenje pa so opravljale neuspešno. Še bolj ostri očitki so prihajali s strani socioloških profilov, katerih predstavnik je bil že prej omenjeni Goffman. Psihiatrične ustanove je označil kot totalne, saj naj bi podirale meje med sfero spanja, dela in prostega časa ter poleg tega varovancem vsilile novo identiteto, ki naj bi temeljila zgolj na njihovi vključenosti v ustanovo. Večji vpliv na posameznikovo življenje je imela pripadnost psihiatriji kot pa duševna bolezen sama. Uveljavljanje feminizma je opozarjalo na spolne neenakosti v tradicionalnem (predvsem freudovskem) dojemanju bolezni (Scull, 2011).

Opisano ozračje je v 60. letih 19. stoletja pripeljalo do rojstva antipsihiatričnega gibanja. Njegov nastanek je predvsem kritika razumevanja in obravnavanja duševnih stisk (Scull, 2011). Prispevek antipsihiatričnega gibanja vidim v tem, da njegova kritika sega vse do temeljev konceptualizacije duševnih stisk. Ne osredotoča se zgolj na zdravljenje, proces ali uspešnost diagnosticiranja, ampak predstavi celoten konstrukt duševne bolezni in zdravlja v novih paradigmatških okvirjih. Antipsihiatrične kritike napadajo več različnih področij zdravljenja duševnih stisk in njihove teoretične zasnove. Nekatere od teh kritik bom poskušal povzeti v nadaljevanju.

Tekin (2014) prepoznava Szasza kot enega od utemeljiteljev antipsihiatričnega gibanja. Temelji njegove kritike psihiatrije in psihoanalize ležijo v problemu klasifikacije. V svojem temeljnem delu *The Myth of Mental Illness* (prva izdaja 1961) ta koncept na široko razloži. Klasifikacija, kot trdi Szasz, je v sami človekovi naravi, saj se težko spopadamo z negotovostjo in neredom. Predmet klasificiranja v njegovi razpravi se nanaša predvsem na telesne in netelesne, torej duševne bolezni. Temeljno pravilo klasifikacije bolezni je bilo, kakor trdi, telesna disfunkcija ali primanjkljaj, ki sproži vrsto simptomov in pri posamezniku povzroči trpljenje zaradi tega primanjkljaja. Avtor je mnenja, da so se pravila klasificiranja bolezni z razvojem »psi« znanosti spremenila. Njihov glavni kriterij, torej telesni primanjkljaj,

disfunkcija ali neskladje, je nadomestilo *trpljenje*, ki ga ti povzročajo. To naj bi bil temeljni pogoj za ponovno klasifikacijo duševnih stisk kot bolezni. »Prava« (kakor jo avtor sam poimenuje), torej telesna bolezen, ima telesne posledice, medtem ko ima duševna bolezen predvsem socialne in etične posledice. *Tip trpljenja* med »pravo«, telesno, in duševno boleznijo se torej razlikuje – prvi je telesnega, drugi pa socialnega in etičnega značaja – vendar oba tipa še vedno povezuje dejstvo, da sta, konec koncev, *trpljenje* (Szasz, 1974).

Laing in Esterson, prav tako pomembni imeni znotraj antipsihiatričnega gibanja, sta preko raziskovanja družin s člani, ki naj bi trpeli za shizofrenijo, prišla do podobnih zaključkov. Znanje o shizofreniji je bilo v njunem času popolnoma neutemeljeno – ni bilo predpisane tipa osebnosti, ni bilo nobenih povezav med vedenjem in abnormalnostmi v telesu, niti ni bil sprejet kakršenkoli konsenz o simptomih shizofrenije. Bilo jima je očitno, da je shizofrenija nekaj, kar se pojavi znotraj družin, vendar ne more biti utemeljeno z genetiko. Tudi onadva sta zavrgla pozitivistični temelj psihiatrije, na podlagi katerega duševna bolezen izvira iz telesnih abnormalnosti, in se namesto tega usmerila v raziskovanje psihodinamičnih procesov znotraj družinskega neksusa (Esterson in Laing, 1964). Poglavitni namen njunega dela je bil, da ugotovita, ali je možno kognitivne in vedenjske procese prepoznati kot uporabne in razumne glede na družinsko situacijo, v kateri živi član s shizofrenijo (Esterson in Laing, 1964; str. 26).

Clare (2003) je ideje in snov črpal iz antipsihiatričnih temeljev svojih predhodnikov, a je v svojem razumevanju dinamike duševnega in telesnega zdravja šel nekoliko globlje. V svojem delu *Psychiatry in Dissent* (1980) se strinja s temeljem antipsihiatrov, da duševna bolezen ne izvira iz telesa in da raziskovanje telesnih in duševnih bolezni izvira iz kvalitativno različnih sfer (Clare, 2003). Njegova teorija se mi je zdela ključnega pomena, ker je opozarjal, da sta tako psihiatrija kot medicina (posledično tudi koncepta telesnega in duševnega zdravja) dve skrajnosti istega spektra. Avtor trdi, da niti meja med telesnim zdravjem in boleznijo ni jasno načrtana (pogost argument, da duševna bolezen ni »prava« bolezen), in svojemu argumentu v prid navaja raziskave, ki dokazujejo, da se dožemanje fizičnega zdravja in bolezni razlikuje glede na etnično pripadnost (Zborowski, 1952 v Clare, 2003; Twaddle, 1969 v Clare, 2003), razredno pripadnost (Koos, 1967 v Clare, 2003) in tip zaposlitve (Rosenblatt & Suchman, 1965 v Clare, 2003). Istočasno se duševne stiske pogosto kažejo v telesnih odzivih. Kljub temu da anksiozne motnje izhajajo iz psihodinamičnih procesov posameznika, pa so njihovi

simptomi (potenje, 'metuljčki v trebuhu', povišan srčni utrip, hiperventiliranje, bruhanje, nekontrolirano uriniranje) izrazito telesni. Clare očita antipsihiatrom pretirano dualističen pogled na dinamiko med fizičnim in psihičnim zdravjem in poudarja, da bi ju morali raziskovati kot dopolnjujoči in komplementarni entiteti (Clare, 1980).

Rdeča nit antipsihiatrične misli, da duševna bolezen ne izvira iz telesa in torej ne bi smela biti predmet medicinske obravnave, se zdi abstraktna, vendar nosi resnične posledice. Szaszova teorija o zmotni klasifikaciji predpostavlja, da imajo posamezni rangi pripisane lastnosti in vrednosti oz. da uživajo nekakšen ugled. Pojmi, ki skozi proces klasifikacije najdejo lastno mesto v določenem rangi, do določene mere prevzamejo lastnosti tega ranga. Duševna bolezen je posledično nekaj, česar se moramo znebiti, nekaj kar nam kvari kvaliteto bivanja (Szasz, 1974). Miškulin (2016) meni, da je že samo poimenovanje duševna *bolezen* problematično, ker avtomatsko označi nekaj neželenega in deviantnega. Hkrati opozarja, da pozitivistični model razumevanja duševni bolezni odvzame pomen in funkcijo (2016). Nova pravila klasifikacije bolezni (pravila po katerih so tudi duševne stiske »prave« bolezni) so odprla pot patologizaciji vsakdanjega življenja – dovoljevala so, da vedno več aspektov vsakdanjega življenja spada v domeno bolezni, saj povzročajo trpljenje (Szasz, 1974). Szasz (1974) trdi, da je psihiatrija preko tega procesa pridobivala na moči, saj se je področje njene domene širilo. Prispevek Laingovega in Estersonovega dela je predvsem v tem, da shizofrenijo prepoznavata kot razumen odgovor na nerazumne in nasprotujoče si življenjske situacije. Shizofreniji tako pripišeta funkcijo in pomen (Prijić Samaržija, Malatesti in Baccarini, 2016). Batesonova teorija *dvojnih vezi* (ang. *double-bind*), je sicer mnogo bolj specifična in se usmerja v razlaganje dvojne družinske komunikacijske dinamike, ki po njegovem mnenju povzroča shizofrenijo, kljub temu pa temelji na enakih predpostavkah in se usmerja v to, da dokaže, da shizofrenija ni zgolj socialno deviantno vedenje, ampak da ima vzrok na področju družinskih odnosov in da je v tem pogledu funkcionalna (Bateson, 1972).

Antipsihiatrično gibanje je delovalo kot protiutež takrat že uveljavljenemu psihiatričnemu diskurzu. Prepoznalo in opozorilo je na njegove pomanjkljivosti in ponudilo alternativne poglede na razumevanje duševnih stisk in duševnega zdravja. Osrednja kritika je bila, da duševne bolezni niso prave bolezni in torej ne spadajo v domeno medicine. Prav tako so imeli medicinski način konceptualiziranja duševnih stisk in duševnega zdravja za neustreznega, saj ni zadostno prispeval k izboljšanju stanja uporabnikov, hkrati pa je

poglabljaj njihovo stigmatiziranost. Gibanje je opozarjalo na vse večjo družbeno moč psihiatrije in posledično na patologizacijo običajnih vidikov življenja. Ključen prispevek antipsihiatričnega gibanja vidim v tem, da je duševne stiske prikazalo v manj invazivni in bolj funkcionalni podobi – duševne stiske so bile videne kot razumni odzivi na nerazumne življenjske okoliščine in ne zgolj kot deviantna podobe, ki bi jih morali izolirati od družbe. Izvor duševnih stisk so avtorji antipsihiatričnega gibanja (Szasz, 1974; Esterson & Laing, 1964) prepoznavali v življenjskih okoliščinah posameznika.

Cilj tega poglavja je bil predvsem pokazati, kako se je koncept duševnih stisk in predvsem obravnava njihovega izvora spreminjalo z razvojem »psi« znanosti, predvsem psihiatrije. Poskusi psihiatrije (ki v veliki meri drži monopol nad konceptualizacijo in obravnavo duševnih stisk), da bi se uveljavila kot prava znanost pod okriljem medicine, so se postopoma uresničili. Od medicine je posvojila pozitivistični, biološki nazor v zvezi z duševnimi stiskami, ki njihov izvor išče v telesni patologiji posameznika. Kljub splošni uveljavitvi tega nazora pa so se skozi zgodovino pojavljale teorije, ki so opozarjale na njegove pomanjkljivosti in posledično locirale etiologijo duševne stiske zunaj biološkega telesa. S tem so opozorile na to, da imajo duševne stiske poleg biološke razsežnosti tudi druge, ki so prav tako ključne za njihovo celostno razumevanje. Freud je njihov izvor prepoznal v nerazrešenih travmah otroštva in skozi 20. stoletje je postajalo vedno bolj razvidno, da vojne izkušnje lahko izzovejo nefunkcionalna vedenja. Bateson je v svojem modelu *dvojnih vezi (double-bind)* vzrok shizofrenije iskal v dvoumnih komunikacijskih vzorcih znotraj družinskega neksusa in antipsihiatrično gibanje pa je predpostavljalo, da so duševne stiske razumne reakcije na nerazumne življenjske okoliščine in ne telesne bolezni v pravem pomenu besede. Pri tem se mi zdi pomembno izpostaviti Clareovo trditev, da sta bolezen in zdravje – tako telesno kot duševno – prepletena koncepta, ki se dopolnjujeta. Kljub nenaklonjenosti medicinski obravnavi duševnih stisk so mnoga dognanja medicine ključna za njihovo celostno razumevanje.

2.3. SOCIALNE DETERMINANTE DUŠEVNEGA ZDRAVJA

Biološka pojavnost duševnih stisk je bila skozi zgodovino deležna največje pozornosti. Kljub temu da je pozitivistično raziskovanje duševnih stisk doprineslo k razvoju psihiatrije kot stroke in institucije, pa se je izkazalo, da ima duševna bolezen tudi druge razsežnosti, ki jih ni mogoče raziskovati znotraj naravoslovne paradigme. V tem poglavju so predstavljene socialne determinante duševnih stisk. Socialne determinante sodijo v polje sociologije. Socialne determinante duševnega zdravja so življenjske okoliščine (npr. zaposlitveni status, tip zaposlitve, značilnosti soseske, družbeni ekonomski status), ki določajo stopnjo tveganja za razvoj duševnih stisk. Torej pričajo o tem, katere življenjske okoliščine imajo negativen vpliv na duševno zdravje posameznikov. Socialne determinante tako telesnega kot duševnega zdravja poganjajo politično-ekonomske neenakosti.

Durkheim je v poznem devetnajstem stoletju raziskoval povezave med socialnim okoljem in samomorom in s tem postal eden prvih teoretikov, ki je skušal razumeti razmerje med življenjskimi okoliščinami ter telesnim in duševnim zdravjem (Durkheim, 2002 v Larsson, 2013). Danes razumemo, da imajo socialni, ekonomski in okolijski faktorji pomemben vpliv na duševno zdravje ter na razvoj, potek in iztek številnih duševnih stisk (WHO, 2014). Duševno zdravje in duševne stiske so razporejene v skladu z razporeditvijo socialno-ekonomskih razredov, kar pomeni, da višji kot je socialno-ekonomski razred, boljše je duševno zdravje in manjše je število duševnih stisk (WHO, 2009). Psihično in fizično zdravje sta v tem smislu politična pojma, saj se gibljeta v skladu z razporeditvijo družbene moči in ekonomskih dobrin. Koncepti vpliva socialnih, ekonomskih in okolijskih faktorjev na duševno zdravje in duševne stiske so uveljavljeni v teoriji, implementiranje teh konceptov v prakso pa zaostaja (Larsson, 2013).

Svetovna Organizacija Zdravja (World Health Organization – WHO) definira socialne determinante zdravja kot ne-medicinske faktorje (ang. *non-medical factors*), ki vplivajo na zdravstveno stanje populacij (WHO, b.d.). To so okoliščine v katerih se ljudje rodijo, odraščajo, živijo, delajo in starajo. V veliki meri jih oblikuje razporeditev denarja, socialne moči in priložnosti na globalnem, državnem in skupnostnem nivoju. Socialne determinante vplivajo na neenakosti v zdravju, ki so razporejene po socialnem gradientu: nižji kot je socio-ekonomski položaj posameznika, slabše je njegovo zdravje. Socialne determinante duševnega zdravja so definirane ohlapno. WHO (2013) izpostavlja nacionalno politiko,

socialno varnost, bivanjske in delovne pogoje ter socialno podporo kot pomembne socialne determinante, ki vplivajo na duševno zdravje. Po Fisherju in Baumu (2010) dodajam še nizke dohodke, negotovo nastanitev, omejeno izobraževanje, nedavno brezposelnost, zahtevno zaposlitev in zaposlitev nad katero delavec nima nadzora, zlorabe in zanemarjanje v otroštvu ter slabe skupnostne pogoje. Večja izpostavljenost naštetim socialnim faktorjem statistično pomeni večje tveganje za slabše duševno zdravje. WHO (2013) opozarja, da so posledično izpostavljene največjemu tveganju že v osnovi ranljive in marginalizirane skupine prebivalstva kot na primer člani gospodinjstev, ki živijo v revščini, posamezniki s kroničnimi zdravstvenimi težavami, otroci izpostavljeni zlorabam in zanemarjanju, etnične manjšine, člani LGBTQ+ skupnosti, starostniki in avtohtona prebivalstva. Ženske so že v osnovi izpostavljene nekaterim faktorjem tveganja, kar pomeni, da je tveganje za razvoj problemov v duševnem zdravju pri njih večji (WHO, 2014).

Mainstream teorija o duševnem zdravju, ki je utemeljena predvsem v psihiatriji, izhaja iz ontoloških, metodoloških in epistemoloških temeljev naravoslovnih znanosti (Larsson, 2015). Kot je nakazano že v prejšnjih poglavjih, takšna konceptualizacija duševnih stisk in duševnega zdravja patologijo vselej išče v posamezniku in ga s tem stigmatizira, medtem ko okoliščinam, v katerih se nahaja, ne posveča pretirane pozornosti (Larson, 2013). Koncept socialnih determinant duševnega zdravja trenutno ne dosega splošnega diskurza o duševnem zdravju (Larsson, 2015). Pomembnost družbenih determinant je v tem, da so nam jasno razvidne in spremenljive, kar pomeni, da na njih lahko (vsaj do neke mere) vplivamo. Njihov koncept odpira nove poti k prevenciji duševnih stisk in hkrati k promociji duševnega zdravja. Compton in Shim trdita, da lahko tveganje za slabo duševno zdravje in duševne stiske zmanjšamo najbolj široko in učinkovito, če uvedemo spremembe v socialnih determinantah na najgloblji nivojih (Compton in Shim, 2015).

Socialne determinante duševnega zdravja so pogoji v katerih se ljudje rodijo, odraščajo, delajo in starajo. Zavzemajo konkretne oblike kot na primer lastnosti neposredne skupnosti v kateri posameznik biva, socialno podporo, ki jo prejema ali lastnosti zaposlitve, ki jo opravlja, hkrati pa socialne determinante predstavljajo tudi širše politično ekonomske tvorbe, ki v širšem in posrednem pomenu oblikujejo pomen tega posameznika. Njihova definicije so po navadi zastavljene precej široko, poleg tega o njihovih konkretnih oblikah ni konsenza, zagotovo pa se teoretiki strinjajo nad tem, da jih določajo predvsem družbene neenakosti v

razporeditvi denarja, družbene moči in družbenih priložnosti. Trenutni diskurz duševnega zdravja in duševnih stisk je naravnan predvsem na posameznika ter zanemara vpliv konkretnih družbenih okoliščin in širših politično-ekonomskih tvorb. Modifikacije neenakosti v razporeditvi denarja, družbene moči in priložnosti lahko pozitivno vplivajo na socialne determinante duševnega zdravja in predvsem dosežejo širšo populacijo.

2.4. VLOGA SOCIALNEGA DELA

V naslednjem poglavju želim predstaviti, kako stroka socialnega dela preko podpiranja skupnostne oskrbe duševnega zdravja pripomore k celostni ter posledično uspešnejši in bolj ekonomični obravnavi duševnih stisk. Etika udeležенosti in koncept systemskega socialnega dela z socialnoekološkim načelom predstavljata skupaj z drugimi koncepti postmoderni pristop v socialnem delu (Čačinovič Vogrinčič idr., 2015). Vpliv koncepta etike udeležенosti in socialnoekološkega načela znotraj koncepta o systemskem socialnem delu je jasno viden v sistemu skupnostne oskrbe duševnega zdravja, za katerega se socialnodelovna stroka zavzema.

2.4.1. SISTEM SKUPNOSTNE SKRBI ZA DUŠEVNO ZDRAVJE

Skupnostna skrb je sistem pomoči, ki skrbi za osebe z dolgotrajnimi duševnimi stiskami. To so osebe, ki potrebujejo dolgotrajno pomoč in oskrbo. Socialno delo močno zagovarja tovrsten sistem skrbi za duševno zdravje. V kolikor so akterji znotraj sistema ustrezno koordinirani in dobro povezani med seboj, ima sistem skupnostne obravnave duševnega zdravja številne prednosti: je finančno manj zahteven, bolj učinkovit in stremi k bolj celostni obravnavi duševnih stisk (Švab, 2015). Vrednost sistema skupnostne oskrbe leži v zavedanju, da so stabilne življenjske okoliščine po končani hospitalizaciji ključnega pomena za okrevanje in v skladu s tem prepričanjem poteka tudi sama skupnostna obravnava. Proces deinstitutionalizacije je sprožil razvoj skupnostne obravnave duševnega zdravja. Sistem služb in institucij naj bi posameznikom z dolgotrajnimi duševnimi stiskami omogočil celostno in vključujoče življenje v skupnosti.

Deinstitutionalizacija je proces, ki ga povezujemo z zapiranjem represivnih totalnih ustanov, ki so v preteklosti držale monopol nad duševnim zdravjem in boleznijo (Flaker, 1998).

Lamovec jo opisuje kot idejo, ki se je razvila na podlagi ugotovitve, da imajo totalne ustanove številne negativne učinke na ljudi, ki so v njih zaprti (Lamovec, 1995). Deinstitutionalizacija je posledično kritika institucionalnega sistema skrbi za duševno zdravje, saj spreminja konceptualizacijo in družbeno podobo duševnih stisk (Flaker, 1998). Flaker, Ficko in Rafaelič (2017) prepoznavajo vlogo deinstitutionalizacije v preobrazbi razmerja med strokovnimi delavci in eksperti iz izkušenj, predvsem pa k premiku moči v njihovem odnosu. Proces deinstitutionalizacije ima pomemben vpliv na prevrednotenje samopodobe in družbene vloge ekspertov iz izkušenj samih in posledično za spremembo družbenega odnosa do

duševnih stisk in duševnega zdravja (Flaker, Ficko in Rafaelič, 2017). Skrb za duševne stiske, ki je bila prej predvsem v rokah totalnih institucij, naj bi posledično prešla v alternative, ki temeljijo v skupnosti (Flaker, 1988). Na podlagi duha institucionalizacije se je začel razvijati skupnostna sistem oskrbe duševnega zdravja.

Sistem skupnostne skrbi za duševno zdravje je mreža različnih, med seboj sodelujočih služb, ki stremijo k zagotavljanju kontinuirane skrbi predvsem za osebe z dolgotrajnimi duševnimi stiskami (Švab, 2015). Cilj skupnostnih služb je predvsem preprečiti tradicionalno bolnišnično oz. institucionalno oskrbo kadarkoli je to možno. Ta naj bi bila uporabljena zgolj v nujnih primerih, ki zahtevajo nadzor medicinske stroke, pri tem pa je potrebno poudariti, da skupnostna skrb ne stremi k izničenju psihiatričnih in medicinskih uslug – želi jih zgolj omejiti, na situacije, ko so te neizogibne (Lamovec, 1995). Skupnostne službe na področju duševnega zdravja so nastale kot odgovor na pomanjkljivosti institucionalne oskrbe. Mosher in Burti (1988 v Lamovec, 1995) menita, da ima klasična bolnišnična obravnava duševnega zdravja številne pomanjkljivosti. Uporabnik je v bolnišnični obravnavi izvzet iz običajnega konteksta svojega življenja in postavljen v okolje, ki ima popolnoma drugačne zahteve. Diagnostični proces se osredotoča na simptome duševne stiske in ne upošteva uporabnikovih življenjskih okoliščin, ki lahko igrajo pomembno vlogo pri razumevanju etiologije njegove stiske in hkrati pri iskanju rešitev. Duševna diagnoza, nalepke in oznake, ki jih uporabnik prejme, lahko izrazito negativno vplivajo na njegovo samopodobo in zaupanje vase, kar predstavlja dodatno oviro pri procesu okrevanja. Ljudje, ki se soočajo z dolgotrajnimi duševnimi stiskami, so, kljub njihovem okrnjenemu družbenemu statusu, enakopravni člani družbe, ki si nikakor ne želijo biti institucionalizirani in izolirani iz družbe (Švab, 2015). Skupnostna obravnava duševnega zdravja je veliko bolj ekonomična od tradicionalne bolnišnične obravnave, hkrati pa ob ustreznem delovanju in koordinaciji skupnostnih služb prinaša boljše rezultate (Lamovec, 1995).

Švab in Kovač (1994) predstavita področja, ki ključno vplivajo na ponovno vzpostavitev življenja po hospitalizaciji in pa na splošno kvaliteto življenja tistih, ki potrebujejo kontinuirano pomoč in podporo. Sistem skupnostne skrbi za duševno zdravje naj bi sledeča področja pokrival. *Organizirana skrb na domu* pomaga uporabnikom dolgotrajne skupnostne oskrbe pri opravljanju vsakodnevnih življenjskih opravil. Pomembno je, da je ta dejavnost individualizirana, torej oblikovana v skladu s specifičnimi potrebami posameznega eksperta iz

izkušenj. *Dnevni centri* pripomorejo predvsem pri krepitvi pozitivne vloge uporabnikov in prispevajo k ponovnemu razvoju njihovih naravnih sistemov podpore preko povezovanja uporabnikov in krepitve njihovih socialnih mrež v okolju. *Zdravstvena skrb* za uporabnike znotraj sistema skupnostnega sistema skrbi je ključnega pomena. *Svetovanje* zagotavljajo praktično vsi akterji vključeni v sistem skupnostne oskrbe, nanaša pa se na psihoterapevtsko, psihiatrično in zdravstveno področje, ter hkrati usmerja eksperta izkušenj, da lahko kar se da učinkovito izkoristi socialne bonitete, ki mu pripadajo. *Urejena bivanjska situacija*, bolj preprosto rečeno, *stanovanje*, igra po zaključeni hospitalizaciji in v dolgotrajnem procesu okrevanja ključno vlogo, saj ekspertu izkušenj zagotavlja varnost, znotraj katere se okrevanje lahko odvija. Kljub temu da je sistem skupnostne oskrbe med drugim namenjen tudi razbremenitvi družine eksperta izkušenj, igra ta v procesu okrevanja ključno vlogo, zato je *izobraževanje in podpora družini* eden izmed pomembnih vidikov skupnostne oskrbe. Delo je eden izmed glavnih meril posameznikovega prispevka k družbi in predstavlja pomemben prispevek k posameznikovem okrevanju skozi grajenje pozitivne samopodobe ekspertov izkušenj. *Pomoč pri iskanju ustrezne zaposlitve in ustvarjanje delovnega konteksta* za ljudi z dolgotrajnimi življenjskimi stiskami je tako eno od ključnih področij sistema skupnostne oskrbe na področju duševnega zdravja.

Deinstitucionalizacija je proces, ki opozarja na pomanjkljivosti tradicionalne bolnišnične oskrbe, ki poteka znotraj velikih institucij totalnega značaja. Njihova neučinkovitost in neekonomičnost sta sprožili proces reorganizacije sistema za duševno zdravje, ki išče alternative znotraj lokalnih skupnosti. Sistem skupnostne oskrbe duševnega zdravja zavzema celosten pristop v obravnavi dolgotrajnih duševnih stisk, ki obsega zdravniško in psihiatrično oskrbo, oskrbo na domu, strukturiranje lokalnega okolja z dnevnimi centri, pomoč in izobraževanje družine uporabnikov, svetovanje in, najpomembneje, urejanje njihove delovne in stanovanjske situacije.

2.4.2. POSTMODERNI KONCEPTI V SOCIALNEM DELU

Čačinovič Vogrinčič idr. (2015) opredelijo štiri postmoderne koncepte, na katerih naj bi temeljili teorija in praksa kontemporarnega socialne dela. Te koncepti so perspektiva moči (Saleebey, 1997), etika udeležенosti (Hoffman, 1994), znanje za ravnanje (Rosenfeld, 1993) in koncept so-navzočnosti (Andersen, 1994). V njihovi izvorni obliki so omenjeni koncepti temelji postmoderne psihoterapevtske prakse, ampak naj bi po mnenju avtorjev prežemali

vsa področja socialnega dela. Dva od naštetih konceptov – perspektiva moči in etika udeležенosti – se mi zdita ključna za razumevanje srži te diplomske naloge, zato jih vanjo tudi vključujem. Dodajam tudi koncept systemskega socialnega dela, bolj natančno, njegovo socialnoekološko načelo, kot ga poimenujejo avtorji. Našteti koncepti so opisani v sledečem podpoglavju.

- **Etika udeležенosti (Hoffman, 1994)**

Načelo etike udeležенosti (Hoffman, v Čačinovič Vogrinčič idr., 2015) spremeni vlogo strokovnega delavca iz objektivnega opazovalca v aktivnega udeležенca v iskanju rešitve, kot jo definira ekspert iz izkušenj. Odnos med strokovnjakom in ekspertom iz izkušenj temelji na sodelovanju, ki ne potrebuje zadnje besede, še bolj pomembno, ne potrebuje avtoritete ali hierarhije moči. Strokovnjak odstopi od svojega nadrejenega položaja in pomaga pri iskanju rešitve v sodelovanju z ekspertom iz izkušenj. Hkrati strokovnjaka nagovarja, da je aktivno udeležен v procesu iskanja in udejanjanja rešitve. Menim, da je sistem skupnostne skrbi za duševno zdravje utemeljen v konceptu etike udeležенosti. Uspešno delovanje sistema skupnostne skrbi za duševno zdravje je v veliki meri odvisno od dobre koordinacije med akterji in predvsem od njihove aktivne udeležенosti (Flaker, Ficko in Rafaelič, 2017). Ideja skupnostne skrbi deloma temelji tudi na potrebi ekspertov iz izkušenj, da prevzamejo večjo kontrolo in odgovornost nad lastnim življenjem, kar pa je možno zgolj z redefiniranjem razmerja moči med uporabnikom in strokovnjakom, kakor apelira načelo o etiki udeležенosti (Flaker, Ficko in Rafaelič, 2017).

- **Socialno ekološko načelo**

Socialnoekološko načelo ima dve dimenziji. Po eni strani strokovnjaka spodbuja k temu, da pri iskanju rešitev čimbolj aktivira in mobilizira ekspertove naravne vire, torej njegovo naravno socialno mrežo. S tem krepi odnos med ekspertom in njegovimi naravnimi viri ter hkrati reševanje problema postavi v ekspertov dejanski življenjski kontekst. Po drugi strani pa socialnoekološko načelo opozarja strokovnjaka, da v čim manjši meri posega v uporabnike naravne mreže ali njegovo naravno okolje (Čačinovič Vogrinčič idr., 2015m str.18). Ponovno vidim sistem skupnostne skrbi za duševno zdravje kot manifestacijo socialnoekološkega načela. Skrb za duševno zdravje je iz totalnih ustanov prestavljena v skupnost, saj tako ekspertom iz izkušenj omogoča krepljenje socialnih in podpornih mrež v njihovem naravnem okolju. Tradicionalna bolnišnična oskrba korenito spremeni uporabnikove življenjske

okolščine in ga resocializira, zaradi česar je vrnitev nazaj v skupnost po končani hospitalizaciji izjemno naporna in lahko vodi v ponovne hospitalizacije.

3. PROBLEM

Že v začetnih fazah izdelovanja diplomske naloge sem vedel, da se želim osredotočiti na duševno zdravje. V teku študija sem se navduševal predvsem nad literaturo, ki temelji na antipsihiatričnem obravnavanju duševnih stisk. Med začetnim pregledovanjem literature sem naletel na trditev, da so posamezniki s shizofrenijo in drugimi duševnimi stiskami v tradicionalnih plemenskih skupnostih bolj vključeni v družbo in hkrati manj stigmatizirani. Posledično je razvoj, potek in izid shizofrenije bolj optimalen za posameznika, ki za njo trpi, kakor v modernih zahodnih družbah. Pri opravljanju prakse v društvu Ozara sem ugotovil, da življenjske okoliščine in pa stigma, ki spremlja tiste, ki potrebujejo kontinuirano pomoč in podporo pri duševnem zdravju, v veliki meri prispevajo k izidu duševne stiske. Vedno bolj sem začel prevzemati prepričanje, da so razvoj, potek in izid duševnih stisk, poleg osebnih lastnosti posameznika, odvisni tudi od okoliščin, ki determinirajo njegovo življenje.

Z diplomskim delom želim pokazati, da se je koncept duševnih stisk skozi zgodovino vedno bolj bližal razumevanju, da na njih vplivajo tudi življenjske okoliščine in ne zgolj osebne in biološke predispozicije. Pandemija COVID-19 se mi je zdela dobra situacija, na kateri bi lahko svoje mnenje utemeljil. Pandemija in pa predvsem zaježitveni ukrepi so v veliki meri spremenili življenjske okoliščine, v katerih živimo. Raziskave, ki pričajo o stanju mentalnega zdravja med COVID-19 pandemijo, kažejo na znatna poslabšanja. Odločil sem se, da v ta namen sestavim pregled literature, s katerim skušam na primeru pandemije COVID-19 pokazati, da je duševno zdravje v veliki meri odvisno od življenjskih okoliščin posameznikov.

S pregledom literature sem želel odgovoriti na naslednja raziskovalna vprašanja:

1. Kakšen je učinek pandemije COVID-19 na duševno zdravje?
2. Kako je pandemija COVID-19 vplivala na spreminjanje življenjskih okoliščin posameznikov?
3. Ali spremembe teh okoliščin vplivajo na duševno zdravje posameznikov?

Raziskovalne hipoteze, ki sem jih postavil pri zastavljanju raziskovalnih vprašanj so naslednje:

1. Duševno zdravje populacij se je v času pandemije COVID-19 poslabšalo.
2. Karantena, socialna izolacija in drugi zaježitveni ukrepi predstavljajo velike spremembe življenjskih okoliščin posameznikov.

3. Spremembe življenjskih okoliščin posameznikov imajo izrazito negativen vpliv na duševno zdravje posameznikov.

4. METODOLOGIJA

Pri izbiranju literature sem uporabljal iskalnik Google Učenjak (ang. Google Scholar). Iskanje literature je potekalo v treh krogih. V prvem krogu je potekalo preko ključnih besed, ki sem jih vpisal v iskalnik. Zaradi predvidenega širšega polja literature sem v iskalnik vnesel ključne besede: duševno zdravje; COVID-19; pandemija. Pod navedenimi ključnimi besedami sem iskal tuje članke. Iskanje sem omejil le na članke, ki so izšli od leta 2020 naprej. V iskalniku je bilo približno 92,300 zadetkov, ki vsebujejo te tri ključne besede. Pregledal sem prvih 20 zadetkov. Med pregledovanjem prvih dvajsetih zadetkov sem opazoval, na katero literaturo se sklicujejo. S pomočjo pregledovanja literature v teh prvih 20 zadetkih sem uspel priti do nove literature. Posebno pozoren sem bil na avtorje in članke, na katere sem naletel med pregledovanjem prvih dvajsetih člankov. Opazil sem, da nekateri članki poudarjajo vpliv karantene in zaježitvenih ukrepov ter zaprtje šol kot pomembnih faktorjev, ki vplivajo na spremembe v duševnem zdravju populacij. V drugem krogu sem iskal literaturo, ki je bila povezana z vplivom karantene in drugih zaježitvenih ukrepov na duševno zdravje. V iskalnik sem vnesel štiri ključne pojme: duševno zdravje; karantena; socialna izolacija; COVID-19. Med približno 24,100 najdenimi rezultati sem jih pregledal prvih 20, ki so vsebovali navedene štiri ključne pojme. Pri pregledovanju sem prišel do dodatne literature preko pregledovanja seznamov uporabljene literature. V tretjem krogu sem iskal članke povezane z vplivom zaprtja šolskih ustanov na duševno zdravje otrok in mladostnikov. V iskalnik sem vnesel štiri ključne pojme: duševno zdravje; zaprtje šol; COVID-19; pandemija. Med približno 24,600 zadetki sem pregledal prvih dvajset. Tudi v tem krogu sem do dodatne literature prišel s pregledovanjem seznamov uporabljene literature v prvih dvajsetih zadetkih.

V končni pregled literature sem vključil 25 člankov, ki se nanašajo na vpliv pandemije COVID-19, karantene in drugih zaježitvenih ukrepov ter zaprtja šolskih ustanov na duševno zdravje. Od tega je bilo 14 raziskav (med njimi 10 kvantitativnih raziskav, 2 longitudinalni kvantitativni raziskavi, 1 kvalitativna raziskava in 1 raziskava, ki raziskuje mnenja strokovnjakov), 3 pregledi literature in pa 8 drugih člankov.

5. PREGLED LITERATURE

Novi korona virus (COVID-19) je izbruhnil decembra 2019 v Wuhanu, v provinci Hubei na Kitajskem (Etxebarria, Santamaria, Gorrochategui & Mondragon, 2020) in je od izbruha SARS-a leta 2003 daleč največji izbruh atipične pljučnice (Wang idr., 2020a). Do 30. januarja 2020, ko je Svetovna Zdravstvena Organizacija (WHO) proglasila izbruh COVID-19 za globalno zdravstveno krizo, je bil virus razširjen že v vseh 34 kitajskih regijah, do 20. februarja je virus terjal več kot 2000 smrti (Qiu idr., 2020). Do konca februarja 2020 je bil virus razširjen v veliki večini evropskih držav in kmalu po tem so bile uvedene omejitve gibanja in drugi ukrepi, ki naj bi pomagali pri zaježitvi novega COVID-19 virusa. Slovenija je ukrepe za zaježitev sprejela 12. marca, Italija 9. marca (Rossi idr., 2020), Španija 14. marca (Etxebarria, Santamaria, Gorrochategui & Mondragon, 2020), Velika Britanija 23. marca (Cowan, 2020), najhitreje pa so bili zaježitveni ukrepi sprejeti v mestu Wuhan na Kitajskem in sicer 23. januarja 2020 (Wang idr., 2020a).

Med pregledovanjem izbrane literature sem ugotovil, da se določene teme ponavljajo. Svoj pregled literature sem torej razdelil na tri tematska področja, ki tudi predstavljajo rezultate moje analize. V prvem delu sem želel predstaviti splošno poslabšanje duševnega zdravja v času pandemije COVID-19. Ugotovil sem, da se podatki o spremembah v duševnem zdravju navezujejo na demografske značilnosti udeležencev raziskav in pa na podatke, ki se navezujejo na pandemijo COVID-19 (okuženost, okuženost bližnjih, higienski ukrepi, strah pred okužbo, ipd.). V drugem delu sem se osredotočil na vpliv karantene, socialne izolacije in drugih zaježitvenih ukrepov na duševno zdravje. V zadnjem delu sem predstavil vpliv zaprtja šol na duševno zdravje otrok in mladostnikov.

Osnovno o duševnem zdravju med COVID-19 pandemijo

Izbruh novega COVID-19 virusa in zaježitveni ukrepi, ki so bili sprejeti v večini okuženih držav, odločilno vplivajo na duševno zdravje prebivalstva (Qiu idr., 2020; Wang idr., 2020a; Etxebarria, Santamaria, Gorrochategui & Mondragon, 2020). Strah pred okužbo in prenosom virusa, samoizolacija, omejitve gibanja, policijska ura in pa prekomerna količina informacij o širitvi virusa imajo lahko dolgotrajne psihološke posledice. Nivoji depresije, anksioznosti, stresa, paničnih napadov, simptomov post-travmatske stresne motnje in obsesivnega vedenja (čiščenje in razkuževanje na primer) so občutno višji (Thome idr., 2020; Rossi idr.,

2020; González-Sanguino idr., 2020; Wang idr., 2020a). Predvsem zaježitveni ukrepi (izolacija, samoizolacija, prekinitev šolanja v živo, policijska ura in omejitve gibanja) delujejo izrazito negativno na duševno zdravje populacij (Thome idr., 2020; Holmes idr., 2020; Lee, 2020). To je seveda zaskrbljujoče, glede na to, da je skrbno izvajanje zaježitvenih ukrepov potrebno za ustavitev izbruha. Avtorji (Holmes idr., 2020) prav tako opozarjajo, da se je potrebno zavedati, da imajo zaježitveni ukrepi hude socioekonomske posledice, ki imajo zaradi povečane brezposelnosti, finančne negotovosti in revščine izjemno negativen vpliv na duševno zdravje. Izbruh virusa in pa predvsem zaježitveni ukrepi imajo lahko izrazito negativen vpliv na duševno zdravje tistih, ki se že spopadajo z duševnimi stiskami (predvsem anksiozne motnje) in se zanašajo psihiatrično, psihoterapevtsko ali psihosocialno pomoč in podporo – tovrstna pomoč je v času pandemije izjemnega pomena, hkrati pa je delovanje služb, ki jo zagotavljajo, omejeno (Brečić idr., 2020). Holmes idr. (2020) opozarjajo, da je smrt bližnjih zaradi COVIDa-19 ali zgolj skrb pred okužbo bližnjih lahko prav tako pomemben faktor pri poslabšanju duševnega zdravja in posledičnem iskanju psihosocialnih uslug.

Wang idr. (2020a) so izvedli raziskavo, v kateri so želeli izmeriti psihološke odzive kitajskega prebivalstva na epidemijo in faktorje, povezane z odzivi. V njihovi raziskavi je sodelovalo 1,210 udeležencev, iz 194 kitajskih mest. Raziskovalci so vzorec nabrali s pomočjo tehnike snežne kepe. Raziskava je potekala preko spletnega vprašalnika. Zbiranje podatkov je potekalo od 31.1.2020 do 2.2.2020. Za ocenjevanje stanja duševnega zdravja udeležencev sta bili uporabljeni dva merilna instrumenta in sicer DASS-21 (Depression, Anxiety & Stress Scale-21, standardiziran vprašalnik, ki meri prisotnost depresije, anksioznosti in stresa) in pa IES-R (Impact of Event Scale – Revised, standardiziran vprašalnik, ki meri psihološki učinek posameznega travmatičnega dogodka na duševno zdravje posameznika). Vrednosti DASS-21 in IES-R lestvic so bile izražene kot povprečne vrednosti s standardno deviacijo (SD).

Podlestvica za ocenjevanje depresije zavzema vrednosti od 0 do 42 (0-9 pomeni minimalno stopnjo depresije, 10-12 pomeni blago depresijo, 13-20 zmerno depresijo, 21-27 hudo depresijo in od 28-42 skrajno hudo depresijo). Podlestvici, ki ocenjujeta anksioznost (vrednosti od 0-6 pomenijo minimalno raven anksioznosti, 7-9 blago anksioznost, 10-14 zmerno anksioznost, 15-19 hudo anksioznost in 20-42 skrajno hudo anksioznost) in stres (vrednosti od 0-10 predstavljajo minimalne ravni stresa, 11-18 blag stres, 19-26 zmeren stres, 27-34 hud stres in 35 do 42 skrajno hud stres) prav tako. Vrednosti IES-R lestvice

segajo od 0 do 88, pri tem vrednosti od 0-23 predstavljajo minimalen psihološki učinek, 24-32 blag psihološki učinek, 33-36 zmeren psihološki učinek in vrednosti nad 37 skrajn psihološki učinek. Prav tako so avtorji zbirali demografske podatke udeležencev (spol, starost, izobrazba, lokacija bivanja v zadnjih štirinajstih dneh, status zaposlitve, zakonski status, mesečni dohodki, starševski status in velikost gospodinjstva), prisotnost fizičnih simptomov bolezni v zadnjih štirinajstih dneh, zgodovina stikov z okuženimi v zadnjih štirinajstih dneh, znanje in skrbi glede virusa COVID-19, preventivni ukrepi, ki se jih poslužujejo za preprečevanje okužbe s COVID-19 in pa dodatne informacije o virusu, ki bi jih udeleženci potrebovali. Večina udeležencev je bila ženskega spola (67.3 %), v starostnem razredu med 21.4-30.8 let (53.1 %), poročenih (76.4 %), bivali so v gospodinjstvu velikem od 3-5 ljudi (80.7 %), z otroci (67.4 %), študentje (52.8 %) in visoko izobraženi (87.9 % udeležencev je imelo vsaj dodiplomsko izobrazbo). Povprečna vrednost psihološkega učinka izbruha virusa na udeležence (izmerjena z IES-R lestvico) je 32.98 (SD=15.42) – 24.5 % udeležencev je doseglo minimalno stopnjo, 21.7 % blago stopnjo in 53.8 % zmerno in skrajno stopnjo psihološkega učinka. Povprečna vrednost za vzorec pri DASS-21 lestvici je 20.16 (SD=20.42). 69.7 % udeležencev je pri podlestvici za ocenjevanje depresije doseglo minimalno raven, 13.8 % blago raven, 12.2 % zmerno raven in 4.3 % hudo in skrajno hudo raven depresije. 63.6 % udeležencev je doseglo minimalno raven anksioznosti, 7.5 % blago raven, 20.4 % zmerno raven in 8.4 % udeležencev je doseglo hudo in skrajno hudo raven anksioznosti. 67.9 % udeležencev je pri podlestvici za ocenjevanje stresa doseglo minimalno raven, 24.1 % blago raven, 5.5 % zmerno raven in 2.6 % udeležencev je doseglo hudo in skrajno hudo raven stresa. Avtorji navajajo, da pretekle raziskave, ki se nanašajo na izbruh SARS-a v 2003, kažejo na pozitivno korelacijo med intenziteto varnostnih ukrepov in poslabšanjem duševnega zdravja. Rezultati raziskave Wang idr. (2020a) so pokazali, da so osebne strategije preprečevanja okužbe (npr., da udeleženci niso delili svojega jedilnega pribora z drugimi člani gospodinjstva, redno umivanje in razkuževanje rok, nošenje zaščitnih mask) pozitivno vplivali na duševno zdravje udeležencev.

Qiu idr. (2020) so v istem obdobju izpeljali raziskavo s katero so želeli izmeriti psihološke stiske kitajskega prebivalstva ob izbruhu virusa COVID-19. Zbiranje podatkov je potekalo od 31.1.2020 (takrat je WHO COVID-19 epidemijo na Kitajskem opredelila kot svetovno zdravstveno krizo) do 10.2.2020. V raziskavo je bilo vključenih 52,730 veljavnih odgovorov,

od vseh udeležencev je bilo 64.73 % ženskega spola. Poleg demografskih podatkov udeležencev (spol, starost, izobrazba, zaposlitev, regija bivanja), je bil izmerjen tudi status duševnega zdravja udeležencev v zadnjem tednu. Merski instrument za ocenjevanje stanje duševnega zdravja je bila lestvica CPDI (COVID-19 Peritraumatic Distress Index). CPDI lestvica meri pogostost in intenziteto anksioznosti, depresije, specifičnih fobij, kognitivnih sprememb, izogibanja in kompulzivnega vedenja, fizičnih simptomov ter izgubo družabnega funkcioniranja v zadnjem tednu. Vrednosti lestvice se raztezajo od 0 do 100, pri čemer vrednosti med 28 in 51 predstavljajo blago in zmerno duševno stisko, vrednosti enake ali večje od 52, pa predstavljajo hudo duševno stisko. Povprečna vrednost CPDI lestvice na celotnem vzorcu je bila 23.65 (SD=15.45). 29.29 % udeležencev je doseglo vrednosti med 28 in 51, kar pomeni, da so se spopadali z blago ali zmerno duševno stisko, 5.14 % udeležencev pa je doseglo vrednosti enake ali višje od 52, ki nakazujejo na hudo duševno stisko.

Raziskave, ki so bile osredotočene na kitajsko prebivalstvo so nastale nekoliko prej kot pa tiste, ki so proučevale evropske populacije. Rossi idr. (2020) so med 27.3.2020 in 6.4.2020 izvedli raziskavo, s katero so želeli izmeriti vpliv pandemije in zaježitvenih ukrepov na duševno zdravje splošne populacije v Italiji. Raziskovalci so pri zbiranju udeležencev uporabljali tehniko snežne kepe, hkrati pa so si pomagali s sponzoriranim oglaševanjem na spletu. Pogoja za sodelovanje v raziskavi sta bila italijansko državljanstvo in starost 18 ali več let. V raziskavi je sodelovalo 18,147 udeležencev. 79.5 % udeležencev v vzorcu je bilo ženskega spola, 47.8 % udeležencev je imelo dodiplomsko in 43 % podiplomsko izobrazbo in 60.9 % jih je bilo zaposlenih. Poleg demografskih podatkov so bili med neodvisnimi spremenljivkami tudi karantena zaradi okuženosti ali stika z okuženo osebo, spremembe glede poteka dela zaradi zaježitvenih ukrepov, okuženost, hospitalizacija ali smrt bližnjega zaradi okuženosti in pa stresni dogodki, ki so se zgodili zaradi izbruha virusa v nedavni preteklosti (merski instrument je IADQ vprašalnik, ki je bil modificiran specifično za COVID-19 pandemijo). Odvisne spremenljivke, s katerimi se je ocenjevalo duševno zdravje, so bile *simptomi post-travmatskega stresnega sindroma* (lestvica GPS-PTSS v kateri je stopnja post-travmatske stresne motnje klinično pomembna, v kolikor so prisotni več kot trije od petih simptomov), *simptomi depresije* (lestvica PHQ-9 (Patient Health Questionnaire), pri kateri vrednosti 15 ali več pomenijo hudo depresijo), *simptomi anksioznosti* (lestvica GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder Scale), pri kateri vrednosti 15 ali več nakazujejo na hude

simptome anksioznosti), *nespečnost* (lestvica ISI (Insomnia Severity Index) pri kateri vrednosti 22 ali višje predstavljajo simptome hude nespečnosti), *zaznani stres* (lestvica PSS (Perceived Stress Scale), pri kateri je vrednost tretjega kvartila predstavljala mejno vrednost) in *simptomi prilagoditvene motnje* (lestvica IADQ (International Adjustment Disorder Questionnaire)). Trije ali več simptomov na GPS-PTSS lestvici simptomov post-travmatskega stresnega sindroma so bili prisotni pri 37 % udeležencev, 17.3 % udeležencev je imelo po PHQ-9 lestvici hudo depresijo, 20.8 % jih je po GAD-7 lestvici doseglo hude simptome anksioznosti, 7.3 % jih je poročalo o hudi nespečnosti, 21.8 % udeležencev je sodilo nad 75. percentil ISI lestvice za ocenjevanje stresa in 22.9 % udeležencev je ustrezalo kriterijem prilagoditvene motnje. Avtorji raziskave opozarjajo, da so ženske pod veliko večjim tveganjem za razvoj simptomov post-travmatske stresne motnje, depresije, anksioznosti, nespečnosti stresa in prilagoditvene motnje. Slabe izide v duševnem zdravju prav tako močno povezujejo faktorji tveganja, ki se navezujejo na COVID-29 (samoizolacija, okuženost bližnjega, prekinitev zaposlitve zaradi zaježitvenih ukrepov ali drugi stresni dogodki povezani z virusom COVID-19).

Tri tedne po naznanitvi kriznega stanja in uvedbe zaježitvenih ukrepov v Španiji, so González-Sanguino *idr.* (2020) izvedli raziskavo s katero so skušali izmeriti psihološke posledice izbruha na duševno zdravje. Zbiranje podatkov je potekalo od 21.3.2020 do 28.3.2020. V vzorcu je bilo zajetih 3,480 udeležencev, ki so bili izbrani s tehniko snežne kepe. Pogoji za sodelovanje v raziskavi je bila starost 18 ali več let in bivanje v Španiji med alarmnim stanjem. Učinek pandemije na duševno zdravje je bil izmerjen s sledečimi merskimi instrumenti: PHQ-2 (meri prisotnost in raven depresije), GAD-2 (meri stopnjo anksioznosti) in PCL-C-2 (meri sindrome post-travmatske stresne motnje pri civilistih). Poleg demografskih podatkov vzorca in psihološkega vpliva, so bile odvisne spremenljivke v raziskavi tudi diskriminacija, osamljenost, socialna podpora, duhovno blagostanje, sočutje do samega sebe in pa občutek pripadnosti. 18.7 % udeležencev v vzorcu je preseglo mejno vrednost PHQ-2 lestvice, ki meri možno prisotnost depresivne motnje. 21.6 % udeležencev je preseglo mejno vrednost GAD-2 lestvice, ki meri možno prisotnost anksiozne motnje. 15.8 % udeležencev je na lestvici PCL-C-2 doseglo vrednosti, ki pomenijo prisotnost zmernih do skrajnih simptomov post-travmatske motnje.

Wang idr. (2020b) so izvedli longitudinalno raziskavo, s katero so želeli prepoznati spremembe v duševnem zdravju tekom razvoja pandemije. Duševno zdravje so ocenjevali s pomočjo lestvic IES-R in DASS-21 v dveh krogih – prvo zbiranje podatkov je potekalo ob začetku izbruha virusa na Kitajskem (od 31.1.2020 do 2.2.2020), drugo pa štiri tedne kasneje med vrhom epidemije (od 28.2.2020 do 1.3.2020). V raziskavi je sodelovalo 1,738 udeležencev – 1,210 jih je sodelovalo v prve krogu zbiranja podatkov, 861 v druge, 333 udeleženci pa so sodelovali v obeh krogih. Poleg ocenjevanja duševnega zdravja (IES-R in DASS lestvici) so udeleženci podali tudi svoje demografske podatke, prisotnost simptomov virusa COVID-19 v zadnjih štirinajstih dneh, znanje in skrbi o virusu in pa previdnostne ukrepe za preprečevanje širjenja virusa, ki jih izvajajo. Rezultati so pokazali, da so udeleženci v prvem krogu zbiranja podatkov dosegli višje vrednosti na IES-R lestvici (32.98; SD=15.42) kakor tisti, ki so sodelovali v drugem krogu (30.76; SD=16.34). Vrednosti IES-R lestvice v prvem in drugem krogu meritev presegajo mejno vrednost 24, kar pomeni, da znižanje vrednosti v drugem krogu ni bilo klinično pomembno. Kljub temu da je število okuženih primerov in smrti zaradi COVID-19 iz prvega v drugi krog zbiranja podatkov sunkovito naraslo, so se vrednosti IES-R lestvice znižale. Avtorji menijo, da je znižanje posledica hitro sprejetih in učinkovitih zaježitvenih ukrepov, ki jih je sprejela kitajska vlada. Razlike v depresiji, anksioznosti in stresom med prvim in drugim krogom na DASS-21 lestvici so bile minimalne in statistično nepomembne.

Duševno zdravje glede na demografske značilnosti

Med pregledovanjem raziskav in člankov o duševnem zdravju med izbruhom virusa COVID-19 sem opazil enotnost določenih rezultatov in ugotovitev. Stanje duševnega zdravja udeležencev se razlikuje glede na njihov spol, starost, izobrazbo in nekatere druge demografske karakteristike. Etxebarria, Santamaria, Gorrochategui & Mondragon (2020) so izvedli raziskavo, v kateri so izmerili ravni depresije, anksioznosti in stresa (DASS-21) v baskovski avtonomni skupnosti. V raziskavi dobro prikažejo stanje duševnega zdravja glede na demografske podatke udeležencev. Od 976 udeležencev jih je bilo 792 (81.1 %) ženskega in 184 (18.9 %) moškega spola. Povprečna vrednost DASS-21 podlestvice za depresijo je višja za ženske ($M = 0.41$; $SD = 0.91$) kakor za moške ($M = 0.32$; $SD = 0.83$). 8.6 % ženskega vzorca je doseglo blago, 7.1 % zmerno, 2.3 % hudo in 3 % skrajno hudo raven depresije na DASS-21 podlestvici. 8.7 % moškega dela vzorca je dosegel blago, 4 % zmerno, 2.9 % hudo in 1.7 %

skrajno hudo raven depresije na DASS-21 podlestvici. Razlike med moškim in ženskim spolom je še toliko bolj očitna pri DASS podlestvici za anksioznost, pri čemer je ženski del vzorca dosegel povprečno vrednost 0.55 (SD=1.06) (7 % ženskega vzorca je doživljalo blago anksioznost, 12 % zmerno, 3.3 % hudo in 3.6 % skrajno hudo), moški pa 0.32 (SD = 0.90) (4 % moških je doživljalo blago anksioznost, 5.2 % zmerno, 1.2 % hudo in 3.5 skrajno hudo). Tudi stres, merjen z DASS-21 podlestvico za stres, je bil porazdeljen med ženskim in moškim spolom na podoben način (povprečna vrednost DASS-21 podlestvice za stres pri moških $M = 0.31$; $SD = 0.75$; in pri ženskah $M = 0.41$; $SD = 0.87$).

Tudi druge raziskave so imele večji delež udeležencev ženskega spola (González-Sanguinoa idr., 2020; Qiu idr., 2020; Rossi idr., 2020). González-Sanguinoa idr. (2020) navajajo, da je v njihovi raziskavi ženski spol v pozitivni korelaciji z višjimi ravni depresije, anksioznosti in simptomov post-travmatske stresne motnje. V njihovi raziskavi je ženski spol predstavljal 75 % celotnega vzorca. Qiu idr. (2020) prav tako trdijo, da je ženski spol v pozitivni korelaciji z vrednostmi CPDI lestvice, ki meri stanje duševnega zdravja v zadnjem tednu (povprečna vrednost CPDI lestvice za ženski del vzorca je 24.87 ($SD = 15.03$), za moški del vzorca pa 21.41 ($SD = 15.97$); ženski spol predstavlja 64.73 % celotnega vzorca). Tudi Rossi idr. (2020) navajajo, da so v njihovi raziskavi ženske dosegale višje ravni depresije, anksioznosti, stresa, nespečnosti in sindromov post-travmatske stresne motnje, kakor moški (ženski spol predstavlja 79.6 % celotnega vzorca). Wang idr. (2020a) so v svoji raziskavi dobili nekoliko drugačne rezultate glede duševnega zdravja in spola. Moški spol je jasno povezan z nižjimi ravni simptomov post-travmatske stresne motnje (IES-R), hkrati pa z višjimi vrednostmi DASS podlestvice za depresijo, anksioznost in stres (ženski spol v njihovi raziskavi predstavlja 67.3 % celotnega vzorca). Ženski spol je jasno povezan s slabšimi rezultati duševnega zdravja. Pri tem pa je potrebno opozoriti, da je bil ženski spol v navedenih raziskavah bolje reprezentiran kakor moški, kar pomeni, da rezultati ne odražajo dejanskega stanja. Kakorkoli, pri implementiranju nadaljnje podpore in pomoči v vzdrževanju duševnega zdravja je potrebno vzeti v obzir ogrožene skupine prebivalstva in ženske so, glede na rezultate naštetih raziskav, ena izmed njih.

Rezultati glede starosti in duševnega zdravja so nekoliko manj enotni. V raziskavi Qiu idr. (2020) so udeleženci mlajši od 18 let dosegli najnižje povprečne vrednosti na CPDI vprašalniku (14.83; $SD = 13.41$), medtem ko so udeleženci med 18 in 30 let (27.76 ; $SD =$

15.69) in pa tisti nad 60 let (27.49; SD = 24.22) dosegli najvišje povprečne vrednosti. Rossi idr. (2020) so na svojem vzorcu ugotovili, da je nižja starost povezana z višjimi ravni simptomov post-travmatske stresne motnje, depresije, anksioznosti in stresa. Rezultati raziskave iz avtonomne baskovske skupnosti (Etxebarria, Santamaria, Gorrochategui & Mondragon, 2020) kažejo, da ravni depresije, anksioznosti in stresa upadajo z višanjem starostnih razredov. Nasprotno, González-Sanguino idr. (2020) navajajo, da slabše duševno zdravje (višje vrednosti PHQ-2, GAD-2, in PCLC-2 lestvic) narašča s starostjo. Obstajajo različne razlage za nasprotujoče si rezultate. Smrtnost zaradi virusa COVID-19 se viša s starostjo, poleg tega pa izolacija v poznanem družinskem okolju pozitivno vpliva na duševno zdravje mlajših (Qiu idr., 2020). Nasploh je potrebno omeniti, da starostna porazdelitev v večini raziskav ne odraža stvarnih populacij (González-Sanguino idr. 2020). Obratno sorazmerje med starostjo in duševnim zdravjem si lahko razlagamo kot posledico dodatnega stresa, ki so ga osnovnošolski otroci, dijaki in študentje doživeli ob zaprtju šol (Etxebarria, Santamaria, Gorrochategui & Mondragon, 2020; Wang idr., 2020). Šolanje se je prestavilo na spletne platforme, kljub temu pa je do spremembe prišlo v izjemno kratkem času, zaradi česar je bilo težko zagotoviti ustrezno podporo in pomoč tistim, ki so jo potrebovali. Višja raven depresije med mlajšimi udeleženci lahko nakazuje na njihovo nezrelo dožemanje izbruha in manj osebnih virov, ki bi jim pomagali pri reševanju stisk (González-Sanguino idr., 2020).

Wang idr. (2020a) so v svojem vzorcu odkrili, da je nizka izobrazba izrazito povezana z višjimi vrednostmi DASS-21 podlestvice za depresijo. Izobrazba je povezana z boljšimi izidi v duševnem zdravju tudi v raziskavi Rossi idr. (2020). Qiu idr. (2020) so ugotovili, da je v njihovem vzorcu zveza med izobrazbo in duševno stisko pozitivna. Njihova razlaga za tovrstno zvezo je, da se ljudje z višjo izobrazbo bolj zavedajo lastnega zdravja in so zaradi tega posledično bolj zaskrbljeni. V isti raziskavi so najvišje povprečne vrednosti CPDI lestvice med različnimi poklici dosegali migrantski delavci in sicer =31.89 (23.51). Prav tako so avtorji (Qui idr., 2020) ugotovili, da skrajnost duševne stiske sovpada z dostopnostjo in učinkovitostjo lokalnega zdravstva in pa zaježitvenimi ukrepi sprejetimi v posameznih regijah.

Podatki, povezani s COVID-19, in duševno zdravje

Znanje in skrbi o virusu, stiki z okuženimi, okuženost ali smrt bližnjega in higienske navade za preprečevanje okužbe z virusom imajo pomemben vpliv na duševno zdravje (Rossi idr., 2020; Etxebarria, Santamaria, Gorrochategui & Mondragon, 2020; Wang idr. 2020a). Karantena zaradi okužbe ali stika z okuženim je povezana z višjimi ravnmi post-travmatske stresne motnje, anksioznosti in prilagoditvene motnje (Rossi idr., 2020). Stresni življenjski dogodki, ki jih je sprožila pandemija, so bili v raziskavi Rossi idr. (2020) v pozitivni korelaciji z vsemi parametri duševnega zdravja. Prekinjena delovna aktivnost je bila povezana z višjimi ravnmi simptomov PTSD, depresije, anksioznosti in stresa, medtem ko je bila prekomerna delovna aktivnost (denimo v primeru zdravstvenih delavcev) povezana s simptomi PTSD, stresom in s simptomi prilagoditvene motnje (Rossi idr., 2020). Etxebarria, Santamaria, Gorrochategui & Mondragon (2020) so ugotovili, da prisotnost kronične bolezni odločilno vpliva na slabše izide v duševnem zdravju – udeleženci, ki so v njihovi raziskavi poročali o prisotnosti vsaj ene kronične bolezni, so dosegali višje povprečne vrednosti DASS podlestvic za depresijo, anksioznost in stres. Podobne rezultate lahko najdemo tudi v raziskavi Wang idr. (2020a), v kateri je bila zgodovina kroničnih bolezni jasno povezana z višjimi ravnmi IES-R lestvice in vseh DASS podlestvic. Prisotnost fizičnih simptomov je povezana z višjimi vrednostmi na IES-R lestvici in pa DASS-21 podlestvicah za depresijo, anksioznost in stres (mrzlica, kašelj, omotica in vneto grlo so povezani z višjimi vrednostmi pri vseh lestvicah, medtem ko so bile težave, povezane z dihanjem, povezane z višjimi vrednostmi DASS podlestvic za depresijo in anksioznost) (Wang idr., 2020a; Wang idr., 2020b). Percepcija lastnega zdravstvenega stanja kot »slabega« ali »zelo slabega« je bila v raziskavi Wang idr. (2020a) jasno povezana z višjimi vrednostmi IES-R lestvice in vseh treh DASS podlestvic. Tisti v vzorcu (Wang idr., 2020a), ki niso zaupali, da lahko lastni zdravnik uspešno prepozna prisotnost COVID-19 virusa, so dosegali višje vrednosti vseh treh DASS podlestvic. Tudi sledenje nekaterim higienskimi ukrepom je bilo očitno povezano z boljšimi izidi v duševnem zdravju. Tisti udeleženci, ki so se izogibali souporabi različnih pripomočkov (jedilne palčke na primer), ali tisti, ki so si umivali roke takoj po kašljanju, kihanju ali praskanju nosu, so dosegali nižje vrednosti na IES-R lestvici in vseh treh DASS podlestvicah za depresijo, anksioznost in stres (Wang idr., 2020a). González-Sanguino idr. (2020) so na svojem vzorcu ugotovili, da je prisotnost simptomov COVID-19 ali okuženost družinskega člana ali bližnjega sorodnika v močni pozitivni korelaciji s slabimi izidi v duševnem zdravju. Ista raziskava je pokazala, da sta osamljenost in diskriminacija v pozitivni korelaciji s simptomi depresije, anksioznosti in stresa, medtem ko

so socialna podpora, občutek pripadnosti, duhovno blagostanje in pa občutek sočutja do samega sebe (ang. self compassion) v negativni korelaciji s simptomi depresije, anksioznosti in stresa. Zmanjševanje občutkov trajne osamljenosti ter vzpodbujanje in razvijanje občutka pripadnosti, lahko v trenutni situaciji pozitivno doprinese k izboljševanju duševnega zdravja (Holmes idr., 2020).

Nekateri avtorji (Holmes idr., 2020; Etxebarria, Santamaria, Gorrochategui & Mondragon, 2020; González-Sanguino idr., 2020) opozarjajo na povečano uporabo socialnih medijev in na izpostavljenost informacijam o širitvi virusa in njihovih negativnih učinkih na duševno zdravje. Družabna omrežja so izjemno učinkovito orodje za širjenje informacij, hkrati pa ne zagotavljajo kredibilnosti teh informacij (Etxebarria, Santamaria, Gorrochategui & Mondragon, 2020). Prekomerna izpostavljenost informacijam o virusu lahko sproža občutke tesnobe in panike, ki sprožajo potrebo po dodatnem raziskovanju in pridobivanju novih informacij (Holmes idr., 2020). Vedenja, ki jih sprožijo napačne informacije, so lahko povsem nefunkcionalna (na primer panično kupovanje zaščitnih mask in toaletnega papirja), predvsem pa imajo pogosto slab vpliv na duševno zdravje. Etxebarria, Santamaria, Gorrochategui & Mondragon (2020) menijo, da je lahko prekomerna izpostavljenost napačnim informacijam na družabnih omrežjih eden od razlogov, zakaj so v njihovi raziskavi mlajši udeleženci dosegali višje ravni DASS-21 podlestvic za depresijo, anksioznost in stres. Pomembno je, da skušamo razviti učinkovite in enotne načine za širjenje preverjenih informacij o širitvi virusa in ukrepih, s katerimi naj bi njegovo širitev omejili (Etxebarria, Santamaria, Gorrochategui & Mondragon, 2020).

Socialna izolacija, karantena in duševno zdravje

Da bi omejili širjenje virusa COVID-19 se vlade po vsem svetu poslužujejo sodobnih karantenskih ukrepov. Ti zajemajo začasno ustavitev javnega življenja, samoizolacija doma, prepovedi zbiranja na javnih mestih, zaprtje javnega prevoznega sistema ter prepovedi in omejitve potovanja znotraj države in med državami. Ukrepi in omejitve, ki naj bi prispevali h kontroliranju širjenja virusa, drastično vplivajo na duševno zdravje posameznikov, družin in skupnosti (Thome idr., 2020; Usher, Bhullar & Jackson, 2020).

Karantena je učinkovita strategija, ki lahko ključno prispeva k ustavitvi širjenja virusa COVID-19, kljub temu pa je njen vpliv na duševno zdravje izrazito negativen (de Lima idr., 2020).

Karantena je večini nepoznana in neprijetna izkušnja, ki lahko vključuje ločitev od družine ali bližnjih in prekinitev vsakdanjih rutin. Nenadne in intenzivne spremembe v toku vsakdanjega življenja lahko povzročijo anksioznost ter občutke nestabilnosti in nevarnosti (Usher, Bhullar & Jackson, 2020). Trajanje karantene, dolčas, finančne stiske, nezadostna količina informacij o karanteni in oteženo pridobivanje osnovnih življenjskih potrebščin so le nekateri parametri, ki vplivajo na intenziteto psihološkega vpliva karantene (Brooks idr., 2020). Znano je, da socialna izolacija lahko prispeva k razvoju duševnih stisk (Usher, Bhullar & Jackson, 2020). Te vključujejo stresne motnje, razdražljivost, nespečnost, čustvene stiske in motnje razpoloženja (Thome idr., 2020; Usher, Bhullar & Jackson, 2020; Brooks idr., 2020). Holmes idr. (2020) opisujejo karanteno in ostale ukrepe, povezane z omejevanjem socialnega in fizičnega stika, kot glavna faktorja COVID-19 pandemije, ki vplivata na duševno zdravje. Daljša obdobja, preživeta v izolaciji in karanteni, vplivajo predvsem na razvoj simptomov post-travmatske stresne motnje, kar pomeni, da karantena lahko predstavlja travmatičen dogodek v življenju posameznika (Usher, Bhullar & Jackson, 2020). Negativni učinki karantene na duševno zdravje lahko trajajo tudi dlje časa po prekinitvi karantene (Usher, Bhullar & Jackson, 2020). Zbiranje podatkov v raziskavi Etxebarria, Santamaria, Gorrochategui & Mondragon (2020) je potekalo v obdobju, ko je španska vlada sprejela zaježitvene ukrepe in omejitve. Avtorji so ugotovili, da so tisti udeleženci, ki so vprašalnike rešili po 14.3.2020 (takrat so bili sprejeti zaježitveni ukrepi), dosegali višje povprečne vrednosti DASS-21 podlestvic za depresijo, anksioznost in stres kakor tisti, ki so vprašalnike reševali pred omenjenim datumom.

Karantena ima lahko posebno negativen učinek na ranljive skupine. Holmes idr. (2020) izpostavljajo kot najbolj ranljive tiste, ki se že spopadajo z duševnimi stiskami (vključno s tistimi posamezniki, ki trpijo za hudimi duševnimi stiskami), ozdravljenimi posamezniki in tisti, ki so tekom pandemije razvili duševne stiske. Psihosocialna pomoč in podpora, na katero se mnogi zanašajo dnevno, je v času COVID-19 pandemije prekinjena ali vsaj okrnjena, kar že ogroženim skupinam predstavlja dodatno grožnjo (Usher, Bhullar & Jackson, 2020). Ukrepi za omejevanje širjenja virusa hkrati omejujejo ali celo prepovedujejo tudi aktivnosti, ki imajo na duševno zdravje blagodejen učinek (Holmes idr., 2020).

Gualano, Lo Moro, Voglino, Bert & Siliquini (2020) so izvedli raziskavo, s katero so želeli izmeriti učinek zaježitvenih ukrepov in karantene na duševno zdravje. V končnem vzorcu

raziskave je bilo 1515 izpolnjenih vprašalnikov. Depresivni simptomi so bili ocenjeni z PHQ-2 (Patient Health Questionnaire-2) lestvico. Prisotnost simptomov anksioznosti je bila izmerjena z GAD-2 (Generalized Anxiety Disorder-2) lestvico. Vrednost 3 ali več pri obeh lestvicah predstavlja večjo verjetnost prisotnosti anksiozne ali depresivne motnje. Nespečnost je bila izmerjena pri tistih udeležencih, ki so jo potrdili. Izmerjena je bila z ISI (Insomnia Severity Index) lestvico. Duševno zdravje udeležencev se je ocenjevalo skupaj z njihovimi demografskimi podatki (spol, starost, zakonski status, nivo izobrazbe, poklicna okupacija, strah pred izgubo zaposlitve, ekonomske izgube in prisotnost kroničnih bolezni) in pa dostop zdravstvenih storitev, ki se je meril z lestvico HCA (Healthcare Access). 24.7 % udeležencev je poročalo o simptomih depresije, 23.2 % o simptomih anksioznosti. 42.2 % udeležencev je poročalo o težavah s spanjem, med temi jih 19.9 % ni imelo klinične nespečnosti, 62.7 % jih je poročalo o podprazni nespečnosti, 16.3 % o zmerni nespečnosti in le 1.1 % o hudi klinični nespečnosti. Avtorji trdijo, da so bile ravni depresije in anksioznosti višje po uvedbi zaježitvenih ukrepov in karantene, kot pred tem. Glede na italijanski nacionalni statistični inštitut je prisotnost depresivnih simptomov v zadnjih dveh tednih 5.4 % in prisotnost hude anksioznosti v zadnjem letu 4.2 % (Gualano, Lo Moro, Voglino, Bert & Siliquini, 2020). Cellini, Canale, Mioni & Costa (2020) so v svoji raziskavi ugotovili, da je bil delež udeležencev v njihovi raziskavi, ki so pred uvedbo zaježitvenih ukrepov poročali o slabem spancu, nižji kot pa po uvedbi ukrepov in karantene (40.5 % pred uvedbo karantene in 52.4 % med karanteno). Nespečnost so ocenjevali s Pittsburgh Sleep Quality lestvico. Uporaba drugačnega merskega instrumenta lahko delno pojasni razlike v rezultatih v primerjavi z raziskavo Gualano, Lo Moro, Voglino, Bert & Siliquini (2020).

Parola, Rossi, Tessitore, Troisi & Mannarini (2020) so izvedli raziskavo v Italiji, v kateri so skušali prepoznati in oceniti spremembe v duševnem zdravju udeležencev. Raziskava je potekala prve štiri tedne (od 16. marca 2020 do 16. aprila 2020) po uvedbi zaježitvenih ukrepov in splošne karantene, zbiranje podatkov je potekalo ob koncu vsakega tedna. Končni vzorec raziskave je bil sestavljen iz 97 udeležencev. Vsi udeleženci v raziskavi so bili študentje in stari od 19 do 29 let. Spremembe v duševnem zdravju so bile izmerjene s The Syndromic Scales of Adult Self-Report (ASR/18-59) lestvico. Lestvica je izmerila spremembe v duševnih stiskah (anksioznost, depresija, odsotnost (ang. withdrawn) in spremembe v zaznavanju telesnega stanja), vedenjskih problemih (agresivno, kljubovalno in vsiljivo vedenje) in pa

osebne moči. Podobno kot raziskavi Rossi idr. (2020) in Qiu idr. (2020) tudi ta raziskava potrjuje negativne čustvene in vedenjske odzive udeležencev v času zaježitvenih ukrepov in karantene. Ravni depresije, anksioznosti, odsotnosti in telesni problemi so od prvega do zadnjega zbiranja podatkov naraščale, enako velja za vedenjske probleme. Mladi odrasli svojo osebnost razvijajo predvsem prek socialnih stikov z vrstniki in drugimi osebami izven njihovega družinskega kroga. Parola, Rossi, Tessitore, Troisi & Mannarini (2020) menijo, da ima karantena in drugi zaježitveni ukrepi, ki temeljijo na omejevanju osebnih stikov, še toliko večji učinek na mlajšo populacijo mladostnikov in mladih odraslih, katerim vrstniška socializacija predstavlja pomemben del grajenja lastne identitete in odraščanja.

Daly idr. (2020) so izvedli raziskavo med prebivalstvom Kanade, s katero so želeli ugotoviti, kakšne učinke ima karantena na kanadsko populacijo. Vzorec 3,000 kanadskih odraslih oseb je ustrezal nacionalni razporeditvi spola, starosti, prihodku na gospodinjstvo in regiji bivanja. Spremembe v duševnem zdravju udeležencev so bile izmerjene z vprašanji: »Kakšno je vaše duševno zdravje v času, ko veljajo zaježitveni ukrepi in karantena, v primerjavi z obdobjem pred sprejetjem omenjenih ukrepov?« Možni odgovori so bili: a) moje duševno zdravje je veliko slabše, b) moje duševno zdravje je nekoliko slabše zdaj, c) moje duševno zdravje je enako kot pred uvedbo ukrepov, č) moje duševno zdravje po uvedbi ukrepov je nekoliko boljše, d) moje duševno zdravje po uvedbi ukrepov je veliko boljše in e) ne želim odgovoriti. Samomorilnost in samopoškodovanje sta bila izmerjena z vprašanjem: »Ali ste v zadnjih dveh tednih kot posledico pandemije COVID-19 doživljali samomorilne misli/občutke ali se namenoma poškodovali?« Raziskava je udeležence prav tako spraševala po razlogih za njihovo izolacijo oz. karanteno. Razlogi za karanteno so bili: a) v karanteni sem zaradi prisotnosti simptomov COVID-19, b) gospodinjstvo v katerem živim, je v karanteni ker ima nekdo drug iz gospodinjstva simptome COVID-19, c) moje gospodinjstvo je v karanteni zaradi stika z nekom, ki je imel simptome COVID-19, č) moje gospodinjstvo je v karanteni zaradi nedavnega potovanja. 37.4 % vseh udeležencev je poročalo, da je njihovo duševno zdravje slabše v času karantene in uvedbe zaježitvenih ukrepov kot pa pred tem. 5.9 % jih je poročalo o samomorilnih mislih in 1.6 % celotnega vzorca je poročalo o namernem samopoškodovanju kot posledici pandemije COVID-19. Tisti, ki so bili v karanteni zaradi nedavnega potovanja, so imeli praktično enake možnosti za poslabšanje duševnega zdravja kakor tisti, ki sploh niso bili v karanteni. Ostali razlogi za karanteno so bili statistično povezani

s slabšimi rezultati glede sprememb v duševnem zdravju, samomorilnih misli in samopoškodovanja. Delež tistih, ki so poročali o slabšanju duševnega zdravja zaradi karantene (tukaj je bila skupina udeležencev, ki so bili v karanteni zgolj zaradi nedavnega potovanja izvzeta), je bil 51.1 % v primerjavi z tistimi, ki niso bili v karanteni 35.9 %. Razlika je v tem kontekstu statistično pomembna.

Zaprtje šolskih ustanov in duševno zdravje

COVID-19 pandemija, ukrepi za zaježitev širjenja COVID-19 virusa in karantena imajo pomemben vpliv na duševno zdravje otrok in mladostnikov (Jiao idr., 2020). Relevantne raziskave na temo duševnega zdravja se večinoma navezujejo na odraslo populacijo, medtem ko duševno zdravje otrok in mladostnikov ni ustrezno pokrito glede na to, da sprejeti ukrepi in omejitve v veliki meri vplivajo na njihovo vsakdanje življenje in duševno zdravje (McCluskey idr., 2020). Predvsem zaprtje šol je v njihovo vsakdanje življenje prineslo pomembne spremembe. Po podatkih UNESCO so bile do 8. aprila 2020 zaprte šole v 188 državah po svetu (Lee, 2020). Viner idr. (2020) v pregledu literature o zapiranju šol med izbruhi virusov trdijo, da so otroci v času počitnic (ko ne obiskujejo šole) dnevno izpostavljeni več stikom kakor v času obiskovanja šole. Zapiranje šolskih ustanov lahko pripomore k zmanjševanju širjenja okužb, vendar je potrebno te ukrepe sprejeti v zgodnjih fazah epidemije/pandemije. Poleg tega zapiranje šol prispeva k zmanjševanju okužb takrat, ko so te bolj pogoste pri otrocih kot pri odraslih (Viner idr., 2020). Zapiranje šolskih ustanov terja težave v duševnem zdravju otrok in mladostnikov in hkrati nima učinkovitega doprinosa k zaježitvi širjenja okužb. Smiselnost in upravičenost implementiranja tovrstnih ukrepov sta s takšnega gledišča vprašljivi. Joseph, Bhandari, Ranjitkar in Dutta (2020) menijo, da bi nadaljevanje šolanja pod posebnimi omejitvami in previdnostnimi ukrepi manj ogrožalo duševno zdravje otrok in mladostnikov. Poleg zapiranja šol so se prekinile tudi druge obšolske dejavnosti, ki otrokom in mladostnikom omogočajo kvalitetno preživljanje prostega časa. Otroci in starši so v mnogo tesnejših in bolj pogostih stikih kakor pred izbruhom, poleg tega se vsi prilagajajo na nov način družinskega življenja (Clemens idr., 2020). Strokovnjaki menijo, da bo prilagoditev na normalen potek šolanja po pandemiji za mnoge otroke in mladostnike izjemno težavna (Lee, 2020). Raziskava iz Shaanxi province, izvedena v drugem tednu februarja 2020, je pokazala, da so najpogostejši psihološki in vedenjski problemi otrok in mladostnikov med 3. in 18. letom pretirana navezanost, odvrčanje pozornosti,

razdražljivost in strah pred informiranjem in spraševanjem o poteku COVID-19 pandemije (Jiao idr., 2020). Prekinitev izobraževalnega procesa ima posebno velik vpliv na otroke in mladostnike, ki potrebujejo pomoč in podporo pri vzdrževanju lastnega duševnega zdravja (Lee, 2020). Šolske rutine jim predstavljajo pomembno stabilnost v vsakodnevnom življenju in prekinitev te rutine lahko igra pomembno vlogo pri ponovitvi ali poslabšanju duševnih stisk. Mladostnikom z depresijo predstavljajo šolske obveznosti velik napor, hkrati pa jim pomagajo pri vzdrževanju dnevne strukture (Lee, 2020). Organizacija YoungMinds (2020) iz Velike Britanije je marca 2020 izvedla raziskavo, s katero so želeli oceniti vpliv pandemije in predvsem zaježitvenih ukrepov ter karantene, na duševno zdravje tistih mladostnikov, ki imajo osebne izkušnje z duševnimi stiskami. 32 % udeležencev je trdilo, da je njihovo duševno zdravje v času pandemije veliko slabše kot prej, 51 % jih je trdilo, da je njihovo duševno zdravje nekoliko slabše kot prej, 9 % jih je trdilo, da pandemija na njihovo duševno zdravje ni vplivala, 6 % jih je trdilo, da je njihovo duševno zdravje v času pandemije nekoliko boljše in le 1 % udeležencev je trdil, da je njihovo duševno zdravje v času pandemije veliko boljše. 83 % udeležencev je torej zaznalo negativne spremembe v svojem duševnem zdravju. Zaprtje šol, skrbi glede zdravja družinskih članov, izguba rutine in socialnih stikov so bili glavni faktorji pandemije, za katere so udeleženci trdili, da imajo negativen vpliv na njihovo duševno zdravje.

Dalton, Rapa & Stein (2020) poudarjajo kako pomembno je, da starši komunicirajo z otroki o širjenju virusa. Kljub temu da nimajo odraslih kapacitet za razumevanje celotnega konteksta, otroci že pri dveh letih starosti lahko zaznavajo spremembe v svojem okolju. Poleg tega imajo močno čustveno povezavo s starši in nepojasnjene spremembe v njihovem vedenju in čustvovanju lahko otroku predstavljajo grožnjo in povzročajo občutke tesnobe (Dalton, Rapa & Stein, 2020).

Študentska populacija se prav tako spopada z stresnimi situacijami. Spremembe v opravljanju izpitov in izpolnjevanju šolskih obveznosti povzročajo stres (Lee, 2020). Prav tako so mnogi med njimi zaskrbljeni glede svoje začasne nastanitve, ki jo nujno potrebujejo za nadaljevanje študija (Lee, 2020). McCluskey idr. (2020), so izvedli kvalitativno raziskavo, v kateri so intervjuirali 45 mladostnikov, ki so bili razdeljeni v štiri fokusne skupine. Cilj raziskave je prepoznati učinke karantene, šolanja od doma in odpovedi izpitov na duševno zdravje mladostnikov in tistih mladostnikov, ki sodijo med ranljive skupine, izkušnje

ponovnega vračanja v šolo ter strategije, ki so mladostnikom pomagale pri ohranjanju duševnega zdravja. Nekateri udeleženci v raziskavi so poročali, da jim učenje od doma omogoča možnost, da si samostojno razporedijo čas in opravljajo šolske obveznosti v lastnem ritmu. Velik del udeležencev je izrazil skrb glede trajanja zaprtja šol, pridobivanja ocen in prilagajanja učnega procesa na drugačno okolje. Večina udeležencev v raziskavi je izpostavila, da zaprtje šol predstavlja za mnoge tudi prekinitev mnogih socialnih kontaktov, kar naj bi prav tako vplivalo na duševno zdravje mladostnikov.

Strategije in predlogi za ohranjanje duševnega zdravja

Strategije za zmanjševanje vpliva pandemije COVID-19 na duševno zdravje segajo na različne nivoje. Nekatere so individualne in stremijo k temu, da posameznik ohranja svoje mentalno zdravje kljub okoliščinam, v katerih se nahaja. Druge strategije so bolj strukturnega značaja in se osredotočajo predvsem na način sprejemanja določenih zaježitvenih ukrepov, torej vpeljujejo spremembe na nekoliko širši sistemski ravni. Brooks idr. (2020) v pregledu literature o učinkih karantene in socialne izolacije opozarjajo, da je število relevantnih in izčrpnih raziskav, ki se nanašajo na to temo, skromno in da je nadaljnje raziskovanje tega področja nujno potrebno. Po mnenju avtorjev (Brooks idr., 2020) naj bi bilo trajanje karantene čim krajše. Informacije o trajanju, namenu in učinkovitosti karantene morajo biti učinkovito, hitro in predvsem jasno posredovane in dostopne javnosti. Avtorji prav tako poudarjajo kako ključno je, da se v času karantene ne prepustimo dolgočasju (Brooks idr., 2020). Strukturiranje okolja in lastnega časa je strategija, ki ima lahko v veliki meri pozitivno vpliva na naše duševno zdravje. Razvijanje spletnih platform, ki nudijo pomoč in podporo za vzdrževanje duševnega zdravja, je prav tako ena izmed pomembnih strategij. Spletna podpora naj bi bila na voljo širši javnosti, predvsem pa naj bi se osredotočala na najbolj ranljive skupine – po mnenju Brooks idr. (2020) so to ljudje, ki se že spopadajo z duševnimi stiskami in zdravstveni delavci. Brečić idr. (2020), poudarjajo, da je zagotavljanje nemotenega delovanja psihiatričnih in psihosocialnih uslug v času karantene in zaježitvenih ukrepov ključnega pomena za tiste ljudi, ki tovrstne usluge že koristijo. Le v kolikor so službe, ki nudijo podporo v vzdrževanju duševnega zdravja, dovolj prilagodljive in odzivne, lahko zagotavljajo kontinuirano in učinkovito podporo tistim, ki jo najbolj potrebujejo. Razvijanje spletnih platform za svetovanje v duševnem zdravju in vzpostavljanje telefonskih linij je po mnenju Brečić idr. (2020) ključnega pomena. Avtorji prav tako menijo, da je nadaljnje

raziskovanje vpliva karantena in socialne izolacije na duševno zdravje in pa splošno ozaveščanje javnosti ključnega pomena (Brečić idr., 2020). Holmes idr. (2020) prav tako poudarjajo, da je nadaljnje raziskovanje vpliva pandemije COVID-19 skupaj s karanteno in drugimi zaježitvenimi ukrepi ključno. Po njihovem mnenju je potrebno, da raziskovalci v svoje delo vključujejo strokovnjake in predvsem eksperte iz izkušenj (Holmes idr., 2020). The Academy of Medical Sciences in organizacija MQ: Transforming Mental Health Through Research sta izvedli ločeni raziskavi o vplivih pandemije COVID-19 ter karantene in drugih zaježitvenih ukrepov na duševno zdravje in pa strategije, ki udeležencem pomagajo pri vzdrževanju duševnega zdravja. Cowan (2020), ki povzema rezultate raziskav, navaja, da so udeleženci raziskav izpostavili slednje strategije, ki pripomorejo k ohranjanju duševnega zdravja: ohranjanje povezanosti s družino in drugimi bližnjimi, ohranjanje dnevne strukture in produktivno porabo časa, fizično aktivnost in pa aktivno ohranjanje duševnega blagostanja z uporabo tehnik za sprostitev in umirjanje (Cowan, 2020). McCluskey idr. (2020) poudarjajo, da so otroci in mladostniki, ki so sodelovali v njihovi raziskavi, poudarili, da so bile šolske ustanove osredotočene predvsem na doseganje ustreznih učnih rezultatov kljub hudim spremembam v načinu poučevanja, hkrati pa so zapostavljale počutje in skrbi učencev. Avtorji prav tako poudarjajo, da so udeleženci njihove raziskave pogosto izpostavili nezadostno podporo ob ponovnem začetku šolanja v živo (McCluskey idr., 2020).

6. REZULTATI

Pandemija COVID-19 je opazno vplivala na spremembe v duševnem zdravju populacij. Predvsem zaježitveni ukrepi (izolacija, samoizolacija, prekinitev šolanja v živo, policijska ura in omejitve gibanja) delujejo izrazito negativno na duševno zdravje populacij (Thome idr., 2020; Holmes idr., 2020; Lee, 2020). Rezultati raziskave Wang idr. (2020a) kažejo na visoke ravni psihološkega učinka pandemije COVID-19 (povprečna vrednost psihološkega učinka izbruha virusa na udeležence izmerjena z IES-R lestvico, je 32.98 (SD=15.42)) in visoke ravni depresije, anksioznosti in stresa s povprečno vrednostjo DASS-21 lestvice na njihovem vzorcu 20.16 (SD=20.42). Povprečna vrednost CPDI lestvice je v raziskavi Qui idr. (2020) 23.65 (SD=15.45) (29.29 % udeležencev je doseglo vrednosti med 28 in 51, kar pomeni, da so se spopadali z blago ali zmerno duševno stisko, 5.14 % udeležencev pa je doseglo vrednosti enake ali višje od 52, ki nakazujejo na hudo duševno stisko). Rossi idr. (2020) ugotavljajo, da je 37 % udeležencev iz njihovega vzorca imelo simptome post-travmatske stresne motnje (lestvica GPS-PTSS), 17.3 % jih je imelo hudo depresijo (lestvica PHQ-9), 20.8 % jih je imelo hude simptome anksioznosti (lestvica GAD-7), 17.3 % jih je poročalo o hudi nespečnosti (lestvica ISI), 21.8 % jih je poročalo o hudem stresu (lestvica PSS) in 22.9 % jih je ustrezalo kriterijem prilagoditvene motnje (lestvica IADQ). Rezultati raziskave González-Sanguinoa idr. (2020) poročajo, da je 18.7 % udeležencev v vzorcu preseglo mejno vrednost PHQ-2 lestvice, ki meri možno prisotnost depresivne motnje, 21.6 % udeležencev je preseglo mejno vrednost GAD-2 lestvice, ki meri možno prisotnost anksiozne motnje in 15.8 % udeležencev je na lestvici PCI-C-2 doseglo vrednosti, ki pomenijo prisotnost zmernih do skrajnih simptomov post-travmatske motnje. Wang idr. (2020b) so v longitudinalni raziskavi ugotovili, da so udeleženci v prvem krogu zbiranja podatkov dosegli višje vrednosti na IES-R lestvici (32.98 (SD=15.42)) kakor tisti, ki so sodelovali v drugem krogu (30.76 (SD=16.34)).

Ženski spol je povezan z večjo verjetnostjo za poslabšanje v duševnem zdravju, kar je posledica pandemije COVID-19 (Etxebarria, Santamaria, Gorrochategui & Mondragon, 2020; González-Sanguinoa idr., 2020; Qiu idr., 2020; Rossi idr., 2020 & Wang idr., 2020a). V raziskavi Etxebarria, Santamaria, Gorrochategui & Mondragon (2020) so udeleženske ženskega spola dosegale višje povprečne ravni DASS podlestvic za depresijo, anksioznost in stres kakor udeleženci moškega spola. Ženski spol je v raziskavi González-Sanguinoa idr. (2020) v pozitivni korelaciji z višjimi ravni depresije, anksioznosti in simptomov post-

travmatske stresne motnje. Qiu idr. (2020) navajajo, da je ženski spol v pozitivni korelaciji z višjimi vrednostmi CPDI lestvice. V raziskavi Rossi idr. (2020) so ženske dosegale višje ravni depresije, anksioznosti, stresa, nespečnosti in sindromov post-travmatske stresne motnje, kakor moški. Raziskava Wang idr. (2020a) kaže nekoliko drugačno sliko: moški spol je na njihovem vzorcu jasno povezan z nižjimi ravnmi simptomov post-travmatske stresne motnje (IES-R), hkrati pa z višjimi vrednostmi DASS podlestvice za depresijo, anksioznost in stres.

Rossi idr. (2020) ugotavljajo, da je karantena zaradi okužbe ali stika z okuženimi povezana z višjimi ravnmi post-travmatske stresne motnje, anksioznosti in prilagoditvene motnje.

Stresni življenjski dogodki, ki jih je sprožila pandemija, so bili v isti raziskavi v pozitivni korelaciji z vsemi parametri duševnega zdravja. Prekinjena delovna aktivnost je bila povezana z višjimi ravnmi simptomov PTSD, depresije, anksioznosti in stresa, medtem ko je bila prekomerna delovna aktivnost (zdravstveni delavci na primer) povezana s simptomi PTSD, stresom in s simptomi prilagoditvene motnje. Wang idr. (2020a) in Etxebarria, Santamaria, Gorrochategui & Mondragon (2020) izpostavljajo močno pozitivno korelacijo med prisotnostjo kroničnih bolezni in slabimi izidi v duševnem zdravju. Prisotnost simptomov COVID-19 je v raziskavah González-Sanguino idr. (2020), Wang idr. (2020a) in Wang idr. (2020b) povezana z negativnimi vplivi na duševno zdravje. Raziskave Holmes idr. (2020), Etxebarria, Santamaria, Gorrochategui & Mondragon (2020) in González-Sanguino idr. (2020) povezujejo prekomerno uporabo socialnih medijev in pretirano količino informacij o pandemiji COVID-19 z slabšimi izidi v duševnem zdravju.

Karantena, zaježitveni ukrepi in zaprtja šol so bili omenjeni kot pomembni faktorji, ki negativno vplivajo na duševno zdravje med COVID-19 pandemijo. Našteti faktorji v veliki meri spreminjajo strukturo in potek našega vsakdanjega življenja. Usher, Bhullar & Jackson (2020) navajajo, da intenzivne in nenadne spremembe lahko vzbudijo občutke negotovosti, anksioznosti in povečajo verjetnost razvoja različnih duševnih stisk. Gualano, Lo Moro, Voglino, Bert & Siliquini (2020) poročajo, da so bile ravni depresije in anksioznosti v njihovi raziskavi višje po uvedbi zaježitvenih ukrepov in karantene kot pred tem. Cellini, Canale, Mioni & Costa (2020) so ugotovili, da je večji del udeležencev njihove raziskave poročal o nespečnosti po uvedbi karantene kakor pred tem (40.5 % pred uvedbo karantene in 52.4 % med karanteno). V raziskavi Daly idr. (2020) je bil delež tistih, ki so poročali o slabšanju duševnega zdravja zaradi karantene (tukaj je bila skupina udeležencev, ki so bili v karanteni

zgolj zaradi nedavnega potovanja izvzeta), 51.1 % v primerjavi s tistimi, ki niso bili v karanteni 35.9 %.

Otroci in mladostniki se poleg vplivov karantene na njihovo duševno zdravje spopadajo tudi z vplivom zaprtja šol. Clemens idr. (2020) izpostavljajo, da so se poleg šol prekinile tudi druge obšolske dejavnosti, ki otrokom in mladostnikom omogočajo kvalitetno preživljanje prostega časa. Spremenjen potek šolanja in ocenjevanja otrokom in mladostnikom predstavlja pomemben vir dodatnega stresa (McCluskey idr., 2020). Lee (2020) opozarja, da ima zaprtje šol posebno negativen vpliv na otroke in mladostnike, ki se že spopadajo z duševnimi stiskami. Šola jim predstavlja posebno stabilnost in rutino v njihovem vsakdanjem življenju. V raziskavi organizacije YoungMinds (2020), ki se je osredotočala na vpliv pandemije na duševno zdravje mladostnikov, ki se že spopadajo z duševnimi stiskami, je 83 % udeležencev trdilo, da se je v času pandemije njihovo duševno zdravje poslabšalo. Prekinitev šolanja v živo je bil pogosto omenjen faktor, ki naj bi pomembno prispeval k slabšim izidom v duševnem zdravju.

7. RAZPRAVA

S pregledom izbrane literature sem ugotovil, da se je duševno zdravje v času pandemije COVID-19 poslabšalo. Predvsem karantena, socialna izolacija, drugi zaježitveni ukrepi in zaprtje šol predstavljajo pomembne spremembe v vsakodnevnem življenju posameznikov. Naštete spremembe izrazito negativno vplivajo na duševno zdravje posameznikov v času pandemije COVID-19. Te ugotovitve nas opozarjajo, da življenjske okoliščine in njihovo spreminjanje igrajo pomembno vlogo v razvoju, poteku in izidu duševnih stisk ter splošnem duševnem zdravju.

Pandemija COVID-19 je v vsakdanje življenje vpeljala ključne spremembe, za katere se je izkazalo, da odločilno vplivajo na duševno zdravje posameznikov. Rezultati in ugotovitve pregleda literature se skladajo s trditvami predstavnikov antipsihiatričnega gibanja, ki duševne stiske naslavlja kot »probleme bivanja« in ne dejanske bolezni (Szasz, 1974; Esterson in Laing, 1964).

Teorija o socialnih determinantah duševnega zdravja predstavlja življenjske okoliščine kot ključne faktorje pri razvoju, poteku in izidu duševnih stisk. Pogoji, v katerih se posamezniki rodijo, bivajo, se šolajo, delajo in umrejo, pomembno vplivajo na duševno zdravje in duševne stiske. Rezultati pregleda literature kažejo, da so na slabše izide v duševnem zdravju pomembno vplivali zaježitveni ukrepi. Prekinitev delovne aktivnosti, splošna karantena, socialna izolacija, zaprtje šol in drugi zaježitveni ukrepi so korenito spremenili potek našega življenja.

Poslabšanje duševnega zdravja v času pandemije COVID-19 opozarja, da pozitivistično dojemanje duševne bolezni ne zmore odgovoriti na vsa vprašanja. Nekateri problemi in ovire, ki jih je pandemija COVID-19 vnesla v življenja posameznikov so predvsem socialne narave (finančna kriza, izpad dohodka) in torej zahtevajo tovrstno obravnavo. Menim, da nas pandemija COVID-19 opozarja na primanjkljaj v dojemanju duševnega zdravja in stisk – le-to naj bi bilo bolj celostno in naj ne bi izhajalo le iz naravoslovne paradigme. Vzpostavitev celostnega pristopa bi bila potrebna tudi v obravnavi duševnega zdravja. Menim, da ima model skupnostne obravnave duševnega zdravja kapaciteto in zmožnost zagotavljati celostno obravnavo.

8. PREDLOGI

Vsekakor je potrebno, da strokovnjaki in organizacije, ki delujejo na področju duševnega zdravja, povečajo svojo prilagodljivost in odzivnost. Nepričakovane spremembe, ki vplivajo na ustaljen način njihovega delovanja, v tem primeru pandemija COVID-19, lahko predstavljajo hudo stisko predvsem tistim, ki potrebujejo pomoč in podporo pri vzdrževanju lastnega duševnega zdravja.

Prav tako je potrebno, da se lokalne in državne oblasti zavedajo možnih negativnih posledic skrajnih varnostnih ukrepov (kot je na primer karantena, socialna izolacija, zaprtje šol) na duševno zdravje in jih ob implementiranju takšnih ukrepov dobro pretehtajo.

Rezultati so pokazali potrebo po dodatni podpori v duševnem zdravju otrok in mladostnikov, ki se šolajo. Menim, da bi bilo dobro, da se pomembnost vpliva življenjskih okoliščin upošteva pri načrtovanju skrbi za duševno zdravje med pandemijo in tudi po pandemiji. Skrb za duševno zdravje naj bo celostna.

Menim, da se stroka socialnega dela zaveda kompleksnosti duševnih stisk in jih v svojem obravnavanju ne reducira zgolj na osebnostne lastnosti ali biološke predispozicije posameznikov. Kakorkoli, splošni diskurz duševnih stisk je pod močnim vplivom medicinske stroke, ki (kakor je opisano v teoretičnem uvodu) v veliki meri reducira duševne stiske in duševno zdravje na biološko oz. fiziološko raven.

Nadaljnje raziskovanje bi se moralo osredotočati predvsem na učinke socialne izolacije in karantene in zaježitvenih ukrepov na duševno zdravje. Zapiranje šol ter vpliv na duševno zdravje otrok in mladostnikov je prav tako pomanjkljivo raziskano področje. Izvajanje kvalitativnih raziskav na omenjenih področjih bi zagotovilo boljši vpogled in razumevanje, na katerem se lahko gradi teorija.

Larsson, P. (2013). The rhetoric/reality gap in social determinants of mental health. *Mental Health Review Journal*, 18(4). Pridobljeno 16.5.2021 s <https://sci-hub.do/10.1108%2FMHRJ-04-2013-0013>

Larsson, P. (2015). What can be done about the social determinants of mental health?

Perspectives in Public Health, 135(1). Pridobljeno 18.5.2021 s <https://scihub.do/10.1177/1757913914561713>

Miškulin, I. (2016). Epistemologija vrline u psihoterapiji (Doktorsko delo). Reka: Sveučilište u Rijeci – Filozofski fakultet

Prijjić-Samaržija, S., Malatesti, L., & Baccarini, E. (2016). *Moralni, politički i društveni odgovori na društvene devijacije*. Reka: Fakulteta humanističnih in socialnih znanosti.

Rafaelič, A., Ficko, K. In Flaker, V. (2017). Prehod k skupnostnim oblikam oskrbe v Sloveniji. *Socialna pedagogika*, 21(3/4).

Scull, A. (2011). *Madness: A Very Short Introduction*. New York: Oxford University Press

Szasz, T. S. (1974). *The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct*. ZDA: Harper and Row.

Švab, V., Kovač, N. (1994). Skupnostna skrb za osebe s psihozo. *Socialno delo*, 33(3). Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Švab, V. (ur). (2015). *Mental health in the community: the case of Slovenia*. Ljubljana: ŠENT, Slovensko združenje za duševno zdravje.

Tekin, S. (2014). Mental Health, Meaning of Mental Health. *Bioethics* (4). Pridobljeno 7.4.2021 s

https://serifetekin.weebly.com/uploads/1/1/6/5/116518493/2014_ec_mental_health_meaning_of_mental_health_addendum.pdf

World Health Organization. (2009). World health statistics 2009 [pdf]. Pridobljeno 18.5. s <https://www.who.int/whosis/whostat/2009/en/>

World Health Organization. (2013). *World health action plan 2013-2020*. Pridobljeno 18.5.2021 s <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506021>

World Health Organization. (2014). Social determinants of mental health [pdf]. Pridobljeno 16.5.2021 s

https://www.who.int/mental_health/publications/gulbenkian_paper_social_determinants_of_mental_health/en/

World Health Organization. (b.d.). *Social determinants of health*. Pridobljeno 18.5.2021 s
https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1

10. PRILOGA

SEZNAM VIROV IZ POGLAVJA »PREGLED LITERATURE«

Brečić, P., Jendričko, T., Vidović, D., Makarić, P., Ćurković, M. & Ćelić, I. (2020). Utjecaj pandemije COVID-19 na pacijente s anksioznim i depresivnim poremećajima. *Medicus*, 29(2).

Pridobljeno 1.5.2021 s <https://hrcak.srce.hr/244341>

Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessley, S. & Greenberg, N. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence.

The Lancet, 395(10227). Pridobljeno 16.4.2021 s

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673620304608>

Cellini, N., Canale, N., Mioni, G & Costa, S. (2020). Changes in sleep pattern, sense of time and digital media use during COVID-19 lockdown in Italy. *Journal of Sleep Research*, 29(4).

Pridobljeno 17.4.2021 s <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jsr.13074>

Clemens, V., Deschamps, P., Fegert, J. M., Anagnostopoulos, D., Bailey, S., Doyle, M., Eliez, S., Hansen, A., S., Hebebrand, J., Hillegers, M., Jacobs, B., Karwautz, A., Kiss, E., Kotsis, K., Gregorič, K., Kumperščak, H., Pejović Milovančević, M., Råberg Christensen, A. M., Raynaud, J. P., Westerinen, H. & Visnapuu Bernadt, P. (2020). Potential effects of “social” distancing measures and school lockdown on child and adolescent mental health. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 29. Pridobljeno 2.5.2021 s

<https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00787-020-01549-w.pdf>

Cowan, K. (2020). *Survey results: Understanding people's concerns about the mental health impacts of the COVID-19 pandemic*. Pridobljeno 12.4.2021 s

<https://acmedsci.ac.uk/file-download/99436893>

Dalton, L., Rapa, E. & Stein, A. (2020). Protecting the psychological health of children through effective communication about COVID-19. *Child & Adolescent Health*, 4(5). Pridobljeno

19.4.2021 s [https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642\(20\)30097-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642(20)30097-3/fulltext)

Daly, Z., Slemon, A., Richardson, C. G., Salway, T., McAuliffe, C., Gadermann, A. M., Thomson, K. C., Hirani, S. & Jenkins, E. K. (2020). Associations between periods of COVID-19 quarantine

and mental health in Canada. *Psychiatry Research*, 295. Pridobljeno 17.5.2021 s

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178120332923>

de Lima, C. V. C., Lima Cândido, E., da Silva, J. A., Albuquerque, L. V., de Menzes Soares, L., do Nascimento, M. M., de Oliveira, S. A. & Rolim Neto, M. L. (2020). Effects of quarantine on mental health of populations affected by Covid-19. *Journal of Affective Disorders*, 275(1).

Pridobljeno 13.4.2021 s

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032720324605>

Etxebarria, N. O., Santamaria, M. D., Gorrochategui, M. P. & Mondragon, N. I. (2020). Stress, anxiety, and depression levels in the initial stage of the COVID-19 outbreak in a population sample in the northern Spain. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(4). Pridobljeno 12.4.2021 s

<https://www.scielo.org/article/csp/2020.v36n4/e00054020/en/>

González-Sanguinoa, C., Ausína, B., Castellanosb, M. Á., Saizc, J., López-Gómezd, A., Ugidosc, C. & Muñoz, M. (2020). Mental health consequences during the initial stage of the 2020 Coronavirus pandemic (COVID-19) in Spain. *Brain, Behaviour, and Immunity*, 87, 172-176.

Pridobljeno 12.4.2021 s

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0889159120308126>

Gualano, Mr. R., Lo Moro, G., Voglino, G., Bert, F. & Siliquini, R. (2020). Effects of Covid-19 Lockdown on Mental Health and Sleep Disturbances in Italy. *Public Health*, 17(13).

Pridobljeno 15.4.2021 s <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/13/4779>

Holmes, E. A., O'Connor, R. C., Perry, H. V., Tracey, I., Wessely, S., Arseneault, L., Ballard, C., Christensen, H., Silver, R. C., Everall, I., Ford, T., John, A., Kabir, T., King, K., Madan, I., Michie, S., Przybylski, A. K., Shafran, R., Sweeney, A., Worthman, C. M., Yardley, L., Cowan, K., Cope, C., Hotopf, M. & Bullmore, E. (2020). Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *Lancet Psychiatry*, 7(6). Pridobljeno

14.4.2021 s <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2215036620301681>

Jiao, W. Y., Wang, L. N., Liu, J., Fang, S. F., Jiao, F. Y., Pettoello-Mantovani, M., & Somekh, E. (2020). Behavioral and Emotional Disorders in Children during the COVID-19 Epidemic.

Elsevier Public Health Emergency Collection, 221. Pridobljeno 20.4.2021 s

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7127630/#>

Joseph, S. J., Bhandari, S. S., Ranjitkar, S. & Dutta, S. (2020). School Closures and Mental Health Concerns for Children and Adolescents During the COVID-19 Pandemic. *Psychiatria Danubina*, 32(2).

Lee, J. (2020). Mental health effects of school closures during COVID-19. *Child & Adolescent Health*, 4(6). Pridobljeno 20.4.2021 s

[https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642\(20\)30109-7/fulltext?mod=article_inline](https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642(20)30109-7/fulltext?mod=article_inline)

McCluskey, G., Fry, D., Hamilton, S., King, A., Laurie, M., McAra, L. & Stewart, T. M. (2021) School closures, exam cancellations and isolation: the impact of Covid-19 on young people's mental health. *Emotional and Behavioural Difficulties*, 26(1). Pridobljeno 18.5.2021 s

<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13632752.2021.1903182>

Parola, A., Rossi, A., Tessitore, F., Troisi, G. & Mannarini, S. (2020). Mental Health Through the COVID-19 Quarantine: A Growth Curve Analysis on Italian Young Adults. *Frontiers in Psychology*, 11. Pridobljeno 16.4.2021 s

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7566042/>

Rossi, R., Socci, V., Talevi, D., Mensi, S., Niolu, C., Pictti, F., Di Marco, A., Rossi, A., Siracusano, A. & Di Lorenzo, G. (2020). Covid-19 Pandemic and Lockdown Measures Impact on Mental Health on the General Population in Italy. *Frontiers in Psychiatry*, 11(790). Pridobljeno 13.4.2021 s

[https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyt.2020.00790/full?&utm_source=Email_to_authors&utm_medium=Email&utm_content=T1_11.5e1_author&utm_campaign=Email_publication&field=&journalName=Frontiers in Psychiatry&id=550552](https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyt.2020.00790/full?&utm_source=Email_to_authors&utm_medium=Email&utm_content=T1_11.5e1_author&utm_campaign=Email_publication&field=&journalName=Frontiers%20in%20Psychiatry&id=550552)

Qui, J., Shen, B., Zhao, M., Wang, Z., xie, B. & Xu, Z. (2020). A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. *General Psychiatry*, 33(2). Pridobljeno 20.4.2021 s

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7061893/>

Thome, J., Deloyer, J., Coogan, A. N., Bailey, Rodriguez, D., da Cruz Silva, O. A. B., Faltraco, F., Grima, C., Gudjonsson, S. O., Hanon, C., Hollý, M., Joosten, J., Karlsson, I., Kelemen, G., Korman, M., Krysta, K., Lichterman, B., Loganovsky, K., Marazziti, D., Maraitou, M., Mertens deWilmars, S., Reunamen, M., Rexhaj, S., Sancaktar, M., Sempere, J., Tournier, I., Weynant,

E., Vis, C., Lebas, M. C. & Fond-Harmant, L. (2020). The impact of the early phase of the COVID-19 pandemic on mental-health services in Europe. *The World Journal of Biological Psychiatry*. Pridobljeno 14.4.2021 s

<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/15622975.2020.1844290>

Usher, K., Bhullar, N. & Jackson, D. (2020). Life in the pandemic: Social isolation and mental health. *Journal of Clinical Nursing*, 29(15-16). Pridobljeno 11.4.2021 s

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jocn.15290>

Viner, R., Russell, S., Saulle, R., Croker, H., Stansfeld, C., Packer, J., Nicholls, D., Goddins, A. L., Bonell, C., Hudson, L., Hope, S., Schwalbe, N., Morgan, A. & Monizzi, S. (2021). Impacts of school closures on physical and mental health of children and young people: a systematic review. Pridobljeno 27.4.2021 s

<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.02.10.21251526v1.article-info>

Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S. & Ho, R. C. (2020a). Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5). Pridobljeno 11.4.2021 s <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/5/1729>

Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., McIntyre, R. S., Choo, F. N., Tran, B., Ho, R., Sharma, V. K. & Ho, C. (2020b). A longitudinal study on the mental health of general population during the COVID-19 epidemic in China. *Psychiatry Research*, 287. Pridobljeno 12.4.2021 s <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165178120305400>

YoungMinds (2020). COVID-19 March 2020 survey. Pridobljeno 31.3.2021 s

<https://youngminds.org.uk/about-us/reports/coronavirus-impact-on-young-people-with-mental-health-needs/#covid-19-march-2020-survey>

