

V iskanju normalnosti



Nov pristop k razumevanju duševnega zdravja,
stiske in nevroraznolikosti

Sami Timimi



V spomin na mojega očeta
Bakirja Abooda Timimija

Sami Timimi
V iskanju normalnosti
Nov pristop k razumevanju duševnega zdravja, stiske in nevroraznolikosti
© 2025 Založba Chiara

Naslov izvirnika: Searching for normal,
© Dr Sami Timimi, 2025
First published as English language Searching For Normal in 2025 by Fern Press, an imprint of Vintage.
Vintage is part of the Penguin Random House group of companies.

Izdala in založila: Založba Chiara
Za založbo: Simona Hana Boc
Soizdajatelji:

- Univerza Sigmunda Freuda Dunaj – podružnica Ljubljana
- Društvo za sistemsko psihoterapijo Slovenije
- Univerza v Ljubljani pedagoška fakulteta
- Homeopatski center Krevel

www.zalozba-chiara.si

Prevedla: Irena Pan
Spremna beseda in strokovni pregled: univ. prof. dr. (Republika Avstrija) Miran Možina, dr. med., psihiater in psihoterapevt
Lektura: Katja Bergles
Lektura spremnega besedila: Klemen Jelinčič Boeta
Korekturno branje: Mateja Kržišnik
Oblikovanje in prelom: PhotoZ
Zbirka: Knjiga kot zdravilo®
Tisk: Itagraf
Naklada: 500 izvodov
Ljubljana, 2025

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

616.89-008.1:316.4
159.942.6

TIMIMI, Sami

V iskanju normalnosti : [nov pristop k razumevanju duševnega zdravja, stiske in nevroraznolikosti] / Sami Timimi ; [prevedla Irena Pan ; spremna beseda Miran Možina]. - Ljubljana : Chiara, 2025. - (Zbirka Knjiga kot zdravilo)

Prevod dela: Searching for normal
ISBN 978-961-7205-58-9
COBISS.SI-ID 251442947

Brez pisnega dovoljenja Založbe Chiara je prepovedano reproduciranje, distribuiranje, javna priobčitev, predelava ali druga uporaba tega avtorskega dela ali njegovih delov v kakršnem koli obsegu ali postopku, hkrati s fotokopiranjem, tiskanjem ali shranitvijo v elektronski obliki, v okviru določil Zakona o avtorskih in sorodnih pravicah.

Vsebina

Srečanja z epidemijo duševnih težav	7
1. Spreminjajoči se čas	13
2. Kaj je duševno zdravje?	29
3. Psihiatrične diagnoze so kulturni konstrukt, ne odraz naravnih zakonitosti	47
4. Raztezanje konceptov	73
5. Nastanek ADHD	89
6. Je ADHD z dokazi podprt konstrukt?	113
7. Nastanek avtizma	137
8. Je avtizem z dokazi podprt konstrukt?	155
9. Začnite, ko so še majhni	171
10. Terapija kot po tekočem traku	189
11. Industrijski kompleks duševnega zdravja (IKDZ)	207
12. Nevroraznolikost, spol in nove tipologije človeka	231
13. Življenje v kulturi primerjanja in tekmovalnosti	255
14. Kolonialna psihiatrija	277
15. Rehabilitacija čustev	293
Epilog: Spreminjanje naracije	315
Zahvale	319
Spremna študija h knjigi	321
Viri	369

PREDGOVOR

Srečanja z epidemijo duševnih težav

Stari svet umira, novi se mukoma rojeva –
zdaj je čas, ko uspevajo pošasti.

– Antonio Gramsci

**Srečen si lahko le toliko, kot je srečen tvoj
najbolj nesrečen otrok.**

»Ne vem,« je po krajšem premoru zamomljala štirinajstletna Eleanor v odgovor na moje vprašanje, kaj pričakuje od današnjega obiska.

Ko je obrnila glavo proti meni, se je v uhanu, ki ga je imela v nosu, za trenutek zalesketal odsev popoldanskega sonca. Z rokami, prekrižanimi čez modro puhovko, stisnjenimi ustnicami in dvignjenimi obrvmi, ki so se skrivale pod frufrujem črno pobarvanih las, je delovala strogo. Njena mama je skomignila z rameni in zakrilila z rokami. »Saj sva že govorili o tem. Kako naj ti kdo pomaga, če pa se nočeš odpreti?«

»V čem je sploh smisel?« je odgovorila Eleanor. »Nič ne bo delovalo. Nihče mi ne more pomagati.«

Pri svojem delu pogosto srečujem jezne in/ali frustrirane (ter pogosto tudi frustrirajoče) najstnike. To je bilo moje prvo srečanje z Eleanor in njeno mamo Nicole. Pčienta običajno vedno najprej vprašam, kaj pričakuje od obiska. Če ne zmore ali noče odgovoriti, enako vprašanje zastavim spremljevalcu.

Nicole je pojasnila, da se Eleanor že več kot leto dni samopoškoduje, večinoma se je z različnimi predmeti do krvi praskala po podlahteh.

Včasih ni šla v šolo, ker se je počutila preveč tesnobno. Pogosto se je pritoževala, da se slabo počuti in da ji »nič ne pomaga, da bi se počutila bolje« (Nicoline besede). Potem so prišli trenutki, ko se je zdela »živahna, navdušena, razigrana, zgovorna, čez nekaj dni pa se je ponovno zlomila, veliko spala in bila razdražljiva ter čemerna«. Nicole je imela občutek, da mora ves čas »hoditi po prstih«.

»In kaj želite z današnjim obiskom pridobiti vi, Nicole?« sem jo vprašal.

»Nekaj, kar ji bo pomagalo. Nekaj, zaradi česar se bo Elly počutila bolje.«

»Imate morda kakšno zamisel, kakšne vrste pomoči potrebuje?« sem jo vprašal, ko sem dvignil pogled s svojih zapiskov.

»Moramo ugotoviti, kaj je narobe z njo. Morda ima depresijo ali bipolarno motnjo. Razmišljala sem tudi o avtizmu. Morda potrebuje kakšno zdravilo, ki bi jo pomirilo ali ji pomagalo, da bi ji bilo bolje.«

»Kakšno pomoč pa je do sedaj že prejela?«

»Hodila je v skupino za mlade z anksioznostjo, nato je obiskovala šolsko svetovalno službo, potem pa sem ji plačala še zasebno terapevtko, h kateri še vedno hodi enkrat na teden. Vem, da ji je terapevтка všeč, vendar jo obiskuje že šest mesecev. Pred nekaj tedni pa je Eleanor začela jokati in besneti ter mi govoriti, da nadaljevanje teh obiskov nima smisla in da se bo ubila. Groza me je, ker je že lani vzela prevelik odmere paracetamola, ne da bi komu povedala. Nekaj ur kasneje je rekla, da se slabo počuti, in mi zaupala, kaj je naredila. Odpeljali smo jo na urgenco, vendar si na srečo ni povzročila resnih poškodb. Doma sem vsa zdravila zaklenila v omarico ... ampak kako naj jo ustavim, če se bo odločila, da to ponovi?«

V Nicolinih očeh so se začele nabirati solze. Vstal sem, da bi segel po škatli robčkov na mizi, a je Eleanor opazila mojo namero, sama vzela nekaj robčkov in jih ponudila mami. Ponovno sem sedel in v roke vzel zapiske. Nicole se je hčerki zahvalila in si nežno obrisala oči. Kot starša me je njena stiska globoko ganila – to hrepenenje, da bi za svojega otroka naredila vse, kar lahko.

Eleanor je slekla plašč.

Prosil sem ju, naj mi pomagata narisati zbrisati družinsko drevo. To mi je dalo priložnost, da sem lahko z njima govoril o odnosih v družini in

družinski zgodovini. Eleanor je živila s svojo mamo Nicole, mlajšim bratom Ethanom, maminim partnerjem Justinom in njuno dojenčico Jasmine. Eleanor je oboževala Jasmine, s katero se je pogosto igrala, z Justinom pa je imela precej težaven odnos. Ni ji bilo všeč, da se je vselil k njim in postal del družine, še posebej pa ni marala, če jo je okaral ali od nje kaj zahteval.

Brian, njen biološki oče, je družino zapustil, ko je bila stara osem let. Med pogovorom o njem je Eleanor oživela. Spominjala se je, kako je nekega dne prišla iz šole in odkrila, da očeta ni več, a tega ni želela sprejeti in je samo nepremično zrla v madež na kavču, ki ji je bil videti kot medvedek ali morda Woody iz risanke *Svet igrač*. Še vedno se je živo spominjala tistega trenutka. Nicole je povedala, da je bila Eleanor, ko je bila še majhna, očetova punčka, da pa je imel Brian takrat precej težav sam s seboj. Občasno se je opijal in domov prihajal ves besen. Resda ni bil do njih nikoli fizično nasilen, vendar je pogosto kričal in razbijal stvari.

Po ločitvi je Brian otroka še nekaj časa obiskoval in ju kdaj odpeljal v McDonald's ali v park, vendar so ti obiski sčasoma postajali vse redkejši. Ko so se začele prve karantene zaradi kovida, so z njim izgubili stik. Eleanor sem vprašal, kako se zaradi tega počuti.

»Briga me. Njemu je vseeno zame, meni je vseeno zanj. Če bi spet poskušal navezati stike, bi mu rekla, naj se spelje. Nočem ga več videti.«

Eleanor je karanteno in druge omejitve zaradi kovida še posebej težko prenašala. Začela je izgubljati občutek strukture in smisla vse do točke, da je skoraj povsem prenehala skrbeti zase, večino dneva je preležala v postelji, brezvoljno brskala po družbenih omrežjih in gledala videoposnetke na YouTubeu. Nicole se je po svojih najboljših močeh trudila vzdrževati rutino, da bi Eleanor izpolnjevala vsaj šolske obveznosti, a je imela obenem naporno izmenično delo v kadrovsko podhranjenem domu za starejše občane. Ko se je decembra 2020 tik pred božično karanteno k njim vselil Justin, ji je iskreno odleglo.

Eleanor ni več dohajala šolskih obveznosti, in ko je bilo konec omejitev ter se je lahko vrnila v šolo, so jo preplavljali občutki strahu pred neuspehom in pred tem, da jo bodo obsojali. Ko sem jo vprašal, kako se počuti v šoli, je pripovedovala, da tam nima veliko dobrih prijateljev.

»Vsi so se že povezali v skupine. Zdi se, da so se vsi zlahka vrnili v prejšnje življenje in uživajo, jaz pa preprosto ne morem. Še na terapiji mi ne gre. Ničesar ni, kar bi delovalo, da bi se lahko bolje počutila.«

Nato sem vprašal še Nicole, kaj ji je všeč pri Eleanor in kaj na njej občuduje.

»Elly je enkratna. Želim si, da bi se tega zavedala tudi sama. Je prijazna, izjemno dobro skrbi za Jasmine in vedno misli na druge. Odlično riše in želim si, da ne bi uničila vseh svojih slik. Tako stroga je do sebe. Ko je dobre volje, je tako zabavna, zbija šale ... Grozno jo je opazovati, kako trpi.«

Spet so pritekale solze in Eleanor je mami podala še nekaj robčkov, da si je lahko znova obrisala oči. Nato smo nadaljevali pogovor. Po počasnem začetku z obotavljivo najstnico je bil pogovor sedaj nabit z močnimi čustvi, tudi s strahovi in frustracijami, obenem pa poln topline in ljubezni med materjo in hčerjo.*

Kaj bi moralo slediti?

Glavne naloge psihiatričnega ocenjevanja v prevladujočem modelu prakse so poizvedovanje, opazovanje in analiza 'simptomov' z namenom postavitve ustrezne 'diagnoze'. Na njej sloni načrt obravnave, za katerega se domneva, da temelji na dokazih, in s katerim se določijo intervencije, ki bodo izboljšale zdravje posameznika z zmanjšanjem njegovih simptomov. Načrt obravnave običajno vključuje zdravila in/ali določene terapije.

To ne pomeni, da se ne upošteva tudi drugih vidikov, kot so družinska anamneza, medosebni odnosi, socialni položaj in podobno, vendar ostanejo ti v senci primarne naloge, ki je odkriti 'pravo' diagnozo, da bi se lahko uvedlo 'pravilno' zdravljenje. Na to se nanašam v tej knjigi, ko govorim o 'prevladujoči' praksi duševnega zdravlja.

* Vsi primeri, opisani v knjigi, temeljijo na dejanskih terapevtskih srečanjih, vendar so podrobnosti spremenjene zaradi varovanja osebnih podatkov. (op. avtorja)

Je to res najboljši način za razumevanje, kaj se dogaja?

Je res dobro, če Eleanorina izkustva razumemo kot 'simptome'? Kaj bi nam diagnoza povedala o njej in kako bi vplivala na njeno mnenje o sebi in na mnenje drugih o njej? Kakšna je znanstvena podlaga, ki podpira (ali ne podpira) 'z dokazi podprte' obravnave?

V ozadju specifičnih dilem, kot so Eleanorine, se odpirajo tudi širša vprašanja javnega zdravja, kulture in drugih trendov na ravni prebivalstva, pri katerih ima njena zgodba le majhno vlogo. Zakaj čedalje več ljudi prejme diagnozo duševne motnje? Zakaj so postale diagnoze, kot sta motnja pozornosti s hiperaktivnostjo (ADHD) in avtizem, tako zelo razširjene? Ali večja prepoznavnost teh motenj v naši družbi res vodi do boljših izidov in boljšega duševnega zdravja?

Če se ozremo še širše – obstaja tudi kakšna povezava s percepcijo, da živimo v kriznem času. Ima porast teh pojavov tudi kakšno komercialno funkcijo, ki podjetjem omogoča prodajo več zdravil, terapij ali vsebin za samopomoč? Se morda v ozadju skriva tudi povezava z državnim ali političnim nadzorom?

V knjigi se v ta vprašanja poglobljam brez strahu, kam vse bi nas lahko pripeljala. Eleanor in milijone drugih, ki so v podobnem položaju, lahko ogrozimo, če bomo brez kančka dvoma sprejeli, da so njena izkustva zgolj njeni simptomi (denimo samopoškodovanje, depresivni občutki in misli, razdražljivost, nihanja razpoloženja in anksioznost) in da to pomeni, da ima duševno motnjo (na primer depresijo ali bipolarno motnjo), ki zahteva specifično zdravljenje. S pomočjo drugih primerov, opisanih v tej knjigi, boste začeli odkrivati tudi možne alternativne pristope, ki jih lahko uporabimo tako pri Eleanor kot pri mnogo drugih.

Leta 1988 sem zaključil študij medicine, vse od leta 1997 pa sem pedopsihiater. Delal sem v bolnišničnem in ambulantnem okolju, ukvarjal sem se z nujnimi in kriznimi primeri, motnjami hranjenja in s pedopsihiatrijo. Večino časa sem tudi poučeval, pisal in predaval. Moji članki so bili objavljeni v številnih vodilnih strokovnih revijah in mnoge

znanstvene knjige vsebujejo moja poglavja. Sem avtor šestih knjig, skupaj z akademiki z različnih področij in uporabniki služb za duševno zdravje sem sodeloval pri mnogih raziskavah, urejanju in soavtorstvu knjig, razvoju projektov, pripravi dokumentov in vzpostavljanju novih služb za duševno zdravje. V tej knjigi želim svoje dolgoletne klinične in akademske izkušnje približati širši javnosti in z njo deliti svoje znanje.

Kar o duševnem zdravju govorijo javnosti, je namreč zavajajoče in lahko celo škoduje našemu kolektivnemu občutku blagostanja oziroma dobrega počutja.

Danes je morda eden največjih in najmočnejših vzrokov za duševne težave sama ideologija duševnega zdravja.

Razložil bom, zakaj tako menim in kaj lahko v povezavi s tem storimo na individualni in kolektivni ravni.

1. Spreminjajoči se čas

Čas spremeni vse, razen nečesa znotraj nas,
ki ga spremembe vedno znova presenetijo.

– Thomas Hardy

Spreminjajoči se obraz avtizma

Bil je vroč sončen popoldan v vzhodnem Londonu junija 1998. Zatemnjena okna moje ordinacije niso mogla preprečiti pregrevanja prostorov na tej strani zgradbe, zato sem bil prisiljen odpreti okno in v prostor spustiti prašen vetrič, prežet z brenčanjem mesta. Hrup prometa, ki so ga redno prekinjale sirene reševalcev ali policijskih vozil, je bil zvočna podlaga mojega delovnika, ki se je je moj um že zdavnaj naučil ignorirati. Tako kot v mnogih drugih klinikah britanskega nacionalnega zdravstvenega sistema (NHS)* so bile tudi tukaj stene pobarvane s standardno barvo magnolije, na modrikasto sivem tapisonu pa je stalo v polkrog razporejenih pet stolov, oblazinjenih v blago lila barve. Takrat sem kot pedopsihiater delal že skoraj leto dni.

Tisti dan sem prvič srečal petnajstletnega Ibrahima in njegove starše. Ibrahim je sedel nasproti mene, ob njem pa vsak na svoji strani še njegova oče in mama. Oblečen je bil v zeleno-belo črtasto majico in sive kratke hlače. Njegova starša, priseljenca iz Bangladeša, sta nosila elegantna oblačila, ki so se zdela neudobno pretopla. Bila sta vljudna, pozorna in polna vprašanj. Ibrahima so k meni napotili iz šole za otroke s posebnimi

* Angleški izvirnik: National Health Service (NHS).

potrebami in učnimi težavami, saj se je njegovo vedenje v zadnjem času občutno poslabšalo. Nekoč miren in blag deček je včasih v jezi, drugič v solzah začel kričati in metati stvari. Ni bilo jasno, zakaj to počne in kako bi mu lahko pomagali.

Ko je bil Ibrahim star šest let, je prejel diagnozo avtizma. Imel je tudi izrazite učne težave. Nikoli ni razvil jezikovne sposobnosti komuniciranja, poznal je le nekaj osnovnih besed, zato je bilo težko razbrati, kaj je vzrok njegove nenadne spremembe vedenja. Bil je močno grajen fant s širokim, nekoliko okroglim obrazom, ki se je pogosto razlezel v nasmešek, za katerega včasih nisi vedel, ali ni morda samo grimasa. Že na začetku srečanja sem ugotovil, da sporazumevanje z neposredno komunikacijo ne bo mogoče. Ko sem mu zastavil nekaj vprašanj, mi je vedno odgovoril s prikimavanjem glave, nasmeškom (ali pa je bila to grimasa?) in vljudnim: »Jaaa ...« Vsake toliko je vstal, se sprehodil po sobi in godrnjal, medtem ko so mu starši (verjetno v bengalščini) nekaj govorili in ga najverjetneje prosili, naj se vrne in sede na stol, kar je na koncu tudi storil in še naprej ponavljal: »Jaaa ...« Pri tem je še izraziteje prikimaval z glavo in se smehljal/delal grimase. Mislil sem si, da mu je to srečanje verjetno precej dolgočasno.

S starši sem razpravljajl o naravi njegovih težav, nedavnih spremembah ter o Ibrahimovi zdravstveni, socialni in izobraževalni preteklosti. Pojasnila sta mi, da so se morali zaradi ponavljajočih se težav s sosedi pred kratkim preseliti.

Živel so v enem izmed socialno bolj prikrajšanih območij Londona, za katera so značilne številne težave, kot so prenatrpani bivalni objekti, negotovost zaposlitve in slaba lokalna infrastruktura. Obenem pa je to tudi del mesta z živahno raznolikostjo, barvit in poln vonjav ter zvokov različnih kuhinj, jezikov in religij. Tam sem se tudi sam naučil ceniti njihovo večjo čustveno odprtost. Včasih mi je težje delati z vljudnimi premožnimi družinami, ki jih je strah pokazati svoja občutja in katerih čustva so skrita za pričakovano željo, da ne bi nikogar vznemirili, kar lahko otežuje razkrivanje skritih podtonov in razpravo o težavnih vprašanjih.

Na Ibrahimov primer so me opozorili učitelji iz njegove šole. Z njimi imam dogovor, da se približno enkrat mesečno udeležim sestanka njihovega osebja. Tam se lahko pogovorim o učencih, zastavljam vprašanja in skupaj z njimi razmišljam o širših vprašanjih politike in okolja. Pogovarjali smo se tudi o tem, kako pomagati mladim z učnimi težavami, in o številnih čustvenih težavah, ki spadajo zraven.

Lokalna izobraževalna institucija je malo pred tem vzpostavila podporno službo za otroke z diagnozo avtizma. Spomnim se, da je ravnateljica na enem izmed sestankov dejala, da ji je žal tistih, ki nimajo diagnoze avtizma, saj ne bodo prejeli dodatnih virov pomoči, ki so namenjeni otrokom s to diagnozo – četudi po njenem mnenju te storitve niso prinesle ničesar takega, kar ne bi koristilo tudi učencem, ki te diagnoze nimajo.

Z Ibrahimom in njegovo družino sem se srečal še nekajkrat, in ko je bil po nekaj mesecih odpuščen iz naše oskrbe, je bil v precej boljšem stanju. Kaj je pomagalo in pripomoglo pri izboljšanju? Torej, naj vam povem nekaj o duševnem zdravju. Na to vprašanje ni mogoče nikoli odgovoriti z gotovostjo. Morda je pomagalo samo to, da je preteklo nekaj časa; morda dejstvo, da so se starši počutili slišane; morda sta pripomogli selitev in boljše prilagajanje na novo okolje; morda večje razumevanje staršev glede učinkov pubertete (o tem sem se z njima precej pogovarjal); morda dejstvo, da je šola vedela, da je Ibrahim v obravnavi, in se niso več čutili tako obremenjene z iskanjem rešitve. Morda pa je bilo odločilno to, da so odkrili, kako zelo rad ima kolesarjenje – in da je v tem res dober. S sestro je začel redno hoditi na kolesarske izlete in sčasoma so mu dovolj zaupali, da se je lahko sam peljal s kolesom v bližnji park, nazadnje pa je celo sam kolesaril v šolo in domov.

Zakaj se Ibrahima po petindvajsetih letih še vedno spominjam?

S pedopsihiatrijo sem se prvič srečal, ko sem februarja 1992 kot specializant delal na oddelku za otroško in mladostniško psihiatrijo. Po specialističnemu izpitu konec istega leta in pridobitvi članstva v Kraljevem združenju psihiatrov* sem nadaljeval izobraževanje (brez z) v več različnih

* Angleški izvirnik: Royal College of Psychiatrists opozarjam tukaj za VSE opombe - VSE morajo imeti na koncu piko

bolnišničnih in ambulantnih oddelkih v osrednjem Londonu. Po končanem izobraževanju sem oktobra 1997 dobil svojo prvo delovno mesto kot pedopsihiater v vzhodnem Londonu. Dokler nisem spoznal Ibrahima, sem srečal samo dva otroka z diagnozo avtizma.

Oba sta imela tako kot Ibrahim izrazite učne težave in z njima ni bilo mogoče imeti smiselnega pogovora. Eden izmed njiju je krilil z rokami in ponavljal vse, kar sem mu rekel – pojav, poznan kot eholalija. Drugi je med mojim obiskom na njegovem domu jezno korakal sem in tja ter spuščal nenavadne glasove, medtem ko se je njegova mati poskušala osredotočiti na pogovor z menoj.

Leta 2000 sem šel na novo delovno mesto pedopsihiatra v stolničnem mestu Lincoln na vzhodu Anglije. Kmalu po prihodu sem se srečal s kliničnim psihologom, ki se je želel z menoj pogovoriti o nekem primeru.* Povedal mi je, da je bil ravno na izobraževanju, kjer se je naučil prepoznavati znake avtizma, za katere je menil, da jih je prej spregledal. Z navdušenjem mi je opisal primer štirinajstletnika, s katerim se je bilo težko pogovarjati o čemerkoli smiselnem, vse dokler ni beseda nanesla na nogomet in nogometni klub Liverpool. Fant je o tej ekipi lahko razpravljal v nedogled – tako kot njegov oče, ki je bil prav tako njen strasten navijač. Oče je psihologu razložil, da sin spremlja vse tekme, da so stene njegove sobe polepljene s plakati moštva in da je želel imeti enako pričesko kot njegov najljubši igralec.

Na moje presenečenje je psiholog prišel do zaključka, da gre za simptom 'omejene domišljije' in posledično za ponavljajoče se vedenje, značilno za avtiste, zato je sumil, da ima fant – in morda tudi njegov oče – avtizem. Kaj pa odnos med očetom in sinom, ki ju je povezoval skupen interes? No, do tega skupnega interesa naj bi prišlo zaradi tega, ker naj bi imela

* Psihiater je zdravnik, ki je zaključil študij medicine in nato opravil specializacijo iz psihiatrije. Lahko predpisuje zdravila in bi moral imeti dobro znanje s področja telesnega zdravja. Klinični psiholog je končal študij psihologije in nato opravil usposabljanje za klinično uporabo psihologije. Psihoterapevt je oseba, ki se je izobraževala za enega ali več terapevtskih pristopov. Psihatri in psihologi so lahko tudi psihoterapevti, medtem ko psihoterapevti niso nujno psihologi ali psihiatri. Na področju duševnega zdravja lahko delujejo tudi drugi strokovnjaki, kot so medicinske sestre, socialni delavci, delovni terapevti, podporno osebe in strokovnjaki, ki so dodatno usposobljeni za področje psihiatrije. (op. avtorja)

enako motnjo. Zakaj je bil ta fant napoten k strokovnjaku? Predvsem zaradi vedenjskih težav.

Takšen način razmišljanja o avtizmu se je začel kmalu širiti tudi drugam – in to v velikem slogu.

Ideja, da se avtizem odraža na spektru – vse od ljudi, ki imajo izrazite učne težave, pa do genijev na vseh področjih kulture in znanosti – je danes tako globoko zakoreninjena v klinični praksi, da obstaja vse večje tveganje, da bodo o številnih mladih, ki stopijo skozi vrata služb za duševno zdravje, razmišljali kot o avtistih, če navkljub priporočenemu zdravljenju pri njih ne bo prišlo do izboljšanja. Avtizem se v takšnem primeru pogosto navaja kot razlog, pa naj bo njihova prvotna težava anksioznost, nizko samovrednotenje, vedenjske težave, motnje hranjenja ali celo psihoza.

Avtizem danes ni več to, kar je bil še pred dvema desetletjema, in Ibrahim ni več tipičen primer avtizma.

Spreminjajoči se obraz ADHD

November 1995 in tipično angleško sivo deževno jutro. Za menoj sta bili že dve leti dodatnega usposabljanja za supervizorja. Bil sem na rednem tedenskem srečanju s svojim supervizorjem, prijaznim bradatim moškim z mehkim, a prepoznavnim perzijskim naglasom, s katerim sva razpravljala o motnji pozornosti in hiperaktivnosti – ADHD.* Zanimanje za to najnovejšo novost, izvoženo iz Amerike, je hitro naraščala. V britanskem tisku so se pojavljali članki o ADHD, v katerih je bilo govora o tem, kako v svoji praksi v zvezi s tem zelo zaostajamo. V teh člankih smo lahko brali o družinah, ki so doživljale razne težave, vključno s tem, da so jih pristojne službe osumile zlorab, o učnih težavah otrok in razpadih družinah ter o tem, kako se je življenje takšnega otroka in družine, potem ko so mu postavili diagnozo ADHD in mu predpisali stimulanse, povsem spremenilo (tako je vsaj pisalo v časopisih).

* Angleški izvirnik: Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)

V britanski pedopsihiatriji tistega časa se za vedenjske težave ni postavljajo diagnoz, če pa že, je bila to najpogostejše 'vedenjska motnja'. Veljalo je prepričanje, da pri tej motnji obstajajo socialni vzroki, zato so kot običajen ukrep priporočali različne vrste družinskih terapij ali skupin za starše. Diagnoza ADHD pa je nakazovala nekaj povsem drugega; da je nekaj narobe z otrokom, še posebej z njegovimi možgani. Nekateri britanski akademiki s področja pedopsihiatrije so začenjali razpravljati in pisati o ADHD ter so predlagali spremembo obstoječe prakse.

Mojega supervizorja je to novo področje zelo zanimalo. Naslonil se je nazaj na stol, se nostalgичno zazrl v vse temnejše nebo in naznanil, da je čas, da se lotimo temeljitega raziskovanja tega pojava. Vprašal me je, če bi mu pomagal pri raziskavah. Želel je poglobiti razumevanje o razširjenosti ADHD med lokalnim prebivalstvom, med katerim je bilo veliko število družin z afriško-karibskim poreklom. V tamkajšnjih šolah je bilo nesorazmerno veliko temnopoltih otrok z vedenjskimi težavami, ki so jih zaradi tega kdaj celo izključili iz šole. Morda pa je šlo za skupino otrok, ki jim niso diagnosticirali ADHD. Morda so bili prisotni tudi kulturni dejavniki, ki jih takratna literatura o ADHD še ni obravnavala. Bil sem vesel, da lahko tudi sam sodelujem pri tem. Predlagal sem, da za začetek pregledam vso objavljeno literaturo na to temo.

Zbral sem veliko raziskovalnih člankov, recenzij, teoretskih razprav in zgodovinskih traktatov. Dlje ko sem bral, bolj sem bil zmeden. Med pregledovanjem člankov sem dobil neprijeten občutek, da nisem zmožen razumeti, kaj sploh je ta novi koncept ADHD. Morda bi se počutil drugače, če bi se z njim srečal že pred začetkom usposabljanja iz pedopsihiatrije, saj bi bil v tem primeru zame samoumeven. Toda sedaj sem se znašel v položaju, ki mi ni dal miru. Kaj pravzaprav pomeni ADHD? Od kod izvira ta koncept? Zakaj se na nekatera vedenja, ki so po mojem mnenju do neke mere del vsakdanjega vedenja otrok, sedaj gleda kot na simptom določene zdravstvene težave? In to ne katerekoli težave, temveč takšne, ki naj bi imela nevrološki vzrok.

Kljub vsem svojim prizadevanjem, da bi našel kakršnokoli empirično podlago, na katero bi lahko oprl ta izmuzljivi pojem, mi to preprosto ni

uspelo. ADHD zagotovo ne more biti samo vedenje, ki ga zaznamujejo težave s pozornostjo in hiperaktivnost, mar ne? Krožna logika tega domnevnega medicinskega stanja, ki nekako povzroča samo sebe, se mi je zdela očitna. Vedenje ne more biti vzrok samemu sebi. Biti hiperaktiven ne more biti vzrok za hiperaktivno motnjo.

Medtem ko sem opazoval vzpon ADHD v klinični praksi in širši družbi, sem se septembra 2000 udeležil letne konference Fakultete za otroško in mladostniško psihiatrijo.* V uvodnem govoru je takratni dekan naše fakultete spregovoril o nedavno objavljeni ameriški študiji *Multi-modalno zdravljenje otrok z ADHD (MTA)*.¹ Ta ameriška raziskava je bila tik pred tem, da postane ena najbolj znanih, če ne kar najbolj znana študija o obravnavi ADHD. Cenjeni profesor je poudaril, da bo ta študija vodila k temu, da bomo otrokom z diagnozo ADHD predpisovati psihostimulanse in da bodo – ob upoštevanju omejenih virov – pri večini zadostovala že samo ta zdravila (npr. metilfenidat, bolj znan pod blagovno znamko ritalin).

Študijo MTA so na več lokacijah izvajali štirinajst mesecev, vanjo pa je bilo vključenih 527 pacientov, starih od sedem do deset let. Naključno so jih razvrstili v štiri skupine: skupino, ki je prejemale zgolj zdravila (metilfenidat), skupino, ki je prejemale zgolj vedenjsko terapijo, skupino, kjer so kombinirali zdravila in vedenjsko terapijo, in skupino, ki je bila deležna zgolj običajne pomoči v okviru skupnostne skrbi.

Avtorji so zaključili, da je bilo po štirinajstih mesecih zdravljenja največje zmanjšanje simptomov ADHD v skupini, kjer so otroci prejemale zdravila, in skupini, ki je prejemale kombinacijo zdravil in vedenjske terapije. Tudi v skupini otrok, kjer so bili deležni vedenjske terapije, so bili izidi boljši kot v skupini, kjer so prejeli pomoč v okviru običajne skupnostne skrbi. Vendar je podrobnejše branje študije razkrilo, da so nekatere ugotovitve sporne. Na primer: dvema tretjinama otrok, ki so bili deležni običajne pomoči v okviru skupnostne skrbi, so bili predpisani tudi psihostimulansi, pa so ti vseeno imeli najslabše rezultate. Vedenjska

* Angleški izvirnik: Faculty of Child and Adolescent Psychiatry at the Royal College

terapija je bila oblikovana kot intenziven šesttedenski program, ki so ga lahko družine zaključile kadarkoli v obdobju štirinajstih mesecev – kar pomeni, da je lahko družina ob koncu študije ta program zaključila že devet mesecev prej. Medtem pa je imela skupina, ki je prejemala zdravila, redne preglede vseh štirinajst mesecev poteka študije. To je povečalo možnost učinka placeba v skupini, kjer so otroci prejemali zdravila, in v skupini, kjer so prejemali zdravila in vedenjsko terapijo, saj bi lahko bili vzrok za boljše rezultate tudi redni pregledi ves čas izvajanja študije.

Ta štirinajst mesecev trajajoča študija MTA je postala najpogostejše citirana študija o zdravljenju ADHD, ki se redno navaja v smernicah za zdravljenje v številnih državah, toda zgodba se tukaj ne konča.

Leta 2002 sem se udeležil velike konference psihoterapevtov v Phoenixu, Arizoni. V dvorani, kjer je bilo več tisoč ljudi, sem po naključju sedel poleg nekega psihologa iz Kalifornije. Med premori sva poklepetala in odkrila, da naju oba zanima ADHD, in takrat sem izvedel, da je tudi on sodeloval pri evalvaciji študije MTA v enem izmed raziskovalnih centrov. Ko mi je med kosilom pripovedoval, kaj se je v tistem času dogajalo s to raziskavo, sem mu posvetil vso svojo pozornost. Povedal mi je, da je njihova skupina pravkar zaključila analizo podatkov triletnega nadaljnjega spremljanja. Spomnim se, da je rekel: »Ko bodo ti izsledki objavljeni, ne bo nihče več hotel, da bi njegov otrok jemal zdravila.«

Njegova prepričanost in odločenost sta me presenetili. Razložil mi je, da se je mnogim otrokom v njegovem centru, ki so nadaljevali z zdravlili, stanje poslabšalo in da so imeli številne stranske učinke zdravil, medtem ko so tisti, ki zdravil niso jemali, dosegali boljše izide. Povedal je, da so do podobnih ugotovitev prišli tudi v drugih centrih in da bodo ti izsledki kmalu objavljeni.

Minevala so leta, vendar o tej triletni raziskavi ni bilo ne duha ne sluha. Pomislil sem celo, da sem si najin pogovor morda samo domišljjal ali pa, da so študijo opustili.

Ugotovitve tega triletnega nadaljnjega spremljanja otrok iz študije MTA so bile končno objavljene šele pet let kasneje, leta 2007.² Za razliko od študije iz leta 1999 pa ta, ki je bila objavljena osem let po prvotni

(kar je omogočilo dovolj časa, da je predpisovanje psihostimulansov, ki jih je zagovarjala, postalo norma), ni pritegnila pozornosti medijev in strokovnjakov. Ob koncu prvotne študije so lahko udeleženci sami izbrali, kako bodo nadaljevali zdravljenje. V bistvu je to postala naturalistična študija, podobna tistim, kjer raziskujejo vsakodnevno klinično prakso na terenu. Rezultati tri leta kasneje niso več potrjevali prednosti zdravljenja z zdravili, in to ne glede na to, kako resni so bili na začetku simptomi ADHD. Poleg tega sta obstajali pri tistih, ki so neprekinjeno prejeli zdravila, večja možnost poslabšanja simptomov in večja stopnja prestopništva, obenem pa so bili znatno nižji (v povprečju za 4 cm) in lažji (v povprečju za 3 kg) kot tisti, ki zdravil niso jemali.

Tako se je po treh letih 'čudežna zgodba' o stimulativnih zdravilih ADHD začela razblinjati. Pri otrocih, ki so še naprej jemali zdravila ni bilo boljših izidov, hkrati pa so doživljali več negativnih učinkov zdravil kot tisti, ki jih niso jemali. To je potrjevalo mojo začetno domnevo, da je imel pri prvotni štirinajstmesečni raziskavi placebo učinek pomembno vlogo. Psiholog, ki sem ga srečal pet let prej, je imel prav. Kdo pri zdravi pameti bi po takšnih ugotovitvah želel še naprej dajati psihostimulanse otrokom z ADHD?

Istega leta je Nacionalni inštitut za klinično odličnost (NICE – zdaj preimenovan v Nacionalni inštitut za zdravje in odličnost oskrbe)* začel pripravljati prve britanske smernice za diagnosticiranje in zdravljenje ADHD, ki imajo danes pomemben vpliv na smernice številnih drugih držav. Povabili so me, da skupini za razvoj smernic predstavim svoje poglede na 'konferenci strokovnjakov', ki so jo organizirali z namenom razprave o veljavnosti diagnoze ADHD. Pripravil sem predstavitev, utemeljeno na svojih raziskavah, ki so pokazale, da ADHD ne izpolnjuje meril za veljavno medicinsko diagnozo, kaj šele za nevrološko-razvojno motnjo.

Ko sem po petinštiridesetih minutah končal svojo predstavitev, se mi je pet članov razvojne skupine za smernice prijazno zahvalilo, nato pa so

* Angleška izvirnika: Institute of Clinical Excellence (NICE) in National Institute of Health and Care Excellence

neskončno dolgo zmedeno strmeli predse. Pobral sem svoje zapiske, popil požirek vode in se namenil nazaj na svoj sedež, ko me je eden od njih končno vprašal: »Dr. Timimi, ali vas lahko vprašam, ali vi predpisujete psihostimulanse?« Bil sem iskren: »Da, predpisoval sem jih, sedaj pa skorajda ne več.« Ničesar več me niso vprašali niti o moji predstavitvi, ki sem jo pravkar končal, niti o čemerkoli drugem, kar bi se dotikalo vsebine konference, katere namen je bil nasloviti veljavnost diagnoze ADHD. S tega srečanja sem odšel z migreno in sprašujoč se, kaj se je pravkar zgodilo.

Ko so leta 2008 izšle smernice NICE za ADHD,³ v njih ni bilo niti besede o kritičnih argumentih, ki sem jih predstavil, temveč so vsebovale samo to, da je ADHD veljavna diagnoza, in priporočilo, naj tistim z 'izjemno močnim ADHD' predpišejo psihostimulativna zdravila, kot je metilfenidat (ki ima podobno kemično sestavo kot amfetamin). Kakšna je bila njihova utemeljitev? V dokumentu je pisalo: »*Tudi najbolj goreči zagovorniki nefarmakoloških pristopov pri ADHD priznavajo pomen farmakološkega zdravljenja pri najtežjih primerih.*« S tem so se neposredno sklicevali na moj odgovor na edino vprašanje, ki so mi ga zastavili na konferenci. Drug argument, ki so ga podali, pa je bila ponovna analiza nekaterih podatkov iz štirinajstmesečne študije MTA. Ta je pokazala, da je pri podskupini otrok s težjimi simptomi prišlo do večjega zmanjšanja simptomov z zdravili kot pa z vedenjsko terapijo, vendar pa kasnejša triletna spremljevalna študija MTA ni pokazala nobenih koristnih dolgoročnih učinkov zdravljenja z zdravili v primerjavi z vedenjsko terapijo, niti pri tistih ne, ki so imeli na začetku najtežje simptome. Pravzaprav je bila pri njih celo večja možnost poslabšanja. Skupina, ki je pripravljala smernice, je vedela za to triletno spremljevalno študijo, a se je odločila, da je ne bo upoštevala.⁴

Zdaj se sprašujem, ali sem morda nehote tudi sam prispeval k širjenju medikalizacije vedenja. Verjetno je bilo skupini, ki je pripravljala smernice in je bila sestavljena iz zagovornikov koncepta ADHD (mnogim izmed njih je delo na tem področju pomagalo pri njihovi karieri), težko zaključiti, da ta diagnoza ne dosega standardov za veljavno medicinsko diagnozo in da je zdravljenje, ki je bilo takrat že zelo priljubljeno, morda problematično. ADHD je postal stalnica. Prav tako njegovo zdravljenje z zdravili.

Po koncu omejitev zaradi kovida je prišlo do izjemnega porasta diagnoz ADHD. Slavne osebe so eno za drugo diagnosticirali s to motnjo, ki naj bi imela svoj izvor v kemičnem neravnovesju v možganih. Razumem, zakaj si ljudje morda celo želijo takšne diagnoze. Navsezadnje smo ravno mi, zdravstveni delavci, tisti, ki smo jo dolga leta promovirali.

Tako kot avtizem se je tudi ADHD iz obrobne pojave v klinični praksi in kulturi spremenil v nekaj, kar ima lahko skoraj vsakdo. Vendar pa nujnega veznega člena – tj. kašne empirične ugotovitve, ki bi podpirala dejanskost teh stanj – praktično ni, kar bom pojasnil v naslednjih poglavjih. Pogovor z mojim supervizorjem v njegovi pisarni pred toliko lunami se zdi kot neki čisto drug čas.

Čas se spreminja

Februarja 1992 sem sedel v ordinaciji z enosmernim ogledalom.* Ob meni je sedela izkušena družinska terapevtka, ki je nagnjena naprej živahno gestikulirala in se empatično in vživeto pogovarjala z družino, ki smo jo takrat obravnavali. Nasproti naju, v drugem delu sobe, so sedele štiri osebe: trinajstletna Sofia, njena starejša sestra Julieta ter njuna mama in oče. Starša sta govorila z močnim španskim naglasom. Materin obraz je izražal tesnobo, njena roka je počivala na Sofijinem kolenu. Sofia je gledala stran, morda zaradi zadrege ali odpora. (Do sebe ali do matere?) Julieta je gledala Sofio z ostrim pogledom, ki je odražal njeno razdraženost, in je med pogovorom Sofije in mame občasno zavijala z očmi. Oče je sedel nekoliko ločeno, stran od ostalih članov družine. Na vprašanja je odgovarjal samo takrat, kadar smo jih izrecno naslovili nanj. Zdelo se je, kot da se ga s čustvi nabito vzdušje v sobi ne dotika. Družina je prišla k nam, ker je Sofia malo pred tem vzela prevelik odmerek paracetamola.

* Enosmerno ogledalo, ki ga včasih imenujejo tudi dvosmerno ogledalo, je posebna vrsta ogledala, ki na eni strani deluje kot ogledalo, na drugi strani pa je prosojno. Ko je prostor na eni strani ogledala močnejše osvetljen kot prostor na drugi strani, lahko opazovalci v temnejšem prostoru vidijo skozi ogledalo v svetlejši prostor, medtem ko ljudje v svetlejšem prostoru vidijo le svoj odsev. (op. avtorja)

Tudi mene so preplavljali različni občutki. Šele pred kratkim sem začel delati na oddelku za otroško in mladostniško psihiatrijo. To je bilo prvič, da sem se nahajal na drugi strani enosmernega ogledala. Do takrat sem med usposabljanjem obravnaval ambulantne in bolnišnične paciente, imel sem nekaj individualnih psihoterapevtskih intervencij ter izvajal ocene zdravljenja z zdravili. Navajen sem bil dela s posamezniki. Pogovor z vsemi družinskimi člani, med katerimi je bilo občutiti tako intenzivna čustva, je bil zame nekaj povsem novega. Kako naj mislim na vse hkrati? Komu naj zastavljam vprašanja? Kako naj sploh izvedem ocenjevanje?

Bil sem nadvse navdušen (in olajšan) nad spretnostjo družinske terapevtke. Vprašanja je zastavljala na posreden način, s katerim se do takrat še nisem srečal. Namesto da bi najprej vprašala Sofio, kako se počuti, je na primer prej vprašala mamo, kako misli, da se Sofia počuti. Nekako ji je uspelo vključiti vse štiri družinske člane in postopoma so se vsi začeli vključevati v pogovor.

Po približno eni uri sva si vzela premor in šla v prostor za enosmernim ogledalom, kjer sta naš supervizor in izkušen edukant opazovala srečanje. Pogovarjali smo se o tem, kar se je do takrat dogodilo. Razpravljali smo o preteklosti družine, dinamiki njihovih odnosov, močnih platih njihovega družinskega sistema in o tem, kakšno intervencijo bi lahko priporočili.

Izvedel sem, da v pedopsihiatriji tako imenovani 'identificirani pacient' (v tem primeru Sofia) ni nujno edini ali glavni fokus terapevtskih prizadevanj. Sofia je živela znotraj mreže odnosov, predvsem svoje najožje družine, in delo s to mrežo je lahko učinkovitejše od poskusov prilagajanja/obravnav nečesa, kar naj bi bilo v njenem umu/možganih.

Pedopsihiatrični oddelek je bil nameščen v zgornjih dveh nadstropjih otroške bolnišnice v središču Londona (stavbo so – kot številna druga dragocena zemljišča – pozneje prodali in danes so tam luksuzna stanovanja). Moj supervizor je bil visok, nekoliko skrivnosten in elegantno oblečen moški srednjih let, duhovit, poln energije in z več kot samo kančkom nagajivosti v svojem vedenju. Zanimala ga je povezanost kulture z duševnim zdravjem. Zaradi njegovega ostrega uma, impresivne sposobnosti analize dinamike odnosov ter odkrivanja novih razlag in intervencij so

bila najina srečanja izredno zanimiva. Na oddelku so bili poleg psihiatrov zaposleni tudi družinski terapevti, psihologi, socialni delavci in otroški psihoterapevti, ki so uporabljali različne terapevtske pristope in metode. Poleg ambulanste smo imeli dve bolniški postelji, svetovali pa smo tudi pediatričnemu osebju na drugih oddelkih bolnišnice.

Spominjam se, da so me navdušile številne zanimive in ustvarjalne intervencije, ki so jih tam ponujali – od poskusov izboljšanja komunikacije v družini do pomoči pri grajenju podpornih mrež za mladostnike; od individualiziranih intervencij pri reševanju konfliktov do spodbujanja upanja in ustvarjanja varnosti. Nekatere intervencije so bile uspešne in so se izkazale za koristne, druge malo manj, nekatere izmed njih pa bi danes ocenil kot problematične. Vendar se ne spomnim, da bi posvečali posebno pozornost vprašanju, kakšno diagnozo bi moral imeti pacient. Kategorizacija je večinoma temeljila na opisu glavne težave, zaradi katere je bil nekdo napoten k nam. Obstajale so: 'vedenjske težave', 'motnje hranjenja', 'samopoškodovanje', 'samomorilno počutje', 'predoziranje' in občasno 'psihoza'. Nikogar nismo kategorizirali z ADHD, avtizmom ali otroško depresijo. Tako so me učili pedopsihiatrije.

Med devetmesečnim delom na tem oddelku mi je postalo jasno, da je to zame prava specializacija. Na psihiatričnem oddelku za odrasle sem ugotovil, da si tam večino časa poveličevan farmacevt. Tamkajšnja psihiatrična praksa je bila zgolj tekoči trak dajanja, spreminjanja in dodajanja zdravil, dokler niso bili pacienti na robu dovoljene meje števila zdravil, ki jih lahko predpiše psihiater. Tamkajšnji pacienti postanejo številke v sistemu, v začaranem krogu relapsov; potrebujejo leta in leta psihiatrične pomoči in mnogi nikoli več ne zaživijo normalnega življenja.

Zdi se mi, da pedopsihiatrija preostali psihiatriji, pa tudi splošni medicini in zdravstvenemu varstvu na splošno, ponuja dvoje daril. Prvo je razvoj. Razvoj v najširšem pomenu nam pomaga razumeti, da je življenje v stalnem gibanju, da je sprememba edini predvidljiv vidik bivanja. Če delaš z mladimi, se ves čas zavedaš, da se bodo spreminjala njihova telesa, pa tudi njihovi interesi, odnosi, čustvena globina, pogled na to, kaj je pomembno, ambicije, spolni ritem, družbena in politična prepričanja,

glasbeni okus, spolnost in tako naprej. Edino, kar sem lahko pri mladem človeku z gotovostjo napovedal, je bilo, da se bo spremenil. Nihče pa ne ve, kako. V tem je nekaj čudovitega.

Drugo darilo je razumevanje, da življenje obstaja v kontekstih. Večine pomembnih odločitev, ki vplivajo na otrokovo življenje, ne sprejema on sam, temveč številne osebe, ki so njegovi skrbniki. Naši življenjski konteksti nam hkrati ponujajo tako možnosti kot omejitve. Obstajajo materialni, družbeni, zgodovinski, kulturni, relacijski konteksti, pa tudi naše razumevanje, kaj se nam v življenju dogaja. Vsak kontekst prispeva k naravi okvirov za ustvarjanje pomena, skozi katere oblikujemo svoje izkušnje in interpretiramo pomen vsega, kar se nam dogaja.

Sam se imam za tradicionalnega pedopsihiatra. Spoštovanje teh dveh temeljnih stebrov – razvoja in konteksta – mi je omogočilo, da na težave v duševnem zdravju gledam skozi prizmo običajnega in neobičajnega, ne pa kot na nekaj, kar je ali normalno ali nenormalno. To pomeni, da na dileme, s katerimi se ljudje soočajo v določenih obdobjih svojega življenja, gledam z razvojnega in sistemskega vidika. Vse, kar lahko storimo, je, da oblikujemo različne hipoteze (ki jim pogosto pravimo formulacije) o položaju posameznika ali družine, narava teh hipotez pa bo določala način naše obravnave, a resnice o njihovih izkušnjah ne moremo poznati.

Ko sem pred tremi desetletji prvič stopil v svet pedopsihiatrije, si nisem predstavljal, kako daleč in globoko bodo segle lovke ideologije diagnosticiranja duševnega zdravja. Da bo diagnostična ideologija – ki je v odrasli psihiatriji tako demoralizirajoča – začela utesnjevati poklic, ki sem ga izbral, ter bo s seboj prinesla kulturo patologizacije, označevanja in medikalizacije. Nikoli še ni obstajala generacija mladih, ki bi jo tako zgodaj kolonizirali z ideologijo duševnega zdravja.

Prav tako si nisem predstavljal, da bo otroška psihiatrija te koncepte tudi sama začela izvažati v svet odrasle psihiatrije, kar bo povzročilo razmah konceptov, ki so bili prvotno razviti za mlade, recimo ADHD in avtizem. Že zdavnaj bi morali preseči mitologijo frenologov viktorijanske dobe in šarlatanstvo astroloških interpretacij. Ljudje res verjamejo, da

razvoj psihiatrične diagnostike in obravnave temelji na znanosti. Upam, da mi bo s to knjigo uspelo, da boste vsaj nekateri to prepričanje ovrgli.

V današnji praksi na področju duševnega zdravja otrok in mladostnikov je 'potek obravnave' izpodrinil radovednost in odprtost do razvojnega in kontekstualnega ozadja. Kot sem omenil v predgovoru, ta model omogoča diagnozo, ki določa, kakšno naj bi bilo pravilno zdravljenje. Tak individualiziran model je omogočil razvoj določenih oblik terapij, zlasti kognitivno-vedenjske terapije (KVT)* na eni strani in uporabe zdravil na drugi. Ideja, da bi mlade osebe, kot je Sofia, obravnavali tudi v kontekstu njihove družine in skupnosti, je zdaj odrinjena na stranski tir in takšnega mladostnika bodo sedaj napotili na 'kliniko za družinsko terapijo'. To je model, pri katerem velja, da je težava v pacientu, če se mu po prejetju ustrezne obravnave glede na njegovo diagnozo stanje ne izboljša. Če pride do tega, obstaja precejšnje tveganje, da bo prejemal vedno nove diagnoze, da bo označen kot 'neodziven za zdravljenje' in da bodo že predpisanim zdravilom dodali še nova.

Zdaj se ljudje naravnost oklepajo svojih diagnoz. Vtkane so v njihovo identiteto kot recimo, če se opredeliš za pankerja, Avstralca ali navijača nogometnega kluba Southampton. Uradna medicina že dolgo prodaja zgodbo, da ima vsaka težava svoj vzrok (diagnozo) in tehnično rešitev – bodisi farmakološko bodisi psihoterapevtsko. Prihaja do nenavadnega izkrivljanja logike in prav nič nenavadno ni, če slišite: »Mislil sem, da je težava v meni, sedaj vem, da je vzrok moj ADHD,« pri čemer ADHD hkrati postane del identitete in nekaj, kar je ločeno od 'mene samega'.

Zdi se mi, da je minila že cela večnost, odkar sem se prvič srečal s pedopsihiatrijo in tam odkril zdravo pamet. Teh časov si skorajda ne morem več priklicati v spomin.

* Angleški izvirnik: Cognitive Behavioural Therapy (CBT)