

Robert MASTEN

Duševno zdravje na prehodu v odraslost

Mental health in emerging adulthood

POVZETEK

Za prehod v odraslost je značilna visoka heterogenost vključujoče populacije, ne-univerzalnost obdobja, pomembna povezanost z ekonomsko razvitostjo družbe in z drugimi družbenimi konteksti. Za obdobje so značilna relativno visoka tveganja za poškodbe ter za pojavnost težav na področju duševnosti. Potek duševnih motenj ali bolezni je pogosto zaznamovan z visoko stopnjo soobolevnosti, kroničnostjo poteka, nediagnosticiranjem težav in nezdravljenostjo ali premajhno zdravljenostjo teh težav. Za to skupino ljudi tudi nimamo zadostno razvitih specifičnih konceptualnih modelov psihoterapije ter ustrezne evidence o učinkih obravnav. Po drugi strani pa obdobje v svoji heterogenosti zaznamuje tudi izboljšanje zdravja in blagostanja, tako da je v celoti gledano le-to na vrhuncu. Ključnega pomena je tudi, da odkrivamo dejavnike pato-in salutogeneze, ranljive dele populacije ter da izvajamo ustrezne preventivne programe. Med njimi je posebej potrebno izpostaviti ključno vlogo problema nezaposlenosti mladih v tem obdobju in vlogo družbe pri zagotavljanju ustreznih pogojev na trgu dela.

KLJUČNE BESEDE

Prehod v odraslost, duševno zdravje, psihoterapija, brezposelnost, trg dela

SHORT ABSTRACT

Emerging adulthood is defined by high heterogeneity, non-universality and by significant relation to economic development of society and other societal contexts. High levels of risks for unintentional injuries and high prevalence of mental health problems is characteristic. Mental problems do often have chronic course, they are often not treated or under-treated and they have high level of comorbidity. There are no specific conceptual models of psychotherapy developed for this population and we don't have sufficient evidence base for specific treatments. On the other hand in transition to adulthood mental health and wellbeing are flourishing. It is of crucial importance to know and to understand factors of patho- and salutogenesis, to discover vulnerable parts of population and to ensure appropriate preventive programs. Special emphasis should be given to the problem of youth unemployment and to crucial role of society which should ensure appropriate function of labour market.

KEY WORDS

Emerging adulthood, mental health, psychotherapy, unemployment, labour market

EXTENDED ABSTRACT

General Remarks on Emerging Adulthood

In addition to our general understanding of the psychologically developmental period of transition from childhood to adulthood, it is important for psychotherapists to understand the vulnerabilities and the protective factors that are characteristic of the period.

Arnett (2000) was the first to write about this period of psychological development, terming it *emerging adulthood*. In distinction to adolescence, emerging adulthood is not a universal phase of development, and is marked by a large degree of demographic, subjective, psychological, and chronological heterogeneity. Due to the variable and crucial role played by social contexts emerging adulthood cannot be well defined by any age limits. We could imagine that it would be possible to define this period using key demographic transitions (e.g. stable and long-term relationship with a partner, parenthood, a proper job, moving away from the nuclear family, relative financial independence), but young people in emerging adulthood themselves do not name these demographic transitions as critical to growing up *per se*. Arnett (2000) holds that the key criteria that lead to a feeling of adulthood are independent decision-making, assuming personal responsibility thereafter, and, though listed less consistently than the former two criteria, financial independence.

This paper does not aim to address the important issue of whether or not an extended period of emerging adulthood is normal or rather an indication of developmental failure, but it aims rather to provide the context behind this issue that would help readers formulate their own hypotheses. Some lines of thought in this regard consider the incapability of growing up (e.g. incapability of assuming responsibility), or »external factors« (inclement familial or economic circumstances, the effects of a given culture), or even just a lack of preparedness, etc.

Research on emerging adulthood has the systematic problem of failing to include certain population segments in studies, on account of them being less accessible (e.g. they are not enrolled in a school, are unemployed, they come from families and environments with low socio-economic status, etc.), and they therefore preclude the possibility of drawing clearer conclusions.

The Social Context of Emerging Adulthood

The extension of emerging adulthood is connected to a person's social environment. In the large variety of lifestyles, where practically nothing can be considered *a priori* determined or normative, social context itself is often insufficiently defined »stimulus context«. This can be linked to a limited cognitive capacity for decision-making. This is especially pertinent due to the lack of »*a priori*« given guidelines. In this sense we can say that it is difficult to grow up, as the decisions that must be made do not have »right« answers. In terms of societal expectations we should make mention of parental expectations regarding how their »children« grow up, as such expectations can be factors that both encourage them to reach adulthood, or retard or even halt the process.

Extended emerging adulthood is characteristic for the most economically developed regions of the world. Here we can make the assumption that a process conditioned by social and economic factors is what leads to extended emerging adulthood. Demographic life transitions have been occurring later in life in developed, post-industrial societies. Slovenia is characterized by having the highest percent of the population between 15 and 29 years of age living with parents (80%) of nearly all the countries in The Organization for Economic Cooperation and Development (OECD, 2016). This is the second-highest percentage in the (OECD), right behind Italy. Young people in Slovenia often resort to »compromised forms of housing« (such as, e.g., their »own« apartment within their parents' larger house). Together with their parents they demonstrate a low level of preparedness to assume the risk of financial independence in the early stages of forming their own household.

It is especially unfortunate if during emerging adulthood young people are unsuccessful in finding employment. Even if they do find jobs, they are still more vulnerable than older employees and are therefore more likely to find unreliable forms of employment. The rates of unemployment for the demographic 15–24 in developed economies is from twice to thrice as high as that for older groups (Morsy, 2012). Even in countries with economies that function well (e.g. in Germany) unemployment among young people is about 1.5 times higher than that among older groups, and thus the phenomenon cannot be tied solely to a »problematic« economy. On average 30% of young people (15–24) in the Eurozone spend more than 1 year seeking employment (Morsy, 2012); this is a high degree of long-term employment and it can pose a serious risk or threat to mental health. All the aforementioned holds true for Slovenia, which is characterized by unfavorable labor market conditions for young people. This labor market is in turn characterized by large discrepancies in working conditions (dual labor market). On one hand there are mostly older people, who are highly protected, and on the other hand a large number of mostly young people with uncertain employment, such as partial or part-time work, sole proprietorships, student work, and black-market jobs.

University courses are poorly aligned with the job market. Only in the year after the war of independence of 1991 did more people leave the country than in 2015 (in 2015 every 8.54/1000 residents left, in 1991 it was 9/1000) (Siol, 2017). Young people from Slovenia, especially those with a high level of education, usually emigrate to countries with a high level of economic freedom (cf. <http://www.heritage.org/index/ranking>), such as Great Britain, Switzerland, Germany, Austria, New Zealand, the USA, while Slovenia (along with Greece) remains among the least liberal economies, not just in the EU, but in the whole world! It is marked as a »largely unfree« economy with a trend forecast for further decline, coming in at 97 out of 180 global countries (The Heritage Foundation, n.d.). Since social factors are closely connected to mental health, we can suppose that introducing structural reforms would lead to the population's improved mental health, as well. This is also the reason why a paper about mental health should have so much to say about socio-economic conditions. The Slovenian business environment is not friendly to entrepreneurial endeavors, poorly encourages efficiency, innovation, and private ventures/investments, and does not create new jobs, but rather puts burdens on currently existing ones. A necessary step towards improving this status is the liberalization of the market.

Mental Health during Emerging Adulthood

This risk of forming a mental disorder during emerging adulthood is at an all-time high. Another unfortunate detail related to emerging adulthood is that injuries make up the leading cause of death during this period. In the United States in 2015 injuries were the cause of death 39.1% of the time among young people (Centers for Disease Control and Prevention, n.d.). A possible interpretation for the high degree of injuries is as a consequence of exploration, which is normative behavior for this period. Tanner on the other hand holds that the risk of injury is rather related to the poor capacity for independent decision-making. The brain is still developing in the period of emerging adulthood and in early adulthood, especially the frontal cortex, which is responsible for executive functions.

The year prevalence of mental disorders is highest in emerging adulthood, higher than in adolescence (Newman *idr.*, 1996) and in both earlier and later periods of development (Kessler, Chiu, Demler, & Walters, 2005). It holds for the US, just as in Great Britain, New Zealand, etc., that 44% of young people fulfill the criteria (year prevalence) for at least one mental disorder (Kessler & Merikangas, 2004). The field of mental health is burdened by certain problematic circumstances. The main one is the high incidence of comorbidity. Furthermore, mental diseases or disorders in emerging or full-on adulthood are problems that first surfaced in childhood or adolescence and went either undiagnosed or untreated, or at least insufficiently treated. This makes it an aggravating circumstance when trying to address problems in later periods (Huntley *et al.*, 2012). Furthermore young people in this period are less likely to seek medical help (Adams, Knopf, & Park, 2014). Even if they want to find help, they often have trouble getting any.

On one hand the period of emerging adulthood is a risky one from the perspective of mental health, while on the other it is the period in which mental health is at its peak (Tanner in Arnett, 2016). At the beginning of the period (after 18 years of age) a person's social network improves, along with their level of satisfaction with life, self-efficacy, and self-respect, while feelings of loneliness, hopelessness, depression, and levels of drug abuse are all diminished (Galambos, Barker, in Krahn, 2006). Young people are not oblivious to the high level of heterogeneity among peers in terms of their success in facing and handling life's challenges, and this can prove an additional source of (di)stress.

Conclusion

During the critical emerging adulthood period young people gain experience that has an important effect on their life-span-development perspective. They face developmental and psychological challenges and specific expectations from their social and familial environment. These expectations are often incongruous with their means and range of possibilities. Young people themselves cannot directly influence the key factors behind the activation of these processes. It is accordingly necessary to actively prepare this demographic group for active exploration, thus increasing their chances for a favorable developmental environment.

Ensuring young people's mental health and well-being must to a great extent lean upon research into the vulnerability of the population due to the developmental period. It is also critical to seek and identify the risks of the vulnerable parts of society and to establish for them several multilevel inter- and trans-disciplinary preventive programs.

We do not have specific conceptual models of psychotherapy for the demographic in emerging adulthood, and thus topical studies are necessary if we are to fill the lacunae in our knowledge.

In addition to providing evidence-based psychotherapy services it will also be crucial to disseminate such services. Given the available possibilities and trends a hierarchical model of service provision seems most logical in light of the nature of the problems.

It is especially necessary to realize that those in emerging adulthood with clinically significant mental health problems most likely need complex treatment. There is large potential for incorrect diagnoses and inappropriate treatments as a consequence of the aggravating course of the problems themselves.

The question of the »nature« of extended emerging adulthood remains open. It is likely that many »do not grow up« or are extremely late bloomers, as due to their concrete level of comfort they simply do not need to. Many do not grow up because they cannot, or because they are unprepared to do so. The family plays an important role here, as well as society and the individual's social circles. It is not merely the young person that »does not grow up«, but their very environment produces contexts that retard their development.

At the individual level the biggest price for this situation is paid by that group of young people who actually do achieve adulthood but for whom this goes »unnoticed from outside«, as society does not offer them an appropriate »arc« from education to employment, which serves as one of the key factors behind successful development. Slovenia is losing too much in this regard. Even though it is well known what factors lead to a properly functioning society and economy, we have not been successful in realizing these.

Splošno o prehodu obdobju prehoda v odraslost

V nekaterih kulturah še vedno obstajajo iniciacije otrok v svet odraslih, posebej dečkov v moške. Tam je prehod v odraslost neposreden in obreden. Mladostništva v teh kulturah praktično ni oz. ga ni bilo. V večini kultur je drugače. Ustaljena predstava o življenjskem poteku vključuje mladostništvo, in zatem prehod v odraslost, zgodnjo odraslost itd. Mladostništvo in zgodnja odraslost sta bolj ali manj univerzalni razvoj-nopsihološki obdobji. Za prehod v odraslost ni možno trditi, da je univerzalna razvojna faza. Demografska, subjektivna, psihološka, kronološka heterogenost je v tem obdobju velika. Poleg tega pri raziskovanju prehoda v odraslost obstaja sistematičen problem ne vključevanja določenih delov populacije v raziskave, ker so slabše dostopni (npr. se ne šolajo). Podaljšan prehod v odraslost je značilen za ekonomsko razvit svet oziroma bolje za določene dele družbe. Tudi v ekonomsko manj razvitih državah je v bolj razvitih predelih (mestih) opazno podaljševanje prehoda v odraslost. Lahko bi se reklo, da ne gre le za s procesom enkulturacije pogojen proces, ampak za določene družbeno – ekonomske okoliščine, ki se povezujejo s procesom odraščanja. Tako za določene dele populacije ni dovolj informacij o tem, kako pri njih poteka odraščanje. Skupine, kjer ta proces verjetno poteka drugače, so npr. družine z najnižjim SES, katerih otroštvo in mladostništvo zaznamuje revščina, deli nekaterih etničnih skupin, mladi, ki so neaktivni (se ne šolajo in niso zaposleni), tisti, katerih odraščanje zaznamujejo posebne okoliščine (travma, bolezen) ipd.

Do konca tisočletja se je večinoma govorilo o mladostništvu, adolescenci, Eriksonovih fazah in razvojnih – identitetnih nalogah. Erikson (1950) je stopnjo odraslosti pre-sojal glede na prevzemanje »odraslih vlog«, ki da je kriterij duševnega »zdravja« (zdrav občutek sebstva, sposobnost intimnih odnosov). Blos (1962) je pisal o »postadolescenci« kot fazi konsolidacije osebnosti, ki sledi eksploraciji in elaboraciji identitete, vendar tega obdobja ni pojmoval kot samostojnega. Wittenberg (1968) je pisal tudi o vlogi pričakovanj družbe glede izpolnjevanja »zahtev odraslosti«, kar je dejavnik, ki si ga velja zapomniti, saj je potrebno še zlasti na razvojnopsihološko obdobje prehoda v odraslost gledati v različnih družbenih kontekstih. Marcia (1966) je govoril o identitetnih statusih, med katerimi t. i. moratorij identitetnega statusa najbolj ustreza obdobju prehoda v odraslost. Danielsen, Lorem, in Kroger (2000) so za norveške študente ugotovili, da je njihov identitetni status večinoma odložen ali dosežen, pri zaposlenih mladih privzet, pri brezposelnih pa difuzen ali privzet. Vendar položaj mladih na Norveškem zaradi izjemnega življenjskega standarda te države ni najboljši primer za primerjavo položaja mladih v drugih, revnejših državah, kjer so možnosti za npr. ekonomsko osamosvojitve slabše. O prehodu v odraslost [ang. *emerging adulthood*] kot o samostojnem razvojnopsihološkem obdobju piše Arnett (2000) in to utemeljuje s subjektivnimi, demografskimi in psihološkimi argumenti. V obdobju mladostništva je demografska variabilnost nizka. Večina mladostnikov živi pri starših, se šola, se ne čuti odrasle, njihova identiteta pa še ni izoblikovana. Na prehodu v odraslost pa je značilna večja demografska heterogenost, imajo bolj stabilno in koherentno identiteto na različnih ključnih področjih (delo in prosti čas, odnosi, nazoni). To obdobje je zaradi variabilne in ključne vloge družbenih kontekstov težko definirati s starostnimi mejami. Pomislili bi, da je obdobje možno definirati s ključnimi demografskimi prehodi (npr. stabilno in dolgoročno partnerstvo, starševstvo, ustrezna služba, odselitev od primarne družine, relativna finančna neodvisnost), kot je to veljalo preden je bil prehod v odraslost pretežno definiran kot samostoj-

no razvojnopsihološko obdobje. Verjetno demografski prehodi vseeno imajo funkcijo, ki omogoča odraščanje, če že sami po sebi niso kriteriji odraslosti. Npr. finančna neodvisnost ni kriterij odraslosti, vendar pa daje boljše možnosti suverenega odločanja. Če sami mladi na prehodu v odraslost teh demografskih tranzicij ne pojmujejo kot kritičnih za odraščanje, pa se nekatere od teh tranzicij, npr. starševstvo, retrogradno povezujejo z občutkom odraslosti. Arnett (2000) pravi, da sta ključna kriterija za občutek odraslosti samih odraščajočih samostojno odločanje in prevzemanje odgovornosti zase, pa tudi, četudi manj konsistentno kot omenjena dva kriterija, finančna neodvisnost. Relativna materialna neodvisnost (plača, stanovanje) pač omogoča ali olajša uresničevanje prvih dveh kriterijev. Kar se tiče »odločanja o sebi samem« se zdi, da je poudarek na »sebi« (egocentričnost) napačen, ker naj bi odločanje o sebi samem ne bilo toliko značilno za obdobje prehoda v odraslost, kot za samo odraslost. Odgovorno starševstvo je primer, ki kaže na nujnost preseganja odgovornosti in odločanja samo zase, ker se odgovornost prenese preko sebe. Verjetno bi lahko našli še druge primere, ki »prinesejo« potrebo po recentriranju, kot temu reče Tanner (Tanner, 2006). Ker je proces odraščanja kulturno (subkulturno, »socialno-razredno« ipd.) specifičen, so tudi pravice in dolžnosti socialnega kontrakta oz. kriterijev spoštovanja zakonov odrasle skupnosti, specifične.

Glede vprašanja, kakšen naj bi bil normativen oz. zdrav potek prehoda v odraslost, ni jasnega odgovora, niti ne konsenza. Poraja se vprašanje, ali je podaljšan (ali celo zelo podaljšan) prehod v odraslost normativen, ali pa je to znak razvojne neuspešnosti. Kako na dolgo odraščanje gledajo sami odraščajoči? Ali gre za nepripravljenost odrasti, morda za nezmožnost (npr. zaradi strahu), morda za »zunanje« okoliščine (družbene situacije, druge kontekste ...) ali pa v različnih kulturah za različen pomen, ki ga ima delo. Podaljševanje prehoda v odraslost se najpogosteje povezuje z družbenimi okoliščinami. Wittenberg (1968) govori o tranzicijski fazi, ki (zgolj) omogoča, da posameznik odraste, vendar pa to ni samoumevno. »Neskončna« eksploracija in elaboracija identitete po drugi strani lahko kaže na ponotranjene probleme s prevzemanjem »odgovornosti odraslih«. Vendar, ali so »odgovornosti socialne pogodbe odraslega sveta« sploh definirane? V izjemni pestrosti življenjskih stilov, kjer praktično ničesar ni v naprej določeno, normativno, lahko družbeni kontekst predstavlja premalo definiran »dražljajski kontekst«. Ta se lahko povezuje z omejeno kognitivno kapaciteto mladih na prehodu v odraslost za odločanje v pogojih odsotnosti »v naprej« danih usmeritev. V tem smislu bi se lahko reklo, da so nekateri nezmožni odrasti, saj so neprestano pred odločitvami, na katere v resnici ni »pravega« odgovora. Ko govorimo o pričakovanjih družbe, je smiselno omeniti tudi pričakovanja, pripravljenost in predstave staršev glede odraščanja njihovih »otrok«. Tudi ti so lahko v svoji nejasnosti ali kontradiktornosti dejavnik zastoja v odraščanju. V storilnostno usmerjeni družbi so pričakovanja staršev pogosto izjemno visoka, prostor, ki ga dajemo »otrokom« za izražanje njihovih želja, potreb, eksploracije teh, pa ravno tako izjemno omejena, kar neizogibno vodi v izkrivljen in tvegan razvoj oz. fenomenološko gledano v različne oblike odtujenosti, kar bi se klinično gledano morda lahko povezovalo tudi z depresivnostjo.

Družbeni kontekst prehoda v odraslost

V razvitih post-industrijskih družbah so se demografske življenjske tranzicije na prehodu v odraslost (npr. odselitev, starševstvo ...) kronološko močno pomaknile naprej. Med leti 1990 in 2014 se je v državah OECD npr. čas prve poroke za moške in za ženske

pomaknil za 4.6 let naprej, število porok se je zmanjšalo. Čas prvega poroda se je pomaknil naprej, rodnost pa je močno upadla. Za Slovenijo je recimo značilno, da največji delež populacije med 15 in 29 leti živi pri starših, 80% (povprečje OECD je približno 60%) (OECD, 2016).

Pogosto mladi v obdobju prehoda v odraslost težko najdejo službo. Tudi če se uspejo zaposliti, so bolj ranljivi kot starejši zaposleni, posebej ko pride do ekonomske krize. Mladi bolj verjetno dobijo manj zanesljive, negotove zaposlitve. Tisti, ki težje najdejo službo, v njihovem delovnem obdobju zaslužijo manj kot njihovi vrstniki, ki hitreje najdejo službo (Kahn, 2010; Sullivan in Wachter, 2009). Stopnje nezaposlenosti med 15 in 24 let so v razvitih ekonomijah od dvakrat do trikrat višje kot za starejše skupine (Morsy, 2012). Te razlike so med različnimi državami sicer bistvene. Recimo po ekonomski krizi leta 2008 je bil porast nezaposlenosti te skupine v Španiji za približno 20%, za razliko od Nemčije, kjer je nezaposlenost iste skupine (zaradi dobro delujočih vajeniških programov, skrajšanja delovnega časa namesto odpuščanja) upadla (Morsy, 2012). Kljub temu je v Nemčiji še vedno 1,5 krat bolj verjetna nezaposlenost mladih v tej skupini kot pri višjih starostnih skupinah. Posebej alarmantno je tudi trajanje nezaposlenosti. 30% mladih (15 do 24) je v območju Evra iskalo (pogosto prvo) zaposlitev več kot 1 leto, kar pomeni dolgotrajno brezposelnost, ki je še posebej rizičen dejavnik za razvoj mladih na prehodu v odraslost (Morsy, 2012)! Dolgotrajna brezposelnost se povezuje s kompleksnimi in dolgotrajnimi posledicami. Seveda pa to pomeni resne težave tudi za družbo samo, ne samo zaradi stroškov, ki tako nastajajo, ampak zaradi izglabljenih potencialov, revščine, socialne izključenosti ipd.

V Sloveniji so pogoji na trgu dela neugodni, značilen je dualni trg dela, kjer so na eni strani predvsem starejši, visoko zaščiteni in zaposleni za nedoločen čas ter na drugi strani velik delež pretežno mladih z negotovimi zaposlitvami, npr. delno in začasno zaposleni, samozaposleni, študenti ter zaposleni »na črno«. Za obdobje od približno 25 let do dobrih 30 let je (poleg obdobja med 50 in 60 leti) značilen vrh deleža nezaposlenih (SURS, n.d.). Mladi se izobražujejo dolgo. Paradoksalno, po uvedbi bolonjskega študija, katerega namen je bil med drugim skrajšanje časa študija, se je čas študija še podaljšal. Mladi (med njimi veliko visoko izobraženih) odhajajo v tujino, pogosto je to njihov namen že, ko začnejo s študijem, ali pa zato, ker študijski programi niso usklajeni s trgom dela. Kot rečeno je bivanje pri starših v Sloveniji (tik za oz. skupaj z Italijo) najpogostejše v OECD. Mladi se pogosto poslužujejo »vmesnih oblik bivanjskih rešitev« (npr. »svoje« stanovanje v veliki hiši staršev) in skupaj s starši izkazujejo nizko pripravljenost na prevzemanje tveganja finančne samostojnosti v zgodnjem obdobju ustvarjanja lastnega gospodinjstva.

V skladu s tem bi bila uvedba strukturnih reform v družbi, vključno z bolj enakopravnimi delovnimi pogoji, nujna. Dualni trg dela namreč povečuje brezposelnost (Blanchard in Landier, 2001; Dao in Loungani, 2010). Okolje ni prijazno podjetniški pobudi, ne spodbuja učinkovitosti, inovativnosti, zasebne pobude in investicije ter ne ustvarja delovnih mest, samo obremenjuje obstoječa. Edina pot do ustvarjanja delovnih mest je liberalizacija trga. Slovenija je (razen Grčije) med najmanj liberalnimi ekonomijami, ne samo v EU in v Evropi (označena je kot »pretežno nesvobodna« ekonomija s trendom nadaljnjega padanja, trenutno skupaj z npr. Nikaragvo, Kambodžo, Beninom, za Burkino Fasso ipd. na 97. mestu med 180 državami sveta, The Heritage Foundation, n.d.).

Pogost razlog za izselitev izobraženih mladih ljudi v tujino so neugodni pogoji na trgu dela. Več kot leta 2015 se je iz Slovenije izselilo samo še v času vojne 1991 (8,54/100 prebivalcev, v 1991, 9/1000) (Siol, 2017). Mladi iz Slovenije, predvsem tisti z visoko izobrazbo, se razen izjemoma selijo v države z visoko stopnjo ekonomske svobode (glej <http://www.heritage.org/index/ranking>), npr. Veliko Britanijo, Švico, Nemčijo, Avstrijo in Avstralijo, Novo Zelandijo, ZDA ...

Duševno zdravje v obdobju prehoda v odraslost

Vse to omenjam, ker so za obdobje prehoda v odraslost značilna številna tveganja, problem nezaposlenosti je le eno od njih. Med njimi je posebej pomembna dolgotrajna brezposelnost, finančna odvisnost in posledice tega. Obdobje zaznamujejo tudi druga tveganja, npr. prometne nesreče, škodljiva uporaba psihoaktivnih snovi, samomori ipd. Poškodbe so vodilni razlog smrti tudi v adolescenci (11,9%) in v zgodnji odraslosti (27,1%), ampak v obdobju prehoda v odraslost je v bil v obdobju med 1999 in 2015 v ZDA delež smrti zaradi poškodb v obdobju prehoda v odraslost še višji - 39,1% (Centers for Disease Control and Prevention, n.d.).

Poraja se vprašanje, zakaj so tveganja tega obdobja tako visoka. Tanner in Arnett (2016) menita, da se tveganja povezujejo s slabo kapaciteto za samostojno odločanje. Kapaciteta vedenjske samo-regulacije in kognitivne kapacitete za odločanje, ki ni v njihovo dobro, je slabše razvita. Druga možna interpretacija je, da gre pač za razvojno tvegano obdobje zaradi eksploracije, ta pa sama po sebi prinaša določena tveganja zaradi življenjskega stila.

V obdobju prehoda v odraslost in tudi v zgodnji odraslosti se nadaljuje razvoj možganov, predvsem frontalni režnj, ki je odgovoren za izvršilne funkcije (načrtovanje, iniciacija, izvrševanje vedenja). Tveganje za duševne motnje je v obdobju prehoda v odraslost na vrhuncu. Mladi v tem obdobju manj verjetno poiščejo pomoč v okviru zdravstva (Adams, Knopf in Park, 2014). Tisti, ki pomoč vseeno poiščejo, jo poiščejo zaradi ponovitve težav, ki so se začele pojavljati že bistveno prej (Kessler in Wang, 2008). Duševna bolezen v obdobju prehoda v odraslost pomeni visoko stopnjo tveganja tudi za slabo duševno zdravje v prihodnosti (Tanner in Arnett, 2016). Za ZDA, tudi VB, NZ itd. velja, da je 44% mladih na prehodu v odraslost izpolnjevalo kriterije (letna prevalenca) za vsaj eno duševno motnjo (Kessler in Merikangas, 2004) in sicer ne glede na finančni status (Patel, Flisher, Hetrick, in McGorry, 2007). Letna prevalenca duševnih motenj je na prehodu v odraslost višja kot v mladostništvu (Newman idr., 1996) in kot v kasnejših razvojnih obdobjih (Kessler, Chiu, Demler in Walters, 2005). Pri tem so najpogostejše škodljive uporabe psihoaktivnih snovi (22%), anksioznostne motnje (22%) in motnje razpoloženja (12,9%, v tem sklopu 8,3% velika depresija, 8,3% bipolarna motnja, 4,7% distimija) (Kessler idr., 2005). Pojavljajo se tudi shizofrenija, anoreksija ipd., ki imajo lahko drastičen vpliv oz. predstavljajo zelo visoko tveganje za zmanjšanje kvalitete bivanja in za nadaljnji razvoj.

Okoliščina, ki označuje duševne motnje na prehodu v odraslost in jih še dodatno oteži, je visoka stopnja soobolevnosti. Med posamezniki, ki imajo diagnozo, je 34% takih, ki imajo 2 diagnozi, 22% pa 3 diagnoze, npr. generalizirano anksioznost in osebnostno motnjo, generalizirano anksioznost in veliko depresijo, veliko depresijo in zlorabo psihoaktivnih snovi ipd. (Kessler in Wang, 2008).

Z razvojne perspektive se le 10% motenj, ki so vštete v prevalenco odrasle populacije pojavi v odraslosti (Newman idr., 1996) ali drugače – 75% oseb z duševno motnjo je imelo vsaj eno epizodo pri starosti 18 let (Kim-Cohen idr., 2003; Newman idr., 1996). Zato je potrebno računati na to, da gre pri duševnih boleznih ali motnjah na prehodu v odraslost ali v odraslosti za težave, ki so se prvič pojavile v otroštvu ali v adolescenci in so bile nediagnosticirane, nezdravljene ali premalo zdravljene. 45% motenj v otroštvu je obravnavano šele v obdobju enega leta, 80% 6 – 17 let starih otrok ali mladostnikov, ki so med 1996–1998 v ZDA potrebovali pomoč zaradi duševnih težav v tekočem letu, pomoči ne dobi (Kataoka, Zhang, L., in Wells, 2002). Tudi pri nas so čakalne dobe za obravnavo v okviru zdravstvenega sistema pogosto kritično dolge.

Nediagnosticirane motnje, ki se prvič pojavijo v otroštvu, otežijo obravnavo motenj kasneje, npr. na prehodu v odraslost (Huntley idr., 2012). Hkrati imajo posamezniki, ki želijo pomoč, a je ne dobijo, verjetno bolj tvegan življenjski stil (THC, cigarete, alkohol; Mason idr., 2013).

Za populacijo v obdobju prehoda v odraslost je značilna visoka heterogenost v stopnji uspešnosti soočanja z življenjskimi izzivi. Mladi to medvrstniško heterogenost seveda zaznajo in zanje lahko predstavlja vir distresa. Na splošno je obdobje prehoda v odraslost obdobje, specifično po srednji šoli med 18 in 22 leti čas, ko se duševno zdravje izboljšuje (Tanner in Arnett, 2016). Izboljša se kvaliteta socialnih mrež, zadovoljstvo z življenjem, samo-učinkovitost, samospoštovanje, zmanjša se občutek osamljenosti, občutek vdanosti v usodo (fatalizma), jeze, depresivnosti, zlorabe drog (Galambos, Barker, in Krahn, 2006). V ZDA je bilo približno 50% študentov uvrščenih v kategorijo optimalnega funkcioniranja (Keyes, 2002), kar pomeni tudi manjšo stopnjo samomorilnega vedenja, boljši akademski uspeh v primerjavi z vrstniki, ki niso uvrščeni v to kategorijo funkcioniranja. V obdobju od 21 – 30 leta se zmanjšajo depresivni simptomi, zaradi zaznane opore družine in prijateljev (Pettit, Roberts, Lewinsohn, Seeley, in Yaroslavsky, 2011). Raziskava OECD (OECD, 2016) je pokazala, da imajo mladi med 15 in 29 letom v najvišji meri v socialni mreži nekoga (družino ali prijatelje), na katere se lahko zanesejo. Slovenski delež udeležencev raziskave v približno 95% poroča, da imajo okoli sebe ljudi, na katere se lahko zanesejo in se s tem uvršča na vrh vseh vključenih držav, samo Finska in Islandija sta bili uvrščeni višje. Mladi so v Sloveniji na splošno (15 do 29 let) relativno zadovoljni z življenjem (7 točk na lestvici od 0 do 10) (OECD, 2016). Ljudje z bolj uravnoteženim delovnim in zasebnim vidikom življenja so v življenju bolj zadovoljni (OECD, 2016). Po drugi strani pa je za Slovenijo značilen eden najnižjih nivojev splošnega zaupanja ljudem (OECD, 2016). Za nordijske države je značilen najvišji nivo splošnega zaupanja ljudem. Za Slovenijo je prav tako na splošno značilno najnižje zaupanje v vlado med vsemi vključenimi državami (podatki iz leta 2014/15), pri čemer je to zaupanje v starostni skupini od 15 do 29 let še nižje.

Če povzamemo obravnavano tematiko mentalnega zdravja in blagostanja je potrebno izpostaviti, da je mentalno zdravje kot pokazatelj ugodnega razvoja več kot odsotnost bolezni in motenj. V prehodu v odraslost je izgradnja identitete (koherentnost, stabilnost) ključnega pomena. To ni pomembno le iz razvojnopsihološkega vidika, ampak z vidika duševnega zdravja. Identiteta kot funkcija ega namreč predstavlja centralni dejavnik duševnega blagostanja in zdravja.

V tem kritičnem obdobju prehoda v odraslost mladi pridobijo izkušnje, ki imajo izredno pomemben vpliv na življenje. Pri tem se morajo soočiti »sami s seboj«, z lastnimi strahovi, željami, eksploracijami, izkušnjami itd. in s specifičnimi pričakovanji zunanjega okolja. Pričakovanja socialnega (npr. staršev) in družbenega okolja so velikokrat neusklajena z možnostmi, pogoji. Aktivacija procesov samo-razvoja s postavitvijo (uresničevanjem in evalvacijo) življenjskih načrtov kot del zdravega razvoja, se povezuje z duševnim zdravjem in z blagostanjem (Nurmi, 1997). Ampak na mnoge ključne dejavnike aktivacije teh procesov sami mladi ne morejo vplivati, vsaj ne neposredno. Resda je potrebno to skupino ljudi pripraviti na aktivno eksploracijo in s tem na povečati možnosti ugodnega razvoja. Vendar pripravljenost odraščajočih ob nepripravljenosti družine in družbe ni zadostna.

V Sloveniji je družba (politika, ekonomija itd.) v zadnjih desetletjih padla na izpitu omogočanja ustrežnejših in normalnejših pogojev na trgu dela, omogočanja služb, učenja s trgom dela usklajenih veščin in znanj, ustreznega poklicnega usmerjanja vajeništva, štipendij... V tistih državah, katerim gre najbolje, velik delež mladih ljudi kombinira delo in izobraževanje (OECD, 2016). Znano je, da je mladim mnogo lažje v državam, kjer gre za urejen, fleksibilen in odprt trg dela. Množično odhajanje v tujino ni rešitev, je v bistvu narodna katastrofa.

Kot rečeno mladi so na prehodu v odraslost redkeje kot drugi obravnavani glede njihovih duševnih težav. Tudi če si pomoči želijo, jo težko dobijo. Čakalna doba za psihoterapijo v Zdravstvenem domu za študente Univerze v Ljubljani je npr. 420 do 450 dni (»Čakalne dobe po dejavnostih,« 2017), zasebnih storitev pa si večinoma ne morejo privoščiti. Skrb za duševno zdravje in blagostanje mladih bi v veliki meri morala temeljiti na raziskavah ranljivosti populacije zaradi tveganosti razvojnega obdobja. Prav tako je ključno, tudi zaradi visoke heterogenosti populacije, odkrivanje s tveganji obremenjenih delov populacije, npr. sistematično spremljanje prisotnosti v šoli (zgodnje zapuščanje šole, mlade matere samohranilke, neaktivni, vključno z nezaposlenimi, posebej ženske v poznih 20-tih letih ipd.) ter ustrezni več nivojski preventivni programi.

Specifičnih konceptualnih modelov psihoterapije prav za populacijo mladih na prehodu v odraslost v glavnem nimamo, zato so potrebne tozadevne raziskave, ki bi nadomestile ta primanjkljaj. Opažamo, da je že v primeru psihoterapije otrok in mladostnikov diferenciacija izobraževanja in kvalifikacij, izvajanja in evalvacije storitev itd., izjemno podcenjena. Otrokom in mladostnikom smo dolžni nuditi njim prilagojene in preverjene storitve (npr. tudi v skladu s smernicami UNICEF, WHO ...), vendar se zdi, da temu ni tako. Tudi v okviru ameriškega združenja psihologov (APA) sta bili diviziji za klinično psihologijo otroštva in mladostništva in za pediatrično psihologijo ustanovljeni nedolgo nazaj (manj kot 20 let). Recimo, prva z razvojnim obdobjem definirana divizija se je nanašala na poznejša razvojna obdobja. Tako se z namenom zagotavljanja karseda učinkovitih storitev lahko opiramo na evidence, ki jih imamo za specifične diagnoze. Nekaj primerov najpogostejših težav so motnje razpoloženja, anksioznostne motnje, zlorabe psihoaktivnih snovi in »nekemične« zasvojenosti, zato je pomembno poznavanje učinkovitih pristopov psihoterapije teh. V smislu zagotavljanja preverjenih in učinkovitih storitev bi bilo potrebno interdisciplinarno, tudi »medinstitucijsko« in druge vrste sodelovanja.

Eden ključnih problemov je tudi zagotavljanje oz. nudenje utemeljenih in preverjenih psihoterapevtskih storitev. Glede na razpoložljive možnosti in trende se zdi utemeljen hierarhičen model zagotavljanja storitev glede na naravo težav, torej glede na diagnostiko, formulacijo in konceptualizacijo vsakokratne obravnave. Potrebne so evidences različnih vrst, ki bi lahko zagotavljale čim bolj učinkovite, usmerjene in prilagojene storitve za specifično definirane skupine oz. posameznike. Za marsikatero težavo teh evidenc ni dovolj, npr. za obravnavo problematične uporabe interneta.

Posebej se je potrebno zavedati, da mladi na prehodu v odraslost (ali pa v zgodnji odraslosti in kasneje), ki imajo klinično pomembne psihološke težave, zaradi različnih neugodnih kliničnih dejavnikov (soobolevnosti in verjetnega kroničnega poteka) zelo verjetno potrebujejo kompleksno obravnavo. Možnost neustrezne diagnostike in neustreznih intervencij je posledično visoka. Ne gre samo za osnovno vprašanje ustreznosti strokovne presoje, ampak tudi za ustreznost izvedbe predvidenih ukrepov, ki posledično rezultirajo v slabših oz. v nezadostnih učinkih, stranskih učinkih in v škodovanjih. Potrebno se je zavedati, da se v procesu psihoterapije dokaj konsistentno 5 do 10% klientom (pacientom) stanje, zaradi katerega so v procesu psihoterapije, poslabša (Lambert in Ogles, 2016), ter da je ta delež v primeru otrok še bistveno višji (15 do 25%; Warren, Nelson, Mondragon, Baldwin, in Burlingame, 2010). Potrebno se je vprašati, koliko lahko te deleže posplošimo na populacijo mladih na prehodu v odraslost, ki je zelo specifična populacija? Dejavniki teh poslabšanj bi morali biti za specifično populacijo mnogo bolj raziskani, kot so to sedaj.

Zaključek

Razvojnopsihološko obdobje prehoda v odraslost je obremenjeno s tveganji za patologenezo ter s številnimi dejavniki vzdrževanja psihičnih težav. Po drugi strani pa enako velja za salutogenezo, namreč, da obstajajo številni dejavniki, ki so bistvenega pomena in ugodno vplivajo na nadaljnji razvoj v »življenjskem loku« (ang. *life-span-development*). Zato je ključno, da tudi zaradi heterogenosti obravnavane populacije, poznamo dejavnike patogeneze in salutogeneze, odkrivamo ranljive dele populacije ter izvajamo ustrezne preventivne programe. Marsikateri od teh niso domena psihoterapije (ter sorodnih strok in znanosti), ampak gre za inter- in trans-disciplinarno multisistemsko področje, zato je bila problematika duševnega zdravja tudi obravnavana v tem kontekstu.

Za tisti, nemajhen delež mladih, ki potrebuje strokovno pomoč na področju duševnega zdravja, je poleg razvoja zanje prilagojenih psihoterapevtskih intervencij, eno ključnih vprašanj tudi, kako to oporo zagotoviti. Vemo namreč, da mladi manj verjetno iščejo oz. najdejo pomoč v okviru zdravstvenega sistema.

Še vedno ostaja odprto vprašanje »narave« podaljšanega prehoda v odraslost. Verjetno številni »ne odrastejo« ali odrastejo počasi iz »z zamudo«, ker jim zaradi solidnega udobja enostavno »ni treba«. Marsikateri ne odrastejo, ker ne zmorejo, ker na to niso pripravljeni. Pri tem ima pomembno vlogo družina, pa tudi družba. Ni namreč samo mlad človek tisti, ki »ne odraste«, ampak njihovo okolje predstavlja točno take kontekste, ki zavirajo razvoj. Velikokrat so to velika pričakovanja in hkrati premajhno dopuščanje eksploracije, tako na nivoju družine, kot širše, v šoli ter na nivoju družbe.

Največjo ceno tega plačuje tista skupina mladih, ki v resnici odrastejo, ampak se to »navzven ne vidi«, ker družba v preveliki meri ne nudi ustreznega »loka« od izobraževanja k zaposlovanju, kot enemu ključnih dejavnikov uspešnega razvoja. Slovenija na tem področju preveč izgublja. Četudi so načini uspešnega funkcioniranja družb in ekonomij dobro poznani, le—teh nismo uspeli v zadostni meri uveljaviti.

Tako kot vedno obstaja možnost, da stopimo korak naprej kot posamezniki, tako se lahko tudi kot družba najdemo v viziji, ki odpira poti naprej.

Viri

- Adams, S. H., Knopf, D. K., in Park, M. J. (2014). Prevalence and Treatment of Mental Health and Substance Use Problems in the Early Emerging Adult Years in the United States. *Emerging Adulthood*, 2(3), 163–172. <https://doi.org/10.1177/2167696813513563>
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55(5), 469–480. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.5.469>
- Blanchard, O., in Landier, A. (2001). The Perverse Effects of Partial Labor Market Reform : Fixed-Term Contracts in France, 112(1999), 214–244.
- Blos, P. (1962). *On adolescence: A psychoanalytic interpretation*. Glencoe: Free Press.
- Centers for Disease Control and Prevention. (n.d.). Underlying Cause of Death, 1999–2015. Pridobljeno s <https://wonder.cdc.gov/>
- Čakalne dobe po dejavnostih na dan 6.4.2017. (2017). Pridobljeno s <http://www.zdstudenti.si/component/content/article?id=109>
- Danielsen, Lorem, in Kroger. (2000). The Impact of Social Context on the Identity-Formation Process of Norwegian Late Adolescents. *Youth in Society*, (31), 332–362.
- Dao, M., in Loungani, P. (2010). The Human Cost of Recessions: Assessing It, Reducing It. *International Monetary Fund Spn/10/17*, 1–28.
- Erikson, E. H. (1950). *Childhood and society*. New York: Norton.
- Foundation, T. H. (n.d.). 2017 Index of Economic Freedom. Pridobljeno s <http://www.heritage.org/index/ranking>
- Galambos, N. L., Barker, E. T., in Krahn, H. J. (2006). Depression, self-esteem, and anger in emerging adulthood: Seven-year trajectories. *Developmental Psychology*, 42(2), 350–365. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.42.2.350>
- Huntley, Z., Maltezos, S., Williams, C., Morinan, A., Hammon, A., Ball, D., ... J Asherson, P. (2012). Rates of undiagnosed attention deficit hyperactivity disorder in London drug and alcohol detoxification units. *BMC Psychiatry*, 12(1), 223. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-223>
- Kahn, L. M. (2010). Labor Market Policy: A Comparative View on the Costs and Benefits of Labor Market Flexibility. *Journal of Policy Analysis and Management*, 31(5100), 94–110.
- Kataoka, S. J., Zhang, L., in Wells, K. B. (2002). Unmet needs for mental health care among U.S. children: Variation by ethnicity and insurance status. *American Journal of Psychiatry*, (159), 1548–1555. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.159.9.1548>
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., in Walters, E. E. (2005). Prevalence, Severity, and Comorbidity of. *Arch Gen Psychiatry*, 62(6), 617–627. <https://doi.org/10.1001/>

archpsyc.62.6.617

- Kessler, R. C., in Merikangas, K. R. (2004). The National Comorbidity Survey Replication (NCS-R): Background and aims. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 13(2), 60–68.
- Kessler, R. C., in Wang, P. S. (2008). The Descriptive Epidemiology of Commonly Occurring Mental Disorders in the United States. *Annual Review of Public Health*, 29(1), 115–129. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.29.020907.090847>
- Keyes, C. L. M. (2002). The Mental Health Continuum: From Languishing to Flourishing in Life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), 207. <https://doi.org/10.2307/3090197>
- Kim-Cohen, J., Caspi, A., Moffitt, T. E., Harrington, H., Milne, B. J., in Poulton, R. (2003). Prior Juvenile Diagnoses in Adults With Mental Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 60(7), 709. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.7.709>
- Lambert, M. J., in Ogles, B. M. (2016). Treatment Outcome Studies. [References]. *APA Handbook of Clinical Psychology: Vol. 2. Theory and Research*, 2.
- Marcia, J. E. (1966). Development and validation of ego identity status. *Journal of Personality and Social Psychology*, (3), 551–558.
- Mason, M. J., Keyser-Marcus, L., Snipes, D., Benotsch, E., in, in Sood, B. (2013). Perceived mental health treatment need and substance use correlates among young adults. *Psychiatric Services*, (64), 871–877. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.201200159>
- Morsy, H. (2012). Scarred generation. *Finance and Development*, 49(1), 15–17.
- Newman, D. L., Moffitt, T. E., Caspi, A., Magdol, L., Silva, P. a, in Stanton, W. R. (1996). Psychiatric disorder in a birth cohort of young adults: prevalence, comorbidity, clinical significance, and new case incidence from ages 11 to 21. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 552–562. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.3.552>
- Nurmi, J.-E. (1997). Self-definition and mental health during adolescence and young adulthood. In J. L. Schulenberg, in Maggs, in K. Hurrelmann (Eds.), *Health risks and developmental transitions during adolescence* (pp. 395–419). Cambridge: Cambridge University Press.
- OECD. (2016). *Society at a Glance 2016: OECD Social Indicators*. Paris. <https://doi.org/10.1787/9789264261488-en>
- Patel, V., Flisher, A. J., Hetrick, S., in, in McGorry, P. (2007). Mental health of young people: A global publichealth challenge. *Lancet*, (369), 1302–1313. [https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60368-7](https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60368-7)
- Pettit, J. W., Roberts, R. E., Lewinsohn, P. M., Seeley, J. R., in Yaroslavsky, I. (2011). Developmental relations between perceived social support and depressive symptoms through emerging adulthood: Blood is thicker than water. *Journal of Family Psychology*, 25(1), 127–136. <https://doi.org/10.1037/a0022320>
- Siol. (2017). Več izselitev slovenskih državljanov. Pridobljeno s <http://siol.net/novice/slovenija/vec-izselitev-slovenskih-drzavljanov-iz-domovine-le-se-v-casu-vojne-in-fografika-419779>
- Sullivan, D., in Wachter, T. von. (2009). Job Displacement and Mortality: An Analysis Using Administrative Data *. *Quarterly Journal of Economics*, 124(3), 1265–1306. <https://doi.org/10.1162/qjec.2009.124.3.1265>
- SURS. (n.d.). Prebivalstvo. Pridobljeno s http://pxweb.stat.si/pxweb/Dialog/varval.asp?ma=05G3002Sinti=inpath=../Database/Dem_soc/05_prebivalstvo/20_soc_ekon_preb/03_05G30_aktivnost/inlang=2

- Tanner, J. L. (2006). Recentering During Emerging Adulthood: A Critical Turning Point in Life Span Human Development. *Emerging Adults in America: Coming of Age in the 21st Century*, 21–55.
- Tanner, J. L., in Arnett, J. J. (2016). Emerging Adult Clinical Psychology, *1*, 127–138.
- Warren, J. S., Nelson, P. L., Mondragon, S. A., Baldwin, S. A., in Burlingame, G. M. (2010). Youth psychotherapy change trajectories and outcomes in usual care: Community mental health versus managed care settings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2), 144–155. <https://doi.org/10.1037/a0018544>
- Wittenberg, R. (1968). *Postadolescence: Theoretical and clinical aspects of psychoanalytic therapy*. Sydney: Grune in Stratton.
-