

# **PRIROČNIK ZA PSIHOPATOLOGIJO IN URGENTNA STANJA**

**Učno gradivo za zaposlene v Centrih za duševno zdravje odraslih**

## **PRIROČNIK ZA PSIHOPATOLOGIJO IN URGENTNA STANJA**

*Učno gradivo za zaposlene v Centrih za duševno zdravje odraslih*

Uredniški odbor:

doc. dr. Branko Bregar, Katarina Barbara Štrukelj, red. prof. dr. Vesna Švab, dr. Ingrid Velikonja, Nika Vukša Jurejevčič

Avtorji:

Darja Boben Bardutzky, Branko Bregar, Ivna Bulić, Maja Bundalo Bočić, Mojca Zvezdana Dernovšek, Sanja Kaube, Katja Kodelja, Leonarda Lunder, Katja Sraka, Katarina Barbara Štrukelj, Vesna Švab, Ingrid Velikonja

Kraj in leto izdaje: Ljubljana, 2021 (elektronski vir)

Dokument je nastal v okviru Programa MIRA (Nacionalni program za duševno zdravje 2018-2028). Za vsebino posameznega poglavja je odgovoren njegov avtor.

# VSEBINA

1. poglavje: ZNAKI DUŠEVNIH MOTENJ, OCENJEVANJE IN SVETOVANJE	1
2. poglavje: ORGANSKE DUŠEVNE MOTNJE	10
3. poglavje: SHIZOFRENIJA IN DRUGE PSIHOTIČNE MOTNJE	17
4. poglavje: RAZPOLOŽENJSKE DUŠEVNE MOTNJE	23
5. poglavje: ODVISNOSTI	31
6. poglavje: STRESNE IN ANKSIOZNE MOTNJE	42
7. poglavje: MOTNJE HRANJENJA	49
8. poglavje: OSEBNOST	55
9. poglavje: KOMORBIDNOST PRI DUŠEVNIH MOTNJAH	63
10. poglavje: URGENTNA STANJA V PSIHIATRIJI	65
11. poglavje: DEESKALACIJA	70
12. poglavje: ZDRAVLJENJE DUŠEVNIH MOTENJ	78
13. poglavje: PSIHOTERAPIJA	88
14. poglavje: REHABILITACIJA IN OKREVANJE	94

# 1. poglavje: ZNAKI DUŠEVNIH MOTENJ, OCENJEVANJE IN SVETOVANJE

Vesna Švab, Leonarda Lunder

Duševne motnje so pogoste in se pojavljajo na spektru od blagih in prehodnih do hudih in trajnih. To pomeni, da znake duševnih motenj doživljamo prav vsi skozi življenje, vendar večinoma v blagih in prehodnih oblikah. Poznavanje lastne psihopatologije je osnovno za razumevanje ljudi z duševnimi motnjami in omogoča sočuten odnos, ki je temelj vsakršne obravnave. Psihopatologija proučuje in opisuje znake in simptome duševnih motenj. Simptomi so posameznikovo zaznavanje spremembe, je subjektivni občutek, znaki pa so objektivno opaženi s strani strokovnih delavcev.

## **MOTNJE ČUSTVOVANJA IN RAZPOLOŽENJSKE MOTNJE**

Pogost je na primer simptom tesnobe (strahu pred neznanim), ki se kaže v oblakih napetosti, tiščanja v prsih, težkega dihanja in drugih vegetativnih simptomov (npr. potenje in vrtoglavica, slabost), lahko pa tudi z razdražljivostjo ali zbeganostjo (npr. po hudem stresu). Simptomi tesnobe se normalno pojavljajo v stresnih okoliščinah (npr. izpit). Kadar gre za hudo tesnobo pa je to dolgotrajen in nepretrgan (kot npr. pri generalizirani, posttravmatski ali pri psihotičnih motnjah) občutek utesnenosti in napetosti, ki invalidizira. Druga vrsta motnje je, kadar gre za napade hude tesnobe (npr. pri panični motnji), ki praviloma povzročijo socialni umik (ljudje si ne upajo nikamor, da ne bi ponovno doživeli napada, ki jih preplavi z grozo, da bodo umrli, se onesvestili in podobno). Podobni napadi se lahko pojavljajo tudi pri fobijah (strahovi pred predmeti, živalmi in situacijami).

Pogost je tudi simptom žalosti in depresivnosti, ki se kaže (poleg žalosti) tudi z brezvoljnostjo, nemočjo, odsotnostjo veselja, zaskrbljenostjo (skupaj s tesnobnostjo). Občutke žalosti in obupa poznamo iz vsakdanjega življenja vsi in se pojavijo ob različnih izgubah, kot so ločitve, smrti, upokojitve in tudi preselitve. Ta stanja so večinoma prehodna in ne trajajo več kot 14 dni, razen žalovanja po smrti bližnjih, v katerem se hudi občutki žalosti lahko pojavljajo tudi leto dni in le postopoma pojenjajo. Na drugi strani spektra pa je huda depresija z depresivnimi blodnjami o propadu in zmotnimi prepričanji o lasti krivdi za stvari, na katere ne moremo imeti vpliva. Na tem delu spektra gre za hudo trpljenje, ki lahko vodi v samomorilna razmišljanja, načrt in izvedbo samomora.

Obrnjena rokavica depresije je manija. Blago privzdignjena razpoloženja, zanos z veliko načrti in pretirano dejavnostjo (ki lahko vodi do izčrpanja) poznamo iz vsakdanjega življenja kot

prijetno hiperaktivnost, ki pa je časovno omejena in jo lahko prekinemo, če se pojavi večja utrujenost. Če takšne hiperaktivnosti ni mogoče brzdati in seže preko meja socialno sprejemljivega vedenja ter si z njo že delamo škodo, ker so dejavnosti vse slabše organizirane ali delamo škodo drugim, ker zapravljamo denar v vehementnih poskusih načrtovanja npr. poslovnih prebojev, pa je to že vedenje na bolezenskem delu spektra in mu pogosto sledita huda depresija in obup.

## NAJPOGOSTEJŠE MOTNJE ČUSTVOVANJA

<b>Anksioznost</b>	Je stanje povišane tesnobe, ki ni posledica je potrebno ločiti od strahu, ki je reakcija na realno stanje ogroženosti.
<b>Zbeganost</b>	Večja tesnoba, ko se človek težko znajde in si težko sam pomaga v določeni situaciji.
<b>Fobija</b>	Pretiran, nerealen strah pred različnimi življenjskimi situacijami (npr. višino) in objekti (npr. živalmi) .
<b>Depresivnost</b>	Je občutek žalosti, brezvoljnost in zavrtost mišljenja in delovanja, v redkih primerih tudi brezciljna hiperaktivnost. Distimija pomeni otožnost in potrnost.
<b>Evforija</b>	Pretirana in neustavljiva veselost, privzdignjenost in hiperaktivnost.
<b>Ekstaza</b>	Stanje vznesenosti z občutjem sreče in izpolnjenosti.
<b>Iritabilnost</b>	Bolestna razdražljivost, navadno v sklopu zmanjšanje kontrole impulzov, odziv ki je nesorazmeren z dražljajem.
<b>Čustvena labilnost</b>	Hitra menjava razpoloženja ob minimalnih ali tudi brez notranjih ali zunanjih dražljajev.
<b>Čustvena inkontinenca</b>	Nezmožnost zadržanja različnih čustvenih stanj ob malenkostnih notranjih ali zunanjih dražljajih.
<b>Apatija</b>	Slaba čustvena odzivnost ali odsotnost čustvenega odzivanja.
<b>Čustvena ambivalenca</b>	Pri doživljanju se pojavijo nasprotujoča se čustva in nameni. Posledica so težave z odločanjem.
<b>Paratimija</b>	Situaciji neskladen, neprimeren čustveni odziv na dejanske okoliščine in stanje.
<b>Paramimija</b>	Navidez neustrezna mimika in kretnje, ki so nasprotne dejanskemu čustvenemu stanju.

## MOTNJE MIŠLJENJA

Ločimo formalne in vsebinske motnje mišljenja. Med običajnim in formalno patološkim mišljenjem je arhaično (paralogično, magično), ki ne vključuje premisleka ter upoštevanja raznolikih okoliščin, dokazov in abstrakcije. Takšno mišljenje je pogosto in ni nujno patološko. Lahko ga pa srečamo tudi pri nekaterih bolnikih s psihozo ali drugimi duševnimi motnjami. Motnje mišljenja poznamo tudi iz vsakdanjega življenja, ko je lahko zaradi stresa, žalosti ali utrujenosti naše mišljenje upočasnjeno in togo, ter se tudi počasneje odzivamo na pripoved ali sporočila drugih; lahko pa se zgodi tudi obratno, da je takrat zaradi istih dejavnikov naše mišljenje celo pospešeno, zelo hitro. Tudi zdravim ljudem se dogaja, da v pripovedovanju izgubijo nit in so naše misli, ter posledično govorica, slabo povezani. Na patološkem delu spektra pa je zelo upočasnjeno ali očitno pospešeno mišljenje, ki se ne spreminja bistveno glede na situacijo in nanj ni mogoče več vplivati ali ga prekiniti, ko se okoliščine spremenijo. Dolgovezno, upočasnjeno mišljenje se lahko pojavi pri demenci ali drugih organskih motnjah, npr. pri tistih, ki so posledica epilepsije in pri depresiji. Patološko pospešeno mišljenje se lahko pojavi tudi v manični fazi bipolarni motnje. Takrat pogosto tudi ni čisto jasna povezanost med miselnimi vsebinami – temu rečemo inkoherentno mišljenje. Če je miselni tok povsem raztrgan, pa je to miselna disociacija, ki jo včasih srečamo pri pacientih s shizofrenijo.

### FORMALNE MOTNJE MIŠLJENJA

<b>Miselna vrvežavost</b>	Pospešeno mišljenje, ko je miselni tok pretirano hiter, ena misel prehiteva drugo.
<b>Miselna inkoherentnost</b>	Slabo povezana, težje razumljiva pospešena govorica.
<b>Miselne zadrge</b>	Gre za prekinitve miselnega toka, za vrzel v mišljenju, prekinitve asociacij.
<b>Miselna zavrtost (upočasnjeno)</b>	Gre za upočasnjeno mišljenje s skromnimi asociacijami, ki se pojavi pogosto pri depresivnih stanjih. Miselni tok teče formalno urejeno, vendar mnogo počasneje od običajnega.
<b>Perseveracije</b>	Ponavljjanje istih misli, besed, stavkov ali vedenj. Prisotna je lahko tudi pri hudi utrujenosti. Kaže lahko na organsko okvaro možganov.
<b>Miselna disociiranost</b>	Pomeni povsem raztrgan miselni tok. Oseba ne povezuje svojih misli, težko ali sploh je ne moremo razumeti. Lahko se pojavijo tudi povsem nerazumljivi izrazi, ki so novo skovane besede. Nepovezano mišljenje se lahko pojavi tudi pri zdravih ljudeh, vendar se lahko popravi, medtem, ko to pri hudih patoloških stanjih ni mogoče.

## **VSEBINSKE MOTNJE MIŠLJENJA**

Mišljenje je lahko moteno tudi po vsebini in se kaže z očitno zmotnimi prepričanji kot so:

- Pregarjalne blodnje: počutijo se ogroženi, bojijo se na primer, da jih bodo ubili.
- Nanašalne blodnje: povezujejo dogajanje s sabo, čeprav to ne more biti - npr. da o osebi govorijo po televiziji, čeprav to ne drži.
- Veličavske blodnje: npr. prepričanje, da imajo nadnaravne sposobnosti.
- Ljubosumnostne blodnje: npr. prepričanje, da ga žena vara z veliko partnerji (čeprav je očitno cele dneve zelo zaposlena).
- Depresivne blodnje: npr. prepričanje, da je kriv za vojno v oddaljeni državi.
- Religiozne blodnje: npr. je v stalnem kontaktu z Bogom, ki mu je podaril posebno moč in naloge.
- Druge blodnje: erotične, nihilistične so manj pogoste.

Blage občutke preganjavnice (npr. šef me ne upošteva), ljubosumnosti, precenjevanja samega sebe, neupravičenega povezovanja dogodkov z nami (npr. zaradi mene so v družbi utihnili, ko sem prišel) in občutke krivde, ki so le šibko povezani z resnično situacijo, pa poznamo vsi iz vsakdanjega življenja.

## **MOTNJE ZAZNAVANJA**

Motnje zaznavanja so iluzije in halucinacije in se pojavljajo na vseh čutnih področjih. Iluzije nastanejo na podlagi realno zaznanega: npr. v temni ulici slišimo korake za sabo in se prestrašimo, čeprav smo slišali dejansko svoje korake. Halucinacije so prividi, prisluhi, zmotne zaznave tipa in telesnih občutkov, okusa, vonja in ravnotežja. Najpogostejše so slušne halucinacije in se pogosto kažejo kot glasovi, ki ukazujejo ali grozijo. Te se lahko pojavijo pri več psihoičnih duševnih motnjah, tudi tistih, ki nastanejo naglo zaradi uživanja različnih psihoaktivni snovi ali zaradi hudih in ponavljajočih se duševnih motenj, kot je shizofrenija. Prividi in prisluhi se lahko za krajše obdobje pojavijo tudi pri povsem duševno zdravih ljudeh, ki ne uživajo drog, vendar so takšna stanja prehodna in kratkotrajna. Halucinatorna doživetja so tako pogosta, da se ljudje, ki slišijo glasove povezujejo v zelo velikih skupinah v različnih delih sveta in o teh doživetjih razpravljajo ter se medsebojno podpirajo in pogosto ne potrebujejo nikakršnega drugega zdravljenja.

Motnje telesnih občutkov, npr. gomazenje skupaj s prividi malih živali, se lahko pojavi ob delirantnih stanjih, bodisi zaradi prekinitve uživanja alkohola, pri ljudeh ki so od njega odvisni, bodisi ob nekaterih drugih organskih duševnih motnjah. Veliko telesnih bolezni lahko povzroči tudi psihične simptome.

VRSTE HALUCINACIJ	ZNAČILNOSTI VSEH HALUCINACIJ
<ul style="list-style-type: none"> <li>● vidne (optične)</li> <li>● slušne (akustične)</li> <li>● telesnega občutka (haptične)</li> <li>● notranje zgradbe telesa (cenestetične)</li> <li>● vonja (olfaktorne)</li> <li>● okusa (gustativne)</li> <li>● občutka za ravnotežje (vestibularne)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● žive in nazorne zmotne zaznave, v katere oseba ne dvomi;</li> <li>● ni jih mogoče korigirati s prepričevanjem;</li> <li>● bolnik lahko ravna v skladu s temi doživetji, lahko pa do njih pridobi tudi distanco in jih prepozna kot zmotne.</li> </ul>

Depersonalizacija je zmotno doživljanje občutka sebe (oseba se počuti spremenjena). Derealizacija pa pomeni, da oseba svojo okolico zaznava kot tujo in spremenjeno. Ta dva simptoma se lahko pojavita tudi pri zdravih ljudeh in sta nam v blagi obliki znana iz vsakdanjega življenja. Podobno velja tudi za simptome "Déjà vu", slovensko "že videno", kar je občutek, da je že bil v tej situaciji ali okoliščinah in jih pozna. Obraten je "Jamais vu", ko znane situacije doživlja kot tuje.

### **MOTNJE VOLJE IN HOTENJA TER NEGATIVNA SIMTOMATIKA**

**Negativna simptomatika** je relativno šibko definirana skupina simptomov, ki so lahko podobni hudi potrtosti in depresivnosti, vendar je zanje še posebej značilen socialni umik in brezvoljnost, brezizraznost ali slabše izražanje čustev, skromna komunikacija in navidezna apatija. V ozadju takih simptomov, ki se izrazijo tudi v slabši skrbi zase in zanemarjanju sebe, svojih bližnjih in okolice, je lahko marsikaj. Gre lahko za dejansko vztrajanje pozitivnih simptomov (blodenj in halucinacij), o katerih pa prizadeti ne govori več; lahko gre za obup in umik, ker je človek izgubil večino življenjskih priložnosti zaradi bolezni; lahko gre za posledice bolezni in nepretrgane označenosti, ki človeka oropa njegovih intelektualnih, ustvarjalnih zmožnosti in omeji njegovo izražanje čustev; lahko pa vsaj deloma tudi za dejanski upad zmožnosti, ki je posledica bolezni ali motnje, kot je to pri demenci in tudi nekaterih drugih motnjah. Dejansko se ob sedanjem razumevanju in znanju o duševnih motnjah s tem navidezno končnim stanjem kot strokovnjaki ne sprijaznimo. Vemo, da lahko z ustreznimi rehabilitacijskimi programi in programi zdravljenja pomagamo k boljšemu funkcioniranju veliki večini ljudi z duševnimi motnjami in da so t. i. končna stanja izjemno redka. Voljne funkcije so lahko tudi povečane in povezane s hiperaktivnostjo in razširitvijo interesov, kar običajno srečamo pri pacientih z maničnimi stanji.



## **SPOZNAVNE MOTNJE**

To so motnje pozornosti, koncentracije, spomina in težave pri razvrščanju informacij ter druge motnje višjih živčnih dejavnosti.

### **Primer 1**

*V primerih okužbe s SARS-CoV-2 ljudje pogosto tožijo zaradi "megle v glavi", kar pomeni, da se težje zberejo in povežejo dogodke. Po okužbi s SARS-CoV-2, posebej tisti ljudje, ki so imeli težak potek bolezni, pogosto trpijo zaradi depresije ali tesnobe in pri njih se lahko pojavlja dolgotrajna in težko obvladljiva nespečnost, kar vse vodi v manjše sposobnosti na področju spomina in pozornosti.*

Spoznavne motnje so prisotne pri večini psihiatričnih motenj. Pojavijo se tudi pri tako imenovanih funkcionalnih motnjah, ki naj ne bi imele organske osnove, kot so depresija, shizofrenija in druge. Motnje pozornosti in zbranosti so lahko posledica psihotičnega doživljanja, to je blodenj in halucinacij, ki okupirajo posameznika v tako veliki meri, da ne more biti več pozoren na to, kar mu pripovedujejo drugi.

**Spomin** lahko grobo delimo na spomin za nedavne dogodke in tisti za bolj oddaljene dogodke. Najpogosteje je pri ljudeh z demenco oškodovan spomin za nedavne dogodke.

Spomin delimo lahko tudi na semantični (za dogodke) in proceduralni (za veščine-naučene dejavnosti).

## **INTELEKTUALNE ZMOŽNOSTI**

Primanjkljaji na tem področju so lahko primarni (prirojeni) ali sekundarni (izguba že pridobljenih intelektualnih sposobnosti). Pri kar nekaj otrocih s primarnim primanjkljajem opazamo kombinirane razloge, prizadetost tako po biološki strani, kot s strani okolja.

Primarni intelektualni primanjkljaj se imenuje duševna manjrazvitost, ki je lahko huda, zmerna ali blaga. Sekundarni intelektualni primanjkljaj je lahko posledica poškodbe, nevrodegenerativnih bolezni ali druge organske okvare možganov.

## **MOTNJE ZAVESTI**

Med kvantitativne motnje zavesti sodijo:

- omotičnost, zaspanost, ko je oseba še v stiku z okoljem;

- dremavost, somnolenca, kadar je osebo mogoče zbuditi, a je dojemanje okolice oteženo;
- sopor, kadar se oseba odzove le na močne dražljaje, verbalna komunikacija pa ni več mogoča;
- koma, stanje globoke nezavesti.

Pri kvalitativnih motnjah zavesti poznamo:

- amnezije, fuge in druga disociativna stanja, ki se lahko pojavijo pri občutljivih osebah v stanju hude tesnobe, največkrat ob ali po psihološki ali fizični travmi;
- delirij, za katerega je značilna dezorientiranost, psihomotorni nemir in največkrat vidne, lahko tudi haptične ali druge halucinacije;
- normalno se lahko ob uspavanju ali prebujanju pojavijo fenomeni oneiroidne zavesti, ko se v njegovo zavest vrivajo še ostanki sanj;
- zožena zavest je omejitev obsega zavesti na ozek krog misli, občutij in notranjih vzgibov in se lahko pojavlja v akutnem stresnem stanju.

## **OCENA PSIHIČNIH MOTENJ**

Psihiatrične motnje se ocenjuje z intervjujem, ki omogoči njihovo prepoznavanje. Gre za razgovor, v katerem se odpovemo sodbam in vrednotenjem in osebo predvsem poslušamo – najprej navadno o njenih sedanjih (aktualnih) težavah. Možnost, da spontano in brez usmerjanja govori o sebi, je ključna za vzpostavitev terapevtskega odnosa. Tekom razgovora, v katerem nam (če smo dovolj pozorni in spoštljivi) ljudje povedo marsikaj o svoji življenjski zgodbi, se poskušamo vživeti v povedano in sporočeno, hkrati pa poskušamo opazovati vse zgoraj naštetih skupine znakov. Opazujemo kako in kaj oseba govori, da lahko ocenimo mišljenje, opazujemo njen čustveni izraz in poskušamo razumeti njeno razpoloženje ter tudi povprašati o samomorilnosti, če je to primerno. Vprašanja, ki jih postavimo potem, ko oseba konča pripoved o svojih težavah in življenju ter okoliščinah, naj bodo jasna in preprosta, lahko razumljiva in naj se povezujejo z že povedanim. Pogovora s trpečim človekom, ki je ravnokar zbral pogum, da je poklical po pomoč, se ne začnemo z zbiranjem podatkov o natančnem datumu rojstva in stalnem ter začasnem prebivališču, številki zdravstvene izkaznice, čeprav je te podatke pomembno pridobiti, da bomo lahko naredili vse kar je potrebno zanj. Poskušamo se poistovetiti s povedanim, saj nam to omogoči, da skupaj s prizadetim človekom iščemo najboljše možne rešitve.

## **SVETOVANJE**

Previdnost pri svetovanju je ena izmed osnovnih pravil sodobne obravnave. Dokler problema ne razumemo dovolj dobro, ne moremo ponuditi celostnih rešitev. Ljudje so lahko upravičeno prizadeti, če ponujamo odgovore, preden smo dokončali eksploracijo, ki jo v Centrih za duševno zdravje obljublamo – to je celostno multidisciplinarno delo, ki vključuje oceno stanja, potreb in načrtovanje obravnave skupaj s pacientom in njegovimi bližnjimi.

## **DIAGNOSTICIRANJE**

Diagnosticiranje pomeni, da povežemo simptome, o katerih je napisano zgoraj, v klinične slike, ki so opisane v mednarodnih klasifikacijah bolezni. Diagnoza pomeni torej skupino simptomov določene intenzitete v določenem časovnem okviru. Postavitev diagnoze zahteva poznavanje v klasifikaciji določenih pravil. Diagnoza pogosto ni trajna kategorija ampak se spreminja s časom. Motnja kontrole realnosti s slušnimi in vidnimi halucinacijami, ki je na začetku diagnosticirana kot prehodna psihotična motnja s simptomi shizofrenije, se lahko razvije v shizofrenijo, lahko pa se izkaže, da gre le za prehodno in reverzibilno stanje zaradi uživanja drog, npr. marihuane. Pri starejši gospe z znaki depresije, globoke potrnosti s samomorilnimi težnjami in motnjami volje, se lahko sčasoma izkaže, da gre za demenco. V psihiatriji lahko natančno opredelimo motnjo šele po daljšem spremljanju. Pogosto zato zdravimo sprva le simptome in ne bolezni ali motnje. Človekovega stanja in potreb nikoli ne moremo opredeliti z eno diagnozo, nam pa diagnosticiranje pomaga pri oceni prognoze in načrtovanju pomoči.

Mednarodne klasifikacije bolezni vključujejo več sto psihiatričnih motenj. Diagnoza je eden izmed rezultatov ocenjevanja stanja pri človeku, ki ga obravnavamo, in je namenjena predvsem temu, da lahko ocenimo potek in prognozo motnje ter načrtujemo psihiatrično zdravljenje. Diagnoze se tekom bolezni lahko spreminjajo, dopolnjujejo, kombinirajo in so praviloma v začetku čim bolj nedoločene, dokler nismo vanje sigurni. Razlog za to previdnost je v etiketiranju, ki je globoko diskriminatorno do posameznikov in pogosto vodi v to, da v obravnavi ne naredimo vsega, kar bi lahko naredili, če bi bila diagnoza drugačna. To velja predvsem za področja odvisnosti od različnih psihoaktivnih snovi in osebnostnih motenj, pa tudi za shizofrenijo in depresijo. Ljudje, ki dobijo tovrstne diagnoze so v številnih službah obravnavani površno in pomanjkljivo. Diagnoza je namenjena tudi sporazumevanju med strokovnjaki, predvsem zdravniki. V CDZ se izogibamo etiketiranju in uporabljamo diagnoze (npr. negovalne, delovno terapevtske in funkcionalne) kot dinamično orodje, ki nam opiše le del človekove osebnosti in problema.

Psihiatrične motnje razvrščamo v več skupin o katerih bomo govorili v nadaljevanju.

Najenostavnejša delitev je na:

- psihotične
- razpoloženjske
- anksiozne
- organske
- odvisnosti in
- osebnostne motnje.

## **LITERATURA** (1, 2)

1. Pregelj P, Kores Plesničar B, Tomori M, Zalar B, Zihel S. Psihijatrija. 1. izdaja. Pregelj P, Kores Plesničar B, Tomori M, Zalar B, Zihel S, ur.. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana; 2013.
2. Mrevlje G. Znaki in simptomi duševnih motenj - učbenik. V: Pregelj P, Kobentar R, Kobal M, Šušteršič O, ur.. Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju. 1. izdaja. Ljubljana: Rokus Klett; 2009. str. 71–80.

## 2. poglavje: ORGANSKE DUŠEVNE MOTNJE

Katarina Barbara Štrukelj, Ingrid Velikonja

Skupina organskih duševnih motenj je precej široka in raznolika. Različnim boleznim je skupno, da je njihov nastanek vzročno povezan z možgansko boleznijo ali poškodbo, ki vodi v možgansko disfunkcijo. Bolezni, ki vplivajo na možgane, jih lahko prizadanejo direktno, kot npr. kap, vnetje, nevrodegenerativne bolezni, ali pa sekundarno v sklopu druge sistemske bolezni, kot. npr. pomanjkanje vitaminov, sistemske vnetne bolezni in podobno.

Najpogostejše med njim so demence, ki so večinoma vezane na starost, že dolgo pa vemo, da se nekatere oblike pojavljajo tudi pri mlajših. Enako je z delirijem, ki ga redno srečujemo v vseh bolnišnicah in domovih za stare in lahko bistveno vpliva na izid primarne bolezni.

### **DEMENCA**

Demenca je kronična napredujoča možganska bolezen, ki prizadene višje možganske funkcije. Zanj je značilen upad spoznavnih (kognitivnih) sposobnosti, kot so spomin, mišljenje, orientacija, razumevanje, računske in učne sposobnosti ter sposobnosti govornega izražanja in presoje. Prizadetost spominskih sposobnosti se sprva nanaša le na pomnjenje in priklic novih informacij, z napredovanjem bolezni pa je prizadet tudi priklic davnih dogodkov. Zaradi upada spoznavnih sposobnosti je prizadeto vsakdanje funkcioniranje bolnika, zmanjša pa se tudi sposobnost za obvladovanje čustev, socialnega vedenja in motivacije. Demenco praviloma spremljajo tudi vedenjske (vznemirjenost, tavanje, verbalno in fizično nasilje, socialno neustrezno in dezinhibirano vedenje) in psihične spremembe (depresija, tesnoba, blodnje, halucinacije ...).

### **KLINIČNI ZNAKI**

Začetni znaki demence so lahko podobni nekaterim telesnim ali drugim duševnim boleznim. Bolniki ne kažejo več zanimanja za dogajanje v okolici in se raje zadržujejo doma. Lahko se osebnostno spremenijo, postanejo pretirano natančni ali površni, izgubljajo občutek za oblačenje in osebno higieno. V domačem okolju ali v kratkem pogovoru delujejo urejeno, težave se pokažejo šele ob delu, ki terja več časa, ali v neznanih in nepredvidljivih situacijah. Težave s spominom se običajno pojavijo zgodaj, pri čemer je oškodovan predvsem spomin za nedavne dogodke. Med pogovorom težje najdejo posamezne besede, težko sledijo pogovoru več oseb hkrati ali zahtevnim vsebinam, imajo težave z dojetjem simbolnega izražanja. Ponavljajoče rutinske vsakodnevne dejavnosti lahko uspešno opravljajo dlje časa.

Z napredovanjem bolezni se težave s spominom stopnjujejo. Naloge, ki so jih ljudje prej opravljali z lahkoto, od njih zahtevajo večji napor. V pogovoru hitreje zaidejo s teme, besedni zaklad je osiromašen, pojavljajo se motnje branja, pisanja in računanja. Bolniki ne zmorejo več samostojno urejati finančnih zadev. Zaradi težav z orientacijo lahko zatavajo in potrebujejo vedno več nadzora in spodbude. Popuščati začnejo naučene socialne zavore. Spremenijo se osebne poteze, ki lahko postanejo izrazitejše ali se povsem izgubijo.

V končnem stadiju bolezni spominske sposobnosti povsem odpovejo. Bolniki pogosto ne prepoznajo najbližjih sorodnikov, lastne podobe v ogledalu, ne znajdejo se več v lastnem domu. Težave imajo pri oblačenju, osebni higieni in nazadnje tudi pri hranjenju. Povsem so odvisni od tuje pomoči in potrebujejo 24-urni nadzor. Pogosto so nemirni in tavajo, sčasoma pa postanejo vse bolj neokretni, upočasnjeni ali povsem nepomični. Pojavljajo se težave z zadrževanjem blata in urina ter motnje požiranja.

## **NAJPOGOSTEJŠE VRSTE DEMENC**

**Demenca pri Alzheimerjevi bolezni** je primarna degenerativna bolezen neznane etiologije z značilnimi nevropatološkimi in nevrokemijskimi posebnostmi. Praviloma se razvija počasi in enakomerno, običajno do 10 let. Demenca pri Alzheimerjevi bolezni se lahko začne pred 65. letom (presenilna oblika) ali pa po 65. letu (senilna oblika). Senilna oblika demence se navadno prične v poznih 70. letih in napreduje počasneje kot presenilna oblika. Alzheimerjeva bolezen je najpogostejši vzrok demence.

**Vaskularna demenca** je posledica infarktov možganov zaradi vaskularne bolezni. Bolniki imajo rizične faktorje, kot so povišan krvni tlak, povišana vrednost trigliceridov in holesterola, sladkorna bolezen. Vaskularna demenca se navadno razvije po več zaporednih kapeh. Začetek je lahko nenaden z značilnim stopničastim upadom spoznavnih sposobnosti.

**Demenca z Lewyjevim telesci** je po nekaterih podatkih druga najpogostejša oblika demence. V možganski skorji bolnikov so prisotna Lewyjeva telesa. Poleg upada spominskih in ostalih kognitivnih funkcij so pogosto prisotne vidne halucinacije in simptomi, značilni za Parkinsonovo bolezen (tremor, rigor, akinezija). Bolniki s to obliko demence so izredno občutljivi za neželene učinke antipsihotikov. Značilno je tudi izrazito nihanje kognitivnih sposobnosti.

**Frontotemporalna demenca** je progresivna demenca, ki se prične v srednjih letih in jo označujejo zgodnje, počasi napredujoče značajске spremembe in socialna deterioracija. Neopaznemu in postopnemu začetku sledi intelektualno pešanje kot posledica upada

spominskih in ostalih kognitivnih sposobnosti. Frontotemporalna demenca se začne v povprečju deset let prej kot Alzheimerjeva bolezen, tj. v starosti do 70 let. Zanj so značilni vedenjska razvrstost (družbeno neprimerno, brezbržno in dezinhibirano vedenje ...), apatija, izguba empatije, stereotipno vedenje in motnje govora.

## **OBRAVNAVA DEMENC**

Predvsem nemedikamentozna.

## **DELIRIJ, KI GA NE POVZROČAJO ALKOHOL ALI DRUGE PSIHOAKTIVNE SNOVI (PAS)**

### **Primer 1**

*75-letni gospod je zaenkrat živel sam. Že 5 let nazaj je izgubljal občutek za smer, v novem okolju je bil nemiren in zbežan. Pri skrbi za hišo mu je od ženine smrti pomagala hčerka, kosilo so mu vsak dan pripeljali. Dva dni nazaj so opazili, da je banano pojedel z olupkom, strgal je vse časopise in jih potem zlagal. Zamenjal je dan za noč. Svojcem se je zdelo, da ima privide. Alkohola ne pije že 10 let. Poklicali so zdravnika, ki je ugotavljal, da je gospod nemiren, dezorientiran, hodi po prostoru, svojcev ni prepoznal.*

Delirij je relativno pogosta motnja, zlasti pri starejših, njegova pojavnost narašča s starostjo, ima visoko obolevnost in umrljivost in je pogosto slabo prepoznan. Izraz delirij skriva bogato terminologijo in različne izraze, npr. akutna zmedenost, akutna organska reakcija in podobno. Trije glavni dejavniki tveganja za nastanek delirija so starost, demenca ter okvara telesnega ali duševnega zdravja. Pogosto so povod za nastanek delirija tudi različna zdravila.

## **KLINIČNA SLIKA**

Za delirij je značilen akuten ali subakuten nastanek, nihajoč potek, pogosto je stanje boljše podnevi in slabše ponoči. Pojavljajo se prodromalni znaki – nemir, tesnoba, prestrašenost, preobčutljivost na svetlobo in zvok.

Sum na delirij oziroma končno diagnozo postavimo na osnovi klinične slike:

- motnje zavesti (kvalitativne in kvantitativne – od zamračenosti do stuporja, zavedanje okolja, motnje pozornosti – izrazita odkrenljivost);
- motnje kognitivnih funkcij (takojšen priklic in spomin za nedavne dogodke, dezorientacija – časovna, situacijska, krajevna);
- psihomotorne motnje (od hipo- do hiperaktivnosti in nazaj, zaposlitveni nemir, povečan reakcijski čas, pospešen/upočasnjen govor);

- motnje ciklusa budnosti in spanja (nespečnost z ali brez dnevne zaspanosti, nočno poslabšanje simptomov, nočne more/iluzije/halucinacije);
- motnje zaznavanja (zlasti vidne, tudi scenske halucinacije);
- motnje čustvovanja (ustrezajo vsebini doživljanja, razdražljivost, nemir, tesnoba);
- inkoherentno mišljenje;
- avtonomna disfunkcija (znojenje, hipertermija, zvišan krvni tlak, midriaza, tahikardija, inkontinenca, slabost in bruhanje);
- sugestibilnost;
- dokazi za možgansko ali drugo sistemsko bolezen.

Poleg bolj znane in bolje prepoznane hiperaktivne oblike delirija, ki se kaže z motorično hiperaktivnostjo (zaposlitveni nemir, agitacija, huda tesnoba, vegetativni avtonomni znaki odtegnitve), poznamo tudi hipoaktivni delirij, ki se kaže z zmanjšano motorično aktivnostjo. To obliko lažje spregledamo ali zamenjamo s kako drugo boleznijo. Obe obliki se lahko v času prepletata. Diferencialno diagnostično je treba predvsem razlikovati med delirijem, demenco in akutno psihozo. Ločijo se predvsem v hitrosti nastanka, prizadetosti zavesti in cirkadianem poteku.

## **OBRAVNAVA**

Pri bolniku s sumom na delirij je vedno potrebna koordinacija z vsemi vpletenimi za skrb in zdravljenje bolnika. Obravnava je vedno dvotirna, po eni strani usmerjena v odkrivanje etiologije delirija, po drugi strani pa simptomatska in podporna. Z nefarmakološkimi metodami zdravljenja spremljamo vitalne parametre, zagotovimo bolniku varno okolje, ustrezen vnos tekočin in hrane, zmanjšujemo senzorne vplive. V medikamentozni terapiji se uporabljajo benzodiazepini, antipsihotiki, beta blokerji, že uvedene terapije z inhibitorji acetilholin esteraze ne ukinjamo. Predvsem pri starejših bolnikih je potrebna previdnost pri odmerjanju zdravil.

### **Primer 2**

*Zdravnik je ob hišnem obisku svetoval, da gospoda odpeljejo na pregled na urgenco. Tam so poleg že opisanega ugotavljali, da je gospod febrilen, da kašlja, da je slabše hidriran. Na RTG pljuč je bila opisana pljučnica. S svojci so se dogovorili, da bo dobil infuzijo tekočin in antibiotik, nato pa bodo poskusili zanj skrbeti doma, ob rednih obiskih patronažne sestre. Ves čas bo nekdo ob njem. Poskrbeli bodo, da bo zaužil dovolj tekočin in hrane. Če bo nemir vztrajal ali se stopnjeval, se bodo ponovno oglasili na urgenci. Gospodu je vročina padla naslednji dan, tudi nemir je izzvenel, naslednjo noč je že večinoma prespal.*



## **DRUGE ORGANSKE PSIHIČNE MOTNJE**

Mednje uvrščamo psihične motnje, ki jim je mogoče dokazati organske vzroke, pri čemer sta demenca in delirij opisana v posebnem delu.

**Organski amnestični sindrom, ki ga ne povzročajo alkohol ali druge PAS**, za katerega so značilne spominske motnje pri ohranjenih ostalih kognitivnih funkcijah. Ohranjen je neposredni priklic, izrazito pa je prizadet spomin za nedavne dogodke, prisotne so konfabulacije.

V tem sklopu je pomemben sindrom Korsakov, ki nastane zaradi pomanjkanja tiamina. Njegov nastanek je običajno postopen. Posebna pozornost je potrebna pri hkratnem pojavu nevroloških simptomov (zmedenost, ataksija in oftalmoplegija), saj t. i. Wernickejeva encefalopatija v 85 % vodi v ireverzibilni amnestični sindrom.

**Organske razpoloženske motnje** zajemajo celo paleto razpoloženskih motenj (depresijo, manijo, hipomanijo ali bipolarno motnjo razpoloženja), ki pa morajo biti v vzročni povezavi z možgansko ali drugo telesno boleznijo.

- Organska tesnobna motnja se lahko kaže kot generalizirana anksioznost ali kot panična motnja.
- Organska disociativna motnja se kaže z izgubo normalne povezave med spomini, neposrednimi občutki, zavedanjem lastne identitete in tudi izgubo kontrole nad telesnimi gibi.
- Za organsko čustveno labilno motnjo je značilna emocionalna labilnost, povečana utrudljivost, telesne senzacije (vrtočlavice, bolečine ...). Najpogostejša vzroka zanjo sta zvišan pritisk in možgansko žilne bolezni.
- Blaga kognitivna motnja se kaže s subjektivnim zavedanjem bolnika glede blage pozabljivosti, preostale kognitivne funkcije so ohranjene. Novi kriteriji za blago kognitivno motnjo so poleg težav s spominom vpeljali še druge vrste kognitivnega upada. Blaga kognitivna motnja predstavlja dejavnik tveganja za razvoj demence.

**Osebnostne in vedenjske motnje zaradi možganske bolezni, poškodbe in disfunkcije:** mednje sodijo bolezni oziroma motnje, ki ostanejo po telesni bolezni ali pa so njen spremljajoči pojav.

- Organska osebnostna motnja se kaže s spremenjenim vedenjem glede na stanje pred boleznijo. Spremenjeno je izražanje čustev (emocionalna labilnost,

impulzivnost), potreb in nagibov (zanemarjanje osebne higiene), lahko so prizadete kognitivne funkcije, mišljenje (spremenjen govorni način, dolgoveznost, tangencialno mišljenje), pojavlja se dezinhibirano vedenje (socialno, seksualno).

- Postencefalitični sindrom je reverzibilna spremenjenost vedenja, ki ostane po ozdravitvi encefalitisa. Simptomi so nespecifični, najpogosteje se pojavljajo splošna slabost, apatija, razdražljivost, motnje spanja, motnje spolnih funkcij in spremembe v socialnih stikih. Lahko so prisotni tudi nevrološki simptomi.
- Postkomocijski sindrom nastopi po poškodbi glave, ki je običajno tako huda, da povzroči izgubo zavesti. Pojavljajo se glavobol, vrtoglavica, utrudljivost, razdražljivost, otežena koncentracija. Pogosto so prizadete spominske funkcije, razpoloženska lega je depresivna, z nespečnostjo, znižano toleranco za obremenitve.

OBRAVNAVA opisanih organskih psihičnih motenj se najprej vedno osredotoča na odpravljanje osnovnega vzroka njihovega nastanka. Pogosto je potrebna tudi uporaba zdravil glede na prevladujočo psihiatrično simptomatiko. Uporaba zdravil mora biti vedno preiščljena in previdna glede na prisotnost drugih bolezni oziroma stanj. Sicer se obravnava sama ne razlikuje pomembno od obravnave sorodnih neorganskih bolezni.

### **PSIHATRIČNE MOTNJE IN COVID-19**

Zaenkrat je še premalo podatkov, da bi okužbo s SARS-CoV-2 lahko povezali z razvojem psihiatričnih motenj. Na osnovi študij prejšnjih epidemij pa lahko domnevamo, da se bodo pri okuženih bolnikih psihiatrični simptomi in motnje pojavljali. Študija bolnikov, okuženih s SARS-CoV-2, je pokazala, da so se pri 20–40 % bolnikov pojavili nevropsihiatrični simptomi, značilni za delirij (motnje zavesti, zmedenost, zmanjša pozornost in koncentracija, motnje spomina, nespečnost).

Pri psihiatričnih bolnikih okužba s SARS-CoV-2 poslabša njihovo psihično stanje ali povzroči ponoven izbruh bolezni. Pri njih se lahko razvijejo tudi komorbidni psihiatrični simptomi in motnje.

Pri bolnikih z demenco obstaja zaradi kognitivne oškodovanosti večje tveganje za okužbo s SARS-CoV-2. Zaradi pridruženih telesnih bolezni je potek bolezni težji in izid zdravljenja slabši. Za bolnike, ki bivajo v institucijah, specifične bivalne razmere predstavljajo večje tveganje za okužbo. Zaradi izoliranosti v obdobju epidemij se pri dementnih bolnikih pogosteje pojavljajo vedenjske motnje in poslabšanje psihičnega stanja.

## **LITERATURA**

Kaplan HI, Sadock BJ. Dementia. V: Kaplan HI (ur.), Sadock BJ (ur.) Synopsis of psychiatry. 8th ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 1997. 328-45.

Kogoj A. Organske duševne motnje. V: Tomori M, Zihel S. (ur.) Psihijatrija. 1st ed. Ljubljana: Litterapicta, 1999: 101-35.

Kogoj A. Demenca. V: Pregelj P, Kobentar R (ur.). Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem razvoju. 1st ed. Ljubljana: Rokus Klett, 2009: 85-112.

Anthony SD. Basic concepts in neuropsychiatry. V: Anthony SD et al (ur.). Lishman's organic psychiatry. 4th ed. Chicester: Willey-Blackwell, 2009: 3-27.

### 3. poglavje: SHIZOFRENIJA IN DRUGE PSIHOTIČNE MOTNJE

Vesna Švab, Ivna Bulić

V skupino psihotičnih motenj sodijo tiste motnje, pri katerih je v akutnih fazah bolezni izgubljen stik z realnostjo. Najpogostejša med njimi je shizofrenija, ki je tudi model za razumevanje drugih v marsičem podobnih motenj, kot sta shizoafektivna in blodnjava motnja. V to skupino sodijo tudi kratke in prehodne psihotične motnje, ki s časom povsem izzvenijo, čeprav imajo znake, ki so podobni shizofreniji. Za diagnozo shizofrenije je poleg simptomov, ki so navedeni v klasifikaciji, potrebno upoštevati tudi njihovo povezanost z življenjskimi dogodki, stresi, morebitnim uživanjem psihoaktivnih snovi ter trajanje simptomov. Diagnoze v psihiatriji lahko postavi le zdravnik.

#### **Primer 1**

*28-letni študent prihaja na pregled. Pove, da je tesnoben, v hudi stiski zaradi diplome. Ima namreč težave z bivšo mentorico, s katero je prišel v konflikt. Sprla sta se, ker ga je stalno klicala po telefonu, kadar pa je dvignil telefon, se ni oglasila. Govorila mu je, da naj zažge vso študijsko gradivo. Ni je ubogal. Nadzorovala je njegov računalnik. Sumi jo tudi, da je plačala ljudi, da so mu v sobo namestili kamere in da ga zasledujejo. To je prijavil tudi na policijo. Včeraj je po televiziji govorila o njem. Pove še, da živi s starši, da nikoli ni bil telesno bolan. V šoli je bil izjemno uspešen do tretjega letnika srednje šole, potem je začel kaditi "travo" in se več družiti. Maturo je komaj opravil. V zadnjih desetih letih je zamenjal več fakultet, delal občasna preprosta dela, potoval po svetu. Pred tremi leti se je na željo matere vrnil domov in se vpisal na dvoletno višjo šolo, kjer je opravil večino izpitov. Partnerskega odnosa ni imel od konca srednje šole. Zadnja leta se ne družijo z vrstniki. Na fakulteti se s sošolci ni ujel, ker so mnogo mlajši. Zadnja leta ne pije alkohola, ne kadi marihuane in ne uživa drugih psihoaktivnih substanc.*

#### **SHIZOFRENIJA**

Shizofrenija je ponavljajoča se duševna motnja, ki lahko prizadene številna področja delovanja posameznika. Pogosto se bolezen napove s **prodromalno fazo**, ki se kaže s spremenjenim doživljanjem sebe, sveta in drugih. Pojavijo se občutki, da je spremenjen in nenavaden ter da so ljudje okoli njega drugačni. Ti fenomeni pogosto povzročijo hudo tesnobo.

Vzroki za shizofrenijo so podobno, kot pri drugih duševnih motnjah sestavljeni in številni. Diagnoze ni mogoče povezati z enim vzročnim dejavnikom, temveč z biološkimi, socialnimi, psihološkimi dejavniki, ki vplivajo na njen nastanek in potek.

## **ZNAKI IN SIMPTOMI**

Simptome shizofrenije lahko razdelimo na več skupin – na pozitivne simptome, negativne oz. umaknitvene simptome, simptome dezorganiziranosti, kognitivne simptome ter simptome derealizacije in depersonalizacije. Po Mednarodni klasifikaciji bolezni 10 so za shizofrenijo značilne spremembe mišljenja, zaznavanja in čustvovanja. Jasna zavest in intelektualne sposobnosti so navadno ohranjene, čeprav se sčasoma lahko razvije kognitivni upad.

**Pozitivni simptomi** so blodnje in halucinacije, ki so najizrazitejše v akutni fazi bolezni, katere primer je predstavljen zgoraj. V akutni fazi bolezni je lahko pri pacientih s shizofrenijo miselni tok raztrgan, povsem nepovezan. Temu rečemo miselna disociiranost. Pojavljajo se lahko nenavadne asociacije, zaradi česar ne razumemo povedanega. Pri pogovoru na določeno temo, pacient sredi pogovora preskoči na drugo temo, ki je lahko prvi sorodna tudi zgolj po posamezni besedi. Lahko opiše, da se mu občasno misli povsem ustavijo, čemur rečemo miselna zadruga.

**Halucinacije** so lahko pri shizofreniji vseh vrst, ki so opisane pri splošni psihopatologiji. Slušne halucinacije lahko nastopajo v številnih oblikah, kot znani ali neznani glasovi. Posebno pozornost in previdnost je potrebno nameniti posameznikom, ki poročajo o imperativnih halucinacijah – ukazovalnih glasovih, ki usmerjajo vedenje, saj je pri teh posameznikih povišano tveganje, da bi škodili sebi ali drugim.

**Vsebinske motnje mišljenja (blodnje)**, so najpogostejše paranoidnih ali nanašalnih vsebin, čeprav so lahko tudi vseh drugih vrst. Po svoji vsebini so zelo nenavadne in so lahko bizarne. Lahko so urejene v sistem ali so le posamične, lahko nastajajo prehodno ali pa so utrjene skozi vse bolezenske ponovitve. V blodnjave interpretacije pacienta s shizofrenijo so lahko vključeni tudi njegovi bližnji in drugi ljudje s katerimi je v stiku (lahko tudi strokovni delavci). Izrazite pozitivne simptome zlahka opazimo in razberemo iz pacientove pripovedi in vedenja. Ko akutna faza bolezni izzveneva, pa lahko o teh doživetjih že poroča z distanco. To zadnje je pogosto tudi pri ljudeh, ki imajo z zmotnimi prepričanji in zaznavami že veliko izkušenj, jih prepoznajo kot zmotne in se o tem posvetujejo bodisi med sabo, bodisi s strokovnimi delavci. Pomembno je, da se pacientov ne trudimo prepričevati v zmotnost prepričanj, niti jih ne smemo pri njegovih zmotnih prepričanjih podpreti, ker s tem utrjujemo simptom (npr. ga ne prepričujemo, da naj vzame zdravila, da se bo izognil preganjalcem). Kadar posameznik s shizofrenijo generira zmotne interpretacije novih dogodkov v remisiji, ga lahko spodbudimo, da za te dogodke išče ostale, bolj verjetne interpretacije. Pozitivni so tudi simptomi

dezorganiziranosti, ki zajemajo dezorganizirano mišljenje in vedenje. Pogosti psihopatološki fenomeni vključujejo še fenomene miselnega odmeva ter vsiljevanje ali odtegotvanje misli.

**Negativni oz. umaknitveni simptomi** so za strokovne delavce težje prepoznavni, za pacienta s shizofrenijo pa izrazito neprijetni. Pogosto se namreč pojavi pomanjkanje volje, interesov, težave pri aktivaciji in motivaciji, osiromašeno mišljenje in tudi čustvena odmaknjenost od sveta – pacienti pogosto poročajo o nezmožnosti čustvovanja, kakršnega so poznali pred boleznijo. Takšno stanje pogosto prispeva k umiku posameznika iz medosebnih odnosov in aktivnosti, k opuščanju skrbi zase in za svoje okolje, k zatekanju v posteljo itd. Zelo pogosto se negativna simptomatika lahko napačno diagnosticira. Pogosto je za sklopom umaknitvenih simptomov huda potrtost ali še vedno prisotna pozitivna simptomatika. Posebej nevarno je, če v vnemi intenzivne obravnave in v procesih rehabilitacije prezremo te možnosti in jih po krivici lahko pripišemo “lenobi” in “nesodelovanju” ter se namesto vztrajne in prijazne spodbude zatekamo h kritikam. To je strokovna napaka. Negativna simptomatika je včasih vztrajna in se jo težko zdravi z zdravili. Pacienta lahko spodbudimo k obvladovanju slednje s tem, da jo dobro prepozna in z metodami aktivacije. **Kognitivni simptomi** predstavljajo motnje višjih spoznavnih funkcij. V akutni fazi bolezni so prehodno prisotne motnje pozornosti – posameznik se težko zbere, ne more brati, slediti oddaji na televiziji, težko usmerja in nadzoruje miselni tok. Bolj trajne so lahko motnje izvršilnih sposobnosti – sposobnosti učinkovitega mišljenja, nadzora in kontrole ostalih miselnih procesov, analiziranja in prilagajanja zahtevam okolja. V raziskavah se je kot značilno okrnjena pokazala sposobnost načrtovanja in usklajevanja ter miselna fleksibilnost. To lahko vpliva na načrtovanje in izvedbo kompleksnejših opravil, npr. urejanja svojih zadev, načrtovanja nakupovanja in porabe denarja ... Motnje višjih spoznavnih sposobnosti so pogosto trajne in včasih tudi napredujoče, posebej takrat, kadar pacientu nihče ne pomaga, da jih obvladuje. Tudi te motnje so dobro obvladljive in večinoma prehodne, če pravočasno in v skladu s pravili stroke pomagamo s treningom spoznavnih sposobnosti, motivacijo, učenjem in drugimi tehnikami kognitivne remediacije. Zaradi opisanih motenj spoznavnih sposobnosti pacient s shizofrenijo nove veščine težko prenese iz ene situacije v drugo, zaradi česar je smotrno učenje veščin v situacijah v katerih bodo uporabljene. Smotrno je, da se kognitivno funkcioniranje posameznika strokovno oceni (in spremlja).

Pri posameznikih s shizofrenijo se skozi različna bolezenska obdobja lahko pojavlja tudi **depresivna simptomatika in tesnoba**. Huda stiska, obup in žalost se pogosto spregledajo in zamenjujejo za negativno ali kognitivno simptomatiko ali še huje za “pomanjkanje volje” v laičnem pomenu. Pri pacientih s shizofrenijo je tveganje za samomor močno povišano – med

20-50 % pacientov poskuša v poteku bolezni narediti samomor, med 10-15 % pacientov pa zaradi samomora tudi umre. Samomor pri posamezniku s shizofrenijo je redko nepredvidljiv in impulziven. Najpogosteje je posledica izgube upanja.

## **OBRAVNAVA**

Zdravljenje psihotičnih duševnih motenj je vedno kompleksno in sestavljeno. Zelo pogosto (čeprav ne vedno) se zdravijo z antipsihotiki. Prehodne psihotične motnje se ne zdravijo le z zdravili, temveč tudi s psihoterapijo, rehabilitacijo ali zdravljenjem odvisnosti. Številne kratkotrajne psihotične motnje je mogoče prekiniti že z umikom iz stresnega (lahko nasilnega) okolja. Cilj obravnave psihotičnih motenj je okrevanje, ki je subjektiven proces, ki vodi v novo psihično in pogosto tudi novo socialno ravnovesje, največkrat z nekaj omejitvami v življenju. Poleg zdravljenja z zdravili in psihoterapijo, se pri psihotičnih motnjah uporablja tudi metode psihosocialne rehabilitacije, ki so opisane v posebnem poglavju.

Skupnostna oblika obravnave je lahko učinkovit odgovor pri obravnavi pacientov s psihotično motnjo na slabo sodelovanje v obravnavi. Večina pacientov s psihotičnimi motnjami opusti zdravljenje v prvi polovici leta po hospitalizaciji. Opuščanje obravnave izhaja najpogosteje iz težav, ki jih imajo pacienti zaradi neželenih učinkov zdravil, iz slabe informiranosti in šibkega sodelovanja s strokovnjaki. Z obravnavo pacienta v domačem okolju dobimo možnost spodbuditi k obravnavi z ustreznim odnosom, zadostnim in nepretrganim informiranjem o bolezni, zdravilih, posledicah, možnostih rehabilitacije itd., tako pacientov kot njihovih svojcev, in lahko sodelovanje bistveno izboljšamo. V skupnostni obravnavi smo pacientom na voljo, kadar nas potrebujejo, čeprav v okviru delovnega časa. Celostno nagovarjanje posameznikovih potreb izboljša motivacijo. Pacienti s psihotično motnjo težje vstopajo v medosebne odnose zaradi bolezni, njenih posledic, tudi stigmatizacije in imajo z drugimi ljudmi pogosto veliko slabih izkušenj. Zaradi vsega tega bomo potrebovali več časa, da bomo z njimi vzpostavili zaupen deloven odnos.

Metode, ki so se pri delu s pacienti s psihotično motnjo pokazale kot učinkovite so: psiho-educacija, urjenje veščin, kognitivno-vedenjska psihoterapija in družinska psihoterapija. Vse te metode so opisane v drugih poglavjih in za paciente s psihotičnimi motnjami niso bistveno drugačne, kot pri drugih ljudeh, kot tudi niso različne njihove življenjske potrebe.

Zdravstvena obravnava naslavlja le del celotnih potreb posameznika s psihotično motnjo, ki, vsaj v akutni fazi bolezni, pogosto ni zmožen polnega vključevanja v procese pridobitnega dela. Na potrebe po druženju, prijateljstvih, zaposlitvi, partnerstvu, gmotne potrebe in številne

druge, lahko odgovorimo le s kompleksno multidisciplinarno in medsektorsko obravnavo. V procese pomoči in obravnave so praviloma vključene številne, tudi ne zdravstvene službe, ki so v različnih okoljih različno zastopane. Zagotavljajo jih sodelavci iz centrov za socialno delo, iz socialnovarstvenih programov v skupnosti, programi zaposlovanja, usposabljanja, podpornega zaposlovanja, invalidska podjetja, programi socialne vključenosti ter tudi društva in organizacije, ki delujejo v skupnosti.

Čeprav je bila v preteklosti pogosta tendenca (zaradi odsotnosti boljših možnosti) k invalidskemu upokojevanju pacientov s psihotično motnjo, se danes v največji možni meri to skupino pacientov usmerja v procese zaposlitvene rehabilitacije. V zaposlitveno rehabilitacijo v Sloveniji na predlog strokovnih delavcev usmerja regionalni Zavod za zaposlovanje, izvajajo pa jo različne pooblaščen organizacije. Po opravljeni začetni oceni in zaključeni rehabilitaciji pridobi pacient tudi status, ki mu omogoča prilagojeno zaposlitev.

V Sloveniji največji delež programov, ki so namenjeni za socialno vključevanje in postopno samostojno bivanje prevzemajo nevladne organizacije na področju duševnega zdravja in sicer s socialno varstvenimi programi dnevnih centrov, socialnega vključevanja in zaposlovanja ter stanovanjskih skupnosti. Dnevni centri omogočajo posameznikom s psihotično motnjo tako sprostivne dejavnosti, izobraževalne programe, samopomoč ter zagovorništvo. Stanovanjske skupnosti so namenjene bivanju s podporo in postopnemu bivanjskemu osamosvajanju - v stanovanjski skupini biva več posameznikov s težavami v duševnem zdravju, v podporo pa so jim na voljo strokovni delavci. Razvijajo se tudi samostojne bivanjske enote in druge podpirne oblike bivanja z zelo različnimi stopnjami podpore.

### **Primer 2**

*40-letnik je bil zaradi psihoze prvič obravnavan še kot mladostnik. V obravnavi je pomanjkljivo sodeloval, opuščal zdravila, pogosto kafil marihuano in eksperimentiral z drugimi drogami. Srednje šole ni zaključil. Po petnajsti hospitalizaciji ga starši niso želeli več nazaj v domače okolje, saj so bili doma ves čas v konfliktih zaradi jemanja zdravil. Vključen je bil v skupnostno obravnavo, katere cilj je bil najprej umirjanje razmer v domačem okolju. Sam pacient si je želel zaključiti trgovsko srednjo šolo in se zaposliti. Kljub boljšemu sodelovanju v zdravljenju so konflikti v domačem okolju vztrajali, zaradi česar se je pacient sam odločil za bivanje v stanovanjski skupini. V stanovanjsko skupino se je sicer dobro vključil, a zaradi hudih težav s tesnobo še naprej ostal tudi v skupnostni obravnavi. Šolanja ni zmogel. Opravil je oceno delazmožnosti in bil prepoznan kot delovno nezmožen. Usmerili smo ga v programe socialne vključenosti. Na svojo željo se po desetih letih vseeno ponovno vključil v šolanje, ki ga je tokrat tudi opravil. Še vedno biva v stanovanjski skupnosti nevladne organizacije in ima redno*



*skupnostno podporo. S svojim življenjem je zadovoljen. Načrtuje prvi poskus popolnoma samostojnega življenja.*

Shizoafektivna motnja je psihotična motnja, ki jo poleg pozitivnih psihotičnih simptomov zaznamujejo še razpoloženska nihanja. Psihotična simptomatika je po navadi manj vztrajna, bizarna ali izrazita kot pri shizofreniji, razpoloženska nihanja pa manj izrazita kot pri bipolarni motnji. V primerjavi s shizofrenijo je pričakovati nekoliko blažji potek z manj deficiti, obravnava motnje pa je enaka.

Blodnjava motnja je motnja pri kateri so prevladujoč simptom zmotna prepričanja - blodnje, ki so pogosto vezane na eno samo tematiko ali področje. Blodnjava motnja se pogosto prične v pozni odraslosti ali v starosti, funkcioniranje posameznika pa je večinoma ohranjeno.

## **LITERATURA**

PREGELJ, Peter (ur.), et al. *Psihijatrija*. 1. izd. Ljubljana: Psihiatrična klinika, 2013.

Švab V.(ur). Psihosocialna rehabilitacija. Ljubljana, ŠENT

## 4. poglavje: RAZPOLOŽENJSKE DUŠEVNE MOTNJE

Katja Sraka, Vesna Švab

Razpoloženjske motnje spreminjajo čustvovanje in mišljenje. Večina ljudi doživlja obdobja potrtosti ali večje aktivnosti in dobre volje. Meja med normalno, človeško razumljivo reakcijo in boleznijo ni ostra. Bolezensko je tisto, kar traja predolgo in kar je zunaj normalnih meja intenzivnosti, ter kadar so npr. prizadete telesne funkcije (spanje, apetit ...) ali kadar je močno okrnjeno posameznikovo vsakodnevno funkcioniranje. Razpoloženjske motnje povzročajo hudo trpljenje in jih ni mogoče odpraviti le z voljo ali aktivacijo. V zelo hudih oblikah lahko vodijo do samomorilnosti in izgube realitetne kontrole in/ali huje ogrožajo zdravje ali življenje posameznika ali oseb v njegovi okolici. Razpoloženjske motnje sodijo med najpogostejše duševne motnje, k čemu največ prispeva depresija.

Če pri posamezniku obdobja dolgotrajne in hude potrtosti prekinjajo obdobja privzdignjenega razpoloženja in hiperaktivnosti, lahko človek (ob ustreznih diagnostičnih kriterijih, ki so navedeni v klasifikaciji) trpi zaradi bipolarnе motnje razpoloženja. Poznamo tudi trajne razpoloženjske motnje, pri katerih daljših obdobjih okrevanja ne opažamo, vendar so tudi znaki bolezni manj hudi. Sem štejemo distimijo, ki je trajna depresivna motnja, in ciklotimijo, kjer se izmenjujejo obdobja depresivnega in privzdignjenega razpoloženja.

### **DEPRESIJA**

#### **Primer 1**

*Po telefonu je poklicala gospa, stara 35 let, ki je povedala, da se slabo počuti, vzroka za svoje počutje pa ne najde. Ima družino, dobrega moža, pridne otroke. Je redno zaposlena, s službo je zadovoljna, vendar je ves čas žalostna in občutljiva, takoj ji gre na jok. Je vedno bolj brez energije in volje, tudi njen hobi, slikanje, je več ne veseli. V službi komaj zmore, je raztresena, pozablja. Doma samo leži, postori najnujnejše. Rada je bila urejena, za kar ji je sedaj vseeno. Nikamor ne hodi, v družbi se nelagodno počuti, ne ve, kaj bi povedala. Prej je bila bolj družabna. Ne more zaspati, se prebuja, razmišlja o tem, kako slaba mama, žena je. Nima več upanja, da bo kdaj boljše. Pomislila je tudi že na smrt, vendar jo otroci "držijo nazaj". Mož ji je rekel naj si poišče pomoč. Osebna zdravnica jo je pregledala in ni odkrila nobene telesne bolezni.*

Depresija je duševna motnja ki se kaže z čustvenimi, telesnimi, miselnimi in vedenjskimi znaki in simptomi, ki lahko močno okrni posameznikovo vsakodnevno funkcioniranje. Najbolj očiten

simptom je navadno potrto razpoloženje ali globoka žalost, čeprav je klinična slika lahko zelo raznolika. Oseba lahko za depresijo zbolí le enkrat, če pa se bolezen ponavlja gre za ponavljajočo se depresivno motnjo. Po takšnih motnjah ljudje dobro okrevajo, če se pravočasno in ustrezno zdravijo ter če imajo možnosti za rehabilitacijo. Vzroki za nastanek depresije so številni in tako kot pri drugih motnjah zajemajo biološke, psihološke in socialne dejavnike. Vzroke lahko razdelimo tudi med tiste, ki povečujejo verjetnost nastanka depresije (npr. genetski dejavniki, neugodne razmere v zgodnjem otroštvu, spol, poporodno obdobje ...), med tiste, ki depresijo sprožijo (npr. izguba bližnjega ali službe, izguba zdravja, stres na delovnem mestu ...) in tiste, ki depresijo vzdržujejo (npr. slab socioekonomski status, slaba podpora v družini ...). Pojavnost depresije je od 5 % do 10 % pri moških in od 12 % do 20 % pri ženskah. V povprečju se najpogosteje pojavi med 20. in 30. letom, drugi vrh pa je v starosti.

## KLINIČNA SLIKA

Klinična slika depresije je lahko zelo različna. Depresija lahko nastopi hitro ali postopoma. Traja lahko od nekaj tednov do več mesecev ali celo let. Da govorimo o bolezni, morajo težave, simptomi, trajati dva tedna ali več. Glavni simptomi depresije so znižano razpoloženje, zmanjšano zanimanje in občutenje veselja za dejavnosti, ki so posameznika veselile, ter huda utrujenost in izguba energije. Ob teh so pogosto prisotne motnje spanja, apetita, spremembe telesne teže. Oseba ima občutek, da nič ne naredi prav, da je nevedna. Neredki so občutki krivde, ki so pogosto pretirani in blodnjavi. Posameznik toži, da ne more razmišljati, se zbrati, da pozablja. Lahko se pojavijo misli o nesmiselnosti lastnega življenja, o smrti. Pomembno je, da smo pozorni na prisotnost samomorilnosti. Natančno oceno samomorilne ogroženosti opravi psihiater, vsak član tima pa jo mora prepoznati in po njej povprašati.

Depresija je lahko **blaga**, če niso prisotni vsi naštetí simptomi in je funkcija v vsakdanjem življenju ohranjena. O **zmerni** govorimo, če je simptomov več in ima človek pri svojem delovanju že velike težave. **Huda depresija** pa je tista, pri kateri je prisotna večina naštetih simptomov, čemur se pridružujejo tudi zmotna prepričanja ter občutenje krivde. Pogosti so tudi samomorilne misli in dejanja. Spremljajo jo lahko hude telesne težave, predvsem bolečine.

**Depresija pri moških** ima svoje posebnosti. Ni nujno, da so v ospredju občutki žalosti, krivde, nevednosti. Pogosteje so prisotni razdražljivost, napadi jeze, nespečnost, zmanjšán interes za dejavnosti, utrujenost, občutki izgorelosti, lahko pa tudi povečana fizična aktivnost. Neredko so prisotni uživanje alkohola in drugih psihoaktivnih snovi, tvegana vedenja, kot je hitra vožnja, nevarni šport in tvegano spolno vedenje. Takšno vedenje se lahko pojavi tudi pri ženskah, vendar redkeje. Ne glede na klinično sliko pa moški večinoma pozneje kot ženske (ali sploh ne) poiščejo pomoč, saj težje izražajo svoje stiske in nemoč, kar verjetno prispeva k njihovi večji samomorilni ogroženosti.

**Depresija pri starejših** se pogosteje kaže kot izguba interesov in želje do življenja. Pogosto jo spremljajo tudi telesne bolezni in razmišljanja o smrti. Depresija v starosti je posebej nevarna glede samomora, saj o svoji stiski in žalosti starejši pripovedujejo redkeje kot mlajši in samomor pogosteje skrbno načrtujejo.

**Obporodna ali perinatalna depresija je zelo pogosta duševna motnja**, saj za njo zbolijo 10-20 % žensk, od tega 9-13 % nosečnic in 12-16 % žensk po porodu. O **obporodni depresiji** v ožjem pomenu govorimo, kadar se depresija pojavi med nosečnostjo ali v prvih štirih tednih po porodu. Če depresije med nosečnostjo ne zdravimo ali pa je zdravljenje nezadostno, pri več kot polovici žensk ta preide v **poporodno depresijo**, ki pa se lahko pojavi kadarkoli v prvem letu po porodu, najpogosteje pa v prvih šestih mesecih. Poleg zgoraj opisanih simptomov depresije, se lahko pojavijo težave z dojenjem, mešana čustva ali pomanjkanje ljubečih čustev do otroka in prisilne misli vezane na otroka. Pogosto se matere bojijo, da ne bodo zmogle skrbti in da ne zmorejo dobro poskrbeti za svojega otroka. Zelo pomembno je pravočasno odkrivanje depresije v ob in poporodnem obdobju. Edinburški vprašalnik poporodne depresije (Edinburgh Postnatal Depression Scale – EPDS), je najpogosteje uporabljan presejalni test za poporodno depresijo in ga pri nas vsebuje tudi Materinska knjižica. Poporodno depresijo moramo razlikovati od poporodne otožnosti, kot najblažje oblike motenj razpoloženja v poporodnem obdobju, in poporodne psihoze. **Poporodna otožnost je** obdobje prvih nekaj dni po porodu, ko so pri materi prisotna nihanja čustev, pogosti jok, razdražljivost, tesnoba, občutljivost, zmedenosti. Pojavi se pri 40-85 % žensk in spontano izzveni po nekaj dneh. Vzrok je nihanje hormonov in stres začetnega poporodnega obdobja. **Poporodna psihoza je urgentno stanje in zahteva takojšnje zdravljenje v bolnišnici.** Pojavlja se redko (1-2/1000 porodnic) in po navadi v prvem mesecu po porodu. Začetek poporodne psihoze je nenaden, dramatičen. Prisotna so nerealna razmišljanja, prividi in prisluhi. Zmotna prepričanja so lahko zelo nevarna. Razpoloženje je lahko znižano ali privzdignjeno. Ženska je lahko zmedena in neorientirana ter se zelo nenavadno vede. Obstaja tveganje samopoškodovanja in škodovanja dojenčku.

## **PREPOZNAVANJE DEPRESIJE**

Presejanje za depresijo je pogosto v naših ambulantah družinske medicine. Opravijo ga lahko medicinske sestre, ki uporabijo PHQ vprašalnik, ki je najpogostejše tovrstno orodje. Imejmo v mislih, da je verjetnost za prisotnost depresije večja pri posameznikih, ki so v preteklosti trpeli zaradi te motnje. Če so v preteklosti poskušali storiti samomor, je njihova ogroženost še posebej velika. Večino depresivnih stanj lahko obravnavajo osebni zdravniki, vendar le v primeru, ko gre za blage oblike motnje. Kadar se oceni, da je pacient samomorilno ogrožen, je to nujno stanje, ki sodi v psihiatrično obravnavo, bodisi v CDZ, bodisi v bolnišnico. Dokončno

oceno samomorilne ogroženosti pri nas opravi zdravnik in le izjemoma drugi člani tima, ki pa morajo znati prepoznati samomorilno nevarnost.

## **ZDRAVLJENJE DEPRESIJE**

Zdravljenje depresije je odvisno od tega, za kakšno izraženost simptomov gre, v kolikšni meri so omejene funkcionalne zmožnosti, kakšno podporo ima v svojem okolju in ali je prisotna življenjska ogroženost. Uporabljamo torej t. i. stopenjski pristop.

**Pri blagi do zmerni depresiji** so na mestu manj intenzivni psihosocialni posegi, ki temeljijo na vedenjsko-kognitivnih pristopih, ki jih pacient izvaja sam ali/in vključitev v strukturirano skupinsko telesno vadbo. V slovenskem prostoru so to tudi psihoedukativne delavnice v sklopu Centrov za krepitev zdravja. Pri blagi depresiji zdravil praviloma ne uporabljamo, razen, če je v anamnezi zmerna/huda depresivna epizoda in simptomi trajajo zelo dolgo oz. vztrajajo kljub intervencam.

**Pri zmerni do hudi depresiji** bi se praviloma naj uporabljala kombinacija zdravljenja z zdravili in pa visoko intenzivne psihoterapevtske intervencije (vedenjsko kognitivna terapija, interpersonalna terapija). V Sloveniji zaradi slabe dostopnosti do psihoterapevtskih obravnav zdravljenje poteka pogosto le z zdravili in ob podpori osebnih zdravnikov in drugih zdravstvenih delavcev.

**Pri zdravljenju z zdravili** uporabljamo antidepresive in pa, v primeru nezadostne učinkovitosti ali prisotnosti psihotičnih simptomov, tudi druga zdravila, ki ojačajo delovanje antidepresivov ali zmanjšujejo psihotično simptomatiko (antipsihotiki, stabilizatorji razpoloženja). Kadar je huje izražena tesnoba, prehodno uporabljamo tudi pomirjevala in pa pri nespečnosti uspavala ali druga zdravila z uspavalnim učinkom.

Poleg **akutnega zdravljenja** (zdravljenja v času izraženosti simptomov) je pomembno tudi **vzdrževalno zdravljenje**. Šest mesecev po prenehanju simptomov depresije je obdobje, ko bi naj posameznik nadaljeval z jemanjem zdravil, saj s tem zmanjšamo verjetnost ponovitve.

**Bolnišnična oblika obravnave** je nedvomno potrebna, kadar je posameznik samomorilno ogrožen. To pomeni, da ima samomorilne misli z/brez načrta katerih ne zmore nadzorovati oz. ne zmore zagotoviti, da si ne bi kaj storil v domačem okolju, kadar gre za stanja po poskusu ali prekinjenem poskusu samomora do katerega ne zmore vzpostaviti distance in obstaja tveganje za ponovno dejanje. Tudi zelo hude oblike depresije, ko posameznik ne zmore zaužiti tekočine ali hrane, nedvomno potrebujejo hospitalno obravnavo. V opisanih primerih je včasih potrebna tudi hospitalizacija v nujnem primeru, proti volji pacienta. Pogosto tudi huda depresija s psihotičnimi simptomi potrebuje hospitalno obravnavo. Sicer pa se poslužujemo ambulantne in skupnostne psihiatrične obravnave.

## **BIPOLARNA MOTNJA RAZPOLOŽENJA**

### **Primer 2**

*V ambulantni se je oglasil nenavadno oblečen 40 letni gospod. Ponudil je svojo vizitko in povedal je, da je nedavno ustanovil podjetje, vložil vanj več tisoč evrov, s čimer njegova partnerka ne soglaša. Službo je pustil pred kakšnim mesecem, ker ocenjuje da bo več zaslužil sam. Vzel je kredit, hipoteko na hišo, kupil si je športni avto. Počuti se poln energije. Spi po 3 ure in ne čuti utrujenosti. Tudi mraza ne čuti. Naknadno pokliče žena, ki pove, da je mož 2 meseca spremenjen, takšnega ga ne poznajo. Nič ne spi, skoraj ne je, pustil je službo, zapravil za avto, vzel kredit, ki ga ne bosta mogla vrniti. Psihiatrično se je že zdravil, bil tudi večkrat v bolnici, vendar je bilo stanje ravno nasprotno. Bil je hudo depresiven, potrč, očital si je, da ni vreden življenja, zgodilo se je, da se je poskušal obesiti. Do takšnega poslabšanja je prišlo na vsake dve leti. Zdravila nekaj časa jemlje, nato pa jih opusti. Nazadnje jih je opustil pred več kot enim letom.*

Bipolarna motnja je ponavljajoča se duševna motnja, ki lahko vodi v slabše funkcioniranje, vendar manj pogosto kot nekatere druge psihotične motnje. Za bipolarno motnjo razpoloženja so najbolj značilna nihanja med znižanim in privzdignjenim razpoloženjem. Včasih se pojavljajo le manične epizode, brez depresije, kljub temu gre tudi tukaj za bipolarno motnjo, saj se bo praviloma prej ali slej pojavila tudi depresivna epizoda. Pri bipolarni motnji je klinična slika pogosto tako huda, da je potrebna hospitalizacija. Pri osebah, ki zbolijo, je stopnja samomorilnosti večja od splošne populacije in večja kot pri drugih duševnih motnjah (15-20 %).

**Vzroki** za nastanek motnje so številni (biopsihosocialni), vendar raziskave kažejo, da dednost igra pri tej motnji kar veliko vlogo. Verjetno je prisotna neke vrste »nevrobiološka ranljivost« za nastanek motnje. V primerjavi z unipolarno depresijo, ki se pogosto pojavi po nekem sprožilnem dejavniku, pri bipolarni depresiji in maniji ni nujno tako.

V nasprotju z depresijo razlik med spoloma glede pojavnosti ni. Začetek bolezni je najpogosteje v zgodnjih dvajsetih letih. Povprečna starost ob nastopu prve manične, hipomanične ali velike depresivne epizode je približno 18 let, lahko tudi nekoliko kasneje, vendar prej, kot pri depresiji.

### **KLINIČNA SLIKA**

Bipolarno motnjo razpoloženja glede na klinično sliko in potek razdelimo na tip I, tip II in ciklotimijo, ki spada med trajne razpoloženjske motnje.

**Manična epizoda ali manija** je nenormalno privzdignjeno razpoloženje, ki traja večino dni in večino časa v dnevu vsaj en teden (razen če se skrajša z posegom zdravljenja) in za katerega

so značilni evforija, razdražljivost, ekspanzivnost in povečana (ciljana) aktivnost ali subjektivna izkušnja povečane energije in aktivnosti. Poleg glavnih simptomov, so prisotni še drugi, kot so npr. hitra, pospešena govorica, osebe so pretirano obširne v pripovedi, preskakujejo iz teme na temo. Po navadi so ljudje med manično epizodo pretirano samozavestni, imajo pretiran, nerealen občutek večje vrednosti ali sposobnosti. Imajo manjšo potrebo po spanju, ne čutijo primerne utrujenosti ali npr. lakote, kar v skrajnih primerih lahko vodi do hude izčrpanosti in dehidracije. Lahko sprejemajo hitre, slabo premišljene, tudi nevarne odločitve. . Blažja oblika privzdignjenosti je hipomanija, za katero so značilni enaki simptomi, ki pa so prisotni v manjši meri, tako da posameznik še zmore funkcionirati.

## ZDRAVLJENJE

Zdravljenje bipolarnе motnje razpoloženja **z zdravili** je odvisno od tega ali gre za akutno ali vzdrževalno zdravljenje in od tega, v kateri fazi (depresivni, mešani, (hipo)manični) se posameznik nahaja. Tako v obdobjih poslabšanja, kot pri vzdrževalnem zdravljenju, uporabljamo atipične antipsihotike in stabilizatorje razpoloženja. Neredko so ob poslabšanjih, za določen čas, potrebna tudi pomirjevala in uspavala. Pri depresiji lahko uporabimo antidepressive, vendar je zaradi tveganja spremembe faze, potrebna previdnost. **Vzdrževalno zdravljenje** je namenjeno preprečevanju ponovitev tako depresivnih, kot (hipo)maničnih epizod. Če preprečimo pogoste ponovitve bolezni, je potek bolezni ugodnejši in funkcioniranje bolnika boljše. Raziskave kažejo, da je učinek zdravljenja boljši pri kontinuiranem zdravljenju, kot pri zdravljenju s prekinitvami. Uporabljamo atipične antipsihotike in stabilizatorje razpoloženja.

V maniji so pacienti pogosto nekritični in brez uvida v svoje stanje, zato je pogosto potrebno vsaj krajše **hospitalno zdravljenje**, neredko tudi v nujnem primeru proti volji pacienta, da preprečimo hudo škodovanje sebi ali komu drugemu. Alternative zdravljenju z zdravili, kot je psihoterapija, pri maniji ni. Hospitalizacija je prav tako potrebna vedno, kadar je prisotna huda depresivna epizoda s pridruženo samomorilnostjo, ki je ni mogoče obravnavati v domačem okolju ali hudo upočasnjeno, ko pacient ni zmožen zaužiti tekočine ali hrane.

**Psihoedukacija in psihoterapevtski/psihosocialni pristopi** so pomembni pri zdravljenju bipolarnе motnje razpoloženja.. V sklopu **psihoedukacije** bolnik in svojci dobijo pomembne informacije o bolezni in različnih obrazilih le te, o zdravljenju z zdravili in drugih načinih zdravljenja, o tem, kako prepoznati in preprečevati poslabšanja in ponovitve. Psihoedukacija vedno zmanjšuje tudi stisko in nemoč svojcev. Med **psihoterapevtskimi pristopi** se priporoča vedenjsko kognitivna terapija, ki je prilagojena bolnikom z bipolarno motnjo in katere cilj je zmanjšanje števila ponovitev. Ključno je, da pacient svojo motnjo pozna in se jo nauči obvladovati. Pomembne so tudi skupine za samopomoč, v katerih si pacienti izmenjajo svoje izkušnje in znanje in dokazano prispevajo k boljšemu funkcioniranju. Obstajajo številni

priročniki za obvladovanje s spremljajočimi vajami, modeli in tabelami, ki omogočajo spremljanje razpoloženja, življenjskih okoliščin, spanja in stresa, ki vsi pomembno vplivajo na ponovitve bolezni. Spodbujanje pacienta k aktivni in enakopravni vključitvi v zdravljenje in obravnavo dokazano prispeva k okrevanju, stabilizaciji stanja in izboljšanju funkcionalnih sposobnosti. Dostop do vrstniške pomoči, izobraževalnih gradiv in informiranega sodelovanja s strokovnjaki je pacientova pravica. Uporabna je tudi družinska terapija, predvsem v družinah z visoko stopnjo izraženosti negativnih čustev.

## **LITERATURA**

Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene: MKB-10: deseta revizija. Moravec Berger D, editor. Ljubljana: IVZ RS, 2005.

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013

ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics, Version 05/2021, dostopno na spletu <https://icd.who.int/en>, 20.10.2021

Pregelj P, Kores Plesničar B, Tomori M, Zalar B, Ziherl S. Psihatrija. Ljubljana: Psihatrična klinika Ljubljana, 2013.

DERNOVŠEK, Mojca Z. in TAVČAR, Rok. Prepoznavmo in premagajmo depresijo – priročnik za osebe z depresijo in njihove svojce. Inštitut za varovanje zdravja RS, 2005, 37 str. Dostopno na spletu.

Prepoznavanje in obravnava depresije in samomorilnosti pri pacientih v ambulantni družinskega zdravnika : priročnik za strokovnjake na primarni zdravstveni ravni / [avtorji Nuša Konec Juričič ... [et al.] ; uredile Nuša Konec Juričič, Saška Roškar, Petra Jelenko Roth]. - 1. izd. - Ljubljana : Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2016

M.Z.Dernovšek, N.Sedlar Kobe, L.Furman: Psihoedukativna delavnica Podpora pri spoprijemanju z depresijo: primer dobre prakse na področju duševnega zdravja, NIJZ, 2020

Čebašek Travnik Z. Depresija pri moških. Novo mesto: Krka, 2008

Kores-Plesničar B. Epidemiologija, etiologija, klinična slika in diagnostika depresije. Farm Vestn 2006; 57(4): 241–244.

Spregovorimo o depresiji in samomoru med starejšimi Urednice: asist. Alenka Tančič Grum, univ. dipl. psih., asist. Vita Poštuvan, univ. dipl. psih., doc. dr. Saška Roškar, univ. dipl. psih. Dusevno zdravje v obporodnem obdobju, NIJZ 2018, dostopno na spletu <https://www.nijz.si/sl/publikacije/dusevno-zdravje-v-obporodnem-obdobju>

S.Kasper, R.M.A. Hirshfeld, Bipolar disorders, Diagnosis and treatment approaches, Tylor&Francis Group, 2005



Kores-Plesničar, Blanka (2006). Smernice za zdravljenje bipolarnе motnje razpoloženja. *Zdravniški vestnik*, letnik 75, številka 4, str. 225-233.

### **PRIPOROČENO DODATNO BRANJE**

Pregelj P, Kores Plesničar B, Tomori M, Zalar B, Ziherl S. Psihijatrija. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana, 2013.

DERNOVŠEK, Mojca Z. in TAVČAR, Rok. Prepoznavmo in premagajmo depresijo – priročnik za osebe z depresijo in njihove svojce. Inštitut za varovanje zdravja RS, 2005, 37 str. Dostopno na spletu 20.10.2021

Prepoznavanje in obravnava depresije in samomorilnosti pri pacientih v ambulanti družinskega zdravnika : priročnik za strokovnjake na primarni zdravstveni ravni / [avtorji Nuša Konec Juričič ... [et al.] ; uredile Nuša Konec Juričič, Saška Roškar, Petra Jelenko Roth]. - 1. izd. - Ljubljana : Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2016

Čebašek Travnik Z. Depresija pri moških. Novo mesto: Krka, 2008

Spregovorimo o depresiji in samomoru med starejšimi Urednice: asist. Alenka Tančič Grum, univ. dipl. psih., asist. Vita Poštuvan, univ. dipl. psih., doc. dr. Saška Roškar, univ. dipl. psih.

M.Z.Dernovšek, N.Sedlar Kobe, L.Furman: Psihoedukativna delavnica Podpora pri spoprijemanju z depresijo: primer dobre prakse na področju duševnega zdravja, NIJZ, 2020

Dusevno zdravje v obporodnem obdobju, NIJZ 2018, dostopno na spletu <https://www.nijz.si/sl/publikacije/dusevno-zdravje-v-obporodnem-obdobju>

<https://www.omra.si>

## 5. poglavje: ODVISNOSTI

Maja Bundalo Bočić, Darja Boben Bardutzky, Sanja Kaube

**Odvisnost od psihoaktivnih snovi (PAS)** ni preprosto pomanjkanje volje ali močnega značaja. Odvisnost je duševna motnja. Osebe z motnjami odvisnosti imajo spremenjeno strukturo in funkcijo možganov. Odvisnost je kronična, napredujoča bolezen, z močno dedno komponento in pogosto komorbidnostjo/sočasno prisotnimi drugimi boleznimi. Zaznamujeta jo pomembno poslabšanje funkcioniranja in zmogljivosti posameznika, kot posledici dolgotrajne in ekscesivne rabe psihoaktivne snovi. Gre za najhujšo stopnjo motenj nastalih zaradi uživanja PAS.

**PAS** so snovi, ki zaužite ali vnešene v organizem vplivajo na mentalne procese (npr. razpoloženje), kar nujno ne vključuje nastanka odvisnosti.

**Znaki** motenj nastalih zaradi uživanja PAS se lahko razvrstijo po štirih skupinah:

- okvara kontrole: želja in neuspeli poskusi, da se zmanjša ali kontrolira raba in močno poželenje ali potreba po zaužitju snovi;
- socialne težave: nezmožnost, da se dokončajo obveznosti na delovnem mestu, v šoli ali doma, opuščanje prijetnih aktivnosti, poslabšanje medsebojnih odnosov (partnerski, družinski, ipd.) zaradi rabe psihoaktivne snovi;
- tvegana raba: raba snovi v tveganih situacijah ali nadaljevanje rabe kljub opozorilom;
- učinki same snovi: toleranca (potreba za večjim odmerkom PAS, da bi se dosegel isti učinek) in odtegnitveno stanje (različno pri različnih PAS).

Vzrok za rabo PAS je lahko potreba po zmanjševanju tesnobe, stresa in potreba po odmiku od problemov. Lahko pa gre le za preprosto željo po dobrem počutju in doseganju zadovoljstva ali boljše učinkovitosti in samopodobe, lahko gre za posledico vpliva okolja, radovednosti ali želje po eksperimentiranju.

Zaužitju PAS lahko sledi stanje, ki ga opredeljujemo kot **intoksikacija/zastrupitev**. Znaki so odvisni od zaužite snovi in vzorca rabe in se kažejo kot doživljanje intenzivnega zadovoljstva, evforije ali sprostitve, občutljivejše zaznavanje, spremenjeno vedenje in motnje zavesti. Stanje se sčasoma spontano umiri, ali pa mu sledijo, glede na vrsto PAS pričakovani zapleti z možnim smrtnim izidom.

Med **motnjami nastalimi zaradi uživanja PAS** ločujemo škodljivo uživanje PAS in sindrom odvisnosti.

**Škodljivo uživanje** (zloraba) je po Mednarodni klasifikaciji bolezni (MKB 10) "vzorec rabe psihoaktivne snovi, ki povzroči zdravstvene okvare. Te so lahko telesne (kot npr. hepatitis) ali duševne (npr. epizode depresivnih epizod po zaužitju velike količine alkohola) ".

**Sindrom odvisnosti** se razvije ob ponavljajočem se uživanju psihoaktivne snovi in s pojavom že zgoraj navedenih znakov: izguba kontrole, močno poželenje ali potreba po zaužitju PAS, vztrajanje pri uživanju PAS kljub škodljivim posledicam, večje posvečanje uživanju PAS kot drugim aktivnostim, razvoj tolerance in včasih telesne motnje zaradi odtegnitve.

Odvisnost nastane pri rabi ene PAS ali skupine substanc. Oseba je lahko odvisna od alkohola, kanabinoidov, halucinogenov, hlapljivih topil, opioidov, sedativov, hipnotikov, tobaka, kokaina in drugih stimulansov, vključno s kofeinom. Vpliv kofeina na anksioznost se pogosto zanemarija in se pacienti redko vpraša po njegovi uporabi. Enako je s tobakom in njegovimi negativnimi učinki na počutje, spanje in odmerke psihotropnih zdravil. Tudi odvisnost od pomirjeval in analgetikov je pogosto spregledana. Patološko hazardiranje je opredeljeno kot motnja navad in nagibov, lahko pa ga razumemo kot obliko nekemične zasvojenosti.

## **ALKOHOL**

**Stigma.** Pacienti odvisni od alkohola so ena najbolj stigmatiziranih skupin pacientov z duševnimi motnjami. Stigmatizirajo jih družba, zdravstvo, znanci, družina ... Zdravniki praviloma ne sprašujejo svojih pacientov po pitju alkohola zaradi stigme, pomanjkanja znanj, časa in sredstev. Psihatri, medicinske sestre in socialni delavci se neradi ukvarjajo s to skupino bolnikov. Visoka komorbidnost, zlasti osebnostnih motenj, pogloblja odklonilni odnos okolja. Stigma je eden poglavitnih razlogov, da se manj kot 10% pacientov odloča za zdravljenje odvisnosti od alkohola.

Ker so pacienti s sindromom odvisnosti od alkohola zelo različni glede njihovih potreb, je k zdravljenju treba pristopati izrazito prilagojeno posamezniku. Pogosto se spregleda, da ne gre za "alkoholika" (negativno etiketiranje posameznika) ampak za osebo, ki ima težave s prekomernim uživanjem alkohola in, da zdravimo človeka, ne motnje.

**Odtegnitveno stanje od alkohola** sloni na treh istočasno potekajočih fizioloških procesih, ki se kažejo z grobim drgetanjem telesa, ki včasih hitro preide v močne mišične krče, s prividi in s povečano odzivnostjo na dražljaje, finim drgetanjem, zgibki ter t. i. "nevihto" simpatičnega živčevja: pospešeno dihanje in srčni utrip, zvišan krvni pritisk, povečana telesna temperatura

in močno potenje. Delirij je nevarno stanje, ki zaradi tega, ker ogroža življenje, pogosto terja bolnišnično zdravljenje.

Pri ugotavljanju tvegane, škodljive rabe ali odvisnosti od alkohola, se neizogibno srečamo s sociokulturnim pomenom vidika rabe alkohola pri posamezniku. Presejalni vprašalniki kot je npr. Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) ne naslavljajo teh vsebin, kar postavlja pod vprašanje njegovo klinično uporabnost. Za oceno stanja in potreb pacienta je bolj primerna uporaba semistrukturiranih vprašalnikov za odvisnost npr. Measurements in the Addictions for Triage and Evaluation (MATE), na Mednarodni klasifikaciji funkcioniranja, zmanjšane zmoglosti in zdravja (MKF) temelječem kliničnem orodju, uporabnim tudi za evalvacijo zdravljenja.

**Zdravljenje** naj bo celostno zaradi kompleksnosti (komorbidnost in biopsihosocialni aspekt) motnje in individualno prilagojeno pacientu, ob sodelovanju več profilov strokovnjakov. Obravnava odvisnosti od alkohola npr. zahteva tudi oceno in pomoč pri zaposlovanju, usposabljanju ali izobraževanju, področje skrbi za telesno zdravje, uravnavanje odnosov v družini, socialne ukrepe itd. Kljub neštetim uveljavljenim pristopom je osnovni način zdravljenja odvisnosti od alkohola psihosocialni pristop in se praviloma izvaja v skupinah ob sodelovanju svojca, če je to le mogoče. Cilj zdravljenja je absolutna abstinenca od alkohola. V primeru, da je cilj pacienta zmanjševanje pitja, se v našem okolju obravnava izvaja individualno, izjemoma v skupinah, in v pogojih izvenbolnišničnega zdravljenja. Pacientu vedno pristopamo, tako na začetku kot tekom obravnave, po principih motivacijskega intervjuja.

### **MOTIVACIJSKI INTERVJU** (W. Miller in S. Rolnick) pri obravnavi odvisnosti

Motivacijski intervju (MI) je klinična svetovalna veščina, ki omogoči ljudem, da se zavedo svojih lastnih, zdravih motivov, potrebnih za odločitve o spremembi vedenja. MI nikakor ni tehnika, s katero bomo zmanipulirali ljudi, da bodo počeli nekaj, česar ne želijo. Do pogovora o spremembi vedenja pride vedno takrat, ko svetovalci ali pacienti ugotovita, da je neko pacientovo početje pomembno za njegovo zdravje in življenje. To početje je morda prenehanje škodljivih vedenj: kajenja, opijanja, drogiranja, pretiranega dela, vožnje pod vplivom PAS ... ali pa uvajanje novih vedenj kot npr. redno jemanje predpisanih zdravil, umivanje zob, drugačna dieta, rekreacija, povijanje nog, pitje tekočine, uporaba kondoma, uporaba slušnega aparata, začetek neke nove aktivnosti ...

Kadar je pacient videti nemotiviran za spremembe ali za upoštevanje nasvetov s strani profesionalnega osebja, se hitro predvideva, da je z njim nekaj narobe in da se tukaj ne da nič narediti. Te predpostavke so običajno napačne, kajti nihče ni popolnoma nemotiviran. Res je prav nasprotno – in to je tudi izhodišče MI: motivacija za spremembe je dejansko nekaj, na kar je mogoče vplivati in je odvisna predvsem od odnosa (svetovalec – pacient). Nihče namreč ni popolnoma nemotiviran, saj imamo vsi potrebe, želje, cilje, aspiracije. Način, na katerega se pogovarjamo s pacienti o njihovem zdravju ali o tveganih načinih vedenja, lahko bistveno vpliva na njihovo osebno motiviranost za vedenjske spremembe.

Uporaba terminov zunanja in notranja motivacija je odvisna od teoretične podlage, ki nam predstavlja temelj razumevanja motivacije. Če namreč sprejemamo pojem zunanja motivacija, potem posredno pristajamo na predpostavko, da je mogoče ljudi prisiliti, da bi počeli nekaj, česar ne želijo. V to pa teorije, ki govorijo o notranji motiviranosti človeka, ne verjamejo. V primeru, da bi res veljala zunanja prisila kot motivacija, bi stvari bile zelo enostavne – ljudi bi pač prisilili, da nehajo piti. Izkazalo se je, da so pri zdravljenju najuspešnejši tisti, ki so izpostavljeni zunanjim pritiskom in so tudi notranje motivirani. Delo terapevtov je pomoč klientom pri ozaveščanju in sicer tega, da zunanje pritiske prepoznajo kot možnosti, kot izbiro na poti do boljšega zadovoljevanja preživetvenih in psiholoških potreb.

Pacienti se razlikujejo glede na pripravljenost za spreminjanje. To sta opisala v svojem transteoretičnem modelu Prochaska in DeClemente 1984 in 1998, kjer govorita o: 1. neosveščenosti o problemu; 2. razmišljanju o problemu; 3. odločitvi za spremembo; 4. aktivnem spreminjanju; 5. vzdrževanju sprememb; 6. recidivu ...; v obliki stopenj ali ciklusa. MI delno izhaja iz teh elementov, v marsičem pa jih dopolnjuje. Zavedati se moramo, da je ambivalentnost (razdvojenost) glede sprememb NORMALNA, da spremembe običajno potekajo nelinearno, da pripravljenost ni nekaj statičnega (lahko ima različne oblike) in da je pozornost usmerjena na pripravljenost za spremembe vitalnega pomena.

Motivacijski intervju vsebuje veliko elementov. Zaradi boljše preglednosti so najpomembnejši razvrščeni v skupine:

1. Temeljna izhodišča: partnerski odnos, empatija, sprejemanje, sočutje, upoštevanje avtonomije, izvabljanje in dajanje pozitivnih potrditev.
2. Načela: upri se refleksu urejanja drugih usod, razumi pacientovo motivacijo, poslušaj pacienta, jačaj, na odpor se odzivaj ustrezno, pokaži na neskladnost.
3. Temeljne veščine: odprta vprašanja, afirmacije, reflektivno poslušanje oz. refleksije, povzemanje in informiranje.

4. Tehnike so: dogovor o temi pogovora, raziskovanje tipičnega dne, preverjanje pomembnosti in zmožnosti, pogled naprej, dve možni prihodnosti, analiza ZA in PROTI (dolgoročno in kratkoročno), načrtovanje in spremljanje, prepoznavanje, jačanje in izvajanje formulacije spreminjanja.

### **Kako motivirati pacienta, ki je odvisen od alkohola, da se bo odločil za zdravljenje, s kakšnimi vprašanji?**

Mogoče je videti vprašanje enostavno, a ni, ker odgovor terja veliko predznanja. Kako vemo, da je nekdo odvisen od alkohola ali da je njegovo pitje tvegano, škodljivo? Poznati je potrebno osnove odvisnosti – znake, posledice, morda tudi vzroke. Vedeti je treba, kaj so specifični obrambni mehanizmi in na kateri stopnji pripravljenosti za spremembo vedenja je nekdo. Morda sploh ne ve, da ima problem, mogoče se ga dobro zaveda in se je že odločil za spremembo. Na vsaki stopnji je potreben drugačen pristop. Predpostavljam, da je večina vaših pacientov na stopnji, ko se lastne odvisnosti kot problema sploh ne zavedajo. Tu bo potrebno graditi dober, zaupljiv odnos, ki bo omogočal spregovoriti o zahtevnih temah. Odnos je tisti predpogoj, ki odpira vrata do motiviranja. Ali vemo, kako se vzpostavlja dober odnos? Kaj to sploh je? To ni samo vljudnost in prijaznost, ampak nekaj več. Je zavedanje o tem, kaj ljudje potrebujemo, kakšna so naša pričakovanja in kakšna vedenja izbiramo, da bi vse to dosegli. Odgovor na gornje vprašanje zajema znanje o teoriji odvisnosti in sposobnost vzpostavljanja dobrega odnosa, in končno veščino motivacijskega postopka.

Enostavnega recepta ni. Obstajajo dobra vprašanja (ali refleksije, če upoštevamo MI), a ta morajo biti premišljena, sodelovalna, upoštevati morajo avtonomijo pacienta

#### **Primer 1**

*Terenska ekipa (patronažna služba, SPO...) ob obisku pacientke, ki dobiva mesečno vzdrževalno antipsihotično terapijo, opazi, da je njem mož večkrat pod vplivom alkohola. Enkrat, ko ga ni doma, tudi pacientka potoži, da jo moti njegovo opijanje, saj je v takem stanju siten, žaljiv, sicer ne fizično agresiven, a se ga boji. Ko pride DMS tokrat na obisk, je njen mož doma.*

*S: "Dober dan, gospod N! Lepo, da se vidimo. Mi boste lahko tudi vi malo povedali, kako je z gospo."*

*N: "Dober dan. Nič posebnega. Lahko bi malo več delala, pa v glavnem sedi in kadi." (poskuša predstaviti ženo v slabši luči)*

*S: "Veliko dela naredite kar vi. Zmorete?" (se ne osredotoči na kritiko žene, ampak nadaljuje z afirmacijo in z vprašanjem, ki vsebuje razumevanje za njegov položaj)*

*N: "Saj kar gre. Kosilo kuhava oba, v trgovino hodim pa sam." (ker se mu ni*

potrebno braniti, je informacija že bolj nevtralna)

S: "Kako se pa razumeta?" (raziskovanje partnerskega odnosa)

N: "Kakor kdaj. Kadar ji popustijo živci je nemogoča. Prepirlala bi se, vse narobe govori, strah jo je. Vi sploh ne veste, kako težko je to zame." (še vedno se poskuša predstavljati kot žrtev)

S: "Ja, lahko si predstavljam. Njena bolezen je resna zadeva. Kako si pa kaj privežete dušo?" (pokaže razumevanje, obenem informira o resnosti ženine bolezni in se zanima za njegovo počutje)

N: "Ko grem v trgovino, se malo ustavim pri prijateljih na kavi, no kakšno pivo tudi pade. Tam se sprostim." (prične govoriti o sebi)

S: "Ko pridete domov, je pa prepir." (refleksija kot nadaljevanje stavka)

N: "Takoj začne s tistim, spet si pil, kakšen pa si ... Seveda me razjezi." (obramba)

S: "Da bi jo utišali, ste pa malo bolj ostri, hudi." (refleksija kot nadaljevanje stavka, preverjanje hipoteze)

N: "Mogoče. Če bi mi dala mir, bi bilo vse v redu." (potrdi hipotezo, obenem poskusi odgovornost prevaliti na ženo – obramba)

S: "Mislite, da je morda kaj skrbi v zvezi z vašim pitjem?" (izvabljanje motivacije)

N: "Ah, saj ni potrebe. Včasih kriči, da bom naredil prometno nesrečo, če se bom vozil pijan, včasih da bo hčerki nerodno, če me bo videla pijanega ..." (sicer še v obrambni drži, a že z zametki uvidevanja oziroma govornice spreminjanja)

S: "Očitno ji ni vseeno za vas. Kaj pa vi? Jo imate radi?" (afirmacija, izvabljanje motiva)

N: "Seveda, zelo sva navezana drug na drugega. Pa saj večinoma ne pijem, takrat ko vozim." (pokaže se odnos kot motivacija in zametki obljube o spreminjanju)

S: "Ali vas lahko vprašam še nekaj v zvezi z vašim pitjem?" (preverjanje pred vprašanjem o pitju)

N: "Vprašajte." (pristanek)

S: "Kako vi vidite to pitje? O kakšnih količinah govorimo?" (odprti vprašanji)

N: "Glejte, tako kot sem rekel. Po nakupih se dobim s prijatelji in spijemo kakšno pivo. Običajno dve ali tri steklenice, tu in tam pa tudi več, pa še kakšne borovničke za začetek. To me spravi v dobro voljo in sprosti." (dokaj odkrito govori o pitju in o učinkih, ki jih prinaša)

S: "Vas sprosti, na vaš odnos z ženo pa ne vpliva dobro, ker ji povzroča skrbi." (pokaže na ambivalentnost in sporoča, da je pričakovana in sprejemljiva)

P: "Točno tako." (potrditev hipoteze)

S: "Če vas prav razumem, ženo imate še vedno radi, čeprav je ob poslabšanju bolezni lahko zelo težavna. Navezana sta drug na drugega, pomagata si, a več dela pade na vas. Edina sprostitev, ki jo imate, je to, da nekaj krat na mesec spijete nekaj steklenic piva s prijatelji, včasih malo več. Kadar se bolj napijete, se žena jezi, ker jo skrbi za vas in takrat se spreta, včasih ste do nje tudi žaljivi. Sem prav razumela?" (povzemanje)

N: "Ste, ja. Bom pa manj pil, če bo to bolje zanjo." (zametki zaveze)

S: "Razmišljate, da bi manj pili. Kaj pa sprostitev?" (refleksija obljube in vprašanje, ki kaže na razumevanje njegovih potreb)

N: "Saj lahko spijem eno ali dve steklenici, se malo nasmejim, pogovorim in grem domov." (govorica spreminjanja z obljubo)

S: "Če rečete, da boste spili samo dve steklenici, pomeni, da bo to držalo. Ali imate mogoče izkušnjo, ko niste mogli nehati?" (preverjanje sposobnosti za spremembo oz. poskus ugotavljanja, kaj je z obvladovanjem količine popitega alkohola)

N: "Ne, ne, če rečem dve, potem bosta dve." (potrditev obljube za spremembo, ki jo je sam izbral)

To je izsek pogovora, ki je običajno sicer daljši in se razlikuje tudi v tem, kaj je v tistem trenutku pomembno pacientu (zdravje, delovno mesto, družina ...) oziroma do katere stopnje motiviranosti za spremembe je prišel. Več je raziskovanja okoliščin v katerih pacient živi, kaj trenutno počne. Vsebuje pa tudi ta pogovor elemente vzpostavljanja dobrega odnosa, iskanja močnih plati pacienta, pozitivnih točk, brez vsiljevanja mnenja in diagnostičnih etiket, prepuščanje odločitev in s tem odgovornosti za nadaljnji razvoj dogodkov.

Nadaljnji pogovori tečejo glede na to ali je pacientu uspelo zmanjšati oziroma ustaviti pitje ali ne. V prvem primeru nadaljujemo z jačanjem motivacije za zmanjševanje pitja oziroma vzdrževanje abstinence, v drugem iščemo skupaj z njim, kako bi mu pri ustavitvi pomagali, velikokrat z usmeritvijo v program zdravljenja.

S: "... in da ne vozite avta, če spijete." (refleksija obljube)

N: »Ja, sto procentno." (zaveza)

S: "Z vami se da res razumno pogovarjati. Bi lahko naslednjič nadaljevala?" (afirmacija in preverjanje pristanka za sodelovanje)

N: "Prav. Kdaj pa pridete?" (potrditev sodelovanja)

S: "Čez en mesec. Nasvidenje." (potrditev spremljanja).



## **ODVISNOST OD PSIHOAKTIVNIH SUBSTANC**

Razvoj odvisnosti od nedovoljenih PAS lahko prikažemo skozi način uživanja drog (eksperimentatorji, socialna raba, instrumentalna raba, habitualna raba, kompulzivna raba, odvisnost) in preko družbene konstrukcije kariere uživalca drog, ki nam omogoča vpogled v dogodke in v doživljanje identitete samega sebe (neuživalci, priložnostni uživalci, eksperimentatorji, redni uživalci, odvisni uživalci, zasvojeni, džankiji). Pri odvisnosti od nedovoljenih PAS je pomembno razlikovanje med uživanjem različnih drog (npr. marihuana, kokain, heroin ...).

Odtegnitveni sindrom, ki se pojavi ob odtegnitvi v obliki neugodnih telesnih simptomov se glede na vrsto droge razlikuje. Vsak nov poskus vzpostavitve abstinence ojača neugodne odtegnitvene simptome. Pri odvisnostih se razvija toleranca, ki se kaže kot potreba po večjem odmerku, spremenjenemu načinu vnosa PAS (kajenje, "snifanje", intravenozni vnos) ali poseganju po drugi vrsti droge za doseg enakega učinka. Hrepenenje najpogosteje privede do vnovičnega jemanja PAS.

Pacient z odvisnostjo od nedovoljenih PAS sočasno razvije nekatera vedenja, ki so vezana na zlorabo PAS. Droga ima v življenju zasvojenega človeka osreden pomen. Nanjo veže večino življenjskih dejavnosti, ki potekajo večinoma znotraj subkulture, ki mu je referenčna skupina. Le malo časa porabijo za običajna življenjska opravila. Odvisnost od PAS ni vezana izključno na substanco, temveč tudi na samo dejavnost in vpetost v subkulturo, čemur se kmalu priključijo stigma, izključenost, praznina, pomanjkanje veščin in izhodišč, nezrele oblike vedenj in ekonomska odvisnost. Znotraj področja odvisnosti srečujemo različne življenjske stile kot so agresivni, stabilni, konformisti in samotarji. Prav vsi si želijo znebiti se odvisnosti od PAS. Pacienti pogosto izhajajo iz urejenega okolja in iz urejenih družin. Njihovo odraščanje je primerljivo kot pri drugih otrocih. Večinoma prvi poskusi uporabe drog segajo v zelo rano dobo, v osnovno ali srednjo šolo. Prvi znaki odvisnosti se pokažejo zelo hitro, v nekaj mesecih. Pomembno je prepoznati dejavnike tveganja in varovalne dejavnike (individualni, družinski, vrstniški, šolski, skupnostni), ki lahko vplivajo na povečano ali zmanjšano uporabo drog. Človek je lahko v stiski zaradi lastnega drogiranja ali drogiranja svojih bližnjih. Zato je potrebno pristopiti večplastno in pri tem vključiti druge pomembne iz odnosnega sistema. Bistvo je, da se ne straši, moralizira in ne prevzema soodgovornosti za uživanje PAS, saj je odločitev za uporabo drog lastna in ni odvisna le od zunanjih okoliščin.

## **PROGRAMI POMOČI**

Idealni izid obravnave je abstinenca, ki pa ni nujen cilj. Pri marsikom poskušamo vzpostaviti čim daljša obdobja med recidivi. S tem se večja možnost za prepoznavanje in soočanje s stisko, ki se (če se) skriva za uživanjem drog. Prvi cilj obravnave je pogosto pomoč pri obvladovanju odtegnitvenega stanja in hrepenenja po drogi. Sledijo ukrepi za urejanje življenjske situacije in vključevanja v družbo in pri prepoznavanje rizičnih situacij za recidiv.

Obravnava rekreativnih uživalcev PAS ali odvisnih od nedovoljenih drog poteka zelo individualno, je usmerjena v vsakega posameznika in traja različno dolgo, glede na zmožnost posameznika, da spremeni življenjski stil in ga utrdi. Če želimo pospešiti reintegracijo v običajno življenje, se povežemo s programi pomoči za uporabnike nedovoljenih PAS in s socialno mrežo v naravnem okolju.

V našem okolju delujeta dve povezani mreži pomoči:

1. V okviru mreže socialnovarstvenih programov so programi socialne rehabilitacije zasvojenih. Programi se odvijajo v dnevnikih centrih, terapevtskih skupnostih, komunah in pisarnah za svetovanje in informiranje.
2. Programi pomoči so v okviru zdravstva organizirani kot mreža Centrov preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od nedovoljenih drog (CPZOPD) in Centra za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog (CZOPD) v okviru Psihiatrične klinike Ljubljana.

Odvisnik, poišče navadno pomoč šele, ko je že v opešal v socialni funkciji in ko si prizna, da ima težave. Droga postane najpomembnejša stvar in ne more več igrati drugih vlog v življenju. Takrat povzamejo najustreznejšo identiteto, primerno trenutku, bodisi bolnika, žrtve, itd. Najobičajneje je prvi stik iskanja pomoči s strani pomembnih drugih iz odnosnega sistema. Pacienti, ki prejemajo substitucijsko terapijo, to potrebujejo zato, ker prav zdravilo omogoča zadržanje ljudi v procesu zdravljenja in omogoča stabilizacijo. Danes zdravljenje odvisnosti imenujemo "z zdravili podprta rehabilitacija". Rehabilitacija se mora začeti tisti trenutek, ko pacient vstopi v uvajalno fazo substitucijske terapije. Ta vključuje psihiatrično oskrbo, dobro izbiro psihosocialne terapije in podporo s strani družin. Veliko je mogoče storiti tudi za paciente, ki imajo pridružene hude psihiatrične motnje in/ali pri njihovem zdravljenju družine ne sodelujejo. Pacienti lahko ostajajo v terapijo vključeni več let ali doživljenjsko. Uspešni so le programi, ki zmorejo nepretrgano in dolgoročno dajati oporo pacientom. Govorimo o procesu in nikoli dokončanem boju posameznikov z odvisnostjo, kjer se izmenjujejo obdobja abstinence in odvisnosti. Če zdravimo odvisnost, se bo človekovo življenje in počutje v mnogih dimenzijah popravilo.

## LITERATURA

- American Psychiatric Association. What Is a Substance Use Disorder? American Psychiatric Association, 2021. <https://www.psychiatry.org/patients-families/addiction/what-is-addiction>.
- Annandale E. The Sociology of Health and Medicine. A Critical Introduction. Cambridge: Polity Press, 1998.
- Artnik, B. Socio-ekonomske determinante. Zdravje in okolje: 5–13. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje. 2011.
- Batra A, Müller CA, Mann K, Heinz A. Alcohol Dependence and Harmful Use of Alcohol Dtsch Arztebl Int. 2016 Apr 29;113(17):301-10.
- Buzeti T, Gabrijelčič Blenkuš M, Gruntar Činč, M, Ivanuša M, Pečar J, Tomšič S, Truden Dobrin P, Vrabič Krek B. Neenakosti v zdravju v Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2011.
- Cappelletti S, Piacentino D, Sani G, Aromatario M. Caffeine: cognitive and physical performance enhancer or psychoactive drug? Curr Neuropharmacol. 2015 Jan;13(1):71-88.
- Diaper AM, Law FD, Melichar JK. Pharmacological strategies for detoxification. Br J Clin Pharmacol. 2014 Feb;77(2):302-14.
- Drummond C, Hillyard M, Leonhardt M, Wurst F, Dom G, Mann K, Bramness JG. Comparison of European Clinical Guidelines on the Management of Alcohol Use Disorders. Eur Addict Res. 2021;27(3):227-236.
- Flaker V. Duševno zdravje in socialno delo. Socialno delo. 1993; 32 (5/6): 29–39.
- Johnson AL, Hayward KL. Managing medicines in alcohol-associated liver disease: a practical review. Aust Prescr. 2021 Jun;44(3):96-106.
- Kastelic A, Rihtar TK. The network of Centres for the Prevention and Treatment of Drug Addiction in the Republic of Slovenia. Med Arh. 2001;55(3):135-9.
- Kastelic A, Kostnapfel T: Substitucijski programi zdravljenja odvisnosti od opioidov v Sloveniji. Zdrav Vestn. 2010; 79:575-581.
- Kastelic A, Mlakar J, Pregelj P. Preliminary data on validity of the Drug Addiction Treatment Efficacy Questionnaire. Psychiatr Danub. 2013 Sep;25(3):261-5.
- Leskošek V. Družbene determinante zdravja - Nabor kazalnikov za merjenje vpliv revščine na zdravje. Zdravstveno varstvo 2012; 51 (1): 21–32.
- Miller WR, Rollnick S. Motivational Interviewing: helping people change. 3rd Ed. New York: The Guilford Press; 2013.
- Murray TD, Berger A. Alcohol withdrawal. Va Med Q. Summer 1997;124(3):184-7, 189.
- National Institute for Health and Care Excellence (UK). Interventions for harmful drinking and alcohol dependence. Principles of care. National Institute for Health and Care Excellence (UK), 2021. <https://pathways.nice.org.uk/pathways/alcohol-use-disorders#path=view%3A>

/pathways/alcohol-use-disorders/interventions-for-harmful-drinking-and-alcohol-dependence.xml&content=view-node%3Anodes-principles-of-care.

Primary Health Care. International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata, USSR; 6. - 12. september 1978.

SZO. Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene, Avstralska modifikacija (MKB-10-AM). Pregledni seznam bolezni. Šesta izdaja. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje RS, 2008. [https://www.nijz.si/site\\_s/www\\_nijz.si/files/uploaded/podatki/klasifikacije\\_sifranti/mkb/mkb10-am-v6\\_v03\\_splet.pdf](https://www.nijz.si/site_s/www_nijz.si/files/uploaded/podatki/klasifikacije_sifranti/mkb/mkb10-am-v6_v03_splet.pdf).

Tracey L Fowler Alcohol dependence and depression: advance practice nurse interventions. J Am Acad Nurse Pract. 2006 Jul;18(7):303-8.

Tam CW, Zwar N, Markham R. Australian general practitioner perceptions of the detection and screening of at-risk drinking, and the role of the AUDIT-C: a qualitative study. BMC Fam Pract. 2013 Aug 20;14:121.

Whitehead M, Dahlgren G. Concepts and principles for tackling social inequalities in health: levelling up. Copenhagen: Part 1.WHO Regional Office for Europe, 2006. [http://europa.eu/pol/pdf/flipbook/sl/public\\_health\\_sl.pdf](http://europa.eu/pol/pdf/flipbook/sl/public_health_sl.pdf) (09. april 2016).

World Health Organisation. Lexicon of alcohol and drug terms. Geneva: World Health Organisation, 1994. <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/alcohol-drugs-and-addictive-behaviours/terminology> on.

### **PRIPOROČENO DODATNO BRANJE**

Boben Bardutzky D, Poštuvan V. Osnove motivacijskega intervjuja. <https://repozitorij.upr.si/Dokument.php?id=19526&lang=slv>

Zorko M et al. Alkohol v Sloveniji. Ljubljana: NIJZ; 2014. [https://www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/alkohol\\_v\\_sloveniji\\_0.pdf](https://www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/alkohol_v_sloveniji_0.pdf)

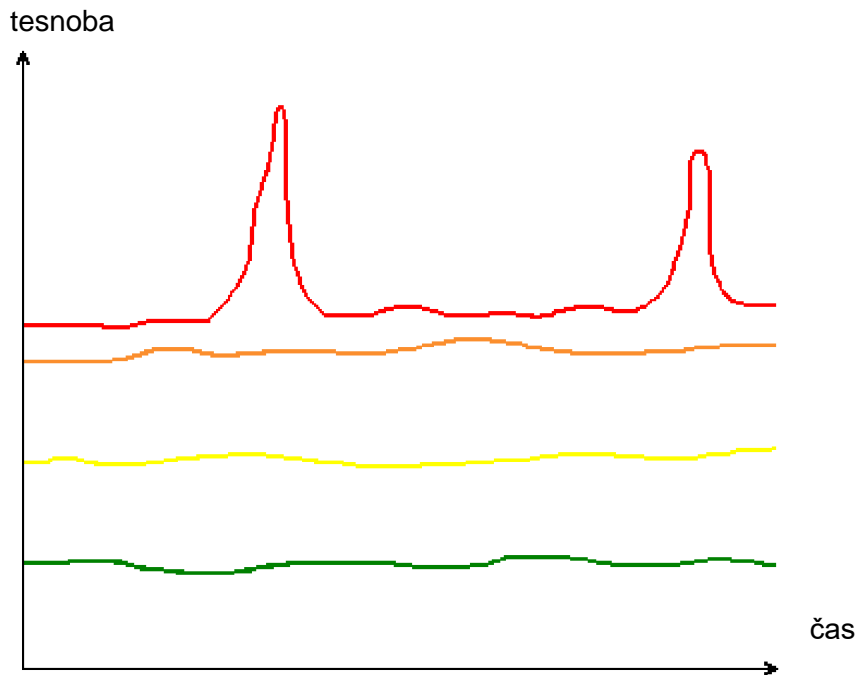
## 6. poglavje: STRESNE IN ANKSIOZNE MOTNJE

Katja Kodelja in Mojca Zvezdana Dernovšek

Anksiozne motnje poleg depresije in s stresom povezanih motenj predstavljajo najpogostejše duševne motnje v razvitem svetu. Najbolj prizadenejo aktivno populacijo, vse pogostejše so tudi med otroki in mladostniki. Anksioznost (tesnoba) je del normalnega čustvovanja. Gre za zelo pomemben varovalni odziv, s katerim nas je opremila narava in ga gradimo od rojstva dalje. Je signal, da smo v nevarnosti in nam pomaga, da se zaščitimo. Učinkovit je kadar se znajdemo v zelo zahtevnih ali življenjsko nevarnih situacijah.

Strokovno ločimo dva pojma: tesnobo in strah. Strah občutimo, kadar se bojimo nečesa konkretnega, oprijemljivega. Tesnoba se običajno nanaša na nekaj neznanega v bližnji ali bolj oddaljeni prihodnosti. Pogosto jo občutimo ob pričakovanju nečesa neprijetnega, lahko pa jo doživimo tudi kot odgovor na nedoločeno ali neznano grožnjo. Za tesnobo (in strah) je značilen fiziološki odziv telesa, ki ga bolj poznamo kot odziv "boj ali beg", čemur lahko dodamo še odziv zamrznitev (ang. fight-flight-freeze). Pri reakciji "boj ali beg" možgani, ob zaznani nevarnosti, pripravijo telo na boj ali beg. Ob zamrznitvi pa je odziv, da se posameznik naredi "mrtvega", neopaznega (npr. kadar nam grozi napad medveda). Odziv je značilen za človeka in tudi za celoten živalski sistem od vretenčarjev naprej. Zlahka si predstavljamo korist te reakcije v pradavnini, ko je človeku grozila "realna" nevarnost (sovražno pleme, nevarna divja žival, požar ...), pred katero so naši predniki lahko zbežali ali se z njo spopadli. Danes pa nam v vsakdanjem življenju grozijo drugačne nevarnosti in potrebujemo tudi druge odzive. Zelo nam npr. koristi sposobnost komunikacije, prilagodljivega reagiranja v različnih situacijah, učinkovitost pri reševanju problemov in še kaj.

Spodnja slika kaže, da se ravni tesnobe razlikujejo. Zelena črta je varovalna tesnoba, ki se je priučimo tekom svojega življenja in predstavlja blag, normalen odziv "boj ali beg". Intenzivnost te varovalne tesnobe je odvisna od posameznika, njegovih izkušenj in temperamenta. Največ informacij in izkušenj o nevarnostih okoli nas pridobimo v otroštvu. To pomeni, da se naučimo, kaj je za nas nevarno. Lahko se naučimo tudi kaj narobe in se bojimo stvari, ki niso nevarne.



Rumena črta kaže nivo tesnobe pri stresnem odzivu. V vsakdanjem življenju se vsakodnevno srečujemo s stresnimi situacijami. Tudi te aktivirajo odziv "boj ali beg". Namen stresne reakcije je, da nas ustrezno pripravi na zahtevno situacijo, ki je pred nami npr.: izpit, zaključek zahtevnega projekta, ko zaradi skrbi za obolelega otroka/starša manj spimo, športnik pred tekmovanjem (trema) ...

Pri anksiozni motnji (oranžna črta) pa se naš običajni obrambni sistem "boj ali beg" iztiri, lahko bi rekli, da oseba doživlja lažne alarme. Oseba se na situacije odziva s tesnobo tudi takrat, ko to ni potrebno, lahko se odziva pretirano glede na nevarnost, ki grozi, ali pa je pretirano pozorna na dražljaje iz okolja, ki bi lahko bili nevarni. Zato delovanje odziva "boj ali beg" ne koristi, temveč postane moteče. O anksiozni motnji govorimo kadar raven tesnobe prične ovirati osebo v vsakdanjem funkcioniranju na vsaj enem od pomembnih življenjskih področjih. Namesto varovalne tesnobe, ki je koristna, se razvije nekoristna tesnoba, ki ovira in zmanjšuje učinkovitost.

Največja intenzivnost tesnobe se kaže v obliki paničnih napadov (rdeča črta). Panični napad je kratkotrajna neznosna tesnoba, ki ji rečemo panika. Oseba ima občutek, da izgublja kontrolo nad seboj – nad svojim telesom, svojimi mislimi, čustvi in vedenjem. Pri paničnem napadu pride do začaranega kroga, ko človek telesne znake tesnobe (npr. hitro bitje srca) napačno interpretira (npr. kap me bo). S tem se njegov strah še poveča in prav tako telesni znaki tesnobe (npr. srce bije še hitreje).

### **Najpogostejše vrste anksioznih motenj:**

- Panična motnja (PM)
- Agorafobija (AG)
- Generalizirana anksiozna motnja (GAM)
- Socialna fobija (SF)

### **PANIČNA MOTNJA**

O PM govorimo, ko oseba doživi vsaj dva nepričakovana panična napada, ki jima sledi vsaj en mesec skrbi pred novim napadom, izgubo nadzora ali pred izgubo zdravega razuma. Posameznik se pri PM napačno nauči, da je panični napad zanj nevaren, v resnici pa je samo skrajno neprijeten. Po vsakem paničnem napadu oseba normalno funkcionira, samo njen strah je večji.

### **AGORAFBIJA**

Izraz je sprva označeval strah pred odprtimi prostori (gr. agora - trg), a so ga razširili na strah pred (vsemi) javnimi prostori oziroma pred zapustitvijo prostora, v katerem se počutimo varni in zaščiteni. Za osebo z AG je značilna tesnoba v okoliščinah, iz katerih težko odide ali pobegne oziroma obstaja verjetnost, da ne bo deležna morebitne potrebne pomoči (ob tesnobi, paničnem napadu). Osebe, ki imajo takšno fobijo, se ne morejo voziti z letali, dvigali, avtobusi in avtomobili, saj so to prostori, iz katerih ni mogoče pobegniti.

### **GENERALIZIRANA ANKSIOZNA MOTNJA**

Oseba z generalizirano anksiozno motnjo je pretirano zaskrbljena zaradi različnih vsakdanjih težav – skrbi jo za stvari, ki so ji pomembne in ji predstavljajo vrednoto (npr. zdravstvene težave, družinske težave, denar, težave na delovnem mestu). Čeprav se navadno zaveda, da so njene skrbi večje od zahtev trenutne situacije, se jih ne more znebiti, in dvomi v lastno zmožnost reševanja težav.

### **SOCIALNA FOBIIJA**

Oseba s socialno fobijo doživlja nenehen in neracionalen strah pred družabnimi situacijami, v katerih bi jo drugi ljudje lahko ocenjevali ali obsojali. Zato bi se raje izognila oz. se izogiba socialnim stikom.

### **Primer 1**

22-letno dekle je v CDZO napotena s strani osebne zdravnice. Pove, da je med najstrožjimi ukrepi, povezanimi s pandemijo Covid-19, doživela več napadov panike. Že prej je bila tesnoba, vendar je tesnobo nekako obvladovala. Prvi paničen napad je imela pred tremi meseci. Bila je v skrbeh, saj je bila pred tem na srcu operirana njena mlajša sestra. En večer je razmišljala kako bo, ko bodo umrli starši. Nikakor ni mogla ustavit svojih misli. Vse težje je dihala, začelo jo je tiščati v prsih in začelo se ji je vrteti, izgubila je moč v rokah. Imela je občutek, da ni pri sebi, kot da ni tukaj. Strah jo je bilo, da se ji bo zmešalo. Tisti večer se ni mogla umiriti. Prebedela je skoraj celo noč. Naslednji dan je šla k osebному zdravniku in mu povedala, kaj se je zgodilo. Od takrat je imela več blažjih napadov tesnobe, ki so se po nekaj urah umirili sami. Zadnje čase se umika iz družbe. Ves čas razmišlja kaj bo naredila, če se napad ponovi. Ni več tako srečna kot prej. Pogosto jo tišči v prsih, tudi spi slabše. Hitro zaspi, potem pa se tekom noči prebuja, vsak zvok jo zmoti, občasno ima nočne more.

Pred dvema dnevoma je imela en močnejši napad. Pove, da je praznovala rojstni dan. Da je imela zabavo s prijatelji. Naslednji dan je slabo spala, malo jedla, bila je dehidrirana. Popoldan je doživela nov paničen napad. Zelo se je ustrašila, starši so jo peljali na urgenco. Pove, da ima številne skrbi odkar so mlajši sestri odkrili napako na srcu in je bila operirana. Skrbi jo za vse družinske člane. Pogosto razmišlja, da se jim bo kaj zgodilo, da bodo umrli. Zadnje čase se tudi ona umika od ljudi. Zdi se ji, da se ji bodo posmehovali, če bo imela napade tesnobe, da si bo naredila sramoto.

### **SIMPTOMI ANKSIOZNIH MOTENJ**

Aktivacijo odziva "boj ali beg" in povišano tesnobo prepoznamo na različnih nivojih simptomov – na nivoju telesa, misli, čustev in vedenja. Na spodnji sliki lahko vidimo, da so ti nivoji med seboj tesno prepleteni, se do določene mere prekrivajo in vplivajo en na drugega. Ob povečani intenzivnosti simptomov na enem nivoju, se ojačajo tudi simptomi na drugem nivoju. Oseba se tako lahko hitro ujame v začarani krog simptomov.

Osebe z razvijajočo AM največkrat prepoznajo telesni odziv. TELO se odziva na misli in čustva. Ob tesnobi se sprošča adrenalin, zato posameznik opazi vrsto sprememb v telesu:

**Hitro in plitvo dihanje**, lovljenje sape, oteženo dihanje – sproščanje adrenalina človeka sili, da bi globlje in hitreje dihal in zato čuti nelagodje. Hitrejše dihanje v večji meri s kisikom oskrbi telo in s tem poveča njegovo moč. Posledice pa so lahko: **pritisk v prsih**, bolečine v prsnem košu, zadihanost, občutek dušenja. Plitvo dihanje je evolucijsko gledano namenjeno temu, da je posameznik bolje slišal morebitno približevanje sovražnika.

**Pospešen utrip srca** – je posledica priprave telesa na boj ali beg in omogoča večji pretok krvi v dele telesa, ki so najbolj pomembni za boj/beg: v noge, da lahko človek hitreje teče; v roke,



da lahko močnejše udari. Istočasno se zmanjša pretok krvi tam, kjer ni toliko pomembno, npr. v prstih na nogah in rokah ter na koži, zato so ti deli telesa hladni in je v primeru poškodbe krvavitev manjša.

**Mravljinca** – občutek mravljinčenja po mišicah, v glavi, nastopi zaradi prehitrega dihanja.

**Vrtoglavica** – nastopi zaradi prehitrega dihanja.

**Slabost, suha usta, cmok v grlu, nemiren želodec** – ker v nevarnosti prebavni sistem nima pomembne vloge, je upočasnen, prihranjena energija pa je usmerjena v tiste dele telesa, ki so potrebni za boj ali beg.

**Tresenje in krči** – nastopijo zaradi napetosti in hitrega dihanja.

**Napetost v mišicah** – napete mišice dajejo moč, kar oseba občuti kot bolečino in tresenje; kasneje, ko napetost popusti, sledi utrujenost in bolečine.

**Potenje** – nastopi zaradi povečane napetosti v mišicah; omogoča hlajenje mišic in telesa, preprečuje, da bi se telo pregrelo. Pot naredi kožo tudi bolj spolzko, kar je ovira za nasprotnika.

**Razširjene zenice** – omogočajo izostren vid.

**Glavobol in druge bolečine** – nastopijo zaradi utrujenosti mišic.

**Nespečnost in nočne more** – ker je oseba ves čas na preži, ne more hitro in mirno zaspati ter dobro spati.

Bolj kot je intenziven odziv, bolj so intenzivni simptomi. Ti simptomi osebo prestrašijo, saj si jih ne zna razložiti. Največkrat se zatečejo po pomoč k somatskim zdravnikom, ob zelo intenzivnih simptomih pa tudi v ambulanto za nujno medicinsko pomoč.

MISLI so največkrat povezane z najbolj katastrofičnim scenarijem, ki si ga oseba predstavlja v določeni situaciji. Misli posameznika popolnoma prevzamejo in se jih v določenih časovnih obdobjih sploh ne more otresti. Pojavljajo se v obliki vsiljivih misli ali slik in skrbi. Najpogosteje so povezane s strahom, da bi izgubil življenje, zdrav razum ali pa nadzor nad lastnim vedenjem.

Najpogostejše misli:

**Umrli/a bom**, srce mi bo zastalo, zadušil/a se bom!

**Kaj, če ne bom mogel/la dihati?**

**Kaj, če omedlim?**

**Znorel/a bom**. Zmešalo se mi bo! Ali me zapušča razum? Ali sem nenormalen/na? Bom sebi ali drugemu kaj hudega naredil/a?

**Osramotil/a se bom**. Kaj si bodo mislili drugi o meni?

**V nevarnosti sem!**

Temu se pridruži še **raztresenost ter motnje pozornosti in osredotočenosti (koncentracije)**, kar pri posamezniku dodatno utrdi misel, da se dogaja z njim in njegovimi možgani nekaj zelo hudega.

Tudi na ravni ČUSTEV se dogajajo spremembe. Posameznik občuti:

**Tesnobo, strah**, ki se lahko stopnjujeta do panike ali prave groze; zaskrbljenost – pogosto oseba občuti skrb za prihodnost.

**Napetost** – posameznik se počuti ves na preži, s povečano telesno in duševno budnostjo. Počuti se kot tempirana bomba.

**Razdražljivost in nestrpnost.**

**Čustveno labilnost:** oseba hitro zajoka, jo popade jeza, bes – ne obvladuje svojih čustev.

Ob spremenjenem čustvovanju, intenzivnih mislih se spremeni tudi VEDENJE. Najpogostejša vedenja so umik, izogibanje in aktivacija številnih varovalnih vedenj.

**Umik** – posameznik opušča aktivnosti, ki so mu prej predstavljale zadovoljstvo, saj se ukvarja s tesnobo; lahko se umika v samoto - prej družabna oseba se drži zase in se umika dejavnostim z drugimi.

**Izogibanje** okoliščinam, dejavnostim, krajem, ljudem: posameznik nakupuje samo v majhnih, njemu poznanih trgovinah, ki so v varni bližini, iz stanovanja gre le v spremstvu varne osebe, vozi le po neprometnih cestah ali sploh ne vozi.

**Varovalno vedenje** – posameznik se ne izogiba, a obvladuje situacijo z varovalnim vedenjem: uporablja samogovor, ima v roki telefon, ima pri sebi pomirjevalo, v torbi nosi plastenko vode, ima izdelane varovalne načrte; lahko poseže tudi po neustreznem varovalnem vedenju: več kadi, pomaga si z alkoholom, zdravili.

## **OBRAVNAVA OSEBE Z NAPADI TESNOBE IN PANIKE**

Osebe z napadi tesnobe in panike so največkrat najbolj v stiski zaradi intenzivnih simptomov, ki si jih ne znajo razložiti in so silno neprijetni. V veliko pomoč jim je, če jih pomirimo, da telesne reakcije niso nevarne (ne povzroča odpovedi srca, zaradi nje ne prenehamo dihati, ne pademo skupaj, ne znorimo, ne izgubimo kontrole nad seboj ...), so pa zelo neprijetne. Osebi jasno, odločno in prijazno pojasnimo, da je njihova telesna, miselna in čustvena reakcija povsem normalna v stresnih situacijah. Če se je ustrašimo, pred njo bežimo ali jo želimo na vsak način obvladati, jo samo okrepimo. Če se z njo soočimo, počakamo ali preusmerimo pozornost, pa jo ublažimo. V pomoč so različne dihalne tehnike, umiritev ali preusmeritev misli. Pomaga tudi pogovor ali pa zgolj, da osebi prisluhnemo in ji s tem ponudimo prostor za razbremenitev. Osebe vzpodbudimo da poskrbijo za zdrav življenjski slog (ustrezna količina spanja, redna

prehrana in hidracija), da v vsakdanjik vnesejo redno gibanje (npr. pol ure hoje na dan), da počnejo stvari, ki jim nudijo zadovoljstvo ...

Med najbolj učinkovitimi pristopi za obvladovanje blage do zmerne anksioznosti in pri občasnih napadih panike se je izkazala vedenjsko-kognitivna terapija. Ob zmerni in hudi tesnobi, pogostih paničnih napadih, pa se je kot najbolj učinkovita izkazala kombinacija medikamentozne terapije in kognitivno-vedenjske psihoterapije z edukacijo in spremembami življenjskega sloga.

Zaradi neznanja o duševnih motnjah in strahu pred izključenostjo ljudje neradi iščejo pomoč in odlašajo, dokler le lahko zdržijo, zaradi česar se težave okrepijo.

Anksiozne motnje spadajo med tiste duševne motnje, za katere imamo na voljo uspešno zdravljenje in so ozdravljive. Ob tem pa spadajo anksiozne motnje med duševne motnje, pri katerih uspešno preprečujemo ponovitve. Ob blagi tesnobi je najbolj učinkovita psihoterapevtska obravnava. Psihoedukativne delavnice *Podpora pri spoprijemanju s tesnobo* so namenjene širjenju znanja o anksioznih motnjah, vrstah in načinih pomoči, manjšanju stigme ter spodbujanju zdravega življenjskega sloga.

### **Primer 2**

*47 letni uslužbenec, rekreativni športnik in do sedaj brez zdravstvenih težav je poiskal pomoč na NMP po epizodi hitrega bitja srca in težav z dihanje. V naslednjih nekaj tednih so se napadi ponovili, njegov zdravnik ga je poslala na vrsto preiskav, ki so vse pokazale, da je izvrstnega telesnega zdravja. Postavil je diagnozo panične motnje. Pregledal ga je psihiater v nujni službi bližnje bolnišnice in ga usmeril na CDZO. V postopku usmerjanja ga je medicinska sestra naročila k psihiatru. Po pregledu pri psihiatru je tim CDZO potrdil načrt obravnave, da se pacientu uredi terapija z antidepresivi, psihološka podpora se izvaja pri psihologu in medicinska sestra bo odgovarjala na njegove telefonske klice, če bo imel kakšna vprašanja. Prvih 14 dni je pacient klical skoraj vsak dan. Nato se je njegovo stanje izboljšalo. Psihologa je najprej obiskoval enkrat tedensko, nato enkrat na 14 dni in nato enkrat mesečno. Psihiatra je obiskoval enkrat mesečno. Po treh mesecih intenzivne obravnave se je uspešno vrnil v službo.*

### **LITERATURA**

priročnik Podpora pri soočanju s tesnobo za vodje delavnic v CKZ/ZVC

### **PRIPOROČENO DODATNO BRANJE**

Spoprijemanje s tesnobo za telebane

[www.omra.si](http://www.omra.si)

[www.nebojse.si](http://www.nebojse.si)

## 7. poglavje: MOTNJE HRANJENJA

Katja Kodelja, Maja Smrdu

### OPREDELITEV

Motnje hranjenja (MH) so kronične duševne motnje, ki se na zunaj kažejo s simptomi, kot so prenajedanje, bruhanje, stradanje, pretirana telesna dejavnost, zloraba odvajal, diuretikov ali obsedenost z zdravo, biološko in neoporečno hrano. Klinične značilnosti motnje se kažejo na vseh ravneh delovanja osebe: v vedenju, kogniciji, čustvovanju, socialnem življenju itd. Osebe, ki trpijo za MH poskušajo prikriti neustrezno prehranjevanje in tudi kompenzatorna vedenja, kot sta bruhanje in pretirana vadba.

Prenajednje, bruhanje, stradanje, zloraba odvajal in diuretikov ter pretirana telesna aktivnost so le zunanji znaki teh motenj. Pri motnjah hranjenja so v ozadju čustvene motnje, pri katerih oseba zaradi notranjih čustvenih stisk manipulira s hrano in je preokupirana s svojim telesnim videzom ter težo, in tako uravnava slabo prepoznano, manj dostopno čustvovanje ter nesprijemanje samega sebe. Vse težave na področju prehranjevanja pa ne spadajo med motnje hranjenja. Neredno prehranjevanje, nihanje teže zaradi različnih diet, uživanje le določene vrste hrane itd. sodijo med motnje prehranjevanja, ki veljajo za predstopnjo motenj hranjenja, ob tem je pomembno poudariti, da ni nujno, da se iz njih tudi razvijejo, niso nujno znak duševne motnje in jih med njih niti ne uvrščamo.

Za motnjami hranjenja naj bi zbolelo 2-12 % žensk med 15. in 35. letom starosti, najpogosteje v srednji do pozni adolescenci. Na 9-10 žensk z anoreksijo zbolijo en moški, pri kompulzivnem prenajedanju naj bi bila porazdelitev med spoloma približno enaka. Ob motnjah hranjenja so zelo pogoste tudi druge duševne motnje. Najpogosteje je prisotna depresivna motnja, pogoste so tudi panične motnje, generalizirana anksiozna motnja in obsesivno kompulzivna motnja. Ob motnjah hranjenja se srečamo tudi z zlorabo in odvisnostjo od dovoljenih in nedovoljenih PAS ter osebnostno motnjo.

Vzroki in ozadje MH so številni. Gre za dedne, okoljske in družbene vplive, ki pripomorejo k razvoju in vzdrževanju MH:

- biološko-genetski (telesna teža staršev, telesna teža otroka, osebnostne lastnosti osebe ...),
- socio-kulturni (vloga ženske v družbi, stigmatizacija debelosti, lepotni ideali v kulturi, sporočila medijev ...),

- družinski (kronične in telesne bolezni staršev, manj funkcionalen partnerski odnos staršev, nefunkcionalno starševstvo, hrana kot vzgojni pripomoček, neustrezna komunikacija med staršema in otrokom, duševne, telesne in spolne zlorabe ...),
- osebni (osebna struktura osebe, osebne poteze, lastnosti, kapacitete za soočanje s stresom ...).

## **DELITEV**

MH uvrščamo med duševne motnje in jih delimo na anoreksijo nervozo, bulimijo nervozo ter kompulzivno prejedanje. Motnje hranjenja so kronične bolezni, ki se razvijajo počasi in tiho skozi daljši čas. Pogosto se motnje hranjenja povezujejo z drugimi težavami v duševnem zdravju in vodijo v resne zaplete na področju telesnega zdravja. Zadnja leta se pojavljajo tudi nove oblike motenj hranjenja: ortoreksija nervosa (hranjenje z izključno "zdravo" biološko, neoporečno hrano) in bigoreksija nervosa (obsedenost z mišičastim telesom).

## **ANOREKSIJA NERVOZA**

Za anoreksijo nervozo (AN) je značilen intenziven strah pred pridobivanjem telesne teže ali pred debelostjo, čeprav je teža zelo nizka ali se še zmanjšuje. Strah se ob nižanju telesne teže ne zmanjšuje. Oseba je ves čas prepričana, da je predebela, čeprav so že lahko izražene telesne posledice prenizke telesne teže glede na starost in višino (telesna teža je nižja od 85 % pričakovane telesne teže, ITM manjši od 17,5 kg/m<sup>2</sup>). Pri ženskah in dekletih, ki so že imele menstruacijo, pride do amenoreje (do izgube vsaj treh menstrualnih ciklusov). Telesna teža je tesno povezana s samovrednotenjem. V ozadju je največkrat slaba samopodoba in nizko samospoštovanje. Prisotne so motnje v zaznavanju oblike in teže telesa.

Začetki so največkrat povezani z odločitvijo o hujšanju. V prvi fazi se oseba počuti vedno boljše: ima več energije, okolica jo opazi in nagradi s pohvalami. Izguba telesne teže je s strani osebe z MH dojeta kot izjemen dosežek in znak zunanje samodiscipline, medtem ko je povečanje telesne teže dojeta kot nesprejemljiv upad samokontrole. Postopoma izgublja nadzor nad svojim vedenjem in še bolj hujša. Motnja nastaja postopoma. Tipično se pojavi na prehodu v mladostništvo in traja nekaj let, preden oseba poišče pomoč.

Ločimo dva podtipa anoreksije nervoze:

- purgativni – osebe vzdržujejo telesno težo s pomočjo bruhanja,
- restriktivni – osebe vzdržujejo nizko telesno težo z odklanjanjem hrane (s stradanjem) ali zavračanjem visoko kalorične hrane, ob tem pogosto pretiravajo s telesno aktivnostjo.

### Primer 1

23-letno dekle prihaja na pobudo mame, ki je zaznala težave na področju prehranjevanja. Zaključila je visokošolsko izobrazbo. Trenutno je prijavljena na Zavodu za zaposlovanje in je brez dela. Delo in samostojnosti si sicer želi, vendar jo je strah, da ob delu ne bo mogla dovolj telovaditi. Sama meni, da pomoči ne potrebuje. Če dobro pomisli, bi si želela, da bi bila manj utrujena, da bi imela več energije in volje ter da bi bila večkrat dobre volje. Nekoliko jo skrbi, da bi bilo kaj narobe z njenim zdravjem. Pove, da je bila v tem tednu na urgenci, ker se je zelo slabo počutila. Imela naj bi zelo nizek krvni pritisk in zelo nizek srčni utrip. V bolnišnici ni želela ostati. Glede telesne teže ne bi ničesar spremenila. Pove, da spi malo. Spat hodi pozno, okoli 24. ure. Zbuja se zelo zgodaj zjutraj. Tekom noči se zbudi še enkrat, ob treh zjutraj, zato da poje tri kivije. Skrbi jo, da bi ji obležali v želodcu, če bi jih jedla zjutraj, in potem ne bi mogla telovadit. Nato zaspi do šeste zjutraj. Zbuja se utrujena. Takoj zjutraj tri ure telovadi. Dela različne vaje (teče, vozi sobno kolo, vaje za moč, trebušnjake). Tako telovadi že nekaj let. Telovadi zato, da bi imela raven trebuh in boljšo prebavo. Brez gibanja se slabo počuti, kot da je lena. Prebrala je, da je gibanje zdravo in pomembno pri oblikovanju telesa. Po telovadbi si gre skuhat kosilo. Vsak dan poje pest pire z zelenjavo. Popoldan opravi različna gospodinjska opravila, vendar ne veliko, saj je hitro utrujena. Pove, da ji pogosto niha razpoloženje. Živi z očetom, mamo in mlajšim bratom. Doma je kaotično, ne razumejo se dobro. Zdi se ji, da se vsi spravljajo nanjo, se znašajo nad njo. Čez dan je zaprta v sobi. Doma se hitro vznemiri, razjezi, pride v spor s starši. Ko je zunaj s prijatelji se dobro počuti. Zdravi prehrani in telovadbi se posveča že nekaj let. Začelo se je, ko je želela shujšati. Želela si je raven trebuh, manjši obseg stegen in manjšo zadnjico. Po nekaj letih ji je uspelo znižati težo do točke, ki si jo je zadala. Potem pa je hujšala naprej, ker sta ji način življenja in izgled ustrezala. Zdi se ji, da bi se močno zredila, če bi pri prehrani kaj spremenila in tega si ne želi.

### **BULIMIJA NERVOSA**

Pri osebi z bulimijo nervosa (BN) se izmenjujejo obdobja prenajedanja ob uporabi različnih kompenzatornih vedenj za zmanjševanje telesne teže (bruhanje, jemanje odvajal in/ali diuretikov, stradanje, pretirana telesna aktivnost). Med prenajedanjem oseba zaužije bistveno večje količine hrane kot večina ljudi ob podobnih priložnostih. Zaužita hrana je visoko kalorična, sestavljena predvsem iz OH in maščob. Oseba se svojega prenajedanja sramuje, prikriva simptome, prenajedanje izvaja na skrivaj. Ob pretiranem uživanju hrane sprošča napetost, temu sledi občutek krivde in vedenja s katerimi obvladuje telesno težo.

Prenajedanje in neprimerno kompenzatorno vedenje se v treh mesecih pojavlja vsaj dvakrat tedensko. Najpogosteje se za obvladovanje telesne teže uporablja samo-izzvano bruhanje, ki sprosti fizično neugodje ali zmanjša strah pred pridobivanjem telesne teže. Samovrednotenje je izrazito pod vplivom telesne oblike in teže. Prisotna je preokupiranost z obliko svojega

telesa, telesno težo in stalen strah pred debelostjo ter občutki pomanjkljivega nadzora nad hranjenjem.

Običajno se pojavi na prehodu iz adolescence v zgodnjo odraslost (najpogosteje med 16. in 20. letom starosti), pogostost motnje je 0,7 – 4 % med splošno populacijo, ženske so 1,5-krat bolj nagnjene k BM kot moški. Navadno traja več let preden osebe poiščejo pomoč. Večinoma imajo ustrezno ali nekoliko povečano telesno težo.

Ločimo dva podtipa:

- purgativni – obdobju prenašanja sledi bruhanje, jemanje odvajal,
- nepurgativni – obdobju prenašanja sledi stradanje, odklanjanje hrane, pretirana telesna aktivnost.

### **Primer 2**

*Ajda je stara 22 let in je študentka s povprečjem ocen 9,6. Za vsak izpit se zelo veliko uči in jo močno skrbi, ali ji ga bo uspelo narediti ali ne, nato je ocenjena za večino izpitov z 10. Če dobi nižjo oceno je nezadovoljna in se čuti neuspešno. V svojem prostem času hodi na fitness in teče. Zelo ji je pomembno kakšna je videti in se boji, da bi se zredila. Veliko se primerja z ostalimi dekletmi in se ji zdijo vse ostale lepše, vitkejše, z lepše oblikovanim telesom in bolj elegantne. Rada spremlja tudi modo in bi bila rada bolj podobna manekenkam. Že od prvega letnika srednje šole je vsakič, ko se je počutila neuspešna in grda, pojedla veliko hrane. Najprej se je prenašala predvsem s sladko hrano. Kasneje pa tudi z drugimi visoko kaloričnimi prigrizki. Po tem se je počutila težko in še grša, zato je šla bruhati, da se ne bi zredila. Sedaj se prenašajo vsak večer. Lahko poje več krožnikov špagetov ali dve pizzi in potem še kaj sladkega, in je dokler ni tako sita, da jo že boli želodec, ji je slabo in se počuti malo omočno in včasih, kot da ni povsem v svojem telesu. Ko je, se sploh ne zaveda koliko poje in se ne more ustaviti, tudi če se spomni, da to ni dobro. Največkrat po takšnih obrokih namensko bruha, kadar se nekoliko manj prenaša pa gre telovaditi, da bi izgubila zaužite kalorije. Ob tem ima občutek, da ima vsaj nekaj nadzora nad sabo in svojim telesom. Zaradi bruhanja ima večkrat vneto grlo in poškodovano zobno sklenino. Njena teža je povprečna. Svoje vedenje spretno prikriva. Pred drugimi se kaže dobrovoljna in da se v življenju zabava. V resnici pa se čuti, da nikamor ne sodi. Zelo je pozorna na vsak komentar o hrani ali o izgledu, ki je namenjen drugim in se ob takih komentarjih primerja. Zgodilo se ji je že, da več mesecev ni imela menstruacije. Nekaj je že prebrala o bulimiji, tako da pazi, da pojé dovolj kalija, predvsem je več banan.*

## **KOMPULZIVNO PRENAJEDANJE**

Kompulzivno prenajedanje (KP) pomeni konzumiranje neobičajno velike količine hrane, v relativno kratkem času (običajno uri ali dveh) in občutek nezmožnosti prekinitve prenajedanja. Skoraj vsakdo ima izkušnjo, da se je kdaj pretirano najedel, običajno ob kakšni praznični priložnosti. O KP govorimo, kadar gre za ponavljajoče se vedenje (vsaj enkrat na teden v treh mesecih) in izgubo nadzora nad tem. Pacient je hitreje kot običajno, tudi ko se že čuti sitega, brez občutka lakote, v samoti ali na skrivaj. Ljudje s težavo kompulzivnega prenajedanja poročajo, da se počutijo odvisni od hrane. V nasprotju z bulimijo nevrozo, za kompulzivno prenajedanje ni značilno kompenzatorno vedenje, kot so bruhanje, uporaba odvajal ali intenzivne telesne vadbe. Lahko sicer poskušajo uravnavati prehranjevanje z dietami ali z normalnim prehranjevanjem, običajno brez izgube telesne teže. KP vpliva na kvaliteto življenja, zmanjša delovno funkcionalnost, povzroči probleme v socialnih odnosih in socialno izolacijo, debelost in zdravstvene probleme povezane z debelostjo (npr. srčno-žilne bolezni, diabetes tipa 2, bolečine v sklepih, gastroezofagealna refluksna bolezen (GERB) in nekatere težave povezane z dihanjem v spanju). S kompulzivnim prenajedanjem se običajno povezujejo druge duševne motnje, kot so depresija, bipolarna motnja, anksioznost in zloraba substanc. Kompulzivno prenajedanje je pogostejše pri ženskah kot pri moških. Lahko se pojavi v kateri koli starosti, običajno se začne v poznih najstniških ali zgodnjih dvajsetih letih.

## **ZDRAVLJENJE MOTENJ IN OSNOVNE USMERITVE MOTNJAM HRANJENJA**

Okrevanje od motenj hranjenja je dolgotrajen proces. Prvi pogoj za uspešno zdravljenje je lastna motivacija in želja po spremembi. Zdravljenje je večplastno, tako kot sama motnja in je najbolj učinkovito, kadar je vključenih več različnih strokovnih profilov. Ločiti je potrebno reševanje življenja (pomoč pri hranjenju in nadzor nad hranjenjem, infuzije, nazogastrična sonda, psihiatrično in internistično spremljanje) ter zdravljenje motnje hranjenja, ki je možno le s pristankom osebe z MH. Ob prizadetih telesnih funkcijah, v smislu telesnih motenj (patološki EKG, neravnovesje žlez z notranjim izločanjem, elektrolitsko neravnovesje) je potrebna internistična obravnava ob hkratnem psihiatričnem spremljanju.

Motivirana oseba, ki nima močno izražene klinične slike ene od MH, se lahko vključi v ambulantno, individualno ali skupinsko psihoterapevtsko zdravljenje. Za osebe z bolj izraženo in dalj časa trajajočo klinično sliko ene od MH pa je priporočljivo bolnišnično psihoterapevtsko zdravljenje.

Za učinkovito ozdravljenje je ob odpravljanju simptomov, potrebno poglobljeno psihoterapevtsko delo, kjer sta med najbolj učinkovitimi vedenjsko-kognitivna terapija in razvojno-dinamska psihoterapija. Priporočljivo je zdravstveno-vzgojno edukativno spremljanje



– ureditev prehrane, načini prehranjevanja, skrb za zase (self-care), razvijanje socialnih veščin, asertivnosti, tehnik sproščanja.

Zdravljenje (obravnavo) AN je največkrat dolgotrajnejša od obravnave BN. Razlog je v zgodnejših začetkih motnje in posledično večjih razvojnih zaostankih. MH so ozdravljive, vendar je pot dolga, potrebno je vložiti veliko truda, vztrajnosti in volje. Ozdravitev ne pomeni le umiritve in odpravo simptomov, ampak tudi urejeno psiho-socialno funkcioniranje v ožjem in širšem okolju ter pridobivanje občutka zadovoljstva s svojim življenjem.

## **LITERATURA**

Carr A., in McNulty M. (2006). Eating disorders. V A. Carr in M. McNulty (ur.). *The handbook of adult clinical psychology* (str. 724-765). East Sussex: Routledge.

Sernec K. (2012). Motnje hranjenja. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana.

Arnold, C. (2012). Decoding anorexia: How Breakthroughs in Science Offer Hope for Eating Disorders. East Sussex: Routledge.

## 8. poglavje: OSEBNOST

Ivna Bulić

Osebnost je razmeroma trajna in edinstvena celota duševnih, vedenjskih in telesnih značilnosti, po katerih se posameznik razlikuje od drugih ljudi. Osebnost zajema vse značilnosti posameznika, tako telesne, kot sposobnosti in veščine, čeprav pogosto v vsakodnevnem življenju o osebnosti razmišljamo predvsem kot o osebnostnih lastnostih - tistih značilnostih, ki značilno določajo odnos posameznika do sveta in sebe, do tega kako se bo odzival na dogodke, kako zadovoljeval svoje potrebe in kateri motivacijski prijemi bodo pri posamezniku najbolj učinkoviti. Osebnostne lastnosti, sposobnosti, veščine ... določajo, da se vsi vedemo v zase in za druge predvidljivih vzorcih, ki jih strokovno imenujemo osebnostno funkcioniranje.

Z osnovnim načrtom osebnosti se posameznik že rodi. Ta osnovni načrt (temperament) opredeljuje predvsem koliko in kako odreagiramo na dražljaje iz okolja, kako hitro se vznemirimo in pomirimo, kakšno je naše osnovno razpoloženje, koliko smo boječi, koliko nas zanimajo ljudje ... S temi osnovnimi predispozicijami že novorojenček aktivno oblikuje svoje okolje, ki se nanj odziva in skozi neskončne interakcije ob razvoju vseh ostalih sposobnosti se razvija tudi osebnost. Osebnostni razvoj se zaključí, ko posameznik prevzame svojo odraslo socialno vlogo. Odrasla socialna vloga zahteva prilagoditvene sposobnosti s katerimi se lahko posameznik prilagaja na zahteve pridobitnega dela, ustvarja in skrbi za družino ter prevzema samostojno dejavno vlogo v skupnosti. Glede na opisane zahteve odrasle socialne vloge se danes osebnostni razvoj zaključuje zelo raznoliko, saj glede na vključenost v postopke izobraževanja lahko posameznik to vlogo prevzame že takoj po osemnajstem letu ali pa šele v poznih dvajsetih.

V psihologiji zgodovina preučevanj osebnosti sega v antično Grčijo s splošno znanimi tipologijami temperamenta v tipe kot so kolerik, melanholik, sangvinik in flegmatik. Kasneje se je v sodobni psihologiji uveljavilo spoznanje, da so osebnostne lastnosti dimenzionalne - osebnosti vseh ljudi so sestavljene iz istih osebnostnih lastnosti, ki pa so pri vsakem posamezniku različno izražene. Obstajajo različne teorije teh jedrnih osebnostnih lastnosti, trenutno veljavna je teorija Velikih 5, ki opredeljuje 5 osnovnih lastnosti, vsaka od teh lastnosti pa ima številne bolj specifične lastnosti, ki nas opredeljujejo. Sodobne teorije osebnosti več ne izhajajo zgolj iz opazovanja, temveč se opravljajo tudi obsežne genetske študije, ki so do sedaj pokazale, da je več kot pol izraženih lastnosti genetsko predisponirano in podedovano.

## **OSEBNOST V STISKI**

Zdravstveni delavci imamo redko priložnost človeka spoznati v njegovem običajnem osebnostnem funkcioniranju. Vzorce vedenja, ki jih pri prvih srečevanjih s pacientom ali svojci opazujemo, namreč zaznamuje soočanje posameznika s stisko, bolečino ali boleznijo sebe ali bližnjega. Vedno moramo imeti pred očmi, da je izguba zdravja huda izguba, ki od posameznika terja vrsto psiholoških prilagoditev. Morda je psihološka zahtevnost po prilagajanju mnogo bolj očitna in logična pri posameznikih, ki se po pomoč zatečejo po hudem življenjskem dogodku, vendar tudi v vseh ostalih primerih izgube psihične stabilnosti ali zdravja velja, da se mora človek na njih prilagoditi.

Ljudje imamo različne prilagoditvene značilnosti in sposobnosti. Nekateri bodo poskušali težave zanikati, drugi bodo odreagirali dramatično. Nekateri bodo v obravnavi sodelovali, se trudili kot učenci v šoli, drugi bodo ves čas iskali alternativne obravnave, nam aktivno nasprotovali in bomo obravnavo doživljali kot težavno. "Normalne" reakcije ob zahtevah po prilagajanju so številne in različne, kolikor je različnih osebnosti. O osebnosti posameznika v času prilagoditve na bolezen ali izgubo, v času akutne stiske, ne moremo veljavno sklepati. Pomembno je, da se trudimo spoznati, kakšno je bilo osebnostno funkcioniranje posameznika pred nastopom težav, ga skozi obdobje prilagoditve sprejemamo in njegove reakcije razumemo v kontekstu njegovih težav, potem pa ga spodbujamo k osebnostnem funkcioniranju, ki ga je imel pred nastopom težav.

## **OSEBNOSTNE MOTNJE**

Osebnost se oblikuje skozi interakcijo posameznika in njegovih prirojenih predispozicij in okoljem. Ob tem je že od rojstva vsak posameznik aktiven soustvarjalec svojega okolja - starši imamo izkušnje, da se novorojenčki po "zahtevnosti" zelo razlikujejo med sabo. V redkem katastrofalnem prepletu podedovane značilne osebnostne ranljivosti ter izrazito nestimulativnega ali celo travmatičnega okolja med odraščanjem, se osebnost posameznika oblikuje tako, da njeno osebnostno funkcioniranje od osebnostnega funkcioniranja drugih ljudi izrazito odstopa in ima zato v prilagajanju na zahteve sveta težave.

O osebnostni motnji (OM) pri posamezniku govorimo takrat, kadar ustreza naslednjim kriterijem (po DSM 5, APA):

Prisoten je trajen vzorec notranjega doživljanja in vedenja, ki se pomembno razlikuje od pričakovanega vzorca notranjega doživljanja in vedenja pri odraslem v kulturi v kateri posameznik živi in je odraščal. Ta vzorec se kaže na dveh ali več naslednjih področjih: kognicija

(razumevanje sebe, drugih in dogodkov), čustvovanje (razpon, intenzivnost, obvladovanost in ustreznost čustvovanja), medosebni odnosi in kontrola impulzov. Ta vzorec je nefleksibilen in prevladujoč v različnih osebnih in socialnih situacijah. Vzorec vedenja je trajen in stabilen in se ga lahko prepozna najmanj od adolescence ali zgodnje odraslosti naprej. Tega vzorca vedenja ne moremo pojasniti z drugimi duševnimi motnjami ali zlorabo substanc.

Glede na prevladujoče značilnosti se je v preteklosti poskušalo razločiti in določiti osebnostne motnje in aktualno veljavna različica ameriške klasifikacije DSM 5 navaja 10 različnih tipov osebnostne motnje, ki jih glede na odnos do sveta in sebe umešča v 3 skupin. V prvi skupini so **osebnostne motnje**, za katere je značilno nenavadno, "čudaško" vedenje, v to skupino so umestili shizoidno, shizotipsko in paranoidno osebnostno motnjo. V drugi skupini so **motnje, ki jih zaznamuje burno, dramatično vedenje** - disocialna, narcisistična, histrionična in mejna osebnostna motnja. V tretji skupini so **motnje, ki jih zaznamuje anksioznost** (odvisnostna, umikajoča se ter obsesivno-kompulzivna osebnostna motnja). Po raziskavah se je izkazalo, da ima lahko posameznik značilnosti več osebnostnih motenj ali pa ne dosega kriterijev niti ene in velikokrat je natančna diagnoza težavna. Prav zato se v novi mednarodni klasifikaciji bolezni MKB 11 obeta preprostejše postavljanje diagnoze osebnostne motnje - ugotavljalo se bo predvsem prisotnost oz. odsotnost te motnje ter stopnjo izraženosti, od vseh podtipov pa se bo posebej diagnosticiralo le mejno osebnostno motnjo.

Verjetnost, da se bomo pri kliničnem delu srečali s posameznikom z OM in samomorilnim vedenjem, je velika – prevalenca posameznikov z OM na primarni ravni zdravstvenega sistema je do 25 %, v psihiatričnih ambulantah pa celo do 50 %. V splošni populaciji se prevalenca giba med 5 in 15 % (po različnih evropskih in ameriških raziskavah), edina internacionalna raziskava pa kaže 6,1 % prevalenco OM.

Na možnost, da ima posameznik osebnostno motnjo, bomo najpogosteje pomislili takrat, kadar bodo njegove težave izhajale iz medosebnih odnosov (npr. konflikti, pogosto menjavanje partnerjev, odsotnost pomembnih medosebnih odnosov), odnosa do sebe (podcenjevanje, precenjevanje) ali pa odnosa do drugih in družbe (npr. nesamostojnosti, sumničavosti, kršenja pravil ...). V praksi bomo pogosto lahko doživeli nestanovitnost v odnosu do nas - isti pacient nas bo lahko povečeval ali zaničeval, enako tako lahko pogosteje opazujemo težave na področju kontrole impulzov in obvladovanju čustvovanja ter opazujemo burna odreagiranja (na nas ali bližnje), oz. druga manj ustrezna vedenja.

V zgodovini posameznikov z osebnostno motnjo bomo pogosto našli hude travmatske dogodke (zlorabe, izgube ...) ali izrazito neugodno okolje v odraščanju. Posebno tveganje za

razvoj osebnostne motnje pomeni tudi sindrom hiperaktivnosti z motnjo pozornosti. V zgodovini psihiatričnih motenj, ki pogosto segajo že v mladostništvo, so pogosto prisotni znaki in simptomi drugih duševnih motenj, kot jih obravnavamo v danem trenutku. Pri populaciji s sindromom hiperaktivnosti v otroštvu so pogostejše motnje odvisnosti, motnje hranjenja, motnje razpoloženja, anksiozne motnje, lahko so prisotna tudi prehodna psihotična stanja. Ne redko ima posameznik v zgodovini več opisanih težav hkrati ali pa se vrstijo skozi različna obdobja.

Posebej je potrebno opozoriti na problematiko samomorilnega vedenja pri posameznikih z osebnostno motnjo. V različnih raziskavah so zgodovino samomorilnega vedenja ugotavljali pri 55–70 % posameznikov z OM. Zaradi visoke stopnje impulzivnosti in tesnobe je samomorilno vedenje najpogostejše pri čustveno neuravnovešeni (mejni OM - MOM), pri kateri je samomorilnost celo eden od diagnostičnih kriterijev. Pri MOM je pogosto prisotna kronična suicidalnost – kar pri 40–85 % posameznikov z MOM naj bi bili prisotni ponavljajoči se poskusi samomora s smrtnostjo med 8 in 10 %.

V vsakdanjem življenju, žal tudi pogosto v strokovnem delu, se je uveljavila navada, da posameznika, ki se vede nepričakovano, moteče ali neustrezno, hitro označimo kot "motenega". Kadar razmišljamo, da bi osebnostno funkcioniranje posameznika lahko dosegalo kriterije osebnostne motnje moramo vedno premisliti, ali smo izločili vpliv aktualne stiske, ali ne gre morda za vedenje zaradi druge duševne motnje ali pa vpliva psihoaktivnih substanc ali zdravil. Pogosto nam pri tem pomaga dobro poznavanje preteklosti posameznika. Diagnozo osebnostne motnje bosta vsekakor potrdila psihiater in klinični psiholog z natančnim pregledom, ki bo potrdil ustrežanje kriterijem, vendar so tudi psihiatri in klinični psihologi pri tem diagnostičnem vprašanju lahko v dilemi. Anamneza je lahko skromna ali pomanjkljiva, vedenje pa lahko sicer daje vtis osebnostne motnje, a je v ozadju pravzaprav druga duševna motnja.

### **Primer 1**

*V psihiatrično bolnišnico je bil v kratkem času štirikrat sprejet štiridesetletni moški, gimnazijski maturant, zaposlen, poročen, oče majhnega otroka. Vsakič je bil hospitaliziran zaradi konfliktov s sosedi in groženj le njim. Tudi v službi se je sprl. Z ženo je bil v procesu ločitve. Popolnoma je uničil stanovanje v katerega se je pred kratkim preselil. V bolnišnici je bil vsakič mrk, neprijazen, zajedljiv, do sosedov in žene kritičen, v njegovi pripovedi pa ni bilo nič posebej nenavadnega kar bi kazalo na okrnjen stik z realiteto. V osebni zgodovini se kaže nestanovitnost medosebnih odnosov, zaposlitev, bivanja. Ukvarjal se je tudi s kriminalnimi aktivnostmi. Vse opisano nakazuje v smeri osebnostne motnje v ozadju težav. Opravljeni so*

*bili trije psihološki pregledi, vsi trije so sicer ugotavljali motnje mišljenja, kar je značilno za psihozo, a se v psiholoških pregledih ni mogoče opredeliti glede tega ali gre za osebnostno motnjo. Ob četrti hospitalizaciji je pristal na podaljšanju zdravljenja in sprejel redno antipsihotično terapijo. Antipsihotična terapija je povzročila velike "osebnostne" spremembe. Pacient je postal vljuden, prijazen, se držal pravil, ponovno vzpostavi ustrezen stik s partnerko in s sodelavci, postal kritičen do svojih težav in pripravljen na vztrajanje v zdravljenju. Gospod je bil odpuščen z diagnozo psihotične motnje.*

Opisan primer kaže, kako je ocena na podlagi vedenja tudi ob upoštevanju kriterijev lahko varljiva in kako zelo previdno moramo razmišljati o osebnostnih motnjah. Previdnost je pomembna predvsem zaradi teže in posledic, ki jih diagnoza osebnostne motnje lahko nosi. Za razliko od nekaterih drugih duševnih motenj je vedenje posameznika, ki bistveno odstopa od pričakovanega, lahko zavestno, tudi načrtovano in usmerjeno, zaradi česar je prav, da za svoje vedenje prevzema tudi določeno odgovornost. Za sodelovanje v obravnavi se popolnoma zavestno odloča in mora biti ustrezno motiviran. Prav zaradi slednjega spremlja posameznike z osebnostno motnjo visoka stopnja stigmatiziranosti pri službah, ki zagotavljajo storitve na področju duševnega zdravja. Pogosto velja prepričanje, da so te posamezniki "težavni" in so njihove težave nespremenljive ter se jim zato (pre) hitro odreče pomoč.

## **OBRAVNAVA LJUDI Z OSEBNOSTNO MOTNJO**

Glede na to, da izhaja osebnostna motnja iz osebnosti, torej iz celotne zgodovine posameznikovega interagiranja z okoljem, pomeni zdravljenje same osebnostne motnje celostno osebnostno spremembo, kakršno je pričakovati le z dolgotrajno (več letno) visoko specializirano psihoterapevtsko obravnavo pri ustrezno kvalificiranem kliničnem psihologu ali psihiatru oz. v za to prilagojenih psihoterapevtskih programih. Za slednje je nujna visoka stopnja motiviranosti posameznika.

V zdravstvenih službah se najpogosteje srečujemo s posamezniki z osebnostno motnjo zaradi pridruženih težav, ki jih osebnostna motnja generira. Pomembno je, da se pridružene težave obravnavajo enako resno in na enak način kot pri posamezniku brez OM. Indicirana je tudi medikamentozna terapija po smernicah, v splošnem pa se za uravnavanje impulzivnosti oz. čustvovanja v obče v obravnavi ljudi z osebnostno motnjo pogosto uporabljajo antidepresivi, stabilizatorji razpoloženja in atipični antipsihotiki, zaradi tveganja za razvoj odvisnosti pa se v obravnavi te skupine redko predpisujejo pomirjevala.

Med vsemi tipi osebnostnih motenj pomoč v zdravstvenih službah najpogosteje iščejo posamezniki z mejno osebnostno motnjo. Mejno osebnostno motnjo pogosto spremljajo hude

težave v regulaciji medosebnih odnosov, kakor tudi lastnega intrapsihičnega sveta, v splošnem gre za ranljive posameznike, ki se zahtevam sveta težko prilagajajo in zato uporabljajo številne neustrezne vzorce vedenja. Vsakodnevno funkcioniranje nekaterih posameznikov z mejno osebnostno motnjo je lahko enako skromno kot pri posameznikih s hudimi duševnimi motnjami, zaradi česar je včasih indicirana tudi dolgotrajnejša skupnostna psihiatrična obravnava.

### **Primer 2**

*Sedaj 40-letna ženska je v skupnostno psihiatrično obravnavo vključena 10 let. Psihične težave so se pri njej kot dekletu pričele pri dvanajstih letih kot motnja hranjenja, vključena je bila najprej v programe otroške, kasneje mladostniške psihiatrije. Že ob vključitvi v obravnavo je bila ugotovljena dolgotrajna spolna zloraba v otroštvu. Skozi adolescenco je dekle poleg motnje hranjenja imelo več depresivnih epizod in tudi nekaj resnih poskusov samomora. Ker je odraščala pretežno na psihiatričnih oddelkih je po so-pacientih povzela številne simptome je kasneje izoblikovala cel domišljjski svet, za katerega se je dolgo menilo, da gre za halucinacije in blodnje, zato so jo vodili pod diagnozo shizofrenija. Ker so bile njene težave povsem neodzivne na obravnavo, se je še enkrat opravila zelo natančna diagnostika in se je ugotovilo, da je v ozadju težav čustveno neuravnovešena (mejna) osebnostna motnja. S pomočjo skupnostne psihiatrične obravnave (tedenskih obiskov in psihoterapevtskega vodenja) se je zmanjšalo število hospitalizacij, zaživela je samostojno, imela dva daljša partnerska odnosa, zaposlitve in šolanja pa ni zmogla. Njeno življenje ves čas zaznamuje huda tesnoba, pogosti depresivni pomiki, negativna samopodoba, kar sprožajo medosebni odnosi v katere vstopa. Ima kronificirano motnjo hranjenja, zaradi katere ji počasi odpovedujejo organi. Zdravljenje motnje hranjenja zavrača. S skupnostno psihiatrično obravnavo se še dandanes predvsem preprečuje hospitalizacije in vzdržuje funkcioniranje s postavljanjem strukture dneva, sestavo jedilnikov, podporo pri jemanju zdravil ter z razbremenilnimi pogovori.*

### **OBRAVNAVA OSEBNOSTNE MOTNJE V CDZO OZ. V SKUPNOSTNI OBRAVNAVI**

Kot pri vseh duševnih motnjah je na prvem mestu natančna diagnostika in opredelitev potreb. Pri izdelavi načrta je smotno, da pretežno obravnavo za te posameznike prevzemajo psihoterapevtsko najboljše usposobljeni člani tima (po navadi psihologi, klinični psihologi). Drugi člani tima se lahko v obravnavo vključujejo za parcialne naloge (dostava in priprava zdravil, postavljanje strukture dneva, urejanje socialne problematike).

Posamezniki z osebnostno motnjo so pogosto preplavljeni s svojo stisko in radi govorijo o svojih težavah. Zdravstveni delavci radi pomagamo reševati težave in se tako "avtomatično"

odzivamo z nasveti. Pomembno je, da so nasveti vseh članov tima posamezniku z osebnostno motnjo v naprej dogovorjeni in usklajeni. V praksi se obnese, da izvaja obravnavo težav samo prej omenjen usposobljen član tima, ostali člani pa težavam prisluhnejo, izrazijo sočutje ter usmerijo pacienta k njegovemu terapevtu.

Posamezniki z osebnostno motnjo pogosteje izražajo nezadovoljstvo s terapevti in službami. Pomembno je, da jih pri tem vedenju hkrati sprejemamo (razumemo, da niso zadovoljni), ne pa tudi utrjujemo (npr. ne skušamo prevzeti vloge, ki jo ima njihov terapevt). Posamezniki z osebnostno motnjo pogosto izražajo hudo stisko. Pogosto izražanje stiske, ki se nam glede na objektivno dogajanje lahko zdi pretirano, pri nas lahko vzbuja nemoč in odklonilnost do pacienta. Pomembno je, da se v timu o teh občutkih pogovarjamo, da se v timu dogovori način, kako se takšna stiska obvladuje, predvsem pa da imamo pred očmi, da je ne glede na okoliščine za tega posameznika njegova stiska res huda, da ni odvisna od nas in da mu lahko pomagamo že s tem, da njegovo stisko sprejemamo in vedenje razumemo.

Najbolj resen zaplet pri posamezniku z osebnostno motnjo je samomorilno vedenje. Vsako samomorilno vedenje obravnavamo z največjo resnostjo, po protokolu, ki ga v timu za samomorilno vedenje imamo. Glede na to, da se v tej skupini pogosto zgodi, da so posamezniki "kronično" samomorilno ogroženi je pomembno, da se v timu v takem primeru oblikuje posebna strategija obravnave tega problema.

Za konec – intenzivna dolgotrajna skupnostna obravnava v kombinaciji s psihoterapijo lahko prispeva tudi k celostni osebnostni spremembi in uspešnem osebnostnem funkcioniranju.

### **Primer 3**

*Dekle, danes staro 25 let, zaposlena, uspešna zdravstvena delavka, v partnerskem odnosu, trenutno v suportivni psihoterapevtski obravnavi, po devetih letih intenzivne skupnostne obravnave, je svojo pot reševanja psihičnih težav pričela pri 12. letih na otroški psihiatriji ter je večino svojega življenja med 12. in 16. letom preživela na psihiatričnih oddelkih, zaradi motnje hranjenja, samopoškodovanja in samomorilne ogroženosti. V otroštvu je bila spolno zlorabljen, odnosi v primarni družini so bili popolnoma disfunkcionalni. Po hospitalizaciji na intenzivnih psihiatričnih oddelkih za odrasle se jo je namestilo v stanovanjsko skupino, ki je kot pogoj postavila skupnostno obravnavo (obiski enkrat tedensko, psihoterapija enkrat tedensko, stalna telefonska dostopnost). Dekle je z odliko opravilo srednjo šolo in se vpisalo na fakulteto. Samopoškodovalno vedenje je skoraj izginilo, podobno motnja hranjenja, prisotno je bilo predvsem manipuliranje z zdravili. Ves čas so vztrajale misli na samomor. V času grozečega odhoda na fakulteto in iz stanovanjske skupine, je storila resen poskus samomora in je bila nekaj dni življenjsko ogrožena. V obdobju študija je pričela s samostojnim življenjem in njene težave so se močno poslabšale. Predvsem je bilo več težav z neustreznim*



*jemanjem zdravil, v ospredje je prišla motnja hranjenja. Motivirana je bila za hospitalno zdravljenje slednje ter se je vključila v ustrezen program, ki ga je uspešno zaključila po enem letu. Po odpustu je opravila študijske obveznosti ter se zaposlila na izjemno zahtevnem delovnem mestu. Glede na to, da je bilo njeno funkcioniranje stabilno, je skupnostna obravnava zaključena. Še naprej sodeluje v psihoterapevtski obravnavi. Še vedno ima nekaj težav, a jih zna prepoznavati in jih sama ustrezno obvladuje.*

## **LITERATURA**

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM–5), American Psychiatric Association, 2013

Textbook of Personality Disorders. Oldham J. M., Skodol A. E., Bender D. S., American Psychiatric Publishing, 2005.

## **PRIPOROČENO DODTANO BRANJE**

Osebnostne motnje v teoriji in praksi. Brezovar S.. Založba Bukla, Ljubljana, 2019.

## 9. poglavje: KOMORBIDNOST PRI DUŠEVNIH MOTNJAH

Mojca Zvezdana Dernovšek

Celostna obravnava oseb s težavami v duševnem zdravju vključuje obravnavno vseh prisotnih duševnih motenj in tudi skrb za telesno zdravje. Podatki kažejo, da imajo ljudje s težavami v duševnem zdravju številne telesne zdravstvene težave. Prav tako vemo, da imajo ljudje s telesnimi boleznimi več duševnih motenj.

Poznamo več razlogov za takšno stanje:

- dostopnost do preventive je lahko na račun duševnih težav okrnjena,
- motivacija za zdrav življenjski slog je lahko manjša,
- zdravila za zdravljenje duševnih motenj lahko bistveno vplivajo na telesno zdravje,
- duševne motnje prinašajo v življenje posameznika in njegove družine veliko stresa, ta pa nespecifično slabša splošno zdravje,
- ljudje imajo slabši dostop do kakovostne oskrbe, ker so v zdravstvenem sistemu obravnavani bolj površno.

Koncept komorbidnosti ali sočasno prisotnih motenj upošteva tudi različne preplete glede nastanka in medsebojnega vpliva vseh zdravstvenih težav pri posamezniku:

- Več motenj se je neodvisno druga od druge pojavilo pri eni osebi in različno pomembno vplivajo druga na drugo.

***Primer 1*** oseba z panično motnjo in poškodbo kolena. Motnji med seboj nista povezani glede nastanka, a pri obravnavi upoštevamo, da takšna oseba ne bo mogla na primer uporabiti dolgih sprehodov za sproščanje, saj ima poškodovano koleno.

***Primer 2*** oseba zboli za depresijo in nato dobi gripo. Depresija se poglobi.

- Ena motnja se je pojavila prva in vplivala na nastanek in potek druge, tretje ... To je najpogostejši nastanek komorbidnosti.

***Primer 3*** oseba dobi panično motnjo in dodatno razvije agorafobijo.

***Primer 4*** oseba ima osebnostno motnjo in blaži težave z alkoholom in drugimi psihoaktivnimi snovmi. Sčasoma iz zlorabe nastane odvisnost. Pojavi se tudi depresija.

Poglejmo nekaj najpogostejših sočasno prisotnih duševnih in telesnih motenj:

- Depresijo lahko štejemo kot najbolj »družabno« od vseh duševnih motenj, saj je najpogosteje pridružena tako telesnim kot duševnim težavam.
- Anksiozne motnje pogosto spremljajo rak, srčno žilne bolezni in avtoimune bolezni.
- Bolezni odvisnosti so pogostejše pri osebah s hiperaktivnostjo z motnjo pozornosti in pri osebah z osebnostno motnjo.

Obravnava oseb, ki imajo sočasno prisotne različne duševne motnje temelji na postavljanju prioritete, kaj obravnavamo prvo, kaj drugo in kaj tretje. Najprej se osredotočimo na življenje in

zdravje ogrožajoča stanja (akutne zastrupitve, nevarnost samopoškodbe, nevarnosti za druge). Nato postavimo načrt obravnave, ki vključuje vse zdravstvene težave. Pri tem sodelujemo z različnimi službami.

### **Primer 5: Ogroženo zdravje**

*Pacient se oglasi pri diplomirani medicinski sestri, da bi po zdravljenju v psihiatrični bolnišnici nadaljeval ambulantno obravnavo. V postopku usmerjanja diplomirana medicinska sestra ugotovi, da pacient nima predpisane antikoagulantne terapije, ki jo je prej leta dolgo jemal. Dobi termin za pregled pri psihiatru v CDZO, kjer ga medicinska sestra takoj pospremi k njegovemu izbranemu osebnemu zdravniku, da se uredi somatska terapija.*

### **Primer 6: Ogroženo življenje in zdravje**

*Po telefonu pokliče zaskrbljeni mož. Žena je pred 14 dnevi rodila. Imeli so smrt v družini in ona zaradi poroda ni mogla na pogreb. Ne more spati in ne more dojeti. Počuti se vse slabše. Je povsem brez moči. Obremenjuje se in krivi, da je slaba mama. Krivi se, ker da nič ne čuti do otroka. V postopku usmerjanja se medicinska sestra posvetuje s psihiatrom. Mož dobi navodila za ukrepanje: ženo mora takoj peljati na Nujno medicinsko pomoč, saj je najprej potrebno izključiti zaplete poroda, ki so lahko življenjsko ogrožajoči. Mož kasneje sporoči, da so gospo napotili na zdravljenje v bolnišnico.*

### **Primer 7: Kronične težave vplivajo druga na drugo.**

*45 letni pacient se že leta zdravi zaradi shizofrenije. Ima povišano telesno težo, kadi 40 cigaret dnevno in ima visok krvni pritisk. Ocena stanja pokaže še denarne težave. Načrt obravnave izvajajo trije člani tima: psihiater menja starejši depo v novejši preparat, socialna delavka svetuje pri razpolaganju z denarnimi sredstvi in glede dnevnih aktivnosti, medicinska sestra pa prevzame svetovanje glede zmanjšanja/opustitev kajenja, zdravo prehrano in rednim jemanjem zdravil za pritisk. Po enem letu intenzivne obravnave je pacient skoraj opustil kajenje, zato mu ostaja več denarnih sredstev, ima znižano terapijo (tudi na račun manj kajenja, ki pospešuje razgradnjo zdravil v telesu), je manj sediran, dobiva novejši depojski preparat. V načrtu je vključitev v programe CKZ/ZVC – program hujšanja.*

## **LITERATURA IN PRIROROČENO DODATNO BRANJE**

- WHO. Soočanje s komorbidnostjo duševnih motenj in najpomembnejših nenalezljivih bolezni. Tehnično poročilo za podporo pri izvajanju Evropskega akcijskega načrta SZO za duševno zdravje za obdobje 2013–2020 in akcijskega načrta SZO za preprečevanje in nadzor nad nenalezljivimi boleznimi v Evropi za obdobje 2016–2025

## 10. poglavje: URGENTNA STANJA V PSIHIATRIJI

Leonarda Lunder

Pri urgentnih stanjih v psihiatriji je potrebna takojšnja obravnava, da se prepreči slabšanje psihičnega stanja, ki lahko v skrajnih primerih vodi v avto ali heteroagresivno vedenje. Na prvem mestu je potrebno zagotoviti varnost osebja in pacienta. Pri tovrstni obravnavi je potreben interdisciplinaren pristop in različne metode zdravljenja.

Vzrokov za urgentna stanja na področju psihiatrije je veliko. Pogosto ne zajemajo le posameznih psihičnih motenj, temveč vključujejo tudi potrebe, ki se dotikajo drugih strok. Kadar je vzrok psihičnih težav življenjsko ogrožajoča bolezen, pacient prvenstveno potrebuje obravnavo telesnega stanja.

Psihične motnje zaradi katerih pacienti najpogosteje poiščejo urgentno psihiatrično pomoč, so motnje razpoloženja, shizofrenija in psihične motnje povezane z zlorabo alkohola ali psihoaktivnih substanc. Pogoste so pri ljudeh z osebnostnimi motnjami, še posebej, kadar so tem pridružena komorbidna obolenja.

Anksiozna stanja so lahko urgentna, posebej kadar gre za panične napade. Hkratne pritožbe so lahko v sklopu depresije, manije ali motenj mišljenja in se največkrat prepletajo. Anksioznost se lahko pojavlja skupaj s hudimi in življenjsko ogrožajočimi telesnimi stanji, kot so akutni miokardni infarkt, motnje srčnega ritma, pljučna embolija in notranje krvavitve. Tukaj je bistveno, da ne spregledamo telesnega vzroka za življenjsko ogrožajoče stanje. Po podatkih urgentno psihiatrično pomoč zaradi anksioznih motenj potrebuje nekoliko več žensk kot moških. Med njimi je okrog 20 % samomorilno ogroženih, 10 % pa potencialno nasilnih. Stanja, ki niso neposredno življenjsko ogrožajoča, vendar lahko vodijo v poslabšanje zdravstvenega stanja, moramo obravnavati takoj.

Stresna stanja in akutna stresna reakcija so lahko posledica dejavnikov okolja ali izpostavljenosti hudemu stresu, kot so npr. posilstvo, neposredna grožnja s smrtjo, izguba bližnjega, različne zlorabe ... Hud stres lahko privede do vegetativnih neravnovesij in občutka otopelosti, ki vodi v sebi nevarno vedenje. Nezdravljena lahko puščajo dolgotrajne posledice. Nekatere psihične motnje s svojim potekom ali opustitvijo zdravljenja, privedejo do stanj, ki ogrožajo pacientovo življenje, na primer pri akutnih poslabšanjih shizofrenije s psihotičnimi simptomi, hudih oblikah razpoloženjskih motenj, komplikacijah demence in zlorabi psihoaktivnih substanc. Tudi navidezno nenujna stanja so lahko pravzaprav nujna, zato je pri vseh psihiatričnih motnjah potreben natančen pregled.

## URGENTNA STANJA V PSIHIATRIJI

### **SAMOMORILNO VEDENJE**

Prepričanje, da "človek, ki govori o samomoru, tega ne bo napravil", je zmotno. Po podatkih je 75-90 % ljudi, ki umrejo zaradi samomora, o tem prej spregovorilo v tednu pred smrtjo. Poznamo več dejavnikov tveganja, kot so **individualni** (depresija, shizofrenija, zloraba psihoaktivnih substanc, anksiozne motnje, osebnostne motnje, žalovanje po izgubi ...), **medosebni** (neurejene družinske razmere, samski stan, ločitev, vdovstvo, izguba službe ...) in **družbeni** (revščina, visoka stopnja brezposelnosti, kriminala, nedostopnost psihiatrične oskrbe ...). Ljudje lahko na različne načine sporočajo samomorilno vedenje, npr. da govorijo o želji po smrti, strahu pred njo, o nesmiselnosti življenja, se poslavljajo, pišejo poslovilna pisma, urejajo finance, napišejo oporoko, darujejo in vračajo predmete ...Teh vedenj ni vedno mogoče prepoznati kot samomorilna, vendar je dobro zanje izostriti pozornost.

**Kadar sprašujemo o samomoru, je najbolje vprašati naravnost. Vprašanje o samomorilnih mislih ne sproži samomorilnih misli pri osebi, ki jih nima.** Pomembno je vedeti, da se pogosto samomorilna nevarnost minimalizira. Razumeti je treba, da ne moremo pričakovati od svojcev, da bodo prepoznali nevarnost samomora in razumeti, da spregledajo opozorila, saj so največkrat za človeka, ki trpi zelo zavzeti. Lahko precenijo svoje sposobnosti za preprečitev samomora in ali podcenjujejo pacientovo ogroženost. Na terenu, v domačem okolju, je včasih, kadar sumimo na samomorilno ogroženost, dobro pred anamnezo opraviti heteroanamnezo brez prisotnosti pacienta in anamnezo/pregled brez prisotnosti svojcev.

Absolutne indikacije za hospitalno obravnavo pa so po nasilnem, hudem poskusu samomora, kadar ima pacient znake psihoze ali kadar so prisotne samomorilne predstave (načrti). Zdravstveni delavci smo vsakodnevno v neposrednem stiku s ljudmi, ki so nadpovprečno ogroženi glede samomora, kot so telesno ali duševno bolni, starejši in socialno ogroženi. Študije kažejo, da nismo posebej uspešni pri prepoznavanju samomorilne ogroženosti. V 40-60 % primerov oseba v zadnjem tednu pred uspelim samomorom obiše osebne zdravnika ali psihiatra.

Kadar se ne odločimo za hospitalno zdravljenje, je potrebno k sodelovanju in varovanju ogroženega človeka pritegniti svojce. Druga možnost je "antisuicidalni pakt", dogovor med pacientom in terapevtom, da pacient ne bo ponovno poskušal samomora, ne da bi poiskal zdravniško pomoč v časovno določenem obdobju, ko bo prišel ponovno v stik z nami. Pri sklepanju teh dogovorov opozarjamo na posebno previdnost, saj so lahko pri nekaterih ljudeh zelo negotovi. Za dobro oceno o trdnosti takšnega dogovora je treba imeti kar nekaj kliničnih izkušenj. Tako za zdravljenje z zdravili, kot za psihoterapevtski pristop v urgentni situaciji velja, da je to le začetek daljše obravnave.

## **AGRESIVNOST IN AGITACIJA**

Povzročajo jo cela vrsta motenj in bolezni. Sta manifestacija psihične in telesne napetosti. Lahko sta tudi reakcija na provokativno okolje. Značilno zanj je povečana iritabilnost, hitrejši odgovor na stimulus in intenziven psihomotorni nemir, ki obvladuje pacienta. Agresivnost ni samo negativna in destruktivna, temveč je v določenih situacijah zdrava oblika vedenja in omogoča preživetje. Destruktivno agresivnost povezujejo z bolezensko spremenjenostjo, osebnostnimi motnjami, intoksikacijami, pogostejša je pri moških in v večernem ali nočnem času. Agitacijo lahko povzročijo različne psihiatrične motnje, intoksikacije, poškodbe, infekcije ali telesna obolenja.

Pri obravnavi potencialno agresivnega pacienta uporabljamo tehnike deeskalacije, to je miren govor, spoštljiv odnos, nevtralna vprašanja brez obtožb, aktivno poslušanje in drugo ustrezno neverbalno komunikacijo. Ni smiselno konfrontirati pacienta, ampak skušati z njim doseči dogovor. Odstranjeni morajo biti vsi potencialno nevarni predmeti, s katerimi bi pacient lahko škodoval sebi ali drugim. Ob tem naj bo ustrezna fizična distanca med strokovnjakom in pacientom, sedeč položaj obeh, po možnosti miza med njima in možnost, da v primeru odkrite sovražnosti ali agitacije, ki je ni več mogoče obvladovati, strokovnjak prvi zapusti prostor in poišče pomoč. Tudi za obvladovanje nasilnega vedenja je potrebno imeti precej kliničnih izkušenj. V primeru verbalnega ali fizičnega nasilja prosimo za pomoč policije.

## **DELIRIJ**

Organski cerebralni sindrom, ki sodi med kvalitativne motnje zavesti, se hitro razvije in ima običajno nihajoč potek. Delirij je pogosto posledica skupka različnih vzročnih dejavnikov od kateri vsak sam zase še ne bi povzročil delirija. Npr. če starejši pacient z demenco, ki ima popuščanje srca z aritmijami, sladkorno bolezen z okvarjenim ožiljem, zaužije preveč uspaval ali pa neredno jemlje zdravila, pozabi nekajkrat vzeti zdravila, potem pa zaužije vse hkrati. V teh primerih lahko pride do delirija. Pacienti so pogosto dezorientirani, v stanju povečane ali zmanjšane budnosti, psihomotorno (zaposlitveno) nemirni ali zavrti, z najpogostejšimi optičnimi ali akustičnimi halucinacijami. Motene so pozornost, vegetativne funkcije in ritem spanja. Pacienti se navadno delirija, ki lahko traja nekaj dni ali celo tednov, ne spomnijo.

Delirij je urgentno stanje in zahteva bolnišnično obravnavo. Čeprav bi moral biti zaradi resnosti stanja, smrtne nevarnosti, potrebe po monitoniziranju stanja obravnavan v sklopu internistike, se delirij, ki je povezan z odvisnostjo od alkohola, najpogosteje z nenadno alkoholno abstinenco, še vedno obravnava v psihiatričnih bolnišnicah. Zdravljenje je etiološko naravnano. Poleg zdravil je v prvi vrsti potrebno mirno okolje, zadostna količina tekočin in spremljanje elektrolitskega ravnovesja z nadomeščanjem elektrolitov.

## **OBRAVNAVA PACIENTOV Z URGENTNIMI STANJI**

Obravnava pacienta z urgentnim psihiatričnim stanjem ima nekatere posebnosti v primerjavi s siceršnjo obravnavo pacienta s psihično motnjo. Obravnava pacienta z urgentnim psihiatričnim stanjem je zaradi časovne omejenosti bolj usmerjena in strukturirana. Na prvem mestu je potrebno poskrbeti za varnost osebja in pacienta. Pred pregledom je dobro poskrbeti za zmanjšanje stimulusov in čim krajše čakanje na pregled. Zelo pomemben je odnos osebja do pacienta. Lastno varnost je mogoče povečati s pridobitvijo podatkov o pacientu pred njegovo obravnavo in zavedanjem možnosti heteroagresivnega vedenja pacienta. Kadar je indicirana uporaba sredstev fizičnega oviranja, naj bo ta v domeni za to usposobljenega osebja. Uporabo teh sredstev določajo pravni akti ter bi morali biti izvedena strokovno. V primeru, da zdravstveno osebje ne more zagotavljati varnosti, je potrebno poiskati pomoč policije ali varnostne službe.

Velik delež ljudi, ki poišče takšno pomoč, po nekaterih ocenah okrog 40 %, potrebuje nadaljnjo bolnišnično obravnavo. Vsekakor je pri določenih urgentnih stanjih bolnišnična obravnava potrebna in neizbežna. Predvidevamo in upamo, da bo z ustanovitvijo Centrov za duševno zdravje, kjer delo poteka multidisciplinarno in kjer je možna obravnava na terenu, v sklopu skupnostne psihiatrije, to število nižje, saj obvladovanje agresivnega vedenja pogosto poruši terapevtske odnose in zaupanje. Skupnostni način dela je pacientu v večini bolj prijazen in lahko omogoča boljše sodelovanje pri zdravljenju.

### **Primer 1**

*26 letna gospa je poklicala v CDZO in povedala, da je pred dvema mesecema prvič rodila. Navajala je, da do sina ne čuti povezanosti, ljubezni. Razmišljala je, da bi ga zapustila, mu kaj naredila. Ob tem je bila zelo tesnoba. Veliko časa je bila sama doma, ker je mož delal. Živita pri moževih starših. Tašča je ni razumela in gospa pri njej ni imela podpore. Pred enim letom se je preselila iz tujine v Slovenijo. Slovenskega jezika še ni obvladala. Zaposlitve ni imela. Tukaj ni imela družbe, prijateljev. Pred tem ni potrebovala psihiatrične pomoči.*

*Stanje je bilo ocenjeno kot urgentno. Še isti dan je bila pogledana v psihiatrični ambulanti. Povedala je, da obstajajo dnevi, ko jo preplavijo misli, da bi otroka dala stran, da bi šla k svojim staršem nazaj in se umaknila. Teh misli jo je bilo sram. Poiskala je pomoč, saj ne bi želela, da ji njeni očitajo nesposobnost. Z možem, ki je bil zelo zaposlen, sta se dobro razumela. Otroka je še dojila. Med pregledom je bila pozorna do otroka, ki je bil primerno negovan. V psihičnem statusu je bilo ugotovljeno, da je blažje depresivna in predvsem anksiozna. Izključena je bila psihoza, avto in heteroagresivne tendence. Predpisana ji je bila antidepresivna terapija.*

*V timu smo se dogovorili, da jo glede na stanje in razmere vsakodnevno obišče DMS. V začetku je bila v obravnavo vključena tudi socialna delavka. Napotena je bila v psihološko*

obravnavo. Kmalu je sama predlagala obiske dvakrat tedensko. Povezala se je z znanko, ki je bila v podobnem položaju. Ni želela, da kontaktiramo moža. Se je sama pogovorila z njim in nekaj dni si je vzel prosto, jo podpiral.

Ni pa želela, da tašča izve za njene težave. Se je pa njun odnos sčasoma popravil. Navedena simptomatika je relativno hitro izzvenela. Pacientka je še vodena v psihiatrični ambulanti. Predvidena je ukinitiv antidepresiva.

Glede na to možnost, da je v sklopu CDZO možen multidisciplinaren pristop, je pacientka relativno hitro okrevala in ni potrebovala hospitalne obravnave, kar je še posebej pomembno pri doječih materah.

## **LITERATURA**

Pregelj P. Urgentna stanja v psihiatriji. Pregelj P, Kobentar R (ur.) Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana, 2009:284-287.

Žmitek A. Samomorilnost-klinični vidik. Romih J, Žmitek A (ur.) Urgentna stanja v psihiatriji. Begunje: Psihiatrična bolnišnica, 1999:10-24.

Novak Grubič V. Agitacija kot urgentno stanje. Urgentna stanja v psihiatriji-agitacija. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana, 2011:7-14.

Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan and Sadock's Synopsis of psychiatry. 11 th ed. Baltimore: Wolters Kluwer, 2015.

Tomori M, Zihel S (ur.) Psihiatrija. Ljubljana: Literapicta, Medicinska fakulteta, 1999.



## 11. poglavje: DEESKALACIJA

Branko Bregar

Duševne motnje so velik javnozdravstveni problem, zato je neizogibno, da se vsi zdravstveni delavci srečamo tudi z osebami z duševnimi motnjami. V preteklosti so se osebe z duševno motnjo zdravile v institucijah/bolnišnicah, danes pa se obravnava oseb z duševno motnjo premika vse bolj na področje primarnega zdravstvenega varstva. Akcijski načrt za področje duševnega zdravja v Evropski uniji 2013–2020 pravi, da je zagotavljanje duševnega zdravja temelj za kakovost življenja in dobro počutje. Glavni izzivi Akcijskega načrta so predvsem pri razvoju politik za pospeševanje dobrega počutja in pomiku skrbi za duševno zdravje v skupnost. Slednje predstavlja tudi pri nas vse bolj aktualno politiko. Ustanavljajo se Centri za duševno zdravje odraslih in duševno zdravje otrok in mladostnikov (v nadaljevanju Centri). V preteklosti so bili zaposleni v psihiatričnih bolnišnicah tisti, ki so se najpogosteje prvi srečevali z osebo z akutno duševno motnjo oziroma z osebo s poslabšanjem duševne motnje. Danes pa se najprej najpogosteje z osebami z duševno motnjo srečajo zaposleni v osnovnem zdravstvenem varstvu, tudi v Centrih, kar pomeni, da morajo imeti zaposleni znanje, veščine in sposobnosti, da prepoznajo različna stanja osebe z duševno motnjo, ki se nahaja v stiski (tudi s povečanim tveganjem za varnost osebe same ali zaposlenih) in strokovno intervenirajo.

### **STISKE OSEB Z DUŠEVNO MOTNJO**

Duševne motnje povzročajo različno psihopatološko simptomatiko. Psihopatološka simptomatika se odraža v vedenju osebe z duševno motnjo (v nadaljevanju: oseba), kar pa je lahko za druge ljudi moteče, ker ne razumejo, kaj se v "svetu" osebe dogaja. Zato prihaja do različnih situacij, ki so lahko potencialno tudi nevarne za druge ljudi v okolici, kjer oseba živi. Razlogi so lahko nerazumevanje okolice in v spremenjenem odnosu okolice do osebe z duševno motnjo, pogosto tudi v domačem okolju. Oseba je pogosto v veliki stiski zaradi tistega, kar občuti in doživlja. Mogoče je, da ima oseba z duševno motnjo ogrožajoče misli ali zaznave, kar lahko vodi v hudo vznemirjenost, ki se lahko ob napačnih intervencijah stopnjuje do potencialno nevarnih okoliščin.

Ena izmed potencialno nevarnih stanj je agitiranost (vedenjski izraz hude vznemirjenosti). S pravimi pristopi in intervencijami lahko stopnjo agitiranosti osebe z duševno motnjo zmanjšamo. S stiskami oseb z duševno motnjo se bodo strokovnjaki srečevali tudi v njihovem domačem okolju, kjer pa ne gre za nadzorovano okolje, kot je bolnišnično, ampak okolje, kjer bodo strokovnjaki z osebami, ki so v stiski in so vznemirjene, pogosto sami. Zato so potrebna znanja in veščine, kako k takim osebami pristopiti in intervenirati na način, da ne bo prihajalo

do neželenih odklonov v procesu obravnave osebe. Ključno je razumevanje stisk osebe z duševno motnjo. Stiska osebe je zanjo resnična in jo doživlja, kot mi našo stvarnost. Zato je prepričevanje osebe, da stiska ni resnična, napačno. Poznavanje deeskalacijskih tehnik je potrebno zato, da lahko delamo z osebo, ki je vznemirjena. Pri deeskalaciji gre za delo na odnosu oziroma vzpostavljanju terapevtskega okolja.

## **TERAPEVTSKO OKOLJE, EMPATIJA**

Terapevtsko okolje se definira kot interakcija med osebo z duševno motnjo in strokovnim delavcem. V kolikor želimo imeti z osebo dober deloven odnos, je nujna vzpostavitev terapevtskega okolja. Terapevtskega okolja ("ozračje"/"milje") ne moremo doseči nemudoma, ampak moramo za to imeti čas, znanje in veščine. V okolje prinašamo tudi svoje lastnosti, ki nam omogočajo ali pa onemogočajo, da nam bo oseba z duševno motnjo zaupala. Delo na odnosu z osebo z duševno motnjo je ključni dejavnik, ki determinira tudi nadaljnje sodelovanje. Dobro vzpostavljen odnos bo temelj, da bo okolje v katerega bomo vstopali v največji meri z naše strani tudi nadzorovano.

Pri vzpostavljanju terapevtskega odnosa je najvažnejša sposobnost se postaviti v položaj drugega in živeti vanj ter analizirati svet iz njegove perspektive, čemur pravimo empatija. Če smo se sposobni in pripravljeni živeti v položaj drugega, potem težava drugega deluje motivacijsko in vpliva na potrebo po pomoči, solidarnosti. Strokovni delavec naj se bo sposoben živeti v vlogo osebe ter iz nje tudi izstopiti. Empatija je predvsem sposobnost razumeti čustva, misli, mnenja, položaj oziroma stanje posameznika. Ko si empatičen, si sposoben razumeti doživetja drugega.

Vzpostavljanje terapevtskega odnosa je proces v katerem predvsem v začetku odnosa največ časa porabimo za vzpostavitev zaupanja. Zaupanje je v začetku običajno zelo krhko in se tekom medsebojnih interakcij ob srečanjih lahko krepi ali pa tudi ne, kar je predvsem odgovornost strokovnega delavca. O pomenu odgovornosti strokovnega delavca pri delu z uporabniki govorita tudi Rolnic in Miller, ki sta razvila metodo motivacijskega svetovanja, ki omogoča osebi, ki potrebuje pomoč, spreminjanje njenega vedenja. V delovnem/varnem terapevtskem odnosu se mora oseba z duševno motnjo počutiti cenjeno in spoštovano, saj je lahko posledično agresija pogosto odziv na izgubljeno dostojanstvo.

Osebo spodbujamo k temu, da s strokovnimi delavci odprto komunicira o svojih občutkih in čustvih, tudi o občutkih jeze in frustracije. Izražanja jeze (pod pogojem, da oseba to naredi brez poškodovanja samega sebe ali drugih), velja kot ključni dejavnik uspešnosti deeskalacije oseb, ki kažejo agresijo.

## **DEESKALACIJSKE TEHNIKE KOT NENEHEN PROCES ODNOSA Z OSEBO Z DUŠEVNO MOTNJO**

Tradicionalna metode obvladovanja pretirane vznemirjenosti in možnega agresivnega vedenja osebe so predvsem restriktivni ukrepi, ki vključujejo prisilo v najrazličnejših oblikah: pomoč in posredovanje policije, prisilna hospitalizacija, aplikacija terapije (zdravil) proti volji, fizično obvladovanje oseb in posebni varovalni ukrep. Pri takšni obravnavi dolgoročno izgubimo zaupanje osebe, kar ni dober izhod, ker lahko osebo v odnosu nepovratno izgubimo. Deeskalacijske tehnike so namenjene preprečevanju pretiranega vznemirjanja osebe z duševno motnjo, ki potrebuje pomoč. Zmanjševanje stopnje napetosti dosežemo z uporabo verbalnih in neverbalnih komunikacijskih tehnik – zmanjšamo stopnjo vznemirjenosti, sovražnosti, jeze in potencialne agresivnosti. Deeskalacijske tehnike delimo na veščine in znanje strokovnega osebja (samokontrola, verbalne in neverbalne veščine) ter na proces intervencije (soočanje z osebo, zagotoviti varno okolje, kdaj posredovati ter pravilna uporaba deeskalacijskih strategij), najlažje pa jih razdelimo na verbalne in neverbalne deeskalacijske tehnike. Ključne komunikacijske veščine strokovnega delavca so:

- odprtost
- iskrenost
- biti samozavesten (vendar ne aroganten)
- biti podporen v odnosu
- sposobnost samozavedanja
- biti ne-obtožujoč
- znati mora izražati skrb
- biti ne-avtoritaven

Izražanje empatije je nepogrešljiv člen v dobrem medosebnem odnosu med osebo in strokovnim delavcem, saj se oseba počuti razumljena in zmanjša njeno potrebo po agresivnem vedenju.

### **KDAJ POSREDUJEMO?**

Z deeskalacijo je najbolje posredovati že v zelo zgodnji fazi, ko prepoznamo vznemirjanje – agitiranost. Začetek se najpogosteje kaže z verbalno agresijo, za oceno agitiranosti lahko uporabimo tudi različne lestvice. Ena izmed bolj priljubljenih lestvic je "Behavioral Activity Rating Scale" ali "Lestvica za ocenjevanje vznemirjenosti" (Tabela 1). Stopnja 5 je zelo primerna za uporabo deeskalacije, stopnja 6 pa le, če smo zelo izkušeni in imamo pomoč blizu.

**Tabela 1:** BARS lestvica

1. Oseba je težko ali nemogoče prebuditi.
2. Oseba spi, vendar se normalno odziva na verbalne kot druge dražljaje.
3. Oseba je zaspana, umirjena.
4. Oseba je budna in mirnega vedenja.
5. Oseba kaže očitne znake telesne in verbalne vznemirjenosti – vendar se odziva na naše intervencije.
6. Oseba kaže izredne znake vznemirjenosti: je stalno v gibanju, tolče se po trupu, stiska pesti itd., se ne umiri in SE NE ODZIVA na naše intervencije.
7. Oseba je nasilna, potrebuje fizično omejitev.

Pri odločanju, kdaj in kako bomo pri določeni osebi ukrepali je odvisno od poznavanja osebe (njene “zgodovine”), kako se običajno odziva v podobnih situacijah, potencialnega vpliva na druge osebe, vpliva na okolje in predvsem od tega ali, kje in kdaj imamo pomoč drugih oseb. Poleg ocene osebe s pomočjo letvic (npr. BARS lestvica), upoštevamo tudi druge okoliščine:

- Ocenimo primarni razlog za agresivno vedenje.
- Ocenimo, ali bomo zmogli sami oziroma koga in koliko drugih izvajalcev bomo poklicali za pomoč. Nikoli ne dopustimo, da je oseba pri deeskalaciji obkrožena z množico ostalih, ki nam pridejo na pomoč, vedno naj bo pomoč diskretno v bližini in pripravljena na takojšnje posredovanje. Preveč izvajalcev lahko sproži učinek “kazanja moči” – agresivno vedenje lahko eskalira.
- V kolikor nam oseba še sledi (ocena 5 po BARS lestvici) jo zapletemo v pogovor, vprašamo v čem je problem, kaj lahko naredimo, da problem rešimo, in kaj ji običajno pomaga, da se umiri.
- Usmeritve, ki jih damo, naj ne bodo poveljujoče ali s prepirljivim tonom, kljub temu pa ni potrebno, da se z osebo strinjamo. Izogibamo se grožnjam s sankcijami, dajanju ultimativ in vstopu v borbe moči/premoči – poudarek je na vzpostavljanju dobrega odnosa, odgovarjanju na vprašanja in iskanju sporazumov in kompromisov.
- Deeskalacija je učinkovitejša v primerih, kjer se upošteva avtonomija osebe.
- Vedno naredimo oceno okolice: možnost uporabe kakršnegakoli potencialnega orožja s strani osebe in možnost prostega izhoda za izvajalca deeskalacije. Izhod iz prostora si moramo zagotoviti, ker je lahko deeskalacija neuspešna in pride do izbruha nasilja.
- Izvajanje deeskalacije naj poteka v mirnem prostoru, stran od gledalcev.

Za dobro oceno osebe, ki potrebuje deeskalacijo, poslušajmo, uporabljamo empatično presojo ter ocenjujemo neverbalno vedenja. Poznamo neverbalne in verbalne deeskalacijske tehnike.

## **NEVERBALNE DEESKALACIJSKE TEHNIKE**

Kar izrečemo s svojim telesom, obrazom, mimiko in kretnjami – neverbalno – je veliko močnejše sporočilo, kot pa naše govorjenje z osebo, ki je v stiski. Zato se z osebo umaknemo v miren prostor in poskušajmo doseči, da smo skupaj z osebo v sedečem položaju. Pozorni smo:

- Na držo telesa, ki naj bo sproščena, roke imamo spuščene, dlani obrnjene navzven.
- Hoteno gibanje – ne prestopajmo se, smo spoštljivi.
- Očesni kontakt naj ne bo predlog, terapevtski stik z očmi je do 3 sekunde.
- Bližino (osebni prostor), spoštujemo na območju ene roke in pol.
- Dotika ne uporabljamo, če se oseba odmika od nas.
- Obrazna mimika naj kaže skrb za stanje osebe.

## **VERBALNE DEESKALACIJSKE TEHNIKE**

Osebo poslušamo aktivno (med poslušanjem kimamo, uporabljamo reflektivno poslušanje, potrditve itd.), kar oseba razume kot zanimanje za njene težave in deluje deeskalacijsko. Govorimo umirjeno, nežno in z mehkim tonom, nismo agresivni in ne sarkastični. V odnosu smo taktni, lahko uporabljamo tudi nekaj humorja, vendar pozor, pazimo, da nismo pri tem nespoštljivi. Humor uporabljamo predvsem pri osebah, ki jih dobro poznamo in vemo, kako se bodo odzivale na naše intervencije. Če oseba vpije, ne govorimo. Ves čas osebo spodbujamo k temu, da nam pojasni kaj se je zgodilo. S tem razjasnimo situacijo in lahko tako osebi pomagamo rešiti problem. Pri reševanju problemov osebi ponudimo več rešitev oziroma alternativ, pomembno je, da na koncu rešitev vedno oseba izbere sama. Alternative naj bodo v dani situaciji realne in dostopne.

## **DESET NAČEL DEESKALACIJSKIH TEHNIK**

Poznamo 10 načel deeskalacijskih tehnik pri katerih upoštevamo zgornja navodila. Načela si ne sledijo po vrstnem redu, ampak jih moramo imeti v glavi in jih uporabljati interaktivno glede na situacijo. Večkrat bomo prebrali, poslušali ali vadili deeskalacijo, bolj bomo imeli izurjene veščine deeskalacije.

1. Spoštujemo osebni prostor.
2. Ne bodimo provokativni.
3. Vzpostavimo verbalno komunikacijo.
4. Bodimo jedrnati.

5. Identificirajmo želje in občutke.
6. Aktivno poslušajmo.
7. Strinjajmo se ali strinjajmo se s tem, da se ne strinjamo.
8. Določimo jasne omejitve.
9. Ponudimo izbiro in optimizem.
10. Na koncu se pogovorimo tako z osebo in s sodelavci.

Različni avtorji lahko nekoliko drugače razlagajo posamezna načela, največje razlike so pri načelu 8. Nekateri zagovarjajo, da se osebi jasno predstavi meje – informiramo osebo o nedopustnem vedenju in nesprejemljivosti poškodovanja samega sebe in/ali ljudi okoli nje. Če je potrebno, ji razložimo tudi ukrepanja ob nedopustnem vedenju (primer: možnost posredovanja policije in sodne obravnave, če bi prišlo do napada). Seveda pri postavljanju mej upoštevamo, da se predstavijo na razumen in spoštljiv način. Prav tako poskušamo doseči, da oseba sama vzpostavi nadzor nad svojim vedenjem. Ko zaznamo, da se je oseba umirila, prosimo da naj sede, povemo, da nas njen nemir ustrahuje in da ne moremo popolnoma razumeti, kaj nam želi povedati. Prosimo, da nam mirno ponovno razloži situacijo, da bo obema razumljiva. Tudi posredovanja z zdravili ne omenjajo vsi avtorji. Poleg deeskalacije običajno uporabljamo tudi zdravila, katerih namen ni sedirati, temveč pomiriti osebo. Če so zdravila indicirana, osebi ponudimo možnosti, z aplikacijo ne hitimo vendar prav tako ne zavlačujemo.

Zaključek deeskalacije sledi, ko je uspešno izvedena in je oseba uspešno pomirjena. Takrat osebi celotno dogajanje ponovno pojasnimo. Povemo, zakaj smo se odločili za določene intervencije in osebi dovolimo, da razloži situacijo tako, kot jo je razumela. Povsem na koncu sledi pogovor, z osebo se pogovorimo o načinu njenega vedenja v podobnih situacijah, ki se bodo lahko ponovile. Pomembno je, da oseba nima na koncu slabega občutka, iz situacije naj oseba in strokovnjak odideta z občutkom obojestranskega zadovoljstva in "zmage", kar je ključno za nadaljnjo obravnavo.

### **KAKO NAPREJ – KAKO POSTATI DOBER V DEESKALACIJI?**

Kot strokovnjaki bomo postali dobri v deeskalaciji, če se bomo redno usposabljali. Pri tem ni pomembno le teoretično znanje, ampak tudi delo v delavnicah. Predvsem se učimo na izkušnjah, ki jih pridobivamo iz neposrednega kliničnega dela. Zato je korak 10 pomemben – vsaka situacija je lahko učna izkušnja. Po vsaki, tako uspešni kot neuspešni deeskalaciji, pa naj se celoten tim sestane in brez očitiranja obnovi celotno situacijo z definiranjem tako tistega, kar je bilo dobro in tistega, kar bi lahko še izboljšali.

Imamo možnost tudi učenja preko delavnic, ki so dostopne na spletu, kar je vsekakor dobra možnost, da ozavestimo določene deeskalacijske korake:

1. <https://www.youtube.com/watch?v=musgq94q8GQ>
2. <https://www.youtube.com/watch?v=8Gmf0LRJbR8>
3. <https://www.youtube.com/watch?v=xonVljwpTRU>
4. <https://www.youtube.com/watch?v=wI7yIF5KpfQ>
5. <https://www.youtube.com/watch?v=6CEJfDSiUXw>

## **ZAKLJUČEK**

Deeskalacija je za proces izgradnje odnosa, ki je pri vsaki osebi z duševno motnjo nekoliko drugačen. Dober in zaupen odnos je tisti, ki nam bo omogočal, da bomo uspešni tudi v okoliščinah, ko bo pacient vznemirjen in bo potreboval naše intenzivnejše posredovanje. Zato naj na koncu ponovno poudarimo, da je ključen dejavnik deeskalacije odnos do pacienta z duševno motnjo.

## **LITERATURA**

Al-Ali N. M., Al-Faouri, I. & Al-Niarat, T. F., 2016. The impact of training program on nurses' attitudes toward workplace violence in Jordan. *Applied Nursing Research*, 30(1), pp. 83-89.

Bahun, K. Poznavanje deeskalacijskih tehnik med študenti in diplomanti Fakultete za zdravstvo Angele Boškin: diplomsko delo. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin.

Bregar, B., 2013. Zagotavljanje varnosti in kakovosti pri fizičnem omejevanju pacientov v klinični praksi. In: B. Skela Savič & S. Hvalič Touzery, eds. 6. šola za klinične mentorje: »Sodobna zdravstvena nega ali znanja, ki jih potrebujejo klinični mentorji za profesionalni karierni razvoj: teoretični koncepti delovanja stoke, na dokazih podprto delovanje, kakovost in vodenje«: zbornik prispevkov. Ljubljana: 31.1.2013. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, pp. 183-191.

Chigbundu, N.A., 2015. Lived experiences of Mental health nurses with verbal de-escalation techniques and multisensory room strategies: doctor's dissertation. Phoenix: University of Phoenix.

Fulde, G. & Preisz, P., 2011. Managing aggressive and violent patients. *Australian Prescriber*, 30(4), pp. 166-181.

Hallet, N. & Dickens, G. L., 2015. De-escalation: A survey of clinical staff in a secure mental health inpatient service. *International Journal Of Mental Health Nursing*, 24(4), pp. 324-333.

Lapanja, A., 2012. Uporabnost ocenjevalnih lestvic za agresivno vedenje. In: B. Bregar & J. P. Novak, eds. *Posebni varovalni ukrepi v teoriji in praksi: zbornik predavanj z recenzijo*. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana, pp. 33-38.



## 12. poglavje: ZDRAVLJENJE DUŠEVNIH MOTENJ

Katja Sraka, Katarina Barbara Štrukelj

Obravnavo duševnih motenj je vedno celostna. Osnova zdravljenja nekaterih duševnih motenj so in ostajajo psihotropna zdravila, ki dajejo možnost in prostor ostalim ukrepom. Le povezano delovanje ukrepov omogoča optimalno zdravljenje in funkcioniranje osebe z duševno motnjo. Pri nekaterih drugih duševnih motnjah pa farmakoterapija ni potrebna ali pa se uporablja le v določeni fazi bolezni. Nevrobiološka razlaga duševnih motenj jih opredeli kot motnjo v delovanju možganov. Pogosto pri zdravljenju duševnih motenj ne poznamo kaj je osnovna motnja v delovanju možganov in je zdravljenje usmerjeno v obvladovanje in odpravljanje simptomov, kar bistveno izboljša samo počutje in zmožnosti bolnika. Pri zdravljenju je vedno potrebno biti pozoren na sodelovanje bolnika in razloge za morebitno nesodelovanje. Ti so lahko povezani z nedelovanjem zdravil ali njihovimi neželenimi učinki. Ustrezna in nepretrgana neposredna komunikacija in edukacija ter posveti z bolnikom so tako bistven del zdravljenja in nujni za dober terapevtski odnos in uspešno zdravljenje.

### **ANTIPSIHOTIKI**

Antipsihotiki so zdravila, ki se uporabljajo za zdravljenje psihotičnih motenj. Psihoza je sindrom, ki se pojavlja pri različnih psihiatričnih boleznih, npr. pri shizofreniji, shizoafektivni motnji, bipolarni afektivni motnji, psihozi povzročenimi s psihoaktivnimi snovmi, demenci, blodnjavi motnji ... Prvi antipsihotik je bil klorpromazin, ki se je pričel uporabljati v petdesetih letih prejšnjega stoletja, nato je sledil razvoj številnih klasičnih antipsihotikov, v zadnjih 30 letih pa se razvijajo atipični antipsihotiki. Osnovna delitev antipsihotikov je na klasične/tipične in atipične/druge generacije. Klasični antipsihotiki (klorpromazin, haloperidol, flufenazin, flupentiksol, zuklopentiksol, levopromazin) delujejo preko blokade dopaminskih receptorjev, s čimer zmanjšajo prekomerno aktivnost posameznih področij možganov in s tem izboljšajo predvsem pozitivne simptome shizofrenije. Atipični antipsihotiki (amisulprid, sulpirid, risperidon, klozapin, olanzapin, kvetiapin, ziprazidon, aripiprazol, asenapin, kariprazin, brekspiprazol, lurazidon) v primerjavi s klasičnimi povzročajo predvsem manj ekstrapiramidnih neželenih učinkov, to je tistih, ki so podobni simptomom Parkinsonove bolezni in so učinkovitejši v zmanjševanju negativnih simptomov pri shizofreniji.

### **NEŽELENI UČINKI**

- Ekstrapiramidna simptomatika je pogosta predvsem pri zdravljenju s klasičnimi antipsihotiki. Pojavlja se tako v fazah uvajanja zdravila kot tudi kasneje. Lahko se

pojavljajo distonije (nekontrolirani mišični krči), vidimo lahko obračanje oči navzgor, zvijanje vratu, krčenje mišic vratu in žrela. Pogosto se pojavlja parkinsonizem z zmanjšano mimiko obraza, monotonim govorom, počasnimi gibi, hojo z majhnimi koraki in povečanim slinjenjem. Zelo neprijeten in lahko tudi nevaren neželen učinek je akatzija, ki se kaže kot notranji nemir z željo oziroma nujo po gibanju, prestopanjem, neustavljivo hojo, premikanjem nog pri sedenju ali ležanju. Tardivna diskinezija se lahko pojavi kasneje v zdravljenju, kaže se kot plazenje jezika, žvečenje, mlaskanje, zvijanje v medenici.

- Nevroleptični maligni sindrom: je redek a zelo nevaren zaplet predvsem pri zdravljenju s klasičnimi antipsihotiki. Kaže se z motnjo zavesti, motnjami delovanja avtonomnega živčnega sistema, hudo mišično rigidnostjo in visoko telesno temperaturo. Krvni pritisk izrazito niha, bolnik se poti, slini, koža je topla in pordela, prisotna je inkontinenca. Zdravljenje tega stanja je akutno in sodi v bolnišnico.
- Hiperprolaktinemija: visok nivo prolaktina povzroči motnje menstrualnega ciklusa, spolne motnje, izločanje mleka iz dojk, nabrekanjem dojk.
- Metabolne motnje: so predvsem motnje v presnovi glukoze, maščob in povečanje telesne teže. Pogosteje so povezane z uporabo atipičnih antipsihotikov. Pomembno je redno spremljanje in ukrepanje, prav tako pa spodbujanje bolnika k zdravemu življenjskemu slogu.
- Motnje srčnega ritma: se kažejo s spremembami v EKG, zato je potrebno redno snemanje in spremljanje.
- Krvne spremembe: se lahko pojavijo pri zdravljenju z vsemi antipsihotiki, posebej pozorni pa smo ob terapiji s klopazinom, pri katerem redno spremljamo krvno sliko. Pozorni moramo biti predvsem pri pojavu vročine. Ob uporabi antipsihotikov je v tem primeru vedno potrebna kontrola krvne slike.

Z antipsihotiki zdravimo shizofrenijo in hudo vznemirjenost pri drugih psihiatričnih motnjah (agitacija).

Antipsihotike uporabljamo tudi pri zdravljenju naslednjih motenj:

- bipolarna afektivna motnja (uporabljamo jih kot stabilizatorje razpoloženja ali pa zaradi njihove osnovne učinkovitosti),
- shizoafektivna motnja (v kombinaciji s stabilizatorji razpoloženja ali antidepresivi),
- depresija s psihotičnimi simptomi (v kombinaciji z antidepresivom),
- druge psihotične motnje,
- organske psihotične motnje, demence, duševna manjrazvitost,

- anksiozne motnje (redko, učinkovitejši so antidepresivi),
- mejna in shizotipska osebnostna motnja (redko in za krajši čas).

### **ANTIPSIHOTIKI V DEPO OBLIKI**

Antipsihotiki v tej obliki so bili razviti v 70. letih prejšnjega stoletja in se uporabljajo predvsem za vzdrževalno zdravljenje shizofrenije. Njihov pomen je v olajšanju sodelovanja in poenostavitvi režima jemanja zdravil pri zdravljenju oseb s shizofrenijo. Depo oblika pomeni, da zdravilo vbrizgamo globoko v mišico (zadnjično ali v nadlahti) v takšni farmakološki obliki, da se zdravilo postopoma, nekaj tednov, sprošča iz mišice. Danes so v depo obliki na voljo tako tipični, kot tudi atipični antipsihotiki. Med tipičnimi so to haloperidol, flufenazin in cuklopentixol. Med atipičnimi pa risperidon, paliperidon, olanzapin in aripiprazol. Praviloma se za zdravljenje v depo obliki odločimo pozneje v poteku bolezni, kadar bolniki slabo sodelujejo pri zdravljenju in pogosto opuščajo zdravila, kar vodi v vedno nova poslabšanja in tako posledično lahko tudi v upad v funkcioniranju. Nedavna dognanja pa kažejo, da je z namenom izboljšanja sodelovanja pri zdravljenju, smiselno uvesti depo že prej v poteku bolezni, saj s tem zmanjšamo število poslabšanj, ohranjamo periodičen stik s pacientom, boljše nadzorujemo "jemanje" zdravila.

### **ANTIDEPRESIVI**

So zdravila, ki se uporabljajo za zdravljenje depresije, ki se pojavlja v sklopu različnih duševnih motenj. Uporabljamo jih tudi za zdravljenje generalizirane anksiozne motnje, panične motnje, posttravmatske stresne motnje, obsesivno kompulzivne motnje in socialne fobije.

Antidepresive glede na njihov mehanizem delovanja delimo v različne skupine:

#### **TRICIKLIČNI ANTIDEPRESIVI**

V zadnjih letih se redkeje uporabljajo predvsem zaradi številnih nevarnih neželenih učinkov. Njihovo delovanje je usmerjeno v zaviranje proteina za prenos serotonina in noradrenalina, v manjši meri pa tudi dopamina. Indikacije so poleg depresije še zdravljenje kronične in nevropatske bolečine ter migrene, zdravljenje anksioznih motenj. Za nobeno od navedenih bolezni niso več zdravilo prvega izbora – uporabljajo se redko.

#### **Neželeni učinki:**

- sedacija, hudo zaprtje z nevarnostjo razvoja paralitičnega ileusa, motnje vida, suha usta, zastoj urina, znižan krvni tlak, glavobol, nemir, potenje;
- motnje srčnega ritma, miokardni infarkt, možgansko žilni dogodki;

- dezorientacija, delirij;
- kognitivne motnje (težave s pozornostjo, organizacijo, koncentracijo, spominom);
- v prekomernih odmerkih so lahko smrtni in predstavljajo veliko tveganje za njihovo uporabo v samomorilne namene.

### **ZAVIRALCI MONOAMINOOKSIDAZ - REVERZIBILNI (RIMA) IN IREVERZIBILNI (MAOI)**

V uporabi je moklobemid, ki je RIMA. Uporabljamo ga v zdravljenju depresije z izrazito melanholijo ter v zdravljenju socialne anksiozne motnje. Zaradi številnih součinkovanj z drugimi zdravili in snovmi v prehrani ter možne toksičnosti jih redko uporabljamo.

#### **Neželeni učinki:**

- nespečnost, nemir, suha usta, vrtoglavica, kožne reakcije, galaktoreja, obstipacija, driske, bruhanje, hipotenzija.

### **SELEKTIVNI ZAVIRALCI PONOVNEGA PRIVZEMA SEROTONINA – SSRI**

SSRI so najpogosteje uporabljana skupina antidepresivov. Blokirajo črpalko za ponovni privzem serotonina, ne da bi pri tem vplivali na druge receptorje. Posledično so bolj varni in imajo manj nevarne neželene učinke od TCA.

Uporabljajo se za zdravljenje depresije, obsesivno kompulzivne motnje, anksioznih motenj, paničnih motenj, bulimije in posttravmatske stresne motnje.

Terapevtski učinek se pojavi dva do tri tedne po pričetku jemanja SSRI antidepresiva, kar je vezano na mehanizem njihovega delovanja, na kar je pomembno opozoriti bolnika.

#### **Neželeni učinki:**

- slabost, tiščanje v žilčki, bruhanje;
- redkeje se pojavljajo nespečnost, nemir, tremor, potenje, kožne spremembe, hiponatremija;
- spolne motnje so pogost neželeni učinek o katerem je potrebno aktivno povprašati bolnika,
- previdno jih uporabljamo pri bolnikih z ozkokotnim glavkomom in tistih, ki jemljejo zdravila z večjim tveganjem za krvavitve;
- ob prekinitvi zdravljenja svetujemo postopno zniževanje odmerka.

## **ZAVIRALCI PONOVRNEGA PREVZEMA SEROTONINA IN NORADRENALINA – SNRI**

SNRI spadajo med dvojno delujoče antidepresive, saj poleg serotoninskega, delujejo tudi na noradrenalinski sistem. V Sloveniji sta iz te skupine na voljo duloksetin in venlafaksin. Oba se uporabljata za zdravljenje velikih depresivnih epizod in generalizirane anksiozne motnje. Pokazala sta se kot učinkovita, kadar je v sklopu depresije prisotna tudi bolečinska simptomatika. Venlafaksin je indiciran še za zdravljenje socialne fobije in panične motnje. Duloksetin pa se uporablja tudi za zdravljenje diabetične nevropatije.

### **Neželeni učinki:**

- pozorneje spremljamo bolnike s krči, bipolarno motnjo in samomorilno ogroženostjo;
- zelo redek, vendar potencialno ogrožujoč, je pojav ali stopnjevanje samomorilnih misli ob uvedbi zdravila;
- ob uvajanju je potrebno spremljati krvni tlak;
- zelo pogosti: utrujenost, povečanje ali zmanjšanje telesne mase, nespečnost, glavobol, omotica, sedacija, slabost, suha usta, zaprtje, povečano znojenje, zastoj urina, spolne motnje, spremembe menstrualne krvavitve;
- pogosti: zmanjšanje apetita, zmedenost, zmanjšan libido, agitacija, akatizija, tremor, tinitus, tahikardija, hipertenzija, vročinski oblivi, mrzlica, diareja, bruhanje, izpuščaji, srbenje, urinska inkontinenca, podaljšan čas krvavitve.

## **ZAVIRALCI PONOVRNEGA PREVZEMA NORADRENALINA – NRI**

V to skupino sodi reboksetin.

### **Neželeni učinki:**

- skrbneje spremljamo bolnike s krči, bipolarno motnjo;
- zelo pogosti: nespečnost, omotica, suha usta, zaprtje, slabost, povečano potenje;
- pogosti: zmanjšanje apetita, agitacija, anksioznost, glavobol, akatizija, parestezija, motnje akomodacije očesa, tahikardije, palpitacije, vazodilatacija, hipertenzija, hipotenzija, bruhanje, izpuščaji, urološke motnje, spolne motnje, mrzlica.

## **NORADRENERGIČNI IN SELEKTIVNI SEROTONINSKI ANTIDEPRESIVI – NASSA**

NASSA prav tako sodijo med dvojno delujoče antidepresive. Predstavnik, ki ga pogosto uporabljamo, je mirtazapin. Mirtazapin je indiciran za zdravljenje hude depresivne epizode, učinkovit pa se je pokazal tudi pri zdravljenju panične in generalizirane anksiozne motnje. V praksi ga pogosto uporabljamo, kadar je prisotna nespečnost, saj ima ugoden vpliv na spanje.

**Neželeni učinki:**

- pozorneje spremljamo bolnike s krči, bipolarno motnjo in samomorilno ogroženostjo;
- zelo pogosti: povečan apetit, povečanje telesne mase, pretirana zaspanost, glavobol, suha usta;
- pogosti: nenormalne sanje, zmedenost, tesnoba, nespečnost, omotica, tremor, ortostatska hipotenzija, slabost, driska, bruhanje, zaprtje, atralgija, mialgija, bolečine v hrbtu, periferni edemi, utrujenost, eksantem;
- neznano pogosta, vendar potencialno ogrožajoča, je depresija kostnega mozga, ki se pojavi med 4.in 6. tednom zdravljenja. Potrebno je biti pozoren ob morebitnem povišanju telesne temperature.

**ZAVIRALCI PPOVONVEGA PREVZEMA NORADRENALINA IN DOPAMINA – NDRI**

V to skupino sodi bupropion, ki vpliva na noradrenergični in dopaminergični sistem in je indiciran za zdravljenje hude depresije.

**Neželeni učinki:**

- ne smemo ga uporabljati pri bolnikih z epileptičnimi krči v anamnezi, saj povečajo tveganje za pojav krčev;
- zelo pogosti: nespečnost, glavobol, slabost, bruhanje, suha usta;
- pogosti: neješčost, agitacija, anksioznost, tremor, omotica, motnje vida, hipertenzija, tinitus, zardevanje, bolečine v trebuhu, zaprtje, srbenje, znojenje, zvišana telesna temperatura, bolečine v prsih.

**POVEČEVALCI SEROTONINSKEGA PREVZEMA**

V to skupino sodi tianeptin.

**Neželeni učinki:**

- neješčost, nočne more, nespečnost, omotica, glavobol, tremor, tahikardija, vročinski oblivi, bolečine v prsih, dispneja, bolečine v trebuhu, siljenje na bruhanje, bruhanje, suha usta, mialgija.

## **SEROTONINSKI ANTAGONISTI IN ZAVIRALCI PONOVRNEGA PREVZEMA SEROTONINA - SARI**

Predstavnik te skupine je trazodon. Mehanizem njegovega delovanja je tak, da ugodno vpliva na spanec, zato ga pogosto uporabimo pri nespečnosti tudi pri ostalih duševnih motnjah.

### **Neželeni učinki:**

- pretirana zaspanost, omotica, vrtoglavice, slabost, bruhanje, driska, zaprtje, suha usta, zmedenost, nočne more, srčne aritmije, priapizem.

## **ANTIDEPRESIVI Z DELOVANJEM NA MELATONINSKI SISTEM**

Predstavnik je agomelatin, ki deluje na melatoninske in serotoninske receptorje. Melatonin je nam lasten hormon, ki vpliva na cirkadiane ritme, ti pa so v depresiji lahko moteni.

### **Neželeni učinki:**

- pred uvedbo in med jemanjem agomelatina je potrebno spremljanje vrednosti jetrnih encimov;
- zelo pogosti: glavobol;
- pogosti: utrujenost, povečanje teže, bolečine v hrbtu, slabost, bruhanje, zaprtje, driska, bolečine v trebuhu, omotica, pospanost, nespečnost, anksioznost, neobičajne sanje.

## **MULTIMODALNI ANTIDEPRESIVI**

To so antidepressivi, ki delujejo na različne načine delujejo na več različnih sistemov prenašalcev. Predstavnik je vortiooksetin.

### **Neželeni učinki:**

- zelo pogosti: slabost;
- pogosti: nenormalne sanje, omotica, bruhanje, driska, zaprtje, srbenje, povečano potenje.

## **ANKSIOLITIKI IN HIPNOTIKI**

So zdravila, ki se uporabljajo pri zdravljenju številnih duševnih motenj, običajno v kombinaciji z drugimi zdravili. Delimo jih na benzodiazepinske in nebenzodiazepinske anksiolitike in hipnotike. Njihov razpolovni čas je zelo različen, od nekaj pa do 100 ur. Pomembno je ločiti med kratkodelujočimi in tistimi z dolgim razpolovnim časom, ki se lahko kopičijo v organizmu.

Med kratkodelujoče benzodiazepine spadajo npr. oksazepam, alprazolam, bromazepam in lorazepam, med dolgodelujoče benzodiazepine pa npr. diazepam in klonazepam. Znan predstavnik nebenzodiazepinskih hipnotikov je zolpidem.

Ob pričetku njihove uporabe v 50ih letih prejšnjega stoletja so postali široko uporabljana zdravila, predvsem zaradi njihovega hitrega učinkovanja na simptome, ki pa žal ni dolgotrajno. Kmalu se je pokazalo, da predstavlja velik problem ob njihovi uporabi razvoj tolerance in odvisnosti. Zato je pomembno, da se uporabljajo čim krajši čas in v čim nižjih odmerkih. Še posebej je potrebna velika previdnost pri predpisovanju ljudem z že znano odvisnostjo od različnih substanc.

#### **Neželeni učinki:**

- sedacija, motorične motnje, motnje apetita, vrtoglavice, glavobol, motnje spanja;
- kognitivne motnje, ki ob dolgotrajni uporabi lahko postanejo nepopravljive;
- paradokсни učinek dezinhibicije pri manjšem številu pacientov, ki je ravno nasproten od željenega;
- posebna previdnost je potrebna pri starostnikih, zaradi povečanega tveganja za padce in vpliva na kognitivne sposobnosti;
- odsvetujemo uporabo v nosečnosti in do konca dojenja;
- previdnost pri predpisovanju ljudem z že znano odvisnostjo.

#### **Uporaba je primerna pri:**

- anksioznih motnjah (uporaba mora biti omejena na največ 2 - 6 tednov);
- reakcijah na stresne situacije;
- nespečnosti (pri zdravljenju te je vedno na prvem mestu higiena spanja; pri predpisovanju hipnotikov previdnost enako kot pri uporabi benzodiazepinov, predpišemo jih le za kratek čas, za maksimalno 4 tedne v najnižjem učinkovitem odmerku);
- kratkotrajna uporaba skupaj z drugimi zdravili pri zdravljenju številnih duševnih motenj pri katerih je potrebno takoj zmanjšati hudo tesnobo in vznemirjenost;
- kratkotrajna uporaba skupaj z drugimi zdravili pri zdravljenju številnih duševnih motenj ter drugih stanj v nevrologiji, ginekologiji, pediatriji ...



## **STABILIZATORJI RAZPOLOŽENJA**

So heterogena skupina zdravil, ki se uporabljajo za zdravljenje bipolarnе motnje razpoloženja (BAM). Mednje sodijo litij, antikonvulzivi, ki se sicer uporabljajo predvsem za zdravljenje epilepsije in nekateri atipični antipsihoitiki. Učinkovito delujejo v maničnih in depresivnih fazah BAM ter naj bi preprečevali pojavljanje novih epizod. Plazemsko koncentracijo nekaterih med njimi spremljamo v krvi in glede na vrednosti tudi prilagajamo odmerke, da se izognemo toksičnim zapletom.

### **Neželene učinki:**

- Litij: njegovo koncentracijo v krvi spremljamo redno ves čas zdravljenja, saj je v previsokih koncentracijah zelo škodljiv. Stranski učinki zastrupitve lahko nastanejo akutno, saj sta si terapevtski in toksični odmerek zelo blizu. Kažejo se s tremorjem, utrujenostjo, glavobolom, drisko, bruhanjem, zabrisanim govorom ter drugimi nevrološkimi znaki. Izloča se le preko ledvic, zato je pomembno, da bolniki dovolj pijejo in normalno izločajo urin. Po dolgoletni uporabi se lahko razvije eutiroidna golša ali hipotiroidizm. Redko pride do izpadanja las, povečanja telesne teže ali sprememb v EKG-ju.
- Valproat: okvara jeter, prebavne motnje, izguba las, spremembe v laboratorijskih izvidih krvi.
- Lamotrigin: kožni izpuščaji, dvojni vid, utrujenost, obstipacija, bruhanje.
- Karbamazapin: edemi, zaspanost, vrtoglavice, hudi zapleti so predvsem hematološki.

## **ANTIDEMENTIVI/KOGNITIVNI MODULATORJI**

So skupina zdravil, ki se uporablja pri zdravljenju demence. Sprva so bili registrirani le za zdravljenje demence pri Alzheimerjevi bolezni, indikacije se postopoma širijo tudi na druge vrste demenc. Pri blagi do zmerni obliki demence se uporabljajo zaviralci delovanja acetilholinesteraze (donepezil, galantamin, rivastigmin), ki z zaviranjem delovanja tega encima povečajo koncentracijo acetilholina v sinaptični špranji in s tem upočasnjujejo napredovanje bolezni. Pri napredovani, zmerni do hudi obliki demence, pa uporabljamo dodatno še antagoniste N-metil-D-aspartatinih receptorjev (memantin), ki zavirajo delovanje teh receptorjev.

Uvajanje zdravil iz obeh skupin mora biti vedno postopno, po predpisanih shemah, cilj so najvišji dovoljeni odmerki, ki so dokazano najbolj učinkoviti.

**Neželeni učinki:**

- gastrointestinalni (slabost, bruhanje, krči, driska, izguba apetita);
- previdnost je potrebna pri pljučnih bolnikih in sočasni uporabi beta blokatorjev zaradi možne bradikardije;
- predvsem pri uporabi memantina se lahko pojavijo agitacija, halucinacije, vrtoglavica, zaprtje, driska, kašelj.

**ZAKLJUČEK**

V psihiatriji uporabljamo različne skupine zdravil, ki delujejo na različne sisteme živčnih prenašalcev v možganih in tako vplivajo na simptome duševnih motenj. Večinoma jih moramo uvajati postopoma, do učinkovitega odmerka. V fazi uvajanja zdravila se nekateri neželeni učinki pojavljajo pogosteje in nato večinoma izzvenijo. Nekateri stranski učinki vztrajajo. Posamezni, sicer redki, neželeni učinki, so lahko ogrožujoči, odvisno od vrste zdravil. Odmerki so v akutnih fazah bolezni praviloma višji, nato jih znižujemo do vzdrževalnega odmerka. Kadar je v poteku bolezni več poslabšanj, je vzdrževalno zdravljenje potrebno. Po prvih epizodah lahko po določenem času zdravilo tudi ukinemo. Zdravila praviloma ukinjamo postopoma. Anksiolitiki in hipnotiki lahko ob uporabi daljši od 6 tednov povečajo tveganje za razvoj odvisnosti ter nevarnost padcev, zato jih uporabljamo le omejen čas in nato postopoma ukinemo.

**LITERATURA**

Kores Plesničar B. Osnove psihofarmakoterapije. Maribor: Medicinska fakulteta, 2007.

Tomori M, Ziherl S (ur.) Psihiatrija. Ljubljana: Litterapicta, Medicinska fakulteta, 1999.

Stahl SM. The prescriber's guide. 6th ed. Cambridge University Press, 2017.

## 13. poglavje: PSIHOTERAPIJA

Maja Bundalo Bočić, Katja Kodelja

Beseda „psihoterapija“ izhaja iz grške besede psihi (**ψυχή**), kar pomeni duša, duh ali dih in besede therapeia (**θεραπεία**) ali zdravljenje. Psihoterapijo bi v dobesednem prevodu lahko razumeli kot zdravljenje duše. Termin psihoterapija uporabljamo in razumemo kot **zdravljenje duševnih motenj in bolezni s psihološkimi metodami**, ki jih izvaja ustrezno usposobljen in kvalificiran strokovnjak-psihoterapevt. Psihoterapija je **pogovorna terapija**, katere namen je z uporabo različnih metod in tehnik odstraniti simptome, spremeniti vedenje in/ali doseči globlje spremembe v posameznikovi strukturi osebnosti ter posledično izboljšati vsakodnevno funkcioniranje in kvaliteto življenja oseb z različnimi duševnimi boleznimi in čustvenimi težavami.

Učinek psihoterapije naj bi temeljil na terapevtskem odnosu in zaupanju.

### **PSIHOTERAPIJA V OKVIRU ZDRAVSTVENE OSKRBE**

Ljudje se načeloma prej odločajo za **zdravljenje s psihoterapijo** kot z zdravili. Psihoterapevtski proces naj bi sledil osebnim preferencam posameznika, odločilnim za pacientovo aktivno vlogo v procesu zdravljenja, ki skupaj s kulturološkimi in individualnimi značilnostmi načrtajo kontekst, v katerega umestimo z dokazi podprto psihoterapijo, z vsemi njenimi raziskovalnimi dosežki in kliničnimi znanji.

**Z dokazi podprta psihoterapija** in praksa predstavljata predpogoja razvoja učinkovitih in za pacienta neškodljivih psihoterapevtskih pristopov. Sta koristni in pragmatični izhodišči za klinične odločitve o sleherniku, kot edinstvenemu človeškemu bitju, ter potencialna načrta za poti, ki naj bi jih terapevt ubral glede na zgodovino in primer pacienta.

**Z dokazi podprta praksa** naj fleksibilno sledila terapevtskim protokolom randomiziranih kliničnih raziskav in dokazom o specifični učinkovitosti izbranih psihoterapevtskih pristopov za posamezno duševno motnjo.

Izsledki o **specifični učinkovitosti** določenih psihoterapevtskih pristopov predstavljajo robustno znanstveno ugotovitev z odkloni, ki so posledice subjektivne “predanosti” raziskovalca določenemu psihoterapevtskem pristopu in težav pri raziskovanju splošnih dejavnikov psihoterapije (npr. vloga terapevta, elementi tehnične izvedbe, terapevtski odnos). Metodološke ovire pri raziskovanju psihoterapije, ki nastajajo v kliničnih pogojih in ob splošnih dejavnikih psihoterapije, vzdržujejo razumevanje učinkovitosti psihoterapije v obliki

nerazrešene uganke, nejasne identifikacije osnovnih komponent in šibkega razumevanjem temeljnih mehanizmov.

Dostopnost do z dokazi podprte psihoterapije v skupnosti, kljub pozitivnim dognanjem o njeni učinkovitosti in stroškovni ugodnosti je omejena, kar povezujemo z velikim obsegom časa in denarnih sredstev za vzdrževanje in obnavljanje kompetenc, v skladu z najnovejšimi "up to date" znanstvenimi ugotovitvami.

Na naslovih kot je Ameriško združenje psihologov (<https://div12.org/psychological-treatments/>) najdemo sezname z dokazi podprtih psihoterapevtskih pristopov, z namenom vzpostavitve pogojev za bolj optimalen načina zdravljenja duševnih motenj. Psihoterapija je ena glavnih izbir za zdravljenje motenj razpoloženja in nevrotskih, predvsem anksioznih motenj. Izvaja se s številnimi pristopi, ki jih razdelimo po štirih filozofskih in teoretičnih šolah: psiho-analitični/dinamski (Freud 1949; Klein 1960; Jung 1963), vedenjski (Watson 1924; Skinner 1953; Wolpe 1958), humanistični (Maslow 1943; Rogers 1951; May 1961) in kognitivni (Lazarus 1971; Beck 1979).

Obstajajo torej različne paradigme oz. šole, ki jih lahko razdelimo v naslednje široke skupine: **psihoanalitična**, **humanistično-eksistencialna**, **kognitivno-vedenjsko in sistemska paradigma**.

### **KOGNITIVNO VEDENJSKA PSIHOTERAPIJA (KVT ali VKT)**

KVT je poleg psihodinamske, interpersonalne in sistemske psihoterapije najbolj raziskan psihoterapevtski pristop za zdravljenje depresije. KVT temelji na **splošnem kognitivnem modelu**, slednji pa sloni na preprosti ugotovitvi, da mišljenje močno vpliva na čustvovanje in vedenje. Najbolj znana figura kognitivne psihoterapije Arron T. Beck je na osnovi kliničnih opazovanj, študij in eksperimentov oblikoval teoretično predpostavko, po kateri je v osnovi vsake duševne motnje, kot je denimo depresija, disfunkcionalno mišljenje. Beck pa je svojo ugotovitev o disfunkcionalnosti mišljenja kot značilnosti sleherne duševne motnje spoznal za osnovno empirično teorijo za razlago psihopatologije. Trenutno veljavne klasifikacije duševnih motenj MKB 10 ali DSM V se uporabljajo za osnovo oblikovanja kognitivnih modelov različnih duševnih motenj.

KVT vključuje uporabo terapevtskih tehnik, ki izhajajo iz kognitivnega pristopa in vedenjskih procesov. Nanaša se na standardno kognitivno terapijo in na nabor kognitivno vedenjskih strategij, brez teoretične zasnove (Knapp et Beck, 2008) , v zadnje času pa predvsem na skupek terapevtskih protokolov kognitivno vedenjskega pristopa, z znanstveno podprtimi strategijami za zdravljenje duševnih motenj (Hayes et Hofmann, 2017, Hofmann et Smits, 2017).

Pacient in terapevt delata v smeri, kot ga opiše Društvo za vedenjsko in kognitivno terapijo

Slovenije (<http://www.drustvo-vkt.org/14/kako-poteka-terapija/>): “razvijanja skupnega razumevanja klientovega problema oz. problemov in ugotavljanja, kako ti vplivajo na klientovo razmišljanje, vedenje, čustvovanje in vsakdanje funkcioniranje”.

### **PSIHOANALITIČNA (PSIHODINAMSKA) PARADIGMA**

Psihoanalitični pristopi poudarjajo pomen nezavednih vplivov ter zgodnjih razvojnih izkušenj na funkcioniranje posameznika. Terapija je usmerjena na emocionalno predelavo bolečih preteklih izkušenj ter na povečanje posameznikovih sposobnosti za večjo zavestno kontrolo njihovega življenja.

Sem uvrščamo naslednje šole:

- Freudova psihoanaliza
- Jungova analitična terapija
- Novejše smeri psihoanalitične psihoterapije

### **HUMANISTIČNO-EKSISTENCIALNA PARADIGMA**

Humanistična paradigma temelji na humanizmu – na sistemu vrednot in prepričanj, ki daje velik pomen razvoju potencialov pri vsakem posamezniku. Humanistične terapije poudarjajo vzpodbujanje pacientovih sposobnosti za doživljanje občutkov ter razmišljanje in delovanje v skladju s kapacitetami vsakega posameznika, da se aktualizira kot individuum. Eksistencialni pristopi k psihoterapiji pa poudarjajo kapaciteto posameznikov, da izbirajo lastne življenjske izkušnje.

Humanistično-eksistencialne šole so:

- Rogersova na posameznika usmerjena terapija
- gestalt terapija
- transakcijska analiza
- realitetna terapija
- eksistencialna terapija
- logoterapija

### **SISTEMSKA PARADIGMA**

V tej paradigmi je vsak sistem (skupina, družina, partnerska zveza) razumljen kot sklop medsebojno povezanih enot. Vsako obnašanje in vsaka težava oz. simptom posameznika, se v sistemski teoriji smatra kot odraz akutne ali kronične motnje v emocionalnem ravnovesju

celotnega sistema. Tako so npr. težave posameznika pomembno povezane s težavami, ki jih ima njegova družina ali pa partner.

Ker so svetovalni oz. terapevtski cilji in metode usmerjeni na celoten sistem, se v tovrstno obravnavo vključita oba partnerja ali pa celotna družina. Skupaj skušajo spregovoriti problemih, ki jih doživljajo drug z drugim. Skozi svetovalni proces razvijejo nove oblike sporazumevanja, reševanja problemov in medsebojne podpore. Družinska in partnerska terapija omogočata članom družine življenje v manj konfliktnih in motečih družinskih oz. partnerskih okoliščinah.

Šole znotraj sistemske paradigme:

- družinska terapija
- partnerska terapija
- nekatere skupinske oblike psihoterapije

## **SVETOVANJE**

Vsak od nas v vsakodnevem življenju in delu uporablja svetovalne veščine, vendar pa zahteva strokovno svetovanje posebno formalno strokovno izobrazbo in usposobljenost. Svetovanje je znanstveno utemeljena disciplina, ki temelji na specifičnih teorijah, metodah in tehnikah. V izvornem pomenu se beseda svetovanje nanaša na dajanje nasvetov in napotkov, vendar pa je sodoben pomen svetovanja drugačen od prvotnega. Svetovanje je namreč oblika pomoči, ki ne temelji na dajanju nasvetov, ampak podpira človeka v iskanju lastnih rešitev. Strokovno svetovanje se uporablja kot pomoč pri reševanju človekovih vsakodnevnih problemov, težavah s sprejemanjem pomembnih življenjskih odločitev, obvladovanju prehodnih depresivno-anksioznih motenj ter premagovanju psiholoških ovir za normalno in relativno zadovoljno funkcioniranje v življenju.

V svetovalnem procesu se psihične težave obravnavajo znotraj svetovalnega odnosa med strokovno usposobljenim svetovalcem in klientom v stiski, pri čemer svetovalec uporablja specifične svetovalne metode z namenom, da bi izboljšal klientovo psihično stanje, notranje doživljanje, samopodobo, vedenje in mu pomagal k pozitivnemu osebnostnemu razvoju ter izboljšanju kvalitete življenja. V svetovalnem procesu lahko posameznik osvoji veščine, ki mu bodo v prihodnosti olajšale spoprijemanje z različnimi življenjskimi situacijami in problemi. Svetovanje je torej nedirektivna oblika pomoči, ki temelji na podpori človekovih lastnih kapacitet za odločanje.

## **V čem se svetovanje razlikuje od psihoterapije?**

Psihoterapevtska edukacija zahteva od strokovnjakov daljše usposabljanje. Psihoterapevtske obravnave so ponavadi daljše in bolj poglobljene od svetovalnih obravnav. Nekatere oblike psihoterapije se osredotočajo na težje oblike psihičnih motenj ter na razkrivanje globokih in nezavednih vplivov na posameznikov način funkcioniranja. Svetovanje se ukvarja s problemi prilagajanja ter je usmerjeno na aktualne probleme v posameznikovem življenju. Cilji psihoterapije pa so naravnani na sprejemanje zavestnih odločitev za spremembo in osebno rast. Psihoterapija se pogosteje povezuje z dejavnostjo specialistov, ki delujejo znotraj zdravstvenega sistema (klinični psihologi, psihiatri), medtem ko je svetovanje povezano s področji izven zdravstva (svetovalne službe v šolah, centrih za socialno delo, podjetjih ipd.).

## **LITERATURA**

Beck AT. The past and future of cognitive therapy. *J Psychother Pract Res.* 1997.

Beck AT. A 60-Year Evolution of Cognitive Theory and Therapy. *Perspect Psychol Sci.* 2019 Jan;14(1):16-20.

Cook SC, Schwartz AC, Kaslow NJ. Evidence-Based Psychotherapy: Advantages and Challenges. *Neurotherapeutics.* 2017 Jul;14(3):537-545.

Churchill R, Moore TH, Furukava TA, Caldwell DM, Davies P, Jones H, Shinohara K, Imai H, Lewis G, Hunot V. „Third wave“ cognitive and behavioural therapies versus treatment as usual for depression. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013; 10:CD008705.

Čoderl S. Katere svetovalne in psihoterapevtske pristope poznamo. <http://www.posvet.org/storitve/katere-svetovalne-in-psihoterapevtske-pristope-poznamo-811>

Čoderl S. V čem se svetovanje razlikuje od psihoterapije. <http://www.posvet.org/storitve/v-cem-se-svetovanje-razlikuje-od-psihoterapije>

Gabbard GO, Beck JS, Holmes J. *Oxford Textbook of Psychotherapy*, New York: Oxford university press; 2007.

Hofmann SG, Barlow DH. Evidence-based psychological interventions and the common factors approach: the beginnings of a rapprochement? *Psychotherapy (Chic).* 2014 Dec; 51(4):510-3.

Lewis G, Hunot V. „Third wave“ cognitive and behavioural therapies versus treatment as usual for depression. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013; 10:CD008705.

Pilecki B, McKay D. Evidence-Based Therapies, Evidence-Based Practice, and the Intersection of Nomothetic and Idiographic Foundations of Psychotherapy Research and Application: A Reply to Shean. *Psychodyn Psychiatry.* 2016 Mar;44(1):25-38.

Praper P. Terapevtska delovna aliansa: od analitičnega do panteoretiečnega koncepta. Psihološka obzorja.2004; 13(1): 65-83.

Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. Brit Med J 1996; 312: 71–2.

Tančič Grum A. Psihoterapija. <https://www.karakter.si/zdravljenje/psihoterapija/>

### **PRIPOROČENO DODATNO BRANJE**

Burns DD. Kako smo lahko srečni in zadovoljni, Ljubljana: Mladinska knjiga; 1998.

Branch R, Wilson R. Kognitivno vedenjska terapija za telebane, Ljubljana: Založba Pasadena d.o.o.; 2012.

Vivyan C. Kratek program Kognitivno vedenjske terapije v 7 korakih. <https://www.get.gg/media/gjzcs550/selfhelpcourseslovenian.pdf>

Whalley M, Kaur H. Življenje s skrbmi in anksioznostjo v času globalne negotovosti. <https://www.skzp.si/wp-content/uploads/2020/04/ŽIVLJENJE-S-SKRBMI-IN-ANSIOZNOSTJO-...pdf>



## 14. poglavje: REHABILITACIJA IN OKREVANJE

Vesna Švab

### DEFINICIJA

Večina duševnih motenj poteka ponavljajoče se in kronično. Večina jih ima tudi blažje ali težje posledice, ki se kažejo v spremembah funkcioniranja na različnih življenjskih področjih. Najpogosteje se te težave pri vsakdanji opravilih merijo z različnimi standardiziranimi lestvicami ali vprašalniki, ki poizvedujejo o funkcioniranju na različnih področjih življenja. Eden izmed prvih vprašalnikov na tem področju, ki še vedno služi kot model za ugotavljanje invalidnosti, je Lestvica za oceno invalidnosti Svetovne zdravstvene organizacije. Ocenjuje splošno funkcioniranje (na primer skrb zase, zaposlenost, počasnost, socialni umik) in izvrševanje socialnih vlog, kot so skrb za gospodinjstvo, partnerstvo, starševstvo, socialne stike, zaposlitev, študij in podobno. Manjše zmožnosti (invalidnost) zaradi duševnih motenj so pogoste pri skoraj vseh psihiatričnih motnjah, so pa tudi večinoma reverzibilne.

Področje psihosocialne rehabilitacije je metoda dela, ki omogoča izboljševanje funkcionalnih zmožnosti pacientov. Uporablja se pri skupini pacientov s hudimi in ponavljajočimi se duševnimi motnjami. Med te sodijo ljudje z zelo različnimi diagnozami, pri katerih je prišlo zaradi bolezni in stigmatizacije ter izključenosti do tako hudih manjzmožnosti, da potrebujejo rehabilitacijsko pomoč. Posledice duševnih motenj zaradi katerih pomagamo z rehabilitacijskimi metodami, so povezane z varnostjo zase ali za druge; s potrebo po pomoči drugih ljudi (svojcev, prijateljev ali strokovnjakov) in z zmanjšanjem funkcionalnih zmožnosti na zgoraj naštetih področjih, ki trajajo vsaj 6 mesecev.

Okrevanje ljudi, ki so preživeli duševno motnjo je individualen, subjektiven, posamezniku lasten proces, ki vodi v občutek sprijaznjenja, sprejetja preostalih ovir in zadovoljnosti z življenjem. Okrevanje (recovery) je koncept, ki se je razvil znotraj uporabniškega gibanja že v prejšnjem stoletju in je podlaga za to, da merimo uspešnost rehabilitacijskih prizadevanj predvsem z zadovoljnostjo pacientov.

### POTREBE

Najpogostejše potrebe pacientov s hudimi in ponavljajočimi se duševnimi motnjami so po pregledu literature na tem področju potrebe po zmanjševanju psihološkega stresa, potreba po ekonomski in socialni varnosti, po izobrazbi, po druženju, potreba po izobraževanju, potreba po socializaciji in potrebe po zaposlitvi. To so enake potrebe kot pri drugih ljudeh.

## **NAČELA**

Ker ima večina ljudi s hudimi in ponavljajočimi se duševnimi motnjami številne zelo raznolike, pogosto socialne potrebe, v postopkih psihosocialne rehabilitacije posebej pozorno delamo na področjih socialne vključitve. Ker so številni pacienti potrjeni in soočeni s težkimi socialnimi razmerami, pogosto tudi s telesnimi boleznimi, ki jim jemljejo zaupanje v boljšo prihodnost, se trudimo v obravnavo vnesti upanje in optimizem, ki pogosto pomenita za nekatere rešilno bilko. Ves čas smo pozorni, da ne izgubljam ljudi iz obravnave in smo pri ponudbi pomoči proaktivni. Delamo odgovorno do vsakega posameznika, tudi zato, ker vemo, da delamo z rizikom samomora ali samopoškodb. Razumemo torej, da nam v procesih obravnave zaupajo zelo občutljivi ljudje. Naša dolžnost je, da krepimo njihovo samospoštovanje in jim pomagamo k obvladovanju težav in ovir. V obravnavo vključujemo najširši možni krog strokovnjakov in sodelavcev, med katerimi so tudi družine ljudi z duševnimi motnjami. Načelo enakopravnega sodelovanja med strokovnjaki, pacienti in svojci je pravilo, ki omogoča, da ranjeni ljudje ponovno začnejo voditi svoje življenje in prevzemati potrebne odgovornosti. Povedano drugače, rehabilitacijski timi so zavezani k spoštovanju človekovih pravic.

## **METODE PSIHOSOCIALNE REHABILITACIJE**

Metode psihosocialne rehabilitacije lahko opredelimo kot pretežno pedagoške in psihološke načine pomoči in podpore, ki so usmerjene v izboljšanje funkcioniranja in v največjo mogočo samostojnost pacienta. Od metod zdravljenja se razlikujejo:

- Glede razumevanja vzrokov za duševno motnjo. V rehabilitaciji se ne osredotočamo na vzroke ampak na trenutno stanje in možnosti za njegovo izboljšanje, in se torej ne ukvarjamo z vzročnimi teorijami, ampak razumemo duševno motnjo in posledice kot več-vzročne.
- Glede osredotočenosti na funkcioniranje in zadovoljstvo pacienta bolj kot na odsotnost simptomov.
- Glede diagnoze, ki vključuje oceno spretnosti, veščin, znanja in funkcioniranja bolj kot oceno simptomov.
- Glede terapije, ki je usmerjena v izboljševanje funkcije. Metode dela so izobraževanje, učenje veščin, vključevanje drugih v obravnavo, samopomoč, načrtovanje obravnave, sporazumevanje. V rehabilitaciji podpiramo zdravljenje z zdravili in s psihoterapijo, osredotočamo pa se na druge metode obravnave.

Preverjeno uspešne metode psihosocialne rehabilitacije so:

- usposabljanje za zaposlitev, zaposlovanje,
- samopomoč in samo-nadzor,
- vedenjsko kognitivna terapija,
- načrtovanje skrbi,
- podpora družini, delo z družino,
- psihoedukacija.

**Učenje socialnih veščin** je preizkušena in relativno zelo učinkovita metoda za izboljšanje funkcioniranja v medosebnih odnosih in v pogostih socialnih situacijah. Znan trening socialnih veščin je na primer trening razgovora ob iskanju zaposlitve, ki ga redno izvajajo na Zavodu za zaposlovanje. Uspešno komuniciranje v vsakdanjem življenju izboljša tudi samospoštovanje in dostop do potrebnih oblik podpore. Z učenjem socialnih spretnosti skušamo vplivati na verbalna in neverbalna vedenja; npr. učimo bolnika, kako naj v komunikaciji uporablja pozitivno vedenje, aktivno poslušanje, pozitivne zahteve, izraža negativna čustva. Učenje socialnih spretnosti je kognitivno vedenjski pristop, ki se je pokazal kot uspešen na področjih asertivnosti, zmanjševanja anksioznosti, izboljšanja socialnega funkcioniranja in zmanjševanja pogostosti recidivov. Najpomembnejše tehnike treninga socialnih spretnosti so reševanje problemov, komunikacijski treningi in asertivnost.

### **Zaposlitvena rehabilitacija**

Večina raziskav dokazuje, da zaposlitev izboljša kakovost življenja psihiatričnih bolnikov. Ker se hude duševne motnje pojavljajo večinoma v zgodnjem odraslem življenjskem obdobju, je zaposlitvena rehabilitacija toliko bolj pomembna. Nekateri avtorji poudarjajo, da je zaposlitev "kraljevska pot" do okrevanja, saj poveča samospoštovanje, strukturira dnevne dejavnosti, daje občutek smisla, omogoči socialno vključitev in predvsem prinese sredstva za preživetje.

#### **Primer 1**

*Mlad moški je svoje otroštvo preživel na kmetiji pri starih starših. Ob vključitvi je imel izraženo t. i. negativno simptomatiko pri shizofreniji, kar je pomenilo, da je dneve preživel v postelji, brez iniciative, v zanemarjenem okolju, brezvoljen in na videz otopel, je v letu dni vključitve v usposabljanje za delo na kmetiji blizu Ljubljane, z enako količino in vrsto zdravil, začel postopoma delati po 8 ur dnevno z živalmi. Čez leto dni si je poleg tega tudi ustvaril partnersko zvezo in se redno zaposlil v drugem podjetju.*

## **Vedenjska in kognitivna terapija**

Vedenjske in kognitivne tehnike izboljšujejo pozornost, zaznavanje in priklic specifičnih informacij ter uporabo abstraktnega razumevanja. Izboljšujejo tudi spoznavne funkcije, ki so potrebne za reševanje socialnih problemov.

## **Načrtovanje obravnave**

Poteka v delovni skupini in zahteva sodelovanje strokovnjakov več strok ter pacienta in njegovih svojcev. V interdisciplinarnem timu so psihiater, psiholog, socialni delavec, diplomirana medicinska sestra in pogosto delovni terapevt. Tim se s pacientom dogovori o ciljnih obravnave in korakih izvajanja načrta na podlagi ocene potreb. Gre za interdisciplinarni sestanek, ki je namenjen načrtovanju. Načrt se sprejme s konsenzom.

## **Delo z družinami**

Družine, ki se soočijo s hudo duševno motnjo pri svojih bližnjih, so pogosto izpostavljene zelo velikemu stresu, ki vpliva na telesno in duševno zdravje njihovih članov. Bremena družine so objektivna (rušenje družinskih odnosov, ovire v socialnih, delovnih dejavnostih in tistih v prostem času ter finančne težave) in subjektivna (občutki izgube, depresije, anksioznost in zadrege v socialnih situacijah).

Raziskave so v zvezi s tem ugotovile, da visoko izražanje čustev (ki je posledica stresa) v družini pomembno poveča možnosti za ponovitev bolezni in je tudi prognoza njihove bolezni vidno slabša. Visoko izražanje čustev pomeni sovražnost, kritične pripombe ali pretirano skrb in zavzetost do obolelega družinskega člana. Nekatere družine se na težavno vedenje odzovejo s sovražnostjo do pacienta, druge pa s pretirano permisivnostjo. Oba načina pomenita veliko čustveno zavzetost, ki je za pacienta stresna. Zato je pomemben del obvladovanja shizofrenije prav obvladovanje čustvenih napetosti v družini. To pomeni, da v rehabilitaciji skušamo razbremeniti svojce, jih otresti občutka krivde, učiti o bolezni in njenih predvsem bioloških vzrokih, pomagati pri obvladovanju vsakdanjih težav in svetovati o ravnanju v kriznih razmerah.

## **Izobraževalni program (psihoedukacija)**

Psihoedukacija predstavlja izobraževanje o bolezni, zdravljenju, zmanjševanju in obvladovanju stresnih obremenitev, komunikaciji ter o skupnostnih virih pomoči in zagovorništvu. Temelj takšnih programov je izobraževanje tako bolnikov kot njihovih svojcev. Največkrat in najboljše je, če ta skupnostna pomoč in obravnava potekata v domačem okolju z vsemi drugimi potrebnimi zdravstvenimi in socialnimi ukrepi.

Značilnost izobraževalnih programov je torej podpora družinam, obenem pa jih seznanja z biološko naravo motnje in z zdravljenjem. Izobrazba spodbuja družine k večji participaciji in enakopravnemu sodelovanju, čim boljši poučenosti in obvladovanju. Psihoedukacija spodbuja

zavezništvo med svojci in strokovnjaki ter skupno reševanje družinskih težav. Posreden cilj je sprememba vedenj, prepričanj in vrednostnih sistemov.

Pri nas psihoedukacija npr. za ljudi s shizofrenijo, potekala v dveh ločenih skupinah - v skupini bolnikov in v skupini njihovih svojcev ali njim pomembnih oseb. V enem ciklusu izobraževanj je 8-9 srečanj, ki trajajo v povprečju 1,5 ure. Izobraževanja so potekala kontinuirano, vsak teden ob istem času.

## **STIGMA IN DISKRIMINACIJA**

Je ena izmed ovir s katero se srečujejo ljudje s ponavljajočimi se duševnimi motnjami in se danes, ko je odkrito zaničevanje postalo družbeno manj sprejemljivo, izraža predvsem s prezirom in izogibanjem. Diskriminacija je vedenje, ki izraža prezir ali strah in se lahko izrazi na videz subtilno, vendar povzroči hude rane prizadetim. Gre za načine vedenja, ki izražajo pokroviteljstvo. Primeri so ogovarjanje prizadetih ljudi, kot da bi bili ti otroci, ali dopovedovanje in sporočanje, da so žrtve bolezni in da imajo pri njenem obvladovanju malo vloge, da si lahko pomagajo le tako, da redno jemljejo zdravila, ki smo jih predpisali strokovnjaki in da bomo že mi (stroka) poskrbeli zanje. Kaže se lahko z le biologističnimi razlagami duševnih motenj, namigovanjem da bi lahko neupoštevanju navodil sledila hospitalizacija proti volji, z vztrajnim ponavljanjem o obremenjenosti strokovnjakov, ki si ne utegnejo vzeti časa za trpeče, s podcenjevanjem socialnih, odnosnih in psiholoških razlogov za trpljenje in z vztrajanjem pri razlagah nevrottransmiterskih napak v njihovih možganih, kljub očitnim stresorjem v njihovem življenju. Obrazi stigme in diskriminacije so stoteri. Uspešni načini borbe proti stigmati so pričevanja pacientov o njihovih izkušnjah in včasih izobraževanje o dejansko dobri prognozi duševnih motenj, pa tudi protest proti zaničevalnemu ravnanju. Najbolj pa strokovnjakom vendarle pomaga najbrž soočanje z lastno šibkostjo in nemočjo, trening zmožnosti identifikacije s pacientovimi težavami in zdrava mera skromnosti, celo ponižnosti pred ljudmi, ki so imeli izkušnjo duševne motnje.

## **LITERATURA**

Anthony W A, Cohen M, Farkas M, Gagne C. Psychiatric Rehabilitation. 2nd edition. Boston, MA: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation; 2002.

Švab V. Skupnostna psihiatrija [internet]. Ljubljana; 2012. Dostopno na [https://www.varuh-rs.si/fileadmin/user\\_upload/word/STROKOVNI\\_CLANKI\\_-\\_razni/Skupnostna\\_psihiatrija\\_-\\_Vesna\\_Svab.pdf](https://www.varuh-rs.si/fileadmin/user_upload/word/STROKOVNI_CLANKI_-_razni/Skupnostna_psihiatrija_-_Vesna_Svab.pdf)

Švab V, ur. Obravnava v skupnosti. Ljubljana: ŠENT – slovensko združenje za duševno zdravje; 2015.

Švab V (ur.) Psihosocialna rehabilitacija. Ljubljana: Šent - Slovensko združenje za duševno zdravje; 2004.

Švab v. Svetovalno delo z ljudmi s težavami v duševnem zdravju [internet]. 2012. Dostopno na

[https://arhiv.acs.si/ucna\\_gradiva/Svetovalno\\_delo\\_z\\_ljudmi\\_s\\_tezavami\\_v\\_dusevnem\\_zdravju.pdf](https://arhiv.acs.si/ucna_gradiva/Svetovalno_delo_z_ljudmi_s_tezavami_v_dusevnem_zdravju.pdf)

WHO. Guidance on community mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches. Geneva: World Health Organization; 2021. 296 p.

### **PRIPOROČENO DODATNO BRANJE**

Britvić D, Ivezić Štrkalj S, ur. Mentalno zdravlje u zajednici. Split: Sveučilište u Splitu; 2019.

Humar M, Podgornik N, Bejić V, Berdnik K, Josić K, Lenščak A, Vremec R. Trening socialnih veščin za osebe s težavami v duševnem zdravju [internet]. ŠIPK; 2019. Dostopno na

[https://www.fuds.si/wp-](https://www.fuds.si/wp-content/uploads/2019/08/trening_socialnih_vescin_za_osebe_s_tezavami_v_dusevnem_zdravju.pdf)

[content/uploads/2019/08/trening\\_socialnih\\_vescin\\_za\\_osebe\\_s\\_tezavami\\_v\\_dusevnem\\_zdravju.pdf](https://www.fuds.si/wp-content/uploads/2019/08/trening_socialnih_vescin_za_osebe_s_tezavami_v_dusevnem_zdravju.pdf)