

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
VISOKA ŠOLA ZA ZDRAVSTVO IZOLA

DIPLOMSKA NALOGA

Izola, junij 2010

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
VISOKA ŠOLA ZA ZDRAVSTVO IZOLA

**ZNAČILNOSTI OBRAVNAVE MLADOSTNIKA S
PSIHOZO**

**THE TREATMENT CHARACTERISTICS OF ADOLESCENT
PSYCHOSIS**

Študentka: URŠKA BERKOPEC

Mentor: mag. VESNA ČUK, prof. zdr. vzg., predav.

Študijski program: VISOKOŠOLSKI STROKOVNI ŠTUDIJSKI PROGRAM

Študijska smer: ZDRAVSTVENA NEGA

IZOLA, JUNIJ 2010

ZAHVALA

ZAHVALJUJEM SE SVOJIM STARŠEM IN BRATU ZA VSO POMOČ IN PODPORO PRI ŠTUDIJU.

PRAV TAKO SE ZAHVALJUJEM SVOJI MENTORICI IN PREDAVATELJICI VESNI ČUK ZA VSO POMOČ IN USTREŽLJIVOST PRI IZDELAVI DIPLOMSKE NALOGE.

HVALA!

KAZALO VSEBINE

1	Uvod	1
2	Namen in cilji naloge	2
3	Metoda dela	3
4	Psihoza	4
4.1	Psihoza in adolescenca	4
4.2	Epidemiologija in potek psihoze	6
4.3	Etiologija psihoze	7
4.4	Predbolezenski znaki in simptomi psihoze	7
4.5	Klinični znaki psihoze	8
4.5.1	Pozitivni simptomi psihoze	8
4.5.2	Negativni simptomi psihoze	9
4.6	Diagnoza psihoze	11
4.7	Zdravljenje psihoz	12
5	Vpliv biopsihosocialnih dejavnikov na razvoj psihoze pri mladostniku	14
5.1	Dejavniki tveganja	14
5.1.1	Dejavniki tveganja v adolescenci	16
5.1.1.1	Dom	17
5.1.1.2	Asocialno vedenje	17
5.1.1.3	Neprimerno spolno vedenje	18
5.1.1.4	Razpoloženje	19
5.1.1.5	Zloraba psihoaktivnih snovi	20
5.1.1.6	Težave s težo in samopodobo	20
5.2	Psihoza in njene socialne posledice	20
5.2.1	Sekundarne nezmožnosti	21
5.2.2	Tercialne socialne odpovedi	21
5.3	Stigma (kako zmanjšati stigmo)	22
6	Pomen družine pri obravnavi mladostnika s psihozo	23
6.1	Razlogi za delo z družino	23
6.2	Vključevanje družine v celostno obravnavo mladostnikov s psihozo	24
6.3	Podpora za družine	26
7	Obravnava mladostnikov s psihozo v Sloveniji	27
7.1	Psihosocialna rehabilitacija	27
7.1.1	Učenje, izobraževanje in usposabljanje kot del psihosocialne rehabilitacije ...	28
7.2	Psihoterapija in psihoterapevtske metode zdravljenja	30
7.2.1	Individualna psihoterapija	30
7.2.2	Skupinska psihoterapija	31
7.2.3	Kognitivno vedenjska psihoterapija	32
7.2.4	Družinska psihoterapija	33
7.3	Družbena (skupnostna) skrb in rehabilitacija za osebe s psihozo	33
7.3.1	Komponente skupnostne skrbi	34
7.3.1.1	Krizni posegi	34
7.3.1.2	Nepretrgana skrb na pacientovem domu	35

7.3.1.3	Urjenje vsakdanjih spretnosti	36
7.3.1.4	Utrjevanje socialne mreže	36
7.3.1.5	Družina	37
7.3.1.6	Zdravstvena in zobozdravstvena skrb	37
7.3.1.7	Dnevna skrb	37
7.3.1.8	Urejanje bivanja.....	39
7.3.1.9	Podpora vrstnikov.....	40
7.3.1.10	Zaposlovanje.....	40
7.3.1.11	Svetovanje	42
7.3.1.12	Potreba po azilu	42
7.3.1.13	Zagovorništvo	42
7.3.1.14	Združenje psihiatrov	43
7.3.1.15	Nevladne organizacije	43
7.3.1.16	Forum svojcev	43
8	Vloga zdravstvene nege pri obravnavi mladostnika s psihozo	45
8.1	Vloga medicinske sestre pri obravnavi mladostnika s psihozo	46
9	Zaključek.....	51
	Seznam uporabljenih kratic	53
	Literatura	54

POVZETEK IN KLJUČNE BESEDE

Psihoza je resna duševna motnja – motnja delovanja možganov. Pacienti doživljajo blodnje (misli in napačne ideje, ki se zdijo pacientom povsem realne, drugi pa jih ne razumejo ali se z njimi ne strinjajo) in halucinacije (vidijo, vonjajo, okušajo ali slišijo stvari, ki jih drugi ne, ali slišijo govoriti glasove o njih).

Psihoza je bolezen, ki mladostniku zmanjša kakovost življenja ter zaradi duševne in socialne prizadetosti onemogoči normalen potek razvoja. Vpliva tudi na življenje njegovih bližnjih. Pomembna je celostna obravnava ter vključevanje svojcev v proces zdravljenja.

Uporabili smo metodo pregleda literature o značilnosti obravnave mladostnika s psihozo. Uporabili smo deskriptivno metodo dela in opisali teoretična izhodišča o duševni bolezni, psihozo ter njun vpliv na mladostnikov razvoj. Sintetizirali smo podatke iz literature.

V uvodnem poglavju diplomske naloge je predstavljena psihoza, v osrednjem delu smo s pregledom in analizo literature ugotovili, kako psihosocialni dejavniki vplivajo na razvoj psihoze pri mladostniku, ali ima družina pomembno vlogo pri obravnavi mladostnika s psihozo ter ali je v Sloveniji organiziranih dovolj pomoči za mladostnike in njihove svojce ter ali so mladostnikove temeljne življenjske aktivnosti spremenjene. V zaključku so povzete ugotovitve naloge ter podani predlogi za nadaljnje delo.

Ključne besede: psihoza, mladostnik, družina, zdravstvena nega, zdravstvena obravnava.

ABSTRACT AND KEYWORDS

Psychosis is a serious mental disorder - a disorder of brain function. Patients are experiencing delusions (false thoughts and ideas that seem completely real to the patients, while others do not understand or they do not agree) and hallucinations (see, smell, taste or hear things that others do not, or they hear voices talking about them).

Psychosis is a disease which reduces patient quality of life and prevents the normal course of adolescent development, due to mental and social disability. Also affects the lives of his close ones. It is important to comprehensive treating and the integration of relatives in the healing process.

We used the method of literature on the characteristics of adolescent psychosis treatment. We used descriptive method, and describe the theoretical foundations of mental illness, psychosis and its impact on adolescent development. We synthesize information from literature.

In the introductory chapter of this diploma is presented psychosis, in the central part we review the literature and analysis to determine how psychosocial factors influence the development of psychosis in adolescence, if the family has an important role in the treatment of adolescent psychosis and whether it is in Slovenia organized enough support for young people and their relatives, and whether the adolescents' basic living activities affected. In conclusion, summarizes the findings of tasks and puts forward suggestions for further work.

Keywords: psychosis, adolescent, family, health care, medical treatment.

1 UVOD

Psihoza v adolescenci pomembno vpliva na celostno življenje mladostnika in njegovih bližnjih. Že sami znaki in simptomi te bolezni, epizodičen potek, ki lahko že v času adolescence postane kroničen, odziv okolja kot tudi same spremembe, ki jih v potek njegovega življenja vnaša zdravljenje (npr. stranski učinki zdravil, pogoste in dolgotrajne hospitalizacije), lahko odločilno zavrejo njegov celoten osebnostni razvoj. (1)

Zdravstvena nega mladostnika z duševnimi motnjami je zelo zahtevna in dolgotrajna, zato si pri tem lahko zastavimo le skromne in uresničljive cilje. Pomembno je, da pri tem mladostniku dopustimo njemu lastno vedenje, ki pomeni njegovo osebnostno rast. Omejiti je ne moremo zgolj na simptome – psihične motnje, temveč mora biti obravnava celovita in kontinuirana. (2)

Medtem ko za okolje pogosti dramatični pozitivni simptomi in spremenjeno vedenje mladostnika povečajo možnost njegove socialne stigmatizacije, pa mu negativna simptomatika resno oteži šolanje in usposabljanje za poklic, s tem pa manjša možnosti njegove kasnejše samostojnosti, oži njegovo obzorje, nižja samospoštovanje in še bolj povečuje njegovo odvisnost od družine. Pogost je mladostnikov socialni umik, ki ga ne spodbujajo le značilnosti same bolezni, ampak tudi zmanjševanje njegove gotovosti vase in slabšanje samopodobe. (1)

V diplomskem delu bomo s pregledom literature ugotovili: ali psihosocialni dejavniki vplivajo na razvoj psihoze pri mladostniku, ali ima družina pomembno vlogo pri obravnavi mladostnika s psihozo, ali je v Sloveniji organiziranih dovolj pomoči za mladostnike in njihove svojce ter ali so mladostnikove temeljne življenjske aktivnosti spremenjene.

V tej diplomski nalogi obravnavamo mladostnika s psihozo. Naloga je teoretične narave in poskuša predstaviti duševno bolezen, psihozo ter njun vpliv na mladostnikov razvoj. Predstavljena je obravnava mladostnika iz psihosocialnega vidika in vidika zdravstvene nege. Prikazane so oblike pomoči mlajšim odraslim s psihozo in njihovim družinam.

2 NAMEN IN CILJI NALOGE

Namen diplomskega dela je:

- pridobiti poglobljeno razumevanje obravnave mladostnika s psihozo,
- na teoretični ravni prikazati značilnosti razvoja psihoze pri mladostniku, dejavnike tveganja za nastanek psihoze in njen vpliv na življenje,
- predstaviti posebnosti zdravstvene nege mladostnika s psihozo in vlogo družine v procesu zdravstvene oskrbe in rehabilitacije,
- pregledati oblike pomoči za mladostnike in njihove svojce,
- zbrati informacije o obravnavi mladostnika s psihozo, ki bi bile na voljo vsem, ki jih to zanima.

Cilji diplomskega dela so:

- narediti poglobljen vpogled v obravnavo mladostnika s psihozo,
- ugotoviti vpliv biopsihosocialnih dejavnikov na razvoj psihoze pri mladostniku,
- opredeliti vlogo družine pri obravnavi mladostnika s psihozo,
- predstaviti oblike organiziranih pomoči v Sloveniji za mladostnike s psihozo in njihove svojce,
- ugotoviti ali so mladostnikove temeljne življenjske aktivnosti spremenjene,
- vrednotenje opravljenega dela.

3 METODA DELA

Uporabili smo opisno (deskriptivno) metodo raziskovanja in sicer kvalitativno (deduktivno) analizo literature. Izbrali smo pregled določenega dela slovenske in tuje literature za obdobje desetih let, od leta 1999 do 2009.

Želena literaturo in vire smo iskali ročno in preko spletne podatkovne zbirke Cobiss s ključnimi besedami: psihoza, mladostnik, družina, zdravstvena nega, zdravstvena obravnava, »psychosis«, »adolescent«, »family«, »health care«, »medical treatment«.

Osrednji del diplomske naloge je razdeljen na poglavja, ki se nanašajo na duševne motnje, psihozo, mladostnika, dejavnike tveganja, družino, oblike pomoči in zdravstveno nego.

4 PSIHOZA

Veliko ljudi se sprašuje po pomenu besede psihoza (psihotična motnja), zlasti, če gre za shizofrenijo. Od leta 1845, ko je ta izraz prvi uporabil avstrijski psihiater Feuhtersleben, da bi z njim razlikoval živčne od duševnih bolezni, je pojem psihoze dobival različne definicije, a nobena ni ostala splošno sprejeta. Skupno vsem pa je, da psihozo v najširšem smislu opredeljujejo kot izgubo stika z realnostjo. (3)

Po besedah Tomori M. motnje v adolescenci predstavljajo strokovni izziv tako glede diagnostike kot tudi zdravljenja. Psihoza je bolezen, ki ne poseže le v zdravje posameznika, temveč v njegovo celotno življenje. Hkrati z njegovim pa se ob tej bolezni pomembno spremeni tudi življenje vseh, ki so mu blizu. (1)

V 9. mednarodni klasifikaciji bolezni (1977) so bile psihoze opredeljene kot tiste duševne motnje, pri katerih so duševne funkcije tako prizadete, da postanejo njihove vsebine nerazumljive in bistveno vplivajo na človekove sposobnosti za zadovoljitev zahtev vsakdanjega življenja in ohranitev ustreznega stika z realnostjo. Danes se psihoza uporablja za opis sindroma, ki prvenstveno vključuje blodnje, halucinacije in dezorganizirano mišljenje, zaradi česar je stik s stvarnostjo bistveno porušen. K temu nekateri dodajajo še odsotnost bolezenske uvidevnosti. (3)

Vrste psihoz

Psihoza zaradi širokega izbora različnih simptomov bolezni ni enaka pri vseh pacientih, zato današnja Mednarodna klasifikacija bolezni deli psihozo na več tipov. Tako obstaja več različnih oblik, razločevanja in razvrščanja:

- shizofrenija;
- shizotipska motnja;
- trajno blodnjave motnje (paranoje);
- akutne in prehodne psihoze;
- shizoafektivne motnje in
- psihoze zaradi uživanja škodljivih snovi (npr. alkohola, marihuane). (4)

4.1 Psihoza in adolescenca

Adolescenca je obdobje duševnega razvoja in osebnostnega zorenja, ki ga najpreprosteje umeščamo med otroštvo in odraslo dobo, v starost od 11 do 20 let. Ločimo zgodnjo (11 do 14 let), srednjo (14 do 17 let) in pozno adolescenco (17 do 20 let). Prehod v odraslo dobo je glede starostne meje lahko različen, zato se lahko tudi adolescenca glede na svoje značilnosti zavleče še čez omenjeno zgornjo mejo. (5)

Adolescenca sledi puberteti, dobi pospešenega dozorevanja, ko se pojavijo pomembne telesne, hormonske in druge fiziološke spremembe, vendar, kot pravi Tomori M., je od tega daljše in bolj zapleteno. Medtem ko so pri preobrazbi otroškega telesa v podobo odraslega najbolj odločilni konstitucijski in splošni biološki dejavniki, se v duševno zorenje vpletajo mnogi vplivi ožjega in širšega okolja. (6) Olga Poljšak Škraban v svojem strokovnem delu ugotavlja, da so razvojni psihologi, ki proučujejo različna življenjska obdobja, potrdili hipotezo o mladostništvu kot razvojnem fenomenu, ki izvira sicer iz najzgodnejšega obdobja

otrokovega življenja, hkrati pa tudi odločilno vpliva na posameznikov psihosocialni razvoj v odraslosti. Na ta način so se kritično oddaljili od predhodnih, zlasti psihoanalitičnih pojmovanj, ki so trdila, da je zgodnje otroštvo edino pomembno obdobje za kasnejšo psihično in socialno zrelost posameznika. (7)

Po besedah Hrovat N. in Žagar M. je zamenjava statusa otroka s statusom odraslega postopen proces, ki ga sestavljajo dogajanja na različnih področjih: iskanju identitete, razvijanje svoje spolne vloge, urejanje odnosa do staršev in drugih odraslih, usmerjanje odnosov z vrstniki in oblikovanje odnosa do dela z razvijanjem ustvarjalnosti. (2)

Razvoj posameznika, poleg njegovih individualnih silnic, oblikujejo tudi dejavniki družine in družbe, katerih član je, in vplivi kulture in civilizacije, v katero vstopa. Okolje postavlja mladostniku zahteve, mu določa norme in ponuja modele, hkrati pa ga s svojimi pričakovanji obvezuje. Ob razvoju mišljenja in čustvovanja poteka tudi zorenje socialnih funkcij, ob gradnji svoje identitete se oblikuje mladostnikov odnos do sveta in do njegove lastne vloge v njem. V adolescenci se utrjujejo moralne norme, estetska načela in stil komuniciranja z okoljem, mladostnik rešuje nazorska vprašanja in gradi svoj vrednostni sistem. (6)

Psihično življenje adolescentov je zapleteno, dinamično in raznoliko. Njihovo čustveno življenje vodi osnovna potreba po čustveno toplem in razumevajočem sprejemu okolja. Vsak adolescent si želi, da bi ga kdo imel rad in ga cenil, se zanimal zanj in ga obdal z nežnostjo. Zato je družina tudi vezni člen med mladostnikom in družbo ter širšim okoljem. Ravno preko nje prenaša družba na mladostnika norme, vedenjske vzorce in vrednostni sistem, veljaven za kulturo tistega časa. Družina lahko rahlja ali krepí pritiske, izvirajoče iz družbe in tako tudi posredno vpliva na razvoj mladostnikove osebnosti. Zelo pomembni za mladostnika so tudi njegovi vrstniki, saj mu svetujejo, usmerjajo njegova zanimanja in vplivajo na preoblikovanje vrednot, ki jih je vanj vsadila družina. V družbi vrstnikov si išče svojo identiteto. (2) Nadalje Hrovat in Žagar pravita, da so področja normalnega razvoja potencialni viri stisk, ki v družini in izven nje lahko povzročijo številne konflikte. Mladostnik se pri tem počuti neprijetno, sledijo neuspehi v šoli, odnos staršev in okolice se spremeni, svojih težav ne zmore izraziti neposredno, ampak posredno v obliki neustreznega vedenja, le-to pa pri mladostniku povzroči kazni in prepovedi, sledi destruktivno sprejemanje okolice ali celo avtoagresivno vedenje. Avtorja navajata, da pri mladostniku težko določimo mejo med zdravim in bolnim. Razvoj mladostniške duševnosti v odraslo je za mlajšega odraslega lahko celo tako boleč, da se zateče v psihozo. Samo obdobje tega ne povzroča, povečana vulnerabilnost mora že predhodno obstajati. O duševni motnji pri mladostniku govorimo, kadar mladostnik:

- z večjo ali manjšo pomočjo odraslih in ustrezno razvojni fazi ne zmore zadovoljevati svojih osnovnih bioloških, čustvenih, interesnih in socialnih potreb;
- ne more kontrolirati svoje agresivnosti, depresivnosti in strahu;
- ne prenaša prepovedi;
- se ne vede na socialno sprejemljiv način, tako da ne prizadene okolice;
- ne obvladuje odnosov v družini, s prijatelji v šoli, itd.;
- ne zmore oblikovati realnih pozitivnih socialnih in družbenih ciljev;
- ne sprejema etičnih vrednot svojega okolja;
- ne razvije intelektualnih in bioloških potencialov, ustreznih svoji starosti. (2)

Socialni in psihološki pritiski na mladostnika, ki se mora skozi razrešitev razvojnih nalog mladostništva začeti obnašati kot odrasel, lahko torej sprožijo razvoj motenj ter pospešijo bolezni, ki se v ugodnejših pogojih morda še ne bi razkrila ali pa bi se kasneje pojavila manj izrazito. (2)

4.2 Epidemiologija in potek psihoze

Psihoze se pojavljajo na vseh geografskih področjih, pri vseh rasah in v vseh kulturnih in socialnih okoljih in prizadenejo približno tri na sto ljudi po vsem svetu. (8)

Kot območje, kjer je psihoz zanesljivo več kot v primerjalnih predelih, navajajo v novejši literaturi primer Istre in Hrvaškega primorja, kjer je prevalenca bolezni skoraj dvakrat višja kot v preostalem delu Hrvaške. Podobno velja tudi za Irsko, če jo primerjamo z Veliko Britanijo. (4)

Tomori M., ki povzema podatke epidemiološke študije Oxfordske Univerze iz leta 1995, pravi, da je ob pogostosti te bolezni v splošni populaciji od 0,5 do 1 % mogoče med mladostniki do 18. leta najti tri na 10.000, pri katerih se manifestira simptomatika psihoze. Med njimi je nekaj več fantov kot deklet, saj je za ženski spol značilen nekoliko kasnejši pojav te bolezni. (9) Za fante, kot povzema Tomori M. (9) po Werry JS in Taylor E v nadaljevanju, gre v primerjavi z dekleti poleg zgodnejšega začetka tudi za bolj izrazite premorbidne značilnosti, zlasti na polju nevrofiziologije, bolj prizadete spoznavne funkcije in slabšo odzivnost na nevroleptično terapijo. Sicer je vrh zbolevanja pri moških med 15. in 25. letom starosti, pri ženskah pa med 25. in 35. letom. (10)

Če je incidenca v glavnem enaka v vseh socialnih razredih, pa je prevalenca večja pri revnejših oziroma v nižjih socialnih slojih. Danes to pojasnjujejo s socialnim upadom, ko se pacient (npr. iz višjega socialnega sloja), ki zaradi posledic bolezni ni več zmožen opravljati svojega dela in zato izgubi zaposlitev, posledično pa se njegovi dohodki zmanjšajo, »premakne« v nižji socialni razred. (8)

Začetek bolezni je lahko nagel – akutni ali subakutni v nekaj dnevih do nekaj tednih, včasih pa je prikrit ali »plazeč« in traja nekaj mesecev ali dlje, značilni znaki pa se razvijejo polagoma in skoraj neopazno. Ker so prikriti začetki navadno neznačilni, jih lahko zamenjujemo z adolescenčno krizo ali s kriznim stanjem v poznejšem obdobju. Pacienti se namreč značajsko in vedenjsko spreminjajo, izogibajo se stikom z okoljem, zapirajo se vase, postajajo mrki in odljudni, popuščajo pri delu ali pri učenju ipd. Pri takih stanjih nemalokrat šele nastop floridne psihotične simptomatike, v obliki blodenj in halucinacij, razkrije naravo bolezni. Pri hitrih začetkih pa se bolezen začne z akutno psihotično simptomatiko. (4)

Ko psihotična simptomatika v nekaj tednih ali mesecih izzveni, se bolezen nadaljuje fazično oz. epizodično – z recidivi psihoze in s solidnimi remisijami (faza stabilizacije). V manj ugodnih primerih pa bolezen preide že v samem začetku ali po nekaj recidivih v kronično fazo. Kot ugotavlja Žvan V. pa gre pri psihozi največkrat za valovito potekanje, vendar po tipu procesa, ki zapušča tudi v stanjih izboljšanja bolj ali manj trajne in intenzivne bolezenske sledove. (4)

Na obliko in potek psihotičnega procesa pri mladostniku vplivajo – razen narave bolezni same – zrelostna stopnja mišljenja in čustvovanja posameznika, raven intelektualnih sposobnosti, zmožnost verbaliziranja in socialna zrelost, pa tudi celoten življenjski stil, ki velja v njegovi generaciji. (6)

4.3 Etiologija psihoze

Psihoza ima najpogosteje svoj začetek v pozni adolescenci in se pred tem obdobjem le redko pojavlja. Kot navaja Pretnar Silvester M. (11), ki povzema vire od Aitchison, Meehan in Murray, se pri nastanku bolezni pomembno prepletajo tako genetski, nevrofiziološki, biopsihološki in psihodinamski, psihosocialni in socialni dejavniki. Rizični dejavniki vključujejo družinsko obremenjenost, prenatalne bolezni, obporodne poškodbe, poškodbe glave v otroštvu, neugodne življenjske dogodke, travme in zlorabo psihoaktivnih snovi. (12)

Groleger meni, da ne drži, da etiologija psihoze ni znana. Pravi, da je podobna drugim kompleksnim boleznim in da poznamo številne dejavnike, ki povečajo tveganje za nastanek motnje, vendar je pa pri psihozi problem v tem, da ni znano, kako prepoznani vzroki povzročijo psihozo. (13)

Žvan V. pravi, da je težko govoriti o etiologiji bolezni, ki jo šele skušamo opredeliti, pri čemer pa niti ne vemo, ali gre za enotno bolezen ali za skupino raznih bolezni. Vendar je na voljo nič koliko hipotez, ki jih skušajo razvozlati. (4)

Teorije o nastanku psihoze lahko uvrstimo v tri skupine. Žvan V. v prvo skupino uvršča t. i. »organske teorije«, ki predvidevajo, da gre pri psihozi za neko danes še neidentificirano bolezen osrednjega živčevja, nastalo zaradi še neznanega notranjega ali zunanjega organskega dejavnika. Po teh teorijah, kot pravi, gre za nekakšno brezupno somatozo, na katero se, razen nekoliko z zdravili, ne da vplivati na noben način. Te teorije zanemarjajo vpliv psihosocialnih dejavnikov na bolezen, ki so zanesljivo dokazani, čeprav še ne vedo dobro v kolikšni meri. Prepričan je, da se ravno tako motijo zagovorniki teorij o psihosocialni pogojenosti psihoze. Ti vidijo vzrok bolezni samo v pacientovem ožjem ali širšem socialnem okolju, pri tem pa zanemarjajo vpliv organskih dejavnikov, npr. dednostnih. V tretjo skupino uvršča teorije o multifaktorialni pogojenosti psihoze, ki so danes na splošno sprejete. Po teh teorijah je psihoza končni izid soigre mnogih znanih ali še neznanih bioloških, psiholoških in socialnih dejavnikov. (4)

Etiologijo lahko razdelimo v tiste dejavnike, ki, kot pravi Švab V., pri posamezniku predisponirajo bolezen (vzročni agens kot sprožilni dejavnik) – ti so po večini biološki in dejavnike, ki precipitirajo (dejavnik, ki modificira potek bolezni) začetek ali ponovitev bolezni – ti so v glavnem socialni. (14)

4.4 Predbolezenski znaki in simptomi psihoze

Pretnar Silvester (11), ki povzema Tomori M., navaja, da je iz zgodnjih obdobj pacientovega življenja pogosto mogoče izluščiti nekatere subtilne spremembe v telesnem in duševnem razvoju oziroma odstopanja od normalnega dozorevanja predvsem na področju govora, motorične koordinacije, pogostejše so motnje pozornosti, slabše prilagoditvene sposobnosti in splošna slaba socialna funkcionalnost. Zaradi različnih vedenjskih motenj in posebnosti, nenavadnega vedenja in morda celo nasilnosti, so takšni otroci v vzgoji lahko izrazito težavni in nepredvidljivi. Vse to pa lahko sproži tudi posebne odzive okolja, drugačno ravnanje z njimi, kar obremenjuje otrokov razvoj z neugodnimi psihosocialnimi dogajanjem, ki lahko postanejo dodaten vir stresov. (1)

V tipični, vendar ne vedno prisotni pacientovi predbolezenski zgodovini najdemo osebnostne značilnosti, ki se kažejo kot pasivnost, introvertiranost, čustvena hladnost, pomanjkanje zanimanja in pripravljenosti za navezovanje socialnih odnosov. Mladostniki s psihozo navadno nimajo tesnih prijateljev, ne partnerja, večinoma se izogibajo skupinskemu športu. Zatekajo se k ogledu filmov, televizije, poslušanju glasbe z izključitvijo socialnih aktivnosti. Nekateri adolescenčni pacienti lahko kažejo nenaden pojav obsesivno kompulzivnega vedenja, pri drugih se lahko pojavijo pritožbe glede slabega telesnega počutja, kot so glavoboli, bolečine v križu in mišicah, šibkost in prebavne motnje. Družina in prijatelji lahko opazijo, da se je mladostnik spremenil in ne funkcioniira več kot prej. V tej fazi lahko pacient začne razvijati zanimanje za abstraktne ideje, filozofijo, okultna in religiozna vprašanja. Dodatni predbolezenski znaki lahko vključujejo nenavadno vedenje, neustrezno čustvovanje, nenavaden govor, bizarne ideje in nenavadne zaznavne izkušnje. (11)

Vrednost predbolezenskih znakov in simptomov je sicer negotova, saj se na eni strani lahko soočamo s povečevanjem pomena zgodnjih sprememb, na drugi strani pa svojci, ki se pogosto trudijo najti razlog za mladostnikovo bolezen v neki aktualni obremenitvi ali stresu, radi idealizirajo njegove predbolezenske osebnostne značilnosti. Pri določenem številu mladostnikov pa se simptomatika psihoze dejansko razvije brez predhodnih bolezenskih napovedi. (11)

4.5 Klinični znaki psihoze

Simptomi, značilni le za psihozo, niso poznani, razlikovati jih je treba glede na vrsto psihoze, njihova intenzivnost pa je pogojena s fazo bolezni. Simptomi se lahko pojavljajo v skupinah, to se pravi hkrati ali posamično. Najpogosteje prisotni simptomi, značilni za psihozo, segajo na različna področja duševnosti, in sicer zaobidejo področje zaznavanja (motnje percepcije), mišljenja, čustvovanja, spoznavanja, hotenja, vedenja in motorike. (15)

V strokovni literaturi so navedene različne delitve in opredelitve bolezenskih znakov psihoze, vendar je v zadnjem desetletju prevladujoč koncept pozitivnih in negativnih znakov. Le-te lahko razumemo bodisi kot presežek ali motnjo normalnega delovanja možganov (pozitivni znaki) bodisi kot njegovo zmanjšanje (negativni znaki).

4.5.1 Pozitivni simptomi psihoze

Pozitivni simptomi so odraz presežka ali popačenosti normalnih aktivnosti. V običajnem pomenu besede pa ti simptomi večinoma niso pozitivni. Po izsledkih raziskav Kocmur M. ugotavlja, da se pozitivni simptomi navadno grupirajo v dva sklopa. Prvi sklop označujejo blodnje in halucinacije, drugega, t. i. »sindrom neorganiziranosti« pa sestavljajo neustrezno čustvovanje, nekoherentna in vsebinsko borna govorica. (16)

Pri psihozi se, kot navaja Žvan V., srečujemo z vsemi vrstami halucinacij, posebno pogosto pa s slušnimi in telesnimi. (4) Švab V. pravi, da poleg slušnih in halucinacij telesnega občutka nastopajo tudi vidne, halucinacije notranje zgradbe telesa, vonja in okusa. Halucinacije so motnje zaznavanja. (14) Slušne halucinacije so lahko elementarne, lahko pa gre za artikulirano govorico. (4) Pacienti slišijo glasove, ki se pogovarjajo v njih samih, pred vrati ali po telefonu, vidijo grozeče prikazni, zaznavajo spremembe v svojem telesu in so zaradi teh, pogosto grozljivih doživetij hudo prestrašeni. (14)

Med pozitivne simptome psihoze se uvrščajo tudi motnje mišljenja. Švab V. v svojem strokovnem delu navaja, da se mišljenje lahko spremeni v formalnem ali vsebinskem pomenu. Formalne motnje mišljenja so tiste, pri katerih pacienta nenadoma preplavijo različne misli in miselne povezave, zaradi katerih se težko zbere in dokonča zadano nalogo. Hkrati sprejema veliko količino informacij: spominov, razmišljanj in strahov. Te ga preplavijo, zato se sploh ne more odzvati na zunanja sporočila. Misli pa se lahko tudi nenadoma ustavijo ali upočasnijo, povezave med njimi lahko postanejo nejasne in nenavadne, celo v takšni meri, da jim sploh ne moremo slediti. Med poglavitne formalne motnje mišljenja sodijo miselne zadrge (stanje, ko ne moremo več misliti) ali naval misli. Miselne zadrge poznamo vsi, posebej iz čustveno obremenjujočih situacij, kot so izpiti ali javni nastopi, vendar jih lahko obvladamo, če ne prej, takrat, ko se pritisk zmanjša. (14) Kot pravi Žvan V., se pri pacientu, ki je pri polni zavesti, miselni tok nenadoma zaustavi in je misel oziroma govorico sposoben nadaljevati šele po določenem času. Lahko se pojavi tudi miselna disociiranost, to je motnja v oblikovanju asociacij. Normalni miselni potek je razrahljan, med posameznimi mislimi ni logične povezave in gre bolj za asociacije po podobnosti in sozvočju. Pacient uporablja nove besede, katerih pomen je znan samo njemu. Govorica pacienta postane v skrajnem primeru povsem nerazumljiva in bizarna. Tak pojav imenujemo miselna razrvanost. (4)

Posebej v akutni fazi bolezni pride do vsebinskih motenj mišljenja. Blodnje so po navajanju Žvan V. pri psihozah zelo pogost in pomemben znak. Že na prvi pogled so vpadljive, bizarne in presenetljive. Blodnja je razlaga napačnega ali preobčutljivega zaznavanja. So nenavadne misli, ki nimajo realne osnove. (4) Švab V. pravi, da je pacient v vsebino svoje blodnje neomajno prepričan in se v skladu z njo pogosto tudi vede. Nadalje pravi, da so med blodnjami najpogostejše nanašalne (pacient je prepričan, da so dogajanja v njegovi okolici povezana z njim), preganjalne (pacient se počuti zasledovanega, preganjanega ali opazovanega) in veličavske (pacientu se zdi, da ima posebno moč in sposobnosti, s katerimi bo lahko premagal sovražne sile, spremenil podnebje, povzročil vojno, ali nadnaravno sposobnost, da nadzira okolico in komunicira z bogom) blodnje. (14)

4.5.2 Negativni simptomi psihoze

Negativni sindromi imajo slabo prognozo, so slabo odzivni ali neodzivni na antipsihotike, povezani pa naj bi bili s strukturnimi spremembami možganov. Za te znake naj bi bil značilen tudi intelektualni propad. Negativni znaki nastopajo v sindromu, ki so ga poimenovali »psihomotorična obubožanost«. (16)

Dečman A. (17), ki navaja vire Švab V., v okvir negativne psihotične simptomatike uvršča omejeno čustveno doživljanje in izražanje, majhno socialno dejavnost ali socialni umik, revnost govora, pomanjkljivo skrb zase, izgubo motivacije, ravnodušnost ter pasivnost. (18) Oseba s psihozo je čustveno zadržana, odmaknjena od svoje okolice, ne prepozna čustev drugih okoli sebe, svojih ne more izraziti ali pokazati, izmika se očesnemu stiku, izraz na obrazu je brez kakršnikoli občutij ali interesov. Oseba se ne more niti posebej močno in dolgo razveseliti niti razžalostiti. (19)

Pacienti s psihozo pogosto trpijo zaradi motenj volje in hotenja. Kot navaja Dečman A. (17), ki povzema vire Švab V., le-te lahko segajo od začasne ali trajne, delne ali popolne brezvoljnosti (hipobulija, abulija), do spremembe občutka lastne osebnosti, t. i. depersonalizacije. V osnovi gre za občutke lastne spremenjenosti, ki se izražajo v najrazličnejših oblikah. Ta občutek največkrat delijo tudi njegovi bližnji, saj se mladostnikovo vedenje dejansko spremeni. Najpogosteje se zgodi, da se zaradi strahu, bolečine in zbežanosti

umakne, zapre in prekine sporazumevanje z okolico. Lahko je razburjen, napet, jezen, napadalen, skratka prestrašen. Spreminjanje sebe lahko doživlja tudi kot čisto konkretno spremembo delov svojega telesa, maličenje svojih udov, spreminjanje barv in oblik, ki jih resnično vidi. Mladostnik s psihozo se v akutni fazi bolezni sprašuje o meji med sabo in drugimi (npr. ne ve, ali je žejen on sam ali tisti, ki je ob njem). (18)

Med ključne posledice psihoze spada tudi mladostnikovo nazadovanje v socialnem funkcioniranju. Ta, kot tudi ostali negativni simptomi, je lahko tudi posledica psihotičnega doživljanja. Pregarjalno blodnjav pacient se namreč umika zaradi strahu ali dejavnikov okolja (odklanjanje). Pacient lahko tudi dobi občutek, da mu ni treba komunicirati z realnim svetom, saj mu je njegov svet precej bolj realen. (18)

Strokovnjaki znake nadalje delijo še v kognitivne (spoznavne) in afektivne (simptomi spremenjenega razpoloženja).

Pri kognitivnem sindromu se pojavijo motnje v govoru, delovnem spominu, mladostniki s psihozo se težko učijo, imajo motnje koncentracije, zelo težko so osredotočeni na eno stvar. Predvsem v akutni fazi ne morejo določati prioritete in prilagajati svojega vedenja nekaterim situacijam. (11) Težko se vključujejo v dolgotrajnejše pomembne razgovore (psihoterapija), oteženi so tudi razporeditev, načrtovanje in moduliranje dejavnosti ter integracije novih informacij. Posledica teh deficitov sta slabo ali nikakršno razumevanje lastnih prizadetosti in majhen uvid v lastno bolezen. Zaradi težav pri vzdrževanju pozornosti, spominskih motenj in težav pri načrtovanju se zmanjšajo tudi sposobnosti vzdrževanja lastne higiene, skrbi zase, leta je pogosto ena prvih sprememb, ki se pokaže pri pacientih s psihozo. Nadalje se kažejo tudi motnje spanja in hranjenja, težave z nespečnostjo in nesposobnostjo, da bi se človek spočil, težave z nerednim jemanjem zdravil, težave pri vsakdanjih opravilih, kot so nakupovanje, plačevanje računov itd. (18)

Med afektivnimi simptomi (motnje razpoloženja), so najpogosteje žalost, obup, tesnoba, nerazpoloženost ter čustvena neustreznost. Zaradi tesnobe je oseba zaskrbljena, precenjuje nevarnost in podcenjuje lastne sposobnosti premagovanja težav. Velikokrat se oseba izogiba soočenju s situacijami, ki ji povzročajo nelagodje, to pa sproža še večjo tesnobo. Za bolezensko žalost, nerazpoloženost in obup je značilno, da oseba ne vidi ničesar spodbudnega zase v prihodnosti, ne zdi se ji vredno, da se potruzi in vseeno ji je, kaj bo z njo. Čustvena neustreznost ali paratimija pomeni, da oseba čustveno reagira na drugačen način, kot bi se pričakovalo ali kot bi bilo logično (oseba npr. izve veselo novico pa se joče). (19)

Čeprav se v klinični sliki psihoze v adolescenci seštevajo in prepletajo vsi glavni znaki in simptomi, značilni za psihozo pri odraslih, pa zgodnejša stopnja razvitosti duševnih funkcij vsaj delno po svoje oblikuje klinično sliko te bolezni pri mladostnikih. Med duševne funkcije, ki niso prizadete, spadajo zavest, inteligentnost, osebnostna, časovna in krajevna orientacija, spomin in pozornost. (19)

Kot lahko ugotovimo iz zgoraj naštetih simptomov, je posameznikovo funkcioniranje v vsakdanjem življenju okrnjeno, predvsem pa le-ti zelo vplivajo na kakovost življenja.

4.6 Diagnoza psihoze

Psihozo je v adolescenci pogosto prav tako težko dokazati, kot je lahko posumiti vanjo. Tomori M. pravi, da so na eni strani vzrok za to široke meje variabilnosti duševnega razvoja v tem obdobju, na drugi strani pa nepredvidljivost, netipičnost in pogosta prikritost začetnih psihotičnih simptomov za drugimi kliničnimi slikami duševnih motenj. (6)

V svojem strokovnem delu iz leta 2000 pa navaja, da psihozo v mladosti težko prepoznamo tudi zaradi pretežno negativne simptomatike in plazečega začetka bolezni. Med vzroke za pozno zdravljenje psihoze v adolescenci šteje tudi zanikanje bolezni s strani mladostnika kot tudi mladostnikovih staršev ter pogosta nepripravljenost za zdravljenje, značilna tako za mladostnike kot njihove svojce. (1)

Pretnar Silvester M. (11), ki povzema vire od Tomori M. pravi, da je poglobljena in dovolj široko zastavljena diagnostična obravnava najboljša in najbolj neposredna naložba za učinkovito zdravljenje. Diagnostika mora poleg mladostnikovih osebnih značilnosti in posebnosti njegovega razvoja od zgodnjih obdobj dalje zajeti tudi dinamiko mladostnikove družine in značilnosti socialnega prostora, v katerem mladostnik živi. Anamneza mora zajeti tudi življenjske dogodke, ki sooblikujejo mladostnikove moči in šibkosti, ki vplivajo na potek in obravnavo bolezni. Treba je vključiti tudi podatke o možni zlorabi psihoaktivnih snovi in o poteku predhodnih porušenj mladostnikovega duševnega ravnovesja, ki so bili lahko že zgodnji napovedovalci bolezni. Še posebno v tem obdobju je nujen timski diagnostični pristop, v katerem se komplementarno dopolnjujejo znanja in diagnostični instrumenti strokovnjakov različnih specialnosti. (1) Kot navaja Tomori M., je zato eno od pglavitnih načel diagnostike psihoz v adolescenci dolgotrajno, longitudinalno opazovanje, ki temelji na oceni vsakega simptoma v odnosu do morebitnih drugih abnormalnih pojavov oziroma do individualnih posebnosti adolescentovega dozorevanja. (1)

Strokovnjaki se pri diagnosticiranju držijo treh pomembnih kriterijev: persistenca simptomov (del normalnega duševnega razvoja so le, če so kratkotrajni, prehodni in reaktivni), prodornost simptomov ter njihov razdiralni vpliv na zorenje in obstoj drugih psihičnih funkcij in za mladostnika pomembnih osebnostnih silnic, tretji kriterij je številnost in kombinacija bolezenskih znakov: en sam, pa čeprav močno izražen patološki pojav, je prognostično ugodnejši kot več šibkih in nejasno izraženih ali celo le nakazanih motenj. (1)

Zgodnje prepoznavanje bolezni je odločilnega pomena za potek in učinkovitost zdravljenja, s tem pa za prognozo bolezni. Ugotovljeno je namreč, da ima zgodnje zdravljenje tudi dolgoročno boljši terapevtski učinek in da pravočasnost uvedbe terapije poveča možnost daljših remisij in blažjih relapsov. (11)

Iz podanih podatkov je razvidno, da strokovnjaki iz različnih področij lahko največ ugotovijo iz pogovora s pacientom, z družino, partnerjem ali prijatelji. Poleg tega so pomembne tudi različne telesne in laboratorijske preiskave, slikanje možganov (CT, MRI), izvedba določenih testov, ki lahko pokažejo prisotnost drog v organizmu, psihološki pregled in psihosocialna ocena (služba, šola, socialni stiki, finančna situacija itd.). Pomembna je še dolžina trajanja in časovni potek težav. Na osnovi temeljite analize naštetega zdravnik postavi diagnozo in se odloči za primerno zdravljenje.

4.7 Zdravljenje psihoz

Zdravljenje mladostnika s psihozo je lahko samo celostno. Kakršnokoli delno ali le v en terapevtski pristop usmerjeno terapevtsko delo je na današnji stopnji znanj na tem področju resna strokovna napaka. Tomori M. zagovarja integrativni terapevtski program, ki poudarja pomembnost celostnega pristopa pri delu z ljudmi in se nanaša na metode terapevtskega dela, ki se združujejo v zdravljenju posameznega adolescentnega pacienta, kot tudi na polja, ki jih mora ta terapevtski program zajeti. V problematiki psihoze v adolescentnem obdobju se povezuje cela vrsta dejavnikov, ki jih je potrebno razreševati vzporedno in usklajeno, da potek bolezni ni preveč neugoden in da njen vpliv na življenje mladostnika in tistih ob njem ni preveč razdiralen. Same posebnosti včasih težko razpoznavne psihotične simptomatike, individualno različni vplivi razvoja kognitivnih, emocionalnih in socialnih funkcij, celovitost njegovega osebnostnega razvoja, ki ga ogroža bolezen, vpetost mladostnika v družino, iz katere bi se moral osamosvajati, možnost izstopanja iz socialnega prostora, ki je prav v adolescenci lahko daljnoročno usodno zanj – vse to so značilnosti te bolezni, ki jih je treba v obravnavi mladostnika pozorno upoštevati. (1)

Strokovnjaki se morajo pri mobiliziranju preostalih zdravih plasti mladostnikove duševnosti večkrat – poleg z boleznijo samo – spopadati tudi z njegovim okoljem. Pogosto se izkaže, da mladostnikovi svojci dolgo ne prepoznajo resne narave njegove bolezni in si znake psihotičnega procesa razlagajo kot vedenjske motnje ali pa jih pripisujejo njegovi razvojni problematičnosti. Strah pred duševno boleznijo pri njihovem mladostniku jih silí v zanikanje in zmanjševanje pomena bolezenskega stanja, zato ponavadi pri diagnostiki in terapiji, neredko pa tudi v rehabilitacijskem procesu, slabo sodelujejo. Tudi staršem je težko premagati krize ob spoznanju realitete bolezni, ki je zlomila njihova pričakovanja, vezana na otroka prav v adolescenci, v času njihovega največjega prizadevanja za končno zadovoljitev roditeljskih želja in aspiracij. (4)

Po besedah Pretnar Silvester M., naj bi bil vsak mladostnik s psihotično simptomatiko, deležen psihofarmakološkega zdravljenja, psihoterapije, usmerjene psihosocialne obravnave in pomoči pri dejavnem vključevanju v socialni prostor. Poleg tega je v procesu zdravljenja nujno vključevanje svojcev bodisi v smislu psihoedukacije bodisi različnih oblik družinske terapije ter povezovanje terapevtskega tima z osebami iz mladostnikovega socialnega kroga in institucijami, kot so na primer šola, delovno mesto, različne podporne skupine. (11)

V različnih fazah bolezni ima vsak od terapevtskih pristopov svoje pomembno mesto in pomen. Vsi pristopi naj bi se med seboj prepletali, podpirali in dopolnjevali. V akutni fazi bolezni je primarnega pomena farmakoterapija, v času umirjanja akutne simptomatike pa je poleg farmakološkega zdravljenja odločilna suportivna psihoterapija in delo s svojci. V obdobju remisij pa mladostnik veliko pridobi s kognitivno vedenjskim pristopom, saj mu le-ta pomaga prepoznavati simptomatiko bolezni in ob pravem času ustrezno ukrepati, da bi čim bolj preprečil neustrezno ravnanje ob relapsu bolezni. Učenje socialnih spretnosti in vračanje mladostnika v njegov naravni socialni svet zahtevata stabilizacijo simptomatike bolezni in zadostno motiviranost in poučenost tako mladostnika samega kot ključnih oseb iz njegovega socialnega kroga. (1)

Pretnar Silvester M. (11), ki navaja vire po Volkmar F. pravi, da so v akutni fazi bolezni najpomembnejša zdravila antipsihotiki, ki zmanjšajo simptome bolezni, predvsem pozitivne simptome. Različni antipsihotiki se med seboj ne razlikujejo toliko po učinkovitosti kot pa po profilu stranskih učinkov. V primerih, ko je mladostnik nevaren sebi ali okolici, je potrebno

bolj odločno farmakološko ukrepanje, v splošnem pa se je potrebno izogibati prekomerni uporabi zdravil in sedaciji. Antipsihotiki boleznim ne ozdravijo, vendar z njimi lahko zelo zmanjšamo ali odpravljamo psihotično simptomatiko, pomembna pa je tudi njihova uporaba v smislu zmanjševanja ponavljaj psihotičnih faz. Strokovnjaki se poskušajo izogibati uporabi več zdravil, vendar pa morajo občasno v terapiji antipsihotike kombinirati z zdravili iz drugih skupin. Antidepresive dodajajo za zdravljenje pridružene depresije, ob maničnih sindromih pri shizoafektivni motnji pa v terapijo dodajajo stabilizatorje razpoloženja. V začetni fazi se pogosto težko izognemo hospitalizaciji, saj le-ta omogoča bolj natančno in vsestransko diagnostično obravnavo, varnejšo uvedbo zdravil in postavitve ustreznega, individualno prilagojenega načrta zdravljenja. (20)

Kot pravi Žvan V., šele pacient, ki ga ne obvladujejo več blodnje, halucinacije, nemir, strah in druge čustvene motnje, postane dovzeten tudi za psihoterapevtske in socioterapevtske metode obravnave. Pravilno zastavljena terapija skuša čim bolj zmanjšati psihotične manifestacije, potem pa pacientu omogočiti čim bolj harmonično bivanje v njegovem naravnem okolju. Cilj terapije pa je tudi to, da bodo mladostnika s psihozo sprejemali z razumevanjem in naklonjenostjo tudi njegova družina in drugi ljudje. (4)

Tomori M. poudarja daljnoročni pomen dela z družino, ki je pri mladostniku s psihozo posebno očitno. Nedvomno so za dejavno sodelovanje pri mladostnikovem zdravljenju in vračanju v dejavno življenje svojci mladostnika bolj pripravljeni in motivirani kot sorodniki odraslih oseb s psihozo. Kljub temu pa je stopnja pripravljenosti svojcev lahko zelo različna. Nanjo med drugim vpliva tudi njihov predhoden odnos do mladostnika, do duševne bolezni in do psihiatrije. Ker pa je soočenje z mladostnikovo boleznijo za člane družine izjemno boleče, največkrat sami potrebujejo pomoč, da so jo sposobni nuditi tudi svojemu bolnemu otroku. (1)

Pomembno je, da ima mladostnik poleg opore in dejavne pomoči družine tudi možnost vključevanja v širše socialno okolje. Vključenost v širši socialni prostor povečuje možnosti njegove bolj samostojne in spodbudne samopotrditve in mu daje gotovost vase. Ne nazadnje pa bo različne interakcije s tem okoljem potreboval tudi kasneje v procesu osamosvajanja. Prav na področju gradnje samostojnosti je namreč mogoče, da pretirana in predolgotrajna protektivnost s strani družine zavre ta proces in mladostniku, ki se boji vstopati v nove preizkušnje, olajšuje umikanje v bolezen in s tem njeno vzdrževanje. (1)

5 VPLIV BIOPSIHOSOCIALNIH DEJAVNIKOV NA RAZVOJ PSIHOZE PRI MLADOSTNIKU

Psihoza v adolescenci pomembno vpliva na celotno življenje mladostnika in njegovih bližnjih. Epizodičen potek, ki lahko že v času adolescence postane kroničen, odziv okolja kot tudi same spremembe, ki jih v potek njegovega življenja vnaša zdravljenje (pogoste in dolgotrajne hospitalizacije, izključevanje iz mladostnikovega naravnega socialnega prostora, stranski učinki zdravil), lahko odločilno zavrejo njegov celoten osebnostni razvoj. Medtem, ko za okolje pogosto dramatični pozitivni simptomi in spremenjeno, včasih bizarno, vedenje mladostnika povečajo možnost njegove socialne stigmatizacije, pa mu negativna simptomatika resno oteži šolanje in usposabljanje za poklic, s tem pa manjša možnosti njegove kasnejše samostojnosti. Socialna izolacija mu posredno zaustavlja razvoj mnogih spretnosti in sposobnosti, oži njegovo obzorje, niža samospoštovanje in še bolj povečuje njegovo odvisnost od družine. (1)

Bolezen prinaša številne prilagoditve družinskih članov, kar postavlja funkcionalnost družine na hudo preizkušnjo. Za optimalno rešitev celotnega družinskega ravnovesja, kot navaja Tomori M., je potrebno veliko fleksibilnosti, občutja za realnost, kohezivnost, trdnih medsebojnih odnosov, zdrave družinske lojalnosti in skrajne osebne integriranosti vsakega od družinskih članov. Kar je pa po kliničnih izkušnjah strokovnjakov precej redko. (1)

Zapleti ter povečana možnost za neugoden potek mladostnikovega celostnega razvoja kličejo k dovolj poglobljeni diagnostični pozornosti in skrbnemu neprekinjenemu terapevtskemu spremljanju, pa tudi k smiselno odmerjenemu vključevanju mladostnikovih svojcev v obravnavo. (1)

Med zapleti je pogost mladostnikov socialni umik, ki ga ne spodbujajo le značilnosti same bolezni, ampak tudi zmanjševanje njegove kakovosti vase in slabšanje samopodobe. Regres na manj zrele ravni osebnostnega razvoja in zaustavitev procesa osamosvajanja pogosto spodbujajo celo svojci sami, ki na zmanjševanje mladostnikove splošne funkcionalnosti pogosto reagirajo z izrazito hiperprotektivnostjo, ki mladostnika spet porine na mesto odvisnega otroka. Depresivni odziv na dejstvo lastne bolezni lahko pri mladostniku s psihozo povečuje tveganje samomora. Poslabšanje možnosti izobraževanja ni odvisno le od poteka bolezni in pogostosti ter intenzivnosti relapsov bolezni, ampak tudi od zrelosti in prosvetljenosti okolja, v katerem poteka mladostnikovo usposabljanje za samostojno življenje. (1)

5.1 Dejavniki tveganja

Dejavniki tveganja, ki povečujejo možnost razvoja različnih oblik psihopatologije, so lahko zelo različni in sami po sebi še niso razlog za razvoj duševnih motenj, ob določenih dodatnih neugodnih vplivih pa ga utegnejo pospešiti. (21) Tomori M. opozarja, da so posebno rizične naslednje skupine otrok:

1. **Kronično in pogosto bolni otroci** ter otroci s telesnimi boleznimi ali posebnostmi, ki jim v primerjavi z njihovimi vrstniki otežujejo običajen in zdrav razvoj. Ti otroci zaradi svoje telesne zdravstvene problematike odraščajo v drugačnih razmerah kot njihovi vrstniki. Prikrajšani so za mnoge nujne razvojne spodbude ter polne možnosti razvijanja različnih spretnosti in sposobnosti. Motena je njihova socializacija, pogosto je prekinjen proces njihovega šolanja. Tudi družinske razmere in odnosi doma, so prilagojeni njihovemu

zdravstvenemu stanju ali pa so zaradi njega spremenjeni. Ob vsem tem se oblikuje njihova samopodoba, v kateri največkrat izstopa nezadovoljstvo s samim seboj, majhno samospoštovanje in občutek prikrajšanosti.

2. **Otroci z motnjami v delovanju osrednjega živčevja.** Ti otroci ponavadi težje obvladujejo svoje afekte, nagnjeni so v motnje razpoloženja, so impulzivni, izrazito zahtevni, slabše organizirani v navadah in vedenju, nepredvidljivi, hitro vstopajo v konflikte. Vse te lastnosti manjšajo njihovo prilagodljivost in odpornost za zunanje pritiske, tudi kadar njihove inteligenčne sposobnosti ustrezajo stopnji njihovega razvoja.
3. **Otroci, ki odraščajo v neustreznih družinskih razmerah.** Ne glede na to, ali je disfunkcionalnost družine očitna in opazna že navzven (alkoholizem, duševna bolezen staršev, ekonomska prikrajšanost), ali pa je zaprta v skrito intimnost motenih družinskih odnosov (fizična, spolna zloraba, psihološko trpinčenje otrok), je osebnostni razvoj otroka lahko hudo ogrožen. Vrsta šibkih točk, neizpolnjenih razvojnih nalog in neustreznih obrambnih manevrov povečuje možnosti razvoja različnih oblik psihopatologije že v razvojnem obdobju in je lahko osnova zanje, tudi če se pojavijo kasneje v življenju.
4. **Otroci, ki živijo v stalnem stresu.** Stres, ki izčrpa otrokove telesne in duševne prilagoditvene moči, ima lahko zelo različne izvore. Kronična preobremenjenost v šoli ali doma, nepredvidljivo in nekonsistentno dogajanje v družini, pa tudi v širšem okolju, ki zadržuje otroka v stalni negotovosti in tesnobi, slabi odnosi med družinskimi člani, ki pogosto potekajo prav prek otroka, breme bolezni in gmotne prikrajšanosti, ki ogroža že možnosti preživetja, bivanje v tujem sociokulturnem okolju – vse to so pritiski, ki zmanjšujejo otrokove prilagoditvene sile, tako potrebne že za premagovanje običajnih razvojnih nalog. (21)

Švab V. je opisala nekatere pglavitne teorije o vzrokih psihoze, ki so pripeljale do novejših odkritij.

Psihoza se pojavlja v družinah. To kaže, da na nastanek psihoz vplivajo tudi zunanji dejavniki. Genetsko je psihoza podobna drugim kroničnim boleznim, na primer sladkorni boleznim, ki se verjetno dedujejo prek številnih genov. V zadnjih letih poskušajo določiti, kateri **geni** so vključeni v občutljivost za psihozo in te raziskave hitro napredujejo.

Neravnovesje prenašalnih snovi v možganih – t. i. **nevrotansmitorjev** (zaradi podedovane nagnjenosti k temu neravnovesju). Nevrotansmitorji so kemične snovi, ki omogočajo prevajanje živčnih (električnih) dražljajev s celice na celico. Električni impulz, ki potuje po živčnem vlaknu, na koncu tega vlakna sproži sproščanje nevrotansmitorjev v sinaptično špranjo, ki loči eno celico od druge. Nevrotansmitorji se vežejo na receptorje (sprejemnike) na celični membrani naslednje celice, spremenijo njen električni naboj in tako sprožijo nov električni impulz. Pri psihozi se v sinaptično špranjo sprošča preveč dopamina in serotonina, verjetno pa je spremenjena tudi koncentracija drugih nevrotansmitorjev, kot so acetilholin ali neuropeptidi, njihov seznam pa se še povečuje. Dopamin je odgovoren za razpoloženje in občutenje. Preveč Dopamina lahko povzroči blodnje in halucinacije. Znaki bolezni se zmanjšajo, če zmanjšamo bombardiranje nevrotansmitorjev na živčne celice. To naredimo z zdravili tako, da blokiramo njihove receptorje.

Virusne infekcije lahko poškodujejo možgane. Teorije, da je shizofrenija posledica virusne infekcije, ki nastopi že v nosečnosti ali zgodnjem razvojnem obdobju, izhajajo iz ugotovitve, da se več ljudi s shizofrenijo rodi v zimskih mesecih, ko je možnost za virusno infekcijo

večja. Virusi lahko delujejo tako, da vplivajo na izraz genetskega zapisa, ali tako, da se v gen vgradijo.

Slabo delovanje imunskega sistema. Obstaja nekaj raziskav, ki kažejo na slabšo imunsko odpornost ljudi s shizofrenijo, vendar jim še ni uspelo ugotoviti, ali je slabša odpornost vzrok ali morda posledica bolezni.

Hormonske teorije. Spodbudila so jih dejstva, da opazamo pri ženskah s shizofrenijo motnje menstrualnega ciklusa, da se psihotične motnje lahko pojavijo pri hormonskih boleznih in da lahko visoki odmerki inzulina začasno popravijo klinično sliko (inzulinska komatozna terapija, ki se je uporabljala pred odkritjem antipsihotičnih zdravil.

Stres. Vloga stresa pri nastanku shizofrenije še vedno najboljše opisuje občutljivost (vulnerabilnost). Čim manjša je občutljivost za shizofrenijo pri posamezniku (genetska predispozicija), tem večji stres je potreben, da pride do psihotičnega zloma. Ob dovolj velikem stresu (zapor, taborišče, vojna) lahko pride do simptomov psihoze pri vsakomur.

Možganski pretok. Pri ljudeh s shizofrenijo je spremenjen krvni pretok v prefrontalnem delu možganov, ki je najbolj odgovoren za socialno delovanje. (14)

5.1.1 Dejavniki tveganja v adolescenci

Redston-Iselin A. (22), ki povzema vire od Havighurst pravi, da v adolescenci pride do velikih dogodkov, s katerimi se mladostnik mora spoprijeti. Naloge, ki bi morale biti dosežene v obdobju adolescence, so:

- doseganje novih in zrelejših odnosov z vrstniki obeh spolov;
- doseganje moških ali ženskih družbenih vlog;
- sprejemanje fizičnega izgleda in učinkovita uporaba telesa;
- doseganje čustvene neodvisnosti od staršev in drugih odraslih;
- priprava na zakon in družinsko življenje;
- priprava na kariero;
- pridobitev vrednot in etičnega sistema kot vodila za vedenje in razvoj ideologije. (23)

Različne teorije opisujejo razvojne naloge ter kako njihove pozitivne rešitve premaknejo adolescenta do odraslosti:

- **Biološka teorija.** Poudarek je na fizični rasti, vedenju in okolju, ki vplivajo na čustva, misli in dejanja;
- **Psihoanalitična teorija.** Puberteta se imenuje tudi spolna faza, v kateri se prebudijo spolni interesi. Biološke spremembe porušijo ravnotežje med egom in identiteto. Za nove rešitve se je potrebno pogajati;
- **Psihosocialna teorija.** Mladostniki poskušajo oblikovati identiteto v družbenem okolju. Prizadevajo uskladiti varnost, intimnost in spolno zadovoljstvo v odnosih;
- **Kognitivna teorija.** Adolescenca je napredovana stopnja spoznavanja, v kateri abstraktno preseže konkretno mišljenje;
- **Kulturna teorija.** Vidi adolescenco kot čas, ko oseba verjame, da so privilegiji odraslih zasluženi vendar zadržani. Ta faza se prekine, ko mu družba da polno moč in status odraslega;

- **Večdimenzionalna teorija.** Adolescenca je prilagoditev na nadaljnji razvoj. Manj je poudarka na leta ter več na razvojno stopnjo in na čas razvoja bioloških, psiholoških in okoljskih vplivov. (22)

5.1.1.1 Dom

Pobeg od doma. Število mladostnikov, ki pobegnejo ali so prisiljeni oditi iz svojih domov ter postanejo brezdomci, narašča. Veliko mladih ljudi iz nefunkcionalnih družin je zapustilo ali bilo izgnanih iz svojih domov samo zato, da so bili soočeni z življenjem na ulici, kar pa lahko pripelje do večjih težav, kot so: revščina, zloraba psihoaktivnih snovi, fizično in spolno nasilje, nosečnost, poškodbe ali bolezni, HIV, psihološke in čustvene težave, težave z zakonom in samomor. Poleg tega se njihove zmožnosti za zdravo in produktivno odraslost zmanjšajo, zaradi visokih dejavnikov tveganja za zdravje, pomanjkanja izobraževanja in zaposlitvenih možnosti za mlade brezdomce. (22)

Pobeg od doma je lahko klic na pomoč ali namen pobegniti iz neznosnega življenjskega položaja, ki vključuje tudi zlorabo in družinsko nasilje. Kot navaja Redston-Iselin A. (22), ki povzema vire od Booth & Zhang pa je večsah rešitev za nemotivirano mladino, ki je slabo usmerjena, brez pogona in ambicij z vedenjskimi motnjami in hudo agresijo. (24) V mestnih središčih pa je neznanost število starejših otrok in mladostnikov, ki se selijo med prijatelji, sorodniki, ulicami in zapuščenimi stavbami. Običajno imajo žrtve revščine in mladostniki, ki prihajajo iz neurejenih domov malo možnosti, da pridobijo občutek varnosti, ljubezni, discipline ter da imajo upanje za srečno prihodnost. (22)

Pobegli mladostniki, so bili že od rojstva pogosto zavrjeni s strani staršev. Mladostnikovi pobegi so si pogosto v nasprotju, še posebej v zvezi z odvisnostjo in neodvisnostjo ter občutki sramu, nemoči in poraza glede želje po neodvisnosti. Lahko je rezultat panike, ki mladostnika motivira za pobeg od doma, da le-ta dokaže svoje avtonomijo oz. pobegne od nemogočih razmer. Starši se ponavadi počutijo krive in osramočene ter imajo težave pri reševanju praktičnih področij, nekateri pa so na skrivaj veseli, ker so razbremenjeni odgovornosti. Veliko mladostnikov se po pobegu od doma začne ukvarjati z nevarnimi dejavnostmi. Veliko si jih želi vrniti v svoje domove, vendar le, če so prepričani, da jih starši resnično želijo nazaj. (22)

Razveza staršev. Redston-Iselin A. (22), ki povzema vire od Thompson navaja podatek, da kar ena četrtina vseh otrok in mladostnikov v Združenih državah živi z enim staršem. Skoraj polovica vseh novorojenčkov v zadnjem desetletju bo doživela ločitev svojih staršev. Kako bo ločitev vplivala na otroka, je odvisno od njegovih let in razvojne stopnje. Mladostniki so še posebej občutljivi, saj se lahko odzovejo z depresijo, jezo, enega starša lahko obravnavajo kot žrtev, medtem ko drugega zavračajo. Čez čas lahko postane tesnoba in pesimističen glede svoje prihodnosti v intimnih odnosih. Nekateri mladostniki pa postanejo zrelejši in samostojnejši glede na to, da so pomagali svojim staršem v času krize. Najboljši razplet ločitve je, kadar so ločeni starši sposobni stare konflikte in jezo pozabiti ter se posvetiti pomembnemu in ljubečemu odnosu s svojimi otroki. (25)

5.1.1.2 Asocialno vedenje

Prestopništvo, težave z zakonom. Mladostnik z motnjami vedenja, odražajo vedenje, ki krši temelje pravice drugih ter se ne prilagodi družbenim normam in pravilom. Primeri takega vedenja vključujejo prepire, krutost, laži, pogosta odsotnost od pouka in uničevanje tuje

lastnine. Mladostniki z motnjami vedenja imajo pogosto slab odnos s svojimi starši. Asocialno vedenje dovoljuje mladostniku, da izraža svojo jezo proti staršem, ki so pogosto kaznovani za njegova dejanja. Otroci se večinoma socializirajo s pomočjo svojih staršev, zato obstaja upanje, da se naučijo njihovega sprejemljivega vedenja, ki jih ponotranji. Dober odnos med starši in mladostnikom olajšuje ta postopek. (22)

Mladostniki pa se ne učijo le od svojih staršev, temveč tudi od drugih. Šola ter vrstniki so vplivni dejavniki kot tudi socialno, ekonomsko in kulturno okolje. Samouničevalno vedenje mladostnikov z motnjami vedenja, lahko kažejo na potrebo po kaznovanju, jezo v družini, pritisk vrstnikov, depresijo, občutke osebnega poraza, iskanje priložnosti, da vzamejo tisto, zaradi česar so čustveno prikrajšani in testiranje vsemogočnosti skozi razburljivo izkušnjo. Usklajevanje s prestopniki daje poraženemu mladostniku občutek samospoštovanja in prijateljstva ter pripadnost subkulturi. (22)

5.1.1.3 Neprimerno spolno vedenje

Lahko je vzrok številnih najstniških težav. Pogosto gre za doseganje bližine z drugo osebo. Mladostniki se nagibajo k spolnosti, da zapolnijo potrebe po ljubezni, varnosti pa tudi zaradi osebne skrbi o svoji spolni usmerjenosti in pritiska vrstnikov. Vse to lahko privede do neprimernega spolnega vedenja (npr. nekateri mladostniki sodelujejo v spolnih odnosih le zato, da se kaznujejo. Njihova promiskuiteta izvabi kritiko drugih. To še posebej velja, ko gre za osebna prizadevanja, da so pri tem ujeti oz., da so jih opazili. (22)

Pomembno je razlikovati med neprimernim vedenjem in pomanjkljivo socializacijo, ki je lahko posledica neustreznega starševskega vzora, fizične nezmožnosti, spolne zlorabe in osebne temperamenta. Dodatno tveganje za spolno prenosljive bolezni (vključno s HIV-om) naredi spolno eksperimentiranje še bolj problematično, zaradi kratkoročnih in dolgoročnih vplivov. Mladostnikove potrebe po raziskovanju in spolni zadovoljitvi kot tudi občutek neopaznosti privedejo do visokega tveganja za HIV in druge prenosljive bolezni. Kljub izobraževanju so mladostniki slabo informirani o prenosljivosti teh bolezni in učinkovitih preventivnih strategijah. Nekateri so prepričanja, da »se to ne more zgoditi njim« ali pa, da jim samo en spolni partner zagotavlja varnost. Nezaščiten spolni odnos poviša stopnjo tveganja kot tudi alkohol in uporaba drog, saj v tem primeru pogosteje prihaja do nenačrtovanega spolnega odnosa brez uporabe kondoma. Pri uporabi drog pa je večja možnost za okužbo s kontaminirano iglo. (22)

Redston-Iselin A. (22) navaja podatke poročila raziskave Centrov za kontrolo in preventivo bolezni Združenih držav Amerike iz leta 1997:

- 48 % učencev je že imelo spolni odnos;
- 7 % učencev je imelo spolni odnos pred 13. letom starosti;
- 16 % učencev je imelo spolni odnos s štirimi ali več različnimi partnerji;
- 57 % med trenutno spolno aktivnimi učenci je uporabilo kondom med zadnjim spolnim odnosom;
- 17 % med trenutno spolno aktivnimi učenkami je uporabilo kontracepcijske tablete pred zadnjim spolnim odnosom;
- 28 % trenutno spolno aktivnih učencev je uporabilo droge ali alkohol med zadnjim spolnim odnosom;
- 7 % učenk je nosečih oz. so zaplodili otroka;
- 92 % učencev je bilo obveščenih o HIV-u/AIDS-u v šoli;
- 63 % učencev je govorilo o HIV-u/AIDS-u s starši ali ostalimi odraslimi družinskimi člani. (26)

Nosečnost. Nosečnost v adolescenci je komplicirana. Nekatera dekleta imajo nizko samozavest in strah pred neustreznostjo. Da olajšajo ta strah, zanosijo. Včasih je nosečnost izhod v sili pred težkimi družinskimi razmerami ali pa želijo na silo prepričati starše v zakon, ki je lahko neprimeren. Čustveno prikrajšani mladostniki upajo, da bodo svojim otrokom dali, česar sami niso nikoli imeli ali pa da bodo to prejeli od svojih otrok. Včasih se nosečnost izkaže kot način, ki staršem dovoljuje, da se odpovedo starševski odgovornosti do mladostnika. V nekaterih primerih pa je mladostnik živel v vlogi grešnega kozla v družini, s čimer opravičuje starševsko zanemarjanje in sovražnost. (22)

Kot navaja Redston-Iselin A. (22), ki povzema vire od Diclemente et al., lahko do nosečnosti v adolescenci pride tudi zaradi drugih vzrokov. Lahko se zgodi nenačrtovano pri spolnem raziskovanju. Adolescent lahko ne pozna metod kontracepcije ali pa je namenoma prekinil obstoječo. Raziskave kažejo, da najstnice ne iščejo kontracepcijskih sredstev bodisi zato ker jih ne želijo bodisi niso sposobne zavestne odločitve o svojem spolnem vedenju ali pa jih nosečnost ne moti. (27)

Nosečnost med neporočenimi adolescenti je lahko tesno povezana s spolno promiskuiteto. Včasih pa se nosečnost zgodi v tesnem, skrbnem razmerju. Odločitve, ki vsebujejo vprašanje splava, posvojitve in zakona, so težke. Mnogi so prepričanja, da je siljenje mladostnice v donositev in nato oddajo otroka v posvojitve, zanj bolj travmatično kot splav. Druga alternativa je zakonska zveza. Siljenje v zakon, zaradi izogibanja družbeni stigmati doda mladostniku mnogo težav. Vse alternative morajo biti z jasnimi posledicami predstavljene mladostnici. Mladostnica se mora sama odločiti s pomočjo svojega partnerja, družine, medicinske sestre in ostalih zdravstvenih delavcev. (22)

5.1.1.4 Razpoloženje

Depresija in samomor. Kot navaja Redston-Iselin A. (22), ki povzema vire od Mohr, se simptomi depresije v adolescenci kažejo drugače kot pri odraslih. Mladostniki težko pokažejo svoja čustva in razpoloženje. Najstniki se velikokrat ne pritožujejo glede počutja, vendar se namesto tega obnašajo nerazpoloženo in razdražljivo. Med 11. in 15. letom pri dekletih depresija strmo narašča, medtem ko pri fantih v manjši meri. Dekleta so bolj zaskrbljena kot fantje, saj imajo občutek, da zgubljajo kontrolo nad okoljem, ki jih obkroža. Fantje so bolj usmerjeni v svoja dejanja in hobije. (28) Za obe skupini pa velja, da lahko simptomi depresije v adolescenci vodijo v hudo depresijo v odraslosti. Samomor je četrti med vodilnimi vzroki smrti med otroki starimi od 10 do 14 let in tretji med mladimi, starimi med 15 in 24 let. Samomori storjeni med 15. in 24. letom starosti so se v zadnjih 30-ih letih potrojili. Med srednješolci jih je 21 % v zadnjem letu resno premišljevalo o samomoru, 16 % pa jih je naredilo podrobni načrt. Mladostniki, ki uspešno naredijo samomor, le-tega izvedejo s strelnim orožjem, obešanjem, s skokom, ogljikovim monoksidom in prevelikim odmerkom mamil. Moški med 15. in 19. letom starosti bodo petkrat verjetneje naredili samomor kot ženske iste starostne skupine, čeprav ženske nameravajo narediti samomor dva- do trikrat pogosteje kot moški vrstniki. (22)

Depresija je dokazano pomembno povezana s samomorilnim vedenjem, motnjami v vedenju, bipolarnimi motnjami ter zlorabo psihoaktivnih snovi. Ko se mladostnik umika odvisnosti od staršev, s tem povečuje svojo izolacijo in zmanjšuje njihov nadzor. Tudi težave z vrstniki pogosto dodajo občutek stiske in odtujenosti. Pritiski pod težo intimnih odnosov, telesnih sprememb, občutka lastne nemoči lahko vodijo v brezup in nemoč. Eden izmed pomembnih vzrokov za samomore med mladostniki je tudi izguba pomembnega razmerja. Raziskali so, da

je pogostost samomorov še višja med homoseksualno in biseksualno usmerjenimi mladostniki. To povezujejo z osamljenostjo in stresom, povezanim z njihovo spolno usmerjenostjo. (22)

5.1.1.5 Zloraba psihoaktivnih snovi

Uporaba in zloraba psihoaktivnih snovi je velik problem pri adolescentih. Lahko pride do resnih posledic, saj povzroči 50 % smrti v mladih letih (15–24). Alkohol in droge prav tako prispevajo k posilstvom pri adolescentih. Alkohol je najpogosteje uporabljena in zlorabljen substanca med mladostniki. Višja raven mladostnikove uporabe alkohola je povezana s tremi najpogostejšimi oblikami umiranja med adolescenti: nesreča, uboj in samomor. Pri 9 od 10 najstniških avtomobilskih nesreč vključujejo uporabo alkohola. Uporaba alkohola je bila tudi kategorizirana kot substanca bega pred uporabo marihuane in drugih ilegalnih substanc, kot so kokain in heroin. Uporaba drog pred 20. letom starosti napoveduje trajno uporabo. 70–90 % moških in 50–60 % žensk, ki so zlorabljali droge v adolescenci, s tem nadaljuje v odrasli dobi. (22)

Pomen uživanja drog pri mladostnikih je zapleten. Mladostnikova motivacija za uživanje mora biti raziskana. Lahko je znak uporništvu s spodbudo vrstnikov ali pa je način pridobivanja zadovoljstva. Lahko pa si prizadevajo za lažje spoprijemanje z občutki ranljivosti in praznine. Ponavljajoča in redna uporaba lahko vodi do anksioznosti in depresije. Nekateri uporabljajo droge za zmanjšanje tesnobe, posebno pri druženju. Mladostniki poročajo o želji po bližini, ki je zadovoljena z zlorabo drog z vrstniki. Nekateri mladostniki zapolnijo praznino osamljenosti z drogami, saj bi se drugače počutili samomorilno depresivni. (22)

5.1.1.6 Težave s težo in samopodobo

Motnje hranjenja so pogost problem pri adolescentih. Vključujejo anoreksijo, bulimijo in debelost. Zagovorniki suhosti, atletskih postav in fizične privlačnosti pravijo, da so to visoki dosežki za mlade ženske. Te lastnosti naj bi dokazovale samokontrolo in družbeni dosežek ter so nagrajene. Rezultat tega je strah pred debelostjo, zadržano prehranjevanje in motnje samopodobe. (22)

Zadnje razumevanje pravi, da motnje prehranjevanja predstavljajo skupek zapletenih problemov v povezavi z možnimi vzroki. Psihosocialni faktorji, družinska karakteristika, psihologija in biokemična interakcija, imajo svoj del v razvoju in zdravljenju teh motenj. Tudi fantje imajo težave s svojim izgledom. Na pritisk družbe se odzovejo s tem, da želijo postati mišičasti in možati. Veliko mladostnikov izpade iz skupine vrstnikov, ker so premajhni, predebili ali presuhi. Fantje ocenjujejo lastno vrednost po kvalitetah svojih teles. (22)

5.2 Psihoza in njene socialne posledice

Švab V. je osebo s psihozo označila kot človeka, ki je zaradi velike preobčutljivosti ob stresnem dogodku ali v stresnem obdobju zbolel za duševno boleznijo in se s to izkušnjo spopada vse življenje, posebej če se bolezen ponavlja. Psihoza je dedna motnja prilagajanja na spremembe v okolici. Pacient se preobčutljivo odziva na stvari, ki se drugim zdijo malenkostne. Ta občutljivost ga obremenjuje in pomeni nenehno nevarnost, da bo izgubil svojo osebnost, enovitost ali samega sebe. (29)

Po preboleli akutni duševni bolezni se lahko razvijejo številne nezmožnosti na področju socialnega delovanja, to je na področjih zadovoljevanja lastnih socialnih potreb in pričakovanih pomembnih drugih oseb. Razdelimo jih v tri sklope:

- **Notranje ali primarne nezmožnosti**, ki so posledica bolezni same. To so: motnje mišljenja, halucinacije, blodnje, hitre menjave razpoloženja, vrivanje nehotenih in motečih misli, psihomotorična upočasnenost itd;
- **Sekundarne socialne nezmožnosti** so spremenjeno vedenje, ki nastaja zaradi prilagajanja ali odziva na pričakovanja drugih, na socialne ovire in na stigmatizacijo, s katerimi se pacient sooča. Sekundarne nezmožnosti nastajajo torej zaradi pacientovega doživljanja bolezni. Velika psihotična motnja je moteče in zastrašujoče doživetje, katerega učinki trajajo še dolgo potem, ko so simptomi izginili. (29)

Po preboleli bolezenski epizodi je za uspešno vrnitev v običajno življenje nujno, da razumemo pacientove težave pri socialnem in delovnem funkcioniranju. Demoralizacija (opuščanje ali upadanje moralnih načel), upad samospoštovanja, apatija, nemotivacija in socialni umik se slabo zdravijo z zdravili, s katerimi običajno pomagamo ob psihotični bolezni. Bolezen spremlja številne socialne nezmožnosti, pa naj mladostnik s psihozo ostane v bolnišnici ali ne. Oblikujejo se osebne navade, ki preprečujejo ustrezno socialno funkcioniranje. Vzorec teh nezmožnosti je edinstven za vsakega posameznika. (29)

5.2.1 Sekundarne nezmožnosti

Motnje odnosa do samega sebe, kot so: sprememba pogleda nase, pomanjkanje samospoštovanja, samozaupanja, motivacije in vloga pacienta, ki jo prevzamejo številni, predvsem kronični pacienti. Vloga pacienta posameznika razbremeni odgovornosti za svoje stanje in za običajne življenjske naloge ter tako zmanjšuje možnosti rehabilitacije. Zdravniki, družine in institucije jo nevede podpirajo. Vloga pacienta je nepremakljiva in se ne spreminja, čeprav se je pacientovo stanje izboljšalo ali poslabšalo. Eden izmed vzrokov zanjo je nesposobnost institucije ali družinskega okolja, da bi prevzeli odgovornost za tveganje in spremenili terapevtski režim ali družinske zahteve ob izboljšanju (ali poslabšanju) stanja. Izogibanje tveganju pa ni lastno samo osebi v bolnišnici, materam, očetom in partnerjem duševno bolnih, temveč tudi pacientom, ki so po dolgotrajnih hospitalizacijah pridobili različne sekundarne koristi, kot so sočutje in podpora osebja in svojcev ter stalno, varno razreševanje običajnih življenjskih problemov, kot na primer ravnanje z denarjem, iskanje stanovanja, razreševanje partnerskih in drugih medosebnih odnosov, itd. (29)

Na meji med znaki bolezni in sekundarnimi odpovedmi so sledeči znaki: nezmožnost prepoznavanja socialnih in čustvenih sporočil, velika občutljivost na družinsko vzdušje, zanemarjanje samega sebe in svoje okolice ter slabo obvladovanje stresov. Sekundarne motnje je pogosto težko razlikovati od tistih, ki so del bolezenskega procesa. (29)

Potreba po socialnem umiku je posebej pri mladostnikih s psihozo velika. Če ni socialne motivacije se krepijo pasivnost, inercija in pomanjkanje iniciative. Če je socialnih spodbud preveč, pa lahko pride do izbruha psihotičnih simptomov. (29)

5.2.2 Tercialne socialne odpovedi

To so odgovor družbe na duševno bolezen. Sem spadajo stigmatizacija, siromašenje socialne mreže, revščina, nezaposlenost in pomanjkanje prostora v družbi. Takojšnji družbeni odgovori na duševno motnjo so namreč čustva strahu, jeze, odpora in potrebe po kontroli ter

stigmatizaciji duševno bolnih, ki se kažejo v navidez racionalnih odgovorih administracije, strokovnjakov, medijev in politike. (29)

5.3 Stigma (kako zmanjšati stigmo)

Trpljenje pri psihozi izhaja iz treh virov: iz simptomov bolezni, prizadetosti po bolezni, ki ovirajo pacienta pri vsakdanjem življenju in stigmatizacija. (14)

Kot navaja Švab V. (30), ki povzema vire od Goffman, je stigma označitev določenih ljudi za drugačne in manj vredne spoštovanja, kot so drugi. Je sramotno znamenje, ki označuje nezadovoljstvo s stigmatiziranimi in njihovo nevrednost. Posledica stigme je izgon ali izogibanje. Stigmatizacija je oblika družbenega nadzora in izključevanja manjšin iz različnih področij konkurence in deluje kot neviden nadzor nad skupino duševnih pacientov. (31).

Stigma je širok koncept, ki združuje komponente označevanja, stereotipiziranja, kognitivnega ločevanja, čustvene reakcije in diskriminacijo. Ima torej kognitivno, čustveno in socialno komponento, ki se končno izrazijo tako, da ljudje izgubijo status (posameznikov položaj v družbi). (30)

Je ovira, ki jo pacientu na njegovi poti do večje samostojnosti postavlja njegova okolica ali širša družba. Če se mladostnik s psihozo spet priuči svojega ali drugega dela, pa ne dobi zaposlitve, ker se je zdravil v psihiatrični bolnišnici, če njega in njegove svojce po preboleli bolezni nočejo poznati niti najbližji prijatelji, če je v domačem okolju izpostavljen posmehu in žalitvam, bo njegova samozavest nedvomno hudo prizadeta. Osamljenost, ki izvira iz ožigosaanja, ima hude posledice – mladostnik se vse bolj zateka v svoj svet, v katerem ni spodbud, zato se še bolj umakne. (14)

Stigmatizacijo lahko po navedbi Švab V. dokazano zmanjšamo samo z izobraževanjem. Izobraževalni programi o duševnih motnjah bi morali doseči šole, cerkve, novinarje, policijo in odvetnike. V Sloveniji vodi antistigmatizacijsko gibanje Slovensko združenje za duševno zdravje Šent. Skupina strokovnjakov, pacientov in svojcev se bojuje za denarna sredstva za publikacije, oglase in izobraževalne seminarje, ki naj bi zmanjševali stigmatizacijo. V središču teh dogajanj je cikel okroglih miz v ljubljanskem kongresnem centru, kjer se srečujejo strokovnjaki, pacienti, svojci in drugi, da bi spregovorili o poglavitnih vprašanjih, povezanih s psihozo in drugimi hudimi duševnimi motnjami. (14)

Z metodo pregleda literature in navedenih virov lahko potrdimo, da biopsihosocialni dejavniki vplivajo na razvoj psihoze pri mladostniku, saj Redston-Iselin A. (2005) na podlagi raziskav ugotavlja, da poleg telesnih abnormnosti, ki so lahko vzrok za nastanek psihoze, na mladostnike v razvoju vpliva še mnogo drugih dejavnikov, kot so družina, okolje, družba, uživanje psihoaktivnih snovi, obremenjevanje s telesnim videzom, stigmatizacija, nihanje v razpoloženju ter raziskovanje v spolnosti.

6 POMEN DRUŽINE PRI OBRAVNAVI MLADOSTNIKA S PSIHOZO

Pišl A. definira družino kot osnovno celico družbe. Je sistem, v katerem vsak posameznik pridobi prve socialne izkušnje, doživetja in občutja (varnost, ljubezen, ljubosumje, jeza, strah, zavist). Značilnost družine je, da se stalno spreminja glede na obdobja razvoja družinskih članov in njihove potrebe. Obenem pa družina potrebuje določene stalnice, ki omogočajo članom družine predvidljivost in vzdrževanje ravnotežja. Ob spreminjanju družinskega člana zaradi duševne motnje se to ravnotežje hitro poruši, njegove misli in vedenje ni več predvidljivo. Ob tem, po njenem mnenju, prihaja do stisk tako pri obolelem članu kot tudi pri njegovih bližnjih. Da bi oboleli član družine ponovno dobil svoje mesto v družini, potrebuje podporo družinskih članov in njihovo razumevanje ter vzpodbudo. V procesu zdravljenja duševne motnje pri obolelem potrebuje družina poleg empatije tudi strokovno pomoč, da se lahko okrepi in posledično tudi reorganizira. (32)

6.1 Razlogi za delo z družino

Večinoma se skrb za mladostnika s psihozo, brž ko je akutna faza bolezni mimo, prenese v njegovo družino. Starši, skrbniki ali zakonci prevzamejo nase veliko breme rehabilitacije, največkrat brez ustrezne podpore in sodelovanja za to usposobljenih strokovnih delavcev. (29) Ker so ljudje večinoma slabo informirani o duševnih boleznih, jih sprememba vedenja pri svojcih, ki zbolijo, preseneti, saj znaki duševne bolezni preraščajo okvire običajnih prilagoditvenih težav ali posebnega vedenja, kot se dogaja na primer v puberteti. Osuplost se kaže tako, da težavo najprej zanikajo, potem pa se skušajo z njo spopasti s prevzgojo, dopovedovanjem, jezo ali pretirano zaščitniškim vedenjem. Diagnoza prinese nekaj razlag in odgovorov, vendar je do sprijaznjenja in sprejetja, da je potrebno prilagoditi življenje novim okoliščinam, navadno še dolga pot. (30) Kot navaja Švab V. (30), ki povzema vire po Stier & Hinshaw (2007), danes vemo, da strokovnjaki svojcem na tej poti pogosto prepozno in premalo pomagajo. (33)

Družina ali drugo okolje v katerem človek s psihozo živi bistveno vpliva na potek njegove bolezni. Ponovitve so dokazano veliko pogostejše v tistih družinah, kjer mladostnika s psihozo odklanjajo ali pa so, obratno, zanj preveč zavzeti, in redkejšje v tistih, kjer je čustvena napetost manjša. Nadvse pomembno je zmanjševati ta, t. i. nivo izraženih čustev ali negativni čustveni slog. Oba načina odziva sta lahko razumljiva, če se skušamo vživeti v občutke krivde in nemoči, ko pride do bolezni. Zato sta temeljni načeli dela z družino mladostnika s psihozo pomoč in podpora. (30) Pomagamo lahko z razumevanjem, spoštovanjem in z jasnimi informacijami. Svojci imajo pravico vedeti o bolezni vse, kar vemo mi sami. Z jasno predstavo o tem, kaj se dogaja, kakšne so možnosti za ozdravitev ali vsaj izboljšanje stanja, na kakšne načine bomo pomagali mi in kako k zdravljenju in rehabilitaciji pripomorejo oni, lahko začnemo spreminjati odnose v družini. (29)

Občutki krivde, ki jih imajo družine, so povezani tudi z zmotnimi prepričanji (miti), da so družinski odnosi ali psihološke značilnosti staršev vzrok za nastanek duševne bolezni. (30) Po navajanju Švab V. se starši sprašujejo, kje so naredili napako v vzgoji. So bili preveč strogi, so bili preveč blagi, je njihova lastna motenost prispevala k nastanku bolezni, je bil vzrok takrat, ko so udarili ali takrat, ko so spregledali neubogljivost? Večina jih pove, da niso zmogli vzgajati tega nenavadnega otroka, ki je bil neredko posebej nadarjen, in večina ni imela priložnosti, da bi jim kdo odgovarjal na zastavljena vprašanja ali vsaj razumel njihovo

stisko. Zato je včasih že samo nekaj razgovorov o bolezni in možnosti za razbremenitev zanje pravo olajšanje. (29)

Svojci ali skrbniki so ob zelo odvisnem svojcu lahko preobremenjeni, spreminjati morajo družinski vsakdan, pogosteje telesno in psihično zbolevalo ter so tudi ekonomsko v neprenehni stiski. V sistemu skupnostne skrbi je zato nujno tudi svojcem zagotoviti ustrezno podporo, izobraževanje in svetovanje o urejanju vsakdanjih težav in kriznih stanj. (30) Kot navaja Švab V. (30), ki povzema vire po Awad & Voruganti, raziskave poročajo tudi o tem, da se najbližjih svojcev duševnih pacientov drugi ljudje izogibajo in da se njihove socialne mreže pomembno skrčijo. Dokazali so tudi, da so svojci duševnih pacientov pogosteje tesnobni ali depresivni. (34)

6.2 Vključevanje družine v celostno obravnavo mladostnikov s psihozo

Pri obravnavi mladostnika s psihozo je po mnenju Hrastar F. nujno vključevanje svojcev v tak ali drugačen odnos. Izhaja iz dejstva, da je primarno patogeno okolje tisto v okviru družine. Po njegovem doživljanju ni moten samo mladostnik, ki je v obravnavi, pač pa je v nekem smislu bolna cela družina. To se lahko kaže v generalizirano porušeni emocionalnih odnosih ali pa eden od članov družine sam po sebi bistveno odstopa v smislu psihiatričnega vedenja. Zanj velja edina zakonitost in to je popolna odkritost terapevta do mladostnika, kar pomeni, da le-ta v povezavi s starši ne bi smel načrtovati nikakršnih terapevtskih akcij brez mladostnika. Terapevtsko delo s svojci deli na več plasti:

1. Zbiranje anamnestičnih podatkov v smislu začetnih diagnostičnih razgovorov.
V otroški psihiatriji, do obdobja pubertete, posredujejo podatke predvsem starši ali rejniki. Pri obravnavi mladostnika pa se srečujemo z obema enakovrednima posredovalcema informacij. Ob tem pogosto pride do različnih podatkov. Starši in mladostnik drugače doživljajo posamezne simptome, situacije in reagiranje. Če starši v svoji čustveni stiski potencirajo otrokove motnje, jih mladostnik sam pogosto zmanjšuje.
2. Pomirjujoče delovanje v smislu orientacijske razlage narave mladostnikovih težav.
Starši poleg skrbi, pogosto izražajo tudi močna občutja krivde in zbežanosti, pa tudi nemoči, neredko odkritega sovraštva. Vsi ti pojavi so lahko huje moteči že ob uvodnih diagnostičnih razgovorih, posebej pa še v kasnejšem terapevtskem delu. Zato je nujno, da je terapevt v teh primerih aktivnejši pri razlagi stanja mladostnika. Pogosto že omemba splošne naravnosti k uporabi proti avtoriteti v veliki meri razbremeni napetost.
3. Svetovanje.
Avtor že predhodno obliko šteje med terapevtsko delo, zato se to logično nadaljuje tudi v obliki svetovanja. Osnovni cilj v tej obliki intervencije je, da se vpletene v konflikt razbremeni hudih akutnih pritiskov, znižati anksioznost, zmanjšati občutek ogroženosti in nemoči.
4. Skupinska terapija staršev.
Svetovanje samo ne privede do spremembe v doživljanju in reagiranju staršev. Zato je učinek te tehnike, po mnenju Hrastar F., omejen. Šele kontinuirano vplivanje spremeni model vzgoje.
5. Družinska psihoterapija
Z njo, kot pravi Hrastar F., dosežemo zmanjševanje ali izginotje simptomov, spremenjeno interpretacijo motnje s strani ostalih družinskih članov, sprejemanje mladostnika takšnega, kot je (posebnosti v vedenju in doživljanju), večje sodelovanje med družinskimi člani in končno ojačanje emocionalnih vezi znotraj družine.
Družinska terapija lahko poteka samostojno ali pa v kombinaciji drugih terapevtskih oblik, na primer skupinske ali individualne psihoterapije mladostnika.

Osnovni cilj vseh oblik dela s svojci motenega mladostnika je vedno najti možnost ponovnega komuniciranja znotraj družine. S tem ne dosežemo samo umiritve akutnih težav. Zaradi večje ozaveščenosti, zvišanja stopnje tolerance in sprotnega razreševanja konfliktov, lažje prihaja do usklajevanja hotenj posameznih družinskih članov. To pa v končni posledici zmanjšuje možnost pojava novih motenj. (35)

Po navedbah Zihlerl S. družinska terapija obravnava družinske skupine oziroma družinske sisteme (sestave). Osredotoča se torej na vso družino in ne na posameznika v tej družini. Smoter družinske terapije je poleg odpravljanja simptomov, ki jih kaže eden izmed članov družine, vzpostavljanje takih odnosov v družini, ki bodo za vse člane družine ustrežnejši, s čimer bodo v taki družini živeli bolj zadovoljno življenje. Poudarja razumevanje posameznikovih vedenjskih vzorcev, kot se razvijajo v družini in neizogibno delujejo povratno na ves splošni družinski sistem. (36).

Družinska terapija je pri terapiji psihoze dokazano uspešna. Dopolnjuje izobraževanje o bolezni in samopomoč med svojci mladostnikov s psihozo z bolj diferenciranim terapevtskim pristopom. Izvaja se v skupinah ali s posamezno družino in stremi k izboljševanju medsebojne komunikacije in razreševanju medosebnih konfliktov v družini, kadar tega z običajnim učenjem in podporo ne moremo doseči. Družinski terapevti pri nas se s terapijo družin, ki jih je prizadela psihoza, večinoma še ne ukvarjajo. (29)

Odkar živijo ljudje s psihozo večinoma doma, so njihovi najpogostejši skrbniki ženske: matere in žene. Te so hkrati načrtovalke skrbi, psihoterapevtke, medicinske sestre, gospodinje, kuharice in hišnice, odgovorne so za finance, pa še najboljše prijateljice so. Skrbnice vedo, da je treba ravnati s pacienti spoštljivo, prijazno in zavzeto. Druga pravila, ki jih upoštevajo, so:

- Sporazumevanje naj bo jasno in neposredno, ker ima pacient težave z obdelovanjem informacij;
- Ne pripravljajo se s pacienti o resničnosti njegovih blodenj, temveč jasno povedo, da se ne strinjajo;
- Treba je upoštevati pacientovo potrebo po umiku in samoti, vendar omejeno. Družina dovoli, da se pacient umakne, vendar izrazi pričakovanje, da se bo vrnil, npr. k obedu;
- Če se je pacient povsem umaknil in vse dneve preživel v sobi, naj razumejo, da ni tak zato, ker svojce odklanja, temveč zato, ker potrebuje samoto, da lahko uredi svoje misli in doživetja;
- Če je potrebo, poiščejo pomoč strokovnjaka;
- Za pacienta je dobro, če so mu družinski člani čimbolj na voljo, vendar v okviru njihovih zmožnosti;
- Pacienta ni dobro obremeniti s številnimi obiski. Učenje komunikacije in socialnih spretnosti po preboleli psihozi je dolgotrajen in za pacienta težaven proces. Skupinska srečanja so večinoma preobremenjujoča, čeprav se v bolnišnici zelo prakticirajo;
- Pomagajo naj mu najti prijetne dejavnosti v prostem času. Ponudba služb na tem področju je velika;
- Poskušajo naj urediti spokojnost v družinske odnose in zdržati morebitna poslabšanja;
- Poseben trud je treba nameniti strukturiranju dnevnih dejavnosti: kdaj, s kom, kaj in koliko časa bo opravljal določeno delo;
- Družina naj jasno opredeli, kje so meje sprejemljivega: s človekom, ki se ne umiva vsaj enkrat na teden, ki je nasilen in žaljiv ter grozi s samomorom, ni mogoče živeti doma;

- Upravljanje z denarjem je včasih velik problem. Če pacient ne more ustrezno razporediti svojega mesečnega dohodka, naj začasno prepusti upravljanje z denarjem drugi osebi, ki je dolžna pacienta naučiti pravilnejšega ravnanja z denarjem. (14)

Pacient naj živi čimbolj samostojno. Ta cilj dosega z zaporedjem pravih korakov, ki vodijo do čim večje neodvisnosti. (14)

Tudi mladostnik s psihozo mora prispevati k nekaterim gospodinjskim obveznostim. Njegove odgovornosti naj se postopno povečujejo. Če nikakor ne želi sodelovati, je včasih uspešna rešitev začasna nastanitev v stanovanjski skupnosti, kjer mu podobna pravila predlagajo člani osebja. Ti ga lažje prepričajo in učijo. (14)

6.3 Podpora za družine

Za sprjaznjenje z dejstvom, da ima sorodnik psihozo, je potreben čas. Ljudje, ki niso izkusili duševne bolezni od blizu, so v zadregi in prestrašeni, ravno tako kot oseba s psihozo, ko se jim zgodi bolezen. Težko jim je govoriti o bolezni, zaradi lastnih čustev in ker jih je strah odziva ljudi. Lahko so tudi žrtve lastnih predsodkov o duševni bolezni. Ko so prisiljeni raziskati svoja čustva, morajo kritično pogledati svoje vrednote. Zgodovinsko je bila duševna bolezen razlog za sram. Zdaj, ko vemo, da medicinska znanost psihozo opisuje kot kemično, včasih genetsko motnjo delovanja možganov ne bi smelo biti razloga za sram. Psihoza je bolezen na enak način kot multipla skleroza ali rak. Vendar pa stara razumevanja umirajo počasi in družina lahko le stežka prizna sebi in drugim, da je svojca prizadela duševna bolezen. Dokler pa tega člani družine ne zmorejo, je breme vse večje. (29)

V Organizaciji za duševno zdravje Šent se enkrat mesečno srečuje vodena skupina svojcev uporabnikov na usposabljanju. Sodelujejo tudi vsi člani osebja, ki so vpleteni v rehabilitacijski proces posameznikov. V psihiatrični kliniki Ljubljana so na nekaterih oddelkih skupine svojcev, praktično vsi psihiatri pa delajo s svojci tudi individualno in jim nudijo potrebne informacije in podporo. (29)

Z metodo pregleda literature in navedenih virov lahko potrdimo, da ima družina pomembno vlogo pri obravnavi mladostnika s psihozo. Mladostnik potrebuje svoje primarno okolje, podporo družinskih članov, njihovo razumevanje in spodbudo. Pomembno je, da se s strokovno pomočjo ponovno doseže komuniciranje znotraj družine, saj to zmanjšuje možnost pojava novih motenj.

7 OBRAVNAVA MLADOSTNIKOV S PSIHOZO V SLOVENIJI

7.1 Psihosocialna rehabilitacija

Duševne motnje ne prizadanejo le posameznikov, temveč tudi njihove družine in družbo v celoti. Rehabilitacija pomeni povezovanje med prizadetimi in tistimi, ki so jim v oporo in pomoč (svojem, skrbnikom). (37)

Psihosocialna rehabilitacija (v nadaljevanju PSR) je multidisciplinarno področje, ki se ukvarja z ljudmi s hudimi in ponavljajočimi se duševnimi motnjami in je usmerjeno k okrevanju, izboljšanju kakovosti življenja ter povečevanju kompetentnosti teh oseb. Poslanstvo PSR je povečati posameznikovo samostojnost v skladu z njegovimi potrebami in do največje možne mere tako, da ga okrepi in da vpliva na večjo prilagodljivost in strpnost okolja (37). Pomembno je ne le razumeti osebnost, vedenje in okolje, temveč tudi njihove interakcije in razmerja med posameznikom in zdravljenjem. (38)

Mlajši odrasli s psihozo so posamezniki s posebnimi potrebami, ki za uspešno zadovoljitev letih potrebujejo stalno izobraževanje in usposabljanje, ki sta namenjena prav njim, prav tako potrebujejo tudi dolgotrajno podporo, navadno do konca življenja. Avtorji različnih strokovnih del iz področja PSR navajajo, da se ti ljudje, kljub svoji prizadetosti ob ustreznem zdravljenju, podpori, lastnem interesu in motivaciji po okrevanju naučijo čustveno, socialno, telesno in intelektualno delovati tako, da lahko živijo običajno življenje v skupnosti.

Novak R. izpostavlja posameznikovo motivacijo in pripravljenost za okrevanje ter sodelovanje s svoji kot najpomembnejšo vlogo pri obvladovanju motenj na podlagi medsebojnega dopolnjevanja bolnišničnega zdravljenja in PSR v skupnosti. Odločitev posameznika za vključitev v program dnevnega centra ali stanovanjsko skupino in s tem za program PSR je vedno prostovoljna. (39) Z njo se strinja tudi Švab V., ki pravi, da je predpogoj za uspeh zdravljenja pacientovo aktivno sodelovanje. Brez njega bo v najboljšem primeru pasivno sprejemal naše dejavnosti in se ne bo mogel spopasti s svojo boleznijo. (29)

V primeru, da se posameznik po odpustu iz bolnišnice odloči za pomoč, t. i. psihosocialno rehabilitacijo, se torej strokovnjaki skupaj s posameznikom posvetijo procesu okrevanja, ki zajema socialno, ekonomsko in kulturno delovanje ter vsa tista področja, ki so pomembna za socialno vključenost. Kot pravi Purkart B. v intervjuju z Mager I., PSR med drugim teži k temu, da se uporabnik čim bolj kakovostno vključi nazaj v socialno okolje, saj je ideal PSR neodvisnost, samostojnost, vključenost. Uporabnik mora slediti individualnemu načrtu, ki so ga skupaj z njim pripravili strokovni delavci različnih profilov. (40)

Švab V. predstavi tudi stanje v slovenskih psihiatričnih bolnišnicah (PB Begunje, PB Idrija, PB Ormož, PB Poh. Dv.), ki so še vedno v starih in neustreznih prostorih ter oddaljene od regionalnih središč. Označi jih za velike ustanove, v katerih pacienti ne najdejo zasebnosti in primerne varovanega okolja, nagnjeni so v prevelikih sobah, osebja, ki zanje skrbi pa je premalo. Kočljivo je pomanjkanje sester, medtem ko je pomanjkanje socialnih delavcev in delovnih terapevtov že tradicionalno. Po njenih besedah kronični psihotični pacienti pri nas še nimajo nobene možnosti za rehabilitacijo, premeščamo jih v domove starejših občanov, v zavode ali pa jih prepuščamo skrbi njihovih družin, ki jih strokovnjaki le slabo podpirajo. Pri tem opozarja na preveliko zavzetost bližnjih ali njihov kritizem, ki lahko pospešita ponovitev bolezni. Ravno tako neugodna čustvena atmosfera poslabša potek bolezni tudi v

delovnem ali terapevtskem okolju. Preveč zavzeti rehabilitacijski programi lahko poslabšajo psihotično simptomatiko. Naloga terapevtov je, da poskušajo pacienta zavarovati pred napetostmi in obremenitvami, ki jih povzročata njegovo okolje, in okrepiti njegove obrambe pred stresom. Odnos med stresom in boleznijo ni enosmeren. Pacienti lahko s svojim vedenjem izzovejo stresno situacijo. Rehabilitacijski proces je navadno uspešen takrat, ko se zahteve in socialna pričakovanja povečujejo počasi, z zaporedjem majhnih, previdnih korakov. (29)

Tako lahko iz številnih definicij PSR povzamemo, da se v procesu PSR oblikuje nova osebnost, drugačna, vendar zadovoljna, vključena v drugačno, a dinamsko bogato družbeno okolje. (29)

7.1.1 Učenje, izobraževanje in usposabljanje kot del psihosocialne rehabilitacije

Dečman A. (17), ki navaja vire od Švab V. pravi, da je psihosocialna rehabilitacija terapevtski pristop, ki skrbi za psihiatrično bolne, ki spodbuja pacienta, da v največji možni meri razvije svoje zmožnosti preko učenja in podpore okolice. Dobro in dolgotrajno obvladovanje psihotičnih motenj je uspešno, če pozorno in občutljivo kombiniramo zdravljenja z zdravlili in psiho- ter socioterapevtske intervencije. (18)

Dečman A. (17), ki nadalje citira Švab V., predstavi načela PSR, ki kažejo prisotnost elementov učenja, izobraževanja in usposabljanja posameznika v sklopu PSR, in sicer:

- PSR se zavzema za individualizirano zdravljenje, kar zahteva, da morajo biti programi PSR prilagojeni edinstvenim osebnim potrebam posameznika, ki so povezane z njegovimi specifičnimi življenjskimi okoliščinami. PSR deluje v smeri zmanjšanja prizadetosti, ki spremljajo duševno bolezen;
- Doseganje uspešnega vključevanja posameznika v okolje PSR dosega z učenjem spretnosti, z uporabo vedenjske metode učenja, s psihoedukacijo;
- PSR se osredotoča na pacientove obstoječe sposobnosti oziroma se usmerja k delu z zdravim delom osebnosti;
- Vgrajevanje upanja v proces okrevanja je temelj za uspešno PSR;
- Poudarek PSR je na zaposlitvenih možnostih. Delovna rehabilitacija in zaposlovanje se ocenjujeta kot najpomembnejši del PSR. Delo omogoča zaslužek, ta pa samostojnost. Delo omogoča tudi strukturiranje časa in prostora, kar je sestavni del zdravljenja, z delom lahko posameznik s psihozo širi svoj socialni prostor, delo človeka sili, da je dejaven in zavzet;
- Vključevanje pacientov v proces PSR zahteva, da so pacienti aktivno vključeni v skrb zase. Pacientove lastne vrednosti, izkušnje, čustva, želje in cilji morajo oblikovati smernice zdravljenja v vseh fazah rehabilitacijskega procesa. Zato morajo biti pacienti dobro obveščeni o naravi svoje bolezni, simptomih, poteku in možnih posledicah. Posebej bistveno je poznavanje opozorilnih simptomov. (18)

Tudi nameni PSR se osredotočajo na učenje in usposabljanje:

- Posameznik naj do največje možne mere razvije svoje sposobnosti. Razvijanje sposobnosti pa je možno le z učenjem, izobraževanjem in usposabljanjem. Za vse enaki in vnaprej določeni programi psihosocialne rehabilitacije so zato neprimerni in neuspešni;
- PSR pomeni izkoriščanje sposobnosti pacienta in ohranjanje kreativnih delov njegove osebnosti. Tudi pri zelo regrediranih pacientih se lahko dela z zdravimi deli njegove osebnosti;

- Osrednji namen rehabilitacije je vrnitev upanja posameznikom, ki so zaradi duševne bolezni izgubili samospoštovanje in ustvarjalne ter delovne sposobnosti. Za vlivanje upanja so nujni procesi učenja, informiranja in svetovanja, ki jih pacienti potrebujejo pri razreševanju življenja in smrti;
- PSR je kontinuirana dejavnost, ki se lahko dogaja tako kot učenje in usposabljanje na različnih mestih in v različnih socialnih okoljih. Ali se bo posameznik lahko prilagodil svojemu okolju ali pa se bo okolje prilagodilo njemu sta vprašanji, ki se razrešujeta posamezno s prakso organizacije skrbi (case management), ki poleg skrbi za posameznika pomeni tudi ustvarjanje, spreminjanje in prilagajanje pacientovega okolja, tako, da bo lahko uresničeval svoje potrebe;
- Optimistični pogled na zaposlitvene zmožnosti pacientov. Čeprav se pacienti ne zaposlijo pogosto na prostem trgu delovne sile, je delo tisto, ki daje človeku občutek lastne vrednosti in zaslužek ter oblikuje dnevne aktivnosti. Preko dela ljudje vzpostavijo socialne stike, omogoča jim dejavnost, zavzetost ter daje občutek uspešnosti in sposobnosti. Vsako delo v okviru PSR naj bo stalno in prilagodljivo. Občutljivost psihiatričnih pacientov namreč ni časovno omejena, ampak doživljenjska. (29)

Kot navaja Dečman A. (17), ki povzema vire od Švab V. (2000), je oznaka »vrnitev v stanje pred boleznijo«, ki je slovenski prevod pojma, očitno neustrezna. Vrnitev v prejšnje stanje bi namreč pacientu prinesla vse obremenitve, ki so sprožile začetek bolezni. Splošna napaka pri oznaki PSR je nesposobnost razlikovanja med končnim ciljem rehabilitacije, ki je ponavadi neodvisno bivanje v skupnosti ali zaposlitev na trgu delovne sile in med procesom rehabilitacije, ki pomeni izboljševanje nivoja socialnega funkcioniranja. Dokazano pa je, da je PSR usmerjena v izboljšanje funkcioniranja pacienta in se osredotoča na eni strani na posameznikove zmožnosti in sposobnosti, na drugi pa na njegovo okolje in ovire, ki jih je potrebno premostiti. Za doseg omenjenih ciljev pri tem uporablja raznovrstne metode. Uspešne metode PSR so:

1. vedenjsko-kognitivna terapija,
2. učenje socialnih spretnosti,
3. podporne intervencije (kot je informiranje pacienta glede urejanja bivanja, financ, zdravstvenega zavarovanja itd.),
4. zdravljenje z zdravili,
5. delo z družinami,
6. izobraževanje oziroma psihoedukacija,
7. načrtovanje skrbi. (18)

Dolgotrajno psihiatrično bolni v bolnišnici ne bodo nikoli zaživel povsem neodvisno, kar pa ne pomeni, da jih ni mogoče rehabilitirati. Socialno funkcioniranje in samostojnost se lahko izboljšujeta tudi v duševni bolnišnici in to je cilj, za katerega se je vredno truditi. Druga posledica nerazlikovanja med procesom in ciljem je, da se številni pacienti vrnejo v skupnost brez rehabilitacije, kar je dokazana zgodovinska napaka dezinstucionalizacijskega gibanja, ki je zajel svet v sredini stoletja. Naslednji problem rehabilitacije so njeni končni cilji. Če so ti prenizki ali previsoki, lahko pride do sekundarnih nezmožnosti ali nepotrebnih ponovitev bolezni, ki jih sproži stres. Tudi bremena, ki jih lahko naložimo družini in »skupnosti« so omejena. Teže zdravljenja in rehabilitacije skratka ne moremo enostavno premestiti iz bolnišnice v skupnost, temveč raje poskušamo opremiti paciente tako, da lahko najbolje uporabijo svoje preostale zmožnosti. Rehabilitacija duševno bolnih poteka v bolnišnici in zunaj nje. (18)

7.2 Psihoterapija in psihoterapevtske metode zdravljenja

Slovar slovenskega knjižnega jezika razlaga psihoterapijo takole: psihoterapija je zdravljenje duševnih motenj in bolezni s psihološkimi sredstvi. (41) Ta opredelitev je dokaj enostavna in splošna. S. Zihlerl navaja dve, ki se najpogosteje uporabljata. Prva je definicija po H. Strotzke. Ta se glasi: psihoterapija je načrtovano vplivanje posameznika ali majhnih skupin oseb na tistega, ki je te vrste zdravljenja potreben, pri čemer je orodje, ki se pri zdravljenju uporablja, osebnost tistega, ki zdravi (terapevta), posrednik pa največkrat (čeprav ne samo) beseda. Zdravljenje temelji na izdelani psihološki teoriji. V praksi se uveljavlja s tehnikami, ki jih je mogoče definirati, opisati in tudi posredovati tistim, ki bi se s to metodo želeli seznaniti. Njen namen pa je zdraviti v prvi vrsti motnje, ki so zrastle iz čustvenih in nagonskih navskrižij, v katera zaide človek kot osebnost, ko se poravnava z zahtevami življenja v družbi. Druga definicija je po Wolberg (1972): psihoterapija je zdravljenje čustvenih težav s pomočjo psiholoških sredstev, v katerem usposobljeni človek vzpostavi poklicen odnos s pacientom, da bi odstranil ali modificiral obstoječe simptome, spremenil moteče oblike vedenja in spodbujal pozitivno osebnostno rast in razvoj. (36)

Psihoterapevtske metode zdravljenja lahko razvrščamo po njihovih teoretskih izhodiščih, pa tudi glede na oblike, v katerih potekajo (individualno, v paru ali skupinsko). Nenazadnje lahko delimo psihoterapevtske metode glede na cilje, ki jih želimo z določeno metodo doseči. (36)

V procesu zdravljenja smo poleg zdravil dolžni uporabljati tudi psihoterapevtske metode, ki so se izkazale za učinkovite. V slovenskih psihiatričnih bolnišnicah uporabljajo različne psihoterapevtske pristope. Nosilci teh terapij so nekateri zdravniki, psihologi in medicinske sestre z višjo ali visoko izobrazbo, delovni terapevti in nekateri sodelavci, ki imajo pedagoško izobrazbo. Paciente vključujejo v različne skupine, ki so pogovorne, izrazne ali le podporne. V njih potekajo treningi komunikacije in učenje socialnih spretnosti. Številne skupine skušajo pomagati pacientom s tehnikami, ki omogočajo sproščanje. Vse te dejavnosti imajo brez dvoma svojo terapevtsko podporo vrednost, vendar so njihovi cilji pravzaprav nespecifični – niso usmerjeni na konkretne potrebe pacientov, ki v teh skupinah sodelujejo. Njihov največji prispevek je verjetno v vzdrževanju terapevtskega odnosa, oddelčne klime, ki stremi k podpori, varnosti in spoštovanju. Specifični psihoterapevtski metodi, ki sta uspešni pri obvladovanju psihoze, sta kognitivno vedenjska in družinska terapija (36).

7.2.1 Individualna psihoterapija

Mlajši odrasli pacient rabi vzpodbudo v ogrožajoči bolezni z negotovim izidom, seznaniti ga je potrebno z delovanjem zdravil in njihovimi stranskimi učinki, vzpodbuditi ga je potrebno k navezovanju stikov s sopacienti, mu svetovati, kako naj izkoristi psihoterapevtsko-izobraževalne dejavnosti ter ga opozarjati, da ima še vedno določene obveznosti in odgovornosti. (42) Mlajši odrasli pacienti s psihozo potrebujejo tudi svetovanje zaradi negotovosti, ki jim jih s seboj prinaša bolezen. Svetovanje potrebujejo, ko spreminjajo svoj življenjski stil, ko se razvijajo in osebnostno rastejo. Dečman A. (17), ki povzema vire od Jelenc Z. pravi, da je individualno svetovanje, kot ga definirata Hahn in Mac Lean, pedagoško-psihološka metoda, proces tesnega medsebojnega sodelovanja dveh oseb, od katerih je ena (svetovalec, terapevt) strokovnjak, ki s svojim strokovnim znanjem in izkušnjami pomaga drugi (svetovalec, pacient) reševati njegove aktualne probleme s pomočjo informacij in nasvetov. (43)

Individualno svetovanje se osredotoča tudi na svetovanje za življenje. Mlajši odrasli se namreč soočajo tudi z vsakdanjimi težavami tako kot njihovi zdravi sovrstniki. Vsakdanje težave so predvsem v povezavi z obdobjem odrasle dobe in hitrim družbeno ekonomskim razvojem. Tako svetovanje vključuje tudi svetovanje za vstop v svet dela, kako dokončati šolanje, se ponovno vključiti vanj ali se izobraziti za drug poklic, svetovanje za zadovoljujoče medosebne odnose med partnerjema in družinskimi člani, svetovanje za aktivno preživljanje prostega časa ter za preprečevanje in lajšanje družbene izločenosti. Splošni cilj svetovanja je tako pacientu omogočiti, da si izboljšuje življenje, da bo le-to čimbolj zadovoljujoče.

Svetovalna pomoč mlajšim odraslim s psihozo, ko ti spreminjajo svoje mišljenje, vedenje, svoj življenjski stil, ko osebnostno rastejo, ko dosegajo spreminjanje svoje osebnosti, vključuje dajanje pravih informacij in nasvetov ter svetovanje. To pomeni, da gre za različno strukturirane zvrsti svetovalnega dela. Pri tem je potrebno ločevati med pojmom informiranje in dajanje nasvetov. To pojasnjuje Dečman A. (17), ki navaja vire od Jelenc Krašovec S. in Jelenc Z. (2003), ki pravita, da nasveti poleg dajanja ali posredovanja informacij, vključujejo tudi razlago ali ustrezna pojasnila, s katerimi se osebi pomaga rešiti problem. (44)

Individualna psihoterapevtska obravnava mlajšega odraslega s psihozo mora biti zaradi posebnosti razvojnega obdobja še posebej skrbno načrtovana. Psihoterapija mora biti osredotočena predvsem na posameznikovo sedanje delovanje, na njegovo preverjanje realnosti in sedanje odnose. Usmerjena mora biti v reševanje konkretnih problemov in v učenje načinov za njihovo premagovanje, odkrivati pa mora tudi stresne faktorje. Podpirati mora tisti del osebnosti, ki stremi k neodvisnosti, odgovornosti in samostojnosti. Spodbujati je treba uspele začetne poskuse ter mu tako krepiti zaupanje vase. Cilj take terapije je osamosvojiti mladega človeka. (17)

7.2.2 Skupinska psihoterapija

Druga oblika psihoterapije, ki je danes že zelo dobro uveljavljena, je skupinska psihoterapija. Skupina ljudi se razlikuje od mase v tem, da gre v skupini za strukturirano socialno zgradbo, za odnose med manjšim številom ljudi, ki so med sabo v neki interakciji. Ob definiranju pojma skupinske psihoterapije kot klinične terapevtske metode, Mrevlje G. navaja definiciji dveh znanih skupinskih psihoterapevtov:

- Po Slavsonu je skupinska psihoterapija klinična metoda, ki je primerna za obravnavo duševnih motenj ljudi (ljudi s čustvenimi problemi, duševno bolnimi in slabše socialno prilagojenimi). Značilnost skupinske psihoterapije je v tem, da sodeluje v obravnavi več ljudi;
- Walton pravi, da je skupinska psihoterapija oblika zdravljenja, v kateri se srečujejo pacienti z educiranim vodenjem za daljše obdobje, s ciljem, da se odstranijo simptomi bolezenske motenosti, da se dosežejo spremembe v vedenju in spremembe osebnosti.

Psihoterapija je zato usmerjena bolj na osebnost pacienta, ki je v terapiji. Socioterapija pa bolj na situacijo, na socialno sredino, v kateri posameznik živi, je v njej vezan in se v njej tudi zdravi. (45)

Mrevlje G. trdi, da so pacienti v adolescentskem obdobju zadržani iz dveh vrst bojazni: če k mladostniku v terapiji pristopimo kot k otroku, obstaja verjetnost njegovega regresa, če pa ga v terapiji obremenimo kot odraslega, se lahko zgodi, da tega ne bo vzdržal, ker njegov ego pač še ni povsem izgrajen. (45)

Nesporna ugotovitev psihoterapevtov je, da ortodoksna analitična psihoterapija ni primerna za obravnavo mladostnika in to predvsem iz razloga, da mladostnik še ne zmore zadovoljivo povezati izkušenj in občutij iz otroštva s sedanjimi ali jih celo uporabiti za naprej. Večina psihoterapevtov, ki delajo z mladimi zato meni, da je treba prvenstveno »podpirati ego«, ki še ni povsem izgrajen in da naj se podzavestnih konfliktov ne poudarja in ne razkriva. Psihoterapija naj zatorej obravnava le njegove sedanje odnose in se naj v glavnem usmerja na doživljanje in vedenje mladostnika. (45)

Prva naloga v psihoterapiji mladostnika je najpogosteje pomoč oz. razrešitev njegovega odklanjanja realnosti. Potrebno je upoštevati princip realnosti, saj bo tako mladostnik sposoben vzpostaviti realno sliko o sebi, z manj anksioznosti bo ocenjeval svoje vedenje, se pričel zavedati odgovornosti za svoje vedenje in ga potem tudi uspešneje pričel spreminjati. (46)

Skupinska psihoterapija ima za namen zasledovanje različnih ciljev. Tako so njeni osnovni cilji, ki so hkrati dejavniki učenja in zdravlilni dejavniki na posameznika, naslednji:

- spoznanje, da imajo podobne duševne stiske tudi drugi in upanje, da je težave mogoče odpraviti;
- omogoča preverjanje realnosti;
- medsebojno učenje in videnje sebe v očeh drugega;
- spodbujanje in učenje socialnih veščin, spodbujanje medosebnih odnosov in učenje ustreznega komuniciranja z drugimi (medsebojno spoznavanje, besedno izražanje, poslušanje drugega, otresti se strahu pred javnim nastopanjem, ustrezno odzivanje na reakcije drugih), učenje sprejemanja pomoči in nudenja le-te tudi drugim;
- spodbujanje in krepitev zdravih delov osebnosti psihotičnega pacienta ter socializacija in resocializacija;
- čustvena izkušnja in predelava duševnih zapletov in stisk iz primarne družine;
- razvoj sposobnosti čustvovanja in empatije;
- čustveno angažirano učenje v situaciji tukaj in sedaj. (46)

Cilj skupinske psihoterapije torej ni samo lažjanje simptomov, kot je to namen medikamentoznega zdravljenja oziroma terapije, ampak tudi učenje novih ustrežnejših načinov mišljenja in čustvovanja ter učenje sprejemanja pacientovega stanja kot bolezen in s tem živeti. (46)

Poleg individualne in skupinske psihoterapije poznamo v zdravljenju pacientov s psihozo tudi različne vrste skupinske psihoterapije, ki se izvajajo v psihiatrični bolnišnici.

7.2.3 Kognitivno vedenjska psihoterapija

Kognitivno vedenjska psihoterapija se je razvila zaradi spoznanja, da je psihoanaliza popolnoma zanemarila kognicijo (duševni procesi, s katerimi si človek nabira znanje o predmetih, dogodkih, sebi in ljudeh. To so: zaznavanje, prepoznavanje, mišljenje, predstavljanje, spominjanje, presoja) v psihiatriji, ker je poudarjala le človekove zunajzavestne duševne dejavnike in instinktivno vedenje. (36)

Kognitivna terapija temelji na treh osnovnih predpostavkah: čustva in vedenje so posledica mišljenja, čustvene motnje so posledica negativnega in nestvarnega mišljenja ter da s spreminjanjem tega negativnega in nestvarnega mišljenja lahko zmanjšamo čustvene motnje. (36)

Potek kognitivne terapije lahko delimo v 4 faze:

- Pacienta je treba naučiti prepoznavanja in zavedanja svojih misli in čustev ter situacij, ki te misli sprožijo;
- Prikazati mu je treba, kako te misli pripeljejo do čustvenih in vedenjskih težav;
- Ugotoviti je treba, ali pacient sploh želi zmanjšati ali odpraviti te svoje čustvene težave (saj ima lahko zaradi teh težav tako imenovane sekundarne koristi, ki se jih ne zaveda, na primer se zaradi njegove depresivnosti vsi ukvarjajo z njim, ga tolažijo in mu pomagajo);
- Sledi učenje pacienta, kako naj modificira svoje negativne misli (ob tem hkrati sam preverja, ali so take misli in prepričanja sploh pravi vzroki za čustvene težave). (36)

Zanjo so usposobljeni nekateri psihologi, psihiatri in medicinske sestre, vendar jim druge delovne obveznosti večinoma ne dopuščajo, da bi jo sistematično uporabljali pri pacientih s psihozo. Izjema je begunjska bolnišnica, kjer obstaja poseben oddelek za kognitivno terapijo. Pa tudi tam večinoma sprejemajo paciente z drugimi duševnimi motnjami. Kognitivna terapija omogoča pacientu boljše obvladovanje in je uporabna tudi v tistih primerih, v katerih zdravljenje z zdravili ni uspešno. Pacient s pomočjo terapevta vpliva na svoja zmotna prepričanja ter se uči opaziti in nagrajevati za korake, ki vodijo v boljše zdravje in boljšo kakovost življenja. (18)

Namen vedenjsko-kognitivnih tehnik je izboljšati pozornost, zaznavanje in priklic specifičnih informacij ter spoznavnih funkcij, ki so potrebne za reševanje socialnih problemov. (18)

Med pogosto uporabljene bolnišnične terapije sodi tudi **miljejska terapija**. Je ustvarjanje varnega in zanesljivega okolja, v katerem se pacient lažje integrira. Bolnišnično okolje lahko deluje kot socialni sistem, podobno kot osnovna družina z izobraževanjem in socializacijo pacientov. (37) Izraz milje se nanaša predvsem na socialne in kulturne vidike obravnave, ki vplivajo na zmanjševanje vedenjskih motenj pacientov s psihozo. (46)

7.2.4 Družinska psihoterapija

Družinsko psihoterapijo smo opisali že v poglavju 6.2.

7.3 Družbena (skupnostna) skrb in rehabilitacija za osebe s psihozo

Družbena skrb je sistem služb, pripravljenih za definirano populacijo, ki naj z multidisciplinarnim delom v delovni skupini omogočijo zgodnjo diagnozo, takojšnje zdravljenje, nepretrgano skrb ter socialno podporo. Namenjena je osebam z dolgotrajnimi ali ponavljajočimi se duševnimi motnjami. Temelji na dostopnosti in povezavami med službami za duševno zdravje. Te so: zunajbolnišnične dispanzerske ambulante, dnevni centri, prostori za oddih, bivanjske skupnosti, delavnice s prilagojenimi programi in bolnišnični oddelki. Temeljna naloga družbene skrbi je povezava med medicinskimi in socialnimi službami ter posebej z osnovnim zdravstvom. Poleg služb pa je potrebno zagotoviti tudi manjše število bolnišničnih postelj. (29)

Cilj družbene skrbi je boljša kvaliteta življenja uporabnikov psihiatričnih služb. Boljša kvaliteta življenja pomeni za uslužbenca, strokovnjake ali prostovoljce največkrat avto, počitnice na morju, kvalitetno izobraževanje za otroke, zadovoljujoč odnos s partnerjem itd. Za pacienta, ki je dolgo hospitaliziran v psihiatrični bolnišnici, pa je ta kvaliteta nekaj povsem drugega: zasebnost, zagotovljena vsakdanja prehrana, cigarete. (29)

Po zakonu o zdravstvenem varstvu imajo pacienti z duševnimi boleznimi pravico do rehabilitacije, podobno kot pacienti z revmatičnimi obolenji, paraplegiki, slepi in gluhi. Za te skupine pacientov je rehabilitacija urejena v zdravstvenih institucijah, na primer v Zavodu za rehabilitacijo invalidov in v naravnih zdraviliščih. Tudi pacienti s psihozo potrebujejo rehabilitacijo. Pomaga jim pri premagovanju manjših zmožnosti, ki so posledica njihove bolezni. (14)

7.3.1 Komponente skupnostne skrbi

S skupnostno skrbjo zadovoljujemo različne potrebe oseb z duševnimi motnjami. Glede na te potrebe ustanovljamo različne skupnostne službe ali sklope dejavnosti. To so komponente družbene skrbi. Različne skupnostne službe delujejo le, če so vzpostavljene potrebne povezave: na programskem nivoju s sistemom organizacije skrbi in preko povezovalnega telesa na skupnostnem nivoju (29).

7.3.1.1 Krizni posegi

Krizni posegi služijo zdravljenju akutnih psiholoških odpovedi. So cel niz kratkotrajnih posegov, od nujnega psihiatričnega zdravljenja do kratkotrajne dinamske psihoterapije. Skupina strokovnjakov, ki dela v skupnosti, najprej ugotavlja stopnjo odpovedi. Če gre za akutno psihotično odpoved z jasnimi simptomi, je potrebna hospitalizacija ali intenzivno zdravljenje doma. Drugi korak je prepoznavanje povzročiteljev (sprožiteljev krize, ki so lahko zelo različni, od telesne bolezni do domačega prepira). Končno je potrebno prepoznati intenziteto kriznega stanja, še obstoječe osebne rezerve, zmožnosti in prejšnje funkcionalne ter neuspešne obrambne mehanizme. (29)

Zaradi epizodične narave bolezni bo do kriz prihajalo tudi ob ustrezni skupnostni skrbi. Krizne službe naj bi omogočale klientu in njegovi družini, da bi krizo obvladovali do največje možne mere doma. V našem okolju v primeru krize najpogosteje posreduje splošni zdravnik ali patronažna sestra, za kar pa nista zadostno usposobljena in opremljena. (29)

Za krizne intervencije potrebujemo delovno skupino, na katero se lahko uporabniki obračajo 24 ur na dan in 7 dni na teden, če potrebujejo pomoč strokovnjakov ali prostovoljcev. Krizna delovna skupina se navadno oblikuje v psihiatrični bolnišnici. Vodi jo psihiater, ki lahko stanje diagnostično oceni in ustrezno ukrepa z zdravili. Socialni delavec, ki je član delovne skupine, omogoča potrebno pomoč v skupnosti (sorodniki, sosedje, delovno mesto). Organizator skrbi povezuje službe in strokovnjake ter usklajuje različne oblike skrbi v akutni fazi duševne motnje. (29)

V skrajnih primerih, posebej takrat, ko ne moremo zagotoviti podpore okolja, je nujen sprejem v bolnišnico. V Ljubljanski Psihiatrični bolnišnici (program družbene skrbi s psihozo na območju mesta Ljubljane) osebje ne intervenira v primeru krize v skupnosti, vendar nudi telefonsko številko za pomoč v krizi in supervizijsko pomoč psihiatra patronažnim sestram, socialnim delavcem in prostovoljcem. (29)

7.3.1.2 Nepretrgana skrb na pacientovem domu

Številne raziskave kažejo na hude posledice dolgotrajne odvisnosti od inštitucije – bolnišnice. Da ne prihaja do pogostih hospitalizacij, potrebujejo resno duševno bolni naslednje možnosti:

- materialna sredstva, kot so hrana, obleka in bivališče;
- vsakdanje življenjske spretnosti;
- motivacijo;
- odsotnost patološko odvisnih odnosov;
- podporo v svojem okolju;
- izobrazbo;
- psihiatrično zdravljenje na domu. (29)

V mestu Ljubljana jo zagotavljajo preko povezave z:

- državnimi ustanovami: psihiatrična bolnišnica, centri za socialno delo, Zavod za zaposlovanje, zdravstveni dom, Stanovanjsko gospodarstvo;
- nedržavnimi ustanovami: Organizacija za duševno zdravje Šent, Zagovorništvo, Odbor za novosti v duševnem zdravju Altra in
- neformalno socialno mrežo: skrbniki, skupine za samopomoč, svojci, soseska. (29)

Že vzpostavljene povezave:

1. Paciente obveščajo o možnostih skupnostne skrbi že v bolnišnici. Republiški kolegij za psihiatrijo program podpira, prav tako Strokovni svet Ministrstva za zdravstvo. Bolnišnica nudi supervizijsko pomoč psihiatra in telefonsko številko za pomoč pri kriznih intervencijah.
2. Sodelujejo s centrom za socialno delo, ki nudi tudi svoje prostore skupini za samopomoč in Centru za psihosocialno pomoč, kjer nudijo pomoč pri zaposlovanju, pomoč pri reševanju stanovanjskih stisk ter informacije o različnih vrstah pomoči in terapije.
3. Zavod za zaposlovanje omogoča usposabljanje v delavnicah, prilagojenih potrebam uporabnikov.
4. V zdravstvenem domu organizirajo timske sestanke s patronažnimi sestrami, socialnimi delavci, psihiatri in splošnimi zdravniki ob posameznih, z duševnimi pacienti povezanimi problemi.
5. Preko Stanovanjskega sklada ljubljanskih občin iščejo stanovanjske prostore za ustanavljanje stanovanjskih skupin uporabnikov, ki se jim nudi psihosocialna pomoč na domu.
6. Slovenska organizacija za duševno zdravje Šent je nosilec prostovoljnega dela v skupnosti, izobraževanja, svetovanja, informiranja in promocije skupnostne skrbi ter organizira zagovorništvo. Povezuje se z drugimi prostovoljnimi organizacijami, z vladnimi in nevladnimi organizacijami. Pripravlja izobraževalne programe (seminarje za uporabnike, prostovoljce, patronažne sestre, splošne zdravnike, socialne delavce in druge zavzete posameznike. Ustanavlja dnevni center za tiste uporabnike, ki niso zaposleni, so osamljeni ali potrebni druženja zunaj družine in sprostivne.
7. Ustanavljajo skupino za samopomoč svojcev in skrbnikov.
8. Javnost informirajo z zloženkami, članki in poročili o delu. (29)

Pomoč pacientu in njegovim svojcem v domačem okolju je po mnenju družin pacientov s psihozo zelo potrebna. Ljudje s psihozo, ki imajo večje potrebe, to je bolj bolni in bolj prizadeti zaradi bolezni, težko vstopajo v službe, ki so organizirane na primer v dnevnem centru ali invalidskem podjetju. Takšni pacienti potrebujejo pomoč pri najbolj osnovnih

življenjskih opravilih in organizaciji dnevnih dejavnosti: vstajanje iz postelje ob primerni uri, priprava zajtrka, osebna higiena, nakupi in organizacija prostega časa. Velikokrat potrebujejo tudi pomoč pri jemanju zdravil. V našem okolju so službe za pomoč na domu redke. Patronažne medicinske sestre bi z dodatnim izobraževanjem lahko dobro opravljale takšno delo, vendar zanj po njihovem mnenju nimajo dovolj časa. Nekatere nevladne rehabilitacijske službe organizirajo obiske na domu, ki jih opravljajo prostovoljci, ki za takšno delo niso usposobljeni, zato so takšni posegi vprašljivi, včasih morda celo nevarni. Isto velja za pomoč na domu prek javnih del, ki jih organizirajo nekateri centri za socialno delo. (14)

Bolnišnica za zdaj še ne omogoča patronažne delovne terapije, čeprav bi bila s strokovnega stališča vsaj pred odpustom iz bolnišnice bistveno bolj smiselna kot zapolnjevanje časa z umetniškim ustvarjanjem v bolnišnici. Tudi poročil o patronažnih delovnih terapevtih v zdravstvenih domovih ali nevladnih rehabilitacijskih službah še nimamo. (14)

7.3.1.3 Urjenje vsakdanjih spretnosti

Pomemben del stalne skrbi za paciente. Izkušnje kažejo, da pacient spretnosti, ki se jih nauči v bolnišnici, le redko uspe prenesti v svoje vsakdanje okolje. Učenje je torej potrebno razširiti, tako da imata uporabnik službe in terapevt jasne skupne cilje in da preverjata uspehe dela. Načela učenja izhajajo iz vedenjskih psihoterapevtskih tehnik.

Slaba motivacija, ki je najpogostejši problem dolgotrajno psihiatrično bolnih, je težko obvladljiva. Zdi se, da pomagata zavzeta vpletenost terapevta ali prostovoljnega delavca ter že omenjeno jasno poznavanje ciljev in potreb uporabnika. Bistvena je tudi čustvena podpora, ki jo nudi za uporabnika odgovoren član delovne skupine. (29)

7.3.1.4 Utrjevanje socialne mreže

Podporno socialno mrežo definiramo kot »tiste dele socialnih odnosov, ki ugodno vplivajo na telesno in psihološko zdravje posameznika«. Socialna mreža dolgotrajnih psihiatričnih pacientov je praviloma skromna. Največkrat so vezani le na svojo družino ali celo samo na osebje bolnišnice. Vzroki za to so večplastni: izguba prijateljev in znancev v obdobjih akutne faze bolezni, nezaposlenost, pomanjkanje samozaupanja za druženje z bolj uspešnimi vrstniki, izguba potrebnih spretnosti za druženje, strah pred obremenitvijo, ki jo povzročajo socialni stiki in zato umaknitev pacienta. (29)

Skupnostni podporni sistem, kar pomeni, da izkorišča naravne podporne sisteme, kot so družina in delovno mesto. Uporabljamo urjenje socialnih spretnosti in komunikacije, delo z družino, učenje vsakdanjih spretnosti - uporaba javnih prevoznih sredstev, prijateljevanje ali zaščitena okolja, kot so dnevni centri. Ti so ena izmed možnosti za vzpostavitev nove socialne mreže, ki pa lahko privede do paradoksnega strahu pred izgubo simptomov, ki tako druženje omogočajo. Tako so za številne uporabnike ustrežnejše različne oblike samopomoči v okviru prostovoljnih organizacij, ki jih vodijo uporabniki. Uporabo prostovoljnih pobud je sicer težko ovrednotiti, vendar se zdi, da je uspešna, čeprav redko dolgotrajna. Utrjevanje socialne mreže je torej celovit proces, ki mora potekati na več nivojih. Eden izmed najpomembnejših je delo z družino. (29)

7.3.1.5 Družina

Večinoma se skrb za pacienta, brž ko je akutna faza bolezni mimo, prenese v njegovo družino. Starši, skrbniki ali zakonci prevzamejo nase veliko breme rehabilitacije, največkrat brez ustrezne podpore in sodelovanja za to usposobljenih strokovnih delavcev. (29)

Svojci ali skrbniki so ob zelo odvisnem svojcu lahko preobremenjeni, spreminjati morajo družinski vsakdan, pogosteje telesno in psihično zbolevalo ter so tudi ekonomsko v nenehni stiski. V sistemu skupnostne skrbi je zato nujno tudi svojcem zagotoviti ustrezno podporo, izobraževanje in svetovanje o urejanju vsakdanjih težav in kriznih stanj. (29)

7.3.1.6 Zdravstvena in zobozdravstvena skrb

Kronično duševno bolni so pogosto tudi telesno bolni zaradi nezdravega načina življenja (kajenje, malo gibanja) in zato, ker le redko iščejo medicinsko pomoč, tudi če se telesno slabo počutijo. Poleg ključne vloge zdravnikov splošne prakse in patronažnih sester pri načrtovanju in razvoju psihiatrične skupnostne skrbi, je slabo telesno zdravstveno stanje uporabnikov eden izmed pomembnih razlogov za povezovanje z osnovnim zdravstvom. (29)

7.3.1.7 Dnevna skrb

Dnevni center je lahko vir dolgotrajne in stalne podpore ter jasno opredeljenega okolja predvsem za tiste s kroničnimi duševnimi motnjami, za ljudi brez zaposlitve in za starostnike. Dnevna skrb je očitno ena izmed bistvenih komponent skupnostnega podpornega sistema skrbi. Ustanavljanje dnevnih bolnišnic je naloga psihiatričnih služb, ustanavljanje dnevnih centrov pa imajo na skrbi socialne službe in prostovoljne organizacije. (29)

Psihiatrične službe nudijo skrb kot:

- Alternativo bolnišničnim sprejemom za manjšo skupino pacientov, vendar pa ni uspešna za stare ali dementne, ki so zmedeni zaradi bolezni ali uporabe zdravil;
- Dnevni oddelki nudijo podporo skupnostnim službam s supervizijo, spremljanjem njihovega dela in sprejemanjem v pogosto težkem obdobju prehoda iz bolnišnice v izvenbolnišnično oskrbo. So dopolnilo politiki naglega odpuščanja iz bolnišnic. Taka oblika skrbi je ustrezna za tiste, ki bi sicer postali dolgotrajno hospitalizirani;
- Dnevni oddelki so vir dolgotrajne psihološke opore za tiste s hudimi kroničnimi motnjami. Neogrožajoče socialno podporno okolje zadovoljivo in ne pretirano stimulira uporabnike s programskimi aktivnostmi, ki so prilagojene uporabnikom. Osebe pomagajo pri razreševanju posameznikovih vsakdanjih težav. Dolgotrajni psihiatrični pacienti so slabo spretni. Kontrolirane študije so pokazale, da so bili uspešni zlasti centri, v katerih je bilo manj porabljenih strokovnih ur, manj psihoterapevtskega dela in družinskega svetovanja, zato pa več rekreacijske in zaposlitvene terapije. Končno so bili taki centri tudi cenejši kot drugi, ki so bili bolj sofisticirani in strokovno usposobljeni;
- Dnevni oddelki so mesto za kratkotrajno intenzivno terapijo za tiste z osebnostnimi motnjami ali resno nevrotično boleznijo, ki potrebujejo kratkotrajno osredotočeno rehabilitacijo;
- So informacijski vir in mesto za usposabljanje osebja, ki omogoča skupnostno skrb ter mesto srečevanja ljudi, ki delajo v različnih skupnostnih službah. (29)

Delavci v socialnih ali prostovoljnih dnevnih centrih dosegajo drugačne cilje.

- Glavna naloga dnevnega centra je prekiniti krog ponovnih sprejemov, ki jih doživlja množica pacientov v stiku s psihiatrično službo;
- Omogočiti družinam oddih od stalne skrbi;
- Omogočiti socialno podporo in priložnost za razširitev socialne mreže ter priložnost za osebno rast in integracijo;
- Pomoč naglo odpuščenim pacientom, ki ne potrebujejo več zelo intenzivne nege;
- Spodbujati uporabnike, da znova razvijejo svoje naravne podpirne sisteme (prijateljstva, družina, delo, prostočasne dejavnosti, socialne skupine). Nekateri centri ne upoštevajo dejstva, da so njihovi uporabniki duševno bolni, ampak izhajajo iz njihovih oznak in opisov življenjskih problemov;
- Prepoznati občutke osebja, ki bi se mu delo s kronično bolnimi lahko zdelo obremenilno in demoralizirajoče;
- Normalizacija tj. omogočiti uporabnikom pozitivno, socialno vrednoteno vlogo. Perspektiva normalizacije načeloma ne zanika uporabe specifičnih terapevtskih posegov, temveč se osredotoča na kvaliteto življenja uporabnika;
- Končno so bistvene potrebe, ki jih želijo dolgotrajni uporabniki psihiatričnih služb zadovoljevati v okviru dnevnega centra, naslednje:
imeti prostor, kamor se lahko umaknejo iz domačega okolja, poceni ali brezplačen obrok hrane, druženje z ljudmi, ki imajo podobne življenjske izkušnje in težave, podpora in svetovanje osebja, posebej v primeru krize, oblika zaposlitve ali razvedrila, psihiatrično zdravljenje. (29)

Dnevne centru Šenta pravijo Hiša za sprostitev in ustvarjalnost, s čimer poudarjajo, da je njen poglavitni cilj ustvarjati neogrožajoče ozračje, ki je ugodno za postopno izboljšanje socialnega funkcioniranja. Z izobraževanjem in supervizijo skušajo zagotavljati upoštevanje delovnih načel v terapevtskem okolju. Načrtujejo razširitev dejavnosti. (29)

V dnevnem centru dobijo pacienti priložnost za druženje in prijateljstva, ki jih potrebujejo tako kot drugi ljudje. Socialna mreža osebe, ki zbolijo za psihozo, se vedno drastično skrči: delno zaradi stigmatizacije, delno pa zato, ker človek z izkušnjo hude duševne motnje težko živi z drugimi na podoben način kot pred začetkom bolezni. V običajnih socialnih situacijah se težje znajde, primanjkuje mu samozavesti in večkrat težje sledi pogovoru. Doživel je nekaj, kar drugi ne razumejo, in pogosto ne čuti potrebe, da bi se pogovarjal o vsakdanjih, banalnih stvareh. Del teh težav je mogoče razrešiti s treningom komunikacije, ki naj bi bil vključen v ponudbo rehabilitacijskih služb. S tovrstnim treningom naj bi se pacient znova naučil, kako se odzvati v določenih okoliščinah, opomnil naj bi ga na običajne socialne odzive, na izraz, ki ga ima na obrazu in podobno. Večina pacientov s psihozo se lažje pogovarja in družijo s tistimi, ki imajo podobno življenjsko izkušnjo. V skupinah pacientov je več strpnosti do drugačnega vedenja, velike pa so tudi možnosti za izmenjavo izkušenj in učenje iz njih. (14)

V svetu so ugotovili, da so uspešnejši tisti dnevni centri, ki ponujajo pacientom tudi zaposlitev – programe, pri katerih pacient lahko ustvari nekaj posebnega in za to dobi tudi denarno nagrado. Večinoma se v dnevnih centrih zbirajo pacienti, ki nimajo možnosti za zaposlitev zaradi bolezenskih ali zunanjih razlogov. Raziskave kažejo, da lahko dobro organiziran dnevni center s programi zaposlovanja občutno zmanjša število sprejemov v bolnišnico. Strokovnjaki, ki vodijo svetovalne razgovore v dnevnih centrih, bi morali poznati znake bolezni in načela zdravljenja. Med normative, ki bi jih morali določiti kot obvezne za takšno delo, bi morala soditi osnovna psihoterapevtska izobrazba vedenjsko kognitivne smeri. (14)

V okviru nekaterih dnevnih centrov delujejo skupine za samopomoč pacientov in njihovih svojcev. Svojci pridobijo v teh skupinah nekaj podpore in razumevanja, konkretne pomoči ob vsakdanjih problemih pa je največkrat malo. (14)

7.3.1.8 Urejanje bivanja

Uspešnost skupnostnih služb je povezana z bivanjem uporabnikov v ustreznem stanovanjskem okolju. Različni uporabniki potrebujejo zaradi različnih sposobnosti različne stopnje in oblike podpore v svojem bivanjskem okolju.

- Nekateri lahko živijo sami ali z družino, prijatelji in svojci. S psihiatrično službo so povezani preko prostovoljnih sodelavcev, če jo potrebujejo. Skrb je omejena na administrativno zavarovanje bivališča, urejanje plačevanja itd;
- Drugi potrebujejo doma reden nadzor in pomoč pri vzdrževanju čistoče, hranjenju ter učenju vsakdanjih spretnosti. Stanovanjske skupnosti, v katerih živi nekaj uporabnikov skupaj, lahko »nadzira« stanodajalec s pomočjo osebja, ki uporabnike obiskuje;
- Večjo pomoč potrebujejo slabše prilagojeni ali onemogočeni zaradi svojega psihičnega ali fizičnega stanja. Stanovanje naj obiskuje ali v njem prebiva kvalificirano sestrsko osebje, ki pripravlja obroke, nadzoruje porabo denarja itd;
- Končno je za tiste uporabnike, ki se ne morejo gibati, ker so npr. dezorientirani ali inkontinentni, primerna oblika bivanja enota za nego, v kateri je zaposleno usposobljeno zdravstveno osebje.

Stanovanjske skupnosti naj nastajajo tam, kjer je omogočen enostaven dostop do trgovin, kina, dnevnega centra, zdravstvenega doma in drugih, za udobno življenje potrebnih ustanov. (29)

Rešitve za stanovanjske probleme išče Organizacija za duševno zdravje Šent v:

- Najemniških stanovanjih. Uporabniki iščejo najemniško stanovanje preko dnevnega časopisja. Življenje si urejajo s podporo drugih članov, ki so strokovni ali laični sodelavci;
- Sobivanju. Preko neformalne socialne mreže poiščejo osebo, ki bi želela bivati z uporabnikom in organizirajo ustrezno podporo;
- Skupnih akcijah z nekaterimi ustanovami za pridobitev družbenih neprofitnih stanovanj.

V stanovanjskih skupnostih pridobivajo uporabniki pod vodstvom odgovornih delavcev vsakdanje spretnosti, kot so kuhanje, skrb zase, nakupovanje, plačevanje položnic itd., kadar so te spretnosti po dolgotrajni bolezni in jemanju zdravil osiromašene. (29)

Načelno se stanovanjske skupine razlikujejo glede na to, kakšno stopnjo podpore potrebujejo pacienti, ki v njih bivajo. Delimo jih v tiste, kjer je stopnja podpore velika (24-urna podpora strokovnih delavcev), in tiste, kjer podpora ni stalna. Te danes obstajajo tudi pri nas: člani strokovnega osebja različno pogosto obiskujejo stanovalce, da jim pomagajo pri reševanju običajnih življenjskih težav, jih učijo gospodinjske in druge življenjske spretnosti ter dajejo podporo pri urejanju denarnih zadev. Sredstva za življenje v teh skupnostih prihajajo iz več virov – iz lastnih dohodkov stanovalcev, če so ti zaposleni ali upokojeni, iz državnih virov (Ministrstvo za socialne zadeve) in iz lokalnih skupnosti. Financiranje stanovanjskih skupnosti še ni zakonsko urejeno, zato je danes od dobre volje občinskih oblasti odvisno, ali bodo podprle takšno namestitev ali ne. Kadar se odločate za napotitev v stanovanjsko skupnost, je dobro preveriti, kakšni so prostori, v katere odhaja pacient, koliko denarja mu bo ostalo za žepnino in kakšna je strokovna usposobljenost osebja, ki dela s pacienti. Bolje se

obnesejo stanovanjske skupine, v katerih pacientom poleg bivanja zagotavljajo tudi podporo pri zaposlovanju in pri dejavnostih v prostem času. Dobro je, če je v skupini osebja tudi zdravstveni delavec, ki podpre paciente pri jemanju zdravil, jim pomaga pri prepoznavanju opozorilnih znakov in pravočasno ukrepa pri poslabšanih boleznih. (29)

7.3.1.9 Podpora vrstnikov

Skupine uporabnikov se združujejo prostovoljno, zaradi svojih potreb po podpori, delitvi moči, zaradi prijateljstva in občutka povezanosti. Samoorganizacija uporabnikov prinaša povečevanje občutka lastne vrednosti, ki lahko pomembno pripomore k boljši vključitvi v skupnost. V skupini se postopoma tvori zaščitno okolje za vzpostavljanje odnosov med člani. Izmenjujejo informacije in si nudijo posebno čustveno podporo. Člani si medsebojno izmenjujejo tudi izkušnje spopadanja s težavami ali ponudijo ideje, kako ponovno ovrednotiti svoj družbeni položaj. (29)

7.3.1.10 Zaposlovanje

V Ustavi RS, UL št. 33/91, 49. člen piše: »Zagotovljena je svoboda dela. Vsakdo prosto izbira zaposlitev. Vsakomur je pod enakimi pogoji dopustno vsako delovno mesto. Prisilno delo je prepovedano.« (47)

Zaposlitev je delo, ki ga nekdo opravlja z namenom in ciljem in ima kot tako družben pomen ali pa je delo, ki ga opravlja za zaslužek, torej ekonomska kategorija, daje občutek zmožnosti, določa posameznikov družbeni položaj in socialne stike. Končno je lahko tudi eno izmed meril za zdravje. Delo je torej lahko način zdravljenja, vendar pa uporaba dela kot terapije globoko nasprotuje vgrajenim prepričanjem osebja in pacientov o vlogi pacienta. Zato se vedno znova srečuje z omalovaževanjem in napačno uporabo (29). Švab V. v svojem delu iz leta 2002 podaja podatek, da zaposlitev kot del psihosocialne rehabilitacije dokazano omogoča izboljšanje kakovosti življenja in prognozo duševnih motenj. Več kot 20 odstotkov invalidskih upokojitev prve kategorije izvedemo zaradi duševnih motenj, več kot 80 odstotkov pacientov je nezaposlenih. (48)

Pomembna terapevtska funkcija zaposlovanja je aktivacija kronično bolnih. Z aktiviranjem ob delu se izboljšujejo tudi druge življenjske funkcije, kot so socializacija ter potreba po izobraževanju in obvladovanju bolezni. Velikokrat lahko šele v delovnem procesu prepoznamo, kakšna je dejanska invalidnost posameznika, kje so njeni vzroki in kako se jo lahko obvladuje. Tako kot druga področja psihosocialne rehabilitacije, je tudi delovno usposabljanje nujno individualno prilagojeno. Najbolj nezmožni potrebujejo stalno vodenje in pomoč, tisti pa, ki dobro funkcionirajo, naj delajo v pogojih, ki so čim bližje dejanskim delovnim pogojem na običajnih delovnih mestih. (29)

Veliko psihiatričnih pacientov se ukvarja z zaposlitveno terapijo, le manjše število pa jih lahko obdrži redno zaposlitev. Najtežje zaposljivi so kronični in dolgo institucionalizirani pacienti. Značilno zanje je, da se pri delu naglo utrudijo. Odvisni so od vodenja. Kaže tudi, da so slabo sposobni organizirati svoje delo in da med opravkom naredijo veliko nepotrebnih gibov in postopkov. Ob ustreznem vodenju se te težave zmanjšujejo. (29)

Pomemben povzročitelj nezmožnosti pri delu je tudi strah pred napakami, ki spada v sklop znane in že opisane občutljivosti ljudi, nagnjenih k shizofrenski psihotični dekompenzaciji.

Za tiste, ki ostajajo nezaposleni, je smiselno organizirati zaposlitvene rehabilitacijske programe zunaj bolnišnice, v dnevnih centrih. (29)

Šent je ustanovil invalidsko podjetje in delavnico za usposabljanje.

Delo v delavnici spodbuja:

- delovne veščine (šivanje, vsakodnevna opravila);
- izboljšuje motorične spretnosti;
- omogoča delo in druženje v skupini;
- izboljša družbeni položaj posameznika;
- omogoča, vsaj nekaterim, prehod v redno zaposlitev;
- je redno plačano.

Okolje, v katerem uporabniki delajo, je po eni strani dovolj varno in neogrožajoče, po drugi pa dovolj zahtevno, da se ponovno vzpostavijo delovne navade, natančnost in točnost ter predvsem vztrajnost. Ravnovesje med zahtevnostjo in varnostjo skušamo prilagajati posameznikovim potrebam in zmožnostim. V Šentu spodbujajo razvijanje ročnih spretnosti, posebej zaradi težav, ki so posledica jemanja nekaterih zdravil. Uporabnikom mentorji zagotavljajo dovolj počitka, sprostitve in tudi možnosti ustvarjalnega dela, če je to njihova želja. (29)

Končni cilj usposabljanja v delavnicah je redna zaposlitev, zato je delo v delavnicah takšno, da omogoča postopno prilagajanje vse večjim zaposlitvenim zahtevam. Veliko uporabnikov, ki so vključeni v delavnice za usposabljanje, bo potrebovalo dolgo trajno ali stalno zaposlitev ob podpori (sheltered work). Nekateri uporabniki sodelujejo pri projektih nevladnih organizacij in državnih ustanov, kjer v sodelovanju z drugimi uporabniki in posamezniki pridobivajo spretnosti pri druženju. Informiranost javnosti ter izobrazba strokovnjakov in laikov (zunaj psihiatrične institucije) o področju duševnega zdravja sta pri nas skromna. (29)

Zaposlovanje in usposabljanje za delo sta dokazano uspešna rehabilitacijska pristopa. Plačano delo posamezniku omogoči, da pomaga plačevati stroške gospodinjstva, to pa poveča njegovo samozavest v družinskem okolju, pomaga mu razporediti dnevne dejavnosti in zmanjša dolgočasje in praznino. Ob delu pacient vzpostavi odnose tudi z zdravimi ljudmi, preusmeri pozornost h konkretnemu opravilu in občuti pripadnost. Pred reformo psihiatrije je bilo veliko pacientov zaposlenih v bolnišnicah – v raznih industrijskih delavnicah in na bolnišničnih kmetijskih površinah. Pridobitne dejavnosti so ob reformi zamenjali z delovno terapijo, ki je namenjena rekreaciji in samoizražanju, ter z industrijsko terapijo, ki omogoča nekaj zaposlitvenih dejavnosti, za katere dobijo pacienti skromno nagrado. Delo, ki ga opravljajo v teh industrijskih delavnicah, je navadno omejeno na ponavljajoča se, preprosta opravila, ki jih večina pacientov sicer zmore, vendar so dolgočasna za tiste, ki imajo višjo izobrazbo ali izkušnje na delovnem mestu. V teh delavnicah je socialno življenje praviloma zelo skromno. (14)

S pojavom skrbi v skupnosti se je zaposlovanje preselilo iz psihiatričnih bolnišnic v službe, kot so dnevne bolnišnice, dnevni centri in invalidske delavnice. Največja pomanjkljivost teh služb je, da je bilo delo še vedno ponavljajoče in dolgočasno ter da so sodelavci le duševni pacienti. Socialni stiki so tudi v teh delavnicah skromni, delo pa pospešuje socialno odtegnitev, namesto socialne vključitve. (14)

Danes kaže, da najboljše možnosti ponujajo delovni programi, v katerih delavci opravljajo dela z različnimi nalogami in stopnjami odgovornosti ter se tako izognejo dolgočasju. Dobro

je, če delo pacientov služi vsem prebivalcem: delo v kavarni, trgovini za okvirjanje, pekarni ipd., saj s tem uspešno obvladujejo stigmatizacijo v tistem okolju. Delovne kooperative in socialna podjetja, ki vključujejo ljudi s psihozo, ustanovljajo v številnih evropskih državah. Največkrat zaposlujejo tudi zdrave posameznike. Ti zaposlitveni programi ponujajo več privlačnih možnosti kot tradicionalna industrijska terapija, vendar je za vzdrževanje teh programov potrebne več zavzetosti. Zadnje raziskave kažejo, da programi, ki omogočajo usposabljanje na delovnem mestu, dosegajo boljše rezultate kot tisti, kjer paciente najprej usposabljujejo, potem pa zaposlijo drugje. (14)

7.3.1.11 Svetovanje

Svetovanje je oblika pomoči uporabnikom, ki poteka na več nivojih v različnih institucijah in službah. Do danes so bile svetovalne službe vezane na psihiatrično dispanzersko službo, ki je formalno del zdravstvenega doma, vendar pa lokalizirana v posebni enoti ljubljanske splošne bolnišnice. Na psihiatrični kliniki je lahko svetovanje psihoterapevtsko ali pa vsebuje navodila o zdravljenju z zdravili in druge, za uporabnika pomembne informacije. Nevladne organizacije navadno nudijo svetovanje v okviru samopomoči in vse za uporabnike pomembne informacije o bivanju, zaposlitvi, vsakdanjih spretnostih. Zagovorništvo pri društvu Odbor za novosti v duševnem zdravju Altra pa daje pravne nasvete o pravicah uporabnikov psihiatričnih uslug. Svetovanje poteka tudi na Centrih za socialno delo in v privatnem sektorju. (29)

7.3.1.12 Potreba po azilu

10 do 20 odstotkov pacientov s psihozo potrebuje stalno podporo in varovanje. To so pacienti s hudimi simptomi, ki se ne odzovejo na zdravljenje z zdravili in pacienti, katerih vedenje je tako težavno, da ne morejo bivati v skupnosti. Ti potrebujejo azilsko varstvo, kot potrjujejo številne raziskave. Ocenjujemo, da je skrb za paciente s psihozo v naših socialnih zavodih (Impolca, Hrastovec, Trate, Dutovlje) večinoma primerna in bistveno bolj kakovostna kot pred leti. Tudi prostori, v katerih stalno bivajo ti pacienti, so primerno in lepo urejeni. Res pa je, da bivajo večinoma skupaj z ljudmi z duševno manjrazvitostjo in ljudmi, ki trpijo zaradi posledic odvisnosti, to pa verjetno bistveno zmanjšuje njihove možnosti za rehabilitacijo, saj so programi prirejeni večinski populaciji teh zavodov. (14)

Azilsko varstvo je lahko začasna rešitev. Pri pacientu s hudo obliko bolezni se lahko stanje z leti izboljša. Na to vpliva tudi stalno in urejeno okolje, v katerem so zahteve po samostojnem delovanju tako majhne, da ga ne ogrožajo. Pri nekaterih pacientih so manjše zmožnosti po bolezni tako hude, da je potrebno nepretrgano skrbeti za njihove osnovne življenjske potrebe, kot je npr. potreba po hrani. Ti pacienti najbolje in najlažje preživijo v azilu. Prav tako sodi v azil skupina najbolj samomorilno ogroženih pacientov, ki jim v bolnišnicah s terapijo ne morejo pomagati in se ob vsakem najmanjšem izboljšanju stanja vračajo v domače okolje, čeprav tam niso nič manj ogroženi kot v bolnišnici. Skrb za te paciente je neznosno breme za svojce, ki pogosto sami obolevajo zaradi psihičnih motenj in telesnih bolezni. (14)

7.3.1.13 Zagovorništvo

Kobal M. pravi, da se je v nekaterih zahodnih državah pojavilo in uveljavilo zagovorništvo kot posebna oblika civilne družbe, ki prek laičnih oseb, navadno prostovoljcev dodatno pomaga duševnim pacientom in varuje njihove pravice. V Sloveniji naj še ne bi bilo zakonskega predpisa, ki bi urejeval to obliko dodatnega varstva psihiatričnega pacienta. Prvi

poskusi sodelovanja civilne družbe s psihiatričnimi ustanovami so navadno obremenjeni s predsodki in medsebojnim nezaupanjem, vendar jih je mogoče premagati, če oboji verjamejo v dobronamernost delovanja ene in druge strani ter se med seboj spoštujejo. Zagovorništvo tudi ne sme biti ovira terapevtskim postopkom, ki jih predpisujejo in izvajajo zdravniki v skladu s spoznanji in razvojem stroke. (49)

Najbolj znane oblike zagovorništva so povezane s popraviljanjem razmer v velikih psihiatričnih bolnišnicah v prejšnjem stoletju, ko je bilo treba politiki, strokovnjakom in javnosti še veliko bolj prepričljivo kot danes povedati, da psihiatrični pacienti niso brezupni primeri, da se lahko njihova bolezen popravi in pozdravi z ustreznim zdravljenjem, v urejenem okolju in s primernim odnosom. To so še vedno osnovna sporočila, ko govorimo o pravicah ljudi z duševnimi motnjami. Pri nas se beseda zagovorništvo veže na vprašanje sprejema v bolnišnico proti pacientovi volji in na pravno ureditev tega postopka, čeprav je po moji oceni to le eno izmed pomanjkljivo urejenih področjih pri skrbi za duševno bolne. Še več, ta specifični problem lahko služi temu, da prikriva množico drugih, bolj bistvenih kršitev osnovnih človekovih pravic, ki so jim izpostavljeni ljudje s hudimi duševnimi motnjami. (14)

Delovanje na področju zagovorništva

Kadar se zavzemamo za pravice pacientov s psihozo, moramo delovati premišljeno. Samo čustveni pritiski niso dovolj. Zagovorniki naj delujejo s skupino sodelavcev, ki bodo opazovali napredovanje in izpolnjevanje obljub. V pravnih vprašanjih se posvetujte z odvetnikom. Pacienti in svojci se lahko obrnejo na informacijske pisarne, kjer lahko dobijo brezplačno pravno pomoč (Šent), pravno-informacijski center. (14)

7.3.1.14 Združenje psihiatrov

Združenje psihiatrov je slovenska nacionalna organizacija, ki oblikuje smernice za razvoj psihiatrične stroke. V zadnjih letih se je pridružila pomembnim mednarodnim združenjem in sodelovala pri organizaciji nekaterih srečanj, ki naj bi pripomogla k izboljšanju kakovosti skrbi za ljudi s hudimi duševnimi motnjami pri nas. Pravice duševno bolnih pa niso tema njenih srečanj, saj je po svoji naravi zelo strokovno usmerjena. Politične spremembe pri načrtovanju skrbi za paciente s psihozo za to združenje niso prednostne, čeprav je sodelovalo pri urejanju zakonodaje na področju sprejema pacientov v bolnišnico proti njihovi volji. (14)

7.3.1.15 Nevladne organizacije

Država je z nerednim financiranjem nevladnih organizacij in neurejeno zakonodajo na področju rehabilitacije onemogočila resnejšo politično dejavnost teh organizacij in njihovo povezovanje. V nenehnem boju za preživetje in s slabo usposobljenim, preobremenjenim osebjem je možnost za to, da bi ustanavljali povezane, dostopne, odgovorne in strokovno neoporečne službe v skupnosti pravzaprav majhna. Kljub temu nevladne organizacije objavljajo svoje pozive in poročila v medijih in poskušajo vplivati na politične odločitve pogosteje kot psihiatrija in uporabniške organizacije. (14)

7.3.1.16 Forum svojcev

Je združenje, ki je nastalo na republiški ravni pod okriljem Državnega sveta Republike Slovenije. Kot tako bi lahko omogočilo svojcem ljudi s psihozo in drugimi duševnimi motnjami skupno izražanje stališč in zahtev ter neposredno vplivala na zakonodajo. Žal ga

danes ovirajo predvsem organizacijske težave, srečanja so neredna, cilji njegovega delovanja pa so nejasni. (14)

Z metodo pregleda literature in navedenih virov lahko potrdimo, da je v Sloveniji organiziranih dovolj oblik pomoči za mladostnike in njihove svojce. Za to se lahko zahvalimo predvsem Organizaciji za duševno zdravje Šent ter Zagovorništvo in Odboru za novosti v duševnem zdravju Altra. Poleg teh organizacij je pomembna še celostna bolnišnična oskrba, ki zajema tako mladostnike kot tudi njihove svojce in neformalna socialna mreža: skrbniki, skupine za samopomoč, svojci in soseska.

8 VLOGA ZDRAVSTVENE NEGE PRI OBRAVNAVI MLADOSTNIKA S PSIHOZO

Psihijatrija je imela med vejami medicine od vsega začetka poseben položaj. Duševni pacienti s svojim spremenjenim doživljanjem in vedenjem vzbujajo v preprostem človeku prej odpor in obrambo kot pa sočutje in pomoč. Uporabljanje nevroleptikov je odpravilo bolničarja – paznika, ječarja in postavilo medicinsko sestro v povsem novo vlogo. Delo s psihiatričnimi pacienti zahteva od osebja primerno moralno-etično trdnost, delovno in socialno zavest, sposobnost čustvovanja in empatije. Delo medicinske sestre sestavlja vrsta ukrepov, ki so namenjeni zagotavljanju terapevtskega okolja in ukvarjanju s telesnimi, duševnimi in socialnimi problemi pacienta. (50)

Skozi zgodovino se je odnos ljudi do psihiatričnih pacientov nenehno spreminjal in je bil odvisen od obstoječe družbe. V sodobnem času temelji zdravstvena nega na področju psihijatrije predvsem na procesu človeške komunikacije, za katerega je značilen medoseben odnos med medicinsko sestro in pacientom. Usmerjen je v pomoč pacientu, da doseže največjo mero samostojnosti in neodvisnosti oz. prilagojenega funkcioniranja, pri čemer se upoštevajo pacientove zmožnosti in sposobnosti. Danes je to individualno načrtovana zdravstvena nega, ki pacienta spodbuja k prevzemanju odgovornosti za lastno zdravje. osredotoča se na etiko, skrbi in predstavlja pomembno alternativo »tehničnemu« odnosu do pacientov, ki prevladuje v sodobnem zdravstvu. (50)

Psihiatrična zdravstvena nega je specialno področje prakse zdravstvene nege. Ukvarja se s posameznikom z duševnimi težavami in motnjami, z družino ali širšo skupnostjo v primarnem, sekundarnem in terciarnem zdravstvenem varstvu. Usmerjen je v prizadevanje, pospeševanje in podpiranje vedenja, katerega cilj je razvoj osebnosti in prilagojeno funkcioniranje pacienta. Psihiatrično zdravstveno nego različni avtorji najpogosteje opredeljujejo kot medosebni proces s specializiranim področjem prakse zdravstvene nege, ki svoje znanje zajema iz znanosti zdravstvene nege, medicine, predvsem pa se opira na sociološko in psihološko znanje. (50)

V psihijatriji se je razvil timski model zdravljenja in zdravstvene nege. V celoviti obravnavi pacienta tako sodeluje več različnih profilov zdravstvenih delavcev in njihovo delo se prepleta in dopolnjuje. V timu tako aktivno sodelujejo poleg zdravnika psihiatra še psiholog, socialni delavec, delavni terapevt, medicinska sestra in zdravstveni tehnik. Po letu 2004 se je v slovenskih bolnišnicah začela uporabljati slovenska kategorizacija zahtevnosti zdravstvene nege, kjer se dnevno ugotavljajo pacientove potrebe po zdravstveni negi. (50)

Mladostnik v večini primerov ne vidi potrebe po zdravljenju, temveč ga vanj usmerijo drugi. To so starši, učitelji, lahko pa je umik od zanj neprijetne situacije tisti, ki ga motivira za zdravljenje. Razlog je tudi stigmatizacija zaradi zdravljenja v psihiatrični ustanovi in strah, kaj bodo rekli prijatelji in sorodniki. (50) Psihiatrična zdravstvena nega se razlikuje od drugih, saj so pacienti zaradi specifičnosti simptomatike bolj obremenjujoči za zdravstveno osebje. Zdravstvena nega mora biti celovita in kontinuirana. Hrovat in Žagar pravita, da je program zdravstvene nege treba izdelati tako, da zadovolji potrebe/probleme pacienta, kar narekuje vključevanje pacienta samega, njegovih svojcev, sodelavcev in bližnjega okolja. (2) Golobič navaja, da so pomemben del zdravljenja starši, saj se mladostnik po zaključku zdravljenja večinoma vrača v domače okolje. Starši so zaradi hospitalizacije svojega otroka v stiski, saj se poraja vprašanje njihove krivde za bolezensko dogajanje, strah, da se stanje mogoče ne bo popravilo, ter kakšna je njihova vloga pri sami bolezni. (51)

8.1 Vloga medicinske sestre pri obravnavi mladostnika s psihozo

Zdravstveno nego delamo po procesu zdravstvene nege. Vloga medicinske sestre se kaže v strokovni pomoči mladostniku, da le-ta ohranja pozitivne podobe o sebi, o družini. Medicinska sestra mora po navedbah strokovnjakov najprej dobro poznati značilnosti poteka adolescence, poskrbeti za zdravstveno analizo, zbrati podatke skupaj z mladostnikom in njegovimi svojci ter si pridobiti mladostnikovo zaupanje. Mladostnik nam mora zaupati posebno takrat, ko ima slabe izkušnje z odraslimi. (2)

Zdravstvena nega pri mladostniku je praviloma usmerjena k učenju in zdravstveni vzgoji mladostnika, kakor tudi k zadovoljevanju osnovnih življenjskih funkcij. Skozi proces zdravljenja medicinska sestra mladostnika vodi, tako da ta čim prej postane neodvisen pri opravljanju temeljnih življenjskih aktivnosti in se pri tem nasloni na teorije zdravstvene nege, predvsem na Virginio Henderson in Hildegard Peplau. (2)

Kot navajata Horvat N. in Žagar M. (2), ki povzemata vire od Kogovšek B. in Škerbinek A., moramo pri načrtovanju zdravstvene nege pri mladostniku s psihozo upoštevati težo mladostnikove duševne motnje, mladostnikovo telesno in duševno rast. (52) Dalje Horvat N. in Žagar M. (2) povzemata vire od Pibernik L., ki pravi, da je dobra komunikacija, verbalna in neverbalna, velik ključ do uspeha. Če nam uspe razumeti drugačna stališča in vrednote, lahko bolje načrtujemo zdravstveno nego in jo kvalitetnejše izvajamo. Žal se naše vrednote in pričakovanja velikokrat razlikujejo od mladostnika s psihozo, zato so kompromisi pomemben sestavni del načrta zdravstvene nege. Mladostnik se mora kljub svoji bolezni učiti družbenih in socialnih veščin in vloga medicinske sestre je v tem, da ga usmerja in vzpodbuja. Medicinska sestra mora razmišljati o problemih mladostnika in o tem, kaj je treba storiti, da bosta problem rešila. Imeti moramo načrt dela, ga preizkusiti in ovrednotiti. Pri iskanju problemov pri mladostniku moramo upoštevati biološke, psihološke in socialne dejavnike:

- kakšni so mladostnikovi znaki ali simptomi;
- ali ugotovitve ocenjujemo kot običajne;
- stopnja ogroženosti mladostnika;
- kako določeno vedenje vpliva na njegovo psihofizično počutje;
- kako vpliva okolje (oddelek) na njegovo počutje;
- vpliv somatskih bolezni na počutje mladostnika;
- njegove želje po izboljševanju počutja, interes za učenje, itd.;
- kako se spopada s tujim okoljem in kako mu pomagamo, da bo okolje sprejel kot pomoč;
- kako gleda na družino – ali jo sprejema;
- kakšni so njegovi cilji;
- ali lahko s pomočjo zdravstvene nege premaga določen problem;
- ali so mladostnik in njegovi starši prejeli dovolj informacij;
- objektiviziranje podatkov mladostnika in podatkov, ki jih dobimo od staršev v širšem zdravstvenem timu. (53)

Informacije zberemo in dokumentiramo, izberemo aktualne probleme in skupaj z mladostnikom načrtujemo aktivnosti zdravstvene nege. (2)

Zdravstvena nega je celovita dejavnost, ki se ukvarja s posameznikom in njegovo družino v času njegove bolezni. Medicinska sestra je strokovnjak na svojem področju. Ugotavlja potrebe po zdravstveni negi, jo načrtuje, izvaja in vrednoti. Je tudi članica širšega zdravstvenega tima, ki sodeluje pri diagnostično-terapevtskem programu, katerega pobudnik

je zdravnik. Zdravstveno nego izvaja pri vseh ljudeh, v vseh obdobjih, od spočetja preko obdobja bolezni in zdravja vse do smrti. (54)

Kot navajata Horvat N. in Žagar M. (2), ki povzemata vire od Kores Plesničar B. (2002) psihiatrične zdravstvene nege ne moremo omejiti zgolj na simptome – psihične motnje, temveč mora biti celovita in kontinuirana. Vsak pacient ima specifične težave, njegovi vedenjski vzorci se lahko prekrivajo, lahko pa se kaže več vedenjskih vzorcev v različnih obdobjih zdravljenja. (55)

Zdravstveno nego delamo po procesu zdravstvene nege. Prva faza je, da ugotovimo potrebe mladega pacienta. V tej fazi prepoznamo njegove specifične potrebe. Medicinska sestra poskrbi za podrobno zdravstveno analizo in zbira podatke. Vsi zbrani podatki so podlaga za ugotavljanje potreb zdravstvene nege. (55) Ugotavljamo jih skupaj z mladostnikom. Z mladostnikom se pomenimo v miru in tišini in poskrbimo, da nas drugi čim manj motijo. Mladostnik s psihotično motnjo se lahko počuti ogroženega in se nas boji, zato je najvažneje, da se mu približamo prijazno in poskrbimo, da si pridobimo njegovo zaupanje. Poskrbeti moramo, da so vprašanja drugačna, kot jih je uporabil zdravnik v svoji anamnezi, zato je pomembno, da si pridobimo čim več informacij od drugih članov tima. Nujno je, da v timu poteka dobra komunikacija in da mladostnik ni obsut s preveč vprašanji. Različne informacije o mladostniku lahko dobimo tudi od svojcev. (56)

Ugotovljene negovalne probleme razdelimo po Virginiji Henderson na 14 življenjskih aktivnosti:

1. Dihanje

Mladostniki z dihanjem ponavadi nimajo težav. Pojavijo se lahko le, kadar je tesnoben, kjer pacientii hiperventilirajo in lahko zaradi tega tudi kolabirajo. Naloga medicinske sestre je, da ga pomiri, pouči o tehnikah sproščanja in pravilnem dihanju. Vzpodbudi ga, da spregovori o svojih težavah in vzrokih za tesnobnost. (2, 51)

2. Izločanje in odvajanje

Izločanje in odvajanje je povezano s čustvi. S samim odvajanjem ponavadi nimajo težav, vendar je glede na starost pacienta in običaje, ki veljajo v njegovi kulturi, potrebno poskrbeti za zasebnost in telesno udobje pri defekaciji in mikciji. Kadar se težave pojavijo, je mladostnik ponavadi v stiski, saj ga je večinoma sram spregovoriti o težavah na tem področju. Do tega problema pa pride zaradi stranskih učinkov določenih zdravil (npr. nevroleptikov), premalo zaužite tekočine in telesne neaktivnosti. Medicinska sestra mladostnika vzpodbuja, da spremeni življenjske navade in ga pouči o stranskih učinkih določenih zdravil. Pri dolgotrajnejših težavah pa po posvetu z zdravnikom dobi ustrezno terapijo. Mladostniki, predvsem tisti z motnjami hranjenja, se velikokrat poslužujejo zlorabe odvajal, zato moramo biti pri uporabi le-teh pozorni. (2, 51)

3. Vzdrževanje telesne temperature

Na tem področju mladostniki nimajo težav, razen ob sezonskih prehladih in virozah. Usmerjamo jih predvsem, kadar se oblečejo letnemu času neprimerno ali pa prekomerno izpostavljajo sončnim žarkom. Potrebno je redno merjenje telesne temperature, saj je zvišana telesna temperatura lahko pomemben kazalnik hudih stranskih učinkov zdravil – antipsihotikov. (2, 51)

4. Prehranjevanje in pitje

Ravno tako kot izločanje in odvajanje, je prehranjevanje eno izmed temeljnih življenjskih aktivnosti in tesno povezano s čustvi. V adolescenci se vprašanje hrane poveže s simboliko odraščanja. Mladostnik se lahko ob čustvenih stiskah zateče k hrani kot tolažbi (prekomerna telesna teža), lahko pa hrano povsem zavrača, ker je preobremenjen s svojimi težavami ali pa je hranjenje eno izmed področij, nad katerim želi imeti popoln nadzor. Oboje lahko vodi v motnje hranjenja, bulimijo ali anoreksijo. V želji po drugačni samopodobi se večkrat poslužuje diet, s hrano pa se lahko tudi kaznuje ali nagraduje. Pacient lahko stradanje uporablja tudi kot metodo za samomor, ne je zaradi halucinacij (okuševalnih, vonjalnih), blodenj (preganjalnih, nanašalnih), čustvenih motenj, v katatonskih stanjih ali pa ima občutek, da je hrana zastrupljena. Pacientu s tovrstnimi težavami mora medicinska sestra nameniti še posebno pozornost. Dovolj mu, da si pacient sam servira hrano ali pa mu omogoči, da jo prej sam poskusi ali pa jo na njegovo zahtevo poskusi pred njim. Zdravstvena nega je usmerjena predvsem k učenju pomena pravilne, redne ter zdrave prehrane in pitja zadostne količine tekočine. Pred tem pa se mora pozanimati, kakšne prehranjevalne navade je imel mladostnik prej ter ali je hranjenje zanj mučno ali prijetno opravilo. (2, 51)

5. Gibanje in ustrezna lega

Z gibanjem mladostniki ponavadi nimajo težav. Strokovnjaki opažajo povečano neaktivnost pri pacientih s povečano telesno težo in pri bolj izraženih stranskih učinkih antipsihotikov in pomirjeval. Potrebujejo veliko vzpodbude in pohvale pri telesni aktivnosti. Medicinska sestra pouči mladostnika o pomenu telesne aktivnosti za boljše počutje, pomenu jutranje telovadbe in rekreacije nasploh. Telesno aktivnost jim približamo preko področij, ki jih zanimajo (npr. plesa, sprehodov, izletov). (2, 51)

6. Spanje in počitek

Vzrok za težave s spanjem je ponavadi porušen ritem spanja. K počitku gredo pozno ponoči, vstajajo pozno popoldan. Tekom dneva so dostikrat neaktivni in poležujejo. Podučiti jih moramo, naj ne pijejo pijač, ki vsebujejo kofein pred spanjem, naj ne jejo veliko hrane pred spanjem, da se pred spanjem umirijo, gredo spat ob isti uri, gredo popoldan na sprehod, imajo za spanje posebna oblačila in če je le možno, naj bo spalnica namenjena samo spanju. Odsvetujemo tudi kajenje. Težave z nespečnostjo navadno lajšamo z uporabo uspaval, vendar le za kratek čas. V tem primeru mladostnika podučimo o pravilnem jemanju uspaval. (2, 51)

7. Izogibanje nevarnostim v okolju

Mladostniki imajo lahko težave zaradi suicidalne ogroženosti ali dejanj, s katerimi želijo opozoriti nase. Za mladostnika želja po smrti dostikrat pomeni le beg iz zanj težke situacije. Smrt v njihovem razmišljanju ni vedno nepovratna, zato so še toliko bolj ogroženi. Lahko je prisotno samopoškodovalno vedenje ali druge oblike rizičnega vedenja (ukvarjanje z nevarnimi športi, hitra vožnja pod vplivom alkohola, nezaščiteni spolni odnosi). Svojo stisko pa lahko pokažejo tudi z agresivnim vedenjem, usmerjenim nase ali pa na okolico. Pacientu je treba zagotoviti terapevtsko okolje, mu dajati občutek varnosti, sprejetosti in z njim spoštljivo ravnati. Pomembno je, da medicinska sestra zna prepoznati znake samomorilnosti in zna pravilno ukrepati. Pacienta mora opazovati in biti pozorna na vsako spremembo v njegovem vedenju. (2, 51)

8. Osebna higiena in urejenost

Tudi higiena je zunanji pokazatelj čustvenega stanja mladostnika. Poleg tega urejena zunanost poveča možnost uspeha v socialnih stikih. Mladostnik ima lahko čisto svoje navade glede osebne čistoče, ki izhajajo iz njegove družine ali drugačnega kulturnega okolja.

Medicinska sestra jih mora poznati in upoštevati. Pozorna mora biti na odstopanja, kot so pretirana skrb za čistočo ter razni rituali, ki lahko kažejo na bolezensko stanje, kot je obsesivno kompulzivna motnja. Pomanjkanje higiene pa lahko kaže na depresivno razpoloženje mladostnika. (2, 51)

9. Oblačenje

Mladostniki se preko oblačenja izražajo, pokažejo pripadnost določeni skupini ter svoje razpoloženje ali uporništvu. Je vzrok za sprejetost ali nesprejetost, posmehovanje in eden od vzrokov za slabšo samozavest. Poskrbimo, da je glede oblačenja kar najmanj sprememb, da pacient ne izgubi stika z zunanjim svetom. Z oblačenjem pa lahko tudi marsikaj prikrijejo – z dolgimi rokavi samopoškodbeno vedenje, z ohlapnimi oblekami pa izgubljanje telesne teže. (2, 51)

Oblačenje je tudi zunanji pokazatelj čustvenega ali bolezenskega stanja mladostnika. Lahko pride do nenadnega nezanimanja za zunanjo podobo ali ravno nasprotno oz. do povsem drugačnega sloga oblačenja, kot smo ga pri njem navajeni. Medicinska sestra deluje vzgojno, pouči ga predvsem o pomenu čistoče, urejenosti, primernosti obleke glede na letni čas ali dogodek, ne podaja pa svojega mnenja glede sloga oblačenja. (2, 51)

10. Odnosi z ljudmi, izražanje čustev, občutkov in potreb

Temelj kasnejšim odnosom so družinski odnosi. Mladostnik se v družini nauči komuniciranja, izražanja čustev, poslušanja pa tudi tega, kako ga drugi slišijo in upoštevajo. S tem si izoblikuje avtoriteto, se uči neodvisnosti, išče svojo vlogo, gradi lastno identiteto, izoblikuje pa se mu tudi odnos do telesa in spolnosti. Zato gradimo na njegovi samozavesti, ga pohvalimo, mu povemo, na katerih področjih je dober, ter ga usmerjamo na področjih, kjer potrebuje pomoč. Pri pacientih, ki težko komunicirajo, sta pomembna tako besedna kot nebesedna komunikacija. Vzpodbujamo ga, da govori o sebi, o lastnih problemih, dvomih, o tem kako doživljajo samega sebe. Medicinska sestra mora biti potrpežljiva pri pacientovem vzpostavljanju odnosov z drugimi, pri tem ga ne kritizira, saj pacient potrebuje nekoga, ki ga bo razumel in podpiral. Zelo pomemben del zdravstvene oskrbe je delo z družino ter učenje medsebojnega komuniciranja, pa tudi poslušanja in razumevanja drug drugega. (2, 51)

11. Koristno delo

Mladostnik se v obdobju adolescence odloča za poklic in delo, ki ga bo opravljal tekom življenja. Bolezen prizadene njegovo delovno sposobnost in s tem preprečuje zadovoljevanje njegovih psiholoških in socialnih potreb. Prisoten je dvom v pravilno izbiro poklicne poti ter v njegove zmožnosti za uspešno opravljen študij. Mladostnika, ki obiskuje šolo, moramo usmerjati in spodbujati k učenju. Pri tem sodelujemo tudi s starši in s šolo katero obiskuje. Seznanimo se z njegovimi učnimi in delavnimi navadami, načrtujemo dolgoročne in kratkoročne cilje (rezultati hitreje vidni, pacientu dajo zagon in samozavest). V Psihiatrični bolnišnici Begunje pa se poslužujejo tudi izdelanih urnikov dejavnosti, ki naj bi čimbolj posnemali delovni dan ljudi izven bolnišnice. Z urnikom pomagajo pacientu sestaviti osnovno okvir in strukturo njegovega časa. Naloga urnika je, da vsako obdobje dobi svoje mesto, pomen in smisel v vsakdanjiku pacienta. S pacientom delajo na delovnih navadah, na točnem prihajanju in odhajanju z dela, opravičevanju izostankov. (2, 51)

12. Razvedrilo in rekreacija

Mladostniki imajo pogosto težave pri konstruktivni izrabi prostega časa. Največkrat poležavajo čez dan in gledajo televizijo. S pacientom se moramo pogovoriti in ugotoviti, katere stvari ga veselijo, s čim se je ukvarjal pred boleznijo ter ga usmeriti h konstruktivni

izrabi prostega časa: sprehodi v naravi, ples, poslušanje glasbe, branje. Pri vsem ga vzpodbujamo in večkrat pohvalimo ter ga s tem še bolj motiviramo. Pri različnih aktivnostih pa ima veliko vlogo tudi delovna terapija. (2, 51)

13. Učenje in pridobivanje znanja

Učenje pacienta pomeni, da le-ta opusti neustrezne oblike vedenja in razvije nove, s katerimi se bo lažje prilagodil bolezni. Mladostniki se morajo naučiti predvsem ustreznega odnosa do sebe, do bolezni, do terapevtskih zahtev, do svojcev in zdravstvenih delavcev. Med obravnavo se uči novih prijemov, kako se spopasti s svojimi težavami, kje poiskati pomoč ter prepoznati morebitna poslabšanja pri svoji bolezni. (2, 51)

Kot navajata Horvat N. in Žagar M. (2), ki povzemata vire od Marjanovič Umek L. je mladostništvo težavno obdobje, saj imajo mladostniki veliko težav z iskanjem lastne integritete, sami s seboj in v stikih z drugimi ljudmi. Potrebujemo veliko podpore in pogovorov. Za normalno funkcioniranje mladostnika je pomembno, da uspešno obvladuje razvojne naloge, kar vodi do socialnega odobravanja, predstavlja prilagojeno vedenje v družbi, na ravni posameznika pa prispeva k njegovemu subjektivnemu zadovoljstvu in zanj predstavlja ugodno pripravo oziroma izhodišče za uspešno obvladovanje razvojnih nalog v naslednjem razvojnem obdobju. (57)

Z metodo pregleda literature in navedenih virov lahko potrdimo, da so mladostnikove temeljne življenjske aktivnosti spremenjene, saj imajo po navedbah Horvat N., Žagar M. (2) in Golobič T. (51) težave pri skoraj vseh 14 življenjskih aktivnostih po Virginiji Henderson, predvsem pri spanju, izogibanju nevarnostim v okolju, osebni higieni, odnosu z ljudmi, učenju in pridobivanju znanja. Pomembno je, da si pridobimo mladostnikovo zaupanje, ga skrbno opazujemo, spodbujamo in izvajamo zdravstveno-vzgojne ukrepe.

9 ZAKLJUČEK

Glede na kvalitativno analizo literature ugotavljamo, da smo potrdili vse štiri trditve: biopsihosocialni dejavniki vplivajo na razvoj psihoze pri mladostniku, družina ima pomembno vlogo pri obravnavi mladostnika s psihozo, v Sloveniji je organiziranih dovolj oblik pomoči za mladostnike in njihove svojce, mladostnikove temeljne življenjske aktivnosti so spremenjene.

Biopsihosocialni dejavniki vplivajo na razvoj psihoze pri mladostniku, saj Redston-Iselin A. (22), na podlagi raziskav ugotavlja, da poleg telesnih abnormnosti, ki so lahko vzrok za nastanek psihoze, na mladostnike v razvoju vpliva še mnogo drugih dejavnikov kot so družina, okolje, družba, uživanje psihoaktivnih snovi, obremenjevanje s telesnim videzom, stigmatizacija, nihanje v razpoloženju ter raziskovanje v spolnosti. Število mladostnikov, ki pobegnejo ali so prisiljeni oditi iz svojih domov, narašča. Ravno tako narašča število ločitev, saj bo skoraj polovica vseh novorojenčkov v zadnjem desetletju doživela ločitev svojih staršev. Veliko mladostnikov ima motnje vedenja. Ti mladostniki imajo pogosto slab odnos s starši. Poleg njih pa imajo vpliv na mladostnika in njegovo vedenje tudi šola, vrstniki, socialno, ekonomsko in kulturno okolje. Pereč problem mladostnikov je neprimerno spolno vedenje, ki je lahko vzrok številnih najstniških težav. Spolno eksperimentiranje poviša tveganje za spolno prenosljive bolezni. Starostna meja spolne aktivnosti se niža, saj je po podatkih poročila raziskave Centrov za kontrolo in preventivo bolezni ZDA iz leta 1997, 48 % učencev že imelo spolni odnos, od tega 7 % učencev že pred trinajstim letom starosti, 16 % učencev, ki so spolno aktivni pa je imelo spolni odnos s štirimi ali več različnimi partnerji, le 57 % učencev pa je med zadnjim spolnim odnosom uporabilo kondom. Pri dekletih med 11-im in 15-im letom starosti strmo narašča depresija, medtem ko pri fantih v manjši meri. Za obe skupini pa velja, da lahko simptomi depresije v adolescenci vodijo v hudo depresijo v odraslosti. Samomor je četrti med vodilnimi vzroki smrti med otroki starimi od 10 do 14 let in tretji med mladimi, starimi od 15 do 24 let. Zaradi uporabe in zlorabe psihoaktivnih snovi lahko pride do resnih posledic, saj te povzročijo 50 % smrti v mladih letih. Uporaba drog pred 20-im letom starosti napoveduje njihovo trajno uporabo.

Z metodo pregleda literature lahko potrdimo, da ima družina pomembno vlogo pri obravnavi mladostnika s psihozo. Švab V. (29) pravi, da družina bistveno vpliva na potek bolezni. Zato za temeljni načeli dela z družino mladostnika s psihozo postavlja pomoč in podporo. Pomembno je, da se družini predstavi nastalo situacijo, možnosti za ozdravitev, oblike pomoči ter kako lahko k zdravljenju in rehabilitaciji pripomorejo sami. Svojcem moramo v sistemu skupnostne skrbi zagotoviti ustrezno podporo, izobraževanje in svetovanje o urejanju vsakdanjih težav in kriznih stanj. Hrastar F. (35) izhaja iz dejstva, da je primarno patogeno okolje tisto v okviru družine. Po njegovem doživljanju ni moten samo mladostnik, ki je v obravnavi, pač pa cela družina. Mladostnik potrebuje svoje primarno okolje, podporo družinskih članov, njihovo razumevanje in spodbudo. Pomembno je, da se s strokovno pomočjo ponovno doseže komuniciranje znotraj družine, saj to zmanjšuje možnost pojava novih motenj.

V pregledu literature ugotavljamo, da je v Sloveniji organiziranih dovolj oblik pomoči za mladostnike in njihove svojce. Za to se lahko zahvalimo predvsem državnim ustanovam: psihiatričnim bolnišnicam, centrom za socialno delo, zavodom za zaposlovanje, zdravstvenim domovom in pa tudi nedržavnim ustanovam: Organizaciji za duševno zdravje Šent, Zagovorništvu in Odboru za novosti v duševnem zdravju Altra ter neformalni socialni mreži: skrbnikom, skupinam za samopomoč, svojcem in soseski. Ker duševne motnje ne prizadenejo

le posameznikov, temveč tudi njihove družine in družbo v celoti, je pomembna psihosocialna rehabilitacija, ki se ukvarja z ljudmi s hudimi in ponavljajočimi se duševnimi motnjami. Usmerjena je k okrevanju, izboljšanju kakovosti življenja ter povečevanju kompetentnosti teh oseb. Avtorji (Švab V., Ziherl S., Novak R., Purkart B., idr.) različnih strokovnih del iz področja PSR pravijo, da se ti ljudje, kljub svoji prizadetosti ob ustreznem zdravljenju, podpori, lastnem interesu in motivaciji po okrevanju naučijo čustveno, socialno, telesno in intelektualno delovati tako, da lahko živijo običajno življenje v skupnosti.

Mladostnikove temeljne življenjske aktivnosti so spremenjene, saj imajo po navedbah Horvat N., Žagar M. (2) in Golobič T. (51) težave pri skoraj vseh 14 življenjskih aktivnosti po Virginiji Henderson, predvsem pri spanju, izogibanju nevarnostim v okolju, osebni higieni, odnosu z ljudmi, učenju in pridobivanju znanja. Po izkušnjah Horvat N. in Žagar M. (2) je pomembno, da si pridobimo mladostnikovo zaupanje, ga skrbno opazujemo, spodbujamo in izvajamo zdravstveno-vzgojne ukrepe.

Obravnava mladostnika s psihozo je lahko samo celostna. Pomembno je zdravstveno-vzgojno delo na področju dejavnikov tveganja, ki ogrožajo zdrav psihofizični razvoj mladostnika. Ob pojavu duševne bolezni moramo družino dosledno informirati, ji predstaviti oblike pomoči in jo povabiti k intenzivnemu sodelovanju in motiviranju njihovega mladostnika. Družini moramo nuditi vse potrebno razumevanje in podporo ter jim pomagati pri reorganizaciji znotraj družinskega sistema. Stremeti moramo k nadaljnjemu razvijanju nedržavnih ustanov, ki delujejo na področju duševnega zdravja v Sloveniji, saj so obolelim ter njihovim družinam v veliko pomoč in podporo. Medicinske sestre, ki delujejo na področju psihiatrije, se morajo zavedati, da to delo zahteva veliko moralno-etično trdnost ter da so odgovorne za pacientovo terapevtsko okolje kot tudi za reševanje njegovih telesnih, duševnih in socialnih težav. Znati morajo delovati v timu, si pridobiti mladostnikovo zaupanje ter v proces zdravljenja kontinuirano vključevati pacientovo družino.

SEZNAM UPORABLJENIH KRATIC

CT – »kompjuterska« tomografija
MKB – mednarodna klasifikacija bolezni
MRI – magnetna resonanca
PSR – psihosocialna rehabilitacija

LITERATURA

1. Tomori M. *Celostni pogled na mladostnika s shizofrenijo*. V: Kocmur M. (ur.) *3. mednarodni simpozij: Shizofrenija od zgodnjih do poznih epizod: Zbornik predavanj*. Ljubljana, 16.-18. marca 2000. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana – Združenje psihiatrov Slovenije 2000: 7-17.
2. Hrovat N, Žagar M. *Zdravstvena nega mladostnika s psihotično motnjo – prikaz problemov po temeljnih življenjskih aktivnostih*. V: Čuk V. (ur.) *Strokovno srečanje. Obravnava mladostnika s psihozo: Zbornik prispevkov*. Psihiatrična bolnišnica Begunje, 15. junij 2006. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – ZDMSBZTS, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, 2006: 22-8.
3. Jenstrle J., Pregelj P. *Psihoza*. V: Pregelj P. (ur.) Kobentar R. (ur.) *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju*. Ljubljana: Rokus Klett, 2009: 163-8.
4. Žvan V. *Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje*. V: Tomori M. (ur.) Zihel S. (ur.) *Psihiatrija*. Ljubljana: Litterapicta, Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, 1999: 169-92.
5. Groleger U. *Adolescenca – značilnosti in težave mladostnikov*. V: Kogovšek B. (ur.) Kobentar R. (ur.) *Priročnik psihiatrične zdravstvene nege*. Ljubljana: Psihiatrična klinika, 1999: 74.
6. Tomori M. *Adolescenca*. V: Milčinski L. (ur.) Arnautovič T. (ur.) *Psihiatrija*. 2. dop. izd. Ljubljana: Državna založba Slovenije, 1986: 616-22.
7. Poljšak Škraban O. *Obdobje adolescence in razvoj identitete*. Ljubljana: Pedagoška fakulteta Univerze v Ljubljani, 2004: 8.
8. Tavčar R. *Preventiva v psihiatriji*. V: Kogovšek B. (ur.) Kobentar R. (ur.) *Priročnik psihiatrične zdravstvene nege*. Ljubljana: Psihiatrična klinika, 1999: 54-80.
9. Graham P, Turk J, Verhulst F. *Child Psychiatry*. Oxford, Oxford University Press, 1995: 259-303.
10. Werry JS, Taylor E. *Schizophrenic and allied disorders*. V: Rutter M, Taylor E, Hersov L (ur.) *Child and Adolescent Psychiatry*. Oxford Blackwell Science, 1994: 594-615.
11. Pretnar Silvester M. *Mladostnik s shizofrenijo*. V: Čuk V. (ur.) *Strokovno srečanje: Obravnava mladostnika s psihozo: Zbornik prispevkov*. Psihiatrična bolnišnica Begunje, 15. junij 2006. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – ZDMSBZTS, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, 2006: 11-8.
12. Aitchinson KJ, Meehan K, Murray RM. *First episode Psychosis*. London: Martin Dunitz, 1999.
13. Groleger U. *Današnje razumevanje shizofrenije*. *Viceversa* 43. Slovenske psihiatrične publikacije. Ljubljana: Litterapicta, 2004: 3-9.

14. Švab V. *Priročnik o shizofreniji*. Radovljica: Didakta v sodelovanju z organizacijo Šent, 2001.
15. Fenjveši D. *Psihiatrična obravnava bolnika s prvo psihotično epizodo: specialistična naloga*. Idrija: Psihiatrična bolnišnica Idrija, 2001.
16. Kocmur M. *Diagnoza in znaki shizofrenije*. V: Kocmur M. (ur.) *Mednarodni seminar: Shizofrenija – diagnoza, zdravljenje, rehabilitacija: Zbornik predavanj*. Ljubljana, 14.-15. marca 1997. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana – Združenje psihiatrov Slovenije, 1997:11.
17. Dečman A. *Vpliv rehabilitacije na kakovost mlajših odraslih s psihozo: diplomsko delo*. Ljubljana: Oddelek za pedagogiko in andragogiko, Filozofska fakulteta, Univerza v Ljubljani, 2008.
18. Švab V. *Vpliv psihosocialne rehabilitacije na kakovost življenja duševno bolnih: doktorsko delo*. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani, 2000.
19. Spletni vir: <http://www.ivz.si/publikacije/publikacije/psihoza02.html> <25.1.2010>.
20. Volkmar F: *Diagnosis and Treatment of Psychosis in Adolescence*. *Medscape Psychiatry and Mental Health eJournal* 1997; 2 (6). 1997 Medscape.
21. Tomori M. *Duševne motnje v razvojnem obdobju*. V: Tomori M. (ur.) Zihel S. (ur.) *Psihijatrija*. Ljubljana: Litterapicta, Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, 1999: 317-19.
22. Redston-Iselin A. *Adolescent psychiatric nursing*. V: Stuart GW, Laraia MT. *Principles and practice of psychiatric nursing*. 8 ed. St. Louis: Elsevier Mosby, 2005: 753-77.
23. Havighurst R: *Developmental tasks and education*, ed 3, New York, 1972, David McKay.
24. Booth R, Zhang Y: *Severe aggression and related conduct problems among runaway and homeless adolescents*, *Psychiatr Serv* 47:75, 1996.
25. Thompson P: *Adolescents from families of divorce: vulnerability to physiological and psychological disturbances*, *J Psychosoc Nurs* 36 (3):34, 1998.
26. *Centers for Disease Control and Prevention: Youth risk behaviour surveillance – US, 1997*, *MMWR* 47 (No. SS – 3), 1998.
27. Diclemente R, Hansen W, Ponton L: *Handbook of adolescent risk behavior*, New York, 1996, Plenum.
28. Mohr W: *Beyond cause and effect: some thoughts on research and practice in child psychiatric nursing*. *J child Adolesc Psychiatr Nurs* 12:118, 1999.
29. Švab V. *Duševna bolezen v skupnosti*. Radovljica: Didakta v sodelovanju z organizacijo za duševno zdravje Šent, 1996: 3-27.

30. Švab V. *Duševna bolezen in stigma*. Ljubljana: Slovensko združenje za duševno zdravje Šent, 2009:9.
31. Goffman E. *Stigma: Notes On The Management of Spoiled Identity*. Harmondsworth 1963. Pelican Books.
32. Pišl A. *Vloga družine pri obravnavi pacientov z duševnimi motnjami*. V: Kobentar R. (ur.) Pregelj P. (ur.). *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju*. Ljubljana: Rokus Klett, 2009: 444-51.
33. Stier A., Hinshaw S. *Explicit and implicit stigma against individuals with mental illness*. *Australian Psychologist* 2007; 42 (29): 106-17.
34. Awad AG, Voruganti LN. *The burden of schizophrenia on caregivers: a review*. *Pharmacoeconomics*. 2008; 26 (2): 149-62.
35. Hrastar F. *Mladostnik, družina in družba*. V: Tomori M. *Pedopsihiatrija 3*. Ljubljana: Katedra za psihiatrijo Medicinske fakultete: Klinična bolnišnica za psihiatrijo, 1981: 17-23.
36. Zihelr S. *Psihoterapija*. V: Tomori M. (ur.) Zihelr S. (ur.) *Psihiatrija*. Ljubljana: Litterapicta. Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, 1999: 381-401.
37. Švab V. *Uporabniki PSR*. V: Švab V. (ur.) *Psihosocialna rehabilitacija*. Ljubljana: Šent – Slovensko združenje za duševno zdravje, 2004: 11-13.
38. Švab V. *Psihiatrična rehabilitacija*. V: Tomori M. (ur.) Zihelr S. (ur.) *Psihiatrija*. Ljubljana: Litterapicta. Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, 1999:496.
39. Novak R. *Psihosocialna rehabilitacija v Šentovih dnevnikih centrih*. *Glasilo Slovenskega združenja za duševno zdravje Šent* 2007; 8 (1): 8-11.
40. Mager I. *Bolezen je lahko tudi potencial*. *Glasilo Slovenskega združenja za duševno zdravje Šent* 2007; 8(1): 8-11.
41. *Slovar slovenskega knjižnega jezika*. Ljubljana: DZS, 1994: 1095.
42. Kastelic A. *Pomoč mladostniku s shizofrenijo: specialistična naloga*. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani, 1989.
43. Jelenc Z. *Svetovalno delo pri vzgoji in izobraževanju odraslih*. Ljubljana: Dopisna delavska univerza, 1982.
44. Jelenc Krašovec S, Jelenc Z. *Andragoško svetovalno delo*. Ljubljana: Filozofska fakulteta, Oddelek za pedagogiko in andragogiko, 2003.
45. Mrevlje G. *Skupinska psihoterapija*. V: Tomori M. (ur.) *Pedopsihiatrija 3*. Ljubljana: Katedra za psihiatrijo Medicinske fakultete: Klinična bolnišnica za psihiatrijo, 1981: 107-12.

46. Kogovšek B. *Psihoterapija in skupinsko delo*. V: Kogovšek B. (ur.) Kobentar R. (ur.) *Priročnik psihiatrične zdravstvene nege in psihiatrije za medicinske sestre in zdravstvene tehnike*. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana, 1999: 202-6.
47. Spletni vir: <http://www.dz-rs.si/?id=150&docid=28&showdoc=1> <25.1.2010>.
48. Švab V. *Psihosocialna rehabilitacija v psihiatrični bolnišnici*. V: Kocmur M. (ur.) 4. mednarodni simpozij: *Shizofrenija IV: Zbornik predavanj*. Ljubljana, 14.-16. marca 2002. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana – Združenje psihiatrov Slovenije, 2002: 155-59.
49. Kopal M. *Pravni vidiki psihiatrije*. V: Tomori M. (ur.) Zihel S. (ur.) *Psihatrija*. Ljubljana: Litterapicta, Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, 1999: 510.
50. Gnezda S. *Zgodovina psihiatrične zdravstvene nege*. V: Kobentar R. (ur.) Pregelj P. (ur.) *Zdravstvena nega in zdravljenje duševnih motenj v duševnem zdravju*. Ljubljana: Rokus Klett, 2009: 14-7.
51. Golobič T. *Zdravstvena nega mladostnika z duševno motnjo*. V: Kobentar R. (ur.) Pregelj P. (ur.) *Zdravstvena nega in zdravljenje duševnih motenj v duševnem zdravju*. Ljubljana: Rokus Klett, 2009: 321-25.
52. Kogovšek B, Škerbinek A. *Zdravstvena nega bolnika z duševnimi motnjami*. Ljubljana: Rokus Klett, 2009: 14-7.
53. Pibernik L. *Zdravstvena nega bolnika z depresivno motnjo: diplomska naloga*. Ljubljana: VŠZD, Univerza v Ljubljani, 2004.
54. Antončič I. *Kvaliteta psihiatrične zdravstvene nege v Sloveniji*. Maribor: Kolaborativni center SZO za primarno zdravstveno nego, Zdravstveni dom, 1995.
55. Kores Plesničar B. *Dnevi mariborske psihiatrije 2002*. Maribor: Splošna bolnišnica Maribor, oddelek za psihiatrijo, 2002:15-6.
56. Sharman W. *Children and adolescents with mental health problems*. London: Bailliere Tindall, 1997: 210-44.
57. Marjanovič Umek L. *Razvojna psihologija*. Ljubljana: Znanstvenoraziskovalni inštitut Filozofske fakultete, 2004: 521-2.