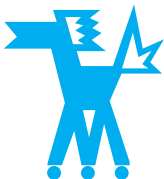


SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

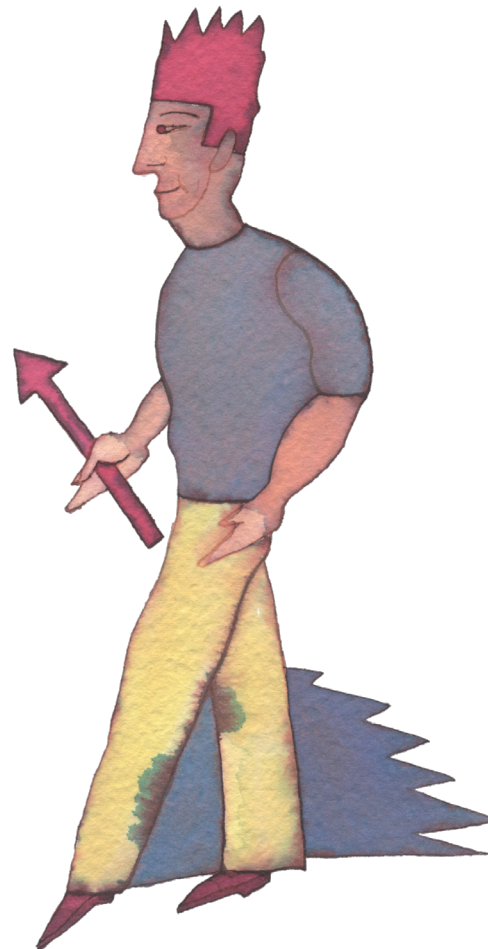
A Azienda
S Servizi
S Sanitari

N°1 triestina



A.S.S. n. 1 Triestina

Dipartimento di Salute Mentale

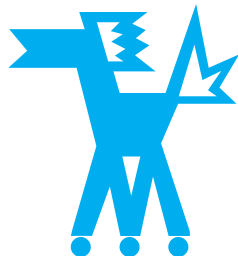


“Se je kaj spremenilo?”
Nudenje pomoči mladim
z nagnjenjem k psihozi

Tržaško podjetje za zdravstvene
storitve št. 1

Oddelek za mentalno zdravje

www.triestesalutementale.it



A.A.S. n. 1 Triestina

Dipartimento di Salute Mentale

“Se je kaj spremenilo?”

Nudenje pomoči mladim z nagnjenjem k psihozi

Pripravili: Roberto Mezzina, Chiara Luchetta in Clara Minisini
V sodelovanju z Daniela Vidoni, Alessandro Oretti
in Alberto Giammarini.

*Priprava za tisk 2014,
grafično oblikovanje in oštevilčenje: Roberto Michelazzi
Stampa*



Kazalo

Uvod	7
Kaj je psihoza? Psihoza	13 13
Kdaj in kako se začne? Filipova zgodba Možni znaki, da nekaj ni v redu, in psihotični simptomi	15 15 18
Kateri so vzroki? Vulnerabilità/stress, la goccia che fa traboccare il vaso Uso di sostanze Per saperne di più	23 24 25 26
Izzivi svetovanja: zgodnje prepoznavanje Rizično duševno stanje ni <i>naravni razvoj</i> Za lažje razumevanje Kriteriji za duševno stanje z visoko tveganostjo (UHR) Zakaj je zgodnje ukrepanje pomembno? Nekatere medsebojne povezave s poznim začetkom zdravljenja Napotki za zdravnika splošne medicine Kako iz razgovora razbrati zgodnje znake, da nekaj ni v redu?	29 30 31 31 31 32 34 34
Specifičnost dela z mladostniki z možnim rizičnim duševnim stanjem Določitev ciljev Določitev ukrepov	39 39 39
Ko motnja postane očitna Začetek prve psihotične epizode in potek psihoze Od kritičnega obdobja do okrevanja Napotki za zdravnika splošne medicine	41 41 42 44

Kako sploh priti do zdravljenja?	45
Dostop do zdravstvenih storitev	45
Napotki za zdravnika splošne medicine	47
Presoja in strategija vodenja	47
Pristop od prvega stika dalje	48
Družina	49
Za lažje razumevanje	51
Uvedba zdravil: Jih sme ali jih mora predpisati zdravnik splošne medicine?	52
Naloga zdravstvene službe za mentalno zdravje	55
Vloga zdravnikov splošne medicine	57
Napotki za zdravnika splošne medicine	60
Vodič za presojo in vodenje primera	60
TTrst: program "Se je kaj spremenilo?"	65
Skupni protokol	66
Kaj danes nudi program "Se je kaj spremenilo?"	68
Ključni akterji v Trstu	71
Oddelek za mentalno zdravje	71
Službe za zdravstveno varstvo otrok in mladine	76
Dodatek A	81
Dodatek B	82
Dodatek C	83
Dodatek D	84
Viri in literatura	85

« ...sedaj se veliko bolje poznam, moje življenje se je popolnoma spremenilo in tovrstna izkušnja mi ni odvzela samospoštovanja, temveč je dala nov smisel mojemu življenju».





Na oddelku za mentalno zdravje Tržaškega podjetja za zdravstvene storitve št. 2 so se v začetku devetdesetih let zavedli potrebe po bolj natančnem odzivanju na mladostniške stiske, ki jih do tedaj obravnavali bolj na splošno. Zato so si zadali cilj, da natančneje predstavijo in razčlenijo zgodnje ukrepanje na samem začetku prve psihotične epizode pri starejših adolescentih in pri mladih odraslih ljudeh.

Potreba po zdravljenju resnih duševnih motenj, še zlasti psihoze, se v zadnjih letih ni samo spremenila, temveč je dobila povsem druge razsežnosti. Upanje na izboljšanje in ozdravitev je danes bolj realno in je v zavesti duševno motenih oseb, njihovih družinskih članov, občanov. Čedalje več *senzorjev*, kot so šolske ustanove, družine, zdravstveni delavci in družinski zdravniki, je priča temu, da se je v življenju mlade osebe *nekaj spremenilo*, in obstaja pripravljenost na razumevanje in nudenje pomoči.

Dandanes je na voljo več različnih sredstev (posamezniki, skupine, ustanove, zdravstvene službe, mediji). Disciplinarna znanja in možnosti ukrepanja, zavest ter *brezpogojno* poznavanje mladih, ki imajo izkušnje z duševnimi motnjami, so dobili povsem druge razsežnosti. V današnjem času imamo več izkušenj in se lažje spopadamo z velikim tveganjem za odtegotanje možnosti, sredstev in dostojanstva, ki sovpadajo s priznavanjem duševne motnje in s stikom z zdravstveno službo za mentalno zdravje.

Vendar pa ta ista služba po drugi strani nerada prizna težavo, ampak jo odlaga in prelaga na druga ramena. Vse skupaj poteka na osnovi popačenega, protislovnega in celo nasprotujočega si komuniciranja, tako da že pred aktiviranjem ustreznega programa za ukrepanje prihaja do zatikanj, prelaganja odgovornosti, sektorskega ali omejevalnega prilaščanja, izgube sredstev in ne nazadnje seveda tudi časa.

Seveda ne smemo zanemariti etičnih vidikov, ki jih nalaga aktiviranje programov za zgodnje odkrivanje. Čeprav obstaja enotno



soglasje o potrebi po zdravljenju začetka prve psihotične epizode pri mladih in obstaja vrsta dokazov o boljših rezultatih pri tovrstnih ukrepanjih, ki jih čedalje pogosteje izvajajo tudi v Italiji, se na drugi strani pojavljajo problematični vidiki v zvezi z njihovo preventivo, še zlasti, če je usmerjena v tako imenovane *rizične* osebe (tako imenovana učinkovita preventiva).

Pri tem je treba poudariti vprašanje tako imenovanih *napačnih pozitivnih rezultatov*. Obstaja tveganje pri odkrivanju oseb, ki kažejo znake *tveganja* za razvoj psihoze in jih napotijo na terapijo, vendar se pri njih ne bo nikdar razvila očitna motnja ali pa bo nastopila remisija začetne simptomatologije. Zaradi tega so izpostavljene stigmatizaciji, etiketiranju, jemanju zdravil in iatrogenezi oz. pretiranemu zdravljenju.

Glede *stigme* zdravstvene službe za mentalno zdravje niso vedno *prijazne do uporabnika* in kažejo negativne znake zaradi socialne percepcije, ki še vedno obstaja ne glede na kakovost storitev.

10 Torej se je treba opredeliti za specifične strategije proti stigmatizaciji. Številni so *iatrogeni učinki* zdravljenja. Kot jasno dokazujejo zdravila in vsak poseg v zdravstvu, ni zdravljenja brez iatrogenih učinkov. Zatorej moramo priznati, da imamo opravka s skupino ljudi, ki imajo trdne razloge, da se ne obrnejo na zdravstvene službe. Prezgodnji pristop ne more proizvesti instrumentov klinične psihiatrije, čeprav je treba udeležiti strategije usmerjene v potrebe in vztrajati pri socialni rehabilitaciji.

Sicer pa se problemi, na katere želimo opozoriti, pojavljajo čedalje bolj pogosto in na različne načine. Čedalje več je družinskih nesoglasij, težav v šoli ali na delu, uživanja drog in zaskrbljujočega vedenja. Vse to je povezano s težavami, za katere se v današnjem času zdi, da so bolj pomembne za prevzem neke identitete ali za sposobnost spretnega žongliranja med različnimi identitetami, ki se ponujajo v trenutni kompleksnosti socialnega okolja.

Videti je, da je *sistem duševnega zdravja* enostavno dosegljiv brez kritičnih preverjanj in čakalnih seznamov, da je fleksibilen in zelo prilagojen uporabnikom. Vanj so vključene socialno-zdravstvene

službe in po ocenah raziskovalnih študij je učinkovit.

Od leta 2000 v Trstu deluje program namenjen začetkom prve psihotične

epizode, katerega cilj je določitev celovitih strategij tako za preventivo kot za zgodnje ukrepanje.

Cilj projekta je izboljšanje sistema za prepoznavanje in zgodnje ukrepanje pri psihozi mladostnikov in mladih odraslih ljudi. Njegov namen je skrajšanje vmesnega časa med začetkom prve psihotične epizode in celovitim ukrepanjem območnih zdravstvenih služb oziroma povezovanje oddelka za mentalno zdravje, oddelka za zdravljenje boleznih odvisnosti, zdravstvenih regij, socialnih služb, prostovoljcev in privatnih socialnih služb, povezovanje družinskih zdravnikov in šol z namenom sporočanja kritičnih situacij skupnemu centru za dostop do informacij kot tudi izboljšanje usposobljenosti za zgodnje prepoznavanje, izboljšanje kakovosti zdravljenja s pomočjo poglobljene terapije.

Zgodnje preventivno ukrepanje je potencialno usmerjeno tudi v osebe brez vidnih simptomov. Cilj zgodnjega preventivnega ukrepanja je zmanjšanje možnosti iatrogene obolevnosti pri osebnem razvoju in škode v družinskem ter socialnem okolju z istočasnim preprečevanjem morebitne povrnitve boleznih in s prizadevanjem za izboljšanje socialnih kompetenc.

Preventivna strategija, ki je usmerjena v populacijo z začetnimi simptomi, zajema metodologijo členovitega delovanja s pomočjo naslednjih ukrepov:

1. Izboljšanje sistema prepoznavanja in zgodnjega ukrepanja v primeru psihoze pri mladostnikih in odraslih mladih ljudeh z izboljšanjem usposobljenosti za zgodnje prepoznavanje.
2. Skrajšanje vmesnega časa med začetkom prve psihotične epizode in celovitim angažiranjem območnih zdravstvenih služb s povezovanjem oddelka za mentalno zdravje, oddelka za zdravljenje boleznih odvisnosti, zdravstvenih regij, socialnih služb, prostovoljcev in privatnih socialnih služb na zadevnem območju.
3. Ustvarjanje povezovalne mreže z družinskimi zdravniki in šolami



z namenom sporočanja kritičnih situacij skupnemu centru za dostop do informacij.

4. Izboljšanje kakovosti zdravljenja s specifičnim in eksperimentalnim načinom terapije kot tudi preverjanjem razmerja med stroški in učinkovitostjo

12 Oddelek za mentalno zdravje, ki je leta 1991 začel dvakrat na leto izvajati tečaje za močno prizadete družine, je leta 2002 udeležil prvi poskus pomoči družinskim članom osebe z začetkom prve psihotične epizode, ki so ga organizirali kot modul imenovan *posvetovalna skupina za družinske člane mladih z začetkom prve psihotične epizode*. Oddelek pokriva potrebe po nujenju posebne pozornosti, ki jo osebe v takšnih situacijah potrebujejo zaradi občutljivega stanja, ki ga doživljajo tako prizadeta oseba kot njeni družinski člani. Zaradi iskanja potrebnega in primerno trajajočega zdravljenja uporabniki predvsem v tej fazi tvegajo, da bodo terapije potekale nelogično in s prekinitvami in ali pa da bodo njihovo težave podcenjene. Skupina je torej namenjena družinskim članom mladih oseb, ki prvič v življenju doživljajo psihične motnje ali prave psihotične krize, in so zato v stiku z zdravstvenimi službami oddelka, na katerem se ali so se zdravili. Prednost dajejo majhnim skupinam in dvotedenskim tečajem, tako da lahko nudijo intenzivno pomoč v osebno prilagojenem in zaupnem okolju.

Program *Začetek prve psihotične epizode* so bolj natančno razdelali v zadnjem desetletju na osnovi nove pobude, ki je prišla iz zdravstvenih regij, s katerimi so leta 2002 določili skupne protokole za močno povezana področja (psihična prizadetost, družine s tveganjem in problematični mladostniki, sočasna zasvojenost z mamili, demence). Zdravstvena regija ali socialno-zdravstvena regija je drugo mesto za zbiranje in usmerjanje informacij ter za njihovo presojo, zlasti v rizičnih ali dvomljivih primerih in včasih tudi za njihov monitoring in obdelavo.

Izpopolnjevanje dobre prakse pri zgodnjem ukrepanju in celovitem delu z zdravstvenimi regijami in oddelkom za zdravljenje bolezni

odvisnosti so leta 2004 združili v raziskovalno-delovnem projektu “*Se je kaj spremenilo?*”.

Ta priročnik je nastal na osnovi programa *Se je kaj spremenilo?* in naj bi predstavljal mozaični kamenček preventivne strategije namenjene najstnikom z začetnimi simptomi. Njegov namen je promocija duševnega zdravja v šolski mreži in v ambulantah družinskih zdravnikov, pospeševanje kulturnih sprememb in prizadevanje za hitrejšo ukrepanje strokovnih služb.

Eden od zadanih ciljev je vzpostavitev dostopa do storitve brez stigmatiziranja, ki omogoča enostaven stik in svetovanje.

Srednje šole in družinski zdravniki lahko prevzamejo strateško vlogo kot neposredne priče prošelj za pomoč.

Učitelj kot izkušen sogovornik, kot postranska priča socializacijskim procesom in razvoja mladostnikov ter kot pospeševalec socialne kulture na področju duševnega zdravja, je lahko odgovoren posrednik med mladostnikom, ki išče pomoč, in med odzivanjem zdravstvenih služb.

Družinski zdravniki, ki že *poznajo* družine in izvajalce zdravstvene vzgoje, lahko pripomorejo k zgodnjemu diagnosticiranju, nadziranju rizičnih situacij ter, na drugi stopnji, k napotitvi na zdravstvene službe oddelka za mentalno zdravje in naknadno na neprekinjene terapije. Ključna je tudi njihova vloga pri spremljanju fizičnega zdravja in dobrega počutja tudi v povezavi z zanesljivostjo farmakološke terapije.

13

Neposredni cilji projekta “*Se je kaj spremenilo?*” na področju primarnega zdravstvenega varstva in šol so:

- destigmatizacija in kulturne spremembe;
- lajšanje začetne stiske pri mladostnikih in mladih odraslih ljudeh (starost med 18 in 30 leti);
- zgodnje prepoznavanje psihotičnih motenj: izboljšanje diagnostičnih sposobnosti (splošni zdravnik) in prepoznavanje težav oseb v stiskah na področju socializacije (šola);
- izboljšanje odzivnosti na terenu, kot je dostopnosti zdravnika ali

prvi pregledi pri splošnem zdravniku.

Posredni cilji so:

- pozornost zdravstvenih služb in struktur skupnosti ter osveščanje o težavi;
- čimprejšnji začetek terapije;
- povečanje števila javljenih primerov, kot so tveganja ali dvomi za zagotovitev pomoči v najširšem psihosocialnem smislu;
- preprečevanje nastanka travm in pogojev kritičnega stanja ter zdravljenja v bolnišnici;
- razlikovanje terapevtskih settingov v klišejih in osebnem življenju;
- tesno operativno sodelovanje med splošnimi zdravniki, svetovalnimi centri za otroke in mladostniki zdravstvenih regij in oddelkom za mentalno zdravje.

14 Med številnimi instrumenti so je uveljavila uporaba multimedijskih materialov (v papirni in avdiovizualni obliki) ter spodbujanje tiskovnih kampanj in v skupnosti tudi izvajanje izobraževalnih ter terapevtskih tečajev za zdravo šolsko okolje za boj proti stigmatizaciji.

Materiale so zbrali iz obstoječe mednarodne literature o začetku prve psihotične epizode in o mentalnem zdravju mladih. Pri tem so iskali primere, stavke, namige in analize, ki naj bi bili primerni za objavljanje in istočasno ne bi smeli biti preveč poenostavljeni, temveč naj bi na primeren način izražali vsebine in globino težav ter izkušenj.

Rezultat je delovni instrument za splošne zdravnike, ki so v tesnem stiku z mladimi in ki igrajo kompleksno vlogo tako poslušalca kot ponudnika pomoči.

Roberto Mezzina



KAJ JE PSIHOZA?

Psihoza

«Pojem psihoza se nanaša na specifičen sindrom, za katerega so značilni deliriji (napačna prepričanja), halucinacije (napačno čutno dojetanje, ki se razlikuje od drugih ljudi), izguba stika z resničnostjo in čudaško obnašanje.

Takšen sindrom je lahko rezultat širokega spektra stanj, ki zajemajo tako začetne psihiatrične motnje (shizofrenija in z njo povezane motnje), zdravstvene motnje (fizične travme, začasna epilepsija, demenca, nevrološke in endokrine bolezni, presnovne motnje) in motnje zaradi čezmernega uživanja psihotropnih snovi (posebno amfetaminov in halucinogenov).» WHO, 2009.

Ta pojem se torej uporablja za opisovanje motnje, pri kateri mladostnik doživlja izkrivljenost ali izgubo nadziranja resničnosti (brez izkrivljenja zavesti).

Razen pojava delirijev, halucinacij in neorganiziranega razmišljanja (tako imenovani pozitivni simptomi), pride tudi do izgube pobud in motivacije, pomanjkanja zanimanj, zaprtosti samega vase z nagnjenostjo k osamitvi in umiku iz družbe (tako imenovani negativni simptomi). 15

Razen tega so prisotni drugi simptomi, kot so nihanje razpoloženja, tesnoba, motnje spanja, motnje pozornosti, koncentracije in pomnjenja, ki se pogosto odražajo v slabem šolskem in delovnem uspehu.



KDAJ IN KAKO SE ZAČNE?

Pogovor in soočenje z družinskimi člani in splošnimi zdravniki pri prvih znakih slabega počutja, kot so neobičajna osamitev, širjenje apatije ali nerazložljiva hiperaktivnost, je najboljša oblika za preprečitev psihotičnega zloma.

Filipova zgodba

Filip je živahen otrok. Zaradi disleksija mora prvorojenec iz številne družine obiskovati otroško nevropsihologijo. Je športen in sproščen, v družbi hoče biti vedno v središču pozornosti in je zelo navezan na svojo nogometno ekipo, s katero trenira trikrat na teden. Šolski uspeh ne izpolni pričakovanj staršev in učiteljev, zato mora ponavljati tretji razred.

Zaključí osnovno šolanje in se vpiše na tehnično srednjo šolo. Starši sprva ne prepoznajo težavah, razen očitne Filipove nagnjenosti k zmanjševanju pomembnosti in podcenjevanju šolskih obveznosti, nakar pa se pojavijo težave s pozornostjo in pomnjenjem. Ponavlja četrti razred in med poletnimi počitnicami se zapre v hišo, preneha igrati nogomet in preneha obiskovati tečaj kitare, katerega je začel obiskovati prejšnje leto. Pojasni, da se mora učiti, da bo nadoknadil zamujeno snov. Na začetku šolskega leta učitelji povedo staršem, da se jim zdi bolj zaprt, kot da bi ga nekaj skrbelo in da med njim in sošolci pogosto prihaja do nesporazumov ali sporov. Sošolce obtožuje, da *ga preveč ocenjujejo* in *da se mu vedno smejejo za hrbtom*. Sam se spominja, da je v tistem času imel čuden občutek, *kot da nekaj prihaja od znotraj* in *da ga obkroža* in da je spremenil svoj odnos do drugih, ker je menil, da bodo o njem govorili neresnične stvari.

Staršem pripoveduje, da se na avtobusu vsi pogovarjajo o njem in da se vsake toliko časa dogajajo stvari, ki si jih ne zna razložiti, kot da bi mu drugi brali misli

Starši sprva zmanjšujejo pomembnost stvari in menijo, da gre za mladostniško prehodno obdobje. Zaradi čedalje večje sinove tesnobe in zapiranja samega vase, ga peljejo h privatnemu psihiatru, ki mu predpiše protipsihotično terapijo. Filip hodi k njemu približno šest mesecev enkrat na mesec

Istočasno začne Filip obiskovati psihoterapijo pri privatni psihologinji, ki ga kakšen mesec kasneje napoti na center za mentalno zdravje, ker se ji zdi nujno potreben širši pristop. Filip in njegovi starši pridejo več kot leto dni po začetku simptomov do ustrezne službe in vsi so zelo prestrašeni. Filip se boji, da ima resno in neozdravljivo bolezen, o kateri ničesar ne ve, in se boji spraševati o njej, družinske člane pa močno skrbi prihodnost.

Filip je doživel izkušnjo, ki jo splošno imenujemo psihotična epizoda.

18 Ko se pojavi motnja, običajno v pozni adolescenci ali v začetku zrele starosti, govorimo o začetku prve psihotične epizode.

Prevladuje mnenje, da pri mladih adolescentih lahko govorimo samo o možnem razvoju psihotičnih motenj in ne o shizofreniji.

Shizofrenija je pojem, ki ga običajno povezujemo z motnjo, ki traja dalj časa, ki je dozorela, se utrdila in stabilizirala. Zato lahko doživete izkušnje mladostnika primerjamo z izkušnjami podobnimi sedanjim, kadar govorimo o shizofreniji, vendar ne moremo po ničemer sklepati na naravni izid motnje, da bi presegli pesimizem, ki govori o psihozi kot o stalno spreminjajočem se stanju.

75 % psihiatričnih motenj se na simptomatološko očitni način pokaže v starosti do 25 let.

Psihotično izkušnjo lahko v svojem življenju doživijo skoraj trije odstotki mladostnikov, četudi se le pri majhnem številu pojavi odkrita motnja. Začetki prve psihotične epizode se največkrat pojavijo v pozni adolescenci in na začetku dozorele starosti (14 - 24 let) z 10 do 15 pojavi *Early Onset Psychosis* (EOP). To je začetek prve psihotične epizode pred 18. letom starosti. V tej fazi odraščanja se adolescenti

in mladi odrasli ljudje znajdejo pred vrsto izzivov, s katerimi se morajo soočiti. Ločijo se od svojih družin in poskušajo najti svojo vlogo v svetu.

V prehodnem obdobju oz na začetku mladosti se mladostniki srečajo z vrsto pomembnih razvojnih nalog, kot je ločitev od družine, odkrivanje in prakticiranje lastne spolnosti, razvoj in vzdrževanje odnosov, med katerimi so intimni odnosi, pojav in razvoj lastnih interesov, hobijev in sposobnosti, iskanje svojih ciljev, kot so prva zaposlitev ali priložnosti za nadaljevanje študija. V tem kritičnem obdobju se številni mladi le stežka soočijo z izzivi, ki se pojavljajo z njihovim razvojem, in številni doživljajo čedalje več zaporednih stresov. Če niso dovolj pripravljeni na adolescenco, lahko *stresni dogodki* povzročijo negativno spiralo v delovanju, samozaupanju in v socialnih odnosih.

Ko adolescent ali mlada odrasla oseba doživlja psihozo, se lahko številni ključni razvojni vidiki močno spremenijo, kar lahko pripelje do pojava motnje. Pogosto se pojavijo pomembna nazadovanja, mladi izgubijo ali odlagajo priložnosti za delo ali študij, lahko imajo težave z vzpostavljanjem odnosov ali vključevanjem v skupino sovrstnikov.

Preživljanje bolezni lahko vpliva na samospoštovanje, lahko se pojavita tesnoba in depresija. Vse to lahko pripelje do tega, da si nekdo ustvari podobo, da je disfunkcionalen, da ima težave z odvisnostjo od drugih in vse do prevzema vloge “psihiatričnega pacienta”.

Zgodovina in kultura nista bili naklonjeni širjenju pravega poznavanja psihoze, kar se še vedno čuti v klišejah in stereotipih, ki samo upočasnijo sprejemanje motnje in posledično začetka zdravljenja.

Dandanes priznavajo, da je okrevanje po psihozi toliko hitrejše, kolikor hitreje poteka prepoznavanje simptomov, iskanje pomoči in začetek terapije.

(glej v nadaljevanju)



Poglejmo, kakšne spremembe lahko opazimo razen simptomov. Kaj zapazimo, kaj se je spremenilo.

Možni znaki, da nekaj ni v redu, in psihotični simptomi

Zamenjava noči za dan.

Oseba zamenja cikel spanja in budnosti z nočno nespečnostjo in željo po spanju podnevi.

Pomanjkanje ciljev

Oseba se čuti izčrpana, brez energije in odločnosti. Izgubi zanimanje za življenje, ne skrbi za osebno higieno in za svoje zdravje. Izgleda, da ni več zmožna občutiti zadovoljstva, da pogosto s težavo premaguje delovne in študijske probleme.

20

Pensiero disordinato o confuso

Oseba ima težave s pomnjenjem in koncentracijo ali ima težave z linearnim razmišljanjem. Zaradi tega pogosto govori ali počne nekaj, kar drugi težko razumejo, govori besede ali počne nekaj, kar lahko imenujemo *nelogični pogovori, ideje in čudaško obnašanje*.

Valerij: *«Pri delu sem bil vedno natančen, sem filmski montažer. Kadar sem se slabo počutil, sem v nekaj dneh montiral in ponovno razrezal en film in iz njega naredil sedem filmov. Ni mi šlo dobro, vendar nisem vedel, kaj ni v redu. Nisem spal in jedel, prepustil sem se nezavednemu toku življenja»*

Trdna prepričanja

Oseba doživlja stanje, v katerem njene ideje in prepričanja ne ustrezajo resničnim dejstvom ter so v nasprotju z zdravo pametjo in niso dovzetne za pojasnila. Oseba se ne strinja z nikomer in izraža neustrezne kritike.

Deliriji

Osebi se zdi, da mu drugi poskušajo škoditi, da so se zarotili proti njej. Ali pa je prepričana, da poseduje super moči. Ali pa da drugi lahko jasno berejo njene misli. Ali ne nazadnje, da celo radio, televizija in celotna okolica prav njej pošiljajo posebne signale.

Friderik: «...vse se je začelo kot sestavljanje, film o moji vojni proti hudiču. Trajalo je dve leti. Zaradi študija sem potoval po Evropi, vendar me je vedno spremljala ta ideja, ki je dobivala obliko. Ko sem se vrnil domov, sem se prepričal, da je posebljen hudič vstopil v nek predmet.»

Halucinacije

Oseba sliši namišljene glasove, ki govorijo na primer o njej. Ali pa vidi, posluša in vonja neobstoječe stvari. Ali pa je hrana popolnoma nenavadnega okusa. Včasih lahko zazna taktilne domišljajske občutke.

Nikolaj: «Hodil sem po mestu in stalno srečeval starega prijatelja, ki mi je prihajal naproti na motorju, tudi po 15-krat na dan. Na začetku se mi je zdelo čudno in nemogoče, potem pa je postalo resnično. Nekega dne sam prosil prijatelja, da naj namesto mene vstopi v lokal, da preveri, ali je v njem tista oseba, katero sem slišal govoriti. Rekel mi je, da je ni v lokalu in me je poskušal prepričati, vendar takrat ni bil zelo uspešen.»

Zavračanje

Oseba je nagnjena k zavračanju zanjo neprijetnih situacij in okoliščin. Pogosto se le s težavo sooča z idejami drugih. Razen tega v večini primerov ne prizna, da trpi za duševno motnjo. Zaradi tega je nagnjena k zavračanju zdravljenja, sodelovanja z zdravniki in pomoči drugih oseb.

Spremenjen čut o sebi

Oseba ima občutek, da se njeno telo spreminja, da je lastna podoba drugačna in popačena. Ali pa ima občutek, da ne obstaja. Včasih ima oseba težave z zaznavanjem, kje se konča njeno lastno telo in kje se začneja ostali svet. Lahko verjame na primer, da roke ne pripadajo njenemu telesu ali da je brez telesa.

Fabijan: *«Počutil sem se, kot da sem razklan, telo je hotelo nekaj početi, vendar so ga misli in razum blokirali, nisem našel ravnovesja. Sčasoma sem občutil, da mirovanje spreminja moje telo, hrbtenica je bila vsa ukrivljena in eno koleno se je spustilo, ker ni imelo mišic.»*

premenjene reakcija ob dogodkih, ki jih je mogoče normalno obvladati

Oseba ima pridušena in prikrita občutja ali pa je pretirano razdražljiva in se ne more obvladovati.

22

V prvem primeru izgubi zanimanje za vse, kar se dogaja okrog nje, izgleda kot da je izklopila osebnost in lahko se zgodi, da spremeni obrazno mimiko, tako da je njen izraz tog in nevtralen.

V drugem primeru pa je videti, kot da ob nepravem času podžiga individuum in neprimerno ter čustveno reagira. Obrazna mimika je lahko pretirana.

Sara: *«Bila sem evforična, odlično sem se počutila, predstavljala sem si, da imam razmerje z mojim profesorjem. Počela sem ogromno stvari in nisem bila nikdar utrujena.»*

Socialna osamitev

Oseba ima težave pri odnosih z drugimi, lahko zavrača družbo in se zateka v svoj lastni svet.

Depresija

Oseba si lahko naloži nevzdržno breme krivde, ker se je v preteklosti

slabo obnašala, ker je razdrla prijateljstva in zavrnila naklonjenost. Lahko ima občutek, da ni vredna biti ljubljena. Vsi ti občutki lahko pripeljejo do težkega depresivnega stanja, ki ga lahko opredelimo kot pomanjkanje upanja. Takšno stanje lahko pripelje do razmišljanja o samomoru kot edini možni rešitvi.

Občutek nemoči in obupa

Zavedanje resničnih, resnih in neprestanih težav v vsakdanjem življenju lahko povzroči občutke obupanosti in neprimernosti.

Spremembe razpoloženja

Čustveno stanje se na lepem spremeni. Razpoloženje se neprestano spreminja.

[prirejeno iz *Fuori come va?* , P. Dell'Acqua. Ed. Feltrinelli. 2013]





KATERI SO VZROKI

«Težaven človek ni
ujetnik svojega okolja niti žrtev
svojega življenjepisa»
G. Kelly

Čeprav je raziskovanje v zadnjih desetletjih zelo napredovalo, natančno razumevanje psihoze še vedno ostaja odprt izziv. V splošnem se strinjajo o tem, da njen začetek temelji na več dejavnikih. Genetika, biokemija in nevrofiziologija dinamično vplivajo na življenjske izkušnje. Socialno-kulturno ozadje in vsi naštetih dejavniki vplivajo na psihofizični razvoj posameznika. Za razumevanje multifaktorskega začetka psihoze se še vedno uporablja skupni model imenovan *Občutljivost - stres* (1977).

Za ta model obstaja specifična *občutljivost* na psihozo. Pri tem upoštevajo tudi številne dejavnike, ki lahko vplivajo na razvoj.

25

Te dejavnike delimo na:

- Biološki dejavniki zajemajo vse, kar je fizičnega, kot so hormonsko ravnovesje, genetska struktura in vsi ostali, povsem fiziološki vidiki, ki dajejo pečat posamezniku (na primer visoka glikemija je biološki dejavnik).
- Psihološki dejavniki vsebujejo vse tisto, kar je razumskega, kot je sposobnost obvladovanja stresa, samospoštovanje, izražanje čustev (na primer žalost, ki jo lahko občuti posameznik zaradi žalovanja, je psihološki dejavnik).
- Socialni dejavniki zajemajo vse, kar je povezano z osebo, kot so družina, delovno okolje, socialni in kulturni kontekst (na primer ekonomski položaj je socialni dejavnik, ki lahko vpliva na razvoj posameznika).

Ti dejavniki od samega začetka vedno določajo tisto, kar smo, katere so naše šibkosti in naše močne točke.

Ti dejavniki so torej temelj za določitev osebne občutljivosti. Zaradi kompleksnosti človekovega razvoja ne moremo predvideti, v kateri smeri bo potekal medsebojni vpliv takšnih dejavnikov. Ravno tako ne moremo predvideti, ali se bo pri občutljivi osebi razvila psihoza ali ne. Vendar pa je v literaturi navedeno, da so stresni dejavniki v povezavi s pred tem obstoječim stanjem občutljivosti lahko vzrok za psihotično neravnovesje.

Zlasti življenjski dogodki, kot so neuspeh v šoli, čustveno razočaranje, žalovanje, nesreča, izguba dela in nekatere faze v življenjskem ciklu, kot je adolescenca (sama po sebi velja kot prehodno obdobje in torej kot izredno stresen in kritičen prehod), so lahko *rizični dejavniki*, ki povečajo verjetnost za prehod v stanje psihičnega trpljenja.

Rizični dejavniki lahko izhajajo tudi iz konfliktnega družinskega okolja ali težkega socialnega položaja.

26 Po drugi strani pa so prisotnost močne socialne mreže in družinskih članov za nudenje opore, možnost izobraževanja, osebna sposobnost obvladovanja stresnih situacij *zaščitni dejavniki*, ki zvišujejo posameznikovo odpornost proti stresnim dogodkom.

Poznavanje zaščitnih dejavnikov in njihovo vzpodbujanje pomagata pri preprečevanju povrnitve bolezni pri osebah, ki so že doživele prvo psihotično epizodo. To je pomembno tudi za nudenje pomoči tistim mladostnikom, ki jih zajame stanje občutljivosti, ki preživljajo kritično obdobje svojega razvoja, in zato ne morejo biti več sami kos življenjskim dogodkom.

Občutljivost in stres, kapljica preko roba

Posameznik je vedno v gibanju, vendar pa adolescenti in mlade odrasle osebe lahko med razvojem včasih naletijo na ovire, travme ali nazadovanje, s katerimi se ne morejo učinkovito spopasti.

Kopičenje takšnih izkušenj lahko oslabi in obteži ustroj posameznika in povzroči določeno stopnjo šibkosti.

Na začetek prve psihotične epizode lahko gledamo kot na reakcijo



na kapljico preko roba, ki jo lahko sprožijo različni dejavniki: slaba ocena, dekletov ali fantov “ne”, ponavljajoče se trpinčenje v šoli. Morda je mladostnik takšne dogodke v preteklosti celo obvladoval, vendar pa je njihovo kopičenje do pojava šibkosti povzročilo nepričakovan rušilen učinek.

Sprejetje psihoze je ključni korak. Na začetku se pogosto dogaja, da mladostnik ne pripisuje pomena dogodkom (zaradi obrambe, strahu, stigme) in jih rešuje kot stres. Takšno videnje razrešuje osebo odgovornosti in jo izpostavlja visokemu tveganju za povrnitev bolezni.

Uživanje psihotropnih snovi

Opozoriti moramo na uporabo psihotropnih snovi, ki lahko vplivajo na občutljivost.

Stopnja uživanja psihotropnih snovi pri mladih psihotičnih pacientih je zelo visoka. Odstotek psihotičnih mladostnikov, ki uživajo alkohol in droge je zelo visok in znaša med 25 in 60 %. Je trikrat višja od stopnje pri splošni populaciji enake starosti (*Regier, Farmer e Rae, 1990*).

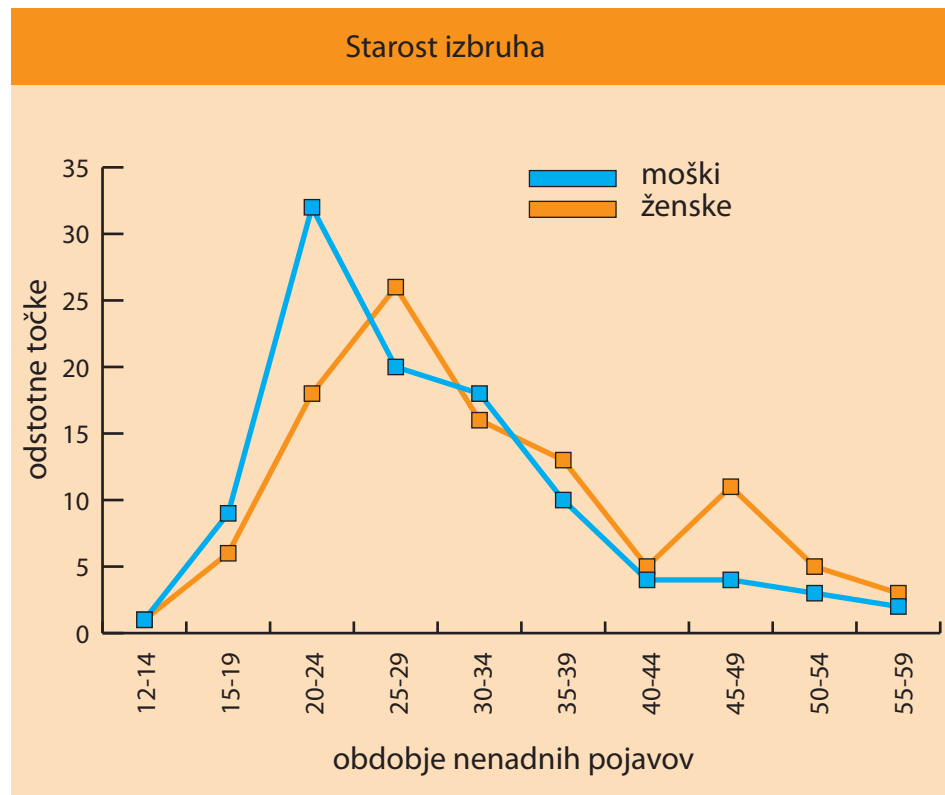
27

Te številke zahtevajo posebno pozornost pri preverjanju vprašanja, ali uživanje takšnih snovi pospešuje psihozo, ali je psihoza samo posledica uživanja. Odgovor na to vprašanje je pogosto zelo težak, vendar pa lahko pri razlagi komorbidnosti prepoznamo skrajnosti v dveh najverjetnejših domnevah. Četudi je v nekaterih situacijah prisotno uživanje, ki prispeva k razvoju in pojavu psihotične simptomatologije (hipoteza o zgodnji občutljivosti), pa uživanje takšnih snovi v nekaterih primerih predstavlja za mladostnika poskus omilitve motečih znakov bolezni in stranskih učinkov farmakološke terapije (hipoteza o samozdravljenju).

Za lažje razumevanje

Starost izbruha psihoze

28



Kateri so vzroki: večfaktorski model

Model (Zubin-Spring, 1977), ki se uporablja za razumevanje multifaktorskega izvora psihoze, je model *občutljivost - stres*. Pri tem modelu, ki ga je Nuechterlein leta 1987 razširil v *občutljivost - stres - coping*, govorimo o specifični *občutljivosti* na psihozo in pretehtamo različne rizične dejavnike, ki lahko vplivajo na razvoj. Te dejavnike delimo na:

1. Rizični dejavniki vedenja (stalni)
 - Izkušnje s psihotičnimi motnjami
 - Porodniški zapleti ob rojstvu
 - Virusne infekcije v nosečnosti
 - Zakasnel psihomotorični razvoj
 - Nizek razumski nivo
 - Občutljive osebnosti (shizoidne in shizotipske osebnostne motnje)
 - Nezadovoljivo ali problematično predbolezensko delovanje
 - Lobanjske poškodbe

2. Rizični dejavniki stanja (situacijski)
 - Rojstvo in otroštvo v urbanih okoljih
 - Dogodki stresnega življenja vključno s travmatičnimi dogodki v otroštvu
 - Uživanje psihotropnih snovi
 - Pripadnost zapostavljenim manjšinam

29

Model občutljivost-stres-coping (Nuechterlein, 1987)

Tri kategorije med seboj dopolnjujočih se dejavnikov: dejavniki občutljivosti, dejavniki psihosocialnih stresov in zaščitni dejavniki.

1. Dejavniki osebne občutljivosti
 - Dopaminska disfunkcija
 - Zmanjšana sposobnost procesiranja
 - Hiperaktivnost avtonomnega živčnega sistema in negativne spodbude
 - Shizotipsko obnašanje osebe (po DSM IV TR)

2. Stresorji in pospeševalni okoljski dejavniki
 - Družinsko vzdušje s pretiranim kritičnim in čustvenim vmešavanjem
 - Hiperstimulativno socialno okolje
 - Življenjski dogodki

3. Osebni in okoljski zaščitni dejavniki

Osebni

- Coping in samoučinkovitost (na primer dobro razmerje med čustvi in načinom copinga)
- Antipsihotiki

Okoljski

- Sposobnost družine pri reševanju težav
- Psihosocialni posegi za nudenje podpore



IZZIVI SVETOVANJA: ZGODNJE PREPOZNAVANJE

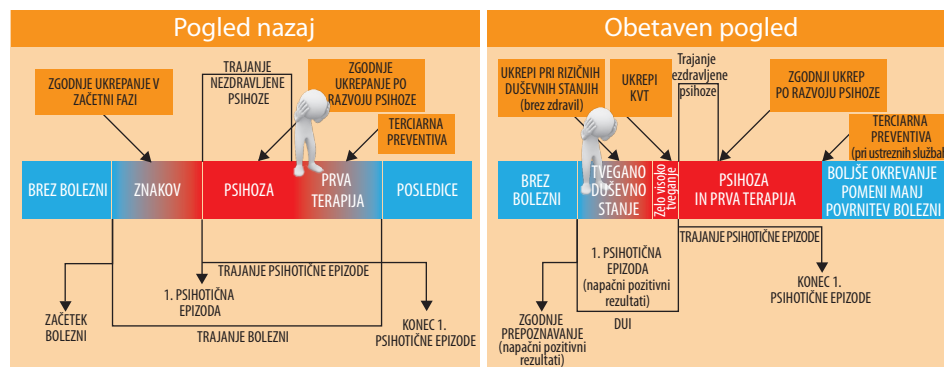
*Kar izgubimo z natančnostjo,
dosežemo z vestnostjo*

Študije o fazi svarilnih znakov dejanske psihoze so retrospektivne študije (raziskava faze pred psihotično epizodo, ki poteka samo po izbruhu simptomov z naknadnim rekonstruiranjem in omejitvijo vzorca na osebo, ki se zateče po pomoč na zdravstvene službe). S tem pa so povezane občutne operative omejitve, predvsem če se hočemo osredotočiti na predpishotični poseg (primarna preventiva). Vse do danes je ugotavljanje usmerjeno v situacije pred začetkom in je še vedno kontroverzna zadeva. Če so takšni simptomi po eni strani lahko predhodni znaki motnje, bi po drugi strani lahko bili sopojav stanjačasne krhkosti, ki se reši sam od sebe (napačni pozitivni simptomi).

Obetavno gledanje, ki upošteva spremenljivost faze pred motnjo, ruši koncept svarilnih znakov (ki namiguje na napredovanje, ki ga ni mogoče prekiniti) v korist bolj razčlenjenega *rizičnega duševnega stanja*.

31

Pogled nazaj proti pogledu naprej



Rizično duševno stanje ni *naravni razvoj*

Rizično duševno stanje pomeni skupek še ne bolezenskih sprememb. Prvi znaki so specifični in se kažejo kot omejitve samodojemanja (neprepoznavne na zunaj) skupaj z nazadovanjem razpoloženja v zvezi z dojetjem samega sebe in telesno funkcionalnostjo, s toleranco do stresa, z organiziranostjo misli (pozornost, spomin in koncentracija), s socialno interakcijo (osnovni simptomi). Istočasno z njimi se pojavi vrsta “ublaženih negativnih simptomov”, kot so socialna osamitev, zmanjšana sposobnost izražanja čustev, tog ali preprost načini mišljenja, pičla skrb zase. V zvezi z obdobjem, ki poteče med začetkom motnje in zdravljenjem, govorimo o trajanju nezdravljene motnje (DUI - *Duration of Untreated Illness*).

32

Čeprav ta doživljanja niso specifična, so za mladostnika lahko močno tesnobna in vodijo k nesposobnosti, ne glede na izid (od 10 do 50 % mladih navaja vsaj dva začetna simptoma psihoze v starosti 16 let in pri 99 % bolezen popusti sama od sebe).

Ukrepanje zdravstvenih služb za mentalno zdravje v tej fazi stiske sproži etična vprašanja, ki jih ne gre podcenjevati (kdaj, če in kako ukrepati) tudi v luči nespecifičnosti in nedodelanosti kriterijev za ugotavljanje rizičnih mentalnih stanj. Za zmanjšanje teh razponov negotovosti so strokovnjaki, z vedno večjo prediktivno vrednostjo, poskušali ugotoviti, katera populacija je najbolj nagnjena k pojavi motnje. Določili so kriterije za ugotavljanje duševnega stanja z visoko tveganostjo ((UHR - *Ultra High Risk*).

Obravnavane kriterije so potrdile številne študije. S pomočjo kriterijev je mogoče odkriti osebe z *visoko tveganostjo* za razvoj psihoze z razvojem prve psihične epizode v naslednjih 24 mesecih pri 16 do 41 % mladih oseb (Yung, 2008).



ZA LAŽJE RAZUMEVANJE

Kriteriji za mentalno stanje z visoko tveganostjo (UHR)

1. Blažji psihotični simptomi (večkrat na teden), kot so:
 - nenavadne ideje, pri čemer obstaja zmožnost kritičnosti;
 - sumničavost;
 - spremenjeno slušno zaznavanje ali zaznavanje z drugimi čutnimi organi, vendar kot prikrita psihoza;
 - nizke stopnje pojmovne dezorganiziranosti.
2. Kratkotrajni, omejeni ali prekinjajoči se psihotični simptomi v zadnjem letu: psihotični simptomi, ki trajajo manj kot en teden (se razrešijo sami od sebe).
 - nenavadne ideje brez zmožnosti kritičnosti;
 - čarobne misli;
 - motnje dojetanja;
 - paranoidne zamisli;
 - idiosinkratične misli in načini izražanja.
3. Vedenje in dejavniki rizičnega stanja, ki trajajo vsaj en mesec, in jih spremlja zmanjšanja globalnega funkcioniranja: prisotnost nespecifičnih simptomov (tesnoba, odstopanje razpoloženja) kot tudi rizično vedenje za razvoj psihotične motnje (shizotipska osebnost ali nagnjenost k psihotičnim motnjam v sorodstvu prvega kolena).

33

Zakaj je zgodnje ukrepanje pomembno?

Osebe s psihotičnimi motnjami se obrnejo na zdravstvene službe za mentalno zdravje šele zatem, ko psihoza traja že dolgo časa in ni zdravljena (DUP - *Duration of Untreated Psychosis*); eno do dve leti, povprečno 26 tednov).

Trajanje nezdravljene psihoze pomeni čas med pojavom potrjene

psihoze in oskrbo pri zdravstvenih službah.

Na kliničnim nivoju se strinjajo o tem, da zakasnelo zdravljenje potrjenih psihotičnih simptomov vpliva na motnjo.

Različne presečne študije so dokazale tesno povezanost med DUP-om in potekom psihoze. Tako Johnstone et al. (1986) kot Loebel et al. (1992) sta s pomočjo svojih raziskav ugotovila, da imajo osebe z večjim DUP-om veliko več možnosti za povrnitev boleznih kot osebe, ki so prej začele z zdravljenjem.

Wyatt (1991) predlaga hipotezo *toksičnosti psihoze* in svetuje, da je odložen sprejem nevroleptikov povezan z večjo nagnjenostjo k odpornosti proti zdravljenju s kasnejšimi težavami v procesu okrevanja.

Nekatere medsebojne povezave s poznim začetkom zdravljenja

Študije kažejo povezavo med povečanim DUP-om in:

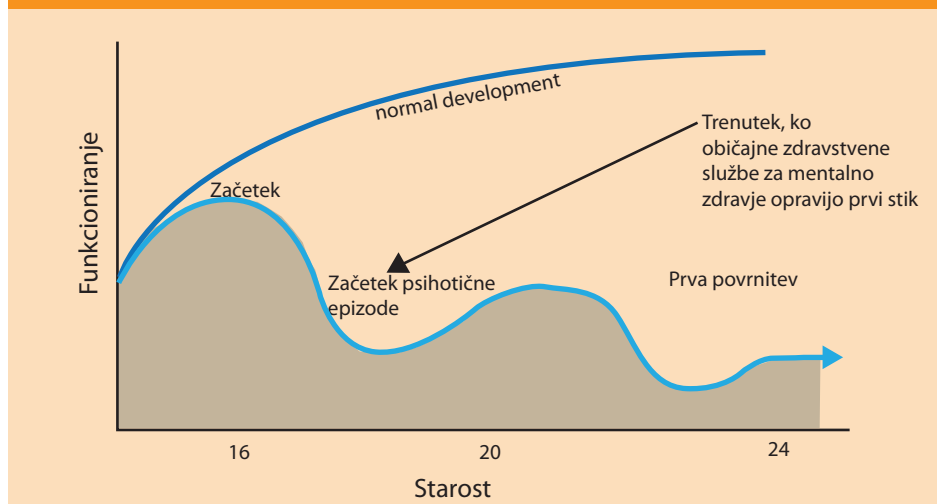
- manj ugodna napoved
- nepopolnim popuščanjem simptomov;
- povečanjem depresije in samomori;
- uživanjem psihotropnih snovi;
- izgubo samospoštovanja;
- vplivanjem na psihični in socialni razvoj;
- prekinitvijo študija in dela;
- povečanjem družinske obremenitve in izraženo čustvenostjo;
- visokim doziranjem nevroleptikov potrebnih za zdravljenje;
- večjim številom hospitalizacij.

Jasno je, da mora biti zgodnje ukrepanje med prvo psihotično epizodo (sekundarna preventiva) usmerjeno v skrajšanje trajanja nezdravljene psihoze z istočasnim vplivanjem na možne vzroke zakasnitve:

- težave s prepoznavanjem
- odpor do iskanja pomoči
- neobstoje služb za mentalno zdravje v bližini osebe.



Normalen potek psihoze



V nadaljevanju so podrobno obdelane težave s prepoznavanjem, dejavniki za pospešitev zadeve in bližina zdravstvenih služb za mentalno zdravje (program *Se je kaj spremenilo?*).

35

Vzrok za zavračanje iskanja pomoči je treba iskati v nerešenem vprašanju stigme, ki spremlja mentalne motnje. Kot glavni načini za spreminjanje kulture obnašanja veljajo promocijske akcije za zdravje in informacije, ki jih izvajalci dostavljajo družinam v okolišju (zdravniki splošne medicine), prvi poskusi družinskih članov, da bi prepoznali težavno obnašanje mladostnika, kot sta duševna stiska ali motnja, ki ju je treba zdraviti, lahko pripeljejo do zamere in nezaupanja v sorodnika. Ti poskusi lahko potrdijo občutek osebnega propada in zavračanje sorodnika ali krepitev fiksnih idej. *Družinski člani se morajo odločiti, ali naj ukrepajo v skladu s prepričanji in obnašanjem, ki je včasih že patološko, in ali naj zahtevajo zdravniško pomoč.*

Način, na katerega si družinski člani razlagajo obnašanje sina ali hčere, močno vpliva na praktično in čustveno reakcijo. Na hitrost in na način iskanja pomoči vpliva dejstvo, da družina upošteva

obnašanje kot zdravniški ali psihološki problem in ne kot zakonski ali socialni problem.

Ne smemo pozabiti, da prvi pojavi bolezni niso specifični.

Napotki za zdravnike splošne medicine

Kako iz razgovora razbrati zgodnje znake, da nekaj ni v redu

Zdravnik splošne medicine je pogosto prva oseba, na katerega se mladostnik (ali njegova družina) obrne s prošnjo za pomoč. Pri tem srečanju je ključnega pomena razgovor, ki postane instrument za natančno preučitev in postavitev diagnoze v primerih, ko zdravnik med pogovorom lahko zbere včasih nejasne informacije o stanju.

36 Kanadskemu psihiatru z univerze McMaster v Hamiltonu (Lesser,1981) je koncem osemdesetih let uspelo sestaviti pet faz razgovora. Zdravnikom je poskušal dati na voljo mehanizem za *prepoznavanje stiske*, ki jo razbere med razgovorom s pacientom, kot tudi nekatere elemente za prepoznavanje in morebitno zdravljenje. To temo so na podoben način obdelali tudi v Evropi (Golberg .1993 in Mc Guyre 2002) in tudi v Italiji (Asioli 1996).

Zadeva je bolj natančno pojasnjena v spodnjem primeru.

«Marko, tvoji rezultati hemograma so v mejah normale. Pred sabo imava potrditev, da utrujenost in težke okončine, ki jih občutiš vsake toliko časa, niso posledica pomanjkanja, kot si mislil pred tem. Tvoje vrednosti ustrezajo 23 let staremu, zelo zdravemu fantu».

Fant na te besede ne reagira z nasmehom, kot bi pričakovali, ali vsaj s pozitivnim odzivom, temveč povese glavo in ne pogleda zdravniku v oči. Med tem se preseda po stolu. Zdravniku ne more in ne sme uiti, da ima fant težavo, o kateri še ni mogel spregovoriti. Ta prva

faza pogovora ja faza intuicije.

V tem trenutku mora zdravnik spodbuditi pacienta, da začne govoriti. S pomočjo spodnjih stavkov, lahko zdravnik ugotovi, ali obstaja skrita težava: *«zdi se mi, da nisi zadovoljen, ko si zvedel, da so tvoje vrednosti normalne; s tvoje strani bi pričakoval nasmeh ali znak zadovoljstva; morda te skrbi nekaj drugega?»*. Ko zdravnik spodbudi pacienta, bo ta našel besede, s katerimi bo izrazil stisko. Druga faza razgovora je faza prepoznavanja.

Nekateri znaki, ki jih lahko izrazijo mladi pacienti:

- povečana težava ali zaskrbljujoče nazadovanje v šoli, na delu oziroma pri socialnem funkcioniranju;
- težave s koncentracijo ali jasnim razmišljanju;
- sumničavost, nezaupljivost ali nelagodno počutje v družbi;
- neobičajne ideje, misli oziroma čudaško obnašanje;
- sprememba v načinu dojemanja stvari in glasov;
- socialni umik ali socialna osamitev;
- neurejena čustva in pomanjkanje čustev;
- občutki depresije ali tesnobe;
- zavračanje prijateljstev in družinskih vezi;
- povečana občutljivost na čutno zaznavanje;
- nezanimanje za lastno nego ali osebno higieno;
- zmedenost v zvezi z lastno identiteto ali z lastno prihodnostjo;
- občutek, kot da se lastni razum igra z njim ali da nima nadzora na lastnimi mislimi ali idejami.

(iz *North American Prodrome Longitudinal Study – NAPLS*)

Temu sledi faza *presoje* težave, pri čemer se mora zdravnik zavedati, kakšen vpliv ima pojavljajoča se težava na pacientovo zdravje. Psihološka težava lahko pogosto resnično vpliva na zdravstveno stanje. Lahko, na primer, pripelje do nespečnosti, ki je včasih tudi povod za neuspeh v šoli.

Lahko pripelje do osamitve, povzroča vznemirjenje in podobno.

Sledi faza *ventilacije*, ko se je treba *izpovedati* o težavi in sicer tako,

da pacient od tem govori brez zadržkov in zavestno opiše vse vidike težave in na kakšen način je povezana s fizičnimi motnjami. Na koncu (še enkrat opozarjamo, da je ta razdelitev povsem shematska) sledi zaželeno fazo reševanja težave. Včasih ni mogoče ponuditi popolne in dokončne rešitve, ker le-ta pogosto presega zdravnikova pooblastila. Lahko pa pripelje do tega, da pacientu postane jasno, kaj lahko stori v zvezi s svojo težavo (po potrebi se pogovori z zdravstvenim delavcem zdravstvene službe za mentalno zdravje), kar precej izboljša kakovost življenja.

Za vsakega, ki ima težave z zdravjem je značilno, da postavlja vprašanja in zahteve (poudarjamo da izpoved ni značilna za pacienta). Zdravnik se pogosto znajde v podrejenem položaju, ker ni v stanju (ne zna, ne more ali noče) odgovoriti na te zahteve. Pacient pogosto prosi za neprimerne storitve, ki niso povezana s primerom in bi jih pacient rad dobil, ker je prepričan, da so primerne zanj ali za njegov primer, ker je o tem slišal govoriti v medijih ali od prijatelja ali kje drugje.

Zdravnik splošne medicine se pogosto znajde v položaju, da mora obrzdati takšno situacijo in sicer iz dveh poglavitnih vzrokov. Prvič, ker mora on voditi postopek zdravljenja (clinical governance), pri čemer se mora izogibati načinov, ki ne bi dali nobenega rezultata, in drugič, ker je upravljavec sredstev. Po državnem sporazumu je dolžen uporabiti vse pravilne postopke za smotrni diagnostični in terapevtski postopek. Ne more in ne sme predpisovati nepotrebnih preiskav ali neprimernih terapij.

Naloge zdravnika splošne medicine so sočustvovanje, osveščanje in pojasnjevanje. Skupaj z uvidevnostjo in graditvijo zaupnega odnosa predstavljajo bistvo pacientovih pravic, ki so določene v Evropski listini:

- pravica do preventive;
- pravica do dostopa;
- pravica do informacije;



- pravica do pristanka;
- pravica do upoštevanja zasebnosti in zaupnosti;
- pravica do upoštevanja pacientovega časa;
- pravica do upoštevanja kakovostnih standardov;
- pravica do varnosti;
- pravica do izboljšanja;
- pravica do preprečevanja nepotrebne trpljenja in bolečine;
- pravica do osebi prilagojenega zdravljenja;
- pravica do pritožbe;
- pravica do odškodnine.

(Pravice določene v Evropski listini, Bruselj 2002)

Ko se zdravnik splošne medicine znajde pred diagnozo duševne motnje, je njegova dolžnost, da mlademu pacientu nudi pojasnilo in ga napoti na zdravstvene službe za mentalno zdravje. Pri tem mora poudariti, da napotitev k specialistu nikakor ne potrjuje diagnoze. Pojasnilo torej ne sme biti povod za pretirano čustveno obremenitev in stres.

39

Morda bi bilo primerno, da kot informativni kanal deluje zdravnik splošne medicine, kajti na človekove odločitve vplivajo mnenja in spodbude s strani zanj pomembnih ljudi, kot je zdravnik splošne medicine.

(Odbor za zdravstvo dežele Emilije - Romanje)

Ključnega pomena je, da zdravnik mladostniku dá vedeti, da se zdravstveni delavci oddelka za mentalno zdravje lahko spoprimejo z njegovimi težavami. To vpliva na vzpostavitev odnosa do zdravstvenih služb in na hitrejši potek zdravljenja oz. terapije. Čim prej bo mladostnik napoten na zdravstvene službe, toliko prej bo lahko začel s programom zdravljenja, ki predvideva tudi sodelovanje družine in socialne mreže.

Navajamo model, ki se ga lahko posluži vsak zdravnik, ki namerava pacienta seznaniti z njegovim stanjem.

Protokol s šestimi točkami (+1)

1. Zagotovi si dovolj časa in diskretnosti.
 2. Ugotovi, kaj pacient in njegovi družinski člani že vedo.
 3. Ugotovi, koliko želijo vedeti pacient in njegovi družinski člani.
 4. Aktivno sodeluj (diagnoza, prognoza, možne terapije).
 5. Poskušaj razumeti čustvene povezanosti med pacientom in njegovo družino ter poskušaj ustrezno reagirati.
 6. Sestavi načrt pomoči in določi plan dela za prihodnost - odgovorno sodelovanje pacienta v terapevtskem postopku.
- Pacienta naroči na ponovni pregled čez en teden.

(Buckman)

SPECIFIČNOST DELA Z MLADOSTNIKI Z RIZIČNIM DUŠEVNIM STANJEM

Določitev ciljev

Delovanje v obdobju, ki je ocenjeno kot kritično, mora vsebovati naslednje ukrepe:

- posvečanje pozornosti osebam s simptomatičnim pojavom bolezni in z zmanjšanim socialnim delovanjem;
- preprečevanje škode zaradi simptomov in povrnitev na normalni osebnostni in socialni razvoj;
- izogibanje stigmi, ki se lahko pojavi zaradi dolgotrajnega slabega zdravstvenega stanja;
- zvišajte prag ranljivosti
- zmanjševanje osebne in ekonomske škode v primeru prehoda v začetek prve psihotične epizode.

Prav tako bi morali upoštevati tudi tveganja:

- neločljivo povezana težava pri razlikovanju simptomov od normalne izkušnje v obdobju adolescence;
- nespecifičnost zgodnjih znakov in zatorej pomanjkljiva prognostična natančnost;
- posledična možnost napačnih pozitivnih rezultatov;
- posledice prezgodnjega in morda nepotrebnega psihiatričnega zdravljenja s stigmatizacijo iz okolja in s samostigmatizacijo z negativnim dojemanjem samega sebe in lastne prihodnosti;
- uporaba sredstev, ki so primerna za napredne in težje faze bolezni.

41

Določitev ukrepov

Videli smo, da je pri rizičnih duševnih stanjih bolj učinkovito izvajanje ukrepov, ki so izkazali za koristne in so že ustaljeni pri preprečevanju povrnitve bolezni, kot so na primer:

- izvajanje ukrepov z družinskimi člani (psihološko svetovanje,

- psihološke delavnice, psihoterapije);
- individualni psihoterapevtski pristopi (npr. kognitivno-vedenjski) in za ohranjanje socialnega funkcioniranja;
- socialni ukrepi (nadaljevanje izobraževanja oz. dela).

V tej fazi nudenja podpore igrata odločilno vlogo družina in zdravnik splošne medicine in sicer ne glede, ali se potek konča z začetkom prve psihotične epizode ali s spontanim izboljšanjem stanja.

Obdobje pred ugotovitvijo težavnega ali nenavadnega obnašanja, kot je duševna stiska, je za družinske člane lahko zelo mučno. Starši mladostnikov, pri katerih se razvije psihotična motnja in ki kažejo predbolezenske znake pomanjkljive socialne integracije ter počasno napredovanje motnje, so bili pogost pretirano zaščitniški, vsiljivi ali so imeli negativen odnos do otrok (Goldstein, 1985).

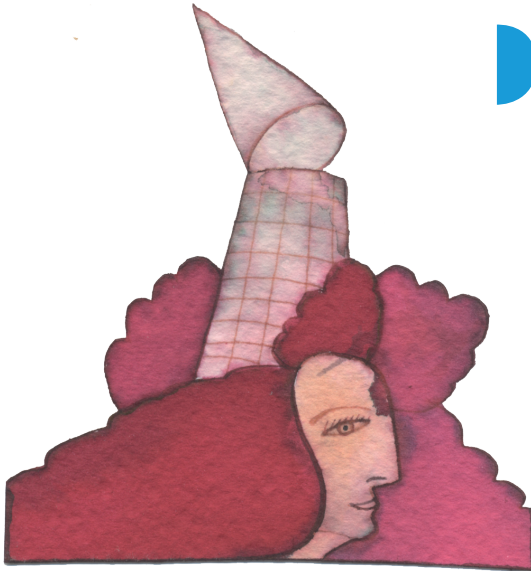
Podaljšano obdobje med prvim pojavom bolezenskih znakov in prvim stikom z zdravstvenimi službami je lahko povezano s pretirano kritičnim ali odklonilnim odnosom med družinskimi člani (MacMillan et al., 1986).

V tej fazi, ko pogosto manjka formalna ali neformalna podpora, se morajo sorodniki soočiti s svojo lastno zmedenostjo in tesnobo ter istočasno poskušati odpraviti stisko ter izgubo zmožnosti socialnih odnosov osebe.

Osrednji pomen družine v smislu sredstva in oporne točke v primeručasne občutljivosti mladostnika je osnova številnih načinov obravnavanja mladih na začetku njihove prve psihotične epizode.

Predvsem v Trstu so to osrednjost povezali z območno vizijo zdravstvenih služb in okrevanjem v pristnem domačem okolju.





KO MOTNJA POSTANE OČITNA

Začetek in potek psihoze

Če poskušamo dojeti, kako stiska preide v motnjo, si lahko pomagamo s trifaznim modelom. Po njem začetek psihotične motnje napreduje od simptomov do osrednje faze potrjene psihoze (včasih akutne) in nato do izboljšanja. Ta model na najbolj enostaven način odraža kompleksno stanje, ki je se razlikuje od osebe do osebe. Pojavlja se na toliko načinov, kolikor je osebnosti, zato je treba nanj gledati kot na učinkovit dvodimenzionalni model tridimenzionalnosti, ki ga ni mogoče spraviti na papir.

Svarilni znaki

Spremembe:

- na čustvenem področju (tesnoba, razdražljivost, depresija, jeza ali ravnodušnost);
- na kognitivnem področju (težave s koncentracijo ali spominom);
- mišljenja (zaskrbljenost, neobičajne misli);
- fizične (sprememba teka, izguba energije in motivacije);
- socialnega funkcioniranja (osamitev, socialni umik);
- blažji ali začasni pozitivni simptomi.

43

Potrjena oz. akutna faza

Pozitivni psihotični simptomi:

- zmedeno razmišljanje;
- halucinacije;
- deliriji (zasledovalci, mistiki, občutek mogočnosti, zanosa, somatske blodnje, miselni zasnutki).

Prva rešitev/hitro izboljšanje

Pri 25 % mladih na začetku prve psihotične epizode se stanje popolnoma izboljša, simptomi se nadaljujejo samo pri 10 do 20 % mladih.

Od kritičnega obdobja do okrevanja

Stopnje izboljšanja prve psihotične epizode so zelo visoke. Pri kot 85 do 90 % mladostnikov pozitivni simptomi po začetku prve psihotične epizode v celoti ali delno izginejo v 12 mesecih po začetku zdravljenja, pogosto tudi brez terapije (Lieberman 1993, Wiersma et al. 1998).

Kljub temu in četudi so simptomi zdravljeni ali so se močno ublažili, pa občutljivost ostane prisotna v letih, ki sledijo pojavu psihoze.

Tako pri obliki shizofrenije kot pri afektivni psihozi opazimo v prvih petih letih upad simptomov pri več kot 80 % pacientov. V istem obdobju pa je tudi največ samomorov, medtem ko se socialna prizadetost poslabša ali stabilizira. Zaradi tega leta po začetku prve psihotične epizode imenujemo *kritično obdobje* (Birchwood, 1997).

Obdobje, ki sledi popuščanju bolezni po začetku prve psihotične epizode, traja dve do tri leta in se lahko podaljša tudi na pet let ali več. To je kritično obdobje, v katerem poteka odločilna bitka med pospešitvijo *osebne katastrofe* (Raphael, 1986) zaradi psihoze in sredstvi, h katerimi se mladostnik lahko zateče po pomoč.

To se kaže kot obdobje visoke občutljivosti (Birchwood et al. 1998).

V tem obdobju je nujno nudenje zunanje pomoči na osnovi strategij, sistemov in organiziranosti pristojnih zdravstvenih služb, če hočemo pospešiti zgodnje okrevanje (recovery).

Podatki kažejo, da so rezultati manj uspešni pri moških kot pri ženskah, in kažejo medsebojno odvisnost med nižjo starostjo ob začetku psihoze in večjo resnostjo bolezni.

Vrh tega pa je pojav afektivne simptomatologije ob začetku prve epizode običajno povezan z ugodnejšimi rezultati (Mc Glashan, 1988), četudi številne študije dokazujejo, da istočasni pojav depresije in misli na samomor pomenita večjo stopnjo zatekanja po pomoč k ustreznim službam, večje število povrnjenih bolezni v obdobjih, ki sledijo prvemu pojavu psihoze, in večje število samomorov (Shepherd et al., 1989; Johnson, 1981; Roy, 1986).

S pojmom recovery iz angleškega glagola to recover, ki pomeni



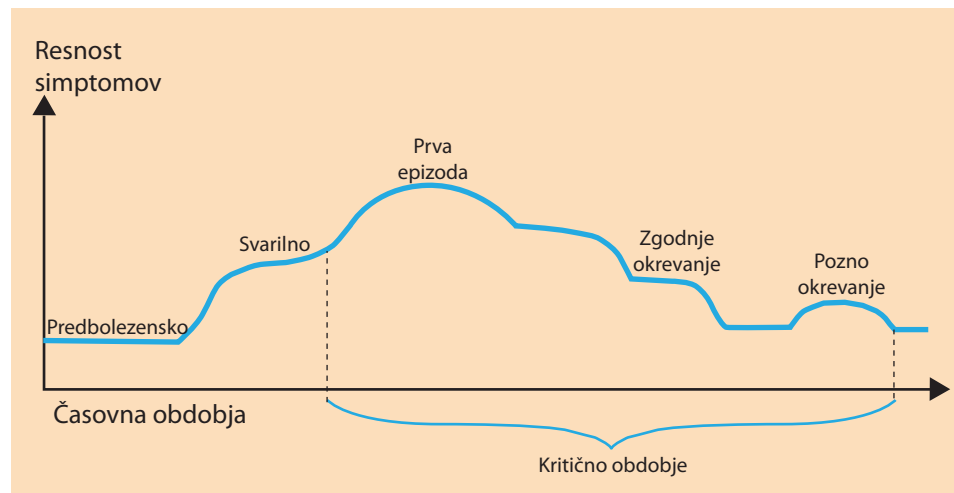
ponovno dobiti nazaj, opomoči se, nadoknaditi, poimenujemo način ali postopek za premagovanje psihoze. Pojem ne pomeni nujno klinične ozdravitve, temveč se nanaša na opravljeno pot, ki jo mora vsak prehoditi pri urejanju življenja po bolezni. Recovery se nanaša na ovedenje samega sebe in lastnih težav in zlasti lastnih eksistenčnih ciljev.

Pri recovery je bistvenega pomena pravočasno ukrepanje na več nivojih:

- Biološki: Redno izvajanje terapije, fizična dejavnost na prostem, nadziranje lastne diete, izogibanje uživanja alkohola in drog.
- Psihološki: Vzpostavitev stalnega sodelovanja in dialoga z zdravstvenim delavcem centra za mentalno zdravje (psihiater, zdravstveni tehnik, psiholog, socialni delavec ali strokovnjak za rehabilitacijo), ki pozna motnjo in ve, kako pomagati pri spoprijemanju z mislimi in težavami, ki spremljajo psihozo.
- Socialni: Nadaljevanje izobraževanja, iskanje dela s pomočjo rehabilitacijskih centrov, ponovna vzpostavitev odnosov s prijatelji ali čim prejšnje ponovno iskanje novih možnosti za srečanja in sprostitev.

45

Prekinitev nekaterih od naštetih korakov lahko upočasni izboljšanje ali pospeši povrnitev bolezni.



Napotki za zdravnike splošne medicine

o javlja se shizofrenična motnja, upoštevajte naslednje ...

1. Shizofrenija je bolj pogosta pri začetnih psihozah. S tem pojmom označujemo resno motnjo, katere pojav je bolj značilen v pozni adolescenci ali v začetku odrasle starosti. V enaki meri se pojavlja tako pri moških kot pri ženskah, čeprav se motnja pojavi pri ženskah kasneje, pri čemer sta potek in prognoza običajno boljša. Epidemološke raziskave navajajo 0,4 % prevlado.
2. Za shizofrenijo so značilni popačeno mišljenje in dojemanja ter neustrezno dojemanje. Motene so bistvene funkcije, zaradi katerih ima oseba občutek individualnosti, edinstvenosti bivanja na svetu. Med nekaterimi fazami motnje je obnašanje lahko resno moteno in ogroža socialno funkcioniranje osebe. Deliriji (trdna prepričanja, ki so napačna in brez podlage) in halucinacije (večkrat slišne, npr. razni glasovi) so značilni psihotični znaki te duševne motnje. Shizofrenične osebe so pogosto dobro ujemajo z drugimi v času in prostoru.
3. Shizofrenija poteka na različne načine s popolnim simptomatičnim in socialnim recovery-jem v približno tretjini primerov. Vendar pa je shizofrenija lahko kronična ali pa se ponavlja s preostalimi simptomi in z znaki nepopolnega socialnega okrevanja. S pomočjo sodobne farmakološke terapije in psihosocialnega zdravljenja skoraj polovica oseb s pojavom shizofrenije lahko popolnoma in trajno okreva. Pri ostali polovici se samo pri eni od petih oseb pojavijo resne motnje v normalnem vsakdanjem življenju. Tudi ko očitni znaki te motnje izginejo, lahko ostanejo nekateri preostali simptomi, kot so izguba zanimanja in pobude za vsakodnevne dejavnosti ter delo, socialne nesposobnosti, nesposobnost uživanja v dejavnostih. Zaradi teh simptomov oseba lahko postane nezmožna na drugih področjih, kar postopoma pripelje do poslabšanja kakovosti življenja. Preostali simptomi lahko pomenijo veliko breme za družine.



KAKO SPLOH PRITI DO ZDRAVLJENJA

Dostop do zdravstvenih storitev

Od obiska pri zdravniku splošne medicine...

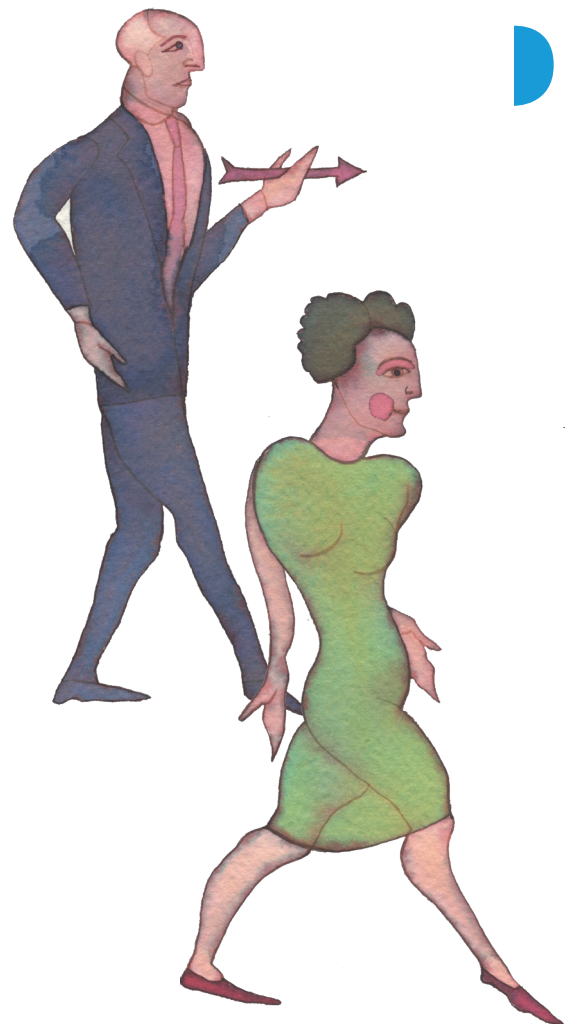
Programi za zgodnje ugotavljanje in zdravljenje začetnih psihoz, ki so naklonjeni potrebam mladih v tej fazi motnje, morajo temeljiti na *napredovanju izboljšanja, na neodvisnosti, enakosti (enake pravice) in samozadostnosti*. Za hitrejšo okrevanje je treba uporabiti socialne, vzgojne in zaposlitvene možnosti. Ti programi temeljijo na močni sinergiji med ekipo zdravstvenih služb za mentalno zdravje in zdravniki splošne medicine.

Takšno pravočasno in učinkovito ukrepanje, ki je namenjeno mladim v fazi začetka prve psihotične epizode, njihovim družinam, prijateljem in skrbnikom, predstavljajo največje zagotovilo za uživanje državljskih pravic in za socialno vključenost.

Zdravniki splošne medicine morajo biti usposobljeni za obvladovanje psihoze na samem začetku in se morajo za to neprestano izobraževati ter tesno sodelovati z zdravstvenimi službami za mentalno zdravje.

Družinski zdravnik igra pomembno vlogo pri oblikovanju diagnoze psihoze. Družinski zdravnik je namreč prvi, ki mora presoditi, ali simptomi kažejo na začetno fazo bolezni, ali pa gre v primeru adolescentov in mladih odraslih ljudi za preproste težave v zvezi z razvojem (glej tudi *Vodič za presojo in vodenje primera*).

Prva stvar, katero mora poskušati temeljito analizirati, je pripoved mladostnika ali njegovih družinskih članov, da bo lahko razumel in ocenil situacijo. Če splošni zdravnik posumi na psihozo, mora pacienta napotiti na pristojen center za mentalno zdravje v okolici, kjer bodo stanje bolj temeljito preiskali.



...do napotitve na center za mentalno zdravje

Za sprejem na center za mentalno zdravje ni treba opraviti raznih birokratskih postopkov. Zainteresirana oseba ali njeni bližnji (družinski člani, prijatelji, sosedi itd.) se lahko obrnejo po pomoč na center za mentalno zdravje. Za termin ali svetovanje se je mogoče dogovoriti na naslednje načine:

- neposredno med delovnim časom;
- dogovor po telefonu;
- napotitev s strani psihiatrične službe za diagnozo in zdravljenje;
- napotitev s strani lečečega zdravnika, v tem primeru sta možna dva načina napotitve in sicer neposredno na center za mentalno zdravje ali napotitev na območno zdravstveno službo za mentalno zdravje.

Napotitev s strani lečečega zdravnika neposredno na center za mentalno zdravje

48

Napotnice sprejemajo v štirih centrih za mentalno zdravje. Sprejemajo tudi nujne napotnice, ki jih običajno obdelajo v teku dneva in sicer vsak dan med 8 do 20 uro, razen ob nedeljah in praznikih, ko je dosegljiv oddelčni zdravnik psihiatrične službe. Mladostnika je mogoče napotiti neposredno na center za mentalno zdravje:

- Lečeči zdravnik naj se po možnosti po telefonu dogovori s centrom za mentalno zdravje, ki je pristojno za bivališče osebe. Javil se bo delavec v sprejemni pisarni centra za mentalno zdravje, ki bo pobral osnovne podatke. Lečečega zdravnika bo v najkrajšem možnem času v teku dneva poklical glavni zdravnik ali psiholog.
- Lečeči zdravnik pacientu pove za pristojni območni center za mentalno zdravje in mu dá vse potrebne podatke. Pacient se sam dogovori po telefonu ali gre neposredno v center za mentalno zdravje. Pacienta bodo brez naročanja sprejeli na razgovor v 24 urah po predložitvi napotnice. Prvi pogovor lahko poteka na različnih krajih, npr. v pristojnem centru za mentalno zdravje, v socialno-zdravstvenih enotah, na domu ali na drugem mestu, na katerem se pacient zadržuje.

Napotitev s strani lečečega zdravnika na območno zdravstveno službo za mentalno zdravje

Območne zdravstvene službe delujejo v štirih zdravstvenih regijah, kar poenostavlja pošiljanje na psihiatrični pregled in svetovanje pri pristojni območni zdravstveni službi za mentalno zdravje in omogoča neposreden dostop do centra za mentalno zdravje.

Območne zdravstvene službe delujejo v okviru centrov za mentalno zdravje, ki se nahajajo na istem območju. Tovrsten potek je priporočljiv predvsem v primerih, ko je treba hitro postaviti diagnozo in začeti s terapijo pri pacientih, za katere skrbi zdravnik splošne medicine in za katere sicer obstaja možnost sprejema.

Osebo pregleda psihiater ali psiholog oddelka za mentalno zdravje, po potrebi tudi večkrat, in jo nato pošlje nazaj k zdravniku splošne medicine z navodili za terapijo ali zdravljenje v centru za mentalno zdravje.

Način napotitve na območno zdravstveno službo:

Oseba mora imeti napotnico za bolnico oz. specialista, na kateri je navedeno:

pregled in postavitev diagnoze pri območni zdravstveni službi za mentalno zdravje.

Za dogovor za termin mora poklicati na številko 040-3995295 - 5296 od ponedeljka do petka od 8 do 13 ure.

49

Napotki za zdravnika splošne medicine

Presoja in strategija vodenja

1. Zdravniki morajo na samem začetku izključiti možnost pojava psihotičnih simptomov zaradi organske bolezni ali uživanja psihotropnih snovi. Skrbno mora ugotoviti zdravniško in psihiatrično anamnezo, čemur sledijo splošen in nevrološki pregled ter ocena mentalnega stanja.

2. Pri psihozah, ki jih povzročijo zdravstvena stanja, mora poskrbeti za zdravljenje takšnih stanj z istočasno psihiatrično obravnavo vedenjskih težav. Pri psihozah, ki so posledica uživanja psihotropnih snovi, je potrebno odvajanje ali ponovno preverjanje farmakološke terapije.
3. Osebe z akutno fazo psihoze, je treba čim prej poslati na pregled, tudi če je oseba vznemirjena in ne sodeluje. Zdravniki bi morali osebo pripraviti do sodelovanja, pri čemer lahko veliko pomagajo družinski člani in prijatelji.
4. Zdravniki lahko zberejo veliko pomembnih podatkov o bolezni od družinskih članov ali prijateljev. Takšni podatki so na primer spremembe spanja, načina govorjenja, obnašanja ali preživljanja dneva.
5. Zdravniki bi lahko prvi ugotovili, ali oseba misli na samopoškodovanje. V fazi recovery-ja lahko vedno pride do poskusov samomora. Najbolj zaskrbljujoče obdobje je akutna faza ko oseba lahko pade v delirij ali ima halucinacije, in v tednih po akutni fazi, ko se pri osebi lahko pojavijo sekundarni simptomi psihotične depresije (WHO, 2009)

Pristop od prvega stika dalje

Prvi bistveni korak za mladostnika in njegove družinske člane je sprejetje dejstva, da nekaj ni v redu, da so tudi drugi imeli to motnjo in so jo s primernimi ukrepi premagali.

Premagovanje prve faze spremlja občutek zbežanosti in strahu, da se bo takšna nepričakovana stvar kadarkoli ponovila.

Za mladostnike, družinske člane in za zdravstvene delavce je pomembno, da poskušajo dojeti, zaradi česa se je pri mladostniku pojavila občutljivost in kateri so stresni dejavniki. Obdelava teh vsebin lahko pripomore k hitrejšemu izboljšanju stanja in zniža možnost povrnitve bolezni.

Krepitev zavedanja lastnih šibkih točk in lastnih močnih točk je prvi



korak na poti k zdravljenju samega sebe. Vendar pa je ta ključni trenutek na poti izboljšanja psihotične epizode počasen in težak. Lahko se zgodi, da mladostnik zaradi strahu pred stigmato, ki prevladuje v družbi v zvezi z duševno motnjo, najprej zavrača motnjo.

Zaradi razmišljanja, da je sam, zaradi in zavedanja, da se je nekaj za vedno spremenilo, se mu lahko poslabša razpoloženje in lahko zapade v depresijo. Izkušnjo lahko sprejme kot nekaj, o čemer se ne more pogovarjati z nikomer, in kot nekaj nerešljivega ter neraziskanega.

Če rekonstruiramo individualni in družinski potek, je mogoče vsa ta stanja vznemirjenosti premagati in jih razviti v boljše poznavanje samega sebe.

Družina

Za družinsko in predvsem starševsko izkušnjo je značilno visoka subjektivna in objektivna obremenitev, ki se izraža z zelo nepristnimi načini in stili komuniciranja. Najbolj poznan je razlagalni model tako imenovane *izražene čustvenosti*, po katerem vrste družin razvrstimo v *continuum*, ki se v družini z močno izraženo čustvenostjo (kritični komentarji, sovražnost, pretirana čustvena vpletenost, zmedeno komuniciranje) razlikuje od družine s slabo izraženo čustvenostjo (čustvena toplina, pozitivni komentarji).

Ukrepi za spreminjanje, usmerjanje in nudenje podpore družini in njenemu načinu komuniciranja se danes soočajo z enodružinskimi in večdružinskimi programi, pri katerih je pacient prisoten ali ne. Zadnja dva so tudi združili v širši in bolj razčlenjen model, ki zajema obiske joining, na katerih pridejo pacienti v stik s svojimi družinskimi člani, in večdružinske delavnice za psihološko vzgojo ter večdružinska srečanja namenjena za *problem solving*.

Večdružinski pristopi so bistveni sestavni elementi zdravljenja začetka prve psihotične epizode.



V tej fazi neprekinjeno izvajajo družinske in individualne ukrepe ne glede na simptomatične pojave. To je podkrepljeno z dejstvom, da je nivo nezmožnosti osebe v prvih dveh letih po začetku prve psihotične epizode močno odvisen od nezmožnosti, ki se pojavi po epizodi (glej *kritično obdobje*).

Terapevtski odnos z družino ali s *skrbnikom* igra bistveno vlogo pri preprečevanju povrnitve bolezni v fazi *recovery*. Prilagajanje na psihotično motnjo je za mladostnika pogosto prevelik izziv, s katerim se ne morejo soočiti sam in zato so zelo pogosti *drop-out*. Vzpostavitev dobrega terapevtskega odnosa in skupna določitev strategije v primeru povrnitve bolezni sta nujni za nadaljevanje zdravljenja.

Prav s temi cilji so leta 2002 v Trstu predvideli in udejanjili specifičen modul ukrepanja z družinskimi člani mladostnikov na začetku prve psihotične epizode, ki se razlikuje od programa, ki ga že izvaja oddelek za mentalno zdravje (standardni potek), pri katerem družinske članke lahko povabijo k sodelovanju naknadno.



ZA LAŽJE RAZUMEVANJE

Za pojasnitev možnih faz za začetek zdravljenja lahko orišemo ključne točke pri prepoznavanju motnje.

Ključne točke pri zgodnjem prepoznavanju motnje (ocena stadija napredovanja)

	Od stiske do motnje	Kašen recovery
Stadij 1	Subjektivno doživljanje spremembe	Oseba doživlja <i>čudne</i> izkušnje, vendar se tega še ne zaveda. Ta faza se dogaja v notranjem svetu osebe. To subjektivno doživljanje lahko lažje razumemo v okviru <i>osnovnih simptomov</i> (prisotni več let pred začetkom prve psihotične epizode), ki se prepletajo in izgubljajo z drugimi kognitivnimi stili osebe.
	Objektivna zavedanje (družinski člani/ učitelji/zdravniki splošne medicine) spremembe	Pojavi se prve spremembe v obnašanju, ki zahtevajo <i>selektivno preventivno</i> ukrepanje (za rizično populacijo). Ukrep so lahko psihoterapevtskega ali psihosocialnega značaja in so namenjeni za premagovanje idej o disfunkcionalnosti in simptomatologije pred začetkom (glej dodatek A - <i>Early detection Screening</i>)
	Priznanje, da so stiska ali spremembe težava (upad <i>zmogljivosti/ performance</i> duševnega zdravja	Nivo simptomatologije načenja ohranjanje individualne funkcionalnosti. Mladostnik nima več prijateljev ali pa nasploh izredno težko opravlja vsakodnevne dejavnosti. Ukrepi v tej fazi so <i>vodena preventiva</i> (za populacijo z visokim tveganjem za razvoj psihoze). Pravočasno ukrepanje v tej fazi je lahko odvisno od poznega prepoznavanja motnje kot duševne motnje (v tej fazi se začne iskanje rešitev in svetovanj s strani različnih specialistov, ki pogosto predčasno poglobijo v duševno zdravje).

Stadij 2	Iskanje pomoči in poglobitev socialnih ali zdravstvenih delavcev v prepoznavanje simptomov	Oseba ali bolj pogosto njeni družinski člani začnejo iskati pomoč, pri čemer se pogosto obrnejo na privatne specialiste (nevrologi, psihiatri) za svetovanje ali zdravljenje (privatne klinike). V tej fazi je ključnega pomena pojasnilo s strani zdravnika splošne medicine o načinu dostopa do zdravljenja in o tem, kakšne možnosti nudi javno zdravstvo.
	Javljanje primera službi za mentalno zdravje	Simptomatologija vpliva na čas med prvimi psihotičnimi simptomi in sprejemom pri zdravstvenih službah za mentalno zdravje. Za to fazo so značilni pogosto prekinjanje socialnih odnosov, nihanje razpoloženja, apatija in pomanjkanje energije (tako imenovani negativni simptomi). kot tudi najbolj zahrbtni začetki prve psihotične epizode, ki jih je treba zdraviti. Izraz tega tipa simptomatologije se kratkoročno ali dolgoročno lahko konča z neugodnim izidom, kot trdi večina avtorjev (Beiser et al., 1988; Eaton et al., 1995).

Uvedba zdravil: Jih sme ali jih mora predpisati zdravnik splošne medicine?

Farmakološko zdravljenje oseb z visokim tveganjem za psihozo ali v njeni začetni fazi z namenom preprečevanja izbruha ali izboljšanja kliničnega razvoja bolezni je kontroveržno.

Namesto tega pa je priporočljivo farmakološko zdravljenje bolnikov s pojavom prve psihotične epizode oziroma z očitno simptomatologijo (Nacionalne smernice, 2007).

Dobra praksa v teh primerih je upoštevanje tako imenovanega načina na začetku malo in nato počasno zviševanje oziroma:

- predpisovanje nizkih doz služi za zmanjšanje možnega pojava stranskih učinkov na minimum (najbolj pogosti so ekstrapiramidni stranski učinki);
- antipsihotiki začnejo učinkovati po daljšem času. Včasih je treba v prvih tednih predpisati anksiolitike za obvladovanje vznemirjenja;
- počasno zviševanje doze vsak teden (npr. 0,5 mg Risperadala).

Farmakološko zdravljenje je zagotovo nujno pri zdravljenju akutne faze, vendar pa v literaturi obstajajo različna mnenja o nadaljevanju terapije z niskimi dozami nevroleptikov.

Priporočamo, da pretehtate možnost prekinitve farmakološkega zdravljenja v primerih kratkotrajne bolezni in da istočasno poskušate ugotoviti prekinjeni ali namenski vzorec, po katerem zdravilo predpišete samo v primeru pojava prvih znakov povrnitve bolezni (Birchwood, 1995).

Kateri antipsihotik?

Med učinkovitostjo antipsihotikov prve in druge generacije (risperidon, olanzapin, quietapin, amisulprid, aripripazol) ni bistvene razlike, temveč se razlikuje profil njihovih stranskih učinkov glede ekstrapiramidnih simptomov. Nekatere študije, ki so jih izvedli na bolnikih *s pojavom prve psihotične epizode*, so v primerjavi z omejeno prednostjo glede učinkovitosti pokazale nižje tveganje pojava ekstrapiramidnih simptomov pri jemanju olanzapina v primerjavi z aloperidolom in risperidona v primerjavi z aloperidolom. Pri zdravilih prve generacije se največkrat pojavijo ekstrapiramidni stranski učinki (parkinsonizem, distonija, akatazija, tardivna diskinezija) s tveganjem nastanka tardivne diskinezije v 5 % zdravljenja.

Stranski učinki antipsihotikov druge generacije so predvsem motnje v presnovi (povečanje teže, hiperglikemija, diabetes), endokrinološke motnje (povišan prolaktin in posledično spolna disfunkcija) in kardiološke motnje (ortostatična hipotenzija in podaljšana QT-doba).

Ni dokazov o večji učinkovitosti zdravil druge generacije v primerjavi z zdravili prve generacije pri bolnikih na začetku prve psihotične epizode in v akutni fazi shizofrenije, čeprav mednarodne smernice priporočajo za dober potek zdravljenja uporabo antipsihotikov druge generacije.

U uporabi zdravil prve in druge generacije se je treba odločati od primera do primera, pri čemer je treba na eni strani upoštevati manjše število ekstrapiramidnih simptomov in na drugi strani večje tveganje vplivov na presnovo, ki se lahko pojavijo zaradi jemanja zdravil druge generacije. Vsekakor pa se vsak bolnik odzove drugače, zaradi česar je treba terapijo prilagoditi vsakemu posamezniku.

Farmakološka terapija v obdobju po prvi psihotični epizodi je učinkovita za omejevanje povrnitve bolezni. Uporaba zdravil v tej specifični fazi bolezni je priporočljiva, medtem ko so potrebne dodatne preiskave za preverjanje vpliva terapije na dolgoročno prognozo (Nacionalne smernice, 2007).

56

Protipsihotična zdravila

Antipsihotiki prve generacije

- haloperidol (Serenase, Haldol)
- amisulpirid (Solian)
- perfenazin (Trilafon)
- klorpromazin (Largactil)

Antipsihotiki druge generacije

- risperidon (Risperdal)
- olanzapin (Zyprexa)
- quetiapin (Seroquel)
- aripiparazol (Abilify)
- klozapin (Leponex)



NALOGE ZDRAVSTVENE SLUŽBE ZA MENTALNO ZDRAVJE

Priporočamo terapije s psihološkimi delavnicami namenjenimi družinskim članom in *training* za socialno kompetenco v obdobju po prvi psihotični epizodi.

Priporočamo režim ACT-terapije sprejemanja in uresničevanja kot tudi multidisciplinarnе značilnosti, delovanje na domu in prilagodljivost, ki so nepogrešljivi elementi za dobro delovanje storitev namenjenih za zgodnje ugotavljanje ter zdravljenje mladostnikov pred prvo psihotično epizodo (Nacionalne smernice, 2007).

Cilj programa namenjenega začetku prve psihotične epizode je določitev *trajnostnih strategij za preventivo in zgodnje ukrepanje* v tej fazi.

Preventivne ukrepe (učinkovita preventiva) je treba izvajati tudi na mladostnikih, ki ne kažejo očitnih znakov. Njihov namen je zmanjšanje iatrogene obolevnosti pri osebnem razvoju v družinskem in socialnem okolju s preprečevanjem morebitnih poslabšanj bolezni in zaviranjem poslabšanja socialnih kompetenc. 57

Preventivna strategija usmerjena v populacijo z začetno simptomatologijo zajema metodologijo razčlenjenega delovanja z izvajanjem naslednjih ukrepov:

- optimiranje sistema zgodnjega prepoznavanja in ukrepanja v primeru psihoze pri adolescentih in mladih odraslih z izboljšanjem usposobljenosti za zgodnje prepoznavanje;
- skrajšanje časa med začetkom prve psihotične epizode in trajnostnim zdravljenjem pri območnih zdravstvenih službah z vključevanjem oddelka za mentalno zdravje in oddelka za zdravljene bolezni odvisnosti;
- vzpostavitev tesnega sodelovanja s splošnimi zdravniki in šolami z namenom javljanja rizičnih situacij na skupno mesto za dostop do informacij;
- izboljšanje kakovosti zdravljenja z izvajanjem specifičnih terapij.

S kliničnega vidika zdravstvena služba za mentalno zdravje izvaja naslednje specifične ukrepe za pomoč mladostnikom na začetku prve psihotične epizode:

- vključevanje družine;
- vodeno obveščanje v 48 urah;
- ločeno vključevanje družinskih članov in mladostnikov v skupino ljudi s podobnimi težavami;
- namenska in pozorna uporaba zdravil;
- načrtovanja terapevtskega ukrepa in ukrepa za izpovedovanje tako za posameznika kot za družino kot tudi ukrepa za izobraževanje oz. rehabilitacijo (tečaj);
- vsaj šestmesečna terapija;
- enoletno spremljanje stanja.

Ukrepi v akutni fazi in na začetku okrevanja

1. Ukrepi na osnovi filozofije območne zdravstvene službe s terapijami na domu in kratkotrajnimi hospitalizacijami.
2. Zdravljenje s peroralnimi zdravili z upoštevanjem stranskih učinkov.
3. Psihološka in psihosocialna terapija (razgovori, psihološka vzgoja, družinski in večdružinski ukrepi, ponovna vključitev v šolanje oz. delo).
4. Družinska terapija namenjena vsem sorodnikom ali skrbnikom, ki živijo ali so v ozkem stiku z mladostnikom na začetku prve psihotične epizode (zmanjšanje občutka krivde, vključitev v terapevtski projekt, obveščanje o motnji in ustreznih zdravstvenih storitvah).
5. Skupinsko vodeni ukrepi so lahko pomembni pri nujenju pomoči mladostniku za preprečevanje prekinitev v razvoju, ki sledijo po izbruhu psihoze (eventualno socialne sposobnosti).
6. Vključevanje v skupino vrstnikov, ki je bistveno za izvajanje številnih razvojnih nalog in lahko daje občutek pripadnosti in sprejemanja. Skupina zagotavlja bolj varno in manj obsojajoče okolje, v katerem se mladostnik lahko preizkusi (eventualno na terenu).



VLOGA ZDRAVNIKA SPLOŠNE MEDICINE

V zvezi s sodelovanjem med zdravniki splošne medicine in zdravstvenimi službami za mentalno zdravje je treba poudariti, da splošni zdravniki, tudi brez dodatnega usposabljanja običajno odkrijejo dve tretjini primerov duševnih motenj (med katerimi je še večji delež psihotičnih motenj Goldberg & Huxley, 1980) (Prince & Peelan, 1994). Dolgotrajno poznavanje pacienta, njegove družine ter socialnega ozadja zagotavlja zdravniku osnovo za presojo, ki je jo zlasti na začetku mogoče le težka primerjati s presojo specialista. Dokazan je pomen različnih nivojev povezovalnega dejavnika (poznavanje - zaupanje) in *destigmatizirane* vloge zdravnika splošne medicine.

Splošni zdravnik igra osrednjo vlogo

A) Pri ugotavljanje zgodnji oz. rizičnih primerov

- Potek pri prepoznavanju psihotičnih motenj in opozorilnih znakov (*Early Detection* 10). 59
- Začetni stik s pacientom na mestih, ki jih sam izbere.
- Neformalno svetovanje: Vsaka oseba, ki kaže nenavadne znake, ima v kratkem času možnost pregleda pri specialistu centra za mentalno zdravje.

B) Med zdravljenjem

1. Kot vpliven dejavnik za napotitev na zdravstveno službo za mentalno zdravje

- svetovanje družinskim članom pri iskanju pomoči v socialnem kontekstu pacienta;
- preprečevanje nepremišljene odločitve za obisk pri privatnem specialistu, če obstajajo predsodki ali strahovi pred centrom za mentalno zdravje;
- preprečevanje nepremišljene hospitalizacije mimo centra za mentalno zdravje, zlasti izven območja (vendar se bo moral vrniti - neprekinjena terapija);

- priprava družinskih članov na razumna pričakovanja - ne v stilu *velikega učenjaka*;
 - poudarjanje pomena javnega zdravstva za trajnosten program in multidisciplinarno delo.
2. Kot pospeševalec oz. posrednik pri prvem stiku (npr. na domu ali v svoji ambulanti).
 3. Kot vir klinično- socialnih informacij
 - izdelava zdravniške anamneze, hematomskih pregledov itd.;
 - določitev socialnega *ozadja* na zaupen način z navedbo natančnih elementov za psihiatrični pristop in za skrajšanje rokov.
 4. Kot sodelavec pri zdravljenju
 - Zmanjšanje tveganosti za razvoj debelosti. Večina protipsihotičnih zdravil lahko povzroči povečanje teže. Začetna teža se pri približno polovici pacientov v prvem letu zdravljenja poveča za približno 7 % (odvisno od predpisanega zdravila). V nekaj tednih po začetku zdravljenja lahko nastopijo spremembe v presnovi (nevarnost *metaboličnega sindroma*).
Predpiše lipidni profil. Svetovanje fizične aktivnosti lahko zmanjša tveganje za razvoj kardiovaskularnih bolezni.
 - Nadzira arterijski krvni tlak in pacienta seznanja s tveganji, ki so povezani z uživanjem alkohola in kajenjem.
 - Zmanjšanje tveganja za razvoj sladkorne bolezni. Izvaja meritve glikemije, pri čemer upošteva povečanje nevarnosti za diabetes.
 - Dodatni pogovori o temi.
 - Predpisovanje terapij po navodilih psihiatra.
 - Uporaba enostavnih registracijskih instrumentov, ki so tudi vodilo za prakso.
 5. Za sekundarno preventivo
 - poročanje javnemu zdravstvu o problematičnih situacij, zavračanju ali nezavedanju položaja;



- sporočanje morebitnih znakov za povrnitev bolezni pri pacientih, ki so na zdravljenju v centru za mentalno zdravje;
- javljanje somatičnih značilnosti, ki lahko neposredno in posredno vplivajo na duševno zdravje (travme, uživanje alkohola in legalnih ali nelegalnih psihotropnih snovi, endokrine (ščitnica) ali nevrološke degenerativne bolezni itd.) kot tudi težkih dogodkov v družini (nesreče, žalovanja itd.).

6. 6. Kot *varuh zdravja* v kritičnih primerih zaradi komorbidnosti kot posledica težkih somatskih obolenj in težkih duševnih motenj, zlasti v primeru dolgotrajnega zdravljenja brez sodelovanja družine. Načrtovanje kontrol po dogovoru s centrom za mentalno zdravje. Obstajajo številni primeri, ki zdravnikom splošne medicine niso znani.

7. Kot upravitelj zdravljenja pod nadzorom in s posvetovanjem s centrom za mentalno zdravje (*drugo mnenje*)

- Glede farmakološke terapije in svetovanja (za zdravnike splošne medicine s specializacijo iz psihiatrije obstaja nevarnost, da ukrepajo na alternativen, nestrategski način in ne v dogovoru s centrom za mentalno zdravje).
- Za preprečevanje povrnitve bolezni in zagotavljanje neprekinjenega zdravljenja v *preprostih* primerih, ki jih center za mentalno zdravje zavrne, ker niso v njegovi neposredni pristojnosti (npr. bipolarni motnje z dolgimi prostimi intervali - profilaktično zdravljenje z litijem in ustrezne kontrole, včasih zdravljenje s klorzapinom oseb z znaki popuščanja bolezni zaradi tega zdravila).

Ena od osrednjih težav zdravljenja in ohranjanja neprekinjenosti terapije s preprečevanjem prehitre opustitve terapije je iskanje drugih specialističnih mnenj ali zatekanje k privatnikom, pri katerih se vedno izkaže, da se ne morejo spopasti s kompleksnostjo težave. Še slabše pa je iskanje pomoči pri zdravilcih itd. Pri vseh teh primerih je bistvenega pomena sodelovanje zdravnika splošne medicine in njegov kritičen odnos do takšnih načinov.

Pomen srednjega zdravstvenega kadra na psihiatriji v smislu sodelavcev zdravnika splošne medicine:

- Skupen pristop k težavnim pacientom (na primer v programu *varuh zdravja*);
- večja razpoložljivost za neformalno presojo na domu;
- izmenjava informacij o poznanih primerih.

Napotki za zdravnika splošne medicine

Vodič za presojo in vodenje primera

program mhGAP

Mladostnik je podvržen akutni psihozi?

- 62
- Zmedeno ali neprimerno izražanje
 - Deliriji
 - Halucinacije
 - Umikanje (withdrawal), vznemirjenost, zmedeno obnašanje
 - Prepričanje vključevanja ali prenosa misli
 - Socialni umik in zanemarjanje obveznosti v zvezi z delom, šolo domačimi in socialnimi dejavnostmi

DA, če je prisotnih več simptomov, je možno, da gre za psihozo. Če je psihotična epizoda:

- začetek ALI
- povrnitev bolezni ALI
- poslabšanje psihotičnih simptomov

1. V primeru akutne psihotične epizode:

- pacientu in skrbnikom razložite, kaj je psihoza in možnosti za terapijo;
- uvedite terapijo z antipsihotiki;
- če je mogoče, ponudite psihološke ali socialne posege, npr. družinsko terapijo, pridobivanje socialnih kompetenc;



- uvedite rehabilitacijo;
- redno se dogovarjajte za follow-up obiske;
- ohranite realen optimistični odnos do upanja.

OPOMBA: NE predpisujte antiholinergičnih zdravil za preprečevanje stranskih učinkov antipsihotikov.

2. Pacienta ali skrbnika vprašajte:

- kdaj se je začela epizoda;
- ali so se v preteklosti pojavljale druge epizode;
- pridobite natančne podatke o preteklih ali potekajočih terapijah.

3. Izločite psihotične simptome zaradi:

- uživanja alkohola ali psihotropnih snovi in abstinenci krize;
- delirija v povezavi z boleznimi, kot so cerebralna malarija, sistemske okužbe, možganske poškodbe.

4. Začetek zdravljenja z antipsihotiki

- Za pravočasno obvladovanje psihotičnih simptomov je priporočljivo, da zdravljenje s protipsihotičnimi zdravili začnete takoj po pregledu. V primeru akutnih stanj se odločite za dajanje intramuskularnih injekcij samo v primeru, če oralna aplikacija ni možna. Ne predpisujte večjih domačih zalog injekcij z namenom hitrega obvladovanja akutnih psihotičnih simptomov.
- Naenkrat predpišite samo eno protipsihotično zdravilo.
- *Začnite z malim in nato počasi naprej.* V okviru terapije začnite z nizkim doziranjem (glej spodnjo tabelo) in ga postopoma zvišujte do nižje učinkovite doze, da zmanjšate tveganje za pojav stranskih učinkov.
- Optimalno dozo zdravila poskušajte dajati vsaj štiri do šest tednov, preden jo ocenite kot neučinkovito.
- Pacientom obolelim za psihozo je treba ponuditi oralno jemanje zdravila na osnovi aloperidola ali kloropromazina.

Nadzorovanje pacientov med protipsihotično terapijo

Če pacient ne reagira primerno na enega ali več protipsihotičnih zdravil med predpisovanjem primerne doze enega zdravila naenkrat v primernem času:

- ponovno preverite diagnozo (in morebitne diagnoze komorbidnosti);
 - prepričajte se, da vzrok psihoze ni uživanje alkohola in psihoaktivnih snov (čtetudi ste to že preverili na začetku);
 - zagotovite adherenco pri zdravljenju, po potrebi predpišite injekcije za domov, da izboljšate pripravljenost pacienta za sodelovanje;
 - presodite, ali morate zvišati dozo trenutnega zdravila, ali pa bi bilo bolje, da predpišete drugo zdravilo;
 - presodite, ali bi morali začeti z antipsihotiki druge generacije (razen klopapina) kot zamenjavo za aloperidol ali kloropromazin, če le ni težav s stroški in razpoložljivostjo;
 - presodite, ali bi predpisali klopapin bolnikom, ki se niso odzvali na druge antipsihotike v primernih dozah in v primernem času.
- 64 Klopapin lahko predpisujejo nespecialisti po možnosti pod nadzorom specialista za mentalno zdravje. Zaradi smrtnega tveganja v zvezi z agranulocitozo je treba klopapin uporabljati pod pogoji nadziranja pacienta z laboratorijskim pregledi.

Če se pojavijo ekstrapiramidni stranski učinki (npr. parkinson ali distonija):

- zmanjšajte dozo protipsihotičnega zdravila;
- ocenite, ali lahko predpišete drug antipsihotik (npr. kloropromazin namesto aloperidola);
- preverite možnost uvedbe kratkotrajne holinergične terapije, če druga zdravljenja niso učinkovita ali v primeru akutnih, težkih ali negativnih ekstrapiramidnih učinkov.

Prekinitev protipsihotične terapije

- *Akutna psihoza*: Protipsihotično zdravljenje podaljšajte za naslednjih 12 mesecev po popolni remisiji.

- Mladostniki podvrženi *kronični psihozi*: Premislite o prekinitvi terapije, ko je pacientovo stanje že nekaj let stabilno. Pri tem pretehtajte tveganje za povrnitev bolezni zaradi prekinitve zdravljenja v primerjavi z možnimi stranskimi učinki zdravila. Upoštevajte tudi prednosti za paciente in se posvetujte z družino.
- Preden se odločite za prekinitve protipsihotične farmakološke terapije, se po možnosti *posvetujte s specialistom*.

Spodbujanje zdravega načina življenja

Pomembnost zdravega življenja in kontrole zdravstvenega stanja po programu Vite Sane e Attive - Healthy Active Lives (HeAL).

Pobudo za deklaracijo HeAL je dala mednarodna delovna skupina iphYs (*international physical health in Youth stream*), ki se je porodila na konferenci Consensus Conference leta 2010 v Amsterdamu v združenju International Early Psychosis Association (IEPA) in se utrdila na naslednjih srečanjih skupine iphYs v Sydneyu (2011, 2013) in San Franciscu (2012), pri katerem so sodelovale klinične skupine, pacienti, družinski člani in raziskovalci iz 11 držav.

65

Namen programa je doseganje konkretnih ciljev v zvezi z varovanjem dobrega fizičnega počutja mladih s psihozo, in še zlasti:

- da imajo mladi s psihozo enaka življenjska pričakovanja in enake možnosti kot njihovi nepsihotični vrstniki;
- da mladi s psihozo, njihove družine in drugi skrbniki znajo vzdrževati fizično zdravje in jim uspe zmanjšati na minimum tveganja v zvezi s terapijo, kot tudi da imajo vedno dostop do ustreznih informacij in podpore;
- pri odločanju za posege upoštevajo zaskrbljenost mladih, njihovih družin in drugih skrbnikov v zvezi s stranskimi učinki protipsihotičnih zdravil;
- strokovnjaki za mentalno zdravje in njihove organizacije aktivno sodelujejo pri varovanju in ohranjanju fizičnega zdravja mladih v

- fazi zdravljenja;
- zdravstvene službe od samega začetka terapije spodbujajo življenjski stil s poudarkom na zdravi prehrani in dieti ter zmanjševanju kajenja.

TRST: PROGRAM "SE JE KAJ SPREMENILO?"

Priporočljivo je, da zdravstvena služba, ki je zadolžena za ugotavljanje in zdravljenje rizičnih oseb ali oseb s svarilnimi znaki shizofrenije, zagotavlja specifično delovanje, osebnostno naravnost in fleksibilnost terapij, geografsko neodvisnost od centrov za mentalno zdravje, izvajanje informativnih in izobraževalnih dejavnosti za splošne zdravnike, območne zdravstvene delavce, prebivalstvo in inštitucije.

(Nacionalne smernice, 2007).

Leta 2009 je začel v Trstu delovati program imenovan *Se je kaj spremenilo?*. To je projekt za zgodnje preprečevanje in zdravljenje začetka prve psihotične epizode pri adolescentih in mladih odraslih ljudeh, ki temelji na uporabi vseh znanj o začetku prve psihotične epizode. Projekt se izvaja po območnem tržaškem modelu z močnim poudarkom na sredstvih prisotnih v urbanem in socialnem okolju. Ta program je predstavljal prvi korak na poti k določitvi trajnostnih strategij tako za učinkovito preventivo kot za zgodnje ukrepanje na osnovi trajnostnega območnega razvoja. Projekt temelji na omogočitvi dostopa do zdravstvenih služb za mentalno zdravje brez stigmatizacije odraslih in mladostnikov z namenom lažje vzpostavitve stika in eventualnega zdravljenja.

Projekt zajema več področij, kot so ureditev jasno določenega mesta za zbiranje informacij, razvoj trajnostnih odzivov s strani zdravstvenih služb v okviru mreže znotraj podjetij za zdravstvene storitve (oddelek za mentalno zdravje, zdravstvenih regij, oddelek za zdravljenje bolezni odvisnosti) in izven podjetij (otroška nevropsihiatrija v porodnišnici, privatne socialne organizacije), osveščanje prebivalstva kot tudi razvoj bližnje mreže potrebne za zagotovitev sporočanja in pošiljanje napotnic za zdravljenje. Pomembno vlogo v projektu pokrivajo zdravniki splošne medicine in šole.

Delo opravljeno za izboljšanje povezovanje med razpoložljivimi službami in adolescenti ter mladimi s tveganostjo pojava resne duševne motnje ob prehodu iz razvojne stopnje v odraslo starost je pripomoglo k izvedbi protokola za ukrepanje v sodelovanju s službami, kar omogoča potekanje zdravljenja.

Skupni protokol zagotavlja, da so vse zdravstvene službe (oddelek za mentalno zdravje, zdravstvene regije, oddelek za zdravljenje bolezni odvisnosti) kot tudi ustrezni odzivi vedno in enostavno na voljo mladostnikom ter njihovim družinam in sicer ne glede na katero službo se mladostnik obrne. Protokol predvideva specifične načine glede na mesto prvega stika, mladostnikovo starost in izid prvega pregleda.

Skupni protokol

68 V skupnem protokolu je jasno določeno načelo prekrivanja med zdravstvenimi službami za uporabnike v starosti med 16 in 19 leti. Zato je za vsako rizično ali manifestno stanje za začetek prve psihotične epizode, ki je javljeno ali ga obravnavajo v centru za mentalno zdravje (ali v diagnostični in terapevtski psihiatrični službi) ali v centru za mladoletnike (zavod za varovanje zdravja otrok in adolescentov), predvidena vključitev ustreznih služb na nivoju dveh operativnih struktur (oddelek za mentalno zdravje in zdravstvena regija) v fazo presoje in zdravljenja.

Načela in delovanje

- Obravnavanje mladostnikov in mladih z rizičnim duševnim stanjem ali na začetku resne duševne motnje mora biti osredotočeno na osebo v najširšem pomenu besede s priznavanjem subjektivnosti v smislu glavnega elementa na poti do okrevanja.
- Pri obravnavanju je treba strogo spoštovati državljanske pravice. Obravnavanje ni namenjeno samo zdravljenju motnje, temveč tudi rasti, emancipaciji in samostojnosti kot tudi socialni vključenosti s preprečevanjem tveganja za stigmatizacijo in izključitev.

- Javno zdravstvo prevzema odgovornost za takšno zdravljenje in zagotavlja vodenje in organizacijo potekov zdravljenja, pri čemer zagotavlja sodelovanje med službami za adolescente in službami za odrasle v prehodni starosti tudi izven njihovega ožjega institucionalnega poslanstva.

Značilnosti in kriteriji zdravstvenih služb

Zdravstvene službe:

- se morajo odzvati v najkrajšem možnem času in brez kriterijev izključevanja ali selekcije po težavnosti;
- delovati v tesni povezavi z interesom pacienta, mu omogočiti možnost stika z angažiranjem vseh primernih terapevtskih sredstev in socialne vključenosti, ki so na voljo v mreži zdravstvenih storitev in v skupnosti;
- se morajo v največji možni meri prizadevati za neprekinjeno zdravljenje brez namerne pošiljanja na zdravljenje v druge javne ali privatne ustanove.

69

Značilnosti pristopa:

- večdimenzionalnost tako v biopsihološkem kot socialnem smislu in upoštevanje kulturnih in splošnih posebnosti;
- tudi v kriznih okoliščinah mora potekati v življenjskem okolju, pretežno doma;
- izogibanje hospitalizacije na osnovi aktivnih ukrepov kot tudi celodnevne bivanja v centru za mentalno zdravje;
- če je pacient hospitaliziran, mora biti bivanje čim manj restriktivno z izogibanjem obveznih zdravstvenih posegov in stigmatizacijskih stanj zaradi hospitalizacije;
- prilagodljivost in modularnost glede potreb posameznika in njegovega socialnega stanja kot tudi naravnost v čim hitrejšo ponovno vključevanje v normalno življenje pacienta, upoštevanje njegovih odločitev in nadaljevanje razvoja;
- vključevanje svetovalne socialne mreže, ki skupaj z zdravstveno službo angažirajo človeški in socialni kapital;

- pri pristopu mora sodelovati multidisciplinarna ekipa, ki sproti odloča o posegih;
- pripravljenost na različne načine odzivanja na potrebe (globalni pristop).

Priprava funkcionalne skupine projekta

V protokolu je določeno, da se vsaka služba v okviru zgoraj omenjene mreže zaveže, da bo za svoje področje določila vsaj dva zdravstvena delavca, ki se bosta ukvarja predvsem z naslednjimi nalogami:

- povezovanje med službami v posameznih primerih glede na potrebne postopke;
- pospeševanje izvajanja protokola na svojem področju in neprestano spremljanje poteka zdravljenja rizičnih duševnih stanj ter začetkov prve psihotične epizod z ustreznim zbiranjem podatkov;
- povezovanje z individualnimi in skupinskimi prečnimi programi, ki so namenjeni mladostnikom in njihovim družinskim članom.

70

Monitoring v zvezi s program *Se je kaj spremenilo?*, ki poteka od leta 2009, je omogoči vrednotenje celovitost pojava in vključene populacije.

V zvezi s preventivo pa so po letu 1996 izboljšali strokovnost projekta usmerjenega v preprečevanje nevarnosti samomora. Projekt *Posebni telefon* je namenjen obveščanju mladostnikov o širokem spektru problematike v zvezi z duševnim zdravjem.

Kaj danes nudi program "Se je kaj spremenilo?"

Navezovanje prvega stika z zdravstveno regijo (svetovalni center za družino, otroke in adolescente) ali s centrom za socialno zdravje:

- pred sprejemom najprej telefonski ali osebni razgovor z zdravstvenim delavcem za sprejem;



- prvo srečanje na domu ali na sedežu zdravstvene regije, ki je dogovorjeno tudi s splošnim zdravnikom, za pregled in nadaljnje ukrepanje (zdravljenje);
- osebni razgovor s pomembnimi osebami (družinski člani, prijatelji - na osnovi slišane poskušati prepoznati življenjske težave in doživljanja, prepoznavanje motenj);
- po prvi postavitvi možne diagnoze (po potrebi tudi s pomočjo vprašalnikov) po potrebi odločitev za farmakološko zdravljenje z nizkimi dozami.

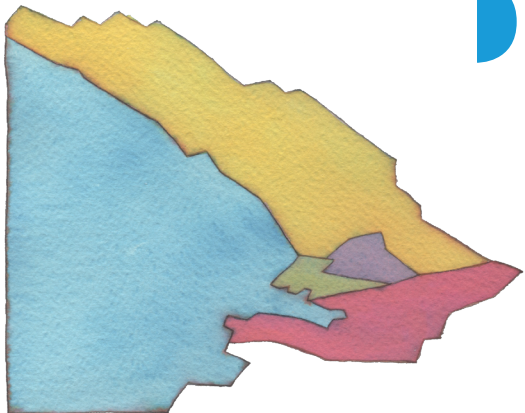
Zdravljenje se začne, nakar začnejo potekati druge faze terapevtsko-habilitacijskega programa, kot so:

- pregledi za oceno zmožnosti, življenjskih ciljev in terapevtskega programa, tudi z vključevanjem ustreznih psihoterapevtskih ukrepov (npr. TCC);
- spremljanje farmakološke terapije tako glede njenih zdravilnih učinkov kot neželenih učinkov pri pacientu in njegovih družinskih članih;
- ocena istočasne prisotnosti drugih motenj, kot so uživanje psihotropnih snovi, alkohola, tesnoba in depresija, ravnanje v lastno škodo in misli na samomor; skupaj z ustreznimi službami predpisovanje ustreznih terapij;
- povabilo k udeležbi v terapevtski skupini za mlade, pri rekreativnih in socializacijskih dejavnostih med enakimi, kot so izhodi, izleti, kratka bivanja;
- obveščanje družinskih članov o presojah in dejavnostih, čemur sledi vabilo k sodelovanju v svetovalni skupini in prvo usmerjanje z navedbo natančnih podatkov o težavi, o razpoložljivih zdravstvenih storitvah, pripovedovanje in primerjanje življenjskih zgodb, mnenj, močnih in šibkih točk;
- ohranjanje stalne podpore družini s strani centra za mentalno zdravje, ki upošteva kakršno koli potrebo;
- določitev ključnega nezdravstvenega delavca, ki je zadolžen za stike in skupinski pristop (npr. delovanje socialnega delavca in

zdravstvenih tehnikov za rehabilitacijo; uporaba ekonomskih sredstev za nujne primere; preverjanje bivalnih pogojev, programi za prosti čas in druženje, ugotavljanje hobijev in raznih zanimanj itd.);

- nudenje možnosti za šolanje in zaposlitev, tudi preko zavodov za zaposlovanje;
- ugotavljanje zgodnjih znakov povrnitve bolezni;
- obvladovanje morebitnih kriznih faz z nudenjem intenzivne pomoči, po možnosti na domu ali na dnevnem oz. dnevno-nočnem oddelku centra za mentalno zdravje; vse v dogovoru s pacientom ali njegovimi družinskimi člani;
- redno skupno preverjanje ali skupaj z družino z aktivnim vključevanjem prizadete osebe;
- informiranje in sodelovanje s splošnim zdravnikom, h kateremu lahko tudi pošljejo pacienta za prenehanje programa.





KLJUČNI AKTERJI V TRSTU

Oddelek za mentalno zdravje

Oddelek za mentalno zdravje v Trstu oskrbuje 231.755 prebivalcev. Organizacijsko jedro oddelka predstavljajo *centri za mentalno zdravje*, ki imajo vsak po štiri do osem postelj (skupaj 26 postelj) in so odprti 24 ur na dan. Štiri območne enote so pristojne za približno 60 tisoč prebivalcev. Centri ne sodelujejo samo z drugimi službami oddelka, temveč tudi z drugimi zdravstvenimi ustanovami in socialnimi zavodi na območju.

Rehabilitacijski in bivalni center v okviru sodelovanja s centri za mentalno zdravje koordinira enote in dejavnosti za rehabilitacijo, rehabilitacijo in socialno vključevanje kot tudi za poklicno izobraževanje in zaposlovanje.

Center za psihiatrično diagnosticiranje in zdravljenje se nahaja v največji bolnišnici v Trstu in ima na voljo šest postelj. Pokriva potrebe nujne psihiatrične pomoči in napotuje paciente na območne in osnovne zdravstvene službe, tudi na širšem območju.

73

Centri za mentalno zdravje

Centri za mentalno zdravje (CMZ) so neposredno zadolženi za sprejemanje odraslih oseb na zdravljenje. Programi in posegi niso namenjeni samo ljudem s težkimi duševnimi motnjami, kot ljudje pogosto zmotno mislijo. Ti primeri imajo sicer absolutno prednost, vendar pa so namenjeni vsem, ki v svojem življenju doživljajo manj ali dalj časa trajajočo tesnobo in žalost, strah in nemir, ki so pogosto v povezavi s posebnimi dogodki. V številnih primerih se lahko obisk na centru konča s samo enim posvetovanjem ali pa je potrebnih več srečanj. Možno je tudi, da postopek traja več let in zajema različne obravnave.

Osebe se obračajo na center tudi po napotitvi zdravnika splošne medicine z diagnozami, kot so depresivna motnja, nespečnost, tesnoba in podobno.

Tveganje, da se takšno stanje razvije v bolezensko stanje in kasnejšo oslabelost je zelo visoko. Tovrstne zadeve, ki prihajajo tudi na zdravstveno regijo, zahtevajo tesno sodelovanje centra za mentalno zdravje z operativnimi enotami zdravstvene regije in z družinskimi zdravniki.

Kako priti do zdravstvenih služb za mentalno zdravje

Za dostop do zdravstvenih služb za mentalno zdravje v Trstu niso potrebni posebni postopki. Napotnico lahko prinese na pristojen center za mentalno zdravje mladostnik sam ali kdo drug (družinski člani, sorodniki, prijatelji, sosedi, druge bližnje osebe).

Na voljo so naslednji načini:

- neposreden dostop med delovnim časom od 8 do 20 ure z napotnico za pregled oziroma svetovanje (dežurna služba od 20 do 8 ure za diagnosticiranje in zdravljenje);
- obisk na domu, nujnega ali nenujnega značaja;
- telefonski klic za pogovor oziroma svetovanje;
- napotnica za poseg od lečečega zdravnika.

74

Razen na centru za mentalno zdravje je mogoče prvi stik vzpostaviti tudi na drugih mestih: na območni enoti podjetja za zdravstvene storitve (z napotnico splošnega zdravnika), na domu, na drugih socialno-zdravstvenih ustanovah in inštitucijah.

Sprejem v center za mentalno zdravje

Na oddelek za psihiatrično diagnosticiranje in zdravljenje centra za mentalno zdravje so sprejete samo osebe, ki so se, po navadi z nujno napotnico, obrnile na urgentni oddelek bolnišnice.

Za prvi pregled ni čakalnih seznamov in se običajno opravi v 24 urah po oddaji napotnice. Zadevo prevzame psiholog ali psihiater, ki je zadolžen za sprejem. Prvi pregled zajema več področij in ga opravi več specialistov. Po začetnem razgovoru se pregled nadaljuje v sodelovanju z drugimi člani skupine (zdravstveni



tehniki in socialni delavci).

Ob prvem stiku opravijo analizo potreb in ocenijo, če in kako naj poteka zdravljenje s pomočjo individualnega in prilagodljivega terapevtskega projekta.

Dejavnost in delovanje centra za mentalno zdravje

Centri za mentalno zdravje delujejo kot mesta za srečevanje in izmenjavo izkušenj.

V njih izvajajo nujne dejavnosti, ambulantno zdravljenje in dnevno hospitalizacijo. Njihova dejavnost je zelo pestra. Vodijo tudi bivalne skupnosti, prehodne terapevtske skupine in življenjske skupnosti.

Nočna hospitalizacija

Center lahko za različna obdobja (od ene noči do več tednov, povprečno 12 dni) nudi nočno nastanitev. V vsakem centru je na voljo po 4, 6, 8 postelj, ki jih uporabljajo kot instrument za odziv na krizo v obdobjih, ko je potrebna večja zaščita, ali za nudenje možnosti umika tako pacienta (prostovoljno oziroma obvezno zdravljenje) kot družini.

75

Dnevna hospitalizacija

Nekajurna ali celodnevna hospitalizacija omogoča istočasno zaščito in varovanje, zlasti v kriznih obdobjih ali v stanju napetosti, lažje distanciranje od sostanovalcev, razbremenitev družine, izvajanje farmakoloških terapij, nudenje psihoterapevtske pomoči in spodbujanje sodelovanje ter aktivnosti.

Ambulantni pregled

Zdravnik med ambulantnim pregledom izmenja mnenja s pacientom oziroma družinskimi člani, preveri potek farmakološkega zdravljenja, svetuje in ukrepa v rizičnih situacijah. Napiše tudi zdravniška potrdila in specialistična poročila.



Obisk na domu

Načrtovan ali nujen obisk na domu omogoča, da se zdravstveni delavec seznanj z življenjskimi pogoji pacienta in njegove družine. V določenih primerih lahko tudi pomiri konflikte v soseščini, predvsem v kriznih situacijah. Osebam, ki imajo težave z dostopom do zdravstvenih ustanov, pomaga pri jemanju zdravil, jih pomaga ali spremlja domov, v bolnico, v javne urade, na izobraževalne tečaje in na delo.

Individualna terapevtsko delo

Terapevtsko delo z družino

Skupinska dejavnost/dejavnost v skupini

76

Načrtovana srečanja, na katerih primerjanje in izmenjava informacij o skupnih težavah pripomoreta k medsebojnemu poznavanju, organiziranju lastnih dejavnosti, sodelovanja in prostega časa kot tudi k navezovanju stikov in širjenju socialne mreže. Razen tega lahko olajšajo pojasnjevanje specifičnih tem.

Ukrepi za habilitacijo in preventivo

Pomoč pri neposrednem uveljavljanju socialnih pravic in ugodnosti

Dnevni center

Namen nekajurne ali celodnevne hospitalizacije je širjenje socialne mreže, spoznavanje drugih oseb in udeležba pri individualnih ali skupnih dejavnostih.



Individualni zdravstveni proračun / stanovanjska podpora

Terapevtsko-rehabilitacijski programi za podporo osebi v njenem življenjskem ali bivalnem okolju (stanovanjske skupine, bivalne skupnosti, terapevtske skupine) so namenjeni krepitvi vsakodnevnih sposobnosti, ohranjanju ali oživljanju socialnih in medosebnih sposobnosti ter skupnega življenja.

Programi zagotavljajo različne stopnje pomoči glede na prizadetost in potrebe osebe.

Svetovalna dejavnost

Svetovanje pri zdravstvenih službah ali na bolnišničnih oddelkih, v javnih ali privatnih domovih počitka kot tudi v zaporih zapornikom, ki imajo psihične motnje.

Delovanje centrov za mentalno zdravje v letu 2013 - nekaj podatkov

Skromna udeležba privatnega sektorja in statistični podatki potrjuje uveljavljanje javne zdravstven službe na območju mesta. Leta 2013 se je na oddelek za mentalno zdravje obrnilo 5.190 oseb, od tega se jih je 3.976 obrnilo na center za mentalno zdravje. Za 16 % (655 oseb) je to prvi stik s službami za mentalno zdravje, skoraj polovica oseb (49 %) ima resne duševne motnje, kot so psihotične motnje, sprememba razpoloženja, osebnosti. Prejšnje leto so 46 % oseb v stiku s centrom za mentalno zdravje obiskali na domu in izven sedeža območnega centra.

Leta 2013 je 310 oseb izkoristilo dnevno in nočno hospitalizacijo v centru za mentalno zdravje, kar pomeni več kot 7.800 dni hospitalizacije.

Zaključni račun območno mreže storitev oddelka za mentalno zdravje je pokazal, da je njeno delovanje stalo 18.793.514 evrov (37 milijard lir). Pokrajinska uprava je leta 1971 porabila za delovanje več kot pet milijonov tedanji lir, kar znaša 40 milijonov evrov (cena denarja je medtem narasla za skoraj 15-kratno vrednost).



Službe za zdravstveno varstvo otrok in mladine

Za otroke in adolescente je na voljo pet služb za varovanje zdravja otrok in adolescentov in sicer po ena v vsaki zdravstveni regiji in ena medregijska služba za slovensko govoreče prebivalce.

V vsaki enoti delujejo pediatri, psihologi, psihiatri, fiziatrji, zdravstveni delavci, zdravstveni tehniki, fizioterapevti, in logopedi. Nevropsihiatrični pregledi potekajo na oddelku za otroško nevropsihiatrijo na Znanstvenem inštitutu za hospitalizacijo in zdravstveno oskrbo (IRCCS) Burlo Garofolo.

Vsak strokovnjak je pristojen za svoje področje, vendar pri svetovanju družinam deluje v tesnem sodelovanju s pediatri in družinskimi zdravniki. S slednjimi sodeluje tudi glede pediatrične zdravstvene oskrbe. Koordinator primera pa je pristojen za prevladujočo oziroma pojavljajočo se težavo.

Storitve so dostopne pet dni na teden, od ponedeljka do petka.

78

Na centre se lahko obrnete z napotnico katerega koli pediatra ali drugih specialistov. Družina se obrne na center po svoji odločitvi ali po nasvetu šole, vzgojnih zavodov, socialne službe itd.

Naloge in delovanje

Služba za varovanje zdravja otrok in adolescentov je neposredno odgovorna za varovanje in promocijo zdravja otrok in adolescentov. Posebno prednost imajo otroci in adolescenti s kroničnimi boleznimi, težko prizadetostjo, z visokim tveganjem za začetek prve psihosocialne epizode in s takšnimi težavami in motnjami, ki lahko negativno vplivajo na njihov razvoj.

- Zagotavlja celotno zdravstveno oskrbo brez ločevanja ali drobitve posegov. Pri zdravljenju sodelujeta družina in socialno okolje.
- Izvaja preventivne dejavnosti, svetovanje, diagnosticiranje in zdravljenje ter rehabilitacijo.
- Skupina strokovnjakov izvaja individualne družinske in skupne ukrepe.

- Spodbuja ukrepe za pomoč družinam, za šolsko in socialno vključevanje ter za preprečevanje oziroma zmanjšanje posledic socialne izključitve, ki lahko spremlja takšna stanja. Angažira se tudi pri premagovanju institucionalnih ovir.
- V skladu z nacionalnimi smernicami vodi potek diagnosticiranja in terapije predvsem pri avtističnih motnjah, težavah z učenjem in pri rizičnih duševnih stanjih oz. pri začetku prve psihotične epizode.

V zadnjih letih se je začelo postopno zviševati število družin, ki so se obrnile po pomoč na centre.

Svetovanje

Ko družina pride prvič v center, opravijo prvo fazo svetovanja, ki je namenjena zbiranju bistvenih in dejanskih informacij za ugotavljanje težave in pojasnitev z njo povezanih potreb.

Zapleta, za katerim se vedno skriva potreba, ni treba vedno zdraviti, temveč zadostuje napotitev na druge službe s področja sociale, vzgoje, izmenjave in denarne pomoči. V takšnih primerih po začetni presoji center posreduje pri dostopu do drugih služb.

79

Obnavljanje zapletenih situacij

Po prvi fazi svetovanja se o stanju posvetujejo na konziliju, pri čemer določijo delavca, ki bo odgovoren za družino. Skupaj določijo prilagojen terapevtski projekt.

Center za varovanje zdravja otrok in adolescentov razen s pediatri, družinskimi zdravniki in občinsko socialno službo tesno sodeluje z vsemi ostali akterji in območnimi formalnimi in neformalnimi službami za mladoletnike, kot so vzgojitelji, šole, organizatorji rekreacije, prostovoljci, svetovalnimi skupnostmi, konfesionalne ustanove. Nato pripravi trajnostne posege zdravstvene, vzgojne in asistenčne narave z večdimenzionalnim pristopom več strokovnjakov.

Individualni, družinski ali skupni terapevtsko-rehabilitacijski

program nadzirajo, ocenjujejo in dopolnjujejo na rednih konzilijih. Osnovno vlogo pri spremljanju ciljev življenjskega projekta igra šola v tesnem sodelovanju z drugimi vključenimi akterji (družina, društva, vzgojni zavodi, skupnosti).

Duševno zdravje v razvojnem obdobju

V zvezi z duševnim zdravjem v razvojnem obdobju v centru za varovanje zdravja otrok in adolescentov postavijo natančno diagnozo in predpišejo zdravljenje psihopatoloških stanj glede na starostno obdobje in potrebe. Vse poteka povezano na osnovi dokazov na poljubni pediatriji in bolnišnica tesno sodeluje z območnimi operativnimi zdravstvenimi enotami za odrasle (zdravstvene služba za mentalno zdravje in zdravljenje bolezni odvisnosti). S pomočjo družine pripravijo trajnosten osebni projekt, ki ga preverijo in ocenijo skupaj z osnovnimi socialnimi službami, vzgojnimi zavodi in šolo.

80

Osnovnega pomena je potek za zgodnje prepoznavanje in zdravljenje duševnih stanj s tveganjem za pojav resne duševne motnje s pomočjo trajnostnih ukrepov v sodelovanju z oddelkom za mentalno zdravje za odrasle, bolnišnično otroško psihiatrijo in z oddelkom za zdravljenje bolezni odvisnosti. Sodelovanje z območno posvetovalno skupino omogoča zgodnje prepoznavanje stanj mladostnikov v starosti med 15 in 25 leti, ki se zatekajo po neposredno pomoč.

Nadaljevanje terapije ob prehodu v odraslo starost

Zaradi nepretrganosti terapije se delovanje zdravstvene službe za otroke in adolescente navezuje na območno enoto za rehabilitacijo odraslih in na druge zdravstvene službe za odrasle (oddelek za mentalno zdravje in oddelek za zdravljenje bolezni odvisnosti). To omogoča enostavnejše nadaljevanje zdravljenja po 18. letu in po potrebi zagotavlja nadaljevanje zdravljenja do sprejema na ustrezni zdravstveni službi ali do zaključka terapevtskega projekta, s katerim so začeli v razvojnem obdobju.

Nepretrgano svetovanje

Zdravstvena služba za otroke in adolescente sodeluje z inštitutom IRRCs Burlo Garofolo za zagotavljanje neprekinjenosti terapevtskega svetovanja (za otroke oz. adolescente, ki morajo tudi po odpustu sodelovati v terapevtsko-rehabilitacijskem programu oziroma morajo imeti zagotovljeno celovito in trajnostno ambulantno zdravljenje (stanja prizadetosti in šibkosti, zapletene ali redke bolezni, psihosocialno tveganje, prezgodnja zrelost, kronične bolezni, redke bolezni ...). Zagotavlja tudi zdravljenje otrok v domačem okolju zaradi skrajšanja hospitalizacije.

Zdravstvena služba za otroke in adolescente ter oddelek za družinsko posvetovanje opravljata specifične dejavnosti v skladu z veljavnimi določili. Razen tega sta dejavna tudi na ostalih področjih, kot so svetovanje ob porodu, ukrepi za adolescente in mlade odrasle ljudi, družine v težavah, nosečnost in poporodno stanje s psihosocialnim tveganjem, promocija zdravja in razvijanje skupnosti. Za takšno delovanje pa je seveda potrebno sodelovanje s socialnimi službami in službami za odrasle.

81

Naloge in delovanje družinskih svetovalcev

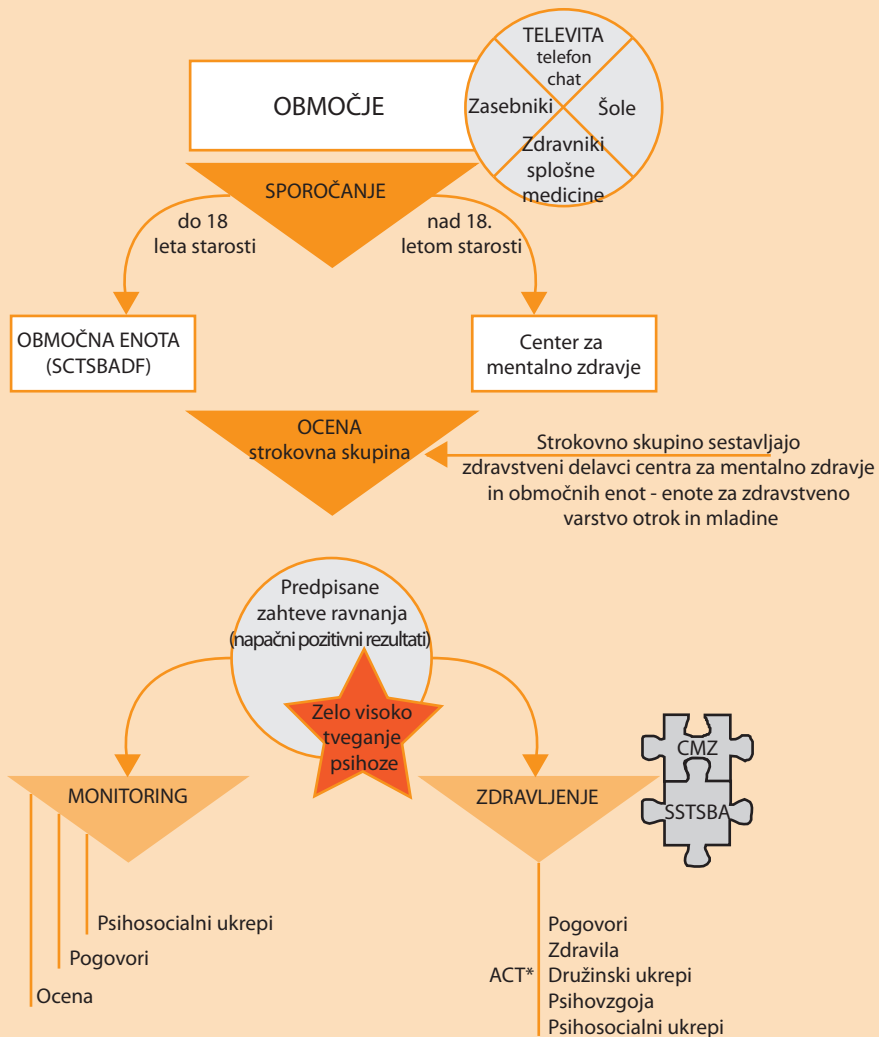
Materinsko-otroški projekt potrjuje, da je treba v zvezi z družinskimi svetovalci zagotoviti štiri področja dejavnosti: babištvo, ginekologija, pediatrija, psihosocialna pomoč.

Adolescentom nudi psihološko, socialno in zdravstveno svetovanje v zvezi s spolnostjo, razmerji in čustvenostjo (prostor za mlade).

V skladu z zadnjimi reformami na področju zakonodaje so svetovalcem zaupali nove naloge na področju preventive in skrbništva nad mladoletniki v primerih zanemarjanje, težke malomarnosti in psihosocialnih stisk.

V skupini sodelujejo babice, zdravstveni svetovalci, medicinske sestre, socialno-zdravstveni delavci, socialni svetovalci, psihologi.

Možnosti dostopa do služb za zdravstveno varstvo mladine in mladih odraslih



*Model temelji na ukrepih skupnosti (zdravljenje v skupnosti) in predvideva celovit pristop za razvoj področnih storitev za duševno zdravje

Dodatek A

Zgodnje odkrivanje in presejanje v desetih vprašanjih

Ian R. H. Falloon e coll., Schizophrenia Bulletin, 1996

1. Kako si spal v zadnjem tednu? Si težko zaspal? Si se zgodaj zbudil?
2. Si v zadnjem času izgubil apetit? Si shujšal za dve kili ali več?
3. Si v zadnjem času začel izgubljati energijo in zanimanja?
4. Te močno skrbijo vsakdanje težave?
5. Si imel težave s koncentracijo pri branju ali gledanju televizije? Si bolj raztresen kot običajno?
6. Kakšna se ti zdi prihodnost? Si kdaj pomislil, da ni vredno živeti? Si kdaj pomislil, da bi si vzel življenje?
7. Imaš kakšno čudno navado, na primer bolj kot drugi preverjaš stvari ali čistiš?
8. Si imel kdaj napade vznemirjenosti, potenja, močnega drgetanja ali vrtoglavice skupaj z občutkom močnega strahu?
9. Ti je kdo rekel, da si začel čudno govoriti ali da te je težko razumeti?
10. Si ti je kdaj zazdelo, da slišiš glasove oseb, ko ni nikogar blizu tebe?

Dodatek B

Brošura z informacijami za mladostnike vključene v program “Se je kaj spremenilo?”

Imaš občutek, da nekaj ni v redu?

Pogovori se s svojim družinskim zdravnikom

Si potr ali pod stresom?

Si izgubil zanimanja za običajne dejavnosti?

Imaš težave s koncentracijo?

Si popustil v šoli oziroma na delu?

Se ti zdi, da so se misli pospešile ali upočasnile, da so postale neurejene ali zmedene?

Imaš občutek, da so se osebe spremenile?

Ti vzbujajo sum misli ali dejanja drugih?

Ali kdaj slišiš glasove, ki govorijo o tebi, in jih drugi ne morejo slišati?

Imaš občutek, da si čuden, da si na drugem svetu?

Ti prijatelji pravijo, da si se spremenil, da to nisi več ti?

Se ti to pogosto dogaja?

Ali samo, kadar si pod stresom?

Ali samo kadar pokadiš špinel ali uživaš druge droge?

To so stvari, ki se pogosto dogajajo

Takšne izkušnje ima veliko mladih.

Splošni zdravnik

ti lahko pomaga. Lahko mu zaupaš, kajti pozorno ti bo prisluhnil in ti razložil, na koga se lahko obrneš po pomoč.

Northern Sydney Health, Area Mental Health

Dodatek C

Brošura za zdravnike splošne medicine s smernicami za zdravljenje mladih v fazi začetka prve psihotične epizode po programu “Se je kaj spremenilo?”

Zdravljenje psihoze pri mladostnikih

V okviru projekta 2000 za zgodnje ukrepanje ustanove Northern Sydney Health, Area Mental Health so pripravili smernice z naslovom “Zdravljenje psihoze pri mladostnikih: farmakološke strategije in drugi vidiki”. Smernice temeljijo na javnih evidencah, ki so objavljene v Australian Clinical Guidelines for Early Psychosis, zatem ko jih je v praksi uporabilo 21 psihiatrov s področja centra za psihiatrično diagnosticiranje iz zdravljenja Sydney Nord. Smernice priporočajo kot priročnik za različne možnosti zdravljenja, vendar jih ne smemo zamenjati s kliničnim pregledom. V nadaljevanju povzemamo značilna priporočila iz smernic.

Zdravstvenim in drugim sodelujočim priporočamo, da med razgovorom s pacientom ali z družinskimi člani uporabljajo pojem “psihotična epizoda” ali “akutna psihoza”.

Splošni zdravstveni pregled:

- Priporočamo, da vsak mladostnik, ki trpi za začetkom prve psihotične epizode, pred uvedbo zdravljenja z antipsihotiki opravi splošni zdravstveni pregled.
- Takoj ko je mogoče, mora pacienta pregledati zdravnik, ki mora opraviti vse ustrezne preiskave in nevrološki pregled.
- Presoditi je treba primernost pregleda z EEG-jem, EKG-jem, cerebralno tomografijo in ustreznost kardiološkega pregleda.

Začnite počasi in po malem

- Na začetku je priporočljivo zdravljenje z atipičnimi antipsihotiki.
- Odmerke je treba zviševati počasi, začnite z nizkimi odmerki. Farmacevtska podjetja priporočajo naslednje odmerke:
 - Respiridon (Risperidal) - začetni odmerek od 0,5 mg do 1 mg
 - Olanzapin (Zyprexa) - začetni odmerek od 5 mg do 10 mg
 - Kvetapin (Seroquel) - začetni odmerek 50 mg
- Cilj je jemanje učinkovitega zdravila z minimalnimi stranskimi učinki.

Obvladovanje spanca in stanj vznemirjenosti

- Pomirjevalni učinek antipsihotika bi moral zadostovati za pomiritev vznemirjenosti in izboljšanje spanca.
- Benzodiazepini je dovoljeno uporabljati kratkotrajno pri močni vznemirjenosti in nespečnosti.
- V primeru neustreznega odziva na benzodiazepine, ali če menite, da je to zdravilo neprimerno, morate začeti razmišljati o prehodu na manj močne atipične antipsihotike. Vzdržujte čim nižji možni odmerek.

V primeru začetka prve psihotične epizode pri mladostnikih med 18. in 26. letom starosti vam je zdravstveni delavec skupine za zgodnje ukrepanje na voljo za:

- nudenje pomoči pri pregledu pacienta v vaši ambulanti,
- dogovarjanje in preverjanje možnosti uvedbe terapije pri psihiatru centra za psihiatrično diagnosticiranje in zdravljenje,
- obveščanje družine, individualno in skupinsko svetovanje, medtem ko vi ostanete lečeči zdravnik.

Dodatek D

Brošura za zdravnike splošne medicine s smernicami za zdravljenje mladih v fazi začetka prve psihotične epizode po programu "Se je kaj spremenilo?"

Mladostnik in psihoza

Informacije za splošnega zdravnika

Rizični dejavniki, ki lahko povzročijo začetek prve psihotične epizode:

- družinsko okolje in psihotične motnje
- slabo prilagajanje začetnim znakom
- prejšnja možganska poškodba
- uživanje drog
- osebni dogodki - težki stresni dogodki

"Nekaj ni v redu"

Simptomi, ki zahtevajo poglobljen pristop:

- sumničavost
- depresija, tesnoba, razdražljivost
- nihanje razpoloženja
- motnje spanja
- spremenljiv tek
- pomanjkanje energije in motivacije
- težave s spominom in koncentracijo
- občutek, da so vse stvari postale drugačne
- prepričanje, da se misli odvijajo hitreje ali počasneje
- popuščanje v šoli ali na delu
- osamitev in izguba zanimanja za druženje
- pojav neobičajnih idej oz. blodenj
- pojav glasovnih halucinacij

Za nujni pregled zdravstvenega stanja pokličite Manly Hospital na št. 9976-9611 in zahtevajte dežurno službo.

Obrnite se na Northern Sydney Health, Area Mental Health, Macquarine Hospital, PO Box 169, North Ryde, NSW 1670.

Praktični nasveti

Pacientu zastavite naslednja vprašanja:

- Drugi mladostniki mi včasih pripovedujejo, da stvari in osebe izgledajo drugače, kot sicer. Se je kaj takega zgodilo tudi tebi?
- Ali kdaj slišiš glasove, ki govorijo o tebi, in jih drugi ne morejo slišati?
- Se ti je kdaj zazdelo, da so tvoje misli zmedene in da imaš težave s koncentracijo?
- Si v zadnjem času opazi spremembe v spanju?
- Včasih mi kdo reče, da se mu zdi, da ga zasledujejo ali opazujejo ali da mu hočejo drugi škoditi. Se je kaj takega doživel tudi ti?
- Ali je kdo v tvoji družini trpel zaradi duševnih motenj?
- Če menite, da oseba kaže očitne znake psihoze:
- O tem govorite kot o "začetku prve psihotične epizode", kajti v tem trenutku bi bilo prezgodaj postaviti diagnozo.
- O tem govorite z optimizmom, kajti psihoza je pri mladih dokaj pogosta in se da v večini primerov dobro pozdraviti.

Napotitev

Če menite, da mladostnik kaže ali bi lahko kazal prve znake psihoze, ga napotite na službo za zgodnje ukrepanje ali na pregled službi za adolescente.

Center z zgodnje ukrepanje Brookvale je specialistična služba za mlade med 18. in 26. letom starosti, ki jih je prizadel začetek prve psihotične epizode.

telefon: 9939-1805 ali 9938-5350

faks: 9905-2567

Stik za službo za adolescente:

telefon: 9466-2520

Kriterij: starost 12 - 18 let

Viri in letteratura

- Birchwood, M., Mc Gorry, P., Jackson, H., *Early intervention in schizophrenia*. British Journal of Psychiatry. 1997.
- Buckman, R., *La comunicazione della diagnosi in caso di malattie gravi*. Ed. Cortina Raffaello. Milano.
- Carcione, A., Nicolò, G., Procacci, M. (a cura di) *Manuale di terapia cognitiva delle psicosi*. FrancoAngeli. 2012.
- Cocchi, A., Meneghelli A., *L'Intervento Precoce tra Pratica e Ricerca. Manuale per il trattamento delle psicosi all'esordio*. Centro Scientifico Editore.
- Cocchi, A., Meneghelli A., *Rischio ed esordio psicotico: una sfida che continua. Manuale d'intervento precoce*. Edi-Ermes. 2012.
- Dell'Acqua, P., *Fuori come va? Famiglie e persone con schizofrenia. Manuale per un uso ottimistico delle cure e dei servizi*. Universale Economica Feltrinelli.
- Dipartimento di Salute Mentale di Trieste, *La guida ai servizi di salute mentale*, ASS1 Triestina, DSM Trieste 2009.
- Edwards, J., McGorry P., *Intervento precoce nelle psicosi. Guida per l'organizzazione di Servizi efficaci e tempestivi*. Centro Scientifico Editore.
- Falloon I. et al., *Intervento psicoeducativo integrato in psichiatria. Guida al lavoro con le famiglie*. Edizioni Erickson. 2002.
- Falloon I. et al., Early detection Screening, Schizophrenia Bulletin, 1996.
- Giammarini, A., *Malpractice medica, prerogative della persona, voci emergenti della responsabilità*. Ed. CEDAM, 2011.

- Goldstein, M., *Family factors that antedate the onset of schizophrenia and related disorders: the results of a fifteen year prospective longitudinal study*. Acta Psychiatrica Scandinavica, vol.71. 1985.
- Johnstone, E. C., et al., *The Northwick Park study of first episodes of schizophrenia: Presentation of the illness and problems relating to admission*. British Journal of Psychiatry, 148. 1986.
- Loebel, A. D., et al., *Duration of psychosis and outcome in first-episode schizophrenia*. American Journal of Psychiatry, 149. 1992.
- Ministero della salute - Istituto superiore di sanità, *Gli interventi precoci nella schizofrenia*. Sistema Nazionale Linee Guida, 2007. Doc. 14.
- McGlashan, T. H., *A selective review of recent North American long-term followup studies of schizophrenia*. Schizophrenia Bulletin, 1988.
- 88 • McGorry P., Jackson H., *Riconoscere e affrontare le psicosi all'esordio. Un approccio preventivo*. Centro Scientifico Editore. 2001.
- McFarlane, W.R., *Multifamily Groups in the Treatment of Severe Psychiatric Disorders*. New York: The Guilford Press. 2002.
- Neuchtelein, K. H., et al., *A heuristic vulnerability/stress model of schizophrenic episodes*. Schizophrenia Bulletin, 1984.
- OMS, *Schizofrenia, informazioni per le famiglie* (ed. italiana a cura di Dell'Acqua G. Vidoni D., Campiutti E.). Edizioni Biblioteca dell'Immagine, Pordenone. 1994.
- Raphael, B., *When disaster strikes: how individuals and communities cope with catastrophe*. Basic Books, 1986.
- Regier, D. A., et al., *Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area /ECA) Study*. JAMA. 1990.

- Rosen, A., *Ethics of early prevention in schizophrenia*. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, n.24. 2000.
- Singh S. P., *Transition from CAMHS to Adult Mental Health Services (TRACK): A Study of Service Organisation, Policies, Process and User and Carer Perspectives. Report for the National Institute for Health Research Service Delivery and Organization programme*. Queen's Printer and Controller of HMSO. 2010.
- Warner, R., McGorry, P. D., *Early intervention in schizophrenia: points of agreement*. Epidemiologia e psichiatria sociale. Vol 11, n°4. 2002.
- Wyatt, R. J., *Neuroleptics and the natural course of schizophrenia*. Schizophrenia Bulletin, 17.1991.
- World Health Organization, *Pharmacological treatment of mental disorders in primary health care*, 2009. QV77.2
- www.triestesalutementale.it
- www.who.int/mental_health/management/psychotropic/en/index.html
- Yung, A. R., McGorry, P. D., *Validation of "prodromal" criteria to detect individuals at ultra high risk of psychosis: 2 year follow-up*. Schizophrenia Research, 105. 2008.



