

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA ŠPORT

**VPLIV ŠPORTA NA OSEBE S
PSIHOSOCIALNIMI MOTNJAMI**

DIPLOMSKO DELO

BORIS PAPEŽ

Ljubljana, 2010

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA ŠPORT
Specialna športna vzgoja
Prilagojena športna vzgoja

VPLIV ŠPORTA NA OSEBE S PSIHOSOCIALNIMI MOTNJAMI

DIPLOMSKO DELO

MENTOR

izr.prof. dr. Damir Karpljuk

SOMENTOR

Tjaša Dimec, univ. dipl. psih.

RECENZENT

izr. prof. dr. Matej Tušak

AVTOR DELA

Boris Papež

Ljubljana, 2010

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorju izr. prof. dr. Damirju Karpljuku za pomoč pri izbiri naslova ter pisanju diplomske naloge. Zahvalil bi se tudi svoji družini ter puncu Mateji za podporo med študijem.

Ključne besede: duševne motnje, šport, depresija, shizofrenija, anksioznost

VPLIV ŠPORTA NA OSEBE S PSIHOSOCIALNIMI MOTNJAMI

Boris Papež

Univerza v Ljubljani, Fakulteta za šport, 2010

specialna športna vzgoja, prilagojena športna vzgoja

število strani: 57, število razpredelnic: 0, število slik: 7, število virov: 41, število prilog:0

IZVLEČEK

Namen diplomske naloge je predstaviti vplive športa na osebe s psihosocialnimi motnjami kot pomemben del zdravljenja teh oseb ter predstaviti telesne in duševne omejitve pri ukvarjanju s športom. Za razumevanje teh oseb so na začetku diplome predstavljene definicije in klasifikacije psihosocialnih oseb. V nalogi so psihosocialne motnje večkrat označene z duševnimi motnjami, saj je to podoben izraz, ki označuje osebe s psihičnimi in socialnimi motnjami. Dejstvo je, da imajo te osebe moten duševni razvoj in socialne veščine.

V uvodu so bolj podrobno opisane tiste psihosocialne motnje, ki se pogosteje pojavljajo v vsakdanjem življenju. Za vsako bolezen je potrebno vedeti vzrok, da se jo sploh lahko zdravi.

Na koncu naloge so opisani učinki športa oz. športne aktivnosti za osebe s psihosocialnimi motnjami. Mnogokrat je v literaturi, ob psihoterapiji in zdravilih, omenjen šport le kot del zdravljenja. Športna rekreacija je pomembna za zdravljenje blagih in zmernih duševnih motenj, saj deluje antistresno. Za izvajanje športnih aktivnosti je potrebno poznati telesne in duševne ovire oseb s psihosocialnimi motnjami, zato so tudi te opisane v nalogi.

Key words: mental disorders, sport, depression, schizophrenia, anxiety

THE EFFECTS OF SPORT PARTICIPATION ON PEOPLE WITH MENTAL DISORDERS

Boris Papež

University of Ljubljana, Faculty of Sport, 2009

Special Physical Education, Adapted Physical Education

No. of pages: 57; No. of charts: 0; No. of images: 7; No. of sources: 41; No. of appendices: 0

SUMMARY

The purpose of this thesis is to introduce effects of sport on people with psychosocial disorders, also as an important part of treatment, and to introduce physical and mental obstacles in sport participation. The introduction of the thesis presents definitions and classification of mental disorders for better understanding. The psychosocial disorders are in thesis often mentioned as mental disorders, because it is a similar expression that describes persons with mental and behavioural disorders. It is a fact, that these persons are retarded mental and social.

The introduction of the thesis also describes individually mental disorders in detail. Each illness requires a cause to be treated properly.

In the last part of the thesis are introduced effects of sport activity on people with psychosocial disorders. In scientific writings is often mentioned, that sport is just a part of treatment, next to psychotherapy and medicaments. Mild and moderate mental retardations can be treated with sport recreation, because it is anti-stressed. There is also a need of knowing physical and mental obstacles of people with psychosocial disorders, for participating in sport activity.

KAZALO

1. UVOD	8
2. PREDMET IN PROBLEM RAZISKOVANJA	10
2.1. DEFINICIJA DUŠEVNE ZAOSTALOSTI.....	12
2.2. KLASIFIKACIJA DUŠEVNIH BOLEZNI	13
2.2.1. KLASIFIKACIJA DUŠEVNIH IN VEDENJSKIH MOTENJ PO ICD.....	15
2.3. EPIDEMIOLOGIJA DUŠEVNIH MOTENJ.....	21
2.4. PREDSTAVITEV NEKATERIH PSIHOSOCIALNIH MOTENJ	23
2.4.1. <i>DEPRESIJA</i>	23
2.4.1.1. KAJ JE DEPRESIJA?	24
2.4.1.2. VZROKI ZA DEPRESIJO.....	25
2.4.2. <i>SHIZOFRENIJA</i>	27
2.4.2.1. KAJ JE SHIZOFRENIJA?	27
2.4.2.2. VZROKI ZA SHIZOFRENIJO.....	28
2.4.2.3. PATOFIZIOLOGIJA SHIZOFRENIJE	28
2.4.3. <i>AVTIZEM</i>	29
2.4.3.1. KAJ JE AVTIZEM?.....	29
2.4.3.2. ASPERGERJEV SINDROM	30
2.4.3.3. VZROKI ZA AVTIZEM	31
2.4.4. <i>DEMENCA</i>	32
2.4.4.1. KAJ JE DEMENCA?	32
2.4.4.2. VZROKI ZA DEMENCO.....	32
2.4.5. <i>ANKSIOZNOST (TESNOBNA MOTNJA)</i>	33
2.4.5.1. KAJ JE ANKSIOZNOST?	33
2.4.5.2. VZROKI ZA ANKSIOZNOST	34
3. CILJI	35
4. METODE DE LA	36
5. RAZPRAVA	37
5.1. TELESNA AKTIVNOST IN DUŠEVNO ZDRAVJE	37
5.2. TELESNE IN DUŠEVNE OMEJITVE DUŠEVNO MANJRAZVITIH OSEB	38
5.3. ŠPORTNE AKTIVNOSTI ZA OTROKE Z DUŠEVNO MOTNJO.....	40
5.4. UČINKI ŠPORTNE REKREACIJE NA STANJA RAZPOLOŽENJA.....	41
5.5. POZITIVNI VPLIVI ŠPORTA NA DUŠEVNO ZDRAVJE	42
5.5.1. <i>AVTIZEM IN ŠPORT</i>	43
5.5.1.1. HIPOTERAPIJA IN AVTIZEM	44
5.5.2. <i>DEPRESIJA IN ŠPORT</i>	45
5.5.3. <i>ANKSIOZNOST IN ŠPORT</i>	46
5.5.4. <i>SHIZOFRENIJA IN ŠPORT</i>	47
5.5.5. <i>KOGNITIVNO FUNKCIONIRANJE IN ŠPORT</i>	47

5.6. PSIHOLOŠKI DEJAVNIKI PRI ŠPORTNIKIH	48
5.7. SOCIALNA PODPORA SKOZI ŠPORT PRI OSEBAH S HUDIMI DUŠEVNIMI BOLEZNI	49
6. SKLEP	51
7. LITERATURA	53

1. UVOD

Duševno zdravje je v zadnjem času čedalje pogosteje predmet razprav v širši javnosti. Prvi razlog temu je gotovo zavest, da duševne bolezni niso nekaj oddaljenega in čudaškega, ampak da so prisotne tako rekoč v vseh strukturah družbe, in da imajo osrednjo vlogo pri posameznikovem splošnem počutju, telesnem zdravju in uspešnem življenju. Lahko bi celo rekli, da smo kot družba prisiljeni resno razmišljati o duševnem zdravju, saj zavzemajo duševne bolezni 15% delež vseh bolezni družbe, kar je več kot delež rakavih obolenj. Ko pa k temu prištejemo še posredne posledice duševnih bolezni in njihovo povezavo z drugimi fizičnimi boleznimi, je ta delež precej večji. Navsezadnje je slaba imunska odpornost ali slabo stanje imunskega sistema, ki odpre vrata razraščanju rakastih celic, tesno povezano s psihičnim stanjem posameznika in njegovo sposobnostjo premagovanja vsakdanjega in kroničnega stresa (*Erzar, 2007*).

Duševne bolezni imajo precejšnji neposredni vpliv na ekonomsko plat družbe, saj se uvrščajo na drugo mesto med sklopi bolezni, ki povzročajo najdaljšo nezmožnost za delo ali smrt (*Murray in Lopez, 1996*).

Vprašanja psiholoških dejavnikov in njihovega vpliva na ohranjanje in krepitev zdravja imajo dolgo zgodovino. Tako so že stari Egipčani, kasneje pa Grki in nekatera azijska ljudstva ugotavljali, da lahko duševno neravnovesje ogrozi posameznikovo telesno zdravje, in obratno – da notranji mir in zadovoljstvo lahko pripomoreta k izboljšanju njegovega telesnega zdravja in počutja (*Rakovec-Felser, 2009*).

Biopsihosocialni model zdravja in bolezni je plod dolgoletnih prizadevanj, da se človekovo zdravje in bolezen končno začenjata razumevati v njuni vzročno-posledični celovitosti. Zdravstveno stanje, pojav in potek bolezni, a tudi zgolj slabo počutje posameznika, so v tem primeru odraz bioloških, pa tudi psiholoških in socialnih dejavnikov in to v stalni medsebojni zvezi in vplivu.

Biopsihosocialni model je multifaktorski model zdravja in bolezni. Številni in raznoliki biološki, psihološki in socialni dejavniki zdravja in bolezni so v stalni in vzajemni

medsebojni zvezi. Zdravstveno stanje posameznika je tako rezultat stalnih vzajemnih medsebojnih učinkov na makro (podpora in pomoč v okolju, dalj trajajoče stanje depresije itd.) in mikro nivoju (okvare v celicah, kemijsko neravnovesje itd.). Povedano drugače – telesnih, psihičnih in socialnih vplivov ni mogoče obravnavati ločeno. Delujejo drug na drugega in v taki, stalno vzajemno delujoči in spreminjajoči se zvezi, da na koncu pomembno odločajo o posameznikovem zdravstvenem stanju (*Rakovec-Felser, 2009*).

Ljudje so bili vedno občutljivi za razlike, ki so se pojavljale med njimi. Vsaka družba, kultura in zgodovinsko obdobje so si ustvarili predstavo o tem, kaj je običajno in normalno in kaj ni. Posamezniki s posebnimi in izjemnimi lastnostmi so zato zbujaali pozornost okolice, ki jih je pogosto označevala za »nenormalne« (odklonske, deviantne). Med njimi so bili tudi posamezniki in skupine, ki so bili duševno in osebno prizadeti (moteni), zaradi česar niso bili zmožni uravnati svojega življenja enako kot drugi (*Musek in Pečjak, 2001*).

S športnim oziroma športno-rekreativnim udejstvovanjem je moč zmanjšati negativne učinke različnih psihosocialnih, psihičnih, biokemičnih, fizičnih in drugih stresov. Različni stresi, ki jih posledično izzovejo vsakdanje delovne obremenitve, rušijo navedeno biopsihosocialno, duševno in duhovno ravnovesje ter neizogibno vodijo v bolezenska stanja. Če v zvezi z negativnimi situacijami, ki so posledica različnih stresov, ne ukrenemo ničesar, potem to zbudi in stimulira različne povzročitelje posameznih bolezni v organizmu in disfunkcije različnih organskih sistemov in podsistemov. Različna bolezenska stanja so torej neposreden odgovor na neuravnoteženo oziroma porušeno stanje in delovanje v organizmu. Takšno stanje se zanesljivo odraža v vsesplošnem neugodnem počutju posameznika in tudi v zmanjšanju prilagoditvenih sposobnosti njegovega organizma v celoti, ter njegovih posameznih organskih delov. Športna vadba lahko v določeni meri deluje kot sprostitiv in antistres predvsem pri ljudeh, ki živijo stresno (*Berčič, Sila, Tušak in Semolič, 2007*).

2. PREDMET IN PROBLEM RAZISKOVANJA

Običajno so stari ljudje manj zadovoljni in manj srečni od mlajših. Raziskava *Slovensko javno mnenje* je potrdila, da se v starosti zmanjšuje občutje osebne sreče. To je pri ženskah opazno predvsem po 75. letu starosti, saj jih je kar 29,5% navedlo, da niso srečne. Močni občutki sreče so bili najbolj izraženi v starosti med 65- im in 69-im letom starosti (59% je bilo srečnih ali zelo srečnih), po tej starosti je le še dobra tretjina srečnih oz. zelo srečnih. Situacija je podobna pri moških. *Raziskava o življenju in potrebah tretje generacije* v občini Komenda je pokazala, da se 17,7% starih ljudi nekajkrat mesečno počuti tesnobno, 27,1% jih občuti nemir in 22,9% otožnost. Najpogostejši duševni bolezni v starosti sta depresija in demenca, zlasti Alzheimerjeva bolezen (*Hvalič Touzery in Pihlar, 2009*).

Depresija je najpogostejša duševna motnja v starosti, ki jo je težko prepoznati. Povzroča spremembe v človekovem razmišljanju, čustvovanju in vedenju. V Evropski uniji je med starimi 65 let in več od 10 do 15% obolelih za depresijo. Ta bolezen povečuje tudi tveganje za zlorabe, saj so depresivni stari ljudje po britanskih podatkih, trikrat bolj verjetno žrtve zlorabe, kot stari ljudje, ki nimajo depresije. Poleg tega depresija upočasni proces zdravljenja, povečata se nevarnost za ponovni odhod v bolnišnico ter nevarnost prezgodnje smrti. Pri starih ljudeh z depresijo je tudi večje tveganje za zgodnejšo namestitev v domove za ostarele. Depresija je pogostejša v negovalnih ustanovah; 30% starih ljudi se zdravi v bolnišnicah in 40% starih ljudi v domovih za ostarele kaže klinične znake depresije. Še posebej so ji izpostavljene starejše ženske in stari ljudje z nizkim socialnoekonomskim statusom. V Evropi so depresije glavni razlog za samomorilnost med starimi ljudmi (*Hvalič Touzery in Pihlar, 2009*).

Nova tendenca sodobnega dojetja izvora duševne bolezni narekuje, da je treba vse človeške bolezni, ne glede na obliko simptomov (telesnih ali duševnih), obravnavati enako. V skladu s preseženo delitvijo telesnega in duševnega se predpostavlja, da je vsaka duševna bolezen v osnovi fizična. Patologija fizičnega telesa je pri tem v veliki prednosti, saj obstajajo že izoblikovani teoretični modeli bolezni z bolj ali manj jasnim vzrokom in posledico. Na primer: tveganje za bolezen srca in ožilja ob prisotnosti drugih snovi (pogojno) povečuje holesterol. Ne glede na

vsa opozorila medicinske stroke o absolutni nevarnosti holesterola, to ne velja povsem. Holesterol je, pritrjen na proteine, ključni element pri obnovi celičnih struktur. Nevarno lahko postane kvečjemu dolgoročno povišanje koncentracije holesterola v krvnem obtoku. Nalogo permanentnega odstranjevanja presežka holesterola iz krvnega obtoka imajo njegovi receptorji, ki pa v primeru genske napake ali povišane vsebnosti maščobe v krvi, ne morejo ustrezno opravljati svoje naloge. Posledice se manifestirajo v resnih zdravstvenih težavah, vključno z arteriosklerozo ali srčno kapjo. Tveganje je mogoče zmanjšati z različnimi ukrepi, odvisno od genske/okoljske kondicije posameznika. Če je ugotovljena nepravilnost v genski vsebini, se pacientu predlaga posebna dieta, ki lahko delno ublaži težave, nikoli pa jih popolnoma ne odpravi. Za vse ostale osebe, kjer gensko (de)kodiranje poteka pravilno, je ključnega pomena izogibanje škodljivim zunanjim dejavnikom. Ustrezne življenjske navade dolgoročno zagotavljajo razmere, v katerih vsebnost holesterola v krvi ne more preseči nevarne meje, seveda pa je nemogoče predvidevati končni rezultat (*Kuran, 2008*).

Duševna bolezen je precejšnja ovira za zdravje in dobro počutje. Leta 1987 je NIMH (Ameriški Državni Inštitut za duševno zdravje) zbral strokovnjake za dosego soglasne trditve o vplivu telesne vadbe na duševno zdravje. Zato je bilo potrebno združiti raziskave in klinično prakso. Posledična soglasna trditev se je glasila tako: telesna vadba je pozitivno povezana z duševnim zdravjem in dobrim počutjem, saj zmanjšuje stres in tesnobo ter ima emocionalne prednosti za vse starostne skupine in oba spola (*Callaghan, 2004*).

Poznamo več vrst duševne in osebnostne motenosti. Razlikujejo se glede na obseg in jakost motenosti, glede na duševno ali osebnostno področje, ki je prizadeto, in glede na vzročne dejavnike. Najpogostejša oblika duševnih in osebnostnih motenj so **nevroze**. Za nevroze so značilne predvsem motnje v čustvovanju: kažejo se lahko kot napadi nedoločenih in nerazumnih bojzani in tesnobe (anksioznost), kot nerazumljivi strahovi pred predmeti in bitji (fobije), kot huda potrtost z občutki krivde, nesposobnosti, z izgubljanjem teka, teže in z nespečnostjo (depresivna nevroza), kot pojavljanje »vsiljivih« misli in čudaških dejanj, ki se jih čutimo prisiljene storiti (obsesivno kompulzivna nevroza).

Motnje v značaju, socialnih stikih in socialnem obnašanju (dissocialnost) so značilne za skupino **vedenjskih in osebnostnih motenj**. Vedenjske motnje se kažejo v pomanjkljivi kontroli obnašanja, npr. v pomanjkanju kontrole nad hipnimi vzgibi (impulzivnost), nekontrolirani aktivnosti in nemiru (hiperaktivnost), nezmožnosti kontrole agresivnosti in sovraštva. Pri osebnostnih motnjah pa gre za znake, kot so asocialnost, delinkventnost, skrajna brezobzirnost in nasilnost, sumničavost, čudaštvo, samotarstvo in odljudnost. Najresnejše duševne motnje so **psihoze**. Zanje je značilna izguba običajnega čuta za realnost. Pri shizofreniji se to povezuje z odtujenostjo (avtizem), duševnim razkrojem in raznimi blodnjami, pri paranoji so v ospredju preganjalne blodnje, pri manično depresivni psihozi pa se prepletajo skrajno samopoveličanje, brezumna razigranost, navdušenost in aktivnost (hipomanija, manija) s skrajno pobitostjo in samouničevalnostjo (depresivna psihoza). Dolgotrajne čustvene obremenitve in stresi lahko škodujejo posameznim telesnim funkcijam in povzročajo **psihosomatska obolenja**, npr. določene oblike astme, kronično zvišanje krvnega tlaka, želodčne in druge čire. Znanstveniki domnevajo, da so lahko psihosomatskega izvora tudi obolenja, kot so sladkorna bolezen, srčni infarkt, izgubljanje imunske odpornosti in morda celo nekatere oblike raka. Med zelo pereče in škodljive motnje sodijo različne oblike **odvisnosti**. Pri odvisnostih gre za škodljive in ogrožajoče navade, ki se jim težko odpovemo. Gre za navade, ki imajo psihične učinke (*Musek in Pečjak, 2001*).

2.1. DEFINICIJA DUŠEVNE ZAOSTALOSTI

Otroci z motnjami v duševnem razvoju imajo znižano splošno ali specifično raven inteligentnosti, nižje sposobnosti na kognitivnem, govornem, motoričnem in socialnem področju ter pomanjkanje veščin, kar se vse odraža v neskladju med njihovo mentalno in kronološko starostjo (*Kriteriji za opredelitev vrste in stopnje primanjkljajev, ovir oziroma motenj otrok s posebnimi potrebami, pridobljeno 5.1.2010 iz http://www.zrss.si/pdf/UPP_kriteriji.pdf*).

Za razumevanje oseb z duševno motnjo, je treba razumeti naslednje kriterije: socialne, klinične, intelektualne in druga merila. Osebe z duševno motnjo so glede na socialne kriterije označene kot nezmožne socialne integracije v okolju. Za definiranje

teh oseb je potrebno poznati kompleksne simptome in klinične sindrome. Vendar pa se je postopno premaknil poudarek na biološke, dedne, patološke kriterije ter potrebo po segregaciji. Populacija oseb z duševno motnjo pa se je predvsem definirala z intelektualno funkcijo, ki se jo lahko izmeri z IQ testom. To je vodilo k nastanku statističnih norm na podlagi IQ-ja, za klasificiranje posameznikov z duševno motnjo. Inteligenca je splošna mentalna sposobnost, ki vključuje razmišljanje, načrtovanje, reševanje problemov, abstraktno mišljenje, razumevanje kompliciranih idej, hitro učenje, učenje iz izkušenj.

Osebe z duševno motnjo lahko opišemo tudi s prilagojenim obnašanjem. Prilagojeno vedenje je zbirka pojmovnih, socialnih in praktičnih spretnosti, ki se jih ljudje naučimo za normalno funkcioniranje v vsakdanjem življenju. Pojemovne sposobnosti so govor, branje in pisanje, pojem denarja ter samo odločanje. Socialne veščine so medosebnost, odgovornost, samozavest, upoštevanje pravi. Praktične spretnosti pa so aktivnosti in pomembne dejavnosti v vsakdanjem življenju.

Omejenost prilagojenega obnašanja vključuje:

- nepoznavanje izvedbe sposobnosti (usvojitveni primanjkljaj),
- nepoznavanje, kdaj uporabiti naučene sposobnosti (izvedbeni primanjkljaj),
- drugi motivacijski faktorji, ki vplivajo na izražanje spretnosti (*Schalock in Luckasson, 2004*).

2.2. KLASIFIKACIJA DUŠEVNIH BOLEZNI

Klasifikacija daje splošni pregled predmetov ali pojavov neke znanosti. Klasificiranje je sestavni del vsake znanosti, saj z zbiranjem predmetov ali oseb v kategorije, na podlagi njihovih skupnih lastnosti, daje lažji vpogled v naravo teh predmetov in omogoča lažje sporazumevanje o njih. Sestavljalci diagnostičnega priročnika DSM-IV so predstavili t.i. prototipski model ali kombinirani model, ki motnjo definira z nekaterimi bistvenimi kriteriji in nekaterimi manj bistvenimi, ki so sicer bolj podvrženi variiranju, a ne spremenijo same klasifikacijske motnje. Tako npr. depresijo definira kot motnjo, ki mora ustrezati najmanj petim od desetih kriterijev, pri čemer mora eden od teh petih kriterijev ustrezati kriteriju a) potlačeno in potrto razpoloženje ali b) izguba zanimanja ali zadovoljstva. Depresija je tako opisana kot skupek bistvenih

simptomov, med katere sodijo depresivno razpoloženje ali izguba zanimanja in zadovoljstva in še štiri od preostalih simptomov (Erzar, 2007).

Klasificiranje diagnoz v psihopatologiji je namenjeno lažjemu prepoznavanju, opisu in komunikaciji glede nenormalnih oblik mišljenja, vedenja in razpoloženja. Nekatere od teh oblik, npr. motnja pomanjkanja pozornosti, zvezno prehajajo od blažjih k hujšim oblikam, tako da je težko določiti, kdaj bi že lahko govorili o motnji ali bolezni. Cilj klasificiranja duševnih bolezni je, da se zmanjša neskladje med znanstvenim preučevanjem motenj in njihovim diagnostificiranjem (Erzar, 2007).

V Združenih državah, kjer je bilo zelo visoko stanje psihiatričnega zdravljenja sredi prejšnjega stoletja in so se ob koncu druge svetovne vojne v klinikah uporabljale kar štiri različne klasifikacije, so se leta 1952 odločili preseči to stanje z izdajo enotne klasifikacije duševnih bolezni, imenovane *Diagnostični in statistični priročnik duševnih motenj* (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) ali DSM. Ta pozna 16 glavnih kategorij in predstavlja enkraten poskus, da bi se duševnim boleznim približali na sistematičen in objektivni način, ne glede na to, da klasificiranje ni utemeljeno v vzrokih teh bolezni, ampak motnje le opisuje, in da se temu cilju najverjetneje še nekaj časa ne bomo približali. Te kategorije so:

- motnje, prvič diagnosticirane ob rojstvu, v otroštvu ali adolescenci,
- delirij, demenca, motnje spomina in druge motnje mišljenja,
- motnje, povezane z uživanjem snovi,
- motnje prilagajanja,
- tesnobne motnje,
- motnje razpoloženja,
- somatomorfne motnje,
- disociativne motnje,
- hlinjene motnje,
- spolne motnje in motnje spolne identitete,
- motnje hranjenja,
- motnje spanja,
- motnje kontrole impulzov,
- osebne motnje,

- duševna zaostalost,
- shizofrenija in druge psihotične motnje.

V medicini se je koncem 19. in v začetku 20. stoletja na mednarodni ravni uveljavila enotna klasifikacija bolezni z naslovom *Mednarodna klasifikacija vzrokov smrti*, ki se je po drugi vojni preimenovala v *Mednarodno klasifikacijo bolezni, poškodb in vzrokov smrti* (MKB), in v katero je bilo vključeno tudi poglavje o duševnih boleznih (Erzar, 2007).

Mednarodno klasifikacijo bolezni (MKB) ali *International Classification of Diseases* (ICD–10) je potrdilo 43 Svetovnih zdravstvenih zvez v maju 1990. ICD je mednarodni diagnostično klasifikacijski standard za vse splošne epidemiologije, veliko študijskih namenov in klinične uporabe. Vključuje tudi analize splošnega zdravja populacije ter kontrolo incidence in prevalence bolezni in drugih zdravstvenih problemov v povezavi s spremenljivkami, kot npr. karakteristika in okoliščine obolelih posameznikov (*International Classification of Diseases*, pridobljeno 15. 1. 2010 iz <http://www.who.int/classifications/icd/en/>).

2.2.1. KLASIFIKACIJA DUŠEVNIH IN VEDENJSKIH MOTENJ PO ICD

(*International Classification of Diseases*, pridobljeno 15.1.2010 iz <http://www.who.int/classifications/icd/en/>)

F00-F09: Organske, vključno simptomatske duševne motnje

Te motnje imajo očitno skupno etiologijo v možganski bolezni, možganski poškodbi ali drugačnih okvarah, ki povzročajo motnjo možganske dejavnosti. Ta motnja je lahko primarna, kot pri boleznih, poškodbah in okvarah, ki možgane prizadenejo neposredno in selektivno, ali sekundarna, kot pri sistemskih boleznih in motnjah, ki okvarijo možgane le kot enega od organov ali telesnih sistemov

(Tavčar. Pridobljeno 20.1.2010 iz <http://maxilla.mf.uni-lj.si/files/mark/4%20letnik/Psihatrija/Akutne%20in%20kroni%C4%8Dne%20organske%20du%C5%A1evne%20motnje.ppt>).

- F00 Demenca pri Alzheimerjevi bolezni.
- F01 Vaskularna demenca.
- F02 Demenca povezana z drugimi boleznimi (Pickova bolezen, Parkinsonova bolezen, Huntingtonova bolezen).
- F03 Nespecifična demenca.
- F04 Organski amnestični sindrom, ki ga ne povzročajo alkohol ali druge psihoaktivne substance.
- F05 Delirij, ki ga ne povzročajo alkohol ali druge psihoaktivne substance.
- F06 Druge duševne motnje zaradi možganske okvare in disfunkcije ter zaradi telesne bolezni (halucinacije, blodnje, motnje razpoloženja, bipolarna motnja, depresivna motnja, tesnoba, čustveno labilna motnja, kognitivna motnja, itd.).
- F07 Osebnostne in vedenjske motnje zaradi bolezni, poškodbe in disfunkcije možganov.
- F08 Nespecifične duševne motnje zaradi bolezni, poškodbe in disfunkcije možganov.
- F09 Nespecifične organske ali simptomatske duševne motnje.

F10-F19: Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja psihoaktivnih substanc

- F10 Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola.
- F11 Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja opiatov.
- F12 Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja marihuane.
- F13 Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja pomirjeval.
- F14 Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja kokaina.
- F15 Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja drugih stimulansov, vključno kofeina.
- F16 Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja halucinogenov.
- F17 Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja tobaka.
- F18 Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja hlapljivih topil.
- F19 Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja več različnih drog.

F20-F29: Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje

F20 Shizofrenija (Paranoidna shizofrenija, Hebefrenska shizofrenija, Katatonska shizofrenija, Nediferencirana shizofrenija, Postshizofrenska depresija, Residualna shizofrenija, Enostavna shizofrenija).

F21 Shizotipska motnja.

F22 Trajne blodnjave motnje.

F23 Akutne in prehodne psihotične motnje.

F24 Inducirana blodnjava motnja.

F25 Shizoafektivne motnje.

F26 Sočasni afektivni in shizofrenični simptomi.

F27 Sočasni afektivni in shizofrenični simptomi, s tem da je trajanje shizofreničnih simptomov daljše od afektivnih.

F28 Druge neorganske psihotične motnje.

F29 Nespecifične neorganske psihoze.

F30-F39: Razpoloženske (afektivne) motnje

Ta sklop vsebuje motnje, pri katerih je temeljna motnja sprememba afekta ali razpoloženja v depresijo (s pridruženo bojznijo ali brez nje), ali v privzdignjenost oz. vznesenost. Spremembo razpoloženja spremlja navadno sprememba globalne ravni aktivnosti; večina drugih simptomov je pri spremembi razpoloženja in aktivnosti sekundarnih, ali pa jih je zlahka razumeti v kontekstu omenjenih sprememb. Večina teh motenj se rada ponavlja in začetek posamičnih epizod se lahko navezuje na obremenilne dogodke ali situacije.

F30 Manična epizoda (Hipomanija, manija brez psihotičnih simptomov, manija s psihotičnimi simptomi).

F31 Bipolarna afektivna motnja.

F32 Depresivna epizoda.

F33 Ponavljajoča se depresivna motnja.

F34 Trajne razpoloženske motnje.

F38 Druge razpoloženske motnje.

F39 Nespecifične razpoloženske motnje.

F40-F48: Nevrotske, stresne in somatomorfne motnje

- F40 Fobične anksiozne motnje (Agorafobija, socialne fobije, specifične fobije).
- F41 Druge anksiozne motnje (panična motnja, generalizirana anksiozna motnja, mešana anksiozna in depresivna motnja).
- F42 Obsesivno-kompulzivna motnja.
- F43 Reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje (Akutna stresna reakcija, Post travmatska stresna motnja, prilagoditvena motnja).
- F44 Disociativne (konverzivne) motnje.
- F45 Somatomorfne motnje (Somatizacijska motnja, Nediferencirana somatomorfna motnja, Hipohondrična motnja, Somatomorfna avtonomna disfunkcija, trajna somatomorfna bolečinska motnja).
- F48 Druge nevrotske motnje (Nevratsenija, Sindrom depersonalizacije-derealizacije).

F50-F59: Vedenjski sindromi, povezani s fiziološkimi motnjami in fizičnimi dejavniki

- F50 Motnje prehranjevanja (Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, preobjedanje, povezano z drugimi psihološkimi motnjami).
- F51 Neorganske motnje spanja (Neorganska insomnija, hoja v spanju, nočni strahovi, nočne more).
- F52 Spolna disfunkcija, ki jo ne povzroča organska motnja ali bolezen.
- F53 Duševne in vedenjske motnje, povezane s poporodnim obdobjem, ki niso uvrščene drugje.
- F54 Fiziološki in vedenjski faktorji, povezani z motnjami ali boleznimi, ki so klasificirane drugje.
- F55 Zloraba snovi, ki ne ustvarjajo odvisnosti (Antidepresivi, Lakativi, vitamini, steroidi, itd.).
- F59 Nespecifični vedenjski sindromi, povezani s fiziološkimi motnjami in fizičnimi dejavniki.

F60-F69: Motnje osebnosti in vedenja odraslih oseb

Ta sklop vključuje raznovrstna stanja in vzorce vedenja, ki so klinično pomembni in bi lahko postali trajni in se pojavljajo kot izraz značilnega življenjskega sloga

posameznika ter načina povezovanja z drugimi. Nekatera od teh stanj in vzorcev vedenja se kažejo že zgodaj v posameznikovem razvoju kot rezultat tako konstitucionalnih dejavnikov kot družbenih izkušenj, medtem ko so druga pridobljena kasneje v življenju.

- F60 Specifične osebnostne motnje (Paranoidna osebnostna motnja, Shizoidna osebnostna motnja, Disocialna osebnostna motnja, Čustveno neuravnovešena osebnostna motenost, Histrionična osebnostna motnja, Anankastična osebnostna motnja, Bojazljivostna (izmikajoča se) osebnostna motnja, Odvisnostna osebnostna motnja).
- F61 Razvade in impulzivne motnje (patološko hazardiranje, piromanija, kleptomanija).
- F62 Motnje spolne identitete (trans seksualizem, transvestitizem).
- F63 Motnje spolne preference (fetišizem, Fetišistični transvestitizem, ekshibicionizem, voajerstvo, pedofilija, sdomazohizem).
- F64 Psihološke in vedenjske motnje, povezane s spolnim razvojem in spolno naravnostjo (Motnja spolnega zorenja, egodistonična spolna orientacija, motnja v spolnem razmerju).
- F68 Druge motnje osebnosti in vedenja odraslih oseb.
- F69 Nespecifične motnje osebnosti in vedenja odraslih oseb.

F70-F79: Duševna manj razvitost

Stanje zaustavljenega ali nepopolnega duševnega razvoja, očitno zlasti kot pomanjkanje veščin, ki se pokažejo v razvojnem obdobju; znanja oziroma spretnosti, ki prispevajo k splošni ravni inteligentnosti, se pravi kognitivnih, govornih, motoričnih in socialnih sposobnosti. Retardacija se lahko pojavlja z drugimi duševnimi ali telesnimi motnjami, ali brez njih.

- F70 Blaga duševna manj razvitost (obseg IQ je 50 do 69).
- F71 Zmerna duševna manj razvitost (obseg IQ je 35 do 49).
- F72 Huda duševna manj razvitost (obseg IQ je 20 do 34).
- F73 Globoka duševna manj razvitost (obseg IQ je izpod 20).
- F78 Druge duševne zaostalosti.

F79 Nespecifične duševne manj razvitosti.

F80-F89: Motnje duševnega razvoja

Za motnje, vključene v ta sklop, je skupno:

- a) začetek brez izjem v otroštvu;
- b) okvara ali zaostanek v razvoju funkcij, ki so tesno povezane z biološkim zorenjem osrednjega živčevja;
- c) enakomeren potek brez remisij in recidivov.

V večini primerov prizadete funkcije vključujejo govorne sposobnosti, vidno - prostorske spretnosti in motorično koordinacijo. Običajno sta bila zaostanek ali okvara prisotna že zelo zgodaj, kolikor je to pač mogoče zanesljivo odkriti, in sta se kasneje z otrokovim odraščanjem postopno manjšala, + dejstvo pa je, da manjši primanjkljaji omenjenih funkcij pogosto ostajajo še v odrasli dobi.

F80 Specifične razvojne motnje pri govorjenju in jezikovnem izražanju.

F81 Specifične razvojne motnje pri šolskih veščinah.

F82 Specifična razvojne motnje motoričnih funkcij.

F83 Mešane specifične razvojne motnje.

F84 Pervazivne razvojne motnje (avtizem, Aspergerjev sindrom).

F88 Druge motnje v duševnem razvoju.

F89 Nespecifične motnje v duševnem razvoju.

F90-F98: Vedenjske in čustvene motnje, ki se navadno začnejo v otroštvu in adolescenci

F90 Hiperkinetične motnje.

F91 Vedenjske motnje.

F92 Mešane vedenjske in čustvene motnje.

F93 Čustvene motnje, za katere je značilno, da se začnejo v otroštvu.

F94 Motnje socialnega funkcioniranja, za katere je značilno, da se začnejo v otroštvu in adolescenci.

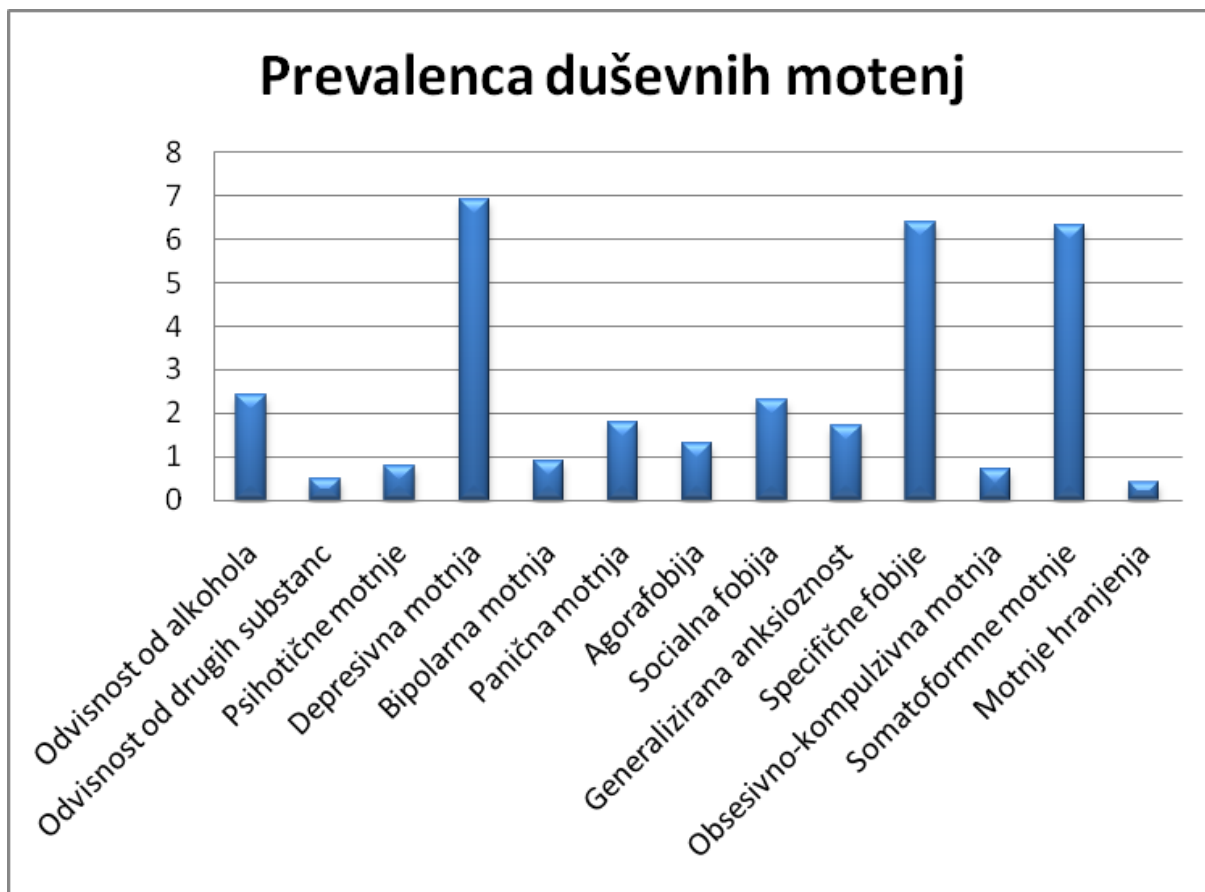
F95 Motnje tikov (Tourettova motnja).

F98 Druge vedenjske in čustvene motnje.

2.3. EPIDEMIOLOGIJA DUŠEVNIH MOTENJ

Članek avtorjev *Wittchena in Jacobia* (2005) obsega kritični pregled 27 študij, v katere je bilo vključenih 150 000 ljudi, starih med 18 in 65 let iz 16-ih držav Evropske unije (vključno z Norveško, Švico, Islandijo). Namen študije je bil ugotoviti, kakšno je razmerje med različnimi vrstami duševnih motenj, oziroma kakšna je razširjenost teh v evropski populaciji. Za oceno prevalence so uporabili dvanajst mesečni časovni okvir. Če publikacije in poročila niso vsebovala podatkov o prevalenci na način, ki so ga potrebovali v raziskavi, so ponovno analizirali že obstoječe dostopne epidemiološke podatke. Najpogosteje uporabljen diagnostični pripomoček v študijah na tem področju je CIDI (*Composite International Diagnostic Interview*) ali variacije tega (npr. M-CIDI, DIS, DISSI...). Uporabljeni so bili tudi diagnostični pripomočki SCAN (*Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry*) in MINI (*Mini International Neuropsychiatric Interview*). Rezultati študije kažejo, da se posamezne države razlikujejo po dostopnosti epidemioloških podatkov. Nekatere države imajo opravljenih več epidemioloških raziskav, druge pa so delno ali celo popolnoma nedejavne na tem področju. Na tem mestu lahko omenimo, da je imela tudi Slovenija premalo teh podatkov, kar nakazuje, da bomo morali na tem področju opraviti še pomembno in večje delo.

Posamezne študije se razlikujejo tudi glede na spekter diagnoz, ki so vključene v njihovo raziskovanje. Če je ta spekter zelo ozek, je potrebno biti previden pri obravnavi rezultatov. Slika 1 prikazuje, da so najpogosteje preučevani diagnostični primeri v študijah depresivne motnje, odvisnost od alkohola in različne oblike anksioznih motenj. Manj pogosto preučevane so motnje hranjenja, somatoformne motnje, bipolarni motnje, psihotične motnje in odvisnosti. Analiza prevalence duševnih motenj v 12-mesečnem časovnem okviru kaže, da so tri najpogostejše diagnoze pri osebah starih med 18 in 65 let depresija, specifične fobije in somatoformne motnje. Najmanj pogosto diagnosticirana stanja pa so bila motnje hranjenja, obsesivno-kompulzivne motnje, odvisnostne duševne motnje in psihotične motnje.



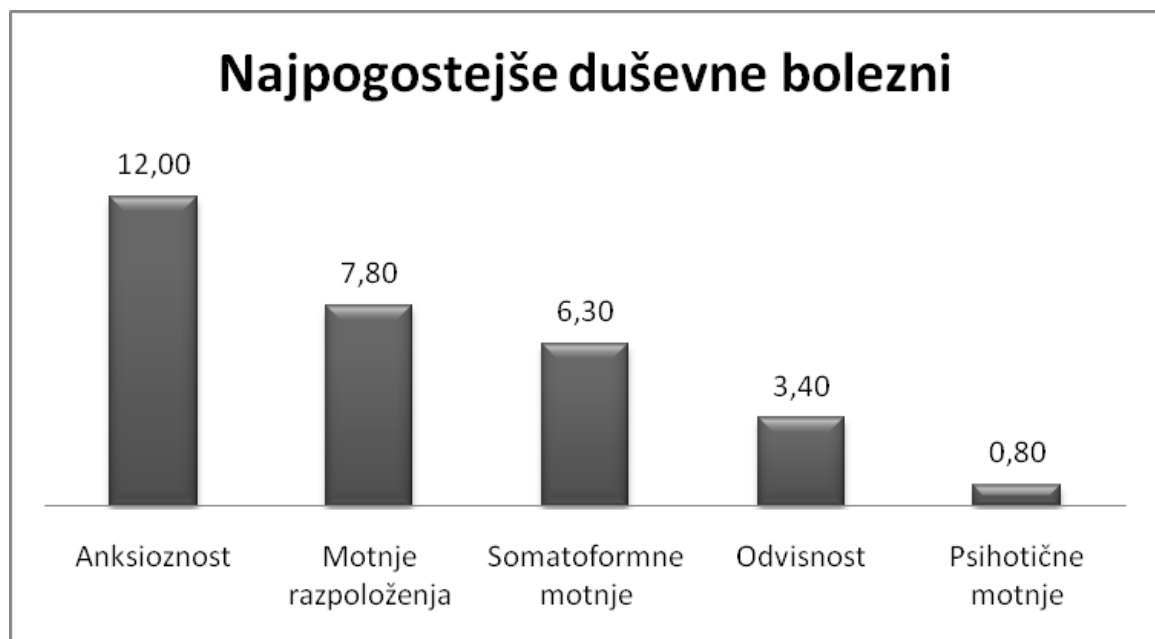
Slika 1: Prevalenca duševnih motenj v 12-mesečnem časovnem okviru (Wittchen in Jacobi, 2005)

Ocenjeno je bilo, da od skupno 301.7 milijona prebivalcev evropskih držav, kar 82.7 milijona ljudi evropskega prebivalstva (med letom 18-im in 65- im letom starosti) trpi zaradi neke duševne bolezni. Ocena komorbidnosti duševnih motenj pa razkriva, da ima 68% preiskovancev diagnosticirano le eno duševno motnjo, 18% preiskovancev dve duševni motnji, 14% preiskovancev pa tri duševne motnje.

Rezultati pregleda študij kažejo, da ima 27% odraslih, starih od 18ih let do 65-ih let, vsaj eno duševno motnjo oz. bolezen v kateremkoli obdobju 12-ih mesecev. Vsaka druga oseba v EU je. Ali pa je bila prizadeta zaradi duševne motnje tekom življenja. Duševne motnje oz. bolezni pogosteje prizadenejo ženske. Vpliv starosti na pojavljanje duševnih motenj naj bi bil zanemarljiv; ocenili so približno enako prevalenco duševnih motenj v vseh starostnih skupinah. Veliko duševnih motenj (npr. anksioznost, somatoformne motnje) se začne pojavljati že v otroštvu in kažejo velik vpliv na nevrokognitiven razvoj posameznika (npr. na šolske in akademske dosežke,

vključevanje v družbo in delovanje znotraj družbe), posledice tega pa se lahko kažejo skozi celotno življenjsko obdobje posameznika. Skoraj vsak drugi duševni bolnik ima več kot eno diagnozo - pojav komorbidnosti. Približno 30-40% vseh anksioznih bolnikov trpi tudi za depresijo.

Najpogostejše diagnoze znotraj celotnega spektra velikega števila študij, so bile (slika 2): anksioznost, vedenjske motnje in motnje odvisnosti. Manj pogoste so bile motnje hranjenja, psihotične motnje, somatoformne motnje.



Slika 2: Najpogostejše diagnoze duševnih motenj v časovnem okviru 12 mesecev po rezultatih izvedene študije (Wittchen in Jacobi, 2005)

2.4. PREDSTAVITEV NEKATERIH PSIHOSOCIALNIH MOTENJ

Na naslednjih straneh naloge je podrobneje opisanih pet psihosocialnih motenj, ki jih najpogosteje srečujemo v vsakdanjem življenju. Te motnje so: depresija, shizofrenija, avtizem, demenca in anksioznost.

2.4.1. DEPRESIJA

2.4.1.1. KAJ JE DEPRESIJA?

V medicinskem strokovnem jeziku pod pojmom depresija najprej razumemo določeno stanje razpoloženja. Pri depresiji presegajo občutki žalosti in pobitosti »normalne« globine počutja in sicer v njeni izrazitosti ali/in v trajanju. Pogosto pride pri depresijah do duševnega stanja, ki je za vsakega normalnega človeka popolnoma novo in bolezensko. S tem postane depresija bolezen. Njeni simptomi so med drugim v korenito spremenjenem duševnem stanju, ne pa tudi v razumu. Slabo počutje ali slabo duševno stanje pa vendarle vplivata na mišljenje, ki je v depresiji drugačno. Imamo mračne boječe občutke, ki jih v normalnem duševnem stanju ni.

Največkrat se pobitost duše pri depresiji izraža tudi telesno. Bolnik zglada starejši kot je. Ta videz je pogojen s sključeno držo, povlečeno hojo, omejeno mimiko in gestikulacijo. Depresija pomeni potlačenost in tako je tudi vse dobesedno potlačeno. Obraz največkrat deluje utrujeno, koža se zdi siva, oči so motne. Zelo vpadljiv je tudi spremenjen glas (*Kabza in Meyendorf, 1998*).

Depresija je lahko prehodna žalost ali pa izčrpavajoča duševna bolezen, za katero je potrebno zdravljenje. Depresivni ljudje se soočajo z motnjami razpoloženja, občutkom krivde ali nizko samopodobo, z motnjami spanca ali apetita, izgubo interesov ali zadovoljstva, s pomanjkanjem energije in nizko koncentracijo. Ti problemi se lahko razširijo in vodijo v velike težave pri opravljanju vsakdanjih aktivnosti. Svetovna zdravstvena organizacija navaja depresijo kot glavni vzrok nezmožnosti. Do leta 2020 bo depresija verjetno drugi največji vzrok za bolezni pri obeh spolih in pri vseh starostnih skupinah (*Mummery, 2005*).

Bolezenski znaki, ki najpogosteje nastopajo v zvezi z depresivno obolelostjo, so na splošno razdeljeni na tri področja:

- a. duševni simptomi (pobitost, čustvena praznina, omejena sposobnost razmišljanja, povečano tuhtanje, občutki krivde, blodne ideje),
- b. psihomotorični simptomi (motnje pobude, notranji nemir),

- c. telesni simptomi (nespečnost in pomanjkanje teka, glavobol, bolečine v prsnem košu, motnje v prebavnem traktu, motnje na področju spolnosti) (*Kabza in Meyendorf, 1998*).

2.4.1.2. VZROKI ZA DEPRESIJO

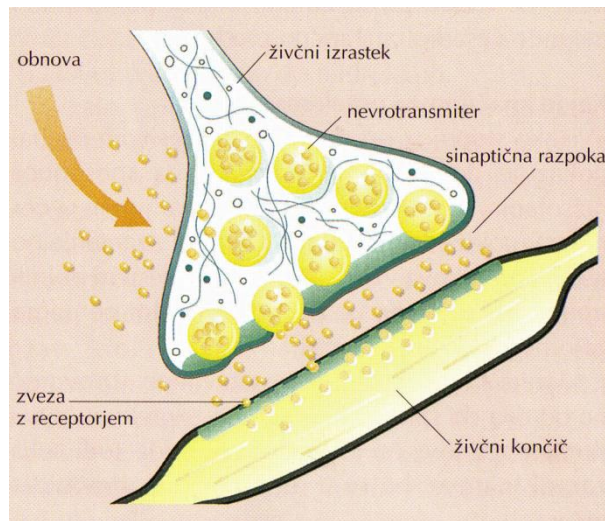
Izhajamo iz dejstva, da je pri nekem depresivnem obolenju na eni strani prisotna določena predispozicija (zasnova) – neko nagnjenje, da postanemo depresivni. Po drugi strani pa igrajo veliko vlogo tudi življenjske okoliščine. Ta »nezavedna pripravljenost«, da reagiramo depresivno, se aktivira, ko sodelujejo določene življenjske okoliščine. To je npr. lahko izguba ljubega človeka (*Kabza in Meyendorf, 1998*).

Večina zdravnikov deli depresijo po vzrokih in potem govorijo o telesno utemeljenih (somatogenih), biološko utemeljenih (endogenih), torej nastalih od znotraj, in duševno pogojenih (psihogenih) razlogih. Nekateri strokovnjaki so sklenili razdeliti depresije le v dve skupini: v skupino endogenih depresij prištevajo vse primere, ki nimajo nobenega razpoznavnega vzroka, in so nastali zaradi duševnih stisk ali zaradi telesnih bolezni. Sem uvrščamo tudi posledice operacij ali stranske učinke nekaterih zdravil in hormonov, ki jih bolnik morda jemlje zaradi drugih bolezni. Drugo skupino sestavljajo tako imenovane reaktivne depresije. To so depresije, nastale po hudi duševni obremenitvi, tiste ob trajni duševni obremenitvi (depresija izčrpanosti) in depresije, ki so nevrotičnega izvora. Takšne depresije trajajo običajno dlje in se pogosto ponavljajo (*Friebel in Puhl, 2000*).

Vzrok za depresijo so lahko tudi biokemične spremembe v izmenjavi snovi v možganih, zlasti stranski učinki nekaterih zdravil.

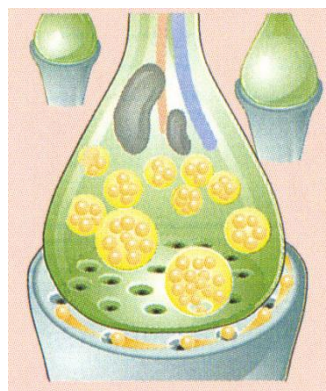
Možgane sestavljajo milijarde živčnih celic, ki so na najrazličnejše načine povezane med seboj. V živčnih celicah in njihovih izrastkih, živčnih vlaknih, se izmenjujejo sporočila. Kritična točka povezav med živčnimi vlakni in živčnimi celicami so tako imenovane sinapse. Tu se opravi prenos sporočila, in to ne samo po električni, ampak tudi po kemični poti. Za to obstajajo snovi prenašalke, nevrottransmiterji. Te snovi so acetilholin, noradrenalin, serotonin, dopamin, adrenalin, histamin in gama-

aminomaslena kislina. Na sliki 3 je prikazana zgradba živčne celice (Friebel in Puhl, 2000).

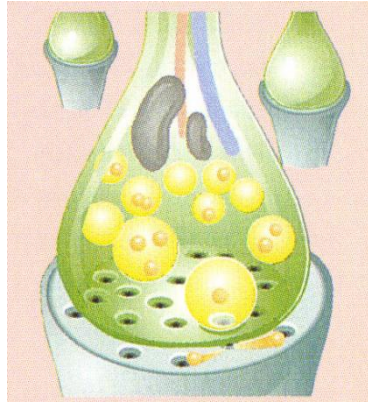


Slika 3: Zgradba živčne celice (Friebel in Puhl, 2000)

Snovi prenašalke se na živčnih končičih kemično razgradijo in shranijo v majhnih mehurčkih. (Slika 4) Pri depresiji je izmenjava snovi v možganskih živcih motena (slika 5). Zlasti pomanjkanje snovi prenašalk za sporočila možganov pomeni, da se sporočila ne prenašajo več ali pa se prenašajo napačno. Včasih telo ne zgradi več dovolj snovi prenašalk, ali pa tiste, ki so na razpolago, prehitro porabi, ker so nastopile nenavadne obremenitve. Nekatere povezave med snovjo prenašalko in sprejemnim organom imajo vzburjajoč, nekatere pa zavirajoč učinek na sosedno živčno celico. Tako nastanejo manične ali depresivne bolezni (Friebel in Puhl, 2000).



Slika 4: Zdrava izmenjava snovi v živčnih celicah možganov: trajno potekajoč informacijski stik (Friebel in Puhl, 2000)



Slika 5: Motena izmenjava snovi v živčnih celicah: pomanjkanje snovi prenašalk (Friebel in Puhl, 2000)

2.4.2. SHIZOFRENIJA

2.4.2.1. KAJ JE SHIZOFRENIJA?

Shizofrenijo (gr. *shizo*: razcepiti, razsekati) uvrščamo med hujše oblike duševnih motenj z izrazitimi in nenavadnimi simptomi, ki motijo ali preprečujejo normalno delovanje človeka. Pogostost pojavljanja shizofrenije v populaciji je 0,5 do 1%, pri večini se začne med 15. in 25. letom. Navadno poteka shizofrenija epizodično, kar pomeni, da akutnim fazam, ko so simptomi najbolj izraziti, sledijo obdobja, ko so simptomi zelo blagi ali pa se ne pojavljajo več (*Kompare, Stražišar, Dogša, Vec in Curk, 2006*).

Shizofrenije se zaradi nenavadnosti njenih simptomov držijo številna napačna pojmovanja: shizofrenija ni razcepljena osebnost niti multipla osebnost in ni rezultat napačnega materinstva. Bolj ko odstiramo zmotne poskuse razumevanje shizofrenije, bolj spoznavamo, da so njeni simptomi zelo normalna reakcija na dražljaje in svet, v katerem živijo ti ljudje. Shizofrenijo označujejo globoke motnje v mišljenju, čutenju in vedenju, ki ohromijo temeljne človekove sposobnosti: govor, mišljenje, zaznavo, afekt in občutek zase. Spekter simptomov navadno vključuje psihotične znake, npr. notranje glasove ali druga občutja, ki nimajo vira v realnosti, čemur pravimo halucinacije, in pripisovanje nenavadnega pomena navadnim stvarem ali zmotna prepričanja o sebi in drugih, čemur pravimo blodnje (*Erzar, 2007*).

2.4.2.2. VZROKI ZA SHIZOFRENIJO

Med dejavnike tveganja za razvoj shizofrenije so tako biološki kot psihosocialni. Različne ugotovitve podpirajo prepričanje, da so vzroki organski. Pri shizofrenikih so namreč odkrili motnje v izločanju živčnih prenašalcev (povečano izločanje dopamina) in nenormalnosti v strukturi možganov. Razlage shizofrenije, ki se opirajo na psihološki model duševnih motenj, pa kot dejavnike tveganja izpostavljajo tudi psihosocialne dejavnike, npr. stresne dogodke (čustveno zanemarjanje v otroštvu, socialna izolacija) in značilnosti medosebnih odnosov v družini (*Kompare idr., 2006*).

Shizofrenijo povzroča tudi podedovana nagnjenost, ki se ji pridružijo stresorji iz okolja, kakor to pojasnjuje model diatezis-stres. Za gensko dovzetnost so najverjetneje soodgovorni številni geni na več mestih v kromosomu. Vpliv dednosti je bil obsežno dokazan s številnimi študijami dvojčkov in posvojitev, kjer se je pokazalo, da so neposredni biološki potomci ljudi s shizofrenijo desetkrat bolj izpostavljeni bolezni kot splošna populacija, kar pomeni, da imajo 5-10 % življenjsko prevalenco (*Erzar, 2007*).

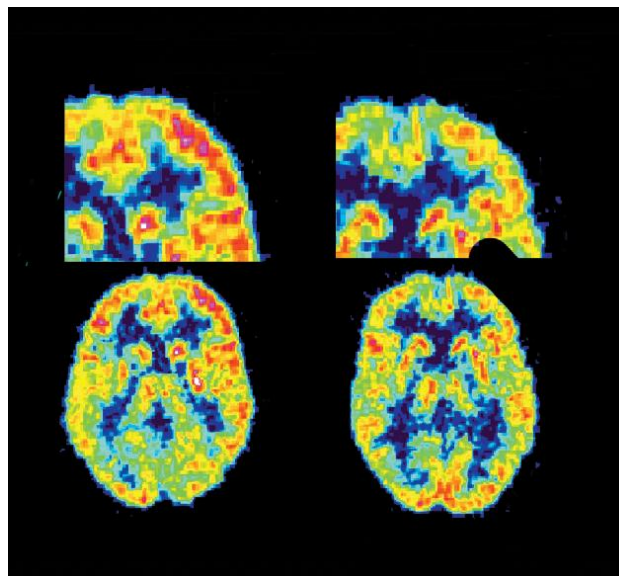
Genetike preseneča, da se lahko ohranja shizofrenski nedominantni dedni faktor, ko pa te bolezni vendar prizadenejo ljudi, še preden dosežejo starost, primerno za razmnoževanje. Genetiki predpostavljajo, da neki faktor pomaga pri uveljavitvi tega gena. Shizofrenije se v človeški rasi ohranjajo zaradi dominantnega gena SC, ki ima 25 % penetranco. Visoka incidenca shizofrenij se ne bi mogla vzdrževati samo z mutacijami (*Pfeifer, Ward in El-Melegi, 1978*).

2.4.2.3. PATOFIZIOLOGIJA SHIZOFRENIJE

Najpogostejša potrjena nevrobiološka odkritja pri shizofreniji je povečanje ventrikularnega sistema, še posebej lateralnega in tretjega prekata. Ventrikularno povečanje je povezano s splošnim zmanjšanjem možganskega volumna in sivino v možganski skorji. Deli možganov, kot so frontalni reženj, amigdala, hipocampus,

parahipocampus, talamus, srednji temporalni reženj, možganska skorja, imajo zmanjšani volumen pri pacientih s shizofrenijo.

S pomočjo pozitronske emisijske tomografije (PET) so prikazali različne in po možnosti disfunkcionalne živčne poti pri kognitivnih nalogah. Na PET so prikazane abnormalnosti v krvnem obtoku v čelnem režnju, talamusu ter malih možganih, na pacientih s shizofrenijo med izvajanjem nalog, ki vključujejo izvršilne funkcije, spomin in zmožnost koncentracije (slika 6). Zmanjšan pred čelni krvni obtok med kognitivnimi nalogami so ugotovili pri shizofreniji, ki ga lahko povežemo z zmanjšano aktivnostjo dopamina (Mueser in McGurk, 2004).



Slika 6: delovanje čelnega režnja pri pacientih s shizofrenijo v primerjavi z neprizadetimi možgani. Na levi strani je prikazana aktivacija čelnega režnja pri zdravih možganih, s povečano aktivacijo, ki je na sliki obarvana rdeče. Na desni strani pa je prikazana zmanjšana aktivacija pri shizofrenikih, posebej v frontalni skorji (Mueser in McGurk, 2004)

2.4.3. AVTIZEM

2.4.3.1. KAJ JE AVTIZEM?

Avtizem, natančneje sindrom ali spekter avtističnih motenj, strokovnjaki pojmujejo kot razvojno nevrološko motnjo, ki se kaže v verbalni in neverbalni komunikaciji, tipičnih vedenjskih motnjah ter nenormalni čustveni in socialni odzivnosti (*Patterson, 2009*).

Avtizem se pojavi v 7 do 16 primerih na 10 000 rojenih otrok. Motnja je pogostejša pri dečkih kot pri deklicah (*Milačić, 2006*).

Izraz »avtizem« je leta 1943 prvi uporabil dr. Leo Kanner. Kanner je bil prvi uradno priznani otroški psihiater v ZDA. Dr. Kanner je tudi objavil svoja opažanja o dvajsetih otrocih, ki jih je preučeval (*Patterson, 2009*).

Kanner kot bistvene lastnosti avtističnega sindroma omenja:

- Skrajna avtistična osamljenost – otroci so najsrečnejši, ko so sami.
- Obsesivna želja po vzdrževanju istosti – otroka vznemiri vsaka sprememba v okolju.
- Odlično mehansko pomnjenje – otroci imajo sposobnost pomnjenja velikih količin podatkov, ki nimajo nikakršnega pomena.
- Eholalija – otroci ponavljajo besede, ki jih slišijo, in jih ne uporabljajo za komuniciranje.
- Pretirana občutljivost na dražljaje.
- Omejenost v spontani aktivnosti – stereotipni gibi s prsti ali besedni rituali.
- Dobri kognitivni potenciali – Kanner je mislil, da dober mehanski spomin, pomnjenje preteklih dogodkov, sestavljanje kompleksnih sestavljanek in izjemen besednjak kažejo na dobre intelektualne sposobnosti, čeprav so otroci imeli težave pri učenju na številnih področjih (*Milačić, 2006*).

2.4.3.2. ASPERGERJEV SINDROM

Približno ob istem času, kot je deloval dr. Kanner, je avstrijski profesor otroške psihiatrije Hans Asperger objavil svoje raziskave o njegovih »malih profesorjih« - otrocih z zelo visokim inteligenčnim količnikom, ki niso bili sposobni razviti socialnih veščin (*Patterson, 2009*).

Izraz Aspergerjev sindrom je prva uporabila Lorna Wing leta 1981. Z njim je opisala sposobne avtistične otroke, ki jih ni bilo mogoče uvrstiti v Kannerjevo opredelitev motnje. Wingova je izdelala seznam diagnostičnih kriterijev, ki je temeljil na Aspergerjevem opisu:

- Ni zaostanka v govornem razvoju, a govor je izbran, nenavaden, stereotipen.
- Nebesedna komunikacija – malo obraznih izrazov čustev, neustrezne geste, monoton glas.
- Ne kažejo vzajemne socialne interakcije, pomanjkanje empatije.
- Odpor do sprememb, repetativne aktivnosti.
- Motorična koordinacija – neobičajna drža in položaj telesa, nespretni gibi, stereotipnost gibov.
- Veščine in interesi – dober mehanski spomin, omejena področja specifičnih interesov (*Milačić, 2006*).

2.4.3.3. VZROKI ZA AVTIZEM

Vzroka za nastanek avtizma ne poznamo. Glede na tipične znake avtizma lahko sklepamo, da gre za okvaro tako centralnega kot tudi perifernega živčevja pod vplivom različnih dejavnikov. Raziskave potekajo na globalni ravni v smer genskih sprememb, ki pa niso pojasnjene in jih je mogoče z avtizmom povezovati le v majhnem odstotku. Vedno oprijemljivejše so raziskave v smer motenih biokemičnih procesov na nivoju celične presnove, ki naj bi bile posledica sodobnega načina življenja in še posebej okoljskih dejavnikov. Raziskovalci na področju avtizma vedno bolj povezujejo primarne imunske aktivnosti v prebavilih s sistemskimi imunskimi reakcijami. Te naj bi sprožile motnje zlasti v zelo občutljivih organih, kamor brez dvoma lahko prištevamo centralno živčevje- možgane (*Patterson, 2009*).

Raziskave so pokazale, da so mnogi otroci, pri katerih se razvije avtizem, podedovali poškodovane gene svojih staršev. Ti geni po oploditvi pri nastajanju otrokovega organizma in pozneje po rojstvu pri nadaljnjem razvoju otrokovim celicam ne

»naročajo«, kako naj čim bolje nevtralizirajo in izločijo iz telesa potencialno strupene kemične snovi, kakršne so aluminij, živo srebro, svinec in druge, ali toksine, ki jih organizem sam razvije v borbi s patološkimi povzročitelji, npr. z bakterijami ali glivicami (*Patterson, 2009*).

2.4.4. DEMENCA

2.4.4.1. KAJ JE DEMENCA?

Demenca so posledica možganskih okvar, boleznih ali poškodb. Se pravi, so zdravstveno stanje, posledica nevroloških, fizioloških in anatomskih sprememb in poškodb možganov. V 10. mednarodni klasifikaciji bolezni je demenca opredeljena kot sindrom, ki ga povzroča možganska bolezen, običajno kronične ali napredujoče narave. Vključuje motnje mnogih višjih živčnih dejavnosti, kot so spomin, mišljenje, orientacija, razumevanje, računanje, sposobnost učenja, sposobnost besednega izražanja in presoja.

Demenca je bolezen, ki se najpogosteje pojavi v starosti, in število obolelih v višjih starostnih skupinah narašča. V starosti nad 65 let ima kar 5 % starostnikov demenco. V starosti nad 80 let in več znaša delež težjih oblik demence že 20 % (*Mali in Milošević Arnold, 2007*).

2.4.4.2. VZROKI ZA DEMENCO

Obstaja približno 200 različnih bolezni, ki lahko pripeljejo do težav, značilnih za demenco. Glede na vzrok so lahko v ospredju težave s spominom, kot npr. pri Alzheimerjevi bolezni ali spremembe osebnosti, kot npr. pri frontotemporalnih demencah. Z napredovanjem bolezni pa se pokažejo tudi drugi bolezenski znaki (*Kos, 2007*).

Najpogostejši vzroki so:

- Alzheimerjeva bolezen (50 – 65 % vseh demenc). Gre za primarno degenerativno bolezen, ki navadno traja 8 – 10 let. Značilno za Alzheimerjevo bolezen je, da se začne z motnjami spomina, napreduje razmeroma počasi, zlasti pri poznem začetku.
- Demenca z Lewyjevimimi telesci: značilni bolezenski znaki se prekrivajo s simptomi Alzheimerjeve in Parkinsonove bolezni, značilna so tudi nihanja klinične slike ter halucinacije v zgodnjem poteku bolezni.
- Vaskularna demenca je posledica infarktov možganov. Infarkti so navadno majhni, se pa v svojem učinku seštevajo. Značilen zanjo je nagel začetek in stopničast potek. Navadno gre za serijo majhnih kapi.
- Frontotemporalne demence zajemajo čelne in senčnične režnje, zato se že zgodaj pojavijo spremembe osebnosti, socialni upad, čustvena zbledelost, dezinhibirano vedenje, motnje govora, šele pozneje pa motnje spomina in apraksija (*Mali in Milošević Arnold, 2007*).

2.4.5. ANKSIOZNOST (TESNOBNA MOTNJA)

2.4.5.1. KAJ JE ANKSIOZNOST?

Anksioznost je psihološko - fiziološko stanje, ki ga sestavljajo, vedenjske, čustvene, kognitivne in somatične komponente, ki se povezujejo tako, da tvorijo izrazito neprijetno čustvo, ki se navezuje na nelagodnost, strah in skrb. Ocenjujejo, da se s kronično tesnobnostjo sooča približno 5% prebivalstva, nekateri pa menijo, da je zaradi ne seznanjenosti s simptomatiko te bolezni številka veliko večja.

Tesnoba običajno nima definirane sprožilca, ki bi v osebi sprožil občutek tesnobe. V tem se razlikuje od strahu, pri katerem se vedno zavedamo, česa se bojimo. Pri strahu obstaja definirana grožnja ali nevarnost. Vedno lahko povemo, česa nas je strah. Pri tesnobi tega zunanje dejavnika ni ali pa je zelo zabrisan. Možno je, da se tesnoba pojavi pri nevarnostih, ki se doživljajo, kot da kontrola nad njimi ni možna ali pa se tej nevarnosti ni mogoče izogniti. Nekateri menijo, da je anksioznost za razliko od strahu, v prihodnost obrnjena in je usmerjena na bodoče in mogoče nevarnosti, strah pa je usmerjen v tukaj in zdaj nevarnosti. Mnogi definirajo anksioznost kot

nerazložljiv občutek strahu ali strah pred strahom (*Hipnoza in anksioznost – tesnoba*, 2009. Pridobljeno 5.2.2010 iz <http://www.hipnoterapija.si/hipnoza-anksioznost.aspx>).

Pri tesnobnem doživljanju gre za irealen strah, pravzaprav za stanje, ki je strahu podobno predvsem po telesnih reakcijah, ki jih sproži. Posameznik je, ne da bi prav vedel zakaj, napet, neredko ga obliva pot, stiska ga v prsih ali v grlu, je zmeden, pogosto nemiren, misli mu begajo, ne more se prav zbrati. Učinek anksiozne motnje se pokaže tudi v njegovih psihomotornih zmožnostih in ravnanju. Zaradi napada tesnobe se spremenijo tako posameznikova telesna drža kot gibanje, pa tudi mimika obraza. Napetost v mišicah telesa se zviša, zaradi česar se napetostim v mišicah priključijo še mišični krči. Večkrat je gibanje človeka zato okorno, negotovo in upočasnjeno. Lahko pa je v motoričnih reakcijah opazno prav nasprotno: posameznik je že na pogled videti nemiren, je hitrih, a nezanesljivih in med seboj slabo usklajenih gibov (*Rakovec-Felser, 2009*).

2.4.5.2. VZROKI ZA ANKSIOZNOST

Nevrobiološke razlage postavljajo nastanek anksioznosti v okvir serotoninskega, GABA, histaminskega, dopaminskega in noradrenalinskega sistema. Genetske razlage govorijo o genetski ranljivosti in potrebnem zunanjem stresorju, ki sproži anksioznost. Epidemiološke in klinične raziskave pa so hkrati pokazale na pomembnost dejavnikov znotraj družine, kot so hiperprotektivnost, prevelik nadzor, kriticizem, anksiozno vedenje staršev kot čustveni in vedenjski vzorec za ponotranjanje in v nekaterih primerih zloraba otrok, kar opozarja na psihodinamsko ozadje teh motenj. Ker pa te zgodnje izkušnje vplivajo na razvoj osebnosti, se dobesedno vgradijo v osebnostno strukturo, so anksiozni simptomi tudi lahko zunanji, površinski znak osebnostnih motenj (*Anksiozne (tesnobne) motnje*. Pridobljeno 5.2.2010 iz http://www.burnout.si/index.php?n=SubMenu&Menu_ID=3&SubMenu_ID=58&id_NZ=148).

3. CILJI

Cilji tega diplomskega dela so sledeči:

- Predstaviti osebe s psihosocialnimi motnjami.
- Predstaviti duševne in telesne omejitve pri ukvarjanju s športom.
- Predstaviti vplive in učinke športa za njihovo kakovostnejše življenje.

4. METODE DE LA

Pri pisanju diplomske naloge sem uporabil deskriptivno metodo dela. Pri zbiranju podatkov sem uporabil dosegljivo dokumentacijo ter ustrezno strokovno literaturo.

Ustrezne članke in raziskave sem dobil v monografskih publikacijah (knjige, strokovne revije) ter na spletnih straneh.

5. RAZPRAVA

5.1. TELESNA AKTIVNOST IN DUŠEVNO ZDRAVJE

Športno rekreativna aktivnost ni pomembna le zaradi pozitivnih zdravstveno bioloških učinkov, temveč prav tako zaradi svojih blagodejnih vplivov na psihosocialne razsežnosti človekove biti – na njegovo duševno zdravje. Človeka športna aktivnost čustveno uravnoteži, sprosti, ob njej spoznava samega sebe, razvija samozavest in potrpežljivost: na ta način postaja socialno prilagodljivejši (*Berčič idr., 2007*).

Ljudje naj bi si s športom izboljševali samopodobo in krepili samospoštovanje. Dejstvo je, da se mora človek najprej naučiti spoštovati samega sebe in si krepiti samozavest. Ni človeka, ki bi bil preveč samozavesten (*Košiček, 1998*). V bistvu je torej treba v celoti sprejemati lastno osebo, svoj lastni jaz s pozitivnimi čustvi in z zaupanjem vase. Na tej osnovi je mogoče graditi tudi odnose z drugimi ljudmi. V kolikor posameznik nima pozitivnega odnosa do sebe in si ni prijatelj, potem bo imel težave pri navezovanju in vzdrževanju socialnih vezi v svojem ozkem bivalnem pa tudi v širšem družbenem okolju.

Šport je preventivni dejavnik, ki ljudem pomaga preprečevati, da ne bi prišlo do obolenj in da bi čim dlje ostali zdravi. Dejstvo, da redno in sistematično ter pravilno ukvarjanje s športom krepi zdravje, je posledica ugodnih učinkov telesne vadbe in gibanja na organizem človeka. To se odraža na njegovem dobrem fizičnem in psihičnem počutju, na človekovi duševnosti ter na njegovem duhovnem ustroju oz. na človeku, kot nedeljivi celoti (*Berčič idr., 2007*).

Telesna vadba je »treniranje« telesa za izboljšanje njegovega funkcioniranja in telesne pripravljenosti. Vadba ima veliko koristi. Fizično dobro pripravljeni posamezniki se lahko spopadajo z vsakdanjimi aktivnostmi brez občutka utrujenosti, izčrpanosti, ter se veliko bolje zoperstavljajo boleznim in infekcijam. Vendar pa je za take učinke potrebno vaditi z zadostno intenzivnostjo, vsaj 30 minut, 5 krat na teden. Redna telesna vadba zmanjšuje tveganje za veliko življenjsko ogrožajočih bolezni (*Callaghan, 2004*).

Telovadba je pomembna strategija za doseg zdrave teže. Šport izboljšuje tako fizično kot duševno zdravje. Veliko je razlogov, ki pojasnjuje pozitivne učinke športa na duševno zdravje. Psihološke razlage vključujejo, da šport ustvarja občutek za kontrolo zdravja in izboljša samozavest, povečuje možnost za socialne stike in s tem zmanjšuje socialno izolacijo, odvrta neprijetne misli ali občutke in tako ustvarja dobro počutje. Fiziološka razlaga pa navaja, da telovadba zmanjša mišično napetost ter sprošča kemikalije v možgane, ki dvigujejo razpoloženje (*Gold, 2006*).

Med športno aktivnostjo pride do trenutka, ko naenkrat ne čutimo več bolečine ali neugodja, in nas prevzame občutek eforije. Za te trenutke ugodja so odgovorni **endorfini**. Endorfini so kemični proizvod v možganih, ki se vežejo na živčne receptorje, ki nas sproščajo. Že od leta 1975 ugotavljajo vlogo endorfinov. Ugotovljeno je, da endorfini lajšajo bolečino, izboljšajo imunski sistem, zmanjšujejo stres in upočasnijo procese staranja. S telovadbo stimuliramo izločanje endorfinov, ki skozi vadbo proizvajajo kemikalije, te pa se borijo z depresijo. Izločanje endorfinov variira od človeka do človeka: nekateri občutijo učinke endorfinov že po 10-ih minutah jogginga, nekateri pa to občutijo šele po pol ure. Izločanje endorfinov stimulirajo tudi meditacija, akupunktura, masaža, globoko dihanje in celo pikantna hrana (*Get Physical. Pridobljeno 24.1.2010 iz http://www.cmha.ca/bins/content_page.asp?cid=2-267-1320-1321&lang=1*).

Na splošno lahko rečemo, da je športna aktivnost zanemarjena v skrbi za duševno zdravje. Zelo malo je omenjenega o telesni vadbi kot opciji zdravljenja. Obstaja več načinov in oblik vadbe na izboljšanje duševnega zdravja: za depresijo priporočajo strokovnjaki borilne veščine, za izboljšanje samozavesti dvigovanje uteži ali tek, za spoprijemanje z jezo ali frustracijo pa priporočajo boks ali tenis. Ekipni športi so za osamljene ljudi ali za osebe s slabimi socialnimi veščinami, hoja je za ljudi s pomanjkanjem poduhovljenosti, plavanje ali joga sta za osebe z eksistencialnim strahom (*Callaghan, 2004*).

5.2. TELESNE IN DUŠEVNE OMEJITVE DUŠEVNO MANJRAZVITIH OSEB

Rekreacija in športna aktivnost sta pomembni za vse otroke, ne glede na njihovo duševno stanje. Športne aktivnosti za otroke z DM je potrebno prilagoditi njihovi fizični pripravljenosti, stopnji duševnega razvoja in čustveni stabilnosti. Otroci z zmerno duševno zaostalostjo imajo več možnosti za izvajanje športnih aktivnosti brez prilagojenega načrtovanja. Pri otrocih z DM je večja pogostost slabe telesne priprave, imajo slabo koordinacijo in so debeli. Ta stanja se progresivno slabšajo s starostjo, deloma tudi zaradi omejenih možnosti za športne aktivnosti. Večina duševno zaostalih otrok lahko sodeluje pri fizičnih aktivnostih, če so te primerno nadzorovane (*Joint Committee on Physical Fitness, Recreation and Sports Medicine, 1974*).

Duševna motnja je bolezen, za katero so značilne pomembne omejitve tako v intelektualni funkciji kot v prilagojenem obnašanju, ki se kaže v prilagojenih socialnih in fizičnih sposobnosti. Preučili so telesno sestavo oseb z duševno motnjo, ki je eden izmed pokazateljev zdravja. Ugotavljali so pogostost prevelike telesne teže in debelosti. Dokazi kažejo na večjo pogostost debelosti pri osebah z DM, zato je ta populacija tudi bolj izpostavljena kasnejšim problemom z zdravjem. Tudi druga kronična stanja, kot npr. visok krvni tlak, visok holesterol in sladkorna bolezen, so pri odraslih osebah z DM bolj izpostavljena. Preučevali so tudi nivo fizičnih sposobnosti pri otrocih in odraslih z DM. Raziskave so pokazale, da so osebe z DM slabše telesno pripravljene kot njihovi vrstniki brez DM (*Temple, Frey in Stanish, 2006*).

Motnje v zaznavanju prostorskih odnosov pri shizofrenih otrocih, pogosto povzročajo nenavadno hojo. Otrok lahko hodi v cik-caku, ali pa postavlja noge na široko. Neroden je in se zaletava v pohišstvo. Ravnotežje ima slabo in pogosto pade. Če ne vemo, da je otrokova percepcija pri shizofreniji motena, ga lahko napačno diagnosticiramo kot organsko možgansko prizadetega.

Raziskave kažejo, da ima shizofreni otrok moten vzorec receptorskih preferenc; distalni receptorji za vid in sluh so izključeni, otrok pa se s svetom povezuje s proksimalnimi receptorji okusa, dotika in voha.

Eden glavnih znakov shizofrenskega obolenja pri otroku je hiperaktivnost, ki lahko sega vse od običajnega nemira do neprestanih gibov celega telesa, zibanja in udarjanja z glavo. Shizofrenega otroka sicer lahko pritegnemo in zaposlimo, toda

navadno ne zmore zadostne pozornosti, niti daljšega napora. Kaže tudi na slabšo ali sploh nobene reakcije na fizične poškodbe, kakršne bi pri normalnem otroku izzvale bolečino in jok (*Pfeifer idr., 1978*).

Osebna zgodovina ljudi z Aspergerjevim sindromom kaže zaostanek v razvoju motoričnih sposobnosti, kot so lovljenje in met žoge, vožnja kolesa, itd. Motorična koordinacija teh ljudi je šibka, njihova telesna drža je neobičajna, slabša je njihova fina motorika, pojavlja pa se tudi primanjkljaj vidno-motoričnih veščin. Okvarjena je sposobnost lokomocije, gibi pri teku ali hoji pa spominjajo na gibe lesene lutke. Gibi spodnjih in zgornjih okončin niso koordinirani. Courchen je z raziskovanjem možganskih struktur oseb z Aspergerjevim sindromom s pomočjo magnetne resonance ugotovil abnormalnosti v področju malih možganov. Mali možgani so pomembni pri uravnavanju mišičnega tonusa, telesne drža in ravnotežja (*Milačić, 2006*).

5.3. ŠPORTNE AKTIVNOSTI ZA OTROKE Z DUŠEVNO MOTNJO

Pri načrtovanju športnega programa za duševno zaostale otroke je potrebno razlikovati med individualnimi in ekipnimi športi ter med tekmovalnimi in ne tekmovalnimi športi. Duševno zaostali otroci imajo navadno večji uspeh pri individualnih športih. Aktivnosti, ki zahtevajo grobo motoriko so bolj stresne. Pri tekmovanju je motivacija na visoki ravni, saj je sredstvo za krepitev samozavesti in samozadovoljstva.

Specialna olimpijada je pokazala, da lahko tudi zaostali otroci uspešno tekmujejo med seboj. Ne glede na intelektualno kapaciteto obstaja širok spekter fizičnih sposobnosti; nekateri otroci so izjemno koordinirani, drugi pa zelo nerodni. Pri tekmovanju »zdravih« otrok lahko sodelujejo tudi otroci z blago ali zmerno duševno motnjo. Vendar pa lahko otrok izgubi samopodobo, če večkrat zapored izgubi. Vseeno pa ima sodelovanje otrok z DM v ne tekmovalne športe, skupaj z ostalimi otroci, vzajemne prednosti.

Duševno zaostali otroci potrebujejo reden program fizičnega vzdrževanja z vajami in nadzorovanimi športnimi aktivnostmi. Športi, ki duševno zaostalemu otroku dajejo zadovoljstvo, občutek pripadnosti, socialnega stika, so: plavanje, pohodništvo,

kampiranje, lokostrelstvo, nogomet, skoki na prožni ponjavi, tenis, kolesarjenje, folklorni plesi in čolnarjenje. Poenostavitev pravil igre olajšuje razumevanje ter spodbuja k večjemu sodelovanju. Pravila igre se lahko spreminja tako, da je večina otrok ves čas interaktivna, kar je pogosto potrebno pri otrocih z DM, saj imajo kratek obseg pozornosti (*Joint Committee on Physical Fitness, Recreation and Sports Medicine, 1974*).

5.4. UČINKI ŠPORTNE REKREACIJE NA STANJA RAZPOLOŽENJA

Stanja razpoloženja so preučevali kot posledico vključevanja v rekreacijo zunaj športa na stopnji nižji od potrebne za proizvodnjo učinkov pretreniranosti. Čeprav nekaterim avtorjem ni uspelo dokazati sprememb v razpoloženju kot učinek takega tipa športne rekreacije, večina dokazov podpira pozitiven odnos. Meritve, izvedene takoj po športni rekreaciji, so pokazale upad v stanju anksioznosti, depresivnosti, napetosti in mentalni zmedenosti ter porast v aktivnosti in veselju. Narava teh akutnih sprememb razpoloženja pa je lahko odvisna tudi od prejšnjega zdravstvenega stanja, stanja fizične pripravljenosti posameznika, tipa športne rekreacije, intenzivnosti in časa, ki je pretekel od športne rekreacije in merjenja razpoloženja.

Izboljšanje razpoloženja je lahko povezano s karakteristikami same oblike športne rekreacije in se lahko pojavi zaradi mnogih razlogov. Pozitivni psihološki izidi se najverjetneje pojavijo, ko je športna rekreacija prijetna, netekmovalna, repetitivna/ritmična in prostorsko/časovno zanesljiva. Redna udeležba (tri ali štirikrat na teden) s srednjo intenziteto (60-75 % maksimalnega srčnega utripa) za 20-60 minut ravno tako prispeva k pozitivnim učinkom razpoloženja. Potencialni mehanizmi za z rekreacijo povezanim izboljšanjem razpoloženja vključujejo učinke pričakovanja, distrakcijo, povečanje v nevrotransmitterjih, sprostitvev endorfinov in spremembe temperature (*Barborič idr., 2005*).

5.5. POZITIVNI VPLIVI ŠPORTA NA DUŠEVNO ZDRAVJE

Tako aerobna vadba (hitra hoja, tek, kolesarjenje) kot vadba za moč (dvigovanje uteži) dokazano pomagata ljudem, ki trpijo za zmerno ali hudo depresijo. Nekateri uporabljajo telesno aktivnost kot alternativo terapijo, ki jo vključujejo v individualni tretma. Študije dokazujejo, da ima telesna aktivnost lahko iste antidepresivne učinke kot nekatere tradicionalne oblike zdravljenja, kot npr. psihoterapija in skupinska terapija.

Telesna aktivnost zvišuje samozavest, kar je posebno pomembno za ljudi z duševnimi motnjami. Ti ljudje imajo največkrat nizko samozavest, delno tudi zato, ker je to družbeno nespremenljiv pojav. Tudi osebe, ki se odvajajo od drog ali alkohola, ter shizofreniki, navajajo prednosti športnih aktivnosti (*How can physical activity help mental health. Pridobljeno 10.2.2010 iz http://www.mind.org.uk/help/medical_and_alternative_care/mind_guide_to_physical_activity*).

Telesna vadba ima veliko psiholoških prednosti. Na primer:

- ❖ Fizična aktivnost postaja del recepta za zdravljenje depresije in anksioznosti. Sama telovadba ne zdravi, vendar pa ima pozitivne učinke.
- ❖ Redna fizična aktivnost je dokazano učinkovita za zdravljenje lahke do zmerne depresije, tako kot psihoterapija. Terapevti poročajo, da se pacienti, ki redno telovadijo, počutijo veliko boljše in so manj nagnjeni k prenehanju ali zlorabi alkohola in drog.
- ❖ Telovadba zmanjšuje tesnobno motnjo. Športno aktivni ljudje se počutijo manj stresno ali nervozno. Tudi pet minutna aerobna vadba lahko stimulira anti-anksiozne učinke.
- ❖ Šport pomaga nevtralizirati zaprtost vase, neaktivnost in občutek brezupnosti, ki okarakterizirajo depresijo.
- ❖ Razpoloženja, ko na primer napetost, izčrpanost in jeza, učinkujejo pozitivno s športom.
- ❖ Telovadba izboljša način, kako zaznavamo fizično kondicijo, športne spretnosti in sposobnosti ter telesno podobo.
- ❖ Šport pomaga pri vzpostavljanju socialnih stikov v okolju. Poistovetimo se z ljudmi, s katerimi si delimo interese v športnih aktivnostih (*Get physical.*

Pridobljeno 24.1.2010 iz http://www.cmha.ca/bins /content_page.asp ?cid=2-267-1320-1321&lang=1).

5.5.1. AVTIZEM IN ŠPORT

Z vidika športne dejavnosti pri avtistih izpostavljammo senzorno-čutno terapijo. Naše telo deluje po navodilih čutil (sluh, tip, voh, vid, okus). Če vse »deluje«, kot je treba, in če znajo naši možgani pravilno interpretirati te dražljaje, informacije, ki nam jih pošiljajo naša čutila, potem govorimo o senzorni integraciji. Kadar pa ni tako, gre za disfunkcijo senzorne integracije. Obstaja več načinov, kako se ta disfunkcija kaže, v prvi vrsti pa obstajata dva glavna problema:

- človek dobiva iz okolja preveč čutnih dražljajev,
- človek dobiva iz okolja premalo čutnih dražljajev (*Duh, Hadžič, Karpjuk in Videmšek, 2006*).

Da možgani pravilno delujejo, potrebujejo senzorne vnose, ki so hrana za možgane. Obstajajo trije nivoji receptorjev, ki delujejo kot sprejemniki dražljajev in nam omogočijo pridobiti pomembne informacije o samem sebi in okolju:

- Receptorji iz okolice (ekteroreceptorji), ki zaznavajo okus, voh, tip ter vidne in slušne dražljaje.
- Receptorji iz mišično-skeletnega sistema in glave (proprioreceptorji), ki sprejmejo dražljaje preko kit, mišic in sklepov in nam podajo informacijo o položaju telesa v povezavi s prostorom.
- Receptorji iz notranjega telesa (interoreceptorji), ki delujejo nezavedno ter nam sporočijo lakoto, zaspanost, slabost, interno bolečino, potrebo po izločanju.

Senzorika je avtomatski proces, pri katerem osmislimo informacije, ki jih sprejmemo (ali pa ne) iz okolja. Otroci z avtizmom lahko preveč ali premalo reagirajo na senzorne dražljaje.

Težave na področju senzorne predelave se zato kažejo kot:

- slabše reagiranje na dražljaj (npr. zdi se, kot da otrok ne sliši),

- otopelost, odtujenost, odmaknjenost in mirovanje,
- zmedenost pri spremembah rutin,
- ne reagiranje na bolečino,
- slaba koordinacija gibov,
- preobčutljivost na zvok, svetlobo, vonj, dotik, okus,
- dajanje stvari v usta, ovohavanje, ogledovanje predmetov,
- migetanje s prsti pred očmi,
- hiperaktivnost,
- kričanje,... (Program senzorne integracije za otroke z avtizmom. Pridobljeno 1.2.2010 iz http://ss1.spletnik.si/4_4/000/000/192/469/Program%20senzorne%20integracije%20za%20otroke%20z%20avtizmom.pdf).

5.5.1.1. HIPOTERAPIJA IN AVTIZEM

Znano je, da se jahanje lahko uporablja v terapevtske namene na več področjih. Zaradi pozitivnih vplivov na človeka ter zaradi svoje gibalne in psihosocialne funkcije postaja vedno bolj razširjeno tako po svetu kot tudi pri nas. Izvajajo ga kot dodatno terapijo, ki v marsikaterem primeru ne sme biti obravnavana kot nadomestek tradicionalnim oblikam terapij.



Slika 7: Terapevtsko jahanje (Pridobljeno 13.2.2010 iz <http://www.nakonju.si/?id=14>)

Glavni cilj terapevtskega jahanja je pri avtističnih otrocih povečanje pozornosti in motivacije. Konji že sami po sebi delujejo motivacijsko na otroka, zraven pa skušamo spodbuditi tudi zanimanje za okolje in vzpostaviti komunikacijo. Terapevt naj bi nenehno ohranjal otrokovo pozornost, tako da se otrok ne bi umikal v svoj notranji svet. Nепrestano menjava vaje (*Duh idr., 2006*).

UČINKI HIPOTERAPIJE

Fizikalni učinki:

- normalizacija mišične napetosti,
- razvoj avtomatskih reakcij drže in gibanja,
- izboljšanje koordinacije gibanja,
- pridobivanje občutka za telesno simetrijo,
- krepitev mišične moči,
- povečanje gibljivosti,
- izboljšanje delovanja kardiorespiratornega sistema.

Psihološki učinki:

- boljša motivacija,
- izboljšanje koncentracije, podaljšanje pozornosti,
- izboljšanje prostorske in telesne predstavljalivosti,
- občutek ugodja,
- pridobitev samozavesti in spoštovanja,.

Socialni učinki:

- vključevanje telesno prizadete ali bolne populacije v obliko športne dejavnosti,
- integracija,
- navezovanje novih stikov z vrstniki (*Duh idr., 2006*).

5.5.2. DEPRESIJA IN ŠPORT

Poročilo Svetovne zdravstvene organizacije navaja, da je depresija pomemben problem duševnega zdravja, saj za njo trpeči ljudje živijo v vsemogočih stanjih.

Ugotovljeno je bilo, da je tek bolj učinkovito sredstvo za depresijo kot psihoanaliza. Empirični dokazi kažejo, da ima telesna vadba antidepresivne učinke na zdrave ljudi ter na ljudi s hudimi motnjami v duševnem razvoju. Shizofrenija je ena izmed najhujših oblik duševne motnje. Vadba zmanjšuje slušne halucinacije, zvišuje samozavest, izboljšuje spanec in obnašanje shizofrenikov (*Callaghan, 2004*).

North idr. (1990) so opravili meta analizo o učinkih telesne vadbe na depresijo. Rezultati kažejo na izboljšanje depresivnega stanja s pomočjo telesne vadbe, saj spremeni dnevne rutine, poveča interakcijo z drugimi, pomaga pri izgubi telesne teže ter pomaga obvladovati težke fizične in psihične izzive. Vadba ima pozitivne učinke na depresijo, saj spodbuja izločanje nevrotransmiterjev, kot je na primer serotonin, ter izločanje endomorfina. Rezultati meta analize prikazujejo, da je učinek enkratne vadbe drugačen od vadbenega programa, vendar pa oba delujeta antidepresivno. Boljše rezultate je imela vadba na testirance, ki so imeli na začetku študije slabše fizične in psihološke zmogljivosti.

5.5.3. ANKSIOZNOST IN ŠPORT

Izvedene so bile meta analize, ki so preučevale vpliv akutne in trajajoče telesne vadbe na stanje tesnobe. Te študije so pokazale, da ima trajajoča vadba nekoliko boljše učinke na tesnobo kot akutna. Ugotovili so tudi boljše učinke aerobne vadbe kot anaerobne. Visoko intenzivna vadba, ki traja 20-30 minut, bolje vpliva na akutno tesnobo. Nizko intenzivna vadba, ki traja več kot 30 minut, pa ima boljše učinke na kronično tesnobo.

Obstaja veliko mnenj o tem, kako šport vpliva na anksioznost. En vidik je ta, da telesna vadba dviga telesno temperaturo in zmanjšuje mišično napetost, podobno kot učinek tople kopeli – tako imenovani termogenetski učinek. Druga razlaga opisuje, da šport stimulira aktivnost simpatičnega živčnega sistema, ki izloča adrenalin. Ko je simpatikus aktiviran, poskrbi, da se aktivira tudi parasimpatični živčni sistem, s tem se sprosti acetilholin, ki ima sproščujoč učinek. Športna aktivnost tudi »zmoti« ljudi, da ne razmišljajo o stresnih dogodkih, ki so glavni krivec za anksioznost (*Callaghan, 2004*).

5.5.4. SHIZOFRENIJA IN ŠPORT

Številne študije so prepričljivo dokazale, da ustrezna gibalna dejavnost zmanjšuje občutja tesnobe in povečuje človekove sposobnosti za odpravljanje neprijetnih tesnobnih doživetij. Bolniku s shizofrenijo telesna dejavnost pomaga odvrti pozornost od bolezenskega doživljanja, ki je izvor tesnobe in bojazni. Poleg tega pa mu daje občutek, da stvari obvladuje, kar je najboljša obramba pred tesnobo.

Bolniki s shizofrenijo imajo velikokrat zelo porušeno samozavest. Naloga rehabilitacije je tako med drugim tudi ta, da poveča samozavest, kar lahko uresniči tudi z redno gibalno aktivnostjo. Ustrezna telesna dejavnost daje posamezniku neposredno izkušnjo lastne sposobnosti, posredno pa splošnega zadovoljstva in zadoščenja. Izkušnja obvladane šibkosti in premagane nemoči na telesnem področju zmanjša možnost podcenjevanja in tako prispeva k dvigu samospoštovanja (*Tomori, 1990*).

Bolniki s psihozo, kot posledico jemanja farmakoloških sredstev, nemalokrat občutijo telesno vezanost in togost, ki jo lahko omilijo prav s telesnim razgibavanjem (*Tomori, 1990*). Približno 40% bolnikom se poveča telesna teža, k čemur poleg zdravljenja pomembno pripomore manjša aktivnost v obdobju bolezni. Prav zato je v fazi remisije, ko se simptomi izboljšajo in je bolnik bolj dojemljiv za zdravljenje, zelo pomembna telesna aktivnost, ki vsaj delno preprečuje pojav debelosti (*Boštjančič, 2007*).

5.5.5. KOGNITIVNO FUNKCIONIRANJE IN ŠPORT

Osrednja točka kognitivne smeri v psihologiji je človeško mišljenje in vsi drugi spoznavni procesi: pozornost, spomin, pričakovanje, reševanje problemov, domišljija, itd. Človeška posebnost je v tem, da si lahko predstavljamo možnosti, ki so popolnoma različne od tistih, ki se nam ponujajo v znani okolici. Ta zmožnost predstavljanja je tako velika, da se lahko vedemo skladno z njo ne glede na to, ali ustreza resničnosti okoli nas ali ne (*Kompare idr., 2006*).

Kognitivno funkcioniranje je pomemben del duševnega zdravja in dobrega počutja. *Van Sickle idr. (1996)* so opravili meta analizo, ki je zajemala 18 študij, ki so raziskovale učinke športa na kognitivno funkcioniranje starejših ljudi. Športne aktivnosti, ki so jih raziskave vključevale, so bile: kolesarjenje, hoja, raztezne vaje, joga, aerobika različnih intenzivnosti in trajanja ter vaje za koordinacijo. Ugotovili so, da je vadba dosegla poprečno izboljšanje na kognitivno funkcioniranje. Joga je dosegla najboljšo velikost učinka na rezultate testiranja.

5.6. PSIHOLOŠKI DEJAVNIKI PRI ŠPORTNIKI

Opravljena je bila študija, ki je ugotovila, da so uspešni športniki dosegli povprečen rezultat na psiholoških testih, kar pomeni boljše duševno zdravje v primerjavi z njihovimi manj uspešnimi vrstniki. Ti testi so vsebovali razpoloženjsko stanje in čustveno stabilnost. Na testu razpoloženjskega stanja so uspešni športniki dosegli nizke rezultate pri nezaželenih dejavnikih napetosti, depresije, jeze, izčrpanosti in zmedenosti, ter nadpovprečen rezultat v želenem faktorju zavzetosti, vitalnosti. Raziskave so pokazale na pozitivno korelacijo med socialno zaželenostjo ter hormonom kortizonom (*Raglin, 2001*).

Kortizól (tudi **hídrokortizón** ali **kortizolón**) je kortikosteroidni hormon, ki se sintetizira v skorji nadledvične žleze. Spada ned tako imenovane stresne hormone, saj se v telesu izloča ob stresnih situacijah. Njegova funkcija je povišanje krvnega tlaka in krvnega sladkorja ter imunosupresija - utišanje imunskega odziva na vnetje. Kortizol pripravi telo na akcijo, da se lahko odziva stresni situaciji primerno (*Kortizol, 2010*. Pridobljeno 15.2.2010 iz <http://sl.wikipedia.org/wiki/Kortizol>).

Uspešni športniki so manj introvertirani. Študije kažejo, da je pomanjkanje introvertiranosti bolj pomembna za športni uspeh, kot pa imeti visoko ekstrovertiranost, kot so domnevali v prejšnjih študijah. Boljši nastop je bolj povezan s povprečno ekstrovertiranostjo, kot z visoko. Ekstrovertirani ljudje se odločajo za aktivno reševanje problemov, z osredotočenostjo na izvor stresa in socialno podporo. Čustveno labilni posamezniki rešujejo probleme z izogibanjem ali ignoriranjem

stresorjev. Nekatere študije ugotavljajo, da imajo introvertirani športniki nižjo toleranco za bolečino, kot ekstrovertirani športniki (*Raglin, 2001*).

5.7. SOCIALNA PODPORA SKOZI ŠPORT PRI OSEBAH S HUDIMI DUŠEVNIMI BOLEZNI

Za uspešno izvajanje telovadbe v programih za duševno zdravje, je potrebna socialna podpora. Socialna podpora je pomemben faktor v začetni fazi telesne aktivnosti in pri vztrajnosti v njej, predvsem pri ljudeh s hudimi DM. Za psihiatrične ustanove je to težko, saj se te osebe spopadajo s simptomi duševnih bolezni ter s stranskimi učinki anti-psihotičnih zdravil. Zato strokovnjaki poudarjajo potrebo po športnih vaditeljih, ki so sposobni nuditi socialno podporo.

Poznamo štiri dimenzije socialnih podpor:

- I. Informativna podpora: reševanje problemov z nasveti in vodenjem.
- II. Oprijemljiva podpora: pomoč osebam v stresnih situacijah z dajanjem ustreznih sredstev.
- III. Zavestna podpora: podpiranje posameznikovega občutka samozavesti. Potreben je pozitiven feedback.
- IV. Čustvena podpora: zmožnost iskanja utehe in varnosti med stresnim obdobjem pri soljudeh. Tako dobi oseba občutek, da za njega skrbijo drugi (*Carless in Douglas, 2008*).

Socialna podpora je v pozitivni korelaciji z osebnim zadovoljstvom in stopnjo socialne kompetentnosti in obratno – negativno je povezana s pojavom fatalizma, strahom pred medosebnimi kontakti, z nezmožnostjo postaviti se zase ter z občutki nemoči. Ugotovljeno je, da je tam, kjer je stopnja podpore iz okolja višja, višja tudi stopnja zadovoljstva in z njim posameznikov občutek, da se v sobivanju z drugimi zna postaviti zase in ustrezno izpolniti ne le tuja, temveč tudi lastna pričakovanja.

Vse doslej znane raziskave so opozorile na pomen posameznikove vpetosti v socialno okolje. Kažejo, kako pomembno je, da ima posameznik čim več kvalitetnih

medosebnih odnosov in stikov, zlasti takšnih, v katerih se čuti sprejetega, ko ve, da ga ima nekdo rad, da ga ceni in spoštuje ali celo sam osebno potrebuje (*Rakovec-Felser, 2009*).

6. SKLEP

Namen diplomske naloge je predstaviti osebe s psihosocialnimi motnjami ter učinke športa na njih. V nalogi je predstavljenih veliko študij, ki opisujejo le pozitivne učinke na duševno zaostale osebe. Zavedati pa se moramo, da duševno zdravje ne pomeni le zdravja duha, temveč tudi telesa. In prav zato je športna aktivnost zelo učinkovita v boju proti stresom.

V uvodu so podrobneje predstavljene nekatere duševne bolezni, kjer je omenjeno, da so te bolezni delno podedovane. Vendar pa je za sprožitev teh bolezni potreben nek zunanji stresor, kot na primer izguba ljubljene osebe, brezposelnost, iskanje nove službe, itd. Redna športna aktivnost nam pomaga, da se s temi stresorji lažje spopadamo.

Veliko strokovnjakov poudarja pomen telesne aktivnosti v sklopu zdravljenja duševnih motenj. Nekateri avtorji se strinjajo, da lahko s športom zdravimo lahke do zmerne duševne motnje. Za ostale bolezni (težje) pa je šport le sestavni del zdravljenja, poleg psihoterapij, skupinskih terapij in zdravil. Veliko psihiatričnih ustanov pa se še vedno ne zaveda pozitivnega učinka športa na duševno zdravje. Vse premalo vključujejo vadbo v program zdravljenja. Moje mnenje je, da bi morali biti v teh ustanovah zaposleni športni vaditelji, ki bi izvajali športni program v okviru zdravljenja. Med telesno aktivnostjo se počutimo zelo dobro, predvsem zaradi endorfinov, ki jih fizična aktivnost stimulira. Počutimo se sproščeni. Šport tudi odvrta negativne misli, saj se imamo zelo lepo, še posebej med igranjem ekipnih športov, kjer se pojavlja socialna integracija.

Večkrat sem med prebiranjem literature zasledil, da imajo osebe s psihosocialnimi motnjami nizko samozavest in samopodobo. Ti ljudje so pogosto tudi predebeli in nezadovoljni sami s seboj. S športno aktivnostjo pa si dvigujejo samozavest, saj pomaga v boju z odvečnimi kilogrami.

V razpravi te naloge je omenjenih veliko raziskav, ki opisujejo pozitivne učinke športne aktivnosti na duševno zdravje. Veliko je tudi razlogov, zakaj šport vpliva antistresno. Eden izmed razlogov so kemične reakcije v možganih, ki se sprožijo med

športno aktivnostjo. V telo se sprostijo hormoni, ki blagodejno učinkujejo na posameznika.

V nalogi so predstavljeni športi, primerni za posamezno psihosocialno motnjo. Za duševno bolne osebe, ki imajo prizadete tudi socialne spretnosti, so najboljši ekipni športi. Za avtistične osebe je primerna hipoterapija, saj izboljšuje koncentracijo ter podaljšuje pozornost. Za osebe z depresivno motnjo strokovnjaki priporočajo borilne veščine. Raziskovali so tudi vpliv aerobne in neaerobne vadbe na duševno zdravje. Ugotovili so, da imata obe pozitivne učinke na psihosocialne motnje, saj vsaka vadba na svoj način pomaga tem osebam.

Na konci naloge je omenjena tudi socialna podpora osebam z duševnimi motnjami s pomočjo športa. Za posameznika je pomemben občutek, da ve, kam se lahko v primeru stiske obrne. Namesto da zapade v psihično stisko, ga socialno okolje zaščiti. Zaradi podpore in pomoči si hitreje in bolje opomore. Socialna podpora pri športu je pomembna predvsem v začetni fazi ter pri vztrajanju v športnih aktivnostih.

Med pisanjem naloge sem ugotovil, da šport vpliva tako na telesno kot tudi na duševno zdravje. Za celovito zdravje je pomembno psihosocialno ravnovesje, ki ga dosežemo z načinom življenja. S športom se to ravnovesje hitreje in bolje vzpostavi. V današnjem hitrem načinu življenja si moramo vzeti čas tudi za šport. S tem največ naredimo na preventivi, predvsem, če je življenje posameznika zelo stresno.

7. LITERATURA

Anksiozne (tesnobne) motnje. Inštitut za razvoj človeških virov. Pridobljeno 5.2.2010 iz

http://www.burnout.si/index.php?n=SubMenu&Menu_ID=3&SubMenu_ID=58&id_NZ=148.

Barborič, K., Berčič, H., Jeromen, T., Kajtna, T., Pinter, B., Smrdu, M. idr. (2005). *Psihologija športne rekreacije*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za šport, Inštitut za šport.

Berčič, H., Sila, B., Tušak, M., Semolič, A. (2007). *Šport v obdobju zrelosti. Dopolnjena izdaja*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za šport.

Boštjančič, V. (2007). *Shizofrenija in gibalna dejavnost*. Diplomsko delo, Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za šport.

Callaghan, P. (2004). Exercise: a neglected intervention in mental health care? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11, 476-483.

Carless, D. in Douglas, K. (2008). Social support for and through exercise and sport in a sample of men with serious mental illness. *Issues in Mental Health Nursing*, 29, 1179-1199.

Duh, D., Hadžič, V., Karpljuk, D. in Videmšek, M. (2006). *Avtizem, komunikacija in telesna dejavnost*. Šport, 54(2), 38-43.

Erzar, T. (2007). *Duševne motnje. Psihopatologija v zakonski in družinski terapiji*. Celje: Celjska Mohorjeva družba.

Friebel, V. in Puhl, W. (2000). *Depresije: prepoznavanje, preprečevanje, zdravljenje*. Ljubljana: Slovenska knjiga.

Get physical. Canadian Mental Health Association. Pridobljeno 24.1.2010 iz http://www.cmha.ca/bins/content_page.asp?cid=2-267-1320-1321&lang=1.

Gold, M. (2006). *Getting physical for mental health.* Network Spring, 22(1), 21-22.

Hipnoza in anksioznost – tesnoba. (2009). Hipnoza in hipnoterapija. Pridobljeno 5.2.2010 iz <http://www.hipnoterapija.si/hipnoza-anksioznost.aspx>.

How can physical activity help mental health. Mind for better mental health. Pridobljeno 10.2.2010 iz http://www.mind.org.uk/help/medical_and_alternative_care/mind_guide_to_physical_activity.

<http://www.nakonju.si/?id=14>

Pridobljeno 13.2.2010

Hvalič Touzery, S. in Pihlar, T. (2009). Varovanje in krepitev duševnega zdravja starih ljudi. *Kakovostna starost*, 12(4), 3-18.

Joint Committee on Physical Fitness, Recreation and Sports Medicine. (1974). *Athletic Activities for Children Who Are Mentally Retarded.* American Academy of Pediatrics, 54(3), 376-377.

Kabza, H. in Meyendorf, R. (1998). *Depresije in strah. Zdravljenje – zdravila – samopomoč.* Logatec: Kele & Kele.

Kompare, A., Stražišar, M., Dogša, I., Vec, T. in Curk J. (2006). *Psihologija: spoznanja in dileme. Učbenik za psihologijo v 4. letniku gimnazijskega izobraževanja.* Ljubljana: DZS.

Kortizol (2010). Wikipedija Prosta enciklopedija. Pridobljeno 15.2.2010 iz <http://sl.wikipedia.org/wiki/Kortizol>.

Kos, M. (2007). *Ste le pozabljivi ali bolni? Demenca.* ABC zdravja, 4-6.

Kuran, M. (2008). Status stvarnosti v sodobni sociologiji medicine. *Družboslovne razprave*, 59, 65-84.

Mali, J. in Milošević Arnold, V. (2007). *Demenca – izziv za socialno delo*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Milačić, I. (2006). *Aspergerjev sindrom ali visokofunkcionalni avtizem*. Ljubljana: Center Društvo za avtizem.

Mueser, K.T. in McGurk, S. (2004). Schizophrenia. *The Lancet*, 363, 2063-2072.

Mummery, K. (2005). Depression in sport. *Medicine and Sport*, 366, 36-37.

Murray, C.J.L. in Lopez, A. (1996). *The global burden of disease*. Cambridge: Harvard University Press.

Musek, J. in Pečjak, V. (2001). *Psihologija*. Ljubljana: Educy.

North, T.C., McCullagh, P. in Tran, Z.V. (1990). Effect of exercise on depression. *Exercise and Sport Sciences Reviews* (eds Pandolf, K.P. & Holloszy, J.O.), 379-415. Williams & Wilkins, Baltimore.

Patterson, D. (2009). *Avtizem: kako najti pot iz tega blodnjaka: vodnik za starše pri biomedicinski obravnavi spektra avtističnih motenj*. Ljubljana: Modrijan.

Pfeifer, C.C., Ward, J. in El-Melegi, M. (1978). *Shizofrenija v meni in tebi*. Ljubljana: Mladinska knjiga.

Program senzorne integracije za otroke z avtizmom. Center za avtizem. Pridobljeno 1.2.2010 iz http://ss1.spletnik.si/4_4/000/000/192/469/Program%20senzorne%20integracije%20za%20otroke%20z%20avtizmom.pdf.

Raglin, J.S. (2001). Psychological Factors in Sport Performance. *Sports Med*, 31(12), 875-890.

Rakovec-Felser, Z. (2009). *Psihologija telesnega bolnika in njegovega okolja*. Maribor: Založba Pivec.

Schalock, R.L. in Luckasson, R. (2004). American Association on Mental Retardation's Definition, Classification, and System of Supports and Its Relation to International Trends and Issues in the Field of Intellectual Disabilities. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 1(3/4), 136-146.

Tavčar, R. *Akutne in kronične organske duševne motnje*. Pridobljeno 20.1.2010 iz <http://maxilla.mf.unilj.si/files/mark/4%20letnik/Psihiatrija/Akutne%20in%20kroni%C4%8Dne%20organske%20du%C5%A1evne%20motnje.ppt>

Temple, V.A., Frey, C. in Stanish, H.I. (2006). Physical Activity of Adults with Mental Retardation: Review and Research Needs. *American Journal of Health Promotion*, 21(1), 2-12.

Tomori, M. (1990). *Psihologija telesa*. Ljubljana: Državna založba Slovenije.

Van Sickle, T.D., Hersen, M., Simco, E.R., Melton, M.A. in Van Hasselt, V.B. (1996). Effect of physical exercise on cognitive functioning in the elderly. *International Journal of Rehabilitation and Health*, 2, 67-100.

ZRSS. (2004). *Kriteriji za opredelitev vrste in stopnje primanjkljajev, ovir oziroma motenj otrok s posebnimi potrebami*. Pridobljeno 5.1.2010 iz http://www.zrss.si/pdf/UPP_kriteriji.pdf.

Wittchen, H. in Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4), 357-376.

World Health Organization. (1993). *International Classification of Diseases*.
Pridobljeno 15.1.2010 iz <http://www.who.int/classifications/icd/en/>