

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA ŠPORT

KINEZIOTERAPIJA V PSIHIATRIČNIH BOLNIŠNICAH V SLOVENIJI

EDO SENICA

Ljubljana 2009

UNIVERZA V LJUBLJANI

FAKULTETA ZA ŠPORT

Specialna športna vzgoja
Prilagojena športna vzgoja

KINEZIOTERAPIJA V PSIHIATRIČNIH BOLNIŠNICAH V SLOVENIJI

DIPLOMSKO DELO/DIPLOMSKA NALOGA

MENTOR/MENTORICA

Izr. Prof. dr. Damir Karpljuk

SOMENTOR/SOMENTORICA

Mag. Zdenka Ferlež, univ. dipl. psih. in ped

RECENZENT/RECENZENTKA

Izr. Prof. dr. Matej Tušak

KONZULTANT/KONZULTANTKA

Strok. sod. Vedran Hadžič, dr. med.

Avtor/avtorica dela

EDO SENICA

Ljubljana 2009

ZAHVALA

Zahvalil bi se družini in Maji za vso pomoč in potrpljenje v času mojega študija. Hkrati bi se zahvalil za pomoč in podporo pri izdelavi diplomske naloge vsem delovnim terapevtom in ostalim uslužbencem psihiatričnih ustanov, ki so pripomogli k ustvarjanju diplomske naloge.

Vsem iskrena hvala.

Ključne besede: *kinezioterapija, rehabilitacija, duševne motnje, duševno zdravje, psihiatrija, delovna terapija, MKB*

KINEZIOTERAPIJA V PSIHIATRIČNIH BOLNIŠNICAH V SLOVENIJI

Edo Senica

Univerza v Ljubljani, Fakulteta za šport, 2009

Specialna športna vzgoja, Prilagojena športna vzgoja

**Število strani :76; število preglednic: 7; število grafov: 3; število slik: 3;
število virov: 58;**

IZVLEČEK

Diplomsko delo posega na področje kinezioterapije v psihiatričnih bolnišnicah v Sloveniji. V diplomski nalogi so predstavljene težave, s katerimi se srečujemo pri realizaciji kinezioterapije v Sloveniji. Problem in namen diplomske naloge je bil predvsem ugotoviti, kako kinezioterapijo izvajamo, kakšni so njena pogostost, trajanje in učinki vadbe ter kateri poklicni profili kinezioterapijo izvajajo glede na kategorijo MKB.

Glede na to, da se veliko strokovnih področij zavzema za osvetlitev nekdanj »temačnih« vej medicine, je zanimivo preučiti telesno vadbo in kinezioterapijo v psihiatričnih ustanovah ter tako povezati dve rastoči področji telesnega in duševnega zdravja.

Naloga je monografskega tipa. Opravljeni so bili formalni intervjuji z izvajalci delovnih terapij v treh slovenskih psihiatričnih bolnišnicah v Sloveniji. Opravljena so bila tudi opazovanja izvedbe kinezioterapije v psihiatričnih bolnišnicah. Pri nalogi je bila uporabljena deskriptivna oz. opisna metoda, analiza in interpretacija primarnih in sekundarnih virov ter metoda vodenega intervjuja.

Ugotovil sem, da je izvajanje kinezioterapije v psihiatričnih bolnišnicah zelo svobodno in različno med posameznimi bolnišnicami. Vsesplošnega načina izvajanja kinezioterapije glede na MKB ni. Obstajajo smernice, ki pa so opredeljene zelo na široko. Terapevti menijo, da je način izvajanja kinezioterapije specifičen glede na psihofizično in duševno stanje pacienta, zato ga je treba popolnoma prilagoditi.

V Slovenski psihiatriji še ni splošno sprejetega načina izvedbe kinezioterapije glede na specifično duševno motnjo pacienta. Tu je izvedba prepuščena iznajdljivosti, motivaciji in strokovni usposobljenosti terapevta oziroma različnih poklicnih profilov, vključenih v realizacijo kinezioterapije v posameznih bolnišnicah.

V kinezioterapiji ima osebnost terapevta posredno ali neposredno velik vpliv na bolnika. Kinezioterapijo naj bi praviloma izvajal strokovnjak, diplomant fakultete za šport, ki je dodatno izobražen s področja psihiatrije. Dodatno strokovno izobrazbo lahko pridobi v obliki podiplomskega študija na medicinski fakulteti. Pri nas ga velikokrat bolj ali manj uspešno nadomestijo delovni terapevt, fizioterapevt, medicinska sestra ali tehnik z dobrimi izkušnjami s področja psihiatrije in smislom za opravljanje omenjenega, zelo zahtevnega poklica

Vsesplošno mnenje je, da je kinezioterapija pomemben del rehabilitacije. V kakšni obliki pa je izvajana, je popolnoma prepuščeno izvajalcu terapije in njegovi oceni. Tu se kaže pomembnost strokovne usposobljenosti izvajalca, obenem pa ponekod tudi pomanjkanje kinezioloških znanj.

.

Key words: *sports rehabilitation , mental health, derangement, Psychiatry, work therapy, ICD*

SPORTS REHABILITATION IN PSYHIATRIC HOSPITALS IN SLOVENIJA

Edo Senica

University of Ljubljani, Faculty of Sports , 2009

Special sports education, Adapted sports education

Number of pages :76; number of tables: 7; number of pictures: 3; number of graphs: 3; number of sources: 58;

SUMMARY

This BSc thesis deals with the subject of the use of kinesiotherapy in psychiatric hospitals in Slovenia. The thesis aims to present the difficulties encountered during the effective implementation of kinesiotherapy treatment in Slovenia. The principal subject and purpose of the BSc thesis is to establish how kinesiotherapy is conducted, what its preferred frequency, duration and desired results are, and which professional profiles may conduct kinesiotherapy according to the ICD category.

Seeing as numerous fields of expertise strive to shed light on relatively inconclusive aspects of medicine, the studying of the use of kinesiotherapy in psychiatric institutions is relevant as it brings together two developing and hitherto insufficiently researched fields of physical and mental health treatment.

The thesis is monographic by structure. I have conducted formal interviews with personnel conducting these kinds of therapies in three Slovenian psychiatric hospitals. I have also recorded field observations of the conducting of said therapies. The thesis employs the descriptive method, analysis and interpretation of primary and secondary sources and the method of the directed interview.

I have established that the conducting of kinesiotherapy in psychiatric institutions in Slovenia is managed in an autonomous and institution-specific manner. There does not appear to be a uniform system of kinesiotherapy treatment according to the ICD category. Certain tendencies may be observed, but they are specified in a very broad manner. Therapists opine that the manner of kinesiotherapy treatment depends on the specific psychophysical and emotional state of the patient and needs to be fully adapted on a case-by-case basis.

In Slovenian psychiatry there is yet to exist a generally accepted course of kinesiotherapy treatment according to the specific derangement of the individual patient. The conducting of the therapy is thus left to the resourcefulness, motivation

and expertise of the therapist or the various professional profiles that are included in the process of realization of kinesiotherapy in individual hospitals.

In the field of kinesiotherapy, the personality of the therapist has a considerable direct and indirect influence on the patient. In optimal circumstances, kinesiotherapy should be conducted by an expert holding a degree in sports science and additional education in the field of psychiatry. Such additional education may be obtained by way of post-graduate studies at the Faculty of Medicine. This profile is, to various degrees of success, in Slovenia often substituted by the work therapist, physiotherapist, nurse or technician with extensive psychiatric experience and having the necessary character traits to perform this highly demanding vocation.

A general consensus exists that kinesiotherapy is an important aspect of rehabilitation. The manner of its implementation, though, is left fully at the discretion of the therapist and his assessment. This condition elucidates the great importance of the degree of expertise of those conducting such therapies and sometimes also cases of their lack of kinesiology knowledge.

1. UVOD.....	10
2. PREDMET, PROBLEM IN NAMEN DELA.....	11
2.1. ŠPORTNA DEJAVNOST V SLOVENIJI.....	12
2.1.1. ŠPORTNA DEJAVNOST V FUNKCIJI ZDRAVJA.....	14
2.1.3. ŠPORTNA DEJAVNOST IN VPLIV NA ČUSTVENA STANJA.....	17
2.1.4. ŠPORTNA DEJAVNOST IN MENTALNE SPOSOBNOSTI POSAMEZNIKA....	18
2.2. PSIHIATRIČNA DEJAVNOST V SLOVENIJI	19
2.2.2 ORGANIZACIJSKA STRUKTURA PSIHIATRIČNE BOLNIŠNICE	22
2.2.3 POKLICNI PROFILI, VKLJUČENI V REHABILITACIJO PACIENTA	22
2.2.4 KAJ JE MEDNARODNA KLASIFIKACIJA BOLEZNI MKB?	23
2.2.5 VRSTE DUŠEVNIH MOTENJ PO MKB.....	24
2.2.7 ODDELKI V PSIHIATRIČNIH BOLNIŠNICAH V SLOVENIJI	40
2.2.8 ZAKON O DUŠEVNEM ZDRAVJU KOT PODPORA PRI ZDRAVLJENJU DUŠEVNIH BOLEZNI	47
2.3 KINEZIOTERAPIJA	48
2.3.1 KINEZIOTERAPIJA V FUNKCIJI ZDRAVJA	48
2.3.2 ZGODOVINA KINEZIOTERAPIJE V SLOVENIJI.....	49
2.3.3 SREDSTVA IN METODE DELA KINEZIOTERAPIJE V PSIHIATRIČNIH BOLNIŠNICAH.....	50
2.3.4 KINEZIOTERAPIJA IN DUŠEVNO ZDRAVJE	53
2.3.5. GIBALNO-IZRAZNA TERAPIJA OZ. GIBALNO-PLESNA TERAPIJA KOT NAJUČINKOVITEJŠI NAČIN GIBALNE TERAPIJE.....	54
3 CILJI	57
4 METODE DELA.....	57
5 RAZPRAVA	57
5.4. NAČRTOVANJE IN IZVEDBA KINEZIOTERAPIJE V SLOVENIJ	57
5.4.1. KLASIFIKACIJA IZVEDBE KINEZIOTERAPIJE GLEDE NA MBK V PSIHIATRIČNIH BOLNIŠNICAH V SLOVENIJI.....	62
5.4.2. POKLICNI PROFILI, VKLJUČENI V REALIZACIJO KINEZIOTERAPIJE V SLOVENIJI.....	67
5.4.3. VLOGA ŠPORTNEGA TERAPEVTA V REHABILITACIJSKEM TIMU	69
5.4.4. MOŽNOST STROKOVNEGA IZOBRAŽEVANJA KINEZIOTERAPEVTA V PSIHIATRIJI.....	70
6 SKLEP	70
7 LITERATURA.....	73

1. UVOD

Kinezioterapija je metoda rehabilitacije, ki predstavlja obliko nespecifičnega funkcionalnega zdravljenja; kot osnovno sredstvo v prizadevanju za izboljšanje porušenega zdravja ali popolno ozdravitev uporablja gib oziroma gibanje.

Namen kinezioterapije kot dejavnosti v psihiatriji je s kineziološkimi metodami in sredstvi sodelovati v interdisciplinarnem diagnostičnem, pa tudi terapevtskem procesu obravnave bolnikov.

Telesna vadba je pomembna za zdravje – tako za fizične kot psihične komponente. Pogosto slišimo tudi o terapevtskih učinkih telesne vadbe, vendar ponavadi le o fizičnih učinkih terapij s telesno vadbo, pozitiven učinek na duševno stanje ljudi pa je zanemarjen.

Psihiatrija v zadnjem obdobju doživlja veliko sprememb. Napredek znanosti je povečal možnosti preučevanja in razumevanja duševnih funkcij in njihovih motenj. Kakovost življenja oseb z motnjami v duševnem zdravju je vodilo pri rehabilitaciji pacienta.

Hkrati se razvija področje zdravljenja z gibanjem oziroma kinezioterapija. Čeprav ponavadi kinezioterapijo povezujemo s telesnim zdravjem, znanost in medicinska stroka, ki upoštevatata celostnost in obojesmerno povezanost telesnih in duševnih funkcij, že dolgo opozarjata na pomen ustrezne telesne dejavnosti za telesno in duševno zdravje.

Duševno zdravje je stanje posameznika oziroma posameznice, ki se kaže v njegovem ali njenem mišljenju, čustvovanju, zaznavanju, vedenju ter dojemanju sebe in okolja.

Definicija zdravja naj bi vključevala osebo kot celoto, splošno stanje telesa in duha. Svetovna zdravstvena organizacija opredeljuje zdravje kot stanje popolnega fizičnega, mentalnega in socialnega ravnovesja, torej ne samo kot odsotnost težav in bolezni.

Za vse državljane je duševno zdravje sredstvo, ki jim omogoča, da uresničijo svoje intelektualne in čustvene zmožnosti ter najdejo in izpolnijo svoje vloge v družbi. Na različnih področjih dobro duševno zdravje prispeva k blaginji, solidarnosti in socialni pravičnosti. Nasprotno pa duševne bolezni povzročajo številne stroške, izgube in breme za državljane in družbene sisteme. Število duševnih bolezni danes tudi v Sloveniji narašča, saj prizadenejo vsakega četrtega državljanca.

Mednarodna klasifikacija bolezni (MKB) je enotna klasifikacija duševnih motenj, ki jo uporabljamo predvsem v Evropi. Slovenski prevod sta izdala Inštitut za varovanje

zdravja Republike Slovenije in Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo v sodelovanju s Svetovno zdravstveno organizacijo.

Glede na to, da se veliko strokovnih področij zavzema za osvetlitev nekdanj »temačnih« vej medicine, je zanimivo preučiti telesno vadbo in kinezioterapijo v psihiatričnih ustanovah ter tako povezati dve rastoči področji telesnega in duševnega zdravja.

Moje diplomsko delo posega na področje kinezioterapije v psihiatričnih bolnišnicah v Sloveniji. V diplomski nalogi bom predstavil težave, s katerimi se srečujemo pri realizaciji kinezioterapije v Sloveniji. Problem in namen diplomske naloge je predvsem ugotoviti, kako kinezioterapijo izvajamo, kakšni so njena pogostost, trajanje in učinki vadbe ter kateri poklicni profili kinezioterapijo izvajajo glede na kategorijo MKB.

2. PREDMET, PROBLEM IN NAMEN DELA

Namen diplomske naloge je ugotoviti, kako kinezioterapijo izvajamo v psihiatriji, njeno pogostost, trajanje in učinke vadbe ter kateri poklicni profili jo izvajajo glede na kategorijo MKB.

Zanima nas problematika kakovostnega izvajanja kinezioterapije, bodisi zaradi pomanjkanja infrastrukture, kineziološkega znanja, razlik v velikosti oddelkov ter tipa oddelka, najverjetneje pa še drugih dejavnikov, in kako bi bilo kakovost mogoče izboljšati.

Problem naloge je, da gre za različne oblike izvajanja kinezioterapije po psihiatričnih zavodih tudi glede na stopnjo načrtovanja, vodenja in sam obseg. Različnost teh kategorij je vezana na organiziranost zavodov.

Naloga bo prispevala k možnosti vpogleda v kinezioterapijo v slovenskih psihiatričnih bolnišnicah in da bodo prikazane metode dela v posameznih psihiatričnih ustanovah predstavile prepletanje programa kinezioterapije kot načina zdravljenja glede na vrsto psihiatrične diagnoze po kategorijah MKB.

Obenem bo naloga pripomogla tudi k ugotavljanju načina uporabe in obsega sredstev za samo izvajanje oziroma realizacijo kinezioterapije na področju psihiatrije. Prikazala bo ustreznost različnih poklicnih profilov za uspešno izvajanje kinezioterapije na tem področju ter stopnjo načrtovanosti in sistematičnosti izvajanja programa v smislu podpore psihiatričnemu zdravljenju v tovrstnih institucijah.

2.1. ŠPORTNA DEJAVNOST V SLOVENIJI

Način uresničevanja javnega interesa v športu je opredeljen z Nacionalnim programom športa, ki ga sprejme državni zbor na predlog vlade Republike Slovenije. Nacionalni program športa v Republiki Sloveniji je bil sprejet 7. 3. 2000 in objavljen v Uradnem listu RS, št. 24-1065/2000.

Pred določitvijo predloga nacionalnega programa mora vlada pridobiti mnenje Strokovnega sveta Republike Slovenije za šport in soglasje Olimpijskega komiteja Slovenije – Združenja športnih zvez (Uradni list RS, 2000).

Javni interes v športu obsega naloge nacionalnega in lokalnega pomena v vseh segmentih športa, ki so opredeljeni v Nacionalnem programu športa in programih športa lokalnih skupnosti, zlasti na področju:

- športne vzgoje,
- športne rekreacije,
- kakovostnega športa,
- vrhunškega športa,
- športa invalidov (Uradni list RS, 2000).

Država uresničuje javni interes v športu tako, da:

- zagotavlja sredstva za realizacijo nacionalnega programa,
- spodbuja in zagotavlja pogoje za opravljanje in razvoj športne dejavnosti,
- načrtuje, gradi in vzdržuje javne športne objekte,
- vodi stimulatívno davčno politiko (Uradni list RS, 2000).

Lokalna skupnost uresničuje javni interes v športu tako, da:

- zagotavlja sredstva za realizacijo dela nacionalnega programa, ki se nanaša na lokalne skupnosti, in zagotavlja sredstva za izvedbo lokalnega programa športa,
- spodbuja in zagotavlja pogoje za opravljanje in razvoj športnih dejavnosti,
- načrtuje, gradi in vzdržuje lokalno pomembne javne športne objekte (Uradni list RS, 2000).

Sredstva za uresničevanje javnega interesa na ravni države in lokalnih skupnosti so zagotovljena iz državnega proračuna in proračuna lokalnih skupnosti.

Nacionalni program določa zlasti:

- izhodišča in usmeritve športa,
- vsebino in obseg posameznih pojavnih delov dejavnosti v športu, ki so financirani ali sofinancirani iz javnih sredstev, kot so športna vzgoja, športno-rekreatívna dejavnost,
- vrhunski šport, kakovostni šport, šport študentov in šport invalidov,

- razvojne in strokovne naloge v športu,
- upravljanje športa,
- okvirna merila za finančno ovrednotenje(Uradni list RS, 2000).

Izvajalci letnega programa športa so:

- športna društva,
- nacionalne panožne športne zveze in zveze športnih društev, ki jih ustanovijo društva za posamezna območja, Združenje slovenskih športnih društev v Italiji, Slovenska športna zveza v Avstriji in Zveza Slovencev na Madžarskem,
- Olimpijski komite Slovenije,
- zavodi, gospodarske družbe, zasebniki in druge organizacije, registrirane za opravljanje dejavnosti v športu,
- ustanove, ki so ustanovljene za opravljanje dejavnosti v športu ter so splošno koristne in neprofitne,
- vrtci, osnovne šole, poklicne, srednje tehniške in srednje strokovne šole, gimnazije, višje strokovne šole in visokošolski zavodi(Uradni list RS, 2000).

Vrhunski šport je v Sloveniji definiran s kategorizacijo Olimpijskega komiteja Slovenije in Združenja športnih zvez (v nadaljevanju OKS-ZŠZ), nekatere pravice in dolžnosti vrhunskih športnikov pa so opredeljene v Zakonu o športu. Razvoj stroke na področju kadrov in znanj, ustrezne infrastrukture in obvladovanja vseh vrst naporov v okoljih društev, klubov in panožnih zvez, ter razumevanja gospodarstva Slovenije botruje dejanski kakovosti slovenskega vrhunškega športa. Neločljivo je povezan tudi s športom mladih, ki se lahko prek kategorije perspektivnih športnikov priključijo programom Odbora za vrhunski šport kot bodoči potencialni »šampioni« Slovenije.

Tekmovalni in vrhunski šport postajata vse bolj profesionalna, predvsem v absolutnih (članskih) kategorijah. Vsebinsko projektno ju vodi Odbor za vrhunski šport po programih Mednarodnega olimpijskega komiteja (v nadaljevanju MOK).

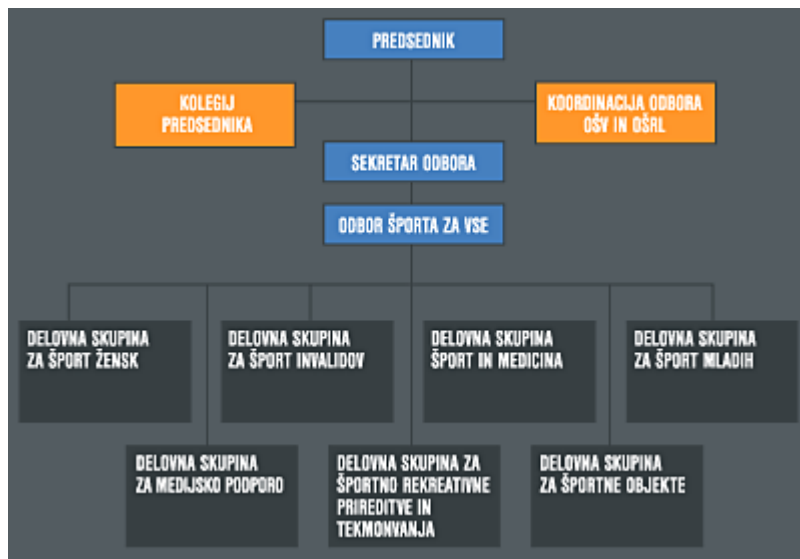
Odbor športa za vse (organigram 1) s svojim razvejanim programom delovanja vsebinsko uravnava številna strokovna področja te pojavne oblike športa, ki so realizirane neposredno prek projektov Odbora športa za vse ali (organigram 1)v sodelovanju z Odborom športa na lokalni ravni. Ta prek regijskih pisarn OKS-ZŠZ in članic, športnih zvez občin, udejanja vsebine športa za vse s pomočjo neposrednih izvajalcev, društev in klubov na lokalni ravni.

Vsebinsko pestre programe športa za vse v različnih okoljih izvajajo vse od zdravega rojstva prek kakovostnega odraščanja in bogatega ustvarjalnega obdobja do zdrave ter kakovostne starosti.

Programi ozaveščanja ob športni stroki vključujejo tudi številne druge stroke in so pomembno odvisni od odzivov v izobraževalnih okoljih in zdravstvenih institucijah.

Programi redne rekreativne vadbe odrasle populacije imajo za merilo kakovosti raznolikost, ki je naravnana tudi na programe tekmovanj, vendar ob ustrezni podpori zdravstvene stroke, da je vadba tudi varna in zdrava.

Organigram programa dela Odbora športa za vse je predstavljen v sliki 1. (<http://www.olympic.si>):



Slika 1

Smotno je omeniti tudi Belo knjigo. Bela knjiga je prispevek Evropske komisije k evropski razpravi o pomenu športa v vsakdanjem življenju. Glavni namen Bele knjige je spodbuditi šport z vključitvijo tega področja v ostale politike EU ter ustvariti razmere za boljše upravljanje v evropskem športu s pripravo smernic za uporabo predpisov EU (Figel, 2007).

Ta dokument, ki ga je komisija EU sprejela 11. julija 2007, je pravno neobvezujoč, vendar prvi, ki na ravni EU opredeljuje različna socialna, gospodarska in pravna vprašanja športa ter je bil podlaga za vključitev športa v novo lizbonsko pogodbo EU.

2.1.1. ŠPORTNA DEJAVNOST V FUNKCIJI ZDRAVJA

Telesna dejavnost, ki je v skladu z duševnimi in telesnimi značilnostmi človeka in z objektivnimi pogoji njegovega življenja, je sestavni del zdravega življenjskega sloga, ki ga tudi zdravniki vse bolj sistematično spodbujajo pri pacientih z različnimi bolezenskimi težavami. »Predpisovanje« telesne dejavnosti ni pomembno le pri preprečevanju bolezni in že dolgo ni več le pomožni sestavni del splošnega psihohigienskega svetovanja, temveč predstavlja bistveni del celostne terapije pri

bolnikih različnih kategorij. To je v skladu z vse bolj razširjenim pojmovanjem medicinskih strokovnjakov, da človek ne sme biti le pasiven in odvisen uporabnik medicine in njenih storitev, ampak mora dejavno sodelovati in prevzemati nase del prizadevanja v celotnem terapevtskem procesu. Prav tako pa mora z načinom življenja in aktivnim odnosom do lastnega zdravja utrjevati svojo psihofizično kondicijo in odpornost. (Tomori, 1990)

Ljudje sodobnih civilizacij se vse manj gibljemo z uporabo mišičevja lastnega telesa. Fizičnega dela skoraj več ne poznamo. Ves družbeni razvoj sicer že desetletja vodi v neko novo obdobje udobja, je pa tudi glavni razlog za vse manj telesne dejavnosti. Sedeč življenjski slog, odsev sodobnega načina življenja, postaja ena največjih skrbi in vse pomembnejša tema mednarodnih organizacij v zvezi z zagotavljanjem zdravja, pa tudi skrb ekonomsko-političnih združb. S pasivnim načinom življenja so povezani številni zdravstveni, kot posredna in neposredna posledica pa tudi socialni in ekonomski problemi. Promocija aktivnega življenja obsega vključevanje in vzdrževanje ustrezne telesne dejavnosti širokih množic, zato so aktivnosti za njeno spodbujanje, vključno s spodbujanjem zdravju prijazne športne rekreacije za vse starostne skupine, ena glavnih vsebin različnih mednarodnih projektov in nacionalnih javno-zdravstvenih strategij. Tudi v Sloveniji je splošna raven telesne dejavnosti nizka in predvsem zdravstvene težave, ki iz tega izvirajo, so dovolj resne, da zahtevajo nacionalno intervencijo.

V strategiji vlade Republike Slovenije na področju telesne (gibalne) dejavnosti za krepitev zdravja od 2007 do 2012 (2007) navajajo, da pobudo in idejne vsebinske zasnove za pripravo nacionalne strategije na področju promocije gibanja za zdravje v Sloveniji je na osnovi nekaterih vzorcev dobre prakse iz tujine konec 90-ih let podal program CINDI Slovenija, ki je bil že takrat dejavno vključen v evropsko mrežo HEPA (iz angl. Health Enchanting Physical Activity). HEPA je takrat predstavljala eno izmed evropskih mrež na področju promocije zdravja, njeno temeljno poslanstvo pa je bil razvoj in implementacija nacionalnih strategij promocije gibanja za zdravje.

Besedilo nacionalne strategije kot ključne probleme na področju telesne dejavnosti za zdravje v Sloveniji opredeljuje predvsem:

- previsok delež telesno nedejavnega prebivalstva v vseh starostnih skupinah;
- podaljševanje časa, ki ga prebivalstvo v vseh starostnih skupinah presedi pred računalniškim oziroma televizijskim ekranom;
- premajhen delež prebivalstva, ki z namenom transporta v vsakodnevnih opravkih pešačijo ali kolesarijo;
- nezadostna ozaveščenost prebivalstva o pomenu redne telesne dejavnosti za zdravje v vseh starostnih obdobjih;
- nezadostna infrastruktura za varno izvajanje telesne dejavnosti;
- pomanjkanje privlačnih programov telesne dejavnosti za zdravje

V strategiji vlade Republike Slovenije na področju telesne (gibalne) dejavnosti za krepitev zdravja od 2007 do 2012 (2007) navajajo, da raziskava Gibalna/športna aktivnost za zdravje (CINDI 2002/2003) med drugim ugotavlja, da je med odraslimi

prebivalci Slovenije, starimi od 25 do 65 let, primerno oz. dovolj telesno dejavnih le 32,4 % ter 16,8 % nič telesno dejavnih

2.1.2. GIB KOT OSNOVA NA POTI DO HARMONIJE ZDRAVJA

Pomembno je vedeti, da rekreativno športno udejstvovanje krepi telo, povezuje človeka z naravo ter ga duhovno bogati, hkrati pa tudi podaljšuje življenjsko dobo, viša delovno učinkovitost, utrjuje zdravje, vpliva na hitrost reagiranja, skladnost gibov, zbranost, vztrajnost, odločnost, pogum itd. ter tako bistveno izboljšuje kakovost življenja. (Rugelj, 2000)

»Kdor posveča pozornost samo intelektu, ni pa dovolj telesno zdrav, razvit in čustveno uravnovešen, je neke vrste okrnjenec, ki ni kos najrazličnejšim težavam, ki jih prinaša življenje.« (Ulaga, 1997)

Raziskave kažejo, da je športnorekreativna dejavnost resnično namenjena izboljšanju kakovosti življenja, vendar pa še ni razjasnjeno, kakšni so ti vplivi. Potrjenih je veliko pozitivnih vidikov telesne aktivnosti, izpostavljajo pa tudi negativne. Ti so vezani izključno na nekatere pojavne oblike vrhunškega športa, ki v nekaterih panogah postaja problematičen in nezdrav. Vrhunski šport usmerja človeka v enostranski razvoj, v zvezdnštvo, zanemarija pa njegovo intelektualno in duhovno plat. Ljudje se z rekreativnim športnim udejstvovanjem umirijo in zblížajo z naravo ter se lahko z večjim veseljem posvetijo svojim vsakdanjim obveznostim, medtem ko je pri športniku, ki je tudi aktiven tekmovalec, ustvarjena dodatna napetost, lahko tudi nezadovoljstvo, kar pa je najlažje ublažiti z različnimi substancami.

Redna rekreacija izredno poživlja intelektualno dejavnost. Intenzivna in dovolj pogosta telesna vadba pošilja močan tok dražljajev v možgane, ki se prebudijo in človeka iztrgajo iz zdolgočasenega životarjenja. Telesni aktivnosti pripisujemo velik pomen z vidika izrabe prostega časa, razbijanja monotonije oziroma nepoznavanja smisla življenja ter pozitivne alternative športa. (Tušak, 1997)

Redna telesna dejavnost je zelo pomembna tudi za zdravje, saj večina kroničnih in degenerativnih bolezni nastane ravno zaradi nezadostnega gibanja in preobilne prehrane. Redna aerobna vadba ima velik pomen pri nevtralizaciji odvečne stresne energije ter pri izboljšanju in utrjevanju telesnega in duševnega zdravja, saj odlično uravnava številne biokemične procese v telesu.

Berčič, Tušak in Karpljuk (1999) so povzeli nekaj znanih ugotovitev v zvezi z učinki telesne aktivnosti:

- pozitiven vpliv telesne aktivnosti na fizično zdravje in počutje (Tušak 1999);
- Brown (1990) povzema raziskave, ki potrjujejo pomen telesne dejavnosti za psihično zdravje,

- telesna aktivnost prispeva k zdravju in kakovosti življenja; vsakodnevna dejavnost zmanjšuje smrtnost in prispeva k podaljšanju življenja (Paffenbarger & Hyde, 1988);
- ljudje se po telesni dejavnosti počutijo bolje (Tušak 1999),
- telesna aktivnost vpliva na izboljšanje samozaupanja in samopodobo ljudi, poveča pa se tudi njihovo samovrednotenje (Sonstroem, 1984);
- ukvarjanje s športom dokazano prispeva k boljši samopodobi in s tem povezanemu samovrednotenju, še bolj vidne so razlike v osebnostnih lastnostih, saj opažajo, da so tisti, ki se ukvarjajo s športom, pogosto bolj komunikativni in odprti, napetosti znajo navadno bolj sprostiti, zato so manj zavrti, anksiozni in depresivni (Tušak, 1997);
- Ryan (1983) piše o zmanjšanju depresivnosti;
- Boutcher & Landers (1998) poročata o zmanjšanju anksioznosti;
- Butt (1987) ugotavlja višjo čustveno stabilnost pri tistih, ki so telesno aktivni;
- višja frustracijska toleranca in učinkovitejše tehnike soočanja z napetostmi pri tistih, ki se redno ukvarjajo s telesno dejavnostjo (Tušak, 1997);
- višja družabnost je posledica večje možnosti komunikacije, saj se ljudje pri telesni aktivnosti lažje spoznajo in ustvarjajo tesnejše odnose.

2.1.3. ŠPORTNA DEJAVNOST IN VPLIV NA ČUSTVENA STANJA

Brez telesnega ni duševnega zdravja, in obratno, kar pomeni, da se vse duševne krize odražajo v telesnih funkcijah, pa tudi telesne težave odmevajo v duševnosti. Tako lahko moder človek svojo duševno stisko rešuje s pomočjo dolgotrajnega teka, hoje, plavanja itd., kar pozitivno vpliva na duševnost predvsem skozi naravni mehanizem nevtralizacije stresne energije. Še boljša pa je redna in intenzivna telesna vadba, saj se na ta način sproti nevtralizirajo stresni hormoni, preprečimo pa tudi razne duševno-telesne krize in zaplete. (Rugelj, 2000)

Vedno več ozaveščenih ljudi razpravlja o načinu sodobnega zdravega življenja, saj se zavedajo, da zdravje ni zmeraj podarjena vrednota. Ostati zdrav in živeti v sozvočju s samim seboj in z drugimi – to nam uspeva le, če se tega zavedamo in če smo pripravljeni vložiti lasten trud. Ker pa danes (še) zdrav človek žal nima pravega motiva za ohranitev svojega duševnega in telesnega zdravja, pogosto dela napake, ki ga praviloma vodijo v bolezen in prezgodnje staranje oziroma smrt.

Telesna dejavnost ohranja splošno vitalnost in je pogoj za usklajenost duševnih in telesnih funkcij. Zato je koristna spodbuda tudi v okoliščinah, ko hude čustvene obremenitve spravijo v usodno stisko človeka, ki sicer nima težav z vzdrževanjem duševnega ravnovesja. (Tomori, 1990)

Že francoski filozof Jean Jacques Rousseau je dejal: »Ko je telo slabotno, prevzame poveljevanje. Kadar je krepko, uboga.«

Mag. Robert Trunkl v svojem članku »Športni življenjski slog kot preventiva in kurativa duševnega zdravja« navaja, da danes ljudje plačujejo zaradi neustreznega načina življenja prevelik davek na račun svojega zdravja. Trunkl meni, da je vse preveč psihosomatskih obolenj, psihosocialnih motenj, psihonevroz, psihiatričnih simptomov, odvisnosti (akutni in kronični stres, težave s spanjem, spolnostjo, hranjenjem, dihanjem, depresije, osamljenost, odtujenost, glavoboli, strahovi, razne preganjavice, zakonske težave, telesna neaktivnost, alkoholizem ...), ki polnijo čakalnice zdravstvenih in drugih ordinacij.

Če želimo uspeti, je zdravo telo naše najboljše orodje. Dobra psihična in fizična kondicija, kot pridobljen energetski potencial, postajata neprecenljivo gorivo za uspehe na vseh področjih človekovega življenja. (Trunkl, 2000)

2.1.4. ŠPORTNA DEJAVNOST IN MENTALNE SPOSOBNOSTI POSAMEZNIKA

Višje možganske funkcije imajo svoj sedež v velikih možganih, natančneje v skorji velikih možganov. Še posebej frontalni reženj je prava zakladnica kognitivnih funkcij. Vprašamo se lahko torej, kako telesna dejavnost vpliva na človeške možgane.

Telesna vadba posredno spodbuja nastajanje nevtropnega faktorja v možganih oz. BDNF (v angleščini imenovan »brain-derived neurotrophic factor«). Nahaja se tudi v drugih delih centralnega in perifernega živčnega sistema, najdemo pa ga celo v ledvicah, prostati in roženici. Ta faktor pozitivno vpliva na nastajanje in življenjski cikel živčnih celic, torej je eden pomembnejših vplivov telesne vadbe spodbujanje regeneracije in nastajanje novih živčnih celic v predelih možganov, ki so odgovorni za spomin in učenje. Poleg tega BDNF izboljšuje učinkovitost delovanja nevronske mreže, s tem pa tudi sposobnost mišljenja in pomnjenja. Vse to pa je izjemnega pomena, če pomislimo na Parkinsonovo, Alzheimerjevo in Huntintonovo bolezen, za katere je značilno propadanje živčnih celic, pa tudi na to, da se po 30. letu starosti začne število možganskih celic zmanjševati. (Brezovar in Grof, 2003)

Telesna vadba ima pozitiven vpliv pri zdravljenju depresije, in sicer zaradi regeneracije in nastajanja živčnih celic v možganih. Čeprav preučevanje tega fenomena še poteka, pa so raziskave že pokazale, da je lahko predel možganov, ki je odgovoren za kratkoročni spomin in orientacijo v prostorih (hipokampus), pri depresivnih ljudeh tudi do 20 % manjši kot normalno. (Brezovar in Grof, 2003)

Poleg tega pa je znana povezava med zmanjšanjem velikosti hipokampusa in trajanjem depresije. Te degenerativne spremembe so lahko odpravljene z nastajanjem živčnih celic, kar spodbuja BDNF, ki pa, kot že vemo, nastaja kot posledica telesne vadbe in/ali antidepresivov. (Brezovar in Grof, 2003)

2.2. PSIHIATRIČNA DEJAVNOST V SLOVENIJI

Zakon o duševnem zdravju (2006) navaja mrežo izvajalcev, ki skrbijo za programe in storitve za duševno zdravje v okviru javnih služb, kot skupnost:

- izvajalcev psihiatričnega zdravljenja,
- izvajalcev socialno-varstvenih programov in storitev,
- izvajalcev nadzorovane obravnave in
- izvajalcev obravnave v skupnosti.

Poleg običajnega ambulantnega oz. dispanzerskega ter celodnevnega bolnišničnega zdravljenja so se v psihiatriji razvile tudi razne druge dejavnosti, vse v prizadevanju, da bi za uporabnike priskrbeli takšno obliko zdravljenja, ki bi bila zanje najustreznejša.

Oblike psihiatrične dejavnosti so:

- dnevna oskrba,
- nočna oskrba,
- družinska oskrba,
- hospitalizacija na domu,
- klub pacientov,
- zaščitne delavnice,
- telefonski klic v sili,
- program skupinske skrbi za osebe s psihozo.

Skupnostna skrb je sistem služb, pripravljen za opredeljeno skupino prebivalcev, ki naj z multidiscipliniranim timskim delom omogoči:

- zgodnjo diagnozo,
- takojšnje zdravljenje,
- kontinuiteto skrbi,
- socialno podporo. (Gorše Muhič, 1999)

Namenjena je ljudem z dolgotrajnimi, ponavljajočimi se duševnimi motnjami.

Udeleženci v skupnosti so:

- psihiatrične bolnišnice in dispanzerji,
- osnovno zdravstvo,
- specialistične ambulante,
- centri za socialno delo,

- nevladne organizacije,
- neformalna socialna mreža,
- politika, zakoni, mediji, javnost,
- stanovanjski sklad,
- zavod za zaposlovanje. (Rapoša in Tanjšek, 1993)

Cilji skupnostne skrbi so:

- izboljšati kakovost življenja pacientov in njihovih svojcev,
- doseči največjo možno samostojnost in podporo lastne socialne mreže,
- zmanjšati občutek stigmatizacije,
- zmanjšati število hospitalizacij, tudi prisilnih,
- skrajšati čas hospitalizacije,
- olajšati vključevanje v vsakdanje življenje in zaposlovanje,
- aktivno preživljanje prostega časa. (Rapoša in Tanjšek, 1993)

Deli skupnostne skrbi oz. njihovo nudenje vsebuje:

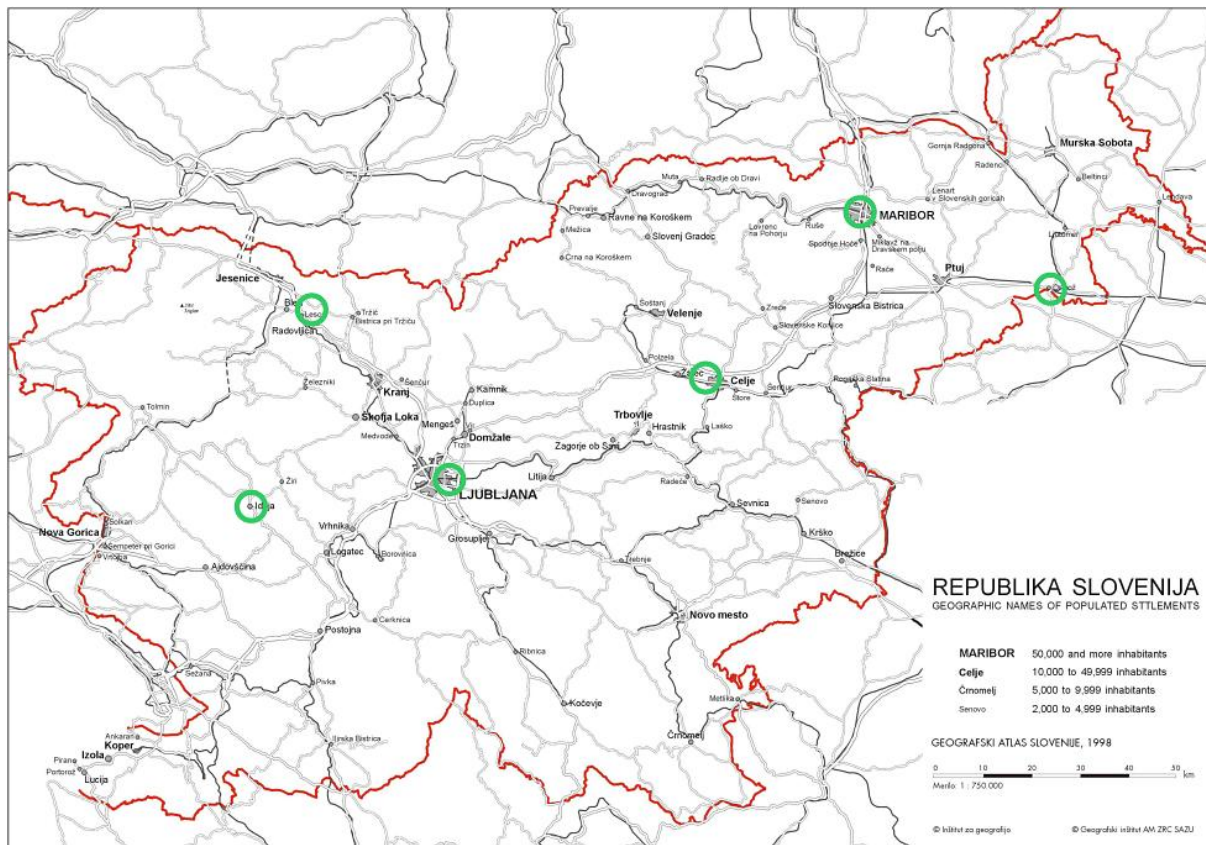
- dnevni center (dejavnosti v prostem času, kuhanje, tečaji, ples),
- stanovanjske skupnosti,
- invalidske delavnice,
- skupine za samopomoč uporabnikov in svojcev,
- skrb za izobraževanje (strokovnjakov, prostovoljcev),
- zagovorništvo (pri nesoglasju med uporabnikom in ustanovo),
- svetovanje (pri iskanju zaposlitve, izobraževanja),
- socialni klubi,
- stalna skrb na bolnikovem domu,
- krizni posegi doma (te opravljata zdravnik in patronažna medicinska sestra),
- zaposlovanje. (Rapoša in Tanjšek, 1993)

Nekatere organizacije, združenja, odbori in društva v Sloveniji so:

- ALTRA – odbor za novosti v duševnem zdravju,
- ŠENT – slovensko združenje za duševno zdravje,
- OZARA – organizacija za kakovost življenja,
- PARADOKS.

2.2.1 Mreža institucionalnega psihiatričnega zdravljenja v Sloveniji

Slika 2 predstavlja pokritost in Tabela 1 zasedenost psihiatričnih bolnišnic v Sloveniji v letu 2007.



Slika 2 pokritost psihiatričnih bolnišnic v Sloveniji v letu 2007.

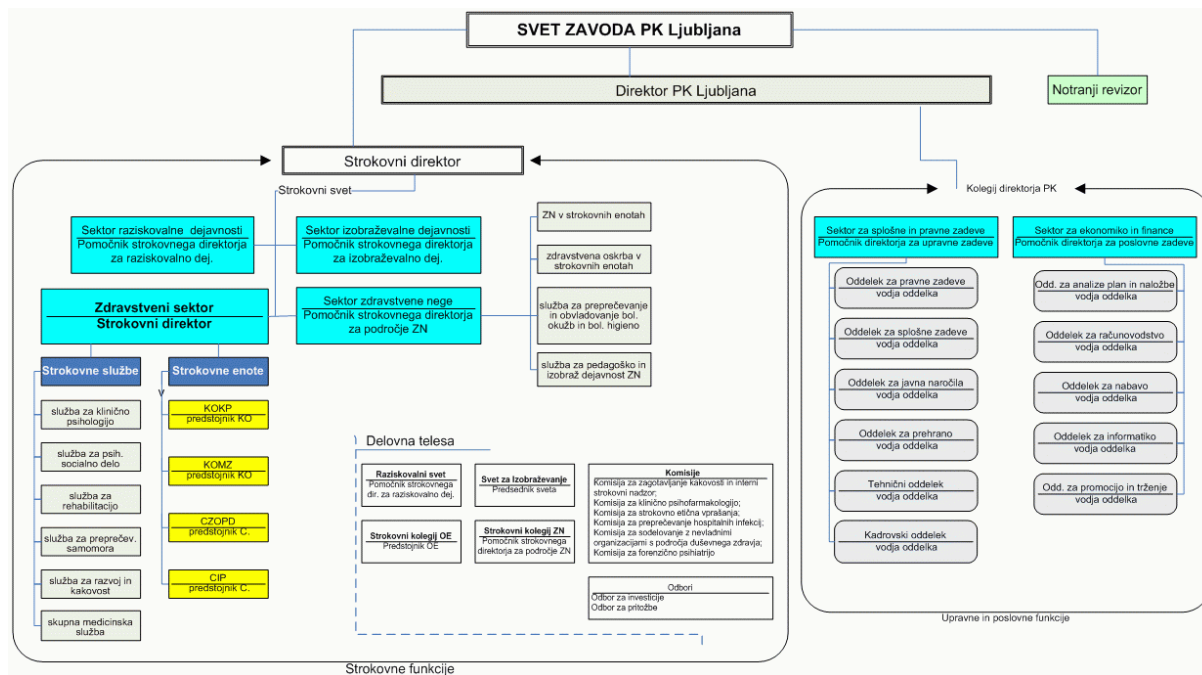
Tabela 1

zasedenost psihiatričnih bolnišnic v Sloveniji v letu 2007. (<http://www.psih-klinika.si/>)

bolnišnica	realizacija		
	plan primerov	primerov	indeks
Psihiatrična bolnišnica Vojnik	1210	1204	99,50
Psihiatrična bolnišnica Begunje	1511	1706	112,91
Oddelek psihiatrije Klinični center Ljubljana	65	52	80,00
Psihiatrična klinika Ljubljana	4056	4139	102,05
Psihiatrična bolnišnica Idrija	1568	1593	101,59
SB Maribor-oddelek psihiatrije	1121	1388	123,82
Psihiatrična bolnišnica Ormož	1001	1058	105,69
skupaj*	10532	11140	105,77

2.2.2 ORGANIZACIJSKA STRUKTURA PSIHIATRIČNE BOLNIŠNICE

Na sliki 3 je predstavljen primer strukture oziroma organizacije psihiatrične bolnišnice. Kot primer sem podal Organigram Psihiatrične klinike Ljubljana.



Slika 3 (<http://www.psih-klinika.si/>)

2.2.3 POKLICNI PROFILI, VKLJUČENI V REHABILITACIJO PACIENTA

V programu zdravljenja pacienta je treba določiti, s katerimi postopki ga bomo zdravili v neki fazi in kateri poklicni profil bo imel v tej fazi zdravljenja poglavitno vlogo. V značilnem programu zdravljenja pacienta z akutno shizofrensko psihozo bo na prvem mestu (ob ustvarjanju ustreznega psihoterapevtskega odnosa s pacientom) medikamentozno zdravljenje z antipsihotičnim zdravilom. Ko bo najbolj akutna simptomatika začela popuščati, pa pacienta že lahko vključimo v psihoterapevtsko zdravljenje, v postopke zdravljenja z umetnostjo ali pa v kinezioterapijo. Hkrati je treba v terapijo vključiti družino, začeti pa moramo tudi z rehabilitacijskimi in resocializacijskimi postopki. Kot je razvidno, je torej program zdravljenja zelo celosten proces, v katerem postopno vključujemo izbrane postopke zdravljenja posamič ali pa več postopkov hkrati. Tu gre seveda tudi za večkratno prepletanje in sodelovanje več poklicnih profilov. (Tomori, 1999)

Ko govorimo o psihiatriji in duševnih boleznih ter rehabilitaciji, ne moremo mimo psihosocialne rehabilitacije. Psihosocialna rehabilitacija je skupina socialnih, zaposlitvenih, izobraževalnih, vedenjskih in kognitivnih intervencij, ki izboljšajo stanje pacienta z duševno motnjo in pospešijo njegovo delovanje. (Švab, 2002)

Psihosocialna rehabilitacija je sestavni del kakovostne obravnave posameznika, ki vpliva na kakovost življenja povsod tam, kjer oseba preživlja večino časa, torej v primarnem življenjskem okolju. Delovni terapevt pridobi podatke o tem, kaj primarno življenjsko okolje pacientu omogoča in kaj od njega zahteva. Pridobljene podatke upošteva vas čas obravnave. (Dekleva in Harc, 2006)

Rehabilitacija in zdravljenje sta kompleksna procesa, kjer je uspeh plod dela večjega tima. (Vidmar, 1992)

Rehabilitacijski tim praviloma sestavljajo:

- zdravnik – fiziater,
- psihiater,
- psihoterapevt,
- bolnik,
- medicinska sestra,
- fizioterapevt,
- socialni delavec,
- psiholog,
- muzikoterapevt,
- športni terapevt,
- kinezioterapevt. (Vidmar, 1992)

2.2.4 KAJ JE MEDNARODNA KLASIFIKACIJA BOLEZNI MKB?

Tako kot druge bolezni in zdravstvene motnje so tudi duševne motnje razporejene po posameznih skupinah glede na značilne simptome in znake. Mednarodna klasifikacija bolezni (v nadaljevanju MKB) je enotna klasifikacija duševnih motenj, ki jo uporabljamo predvsem v Evropi. Slovenski prevod sta izdala Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije (IVZ RS) in Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo (IRSR) v sodelovanju s Svetovno zdravstveno organizacijo (SZO).

Poleg sistema MKB sta pogosto v uporabi tudi klasifikaciji na osnovi kriterijev za motnje osebnosti iz Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders oziroma DSM IV (American Psychiatric Association, 1994) ter Mednarodna klasifikacija funkcioniranja, zmanjšane zmožnosti in zdravja (MKF). MKF je nova klasifikacija v družini zdravstvenih klasifikacij Svetovne zdravstvene organizacije.

Psihiatrična klasifikacija je primer t. i. tipološke klasifikacije. Po definiciji je njena glavna značilnost, da mora imeti posamezen primer samo del vseh lastnosti, ki so po kriterijih potrebne za uvrstitev v določen tip ali razred. Vedno je torej opazna samo delna podobnost z idealnim tipom, nikoli pa stoo odstotna. Idealni tip predstavlja idealno abstrakcijo, ki je v realnosti nikoli ali skoraj nikoli ni. Tipološki klasifikaciji v MKB in DSM sistemu temeljita na različnih temeljih znotraj sistema. Pri MKB so npr.

temelji za razdelitev: etiologija, simptomatska slika, potek in lokalizacija motnje. Organske bolezni so večinoma razdeljene po etiologiji, včasih tudi glede na simptomatsko sliko in na potek, endogene motnje glede na potek in simptomatsko sliko, t. i. vedenjski sindromi, povezani s fiziološkimi motnjami in telesnimi dejavniki, pa glede na simptomatsko sliko in na lokalizacijo (npr. psihosomatske motnje) ter duševna manjrazvitost glede na etiologijo in simptomatsko sliko.

Uporaba enotne klasifikacije bolezni je izrazitega pomena predvsem v procesu diagnostike in zdravljenja, hkrati pa nujna pri zbiranju epidemioloških podatkov in za primerjalne raziskovalne študije. Je osnova za beleženje in obračunavanje zdravstvenih storitev. Pomembna je s pravnega stališča ter za delo zavarovalnic in zavoda za zdravstveno zavarovanje. Pri diagnostiki in zdravljenju določa metodo zdravljenja ter nakazuje potek in prognozo posamezne duševne motnje. V klasifikaciji duševnih bolezni se kaže odnos do različnih vrst motenj, pa tudi stopnja prepoznavne in razumevanja bolezenskih simptomov.

2.2.5 VRSTE DUŠEVNIH MOTENJ PO MKB

F00-F09 Organske, vključno simptomatske, duševne motnje

Po MKB-10 so organsko pogojene duševne motnje tiste, ki imajo očitni skupen organski izvor v možganski bolezni, možganski poškodbi ali drugačnih okvarah, ki povzročajo motnjo možganske dejavnosti. Motnja je lahko primarna ali sekundarna. Simptomatske duševne motnje so tiste organske duševne motnje, pri katerih je vzrok sistemska bolezen ali motnja, ki prizadene možgane sekundarno. (Tomori, 1999)

Za uvrstitev v to skupino sindromov morajo biti izpolnjeni naslednji pogoji:

- poškodba, bolezen ali disfunkcija osrednjega živčevja,
- očitna časovna povezava med osnovno organsko motnjo in začetkom psihičnih simptomov,
- psihično izboljšanje ali okrevanje po odstranitvi organskega vzroka (kadar je to mogoče).

Organske duševne motnje so najpogostejše v starosti.

Razdelimo jih v dve veliki skupini:

- sindromi s prevladujočimi motnjami spoznavanja (demenca, delirij, amnestični sindrom, blaga motnja spoznavnih sposobnosti),
- sindromi, ki vključujejo motnje zaznavanja, mišljenja, čustvovanja ali osebnosti. (Tomori, 1999)

Potek organskih motenj je lahko akuten, subakuten ali pa kroničen. Praviloma sta potek in trajanje motnje odvisna od zdravljenja osnovnega bolezenskega procesa.

Med pogostejšimi vzroki so:

- epilepsija,
- encefalitis,
- primarno-degenerativne bolezni,
- možganske poškodbe,
- možganski tumorji,
- ekstrakranialni tumorji,
- cerebrovaskularne lezije,
- endokrine motnje,
- infekcije,
- zdravila, droge, strupi. (Tomori, 1999)

Na telesno bolezen se človek odzove z duševno reakcijo. Ta je bolj odvisna od osebnostnih lastnosti in sprememb, ki nastanejo zaradi bolezni v medosebnih, družinskih in socialnih odnosih, kot pa od bolezni in njenih znakov. Zato je pomembno obravnavati, vključno s telesnimi znaki bolezni, tudi morebitne duševne spremembe in odzive na samo bolezen ter spremembe v družinskem, delovnem in družbenem okolju. Človeka je pomembno upoštevati kot celoto. (Tomori & Zihelr, 1999)

F10-F19 Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja psihoaktivnih snovi

»Uživanje psihoaktivnih snovi lahko vodi do zlorabe in odvisnosti.« (Tomori,1999)
Čeprav se klinične slike motenj zaradi uživanja posameznih psihoaktivnih snovi razlikujejo, imajo nekaj skupnih ali podobnih znakov. To dejstvo je upoštevano tudi v Mednarodni klasifikaciji bolezni (MKB-10), iz katere povzemamo razdelitev in kodiranje motenj:

- F10 duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola,
- F11 opioidov,
- F12 kanabinoidov,
- F13 sedativov in hipnotikov,
- F14 kokaina,
- F15 drugih stimulansov, vključno s kofeinom,
- F16 halucinogenov,
- F17 tobaka,
- F18 hlapljivih topil,
- F19 več drog in drugih psihoaktivnih snovi. (Tomori & Zihelr, 1999)

Tretjo mesto kode identificira psihoaktivno snov, četrto mesto pa opredeljuje klinično stanje. Kode velja uporabiti za vsako opredeljeno snov, treba pa je poudariti, da niso vse štirimestne kode uporabne za vse snovi.

Naštevamo štirimestne kode, ki so v uporabi pri kategorijah F10-F19.

- .0 Akutna zastrupitev
- .1 Škodljivo uživanje
- .2 Sindrom odvisnosti
- .3 Odtegnitveno stanje
- .4 Odtegnitveno stanje z delirijem
- .5 Psihotična motnja
- .6 Amnestični sindrom
- .7 Residualna ali pozno nastopajoča psihotična motnja
- .8 Druge duševne in vedenjske motnje
- .9 Neopredeljene duševne in vedenjske motnje (Tomori & Zihlerl, 1999).

Psihoaktivne snovi lahko pridobimo na tri načine:

- jih kupimo legalno,
- jih kupimo na nelegalen način,
- jih dobimo na zdravniški recept.

Izbira psihoaktivne snovi, ki jo uživalec začne uporabljati, zlorabljati ali postane od nje odvisen, je odvisna od:

- osebnostnih lastnosti potencialnega uživalca,
- vplivov družbenega okolja,
- dostopnosti posamezne psihoaktivne snovi.

Učinki posameznih psihoaktivnih drog so predstavljeni v tabeli 2.

Tabela 2

Učinki posameznih psihoaktivnih snovi (Tomori & Zihlerl 1999)

	Zastrupitev	Škodljivo uživanje	Sindrom odvisnosti	Odtegnitveno stanje	Odtegnitveno stanje z delirijem
Alkohol	X	X	X	X	X
Opioidi in kanabinoidi	X	X	X	X	
Sedativi in hipnotiki	X	X	X	-	X
Kokain	X	X	X	-	
Stimulansi	X	X	X	X	
Kofein	X			X	
Halucinogeni	X	X	X	-	
Tobak	X	X	X	X	

Topila	X	X	x	-	
Več psihoaktivnih snovi	x				
	Psihotična motnja	Amnestični sindrom	Rezidualna motnja	Motnje spolnosti	Motnje spanja
Alkohol	X	x	X	x	X
Opioidi in kanabinoidi	X			X	X
Sedativi in hipnotiki	X				
Kokain	X	X	x		
Stimulansi	X			X	x
Kofein	X				
Halucinogeni					
Tobak	X				
Topila	-				
Več psihoaktivnih snovi	X				

F20-F29 Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje

Shizofrenija se večinoma pojavlja pri pacientih med 15. in 45. letom starosti. Glede na številčnost bolezni enako prizadeva tako moške kot ženske.

Pred leti opravljena mednarodna študija o shizofreniji pod okriljem Svetovne zdravstvene organizacije je med drugim odkrila, da bolezen poteka v državah v razvoju mileje kot v razvitih. Omenjajo možnost pomembnosti raznih psihosocialnih in sociokulturnih spremenljivk ter predvsem strukturo družine in širšega družbenega okolja, odnos do duševnega bolnika, socialnih stresov, zahtev po brezpogojni uspešnosti posameznika in podobno. Pomembno dognanje pri preučevanju shizofrenije je tudi to, da se bolezen s časom spreminja. Pred desetletjem je bilo v našem kulturnem območju več katatonskih oblik, zdaj pa so pogostejše paranoidne. (Tomori & Zihlerl, 1999)

Danes splošno sprejeta teorija o poreklu shizofrenije je teorija o multifaktorialni pogojenosti. Po tej teoriji je shizofrenija končni izid interakcije mnogih znanih in še neznanih bioloških, psiholoških in socialnih dejavnikov. Po teh teorijah je bolezen biološka ranljivost, na katero delujejo najrazličnejši organski, psihološki in socialni vplivi.

Osnovni znaki shizofrenije naj bi bili med potekom bolj ali manj stalni, specifični samo zanje in za diagnozo nepogrešljivi. Osnovni znaki, ki so navedeni po Bleulerju v njegovem delu »Dementia praecox ali skupina shizofrenij« iz leta 1911, so:

- formalne motnje mišljenja (motnje miselnega poteka),
- izkrivljenje čustvenih odzivov,
- motnje hotenja,

- depersonalizacija,
- avtizem. (Tomori & Zihlerl, 1999)

Tomori in Zihlerl pa v svojem delu Psihatrija navajata, da so poglobitni znaki shizofrenije:

- motnje mišljenja,
- motnje zaznavanja,
- motnje čustvovanja,
- motnje hotenja in depersonalizacija (občutek lastne spremenjenosti),
- avtizem (stanje bega iz resničnosti, samozadostnost),
- katatonski znaki (stanje psihomotorične napetosti),
- telesni znaki. (Tomori & Zihlerl, 1999)

Sedanja MKB-10 pozna naslednje tipe shizofrenije:

- F20.0 paranoidna shizofrenija,
- F20.1 hebefrenska shizofrenija,
- F20.2 katatonska shizofrenija,
- F20.3 nediferencirana shizofrenija,
- F20.4 postshizofrenska depresija,
- F20.5 rezidualna shizofrenija
- F20.5 enostavna shizofrenija. (Tomori & Zihlerl, 1999)

Za shizotipske motnje (F21) so značilne:

- anomalije mišljenja,
- čustvovanja in socialni umik,
- ekscentrično vedenje. (Tomori & Zihlerl, 1999)

To je sicer podobno klinični sliki pri shizofreniji, vendar pa značilnih shizofrenskih znakov ne zasledimo. Kaže, da je shizotipska motnja v genetični povezavi s shizofrenijo.

Najbolj očitna klinična značilnost trajnih blodnjavih motenj (F22) pa je dolgotrajna blodnjavost, ki je ne moremo uvrstiti v krog shizofrenije, afektivnih motenj ali organsko povzročenih duševnih motenj.

Po MKB-10 poznamo še shizoafektivne motnje (F25) oziroma mešane psihoze. Pojem je leta 1993 prvi uvedel Kasanin. »Pri shizoafektivnih motnjah gre za običajno epizodične motnje, kjer pri bolniku v klinični sliki hkrati izstopajo tipični znaki shizofrenije in depresivne oziroma manične epizode. (Tomori, 1999)

F30-F39 Razpoloženske (afektivne) motnje

Osnovni znaki skupine afektivnih motenj oziroma motenj razpoloženja so sprememba razpoloženja v smislu depresije ali v smislu čustvene privzdignjenosti, vse do izraženega hipomaničnega ali maničnega sindroma. Te spremembe so lahko:

- ciklične ali občasne motnje z obdobji večinoma popolnega okrevanja. Pri istem bolniku se lahko pojavi v različnih časovnih obdobjih in različno pogosto oboje, manične in depresivne faze oziroma epizode (bipolarna motnja), ali pa se pojavljajo različno pogosto le faze depresivne motnje (ponavljajoča se depresivna motnja, prej imenovana unipolarna ali periodična depresija). Težja oblika teh depresivnih epizod oziroma motenj se imenuje velika depresija. Bipolarna motnja in ponavljajoča se depresija sta sicer sorodni bolezni, vendar se po nekaterih značilnostih med seboj ločita, zato vsaka predstavlja samostojno kategorijo afektivne motnje;
- trajne motnje razpoloženja. Pri teh gre za trajno spremembo razpoloženja brez pomembnih daljših remisij, vendar pa intenzivnost depresivnega ali maničnega razpoloženja ni tako globoka kot pri cikličnih afektivnih motnjah. (Tomori & Zihlerl, 1999)

Afektivne motnje so po MKB-10 razporejene:

- F30 manična epizoda,
- F31 bipolarna afektivna motnja,
- F32 depresivna epizoda,
- F33 ponavljajoča se depresivna motnja,
- F34 trajne razpoloženske motnje,
- F38 druge razpoloženske motnje. (Tomori & Zihlerl, 1999)

F40-F49 Nevrotske, stresne in somatoformne motnje

Med nevrotske, stresne in somatomorfne motnje štejemo dokaj različne motnje z skupnimi bolezenski znaki, med katerimi je najpogostejša anksioznost. Poleg bolnikov s primarno anksioznostjo so številni tudi tisti, pri katerih anksioznost nastane kot posledica katere druge motnje. Tu je lahko anksioznost čisto normalen odgovor na življenjske situacije, lahko pa je posledica zlorab drog ali duševnih motenj.

Znaki anksioznosti so:

- razbijanje srca,
- bolečina v prsih,
- kratka sapa,

- cmok v grlu,
- vrtoglavica, omotica, motnje ravnotežja,
- bolečina v trebuhu, slabost,
- bolečine v medenici ali v genitalijah,
- siljenje na vodo,
- težave v spolnosti,
- bolečine v mišicah,
- tremor,
- potenje,
- parestezije,
- utrujenost,
- glavobol. (Tomori & Ziherl, 1999)

Motnje po MKB-10

- F40 Fobične anksiozne motnje

Za to skupino motenj je značilno, da sprožijo anksioznost določeni zunanji objekti, ki sami po sebi niso nevarni. Poznamo:

- agorafobijo (F40.0),
- socialno fobijo (F40.1) pri izpostavljenosti preverjanju ali kritiki,
- specifične oz. izolirane fobije (F40.2). (Tomori & Ziherl, 1999)

- F41 Druge anksiozne motnje

Glavna značilnost teh motenj je anksioznost, ki se sproži brez povezave z določeno zunanjo okolico. Poznamo:

- panično motnjo (F41.0),
- generalizirano anksiozno motnjo (F41.1),
- mešano anksiozno in depresivno motnjo (F41.2). (Tomori & Ziherl, 1999)

- F42 Obsesivna kompulzivna motnja

Glavna značilnost te motnje so rekurentne vsiljive misli (obsesije) in ponavljajoče se ritualistično vedenje (kompulzije), ki jih spremlja anksioznost še zlasti tedaj, ko se skuša bolnik upreti tem simptomom. (Tomori & Ziherl, 1999)

- F43 Reakcije na stres in prilagoditvene motnje

Kakor lahko resna telesna poškodba pusti fizične posledice, lahko tudi psihična travma zapusti trajne psihološke motnje. Lahko gre za travmatičen dogodek, ki povzroči akutno reakcijo ali pa prilagoditveno motnjo. Sem uvrščamo tiste motnje, ki kot posledica nastanejo zaradi akutnega hudega dogodka ali trajnih travmatičnih okoliščin. Poznamo:

- akutno reakcijo na stres (F43.0),
- posttravmatsko stresno motnjo (F43.1),

- prilagoditveno motnjo (F43.2). (Tomori & Ziherl, 1999)

- F44 Disociativna konverzivna motnja

»O disociativnih ali konverzivnih motnjah govorimo ob motnjah motorične ali senzorične funkcije, do katerih pride brez kakršnekoli dokazljive nevrološke okvare.« (Tomori, 1999)

Poznamo:

- disociativno amnezijo (F44.0),
- disociativno fugo (F44.1) in
- stanje transa in obsedenosti (F44.3). (Tomori & Ziherl, 1999)

- F45 Somatomorfne motnje

Značilnosti teh motenj so ponavljajoče in spremenljive telesne pritožbe, zaradi katerih se bolnik pogosto vrača k zdravniku. Somatizacija je izražanje čustvenih in psihosocialnih težav s telesnimi simptomi. Poznamo:

- somatizacijsko motnjo (F45.0),
- nediferencirano somatomorfno motnjo (F45.1),
- hipohondrično motnjo (F45.2),
- somatomorfno avtonomno disfunkcijo (F45.3),
- trajno somatomorfno bolečinsko motnjo (F45.4) in
- druge somatomorfne motnje (F45.8). (Tomori & Ziherl, 1999)

- F48 Druge nevrotske motnje

Mednje prištevamo nevrastanijo (F48.0) in sindrom depersonalizacije in derealizacije (F48.1). (Tomori & Ziherl, 1999)

Nevrastenija je nevrotska motnja, kar pomeni, da vzrokov zanjo ne poznamo. Poznamo jo tudi kot sindrom kronične utrujenosti.

Depersonalizacija in derealizacija sta lahko simptoma cele vrste psihičnih motenj, lahko pa se pojavita tudi pri zdravih ljudeh, ko so utrujeni. Pri obeh gre za izjemno neprijetna doživetja o spremenjenosti lastnega telesa in/ali lastnih misli ali o spremenjenosti okolice.

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

F50 Motnje prehranjevanja

- F50.0 Anorexia nervosa je bolezen, ki jo označuje zavestno povzročanje znižanja telesne teže za več kot 15 % od tiste, ki bi ustrezala pacientovi starosti in telesni višini.
- F50.2 Bulimia nervosa je bolezen, katere glavna značilnost so faze izrazitega pretiranega hranjenja, ki imajo obliko nekakšnih napadov, tem pa sledi zavestno povzročanje bruhanja.

F51 Neorganske motnje spanja

Neorganske motnje spanja so tiste, ki jih povzročajo čustveni razlogi. V mnogih primerih je motnja spanja le eden od simptomov duševne in telesne bolezni. Delimo jih v disomnije in parasomnije. Disomnija je motnja v količini, kakovosti ali časovni porazdelitvi spanja. Disomnija je posledica čustvenih vzrokov, parasomnije pa so motnje, pri katerih prihaja do nenormalnih dogodkov med spanjem. Poznamo mesečnost (F51.3), nočni strah (F51.4) in more (F51.1). (Tomori & Zihelr, 1999)

F52 Spolna disfunkcija, ki je ne povzroča organska motnja ali bolezen

- Pomanjkanje ali izguba spolne želje (F52.0) je prvotna motnja, torej ni posledica kakšne druge spolne motnje.
- Seksualna averzija (F52.10) je motnja, ki se bolj približuje pomanjkanju spolne želje, vendar je ta drugotna oziroma posledica kakšne druge motnje. Tu se človek popolnoma izogiba spolnim stikom. Pogosto je tu vzrok v travmatski spolni izkušnji.
- Človek s pomanjkanjem spolnega uživanja (F52.11)
- Neuspešnost genitalnega odziva (F52.2), včasih imenovana frigidnost, je posledica podzavestnih dejavnikov (pogosto posledica slabih spolnih izkušenj, npr. spolne zlorabe) in situacijskih dejavnikov (razna neprijetna čustva), ki motnjo tudi vzdržujejo. Neposredni vzrok te motnje je neodzivnost avtonomnega živčevja.
- O orgazmični disfunkciji (F52.3) govorimo takrat, ko se orgazem bodisi sploh ne pojavi ali pa je zakasnel.
- Prezgodnja ejakulacija (F52.4) pomeni, da moški ejakulira, ne da bi to hotel, ker ne zmore nadzorovati ejakulatornega refleksa.
- Neorganski vaginizem (F52.5) pomeni nehotni krč mišic medeničnega grla. Je pogojni odziv, ki je običajno posledica povezave z bolečino in posledičnim strahom pred penetracijo.
- Neorganska disparevnija (F52.6) je doživljanje bolečine pri spolnem odnosu. Tudi disparevnija je lahko posledica strahu pred penetracijo.
- Prekomerni spolni nagon (F52.7) je večkrat povezan z razpoloženskimi motnjami. V primarni obliki to motnjo le redko vidimo. (Tomori & Zihelr, 1999)

F53 Duševne in vedenjske motnje, povezane s poporodnim obdobjem

F55 Zloraba snovi, ki ne ustvarjajo odvisnosti

F60-F69 Motnje osebnosti in vedenja v odrasli dobi

Osebnostno motnjo lahko opredelimo kot skrajno poudarjenost nekaterih osebnostnih potez.

Navajamo jih po MKB.

- F60 Specifične osebnostne motnje
- F62 Trajne osebnostne spremembe
 - F62.0 Trajna osebnostna spremenjenost po katastrofični izkušnji
- F63 Motnje navad in nagibov
 - F63.0 Patološko hazardiranje
- F64 Motnje spolne identitete
- F66 Psihološke in vedenjske motnje, povezane s spolnim razvojem in naravnostjo. (Tomori & Ziherl, 1999)

F70-F79 Duševna manjrazvitost (mentalna retardacija)

»O duševni manjrazvitosti govorimo, kadar inteligenčne sposobnosti in prilagoditvene zmogljivosti posameznika ne dosegajo ravni, ki je primerna za njegovo starost in se ta globalni razvojni primanjkljaj izkaže že pred osemnajstim letom starosti.« (Tomori, 1999).

Je stanje zaustavljenega ali nepopolnega duševnega razvoja, razvoja kognitivnih govornih, motoričnih in socialnih sposobnosti. Duševna manjrazvitost ni definirana klinična enota, niti duševna bolezen. Je eden od mnogih znakov prizadetosti osrednjega živčevja. Ocena stopnje duševne manjrazvitosti temelji na rezultatih psihometričnih testov. Po MKB poznamo:

- blago duševno manjrazvitost (F70),
- zmerno duševno manjrazvitost (F71),
- hudo duševno manjrazvitost (F72) in
- globoko duševno manjrazvitost (F73). (Tomori & Ziherl, 1999)

F80-F89 Motnje duševnega (psihološkega) razvoja

»Čeprav pri večini otrok razvoj posameznih duševnih dejavnosti in specifičnih sposobnosti v glavnem poteka usklajeno in predvidljivo glede na stopnjo njihove kronološke zrelosti, pa se pri nekaterih otrocih lahko pokažejo izostanki v razvoju

posameznih duševnih funkcij ali sposobnosti ob sicer normalnem globalnem duševnem dozorevanju.« (Tomori,1999)

MKB opredeljuje naslednje razvojne motnje.

- F80 Specifične razvojne motnje pri govorjenju in jezikovnem izražanju
 - F80.0 Motnje izgovorjave
 - F80.1 Motnje v govornem izražanju
 - F80.2 Motnje v razumevanju govora
- F81 Specifične razvojne motnje pri šolskih veščinah
 - F81.0 Specifična motnja branja
 - F81.1 Specifične motnje pisanja in črkovanja
 - F81.2 Specifične motnje računanja
- F82 Specifična razvojna motnja motoričnih funkcij
- F84 Pervazivne razvojne motnje
 - F84.0 Avtizem v otroštvu. (Tomori & Zihlerl, 1999)

F90-F98 Vedenjske in čustvene motnje, ki se navadno začnejo v otroštvu in času adolescence

Hiperkinetične motnje (F90) ali hiperkinetičnost, splošna nemirnost in motnje zbranosti ter pozornosti so prevladujoči znaki sindroma, ki je najpogostejša otroška nevropsihološka motnja. (Tomori & Zihlerl 1999)

Pri motnjah vedenja (F91) otrok svoje duševno stanje, stiske in nerazrešene konflikte težko izraža neposredno, saj abstraktnega razmišljanja še ni sposoben, svoje lastno počutje in notranje stanje z razumom še dolgo slabo razpozna, njegov še preprostejši besedni zaklad pa ga omejuje v bolj zapletenih sporočilih o sebi. Tako lahko sporočila o njegovem duševnem svetu razberemo le posredno, prek njegovega vedenja. Poznamo:

- vedenjske motnje, omejene na družinski krog (F91.0),
- nesocializirano vedenjsko motenost (F91.1),
- socializirano vedenjsko motenost (F91.2) in
- opozicionalno – kljubovalno vedenje (F91.39). (Tomori & Zihlerl, 1999)

Med vedenjske in čustvene motnje, ki se navadno začnejo v otroštvu in adolescenci, pa prištevamo tudi :

- mešane motnje vedenja in čustvovanja (F92),
- čustvene motnje, značilne za otroštvo (F93),
- ločitveno tesnobo ali separacijsko anksioznost (F93.0),
- motnje socialnega vedenja, značilnega za otroštvo (F94),
- tike (»nehotni, nenadni, ponavljajoči se zgibki posameznih skupin mišic, ki se kažejo kot stereotipne kretnje ali vokalizacije« (Tomori, 1999)) in

podobne motnje ter

- druge vedenjske in čustvene motnje z običajnim začetkom v otroštvu ali adolescenci (F98). (Tomori & Zihlerl, 1999)

2.2.6 Organizacija in vrsta okupacijske – delovne terapije v psihiatričnih bolnišnicah

Delovna terapija je zdravstvena stroka, ki s pomočjo različnih namenskih dejavnosti vpliva na posameznikovo samostojnost na vseh področjih človekovega delovanja. Je stroka, ki pomaga ljudem, da živijo bolj plodno, zdravo in kakovostno življenje. Danes delovna terapija s svojimi pristopi, usmerjenimi na pacienta, uspešno dopolnjuje sodobno psihiatrično zdravljenje. Za uspešno izpeljan delovno-terapevtski proces pa je pomembno tudi dejavno sodelovanje bolnika, njegove družine in svojcev, s katerimi deli vsakodnevni življenjski svet. (Krajnc, 2004)

Pacient v sozvočju z delovnim terapevtom načrtuje in izvaja obravnavo, kar lahko pojmuje kot lastno prispevanje v okviru bolnišničnega okolja. Med obravnavo pridobiva in ohranja spretnosti, vzdržuje ali na novo vzpostavlja navade in izboljšuje izvedbo dejavnosti/zaposlitev, sočasno z dejavnim načrtovanjem in oblikovanjem obravnave pa se uči tudi veščine prispevanja. Možnost dejavnega sodelovanja in soodločanja dviguje samopodobo, krepi zaupanje v pridobljene veščine, kar posledično prinese večjo sposobnost prispevanja v primarnem življenjskem okolju. (Dekleva & Harc, 2006)

Koraki k uspešnemu sodelovanju v delovnoterapevtski obravnavi:

- vzpostavitev zaupanja in partnerskega odnosa,
- sklenitev terapevtskega dogovora,
- ocena potreb, ki jih mora pacient prepoznati kot pomembne,
- skupno oblikovanje ciljev obravnave, pogajanje, prilagajanje,
- načrtovanje obravnave.
- izvedba načrtovanih dejavnosti, pri čemer je pomembna kontinuiteta,
- sprotna evalvacija,
- stopnjevanje zahtevnosti,
- ohranjanje kontinuitete,
- postopna aplikacija dejavnosti v domače okolje,
- terapevt se počasi umika. (Dekleva & Harc, 2006)

Spremembe v zdravstvenih sistemih narekujejo tudi spremembe v delovnih pogojih za delovne terapevte. V razvitih skandinavskih državah večina delovnih terapevtov dela v lokalnih skupnostih, na domovih klientov, na njihovih delovnih mestih ter v ostalih življenjskih okoljih. Podobne trende je opaziti tudi v ZDA in Kanadi. Spremenjene okoliščine kažejo na prehod delovnoterapevtskih intervencij iz obravnave na ravni komponent v institucionalnih okoljih do na klienta usmerjenih

intervencij, ki ciljajo na izvajanje dejavnosti in vključevanje v vsakodnevni okolščinah. (Marušič, 2006)

Bistvo izvajanja življenjskih dejavnosti je tam, kjer človek živi, deluje in se druží. To pa sta njegovo ožje domače okolje in skupnost.

Delovna terapija v klientovem domačem okolju je nadaljevanje procesa delnoterapevtske obravnave v bolnišnici oziroma instituciji. V instituciji lahko pacient z duševno motnjo sorazmerno dobro obvladuje vsakdanje življenjske spretnosti, saj v enostavnem okolju dobi potrebno podporo. V domačem okolju pa se vsakodnevno znajde pred kopico nerešenih vprašanj, vedno znova mora organizirati svoje življenje in pri tem obvladovati dejavnike, ki bi lahko sprožili ponovitev bolezni. (Kranjc, 2004)

Enako kot v instituciji delovna terapija tudi na domu posega na tri pomembna področja človekovega delovanja (Krajnc, 2004):

- področje skrbi zase,
- področje produktivnosti,
- področje prostega časa.

Delovna terapija temelji na prepričanju, da z uporabo namenskih aktivnosti lahko vpliva na izboljšanje telesnega in duševnega zdravja. Določanje najprimernejših aktivnosti zahteva veliko premišljenih odločitev in izbor. Dejavnosti morajo biti namenske, imeti morajo pomen za pacienta, omogočiti zadovoljitev njegovih potreb ter hkrati tudi doseganje zastavljenih ciljev. (Petek, 2004)

Namenska aktivnost je bistvo delovne terapije že od samega začetka. Vključuje dejavnosti, ki imajo določen cilj in pomen ter v vseh pogledih ustrezajo pacientu. (Pedretti, 1996, cit. po Pihler, 2003)

Aktivnost postane namenska, ko vključuje želene posameznikove sposobnosti, ko pomaga izpolniti življenjske vloge in osebne cilje, ko izboljša pacientovo počutje in obvladovanje skrbi zase, dela in aktivnosti prostega časa. Aktivnost se mora ujemati z motoričnimi, senzoričnimi, psihosocialnimi in razvojnimi potrebami. (Golledge, 1998, cit. po Marušič in Vojska, 2004)

Aktivnosti delovne terapije omogočajo ljudem, da znova najdejo tiste življenjske potrebe, interese in želje, ki jih zaradi bolezni ali drugih ovir v okolju niso bili zmožni izvajati. Delovni terapevt jih v terapevtskem procesu pomaga izboljšati (ohranjati, naučiti, živeti, prirediti okolje ...) do to mere, da so sposobni za izvajanje zanje pomembnih smiselnih okupacij, tj. področij delovanja, primernih njihovu prepričanju in kulturi ter ožjemu in širšemu življenjskemu okolju, v katerem bivajo. (Petek, 2004)

Terapevtske aktivnosti lahko potekajo individualno ali skupinsko. Individualna obravnava daje terapevtu možnost, da dela s posameznikom. Vsak človek je

edinstvena oseba, ki ima svoje vrednote, cilje in potrebe. Tako ima terapevt možnost, da pacienta po ocenjevanju dobro spozna in se seznanja z načinom njegovega življenja pred prihodom v delovno terapijo. (Marušič & Vojska, 2004)

Pri individualni obliki dela ima posameznik več vpliva na terapijo, saj lahko neodvisno od drugih izbere aktivnost, ki ga zadovoljuje in mu zagotavlja napredek. Pacient tako lažje izraža svoje občutke in potrebe. To je prav gotovo prednost pred skupinskimi aktivnostmi, kjer se morajo člani skupine in terapevt prilagajati različnim potrebam in interesom. Ker skupina vključuje več oseb, mora terapevt dobro poznati vsakega posameznika. Pri izbiranju aktivnosti se mora prilagajati celotni skupini. (Hagedorn, 1992, cit. po Marušič in Vojska, 2004)

Skupinski proces je izkustven in zelo primeren za paciente, čeprav se rezultati ne pojavijo takoj. Terapevt pomaga skupini pri razumevanju, kako naučene načine delovanja uporabljati v vsakdanjem življenju, tako da bo lahko vsak posameznik čim samostojnejši tudi zunaj skupine. (Cole, 1998, cit. po Marušič in Vojska, 2004)

Terapevtske aktivnosti, ki jih v okviru delovne terapije uporabljajo pri pacientu z motnjo v duševnem zdravju

- **Rekreacijske aktivnosti.** Namenjene so dejavnostim in socialnim športom za uživanje, sprostitvev in ustvarjanje zdrave življenjske rutine(A.Jalovec, osebna komunikacija , marec 2009).

Te dejavnosti zmanjšujejo anksioznost in depresivnost ter prispevajo k ustvarjanju pozitivne samopodobe. (Jernejčič, 1997, cit. po Gornik, 2007)

- **Gledališke aktivnosti in psihodrama.** Z njihovo uporabo vplivamo na vsa področja človekovega delovanja; dnevne aktivnosti, delo in dejavnosti v prostem času. Širok spekter in široko znanje s področja uporabe gledaliških dejavnosti lahko odločilno vplivata na izboljšanje duševnega stanja klienta. Z namensko izbranimi aktivnostmi ga vključimo v terapevtski odnos, v katerem razvijemo zaupanje in mu omogočimo, da na lažji način izraža sebe in tako tudi napreduje.

Gledališke aktivnosti nudijo osebam z motnjo v duševnem zdravju priložnost, da razvijajo svojo kreativnost, osebnost, samozavest s pomočjo uporabe elementov igre, umetnosti, ustvarjalnosti. Z namensko uporabo gledaliških aktivnosti lahko vplivamo na izboljšanje senzomotoričnih, kognitivnih in psihosocialnih spretnosti. (Zavašnik, 2002)

Psihodrama ponuja boljši uvid v notranje konflikte in raziskovanje ustreznega vedenja prek igre vlog. Psihodrame ne more voditi delovni terapevt, če nima dodatnih znanj, lahko pa se poslužuje gledaliških aktivnosti. (Plemelj-Mohorič, 2007)

- **Glasbene aktivnosti in muzikoterapija.** Z vidika delovne terapije govorimo o glasbenih aktivnostih. Pri teh gre za uporabo organiziranega zvoka znotraj

delujočega odnosa med pacientom in delovnim terapevtom. Namen terapije je krepitev fizičnega, mentalnega, socialnega in emocionalnega dobrega počutja klienta. Delovni terapevt izbere glasbo na podlagi pogovora s posameznikom; izvedeti mora za njegov glasbeni okus, okolje, v katerem živi, socialni položaj, izobrazbo in delo, ki ga opravlja. Na osnovi tega opravi izbiro, primerno za osebo z motnjo v duševnem zdravju (A. Jalovec, osebna komunikacija, marec 2009).

Muzikoterapije ne more voditi delovni terapevt, ampak muzikoterapevt. (Jevšenak, 1996)

- Različne oblike ustvarjalnih aktivnosti, na primer: slikanje, risanje, kolaž, lončarstvo, papirna hiša, lutkovna igra, vezenje, krparija, pletenje, kvačkanje, lep opis, vrtnarjenje, obdelava lesa, tkanje, makrame, aranžiranje, mozaik, fotografiranje, svečarstvo, petje, ples, pisanje pesmi ali proze, batik, gledališka igra, praznična dekoracija itd (A. Jalovec, osebna komunikacija, marec 2009).

Ustvarjalne aktivnosti imajo terapevtsko vrednost in vključujejo naslednje koristi: zvišujejo motivacijo, stopnjujejo znanje, povečujejo zadovoljstvo in samospoštovanje, omogočajo samoizražanje, olajšajo projekcijo in zagotavljajo priložnost za spremembo. (Creek, 1997)

- Bralne aktivnosti in biblioterapija. Branje predstavlja za posameznika večino, ki mu omogoča kakovostno izvedbo dejavnosti na vseh treh področjih človekovega delovanja. Izguba sposobnosti, ki omogočajo branje, bistveno vpliva na posameznikovo obvladovanje okolja in na kakovost življenja. (Plemelj-Mohorič, 2007)
- Likovne aktivnosti. Likovna terapija je v psihiatriji prisotna kot diagnostika in kot zaposlitvena možnost. Klienti želijo najti in nadgraditi smisel svojega bivanja v likovnem ustvarjanju, tudi zato, da bi zapolnili svoj prosti čas. Ustvarjalno delo ima pri pacientih z motnjo v duševnem zdravju veliko pozitivnih učinkov, npr. odgovornost, (samo)kontrola, obvladovanje itd. Tako spoznavajo svoje potencialne zmožnosti in sposobnosti. Pogosto prav likovni kreativni proces posamezniku omogoči, da razkrije vse vidike, ki so sicer blokirani z zavestnim mišljenjem. (A. Jalovec, osebna komunikacija, marec 2009).
- Ustvarjalna aktivnost postaja ponotranjeno in hkrati zunanje doživljanje samega sebe, izražajoč zavedno in nezavedno.

Pri delu s starejšimi psihiatričnimi klienti je lahko poudarek na upodabljanju preteklih in sedanjih doživetij, pa tudi na ustvarjanju likovnih del, ki povečujejo njihove kognitivne sposobnosti in vzdržujejo ali obnavljajo njihovo socializacijsko raven. (Gojup, 1999)

- Kinezioterapevtske dejavnosti. Sem spadajo korektivna gimnastika in različne športne aktivnosti, kot so plavanje, pohodi, ljudske in športne igre, ples, gibalno-izrazne aktivnosti, jahanje itd (I.Rink, osebna komunikacija, april 2009).

Športne aktivnosti izboljšujejo kondicijo, vzdržljivost, moč, razvijanje motoričnih spretnosti, spodbudijo pa tudi človekov emocionalni, intelektualni in socialni razvoj. (Oven, 2003)

- Aktivnosti v prostem času. Konstruktiven način preživljanja prostega časa je središče delovno-terapevtske obravnave klientov. Pri večini je to področje prazno, tako da je treba znova odkriti zanimanja in potencialne kliente. Pomembno je, da so prisotne aktivnosti druženja, saj veliko bolnikov živi v osami. Program je zanje pomemben predvsem z vidika zapolnitve prostega časa, ki ga lahko ob vključitvi v različne aktivnosti kakovostno preživijo. Osnovni namen je ponudba različnih dejavnosti v tistem času, ko ni mogoče vključevanje v druge programe. Program omogoča povezovanje in druženje, posameznike spodbuja za redno ukvarjanje s športnimi aktivnostmi ter omogoča pridobivanje in učenje različnih socialnih veščin, ki jim bodo koristile v vsakdanjem življenju ter jim pomagale, da bodo lahko čim bolj samostojno in kakovostno živeli. (Cole, 1998)
- Komunikacijska skupina. Cilj komunikacijske skupine je povečati socialno interakcijo(I.Rink, osebna komunikacija, april 2009).
- Druge.

Terapevtski cilji aktivnosti so predvsem:

- zagotavljanje potrebnih obrambnih mehanizmov;
- izboljšanje in dvig samozavesti, samospoštovanja, identitete in kontrole; razvoj specifičnih delovnih sposobnosti;
- obvladovanje stresa;
- izboljšanje socialnih spretnosti in komunikacije;
- spodbujanje rekreacije in igre;
- spodbujanje ustvarjalnosti in samoizražanja;
- izobraževanje;
- izboljšanje občutka pripadnosti skupnosti in podpora;
- izboljšanje kognitivnega zavedanja;
- rnožnost sodelovanja v večji skupnosti. (Cole, 1998)

Pomemben pokazatelj uspešnosti delovnoterapevtske obravnave so rezultati ocenjevanja ob zaključku obravnave in rezultati ocenjevanja po enem letu. Če je

osebi z duševno motnjo zagotovljena strokovna pomoč na domu, se lahko zdravnik odloči za njegov predčasni odpust, kar vpliva tudi na znižanje stroškov zdravljenja. Potreba po delovni terapiji na domu in v skupnosti je stvar okoliščin in spoznanje nujnosti, njeno uvajanje pa proces, ki zahteva veliko vztrajnega in sistematičnega dela, učenja in dodatnega usposabljanja. Nekateri analitiki celo trdijo, da je delovna terapija v skupnosti ali na domu sploh poglavitna smer razvoja tovrstne terapije tega stoletja. (Krajnc, 2004)

2.2.7 ODDELKI V PSIHIATRIČNIH BOLNIŠNICAH V SLOVENIJI

Ko govorimo o oddelkih v psihiatričnih bolnišnicah, se moramo zavedati, da so različni glede na velikost bolnice, potrebe območja, kjer se bolnišnica nahaja, glede na število pacientov, tipe bolezni pacientov, ki jih bolnišnica sprejme, ter veliko drugih dejavnikov.

Za boljši vpogled v organizacijsko strukturo psihiatrične bolnišnice sem izbral organizacijsko shemo Psihiatrične klinike Ljubljana, ki predstavlja največjo psihiatrično bolnišnico v Sloveniji.

Programi zdravljenja in rehabilitacije v Psihiatrični kliniki Ljubljana so prilagojeni potrebam posameznikov. Izvajajo jih v štirih organizacijskih enotah. Ambulantno vodenje po odpustu poteka v vseh organizacijskih enotah.

KLINIČNI ODDELEK ZA KLINIČNO PSIHIATRIJO (KOKP)

Enota za intenzivno psihiatrijo

S sprejemnimi oddelki je namenjena izvajanju intenzivne diagnostike in zdravljenju nujnih psihiatričnih stanj.

- *Sprejemni oddelek*

Namenjen je sprejemu, diagnostiki in začetnemu zdravljenju pacientov z duševnimi motnjami ter zdravstvenimi težavami, pri katerih so v ospredju duševni simptomi. Predvsem zaradi zagotavljanja varnosti pacientov je oddelek zaprt, kar pomeni nadzorovanje vstopanja na oddelek in zdravljenja. Dnevno na oddelku potekajo terapevtske aktivnosti, ki so usmerjene v izboljševanje zdravja in prispevajo k hitrejšemu okrevanju pacientov. Večina jih ostane na oddelku nekaj dni, nekateri pa tudi dlje. (<http://www.psih-klinika.si/>)

Praviloma pacienti zdravljenje nadaljujejo na drugih oddelkih klinike

- *Oddelek za podaljšano intenzivno obravnavo*

Namenjen je podaljšani intenzivni obravnavi, ki vključuje zdravljenje z zdravili, razbremenitvene psihoterapevtske ukrepe, socialno delo in delovno terapijo. Pacientom sta zagotovljena varnost in nadzor pred premestitvijo na odprt oddelek. (<http://www.psih-klinika.si/>)

- *Oddelek za intenzivno varovano obravnavo*

Namenjen je podaljšanemu intenzivnemu zdravljenju. S povezanim delovanjem različnih strokovnjakov oddelka poleg zdravljenja omogoča tudi psihoterapevtsko obravnavo in začetek rehabilitacije prvič sprejetih pacientov, ki potrebujejo pomoč pri študiju, vrnitvi v delovni proces ali domače okolje. Del obravnave je namenjen delu z bližnjimi, ki naj jim pomaga razumeti naravo duševne motnje in njeno obvladovanje v začetnih obdobjih. Velik del terapevtske dejavnosti je usmerjen k ustvarjanju dobrega sodelovanja v procesu zdravljenja. (<http://www.psih-klinika.si/>)

- *Oddelek za posebne prilagoditve procesa zdravljenja*

Tu zdravijo paciente z duševnimi motnjami, ki zaradi svoje rezistence (slabšega odziva na običajne metode zdravljenja) potrebujejo posebne prilagoditve procesa zdravljenja. Zdravljenje tudi tu poteka z zdravili in z uporabo skupinskega psihoterapevtskega pristopa ter drugih intenzivnih skupinskih terapevtskih tehnik. (<http://www.psih-klinika.si/>)

Enota za prolongirano terapijo

Namenjena je pacientom, ki potrebujejo daljše bolnišnično zdravljenje. Večino duševnih bolezni je treba zdraviti v dovolj dolgem časovnem obdobju, tudi več mesecev, da pride do takšnega izboljšanja, ki omogoča samostojno življenje. Na teh oddelkih poleg zdravljenja z zdravili zagotavljajo visoko stopnjo podpore in varno terapevtsko okolje, ki omogoča okrevanje v dovolj dolgem procesu zdravljenja. Dolgo hospitalizirane paciente premeščajo v ustrezne ustanove in skupnostne službe. Družinska oskrba v okviru te enote omogoča nepretrgano spremljanje nekaterih pacientov tudi po odpustu. (<http://www.psih-klinika.si/>)

- *Intenzivni varovani oddelek za zdravljenje ponavljajočih se psihoz*

Je zaprt oddelek, namenjen pacientom, ki potrebujejo intenzivno obravnavo ponavljajočih se ali dolgotrajnih hudih duševnih motenj in pridruženih telesnih bolezni. (<http://www.psih-klinika.si/>)

- *Oddelek za zdravljenje ponavljajočih se duševnih motenj*

Je odprt oddelek, ki zagotavlja tudi vzdrževalno zdravljenje in načrtovanje nepretrgane obravnave. (<http://www.psih-klinika.si/>)

- *Oddelki za podaljšano zdravljenje in rehabilitacijo*

Oddelki so namenjeni zdravljenju in rehabilitaciji ponavljajočih se duševnih motenj. Veliko pozornosti namenjajo socialno-podpornim ukrepom, ki vključujejo reševanje socialnih stisk in zmanjševanje psiholoških posledic bolezni, kamor sodijo tudi eksistenčne stiske, neurejene bivanjske in zaposlitvene razmere, nesporazumi in konflikti v družinah ter intenzivna pomoč svojcem. Pacientom in njihovim svojcem so na voljo izobraževalni programi in skupnostne metode zdravljenja (<http://www.psih-klinika.si/>).

- *Oddelek za zdravljenje psihoz in odvisnosti*

Na tem oddelku poleg psihiatričnega zdravljenja razvijajo programe obvladovanja bolezenskih stanj, ki se jim pridružujejo odvisnosti od psihoaktivnih snovi. (<http://www.psih-klinika.si/>)

Enota za rehabilitacijo

Enota je namenjena zdravljenju pacientov, ki potrebujejo intenzivno načrtovanje tudi po odpustu. Cilj rehabilitacijske obravnave je čim večja samostojnost in zadovoljnost pacientov ter pomoč njihovim družinam. Načini dela poleg zdravljenja z zdravili in psihoterapijo obsegajo tudi oceno potreb, oblikovanje in izvajanje posameznikom prilagojenega rehabilitacijskega načrta, spremljanje in zdravljenje v domačem okolju ter povezovanje z zunanjimi sodelavci: centrom za socialno delo, nevladnimi organizacijami in osnovnim zdravstvenim varstvom (<http://www.psih-klinika.si/>)

- *Oddelek za skupnostno psihiatrijo*

V okviru tega oddelka izvajajo obiske na domu, da zagotovijo nepretrgano obravnavo in čim boljše sodelovanje pacientov. Program obravnave vključuje psihiatrične, socialne, pedagoške in delovnoterapevtske dejavnosti ter aktivnosti zdravstvene nege, ki so prilagojene posameznikovim potrebam, izvajajo pa jih s soglasjem pacienta in njegovih svojcev. Na oddelku so pacientom na voljo tudi izobraževalne skupine, pomoč pri učenju, trening vsakdanjih in socialnih veščin, kognitivno-vedenjska terapija in svetovalni razgovori. Delo s svojci je prilagojeno njihovim potrebam. Oddelek se povezuje z vsemi dostopnimi skupnostnimi službami. (<http://www.psih-klinika.si/>)

- *Oddelek za zdravljenje organskih duševnih motenj*

Namenjen je zdravljenju pacientov, ki imajo poleg psihotične motnje ali odvisnosti tudi organske zaplete ali vzroke bolezni. Oddelek se povezuje s specialisti nevrologi

ter z njihovo pomočjo izvaja diagnostiko in zdravljenje organskih duševnih motenj. Številne paciente tu usmerijo tudi v skupnostno psihiatrično obravnavo. (<http://www.psih-klinika.si/>)

- *Oddelek za podaljšano zdravljenje in rehabilitacijo*

Na tem oddelku obravnavajo paciente s pogostimi ponovitvami bolezni in načrtujejo obvladovanje ponavljajočih se hudih duševnih motenj tudi po odpustu. Uporabljajo najsodobnejše diagnostične metode in psihofarmakoterapevtske pristope s pomočjo strokovnjakov v skupnosti. (<http://www.psih-klinika.si/>)

Tu se zdravijo tudi pacienti s ponavljajočimi se duševnimi motnjami. Obravnava je načrtovana v delovni skupini in povezana s skupnostnimi službami ter z oddelkom za skupnostno psihiatrijo. Psihoterapevtske skupine in individualno psihoterapevtsko delo so prilagojeni potrebam posameznih pacientov. Delo s svojci je organizirano prek izobraževalnih programov, individualno in v psihoterapevtskih skupinah. (<http://www.psih-klinika.si/>)

Enota za gerontopsihiatrijo

Enota za gerontopsihiatrijo je namenjena diagnostiki, zdravljenju, zdravstveni negi, socialni obravnavi in rehabilitaciji duševnih motenj, nastalih v starosti. Izvajajo tako bolnišnično kot ambulantno obravnavo. (<http://www.psih-klinika.si/>)

Namenjena je pacientom, pri katerih je nastala duševna motnja v starosti, pa tudi pacientom z že poznanimi duševnimi motnjami, ki potrebujejo dodatno specifično diagnostično ali terapevtsko obravnavo zaradi demence. Osnovni namen obravnave je ohranjati raven zdravja, preprečevanje slabšanja bolezni in lajšanje trpljenja starostnikov z duševnimi motnjami. (<http://www.psih-klinika.si/>)

- *Intenzivni varovani oddelek*

Namenjen je obravnavi pacientov, ki potrebujejo intenziven nadzor zaradi duševne motnje, ki je nastala v starosti (npr. delirij, samomorilna ogroženost, nasilno vedenje, zelo izrazit nemir). Taki pacienti običajno težje sodelujejo v strukturiranih skupinskih aktivnostih, zato njihove dejavnosti potekajo pretežno individualno. (<http://www.psih-klinika.si/>)

- *Intenzivni oddelek za zdravljenje vedenjskih in duševnih sprememb*

Namenjen je obravnavi pacientov s prevladujočimi vedenjskimi in duševnimi simptomi, najpogosteje zaradi demence v srednjem in poznem stadiju (npr. tavanje,

nemir, vznemirjenost, psihotične motnje, nočni nemir ...). Tovrstni pacienti potrebujejo stalen nadzor, lahko pa sodelujejo v manj zahtevnih dejavnostih na oddelku. Oddelek je varovan. (<http://www.psih-klinika.si/>)

- *Oddelek za prolongirano gerontopsihiatrično obravnavo*

Oddelek je prilagojen pacientom z depresijo in drugimi duševnimi motnjami v starosti, ki potrebujejo intenzivnejši psihoterapevtski program in gerontopsihiatrično rehabilitacijo, katere cilj je ohranjanje in pridobivanje veščin za čim bolj uspešno in zgodnje vračanje v domače okolje. Temu je prilagojena tudi interdisciplinarna obravnavna z obsežnejšo delovno terapijo (<http://www.psih-klinika.si/>).

- *Oddelek za motnje spomina*

Oddelek je namenjen diagnostiki in rehabilitaciji kognitivnih funkcij, običajno v sklopu demence v začetnem stadiju. Taka dejavnost je v Sloveniji nova in predstavlja področje, ki ga v drugih državah obravnavajo v tako imenovanih »spominskih klinikah«. Cilj dejavnosti oddelka je omogočiti pacientom z nastajajočo demenco čim daljše samostojno bivanje in kakovostno življenje z najustreznejšimi zdravili in kognitivno rehabilitacijo. (<http://www.psih-klinika.si/>)

- *Oddelek za zgodnjo diagnostiko in rehabilitacijo*

Oddelek z dnevnim bivanjem je namenjen zahtevnejšim, vendar hitrim diagnostičnim obravnavam duševnih motenj v starosti, ki jih ni mogoče izpeljati ambulantno. Služi tudi podaljšanemu, časovno omejenemu bivanju po zdravljenju na ostalih oddelkih, ko je potreben intenzivnejši nadzor, kakršnega ni mogoče zagotoviti zgolj ob ambulantnih pregledih. (<http://www.psih-klinika.si/>)

KLINIČNI ODDELEK ZA MENTALNO ZDRAVJE (KOMZ)

KOMZ je psihoterapevtsko usmerjen klinični oddelek, ki ga sestavlja pet enot.

Enota za krizne intervencije

Namenjena je ljudem v hudi čustveni stiski zaradi nenadnih stresnih okoliščin, ki jih sami ne morejo rešiti, in ljudem po poskusu samomora.

Paciente napoti na zdravljenje ambulantni ali dežurni psihiater.

Zdravljenje je krajše in celostno. Vključuje terapijo z zdravili in psihoterapijo

(individualno, skupinsko, družinsko). Poteka prek različnih dejavnosti, s katerimi skupaj iščemo vzroke težav in možnosti za njihovo ustreznejše reševanje ter

ustvarjanje boljših odnosov z okoljem. Pričakovano je dejavno sodelovanje pacientov in svojcev. (<http://www.psih-klinika.si/>)

Enota za adolescentno psihiatrijo

Enota je namenjena zdravljenju pacientov v starosti od 14 do 22 let z različnimi duševnimi motnjami. Zdravljenje obsega intenzivno psihoterapevtsko delo v obliki skupin in individualnih terapevtskih pogovorov. Terapevtski tim sodeluje s svojci pacientov. Pogosto se ne moremo izogniti tudi zdravljenju z zdravili. Posebna pozornost je namenjena tiskemu delu. Zdravljenje v povprečju traja šest tednov. (<http://www.psih-klinika.si/>)

Enota za zdravljenje motenj hranjenja

Enota je specializirana za bolnišnično, diagnostično in psihoterapevtsko obravnavo motenj hranjenja oseb, starejših od 16 let.

Obravnava motenj hranjenja (anoreksija in bulimija nervoza, kompulzivno prenejedanje, ortoreksija in bigoreksija nervoza) zahteva daljši čas zdravljenja. Običajno traja tri do štiri mesece, kar je odvisno od ocene terapevtskega tima ter predvsem od odgovornega sodelovanja pacientov in svojcev v času zdravljenja.

Namen zdravljenja je obvladovanje motnje, prepoznavanje njenih vzrokov, ustvarjanje ustrežnejše samopodobe in medosebnih odnosov.

Enota za psihoterapijo nevroz

Enota za psihoterapijo nevroz je namenjena intenzivnemu zdravljenju širokega razpona nevrotičnih in osebnostnih motenj. Za začetek zdravljenja je potrebna predpriprava: izpolnjen vprašalnik in uvodni pogovor s psihoterapevtom. Enota psihoterapevtsko deluje po načelih analitične skupinske psihoterapije, obravnava pa traja tri mesece. Za ta tip zdravljenja je potrebna visoka motivacija in dejavno sodelovanje pri razreševanju notranjih duševnih konfliktov. Zdravljenje ni osredotočeno na lajšanje simptomov, ampak na iskanje vzročnih povezav pri nastanku motenj. (<http://www.psih-klinika.si/>)

Enota za psihoterapijo psihoz

Enota za psihoterapijo psihoz je namenjena bolnišničnemu zdravljenju oseb s psihotičnimi motnjami. Poleg diagnostične ocene je v ospredju predvsem skupinska in individualna psihoterapevtska obravnava teh motenj.

Dolžina zdravljenja je prilagojena posameznikovim potrebam in traja v povprečju dva meseca in pol. (<http://www.psih-klinika.si/>)

Center za zdravljenje odvisnosti od alkohola in drugih odvisnosti (CZOA)

Tu se lahko bolnišnično ali ambulantno zdravijo odrasli ljudje z naslednjimi težavami: odvisnost od alkohola, odvisnost od tablet, ki vplivajo na duševnost (pomirjevala, uspavala, sredstva proti bolečinam), odvisniške oblike vedenja (patološko hazardiranje ipd.), kombinacija odvisnosti z drugimi duševnimi motnjami, zasvojenost svojcev oziroma drugih oseb. Bolnišnično zdravljenje je potrebno, kadar obstajajo težave pri doseganju abstinence, če so z odvisnostjo povezane še druge resne duševne težave, če obstajajo resne težave v medsebojnih odnosih ali telesne okvare oziroma kadar ambulantno zdravljenje ne zadostuje. (<http://www.psih-klinika.si/>)

Center za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog (CZOPD)

Ambulantna obravnava poteka v obliki individualnih pogovorov ali terapevtskih skupin. Na prvi pregled se lahko naroči kdor koli, ki ima težave z uživanjem drog pri sebi ali svojih bližnjih. (<http://www.psih-klinika.si/>)

Bolnišnično zdravljenje sestavljajo tri faze. Prva faza obsega 6 tednov detoksikacije. Druga faza poteka naslednjih 8 tednov in je namenjena prepoznavanju tveganih situacij ter razreševanju osebnih, družinskih, partnerskih in socialnih težav. Tretja faza poteka v obliki dnevne obravnave na dnevnem oddelku (<http://www.psih-klinika.si/>).

CZOPD je povezan z 18 centri za preprečevanje in zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog; od teh tudi sprejema paciente in omogoča nadaljnjo obravnavo po odpustu iz bolnišnice. (<http://www.psih-klinika.si/>)

Center sodeluje z vladnimi, nevladnimi in prostovoljnimi oblikami pomoči, z vzgojnimi zavodi ter zavodi za izvrševanja kazni zapora. (<http://www.psih-klinika.si/>)

Center za izvenbolnišnično psihiatrijo

Center za izvenbolnišnično psihiatrijo je vez med bolnišnico in ljudmi z duševnimi motnjami. Sem prihajajo ljudje z napotnico splošnega ali družinskega zdravnika, pa tudi po nasvetu bližnjih. (<http://www.psih-klinika.si/>)

Na centru uporabnik dobi nasvet, se pogovori o svojih težavah, tu se začne diagnostika in uvedena terapija, če je potrebna bolnišnična obravnava, pa uporabnika napotijo na ustrezen oddelek. (<http://www.psih-klinika.si/>)

Uporabnik se lahko vključi v delavnice oziroma izve več o svoji motnji. Center deluje predvsem na ambulantni način; poleg zdravljenja z zdravili omogočajo tudi psihoterapevtsko zdravljenje. (<http://www.psih-klinika.si/>)

V okviru centra je tudi urgentna ambulanta. Njen namen je predvsem svetovanje in po potrebi takojšnje uvajanje potrebne terapije do srečanja s psihiatrom v ambulanti, ki nadaljuje zdravljenje oziroma ustrezno svetovanje. (<http://www.psih-klinika.si/>)

2.2.8 ZAKON O DUŠEVNEM ZDRAVJU KOT PODPORA PRI ZDRAVLJENJU DUŠEVNIH BOLEZNI

Priporočilo Svetovne zdravstvene organizacije za zaščito ljudi z duševno boleznijo in za izboljšanje skrbi za duševno zdravje navaja, da naj ima vsaka oseba z duševno boleznijo pravico živeti in delati, kolikor je le mogoče, v skupnosti. (Švab, 1996)

Cilj družbene skrbi je boljša kakovost življenja oseb z duševno motnjo. Za uslužbenca, strokovnjake in prostovoljce pomeni boljša kakovost življenja največkrat avto, počitnice na morju, kakovostno izobraževanje za otroke, zadovoljujoč odnos s partnerjem itd., za bolnika, ki je dolgo hospitaliziran v psihiatrični bolnišnici, pa je kakovost nekaj povsem drugega: zasebnost, zagotovljena vsakdanja prehrana, cigarete ... (Švab, 1996)

Zakon o duševnem zdravju določa sistem zdravstvene in socialne varstvene skrbi na področju duševnega zdravja, nosilce oziroma nosilke te dejavnosti ter pravice osebe med zdravljenjem na oddelku pod posebnim nadzorom psihiatrične bolnišnice, obravnavo v varovanem oddelku socialno-varstvenega zavoda in v nadzorovani obravnavi.

Pomemben je 13. člen, ki v svoji 1. točki zagovornika pravic uporabnikov storitev opredeljuje kot osebo, ki je izbrana in imenovana s pravico in dolžnostjo, da v postopkih zdravljenja, bivanja oz. obravnave uporabnika storitev v mreži izvajalcev storitev in programov za duševno zdravje zastopa osebo, o kateri teče postopek. Ravno tako zelo pomemben za zaščito položaja pravic in potreb oseb s težavami v

duševnem zdravju je načrtovalec samostojnega življenja, ki ga vsebinsko utemeljujejo členi 62, 63, 64 in 65 osnutka tega zakona. Tako je načrtovalec samostojnega življenja po 1. točki 62. člena osnutka Zakona oseba, imenovana s pravico in dolžnostjo, da koordinira priprave in nadzoruje izvajanje individualnega načrta. V tretji točki tega člena je načrtovalec predviden kot strokovnjak z visoko ali univerzitetno izobrazbo s področja prava, socialnega dela, medicine, psihologije ali druge ustrezne smeri. (Zakon o duševnem zdravju (ZDZdr), Ur. l. RS, št. 77/2008)

2.3 KINEZIOTERAPIJA

Prof. Vidmar v skripti za študente Fakultete za šport navaja, da je kinezioterapija oblika nespecifičnega funkcionalnega zdravljenja, ki uporablja gib, oziroma gibanje, kot osnovno sredstvo v prizadevanju za izboljšanje narušenega zdravja ali za popolno ozdravitev.

Naziv je sestavljenka dveh grških besed: kinesis – gibanje in therapeio – zdravljenje.

Čeprav gib lahko uporabimo v tri namene (preventiva, zdravljenje in rehabilitacija), je kinezioterapija v pravem pomenu besede največ v uporabi pri rehabilitaciji. Če torej govorimo o kinezioterapiji, ne moremo mimo rehabilitacije, ki pa predstavlja proces bio-psihosocialnega prilagajanja telesno in duševno prizadete osebe za ponovno vključevanje v družbeno življenje.

2.3.1 KINEZIOTERAPIJA V FUNKCIJI ZDRAVJA

Namen kinezioterapije je s kineziološkimi metodami in sredstvi sodelovati v interdisciplinarnem diagnostičnem, pa tudi terapevtskem procesu obravnave bolnikov.

Kineziologija predstavlja pomembno dejavnost športne medicine v zdravljenju in rehabilitaciji pacienta. Temelji na spoznanjih anatomije, fiziologije in kineziologije. Ko govorimo o zdravljenju duševnih bolezni, pa so nujna tudi osnovna znanja psihopatologije in psihodinamike.

Končni cilj vsake rehabilitacije in torej tudi kinezioterapije je razvoj preostalih zmožnosti organizma do mere, ki zagotavlja najoptimalnejšo vključitev poškodovanega ali bolnega v delovno in življenjsko okolje. Rehabilitacija se deli na medicinsko, poklicno in socialno. (Vidmar, 1992)

Čeprav kinezioterapija sodi v medicinsko rehabilitacijo, predstavlja zlasti v primeru izrabe elementov športa, kot načina rehabilitacije z gibanjem, mejno področje med medicinsko in športno stroko. Obe stroki skrbita za optimalno izrabo možnosti, ki jih ponuja šport. (Vidmar, 1992)

Pri rehabilitaciji se mora pacient zavedati, da je enakovreden član svojega rehabilitacijskega tima in da je rehabilitacija v veliki meri odvisna od pacientove lastne motivacije, sodelovanja in aktivnosti.

Cilj terapevtskega procesa kinezioterapije v okviru timske obravnave pacientov je spodbujanje pozitivne adaptacije na bio-psiho-socialnem delovanju vsakega v terapijo vključenega posameznika na področjih:

- biološke, ali boljše, telesne zmogljivosti – izboljšanje telesnih sposobnosti v smislu večje vzdržljivosti, moči, koordinacije, gibljivosti ipd.,
- psihološkega dogajanja – spodbujanje skupinske dinamike, pri posameznikih pa spodbujanje psihodinamike v smeri čustvenega doživljanja, pa tudi prepoznavanja in usmerjanja čustvenih odzivov oz. reakcij,
- socialnih veščin – je osnovno dogajanje v skupini z dinamiko medsebojnih odnosov.

2.3.2 ZGODOVINA KINEZIOTERAPIJE V SLOVENIJI

Prvi podatki o kinezioterapiji v psihiatriji so že v egiptčanskih spisih. Že takrat so izrazili zahtevo, da bolnik ne sme biti nikoli sam s svojimi mislimi. Zato je bilo treba organizirati dejavnosti, ki bi v njem vzbudile bolj radostno doživljanje.

Okrog 1500 p. n. š. najdemo zapise o hramih v čast Saturnu – pribežališčih duševnih bolnikov, kjer so imeli med drugim možnost za telesno vadbo, igro, ples in poslušanje glasbe.

V Grčiji se Hipokrat zavzema za urejanje bolnišnice za duševne bolnike, kjer bi zdravili tudi s telesnimi vajami.

V srednjem veku nazadujejo in opustijo tudi že uveljavljene metode.

Na začetku 18. stoletja nemški zdravnik Heil zopet oživi metodo zdravljenja s telesnimi vajami ter se zavzema za ureditev igrišč in dvoran za vadbo duševnih bolnikov v vsakem zdravilišču.

Do leta 1930 razvoj stagnira, vadba pa je opredeljena kot nekaj, kar preganja monotonijo iz bolnišnic.

Davis leta 1931 opozarja na izkušnje s telesnimi dejavnostmi pri kroničnih psihotikih, ki so po takšnem zdravljenju prebudile interese lahko prenesli na odgovornejše delovne dejavnosti. Od leta 1940 dalje govorimo o rekreacijski terapiji.

Druga svetovna vojna je znova prebudila ustvarjanje programa telesne rehabilitacije v vojnih bolnišnicah, ki se je razširil tudi na psihiatrični oddelke.

V Jugoslaviji se je tovrstna dejavnost začela v Duševni bolnišnici Vrapče v Zagrebu leta 1960, na pobudo prim. dr. Branka Gostla. Od tam se je razširila tudi v druge psihiatrične ustanove po Jugoslaviji in tako postala neločljiv del aktivnih metod rehabilitacije in resocializacije v psihiatriji. (Sabljak, 1984).

Iztok Rink pa v svojem članku Kinezioterapija v psihiatriji (1988) navaja, da so tudi pri nas v Sloveniji kmalu po letu 1960 našli prostor za kinezioterapijo. Tovrstno dejavnost so vodili delovni terapevti in drugi navdušenci iz vrst medicinskega osebja. Izkušnje in znanje so si lahko pridobili na tečajih, ki jih je organiziral JUKO (Jugoslovanski koordinacijski odbor psihiatričnih ustanov). V večini bolnišnic so ti navdušenci še zmeraj glavna delovna sila na področju kinezioterapevtskih dejavnosti. Nekatero bolnišnice so spoznale, da so pri tem delu potrebni večja strokovnost in interdisciplinarni prijemi ter razpisale delovno mesto kinezioterapevta. Leta 1985 je bil na ljubljanski psihiatrični kliniki prvič sprejet za kinezioterapevta diplomant Fakultete za telesno kulturo.

Iztok Rink navaja, da poteka od leta 1988 kinezioterapija praktično na vseh oddelkih Kliničnega oddelka za klinično psihiatrijo, pa tudi na drugih oddelkih Psihiatrične klinike Ljubljana.

2.3.3 SREDSTVA IN METODE DELA KINEZIOTERAPIJE V PSIHIATRIČNIH BOLNIŠNICAH

Teoretični vpogled v kinezioterapijo v psihiatriji

Uporaba fizične rekreacije v terapiji duševnih bolnikov temelji na razumevanju, da je rekreacija vrsta neverbalne komunikacije ter način, s katerim dobimo vpogled v stanje bolnika z njegovim fizičnim izražanjem, kar psihiatru omogoča razumevanje bolnikovega osebnostnega oz. duševnega stanja. (Sabljak, 1971)

Izvedene oblike igre in vadbe lahko znova aktivirajo verbalno ali neverbalno ekspresijo, ki zdravniku pomaga pri odkrivanju bolnikovih latentnih ali izgubljenih interesov. (Sabljak, 1984).

Vaje, ki jih uporabljajo v kinezioterapiji, temeljijo na gibu. Gibi so splošno pojmovani kot telesna vadba. Psihiatrija ima vadbo za kombinacijo fizične in mentalne aktivnosti, ki se usmerja k specifični ekspresiji. Ta ekspresija lahko temelji na katarzi, projekciji, identifikaciji, lahko pomeni halucinacijsko ali paranoično dogajanje, in se s tako vrsto in obliko fizične akcije oblikuje v tej smeri. Kakovost izvajanja fizične vadbe temelji na različnih dejavnikih, ki se manifestirajo v tipu in vrsti vadbe z ene strani ter v sposobnosti in znanju terapevta z druge. (Sabljak, 1984)

Glavni cilj je, da te dejavnike vključimo v neko smiselno celoto. Zaradi tega mora tudi terapevt izbrati primerne elemente različnih vadb, da pomaga bolniku uravnati obnašanje v smeri priporočila psihiatra.

Terapevtske vaje niso namenjene le zabavi in razvedrilu duševnih bolnikov. So del razbijanja bolnikovega vsakdana, kar je tudi cilj zdravljenja. Prav tako prispevajo k razbijanju psihotičnega procesa – s povečevanjem bolnikove koncentracije, k usmeritvi v konstruktivno aktivnost ob vzdrževanju in povečevanju sodelovanja, reintegraciji začetne aktivnosti v socialno aktivnost ter usmerjanju interesov od individualnih do skupinskih.

Rekreacija kot aspekt terapijske vadbe temelji bolj na odnosu kot na aktivnosti. Temelji na izkušnji v aktivnosti, ki vsebuje tako koristne kot škodljive učinke aktivacije močnih pozitivnih čustvenih stimulansov, ki podajajo tudi druge kvalitete fizičnih lastnosti bolnika. Tu je hkrati bogat izbor aktivnosti, ki z vajami pripelje bolnika do načina osebnega izražanja in komunikacije z drugimi. Bolniki s fizičnimi aktivnostmi izražajo tisto, česar ne morejo izraziti s pogovorom. Telesno vadbo in dejavnosti lahko pogosto uporabljamo kot pot za komunikacijo z bolniki, ki imajo težave z medosebnimi odnosi. Veliko teh bolnikov pristane na igro in ta igra pogosto sproži izraze njihovega obnašanja. Psihiater lahko take reakcije izkoristi v smislu diagnoze in koristne indikacije za zdravljenje.

Izhajajoč iz spoznanja, da pri duševnih bolnikih prihaja tudi do motoričnih disfunkcij, ki rušijo samozavest in osebnost, s terapijskim delovanjem kinezioterapije delujemo tudi neposredno na izboljšanje nekaterih psihičnih funkcij. Aktivacija in delovanje na telo in motoriko bolnika hkrati delujeta tudi na njegovo psihično stanje.

Širok strukturalni pojem fizične vadbe zahteva, da so definirani tudi njegovi cilji na področju zdravljenja in rehabilitacije. Čeprav se to sliši kot paradoks, je cilj fizične vadbe v rehabilitaciji bolj pozitivno psihično kot fizično delovanje na bolnika.

Gradirana, in spontana fizična vadba se širi na socialni ravni, kjer morajo udeleženci obvladovati socialne prepreke, priučene z navado, običaji, nezainteresiranostjo ali avtističnimi kreacijami. To je sredina, v kateri lahko terapevt oblikuje svoje metode, tehnike in sredstva delovanja, da lahko uresniči psihiatrove cilje v smeri socializacije.

Kinezioterapija omogoča:

- spremembe navad pacienta,
- prve motivacijske korake proti profesionalni rehabilitaciji,
- kreativno vadbo in ponavljanje vadbe,
- podatke zdravniku za diagnozo, prognozo in zdravljenje. (Sabljak, 1984)

Iztok Rink v svojem članku Kinezioterapija v psihiatriji navaja štiri vidike stopnje terapevtskega učinkovanja na bolnika s kineziološkimi metodami, kot so:

- fiziološki učinki vadbe,

- popestritev bolnikovih dejavnosti med hospitalizacijo,
- možnost za hitrejšo resocializacijo,
- preventivni oziroma vzgojno-pedagoški vidik.

Cilji kinezioterapije

Vse več izkušenj potrjuje raznolikost ciljev kinezioterapije v psihiatriji. To so:

- dvig splošne kondicije,
- readaptacija fizičnih hendikepirancev,
- obča resocializacija,
- skupinska identifikacija,
- specifični interpersonalni odnosi.

Vadba mobilizira somatske procese, razvija zamrlo fizično kondicijo, vrača aktivnost mišičnim skupinam, ki so zaradi neaktivnosti oslABLJENE, aktivira delo notranjih organov. Skratka, aktivirani so fizični mehanizmi bolnikovega telesa.

V primeru fizičnih hendikepirancev vadba deluje na aktivacijo zdravih delov telesa, hkrati pa pomaga povečevati moč hendikepiranega dela telesa.

Kinezioterapija s svojim delovanjem razvija socialni duh in omogoča boljše medosebno spoznavanje. Zlatko Sabljak navaja, da skupinska aktivnost razvija kooperativnost in občutek lojalnosti, potiska individualne želje in razvija smisel za skupinskost. Na začetku vadbe se razvijajo individualne želje in težnje, da prevlada strah, pozneje pa se razvija skupinska solidarnost in pozitivni skupinski mehanizmi, ki omogočajo resocializacijo. (Sabljak, 1985)

Vadba v skupini bolnikov se identificira z drugimi udeleženci in terapevtom, kar bolniku omogoča, da se vključi v skupino in da izstopi iz svoje individualne zaprtosti.

Med vadbo se razvijejo specifični odnosi med bolniki samimi ter med bolnikom in terapevtom. Ti odnosi, združeni z jezikom neverbalne komunikacije, predstavljajo podporo nadaljnjemu razvoju odnosa in stika z okolico.

Za duševnega bolnika raznovrstnost oblik iger lahko pomeni izhod iz napetih situacij. Za introvertnega bolnika je to idealen, ekstraverten način izražanja. Odprta agresivna oseba lahko na ta način sprosti energijo na družbeno sprejemljiv način. Preveč tekmovalna osebnost lahko najde v igri neosebne mehanizme in sredstva, ki imajo pozitiven vpliv.

Kinezioterapija lahko v psihiatriji vpliva na dve stvari: komuniciranje in kontroliranje čustev. Hkrati lahko razvija zdravo željo po gibanju in delu, razvija čut za skupnost, dviga občutek odgovornosti, samospoštovanje, povečuje in razvija sposobnost tekmovalnosti z drugimi osebami, sposobnost priznanja poraza, omogoča sledenje afektom, razvija sposobnost sobivanja z okoljem in z drugimi ljudmi, sposobnost pravilnega reagiranja glede na okolico. Smisel fizične rekreacije in športa pri psihiatričnih bolnikih je trajna težnja za večjo realnost njihovega doživljanja, za krepitev njihovega ega in integracijo njihovih sposobnosti.

Izkušnje so pokazale, da bolniki s kinezioterapijo lahko integrirajo svoje neposredno obvladovanje ter omogočajo uspešno in koristno motorično delovanje. Veliko bolnikov po uspešnem delovanju v igri in vadbi postane aktivnih, komunicirajo z drugimi in pokažejo normalne reakcije v nastalih situacijah. Terapevti imajo pri tem veliko možnosti za ustvarjanje interpersonalnih odnosov, ki jih lahko nato uporabijo za nadaljnjo usmeritev terapije.

2.3.4 KINEZIOTERAPIJA IN DUŠEVNO ZDRAVJE

Poseben fenomen kinezioterapije v psihiatriji je v skupinski dinamiki. »Vsak bolnik razvija emocije z vsakim posameznikom znotraj skupine, s skupino kot celoto in s terapevtom.« (Sabljak, 1985)

Transfer se pojavlja tudi v tej skupinski dinamiki. Skupinska dinamika v tekmovanju in igri deluje medosebno, ustvarja medosebne transferje med člani skupine. Naj tudi omenim, da je v ekipi posameznik zaščiten pred frustracijami, ker niso skupinski samo cilji, ampak je tudi »odgovornost za neuspeh skupinska«. (Jakulič, 1971)

V kinezioterapiji moramo poznati motorične aktivnosti in adaptacijske spretnosti, ki imajo psihološki pomen. Z drugimi besedami: če želi terapevt koristiti bolnikom, se mora popolnoma odreči pojmu športnega trenerja. Aktivnost ni več sama sebi namen, ampak sredstvo za razvoj medosebnih odnosov. Program mora biti skrbno modificiran glede na sposobnosti bolnika in mora aktivirati kanalizacijo družbeno neprimernih akcij v sprejemljivo obnašanje.

Tako usmerjena terapijska aktivnost aktivira temelj za izgradnjo »infektivnega terapijskega okolja« (Sabljak, 1985), ki nato pomaga pri vključevanju bolnika v ostale dejavnosti in razvija njegovo zanimanje.

Poznamo veliko psihodinamičnih elementov kinezioterapije. Pokažejo se po vključitvi bolnika v aktivnosti, ki vplivajo na skoraj vse duševne bolezni in so po Laymanu manifestirane na devet načinov.

- Vaje vzdržujejo in razvijajo fizično kondicijo bolnika, ga usposablja za delo ter mu dajejo občutek boljšega zdravja in večje samozavesti.
- Vaje omogočajo praznjenje energije, normalno utrujenost in sprostitvev ter tako zmanjšujejo potrebo po sedativih.

- Telesna vadba aktivira možnost doživljanja konkretnih objektov, daje izkušnjo v testiranju realnosti in vzpostavlja ponoven stik z realnostjo.
- V timski igri se s čustvenim vzdušjem razvijajo dobri medčloveški odnosi. Uporaba predmetov in rekvizitov pri dejavnostih, ki vključujejo medosebne odnose, lahko razvija sposobnost komunikacije.
- Vadba telesne samokontrole omogoča tudi sposobnost splošne kontrole.
- Telesna vadba je priložnost za lastno somoevalvacijo; omogoča tudi, da regradirani shizofreni bolniki izražajo oz. lahko pokažejo razne občutke in sublimirajo agresijo.
- Bolnikom brez jasnih ciljev v življenju lahko fizična rekreacija pomaga najti nov cilj.
- Z izražanjem lastnih občutkov s pomočjo svobodnih gibov se razvija tudi smisel za kreativnost.
- Telesna vadba predstavlja tudi sredstvo za krepitev ega, kar omogoča integracijo pacientovih sposobnosti. (Sabljak, 1985)

2.3.5. GIBALNO-IZRAZNA TERAPIJA OZ. GIBALNO-PLESNA TERAPIJA KOT NAJUČINKOVITEJŠI NAČIN GIBALNE TERAPIJE

Umetnostna terapija z vključitvijo gibalno-izraznih elementov poteka skozi proces doživljanja, izražanja in ustvarjanja z umetnostnimi izraznimi sredstvi. Umetnostna sredstva, ekspresije, so tu izrazna sredstva za posredovanje klientovih osebnih občutkov, čustev in misli drugim ljudem. Cilj ni dovršena umetniška stvaritev, ampak osebna integracija in samopotrjevanje. (Bizjak, 2003)

Ustvarjalni gib (ples) kot pojem izhaja iz posebnega pojmovanja gibanja, ki se je porajalo na različnih področjih umetniškega ustvarjanja v sedemdesetih letih našega stoletja. Takrat so ples pojmovali kot enega mnogih načinov človekovega (ustvarjalnega) gibanja. Ne zanimata nas zunanost in oblika giba, pač pa njegova kakovost, izraznost in povezovalna dejavnost med ljudmi. Lahko uporabljamo vse stile in načine. Osnovni namen ustvarjalnega gibanja je povezanost med gibanjem in notranjim doživljanjem ter čustvovanjem. (Kroflič, 1999)

V današnjem svetu se vse bolj zavedamo, da gibanje deluje na mišično in duševno napetost, zato načrtno iščemo in ustvarjamo možnosti gibanja, ki naj v človeku ustvarja biopsihosocialno ravnotežje. Gibalna aktivnost ima za človeka, čigar ravnotežje je delno porušeno, terapevtsko vrednost. Človek z gibanjem sprošča napetost, ki je posledica raznih pritiskov v njem samem in iz okolja. (Petek, 2006)

V svetu sta uveljavljena izraza »movement dance therapy« (gibalno-plesna terapija) in manj »movement expressive therapy« (gibalno-izrazna terapija). Tudi v Sloveniji je stanje podobno. Ugotavljamo pa, da sta to dva različna izraza, ki imata veliko skupnega: ples je lahko izražanje z gibanjem, ki je na neki način lahko tudi ples. (Petek, 2006)

Gibalno-plesna terapija je psihoterapevtska metoda uporabe gibanja in plesa, ki pripomore k boljšemu čustvenemu, socialnemu, fizičnemu in kognitivnemu stanju. Je samostojna oblika kreativne umetnostne terapije. Pomeni vzgajanje v najboljšem pomenu besede, stremi k razvijanju notranje in zunanje uravnotežene osebnosti, ki lahko razvije vse svoje potenciale. Osnovno terapevtsko sredstvo je telesno gibanje, izražanje in ustvarjanje z gibom. (Vogelnik, 2003)

V večjih, razvitih državah gibalno-plesno terapijo uporabljajo na različnih področjih nudenja pomoči. Ta se pojavlja v različnih oblikah, predvsem na področju zdravljenja duševnih motenj. (Vivod Rajh, 2008)

Koristna je tudi za različne kategorije otrok, tako za otroke z vedenjskimi motnjami kot za tiste s specifičnimi učnimi težavami, posebnostmi v razvoju. Uporabljajo jo tudi pri odraslih, starejših osebah s čustvenimi in vedenjskimi težavami, zasvojenostjo, težavami s komunikacijo, v odnosih ali starostnimi težavami. Je zelo primerna za ljudi s telesnimi in duševnimi omejitvami, za take, ki ne morejo govoriti o svojih čustvih, na primer osebe s psihozo. Primerna je tudi za ljudi pod stresom in ljudi s čustvenimi težavami ter organskimi boleznimi. (Vogelnik, 2003)

Načini in metode izvajanja se razlikujejo glede na vsebino dela in potek gibalno-izrazne obravnave, od obravnavane populacije do namenov in ciljev, ki jih želimo doseči, bodisi pri obravnavi posameznika ali več posameznikov v skupini. V skupinski obliki terapije je ponavadi vključenih od 10 do 12 ljudi naenkrat (N. Hernaus, osebna komunikacija, januar 2009) .

Raziskovalci umetnostno-terapevtske prakse navajajo, da se je izoblikovalo več različnih oblik skupinskega dela. Usmeritve posameznih terapevtov so različne, kakor so različne tudi njihove vloge v posameznih oblikah. (Vivod Rajh, 2008)

V klinični praksi gibalno-izrazno terapijo lahko izvajamo:

- individualno (delo s posameznikom),
- skupinsko (delo v skupini). (Vivod Rajh, 2008)

Namen gibalno-plesne terapije je mogoče opredeliti z naslednjimi značilnostmi oziroma vplivi na posameznika.

- Prispeva k samozavedanju, ker omogoča oblikovanje ustrezne telesne slike, daje občutek notranje strukture, zmanjšuje impulzivnost, omogoča odkrivati samega sebe, vzbuja zadovoljstvo s samim seboj, samozaupanje, občutljivost za neverbalne znake.
- Razvija socialne sposobnosti, torej socialno zavedanje, ker spodbuja stike z drugimi, zaupanje, občutljivost, sodelovanje, skupinsko reševanje težav, upoštevanje pravil, delitev pozornosti, empatijo, vodenje in podrejanje,

vzdrževanje pozornosti, sprejemanje stikov prek dotika, iniciativnost in sodelovanje v dejavnostih.

- Daje možnost za izražanje čustev in domišljije skozi oblikovanje s telesom. Omogoča občutje uspeha in zadovoljstva.
- Omogoča integracijo notranjih in zunanjih dražljajev.
- Usposablja za fleksibilne odgovore na čustvena in fizična vprašanja iz življenja, ki jih je mogoče posplošiti na veliko situacij.
- Izboljšuje funkcionalne in dinamične elemente nevromuskularnih spretnosti, kot so koordinacija, ravnotežje in prostorska orientacija.
- Prispeva k smiselnemu in ustreznemu organiziranju, interpretiranju in ravnanju v objektivnem svetu.
- Privzgaja vzorce čustvenih in fizičnih odgovorov na pozitiven in sprejemljiv način, usposablja posameznika za kreativno vključevanje v družbo in preprečuje konformizem. (Payne, 1984, cit. po Vivod Rajh, 2008)

Gibalno-izrazno terapijo kot eno izmed metod terapije z ustvarjalnostjo so v Psihiatrični kliniki Ljubljana začeli uvajati jeseni leta 1990. Za to so skrbeli trije različno izobraženi terapevti: Iztok Rink, Janko Milkovič in Jožica Petek. Model ego strukturalnega plesa (po G. Aramonu) je bil dopolnjen z vodeno zavestno sprostivjo in gibalnim delom. Uporaba giba kot neverbalnega izražanja sebe, v kombinaciji s skupinsko dinamiko in psihoterapijo, poteka v skupini 12–15 klientov, ki jo vodita dva terapevta v koterapevtskem paru. Skupina se srečuje enkrat tedensko, vedno ob istem času in v istem prostoru. Srečanje traja 90 minut. Seansa ali enota je sestavljena iz štirih med seboj povezanih enot. (Petek, 1999,).

- Prvi del – prevladujejo vaje oz. mešanica različnih gibalnih tehnik (stretching, joga, Aleksander-tehnike, gimnastika, balet, aerobika, terapevtske tehnike »feldenkrais« ...), s poudarkom na dihanju in drži telesa.
- Smisel prvega dela je približati se svojemu telesu, stopiti v stik s telesom in potem seveda tudi s svojo duševnostjo (I.Rink, osebna komunikacija, april 2009).
- Drugi del – poteka vodena umiritev oz. relaksacija s poudarkom na sprostitvi in zavedanju telesa; z določeno tehniko skušamo sprostiti in ozavestiti svoje telo. Torej preidemo od konkretnega giba z osredotočanjem na telo na kognitivno zaznavanje telesa (mentalizacija). (I.Rink, osebna komunikacija, april 2009).
- Tretji – gibalno-izrazni del, kjer posameznik prek gibanja poskuša izraziti sebe. Tehnično je sestavljen tako, da se skupina posede v krog, medtem pa posameznik po svoji odločitvi in presoji izbere glasbo, se postavi v krog in se giblje oz. pleše po občutkih, ki mu jih oživlja glasba. Drugi člani skupine dogajanje budno spremljajo tako pri nastopajočem kot pri samem sebi. Po sklepnem plesu sledi kratek pogovor o tem, kaj je član občutil pri »plešočem« in kako se je počutil sam, nato pa pove svoja občutja tudi »nastopajoči«. Ta del je posnet tudi s kamero. (I.Rink, osebna komunikacija, april 2009).

- Četrty del – srečanje skupine ob ogledu posnetega materiala.

3 CILJI

Cilji diplomske naloge so ugotoviti splošno stopnjo reprezentativnosti kinezioterapije v psihiatričnih bolnišnicah v Sloveniji in glede na psihiatrično diagnozo uporabnikov po MKB, proučiti vključenost in uspešnost različnih poklicnih profilov v izvajanju kinezioterapije in kaj pravi o tem zakonodaja, pa tudi ugotoviti, ali je za učinkovitost kinezioterapije na področju psihiatrije dovolj možnosti za realizacijo in dodatno izobraževanje v Sloveniji.

4 METODE DELA

Naloga je monografskega tipa. Opravljeni bodo formalni intervjuji z izvajalci delovnih terapij v treh slovenskih psihiatričnih bolnišnicah v Sloveniji. Opravljena bodo tudi opazovanja izvedbe kinezioterapije v psihiatričnih bolnišnicah.

Pri nalogi sem uporabil:

- deskriptivno oz. opisno metodo,
- analizo in interpretacije primarnih in sekundarnih virov,
- metodo vodenega intervjuja.

V nalogi bi rad izpostavil teoretičen in praktičen prikaz problematike kinezioterapije pri zdravljenju v psihiatričnih ustanovah v Sloveniji s poudarkom na postavljenih izhodiščnih tezah.

5 RAZPRAVA

5.4. NAČRTOVANJE IN IZVEDBA KINEZIOTERAPIJE V SLOVENIJI

Na področju kinezioterapevtske dejavnosti deluje v psihiatričnih bolnišnicah različno število terapevtov – glede na možnosti in potrebe po tovrstni terapiji znotraj bolnice. Potek dela je organiziran podobno, vendar kinezioterapevtsko vadbo oz. dejavnost po posameznih bolnišnicah imenujejo različno. V Psihiatrični bolnišnici v Vojniku jo imenujejo preprosto gibalna terapija, na Psihiatrični kliniki Ljubljana kinezioterapija, v Begunjah zaradi specifičnosti izvajanja samo gibalno-plesna oz. gibalno-izrazna terapija, v Psihiatrični bolnišnici Idrija pa korektivna gimnastika. V večini bolnišnic izvajajo kar vse omenjene različice kinezioterapevtskih dejavnosti. Njihov namen je povsod isti: s kineziološkimi metodami in sredstvi sodelovati v interdisciplinarnem diagnostičnem, pa tudi terapevtskem procesu obravnave bolnikov. Podatki o načrtovanju so zbrani na podlagi osebne komunikacije z vodjami delovne terapije.

Pri načrtovanju in izvedbi je upoštevana specifična vadba:

- glede na čas trajanja hospitalizacije pacienta,
- glede na vrsto in tip hospitalizacije pacienta,
- glede na MKB pacienta,
- glede na pacientove želje, potrebe in interese,
- glede na število pacientov,
- glede na zmožnosti infrastrukture in
- glede na zmožnosti bolnišničnih sredstev.

Organiziranost in metode dela se delijo glede na

- redno dejavnost,
- redno izbirno dejavnost ter
- izredno dejavnost.

Pogost različnih metod in oblik, pogostost redne dejavnosti ter tipi najpogostejših dejavnosti po posameznih bolnicah so natančneje opredeljeni v tabelah 3.1 – 6.3

Redna dejavnost je organizirana v vseh bolnišnicah vsaj dvakrat tedensko (glede na oddelek) in traja 30–60 minut. Če štejemo jutranjo gimnastiko, jo izvajajo petkrat tedensko (Graf 2). V večini oddelkov po Sloveniji jo organizirajo dvakrat tedensko in je deljena na gibalni in sprostitveni del. Pri redni dejavnosti v gibalnem delu prevladujejo igre z žogo in korektivna gimnastika. Pri gibalno-izrazni terapiji je prisoten tudi plesni del, izvedba dejavnosti pa traja uro in pol. Večinoma terapevt vodi skupino, ki šteje od 8 do 12 pacientov, v eni od bolnišnic pa tudi do 20 pacientov.

V večini psihiatričnih bolnišnic izvajajo tudi jutranjo gimnastiko, ki jo lahko prištejemo h kineziološki dejavnosti oz. kinezioterapiji znotraj redne dejavnosti. Traja 15 minut dnevno. Kot specifičnost velja omeniti dejavnost v fitnessu, ki je za nekatere oddelke v Psihiatrični kliniki Ljubljana vključena v redni program kinezioterapije.

Pod pojmom redna izbirna dejavnost je mišljena tista redna organizirana in strokovno vodena dejavnost, ki je namenjena pacientom zunaj redne dejavnosti v okviru oddelkov. Namenjena je posameznikom, ki želijo več usmerjene športne dejavnosti (npr. namizni tenis, badminton, košarka, nogomet, odbojka, fitnes, sprehodi, ...). Organizirana je tako v dopoldanskem kot popoldanskem času in jo v nekaterih primerih vodijo tudi dodatno usposobljeni delovni terapevti.

Izredna dejavnost je programska oblika kinezioterapevtske dejavnosti, ki je organizirana redno vsaj enkrat letno. Bolnišnice organizirajo različne športne igre in aktivnosti oz. igre brez meja; potekajo v dveh organizacijskih oblikah, in sicer:

- interne in
- medbolnišnične.

Tovrstna dejavnost ima širše terapevtske cilje, predvsem v smeri socializacije in motivacije, ne nazadnje pa gre tudi za eno od rednih oblik medbolnišničnega povezovanja. V zadnjem času je v igre poleg delovne terapije vključena tudi širša bolnišnična sfera.

Poudariti je treba, da imajo nekatere bolnišnice boljše pogoje za izvajanje in organizacijo določenih aktivnosti kot druge. Kot primer naj navedem Psihiatrično bolnišnico Idrija, ki slabšo športno infrastrukturo nadomešča z izkoriščanjem razgibanosti in bogastva narave. Znotraj redne izbirne dejavnosti organizirajo tudi enourne sprehode in daljše triurne pohode, znotraj izredne dejavnosti pa med drugim tudi sankanje in celo tečaj karateja na prostem.

Psihiatrični bolnišnici Idrija

Tabela 3.1

Psihiatrična bolnišnica Idrija -Pogostost različnih metod in oblik dela kinezioterapije (N. Rupnik, osebna komunikacija, april 2009)

Redna dejavnost	10 x tedensko
Redna izbirna dejavnost	5 x tedensko
Izredna dejavnost	3 x letno

Tabela 3.2

Psihiatrična bolnišnica Idrija - Redna dejavnost – njena pogostost in oblike(N. Rupnik, osebna komunikacija, april 2009)

Gibalna terapija	1 x tedensko
Gibalno-izrazna terapija	1 x tedensko
Korektivna gimnastika	2 x tedensko
Jutranja telovadba	5 x tedensko
Aerobna vadba – sprehodi in pohodi	1 x tedensko (pogojeno z vremenom)

Tabela 3.3

Redna dejavnost –Tipi najpogostejših dejavnosti(N. Rupnik, osebna komunikacija, april 2009)

Redna dejavnost	Redna izbirna dejavnost	Izredne dejavnosti
Gibalna terapija	Namizni tenis	Kulturno-športni teden
Gibalno-izrazna terapija	Fitnes	Medbolnišnične igre v PKL
Korektivna gimnastika	Sprehodi	Karate
Jutranja telovadba	Kolesarjenje	/
Aerobna vadba – sprehodi in pohodi	Igre z žogo	/

Psihiatrična bolnišnica Begunje

Tabela 4.1

Psihiatrična bolnišnica Begunje -Pogostost različnih metod in oblik dela kinezioterapije (A. Jalovec, osebna komunikacija, marec, 2009)

Redna dejavnost	7 x tedensko
------------------------	--------------

Redna izbirna dejavnost	0 x tedensko
Izredna dejavnost	1 x letno

Tabela 4.2

Psihiatrična bolnišnica Begunje - Redna dejavnost – njena pogostost in oblike (A. Jalovec, osebna komunikacija, marec, 2009)

Gibalna terapija	1 x tedensko
Gibalno-izrazna terapija	1 x tedensko
Jutranja telovadba	5 x tedensko

Tabela 4.3

Psihiatrična bolnišnica Begunje - Redna dejavnost – Tipi najpogostejših dejavnosti (A. Jalovec, osebna komunikacija, marec, 2009)

Redna dejavnost	Redna izbirna dejavnost	Izredne dejavnosti
Gibalna terapija	/	Medbolnišnične igre v PKL
Gibalno-izrazna terapija	/	/
Jutranja telovadba	/	/

Psihiatrična bolnišnica Vojnik

Tabela 5.1

Psihiatrična bolnišnica Vojnik - Pogostost različnih metod in oblik dela kinezioterapije (N. Hernaus, osebna komunikacija, januar 2009)

Redna dejavnost	10 x tedensko
Redna izbirna dejavnost	5 x tedensko
Izredna dejavnost	2 x letno

Tabela 5.2

Psihiatrična bolnišnica Vojnik - Redna dejavnost – njena pogostost in oblike (N. Hernaus, osebna komunikacija, januar 2009)

Gibalna terapija	1 x tedensko
Gibalno-izrazna terapija	1 x tedensko
Aerobna vadba – sprehodi	1 x tedensko (pogojeno z vremenom)
Jutranja telovadba	5 x tedensko

Tabela 5.3

Psihiatrična bolnišnica Vojnik - Redna dejavnost – Tipi najpogostejših dejavnosti (N. Hernaus, osebna komunikacija, januar 2009)

Redna dejavnost	Redna izbirna dejavnost	Izredne dejavnosti
Gibalna terapija	PDP – Pot k dobremu počutju	Bolnišnične športne igre
Gibalno-izrazna terapija	Fitnes	Medbolnišnične igre v PKL
Jutranja telovadba	Skupinski sprehodi	/
Aerobna vadba – sprehodi	Igre z žogo	/
/	Namizni tenis	/
/	Minigolf	/

Psihiatrična klinika Ljubljana

Tabela 6.1

Psihiatrična klinika Ljubljana-Pogostost različnih metod in oblik dela kinezioterapije (I. Rink, osebna komunikacija, april 2009)

Redna dejavnost	10 x tedensko
Redna izbirna dejavnost	5 x tedensko
Izredna dejavnost	2 x letno

Tabela 6.2

Psihiatrična klinika Ljubljana - Redna dejavnost – njena pogostost in oblike(I. Rink, osebna komunikacija, april 2009)

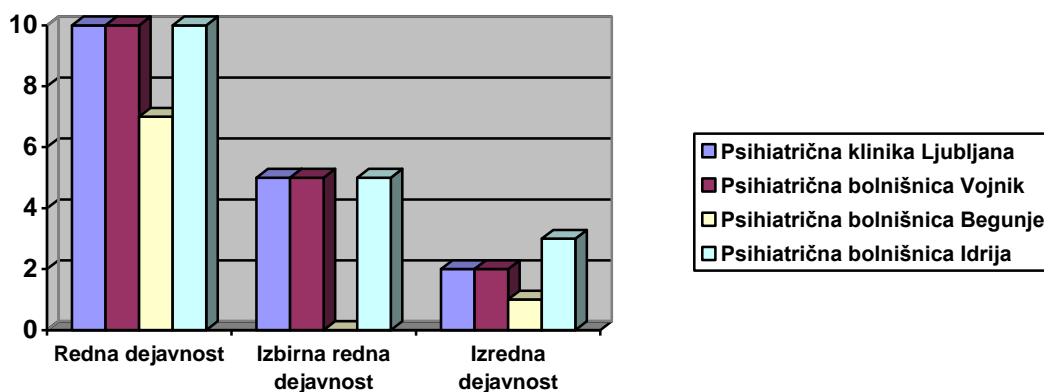
Kinezioterapija	2 x tedensko
Gibalno-izrazna terapija	1 x tedensko
Jutranja telovadba	5 x tedensko
Fitnes	2 x tedensko

Tabela 6.3

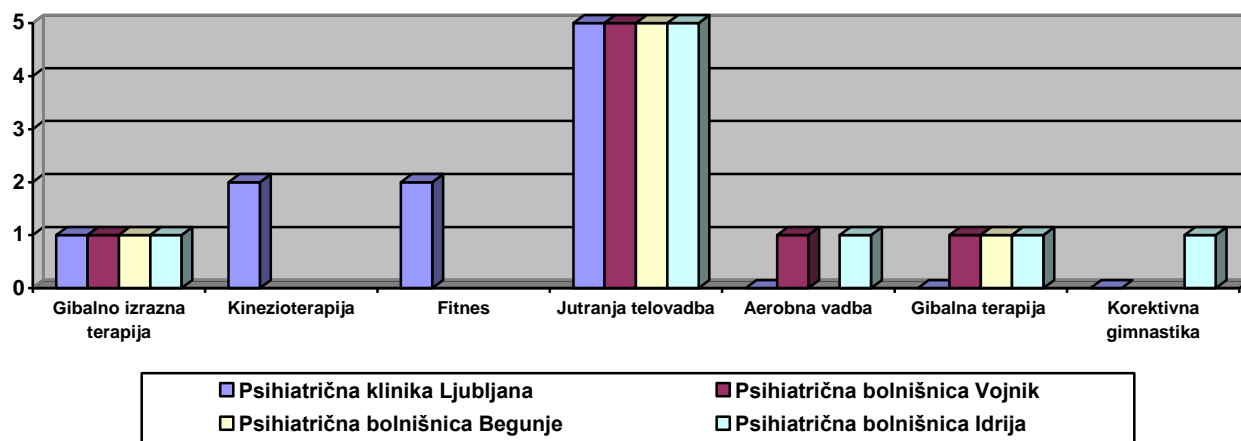
Psihiatrična klinika Ljubljana - Redna dejavnost –Tipi najpogostejših dejavnosti (I. Rink, osebna komunikacija, april 2009)

Redna dejavnost	Redna izbirna dejavnost	Izredne dejavnosti
Kinezioterapija	Namizni tenis	Medbolnišnične igre v PKL
Gibalno-izrazna terapija	Fitnes	/
Fitnes	Sprehodi	/
Jutranja telovadba	Igre z žogo	/

Odstopanja pogostosti izvajanja ter primerljivost med posameznimi bolnicami so vidna v grafu 1 in 2. Tu je razvidno da redno dejavnost izvajajo desetkrat tedensko v vseh bolnicah, razen v Psihiatrični bolnici v Begunjah, kjer se redna dejavnost izvaja sedemkrat. Izbirne dejavnosti se izvajajo petkrat, le v bolnišnici v Begunjah izbirne redne dejavnosti ni. Izredna dejavnost se najpogosteje izvaja v Psihiatrični bolnišnici v Begunjah, le enkrat pa v Psihiatrični bolnišnici Begunje. V ostalih bolnišnicah se leta izvaja dvakrat letno. Tudi znotraj redne dejavnosti je veliko odstopanj glede izvedbe dejavnosti. Nekatere dejavnosti se razlikujejo le terminološko, medtem ko nekatere tudi po sami izvedbi. Razlike v tipu in pogostosti izvedbe so opredeljene v grafu 2.



Graf 1 – Zbirni graf pogostosti izvajanja različnih dejavnosti, vseh omenjenih bolnic.(tedensko), izredna dejavnost letno.



Graf 2- Zbirni graf pogostosti izvajanja različnih vrst vadbe, znotraj redne dejavnosti, vseh omenjenih bolnic(tedensko).

5.4.1. KLASIFIKACIJA IZVEDBE KINEZIOTERAPIJE GLEDE NA MBK V PSIHIATRIČNIH BOLNIŠNICAH V SLOVENIJI

V Slovenski psihiatriji še ni splošno sprejetega načina izvedbe kinezioterapije glede na specifično duševno motnjo pacienta. Tu je izvedba prepuščena iznajdljivosti, motivaciji in strokovni usposobljenosti terapevta oziroma različnih poklicnih profilov, vključenih v realizacijo kinezioterapije v posameznih bolnišnicah.

Psihiatrične bolnišnice v Sloveniji opredeljujejo način izvedbe kinezioterapije glede na oddelek, v katerem je posameznik hospitaliziran. Torej posamezna izvedba zajema večje število vrst duševnih motenj po MKB. Izvedba dejavnosti, po mnenju vodij delovnih terapij, kljub temu vsebuje veliko mero individualizacije.

Glavna kritika izvedbe dejavnosti po MKB je, da premalo temelji na kriterijih. Kriteriji so natančni sezname oz. merila za to, kateri posamezni simptomi, značilnosti poteka in drugi pogoji motenj morajo biti prisotni pri pacientu in koliko jih mora biti med simptomi, da bi lahko postavili določeno diagnozo ter glede na to opredelili vrsto kineziološke dejavnosti. Diagnostične kriterije MKB podaja precej bolj nedoločno, tako da ocenjevalec nikoli ne ve, kateri simptomi so za postavitev določene diagnoze nujni ali katere med njimi bi moral izbrati. Zato lahko poteka diagnosticiranje precej bolj svojevoljno in lahko se zgodi, da pacienti z zelo heterogeno simptomatiko in potekom dobijo enako diagnozo. Zato MKB sistema po mnenju nekaterih vodij delovnih terapij tudi ni mogoče uporabljati za primerjalne študije. Rezultati različnih skupin raziskovalcev iz različnih dežel so lahko primerljivi samo, če poznamo natančne vključujoče in izključujoče kriterije.

Izbira primernih aktivnosti za paciente se po mnenju vodij delovnih terapij začne s pridobivanjem informacij o pacientih ter postavitvijo ciljev in ne glede na diagnozo po MKB. (N. Hernaus, I. Rink, A. Jalovec, N. Rupnik, osebna komunikacija, 2009)

Terapevtska uporaba aktivnosti je namenjena zadovoljevanju specifičnih potreb pacienta, ki lahko pozitivno vplivajo tako na fizično kot duševno zdravje. Za aplikacijo aktivnosti moramo upoštevati specifičnost posameznika, njegove želje, potrebe in interese in ne samo diagnozo po MKB. Terapevt določi smiselne aktivnosti v sodelovanju s pacientom. Pacient se mora odločiti, katere aktivnosti in naloge so vrednote njega samega in ga zato motivirajo. Bistvo delovnoterapevtske obravnave je, da pri posamezniku spodbuja udeležbo v tistih dejavnostih, ki imajo smisel in pomen za njegovo življenje. (N. Hernaus, I. Rink, A. Jalovec, N. Rupnik, osebna komunikacija, 2009)

Kljub pomanjkanju standardizacije izvedbe kinezioterapije v slovenski psihiatriji lahko na osnovi izkušenj terapevtov, dobimo kolikor toliko enotna priporočila za izvedbo kineziološke dejavnosti za določene duševne motnje.

Nevroze

V začetni fazi z bolniki z nevrozami gradimo zaupanje v terapevta in ostale prisotne znotraj delovne skupine. Nadaljujemo z lažjimi vajami, ki jih zaradi občutka varnosti izvajamo čim bolj pri tleh. Bolniki izvajajo čim večje število dihalnih vaj in vaj za sprostitve. Osnovni cilj vadbe v začetnem stadiju kinezioterapije je relaksacija pacienta. (N. Hernaus, I. Rink, A. Jalovec, N. Rupnik, osebna komunikacija, 2009)

V naslednji fazi bolnika vključimo v manjše skupine v želji po ustvarjanju stika, osebnih odnosov, zaupanja in pomoči. Koristna so posredovanja gimnastičnih vaj sedé, v polčepu in stojé, krožno. Pacient naj ne bo prvi v krogu, ki podaja

gimnastično vajo. Nadaljujemo s podajanjem žoge znotraj kroga, kar omogoča očesni stik med bolniki. Pacienti se lahko pred ali po sprejeti podaji pokličejo po imenih, kar le dopolnjuje medosebne odnose. Kot naslednji korak razvijanja odnosov in ustvarjanja zaupanja sledijo raztezne vaje v parih. (N. Hernaus, I. Rink, A. Jalovec, N. Rupnik, osebna komunikacija, 2009)

V vsakodnevni praksi z nevrotiki terapevti najbolj priporočajo:

- vadbo za moč in sprostitvev mišičevja,
- vadbo preciznosti,
- vzdržljivostno vadbo, športne igre in skupinske gibalne vaje,
- vaje za napete mišice in kožo: masaža, topli obkladki in hidroterapija ter

program vadbe za izvajanje kineziološke dejavnosti zunaj redne dejavnosti. (Sabljak, 1985)

Shizofrenija

Pri kinezioterapiji bolnikov z shizofrenijo, shizotipsko ali blodnjavo motnjo je treba usmeriti pozornost predvsem na pojav hospitalizma, do katerega lahko pride ob daljši hospitalizaciji pacienta. Moramo se zavedati, da se hospitalizem ne izraža le v psihičnem in socialnem smislu, ampak tudi na telesu pacienta. Terapevti opažajo, da imajo kronični shizofreniki zelo malo moči, velikokrat le dovolj za majhen poskok (N. Hernaus, I. Rink, A. Jalovec, N. Rupnik, osebna komunikacija, 2009). Zaradi omenjenih dejavnikov je vloga kinezioterapije pri bolnikih s shizofrenijo predvsem delovanje na reintegraciji telesne moči in profilaksi telesnega hospitalizma. V začetni fazi vadbe se osredotočimo na izgubo strahu in umirjanje, nato pa na sprostitvev fizične napetosti in stanja zakrnlosti. Tu je treba motivirati zanimanje za spoštovanje lastnega telesa. Sledijo gibalne vaje sedé in ne ležé, saj se akutni shizofreniki počutijo nelagodno, ko ležijo. Sledi vadba stojé, vadba v parih in vadba z večjim številom udeležencev. Vadbo naj spremlja glasba. Ob glasbi izvajamo hojo, tek in poskoke z in brez dodatnih nalog ter nato vadbo v parih z izmeničnim vodenjem. (N. Hernaus, I. Rink, A. Jalovec, N. Rupnik, osebna komunikacija, 2009)

Telesni cilji so:

- povečevanje vzdržljivosti,
- spodujanje hitrejšega in močnejšega krvnega obtoka,
- izboljšanje koordinacije in gibljivosti,
- vzdrževanje zdrave telesne drže,
- odpravljanje nepravilnega načina hoje, teka in skakanja ter

revitalizacija psihomotorike pacienta

Psihosocialni cilji so:

- omogočanje socialnih stikov,
- mentalni trening,

- izostritev opažanja in zaupanje v lastno sposobnost kontrole telesa

Psihopatija

Največja težava pri delu s psihopati je njihovo vključevanje v skupino in delovanje znotraj nje. Medosebni odnosi so zelo omejeni. Poudarek pri vadbi temelji na delu v parih. Priporočene so gibalne vaje in športne igre, ki temeljijo na zaupanju, na primer hoja z zaprtimi očmi ter različna nošenja. Priporočena je uporaba kinezioloških metod, ki izboljšujejo držo. Poseben poudarek je namenjen izboljšanju moči nog, z različnimi oblikami teka, aerobiko, namiznim tenisom, badmintonom in podobnimi športnimi igrami. Izkoristimo vse vrste gibanja v igri in tekmovanjih, ki bolniku pomagajo pri vključevanju v skupino, v kateri uspešno deluje. (N. Hernaus, I. Rink, A. Jalovec, N. Rupnik, osebna komunikacija, 2009)

Depresija

Osnovna naloga kinezioterapije pri depresivnih bolnikih je razvedrilo. Bolnika s kineziološkimi metodami razvedrilo z njegovim aktivnim ali pasivnim sodelovanjem. Postopno ga vključujemo v vse večje skupine. Z izboljšanjem njegovega zaupanja v lastne sposobnosti, v lastno telo in skupino odpremo pot za zahtevnejše in kompleksnejše kineziološke dejavnosti. Posledice depresije se izražajo v slabi mišični moči, slabi gibljivosti, slabi koordinaciji, slabi telesni držji in še mnogih drugih neposrednih telesnih značilnostih bolnika. Tako vsaka aktivna ali pasivna oblika kinezioterapije predstavlja stabilizacijo telesnih funkcij in njihovo ponovno delovanje. (N. Hernaus, I. Rink, A. Jalovec, N. Rupnik, osebna komunikacija, 2009)

Demenca

Kinezioterapija pri starejši populaciji naj bo usmerjena v vzdrževanje sposobnosti opravljanja vsakodnevnih dejavnosti ali ponovno ustvarjanje stanja, ki to omogoča. Pri izvajanju aktivnosti moramo biti pozorni na splošno stanje bolnikov, na njihovo zmožnost oziroma nezmožnost prenašanja napora.

Izvajanje jutranje gimnastike se stopnjuje iz pasivne do aktivne. Pomembno je izvajanje dihalnih vaj in hoje z intervalnimi počitki. Pri bolnikih, ki so nepomični, je nujna izvedba pasivno-aktivne vadbe.

Ob izvajanju aktivnosti je pomembna glasbena spremljava, ki pripomore k ustvarjanju dobrega razpoloženja. Pri starejših je razpoloženje ključno za motivacijo izvedbe aktivnosti. Osnovna naloga kinezioterapije pri starejših je gibanje v katerikoli obliki, saj to podaljšuje njihovo vitalnost in pomičnost. (N. Hernaus, I. Rink, A. Jalovec, N. Rupnik, osebna komunikacija, 2009)

Epilepsija

Kinezioterapija pri bolnikih z epilepsijo naj se izvaja v vseh oblikah, vendar pod stalnim nadzorom. Poleg individualne oblike izvajanja terapije se je izkazalo, da je pomembna tudi vadba znotraj skupine. Zaradi povezanosti interesov in sodelovanja v igrah pacient pozabi svoje manifestacije bolezni ter dobi občutek enotnosti s skupino in pripadnosti. Eden glavnih ciljev kinezioterapije pri epilepsiji je vključevanje pacienta v timske igre vseh oblik in postavljanje določenih zahtev oziroma vlog znotraj skupine. (N. Hernaus, I. Rink, A. Jalovec, N. Rupnik, osebna komunikacija, 2009)

Odisnosti

Številnim strokovnjakom in terapevtom, ki delujejo na področju proučevanja odvisnosti in zdravljenja odvisnikov, se zdi pomembno v terapevtske programe vključevati različne športne aktivnosti. Shapiro (1994) posebej poudarja vključevanje športa v programe zdravljenja in resocializacije odvisnikov, pa tudi njihovih najbližjih. (Berčič, Tušak in Karpljuk, 1999)

V psihiatričnih bolnišnicah kineziološko dejavnost vključujejo v svoje programe v okviru vzgojno-terapevtskih sredstev, kjer je poudarek na redni jutranji telesni vadbi, redni aerobni vadbi (tek, planinarjenje, kolesarjenje) ter fitnesu.

Redni jutranji telesni vadbi je pripisan pomen splošne odgovornosti za lastno zdravje tako v fiziološkem kot psihološkem smislu ter pomen zdravega prebujanja in celostnega vstopa v nov dan.

Jutranja gimnastika ima izredno ugodne učinke na telesno in duševno zdravje ljudi iz več razlogov:

- omogoča in prisili posameznika, da se zjutraj zares zbudi;
- če je dovolj intenzivna, spodbudno vpliva na vzdržljivost in krepitev telesne zmogljivosti;
- sprošča in usmerja v optimizem, pomaga preseči odpore, kot so lagodnost, lenoba in črnogledost, ter dvigne samozavest;
- vzbuja pozitivna čustva, srečo, veselje in omogoča, da je človek ves dan človekoljubno usmerjen.

Z vsemi svojimi prednostmi je kinezioterapija odločilnega pomena pri zdravljenju tako alkoholikov kot odvisnikov od drugih drog. Telo odvisnika je namreč oslabiljeno zaradi nezdravega načina življenja, razkrojevalnega delovanja alkohola in drugih drog na vse organe, neustrezne prehrane in zanemarjanja telesne kulture.

Velik pomen pripisujejo tudi hoji, ki ni le premikanje, pač pa se z njo človek izraža. S hojo pridobiva osnove za telesno čilost, vendar jo mora vzljubiti. Čim več mora hoditi v naravi, gozdu, po livadah. Pomembno je tudi dejstvo, da so med hojo možgani bolje prekravljeni, dobijo več kisika, hkrati pa se tudi ognemo stresnemu mestnemu hrupu in se poglabimo vase. Vse to pripomore, da lahko človek bolj zrelo razčlenjuje svoje težave, porajajo se mu preproste, a učinkovite rešitve zanje in za vsakodnevne naloge.

Poleg že naštetih kinezioloških aktivnosti J. Rugelj (2000) priporoča še kolesarjenje, plavanje, tek na smučeh, badminton, košarko, orodno gimnastiko, jahanje in tenis, vendar je pri nekaterih težava, ker jih ne moremo izvajati skozi vse leto. Odvisnikom v fazi rehabilitacije in resocializacije ter tudi kasneje v življenju odsvetujejo ukvarjanje s športi, kot so biljard, pikado, balinanje in kegljanje, saj ti v splošnem veljajo za gostilniške športe, to pa lahko odvisnika spelje na staro pot.

Zelo priporočljiva je tudi kombinacija različnih športov in joge, vzhodnjaške discipline, ki s pomočjo različnih asan (položajev telesa) omogoča poglobljanje notranjega ravnovesja. Koristna je za vsakogar, vendar pa športnega udejstvovanja ne more nadomestiti.

Zelo zanimiva je raziskava, ki so jo v okviru Fakultete za šport, Inštituta za šport, izvedli dr. Herman Berčič, dr. Matej Tušak in dr. Damir Karpljuk (1999). V njej so želeli s pomočjo eksperimentalne skupine dokazati učinek posebnih športnih oziroma športnorekreativnih programov in športnih aktivnosti na izboljšanje funkcionalnih sposobnosti, samopodobe in osebnostnih značilnosti izbranih odvisnikov terapevtske skupnosti Društvo Projekt Človek. Vendar pa rezultatov ne moremo posplošiti zaradi razmeroma majhnega vzorca izbranih preiskovancev.

Rezultati, ki so jih dobili s pomočjo raziskave, so pokazali, da je eksperimentalna skupina značilno izboljšala svoje vzdržljivostne potenciale. Po njihovem mnenju naj bi bila vadba vzdržljivosti pomemben dejavnik v širokem procesu rehabilitacije odvisnikov, še posebno tista, ki je prilagojena posamezniku glede na njegove trenutne telesne oziroma funkcionalne zmožnosti. Pri tem navajajo tudi različne avtorje, ki poudarjajo, da ima boljše učinke v fazi rehabilitacije redna in sistematična športna vadba, ne pa zgolj občasne, enkratne športne aktivnosti, prireditve in akcije. Poleg tega pa se človek pri rednem vadbenem procesu navadi na določen življenjski ritem, na sistematičnost, spoštovanje časovnih terminov, na navezovanje stikov in ustvarjanje odnosov. Berčič, Tušak in Karpljuk (1999) menijo, da potrebujejo programi vadbe, ki so sestavni del terapije odvisnikov, pestre vsebine, pomembno pa je tudi, da pacienti športno vadbo izvajajo večkrat tedensko.

5.4.2. POKLICNI PROFILI, VKLJUČENI V REALIZACIJO KINEZIOTERAPIJE V SLOVENIJI.

Organizirane medbolnišnične športne igre v okviru izredne športne dejavnosti so odlična priložnost za izmenjavo izkušenj na področju sodelovanja poklicnih profilov, vključenih v realizacijo kinezioterapije v psihiatriji. Tu se vsi poklicni profili lahko dodatno izobražujejo na področju kinezioterapije, ki se v izvedbi nekoliko razlikuje glede na poklicni profil izvajalca.

V naših bolnišnicah deluje veliko različnih poklicnih profilov; športni pedagogi, športni terapevti, fizioterapevti in delovni terapevti (tabela 7). Ne glede na njihovo izobrazbo pa ne moremo pričakovati, da bi posamezniki lahko delovali samostojno in brez pomoči ostalih zdravstvenih delavcev. Tu gre poudariti vlogo, ki jo imajo medicinske sestre, zdravniki-fiziatri in psihoterapevti. V večjih bolnišnicah ne moremo pričakovati,

da bi lahko, ne glede na poklicni profil, oseba načrtovala in izvedla celotno aktivnost kinezioterapije ter hkrati sledila napredku slehernega pacienta. Izkušnje kažejo, da bi se ob dobri organizaciji v kinezioterapijo lahko vključilo do 60 % pacientov, izključujoč somatsko in gerontopsihiatrično obravnavo.

Redna dejavnost – njeni izvajalci v psihiatričnih bolnišnicah oziroma kliniki

Tabela 7.1

Redna dejavnost – njeni izvajalci v Psihiatrični bolnišnici Idrija (N. Rupnik, osebna komunikacija, 2009)

Gibalna terapija	Delovni terapevt
Gibalno-izrazna terapija	Delovni terapevt
Korektivna gimnastika	Fizioterapevt
Jutranja telovadba	Medicinska sestra
Aerobna vadba – sprehodi in pohodi	Delovni terapevt

Tabela 7.2

Redna dejavnost – njeni izvajalci v Psihiatrični bolnišnici Begunje (A. Jalovec, osebna komunikacija, 2009)

Gibalna terapija	Delovni terapevt
Gibalno-izrazna terapija	Delovni terapevt
Jutranja telovadba	Medicinska sestra

Tabela 7.3

Redna dejavnost – njeni izvajalci v Psihiatrični bolnišnici Vojnik (N. Hernaus, osebna komunikacija, 2009)

Gibalna terapija	Delovni terapevt z medicinsko sestro
Gibalno-izrazna terapija	Delovni terapevt z medicinsko sestro
Aerobna vadba – sprehodi	Delovni terapevt ali medicinska sestra
Jutranja telovadba	Medicinska sestra

Tabela 7.4

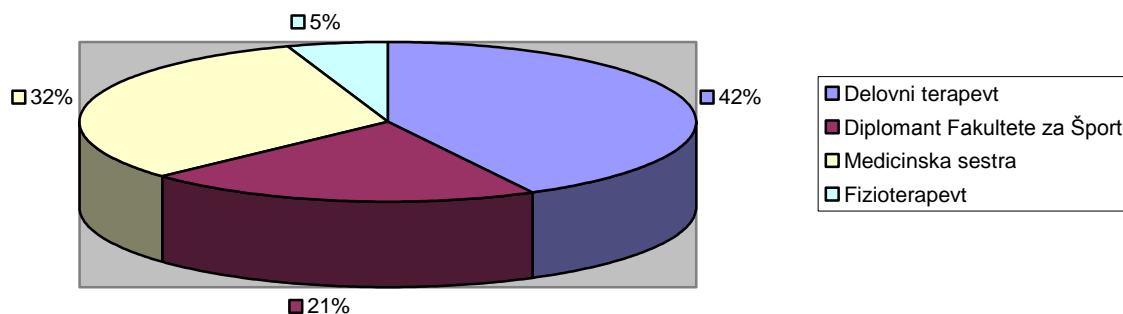
Redna dejavnost – njeni izvajalci v Psihiatrični kliniki Ljubljana (I. Rink, osebna komunikacija, 2009)

Kinezioterapija	Diplomant Fakultete za šport
Gibalno-izrazna terapija	Diplomant Fakultete za šport
Jutranja telovadba	Diplomant Fakultete za šport
Fitnes	Diplomant Fakultete za šport

Znano je, da kroničnega bolnika z duševnimi motnjami zelo težko prepričamo za izvedbo določene kineziološke aktivnosti. Morda je to tudi eden od razlogov, da se veliko terapevtov odloči za delo na drugem področju, ki zahteva manj potrpljenja, iznajdljivosti, taktike, in kjer so pozitivni dosežki lažje uresničljivi. Za dober transfer in izvedbo dejavnosti pacientov je potreben dober emocionalni stik, kar je bistvo in osnovna potreba za uspešno delovanje na tem področju. Hkrati je nujno sodelovanje ostalih zdravstvenih delavcev, ki lahko pacientu predstavijo pomen in vpliv kineziološke dejavnosti na njegov psihofizični ustroj. Prav terapevti imajo največji vpliv na paciente, saj so v neprestanem stiku z njimi.

Ko govorimo o kinezioterapiji in poklicnih profilih, lahko ugotovimo, da v slovenski psihiatriji vse ni v najlepšem redu (graf 3). V izvedbi kinezioterapije v določenih bolnišnicah manjkajo poklicni profili z dobrim kineziološkim znanjem. Res je, da so sredstva ponekod omejena in da je težje najti kinezioterapevta z osnovnim znanjem psihodinamike in psihopatologije kot obratno, vendar pogoj pri zaposlovanju ni poklicni profil, ki združuje vsa znanja. Kot smo že omenili, je proces rehabilitacije delo večjega in celostnega rehabilitacijskega tima, zato menim, da je diplomant Fakultete za šport nujen člen rehabilitacijskega tima v psihiatriji. Žal je diplomant Fakultete za šport zaposlen le na Psihiatrični kliniki Ljubljana, in to že od leta 1985.

Na prvem mestu, kot izvajalec je torej delovni terapevt z 42%. Na drugem mestu je medicinska sestra z 32%, diplomant Fakultete za šport na tretjem mestu z 21%, le v 5% pa je izvajalec dejavnosti fizioterapevt.



Graf 3 – Skupna porazdelitev poklicnih profilov vodij kinezioterapije v 4 izbranih institucijah.

5.4.3. VLOGA ŠPORTNEGA TERAPEVTA V REHABILITACIJSKEM TIMU

V kinezioterapiji ima osebnost terapevta posredno ali neposredno velik vpliv na bolnika. Kinezioterapijo naj bi praviloma izvajal strokovnjak, diplomant fakultete za šport, ki je dodatno izobražen s področja psihiatrije. Dodatno strokovno izobrazbo lahko pridobi v obliki podiplomskega študija na medicinski fakulteti. Pri nas ga velikokrat bolj ali manj uspešno nadomestijo delovni terapevt, fizioterapevt, medicinska sestra ali tehnik z dobrimi izkušnjami s področja psihiatrije in smislom za opravljanje omenjenega, zelo zahtevnega poklica.

Poleg teoretičnega znanja mora imeti športni terapevt specifična znanja s področja duševnih bolezni oziroma osnovna znanja psihopatologije in psihodinamike.

Potrebna je zrela, stabilna in iniciativna osebnost, sposobna za interpretacijo vseh transfernih situacij na relaciji bolnik–skupina–terapevt, ter oseba, ki je zmožna pozitivnih indentifikacij. Prav tako potrebuje sposobnost opazovanja bolnikov in njegovih reakcij ter mora s svojo avtoriteto voditi skupino k cilju skupinske dinamike. S svojo držo, pomočjo, spodbudo, entuziazmom in zanimanjem mora vplivati na

bolnikovo obnašanje. Humanost terapevtu pomaga vztrajati pri delu kljub včasih težkim pogojem. Pretiran vpliv na bolnika škodi, zato je najbolje, da terapevt ohrani določeno distanco (empatija in ne simpatija ali antipatija).

Interpersonalni odnosi so zelo pomembno področje delovanja kinezioterapevta. Poleg razumevanja postopkov in reakcij bolnikov mora nadzirati tudi lastne reakcije v vsakokratnih okoliščinah, kar pa je včasih lahko zelo težko, če upoštevamo naravo in kompleksnost dela, ki večinoma poteka v težkih pogojih. Emocionalni odnos med terapevtom in bolnikom začne graditi način obravnave bolnika. Tak odnos lahko opišemo kot elastično izmenjavo stanja empatije in stanja objektivnosti.

Le celovita osebnost terapevta lahko doseže optimalen učinek kinezioterapije.

5.4.4. MOŽNOST STROKOVNEGA IZOBRAŽEVANJA KINEZIOTERAPEVTA V PSIHIATRIJI

Izobraževanje osebja za izvajanje kinezioterapije je pred osamosvojitvijo organiziral Jugoslovanski koordinacijski odbor za rehabilitacijo v psihiatriji s seminarji in svetovanjem. Dandanes lahko rečemo, da je v Sloveniji izobraževanje za izvajanje kinezioterapije v psihiatriji nazadovalo. Najpomembnejša izmenjava znanj poteka z medbolnišničnimi športnimi igrami in seminarji, ki so bili včasih organizirani vsako leto. Zadnja leta je bilo to zanemarjeno. Vsekakor je prostora za dodatno izobraževanje veliko, možnosti izobraževanja na tem področju pa je v Sloveniji premalo. Športni terapevt se lahko dodatno izobražuje le na Medicinski fakulteti v obliki podiplomskega študija.

6 SKLEP

V diplomski nalogi sem izpostavil teoretičen in praktičen prikaz problematike kinezioterapije pri zdravljenju bolnikov v psihiatričnih ustanovah v Sloveniji. Ugotovil sem splošno stopnjo reprezentativnosti kinezioterapije v psihiatričnih bolnišnicah v Sloveniji, stopnjo reprezentativnosti kinezioterapije glede na psihiatrično diagnozo uporabnikov po MKB, vključenost in uspešnost različnih poklicnih profilov v izvajanju kinezioterapije in opredelil možnosti za učinkovito realizacijo kinezioterapije ter dodatno izobraževanje na področju psihiatrije.

Opravil sem formalne intervjuje z vodji delovnih terapij v štirih slovenskih psihiatričnih bolnišnicah ter z bolniki. Opravljena so bila tudi opazovanja poteka gibalnih terapij v bolnišnicah.

Ugotovil sem, da je izvajanje kinezioterapije v psihiatričnih bolnišnicah zelo svobodno in različno med posameznimi bolnišnicami. Odstopanja pogostosti izvajanja med posameznimi bolnicami so očitna. Razvidno je, da redno dejavnost izvajajo desetkrat tedensko v vseh bolnicah, razen v Psihiatrični bolnici v Begunjah, kjer se redna dejavnost izvaja sedemkrat. Izbirne dejavnosti se izvajajo petkrat tedensko, le v

bolnišnici v Begunjah izbirne redne dejavnosti ni. Izredna dejavnost se najpogosteje izvaja v Psihiatrični bolnišnici v Begunjah, le enkrat pa v Psihiatrični bolnišnici Begunje. V ostalih dveh bolnišnicah, se le-ta izvaja dvakrat letno.

Vsesplošnega načina izvajanja kinezioterapije glede na MKB ni. Obstajajo smernice, ki pa so opredeljene zelo na široko. Terapevti menijo, da je način izvajanja kinezioterapije specifičen glede na psihofizično in duševno stanje pacienta, zato ga je treba popolnoma prilagoditi. Prav zaradi tega bi bil vnaprej opredeljen način izvajanja kinezioterapije glede na MKB nesmiseln. Kinezioterapijo v obliki redne vadbe, poleg jutranje gimnastike, najpogosteje izvajajo dvakrat tedensko po 45 minut. Nevodena vadba je pogostejša, vendar seveda tudi veliko manj učinkovita. Medbolnišnične igre, ki so organizirane enkrat letno, so učinkovita popestritev in dobra priložnost za podajanje novih ugotovitev in metod izvajanja kinezioterapije.

Vsesplošno mnenje je, da je kinezioterapija pomemben del rehabilitacije. V kakšni obliki pa je izvajana, je popolnoma prepuščeno izvajalcu terapije in njegovi oceni. Tu se kaže pomembnost strokovne usposobljenosti izvajalca, obenem pa ponekod tudi pomanjkanje kinezioloških znanj.

Izvajalci kinezioterapije v Sloveniji pripadajo različnim poklicnim profilom: medicinske sestre, delovni terapevti, športni terapevti oz. športni pedagogi in fizioterapevti. Na prvem mestu, kot izvajalec je delovni terapevt z 42%. Na drugem mestu medicinska sestra z 32%, diplomant Fakultete za šport na tretjem mestu z 21%, le v 5% pa je izvajalec dejavnosti fizioterapevt. Glede na to da je izvajalec diplomant Fakultete za šport prisoten le v Psihiatrični kliniki Ljubljana, bi bil z obširnejšo anketo, ta odstotek le manjši. Celotna strokovna javnost se strinja, da je rehabilitacija plod dela večjega strokovnega rehabilitacijskega tima, zato je nesmiselno povečevanje ali degradacija posameznega poklicnega profila.

Zdi se mi smiselno, da bi kinezioterapijo izvajali le z sodelovanjem športnega terapevta oz. kinezioterapevta. Menim da imajo le-ti širši vpogled v vodenje kineziološkega procesa in prav tako kot lahko muzikoterapijo vodijo le muzikoterapevti, lahko kinezioterapijo vodijo le kinezioterapevti. Glede na to da je izvajalec, diplomant Fakultete za šport, prisoten le v Psihiatrični kliniki Ljubljana, bi bil z obširnejšo anketo, predstavljeno v grafu 3, odstotek diplomantov Fakultete za šport, le manjši.

V smislu izobraževanja kadra lahko rečemo, da stanje ne le da stagnira, vendar nazaduje. Pri zbiranju literature sem velikokrat ugotovil, da se je veliko več delalo v smislu izmenjave znanj in pisanja literature do obstoja oz. vključenosti Slovenije v organizacijo JUKO(Jugoslovanski koordinacijski odbor psihiatričnih ustanov). Tudi takrat je očitno glavno gonilno silo pri posredovanju kinezioloških znanj v psihiatriji predstavljala družba navdušencev, ki pa jih je bilo, saj po pregledu literature, takrat veliko več.

Menim, da bi vse psihiatrične bolnice morale več pozornosti posvetiti dodatnem izobraževanju svojega kadra. Morda več strokovnega izobraževanja vključili tudi v redni letni plan bolnic. Nekateri vodilni pri delovnih terapijah za izraz kinezioterapija sploh še slišali niso, kaj šele da bi vedeli da se za poklic kinezioterapevta nekateri

tudi dodatno izobražujejo. Znani so jim programi gibalno- izrazne terapije ter jutranje telovadbe, žal pa se tu tudi vse konča.

Stanje in možnosti dodatnega strokovnega izobraževanja kinezioterapevtov v Sloveniji nista primerna. Vsekakor lahko zaključimo, da je bilo v zadnjih letih premalo storjenega v smeri dodatnega izobraževanja. To je opaziti tudi pri iskanju primerne novejša literature na področju kinezioterapije v slovenski psihiatriji. V zadnjih desetih letih novejša literature v slovenskem jeziku praktično ni.

Morda, bi se tudi znotraj Fakultete za šport in Medicinske fakultete lahko bolje potrudili pri omogočanju posredovanja znanj specifičnih za vodenje procesa kinezioterapije v psihiatriji. Kot je bilo že omenjeno se športni terapevt lahko dodatno izobražuje na Medicinski fakulteti v obliki podiplomskega študija, vendar manjka izobraževanje ostalih udeležencev v procesu. Pri tem mislim dodatnega izobraževanja oseb vdeleženih pri vodenju gibalne terapije z pomanjkanjem kinezioloških znanj.

Glede na to da so davnega leta 1985 že prvič sprejeli diplomanta Fakultete za telesno kulturo kot kinezioterapevta, me žalosti, da ob pregledu vodji dejavnosti kinezioterapije v psihiatriji, leta 2009 dobimo le 21% športnih terapevtov(slika 8). Bojim se da bi bil ob vključitvi ostalih psihiatričnih ustanov v pregled, odstotek diplomantov Fakultete za šport kot kinezioterapevtov, le še manjši.

Zaključim lahko, da stanje kinezioterapije v psihiatriji ni dobro. To dokazujejo neenotnost pristopa, pomanjkanje izobraženega osebja in novejša literature. Menim, da bi morale psihiatrične bolnišnice nujno zaposlovati profile z boljšim kineziološkim znanjem. Prav tako menim, da bi delovni terapevt v sodelovanju s športnim terapevtom, ki ga zaposluje le Psihiatrična klinika Ljubljana, lahko bolje prispeval k dobremu oziroma boljšemu izvajanju kinezioterapije.

Torej če govorimo o napredku tako v znanju kot o spremembi človeškega odnosa do psihiatrije, kot nekoč temačne veje medicine, se mi zdi prav, da napravimo tudi napredek v strokovnosti vodenja kinezioterapija v psihiatriji, saj le takrat lahko resnično govorimo o celostnem napredku vodenja procesa telesnega in duševnega zdravljenja v psihiatriji.

7 LITERATURA

- *Bela knjiga.*(2007). Evropska komisija. Pridobljeno s spleta 22. 4. 2009 s http://ec.europa.eu/dgs/education_culture/publ/pdf/sport/whitepaper_sl.pdf
- Bizjak, E.(2003),. *Okupacija skozi integracijo ustvarjalnega giba.* 2. kongres delovnih terapevtov Slovenije. Portorož, 27-29. marec 2003. Ljubljana: Zbornica delovnih terapevtov Slovenije.
- Bilban .M (2007).Promocija zdravja in njene možnosti za zniževanje bolniškega staža. Ljubljana: ZVD
- Berčič, H.(2001). *Gibalna športna dejavnost v funkciji zdravja in kakovost življenja prebivalcev Slovenije.* Ljubljana: Fakulteta za šport.
- Berčič, H. Tušak, M. Karpljuk, D. (1999) *Šport, droge in zdravje odvisnikov.* Ljubljana: Fakulteta za šport.
- Berčič ,H. Tušak, M. Karpljuk, D. (1999). *Šport v funkciji zdravja odvisnikov.* Ljubljana: Fakulteta za šport.
- Berčič, H. Sila, B. Tušak, M. (2007). *Šport v obdobju zrelosti.* Ljubljana, Fakulteta za šport.
- Cole, B. (1998). *Group dynamics in occupational therapy.Theoretical basis and practise application of grove treatment.* Thorofore: Slack incorporated.
- Creek, J.(1997). *Occupational Therapy and Mental Healt.* Glasgow: Churchill Livingstone.
- Creek J.(2002), *Creative acivites.* Occupational therapy and mental health (pp251-258). New York: Churchill Livingstone.
- Durakovič - Mišigoj, M. (2002) *Telesna vadba in zdravje.* Ljubljana: Fakulteta za šport
- Doupona in Petrovič. (1999). *Šport in družba.* Ljubljana: Fakulteta za šport.
- Dekleva, L. Harc, B.(2006) *Vloga delovne terapije pri participaciji oseb s psihozo v primarnem življenjskem okolju..* Delovna terapija in okoljepp.152-157. III. Kongres delovnih terapevtov Slovenije, Ljubljana: Zbornica delovnih terapevtov Slovenije

- *Fizička rekreacija u psihiatriji.*(1970) Zbornik radova sa savjetovanja i kongresa (1967–1970). Zagreb : Sveučilištvo v Zagrebu.
- Fras Z. (2002), *Namen, proces oblikovanja in temeljne vsebine nacionalne strategije na področju telesne (gibalne) dejavnosti za krepitev zdravja v Sloveniji.* Promoting health through Physical Activity and Nutrition – International Conference (pp.71-73) Radenci.
- Gorjup, T. (1999). *Likovne zakonitosti in aktivnosti v delovni terapiji.* Ljubljana: DZS.
- Gornik, K. (2007). *Analiza vzrokov neugodnih fizioloških položajev starostnikov pri njihovi vsakdanji dejavnosti.* Univerza v Mariboru: Fakulteta za organizacijske vede.
- Gorše Muhič, M.(1999) *Priročnik psihiatrične zdravstvene nege in psihiatrije.* Ljubljana: Psihiatrična klinika.
- Golledge, J.(1998). *Distinguishing between occupation porposeful activity and activity, part 1: review and explanation.* British journal of Occupational Therapy. 1998;61(3), 100-105. London; Churchill Livingstone.
- Hagedorn, R.(1993). *Occupational therapy. Foundations for practice.* London; Churchill Livingstone.
- Hagerdorn, R.(2000). *Tools for practiceni Occupational Therapy: A Structure approach to Core Skills and Processes.* Edinburg:Churchill Livingstone.
- *Informacije za paciente, svojce in obiskovalce.* (2008). Ljubljana:Psihiatrična klinika Ljubljana.
- Jevšenak, G. (1996). *Glasba kot medij v delovni terapiji.* Ljubljana:Zbornik delovne terapije.
- Krajnc, L. (2002). *Naloge in vpliv delovne terapije v psihiatriji na različna področja človekovega delovanja.* Zbornik predavanj(pp.42-44). Maribor: Splošna bolnišnica.
- Kocmun, M. Vošnjak, L. (2008). *Nekaj misli o zakonu o duševnem zdravju.* Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana.
- Kastelic, A. (1997). *Odvsnost v Evropi.* Ljubljana: Odsev.
- Kroflič, B.(1999). *Ustvarjalni gib. Tretja razsežnost pouka.* Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče.

- Marušič, V. Vojska, A. (2004) *Aktivnost v delovni terapiji*. 40 let izobraževanja delovnih terapevtov Slovenije(pp. 51-58) Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo, Oddelek za delovno terapijo,.
- Mohorič Plemelj, A.(2006) *Delovna terapija na področju psihiatrije*. študijsko gradivo. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo.
- Moravec-Berger, D. (1995). MKB in zdravstvenih problemov za statistične namene. Ljubljana: Institut za varovanje zdravja.
- *MKB-10*(2006). Ljubljana:Institut za varovanje zdravja.
- *Organigram OKS* (2009). <http://www.olympic.si/index.php?id=35>. Pridobljeno s spleta 27.3.2009
- Oven A.(2003). *Delovna terapija na področju psihiatrije*. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo.
- Oven, A., Vdovič L. (2003). *Pomen produktivnih okupacij pri rehabilitaciji ljudi z duševnimi motnjami*. 2. Kongres delovnih terapevtov Slovenije. Pojem okupacije v delovni terapiji.
- Pihler, Z., (2003). *Pomen produktivnih okupacij pri rehabilitaciji ljudi z duševnimi motnjami*. 2. Kongres delovnih terapevtov Slovenije. Pojem okupacije v delovni terapiji. Ljubljana.
- Petrovič, K., Ambrožič .(1995). *Šport v republiki Sloveniji – dileme in perspektive* MŠŠ. Ljubljana: Fakulteta za šport.
- Payne, H.(1992). *Dance movement therapy: Theory and practice*. London: Routledge.
- Petek, J.(1999). *Pregled vaj za gibalno plesno terapijo: priručnik za terapevte in uporabnike*. Ljubljana: Psihiatrična klinika.
- Petek, J. (2006) *Uporaba giba kot terapevtsko izraznega medija pri odvisnih od nedovoljenih drog*. Magistrsko delo. Ljubljana: Pedagoška fakulteta.
- Rink, I. (2007). *Kineziologija – predstavitev dejavnosti v psihiatrični bolnišnici*. Neobjavljeno delo.
- Rink, I. (1988). *Kinezioterapija v psihiatriji*, Telesna kultura 1-2 88. Ljubljana: Fakulteta za telesno kulturo.

- Rink, I. (1992). *Gibalno plesna terapija*. Zbornik št. 3 (pp. 26.27). Ljubljana: Društvo delovnih terapevtov Slovenije.
- Rapoša Tajnšek, P.(1993). *Skupnostno socialno delo in skupnostna usmeritev v praksi socialnega dela v Sloveniji*. Socialno delo 5–6 (zbornik).Ljubljana: Visoka šola za socialne delavce.
- *Resolucija o nacionalnem planu zdrav. varstva 2008*.(2009) Internetni vir: <http://www.mz.gov.si>, pridobljeno 12. 3. 2009.
- Sabljak, Z. (1985). *Fizioterapija u psihiatriji*. Zagreb: YUKO
- Švab, V. (2004). *Psihosocialna rehabilitacija*. Ljubljana: Slovensko združenje za duševno zdravje.
- Švab,V. (1998). *Osnove Psihiatrične skrbi ISIS*. Ljubljana: Zdravniška zbornica.
- *Športno rekreativna dejavnost v Sloveniji*.(1996). Ljubljana: Fakulteta za šport.
- Trunkl, R. (1999).Športni življenjski slog kot preventiva in kurativa duševnega zdravja. Zbornik. 1.slovenski kongres športne rekreacije(pp61-62). Ljubljana:
- Tomori, M., Zihel S. (1999). *Psihiatrija*. Ljubljana: Medicinska fakulteta univerze v Ljubljani.
- Tomori, M. (1990). *Psihologija telesa*. Ljubljana: DZS.
- Tomori, M.(2000). *Duševne koristi telesne dejavnosti in lepota gibanja*. Ljubljana: DZS
- Uradni list RS., Zakon o duševnem zdravju (2008).
- Ulaga, D. Športni pedagogi vedo, da so otroci igriva bitja, Delo 19. 5. 1997, str.16.
- Vidmar, J. (1992). *Kinezioterapija*. Interno gradivo. Ljubljana: Fakulteta za Šport.
- Vogelник, M.(2004). *Ustvarjalni gib*. Ljubljana: Zveza kulturnih organizacij Slovenije.
- Vivod Rajh, I.(2000), *Metode skupinske gibalno plesne terapije pri osebi z duševno motnjo*. Specialistično delo. Ljubljana: Pedagoška fakulteta.

- Zavasnik, P. (2002). *Sprostivene in druge delovno terapevtske aktivnosti pri psihiatričnem bolniku*. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo.

