



Univerza v Novem mestu  
Fakulteta za *zdravstvene vede*

# *Psihologija v zdravstveni negi*

Barbara Horvat Rauter





Univerza v Novem mestu  
Fakulteta za *zdravstvene vede*

Barbara Horvat Rauter

Psihologija v zdravstveni negi  
učbenik

Novo mesto, 2025

**Dr. Barbara Horvat Rauter**  
**PSIHOLOGIJA V ZDRAVSTVENI NEGI**  
**Učbenik**

***Izdajatelj***

Univerza v Novem mestu Fakulteta za zdravstvene vede

***Založnik***

Založba Univerze v Novem mestu

***Urednica***

Dr. Ljiljana Leskovic

***Strokovna recenzija***

Dr. Urša Čižman Štaba

***Lektorirala***

Manja Žugman, prof. slov.

***Izdaja***

Elektronska izdaja

***Cena***

Brezplačna publikacija

***Dostopno na***

<https://www.zalozba-unm.si/index.php/press/catalog/book/81>

***Izdano***

Novo mesto, 2025



*Besedilo/Text* © 2025 *Avtor(ji)/The Author(s)*

*To delo je objavljeno pod licenco CC BY Priznanje avtorstva 4.0 Mednarodna. / This work is published under a CC BY Attribution 4.0 International license. <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>*

Kataložni zapis o publikaciji (CIP) pripravili v Narodni in univerzitetni knjižnici v Ljubljani

COBISS.SI-ID [240048387](https://www.cobiss.si/)

ISBN 978-961-6770-91-0 (PDF)

# ***PREDGOVOR***

Dragi študentje,

pred vami je nabor temeljnih vsebin, ki jih bomo obravnavali v sklopu psihologije pri predmetu Sociologija in psihologija, s katerim se študentje izrednega študija srečate v 2. letniku. Seznanili se boste z osnovami psihologije: kaj je psihologija, kako se je razvijala, kakšne so njene metode in smeri. Spoznali boste razlike med nalogami kliničnega psihologa, psihoterapevta in psihiatra.

Skupaj se bomo približali ključni vsebini našega dela; to so ljudje, naši pacienti. Z upanjem, da bi pri predmetu dobili tudi praktične smernice za delo s pacienti in se zavedali pomena skrbi zase, se bomo posvetili pomembnim vsebinam, ki so del našega delovnega vsakdana, kot so žalovanje, stres, bolečina, odnos s pacientom in stik s seboj.

Želim si, da vam učbenik olajša učenje in priprave na izpit.

Dr. Barbara Horvat Rauter,  
univ. dipl. psih., spec. klin. psih.,  
certificirana TA psihoterapevtka

# KAZALO

<b>1</b>	<b>UVOD V PSIHLOGIJO .....</b>	<b>1</b>
1.1	KAJ JE PSIHLOGIJA? .....	1
1.2	CILJI PSIHLOGIJE .....	2
1.3	PANOGE PSIHLOGIJE .....	4
1.4	RAZVOJ PSIHLOGIJE .....	5
1.5	PSIHOLŠKE SMERI .....	5
	1.5.1 Psihoanaliza .....	6
	1.5.2 Behaviorizem ali vedenjska smer .....	7
	1.5.3 Humanistična smer .....	7
	1.5.4 Kognitivna smer .....	8
1.6	RAZVOJ PSIHLOGIJE V SLOVENIJI .....	9
1.7	RAZLIKA MED KOMPETENCAMI .....	10
	1.7.1 Klinični psiholog .....	10
	1.7.2 Specialist psihiatrije (psihiater) .....	10
	1.7.3 Psihoterapevt .....	11
	LITERATURA .....	12
<b>2</b>	<b>PREDMET PROUČEVANJA PSIHLOGIJE .....</b>	<b>13</b>
2.1	KAJ JE PSIHLOGIJA? .....	13
2.2	TEMELJNI DEJAVNIKI RAZVOJA .....	13
2.3	UČENJE .....	17
	2.3.1 Klasično pogojevanje .....	17
	2.3.2 Instrumentalno pogojevanje .....	18
	2.3.3 Dejavniki, ki vplivajo na učenje .....	19
2.4	MIŠLJENJE .....	20
	2.4.1 Vrste mišljenja .....	20
2.5	REŠEVANJE PROBLEMOV .....	20
2.6	ČUSTVOVANJE .....	21
2.7	MOTIVACIJA .....	22
2.8	DINAMIKA MOTIVOV .....	23
2.9	OSEBNOST .....	23
	LITERATURA .....	25
<b>3</b>	<b>RAZVOJNA PSIHLOGIJA .....</b>	<b>26</b>
3.1	RAZVOJNA OBDOBJA IN VEČRAZSEŽNOST RAZVOJA .....	28
	3.1.1 Predporodna ali prenatalna doba (nosečnost od 0 do 280 dni ali 40 tednov) .....	29
	3.1.2 Obdobje dojenčka in malčka (od 0 do 3 let) .....	29
	3.1.3 Zgodnje in srednje otroštvo (od 3 do 6 let) .....	31
	3.1.4 Pozno otroštvo (od 6 do 12 let) .....	32
	3.1.5 Mladostništvo – adolescenca (od 12 do 18 let, podaljšuje se do 25 let) .....	32
	3.1.6 Zgodnja odraslost (od 18 do 40 let) .....	32
	3.1.7 Srednja odraslost (od 40 do 65 let) .....	33
	3.1.8 Pozna odraslost ali starost (od 65 let do smrti) .....	33

LITERATURA .....	34
<b>4 STRES – NJEGOV POMEN, VPLIV IN VIRI.....</b>	<b>35</b>
4.1 KAJ JE STRES? .....	35
4.2 OCENA DOGODKOV KOT STRESNIH.....	36
4.3 BIOPSIHOSOCIALNI VIDIKI STRESA .....	37
4.3.1 Biološki vidiki stresa.....	37
4.4 PSIHOSOCIALNI VIDIKI STRESA .....	39
4.4.1 Kognicija in stres.....	39
4.4.2 Čustva in stres .....	39
4.4.3 Socialno vedenje in stres .....	39
4.4.4 Spol in sociokulturne razlike v stresu.....	40
4.5 VIRI STRESA SKOZI ŽIVLJENJE.....	40
4.5.1 Viri stresa v posamezniku.....	40
4.5.2 Viri stresa v družini .....	41
4.5.3 Viri stresa v skupnosti in družbi .....	42
4.6 MERJENJE STRESA.....	43
4.6.1 Fiziološka vzburjenost.....	43
4.6.2 Življenjski dogodki.....	43
4.6.3 Vsakodnevne težave.....	44
4.7 KRONIČNI STRESORJI IN SPECIFIČNA PODROČJA.....	45
4.7.1 Ali je stres lahko dober?.....	45
LITERATURA .....	46
<b>5 BOLEČINA .....</b>	<b>47</b>
5.1 POJAVNOST BOLEČINE .....	47
5.2 VRSTE BOLEČINE .....	47
5.2.1 Akutna in subakutna/subkronična bolečina.....	49
5.2.2 Trajna ali kronična bolečina.....	49
5.3 POSLEDICE BOLEČINE .....	51
5.4 VZROKI IN DEJAVNIKI TVEGANJA .....	51
5.5 PSIHIČNI IN SOCIALNI DEJAVNIKI KRONIČNE BOLEČINE .....	52
5.6 OCENJEVANJE IN MERJENJE PSIHOLOŠKIH VIDIKOV BOLEČINE .....	54
5.6.1 Mere jakosti in drugih čutnih značilnosti bolečine.....	54
5.7 UKREPANJE, TERAPIJA, REHABILITACIJA .....	55
LITERATURA .....	57
<b>6 ŽALOVANJE .....</b>	<b>58</b>
6.1 KAKO DOLGO ŽALUJEMO? .....	59
6.2 KATERE FAZE IMA ŽALOVANJE? .....	61
6.3 OBIČAJNI ODZIVI NA IZGUBO .....	62
6.4 VLOGA MEDICINSKE SESTRE V PROCESU ŽALOVANJA.....	63
LITERATURA .....	65
<b>7 KLASIFIKACIJE DUŠEVNIH BOLEZNI .....</b>	<b>66</b>
7.1 KLASIFIKACIJA MKB-10 (POGLAVJE V: DUŠEVNE IN VEDENJSKE MOTNJE) .....	68
7.2 ZGODOVINA .....	68
7.3 OSNOVNE ZNAČILNOSTI.....	68

7.3.1	Klasifikacija DSM-5 .....	69
7.3.1.1	Motnje v nevrološkem razvoju .....	69
7.3.1.2	Motnje shizofrenega spektra in druge psihotične motnje .....	70
7.3.1.3	Bipolarne motnje in druge povezane motnje .....	71
7.3.1.4	Depresivne motnje .....	72
7.3.1.5	Anksiozne motnje .....	72
7.3.1.6	Obsesivno-kompulzivne in podobne motnje .....	73
7.3.1.7	Motnje, povezane s stresom ali travmo .....	74
7.3.1.8	Disociativne motnje .....	75
7.3.1.9	Somatizacijski simptomi in podobne motnje .....	75
7.3.1.10	Motnje hranjenja .....	76
7.3.1.11	Motnje izločanja .....	76
7.3.1.12	Motnje spanja .....	76
7.3.1.13	Spolne motnje .....	77
7.3.1.14	Spolna disforija .....	77
7.3.1.15	Vedenjske motnje, motnje motečega vedenja in kontroliranja impulzov .....	77
7.3.1.16	Motnje, povezane z uživanjem psihoaktivnih snovi in odvisnostjo .....	78
7.3.1.17	Nevrokognitivne motnje .....	78
7.3.1.18	Osebnostne motnje .....	79
	LITERATURA .....	79
<b>8</b>	<b>STIK S PACIENTOM IN SOČUTJE DO SEBE .....</b>	<b>80</b>
8.1	RAVNANJE, ODNOS Z DRUGIMI .....	80
8.2	SOČUTJE DO SEBE .....	82
8.2.1	<i>Pet pomembnih delov sočutja do sebe</i> .....	83
8.2.2	<i>Kaj ni sočutje do sebe</i> .....	84
8.2.3	<i>Kako postati sočuten do sebe?</i> .....	84
	LITERATURA .....	85
<b>9</b>	<b>PRILOGE .....</b>	<b>86</b>

## **KAZALO TABEL**

<i>Tabela 1:</i> Nekatera načela znanstvenega spoznavanja.....	2
<i>Tabela 2:</i> Delitev večrazsežnostnega razvoja .....	29
<i>Tabela 3:</i> Primer postavk SRSS.....	44
<i>Tabela 4:</i> Opis bolečine .....	48
<i>Tabela 5:</i> Psihosocialni dejavniki, povezani z več kronično bolečinskega doživljanja, izražanja ali pritoževanja.....	53
<i>Tabela 6:</i> Vsebina MKB-10.....	67

## **KAZALO SLIK**

<i>Slika 1:</i> Predmet proučevanja psihologije.....	1
<i>Slika 2:</i> Delitev duševnih procesov .....	14
<i>Slika 3:</i> Potek spoznavnih procesov .....	15
<i>Slika 4:</i> Višje kognitivne sposobnosti .....	15
<i>Slika 5:</i> Klasično pogojevanje.....	18
<i>Slika 6:</i> Delitev čustev.....	21
<i>Slika 7:</i> Cefalokavdalna in proksimodistalna smer razvoja .....	27
<i>Slika 8:</i> Splošni mejniki razvoja na telesnem, govornem in socialnem področju .....	31
<i>Slika 9:</i> Oblike žalovanja .....	60
<i>Slika 10:</i> Potek in faze žalovanja .....	61
<i>Slika 11:</i> Predeli možganov, vključeni v žalovanje .....	63
<i>Slika 12:</i> Transakcija.....	81

# 1 UVOD V PSIHLOGIJO

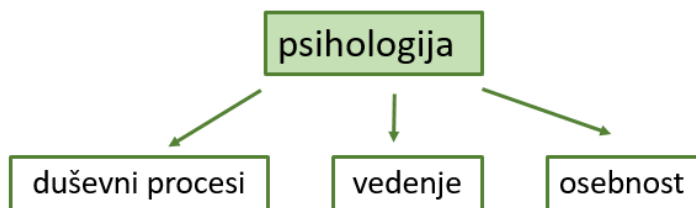
## 1.1 Kaj je psihologija?

Pomembno vprašanje, na katerega moramo odgovoriti, je, *Kaj je psihologija*. Asociacije, ki jih laiki pogosto dobijo ob besedi psihologija, so: duša, čustva, misli, psiholog, znanost ... Vse to je res. Beseda psihologija je sestavljena iz dveh delov: **gr. *psukhe* - dih, življenje, duša (lat. *psyche* – duša oz. um)** in **logos – veda, doktrina, teorija**. S strokovnega gledišča pa je v Slovenskem prostoru najbolj uveljavljena opredelitev psihologije, ki jo podaja Kompare (2011a):

**Psihologija je znanost, ki proučuje duševne procese, vedenje in osebnost.**

Razložimo pojme: duševni procesi, vedenje in osebnost.

*Slika 1:* Predmet proučevanja psihologije



Pojem »*duševni procesi*« nas usmeri v notranjost človeka. To so notranji procesi, za katere je značilno, da potekajo v določenem časovnem zaporedju in navadno vodijo k določenemu izidu. Duševni procesi so široko področje, ki vključuje čustvene, motivacijske in kognitivne (spoznavne) procese. Vsi so medsebojno prepleteni in vplivajo drug na drugega (Kompare, 2011a). Duševne procese doživljamo notranje, subjektivno, so izredno individualna izkušnja, kar pomeni, da jih vsak posameznik doživlja na svoj način. Lahko rečemo, da so duševni procesi osnova in se preko svojega delovanja izražajo tudi navzven, v obliki *vedenja ali obnašanja*. Poleg (zavednih in nezavednih) duševnih pojavov in vedenja psihologe zanima tudi njihova celota – *osebnost*, katere sestavni del so osebnostne lastnosti (Baker in Sperry, 2015; Gray idr., 2021). O osebnosti bomo več pisali v nadaljevanju.

Drugi del opredelitev psihologije omenja tudi, da je **psihologija »znanost«**. **To pomeni, da pridobiva spoznanja o duševnih pojavih, vedenju in osebnosti z znanstveno metodo** (Kompare, 2011a).

Psihološka spoznanja so torej vedno podprta z rezultati raziskav, ki so sistematično načrtovane in izvedene tako, da zagotavljajo čim večjo objektivnost in zanesljivost rezultatov, mogoče pa jih je tudi ponoviti in rezultate preveriti (Baker in Sperry, 2015). Znanstveno spoznavanje poteka skozi pet stopenj:

1. opazovanje,
2. razvijanje teorije,
3. postavljanje hipotez,
4. preverjanje hipotez z raziskavami,
5. vrednotenje teorije.

Znanstveniki iz opazanj, izkušenj ali obstoječih spoznanj najprej sklepajo na splošno zakonitost. Potem razvijejo teorije, razlage pojavov in na osnovi te teorije postavijo hipotezo. Hipotezo preverijo skozi skrbno načrtovano in sistematično izvedeno raziskavo. V nadaljevanju tega procesa imajo dve možnosti. Če rezultati podprejo hipotezo, je teorija podprta z znanstvenimi dokazi in jo lahko sprejmejo. Če pa se rezultati ne skladajo s hipotezo, pa teorijo, ki so jo postavili, ovržejo ali spremenijo in začnejo znova – ponovno preverjajo njeno veljavnost. Četudi rezultati potrjujejo hipotezo, ostaja teorija »odprta« za nadaljnje preverjanje (Musek, 2005).

*Tabela 1:* Nekatera načela znanstvenega spoznavanja

<b>Načela</b>	<b>Opis načela</b>
<i>Utemeljenost</i>	Znanstvena spoznanja morajo biti utemeljena z logičnimi pojasnitvami in rezultati raziskav. Osebna prepričanja, posamezni primeri, sklicevanje na avtoriteto ne veljajo za znanstvene utemeljitve.
<i>Objektivnost</i>	Znanstvena spoznanja morajo odražati značilnosti predmeta spoznavanja in ne subjektivnih značilnosti raziskovalcev oz. posameznikov, ki spoznavajo. Biti morajo čim bolj neodvisna od raziskovalca, npr. njegovih pričakovanj, prepričanj.
<i>Sistematičnost</i>	Znanstvena spoznanja morajo biti pridobljena na metodičen, načrten način. Biti morajo ponovljena in verificirana oz. potrjena.
<i>Odprtost</i>	Znanost je vedno odprta za nova spoznanja in za izboljševanje, spreminjanje ali zavračanje obstoječih znanstvenih spoznanj. Znanstveno spoznavanje je načeloma »zmotljivo« – spoznanja je vedno mogoče spremeniti, izboljšati ali razveljaviti.

Musek, J. (2005). *Predmet, metode in področja psihologije*. Filozofska fakulteta, Oddelek za psihologijo.

Skozi zgoraj opisan proces raziskovanja znanost zagotavlja natančnost, kritičnost, objektivnost, medtem ko je neznanstveno ali laično spoznavanje večkrat površno, subjektivno, nesistematično in nekritično ter zato podvrženo različnim napakam.

Kot vsaka znanost ima tudi psihologija svoj **predmet, raziskovalne metode in tehnike ter cilje**, ki jih skuša doseči. Predmet znanosti je področje, ki ga določena znanost proučuje, celota pojavov, s katerimi se ta znanost ukvarja. Načini in postopki, ki jih znanost pri tem uporablja, so njene raziskovalne metode in tehnike. Psihologi pri raziskovanju uporabljajo številne metode, ki jih uporabljajo tudi druge znanosti (npr. eksperiment in opazovanje), pa tudi specifične metode in tehnike (npr. introspekcijo, psihološke teste), ki jih druge znanosti ne uporabljajo. Psihologija je izkustvena ali empirična znanost. Proučuje namreč pojave, ki so dostopni (čutni) izkušnji in jih je zato mogoče opazovati in meriti (Baker in Sperry, 2015; Gray idr., 2021).

## **1.2 Cilji psihologije**

Kaj lahko povemo o ciljnih psihologije? Osnovni cilji psihološkega znanstvenega proučevanja so štirje:

1. da opišemo pojav, ki nas zanima,
2. da ga razložimo,
3. napovemo, kaj lahko pričakujemo,
4. proces nadzorovano spreminjamo.

Navedene štiri cilje v nadaljevanju nekoliko natančneje razložimo (Gray idr., 2021; Kompare, 2011a, 2011b).

**1. Opisovanje.** Pomeni, da pojav opredelimo in opišemo njegove značilnosti. Slednje nam pomaga, da ga lahko razlikujemo od drugih pojavov. Npr. opredelimo stres in opišemo telesne, čustvene in vedenjske znake stresa.

**2. Razlaganje.** V fazi raziskovanja se osredotočimo na pojasnjevanje dejavnikov, ki vplivajo na posamezni duševni pojav (duševni proces, lastnost). Na tej stopnji tudi razložimo vplivanje in povezave med njimi. Pojasnimo, kako duševni procesi potekajo in se razvijajo. Npr. če se navežemo na zgornji primer stresa; v tej fazi raziskujemo, kateri situacijski (nenadne življenjske spremembe, vsakdanja rutina) in osebni dejavniki (osebna prožnost) vplivajo na doživljanje stresa.

**3. Napovedovanje.** Ko imamo opredelitev, ko razložimo dejavnike, nadaljujemo z napovedovanjem. Ko razložimo vplive in jih dovolj poznamo, lahko napovemo, kako se bo s spremembo dejavnikov spremenil posamezen pojav. Predvidevamo lahko npr. vedenje posameznika v določenih situacijah; napovedujemo pozitivne in negativne učinke različnih dejavnikov na posameznikovo duševnost, osebnost ali vedenje. Npr. če nadaljujemo s primerom stresa, lahko napovemo odzive večine prebivalstva v primeru hude naravne nesreče.

**4. Spreminjanje.** Zadnji cilj je spreminjanje, ki pomeni nadzorovano spreminjanje dejavnikov, ki vplivajo na pojav. Z nadzorovanim spreminjanjem, ko torej vemo, kaj počnemo, lahko povzročimo zaželene in koristne spremembe: zmanjšujemo nezaželene in nefunkcionalne oblike vedenj, izboljšujemo pogoje posameznikovega razvoja in medosebne odnose. Npr. tako lahko ljudem, ki kažejo znake izčrpanosti zaradi stresa, pomagamo, da razvijejo učinkovitejša strategija spoprijemanja s stresom. Posledično pomembno omejimo, zmanjšamo negativne učinke stresa in s tem doprinesemo k njihovem boljšemu počutju in zdravju.

Glede na značilnosti posameznega cilja lahko prva dva (opisovanje in razlaganje) štejemo med teoretične cilje psihologije, druga dva cilja (napovedovanje in spreminjanje) pa med uporabne ali praktične cilje psihologije, saj poskušamo spreminjati in doseči spremembe. Vsi navedeni cilji so med seboj tesno povezani in predstavljajo zahteven proces. Včasih lahko uporabna cilja psihologije težko dosežemo. Ključna težava napovedovanja je v tem, da pogosto ne poznamo vseh dejavnikov vplivanja. In tudi ko jih poznamo, lahko na posameznikove duševne procese in na njegovo odzivanje še vedno vplivajo povsem naključni, nam neznan dejavniki. Še težje od napovedovanja je nadzorovano spreminjati posameznikovo vedenje in/ali doživljanje. Za spreminjanje je pomembna motivacija, ki je lahko večkrat težavna. Psihologi lahko ugotovimo, svetujemo, kar bi bilo za posameznika boljše (drugačno vedenje, drugačen način razmišljanja). Ob tem pa nikakor ni nujno, da si posameznik teh sprememb želi in je motiviran, da bi jih pričel izvajati. Proces spreminjanja in dela na sebi je namreč lahko naporen, dolgotrajen, kar predstavlja drugo težavo pri cilju spreminjanja.

**PRIMER: Naš cilj – spoprijemanje s stresom v službi**

*Maja je 30-letna medicinska sestra. Že od majhnega so ji drugi govorili, da je pridna in delavna. Čeprav je iz družine s tremi otroki, je vedno ona največ pomagala mami. Tudi v šoli je bila vzorna učenka (redno je delala domače naloge, ni neopravičeno manjkala pri pouku, pomagala je sošolcem pri domačih nalogah, vedno je bila prav dobra). Sedaj je že 4 leta zaposlena. Ker še nima lastne družine, menjava dežurstva s sodelavkami, ki so že mamice, in jim tako omogoči, da so z bližnjimi. V*

*službi prevzame paciente, ki jih drugi označijo kot naporne in se zelo trudi, da bi jim ustregla. Pogosto dela nadure. V zadnjih mesecih opaža, da je izčrpana, da težko spi, večino časa je napeta in se ne zmore sprostiti.*

**1. Opisovanje.** Maja doživlja kronični stres v službi in ne zmore (ali ne zna) poskrbeti zase.

**2. Razlaganje.** Maja je že od majhnega pridna in je na nek način naučena ustrežljivosti. Osebnostno je verjetno vestna, sprejemljiva, introvertirana, kar so ključne lastnosti manj učinkovitega načina spoprijemanja s stresom.

**3. Napovedovanje.** Tovrsten način vedenja vodi v izgorelost – če si Maja na bo postavila meje, bo vse bolj izčrpana, kar se bo poznalo na njenem celostnem delovanju (misli, čustva, vedenje).

**4. Spreminjanje.** Možnosti pomoči: struktura dne, iskanje virov moči, terapevtsko delo na gonilu *Bodi popoln*, socialna mreža ...

## 1.3 Panoge psihologije

Psihologija je kot znanost izredno široka in razvejana veda. Pokriva teoretična in praktična področja in se z namenom učinkovitejšega opredeljevanja, usmerjanja na cilje ter samega razvoja kot znanosti deli na različne panoge ali discipline. Panoge obsegajo specializirana področja psihologije, ki mejijo na številne druge znanosti (npr. socialna psihologija meji na sociologijo) (Gray idr., 2021).

V splošnem lahko panoge psihologije delimo na **teoretične** in **praktične**. **Teoretične panoge** so usmerjene predvsem k pridobivanju novih spoznanj. V drugi skupini panog pa je v ospredju uporaba pridobljenih spoznanj na različnih področjih človekove dejavnosti ter s tem usmerjanje na uvajanje konkretnih sprememb v posameznikovo življenje. V tem primeru gre za **uporabne** ali **praktične panoge**. Te panoge torej iščejo poti in načine, kako uvajati spremembe – razvijajo tehnike, strategije (Baker in Sperry, 2015; Gray idr., 2021).

V nadaljevanju bomo navedli pomembnejše teoretične in praktične panoge (Kompere, 2011a).

**Pomembnejše teoretične panoge** (Gray idr., 2021; Kompere, 2011a):

- *Obča psihologija*: ukvarja se z ugotavljanjem splošne zakonitosti duševnega delovanja pri zdravih odraslih ljudeh.
- *Razvojna psihologija*: proučuje razvojne spremembe v duševnih procesih, vedenju in osebnosti. Ugotavlja značilnosti posameznih razvojnih obdobij ter zakonitosti razvoja v posameznem obdobju na telesnem, socialnem, kognitivnem ter čustvenem in osebnostnem razvoju.
- *Socialna psihologija*: raziskuje vplivanje socialnih dejavnikov na posameznika ter njegove duševne pojave in vedenje v medosebnih odnosih.
- *Kognitivna psihologija*: proučuje spoznavne oz. kognitivne procese, npr. zaznavanje, pozornost, učenje, pomnjenje in spomin, mišljenje, reševanje problemov.

**Pomembnejše uporabne panoge** (Gray idr., 2021; Kompere, 2011a):

- *Psihologija dela in organizacije*: uporablja psihološka spoznanja na področju dela. Ukvarja se s kadrovanjem (selekcijo) delavcev na določeno delovno mesto, z motivacijo za delo, značilnostmi timskega dela ter medosebnimi odnosi na delovnem mestu, načini (učinkovitega) vodenja itd.

- *Klinična psihologija*: uporablja psihološka spoznanja pri svetovanju in psihološki pomoči, pri spoprijemanju z blažjimi in hujšimi duševnimi težavami in motnjami. Implementira strategije njihovega zdravljenja in odpravljanja. Najdemo jo na področju zdravstva.
- *Pedagoška psihologija*: uporablja spoznanja psihologije v vzgojno-izobraževalnih ustanovah. Raziskuje in razvija strategije za izboljšanje učne učinkovitosti, išče učinkovite načine učenja, prav tako pa je usmerjena na bolj socialno področje, ki vključuje razredno dinamiko, položaj učenca v razredu.
- *Športna psihologija*: se v zadnjem obdobju pospešeno razvija. Njen namen je uporaba psiholoških spoznanj na področju športa, npr. za krepitev motivacije pri športnikih, krepitev samozaupanja, doseganje maksimalne učinkovitosti, psihično pripravo na tekme.

## 1.4 Razvoj psihologije

Nemški psiholog H. Ebbinghaus je trdil, da je psihologija razmeroma mlada znanost, katere zgodovina pa ima dolgo preteklost. Slednje je sklepal na podlagi izredno dolgega razvoja psihologije, ki se je pričel mnogo pred uradnim začetkom. Razvoj psihologije se je začel v drugih znanostih – v filozofiji in v različnih naravoslovnih znanostih (Gray idr., 2021; Kompare, 2011a). Tako so se znotraj filozofije, fiziologije in medicine pričela razvijati prva spoznanja o tem, kaj so duševni pojavi. Začetniki oziroma prvi, ki so pomembno doprinesli k razumevanju duševnosti, so bili antični filozofi in zdravniki (npr. Aristotel, Hipokrat). Kasneje so se novoveški filozofi (npr. Descartes) ukvarjali s še zdaj aktualnimi vprašanji v psihologiji. Razmišljali so o izvorih duševnosti, o odnosu med duševnimi in telesnimi procesi (Baker in Sperry, 2015; Kompare, 2011a).

Po dolgem začetnem razvoju se šteje za uradni začetek nastanka psihologije kot znanosti leto **1879**, ko je **Wilhelm Wundt** v Leipzigu (Nemčija) ustanovil prvi psihološki laboratorij. Pričel je z uporabo introspekcije, s katero je proučeval duševnost in njene temeljne elemente. Prepričan je bil, da je mogoče duševne pojave raziskovati po vzoru fizike, kemije in drugih naravoslovnih znanosti – torej znanstveno, kot smo že opisali v začetnem delu poglavja. Introspekcija mu je omogočala opazovanje in razčlenjevanje, preko česar je s pomočjo sodelavcev poskušal odkriti temeljne elemente (atome) duševnosti in njihovo povezanost v celoto (Baker in Sperry, 2015; Gray idr., 2021).

Ker je Wundt poudaril iskanje osnovnih, primarnih duševnih elementov (npr. primarnih občutkov, čustev, misli) in strukture duševnosti, se je njegove psihologije oprijelo ime elementarizem ali strukturalizem. Kot zanimivost naj omenimo dejstvo, da je v nadaljnjem razvoju psihologije večina drugih zgodnjih smeri nastala kot kritika Wundtovega pristopa. Očitali so mu nizke zmožnosti razlaganja, pretirano zgledovanje po naravoslovju, delitev na elemente in posledično spregledanost celote in funkcionalnosti duševnih pojavov. Prav tako so introspekcijo doživljali kot premalo objektivno in preverljivo (Baker in Sperry, 2015).

## 1.5 Psihološke smeri

Iz kritik Wundtovega pristopa in kot posledica proučevanja predmeta psihologije, ki so ga doživljali kot kompleksnega, obširnega, kot takega, da lahko nanj pogledamo z različnih gledišč, so se v psihologiji razvile različne smeri psihologije. Najbolj poznane, vplivne in ključne smeri za razvoj psihologije so: psihoanaliza, vedenjska, humanistična in kognitivna smer.

Med seboj se pomembno *razlikujejo po*:

- vprašanjih, ki si jih postavljajo,
- hipotezah in predvidevanjih o človeški naravi,
- metodah in tehnikah, ki jih lahko pojmujejo kot načine, po katerih so prihajali do spoznanj in ki so jih uporabljali pri raziskovanju,
- po razlagah človeškega doživljanja in vedenja.

V nadaljevanju bomo vsako izmed njih natančneje predstavili in razložili vse štiri zgoraj omenjene elemente (vprašanje, hipoteze, metode, razlage) (Dogša, 2011; Kompore, 2011a).

### **1.5.1 Psihoanaliza**

Na samem začetku razvoja psihologije je bil osrednji predmet njenega proučevanja usmerjen na duševne procese. Verjeli so in izhajali iz tega, da gre za zavesten pojav; torej, da so duševni procesi to, kar zavestno doživljamo. Psihoanaliza je šla v drugo smer in je kot predmet proučevanja doživljala posameznikov nezavedni del. Vodilni mož, oče psihoanalize, ki je svoje življenjsko delo usmeril v proučevanje nezavednega, je **Sigmund Freud**. V zgodovini psihologije ima posebno mesto, saj je med prvimi opozoril, da poleg zavestnih čustev, misli in motivov, obstajajo tudi nam prikrite ideje in težnje. Navajal je, da nam je ta del neznan. Poimenoval ga je nezavedno. Vsebino nezavednega je opredelil zelo široko. Sestavljalo naj bi ga vse tisto, kar smo izrinili iz zavesti, ker je bilo za nas preveč neprijetno in je ogrožalo nemoteno zavestno delovanje (potlačene vsebine), npr. neuresničene želje, nedovoljene ambicije, neizrečene težnje, konflikte med željo in dolžnostjo. Vsebino nezavednega je zaznaval kot izredno pomembno za posameznikovo celostno delovanje. Čeprav so potlačene vsebine pozabljene, po njegovem mnenju niso izbrisane. Ostajajo na nek način aktivne in s svojim delovanjem pomembno determinirajo posameznikovo vedenje (Gray idr., 2021). V vsakdanjem življenju lahko z delovanjem nezavednega pojasnimo različne spodrseljaje v govoru, branju, pisanju ali dejanjih, npr. ko se nam zareče, ko se nenadoma ne moremo spomniti imena dobrega prijatelja ali ko napačno preberemo besedo. Psihoanaliza in Freud sta poznana tudi po delitvi posameznikovega delovanja na zavedno, nezavedno in predzavestno ali id, ego in superego. Razmerje med nezavednim, zavestnim in predzavestnim je prikazal s prisposodbo ledene gore, kjer je večji del pod vodo (nam neznan), le manjši vrh gore je viden (naš zavestni del) (Baker in Sperry, 2015; Gray idr., 2021; Kompore, 2011a).

Sprva Freudova teorija ni bila opažena. Imela je le nekaj privržencev. Med njimi je bil tudi švicarski psiholog Carl Gustav Jung, ki ga dandanes poznamo kot drugega pomembnega predstavnika psihoanalize. Zaslovel je po svojem pristopu, metodi analize sanj, o čemer je pisal tudi v knjigi Interpretacija sanj (1900), ki je postala velika svetovna uspešnica. Ključne metode, po katerih je psihoanaliza najbolj znana, so študije primerov (razvijal jih je Freud, ki je znan po primerih histeričnih žensk) in tehnike za raziskovanje nezavednega (proste asociacije in analiza sanj). Če iz sedanje perspektive pogledamo na nadaljnji razvoj psihologije, ugotovimo, da je psihoanaliza pustila največji pečat na področju psihoterapije, razvojne psihologije in psihologije osebnosti (Baker in Sperry, 2015; Kompore, 2011a; Musek, 2005).

Ključne teorije iz tega obdobja se nanašajo na psihoanalitične razlage nezavedne motivacije, sanj, pozabljanja (zaradi potlačitve) in razvoja osebnosti.

Vsak razvoj, vsaka teorija je deležna tudi kritik in pomislekov glede njenih pomanjkljivosti. Psihoanaliza ni bila izjema. Ključne kritike Freudu so postavljale pod vprašaj veljavnost, zanesljivost,

objektivnost njegovih znanstvenih metod. Očitali so mu prehitro posploševanje, premajhne vzorce. Menili so, da so metode premalo posplošljive, objektivne in da s prikazi primerov nikakor ne smemo sklepati na zakonitosti populacije. Nadalje so navajali, da naj bi bila psihoanaliza politična, kot nek odsev srednjeevropske družbe takratnega časa in ne univerzalna ter veljavna teorija. Dvomili so tudi v moč zgodnjih dogodkov. Freud je pisal, da dogodki v otroštvu in posameznikov najzgodnejši razvoj pomembno vplivajo na posameznikov nadaljnji osebnostni razvoj in da je osebnost oblikovana nekje do šestega leta. Njegovi kritiki pa so to postavili pod velik vprašaj. Erik Erikson je bil v nasprotju s Freudom prepričan, da prihaja do pomembnih razvojnih sprememb tudi po obdobju mladostništva (Napa Scollon, 2015).

### ***1.5.2 Behaviorizem ali vedenjska smer***

V nadaljevanju se je razvila vedenjska smer ali behaviorizem (ang. behaviour: vedenje). V začetku 20. st., med letoma **1920–1960**, je bila prevladujoča smer ameriške psihologije. Njen predstavnik je **John B. Watson**. Predmet psihologije se je od duševnih procesov in nezavednega, torej notranjega doživljanja, obrnil v to, kar je vidno navzven, v vedenje. Watson je menil, da bo psihologija dovolj znanstvena le z opazovanjem vidnega, otipljivega, merljivega. Metodo introspekcije, procesa čustvovanja in mišljenja je pojmoval kot pretirano subjektivno. Po njegovem mnenju bi morali psihologi raziskovati le tisto, kar je dostopno objektivnim znanstvenim metodam, npr. ekstraspektivnemu opazovanju in laboratorijskemu eksperimentiranju. In kaj je to? Predmet svojega proučevanja je zato prepoznal v vedenju, ki je posledica **odzivanja (O) na dražljaje (D)** (Kompere, 2011a; Gray idr., 2021), duševne procese, posameznikovo notranje doživljanje pa je opredelil kot »**črno škatlo**«, nekaj, kar je očem nevidno in zato brez pravega pomena.

Ključni doprinos vedenjske smeri je bilo proučevanje učenja. Govorili so o klasičnem pogojevanju, instrumentalnem pogojevanju in modelnem učenju (učenju po modelu, posnemanje). Razvijali so eksperiment. Največ kritik pa je bilo usmerjenih v zanemarjanje duševnih procesov.

### ***1.5.3 Humanistična smer***

V petdesetih letih prejšnjega stoletja sta v Severni Ameriki v psihologiji prevladovala dva pristopa: psihoanaliza in behaviorizem. Klinični psihologi so v večji meri sprejeli psihoanalizo, eksperimentalni psihologi pa so bili bolj naklonjeni vedenjski smeri. Zagovorniki obeh smeri so bili zadovoljni z razlagami, ki sta jih dajali. To pa ni veljalo za vse psihologe. Mnogi so psihoanalizi očitili, da njene teorije temeljijo zgolj na proučevanju ljudi z različnimi težavami in duševnimi motnjami, behavioristom pa, da so usmerjeni le k proučevanju vedenja, ne pa tudi k razumevanju notranjega doživljanja, npr. čustvovanja. Eden od začetnikov humanistične smeri, **Abraham Maslow**, je to smer zato poimenoval »tretja sila« (Baker in Sperry, 2015; Kompere, 2011a; Musek, 2005), ki se je usmerila v proučevanje notranjega doživljanja.

Predmet proučevanja humanistične psihologije (lat. homo: človek, humanus: človeški) je osebnostna rast, samoaktualizacija (uresničevanje potencialov), motivacija, vrednote, ustvarjalnost. To so po mnenju humanističnih psihologov področja, ki so za človeka smiselna in pomembna, psihologija pa se ne sme izogniti njihovem proučevanju zgolj zato, ker jih je težje znanstveno raziskovati. Pri raziskovanju teh kompleksnih vidikov duševnosti, vedenja in osebnosti so humanistični psihologi uporabljali predvsem študije primerov, intervjuje, vprašalnike osebnosti in druge tehnike, ki so osredotočene na posameznikovo zavestno doživljanje sveta. Pomembno se jim je namreč zdelo

poglobljeno in celostno razumevanje posameznikov, hkrati pa so bili kritični do prepričanja, ki se je uveljavilo med behavioristično usmerjenimi psihologi, da so stroge znanstvene metode najboljši in edini način proučevanja duševnosti (Baker in Sperry, 2015; Kompore, 2011a; Musek, 2005).

Med bolj znanimi predstavniki humanistične psihologije je poleg Abrahama Maslowa še Carl Rogers. Teoriji obeh sta zgrajeni na predpostavki, da je človek v bistvu dober in racionalen. Humanistična psihologija je nasploh optimistična in posamezniku daje upati, da lahko nadzoruje svojo usodo: človek ima svobodno voljo, zato ga niti nezavedni mehanizmi niti vplivi okolja ne določajo povsem.

Največji vpliv je imela humanistična smer psihologije na področju psihološkega svetovanja in psihoterapije, pomembna pa je tudi v razvoju psihologije, saj je v obdobju prevlade behaviorizma opozorila na pomen proučevanja doživljanja in duševnih procesov. Pomanjkljivost smeri je predvsem v tem, da je nekatere teorije in modele, ki jih razvijejo humanistični psihologi, le težko dokazati in eksperimentalno preveriti. Zato humanističnemu pogledu na človeka nekateri očitajo, da je bolj filozofija življenja kot psihološka smer. Pretirana je tudi predpostavka, da so vse rešitve problemov in težav v posameznikovih rokah (Baker in Sperry, 2015; Gray idr., 2021; Kompore, 2011a; Musek, 2005).

### ***1.5.4 Kognitivna smer***

V drugi polovici prejšnjega stoletja (predvsem po letu 1970) je vodilno vlogo v psihologiji prevzela kognitivna smer. Razvoj kognitivne psihologije pomeni premik od proučevanja motivacije in nižjih spoznavnih procesov (občutenja, enostavnega učenja) k višjim spoznavnim procesom (pomnjenju, mišljenju in kompleksnemu učenju). Kognitivni psihologi izhajajo iz prepričanja, da se ljudje vedemo v skladu s tem, kako doživljamo in si razlagamo stvarnost. Vedenje torej ni odvisno zgolj od dražljajev in situacij kot takšnih, kot trdijo behavioristi, ampak predvsem od tega, kako si te situacije razlagamo. Npr. katero čustvo bomo doživeli in/ali kako bomo ravnali, je v veliki meri odvisno od naše kognitivne ocene (interpretacije) okoliščin in ne od okoliščin samih (Gray idr., 2021; Kompore, 2011a).

Poudarek raziskovanja je zato na spoznavnih (kognitivnih) procesih: kako razlagamo svet in sebe, kako sprejemamo in predelujemo informacije, kakšne napake delamo pri reševanju problemov in presojanju itd. Velik vpliv na izobraževanje (pojmovanje znanja in učenja, načine poučevanja ipd.) je imela teorija razvojnega psihologa **Jeana Piageta**, ki je v razvoju otrokovega mišljenja poudaril kakovostne spremembe, hkrati pa je pokazal, da razvoj mišljenja vpliva na vsa področja človekovega doživljanja in vedenja (Baker in Sperry, 2015; Kompore, 2011a; Musek, 2005).

Kognitivna psihologija pa nima pomembne vloge le pri proučevanju učenja, mišljenja, pomnjenja, pozornosti in razvoja govora, ampak tudi na področju socialne psihologije (raziskovanje stereotipov, socialnega zaznavanja) in psihologije osebnosti. Kognitivni psihologi uporabljajo pri raziskovanju različne metode in tehnike: laboratorijski eksperiment, opazovanje, intervju ... Raziskave so osredotočene na specifične probleme in manj na splošne ugotovitve, kar otežuje oblikovanje splošne teorije. Kritiki kognitivnim teorijam osebnosti pogosto očitajo osredotočenost zgolj na kognitivne procese ter zanemarjanje motivacije in čustev.

**POVZETEK SMERI za lažjo zapomnitev:**

Ime smeri in predstavniki	Predmet proučevanja	Metode proučevanja	Prednosti	Pomanjkljivosti
<b>Psihoanaliza</b> S. Freud C. G. Jung	Nezavedno, dinamika in struktura duševnosti, razvoj osebnosti in identitete	Klinično opazovanje, študije primerov, tehnike prostih asociacij in analize sanj	Raziskovanje nezavednega; poudarjanje dinamike duševnosti; proučevanje osebnosti	Pretiran poudarek na nezavednem, seksualnosti; metode so preveč subjektivne
<b>Vedenjska smer (Behaviorizem)</b> B. Skinner J. Watson	Vedenje (odzivanje na dražljaj – D – O), proučevanje učenja in vplivov okolja	Ekstraspektsija in eksperiment	Objektivne, zanesljive metode, pomen učenja in vplivov okolja	Zanemarjanje notranjega doživljanja
<b>Humanistična smer</b> A. Maslow C. Rogers	Osebnostna rast, samopodoba, samoaktualizacija, motivacija, hierarhija potreb	Študije primerov, osebnostni vprašalniki, introspekcija, nestrukturiran intervju	Poudarjanje svobode, zavestne volje, samodejavnosti; proučevanje motivacije in osebnostne rasti	Zanemarjanje proučevanja spoznavnih procesov, nekritično poudarjanje samodejavnosti
<b>Kognitivna smer</b> J. Piaget	Spoznavni procesi; proučevanje razvoja mišljenja	Intervju, opazovanje, eksperiment	Raziskovanje razvoja mišljenja, poudarjanje subjektivnosti	Zanemarjanje ostalih duševnih procesov in njihovega vpliva na mišljenje

## 1.6 Razvoj psihologije v Sloveniji

Kaj se je dogajalo z razvojem psihologije v Sloveniji? Začetki psihologije na slovenskih tleh segajo v 16. stoletje, ko je David Verbec objavil v latinščini napisano *Razpravo o temperamentih*. Več psiholoških del se je pojavilo sicer znotraj drugih znanosti (filozofije, teologije, pedagogike) šele konec 19. stoletja. Kot najpomembnejše med njimi navajajo delo Frančiška Lampeta *Dušeslovje*.

Pred 2. svetovno vojno se psihologija na Univerzi Ljubljani ni uveljavila. Kljub temu pa so se nekateri z univerze ukvarjali tudi s psihološko problematiko, npr. filozof Franc Veber, pedagog Karel Ozvald ter teolog in psiholog Anton Trstenjak. Oddelek za psihologijo je bil ustanovljen leta 1950, njegov ustanovitelj je bil Mihajlo Rostohar (1878–1966). Psihologija v Sloveniji je šele takrat postala izkustvena in eksperimentalna. Poleg Mihajla Rostoharja je slovensko psihologijo pomembno oblikoval Anton Trstenjak (1906–1996), v svetu najbolj poznan slovenski psiholog in tudi eden najustvarjalnejših po obsegu izdanih del. Med njegovimi najpomembnejšimi deli so *Oris sodobne psihologije I in II* (1969), *Problemi psihologije* (1976), *Človek in barve* (1978), *Psihologija ustvarjalnosti* (1981) in *Človek, bitje prihodnosti* (1985) (Kompore, 2011a; Musek, 2005).

Današnja slovenska psihologija je na podobni ravni kot psihologija v drugih državah Evrope. Razvite so vse najpomembnejše psihološke panoge, zastopane pa so tudi vse pomembnejše psihološke šole.

## **1.7 Razlika med kompetencami**

V družbi, splošni populaciji lahko še vedno prepogosto naletimo na nerazumevanje, zamenjevanje med na videz in za splošno populacijo podobnimi »poklici« (izraz poklici so v narekovaju zaradi specifik na področju psihoterapije, ki trenutno v Sloveniji še vedno ni priznana). Kot zdravstveni sodelavci ste člani timov, zato je pomembno, da jih razlikujete. V ta namen podajamo osnovno razlikovanje med temi »poklici«.

### ***1.7.1 Klinični psiholog***

Ni vsak psiholog klinični psiholog. Klinični psiholog je tisti psiholog, ki je zaposlen v zdravstvu in je po študiju psihologije opravil specialistično izobraževanje (4 leta praktičnih izkušenj in teorije) s področja specifik, ki jih zahteva delo z bolniki. Klinični psihologi pri svojem delu uporabljajo znanstveno utemeljene metode ter empirično preverjene diagnostične in psihoterapevtske postopke. Klinični psiholog kot strokovnjak je zavezan k znanstveno kritičnemu pristopu do literature, praktičnih smernic pri delu in empiričnih raziskav. Po tem se razlikuje od nestrokovnih in neznanstvenih oziroma laičnih »psiholoških« nasvetov in pomoči.

Delo kliničnih psihologov je usmerjeno na zmanjševanje psihičnih stisk in podporo človekovemu psihičnemu blagostanju. Klinični psihologi se ukvarjajo s širokim razponom vsebin, ki vključujejo lažje vsakdanje stike, pa vse do zahtevnih duševnih motenj.

Delo kliničnega psihologa je:

- kliničnopsihološko ocenjevanje oziroma psihodiagnostika; to pomeni, da klinični psiholog s pomočjo standardiziranih testov in vprašalnikov oceni posameznikovo delovanje na različnih področjih (kognitivno, čustveno, osebnostno); na podlagi ocene lahko razloži človekovo psihološko delovanje v povezavi z njegovo življenjsko situacijo;
- podajanje priporočil, ki lahko vključuje usmerjanje k drugim strokovnjakom in/ali izvajanje ter učenje ustreznih načinov za reševanje in lajšanje težav posameznika ali družine: svetovanje, psihoterapija, rehabilitacija, vključevanje različnih psiholoških tehnik;
- izvajanje preventivnih dejavnosti na področju duševnega zdravja.

Pogosto je delo specialista klinične psihologije timsko, kar pomeni, da pri zdravljenju sodeluje z zdravniki specialisti psihiatrije, nevrologije, pediatrije, splošne medicine, fizioterapevtske in drugimi zdravniki ter s strokovnjaki z drugih področij, kot so npr. specialni in socialni pedagogi, delovni terapevti, fizioterapevti, logopedi in socialni delavci. Delo kliničnega psihologa se razlikuje tudi glede na populacijo, s katero dela. Na primer pri delu z otroki in mladostniki predstavlja pomemben del tudi povezovanje z vzgojno-izobraževalnimi ustanovami (Rueda-León idr., 2021; ZKP, 2024).

### ***1.7.2 Specialist psihiatrije (psihiater)***

Psihiater je zdravnik, ki je opravil specializacijo iz psihiatrije. Njegovo delo je osredotočeno na delo s klinično populacijo (tj. populacija s težjimi in diagnosticiranimi motnjami). Diagnosticira duševne motnje in jih zdravi z razgovori in zdravili, ne more pa izvajati kliničnopsihološke ocene.

Specialist psihiatrije za delo z otroki je specialist otroške in mladostniške psihiatrije (pogovorno: pedopsihiater).

### 1.7.3 Psihoterapevt

**Psihoterapevt** je strokovnjak, ki je opravil izobraževanje iz psihoterapevtske znanosti in šel skozi specialistični študij psihoterapije, npr. vedenjsko-kognitivne, psihoanalitične ali sistemske. Pomaga nam lahko pri vseh vrstah težav, za katere bi se sicer obrnili na psihologa ali psihiatra. Če psihoterapijo primerjamo s psihološkim svetovanjem, je psihoterapija zahtevnejša in dolgotrajnejša in se ukvarja z odpravljanjem duševnih težav ali motenj.

Za razliko od psihologa nam psihoterapevt ne svetuje, prav tako pa nam ne more predpisati zdravil. **Psihoterapija je proces**, preko katerega posameznik odkriva in ozavešča lastna čustva, vzorce in vedenje ter jih ob strokovnem vodenju poskuša spreminjati na način, da bi bili ti vzorci zanj učinkovitejši.

---

## PREVERI, KAJ ZNAŠ. ODGOVORI NA VPRAŠANJA.

1. Opredeži, kaj je psihologija.
  2. Kaj je značilno za psihologijo kot znanstveno metodo?
  3. Naštejte štiri temeljne smeri, ki so se pojavile skozi razvoj psihologije, na kratko opišite njihove značilnosti ter jih primerjajte med seboj.
  4. Obkrožite praktične panoge v psihologiji:
    - obča psihologija,
    - klinična psihologija,
    - razvojna psihologija,
    - psihopatologija,
    - pedagoška psihologija,
    - psihologija dela in organizacije.
  5. Opišite razliko med kliničnim psihologom, specialistom psihiatrije in psihoterapevtom.
-

## LITERATURA

1. Baker, D. B. in Sperry, H. (2015). History of psychology. V T. Kearns in D. Lee (ur.), *General psychology: An introduction* (str. 6–22). Psychology, Sociology, Anthropology, and Social Work Open Textbooks. <https://oer.galileo.usg.edu/psychology-textbooks/1>
2. Dogša, I. (2011). Metode v psihologiji. V A. Kompare, M. Stražišar, I. Dogša, T. Vec in J. Curk, *Psihologija: spoznanja in dileme: učbenik za psihologijo v 4. letniku gimnazijskega izobraževanja* (str. 26–37). DZS.
3. Gray, K., Arnott-Hill, E. in Benson, O. S. (2021). *Introduction to psychology*. College of DuPage Digital Press. <https://cod.pressbooks.pub/introductiontopsychology/>
4. Kompare, A. (2011a). Predmet in razvoj psihologije. V A. Kompare, M. Stražišar, I. Dogša, T. Vec in J. Curk, *Psihologija: spoznanja in dileme: učbenik za psihologijo v 4. letniku gimnazijskega izobraževanja* (str. 12–25). DZS.
5. Kompare, A. (2011b). Občutenje in zaznavanje. V A. Kompare, M. Stražišar, I. Dogša, T. Vec in J. Curk, *Psihologija: spoznanja in dileme: učbenik za psihologijo v 4. letniku gimnazijskega izobraževanja* (str. 61–77). DZS.
6. Musek, J. (2005). *Predmet, metode in področja psihologije*. Filozofska fakulteta, Oddelek za psihologijo.
7. Napa Scollon, C. (2015). Research design. V T. Kearns in D. Lee (ur.), *General psychology: An introduction* (str. 23–39). Psychology, Sociology, Anthropology, and Social Work Open Textbooks. <https://oer.galileo.usg.edu/psychology-textbooks/1>
8. Rueda-León, L. V., Linares-Maldonado, J. A., Quiroz-González, C. in Sandoval-Arellano, A. (2021). *Essential competencies in a clinical psychologist for a functional application of face-to-face and online psychotherapy*.
9. Zbornica kliničnih psihologov (ZKP). (2024). Kdo je klinični psiholog? <https://klinikna-psihologija.si/o-nas/kdo-je-klinicni-psiholog/>

## 2 PREDMET PROUČEVANJA PSIHLOGIJE

Da bi natančno opredelili predmet proučevanja v psihologiji, še enkrat odgovorimo na vprašanje, kaj je psihologija.

### 2.1 Kaj je psihologija?

**Psihologija je znanost, ki proučuje duševne procese, vedenje in osebnost.** Duševni procesi so notranji procesi, za katere je značilno, da potekajo v določenem časovnem zaporedju in navadno vodijo k določenemu izidu. Duševni procesi so široko področje, ki vključuje čustvene, motivacijske in spoznavne procese. Vsi so medsebojno prepleteni in vplivajo drug na drugega. Duševne procese doživljamo notranje, subjektivno, so izredno individualna izkušnja, kar pomeni, da jih vsak posameznik doživlja na svoj način. Lahko rečemo, da so duševni procesi osnova in se preko svojega delovanja izražajo tudi navzven, v obliki vedenja ali obnašanja. Poleg (zavestnih in nezavednih) duševnih pojavov in vedenja psihologe zanima tudi njihova celota – osebnost, katere sestavni del so osebnostne lastnosti. O osebnosti bomo več pisali v nadaljevanju (Kompore, 2011a; Gray idr., 2021).

Na posamezna področja, ki jih psihologija proučuje (duševni procesi, vedenje in osebnost) vplivajo trije temeljni dejavniki razvoja.

### 2.2 Temeljni dejavniki razvoja

Razvoj osebnosti in medosebne razlike so odvisne od treh temeljnih dejavnikov:

1. dednost,
2. okolje,
3. samodejavnost.

Razložimo vsakega izmed njih (Gray idr., 2021).

#### **Dednost**

Nosilci dednega zapisa pri posamezniku so **geni**. Te podedujemo od svojih staršev in vplivajo zgolj na **zgornjo ali spodnjo mejo**, do katere se bo posamezna lastnost razvila. Vpliv dednosti je na primer zelo visok pri nekaterih duševnih motnjah (primer: Downov sindrom), pri telesnih značilnostih. Z razvojem tehnologije postaja raziskovanje genetike vse bolj precizno. Ko opazamo odstopanja v posameznikovem razvoju, jih mnogokrat lahko pojasnimo z odstopanji, okvaro specifičnih genov (Gray idr., 2021; Kompore, 2011a).

#### **Okolje**

Vključuje vse dejavnike, ki **niso podedovani**. Poznamo dve glavni vrsti okolij, ki na posameznika vplivajo:

1. okolje, ki so ga člani družine **delijo (družina)** in
2. okolje, ki si ga člani družine **ne delijo (npr. šola, služba, interesne dejavnosti)**.

Raziskovanje vpliva dednosti in okolja je za strokovnjake privlačno. Vplive okolja in dednosti znanstveniki ločijo s študijami **enojajčnih dvojčkov**, ki so od rojstva živeli ločeno. Ti posamezniki imajo 100-odstotno isto gensko zasnovo, a živijo v različnih okoljih. Podobnosti med posameznikoma v paru so torej posledica dednosti, razlike pa posledica okolja (Gray idr., 2021; Kompare, 2011a).

### **Samodejavnost**

Lahko jo imenujemo tudi lastna aktivnost. Predstavlja tretji dejavnik razvoja. Samodejavnost opredelimo kot količino energije, napora, ki ju posameznik vlaga v to, da bi se neka lastnost pri njem izrazila (npr. količina vaje, treninga pri učenju igranja na instrument ali treningu športne discipline) (Gray idr., 2021; Kompare, 2011a).

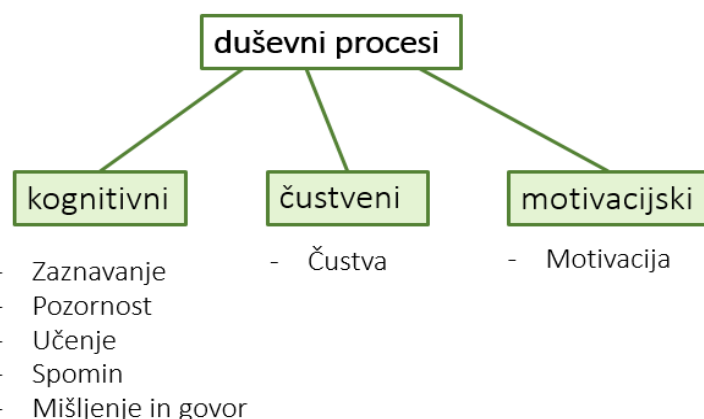
### **Interakcija**

Vsi dejavniki se med seboj povezujejo, so v interakciji. Dednost predstavlja preddispozicijo za neko lastnost, katere razvoj je odvisen od okolja, v katerem posameznik živi in od njegove lastne motivacije (Gray idr., 2021; Harvey, 2019; Kompare, 2011a).

**Primer:** *Maj je nadarjen za šport. Je izredno gibčen, hiter, spreten, še posebej z žogo. Oče je bil nogometaš. Maj ima preddispozicije, da bi bil uspešen v svetovnem merilu (dednost). Njegova uspešnost je v veliki meri odvisna od tega, ali bosta starša (okolje) prepoznala ta potencial in ga spodbujala k vključevanju v treninge in s tem k razvijanju potenciala. Seveda pa treningi sami po sebi niso dovolj. Da bi Maj svoj potencial čim bolj izkoristil, mora trenirati redno in zavzeto (samodejavnost).*

Preidimo na duševne procese. Če razložimo laično, so duševni procesi naše notranje doživljanje, spretnosti zaznavanja sveta in našega odzivanja na te zaznave.

*Slika 2: Delitev duševnih procesov*



Kompare, A. (2011a). Predmet in razvoj psihologije. V A. Kompare, M. Stražišar, I. Dogša, T. Vec in J. Curk, *Psihologija: spoznanja in dileme: učbenik za psihologijo v 4. letniku gimnazijskega izobraževanja* (str. 12–25). DZS.

Spoznadni procesi potekajo v treh fazah, ki jih prikazuje slika 3 (Kompare, 2011b).

Slika 3: Potek spoznavnih procesov

(1) občutenje in zaznavanje (sprejemanje informacij)



(2) učenje in spomin (ohranjanje informacij)



(3) mišljenje (predelava teh informacij).

Kompare, A. (2011b). Občutenje in zaznavanje. V A. Kompare, M. Stražišar, I. Dogša, T. Vec in J. Curk (ur.), *Psihologija: spoznanja in dileme: učbenik za psihologijo v 4. letniku gimnazijskega izobraževanja* (str. 61–77). DZS.

Kliničnopsihološko in bolj razčlenjeno pa lahko po fazi zaznavanja govorimo o višjih kognitivnih funkcijah, ki jih lahko ponazorimo s sledečo shemo (Harvey, 2019):

Slika 4: Višje kognitivne sposobnosti



### ***Občutenje in zaznavanje***

**Občutenje** in zaznavanje je prva in osnovna faza, ki posamezniku predstavlja stik s svetom, z okoljem. Je proces, kjer posameznik sprejema dražljaje iz okolja (Kompare, 2011b). Impulzi, ki jih sprejema, se pretvorijo v **živčno vzburjenje**, ki potuje do možganov in prinaša sporočila, ki jih možgani interpretirajo (Harvey, 2019).

**Organizacija in interpretacije** informacij predstavlja višjo fazo, ki ji pravimo zaznavanje. To ni več le sprejemanje dražljajev, ampak tudi odzivanje na njih (Harvey, 2019; Kompare, 2011b).

**Primer:** *Stojimo na prehodu za pešce in čakamo zeleno luč. Ko se ta prižge, najprej vidimo zeleno luč (občutenje), potem pa se zavedamo, da lahko prečkamo cesto (zaznavanje).*

Naše zaznavanje pa ni le pod vplivom okolja. Nanj vplivajo ter ga oblikujejo tudi psihološki in socialni dejavniki:

- **izkušnje** (vplivajo na interpretacijo dražljajev, *npr. udeleženci, ki večkrat delajo s številkami, v nejasnih dražljajih hitreje prepoznajo številke kot črke*);
- **čustva** (kadar močno čustvujemo, zaznavamo manj ali narobe interpretiramo situacijo, *npr. prestrašen otrok bo vsak šum zamenjal za vlomilca*);
- **motivacija** (motivacija vpliva na vsebino zaznavanja, *npr. lačni ljudje slike hrane ocenjujejo kot bolj svetle*);
- **stališča in vrednote** (*npr. posamezniki, ki cenijo socialne vrednote, hitreje prepoznajo besedo »prijaznost« kot besedo »logičnost«*) (Kompare, 2011b; Gray, 2021; Harvey, 2019).

V vsakdanjem življenju smo podvrženi veliki količini dražljajev. Pod dodaten izziv smo postavljeni, ko nekateri delujejo sočasno. Naši možgani nas želijo zaščititi, prihraniti našo energijo in nam omogočiti čim boljše delovanje med dražljaji. To dosežejo s pomočjo organizacije dražljajev. Govorimo o zaznavni organizaciji. **Načelo zaznavane organizacije** pojasnjuje, kako **ločujemo objekte od podlage** (načelo **lika in podlage**) in kako **povezujemo posamezne elemente** oz. posamezne čutne informacije v celoto (**načela združevanja: načelo podobnosti, bližine in zaprtosti**) (Harvey, 2019; Privitera, 2015).

Potem ko dražljaje zaznamo in jih organiziramo, sledijo višje kognitivne funkcije. Osnovna kognitivna funkcija, ki je podstat vsem ostalim, je pozornost. **Pozornost** je usmerjenost in osredotočenost na določen dražljaj. Za človeka je to izjemno pomemben proces, saj nam pomaga selekcionirati dražljaje. Na vzdrževanje pozornosti vplivajo **zunanji in notranji** dejavniki (Harvey, 2019).

Zunanji dejavniki so:

- **intenzivnost** (močan, glasen dražljaj bolj pritegne našo pozornost),
- **gibanje in migetanje** dražljaja,
- **velikost dražljaja** (velik plakat, trajajoč zvok bolj pritegne),
- **spreminjanje** (spremembe pritegnejo našo pozornost),
- **modalnost** (najhitreje opazimo slušne in vidne dražljaje) (Kompare, 2011b).

Notranji dejavniki so: **potrebe, želje, čustva, motivi, interesi, pričakovanja, izkušnje, znanja**.

Imamo več vrst pozornosti. Po kompleksnosti si sledijo v naslednjem vrstnem redu:

- osredotočanje (krajše usmerjanje pozornosti na dražljaj),
- selektivna pozornost (pri predavanju poslušamo razlago, moteče dejavnike, kot so klepetanje sošolcev v ozadju, zvok prometa na bližnji cesti pa zanemarimo),
- deljena pozornost (istočasno se osredotočamo na dražljaje dveh različnih modalitet; *npr. med vožnjo z avtom opazujemo promet in govorimo s sopotnikom*),
- izmenična pozornost (pozornost izmenjujemo med dražljaji dveh modalitet; *npr. oskrbujemo pacienta, potem govorimo z zdravnikom, spet oskrbujemo*),

- vzdrževana pozornost (zmožnost daljšega izvajanja aktivnosti) (Privitera, 2015).

## 2.3 Učenje

Zmožnost usmerjanja in vzdrževanja pozornosti je osnova za nadredni proces – učenje.

Učenje je spreminjanje aktivnosti pod vplivom izkušenj in z razmeroma trajnim učinkom.

Je posledica **individualnih izkušenj** ob interakciji med **človekom in njegovim okoljem** (Kompare, 2011c; Stražičar, 2011). Ko pomislimo na učenje, pogosto pomislimo nase, kako sedimo za knjigo, se učimo in pripravljamo na izpit. Je pa učenje mnogo več od učenja faktografskih podatkov (Bouton, 2015).

Učimo se:

- **čustvovanja** (agresivnost, prosocialno obnašanje),
- **navad** (higienske, delovne, učne, prometne, prehranjevalne, govorne ...),
- **spretnosti** (hoja, tek, smučanje, drsanje, branje, pisanje, tipkanje, govor),
- **pridobivamo znanje** (informacije in odnosi med njimi).

Skozi razvoj psihologije je prišlo do več teorij učenja, ki jih bomo v nadaljevanju predstavili nekoliko podrobneje. Med seboj se razlikujejo po načinu in posledicah (Stražičar, 2011; Bouton, 2015).

### 2.3.1 Klasično pogojevanje

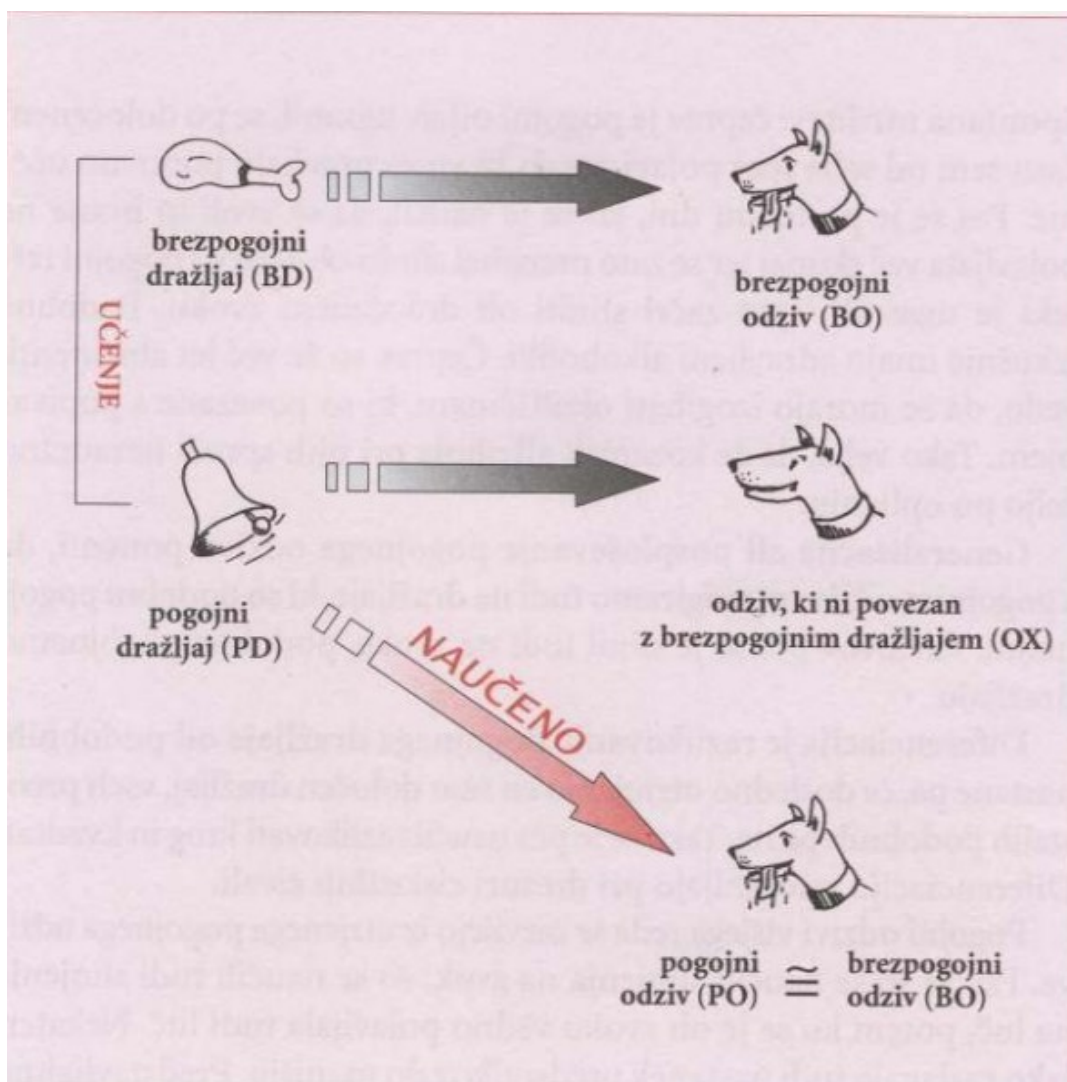
**Klasično pogojevanje** je ena izmed štirih oblik učenja in je najosnovnejša oblika učenja. Iz nje se naučimo neobičajnih in avtomatiziranih odzivov na nevtralne dražljaje, kjer sta bila nek odziv in dražljaj večkrat povezana. Živali in ljudje se lahko naučijo nehotenega odzivanja na nek dražljaj, ki predhodno za njih ni imel učinka ali pa je bil ta drugačen. Dražljaj posledično pripelje do avtomatiziranega odziva. Pri tej vrsti učenja poznamo dve vrsti dražljaja in dve vrsti odziva (Stražičar, 2011).

Govorimo o brezpogojnem odzivu (BO), ki je podedovana, ne naučena biološka reakcija na nek brezpogojni dražljaj (BD). Namenjena je varovanju in ohranjanju organizma. Taki odzivi so refleksne in čustvene reakcije na dražljaj in niso pod vplivom naše volje (dihalnozaščitni refleks, patelarni tetivni refleks ...) (Bouton, 2015).

Pogojni odziv je reakcija, ki je naučena in se pojavi ob nevtralnem dražljaju, ki sam po sebi ne izzove takšnega odziva, med učenjem pa postane pogojni dražljaj.

**Primer klasičnega pogojevanja v zdravstvu:** *Mija je 5-letna deklica, ki pride v spremstvu mame na cepljenje. Ob vbođu jo zelo zaboli. Prične neutolažljivo jokati in od takrat razvije strah pred zdravniki, ki se kaže v obliki slabosti. Pri Mii je slabost ob prisotnosti zdravnika pogojni odziv, ki je naučen (pogojen) z izkušnjo doživljanja bolečine ob cepljenju. BD = bolečina ob cepljenju; BO = strah; PD = prisotnost zdravnika; PO = slabost.*

Slika 5: Klasično pogojevanje



Povzeto po Stražišar, M. (2011). Učenje in pomnjenje. V A. Kompare, M. Stražišar, I. Dogša, T. Vec in J. Curk (ur.), *Psihologija: spoznanja in dileme: učbenik za psihologijo v 4. letniku gimnazijskega izobraževanja* (str. 78–99). DZS.

### 2.3.2 Instrumentalno pogojevanje

Gre za učenje, pri katerem se spremeni **verjetnost pojavljanja** nekega vedenja, glede na **posledice**, ki jih ima to vedenje za posameznika. Temelji instrumentalnega pogojevanja so:

- **pozitivne podkrepitve** (nagrade) -> vedenju sledijo zelene posledice,
- **negativne podkrepitve** (prepreči slabo) -> neprijeten dražljaj, s katerim se okrepi tisto vedenje, ki neprijeten dražljaj odstrani ali zmanjša (npr. *vzamemo aspirin, ko nas boli glava*),
- **kazni** so neprijetni dražljaji, ki zmanjšujejo verjetnost pojavljanja določenega vedenja (Bouton, 2015; Stražišar, 2011).

**Primer:** Miha je imel prometno nesrečo in ima poškodbo noge. Zaželeno je, da vsak dan izvaja približno eno uro zahtevne vaje za raztezanje in krepitev mišic. Vaje so mu izredno naporne, zato se

*je odločil, da si bo po vsakem uspešno izvedenem sklopu vaj privoščil tortico, kar ga motivira, da prične z vadbo in vztraja. Tortica je nagrada in predstavlja pozitivno podkrepitev.*

**Modelno učenje** predstavlja vrsto učenja, pri katerem se nečesa naučimo zgolj z **opazovanjem modela, brez lastne izkušnje**. Za tovrstno učenje potrebujemo vsaj dve osebi: (1) **model** in (2) **posnemovalca**.

**Primer modelnega učenja:** *Dijak srednje šole pride na prakso v bolnišnico. Opazuje medicinske sestre, kjer njegovo pozornost še posebej pritegne sestra Anika, ki zelo spretno in hkrati skrbno povija rano pacientu. Ob tem jo doživlja tudi kot prijazno in potrpežljivo, umiri pacienta, kar mu je še posebej všeč. Začuti, da bi ji želel biti podoben.*

Modelno učenje ima elemente, ki povečujejo verjetnost, da se bo modelno učenje dejansko zgodilo. Ti elementi so:

1. **pozornost:** posameznik je pozoren na modelovo vedenje in ga zazna;
2. **zapomnitev:** posameznik informacije o modelovem vedenju shrani v dolgoročni spomin;
3. **izvajanje:** posameznik vadi vedenje, ki si ga je zapomnil (lahko takoj posnema, na začetku nespretno, lahko le na miselni ravni s pomočjo predstavljanja);
4. **motivacija:** pripravljenost (motiviranost) za posnemanje (pomembno je učenčevo pričakovanje posledic, ki bi jih zanj imelo to vedenje).

Dejavniki, ki vplivajo na to, ali bo posameznik posnemal modelovo vedenje, so odvisne od:

- **posledic, ki jih ima model za svoje vedenje** (če je model nagrajen, se verjetnost posnemanja vedenja okrepi),
- **osebnostnih lastnosti modela** (posnemovalec posnema modelovo vedenje, če mu je model privlačen ali mu želi biti podoben),
- **opaznosti modelnega vedenja** (posnemovalec posnema vedenje, če je le-to izstopajoče in pritegne pozornost),
- **posameznikovih lastnosti** (nagrada za opazovanje modela, čustvena vznemirjenost) (Stražičar, 2011).

### 2.3.3 Dejavniki, ki vplivajo na učenje

Učenje ni samoumevno. Da se lahko učimo, morajo biti izpolnjeni določeni pogoji. Dejavnikov, ki vplivajo na učenje, je veliko in jih lahko razdelimo v štiri skupine:

1. fiziološki,
2. fizikalni,
3. socialni,
4. psihološki (Stražičar, 2011).

**Fiziološki** dejavniki pomenijo porušeno notranje ravnovesje. Lahko so kratkotrajni (utrujenost, žeja) ali dolgotrajna telesna stanja (slabovidnost). **Fizikalni** dejavniki so dejavniki iz okolja, ki vplivajo na posameznika (vremenske razmere, osvetljenost, hrup, temperatura, urejenost in zračnost prostora). **Socialni** dejavniki izhajajo iz družbenega okolja (spodbuda, podpora, pomoč). **Psihološki** dejavniki pa so umske in druge sposobnosti, motivacija in čustva. Prevelika motivacija ali premočna čustva ovirajo učenje, tako kot premajhna motivacija ali prešibka čustva.

Učenje nam poleg kapacitete pozornosti omogoča tudi sposobnost pomnjenja (spomin), ki je pomemben del višjih kognitivnih funkcij (Bouton, 2015).

## 2.4 Mišljenje

Ko se ukvarjamo s procesom zaznavanja, ne moremo mimo mišljenja.

Mišljenje je pomembno, ker pomeni **odkrivanje novih odnosov** med informacijami, ki jih zaznamo. S pomočjo mišljenja poskušamo informacije **dojeti na nov način** ali preoblikovati odnose med njimi.

Mišljenje je izredno širok pojem, ki vključuje več funkcij: presojanje, odločanje, sklepanje, spominjanje, predstavljanje, sanjarjenje, načrtovanje, ocenjevanje itd.

### 2.4.1 Vrste mišljenja

Poznamo več vrst mišljenja. Glede na realnost misli ločimo **realistično in domišljjsko** mišljenje. Glede na način iskanja rešitev pa **divergentno in konvergentno** mišljenje.

**Realistično mišljenje** pomeni uporabo realnih, možnih dejstev za reševanje problemov. Za **domišljjsko mišljenje** je značilna svobodna interpretacija, ki je pod vplivom subjektivnih dejavnikov, kot so čustva, želje npr. igra, sanje, sanjarjenje, halucinacije. Vsebina domišljjskega mišljenja je lahko povsem oddaljena od realnosti in možnega.

**Divergentno mišljenje** je usmerjeno k iskanju različnih, tudi kreativnih rešitev (Kako vse bi lahko uporabili opeko?). **Konvergentno mišljenje** je usmerjeno k iskanju le ene rešitve ( $5 \times 6 = ?$  Odg.: 30).

Realistično in konvergentno mišljenje je prisotno pri mlajših otrocih (izraziteje do 6. leta starosti), pri ljudeh z motnjami v duševnem razvoju in pri posameznikih z omejeno miselno fleksibilnostjo. Domišljjsko in divergentno mišljenje je ustvarjalno mišljenje, v večji meri prisotno pri nadarjenih, kreativnih posameznikih. V psihologiji ga ocenjujemo npr. s Torrancovim testom.

## 2.5 Reševanje problemov

Verjetno lahko rečemo, da se dnevno spoprijemamo s problemi in z njihovim reševanjem. Reševanje problemov je sposobnost, ki z leti zori in je močno povezano z razvojem mišljenja. Najintenzivnejši razvoj reševanja problemov poteka do desetega leta starosti. Poznamo tri vrste reševanja problemov.

**Ugibanje** je reševanje problemov s poskusi in napakami. Proces reševanja in razmišljanja ob tem namreč ne vključuje načrta, kako priti do rešitve. Posameznik ugiba, kakšna bi bila prava pot do cilja in pri tem preizkuša različne rešitve. V tem procesu dela poskuse in napake, dokler slučajno ne naleti na pravo rešitev. Npr. če opazujete majhnega otroka, ki se prvič sreča s puzzli, le-te rešuje s poskušanjem.

**Postopna analiza** je višja stopnja reševanja problemske situacije. Na tej stopnji poskuša posameznik doseči cilj, tako da izbira korake ali vmesne cilje, ki zmanjšujejo razliko med trenutnim stanjem in ciljem. Npr. zgoraj omenjeni otrok že pozna puzzle. Naučil se je, da si lahko pomaga tako, da najprej

sestavi okvir, potem išče puzzle, ki imajo enake elemente (npr. modra barva za nebo). Iz primera razberemo, da si oblikuje vmesne cilje.

**Reševanje z vpogledom** predstavlja najvišjo raven reševanja problemov in vključuje intenzivno reševanje in ukvarjanje s problemom, ki poteka na dveh stopnjah:

- **Inkubacija** – s problemom se zavestno ne ukvarjamo,
- **inspiracija** (navdih) ali AHA izkušnja – trenuten preblisk, ko se nam rešitev nepričakovano razodene.

**Primer:** *Otrok tukaj ne potrebuje vmesnih postaj, ampak z opazovanjem in logičnim sklepanjem ugotovi, katere puzzle pašejo skupaj.*

Reševanje problemov je proces, ki je podvržen vplivu številnih dejavnikov.

Naštejmo najpomembnejše:

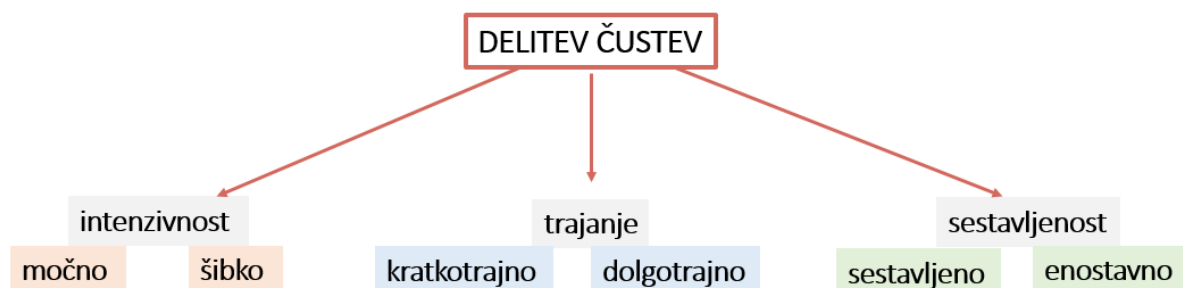
1. **motivi** – spodbujajo, vzdržujejo in usmerjajo mišljenje;
2. **čustva** – prijetna čustva nas spodbujajo in usmerjajo, neprijetna, močna čustva lahko zatirajo mišljenje – nas preveč vznemirijo, da bi se zbrali;
3. **znanje** – poznavanje določenega področja (večji obseg in boljša organizacijska znanja);
4. **inteligentnost** – vpliva na hitrost in učinkovitost reševanja problemov.

## 2.6 Čustvovanje

Čustvovanje predstavlja pomemben del naših duševnih procesov, našega notranjega doživljanja. Osnovni element čustvovanja so čustva (Hwang in Matsumoto, 2015).

Čustva so **duševni procesi** in stanja, ki izražajo človekov **vrednostni odnos do zunanjega sveta** ali pa do **samega sebe**. To pomeni, da s čustvi presojujemo pomembnosti, vrednosti, ki ga ima dražljaj za nas in se s čustvi na to zaznavo odzovemo. So **specifični načini spoznavanja sveta**. Vsako čustvo ima svoj objekt, ki ga povzroči in h kateremu teži. Čustva so kompleksna v smislu, da jih lahko delimo glede na intenziteto, trajanje in sestavljenost, kot je prikazano na sliki.

Slika 6: Delitev čustev



Glede na intenzivnost govorimo o močnih in šibkih čustvih, glede na trajanje o kratkotrajnih in dolgotrajnih čustvih in glede na sestavljenost poznamo sestavljena in enostavna čustva. Posamezne značilnosti se med seboj povezujejo.

**Enostavna čustva so univerzalna čustva** in za njih je značilno, da jih na enak način doživljamo in izkazujemo vsi ljudje, ne glede na spol, raso, versko pripadnost. Teh čustev je pet: veselje, žalost, jeza, strah in gnus.

Če sledimo matematični formuli (☺) **močno + kratkotrajno = afekt**.

Gre za izredno intenzivno in kratkotrajno izkazovanje čustev. Najbolj poznan je verjetno afekt besa.

Če sledimo matematični formuli **šibko + dolgotrajno = razpoloženje**.

Gre za daljše doživljanje šibkejšega čustva (Hwang in Matsumoto, 2015).

Stik s čustvi je izrednega pomena, saj nam nudi informacijo o našem doživljanju zunanjega dogajanja kot tudi lastnih miselnih procesov. Ljudje, ki delamo z ljudmi, smo bolj podvrženi stiku s čustvi drugih, zato je še toliko bolj pomembno, da smo zmožni stika s svojimi lastnimi čustvenimi odzivi. Več o tem sledi v drugem delu učbenika.

## 2.7 Motivacija

Ko v telesu pride do **neravnovesja**, ki ga lahko povzroči bodisi pomanjkanje bodisi presežek snovi v telesu ali informacij v duševnosti (npr. želja), se pojavi **potreba**. Ko pride do potrebe, začnemo govoriti o motivaciji, da bi potrebo zadovoljili.

**Motivacijo** predstavljajo vsi **proces** spodbujanja, ohranjanja, usmerjanja telesnih in duševnih dejavnosti, da bi **uresničili svoj cilj**.

V procesu zadovoljevanja potrebe si postavimo **cilj**, za katerega pričakujemo, da bo zadovoljil našo potrebo (npr. če smo lačni in imamo potrebo po hrani, si postavimo cilj, da pojedemo sendvič). Če potrebo in cilj združimo, govorimo o motivih. **Motivi** so doživeta potreba, usmerjena k določenemu cilju, od katerega pričakujemo, da bomo z njegovo uresnitvijo zadovoljili potrebo (npr. lakota + sendvič).

Včasih so motivi znotraj, včasih zunaj nas, zato govorimo o dveh oblikah motivacije.

**Zunanja motivacija** je prisotna, ko motivom ne sledimo zaradi sebe, temveč zato, ker imamo zunanji motiv – pričakujemo nagrado (npr. priznanje sodelavcev, dobro oceno, dovoljenje staršev za nočni izhod ...), ali pa zato, da se izognemo kazni (npr. manj priznanja, manj zabave, nezadostna ocena ...). Namen zunanje motivacije je torej pridobiti nagrado ali se izogniti kazni.

**Notranja motivacija** je prisotna, ko posameznik sledi motivom zaradi lastnega interesa. Izhaja povsem iz samodejavnosti in notranje aspiracije. Delovanje ali naloga ga fascinirata. »Plačilo« je že v ukvarjanju z dejavnostjo, nagrado. Notranja motivacija je pogosto močnejša od zunanje motivacije (Kopsov, 2021).

## 2.8 Dinamika motivov

Ko poskušamo zadovoljiti svoje potrebe, se začne dogajati dinamika motivov. Večkrat se v tem procesu pojavijo ovire, ki jih imenujemo (1) **frustracija** in (2) **konflikt**.

**Frustracija** nastopi takrat, ko se v motivacijski situaciji pojavijo ovire. Ovire so lahko: **objektivne** (gneča na cesti), **socialne** (drugi ljudje, ki nas ovirajo) in **subjektivne** (sami imamo premalo sposobnosti ali volje). Pri frustraciji gre za delovanje ene ovire, po drugi strani pa je **konflikt** sočasno delovanje nasprotnih motivov, ki se vzajemno izključujejo.

Poznamo tri vrste konfliktov:

1. **+/+ konflikt = približevanje – približevanje**

Izbrati moramo med dvema pozitivnima ciljema (npr. ali gremo z eno prijateljico na koncert ali z drugo v kino – oboje ob istem času in obe prijateljici ter aktivnosti sta nam blizu).

2. **-/- konflikt = izogibanje – izogibanje**

Izbiramo med dvema negativnima ciljema. Izberemo manjše zlo (npr. ali se gremo učiti ali sesat stanovanje – za nobeno nismo motivirani).

3. **+/- konflikt = približevanje – izogibanje**

Cilj nas hkrati privlači in odbija. Bolj ko se mu približujemo, bolj bi se mu radi izognili in obratno (npr. tortica nas privlači, ker je dobra, hkrati pa nas odbija, ker je kalorična in ravno hujšamo) (Kopsov, 2021).

## 2.9 Osebnost

Na svetu je več milijard ljudi, pa vendar niti dva človeka nista enaka. Osebnost prav gotovo doprinese k tej raznolikosti (Uher, 2017).

Osebnost je razmeroma **trajna** in **edinstvena** celota **duševnih, vedenjskih in telesnih** značilnosti posameznika, po katerih se posameznik **razlikuje od drugih ljudi (individualnost)**.

To, da je osebnost **edinstvena**, pomeni, da se posamezniki med seboj razlikujemo glede na to, kakšne osebnostne značilnosti imamo. Pri vsakem od nas se med seboj povezujejo in sestavljajo nekakšni enkratni vzorci oz. celota značilnosti. Nemogoče je, da sta dva vzorca enaka, vzorec ni ponovljiv. Nihče ne more imeti enake značilnosti v isti kombinaciji, vsak ima svojo osebnost.

Hkrati so osebnostne značilnosti **razmeroma trajne in dosledne**: sčasoma prihaja do sprememb v osebnosti, vendar načeloma poteze ostanejo iste (npr. nekdo je ekstrovertiran – v nekaterih obdobjih bolj, v drugih manj, v kolikor ne pride do duševne motnje, pa je ta lastnost nekaj njegovega, stalnega). Osebnost daje vsakemu posamezniku istovetnost oz. osebnostno identiteto.

Osebnost zajema vse vidike posameznikovega delovanja:

1. **zunanj** – obnašanje, vedenje,
2. **telesni** – telesna konstitucija in značilnosti bioloških procesov,
3. **notranji** vidiki – značilnosti duševnih procesov in drugih duševnih lastnosti.

Matematično lahko osebnost opišemo s formulo:

**osebnost = temperament + značaj + sposobnosti + telesne lastnosti**

1. **Temperament:** so značilnosti čustvovanja in način vedenja. Govorimo o živahnosti, miroljubnosti, hladnokrvnosti, divjih, hitrih reakcijah – vpliv dednost.
2. **Značaj:** je odvisen od okolja. Je celota motivacijskih, voljnih in etično-moralnih značilnosti. Značaj se nanaša na samo vsebino vedenja. O njem govorimo, ko omenjamo skromnost, poštenost, zahrbtnost, marljivost, odgovornost, lažnivost ...
3. **Sposobnosti:** so lastnosti, ki najbolj bistveno vplivajo na uspešnost pri reševanju različnih nalog in problemov. Sposobnosti se delijo na telesne sposobnosti (hitrost, moč), umske sposobnosti (inteligentnost in ustvarjalnost), čutno zaznavne sposobnosti.
4. **Telesne lastnosti:** zgradba ali konstitucija zajema telesni vidik (višina, teža, drža) in značilnosti posameznih telesnih delov (Uher, 2017).

---

## PREVERI, KAJ ZNAŠ. ODGOVORI NA VPRAŠANJA.

1. Naštejte temeljne dejavnike razvoja in opišite primer, kjer ima velik vpliv dednost.
  2. Opišite potek spoznavnih procesov.
  3. Opredelite, kaj je to učenje. Opišite primer modelnega učenja, ki ga lahko srečamo v zdravstvu. Navedite ključne značilnosti klasičnega pogojevanja in instrumentalnega učenja ter ju med seboj primerjajte.
  4. Opišite bes glede na značilnosti čustev.
  5. Obkrožite dejavnike, ki so izvor zunanje motivacije:
    - želja po znanju
    - denar
    - nagrada
    - samoiniciativnost
  6. Opredelite in opišite, kaj vse vključuje osebnost.
-

## LITERATURA

1. Bouton, M. E. (2015). Learning and behavior. V T. Kearns in D. Lee (ur.), *General psychology: An introduction* (str. 106–132). Psychology, Sociology, Anthropology, and Social Work Open Textbooks. <https://oer.galileo.usg.edu/psychology-textbooks/1>
2. Gray, K., Arnott-Hill, E. in Benson, O. S. (2021). *Introduction to psychology*.
3. Harvey P. D. (2019). Domains of cognition and their assessment. *Dialogues in clinical neuroscience*, 21(3), 227–237.
4. Hwang, H. in Matsumoto, D. (2015). Functions of emotions. V T. Kearns in D. Lee (ur.), *General psychology: An introduction* (str. 203–216). Psychology, Sociology, Anthropology, and Social Work Open Textbooks. <https://oer.galileo.usg.edu/psychology-textbooks/1>
5. Kompare, A. (2011a). Predmet in razvoj psihologije. V A. Kompare, M. Stražišar, I. Dogša, T. Vec in J. Curk (ur.), *Psihologija: spoznanja in dileme: učbenik za psihologijo v 4. letniku gimnazijskega izobraževanja* (str. 12–25). DZS.
6. Kompare, A. (2011b). Občutenje in zaznavanje. V A. Kompare, M. Stražišar, I. Dogša, T. Vec in J. Curk (ur.), *Psihologija: spoznanja in dileme: učbenik za psihologijo v 4. letniku gimnazijskega izobraževanja* (str. 61–77). DZS.
7. Kompare, A. (2011c). Mišljenje. V A. Kompare, M. Stražišar, I. Dogša, T. Vec in J. Curk (ur.), *Psihologija: spoznanja in dileme: učbenik za psihologijo v 4. letniku gimnazijskega izobraževanja* (str. 100–121). DZS.
8. Privitera, A. J. (2015). Sensation and perception. V T. Kearns in D. Lee (ur.), *General psychology: An introduction* (str. 80–105). Psychology, Sociology, Anthropology, and Social Work Open Textbooks. <https://oer.galileo.usg.edu/psychology-textbooks/1>
9. Kopsov, I. (2021). A new theory of human behavior and motivation. *Advances in Social Sciences Research Journal*, 8(10), 345–364.
10. Stražišar, M. (2011). Učenje in pomnjenje. V A. Kompare, M. Stražišar, I. Dogša, T. Vec in J. Curk (ur.), *Psihologija: spoznanja in dileme: učbenik za psihologijo v 4. letniku gimnazijskega izobraževanja* (str. 78–99). DZS.
11. Uher, J. (2017). Basic definitions in personality psychology: challenges for conceptual integrations. *European Journal of Personality*, 31(5), 572–573.

### 3 RAZVOJNA PSIHOLOGIJA

Razvojna psihologija je znanstvena disciplina, teoretična panoga psihologije, ki preučuje spremembe in doslednosti psihičnega delovanja pri posamezniku v času od spočetja do smrti (ontogeneza).

Razvojna psihologija se ukvarja s proučevanjem posameznikovega razvoja, ki lahko poteka v dveh smereh:

- **Progresivne spremembe:** vodijo k bolj učinkovitemu vedenju. Spretnejše vodenje (npr. otrok hodi, namesto da bi se plazil; logično razmišljanje; telesna sposobnost).
- **Regresivne spremembe:** vodijo k manj učinkovitemu, kompleksnemu vedenju (ko se staramo, izgubljam spomin, zmanjšajo se nam spretnosti, glasovna kontrakcija – otrok uporablja le tiste besede, ki jih uporablja mama) (Daum in Manfredi, 2023).

Nadalje sta za človekov razvoj značilni doslednost in stabilnost razvoja.

- **Doslednost razvoja:** o njej govorimo takrat, ko mislimo na skupino ljudi enake starosti. Pri tej skupini so lahko lastnosti bolj ali manj dosledne. Generacija, ki je bila mlajša, je občudovala glasno glasbo, gnečo, s starostjo pa je tega vedno manj. Ta lastnost je manj dosledna, saj se je spremenila. Osebnostne lastnosti pa se ne spreminjajo.
- **Stabilnost razvoja:** tu mislimo na posameznika in njegove lastnosti. Ene lastnosti so bolj stabilne kot druge. Učni uspeh je lahko stabilen, motiviranost pa je lahko stabilna ali nestabilna (Daum in Manfredi, 2023).

Niti telesni niti duševni razvoj nista enoličen proces. Razvoj je najhitrejši v zgodnjem obdobju. Lahko rečemo, da je telesni razvoj najbolj nagel v predporodnem obdobju, duševni razvoj pa nekje v prvih treh letih življenja. Tempo razvoja v predšolski dobi – med tretjim in šestim letom je še zmeraj hiter, čeprav še zdaleč ne več tako kot do tretjega leta. Pri šestem letu starosti prihaja praviloma do upočasnitve v telesni rasti. Ta se vse bolj umirja do obdobja pubertete, ko pride ponovno do hitre rasti.

Ko se ukvarjamo z razvojno psihologijo s posameznikovim razvojem, moramo poznati tudi stalnost tempa razvoja in temeljne lastnosti razvoja (White in Schnurr, 2012).

#### **Stalnost tempa razvoja**

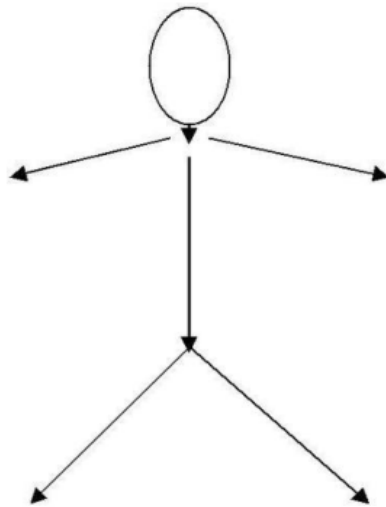
Čeprav je človekov razvoj opredeljen z genetskimi dejavniki in ti dejavniki določajo meje tega razvoja, vplivajo na razvoj tudi različni zunanji dejavniki. Tempo razvoja se pri posamezniku le težko menja.

#### **Lastnosti razvoja**

Obstajajo splošne značilnosti človekovega razvoja, ki pomembno vplivajo na to, kako bo ta potekal.

Razvoj poteka po modelu, ki je prikazan na sliki 7 in opisan v nadaljevanju.

Slika 7: Cefalokavdalna in proksimodistalna smer razvoja



Človeški razvoj poteka po zakonitostih, ki jih lahko za posameznika že vnaprej predvidimo in to celo v predporodnem obdobju. Vsaka faza je rezultat predhodne in tudi že prvi pogoj za razvoj naslednje faze. Ameriški psiholog Gesell trdi, da sledi razvoj človekovega vedenja stalnemu modelu, na katerega lahko z vplivi okolja in učenja vplivamo zelo malo. Vsak otrok ima sicer svoj poseben model razvoja, toda ta je samo varianta splošnega modela (Daum in Manfredi, 2023).

1. Razvoj poteka zmeraj od glave proti spodnjim okončinam, kar imenujemo **cefalokavdalna** smer razvoja. To pomeni, da otrok v razvoju najprej dviga glavo, potem sedi in nazadnje stoji ter shodi.
2. Druga smer razvoja poteka od hrbtenice na obe strani in jo imenujemo **proksimodistalna** smer razvoja. Otrok najprej kontrolira tiste dele telesa, ki so bližji hrbtenici. Naprej lahko kontrolira premikanje rok v ramenih in zelo pozno fino motoriko prstov na roki, ki je potrebna pri usvajanju spretnosti pisanja.

Razvoj poteka od splošnih k posebnim oblikam reagiranja. Ta zakonitost velja za vsa področja razvoja od telesnega do višjih mentalnih procesov (mišljenje). Na primer razvoj pojmov. Otrok najprej razlikuje žive objekte od neživih, nato loči ljudi od drugih živih bitij in šele nato prične razlikovati med ljudmi. Vsaka normalna oseba preide skozi vse razvojne faze. Za človeka je značilno, da gre v svojem telesnem in duševnem razvoju skozi iste faze po nekem določenem zaporedju. Razvoj se lahko predvidi. Glede na dejstvo, da je razvoj bolj ali manj stalen za vse ljudi in da grede vse osebe skozi iste faze razvoja, lahko razmeroma zanesljivo predvidimo nadaljnji razvoj (Daum in Manfredi, 2023).

## O ČEM SE STROKOVNJAKI STRINJAJO?

Z razvojem discipline proučevanja otrok so strokovnjaki dosegli soglasje o mnogih temeljnih točkah.

**1. Vsa področja razvoja se povezujejo.** Čeprav znanstveniki pogosto ločeno obravnavajo posamezna področja ali vidike razvoja, pa vsako področje vpliva na ostala. Vse večja telesna gibljivost otroku pomaga pri spoznavanju sveta. Hormonske in telesne spremembe v puberteti vplivajo na čustveni razvoj.

**2. Normalni razvoj vključuje širok razpon medosebnih razlik.** Vsak otrok je že od začetka drugačen od ostalih. Nekdo je družaben, drugi je plašen. Nekdo je okreten, drugi je okoren. Kako pride do teh in množice drugih razlik? Nekateri vplivi na posameznikov razvoj so prirojeni, drugi izvirajo iz izkušenj, najpogosteje pa so posledica obojega. Značilnosti družine, spol, družbeni razred in etnična pripadnost, telesne, mentalne in čustvene motnje – vse to vpliva na otrokov razvoj.

**3. Otroci sooblikujejo svoj razvoj in vplivajo na to, kako se bodo nanje odzvali drugi.** Z odzivi, ki jih sprožijo v drugih, dojenčki že vse od začetka oblikujejo svoje okolje in se odzivajo na to, kar so soustvarjali. Vpliv je dvosmeren. Ko dojenček beblja, mu odrasli odgovarjajo, zaradi česa otrok še bolj zavzeto »govori«.

**4. Na razvoj močno vplivata zgodovinsko in kulturno okolje.** Vsak otrok se razvija v specifičnem okolju, ki ga določata kraj in čas. Otrok, ki se danes rodi v Sloveniji, bo verjetno imel drugačne izkušnje od otroka, rojenega na Kranjskem pred stotimi leti, in drugačen od otroka, rojenega v istem času v Maroku ali na Grenlandiji.

**5. Zgodnje izkušnje so pomembne, toda otroci so lahko izjemno prožni.** Travmatičen dogodek ali hudo prikrajšanje v otroštvu lahko pustita globoke čustvene posledice, toda življenjske zgodbe nešteti ljudi kažejo, da je mogoče premagati tudi zelo bolečo izkušnjo, kakršna je odraščanje v revščini ali smrt starša.

**6. Razvoj v otroštvu je povezan z razvojem skozi ves življenjski cikel.** Nekoč so bili prepričani, da se rast in razvoj, tako kot knjiga, končata v mladostništvu. Danes se večina strokovnjakov strinja, da se razvoj nadaljuje skozi vse življenje. Dokler so ljudje živi, imajo možnost, da se spreminjajo (White in Schnurr, 2012).

### 3.1 Razvojna obdobja in večrazsežnost razvoja

Razvojna psihologija proučuje posameznikov razvoj skozi celo življenje. Zaradi specifik posameznikov razvoj delimo v sledeča razvojna obdobja (White in Schnurr, 2012):

- **prenatalno obdobje** (*od spočetja do rojstva*),
- **obdobje dojenčka in malčka** (*od rojstva do treh let*),
- **zgodnje otroštvo** (*od treh do šestih let*),
- **srednje in pozno otroštvo** (*od 6. leta do začetka pubertete*),
- **mladostništvo** (*med začetkom pubertete in od 22. do 24. leta*),
- **zgodnja odraslost** (*med 22. in 24. ter 40. in 45. letom*),
- **srednja odraslost** (*med 40. in 45. ter 65. letom*),
- **pozna odraslost** (*od 65. leta do smrti*).

Človekov razvoj je večrazsežnosten, kar pomeni, da na spremembe v posameznikovem vedenju vplivajo zapleteni odnosi med različnimi razsežnostmi njegovega razvoja. Razvoj vključuje štiri področja (Daum in Manfredi, 2023), ki jih prikazuje tabela 2.

Tabela 2: Delitev večrazsežnostnega razvoja

Telesni razvoj	Spoznavni razvoj	Čustveno osebnostni razvoj	Socialni razvoj
Telesne spremembe, razvoj <b>zaznavnih</b> in <b>gibalnih</b> sposobnosti in spretnosti.	Spremembe v intelektualnih procesih: <b>spomin, sklepanje, reševanje problemov, govor, učenje ...</b>	Spremembe v doživljanju, izražanju, uravnavanju <b>čustev; v osebnostnih značilnostih in temperamentu.</b>	Razvoj <b>komunikacije, medosebnih odnosov</b> , socialnih spretnosti, soc. razumevanja; moralni razvoj.

V nadaljevanju podajamo osnovni pregled značilnosti posameznega razvojnega obdobja.

### 3.1.1 *Predporodna ali prenatalna doba (nosečnost od 0 do 280 dni ali 40 tednov)*

V tem obdobju se pojavljajo temelji nadaljnjega razvoja, zato ga imajo za prvo in pogosto najpomembnejše obdobje, ki se z rojstvom konča. Da se plod lahko normalno razvije, mora mati živeti v ugodnih razmerah. Zarodek neposredno reagira tako na mamino telesno kot tudi duševno stanje in tudi na nekatere zunanje dražljaje. Za otrokov razvoj so lahko usodna nekatera obolenja matere, zloraba drog, zdravil, alkohola, pa tudi povečana izpostavljenost stresnim situacijam, udarcem, padcem itd.

Prenatalno obdobje delimo:

- **ovum** (od 0 do 2 tednov),
- **embrio** (od 2 do 14 tednov),
- **fetus** (od 14 tednov do rojstva).

### 3.1.2 *Obdobje dojenčka in malčka (od 0 do 3 let)*

Razvoj dojenčka in malčka je zelo dinamičen in se v različnih obdobjih hitro spreminja. Rojstvo pomeni bistveno spremembo okolja, ko otrok pride iz zaščitenega v novo okolje polno dražljajev, ki se jim mora prilagajati. Obe razvojni obdobji sta ključni za oblikovanje osnovnih veščin, ki bodo vplivale na nadaljnji razvoj otroka.

V tem obdobju se razvijajo osnovne funkcije, ki omogočajo dobro zaznavanje in obvladovanje prostora. Otrok zaznava svet, shodi, spregovori, razvije osnovne čustvene odzive, navaja se na red in čistočo, uči se povezovati izkušnje, razvije osnovne pojme o svetu, drugih ljudeh in o sebi. Razvije tudi samostojnost in lastno pobudo (začetek). Predstavili bomo ključne značilnosti.

Obdobje dojenčka delimo na dve obdobji:

- **novorojenček** (prvi mesec po rojstvu), v tem obdobju se novorojenček prilagaja na nove pogoje izven maternice,
- **dojenček** (prvo leto po rojstvu).

Dojenčki (prvo leto starosti) hitro rastejo v prvem letu. Običajno podvojijo svojo rojstno težo do 5. meseca in potrojijo do 12. meseca. Sprva dojenčki ne obvladujejo svojega telesa. Po nekaj mesecih začnejo izkazovati intenzivnejše napredke na gibalnem področju – dvigujejo glavo, se obračajo, sedijo brez podpore in kasneje tudi plazijo, stojijo in hodijo (večinoma še ob opori). Razvoj spoznavnega področja se prične z zaznavanjem. Dojenčki začnejo zaznavati svet skozi čute – vid, sluh, tip, okus, vonj. Zmožnost osredotočanja se izboljšuje z rastjo. Od 6. meseca naprej dojenčki začnejo prepoznavati znane osebe in objekte, razvijajo osnovne sposobnosti razumevanja in pomnjenja. V najzgodnejšem obdobju se na socialnem področju dogaja intenzivno navezovanje na skrbnike, dojenčki iščejo stik s starši, kar je ključno za oblikovanje zaupanja in navezanosti. Z izkazovanjem ugodja in neugodja reagirajo na čustvene signale iz okolja ter sporočajo o lastnih potrebah.

Malčki (1.–3. leta starosti) postanejo bolj samozavestni pri hoji, teku in raziskovanju. Po 2. letu pogosto začnejo plezati, skakati in se premikati z večjo spretnostjo. Intenzivneje se krepijo finomotorične spretnosti. Zmožnost uporabe rok se izboljšuje, kar vključuje držanje žličke, sestavljanje kock in risanje osnovnih oblik. Na področju kognitivnega razvoja je zunanjemu opazovalcu verjetno najbolj dostopen jezikovni razvoj, ki je v tem obdobju zelo hiter. Malčki začnejo uporabljati besede, sestavljati preproste stavke in razvijati osnovno razumevanje za komunikacijo. Bolje pričnejo razumeti povezave med dejanji in njihovimi posledicami. Proti koncu tega obdobja se pričnejo upirati avtoritetam in izražati svojo željo po samostojnosti. Značilni so napadi jeze in negotovosti. Malčki se začnejo vključevati v igro z drugimi otroki, čeprav je v začetku ta igra pogosto samosvoja (paralela igra), kasneje pa postane bolj interaktivna (skupinska igra).

Slika 8: Splošni mejniki razvoja na telesnem, govornem in socialnem področju

Dejavnost	Komunikacija	Odnos med otrokom in odraslim
1. Gibalna: 13 – 18 mesecev: 2. Počepne in vstane, 3. Samostojno hodi. 19 – 24 mesecev: 4. Teče, Brez pomoči se 5. vzpenja po stopnicah, S pomočjo se spušča 6. po stopnicah. 2 – 3 leta: Hodi po prstih in 7. petah, naprej in nazaj, 8. Ves čas je v gibanju.	1. Razvoj govora: 13 – 18 mesecev: – Tvorijo stavke z dvema samostalnikoma, – Združi samostalni in glagol. 19 – 24 mesecev: – Uporablja 200 do 250 besed, 2 – 3 leta: Uporablja zaimke – »jaz«, – Ves čas sprašuje: »Kdo?«, »Kaj?«, »Zakaj?«. – Uporablja 600 do 800 besed.	1. Odrasel oblikuje otrokovo potrebo po komunikaciji. 2. Otrok se zgleduje po vedenjskem vzorcu odraslega. 3. Otrok se primerja z ljudmi okoli sebe. Otrok loči sebe od drugih 4. ljudi. 5. Dojemanje »Jaza« - predstava o lastnih sposobnostih in lastnostih.

Povzeto po Papalija Diane E. (2003). *Otrokov svet*. EDUCY.

### 3.1.3 Zgodnje in srednje otroštvo (od 3 do 6 let)

Razvoj otroka med 2. in 6. letom je obdobje hitrih sprememb. Na področju telesnega razvoja se še vedno dogaja hitrejša rast in pridobivanje na teži, vendar se ta proces proti koncu obdobja nekoliko umiri. Na gibalnem področju postajajo otroci v tem obdobju vse bolj koordinirani, izboljšujejo fino motoriko (pisanje, risanje, zlaganje kock) in grobo motoriko (skakanje, tek, plezanje). Do 6. leta so že precej spretni pri obvladovanju osnovnih telesnih nalog. Otrok pri dveh letih še ni popolnoma obvladal jezika, vendar se njegov besedni zaklad hitro širi. Do 6. leta lahko večina otrok govori v celovitih stavkih in začne uporabljati kompleksnejše oblike jezika. Vse bolj čista je tudi sama artikulacija glasov. V tem obdobju se otroci začnejo razvijati v smeri simboličnega mišljenja (predstavljajo si stvari, ki jih ni neposredno pred njimi). Razvijajo sposobnost za reševanje preprostih problemov, učenje vzročnosti in osnovne logične misli. Po teoriji Jean Piageta je njihov miselni razvoj na predoperacionalni fazi, kar pomeni, da še ne razumejo abstraktnih pojmov, vendar se začnejo ukvarjati s simbolnim igranjem, prepoznavanjem stvari in pojmov (npr. otrok prepozna igračo kot nekaj, kar je simbol nečesa drugega). Sposobnost pomnjenja in učenja se močno izboljša, otroci začnejo pridobivati osnovne veščine za učenje preko izkušenj in ponavljanja. Socialne interakcije postajajo kompleksnejše. Ob začetku predšolskega obdobja se začnejo oblikovati prijateljstva, vendar so ta še vedno precej enostranska, saj otroci pogosto težko razumejo koncept deljenja in sodelovanja. Začnejo prepoznavati in izražati svoja čustva ter bolje razumejo čustva drugih. Postajajo bolj sposobni za sočutje in obvladovanje osnovnih čustvenih izzivov.

### **3.1.4 Pozno otroštvo (od 6 do 12 let)**

To je obdobje osnovnošolskega obdobja, kjer otroci dosegajo pomemben napredek v različnih razvojnih vidikih. Telesna rast otrok se upočasni. Na telesnem področju je poudarjen razvoj motoričnih spretnosti (koordinacija, ravnotežje, natančnost) ter telesne vzdržljivosti. Zaradi opisanih telesnih značilnosti otroci v tem obdobju pričnejo s treningi športa. Spoznavni razvoj vključuje vse bolj kompleksno mišljenje z logičnim sklepanjem in analizo. Razvijajo abstraktno mišljenje in sposobnost za reševanje problemov. Zmorejo razumeti večplastna vprašanja, saj se njihova sposobnost za razumevanje vzročno-posledičnih povezav izboljša. Na področju čustvovanja se sposobnosti uravnavanja čustev okrepijo, kljub temu pa so še vedno nagnjeni k impulzivnemu vedenju. Razvijati začnejo lastne vrednote, prepričanja in občutek za to, kaj je prav in kaj narobe. V tem obdobju odnosi z vrstniki pridobijo na pomenu. Prijateljski odnosi postanejo stabilnejši. Učijo se samostojnejšega reševanja konfliktov, sodelovanja in oblikovanja timskega duha. Bolj se zavedajo samega sebe in drugih in se učinkoviteje vživljajo v čustva drugih.

### **3.1.5 Mladostništvo – adolescenca (od 12 do 18 let, podaljšuje se do 25 let)**

Večrazsežnostni razvoj v mladostništvu se nanaša na različne plasti in vidike razvoja in je pod močnim vplivom dokončnega razvoja možganov (prefrontalni reženi) kot tudi razreševanja razvojnih nalog, ki predstavljajo neke vrste most med otroštvom in odraslostjo. Znanilec pričetka obdobja mladostništva je puberteta, ki prinaša hitro telesno rast, spremembe v telesni sestavi in razvoj sekundarnih spolnih značilnosti. To obdobje je pogosto povezano z iskanjem identitete glede telesne podobe in sprejemanja sprememb. Mišljenje postaja vse kompleksnejše z zmožnostjo abstraktnega razmišljanja, reševanja kompleksnih problemov in oblikovanja dolgoročnih ciljev. Mladostniki začnejo bolje razumeti lastne misli in čustva, kar vpliva na njihove odločitve in zmožnost samorefleksije. Zaradi razvoja možganov, ki mladostnikom že ne omogoča zadrževanja impulzov, so v tem obdobju pogosto zelo čustveni. Čustva so lahko intenzivna, spreminjajoča se in včasih težko obvladljiva. Intenzivno se ukvarjajo z doživljanjem sebe ter nastajajočo identiteto. Mladostniki se vse bolj osredotočajo na svojo vlogo v širšem družbenem okolju. V tem obdobju postajajo prijatelji, partnerji in vrstniki ključni v njihovi identiteti, kar lahko vodi v nove izzive, kot so pritiski vrstnikov, iskanje sprejetosti in raziskovanje različnih socialnih norm. Starši nekoliko izgubijo na pomenu, pogosteje so med njimi konfliktni odnosi.

### **3.1.6 Zgodnja odraslost (od 18 do 40 let)**

Značilni so predvsem dogodki, ki se prepletajo ob pomembnih življenjskih odločitvah, kot so zaključek šolanja, pridobitev poklica in delovnega mesta, sklenitev zakonske zveze in oblikovanje družine. Zgodnja odraslost je večinoma obdobje stabilnosti, kar zadeva telesno zdravje. To je tudi obdobje, ko posamezniki razvijajo bolj zdrav življenjski slog ali pa se začnejo spoprijemati z izzivi, kot so stres in posledice nezdravih navad. Pojavljati se pričnejo prvi znaki staranja. V načinu razmišljanja se pojavljajo spremembe – iz abstraktnega razmišljanja prehajajo bolj k praktičnemu, usmerjenemu na reševanje vsakodnevnih težav. Oblikujejo se izkušnje z družinskim življenjem, poklicnimi in delovnimi dolžnostmi in partnerskimi odnosi. Čustvene vezi se v tem obdobju poglobijo. Finančne, materialne in stanovanjske zadeve postanejo, poleg družinskih in vzgojnih, pomembna sestavina življenja.

### **3.1.7 Srednja odraslost (od 40 do 65 let)**

V srednji odraslosti prihaja do upadanja telesne zmogljivosti (upad energije, zmanjšana mišična moč, upočasnen metabolizem in pojav zdravstvenih težav). To obdobje je pogosto povezano z zavedanjem o staranju in potrebo po prilagoditvi življenjskega sloga, kot so bolj zdrava prehrana, redna telesna aktivnost in ustrezno obvladovanje stresa. Kognitivne sposobnosti, kot so spomin, hitrost obdelave informacij in sposobnost reševanja problemov, so na začetku tega obdobja lahko na vrhuncu, po 50. letu pa pričnejo upadati. Srednja odrasla doba je obdobje, ko posamezniki pogosto doživijo pomembne osebne prelomnice (primer: praznjenje gnezda, ko otroci zapustijo dom). Na začetku obdobja je pogost fenomen »kriza srednjih let«, ki lahko privede do introspekcije in pogosto tudi do večje osredotočenosti na sebe in svoje notranje potrebe. To je lahko čas za osebno rast, iskanje novih interesov ali spremembo kariere. V tem obdobju so odnosi z družino in prijatelji še vedno pomembni. Lahko pa pride do sprememb v teh odnosih zaradi sprememb v družinskem življenju, kot je praznjenje gnezda ali skrb za starše. Nekateri ljudje v tem obdobju prav tako bolj aktivno iščejo nove socialne povezave, kar se dogaja bodisi prek hobijev bodisi prek profesionalnih omrežij. Nekateri lahko dosežejo vrhunec v svoji poklicni poti, drugi pa začnejo razmišljati o upokojitvi.

### **3.1.8 Pozna odraslost ali starost (od 65 let do smrti)**

Poteka najhitrejši upad zaznavanja (več težav z vidom, sluhom), telesnih funkcij, ki se kaže v največji dovzetnosti za bolezni, v spremenjenem telesnem videzu. Propadanje je prisotno tudi na spoznavnem področju, kjer prihaja do pomembnejšega upada kognitivnih funkcij (reakcijski časi so podaljšani, težave s spominom). Posameznik se spoprijema z lastnim propadanjem kot tudi z izgubo vrstnikov, prijateljev. Obdobje pozne odraslosti je pogosto prežeto s procesi žalovanja. Ljudje so v tem obdobju najbolj dovzetni za razvoj depresije, pogosto so žalostni, razmišljajo o koncu življenja. V ospredju so ponovno odnosi z otroki. Mnogi ne zmorejo samostojnega življenja in postanejo odvisni od pomoči drugih. Glede na to, da v današnjem času dočaka to starost vse več ljudi, je pomembno, da je deležno vse več družbene pozornosti (Daum in Manfredi, 2023; White in Schnurr, 2012).

---

## **PREVERI, KAJ ZNAŠ. OGOVORI NA VPRAŠANJA.**

1. Opredelite razvojno psihologijo.
  2. Razmislite, kaj pomeni, da je razvoj večrazsežen. Opišite področja, na katerih poteka.
  3. Naštejte razvojna obdobja.
  4. Miha je star 16 let. Vključuje se v prvi letnik srednje šole. Glede na Mihovo starost opredelite razvojno obdobje, v katerem se nahaja, ter opišite značilnosti, ki so pričakovane v tem razvojnem obdobju.
-

## LITERATURA

1. Daum, M. M. in Manfredi, M. (2023). Developmental psychology. V J. Zumbach, D. A. Bernstein, S. Narciss in G. Marsico (ur.), *International handbook of psychology learning and teaching*. Springer International Handbooks of Education. Springer.
2. Papalija Diane E. (2003). *Otrokov svet*. EDUCY.
3. White, J. in Schnurr, M. P. (2012). Developmental psychology. V F. T. L. Leong, W. E. Pickren, M. M. Leach in A. J. Marsella (ur.), *Internationalizing the psychology curriculum in the United States* (str. 51–73). Springer Science; Business Media.

## 4 STRES – NJEGOV POMEN, VPLIV IN VIRI

Zdravstveni delavci in sodelavci smo pri svojem delu podvrženi konstantnemu spoprijemanju s stresorji in stresom. Preden nadaljujete z branjem, za trenutek zaprite oči in pomislite na svoj zadnji delovni teden. Odgovorite na vprašanje, kaj vse je bilo za vas stresno.

Odgovori so lahko različni. Na primer: sodelovanje z dotično sodelavko, preveč zahtev in premalo časa za njihovo izvajanje, stiska ob jeznem pacientu ter ob tistem v terminalni bolezni, spoprijemanje s čustvenimi odzivi v teh situacijah in še bi lahko naštevali. Ker smo redno izpostavljeni stresu, je poznavanje delovanja stresa in skrbi zase zelo pomembno. V poglavju, ki je pred vami, bomo natančneje opredelili stres, opisali njegovo celostno delovanje na posameznika, načine, kako ga izmerimo. Posvetili se bomo tudi izvorom stresa.

### 4.1 Kaj je stres?

Stres opredelimo kot okoliščine, v katerih posameznik **zaznava razlike** med fizičnimi in psihološkimi **zahtevami situacije in resursi, viri** njegovega biološkega, psihološkega in socialnega sistema. Zaznane zahteve presegajo njegove resurse (Dernovšek idr., 2006; Sarafino in Smith, 2012).

Zahteve, resursi in razlike med njimi so lahko realne ali samo tako zaznane. Stres je pogosto tudi posledica napačnih zaznav razlik med zahtevami in obstoječimi viri.

Stanje stresa ima dve komponenti:

- fizično (telesni odzivi, spremembe),
- psihološko (kako posameznik doživlja okoliščine).

Te komponente lahko proučujemo na tri načine (Dernovšek idr., 2006; Sarafino in Smith, 2012):

1. **Skozi vidik okolja:** v tem primeru gledamo na stres kot dražljaj (npr. zahtevna služba, bolezen, smrt v družini). Psihološko in fizično zahtevne dogodke imenujemo stresorji.
2. **Skozi vidik odziva:** kakšni so odzivi ljudi na stresorje. Odzivi so lahko psihološki (misli in čustva) ali fiziološki (razbijanje srca). Psihološke in fiziološke odzive imenujemo obremenitev (ang. strain).
3. **Razumevanje stresa kot procesa:** vključuje stresorje in obremenitve ter dodaja še pomembno komponento: odnos med posameznikom in okoljem. To zahteva nenehne interakcije in prilagoditve – imenovane transakcije (medsebojni vpliv posameznika in okolja). Po tem pogledu stres ni samo dražljaj ali odziv, ampak proces, v katerem oseba vpliva na stresorje skozi vedenjske, kognitivne in čustvene strategije. Ljudje se razlikujemo v količini obremenitve, ki jo doživimo ob enakem stresorju.

## 4.2 Ocena dogodkov kot stresnih

Kot navajamo v začetnem delu poglavja, vpliva na stres posameznikova zaznava, torej ocena situacije. Lazarus (s sodelavci) je govoril o kognitivni oceni; to je o miselnem procesu, s katerim ljudje presojujejo dva faktorja. V tem procesu ocenijo:

- ali zahteva ogroža njihovo fizično ali psihično blagostanje,
- ali imajo potrebne vire za spoprijemanje z zahtevami (Dernovšek idr., 2006; Sarafino in Smith, 2012).

To pomeni, da intenzivnejši stres sproža situacija, ki jo zaznamo kot ogrožajočo ter z malo resursi za spoprijemanje s to situacijo (npr. če pacient prejme informacijo, da ima raka v terminalni fazi).

Zaznavanje stresa lahko razložimo tudi z modelom primarne in sekundarne ocene.

### **Primarna in sekundarna ocena**

Pri zaznavanju stresnih situacij poznamo primarno in sekundarno oceno. Primarna ocena je ocena pomena situacije za naše blagostanje. Iščemo odgovor na vprašanja *Kaj to pomeni zame? Ali bom v redu ali v težavah?* Primarno oceno lahko umestimo v eno izmed skupin:

- ni pomembno (npr. si imel že take prehodne simptome, ki niso vodili v bolezen),
- to je dobro (benigno pozitivno; npr. želimo bolniško, da se izognemo delu, izpitu),
- je stresno (glede na simptome predvidevamo resno bolezen) (Dernovšek idr., 2006).

Kadar ocenimo okoliščine kot stresne, nadaljnja ocena zajema (Sarafino in Smith, 2012):

- **oceno škode** (ki se je že zgodila),
- **grožnjo** (ocena škode v prihodnosti),
- **izziv** (priložnost za rast, napredek ali dobiček).

Ocena vpliva na stres, četudi se stresor ni zgodil nam, ampak drugim osebam. Če vidimo drugo osebo trpeti, lahko sočustvujemo, a naš odziv je še vedno odvisen od ocen, ki jih slišimo. Sekundarna ocena se nanaša na našo oceno virov, ki jih imamo ob spoprijemanju s stresom. Ocenjujemo, ali so naši viri zadostni za spoprijemanje s škodo, grožnjo in izzivi (*Ne bom zmogel. To ne bo problem.*) (Dernovšek idr., 2006). Stopnja stresa, ki jo doživljamo, je pogosto odvisna od ocene, ki jo naredimo. Ta proces vpliva na naše vsakdanje stresne odzive kot tudi na močnejše reakcije (Dernovšek idr., 2018).

### **Kateri faktorji vplivajo na »stresno oceno«?**

Ocena dogodka je odvisna od dejavnikov osebe kot tudi dejavnikov situacije (Sarafino in Smith, 2012).

Dejavniki osebe: intelektualne, motivacijske in osebnostne značilnosti. Npr. samopodoba (nižja kot je samopodoba – višji je stres). Višja je motivacija (ogrožen pomemben cilj), višji je tudi stres.

Sistem prepričanj. Težnja, da tudi manjše probleme ocenimo kot velike, imenujemo perfekcionizem. Perfekcionizem lahko predstavlja resno grožnjo dolgoročnemu zdravju osebe (Sarafino in Smith, 2012).

Dejavniki situacije: visoke zahteve, ki so neizbežne; življenjski prehodi; dvoumne in nejasne situacije, nizek nivo kontrole, splošno nizko želene situacije (npr. izguba hiše v požaru), neustrezen čas (npr. zanositi pri petnajstih letih ali začetek študija pri štiridesetih) (Dernovšek idr., 2006; Sarafino in Smith, 2012).

### ***Dimenzije stresa***

Raziskave potrjujejo, da količina stresa, ki ga doživimo, narašča s pogostostjo, intenzivnostjo in trajanjem stresa. Močnejši stresi povzročajo močnejše fiziološke obremenitve. Mnogo ljudi doživlja *kroničen stres* – tj. se pogosto pojavlja ali traja dolgo. Kroničen stres vpliva na odpornost (večja verjetnost, da ob izpostavljenosti infekciji zbolimo) (Sarafino in Smith, 2012).

## **4.3 Biopsihosocialni vidiki stresa**

### ***4.3.1 Biološki vidiki stresa***

V medsebojnih pogovorih večkrat povemo, da smo pod stresom. S tem merimo na slabše počutje, intenzivnejše spoprijemanje s situacijo, miselno okupacijo, hkrati pa oživljanje stresne situacije sproži intenziven telesni odziv, na katerega morda redkeje pomislimo. Ob stresnem odzivu se sproži **simpatični živčni sistem in endokrini sistem**. Čutimo hitro, močno bitje srca, tresenje rok, nog. Fiziološki del odziva imenujemo reaktivnost. Raziskovalci merijo reaktivnost glede na osnovni nivo (nivo počitka). Genetski dejavniki vplivajo na stopnjo reaktivnosti na stres. Ljudje, ki so pod kroničnim stresom, pogosto kažejo povišano reaktivnost na stres in ob vznburjenosti potrebujejo več časa, da se povrnejo na osnovni nivo (Segerstrom in Miller, 2004; Yaribeygi idr., 2017).

Priznani fiziolog Walter Cannon je opisal, da se telo odzove na stres z reakcijo boj ali beg. To pomeni, da simpatični del živčevja stimulira mnoge organe, kot je srce ali nadledvična žleza endokrinega sistema, ki izloči adrenalin, ki nadalje vznburja telo. Cannon je predvideval, da ima to lahko pozitivne in negativne učinke. Ima adaptivno funkcijo v nevarnosti, ob daljši povišani vznburjenosti pa ima škodljiv učinek na telo (Sarafino in Smith, 2012; Segerstrom in Miller, 2004).

Hans Selyes (Sarafino in Smith, 2012) je proučeval vpliv različnih stresnih dejavnikov na živali skozi daljše časovno obdobje. Spremljal je tudi ljudi, ki so bili pod stresom zaradi bolezni. Odkril je, da je boj ali beg le prvi odziv telesa. Serijo fizioloških reakcij je poimenoval **generaliziran adaptacijski sindrom (GAS)**, ki ima naslednje stopnje (Dernovšek idr., 2006; Segerstrom in Miller, 2004; Yaribeygi idr., 2017):

#### **1. Faza alarma**

Predstavlja prvo fazo spoprijemanja s stresom. Je boj ali beg odziv na urgentno stanje in ima funkcijo mobilizacije telesa. Simpatični živčni sistem aktivira mnoge organe skozi različne živčne povezave, tudi nadledvično žlezo, ki nato stimulira izločanje adrenalina in noradrenalina v krvni obtok. Nekoliko počasneje je aktiviran stresni odziv HPA (hipotalamus – hipofiza – nadledvična žleza) osi. Hipotalamus stimulira hipofizo, da izloči ACTH, kar sproži, da nadledvična žleza sprosti kortizol v krvni obtok, kar nadalje stimulira mobilizacijo telesa.

#### **2. Faza odpornosti**

Če se močan stres nadaljuje, je začetna reakcija simpatičnega živčnega sistema manj poudarjena, v ospredju je HPA aktivacija. Telo se poskuša prilagoditi na stres. Fiziološka vznburjenost je višja od običajne. Kljub temu telo kaže manjše znake stresa, zmanjšana pa je zmožnost odpora na nov stres. Posledično je človek bolj ranljiv za zdravstvene težave (»disease of adaptation«), kot so čir, povišan pritisk, astma in bolezni, povezane z zmanjšano imunsko funkcijo.

### **3. Faza izčrpanosti**

Podaljšano fiziološko vzburjenje oslabi imunski sistem in zmanjša energetske rezerve. Gre za fazo izčrpanosti, ki ob vztrajanju stresa povzroči bolezen in poškodbe notranjih organov, lahko pride do smrti.

Efekt potrebe telesa na ponavljajoče se prilagajanje na stres imenujemo alostatska obremenitev. To povzroča obrabo telesa in zmanjšuje zmožnosti nadaljnjega prilagajanja na stresorje. Študije kroničnega stresa potrjujejo, da se visoka stopnja alostatskega stresa povezuje s slabšim zdravjem otrok in starejših. Poudarja pomen kumulacije fizioloških obremenitev skozi čas. Po tem pogledu ima kumulativna obremenitev večji učinek na zdravje kot intenzivnost stresa posameznih dejavnikov.

Štirje faktorji vplivajo na celokupno telesno aktivacijo oz. fiziološki stres:

- količina izpostavljenosti (pogostejši intenzivnejši podaljšani stresorji so povezani s povečano fiziološko aktivacijo),
- magnituda reaktivnosti (individualne razlike v stopnji reaktivnosti med različnimi ljudmi),
- stopnja okrevanja (razlike med ljudmi glede časa za povrnitev v osnovno stanje: premlevanje in skrbi povečajo čas okrevanja),
- obnova virov (pomembna vloga spanja). Slaba kvaliteta spanja se povezuje z razvojem resnih zdravstvenih težav (srčne bolezni). Zmožnost obnove virov ima glavno vlogo v alostatski obremenitvi (Sarafino in Smith, 2012; Segerstrom in Miller, 2004).

#### ***Ali vsi stresi povzročajo enake fiziološke reakcije?***

Mnoge študije potrjujejo, da različni stresorji povzročajo porast hormonov preko nadledvične žleze (npr. mraz, hrup, atletsko tekmovanje, izpit, vožnja z letalom). Selye: GAS pod vplivom subjektivnega zaznavanja, zato je nespecifičen ne glede na to, ali gre za zahtevne fizične ali psihološke dejavnike. Tri vrste dokazov s tem niso skladne (Sarafino in Smith, 2012; Segerstrom in Miller, 2004; Yaribeygi idr., 2017):

**1. Nekateri stresorji izzovejo močnejši čustven odziv:** količina hormonov, ki se izloči ob nenadnem čustvenem odzivu. Na primer odziv na nenadno povišanje temperature je drugačen kot postopno naraščanje temperature. Ni dokaza, da se katerikoli hormon odzove na vse stresorje na popolnoma nespecifičen način.

**2. Vzorec fiziološke reakcije je odvisen od dveh faktorjev:** od truda in stopnje distresa. Trud zajema naš interes, odločenost. Distres pa anksioznost, negotovost, dolgočasje. Trud z distresom se povezuje s povišanim kateholaminom in kortizolom. Trud brez distresa vključuje občutek nemoči, obupa, izgube kontrole. Primarno je zvišan kortizol, kateholamin je lahko povišan.

**3. Kognitivna ocena igra pomembno vlogo v fiziološkem odzivu.** Merjenje povišanega kortizola pri otrocih na dan ocenjevanja znanja. Otroci z nadpovprečnimi intelektualnimi sposobnostmi so imeli povišan kortizol, otroci z nižjimi ali povprečnimi sposobnostmi pa ne (Glazer in Gasser, 2016; Segerstrom in Miller, 2004).

## 4.4 Psihosocialni vidiki stresa

Biološki, psihološki in socialni dejavniki se pri doživljanju stresa med seboj prepletajo.

### 4.4.1 Kognicija in stres

Visoka stopnja stresa vpliva na zmožnost vzdrževanja ter usmerjanja pozornosti in na spominske kapacitete (npr. preokupacija s skrbmi, da na izpitu ne bomo uspešni). Stres lahko vpliva na naše delovanje na način, da nam odvrne pozornost (npr. hrup kot stresor – živeti ob železniški postaji). Poleg tega, da stres vpliva na kognicijo, deluje tudi obratna povezava. Skrbi o možnih grozečih dogodkih ali ruminacije o preteklih težavah vzdržujejo zvišan fiziološki odziv stresa tudi v odsotnosti aktualnih stresorjev. Obojestranska povezava kognicije in stresa je še zlasti pomembna na področju izvršilnih funkcij. Dobre izvršilne funkcije pomagajo pri uspešnem reševanju stresnih situacij, hkrati pa lahko stres trenutno vpliva na slabšo učinkovitost izvršilnih funkcij. Znižane izvršilne funkcije lahko vodijo v začaran krog stresa in znižane kognitivne sposobnosti. To je povezano s strukturami in zankami v prefrontalnem korteksu, ki podpirajo zaviranje parasimpatičnega dela živčevja. Težave z jasnim razmišljanjem med stresom so lahko spremljane s slabo fiziološko regulacijo stresnega odziva (Sarafino in Smith, 2012; Segerstrom in Miller, 2004).

### 4.4.2 Čustva in stres

Preden dojenček začne govoriti, izraža svoje doživljanje z gibanjem, glasom in obrazno mimiko. Čustveni odziv predstavlja redne reakcije na stres. Ljudje pogosto na podlagi čustvenih odzivov ocenjujemo stres (npr. intenzivneje kot posameznik izkazuje čustva, večja je verjetnost, da je pod močnim stresom). K čustvenemu odzivanju na stresno situacijo pomembno doprinese tudi kognitivna ocena situacije. Npr. če vidimo kačo v gozdu, lahko doživimo stresni odziv strahu, če pa opravljamo raziskovalno delo na področju kač, pa se lahko odzovemo vznemirjeno. Strah je običajen čustveni odziv, ki vključuje neugodje in fiziološko vznemirjenost, ko se počutimo ogroženi (Yaribeygi idr., 2017).

Običajno jih razdelimo v dve kategoriji: *fobije* in *anksioznost*. *Fobije* so intenzivni, neracionalni odzivi, neposredno povezani s situacijami ali dogodki. *Anksioznost* je nejasen občutek nelagodja ali strahu, mračno predvidevanje bližajoče se usode, ki vsebuje nejasno, nespecifično grožnjo. Stres lahko vodi v občutja žalosti ali depresijo. V nadaljevanju so v knjigi opisani kriteriji depresije po DSMV. Če imamo dolgotrajne zdravstvene težave (paraliza po kapi), to pogosto vodi v depresijo (Sarafino in Smith, 2012; Segerstrom in Miller, 2004).

Pogost čustveni odziv na stres je tudi jeza, zlasti ko situacijo doživimo kot škodljivo ali frustrirajočo. Jeza ima lahko pomembne socialne posledice (npr. agresivno vedenje).

### 4.4.3 Socialno vedenje in stres

Socialno vedenje ljudi, ki so v stresu (npr. naravne katastrofe), se spremeni. Lahko delujejo bolj povezano, manj povezano ali celo agresivno do drugih. Če se stres pojavi skupaj z jezo, se pogosto poviša negativno socialno vedenje. Ob socialni zavrnitvi se lahko poveča agresivno vedenje, tudi do vira zavrnitve. S stresom povezano agresivno odzivanje ima pomembne praktične posledice v

vsakdanjem življenju. Npr. stres lahko negativno vpliva na kvaliteto zakona ali drugih bližnjih odnosov. Starš pod močnim stresom je rizičen za izgubo kontrole v vedenju do otroka (Sarafino in Smith, 2012).

#### **4.4.4 Spol in sociokulturne razlike v stresu**

**Ženske** poročajo, v primerjavi z moškimi, o pogostejšem doživljanju stresa. Slednje bi lahko bilo delno povezano z večjo pripravljenostjo, da o doživljanju stresa govorijo ali pa imajo višje zahteve. Primer: matere, ki so zaposlene, običajno opravljajo več domačih opravil kot moški in so ob tem bolj obremenjene kot moški in ženske brez otrok. Večjo obremenitev predstavlja tudi večji trud zadovoljiti čustvene potrebe družinskih članov.

**Biti član manjšine ali biti reven** poviša doživljanje stresa. Raziskave v Ameriki potrjujejo, da imajo te osebe tudi več zdravstvenih težav. Odrasli z nižjimi dohodki in nižjo izobrazbo poročajo o višji stopnji stresa in temeljnih stresorjih, kot so ločitev ali smrt otroka. Intenzivnejši kot je stres, ki so ga izkusili, večja je verjetnost smrti ali slabega zdravja v prihodnosti. Ugotavljajo tudi povišano raven stresnih hormonov pri ljudeh z nižjo izobrazbo in nižjimi dohodki.

Nadalje ugotavljajo tudi **spolne in sociokulturne razlike** v fizioloških obremenitvah ob stresu. Mnoge študije so potrdile, da moški kažejo večjo reaktivnost kot ženske ob psiholoških stresih in potrebujejo daljši čas, da se fiziološki odziv povrne na bazični nivo, potem ko je stres minil. Druge raziskave pa ugotavljajo, da obstajajo razlike med tem, kateri dogodki so za moške in ženske bolj stresni. Moški doživljajo v primerjavi z ženskami več stresa ob ogroženosti njihove kompetentnosti, ženske pa ob težavah v odnosih z najbližjimi. Moški stresni odziv naj bi bil bolj boj in beg, ženski pa se bolj usmeri v naklonjenost in druženje (Sarafino in Smith, 2012; Segerstrom in Miller, 2004).

Pri učinkih stresa je potrebno razumeti sovplivanje bioloških, psiholoških in socialnih dejavnikov. Tudi ko stresor ni več prisoten, lahko čutimo njegov učinek predvsem kot posledico psihološkega vplivanja (Dernovšek idr., 2018; Glazer in Gasser, 2016).

## **4.5 Viri stresa skozi življenje**

Vsi doživljamo stres v vsakdanjem življenju. Z razvojem se spreminjajo viri stresa. Glede na izvor stresa lahko govorimo o stresu v posamezniku, v družini in družbi (Sarafino in Smith, 2012).

### **4.5.1 Viri stresa v posamezniku**

Znotraj posameznika sta omenjeni dve obliki stresa:

- **Bolezen** ustvarja fizične in psihološke zahteve do človeka. Stopnja stresa je odvisna od resnosti bolezni in starosti človeka. Mlajši otroci imajo omejeno razumevanje bolezni in smrti, zato so njihove stiske vezane na aktualne okoliščine in omejitve zmožnosti.
- **Konflikt v osebi**, na primer odločiti se med dvema delovnima mestoma. Konflikt ustvarja nasprotno tendence: približevanje in umikanje. Ljudje doživljajo konflikt kot stresen, če odločitve zajemajo veliko značilnosti, kadar sta nasprotujoči si težnji enake intenzitete in kadar ima lahko napačna odločitev zelo negativne, trajne posledice.

#### 4.5.2 Viri stresa v družini

Naši najbližji odnosi so lahko temeljni vir stresa. Družina lahko po eni strani nudi podporo, tolažbo, po drugi strani pa tudi napetost in konflikt. Medsebojni spori so lahko povezani s finančnimi težavami, neprimernim vedenjem, različnimi cilji. V poglavju obravnavamo tri vire stresa (Sarafino in Smith, 2012):

- **Prihod novega člana v družino.** Novorojenček prinaša v družino veselje, zlasti za mamo pa tudi stres. Oče je lahko zaskrbljen za zdravje mame in otroka in kako bo dojenček vplival na odnos z ženo. Prisotna je lahko tudi skrb glede finančnih zahtev. Starševski stres je odvisen tudi od osebnosti otroka. Dojenčki s težavnim temperamentom več jokajo, se težje pomirijo, imajo bolj nestalen ritem budnosti in spanja, bolj se upirajo novostim. Tovrstna vedenja so stresna za starše. Približno 10 odstotkov otrok uvrščamo med otroke s težavnim temperamentom, sicer pa gre za kontinuum z občasnimi vzorci zahtevnejših vedenj. Visoka stopnja stresa med nosečnostjo ima lahko neželene učinke za otroka. Ima večjo verjetnost prezgodnjega poroda, večja je verjetnost nižje porodne teže. Nedonošeni otroci imajo večje tveganje za različne zdravstvene težave, kar lahko povzroča v družini dodaten stres.
- **Partnerske težave in ločitev.** Konflikti v zakonu so običajni, kadar pa so pogosti in intenzivni, lahko postanejo glavni vir stresa s pomembnimi posledicami na zdravje. Ko partnerja diskutirata o temah, ki so vir nesoglasij (npr. poraba financ, domača opravila), se kaže povišan pritisk, zviša se raven kortizola in drugih stresnih hormonov. Ti stresni odzivi so še zlasti očitni pri parih, ki doživljajo kronične partnerske težave, kjer v komunikaciji prihaja do medsebojnih žalitev. Nezadovoljstvo v zakonu se povezuje tudi z nespečnostjo. Fiziološki učinki družinskih sporov lahko dolgoročno negativno vplivajo na zdravje. Večja je tudi verjetnost ločitve. Ločitev prinese mnogo stresnih tranzicij za vse družinske člane, prihaja do sprememb v njihovih socialnih, stanovanjskih in finančnih razmerah. Prilagoditev na ločitev običajno traja nekaj let in nekateri otroci kažejo dolgoročne posledice, čeprav je težko ločiti posledice dolgotrajnih konfliktov od same ločitve. Nekateri raziskave nakazujejo, da ločitev in posledične spremembe rezultirajo v zdravstvenih težavah otrok. Psihološke intervence za otroke ob ločitvi lahko manjšajo ali celo preprečijo težave. Starši lahko pomagajo otrokom pri prilagoditvi na ločitev s pristopom:
  - otrokom vnaprej povedo za ločitev;
  - podpirajo odprto komunikacijo z iskrenim in senzibilnim odgovarjanjem na otrokova vprašanja;
  - podpirajo pomoč bližnjih, sorodnikov, po potrebi tudi svetovalnih delavcev, šolskega osebja;
  - spodbujajo otroka h kontaktu z drugim staršem.
- **Bolezen, invalidnost in smrt v družini.** Če ima otrok resno kronično bolezen, se mora družina prilagoditi na edinstven in dolgotrajen stres. Včasih to zadostuje za razvoj posttravmatske stresne motnje pri staršu. Del stresa izhaja iz časa, potrebnega za skrb otroka in zmanjšane svobode družinskih članov. Družina se spoprijema tudi z mnogimi težkimi odločitvami in se mora naučiti o bolezni ter o skrbi za otroka. Pogosto so obremenjeni z dodatnimi finančnimi stroški, povezanimi z zdravljenjem. Starša imata manj časa za njun odnos, prav tako so lahko zapostavljeni sorojenci.

Bolezen starša je drug vir stresa v družini. S tem lahko pride do finančnih težav v družini, omejena je svoboda družinskega časa, pride tudi do pomembnih sprememb v medosebnih odnosih (skrb za

partnerjevo zdravje). Pogosto je stres povezan s starostjo obolelega člana (npr. drugačen pomen hude bolezni mladega starša v primerjavi z boleznijo v starosti). Skrb za hudo bolnega partnerja predstavlja močno obremenitev. Doživljanje smrti je prav tako povezano s starostjo umrlega. Smrt starša je za otroka eden najbolj travmatskih dogodkov v otroštvu. Mlajši otroci ne žalujejo tako močno zaradi slabšega razumevanja smrti (pogosto doživljajo smrt kot reverzibilno). Večina otrok pri osmih letih že dobro razume končnost smrti. Odrasli, ki mu umre otrok ali partner, doživlja ogromno izgubo, tj. izgubo pomembnih upov, vlog in pričakovanj za prihodnost. To lahko predstavlja grožnjo za dolgoročno zdravje žalujočega.

### **4.5.3 Viri stresa v skupnosti in družbi**

Tudi odnosi izven družine lahko predstavljajo izvor stresa. Otroci lahko doživljajo stres v šoli ali na različnih dejavnostih, ki vključujejo tekmovanja. Pri odraslih je stres povezan večinoma z delom in s pogoji v okolju, v katerem živijo.

- **Delo in stres.** Skoraj vsi ljudje doživijo kdaj stres, povezan z njihovim poklicem. Pogosto so te situacije kratke in brez večjega vpliva, lahko pa so tudi intenzivne in dolgotrajne (Sarafino in Smith, 2012).

Na doživljanje stresa vpliva zaznana **zahtevnost** nalog – delovna obremenitev je previsoka. Raziskave ugotavljajo, da so previsoke delovne obremenitve povezane z več nesrečami in z boleznijo. Nekatere delovne naloge so bolj stresne kot druge (npr. zelo monotono delo). Dela, ki vključujejo **odgovornost za življenje drugih**, so prav tako stresna (zdravstveno osebje).

Stres na delovnem mestu je lahko povezan tudi s **fizičnim okoljem** (npr. močan stres, ekstremne temperature) **kot tudi z zaznano nezadostno kontrolo na delovnem mestu** (npr. nezmožnost samostojnega odločanja, učenja novih spretnosti). K stresu prispevajo **slabi medosebni odnosi, zaznano premajhno priznanje in možnost napredovanja kot tudi negotovost službe**. Raziskave povezujejo te vidike stresa s čustvenim stresom, fiziološkimi obremenitvami in motnjami spanja ter posledično s kardiovaskularnimi boleznimi.

Ob upokojitvi lahko oseba doživlja stres ob izgubljenih možnostih socialnih stikov in pomembnega dela identitete. Izguba statusa in finančnih dohodkov je prav tako lahko vir stresa.

- **Okolijski stres.** Tudi okolje je lahko vir stresa, npr. hrup, gneča. Pomemben vir stresa je konstantna grožnja nasilja ali resne škode, izpostavljenost nevarnim substancam, naravne katastrofe, revščina. Na individualni ravni je nizek SES (nizki dohodki in nizka izobrazba) povezan s krajšo življenjsko dobo in več življenjsko nevarnimi boleznimi. Na ravni skupnosti je nizek SES ločen dejavnik, povezan z zdravstvenimi težavami, kot so kardiovaskularne bolezni, diabetes in prezgodnji porod. V mnogih skupnostih z nizkim SES so medosebni odnosi manj podporni, prebivalci se počutijo manj varne. Mnogi ljudje doživljajo diskriminacijo zaradi svojih dohodkov, poklica, rase, okolja v katerem živijo, spolne usmerjenosti (Sarafino in Smith, 2012).

## 4.6 Merjenje stresa

Stres lahko merimo z različnimi pristopi. Najpogostejši načini so fiziološka vzburjenost, življenjski dogodki, vsakodnevne težave, izpostavljenost mnogim virom stresa.

### 4.6.1 Fiziološka vzburjenost

Stres povzroča fiziološko vzburjenost, ki se kaže v mnogih telesnih funkcijah. Merimo lahko krvni tlak, srčni utrip, dihanje, galvanski odziv kože. To lahko merimo posebej, lahko pa tudi skupaj z napravo, imenovano poligraf. Druga možnost so biokemične analize krvi, urina in slin, s čimer ugotavljamo nivo hormonov, ki jih nadledvične žleze izločajo med stresom. Raziskovalci merijo dve vrsti hormonov: kortikosteroidi (najbolj pomemben je kortizol) in kateholamini (ki vključujejo epinefrin in norepinefrin) (Yaribeygi idr., 2017).

**Prednosti** fizioloških meritev se kažejo v tem, da so direktne, objektivne, zanesljive, kvantitativne. Torej res natančno pokažejo dogajanje v človekovem telesu.

Po drugi strani pa lahko najdemo tudi nekatere slabosti. Kažejo se predvsem v tem, da so drage in zato težje dostopne. Tehnika merjenja je lahko sama po sebi stresna. Tovrstne meritve so odvisne tudi od drugih dejavnikov, kot so spol, telesna teža, predhodna fizična aktivnost, kar je večkrat težje razmejevati med seboj (Sarafino in Smith, 2012).

### 4.6.2 Življenjski dogodki

V prejšnjem razdelku smo predstavili fiziološke, objektivne meritve, v tem pa se bomo dotaknili subjektivnega doživljanja stresa. Slednje lahko posameznik oceni z uporabo samoocenjevalnih metod. Opisali bomo dve (Sarafino in Smith, 2012).

#### **Lestvica socialne prilagoditve**

Thomas Holmes in Richard Rahe sta oblikovala lestvico življenjskih dogodkov (Social Readjustment Rating Scale SRRS), ki je v praksi pogosto uporabljena. Iz kliničnih izkušenj so naredili listo dogodkov. Ljudje so na lestvici od 1 do 100 ocenjevali, koliko prilagoditev bi zahteval posamezni dogodek. Spodaj dodajamo primer. Smrt partnerja bi zahtevala največ prilagajanja, spremembe v prehrani pa najmanj.

*Tabela 3: Primer postavk SRSS*

Vrstni red	Dogodek	Povprečna vrednost
1	smrt partnerja	100
2	ločitev	73
4	zaporna kazen	63
5	smrt bližnjega	63
10	upokojitev	45
20	hipoteka nad 10000 \$	31
30	težave s šefom	23
40	spremembe v prehrani	15

### ***Prednosti SRSS***

Velika prednost SRSS je, da zajema širok nabor dogodkov, ki jih večina ljudi doživlja kot stresnih. Oseba jo lahko hitro izpolni. Pogosto se jo uporablja za ugotavljanje povezave stresa in bolezni. Te študije so pokazale, da stopnja bolezni sledi povišani stopnji stresa. Korelacija je relativno nizka: 0,3, kar kaže, da ne gre za močno povezavo. Eden od razlogov za to je, da ljudje zbolijo ali se poškodujejo tudi zaradi drugih dejavnikov, ne zgolj zaradi stresa.

### ***Slabosti SRSS***

Postavke na SRSS so nejasne in dvoumne. Primer spremembe v odgovornosti na delovnem mestu, kjer ni opredeljeno, ali je odgovornosti manj ali več in kako velika je sprememba. To zmanjšuje natančnost inštrumenta. Prav tako lestvica ne vključuje pomena in vpliva na posameznika (npr. smrt partnerja, starost partnerja, dolžine zakona, zadovoljstva v zvezi). Prav tako ne ločuje med želenimi in neželenimi dogodki.

V raziskavah ugotavljajo, da se neželeni dogodki povezujejo z boleznijo, želeni pa ne. Pomanjkljivost je tudi poudarek na posameznem dogodku, ne na kroničnem stresu. Slednji ima lahko pomembnejši vpliv na določene zdravstvene težave.

## ***4.6.3 Vsakodnevne težave***

Ko pomislimo na vire stresa, se spomnimo manjših dogodkov, kot so imeti govor, založiti ključe ... To poimenujemo vsakodnevne težave. Nekateri jih izkusijo več, drugi manj. Richard Lazarus je s kolegi meril dnevne neprijetne dogodke. Inštrument, poimenovan Hassle Scale oziroma lestvica vsakdanjih težav razvrsti vsakdanje težave od manjših neprijetnosti (npr. narediti praktično napako) do glavnih težav (premalo denarja za hrano). Posameznik izpolni, katere od navedenih težav (117 navedenih) je imel v zadnjem mesecu in kako močne so bile. Poleg tega so pripravili tudi Uplifts Scale oziroma lestvico prijetnih dogodkov (135 dogodkov, ki vzbujajo mir, zadovoljstvo, veselje). Z raziskavami so preverjali povezavo zdravstvenih težav (vprašalnik o zdravju) z obema tipoma lestvic in lestvico življenjskih dogodkov (brez zelenih dogodkov). Ugotovili so, da so vsakodnevne težave in življenjski dogodki povezani z zdravjem (Sarafino in Smith, 2012).

## 4.7 Kronični stresorji in specifična področja

Potencialni viri stresa obstajajo na različnih področjih življenja, kot so delo, družinski konflikti. Življenjski dogodki in vsakdanje težave imajo postavke, ki zajemajo ta področja, a ne v celoti in specifično. Trenutne raziskave merijo stres in zdravje s specifičnimi področji. Vsi inštrumenti imajo prednosti in slabosti, vsekakor pa dosedanje raziskave potrjujejo, da je stres povezan s povečanim tveganjem za zdravstvene težave v prihodnosti.

### 4.7.1 Ali je stres lahko dober?

Razlog, da mera stresa ne korelira močno z boleznijo, je morda v tem, da ni vsak stres nezdrav. Ali je možno, da je določen tip ali količina stresa nevtralna ali celo zdrava? Nekatere teorije motivacije in budnosti predvidevajo, da ljudje delujejo in se počutijo najboljše na nivoju, ki je *za njih* optimalna raven budnosti oz. vznburjenja. Ljudje se razlikujemo v stopnji budnosti, ki jo potrebujemo, toda prenizka ali previsoka raven vznburjenja lahko ovira naše delovanje (Sarafino in Smith, 2012).

Ob tem se poraja vprašanje, ali so za ljudi določeni tipi stresa boljši kot drugi. Trije glavni raziskovalci so oblikovali podobna mnenja, ki omenjajo obstoj vsaj dveh vrst stresa, ki se razlikujeta po svojem vplivu. Selye (1974, 1985) govori o »**distresu**« **oziroma obliki stresa, ki je škodljiva** in o »**eustresu**« **(iz grškega eu, ki pomeni dobro) oziroma obliki stresa, ki je dobrodošla in konstruktivna**. Eustres nas podpre, krepi motivacijo, pozornost in deluje vzpodbudno pri izvajanju aktivnosti.

Lazarus opisuje **tri načine, kako lahko ocenimo stres**. Piše o oceni škode (harm loss), grožnje in o izzivu. Posameznik, ki doživlja izziv, zmore doživljati prihajajoče zahteve kot izziv. Ob tem lahko doživlja več prijetnih čustev. Posameznik si bolj zaupa in njegova vedenja so bolj učinkovita. Možno je, da je fiziološki odziv na izziv drugačen kot na grožnjo, zato je posledični pojav bolezni manj verjeten. Povzamemo lahko, da je stres lahko dober ali slab. Slab stres vključuje močno neprijetno čustveno komponento. Kognitivna ocena ima pomembno vlogo pri odločanju, katera vrsta stresa bo prevladala. Poleg navedenega pa kaže, da smo ljudje različno podvrženi vplivom stresa. Mason (1975) predvideva, da gre za podobne razlike kot pri odpornosti na bakterije in viruse. Sama izpostavljenost ne pomeni nujno bolezni. Razlike med ljudmi izhajajo tako iz bioloških in psihosocialnih razlik med ljudmi (Sarafino in Smith, 2012).

## PREVERI, KAJ ZNAŠ. ODGOVORI NA VPRAŠANJA.

1. Najprej razmislite o sebi in skušajte prepoznati resurse, vire moči, ki vam pomagajo pri spoprijemanju s stresom.
2. Razložite vplivanje stresa na kognitivne funkcije in na čustvovanje ter ga podkrepite s primerom.
3. Navedite nekaj razlogov za izvor stresa v posamezniku.
4. Pojasnite faze generaliziranega adaptacijskega sindroma in razmislite, kako bi pri posamezniku lahko preverjali (ocenjevali) stopnjo zaznanega stresa.

## LITERATURA

1. Dernovšek, Z. M., Gorenc, M. in Jeriček, H. (2006). *Ko te stresa stres: kako prepoznati in zdraviti stresne, anksiozne in depresivne motnje*. Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
2. Dernovšek, Z. M., Šprah, L. in Knežević Hočevar, D. (2018). *Stres in anksioznost: priročnik za vse tiste, ki si želijo vedeti več o duševnih motnjah in bolje poskrbeti za svoje duševno zdravje*. Založba ZRC.
3. Glazer, S. in Gasser, C. E. (2016). Stress management. V J. C. Norcross, G. R. VandenBos, D. K. Freedheim in N. Pole (ur.), *APA handbook of clinical psychology: Psychopathology and health* (str. 461–475). American Psychological Association.
4. Sarafino E. P. in Smith T. W. (2012). *Health psychology : biopsychosocial interactions* (7. izd.). J. Wiley & Sons.
5. Segerstrom, S. C. in Miller, G. E. (2004). Psychological stress and the human immune system: a meta-analytic study of 30 years of inquiry. *Psychological Bulletin*, 130(4), 601–630.
6. Yaribeygi, H., Panahi, Y., Sahraei, H., Johnston, T. P. in Sahebkar, A. (2017). The impact of stress on body function: A review. *EXCLI Journal*, 16, 1057–1072

## 5 BOLEČINA

Vsi smo se že kdaj srečali z bolečino – pri sebi, videli pa smo jo lahko tudi pri drugih. Zdravstvo je področje, kjer smo zaposleni redno v stiku s tem, kako se pacienti spoprijemajo z bolečino.

Bolečina je opredeljena kot »telesna izkušnja, ki se pojavlja v enem ali več delih telesa« in je vselej opisana kot »neprijetna«, kar pomeni, da zajema tudi posameznikovo čustveno odzivanje. Tako lahko rečemo, da je bolečina multidimenzionalna, saj sproža odzive na več področjih našega delovanja.

Čeprav je neprijetna, ima z vidika evolucije pomembno nalogo, saj nas opozarja na nevarnosti v telesu – sporoča o bolezni ali poškodbi. Deluje kot alarmni sistem, saj opozarja na možne vzroke in povečano aktivnost, spontani umik, zaščito, preprečitev, zmanjšanje nadaljnjega poškodovanja s tipičnimi organskimi, čutnimi, čustvenimi, spoznavnimi in vedenjskimi odzivi. Primarna biološka evolucijska naloga bolečine je torej ohranitev celovitosti telesa in obstanka posameznika (Vadivelu idr., 2017).

Z bolečinami se srečujejo naši pacienti, zato je pomembno, da pridobimo nova znanja s področja bolečine in ji namenimo dovolj prostora tudi v stiku s pacientom.

### 5.1 Pojavnost bolečine

Raziskave kažejo na izredno visoko stopnjo pojavnosti bolečine. *Le-ta naj bi v Evropi in tudi v Sloveniji vključevala okoli petino prebivalstva.* Delež se s starostjo veča. Nad 60 let starosti zajema že tretjino prebivalstva, pri starejših pa od 50 do 80 odstotkov. Najpogosteje gre za naslednje bolečinske sindrome: v sklepih, v hrbtu oziroma križu, po poškodbah in operacijah, fibromialgija, kompleksni regionalni bolečinski sindromi, glavoboli (tenzijskega tipa), nevralgije, nevropatije in nevrološke motnje, ob osteoartritisu in revmatskem artritisu, v medenici, razdražljiv mehur itd. Prav tako je delež oseb z bolečino višji pri drugih okvarah, boleznih in poškodbah.

### 5.2 Vrste bolečine

#### KLASIFIKACIJE

Ko govorimo o bolečini, govorimo tudi o različnih klasifikacijah bolečine.

Najbolj uporabljen je uradni sistem Mednarodna klasifikacija bolezni, v katerem so bolezenska (in bolečinska) stanja v grobem klasificirana glede na vzročne dejavnike, telesne sisteme, časovna obeležja in vzorce znakov, simptomov in kliničnih/laboratorijskih izvidov. Bolečina (kot kronična) je navedena v poglavjih Duševne in vedenjske motnje (somatoformne motnje), Bolezni živčevja (Migrene, Drugi sindromi) in Simptomi, znaki in nenormalni klinični in laboratorijski izvidi (Akutna bolečina, Kronična neznosna bolečina, Druge vrste kronična bolečina in Bolečina, neopredeljena).

Podrobnejša je multiaksialna klasifikacija kroničnih bolečinskih stanj mednarodnega združenja za proučevanje bolečine (IASP), ki vključuje pet osi: telesni predel; sistem, katerega abnormalno delovanje povzroča bolečino; časovna obeležja; bolnikov opis bolečine; domnevna etiologija. To je najbolj obsežna in podrobna uradna klasifikacija, ki ne vključuje ocene psiholoških in socialnih dejavnikov. Celovitejša klasifikacija mora upoštevati vse te in druge pomembne vidike ter značilnosti, od čutnih (senzornih), kot jih poda bolnik preko možne etiologije, mehanizma nastanka in razvoja (kar vse je sicer še slabo znano), prizadetih telesnih delov, sistemov, struktur in funkcij do psihosocialnih dejavnikov (Vadivelu idr., 2017).

Med vsemi temi vidiki so prvi osnovni podatki o izkustvenih čutnih in prostorsko-časovnih (torej predvsem senzornih) značilnostih, ki jih poda sam bolnik. V poglobljeni zdravstveni obravnavi so pomembni fiziološki oziroma medicinski vidiki klasifikacije. Vidiki klasifikacije so tudi psihološki, socialni, ekonomski in kulturni dejavniki, ki posredno ali neposredno spodbudijo, spremljajo, vzdržujejo kronično bolečino, lahko pa jo tudi zmanjšajo. Tabela 4 prikazuje dejavnike, ki jih bolnik, ki doživlja bolečino, ocenjuje.

Tabela 4: Opis bolečine

Čutni vidiki bolečine	
<b>1.</b>	<p><b>Jakost, intenzivnost</b> ocenjena besedno (nič – blaga – srednja – zmerna – huda), številčno (največkrat 0–10), grafično (dolžina črte, obrazni izrazi) ali kombinirano; najpogosteje s 4, 5, 10 ali 11 stopnjami</p>
<b>2.</b>	<p><b>Kakovost</b> opisne jedrne in osnovne prostorsko-časovne značilnosti ali pridevniki: ostra, topa, mrzla, vroča, pekoča, mrazeča, gomazeča, zbadajoča, rezajoča, trgajoča, stiskajoča, prodirajoča, raztegujoča, razjedajoča, električna; enakomerna, spremenljiva, nihajoča, rastoča, pojemajoča, utripajoča, sunkovita; krajevna, točkasta, obsežna, razširjena, premična, površinska, globinska, izžarevajoča; hitra, ostra, krajevna (A-vlakna) in počasna, topa (C-vlakna)</p>
<b>3.</b>	<p><b>Kraj, predel telesa</b> <b>Prostorska določljivost in obsežnost:</b> krajevno točkasta, obsežna omejena ali razpršena nedoločna; razširjena <b>Globina ali površina/notranjost telesa:</b> površinska (kožna), srednja (kite, mišice, sklepi), globoka (drobovje, želodec, črevo, pljuča, žile) <b>Razdalja od vzroka:</b> krajevno bližnja ali oddaljena, sevajoča ali prenesena, razširjena</p>
<b>4.</b>	<p><b>Čas</b> <b>Trajanje:</b> akutna, subakutna-subkronična, kronična (kronična razširjena rakava/nerakava bolečina) <b>Potek:</b> stalna, nihajoča, prekinjana, pogosta, občasna, rastoča, pojemajoča, v valovih itd.</p>
Fiziološki medicinski vidiki bolečine	
<b>1.</b>	<p><b>Temeljna funkcija – daljni vzrok</b> <b>Zaščitna,</b> preprečevalna, fiziološka – nociceptivna, včasih vnetna <b>Odsotna, patološka</b> – naravne zaščitne funkcije ni; vodi lahko do še večjih motenj; nevropatska, včasih nociceptivna pri vnetjih in drugih okvarah tkiv - npr. kompleksni regionalni bolečinski sindrom, fantomska bolečina, razširjena nerakava bolečina</p>

2.	<p><b>Splošni izvor</b> – teoretsko in empirično vprašljiva dihotomija</p> <p><b>Somatogena, organska</b> – zaradi poškodbe ali bolezni; organski izvor je jasen</p> <p><b>Psihogena</b> – pogosto tako določen izvor bolečine, ko organski vzrok ni odkrit, verjetno pa pomembno vplivajo psihološki dejavniki, npr. glavobol, bolečina v križu ali želodcu</p>
3.	<p><b>Splošni organski izvor, aktivirani in/ali moteni nevrofiziološki sistem in mehanizem</b></p> <p><b>Nociceptivna</b> – vzroka/podvrsti: a) poškodba tkiva, ko škodljivi dražljaji (mehanski, termalni, kemični, električni) aktivirajo periferna živčna vlakna, nociceptorje; ima zaščitno funkcijo</p> <p>b) vnetje, ko je znižan prag za bolečino (hiperalgezija, alodinija); nima neposredne zaščitne funkcije</p> <p><b>Nevropatska</b> – vzrok je poškodba in/ali bolezen perifernega in/ali centralnega somatosenzornega živčevja, zato je transmisija in modulacija impulzov motena in lahko pride do zaznave bolečine, čeprav ni fiziološkega vzroka; možna je kombinacija z nociceptivno; je patološka; podvrste:</p> <p>a) po poškodbi – npr. kronični regionalni bolečinski sindrom, pooperativna bolečina</p> <p>b) ob bolezni – npr. diabetična nevropatija, rak, pri možganski kapi, multipli sklerozi</p> <p>c) nedoločena – nejasno ali zaradi poškodbe ali bolezni, ni škodljivih dražljajev, vnetja ali okvare živcev, ni nocicepcije, včasih ni normalne propriocepcije, npr. Fantomska</p>
4.	<p><b>Posebni organski izvor, poškodovani/moteni katerikoli organski sistem</b></p> <p>ugotovljeno s specifično medicinsko diagnozo – npr. ishemija srca, multipla skleroza</p>

Dva, za psihologijo najpomembnejša, vidika ali tipa delitev bolečine sta: glede na trajanje na akutno, subakutno ali subkronično in kronično (nekateri avtorji ločijo le akutno in kronično; drugi še podaljšano, kronificirano, recidivno itd.), ter delitev ali boljše vprašanje smiselnosti delitve na somatogeno, organsko in psihogeno bolečino. Obe delitvi se prepletata.

### 5.2.1 Akutna in subakutna/subkronična bolečina

Akutna bolečina je nenadna, hitra, ostra, trenutna, kratkotrajna, običajno od nekaj sekund do nekaj ur, lahko je enkratna, a tudi ponavljajoča. Izvor bolečine je očit. Navadno je vzrok jase. Do nje pride pri poškodbi tkiva v nezgodi, pri kirurški operaciji, pri nekaterih boleznih in vnetjih, aktivirano je nociceptivno živčevje. Sprožena je, ko je ogrožena celovitost telesa. Ima (razen pri boleznih in vnetjih) jasno opozorilno in zaščitno funkcijo. Spremljajo jo znaki vzdraženja avtonomnega živčnega sistema: pospešen utrip, zvišan krvni tlak, pospešeno plitvo dihanje, znojenje, povečano izločanje, povečan mišični tonus ali krč mišic. Spremljajo jo tudi spontani vedenjski vzorci umika in izogibanja ter tipični obrazni izrazi in glasovi. Akutno bolečino lahko po navadi obravnava že en sam strokovnjak.

Nekateri posebej opredeljujejo kot možni prehod med akutno in kronično še **subakutno** ali **subkronično** bolečino, ki traja od nekaj dni do nekaj tednov ali tudi mesecev do okrevanja ali do prehoda v kronično.

### 5.2.2 Trajna ali kronična bolečina

O kronični bolečini govorimo, ko njeno trajanje presega obdobje treh do šestih mesecev, lahko pa traja tudi vse življenje. Nadalje je za to obliko bolečine značilno, da je telesni izvor bolečine lahko odsoten ali pa je to odstopanje izredno minimalno. Višji pa je vpliv nevrofizioloških, psihičnih in socialnih dejavnikov. Medtem ko akutna bolečina sporoča neko nevarnost, kronična bolečina to funkcijo izgubi, zato je pomembno, da paciente v procesu zdravljenja in učenja spoprijemanja z bolečino navajamo na to, da je bolečina neprijetna, ne nosi pa sporočila o nevarnosti. Tukaj pa moramo opozoriti na razliko

med kronično maligno (rak, AIDS) in nemaligno (bolečina v križu, osteoartritis), pri čemer gre za ločevanje med tem, ali je vzrok za bolečino bolezen, ki napreduje in vse bolj ogroža zdravje in življenje bolnika, ali pa ostaja obvladljiva. Pri maligni bolečini je sporočilo o nevarnosti lahko prisotno. Kronično bolečino nikoli ne zmore obravnavati zgolj en sam strokovnjak, ampak je pomembno sodelovanje celega tima strokovnjakov in s tem interdisciplinarna obravnava (Vadivelu idr., 2017).

Kronična bolečina se lahko začne kot akutna in s tem, ko se nadaljuje, ko je poškodba že sanirana, preraste v kronično. Lahko se tudi lokacijsko razširi v druge dele telesa in spremeni kvalitativno in kvantitativno. Tovrsten prehod akutne bolečine v kronično seveda ni pravilo, zato je potrebno ugotoviti dejavnike tveganja, ki lahko vplivajo na ta proces. Sam prehod od akutne do kronične bolečine bi lahko v grobem opisali v treh korakih:

**1. Akutna faza** – doživljanje akutne bolečine tipično spremljajo strah, tesnoba in skrbi, ki so lahko koristne, saj spodbudijo proaktivne vzorce vedenja, kot je oskrba poškodbe, iskanje zdravstvene pomoči, obisk zdravnika in sledenje predpisani terapiji, lahko pa so tudi nevarne, če se prevesijo v pretirano zavzetost, celo obsedenost in s tem pomenijo prehod v trajno bolečino.

**2. Subakutna, subkronična faza** – nekaj dni ali tednov do pol leta po poškodbi je vmesno obdobje večanja stiske, ko se lahko kaže jeza, somatizacija in naučena nemoč.

**3. Kronična faza** – bolečina je kronična, če traja dlje časa, kot je običajni čas okrevanja oziroma več kot pol leta, ko je osnovna poškodba že zaceljena.

Nevrofiziološki mehanizmi nastanka in ohranjanja kronične bolečine oziroma prehoda iz akutne v kronično bolečino so znani le približno. Vključujejo receptorske sisteme, znotrajcelične in medcelične spremembe (modifikacije prenašalcev, receptorjev, zgradbe in povezav nevronov), dolgotrajno povečano aktivnost ter nasploh dolgotrajne funkcionalne in anatomske spremembe v bolečinskem živčnem omrežju. Ob tem se aktivirajo še mnogi psihološki odzivi. Ob daljšem trajanju se živčni sistem na njo senzibilizira (privadi), kar privede do trajnih funkcionalnih in anatomskih sprememb ter plastičnost živčevja. Zgodnja obravnava je zato zelo pomembna.

## 5.3 Posledice bolečine

Spoprijemanje z bolečino celostno vpliva na posameznika in na njegovo delovanje. Daljše spoprijemanje z bolečino brez opaznih pozitivnih sprememb pušča posledice na področju čustvovanja, mišljenja in vedenja (Darnall, 2019, 2021; Driscoll idr., 2021).

Na področju **čustvovanja** se krepi doživljanje nemoči, jeze, žalosti in obupa. Ko posameznik doživlja, da je drugačen, spremenjen v primerjavi s seboj pred doživljanjem bolečin, se pogosto sproži proces žalovanja za seboj pred bolečino. Strah, ki se pojavlja ob izkušnji bolečine, se pogosto nanaša na prihodnost (npr. Kaj ta bolečina pomeni zame? Kako bo v prihodnosti? Kaj če bolečina ne poneha?) in na gibanje (Kaj če bom postal nepokreten, na vozičku?). Pogosto se ljudem z bolečino le-ta med gibanjem še okrepi. Posledično sklepajo, da je gibanje za njih nevarno, saj krepi bolečino. Lahko se razvije tako imenovan strah pred gibanjem (kinesiofobija).

Na področju **mišljenja** opažamo, da postanejo ljudje okupirani z mislimi o bolečini. Nenehno ponavljanje podobnih misli in vprašanj o trajanju bolečine imenujemo ruminiranje. Če so te misli izredno negativne, govorimo o katastrofičnem doživljanju, za kar se v zadnjem obdobju uporablja tudi izraz psihična obremenjenost z bolečino (Darnall, 2019, 2021).

Težave s spoprijemanjem z bolečino pa se ne odražajo le v čustvovanju in mišljenju, intenzivno se pokažejo **tudi preko vedenja in v vsakdanjem delovanju**. Zaradi prej opisanega čustvenega doživljanja pride do ponotranjenja težav, zaradi česar postanejo odmaknjeni, upade tudi kakovost medosebnih odnosov. Zaradi strahu, da bi gibanje okrepilo bolečino, opustijo tudi številne dejavnosti.

Posamezniki s kronično bolečino pogosto telesno oslabijo, so stalno utrujeni, izogibajo se običajnim dejavnostim, tako da drugi člani družine prevzamejo njihove obveznosti in s tem okrepijo njihovo izogibajoče se vedenje. Tudi njihova samopodoba se skrha. Izgubijo motivacijo za različne dejavnosti, kar lahko vodi do finančnih posledic. Pojavi se začaran krog trpljenja, strahu, izogibanja aktivnosti, oslabelosti, motenj spanja, motenj apetita, nemoči, neustreznega spoprijemanja. Spoprijemanje z bolečino lahko preide v duševne motnje. Najpogostejši sta anksioznost (panični napad, posttraumatska stresna motnja) in depresija, pa tudi zloraba snovi in zasvojenost, motnje s telesnimi simptomi (somatoformne, somatizacijske, bolečinske, konverzivne). Nasploh kronična bolečina spreminja in omejuje bolnikove vsakodnevne življenjske aktivnosti, spremeni kakovost življenja in postopno osebnost bolnika samega (Driscoll idr., 2021).

## 5.4 Vzroki in dejavniki tveganja

Bolečina sama po sebi ni bolezen ali okvara, lahko pa to postane po daljši izpostavljenosti škodljivim dražljajem in/ali ko pride do motnje osnovnega mehanizma v živčnem omrežju, pri tem pa lahko sodelujejo še psihosocialni dejavniki, kar pomeni, da nima več prvotne zaščitne funkcije. Razvoj kronične bolečine z organskim vzrokom v preteklosti in naknadnimi psihičnimi dejavniki kot vzdrževalci in ojačevalci, ne pa kot povzročitelji, je najpogostejši, empirično podprt in po mnenju mnogih celo edini možen. Ob tem so spremembe na več ravneh, gre torej za kompleksno interakcijo nevrofizioloških, senzornih, psihičnih in socialnih dejavnikov (Driscoll idr., 2021).

Na osnovi literature in izkušenj s pacienti v programu za obravnavo kronične razširjene nerakave bolečine na URI Soča ugotavljamo, da bolečino krepijo vzorci, ki so jih posamezniki oblikovali skozi izkušnje z neposredno okolico, kamor spadata družina in družinska dinamika ter posredno prek vključevanja v širše družbeno okolje z določenimi kulturnimi, vrednotnimi, moralnimi ter socialnimi normami in prepričanji. V skladu z razvojno teorijo, s teorijo navezanosti in na podlagi različnih psihoterapevtskih pristopov ugotavljamo, da obremenjena družinska dinamika, ki spremlja razvoj otroka, ključno sooblikuje prepovedi in gonila ter s tem določa vzorce čustvovanja, mišljenja in vedenja, ki nas vodijo skozi življenje in delujejo nezavedno – postanejo naša varna vsakdanja rutina, ki povzroča, da se pogosto znajdemo v začaranem krogu. Večina pacientov s kronično bolečino so ženske, pogoste skupne izkušnje, o katerih spregovorijo, so naslednje: alkoholizem v otroštvu in z njim povezano psihično in fizično nasilje, pomanjkljiva oziroma nevarna oblika navezanosti, pretirano vključevanje v težke delovne obveznosti, pogosto kaznovanje, ozračje s pomanjkljivimi pohvalami ali pa odraščanje brez njih, zanemarjanje in spregledovanje s strani staršev, zgodnja izkušnja izgube katerega od staršev ali sorojencev (tudi samomori, kar pomembno oblikuje družinsko klimo), spolne zlorabe itd. Pacientke s tovrstnimi izkušnjami pogosto oblikujejo gonila, ki jim narekujejo, da morajo ugajati drugim, da morajo hiteti in biti popolni, ter prepovedi, ki izzovejo pogoste občutke krivde. Tovrstna naravnost, ki je prisotna že od otroštva, je močno povezana s telesnimi odzivi – telo je preveč časa vzdraženo in napeto. Ker vsa doživljanja tvorijo spomin, si telo zapomni tudi te odzive. V določenem trenutku je napetosti preveč, ravnovesje se poruši in telo prične boleti. Iz tega razloga je pomembno, da dobijo pacienti vpogled v prej omenjene vzorce in jih smiselno povežejo z doživljanjem bolečine ter to bolečino tudi ustrezno razumejo in vzpostavijo občutek varnosti (Darnall, 2019; 2021; Driscoll idr., 2021).

Kot dejavnike tveganja prepoznavamo tudi zgodnje biološke dejavnike, npr. prezgodnje rojstvo, boleznj v posameznikovem zgodnjem obdobju in morebitno hospitalizacijo, zaradi katere je posameznik dlje časa oddaljen od matere in družinskega okolja. Nekaj pacientov je poročalo tudi o rojstvu z izpahnjnimi kolki, zaradi česar so bili večino prvega leta življenja poviti, kar je vplivalo na to, da je bilo neposrednega stika med mamo in otrokom malo, implicitni spomini, ki jih oblikuje telo, pa so zaradi tega specifični.

## **5.5 Psihični in socialni dejavniki kronične bolečine**

Poleg različne stopnje neprijetnosti je težnja, da jo čim prej prekinemo in se zaščitimo, najpomembnejša prvina doživljanja. Pripravljeni smo storiti vse, da se neha, zato je odprava ali ublažitev bolečine eden glavnih ciljev celotne človeške kulture in posebej medicine ter drugih zdravstvenih strok. Zdravljenje mora izhajati iz subjektivne in objektivne strani pojava, to je iz doživljanja bolečine in njenega pomena za posameznika ter iz izvidov telesnih pregledov in preiskav na osnovi kliničnih izkušenj ter temeljnega znanja o bolečini. Tudi uradna definicija bolečine z vključitvijo, da je ta čustvena in ne le čutna izkušnja, ki je lahko povezana z možno in ne le z dejansko poškodbo, priznava psihološki strani pomembno vlogo. Ta je še posebej velika pri kronični bolečini, ki traja več mesecev ali let in nima naravne zaščitne funkcije. Odkar sta (večinsko) sprejeta celoviti biopsihosocialni model zdravja in teorija vrat, izdelani pa so tudi razni psihološki modeli, je jasno, da bolečina ni enostavna posledica in mera stanja poškodovanosti tkiva, ampak precej bolj zapleteno biološko (fiziološko), psihološko in socialno dogajanje. Celotni mehanizem nastanka, vzdrževanja pa tudi možnega obvladovanja in zmanjševanja bolečine ni znan, a empirične raziskave in klinične izkušnje kažejo, da osebna struktura in zgodovina, neustrezni spoznavni in čustveni procesi, škodljivi vedenjski vzorci z neprimernimi načini spoprijemanja vse do psihičnih motenj pomembno prispevajo k bolečini. Za nekatere od teh vrst spremenljivk je povezanost z bolečino empirično preverjena (Darnall, 2021).

V Tabeli 5 je na osnovi rezultatov številnih raziskav in kliničnih opažanj izpeljan povzetek psihičnih in socialnih dejavnikov, ki so povezani s kroničnim bolečinskim doživljanjem, izražanjem ali pritoževanjem. Ker so raziskave večinoma strukturne in korelacijske, ne moremo zanesljivo sklepati o tem, kaj je vzrok in kaj posledica, razen če gre za kakšno neznano posredujočo spremenljivko. Vsekakor je poznavanje teh povezanosti pomembno ne le s teoretičnega, ampak tudi s praktičnega vidika, kar omogoča učinkovitejšo obravnavo oseb s kronično bolečino (Driscoll idr., 2021).

Tabela 5: Psihosocialni dejavniki, povezani z več kronično bolečinskega doživljanja, izražanja ali pritoževanja

Dejavniki – kategorije	Posamezne spremenljivke
<b>socialno demografske značilnosti</b>	spol – večinoma ženske (za večino vrst bolečine, intenzivnejše, pogostejše, daljše bolečine – razlike se po meniju zmanjšujejo) nižji socialno ekonomski status
<b>socialno okolje</b>	večja/pretirana pozornost, skrb, omogočanje počitka odsotnost podpore svojcev slabi partnerski odnosi večja družina, več svojcev z bolečinami zloraba (v otroštvu) socialna izključenost ali zasmehovanje (predvsem v obdobju do zgodnje odrasle dobe) nezadovoljstvo s službo
<b>osebnost</b>	bolečinske izkušnje (neuspešno zdravljenje/lajšanje akutne bolečine, večkratne poškodbe, večkratne operacije, večja uporaba analgetikov) nizka energetska raven ekstravertiranost nevroticizem zunanje mesto kontrole pesimizem neustrezni načini spoprijemanja (neustrezni modeli) negativno doživljanje sebe, nizka samopodoba razvrednotenje, občutki manjvrednosti
<b>čustvovanje</b>	tesnoba, strah pred (dodatno) poškodbo potrtost, depresivnost občutje nemoči nerazrešeni problemi navezanosti in ločitve od staršev iz otroštva (disociacije od čustvovanja in nevarni stili navezanosti)
<b>spoznavanje</b>	usmerjenost pozornosti prepričanja in pričakovanja v zvezi z bolečino
<b>vedenje – dejavnost</b>	izogibanje dejavnosti kot poskusi izogibanja bolečini zmanjšana aktivnost, znižan libido motnje spanja utrujenost jemanje drog

<b>duševne motnje</b>	somatoformne motnje: bolečinske, somatizacijske, hipohondrične, konverzivne depresija anksioznost prilagoditvena motnja
-----------------------	---

## 5.6 Ocenjevanje in merjenje psiholoških vidikov bolečine

Da lahko pacientu pomagamo, moramo izmeriti, oceniti njegovo bolečino. Prvo informacijo o bolečini dobimo z opazovanjem njegovega videza, vedenja in z intervjujem, v katerem ga povprašamo o jakosti in kvaliteti bolečine. Bolniki največkrat navajajo intenzivnost (blaga, zmerna, huda) in mesto bolečine na/v telesu, nato pa s sorazmerno majhnim številom različnih izrazov kvaliteto (pekoče, stiskajoče, ostro, topo itd.), za časovna obeležja (pogostost) pa jih je neredko treba povprašati. V sistematični obravnavi bolečine to ni dovolj. Potrebno je bolj veljavno, zanesljivo in primerljivo ocenjevanje, ki je v pomoč diagnosticiranju, razumevanju bolečinskega doživljanja in spremljanju učinkovitosti terapije, zato so v te namene izdelani številni psihološki vprašalniki in lestvice bolečine. Tu predlagam delitev na tiste, ki poskušajo določiti: 1) neposredne čutne lastnosti bolečine, predvsem jakost ali intenzivnost; 2) bolečinsko vedenje; 3) sestavljene psihosocialne spremenljivke, povezane s kronično bolečino. Nekateri bolj uporabljeni instrumenti so navedeni v nadaljnjem besedilu. Večinoma so v izvorni obliki, v slovenščini namreč nimamo – razen enostavnih lestvic intenzivnosti in vidnih analognih lestvic, ki jih ni treba prevajati – vsestransko strokovno prirejenih instrumentov (Gatchel idr., 2007).

### 5.6.1 Mere jakosti in drugih čutnih značilnosti bolečine

Največ se uporabljajo **vidne analogne** (zvezne, nepresledne) lestvice z 10 cm dolgo črto, na kateri oseba z razdaljo od izhodišča na levi proti desni označi s križcem ali z drsnikom moč od ni bolečine do neznosne bolečine ali najhujše možne bolečine (Visual Analog Scale – VAS). Take lestvice so enostavne, uporabne za trenutno ali trajno bolečino in za oceno uspešnosti zdravljenja, hitro izvedljive, ponovljive. Primerne so za otroke, stare nad pet let, manj pa za slabovidne in manj zmožne gibanja. Nasploh se največ kot tipe določanja stopnje bolečine uporablja vidno analogne in številske lestvice, a ne samo za jakost, temveč tudi za stopnjo neprijetnosti, oviranja dejavnosti, izvajanja opravil, motnje spanja itd., večkrat tudi v kombinaciji z drugimi spremenljivkami. Tak pristop ima npr. kratki vprašalnik o bolečini Cleelanda (Driscoll idr., 2021).

Na drug način jakost določajo **stopenjske (presledne, digitalne) lestvice**, te so besedne, opisne, številske ali slikovne (grafične). Besedne uporabljajo različne pridevnike in prislove, ki označujejo jakost bolečine, npr. ni bolečine – blaga – srednja – zmerna – močna – huda – nevzdržna.

Številske namesto tega uporabljajo naraščajoče številke z največkrat 4, 5, 10 ali 11 stopnjami z obsegom 1–5, 0–10 (najpogosteje), včasih tudi 0–100 (zaradi domačnosti odstotkov), pri čemer 10 oziroma 100 pomenita najhujšo možno bolečino. Slikovne lestvice kažejo z risbami, barvami, otenki in največkrat obraznimi izrazi stopnje jakosti bolečine. Primerne so za vse, ki zaradi različnih razlogov ne obvladajo jezika; za otroke, nepismene osebe, za osebe s kognitivnimi ali govornimi motnjami in osebe z drugega jezikovnega področja.

**Nekaj splošnih vprašalnikov** je izdelanih z namenom čim bolj celovito in natančno opisati in oceniti neposredni bolečinski doživljanje, kjer so v ospredju čutne značilnosti. Med njimi sta ocenjevalna lestvica kvalitete bolečine (Pain Quality Assessment Scale – PQAS) ter najbolj znan in uporabljan McGill vprašalnik bolečine (McGill Pain Questionnaire – MPQ).

Nekatere od navedenih kompleksnih psiholoških in socialnih spremenljivk vključujejo tudi naslednje lestvice:

**Lestvica psihične obremenjenosti z bolečino** (Pain Catastrophizing Scale – PCS) razčlenjuje negativno, pesimistično, obupano razmišljanje. Vprašalnik sprejemanja kronične bolečine (Chronic Pain Acceptance Questionnaire – CPAQ) ima za predmet ocene drugačen pristop, to je sprejemanje bolečine in ne le obvladovanje. Seznam načinov spoprijemanja s kronično bolečino (Chronic Pain Coping Inventory – CPCI) (67) pa meri pogostost uporabe načinov spoprijemanja usmerjenih na bolezen (varovanje, počivanje, prošnje za pomoč) ali na blagostanje (telovadba/raztezanje, sproščanje, vztrajanje pri nalogi, spoprijemalne samopotrditve, prilagajanje zmognostim in iskanje socialne podpore). Pregled prepričanj o bolečini (Survey of Pain Attitudes – SOPA) zahteva samooceno prepričanj in stališč o bolečini v kategorijah prilagojena, aktivna, pozitivna prepričanja (nadzor, čustva) in neprilagojena, pasivna, negativna prepričanja (nezmožnost, škoda, zdravila, skrb drugih in ozdravitev v okviru medicine).

**Lestvica strahu pred gibanjem** (Tampa Scale for Kinesiophobia) ugotavlja razsežnosti strahu pred gibanjem zaradi bolečin, kar je lahko velika ovira za uspešno rehabilitacijo.

Za rehabilitacijo je izredno pomembna ocena funkcionalnega vedenja ali v kolikšni meri bolečina onemogoča posameznika za samooskrbo, vsakdanja opravila in zaposlitev. Pri tem se je dobro zavedati, da delovno zmognost, povezano z bolečino (ali katerokoli drugo zdravstveno težavo), bolnik, svojci, zdravnik, fizioterapevt, psiholog ali delodajalec ocenjujejo z različnih vidikov. Uporablja se veliko število raznih vrst instrumentov, med najbolj znanimi je kazalec nezmožnosti zaradi bolečine (Pain Disability Index – PDI). Z njegovo pomočjo ocenimo stopnjo zmognosti ali nezmožnosti na 11-stopenjski lestvici (0–10) na sedmih področjih, ki so družinske/domače obveznosti, služba/delo, prosti čas/rekreacija, družabna dejavnost, spolnost, samooskrba (higiena, oblačenje), osnovne življenjske aktivnosti (hranjenje, spanje); višja ocena pomeni večjo nezmožnost (Gatchel idr., 2007).

## 5.7 Ukrepanje, terapija, rehabilitacija

Kot smo že opisali, je kronična bolečina multidimenzionalna izkušnja in zahteva interdisciplinarno obravnavo, ki vključuje sodelovanje med zdravniki, psihologi, fizioterapevti, delovnimi terapevti in drugimi (Gatchel idr., 2007). Za zdravljenje bolečine uporabljamo mnoga različna sredstva in metode, med medicinskimi so kirurški posegi (blokada, uničenje živca), farmakološka/medikamentozna (nesteroidna protivnetna, opiodi, mišični relaksanti, lokalni anestetiki), fizikalna medicina in fizioterapija – električna stimulacija (površinska kožna TENS, globinska, npr. stimulacija hrbtenjače), biološka povratna zveza, masaža, telovadba, ultrazvok, laser, magneti, voda, toplota, infrardeče obsevanje, akupunktura, obkladki, obliži mazila. Za kronično bolečino velja, da etiološko zdravljenje večinoma ni uspešno, zato je terapija v glavnem simptomatska; ta je toliko bolj učinkovita, kolikor prej z njo pričnemo (Darnall, 2019; 2021; Driscoll idr., 2021).

Med psihološkimi metodami so uporabne **vedenjska terapija, kognitivna terapija (velikokrat z elementi aktivnosti in preusmerjanja pozornosti), sprostitvene tehnike, predstavljanje (gibanja, dobrega počutja), meditacija (opazovalna), hipnoza, naloge (praktična opravila, gledanje slik, videa, računalniških iger), računalniška navidezna resničnost. Terapijo je treba prilagoditi osebnosti bolnika in značilnostim bolečine. Zmanjšujejo jo aktivni poskusi zdravljenja, ustrezne strategije spoprijemanja, sprejemanje in pripravljenost na prilagajanje ter primerna socialna podpora (Darnall, 2019, 2021; Driscoll idr., 2021).**

V procesu psihološke obravnave bolečine so uveljavljene tehnike:

- **psihofiziološke tehnike:** med njimi je najpogosteje uporabljena tehnika biofeedback;
- **edukacija:** podajanje informacij, učenje o značilnostih bolečine, njenem vplivu na posameznika in načinih spoprijemanja;
- **vedenjski pristopi:** na vedenje usmerjena tehnika (stopnjevana aktivnost, urniki);
- **kognitivni pristopi** (prepoznavanje misli, miselna restrukturacija, vedenjski eksperiment);
- **tehnike sproščanja, predstavljanja, prepuščanja** (dihanje, progresivna mišična relaksacija, avtogeni trening, vizualizacija, meditacija, čuječnost, hipnoza);
- **pristopi sprejemanja.**

---

## PREVERI, KAJ ZNAŠ. ODGOVORI NA VPRAŠANJA.

1. Pojasnite razlike med akutno in kronično bolečino.
  2. Metka je 19-letno dekle, ki je poiskala ambulantno zdravniško pomoč zaradi bolečin v trebuhu. Ste prvi, ki jo sprejmete. Pojasnite, katere podatke o bolečini bi želeli pridobiti in kako bi ocenjevali bolečino, ki jo doživlja.
-

## LITERATURA

1. Darnall, B. D. (2019). *Psychological treatment for patients with chronic pain*. American Psychological Association. <http://www.jstor.org/stable/j.ctv18phhd2>
2. Darnall B. D. (2021). Psychological treatment for chronic pain: Improving access and integration. *Psychological Science in the Public Interest: Journal of the American Psychological Society*, 22(2), 45–51.
3. Driscoll, M. A., Edwards, R. R., Becker, W. C., Kaptchuk, T. J. in Kerns, R. D. (2021). Psychological interventions for the treatment of chronic pain in adults. *Psychological Science in the Public Interest*, 22(2), 52–95.
4. Gatchel, R. J., Peng, Y. B., Peters, M. L., Fuchs, P. N. in Turk, D. C. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. *Psychological Bulletin*, 133(4), 581–624. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.4.581>
5. Vadivelu, N., Kai, A. M., Kodumudi, G., Babayan, K., Fontes, M. in Burg, M. M. (2017). Pain and psychology - A reciprocal relationship. *Ochsner Journal*, 17(2), 173–180.

## 6 ŽALOVANJE

Ali ste vedeli, da so pacienti, ki jih srečujemo, pogosto vpeti v proces žalovanja? Žalovanje se namreč ne pojavlja le ob izgubi bližnjega, s čimer ga v populaciji najpogosteje povezujemo. Slednje je mit, zmotno prepričanje. Žalovanje je mnogo več.

Žalovanje je proces, v katerem težka izkušnja izgube postane sprejemljiva.

Skupno vsem izgubam, ki jim sledi določena oblika žalovanja, je to, da je posameznik prikrajšan oziroma ločen od izgubljene osebe, objekta, statusa ali razmerja. Ključna točka je končanje, prenehanje odnosa v obliki, kot je potekal doslej (Ozbič, 2013).

Žalovanje se lahko pojavi kot odziv na fizično izgubo (smrt), lahko pa predstavlja odziv na izgubo simboličnih ali socialnih izgub (ločitev, izguba službe).

V psihologiji pri večini pojavov govorimo o celostnem delovanju in vplivanju. Žalovanje ni izjema, saj prizadene vse vidike posameznikovega delovanja (čustva, misli, vedenje, telesni odzivi). Žalovanje je izredno individualni proces, kar pomeni, da ga vsak posameznik doživlja in izraža na svoj edinstven način. Odziv je odvisen tako od posameznika (njegove kapacitete za spoprijemanje s stresom, osebnostnih značilnosti, preteklih izkušenj z izgubo) kot tudi od narave izgube (smrt ljubljene osebe, končanje pomembnega odnosa, izguba službe). K poteku žalovanja lahko pomembno doprinese podpora v okolju (Ozbič, 2013; Shear, 2012).

Žalovanje je mešanica **čustev**, ki se med seboj izmenjujejo, prepletajo, dopolnjujejo. Srečujemo se s čustvi, kot so žalost, jeza, krivda, tesnoba, osamljenost, šok, otopelost, nemoč, depresivnost itd.

Na **telesnem** nivoju žalujoči lahko občuti različne telesne simptome (utrujenost, napetost v prsih, suha usta, votel občutek v trebuhu, cmok v grlu ...).

Na področju **mišljenja** so pogosto prisotne negativne, dokončne misli (npr. »Nikoli ne bo bolje!«), podoživljanje situacije oziroma izvora izgube. Vpliv žalovanja se odraža tudi na kognitivnem delovanju, kjer lahko posameznik opaža težave z zapomnitvijo, usmerjanjem in vzdrževanjem pozornosti. Posamezniki, ki so vpeti v proces izobraževanja ali so delovno aktivni, lahko poročajo o tem, da so manj učinkoviti, da se ne zmorejo skoncentrirati, ker jim misli uhajajo k izvoru žalovanja.

Na **vedenjskem** nivoju pa lahko občutimo motnje spanja, socialni umik, jok, preveliko aktivnost, težave z apetitom. Če je proces žalovanja zelo intenziven, lahko vodi v depresijo, obsesijo, zmedenost ali celo v halucinacije (Shear, 2012).

Nekaj pomembnih dejstev o žalovanju (Ozbič, 2013):

- niti dve osebi ne žalujeta na enak način, četudi skupaj živita;
- ni pravega ali napačnega načina žalovanja;

- nikoli ne moremo določiti časovnega okvirja, potrebnega za žalovanje (traja tako dolgo, kot je potrebno);
- otroci žalujejo drugače kot odrasli (in ja, tudi otroci žalujejo);
- žalovanje vpliva na naše mišljenje, spomin in koncentracijo;
- žalovanje vpliva na obnašanje in izražanje čustev te osebe;
- vsakdanji stres lahko podaljša ali poslabša žalovanje;
- žalovanje je naraven proces življenja.

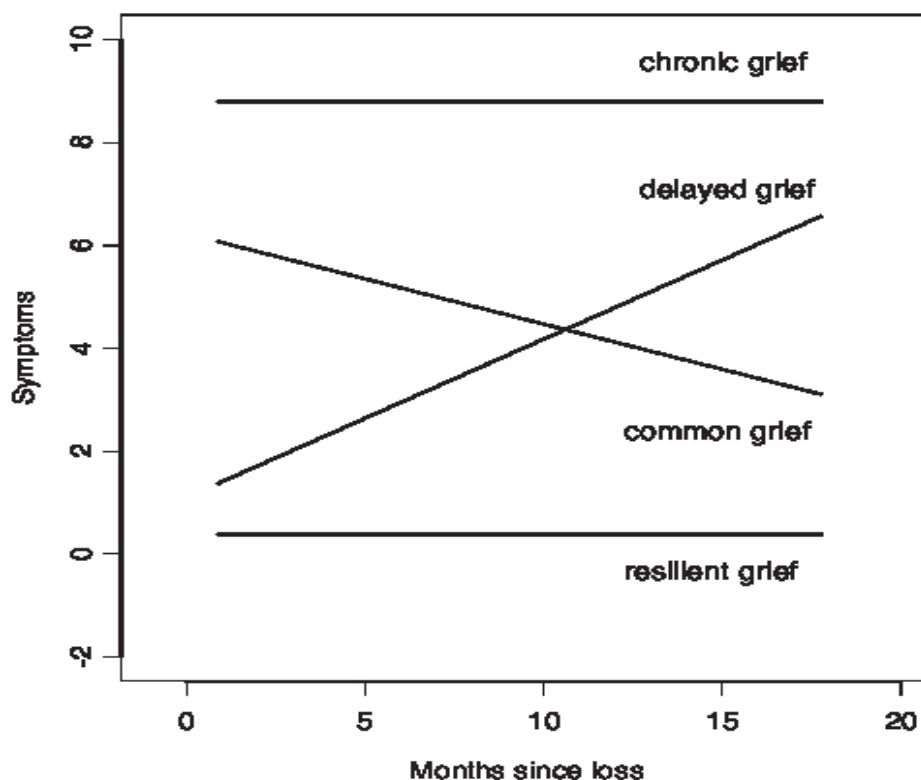
## 6.1 Kako dolgo žalujemo?

Pri žalovanju se lahko poraja vprašanje, kako dolgo bo ta proces trajal. Naj poudarimo, da nikakor ni pravila in časovnega okvira, ki bi določal trajanje žalovanja in njegov potek. Ker je žalovanje individualna izkušnja, traja tako dolgo, kot je potrebno. Pomembno v procesu žalovanja pa je spoznanje, da intenzivno žalovanje po izgubi čez nekaj časa mine oziroma kot pravi znan pregovor *Čas celi rane*. V procesu žalovanja naj bi se zgodila kakovostna sprememba od doživljanja neprijetnih čustev k prijetnejšim. To prepoznamo po tem, da se zatečemo k nekakšnemu pozitivnemu žalovanju. Spominjati se pričnemo lepih trenutkov (s to osebo, sebe pred boleznijo). Na ta način izguba sama in oseba, ki je odšla, nekaj pomeni in vpliva na naše življenje (Shear, 2012; Worden, 2009). Skozi opisano kakovostno spremembo se pokaže namen žalovanja – izguba postane sprejemljiva.

Poznamo pa dejavnike, ki vplivajo na potek žalovanja. Ti dejavniki so starost, zrelost, fizična in psihična stabilnost, kultura, duhovnost, verska pripadnost, podpora bližnjih. Seveda je čas žalovanja odvisen tudi od tega, kako pripravljena je bila oseba na izgubo, preden se je ta dejansko zgodila.

Glede na to lahko govorimo o **žalovanju pred** in **žalovanju po izgubi**. Žalovanje pred izgubo se začne takrat, ko zaznamo, da izguba postane neizogibna (npr. terminalna bolezen, napovedana amputacija, napovedana odpoved delovnega razmerja, predviden razhod z ljubo osebo). Ko prejmemo informacijo, da bo prišlo do izgube, se del žalovanja odvije že pred dejansko izgubo. Ko pa se zgodi izguba nenadoma (nenadna smrt, nepričakovan razhod) in na njo nismo pripravljene, govorimo o žalovanju po izgubi, ki v celoti steče, ko se izguba že zgodi (Shear, 2012).

Slika 9: Oblike žalovanja



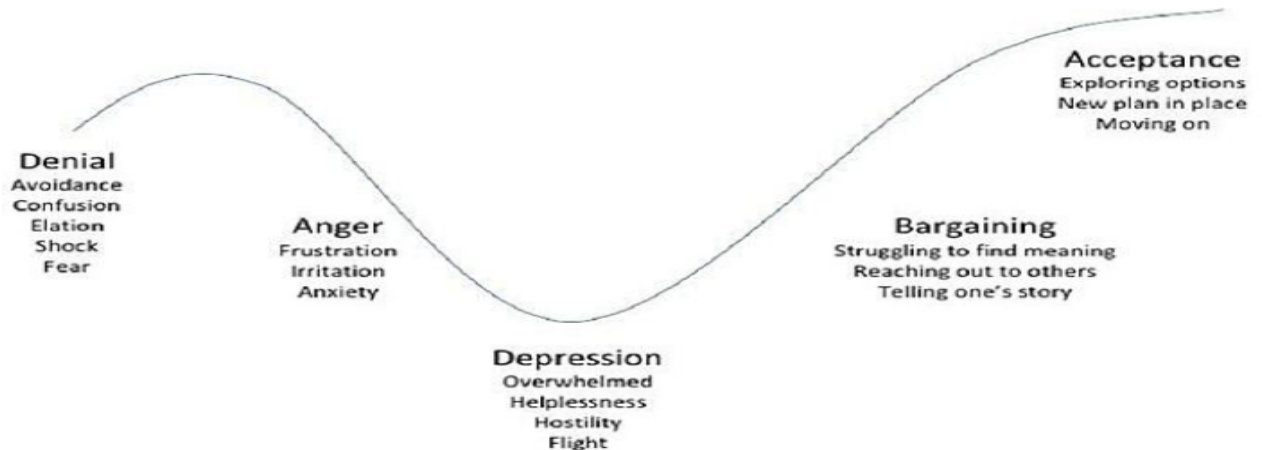
Fraley, R. in Bonanno, G. (2004). Attachment and Loss: A Test of Three Competing Models on the Association between Attachment-Related Avoidance and Adaptation to Bereavement. *Personality & social psychology bulletin*, 30(7), 878–890. <https://doi.org/10.1177/0146167204264289>

Fraley in Bonanno (2024) v svojem modelu opredeljujeta različne načine žalovanja. Pri nekaterih je prisotno hitro okrevanje. Po izgubi ljudje včasih hitro najdejo način, kako se prilagoditi in se vrniti v normalno življenje brez večjih težav. To so tisti, ki ne doživijo dolgotrajne, intenzivne stiske, temveč se hitro prilagodijo. Nekateri ljudje doživijo dolgotrajne in globoke čustvene bolečine po izgubi, ki trajajo daljše obdobje. To je lahko povezano z večjim tveganjem za depresijo in druge težave. Razvijejo trajno žalovanje. Posamezniki, ki so ob izgubi podvrženi sočasnemu spoprijemanju s stresno situacijo, lahko žalovanje odložijo na kasnejše obdobje.

## 6.2 Katere faze ima žalovanje?

Ker je žalovanje res pomemben in pogost del našega življenja, so se z njim ukvarjali številni strokovnjaki, ki so poskušali predvideti njegov potek. Najbolj znan je 5-stopenjski model žalovanja po Kübler-Ross (Kübler-Ross, 1995).

Slika 10: Potek in faze žalovanja



Kübler-Ross, E. in Kessler, D. (2005). *On grief and grieving: finding the meaning of grief through the five stages of loss*. Scribner.

### Faza zanikanja

To je obdobje neposredne prizadetosti, v kateri se posameznik še ne zmore zavedati realnosti izgube. V ospredju so reakcije, kot so *to ni res* in *moralni ste se zmotili*. To fazo lahko enačimo s šokom, ki je namenjen predvsem zaščiti posameznika in traja ure, dneve ali tedne. Zaščita v smislu nezmožnosti polnega zaznavanja bolečine in čustev ob izgubi.

### Faza jeze

Je naravni način, ki omogoča, da posameznik preko jeze izraža svojo bolečino. Posameznikovemu doživljanju nudi strukturo in predstavlja pot, po kateri se izražajo čustva in bolečine, ki so v ozadju. Pri spoprijemanju z bolečino so v ozadju pogosto občutki nemoči, obupa, negotovosti.

### Faza depresije

To je faza, ki vzbuja najintenzivnejše notranje dogajanje – prisotna so intenzivna čustva, močne misli. V tej fazi se lahko posameznik spoprijema z eno izmed dveh vrst depresije. Prva je reakcija na praktične posledice v zvezi z izgubo, ki prevladuje nad žalostjo in obžalovanjem (govorimo o depresiji kot o duševni motnji); druga vrsta depresije pa je bolj zasebna (stopnja v procesu žalovanja). Pomeni neposredno pripravo na sprejetje izgube.

### Faza pogajanja

Predstavlja način izogibanja realnosti in zavlačevanja. Posamezniki se lahko začnejo pogajati z višjo silo (npr. z Bogom), da bi spremenili potek dogodkov. Marsikdaj začnejo prelagati krivdo nase in od tod izhajajo vprašanja, kot so *kaj bi bilo, če bi to storil/a drugače*.

### **Faza sprejemanja**

V praksi, v stiku s pacienti se pojavlja mnenje, da se na izgubo lahko prilagodimo, težko pa jo je sprejeti. Morda bi bil boljši izraz za to fazo »prilagoditev«. Neformalno lahko to fazo tako poimenujemo. Žalujoči se postopno čustveno odmika od izgube ter prične vzpostavljati nove načine, nove poti.

Žalovanje ne poteka vedno strogo po opisu faz. Vsak človek se namreč individualno odziva na izgubo, zaradi česar je tudi vrstni red lahko različen. Včasih lahko kakšno fazo preskoči in se nanjo vrne pozneje. Spet drugič je lahko teoretično po fazah že proti koncu, nenadoma pa se pojavi nek dejavnik, ki okrepi stik z izgubo in ga vrne na faze, ki jih je že prej predelal (Kübler-Ross, 1995).

## **6.3 Običajni odzivi na izgubo**

Glede na starost, spol in osebnostne značilnosti se na izgubo odzivamo različno. Otroci, ki prav tako žalujejo, so v tem prav gotovo posebni, zato bomo predstavili temeljne značilnosti žalovanja pri različno starih otrocih.

### ***Otroci do štirih let***

Otroci, mlajši od štirih let, so sposobni zaznati, da je nekaj narobe, ko vidijo starša, ki žaluje npr. za umrlim partnerjem. Odsotnost matere lahko pri otrocih te starosti povzroči odzive, kot so jeza, jok, iskanje, pomanjkanje apetita in na koncu tiha predanost. Potrebujemo veliko količino ljubezni, dotikov in nežnosti.

### ***Otroci, stari od štiri do šest let***

Otroci v tej starostni skupini smrt razumejo omejeno in dobesedno. Vidijo jo kot začasno in povratno. Gre za prepričanje, ki ga spodbujajo risanke, v katerih junaki umrejo in nato čudežno oživijo. V primeru smrti starša zaznamo pri otrocih te starosti otročje obnašanje, zahtevajo hrano, pozornost in ljubkovanje ter začnejo blebetati po otroško.

### ***Otroci, stari od sedem do enajst let***

Otroci v tej starostni skupini se običajno začnejo bati smrti, ker se prvič zavejo, da je resnična. Ne glede na to, kdo umre, jih straši misel, da bi utegnili izgubiti starša. Smrt starša je v tej starosti najbolj travmatična. Nekatera od njihovih vprašanj lahko obsegajo tudi strahove glede lastne smrti. Smrt zaznavajo kot napadalca, ki jemlje življenje.

### ***Najstniki***

Za čustveno zdravega najstnika je smrt tuja, nekaj, o čemer preprosto ne želijo razmišljati. Včasih želijo s popivanjem, uživanjem, rabo in zlorabo substanc in podobno sporočiti *Ne bojim se smrti, to je igra, jaz se s smrtjo lahko igram*. V resnici želijo s takšnim obnašanjem nadzirati svoje strahove in negotovost.

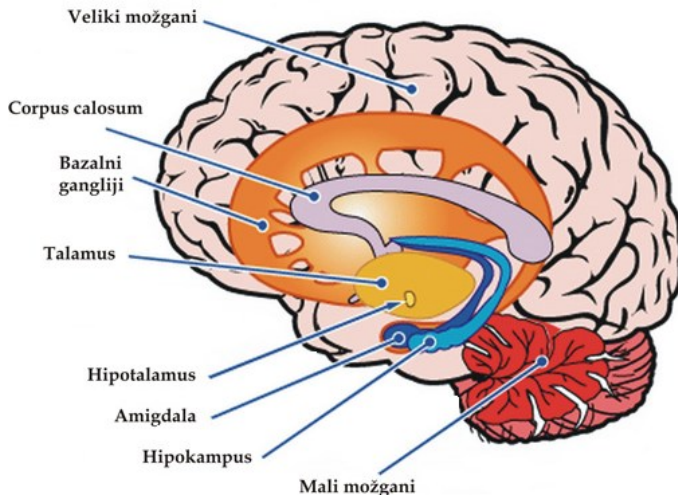
### **Kdaj se žalovanje konča?**

Ko smo po določeni izgubi prevzeti in napolnjeni s toliko različnimi občutki, se ta realnost izgube nekako zaseda v nas. Z njo se navadimo in naučimo živeti. Postopoma se začnemo zavedati, da žalujemo vedno manj tudi, ko počasi pridobivamo novo energijo za življenje. V bistvu nikoli ne nehajo žalovati, vendar začnemo gledati na izgubo z drugačnimi očmi in predvsem z lepimi spomini na skupne trenutke, ki smo jih imeli s to osebo (če gre za izgubo osebe), ali življenje pred spremembo (Shear, 2012).

## Žalovanje v možganih

Opisali bomo temeljne vplive žalovanja na možgane.

Slika 11: Predeli možganov, vključeni v žalovanje



Pugelj, A. (2020). Tehnike pomnjenja – spomin. V J. Vesel (ur.), *Možgani v naših rokah: zbornik poljudnoznanstvenih člankov iz nevroznanosti* (str. 14–18). Gimnazija in srednja šola Kočevje. <https://gsskocevje.splet.arnes.si/files/2021/02/E-ZBORNIK-POLJUDNO-ZNANSTVENIH-%C4%8CLANKOV-IZ-NEVROZNANOSTI.pdf>

**Parasimpatični živčni sistem:** možgansko deblo – sprememba apetita, načina dihanja, težave s spanjem.

**Prefrontalni reženj:** ta predel možganov omogoča iskanje smisla, načrtovanje, zmožnost samonadzora in izražanja. Med žalovanjem je lahko prizadeta artikulacija in ustreznost izkazovanja čustev in potreb.

**Limbični sistem:** čustveno orientiran predel, hipokampus v vlogi priklica, integracije čustev in spomina, usmerjanja pozornosti in nudenja zmožnosti zanimanja za druge. Amigdala zaznava izgubo kot grožnjo in sproži upiranje procesu žalovanja. To lahko občutimo kot telesne odzive na vsako stvar, asociacijo, ki nas spominja na izgubo (Worden, 2009).

## 6.4 Vloga medicinske sestre v procesu žalovanja

Žalovanje je proces, ki se pomembno prepleta z delom v zdravstveni negi. Vse več sodobnih raziskav je zato usmerjenih tudi v potrebe izvajalcev zdravstvene nege in v načine, kako lahko pristopajo k žalujočemu pacientu ali njihovim svojcem. Oates in Maani-Fogelman (2022) pišeta, da predstavlja skrb za najbolj ranljive paciente in njihove svojce, ki se spoprijemajo z izgubo, posebno čast, hkrati pa tudi odgovornost, da medicinske sestre ustrezno prepoznajo znake žalovanja ter primerno odreagirajo. Medicinske sestre morajo pričeti ta proces naslavljanja stiske in žalovanja s kvalitetnim odnosom. Paciente je potrebno spodbuditi, da lahko o svojem doživljanju sporočajo odprto in iskreno. Pozorni moramo biti na to, da jim nudimo varno okolje, ne obsojamo, ampak le aktivno poslušamo in izkazujemo prisotnost.

Ameriško združenje za intenzivno zdravstveno nego (American Association of Critical Care Nurses) opisuje posebno tehniko, ki naj bi medicinskim sestram pomagala pri čustvenih pogovorih, ki vključujejo žalovanje. Imenuje se **tehnika NURSE** in je usmerjena na vzpostavljanje odnosa ter izkazovanje empatije.

Ko medicinska sestra pri pacientu ali svojcih opazi znake žalovanja, se lahko odzove sledeče:

- (N-Name) Povzetek: *Počutite se preobremenjeni*. Povzemite, kar vam je pacient, svojec ravnokar povedal.
- (U-Understand) Razumevanje: *Toliko se vam dogaja. Kako vam lahko pomagam?*
- (R-Respect) Spoštovanje: *Prezveta sem nad tem, kako se znajdete v tej težki situaciji*. Izrazite svoje spoštovanje, ki ga doživljate do pacienta, ko se znajde v težki situaciji.
- (S-Support) Podpora: *Tu sem za vas*. Izkažite svojo prisotnost in podporo.
- (E-Explore) Raziskujte: *Kaj vam je najtežje?* Raziskujte pacientovo doživljanje in bodite pozorni, da vključujete odprta vprašanja.

Opisane tehnike se lahko uporabljajo posamezno ali v sklopu. Pomembno je, da medicinska sestra pomaga pacientu in njegovim bližnjim pri spoprijemanju z njihovim doživljanjem. Poučiti jih je potrebno o pričakovanih stopnjah žalovanja, kakšni so normalni občutki v taki situaciji in kateri viri moči, podpore so na voljo. Žalovanje lahko na posameznike vpliva različno, vendar se lahko kaže v obliki znakov in simptomov, kot so spremenjeni imunski odzivi, stiska, jeza, motnje spanja, umik, bolečina, panika in trpljenje. To je lahko razvidno iz posameznikovega nerazumevanja smrti in njene resnosti ter dokončnosti izgube. Spodbudite ljubljene ob postelji, naj ne pozabijo skrbeti za svoje zdravje. Opomnite jih ali jim pomagajte, da imajo dostop do hrane in vode. Spodbujajte ustrezen spanec in higieno.

---

## PREVERI, KAJ ZNAŠ. ODGOVORI NA VPRAŠANJA.

1. Opredeli, kaj je žalovanje.
  2. Na črtice napišite števila od 1 do 5 in označite vrstni red faz žalovanja, kot ga opisuje Kübler-Ross, ter za vsako fazo navedite temeljne značilnosti.
    - \_\_\_\_\_ faza jeze
    - \_\_\_\_\_ faza zanikanja
    - \_\_\_\_\_ faza barantanja/prilagajanja
    - \_\_\_\_\_ faza sprejetja
    - \_\_\_\_\_ faza depresije
  3. Žalovanje se pojavi zgolj ob izgubi bližnje osebe?      DA      NE  
Če ste obkrožili odgovor NE, navedite še vsaj pet drugih situacij, ki lahko sprožijo proces žalovanja.
-

## LITERATURA

1. Fraley, R. in Bonanno, G. (2004). Attachment and loss: A test of three competing models on the association between attachment-related avoidance and adaptation to bereavement. *Personality & Social Psychology Bulletin*, 30(7), 878–890. <https://doi.org/10.1177/0146167204264289>
2. Kübler-Ross, E. (1995). *O smrti in življenju po njej*. Mladinska knjiga.
3. Kübler-Ross, E. in Kessler, D. (2005). *On grief and grieving: finding the meaning of grief through the five stages of loss*. New York, Scribner.
4. Oates, J. R. in Maani-Fogelman, P. A. (2022). Nursing grief and loss. V *StatPearls*. StatPearls Publishing.
5. Ozbič, P. (2013). Kvalitativna analiza procesa žalovanja svojcev pred smrtjo bližnjega zaradi dolgotrajne bolezni. V A. Simonič (ur.), *Žalovanje v paliativni oskrbi. Zbornik sestanka. 11. Golniški simpozij* (str. 30–36). Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik.
6. Pugelj, A. (2020). Tehnike pomnjenja – spomin. V J. Vesel (ur.), *Možgani v naših rokah: zbornik poljudnoznanstvenih člankov iz nevroznosti* (str. 14–18). Gimnazija in srednja šola Kočevje. <https://gsskocevje.splet.arnes.si/files/2021/02/E-ZBORNIK-POLJUDNO-ZNANSTVENIH-%C4%8CLANKOV-IZ-NEVROZNANOSTI.pdf>
7. Shear, M. K. (2012). Grief and mourning gone awry: pathway and course of complicated grief. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 14(2), 119–128.
8. Worden, W. J. (2009). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner*. Springer.

## 7 KLASIFIKACIJE DUŠEVNIH BOLEZNI

Ko pomislimo na zdravstveno nego, je ena izmed prvih asociacij telo in telesna bolezen. Mnogi pacienti, s katerimi se srečujemo, pa trpijo tudi zaradi čustvenih stisk in duševnih bolezni, zato je pomembno, da posvetimo poglavje tudi duševnim motnjam.

Duševna motnja je oznaka za bolezni, ki so jim skupne različne kombinacije bolezensko spremenjenega mišljenja, čustvovanja, zaznavanja, motenega obnašanja (vedenja) in prizadetosti kognitivnih funkcij. Zaradi teh simptomov je bolnik prizadet, njegovo funkcioniranje je slabše, manj učinkovito rešuje vsakdanje probleme. Duševne motnje so manifestacije bolezensko spremenjenih vedenjskih, psiholoških ali bioloških funkcij posameznika.

Duševne motnje diagnosticira zdravnik psihiater po dveh uveljavljenih klasifikacijskih sistemih. V Evropi je to mednarodna klasifikacija bolezni (skrajšano ICD-11), v ZDA pa diagnostični in statistični priročnik duševnih motenj (DSM-IV). Mednarodna klasifikacija bolezni – 10. izdaja (MKB-10) iz leta 1993, Mednarodna klasifikacija bolezni – 11. izdaja (MKB-11) iz leta 2019, ki je v splošno rabo vstopila v letu 2022, v slovenski prostor uradno s 1. januarjem 2023, in diagnostični in statistični priročnik duševnih motenj – 5. izdaja (*ang. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*; DSM-V, APA, 2022), ki je nastala leta 2013 in ga je uvedlo Ameriško psihiatrično združenje (WHO, 2019).

**MKB-10** (*Mednarodna statistična klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov*; **angleško** *International Classification of Diseases*, kratica **ICD-10**) je klasifikacija **bolezni SZO**. Klasifikacija bolezni je sistem kategorij, v katerega so uvrščene bolezni in stanja v skladu z izbranimi merili. Deseta revizija je bila izdana leta 1992 in je zadnja v vrsti revizij klasifikacije, ki je bila sprejeta leta 1893 kot *Bertillonova klasifikacija* ali *Mednarodni seznam vzrokov smrti*. Naslov se je v zgodovini spreminjal tako, da je odražal vsebino in namen priročnika. Postopno širjenje je preseglo zgolj bolezni in poškodbe, ves čas pa se je ohranila kratica MKB.

Zgolj z namenom, da bi pridobili vpogled v kompleksnost in širino duševnih bolezni, podajamo pregled diagnoz.

Spodaj je seznam kod ICD-10.

Tabela 6: Vsebina MKB-10

<b>Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov (10. popravljena izdaja)</b>		
<b>Poglavje</b>	<b>Kategorije</b>	<b>Naslov</b>
I	A00-B99	Nekatere infekcijske in parazitske bolezni
II	C00-D48	Neoplazme
III	D50-D89	Bolezni krvi in krvotvornih organov in nekatere bolezni, pri katerih je udeležen imunski odziv
IV	E00-E90	Endokrine, prehranske in presnovne bolezni
V	F00-F99	Duševne in vedenjske motnje
VI	G00-G99	Bolezni živčevja
VII	H00-H59	Bolezni očesa in adneksov
VIII	H60-H95	Bolezni ušesa in mastoida
IX	I00-I99	Bolezni obtočil
X	J00-J99	Bolezni dihal
XI	K00-K93	Bolezni prebavil
XII	L00-L99	Bolezni kože in podkožja
XIII	M00-M99	Bolezni mišično-skeletnega sistema in vezivnega tkiva
XIV	N00-N99	Bolezni sečil in spolovil
XV	O00-O99	Nosečnost, porod in poporodno obdobje
XVI	P00-P96	Nekatera stanja, ki izvirajo v obporodnem obdobju
XVII	Q00-Q99	Prirojene malformacije, deformacije in kromosomske nenormalnosti
XVIII	R00-R99	Simptomi, znaki in nenormalni klinični in laboratorijski izvidi, ki niso uvrščeni drugje
XIX	S00-T98	Poškodbe, zastrupitve in nekatere druge posledice zunanjih vzrokov
XX	V01-Y98	Zunanji vzroki obolevnosti in umrljivosti
XXI	Z00-Z99	Dejavniki, ki vplivajo na zdravstveno stanje in na stik z zdravstveno službo
XXII	U00-U99	Kode za posebno uporabo

## **7.1 KLASIFIKACIJA MKB-10 (Poglavje v: Duševne in vedenjske motnje)**

Natančen pregled motenj (Klasifikacija MKB-10) je podana v Prilogi 2.

Klasifikacija je proces, kjer je kompleksnost pojavov zmanjšana s pomočjo razporejanja le-teh v kategorije glede na uveljavljena merila. Trenutna klasifikacija duševnih motenj je sestavljena iz specifičnih duševnih motenj, združenih v različne razrede; in sicer na osnovi skupnih fenomenoloških lastnosti. Namen klasifikacije je izboljšati učinke terapije in preventive. Najboljše izide bi zagotavljala klasifikacija, temelječa na pridobljenih podatkih o etiologiji in patofiziologiji duševnih motenj. To trenutno ni mogoče, saj nevroznanstveniki še nimajo dovolj podatkov za razvoj veljavnega diagnostičnega sistema, osnovanega na biomarkerjih, ki bi omogočali, da bi opisi psihiatričnih diagnoz vključevali razlage vzrokov nastanka in ne zgolj simptomov. Namesto tega je diagnosticiranje duševnih motenj osnovano na kliničnih opazovanjih skupkov znakov in simptomov, ki so nato združeni v motnje ali sindrome in so kot taki dogovorjeni na osnovi soglasja psihiatrov ter drugih strokovnjakov na področju duševnega zdravja.

Sistemi klasifikacij psihiatričnih diagnoz imajo več namenov: razlikovati med diagnozami z namenom nudenja učinkovitejših terapij, zagotavljanje skupnega jezika med strokovnjaki duševnega zdravja in raziskovanje še neznanih vzrokov duševnih motenj. Najpomembnejši psihiatrični klasifikaciji sta DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), razvita s strani APA (American Psychiatric Association) in pa ICD/MKB (International Classification of Diseases/Mednarodna klasifikacija bolezni), razvita s strani WHO (World Health Organization).

## **7.2 Zgodovina**

Klasifikacijski sistemi segajo vse do Hipokrata, ki je prvi vzpostavil termina manija in histerija kot obliki duševnih bolezni. Prva klasifikacija v ZDA je bila predstavljena l. 1869 na letnem srečanju American Medico-Psychological Association, ki je kasneje postala APA. Leta 1952 je komite APA objavil prvo izdajo DSM-I. Od takrat je bilo predstavljenih 6 izdaj DSM. MKB-10 je uradni klasifikacijski sistem v Evropi in drugih delih sveta. DSM-V je bil oblikovan z namenom usklajevanja z deseto revizijo MKB-10 in zagotavljanja enotnega poročanja o državnih in internacionalnih zdravstvenih statistikah. Poleg tega Medicare zahteva, da kode za obračun povračila sledijo MKB. Vse kategorije v DSM-V so tudi v MKB-10. Nasprotno pa vse kategorije v MKB-10 niso tudi v DSM-V.

## **7.3 Osnovne značilnosti**

**OPISNI PRISTOP.** DSM-V se poslužuje teoretičnega pristopa k opisom diagnoz, vendar ne pojasnjuje vzrokov nastanka motenj. Opisati skuša manifestacije duševnih motenj in le redko razlaga njihov nastanek. Opredeletve motenj so običajno sestavljene iz opisov kliničnih značilnosti.

**DIAGNOSTIČNI KRITERIJ.** Za vsako duševno motnjo je naveden specifični diagnostični kriterij, ki vključuje seznam značilnosti, ki jih motnja obsega in morajo biti prisotne za postavitev diagnoze. Omenjeni kriteriji povečujejo veljavnost diagnostičnega procesa.

**SISTEMATIČEN OPIS.** DSM-V sistematično opisuje vsako motnjo v smislu med seboj povezanih značilnosti, kot so določena starost, kultura, spol, razširjenost, pojavnost in tveganje, potek, zapleti, predisponirajoči dejavniki, družinski vzorci, in diferencialno diagnozo. V nekaterih primerih, ko več motenj opredeljujejo enake značilnosti, je le-to vključeno v predstavitev celotne diagnostične kategorije. Po potrebi so opisani tudi laboratorijski izvidi, zdravniški pregled in simptomi.

DSM-V je diagnostični priročnik in ne učbenik. Ne opisuje, razlaga ali pojasnjuje vzrokov, poteka, terapij ali spornih vprašanj, ki obsegajo določeno diagnostično kategorijo (kot npr. učbenik *Comprehensive Textbook of Psychiatry*).

### 7.3.1 *Klasifikacija DSM-5*

DSM-V obsega 22 kategorij duševnih motenj, znotraj katerih je več kot 150 motenj. Vse našteje motnje so podrobno opisane po področjih priročnika, ki sledi in pokriva epidemologijo, etiologije, diagnoze, diferencialne diagnoze, klinične značilnosti in terapije. V nadaljevanju sledi kratek opis motenj.

Organizacija kategorij in opisa motenj v DSM-V poskuša slediti človekovi življenjski dobi. Tako so nevrorazvojne motnje, ki se pojavijo zgodaj v razvoju, napisane prve v klasifikaciji, in tiste, ki se pojavijo proti koncu življenjskega obdobja, so napisane zadnje. Nekatero motnje, kot npr. enkopreza ali enureza in so povezane z otroštvom, so napisane na sredini klasifikacijskega sistema, saj se nanašajo tudi na odraslost.

#### 7.3.1.1 *Motnje v nevrološkem razvoju*

Običajno se pojavijo in so diagnosticirane v obdobju dojenčka, otroštva ali mladostništva.

1. **MOTNJE V DUŠEVNEM RAZVOJU (INTELEKTUALNA RAZVOJNA MOTNJA).** Zanj je značilno pomembno odstopanje na področju inteligenčnih sposobnosti in na področju prilagoditvenih spretnosti. Prilagoditvene spretnosti obsegajo učinkovitost posameznika pri doseganju razvojnih nalog in zahtev na področju komunikacije, skrbi zase in medosebnih spretnosti. So skupek konceptualnih, socialnih in praktičnih spretnosti, ki se jih ljudje naučimo, da bi lahko funkcionirali v vsakodnevnem življenju. V DSM-V je MDR klasificirana kot blaga, zmerna, težka ali težja. V DSM-IV je bila LMDR osnovana na inteligenčnem kvocientu (IQ), ki je segal od 50 - 55 in do 70, zmerna od 35 - 40 in od 50 - 55, težja od 20 - 25 in od 35 - 40 in težka od 20 - 25. Mejno intelektualno funkcioniranje se uporablja tudi v DSM-V, vendar ni jasno diferencirano od LMDR. V DSM-IV je pomenilo IQ nad 70, v DSM-V pa je kategorizirano kot stanje, ki zahteva klinično pozornost, vendar brez specifičnih kriterijev.
2. **KOMUNIKACIJSKE MOTNJE.** Poznamo 4 tipe komunikacijskih motenj, kjer težave v komunikaciji povzročajo pomemben vpliv na posameznikovo delovanje:
  - jezikovna motnja, kategorizirana kot razvojna okvara besedišča, ki se kaže kot težava na področju tvorjenja starosti primernih stavkov;
  - govorna motnja s težavami v artikulaciji;
  - motnja v fluentnosti govora s pričetkom v otroštvu ali jecljanje; zanjo je značilna manjša tekočnost govora ali ritma govora;
  - socialna ali pragmatična komunikacijska motnja, ki jo opredeljujejo izrazite težave pri socialni interakciji in komunikaciji z drugimi osebami (z vrstniki, z odraslimi).

3. **MOTNJE AVTISTIČNEGA SPEKTRA.** Vključujejo razpon vedenj, ki jih opredeljuje več izrazitih težav na različnih področjih otrokovega razvoja, vključno s socialnimi spretnostmi, komunikacijo in ponavljajočimi se stereotipnimi vzorci vedenj ali dejavnosti, vključno z govorom. MAS obsegajo tri stopnje:
  - vključuje primanjkljaje na področju govorno-jezikovnih sposobnosti z zmanjšano socialno interakcijo (podobno Aspergerjevemu sindromu, ki ga DSM-V več ne vključuje);
  - opredeljena z minimalno govorno in socialno interakcijo (v DSM-IV: Rett's disorder);
  - stopnja, za katero je značilno odsotnost sposobnosti govora in socialne interakcije.
4. **MOTNJA POZORNOSTI IN HIPERAKTIVNOSTI (ADHD).** Osnovne značilnosti so težave na področju pozornosti, hiperaktivnost in impulzivnost, ki pomembno vplivajo na zmanjšano funkcionalnost posameznika.
5. **SPECIFIČNE UČNE TEŽAVE.** Povezane so s težavami pri usvajanju specifičnih spretnosti na področju branja (disleksija) in pisanja ali matematike (diskalkulija).
6. **MOTNJE NA PODROČJU MOTORIKE.** Primanjkljaji na področju motorične koordinacije, ki je manj ustrezno razvita glede na starost in inteligenčne sposobnosti, opisane težave pa pomembno vplivajo na posameznikovo funkcioniranje.  
Trije tipi motoričnih motenj:
  - razvojna motnja koordinacije je težava v razvoju motorične koordinacije (npr. počasnejši razvoj ali odkloni pri plazenju, hoji, stvari padajo iz rok, težave pri športnih aktivnostih);
  - motnja stereotipnega gibanja vključuje repetitivne gibe (npr. udarjanje z glavo ali telesom, tresenje telesa);
  - motnje tikov, ki so nenadni, nehoteni, ponavljajoči se stereotipni gibi ali glasovni zvoki. Razlikujemo dva tipa motnje tikov. Prvi je Tourettov sindrom, zanj so značilni gibalni in glasovni tiki, vključujoč koprolalijo, drugi pa je motnja vztrajajočih motornih ali glasovnih tikov, kjer se pojavlja en motorični ali glasovni tik.

### *7.3.1.2 Motnje shizofrenega spektra in druge psihotične motnje*

Obsega 8 specifičnih motenj. Psihotični simptomi so ključni simptomi klinične slike.

1. **SHIZOFRENIJA:** je kronična motnja s halucinacijami ali blodnjami. Trajati mora vsaj 6 mesecev, vendar ni nujno, da je posameznik aktivno psihotičen skozi celotno obdobje. Vključuje tri faze. Faza prodroma se nanaša na poslabšanje posameznikovega funkcioniranja pred pojavom aktivne psihotične faze. Aktivna faza simptomov (blodnje, halucinacije, dezorganiziran govor in vedenje, negativni simptomi), ki morajo biti prisotni vsaj en mesec. Rezidualna faza sledi aktivni fazi. Značilnosti rezidualne in prodromalne faze vključujejo funkcionalno oškodovanost in odstopanja v čustvovanju, kogniciji in komunikaciji. DSM-IV je opisoval podtipne shizofrenije glede na čas ocenjevanja (paranoidna, dezorganizirana, katatonična, nediferencirana, rezidualni tip), ki pa niso več del DSM-V, ostajajo pa uporabni opisi pri komunikaciji strokovnjakov.
2. **BLODNJAVA MOTNJA:** vključuje vztrajajoče blodnje (erotomanične, grandiozne, ljubosumne, preganjalne, somatske, mešane, nedoločene). V splošnem se blodnje nanašajo na situacije, ki bi se lahko pojavile v realnem življenju, npr. nezvestoba, sledenje, bolezni.

3. **KRATKA PSIHOTIČNA MOTNJA:** prisotne so blodnje, halucinacije, dezorganiziran govor in vedenje ali katatonično vedenje vsaj en dan, vendar manj kot en mesec. Kratka psihotična motnja je lahko posledica zunanjskega stresorja. Po epizodi posameznik funkcionira kot pred njo.
4. **SHIZOFRENIFORMNA MOTNJA:** zanjo so značilni simptomi aktivne faze shizofrenije. Traja od enega do šestih mesecev, nima prodromalne ali rezidualne faze. Prisotni so primanjkljaji na področju socialnega ali poklicnega delovanja.
5. **SHIZOAFEKTIVNA MOTNJA:** zanjo so značilni simptomi aktivne faze shizofrenije in prisotnost simptomov maničnih ali depresivnih epizod. Traja dalj časa. Posamezniki s shizoafektivno motnjo imajo, v primerjavi s posamezniki z razpoložnjsko motnjo s psihotičnimi značilnostmi, blodnje in halucinacije vsaj dva tedna brez soobstoječih vidnih simptomov motenj razpoloženja.
6. **PSIHOTIČNA MOTNJA ZARADI SUBSTANC/ZDRAVIL:** je motnja s simptomi, ki jih povzročajo psihoaktivne ali druge substance (npr. halucinogeni, kokain).
7. **PSIHOTIČNA MOTNJA ZARADI DRUGEGA ZDRAVSTVENEGA STANJA:** je motnja obsega halucinacije ali blodnje zaradi druge bolezni (npr. epilepsija temporalnega režnja, avitaminoza, meningitis).
8. **KATATONIJA:** obsega motorične abnormalnosti, kot je katalepsija, mutizem ... Lahko je povezana z drugo duševno motnjo, npr. shizofrenijo, bipolarno motnjo ali drugim zdravstvenim stanjem, npr. neoplazmo, poškodbo glave, hepatično encefalopatijo.

### 7.3.1.3 *Bipolarne motnje in druge povezane motnje*

Bipolarna motnja vključuje izrazite motnje razpoloženja. Obstajajo 4 tipi: bipolarna motnja I, bipolarna motnja II, ciklotimična motnja in bipolarna motnja zaradi zdravil, substanc ali drugih zdravstvenih stanj.

1. **BIPOLARNA MOTNJA I:** nujna značilnost bipolarne motnje tipa I je zgodovina manične ali mešane manične in depresivne epizode. Ima veliko podtipov, opredeljenih glede na trenutno epizodo (manična, hipomanična depresivna, mešana), resnost in status remisije (blaga, zmerna, težka s psihotičnimi značilnostmi, delno remisijo ali celotno remisijo) in ali je za nedavni potek epizod značilno hitro izmenjavanje, vsaj 4 epizode v 12 mesecih.
2. **BIPOLARNA MOTNJA II:** zgodovina hipomaničnih in večjih depresivnih epizod. Hipomanična epizoda obsega minimalno trajanje 4 dni. Glavna razlika med manijo in hipomanijo je v stopnji oškodovanosti, povezane s sindromom.
3. **CIKLOTIMIČNA MOTNJA:** blaga, kronična razpoložnjska motnja s številnimi depresivnimi in hipomaničnimi epizodami v času vsaj 2 let.
4. **ZARADI ZDRAVIL, SUBSTANC, DRUGIH ZDRAVSTVENIH STANJ:** razpoložnjska motnja je direktna posledica osnovnega bolezenskega stanja (npr. tumor frontalnega režnja), zdravil ...

### 7.3.1.4 Depresivne motnje

Simptomi: žalost, razdražljivost, psihomotorična upočasjenost, samomorilnost.

1. **VELIKA DEPRESIVNA MOTNJA:** glavna značilnost je depresivno razpoloženje, izguba interesa ali uživanja v običajnih aktivnostih. Vsi simptomi morajo biti prisotni skoraj vsak dan, z izjemo samomorilnosti ali misli o smrti (le-te morajo biti ponavljajoče se). Diagnoza se izključuje, če so simptomi posledica žalovanja in če so prisotni psihotični simptomi ob odsotnosti razpoloženskih simptomov.
2. **VZTRAJAJOČA DEPRESIVNA MOTNJA ALI DISTIMIJA:** je blaga, kronična oblika depresije, ki traja vsaj 2 leti. Posameznik večino dni izkuša depresivno razpoloženje večino dneva in vsaj druga dva simptoma depresije.
3. **PREDMENSTRUALNA DISFORIČNA MOTNJA:** se pojavi približno teden dni pred menstruacijo, vključuje razdražljivost, čustveno labilnost, glavobol, anksioznost ali depresijo. Ko se zaključi menstrualni cikel, ti znaki izzvenijo.
4. **DEPRESIVNA MOTNJA ZARADI SUBSTANC/ZDRAVIL:** npr. zaradi alkohola ali zdravil.
5. **DEPRESIVNA MOTNJA ZARADI DRUGEGA ZDRAVSTVENEGA STANJA:** depresija je sekundarna zaradi druge bolezni, npr. Cushingov sindrom.
6. **DRUGE SPECIFIČNE DEPRESIVNE MOTNJE:** diagnostični kriterij vsebuje dva podtipa:
  - ponavljajoča se depresivna epizoda, ki traja od 2 do 13 dni ter se pojavi vsaj 1-krat na mesec,
  - krajši čas trajajoča depresivna epizoda, kjer depresivno razpoloženje traja od 4 do 14 dni in se ne ponavlja.
7. **NESPECIFIČNA DEPRESIVNA MOTNJA:** 4 podtipi:
  - **melanholija**, izrazita oblika velike depresije, ki zajema občutke brezupa, anhedonijo in psihomotorično upočasjenost, ob tem se pojavlja visoka stopnja samomorilnosti;
  - **atipična depresija** vključuje depresivno razpoloženje, povezano s povečano telesno težo namesto izgube teže in hipersomnijo namesto insomnije;
  - **obporodna depresija** je depresija, ki se pojavi ob rojstvu ali en mesec po rojstvu otroka;
  - **vzorec, povezan z letnimi časi**, za katerega je značilno depresivno razpoloženje v določenem času v letu, po navadi pozimi.
8. **MOTNJA DISRUPTIVNE DISREGULACIJE RAZPOLOŽENJA:** diagnosticirana pri otrocih, starejših od 6 let in mlajših od 18 let; vključuje izrazite izbruhe jeze in kronično razdražljivost.

### 7.3.1.5 Anksiozne motnje

Poznamo 9 motenj, kjer so anksiozni simptomi ključni del klinične slike.

1. **PANIČNA MOTNJA:** panični napad vključuje občutja intenzivnega strahu ali groze, ki se pojavi nenadoma in v situaciji, kjer je odsoten sprožilec. Vključuje razbijanje ali hitro bitje srca,

bolečino v prsih, občutek pomanjkanja zraka v prsih, dušenje, vrtoglavico, tresenje, občutek izgube zavesti, potenje, slabost.

2. **AGORAFOBIJA:** pogosta posledica panične motnje, lahko pa se pojavi tudi brez prisotnosti paničnih napadov. Posameznik z agorafobijo se izogiba ali se poskuša izogibati situacijam, ki bi lahko bile potencialni sprožilec paničnih napadov (ali simptomov paničnih napadov) ali situacij, iz katerih menijo, da bi bilo težko pobegniti, če bi se panični napad pojavil.
3. **SPECIFIČNA FOBIJA:** povečan, nerazumevajoč strah specifičnih objektov in situacij, skoraj vedno ob izpostavljanju specifičnega dražljaja. Le-tega se posameznik izogiba, ob njegovi prisotnosti pa občuti veliko stopnjo anksioznosti in neugodja.
4. **SOCIALNO ANKSIOZNA MOTNJA ALI SOCIALNA FOBIJA:** vključuje strah pred tem, da se posameznik osramoti ali je ponižan pred drugimi. Podobno kot pri specifični fobiji se posameznik izogiba dražljajev, ki sprožajo anksioznost in nelagodje. Če fobični dražljaj vključuje večino socialnih situacij, to imenujemo generalizirana socialna fobija.
5. **GENERALIZIRANA ANKSIOZNA MOTNJA:** kronično povišana zaskrbljenost, pojavlja se večino dni in se jo težko kontrolira. Povezana je s simptomi, kot so težave s koncentracijo, nespečnost, mišična tenzija, razdražljivost, fizični nemir. Vsi ti simptomi povzročajo klinično pomemben distress ali oškodovanost v posameznikovem funkcioniranju.
6. **ANKSIOZNA MOTNJA ZARADI DRUGEGA ZDRAVSTVENEGA STANJA:** kjer je dokazano, da je anksioznost neposredna posledica zdravstvenega stanja, bolezni (npr. hipertirodizem).
7. **ANKSIOZNA MOTNJA ZARADI SUBSTANC/ZDRAVIL:** vzrok anksioznosti je droga (npr. kokain) ali zdravilo (npr. kortizol).
8. **SEPARACIJSKA ANKSIOZNA MOTNJA:** se pojavi pri otrocih in vključuje anksioznost glede odhoda od doma ali referenčne osebe, ki je večja od pričakovane glede na trenutno razvojno stopnjo otroka.
9. **SELEKTIVNI MUTIZEM:** vključuje vztrajajoče odklanjanje govorjenja v specifičnih situacijah kljub ustrezno razviti sposobnosti govora, prisotnega v drugih situacijah.

### 7.3.1.6 *Obsesivno-kompulzivne in podobne motnje*

Poznamo 8 kategorij, vse pa vključujejo obsesije (ponavljajoče misli) ali kompulzije (ponavljajoče aktivnosti).

1. **OBSESIVNO-KOMPULZIVNA MOTNJA (OKM):** OKM zajema nezaželene, ponavljajoče se in intruzivne misli ali slike (obsesije) in/ali ponavljajoča se vedenja, kjer oseba čuti, da jih mora narediti (kompulzije). Najpogosteje posameznik kompulzije dela z namenom zmanjševanja anksioznosti, povezane z obsesivno mislijo.
2. **TELESNA DISMORFIČNA MOTNJA:** negativna ali izkrivljena obremenjenost z namišljenim ali manjšim odstopanjem v posameznikovem izgledu. Če posameznik zelo verjame

svojemu prepričanju oziroma izkrivljanju (visoka intenzivnost verjetja svojemu pogledu na telo, blodnje), je lahko tudi somatski tip telesne dismorfične motnje.

3. **KOMPULZIVNO KOPIČENJE:** vedenjski vzorec kopičenja stvari na kompulziven način, ki je lahko ali pa ni uporaben za posameznika. Posameznik se ni zmožen ločiti od nakopičenih stvari, kljub temu da so situacije kopičenja lahko tudi nevarne, npr. tveganje za požar.
4. **TRIHOTILOMANIJA ALI MOTNJA PULJENJA DLAK:** ponavljajoče se puljenje dlak, ki povzroča opazno izgubo le-teh. Lahko se pojavi kjerkoli na telesu (npr. glava, obrvi, intimni predeli).
5. **EKSKORACIJA ALI MOTNJA PULJENJA KOŽE:** kompulzivna potreba po puljenju kože, tudi do točke, ko posamezniku povzroča fizično oz. telesno škodo.
6. **OKM ZARADI SUBSTANC/ZDRAVIL:** obsesivno in/ali kompulzivno vedenje zaradi uživanja zdravil ali substanc, npr. kokain (povzroča motnjo puljenja kože – formikacija).
7. **OKM ZARADI DRUGEGA ZDRAVSTVENEGA STANJA:** obsesivno in/ali kompulzivno vedenje zaradi drugega zdravstvenega stanja, npr. pri okužbi s streptokokom.
8. **DRUGE SPECIFIČNE OKM IN PODOBNE MOTNJE:** ta kategorija vključuje skupino motenj, kot so npr. obsesivno ljubosumnost (ponavljajoče se misli o nezvestobi partnerja), motnja ponavljajočega se vedenja, povezanega/osredotočenega na telo (grizenje nohtov, ustnic).

### *7.3.1.7 Motnje, povezane s stresom ali travmo*

Povzroči jih izpostavljenost nesrečam ali zlorabi.

1. **REAKTIVNA MOTNJA NAVEZANOSTI:** pojavi se v obdobju dojenčka ali zgodnjega otroštva. Kaže se v izraziti oškodovanosti na področju navezanosti zaradi neustreznosti staršev/skrbnikov.
2. **DISINHIBITED SOCIAL ENGAGEMENT DISORDER:** otrok ali mladostnik ima izrazit strah pred interakcijo z neznanci, zlasti odraslimi, najpogosteje kot posledico travm iz obdobja otroštva in vzgoje.
3. **POSTTRAVMATSKA STRESNA MOTNJA:** PTSM se pojavi po travmatskem dogodku, ko posameznik verjame, da je v nevarnosti in je njegovo življenje ogroženo (tudi ob izpostavljenosti nasilju ali življenjsko ogrožajočim dogodkom drugih ljudi). Simptomi PTSM se po navadi pojavijo kmalu po travmatskem dogodku, včasih pa tudi mesece ali leta po njem. Diagnosticirana je, ko oseba na travmatski dogodek reagira s strahom ter skozi daljše časovno obdobje ponovno izkuša simptome strahu, izogibanja. Simptomi vztrajajo vsaj en mesec in pomembno vplivajo na posameznikovo delovanje, povzročajo distress.
4. **AKUTNA STRESNA MOTNJA:** pojavi se po prisotnosti enakih stresorjev, ki povzročijo PTSM. Simptomi ne smejo trajati več kot en mesec.

5. **PRILAGODITVENE MOTNJE:** so neustrezni odzivi na stres. Razdeljene so na podtipe, ki temeljijo na simptomih, kot so anksioznost, depresivno razpoloženje, mešano anksiozno in depresivno razpoloženje, vedenjske motnje, čustveno-vedenjske motnje.
6. **VZTRAJAJOČA KOMPLEKSNA MOTNJA ŽALOVANJA:** kronično in vztrajajoče žalovanje, ki ga opredeljuje grenkoba, jeza, ambivalentna čustva do pokojnikov, s spremljajočimi se lastnostmi umika. Razlikuje se od normalnega žalovanja.

### 7.3.1.8 *Disociativne motnje*

Značilna so odstopanja v integriranih funkcijah zavesti, spomina, identitete ali zaznave.

1. **DISOCIATIVNA AMNEZIJA:** izguba spomina pomembnih osebnih informacij, pogosto travmatične narave.
2. **DISOCIATIVNA FUGA:** nenadna pot stran od doma, povezana z delno ali popolno izgubo spomina glede posameznikove identitete.
3. **DISOCIATIVNA MOTNJA IDENTITETE:** včasih »motnja multiplih osebnosti«; ključna lastnost je prisotnost dveh ali več osebnosti, ki prevzamejo kontrolo nad posameznikovim vedenjem.
4. **DEPERSONALIZACIJSKA/DEREALIZACIJSKA MOTNJA:** ključna lastnost so vztrajajoče ali ponavljajoče se epizode depersonalizacije ali derealizacije.

### 7.3.1.9 *Somatizacijski simptomi in podobne motnje*

1. **SOMATIZACIJSKI SIMPTOMI IN PODOBNE MOTNJE:** visoka stopnja anksioznosti in vztrajajoče skrbi glede somatskih znakov in simptomov, ki jih posameznik interpretira kot prepoznano medicinsko diagnozo. Tudi hipohondrija.
2. **MOTNJA STRAHU PRED BOLEZNIJO:** strah pred tem, da bi posameznik zbolel, največkrat z malo ali nič somatskimi simptomi.
3. **FUNKCIONALNA MOTNJA:** simptomi izgube ene ali več telesnih funkcij na ravni voljne motorike ali sensorike. Ni jih mogoče pojasniti z medicinskimi razlogi, običajno se pojavi kmalu po stresni izkušnji.
4. **PSIHOLOŠKI FAKTORJI, KI VPLIVAJO NA DRUGA MEDICINSKA STANJA:**  
psihološka stanja  
negativno vplivajo na izid medicinske diagnoze.
5. **FACTITIUS DISORDER:** tudi Munchausen-ov sindrom; je namerno prikazovanje fizičnih ali psiholoških simptomov, ki jih v resnici ni, da bi se posameznik prikazal kot bolan. Factitious Disorder, po namestniku; namerno prikazovanje drugega kot bolnega, najpogosteje mama otroka. Razlikovanje od pretvarjanja, ki je spodbujeno z drugimi vzroki, npr. izogibanjem odgovornosti, vzdrževanju denarne pomoči ...

6. **DRUGI SOMATIZACIJSKI SIMPTOMI IN PODOBNE MOTNJE:** motnje, ki ne spadajo pod nobeno od podkategorij, npr. psevdocijeza – ženska verjame, da je noseča.

#### *7.3.1.10 Motnje hranjenja*

1. **ANOREKSIIJA NERVOZA:** izguba telesne teže, odklanjanje hrane in hranjenja. Appetit je po navadi brez sprememb.
2. **BULIMIJA NERVOZA:** prenajedanje z ali brez bruhanja.
3. **KOMPULZIVNO PRENAJEDANJE:** različica bulimije nervoze z občasnim, enkrat tedenskim prenajedanjem.
4. **PICA:** uživanje stvari brez prehranskih snovi, npr. umazanija ali barva.
5. **RUMINACIJA:** ponovno prežvekovanje že zaužite hrane, z začetkom v obdobju dojenčka ali otroštva.

#### *7.3.1.11 Motnje izločanja*

Vzroki so lahko fiziološki ali psihološki. Enkopreza, hoteno ali nehoteno uhajanja blata, in enureza, nekontrolirano uhajanje urina.

#### *7.3.1.12 Motnje spanja*

Vključujejo motnje v kakovosti in količini spanja. Negativno vplivajo na posameznikovo dnevno funkcioniranje in povzročajo distress.

1. **NESPEČNOST:** težave z uspavanjem. Lahko individualna motnja ali v komorbidnosti z drugimi motnjami spanja in drugimi duševnimi motnjami.
2. **HIPERSOMNOLENTNOST:** ali hipersomnija; posameznik preveč časa spi, ob tem se počuti izrazito utrujeno kljub normalni ali povečani količini spanja.
3. **PARASOMNIJA:** nenavadno vedenje, izkušnje ali fiziološki dogodki med spanjem. Deli se na tri podkategorije: motnje gibanja v ne-REM fazi spanja, motnje nočnih mor in motnje vedenja v REM fazi spanja.
4. **NARKOLEPSIJA:** napadi spanja ob katapleksiji.
5. **MOTNJE SPANJA, POVEZANE Z DIHANJEM:** tri podkategorije: obstruktivna spalna apneja – hipoapneja, centralna spalna apneja in hipoventilacija, povezana s spanjem.
6. **SINDROM NEMIRNIH NOG:** kompulzivni gibi nog med spanjem.

7. **MOTNJE SPANJA ZARADI SUBSTANC ALI MEDIKAMENTOZNIH TERAPIJ:** npr. alkohol, kofein.
8. **MOTNJE CIRKADIADNEGA RITMA**

#### 7.3.1.13 *Spolne motnje*

1. **ODLOŽENA EJAKULACIJA:** nezmožnost ali izrazita zamuda v sposobnosti ejakulacije med spolnim odnosom ali masturbacijo.
2. **MOTNJA EREKCIJE:** nezmožnost doseganja erekcije, zadostne za penetracijo.
3. **ŽENSKÉ MOTNJE DOŽIVLJANJA ORGAZMA:** odsotnost zmožnosti doseganja orgazma ali izrazita zmanjšana doživljanja orgazmičnih občutkov med masturbacijo ali spolnim odnosom.
4. **MOTNJA VZBURJENJA/INTERESA ZA SPOLNO VEDENJE PRI ŽENSKAH:** odsotnost ali zmanjšani interes na področju spolnih fantazij ali vedenja, ki povzročata distres pri posamezniku.
5. **MOTNJA PENETRACIJE/GENITALNA-MEDENIČNA BOLEČINA:** pričakovanje ali dejanska bolečina med spolnimi aktivnostmi.
6. **HIPOAKTIVNA MOTNJA ŽELJE PO SPOLNOSTI PRI MOŠKEM:** odsotnost ali zmanjšana želja po spolnosti pri moških.
7. **PREZGODNJA ALI ZGODNJA EJAKULACIJA:** pred ali takoj po pričetku spolnega odnosa.
8. **SPOLNA DISFUNKCIJA ZARADI SUBSTANC/ZDRAVIL**
9. **DRUGE NESPECIFIČNE SPOLNE MOTNJE:** zaradi drugih bolezni, npr. multiple skleroze.

#### 7.3.1.14 *Spolna disforija*

Motnje doživljanja spola. Zanje je značilno vztrajajoče nelagodje glede posameznikovega biološkega spola in v nekaterih primerih želja, da bi imeli spolne organe nasprotnega spola. Podkategoriji se delita glede na otroštvo in glede na mladostništvo ter odraslost.

#### 7.3.1.15 *Vedenjske motnje, motnje motečega vedenja in kontroliranja impulzov*

Vključujejo težave s kontrolo čustvovanja in vedenja.

1. **OPOZICIONALNA VEDENJSKA MOTNJA:** jeza, razdražljivost, nasprotovanje, neupoštevanje pravil. Diagnosticirana pri otrocih in mladostnikih.

2. **MOTNJA OBČASNE EKSPLOZIVNOSTI:** nekontrolirani izbruhi agresije.
3. **VEDENJSKA MOTNJA:** pretepanje in ustrahovanje. Diagnosticirana pri otrocih in mladostnikih.
4. **PIROMANIJA:** ponavljajoče povzročanje požarov.
5. **KLEPTOMANIJA:** ponavljajoča kraja.

#### *7.3.1.16 Motnje, povezane z uživanjem psihoaktivnih snovi in odvisnostjo*

1. **MOTNJE ZARADI PSIHOAKTIVNIH IN DRUGIH SNOVI:** psihoaktivne in druge snovi, ki lahko povzročijo intoksikacijo, ter druge duševne motnje, vključujoč bipolarni motnje, OKM, motnje spanja, spolne disfunkcije, delirij, nevrokognitivne motnje.
2. **MOTNJE, POVEZANE Z UPORABO PSIHOAKTIVNIH SNOVI:** npr. kanabis, kokain, alkohol, halucinogeni, inhalanti, opioidi, sedativi, stimulant, tobak.
3. **MOTNJE, POVEZANE Z UPORABO ALKOHOLA:** pretirana raba alkohola, npr. intoksikacija z alkoholom, odtegnitveni sindrom.
4. **DRUGE MOTNJE, POVEZANE Z UPORABO ALKOHOLA:** vključuje psihotične, bipolarni, depresivne, anksiozne, spolne, nevrokognitivne motnje in motnje spanja. Npr. Korsakoffov sindrom (amnestična motnja), Wernickova encefalopatija (nevrolško stanje ataksije, oftalmopogije in zmedenosti, ki se razvije zaradi kronične zlorabe alkohola), Wernickov-Korsakoffov sindrom, vztrajajoča demenca zaradi alkohola (več kognitivnih deficitov kot Korsakoffov sindrom). Podobne kategorije tudi za druge psihoaktivne snovi.
5. **ODVISNOST OD IGER NA SREČO:** kompulzivno igranje iger na srečo z nezmožnostjo ustaviti se ali zmanjšati količino le-teh. Vodi v težave na socialnem in finančnem področju.

#### *7.3.1.17 Nevrokognitivne motnje*

Zanje so značilne spremembe v možganskih strukturah in funkcijah, ki se kažejo v oškodovanosti kognitivnih funkcij (učenje, orientacija, spomin, intelektualne sposobnosti).

1. **DELIRIJ:** kratkočasna zmedenost in oškodovanost kognitivnega sistema zaradi intoksikacije s psihoaktivnimi in drugimi snovmi ali odtegnitve, medikamentov, medicinskega stanja (npr. infekcija) ali drugih vzrokov (npr. deprivacija spanja).
2. **BLAGA NEVROKOGNITIVNA MOTNJA:** blaga do zmerna oškodovanost kognitivnega funkcioniranja, ki se razlikuje od kognitivnih sprememb, povezanih s starostjo in staranjem.
3. **VELIKE NEVROKOGNITIVNE MOTNJE:** izrazita oškodovanost kognitivnih funkcij; Alzheimerjeva bolezen, vaskularna demenca, demenca Levy-Bodyjevih teles, Parkinsonova bolezen, frontotemporalna demenca, travmatska poškodba glave/možganov, infekcija HIV,

demenca zaradi substanc ali medikamentov, Huntingtonova bolezen, Prionova bolezen, druga medicinska stanja, multiple etiologije, nespecifična demenca.

### 7.3.1.18 Osebnostne motnje

1. **PARANOIDNA OSEBNOSTNA MOTNJA:** neupravičeno sumničenje, hipersenzitivnost, ljubosumnost, zavist, rigidnost, pretirano poudarjanje svoje pomembnosti, težnja k pripisovanju krivde in zlonamernih motivov drugim.
2. **SHIZOIDNA OSEBNOSTNA MOTNJA:** sramežljivost, hipersenzibilnost, izogibanje bližnjih odnosov, ekscentričnost, zasanjanost, zmožnost izražanja agresije, ni izgube sposobnosti prepoznavanja realnosti.
3. **SHIZOTIPSKA OSEBNOSTNA MOTNJA:** podobna shizoidni osebnostni motnji z izgubo posameznikove sposobnosti prepoznavanja oziroma testiranja realnosti, ima nenavadna prepričanja, socialni umik.
4. **OBSESIVNO-KOMPULZIVNA OSEBNOSTNA MOTNJA:** pretirana skrb s skladnostjo in standardi zavesti; posameznik je lahko rigiden, pretirano se ukvarja s seboj, ne zmore se sprostiti (3 P-ji: punctual, parsimonious and precise).
5. **HISTRIONIČNA OSEBNOSTNA MOTNJA:** čustvena nestabilnost, hiperaktivnost, vznemirjenost, nečimrnost, nezrelost, odvisnost, zapeljiv.
6. **IZOGIBAJOČA OSEBNOSTNA MOTNJA:** nizka stopnja energije, utrudljivost, pomanjkanje entuziazma, zmožnosti uživati življenje, hipersenzitivnost na stres.
7. **ANTISOCIALNA OSEBNOSTNA MOTNJA:** po navadi posamezniki v konfliktu z družbo; nezmožnost zvestobe, sebičnost, neodgovornost, impulzivnost, nezmožnost občutenja krivde ali učenje iz izkušenj, nizka stopnja frustracijske tolerance, tendenca kriviti druge.
8. **NARCISISTIČNA OSEBNOSTNA MOTNJA:** občutki grandioznosti, upravičenosti, pomanjkanje empatije, zavist, potreba po pozornosti in občudovanju.
9. **MEJNA OSEBNOSTNA MOTNJA:** nestabilnost, impulzivnost, kaotična spolnost, samomorilnost, samoponiževanje, težave z identiteto, ambivalentnost, občutki praznosti in dolgočasja.

## LITERATURA

1. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5. izd.).
2. Sadock, B. J. in Sadock, V. A. (2007). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry* (10. izd.). Lippincott Williams & Wilkins Publishers.
3. World Health Organization (WHO). (1993). *The ICD-10 classification of mental and behavioural*

## 8 STIK S PACIENTOM IN SOČUTJE DO SEBE

Stik s pacientom je osnova našega poklica. Ob tem pa se moramo zavedati, da postane kakovosten šele, ko zmoremo s pacientom stopiti v odnos.

**Nepogrešljiva varovalna vloga negovalcev, medicinskih sester/bratov pomeni prepoznati, ukrepati, spremljati.**

Člani zdravstvene nege (lahko) pacientu v stiski predstavljate pomemben vir moči in varnosti. Predvsem pa se zavedajte, da ste večinoma njegov prvi in zadnji stik z zdravstveno ustanovo. S svojo besedno in nebesedno komunikacijo mu lahko odvzamete ali naložite del teže, ki jo zaradi spremenjenega zdravstvenega stanja že sicer nosi.

Pri stiku s pacientom bodite pozorni, da:

- sledite etičnim načelom,
- skušate vzpostaviti kakovosten odnos, ki je varen, spoštljiv, zaupen in z mejami,
- zaznavate pacienta v odnosu (kakšen je, kako se vede, kako se počuti, kaj sporoča ...),
- zaznavate sebe v odnosu (lastno doživljanje sebe v danem trenutku in notranje doživljanje; jaz kot človek in strokovnjak).

Pri svojem delu stopate v številne odnose. Vzpostavljate stik s pacientom in z njegovo družino, s sodelavci, torej s strokovnimi delavci tima, nenazadnje pa je potrebno, da ste v stiku tudi s samim sabo.

Poglavje bomo razmejili v dve podpoglavji. V prvem bomo opisali ravnanje in stik z drugimi, v drugem pa stik s seboj in sočutje do sebe.

### 8.1 Ravnanje, odnos z drugimi

Pravijo, da »*ravnajmo z drugimi, kot želimo, da bi drugi ravnali z nami*«. Menimo, da stavek v celoti zajema etične vidike, ki vključujejo spoštljiv, zaupen, enakopraven in enakovreden odnos. Dokument o etičnih načelih je priložen kot priloga k učbeniku. Most do pacientov boste tlakovali z empatijo. Z njimi se boste lažje povezali, ko boste imeli kakovosten stik tudi s seboj. Občutek povezanosti z drugimi daje življenju smisel in namen. Preprečuje poglobljanje stisk.

Kako vzpostavimo dober, kakovosten odnos?

Ne pozabite, da je za to potreben občutek varnosti. Tega izkazujemo besedno in nebesedno. Govorimo torej o besedni in nebesedni komunikaciji. Raziskave kažejo, da je nebesedna komunikacija še pomembnejša ob besedne. Sestavljajo jo ton glasu, mimika obraza, kretnje, pogled.

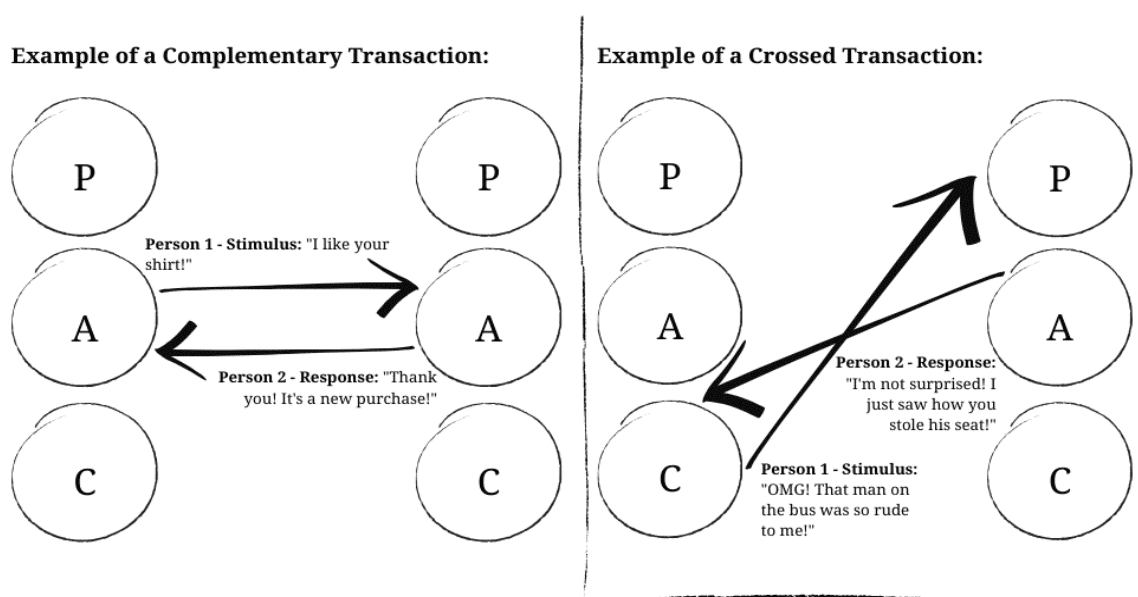
Pri vzpostavljanju odnosa je pomembna prisotnost, ki se kaže v (Neff, 2012):

- udeleženi (v stiku smo prisotni, kar pokažemo s povratnimi informacijami, s prepoznavanjem pacientovih potreb),
- uglasitvi (na pacienta se uglasimo razvojno, ritmično, čustveno, z vidika potreb),
- povpraševanju (vprašamo ga o potrebah).

Če zadostimo opisanim dejavnikom, bo komunikacija, transakcija vzporedna in s tem za pogovor zelo ugodna. Če temu ni tako, bo križna, kjer je verjetnost konflikta velika (Petruzzi, 2023).

Slika 12: Transakcija

### Transactional Analysis: Complementary and Crossed Transactions



Complementary and crossed transactions happen when two ego states interact.

Povzeto po Hartley, H. (b. d.). *How to understand the dynamics of relationships using transactional analysis*. <https://rediscoveryofme.com/transactional-analysis>

Zaznavanje drugih vključuje vse naše čute in nas zato vključuje kot celoto.

Kaj vidimo?

- Videz (urejenost, posebnosti, npr. rane, modrice, prehranjenost),
- način premikanja (samostojna hoja, pripomočki ...),
- tremor,
- samostojnost,
- obrazni izrazi – razpoloženje (jok, smeh, jeza), posledice bolezni (npr. pareza),
- tiki.

Kaj slišimo?

- Govor (tempo, tonaliteta, slovnična struktura, posebnosti govora – eholalija, parafazije, neologizmi ...),
- vsebina povedanega (ponavljanje vsebin, smiselnost govora, ujemanje čustvenega izražanja z vsebino povedanega),
- način mišljenja (urejeno, pospešeno, fragmentirano, stik z realnostjo).

Kaj vprašamo?

- Zaznavne sposobnosti (vid, sluh – uporaba pripomočkov),
- znana diagnoza,
- trenutna stresna situacija.

Vključujemo tudi dotik (usmerjen na tolažbo, ne na delo, npr. nego, kjer je nujni del). Bodimo previdni. Preverimo pri pacientu. Bodimo nežni. Dotik umirja in daje občutek varnosti. Center za dotik je neposredno povezan z amigdalno, ki je ključna pri zaznavanju strahu.

### **Poslušati, slišati in se pogovarjati**

Kljub izkušnjam in obvladovanju veščin komunikacije je včasih težko najti besede.

Česa **nikoli** ne smemo narediti?

- Ne minimalizirajte pacientovih težav ali stiske.
- Besede »pa saj bo« so lahko zelo nevarne in neugodne.
- Svojih neprijetnih čustev ne stresajte na pacienta ali člane tima.
- Ne izkazujte preplavljenosti s težavami.

Kaj pa lahko?

- Validirajte, dajte vrednost pacientovemu počutju. Npr. »Slišim, da vam je težko.«
- Normalizirajte. Npr. »Običajno je, da ljudi pred operacijo skrbi.«
- Bodite pozorni na besedno in nebesedno komunikacijo. Naj bosta skladni, izkazujeta naj varnost in sprejemanje.
- Če je pacient nasilen in se znaša nad vami, poskušajte delovati umirjeno, saj je z umirjenim pristopom večja verjetnost, da se bo umiril tudi sam.

Ko smo v stiku s pacientom, se je pomembno **zavedati TRANSFERJA** (kar posameznik prenaša na nas) in **KONTRATRANSFERJA** (kar mi doživljamo ob posamezniku).

## **8.2 Sočutje do sebe**

Sočutje v psihoterapiji dobiva vse večjo težo in pozornost. Raziskave zadnjega desetletja so potrdile povezavo med sočutjem do sebe in duševnim zdravjem. Ljudje, ki premorejo več sočutja do sebe, so bolj povezani z drugimi, so manj anksiozni, depresivni in redkeje občutijo sram in strah pred neuspehom.

## OPREDELITEV

Poskušajmo opredeliti koncept sočutja. Sočutje pomeni zmožnost prepoznavanja bolečine in odzivanja nanj. Sočutje je lahko usmerjeno na druge (prepoznavanje stiske drugih) ali na samega sebe (lastne stiske). Osnova sočutja je prijazno odzivanje s pristno skrbjo. Sočuten odziv se lahko kaže v navzven vidnem vedenju (fizično nudenje potrebne podpore in pomoči) ali pa v vedenju, ki ni viden ostalim (sočutno razmišljanje o človeku, ki trpi). Biti sočuten do drugega pomeni tudi, da smo razumevajoči in prijazni do osebe, ki je naredila napako, je ne obsojamo, žalimo, zavračamo itd. Hkrati pa sočutje pomeni tudi zavedanje, da so trpljenje, neuspeh, pomanjkljivosti in napake del skupne človeške izkušnje.

Sočutje do sebe od sočutja do drugih se razlikuje v tem, da je usmerjeno na posameznika samega. Sicer vključuje prav tako prijazen in neobsojajoč odnos.

Da si lažje predstavljamo pomen sočutja, lahko o njem razmišljamo s pomočjo naslednjega primera. Predstavljajte si, da se nahajate v težjem obdobju svojega življenja, ko vam gre veliko stvari narobe. Kakšnega prijatelja bi si v takšni situaciji želeli imeti ob sebi? Prijatelja, ki vam govori *Ah, utihni že enkrat, nehaj se pritoževati, nočem te več poslušati. Kaj se pa imaš za pritoževati, veliko ljudem gre dosti slabše kot tebi. Stisni zobe in pojdi naprej.* Ali pa bi si rajši izbrali prijatelja, ki vam reče *To, kar preživljaš, je res težko. Kdorkoli v tvoji situaciji bi trpel. Želim, da veš, da sem tukaj, če me boš potreboval. Skupaj sva v tem in pomagal ti bom.* Po mojih izkušnjah se večina odloči za drugo opcijo. Če si želite ob sebi takšnega prijatelja, potem je pomembno, da sami sebi postanete takšen prijatelj.

### 8.2.1 Pet pomembnih delov sočutja do sebe

Sočutje do sebe je kompleksen koncept in ga lahko razdelimo na 5 delov. Lahko uporabimo vseh 5 hkrati, lahko se osredotočimo na enega izmed njih ali pa jih uporabimo v medsebojni kombinaciji.

1. **ZAVEDANJE TRPLJENJA** – prepoznamo neprijetno doživljanje (bolečino, misli, čustva, dejavnike, ki so izzvali situacijo). Prepoznavanje neprijetnega doživljanja je zelo pomembno, saj gremo v nasprotnem primeru hitro v zanikanje, potlačitev, preusmerjanje ali kakšno drugo strategijo »pobega«.
2. **BITI ČLOVEK** – prepoznamo svoje trpljenje kot naravno in normalno človeško izkušnjo. Bolečé misli in čustva ne pomenijo, da smo šibki ali da je z nami kaj narobe. So zgolj opomnik, da smo ljudje in da nam ni vseeno.
3. **RAZOROŽITE KRITIKA** – ko nam ne uspe, ko naredimo napako ali se obnašamo na način, ki nam ni všeč, je naš naraven odziv, da se zelo kritiziramo (kot da že nismo dovolj na tleh). Dobro je, da ta odziv prepoznamo kot notranjega kritika in se z njim ne poistovetimo.
4. **PRIJAZNOST DO SEBE** – ko je življenje težko in trpimo, ljudje potrebujemo prijaznost še bolj kot jo sicer. Govorimo sami sebi prijazno in se podpirajmo, skrbimo zase na način, da bomo lažje prebrodili svojo stisko.
5. **VIDITE SEBE V DRUGIH** – če pogledate naokrog, boste videli, da povsod najdete ljudi, ki trpijo ali se borijo z nečim, kar je precej podobno vaši situaciji. Če lahko prepoznamo njihovo situacijo kot človeško in razumemo, smo sočutni do njih in vidimo, da življenje nikomur ne

prizanaša, potem lahko razvijamo občutek za človečnost, občutek, da v tem nismo sami, da smo del nečesa večjega.

### **8.2.2 Kaj ni sočutje do sebe**

Koncept sočutja do sebe lahko pogosto pomešamo z drugimi kategorijami, zato bi jih želela razmejiti.

**Samopomilovanje** je eden izmed takšnih primerov. Ko se samopomilujemo, pozabljamo na skupno človeško izkušnjo in se ne zavedamo, da se tudi ostali soočajo s podobnimi težavami. Zapiramo se pred ostalimi in povečujemo naše trpljenje, ko se utapljam v lastnem počutju, izolirani od ostalih. Zapletemo se v neke vrste čustveno dramo, saj ne zmoremo narediti koraka nazaj in pogledati na situacijo bolj fleksibilno in objektivno.

Sočutje do sebe tudi ne pomeni, da se pričnemo **pretirano predajati užitkom** in vsesplošno popuščati. Mnogi se namreč bojijo, da bodo s sočutjem do sebe prenehali napredovati, rasti, dosegati cilje. A sočutje do sebe je vrednota, ki je usmerjena na dolgoročno zadovoljstvo, medtem ko je pretirano predajanje užitkom kratkoročno. Npr. ker se mi ne ljubi delati za službo, cel dan ležim na kavču, ker sem pod stresom, pijem alkohol. Če smo sočutni so sebe, prepoznamo svojo težavo, a se odzovemo skladno z dolgoročnimi hotenji in cilji (skrb za zdravje, finančna stabilnost). Če pa se predajamo hipnim užitkom, pa se lahko kaj hitro najdemo v lenobnem poležavanju na kavču, ki traja dneve in dneve, postanemo lahko odvisni od substanc, predebeli itd.

**Samozavest** je prav tako pojem, ki ga ločujemo od sočutja do sebe. Biti samozavesten pomeni, da smo si všeč, se cenimo, vidimo svojo vrednost in posebnost. Pomanjkanje samozavesti je vsekakor škodljivo, a prav tako dober vpliv na nas nimata pretirana samozavest ali na drugi strani naše nenehno pehanje za višjo samozavest, ki jo v zahodnih kulturah povežujemo predvsem z našo lastno posebnostjo. Potreba po visoki samozavesti lahko zamegli naš um, da ne vidimo določenih šibkih delov sebe, kar pomeni, da se ne vidimo realno. Sočutje do sebe pomeni, da ne rabimo biti boljši, da smo dovolj dobri. Sočutje do sebe pomeni, da nismo odvisni od primerjav z ostalimi, saj smo v redu takšni, kot smo. Pomeni, da se vidimo bolj realno, saj s prijaznostjo prepoznamo tudi lastne prepreke in napake.

### **8.2.3 Kako postati sočuten do sebe?**

Tako kot pri vseh ostalih spremembah, ki jih uvajamo v svoje življenje, je tudi pri sočutju do sebe pomembna doslednost in vztrajnost (in sočutje do sebe, ko nam včasih ne bo šlo po načrtih). Dobro vodilo pri uvajanju sočutja do sebe je 5 pomembnih delov, ki so opisani zgoraj.

Obstaja tudi ogromno vaj, vodenih meditacij in vizualizacij, ki vam lahko pomagajo postati bolj sočuten do sebe. Preprosta gesta, ko trpimo in potrebujemo sočutje, je, da si položimo dlan na prsi in si rečemo kaj prijaznega. Pomislimo, kaj bi nam rekla oseba, ki nas ima rada in nas vedno podpira, ali pa razmislimo, kaj bi mi rekli svojemu dobremu prijatelju, ljubljenu partnerju ali svojemu otroku, ki se je znašel v stiski (in potem to prijaznost usmerimo vase).

Skrb zase lahko strnemo v nekaj pomembnih opomnikov:

- stik s seboj in uspešno obvladovanje stresa,
- prepoznavanje in kakovostno postavljanje meja,
- možnost samouravnavanja misli, čustev in odzivov,

- prepoznavanje notranjih ovir in virov moči ter podpore,
- pripravljenost na (samo)reflektiranje in vključitev v supervizijo,
- skrb za telo (spanje, dihanje, tekočina, prehrana, fizična aktivnost),
- praksa, ki vam omogoča urjenje osredotočenosti, sprostitvev in čustveno pomiritev (čuječnost, gibanje, meditacija, molitev, avtogeni trening ...).

Za premislek o svojih virih pomoči si lahko odgovorite naslednja vprašanja:

- kaj in kdo vse vas podpira,
- kaj pogrešate v svojem življenju,
- kako, kdaj in kaj boste naredili v zvezi s tem.

## **LITERATURA**

1. Neff, K. D. (2012). The science of self-compassion. V C. Germer in R. Siegel (ur.), *Compassion and wisdom in psychotherapy* (str. 79–92). Guilford Press.
2. Petruzzi, J. (2023). *Transactional analysis resource: E-manual*.
3. Hartley, H. (b. d.). *How to understand the dynamics of relationships using transactional analysis*. <https://rediscoveryofme.com/transactional-analysis>

## **9 PRILOGE**

**Priloga 1:** Etični kodeks

**Priloga 2:** KLASIFIKACIJA MKB-10 (Poglavje V: Duševne in vedenjske motnje)

## Priloga 1: Etični kodeks

*Opozorilo:* Neuradno prečiščeno besedilo predpisa predstavlja zgolj informativni delovni pripomoček, glede katerega organ ne jamči odškodninsko ali kako drugače.

Neuradno prečiščeno besedilo Kodeksa etike v zdravstveni negi in oskrbi obsega:

Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi (Uradni list RS, št. 52/14 z dne 11. 7. 2014),

Spremembe in dopolnitve Kodeksa etike v zdravstveni negi in oskrbi (Uradni list RS, št. 18/15 z dne 16. 3. 2015).

### **KODEKS ETIKE v zdravstveni negi in oskrbi**

(neuradno prečiščeno besedilo št. 1)

Spoštovanje in razvijanje humanih vrednot poklica omogoča izvajalcem zdravstvene nege in oskrbe osebnostno rast ter zadovoljstvo pri delu.

Izvajalci zdravstvene nege in oskrbe so zagovorniki koristi pacienta in mu nudijo fizično, psihično, socialno, duhovno in moralno podporo.

Delovanje zdravstvene nege in oskrbe močno vpliva na zdravje in življenje ljudi. S tem izvajalci zdravstvene nege in oskrbe prevzemajo veliko odgovornost, ki je ni mogoče opredeliti samo z zakoni in predpisi, pomembna je etična drža posameznika, ki izhaja iz njegovih moralnih vrednot.

»Temeljne naloge zdravstvene nege in oskrbe so: promoviranje zdravja, preprečevanje bolezni, povrnitev zdravja in lajšanje trpljenja« (ICN, Mednarodni Kodeks etike 2012).

Kodeks je namenjen vsem izvajalcem zdravstvene nege in oskrbe v Republiki Sloveniji, ki so člani Strokovnega združenja izvajalcev zdravstvene in babiške nege Slovenije in so člani negovalnega tima ali samostojni izvajalci zdravstvene nege in oskrbe. Za dijake in študente zdravstvene nege je kodeks vodilo pri oblikovanju profesionalnih etičnih in moralnih stališč, vir znanja in refleksije. Izvajalcu zdravstvene nege, ki že opravlja poklic, pa je podlaga za etično presojo njegovega dela.

V tem dokumentu uporabljeni izrazi vključujejo izvajalce zdravstvene nege in oskrbe, ki so:

bolničar negovalec/bolničar;

tehnik/tehnica zdravstvene nege, zdravstveni tehnik/tehnica, srednja medicinska sestra/srednji medicinski tehnik, medicinska sestra s srednješolsko izobrazbo, medicinski tehnik s srednješolsko izobrazbo, medicinska sestra babica/babičar;

diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik, višja medicinska sestra/višji medicinski tehnik/višji medicinski tehnik;

profesor/profesorica zdravstvene vzgoje;

medicinska sestra/zdravstvenik z univerzitetno in akademsko izobrazbo;

pacient je oseba, ki zdrava ali bolna vstopa v sistem zdravstvenega varstva.

V besedilu uporabljeni izrazi se nanašajo na oba spola.

## IZVAJALCI ZDRAVSTVENE NEGE IN OSKRBE TER PACIENT

### NAČELO I

**Izvajalci zdravstvene nege in oskrbe skrbijo za ohranitev življenja in zdravja ljudi. Svoje delo so dolžni opravljati humano, strokovno, kakovostno, varno, sočutno, odgovorno, vestno ter v odnosu do pacienta spoštovati njegove navade, potrebe, vrednote in prepričanja.**

#### **Standardi:**

dejavniki, kot so rasa, narodnost, starost, spol, spolna usmerjenosti, veroizpoved, politično prepričanje, socialni položaj, zdravstveno stanje, invalidnost ali druge osebne okoliščine, ne smejo vplivati na odnos do pacienta ter odnose med izvajalci zdravstvene nege in oskrbe;

individualni programi zdravstvene nege in oskrbe zahtevajo celostno obravnavo posameznika, družine in skupnosti. Vključujejo fizične, psihične, socialne in duhovne potrebe pacienta in upoštevajo njegovo kulturo ter osebna prepričanja;

izvajalci zdravstvene nege in oskrbe v soglasju s pacientom vključujejo v obravnavo tudi člane njegove družine ter zanj pomembne druge.

### NAČELO II

**Izvajalci zdravstvene nege in oskrbe spoštujejo pravico pacienta do izbire in odločanja.**

#### **Standardi:**

pacientu posredujejo pomembne informacije o njegovih pravicah, dolžnostih, možnostih in načinih njihove uveljavitve, ki se nanašajo na zdravstveno nego in oskrbo;

so zagovorniki pacienta in njegovih pravic;

pacienta informirajo pravočasno, obzirno in na njemu razumljiv način;

informirano pisno soglasje pacienta je pogoj za odločitev o predvidenem programu zdravstvene nege in oskrbe;

za pridobitev soglasja pacienta se ne sme uporabljati statusne moči, prisile ali ga zavajati. Tudi za privolitev v izvajanje programa zdravstvene nege in oskrbe se do izvajalcev zdravstvene nege in oskrbe ne sme uporabljati statusne moči, prisile ali ga zavajati;

ocenijo avtonomijo pacienta, ki so mu bolezen ali drugi dejavniki začasno ali trajno zmanjšali sposobnost samooskrbe. Pacientu nudijo možnost izbire v okviru njegovih sposobnosti, okoliščin in optimalnih možnosti. Pomagajo mu, da vzdržuje oziroma znova pridobi zanj najvišjo možno stopnjo avtonomije;

kadar se vprašanja ne nanašajo na področje zdravstvene nege in oskrbe, pacienta napotijo k ustreznemu strokovnjaku.

### NAČELO III

**Izvajalci zdravstvene nege in oskrbe spoštujejo dostojanstvo in zasebnost pacienta v vseh stanjih zdravja, bolezni in ob umiranju.**

**Standardi:**

svojo dejavnost izvajajo na način, ki vključuje pacienta kot enkratno, neponovljivo osebnost z vsemi njegovimi posebnostmi;

upoštevajo in spoštujejo pravico pacienta do zasebnosti, še posebej, kadar gre za njegovo intimnost, upanje, strah, trpljenje in bolečino;

umirajočemu pacientu omogočajo kakovostno zdravstveno nego in oskrbo, nudijo razumevajoč odnos, lajšanje trpljenja, upanje, izpoved verskega prepričanja, občutek varnosti ter mirno in dostojanstveno smrt;

pozornost in pomoč nudijo svojcem umirajočega ali umrlega in zanj pomembnim drugim.

#### IZVAJALCI ZDRAVSTVENE NEGE IN OSKRBE TER PRAKSA

### NAČELO IV

**Izvajalci zdravstvene nege in oskrbe nudijo pacientu kompetentno zdravstveno nego in oskrbo.**

**Standardi:**

izvajalci zdravstvene nege in oskrbe so pri opravljanju svojega poklica v okviru svoje izobrazbe in usposobljenosti samostojni in neodvisni ter za svoje delo odgovorni pred svojo vestjo, pacientom in družbo;

v okviru svoje strokovne usposobljenosti so pristojni, da odločajo, načrtujejo, izvajajo in nadzirajo zdravstveno nego in oskrbo. V procesu zdravstvene nege in oskrbe so odgovorni medicinski sestri – vodji negovalnega tima;

ne smejo odkloniti nujne medicinske pomoči, ustrezne njihovi strokovni usposobljenosti, ne glede na to, ali so za to pomoč izrecno zaproseni;

odzvati se morajo na delo v izjemnih razmerah, zavedajoč se moralne in človeške odgovornosti;

ne izvajajo postopkov, za katere nimajo ustreznih znanj, usposobljenosti ter ustreznih poklicnih kompetenc;

upoštevajo načela strokovnega ravnanja in odklonijo vsakršen poseg, ki bi bil po njihovem strokovnem in etičnem prepričanju in vesti lahko neetičen ali za pacienta škodljiv.

**Omejitve:**

izvajalci zdravstvene nege in oskrbe lahko odklonijo izvedbo postopka ali posega, če sodijo, da ni v skladu z njihovim strokovnim znanjem, vestjo ali mednarodnimi pravili poklicne etike oziroma bi bil škodljiv za pacienta;

o svojem ugovoru vesti so dolžni obvestiti zdravstveni zavod/delodajalca. Zdravstveni zavod/delodajalec mora to upoštevati in pacientom zagotoviti možnost za nemoteno uveljavljanje pravic iz zdravstvenega varstva.

## **NAČELO V**

### **Delovanje izvajalcev zdravstvene nege in oskrbe temelji na odločitvah v korist pacienta.**

#### **Standardi:**

zavzemajo se za take razmere pri delu, ki bodo omogočale izvajanje zdravstvene nege in oskrbe v skladu z vrednotami, načeli in standardi tega kodeksa etike;

delovanje mora temeljiti na odločitvah, ki pacientu krepijo, ohranjajo in obnavljajo zdravje ter lajšajo trpljenje;

odnos do pacienta ne sme biti pogojen z namenom pridobivanja lastnih koristi;

ne smejo zlorabiti medsebojnega zaupanja s pacientom ali možnosti prilastitve njegove lastnine;

odklonijo darilo, uslugo, gostoljubnost in komercialni interes, če je slednje mogoče razlagati kot prizadevanje, da bi z nedopustnim vplivom dosegli kakršnokoli ugodnost zase ali za pacienta;

prizadevajo si vzpostaviti tak sistem organizacije dela, ki bo omogočal čim višjo kakovost in varnost zdravstvene nege in oskrbe ter ščitil pacienta pred nestrokovnim, neetičnim in samovoljnim ravnanjem članov negovalnega ali zdravstvenega tima;

preprečujejo in zmanjšujejo vse vrste nasilja nad pacienti in/ali sodelavci v kakršni koli obliki. Udeležba v takih postopkih, njihovo podpiranje ali toleriranje je nedopustno.

## **NAČELO VI**

### **Izvajalce zdravstvene nege in oskrbe zavezuje poklicna molčečnost.**

#### **Standardi:**

pristojni so dajati informacije o zdravstvenem stanju in počutju pacienta le z vidika zdravstvene nege in oskrbe;

kot poklicno skrivnost so dolžni varovati osebne podatke pacienta, podatke o njegovem zdravstvenem stanju, o vzrokih, okoliščinah in posledicah tega stanja;

za poklicno skrivnost šteje vse, kar izvajalci zdravstvene nege in oskrbe pri opravljanju svojega poklica izvedo o pacientu ter o njegovih osebnih, družinskih, socialnih in drugih razmerah ter vse informacije v zvezi z zdravstveno nego, ugotavljanjem bolezni, zdravljenjem in rehabilitacijo;

poklicno skrivnost so dolžni varovati pred družinskimi člani pacienta ali zanj pomembnimi drugimi, če se je pacient tako odločil. Enako velja tudi po njegovi smrti;

poklicne molčečnosti izvajalce zdravstvene nege in oskrbe lahko razreši pacient sam ali če tako določajo z zakonom sprejete posebne določbe;

poklicno skrivnost so dolžni varovati tudi po prenehanju opravljanja svojega poklica.

IZVAJALCI ZDRAVSTVENE NEGE IN OSKRBE TER RAZISKOVANJE

**NAČELO VII**

**Izvajalci zdravstvene nege in oskrbe pri opravljanju raziskovalnega dela spoštujejo pravice pacientov in etične smernice v raziskovalnem delu.**

**Standardi:**

imajo dolžnost in odgovornost, da svoje strokovno znanje nenehno izpopolnjujejo;

pridobljeno strokovno znanje so dolžni posredovati vsem članom negovalnega tima;

si prizadevajo za razvoj in napredek stroke zdravstvene nege in oskrbe;

v okviru svoje strokovne usposobljenosti vodijo in/ali sodelujejo pri znanstveno raziskovalnem delu na področju zdravstvene nege in oskrbe ter v praksi uporabljajo izsledke raziskav;

odgovornost vsakega raziskovalca je, da se seznanijo z bistvenimi dokumenti ter jih upoštevajo pri načrtovanju in izvedbi raziskovalnega dela;

posebno pozornost posvečajo etičnim načelom, popolni in nepristranski obveščenosti pacienta, njegovi avtonomiji, dostojanstvu, zasebnosti in zaupnosti v odnosu do pacienta in njegovih svojcev;

pred izvedbo raziskav, če so nosilci projekta izvajalci zdravstvene nege in oskrbe, v katere so vključeni pacienti, njihovi svojci ali sodelavci, so dolžni pri ustrezni etični komisiji v okviru Ministrstva za zdravje pridobiti soglasje;

v multiprofesionalnih timih sodelujejo le pri kliničnih raziskavah ali eksperimentalnem zdravljenju, ki je odobreno s strani etične komisije oziroma organa, ki preverja etično ustreznost raziskovalnega projekta oziroma zdravljenja. O odobritvi raziskovalnega projekta se imajo pravico predhodno prepričati;

v primeru kliničnih raziskav ali eksperimentalnega zdravljenja, pri čemer niso nosilci projekta, v njem pa morajo sodelovati, ker poteka v njihovem delovnem okolju, imajo pravico uveljavljati ugovor vesti, če je raziskava v nasprotju z njihovimi moralnimi in etičnimi načeli;

objavljajo ugotovitve raziskovalnega dela in s tem skrbijo za razvoj in napredek stroke. V objavah o izsledkih raziskav ugotovitve sporočajo tako, da je zagotovljena popolna anonimnost oseb, ki so bile vključene v raziskavo;

pri pisanju in objavi strokovnih in znanstvenih prispevkov so dolžni upoštevati in spoštovati etične smernice objavljanja rezultatov raziskav;

pri pisanju in objavi strokovnih in znanstvenih prispevkov so dolžni spoštovati avtorske pravice in dosledno navajati vire;

avtorji določenega dela so lahko le osebe, ki so sodelovale pri njegovem nastajanju;

plagiatorstvo je etično in moralno nesprejemljivo.

## IZVAJALCI ZDRAVSTVENE NEGE IN OSKRBE TER SODELAVCI

### NAČELO VIII

**Zdravstvena obravnava pacienta naj predstavlja skupno prizadevanje strokovnjakov različnih zdravstvenih poklicev: izvajalci zdravstvene nege in oskrbe se zavedajo poklicne pripadnosti ter priznavajo in spoštujejo delo sodelavcev.**

#### **Standardi:**

medsebojno sodelovanje in sodelovanje z drugimi poklicnimi skupinami naj temelji na kolegialnosti, iskrenosti in spoštovanju posameznika;

stanovska pripadnost in poklicna dolžnost jih zavezujeta, da ne odrečejo pomoči stanovskemu kolegu ali drugemu sodelavcu, če ta zanjo zaprosi;

upoštevajo strokovne in življenjske izkušnje ter usposobljenost kolegic/kolegov oziroma drugih sodelavcev;

pomagajo članom negovalnega in zdravstvenega tima pri reševanju etičnih dilem in sprejemanju etičnih odločitev;

sodelavcem omogočajo strokovni, osebni in karierni razvoj;

skrbijo za dobre medsebojne odnose v delovnem okolju;

posebno skrb in pozornost namenjajo študentom in dijakom zdravstvenih in drugih šol ter pripravnikom;

pri opravljanju pedagoškega dela v kliničnem okolju zagotavljajo, da je praktično delo ob pacientu strokovno, varno in etično;

pri opravljanju mentorstva zagotavljajo, da dijaki, študenti in sodelavci poznajo kodeks etike, ga razumejo in ravnajo v skladu z njegovo vsebino;

skrbijo, da s svojim javnim nastopanjem, pojavljanjem v medijih in/ali socialnih omrežjih ter sprejemanjem pravilnikov, podzakonskih in zakonskih aktov ne zmanjšujejo ugleda poklica;

o nestrokovnem in/ali neetičnem ravnanju poročajo predpostavljenim, pristojnim institucijam in/ali organom Strokovnega združenja izvajalcev zdravstvene in babiške nege Slovenije;

prizadevajo si za prijazno in nenasilno delovno okolje in upoštevajo stanovsko solidarnost;

nedopustno je podajanje negativnih mnenj o kolegih v navzočnosti pacientov, sodelavcev in laične javnosti;

kolegialno skrbijo za obolelega kolega in druge sodelavce.

nedopustno je vsakršno šikaniranje in izvajanje mobinga vodilnih v zdravstveni negi in oskrbi proti podrejenim.

## IZVAJALCI ZDRAVSTVENE NEGE IN OSKRBE TER DRUŽBA

### NAČELO IX

**Izvajalci zdravstvene nege in oskrbe ravnajo v skladu z usmeritvami, ki zagotavljajo boljše zdravje in razvoj zdravstva.**

#### **Standardi:**

skupaj z drugimi zdravstvenimi delavci in ostalimi državljani sodelujejo pri načrtovanju in izvajanju programov zdravstvenega varstva;

zaradi soodgovornosti v skrbi za zdravje in življenje ljudi so dolžni zdravstveno vzgojno delovati;

skrbijo za varno in zdravo okolje;

podpirajo zdrav življenjski slog posameznikov, skupin in lokalne skupnosti;

so pobudniki aktivnosti, ki so v širšem družbenem interesu, in jih podpirajo;

imajo pravico in dolžnost, da si preko svojih strokovnih in drugih organizacij prizadevajo za prepoznavnost in ugled zdravstvene nege in oskrbe v družbi, ustrezne delovne razmere, primerno plačilo za delo ter pravno zaščito pri opravljanju dejavnosti.

## IZVAJALCI ZDRAVSTVENE NEGE IN OSKRBE TER STANOVSKA ORGANIZACIJE

### NAČELO X

**Stanovske organizacije izvajalcev zdravstvene nege in oskrbe sprejemajo odgovornost za upoštevanje in razvijanje etičnih načel v zdravstveni negi in oskrbi.**

#### **Standardi:**

stanovska združenja podpirajo in razvijajo izobraževanje o strokovnih, etičnih, pravnih vidikih zdravstvene nege in oskrbe, ki naj bo dostopno vsem izvajalcem zdravstvene nege in oskrbe;

izvajalci zdravstvene nege in oskrbe s svojim etičnim in moralnim ravnanjem dvigujejo lastni ugled, ugled poklica in stanovskih organizacij;

izvajalci zdravstvene nege in oskrbe delujejo v skladu z vrednotami, poslanstvom in strategijo stroke ter stanovskih organizacij;

skrbijo za ugled in prepoznavnost stanovskih organizacij tako v delovnem okolju kot v družbi.

---

Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi (Uradni list RS, št. [52/14](#)) vsebuje naslednje končne določbe:

#### »KONČNE DOLOČBE

Etične načela in standardi, vsebovani v tem kodeksu, zavezujejo vse člane Strokovnega združenja izvajalcev zdravstvene in babilške nege Slovenije, izvajalce zdravstvene nege in oskrbe, dijake in študente zdravstvenih šol in fakultet oziroma drugih šol, ustanov in programov, ki izobražujejo za zdravstveno nego in oskrbo. Izvajalci zdravstvene nege in oskrbe se ravnajo po tem kodeksu ne glede na področje dela.

Upoštevanje določil Kodeksa etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije je obvezno za vsakega člana Strokovnega združenja izvajalcev zdravstvene in babiške nege Slovenije. Inštitucija etične komisije v okviru Ministrstva za zdravje je dolžna ukrepati proti izvajalcem zdravstvene nege in oskrbe, ki kršijo določbe tega Kodeksa.

Kršitve določb tega kodeksa ugotavlja Častno razsodišče Ministrstva za zdravje, ki glede na stopnjo in resnost kršitve skladno s sprejetim pravilnikom o ukrepih določi ukrepe, kot so:

zahteva opravičilo izvajalca zdravstvene nege in oskrbe proti pacientu oziroma drugemu izvajalcu zdravstvene nege in oskrbe;

odredi dodatno izobraževanje izvajalca zdravstvene nege in oskrbe;

začasno ali trajno izvajalcu zdravstvene nege in oskrbe odvzame licenco za samostojno opravljanje svojega dela.«

---

Spremembe in dopolnitve Kodeksa etike v zdravstveni negi in oskrbi (Uradni list RS, št. [18/15](#)) spreminjajo končne določbe kodeksa tako, da se glasijo:

#### »KONČNE DOLOČBE

Etične načela in standardi, vsebovani v tem kodeksu, zavezujejo vse člane Strokovnega združenja izvajalcev zdravstvene in babiške nege Slovenije, izvajalce zdravstvene nege in oskrbe, dijake in študente zdravstvenih šol in fakultet oziroma drugih šol, ustanov in programov, ki izobražujejo za zdravstveno nego in oskrbo. Izvajalci zdravstvene nege in oskrbe se ravnavajo po tem kodeksu ne glede na področje dela.

Upoštevanje določil Kodeksa etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije je obvezno za vsakega člana Strokovnega združenja izvajalcev zdravstvene in babiške nege Slovenije. Inštitucija etične komisije v okviru Ministrstva za zdravje je dolžna ukrepati proti izvajalcem zdravstvene nege in oskrbe, ki kršijo določbe tega Kodeksa.

Kršitve določb tega kodeksa ugotavlja skladno z 2. členom Pravilnika o izvajanju strokovnega nadzora s svetovanjem za posamezne poklicne skupine zdravstvenih delavcev, ki niso organizirani v poklicnih zbornicah oziroma strokovnih združenjih z javnim pooblastilom (Uradni list RS, št. 60/13) Ministrstvo za zdravje, ki glede na stopnjo in resnost kršitve skladno s sprejetim pravilnikom o ukrepih določi ukrepe, kot so:

- zahteva opravičilo izvajalca zdravstvene nege in oskrbe proti pacientu oziroma drugemu izvajalcu zdravstvene nege in oskrbe;
- odredi dodatno izobraževanje izvajalca zdravstvene nege in oskrbe;
- začasno ali trajno izvajalcu zdravstvene nege in oskrbe odvzame licenco za samostojno opravljanje svojega dela.

## **Priloga 2: KLASIFIKACIJA MKB-10** **(Poglavje V: Duševne in vedenjske motnje)**

### **F00–F99 – Duševne in vedenjske motnje**

#### **(F00–F09) Organske, simptomatske duševne motnje**

**(F00) Demenca pri Alzheimerjevi bolezni**

**(F01) Vaskularna demenca**

**(F01.1) Multiinfarktna demenca**

**(F02) Demenca pri drugih boleznih, uvrščenih drugje**

**(F02.0) Demenca pri Pickovi bolezni**

**(F02.1) Demenca pri Creutzfeldt-Jakobovi bolezni**

**(F02.2) Demenca pri Huntingtonovi bolezni**

**(F02.3) Demenca pri Parkinsonovi bolezni**

**(F02.4) Demenca pri bolezni zaradi virusa človeške imunske pomanjkljivosti (HIV)**

**(F02.8) Demenca pri drugih opredeljenih boleznih, ki so uvrščene drugje**

**(F03) Neopredeljena demenca**

**(F04) Organski amnestični sindrom, ki ga ne povzročajo psihoaktivne snovi**

**(F05) Delirij (bledež), ki ga ne povzročajo psihoaktivne snovi**

**(F06) Druge duševne motnje zaradi možganske okvare in disfunkcije ter zaradi telesne bolezni**

**(F06.0) Organska halucinoza**

**(F06.1) Organska katatonska motnja**

**(F06.2) Organska blodnjava (shizofreniji podobna) motnja**

**(F06.3) Organske razpoloženske (afektivne) motnje**

**(F06.4) Organska tesnobna (anksiozna) motnja**

**(F06.5) Organska disociativna motnja**

**(F06.6) Organska emocionalno labilna (astenična) motnja**

**(F06.7) Blaga kognitivna motnja**

**(F06.8) Druge opredeljene duševne motnje zaradi možganske okvare in disfunkcije ter zaradi telesne bolezni**

**(F06.9) Neopredeljena duševna motnja zaradi možganske okvare in disfunkcije ter zaradi telesne bolezni**

Organski **možganski sindrom BDO**

**(F07) Osebnostne in vedenjske motnje zaradi možganske bolezni, poškodbe in disfunkcije**

**(F07.0) Organska osebnostna motnja**

**(F07.1) Postencefalitični sindrom**

**(F07.2) Postkonmocijski sindrom**

**(F07.8)** Druge organske osebnostne in vedenjske motnje zaradi možganske bolezni, poškodbe in disfunkcije

**(F07.9)** Neopredeljena organska osebnostna in vedenjska motnja zaradi možganske bolezni, poškodbe in disfunkcije

**(F09) Neopredeljena organska ali simptomatska duševna motnja**

### **(F10–F19) Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja psihoaktivnih snovi**

*Opomba: sledeča stanja se uporabljajo pri kategorijah F10–19:*

*(F1x.0) akutna zastrupitev*

*(F1x.1) škodljivo uživanje*

*(F1x.2) sindrom odvisnosti*

*(F1x.3) odtegnitveno stanje*

*(F1x.4) odtegnitveno stanje z delirijem*

*(F1x.5) psihotična motnja*

*(F1x.6) amnestični sindrom*

*(F1x.7) rezidualna ali pozno nastala psihotična motnja*

*(F1x.8) druge duševne in vedenjske motnje*

*(F1x.9) nespecifične duševne in vedenjske motnje*

### **(F20–F29) Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje**

**(F20) Shizofrenija**

**(F20.0) Paranoidna shizofrenija**

**(F20.1) Hebefrenska shizofrenija**

**(F20.2) Katatonska shizofrenija**

**(F20.3) Nediferencirana shizofrenija**

**(F20.4) Postshizofrenska depresija**

**(F20.5) Rezidualna shizofrenija**

**(F20.6) Enostavna shizofrenija**

**(F20.8) Druge vrste shizofrenija**

**Cenestetična shizofrenija**

**Shizofreniformna motnja BDO**

**Shizofreniformna psihoza BDO**

(F20.9) Shizofrenija, neopredeljena

(F21) **Shizotipska motnja**

(F22) **Trajne blodnjave motnje**

(F22.0) **Blodnjava motnja**

**Paranoja**

**Paranoidna psihoza**

**Paranoidno stanje**

**Parafrenija (kasna)**

(F22.8) Druge trajne blodnjave motnje

**Blodnjava dismorfofobija**

**Involutivno paranoidno stanje**

**Kverulantska paranoja**

(F22.9) Trajna blodnjava motnja, neopredeljena

(F23) Akutne in prehodne **psihotične motnje**

(F23.0) Akutna **polimorfna psihotična motnja** brez simptomov **shizofrenije**

(F23.1) Akutna polimorfna psihotična motnja s simptomi shizofrenije

(F23.2) Akutna **shizofreniji podobna motnja**

(F23.3) Druge akutne pretežno blodnjave psihotične motnje

(F23.8) Druge akutne in prehodne psihotične motnje

(F23.9) Akutna in prehodna psihotična motnja, neopredeljena

**Kratka reaktivna psihoza BDO**

Reaktivna psihoza

(F24) **Inducirana blodnjava motnja**

**Inducirana blodnjavost (folie à deux)**

**Inducirana paranoidna motnja**

**Inducirana psihotična motnja**

(F25) **Shizoafektivne motnje**

(F25.0) Shizoafektivna motnja, **manični** tip

(F25.1) Shizoafektivna motnja, **depresivni** tip

(F25.2) Shizoafektivna motnja, mešani tip

(F25.8) Druge shizoafektivne motnje

(F25.9) Shizoafektivna motnja, neopredeljena

(F28) Druge neorganske **psihotične motnje**

### **Kronična halucinatorna psihoza**

(F29) Neopredeljena neorganska **psihoza**

### **(F30–F39) Razpoloženske (afektivne) motnje**

#### **(F30) Manična epizoda**

##### **(F30.0) Hipomanija**

(F30.1) **Manija** brez psihotičnih simptomov

(F30.2) Manija s psihotičnimi simptomi

(F30.8) Druge manične epizode

(F30.9) Manična epizoda, neopredeljena

#### **(F31) Bipolarna afektivna motnja**

(F31.0) Bipolarna afektivna motnja, trenutna epizoda je hipomanična

(F31.1) Bipolarna afektivna motnja, trenutna epizoda je manična brez psihotičnih simptomov

(F31.2) Bipolarna afektivna motnja, trenutna epizoda je manična s psihotičnimi simptomi

(F31.3) Bipolarna afektivna motnja, trenutna epizoda je blaga ali zmerna depresija

(F31.4) Bipolarna afektivna motnja, trenutna epizoda je huda depresija brez psihotičnih simptomov

(F31.5) Bipolarna afektivna motnja, trenutna epizoda je huda depresija s psihotičnimi simptomi

(F31.6) Bipolarna afektivna motnja, trenutna mešana epizoda

(F31.7) Bipolarna afektivna motnja, trenutno v remisiji

(F31.8) Druge bipolarnе afektivne motnje

#### **Bipolarna motnja II**

Ponavljajoče se manične epizode BDO

(F31.9) Bipolarna afektivna motnja, neopredeljena

#### **(F32) Depresivna epizoda**

(F32.0) Blaga depresivna epizoda

(F32.1) Zmerna depresivna epizoda

(F32.2) Huda depresivna epizoda brez psihotičnih simptomov

(F32.3) Huda depresivna epizoda s psihotičnimi simptomi

(F32.8) Druge depresivne epizode

#### **Atipična depresija**

##### **Posamezne epizode »larvirane« depresije BDO**

(F32.9) Depresivna epizoda, neopredeljena

##### **(F33) Ponavljajoča se depresivna motnja**

(F33.0) Ponavljajoča se depresivna motnja, trenutna epizoda je blaga

(F33.1) Ponavljajoča se depresivna motnja, trenutna epizoda je zmerna

(F33.2) Ponavljajoča se depresivna motnja, trenutna epizoda je huda brez psihotičnih simptomov

(F33.3) Ponavljajoča se depresivna motnja, trenutna epizoda je huda s psihotičnimi simptomi

(F33.4) Ponavljajoča se depresivna motnja, trenutno v remisiji

(F33.8) Druge ponavljajoče se depresivne motnje

(F33.9) Ponavljajoča se depresivna motnja, neopredeljena

##### **Monopolarna depresija BDO**

##### **(F34) Trajne razpoloženske (afektivne) motnje**

##### **(F34.0) Ciklotimija**

##### **(F34.1) Distimija**

(F34.8) Druge trajne razpoloženske motnje

(F34.9) Trajna razpoloženska motnja, neopredeljena

##### **(F38) Druge razpoloženske (afektivne) motnje**

(F38.0) Druge izolirane razpoloženske (afektivne) motnje

##### **Mešana afektivna epizoda**

(F38.1) Druge ponavljajoče se razpoloženske (afektivne) motnje

##### **Ponavljajoče se kratke depresivne epizode**

(F38.8) Druge opredeljene razpoloženske (afektivne) motnje

(F39) Neopredeljena **razpoloženska (afektivne) motnja**

##### **Afektivna psihoza BDO**

#### **(F40–F48) Nevrotske, stresne in somatiformne motnje**

##### **(F40) Fobične anksiozne motnje**

##### **(F40.0) Agorafobija**

##### **(F40.1) Socialne fobije**

##### **Antropofobija**

## **Socialna nevroza**

(F40.2) Specifične (izolirane) **fobije**

**Akrofobija**

**Živalske fobije**

**Klavstrofobija**

**Navadna fobija**

(F40.8) Druge fobične anksiozne motnje

(F40.9) Fobična anksiozna motnja, neopredeljena

**Fobija BDO**

**Fobično stanje BDO**

(F41) Druge **anksiozne motnje**

(F41.0) **Panična motnja (epizodična paroksizmalna anksioznost)**

(F41.1) **Generalizirana anksiozna motnja**

(F41.2) Mešana anksiozna in depresivna motnja

**Anksiozna depresija (blaga ali začasna)**

(F41.3) Druge mešane anksiozne motnje

(F41.8) Druge specializirane anksiozne motnje

**Anksiozna histerija**

(F41.9) Anksiozna motnja, neopredeljena

**Anksioznost BDO**

(F42) **Obsesivno-kompulzivna motnja**

(F43) **Reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje**

(F43.0) Akutna stresna reakcija

(F43.1) **Posttravmatska stresna motnja**

(F43.2) Prilagoditvena motnja

(F44) **Disociativne (konverzivne) motnje**

(F44.0) **Disociativna amnezija**

(F44.1) **Disociativna fuga**

(F44.2) **Disociativni stupor**

(F44.3) **Stanje transa in motnje obsedenosti**

(F44.4) **Disociativne motorične motnje**

**(F44.5) Disociativne konvulzije**

**(F44.6) Disociativna anestezija in izguba senzibilnosti**

**(F44.7) Mešane disociativne (konverzivne) motnje**

**(F44.8) Druge disociativne (konverzivne) motnje**

**Ganserjev sindrom**

**Multipla osebnost**

**(F44.9) Disociativna (konverzivna) motnja, neopredeljena**

**(F45) Somatoformne motnje**

**(F45.0) Somatizacijska motnja**

**Briquetova motnja**

**Multipla psihosomatska motnja**

**(F45.1) Nediferencirana somatoformna motnja**

**(F45.2) Hipohondrična motnja**

**Telesno-dismorfična motnja**

**Dismorfofobija (neblodnjava)**

**Hipohondrična nevroza**

**Hipohondriaza**

**Nozofobija**

**(F45.3) Somatoformna avtonomna disfunkcija**

**Srčna nevroza**

**Da Costov sindrom**

**Gastrična nevroza**

**Nevrocirkulatorna astenija**

**(F45.4) Trajna somatoformna bolečinska motnja**

**Psihalgija**

**(F45.8) Druge somatoformne motnje**

**Škrtanje z zobmi**

**(F45.9) Somatoformna motnja, neopredeljena**

**(F48) Druge nevrotske motnje**

**(F48.0) Nevrastenija**

**(F48.1) Sindrom depersonalizacije-derealizacije**

(F48.8) Druge opredeljne nevrotske motnje

**Dhatov sindrom**

**Zaposlitvena nevroza, ki vključuje grafospazem**

**Psihastenija**

**Psihastenična nevroza**

**Psihogena sinkopa**

(F48.9) Nevrotska motnja, neopredeljena

**Nevroza BDO**

***(F50–F59) Vedenjski simptomi, povezani s fiziološkimi motnjami in telesnimi dejavniki***

(F50) Motnje prehranjevanja

(F50.0) Nervozna anoreksija (anorexia nervosa, živčno hujšanje)

(F50.1) Atipična nervozna anoreksija

(F50.2) Bulimija (bulimia nervosa)

(F50.3) Atipična bulimija

(F50.4) **Preobjedanje**, povezano z drugimi psihološkimi motnjami

(F50.5) **Bruhanje**, povezano z drugimi psihološkimi motnjami

(F50.8) Druge motnje prehranjevanja

**Pica pri odraslih**

Psihogena izguba apetita

(F50.9) Motnja hranjenja, neopredeljena

(F51) Neorganske **motnje spanja**

(F51.0) Neorganska **nesprečnost**

(F51.1) Neorganska **hipersomnija**

(F51.2) Neorganska **motnja razporeditve spanja in budnosti**

(F51.3) **Hoja v spanju (somnambulizem)**

(F51.4) **Nočni strahovi (pavor nocturnus)**

(F51.5) **Nočne more**

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

(F52.0) Pomajkanje ali izguba **spolne želje**

**Frigidnost**

**Hipoaktivna spolna želja**

**(F52.1) Seksualna averzija in pomanjkanje seksualnega uživanja**

**Anhedonija (seksualna)**

**(F52.2) Neuspešnost genitalnega odziva**

**Motnja seksualnega vzbujenja pri ženski**

**Erektilna motnja pri moškem**

**Psihogena impotenca**

**(F52.3) Orgazmična disfunkcija**

**Zavrti orgazem (moški)(ženski)**

**Psihogena anorgazmija**

**(F52.4) Prezgodnja ejakulacija**

**(F52.5) Neorganski vaginizem**

**(F52.6) Neorganska disparevnija**

**(F52.7) Prekomerni spolni nagon**

**(F52.8) Druge vrste spolna disfunkcija, ki je ne povzroča organska motnja ali bolezen**

**(F52.9) Neopredeljena spolna disfunkcija, ki je ne povzroča organska motnja ali bolezen**

**(F53) Duševne in vedenjske motnje, povezane s poporodnim obdobjem, ki niso uvrščene drugje**

**(F53.0) Blage duševne in vedenjske motnje, povezane s poporodnim obdobjem, ki niso uvrščene drugje**

**Postnatalna depresija BDO**

**Postpartalna depresija BDO**

**(F53.1) Hujše duševne in vedenjske motnje, povezane s poporodnim obdobjem, ki niso uvrščene drugje**

**Poporodna psihoza BDO**

**(F54) Psihološki in vedenjski dejavniki, povezani z motnjami in boleznimi, uvrščenimi drugje**

**(F55) Zloraba snovi, ki ne ustvarjajo odvisnosti**

**(F59) Neopredeljeni vedenjski sindromi, povezani s fiziološkimi motnjami in telesnimi dejavniki**

### **(F60–F69) Motnje osebnosti in vedenja v odrasli dobi**

**(F60) Specifične osebnostne motnje**

**(F60.0) Paranoidna osebnostna motnja**

**(F60.1) Shizoidna osebnostna motnja**

**(F60.2) Disocialna osebnostna motnja**

**Antisocialna osebnostna motnja**

**(F60.3) Čustveno neuravnovešena osebnostna motnja**

**Borderline osebnostna motnja**

(F60.4) **Histrionična osebnostna motnja**

(F60.5) **Anankastična osebnostna motnja**

**Obsesivno-kompulzivna osebnostna motnja**

(F60.6) **Bojazljivostna (izmikajoča se) osebnostna motnja**

(F60.7) **Odvisnostna osebnostna motnja**

(F60.8) **Druge opredeljene osebnostne motnje**

**Ekscentrična osebnostna motnja**

**Osebnostna motnja tipa »haltlos«**

**Nezrela osebnostna motnja**

**Narcistična osebnostna motnja**

**Pasivno-agresivna osebnostna motnja**

**Psihonevrotska osebnostna motnja**

(F60.9) **Osebnostna motnja, neopredeljena**

**Karakterna nevroza BDO**

**Patološka nevroza BDO**

(F61) **Mešane in druge osebnostne motnje**

(F62) **Trajne osebnostne spremembe**, ki jih ni mogoče pripisati možganski poškodbi in bolezni

(F62.0) **Trajna osebnostna spremenjenost po katastrofični izkušnji**

(F62.0) **Trajna osebnostna spremenjenost po duševni bolezni**

(F62.0) **Druge trajne osebnostne spremenjenosti**

**Osebnostni sindrom kronične bolečine**

(F62.0) **Trajna osebnostna spremenjenost, neopredeljena**

(F63) **Motnje navad in nagibov**

(F63.0) **Patološko hazardiranje**

(F63.1) **Patološko požiganje (piromanija)**

(F63.2) **Patološka kraja (kleptomanija)**

(F63.3) **Trihotilomanija**

(F64) **Motnje spolne identitete**

(F64.0) **Transseksualizem**

(F64.1) **Transvestizem kot dvojna vloga**

**(F64.2) Motnja spolne identitete v otroštvu**

(F65) Motnje spolne preference

(F65.0) Fetišizem

(F65.1) Fetišistični transvestizem

(F65.2) Ekshibicionizem

(F65.3) Voajerizem

(F65.4) Pedofilija

(F65.5) Sadomazohizem

(F65.6) Multiple motnje spolne preference

(F65.8) Druge motnje spolne preference

**Froterstvo**

**Nekrofilija**

(F66) Psihološke in vedenjske motnje, povezane s **spolnim razvojem** in **naravnostjo**

(F66.0) Motnja spolnega zorenja

(F66.1) Egodistonična spolna orientacija

(F66.2) Motnja v spolnem razmerju

(F66.8) Druge motnje psihoseksualnega razvoja

(F66.9) Psihoseksualna razvojna motnja, neopredeljena

(F68) Druge motnje **osebnosti** in **vedenja** v odrasli dobi

(F68.0) Poudarjanje telesnih znakov zaradi psiholoških vzrokov

(F68.1) Namerno ustvarjanje ali hlinjenje simptomov ali funkcionalnih prizadetosti, bodisi telesnih ali psihičnih (**factitiponarejena motnja**)

**Munchausenov sindrom**

**Potujoči pacient**

(F68.8) Druge opredeljene motnje odrasle osebnosti in vedenja v odrasli dobi

(F69) Neopredeljene motnje **osebnosti** in **vedenja** v odrasli dobi

**(F70–F79) Duševna manjrazvitost (mentalna retardacija)**

(F70) Blaga duševna manjrazvitost

(F71) Zmerna duševna manjrazvitost

(F72) Huda duševna manjrazvitost

(F73) Globoka duševna manjrazvitost

(F78) Druge duševne manjrazvitosti

(F79) Neopredeljena **duševna manjrazvitost**

**(F80–F89) Motnje duševnega (psihološkega) razvoja**

(F80) **Specifične razvojne motnje pri govorjenju** in jezikovnem izražanju

(F80.0) **Specifična motnja pri artikulaciji govora**

**Dislalija**

**Elkanje**

(F80.1) **Ekspresivna jezikovna motnja**

(F80.2) **Receptivna jezikovna motnja**

**Wernickejeva afazija**

**Besedna gluhost**

(F80.3) **Pridobljena afazija z epilepsijo (Landau-Kleffner)**

(F80.8) Druge specifične razvojne motnje pri govorjenju in jezikovnem izražanju

**Šešljanje**

(F80.9) **Specifična razvojna motnja pri govorjenju** in jezikovnem izražanju, neopredeljena

(F81) **Specifične razvojne motnje pri šolskih veščinah**

(F81.0) **Specifična motnja branja**

Razvojna **disleksija**

(F81.1) **Specifična motnja pisanja**

(F81.2) **Specifična motnja računanja**

Razvojna **ackalkulija**

**Gerstmannov sindrom**

(F81.3) **Mešane motnje pri šolskih veščinah**

(F81.8) Druge razvojne motnje pri šolskih veščinah

(F81.9) **Specifična razvojna motnja pri šolskih veščinah**, neopredeljena

Nesposobnost pridobivanja znanja BDO

Nesposobnost učenja BDO

(F82) **Specifična razvojna motnja motoričnih funkcij**

Razvojna **dispraksija**

**Sindrom okornega otroka**

(F83) **Mešane specifične razvojne motnje**

**(F84) Pervazivne razvojne motnje**

**(F84.0) Avtizem v otroštvu**

**(F84.1) Atipični avtizem**

**(F84.2) Rettov sindrom**

**(F84.3) Druge vrste dezintegrativna motnja v otroštvu**

**(F84.4) Hiperaktivna motnja povezana z duševno manjrazvitostjo in stereotipnimi gibi**

**Dementia infantilis**

**Hellerjev sindrom**

**Simbiotična psihoza**

**(F84.5) Aspergerjev sindrom**

**(F88) Druge motnje duševnega (psihološkega) razvoja**

**Razvojna agnozija**

**(F89) Neopredeljena motnja duševnega (psihološkega) razvoja**

**Razvojna motnja BDO**

***(F90–F98) Vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu in adolescenci***

**(F90) Hiperkinetične motnje**

**(F90.0) Motnja aktivnosti in pozornosti**

**(F90.1) Hiperkinetična motnja vedenja**

**(F90.8) Druge hiperkinetične motnje**

**(F90.9) Hiperkinetična motnja, neopredeljena**

**(F91) Motnje vedenja**

**(F91.0) Motnja vedenja, omejena na družinski okvir**

**(F91.1) Nesocializirana motnja vedenja**

**(F91.2) Socializirana motnja vedenja**

**(F91.3) Opozicionalno ključevalno vedenje**

**(F91.8) Druge motnje vedenja**

**(F91.9) Motnja vedenja, neopredeljena**

**(F92) Mešane motnje vedenja in čustvovanja**

**(F92.0) Depresivna motnja vedenja**

**(F92.8) Druge mešane motnje vedenja in čustvovanja**

**(F92.9) Mešana motnja vedenja in čustvovanja, neopredeljena**

(F93) **Čustvene motnje**, za katere je značilno, da se začnejo v **otročtvu**

(F93.0) **Ločitvena tesnoba** v otroštvu

(F93.1) **Fobična tesnoba** v otroštvu

(F93.2) **Socialna tesnoba** v otroštvu

(F93.3) **Rivaliteta sorojencev** kot motnja

(F93.8) Druge čustvene motnje v otroštvu

**Identitetna motnja**

**Motnja pretirane anksioznosti**

(F93.9) Čustvena motnja v otroštvu, neopredeljena

(F94) Motnje **socialnega funkcioniranja**, za katere je značilno, da se začnejo v **otročtvu** in **adolescenci**

(F94.0) **Elektivni mutizem**

(F94.1) **Reaktivna motnja pri navezovanju odnosov** v otroštvu

(F94.2) **Razvrtost pri navezovanju odnosov** v otroštvu

**Brezčutna psihopatija**

**Institucionalni sindrom**

(F94.8) Druge motnje socialnega funkcioniranja v otroštvu

(F94.9) Motnja socialnega funkcioniranja v otroštvu, neopredeljena

(F95) **Tiki**

(F95.0) Prehodni tik

(F95.1) Kronični motorni ali glasovni tik

(F95.2) **Kombinirani glasovni in multipli motorični tik (de la Tourette)**

(F95.8) Drugi tiki

(F95.9) Tik, neopredeljen

(F98) Druge **vedenjske in čustvene motnje**, ki se začnejo navadno v **otročtvu** in **adolescenci**

(F98.0) Uhajanje vode (**enureza**) neorganskega izvora

(F98.1) Uhajanje blata (**enkopreza**) neorganskega izvora

(F98.2) **Motnja hranjenja** v detinstvu in otroštvu

(F98.3) **Pica** v detinstvu in otroštvu

(F98.4) **Motnje stereotipnega gibanja**

(F98.5) **Jecljanje**

(F98.6) **Prehitevajoče govorjenje**

(F98.8) Druge specifične vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu in adolescenci

**Pomanjkanje pozornosti** brez hiperaktivnosti

**Ekscesivna masturbacija**

**Grizenje nohtov**

**Vrtanje po nosu**

**Sesanje palca**

(F98.9) Neopredeljene vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu in adolescenci

(F99) Neopredeljena duševna motnja

(F99) **Duševna motnja**, ki ni opredeljena drugje