



Nacionalni inštitut
za javno zdravje

DUŠEVNO ZDRAVJE OTROK IN MLADOSTNIKOV V SLOVENIJI

Povzetek publikacije



Duševno zdravje otrok in mladostnikov v Sloveniji - povzetek publikacije

Uredniki: Saška Roškar, Helena Jeriček Klanšček, Matej Vinko, Ada Hočevar Grom

Oblikovanje: Andreja Frič

Fotografija: Pixabay

Besedilo ni lektorirano.

Izdajatelj: Nacionalni inštitut za javno zdravje, Trubarjeva cesta 2, 1000 Ljubljana

Elektronska izdaja

Elektronski vir: www.nijz.si

Kraj in leto izdaje: Ljubljana, 2019

Zaščita dokumenta

© 2019 NIJZ

Vse pravice pridržane. Reprodukcijska po delih ali v celoti na kakršenkoli način in v kateremkoli mediju ni dovoljena brez pisnega dovoljenja avtorja. Kršitve se sankcionirajo v skladu z avtorsko pravno in kazensko zakonodajo.

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

COBISS.SI-ID=301082880

ISBN 978-961-7002-84-3 (pdf)

DUŠEVNO ZDRAVJE OTROK IN MLADOSTNIKOV V SLOVENIJI

Povzetek publikacije

*Saška Roškar
Helena Jeriček Klanšček
Matej Vinko
Ada Hočevar Grom*

Ljubljana, 2019

KAZALO

PUBLIKACIJI NA POT	5
UVOD	6
METODA	8
POZITIVNO DUŠEVNO ZDRAVJE	11
Vidiki pozitivnega duševnega zdravja	12
OBRAVNAVE V ZDRAVSTVENEM SISTEMU	
PORABA ZDRAVIL IN JAVNA ZDRAVSTVENA MREŽA SLUŽB NA PODROČJU DUŠEVNEGA ZDRAVJA	15
Primarna zdravstvena raven	16
Sekundarna zdravstvena raven	18
Bolnišnične obravnave	20
Poraba zdravil	22
Javna zdravstvena mreža služb za obravnavo težav in motenj v duševnem zdravju	24
IZBRANE DUŠEVNE TEŽAVE IN MOTNJE	27
Doživljanje stresa	28
Doživljanje psihosomatskih simptomov	30
Vedenjske in čustvene težave	32
Depresija in anksioznost	34
Hiperkinetična motnja	36
Motnje hranjenja	38
Različne oblike samomorilnosti	40
PREDLOGI UKREPOV	42
SLOVAR POJMOV	43
VIRI	57



*Pri vsakem delu je
najpomembnejši začetek,
zlasti še, če imamo opravka
s čim mladim in nežnim.*

Sokrat

Publikaciji na pot

Publikacija, ki je pred vami, je povzetek obsežne monografije Duševno zdravje otrok in mladostnikov v Sloveniji, ki smo jo na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje izdali lansko leto (monografija je prosto dostopna na spletnih straneh inštituta). Pričujoči izdelek je nastal z namenom, da bi vsem, ki se pri svojem delu srečujejo z otroki in mladostniki, vsem, ki soustvarjajo boljše pogoje za duševno zdravje otrok in mladostnikov in vsem, ki jih to področje iz kakršnega koli razloga zanima, na enem mestu in v zelo strnjeni obliki ponudili verodostojne informacije in podatke o stanju na področju duševnega zdravja otrok in mladostnikov.

V publikacij so v tekstovni in grafični obliki povzeta ključna sporočila in ugotovitve na omenjenem področju, ki izhajajo iz podatkov obdobjnih presečnih populacijskih raziskav in zdravstvenih podatkovnih zbirk. Poglavlja v publikaciji si sledijo tako, da bralca postopno uvedejo v področje, saj so najprej predstavljene vsebine pozitivnega duševnega zdravja, nato negativnega duševnega zdravja z bolj natančnim prikazom izbranih vsebin in na koncu povzetek predlogov ukrepov, ki smiselno zaokrožijo celoto.

Prikazane ugotovitve predstavljajo izhodišče in usmerjevalnik za oblikovanje večnivojskih ukrepov na področju duševnega zdravja otrok in mladostnikov, zato upamo, da bodo dosegli vse, ki so tako ali drugače dejavni na tem področju.

Uredniki

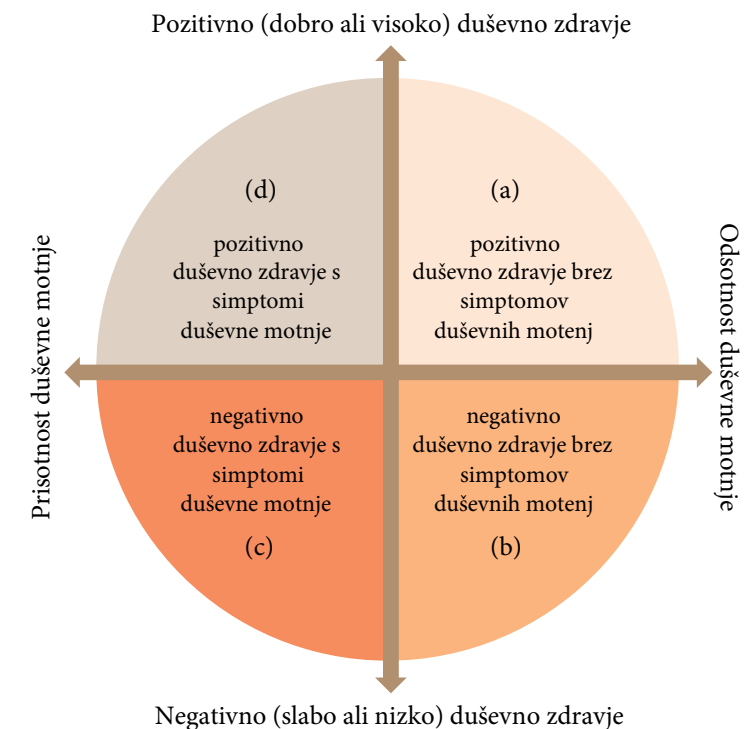
Uvod

Duševno zdravje je opredeljeno kot pozitiven odnos do sebe in drugih, sposobnost uspešnega soočanja z izzivi, pozitivna samopodoba, visoko samospoštovanje, občutek moči, optimizem in sposobnost soočanja s težavami. Tradicionalne opredelitve duševno zdravje pojmujejo kot *stanje*, ki je ločeno od duševnih motenj¹, novejša opredelitve pa se naslanjajo na koncept *kontinuum*, po katerem se duševno zdravje razume kot nekaj spremenljivega med pozitivnim (dobra samopodoba, učinkovito reševanje problemov in soočanje s težavami...) in negativnim duševnim zdravjem (duševne motnje in težave...)². Avtorji najnovejših opredelitev³ gredo še korak dlje in govorijo o dveh ločenih, a povezanih kontinuumih – o kontinuumu duševnega zdravja (visoko izraženo/ pozitivno duševno zdravje na eni strani in slabo/nizko izraženo duševno zdravje na drugi strani) in kontinuumu duševnih motenj (prisotne/izražene duševne motnje na eni strani in neprisotne/neizražene duševne motnje na drugi strani). Če si oba kontinuumata predstavljamo v obliki dveh osi (slikovni prikaz, stran 7) – navpična, ki predstavlja kontinuum duševnega zdravja in vodoravna, ki predstavlja kontinuum duševnih motenj – ugotovimo, da soovplivanje obeh kontinuumov omogoča različne kombinacije stanj in sicer (a) optimalno/dobro duševno zdravje (pozitivno duševno zdravje) brez simptomov duševnih motenj, (b) slabo duševno zdravje (negativno duševno zdravje) brez simptomov duševnih motenj, (c) slabo oziroma negativno duševno zdravje s simptomi duševni motnje in (d) optimalno/visoko duševno zdravje (pozitivno duševno zdravje) s simptomi duševne motnje. Dobro duševno zdravje in duševne motnje ali težave se lahko pojavljajo sočasno in se ne izključujejo, odsotnost duševnih motenj ali težav pa še ne pomeni nujno dobrega duševnega zdravja in obratno.

Po pregledu dosedanjih študij in razpoložljivih podatkov na slovenskih vzorcih smo ugotovili, da kazalniki pozitivnih in negativnih vidikov duševnega zdravja otrok in mladostnikov niso enakomerno zastopani. Dostopni kazalniki so bili večinoma povezani z duševnimi težavami in motnjami ter v manjši meri s pozitivnimi vidiki duševnega zdravja, zadovoljstvom, občutkom sreče, dobrega počutja, pozitivno samopodobo, itd. Prav tako smo ugotavljali, da je v slovenskem prostoru manjkala publikacija, v kateri bi bili na enem mestu zbrani podatki o duševnem zdravju otrok in mladostnikov iz različnih virov (obdobne oziroma presečne raziskave, različne podatkovne zbirke), ki bi omogočali celostni pregled področja.

Namen pričujoče publikacije je na kratak, jase in jednat način predstaviti glavne ugotovitve iz monografije Duševno zdravje otrok in mladostnikov v Sloveniji, ki smo jo izdali v elektronski obliki. Bralcu želimo ponuditi pregled nad (I) področji duševnega zdravja, ki niso dovolj dobro zajeta v smislu zbiranja in spremljanja podatkov, (II) podatki, ki omogočajo razširitev in dopolnitev obstoječih spoznanj na področju duševnega zdravja otrok in mladostnikov v Sloveniji in (III) usmeritvami za izvajanje ukrepov, ki so usklajeni z Resolucijo Nacionalnega programa za duševno zdravje in jih narekujejo podatki.

Slikovni prikaz dvofaktorskega modela



¹ World Health Organization. (2014). Mental Health Action Plan: 2013-2020. Geneva: World Health Organization. Pridobljeno s http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf.

² Lehtinen, V., Sohlman, B., in Kovess-Masfety, V. (2005). Level of positive mental health in the EU. Results from the Eurobarometer 2002 survey. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 1(1), 9–16.

³ Greenspoon, P. J., in Saklofske, D. H. (2001). Toward an integration of subjective well-being and psychopathology. *Social Indicators Research*, 54(1), 81–108.

Metoda

Starostna skupina

V analizo so bili vključeni podatki otrok in mladostnikov v starostni skupini od 0 do 19 let. Starostne razrede znotraj tega razpona smo po potrebi in posebnosti posameznega proučevanega problema prilagajali (denimo izpustili najnižjo starostno skupino), v poglavju o pozitivnem duševnem zdravju pa smo zaradi pomanjkanja podatkov opazovano starostno skupino razširili. Izračunane stopnje (bolnišnične, zunajbolnišnične obravnave) temeljijo na številu oseb v referenčni starostni skupini.

Viri podatkov

V publikaciji smo uporabili razpoložljive podatke o duševnem zdravju in duševnih motnjah pri otrocih in mladostnikih v Sloveniji. Viri podatkov so bile podatkovne zbirke in presečne raziskave, ki so predstavljene v tabeli 1.

Tabela 1. Pregled podatkovnih zbirk in presečnih raziskav, ki so predstavljale vir podatkov, s pripadajočimi glavnimi značilnostmi

Vir podatkov	Opis vira	Zajeta ciljna starostna skupina	Vključen časovni interval/leto izvedbe raziskave
⁴Podatkovne zbirke NIJZ			
ZubStat	Zbirka podatkov o obiskih in naporitvah, boleznih in stanjih ter kadrih in urah na primarni in sekundarni zdravstveni ravni; podatki so ločeni po vrsti obiska (preventivni, kurativni...), po spolu, starosti in po diagnozah; na primarni ravni podatki vključujejo diagnozo ob prvem obisku, na specialistični, sekundarni ravni pa končno diagnozo.	0–19 let	2008–2015
Bolob	Zbirka podatkov o neprekinjenih, več kot 24ur trajajočih obravnavah bolnikov v posteljnih enotah bolnišnice, zaradi bolezni, poškodb in zastrupitve; podatki vključujejo informacijo o glavni diagnozi oziroma stanju ob koncu bolnišnične obravnave, zaradi katere je oseba potrebovala zdravljenje.	0–19 let	2008–2015
Evidenca porabe zdravil	Zbirka obsega podatke zajete z zelenih in belih receptov; poraba zdravil je predstavljena z absolutnim številom izdanih receptov in definiranim dnevnikom odmerkom (DDD – Defined Daily Dose) na 1000 oseb na dan.	0–19 let	2008–2015
Baza umrlih	Zbirka podatkov vzrokov smrti, ki vključuje podatke o vseh umrlih, ki so imeli stalno prebivališče v Republiki Sloveniji; poročilo o smrti vključuje informacije o osnovnem vzroku smrti, demografske podatke umrle osebe (osebni podatki, prebivališče, zakonski stan, državljanstvo), podatke o kraju smrti ter drugih okoliščinah smrti.	0–19 let	2008–2015
BPI	Temeljna zbirka podatkov o organizacijskih enotah, zdravstvenem osebju in drugih zaposlenih v zdravstvu.	/	2008–2015
⁵Presečne raziskave			
HBSC	Periodična, mednarodna kvantitativna raziskava, ki se izvaja v štiriletnih intervalih in zajema številne vidike mladostnikovega zdravja in življenja.	11, 13 in 15 let	2002, 2006, 2010, 2014
Mladina	Raziskava, ki zajema življenjske pogoje in socialno ekonomski položaj mladih, zaposlovanje in mobilnost, izobraževanje, prosti čas in življenjski slog, uporabo medijev, zdravje in druge vidike življenja.	16–27 let	2010, 2013
EHIS	Anketa o zdravju, katere glavni namen je ugotoviti, kakšno je zdravstveno stanje prebivalcev, kako pogosto se uporabljajo različne zdravstvene storitve in kakšen je življenjski slog prebivalcev, povezan z zdravjem; izvaja se praviloma vsakih 5 let.	15–19 let	2007, 2014
ESPAD	Periodična, mednarodna kvantitativna raziskava, ki se izvaja v štiriletnih intervalih in zajema različne vidike uživanja psihoaktivnih substanc med mladimi.	15 in 16 let	2007
SAYLE	Program promocije zdravja z namenom preprečevanja tveganega in samopoškodovalnega vedenja; del programa je tudi zbiranje podatkov o počutju in zdravju mladostnikov v Evropi, o življenjskem slogu in duševnem zdravju, dejavnih tveganja za duševne motnje pri mladih ter povečanje ozaveščenosti o duševnem zdravju.	14 in 15 let	2013

⁴ZubStat – Evidenca osnovnega zdravstvenega varstva in evidenca o boleznih in stanjih, ugotovljenih v specialistični ambulantni dejavnosti; Bolob – Evidenca bolezni, poškodb in zastrupitev, ki zahtevajo zdravljenje v bolnišnici; Evidenca porabe zdravil, izdanih na recept; Baza umrlih – Podatkovna zbirka vzrokov smrti na podlagi zdravniških poročil o umrli osebi; BPI – Baza podatkov izvajalcev zdravstvene dejavnosti; ⁵HBSC – Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju; EHIS – Anketa o zdravju in zdravstvenem varstvu; ESPAD – Evropska raziskava o alkoholu in preostalih drogah med šolsko mladino; SAYLE – Raziskava Reševanje in opolnomočenje mladih življenj v Evropi

Natančen opis metodologije, podrobnosti v zvezi s starostnimi skupinami in viri podatkov, so na voljo v izvorniku monografije.



**POZITIVNO
DUŠEVNO ZDRAVJE**

Vidiki pozitivnega duševnega zdravja

Večina otrok in mladostnikov je duševno zdravih.

2013 Mladina
16–19 let

59 % mladostnikov ocenjuje svoje duševno zdravje kot zelo dobro ali odlično.

2014 HBSC
11, 13, 15 let

Slovenski mladostniki so v stopnji zadovoljstva primerljivi z njihovimi vrstniki iz drugih držav.

2014 HBSC
11, 13, 15 let

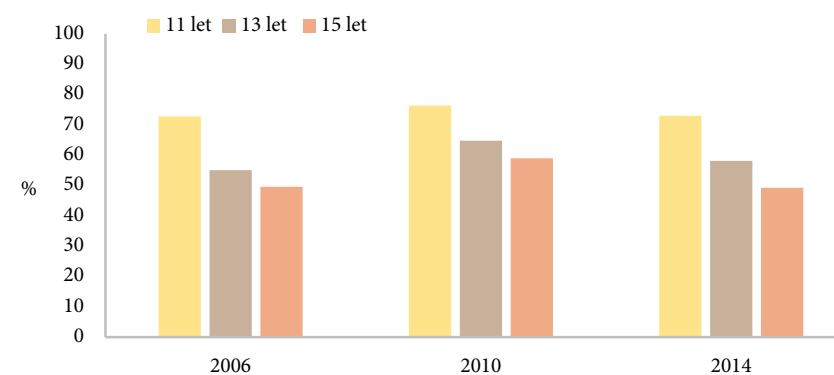
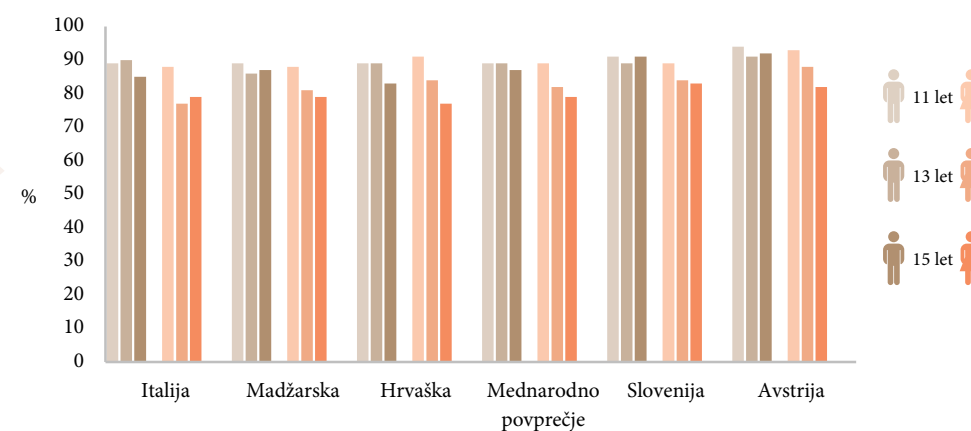
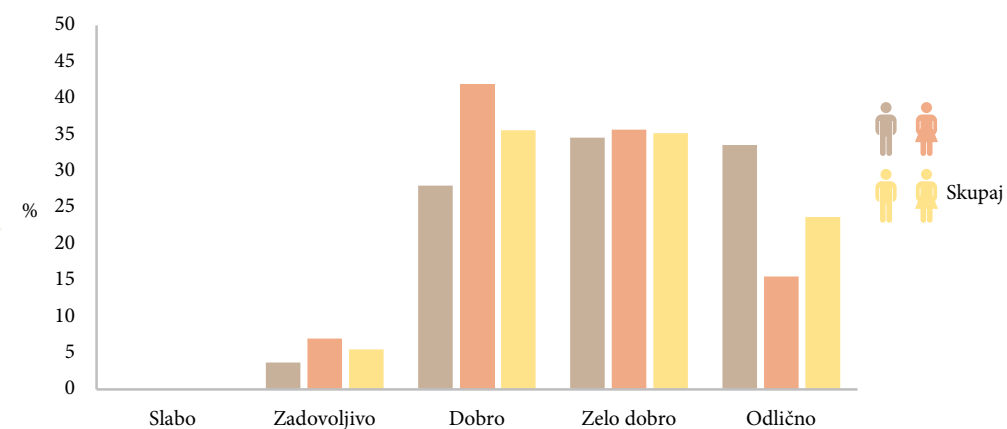
Bolj zadovoljni z življenjem so mladostniki, ki zaznavajo, da gre njihovi družini finančno dobro, in ki imajo dobro podporo staršev, vrstnikov in učiteljev.

2006–2014 HBSC
11, 13, 15 let

60 % mladostnikov ima povprečno ali visoko z zdravjem povezano kvaliteto življenja, ki upada s starostjo in nižjim socialno-ekonomskim statusom. V vseh starostnih skupinah so bolj zadovoljni fantje.

2014 EHIS
15–19 let

79 % mladostnikov ima visoko raven vitalne energije, kar pomeni, da se pogosto počutijo polni življenja, polni energije in redko zdelani, utrujeni ali izžeti.





**OBRAVNAVE
V ZDRAVSTVENEM
SYSTEMU,
PORABA ZDRAVIL IN
JAVNA ZDRAVSTVENA
MREŽA SLUŽB
NA PODROČJU
DUŠEVNEGA ZDRAVJA**

Primarna zdravstvena raven

Izvajalci zdravstvenih storitev so izvedli skupno 52.690 prvih obravnav zaradi duševnih in vedenjskih motenj.



Podatkovne zbirke NIJZ 2008–2015
0–19 let

V opazovanem obdobju se je število obravnav v ambulantah na primarni ravni zdravstvenega varstva, pri katerih so bili otroci in mladostniki v tekočem letu prvič obravnavani zaradi duševne ali vedenjske motnje, povečalo za 25,7 %.

Obravnave so najpogostejše v starostni skupini od 15 do 19 let.

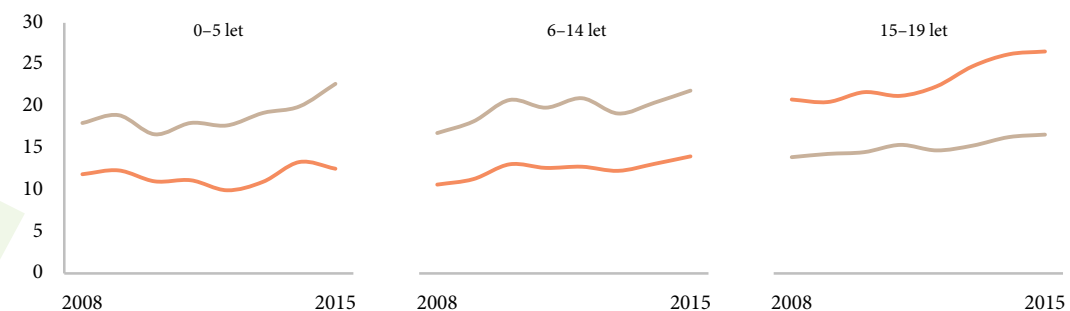
V starostni skupini od 15 do 19 let so pogosteje obravnavana dekleta, v skupini od 6 do 14 let pa fantje.

Najpogostejše obravnave pri

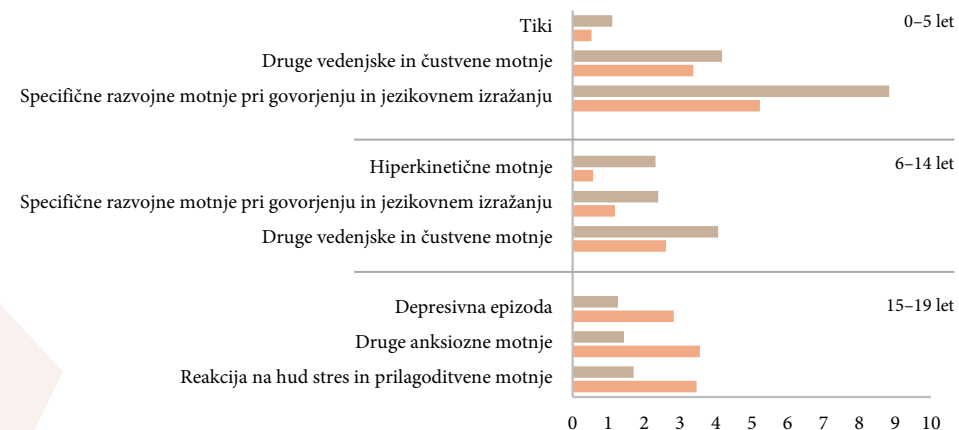
- otrocih, starih do 5 let so zaradi specifične razvojne motnje pri govorjenju in jezikovnem izražanju;
- otrocih, starih od 6 do 14 let so zaradi drugih vedenjskih in čustvenih motenj;
- mladostnikih, starih od 15 do 19 let so zaradi reakcije na hud stres in prilagoditvenih motenj.

Največ obravnav je v primorsko-notranjski, posavski in osrednjeslovenski regiji, najmanj pa v savinjski regiji.

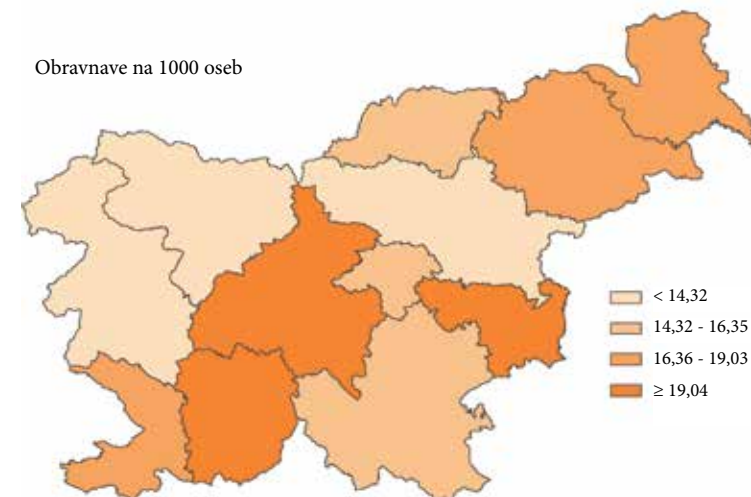
Stopnja prvih obiskov na 1000 oseb



Stopnja prvih obiskov na 1000 oseb



Obravnave na 1000 oseb



Sekundarna zdravstvena raven

Izvajalci zdravstvenih storitev so zabeležili 59.976 končnih diagnoz zaradi duševnih in vedenjskih motenj.



Podatkovne zbirke NIJZ 2008–2015
0–19 let

V opazovanem obdobju se je število obravnav otrok in mladostnikov v ambulantah na sekundarni ravni zdravstvenega varstva, pri katerih je bila postavljena končna diagnoza duševne ali vedenjske motnje, povečalo za 71,0 %.

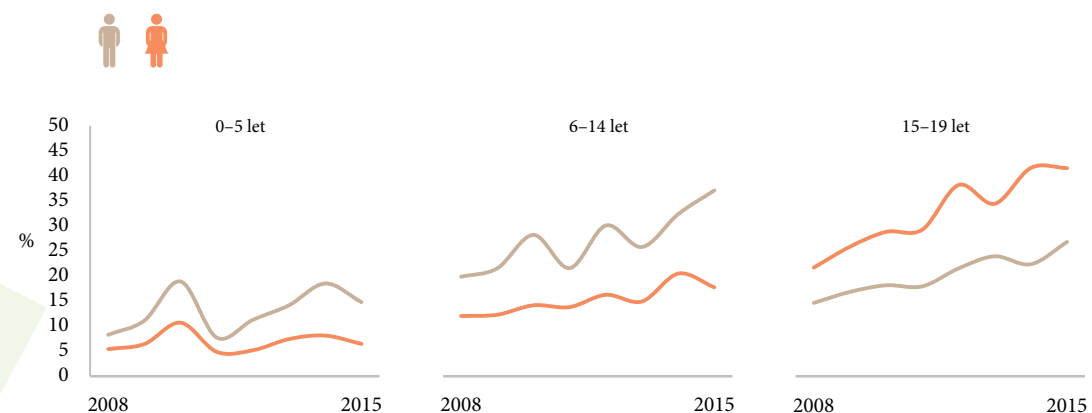
Obravnave so najpogostejše v starostni skupini od 15 do 19 let.

V starostni skupini od 15 do 19 let so pogosteje obravnavana dekleta, v skupini od 6 do 14 let pa fantje.

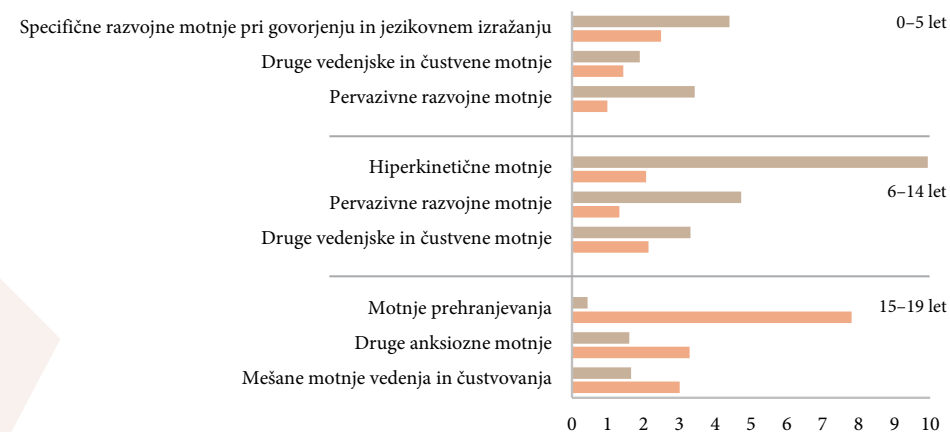
Najpogostejše obravnave pri

- otrocih, starih do 5 let so zaradi specifične razvojne motnje pri govorjenju in jezikovnem izražanju;
- otrocih, starih od 6 do 14 let so zaradi hiperkinetične motnje;
- mladostnikih, starih od 15 do 19 let so zaradi motenj prehranjevanja.

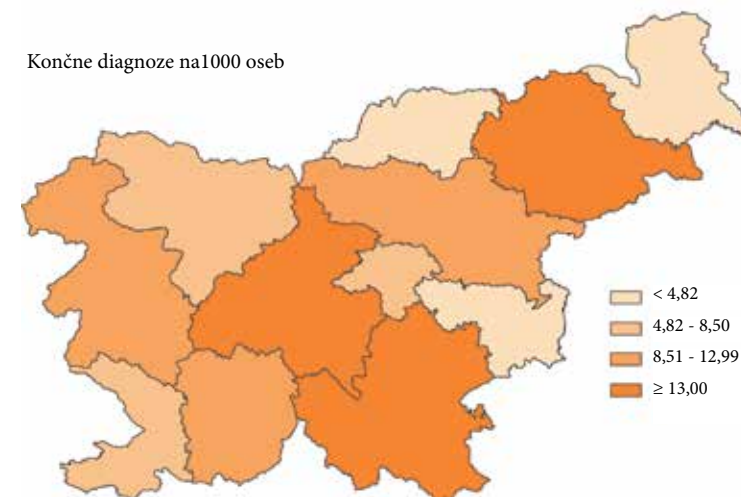
Največ obravnav je v osrednjeslovenski, jugovzhodni in podravski regiji, najmanj pa v koroški, posavski in pomurski regiji.



Stopnja končnih diagnoz na 1000 oseb



Končne diagnoze na 1000 oseb



Bolnišnične obravnave



Podatkovne zbirke NIJZ 2008–2015
0–19 let

V opazovanem obdobju se je število bolnišničnih obravnav otrok in mladostnikov, kjer je bil glavni vzrok obravnave duševna ali vedenjska motnja, znižalo za 4,9 %. Znižanje je posledica upada števila obravnav otrok do 5 leta starosti. Naraslo pa je število obravnav otrok in mladostnikov od 6 do 19 leta starosti.

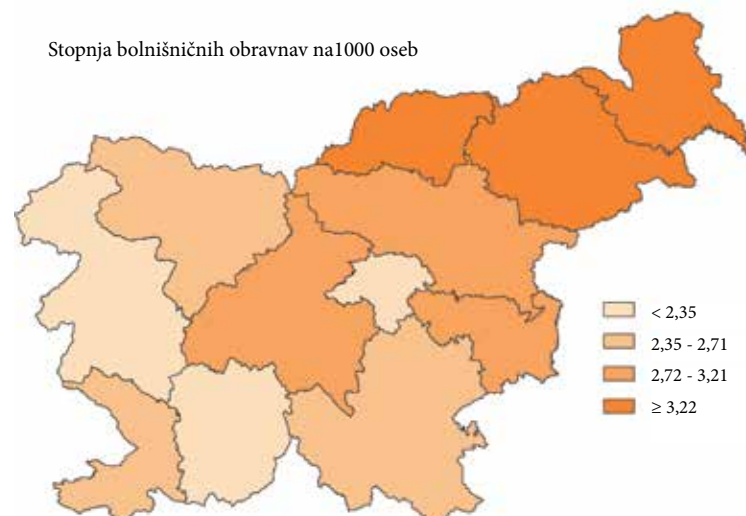
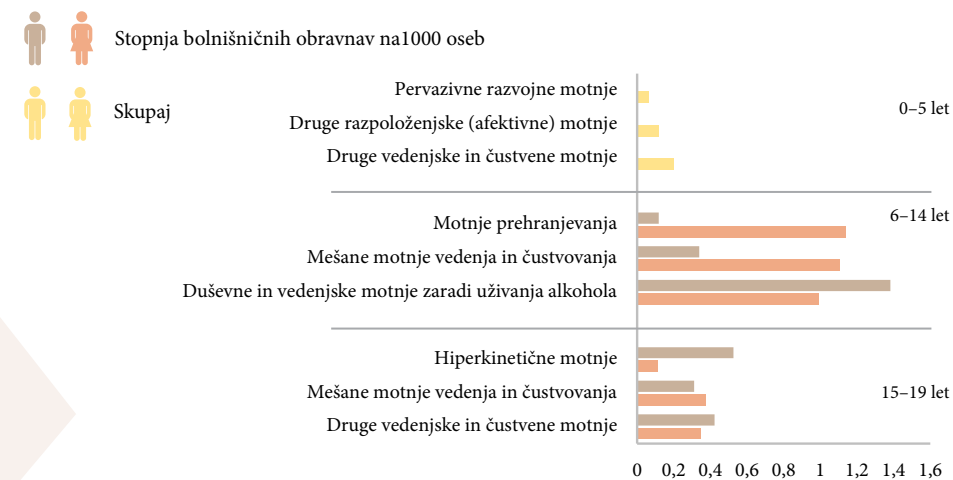
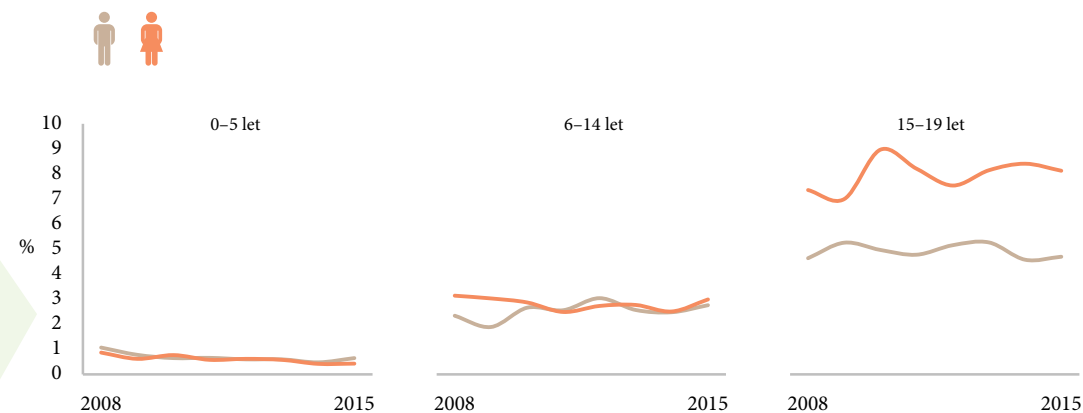
Znižanje je posledica upada števila obravnav otrok do 5 leta starosti. Naraslo pa je število obravnav otrok in mladostnikov od 6 do 19 leta starosti.

Najpogostejše obravnave pri

- otrocih, starih do 5 let so zaradi specifične razvojne motnje pri govorjenju in jezikovnem izražanju;
- otrocih, starih od 6 do 14 let so zaradi hiperkinetične motnje;
- mladostnikih, starih od 15 do 19 let so zaradi motenj prehranjevanja.

Najdaljše ležalne dobe so zabeležene zaradi motenj iz sklopa shizofrenij, shizotipskih in blodnjavih motenj, najkrajše ležalne dobe pa pri duševnih in vedenjskih motnjah zaradi uživanja psihoaktivnih snovi.

Več obravnav otrok in mladostnikov je v vzhodni Sloveniji, največ v pomurski, koroški in podravski regiji, najmanj pa v goriški, primorsko-notranjski ter zasavski regiji.



Poraba zdravil



Podatkovne zbirke NIJZ 2008–2015
0–19 let

V opazovanem obdobju se je poraba zdravil za zdravljenje duševnih in vedenjskih motenj pri otrocih in mladostnikih povečala za 48,3 %. Povečanje je posledica porasta porabe antidepresivov (za 43,3 %) in psihostimulansov (za 87,2 %).

Največ zdravil pri

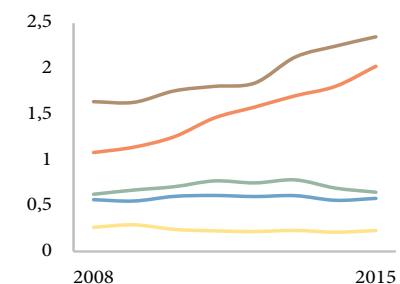
- otrocih in mladostnikih med 6. in 14. letom je izdanih iz farmakološke skupine psihostimulansov;
- mladostnikih med 15. in 19. letom je bilo izdanih iz farmakološke skupine antidepresivov, ki so pri dekletih te starostne skupine predstavljali kar 69,5 % porabe vseh zdravil, namenjenih zdravljenju duševnih in vedenjskih motenj.

Poraba zdravil za zdravljenje duševnih in vedenjskih motenj je najvišja v jugovzhodni Sloveniji, najnižja pa v savinjski regiji.

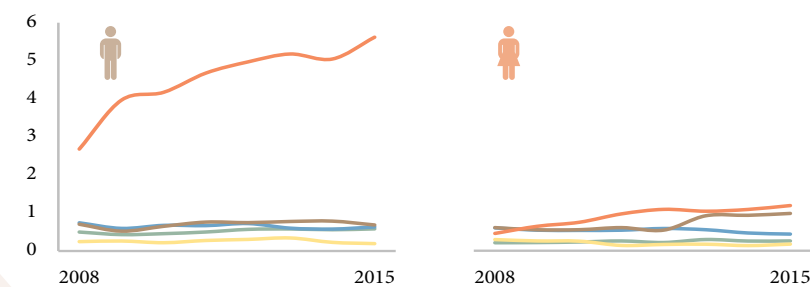
Legenda:

Antipsihotiki Anksiolitiki Hipnotiki in sedativi
Antidepresivi Psihostimulansi

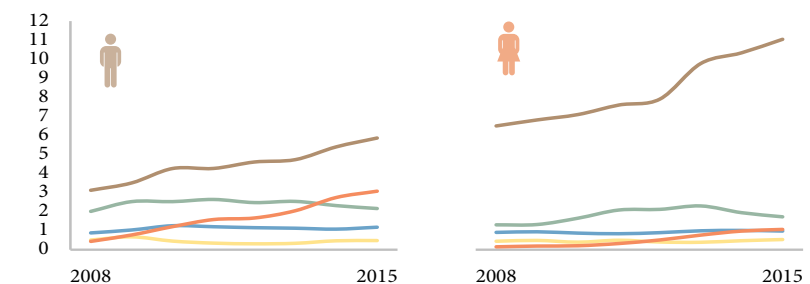
0–19 let Število DDD na 1000 oseb



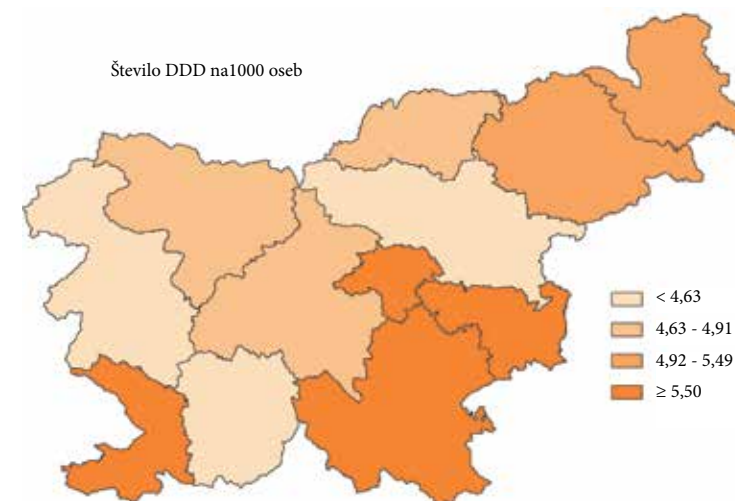
6–14 let Število DDD na 1000 oseb



15–19 let Število DDD na 1000 oseb



Število DDD na 1000 oseb



Javna zdravstvena mreža služb za obravnavo težav in motenj v duševnem zdravju

Obstoječa javna zdravstvena mreža za obravnavo težav in motenj v duševnem zdravju otrok in mladostnikov ni skladna z dejanskimi potrebami.



Podatkovne zbirke NIJZ 2015
ZZZS 2015

Razporeditev ter obseg dela razvojnih ambulant sta v Sloveniji neenakomerna.

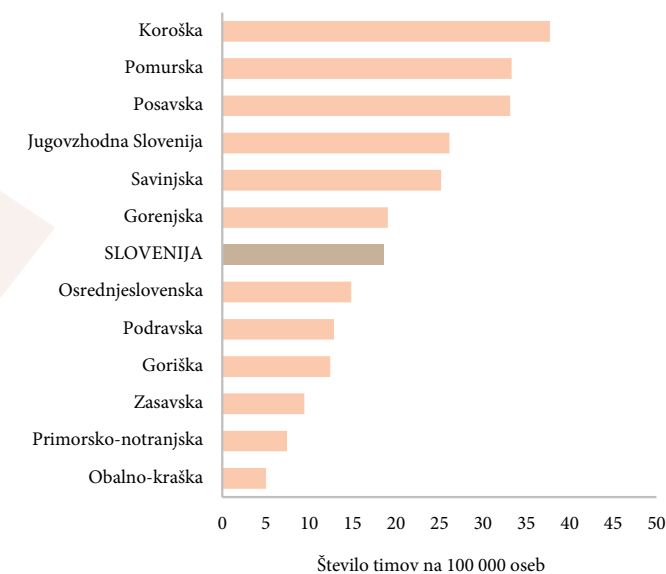
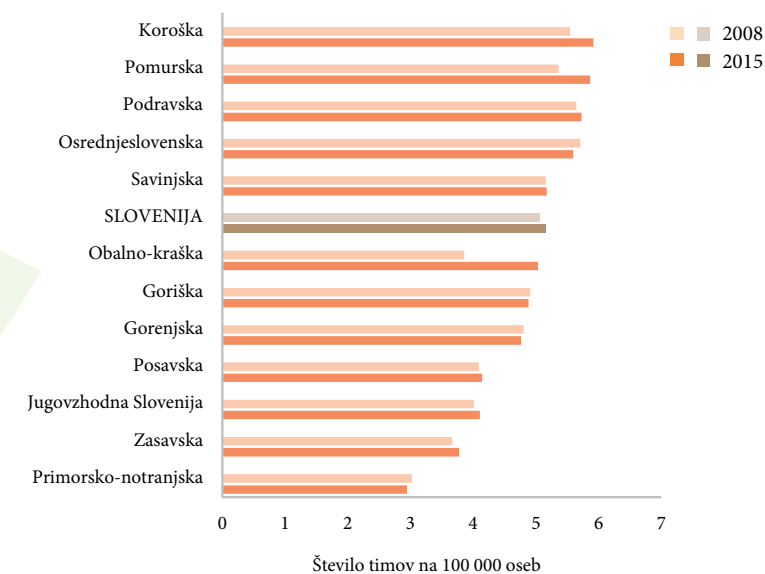
Dejavnost dispanzerjev za duševno zdravje je v Sloveniji neenakomerno razporejena.

Iz dostopnih podatkov ni mogoče ugotoviti dejanske kadrovske sestave timov v razvojnih ambulantah in dispanzerjih za duševno zdravje.

Glede na število obravnav v dejavnosti otroške in mladostniške psihiatrije so med regijami razlike. Izstopa podravska regija z 2,6-krat več obravnav, kot je povprečje v Sloveniji.

Dejavnost otroške in mladostniške psihiatrije je v Sloveniji neenakomerno razporejena, enako velja za kadre. Koroška, posavska in primorsko-notranjska regija nimajo planiranega programa v tej dejavnosti.

Zunajbolnišnična dejavnost otroške in mladostniške psihiatrije se izvaja v večjem obsegu, kot je planirano.



Opomba: Sestava timov v razvojnih ambulantah in dispanzerjih za duševno zdravje se razlikuje.



IZBRANE DUŠEVNE TEŽAVE IN MOTNJE

Doživljanje stresa



Podatkovne zbirke NIJZ 2008–2015
0–19 let

Zunajbolnišnične in bolnišnične obravnave zaradi reakcije na hud stres so pogostejše pri dekletih kot pri fantih. Število obravnav narašča s starostjo.



2013 Mladina
16–19 let

35,2 % mladostnikov stresa ne doživlja oz. ga doživlja nekajkrat letno, približno 3,3 % mladostnikov pa doživlja stres večino dni v tednu.



2002–2014 HBSC
11, 13, 15 let

53,0 % deklet in 40,2 % fantov doživlja obremenjenost oz. stres zaradi šole. Trend kaže upadanje deleža fantov in naraščanje deleža deklet, ki so pod pritiskom zaradi dela za šolo.

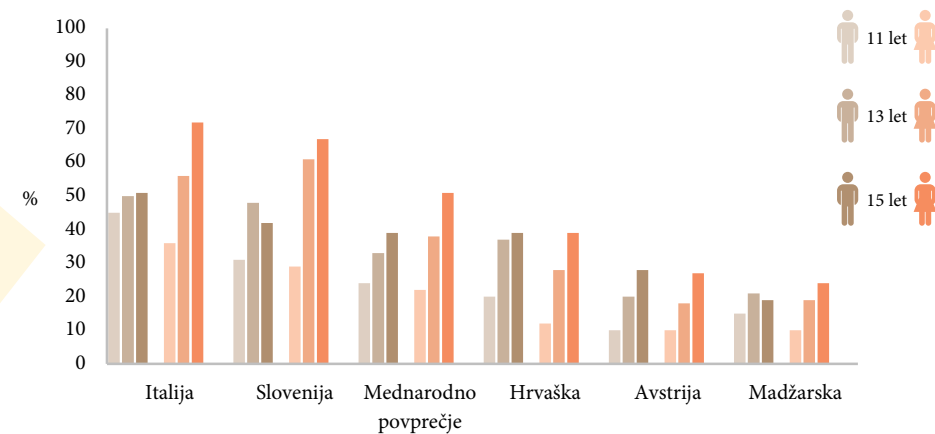
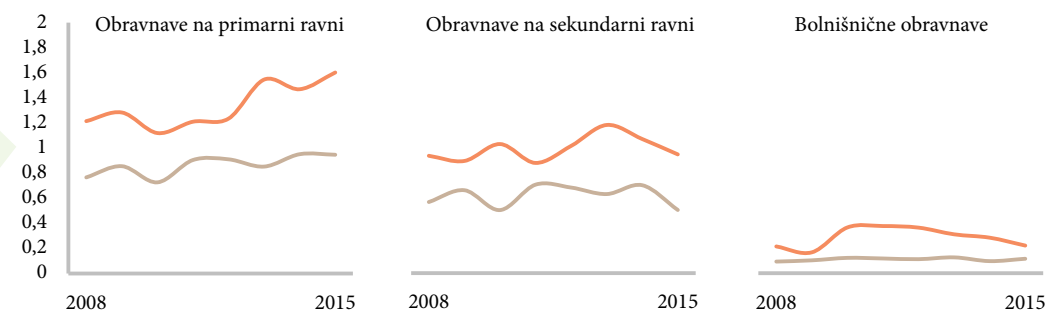


2014 HBSC
11, 13, 15 let

Slovenski otroci in mladostniki v primerjavi z vrstniki v tujini (z izjemo Italije) pogosteje doživljajo obremenjenost oz. stres zaradi šole.



Stopnja obravnav zaradi hudega stresa



Doživljanje psihosomatskih simptomov



2002–2014 HBSC
11, 13, 15 let

Med leti 2002 in 2010 je opazen postopen upad v doživljanju psihosomatskih simptomov, medtem ko se v letu 2014 pojavi izrazit porast v doživljanju simptomov.



2014 HBSC
11, 13, 15 let

27,9 % otrok in mladostnikov doživlja vsaj dva psihosomatska simptoma na teden. Najpogosteje poročajo o nespečnosti (22,4 %), nervoznosti (20,4 %), razdražljivosti (18,9 %) in potrnosti (16,2 %).



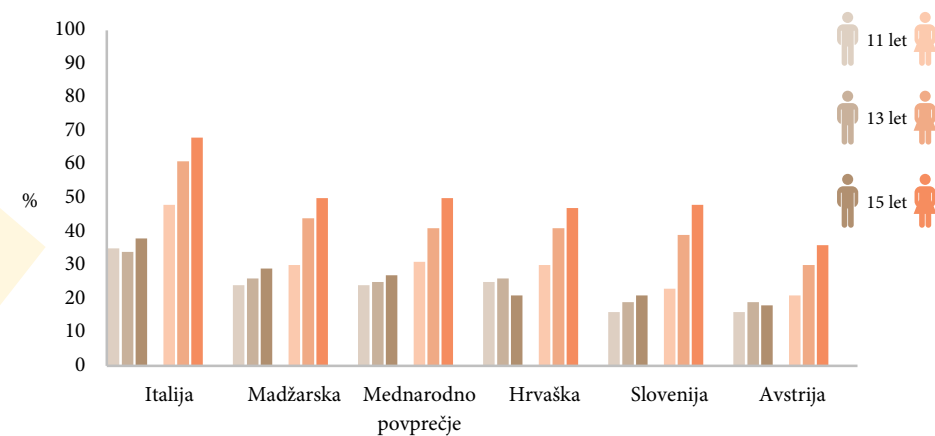
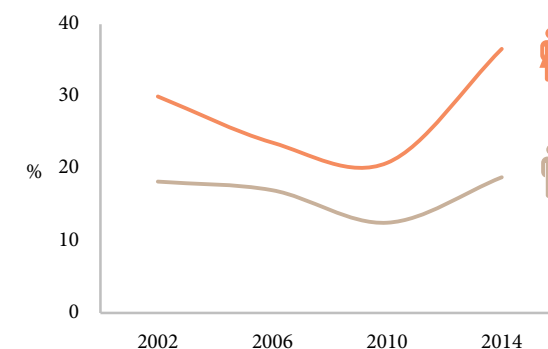
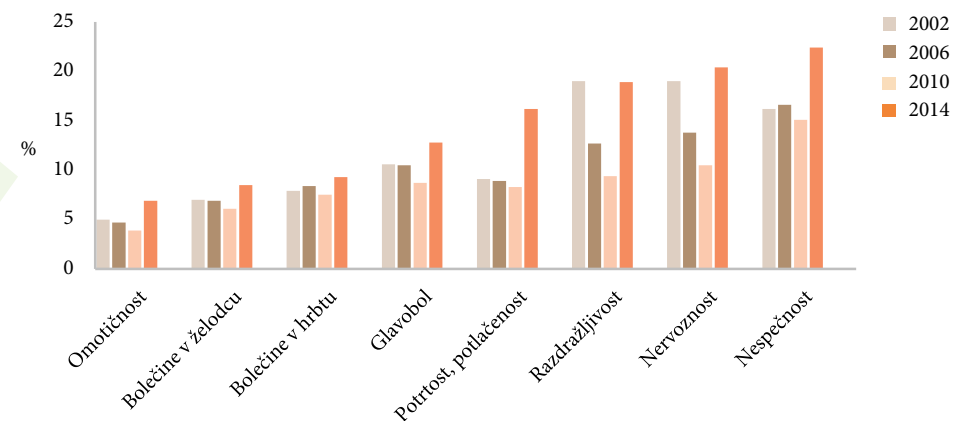
2002–2014 HBSC
11, 13, 15 let

Dekleta pogosteje doživljajo psihosomatske simptome kot fantje. Psihosomatske simptome pogosteje doživljajo starejši mladostniki (13- in 15-letniki).



2014 HBSC
11, 13, 15 let

V primerjavi z vrstniki v tujini (z izjemo Avstrije), slovenski mladostniki redkeje doživljajo psihosomatske simptome.

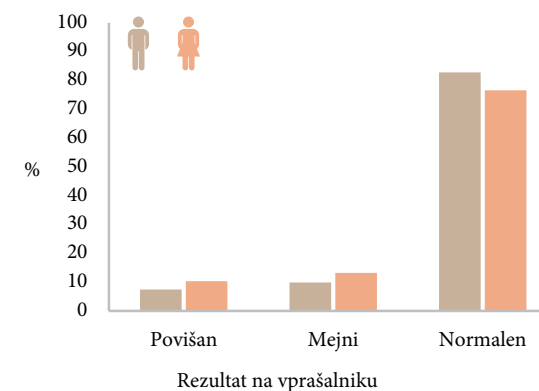


Vedenjske in čustvene težave



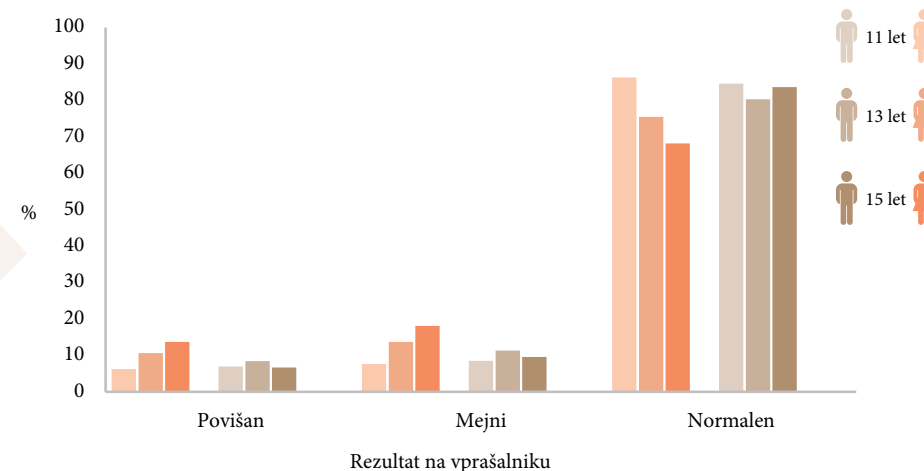
2014 HBSC
11, 13, 15 let

Večina (79,7 %) otrok in mladostnikov glede na rezultat na Vprašalniku prednosti in slabosti (SDQ) nima čustvenih in vedenjskih težav.



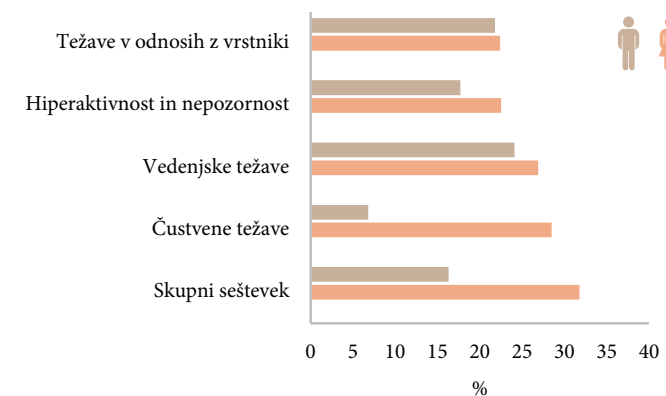
2014 HBSC
11, 13, 15 let

Pri dekletih pogostost čustvenih in vedenjskih težav s starostjo narašča, medtem ko pri fantih tovrsten trend ni opazen.



2014 HBSC
11, 13, 15 let

S starostjo naraščajo čustvene težave, vedenjske težave ter težave, povezane s hiperaktivnostjo in nepozornostjo, kar je posebej izrazito pri dekletih.



2014 HBSC
11, 13, 15 let

Dekleta imajo pogostejše čustvene težave, medtem ko vedenjske težave, hiperaktivnost in nepozornost ter težave v odnosih z vrstniki fantje in dekleta poročajo enako pogosto.

Depresija in anksioznost

Zunajbolnišničnih in bolnišničnih obravnav zaradi depresije in anksioznosti je več pri dekletih in starejših mladostnikih.



Podatkovne zbirke NIJZ 2008–2015

Zunajbolnišničnih obravnav zaradi anksioznih motenj je več kot obravnav zaradi depresije.

V opazovanem obdobju je narasla poraba antidepresivov, predvsem v starostni skupini od 15 do 19 let. Pri porabi anksiolitikov ni prišlo do večjih sprememb.

V starostni skupini od 6 do 19 let je v opazovanem obdobju prišlo do porasta zunajbolnišničnih obravnav zaradi anksioznih motenj, med tem ko pri depresiji ni bilo večjih sprememb.

V številu bolnišničnih obravnav zaradi depresije v opazovanem obdobju ni večjih sprememb. Pri fantih je razmeroma stabilno tudi število bolnišničnih obravnav zaradi anksioznih motenj, pri dekletih pa je po letu 2012 opazen blag porast.

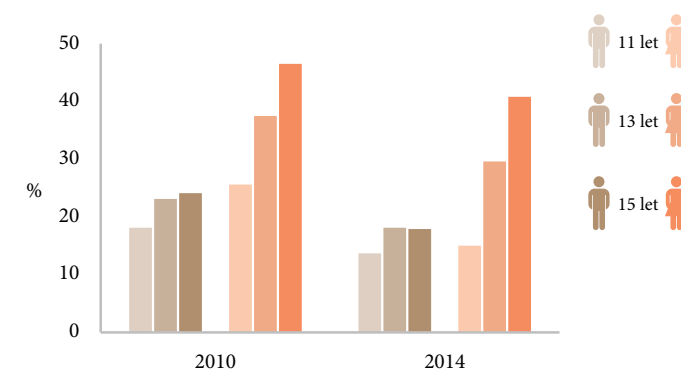
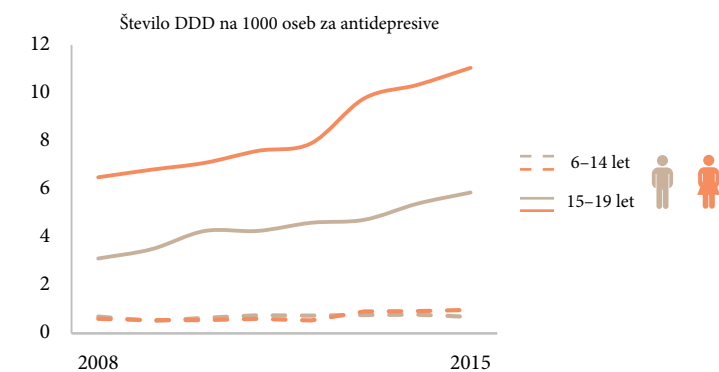
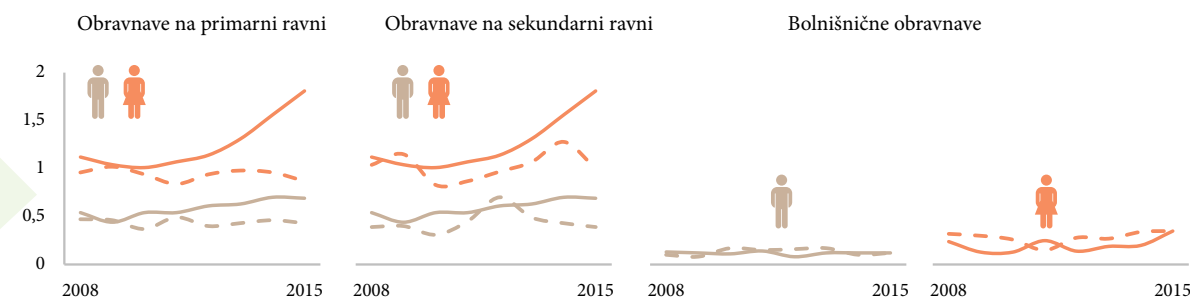


2010–2014 HBSC
11, 13, 15 let

V opazovanem obdobju se je delež mladostnikov, ki so poročali o subjektivnih občutjih depresivnosti zmanjšal.

Legenda: — Anksioznost — Depresija

Stopnja obravnav zaradi depresije in anksioznosti



Hiperkinetična motnja

Zunajbolnišnične in bolnišnične obravnave zaradi hiperkinetične motnje naraščajo. Obravnave so pogostejše pri fantih kot pri dekletih.



Podatkovne zbirke NIJZ 2008–2015
0–19 let

Največ zunajbolnišničnih obravnav zaradi hiperkinetične motnje je v starosti od 6 do 14 let.

Opazen je porast porabe zdravil za zdravljenje hiperkinetične motnje.



2014 HBSC
11, 13, 15 let

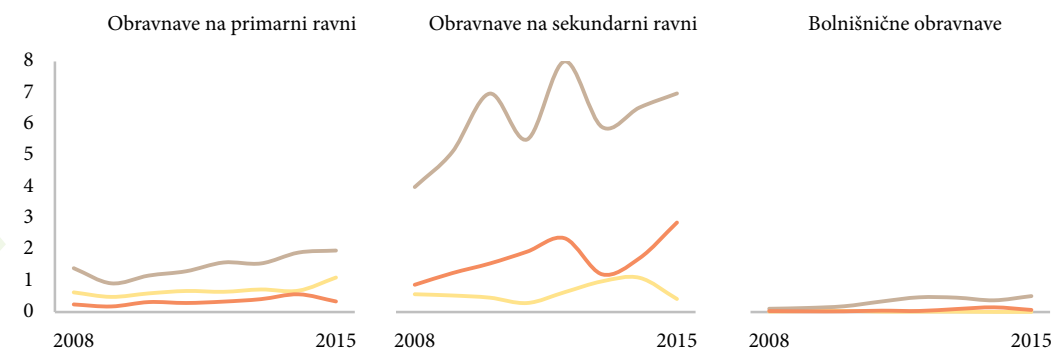
Pri približno 16 % mladostnikov obstaja večja verjetnost klinično pomembnih težav zaradi hiperaktivnosti in nepozornosti.

13- in 15-letniki izražajo več težav zaradi hiperaktivnosti oz. nepozornosti v primerjavi z 11-letniki (rezultat na Vprašalniku prednosti in slabosti).

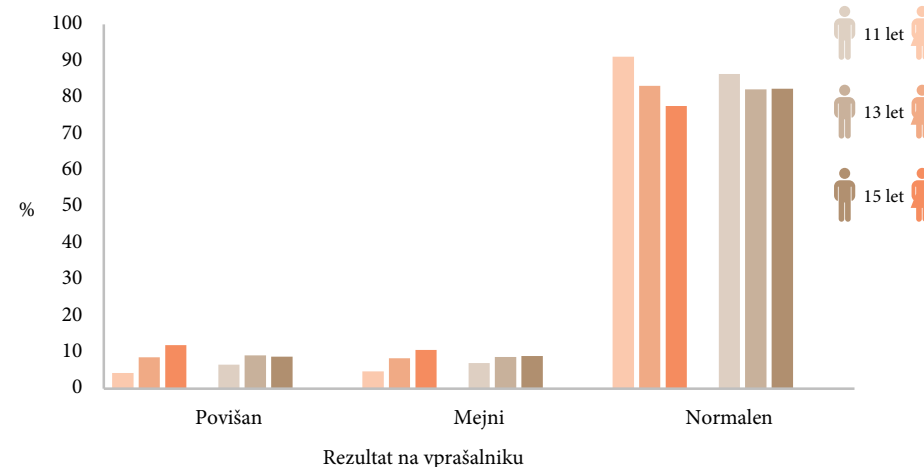
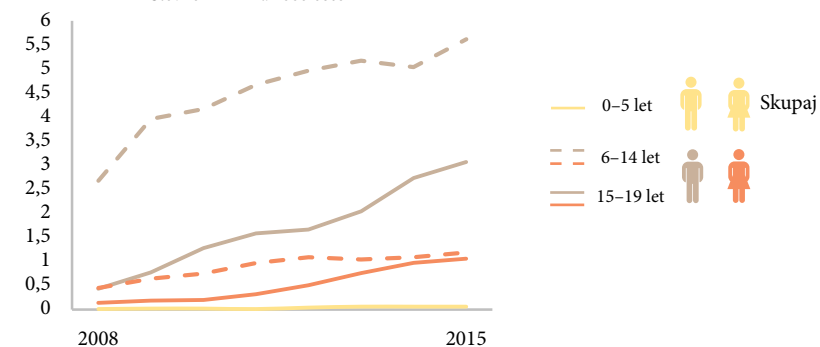
Legenda:

— 0–5 let
— 6–14 let
— 15–19 let

Stopnja obravnav na 1000 oseb



Število DDD na 1000 oseb



Motnje hranjenja

Anoreksija nervoza je najpogostejši vzrok zunajbolnišničnih in bolnišničnih obravnav zaradi motenj hranjenja.



Podatkovne zbirke NIJZ 2008–2015
0–19 let

Motnje hranjenja so najpogostejše v starostni skupini od 15 do 19 let. Dve tretjini ali več obravnav zaradi motenj hranjenja na primarni (66 %) in sekundarni ravni (69 %) in skoraj dve tretjini bolnišničnih zdravljenj (62,3 %) je pri mladostnikih med 15. in 19. letom.

Motnje hranjenja so pogostejše pri dekletih – predstavljajo 91,3 % vseh obravnav zaradi motenj hranjenja na primarni ravni, 92,8 % na sekundarni ravni in 90,0 % bolnišničnih obravnav.



2014 HBSC
11, 13, 15 let

Delež 15-letnic, ki se ocenjujejo kot nekoliko ali močno predebele, je štirikrat višji od deleža mladostnic, ki so glede na izračun indeksa telesne teže debele ali predebele.



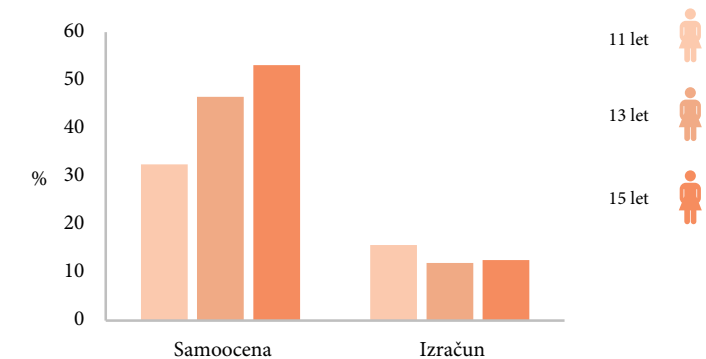
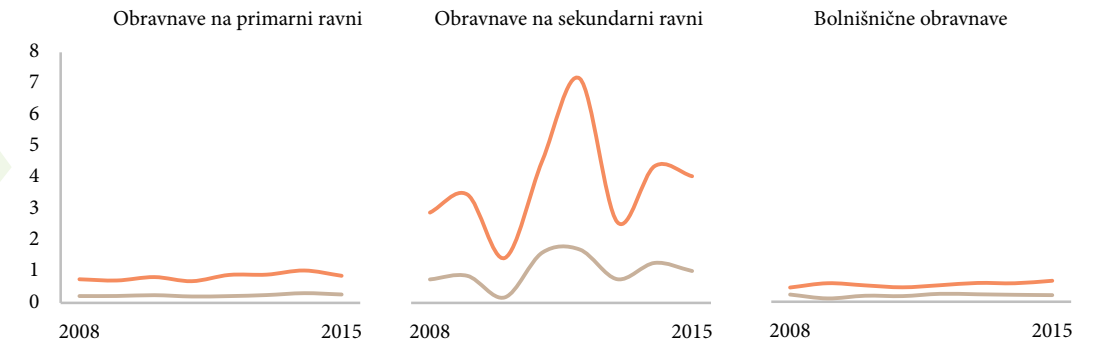
2002–2014 HBSC
11, 13, 15 let

Glede na prejšnja leta se je v letu 2014 zmanjšal delež slovenskih mladostnikov, ki se ocenjujejo kot predebeli, a se še vedno po nezadovoljstvu s telesom uvrščajo v evropski vrh.

Legenda:

— 6–14 let
— 15–19 let

Stopnja obravnav na 100.000 oseb



Različne oblike samomorilnosti

Samomor je med slovenskimi mladostniki starimi od 15 do 19 let vsako leto med prvimi tremi vzroki umrljivosti. Samomori so med fanti trikrat bolj pogosti kot med dekleti.



2014 HBSC
15 let

O prisotnosti samomorilnih misli v preteklem letu je poročalo 15,5 % 15 letnikov, med njimi je bilo dvakrat več deklet kot fantov.



Podatkovne zbirke NIJZ 2008–2015
0–19 let

V opazovanem obdobju beležimo upad bolnišničnih obravnav namernega samopoškodbenega vedenja tako pri otrocih kot tudi pri mladostnikih.

Pri fantih je najbolj pogosta metoda samopoškodovanja samozastrupitev z alkoholom, pri dekletih pa samozastrupitev z različnimi substancami in uporaba ostrih predmetov.



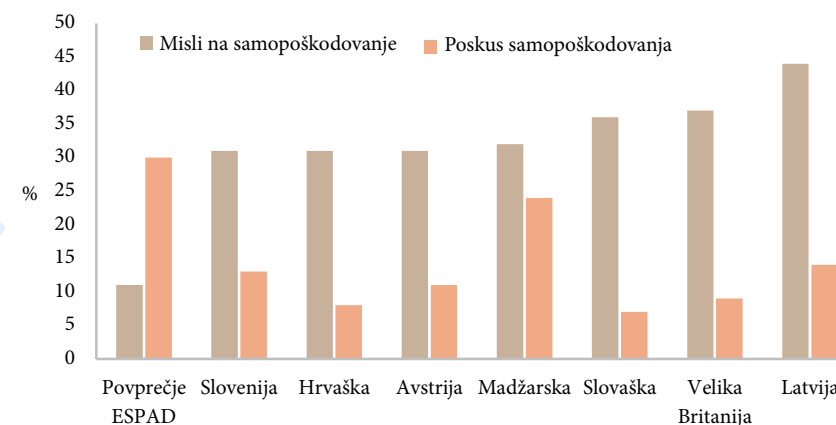
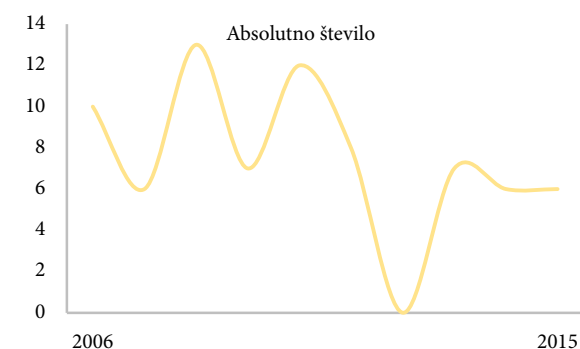
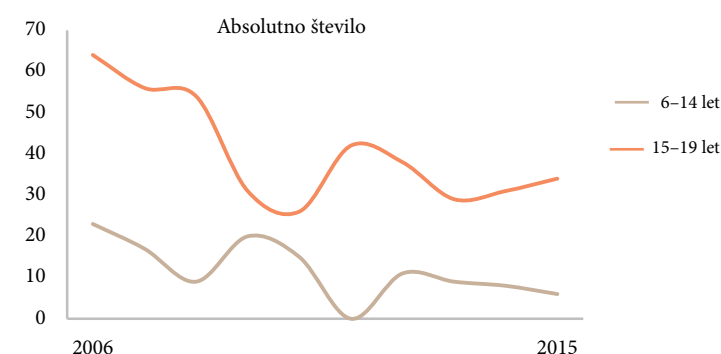
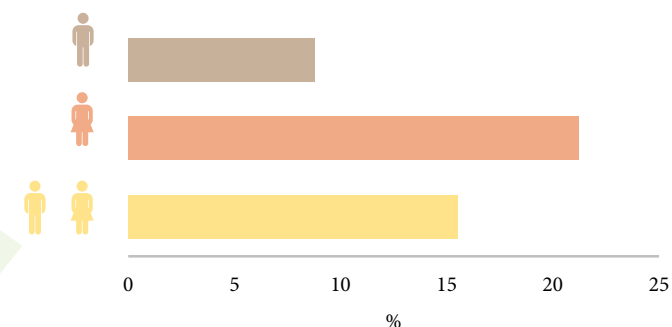
Podatkovne zbirke NIJZ 2008–2015
0–19 let

Število samomorov se med slovenskimi mladostniki v zadnjem desetletju znižuje, vendar smo še vedno nad evropskim povprečjem.

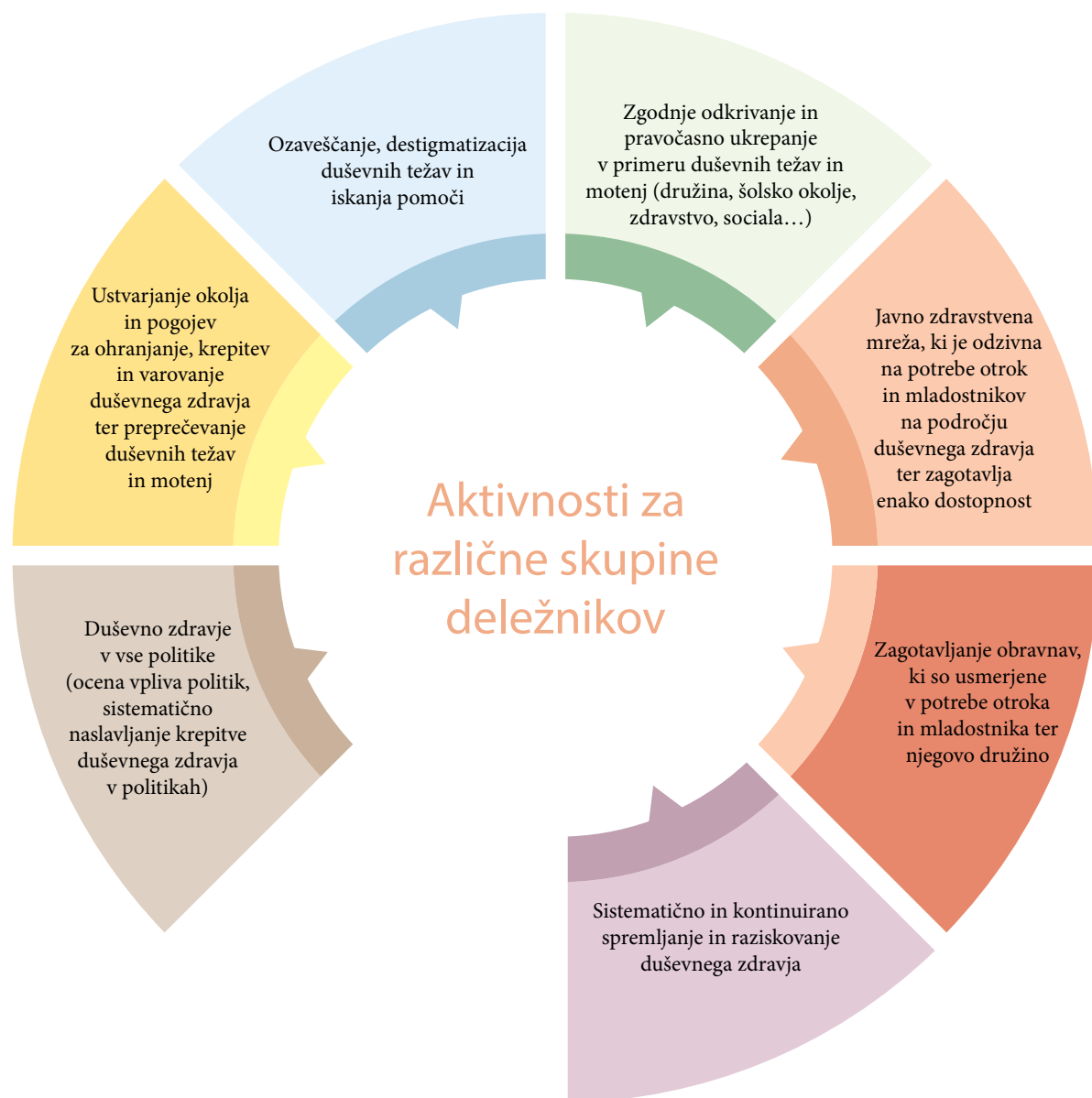


2011 ESPAD
15, 16 let

Samomorilne misli, samomorilni poskusi in namerno samopoškodovanje so pogostejši med dekleti kot med fanti. Slovenski mladostniki podobno pogosto razmišljajo o samopoškodovanju kot mladostniki v drugih državah, a poročajo o več samopoškodovalnem vedenju kot mladostniki iz večine drugih držav.



Predlogi ukrepov



Slovar pojmov

Duševno zdravje

Duševno zdravje lahko opredelimo kot pozitiven odnos do sebe in drugih, uspešno soočanje z izzivi, pozitivno samopodobo, visoko samospoštovanje, občutek moči, optimizem in sposobnost soočanja s težavami. Tradicionalne opredelitve duševno zdravje pojmujejo kot stanje, ki je ločeno od duševnih motenj. Novejše opredelitve pa razumejo duševno zdravje kot nekaj spremenljivega na kontinuumu od pozitivnega k negativnemu ali obratno.

Pozitivno duševno zdravje

Pozitivno duševno zdravje je stanje, za katerega so značilni prevladujoče doživljanje pozitivnih občutkov (sreče, zadovoljstva, navdušenja), pozitiven odnos do sebe, drugih in različnih dogodkov in pozitivno delovanje v življenju (optimizem, samoučinkovitost, empatija, odprtost za izkušnje).

Negativno duševno zdravje

Negativno duševno zdravje predstavlja slabo oziroma nizko izraženo duševno zdravje. Pri negativnem duševnem zdravju je lahko prisotna duševna motnja (negativno duševno zdravje s simptomi duševne motnje) ali ne (negativno duševno zdravje brez simptomov duševnih motenj). Odsotnost duševnih motenj ali težav torej še ne pomeni nujno dobrega duševnega zdravja in obratno.

Zadovoljstvo z življenjem

Zadovoljstvo z življenjem je kazalnik pozitivnega duševnega zdravja. Merjenje zadovoljstva z življenjem je edini kazalnik pozitivnega duševnega zdravja, ki se pojavlja v več slovenskih raziskavah v zadnjih desetih letih. Za merjenje zadovoljstva z življenjem se uporabljajo različne lestvice. Na zadovoljstvo z življenjem vplivajo medosebni odnosi vseh vrst (s starši, vrstniki in učitelji).

Z zdravjem povezana kvaliteta življenja

Z zdravjem povezana kvaliteta življenja je eden izmed kazalnikov pozitivnega duševnega zdravja. Visoka z zdravjem povezana kvaliteta življenja se kaže v občutkih sreče, dobri kondiciji, zadovoljstvu z družino, z odnosi z vrstniki in s šolo.

Neenakosti v zdravju

Neenakosti v zdravju mladostnikov razumemo kot sistematične, nepravilne in preprečljive razlike v zdravju ali vedenjih, povezanih z zdravjem, med določenimi skupinami mladostnikov z različnim socio-ekonomskim položajem.

Stres

Stres je fiziološki, psihološki in vedenjski odgovor osebe na stresni dogodek. Kratkotrajni stres ni škodljiv, dolgotrajni, ponavljajoč in intenziven stres pa lahko vodi v razvoj različnih simptomov in težav, npr. v razvoj psihosomatskih simptomov ter čustvenih in vedenjskih težav.

Psihosomatski simptomi

Psihosomatski simptomi so samoporočani zdravstveni izidi, ki zajemajo simptome kot so glavobol, bolečine v želodcu, bolečine v hrbtu, občutek potlačeni, razdražljivost, nervoznost, nespečnost in omotičnost. Mednje lahko štejemo tudi izgubo apetita in težave s koncentracijo. Dekleta pogosteje poročajo o psihosomatskih simptomih kot fantje.

Vprašalnik prednosti in slabosti (SDQ)

Vprašalnik SDQ je kratek presejalni instrument, ki vključuje 25 postavk. Te se navezujejo na štiri problemska področja: čustvene simptome, vedenjske težave, hiperaktivnost in nepozornost ter težave v odnosih z vrstniki in eno pozitivno področje (prosocialno vedenje), ki pa ni bilo vključeno v slovenski vprašalnik. Z vprašalnikom lahko ocenimo verjetnost prisotnosti klinično pomembnih duševnih težav na splošno, s podlestvicami pa lahko ocenimo verjetnost prisotnosti specifičnih duševnih težav. Glede na rezultat lahko mladostnike razdelimo v tri skupine: skupino z normalnim rezultatom (majhna verjetnost klinično pomembnih težav), skupina z mejnim rezultatom (možna prisotnost klinično pomembnih težav) in skupina s povišanim rezultatom (velika verjetnost prisotnosti klinično pomembnih duševnih težav).

Zdravstveno varstvo

Bolnišnična obravnava

Je opredeljena kot neprekinjena, več kot 24 ur (ali vsaj čez noč) trajajoča obravnava bolnika v posteljni enoti bolnišnice, ki se začne s sprejemom in zaključí z odpustom. Podatki o bolnišničnih obravnavah, ki so vključeni v prikazane analize, so bili izbrani na podlagi glavne diagnoze, to je glavno stanje oz. bolezni, diagnosticirane ob koncu bolnišnične obravnave kot glavni vzrok, zaradi katerega je oseba potrebovala zdravljenje v bolnišnici.

Končna diagnoza

Je diagnoza, ki je lahko zabeležena že pri prvem obisku ali pri enem od nadaljnjih obiskov. Zabeleži se le enkrat, vezana je na en sam obisk, ne glede na to, kateri po vrsti je. Ena oseba ima lahko več enakih končnih diagnoz oz. več končnih diagnoz z enako MKB-10 kodo, če je zaradi iste duševne ali vedenjske motnje obravnavana pri več izvajalcih zdravstvene dejavnosti.

Poraba zdravil

Predstavljena je z absolutnim številom izdanih receptov in definiranim dnevni odmerek (DDD – Defined Daily Dose) na 1000 oseb na dan. DDD je opisna spremenljivka in pomeni povprečni dnevni vzdrževalni odmerek zdravila, ki ga odrasla oseba prejme za zdravljenje stanja, ki je glavna indikacija zdravila. Pri predstavitvi podatkov s pomočjo DDD torej opazujemo, koliko DDD posameznega zdravila je v določenem časovnem obdobju prejela oseba ali skupina oseb (primer interpretacije: 20 DDD na 1000 oseb na dan pomeni, da je bilo v letu dni izdanega toliko zdravila, da bi vzdrževalno dozo zdravila vsak dan v letu prejela 2 % opazovane populacije).

Javna zdravstvena mreža

Javna zdravstvena mreža je del javne službe, ki skrbi za dobro duševno zdravje in obravnavo otrok s težavami in motnjami. Mreža javne zdravstvene službe je v Sloveniji sestavljena iz služb na primarni ravni; iz ambulant za zdravstveno varstvo otrok in mladine (razvojnih ambulant, dispanzerjev za duševno zdravje, pediatričnih ambulant oziroma ambulant splošne in družinske medicine), na sekundarni (in terciarni) ravni pa obsega poglobljeno diagnostiko, zdravljenje bolezenskih stanj in izvajanje ambulantne rehabilitacije, ki jo opravljajo specialistične (otroške in mladostniške) psihiatrične, kliničnopsihološke ambulante, psihiatrične bolnišnice ter Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše v Ljubljani. Dejavnosti javne zdravstvene mreže lahko delimo na zunajbolnišnično raven (npr. mreža razvojnih ambulant, dispanzerji za duševno zdravje, štiri svetovalni centri) ter bolnišnično raven (trije psihiatrični oddelki za otroke in mladostnike, rehabilitacijska enota v Mladinskem klimatskem zdravilišču Rakitna).

Razvojne ambulante

Razvojne ambulante so namenjene zgodnjemu odkrivanju in zgodnji obravnavi otrok z motnjami v razvoju, sledenju teh otrok ter strokovni pomoči otrokom in njihovim družinam. Standardni tim za razvojno ambulanto sestavljajo razvojni pediater, otroški in mladostniški psihiater, medicinska sestra, psiholog, trije nevrofizioterapevti, delovni terapevt, dva logopeda, specialni pedagog in socialni delavec.

Dispanzerji za duševno zdravje

Dispanzerji za duševno zdravje (imenujemo jih tudi dispanzerji za mentalno higieno, psihohigienski dispanzerji, dispanzerji za mentalno zdravje, centri za duševno zdravje) so poleg razvojnih ambulant ključni za odkrivanje in obravnavo različnih motenj v otrokovem razvoju. So ena od oblik multidisciplinarne obravnave duševnih motenj, ki je dostopna v lokalnem okolju na ravni osnovnega zdravstvenega varstva oziroma ob prvem stiku uporabnika z zdravstvenim sistemom. Njihove naloge so varovanje duševnega zdravja otrok, mladostnikov in njihovih družin ter skrb zanj, ozaveščanje širše družbene skupnosti in vzgojno-izobraževalno delo. Pomembna je njihova enakomerna porazdeljenost oz. geografska dostopnost.

Dejavnost otroške in mladostniške psihiatrije

Dejavnost otroške in mladostniške psihiatrije v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti se izvaja na sekundarni ravni in je uporabnikom praviloma dostopna brez napotnice. Specialistična ambulantna dejavnost je organizirana v okviru dejavnosti zdravstvenih domov, bolnišnic ali kot samostojna služba. V timu sodelujejo en otroški in mladostniški psihiater, ena diplomirana ali višja medicinska sestra in 0,31 administrativnega tehničnega kadra.

Zdravila

Antidepresivi

So zdravila, ki se uporabljajo pri zdravljenju depresije. Uporabljajo se tudi pri zdravljenju drugih bolezni in motenj, kot so anksioznost, bolečina in nespečnost.

Anksiolitiki

So zdravila, ki pomagajo olajšati simptome anksioznosti, kot so panični napadi, pretiran strah ali skrb. Prvenstveno se uporabljajo za zdravljenje anksioznih motenj, lahko pa tudi za zdravljenje vročinskih krčev in epileptičnih napadov.

Antipsihotiki

So zdravila, ki se prvenstveno uporabljajo za zdravljenje psihoz. Antipsihotiki se v kombinaciji z drugimi zdravili pogosto uporabljajo za zdravljenje delirija, demence in nekaterih drugih duševnih motenj (npr. obsesivno-kompulzivne motnje, depresije, hiperkinetičnih motenj).

Psihostimulansi

So zdravila, ki se uporabljajo pri zdravljenju hiperkinetičnih motenj. Uporabljajo se tudi za zdravljenje drugih motenj (npr. narkolepsije ter občasno depresije).

Hipnotiki in sedativi

Sedativi so zdravila, ki pomagajo zmanjšati razburjenje posameznika in ga pomirijo, medtem ko hipnotiki povzročajo zaspanost in spodbujajo stanje spanja, ki je podobno naravnemu spanju.

Samomor

Namerno samopoškodovanje

Različne oblike avtoagresivnega vedenja, ki jih posameznik izvaja z namenom povzročitve lastne smrti (poskus samomora) ali brez tega namena (npr. rezanje, udarjanje z glavo ob zid, puljenje las, itd.)

Samomorilnost

Pojem, s katerim označujemo različne načine (od blagih do resnih) izražanja želje po škodovanju samemu sebi z namenom smrti. Samomorilnost zajema kognitivno komponento (samomorilne misli in namen) in tudi vedenjsko komponento (poskus samomora, samomor).

Samomorilne misli oziroma ideacije

Miselna obremenjenost s samomorom, ki se lahko izraža v obliki pasivne želje (oseba si želi, da bi se ji nekaj zgodilo ali da bi umrla) ali v aktivni obliki (oseba razmišlja o tem, da bi končala svoje življenje).

*Diagnoze duševnih motenj

Akutne in prehodne psihotične motnje

Heterogena skupina motenj, za katero je značilen akuten nastop psihotičnih simptomov kot so blodnje, halucinacije in perceptualne motnje ter hud razkroj običajnega vedenja. Akutni nastop se definira kot stopnjujoč se razvoj jasno abnormne klinične slike v približno dveh tednih ali manj. Pri teh motnjah ne ugotovimo nobenega organskega vzroka. Pogosto sta prisotni zbežanost in zmedenost, med tem ko osebna, časovna in prostorska dezorientiranost ni stalna ali tako huda, da bi opravičevala diagnozo organsko pogojenega delirija (F05.–).

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

V glavnem so to bolj presejanja normalnih razvojnih značilnosti, kot pa da bi bila sama po sebi abnormna. Razvojna ustreznost se uporablja kot ključna diagnostična značilnost pri definiranju razlike med temi čustvenimi motnjami, ki nastopajo specifično v otroštvu, in nevrotskimi motnjami (F40–F48).

Blaga duševna manjrazvitost

Približni obseg IQ je 50 do 69 (pri odraslih; mentalna starost od 9 do manj kot 12 let). Verjetno povzroča določene učne težave v šoli. Mnogi odrasli so sposobni delati in ohraniti dobre socialne odnose in prispevati k družbenemu funkcioniranju.

Depresivna epizoda

Pri tipičnih blagih, zmernih ali hudih depresivnih epizodah trpi pacient zaradi poslabšanega razpoloženja, zmanjšane energije in manjše aktivnosti. Zmanjšana je sposobnost za uživanje, zanimanje in koncentracija, splošen znak je tudi izrazita utrujenost že po najmanjšem naporu. Moteno je spanje, apetit oslavljen. Skoraj vedno upadeta samospoštovanje in samozaupanje in celo pri blagi obliki so često prisotne tudi krivdne ideje in razmišljanja o svoji ničvrednosti. Slabo razpoloženje se le malo spreminja iz dneva v dan, ne odziva se na okoliščine, lahko pa ga spremljajo t.i. »somatski« simptomi, kot je izguba interesov in prijetnih občutij, jutranje prebujanje nekaj ur pred običajnim časom, depresija, ki je najhujša zjutraj, izrazita je psihomotorna upočasnjenost, nemirnost, izguba apetita in telesne teže, pa tudi libida. Glede na število in izrazitost simptomov lahko depresivno epizodo opredelimo kot blago, zmerno ali hudo.

*definicije pojmov v tem poglavju so povzete po Mednarodni klasifikaciji bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene, Avstralska modifikacija (MKB-10-AM).

Druge vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu in adolescenci

Heterogena skupina motenj, ki jim je skupen značilen nastanek v otroštvu, sicer pa se v mnogočem razlikujejo. Nekatera od teh stanj predstavljajo dobro definirane sindrome, druga pa le simptomne komplekse, ki jih je treba vključiti zaradi njihove pogostosti in povezanosti s psihosocialnimi problemi in ker jih ni mogoče vključiti v druge sindrome.

Druge anksiozne motnje

Motnje, pri katerih je manifestacija bojazni glavni simptom in se ne omejuje na kako posebno zunanjo okoliščino. Prisotni so lahko tudi depresivni in obsesivni simptomi in celo posamezni elementi fobične bojazni, če so jasno sekundarni ali manj izraziti.

Druge nevrotske motnje

Vsebujejo diagnoze nevrastenije, sindroma depresionalizacije-derealizacije, drugih opredeljenih nevrotskih motenj (Dhatov sindrom, zaposlitvena nevroza, ki vključuje grafospazem, psihastenijo, psihastenično nevrozo ter psihogeno sinkopo) ter neopredeljene nevrotske motnje.

Druge razpoloženske (afektivne) motnje

Katere koli druge razpoloženske motnje, ki ne opravičujejo uvrstitve v kategorije F30–F34 (manična epizoda, bipolarna afektivna motnja, depresivna epizoda, ponavljajoča se depresivna motnja, trajne razpoloženske (afektivne) motnje), ker niso dovolj hude in ne trajajo dalj časa.

Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola

Ta sklop vsebuje številne raznovrstne motnje (akutna zastrupitev, škodljivo uživanje, sindrom odvisnosti, odtegnitveno stanje, odtegnitveno stanje z delirijem, psihotična motnja, amnestični sindrom, residualna ali pozno nastopajoča psihotična motnja, druge duševne in vedenjske motnje, neopredeljene duševne in vedenjske motnje), ki se med seboj razlikujejo po izrazitosti in klinični obliki, a jih je vse mogoče pripisati uživanju alkohola.

Mešane specifične razvojne motnje

Residualna kategorija za motnje, pri katerih je določena primes specifičnih razvojnih motenj pri govorjenju ali jezikovnem izražanju, šolskih veščinah in motorični funkciji, vendar pri katerih nobeden teh dejavnikov ne prevladuje toliko, da bi lahko tvoril primarno diagnozo. Motnje so navadno, vendar ne vselej, povezane z določeno stopnjo splošne prizadetosti kognitivnih funkcij.

Mešane motnje vedenja in čustvovanja

Skupina motenj, za katero je značilna kombinacija stalnega agresivnega, disocialnega ali nesramnega vedenja z odkritimi in očitnimi simptomi depresije, tesnobe ali drugih emocionalnih težav.

Motnje prehranjevanja (motnje hranjenja)

Motnje hranjenja so duševne motnje, ki se kažejo v spremenjenem odnosu do hrane in do telesa. Težave s hrano so le simptom, sredstvo za lajšanje duševnih bolečin in stisk, hranjenje in odklanjanje hrane pa način osvoboditve notranjih, bolečih in neprepoznanih čustev. V ozadju motenj hranjenja se skrivajo težke duševne stiske, nesprijemanje samega sebe in slaba samopodoba. Vsebujejo diagnoze anorexia nervosa, atipična anorexia nervosa, bulimia nervosa, atipična nervozna bulimija, preobjedanje, povezano z drugimi psihološkimi motnjami, bruhanje, povezano z drugimi duševnimi motnjami, druge motnje prehranjevanja (pica pri odraslih in psihogena izguba apetita) ter neopredeljene motnje prehranjevanja.

Motnje vedenja

Motnje, za katere je značilen ponavljajoč se in trajen vzorec disocialnega, agresivnega ali predrznega vedenja. Takšno vedenje lahko velja za hujše kršitve starosti ustreznih družbenih pričakovanj; bile naj bi torej hujše kot običajna otroška objestnost ali adolescentna upornost in naj bi imele značaj trajnega vzorca vedenja (6 mesecev ali dalj). Primeri vzorca vedenja, na katerih temelji diagnoza, vključujejo pretirano borbenost in ustrahovanje, krutost do drugih ljudi ali živali, hudo uničevalno težnjo do lastnine, požigalništvo, krajo, nagnjenje k laganju, »špricanje« šole in pobege od doma, nenavadno pogosto in hudo togoto ter neubogljivost.

Neorganske motnje spanja

V mnogih primerih je motnja spanja eden od simptomov drugačne motnje, bodisi duševne ali telesne. Če je motnja spanja pri določeni osebi neodvisno stanje ali pa preprosto ena od oblik kake druge motnje, ki je uvrščena drugje, bodisi v tem poglavju ali v drugih, jo lahko določimo na osnovi njene klinične prezentacije in njenega poteka, ali tudi glede na terapevtski vidik in glede na prednost v času posveta.

Obsesivno-kompulzivna motnja

Bistvena poteza so ponavljajoče se prisilne (obsesivne) misli ali prisilna (kompulzivna) dejanja. Obsesivne misli so ideje, podobe in impulzi, ki se vedno znova pojavljajo v človekovi zavesti v stereotipni obliki. Skoraj vedno so po vsebini mučne in oseba si često – a neuspešno – prizadeva, da bi se jim uprla. Jih pa vendar prepozna kot svoje misli, čeprav so nehotene in so ji često odvrtni. Kompulzivna dejanja ali rituali so stereotipni postopki, ki se kar naprej ponavljajo. Niso pa v svojem bistvu prijetni, niti njihova izpolnitev ne pomeni kakega koristnega dela. Njihova funkcija je preprečiti kak objektivno nezaželen dogodek, često takšen, ki bi škodoval pacientu ali s katerim bi pacient povzročil škodo drugim, česar pa se pacient boji. Navadno prepozna pacient to vedenje sam kot nesmiselno ali neučinkovito in se mu poskuša upreti. Skoraj vedno je prisoten občutek tesnobe. Če se pacient kompulzivnim dejanjem upre, postane tesnoba hujša.

Hiperkinetične motnje

Skupina motenj, za katere so značilni zgodnji nastanek (navadno v prvih petih letih življenja), pomanjkanje vztrajnosti pri dejavnostih, ki zahtevajo kognitivno zavzetost, težnja seliti se od ene aktivnosti do druge, ne da bi katero koli dokončal, skupaj z dezorganizirano slabo usmerjano in pretirano aktivnostjo. Pridružene so lahko še druge abnormnosti. Hiperkinetični otroci so često brezobzirni in impulzivni, nagibajo k neugodam in se često znajdejo v disciplinskih konfliktih zaradi nepremišljenih kršitev pravil, ne pa iz namernega kljubovanja. Njihovi odnosi z odraslimi so često brez socialnih zavor, manjka jim običajne opreznosti in zadržanosti. Med drugimi otroki niso priljubljeni in lahko postanejo izolirani. Prizadetost kognitivnih funkcij je splošna, pogostejši so specifični zaostanki v motoričnem in govornem razvoju.

Pervazivne razvojne motnje

Skupina motenj, za katere so značilne kvalitativne abnormnosti v vzajemnih socialnih interakcijah in vzorcih komunikacije ter utesnjen, stereotipen, ponavljajoč se repertoar interesov in aktivnosti. Te kvalitativne abnormnosti so vse prežemajoča značilnost posameznikovega funkcioniranja v vseh okoliščinah.

Reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje

Ta kategorija se razlikuje od drugih po tem, da vključuje motnje, ki jih ugotavljamo ne samo na osnovi samih simptomov in glede na potek, temveč tudi glede na prisotnost enega ali drugega dejavnika izmed naslednjih dveh: izjemno obremenilni življenjski dogodek, ki ustvarja akutno stresno reakcijo, ali pomembna sprememba v življenju osebe, ki vodi do trajnih neugodnih okoliščin, te pa povzročijo motnje v prilagajanju. Čeprav manj hudi psihosocialni stresi (»življenjski dogodki – life events«) lahko pospešijo začetek ali prispevajo k manifestaciji zelo široke palete motenj, uvrščenih drugje v tem poglavju, etiološka pomembnost stresa le ni vselej jasna in je vedno mogoče ugotoviti, da je odvisen tudi od individualne, često

preobčutljive – idiosinkratične ranljivosti, to pomeni, da življenjski dogodki niso niti nujni niti zadostni za razlago nastajanja in oblike motenj. Nasprotno, motnje, ki so tu zbrane, domnevno vselej nastopajo kot neposredna posledica akutnega hudega stresa ali trajne obremenitve. Stresni dogodki ali trajne neugodne okoliščine so primarni in najpomembnejši vzročni dejavnik, motnja pa naj ne bi nastopila brez njihovega vpliva.

Shizofrenija

Shizofrenske motnje označujejo na splošno temeljna in značilna izkrivljenja mišljenja in zaznavanja ter čustvovanja, ki je neustrezno ali otopelo. Jasna zavest in intelektualne sposobnosti so navadno ohranjene, čeprav se sčasoma lahko razvijejo določene kognitivne pomanjkljivosti. Najpomembnejši psihopatološki fenomeni vključujejo še fenomen miselnega odmeva, vsiljevanje– vcepljanje misli ali pa odtegotanje misli, pošiljanje misli po radiu, blodnjavo zaznavanje in blodnje nadzorovanja, vplivanja ali oviranja, halucinatorne glasove, ki v tretji osebi opravljajo pacienta, miselne motnje in negativne simptome. Shizofrenske motnje lahko potekajo kontinuirano ali epizodično s progresivnim ali stabilnim osebnostnim deficitom, lahko pa so to le ena epizoda ali nekaj epizod s popolno ali delno remisijo.

Somatoformne motnje

Glavna značilnost je pogosto pojavljanje telesnih simptomov skupaj z vztrajnimi zahtevami po zdravniških preiskavah, navzlic večnim negativnim izvidom in zagotavljanju zdravnikov, da simptomi nimajo nobene telesne osnove. Če kake telesne motnje le obstajajo, ne pojasnijo narave in obsega simptomov oziroma stiske in zaskrbljenosti pacienta.

Specifične razvojne motnje pri govorjenju in jezikovnem izražanju

Motnje, pri katerih so normalni vzorci pridobivanja jezikovnega izražanja moteni od zgodnjih razvojnih stadijev. Teh motenj ni mogoče neposredno pripisati nevrološkim ali govornim mehanizmom oziroma njihovim defektom, senzoričnim okvaram, duševni manjrazvitosti ali dejavnikom okolja. Specifičnim razvojnim motnjam pri govorjenju in jezikovnem izražanju često sledijo pridruženi problemi, kot so težave pri branju in pisanju, abnormnosti v medosebnih odnosih in emocionalne ter vedenjske motnje.

Specifične razvojne motnje pri šolskih veščinah

Motnje, pri katerih so normalni vzorci pridobivanja veščin – znanja moteni od zgodnjih razvojnih stopenj. To ni preprosto posledica pomanjkanja priložnosti za učenje, niti ni zgolj rezultat duševne manjrazvitosti, niti ne posledica kakršne koli pridobljene možganske poškodbe ali bolezni.

Specifična razvojna motnja motoričnih funkcij

Motnja, pri kateri je poglobljena značilnost huda prizadetost v razvoju motorične koordinacije, ki je ni mogoče razložiti samo kot posledico splošne intelektualne retardacije ali kake specifične prirojene ali pridobljene nevrološke motnje.

Tiki

Sindromi, pri katerih je prevladujoči pojav določena oblika tika. Tik je nehoten, nagel, ponavljajoč se, neritmični gib (navadno zajema omejene mišične skupine) ali glasovna produkcija, ki se nanaglo začne, nima pa navidezno nobenega smotra. Tik ponavadi človek doživlja kot neustavljiv, vendar ga navadno za določen čas lahko potlači. Stres stanje poslabša, v spanju tik preneha. Običajni preprosti motorični tiki vključujejo le mežikanje, sukanje vratu, skomiganje z rameni, grimasiranje. Običajni preprosti glasovni tiki vključujejo hrkanje, pokašljevanje, smrkanje in sikanje. Običajni kompleksni tiki vključujejo še udarjanje po sebi, poskakovanje. Običajni kompleksni glasovni tiki vključujejo ponavljanje določenih besed in včasih tudi uporabljanje takšnih, ki so socialno nesprijemljive (često obscene), koprofalija ali pa gre za ponavljanje posameznih glasov ali besed (palilalija).

Zmerna duševna manjrazvitost

Približni obseg IQ od 35 do 49 (pri odraslih; mentalna starost od 6 do manj kot 9 let). Povzroča verjetno izrazit razvojni zaostanek v otroštvu, vendar se lahko večina teh oseb nauči razviti določeno stopnjo neodvisnosti pri samooskrbovanju in doseže temu ustrezno spretnost v komuniciranju in določeno pojmovno znanje. Odrasli potrebujejo različne stopnje pomoči za življenje in delo v skupnosti.

Sklopi duševnih motenj

Organske, vključno simptomatske, duševne motnje

Ta sklop vsebuje vrsto duševnih motenj, za katere je značilno, da imajo očitno skupno etiologijo v možganski bolezni, možganski poškodbi ali drugačnih okvarah, ki povzročajo motnjo možganske dejavnosti. Ta motnja je lahko primarna, kot pri boleznih, poškodbah ali okvarah, ki možgane prizadenejo neposredno in selektivno; ali sekundarna, kot pri sistemskih boleznih in motnjah, ki okvarijo možgane le kot enega od organov ali telesnih sistemov.

Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja psihoaktivnih snovi

Ta sklop vsebuje številne raznovrstne motnje, ki se med seboj razlikujejo po izrazitosti in klinični obliki, a jih je vse mogoče pripisati uživanju ene ali več psihoaktivnih snovi, te pa je mogoče ali pa tudi ne predpisovati kot zdravilo. Tretje mesto kode identificira omenjeno snov, četrto mesto pa opredeljuje klinično stanje.

Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje

Ta sklop povezuje shizofrenijo kot najpomembnejši člen skupine, shizotipsko motnjo, trajne blodnjave motnje in večjo skupino akutnih in prehodnih psihotičnih motenj. Shizoafektivne motnje so ostale tukaj kljub svoji kontroverzni naravi.

Razpoloženske [afektivne] motnje

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

Nevrotske, stresne in somatiformne motnje

Ta sklop vsebuje fobične anksiozne motnje, druge anksiozne motnje, obsesivno-kompulzivno motnjo, reakcijo na hud stres in prilagoditvene motnje, disociativne [konverzivne] motnje, somatiformne motnje ter druge nevrotske motnje.

Vedenjski sindromi, povezani s fiziološkimi motnjami in telesnimi dejavniki

Ta sklop vsebuje motnje prehranjevanja, neorganske motnje spanja, spolno disfunkcijo, ki je ne povzroča organska motnja ali bolezen, duševne in vedenjske motnje, povezane s poporodnim obdobjem (puerperijem), ki niso uvrščene drugje ter zlorabo snovi, ki ne ustvarja odvisnosti.

Motnje osebnosti in vedenja v odrasli dobi

Ta sklop vključuje raznovrstna stanja in vzorce vedenja, ki so klinično pomembni in bi lahko postali trajni in se pojavljajo kot izraz značilnega življenjskega sloga posameznika ter načina povezovanja z drugimi. Nekatera od teh stanj in vzorcev vedenja se pokažejo že zgodaj v posameznikovem razvoju kot rezultat tako konstitucionalnih dejavnikov kot družbenih izkušenj, medtem ko so druga pridobljena kasneje v življenju. Specifične osebnostne motnje (F60.–), mešane in drugačne osebnostne motnje (F61.–) ter dolgotrajne osebnostne spremembe (F62.–) so globoko zakoreninjene, prav tako dolgotrajni osebnostni vzorci, ki se kažejo kot neupogljivi odzivi na širok obseg osebnostnih in družbenih razmer. Predstavljajo skrajne in značilne odklone od načina, kako povprečni posameznik v dani kulturi zaznava, misli, čuti in zlasti, kako se povezuje z drugimi. Takšni vedenjski vzorci težijo k stalnosti in obsegajo številna področja vedenja in duševnega funkcioniranja. Često, ne pa vedno, so povezani z različnimi stopnjami subjektivne stiske in problemi družbene učinkovitosti.

Duševna manjrazvitost (mentalna retardacija)

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

Motnje duševnega (psihološkega) razvoja

Za motnje, vključene v ta sklop, je skupnen začetek brez izjem v detinstvu ali otroštvu, okvara ali zaostanek v razvoju funkcij, ki so tesno povezane z biološkim zorenjem osrednjega živčevja in enakomeren potek brez remisij in recidivov.

V večini primerov prizadete funkcije vključujejo govorne sposobnosti, vidno – prostorsko spretnost in motorično koordinacijo. Običajno sta bila zaostanek ali okvara prisotna že tako zgodaj, kolikor je pač mogoče to zanesljivo odkriti in se potem postopno manjšala z otrokovim odraščanjem, čeprav manjši primanjkljaji menjenih funkcij često ostajajo še v odrasli dobi.

Vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu in adolescenci

Ta sklop vključuje hiperkinetične motnje, motnje vedenja, mešane motnje vedenja in čustvovanja, čustvene motnje, za katere je značilno, da se začnejo v otroštvu, motnje socialnega funkcioniranja, ki se začnejo v otroštvu in adolescenci, tike ter druge vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu in adolescenci.

Viri

Barry, M. M., in Friedli, L. (2008). The influence of social, demographic and physical factors on positive mental health in children, adults and older people. Pridobljeno s <https://aran.library.nuigalway.ie/handle/10379/2684>.

Cooper, R., Boyko, C., in Codinhoto, R. (2008). State-of-Science Review: SR-DR2. The Effect of the Physical Environment on Mental Wellbeing. London: The Government Office for Science.

Flouri, E., in Panourgia, C. (2014). Negative automatic thoughts and emotional and behavioural problems in adolescence. *Child and Adolescent Mental Health*, 19(1), 46-51.

Greene, J. W., in Walker, L. S. (1997). Psychosomatic problems and stress in adolescence. *Pediatric Clinics of North America*, 44(6), 1557-1572.

Huppert, F. A. (2009). Psychological well-being: Evidence regarding its causes and consequences. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 1(2), 137-164.

*Jeriček Klanšček, H., Roškar, S., Vinko, M., in Hočvar Grom, A. (2018). Duševno zdravje otrok in mladostnikov v Sloveniji. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. Pridobljeno s <https://www.nijz.si/sl/publikacije/dusevno-zdravje-otrok-in-mladostnikov-v-sloveniji>

Jeriček Klanšček, H., Koprivnikar, H., Drev, A., Pucelj, V., Zupanič, T., Britovšek, K. ... Eržen, I. (2015). Z zdravjem povezana vedenja v šolskem obdobju med mladostniki v Sloveniji, izsledki mednarodne raziskave HBSC, 2014. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. Pridobljeno s <http://www.nijz.si/publikacije/z-zdravjem-povezano-vedenje-v-solskem-obdobju-med-mladostniki-v-sloveniji-hbcs-2014>.

Jeriček Klanšček, H., Zorko, M., Bajt, M., in Roškar, S. (2009). Duševno zdravje v Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. Pridobljeno s http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/datoteke/dusevno_zdravje_publikacija.pdf.

Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: from languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), 207-222.

Matos, M. G. de, Gaspar, T., in Simões, C. (2012). Health-related quality of life in Portuguese children and adolescents. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25(2), 230-237.

Mikuš Kos, A. (2017). O varovanju duševnega zdravja otrok in mladostnikov – aktualna tema sedanjega časa. *ISIS*, 28. Pridobljeno s <http://online.pubhtml5.com/agma/mmqa/#p=29>.

Mušič, D. (2011). Mreža pomoči otrokom in mladostnikom z duševno motnjo v Sloveniji. *Slovenska pediatrija*, 18, 34-39.

Poikolainen, K., Kanerva, R., in Lönnqvist, J. (1995). Life events and other risk factors for somatic symptoms in adolescence. *Pediatrics*, 96(1), 59-63.

Zimmer-Gembeck, M. J., in Skinner, E. A. (2008). Adolescents coping with stress: Development and diversity. *The Prevention Researcher*, 15(4), 3-7.

World Health Organization. (2014). Mental Health Action Plan: 2013-2020. Geneva: World Health Organization. Pridobljeno s http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf.

*izvirnik monografije na podlagi katere je nastala pričujoča publikacija.

Celotna monografija
*Duševno zdravje
otrok in mladostnikov
v Sloveniji*
je prosto dostopna
na spletni strani
<https://www.nijz.si/>

Nacionalni inštitut za javno zdravje
Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana
Telefon: + 386 1 2441 400
E-pošta: info@nijz.si

