

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA SOCIALNO DELO

DIPLOMSKA NALOGA

**OBSESIVNO-KOMPULZIVNA MOTNJA IN
SOCIALNO DELO**

Mentorica:

Doc. dr. Lea Šugman Bohinc

Maja Volarič

Ljubljana 2013

PODATKI O DIPLOMSKI NALOGI

Ime in priimek:	Maja Volarič
Naslov naloge:	Obsesivno-kompulzivna motnja in socialno delo
Kraj:	Ljubljana
Leto:	2013
Število strani:	122
Število tabel:	68
Število prilog:	3
Mentorica:	Doc. dr. Lea Šugman Bohinc
Deskriptorji:	duševno zdravje, anksiozne motnje, obsesivno kompulzivna motnja, kognitivno vedenjska psihoterapija, socialni delavci in dejavniki prepoznavanja obsesivno kompulzivne motnje
Povzetek:	V teoretičnem delu sem pisala o zdravju in človeških potrebah. Opredelila sem tudi pojem stres, saj ima le ta velik vpliv na razvoj duševnih motenj. Na kratko sem opisala anksiozne motnje, natančneje pa obsesivno kompulzivno motnjo. Opisala sem tudi zdravljenje s pomočjo psihoterapije. Večjo pozornost sem namenila vedenjsko kognitivni psihoterapiji, ki je najučinkovitejša pri zdravljenju obsesivno kompulzivne motnje. V empiričnem delu pa sem raziskala, kako so socialni delavci seznanjeni s problemom obsesivno kompulzivne motnje in kaj lahko socialni delavci prispevajo k izboljšanju zdravljenja oseb z obsesivno kompulzivno motnjo.
Title:	Obsessive-compulsive disorder and social work
Descriptors:	mental health, needs, anxiety disorders, obsessive compulsive disorder, cognitive behavioral psychotherapy, social workers and elements of obsessive compulsive disorder identification

Abstract:

In the theoretical part I wrote about health and human needs. I have also defined the term of stress, because it has a huge impact on the development of mental disorders. I have briefly described the anxiety disorders and in more details obsessive compulsive disorder. I described the treatment with the help of psychotherapy. Greater attention was given to cognitive behavioral psychotherapy which is most effective in the obsessive compulsive disorder treatment. In the empirical part, I researched how social workers are familiar with the problem of obsessive compulsive disorder and how can social workers help to improve the treatment of people with obsessive-compulsive disorder.

PREDGOVOR

Zdravje je naše največje bogastvo. Če zbolimo, nam druge dobrine težko nadomestijo odsotnost zdravja. Za lažje bolezni obstajajo zdravila, ki pripomorejo k temu, da se telo v čim hitrejšem času regenerira. Težava pa nastopi ob težkih in neozdravljivih boleznih, ki so velikokrat posledica napačnega načina življenja. Ljudje se premalo zavedamo, kako pomembno je skrbeti za lastno zdravje in ga tudi ne cenimo dovolj. Ne storimo dovolj, da bi svoje telo ohranili v dobrem telesnem in duševnem stanju. Osebno se strinjam s pregovorom, ki pravi »Zdrav duh v zdravem telesu«. Zdravje začnemo največkrat ceniti šele tedaj, ko občutimo trpljenje in bolečino ob bolezni ter pomanjkanju. Če je to telesna bolezen, ljudje hitro odidejo do osebnega zdravnika po zdravila za lajšanje bolečin. Tisti, ki začnejo opazati spremembe v svojem duševnem stanju in počutju, pa to pogosto dolgo prikrivajo in skrbno skrivajo pred svetom. Po pomoč odidejo šele tedaj, ko je stanje tako neznosno, da ne morejo več normalno funkcionirati v svojem okolju. V Sloveniji sta stigmatizacija bolnikov z duševnimi motnjami in stigmatizacija uporabnikov psihiatrične oskrbe še vedno velik problem. Okolica označi takšne bolnike za nore. Vendar pa so duševne motnje tako kot telesne in bi jih bilo potrebno tako tudi obravnavati. Pri duševnih motnjah je prav tako porušeno normalno ravnovesje zdravja in tako sta normalno reagiranje in delovanje v okolju omejena. Pojem »normalno« pa je družbeno konstruirano in kar velja v neki kulturi za normalno, lahko velja v drugi za nenormalno.

Za pisanje diplomske naloge o problematiki obsesivno-kompulzivne motnje sem se odločila zato, ker se mi dozdeva, da veliko ljudi še nikoli ni slišalo za to motnjo, kljub temu da je to bolezen sodobnega časa in da je vse več primerov obsesivno-kompulzivne motnje. Prav bi bilo, da bi ljudi seznanili s simptomi in bi tako nekaterim pomagali, da prepoznajo v tem lastne navade, za katere do sedaj niso vedeli, kaj pomenijo. Prav tako bi tem ljudem ponovno vlili upanje, da je možno simptome omejiti in jih imeti pod lastnim nadzorom. Tako bi veliko ljudi, če bi poiskalo ustrezno pomoč in če bi se ravnali po korakih za zmanjševanje simptomov obsesivno kompulzivne motnje, lahko zaživel veliko lepše in bolj sproščeno življenje. Obsesivno-kompulzivna motnja je zelo moteča in človeku vzame veliko energije in časa. Ljudje brez te motnje si težko predstavljajo, kako je biti v koži ljudi, ki imajo obsesivno-kompulzivno motnjo. Ti ljudje so neprestano pod stresom, čutijo potrebo po nadzorom nad lastnim življenjem in se težko sprostijo. Že zjutraj, ko vstanejo, vstanejo skupaj s svojo motnjo, kar pomeni veliko vsiljivih misli in prisilnih ritualov, ki so razporejeni čez celotni

dan. Če ne izvajajo svojih obredov, čutijo neznosno tesnobo in nemir. Zavedajo se, da je to strah, ki je po vsej verjetnosti neupravičen, vendar pa imajo neprestano misli in dvome, ki jih silijo k izvajanju obredov. Tako je njihovo življenje kmalu podrejeno in prepleteno z neprijetnimi mislimi in rituali, od katerih postanejo odvisni. Veliko časa in energije namenijo vzdrževanju svoje obsesivno-kompulzivne motnje. Ob tem pa opuščajo dejavnosti, ki so jih nekoč veselile, se začnejo izogibati družbi in padejo v svoj svet obredov. Živijo v začaranem krogu in postanejo malodušni do sveta okoli sebe. Ostali člani družbe jih ne razumejo, saj so drugačni, in ne razumejo njihovih obredov in kaj ob tem čutijo. Osebe z obsesivno-kompulzivno motnjo velikokrat v svoje obrede vpletejo tudi družinske člane, ki se sprva sploh ne zavedajo, da so postali del rituala. Obsesivno-kompulzivna motnja je tako zelo napredujoča in naporna, če je ne zaustavimo pravočasno. Človeka lahko popolnoma ohromi, tako da opusti veliko dejavnosti, pomembnih za življenje. Še posebej je hudo, ko oseba s to motnjo ni več uspešna v službi ali šoli. Motnja je zelo povezana s počutjem osebe in dejavniki neuspehov in nezadovoljstva jo samo še poslabšajo. Obsesivno-kompulzivno motnjo bi lahko primerjali z odvisnostjo, saj so pri tej motnji osebe takorekoč odvisne od svojih misli in obredov. S prekinitvijo izvajanja obredov dobijo podobne občutke kot odvisniki od drog, ko prenehajo jemati droge.

V svoji raziskavi sem želela preučiti, kako so socialni delavci seznanjeni s problematiko obsesivno-kompulzivne motnje. Želela bi vzpodbuditi socialne delavce, da se bolje izobrazijo o obsesivno-kompulzivni motnji, saj bi lahko s svojim znanjem pripomogli k boljšemu počutju oseb z obsesivno-kompulzivno motnjo. Pri uporabnikih njihovih storitev pa bi jo tako lahko hitreje prepoznali in v takšni situaciji ustrezno ukrepali. Zelo je pomembno, da se obsesivno-kompulzivna motnja ugotovi zgodaj, da se uporabniku obrazloži njegove simptome in pomen njegovega doživljanja okolice. Uporabnika je potrebno pravilno usmeriti in skupaj z njim soustvariti pravilno reagiranje na pojav stiske ob vsiljivih mislih in željah po ritualih. Skupaj z uporabnikom je potrebno poiskati rešitev, kako se naj tem impulzom upre in kako preusmeri pozornost na druge dejavnosti, da se sprosti in se mu potreba zmanjša ter pozabi na željo po obredu.

ZAHVALE

Iskreno se zahvaljujem svoji mentorici doc. dr. Lei Šugman Bohinc, predvsem pa vsem svojim bližnjim za podporo v času študija in pisanja diplomske naloge.

PODATKI O DIPLOMSKI NALOGI

PREDGOVOR

ZAHVALA

KAZALO

1	TEORETSKI UVOD	12
1.1	ZDRAVJE	12
1.2	POTREBE	17
1.3	STRES	19
1.3.1	OPREDELITEV POJMA STRES	19
1.3.2	STRESORJI	20
1.4	ANKSIOZNE MOTNJE.....	21
1.4.1	STRAH	21
1.4.2	TESNOBA	22
1.4.3	RAZVRSTITEV STANJ TESNOBE	23
1.4.4	OPIS NEKATERIH VRST ANKSIOZNIH MOTENJ	23
1.5	OBSESIVNO-KOMPULZIVNA MOTNJA	26
1.5.1	VZROKI ZA NASTANEK.....	27
1.5.2	VRSTE IN PRIMERI OBSESIJ	28
1.5.3	KDAJ LAHKO GOVORIMO O OBSESIVNO-KOMPULZIVNI MOTNJI PRI OTROCIH.....	29
1.5.4	SKUPNE LASTNOSTI OKM	30
1.5.5	ZAČARANI KROG, KI VZDRŽUJE OKM.....	32
1.5.6	OPISI PRIMEROV LJUDI Z OBSESIVNO-KOMPULZIVNO MOTNJO	32
1.5.7	KAJ MORAJO VEDETI STARŠI, KATERIH OTROCI SO OBOLELI ZA OBSESIVNO-KOMPULZIVNO MOTNJO	34
1.5.8	ZDRAVLJENJE OBSESIVNO-KOMPULZIVNE MOTNJE	35
1.6	PSIHOTERAPIJA	37
1.6.1	KLASIFIKACIJE PSIHOTERAPVTSKIH PRISTOPOV	37
1.6.2	DEJAVNIKI, KI VPLIVAJO NA DOBER IZID PSIHOTERAPIJE	38
1.6.3	KOMU JE PSIHOTERAPIJA NAMENJENA	38
1.7	KOGNITIVNO-VEDENJSKA TERAPIJA	39
1.7.1	TEORETSKA OSNOVA.....	40

1.7.2 TERAPIJA	41
1.7.3 VEDENJSKE TEHNIKE.....	42
1.7.4 KOGNITIVNE TEHNIKE	42
1.8 SOCIALNO DELO IN UPORABNIKI Z OBSESIVNO-KOMPULZIVNO MOTNJO	43
1.8.1 UPORABA OSNOVNIH TEORETSKIH KONCEPTOV	44
1.8.2 KONCEPT IZVIRNEGA DELOVNEGA PROJEKTA POMOČI.....	47
1.8.3 DVE VRSTI POGOVORA.....	50
1.9 SKUPINE ZA SAMOPOMOČ	50
1.10 SAMOPOMOČ	53
1.10.1 NEKAJ PRIMEROV SPROSTITVENIH TEHNIK	54
2 PROBLEM.....	56
2.1. OPREDELITEV PROBLEMA	56
3 METODOLOGIJA	59
3.1 VRSTA RAZISKAVE	59
3.2 MERSKI INSTRUMENTI IN VIRI PODATKOV	59
3.3 SPREMENLJIVKE	59
3.4 POPULACIJA IN VZOREC	59
3.5 ZBIRANJE IN OBDELAVA PODATKOV	60
4 REZULTATI.....	62
5 RAZPRAVA	85
6 SKLEPI.....	90
7 PREDLOGI.....	92
8 UPORABLJENA LITERATURA	95
9 PRILOGE.....	100
1 Anketni vprašalnik.....	100
2 Zbirnik podatkov	106
3 Hi-kvadrat preizkusi	109
10 POVZETEK	121

SEZNAM TABEL

Tabela 1: PREPOZNAVANJE OBSESIJ IN KOMPULZIJ	61
Tabela 2: PORAZDELJENOST SOCIALNIH DELAVCEV GLEDE NA PODROČJE DELA oz. DELOVNO MESTO	62
Tabela 3: UPORABNIKI, S KATERIMI SOCIALNI DELAVCI DELAJO NA DELOVNEM MESTU	62
Tabela 4: POZNAVANJE PRIMEROV LJUDI Z OBSESIJAMI.....	62
Tabela 5: ALI VSILJIVE MISLI PRI LJUDEH POVZROČAJO NELAGODJE IN OBČUTEK TESNOBE RAZLIČNE INTENZITETE.....	63
Tabela 6: NADZOR OSEB NAD VSILJIVIMI MISLIMI IN STRAHOVI	63
Tabela 7: KOLIKO ČASA DNEVNO OSEBE Z VSILJIVIMI MISLIMI IN STRAHOVI PORABIJO ZA VSILJIVE MISLI	64
Tabela 8: KAKO OSEBE Z VSILJIVIMI MISLIMI PREMAGUJEJO TESNOBO	64
Tabela 9: POZNAVANJE PRIMEROV LJUDI, KI IZVAJAJO PONAVLJAJOČA SE DEJANJA - KOMPULZIJE.....	64
Tabela 10: ALI SO PONAVLJAJOČI OBREDI NEPRIJETNI ZA OSEBO, KI JIH IZVAJA	65
Tabela 11: KOLIKO ČASA DNEVNO PORABI OSEBA ZA IZVAJANJE OBREDOV.....	65
Tabela 12: NADZOR NAD OBREDI.....	65
Tabela 13: SREČANJE S TAKŠNIMI PRIMERI LJUDI NA DELOVNEM MESTU	66
Tabela 14: ALI SO ZASLEDILI KJE DRUGJE ZGODBE O PRIMERIH LJUDI Z OBSESIVNO-KOMPULZIVNO MOTNJO?.....	66
Tabela 15: SUBJEKTIVNA OCENA SOCIALNIH DELAVCEV O POZNAVANJU SIMPTOMOV OBSESIVNO-KOMPULZIVNE MOTNJE	66
Tabela 16: STIK Z UPORABNIKI, KI IMAJO OBSESIVNO-KOMPULZIVNO MOTNJO.....	67
Tabela 17: ŠTEVILO PRIMEROV UPORABNIKOV Z OBSESIVNO-KOMPULZIVNO MOTNJO NA DELOVNEM MESTU	67
Tabela 18: SUBJEKTIVNO MNENJE SOCIALNIH DELAVCEV O POJAVNOSTI PROBLEMA OBSESIVNO-KOMPULZIVNE MOTNJE V SLOVENIJI.....	67
Tabela 19: STAROSTNO OBDOBJE, V KATEREM JE POJAVNOST OBSESIVNO- KOMPULZIVNE MOTNJE VEČJA.....	68
Tabela 20: TEHNIKE POMOČI OSEBAM Z OBSESIVNO-KOMPULZIVNO MOTNJO..	68
Tabela 21: ALI SO SE MED ŠTUDIJEM SOCIALNEGA DELA SEZNANILI S PROBLEMOM OBSESIVNO-KOMPULZIVNE MOTNJE	68
Tabela 22: MNENJE O TEM, ALI LAHKO SOCIALNI DELAVEC ŽE S SVOJIM ZNANJEM PRIPOMORE K DVIGU KVALITETE ŽIVLJENJA OSEB Z OBSESIVNO-KOMPULZIVNO MOTNJO.....	69
Tabela 23: SUBJEKTIVNO MNENJE SOCIALNIH DELAVCEV GLEDE KVALITETE OSKRBE, OBRAVNAVE IN POMOČI OSEBAM Z OBSESIVNO-KOMPULZIVNO MOTNJO.....	69
Tabela 24: ALI BI SOCIALNI DELAVCI ZA DELO Z OSEBAMI Z OBSESIVNO- KOMPULZIVNO MOTNJO POTREBOVALI ŠE DODATNO IZOBRAZBO?	69

Tabela 25: ŽELJA SOCIALNIH DELAVCEV PO DODATNI IZOBRAZBI IN SODELOVANJE V PROCESU KREPITVE MOČI OSEB Z OBSESIVNO-KOMPULZIVNO MOTNJO	70
Tabela 26: SPOL SOCIALNIH DELAVCEV	70
Tabela 27: STAROSTNA SKUPINA SOCIALNIH DELAVCEV	70
Tabela 28: OKOLJE, IZ KATEREGA PRIHAJA SOCIALNI DELAVEC.....	71
Tabela 29: REGIJE, KJER DELAJO SOCIALNI DELAVCI.....	71
Tabela 30: POZNAVANJE OBSESIJ.....	72
Tabela 31: POZNAVANJE KOMPULZIJ.....	72
Tabela 32: PREPOZNAVANJE OBSESIJ GLEDE NA PREPOZNAVANJE KOMPULZIJ.....	73
Tabela 33: PREPOZNAVANJE OBSESIVNO-KOMPULZIVNE MOTNJE	74
Tabela 34: POZNAVANJE OBSESIVNO-KOMPULZIVNE MOTNJE GLEDE NA PODROČJE DELA SOCIALNIH DELAVCEV	75
Tabela 35: POZNAVANJE OBSESIVNO-KOMPULZIVNE MOTNJE GLEDE NA STAROST UPORABNIKOV	75
Tabela 36: POZNAVANJE OBSESIVNO-KOMPULZIVNE MOTNJE GLEDE NA MNENJE SOCIALNIH DELAVCEV, KAKO REAGIRAJO NA LJUDI S PONAVLJAJOČIMI MISLIMI IN KAKO LE-TI ZMANJŠAJO TESNOBO	76
Tabela 37: POZNAVANJE OBSESIVNO-KOMPULZIVNE MOTNJE GLEDE NA SPOL SOCIALNIH DELAVCEV	77
Tabela 38: POZNAVANJE OBSESIVNO-KOMPULZIVNE MOTNJE V POVEZAVI S POZNAVANJEM TEHNIK POMOČI OSEBAM Z OBSESIVNO-KOMPULZIVNO MOTNJO.....	77
Tabela 39: POZNAVANJE OBSESIVNO-KOMPULZIVNE MOTNJE GLEDE NA SEZNANJENOST Z OBSESIVNO-KOMPULZIVNO MOTNJO V ČASU ŠTUDIJA SOCIALNEGA DELA.....	78
Tabela 40: POZNAVANJE OBSESIVNO-KOMPULZIVNE MOTNJE V POVEZAVI S SUBJEKTIVNIM MNENJEM SOCIALNIH DELAVCEV GLEDE OSKRBE OSEB Z OBSESIVNO-KOMPULZIVNO MOTNJO V SLOVENIJI.....	78
Tabela 41: POZNAVANJE OBSESIVNO-KOMPULZIVNE MOTNJE V POVEZAVI Z MNENJEM SOCIALNIH DELAVCEV O POTREBNI DODATNI IZOBRAZBI O OBSESIVNO-KOMPULZIVNI MOTNJI.....	79
Tabela 42: POZNAVANJE OBSESIVNO-KOMPULZIVNE MOTNJE V POVEZAVI Z ŽELJO SOCIALNIH DELAVCEV PO DODATNI IZOBRAZBI IN ŽELJO PO POMOČI OSEBAM Z OBSESIVNO-KOMPULZIVNO MOTNJO	79
Tabela 43: POZNAVANJE OBSESIVNO-KOMPULZIVNE MOTNJE V POVEZAVI S SUBJEKTIVNIM MNENJEM SOCIALNIH DELAVCEV O POZNAVANJU SIMPTOMOV OBSESIVNO-KOMPULZIVNE MOTNJE	80
Tabela 44: POZNAVANJE OBSESIVNO-KOMPULZIVNE MOTNJE V POVEZAVI S SUBJEKTIVNIM MNENJEM SOCIALNIH DELAVCEV O SREČANJU OSEB Z OBSESIVNO-KOMPULZIVNO MOTNJO NA SVOJEM DELOVNEM MESTU	81
Tabela 45: POZNAVANJE OBSESIVNO-KOMPULZIVNE MOTNJE V POVEZAVI S ŠTEVILOM PRIMEROV UPORABNIKOV Z OBSESIVNO-KOMPULZIVNO MOTNJO PRI DELU SOCIALNIH DELAVCEV	81

Tabela 46: POZNAVANJE OBSESIVNO-KOMPULZIVNE MOTNJE V POVEZAVI S SUBJEKTIVNIM MNENJEM SOCIALNIH DELAVCEV O RAZŠIRJENOSTI POJAVA OBSESIVNO-KOMPULZIVNE MOTNJE	82
Tabela 47: POZNAVANJE OBSESIVNO-KOMPULZIVNE MOTNJE V POVEZAVI Z OKOLJEM, IZ KATEREGA IZHAJAJO SOCIALNI DELAVCI	82
Tabela 48: POZNAVANJE OBSESIVNO-KOMPULZIVNE MOTNJE GLEDE NA PREJETE INFORMACIJE IZ ŠIRŠEGA OKOLJA	83
Tabela 49: POZNAVANJE OBSESIVNO-KOMPULZIVNE MOTNJE GLEDE NA STAROSTNO SKUPINO SOCIALNIH DELAVCEV	83
Tabela 50: POZNAVANJE OBSESIVNO-KOMPULZIVNE MOTNJE GLEDE NA REGIJO, IZ KATERE PRIHAJAJO SOCIALNI DELAVCI	84
Tabela 51:	109
Tabela 52:	109
Tabela 53:	110
Tabela 54:	111
Tabela 55:	112
Tabela 56:	112
Tabela 57:	113
Tabela 58:	114
Tabela 59:	114
Tabela 60:	115
Tabela 61:	116
Tabela 62:	116
Tabela 63:	117
Tabela 64:	118
Tabela 65:	118
Tabela 66:	119
Tabela 67:	119
Tabela 68:	120

1 TEORETSKI UVOD

1.1 ZDRAVJE

Definicija zdravja je stanje popolne telesne, duševne in socialne blaginje in je stanje odsotnosti bolezni, onemoglosti ali drugih patoloških pojavov. Prav tako je to celovit in dinamičen sistem, v katerem se je telo sposobno prilagajati vsem vplivom okolja in še zmeraj deluje brez težav. Posamezniku in skupnosti omogoča opravljati biološke, socialne in poklicne naloge ter preprečuje bolezni in onemoglosti. Zdravje je splošna in zelo cenjena vrednota družbe, saj velja, da nam brez zdravja tudi druge dobrine ne koristijo. Tako bi lahko rekli, da je osebno zdravje najpomembnejša osnovna vrednota človeštva. Je bistven vir za produktivno in kakovostno življenje vseh. Zdravo človeško telo je sposobno vzdrževati dinamično ravnovesje telesnih, duševnih, čustvenih, duhovnih, osebnih in socialnih prvin. Na podlagi tega je v interesu celotne družbene skupnosti, da lahko ta nemoteno sodeluje in deluje produktivno. Vsak pojav bolezni pri posamezniku se odraža in vpliva na celotno skupnost. Prav tako sta zdravje kot tudi njegovo nasprotje, bolezen, odsev trenutnih razmer v družbi v posameznem zgodovinskem obdobju. Na vse to vplivajo tudi biološke, socialne, kulturne, tehnološke, psihološke, demografske, politične in civilizacijske razmere. Zelo je tudi pomembno, kako se zdravstveni sistem odziva na potrebe ljudi v določeni skupnosti. (<http://sl.wikipedia.org/wiki/Zdravje>) (10.4. 2013)

»Človek je bitje, ki v veliki meri sam oblikuje sebe in določa svoj razvoj. Smiselno oblikovati in usmerjati je mogoče le tisto, kar poznamo. Zato sta smer človekovega razvoja ter, kako dojema, pozna in razume človeka, torej sebe in druge ljudi« (Ramovš, Ramovš 2007: 31) Torej na človekov osebni razvoj vplivajo različni dejavniki, zelo pa je odvisno kako posameznik dojame in odreagira na dano situacijo. Na posameznikove reakcije imajo velik vpliv predhodne življenske izkušnje in glede na te posameznik razvije lastne obrambne mehanizme.

Šest razsežnosti celostne podobe človeka (Ramovš, Ramovš 2007: 32-33):

1. Telesna ali biofizikalna razsežnost: celotni organizem z organi in organskimi sistemi, presnova, rast, razmnoževanje, zdravljenje, celjenje, vse organske potrebe, vse fizikalno-kemijske zakonitosti.
2. Duševna ali psihična razsežnost: zaznavanje okolja in sebe s čutili, intelektualna predelava informacij, čustvovanje, dogajanje v zavesti, spomini, navade, obnašanje, komunikacija oseb

z okoljem ... Vse to se dogaja na zavedni in tudi na nezavedni ravni, zajema vse človekove duševne potrebe.

3. Duhovna ali noogena razsežnost: človekovo dožemanje samega sebe kot osebe, orientacija v prostoru in času, v katerega je vpet, ozavestenje, da ima svobodo odločanja in odgovornosti.

4. Sožitna ali medčloveška družbena razsežnost: potreba po soljudeh in povezavi z njimi, osebni odnosi, komunikacija, odnosne vloge med ljudmi.

5. Razvojna ali zgodovinsko-kulturna razsežnost: človekova potreba po razvoju in napredku, po učenju in ustvarjalnosti; človekov individualni razvoj od spočetja pa tja do smrti; sprejemanje, ustvarjanje in predajanje spoznanj ter izkušenj.

6. Bivanjska ali eksistencialna razsežnost: kaj je smisel posameznikovega dejanja, trenutka ali situacije; smisel življenja, zgodovine ter stvarnosti.

»Dinamični ali energetski potencial je osnova potreb, ki so značilno gibalno vsake razsežnosti. Potrebe motivirajo človeka v vseh šestih razsežnostih k iskanju možnosti za njihovo zadovoljitev. Zadovoljitev človeških potreb v vseh razsežnostih pa pomeni opravljanje človekovih življenjskih nalog in polno človeško življenje, ali natančneje povedano: kakovostno osebno človekovanje in občestvovanje z drugimi ljudmi.« (Ramovš, Ramovš 2007: 34)

Osebni razvoj človeka se razvija skozi tri glavna življenjska obdobja: mladost, srednja leta in starost. Za osnovno urejenost človeške družbe je potrebna medgeneracijska povezanost vseh treh generacij. Z vidika integralne antropologije in antropohigiene je človek bitje, ki niha med polarnostmi. Temeljna človeška polarnost je torej nihanje med količino in kakovostjo ter iskanje ravnotežja. (Ramovš, Ramovš 2007: 34-40)

Medicina je veda in delovanje, ki preprečuje in zdravi bolezni ter si prizadeva povrniti zdravje ljudi v normalno stanje za najboljše delovanje v okolju. Zdravje je sestavljeno iz dveh komponent: telesnega stanja telesa in psihičnega stanja telesa, oba pa sta med seboj zelo povezana in znaki bolezni se večinoma kažejo na obeh ravneh. S psihičnim oziroma duševnim zdravjem se ukvarja del medicine, ki se imenuje psihiatrija. Ta stroka je del medicinske znanosti, ki opredeljuje, prepoznava, diagnosticira in zdravi duševne motnje ter bolezni. Prav tako se z njo dopolnjujejo in sodelujejo tudi psihologi, psihoterapevti, socialni delavci ter še drugi strokovni kadri, ki s svojim delovanjem prispevajo k boljšemu telesnemu, duševnemu

stanju oseb ali skupin oseb, ki so v stiski. Zelo pomemben pa je tudi vidik upoštevanja kakovosti življenja ljudi, ki se ga povezuje z ekonomsko varnostjo, socialno vključenostjo, povezanostjo in medsebojnim sodelovanjem. (<http://sl.wikipedia.org/wiki/Medicina>) (10.4.2013)

Tako kot telesno zdravje ljudi, je pomembno tudi duševno zdravje. Oba koncepta zdravja sta medsebojno povezana in odvisna.

»Svetovna zdravstvena organizacija definira duševno zdravje kot stanje dobrega počutja, v katerem posameznik razvija svoje sposobnosti, se spoprijema s stresom v vsakdanjem življenju, učinkovito in plodno dela in prispeva v svojo skupnost« (Klanšek, Zorko, Roškar 2009: 1) Prav tako je duševno zdravje zelo širok koncept, ki zajema tako pozitivno duševno stanje kot tudi negativno. Ko govorimo o pozitivnem duševnem stanju, mislimo na dober odnos do sebe in okolice, da se ljudje pravilno soočajo z izzivi, imajo pozitivno samopodobo, imajo občutek moči in da jih okolica potrebuje, ter imajo razvite ustrezne sposobnosti soočanja s težavami. Negativno duševno stanje pa nastopi, kadar pride do težav in motenj ter odstopanj pri zgoraj naštetih pozitivnih stanjih in kadar se pojavljajo še drugi simptomi in znaki duševnih motenj, ki otežujejo človekovo normalno psihološko delovanje v okolju. Kot je razvidno, je duševno zdravje veliko širši pojem kot le odsotnost duševne bolezni. Pomembno je za našo zmožnost percepcije, razumevanje in interpretacijo okolja, za mišljenje, govor, za medsebojno verbalno in neverbalno komunikacijo, za sposobnost oblikovanja in vzdrževanja odnosov v naših vsakdanjih družbah in kulturah. (Klanšek, Zorko, Roškar 2009: 1)

Duševno zdravje je torej sestavni del javnega zdravja v tem smislu, da se je potrebno ukvarjati z duševnim zdravjem in počutjem celotne populacije in je to tako v interesu družbe kot politike. Brez človeškega zdravja tudi družbe ne bi obstajale, zato je to nacionalni kapital, ki ga moramo vsi skupaj negovati in skupaj delovati v prid izboljšanju vseh pogojev življenja. Na ljudi vplivajo vse vrste okolja: od delovnega okolja, šole, vseh izobraževalnih institucij ipd. Takorekoč celotna okolica, v katero je vpet posameznik, vpliva na njegovo počutje in delovanje, ter tako on vpliva nazaj na okolico, in lahko prispeva svoj delež k družbi in njenemu razvoju. Tako sta družba in posameznik močno povezana in močno vplivata drug na drugega. Večina pa ima premoč nad posameznikom, in zato posamezniki, ki so izključeni iz večine, potrebujejo pomoč pri ponovni vključitvi. Tu velja omeniti tudi ljudi, ki trpijo za duševnimi motnjami in so tako odrinjeni na rob družbe, zato jim je potrebno pomagati, saj so

enakovredni člani skupnosti kot vsi ostali. Zato se čuti potreba, da se konvencionalni pristop, ki je zasnovan predvsem na zdravljenju duševnih bolezni, razširi na celovit, večdimenzionalni pristop, ki bo zajel veliko širše področje delovanja in sodelovanja in bo usmerjen ne samo k bolezni temveč tudi k duševnemu zdravju in njegovi promociji. Dobro duševno zdravje prebivalstva je temelj zdravja nasploh, prav tako pa tudi odraz socialne in gospodarske stabilnosti države. Duševne bolezni tako pomenijo veliko izgubo in obremenitev za gospodarske, socialne, izobraževalne, kazenske ter sodne sisteme države. Zato je potrebno nameniti pozornost še posebno ranljivim skupinam prebivalstva, kot so mladostniki, starejši ter ljudje, ki se soočajo s težavami na delovnem mestu. Zaposlitev ima lahko koristne ali pa tudi negativne stranske učinke na človekovo fizično in duševno zdravje. Vzdrževanje dobrega duševnega zdravja v delovnem okolju pripomore tako k posameznikovi produktivnosti kot posledično k ekonomski rasti in globalni konkurenčnosti. (Klanšek, Zorko, Roškar 2009: 1- 5)

Države naj bi bile torej v prihodnje usmerjene na naslednja področja za izboljšanje duševnega zdravja prebivalstva: (Klanšek, Zorko, Roškar 2009: 6- 9)

- promocija duševnega zdravja in posameznikovega dobrega počutja
- preventiva na področju duševnega zdravja
- celovita in učinkovitejša skrb obolelih za duševnimi motnjami
- vključevanje bolnikov z duševno motnjo v družbo
- odprava stigmatizacije in diskriminacije ter poudarek na zaščiti človekovih pravic
- nudenje posebnih intervencij in specialističnih storitev glede na posamezne ranljive skupine
- spremljanje vpliva vseh javnozdravstvenih politik na duševno zdravje
- vzpostavljanje partnerstev, koordinacije in vodenja med različnimi sektorji, agencijami, regijami in državami
- povezovanje različnih disciplin oziroma ved za učinkovitejše delovanje, ocenjevanje in spremljanje duševnega zdravja populacije
- zagotovitev ustrezne in zadostne finančne podpore
- temeljit pregled vpliva duševnega zdravja na vse javne politike in součinkovanje med njimi
- zagotavljanje ustrezne ureditve in zakonodaje na področju duševnega zdravja
- izboljšanje obveščanja in znanja o duševnem zdravju
- zagotovitev ustreznih podpornih mehanizmov, vključitev ozaveščanja v izobraževalne sisteme znotraj in zunaj učnega načrta

- izobraževanje in seznanjanje staršev z duševno problematiko, da so sposobni pravočasno prepoznati simptome pri svojih otrocih
- spodbujanje vključevanja ljudi v športne, izobraževalne, kulturne ter druge prostočasne dejavnosti
- spodbujanje dobrega počutja v izobraževalnem ter delovnem okolju in njuno usklajevanje z družinskim življenjem posameznika
- vpeljava preventivnih programov za preprečevanje stresa, nasilnega vedenja, uporabe psihoaktivnih snovi ter programov zgodnje intervencije pri prepoznavanju simptomov bolezni
- spodbujanje aktivnega vključevanja starejših v skupnost, spodbujanje njihove fizično aktivnosti ter možnosti za izobraževanje; razvijanje učinkovitih in fleksibilnih načinov upokojevanja

Po medicinskem modelu poimenujemo duševnost in njene motnje kot fiziološke in patofiziološke dejavnosti možganov. Če se človek dobro počuti in lahko normalno funkcionira v okolju, je zdrav, ko pa pride do sprememb oziroma odklonov v njegovem vedenju, doživljanju sebe in sveta, njegovem delovanju in reagiranju na okolico, so to lahko simptomi in znaki duševnih motenj in jih imenujemo psihopatološki fenomeni. (Pregelj, Kobentar 2009: 71) Odklon je v kontekstu medicinskega modela zdravja interpretiran kot objektivno obstoječ, medtem ko biopsihosocialni model zdravja odklon razume kot odklon od družbeno konstruiranega standarda normalnega, zdravega.

Psihopatologija je veda, ki proučuje znake in simptome duševnih motenj. Medicina velikokrat s postavitvijo diagnoze uporabnike zaznamuje in to posledično vodi v stigmatizacijo le teh. Pomembno je, da se v družbi ozavešči, da so to ravno tako ljudje kot vsi ostali, imajo pa določene težave, ki jih s pomočjo zdravljenja in psihosocialne pomoči poskušajo odpraviti, niso pa zato nič manj vredni od ostale populacije. (Pregelj, Kobentar 2009 71-72)

Duševne motnje opredeljujemo po njihovem izvoru in jih delimo na (Pregelj, Kobentar 2009: 72-73):

- A) ORGANSKE DUŠEVNE MOTNJE, ki nastanejo zaradi zunanjih vzrokov in prizadenejo možgansko tkivo
- B) FUNKCIJSKE DUŠEVNE MOTNJE, ki so posledica sprememb ali neravnovesja v molekularnobiološki strukturi možganovine ali na področju nevrottransmitterskega delovanja

C) PSIHOGENE, PSIHOLOŠKE DUŠEVNE MOTNJE so posledica motenj v določenih razvojnih obdobjih nastanka in razvoja osebnostne strukture in psihodinamike osebe, ki se odraža v odnosu osebe do sebe in okolja. Dogaja se na področju nezavednega ali pa zavednega.

1.2 POTREBE

»Potrebe so temeljni mehanizem živih bitij, da se ohranjajo in napredujejo. Vsaka potreba je informacija, kaj živo bitje trenutno potrebuje za svoj obstoj in napredek, obenem pa daje motivacijsko energijo za doseg ali uresničenje tega cilja. Živo bitje občuti svoj notranji energetski potencial kot napetost, stisko ali nujo, dokler energija ni porabljena oziroma potreba zadovoljena« (Ramovš, Ramovš 2007: 40) Iz tega je razvidno, da vsa živa bitja delujejo na način, da na čim bolj konstruktiven način zadovoljujejo lastne potrebe in si tako omogočajo dobro počutje in funkcioniranje. Težave nastopijo, ko se te potrebe zadovoljujejo na disfunkcionalen način in vodijo v neprimerne reakcije na situacije.

Zadovoljevanje naravnih potreb je pogoj za normalen človeški razvoj. Abraham Maslow je potrebe razvrstil na: osnovne ali biološke potrebe, potreba po varnosti, potreba po ljubezni in pripadnosti, potreba po ugledu in samospoštovanju, potreba po samouresničitvi. (Ramovš, Ramovš 2007: 20-47)

Najprej morajo biti zadovoljene nižje biološke potrebe človeka, ki mu sploh omogočajo njegov obstoj, in šele potem se lahko prebudijo višje potrebe, ki pa nas ločijo od živali in so bolj fleksibilne. Njihovo zadovoljitev je možno časovno odlagati ali pa jih nadomestiti s kakšno drugo zadovoljitvijo. Človek ima svobodno voljo pri odločanju o zadovoljevanju potreb in odločanju o njihovem smislu. Lahko pa potrebe zadovoljujemo na napačne načine, kar je velikokrat posledica napačne vzgoje v otroštvu in preteklih izkušenj. Prav tako je to povezano z delovanjem možganov. (Ramovš, Ramovš 2007: 20-47)

Poleg naravnih potreb pa poznamo tudi umetne potrebe, ki si jih človek pridobi ali privzgoji. Najpogosteje to pridobi med učenjem ali vadbo po metodi pogojevanja, pri kateri človek določeno vedenje spremeni v navado. Umetne potrebe so lahko koristne, saj pospešujejo človeški razvoj in samouresničevanje, po drugi strani pa so lahko nekatere tudi škodljive. Med

škodljive sodijo predvsem vedenjske razvade, potreba po uživanju omamnih snovi ipd. (Ramovš, Ramovš 2007: 20-47)

Na potrebe in oblike njihovih zadovoljevanj imata velik vpliv človekova osebna zrelost ter kulturno okolje, v katerega je vpet. Torej, bolj kot je človek zrel, bolje prepoznava svoje prave potrebe in jih zadovoljuje na pravilen, konstruktiven način. (Ramovš, Ramovš 2007: 20-47)

Kakovost človeškega življenja je odvisna od tega, koliko in v kakšni meri so zadovoljene vse njegove potrebe. Vsak trenutek se pojavlja več potreb in človek lahko nekatere zadovolji, medtem ko drugih ne more. Za stalno uravnovešanje pri zadovoljevanju potreb ima človek posebne sposobnosti oziroma obrambne mehanizme. (Ramovš, Ramovš 2007: 20-47)

»Obrambni mehanizmi so samodejni (avtomatični), pretežno nezavedni vzgibi ali mehanizmi, ki služijo ohranjanju človekovega telesnega, duševnega, socialnega, sožitnega, duhovnega in vsakršnega drugega zdravja. Obrambni mehanizmi skrbijo za ravnovesje v vsakdanji dinamiki zadovoljevanja potreb, za smiselno prioriteto pri njihovem zadovoljevanju ter za sprotno popraviljanje nastalih okvar ali moten. Obrambni mehanizmi so samokrmilni sistemi, ki jih sestavljajo vzvratna sporočila in povratni vzgibi.« (Ramovš, Ramovš 2007: 47)

Zdravi obrambni mehanizmi po razsežnostih, ki služijo ohranjanju in krepitvi človekovega zdravja ter razvoja (Ramovš, Ramovš 2007: 47-53):

1. Biološka razsežnost: obramba zdravega telesa pred škodljivci in okvarami; zdravljenje bolnega; celjenje poškodovanega.
2. Duševna razsežnost: selekcionirano zaznavanje; pozabljanje; razumsko utemeljevanje vsega človekovega doživljanja in vedenja.
3. Duhovna razsežnost: vest.
4. Sožitna razsežnost: mehanizem samopomoči in solidarnost.
5. Razvojna razsežnost: enačenje, posnemanje drugih ljudi; previdnost pred neznanim.
6. Bivanjska razsežnost: zavest o umrljivosti, ki nagiba k smiselni uporabi časa ter k smiselnemu življenju.

Obrambni mehanizmi nam omogočajo razvoj in preživetje in so pomembni za ohranjanje zdravja našega telesa. Lahko pa ostanejo zakrneli, oboleli ali odpovejo. Oboleli obrambni mehanizmi, ki odstopajo od zelenega in tako posledično zavirajo zdrav telesni in duševni razvoj človeka (Ramovš, Ramovš 2007: 47-53):

1. Biološka razsežnost: odpoved imunskega sistema; alergije.
2. Duševno področje: bolezenska racionalizacija, negacija ali zanikanje; bolezensko pozabljanje ipd.
3. Duhovno področje: otopela vest; preobčutljiva vest.
4. Področje sožitja: odpoved občutka za samopomoč sebi in najbližjim ter solidarnost; bolezenska igra vlog v sožitju; nezdrava komunikacija.
5. Razvojna razsežnost: razvojno nazadovanje ali regresija, identifikacija z negativnimi vzorniki.
6. Bivanjska razsežnost: cinizem; negacija smisla življenja

1.3 STRES

1.3.1 OPREDELITEV POJMA STRES

Vsakdanje življenje je polno izzivov in ovir in tako so ljudje podvrženi pritiskom. Kadar smo v stiski, kako se soočiti z zahtevami, ali smo negotovi, doživljamo stres. V majhni količini je stres dober, saj nam da energijo, nas motivira, da se potrudimo, se osredotočimo na problem in smo pozorni. Če pa so zahteve prevelike in presežejo naše sposobnosti premagovanja, lahko stres postane grožnja psihičnemu in fizičnemu zdravju. Stres je psihološki in fiziološki odgovor na dogodke, ki vplivajo na osebno ravnovesje. Če je naše telo v nevarnosti, se nanjo odzove z reakcijo boj-beg, ki ljudem omogoča preživetje. Ko zaznamo nevarnost, hipotalamus v možganih sproži kemični alarm in tako se odzovemo na nevarnost. Ta odziv je namenjen obrambi in podpori ter je našim prednikom pomagal pri preživetju. V današnjem času pa je večina stresa bolj povezanega s psihološkimi kot s fizičnimi grožnjami. (Pregelj, Kobentar 2009: 244-245)

»Stres je možno opisati kot dogajanje, ki ga sproži vsaka sprememba, ki zmoti človekovo notranje ravnotežje in aktivira njegove prilagoditvene potenciale. Človek se na stres odziva v svoji telesni, duševni in socialni celostnosti, zato ni presenetljivo, da je koncept stresa in njegovo delovanje na zdravje odigralo ključno vlogo v pojmovanju zdravja kot biosoiosocialnega fenomena.« (Selič 1999: 53) Na vsakem koraku nas spremljajo stresorji in smo udeleženi v situacijah, ki v nas sprožajo nemir. Kako bo organizem odreagirjal na stresne dražljaje je v veliki meri odvisno od njegovih predhodnih izkušenj, razvoja obrambnih mehanizmov in tolerance na določene stresorje. Vse to se dogaja na telesnem kot tudi na

duševnem ravnovesju organizma in kako le ta odreagira, ko pride v stik s stresorjem. To lahko primerjamo s kemičnimi reakcijami med spojinami, ko nekatere burno odreagirajo na drugo spojino, medtem ko druge ostanejo nespremenjene.

Mason je podal tri definicije stresa (Pregelj, Kobentar 2009: 245-246):

1. stres, ki je posledica notranjega stanja organizma, glede na fiziološke, čustvene in vedenjske reakcije;
2. vpliv zunanjih dogodkov na organizem;
3. posledica interakcije okolja in osebe, ko stres izvira iz neravnotežja med zahtevami in sposobnostmi posameznika za obvladovanje zahtev. Prav tako je odvisno od spola, starosti, osebnosti, splošnega pogleda na življenje, kulturnega in socialnega okolja, sposobnosti za premagovanje težav, preteklih izkušenj in socialne podpore.

1.3.2 STRESORJI

To so dogodki, pogoji, ki jih človek zazna kot grozeče ali škodljive in povzročajo stanje napetosti ter vse, kar predstavlja človeku določeno zahtevo, obremenitev. (Selič 1999: 53- 67)

1. Kataklični stresorji so navadno nepredvidljivi dogodki, ki se zgodijo večjim skupinam ljudi hkrati in niso nujno predvidljivi.
2. Osebni stresorji delujejo na posameznika in niso nujno predvidljivi.
3. Stresorji ozadja pa so zanemarljivi, vendar pa so stalno prisotni in povzročajo kronično vznemirjenje ali distress. (hrup, razsvetljava idr.)

Človekov odziv na dogajanje je funkcija dogodka in osebe. Pri tej so prag občutljivosti, intenziteta in način reagiranja odvisni od bioloških in psiholoških dejavnikov, prav tako pa zmožnost obvladovanja stresa sooblikujejo številne značilnosti okolja in osebnosti. (Selič 1999: 53- 67)

Takojšnji odziv je kratkotrajna reakcija na stres in bi jo lahko poimenovali vzburjenje. Zmotno je sklepati, da vsak stresor vodi v bolezen. Potrebno je upoštevati tudi jakost stresa in kvaliteto funkcioniranja osebe. Stres je lahko huda preizkušnja za človekove prilagoditvene zmožnosti. Prav tako ga lahko sili v neustrezne reakcije ter izčrpava njegove moči, obenem pa tudi vzpodbuja, krepi in vzdržuje njegovo vitalnost. (Selič 1999: 53- 67)

Posameznik različno odreagira na stresni dogodek. Na odziv posameznika ima vpliv tudi jakost stresorja in toleranca posameznika. Vse to ima posledice, ki se odražajo na zdravju človeka, ki je izpostavljen stresorju. (Selič 1999: 53- 67)

- Eustres: pozitiven učinek stresnega dogajanja.
- Distres: je negativni učinek na človeka in ima patološke, bolezenske posledice na zdravje ljudi. Večina težav se pojavi v fazi odpora ali izčrpanosti.
- Nevtralni učinki: veliko stresnih dogodkov izzveni brez opaznih učinkov na subjektu. Je pa to v močni povezavi s pomenom, ki ga ima stresor za določenega posameznika.

1.4 ANKSIOZNE MOTNJE

1.4.1 STRAH

Strah je neprijeten občutek, vendar življenje brez njega ne bi bilo mogoče. Je naš obrambni mehanizem v situacijah, ki ogrožajo naš obstoj, in nam omogoča, da se zavarujemo in branimo v nevarnosti. Ob soočenju z nevarnostjo nas opozori na ogroženost, nas žene k previdnosti, izostri naša čutila in usmeri našo pozornost. V najširšem pomenu besede strah lahko razumemo kot zaščitni mehanizem narave, ki varuje obstoj posameznika in vrste. Človek pa ima razum in lastno voljo tako usmerjeno, da lahko strah kontrolira, razume situacijo in z voljo deluje proti svojim reakcijam. Glavni vzrok strahu je nevednost. Strah izziva tisto, kar nam je neznano, skrito in tisto, o čemer ne vemo dovolj in zaradi česar ne moremo predvideti ter nadzorovati situacije. Znanje premaguje strah, vendar se moramo najprej naučiti sprejeti negotovost življenja in dejstvo, da na tem svetu ni ničesar dokončnega in da je vse podvrženo spremembam, nastajanju in izginjanju. Če tako opazujemo stvari, eksistencialno negotovost, staranje, bolezen, smrt, potem tudi takšni življenjski problemi, ki povzročajo strah, postanejo le pričakovani življenjski izzivi, s katerimi se je treba naučiti živeti. Naučiti se živeti v negotovem svetu pomeni predvsem naučiti se soočati s strahom, ki v nas povzroča negotovost. V vsaki situaciji, ki se je bojimo, imamo dve možnosti: ali se prepustimo strahu ali pa se z njim soočimo. Če se prepustimo, postane strah naš gospodar in uravnava naše misli in dejanja. Če pa se s strahom soočimo, ostanemo lastni gospodarji, razumna, inteligentna bitja, ki sama odločajo o svojih dejanjih.

(<http://www.akropola.org/clanki/clanek.aspx?lit=130>) (11. 4. 2013)

1.4.2 TESNOBA

»Tesnoba, anksioznost ali bojazen je občutje negotovosti, pričakovanja česa neugodnega, brez stvarnega zunanjega razloga, spremljano z vegetativnimi pojavi (npr. pospešen srčni utrip in pospešeno dihanje, drhtenje).« (<http://sl.wikipedia.org/wiki/Tesnoba>) (11. 4. 2013) Strah in tesnoba sta torej normalna pojava in sta reakciji telesa na grožnje in nevarnosti. Kadar sta v okviru zgoraj omenjene normalne reakcije, spodbudita ljudi h konstruktivnem reševanju situacij.

1.4.2.1 KAJ JE TESNOBA

Anksioznost ali bolezenska tesnoba je zelo neprijetno čustvo, ki ga spremljajo telesne in vedenjske spremembe. Pojavi se lahko postopoma ali nenadoma in lahko traja le nekaj minut v obliki paničnega napada ali pa več let kot generalizirana anksiozna motnja ali obsesivno-kompulzivna motnja. Človek ima anksiozno motnjo tedaj, ko je tesnoba tako močna, da ga ovira pri normalnem življenju in vsakodnevnih opravilih, ter kadar ni sposoben kontrolirati te tesnobe. Ljudje se tako v okolju drugače odzivajo na situacije in imajo drugačne vzorce vedenja. Prav tako je anksiozna motnja dejavnik tveganja za razvoj depresije in različnih odvisnosti. (Pregelj, Kobentar 2009: 235)

1.4.2.2 VZROKI IN SIMPTOMI ANKSIOZNIH MOTENJ

Pri posamezniku so vzroki za nastanek anksioznih motenj biološki, psihološki in socialni. K razvoju motnje so bolj nagnjeni tisti, ki so perfekcionisti, ki imajo večjo potrebo po odobravanju s strani drugih, in slabše prenašajo kritiko. Prav tako lahko vzroki izhajajo iz vzgoje in družine, kadar so starši preveč zaščitniški do otrok, ali pa jim posvečajo premalo skrbi in pozornosti. (Pregelj, Kobentar 2009: 235)

Simptome lahko razlikujemo v mišljenju, čustvovanju, vedenju in na nivoju telesa. (Pregelj, Kobentar 2009: 235-236)

Anksioznost kot simptom ali kot psihopatološki pojav določajo tri avtonomne sestavin (Tekavčič - Grad 1994: 61-62):

1. **SUBJETIVNO-KOGNITIVNA SESTAVINA:** oseba se zaveda svojega občutja strahu in trpljenja ter je sposobna o tem govoriti.

2. FIZIOLOŠKA SESTAVINA: osebe doživljajo različne telesne senzacije, ki se kažejo kot različni simptomi. Somatizacija je povezana z delovanjem avtonomnega živčevja. Prav tako so telesni simptomi tesnobe del obrambe organizma pred zavestnim, neprijetnim in neznosnim doživljanjem strahu.
3. VEDENJSKA IN MOTORIČNA SESTAVINA: tesnobo lahko spremlja določena oblika vedenja, s katero se človek neposredno razbremeni neprijetnih čustev.

1.4.3 RAZVRSTITEV STANJ TESNOBE

Do sedaj se je tesnoba razumela kot osnova vseh nevrotičnih motenj in kot spremljevalca psihotičnih motenj. Redko so se strokovni delavci ukvarjali z določanjem intenzitete tesnobe, z načinom in pogostostjo njenega ponavljanja ter s količino izražanja njenih sestavin. (Tekavčič - Grad 1994: 63)

Razvrstitev stanj tesnobe (DSM-III-R) (Tekavčič - Grad 1994: 63) To je poenostavljena verzija klasifikacije stanj tesnobe. Po mednarodni klasifikaciji bolezni in sorodnih zdravstvenih problemih je poimenovanje motenj še bolj razdelano za medicinsko rabo.

1. Panična motnja brez agorafobije;
2. panična motnja z agorafobijo;
3. agorafobija brez napada panike;
4. socialna fobija;
5. enostavna fobija;
6. splošno stanje tesnobe;
7. obsesivno-kompulzivna motnja;
8. posttravmatska stresna motnja;
9. Stanja tesnobe, ki niso natančneje določena.

1.4.4 OPIS NEKATERIH VRST ANKSIOZNIH MOTENJ

1.4.4.1 GENERALIZIRANA ANKSIOZNA MOTNJA

Je prisotna pri 1 do 2 % prebivalstva in je pogostejša pri ženskah. Značilna je stalna tesnoba in zaskrbljenost glede stvari, ki so pomembne vrednote za posameznika: šolske ocene, športni

uspehi, točnost in natančnost, družinske zadeve, služba, mnenje drugih, zdravje. Osebe podcenjujejo svoje sposobnosti in možnost rešitve situacij ter precenjujejo nevarnost. Prav tako dvomijo v svoje sposobnosti, kakovost svojega dela in neprestano iščejo potrditve s strani okolice. Doživljajo premajhno zadovoljstvo pri svojih uspehih in se zato počutijo prazne. (Pregelj, Kobentar 2009: 236)

Ta oblika motnje se diagnosticira dokaj pozno in poteka kronično. Večinoma pacienti obiščejo zdravnika zaradi telesnih simptomov in tako se počas na podlagi simptomov diagnosticira motnjo. V večini primerov je potrebno zdravljenje z antidepresivi, pomembne so tudi tehnike sproščanja in preusmeritev pozornosti, priporočljivo je tudi psihoterapevtsko vodenje. (Pregelj, Kobentar 2009: 236)

1.4.4.2 FOBIČNE MOTNJE

Fobija traja najmanj šest mesecev in vpliva na posameznikovo vedenje in odzivanje na situacije. Osnovna delitev fobij je na enostavne fobije (agorafobija, klavstrofobija, strah pred pajki, višino itd.) in socialno fobijo. Pri vseh je prisotna tesnoba, ki jo sproži določena situacija in posledično izogibanje situacijam. V otroštvu so zelo običajne otroške fobije, ki pa izzvenijo same od sebe. Socialna fobija se kaže pri posamezniku v obliki strahu, da bo v družbi sprožil posmeh, izpadel čuden, ne bo izpolnjeval pričakovanj, da bo izpadel neumen. S tem sovпада občutek lastne manjvrednosti. Ljudje s to vrsto fobije imajo strah javno nastopati ter si ne upajo govoriti v družbi. Raje so skriti v ozadju ter se izogibajo situacijam, ki bi v njih izzvale strah. Priporočeno je svetovanje in kognitivno-vedenjska terapija s postopki soočanja s situacijami, ki v osebah sprožijo občutke napetosti. (Pregelj, Kobentar 2009: 237)

1.4.4.3 PANIČNA MOTNJA

Pojavlja se pri 1 do 2 % populacije in je dvakrat pogostejša pri ženskah. O njej govorimo, ko oseba doživi vsaj dva nepričakovana napada in jo skrbi, da se bo napad ponovil. Najpogosteje se pojavi v dvajsetih letih. Oseba lahko poleg tega razvije še agorafobijo, ki jo lahko še dodatno ovira pri vsakodnevnemu funkcioniranju. Ko pride posameznik v situacijo, ki izzove njegovo paniko, je posameznik popolnoma prepričan, da bo umrl, da bo izgubil nadzor ali pa izgubil razum. Pojavi se lahko strah pred ponovitvijo napadov in posledično se oseba začne izogibati določenih prostorov in situacij. Ko oseba doživi napad, jo je najprej potrebno pomiriti s pomirjujočimi besedami. Za zdravljenje pa se uporabljajo tudi zdravila in psihoterapija. (Pregelj, Kobentar 2009: 237- 238)

1.4.4.4 SOMATOFORMNE MOTNJE

V ospredju so telesni simptomi, torej simptomi s strani organskih sistemov, ki so pod vegetativno kontrolo in posameznika ovirajo. Vendar pa preiskave telesnih funkcij ne pokažejo simptomov in ne najdejo pravega razloga za težave. Nekateri ljudje se odzivajo na določene situacije s somatizacijo. Z njo posameznik izraža psihološko in medosebno stisko in zaradi posledično nepojasnjenih telesnih simptomov išče zdravniško pomoč. (Pregelj, Kobentar 2009: 239)

Najpogostejši vzroki so družinske situacije in prav tako je somatizacija način komunikacije v družini. Nekatere osebe svoje emocionalne stiske in konflikte izražajo preko telesnih bolezni in te osebe imajo težave pri ločevanju telesnega in duševnega. Prav tako so te motnje velikokrat povezane s travmatičnimi dogodki, nerešljivimi problemi in neznosnimi medčloveškimi odnosi, ki jih spremljajo že dolgo časa (npr. spolne zlorabe v otroštvu). Tudi sociokulturnih dejavnikov ne smemo zanemariti, saj je telesna motnja veliko bolj razumljiva in lažje sprejeta v družbi kot pa duševna motnja. Tako posameznik ni stigmatiziran in izločen iz okolja, ki ljudem deli oznake in oblikuje konstrukte, kaj je normalno in kaj patološko. (Pregelj, Kobentar 2009: 239- 240)

Vrste somatomorfni motenj (Pregelj, Kobentar 2009: 241- 242) :

- a) somatizacijska motnja;
- b) hipohondrična motnja;
- c) trajna somatiformna bolečinska motnja.

Zdravljenja se lotimo tako, da poskušamo telesne simptome povezati s stresnimi dejavniki in načinom življenja na način, da posameznik uvidi, da se s telesom odziva na težave, in to ozavesti. Uporabijo se psihoterapevtski pristopi in opolnomočenje posameznika. (Pregelj, Kobentar 2009: 241- 242)

1.4.4.5 DISOCIATIVNE MOTNJE

Pri disociativnih motnjah se simptomi pojavljajo s strani telesnih funkcij, ki so pod zavestnim nadzorom posameznika. Vzroki za razvoj teh motenj so prav tako povezani s travmatičnimi

dogodki, nerešljivimi problemi in neznoznimi medčloveškimi odnosi. Trajajo lahko od minute pa vse do več mesecev. Vrste teh motenj so disociativna amnezija, disociativne motorične motnje, disociativne konvulzije, disociativna anestezija in izguba senzibilnosti. (Pregelj, Kobentar 2009: 242- 243)

1.5 OBSESIVNO-KOMPULZIVNA MOTNJA

Vsak človek ima občasno grde misli in skrbi, ali je pozabil kaj narediti. Posledično to preveri, da se prepriča, ali je vse v redu, in preveri, da se kaj ne bi zgodilo. To je skupna izkušnja vseh ljudi. Te misli pa so lahko pri nekaterih ovira za vsakdanje življenje. Veliko ljudi ne poišče pomoči pravočasno, saj jih je sram, mislijo namreč, da se to dogaja samo njim, bojijo se, da se jim bo zmešalo in imajo premalo informacij o tej motnji. (Westbrook, Morrison 2010: 1-3)

Obsesivno-kompulzivna motnja je zelo pogosta duševna motnja, in če je pri osebi izražena v milejši obliki, jo večkrat težko prepoznamo. Težave so vseeno zelo obremenjujoče za posameznika, ki velikokrat ne razume, kaj se dogaja z njim. (Westbrook, Morrison 2010: 1-3)

Obsesivno-kompulzivna motnja ni nov problem, le vedno več se o njem govori v javnosti, čeprav še vedno premalo, in še veliko ljudi ne pozna tega pojava. Prvi zgodnji opisi obsesivno-kompulzivne motnje iz zgodovine segajo daleč nazaj in se nanašajo predvsem na religiozno tematiko. Dandanes pa lahko o pojavnosti problema vedno več beremo v revijah, spremljamo pogovorne oddaje, dokumentarne filme in lahko vidimo, da ljudje z obsesivnimi problemi odsevajo poglobljene skrbi časa, v katerem živijo. (Westbrook, Morrison 2010: 1-3)

Za obsesivno-kompulzivno motnjo so značilne prisilne misli - obsesije in prisilna dejanja - kompulzije. Misli so za osebo zelo neprijetne in človek z obsesivno-kompulzivno motnjo se zaveda, da so nadaljnja dejanja nepotrebna. Poskuša ustaviti misli ali ne izvajati dejanj, vendar pa se ne more upreti. To so sicer povsem normalne misli in dejanja, ki se pojavijo pri vseh, razlika pa je v tem, da osebam z obsesivno-kompulzivno motnjo te misli in dejanja uidejo izpod nadzora, ter postanejo tako problematične, da jih zelo ovirajo v življenju. (Westbrook, Morrison 2010: 1-3)

1.5.1 VZROKI ZA NASTANEK

Raziskave so pokazale, da se ljudje brez obsesivno-kompulzivne motnje srečujejo z istimi mislimi kot ljudje z obsesivno-kompulzivno motnjo. Iz tega sledi, da misli same po sebi niso »nenormalne«, problematično pa je, kaj ta misel osebi pomeni. Osebe brez obsesivno-kompulzivne motnje lahko to misel hitro opustijo in ne čutijo notranje potrebe po določenem dejanju, medtem ko osebe z obsesivno-kompulzivno motnjo to isto misel doživijo kot zelo grozečo in se je ne morejo znebiti. Prisiljeni so izvajati določena nepotrebna dejanja, da se znebijo te notranje napetosti. Osebe z obsesivno-kompulzivno motnjo torej družbeno nesprejemljivo ocenjujejo situacije in odreagirajo preveč burno in nepotrebno. (Westbrook, Morrison 2010: 7.)

Ta motnja naj bi po dosedanjih raziskavah prizadela od 2 do 3 % prebivalstva in njen razvoj je možen tako v otroštvu, mladostništvu kot v odrasli dobi ter se pojavlja tako pri ženskah kot tudi pri moških. Vzroki nastanka obsesivno-kompulzivne motnje še niso povsem pojasnjeni. Dokazano pa je, da ima dednost pomembno vlogo in da se OKM povezuje s spremenjenim delovanjem sistema izločanja serotonina v možganih. Motnja se torej lahko pojavi že v otroštvu. Nekateri otroci so bolj dovzetni za razvoj tovrstnih težav, prav tako pa dodatni stres v življenju prispeva k pojavnosti težave, k okrepitvi in nadaljevanju motnje. Potek motnje je torej nihajoč z obdobji okrepljenih simptomov, z obdobji blažjih simptomov ter z obdobji odsotnosti simptomov. Simptomi pa se lahko tudi po uspešnem zdravljenju povrnejo, še posebej v času stresnih dogodkov in naporov. (Primožič, Jurc, Dernovšek, Tavčar, Breclj - Kobe 2011: 10.)

Kratek povzetek možnih vzrokov nastanka (Primožič, Jurc, Dernovšek, Tavčar, Breclj- Kobe 2011: 10):

- a) OSEBNE OBREMENITVE: slabi odnosi v družini, velike izgube, smrt, ločitve, bolezen, hujši dogodki, kot npr. zloraba.
- b) DEJAVNIKI OKOLJA: selitev, vojne, katastrofe, menjava šole ali službe, nizek socialno-ekonomski status.
- c) BIOLOŠKI DEJAVNIKI: prirojena nagnjenost: to pomeni, da se OKM večkrat pojavi pri tistih, katerih sorodniki imajo OKM ali kakšno drugo motnjo; možganske posebnosti - OKM povezujejo s spremembami v delih možganov, zaradi katerih pride do posebnosti v delovanju hormonskih prenašalcev. Tako naj bi bil slabši prenos serotonina; avtoimunska bolezen (redki primeri).

»OBSESIJE so vsiljive in vztrajne misli ali podobe, ki se vedno znova pojavljajo v zavesti. Po vsebini so mučne in neprijetne in velikokrat brez smisla. Posameznik se trudi, da bi se jim uprl, vendar večinoma neuspešno. Misli pogosto spremlja strah in neprijeten občutek velikokrat brez smisla ali vsaj utemeljenega razloga.« (Primožič, Jurc, Dernovšek, Tavčar, Breclj - Kobe 2011: 4)

»KOMPULZIJE so ponavljajoča dejanja, ki jih posameznik počne, da bi iz glave pregnal vsiljive misli in si tako zmanjšal neprijeten občutek, ki ga le-te povzročajo. Dejanja izvaja po natančno zamišljenem redu, vedenja pa pogosto ne more prekiniti, ko si želi. Zaradi pomanjkanja kontrole nad lastnim vedenjem se posameznik obremenjuje in se počuti nemočno.« (Primožič, Jurc, Dernovšek, Tavčar, Breclj-Kobe 2011: 10)

1.5.2 VRSTE IN PRIMERI OBSESIJ

Ločijo se po različnih vrstah vsebin (Jelenko Roth, Dernovšek 2010: 5- 6)

- A) OBSESIJE PRED OKUŽBAMI: pretirano zgražanje nad telesnimi izločki; zaskrbljenost zaradi umazanije, bacilov ter možnostjo okužbe; pretirana zaskrbljenost zaradi onesnaževanja okolja; pretirana skrb in razmišljanje o čiščenju; pretirano razmišljanje o živalih in njihovi morebitni nevarnosti.
- B) SEKSUALNE OBSESIJE: nezaželene misli, podobe o spolnosti; misli o spolnosti z otroki ali incest; misli o agresivnem spolnem vedenju.
- C) OBSESIJE S POTREBO NATANČNOSTI IN SIMETRIČNOSTI: skrb glede natančnosti; skrb, da česa ne pozabiš; skrb pred izgubljanjem; skrb pred pozabljanjem pomembnih informacij; potreba po tem, da bi vse vedeli in si vse zapomnili; neodločnost pri shranjevanju ali metanju stvari stran.
- D) MEŠANE OBSESIJE: obsesije, ki jih spremlja magično mišljenje; prisilni zvoki, besede ali glasba; srečne in nesrečne številke; barve posebnega pomena; praznoverni strahovi.
- E) AGRESIVNE OBSESIJE: skrb, da bi naredili kaj hudega sebi ali drugim; nasilne in grozljive podobe; skrb, da bi kaj ukradli ali izrekli kaj žaljivega; skrb, da bi bili odgovorni za vlom ali požar.
- F) SOMATSKE OBSESIJE: skrb, da bi zboleli; pretirano ukvarjanje z delom telesa ali zunanjim videzom.

G) RELIGIOZNE OBSESIJE: pretirano ukvarjanje z moralo; zaskrbljenost zaradi bogoskrunstva.

Vrste in primeri kompulzij so zelo različni glede na ponavljajoče se vedenje ali siljenje k vedenju, ki ga oseba izvaja, da bi nevtralizirala ter se zoperstavila ali celo odpravila obsesije, ki povzročajo hudo napetost (Jelenko Roth, Dernovšek 2010: 5- 6)

a) KOMPULZIVNO ČIŠČENJE, UMIVANJE: pretirano umivanje rok, tuširanje, kopanje, umivanje zob, osebna higiena; pretirano čiščenje gospodinjskih ali drugih stvari; drugi ukrepi za odstranjevanje ali preprečevanje stika z odpadki.

b) KOMPULZIVNO PREVERJANJE: preverjanje ključavnic, aparatov, oken, vrat, stikal; preverjanje, da nismo ali ne bi škodili sebi ali drugim; kontroliranje, da ni storjena napaka; preverjanje telesnih simptomov.

c) PONAVLJAJOČI SE RITUALI: branje, pisanje; ponavljanje rutinskih dejavnosti, kot sta sedenje in vstajanje.

d) KOMPULZIJE ŠTETJA: štetje stopnic, avtomobilov, ponavljajočih vedenj.

e) KOMPULZIJE UREJANJA IN RAZVRŠČANJA: urejanje stvari v simetrijo.

f) MEŠANE KOMPULZIJE: miselni rituali, pretirano delanje seznamov; siljenje h govorjenju, spraševanju ali priznanju; siljenje k drgnjenju, udarjanju.

g) KOMPULZIVNO ZBIRANJE IN KOPIČENJE: zbiranje neuporabnih predmetov, smeti.

Ugotavljanje prisotnosti obsesij in kompulzij nam še ne pove dovolj, saj je pomembno razumeti, kakšen vpliv imajo te na posameznikovo vsakdanje življenje. Oceniti je potrebno, koliko časa posameznik porabi za kompulzije in koliko za obsesije, kako je to stanje mučno za osebo ter kakšno nelagodje povzroča. Pomembna je tudi informacija, kakšen nadzor ima oseba nad situacijo. (Jelenko Roth, Dernovšek 2010: 5- 6)

1.5.3 KDAJ LAHKO GOVORIMO O OBSESIVNO-KOMPULZIVNI MOTNJI PRI OTROCIH

Veliko otrok ima različne majhne skrbi in izvajajo ponavljajoča dejanja, vendar pa to še niso nujno znaki obsesivno-kompulzivne motnje. Če pa otrok doživi kakšno stresno situacijo ali pa

jo on doživi kot tako, se lahko pojavijo določene obsesije ali kompulzije, ki so dalj časa prisotne in nimajo posebnega namena ter otroka ovirajo pri vsakodnevnih opravilih in mu povzročajo notranjo stisko. (Primožič, Jurc, Dernovšek, Tavčar, Breclj - Kobe 2011: 7-8)

Da se potrdi diagnoza obsesivno-kompulzivne motnje, morajo znaki trajati najmanj dva tedna po več kot eno uro na dan. Imajo značilnosti, da se oseba vsaj eni misli ali vedenju neuspešno upira, misel je neprijetna in obremenjujoča in se neprestano ponavlja. (Primožič, Jurc, Dernovšek, Tavčar, Breclj - Kobe 2011: 7-8)

Simptomi obsesivno-kompulzivne motnje lahko povsem zapolnijo otrokov dan in otrok se osami, da lahko izvaja svoje rituale. Kot posledica ima otrok slabše odnose z vrstniki, slabše odnose doma, se težje zbere in sodeluje v šoli in se prične izogibati določenim situacijam (obrambni mehanizmi za izboljšanje počutja). Otroci si velikokrat ne znajo razložiti svojega doživljanja sveta in ne razumejo, zakaj so lahko njihovi vrstniki sproščeni, njih pa vseskozi nekaj skrbi. Prav tako se sramujejo in skrivajo vedenje pred okolico, počutijo se drugačne in tako posledično razvijejo slabšo samopodobo. (Primožič, Jurc, Dernovšek, Tavčar, Breclj - Kobe 2011: 7-8)

1.5.4 SKUPNE LASTNOSTI OKM

Obstaja veliko različnih vrst OKM z različnimi kompulzijami in obsesijami, vse pa imajo določene skupne lastnosti (Westbrook, Morrison 2010: 5-7):

1. Obsesije ali obsesivne misli (zaskrbljujoče misli), ki so razdeljene na tri skupine obsesij. Lahko so misli ali mentalne slike, ali pa nastopijo v obliki zastrašujočih nagibov, da podležemo impulzu in škodimo sebi ali drugim.
2. Kompulzije ali rituali so dejanja, ki se jih oseba z OKM čuti prisiljena izvrševati. Delijo se na resnična dejanja, ki jih vidijo vsi prisotni, in pa na miselne rituale, ki se odvijajo v posameznikovih miselnih procesih. Velikokrat je v vedenje vključena celotna družina in je deležna različnih posledic.
3. Iskanje zagotovila je način, s katerim osebe želijo zmanjšati svoje nelagodje in prosijo za pomoč druge.
4. Izogibanje določenim situacijam, ki bi drugače sprožile strahove in napetosti.

5. Delitev odgovornosti na način, da vpletejo v svoje obrede druge osebe, ki opravijo dejanje namesto njih ali pa da preverijo njihovo dejanje. Včasih je dovolj že samo, da povedo drugim o svojem dejanju ritualu ali misli.

Ljudje z obsesivno-kompulzivno motnjo na določene neprijetne vsiljive misli odreagirajo drugače kot osebe brez motnje. Ljudje z obsesivno-kompulzivno motnjo naj bi imeli zelo visoke standarde, še posebej na področju moralnosti in odgovornosti. (Westbrook, Morrison 2010: 8-9)

Težko se odrečejo ritualom, s katerimi blažijo svoje napetosti in želijo obvladovati svoje probleme. Dejansko pa jih to vedenje ne rešuje in bolj ko se trudijo vztrajati pri ponavljajočemu se vedenju, vse težje postaja in vse bolj vznemirjeni postajajo. Tako se poskusi obvladovanja sprevržejo v začarani krog, ki vodi v še večjo ritualizacijo in stremi k vedno bolj trdnemu prepričanju, da je izjemno pomembno narediti stvari pravilno. Zgodi se podobno kot pri učenju, bolj kot ponavljamo, bolj znamo in v to verjamemo. (Westbrook, Morrison 2010: 9-13)

Rituali torej kratkoročno res sproščajo napetost, vendar dolgoročno delujejo zelo negativno in dejansko zmanjšujejo ugodje. Navada postaja vse močnejša in vedno bolj okupira življenje osebe. Ritualizacija je podobna kajenju, kjer sčasoma potrebujemo vedno več cigaret, saj so naše potrebe vedno večje. Z nadzorovanjem neugodja z rituali oseba nikoli ne dobi možnosti, da bi preverila verodostojnost svojega strahu in tako raje preventivno opravi dejanje za zmanjšanje napetosti. Prav tako se motnjo vzdržuje z izogibanjem situacijam ter iskanjem zagotovil pri soljudeh. Nekateri poskušajo potlačiti misli, vendar je to zelo nekoristna strategija, saj se bo misel še bolj pogosto pojavljala. Spet drugi želijo imeti vse pod nadzorom in niso pripravljeni tvegati. Ves čas doživljajo občutke tesnobe, saj ne morajo imeti stoddostnega nadzora nad okoljem, dogajanjem in življenjem. Pomanjkanje nadzora jih spravlja v stiske. Prav tako kot potreba po nadzoru, tudi potreba po popolni gotovosti ljudi privede do stiske, saj želijo biti popolnoma prepričani, da so dobro zaščitili sebe in druge. Vendar pa nič v življenju ni zagotovljeno, kar pacientom povzroča še večje stiske, ko si ustvarjajo vedno večje dvome. Bolj ko razmišljajo o pravilnosti svojih dejanj, bolj zmedeni in negotovi postajajo. Ljudje z obsesivno-kompulzivno motnjo imajo povečano občutljivost zaznavanja dogajanja in okolja ter so venomer na preži za možnimi nevarnostmi. Neprestano preverjajo ogroženost in ali je vse pravilno postorjeno. Tako lahko rečemo, da živijo ves čas v

strahu, pod stresom in nesproščeno in to tudi sporočajo okolici s telesno govorico. (Westbrook, Morrison 2010: 9-13)

Zanimivo pa je tudi to, da že samo dejstvo, da se je nekdo znašel v veliki stiski zaradi določenega problema, napeljuje in ustvarja problem še večji, resničnejši in pomembnejši ter mu tako dodaja navidezno veljavnost. (Westbrook, Morrison 2010: 9-13)

»Večkrat smo izpostavili, da je pomemben vidik motnje v tem, da se ljudje z OKM pogosto počutijo prisiljene prepričati se, da se ne bo zgodilo nič slabega bodisi zato, ker bi lahko to dejansko povzročili sami, bodisi zato, ker jim nečesa ne bi uspelo preprečiti. Zdi se, da je to skupna rdeča nit številnih oblik, v katerih se OKM lahko pojavi.« (Westbrook, Morrison 2010: 13-14)

»Z drugimi besedami, osnovna skrb pri OKM je pogosto težnja po zagotavljanju, da niste odgovorni za slabe stvari, ki se zgodijo. Seveda občutka odgovornosti in skrbnosti sama po sebi nista slabost, vendar pa gredo stvari zagotovo predaleč, ko ti občutki vodijo v izjemno hudo stisko in ohromljajoče rituale, da ovirajo vsakdanje življenje in delovanje.« (Westbrook, Morrison 2010: 14)

1.5.5 ZAČARANI KROG, KI VZDRŽUJE OKM

Ljudje z obsesivno-kompulzivno motnjo se zelo prestrašijo neprijetnih misli in začutijo potrebo, da naredijo nekaj, s čimer bi se izognili in bi preprečili morebitno nevarnost. Vendar pa te situacije, ki jih osebe z OKM ocenijo kot grozeče, dejansko niso tako nevarne in dejanje ni potrebno, oseba pa ga iz strahu in dvoma raje izvede. To vedenje celo okrepi začetni strah in oseba pade v začarani krog. Strahovi postajajo vedno hujši in preventivna dejanja pričnejo vladati celotnemu življenju. Na vsakem koraku so v strahu in dvomu pred nevarnostjo. Osebe z obsesivno-kompulzivno motnjo torej doživljajo situacije in nevarnosti na drugačen način kot osebe brez obsesivno-kompulzivne motnje. (Westbrook, Morrison 2010: 15)

1.5.6 OPISI PRIMEROV LJUDI Z OBSESIVNO-KOMPULZIVNO MOTNJO

Na podlagi lastnih življenjskih izkušenj in srečanj z osebami z obsesivno-kompulzivno motnjo, sem opisala nekaj primerov, da bi lažje razumeli obsesivno-kompulzivno motnjo.

1. Osebo je strah kontaminacije z azbestom. Strah jo je, da bi zaradi tega obolela in umrla. To je obsesija, ki je ves čas prisotna. Oseba se ne počuti varno v okolju, zato ves čas preverja, opazuje okolico in jo ves čas nekaj moti, tako da nikoli ni sproščena, ker mora biti ves čas na preži, da ne bi izgubila nadzora nad okoljem in morda spregledala kakšno nevarnost. To je zelo moteče in izčrpavajoče. Preventivno si oseba pretirano umiva roke, obraz in telo, da očisti možne sledi delcev azbesta. Prav tako jo moti prah v stanovanju in okolju in je ves čas v dvomu in strahu, da so vmes tudi delci azbesta in da jih bo vdahnila, zato pretirano čisti stanovanje, analizira možnosti in ob tem postaja vedno bolj napeta, vznemirjena in prestrašena. Po čiščenju stanovanja pa sledi še čiščenje sebe, saj obstaja dvom, da se je kontaminirala z azbestom. Te skrbi spremljajo to osebo ves dan in neprestano je v skrbeh, da ne bo pravilno odreagirala v nevarnih situacijah. Vseskozi živi v strahu in dvomu ter hoče imeti kontrolo nad življenjem. Motnja jo ovira pri vsakodnevnih opravilih, za katere porabi veliko več časa kot ostali ljudje in je tako posledično manj učinkovita v življenju. Velikokrat spregleda stvari, ki bi bile zanjo res pomembne, saj je z mislimi skoraj vedno pri azbestu, ker mora imeti ves čas kontrolo in se težko osredotoči na eno delo. Prav tako se težko zbere pri študijskih obveznostih, ker nima zadostnega občutka varnosti v okolju.
2. Otrok je na televiziji videl filme in oddaje o bolnikih z aidsom. To se ga je zelo dotaknilo in ni znal kritično ovrednotiti in opredeliti problema. Tako ga iznenada brez kakršnegakoli razloga popade strah pred okužbo z virusom HIV. Te misli so nerealne, vendar jih otrok dojema kot absolutno resnico, saj čuti enak strah kot v situacijah nevarnosti in situacijah srečanja z neznanim. Otroka je strah krvi in igel in vsak dan je strah večji in hujši. Otrok si iz preventivnih ukrepov ves čas umiva roke in obraz ter doživlja panične napade, saj se vsepovsod počuti ogroženega in ima občutek, da je vsepovsod kri in so prisotne igle. Strah ga je celo, da je kri v hrani in tako posledično začne odklanjati rdečo hrano ter se začne izogibati določenih situacij. Motnja je tako hitro napredujoča, da čez dva meseca otrok že ni več sposoben zapustiti hiše. Motnja in strah ga tako ohromita, da ni več sposoben socialnih stikov ter opravljanja vsakodnevnih aktivnosti.
3. Primer dekleta, ki živi s svojim fantom. Pojavijo se ji neprijetne obsesije glede spolnosti in ima neprijetne misli ter verjame, da se prodaja, kljub temu, da si tega ne

želi. V glavi se ji prikazujejo slike moških in prostitutk. Ob teh podobah doživlja grozne občutke in tesnobo ter dvomi v to, kdo je. Začne se izogibati spolnosti s fantom, saj doživlja spolnost kot nekaj grdega in slabega. Ves čas želi imeti kontrolo nad življenjem, zato si cele dneve zapisuje misli in ureja dnevnik, da slučajno česa ne bi pozabila. Pisanje in misli jo spremljajo vsak dan.

4. Primer deklice, ki je nagnjena k perfekcionizmu in želi v šoli doseči najboljše rezultate in uspehe. Obsedeno se uči tudi do 12 ur dnevno in vse analizira, da slučajno česa ne bi spregledala. Ocena, s katero je zadovoljna, je samo petica, ob štirici se počuti že nesposobno, slabo in čuti hudo tesnobo. Nепrestano v glavi premleva šolske probleme, ker jo je strah, da česa ne bo vedela. To jo zelo obremenjuje, saj mora imeti ves čas vse pod kontrolo in si ne sme dovoliti neuspeha ali spodrseljaja, saj bi ob tem doživela hud osebni zlom.

1.5.7 KAJ MORAJO VEDETI STARŠI, KATERIH OTROCI SO OBOLELI ZA OBSESIVNO-KOMPULZIVNO MOTNJO

Zelo pomembno je, da so starši in učitelji seznanjeni s simptomi te motnje, saj je zgodnje odkritje motnje pomembno zato, da se zdravljenje začne pravočasno in se tako prepreči razvoj težje oblike obsesivno-kompulzivne motnje. Zato naj bodo starši pozorni na otrokove nenadne spremembe v vedenju in naj se zavedajo, da otrok ritualov ne more zavestno prekiniti, da takšno obnašanje ni nagajanje ter da motnja ni otrokova krivda. (Primožič, Jurc, Dernovšek, Tavčar, Breclj - Kobe 2011: 13-14):

Starši naj bodo pozorni na naslednje stvari (Primožič, Jurc, Dernovšek, Tavčar, Breclj - Kobe 2011: 13-14):

- otrok je veliko časa v sobi in ureja stvari;
- suha koža na rokah in telesu zaradi pretiranega umivanja;
- nemirnost otroka in zaskrbljenost;
- izguba interesa za druženje z vrstniki;
- slabši uspeh v šoli;
- zamišljeni postopki za malenkostna opravila;
- velika poraba mila, zobne paste, robčkov, razkužil;

- težave pri odhodu od doma;
- močan strah pred nesrečami in boleznimi;
- strah pred hrano.

Zelo je pomembno, da starši sodelujejo v procesu otrokovega okrevanja, mu nudijo podporo in razumevanje in da nimajo prevelikih pričakovanj. (Primožič, Jurc, Dernovšek, Tavčar, Breclj - Kobe 2011: 13-14)

Tu moram opozoriti tudi na pomembno vlogo socialnih delavcev, ki lahko s prepoznavanjem simptomov obsesivno- kompulzivne motnje ustrezno odreagirajo in z otrokom ter s starši skupaj soustvarjajo korake do najboljših rešitev.

1.5.8 ZDRAVLJENJE OBSESIVNO-KOMPULZIVNE MOTNJE

Zdravljenje je potrebno, ko so simptomi obsesivno-kompulzivne motnje tako močno izraženi, da motijo funkcioniranje ali pa osebi povzročajo hudo stisko.

1.5.8.1 ZDRAVLJENJE Z ZDRAVILI

Za zdravljenje obsesivno-kompulzivne motnje se lahko uporabljajo tudi zdravila, najpogosteje so to antidepresivi, ki so prvotno namenjeni zdravljenju depresije. Antidepresivi spadajo med zdravila, ki zavirajo ponovno privzemanje serotonina in omogočajo, da je možganskim celicam na voljo več serotonina in s tem uravnavajo razpoloženje in zmanjšajo potrebo po izvajanju ponavljajočih vedenj. Antidepresivi pomagajo vzpostaviti kemično ravnovesje, ki je porušeno. Vplivajo na prenašalce impulzov med živčnimi celicami in tako izboljšujejo medcelično sporazumevanje. Čez nekaj časa se osebe bolje počutijo, simptomi pa se zmanjšajo. Večinoma so ta zdravila na voljo v obliki tablet in naj ne bi povzročala odvisnosti. Pri uvajanju novega zdravila je potrebno začeti z nizkimi odmerki, ki se jih počasi zvišuje do priporočene vrednosti. Za zdravljenje obsesivno-kompulzivne motnje so odmerki višji kot za zdravljenje depresije. Pri uvajanju zdravila ali pa višanju njegovega odmerka se po navadi stanje sprva nekoliko poslabša, simptomi se okrepijo, ko pa se telo navadi in sprejme zdravilo, nastopi izboljšanje. Na učinek lahko čakamo od 6 do 8 tednov in zdravila je potrebno redno jemati dlje časa. Če samo antidepresivi ne odpravijo vseh simptomov, pa lahko psihiater predpiše tudi antipsihotik v nizkih odmerkih. (Jelenko Roth, Dernovšek 2010)

Izkazalo se je, da nekaterim zdravila pomagajo samo v času jemanja, ko pa z njimi prekinemo, se težave pogosto ponovno pojavijo. Torej, ko se preneha jemati zdravila, obstaja tveganje, da

se simptomi povrnejo, in zato je priporočeno še psihološko zdravljenje, ki dokazano zagotavlja boljšo dolgoročno zaščito pred ponovitvijo simptomov. (Westbrook, Morrison 2010: 20-21)

1.5.8.2 POMOČ S PSIHOTERAPIJO

Po letu 1970 se je kakovost zdravljenja obsesivno-kompulzivne motnje zelo izboljšala in s sodobnim psihološkim pristopom se stanje 70-80 % obolelih izboljša v le nekaj mesecih in da se izboljšanje tudi ohrani. Uspeh je zelo odvisen od aktivnega sodelovanja uporabnika. Terapevt mu je le v oporo in ga usmerja. (Westbrook, Morrison 2010: 16-18)

Do leta 1990 se je za zdravljenje obsesivno-kompulzivne motnje uporabljala vedenjska terapija izpostavljanja in preprečevanja odziva. Tako je uporabnik namerno izpostavljen situacijam, ki v njem vzbudijo strah. Preprečeni so mu njegovi varovalni odzivi in mora zdržati napetost, vse dokler se tesnoba ne zniža. Ta metoda je učinkovita, saj z navajanjem na situacijo tesnoba upada, z odrekanjem ritualov pa se uporabniku omogoči spoznanje, da se strahovi ne uresničijo. Tako lahko razvije nov pogled na situacijo in želeno je, da ponotranji to novo, bolj konstruktivno reagiranje ter da uvidi, da ni tako ogrožen, kot je sprva mislil in se prične počutiti varnega (občutek varnosti). (Westbrook, Morrison 2010: 16-18)

V zadnjih letih pa so pristop razširili na upoštevanje in vključevanje misli, ki sprožajo obsesivno vedenje. Tako sta danes oba pristopa združena v širši model z imenom kognitivno-vedenjska terapija. (Westbrook, Morrison 2010: 16-18)

Kognitivno-vedenjska terapija je dokazano učinkovita pri zdravljenju obsesivno-kompulzivne motnje. Pri blago izraženih simptomih zadostuje le kognitivno-vedenjska terapija, pri hujših simptomih pa jo dopolnjujemo z zdravili. Terapija lahko poteka kot individualna, skupinska ali pa družinska srečanja in priporočljivo jo je izvajati vsaj enkrat tedensko. Zadostovalo naj bi od 13 do 20 srečanj. Priporoča se seznaniti z vso problematiko motnje, da si lahko posameznik razloži svoje doživljanje sveta in prepozna, kako reagira na situacije. Pomembno je, da dobi strokoven pogled na motnjo in lahko izve ter uvidi, da se tudi nekateri drugi ljudje spopadajo s podobnimi težavami. Še ena možnost je, da se osebe udeležujejo skupin za samopomoč ter se naučijo tehnik samopomoči, ki so predstavljene v nadaljevanju. Psihoterapija naj bi torej pomagala vzpostaviti ponovni nadzor nad kompulzijami in obsesijami, tako da manjša njihov vpliv na vsakdanje življenje. (Jelenko Roth, Dernovšek 2010)

1.6. PSIHOTERAPIJA

Poznamo več vrst definicij psihoterapije in nobena ni splošno sprejeta. Ena izmed definicij psihoterapije: »Psihoterapija je namerna uporaba kliničnih metod in medosebnih značilnosti, ki slonijo na uveljavljenih psiholoških principih z namenom spremeniti klientovo vedenje, mišljenje, čustva ali druge osebnostne značilnosti v smeri, ki jih klient želi (Prochaska in Norcross, 2003).« (Žvelc, Možina, Bohak 2011: 1)

Prav tako obstaja tudi veliko različnih vrst psihoterapevtskih pristopov. Večina priznanih psihoterapij se opira na določene teoretične osnove glede teorije osebnosti, motivacije, psihopatologije in iz njih izhajajo določene metode dela. Veliko psihoterapevtskih šol pa se poslužuje tudi znanja, pridobljenega na osnovi psihonevrobioloških in nevrobioloških raziskav in teorij. (Žvelc, Možina, Bohak 2011: 1)

1.6.1 KLASIFIKACIJE PSIHOTERAPVTSKIH PRISTOPOV

Psihoterapija ima vedno določen cilj, na katerega se osredotoča, in to je tudi namen, s katerim se psihoterapija izvaja, cilji pa se lahko v različnih psihoterapevtskih pristopih razlikujejo. Nekateri pristopi ljudi torej podpirajo, drugi so usmerjeni na odpravo neželenega in motečega vedenja, nekateri ozaveščajo in stremijo k temu, da ljudje pridejo do uvidov, nekaterim pa je pomembna osebna rast. Skupno pa jim je, da razrešujejo psihološke težave po psiholoških metodah s pogovorom, z osebnim odnosom med terapevtom in klientom oz. uporabnikom, ki soustvarjata rešitve k želenemu cilju. (Žvelc, Možina, Bohak 2011: 1-2):

Obstaja več psihoterapevtskih pristopov, ki jih na različne načine klasificirajo (Žvelc, Možina, Bohak 2011: 1-2):

- a) Glede na globino: globinske psihoterapije; podporne psihoterapije.
- b) Glede na trajanje: dolgotrajne terapije - z odprtim koncem; kratkotrajne – časovno omejene psihoterapije.
- c) Glede na število oseb: individualna, partnerska, družinska, skupinska.
- d) Glede na paradigmo, na kateri psihoterapevtskem pristopu temeljijo:
 - psihoanaliza, psihoanalitične in psihodinamske psihoterapije;
 - vedenjske in kognitivne terapije;

- eksistencialne in humanistične psihoterapije;
- sistemske psihoterapije;
- integrativne psihoterapije.

1.6.2 DEJAVNIKI, KI VPLIVAJO NA DOBER IZID PSIHOTERAPIJE

Lambert in Bergin opredeljujeta učinke psihoterapij (Žvelc, Možina, Bohak 2011: 6):

1. Različne terapije lahko dosežejo podobne rezultate z različnimi metodami.
2. Razlike v učinkih morda obstajajo, a jih v raziskavah niso zaznali.
3. Skupni faktor vseh psihoterapevtskih pristopov temelji na dejavniku spremembe.

Kategorije terapevtskih dejavnikov, ki prispevajo k učinkovitem izidu psihoterapije (Žvelc, Možina, Bohak 2011: 5 -7):

1. Klientovo življenje naj bi vplivalo v 40% obsegu.
2. Skupni dejavniki, ki zaobjemajo klientovo zaupanje terapevtu, kvaliteto terapevtskega odnosa, procesne dejavnike, dejavnike pričakovanja, zaobjemajo 35 %.
3. Terapevtovi dejavniki predstavljajo 20 % vpliva na izid. Pod terapevtove dejavnike je mišljeno njegova sposobnost empatije in sprejemanja klienta, kakšni so terapevtovi stereotipi, opogumljanje klienta za tveganje, terapevtovo zaupanje v lastne sposobnosti za kvalitetno delo.
4. Psihoterapevtske tehnike pa naj bi imele le 5% vpliv.

1.6.3 KOMU JE PSIHOTERAPIJA NAMENJENA

Lahko se uporablja v vseh starostnih obdobjih vključno z otroci, mladostniki, odraslimi in starostniki. Psihoterapije se lahko udeležuje ena oseba - individualna psihoterapija, obiskuje jo lahko par - partnerska psihoterapija, družina - družinska psihoterapija, lahko pa poteka v skupini kot skupinska psihoterapija. Uporabniki v terapiji razrešujejo različne vrste težav, kot so anksiozne, depresivne in čustvene motnje, vedenjske težave, osebnostne motnje, psihosomatske motnje, motnje hranjenja, spolne motnje, težave v odnosih in družini, psihotične motnje, težave povezane z odvisnostmi itd. (Žvelc, Možina, Bohak 2011: 8)

1.7 KOGNITIVNO-VEDENJSKA TERAPIJA

Združuje dva v osnovi različna psihoterapevtska pristopa (Žvelc, Možina, Bohak 2011: 253):

- a) VEDENJSKA TERAPIJA: raziskuje človekovo vedenje in pomaga vplivati na spremembe motečega vedenja. Predpostavlja, da je vedenje naučeno in se je tako mogoče naučiti novega vedenja.
- b) KOGNITIVNA TERAPIJA: se ukvarja z raziskovanjem, kako posameznik razmišlja, kakšna stališča ima, prepričanja itn. in se ukvarja s spreminjanjem nekonstruktivnih načinov mišljenja.

»Kognitivni model predpostavlja, da čustva in vedenja niso neposredno odvisna od zunanjih dogodkov, pač pa je pomembno, kakšen pomen imajo ti dogodki za nas, kako dojemamo sebe v tej situaciji, torej od miselnih procesov.« (Žvelc, Možina, Bohak 2011: 253)

Oče vedenjsko-kognitivne terapije je psihiater in profesor Aaron T. Beck. Delo je pričel na področju nevrologije in psihiatrije. Med iskanjem empiričnih dokazov za potrjevanje Freudove teorije pa se je vse bolj oddaljeval od klasične psihoanalitične prakse in je pri raziskavah depresivnih ljudi ugotovil, da njihovo negativno razmišljanje ni le simptom, ampak tudi vpliva na vzdrževanje depresije. Ugotovil je, da se razmišljanje izraža na različnih nivojih. Ves čas nam po »glavi« letijo misli in jih imenujemo avtomatske misli. Če so te misli negativno obarvane, v nas sprožajo stiske in vplivajo na naše vedenje. Imenuje jih negativne avtomatske misli - NAM. Ugotovil je, da imajo ljudje zakoreninjena pravila ali predpostavke, ki so nastajale na osnovi življenjskih izkušenj. To so bazična prepričanja, ki se izražajo kot kratke, brezpogojne trditve in izhajajo iz zgodnjih izkušenj, ki pa se lahko kasneje spreminjajo glede na nove izkušnje. Beck je postavil temelje vedenjsko-kognitivne terapije in je za raziskovanje razvil Beckovo lestvico depresije, Beckovo lestvico anksioznosti. (Lojk 2010: 95-97)

Vedenjska psihoterapija ima svoje korenine v teorijah učenja. Na teoretični pristop so vplivali behavioristi in ruski refleksologi, med katerimi je predvsem poznan Ivan Pavlov, utemeljitelj klasičnega pogojevanja. (Žvalc, Možina, Bohak 2011: 254-256; Lojk 2010: 97-101)

V drugem valu se vse več pozornosti namenja kognitivnim procesom in posameznikovem mišljenju. Albert Ellis je razvil racionalno-emotivno terapijo, ki jo je kasneje preimenoval v racionalno-emotivno vedenjsko terapijo. Skoraj sočasno pa je Beck razvijal kognitivno

terapijo in ugotavljal, da pri ljudeh neprestano poteka notranji govor, in tako je formuliral koncept avtomatskih misli. Kognitivne terapije delimo v tri skupine: kognitivne rekonstrukcijske terapije, terapije usmerjene v deficite soočanja in obvladovanja in terapije reševanja problemov. (Žvalc, Možina, Bohak 2011: 254-256; Lojk 2010: 97-101)

V tretjem valu, kot se pojmuje novejši terapevtski pristopi, pa se pozornost poleg vsebine posveča še procesom mišljenja, vlogi sprejemanja in osredotočenosti. (Žvalc, Možina, Bohak 2011: 254-256; Lojk 2010: 97-101)

1.7.1 TEORETSKA OSNOVA

»Osnova kognitivno-vedenjske terapije je kognitivni model, po katerem to, kar čutimo in kako se odzivamo v določenih okoliščinah, ni odvisno od okoliščin samih, ampak od tega, kako si te okoliščine razlagamo, oziroma od tega, kakšne so naše misli v teh okoliščinah.« (Lojk 2010: 101) Iz tega je razvidno, da je naše doživljanje situacij in počutje ob tem odvisno od lastnih misli in razlag situacije. Na našo konstrukcijo dogodkov pa vpliva več različnih dejavnikov: vzgoja, okolje, genetika, predhodne izkušnje, trenutno počutje.

Te avtomatske misli so lahko negativne. Tedaj je terapija usmerjena k spreminjanju teh negativnih misli in tako posledično pripelje do sprememb pri vedenju in čustvovanju. Kako si bomo torej določeno situacijo razlagali, je odvisno od naših avtomatičnih misli in kakšna so naša bazična prepričanja, ki so se razvila v zgodnjem otroštvu. (Lojk 2010:101-105)

Kognitivne napake v procesiranju informacij, ki nastanejo pod vplivom disfunkcionalnih bazičnih prepričanj (Lojk 2010:101-105):

- personalizacija;
- generalizacija ali posploševanje;
- polarizirano razmišljanje;
- selektivno razmišljanje, pri katerem oseba iz situacije potegne le negativno.

Po tej teoriji Beck meni, da so se pri ljudeh, ki so nagnjeni k depresiji, izoblikovale negativne sheme v otroštvu in se lahko aktivirajo, ko jih sproži nek dogodek, in nato vplivajo na posameznikovo razmišljanje in doživljanje. To je v tesni povezavi z Bowlbyjevo teorijo navezave. (Lojk 2010:101-105)

Prav tako se miselne napake pojavljajo pri osebah z anksioznimi motnjami, ki precenjujejo nevarnost in podcenjujejo svojo sposobnost soočanja z nevarnostjo. Ljudje se potem pričnejo izogibati situacijam, ki bi lahko sprožile stiske, in tako vzdržujejo fobije. (Lojk 2010:101-105)

1.7.2 TERAPIJA

V psihoterapevtskem procesu sodelujeta terapevt in klient ter želita doseči spremembe na vedenjskem in kognitivnem področju, nato pa tudi na čustvenem ter telesnem področju.

ZNAČILNOSTI (Lojk 2010: 105-107):

1. Intervencije so usmerjene na specifičen problem.
2. Glavni cilj je pomoč pri doseganju zelenih sprememb. Spremembe v razmišljanju vplivajo na spremembe vedenja in doživljanja.
3. Je ciljno usmerjena in terapevt zastavi cilje skupaj s klientom in jih v procesu pomoči neprestano preverjata. Prav tako je potrebno določene cilje ponovno ovrednotiti in jih razdeliti na podcilje. Cilji morajo biti formulirani jasno in realistično, biti morajo merljivi in zasnovani v pozitivno smer, smer napredka. S cilji se mora strinjati tudi klient in tudi on pomaga pri zastavljanju le-teh in so v skladu z njegovimi vrednotami. Lahko so popolna rešitev problema ali pa le delna rešitev, ki pa vseeno vpliva na izboljšanje kvalitete življenja posameznika.
4. Je kratkotrajna oziroma časovno omejena in stremi k doseganju učinkovitih sprememb v čim krajšem času.
5. Je učenje in skozi njen proces klient pridobiva znanje in veščine, s katerimi spreminja kognicije in vedenje in si izboljšuje kvaliteto življenja.
6. Klient se nauči čim bolj učinkovitih strategij in tehnik, ki ju potem tudi sam uporablja v vsakdanjem življenju in mu je v samopomoč, ko ni več v terapevtski obravnavi in se lahko s to tehniko zavaruje pred ponovnimi težavami.
7. Poudarjen je sodelovalen odnos in aktivno soustvarjanje.

Ena od tehnik ocenjevanja je vedenjsko-kognitivni intervju. Funkcionalna ocena vedenja vključuje elemente samoopazovanja, psihoizobraževanja in evaluacije posledic in ima lahko terapevtski vpliv. S pogovorom se ustvarja odnos in krepi zaupanje med klientom in terapevtom. Ob zaključevanju intervjuja je mogoča opredelitev problema, preveri se klientova

želja po spremembi in oceni se, katere tehnike so najprimernejše za uporabo. Intervju je zaključen, ko omogoči konceptualizacijo primera. (Lojk 2010: 105-107)

1.7.3 VEDENJSKE TEHNIKE

Vedenjske tehnike imajo pomembno vlogo pri terapiji vseh vrst anksioznih motenj in med drugimi tudi pri terapiji z obsesivno- kompulzivno motnjo. Tehnike so v pomoč špri večanju samokontrole uporabnikov, pri učenju socialnih veščin, pri učenju asertivnosti. V nadaljevanju navajam nekaj primerov vedenjskih tehnik brez podrobnega opisovanja. (Žvalc, Možina, Bohak 2011: 268-276; Lojk 2010: 107-113)

- treningi relaksacije;
- sistematična desenzitizacija in tehnike izpostavljanja v živo ali v domišljjski predstavi;
- tehnike preplavljanja in implozija;
- averzivna terapija;
- treningi asertivnosti;
- žetoniranje;
- selektivno pozitivno utrjevanje;
- izoblikovanje vedenja;
- kontingence podkrepljevanja in samopodkrepljevanje;
- učenje po modelu;
- t. i. »biofeedback«.

1.7.4 KOGNITIVNE TEHNIKE

Z njimi skušamo doseči kognitivne spremembe, spremeniti nefunkcionalna ali napačna prepričanja. Kognitivne tehnike navajam le informativno brez podrobnih opisov. (Žvalc, Možina, Bohak 2011: 268-276; Lojk 2010: 107-113):

- tehnike identifikacije negativnih avtomatskih misli in disfunkcionalnih prepričanj;
- modifikacija negativnih avtomatskih misli in disfunkcionalnih prepričanj;
- evalvacija negativnih avtomatskih misli;

- razvijanje alternativnih pogledov;
- kreiranje racionalnih odgovorov;
- vedenjski eksperiment in učenje novega vedenja;
- tehnike zaustavljanja in preusmerjanja misli;
- tehnika čuječnosti.

Za prestrukturiranje bazičnih prepričanj se uporablja tehnike rekonstrukcije zgodnjih spominov ter rekonstrukcije skozi imaginacijo.

1.8 SOCIALNO DELO IN UPORABNIKI Z OBSESIVNO-KOMPULZIVNO MOTNJO

»Socialno delo je stroka, ki spodbuja socialne spremembe, reševanje problemov v človeških odnosih in opolnomočenje ter osvoboditev ljudi zato, da se doseže večje blagostanje. S praktično uporabo teorij človeškega vedenja in socialnih sistemov socialno delo posreduje tam, kjer prihajajo ljudje v interakcije s svojimi okolji. Temeljni načeli socialnega dela sta načeli človekovih pravic in socialne pravičnosti. Tako definirata socialno delo Mednarodna zveza socialnih delavk in delavcev in Mednarodna zveza šol za socialno delo.« (http://sl.wikipedia.org/wiki/Socialno_delo) (25.6. 2013) Potemtakem je socialno delo stroka, ki se ukvarja z različnimi ljudmi, ki doživljajo socialne, duševne, ekonomske, zdravstvene in druge stiske. Socialni delavci se poskušajo približati uporabnikom in jih opolnomočiti ter jim pomagati soustvariti kvalitetnejše življenje.

Socialni delavci raziskujejo življenjski svet uporabnikov z namenom, da bi lahko skupaj z uporabniki odkrili in aktivirali vse vire, ki bi uporabnikom omogočili kakovostno življenje. Socialno delo lahko tako pomaga uporabnikom z obsesivno- kompulzivno motnjo pri reševanju njihovih težav in življenjskih situacij, pri družbenem vključevanju in pri doseganju kakovostnejšega življenja. Novi koncept socialnega dela se ne osredotoča na diagnozo problema in primanjkljajev, kot je to značilno za medicinski model. Sedaj ima osrednjo nalogo partnerski odnos, ki spodbuja sodelovanje, aktivno vlogo uporabnika in upošteva izkušnje ter znanje uporabnika. (Šugman Bohinc, Rapoša Tajnšek, Škerjanc 2007: 5- 9)

1.8.1 UPORABA OSNOVNIH TEORETSKIH KONCEPTOV

1.8.1.1 KONCEPT DELOVNEGA ODNOSA

Osrednji prostor, v katerem se dogaja proces pomoči med socialnim delavcem in uporabnikom, je pogovor. Delovni odnos omogoča in olajša proces pomoči, kjer varuje pogovor tako, da se pomoč raziskuje in soustvarja. Delovni odnos uporabnika in socialnega delavca definira kot sodelavca v skupnem projektu, ki imata nalogo, da soustvarita deleže v rešitvi. Delovni odnos omogoči, da je ustvarjanje rešitev za kompleksne probleme ljudi zastavljeno vsakokrat znova, kot izvirni delovni projekt. (Čačinovič Vogrinčič, Kobal, Mešl, Možina 2008: 9) Socialni delavec in uporabnik z obsesivno-kompulzivno motnjo sodelujeta v procesu pomoči in soustvarjata možne rešitve ter raziskujeta življenjski svet uporabnika, hkrati pa iščeta vse možne vire za opolnomočenje. Ob tem nastaja izvirni delovni projekt, ki je namenjen tej osebi. Le-tega sproti preverjata in spreminjata.

1.8.1.2 DOGOVOR O SODELOVANJU

Dogovor vsebuje pristanek na sodelovanje tu in zdaj in dogovor o delovnem odnosu, torej o tem, kako bomo delali. Socialni delavec pojasni koncept delovnega odnosa tako, da opiše svojo vlogo in vlogo vseh udeleženi v problemu. Naloga socialnega delavca je, da vzpostavi in varuje varen prostor za delo, v katerem vsakdo pride do besede, da bi problem razumeli in soustvarili rešitev. Pomembno je tudi to, da se dela v sedanjosti - tukaj in sedaj začnemo proces soustvarjanja rešitev. (Čačinovič Vogrinčič, Kobal, Mešl, Možina 2008: 9- 10)

1.8.1.3 INSTRUMENTALNA DEFINICIJA PROBLEMA IN SOUSTVARJANJE REŠITVE

Vsak uporabnik vstopi v proces s svojo definicijo problema, strokovnjak doda svoje videnje in tako se začne oblikovanje delovne definicije možnega, uresničljivega. V središču sta dialog in sodelovanje, v katerem udeleženi v problemu soustvarjajo svojo udeležnost pri oblikovanju rešitve. (Čačinovič Vogrinčič, Kobal, Mešl, Možina 2008: 10) Zelo pomembna je kvalitetna komunikacija med udeleženi subjektoma v pogovoru. Socialni delavec mora ves čas povzemati uporabnikove besede, da preverja, če je pravilno razumel uporabnikovo

razmišljanje. Tako uporabnik definira svoj pogled na obsesivno motnjo in poda mnenje o rešitvi, socialni delavec pa se pridružuje uporabniku in doda še svoje mnenje ter skupaj soustvarita korake za ugodno rešitev problema obsesivno- kompulzivne motnje. Opozoriti je potrebno na to, da rešitev ni mogoča iz danes na jutri, ampak je za to potreben čas in že majhni koraki so pot k velikemu uspehu.

1.8.1.4 OSEBNO VODENJE

To je vodenje k dogovorjenim in uresničljivim rešitvam. Strokovnjak tako raziskuje zgodbe uporabnikov skupaj z njimi in v pogovoru, če je mogoče, vodi k postopnemu oblikovanju zaželenih izidov. Prav tako se strokovnjak osebno odziva; podeli svojo izkušnjo ali zgodbo, ki odpira alternativnen pogled na možne rešitve. (Čačinovič Vogrinčič, Kopal, Mešl, Možina 2008: 10- 11) Medtem ko uporabnik predstavi svojo lastno izkušnjo z obsesivno-kompulzivno motnjo, se socialni delavec osebno odziva na njegovo zgodbo. Če ima socialni delavec že predhodne izkušnje z obsesivno- kompulzivno motnjo, lahko to podeli z uporabnikom in tako še poglobi njun odnos in zaupanje.

1.8.1.5 ETIKA UDELEŽENOSTI

Usmerja nas v to, da objektivnega opazovalca nadomesti sodelovanje, v katerem nihče nima zadnje besede. Je pogovor, ki se nadaljuje. Strokovnjak odstopi od pomoči, ki mu ne pripada in moč nadomesti za skupno iskanje in soraziskovanje problema. Tako uporabnik kakor tudi socialni delavec imata v pogovoru enakopravno vlogo in se dopolnjujeta. Uporabnik je ekspert iz izkušenj z obsesivno-kompulzivno motnjo, zato mora biti socialni delavec še posebej pozoren na perspektivo eksperta. (Čačinovič Vogrinčič, Kopal, Mešl, Možina 2008: 12)

1.8.1.6 PERSPEKTIVA MOČI

Strokovnjaka usmerja to, da pri uporabniku išče njegovo moč in vire. Strokovnjak mobilizira moč uporabnika (talente, znanja, sposobnosti, vire) tako da podpre njegova prizadevanja, da doseže svoje cilje in vizije. (Čačinovič Vogrinčič, Kopal, Mešl, Možina 2008: 12)

Avtor je razdelal več vidikov perspektive moči pod imenom »leksikon moči«, ki jih povzemam v nadaljevanju (Čačinovič Vogrinčič, Kopal, Mešl, Možina 2008: 13- 14):

Dodajanje moči: podpiranje posameznikov, skupin, družin, da odkrijejo in razširijo svoje vire in orodja v sebi in okoli sebe. Moč posameznika, družine in skupnosti je obnovljiva. Moč posameznika se odkrije in podpre v skupnosti.

Včlanjenost: spoštovanje človekove potrebe, da je državljan, da je odgovoren in cenjen član skupnosti. Če ni del ničesar in nikamor ne pripada, potem je naloga strokovnjaka ta, da ga vključi.

Okrevanje: temelji na spoznanju, da ljudje, posamezniki in skupnosti okrevajo in premagujejo tudi težke življenjske udarce. Človek je naravnan k zdravljenju in ima sposobnost ozdraveti, tako telesno kot duševno.

Dialog in sodelovanje: povezujeta se z etiko participacije v soustvarjanju nove zgodbe v življenju, do katere bo prišlo na podlagi razumevanja, sporazumevanja in dogovarjanja.

Odpovedati se temu, da ne verjamemo.

Uporabnik z obsesivno-kompulzivno motnjo je lahko zelo izgubljen, saj mu je odvzeta moč in je velikokrat stigmatiziran s strani družbe, ki ne sprejema njegovega nenavadnega vedenja, ki ni družbeno sprejemljivo in odstopa od družbeno konstruirane norme. Socialni delavec pa je oseba, ki lahko uporabnika opolnomoči in mu pomaga poiskati pravilne vire moči, ki jih skupaj aktivirata in s tem omogočita uporabniku čim lažjo ponovno vključitev v družbo.

1.8.1.7 RAVNANJE S SEDANJOSTJO

To je čas, ko je strokovnjak v delovnem odnosu z uporabnikom in je hkrati najbolj dragocen delovni čas v projektih pomoči. Koncept soprisotnosti je prisotnost v poslušanju in pomeni biti hkrati na voljo za sočutje in za razgovor. (Čačinovič Vogrinčič, Kopal, Mešl, Možina 2008: 14)

1.8.1.8 ZNANJE ZA RAVNANJE

Strokovnjak mora znati vzpostaviti in vzdrževati delovni odnos in kontekst socialnodelovnega razgovora ter podeliti strokovno znanje z uporabnikom v procesu soustvarjanja in omogočiti prevajanje v osebni jezik in nazaj v jezik stroke. (Čačinovič Vogrinčič, Kopal, Mešl, Možina 2008: 14) Pri tem je zelo pomembno, da je socialni delavec dobro seznanjen s problematiko obsesivno-kompulzivne motnje in z njenimi simptomi, da lahko težave prepozna pri uporabniku in mu obrazloži njegovo doživljanje okolja. Če socialni delavec nima dovolj predhodnega znanja o obsesivno- kompulzivni motnji je prav, da to uporabniku jasno pove in ga napoti do strokovnjakov za to problematiko. Z nepravilno obravnavo oziroma z neprepoznavanjem motnje je lahko storjena trajna škoda, kar ima posledice v nadaljnjem življenju uporabnika.

1.8.2 KONCEPT IZVIRNEGA DELOVNEGA PROJEKTA POMOČI

Koncept delovnega odnosa je dopolnjen s konceptom, ki ga soustvarimo v delovnem odnosu. Soustvarjanje rešitve, zaželeni razpleti, ki se oblikujejo v delovnem odnosu, se prevajajo v akcijo, v dejanja, v konkretne korake, ki udejanjijo dogovore. Projekti so izvirni, ker se vsakokrat na novo in posebej oblikujejo za vsakega uporabnika. Projekti so delovni, ker konkretizirajo dogovorjene spremembe, naloge, delež posameznika in roke. Poudarek je na delu, torej sodelovanju, na aktivnostih ipd. Prav tako govorimo o projektih, ki tečejo v času in so usmerjeni k dobrim izidom ali zaželenim razpletom. (Čačinovič Vogrinčič, Kopal, Mešl, Možina 2008: 15- 16)

Peter Lüssi dobro pokaže značilnosti socialnodelovnega odnosa in v nadaljevanju ga povzamejo tudi drugi avtorji. Socialni problem definira s pomanjkanjem, stisko, obremenitvijo in s težavami pri reševanju problema. Poudarek pogovora med socialnim delavcem in uporabnikom temelji na stiski, težavah in na pomoči, da bi te težave premagal. V mojem primeru je poudarek na obsesivno- kompulzivni motnji in olajšanju težav za boljše življenje uporabnika. Lüssi je podal načela, ki jih bom na kratko opisala in šele uporaba vseh teh načel naj bi ustvarila dober delovni kontekst. V nadaljevanju bom načela navezovala na razreševanje obsesivno-kompulzivne motnje. (Čačinovič Vogrinčič, Kopal, Mešl, Možina 2008: 16- 19)

- NAČELO VSESTRANSKE KORISTI

To načelo omogoča raziskovanje iz perspektive moči vključno s tem da socialni delavec, ki vzpostavlja projekt za rešitev, upošteva interese vseh udeleženi v problemu in rešitev vsem prinese korist.

- NAČELO KONTAKTA

Socialni delavec poskrbi, da vzpostavi kontakt z vsemi udeleženi v primeru uporabnika z obsesivno- kompulzivno motnjo in tako omogoči konstruktivno medsebojno sodelovanje, kar omogoča boljši izid.

- NAČELO INTEPOZICIJE

To načelo omogoča socialnemu delavcu spreminjanje bližine in oddaljenosti. Z empatijo in sočutjem se približa uporabniku in poskuša razumeti njegovo doživljanje motnje. Socialni delavec pa se mora znati tudi oddaljiti k sebi in se odzvati na težavo z lastnim mnenjem.

- SOCIALNO EKOLOŠKO NAČELO

Socialni delavec mora aktivirati, mobilizirati in krepiti naravne socialne mreže uporabnika (družina, prijatelji, sosedje).

- NAČELO POGAJANJA

Ustvarjanje rešitev je strukturirano s pogajanjem med socialnim delavcem in uporabnikom in oblikovanjem sporazuma, uresničljivega dogovora o možni izvedbi rešitve.

- NAČELO SODELOVANJA

Socialni delavec v primeru uporabnika z obsesivno-kompulzivno motnjo sodeluje še z ostalimi člani družine, terapevti in z drugimi udeleženci v problemu ter jih vse skupaj koordinira in motivira, da soustvarjajo boljše rešitve.

- NAČELO ODPIRANJA PROBLEMA

Če socialni delavec nima izkušenj in ustreznega predznanja o obsesivno- kompulzivni motnji, naj to svojo stisko zaupa uporabniku in zaprosi druge strokovnjake za pomoč.

Zanimiv se mi zdi koncept v rešitev usmerjene kratke družinske terapije, katere avtorja sta Steve de Shazer in Insoo Kim Berg. Ta koncept se mi zdi prav tako uporaben za raziskovanje obsesivno- kompulzivne motnje in odnosov v družini, iz katere izhaja uporabnik s to motnjo. Zelo velik poudarek dajeta jeziku in dejstvu, da naj bi pogovor odkrival nove alternative. (Čačinovič Vogrinčič, Kobal, Mešl, Možina 2008: 19)

Elementi modela v rešitev usmerjene družinske terapije (Čačinovič Vogrinčič, Kobal, Mešl, Možina 2008: 19- 22):

1. Sprva je pogovor usmerjen na raziskovanje življenja uporabnika. S tem mislim to, kakšni so pogledi uporabnika na življenje, kakšne ima interese, želje in kaj ga motivira.
2. Socialni delavec zbere kratek opis problema.
3. Socialni delavec postavlja odnosna vprašanja. Ta vprašanja omogočajo vpogled uporabniku na problem z druge perspektive in omogočajo raziskovanje socialne mreže.
4. Socialni delavec skupaj z uporabnikom raziskuje in išče izjeme. To so situacije v uporabnikovem preteklem življenju, kjer niso bili prisotni simptomi in skupaj raziščeta, kaj je bilo tedaj drugače od sedanjega doživljanja in kaj je privedlo do tega, ter kaj se je spremenilo.
5. Socialni delavec uporabi lestvico od 1 do 10, na kateri uporabnik razvrsti svoje probleme in stiske v povezavi z motnjo.
6. S pomočjo vprašanja o čudežu socialni delavec odpira uporabniku nov vpogled v možen, željeni izid.
7. Sledi pogajanje o možnem prvem koraku, o uresničljivi spremembi, s katero se oba strinjata.
8. Zelo pomembno je, da socialni delavec pohvali uporabnika in mu to glasno pove. Skupaj formulirata naloge, ki jih bo opravil uporabnik do naslednjega srečanja. V odnosu in za uspešno reševanje problema obsesivno-kompulzivne motnje je pomemben prispevek vseh udeleženi v problemu.

1.8.3 DVE VRSTI POGOVORA

V procesih pomoči pri reševanju kompleksnih socialnih problemov sta v središču osebnega vodenja soustvarjanje rešitev in raziskovanje možnih sprememb za dobre izide. V drugem primeru pogovora pa strokovnjak in uporabnik najprej potrebujeta veliko časa, da vzpostavita stik. Možne ovire so lahko neučinkovite strategije preživetja, ki si jih je človek pridobil in so tako močne, da potrebuje veliko pogovorov, ki v filigranskem procesu prispevajo k temu, da sam sebe bolje razume, da bi se začela nova zgodba, da bi videl svoje ravnanje z druge perspektive. Človek, ki prinese s seboj izkušnjo razvrednotenja, izkušnjo nespoštovanja in ponižanja, potrebuje najprej varen prostor za novo učenje in nove izkušnje. Tako so nove in dobre izkušnje najboljši možen izid pogovora, ki bo vedno znova tako soustvarjen, da se bo lahko nadaljeval. (Čaćinovič Vogrinčič, 2008: 22- 23)

1.9 SKUPINE ZA SAMOPOMOČ

»Skupine za samopomoč v večini nastanejo na pobudo uporabnikov programov in storitev ter so namenjene osebam s težavami v duševnem zdravju, ki si želijo medsebojno pomagati in izmenjati izkušnje. Njeni člani dobijo podporo ne glede na to, kdo so, kakšni so ter kakšna je njihova življenjska situacija. Sami določijo teme pogovorov in s tem usmerjajo srečanja na konkreten problem ali pa so pretežno družabne narave. Medsebojno podpiranje članom omogoča pridobivanje samozavesti in spretnosti za vsakdanje življenje.« (<http://www.ozara.org/programi-in-projekti/spremljevalni-programi/skupine-za-samopomoc/>) (19.4.2013)

Značilnosti skupin za samopomoč so, da so sorazmerno majhne in so usmerjene k določenemu problemu, ki je tudi vzrok za njihov nastanek. Člani so si med seboj enakopravni in med njimi ni hierarhije. Vodja usmerja skupino k doseganju želenega cilja, delujejo skupinsko in soustvarjajo pot k skupnemu cilju in vsak z lastno angažiranostjo prispeva svoj del k razreševanju problemov. (Vršnak 2008: 42-48)

Ljudje dobijo od soljudi v skupini čustveno oporo, imajo občutek pripadnosti in začutijo, da niso sami s takšnimi problemi, temveč da imajo tudi nekateri drugi podobne težave. Prav tako skupino vodi in motivira skupna ideologija, ki pri vseh krepi moč in jih spodbuja k dobremu sporazumevanju. Med seboj si izmenjujejo izkušnje ter informacije in krepijo občutek

pripadnosti ter povezanosti. Prav tako se lahko kot skupina skupaj borijo za določene pravice in njihovo uresničevanje na ravni družbe. Člani skupine razvijejo identifikacijo s skupino in tako si posamezniki lahko razvijejo boljšo samopodobo, se naučijo pravilnejših načinov obnašanja, povečajo zmožnosti za premagovanje problemov, postanejo odpornejši na vplive okolice in si pomagajo pri zmanjševanju stigmatizacije. (Vršnak 2008: 42-48)

Sprva je najbolje, če osebe o svojih težavah spregovorijo z osebnim zdravnikom, ki jih bo napotil v nadaljnjo obravnavo. Specifično pomoč pa lahko zagotovi le psihiater (za otroke pedopsihiater), ustrezno usposobljen psiholog ali psihoterapevt. V Sloveniji obstaja ta problem, da je večino psihoterapevtske pomoči plačljive in je zato mnogim nedostopna. Zato bi bil lahko cilj teh strok, da se zavzemajo za čim lažjo dostopnost teh storitev širši populaciji. Država zagotavlja le najnujnejšo pomoč, čakalne vrste na prvi pregled so dolge in zaradi premalo strokovnjakov imajo uporabniki redke preglede in s tem zagotovljeno slabšo kakovost storitve in počasnejši napredek zdravljenja. Za dober uspeh bi potrebovali najmanj enkrat na teden razgovor s strokovnjakom, kar pa pri nas ni mogoče, razen če si to uporabnik plača sam. Pojavlja se tudi problem stigmatizacije in zato se veliko uporabnikov izogiba zdravljenja in raje živijo v lastnem trpljenju, dokler niso prisiljeni v zdravljenje, ko jim motnja prevzame celotno življenje in tako vpliva na njihovo normalno funkcioniranje v družbi in jih povsem onemogoči ter ohromi. Prav tako je pri nas omogočena celodnevna oskrba oseb z obsesivno-kompulzivno motnjo le v psihiatričnih bolnišnicah, kar pa je v današnji družbi še vedno velik tabu in tako še dodatno poslabša položaj oseb z obsesivno-kompulzivno motnjo, ki so podvržene pritiskom družbe, še posebej po vrnitvi z zdravljenja, ko se želijo ponovno vključiti v okolje. So primeri kampusov v ZDA in izobraževanja v Angliji, kjer je sistem veliko bolj razvit in napreden ter bolj prijazen do oseb z obsesivno-kompulzivno motnjo.

V Sloveniji imamo društvo za vedenjsko in kognitivno terapijo Slovenije, ki je aktivni član Evropske zveze za vedenjsko in kognitivno terapijo.

Iskanje na spletu pokaže velik nabor kontaktnih mest, kjer lahko osebe z obsesivno-kompulzivno motnjo poiščejo ustrezno pomoč in dobijo informacije:

- www.drustvo-vkt.org/seznam_terapevtov/ (19.4.2013)
- Poleg vedenjsko-kognitivnih terapevtov obstaja še veliko terapevtov z drugačnimi psihoterapevtskimi pristopi in jih lahko najdemo na spletnih straneh Slovenske krovne zveze za psihoterapijo ter Združenja psihoterapevtov Slovenije (<http://www.zpsi.si/>) 27.6.2013

- DRUŠTVO DAM: društvo za pomoč osebam z depresijo in anksioznimi motnjami. Društvo nudi pomoč in podporo osebam, ki trpijo za anksioznimi motnjami in tudi vsem njihovim svojcem, ki so tudi posredno vpleteni v težavo in se srečujejo z lastnimi stiskami situacije. Prav tako poskusijo ozavestiti širšo javnost s tem problemom in ponujajo ljudem ustrezno znanje in potrebne informacije o motnjah ter jim svetujejo, kje lahko poiščejo še dodatno pomoč. Ljudi s podobnimi težavami tudi spodbujajo, da se združujejo in si medsebojno pomagajo in izmenjavajo lastne izkušnje. Poleg skupin za samopomoč so v ta namen uredili še internetni forum in klepetalnico, kjer lahko osebe vzpostavijo stik s strokovnjaki in z drugimi osebami s težavami.
(http://www.nebojse.si/portal/index.php?option=com_content&task=view&id=33&Itemid=38) (19.4. 2013)
- Zanimiva je sledeča objava na forumu društva DAM:
»21. februarja 2013. prične z delom skupina, namenjena izključno osebam z okm. To bo terapevtska skupina pod vodstvom izkušene terapevtke. Do septembra bo odprtega tipa, potem pa se bo zaprla. Gre za skupino, v kateri se pričakuje resno terapevtsko delo.« (<http://www.nebojse.si/Forum/index.php?topic=14680.0>) (19.4.2013). Do tedaj še ni obstajala nobena skupina, ki bi se ukvarjala izključno z OKM.
- Na socialnem omrežju Facebook je novoustanovljeno društvo za pomoč ljudem s Tourettovim sindromom in obsesivno-kompulzivno motnjo ustvarilo stran, kjer so na voljo informacije o njihovem delovanju.
(<http://www.facebook.com/DrustvoZaPomocLjudemZTourettovimSindromomInOkm>) (20.4.2013)
- Veliko je forumov, kjer ljudje pišejo o svoji obsesivno-kompulzivni motnji in druge prosijo za nasvete.
- Obstaja še več organizacij, ki pomagajo ljudem z različnimi problemi in motnjami: Center za psihološko svetovanje Posvet, Svetovalnica Fužine; Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše v Ljubljani, Svetovalnica za motnje hranjenja Muza; Ženska svetovalnica (Branch, Willson 2011: 351-353)

1.10 SAMOPOMOČ

»Način, kako razmišljate, vpliva na to, kako se počutite in kako se obnašate. Način, kako se obnašate, spet vpliva na to, kako se na koncu počutite in kako razmišljate ... in tako naprej in naprej v krogu.« (Branch, Willson 2011: 273)

Vsakodnevno življenje ima učinke na človekovo razpoloženje. Zdravje v fizičnem pomenu vključuje telesno aktivnost, spanje, spolnost, prehranjevalne navade in pomeni, da je posledično telo sposobno nemoteno funkcionirati v okolju. Pri psihološkem zdravju pa je pomembno, da ljudje delajo stvari, ki jim dajejo občutek veselja in zadovoljstva, da imajo koristna in uravnotežena stališča do življenja in da znajo vzpostavljati ustrezne odnose s soljudmi. Skupek vsega tega gradi telesno in duševno zdravega človeka, ki se zna spoprijemati z vsakdanjim življenjem in zna pravilno reagirati na različne življenjske situacije. (Branch, Willson 2011: 272-332)

Ko ljudje okrevajo po svojih problemih, je zelo pomembno, da si oblikujejo načrt življenja tako, da bodo preprečili ponovitev simptomov in vrnitev v prejšnje stanje. Pri tem se lahko oprejo na številne varovalne dejavnike in si pomagajo tehnikami, ki jim bodo omogočale srečnejše in manj stresno življenje. Velik pomen imajo način razmišljanja in dojemanje sebe in sveta, ter kakšne pomene ljudje pripišejo dogodkom in kaj jim to pove. Pomembno je torej, da ljudje najdejo v življenju konstruktivne in razveseljive reči, s katerimi bodo zapolnili svoje časovne praznine in bodo tako posledično krepili osebno zadovoljstvo ter osebno rasli. Priporočljivo je, da si sestavijo seznam reči, ki so jih pred pojavom motnje radi počeli ali pa so si želeli in potem poiščejo ravnotežje med delom in prostočasnimi dejavnostmi in si tako zapolnijo dan. Prostočasne dejavnosti se razlikujejo glede na posameznikove interese in karakteristike. Ljudje se morajo tudi zavedati, kako velik vpliv imajo na njihovo počutje redna, ustrezna in zdrava prehrana, telesna aktivnost, dovolj spanja. Pomembno je, da so ves čas v življenju dejavni in uresničujejo svoje cilje ter jih dopolnjujejo z lastnimi zanimanji, medtem pa ne pozabijo na svoj prosti čas in lastno razvijanje. (Branch, Willson 2011: 272-332)

Čustveni problemi imajo tudi velik vpliv na odnose z drugimi ljudmi in velikokrat, ko se pojavijo določeni simptomi motnje, le-ti prevzamejo skoraj celotno življenje osebe, ki zato zanemari ostale ljudi, ne ohranja odnosov in se ne zanima za počutje in početje drugih, saj je prezasedena s svojimi težavami. Zato je pomembno, da po okrevanju ljudje ponovno

vzpostavijo stike z drugimi, saj so ljudje družabna bitja in je potrebno, da se počutijo sprejete in da so del skupnosti, h kateri nekaj prispevajo. (Branch, Willson 2011: 272-332)

Večina ljudi občuti največ veselja do življenja, ko dosledno ravna v skladu s svojimi osebnimi vrednotami. Vsak posameznik mora pri sebi poiskati tiste vrednote in interese, ki so mu najpomembnejši. Ko jih najdejo, pa je potrebno, da jih namerno in vztrajno spoštujejo s svojim početjem, saj jim bo to povečalo veselje v življenju in jim dajalo občutek sreče. Prav tako lahko tako spoznajo in srečajo podobno misleče ljudi na raznih delavnicah, shodih, tečajih, dobrodelnih dogodkih, športnih dogodkih in tako pridejo v stik z ljudmi, ki jih družijo podobne vrednote in interesi, ki jih usmerjajo v načinu življenja, dejavnosti in izražanju ter komunikaciji z okoljem. (Branch, Willson 2011: 272-332)

Za ljudi je pomembno, da so del skupine ali družbe, saj so srečnejši, kadar so del pomembne interakcije z drugimi človeškimi bitji. Je pa tudi pomembno, da vsak posameznik ceni in izraža svojo individualnost. Ljudje so torej lahko obenem del celote in hkrati zvesti svojim načelom, če se sprejemajo kot individuum ter so selektivno nekonformistični. (Branch, Willson 2011: 272-332)

Ljudje so sposobni ustvarjalnega prilagajanja na dogajanje, kar je tudi eden od temeljnih razlogov za uspeh in napredek človeške vrste, vendar pa so ljudje tudi zmotljivi in delajo napake, prav tako pa tudi svet ostaja nepopoln, zato je potrebno, da ljudje razmišljajo prožno, cenijo svojo individualnost, se zavedajo lastne sposobnosti vpliva in samozdravljenja, tolerirajo kratkoročno nelagodje, da ravnajo v skladu s svojimi vrednotami, da razumejo, da ne potrebujejo odobravanja drugih, gradijo lastno pozitivno samopodobo in sprejemanje in da se naučijo prenašati negotovosti. Zdravi in produktivni ljudje so navadno pripravljeni tolerirati določeno stopnjo tveganja in negotovosti in si tako posledično zmanjšajo zaskrbljenost, tesnobo in stiske. (Branch, Willson 2011: 272-332)

1.10.1 NEKAJ PRIMEROV SPROSTITVENIH TEHNIK

Za obvladovanje stresa so nam lahko v veliko pomoč preproste tehnike sproščanja, kot so na primer dihalne vaje in mišična relaksacija.

1. VAJE VIZUALIZACIJE: oseba zapre oči in si v mislih riše nek pozitiven dogodek in se tako polni s pozitivno energijo.
2. SPROŠČANJE V NARAVI
3. POSLUŠANJE SPROŠČUJOČE GLASBE

4. JOGA

5. MEDITACIJA

6. ŠPORTNE AKTIVNOSTI

(<http://www.viva.si/Alternativna-in-naravna-pomo%208D/8410/Pet-preprostih-tehnik-za-sprostitev>) (21.4.2013)

2 PROBLEM

2.1. OPREDELITEV PROBLEMA

Živimo v svetu, v katerem se od posameznika pričakuje vedno več in kjer so ambicije večine biti čim bolj uspešen in produktiven. Tako kot velja v naravi, da preživijo le najmočnejši, bi lahko vzporedno potegnili povezave tudi v človeški družbi, kjer se vsak posameznik bori za lasten obstoj in pomembnost. Če ne sledi tem trendom, je posameznik kaj hitro odrinjen na rob družbe in zaznamovan.

S svojo raziskavo sem želela opozoriti na pojavnost pojava obsesivno-kompulzivne motnje, za katero trpita 2 odstotka svetovne populacije. Tako kot sem v prejšnjih stavkih omenila borbo za uspešnost in položaj, takšno in še v veliko hujši obliki borbo doživljajo ljudje z obsesivno-kompulzivno motnjo vsak dan. Najhujše pa je to, da so ujetniki samih sebe in se borijo s samimi seboj, s hudim strahom in tesnobo. Poleg neprestane lastne obremenjenosti pa s svojim nenavadnim vedenjem obremenjujejo tudi bližnje, ki težko razumejo njihov pogled in doživljanje okolice. Tako je tudi za vse bližnje to zelo naporna situacija in zato lahko rečemo, da je obsesivno-kompulzivna motnja zelo kompleksen problem, ki poleg obolelega potegne s seboj še vrsto drugih ljudi, ki se sprva ne zavedajo, da so jih osebe z obsesivno-kompulzivno motnjo vpletle v svoje obrede. Problem se mora torej reševati večplastno. Družina in vsi bližnji imajo velik vpliv na uspešnost zdravljenja obsesivno-kompulzivne motnje in so aktivno vključeni v proces pomoči in opolnomočenje uporabnika.

Bolniki z obsesivno-kompulzivno motnjo velikokrat več let doživljajo situacije drugače kot ljudje brez obsesivno-kompulzivne motnje, in ne razumejo, kaj se jim dogaja. Zato dokaj pozno poiščejo pomoč, večinoma takrat, ko jim je življenje že zelo oteženo na vseh področjih. Ravno to je težava naše družbe, ki premalo pozna motnjo in ni ozaveščena o tem problemu. Z izobraževanjem populacije o pojavnosti obsesivno-kompulzivne motnje bi lahko pripomogli k njenemu zgodnjemu odkrivanju in tako posledično omogočili zgodnejše zdravljenje, ki je pomemben dejavnik pri omejitvi motnje in vzdrževanju stanja brez obsesij in kompulzij. Velik problem predstavlja tudi pomanjkljiva izobraženost strokovnega kadra za spremljanje in delo z osebami, ki imajo obsesivno-kompulzivno motnjo. V Sloveniji vlada veliko pomanjkanje strokovno usposobljenih ljudi za pomoč in čakalne vrste so dolge, kar otežuje uspešnost zdravljenja.

Že samo če bi bila splošna populacija bolje izobrazena o pojavu obsesivno-kompulzivne motnje, bi lažje razumeli, kaj se dogaja z določenimi ljudmi in bi tako posledično pripomogli k boljši podpori teh oseb, ki pa so sedaj velikokrat tarča posmehov in stigmatizacije. Poleg svoje obsesivno-kompulzivne motnje so torej še dodatno obremenjeni s strani nerazumevajoče okolice.

Zelo se mi zdi pomembno, da se o tem poleg zdravnikov izobrazijo še učitelji, pedagogi, socialni delavci, skratka, vsi strokovni kadri s področja pomoči ljudem. Tako bi z ustreznimi usposobljenostjo in znanjem lahko prepoznali težave določenih posameznikov, ki so jih morda zaradi neznanja do sedaj obravnavali napačno, jih morda spregledali in jim zopet naredili več škode kot koristi. Kot primer naj navedem, da bi lahko vzgojitelji oziroma učitelji opazili nenavadno vedenje otrok in, če bi bili primerno izobrazeni, bi pravilno odreagirali in s tem pomagali otroku, ki bi ga skozi strokovno obravnavo podpirali pri osebnem razvoju in mu omogočili pravočasno zdravljenje.

Naj torej povzamem: želim opozoriti na problem obsesivno-kompulzivne motnje, ki je prisotna v naši družbi in jo velikokrat spregledamo. S svojo raziskavo sem želela preveriti, ali so socialni delavci seznanjeni z obsesivno-kompulzivno motnjo in ali bi jo znali prepoznati ter če sploh vedo, kaj je obsesivno-kompulzivna motnja. Glede na to, da so socialni delavci vsakodnevno v stiku z ljudmi, ki trpijo za različnimi stiskami, sem prepričana tudi raziskava je to pokazala, da se po vsej verjetnosti kdaj srečajo z osebo z obsesivno-kompulzivno motnjo, ki pa je morda celo ne bi prepoznali. Tako bi rada opozorila na pomembno vlogo, ki jo imajo socialni delavci pri prepoznavanju oseb z obsesivno-kompulzivno motnjo, ter k nadaljnjemu ustreznemu ukrepanju in pomoči. Napačno razumevanje situacij pa le otežuje pomoč osebam z obsesivno-kompulzivno motnjo.

RV1: Kako razširjen je pojav obsesivno-kompulzivne motnje po oceni socialnih delavcev v vzorcu?

RV2: Ali socialni delavci delavci menijo, da bi potrebovali še dodatno izobrazbo o obsesivno-kompulzivni motnji za njeno lažje prepoznavanje in pomoč uporabnikom?

Postavila sem naslednje delovne hipoteze:

H1: Večina socialnih delavcev v vzorcu slabo pozna in prepozna obsesije in kompulzije oz. obsesivno-kompulzivno motnjo.

H2: Poznavanje in prepoznavanje obsesivno-kompulzivne motnje je odvisno od področja dela socialnih delavcev.

H3: Poznavanje in prepoznavanje obsesivno-kompulzivne motnje je odvisno od starostne skupine uporabnikov s katerimi delajo socialni delavci.

H4: Poznavanje in prepoznavanje obsesivno-kompulzivne motnje je odvisno od količine izkušenj dela z uporabniki z obsesivno-kompulzivno motnjo.

H5: Poznavanje in prepoznavanje obsesivno-kompulzivne motnje je odvisno od pridobljenega znanja o obsesivno-kompulzivni motnji v času študija.

H6: Poznavanje in prepoznavanje obsesivno-kompulzivne motnje je odvisno od okolja, v katerem delajo socialni delavci (mestno/podeželsko).

H7: Poznavanje in prepoznavanje obsesivno-kompulzivne motnje je odvisno od dolžine delovnega staža.

H8: Poznavanje in prepoznavanje obsesivno-kompulzivne motnje ni odvisno od spola socialnega delavca.

3 METODOLOGIJA

3.1 VRSTA RAZISKAVE

Raziskava je kvantitativna, ker sem za raziskavo zbirala podatke, ki so številčni podatki o pojavu. Prav tako je raziskava tudi deskriptivna ali opisna. Namen opisne raziskave pa je količinsko opredeliti ali oceniti osnovne značilnosti proučevanega pojava ter ugotoviti obstoj in jakost zveze med dvema ali več pojavi.

3.2 MERSKI INSTRUMENTI IN VIRI PODATKOV

Za raziskavo sem kot merski instrument uporabila anketni vprašalnik, ki sem ga preko elektronske pošte poslala socialnim delavcem po Sloveniji. Vprašalnik ni bil anonimna anketa, saj sem jo poslala na znane naslove. Vprašalnik je sestavljen iz 29 vprašanj zaprtega tipa, od tega so 4 vprašanja sociodemografska, ter 7 dodatnih vprašanj za tiste, ki so pri določenih vprašanjih odgovorili z da. Tem socialnim delavcem sem postavila še vprašanje odprtega tipa, da so mi lahko . S temi odprtimi vprašanji sem želela preizkusiti, kako se bodo vprašani sami znašli in kako odreagirali na vprašanje, in videti, kam je usmerjeno njihovo razmišljanje.

3.3 SPREMENLJIVKE

- Odvisna spremenljivka: prepoznavanje obsesivno-kompulzivne motnje (obsesije in kompulzije).
- Neodvisne spremenljivke: področje dela socialnih delavcev; starost uporabnikov; mnenje socialnih delavcev o reagiranju ljudi z vsiljivimi mislimi; spol socialnih delavcev; poznavanje tehnik pomoči; seznanjenost z obsesivno-kompulzivno motnjo v času študija; mnenje socialnih delavcev o oskrbi ljudi z obsesivno-kompulzivno motnjo; potreba po dodatni izobrazbi; želja po dodatni izobrazbi; mnenje o poznavanju simptomov; srečanje oseb pri delu; število primerov oseb z obsesivno-kompulzivno motnjo v času dela; pojavnost obsesivno-kompulzivne motnje; okolje, iz katerega socialni delavci prihajajo; poučenost o obsesivno-kompulzivni motnji; starost socialnih delavcev; regija.

3.4 POPULACIJA IN VZOREC

Populacijo sestavljajo vsi socialni delavci iz učnih baz Fakultete za socialno delo v Ljubljani. Na moj anketni vprašalnik se je odzvalo 110 socialnih delavcev, iz vzorca pa sem izključila tiste, ki so neustrezno izpolnili vprašalnik.

3.5 ZBIRANJE IN OBDELAVA PODATKOV

Zbiranje ustreznih podatkov za raziskavo je potekalo elektronsko, preko spletne ankete, ki sem jo sestavila v programu Enka spletne ankete in jo nato razposlala na elektronske naslove po vseh učnih bazah Fakultete za socialno delo. Odziv je bil zadovoljiv in v času od 21. 4. do 26. 4. 2013 sem zbrala vse potrebne podatke za nadaljnjo analizo. Pregledala sem ankete in izločila tiste, ki niso bile ustrezno izpolnjene in so bile zato neveljavne. Nato sem naredila zbirnik podatkov na način, da sem za vsakega posameznika v tabelo vnesla njegov odgovor na vprašanje. Sledila je obdelava podatkov z računalniškim programom SPSS. Sprva sem vsa osnovna vprašanja in odgovore nanje prikazala s tabelami glede na število, odstotek in kumulativni odstotek. Sledila je združitev odgovorov iz vprašanj Q3, Q5, Q6, Q7 v indikator za obsesije in združitev odgovorov iz vprašanj Q9, Q11, Q12, Q13 v indikator za kompulzije. Z njima sem določila prepoznavnost obsesivno-kompulzivne motnje. Ustvarila sem tri skupine. Za tiste, ki so zbrali od 0 do 3 točke, sem določila, da ne poznajo obsesij ali kompulzij, tisti, ki so prejeli 4 točke, jih slabo poznajo in tisti, ki so prejeli od 5 do 8 točk, dobro poznajo obsesije ali kompulzije. Nato sem na podlagi treh skupin naredila dve skupini glede na skupno prepoznavanje obsesij in kompulzij in na podlagi sledeče prepoznavnosti ustvarila skupini, za kateri sem opredelila naslednja pogoja: prva skupina so tisti, ki poznajo obsesivno-kompulzivno motnjo, torej obsesije ali kompulzije, v zadovoljivi meri - v to skupino so se uvrstili tisti, ki dobro poznajo kompulzije in slabo obsesije, tisti, ki dobro poznajo obsesije in slabo kompulzije ter tisti, ki dobro poznajo kompulzije in obsesije. V drugo skupino pa spadajo tisti, ki ne poznajo obsesivno-kompulzivne motnje - v to skupino so se uvrstili tisti, ki ne poznajo obsesij in ne poznajo kompulzij, tisti, ki slabo poznajo kompulzije in ne poznajo obsesij, tisti, ki slabo poznajo obsesije in ne poznajo kompulzij, tisti, ki dobro poznajo obsesije in ne poznajo kompulzij, ter tisti, ki dobro poznajo kompulzije in ne poznajo obsesij.

Tabelni prikaz kombinacij za lažje razumevanje:

Tabela 1: PREPOZNAVANJE OBSESIJ IN KOMPULZIJ

			Poznavanje kompulzij		
			ne poznajo	srednje dobro poznajo	dobro poznajo
Poznavanje obsesij	ne poznajo	Število	17	1	8
		vrstica N %	65,4 %	3,8 %	30,8 %
		stolpec N %	43,6 %	10,0 %	14,0 %
	slabo poznajo	Število	5	1	4
		vrstica N %	50,0 %	10,0 %	40,0 %
		stolpec N %	12,8 %	10,0 %	7,0 %
	dobro poznajo	Število	17	8	45
		vrstica N %	24,3 %	11,4 %	64,3 %
		stolpec N %	43,6 %	80,0 %	78,9 %

Sledilo je analiziranje, v kakšni meri je prepoznavnost obsesivno-kompulzivne motnje povezana z ostalimi dejavniki, ki sem jih izpostavila v anketnem vprašalniku. Povezanost sem preverila s hi-kvadrat preizkusom.

4 REZULTATI

Tabela 2: PORAZDELJENOST SOCIALNIH DELAVCEV GLEDE NA PODROČJE DELA oz. DELOVNO MESTO

	Število	%	Kumulativni %
CSD	28	26,4	26,4
na področju šolstva	17	16,0	42,5
na področju dela z ostarelimi	19	17,9	60,4
nevladne organizacije, društva	29	27,4	87,7
drugo:	13	12,3	100,0
skupaj	106	100,0	

26,4% socialnih delavcev opravlja delo na centrih za socialno delo, 16% socialnih delavcev opravlja delo na področju šolstva, 17,9% na področju dela z ostarelimi, 27,4% v nevladnih organizacijah oz. društvih in 12,3% jih je zaposlenih na drugih področjih socialnega dela.

Tabela 3: UPORABNIKI, S KATERIMI SOCIALNI DELAVCI DELAJO NA DELOVNEM MESTU

	Frekvenca	%	kumulativni %
otroci do 14 let	11	10,4	10,4
mladostniki 15-21 let	15	14,2	24,5
mlajši odrasli 22-30 let	7	6,6	31,1
srednja generacija 31-60 let	28	26,4	57,5
starejši nad 60 let	20	18,9	76,4
mešane starosti	25	23,6	100,0
Skupaj	106	100,0	

Kar 46,3 % socialnih delavcev iz vzorca dela s srednjo generacijo ljudi, ki sem jih definirala za starostno skupino od 31 do 60, in s starejšimi nad 60 let, le 24,6 % pa jih dela z otroki do 14 let ter mladostniki od 15 do 21 let.

Tabela 4: POZNAVANJE PRIMEROV LJUDI Z OBSESIAMI

	Frekvenca	%	Kumulativni %
Da	79	74,5	74,5
Ne	26	24,5	99,1
Ne vem	1	,9	100,0
Skupaj	106	100,0	

Kar 74,5 % vprašanih trdi, da poznajo ali pa so morda že slišali za ljudi, ki imajo vsiljive in vztrajne misli ali podobe, ki se vedno znova pojavljajo v zavesti teh ljudi.

Tabela 5: ALI VSILJIVE MISLI PRI LJUDEH POVZROČAJO NELAGODJE IN OBČUTEK TESNOBE RAZLIČNE INTENZITETE

	Frekvenca	%	Kumulativni %
Da	78	73,6	73,6
Ne	2	1,9	75,5
Ne vem	26	24,5	100,0
Skupaj	106	100,0	

73,6 % vprašanih je mnenja, da vsiljivke prizadetim povzročajo hudo nelagodje, 24,5 % vprašanih pa ni vedelo, kakšne občutke povzročajo te misli pri ljudeh.

Tabela 6: NADZOR OSEB NAD VSILJIVIMI MISLIMI IN STRAHOVI

	Frekvenca	%	Kumulativni %
Da	7	6,6	6,6
Ne	63	59,4	66,0
Ne vem	36	34,0	100,0
Skupaj	106	100,0	

59,4 % vprašanih je mnenja, da osebe, pri katerih so prisotne ponavljajoče se misli in strahovi, nimajo nadzora nad temi vsiljivkami. 6,6 % vprašanih je mnenja, da imajo osebe, pri katerih so prisotne ponavljajoče se misli in strahovi, nadzor nad vsiljivkami. 34% vprašanih pa jih ne ve.

Tabela 7: KOLIKO ČASA DNEVNO OSEBE Z VSILJIVIMI MISLIMI IN STRAHOVI PORABIJO ZA VSILJIVE MISLI

	Frekvenca	%	Kumulativni %
Malo (do 1 ure)	14	13,2	13,2
Srednje veliko (2-4 ure)	14	13,2	26,4
Vsiljivke/obsesije so razporejene preko celega dneva	50	47,2	73,6
Ne vem/ne poznam/nisem še slišal za osebe z navedenimi težavami	28	26,4	100,0
Skupaj	106	100,0	

47,2 % vprašanih je mnenja, da so vsiljive misli prisotne pri teh ljudeh preko celega dneva.

Tabela 8: KAKO OSEBE Z VSILJIVIMI MISLIMI PREMAGUJEJO TESNOBO

	Frekvenca	%	Kumulativni %
Sprehod v naravi, glasba, šport, druženje s prijatelji ipd.	35	33,0	33,0
Izvajanje obredov/ritualov, ki so na kakršenkoli način nenavadna reakcija za sproščanje	18	17,0	50,0
Drugo:	30	28,3	78,3
Ne vem/ne poznam/nisem slišal za osebe z navedenimi težavami	23	21,7	100,0
Skupaj	106	100,0	

Zanimiv podatek je, da kar 33 % vprašanih meni, da ljudje to tesnobo premagujejo na zdrav način odreagiranja na situacijo: s sprehodi, športom, glasbo, druženjem, in le 17 % jih je mnenja, da te osebe za svoje boljše počutje izvajajo obrede, in si tako na neprimeren način zmanjšujejo tesnobo.

Tabela 9: POZNAVANJE PRIMEROV LJUDI, KI IZVAJAJO PONAVLJAJOČA SE DEJANJA - KOMPULZIJE

	Frekvenca	%	Kumulativni %
Da	73	68,9	68,9
Ne	16	15,1	84,0
Ne vem	17	16,0	100,0
Skupaj	106	100,0	

Kar 68,9 % vprašanih je pritrnilo, da poznajo oziroma so že slišali za primere oseb, ki izvajajo ponavljajoča se dejanja po točno zamišljenem vrstnem redu, da bi si pregnali vsiljive misli in si tako zmanjšali neprijeten občutek tesnobe.

Tabela 10: ALI SO PONAVLJAJOČI OBREDI NEPRIJETNI ZA OSEBO, KI JIH IZVAJA

	Frekvenca	%	Kumulativni %
Da	49	46,2	46,2
Ne	9	8,5	54,7
Ne vem	48	45,3	100,0
Skupaj	106	100,0	

46,2 % jih je mnenja, da so ti obredi neprijetni, 45,3 % pa ne ve, kaj ob teh obredih čutijo osebe, ki jih izvajajo.

Tabela 11: KOLIKO ČASA DNEVNO PORABI OSEBA ZA IZVAJANJE OBREDOV

	Frekvenca	%	Kumulativni %
Malo (do 1 ure)	11	10,4	10,4
Srednje veliko (2-4 ure)	20	18,9	29,2
Rituali so preko celega dneva	44	41,5	70,8
Ne vem/ne poznam/nisem slišal za takšne primere	31	29,2	100,0
Skupaj	106	100,0	

Kar 41,5 % vprašanih meni, da se obredi oziroma rituali izvajajo v teku celotnega dne.

Tabela 12: NADZOR NAD OBREDI

	Frekvenca	%	Kumulativni %
Da	7	6,6	6,6
Ne	56	52,8	59,4
Ne vem	43	40,6	100,0
Skupaj	106	100,0	

52,8 % vprašanih meni, da te osebe nimajo nadzora nad obredi, 40,6 % pa jih ne ve.

Tabela 13: SREČANJE S TAKŠNIMI PRIMERI LJUDI NA DELOVNEM MESTU

	Frekvenca	%	Kumulativni %
Da	53	50,0	50,0
Ne	38	35,8	85,8
Ne vem	15	14,2	100,0
Skupaj	106	100,0	

50 % vprašanih trdi, da so se na delovnem mestu že srečali s takimi primeri, 35,8 % da se še nikoli niso, 14,2 % pa jih ne ve oziroma se ne spomnijo.

Tabela 14: ALI SO ZASLEDILI KJE DRUGJE ZGODBE O PRIMERIH LJUDI Z OBSESIVNO-KOMPULZIVNO MOTNJO?

	Frekvenca	%	Kumulativni %
Da	77	72,6	72,6
Ne	14	13,2	85,8
Ne vem	15	14,2	100,0
Skupaj	106	100,0	

Ob tem vprašanju kar 72,6 % vprašanih trdi, da so se že seznanili s podobnimi zgodbami, torej ne le na delu, ampak tudi izven delovnega mesta.

Tabela 15: SUBJEKTIVNA OCENA SOCIALNIH DELAVCEV O POZNAVANJU SIMPTOMOV OBSESIVNO-KOMPULZIVNE MOTNJE

	Frekvenca	%	Kumulativni %
Da	54	50,9	50,9
Ne	52	49,1	100,0
Skupaj	106	100,0	

50,9 % vprašanih trdi, da poznajo simptome obsesivno-kompulzivne motnje in da bi jo znali prepoznati pri uporabnikih, 49,1 % pa jih je mnenja, da ne bi prepoznali obsesivno-kompulzivne motnje.

Tabela 16: STIK Z UPORABNIKI, KI IMAJO OBSESIVNO-KOMPULZIVNO MOTNJO

	Frekvenca	%	Kumulativni %
Da	60	56,6	56,6
Ne	25	23,6	80,2
Ne vem	21	19,8	100,0
Skupaj	106	100,0	

Res je, da je to vprašanje podobno predhodnemu, s to razliko, da sem tu v vprašalniku točno navedla obsesivno-kompulzivno motnjo, pri prejšnjem vprašanju pa je šlo za logično sklepanje iz predhodnih vprašanj o obsesijah in kompulzijah. Želela sem preveriti, ali se bo ta odstotek ob postavitvi točne definicije motnje spremenil in prišla do ugotovitve, da je prišlo le do 6,6% razlike, kar je najbrž dokaj zanemarljivo odstopanje.

Tabela 17: ŠTEVILO PRIMEROV UPORABNIKOV Z OBSESIVNO-KOMPULZIVNO MOTNJO NA DELOVNEM MESTU

	Frekvenca	%	Kumulativni %
0	36	34,0	34,0
1-5	51	48,1	82,1
6-10	12	11,3	93,4
11-20	4	3,8	97,2
20-50	3	2,8	100,0
Skupaj	106	100,0	

48,1 % vprašanih se je srečalo na delovnem mestu z 1 do 5 takšnih primerov, 34 % se jih še ni srečalo s primerom obsesivno-kompulzivne motnje. Potrebno pa je tudi izpostaviti, da so se kar trije vprašani pri svojem delu srečali skoraj z 20 do 50 primeri oseb z obsesivno-kompulzivno motnjo.

Tabela 18: SUBJEKTIVNO MNENJE SOCIALNIH DELAVCEV O POJAVNOSTI PROBLEMA OBSESIVNO-KOMPULZIVNE MOTNJE V SLOVENIJI

	Frekvenca	%	Kumulativni %
Redek pojav	23	21,7	21,7
Razširjen pojav	29	27,4	49,1
Nimam mnenja	54	50,9	100,0
Skupaj	106	100,0	

27,4 % vprašanih jih je mnenja, da je to razširjen pojav, kar 50,9 % pa se jih ni znalo opredeliti glede na razširjenost pojavnosti obsesivno-kompulzivne motnje v Sloveniji. 21,7% pa jih je mnenja, da je obsesivno-kompulzivna motnja redek pojav.

Tabela 19: STAROSTNO OBDOBJE, V KATEREM JE POJAVNOST OBSESIVNO-KOMPULZIVNE MOTNJE VEČJA

	Frekvenca	%	Kumulativni %
Otroci	1	,9	,9
Mladostniki	10	9,4	10,4
Mlajši odrasli	20	18,9	29,2
Srednja generacija	36	34,0	63,2
Starostniki	7	6,6	69,8
Pri delu se nisem srečal/a s to motnjo	32	30,2	100,0
Skupaj	106	100,0	

40,6 % vprašanih meni, da se obsesivno-kompulzivna motnja pogosteje pojavi pri srednji generaciji in starejših, samo 10,3 % pa jih je mnenja, da pri otrocih in mladostnikih. Na tej točki je potrebno opozoriti, da večina vprašanih prihaja s področja dela s starejšimi.

Tabela 20: TEHNIKE POMOČI OSEBAM Z OBSESIVNO-KOMPULZIVNO MOTNJO

	Frekvenca	%	Kumulativni %
Da	23	21,7	21,7
Ne	59	55,7	77,4
Ne vem	24	22,6	100,0
Skupaj	106	100,0	

Kar 78,3 % vprašanih trdi, da ne poznajo tehnik pomoči oziroma ne vedo odgovora na vprašanje.

Tabela 21: ALI SO SE MED ŠTUDIJEJEM SOCIALNEGA DELA SEZNANILI S PROBLEKOM OBSESIVNO-KOMPULZIVNE MOTNJE

	Frekvenca	%	Kumulativni %
Da	21	19,8	19,8
Ne	66	62,3	82,1
Ne vem	19	17,9	100,0
Skupno	106	100,0	

Kar 62,3 % vprašanih trdi, da se med študijem niso seznanili s problemom obsesivno-kompulzivne motnje.

Tabela 22: MNENJE O TEM, ALI LAHKO SOCIALNI DELAVEC ŽE S SVOJIM ZNANJEM PRIPOMORE K DVIGU KVALITETE ŽIVLJENJA OSEB Z OBSESIVNO-KOMPULZIVNO MOTNJO

	Frekvenca	%	Kumulativni %
Da	44	41,5	41,5
Ne	37	34,9	76,4
Ne vem	25	23,6	100,0
Skupno	106	100,0	

41,5 % vprašanih meni, da bi socialni delavec lahko pripomogel, 58,5 % pa jih meni, da ne, ali pa ne vedo.

Tabela 23: SUBJEKTIVNO MNENJE SOCIALNIH DELAVCEV GLEDE KVALITETE OSKRBE, OBRAVNAVE IN POMOČI OSEBAM Z OBSESIVNO-KOMPULZIVNO MOTNJO

	Frekvenca	%	Kumulativni %
Da	7	6,6	6,6
Ne	36	34,0	40,6
Ne vem	63	59,4	100,0
Skupaj	106	100,0	

Samo 6,6 % vprašanih jih je mnenja, da je dobro poskrbljeno, kar 59,4 % pa ne ve, kako je v Sloveniji poskrbljeno za ljudi z obsesivno-kompulzivno motnjo. 34% vprašanih socialnih delavcev je mnenja, da je v Sloveniji dobro poskrbljeno za uporabnike z obsesivno-kompulzivno motnjo.

Tabela 24: ALI BI SOCIALNI DELAVCI ZA DELO Z OSEBAMI Z OBSESIVNO-KOMPULZIVNO MOTNJO POTREBOVALI ŠE DODATNO IZOBRAZBO?

	Frekvenca	%	Kumulativni %
Da	91	85,8	85,8
Ne	3	2,8	88,7
Ne vem	12	11,3	100,0
Skupno	106	100,0	

85,8 % vprašanih jih je mnenja, da bi za obravnavo oseb z obsesivno-kompulzivno motnjo potrebovali še dodatno izobrazbo, 2,8 % pa tega ne meni.

Tabela 25: ŽELJA SOCIALNIH DLAVCEV PO DODATNI IZOBRAZBI IN SODELOVANJE V PROCESU KREPITVE MOČI OSEB Z OBSESIVNO-KOMPULZIVNO MOTNJO

	Frekvenca	%	Kumulativni %
Da	84	79,2	79,2
Ne	22	20,8	100,0
Skupno	106	100,0	

79,2 % je potrdilo, da bi si želeli še dodatne izobrazbe in da bi bili pripravljeni pomagati osebam z obsesivno-kompulzivno motnjo. 20,8 % pa jih je navedlo, da si tega ne želijo.

Tabela 26: SPOL SOCIALNIH DELAVCEV

	Frekvenca	%	Kumulativni %
Moški	15	14,2	14,2
Ženski	91	85,8	100,0
Skupaj	106	100,0	

Kar 85,8 % vprašanih je bilo žensk, torej je bilo med vprašanimi le 15 predstavnikov moškega spola.

Tabela 27: STAROSTNA SKUPINA SOCIALNIH DELAVCEV

	Frekvenca	%	Kumulativni %
21 - 40 let	52	49,1	49,1
41 - 60 let	54	50,9	100,0
Skupaj	106	100,0	

V vprašalniku sem navedla 4 starostne skupine, v vzorcu pa so se pojavili le pripadniki dveh starostnih skupin, ki so sorazmerno enakomerno porazdeljeni med skupinama. 52 vprašanih oseb spada v starostno skupino oseb od 21 do 40 let. 54 oseb pa pripada starostni skupini od 41 do 60 let.

Tabela 28: OKOLJE, IZ KATEREGA PRIHAJA SOCIALNI DELAVEC

	Frekvenca	%	Kumulativni %
Večje mesto	28	26,4	26,4
Manjše mesto	47	44,3	70,8
Vaško okolje	31	29,2	100,0
Skupaj	106	100,0	

47 vprašanih jih prihaja iz manjšega mesta, 31 pa iz vaškega okolja.

Tabela 29: REGIJE, KJER DELAJO SOCIALNI DELAVCI

	Frekvenca	%	Kumulativni %
Gorenjska	11	10,4	10,4
Štajerska	26	24,5	34,9
Dolenjska	10	9,4	44,3
Primorska	17	16,0	60,4
Notranjska	6	5,7	66,0
Osrednjeslovenska	29	27,4	93,4
Prekmurje	7	6,6	100,0
Skupaj	106	100,0	

V raziskavi so bili udeleženi predstavniki vseh regij, večina vprašanih pa prihaja iz osrednjeslovenske regije (okolica Ljubljane) in iz štajerske regije.

Z nadaljnjo analizo sem osnovnemu zbirniku podatkov dodala še nove podatke, pridobljene s seštevkom odgovorov vprašanj. Odgovore na vprašanja Q3, Q5, Q6, Q7 sem za vsakega vprašanega seštela in dobila za vsakega vsoto točk, ki so jih prejeli z navedenimi odgovori. Lestvica možnih točk je bila od 0 do 8. Ta vprašanja sem združila zato, ker merijo isto spremenljivko in predstavljajo indikator za prepoznavnost obsesij. Torej, če nekdo prejme 0 točk, to pomeni, da nič ne ve in ne pozna obsesij, če pa prejme 8 točk, pa zelo dobro pozna obsesije. Enako sem analizirala podatke za kompulzije, z eno razliko, da sem tu seštela odgovore vprašanj Q9, Q11, Q12, Q13 pri vsakem vprašanem in po vsoti točk za posameznika ocenila, kako dobro prepozna kompulzije. Vsi ti odgovori merijo isto spremenljivko poznavanja kompulzij in zopet sem postavila lestvico od 0 do 8 točk. 0 pomeni, da oseba ne ve popolnoma nič o kompulzijah, 8 pa, da je oseba zelo dobro seznanjena s kompulzijami.

V naslednji tabeli sem vprašane razdelila v tri skupine, glede na njihovo sposobnost prepoznavanja obsesij in jih ponovno razvrstila glede na predhodne točke. Tisti, ki so prejeli od 0 do 3 točk, ne poznajo obsesij, tisti, ki so prejeli 4 točke, slabo poznajo obsesije in tisti, ki so prejeli od 5 do 8 točk, dobro poznajo obsesije. Rezultati so mi pokazali, da naj bi kar 66 % vprašanih dobro poznalo obsesije, 24,5 % pa zelo slabo.

Tabela 30: POZNAVANJE OBSESIJ

	Frekvenca	%	Kumulativni %
Ne poznajo	26	24,5	24,5
Slabo poznajo	10	9,4	34,0
Dobro poznajo	70	66,0	100,0
Skupaj	106	100,0	

Zopet sem ponovila postopek kot pri analizi odgovorov na vprašanja glede obsesij in ponovno ustvarila 3 skupine ljudi glede na točke prepoznavnosti simptoma kompulzij. Tisti, ki so prejeli od 0 do 3 točke, ne poznajo kompulzij, tisti, ki so prejeli 4 točke, jih slabo poznajo in tisti, ki so prejeli od 5 do 8 točk, dobro poznajo kompulzije. Izkazalo se je, da 53,8 % vprašanih dobro pozna kompulzije, 36,8 % pa slabo. Pri prepoznavanju kompulzij nihče od vprašanih ni prejel 8 točk in tudi odstotek dobrega poznavanja kompulzij je bil nižji kot pri poznavanju obsesij. Iz rezultatov je torej razvidno, da socialni delavci bolje prepoznavajo obsesije kot pa kompulzije kot simptome obsesivno-kompulzivne motnje.

Tabela 31: POZNAVANJE KOMPULZIJ

	Frekvenca	%	Kumulativni %
Ne poznajo	39	36,8	36,8
Srednje dobro poznajo	10	9,4	46,2
Dobro poznajo	57	53,8	100,0
Skupaj	106	100,0	

Za dobro prepoznavanje obsesivno-kompulzivne motnje je potrebno, da ljudje prepoznajo obe obliki simptomov, tako obsesije kot kompulzije, čeprav že prepoznanje vsaj enega simptoma lahko pripomore k zavedanju težave, tako da je zelo pomembno, da socialni delavci pravilno prepoznajo simptome in v takih primerih tudi pravilno odreagirajo, ne pa, da z napačno obravnavo in neznanjem povzročijo še večjo škodo.

Sledila je kontingenčna tabela povezave prepoznavanja obsesij in kompulzij glede na 3 skupine poznavanja obsesij in na 3 skupine poznavanja kompulzij. Iz te tabele je razvidno, kako socialni delavci prepoznajo obsesije v povezavi s kompulzijami, in šele na podlagi tega znanja se lahko sklepa o njihovem poznavanju obsesivno-kompulzivne motnje.

Tabela 32: PREPOZNAVANJE OBSESIJE GLEDE NA PREPOZNAVANJE KOMPULZIJE

		Poznavanje kompulzij				
		Ne poznajo	Srednje dobro poznajo	Dobro poznajo	Skupaj	
Poznavanje obsesij	Ne poznajo	število	17	1	8	26
		vrstica N %	65,4 %	3,8 %	30,8 %	100,0 %
		stolpec N %	43,6 %	10,0 %	14,0 %	24,5 %
	Slabo poznajo	število	5	1	4	10
		vrstica N %	50,0 %	10,0 %	40,0 %	100,0 %
		stolpec N %	12,8 %	10,0 %	7,0 %	9,4 %
	Dobro poznajo	število	17	8	45	70
		vrstica N %	24,3 %	11,4 %	64,3 %	100,0 %
		stolpec N %	43,6 %	80,0 %	78,9 %	66,0 %
	Skupaj	število	39	10	57	106
		vrstica N %	36,8 %	9,4 %	53,8 %	100,0 %
		stolpec N %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
skupaj N %		36,8 %	9,4 %	53,8 %	100,0 %	

Ponovno sem vprašane razdelila na dve skupini: skupino tistih, ki poznajo obsesivno-kompulzivno motnjo, in skupino tistih, ki ne poznajo obsesivno-kompulzivne motnje. Skupini sem ustvarila na podlagi rezultatov iz kontingenčne tabele in opredelila, da so vprašani, ki poznajo obsesivno-kompulzivno motnjo, tiste osebe, ki dobro poznajo obsesije in dobro poznajo kompulzije, in so zato prejeli od 5 do 8 točk. V to skupino pa spadajo tudi tisti, ki dobro poznajo obsesije (prejeli 5-8 točk) in slabo poznajo kompulzije (prejeli 4 točke), oziroma tisti, ki dobro poznajo kompulzije (prejeli 5-8 točk) in slabo poznajo obsesije (prejeli 4 točke). Zadnja dva kriterija sem uvrstila v to skupino zato, ker so vsaj enega od simptomov zelo dobro poznali, drugega malo manj, kar še vedno upoštevam za možnost dobre prepoznave obsesivno-kompulzivne motnje. Prav tako sem tiste, ki so prejeli 4 točke, kar je povprečna vrednost, uvrstila v skupino anketirancev, ki slabo poznajo simptom, saj delno prepoznavanje simptomov ne pomeni nujno tudi dobrega poznavanja zdravja.

Naslednja pa je bila skupina tistih, ki slabo poznajo obsesivno motnjo glede na simptoma obsesij in kompulzij. Slabo jo prepoznajo tisti, ki ne poznajo obsesije in ne poznajo kompulzije in so pri obeh simptomih prejeli od 0 do 3 točke, tisti, ki slabo poznajo kompulzije (prejeli 4 točke) in ne poznajo obsesij (prejeli 0 do 3 točke), tisti, ki ne poznajo kompulzij (prejeli od 0 do 3 točke) in slabo poznajo obsesije (prejeli 4 točke), tisti, ki dobro poznajo obsesije (prejeli 5 do 8 točk), ampak ne poznajo kompulzij (prejeli od 0 do 3 točke) in tisti, ki dobro poznajo kompulzije (prejeli 5 do 8 točk), ampak ne poznajo obsesij (prejeli od 0 do 3 točke). Tudi ti dve skupini sem uvrstila v to kategorijo, ker morajo za uvrstitev v skupino poznavanja obsesivno-kompulzivne motnje vsaj en simptom zelo dobro poznati in drugega vsaj srednje dobro, če pa le enega zelo dobro in drugega ne poznajo, sem jih uvrstila v kategorijo nepoznavalcev obsesivno-kompulzivne motnje.

Tabela 33: PREPOZNAVANOST OBSESIVNO-KOMPULZIVNE MOTNJE

	Frekvenca	%	Kumulativni %
Ne poznajo	49	46,2	46,2
Poznajo	57	53,8	100,0
Skupaj	106	100,0	

Glede na predhodno kategoriziranje sem iz analize dobila podatke, da 46,2 % anketiranih socialnih delavcev ne pozna obsesivno-kompulzivne motnje in da 53,8 % vprašanih socialnih delavcev pozna obsesivno-kompulzivno motnjo in bi jo znali prepoznati.

Ko sem razdelila ti dve skupini socialnih delavcev na tiste, ki poznajo obsesivno-kompulzivno motnjo, in na tiste, ki je ne poznajo, sem nato analizirala povezavo med poznavanjem oziroma nepoznavanjem obsesivno-kompulzivne motnje in ostalimi dejavniki iz anketnega vprašalnika. Prav tako sem s hi-kvadrat preizkusom preverila, ali obstaja statistično pomembna povezava med pojavoma ali ne.

Tabela 34: POZNAVANJE OBSESIVNO-KOMPULZIVNE MOTNJE GLEDE NA PODROČJE DELA SOCIALNIH DELAVCEV

		Socialno delo opravljate na:							
		CSD	na področju zdravstva	na področju šolstva	na področju dela z ostarelimi	nevladne organizacije, društva	drugo:	Skupaj	
Poznavanje	Ne poznajo	število	11	0	12	11	10	5	49
		vrstica N %	22,4 %	0,0 %	24,5 %	22,4 %	20,4 %	10,2 %	100,0 %
		stolpec N %	39,3 %	0,0 %	70,6 %	57,9 %	34,5 %	38,5 %	46,2 %
	Poznajo	število	17	0	5	8	19	8	57
		vrstica N %	29,8 %	0,0 %	8,8 %	14,0 %	33,3 %	14,0 %	100,0 %
		stolpec N %	60,7 %	0,0 %	29,4 %	42,1 %	65,5 %	61,5 %	53,8 %
	Skupaj	število	28	0	17	19	29	13	106
		vrstica N %	26,4 %	0,0 %	16,0 %	17,9 %	27,4 %	12,3 %	100,0 %
		stolpec N %	100,0 %	0,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Najbolje prepoznajo obsesivno-kompulzivno motnjo zaposleni na centrih za socialno delo ter v nevladnih organizacijah oziroma društvi. Izračun pa je pokazal, da ni pomembne statistične povezave med delovnim mestom socialnega delavca in poznavanjem obsesivno-kompulzivne motnje.

Tabela 35: POZNAVANJE OBSESIVNO-KOMPULZIVNE MOTNJE GLEDE NA STAROST UPORABNIKOV

		Na svojem delovnem mestu večinoma opravljate delo z:							
		otroci do 14 let	mladostniki 15-21 let	mlajši odrasli 22-30 let	srednjo generacijo 31-60 let	s starejšimi nad 60 let	mešane starosti	Skupaj	
Poznavanje	Ne poznajo	število	8	7	3	9	12	10	49
		vrstica N %	16,3 %	14,3 %	6,1 %	18,4 %	24,5 %	20,4 %	100,0 %
		stolpec N %	72,7 %	46,7 %	42,9 %	32,1 %	60,0 %	40,0 %	46,2 %
	Poznajo	število	3	8	4	19	8	15	57

		vrstica N %	5,3 %	14,0 %	7,0 %	33,3 %	14,0 %	26,3 %	100,0 %
		stolpec N %	27,3 %	53,3 %	57,1 %	67,9 %	40,0 %	60,0 %	53,8 %
	Skupaj	število	11	15	7	28	20	25	106
		vrstica N %	10,4 %	14,2 %	6,6 %	26,4 %	18,9 %	23,6 %	100,0 %
		stolpec N %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Najbolje prepoznajo obsesivno-kompulzivno motnjo socialni delavci, ki delajo s srednjo generacijo od 31 do 60 let, najslabše pa prepoznajo obsesivno-kompulzivno motnjo socialni delavci, ki delajo s starejšimi nad 60 let, in tisti, ki delajo z mešanimi starostnimi skupinami. Izračun je pokazal, da obstaja statistična povezava med starostjo uporabnikov in poznavanjem obsesivno-kompulzivne motnje s strani socialnih delavcev.

Tabela 36: POZNAVANJE OBSESIVNO-KOMPULZIVNE MOTNJE GLEDE NA MNENJE SOCIALNIH DELAVCEV, KAKO REAGIRAJO NA LJUDI S PONAVLJAJOČIMI MISLIMI IN KAKO LE-TI ZMANJŠAJO TESNOBO

		Kako si osebe s ponavljajočimi mislimi in strahovi zmanjšajo tesnobo, da se počutijo bolje?					
		Sprehod v naravo, glasba, šport, druženje s prijatelji ...	Izvajanje obredov/ritualov, ki so na kakršenkoli način nenavadna reakcija za sproščanje	Drugo:	Ne vem/ne poznam/nisem slišal za osebe z navedenimi težavami	Skupaj	
Poznavanje	Ne poznajo	število	18	4	7	20	49
		vrstica N %	36,7 %	8,2 %	14,3 %	40,8 %	100,0 %
		stolpec N %	51,4 %	22,2 %	23,3 %	87,0 %	46,2 %
	Poznajo	število	17	14	23	3	57
		vrstica N %	29,8 %	24,6 %	40,4 %	5,3 %	100,0 %
		stolpec N %	48,6 %	77,8 %	76,7 %	13,0 %	53,8 %
	Skupaj	število	35	18	30	23	106
		vrstica N %	33,0 %	17,0 %	28,3 %	21,7 %	100,0 %
		stolpec N %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Izračun kaže, da obstaja statistična povezava.

Tabela 37: POZNAVANJE OBSESIVNO-KOMPULZIVNE MOTNJE GLEDE NA SPOL SOCIALNIH DELAVCEV

			Ali ste pri svojem delu opazili kakšen podoben primer ?			
			Da	Ne	Ne vem	Skupaj
Poznavanje	Ne poznajo	Število	15	24	10	49
		vrstica N %	30,6 %	49,0 %	20,4 %	100,0 %
		stolpec N %	28,3 %	63,2 %	66,7 %	46,2 %
	Poznajo	Število	38	14	5	57
		vrstica N %	66,7 %	24,6 %	8,8 %	100,0 %
		stolpec N %	71,7 %	36,8 %	33,3 %	53,8 %
	Skupaj	Število	53	38	15	106
		vrstica N %	50,0 %	35,8 %	14,2 %	100,0 %
		stolpec N %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Izračun je pokazal, da ni statistične povezave med spolom socialnih delavcev in poznavanjem obsesivno-kompulzivne motnje.

Tabela 38: POZNAVANJE OBSESIVNO-KOMPULZIVNE MOTNJE V POVEZAVI S POZNAVANJEM TEHNIK POMOČI OSEBAM Z OBSESIVNO-KOMPULZIVNO MOTNJO

			Ali poznate tehnike pomoči osebam z obsesivno-kompulzivno motnjo?			
			Da	Ne	Ne vem	Skupaj
Poznavanje	Ne poznajo	število	3	31	15	49
		vrstica N %	6,1 %	63,3 %	30,6 %	100,0 %
		stolpec N %	13,0 %	52,5 %	62,5 %	46,2 %
	Poznajo	število	20	28	9	57
		vrstica N %	35,1 %	49,1 %	15,8 %	100,0 %
		stolpec N %	87,0 %	47,5 %	37,5 %	53,8 %
	Skupaj	število	23	59	24	106
		vrstica N %	21,7 %	55,7 %	22,6 %	100,0 %
		stolpec N %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Iz tabele je razvidno, da je odstotek socialnih delavcev, ki ne poznajo tehnik pomoči in tudi ne prepoznajo obsesivno-kompulzivne motnje, zelo podoben odstotku socialnih delavcev, ki prepoznajo motnjo in poznajo tehnike pomoči. Tako bi lahko iz tabele sklepali, da ni povezave med temi dejavniki, vendar pa izračun pokaže drugače, da namreč obstaja statistična povezava.

Tabela 39: POZNAVANJE OBSESIVNO-KOMPULZIVNE MOTNJE GLEDE NA SEZNANJENOST Z OBSESIVNO-KOMPULZIVNO MOTNJO V ČASU ŠTUDIJA SOCIALNEGA DELA

			Ali ste se med študijem na fakulteti za socialno delo seznanili z obsesivno-kompulzivno motnjo?			
			Da	Ne	Ne vem	Skupaj
Poznavanje	Ne poznajo	število	11	28	10	49
		vrstica N %	22,4 %	57,1 %	20,4 %	100,0 %
		stolpec N %	52,4 %	42,4 %	52,6 %	46,2 %
	Poznajo	število	10	38	9	57
		vrstica N %	17,5 %	66,7 %	15,8 %	100,0 %
		stolpec N %	47,6 %	57,6 %	47,4 %	53,8 %
	Skupaj	število	21	66	19	106
		vrstica N %	19,8 %	62,3 %	17,9 %	100,0 %
		stolpec N %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Iz tabele je razvidno, da 66 % socialnih delavcev ni nič izvedelo o obsesivno-kompulzivni motnji v času študija. Zanimiv podatek pa je, da je 30,5 % takšnih, ki v času študija niso nič slišali o motnji in je tudi ne bi prepoznali, medtem ko je kar 35,5 % takšnih, ki bi prepoznali motnjo, ne glede na to, da o njej niso slišali na fakulteti. Iz tega bi torej lahko sklepali, da znanje na fakulteti za socialno delo nima vpliva na prepoznavanje obsesivno-kompulzivne motnje, kar je izračun tudi potrdil.

Tabela 40: POZNAVANJE OBSESIVNO-KOMPULZIVNE MOTNJE V POVEZAVI S SUBJEKTIVNIM MNENJEM SOCIALNIH DELAVCEV GLEDE OSKRBE OSEB Z OBSESIVNO-KOMPULZIVNO MOTNJO V SLOVENIJI

			Ali je v Sloveniji po vašem mnenju dobro poskrbljeno za pomoč in zdravljenje oseb z obsesivno-kompulzivno motnjo?			
			Da	Ne	Ne vem	Skupaj
Poznavanje	Ne poznajo	število	0	16	33	49
		vrstica N %	0,0 %	32,7 %	67,3 %	100,0 %
		stolpec N %	0,0 %	44,4 %	52,4 %	46,2 %
	Poznajo	število	7	20	30	57
		vrstica N %	12,3 %	35,1 %	52,6 %	100,0 %
		stolpec N %	100,0 %	55,6 %	47,6 %	53,8 %
	Skupaj	število	7	36	63	106
		vrstica N %	6,6 %	34,0 %	59,4 %	100,0 %
		stolpec N %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Motnjo pozna 57 socialnih delavcev iz vzorca, 49 socialnih delavcev pa je ne pozna. Kar 63 oseb od 106 je podalo na to vprašanje odgovor, da ne vedo, kako je poskrbljeno za osebe z obsesivno-kompulzivno motnjo, kar sem predhodno tudi predvidevala. Izračun kaže, da obstaja statistična povezava.

Tabela 41: POZNAVANJE OBSESIVNO-KOMPULZIVNE MOTNJE V POVEZAVI Z MNENJEM SOCIALNIH DELAVCEV O POTREBNI DODATNI IZOBRAZBI O OBSESIVNO-KOMPULZIVNI MOTNJI

			Ali menite, da bi za delo z osebami z obsesivno-kompulzivno motnjo potrebovali še dodatno izobrazbo?			
			Da	Ne	Ne vem	Skupaj
Poznavanje	Ne poznajo	število	35	3	11	49
		vrstica N %	71,4 %	6,1 %	22,4 %	100,0 %
		stolpec N %	38,5 %	100,0 %	91,7 %	46,2 %
	Poznajo	število	56	0	1	57
		vrstica N %	98,2 %	0,0 %	1,8 %	100,0 %
		stolpec N %	61,5 %	0,0 %	8,3 %	53,8 %
	Skupaj	število	91	3	12	106
		vrstica N %	85,8 %	2,8 %	11,3 %	100,0 %
		stolpec N %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Kar 91 socialnih delavcev je mnenja, da bi potrebovali še dodatno izobrazbo o obsesivno-kompulzivni motnji, od tega jih 56 pozna motnjo in 35 je ne pozna. Tu se pokaže potreba, da se socialne delavce še dodatno pouči o obsesivno-kompulzivni motnji, saj so mnenja, da so premalo izobraženi o pojavu obsesivno-kompulzivne motnje. Tudi statističen izračun potrди povezavo med dejavniki.

Tabela 42: POZNAVANJE OBSESIVNO-KOMPULZIVNE MOTNJE V POVEZAVI Z ŽELJO SOCIALNIH DELAVCEV PO DODATNI IZOBRAZBI IN ŽELJO PO POMOČI OSEBAM Z OBSESIVNO-KOMPULZIVNO MOTNJO

			Bi se želeli še dodatno izobraziti in sodelovati v procesu opolnomočenja oseb z obsesivno-kompulzivno motnjo?		
			Da	Ne	Skupaj
Poznavanje	Ne poznajo	število	38	11	49
		vrstica N %	77,6 %	22,4 %	100,0 %
		stolpec N %	45,2 %	50,0 %	46,2 %
	Poznajo	število	46	11	57
		vrstica N %	80,7 %	19,3 %	100,0 %
		stolpec N %	54,8 %	50,0 %	53,8 %

	Skupaj	število	84	22	106
		vrstica N %	79,2 %	20,8 %	100,0 %
		stolpec N %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Odstotek želje po dodatni izobrazbi je zelo podoben mnenju o potrebi po dodatni izobrazbi o obsesivno-kompulzivni motnji. Tako lahko vidimo, da si večina tistih, ki čutijo, da se je potrebno še dodatno izobraziti, to tudi želi in je v njihovem interesu za lažje delo in prepoznavanje. 22 oseb pa si ne želi dodatne izobrazbe in zaradi različnih razlogov to ni v njihovem interesu. Po izračunu ni statistične povezave.

Tabela 43: POZNAVANJE OBSESIVNO-KOMPULZIVNE MOTNJE V POVEZAVI S SUBJEKTIVNIM MNENJEM SOCIALNIH DELAVCEV O POZNAVANJU SIMPTOMOV OBSESIVNO-KOMPULZIVNE MOTNJE

			Ali poznate simptome obsesivno-kompulzivne motnje, da bi jo pri delu z uporabniki znali prepoznati?		
			Da	Ne	Skupaj
Poznavanje	Ne poznajo	Število	15	34	49
		vrstica N %	30,6 %	69,4 %	100,0 %
		stolpec N %	27,8 %	65,4 %	46,2 %
	Poznajo	Število	39	18	57
		vrstica N %	68,4 %	31,6 %	100,0 %
		stolpec N %	72,2 %	34,6 %	53,8 %
	Skupaj	Število	54	52	106
		vrstica N %	50,9 %	49,1 %	100,0 %
		stolpec N %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Izračun kaže na statistično povezavo med dejavniki. 54 vprašanih se je opredelilo, da poznajo simptome, po moji opredelitvi poznavanja in nepoznavanja pa jih je od teh 39 potrjenih, da prepoznajo obsesivno-kompulzivno motnjo in s tem posledično simptome, 15 pa jih ne pozna. Torej lahko rečemo, da nekateri precenijo lastno znanje ali pa iz drugih razlogov ne podajo avtentičnih izjav. Podoben pojav sem lahko opazila pri 52 osebah, ki so trdile, da ne bi prepoznali simptomov, medtem ko se je po moji raziskavi izkazalo, da bi jih 18 od teh prepoznalo obsesivno-kompulzivno motnjo. Morda ustrezno poznajo simptomatiko in bi pravilno odreagirali na osebe z obsesivno-kompulzivno motnjo, vendar jih je zmedlo ime za motnjo, s katerim se morda še niso srečali.

Tabela 44: POZNAVANJE OBSESIVNO-KOMPULZIVNE MOTNJE V POVEZAVI S SUBJEKTIVNIM MNENJEM SOCIALNIH DELAVCEV O SREČANJU OSEB Z OBSESIVNO-KOMPULZIVNO MOTNJO NA SVOJEM DELOVNEM MESTU

			Ali ste se pri svojem delu že prišli v stik z uporabniki, ki imajo obsesivno-kompulzivno motnjo?			
			Da	Ne	Ne vem	Skupaj
Poznavanje	Ne poznajo	število	17	18	14	49
		vrstica N %	34,7 %	36,7 %	28,6 %	100,0 %
		stolpec N %	28,3 %	72,0 %	66,7 %	46,2 %
	Poznajo	število	43	7	7	57
		vrstica N %	75,4 %	12,3 %	12,3 %	100,0 %
		stolpec N %	71,7 %	28,0 %	33,3 %	53,8 %
	Skupaj	število	60	25	21	106
		vrstica N %	56,6 %	23,6 %	19,8 %	100,0 %
		stolpec N %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Izračun kaže, da obstaja statistična povezava. 60 vprašanih socialnih delavcev se je opredelilo, da so pri delu že prišli v stik z uporabniki, ki imajo obsesivno-kompulzivno motnjo. Zanimivo pa je to, da kar 17 od njih po moji opredelitvi spada v skupino, ki ne prepozna obsesivno-kompulzivne motnje. Tu me je zanimalo, kako so se sledeči vprašani opredelili, da so se že pri delu srečali s to motnjo. Sklepam, da so neustrezno ocenili situacijo zaradi slabega poznavanja obsesivno-kompulzivne motnje.

Tabela 45: POZNAVANJE OBSESIVNO-KOMPULZIVNE MOTNJE V POVEZAVI S ŠTEVILOM PRIMEROV UPORABNIKOV Z OBSESIVNO-KOMPULZIVNO MOTNJO PRI DELU SOCIALNIH DELAVCEV

			S koliko primeri oseb z obsesivno-kompulzivno motnjo ste se pri delu srečali:						
			0	1-5	6-10	11-20	20-50	nad 50	Skupaj
Poznavanje	Ne poznajo	število	25	19	2	1	2	0	49
		vrstica N %	51,0 %	38,8 %	4,1 %	2,0 %	4,1 %	0,0 %	100,0 %
		stolpec N %	69,4 %	37,3 %	16,7 %	25,0 %	66,7 %	0,0 %	46,2 %
	Poznajo	število	11	32	10	3	1	0	57
		vrstica N %	19,3 %	56,1 %	17,5 %	5,3 %	1,8 %	0,0 %	100,0 %
		stolpec N %	30,6 %	62,7 %	83,3 %	75,0 %	33,3 %	0,0 %	53,8 %
	Skupaj	število	36	51	12	4	3	0	106
		vrstica N %	34,0 %	48,1 %	11,3 %	3,8 %	2,8 %	0,0 %	100,0 %
		stolpec N %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	0,0 %	100,0 %

Izračun kaže na statistično povezavo. Dva podatka morata biti tu izpostavljena: 51 oseb se je opredelilo, da je pri svojem delu obravnavalo 1 do 5 primerov oseb z obsesivno-kompulzivno motnjo, zanimivo pa je, da je kar 19 oseb od teh po moji opredelitvi prišlo v skupino socialnih delavcev, ki naj ne bi prepoznali obsesivno-kompulzivne motnje. Prav tako je zanimivo, da sta od treh socialnih delavcev, ki so označili, da so obravnavali 20 do 50 primerov obsesivno-kompulzivne motnje, kar dva v skupini socialnih delavcev, ki ne prepoznajo obsesivno-kompulzivne motnje.

Tabela 46: POZNAVANJE OBSESIVNO-KOMPULZIVNE MOTNJE V POVEZAVI S SUBJEKTIVNIM MNENJEM SOCIALNIH DELAVCEV O RAZŠIRJENOSTI POJAVA OBSESIVNO-KOMPULZIVNE MOTNJE

			Kakšna se vam zdi problematika obsesivno-kompulzivne motnje v Sloveniji glede na pogostost pojava?			
			Redek pojav	Razširjen pojav	Nimam mnenja	Skupaj
Poznavanje	Ne poznajo	število	6	8	35	49
		vrstica N %	12,2 %	16,3 %	71,4 %	100,0 %
		stolpec N %	26,1 %	27,6 %	64,8 %	46,2 %
	Poznajo	število	17	21	19	57
		vrstica N %	29,8 %	36,8 %	33,3 %	100,0 %
		stolpec N %	73,9 %	72,4 %	35,2 %	53,8 %
	Skupaj	število	23	29	54	106
		vrstica N %	21,7 %	27,4 %	50,9 %	100,0 %
		stolpec N %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Izračun kaže na statistično povezavo. 54 vprašanih socialnih delavcev je odgovorilo, da nimajo lastnega mnenja o pojavnosti, in od tega jih je kar 35 socialnih delavcev opredeljenih, da ne prepoznajo obsesivno-kompulzivne motnje.

Tabela 47: POZNAVANJE OBSESIVNO-KOMPULZIVNE MOTNJE V POVEZAVI Z OKOLJEM, IZ KATEREGA IZHAJAJO SOCIALNI DELAVCI

			Iz kakšnega okolja izhajate?			
			Večje mesto	Manjše mesto	Vaško okolje	Skupaj
Poznavanje	Ne poznajo	število	15	17	17	49
		vrstica N %	30,6 %	34,7 %	34,7 %	100,0 %
		stolpec N %	53,6 %	36,2 %	54,8 %	46,2 %
	Poznajo	število	13	30	14	57
		vrstica N %	22,8 %	52,6 %	24,6 %	100,0 %
		stolpec N %	46,4 %	63,8 %	45,2 %	53,8 %
	Skupaj	število	28	47	31	106

		vrstica N %	26,4 %	44,3 %	29,2 %	100,0 %
		stolpec N %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Izračun kaže, da ne obstaja statistične povezave. Prav tako tudi ni velikih odstopanj glede poznavanja in nepoznavanja glede na okolje, kar je razvidno že v moji tabeli in to še dodatno potrди izračun, da ni povezave med okoljem in poznavanjem. Rahlo odstopa le boljše poznavanje motnje oseb, ki prihajajo iz manjšega mesta.

Tabela 48: POZNAVANJE OBSESIVNO-KOMPULZIVNE MOTNJE GLEDE NA PREJETE INFORMACIJE IZ ŠIRŠEGA OKOLJA

		Poznavanje		Skupaj
		ne poznajo	poznajo	
Ali ste še kje drugje zasledili zgodbe o primerih ljudi z vsiljivimi mislimi in prisilnimi obredi?	Da	29	48	77
	Ne	11	3	14
	Ne vem	9	6	15
Skupaj		49	57	106

Izračun hi-kvadrat preizkusa pove, da obstaja statistična povezava med poznavanjem in prejetimi informacijami iz širšega okolja (poznanstva, knjige, filmi idr.). Kar 48 oseb je prejelo informacije o obsesivno-kompulzivni motnji in bi tudi znale prepoznati njene simptome.

Tabela 49: POZNAVANJE OBSESIVNO-KOMPULZIVNE MOTNJE GLEDE NA STAROSTNO SKUPINO SOCIALNIH DELAVCEV

		poznavanje		Skupaj
		ne poznajo	poznajo	
V katero starostno skupino spadate?	21 - 40 let	23	29	52
	41 - 60 let	26	28	54
Skupaj		49	57	106

Ni povezave med starostno skupino socialnih delavcev in poznavanjem obsesivno-kompulzivne motnje. Poznavanje in nepoznavanje sta približno enakomerno porazdeljena na obe starostni skupini.

Tabela 50: POZNAVANJE OBSESIVNO-KOMPULZIVNE MOTNJE GLEDE NA REGIJO, IZ KATERE PRIHAJAJO SOCIALNI DELAVCI

		poznavanje		Skupaj
		ne poznajo	poznajo	
V kateri regiji prebivate?	Gorenjska	4	7	11
	Štajerska	15	11	26
	Dolenjska	2	8	10
	Primorska	6	11	17
	Notranjska	5	1	6
	Osrednjeslovenska	15	14	29
	Prekmurje	2	5	7
Skupaj		49	57	106

Tudi med poznavanjem in regijo, iz katere socialni delavci prihajajo, ni povezave.

5 RAZPRAVA

V raziskavi sem zajela vzorec 106 socialnih delavcev, od tega 15 predstavnikov moškega spola in 91 predstavnic ženskega spola. 52 vprašanih spada v starostno skupino od 21 do 40 let, 54 vprašanih oseb pa spada v starostno skupino od 41 do 60 let. Prihajajo iz celotne Slovenije, prevladujejo pa predstavniki Osrednjeslovenske regije in Štajerske. Prav tako je moja raziskava pokrila različna področja dela socialnih delavcev: centri za socialno delo, področje šolstva, področje dela z ostarelimi, nevladne organizacije in društva. Pod opcijo »druga« pa so posamezniki navedli še naslednja področja: krizni center za otroke, mladinsko delo in predšolska vzgoja, prevzgojni dom Radeče, institucionalno varstvo odraslih z motnjo v duševnem razvoju in institucionalno varstvo otrok in mladostnikov z motnjo v duševnem razvoju.

Večina vprašanih opravlja svoje delo z generacijo ljudi v starostni skupini od 31 do 60 let, zato ima lahko to vpliv na njihove odgovore.

Vprašani so v večini že slišali za ljudi, ki imajo vsiljive misli in podobe, ki se jim nenehno ponavljajo v glavi. Navedli so tudi primere misli, saj sem želela še dodatno preveriti njihovo razumevanje pojma vsiljivk. Navedli so veliko različnih primerov misli, velikokrat pa so ob mojem vprašanju neustrezno pomislili na primere ljudi s shizofrenijo in psihozo ter naštel takšne primere, ki niso bili v skladu z mojimi pričakovanji. Glede na njihove odgovore bi lahko dejala, da jih je polovica pomislila na vsiljivke obsesivno-kompulzivne motnje, druga polovica pa je pomislila na druge duševne motnje.

Prevladuje mnenje socialnih delavcev, da so te misli za osebe mučne, da se jim ponavljajo prek celotnega dne in da nimajo nadzora nad njimi. Po tem dokaj dobrem prepoznavanju vsiljivk pa so me presenetili z odgovorom, kako si te osebe zmanjšajo svojo napetost, in so v zelo nizkem odstotku podali primer, da z rituali. Predvsem so dali poudarek na »zdrave« načine sproščanja. Tu se poraja dvom, da so socialni delavci morda odgovarjali z lastne perspektive, kako bi oni ravnali v situaciji po svojem zdravem razumu in niso začutili empatije in resnično razumeli, kako doživljajo takšno situacijo osebe z obsesivno-kompulzivno motnjo.

Prav tako je bil dokaj velik odstotek poznavanja kompulzij – ponavljajočih se dejanj – pri katerih so bili navedeni primeri večinoma zadovoljivi, saj so vprašani v večini navedli

ustrezne primere kompulzij, ki so simptomi obsesivno-kompulzivne motnje. Seveda moram opozoriti na to, da so navajali te primere le tisti, ki so dejali, da poznajo kompulzije. Tudi prepoznavanje kompulzij je bilo dokaj zadovoljivo.

Na splošno lahko rečem, da so me socialni delavci presenetili glede poznavanja obsesivno-kompulzivne motnje, saj sem pričakovala, da bo njihovo prepoznavanje veliko slabše. In kar 50 % vprašanih je potrdilo, da so že pri delu naleteli na primere oseb z vsiljivkami in kompulzijami. To torej pove, da se tudi socialni delavci vsaj občasno srečujejo s primeri oseb z obsesivno-kompulzivno motnjo. Tu pa moram opozoriti, da so vprašani samoocenjevali lastno znanje in jih je po vsej verjetnosti kar nekaj zamešalo simptome za psihozo in shizofrenijo, kar so potrdili z navajanjem specifičnih vsiljivih misli. Zelo je pomembno psihiatrično pravilno prepoznavati simptome in s tem posledično primerno odreagirati, da ne povzročimo še večje škode.

Tako sem socialne delavce povprašala, kako so odreagirali v primerih, ko so naleteli na ljudi z obsesijami in kompulzijami. Med odgovori je bilo veliko takšnih, ki so znak medicinsko napačnega ravnanja v situaciji: da oseb niso ovirali pri izvajanju obredov, da niso želeli vplivati na uporabnika in njegove težave, da so ga pustili pri miru, da so uporabniku celo omogočili obrede ipd. Pri takšnem ravnanju se kaže neznanje socialnih delavcev, strah pred neznanim ter da so se umaknili od dela z uporabniki z obsesivno-kompulzivno motnjo, ker so mnenja, da to ni njihovo področje. Sama pa sem mnenja, da je prav socialno delo tisto, ki ima zelo široko znanje in možnost fleksibilnega odgovarjanja na različne nepredvidljive situacije, in da je naloga socialnih delavcev prispevanje h krepitvi moči uporabnikov ter podpora in svetovanje v okviru možnosti. Strokovno ustrezno bi bilo, da socialni delavec tudi v situaciji, v kateri ne zna ukrepati, naredi korak in poizve za ustrezno strokovno pomoč za uporabnika, ne pa da ignorira problem.

Še večji pa je bil procent ljudi, ki pa, če že niso spoznali podobnih primerov pri delu, so o teh primerih izvedeli na druge načine. Navedli so naslednje primere: filme, knjige, seminarji, revije, v vsakdanjem življenju, radio itd. Tudi s temi odgovori so potrdili razumevanje obsesij in kompulzij. Tu so seveda odgovarjali spet samo tisti, ki so že slišali za te primere.

V prejšnjih odstavkih sem opisovala, kako sem preverjala poznavanje socialnih delavcev in njihovo razumevanje obsesij ter kompulzij, pri naslednjem vprašanju pa sem se prvič dotaknila pojma obsesivno-kompulzivna motnja, kjer me je zanimala reakcija socialnih delavcev na ta strokoven pojem in tako je 50,9 % oseb navedlo, da po lastni oceni znajo

prepoznati simptome obsesivno-kompulzivne motnje. Prosila sem jih, da navedejo te simptome in prevladovali so odgovori: pogosto umivanje, čiščenje, štetje, ponavljajoče vedenje ipd.

Ponovno sem preverila, ali se je morda s pojmovanjem obsesivno-kompulzivne motnje spremenil odstotek prepoznave in srečanja oseb z obsesivno-kompulzivno motnjo. In res se je odstotek povečal za 6,6 %. Tu pa predvidevam, da so se nekateri morda res s pojmovanjem motnje spomnili kakšnega primera ali pa niso iskreno odgovarjali.

Prav tako me je presenetil odgovor socialnih delavcev, koliko primerov obsesivno-kompulzivne motnje so obravnavali. Kar 51 vprašanih je navedlo med 1 do 5 primerov in trije so navedli celo 20 do 50 primerov. Tu se ponovno potrди hipoteza, da se socialni delavci v času delovanja srečujejo z uporabniki, ki trpijo za obsesivno-kompulzivno motnjo.

Socialni delavci pa nimajo najboljše predstave o tem, kakšna je pojavnost primerov obsesivno-kompulzivne motnje v Sloveniji. Glede na to, da vprašani socialni delavci večinoma delajo s populacijo ljudi v starosti od 31 do 60 let, je tudi ta odgovor temu primeren, da je večja pojavnost obsesivno-kompulzivne motnje v tem starostnem obdobju ljudi.

Večina vprašanih je navedla, da ne poznajo tehnik pomoči osebam z obsesivno-kompulzivno motnjo in bi se zato verjetno posledično znašli v zelo neprijetni situaciji, če bi srečali podobne primere. Tiste, ki so navedli, da poznajo tehnike pomoči, sem zaprosila, naj jih vsaj nekaj naštejejo.

Kot sem predvidevala po lastnih izkušnjah študija socialnega dela, so tudi vprašani v večini trdili, da se med študijem niso seznanili s problemom obsesivno-kompulzivne motnje. V večini so mnenja, da bi potrebovali še dodatno izobrazbo in tudi večina od njih bi se želela še dodatno izobraziti o obsesivno-kompulzivni motnji, da bi lažje in bolje opravljali svoje delo. Tiste, ki so dejali, da si ne želijo nadaljnje izobrazbe o obsesivno-kompulzivni motnji, pa sem prosila, naj mi navedejo razloge, zakaj so takšnega mnenja. Navedli so mi naslednje razloge: da ne čutijo potrebe, da bi to potrebovali pri svojem delu; da takšnih oseb pri svojem delu ne srečujejo; da jih to področje dela ne zanima; da vidijo v tem delu druge strokovne kadre, kot so psihologi, psihiatri, terapevti; da naj jim organizacija, pri kateri so zaposleni, ne bi omogočala dodatnih izobraževanj; da se jim zdi to znanje bolj specifično za področje psihiatrije. Z vsem, kar so našteali, se strinjam, vendar pa želim še enkrat opozoriti na to,

kakšno težo ima zgodnje prepoznavanje te motnje na njeno omejitev in zdravljenje. Tudi socialni delavci bi morali imeti vsaj osnovna znanja, tako kot jih imajo s področja zasvojenosti, učnih težav ipd.

Moja raziskava se na tej točki še ni končala. Sledilo je združevanje vprašanj, ki merijo isti simptom obsesij ter simptom kompulzij, s čimer sem dobila nove indikatorje - pokazatelje obsesij in kompulzij - ter z nadaljnjo analizo prišla do ugotovitev glede poznavanja obsesivno-kompulzivne motnje med socialnimi delavci. Dobila sem rezultat, da po moji analizi 57 socialnih delavcev prepozna simptome obsesivno-kompulzivne motnje in s tem posledično poznajo obsesivno-kompulzivno motnjo, ni pa nujno, da znajo pravilno odreagirati, saj sem prišla z raziskavo do ugotovitev, da jih večina potrebuje še dodatno izobrazbo. Za 49 vprašanih pa se je izkazalo, da ne prepoznajo simptomov obsesivno-kompulzivne motnje, zato najbrž lahko upravičeno sklepam, da tudi same motnje ne poznajo.

Sledila je primerjava prepoznavnosti obsesivno-kompulzivne motnje v povezavi z dejavniki spola socialnih delavcev, starosti socialnih delavcev, okolja, iz katerega socialni delavci prihajajo, regije, kjer delajo, delovnega mesta, poznavanja tehnik pomoči, znanja, pridobljenega med študijem socialnega dela, ter s potrebo in željo po dodatni izobrazbi.

Rezultati so pokazali, da obstajajo povezave med poznavanjem obsesivno-kompulzivne motnje in:

1. subjektivnim mnenjem socialnih delavcev o razširjenosti pojava obsesivno-kompulzivne motnje
2. prejetjem informacij o obsesivno-kompulzivni motnji iz poznanstev, filmov, časopisov, knjig;
3. številom obravnavanih primerov oseb z obsesivno-kompulzivno motnjo pri delu
4. subjektivnim mnenjem socialnih delavcev o lastni zmožnosti prepoznave simptomov obsesivno-kompulzivne motnje;
5. poznavanjem seznanjenosti socialnih delavcev o oskrbi ljudi z obsesivno-kompulzivno motnjo v Sloveniji;
6. poznavanjem tehnik pomoči oseb z obsesivno-kompulzivno motnjo; mnenjem socialnih delavcev o potrebi dodatne izobrazbe;
7. starostnimi skupinami ljudi, s katerimi se socialni delavci srečujejo pri delu;
8. glede na to, kako so socialni delavci opredelili odzive oseb z vsiljivimi mislimi, s katerimi si ti zmanjšujejo napetost.

Ne obstajajo pa povezave med poznavanjem obsesivno-kompulzivne motnje in naslednjimi dejavniki:

- 1.regijo, iz katere prihajajo socialni delavci;
- 2.starostno skupino socialnih delavcev;
- 3.tipom okolja, iz katerega prihajajo socialni delavci (mesto, vas);
4. željo socialnih delavcev po dodatni izobrazbi in opolnomočenju oseb z obsesivno-kompulzivno motnjo;
- 5.pridobljenim znanjem o obsesivno-kompulzivni motnji v času študija;
- 6.področjem dela socialnih delavcev;
7. spolom socialnih delavcev.

6 SKLEPI

Iz tega sledijo naslednji sklepi:

1. Socialni delavci bolje poznajo simptome obsesivno-kompulzivne motnje (obsesije in kompulzije), kot sem predhodno sklepala.
2. Socialni delavci bolje poznajo pojav obsesivno-kompulzivne motnje, kot sem predhodno sklepala.
3. Še vedno je potrebno opozoriti, da jih po moji raziskavi le približno polovica prepozna simptome in tako posledično prepozna obsesivno-kompulzivno motnjo.
4. Iz zgornjega sklepa sledi potreba po izboljšanju poznavanja obsesivno-kompulzivne motnje pri socialnih delavch.
5. Socialni delavci se pri svojem delu srečujejo s primeri uporabnikov z znaki obsesivno-kompulzivne motnje, zato ne smemo zanikati pojava te motnje v naši družbi.
6. Socialni delavci imajo pomembno vlogo pri prepoznavanju obsesivno-kompulzivne motnje in ustrezni nadaljnji obravnavi le-te. Pomembno je, da jo prepoznajo in soustvarjajo skupaj z uporabnikom delovni načrt k rešitvi. Če pa se socialnemu delavcu dozdeva, da ni dovolj kompetenten za reševanje težave, je bolje, da odstopi in napoti uporabnika do ustreznih strokovnjakov.
7. Tudi tisti socialni delavci, ki prepoznajo obsesivno-kompulzivno motnjo, so v večini mnenja, da bi za delo potrebovali še dodatno izobrazbo o obsesivno-kompulzivni motnji.
8. Socialni delavci ne vedo, kako bi odreagirali pravilno, ko se soočijo s primerom obsesivno-kompulzivne motnje in jim to zaradi pomanjkanja predhodnega znanja predstavlja stisko.
9. Večina vprašanih socialnih delavcev je mnenja, da bi potrebovali še dodatno izobrazbo o obsesivno-kompulzivni motnji za lažje prepoznanje in pomoč uporabnikom.
10. Kar polovica vprašanih socialnih delavcev je odgovorilo, da ne vedo kako razširjen je pojav obsesivno-kompulzivne motnje.
11. Hipotezo, da večina socialnih delavcev v vzorcu slabo pozna in prepozna obsesije in kompulzije ne morem potrditi, ker sem po moji opredelitvi poznavanja obsesivno-kompulzivne motnje dobila rezultate, da 46,2% vprašanih socialnih delavcev ne pozna obsesivno-kompulzivne motnje, kar 53,8% pa jo pozna.

12. Izračun mi je pokazal, da ne obstaja povezava med področjem dela socialnih delavcev in poznavanjem ter prepoznavanjem obsesivno-kompulzivne motnje.
13. Hipotezo, da je poznavanje in prepoznavanje obsesivno-kompulzivne motnje odvisno od količine izkušenj dela z uporabniki z obsesivno-kompulzivno motnjo, sem potrdila.
14. Ne obstaja povezava med poznavanjem in prepoznavanjem obsesivno kompulzivne motnje in znanjem o obsesivno-kompulzivni motnji pridobljenim v času študija.
15. Hipotezi o odvisnosti med poznavanjem in prepoznavanjem obsesivno-kompulzivne motnje in dolžini delovnega staža socialnih delavcev ter delovnega okolja sem zavrnila. Izračun je pokazal, da ne obstaja povezava.
16. Hipotezo, da ne obstaja povezava med poznavanjem obsesivno-kompulzivne motnje in spolom sem potrdila.

7 PREDLOGI

Na podlagi svoje raziskave podajam naslednje predloge:

- Zelo se mi zdi pomembno in potrebno, da bi v študijski program socialnega dela vključili tudi znanje o pojavu obsesivno-kompulzivne motnje. Socialno delo je delo z ljudmi z različnimi težavami. Lahko se sklicujem na rezultate raziskave, da se tudi socialni delavci srečujejo z obsesivno-kompulzivno motnjo. Imajo pa veliko težav zaradi njenega nepoznavanja in neznanja, kako strokovno ustrezno ravnati. Velikokrat ne prepoznajo motnje ali pa neprimerno odreagirajo in tako posledično naredijo uporabniku še več škode. Za uporabnika je zelo pomembno zgodnje prepoznavanje motnje in nato njeno ustrezno zdravljenje, zato bi poučeni socialni delavci lahko koristno prispevali k prepoznavanju simptomov in ustrezni in uspešni pomoči.
- Prav tako sem mnenja, da lahko socialni delavci že z znanjem, pridobljenim med študijem socialnega dela, v veliki meri pripomorejo k boljšemu počutju oseb z obsesivno-kompulzivno motnjo, če jim stojijo ob strani, jih podpirajo, jih poslušajo in prispevajo h krepitvi njihove moči, pomagajo uporabnikom, da si poiščejo ustrezno pomoč in jim pomagajo pri krepitvi socialne mreže.
- V socialnih delavcih vidim velik potencial, da bi z dodatnim izobraževanjem o obsesivno-kompulzivni motnji in o tehnikah vedenjsko-kognitivne psihoterapije lahko v veliki meri pripomogli k večji uspešnosti obravnave in zdravljenja oseb z obsesivno-kompulzivno motnjo. Te so v Sloveniji deležne premalo kakovostne pomoči, saj je premalo ustrezno izobraženega kadra, čakalne vrste so dolge in tako je njihovo zdravljenje zelo oteženo in manj uspešno. Osebe z obsesivno-kompulzivno motnjo bi potrebovale obravnavo vsaj enkrat tedensko, kar pa je v Sloveniji v okviru sistema storitev javnega zdravstva skoraj nemogoče. Dostopno je le premožnejšim, ki so zmožni in pripravljeni odšteti veliko denarja za dodatne terapije.
- S socialnodeovnim razmišljanjem bi se rada zavzela za boljšo dostopnost zdravljenja vseh ljudi, saj je življenje z obsesivno-kompulzivno motnjo težko in velikokrat nevzdržno.

- Rada bi tudi izpostavila programe centrov za zdravljenje obsesivno-kompulzivne motnje, ki se izvajajo v ZDA in Angliji in slovijo po uspešnem zdravljenju. Tudi v Sloveniji bi lahko ustanovili center, kjer bi bili uporabniki več tednov deležni celodnevni terapij in oskrbe. Tu bi lahko bilo tudi mesto za zaposlitev ustrezno izobraženih socialnih delavcev.

- Socialni delavci bi se prav tako lahko zavzemali za pravice in destigmatizacijo oseb z obsesivno-kompulzivno motnjo, ki so velikokrat odrinjene na rob družbe. Socialni delavci bi tako z ozaveščanjem družbe o tem problemu pripomogli k destigmatizaciji oseb z obsesivno-kompulzivno motnjo in s tem prispevali k njihovem boljšemu počutju ter boljši samopodobi. Prek omenjenega ozaveščanja pa bi družba v celoti bolje razumela, kakšne so težave obsesivno-kompulzivne motnje. Osebe z obsesivno-kompulzivno motnjo so velikokrat tarča posmeha, kar je odraz nevednosti družbe, saj je značilno, da se ob neznanih situacijah ljudje umaknejo ali pa si krepijo lastno moč z zasmehovanjem šibkejših.

- Največji problem za nepoznavanje motnje in stigmatizacijo ljudi s tovrstnimi težavami, pa vidim v slovenski politiki, ki premalo podpira duševno zdravje ljudi in tako nameni premalo denarja za to področje. Zato sem mnenja, da bo preteklo še mnogo let, preden bomo v naši družbi dosegli napredne premike na področju duševnega zdravja. Najprej pa se bodo morali narediti premiki v sami strukturi slovenske miselnosti, ki je še vedno tesno povezana s predsodki, zaradi katerih Slovenci duševne bolezni povezujejo z norostjo, in mislijo, da je potrebno duševne stiske skrivati in se jih sramovati. Tako je iskanje pomoči v takšnih situacijah le zadnji izhod v stiski. Prizadeti se običajno sprašuje: »Le kaj bo rekel sosed, če bo izvedel, da sem obiskal psihiatra? A me bo sedaj videl v drugačni luči, čeprav sem še vedno ista oseba?« To sem napisala v posplošenem pomenu, vendar pa Slovenci mnenju drugih pripisujemo veliko vrednost in velikokrat premalo cenimo lastno mnenje o sebi in svojih vrednotah. Tako ima družba, v kateri smo se rodili, velik vpliv na nas in na naše vzorce razmišljanja, saj vsak posameznik stremi k temu, da bi dosegel družbeno zadovoljive standarde.

- Zdi se mi, da bi bil velik korak v pozitivno smer tudi krepitev preventivnih programov, namenjenih krepitevi samozavesti in razvijanju pozitivnega razmišljanja ter ravnanja. Tu se mi je porodila ideja, da bi bilo zelo priporočljivo v šolski sistem uvesti vzgojo o odnosih, sprejemanju sebe in drugih ter krepitev dejavnikov za povečanje samozavesti otrok in tako preprečiti tveganje za razvoj negativnih reakcij na slabe medvrstniške odnose, učne težave. Šolski sistem je naravnano tako, da otroke sili h tekmovalnosti in da preživijo le najboljši in najmočnejši, ostali pa so odrinjeni na rob in zaznamovani. To je predvsem težavno zato, ker so otroci neizkušeni in nimajo opore pomembnih drugih. Prepustijo se toku, v katerem so postali označeni za manj sposobne in drugačne.

8 UPORABLJENA LITERATURA

- Bajt, Maja, Helena Jeriček Klanšek, Saška Roškar, Maja Zorko. 2009. *Duševno zdravje v Sloveniji*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
- Bohak, Janko, Miran Možina, Maša Žvelc. 2011. *Psihoterapija*. Ljubljana: Ipsa.
- Bohak, Janko, Miran Možina. 2003. *Kaj deluje v psihoterapiji. Novejše raziskave njene uspešnosti*. Maribor: Slovenska krovna zveza za psihoterapijo.
- Branch, Rhena, Rob Willson. 2011. *Kognitivno-vedenjska terapija za telebane*. Ljubljana: Pasadena.
- Čačinovič Vogrinčič, Gabi, Leonida Kobal, Nina Mešl, Miran Možina. 2008. *Vzpostavljanje delovnega odnosa in osebne stika*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo Univerza v Ljubljani.
- Dernovšek, Mojca Zvezdana, Mojca Breclj - Kobe, Simona Primožič, Maruša Jurc, Rok Tavčar. 2011. *Jaz in moja OKM*. Ljubljana: Pfizer.
- Dernovšek, Mojca Zvezdana, Petra Jelenko Roth. 2010. *Obsesivno-kompulzivna motnja*. Ljubljana: Mylan.
- Dragoš, Srečo, Vesna Leskovšek, Polona Petrovič Erlah, Jelka Škerjanc, Špela Urh, Simona Žnidarec Demšar. 2005. *Krepitev moči*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo Univerza v Ljubljani.
- Elliott H. Charles, Laura L. Smith. 2009. *Obsessive-compulsive Disorder for Dummies*. Hoboken, New Jersey: Wiley Publishing.
- Grant Alec, Michael Townend, Ronan Mulhern and Nigel Short. 2010. *Cognitive Behavioural Therapy in Mental Health*. London : Sage.
- Hayes, Nicky, Sue Orrell. 1998. *Psihologija*. Ljubljana: CIP.
- Jefferson, Susan. 1994. *Čar samozavesti*. Ljubljana: PZI- DAN.
- Jeznik, Polona. 2011. *»Hoarding« oziroma kopičenje in socialno delo*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Lojk, Bosiljka. 2010. *Psihoterapija na Slovenskem*. Ljubljana: CIP- Kataložni zapis o publikaciji. Narodna in univerzitetna knjižnica.

- Mesec, Blaž. 1997. *Metodologija raziskovanja v socialnem delu 1*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
- Mesec, Blaž. 2007. *Metodologija raziskovanja v socialnem delu 2*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Morrison, Norma, David Westbrook. 2010. *Obvladovanje obsesivno-kompulzivne motnje*. Ljubljana: Oxford Cognitive Therapy Centre, Društvo za vedenjsko in kognitivno terapijo Slovenije.
- Pregelj, Peter, Radojka Kobentar. 2009. *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju*. Ljubljana: Rokus Klett.
- Ramovš, Jože, Ksenija Ramovš. 2007. *Pitje mladih*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka.
- Rutter, Michael, Eric Taylor. 2002. *Child and Adolescent Psychiatry*. Oxford: Blackwell Publishing Company.
- Selič, Polona. 1999. *Psihologija bolezni našega časa*. Ljubljana: CIP.
- Stein, J. Dan, Naomi A. Finberg. 2007. *Obsessive-compulsive Disorder*. Oxford: Oxford University Press.
- Škerjanc, Jelka. 2006. *Individualno načrtovanje z udejanjanjem ciljev*. Ljubljana. Center RS za poklicno izobraževanje.
- Tekavčič - Grad, Onja, 1994. *Pomoč človeku v stiski*. Ljubljana: Litterrapicta.
- Vries S. de, Bouwkamp R. 1995. *Psihosocialna družinska terapija*. Logatec: Firis.
- Vršnak, Edita. 2008. *Razpoloženske motnje o katerih se (pre)malo govori - društvo Dam (diplomsko delo)*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- W. Dyer, Wayne. 2007. *Življenje kot igra*. Kranj: Ganeš.

Drugi viri

- Obsessive-compulsive disorder (OCD) »out of the zone«. Richmond Mental Health Outpatient Services Offers Treatment for Adolescents with Obsessive-compulsive Disorder (OCD).

Spletni viri:

- <http://sl.wikipedia.org/wiki/Zdravje> (11.4.2013)
- <http://www.viva.si/Alternativna-in-naravna-pomo%C4%8D/8410/Pet-preprostih-tehnik-za-sprostite> (21.4.2013)
- <http://www.facebook.com/DrustvoZaPomocLjudemZTourettovimSindromomInOkm> (20.4.2013)
- <http://www.nebojse.si/Forum/index.php?topic=14680.0> (19.4.2013)
- http://www.nebojse.si/portal/index.php?option=com_content&task=view&id=33&Itemid=38 (19.4. 2013)
- [www.drustvo- vkt.org/seznam_terapevtov/](http://www.drustvo-vkt.org/seznam_terapevtov/) (19.4.2013)
- <http://www.ozara.org/programi-in-projekti/spremljevalni-programi/skupine-za-samopomoc> (19.4.2013)
- <http://sl.wikipedia.org/wiki/Tesnoba> (11.4.2013)
- <http://www.akropola.org/clanki/clanek.aspx?lit=130>(11.4.2013)
- <http://sl.wikipedia.org/wiki/Medicina> (10.4.2013)
- <https://www.facebook.com/pages/The-OCD-Collaborative-Genetics-Association-Study/136534199736414> (8.4.2013)
- <https://www.facebook.com/pages/Anxiety-Disorders-Center-at-Hartford-Hospitals-Institute-of-Living/212263897775> (8.4.2013)
- <https://www.facebook.com/IOCDF> (22. 4. 2013)

- <https://www.facebook.com/pages/OCD-Center-of-Los-Angeles/95714840662> (18.4.2013)
- <https://www.facebook.com/OCDUK> (18.4.2013)
- <https://www.facebook.com/drdauidtolin> (22.4.2013)
- <https://www.facebook.com/OCDAction> (22.4.2013)
- <http://www.viva.si/Bolezni/Psihijatrija/4442/Obsesivno-kompulzivna-motnja-OKM> (22.4.2013)
- <http://www.psihoterapija-ordinacija.si/sl/dusevne-motnje/anksiozne-motnje/67-obsesivno-kompulzivna-motnja-okm.html> (25.4.2013)
- http://www.institutsatori.si/OBSESIVNA_KOMP_OSEB_MOTNJA_-_splet.pdf (25.4.2013)
- <http://www.psihiater-leser.com/452/27564.html> (17.4.2013)
- http://www.helpguide.org/mental/obsessive_compulsive_disorder OCD.htm (20.4.2013)
- <http://kidshealth.org/parent/emotions/behavior/OCD.html> (10.4.2013)
- <http://www.nimh.nih.gov/health/topics/obsessive-compulsive-disorder-ocd/index.shtm> (11.4.2013)
- <http://www.ocfoundation.org/whatisocd.aspx> (17.4.2013)
- <http://www.mayoclinic.com/health/obsessive-compulsive-disorder/DS00189> (16.4.2013)

- http://www.youtube.com/results?search_query=obsesiv+compulsive+disorder&oq=obsesiv+compulsive+disorder&gs_l=youtube.3...7024.24586.0.24942.27.27.0.0.0.0.298.3106.19j5j3.27.0...0.0...1ac.1.11.youtube.4fMBDqSo- Y (10.4.2013)
- http://sl.wikipedia.org/wiki/Socialno_delo (25.6. 2013)
- <http://www.zpsi.si> (27.6.2013)

9 PRILOGE

1 Anketni vprašalnik

Q1 - Socialno delo opravljate na:

- CSD
- na področju zdravstva
- na področju šolstva
- na področju dela z ostarelimi
- nevladne organizacije, društva
- Drugo:

Q2 - Na svojem delovnem mestu večinoma opravljate delo z:

- otroci do 14 let
- mladostniki 15-21 let
- mlajši odrasli 22-30 let
- srednjo generacijo 31-60 let
- s starejšimi nad 60 let
- mešane starosti

Q3 - Nekateri ljudje imajo vsiljive in vstrajne misli ali podobe, ki se vedno znova pojavljajo v zavesti in so velikokrat brez smisla. Ali ste morda že slišali oziroma spoznali kakšno osebo s takšnimi mislimi?

- Da
- Ne

IF Q3 = [Da]

Q4 - Primer misli:

Q5 - Ali so ponavljajoče se misli/strahovi zelo mučni, povzročajo nelagodje in tesnobo?

- da

- ne
- ne vem

Q6 - Ali ima oseba s takimi ponavljajočimi mislimi in strahovi, nadzor nad temi vsiljivkami?

- da
- ne
- ne vem

Q7 - Koliko časa dnevno porabi taka oseba za vsiljive misli?

- malo (do 1 ure)
- srednje veliko (2-4 ure)
- vsiljivke/obsesije so razporejene preko celega dneva
- ne vem/ne poznam/nisem slišal za osebe z navedenimi težavami

Q8 - Kako si osebe s ponavljajočimi mislimi in strahovi zmanjšajo tesnobo, da se počutijo bolje?

- sprehod v naravo, glasba, šport, druženje s prijatelji...
- izvajanje obredov/ritualov, ki so na kakeršen koli način nenavadna reakcija za sproščanje
- Drugo:
- ne vem/ne poznam/nisem slišal za osebe z navedenimi težavami

Q9 - Obstajajo ljudje, ki delajo ponavljajoča delanja - kompulzije, da bi si iz glave pregnali vsiljive misli in si tako zmanjšali neprijeten občutek. Dejanja izvajajo po točno zamišljenem redu, vedenja pa kogosto ne morejo prekiniti kot bi si želeli. Ali poznate oziroma ste že slišali za osebe, ki za svoje boljše počutje izvajajo določene obrede oziroma rituale v pretirani obliki (npr.pretirano umivanje, čiščenje, pospravljanje, štetje...)?

- da
- ne
- ne vem

IF Q9 = [da]

Q10 - Primer rituala:

Q11 - Ali so ti obredi neprijetni in mučni za osebe in ji zavzamejo veliko časa?

- da
- ne
- ne vem

Q12 - Koliko časa dnevno porabi oseba za izvajanje obreda/ ov ?

- malo (do 1 ure)
- srednje veliko (2-4 ure)
- rituali so preko celega dneva
- ne vem/ne poznam/nisem slišal za takšne primere

Q13 - Ali ima taka oseba nadzor nad obredom oziroma obredi?

- da
- ne
- ne vem

Q14 - Ali ste pri svojem delu opazili kakšen podoben primer ?

- da
- ne
- ne vem

IF Q14 = [da]

Q15 - Navedite kako ste odreagirali v tem primeru:

Q16 - Ali ste še kje drugje zasledili zgodbe o takšnih primerih ljudi?

- da
- ne
- ne vem

IF Q16 = [da]

Q17 - Kje?

Q18 - Ali poznate simptome obsesivno kompulzivne motnje, da bi jo pri delu z uporabniki znali prepoznati?

- da
- ne

IF Q18 = [da]

Q19 - Napišite dva simptoma:

Q20 - Ali ste se pri svojem delu že prišli v stik z uporabniki, ki imajo obsesivno kompulzivno motnjo?

- da
- ne
- ne vem

Q21 - S koliko primeri oseb z obsesivno kompulzivno motnjo ste se pri delu srečali:

- Vpišite besedilo odgovora 1
- 1-5
- 6-10
- 11-20
- 20-50
- nad 50

Q22 - Kakšna se vam zdi problematika obsesivno kompulzivne motnje v Sloveniji glede na pogostost pojava?

- redek pojav
- razširjen pojav
- nimam mnenja

Q23 - Pri katerem spolu ste opazili več primerov oseb z obsesivno kompulzivno motnjo:

- moški
- ženske

Q24 - Prikaterem starostnem obdobju ste opazili več primerov oseb z obsesivno kompulzivno motnjo:

- otroci
- mladosniki
- mlajši odrasli
- srednja generacija
- starostniki
- pri delu se nisem srečal/a s to motnjo

Q25 - Ali poznate tehnike pomoči osebam z obsesivno kompulzivno motnjo?

- da
- ne
- ne vem

IF Q25 = [da]

Q26 - Napišete eno tehniko pomoči:

Q27 - Ali ste se med študijem na fakulteti za socialno delo seznanili z obsesivno kompulzivno motnjo?

- da
- ne
- ne vem

Q28 - Ali menite, da bi lahko socialni delavec že z znanjem pridobljenim na fakulteti za socialno delo, pripomogel k dvigu kvalitete življenja oseb z obsesivno kompulzivno motnjo?

- da
- ne
- ne vem

Q29 - Ali je v Sloveniji po vašem mnenju dobro poskrbljeno za pomoč in zdravljenje oseb z obsesivno kompulzivno motnjo?

- da
- ne
- ne vem

Q30 - Ali menite, da bi za delo z osebami z obsesivno kompulzivno motnjo potrebovali še dodatno izobrazbo?

- da
- ne
- ne vem

Q31 - Bi se želeli še dodatno izobraziti in sodelovati v procesu opolnomočenja osebam z obsesivno kompulzivno motnjo?

- da
- ne

IF Q31 = [da]

Q32 - Zakaj ne? Prosim, da utemeljite.

XSPOL - Spol:

- Moški
- Ženski

XSTAR2a4 - V katero starostno skupino spadate?

- do 20 let
- 21 - 40 let
- 41 - 60 let
- 61 let ali več

Q33 - Iz kakšnega okolja izhajate?

- večje mesto

manjše mesto

vaško okolje

XLOKACREGk - V kateri regiji prebivate?

Kohezijski regiji Slovenije

Gorenjska

Štajerska

Dolenjska

Primorska

Notranjska

Osrednjeslovenska

Prekmurje

2 Zbirnik podatkov

	Q1	Q2	Q3 Q5 Q6 Q7	Q8	Q9 Q11 Q12 Q13	Q14	Q16	Q18	Q20	Q21	Q22	Q24	Q25	Q27	Q28	Q29	Q30	Q31	sp ol	star ost	Q33	loka cija
1	1	4	7	3	5	2	1	1	2	1	1	3	2	2	1	3	1	1	2	2	1	1
2	5	6	7	3	4	1	3	2	1	3	2	4	3	3	2	3	1	1	2	2	3	6
3	3	2	2	1	3	2	2	2	2	1	1	4	2	2	1	2	1	1	2	3	2	1
4	5	6	6	2	7	1	1	1	1	3	2	4	1	1	2	2	1	1	2	2	2	7
5	4	5	7	3	4	3	3	2	3	1	3	6	3	2	1	3	3	1	1	2	1	4
6	4	5	5	1	0	2	1	2	3	2	1	3	2	3	1	3	1	1	2	3	1	2
7	5	4	7	1	5	1	1	2	1	2	2	3	2	2	3	3	1	1	2	2	2	3
8	5	4	4	2	4	1	1	1	1	2	3	3	1	2	3	2	3	1	2	2	2	1
9	1	4	7	3	7	1	1	1	1	2	3	4	2	2	1	3	1	1	2	2	2	4
10	4	5	8	2	7	1	1	1	1	2	1	4	2	2	1	3	1	1	1	2	2	2
11	6	6	7	1	6	2	1	1	2	1	3	6	2	2	1	2	1	2	2	3	3	7
12	5	6	4	1	6	1	1	1	1	3	1	4	2	2	2	2	1	1	2	3	2	2
13	1	2	7	2	7	1	1	1	1	2	2	2	2	2	1	2	1	1	2	3	2	1
14	4	5	7	2	7	2	3	2	1	2	3	5	2	1	3	3	1	2	2	3	2	6
15	5	4	5	2	3	1	1	2	1	5	2	4	2	2	1	2	2	1	2	3	2	2
16	5	4	0	1	6	1	2	1	1	5	2	4	1	3	2	2	1	1	2	3	3	4
17	3	2	3	4	0	3	3	2	3	1	3	6	3	2	1	3	1	1	2	2	1	6
18	5	6	4	4	0	2	1	1	2	1	3	6	2	2	3	3	1	1	2	2	3	6
19	1	4	6	1	1	2	1	2	2	1	3	6	2	3	3	3	1	1	2	3	2	2

20	1	4	7	3	7	1	1	1	1	3	1	4	1	2	2	3	1	2	2	3	2	4
21	1	6	6	3	5	3	3	2	1	2	3	4	2	2	2	3	1	1	2	3	2	4
22	5	6	4	1	7	1	1	1	1	2	2	3	1	2	2	2	1	1	2	2	2	4
23	5	3	5	3	5	1	1	1	1	3	2	3	1	2	1	1	1	1	2	3	1	6
24	4	5	6	3	3	1	1	1	1	2	1	5	2	2	3	3	1	1	2	3	2	4
25	3	1	3	3	3	1	1	2	3	1	3	6	2	3	1	3	1	1	2	3	2	1
26	1	4	7	4	1	2	2	2	3	1	3	6	2	1	1	3	3	2	2	2	3	4
27	5	5	6	2	7	1	1	1	1	4	2	4	1	2	2	2	1	2	2	3	2	2
28	1	4	4	3	5	1	1	2	1	2	1	4	2	1	1	3	1	1	1	2	2	4
29	5	1	7	4	2	1	2	2	3	2	3	3	2	2	1	3	3	1	2	2	2	4
30	4	5	7	3	0	2	1	2	1	3	2	5	3	2	1	2	3	1	2	3	2	2
31	1	3	1	4	1	2	2	1	2	1	2	6	2	1	2	3	1	2	1	2	1	6
32	5	4	7	2	7	1	1	1	1	2	1	3	3	2	2	3	1	1	2	3	2	1
33	4	5	6	2	7	1	1	1	1	2	3	5	3	2	2	3	1	1	2	3	2	6
34	5	2	5	1	5	2	1	1	2	1	2	4	1	2	3	3	1	1	2	3	3	6
35	1	6	5	1	3	1	1	1	1	2	3	3	2	2	2	2	1	1	2	2	3	6
36	1	4	7	1	6	2	1	1	2	1	2	4	2	1	2	3	1	1	2	2	2	6
37	3	6	8	2	3	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1	2	1	1	2	2	2	6
38	5	6	6	1	4	1	1	1	1	2	3	4	2	2	1	2	1	2	2	3	1	2
39	1	2	1	4	1	2	2	2	3	1	3	6	2	2	3	3	1	1	2	3	2	4
40	1	4	7	2	6	1	1	1	1	3	2	4	1	3	1	2	1	2	2	2	2	2
41	6	6	6	3	7	1	1	1	1	2	2	4	1	2	3	3	1	1	2	3	3	6
42	6	2	7	1	6	2	1	2	1	1	2	3	2	1	2	3	1	1	2	2	1	6
43	4	5	6	1	1	3	1	2	1	2	3	5	2	2	2	3	2	2	2	2	3	6
44	5	4	7	3	6	2	1	1	1	2	2	4	3	2	2	2	1	1	2	2	1	6
45	6	5	1	4	6	3	1	1	2	1	3	6	2	1	2	3	1	1	1	2	3	7
46	1	6	1	4	6	1	3	2	1	2	3	3	2	2	3	3	1	1	2	3	1	4
47	6	6	6	3	6	1	1	1	1	3	3	3	1	1	2	2	1	1	2	2	3	2
48	4	5	3	1	5	1	2	2	1	4	2	5	2	1	1	2	1	1	2	3	1	6
49	3	2	6	1	5	1	1	2	1	2	3	2	2	2	3	3	1	2	2	2	1	3
50	1	1	4	1	7	2	1	1	1	2	2	4	3	2	1	3	1	1	2	2	2	4
51	6	1	1	4	0	3	1	2	2	1	3	6	3	2	1	3	1	1	2	2	1	6
52	5	4	6	1	2	1	1	2	3	1	3	6	2	3	3	3	3	1	2	2	3	2
53	5	6	4	1	2	2	1	1	2	1	3	4	2	1	3	3	3	1	2	3	3	6
54	5	3	7	2	4	2	1	2	3	2	3	6	2	2	2	3	1	1	2	2	2	3
55	3	1	1	4	2	2	1	1	2	1	3	6	2	1	2	3	1	1	2	2	2	2
56	5	3	3	1	5	1	1	1	1	2	2	3	3	2	1	3	1	1	2	3	3	2
57	4	5	3	1	7	2	1	2	1	2	1	4	2	1	1	3	1	1	2	3	1	1
58	5	4	7	3	4	1	1	1	1	2	2	4	1	1	2	3	1	1	2	2	3	7
59	4	5	7	3	6	3	1	2	2	1	1	6	2	3	2	3	1	1	2	2	2	7
60	1	6	3	2	5	3	3	2	1	3	2	3	3	2	3	2	1	1	2	2	3	2
61	3	2	1	4	0	3	3	2	3	2	3	6	3	3	2	2	3	1	1	3	1	5
62	3	2	1	4	0	3	3	2	2	1	3	6	3	1	2	2	1	2	2	3	3	2
63	1	3	6	3	4	2	1	1	1	2	3	3	1	2	2	2	1	1	2	2	2	1
64	1	3	3	1	5	2	2	2	3	1	3	2	2	2	1	2	1	1	2	2	2	3

65	1	4	1	4	0	3	1	2	2	1	3	6	2	1	2	3	1	1	2	3	2	6
66	4	5	4	3	0	2	1	1	2	1	3	6	3	3	2	3	1	1	2	2	3	3
67	3	1	1	4	2	2	1	2	2	2	3	6	2	2	2	3	1	1	2	3	3	5
68	1	6	4	4	0	1	1	2	3	2	3	4	2	3	2	2	1	1	2	2	3	2
69	3	6	6	1	2	2	1	2	3	2	3	6	3	3	3	3	3	1	2	2	2	6
70	1	2	7	3	3	2	1	1	1	2	3	2	3	2	1	2	3	1	2	3	1	6
71	6	6	6	3	7	1	1	1	1	2	1	3	1	2	3	1	1	1	2	3	2	1
72	4	5	7	3	1	2	2	2	2	1	1	6	2	2	2	3	1	2	2	2	1	6
73	6	3	8	3	5	1	1	1	1	2	1	4	1	2	1	1	1	1	2	2	1	1
74	1	6	5	2	5	1	1	1	3	1	1	6	2	2	2	3	1	1	1	2	1	6
75	3	2	7	2	7	1	3	1	1	2	1	2	2	2	1	2	1	1	2	3	3	3
76	6	2	6	1	6	1	2	2	1	2	1	2	3	3	1	3	1	1	2	3	2	2
77	4	5	7	1	1	2	2	2	2	1	1	6	2	2	1	2	1	1	2	3	2	7
78	5	4	2	3	0	3	3	2	3	1	3	6	3	3	3	3	3	1	1	3	1	5
79	5	4	7	1	7	1	1	1	1	3	3	4	1	2	3	2	1	1	2	3	2	2
80	4	6	7	3	7	1	1	1	1	4	1	4	1	1	1	1	1	1	2	3	2	4
81	1	4	5	4	5	2	1	2	2	1	2	6	2	2	1	2	1	2	2	2	3	3
82	6	1	7	1	1	3	3	1	1	2	3	4	3	2	2	2	2	2	3	1	5	5
83	6	6	1	4	0	2	1	2	2	1	3	6	2	2	2	3	1	2	2	3	3	2
84	1	6	7	2	5	2	1	2	2	1	3	6	2	2	2	2	1	2	2	3	2	3
85	4	5	6	3	6	1	1	2	3	1	3	6	2	2	1	3	1	2	2	2	2	5
86	6	6	1	4	0	2	1	2	2	1	3	6	2	2	2	3	1	2	1	3	3	2
87	1	6	5	1	7	1	1	1	3	3	1	4	1	3	3	1	1	1	1	2	1	4
88	4	5	1	4	0	2	1	2	2	1	3	6	3	2	3	3	1	1	2	2	1	2
89	3	1	2	4	4	1	1	2	1	2	3	2	2	2	2	3	1	2	2	3	1	6
90	5	4	4	1	1	2	3	1	2	1	3	6	3	1	2	3	1	1	2	2	3	2
91	3	2	7	1	4	1	1	1	1	2	1	4	2	2	1	3	1	1	2	3	2	6
92	1	1	7	2	5	2	1	2	3	2	3	3	3	2	3	1	1	2	2	2	1	6
93	5	4	6	3	7	1	1	1	1	3	2	3	1	1	1	2	1	1	2	2	1	2
94	5	4	8	3	7	1	1	1	1	2	3	3	2	2	1	3	1	1	2	2	3	1
95	3	1	5	3	7	1	1	2	3	2	1	4	2	3	1	2	1	1	2	3	1	3
96	6	4	7	3	7	1	1	1	1	2	2	4	3	1	3	2	1	1	2	3	2	4
97	5	4	5	1	4	1	2	1	1	5	3	4	2	2	1	1	1	1	1	3	1	6
98	5	4	5	4	5	1	2	1	1	2	2	4	2	3	3	3	1	1	1	3	2	4
99	4	5	6	3	6	1	1	2	1	2	1	5	2	2	1	2	1	1	2	3	3	7
100	4	5	5	1	1	2	3	2	3	1	3	4	3	2	1	3	1	1	2	2	2	2
101	3	1	5	1	0	2	2	2	3	2	3	1	2	2	3	3	3	2	1	2	2	5
102	1	2	5	1	5	2	3	2	1	2	2	3	1	2	1	3	1	1	2	3	3	2
103	1	4	5	4	5	3	1	1	1	2	3	4	2	2	3	3	1	1	2	2	3	2
104	5	4	5	1	7	3	1	1	1	4	2	4	1	3	1	2	1	1	2	3	3	6
105	3	6	5	2	7	1	1	1	1	2	3	2	1	3	1	3	1	1	2	3	3	3
106	3	2	5	4	2	1	1	2	1	2	3	2	2	2	1	3	1	2	1	3	1	6

3 Hi-kvadrat preizkusi

Tabela 51:

Spol: * poznavanje Crosstabulation

		poznavanje		Total	
		ne poznajo	poznajo		
Spol:	Moški	Count	7	8	15
		Expected Count	6,9	8,1	15,0
		% within Spol:	46,7%	53,3%	100,0%
Ženski		Count	42	49	91
		Expected Count	42,1	48,9	91,0
		% within Spol:	46,2%	53,8%	100,0%
Total		Count	49	57	106
		Expected Count	49,0	57,0	106,0
		% within Spol:	46,2%	53,8%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,001 ^a	1	,971	1,000	,594
Continuity Correction ^b	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	,001	1	,971		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	,001	1	,971		
N of Valid Cases	106				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,93.

b. Computed only for a 2x2 table

Tabela 52:

Socialno delo opravljate na: * poznavanje Crosstabulation

			poznavanje		Total
			ne poznajo	poznajo	
Socialno delo opravljate na:	CSD	Count	11	17	28
		Expected Count	12,9	15,1	28,0
na:	na področju šolstva	Count	12	5	17
		Expected Count	7,9	9,1	17,0
	na področju dela z ostarelimi	Count	11	8	19

	Expected Count	8,8	10,2	19,0
nevladne organizacije, društva	Count	10	19	29
	Expected Count	13,4	15,6	29,0
Drugo:	Count	5	8	13
	Expected Count	6,0	7,0	13,0
Total	Count	49	57	106
	Expected Count	49,0	57,0	106,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7,566 ^a	4	,109
Likelihood Ratio	7,675	4	,104
Linear-by-Linear Association	,169	1	,681
N of Valid Cases	106		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,01.

Tabela 53:

Kako si osebe s ponavljajočimi mislimi in strahovi zmanjšajo tesnobo, da se počutijo bolje? * poznavanje

Crosstabulation

			poznavanje		Total
			ne poznajo	poznajo	
Kako si osebe s ponavljajočimi mislimi in strahovi zmanjšajo tesnobo, da se počutijo bolje?	sprehod v naravo, glasba, šport, druženje s prijatelji...	Count	18	17	35
		Expected Count	16,2	18,8	35,0
	izvajanje obredov/ritualov, ki so na kakeršen koli način nenavadna reakcija za sproščanje	Count	4	14	18
		Expected Count	8,3	9,7	18,0
	Drugo:	Count	7	23	30
		Expected Count	13,9	16,1	30,0
	ne vem/ne poznam/nisem slišal za osebe z navedenimi težavami	Count	20	3	23
		Expected Count	10,6	12,4	23,0
	Total	Count	49	57	106
		Expected Count	49,0	57,0	106,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	26,228 ^a	3	,000
Likelihood Ratio	28,374	3	,000
Linear-by-Linear Association	2,850	1	,091
N of Valid Cases	106		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,32.

Tabela 54:

Kako si osebe s ponavljajočimi mislimi in strahovi zmanjšajo tesnobo, da se počutijo bolje? * poznavanje

Crosstabulation

			poznavanje		Total
			ne poznajo	poznajo	
Kako si osebe s ponavljajočimi mislimi in strahovi zmanjšajo tesnobo, da se počutijo bolje?	sprehod v naravo, glasba, šport, druženje s prijatelji...	Count	18	17	35
		Expected Count	16,2	18,8	35,0
	izvajanje obredov/ritualov, ki so na kakeršen koli način nenavadna reakcija za sproščanje	Count	4	14	18
		Expected Count	8,3	9,7	18,0
	Drugo:	Count	7	23	30
		Expected Count	13,9	16,1	30,0
	ne vem/ne poznam/nisem slišal za osebe z navedenimi težavami	Count	20	3	23
		Expected Count	10,6	12,4	23,0
	Total	Count	49	57	106
		Expected Count	49,0	57,0	106,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	26,228 ^a	3	,000
Likelihood Ratio	28,374	3	,000
Linear-by-Linear Association	2,850	1	,091
N of Valid Cases	106		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,32.

Tabela 55:

Crosstab

			poznavanje		Total
			ne poznajo	poznajo	
Ali poznate simptome obsesivno kompulzivne motnje, da bi jo pri delu z uporabniki znali prepoznati?	da	Count	15	39	54
		Expected Count	25,0	29,0	54,0
	ne	Count	34	18	52
		Expected Count	24,0	28,0	52,0
Total		Count	49	57	106
		Expected Count	49,0	57,0	106,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	15,072 ^a	1	,000		
Continuity Correction ^b	13,597	1	,000		
Likelihood Ratio	15,448	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	14,930	1	,000		
N of Valid Cases	106				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 24,04.

b. Computed only for a 2x2 table

Tabela 56:

Crosstab

			poznavanje		Total
			ne poznajo	poznajo	
Ali ste se pri svojem delu že prišli v stik z uporabniki, ki imajo obsesivno kompulzivno motnjo?	da	Count	17	43	60
		Expected Count	27,7	32,3	60,0
	ne	Count	18	7	25
		Expected Count	11,6	13,4	25,0
Total	ne vem	Count	14	7	21
		Expected Count	9,7	11,3	21,0
		Count	49	57	106
		Expected Count	49,0	57,0	106,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	17,938 ^a	2	,000
Likelihood Ratio	18,433	2	,000
Linear-by-Linear Association	13,503	1	,000
N of Valid Cases	106		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9,71.

Tabela 57:

Crosstab

			poznavanje		Total
			ne poznajo	poznajo	
S koliko primeri oseb z obsesivno kompulzivno motnjo ste se pri delu srečali:	0	Count	25	11	36
		Expected Count	16,6	19,4	36,0
	1-5	Count	19	32	51
		Expected Count	23,6	27,4	51,0
	6-10	Count	2	10	12
		Expected Count	5,5	6,5	12,0
	11-20	Count	1	3	4
		Expected Count	1,8	2,2	4,0
	20-50	Count	2	1	3
		Expected Count	1,4	1,6	3,0
	Total	Count	49	57	106
		Expected Count	49,0	57,0	106,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	14,906 ^a	4	,005
Likelihood Ratio	15,545	4	,004
Linear-by-Linear Association	6,091	1	,014

N of Valid Cases	106		
------------------	-----	--	--

a. 4 cells (40,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,39.

Tabela 58:

			poznavanje		Total
			ne poznajo	poznajo	
Kakšna se vam zdi problematika obsesivno kompulzivne motnje v Sloveniji glede na pogostost pojava?	redek pojav	Count	6	17	23
		Expected Count	10,6	12,4	23,0
	razširjen pojav	Count	8	21	29
		Expected Count	13,4	15,6	29,0
	nimam mnenja	Count	35	19	54
		Expected Count	25,0	29,0	54,0
Total		Count	49	57	106
		Expected Count	49,0	57,0	106,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	15,313 ^a	2	,000
Likelihood Ratio	15,731	2	,000
Linear-by-Linear Association	12,624	1	,000
N of Valid Cases	106		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10,63.

Tabela 59:

			poznavanje		Total
			ne poznajo	poznajo	
Pri katerem starostnem obdobju ste opazili več primerov oseb z obsesivno kompulzivno motnjo:	otroci	Count	1	0	1
		Expected Count	,5	,5	1,0
	mladosniki	Count	5	5	10
		Expected Count	4,6	5,4	10,0
	mlajši odrasli	Count	7	13	20

	Expected Count	9,2	10,8	20,0
	Count	8	28	36
srednja generacija	Expected Count	16,6	19,4	36,0
	Count	4	3	7
starostniki	Expected Count	3,2	3,8	7,0
	Count	24	8	32
pri delu se nisem srečal/a s to motnjo	Expected Count	14,8	17,2	32,0
	Count	49	57	106
Total	Expected Count	49,0	57,0	106,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	21,573 ^a	5	,001
Likelihood Ratio	22,893	5	,000
Linear-by-Linear Association	7,361	1	,007
N of Valid Cases	106		

a. 5 cells (41,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,46.

Tabela 60:

Crosstab

		poznavanje		Total
		ne poznajo	poznajo	
da	Count	3	20	23
	Expected Count	10,6	12,4	23,0
Ali poznate tehnike pomoči osebam z obsesivno kompulzivno motnjo?	Count	31	28	59
	Expected Count	27,3	31,7	59,0
ne vem	Count	15	9	24
	Expected Count	11,1	12,9	24,0
Total	Count	49	57	106
	Expected Count	49,0	57,0	106,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	13,692 ^a	2	,001
Likelihood Ratio	15,137	2	,001

Linear-by-Linear Association	11,289	1	,001
N of Valid Cases	106		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10,63.

Tabela 61:

Crosstab

			poznavanje		Total
			ne poznajo	poznajo	
Ali ste se med študijem na fakulteti za socialno delo seznanili z obsesivno kompulzivno motnjo?	da	Count	11	10	21
		Expected Count	9,7	11,3	21,0
	ne	Count	28	38	66
		Expected Count	30,5	35,5	66,0
	ne vem	Count	10	9	19
		Expected Count	8,8	10,2	19,0
Total	Count	49	57	106	
	Expected Count	49,0	57,0	106,0	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,017 ^a	2	,601
Likelihood Ratio	1,017	2	,601
Linear-by-Linear Association	,001	1	,981
N of Valid Cases	106		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,78.

Tabela 62:

Crosstab

			poznavanje		Total
			ne poznajo	poznajo	
Ali je v Sloveniji po vašem mnenju dobro poskrbljeno za pomoč in zdravljenje oseb z obsesivno	da	Count	0	7	7
		Expected Count	3,2	3,8	7,0
	ne	Count	16	20	36
		Expected Count	16,6	19,4	36,0

kompulzivno motnjo?	ne vem	Count	33	30	63
		Expected Count	29,1	33,9	63,0
Total		Count	49	57	106
		Expected Count	49,0	57,0	106,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7,024 ^a	2	,030
Likelihood Ratio	9,688	2	,008
Linear-by-Linear Association	4,989	1	,026
N of Valid Cases	106		

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,24.

Tabela 63:

Crosstab

			poznavanje		Total
			ne poznajo	poznajo	
Ali menite, da bi za delo z osebami z obsesivno kompulzivno motnjo potrebovali še dodatno izobrazbo?	da	Count	35	56	91
		Expected Count	42,1	48,9	91,0
	ne	Count	3	0	3
		Expected Count	1,4	1,6	3,0
Total	ne vem	Count	11	1	12
		Expected Count	5,5	6,5	12,0
		Count	49	57	106
		Expected Count	49,0	57,0	106,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	15,665 ^a	2	,000
Likelihood Ratio	18,196	2	,000
Linear-by-Linear Association	14,154	1	,000
N of Valid Cases	106		

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,39.

Tabela 64:

Crosstab

			poznavanje		Total
			ne poznajo	poznajo	
Bi se želeli še dodatno izobraziti in sodelovati v procesu opolnomočenja osebam z obsesivno kompulzivno motnjo?	da	Count	38	46	84
		Expected Count	38,8	45,2	84,0
	ne	Count	11	11	22
		Expected Count	10,2	11,8	22,0
Total		Count	49	57	106
		Expected Count	49,0	57,0	106,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,159 ^a	1	,690		
Continuity Correction ^b	,025	1	,874		
Likelihood Ratio	,159	1	,690		
Fisher's Exact Test				,811	,436
Linear-by-Linear Association	,158	1	,691		
N of Valid Cases	106				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10,17.

b. Computed only for a 2x2 table

Tabela 65:

Crosstab

			poznavanje		Total
			ne poznajo	poznajo	
Iz kakšnega okolja izhajate?	večje mesto	Count	15	13	28
		Expected Count	12,9	15,1	28,0
	manjše mesto	Count	17	30	47
		Expected Count	21,7	25,3	47,0
	vaško okolje	Count	17	14	31
		Expected Count	14,3	16,7	31,0
Total		Count	49	57	106
		Expected Count	49,0	57,0	106,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,445 ^a	2	,179
Likelihood Ratio	3,472	2	,176
Linear-by-Linear Association	,025	1	,873
N of Valid Cases	106		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12,94.

Tabela 66:

Ali ste še kje drugje zasledili zgodbe o takšnih primerih ljudi? *
poznavanje Crosstabulation

Count

		poznavanje		Total
		ne poznajo	poznajo	
Ali ste še kje drugje zasledili zgodbe o takšnih primerih ljudi?	da	29	48	77
	ne	11	3	14
	ne vem	9	6	15
Total		49	57	106

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,309 ^a	2	,010
Likelihood Ratio	9,597	2	,008
Linear-by-Linear Association	5,362	1	,021
N of Valid Cases	106		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,47.

Tabela 67:

Crosstab

Count

		poznavanje		Total
		ne poznajo	poznajo	
V katero starostno skupino	21 - 40 let	23	29	52

spadate?	41 - 60 let	26	28	54
Total		49	57	106

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,164 ^a	1	,686		
Continuity Correction ^b	,044	1	,834		
Likelihood Ratio	,164	1	,686		
Fisher's Exact Test				,702	,417
Linear-by-Linear Association	,162	1	,687		
N of Valid Cases	106				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 24,04.

b. Computed only for a 2x2 table

Tabela 68:

Crosstab

Count

		poznavanje		Total
		ne poznajo	poznajo	
V kateri regiji prebivate?	Gorenjska	4	7	11
	Štajerska	15	11	26
	Dolenjska	2	8	10
	Primorska	6	11	17
	Notranjska	5	1	6
	Osrednjeslovenska	15	14	29
	Prekmurje	2	5	7
Total		49	57	106

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,944 ^a	6	,127
Likelihood Ratio	10,463	6	,106
Linear-by-Linear Association	,026	1	,871
N of Valid Cases	106		

10 POVZETEK

V svoji diplomski nalogi sem v teoretičnem delu spregovorila na splošno o zdravju in pomenu duševnega zdravja za človeka. Vsak človek ima svoje potrebe in želje ter načine, kako te potrebe zadovoljuje. Nekatere potrebe so nam vsem skupne, saj so potrebne za naše preživetje in obstoj, ostale pa se razlikujejo glede na posameznika. Nekateri imajo tudi potrebe, ki niso pomembne za človeški obstoj in jih zadovoljujejo na nekonstruktiven, »nezdrav« način. O potrebah sem govorila prav s tega vidika, ker je to gonilna sila človeštva in tudi obsesivno-kompulzivna motnja, ki sem jo obravnavala v nadaljevanju, izhaja prav iz človekove potrebe in njene zadovoljitve. Obsesivno-kompulzivna motnja je primer neustrezne interpretacije doživljanja okolja in »nepravilnega« odziva človeka na notranje vzgibe zaradi napak, ki so nastale v možganih pri prenosu dražljajev in informacij.

Velik vpliv na doživljanje okolice imajo različni dejavniki. Zelo pomemben je dejavnik stresa in odziv človeka na stresne dražljaje. Stres ima tudi velik vpliv na razvoj obsesivno-kompulzivne motnje in ravno stresna situacija je lahko sprožilec za razvoj motnje. Stres pomeni, da je naše telo izpostavljeno doživljanju napetosti, pritiskom in obremenitvam. Definiramo ga lahko kot odziv organizma na potencialno škodljiv dejavnik, ki je lahko zunanji ali notranji – ne glede na izvir dražljaja, tega vselej osebno interpretiramo.

Opisala sem tudi strah in tesnobo, ki izhaja iz strahu. Oboje je zdrav obrambni mehanizem telesa, če je to izraženo v ustrezni meri. Kadar pa v telesu pride do napačnih odzivov in človek doživlja nepotreben strah in tesnobo, je to lahko pokazatelj različnih vrst anksioznih motenj, ki sem jih opisala. Tudi obsesivno-kompulzivna motnja spada med anksiozne motnje, saj je pri njej prisoten nepotreben strah in ljudje so bolj občutljivi na dražljaje okolice, odreagirajo s tesnobo, ki jo sproščajo z rituali.

Obsesivno-kompulzivna motnja je osrednja tema moje diplomske naloge. Predstavila sem motnjo, njene vzroke, simptome (obsesije, kompulzije), zdravljenje idr. Spregovorila sem tudi o psihoterapiji, predvsem o vedenjsko-kognitivni psihoterapiji, ki se je v dosedanjih raziskavah izkazala kot najbolj primerna za uspešno zdravljenje obsesivno-kompulzivne motnje in lajšanje njenih simptomov. Oseba z obsesivno-kompulzivno motnjo se mora naučiti načinov, kako odreagirati na pojav kompulzij in obsesij, tako da ima lahko motnjo pod nadzorom. Vse to se lahko nauči s pomočjo vedenjsko-kognitivne terapije.

Z empirično raziskavo pa sem želela preveriti, kako dobro so socialni delavci seznanjeni s problematiko obsesivno-kompulzivne motnje, ali imajo pri svojem delu tudi uporabnike s to motnjo, ali znajo prepoznati motnjo pri uporabnikih, kakšno je njihovo dosedanje znanje o pojavnosti obsesivno-kompulzivne motnje in načinih pomoči. Sledila je primerjava prepoznavnosti obsesivno-kompulzivne motnje v povezavi z dejavniki spola socialnih delavcev, starosti socialnih delavcev, okolja, iz katerega socialni delavci prihajajo, regije, kjer delajo, delovnega mesta, poznavanja tehnik pomoči, znanja, pridobljenega med študijem socialnega dela, ter s potrebo in željo po dodatni izobrazbi.

Preverila sem nekaj predhodno zastavljenih hipotez in ugotovila, da je večina vprašanih socialnih delavcev mnenja, da bi potrebovali še dodatno izobrazbo o obsesivno-kompulzivni motnji za lažje prepoznanje in pomoč uporabnikom. Kar polovica vprašanih socialnih delavcev je odgovorilo, da ne vedo kako razširjen je pojav obsesivno-kompulzivne motnje. Hipotezo, da večina socialnih delavcev v vzorcu slabo pozna in prepozna obsesije in kompulzije ne morem potrditi, ker sem po moji opredelitvi poznavanja obsesivno-kompulzivne motnje dobila rezultate, da 46,2% vprašanih socialnih delavcev ne pozna obsesivno-kompulzivne motnje, kar 53,8% pa jo pozna. Izračun mi je pokazal, da ne obstaja povezava med področjem dela socialnih delavcev in poznavanjem ter prepoznanjem obsesivno-kompulzivne motnje. Hipotezo, da je poznavanje in prepoznanje obsesivno-kompulzivne motnje odvisno od količine izkušenj dela z uporabniki z obsesivno-kompulzivno motnjo, sem potrdila. Ne obstaja povezava med poznavanjem in prepoznanjem obsesivno-kompulzivne motnje in znanjem o obsesivno-kompulzivni motnji pridobljenim v času študija. Hipotezi o odvisnosti med poznavanjem in prepoznanjem obsesivno-kompulzivne motnje in dolžini delovnega staža socialnih delavcev ter delovnega okolja sem zavrnila. Izračun je pokazal, da ne obstaja povezava. Hipotezo, da ne obstaja povezava med poznavanjem obsesivno-kompulzivne motnje in spolom sem potrdila.

V socialnih delavcih vidim potencial, ki bi lahko pripomogel h krepitvi moči oseb z obsesivno-kompulzivno motnjo, ki pri okrevanju potrebujejo veliko podpore s strani drugih. Socialni delavci bi lahko podpirali in spremljali uporabnike z obsesivno-kompulzivno motnjo pri njihovem okrevanju in jih motivirali, da se držijo pravil in tehnik ter nalog, ki so jih dobili pri terapiji.