

# VICEVERZA

37

LJUBLJANA

JANUAR 2003

SLOVENSKE PSIHIATRIČNE PUBLIKACIJE

## **VICEVERSA**

Slovenske psihiatrične publikacije

ISSN 1318 - 5764

### *Izdajata:*

Razširjeni strokovni kolegij za psihiatrijo Ljubljana  
(predsednica doc.dr. Marga Kocmur, dr. med.)

Združenje psihiatrov Slovenije  
(predsednik prim. Andrej Žmitek, dr. med.)

### *Glavni urednik:*

Prim. dr. Jože Felc

### *Odgovorni urednik:*

Prof.dr. Miloš F. Kobal, dr. med.

### *Tisk:*

Littera picta d.o.o. Ljubljana

# VSEBINA

<i>A. Kogoj</i> Celostna pomoč bolniku z demenco .....	3
---	---

<i>V. Auer</i> Diagnosticiranje mejne osebnostne motnje v Sloveniji .....	11
--	----

## *TAKO DELAMO...*

<i>F. Osterman, R. Tavčar</i> Pojavnost in odmevnost raziskovalcev Raziskovalne skupine Psihiatrične klinike Ljubljana v mednarodni strokovni literaturi .....	20
--	----

# CELOSTNA POMOČ BOLNIKU Z DEMENCO

*Aleš Kogoj\**

Različni stadiji demence zahtevajo različno obravnavo bolnika z demenco, različni pa so tudi pričakovani učinki. V zgodnjem stadiju so naša prizadevanja usmerjena v pravočasno in pravilno postavljeno diagnozo ter zdravljenje, katerega cilj je čim bolj učinkovito ohranjanje bolnikove sposobnosti. V poznih stadijih demence pa smo včasih zadovoljni že, če ublažimo nemir in druge vedenjske spremembe, nespečnost, halucinacije in morebitna delirantna stanja.

Demenca ne prizadene usodno le bolnikov, saj zaradi osebnostnih in vedenjskih sprememb ter večje odvisnosti vpliva tudi na odnos bližnjih do bolnika. V proces zdravljenja morajo biti nujno vključeni vsi prizadeti - neprestana skrb za bolnika je namreč zelo naporna. Bližnji so pri tem pogosto zelo izčrpani in zato bolniku ne morejo nuditi toliko pomoči, kolikor bi je lahko v drugih okoliščinah ali pri drugih boleznih. Pri obravnavi bolnika z demenco moramo pomisliti tudi na pomoč, ki jo lahko nudimo njegovim bližnjim.

Številne in različne težave, s katerimi se soočajo bolniki z demenco in njihovi bližnji, zahtevajo multidisciplinarno obravnavo. Taka obravnava omogoča uspešnejšo diagnostiko, boljše uspehe zdravljenja, boljše obvladovanje vedenjskih in psihičnih sprememb, zmanjševanje stisk bolnika in njegovih svojcev, krajše hospitalizacije, manj premestitev v socialne zavode, ter večjo povezanost in boljše delo zdravstvenega osebja z več zadovoljstva (1).

Multidisciplinarni tim v bolnišnični dejavnosti navadno sestavljajo zdravniki (psihiatři, nevrologi, internisti in drugi), psihologi, medicinske sestre in zdravstveni tehniki, fizioterapevti, delavni terapevti in socialni delavci. Smiselno je tudi vključevanje različnih specialnih pedagogov in specialnih terapevtov. Za celostno obravnavo je potrebno še vključevanje služb zdravstvenega in socialnega varstva na terenu (izbrani zdravnik, patronažna medicinska sestra, socialni delavec in drugi) (1).

Obravnavo bolnika z demenco lahko strnemo na več ravneh (2, 3, 4,5) :

- farmakološka obravnava,

---

\*Asist. mag. Aleš Kogoj, dr. med. Psihiatrična klinika, Klinični oddelek za klinično psihiatrijo, Studenec 48, 1260 Ljubljana - Polje.

- nefarmakološka obravnava in
- psihosocialni ukrepi za bolnike in njihove bližnje.

## **Farmakološka obravnava**

Farmakološko obravnavo bolnika z demenco smo v zadnjem obdobju že večkrat predstavili, zato se bom v prispevku omejil le na povzetek. Z zdravili lahko delujemo na več ravneh:

- etiološka (nevroprotektivna) raven:
  - zdravljenje osnovne bolezni pri "reverzibilnih" demencah,
  - preventivno delovanje - npr. antiagregacijska in antikoagulantna zdravila pri vaskularnih demencah,
  - nespecifično nevroprotektivno delovanje (morda nimodipin, antioksidanti (vitamin E), protivnetne učinkovine, selegilin) in nootropno delovanje.
- simptomatska raven:
  - spoznavne sposobnosti (proholinergična sredstva - inhibitorji acetilho linesteraze - donepezil, rivastigmin),
  - vedenjske in psihične (nekognitivne) spremembe (antipsihotiki, antidepresivi, anksiolitiki in ostala psihotropna zdravila).

Pri obravnavi bolnika z demenco ali blago motnjo spoznavnih sposobnosti moramo najprej izključiti bolezni, za katere že poznamo uspešna zdravila (hipotireoza, hipovitaminoza B12 in druge). Ker lahko pri teh demencah s pravočasnim zdravljenjem dosežemo izboljšanje spoznavnih sposobnosti, jih imenujemo tudi reverzibilne demence. Seveda moramo upoštevati, da k sindromu demence večkrat istočasno prispeva več bolezenskih sprememb (npr. senilne lehe, manjši inzult, blaga anemija in aritmija), zaradi katerih je upad spoznavnih sposobnosti izrazitejši, kot bi bil ob posamezni motnji. Z ustreznim zdravljenjem nekaterih telesnih bolezni lahko vsaj delno izboljšamo spoznavne sposobnosti pri napredujoči demenci.

S pravočasnim odkritjem in zdravljenjem reverzibilnih vzrokov demenc lahko uspešno zdravimo 10-20% bolnikov. Vsi naši ukrepi naj bodo v prvi vrsti usmerjeni v odkrivanje in zdravljenje tistih bolezenskih procesov, za katere imamo specifična zdravila. Tudi preventivni ukrepi so lahko pomembni (npr. antiagregacijska terapija pri vaskularni demenci). Dobrodošla so tudi vsa zdravila, ki bi lahko imela nevroprotektivni in nootropni učinek.

Zdravila, ki so namenjena zdravljenju demence in so ta trenutek najbolj v

razmahu, sodijo v skupino proholinergičnih sredstev (inhibitorji acetilholineteraze). Proholinergična sredstva pa, podobno kot agonisti dopaminskega sistema pri Parkinsonovi bolezni, le umirijo težave, ne morejo pa zaustaviti poteka bolezni. Kljub temu bolniki in svojci pridobijo nekaj dragocenega časa, v katerem se lahko pripravijo na kasnejše posledice bolezni.

Bolezni, ki povzročijo demenco, ne prizadenejo zgolj holinergičnega neurotransmitterskega sistema. Spremembe na drugih neurotransmitterskih sistemih povezujemo z razvojem depresije (serotoninski in noradrenergični) in psihoze (dopaminski, serotoninski in holinergični). Ob zapletih demence uporabljamo različna psihotropna zdravila: antipsihotike, antidepresive, benzodiazepine in antiepileptike.

Ob širokem izboru dostopnih zdravil bomo seveda uporabljali tista, ki kar najmanj neugodno vplivajo na že tako oslabele spoznavne sposobnosti. Izogibamo se zdravilom z izrazitejšimi antiholinergičnimi stranskimi učinki (nekateri antipsihotiki in starejši triciklični antidepresivi) in benzodiazepinom, ki oslabijo spominske sposobnosti.

V prihodnosti lahko torej upravičeno pričakujemo zdravljenje s kombinacijo zdravil, ki bodo upočasnila napredovanje bolezni (vzročna in nevroprotektivna sredstva), zdravil, ki bodo uspešno lajšala spominske motnje in motnje ostalih spoznavnih sposobnosti (verjetno eno izmed proholinergičnih sredstev) ter zdravil, ki bodo lajšala vedenjske spremembe pri demenci.

## **Nefarmakološka obravnava**

Vsakomur je jasno, da je po operativni oskrbi zloma stegenice ali po preboleni srčni kapi potrebna rehabilitacija. Spoznanje, da je potrebna in mogoča rehabilitacija po poškodbi glave ali po možganski kapi, je prodrlo počasneje in še to sprva le v smislu rehabilitacije motoričnih funkcij. Rehabilitacija sicer ne zaustavi napredovanja demence, vendar pa omogoči bolniku, da čim bolj izrabi ohranjene sposobnosti. Zato ob uporabi prej naštetih zdravil ne smemo pozabiti na pomemben ukrep, to je učenje v najširšem pomenu besede. Smiselno je učenje v vseh življenjskih obdobjih in tudi v starosti ni brez učinka. Učenje seveda ne zaustavi bolezenskega procesa. Bolnikom z blagimi motnjami spoznavnih sposobnosti in bolnikom v začetnem obdobju demence pa omogoča, da z že oblikovanimi in utrjenimi strategijami lažje premagujejo začetne težave. Tudi v poznejših stadijih demence primerno izbrane aktivnosti lahko prispeva-

jo k boljšemu obvladovanju običajnih dnevnih življenjskih aktivnosti. Pri tem pa moramo upoštevati zmožnosti in hitro utrudljivost bolnikov. Previsoko postavljeni cilji lahko izzovejo izgubo samospoštovanja, obupanost, odpore in s tem neuspeh. Premalo zahtevne naloge pa nimajo želenega učinka. Poleg tega je potrebno zaradi napredovanja bolezni stalno prilagajati zahtevnost terapevtskih aktivnosti.

#### Cilji:

- spodbujanje umskih sposobnosti (učenje),
- lajšanje vedenjskih in čustvenih sprememb.

#### Vrste aktivnosti (6,7):

- aktivnosti za spodbujanje spoznavnih sposobnosti (spomina, zbranosti, logičnega in abstraktnega mišljenja, usmerjanja pozornosti, spodbujanja senzoričnih sposobnosti...) so lahko zelo raznolike (orientacija v realnost, obujanje spominov, metoda validacije, muzikoterapija, likovna terapija, senzorno motivacijska skupina, prilagojene vaje za urjenje spomina in ostalih spoznavnih sposobnosti),
- dnevne aktivnosti (skrb za osebno higieno; oblačenje, urejen videz, enostavna gospodinjska opravila...)
- telesne aktivnosti (jutranja telovadba, razgibavanje, ročne spretnosti, sprehodi, različne igre, pa tudi gibalna terapija in plesna terapija (8), fiziokineziterapija,
- socialne aktivnosti (družabne igre, obiski prireditelj, kino, poslušanje glasbe, branje, razprave, praznovanja, pisanje voščilnic...).

V praksi se vse te aktivnosti med seboj prepletajo in med njimi ni meje, ki bi jih ločevala na samo telesne, spoznavne ali socialne aktivnosti. Tako npr. pri igri sestavljanja in iskanja besed, stavkov, ki jih zlagamo iz posameznih črk na kartonu, vadimo tako psihične kot motorične spretnosti, ko pa sodeluje več bolnikov, je vključena tudi socialna komponenta. Na prehodu v naravo se bolniki razgibajo, prepoznavajo drevesa, rastline, oblike, letni čas, barve in vonje. Tudi obisk na drugi oddelek bolnišnice je dobrodošla sprememba. S pravilno izbiro aktivnosti pa lahko tudi omejimo vedenjske težave (6).

Za spodbujanje spoznavnih sposobnosti je primerna terapija orientacije v realnost, katere glavni cilj je potencirati in čim dlje ohranjati spoznavne sposobnosti s pomočjo različnih stimulacij, ki se nanašajo na osebno, prostorsko in časovno orientacijo. Terapija reminiscence in validacije je primerna za varovance, katerih preostale spoznavne sposobnosti so preskromne za druge tehnike. Likovna

terapija in muzikoterapija ne zahtevata le aktivacije spoznavnih sposobnosti, temveč z njima dosežemo tudi sprostitvev. Uporaba preprostih instrumentov ali poslušanje znanih skladb spodbujata tudi daljni spomin. Bolnik, ki nam ne zmore več odgovoriti na zastavljeno enostavno vprašanje, še lahko zapoje poznano pesem. Sprehodi so poleg spodbujanja motoričnih sposobnosti tudi vir stimulacij vida in vonja.

## **Psihosocialni ukrepi za bolnike in njihove bližnje**

Z dodatnimi dejavnostmi in programi lahko bistveno vplivamo na pravočasno in pravilno pomoč bolnikom z demenco in njihovim svojcem, ki pri dolgotrajni skrbi potrebujejo tudi kar največ podpore. Nekatere izmed pomembnih dejavnosti so:

- seznanjanje z bolezenskimi znaki za hitrejše prepoznavanje in pravilno ukrepanje (sredstva javnega obveščanja, časopisi in revije),
- svetovalna služba po telefonu in medmrežju,
- skupine za svojce bolnikov (zlasti izobraževanje in podpora) (9), skupine za svojce in bolnike, skupine za samopomoč,
- prilagajanje okolja potrebam bolnika,
- službe za pomoč na domu (hrana, pomoč pri negi in nadzoru, patronažna sestra),
- dodatek za pomoč in postrežbo, tehnični pripomočki (predloge, posteljna ograjica...),
- dnevno varstvo in zavodi splošnega in posebnega tipa.

## **Izobraževalno podporni program "Ne pozabi me"**

Skupine, namenjene bolnikom z demenco in njihovim svojcem, lahko potekajo v zelo različnih oblikah. Ena izmed možnosti, ki jo predstavljam, je izobraževalno podporni program "Ne pozabi me". Program je namenjen predvsem svojcem tistih bolnikov z demenco, ki še živijo v domačem okolju. Oblikovan je tako, da svojci pridobijo osnovno znanje, ki je potrebno za razumevanje bolezenskih sprememb, poleg tega pa lahko udeleženci izmenjujejo lastne izkušnje in občutke, dobijo podporo, razumevanje, nasvete in se poučijo o konkretnih veččinah pri ostalih udeležencih skupine, vodji skupine in zdravstveno - negovalnem timu. Cilj programa je boljša kakovost življenja v družini, večja samozavest svojcev in konstruktivnejše obvladovanje stresnih situacij v



domačem okolju. Srečanja potekajo enkrat tedensko, devet zaporednih tednov v Psihiatrični kliniki. Vsakokratno srečanje traja 90 minut.

Program sestavljajo naslednje učne teme (10) :

1. Značilnosti, zdravljenje in zapleti demence.
2. Pojav občutkov izgube, krivde, sramu in jeze zaradi vedenja varovanca z demenco.
3. Komunikacija z varovancem z demenco.
4. Skrb za življenjske aktivnosti osebne higiene, oblačenja in obuvanja.
5. Skrb za življenjske aktivnosti ohranjanja varnosti, gibljivosti in samostojnosti pri hoji.
6. Skrb za življenjske aktivnosti hranjenja, pitja tekočin in spanja.
7. Skrb za življenjske aktivnosti izločanja blata in/ali urina.
8. Načini spodbude in ohranjanja fizičnih in psihičnih aktivnosti v družini.
9. Skrb zase v skupnem življenju z dementnim družinskim članom.

Evalvacije podobnih programov kažejo, da imajo udeleženci večinoma pozitivno mnenje o njih. Svojci varovancev z demenco, ki so se udeležili zdravstveno vzgojnih in suportivnih programov označujejo takšna srečanja kot informativna, uporabna in zanje zelo pomembna.

Pogosto poudarjajo, da je bilo zanje najpomembneje, da so sodelovali kot aktivni udeleženci in da so se lahko spontano izražali, kar jim vse omogoča tudi omenjeni izobraževalno podporni program (10).

### **Svetovalni telefon Spominčica**

Združenje za pomoč pri demenci - Spominčica je ob podpori Psihiatrične klinike v Ljubljani, dne 4. oktobra 1999 razširilo svoje dejavnosti na svetovalno službo po telefonu (01-52 83 995 vsak delovni ponedeljek, sredo in četrtek od 15.00 do 17.00) in medmrežju: [zzppd@mail.ljudmila.org](mailto:zzppd@mail.ljudmila.org). Služba je namenjena bolnikom in svojcem, ki že imajo težave zaradi demence ali pa se bojijo, da bi lahko bili znaki, ki jih opažajo, posledica demence. Svetovalci so različni strokovni delavci, ki že več let delujejo na področju psihogeriatrije.

V domačem okolju obolele najpogosteje negujejo svojci. Četudi svojci še tako skrbno prikrivajo stres in izgorevanje, ga varovanci zaznajo in se nanj odzovejo s tesnobo ali jezo, kar povzroči začaran krog enakih negativnih občutkov pri njih samih. Prav tukaj pa je pomoč svetovalne službe, tudi telefonske, nepre-

cenljiva, saj ima pomembno vlogo pri vzgoji, čustveni podpori, izobraževanju in ozaveščanju ljudi, ki so v stiski.

Med najpomembnejše prednosti svetovalne službe po telefonu štejemo: veliko dostopnost, anonimnost, klicanci lahko sami določajo način poteka pogovora in njegov konec, ne vežejo se le na enega terapevta, pomoč je dostopna tudi starim, bolnim, osamljenim, tistim, ki imajo težave v osebnem stiku ali živijo v bolj odročnih krajih, če le imajo telefon.

Po prvem letu delovanja svetovalnega telefona ugotavljamo, da so bili najpogostejši vzroki za klic vedenjske spremembe in upadanje spoznavnih sposobnosti, čustvene in osebnostne spremembe, težave pri dnevnih aktivnostih in sočasnih telesnih motnjah ter težave pri sporazumevanju z varovancem z demenco. Klicalcem smo nudili različne oblike pomoči, glede na njihove potrebe. Največkrat smo skušali pomagati s suportivnim svetovanjem, z nakazovanjem reševanja težav, empatičnim poslušanjem, razbremenjevanjem pri osebnih stiskah in s konkretnimi informacijami (11).

Pomembno in spodbudno je, da svetovalni telefon velikokrat uporabljajo tudi ljudje, ki so dejansko v stiski, pa o drugih oblikah pomoči niso razmišljali ali pa niso vedeli, na koga naj se obrnejo. Včasih je to sploh prva oblika pomoči, ki so jo poiskali - še pred obiskom pri splošnem zdravniku (11).

## Literatura:

1. Živič Z. Multidisciplinarni team - osnova uspešni negi in rehabilitaciji. V: Kogoj A ed. 2 psihogeriatrično srečanje - Celostna obravnava bolnika z demenco. Ljubljana: Spominčica - združenje za pomoč pri demenci in Psihiatrična klinika, 2000: 84 - 93.
2. Stahl SM. Essential psychopharmacology. Neuroscientific basis and clinical applications. Cambridge: Cambridge University Press, 1996: 289 - 351.
3. Cummings JL, Kaufer D. Neuropsychiatric aspects of Alzheimer's disease: The cholinergic hypothesis revisited. Neurology 1996; 47: 876 - 888.
4. Muller HJ. Dementia treatment: A German perspective on psychosocial aspects and therapeutic approaches. International Psychogeriatrics 1995; 7 (3): 459 - 470.
5. Schneider L, Tariot P. Treatment of dementia. In: Salzman C. Clinical geriatric psychopharmacology. Baltimore: Williams & Wilkins, 1998: 510 - 542.
6. Vakselj N, Hojan V. Dovolite, da naredim, kar še zmorem. V: Kogoj A ed. 2 psihogeriatrično srečanje - Celostna obravnava bolnika z demenco. Ljubljana: Spominčica - združenje za pomoč pri demenci in Psihiatrična klinika, 2000: 73 - 83.
7. Gamse J. Nemedikamentozni ukrepi pri demenci. V: Kogoj A ed. 1. psihogeriatrično srečanje - Zdravljenje demenc. Ljubljana: Spominčica - združenje za pomoč pri demenci in Psihiatrična klinika, 1998: 36 - 42.
8. Mikluš B, Kogoj A. Institucionalna pomoč varavovancem z demenco v Italiji. V: Kogoj A ed. 2 psihogeriatrično srečanje - Celostna obravnava bolnika z demenco. Ljubljana: Spominčica - združenje za pomoč pri demenci in psihiatrska klinika, 2000: 125 - 131.
9. Mintzer JE, Hoering KS, Mirski DF. Treatment of agitation in patients with dementia. Clinics in Geriatric Medicine 1998; 14 (1): 147 - 175.
10. Doberšek - Mlakar J. Izobraževalno podporni program "Ne pozabi me". V: Kogoj A ed. 2 psihogeriatrično srečanje - Celostna obravnava bolnika z demenco. Ljubljana: Spominčica - združenje za pomoč pri demenci in Psihiatrična klinika, 2000: 94 - 101.
11. Mikluš B. Svetovalni telefon Spominčica po prvem letu delovanja. V: Kogoj A ed. 2 psihogeriatrično srečanje - Celostna obravnava bolnika z demenco. Ljubljana: Spominčica - združenje za pomoč pri demenci in Psihiatrična klinika, 2000: 59 - 72.

# DIAGNOSTICIRANJE MEJNE OSEBNOSTNE MOTNJE V SLOVENIJI

*Vladimir Auer\**

## **Izvleček**

**Izhodišča.** Mejna (borderline) osebnostna motnja (MOM) je multidimenzionalna motnja z več etiološkimi, kliničnimi in nozološkimi neznankami, različnimi teoretičnimi pogledi nanjo ter različnim pojmovanjem in diagnosticiranjem v praksi.

**Metode.** V štirih slovenskih psihiatričnih bolnišnicah sem pregledal popise 102 pacientov, pri katerih se je ta diagnoza pojavila vsaj v eni od hospitalizacij in zabeležil podatke, ki osvetljujejo pojmovanje in rabo te diagnoze.

**Rezultati.** Večina pacientov v raziskavi je dobila (bodisi pred, sočasno ali po diagnozi MOM-borderline) tudi več drugih diagnoz, največ iz kroga psihoz, odvisnosti in depresij. Ocena (verjetne) primarne motnje je pokazala, da je imelo 22,9% pacientov v raziskavi MOM, 13,6% pa (njej najbližjo) čustveno neuravnovešeno osebnostno motnjo (ČNOM)-impulzivni tip. Ostale primarne motnje so bile: shizofrenija v 19,8%, manično-depresivna motnja v 6,3%, motnje pozornosti s hiperkinetičnostjo (ADHD) v 8,3% in duševna manjrazvitost v 5,2%.

**Zaključek.** Psihatri v Sloveniji diagnozo MOM uporabljajo na več načinov, v veliki meri tudi kot izraz različnih teroretičnih pogledov nanjo. Poleg osebnostne motnje z njo često opredelijo nejasno (latentno) klinično sliko na meji psihoz, mejno osebnostno organiziranost ipd. MOM in ČNOM je imelo 36,5% pacientov v raziskavi, drugi pa so imeli (verjetno) druge primarne motnje, najpogosteje (19,8%) shizofrenijo, manično-depresivno motnjo (6,3%) in motnje pozornosti s hiperkinetičnostjo (8,3%).

---

\* Mag. Vladimir Auer, dr. med. Psihiatrična bolnišnica, Ptujška c.33, 2270 Ormož.

## Uvod

Pojem mejne osebnostne motnje (MOM) se je pojavil l. 1938 in se izoblikoval skozi tri obdobja: od prvotnega pojmovanja "mejne osebnostne organiziranosti", ki ima največ pristašev med psihodinamsko usmerjenimi strokovnjaki in velja za vzorčni primer nezrelih obrambnih mehanizmov (cepitve in projektivne identifikacije), preko "sindroma mejnega primera" (po katerem je "borderline" latentna oblika psihoze) do pojma "mejne osebnostne motnje", ki pojmuje bolezen kot samostojno diagnostično enoto z natančno določenimi značilnostmi in mejami.

Pri pojmovanju MOM kot latentne oblike psihoze je bilo spočetka aktualno predvsem vprašanje zveze s shizofrenijo. Ko so ameriški psihiatri potrdili, da nedvomno ločijo paciente z MOM od tistih z mejno (latentno) shizofrenijo, so MOM leta 1980 vključili v DSM-III kot samostojno diagnostično kategorijo (v klasifikacijo svetovne zdravstvene organizacije MKB so jo vključili šele leta 1996 in še to le kot podtip čustveno neuravnovešene osebnostne motnje, kar kaže na zadržanost do tega pojma).

Odnos MOM do motenj razpoloženja je raziskovalo več avtorjev. Akiskal (1) je prepričan, da so pri večini oseb z MOM v ozadju motnje razpoloženja. Zaradi tega je njihovo vedenje nepredvidljivo, življenje viharno, zloraba psihoaktivnih snovi pogosta. Leta 1975 je raziskal sto primerov MOM. Ugotovil je, da jih kar 66 izpolnjuje kriterije za ciklotimijo ali ponavljajoče se bipolarni razpoloženjski motnje, le 16 pa kriterije za shizotipsko motnjo. Pri ostalih je diagnosticiral disocialno osebnostno motnjo, panično motnjo, motnje pozornosti s hiperaktivnostjo (hiperkinetičnostjo) ter epilepsijo in njene posledice. Akiskal tudi meni, da osebe s to motnjo zaradi prirojenega nagnjenja do analiziranja duševnosti, egocentričnosti ter izrazite projekcije in cepitve pogosto razvijejo hudo negativen odnos do staršev, ki jim - včasih popolnoma nerealno - očitajo vse mogoče. Zato naj bi se terapevti izogibali brezpogojno verjeti (in s tem tudi pri pacientu spodbujati takšno prepričanje), da so bili starši "prave pošasti".

O težavni diferencialni diagnozi do bipolarnih motenj poročata Boltonova in Gunderson (2), ki opisujeta velika razhajanja med psihiatri, tako glede diagnoze kot glede zdravljenja, lahko tudi z resnimi posledicami za zdravljenje pacienta. Mnogi avtorji poudarjajo sorodnost z adolescentno krizo. Tudi mladostnik lahko hudo dvomi vase, krčevito išče svojo identiteto, se pritožuje nad notranjo praznino, mučita ga impulzivnost in labilnost čustev oziroma razpoloženja, njegovi medosebni odnosi pa so nestalni in viharni (3). Garnet s sod (4) je v raziskavi 21-ih mladostnikov (povprečne starosti 17-ih let) z diagnozo MOM ugotovila, da jih je dve leti kasneje le še tretjina izpolnjevala kriterije za to diagnozo.

Eden najbolj vnetih zagovornikov koncepta, da gre za popolnoma samostojno motnjo, pa je Gunderson (5), ki meni, da obstaja visok odstotek motenj razpoloženja samo pri tistih osebah z MOM, ki so imele te motnje kot sobolezen. Sčasoma je MOM postala ena od pomembnih točk razhajanj med pretežno biološko in pretežno psihodinamsko usmerjenimi šolami psihiatrije; Simonsen (6) meni, da je razpravljanje o mejni motnji neizogibno "odisejada" skozi glavne teme sodobne klasifikacije psihiatričnih bolezni.

## **Metode dela**

V štirih slovenskih psihiatričnih bolnišnicah (Ormož, Pohorski dvor in Vojnik ter Psihiatrična klinika Ljubljana - KOKP, Polje) sem pregledal knjige odpustov pacientov od leta 1995 do leta 2000 ter med nekaj več kot 30.000 odpustnimi diagnozami izbral popise bolezni pacientov, pri katerih se je vsaj v enem zdravljenju pojavila diagnoza mejna osebnostna motnja (MOM), borderline ali čustveno neuravnovešena osebnostna motnja (ČNOM). Zabeležil sem starost in spol pacienta; število sprejemov v psihiatrično bolnišnico; koledarsko leto in starost pacienta ob hospitalizaciji, v kateri se je diagnoza MOM (borderline) prvič pojavila ter oznake in gesla (šifre) po mednarodni klasifikaciji bolezni. Zabeležil sem tudi vse druge diagnoze, ki so bile postavljene pri pacientih (bodisi v isti hospitalizaciji kot MOM, bodisi pred njo ali po njej); razloge za sprejem v psihiatrično bolnišnico ter psihopatološke fenomene pred sprejemom.

## **Rezultati**

Med pregledanimi pacienti je bilo 31 (30,4%) žensk in 71 (69,6%) moških. Najpogostejše oznake (različice) za motnjo so bile: ČNOM (v 27,4%); borderline osebnostna motenost (v 25,0%); borderline (v 12,8%); borderline stanje (v 8,0%); mejna osebnostna strukturiranost (v 8,9%). V nadaljevanju za vse oznake uporabljam enoten izraz MOM (borderline).

Povprečna starost pacientov v času prvega sprejema je bila 28,3 leta, razpon pa od 14 do 66 let.

31 pacientov je bilo hospitaliziranih enkrat, 71 večkrat (od 2 do 20 krat).

Diagnoza MOM (borderline) je bila postavljena 137 krat; od tega 11 krat (v 8,0%) - sodeč po načinu klasifikacije z geslom (šifro) - kot oznaka za reaktivno psihozo, 7 krat (5,1%) za shizofrenijo in 1 krat (0,7%) za obsesivno-kompulzivno motnjo.

## Druge diagnoze

Vsi pacienti, ki so bili v bolnišnici večkrat, so imeli poleg diagnoze MOM (borderline) še eno ali več (do osem) drugih diagnoz. V isti hospitalizaciji je bilo največ vzporednih diagnoz iz kroga odvisnosti, nato psihoz in depresij; v hospitalizaciji pred MOM je bil odstotek psihoz, odvisnosti in depresij približno enak, v hospitalizaciji po MOM pa jih je bilo največ (skoraj polovica) iz kroga psihoz (46,3%), zatem iz kroga odvisnosti.

## Primerjava drugih (razen MOM) diagnoz v različnih hospitalizacijah

*Tabela 1. Primerjava drugih diagnoz v isti hospitalizaciji kot MOM, pred in po njej.*

Diagnoza	V isti hospitalizaciji	Pred MOM	Po MOM
	odstotek		
Odvisnost	32,6	18,1	34,1
Psihoze	21,4	18,1	46,3
Depresije	21,4	16,9	9,7
Anksioznost	6,1	10,6	-
Osebnostne motnje	-	16,2	-

## Razlogi za sprejem v psihiatrično bolnišnico

Primerjava med MOM in drugimi diagnozami kaže dokaj enako zastopanost razlogov; nekoliko večja je le pogostost akutne psihotičnosti pri MOM in poskusov samomora in agresivnosti pri drugih diagnozah (pri čemer razlike niso statistično pomembne).

Tabela 2. Razlogi za sprejem v psihiatrično bolnišnico.

Razlog hospitalizacij	MOM	Druge diagnoze
	odstotek	
poskus samomora	12,6	17,7
samomorilne misli in grožnje	15,6	12,6
samopoškodbe	3,0	2,0
depresivnost brez samomorilnosti	3,6	3,0
izbruhi agresivnosti	9,6	14,6
konfliktno in provokativno vedenje	5,4	3,5
akutna psihotičnost	29,5	19,2
panični napadi	2,4	2,0
sindrom odvisnosti od alkohola	9,0	7,6
odvisnost od drugih psihoaktivnih snovi	2,4	2,0
akutni alkoholni opoj	2,4	5,5

### Psihopatološki fenomeni

Kot pomemben razlog sprejema v bolnišnico ter pomembno značilnost, po kateri naj bi se MOM razlikovala od drugih (predvsem psihotičnih) motenj, sem zabeležil psihopatološke fenomene, ki so jih doživljali pacienti pred sprejemom.

Tabela 3. Primerjava psihopatoloških fenomenov med MOM in drugimi diagnozami v absolutnih številkah.

Fenomen	MOM	Druge diagnoze
nanašalnost	7	3
veličinske blodnje	5	1
preganjalne blodnje	6	11
samoobtoževalne blodnje	2	4
blodnje razsvetljenja	2	3
erotomanske blodnje	2	1
incestne blodnje	1	2
veličavske konfabulacije	-	5
občutek vplivanja na misli	1	5
depersonalizacije	-	2



## **Verjetna primarna motnja**

Pri vseh pacientih sem **na osnovi najpogostejših drugih diagnoz in najznačilnejših elementov klinične slike** postavil oceno verjetne primarne motnje. Ta je bila:

v 22,9% MOM;

v 13,6% ČNOM-impulzivni tip;

v 19,8% shizofrenija;

v 6,3% manično-depresivna motnja;

v 3,1% SOA;

v 4,2% alkoholna psihoza;

v 8,4% motnje pozornosti s hiperkinetičnostjo (ADHD);

v 5,2% primarna kognitivna manjzmožnost;

v 5,2% psihoorganski sindrom.

## **Razpravljanje**

Analizo diagnosticiranja MOM v Sloveniji sem razdelil na neselektivni prikaz pojavljanja diagnoze MOM (borderline) ter drugih diagnoz, bodisi v isti, bodisi ob različnih hospitalizacijah ter selektivno oceno verjetne primarne motnje v ozadju MOM. V neselektivni prikazu pojavljanja različnih diagnoz se je pokazalo, da se ob tej diagnozi (pri istem pacientu) javljajo predvsem še diagnoze iz kroga psihoz, odvisnosti in depresij. Pogosto javljanje psihoz med hospitalizacijami po postavljeni diagnozi MOM (borderline) ter velik delež psihotičnih psihopatoloških fenomenov pri tej diagnozi govori za sorodnost motnje (oz njenega pojmovanja) s psihozami. Videti je, da kliniki psihotične epizode vrednotijo kot pomemben del borderline sindroma oziroma, da v primeru ne povsem jasne klinične slike zaradi manjše stigmatizacije bolnika pogosto uporabijo diagnozo "borderline" namesto psihoza.

Prikazi diagnoz, ki so se pojavljale pred MOM (borderline), skupaj z njo ali po

njej, razlogov hospitalizacije in psihopatoloških fenomenov, nakazujejo, da je šlo pri mnogih pacientih, ki so vsaj enkrat dobili diagnozo MOM (borderline), primarno verjetno za neko drugo motnjo, ki bi jo bilo mogoče oceniti tudi iz pregleda popisov. To sem storil, motnjo pa zaradi subjektivnega dejavnika pri ocenjevanju imenoval **verjetna\* primarna motnja**.

Pri večini pacientov (79-ih - 77,5%) je bila verjetna primarna motnja tudi ena od (v popisih) postavljenih diagnoz; pri tistih, kjer ni bila, je bilo to najpogostejše (8 krat) pri motnjah pozornosti s hiperaktivnostjo (ADHD) oz njenih posledicah v odrasli dobi; 6 krat pri shizofreniji, po 2 krat pri manično-depresivni motnji, psihoorganskem sindromu in duševni manjrazvitosti ter po 1 krat pri obsesivno-kompulzivni motnji in shizoidni osebnostni motnji.

Visok odstotek nediagnosticirane ADHD oz. njenih posledic v odrasli dobi ne preseneča, saj za odrasle te diagnoze v klasifikaciji ni. Vendar je motnja pogosta, velikokrat jo srečamo zlasti pri odvisnih od psihoaktivnih snovi. Kaplan in Sadockov sinopsis psihiatrije (7) navaja, da naj bi prizadevala okrog 3 do 5 odstotkov šolskih otrok. Glede tega, koliko prizadetih naj bi motnja spremljala v odraslo dobo, navaja Kaplan 15 do 20 odstotkov, Biederman (8) pa 30 do 50 odstotkov. Iz teh podatkov je moč domnevati, da motnja prizadeva 1-2% odraslega prebivalstva, kar je vsaj toliko (ali celo več) kot je prevalenca shizofrenije.

Kot kriterije, da je šlo (verjetno) za ADHD oz. njene posledice v odrasli dobi, sem vzel kroničen potek s kontinuiteto iz otroštva, manjšo uspešnost v šoli, vedenjske motnje s kljubovalnostjo in prestopništvom, morebitno bivanje v posebnih vzgojnih zavodih ter klinične manifestacije, ki se predvsem ohranijo v odraslo dobo: impulzivnost, nagnjenost k odvisnosti od psihoaktivnih snovi ter manjšo socialno in poklicno uspešnost.

Z oceno verjetne primarne motnje je bilo moč razložiti tudi nekaj neobičajnosti iz neselektivnega pregleda popisov, na primer razmerje pacientov po spolu (69,6% moških in 30,4% žensk, kar je v nasprotju s podatki iz literature, ki

---

\* O pojmu "verjeten", uporabljen v raziskovalni nalogi, obstajajo, kolikor vem, deljena mnenja. Nekateri menijo, da govori za premajhno natančnost, drugi, da gre za nujno (samo)kritičnost do rezultatov raziskovalnega dela. V pričujoči raziskavi bi besedo "verjetna" morda lahko izpustil, če bi se sam pogovarjal oziroma dlje časa v osebnih stikih sledil obravnavanim pacientom. Vendar bi to raziskavo zelo zapletlo, če ne sploh onemogočilo. Pa tudi potem bi bilo moje mnenje (diagnoza) zgolj eno od subjektivnih mnenj; način eksploracije, doživljanje pacienta in njegove psihopatologije - s tem pa tudi postavljanje diagnoze - so v psihiatriji pač subjektivni pojmi. S tem pristanemo pri vprašanju, ali se s proučevanjem postavljanja diagnoz v psihiatriji sploh splača ukvarjati, ali ima stroka (in pacienti) od tega kakšno korist? Odgovor na to prepuščam bralcu.

govorijo o dvakrat večji pogostosti motnje pri ženskah); upoštevajoč verjetno primarno motnjo, je bilo pri MOM dobrih 81 % žensk.

## **Zaključek**

Raziskava potrjuje, da psihiatri v praksi - v veliki meri v skladu z različnimi teoretičnimi koncepti v razvoju pojma - mejno osebnostno motnjo (MOM) pojmujejo in diagnosticirajo na več načinov, poleg osebnostne motnje predvsem kot nejasno (latentno) klinično sliko na meji psihoz in mejno osebnostno organiziranost. Ocena verjetne primarne motnje pacientov v raziskavi je pokazala, da so bile najpogostejše primarne motnje pacientov (razen MOM in ČNOM) shizofrenija (v 19,8%), manično-depresivna motnja (v 6,3%) in motnje pozornosti s hiperkinetičnostjo (ADHD) oz. njene posledice v odrasli dobi (v 8,4%). Velik delež pravkar omenjene med nejasnimi oz. nediagnosticiranimi primeri kaže na to, da bi morali najbrž tej motnji med odraslimi z duševnimi motnjami, zlasti pri odvisnih, posvetiti več pozornosti.

Za celovitejši prikaz značilnosti motnje ter njenega pojmovanja in diagnosticiranja v Sloveniji bi bil potreben še pregled dovolj velikega števila ambulantnih bolnikov, kar bi lahko bila tema morebitnih nadaljnjih raziskav.

Eden od ciljev raziskave bo morda dosežen, če bo spodbudila razmišljanja in nadaljnja proučevanja v zvezi s postavljanjem (te in drugih) diagnoz v psihiatriji.

## Literatura:

1. Akiskal HS. The Temperamental Borders of Affective Disorders. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 89 (suppl 379): 32-37.
2. Bolton S, Gunderson JG. Distinguishing Borderline Personality Disorder from Bipolar Disorder: Differential Diagnosis and Implications. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 1202-1207.
3. Tomori M. Puberteta in adolescencia. *Pedopsihijatrija* 1976; 1: 133-138.
4. Garnet KE, Levy KN, Mattanah JF, Edell WS, McGlashan TH. Borderline Personality Disorder in Adolescents: Ubiquitous or Specific? *Am.J.Psychiatry* 1994; 151: 1380-1382.
5. Gunderson JG. Building Structure for the Borderline Construct. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 89 (suppl.379): 12-18.
6. Simonsen E. The Borderline Conditions - an Introduction from a Scandinavian Perspective. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 89 (suppl 379): 6-11.
7. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. In: Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry, Williams & Wilkins, Baltimore, 1997.
8. Biederman J, Faraone SV, Spencer T et al. Patterns of Psychiatric Comorbidity, Cognition and Psychosocial Functioning in Adults With Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 1792-1798.

## **TAKO DELAMO**

### **Pojavnost in odmevnost raziskovalcev Raziskovalne skupine Psihiatrične klinike Ljubljana v mednarodni strokovni literaturi.**

*Bibliometrična ocena obdobja od leta 1991 do 2001.*

**Franc Osterman\* Rok Tavčar\*\***

#### **Izvleček**

V zadnjih letih se vedno bolj uveljavlja bibliometričen pristop k ocenjevanju količine in kakovosti objavljenih znanstvenih del. Pri tem se uporabljajo specializirane zbirke podatkov, ki jih vzdržujejo ustrezne domače in tuje organizacije in ki vodijo podatke o objavljenih prispevkih v najpomembnejših znanstvenih revijah in številu citatov. Namen prispevka je prikazati rezultate bibliometrične analize pojavnosti in odmevnosti raziskovalcev Raziskovalne skupine Psihiatrične klinike Ljubljana v mednarodni literaturi v obdobju med letoma 1991 in 2001. Vse podatke smo zbrali iz zbirke Institute for Scientific Information (ISI). V omenjenem obdobju so raziskovalci v strokovnih revijah, vključenih v Science Citation Index (SCI) in Social Sciences Citation Index (SSCI), objavili 34 del, od katerih jih je 15 doseglo skupaj 74 citatov. Rezultati kažejo visoko pojavnost raziskovalcev Psihiatrične klinike v mednarodni znanstveni literaturi.

#### **Abstract**

Bibliometrical approach of assessing quantity and quality of publications has become more common in recent years. Specialised databases, maintained by domestic and international abstracting and citation services are used. These databases contain data on published articles and their citations. Our aim was to assess the main bibliometric indices for the researchers of University Psychiatric Hospital in Ljubljana, Slovenia. The data were gathered from the database of Institute for Scientific Information (ISI). All papers which were published between 1991 and 2001 in journals included in the Science Citation

\* Dr. Franc Osterman, univ. dipl. psih. Psihiatrična klinika, Klinični oddelek za klinično psihiatrijo, Studenec 48, 1260 Ljubljana - Polje.

\*\* Doc. dr. Rok Tavčar, dr. med. Psihiatrična klinika, Klinični oddelek za klinično psihiatrijo, Studenec 48, 1260 Ljubljana - Polje

Index (SCI) and the Social Sciences Citation Index (SSCI) were considered. In the specified period there were 34 publications, 15 of which were cited for a total of 74 times. The results show high presence of researchers in the international scientific literature.

## Uvod

Bibliometrični pristop se je pri oceni znanstvene produktivnosti v zadnjih letih pokazal kot izredno pomemben. Uporaba bibliometričnih kriterijev za ocenjevanje pojavnosti v mednarodni strokovni literaturi je bila omogočena z dostopnostjo do zbirke podatkov, ki jih vzdržuje ISI - Institute for Scientific Information, Philadelphia, Pennsylvania, USA. Institut združuje informacije o okoli 16000 publikacijah iz različnih znanstvenih področij, vključno s humanističnimi in socialnimi vedami ter umetnostjo. Osnovo zbirke podatkov predstavlja okoli 8000 znanstvenih revij. Izkazalo se je, da večji del najpomembnejših znanstvenih rezultatov objavlja relativno malo število revij. Ta princip je znan kot Bradfordov zakon (1). Novejše analize so pokazale, da 150 revij objavlja polovico vseh citiranih in četrtno vseh objavljenih del in da 2000 revij vsebuje približno 95 % citiranih in 85 % objavljenih del (2). Poudariti je seveda treba, da mora neka revija, preden je vključena v zbirko podatkov, zadostiti številnim kriterijem.

Podatki o objavljenih delih s področja medicinskih, psiholoških in socialnih ved so vključeni v zbirko podatkov znanstvenih del z indeksi citiranosti SCI (Science Citation Index) in SSCI (Social Sciences Citation Index). Obe klasifikaciji vsebujeta znanstvene revije, predvsem v angleškem jeziku, ki predhodno selekcionirajo objavljene prispevke in tako zadostijo specifičnim kriterijem znanstvene ustreznosti in kakovosti. Izmed 4500 revij, ki so vključene v SCI in SSCI, jih okoli 3000 lahko smatramo za biomedicinske revije (3).

Podatki o publikacijah, ki jih vsebuje ISI, se ne nanašajo samo na objavljena dela, temveč spremljajo tudi njihovo odmevnost, se pravi citiranost, ki jo članki dosežajo v naslednjih letih. Odnos med številom citatov in številom objavljenih del je definiran kot faktor vpliva (impact factor). Pojem "vpliva" v kontekstu citiranosti objavljenih del je prvič uporabil Garfield leta 1955, medtem, ko se je termin "impact factor" prvič pojavil leta 1963, v sklopu podatkov SCI o publikacijah iz leta 1961 (3).

Analize podatkov o objavljenih delih ter kvantitativno ocenjevanje njihove

odmevnosti ponujajo številne možnosti primerjalnih študij, omogočajo primerjavo znanstvene produktivnosti med različnimi narodi, univerzami, skupinami raziskovalcev, pa tudi med posameznimi raziskovalci. Poleg tega lahko osvetlijo in vplivajo na vrsto dejavnikov, povezanih z raziskovalno dejavnostjo.

Namen tega prispevka je prikazati rezultate bibliometrične analize pojavnosti in odmevnosti raziskovalcev Raziskovalne skupine Psihiatrične klinike Ljubljana v mednarodni strokovni literaturi, v obdobju med letoma 1991 in 2001.

## **Metoda**

V zbirki podatkov ISI in indeksih SCI in SSCI smo poiskali objavljena dela, ki imajo kot avtorja (kot prvega avtorja ali soavtorja) raziskovalca iz Raziskovalne skupine Psihiatrične klinike Ljubljana (RS). Leta 2001 je RS sestavljalo 30 raziskovalcev, od tega 23 zdravnikov-specialistov ali specializantov psihiatrije ter 7 psihologov-specialistov klinične psihologije. Stopnjo doktorja znanosti je doseglo 15 raziskovalcev, stopnjo magistra pa 7 raziskovalcev. Poleg raziskovalcev so bili v skupini še štirje strokovni sodelavci. Vsi člani RS so bili redno zaposleni na Psihiatrični kliniki.

Pri zbiranju podatkov smo upoštevali tudi možne probleme pri raziskovalcih z dvema osebnima imenoma in/ali priimkoma. Ni namreč nujno, da so v objavljenih prispevkih vedno navedeni s polnimi imeni (npr. enkrat je avtorica vpisana kot Grad OT, drugič kot Grad O; ali na primer kot Novak-Grubic V oziroma Novak GV; ter Kores B oziroma Plesnicar BK), kar lahko moti iskanje po zbirkah podatkov. Prav tako se v svetovni literaturi pojavlja več raziskovalcev z enakimi priimki in začetnicami imen(a), na primer: Augustin B, Breclj M, Licina M, Grad O, Mlakar J, Osterman F, Tomori M, Zalar B. Tudi to smo upoštevali in vključili le tiste prispevke, ki so jih dejansko napisali raziskovalci iz RS.

Pri analizi podatkov smo se opirali na metodologijo, ki jo je uporabil Garfield v svoji znani raziskavi (4). Iskali in analizirali smo članke s citati, revije z največ objavami, pogostost objav po letih, avtorjih in soavtorjih ter vsebino objavljenih člankov.

# Rezultati

## Citirani članki

*Razpredelnica 1. Citirani članki raziskovalcev Psihiatrične klinike (1991-2001), v revijah, ki so vključene v SCI in SSCI, razvrščeni po številu citatov*

Št. ref.	Št. cit.	Delo	
1	16	33	Mlakar J, Jensterle J, Frith CD: Central monitoring deficiency and schizophrenic symptoms. <i>Psychological Medicine</i> 1994; 24: 557-64.
2	10	7	Kocmur M, Milčinski M, Budihna NV: Evaluation of brain perfusion with technetium-99m bicisate single-photon emission tomography in patients with depressive disorder before and after drug treatment: <i>European Journal of Nuclear Medicine</i> 1998; 25: 1412-14.
3	84	6	Kores B, Lader MH: Irreversible lithium neurotoxicity: An overview. <i>Clinical Neuropharmacology</i> 1997; 20: 283-99.
4	26	5	Grad OT, Zavasnik A, Groleger U: Suicide of a patient: Gender differences in bereavement reactions of therapists. <i>Suicide and Life-Threatening Behavior</i> 1997; 27: 379-86.
5	48	4	Šteblaj A, Tavčar R, Dernovšek MZ: Predictors of suicide in psychiatric hospital. <i>Acta Psychiatrica Scandinavica</i> 1999; 100: 383-88.
6	19	3	Grad OT, Zavasnik A: Similarities and differences in the process of bereavement after suicide and after traffic fatalities in Slovenia. <i>Omega-Journal of Death and Dying</i> 1996; 33: 243-51.
7	18	3	Tomori M: Personality-characteristics of adolescents with alcoholic parents. <i>Adolescence</i> 1994; 29: 949-59.
8	0	3	Kastelic A, Scott R: Buprenorphine: Current perspectives proceedings from a symposium at the European Opiate Addiction Treatment Association Meeting, Heroin Addiction in Europe - Introduction <i>European addiction research</i> 1998; 4: 1-2.
9	5	2	Tavčar R, Dernovšek MZ: Recidivism in Slovenia. <i>Psychiatric Services</i> 1997; 48: 955-56.
10	3	2	Tavčar R, Dernovšek MZ: Risperidone-induced delirium. <i>Canadian journal of psychiatry</i> 1998; 43: 194.
11	49	2	Tavčar R, Dernovšek MZ, Zvan V: Choosing antipsychotic maintenance therapy - A naturalistic study. <i>Pharmacopsychiatry</i> 2000; 33: 66-71.
12	12	1	Dernovšek MZ, Tavčar R: Olanzapine appears haematologically safe in patients who developed blood dyscrasia on clozapine and risperidone. <i>International Clinical Psychopharmacology</i> 2000; 15: 237-38.
13	40	1	Dernovšek MZ, Bah B, Pintarič L, Tavčar R: The knowledge of inpatients with schizophrenia on their medication at hospital discharge. <i>Pharmacoepidemiology and Drug Safety</i> 2000; 9: 327-33.
14	52	1	Tomori M, Zalar B: Characteristics of suicide attempters in a Slovenian high school population. <i>Suicide and Life-Threatening Behavior</i> 2000; 30: 222-38.
15	28	1	Tomori M, Rus-Makovec M: Eating behavior, depression, and self-esteem in high school students. <i>Journal of Adolescent Health</i> 2000; 26: 361-67.

Legenda: št. ref.- število referenc, št. cit. - število citatov



Citirane članke smo iskali glede na prvega avtorja (to je tistega, ki je bil v originalni publikaciji napisan na prvem mestu). Razpredelnica 1 vsebuje vse citirane članke med prispevki, ki so bili objavljeni v revijah, vključenih v SCI in SSCI, v letih med 1991-2001. Prikazane so osnovne bibliografske informacije, zlasti pa še število referenc in število doseženih citatov.

## Revije z največ objavami

V razpredelnici 2 je prikazano število objav v posamezni reviji vključeni v SCI in SSCI (prikazane so samo revije z več kot enim objavljenim člankom), število citiranih člankov v reviji in skupnih citatov člankov iz revije, povprečno število citatov na članek, ki je bil citiran ter faktor vpliva revije za leto 2001.

*Razpredelnica 2. Revije, vključene v SCI in SSCI z največ objavljenimi članki (1991-2001)*

Revija	Število objav	Število citiranih člankov	Število vseh citatov	Povprečje citatov članka	Faktor vpliva*
Acta Psychiatrica Scandinavica	4	2	7	3,5	1,774
European Psychiatry	3	0	0	0	0,748
Adolescence	2	1	3	3	-
Psychiatric Services	2	1	1	1	1,795
Suicide Life-Threatening Behaviour	2	2	6	3	-

\*za leto 2001

## Pogostost objav po letih in vsebina objavljenih člankov

V razpredelnicah 3 in 4 je prikazano število objavljenih člankov po posameznih letih in po avtorjih (kot prvi avtor ali soavtor), v razpredelnici 5 pa je navedena okvirna glavna vsebina oziroma področje, ki ga prispevki v revijah, vključenih v SCI in SSCI, obravnavajo.

*Razpredelnica 3. Število objavljenih člankov po letih*

Leto	Število
1991	0
1992	0
1993	0
1994	2
1995	0
1996	1
1997	4
1998	5
1999	5
2000	13
2001	4
Skupaj	34

*Razpredelnica 4. Število objav (1991-2001) v revijah vključenih v SCI in SSCI po avtorjih*

Avtor	Kot prvi avtor	Kot soavtor	Skupaj
Tomori M	8	1	9
Tavčar R	6	8	14
Dernovšek MZ	4	9	13
Grad OT	3	3	4
Novak-Grubič V	2	2	4
Ziherl S	2	2	4
Kores B	2	2	4
Kocmur M	2	-	2
Osterman F	2	-	2
Kastelic A	1	-	1
Mlakar J	1	-	1
Šteblaj A	1	-	1
Zalar B	-	9	9
Zavasnik A	-	4	4
Žvan V	-	3	3
Groleger U	-	1	1
Jensterle J	-	1	1
Rus-Makovec M	-	1	1
Skupaj	34		

### Razpredelnica 5. Širše področje (vsebina) posameznega članka

Področje		
	epidemiologija	11
	psihofarmakologija	11
	klinično delo	6
	drugo	6
	skupaj	34
Diagnostične skupine		
	psihotične motnje	17
	samomorilnost	7
	mladostniki	6
	odvisnosti	3
	drugo	1
	skupaj	34

### Razpravljanje

Kljub neslutnemu razvoju elektronskega načina komuniciranja (medmrežje, elektronska pošta, revije, dostopne v svetovnem spletu) ostaja med strokovnjaki objavljanje znanstvenih prispevkov v "prestižnih" revijah najbolj priljubljeno (5, 6). To je razumljivo, ker tovrstne revije že same naredijo izbor prispelih člankov. British Medical Journal na primer izmed 4000 prispelih člankov objavi le 14% del (7). Drugi navajajo, da se število objavljenih člankov, glede na prispele, v revijah Ameriškega psihološkega združenja spreminja od 28% do 92% (8). Poleg prvega izbora člankov, ki ga navadno opravi že sam urednik, ima večina revij tudi tako imenovani "peer review" sistem (5), kjer pošljejo članke v recenzijo še najmanj enemu ocenjevalcu (večinoma pa dvema ali več).

Razpravljamo o faktorju vpliva posameznih revij. Za določene primere oziroma namene uporabe je upoštevanje faktorja vpliva ustrezno, za druge pa ne. Za oceno kakovosti znanstvenih del (merjene s faktorjem vpliva) in še zlasti posameznih znanstvenikov svetuje Garfield (3) previdnost in kritičnost pri uporabi, s številkami izraženih, kazalcev kakovosti. Tudi Howard in Wilkinson (9) ugotavljata podobno in poudarjata, da je npr. število citatov odvisno tudi od ugleda in poznanosti posameznega avtorja in aktualnosti obravnavane tematike in ne samo od kakovosti članka. Ugotovila sta, da so v zadnjih letih številne psihofarmakološke revije (ki jih včasih celo sponzorirajo farmacevtske firme), skoraj izrinile revije s področja "splošne" psihiatrije in da je citiranost del "biološke" psihiatrije večja od tistih, ki obravnavajo "psihodinamiko" ali sociološke vidike duševnega zdravja.

Avtorji navajajo tudi druge pomanjkljivosti bibliometričnih analiz. Porta (10) omenja vprašljivost uporabe zgolj podatkov ISI, ki ne zajema vseh svetovnih revij in tudi izključuje podatke o izdanih knjigah in/ali poglavjih iz knjig. Bibliografski podatki se zbirajo in vnašajo v specializirane zbirke podatkov na različnih mestih. V Sloveniji se na primer ti podatki na področju biomedicine beležijo v zbirki Biomedicina Slovenica, ki jo vodi Inštitut za biomedicinsko informatiko, pa tudi v zbirki Cobiss, ki jo vzdržuje Izum. Čeprav se upravljavci obeh navedenih zbirk zelo trudijo z ažuriranjem informacij, tudi oni ne morejo zajeti vseh objavljenih del, zlasti izvlečkov kongresnih prispevkov, objav slovenskih avtorjev v nekaterih tujih revijah itd. V takem primeru navadno avtorji sami sporočijo podatke o svojih objavah, ki še niso zajeta v zbirkah, vendar je ta postopek navadno precej dolgotrajen, predvsem pa odvisen tudi od prizadevnosti samih avtorjev.

Zaradi tega smo se pri analizi odločili za uporabo zbirke podatkov ISI, ki se je v nekaterih primerih pokazala celo kot popolnejša od obeh zgoraj navedenih. Zbirka ISI poleg tega omogoča tudi vpogled v citiranost posameznega članka, kar pri ostalih dveh zbirkah ni možno. Seveda bi lahko vzeli podatke o citiranosti iz zbirke ISI, podatke o objavah pa iz ostalih dveh zbirk, vendar smo se odločili za enoten vir podatkov. Zaradi uporabljenega pristopa bi lahko prišlo do manjših razhajanj v bibliometričnih parametrih posameznega raziskovalca, čemur pa se iz navedenih razlogov skorajda ni moč izogniti.

## **Zaključek**

Naši rezultati kažejo produktivnost in odmevnost raziskovalcev na Psihiatrični kliniki Ljubljana v preučevanem obdobju. Na osnovi pričujoče analize bi lahko priporočili raziskovalcem, da v prihodnjih objavljenih delih poenotijo nekatere podatke, na primer naziv ustanove (slovenski in angleški naziv sta opredeljena v statutu ustanove), navedbo svojega priimka (ali priimkov, s pomišljajem ali brez itd.) oziroma začetnico imena.

## Literatura

1. Garfield E. Citation Indexing. New York: John Wiley & Sons, 1979.
2. Garfield E. The significant scientific literature appears in a small core of journals. *Scientist* 1996; 10: 13.
3. Garfield E. How can impact factors be improved? *Br Med J* 1996; 313: 411-13.
4. Garfield E. Psychology research, 1986-1990: a citationist perspective on the highest impact papers, institution and authors. *Curr Contents* 1992; 412: 5-15.
5. Cicchetti D. The reliability of peer review for manuscript and grant submission-it's déjà-vu all over again-author's response. *Behavioural and Brain Sciences* 1993; 16: 401-3.
6. Wessely S. What do we know about peer review? *Psychol Med* 1996; 26: 883-6.
7. Anon. What makes a good reviewer of manuscript? *Br Med J* 1998; 316: 86.
8. Anon. Summary Report of Journal Operations, 1998: Summary Report of Division Journal operations, 1998. *Am Psychol* 1999; 54: 715-16.
9. Howard L, Wilkinson G. Impact factors of psychiatric journals. *Br J Psychiatry* 1997; 170: 109-12.
10. Porta M. The bibliographic "impact factor" of the Institute for Scientific Information: how relevant is it really to public health journals? *J Epidemiol Community Health* 1996; 50: 606-10.

