

ZN PAC. ODVISNEGA OD ALKOHOLA:

- **DIHANJE:** večje tveganje za infekcije dihal, kardiovaskularne motnje, zvišan RR in tahikardija, povišano dihanje; MS nadzoruje VT, RR ter aplikac. zdravil po naročilu,
- **IZLOČANJE, ODVAJANJE:** diareja in oligurija, lahko tudi inkontinenca; MS vodi bilanco tekočin in odstopanja od normale(primesi, vonj itd.),
- **TEL. TEMPERATURA:** višja pri odtegnitvenem sindromu, podhladitev, smrt; MS redno meri TT, pac. Ki se zdravijo od alko. jim povemo kako več o zdravi prehrani,
- **PREHRANJEVANJE:** neješči pac., kar vodi v dehidracijo in elektrolitsko neravnovesje, zmanjšana T teža; MS v odtegnitv. krizi dodaja tekočino, vodi bilanco tekočin,
- **GIBANJE:** v odtegnitv. krizi je zmanjšana motorična sposobnost, mišična oslabelost; MS oz. negova. intervencije so usmerjene v preprečevanje padcev, pac. ki se zdravijo od alkohola jim povemo kako pomembna je vsakdanja aktivnost,
- **SPANJE:** so nespeči, motnje v ritmu spanja ali pa preveč spijo; MS poskuša urediti ritem spanja, ga spodbujamo k fizični aktivnosti, ustrezna mikroklima,...
- **IZOGIBANJE NEVARNOSTIM V OKOLJU:** avtoagresivnost, suicidalna ogroženost, delovni nemir; MS zagotavlja varnost, pacienta seznanimo z škodljivimi posledicami alkohola,
- **OSEBNA HIGIENA:** zanemarjajo skrb zase, zobovje, zunanji videz, zaudarjajo, zmanjšan turgor kože in spremembe na sluznicah; MS opazuje st. sluznic in pomaga pri izvajanju osebne higiene,
- **OBLAČENJE:** imajo neustrezne razvade oblačenja; MS motivira pac. k ustrez. oblač.
- **ODNOSI Z LJUDMI:** nimajo zanimanja za okolje, socialno se izolirajo; MS pomaga pac. Pri zmanjšanju nekontroliranih čustev in ga motivira h komunikaciji,
- **KORISTNO DELO:** se ne rekreirajo, so brezposelni, dela ne opravljajo vestno; MS ga spodbuja k zaposlitvi, aktivnemu življenju in ga vključuje v razna društva,
- **UČENJE:** MS mora ga voditi, učiti, seznanjati o škodljivih posledicah nekontrolirane rabe

OBRAVNAVA PAC. Z DVOJNO DIAGNOZO:

1. **DEFINICIJA:** je sopojavnost duševne bolezni, povezanih z zlorabo psihoaktivnih snovi (PAS) imenujemo KOMORBIDNOST ali dvojna diagnoza,

2. **PROBLEMI PAC. Z DVOJNIMI DIAGNOZAMI:**
 - pacientovi problemi so kompleksni;
 - vsako motnjo obravnava druga služba,
 - stroka se težko zedini katero prvo zdraviti,
 - pac. se počutijo nezaželeni,
 - visoka stopnja samopoškodb,
 - osebje ni kompetentno.

3. **POSEBNOSTI TER. PRISTOPA IN VLOGA MS:**
 - Intergrirani pristop (izvaja ga tim in so primerne za manjše skupine),
 - Paralelni pristop (obrnava sočasna, vendar v razl. terapevtskih okoljih, zato pacienti pogosto opustijo tak pristop),
 - Serijski pristop (najprej ena bol. Motnja, nato druga, zaporedno odvisno od situacije),
 - Enostranski pristop (obrnava se le ena diagnoza, ker je druga prezrta).

PSIHOZA:

1. **KAJ JE:** psihoza je sindrom, ki vključuje blodnje, halucinacije in dezorganizirani mišljenje zaradi česar je stik s stvarnostjo porušen.

2. **DELITEV:**
 - Tipična (shizofrenija, manija-depresija) in atipična (vse ostalo) psihoza,
 - Organska (anat. okvare možganov) in funkcionalna,
 - Endogena (notranji vzrok) in eksogena (zunanji vzrok),
 - Otroške, poporodne psihoze,
 - Danes govorimo le o psihotičnih simptomih.

3. **VEDENJE PSIHOTIČNEGA BOLNIKA:**
 - Spremenjeno vedenje (ima gibe ali drže, ki delujejo nepristno, stupor, socialno neustrezno vedenje, nepovezan govor, čustveni izraz neustrezen-smeje se ob pripoved. žalostnih stvari), toda te znaki niso povsem specifični, kajti tudi bol. s psihozo ne prepoznamo navzven
 - Pacient se ravna po tem kar doživlja (če se čuti ogroženega se bo skrival, če ima občutek da ima hrana drugačen okus bo mislil da ga skušajo zastrupiti itd).

4. ODNOS DO PSIHOTIČNEGA PAC. IN KOMUNIKACIJA Z NJIM:

- Zahteva najvišje etične standarde,
- Za vzpostavitev ustreznega odnosa je koristno poznavanje transferne in kontratransferne problematike, kar nas obvaruje pred nezaželenimi in neustreznimi čustvenimi reakcijami,
- Komunik. je otežena zato ga moramo vprašati ali nas razume kar govorimo in če nas ne se mu moramo prilagoditi,
- Blodnja je po def. neomajno prepričanje in nanjo ne moremo vplivati z argumenti, ker se oblikuje po globjih občutkih, ta pa so za človeka vedno resnična in ne zahtevajo logične utemeljitve, zato ga ne prepričujemo da to ni res, a hkrati tudi ne pritrdimo.

ZN PAC. S SHIZOFRENIJO:

- **DIHANJE:** zaradi psihotičnih doživljanjih, tesnob in kajenja pride do: suha usta in nos; MS meri, vrednosti frekvenco, ritem in način dihanja za suha usta pa veliko tekočine,
- **IZLOČANJE:** zaradi antidepresivov zastoj urina, anksiozni pac. pogosto urinirajo, antipsihotiki in tel. Nedejavnost ter neprav. prehrana povzročajo zaprtost in motnje menstrualnega ciklusa; MS pri teh spremembah vodi bilanco tekočin in predvsem svetuje pac. Ter ga opominja za ostale aktivnosti,
- **VZDRŽEV. TT:** shizofreniki imajo pogosto zvišano TT, zato pac. Poučimo o pravilni mikroklimi, oblačenju, merimo tt itd.
- **PREHRANJEVANJE IN PITJE:** popolno odklanjanje ali prenažiranje, posledica lahko povišana T teža; MS mora opazovati kako je, kaj je, spodbuja zdravo prehrano in skrbi da so obroki vedno ob istem času, ko pac. Hrano odklanja češ da je zastrupljena moramo jesti z njim ali pa prej poskusiti ali pa da si sam naloži itd

- **GIBANJE:** kaže se kot psihomotorična vzburjenost (je nasilen, ima brezciljne gibe, vpije, trga obleko) in kot katatonski nemir (pac. Je negiben, ne reagira na dražljaje, odklanja hrano) lahko so prisotne tudi halucinacije; MS pac. spodbuja k vsakodnevnim aktivnostim, učimo ga o pravilni drži, jutranja telovadba, sprehodi itd.
- **SPANJE:** ne udeležujejo se aktivnosti zato popoldne prespijo in ponoči nič ne spijo, spanec je manj kakokovsten; MS mu pomaga pri ustrezni mikroklimi in da ni hrupa, pomaga da se opravi večerna toaleta, skrbi za vsakdanjo aktivnost,
- **IZOGIBANJE NEV. V OKOLJU:** od MS je odvisna fizična (njene spretnosti) in psihična varnost (zaupanje), nasilno vedenje lahko preprečimo ali omilimo, ko se pa umiri ga pa poučimo o metodah reševanja problemov, obstaja tudi nevarnost samomora zato je potrebna stalna prisotnost osebja in odstranitev nev. predmetov
- **OSEBNA HIGIENA:** pomanjkljiva urejenost in osebna higiena sta 1. Simptom za shizofrenijo; MS motivira pac. da bo samostojno opravljal osebno higieno, kozmetične pripomočke, in da bo seveda imel zagotovljeno intimnost pri vsem tem,
- **OBLAČENJE:** zanimanje za obleko odraža našo pozitivno ali negativno zanemarjenje, zato ko je pac. V bolnišnici mu omogočimo da je v svoji obleki, kar ga vzpodbudi da skrbi za svoj videz, če je potrebno mu MS pomaga pri izbiri,
- **ODNOSI Z LJUDMI:** slabi odnosi, nesprejemanje okolice, sporazumevanje z drugimi je oteženo, motnje v komunikaciji zaradi motenj mišljenja, pac. učimo komunik. Prek terapevtske komunik. in celostna obravnava vodi pac. k vzpodbujanju da sam poišče smisel življenja,
- **KORISTNO DELO:** ti pac. potrebujejo veliko vzpodbude, in v času hospit. naj bi imeli podoben urnik dela kot zunaj bolnišnice, naj se ukvarja s tistim kar rad dela
- **RAZVEDRILO:** ne smemo mu pustiti da kar poležava, ampak da kakovostno preživi svoj prosti čas (kino, igre, aktivnost, sprehod, pevske skupine,...)
- **UČENJE:** usmerjeno v proces spreminjanja razmišljanja, vseskozi se uči in sprejema
- **DELO Z DRUŽINO:** opora družine bistveni vpliva na potek in izid njegove bol, prevelika skrb, čustvena napetost, jeza, brezbržnost lahko privede do ponovne bol, ko je čas odpusta se svojci ponovno učijo sprejemanja in upoštevanja avtonom. pacienta.

ČUSTVOVANJE-OSNOVNI POJMI:

1. **ČUSTVENE MOTNJE:** lahko nastanejo z neustreznim učenjem vrednosti sek. ojačevalcev. To uvrščamo v kategorijo nevrotskih motenj.
 - Imamo 2 teoriji: PSIHOTERAPIJA (poudarja pomen ponovnega zavestnega podoživljanja travmatičnih čustev in njihovega ozaveščanja) in VEDENJSKA

ALI KOGNITIVNA TERAPIJA (naravnana je na učenje ustrežnejših vrednosti sek. ojačevalcev).

V obeh primerih pa je za ozdravitev potrebno doseči globoko spremembo v evalvaciji pomena kritičnih življ. situacij, ki je zapisana v možganskih strukturah, ki niso pod neposredno kontrolo človekove zavesti.

2. **MOTNJE RAZPOLOŽENJA:** v realnem svetu razpoloženja pridejo in izginejo brez povoda in v blagi stopnji so te spremembe lahko normalne. Motnje razpoloženja pa nastanejo:
 - Zaradi poškodb možg. sistemov, ki podpirajo emocionalne procese,
 - Zaradi stresa, ki izčrpa in spremeni delovanje monoaminov (noradrenalin, dopamin),
 - Zaradi bolezenskih poškodb v delovanju nevrotansmitorjev ali hormonske regulacije teh sistemov

3. **ČUSTVA IN ZAVEST:** se neposredno oblikujejo šele v človekovi zavesti in tam dobijo posebno kvaliteto, da jih čutimo tako kot jih: barva, vonj, bolečina itd.

ZN PAC. Z DEPRESIVNO MOTNJO: skrb za to motnjo vključuje na 1. Mestu terapevtsko komunikacijo kot sredstvo za vzpostavljane donosa preko katerega ga vodimo

- **DIHANJE:** delovanje se zmanjša, redko pospeši; MS dnevno kontrolira VF še posebej pri komorbidnih (njim se spremeni RR, srčni utrip, dihanje itd),
- **IZLOČANJE:** zmanjšana količina blata in urina zaradi neaktivnosti in zmanj. Vnosa hrane, retenca urina in obstipacija pa sta lahko posledica zdravil,
- **VZDRŽEV. NORMALNE TT:** spremenjeno zaradi zdravil to poveča tveg. za infekcijo
- **PREHRANJEVANJE:** pomanjkanje teka (takim ponujamo več obrokov po malo in tekočino zato da ne izgubi na TT), tisti pac. ki tega noče mu damo intravensko infuzijo in prek nje hrano-v akutni fazi je potrebna dnevna kontrola hrane, T teže
- **GIBANJE:** psihomotorična retardacija (ležijo in sedijo ure in ure, stupor) psihomotorična agitacija (intenzivni gibalni nemiri); MS spodbuja pac. k gibanju in spremembi položajev ter umirjanju nemira,
- **SPANJE:** dnevni počitek in neaktivnost motita kvalitetne nočne spance, v akutni fazi pa se pridružujejo še depresivne misli, anksioznost; MS motivira pac. z določanjem urnika in da se z njim pogovori o dnevnem počitku,
- **IZOG. NEVARNOSTIM V OKOLJU:** samomorilna nagnjenja zaradi občutkov krivde, straha, zelo pomembna je varnost (opazujemo ga v gibanju in mirovanju), ter da odkrijemo te težnje in se pogovorimo ter naredimo načrt ZN,
- **OSEBNA HIGIENA:** so brezvoljni in se zanemarijo do te mere da imajo lahko uši, izsušene sluznice, spremenjene nohte, neurejeno pričesko; MS pac. motivira in se z njim pogovorimo o spremembi pričeske, bradi itd.
- **OBLAČENJE:** neupošteva higieno sp. perila nogavic; MS ga mora informirati o redni menjavi in o primernem oblačenju,
- **ODNOSI Z LJUDMI:** pacient se stikom izmika, jih pretrga, ne prenesejo nekoga ki ima manično obliko (njegove znake-da venomer hodi, govori itd.) govor je tih, počasen, komaj razločen; pacienta spodbujamo pri komunikaciji in izražanju čustev,
- **KORISTNO DELO:** šport ima zelo ugodne vplive, svetujemo pa tudi da se vključi v kakšno skupino,
- **UČENJE:** v akutni fazi je nemogoče, kasneje pa z urjenjem in ustrezno pomočjo.

OBRAVNAVA PSIHIČNIH MOTENJ V NOSEČNOSTI IN POPORODNEM OBDOBJU:

1. VZROKI (biološki dej. za nastanek popor. duševnih motenj):

- Prvesnice-ženska starejša od 35 let (carski rez, pri porodu uporabljeni ginekol. pripomočki, še posebej ko je otrok prizadet),
- Povezave z duš. motnjami v nosečnosti, prezgodnji porod

2. POPORODNI DEPRESIVNI SINDROM:

- Popородna otožnost (pojavlja se 48h po porodu, povezana je z upadom kontracepcije, izločanjem placente, ZNAKI: jokavost, depresija, to izzveni sama ali po vzpostavitvi hormonalnega ravnovesja),
- Popородna nevrotična depresija (pojavi se nekaj tednov ali mesec po porodu, ZNAKI: brezvoljnost, potrtost, izguba apetita, pretirana skrb za otroka, dvomi v svojo materinsko vlogo; ženske ne iščejo pomoči, kar lahko samo poglobi še težave),
- Popородna velika depresija (simptomatska depresivna psihoza, porodnica ima depresivne in samoobtoževalne ter hipohondrične blodnje, simptomatika se spreminja in lahko zavede domače, obstaja možnost samomora).
- **Ugotavljanje poporodnih depresij:** EDINBURŠKI vprašalniki (EPDS), ki se uporabljajo na 1. ginekol. pregledu ali 6. tednov po porodu

3. POMEN OSEBNIH IN SOCIALNIH DEJ. PRI NASTAJANJU POPOR. DEPRESIJ:

- Psihološki dej. : odnos do lastne matere, odklanjanje Ž vloge, podzavestno odklanjanje otroka, emocionalna zavrtost, pomanj. zaupanja do partnerja,

- Socialni dej. : stresni dogodki, neustrezne razmere kot so: samski stan, izguba pomembne osebe, vsiljena poroka

4. ZN Ž. S PSIHIČNO MOTNJO V OBPORODNEM OBDOBJU:

- V nosečnosti (simptomi depresije so enaki v zadnjem tromesečju kot ob porodu, zato MS že ob 1 stiku lahko začne govoriti o psihičnem zdravju. Poleg šole za starše jim moramo omeniti tudi o poporodni depresiji. V zadnjem tromesečju pa naredimo rutinsko presajanje za depresijo, kajti Ž same ne poiščejo pomoč nakar jih tako več kot polovica ostane nediagnosticiranih in depresija se lahko ponovi),
- Porod (Ž izčrpa fizično i psihično, slaba obporodna izkušnja lahko vodi v depresijo, zato je pomembno da babica nudi porodnici empatijo, podporo partnerju, potrebne informacije in nasvete ter zagotovljeno relativno udobje med samimi porodom. Babica se mora vedno njej posvečati da porodnica ne dobi občutka, da svoje naloge ni dobro opravila),
- Poporodno obdobje (v prvih 24-48h po porodu je bistveno da se porodnica pogovori in podoživi porod, in če ji kaj ni bilo vrede da to izrazi, ker če ne lahko te travme preidejo v posttravmatični šok. Ž je potrebno dobro pripraviti na odhod domov, ji vlivati samozavest in dati občutek varnosti, depresija po porodu se razvija postopoma, brez naglega izbruha, somatske motnje pa prekrijejo normalne spremembe puerperija).

5. TH vključuje psihoterap. metode (svetovanje) in komplementarne metode (aromath, hipnoza, akupunktura, masaža), pozitivni učinki pa se pokažejo pozneje pri zdravilih.

če je po porodu potrebna hospitalizacija naj bo otrok z mamico, zagotoviti pa mu moramo varnost, in cilj ni le remisija simptomatike ampak utrditev odnosa mati-otrok.

SAMOMORILNO VEDNEJE:

1. **ZAKAJ SAMOMOR:** išče rešitve a drugih ne najde, brezup, nemoč, krivda, sram, zožena zavest-v tem stanju napačno sklepa in izkrivljeno doživlja sebe

2. OBLIKE SAMOMOR. VEDENJA:

- Samomorilne misli: lastna aktivnost s katero bi pos. lahko umrl, ločimo samomorilne misli z načrtom in tiste brez njega,
- Samomorilne grožnje: na glas izrečene ali napisane besede pomeni manipulacijo in zmanjševanje nevarnosti te oblike samom. vedenja ,
- Parasuicidalna pavza: umik iz neugodne situacije, on bi najraje zaspal in bi težave kar izginile, pomaga si s tabletami, alko. In drogami, ponovna vrnitev v realnost pa lahko poveča samomor. vedenje,
- Samopoškodbeno vedenje: sam si zadaja poškodbe-rezanje žil, s tem hoče ublažiti notranjo bolečino,

- Prekinjen samomor: pos. sam prekine že začeti samomor-tveganje za ponovnega se začasno zmanjša in poveča možnost za pomoč,
 - Preprečen poskus samomora: ustavi se zaradi spremembe okoliščin-človek gre mimo, budilka ki vse zbudi itd, tako vedenje je obravnavano psihiatrično,
 - Poskus samomora: poskuša končati svoje življenje,
 - Samomor: pos. umre, smrt pa je posledica samomorilnega dejanja.
3. **SAMOMORILNI PROCES:** pos. prehaja iz oblike z zmanjšanim tveganjem (misli na samomor), v tisto z večjim tveganjem (poskus samomora). Izid procesa je ugoden takrat ko pos. sam ali s pomočjo bližnjih uspešno razreši okoliščine povečane stiske.
4. **DEJ. TVEGANJA:**
- Splošni: spol, starost, ločitve, st. izobrazbe, brezposelnost, samsko življ.
 - Skupni: občutki obupa, večja impulzivnost in agresivnost, zloraba, samom. Vedenje, slaba socialna mreža, odvisnost od alkohola,
 - Specifični: psih. bolezni, neugodne osebnostne znač. močno povečana ogroženost pri bolnikih s shizofrenijo, epilepsijo, multiplo sklerozo
5. **OCENA SAMOM. OGROŽENOSTI:**
- Pac. vedno vprašamo po sprožilnih dejavnikih in neugodnih dogodkih v življ.
 - Po neg. čustvih vprašamo direktno, pri tem smo pozorni na občutke notr. praznine, žalosti, obupa,
 - Prav tako vprašamo po samom. mislih, pri postavljanju vprašanj pa smo čustveno nevtralni, vendar empatični in brez predsodkov,
 - Pomembno je da vprašanja postavimo v časovni okvir in posebej vprašamo za nedavno razmišljanje,
 - V oceni ogroženosti opredelimo še st. podpore v okolju ter dosegljivost bližnjih.
6. **UKREPANJE OB SAMOM. OGROŽENOSTI:** to pomeni urgenco v psihiatriji in imamo 10 korakov kako naj ravnamo v tej situaciji:

- Ocenimo samom. ogroženost,
- Ocenimo aktualno samom. vedenj,
- Ocenimo okoliščine v življenju pos.
- Ocenimo morebitne bolezni (shizofrenija, depresija),
- Ocenimo koliko, kakšna je akutna ogroženost,
- Ocenimo možnosti ukrepanja,
- Ocenimo antisuicidalni dogovor,
- Sklenemo načrt ukrepanja,
- Sprejme ukrepe nadzora,
- Spremlja ogroženost.
- Ko smo enkrat uspešno zmanjšali ali odpravili samomo. ogroženost je potrebno narediti načrt za preprečevanje podobnega vedenja v prihodnosti.

IZGUBA IN ŽALOVANJE: žalovanje je proces, ki sledi izgubi in se običajno konča s stabilnostjo in zaupanjem v prihodnost.

1. DEJAVNIKI KI OVIRAJO ŽALOVANJE:

- Zunanji: žalujoči se zaradi opravil v zvezi z izgubo ne more ukvarjati s svojimi čustvi (pogreb); pomanjkljiva podpora s strani prijateljev in družine ovira žalujočega pri izražanju čustvenih reakcij in mu onemogoči predelavo odnosa z umrlim; nekontrolirana uporaba pomirjeval in antidepresivov potlači normalno izražanje žalosti in lahko vodi v zaplete žalovanja,
- Notranji: mnenje da je izražanje čustev neprimerno in nesprejemljivo; prepričanje da sta kvaliteta in kvantiteta čustev v zvezi z izgubo nekaj edinstvenega in se jih ne da deliti; nerazumevanje povezanosti med preteklimi izgubami in doživljanjem trenutne.

2. PROCES ŽALOVANJA:

- 1. Obdobje-do 2 meseca: žalujoči je zmeden, doživlj. izgube je nepopolno, zanikanje izgube, čustveni odzivi-krivi druge, občutki krivde; v tem obdobju

so pac. Zelo ranljivi in potrebujejo pomoč bližnjih; glavni cilj je ohranitev integritete in vsakodnevnih aktivnosti, ter preprečitev izolacije,

- 2. Obdobje-do pol leta: najtežje obdobje, ker je pomoči manj-vsi mislijo da je že čas da preboli- pac. Ima občutke brezcilnosti, depresivnosti, osamljenosti; za njih je pomembno da se pogovarjajo o podrobnostih smrti in zagotovila da so storili vse kar so lahko; življenje se začne nato urejati in žalujoči naj obnovi svoje odnose,
- 3. Obdobje-zaključni se leto po izgubi: žalujoči se umirijo in zaupajo v prihodnost, še se pojavijo boleči spomini a glavni cilj je da žalujoči najdejo zadovoljstvo v življenju.

3. DEJ. KI VPLIVAJO NA PROCES ŽALOVANJA:

- Izkušnje iz otroštva, in z izgubami v življenju,
- Duševne bolezni in življ. krize pred izgubo,
- Proces umiranja, podpora okolice, dodatne obremenitve.

4. POKAZATELJI POTEKA ŽALOVANJA:

- Predelani občutki povezani z izgubo,
- Opis pomena izgube ali smrti,
- Vzdrževanje bivališča,
- Ni motenj spanja in ustrezno prehranjevanje,
- Iskanje pomoči,
- Napredek v procesu žalovanja
- Izražanje verskih prepričanj v zvezi s smrtjo,
- Sodelovanje pri načrtovanju pogreba,
- Delitev izgube z bližnjimi.

5. KAKO LAHKO OLJAŠAMO ŽALOVANJE:

- Identificiramo izgubo,

- Pomagamo pac. odkriti kako je bil povezan z osebo,
- Sporočimo da nam pogovor ni odveč,
- Povedamo kje lahko dobijo pomoč,
- Pomagamo pac. da poišče lastne načine premagovanja težav,
- Izraziti empatična stališča o žalovanju,
- Pomagati otrokom da se nesporazumi razčistijo.

6. **POSEBNOSTI ŽALOVANJA:** običajno je žalovanje težje pri nenadnih smrtih. Pri ZN žalujočega starostnika je dobro upoštevati:

- Vdove in vdovci doživijo v starosti številne izgube, kar žalovanje zaplete,
- Potrebujemo veliko zaupanja, prilagodljivosti, sodelovanja in podpore s strani družine in prijateljev,
- Težave kot so motnje spanja in hranjenja, nas lahko zavedejo pri oceni depres.
- Žalovanje je pri starejših praviloma manj burno, ker jim je smrt blizu.