NEVROTSKE MOTNJE IN VLOGA MEDICINSKE SESTRE V PROCESU ZDRAVLJENJA

Matjaž Lunaček, Marija Mrak

UDK/UDC 616.894-083

DESKRIPTORJI: *nevroze; nega bolnika*

IZVLEČEK – *Opisane so nevrotske motnje kot jasno opredeljena stanja, katerih simptomi so lahko zelo različni. Ker je teorij o nastanku nevroz veliko, je opuščena razlaga njihove geneze. Zdravstvene nege v klasičnem pomenu nevrotski bolnik ne potrebuje, razen v izjemnih primerih, zato je vloga medicinske sestre predvsem v sodelovanju v psihoterapevtskem procesu.*

NEUROTIC DISORDERS AND THE PROCESS OF NURSING

DESCRIPTORS: *neurotic disorders; nursing care*

ABSTRACT – *In the article, neurotic disorders as distinct entities with widely differing symptoms are described. Theories on the causes of neuroses are abundant; therefore, etiopathogenetic explanation is omitted. The process of nursing in its classical sense is not needed by most neurotic patients, and the role of the nurse consists mainly of her cooperation in psychotherapeutic process.*

Uvod

Mednarodna klasifikacija bolezni (1) nevrotske motnje definira kot tiste duševne motnje, pri katerih je v ospredju simptom ali skupina simptomov, ki so za človeka vir nelagodja in so mu tuji in nesprejemljivi. Občutek za stvarnost je v večini primerov ohranjen. Vedenje nevrotičnih bolnikov ne odstopa izrazito od družbenih norm. Motnje so razmeroma trajne, če jih ne zdravimo; v večini primerov ne gre za prehodne reakcije na obremenitve.

Vzročnih dejavnikov nevrotskih motenj je veliko in se medsebojno prepletajo; tudi teorij o nastanku nevroz je več. Posamezne nevrotske motnje so jasno opredeljiva stanja, vendar se lahko posamezni znaki ene ali druge med seboj prepletajo.

Nevrotske motnje delimo na:

anksiozne motnje
- anksiozna stanja
- panično stanje
- generalizirano anksiozno stanje
- obsesivno kompulzivne motnje
- fobične motnje
- posttravmatske stresne motnje

somatoformne motnje
- konverzivne motnje
- somatizacijske motnje
- psihogena bolečina
- hipohondriaza

Matjaž Lunaček, dr. med.,
Marija Mrak, višja medicinska sestra, oba Center za mentalno zdravje Univerzitetne psihiatrične klinike, Poljanski nasip 58, 61105 Ljubljana

disociativne motnje
depersonalizacijske motnje
disociativni tip histerične nevroze

distimična motnja

Zaradi prekrivanja bolezenskih znakov in skupnega pojavljanja le-teh obravnavamo konverzivne motnje in disociativni tip histerične nevroze skupaj.

Zaradi jasnih zunanjih sprožilcev iz opisa izpuščamo posttravmatske stresne motnje, čeprav imajo vse značilnosti nevroze.

Anksiozne motnje

Anksioznost je eno izmed osnovnih človekovih občutij, v izrazitejši obliki pa se kaže pri približno 5 odstotkih ljudi. Anksioznost je reakcija na subjektivno občutje ogroženosti, strah pa pogojuje objektivna ogroženost. Mejo med objektivno ogroženostjo in subjektivnim občutjem le-te je treba določiti. Ansioznost v akutni ali kronični obliki spremlja številne duševne motnje, zato je za diagnozo *anksioznega stanja* potrebno, da v klinični sliki prevladuje prav anksioznost.

Panično stanje smo doslej obravnavali le kot kvantitativno izrazitejšo obliko anksioznega stanja, sedaj pa je jasno, da gre za dve različni klinični sliki, čeprav imata tudi skupne znake.

Sliko obvladujejo ponavljajoči se napadi tesnobnosti brez zunanjega vzroka, ki jih ni mogoče predvideti. Enako klinično sliko vidimo pri človeku, ki je življenjsko ogrožen, vendar v takih primerih ne govorimo o paničnem stanju, saj je vzrok takšnega stanja povsem očiten.

Napad se začne nanagloma z občutjem naraščajoče groze, ki človeka preplavi. Spremljajoči telesni znaki so podobni tistim pri hudem naporu: otežkočeno dihanje, pospešeno bitje srca, bolečine v prsnem košu, slabost, vrtoglavica, parestezije, potenje, drget, občutje bližajoče se smrti. Napadi so praviloma kratkotrajni, spremljajo jih bolj ali manj izrazite reakcije, podobne kot pri reakciji »boj in beg«.

Človek, ki je tak napad doživel, se pozneje boji samote in ga je strah zapustiti dom, to pa ga ovira v vsakdanjih dejavnostih.

Generalizirano anksiozno stanje. Za generalizirano anksiozno stanje je značilna *prosto lebdeča tesnobnost,* ki ni v zvezi s kako specifično situacijo ali objektom, kot recimo pri fobijah ali obsesivno kompulzivnih motnjah.

Značilne bolezenske znake delimo v štiri skupine:

Znaki, ki nakazujejo motorično napetost: tremor, pekoče bolečine v mišicah, utrujenost, nepremagljiva napetost, napet izraz obraza, nemir in glasno dihanje.

Znaki, ki nakazujejo pretirano delovanje avtonomnega živčevja: potenje, pospešeno bitje srca, hladne in vlažne roke, suha usta, slabost, glavoboli, pogosto odvajanje seča, driska, občutek tujka v grlu, bledica, hitro dihanje.

Znaki neugodnih pričakovanj: človeka preplavljajo skrbi, ruminira, pričakuje, da se bo njemu ali bližnjim zgodilo nekaj slabega.

Pretirana čuječnost: neugodna pričakovanja povzroče, da je človek pretirano buden, nepotrpežljiv ali razdražljiv, težko se zbere, mučita ga nespečnost in jutranja utrujenost.

Anksiozno stanje pogosto spremljajo tudi depresivni znaki. Pogost zaplet je tudi zloraba alkohola, uspaval in pomirjeval, s katerimi skuša človek omiliti neprijetne simptome.

V diagnostičnem procesu moramo izključiti morebitne organske bolezni, kot so recimo obolenja ščitnice, zastrupitev s kofeinom ipd.

Obsesivno kompulzivne motnje. Pri tej vrsti nevrotskih motenj gre za ponavljajoče se obsesije (prisilne misli) in kompulzije (prisilna dejanja). Prisilne misli so egodistonične, kar pomeni, da jih človek ne doživlja kot hotene, ampak prihajajo v zavest same od sebe in se mu zdijo nesmiselne ali odbijajoče.

Kompuzije so na videz smiselna dejanja, ki pa se nesmiselno ponavljajo na vedno enak način. Človeka k takšnim dejanjem nekaj sili in v začetku se jim pogosto skuša upreti. Posledica takšnih dejanj ni zadovoljstvo, pač pa človek tako sprošča napetost.

Najbolj pogoste prisilne misli so ponavljajoče se misli v zvezi z nasiljem (človeka recimo nenehno obseda misel o ubijanju otrok), okuženjem (človeka recimo nenehno spremlja bojazen, da se bo okužil s stiskom rok) ali pa je vseskozi v dvomih, ali je nekaj storil ali ne.

Najbolj pogosta prisilna dejanja so ponavljajoče se umivanje, štetje, preverjanje, dotikanje.

Če se takšen človek skuša upreti prisilnemu dejanju, ga preplavi naraščajoča tesnobnost, ki se sprosti, brž ko prisilno dejanje stori.

Te motnje pogosto spremljata tesnobnost in depresija. Potek motenj je praviloma kroničen z blagimi vmesnimi izboljšanji. Motnje ovirajo vsakdanje dejavnosti različno izrazito. Včasih postanejo kompulzije glavna življenjska aktivnost.

Kot kompulzivno vedenje lahko označimo tudi strastno kockanje, nekatere oblike pitja alkoholnih pijač in nekatere oblike spolnega vedenja, če človek z njimi pretirava, vendar v teh primerih ne gre za prave kompulzije, ker v teh dejavnostih človek uživa.

Fobične motnje. Pri teh motnjah gre v osnovi za dolgotrajen in nerazumen strah pred določenimi predmeti, dejavnostmi, položaji. Prizadeti se zaveda, da je strah pretiran ali nesmiseln glede na resnično nevarnost, ki jo ti predmeti, položaji oziroma dejavnosti pomenijo. Ta motnja hudo ovira človekove vsakdanje dejavnosti.

Pri teh motnjah je v središču anksioznost, ki ni več prosto lebdeča, ampak vezana na določene predmete, položaje ali dejavnosti. Vendar pa je ostro mejo med utemeljenim in nerazumnim strahom težko določiti. Malodane vsakdo je že kdaj izkusil kak nerazumen strah.

Mednarodna klasifikacija fobije deli na:
- agorafobijo,
- socialno fobijo in
- preproste fobije.

Agorafobija. Človek s to motnjo se boji biti sam ali pa ga je strah javnih prostorov, od koder težko hitro odide, ali pa težko hitro prikliče pomoč, če je treba. Najpogostejše so bojazni pred gnečo na ulici ali v trgovini, pred mostovi, tuneli, dvigali itn.

Človek, ki trpi zaradi teh težav, pogosto povsem spremeni način življenja in postane odvisen od svojih bližnjih. Za začetek motnje so značilni napadi tesnobnosti; človeka postane strah, da mu bo v podobnem položaju spet postalo tesno, zato se takšnim položajem izogiba. Takšna motnja človeka v vsakdanjih dejavnostih krepko ovira in včasih povsem obvladuje njegovo življenje. Motnjo pogosto zapletajo tesnobnost, depresija in kompulzije nenehnega preverjanja. Dodaten zaplet je lahko odvisnost od sredstev, ki blažijo tesnobnost.

Fobično izogibanje določenim položajem je pogosto tudi pri shizofreniji, endogeni depresiji, obsesivno kompulzivnih motnjah ter pri paranoidni osebnostni motenosti.

Socialna fobija. Pri socialni fobiji gre za vztrajen strah pred položaji, v katerih bi človeka utegnilo doleteti ponižanje; pred vsakim takšnim položajem se pokaže huda tesnobnost. Primeri te vrste fobije so strah pred javnim nastopanjem, pred uporabo javnih stranišč, pred pisanjem v prisotnosti drugih.

Te vrste fobije so večidel mnogo manj moteče kot fobije, opisane zgoraj.

Preproste fobije. V to kategorijo prištevamo fobije, pri katerih gre povečini za strah pred enim samim objektom. Najpogostejše so fobije pred različnimi živalmi, recimo pred psi, kačami, žuželkami, mišmi itn. Človeka ob srečanju z objektom fobije preplavi huda anksioznost.

Takšne fobije pogosto srečamo v otroštvu, kasneje pa izginejo brez sledu.

Preproste fobije v različni meri ovirajo človekovo življenje. Človek s fobijo pred pajki, recimo, v osmem nadstropju stolpnice sredi mesta lahko živi skoraj povsem normalno, vse kaj drugega pa je, če na primer živi v stari hiši na deželi.

Somatoformne motnje

Somatoformne motnje se odražajo v telesnem delovanju. Te motnje so videti kot telesna bolezen, a z doslej znanimi diagnostičnimi postopki ne moremo najti organske osnove bolezni, hkrati pa obstaja resna možnost, da je takšna motnja posledica psiholoških dejavnikov oziroma konfliktov. Človek nanje ne more vplivati z voljo.

Somatizacijska motnja. Pri somatizacijskih motnjah gre za številne telesne težave, ki trajajo več let, a zanje ne najdemo telesne osnove. Bolniki o svojih težavah pogosto govorijo. Pogosto pred obiskom pri psihiatru obiščejo številne zdravnike različnih specialnosti.

Težave se lahko kažejo kot psevdonevrološki, prebavni, reproduktivni, psihoseksualni, kardiopulmonalni simptomi in bolečine.

Te motnje pogosto spremljata depresija in tesnobnost. Stanje se dodatno zaplete zaradi zlorabe zdravil in poskusov samomora.

Te motnje pogosto spremljajo težave v zakonu, v medosebnih odnosih in pri delu.

Pomembno je izključiti organska obolenja kot na primer hiperparatireoidizem, multiplo sklerozo, sistemski lupus erythematodes . . .

Za postavitev diagnoze somatizacijska motnja se odločimo na podlagi nekaj let trajajoče anamneze telesnih bolezenskih znakov, ki jih mora biti vsaj dvanajst, a jih ni mogoče pojasniti z znanimi laboratorijskimi preiskavami; ob tem človeka obvladuje napačno prepričanje, da so njegove težave telesnega izvora in je prepričan, da je bolan.

Med simptome štejemo: otežkočeno požiranje, izgubo glasu, gluhost, slepoto, izgubo spomina, težave pri hoji, mišično oslabljenost, zastajanje urina, bolečine v trebuhu, boleče menstruacije, neustavljivo bruhanje . . .

Psihogena bolečina. Bolnik toži o hudi in dolgotrani bolečini, za katero pa ne najdemo organske osnove. Lokalizacija bolečine ni v skladu z anatomskim potekom živčevja. Včasih organsko osnovo sicer najdemo, a je bolečina izrazito močnejša, kot bi glede na organsko osnovo lahko bila.

Psihičnih dejavnikov pri tako pretirano občuteni bolečini ponavadi ni težko odkriti, niti ni težko najti povezave med začetkom bolečine ter zunanjim dražljajem, ki je sprožil psihični konflikt ali potrebo. Takšna bolečina človeku omogoči, da se izogne tistemu, kar bi ga sicer spravilo v stisko, ali pa na ta način vzbudi pozornost okolice.

Ta motnja je pogosto povezana z blagimi senzorno-motoričnimi motnjami in takšni nekoliko patološki izvidi še bolj spodbujajo bolnikovo romanje od zdravnika do zdravnika.

Dodaten zaplet je pogosta zloraba zdravil proti bolečinam; takšni bolniki se pogosto povsem vživijo v vlogo invalida.

Odločilno vlogo duševnih dejavnikov pri nastanku te motnje dokazuje tudi dejstvo, da po hipnozi bolečina povsem izgine.

Hipohondriaza (hipohondrična nevroza). Pri tej motnji gre za napačno tolmačenje fizioloških znakov in senzacij, zaradi česar se bolnik pretirano opazuje in ga je vse bolj strah, da je resno bolan. Kljub natančnim preiskavam pa ne najdemo ničesar, kar bi potrjevalo bolezen, ki si jo človek umišlja. Neosnovanega strahu in prepričanja, da gre za bolezen, ne omajejo niti zagotovila strokovnjakov, da človek ni telesno bolan. Takšni bolniki se pretirano ukvarjajo z delovanjem svojega telesa, recimo z bitjem srca, prebavo, kašljem itn.

V diagnostičnem procesu moramo izključiti organske bolezni, predvsem zgodnje stadije bolezni živčevja in žlez z notranjim izločanjem.

Hipohondrični znaki so pogosto tudi pri drugih duševnih motnjah, recimo pri depresijah, anksioznih stanjih in obsesivno-kompulzivnih motnjah.

Konverzivne motnje (histerična nevroza). Pri konverzivnih motnjah gre za moteno delovanje ali odpoved kakega organa ali organskega sistema, ki je na prvi pogled videti kot telesna bolezen,v resnici pa je izraz psihičnega konflikta ali potrebe; bolnik simptomov ne more nadzorovati z voljo.

Najpogostejši konverzivni simptomi so na prvi pogled podobni boleznim živčevja: paralizi, afoniji, napadom, ki so podobni epileptičnim, motnjam motorične koordinacije, slepoti, paresteziji. Redkeje sta zajeta avtonomni živčni in endokrinološki sistem s simptomi kot so bruhanje, lažna nosečnost ipd.

Simptom ima simbolični pomen in predstavlja delno razrešitev notranjega konflikta, hkrati pa se človek zaradi njega tudi izogne določeni aktivnosti, ki bi ga sicer spravila v stisko, in si pridobi oporo okolice, ki je sicer ne bi.

Simptom se ponavadi pokaže nenadoma, v obremenjujočih situacijah. Vpliv takih motenj na živčevje človeka je izrazit in mnogokrat onemogoča običajne življenjske dejavnosti. Dlje trajajoče konverzivne motnje povzročajo telesne okvare kot recimo kontrakture in atrofije.

Pred zdravljenjem je treba z gotovostjo izključiti kakršnokoli telesno obolenje, saj se pogosto dogaja, da označimo bolezenske znake za konverzivne motnje, pozneje pa se pokaže, da gre za telesno obolenje.

Disociativne motnje

Depersonalizacijske motnje (depersonalizacijska nevroza). Pri teh motnjah gre za spremenjeno doživljanje oziroma dojemanje samega sebe in svojega telesa; bolnika obvladujejo občutja neresničnosti ali tujosti. Spremenjeno doživljanje okolice ni depersonalizacija, temveč derealizacija. Gre za izkušnjo, ki jo imajo kdaj v življenju tudi zdravi ljudje, se je bodisi prestrašijo ali pa ob tem doživijo občutek svojevrstnega ugodja, vendar jih taka izkušnja ne obvladuje in je kratkotrajnejša.

Depersonalizacijske motnje pogosto spremljajo tesnobnost, spremenjeno doživljanje časa in prostora, podvajanje osebe in drugi mučni občutki. Tem bolnikom se pogosto zdi, da bodo znoreli, in razmeroma hitro poiščejo psihiatrično pomoč.

Distimična motnja (depresivna nevroza)

Značilnost te motnje je kronično spremenjeno razpoloženje; človeka obvladujejo občutja pobitosti ali pa izguba zanimanja in veselja za vsakdanje dejavnosti. Bolezenski znaki pa niso dovolj izraziti, da bi jih lahko imeli za pravi depresivni sindrom.

Motnja se praviloma pokaže zgodaj v odrasli dobi, ima jasen začetek in kroničen potek ter je pogosto v zvezi z depresivno osebnostno motenostjo.

Bolniki s to motnjo so socialno in delovno manj dejavni. Včasih je zaradi nevarnosti samomora potrebna hospitalizacija. Dodaten zaplet je zloraba različnih zdravil, po katerih bolniki včasih posežejo zaradi kroničnega poteka motnje.

Predispozicijski dejavniki so kronične telesne bolezni, kronične psihosocialne obremenitve, depresivna osebnostna struktura ali kakšne druge duševne motnje. Obdobja depresivnega razpoloženja prekinjajo krajša obdobja normalnega razpoloženja, ki pa ne trajajo več kot nekaj tednov.

Za depresivna obdobja so značilni vsaj trije od naštetih znakov:
- nespečnost ali pretirana spečnost,
- kronična utrujenost,
- občutek neustreznosti, izguba samozavesti,
- zmanjšana učinkovitost,
- oslabljena pozornost in zbranost,
- opuščanje družabnih dejavnosti,
- izguba zanimanj in veselja ob prijetnih stvareh,
- manjša dejavnost in zgovornost kot običajno,
- pesimistična naravnanost glede prihodnosti,
- jokavost,
- misel na smrt in samomor.

VSAKDO BI RAD DOLGO ŽIVEL, A NIHČE NE BI BIL RAD STAR.

Swift

VLOGA MEDICINSKE SESTRE V PSIHOTERAPEVTSKEM PROCESU NEVROTIČNEGA BOLNIKA

Bolnik se običajno odloči poiskati pomoč zaradi nevrotskih simptomov, ki ga ovirajo pri ustreznih odnosih v družini, na delovnem mestu in v širšem družbenem okolju. Bolnik poišče pomoč največkrat pri splošnem zdravniku, pozneje pa tudi pri raznih specialistih. Ponavadi opravi veliko preiskav, preskusi številna zdravila, postane morda že celo odvisen od njih, pa vendar še naprej nezadovoljen.

Medicinske sestre v splošnih in specialističnih ambulantah bi lahko, kadar bi nevrotično simptomatiko prepoznale, imele do bolnika pravilen odnos oziroma mu omogočile ustrezno pomoč. To pomeni, da se mora pozornost medicinske sestre preusmeriti od ukvarjanja z nevrotično simptomatiko k osebnosti bolnika, iz katere izhajajo njegove poglavitne težave. Na ta način lahko medicinska sestra pripomore, da se bolnika pravočasno usmeri k iskanju ustrezne psihoterapevtske pomoči.

Vloga medicinske sestre v intenzivni bolnišnični psihoterapevtski obravnavi nevrotičnega bolnika

Psihoterapevtski proces v bolnišnici se začne malodane že s prvim pogovorom pri psihoterapevtu pred sprejemom v bolnišnico. Le-ta bolnika spoznava, pripravlja in motivira za zdravljenje. O bolniku se v timu pogovorimo, kar medicinski sestri omogoča spoznavanje bolnika že pred sprejemom v bolnišnico. V bolnišnici se bolnik vključi v intenzivno psihoterapevtsko obravnavo, ki vključuje skupinsko psihoterapijo, zakonsko in družinsko psihoterapijo in razne druge terapevtske tehnike in dejavnosti, ki se med seboj prepletajo.

Psihoterapevtski proces v bolnišnici omogoča bolniku, da s pomočjo terapevtov in drugih članov skupine spoznava lastno doživljanje in ravnanje v medosebnih odnosih, predvsem tisto, ki je za bolnika najbolj ogrožujoče in je vir raznih simptomov in težav, ki se kažejo v neustreznem urejanju odnosov z okolico, kjer živi. Bolnik se potem lažje znajde v medosebnih odnosih in se ustrezneje loteva problemov.

Nekatere značilnosti dela medicinske sestre:

- **Medicinska sestra je član tima,** v katerega so vključeni psihiater, delovni terapevt, višja medicinska sestra, muzikoterapevt, po potrebi socialni delavec in nekateri drugi terapevti, ki se v delo oddelka vključujejo občasno. Delo vseh terapevtov se prepleta in zato je potrebno intenzivno sodelovanje, ki se odvija v obliki pogovorov po vsaki terapevtski skupini, na rednih timskih sestankih in s supervizorjem. Medicinska sestra lahko v sodelovanju z ostalimi terapevti razrešuje tudi razna občutja in reakcije, ki nastajajo v njenem odnosu z bolniki, pa tista, ki nastajajo med terapevti; vse to je neizogiben spremljevalec takšnega načina dela.

- **Medicinska sestra je skupinski terapevt.** Ta vloga medicinske sestre je v psihoterapevtskem procesu nevrotičnega bolnika najpogostejša in najzahtevnejša. Kot skupinski terapevt sodeluje medicinska sestra na skupinah, kjer so prisotni tudi ostali terapevti. V nekaterih skupinah pa je prisotna sama. To je na primer tematska skupina, kjer tema, o kateri naj bi se pogovarjali, nudi posamezniku možnost vključevanja v skupino. Ker bolniki vedo, da se bodo pogovarjali

o temi, ki si jo sami izberejo ob prisotnosti samo enega terapevta, to lahko povzroči pri nekaterih večji občutek varnosti, ki ji lahko sledi večja spontanost in iskrenost v izražanju njihovih doživljanj. Za nekatere bolnike je to lahko ugodna izkušnja in se lažje vključujejo v skupine, kjer je prisotnih več terapevtov in so terapevtske intervencije še zahtevnejše. Pogosto je taka izkušnja koristna za bolj pasivne in tihe bolnike.

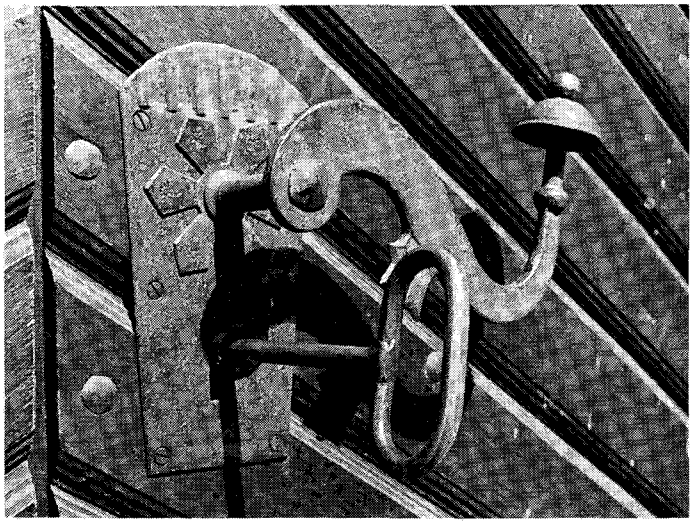

Foto: J. Zrnec, 1987

Tudi medicinska sestra lahko svoja opažanja in spoznanja s te skupne prenese v timske pogovore ali pa v druge skupine in dejavnosti, kjer sodeluje kot terapevt.

- **Medicinska sestra kot koterapevt.** Koterapevtsko sodelovanje zahteva od medicinske sestre dobro dodatno psihoterapevtsko izobrazbo, predvsem pa dobro uskladitev terapevtskih prizadevanj in ukrepov med obema terapevtoma. Pri tem delu ni pomembna le neposredna strokovna uskladitev, temveč tudi razreševanje morebitnih transfernih zapletov med terapevtoma, ki se jim pogosto ni mogoče izogniti.

- **Medicinska sestra v neformalnih situacijah.** To so razne situacije, ki so povezane z življenjem v bolnišnici in kjer je medicinska sestra pogosteje udeležena kot drugi terapevti. Življenje v bolnišnici je organizirano tako, da se lahko kolikor je le mogoče približa življenju, ki ga vsi živimo zunaj bolnišnice. Bolniki zato sami skrbijo in prevzemajo nekatere odgovornosti in to na način, ki naj prepreči njihovo morebitno pasivnost in razne oblike hospitalizma. Medicinska sestra z njimi samo sodeluje in jih po potrebi usmerja. Včasih so take odgovornosti in zahteve neprijetne za bolnike in tudi za medicinsko sestro, priti utegne do negodovanja in konfliktov, o čemer pa se moramo pogovoriti. Tudi v raznih drugih neformalnih situacijah, ki zbližujejo bolnika in medicinsko sestro, so bolniki lahko bolj nepo-

sredni v izražanju nekaterih doživljanj. Tudi ta opažanja lahko medicinska sestra prenese na druge skupine, v ustrezno terapevtsko situacijo ali v timske pogovore.

- **Medicinska sestra ob sprejemu.** Sprejem bolnika v bolnišnico je prvi neposreden stik bolnika z medicinsko sestro in hkrati tudi z zdravljenjem v bolnišnici. Medicinska sestra si mora vzeti čas in se pogovoriti z na novo sprejetim bolnikom, ki je prišel v drugo okolje, med nove ljudi, kar je zanj morda še dodatno ogrožujoče in obremenjujoče. Pomembno je, da mu ta začetek olajšamo in ga skušamo razumeti. V tem razgovoru bolnika posredno seznanimo z življenjem v bolnišnici. Ne smemo pa ga že takoj preobremeniti z raznimi podatki. Bolje je, da kar njemu prepustimo spoznavanje in doživljanje življenja v bolnišnici oziroma zdravljenja. Pomembnejši del sprejema je namreč vključitev v skupino, pri čemer mu pomagajo ostali člani skupine.

- **Vloga medicinske sestre v izvajanju medicinskih posegov** (delitev zdravil, injekcij, izvajanje raznih preiskav itn.). Prav ta vloga medicinske sestre je v intenzivnem psihoterapevtskem procesu nevrotičnega bolnika najmanjša, saj se pri zdravljenju ne uporabljajo psihofarmakološka sredstva.

Ta vloga medicinske sestre je najpogosteje povezana z občasno skrbjo za bolnika pri lažjih telesnih obolenjih. Medicinska sestra spremlja bolnika k internističnemu pregledu in po njegovem naročilu izvaja razne manjše medicinske posege.

Ker je v tej dejavnosti vloga medicinske sestre nekoliko drugačna in je njen bistveni del sodelovanje v psihoterapevtskem procesu, si mora pridobiti dodatno znanje iz psihiatrije in psihoterapije. Pomembne so tudi izkustvene skupine, kjer medicinska sestra na podlagi lastnega doživljanja in ravnanja v skupini spoznava samo sebe. Tako lažje razume bolnike in z njimi sodeluje.

LITERATURA

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Third Revision. Washington: 1980.

»ZDRAVILA ZA DUŠO«

Ljudje že od nekdaj poznajo nekatere naravne snovi, ki lahko pomagajo ubežati namišljenim in resničnim življenjskim tegobam in stiskam, v obliki fermentiranih napitkov ali rastlinskih pripravkov kot so opij, kokini listi, kanabis in khat.

Precej dolgo pa je trajalo, preden so ugotovili, da te snovi utegnejo povzročiti odvisnost in zlorabo. Za zdravljenje odvisnosti od opija so najprej uporabljali morfij, potem pa so ugotovili, da tudi sam povzroča odvisnost. Za drugo sintetično snov, heroin, so v začetku menili, da je povsem neškodljivo sredstvo proti kašlju, kaj hitro pa so ugotovili, da se človek nanjo navadi, in so jo prepovedali.

Kljub škodljivim učinkom v številnih kulturah uporabljajo kanabis. V številnih raziskavah preučujejo rastline, iz njih izločajo učinkovine in ugotavljajo morebitne zdravilne lastnosti in škodljive učinke. V Andih so se proti izčrpanosti bojevali z žvečenjem kokinih listov; dandanes kokain predstavlja eno izmed najmočnejših snovi naravnega izvora, ki povzročajo odvisnost.

Potrebo po nadzoru nad temi snovmi je sprožila šele njihova množična raba in zloraba, ki še zmeraj zbuja veliko zaskrbljenost.

Dodaten zaplet pa povzroča raba sintetičnih pripravkov, ki jih proizvajata industrija in medicina. Dandanes poznamo kemične snovi s krepkimi zdravilnimi učinki, uspavala, ki delujejo na podoben način kot opij, in snovi z različnimi psihotropnimi učinki – spodbujevalce osrednjega živčevja, antipsihotična zdravila, uspavala in pomirjevala. Ti sintetični pripravki zares pomagajo, a hkrati povzročajo odvisnost in ustvarjajo grozljive zdravstvene in socialne probleme, ko se preselijo na črno tržišče.

Rezultat prizadevanj za nadzor nad psihoaktivnimi snovmi v mednarodnem okviru so številni sporazumi od Opijske konvencije iz Šanghaja iz leta 1909 naprej. Najpomembnejši mejniki na tej poti so: Konvencija o narkotikih iz leta 1961 s Protokolom iz leta 1972 in Konvencija o psihotropnih snoveh iz leta 1971.

Svetovna zdravstvena organizacija je še zlasti v zadnjih desetih letih namenjala precejšna sredstva in si prizadevala pri razmejevanju koristi in tveganja pri posameznih narkotikih in psihoaktivnih snoveh. Raziskovali so predvsem tri zvrsti snovi: amfetaminom podobne snovi, agoniste in antagoniste opija in benzodiazepine.

Amfetamini so sintetični praški, ki jih v obliki različnih tablet in kapsul proizvajajo za medicinske namene in jih včasih kombinirajo tudi z drugimi zdravili. V petdesetih in šestdesetih letih so jih na široko predpisovali za zdravljenje depresije in zmanjševanje teka. Danes jih le poredkoma uporabljajo; tu in tam jih priporočajo za hiperaktivne otroke. Številne od teh snovi povzročajo odvisnost in jih ljudje tudi na široko zlorabljajo, zato jih v večini dežel strogo nadzorujejo.

Agonisti in angatonisti opija zelo učinkovito blažijo bolečine, a hkrati povzročajo odvisnost in vodijo k zlorabi. Po priporočilu Svetovne zdravstvene organizacije je le pentazocin (Fortral) pod mednarodnim nadzorom, nad drugimi pa bdi organizacija sama.

Benzodiazepine uporabljajo za blaženje anksioznosti in napetosti, za pomirjanje, uspavanje in spodbujanje mišične sproščenosti. So najpogosteje predpisovana skupina zdravil v malodane vseh družbah in so zaradi varnejše uporabe skoraj povsod nadomestili rabo barbituratov. Ženske uporabljajo pomirjevala dvakrat pogosteje od moških. Marsikdo, ki jih jemlje redno, postane od njih nekoliko odvisen.

Pomirjevala zavirajo duševno dejavnost in živahnost, a večidel ne povzročajo zaspanosti in okornosti kot barbiturati. Kljub temu utegnejo ovirati človekove spretnosti, še zlasti pri šofiranju. Včasih odpravljajo tudi zavore in lahko, podobno kot alkohol, sprožijo agresivnost.

Pomirjevala sama po sebi le redko izzovejo evforijo, kakršno povzročajo alkohol in barbiturati, in prav zato jih najbrž v družabne namene le redko uporabljajo. Med ljudmi, ki benzodiazepine jemljejo dlje časa, je pogosta psihološka odvisnost, ki jo je težko krotiti. Ko človek preneha jemati zdravilo, pogosto postane zmeden, razdražljiv in napet.

Svetovna zdravstvena organizacija je na IV. seznam Konvencije iz leta 1971 uvrstila 33 benzodiazepinskih preparatov in tako opozorila na previdnost pri njihovi uporabi in predpisovanju.

World Health, 1986