

Psihiatrična bolnišnica Vojnik

In

**Zbornica zdravstvene in babiške nege - Zveza strokovnih društev medicinskih sester,
babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije
SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV V
PSIHIIATRIJI**

Celostna obravnava pacientov z depresijo
Zbornik predavanj z recenzijo

**Comprehensive Treatment of Patients with
Depression**
Proceedings of Lectures with Peer Review

Vojnik,
junij 2011

Organizator:

ZBORNICA ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE SLOVENIJE -
ZVEZA STROKOVNIH DRUŠTEV MEDICINSKIH SESTER, BABIC IN
ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV SLOVENIJE
SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV V PSIHIATRIJI

SEMINAR Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji**Celostna obravnava pacientov z depresijo****Vojnik, 1. junij 2011**

Zbornik predavanj z recenzijo

Urednik:

mag. Branko Bregar

Recenzentka:

mag. Vesna Čuk

Lektor:

Ludvik Sočič

Prevod:

Jurij Mesarič

Tehnično urejanje:

Jurij Mesarič

Programski odbor: Sabina Sajtl, Duška Drev, Boštjan Sajtl, Barbara Možgan, Branko Bregar**Organizacijski odbor:** Sabina Sajtl, Duška Drev, Boštjan Sajtl, Barbara Možgan, Branko Bregar, Stanka Kroflič, Mario Drekonja, Marta Rožič**Založila in izdala:**Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih
sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije**SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV V PSIHIATRIJI****Tiskarna:**

ABO grafika d.o.o.

Naklada:

120 izvodov

CTP - Kataložni zapis o publikaciji
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

616.895.4(082)

ZBORNICA zdravstvene in babiške nege - Zveza strokovnih društev
medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji.
Seminar (2011 ; Vojnik)

Celostna obravnava pacientov z depresijo : zbornik predavanj z
recenzijo = Comprehensive treatment of patients with depression :
proceedings of lectures with peer review / [Seminar Sekcije
medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, Vojnik,
1. junij 2011] ; [organizator] Psihiatrična bolnišnica Vojnik in
Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih
društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov

Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v
psihiatriji ; [urednik Branko Bregar ; prevod Jurij Mesarič]. -
Ljubljana : Zbornica zdravstvene in babiške nege - Zveza strokovnih
društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov
Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v
psihiatriji, 2011

ISBN 978-961-93121-0-0

1. Gl. stv. nasl. 2. Vzp. stv. nasl. 3. Bregar, Branko 4.
Psihiatrična bolnišnica (Vojnik)
257008896

PSIHIATRIČNA BOLNIŠNICA VOJNIK

in

ZBORNICA ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE SLOVENIJE -

ZVEZA DRUŠTEV MEDICINSKIH SESTER, BABIC IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV SLOVENIJE

Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji

CELOSTNA OBRAVNAVA PACIENTOV Z DEPRESIJO

sreda, 1. junij 2011, v Psihiatrični bolnišnici Vojnik, Vojnik

PROGRAM SREČANJA:

08.15 – 09.00 **Registracija udeležencev**

09.00 - 09.20 **Kulturni program – Srednja zdravstvena šola Celje
Otvoritev srečanja in pozdrav udeležencev**

I. SKLOP

moderator: Duška Drev, viš. med. ses., univ. dipl. org.

09.20 - 09.40 **Anksiozno-depresivna motnja**

20 min Daniel Lajlar, dr. med., spec. psih.

09.40 - 10.00 **Kognitivno-vedenjska terapija anksioznosti**

20 min mag. Drago Tacol, univ. dipl. psih., spec. klin. psih.

10.00 - 10.20 **Prepoznavanje samomorilno ogroženih oseb**

20 min Aleš Frelj, dipl. zn.

10.20 - 10.40 **Fobije in njihov vpliv na nastanek depresije**

20 min Janko Petek, ZT

10.40 - 11.00 **VPRAŠANJA IN DISKUSIJA**

10 min

11.00 - 11.15 **ODMOR**

II. SKLOP

moderator: Sabina Sajtl, dipl. m. s.

11.15 - 11.35 **Predstavitve projekta čezmejnega sodelovanja Slovenija–Madžarska 2007–2013:
Mental Health in izsledki raziskav o depresivnih motnjah**

20 min Zlatka Murtić, dipl. m. s., spec.

11.35 - 11.55 **Depresija kot posledica nezadovoljenih potreb I**

20 min Albina Kokot, dipl. m. s.

11.55 - 12.15 **Depresija kot posledica nezadovoljenih potreb II**

20 min Aleksandra Grabenšek, dipl. m. s.

12.15 - 12.35 **Vloga medicinske sestre pri zdravljenju depresivnega bolnika**

20 min Marta Rožič, dipl. m. s.

12.35 - 12.40 **VPRAŠANJA IN DISKUSIJA**

10 min

12.40 - 13.00 **ODMOR**

13.00 - 13.10 **Kulturni program - Pevski zbor ROŽICE Psihiatrične bolnišnice Vojnik**

III. SKLOP

moderator: Rajko Forštner, ZT

13.10 - 13.30 **Vpliv naravnega okolja pri zdravljenju depresivnega bolnika**

20 min Mateja Kosmač, dipl. m. s., in Mojca Prosenjak, ZT

13.30 - 13.50 **Žalovanje**

20 min Irena Korošec, SMS

13.50 - 14.10 **Depresivnost in socialna ogroženost**

20 min Tanja Petelinek, univ. dipl. soc. del.

14.10 - 14.30 **Pogled farmacevta na zdravljenje depresije in anksioznosti**

20 min Danila Hriberšek, mag. farm.

14.30 - 14.40 **VPRAŠANJA IN DISKUSIJA**

10 min

IV. SKLOP

moderator: mag. Branko Bregar, dipl. zn.

14.40 - 14.50 **Navodila za delo v skupinah »Izdelava nacionalnega protokola za obravnavo depresivnega / suicidalno ogroženega pacienta«**

10 min

14.50 - 15.20 **Delo v skupinah**

30 min

15.20 – 16.00 **Poročilo skupin in razprava**

40 min

16.00 **Zaključek seminarja in podelitev potrdil**

Kazalo

Anksiozno-depresivna motnja	1
Anxiety and depressive disorder Daniel Lajlar, dr. med., spec. psih.	
Novejša kognitivno-vedenjska terapija anksioznosti	5
More Recent Cognitive-Behavioural Therapy of Anxiety mag. Drago Tacol, univ. dipl. psih., spec. klin. psih.	
Prepoznavanje samomorilno ogroženih oseb	11
Detection of People at Risk of Suicide Aleš Frelih, dipl. zn.	
Fobije in njihov vpliv na nastanek depresije	17
The Link between Phobias and Depression Janko Petek, ZT	
Predstavitev projekta čezmejnega sodelovanja Slovenija–Madžarska 2007–2013: Mental Health in izsledki raziskav o depresivnih motnjah	23
Presentation of Cross-border Collaboration Project between Slovenia and Hungary with Results of Research on Depression Disorders Zlatka Murtić, dipl. m. s. spec	
Depresija kot posledica nezadovoljenih potreb	26
Depression as a Consequence of a Failure to Meet Basic Needs Albina Kokot, dipl. m. s. in Aleksandra Grabenšek, dipl. m. s.	
Žalovanje	32
Mourning Irena Korošec, s. m. s.	
Socialna vključenost oseb z motnjami čustvovanja	35
Social Inclusion of People with Mental Disorders Tanja Petelinek, univ. dipl. soc. del.	
Pogled farmacevta na zdravljenje depresije in anksioznosti	40
Pharmacist View on the Treatment of Depression and Anxiety Danila Hriberšek, mag. farm.	
Protokol obravnave za depresivne / suicidalno ogrožene paciente	45
Protocol for Treatment of Patients with Depression / Suicide Risk mag. Branko Bregar, dipl. zn.	

Anksiozno-depresivna motnja

Mixed anxiety and depressive disorder

Daniel Lajlar, dr. med., spec. psih.

Psihiatrična bolnišnica Vojnik

Izveček

Sopojavljanje depresivne in anksiozne simptomatike je pogosto. Znano je, da imata več ko dve tretjini pacientov z depresivno simptomatiko tudi izrazite simptome anksioznosti. Z izrazom anksiozno-depresivna motnja pa opisujemo paciente, pri katerih so prisotni hkrati anksiozni in depresivni simptomi, ki pa ne zadostijo diagnostičnim kriterijem za samostojno anksiozno ali razpoložensko motnjo. Na primeru pacientke predstavljamo, da se veliko duševnih motenj kaže kot mešana slika anksioznosti in depresije in diferencialna diagnoza vključuje predvsem druge anksiozne in razpoloženske motnje ter osebnostno motnjo.

Ključne besede: anksioznost, depresija, diagnoza, kriteriji

Abstract

The coexistence of depressive and anxiety symptoms is common. As many as two thirds of all patients with depressive symptoms have prominent anxiety symptoms. Mixed anxiety-depressive disorder describes patients with both anxiety and depressive symptoms who do not meet the diagnostic criteria for either an anxiety disorder or a mood disorder. This case demonstrates that many other mental disorders may show as a mixed picture of mounting anxiety and depression and a differential diagnosis includes particularly other anxiety and depressive disorders as well as personality disorders.

Key words: anxiety, depression, diagnosis, criteria

Uvod

Vsi, ki smo zaposleni v psihiatriji, pogosto odgovarjamo na vprašanje, ali je v današnjih kriznih časih več duševnih motenj, kot jih je bilo v prejšnjih, »zlatih časih«. Roko na srce, naša generacija se tistih prav »zlatih« časov ne spomni, saj so polno zadovoljstvo ljudi vedno kvarili neka kriza, reforma, nizke plače, stanovanjske krize, krediti, družbeni prevrati, da ne omenimo na koncu vseh naših osebnih kriz in stisk, ki so vplivale na naše razpoloženje, zaskrbljenost in posledično na naše funkcioniranje v socialnem okolju. Mogoče je omenjeno vprašanje naših znancev ali prijateljev razumeti v naslednjem smislu: Ali je bilo socialno okolje v prejšnjih časih bolj usmiljeno in suportivno do človeka v stiski? Takoj nam pridejo na misel množični stečaji firm, brezposelnost in na drugi strani neusmiljena zahodnjaška dirka za bogastvom, družbenim položajem, lepoto ..., ko se psihološki pomen dela in službe kot zgolj sredstva za preživetje razblini do nerazpoznavnosti.

Kljub vsemu ostaja resnica, da nam delo piše urnik, daje občutek osebne in socialne veljave, samospoštovanja in dopušča vse tiste pluse, ki presegajo golo preživetje.

Prav enako se dogaja na našem osebnem nivoju, ko postajajo prijateljstva nezanesljiva, poznanstva bežna, družinske vezi in vrednote površne in formalne, beg v alkoholizem in druge odvisnosti pa vse pogostejši umik od reševanja ogrožujočih psihičnih pritiskov.

Končno lahko odgovorimo radovednemu in rahlo vsiljivemu znancu, ki potrpežljivo čaka na odgovor, da tistih klasičnih psihiatričnih bolezni – shizofrenije in bipolarni afektivni motnje - v resnici ni nič več kot pred petdesetimi ali več leti, da pa je res več prilagoditvenih motenj (F43). V nadaljevanju smo mu dolžni pojasniti, da to ni tisto, »ko se človeku čisto zmeša«, ampak je to nekakšna kombinacija anksioznosti in depresivnosti. Znanec s tem odgovorom ponavadi ni najbolj zadovoljen in se zato na tej točki njegovo zanimanje za psihiatrijo in njene probleme konča.

Nam ostane razmišljanje o diagnozi F 41.2 (anksiozno-depresivna motnja), ki jo tako pogosto srečujemo v ambulanti ali pa je dekompenzirana, pogosto tudi vzrok, da pacienta na njegovo lastno željo sprejmemo na oddelek.

Predstavitev primera pacientke

53-letna delavka, trenutno na Zavodu za zaposlovanje, sicer pred upokojitvijo, pride v ambulanto z napotno diagnozo anksiozno-depresivno stanje, suicidalna, prosimo za sprejem ... To je njen prvi obisk pri psihiatru. Pove, da so se njene težave začele pred slabimi tremi meseci, ko je zaradi manjših težav z dihanjem in občasno febrilnostjo iskala pomoč pri svojem zdravniku. Zdravnik je ugotovil težave s pljuči, rahlo so bili zvišani vnetni parametri, napotil jo je na dodatne preiskave, vendar so jo na rentgenu (RTG) odklonili zaradi okvarjenega aparata. Pri svojem zdravniku je nato dobila antibiotik in vabilo za preiskavo čez tri dni, ko bo aparat spet delal. Pacientka živi z najmlajšim od treh otrok, po razvezi zakona (pred petnajstimi leti) se je posvečala vzgoji otrok, eksistenčnim problemom, dober stik je ponovno vzpostavila tudi s svojo primarno družino (oče, mati). Po očetovi smrti (pred sedmimi leti) je dolgo žalovala. Oče je umrl zaradi karcinoma pljuč. Sina (20 let star) ni hotela obremenjevati s svojimi zdravstvenimi težavami. Na račun zapletov pri diagnostiki njenih težav s pljuči se je najprej zjezila, nato so v naslednjih dneh nastopile težave s spanjem. Razmišljala je o svoji bolezni, je kadilka, tudi oče - umrl je zaradi karcinoma pljuč - je bil, tudi ona se je potila, postajala je iz dneva v dan bolj utrujena, kašljala je, razmišljanje jo je raznašalo v vse smeti, pojavljali so se črni scenariji – tudi misel, da ima mogoče tudi sama raka in so zato potrebne dodatne preiskave. Končni RTG izvid po treh dneh ni zadovoljil zdravnika, zato jo je naročil še na dodatni pregled na pljučni oddelek bližnje bolnišnice. Spet je morala čakati štirinajst dni (čakalna doba). V tem času je postala napeta, nestrpna, razdražljiva, ves čas nespeča, izgubila je apetit, držala se je v stanovanju, zaradi tiščanja v prsih se je spet oglasila pri lečečem zdravniku. Dobila je terapijo Apaurin 3x5 mg, ki ji je določen čas pomagal, vendar normalnega spanja ni bilo. Končno je dočakala dodatne preiskave, ki so ugotovile »le« bronhitis in kadilske spremembe na pljučih. Z izvidom ni bila zadovoljna, jezavo je pokazala kup izvidov, ki jih je prinesla s sabo. Zadnji mesec ni šla k zdravniku, nima volje do ničesar, ponoči kroži po stanovanju, ogrnjena v odejo, tuhta, desetkrat na dan ji pride, da bi si populila lase, joče, nazadnje zahteva od zdravnika napotnico za psihiatrijo in sprejem na oddelek. Priznava suicidalne misli. Še vedno so prisotni simptomi anksioznosti, somatizacije (bolečine po telesu), depresivnost je izrazitejša. Dinamsko ocenimo razočaranje po ugodni diagnozi in odločitev za hospitalizacijo kot podzavestno željo po mazohističnem kaznovanju. Pacientka pred odhodom na oddelek zagrenjeno doda: »In to se je zgodilo meni, ki sem bila popolnoma zdrava do pred tremi meseci in ki sem celo življenje pomagala vsem okoli sebe.« V tej luči je tudi razumeti vse njene izgube, ki so jo prizadele v življenju. Verjetno jih je nekaj tudi pobegnilo iz kletke njene posesivne ljubezni.

Strah - anksioznost

Občutek bojzani izkusimo prav vsi ljudje. Bojazni so običajne spremljevalke človeškega razvoja, sprememb v življenju, vsega novega in še nepreverjenega, spremljajo iskanje lastne identitete in smisla življenja. Značilno za občutenje bojzani je difuzen, neprijeten občutek zle slutnje, ki ga pogosto spremljajo vegetativni simptomi, kot so znojenje, palpitacija, nemir, omotičnost, tresenje itd. Anksioznost vpliva na proces mišljenja, percepcijo in učenje. Povzroči zmedenost in distorzijo percepcije, ne samo v času in prostoru, temveč v prepoznavanju ljudi in tolmačenju dogodkov. Zaradi distorzij je učenje moteno, koncentracija je lahko znižana, nastajajo motnje v spominjanju (Sadock, 2007a).

Bojazen in strah sta opozorilna signala. Oba opozarjata osebo na grozečo nevarnost, ki je lahko zunanja ali notranja. Osebi omogočita, da se umakne iz nevarne situacije. Bojazen se pojavi kot odgovor na grozečo nevarnost, ki je neznana, notranja, nejasna, strah pa, ko je grozeča nevarnost znana, zunanja in jasna. Ali bo oseba zaznala določeni dogodek kot stresen, je odvisno od narave dogodka in pomena, ki mu ga pripisuje, psiholoških obrambnih mehanizmov ter njene iznajdljivosti pri soočanju s problemi (Sadock, 2007b).

Za razliko od normalne tesnobe patološka tesnoba predstavlja odgovor na stimulus, ki je neustrezen v intenziteti in trajanju. V zadnjih 15 letih se je psihiatrija zaradi vse številnejših spoznanj o biologiji anksioznosti usmerila stran od psihodinamskih konceptov nevroze. To je rezultiralo v opustitvi terminusa nevroza iz uradne nomenklature in v delitvi med anksioznimi motnjami na podlagi zanesljivih kliničnih spoznanj. V MKB 10 najdemo nevrotske motnje, razdeljene na fobično anksiozne

motnje, druge anksiozne motnje in obsesivno kompulzivno motnjo. Med druge anksiozne motnje uvrščamo tudi mešano anksiozno-depresivno motnjo (Inštitut za varovanje zdravja, 2005).

Povezanost anksioznosti in depresije

Zaenkrat še ni zadovoljive razlage, ali gre za dva ločena sindroma ali za enega samega, ki se pač izraža na več načinov. Vemo, da ima več kot tretjina bolnikov z depresijo panične napade, več kot polovica pa jih je ves čas anksioznih. Nasprotno pa ima depresijo tudi približno tretjina bolnikov z anksioznimi motnjami. Razmerje 2:1 v korist žensk kaže, da so ženske bolj dovzetne za anksiozne motnje (Hettema, 2008).

Mešana anksiozno-depresivna motnja

Za postavitev te diagnoze je potrebna prisotnost simptomov anksiozne in afektivne motnje, vendar nobeden od simptomov ne prevladuje toliko, da bi opravičeval individualno diagnozo. V tabeli 1 so naštetih kriteriji, ki so potrebni za diagnozo mešana anksiozno-depresivna motnja glede na ameriško klasifikacijo bolezni. Lahko so prisotni tudi simptomi hiperaktivnosti avtonomnega živčnega sistema, kot so tremor, palpitacije, suha usta in nelagodni občutek v želodcu. Iz kliničnih podatkov je razvidno, da imajo osebe prominentne simptome ene ali druge motnje ali mešanico obeh. V poteku bolezni se simptomatika menjava (Sadock, 2007b).

Epidemiološki podatki za to motnjo niso na voljo. Nekateri raziskovalci in kliniki menijo, da je razširjenost motnje v splošni populaciji 10 %, konzervativnejša mnenja pa jo ocenjujejo na 1 % (Balestriery et al., 2010).

Diferencialno diagnostično moramo misliti predvsem na druge anksiozne in depresivne motnje ter na osebne motnje. Tudi prodromalni znaki shizofrenije se lahko pokažejo kot mešana slika anksioznih in depresivnih simptomov pred pojavom psihotičnih simptomov (Sadock, 2007c).

O načinu zdravljenja anksiozno-depresivne motnje se odločamo na podlagi izraženosti simptomov. Od psihoterapevtskih tehnik se poslužujemo predvsem vedenjsko-kognitivne psihoterapije. Zdravila za zdravljenje mešane anksiozne in depresivne motnje so anksiolitiki in antidepresivi. Od anksiolitikov priporočajo predvsem uporabo triazolobenzodiazepinov, kot je npr. alprazolam (Hexel, Xanax), ker naj bi imel anksiolitični in tudi antidepresivni učinek. Pri predpisovanju anksiolitikov velja poudariti nevarnost za razvoj odvisnosti, zato jih predpisujemo za krajši čas (praviloma ne več kot za 4 tedne) in v omejenih količinah. Od antidepresivov pa so za zdravljenje mešane anksiozno-depresivne motnje najučinkovitejši zaviralci ponovnega privzema serotonina (selective serotoninine reuptake inhibitors-SSRI) (Kores, 2007).

Tabela 1: DSM- IV- TR diagnostični kriteriji za mešano anksiozno-depresivno motnjo (American Psychiatric Association, 2000).

A. Persistentno ali ponavljajoče se disforično razpoloženje, ki traja vsaj 1 mesec.
B. Disforičnemu razpoloženju so vsaj 1 mesec pridruženi 4 ali več od naštetih simptomov:
1. motnje koncentracije
2. motnje spanja
3. utrujenost
4. razdražljivost
5. zaskrbljenost
6. jokavost
7. hipervigilanca
8. pričakovanje najhujšega
9. brezupnost (predvsem pesimizem glede prihodnosti)
10. nizko samospoštovanje ali občutek ničvrednosti
C. Simptomi klinično pomembno prizadenejo telesno, socialno in poklicno delovanje posameznika

Tabela 1 prikazuje diagnostične kriterije za mešano anksiozno-depresivno motnjo. Na primeru pacientke lahko ugotovimo, da zadovoljuje kriterij A - več kot en mesec trajajoče disforično razpoloženje, prav tako jo najdemo v kriteriju B z več kot štirimi simptomi: motnje spanja, utrujenost, razdražljivost, zaskrbljenost, jokavost, hipervigilanca, pričakovanje slabega in najhujšega ... Pacientka se zapira v stanovanje, opustila je hišna in gospodinjska dela, o težavah se več ne posvetuje niti s svojim zdravnikom, nazadnje se samokaznovalno odloči za zdravljenje na psihiatričnem varovanem oddelku, torej je zadovoljen tudi kriterij C.

V času hospitalizacije se pogosto zgodi, da opazujemo bolj simptome depresivnosti in manj simptome anksioznosti, ker se simptomi anksioznosti izgubijo dokaj hitro že zaradi protektivnega, za pacienta mnogo bolj varnega okolja oddelka. Že prisotnost zdravstvenega osebja mu daje občutek varnosti. Pri anksioznosti, ki je uvod psihoze, hitre spremembe - izboljšanja - praviloma ni.

V primeru predstavljene pacientke smo po treh dneh zdravljenja na oddelku doživeli presenečenje, ko je nezadovoljno zahtevala odpust in smo lahko, kot je že omenjeno v diferencialno diagnostičnih možnostih, zaslutili, da gre v celotni klinični sliki še za verjetno prisotnost osebnostne motnje, pri kateri pa nam pacientka ni pustila blizu.

Zaključek

V povezavi z diagnostičnimi kriteriji in predstavitvijo primera pacientke ob koncu ugotovljamo, da je anksiozno-depresivna motnja lahko skrivališče za veliko bolj diferenciranih končnih diagnoz in v praksi zelo uporabna kot napotna diagnoza in kot delovna diagnoza ob sprejemu. Predpostavljamo lahko, da je v primeru pacientke, ki smo jo predstavili v prispevku, diagnoza F 41.2 prognostično vsekakor zelo neugodna.

Literatura in viri

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Text rev. DSM- IV- RV. Washington: American psychiatric association; 2000.
2. Balestriery M, Isola M, Quartaroli M, Roncolato M, Bellantuono C. Assessing mixed anxiety-depressive disorder. A national primary care survey. *Psychiatry Res.* 2010;176(2-3):197-201.
3. Hettema JM. What is the genetic relationship between anxiety and depression? *Am J Med Genet C Semin Med Genet.* 2008;148C(2):140-6.
4. Kores Plesničar B. Osnove psihofarmakologije. Maribor: Medicinska fakulteta; 2007.
5. Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene. Deseta revizija. 1. knjiga, 2. izdaja. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Repubike Slovenije; 2005.
6. Sadock BJ, Sadock VA. Anxiety disorders. In: Sadock BJ, Sadock VA, eds. Kaplan & Sadock's Synopsis of psychiatry: behaviour sciences / clinical psychiatry. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007a: 579-627.
7. Sadock BJ, Sadock VA. Mood disorders. In: Sadock BJ, Sadock VA, eds. Kaplan & Sadock's Synopsis of psychiatry: behaviour sciences / clinical psychiatry. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007b: 527-62.
8. Sadock BJ, Sadock VA. Psychosomatic medicine. In: Sadock BJ, Sadock VA, eds. Kaplan & Sadock's Synopsis of psychiatry: behaviour sciences / clinical psychiatry. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007c: 813-39.

Novejša kognitivno-vedenjska terapija anksioznosti

More Recent Cognitive-Behavioural Therapy of Anxiety

mag. Drago Tacol, univ. dipl. psih., spec. klin. psih.

Psihiatrična bolnišnica Vojnik

drago.tacol@pb-vojniki.si

Izvleček

Anksioznost predstavlja enega najpogostejših problemov na področju duševnega zdravja. Skupno vsem anksioznim motnjam je to, da se oseba izogiba situacijam in dražljajem, ki pri njej zbujejo strah, oziroma se izogiba neprijetnemu notranjemu doživljanju. Pri kognitivno-vedenjski terapiji anksioznosti poskušamo spreminjati posameznikovo notranje doživljanje, mišljenje in vedenje, vse z namenom, da bi lažje obvladoval svojo tesnobo. Sodobne raziskave potrjujejo, da klasični kognitivno-vedenjski pristop ni dovolj učinkovit. Prizadevanje, da bi obvladali neželjeno notranje doživljanje, lahko namreč celo poveča tesnobo. Avtor želi v pričujočem prispevku opozoriti na novi, tretji val vedenjske terapije, ki temelji na sprejemanju neprijetnega notranjega doživljanja ter na predanem delovanju v skladu z lastnimi vrednotami in cilji. Predstavi koncept čuječnosti (angl. »mindfulness«), na katerem temeljijo nove oblike kognitivno-vedenjske terapije anksioznosti in drugih duševnih motenj. Čuječnost je namerno usmerjanje pozornosti na sedanje doživljanje ter sprejemanje tega doživljanja z odprtostjo, radovednostjo in brez razsojanja. Avtor predstavi formalno in neformalno prakso čuječnosti ter razloži osnovne principe uporabe čuječnosti v terapiji anksioznosti. Čuječnost opredeli kot način življenja, ki človeka ne osvobaja strahu, ampak ga uči svobodnega življenja s strahom. Čuječnost omogoča posamezniku, da lažje sprejme svoje notranje nelagodje in stisko. Pomaga mu k večji psihološki prožnosti, ki jo potrebuje pri spreminjanju svojega vedenja, pri uresničevanju svojih vrednot in doseganju zastavljenih ciljev.

Ključne besede: anksioznost, kognitivno-vedenjska terapija, čuječnost, sprejemanje in spreminjanje, vrednote

Abstract

The author presents a new, third wave of behavioural therapy, based on acceptance of unpleasant inner experiences and motivated behaviour according to the values and goals of a patient. A concept of »mindfulness«, basic tenet of these new types of cognitive-behavioural therapies for anxiety and other mental disorders, is also presented. Mindfulness is purposive focusing of attention to present experiences and acceptance of them with openness, curiosity and non-judgement. Author describes formal and informal practice of mindfulness and explains basic principles of use in therapy of anxiety. Mindfulness is defined as a way of life, which does not free us from fear - it teaches us how to live free with fear. It enables an individual to accept his or her discomfort and anxiety, and to reach better psychological flexibility, needed for behavioural changes and realization of values and goals.

Key words: anxiety, cognitive behavioural therapy, mindfulness, acceptance and change, values

Anksioznost – problem sodobnega časa

Blizu dvajset odstotkov ljudi na leto trpi zaradi anksioznih motenj, kar trideset odstotkov ljudi pa se sreča s tovrstnimi motnjami v svojem življenju (Leahy, 2009). Klinična anksioznost je resen problem, ki človeku povzroča hudo stisko in trpljenje ter ga ovira ali celo onemogoča pri njegovem delovanju na enem ali na več življenjskih področjih. Ljudje, ki trpijo zaradi hude anksioznosti, pogosteje kot drugi postanejo depresivni, lahko zapadejo v odvisnost od alkohola ali drugih opojnih snovi, spremljajo jih različne telesne težave. Tudi pri otrocih je anksioznost pogost pojav. Posebej zaskrbljujoče je, da povprečen otrok dandanes doživlja enako stopnjo tesnobe, kot jo je doživljal povprečen psihiatrični bolnik v petdesetih letih prejšnjega stoletja (Leahy, 2009).

Na prvi pogled je nerazumljivo, da v času, ki ga živimo, anksioznost narašča, saj je sodoben človek zaščiten pred mnogimi nevarnostmi, s katerimi so se morali soočiti naši predniki. Če natančneje

razmislimo o načinu življenja v današnjem času, pa lahko ugotovimo, da prinašajo odtujenost, osamljenost, pretirana tekmovalnost, individualizem itd. mnoga neizpolnjena pričakovanja, pomanjkanje smisla, vse to pa predstavlja ugodna tla za razraščanje življenjskega nezadovoljstva, strahu pred življenjem in tesnobe.

Razumevanje anksioznosti

Dandanes bolj kot nekoč razumemo anksioznost in bolj poznamo načine, kako se spoprijemati z njo. Vemo tudi, da strahu in tesnobe nihče ne more povsem izbrisati iz svojega življenja, lahko pa ju blažimo in se učimo kakovostno živeti z njima. Anksioznost je del naše biološke dediščine. Skozi dolgo evolucijo človeške vrste so se pri ljudeh razvile lastnosti, ki so nujno potrebne pri soočanju z nevarnostjo. Strah je človeka opozarjal na nevarnost in mu s tem omogočal preživetje. Hkrati je v njem sprožal vse tiste biološke reakcije, ki so bile potrebne za uspešen boj ali beg. V današnjem času se na nevarnost odzivamo z istimi biološkimi procesi, kot so se naši predniki v davni preteklosti. Težava je v tem, da se na nevarnost kakršne koli vrste odzivamo na enoličen način. Tako lahko pred javnim nastopom doživljamo enako kot ob soočanju z nevarnim napadalcem. In ne samo to, podobno se počutimo že pri samem razmišljanju o nastopu. Ljudje nosimo v sebi vrojene instinkte, ki lahko v najrazličnejših naravnih in socialnih situacijah sprožajo občutje strahu in z njim povezane alarmne reakcije v organizmu. V svojem razvoju pa pridobimo oziroma utrdimo predstave, prepričanja in predpostavke o svetu in o sebi, na osnovi katerih ocenjujemo življenjske situacije kot nevarne. Te ocene situacij so mnogokrat pretirane, nerealne (»Če bom šel na oder, bom omedlel«), zato radi rečemo, da je strah nerealen, votel, prazen. Toda tako je samo z vidika zunanjega opazovalca. Za osebo, ki strah doživlja, pa je ta še kako resničen in – pogosto – skrajno mučen.

Skupno vsem anksioznim motnjam je to, da se posameznik izogiba situacijam in dražljajem, ki pri njem zbudijo strah. Kdor se boji višine, se izogiba vzpenjanja na visoke stolpe in hribe, oseba s panično motnjo in agorafobijo se izogiba javnim prostorom, obsesivno-kompulziven posameznik s strahom pred okužbo se izogiba prijemanja kljuk na vratih itd. Toda v bistvu se anksiozna oseba ne izogiba situacijam, ki so povezane s strahom, marveč se želi izogniti svojemu neprijetnemu notranjemu doživljanju. Boji se strahu samega in poskuša narediti vse, da bi se mu izognila. Strah pred strahom je osnovni problem pri vseh anksioznih motnjah. Notranje, doživljajsko izogibanje pa poganja ta strah (Eifert, Forsyth, 2005).

Kognitivno-vedenjska terapija anksioznosti

Klasična kognitivno-vedenjska terapija anksioznosti je usmerjena na neposredno spreminjanje posameznikovih notranjih doživetij in vedenja. S tehnikami kognitivnega restrukturiranja spreminjamo vsebino pacientovih avtomatskih misli, disfunkcionalnih predpostavk in negativnih bazičnih prepričanj, ki sodelujejo pri nastanku anksioznosti ali pa pri njenem ohranjanju. Pacienta učimo bolj realističnega ocenjevanja »nevarnosti« in sposobnosti obvladovanja. Z relaksacijskimi tehnikami zmanjšujemo njegovo notranjo napetost, povezano z različnimi neprijetnimi telesnimi občutki. V terapiji veliko pozornosti namenjamo strategijam vedenja, ki posamezniku pomagajo pri izpostavljanju situacijam, ki izzivajo njegovo tesnobo in strah. Ključni cilj vseh terapevtskih prizadevanj je kar najbolj uspešno obvladovanje anksioznosti.

Anksioznost v luči novejših smeri kognitivno-vedenjske terapije

Po novejših pogledih znotraj kognitivno-vedenjske terapije je vztrajno in togo prizadevanje za to, da bi se izognili doživljanja anksioznosti oziroma jo obvladali ali zmanjšali, samo po sebi problem, ne pa rešitev problema. Raziskave namreč kažejo, da je pri posamezniku, ki si prizadeva, da ne bi imel anksioznih misli in čustev, teh več (Clark, Ball in Pape, 1991 po Eifert, Forsyth, 2005). To lahko vsakdo preveri z znanim poskusom, kako je, če si prizadevamo, da ne bi mislili, na primer, na vijoličastega slona. Težko je namreč ne misliti na nekaj, ne da bi mislili na to. Spet druge raziskave so pokazale, da lahko poskusi obvladovanja napetosti povečajo telesno vzburjenost, medtem ko sprejetje neprijetnega notranjega doživljanja vpliva na zmanjšanje tesnobe (Wegner, 1994; Levitt et al., 2004 po Eifert, Forsyth, 2005).

Ljudje imamo vrojeno prepričanje, da ne smemo čutiti bolečine oziroma neugodja in se jima poskušamo pogosto na vsak način izogniti. Prav tako z vzgojo že od najzgodnejšega obdobja dobivamo sporočila, da so negativna čustva, kot sta žalost in strah, slaba, ter se jim je treba izogniti ali jih vsaj zmanjšati. Toda v resnici se šele tista čustvena bolečina ali stiska, ki je ne moremo sprejeti, spremeni v resnično trpljenje (Linehan, 1993). Želja, da bi se izognili anksioznosti, lahko ima za posledico tudi to, da človek omejuje svoje življenjske aktivnosti ter živi bolj prazno in pusto življenje. Anksioznost postane problem, kadar se posameznik obnaša, kakor da je anksioznost vzrok za njegovo trpljenje in nesrečnost. Ljudje, ki jih muči ta ali ona oblika anksioznosti, pogosto takole razmišljajo: »Ne morem narediti ... ne morem iti ..., ker me je preveč strah, ker čutim preveč napetosti in tesnobe.« Takšno razmišljanje vključuje predpostavko: »Če me ne bi bilo tako strah, če ne bi čutil toliko napetosti in tesnobe, bi lahko naredil ... bi lahko šel ...« Posledica tega je, da si posameznik močno želi, da bi lahko obvladal anksioznost, podobno kot lahko vpliva na zunanje vzroke bolečine in nelagodja (npr. da gre v senco, če ga močno peče sonce, da se obleče, če je hud mraz itd.). Izogibanje doživljanja tesnobe privede do tega, da se pri posamezniku problemi, povezani z anksioznostjo, ohranjajo. Kdor se izogiba, namreč nima možnosti za pridobivanje novih pozitivnih emocionalnih izkušenj. Izogibanje začasno zmanjša tesnobo, s tem pa se poveča verjetnost nadaljnjega izogibanja. Nasprotno pa je izpostavljanje osnova za učinkovito spoprijemanje z anksiozno motnjo.

Sprejemanje anksioznosti

Znotraj širokega področja kognitivno-vedenjskih terapij se vse bolj širi in uveljavlja tretji val vedenjske terapije, ki temelji na sprejemanju neprijetnega notranjega doživljanja ter na predanem delovanju v skladu z lastnimi vrednotami in cilji (Acceptance and Commitment Therapy: Hayes, Strosahl, Wilson, 1999; Dialectical Behavior Therapy: Linehan, 1993; Mindfulness Based Cognitive Therapy: Segal, Williams, Teasdale, 2002).

Sprejemanje ne pomeni pasivne predaje, odpovedovanja ali resignacije. Za pasivno sprejemanje bi šlo v primeru, ko bi se študent zaradi strahu pred predstavitvijo seminarske naloge odločil, da ne bo šel na predavanje. S tem bi dopustil, da njegova čustva (o katerih ne more odločati in jih nadzirati) vodijo njegovo vedenje (o katerem pa se lahko odloča in ima nad njim nadzor). Pri aktivnem sprejemanju, ki je pot do zmanjšanja čustvenih problemov, pa gre za to, da opustimo boj z vsem, česar ne moremo spremeniti. Gre za voljno sprejemanje čustev, telesnih občutkov, misli in situacij, ki se jim želimo izogniti. Sprejemanje daje človeku moč, da je bolj dejaven in učinkovit pri doseganju življenjskih ciljev.

Sprejemanje ni enkratno dejanje, ni samo rezultat nekega prizadevanja, ampak proces. Veliko vprašanje je, če lahko posameznik, ki mu želimo pomagati, ta proces izpelje samo s pomočjo razlage in napotka. Če pacientu razložimo, da je zanj koristno, da sprejme svoj strah in tesnobo, to večinoma ni dovolj. Potrebno je, da proces sprejemanja poteka prek neposrednega življenjskega izkustva in da se zanj človek svobodno odloči.

V pomoč pri razlikovanju tega, kar v življenju lahko obvladujemo (svoje vedenje), in tega, kar ne moremo nadzirati in obvladovati (svojih fizioloških reakcij pri strahu), so različne metafore in življenjske zgodbe.

Čuječnost (»mindfulness«)

Čuječnost (angl. »mindfulness«) je temeljni psihološki proces, ki je usmerjen na sprejemanje. Izvira iz dva tisoč petsto let stare budistične tradicije, vendar so podobna pojmovanja vsebovana tudi v zahodnih duhovnih tradicijah ter filozofskih in psiholoških teorijah mišljenja (Shapiro, Carlson, 2009). V novejšem času so znanstveniki na področju klinične psihologije in kognitivno-vedenjske terapije odkrili, da so lahko principi in praksa čuječnosti posebej v pomoč zahodnemu človeku. Ta namreč pogosto živi razprt med preteklostjo in prihodnostjo, sedanjega trenutka pa se v polnosti ne zaveda ali pa ga vrednoti in zavrača. V našem umu se stalno zlivajo doživetja in sodbe o teh doživetjih, s tem pa se ujamo v jezikovno past, ki je pogosto izvor naše stiske. Ko, na primer, slišimo lajati sosedovega psa, si rečemo: »Prekletó! Spet ta pes! Tega ne bom zdržal!« Najbrž se v takšnem primeru zelo redko zgodi, da kdo samo prisluhne laježu ter ga opazuje in sprejme samega po sebi takšnega, kot je v svoji edinstveni realnosti. A ravno to lahko zmanjša človekovo nezadovoljstvo in jezo. Pacient z anksiozno

motnjo si nenehno prizadeva, da bi se umiril, da bi pregnal neprijetne misli, skrbi, strahove in tesnobo, medtem pa mu življenje odteka, ne da bi ga v polnosti okusil. Resnični mir in zadovoljstvo prideta, ko se prenehamo gnati za njima.

Čuječnost je namerno usmerjanje pozornosti na sedanje doživljanje, kakršno je, ter sprejemanje tega doživljanja z odprtostjo, radovednostjo in brez vrednotenja, brez razsojanja. Je hkrati proces in cilj, ki vključuje polnost zavedanja sedanjega trenutka z vsem, kar v tem trenutku občutimo. S čuječnostjo pojmujeemo dvoje: 1. proces namerne pozornosti in polnega zavedanja ter 2. prakso, s katero to zavedanje dosežemo. Notranja umirjenost in sproščenost nista neposredna cilja čuječnosti, čeprav lahko nastopita kot naravna posledica čuječnega odnosa do življenja. Čuječnost nam pomaga sprejemati življenje takšno, kot je, zmanjšati preokupiranost s samim seboj in opuščati težnjo, da bi imeli nadzor nad vsemi stvarmi v življenju. S tem postanejo življenjske obremenitve lažje in manj verjetno je, da bomo imeli čustvene probleme. Prek čuječnosti lahko bolj bogato doživljamo svoje življenje.

Čuječnost lahko vadimo na neformalen način, v vsakdanjem življenju, ko, na primer, pozorno opazujemo in vohamo rdečo vrtnico, v polnosti okušamo hrano, ki jo uživamo, ob sončnem zahodu natančno opazujemo barve na nebu, med prhanjem zbrano sledimo občutkom, ki jih povzroča polzenje vode po telesu, pred rdečim semaforjem mirno čakamo, da bomo prečkali cesto, se osredotočimo na svoje dihanje itd. Vsak trenutek, ne da bi to posebej načrtovali in se za to pripravljali, lahko posvetimo pozornost temu, kar se dogaja v našem zavestnem čutenju.

Formalno urjenje čuječnosti pa vključuje sistematično prakso meditacije, na primer, sedečo meditacijo, čuječno dihanje, meditativno opazovanje telesnih občutkov in meditacijo pri hoji.

Poznamo več vrst na čuječnosti osnovane psihoterapije (v osnovi je kognitivno-vedenjska), ki temelji na sistematični praksi čuječnosti. Prva in še vedno najbolj popularna oblika je zmanjševanje stresa s pomočjo čuječnosti (Kabat-Zinn, 1990), ki vključuje osem tedensko vadbo čuječnosti. Psihoterapija, ki temelji na čuječnosti, se je pokazala učinkovita tudi za lajšanje anksioznosti in depresije, pri zdravljenju drugih duševnih in osebnostnih motenj ter pri pomoči bolnikom z različnimi psihosomatskimi in somatskimi boleznimi (Shapiro, Carlson, 2009).

Številne raziskave potrjujejo, da vaje čuječnosti povzročajo spremembe v delovanju možganov, zlasti povečano aktivnost v levem prefrontalnem korteksu (Germer, Siegel, Fulton, 2005 po Siegel, 2007). Najnovejše raziskave pa odkrivajo vpliv čuječnosti na strukturne spremembe v možganski skorji ter v predelih možganov, ki so vključeni v proizvodnjo serotonina, nevrottransmiterja, ki uravnava razpoloženje (Siegel, 2010b).

Terapija anksioznosti s pomočjo čuječnosti

Anksiozno motnjo vzdržujejo negativne misli o notranjih dogodkih (»Srce mi močno razbija – zgodilo se bo nekaj hudega ...«, »Tega ne bom zdržal ...«, »Manjvreden sem, ker se tako počutim ...«). Čuječnost nadomešča razmišljanje o notranjih občutkih z zavedanjem teh. Boj proti nesprejemljivim občutkom (in s tem proti samemu sebi, proti svoji človeški naravi) zamenjuje s sprejemanjem slehernega notranjega doživljanja. Sprejemanje pa je ključ za osvoboditev iz spon anksioznosti.

V procesu terapije pacientom pri sprejemanju anksioznosti pomaga razlaga, da je anksioznost vgrajena v naše možgane, in da ne moremo obvladovati vseh dogodkov v naši duševnosti, ker se pojavijo, preden se jih lahko zavedamo. Stigmatizacijo, ki jo povzroča anksioznost, poskušamo zmanjšati s trditvijo: »To nisem jaz, to so moji možgani, moja amygdala!« (pri osebah s panično motnjo) ali z razlago, da gre pri njihovi motnji za način delovanja možganov, za možgansko zaporo (pri obsesivno-kompulzivnih pacientih).

V terapiji anksioznih motenj, ki temelji na čuječnosti, pacienti sistematično izvajajo meditativne vaje, s pomočjo katerih prepoznavajo, opazujejo in sprejemajo različne neprijetne, vznemirjujoče telesne občutke in misli.

Osebe s panično motnjo se učijo sprejemati fiziološke pojave, ki so jih poprej ocenjevali kot znamenja nevarnosti ter so se jih zato poskušali na vsak način izogniti. Ker so lahko podlaga za panično motnjo negativna bazična prepričanja o sebi (»sem šibak«, »sem manjvreden«), terapijo usmerimo tudi na odkrivanje in čuječno opazovanje teh prepričanj. S pomočjo čuječnosti jih pacient lahko prepozna kot zmotna.

Podobne principe upoštevamo pri obravnavi oseb s socialno fobijo in specifičnimi fobijami. Vaje čuječnosti posamezniku pomagajo pri izpostavljanju situacijam, ki se jih boji in se jih izogiba. Sprva vadi podoživljanje, opazovanje in sprejemanje strahu v domišljiji, nato postopoma v realnem življenju. Pri osebah z generalizirano anksiozno motnjo so glavni problem skrbi, te pa so vedno orientirane na prihodnost. Čuječnost, ki človeku privzgaja polno zavedanje in sprejemanje sedanjega trenutka, je zato zelo primeren pristop za zmanjševanje skrbi. »V resnici obstaja samo sedanji trenutek. Vse drugo je le zgodba o preteklosti in prihodnosti.« Značilna meditativna vaja za zmanjševanje skrbi sestoji iz opazovanja misli, ki si jih poskušamo predstavljati, kot da so oblaki na nebu ali mehurčki na gladini reke.

Paciente z obsesivno-kompulzivno motnjo učimo, da misli same niso nevarne, in da so misli povsem nekaj drugega kot dejanje. S primeri in vajami jim ponazorimo, da prizadevanje, da bi kontrolirali in izrivali svoje misli, ne more roditi uspeha.

Pri vseh anksioznih motnjah pacientom koristi, če razširjajo svoje področje pozornosti in zavedanja. Vaje čuječnosti jim pomagajo, da znajo svojo pozornost usmerjati tudi na druge, bolj prijetne notranje občutke in vtise iz okolja (Orsillo, Roemer, 2005).

Anksiozne osebe s pomočjo čuječnosti svojo napetost, strah in tesnobo občutijo in sprejmejo brez notranjega siljenja in prizadevanja, da bi jo pregnali. Sčasoma svoje občutke, čustva in misli lažje opazujejo z razdalje, so manj prevzeti z njimi in se lažje umirijo. Učijo se, da misli in čustva niso resnični dogodki, marveč pojavi v duševnosti, ki se spreminjajo, prihajajo in odhajajo kot oblaki na nebu.

Čuječnost je treba vaditi daljše obdobje. Najbolje je, kadar jo pacienti osvojijo kot življenjsko spretnost, ki jo uporabljajo skozi vse življenje. Toda čuječnosti ne smemo zreducirati na golo tehniko, ki je sama sebi namen, ali na tehniko, ki ima za cilj obvladovanje čustvenega problema. Čuječnost je način življenja, ki človeka ne osvobaja strahu, ampak ga uči svobodnega življenja s strahom.

Spreminjanje - delovanje v skladu z vrednotami in cilji

Sprejemanje vseh svojih misli in čustev, tudi negativnih in neprijetnih, ni končni namen na čuječnosti osnovane terapije. Čuječnost omogoča večjo odprtost za raznovrstno notranje izkustvo, s tem pa spodbudi človekovo pripravljenost za spremembe, za dejavno uresničevanje ciljev. Lajšanje čustvenih motenj vključuje tako sprejemanje kot spreminjanje. Toda spremembe lahko dosežemo tako, da spreminjamo svoje vedenje; le na to namreč lahko neposredno vplivamo. V terapiji pomagamo anksioznim osebam, da povečajo svojo psihološko prožnost, ki jo potrebujejo pri spreminjanju vedenja.

Sodobne kognitivno-vedenjske terapije (še zlasti že omenjena ACT, »Acceptance and Commitment Therapy«) so še bolj kot klasična usmerjene na posameznikovo aktivnost, manj pa na samo zmanjševanje simptomov in na spreminjanje prepričanj. Toda cilj ni ugodje, ki ga prinese aktivnost sama po sebi. Pravi cilj terapije je človekovo zadovoljstvo, ki ga doseže tako, da deluje v skladu s svojimi vrednotami. Terapevt zato pacientu v prvi vrsti pomaga odkrivati vrednote in postavljati zanj pomembne cilje na različnih življenjskih področjih, kot so izobrazba, zaposlitev, odnosi z bližnjimi osebami, družabnost, zabava, duhovnost itd. (Ciarrochi, Bailey, 2008). Vrednote so podlaga za voljno in predano aktivnost, ki naj bi je ne preprečile ovire, kot so notranje nelagodje, strah in tesnoba. Kdor hoče živeti v skladu s svojimi vrednotami, mora biti pripravljen sprejemati sleherno človeško izkustvo. Zato je za osebo z anksioznimi motnjami pomembno vprašanje: »Čemu sem pripravljen posvetiti svoje življenje?«, obenem pa tudi vprašanje: »Zaradi česa vsega sem pripravljen prenašati svojo tesnobo?« Poglejmo primer: Mlad moški s socialno fobijo želi biti dober oče. Ker vzgoja otrok vključuje tudi družabne aktivnosti, je pripravljen sprejemati in prenašati svojo tesnobo, ki jo doživlja ob stikih z ljudmi, in voditi otroke na družabna srečanja.

Terapevtska prizadevanja gredo prav v tej smeri, da bi pacienti svoje prvotno izhodišče: »Ko ne bom več anksiozen, bom ... (... šel med ljudi, ... šel na letalo, ... nastopal« itd.), lahko spremenili v trditev: »Kljub anksioznosti lahko ... (... grem med ljudi, ... potujem z letalom, ... nastopam« itd.).

Literatura in viri

1. Ciarrochi JV, Bailey A. A CBT Practioner s Guide to ACT: How to Bridge the Gap Between Cognitive Behavioral Therapy & Acceptance & Commitment Therapy. Oakland, CA: New Harbinger Publications; 2008.
2. Eifert GH, Forsyth JP. Acceptance & Commitment Therapy for Anxiety Disorders. Oakland, CA: New Harbinger Publications; 2005.
3. Germer CK, Siegel RD, Fulton PR, eds. Mindfulness and Psychotherapy. New York: The Guilford Press; 2005.
4. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and Commitment Therapy. New York: The Guilford Press; 1999.
5. Kabat-Zinn J. Full Catastrophe Living: Using The Wisdom of Your Body and Mind toFace Stress, Pain, and Illness. New York: Dell; 1990.
6. Leahy RL. Anxiety Free. Carlsbad, CA: Hay House USA; 2009.
7. Linehan, MM. Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder. New York: The Guilford Press; 1993.
8. Orsillo SM, Roemer L, eds. Acceptance and Mindfulness – Based Aproaches to Anxiety: Conceptualization And Treatment. New York: Springer; 2005.
9. Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. Mindfulness – Based Cognitive Therapy for Depression. New York: The Guilford Press; 2002.
10. Shapiro SL, Carlson LE. The Art and Science of Mindfulness: Integrating Mindfulness Into Psychology and the Helping Professions. Washington: American Psychological Association; 2009.
11. Siegel DJ. The Mindful Brain. New York: W.W. Norton; 2007a.
12. Siegel RD. The Mindfulness Solution: Everyday Practices for Everyday Problems. New York: The Guilford Press; 2010b.

Prepoznavanje samomorilno ogroženih oseb

Detection of People at Risk of Suicide

Aleš Frelj, dipl. zn.
Psihiatrična bolnišnica Vojnik

Izvelek

V članku je predstavljena problematika samomorilnega vedenja med Slovenci. Izpostavljeni so dejavniki tveganja suicidalnega vedenja ter domnevni motivi takšnega vedenja. Podatki in razlage so zbrani s pregledom literature iz različnih primarnih virov – monografij, statističnih poročil o samomorih v Sloveniji, iz člankov v strokovnih in znanstvenih revijah, zlasti s področja psihiatrije, suicidologije, psihologije in sociologije. V Sloveniji je problem samomorilnosti pereč, saj je izredno visok samomorilni količnik (število samomorov na 100.000 prebivalcev) v primerjavi z drugimi državami sveta prisoten že več desetletij. Z namenom, da bi posamezniki za reševanje življenjskih težav izbirali med bolj konstruktivnimi rešitvami, poteka v Sloveniji več preventivnih aktivnosti na različnih področjih. Kljub resnosti in dolgotrajnosti samomorilne problematike pa Slovenija še vedno nima izdelanega programa za preprečevanje samomorov, ki bi glede na izkušnje nekaterih evropskih držav omogočil zmanjševanje samomorilnega količnika.

Ključne besede: samomorilno vedenje, stiska, pomoč

Abstract

This article starts with a presentation of suicidal behavior in the Slovenian population. The risk factors for suicidal behavior and supposed motives of such behavior are presented. Included are information and explanations from different primary sources – monographs, statistic reports about suicides in Slovenia, and from articles in professional and scientific magazines, especially from psychiatry, suicidal research, psychology and sociology. In Slovenia, the suicidal problem has been very urgent for decades because of comparatively very high quotient of suicides. To enable individuals to find more constructive ways of solving their problems, different suicide prevention activities have been carried out, but despite of the seriousness of this problem, Slovenia still does not have a program for research of suicides that would, according to experiences from other European countries, provide an opportunity to further reduce the quotient of suicides.

Key words: suicidal behavior, distress, help

Uvod

Samomor je v Sloveniji tako pogost, da je mogoče napovedati, da bo med tridesetimi učenci (povprečno število učencev v enem razredu) vsaj eden v svojem življenju storil samomor. Vsako leto si v Sloveniji s samomorom vzame življenje 400 do 600 ljudi, od tega kar 20 mladostnikov, ki šele dobro stopajo v življenje.

To je trenutno stanje v Sloveniji, ki nas vse zadeva – strokovno in laično javnost. Tudi država naj bi že zdavnaj sprejela nacionalni program za preprečevanje samomorilnosti v Sloveniji in zagotovila državljanom zdrave pogoje za njihov razvoj, bivanje, za življenje nasploh.

Ob samomorih se vedno postavlja vprašanje o vzrokih za dejanja, vendar ostajajo le-ti bolj ali manj skriti, tako za svoje umrlega kot tudi za strokovnjake.

Definicija samomora in sorodnih pojmov

Beseda suicidum je latinskega izvora in dobesedno pomeni »samega sebe (sui) ubiti (cidum)«.

V Oxfordovem slovarju (Oxford Universal Dictationary) iz leta 1989 je beseda suicide razložena kot »dejanje, pri katerem si posameznik vzame življenje, samoumor« (Corr et al, 1997). Novejši Oxfordov

slovar (Oxford Advanced Learner's Dictionary of Current English, 2005) pa razlaga besedo kot »dejanje, pri katerem se namerno usmrtimo«. Podobno je beseda samomor definirana v Slovarju slovenskega knjižnega jezika (1985) kot »dejanje, s katerim kdo namerno povzroči svojo smrt«. Pater Desfontains leta 1737 poda razlago samomora: »Človek ubije samega sebe tako, da se ustrelji, vrže pod vlak, utopi, zastrupi s strupi ali plinom ali kakorkoli drugače« (Matevžič, 1999). Znana je klasična Durkheimova definicija, ki samomor opredeli kot »smrt, ki je rezultat direktnega ali indirektnega, pozitivnega ali negativnega žrtvinega dejanja, za katerega ve, kakšen bo končni izid« (Donnelly, 1990). Lev Milčinski (1985) navaja, da je definiranje samomora le kot dejanja, s katerim se človek usmrti in ga pri tem vodi težnja, da si vzame življenje oziroma je bil takšen namen iz njegovega vedenja očiten za okolico, preveč provizorično in poenostavljeno (Milčinski, 1985). Milovanović: »Samomor je namerno in zavestno uničenje lastnega življenja. Za uresničenje samomora je neizogibna cela vrsta poprejšnjih pogojev. Tako morata biti zlasti – trajno ali prehodno, popolno ali delno – prisotni zavest in vednost o življenju in smrti« (Milčinski, 1985).

»Samomorilnega vedenja ni mogoče povezati le z enim vzročnim dejavnikom, saj je posledica zapletenega prepletanja številnih dejavnikov tveganja« (Roškar, 2003).

Za obvladovanje kompleksnih situacij ima človek izdelan zaznavni sistem ter ustvarjalno, raznovrstno, prožno vedenje. Vedenja izbira, da bi z njimi dosegel zastavljene življenjske cilje, reševal težave in s tem zadovoljil svoje potrebe. Kakršnokoli vedenje izbere za reševanje svojih težav, se zdi smotno (Glasser, 1994).

Iz navedenih definicij bi lahko povzeli, da je samomor človekovo namerno dejanje, pri polni zavesti, katerega cilj je usmrtitev samega sebe. Samomorilno vedenje je prepleteno s številnimi dejavniki tveganja – lahko bi govorili o vzročnih dejavnikih, ki povzročijo samomorilni proces. Kljub temu, da se zdi zunanjemu opazovalcu to vedenje nesmotno, pa za samomorilca prinaša olajšanje, izhod iz številnih življenjskih stisk, beg iz realnosti ...

Čeprav se zdijo definicije povsem razumljive, logične in popolne, se vedno znova porajajo nova vprašanja. Če je samomor dejanje, pri katerem si človek vzame življenje, bi lahko šteli med suicidalnost tudi rusko ruleto. Toda ruska ruleta ni to. Je samomor, če se »samomorilni« napadalec razstrelji med množico ljudi zaradi verskih prepričanj? In kam v smislu suicidalnosti uvrstiti harakiri (način smrti, povezan s častjo in ponosom samurajev), shinju (oblika samomora zaljubljenih ter staršev in otrok), sati (v Indiji izraz za žensko, ki se da zažgati s pokojnim soprogom) ali samomor, ki ga odobravajo Eskimi pri starejših članih skupnosti?

In kje je mesto različnih oblik nevarnih vedenj, ki jih izbiramo v vsakdanjem življenju – alkoholizem, samopoškodbeno vedenje, anoreksija ali bulimija, uživanje drog, kajenje, neustrezne prehranjevalne navade, opustitev nekaterih dejanj (npr. jemanja insulina itd.), ko človek tega ne doživlja kot samomorilno dejanje niti nima namena končati svojega življenja, pa je vendarle takšno vedenje nesmiselno, ogrožujoče in čudno, saj človeku potencialno skrajšuje življenje. Stroka govori o indirektnem samodestruktivnem vedenju.

Nepremakljiva resnica bivanja – smrt

Med pogovori in razmišljanji o samomoru se marsikdo počuti utesnjeno, neprijetno, nemočno. Misel na smrt vzbudi v človeku nepojasnjene občutke, ko na eni strani sprejema smrt kot del življenjskega cikla vsega živega, hkrati pa se na drugi strani vsiljuje praznina in strah ter spoznanje minljivosti. V čem je potem sploh smisel našega bivanja, obdobja od rojstva do smrti? Kaj nas čaka po smrti?

Prav sposobnost konceptualiziranja prihodnosti in neizogibne smrti loči človeka od drugih živalskih vrst (Feifer v Corr et al, 1997), hkrati pa Trstenjak razmišlja: »Samomor je tragična višina svojske človeške popolnosti. Samo človek je tako 'razsvetljen', da si lahko sam vzame življenje, čeprav si ga sam dati ne more ...« (Trstenjak, 1986; 1991). Matevžič (1999) pravi, da smrt prav zaradi svoje skrivnostnosti in nepojasnenosti zbuja pri ljudeh občutke nelagodja in strahu. Čeprav se zavedamo, da bomo nekoč umrli, se smrti kljub temu bojimo.

Strah je verjetno posledica bojazni pred bolečim umiranjem, pred praznino ali soočenjem z lastno večno minljivostjo. Morda se nam prav zaradi strahu, praznine, ki ju čutimo ob misli na smrt, zdijo dejanja samomorilcev tako čudna, nerazumljiva. Naravna človekova reakcija je (bi) namreč (bila), da od strahu in od neprijetnih občutij beži ali poskuša z izbiro vedenj najti bolj zadovoljujoče občutke, kot je odločitev za smrt.

Albert Camus je zapisal: »Obstaja samo en resnično pravi filozofski problem, in to je samomor. S presojo o tem, ali je življenje vredno živeti ali ne, odgovorimo na ključno vprašanje v filozofiji« (Donnelly, 1990).

Moralno-etična obravnava samomorilnosti

Že od antike naprej je mogoče zaslediti nasprotujoča si stališča v moralno-etičnem obravnavanju samomora. Sokratovo stališče, da je človek v življenju kot na straži in svojega mesta ne sme zapustiti, dokler ni odpoklican, je v popolnem nasprotju s kasnejšimi stališči stoičnih filozofov (Seneka), ki so zavzeli stališče, da ni pomembno, če človek umre prej ali kasneje, temveč le, ali umre lepo ali grdo in da ima zato vso pravico izbrati smrt, kakršna mu je ugodnejša. Skrajno strpen stoični odnos do samomora je vplival na pogostost samomorov med kristjani v prvem obdobju krščanstva, saj so bili upi vernikov ob razglašanju ničevosti tega sveta usmerjeni predvsem v posmrtno življenje. Avguštin je okoli leta 420 obsodil samomor in samomorilca izenačil z morilcem. Michael E. Montaigne v 16. st. zagovarja načelo, da ni tatvina, če nekdo samemu sebi vzame denar; prav tako ne moremo govoriti o umoru, če si kdo sam vzame življenje. Jožef II. (18. st.) uzakoni, naj samomorilca »kot mrhovino« zagrebejo konjederci zunaj pokopališča. David Hume (18. st.) brani prepričanje, da si ima človek pravico sam vzeti življenje. V Veliki Britaniji je vse do izida Zakona o samomoru (1961) veljal samomor za kaznivo dejanje. Leta 1982 je v Parizu izšla knjižica »Suicide – mode d'emploi« (»Samomor – navodila za uporabo«) s praktičnimi navodili, kako se zanesljivo in neboleče usmrtiti (Milčinski, 1985; 1999).

Družbeni odnos do samomora se skozi zgodovino spreminja. Različni pogledi na samomor nikoli ne izzvenijo, temveč se v naši zavesti prepletajo, zatonejo pa spet oživijo. V določenem družbenem okolju je določeno moralno-etično pojmovanje prevladujoče. Tako je v naši družbi samomor večinoma še vedno stigmatiziran kot nečastno dejanje, dejanje nemoči ali poguma, prevečkrat pa se samomoru dodaja še oznaka psihiatrične bolezni, kljub dejstvu, da med ljudmi, ki si vzamejo življenje, kategorija psihiatričnih bolnikov ni prevladujoča. Na splošno sicer tiho sprejemamo dejstvo, naj človek svojo usodo vdano preživi, po drugi strani pa se tudi strinjamo, da ima človek v naši civilizaciji, ki ji je uspelo bistveno podaljšati življenje, ne pa tudi zagotoviti ustrezno kakovost, pravico do samomora. S tem dejstvom pa v svetu napredujejo gibanja za legalizacijo »dobre, primerne smrti« (evtanazija) in asistiranega samomora. Ali nista evtanazija in asistirani samomor zgolj družbeno sprejemljivejši obliki samomora, ki tistemu, ki se zanj odloči, zagotavljata, da okolje njegove odločitve ne bo obsojalo in njegovi svojci ne bodo ostali zaznamovani s pokojnikovim »sramotnim« dejanjem?

Raziskovanje bioloških vzrokov samomorilnosti

Prve biološke raziskave iz 19. stoletja so razlage za samomorilna dejanja iskale v patološki zgradbi in delovanju človeškega telesa. Nagnjenost k samomoru so poskušali dokazati z ugotavljanjem zunanjih telesnih posebnosti in organskih okvar pri obdukcijah samomorilcev (vnetje vranice, maščobe v žolčniku, mali možgani, debele lobanjske kosti ...). Milovanović, srbski patolog, je takšno »znanost« leta 1929 zavrnil, češ da različne telesne posebnosti in patološki anatomski izvidi pri samomorilnih osebah ne kažejo specifičnih razlik v primerjavi z izvidi ljudi, ki so umrli naravne smrti.

Zlasti po letu 1953 pa so pato-anatomske teorije o samomorilnosti nadomestile subtilnejše biokemične raziskave aktivnih telesnih sokov in endogenih – genetskih dejavnikov, ki vplivajo na samomorilnost (Milčinski, 1997).

Motnje v delovanju serotonergičnega sistema, ki je povezano z uravnavanjem razpoloženja, impulzivnosti in agresije, vplivajo na pojav depresije in nižje samopodobe, le-te pa lahko vodijo v socialno anksioznost in brezup, ki sta ključni značilnosti oseb s samomorilnim nagnjenjem. Vzroki za motnje v delovanju serotoninskega sistema so prirojeni in pridobljeni zaradi močne, dolgotrajne izpostavljenosti stresu (Roškar, 2003).

Ali je mogoče trditi, da pri samomorilnih osebah obstaja zasnova samomorilnosti ali gen samomorilnosti? Glede na statistične podatke in študije bi lahko sklepali o povečanem samomorilnem tveganju, ko gre za samomor v družini, hkrati pa je nemogoče trditi, da obstaja točno določeni gen za samomor. Sama genska zasnova človeka ne vodi v samomor, predstavlja pa enega od dejavnikov

tveganja, ki lahko ob neugodnih vplivih okolja pospešijo dokončno odločitev osebe, da bo samomor res izvršila. Marušič (2003) pravi, da je potrebno upoštevati dejstvo, da se lahko nekateri genetski dejavniki izrazijo le v določenem okolju in da lahko okolje aktivno vpliva samo na določene genetske strukture. Torej je nemogoče govoriti o determinističnem vplivu enega ali drugega dejavnika samomorilnosti. Tako bi lahko dedno »obremenjenost« za samomor označili kot privzgojeno oziroma z zgledi priučeno obliko vedenja ob reševanju življenjskih težav.

Časovna razporeditev samomorov

Največ samomorov se zgodi spomladi. V mesecu aprilu je samomorov največ, za kar obstajajo biološke (pojavljanje od svetilnosti odvisne depresije) in sociološke razlage. Pomlad po kratkih zimskih dnevih nudi tudi več možnosti za druženje in aktivnosti v naravi, kar izzove še izrazitejše razlike med osamljenimi in tistimi, ki zmorejo te dneve intenzivno izkoristiti (Marušič in Zorko, 2003). Sicer pa je tudi znano, da največ samomorov ne naredijo ljudje v stanju globoke depresije, ko jim že samo pomanjkanje volje in občutek nemoči ne dovoljuje izvršitve tega dejanja. Najnevarnejše za samomor je obdobje, ko se človek po daljši depresiji zopet bolje počuti (Žvan, 1999). Rahlejši dvig suicidalnosti je opazen še v jeseni. Podobno letno nihanje poznajo v skoraj vseh deželah severne poloble, tudi v daljni Mongoliji in na Japonskem (Leskošek, 2001).

Med dnevi v tednu močno izstopa ponedeljek. »Ponedeljkovi samomori« so začeli v Sloveniji naraščati v poznih osemdesetih in so verjetno posledica naraščajoče gospodarske recesije bivše Jugoslavije, ki je dosegla vrhunec v začetku devetdesetih let. Zmotno pa je prepričanje o »suicidogenosti« praznikov, saj praznični dnevi niso v povprečju nič bolj »samomorilni« kot drugi dnevi (Grah, 2003; Leskošek, 2001).

Domnevni motivi dejanja

Samomor je le zaključek dolgotrajnega procesa. Zasnove morebitne samomorilnosti se lahko oblikujejo že zelo zgodaj, ko se začne formirati človekova osebnost. Aktualne obremenitve v kasnejših obdobjih življenja samomorilni proces le sprožijo. Travmatični dogodki, ki jim je bil človek pred dejanjem izpostavljen, pa predstavljajo sprožilne dejavnike. Domnevni motivi samomorilnega dejanja so torej tisti, ki so osebo pripeljali do fatalne odločitve (Leskošek, 2001).

- zakonski oz. družinski spori

Med domnevnimi motivi za samomor z 18 % prevladujejo zakonski oziroma družinski spori (Leskošek, 2001). Velik del tovrstnih sporov privede do razveze zakonske skupnosti. Težave pri soočanju z novo življenjsko situacijo, občutki nemoči in osamljenosti, doživljanje razveze kot življenjskega neuspeha, ekonomske težave, ločitev od otrok lahko posameznika privedejo do samomorilne odločitve.

- telesne bolezni in invalidnost

S 16 % sledijo na lestvici motivov telesne bolezni in invalidnost. Tveganje za samomor je izrazito visoko prvo leto po odkritju raka in pri različnih degenerativnih nevroloških obolenjih (Dernovšek, 2003). Po podatkih zdravstvene statistike v Nemčiji so samomorilno zelo ogroženi ljudje, ki trpijo hude bolečine (Leskošek, 2001). Zlasti so ogroženi bolniki, ki se zavedajo neozdravljivosti svoje bolezni ali invalidnosti in imajo pred seboj perspektivo mučnega hiranja ter so odvisni sami od sebe.

- osamljenost

S staranjem slovenskega prebivalstva se povečuje število ljudi, ki obolevajo za različnimi kronično potekajočimi boleznimi, med katerimi marsikatero vodijo v invalidnost. Telesna invalidnost in z njo povezana stigmatizacija ter fizična nezmožnost navezovanja stikov ima pogosto za posledico občutke osamljenosti in izolacijo ljudi od socialnega okolja. Osamljenost, ko človek daleč okoli sebe nima osebe, ki bi bila sposobna zaznati njegovo stisko, je v približno 5 % domnevni motiv za samomor (Milčinski, Virant-Jaklič, 1993; 1994; Milčinski, Zalar, Virant-Jaklič, 1997; Leskošek, 2001). Občutki osamljenosti se pogosto pojavijo pri ljudeh po izgubi drage osebe, po ločitvi. Nema lokrat doživljajo občutke osamljenosti tudi starši, ko otroci odrastejo in zaživijo svoje življenje.

- težave v službi

Težave v službi so se kot domnevni motiv samomora v obdobju 1985-1995 povzpele z 1,7 % na 3,1 %, kar je odraz družbeno-političnih razmer v Sloveniji (Leskošek, 2001). Po osamosvojitvi se je v naši

državi menjal politični sistem, ki je povzročil propadanje določenega dela podjetij in s tem povezano izgubo številnih delovnih mest. Negotova prihodnost, skrb za preživetje in preživljanje svoje družine so v obdobju 1985-1995 postale obremenjujoče za vedno več delavcev, ki vidijo izhod iz stiske v samomoru.

- ekonomske in stanovanjske težave

Povsem na dnu lestvice domnevnih motivov je modaliteta »ekonomske in stanovanjske težave« (1,8 %). Ekonomska revščina je (naj)bolj suicidogena v povezavah z drugimi dejavniki tveganja, kakršni so alkoholizem, izguba zaposlitve, konflikti v družini, razveze (Leskošek, 2001).

Zaključek

Prepoznavanje samomorilno ogroženih oseb je širok in predvsem večplasten problem, s katerim se srečujemo zaposleni v psihiatričnih bolnišnicah, v drugih zdravstvenih ustanovah in v življenju nasploh. Navodila, kako »prepoznati« človeka s samomorilnimi težnjami, ni. Žal odtujenost v odnosih v današnji družbi, pomanjkanje vrednot in materialistično-kapitalistična usmerjenost večine ljudi še zmanjšuje možnosti pravočasnega in učinkovitega ukrepanja in nudenja pomoči oziroma podpore našim bližnjim, sosedom, soljudem.

Tabu in stigma samomora zavirata možnosti preprečevanja v očeh družbe blaznega in patološkega dejanja – samomora. Potrebno je prosvetljevanje in senzibilizacija prebivalstva do tolikšne mere, da bi svojim bližnjim priskočili na pomoč v trenutkih stiske in navidezno brezizhodne situacije. Prav gotovo je dobil samomor oznako blaznosti in patološkega vedenja zaradi obravnave suicidalnih oseb, predvsem v psihiatričnih bolnišnicah in dispanzerjih. Pa je res dovolj, da se s tem problemom ukvarja zgolj zdravstvo?

Za odkrivanje potencialno samomorilnih oseb je v sodobni profilaksi izrednega pomena izobraževanje ljudi zaposlenih v prosveti, zdravstvu, izobraževanje policistov, duhovnikov ...

Literatura

1. Corr CA, Nabe C, Nabe CM, Corr DM. Death & Dying, Life & Living: Second Edition. Pacific Grove: Brook/Cole Publishing Company; 1997.
2. Dernovšek M. Preprečevanje samomora v primarnem zdravstvu. In: Marušič A, Roškar S. Slovenija s samomorom ali brez. Ljubljana: DZS; 2003: 64–73.
3. Donnelly J. Suicide: right or wrong?. New York: Prometheus Books; 1990: 15, 7.
4. Glasser W. Kontrolna teorija ali Kako vzpostaviti učinkovito kontrolo nad svojim življenjem. Ljubljana: Taxus; 1994.
5. Grah M. Moški se ustrelijo, ženske utopijo. Delo. Sobotna priloga (22.11.2003); 22–3.
6. Leskošek F. Sociološki vidiki samomorilnosti v Sloveniji. Zdravstveno varstvo. 2001;40(1-2); 41–50.
7. Marušič A, Zorko M. Slovenski samomor skozi prostor in čas. In: Marušič A, Roškar S. Slovenija s samomorom ali brez. Ljubljana: DZS; 2003:10–20.
8. Matevžič M. Stališča do samomora glede na vrednote in samooceno različnih kategorij preizkušancev [Doktorska disertacija]. Ljubljana: 1999; 12.
9. Milčinski L, Virant-Jaklič M. Samomor in samomorilni poskus v Sloveniji v letu 1992. Ljubljana: Klinični center Ljubljana, Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana; 1993.
10. Milčinski L, Virant-Jaklič M. Samomor in samomorilni poskus v Sloveniji v letu 1993. Ljubljana: Klinični center Ljubljana, Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana; 1994.
11. Milčinski L, Zalar B, Virant-Jaklič M. Samomor in Slovenija-1995. Ljubljana: Slovenska akademija znanosti in umetnosti, Psihiatrična klinika; 1997.
12. Milčinski L. Samomor in Slovenci. Ljubljana: Cankarjeva založba; 1985: 111-12.
13. Milčinski L. Samomorilno vedenje. In: Tomori M, Ziherl S. Psihijatrija. Ljubljana: Litterapicta, Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani; 1999: 361–75.
14. Oxford Advanced Learner's Dictionary of Current English. Hurnby A.S.. Oxford: Oxford University Press; 2005.
15. Roškar S. Samomor med duševnostjo in telesom. In: Marušič A, Roškar S. Slovenija s samomorom ali brez. Ljubljana: DZS; 2003: 30 – 1.
16. Slovar slovenskega knjižnega jezika. Slovenska akademija znanosti in umetnosti. Ljubljana: DZS; 1985
17. Trstenjak A. Ko bi še enkrat živel: Druga popravljena izdaja. Celje: Mohorjeva družba; 1986.
18. Trstenjak A. Misli o slovenskem človeku. Ljubljana: Založništvo slovenske knjige; 1991: 121.

19. Žvan V. Razpoloženske (afektivne) motnje. In: Tomori M, Ziherl S. Psihatrija. Ljubljana: Litterapicta, Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani; 1999: 207–27.

Fobije in njihov vpliv na nastanek depresije

The Link between Phobias and Depression

Janko Petek, ZT¹

Psihiatrična bolnišnica Vojnik

Izveček

V današnjem svetu vpliv fobij vedno bolj narašča. Že v preteklosti je bil vpliv fobij na človeka močan, vendar ljudje niso vedeli, da je njihov strah ozdravljiv in resnično veliko časa tudi ni bil. V današnjem svetu obveščenosti so ljudje o svojih boleznih veliko bolje informirani, in to velja tudi za fobije. Vedo, da niso edini, da je njihova bolezen ozdravljiva, in vedo, da se lahko obrnejo na strokovnjake, ki jim bodo pomagali rešiti težavo. Paciente, ki trpijo za kakršnokoli obliko fobije, ponavadi spremlja tudi depresija. Takšni bolniki potrebujejo specifično nego. Motene imajo osnovne življenjske funkcije in zato teh bolnikov ne gre jemati zlahka. S pomočjo ustreznega izobraženega zdravstvenega kadra je njihovo okrevanje dosti lažje in hitrejše. S sodelovanjem psihologov, zdravnikov, diplomiranega in srednjega zdravstvenega kadra se bolniku nudi celostna obravnava, ki je najpomembnejša in najbolj perspektivna pot k ozdravitvi bolnika, ki trpi za fobijo in depresijo.

Ključne besede: zdravstvena nega, strah, zdravstvena obravnava

Abstract

In today's world, the impact of phobias is increasing. Even in past, the impact of phobias on humans was a strong, but people did not know that their fear was curable. And for most of the time, it was not. In today's world people are better informed about their illnesses and this also applies to the phobia. They know that they are not the only one, that phobia is treatable and they know that they can turn to the experts who will help them solve their problem. Patients who suffer from any form of phobia are usually also suffering from depression. Such patients need specific care. Basic life functions are disturbed, and therefore these patients should not be taken lightly. With the help of well-educated health care professionals their recovery is much easier and faster. With the participation of psychologists, physicians, graduate and secondary health care professionals, patient gets a comprehensive treatment and the most promising way to cure a patient suffering from the phobia and depression.

Key words: nursing, fear, comprehensive treatment

Uvod

Fobija je pretirani občutek strahu ali tesnobe. Oseba s fobijo se skuša na vsak način izogniti objektu ali okolščini, ki ji vzbuja strah, kar jo ovira v vsakdanjem življenju. Fobije se pojavljajo pri vsakem dvajsetem človeku. Večinoma izvirajo iz zgodnjega otroštva, težave pa se običajno pojavijo v poznem otroštvu, puberteti ali zgodnji odrasli dobi. Izpostavitve objektu ali okolščini, ki bolniku povzroča strah, sproži panično reakcijo s hromečo tesnobo, potenjem in pospešenim srčnim utripom. Bolnik se zaveda, da je silni strah, ki ga preveva, nerazumen. Čuti pa tudi nezadržno potrebo, da se temu, česar se boji, izogne, kar ga sčasoma začne omejevati pri vsakodnevnih dejavnostih. Poznamo tri tipe fobij:

- Agorafobija - strah pred javnimi prostori, kjer se oseba počuti ujeta ali se boji paničnega napada v javnosti
- Socialna fobija - strah pred socialnimi situacijami ali javnim nastopanjem, kjer se oseba boji zadrege zaradi simptomov anksioznosti ali paničnega napada

¹ Poljudni prispevek – prispevek ni recenziran

- Specifične fobije - strah pred določenimi stvarmi, situacijami ali aktivnostmi, ki bi lahko osebi škodovale ali ji povzročile izgubo emocionalnega ali fizičnega nadzora (npr. kričanje ali nezavest)

Enostavne fobije

Fobije, pri katerih strah sproži kak objekt ali okoliščina, na primer strah pred pajki, višino ali potovanjem z letalom, imenujemo nezapletene. Mednje sodita denimo klavstrofobija, strah pred zaprtimi prostori, in strah pred krvjo.

Kompleksne fobije

Kompleksne fobije so bolj zapletene, saj lahko bolniku vzbudi strah več različnih objektov ali okoliščin. Značilen primer je agorafobija, pri kateri bolnika prevzame strah, če se znajde sam na odprtem prostoru ali če se znajde na javnem mestu brez izhoda na varno. Tudi socialne fobije, na primer pretirana sramežljivost, sodijo med kompleksne fobije.

Kaj jih povzroča?

Vzroka fobije pogosto ne moremo določiti. Nezapleteno fobijo lahko včasih povežemo z izkušnjo iz otroštva. Opazamo družinsko nagnjenost, vendar to pripisujemo predvsem prenosu posameznih vedenjskih vzorcev s starejšega družinskega člana na otroke. Kompleksne fobije se včasih pojavijo po nepojasnjenem paničnem napadu. Nekateri si zapomnijo, da je določena stresna okoliščina sprožila njihov strah, zaradi česar se ta v podobnih okoliščinah ponovi.

Vsem fobijam je skupno nenehno izogibanje povzročiteljem strahu, zaradi česar prizadeta oseba ostaja doma in postane depresivna. Včasih si skušajo fobične osebe olajšati strah s pretiranim pitjem alkohola ali uživanjem mamil.

VRSTE FOBIJ

- | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| • aglofobija - strah pred bolečino | • aurofobija - strah pred zlatom | • felinefobija - strah pred mačkami |
| • agorafobija - strah pred odprtim prostorom | • brontofobija - strah pred neurjem | • filofobija - strah pred zaljubljenostjo |
| • ailurofobija - strah pred mačkami | • demonofobija - strah pred demoni | • fizofobija - strah pred fizičnim naporom |
| • akrofobija - strah pred višino | • dendrofobija - strah pred drevesi | • fobofobija - strah pred strahom |
| • amaksofobija - strah pred vožnjo | • dorafobija - strah pred krznom in usnjem | • genofobija - strah pred seksom |
| • androfobija - strah pred moškimi | • dromofobija - strah pred prečkanjem ceste | • gimnotofobija - strah pred goloto |
| • antropofobija - strah pred ljudmi | • elektrofobija - strah pred elektriko | • ginofobija - strah pred ženskami |
| • apeirofobija - strah pred neskončnostjo | • emetofobija - strah pred bruhanjem | • hemofobija - strah pred krvjo |
| • arahnofobija - strah pred pajki | • entomofobija - strah pred insekti | • Heksakosioihsekonta heksafobija - strah pred številom 666 |
| • astrafobija - strah pred grmenjem, strelami | • fazmofobija - strah pred duhovi | • klovnofobija - strah pred klovn |
| • hidrofobija - strah pred vodo | • karcinofobija - strah pred rakom | • ksenofobija - strah pred tujci |
| • hipopotomonstrosesque pedaliobija - strah pred branjem ali govorjenjem dolgih besed | • kinofobija - strah pred psi | • ligirofobija - strah pred glasnimi poki |
| • kakofobija - strah pred grdoto | • kleptofobija - strah pred krajo | • mikrofobija - strah pred mikroorganizmi |
| | • klavstrofobija - strah pred zaprtimi prostori | |

- **mizofobija** - strah pred onesnaženjem
- **mizofobija** - strah pred umazanijo
- **numerofobija** - strah pred številkami
- **ofidiofobija** - strah pred kačami
- **omitofobija** - strah pred ptiči
- **panfobija** ali **pantofobija** - strah pred vsem
- **patroiofobija** - strah pred dednostjo
- **pekatofobija** - strah pred grehom
- **pikofobija** - strah pred majhnostjo
- **pirofobija** - strah pred ognjem
- **pnigerofobija** - strah pred dušenjem
- **polifobija** - strah pred mnogimi stvarmi
- **sitofobija** - strah pred jedmi
- **tafobija** - strah pred mislijo, da boš živ zakopan
- **talasofobija** - strah pred morjem
- **tanatofobija** - strah pred smrtjo
- **tridekafobija** ali **triskaidekafobija** - strah pred številom 13; glej tudi petek 13
- **tripanofobija** - strah pred injekcijo
- **zoofobija** - strah pred živalmi

Zdravstvena nega pacienta z depresivno motnjo

Fobije so v tesni povezavi z nastankom depresivne motnje, zato se mi zdi pomembno poudariti, na kaj moramo biti pozorni, ko oskrbujemo depresivnega bolnika.

Skrb za pacienta z depresivno motnjo na prvem mestu vključuje terapevtsko komunikacijo kot sredstvo za vzpostavljanje odnosa, prek katerega ga vodimo in usmerjamo k skrbi za temeljne življenjske aktivnosti.

Vitalne funkcije Dihanje in krvni obtok se pri pacientih z depresijo običajno spremenita, in sicer se delovanje zmanjša - redkeje pospeši -, zato je potrebna dnevna kontrola vitalnih funkcij. Še posebej moramo biti pozorni na rizične skupine, kot so nosečnice, otročnice, starejši in osebe s predhodno ugotovljenimi okvarami vitalnih organov.

Izločanje in odvajanje Pri depresivnih pacientih je moteno predvsem zaradi manjšega vnosa hrane in/ali tekočine in zaradi zmanjšane potrebe po gibanju. Posebej nevarna je oligurija s primesmi v sedimentu, ki opozarja na nevarno dehidracijo, in pa daljša obstipacija, ki lahko pripelje do ileusa in perforacije črevesja. Obe situaciji lahko resno ogrozita pacientovo življenje, zato je pomembno vsakodnevno opazovanje odvajanja in izločanja ter ustrezno dokumentiranje.

Prehranjevanje in pitje je pri pacientih z depresijo pogosto moteno v smislu pomanjkanja teka ali tudi povečane želje po hrani. Pri težavah prehranjevanja in pitja najpogosteje pomaga razumevajoč terapevtski odnos, ki ne obsoja, temveč aktivira pacientove potenciale. Sedenje ob pacientu, spodbujanje k jedi, direktna pomoč pri hranjenju in preudarno sklepanje dogovorov pomagajo pri vzpostavljanju zadovoljivega prehranjevanja. Pogosto je v akutni fazi bolezni potrebna kontrola vnosa hrane in tekočine in opazovanje znakov dehidracije. Ponudimo jim manjše obroke in po potrebi energijske dodatke k prehrani. V nekaterih redkih primerih je potrebno pacienta z depresivno motnjo za daljši ali krajši čas hraniti po nazogastrični sondi.

Gibanje in ustrezna lega depresivnega pacienta je lahko omejena na izvajanje dveh telesno-gibalnih vzorcev ležanja in sedenja (psihomotorna retardacija). Najpogosteje želijo pacienti ostati v postelji in jih je težko pripraviti, da bi vstali tudi za izvajanje najbolj osnovnih življenjskih aktivnosti osebne higiene, prehranjevanja in odvajanja. Posebno huda oblika gibalne motnje je depresivni stupor, ko lahko pacient ure in dneve ostane v istem položaju, kar je lahko življenjsko nevarno. Najbolj pomembna je redna kontrola pacienta in po potrebi redno menjavanje položajev, da preprečimo nastanek preležanin in edemov.

Osebna higiena in urejenost postaneta problematični, saj pogosto prihaja do delne ali popolne opustitve skrbi za estetski videz in čistočo ali do zelo površnega izvajanja te aktivnosti. Pacienti se lahko po več dni ali mesecev v domačem okolju ne kopajo, tuširajo ali si umijejo las. Posledice pomanjkljivega izvajanja osebne higiene se kažejo v vidni umazaniji, izpuščajih, ragadah in ranah na pregibih, vnetjih in razjedah v anogenitalnem predelu, spremenjeni sluznici veznic, nosu in ust, zadahu in neprijetnem vonju ter neurejenosti nohtov nog in rok. Neurejenosti pacientov ni mogoče odpraviti z enkratnim higienskim posegom, temveč je potrebno določiti prioriteto postopkov.

Oblačenje je pri pacientih z depresivno motnjo prav tako prizadeto in se kaže predvsem kot neupoštevanje higienskih norm pri menjavi spodnjega perila, nogavic in drugih oblačil. Zaradi zmanjšane temperaturne percepcije so pacienti včasih preveč ali celo premalo oblečeni, kar moti vzdrževanje normalne telesne temperature. Potrebno je informiranje pacienta o potrebni menjavi perila in oblačil, navajanje na higieno oblačil z ločevanjem dnevnih in nočnih oblačil.

Izražanje občutkov, čustev in potreb je zaradi prisotnosti depresivnih simptomov na psihičnem in socialnem področju še posebej moteno. Stiki z ljudmi se spremenijo. Pacienti se stikom izogibajo ali pa jih prekinajo in vzpostavijo nekoliko čustveno hladen odnos. Pacienti najtežje prenašajo sobivanje z ljudmi, ki so neprestano v gibanju, veliko govorijo ali so nasploh zelo aktivni, zato pacientov ne nameščamo v sobo s tistimi, ki trpijo za manično motnjo. Govor pacientov z depresivno motnjo je tih, komaj razločen ali slišen, izražanje je monotono brez dinamike glasu in mimike. Pri agitirani obliki depresije pacienti lahko cepetajo, stereotipno ihtijo, stokajo, cvilijo, jočejo brez solz, ponavljajo iste besede ali imena in jih je težko vključiti v strukturiran pogovor. Paciente je potrebno spodbujati h komunikaciji, biti razumevajoč pri opisanem vedenju in jim dajati jasna navodila za izvajanje osnovnih življenjskih aktivnostih.

Izražanje verskih čustev pri pacientih pozitivno vpliva na ohranjanje življenja, ker verski nauk v večini religij prepoveduje samomorilno vedenje, seveda pa se v akutni fazi vsakršna verska aktivnost odsvetuje.

Posebne pozornosti morajo biti deležni samomorilno ogroženi pacienti in tisti, ki neprestano tožijo, saj mora zdravstveno osebje prepoznavati tudi svoje lastne občutke, ki jih motijo pri delu s pacientom.

Socialna anksiozna motnja (socialna fobija)

Socialna anksiozna motnja (socialna fobija) je tretja najpogostejša motnja duševnega zdravja na svetu. Zadnji epidemiološki podatki kažejo, da socialna fobija prizadene več kot 7 % prebivalstva v določenem trenutku.

Definicija: Socialna fobija je strah pred situacijami, ki vključujejo sodelovanje z drugimi ljudmi. Povedano drugače, socialna fobija je strah, da bi osebo sodili in ocenjevali drugi ljudje. Če oseba običajno postane nestrpna v družbi, na samem pa nima težav, je lahko težava v socialni anksioznosti.

Zaznavanje: Ljudi s socialno fobijo družba največkrat vidi kot sramežljive, tihe, odmaknjene, neprijazne, živčne, zadržane in nezainteresirane. Ljudje s socialno fobijo se želijo normalno vključiti v družbo, želijo navezovati stike in prijateljstva ter si želijo biti sprejemljivi za okolico.

Socialna fobija preprečuje zbolelim, da bi bili zmožni opravljati in narediti stvari, ki si jih želijo. Ljudje s socialno fobijo si želijo biti prijazni, odprti in družabni, a jim strah (anksioznost) vse to preprečuje.

Socialna fobija je popolnoma obvladljiva in jo je mogoče premagati.

Sprožitveni dejavniki:

Ljudje s socialno fobijo, poročajo o veliki stiski v naslednjih primerih:

- Ko so predstavljeni ali ko spoznajo nove ljudi
- Ko so ošteteni ali kritizirani
- Ko so v središču pozornosti
- Ko jih opazujejo ali ocenjujejo, če kaj delajo
- Ko morajo imeti govor ali morajo kaj povedati v javnosti
- Ko srečajo pomembne ljudi, ljudi z avtoriteto
- Ko vzpostavijo očesni kontakt
- Ko morajo v javnosti požirati, pisati, telefonirati ...

Čustveni simptomi: Občutki, ki spremljajo socialno fobijo, vključujejo anksioznost, intenziven strah, nervozo, negativne misli, razbijanje srca, rdečica, prekomerno potenje, suho grlo in usta, tremor, mišični trzaji.

Konstantna in intenzivna tesnoba (strah) je najpogostejši občutek.

Vpogled: Ljudje s socialno fobijo vedo, da je njihov strah iracionalen, da ni logičen. Kljub temu pa so misli in občutki tesnobe še vedno prisotni in se jih bolniki ne morejo rešiti brez ustreznega zdravljenja.

Zdravljenje: Kognitivna-vedenjska terapija (KVT) se je pri socialni fobiji pokazala kot izrazito uspešna. Tisoče raziskovalnih študij potrjuje, da se je življenje ljudi po KVT močno spremenilo in da njihovega življenja niso več obvladovali strah in stresne situacije. Ustrezno zdravljenje je izrazito uspešno pri spreminjanju bolnikovih misli, prepričanj, čustev in vedenja.

Študije poročajo tudi o zelo visoki stopnji uspešnosti z uporabo kognitivne terapije v kombinaciji z vedenjsko terapijo. Obe sta bistvenega pomena za lajšanje simptomov anksioznosti, sproženih s socialno fobijo.

Zdravila: Zdravljenje socialne fobije z zdravili je za mnoge zelo uspešno, vendar ne za vse. Psihologi in terapevti bi morali sodelovati z osebnim zdravnikom in seveda s psihiatrom, ko je to le mogoče.

PRIMER: Ta primer sem zasledil na enem od forumov in ker se mi zdi primerno, ga bom objavil takšnega, kot je, brez slovničnih popravkov in olupšav.

»Pozdravljeni.

Naj na kratko pojasnim svoje težave. Trenutno sem v stiski, ker imam velik strah pred diplom.zagovor. ze od malih nog se spominjam soc. strahu, spremlja me ze celo zivljenje. bojim se

nastopanj, izpostavljanja, včasih mi je zelo nelagodno v trgovini, avtobusu, klicati po telefonu.. za družabnost se moram v mislih dobesedno prisiliti da mi rata kaj spraviti iz sebe.

Včasih imam obdobja, ko me "vrže" v depresijo, nimam smisla za življenje, otopela čustva, kot da ne bi bila tukaj, zelo težko se skoncentriram, vrtoglavica, bolečine v misicah, napetos misic, nespecnost..strah kaj bo, jutranja utrujenost..oz. otesnjenost, ki traja ze dolgo, ne morem biti navdusena in enostavno nimam energije, kot da bi bila ves cas utrujena..

Mi zna kdo svetovati, ali si lahko pomagam sama s sportom, mislimi, potrebujem pogovor s psihologom...?

Včasih se hitro ujezim in postanem občutljiva, depresivna..

Problem je pa v tem ker se ze celo življenje ne cenim, se nimam dovolj rada.. problemou sem se zavedla sele zdaj, ko sem pogledala nazaj..kako sem občutila strah, obup, občutek krivde itd.. za prazen nic strah in preplah kaj bo.. težko vplivam na svoje razpolozenje, ker me prevec skrbi..ko stvar mine in ko se soocim stvarjo se mi pa zdi smesno vse skupaj. kako si lahko pomagam. HVALA!!«

Literatura in viri

1. Phobia Overview, Risk Factors for Phobias. 2011. Dostopno na: <http://www.mentalhealthchannel.net/phobias/> (29. 6. 2011).
2. The Social Phobia/Social Anxiety Association. 1997, 2000, 2011. Dostopno na: www.socialphobia.org (29. 6. 2011).
3. Stoppard M. Zdravstveni vodnik za vso družino. Ljubljana: Mladinska knjiga; 2007.
4. Pregelj P, Kobentar R, eds. Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju. Ljubljana: Rokus Klett; 2009.

Predstavitev projekta čezmejnega sodelovanja Slovenija–Madžarska 2007–2013: Mental Health in izsledki raziskav o depresivnih motnjah

Presentation of Cross-border Collaboration Project between Slovenia and Hungary with Results of Research on Depression Disorders

Zlatka Murtić, dipl. m. s. spec
Dom Lukavci

Povzetek

Projekt z akronimom Mental Health oziroma Ohranjanje duševnega zdravja vključuje pomursko regijo v Sloveniji in Železno županijo na Madžarskem ter je rezultat sodelovanja štirih projektnih partnerjev. V vlogi vodilnega partnerja projekta je Občina Moravske Toplice, sledijo ji še preostali partnerji, in sicer: Zavod za zdravstveno varstvo Maribor, Občina Monošter in Center za socialno delo Monošter. Osnovno poslanstvo projekta je preventiva duševnih motenj vseh populacijskih skupin v vseh starostnih obdobjih, še posebej pa se strokovnjaki s področja duševnega zdravja lotevajo najpogostejših, to so: depresija, tesnoba in stresne motnje, ki so tesno povezane z nenadnimi in hudimi duševnimi obremenitvami. Z njimi se na območju čezmejnega sodelovanja srečujemo zaradi vse večje brezposelnosti ter posledično z naraščanjem stresa zaradi nezmožnosti odplačevanja dolgov ter nezmožnosti preskrbeti družino in sebe. Raziskava, izvedena na območju Pomurja, je pokazala, da finančni problemi povzročajo velike duševne stiske in depresivna stanja, iz katerih posamezniki pogosto ne vidijo izhoda.

Ključne besede: suicidalnost, dostopnost, zdravstvo

Abstract

Cross-border project Mental Health – Maintenance of Mental Health includes Slovenian region Pomurje and Hungarian region Železna županija, and is a result cooperation of four project partners. Leading partner is municipality Moravske Toplice, followed by other partners, such as the Institute of Public Health Maribor, municipality Monošter and Centre for Social Services Monošter. The main purpose of the project is the prevention of mental disorders in the general population and all age groups. Special attention is given to depression, anxiety and stress disorders because of sudden and major mental health burden, caused by rising unemployment, financial problems and inability to provide for a family. Research, carried out in the region Pomurje, established a link between financial problems and severe anxiety and depression.

Key words: suicide risk, availability, health system

Uvod

Vsi dobro poznamo definicijo duševnega zdravja kot stanja ravnovesja in zadovoljnosti z življenjem. Toda to ravnovesje se ob prekomernih naporih oziroma stresu lahko kaj hitro poruši, kar se ponavadi kaže v obliki depresije in tesnobe, ki človeku onemogočita normalno funkcioniranje (Dernovšek, Tavčar, 2005).

V zadnjem času je položaj v Pomurju še posebej zaskrbljujoč, saj je največji dejavnik tveganja za depresijo zelo močno prisoten – govorimo o brezposelnosti, ki je povezana z revščino, stigmo, občutki manjvrednosti in neenakosti v primerjavi z drugimi, ki lahko delajo in s plačilom ustrezno preživijo. Hkrati je splošno znano, da so brezposelni veliko bolj izpostavljeni depresiji, tesnobi, samomoru, alkoholizmu, odvisnosti od drog in nasilnemu vedenju (Božič, 2009). Le-to se pojavi ponavadi zaradi občutkov ponižanosti in izigranosti, ki jih čuti človek, ki želi delati, pa zaradi slabe ekonomske situacije temeljne pravice do dela ne more uresničevati (KIMDPŠ, 2009).

Duševno zdravje v Pomurju in izsledki raziskave o prisotnosti depresije

V Pomurju je bilo po podatkih Zavoda za zaposlovanje Murska Sobota konec avgusta 2008 8.927 brezposelnih oseb. Konec leta 2009 je bilo v Pomurju prijavljenih že 11.094 brezposelnih, kar je za 54 odstotkov več kot ob koncu leta 2008. 18,5-odstotna stopnja brezposelnosti v Pomurju je najvišja v Sloveniji in za 8,5 odstotne točke višja od državnega povprečja (Delo, 2010). Letos je situacija, če sodimo po podatkih Zavoda za zaposlovanje Murska Sobota, še vedno približno enaka in na nezavidljivi ravni, kar pomeni, da se v Pomurju nova delovna mesta praktično niso odpirala.

Takšna situacija seveda negativno vpliva na duševno zdravje, kar kaže tudi podatek, da je na račun duševnih motenj v Pomurju na leto obdelanih okrog 1030 primerov, kar pomeni 45210 koledarskih dni zadržanosti z dela in 0,30 % BS (Zavod za zdravstveno varstvo Murska Sobota, 2009). Največ delovno aktivnega prebivalstva (med 20 in 65 letom starosti) išče pomoč zunaj bolnišnic zaradi anksioznih motenj, depresivnih epizod, reaktivnih stanj na hud stres in prilagoditvenih motenj, drugih nevrotskih motenj ter bolezni odvisnosti od alkohola in PAS (Jeriček – Klanšček et al., 2009). V starosti nad 65 let pa so najpogostejši vzroki za iskanje pomoči: depresivne motnje, reakcije na hud stres in prilagoditvene motnje, anksiozne motnje ter demence (Dernovšek, Gorenc, Jeriček, 2006).

Za ugotavljanje duševnih motenj je bila izvedena raziskava, ki je vsebovala tri raziskovalne vprašalnike, s katerimi je bilo v okviru projekta Mental Health zajetih 400 predstavnikov aktivne populacije Pomurcev, starih 20 do 65 let. Namen vprašalnikov je bil ugotoviti najpogostejše dejavnike, ki ves čas obkrožajo aktivno populacijo in ogrožajo njeno duševno zdravje. Vprašalnik je zajemal več področij simptomov, ki po subjektivni oceni preiskovanca lahko nakazujejo na določena tveganja za duševno zdravje.

Raziskovalni vprašalniki so bili zasnovani tako, da so ponujali sodelujočim tudi možnost razmisleka o njihovi lastni ogroženosti.

Raziskava je bila statistično obdelana v SPSS 18 programu. Izpolnjeni vprašalniki so podlaga projektu Mental Health in sicer pri načrtovanju ukrepov, ki so potrebni na področju duševnega zdravja v Pomurju.

Rezultati in razprava

Sodelujoči v raziskavi so bili glede na starost izbrani povsem naključno. Največ sodelujočih je bilo v starostnem razponu od 30 do 39 let, nato od 40. do 49. leta, sledijo stari med 50. in 59. letom, potem pa še stari od 20 in 29 let. Glede na spol je bilo zajetih 66 % žensk in 33 % moških. Preiskovanci, ki so bili vključeni v raziskavo, so bili zajeti v štirih različnih območnih enotah v Pomurju (Lendava, Murska Sobota, Ljutomer in Gornja Radgona).

Izsledki raziskave, izvedene v sklopu projekta Mental Health, kažejo, da so ženske mnogo bolj kot moški podvržene tesnobi, brezvoljnosti, utrujenosti in kronični zaskrbljenosti. V primerjavi z moškimi je opaziti, da imajo manj prostega časa in da ga preživljajo manj kvalitetno kot moška populacija. Zanimiv je podatek, da so Pomurke za več kot 2 % bolj izobražene kot Pomurci in eksistenčno niso odvisne, kljub temu pa njihova emancipiranost ne potrjuje pozitivnega učinka na duševno zdravje. Od vseh sodelujočih v raziskavi jih kar 6 % vedno čuti tesnobo, od tega spet več žensk kot moških.

Tiščanje v prsih in razbijanje srca spadata med tipične telesne simptome anksioznosti (Dernovšek, Gorenc, Jeriček, 2006). Takšne simptome je navedlo 3 % populacije, in sicer enkrat več moških kot žensk. Da težave vedno vplivajo na njihovo vsakodnevno delo, se je opredelila skoraj petina sodelujočih, kar je sorazmerno veliko. Kar 12 % je tistih, ki so bili zaradi tesnobe v bolniškem staležu. Na vprašanje, ali bi sebe opisali kot depresivno osebo, se je slabih 30 % opredelilo, da se jim zdi, da so občasno depresivni, medtem ko je definitivno depresivnih (na osnovi subjektivne ocene) skoraj petina vprašanih, in sicer enako število moških in žensk. Zaradi depresivnih tegob je bila v bolniškem staležu slaba desetina, kar kaže na velik absentizem. Pojav je pogostejši pri ženskah kot moških.

Skoraj desetina izprašanih je izrazila, da se nikoli dovolj ne cenijo in da na splošno sebe ocenjujejo kot nesamozavestne. Raziskava je pokazala, da se z nespoštovanjem na delovnem mestu sooča kar polovica vprašanih, od tega kar 6 % tistih, ki nespoštovanje doživljajo vedno, preostali pa občasno. Raziskava je nazorno pokazala, da občasno skoraj 45 % vseh preiskovancev ne čuti zadovoljstva in motivacije pri svojem delu, nikoli ga ne čuti kar slabih 5 %.

Občutek stalne izčrpanosti se vedno pojavlja pri dobrih 7 %, kar je sorazmerno veliko.

Od 400 sodelujočih v raziskavi jih kar 16 konstantno uživa antidepresive in so najverjetneje vodeni pri psihiatru zaradi depresivne motnje. Kar 20 je takih, ki so na antidepresivni terapiji občasno. Število obolelih za depresijo je v Pomurju, kot kažejo izsledki raziskave, sorazmerno visoko, kar kaže na povečano potrebo po strokovnjakih za področje duševnega zdravja.

Od 400 oseb pogosto mislita na samomor 2 osebi, občasno kar 20 oseb, in 52 se jih je v življenju že znašlo v situaciji, iz katere niso videli izhoda. Zanimiv je tudi podatek, da precejšen odstotek moških na vprašanje ni odgovorilo.

Kritičnih pivcev alkohola (tako rednih kot občasnih) je skupaj dobrih 15 %, kar je alarmanten podatek. Zaskrbljujoč je tudi podatek, da kar 11 % ocenjuje stopnjo duševnega zdravja kot slabo ali zelo slabo, in to kar oba spola. Samo dobrih 15 % vseh se je opredelilo za odgovor zelo dobro, kar je izjemno majhen odstotek sodelujočih.

Sklep

V času gospodarske krize in vseh vrst prestrukturiranja podjetij je duševno zdravje aktivne populacije – torej tistega dela prebivalstva, ki ustvarja nacionalni dohodek izjemno ogroženo (KIMDPŠ, 2010). Še posebej je v Pomurju ogroženo duševno zdravje žensk (Magdič, 2009). Raziskava je definitivno potrdila, da nedvomno obstaja potreba po preventivi depresije in suicidalnosti v Pomurju.

Prav tako je raziskava pokazala, da Pomurci o svojih težavah lažje spregovorijo osebi, ki ji zaupajo, kot da bi poiskali strokovno pomoč, kar pa končno ni nič narobe, če je seveda ta pomoč dovolj učinkovita. Tako se je opredelilo kar 40 % preiskovancev.

Po mnenju preiskovancev bi naj aktivnosti za preprečevanje duševnih motenj v lokalni skupnosti, šolah in delovnih okoljih izvajali naslednji strokovnjaki:

- vseeno kateri strokovnjak (tako meni slabih 30 %, in sicer več žensk kot moških),
- zdravniki (tako meni dobrih 7 %, več moških kot žensk),
- diplomirane medicinske sestre (tako meni dobrih 6 %, in sicer več moških kot žensk),
- diplomirane socialne delavke (tako meni 2 % vprašanih – enak odstotek žensk in moških).

Vidno je, da smo strokovnjaki zdravstvene nege na področju skrbi za duševno zdravje potrebni in nam širša populacija to aktivno vlogo tudi priznava. Ravno zato je raziskovanje na področju duševnega in javnega zdravja nasploh tisto, ki bi si ga morali strokovnjaki zdravstvene nege prisvojiti bolj zavzeto.

Razmisлити bi morali o vse bolj aktivnem vključevanju strokovnjakov s področja zdravstvene nege v mednarodne projekte na področju javnega zdravja, in sicer pri ugotavljanju zdravstvenega stanja populacije ter načrtovanju preventivnih aktivnosti v vseh kliničnih okoljih, prav tako tudi v lokalni skupnosti.

Literatura in viri

5. Božič A. Zdravje in zdravstveno varstvo v Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2009
6. Dernovšek MZ, Gorenc M, Jeriček H. Ko te stresa stres. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2006.
7. Dernovšek MZ, Tavčar R. Prepoznavmo in premagajmo depresijo. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2005.
8. Jeriček – Klanšček H, Zorko M, Bajt M, Roškar S. Duševno zdravje v Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2009.
9. KIMDPŠ. Čili za delo. KIMDPŠ; 2010. Dostopno na: <http://www2.izd.si/default-20100.html> (30. 5. 2011).
10. Magdič J. Kriza in Prekmurci. Jana; 2009. Dostopno na: http://www.jana.si/aktualno/ljudje/Psihiater-dr_-Joze-Magdic-o-krizi-in-zakaj-v-Prekmurju-ne-bo-demonstracij.html (15. 6. 2009).
11. Zavod za zdravstveno varstvo Murska Sobota. Zdravstvena statistika; 2009. Dostopno na: <http://www.zzv-ms.si/si/statistika/Statistika.htm> (30. 5. 2011).
12. Delo. Brezposelnost v Pomurju najvišja v Sloveniji. Delo; 2010. Dostopno na: <http://www.delo.si/clanek/96945> (14. 1. 2010).

Depresija kot posledica nezadovoljenih potreb

Depression as a Consequence of a Failure to Meet Basic Needs

Albina Kokot, dipl. m. s.
Aleksandra Grabenšek, dipl. m. s.
Psihiatrična bolnišnica Vojnik

Izvelek

Velika večina ljudi veliko ve o telesnem zdravju, zato kar dobro vedo, kaj storiti, če so brez telesne kondicije, kar na daljši rok vodi v telesno bolezen. Zelo malo pa ljudje vedo o duševnem zdravju, zato pogosto ne vedo, kaj storiti, če so nesrečni, kar na daljši rok vodi v duševne bolezni. Nesrečni smo ponavadi zato, ker se s pomembnimi ljudmi v življenju ne razumemo tako, kot bi želeli. Slabo pa se razumemo, kadar niso zadovoljene naše temeljne potrebe, ki sta jih avtorici želeli bolj podrobno prikazati z naslednjim prispevkom.

Ključne besede: depresija, nesrečnost, zadovoljevanje potreb, teorija izbire

Abstract

The vast majority of people know a lot about physical health, so they know what to do if they have no physical fitness and that this leads to physical illness over time. On the other hand, people know very little about mental health, and often do not know what to do if they are unhappy and that this also leads to mental illness over time. We are usually unhappy because the important people in life do not understand us the way we would like. Poor understanding arises when our basic needs are not realised.

Key words: depression, unhappiness, needs, choice theory

Uvod

Eden od možnih vzrokov za nastanek depresivne bolezni, ki ga v praksi pogosto zasledimo, je obdobje v našem življenju, ko so dlje časa nezadovoljene osnovne potrebe. Pri tem je lahko nezadovoljena samo ena potreba, pogosto pa vidimo, da je hkrati nezadovoljenih več temeljnih potreb.

Genetiki so odkrili, da po oploditvi spermij in jajčece prispevata vsak pa 50.000 genov v prvo celico. Teh 100.000 genov vsebuje informacijo, kaj bo iz nas nastalo. Ko se prva celica deli (in deli se milijardo krat, kolikor je potrebno, da bi nastal človek) se kopije teh prvotnih genov podvajajo v vse celice in določajo, kaj se bo iz celice razvilo (Glasser, 2007).

Tako imamo vsi živi organizmi v svojih genih vprogramirano preživetje. Prav tako pa smo genetsko programirani za zadovoljevanje drugih potreb. Dejstvo je, da nas v življenju vedno kaj žene. Takoj ko dosežemo tisto, kar želimo, se že pojavi nova želja ali celo več novih želja. Sile, ki nas ženejo, ne poznajo odmora.

Če natančno pogledamo svoje življenje, lahko ugotovimo, da sile, ki nas ženejo v delovanje, sestavljajo skupaj pet potreb:

- potreba po preživetju in razmnoževanju,
- potreba po pripadnosti – ljubiti, deliti in sodelovati,
- potreba po moči,
- potreba po svobodi in
- potreba po zabavi (Glasser, 2007).

Kako uspešno so zadovoljene naše potrebe, nam zelo natančno sporoča naše počutje. Res je tudi, da ima vsak človek svojo raven zadovoljitve potreb, ki mu pove, ali je potreba zadovoljena ali ne. Dejstvo pa je, da če se slabo počutimo zjutraj, ko vstanemo, smo lahko prepričani, da ena ali več naših osnovnih potreb ni zadovoljena. In ko takšno stanje traja dovolj dolgo, se postopoma, lahko zelo plazeče, razvije depresivna motnja.

Ko prepoznavamo svoje potrebe, običajno lahko prepoznamo, katera potreba ni zadovoljena, ko se počutimo slabo, in katera je zadovoljena, ko se počutimo dobro.

Ko vsaj ena od potreb ni zadovoljena, smo nesrečni. Dlje ko smo nesrečni, več bolezenskih znakov lahko razvijemo. Začetna znaka nesrečnosti sta vedno jeza in depresija. Če nesrečnost še kar traja, pa se pojavijo še dodatni znaki: utrujenost, potrtnost, brezzvoljnost, glavobol, težave s spanjem, panika, tesnoba, bolečine, depresija, manija ...

Na različnost naših osebnosti vpliva različna jakost petih osnovnih potreb. Jakost posamezne potrebe je naravnana ob rojstvu in se ne spreminja. Razlike med osebnostmi, že med brati in sestrami, pa so neverjetne! Nekateri profili so izjemno skladni (to so najboljši zakoni, naši najboljši prijatelji), nekateri pa izjemno neskladni. Če smo se pripravljene odpovedati nadzoru drug drugega, se je ponavadi možno dogovoriti o razlikah. Pogoji za dobro pogajanje pa je, da zelo dobro poznamo potrebe, ki so v konfliktu.

Potreba po preživetju in razmnoževanju

Vsa živa bitja so genetsko programirana za preživetje. Razlika med preživetjem človeka in živali je v tem, da se ljudje že zelo zgodaj zavemo potrebe po preživetju. Velika večina ljudi se trudi živeti tako, da bodo dolgo živeli (zato upoštevajo različne diete, se ukvarjajo s športom).

Lahko se celo zgodi, da človek potrebo po preživetju povsem zamenja s potrebo po moči (najstnica, ki izbira stradanje, ali oseba, ki gladovno strada, preglasi potrebo po preživetju s potrebo po moči).

Drugi vidik potrebe po preživetju temelji na potrebi po spolnosti. Ravno v bogatih državah, kjer ni problem golo preživetje, ima veliko odraslih težave z zadovoljevanjem te potrebe.

Ljudje lahko imamo zelo različno izraženo potrebo po preživetju. Če nekdo ne upa tvegati, ima močno potrebo po preživetju; če tvega toliko kot večina znancev, ima povprečno potrebo po preživetju; če pa je nekdo pripravljen veliko tvegati, ima bolj šibko potrebo po preživetju. Prav tako je lahko nekdo zelo skop, drugi potraten. Eden lahko strada, drugi zavrača spolnost (nuna). Tu ne gre za zavračanje genetskih navodil, ampak za to, da ljudje sami presodijo in se odločijo, kaj je za njih najpomembnejše. V prazgodovinski dobi je bila potreba po preživetju najosnovnejša potreba – to še vedno velja za večino živalskih vrst. Postopoma pa so tisti, ki so tudi ljubili, dobili prednost pri preživetju pred tistimi, ki niso ljubili. Ko je ta prednost naraščala, se je ljubezen začela ločevati od preživetja in tako se je razvila druga potreba, potreba po pripadnosti.

Potreba po pripadnosti – ljubiti, deliti in sodelovati

Če se pogledamo vase, bomo hitro ugotovili, da zaseda v glavi potreba po prijateljih, družini in ljubezni prav tako pomembno mesto kot potreba po preživetju. Res je, da ta potreba ni tako osnovna (kot je potreba po hrani in pijači), vendar na dolgi rok brez razumevajoče družine in prijateljev življenje ne bi imelo pravega smisla.

Ravno neuspehi v ljubezni so verjetno na vrhu seznama človeških nesreč. Skoraj vsaka dobra knjiga ali igra pripoveduje zgodbo o ljudeh, ki pri iskanju ljubezni začenjajo dobro, a kasneje vse pokvarijo. Zanimivo pa je, da imamo dokaj redko težave s prijateljstvom in pripadnostjo. Za razliko od ljubezenskih partnerjev lahko dobri prijatelji ohranjajo prijateljstvo živo vse življenje, ker se ne prepuščajo sanjarjenju o lastništvu. Če želimo vedeti, ali bo naša ljubezen trajna, se moramo vprašati: Koliko imam skupnega z osebo, v katero sem se zaljubil? (Glasser, 2007).

Najtežavnejši del te potrebe pa predstavlja spolnost. Pri večini gresta skupaj zadovoljujoča spolnost in zadovoljujoča ljubezen. Ko se v odnosu pojavi prisila, s katero mnogi skušajo nadzorovati druge, postaja zveza med spolnostjo in ljubeznijo vse bolj krhka. Težko ali skoraj nemogoče je ljubiti nekoga, ki te želi nadzorovati in spreminjati.

Da bi si zagotovili spolnost, so se mnogi pripravljene obnašati, kot da so zaljubljeni, čeprav niso. Spolnost ima tudi veliko opraviti s potrebo po moči. Ženske privlačijo močni moški in obratno.

Ko prične v zakonu spolnost postajati vse redkejša, to ni zato, ker bi paru primanjkovalo hormonov. To se zgodi, ker začne eden ali oba čutiti, da spolnosti ne spremlja dovolj ljubezni. V konfliktnih zakonih je odrekanje spolnosti običajno kaznovalno vedenje.

Da bi bil ljubezenski in spolni odnos trajen, večina med nami potrebuje tudi lastno življenje. Moramo imeti lastne interese, konjičke in prijatelje. Če preprečujemo partnerju, da bi užival v teh stvareh, škodujemo odnosu. Biti povsem odvisen od partnerja je več, kot lahko prenese večina odnosov. Težave nastopajo tudi v ljubezni, ki ne vključuje spolnosti. Družinski člani, predvsem otroci, pogosto hočejo več, kot smo jim pripravljene dati. Ko se potem začne še uporabljati zunanji nadzor, to neredko razbije družine.

Ključ do ocenjevanja jakosti potrebe po ljubezni in pripadnosti je v tem, koliko smo pripravljene dati (ne sprejemati) v primerjavi z družino ali s prijatelji (Glasser, 2007).

- Če imamo v svetu kakovosti veliko ljudi, s katerimi se dobro razumemo, potem imamo močno potrebo po ljubezni in pripadnosti.
- Če imamo v svetu kakovosti le nekaj ljudi, a smo si z njimi zelo blizu, pomeni, da imamo močno potrebo po ljubezni, a bolj šibko po pripadnosti.
- Če imamo v svetu kakovosti veliko ljudi, a si nismo z nikomer blizu, imamo močno potrebo po pripadnosti, a šibko po ljubezni.
- Če imamo v svetu kakovosti malo ljudi in si z njimi nismo blizu, pomeni, da imamo šibko potrebo po ljubezni in pripadnosti (skrajni primer so avtistični otroci).

Potreba po moči

Zgodovinsko gledano so sčasoma ljudje, ki so si uspeli prigrabiti večji delež moči, postajali sposobnejši za preživetje. Smo potomci ljudi, ki so imeli največjo votlino in najboljši prostor ob ognju. Tako se je tudi potreba po moči počasi osamosvojila od osnovne potrebe po preživetju.

V potrebi po moči se razlikujemo od vseh drugih živih bitij. Živali postanejo agresivne le, ko jih kaj ogroža, ko se hočejo pariti ali so lačne (pa še tu jih žene potreba po preživetju in ne po moči). Ko imajo živali vsega dovolj, niso agresivne. Mi smo edina vrsta, ki nas žene potreba po moči (Glasser, 2007).

Vsi hočemo kdaj zmagati, kaj voditi, govoriti drugim, kaj naj delajo ... Vendar mnogi v tem lovu za močjo nimajo nobenih zadržkov. Vsi vemo, kaj vse so nekateri pripravljene žrtvovati, da bi imeli kakšno funkcijo.

Sama po sebi moč ni slaba. Pomembno je, kako se moč pridobi in kako se jo uporablja. Nekateri pridejo do moči z delom, ko počnejo koristne stvari za vse nas (ko zdravnik reši človeško življenje ali učitelj, ko je njegov učenec uspešen).

Želja po moči je pogosto v konfliktu s potrebo po pripadnosti. Ljudje se pogosto poročijo zaradi ljubezni in občutka pripadnosti, kmalu po poroki pa se zakonci začno med samo »dvobojevati« zaradi potrebe po moči. Mnogi zakoni zaradi boja za prevlado propadejo (Glasser, 2007).

Celo dolgotrajna prijateljstva so ranljiva, če skuša eden od prijateljev pridobiti veliko več moči kot drugi. Težko je biti prijatelj z nekom, ki je ves prežet s pohlepom in položajem v družbi.

Konflikt med potrebo po pripadnosti in potrebo po moči pomeni nevarnost za vsak odnos.

Zgodovinsko gledano so bili do sedaj moški uspešnejši v boju za moč. Dejstvo pa je, da ženske nimamo nič manjše potrebe po moči. In v današnjih časih je ta boj lahko bolj javen, v preteklosti je bil skrit pod površino.

Od vseh potreb je ravno potrebo po moči najtežje zadovoljiti. Veliko ljudi v svojih delovnih okoljih nima nobene možnosti zadovoljiti potrebo po moči, zato jo potem skušajo dobiti doma. In če imata oba zakonska partnerja močno potrebo po moči, kar pa je pogosto, ker moč privlači moč, ponavadi poizkusi, da bi moč dobila drug od drugega, uničijo zakon. Za zakon je najbolje, da imata oba partnerja šibko potrebo po moči, ker sta se potem pripravljena pogajati. Močni ljudje se namreč težko pogajajo, saj pogajati se, pomeni odpovedati se določenemu deležu moči.

Da bi ocenili, kako močna je naša potreba po moči, se moramo vprašati:

- Ali vedno hočemo, da potekajo stvari tako, kot smo si jih zamislili?
- Ali hočemo vedno imeti zadnjo besedo?
- Ali želimo, da nam drugi v vsem pritrjujejo?

Če vse naštetu drži, imamo močno potrebo po moči (in s tem vse pogoje za težave v odnosih!); če sploh ne drži, je naša potreba le šibka, če pa drži delno, potem imamo zmerno potrebo po moči.

Potreba po svobodi

Za zadovoljevanje vseh naših potreb je potreben nenehen kompromis. Svoboda je močan motivator, še posebej takrat, ko se zavemo, da je nimamo dovolj. Svobodo si predstavljamo in želimo, na primer, kot svobodo gibanja, svobodna izbire, kako bomo živeli, hočemo svobodno izražati samega sebe, svobodo branja in pisanja, svobodo verovanja ali neverovanja. Vse to in še marsikaj drugega je svoboda, za katero so se ljudje skozi vso zgodovino borili in umirali, saj tisti, ki imajo oblast, vedno čutijo, da svobodni ogrožajo njihovo moč.

Potreba po svobodi je verjetno poskus evolucije, da zagotovi pravilno ravnotežje med tvojo potrebo prisiliti me živeti tako, kot želiš ti, in mojo potrebo, da se osvobodim te prisile (Glasser, 2007).

Kadar izgubimo svobodo, osiromašimo ali izgubimo nekaj, kar lahko označimo kot glavno značilnost človeka – svojo sposobnost konstruktivne kreativnosti. Ko ne čutimo svobode, nam lahko naša kreativnost prinese bolečine ali povzroči, da celo zbolimo (anksiozna motnja, depresivna motnja, odvisnost ...). Bolj ko smo svobodni in sposobni zadovoljevati svoje potrebe na način, ki ne onemogoča drugih pri zadovoljevanju njihovih potreb, bolj smo sposobni uporabljati svojo kreativnost, ne samo v svoje dobro, ampak v dobro vseh. Kreativni ljudje, ki čutijo svobodo ustvarjanja, so redko sebični, delitev njihovega daru jim prinese veliko zadovoljstva.

Tako kot potreba po moči in pripadnosti sta tudi potrebi po svobodi in ljubezni pri mnogih ljudeh v konfliktu in kompromis je najbolje, kar lahko naredimo. V današnjem času iščemo nekoga, ki nam ne bi bil le blizu in nas ljubil, ampak bi tudi razumel našo potrebo po svobodi. Mnogi mladi moški pravijo, da hočejo imeti svobodo in s tem odprte možnosti, poroka pa zanje pomeni izgubo teh možnosti.

Ljubezen ravno tako pomeni, da je potrebno ugotoviti, kolikšna je prava mera biti skupaj. V dobrih odnosih je manj prostora za svobodo, kot bi si želeli. Sčasoma se to spreminja. Če tega ne moremo uspešno izpeljati, lahko odnosi propadejo. Vendar prav tako lahko ljubezen izgubimo, če hočemo partnerja nadzorovati.

Ljudje z močno potrebo po svobodi trpijo v vseh dolgotrajnih zvezah, še bolj pa v zakonskih zvezah. Bistvo svobode je, da si je nihče ne lasti. Ko si jo poskuša kdo lastiti, se ne branijo, kot je to pri ljudeh z močno potrebo po moči, ampak odidejo. V svetu, kjer se ločuje veliko ljudi, nenehno odhaja ogromno ljudi (Glasser, 2007).

Kako skladen bo zakon, je odvisno tudi od tega, kakšno potrebo po svobodi imata partnerja.

Zakon ima največje možnosti, ko imata oba od zakoncev šibki potrebi po moči in svobodi.

Če ima eden močno potrebo po svobodi, drugi pa šibko, ni nič narobe, dokler zakonec s šibko potrebo ne začne omejevati svobodo drugega.

Če imata partnerja močno potrebo po svobodi, je lahko zakon uspešen ali pa tudi ne. Uspešen bo, če sta oba pripravljena sprejeti svobodo, ki jo zahteva drugi.

Tako nam je sedaj jasno, da smo socialna bitja in da moramo imeti dobre odnose, če hočemo zadovoljiti svoje potrebe. Dobri odnosi so pomembni tudi na delovnem mestu, saj smo s sodelavci veliko skupaj in če so odnosi slabi, je opravljanje dela veliko težje in stresno. Slabe odnose zaznajo tudi pacienti, ki so tako še bolj negotovi, prestrašeni ali pa celo verbalno agresivni, da se zaščitijo za »vsak slučaj«.

Četudi imamo vse, kar je za preživetje in udobje potrebno, a živimo v osami, je življenje skrajno samotno. Trpljenje je živeti brez ljudi, ki jih hočemo in potrebujemo. Ko smo sami in si želimo družbe, živimo v nenehnem upanju, da bo kdo prišel mimo.

Ta nekdo bo naš prijatelj, ki nas bo poslušal, učil, se z nami smejal ali celo ljubil.

Svoboda je svoboda pred drugimi, a nikoli pred vsemi. Naši geni nam ne dovoljujejo tolikšne svobode. Nihče ni svoboden pred tistim, kar je zapisano v naših genih.

Tako ponovno ugotavljamo, da je konflikt med našimi osnovnimi potrebami težko rešljiv. Vse naše prepletene potrebe nastopajo tudi samostojno in le redko smo sposobni ugotoviti, kako naj živimo, da bomo vsako zadovoljili do mere, ki si jo želimo.

Ko se nam to posreči, nastopi obdobje - ne glede na to, kako kratko je -, ko učinkovito nadzorujemo svoje življenje in smo srečni ter zadovoljni (Glasser, 2007).

Potreba po zabavi

Zabava je genetska nagrada za učenje. Smo potomci ljudi, ki so se učili več ali bolje od drugih. To učenje je prineslo ljudem prednost pri preživetju in potreba po zabavi si je utrla pot v naše gene (Glasser, 2007). Ljudje, ki jih ženejo kompleksne psihične potrebe - in te so med seboj vedno v konfliktu -, se morajo učiti vse svoje življenje in zato nadaljujejo igro ter iščejo zabavo še v pozni starosti.

Dan, ko se prenehamo igrati, je dan, ko se prenehamo učiti.

Nekateri ljudje se zabavajo sami zase, večina pa se raje zabava z zanimivimi ljudmi. Zanimivi se nam zdijo zato, ker od njih nekaj izvemo, izmenjamo izkušnje in ideje. Zabava je sestavni del našega življenja, tako da si večina življenja brez zabave sploh ne moremo zamisliti.

Zabava je tudi pomembna za zakonsko zvezo. Vzajemna močna potreba po zabavi je čudovita za vsako zvezo, še posebej za zakon. Če je zabava genetska nagrada za učenje, potem imajo partnerji, ki se skupaj učijo, najboljše možnosti, da ostanejo skupaj. Ko se začneja zakonska zveza krhati, je prva žrtev zabava. To je škoda, saj je zabava potreba, ki jo je najlažje zadovoljiti.

Zabava ni omejena s starostjo, spolom ali pomanjkanjem denarja. Z malo truda se lahko smejemo in učimo kadar koli in kjer koli.

Vendar je lahko zabava ravno tako v konfliktu z drugimi potrebami.

Zabava v konfliktu s potrebo po preživetju (za zabavo se ukvarjajo z adrenalinskimi športi).

Zabava v konfliktu s potrebo po pripadnosti (moški gleda šport, družina zahteva pozornost).

Zabava v konfliktu s potrebo po moči (ljudje so obsedeni z bojem za pridobitev čim večjega deleža moči in jim ne ostaja časa za zabavo).

Ko pa človek doseže moč, ima tudi več časa za zabavo. Tako lahko rečemo, da moč podpira zabavo.

Pravzaprav je izguba interesa za iskanje zabave pri starejših ljudeh lahko znak mentalnega propadanja.

Zabavo najbolje označuje smeh. Smeh je edinstveno človeško vedenje, vendar vzrokov še vedno ne razumemo povsem. Predpostavlja se, da je glavni razlog našega smeha v tem, da za trenutek doživimo močan občutek, da je naša potreba po zabavi zadovoljena. Tisto, kar je smešno in kar povzroči, da se nasmejemo, je to, da se zavemo hitrega vpogleda v novo resnico in ali je bilo nekaj prikazano na način, ki sprevača staro tradicijo.

Odrasli se ne smejemo otroškim smešnicam, ker nam po navadi ne sporočajo nič novega. Otroci pa se ne smejejo našim smešnicam, ker še niso pripravljeni sprejeti tistega, kar se zdi smešno nam.

Smo edina bitja, ki tako brezpogojno verjamemo v učenje, da smo ustanovili formalne šole, obenem pa nam v glavnem ni uspelo sprejeti dejstva, da je učenje brez zabave težavno.

Da bi se dobro razumeli z drugimi, je potrebno vlagati veliko naporov, najboljša pot do tja pa je skozi zabavo pri skupnem učenju. Smeh in učenje sta temelj vseh uspešnih dolgotrajnih odnosov.

Smeh je koristen tudi za pozitivno delovno klimo. Delo veliko laže in bolj kvalitetno steče, če se znamo nasmejati in pozabavati. Menim, da pacienti niso zadovoljni, če vidijo vedno samo resne in zaskrbljene obraze. Nasmejan, prijazen in veder obraz in pozdrav vlijeta uporabniku zdravstvenih storitev več upanja in optimizma. To občutimo tudi sami, ko smo v vlogi uporabnika teh storitev.

Dejstvo je, da so nezadovoljujoči odnosi izvor večine naših težav in če jih dlje časa ne uredimo, vodijo v bolezen. Zadovoljujoči medsebojni odnosi so osnovni pogoj za srečno življenje. Zato je za zadovoljevanje vseh naših potreb potrebno nenehno sklepanje kompromisov.

Dihati v življenju moramo, vendar je to edino, kar moramo absolutno početi. Vse drugo si izbiramo sami in je odvisno od tega, kaj sploh želimo. Sreča namreč ni odvisna od tega, kar naredijo drugi, ampak od tega, za kar se odločimo in naredimo sami (Glasser, 2007).

Za pomoč pri samovrednotenju jakosti posameznih potreb sva izdelali priloženo preglednico.

JAKOST MOJIH POTREB

Pomagaj si z vprašanji in označi, s kakšno jakostjo meniš, da se posamezna potreba kaže pri tebi. Zastavi si še svoja vprašanja na podlagi opazovanja svojega vedenja in tistega, ki ga lahko ocenjuješ pri drugem.

1 pomeni, da je potreba po zadovoljevanju zelo šibka,

5 pomeni, da je potreba v ravnovesju in je ravno prav izražena,

10 pomeni, da je potreba po zadovoljevanju izredno močna.

POTREBA PO PREŽIVETJU

(Če si zelo previden, v življenju ne upaš tvegati, če si skop, če zelo skrbiš za zdravje, če imaš močno željo po spolnosti ... pomeni, da je potreba po preživetju zelo močna.)

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

POTREBA PO PRIPADNOSTI IN LJUBEZNI

(Ključ pri ocenjevanju je, koliko si pripravljen dati. Če veliko daješ in imaš veliko ljudi, s katerimi se dobro razumeš, to pomeni močno potrebo po pripadnosti in ljubezni. Če imaš nekaj ljudi, a si z njimi zelo blizu, pomeni močno potrebo po ljubezni in bolj šibko po pripadnosti. Če imaš v svetu kakovosti veliko ljudi, a si nisi z nikomer blizu, pomeni močno potrebo po pripadnosti, a šibko po ljubezni. Če imaš v svetu kakovosti malo ljudi in si z njimi nisi blizu in če malo daješ, pomeni šibko potrebo po pripadnosti in ljubezni.)

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

POTREBA PO MOČI

(Če vedno hočeš, da potekajo stvari tako, kot si si jih ti zamislil, če vedno hočeš imeti zadnjo besedo, če želiš, da ti drugi v vsem pritrjujejo, če težko sklepaš kompromise, če si lastiš ljudi, stvari, zasluge ..., če se nerad ali sploh ne pogajaš ..., pomeni, da je potreba zelo močna.)

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

POTREBA PO SVOBODI

(Ali si rad kreativen, če težko spoštuješ pravila, če se težko prilagajaš ... težko prenašaš, da se te kdo lasti ... pomeni močno potrebo po svobodi.)

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

POTREBA PO ZABAVI

(Se pogosto smejiš, uživaš v učenju? Te kaj vleče, da bi zvedel še več, rad zabavaš druge ... pomeni, da imaš močno potrebo po zabavi.)

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Literatura in viri

1. Glasser W. Kako vzpostaviti učinkovit nadzor nad svojim življenjem. Ljubljana: samozal. A. Urbančič; 2007.
2. Glasser W. Nova psihologija osebne svobode. Ljubljana: založba Louisa; 2007.

Žalovanje

Mourning

Irena Korošec, s. m. s.²
Psihiatrična bolnišnica Vojnik

Izvleček

Prispevek govori o izgubi pomembne osebe in o procesu žalovanja, zaradi katerega žalujoči opusti običajne vsakodnevne dejavnosti in se usmeri le na svoje občutke in potrebe. Običajno se žalovanje konča s psihično stabilnostjo in optimističnim pogledom v prihodnost. Traja lahko nekaj tednov, običajno pa več mesecev. Prispevek opisuje smrt mojega očeta in tasta ter mamino in taščino žalovanje. Žalosti človek ne more dokončno preboleti, a sčasoma se nauči z njo živeti.

Ključne besede: izguba, žalovanje, žalost, jok, psihično trpljenje

Abstract

The article discusses the loss of an important person and the grieving process for which mourners waived the normal daily activities, focusing only on their feelings and needs. Usually the mourning ends with mental stability and optimistic view of the future. It may last a few weeks, but usually several months. This paper describes the death of my father and father in-law and the grief of my mother and my mother in-law. Sadness cannot be totally forgotten, but eventually we learn to live with it.

Key words: loss, grief, sadness, crying, mental suffering

Uvod

Vsak dan lahko zasledimo trditve, da smo Slovenci depresiven narod. Analize kažejo, da po številu samomorov na število prebivalcev sodimo v sam evropski vrh, prav tako tudi po številu prometnih nesreč s smrtnim izidom. Če prištejemo še vse naravne smrti, potem nas je zares vsako leto manj.

Vse to govori o izgubi človeških življenj in posledično tudi o žalovanju za njimi.

Izgubo kot pojem lahko razdelimo na več skupin:

- izgubimo stvari
- izgubimo telesne sposobnosti
- izgubimo službo
- izgubimo ugled, status, moč
- izgubimo človeka

Ljudje izgubo različno občutimo. Dokaz je dejstvo, da tudi veseli dogodki, kot so, na primer, končanje šolanja, poroka, selitev itd., nekaterim vzbujajo občutek žalosti, saj izgubijo prijatelje, občutek varnosti in neodvisnosti, svobodo.

Izgube delimo na:

- trenutne ali dokončne (izguba službe-smrt)
- pričakovane in nepričakovane (smrt po bolezni-samomor, nesreče)
- predvidljive in nepredvidljive (smrt staršev-smrt otroka)
- popravljive in nepopravljive (neuspeh pri šolanju-demenca)

Izguba pomembne osebe je eden največjih stresorjev. Po vsaki izgubi nastopi **žalovanje**. To je daljši proces, ki se običajno konča s stabilnostjo in z optimističnim pogledom v prihodnost. Smrt drage osebe izzove zelo intenzivne občutke žalosti. Znaki se kažejo v joku, občutku tesnobe, psihični

² Poljudni prispevek – prispevek ni recenziran

bolečini, trpljenju, nespečnosti in s težavami v vsakdanjem življenju na mnogih področjih. Stanje žalosti lahko traja več tednov, običajno pa nekaj mesecev. Žalovanje bi bilo verjetno manj trpeče, če bi se ljudje več in brez strahu pogovarjali o bolezni in smrti že v mlajšem življenjskem obdobju. A smrt je še vedno tabu tema. Tako pa je zaradi žalovanja človek prisiljen opustiti običajne dejavnosti in se usmeriti le na svoje občutke in potrebe. Žalovanje je pogojeno z nekaterimi dejavniki: starost umrlega, starost žalujoče osebe, okolje, vera, spol, osebnostna struktura, standard, prejšnje izgube in medsebojni odnos z umrlim.

Predstavila bom izgubo svojega očeta in tasta ter mamino in taščino žalovanje.

Za opis žalovanja sem si pridobila njuno dovoljenje.

Žalovanje moje mame

Moj oče, prej zdrav, postaven kmečki človek, ni poznal bolezni. Polnih 35 let je delal z barvami v Cinkarni Celje. Nikoli ni kadil.

Zadnjih 7 let je bil odvisen od priključitve na oksigenator (aparatus, ki iz zraka prek filtrov ustvarja prečiščeni kisik). Gibal se je pretežno po hiši in okrog nje, a je bil nezmožen za večino osnovnih aktivnosti - tako rekoč odvisen od mamine pomoči. V tem obdobju je bil nekajkrat hospitaliziran na pljučnem oddelku Bolnišnice Topolšica.

Umril je zaradi infarkta doma, v krogu najdražjih, kot si je vedno želel - na svojih rokah, star 74 let (leta 2005).

Moja mama je bila takrat stara 71 let, psihično stabilna kmečka ženska se je ob smrti moža dobesedno sesula. Izgubila je že oba starša in brata. V sebi je potlačila misel in hkrati strah, da bo njen ljubljeni mož enkrat zaradi bolezni umrl. Mirno lahko rečem, da je skoraj ves mesec jokala, podnevi in ponoči. Odklopila je zunanji svet in živela le zase, v globoki bolečini in trpljenju. Vsak poskus pogovora je obrnila, vanj je vpletla izgubo moža in zopet jokala ter se oklepala spominov nanj. Mame, ki je bila vedno samostojna, odločna, iznajdljiva, predvidljiva in optimistična, ki je navkljub svoji bolezni (srčno-žilno obolenje) negovala očeta in hkrati skrbela za manjšo kmetijo, »ni bilo več«.

Tri hčere smo z očetovo smrtjo za eno leto izgubile tudi mamo, štirje vnuki pa babico. Njena zmožnost razmišljanja je bila: Zakaj me je zapustil, kako bom živela sama in nas, hčere, je rotila, naj je ne pustimo same v hiši na deželi. Te žalost in te misli so jo tako okupirale, da več tednov ni spala, ni imela občutka za čas, lakoto in žejo. Začela je opuščati jemanje svojih zdravil. Želela si je umreti, saj je življenje brez moža, s katerim sta bila nerazdružljiva 45 let, popolnoma izgubilo smisel. Veliko je molila in prosila Boga, naj jo vzame k sebi. Spominsko je tako nazadovala, da več ni znala skuhati najbolj enostavnih jedi. Ni več brala, ni zmogla gledati TV ali poslušati radia. Potrebne kmečkega dela ni niti videla, kaj šele, da bi ga zmogla opravljati. Sledila je jeza na zdravnike, »zafurali so ga«, »niso ga prav zdravili«, »imel je napačna zdravila«, »nekaj so prikrivali« itd. Nikamor ni želela od doma, razen na pokopališče vsak drugi dan skupaj z nami. To žalovanje je resno ogrozilo njeno zdravje, saj je v treh mesecih shujšala za 12 kg. Menila sem, da rabi zdravniško pomoč, a nam je ni uspelo prepričati, saj tudi osebni zdravnici ni več zaupala. Hčere in vnuk smo z lastnim odrekanjem poskrbeli, da eno leto ni bila sama doma. Najvažnejša je ostala naša ljubezen in vztrajnost, da se naša mama in stara mama mora vrniti med nas. Skupaj nam je to uspelo.

Po hudih skupnih preizkušnjah se je po sedmih mesecih začela postavljati na svoje noge. Vračati se ji je začel spomin, vračala se je njena volja do življenja in dela ter veselje, da je skupaj z nami. Leto in pol po očetovi smrti si je povsem opomogla.

28. aprila je minilo 6 let od očetove smrti, mama je stara je 76 let, živi letom primerno, aktivno in zadovoljno življenje, praznina zaradi izgube moža pa je zanjo še vedno boleča.

Žalovanje moje tašče

Tast, žilav in zdrav mož, star 79 let in pol, je 60 let veliko kadil. Začel je pokašljevati, ni imel apetita in se je slabo počutil. Od pojava težav do diagnoze »Carcinom pleure« in do smrti je preteklo pet mesecev. Tudi on je umrl doma, na svojih rokah. Tašča je bila takrat stara 81 let, zaradi šoka, ker je tako nenadoma zbolel ter tako hitro in nepričakovano umrl, kljub bolečini ni zmogla sprejeti dejstva, da moža ni več. Izgubila je oba starša, prvega moža in nekaj let nazaj najstarejšega sina. Kar gledala je proti vratom in čakala, kdaj bo tast stopil v stanovanje. Prve tedne je občasno jokala, a je bila ves čas

aktivna. Zmogla je sama urediti vso dokumentacijo glede pokojnine, zapuščine itd. Ta čas je govorila o prehitri smrti in bila psihično presenetljivo močna. Po treh mesecih pa so nastopile težave, ki občasno še trajajo, čeprav so od smrti minila že skoraj štiri leta. Naenkrat se ji ni ljubilo skuhati, ni več želela nikamor od doma, razen na pokopališče v našem spremstvu. Vse pogosteje je jokala in začela tožiti o telesnih težavah (glavobol, boleče noge, bolečine v hrbtenici, stiskanje okrog srca itd.). Živi v bloku, a ni marala nikamor in tudi ni želela več obiskov sosedov. Pojavljati se je začel strah zaradi lastne bolezni in strah, kdo ji bo pomagal, ker bo sedaj živela sama. Prevezela je vlogo najbolj bolnega, trpečega, pomoči potrebnega in osamljenega človeka! Nato so se začele noči brez spanja in dremanje čez dan. Opisovati je začela prave vidne halucinacije (tast je prišel v sobo in iskal klobuk, drugič je oblačil trenerko, tretjič je obuval ribiške škornje). Več mesecev je slišala hišni zvonec, čeprav smo odklopili vse zvonce. Jokala je vse pogosteje, rotila boga, naj jo reši trpljenja, ker je že dovolj stara. Nato je cele dneve presedela v tišini, gledala tastove slike in jokala. Občutek zapuščeniosti, osamljenosti (čeprav smo vsak dan prihajali k njej), nepotrebniosti in zavrženosti so jo vse bolj razžirali. Nekoč je bila inštruktorica kuhanja, a si je zdaj znala skuhati le juho, sploh pa ni imela več apetita in je tudi precej shujšala. Mamo sedmih otrok, babico šestnajstih vnukov in desetih pravnukov ni zmogel nihče potolažiti. Osebna zdravnica je prisluhnila opisanemu stanju in ji je po 10 mesecih predpisala antidepresiv. Stanje se je počasi začelo izboljševati. Še vedno potrebuje veliko pozornosti, vzpodbujanja, pohvale in rednega soočanja z realnostjo, da živi sama in da je kljub skoraj že 85 letom v dobri formi. Občasno jo za dva do tri dni vzamemo k sebi, da spremeni okolje in se sprosti. Na pokopališču pa vedno reče: »Kmalu pridem k tebi.« Kupili smo ji papagaja, ki ji je bil v veliko veselje in ji pregnal občutek osamljenosti in nemoči, a ji je poleti odfrčal skozi okno. Žalovala je tudi za njim in sedaj noče več nobene živalce ob sebi. Najbolj pa je srečna, ko jo odpeljemo na obisk rodnega Prekmurja. Sama pove, da na novo zaživi v rodnem kraju in takoj spregovori v prekmurskem narečju. A vedno so tu spomini na moža, ker sta v tiste kraje veliko hodila skupaj in še vedno jo oblivajo solze.

Zaključek

Žalosti človek ne more dokončno preboleti. S pomočjo drugih oseb sčasoma zbere dovolj moči, da z njo živi, za kar je potrebno duševno ravnovesje, razumevanje smrti in predvsem samega sebe. Zato, spoštovani zdravstveni delavci, dovolite nasvet iz lastnih izkušenj: »Ko imate ob sebi osebo, ki žaluje, jo poslušajte, poskusite se vživeti v njeno doživljanje in jo s pravo mero realnosti in optimizma vzpodbujajte, da bo razumela in prebrodila to najtežjo življenjsko preizkušnjo.«

Če pa ste tudi sami v procesu žalovanja, bo to pomagalo tudi vam. Meni je!

Literatura in viri

1. Kogovšek B. Izguba in žalovanje. In: Pregelj P, Kobentar R. Učbenik zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana; 2009: 303-7.

Socialna vključenost oseb z motnjami čustvovanja

Social Inclusion of People with Mental Disorders

Tanja Petelinek, univ. dipl. soc. del.

Psihiatrična bolnišnica Vojnik

tanja.petelinek@pb-vojniki.si

Izvelek

Pozitiven ali negativen odnos do dogajanja v sebi in/ali v okolju izražamo predvsem s čustvi. Dalj časa trajajoče čustvo ustvari v človeku subjektivno občuteno razpoloženje, to pa je lahko na različne načine in v različnih stopnjah čustvene odzivnosti, moteno. Depresija in anksioznost sta le dve izmed možnih motenj čustvenih razpoloženj iz okvira duševnih motenj. V članku predstavimo poznavanje zakonitosti duševnih motenj, ki je predpogoj za razmišljanje o socialni vključenosti/izključenosti oseb s temi motnjami. Socialna izključenost vpliva na manjšo udeležbo ali neudeležbo v družbi in pomeni biti v položaju z manjšim dostopom do možnosti, ki jih ima večina. Pojem socialne vključenosti je obrazložen z dejavniki socialnega izključevanja. Razlaga zaobjame pogled na zdravje in bolezen, na normalno in nenormalno kot družbena konstrukta, upošteva stigmo duševnih motenj in druge dejavnike socialnega izključevanja ter osvetljuje pojem socialne mreže.

Ključne besede: duševno zdravje, socialna vključenost, stigma, duševne motnje, dejavniki socialnega izključevanja, socialna mreža

Abstract

Our positive or negative attitude toward events in ourselves and / or in environment is expressed primarily by emotions. Longer-lasting emotions generate a subjective mood. This can be impaired in different ways and at different stages of emotional response. Depression and anxiety are just two of the possible emotional disturbances of mood that fall within the broad framework of mental disorders. Knowledge of mental disorders is a prerequisite for thinking about social inclusion or exclusion of persons with these disorders. Social exclusion affects levels of participation or non-participation in society and access to possibilities of majority. The concept of social inclusion is explained by the factors of social exclusion.

Key words: mental health, social inclusion, stigma, mental disorders, the factors of social exclusion, social network

Pogled na zdravje in bolezen kot družbena konstrukta

Če izhajamo iz temeljne predpostavke antropologije zdravja, da sta zdravje in bolezen kulturna konstrukta, njune manifestacije pa del kulturnih vzorcev neke družbe, potem vidimo, da kultura določa tudi pojma »normalno« in »nenormalno«. Vpliva tako na klinično podobo določenih vedenj in stanj, na njihovo pojavnost, kot na način prepoznavanja bolezní, njenega etiketiranja in celotne obravnave. Kultura vpliva na pomene, ki jih prizadeti človek, njegovi najbližji in okolica dajejo pojavu že definirane zdravja in bolezní. S tega vidika lahko bolezen definiramo kot klinično realnost, predvsem pa kot socialno realnost, ki je odvisna od kulturnega in socialnega konteksta prizadetega.

Kultura torej določa koncepte normalnosti in nenormalnosti v vsaki družbi. Vse to oblikuje široko področje duševnega zdravja, ki ga sestavljajo verovanja in predstave o bolezní in zdravju, njihov performance in njihova institucionalna obravnava, ali drugače povedano, v različnih kulturah sta zdravje in bolezen različno pojmovana (Zaviršek, 1994).

S tega vidika moramo manifestiranje duševne motnje nujno povezati s tradicionalnimi vrednotami, ki prevladujejo v slovenski družbi in vsebujejo tudi tradicionalne predstave o zdravju in bolezní. V tej luči sta bolezen in zdravje med seboj ločeni dejstva. Fizična bolezen je družbeno sprejemljiva, duševna stiska pa je še vedno nesprejemljiva in prinaša stigmo.

V koncept definiranja normalnega in nenormalnega oziroma zdravja in bolezni kot kulturnih konstruktov sodi tudi sodobno pojmovanje duševnega zdravja in duševne motnje. Iz tega lahko povzamemo, da je tudi novi Zakon o duševnem zdravju kulturni konstrukt (ZDZdr, 2008).

Stigma duševnih motenj

Ko razmišljamo o ljudeh z različnimi duševnimi motnjami, ne moremo mimo stigme, ki jih spremlja skozi vso človeško zgodovino. Odnos družbe do njih je bil skozi obdobja res precej različen, vendar ves čas prežet z bolj ali manj negativnim predznakom. Tudi stigma je družbeno-kulturni konstrukt. Ne temelji na objektivni lastnosti posameznika, temveč na kompleksnih družbenih odnosih, ki soustvarjajo kriterije sprejetosti oziroma nesprejetosti. Znotraj teh je določena lastnost razumljena kot nezaželena in manjvredna, posameznik pa na tako razumevanje pristane ali okrog te lastnosti celo osredotoči svoje življenje.

Sama beseda stigma danes pomeni znamenje sramote. Torej nekaj, kar označuje človeka, da je zaradi svoje določene lastnosti drugačen, slabši od drugih in zato vreden zaničevanja in izključevanja iz centra družbenega dogajanja. V naši družbeni realnosti se o osebah z duševnimi motnjami še vedno pogovarjamo šepetaje, duševna bolezen ali motnja pa je sramota. Tako se mora pacient poleg bolezni spopadati še z mnogimi negativnimi impulzi iz okolja, ki so posledica stigmatizacije njegove drugačnosti. Pri tem stigma ne izhaja iz njegove objektivne osebnostne lastnosti, temveč iz posebnega odnosa med to lastnostjo in stereotipno predstavo o njej. Goffman³ (1990) pravi, da se posamezniku na podlagi ene pomanjkljivosti pripišejo še druge lastnosti, ki z diskreditirajočo sploh niso neposredno povezane. Diskriminacije, ki učinkovito in največkrat nenamerno sledijo takemu razumevanju posameznika z negativnimi lastnostmi, še dodatno zmanjšujejo njegove življenjske možnosti in ga izključijo iz polne socialne sprejetosti. Primeri opisanega vzorca razumevanja so nam dobro znani iz vsakdanjega življenja in dela z našimi pacienti. Zaradi nevednosti in globoko zakoreninjenega strahu pred drugačnimi, ljudje, na primer, na podlagi izkušnje z eno agresivno osebo, ki se je zdravila v psihiatrični bolnišnici, to lastnost hitro pripišejo vsem, ki so bili kadarkoli deležni psihiatrične obravnave.

Po vsem tem ni težko razumeti, zakaj pacienti pogosto povedo, da se odnos drugih ljudi do njih spremeni že, ko izvedo, kje so bili. Oseba ni stigmatizirana, ker je bila vključena v določeno obravnavo, temveč zaradi prostora, v katerem se je nahajala. Ljudi ne zanima, kaj se s človekom dogaja, saj je tisto, kar nosi stigo, že ustanova sama.

Psihiatrične bolnišnice so na eni strani stigmatizirane zaradi ljudi, ki prihajajo vanje, na drugi pa zaradi statusa, ki so si ga pridobile v zgodovini. Negativnih etiket so polne tudi zato, ker opravljajo najrazličnejše socialne funkcije: so hkrati bolnišnice, domovi za ostarele, socialne ustanove, krizni centri, svetovalnice, pribežališča ipd. Večina funkcij, ki jih opravljajo, je povezana z ljudmi, ki imajo v življenju manj priložnosti, ki so revni, imajo šibko socialno mrežo ali so odvisni od različnih državnih ustanov, zato je tudi stigma toliko večja.

Tudi stigo lahko razumemo kot produkt družbenega označevanja in ne kot realno lastnost prizadetega posameznika. Predstavlja eno največjih ovir, s katero se srečujejo duševni bolniki in tisti, ki jim želijo pomagati. Spremljajo jo občutki krivde in sramu ali pa popolno zanikanje težav, zaradi katerih ljudje težko iščejo pomoč, ali pa sploh težko sprejmejo razlago, da so njihovi simptomi in težave posledica duševne motnje.

Bon (2007) v eni svojih razprav piše, da je prav stigma v povezavi z duševno motnjo glede na raziskave največja ovira pri poskusih izboljševanja kakovosti življenja pacientov in njihovih družin. Vpliva na to, da družba programom za duševno zdravje priznava manjši pomen kot programom za telesne bolezni. Naši pacienti imajo več težav pri iskanju službe in stanovanja, posledično je slabša tudi skrb za njihovo telesno zdravje in žal lahko pogosto govorimo o njihovi socialni izključenosti.

K obravnavi duševnih motenj je s svojim znanstvenim pristopom največ pripomogla psihiatrija, a na drugi strani je danes prav psihiatrična diagnoza tarča nezadovoljstva in kritik, ki jih različna gibanja in organizacije namenjajo psihiatriji. Kljub temu, da je diagnostika nadvse dragocena in je temelj obravnave v medicini, lahko njen negativni pomen jasno opazimo v novejših trendih obravnave duševnih bolnikov. Zlasti nemedicinske službe, ki tem ljudem pomagajo zunaj bolnišnic, se danes

³ Erving Goffman (1922-1982), ameriški sociolog in antropolog.

izogibajo tako diagnozam kot tudi sami uporabi izraza bolnik in ga nadomeščajo z izrazi, kot so »uporabnik«, »klient« ali »oseba s težavami v duševnem zdravju«. Tudi Zakon o duševnem zdravju (2008) osebe s hudo in ponavljajočo duševno motnjo označi kot posameznike, ki so zaradi dolgotrajne duševne motnje manj zmožni dejavnega vključevanja v svoje okolje.

Pomemben del zdravljenja duševnih motenj predstavlja odnos družbe do ljudi z diagnozo. Ta se bo moral, če na tem področju nočemo biti še naprej podobni sodobnemu srednjemu veku, krepko spremeniti. Stereotipi o duševnih motnjah so v vsaki kulturi zelo trdovratni in se jih ne da preprosto spremeniti z racionalnimi argumenti. Pri njihovem spreminjanju še najbolj pomagajo lastne izkušnje in odnos z bolnikom. To je tudi eno najpomembnejših spoznanj v prizadevanjih za destigmatizacijo duševnih motenj – ni dovolj, da skušamo racionalno razložiti dejstva o duševnih motnjah, te vsebine se morajo tudi čustveno dotakniti ljudi.

Drugi dejavniki socialnega izključevanja

Med najpomembnejše dejavnike izključevanja poleg stigme sodi brezposelnost oziroma status aktivnosti. Nekateri avtorji kot najbolj ranljivo skupino na trgu dela navajajo prav osebe s težavami v duševnem zdravju. Motnje v duševnem zdravju prizadenejo celotno človekovo osebnost in porušijo mrežo medosebnih odnosov, nalepka duševnega bolnika pa mu onemogoča polnovredno vključevanje v vsakdanje življenje. Ti ljudje imajo pogosto status trajno nezaposljive osebe in so upravičeni le do denarne socialne pomoči ali pa se upokojijo pred koncem delovno aktivnega obdobja. Denarne pomoči in invalidske pokojnine so prenizke, zato so te osebe pogosto v hudih finančnih stiskah. Tudi če se oseba ne upokoji oziroma ni ocenjena kot nesposobna za pridobitno delo, njena pot do zaposlitve ni lahka. Delodajalci se izogibajo zaposlovanju vseh »ne-zdravih« zaradi bojzani pred dolgotrajnimi odsotnostmi. Ti ljudje so pogosto izključeni iz večine socialnih dejavnosti, ki izpolnjujejo čas zdravih; za mnoge dejavnosti nimajo denarja, zaradi osebnih težav pa nemalokrat izgubijo interes za komunikacijo z drugimi. Prav delo oziroma zaposlitev ima velik pomen pri socialni in ekonomski reintegraciji oseb s težavami v duševnem zdravju, hkrati pa vpliva na njihovo pozitivno samopodobo in samozavest, kar deluje kot zelo pomemben preprečevalni dejavnik pri ponavljanju ali stopnjevanju boleznih (Kobal, Oreški, 2005).

Po izkušnjah v delovnem okolju ugotavljamo, da osebe s težavami v duševnem zdravju težko enakovredno tekmujejo s preostalimi iskalci zaposlitve na trgu delovne sile. Poleg stigme, ki jim jo pripisuje okolje, na to vpliva tudi njihova dejanska zmanjšana zmožnost za delo. Zaradi »izpada« iz socialne mreže in izgube zaposlitve so pogosto potisnjene na rob družbe, posledica pa ni le finančna stiska, temveč tudi pomanjkanje samozavesti in ponovne hospitalizacije. Posledica slabih izkušenj in nezaupanja v lastne zmožnosti je pogosto apatičnost in nizka motiviranost za iskanje dela in zaposlitve. K temu dodatno prispeva tudi bolj ali manj specifičen življenjski stil, ki ga prizadeti razvijejo ob svojih težavah in življenjskih okoliščinah in je težko združljiv z redno zaposlitvijo.

Pri razmišljanju o vključenosti oziroma izključenosti oseb s težavami v duševnem zdravju v ali iz družbe ne morem mimo Kleinove⁴ Formule za srečo (Klein, 2003). Avtor nam v knjigi predstavi magični trikotnik dobrega počutja, ki ga tvorijo: občutek pripadnosti skupnosti, socialno ravnovesje in nadzor nad lastnim življenjem. Bolj ko so ti kriteriji izpolnjeni, bolj so ljudje zadovoljni z lastnim življenjem. Če trikotnik prenesemo v življenje pacienta z depresijo, se njegovi vogali krepko zamajejo. Človek zaradi bolezni bolj ali manj izgublja nadzor nad lastnim življenjem, ko pa dobi nalepko uporabnika psihiatrije, že samo s tem prestopi na tir socialnega izključevanja, kar pomeni, da izgublja tudi občutek pripadnosti skupnosti. Oboje skupaj ga pahne na rob že tako izredno šibkega socialnega ravnovesja naše družbe. Kako se potem glasi formula za njegovo srečo?

Pojem socialne mreže

Socialna mreža pomeni povezavo posameznika z drugimi ljudmi v njegovem okolju. Pri tem ločimo neformalne socialne mreže, ki vključujejo družino, sorodstvo, sosede in prijatelje, na katere se lahko človek v primeru potrebe opre, in formalne socialne mreže. Med slednje spadajo vsi formalizirani stiki

⁴ Stefan Klein (1965), nemški fizik in filozof.

posameznika z njegovim okoljem, od vzgojno izobraževalnih, socialno delavskih, administrativno-birokratskih, vse do zdravstvene pomoči in oskrbe (Milošević Arnold, Poštrak, 2003).

Pomanjkljiva socialna mreža je ena od najpomembnejših težav oseb z duševno motnjo in njihovih svojcev. Razlogov za takšno stanje je več. Ljudje se zaradi stigmatiziranosti zatekajo v samoto, njihova pričakovanja so lahko prevelika, osnovna mreža je lahko prešibka. Dobra socialna mreža je pomembna za ohranjanje ravnotežja v vsakdanjem življenju, za občutek lastne vrednosti in za kakovostno življenje. V podrobnostih to pomeni, da ima posameznik nekoga, ki ga lahko pokliče v primeru težav, ter da ima ljudi, ki se v njegovi družbi dobro počutijo in obratno. Pri osebah, ki imajo težave v duševnem zdravju, je cilj ta, da se vzpostavi oziroma okrepi socialna mreža in s tem postavi pomemben dejavnik dolgoročne stabilnosti (Ozara, 2010).

Dobro razvite socialne mreže so temeljni varovalni dejavnik v življenju vsakega posameznika. Za ljudi s težavami v duševnem zdravju, ki v določenih stadijih bolezni izgubljajo nadzor nad lastnim življenjem, je prav podpora in razumevanje njihovih najbližjih bistvenega pomena.

Po izkušnjah v kliničnem okolju ugotavljamo, da pacienti potrebujejo pomoč na mnogih življenjskih področjih. Z materialnega vidika to pomeni predvsem pomoč pri zagotavljanju bivanjskega prostora in finančno pomoč, nematerialni vidik pa vključuje trdno moralno podporo, spodbujanje in razumevanje. Brez pomoči svojcev si ti ljudje prav gotovo težje zagotavljajo osnovna sredstva za preživetje, njihovo šibko samozavest in samopodobo pa osamljenost le še bolj omaje. Še tako dobra in zanesljivo prepletena formalna socialna mreža ne more nadomestiti primarne, vseeno pa tak način življenja na drugi strani dostikrat spodbuja pasivnost posameznika. Predvsem finančna in bivanjska odvisnost od svojcev ga hitro pripelje v krog odvisnosti, iz katerega se težko reši. Svojci v skrbi za svoje »nemočne varovance« nad njimi pogosto izvajajo pretiran pritisk in nadzor, saj menijo, da sta nujno potrebna. Osamosvojitve se vedno bolj odmika in samostojno življenje se s časom zdi povsem neizvedljiv projekt.

To pa ni edina past, v katero se lahko, kljub na videz pozitivni podporni mreži, ujamejo pacienti. Pogosto smo priče zgodb, ko se svojci sramujejo »zaznamovanosti« svojega bližnjega in to poskušajo pred drugimi za vsako ceno prikriti. Na nek način se sami izolirajo od okolice, vzporedno pa se sosedje, prijatelji ali znanci odmaknejo od njih, saj se zaradi bližine »duševnega bolnika« nelagodno počutijo. To je le dodaten razlog, zakaj se socialne mreže pomembno skrčijo. Oseba s težavami v duševnem zdravju ima okrog sebe vedno manj ljudi, ki bi ji nudili oporo in pripomogli k uspešni psihosocialni rehabilitaciji po zdravljenju v psihiatrični bolnišnici.

Zaključek

Socialno izključevanje ljudi z duševnimi motnjami je zgodovinsko globoko zakoreninjeno. Zdravje in bolezen sta v različnih kulturah in v različnih časovnih obdobjih različno pojmovana. V vsaki družbi vedno obstajajo norme in vrednote, ki svojim pripadnikom določajo sprejemljive lastnosti in vedenje. V tradicionalni kulturi je človek bolan, ko je kaj narobe z njegovim telesom. Duševna motnja je še vedno tesno povezana s stigmo kot enim ključnih dejavnikov socialnega izključevanja. To nas vodi do lažjega razumevanja pogoste somatizacije duševnih, torej tudi čustvenih stisk.

Čeprav različni viri navajajo različne skupine družbeno izključenih, osebe s težavami v duševnem zdravju gotovo sodijo mednje. Nekatere od teh skupin so izključene že samo zaradi pomanjkanja materialnih virov, ki vplivajo na njihov družbeni status. Druge so izključene, ker so diskriminirane, dehumanizirane ali stigmatizirane in kot take še bolj dojemljive za dodatna poniževanja, izključevanja in izkoriščanja.

Pojma revščina in socialna izključenost nista identična, se pa precej prekrivata. Ob upoštevanju dejstva, da socialno-ekonomski status posameznika določajo zlasti izobrazba, poklic, dohodki, zaposlenost in stanovanje, vidimo, da socialna izključenost ne vodi nujno v revščino, revščina pa praviloma vodi v socialno izključenost. Finančna stiska, nezaposlenost, pomanjkanje socialnih mrež, negotovost glede prihodnosti, gotovo negativno vplivajo na dobro počutje in zdravje. Vključitev v zaposlitev pri posameznikih poleg finančnih učinkov zagotavlja socialno vključenost in širjenje socialne mreže, hkrati pa ima pri osebah s težavami v duševnem zdravju tudi povsem terapevtski učinek.

Težave v duševnem zdravju so torej lahko vzrok ali posledica socialne izključenosti. Mnogi s temi težavami so stigmatizirani ali diskriminirani in pogosto je revščina njihova kruta resničnost. Na drugi

strani pa lahko socialna izključenost vodi v dodatne duševne stiske. Pojem družbene izključenosti tako označuje skupine ljudi, ki so na en ali drug način padli skozi socialne mreže oziroma skozi sito socialne zaščite.

Samo zdravljenje duševnih motenj brez kompleksne obravnave pridruženih (psiho)socialnih težav in zapletov je bolj ali manj jalovo početje, ki naše paciente peha v sistem vrtečih se vrat. Dokler jim ne bomo pripravljene pomagati na različnih nivojih, dokler ne bomo mogli ali znali omiliti dejavnikov socialnega izključevanja, bomo lahko le nemi opazovalci njihovega drsenja proti obrobju družbe.

Literatura in viri

1. Bon J. Destigmatizacija duševnih motenj. E-glasilo društva za pomoč osebam z depresijo in anksioznimi motnjami; 2007. Dostopno na: <http://nebojse.caprae.net/portal/index.php> (23. 1. 2010).
2. Ozara. Socialna mreža. Dostopno na: <http://www.ozara.org/?id=4> (23. 1. 2010).
3. Goffman E. Stigma: notes on the management of spoiled identity. London: Penguin Books; 1990.
4. Klein S. Formula za srečo ali kako nastanejo dobri občutki. Ljubljana: Založba Orbis; 2003.
5. Kobal B, Oreški S. Zaposljivost in zaposlovanje oseb s težavami v duševnem zdravju. Socialno delo. 2005;44(6): 387-94.
6. Milošević Arnold. V: Postrak M. Uvod v socialno delo. Ljubljana: Študentska založba; 2003.
7. Zakon o duševnem zdravju (ZDZdr). Ur. l. RS, št. 77/2008-UPB.
8. Zaviršek D. Psihiatrični oddelek med boleznijo in njeno kulturno manifestacijo. Socialno delo. 1994;33(1): 301-8.

Pogled farmacevta na zdravljenje depresije in anksioznosti

Pharmacist View on the Treatment of Depression and Anxiety

Danila Hriberšek, mag. farm.
Psihiatrična bolnišnica Vojnik

Povzetek

Težko postavimo ostro mejo med depresivno motnjo in anksioznostjo, med občutenjem nemoči, potrnosti in strahom. Depresivne in anksiozne motnje so bolezni, za katere danes vemo, da imajo biološko osnovo. To znanje uporabljamo pri razvoju bolj selektivnih, učinkovitih in varnih zdravil za zdravljenje depresije, anksioznosti in drugih psihiatričnih bolezni. Zadnja, v Sloveniji registrirana učinkovina, je agomelatin, agonist melatoninskih receptorjev.

Ključne besede: depresija, anksioznost, zdravila

Abstract

There is no sharp boundary between depression and anxiety, the feeling of helplessness, depression and fear. Because we know that depressive and anxiety disorders are results of changes to the ways of the transfer of information in the central nervous system, this knowledge may be used in developing more selective, efficient and safe drugs for treating depression, anxiety and other psychiatric disorders. Development of drugs with antidepressant and anxiolytic effects is in active progress. Last registered substance in Slovenia is agomelatin, melatonin receptor agonist.

Key words: depression, anxiety, drugs

Antidepresivi

Antidepresivi so v klinični praksi v uporabi že več kot 50 let. Prve antidepresive so odkrili naključno. Na začetku so bili le heterociklični antidepresivi in inhibitorji monoamino oksidaze (MAOI). Razvoj je tekkel proti selektivnejšim molekulam, kot so selektivni zaviralci ponovnega privzema serotonina (SSRI), temu pa so ponovno sledili antidepresivi z dvojnimi ali trojnimi delovanjem (Kores Plesničar, 2007). Antidepresivi delujejo tako, da spremenijo obseg delovanja živčnih prenašalcev prek sinaps na več različnih načinov: delujejo na receptorje oziroma na vezavno mesto živčnega prenašalca, zavirajo encime, ki vplivajo na razgradnjo živčnih prenašalcev, ali zavrejo ponovni privzem živčnih prenašalcev (večina zdravil).

Zdravljenje z antidepresivi ima tri cilje: **odpraviti simptome, vrnitev na predbolezenski nivo funkcioniranja (popolna remisija) in preprečiti ponovni izbruh bolezni.**

Zdravljenje mora trajati toliko časa, da bolnik doseže popolno remisijo.

Pri izbiri zdravila je potrebno upoštevati klinično sliko depresivne motnje, uspešnost zdravljenja z določenim antidepresivom v preteklosti, komorbidnost, druga zdravila, neželene učinke zdravil in sodelovanje bolnika. Prvi izbruh bolezni moramo zdraviti z antidepresivi vsaj devet mesecev, v primeru dveh ali več epizod pa od petnajst mesecev do pet let. V primeru kronične depresije in pridružene distimije je v večini primerov potrebno doživljenjsko zdravljenje (Bačar, Koder, 2006).

S potekom zdravljenja z zdravili, pomenom rednega jemanja, uporabo drugih metod zdravljenja in z morebitnimi neželenimi učinki zdravil, mora biti bolnik seznanjen, vendar ga s tem ne smemo odvrniti od farmakološkega zdravljenja.

Časovni potek zdravljenja depresivnih motenj z antidepresivi razdelimo v tri faze: akutno, nadaljevalno in vzdrževalno fazo (Kores, 2007).

Akutna faza traja od začetka zdravljenja z antidepresivi do dosežene remisije. Nadaljevalna faza je obdobje zdravljenja, ki traja 4 do 9 mesecev. Če bolnik v tem času ostane v remisiji, govorimo o izboljšanju bolezni (okrevanju), če pa pride do poslabšanja, govorimo o relapsu. Po izboljšanju bolezni nastopi vzdrževalna faza zdravljenja, ki traja 12 mesecev in več, saj primerno dolgo vzdrževalno zdravljenje z antidepresivi zmanjša verjetnost ponovitve bolezni. Vzrokov za neučinkovito zdravljenje z antidepresivom je več. Lahko gre za neustrezen odmerek zdravila, prekratek čas jemanja zdravila,

komorbidnost. Pozorni moramo biti tudi na morebitno nesodelovanje bolnika, razlog je lahko neredno jemanje ali celo nejevanje zdravila (Bačar, Koder, 2006).

Tabela 1: Skupine antidepresivov in v Sloveniji registrirane učinkovine. (Register zdravil Republike Slovenije XII, 2010.)

SKUPINA ZDRAVIL	Učinkovine
HCA – heterociklični antidepresivi	amitriptilin (Amyzol) doksepin (Sinequan) maprotilin (Ladiomil)
SSRI - selektivni zaviralci ponovnega privzema serotonina	fluoksetin (Fluval, Fodiss, Portal, Prozac, Salipax) paroksetin (Paluxon, Parogen, Paroxat, Plisil, Seroxat) citalopram (Cipramil, Citalon, Citalopram Torrex, Citalox, Oropam) escitalopram (Cipralex, Ecytara, Escitalopram Teva, Elicea, Escitalopram Mylan) sertralin (Asentra, Zoloft, Mapron, Sertiva, Sertralin Teva, Sertralin Mylan, Sertralin Arrow))
NARI – zaviralci ponovnega privzema noradrenalina	reboksetin (Edronax)
NASSA - noradrenergični in selektivni serotoninski antidepresivi	mianserin (Tolvon) mirtazepin (Calixta, Mirtadepi, MirtaMerck, Mirzaten)
SARI – serotoninski antagonisti in zaviralci ponovnega privzema serotonina	trazodon (Trittico)
SNRI – zaviralci ponovnega privzema serotonina in noradrenalina	duloksetin (Cymbalta) venlafaksin (Alventa, Efectin, Venlafaksin Maylan, Efexiva, Faxiprol, Venlagamma)
NDRI – zaviralci ponovnega privzema noradrenalina in dopamina	bupropion (Wellbutrin)
MAOI – monoaminooksidazni inhibitorji	moklobemid (Aurorix, Moclobemid Torrex)
Pospeševalci privzema serotonina v presinaptične nevrone	tianeptin (Coaxil)
Agonisti melatoninskih receptorjev	agomelatin (Valdoxan)
Naravna zdravila	ekstrakt šentjanževke (Deprim, Herbion Hypericum)

HCA - V skupino heterocikličnih antidepresivov uvrščamo triciklične in tetraciklične antidepresive. To so antidepresivi starejše generacije. Zavirajo privzem noradrenalina in serotonina v presinaptične nevrone in posledično zvišajo aktivnost nevrottransmitterjev. Delujejo še na druge receptorske sisteme in na hitre natrijeve kanalčke, zaradi česar povzročajo številne neželene učinke. Uporabljajo se za zdravljenje vseh vrst depresivnih motenj, nekateri med njimi tudi za zdravljenje anksioznih motenj, obsesivno-konvulzivnih motenj in kroničnega bolečinskega sindroma. Možni neželeni učinki: antiholinergični (suha usta, zamegljen vid, motnje spomina, obstipacija, retenca urina), srčno-žilni (ortostatska hipotenzija, pospešen utrip, aritmija, podaljšanje QTc-interval), nevrolški (omotica, vrtoglavica, mioklonije, konvulzije), dermatološki (akne, alergije, fotosenzibilnost), drugi (povečan apetit, spremembe v krvni sliki). Kemijsko jih razdelimo na terciarne amine (amitriptilin, imipramin, doksepin in klomipramin), ki predvsem zavirajo privzem serotonina v presinaptične nevrone ter na sekundarne amine (dezipramin, nortriptilin, protriptilin), ki zavirajo predvsem privzem noradrenalina v presinaptične nevrone in so aktivni presnovki terciarnih aminov.

SSRI - Zdravila iz skupine selektivnih zaviralcev ponovnega privzema serotonina, so danes najpogosteje predpisovana zdravila za zdravljenje depresije (fluvoksamin, fluoksetin, paroksetin, sertralin, citalopramin, escitalopram). Poleg osnovne indikacije zdravljenja depresije se uporabljajo še

za zdravljenje obsesivno-konvulzivnih motenj, anksioznih motenj, motenj hranjenja in posttravmatske stresne motnje. So enostavni za odmerjanje, varni in dobro prenosljivi.

NARI - Zdravila iz skupine inhibitorjev ponovnega privzema noradrenalina povečajo aktivnost noradrenalina, povečajo koncentracijo, pozornost, voljo in energijo in odpravljajo občutke nemoči in brezupa. Učinkoviti so pri brezvoljnih, utrujenih, upočasnenih bolnikih. Uporabljajo se za zdravljenje depresivnih motenj, zlasti tistih z izrazitejšo utrujenostjo, apatijo, motnjo koncentracije, pozornosti in socialno izolacijo.

NASSA (noradrenergični in selektivni serotoninske antidepressivi) delujejo tako, da blokirajo α receptorje in tako povečajo sproščanje in aktivnost noradrenalina in serotonina. Predstavnik sta mianserin in mirtazepin. Mianserin zniža krvni pritisk, mirtazepin pa ne. Oba delujeta sedativno. Uporabljajo se za zdravljenje vseh vrst depresivnih motenj, zlasti agitiranih oblik z nespečnostjo in zmanjšanim apetitom, pri zdravljenju anksioznih motenj, pogojno tudi obsesivno-konvulzivnih motenj, pri posttravmatskem stresu in kroničnem bolečinskem sindromu.

SARI (serotoninski antagonisti in zaviralci ponovnega privzema serotonina) blokirajo serotoninske 2A receptorje in zavrejo privzem serotonina v presinaptične nevrone. Predstavnik sta trazodon in nafazodon, ki je lahko v redkih primerih hepatotoksičen in je zaradi tega v nekaterih državah umaknjen iz prometa. Terapevtske indikacije so vse depresivne motnje, zlasti s pridruženo anksiozno motnjo, motnjami spanja in spolne disfunkcije, ter depresivne motnje, ki se ne odzovejo več na zdravljenje s selektivnimi inhibitorji ponovnega privzema serotonina.

SNRI (zaviralci ponovnega privzema serotonina in noradrenalina) - predstavnik sta venlafaksin in duloksetin. Zdravila so učinkovitejša od SSRI. Zavirajo privzem serotonina in noradrenalina, v manjši meri tudi dopamina v presinaptične nevrone. Pri višjih odmerkih je inhibicija privzema dopamina bolj izražena. Uporabljajo se za zdravljenje vseh vrst depresivnih motenj, generalizirane anksiozne motnje, socialne anksiozne motnje, panične motnje, prilagoditvene motnje in pri kroničnem bolečinskem sindromu. So učinkoviti, varni, preprosti za odmerjanje, imajo ugoden profil neželenih učinkov in so dobro prenosljivi.

NDRI (zaviralci ponovnega privzema noradrenalina in dopamina) – predstavnik je bupropion, ki z inhibicijo privzema noradrenalina in dopamina zviša njuno aktivnost. Izboljša pozornost, koncentracijo, poveča energijo, občutke zadovoljstva in motivacijo. Uporablja se pri zdravljenju vseh vrst depresivnih motenj, debelosti ter odvisnosti od nikotina in marihuane. Bolniki zdravilo dobro prenašajo, nima vpliva na spolne funkcije, ne povzroča zaspanosti, ne vpliva na apetit in je učinkovit pri zdravljenju nikotinomanije.

Tianeptin je edini predstavnik **pospeševalcev privzema serotonina v presinaptične nevrone**. Učinkuje tako, da zmanjša aktivnost serotonina v sinapsi. Indiciran je za zdravljenje vseh vrst depresivnih motenj in potencialno anksioznih motenj, posttravmatskega stresa, socialne anksiozne motnje in generalizirane anksiozne motnje. Ker ne vpliva na postsinaptični serotoninski sistem, α_1 , H_1 in muskarinske receptorje, ima ugoden vpliv neželenih učinkov. Neugoden je le režim odmerjanja, saj ga je potrebno jemati trikrat dnevno.

MAOI - delimo na ireverzibilne, ki jih skorajda ne najdemo več v klinični praksi in na reverzibilne MAOI, kamor uvrščamo moklobemid. Reverzibilni MAOI delno in kratkotrajno inhibirajo MAO-a in s tem preprečijo presnovo serotonina, noradrenalina, adrenalina in delno dopamina. Posledica je višja aktivnost monoaminov. Uporablja se pri vseh vrstah depresivnih motenj, socialni anksiozni motnji in posttravmatski stresni motnji. Ima ugoden profil neželenih učinkov, je varen in dolgoročno ugodno vpliva na kognitivne funkcije.

Agomelatin je zaenkrat edini predstavnik **agomelatinskih agonistov**. Povečuje sproščanje noradrenalina in dopamina v prefrontalni skorji. Ureja cikel spanja. Ne povzroča odtegnitvenih sindromov ali neželenih učinkov na spolno funkcijo, telesno maso, srčno frekvenco in krvni pritisk.

Druga zdravila, ki se uporabljajo pri zdravljenju depresije, pa v prvi vrsti niso antidepressivi. Uporabljajo se kot dodatna terapija v kombinaciji z antidepressivi. Njihova učinkovitost je ugotovljena iz klinične prakse, zlasti pri bolnikih, ki se le delno odzivajo na antidepressive oziroma so resistantni na antidepressivno farmakoterapijo. V to skupino uvrščamo zdravila iz skupine stabilizatorjev razpoloženja (litijev karbonat, lamotrigin, karbamazepin, gabapentin, topiramid), β -blokatore, blokatore kalcijevih kanalov, inhibitorje acetilholinesteraze, atipične antipsihotike, triptofan, ščitnične hormone, anksiolitike (alprazolam), kortikosteroide, estrogene, ketokonazol, šentjanževko, dopaminergike. V primeru zdravljenja z več zdravili je potrebno posvetiti pozornost možnim

interakcijam med zdravili, tako farmakokinetičnim kakor farmakodinamskim. Z uporabo večjega števila zdravil se zelo poveča tudi verjetnost nastanka medsebojnih interakcij.

Zdravila za zdravljenje anksiozne motnje

Zdravila delimo na dve skupini – na **benzodiazepinske** in **nebenzodiazepinske anksiolitike**. Pri zdravljenju anksiozne motnje so danes najpogosteje predpisovana zdravila iz skupine antidepresivov, še posebej iz skupine SSRI in SNRI. Zdravila imajo ugoden profil neželenih učinkov, še posebej pomembno je, da ne povzročajo tolerance in odvisnosti. Slednje pa ne velja za benzodiazepine. Redkeje se pri zdravljenju anksioznosti predpisujejo antihistaminiki, β -blokatorji, buspiron (v Sloveniji ni registriran) ter pregabalin.

BENZODIAZEPINI (BZP) – delujejo prek gabaergičnih receptorjev. GABA je glavni inhibitorni nevrottransmitter v možganih in je v dinamичnem ravnotežju z ekscitatornim nevrottransmitterjem glutatom. Mehanizem delovanja benzodiazepinov je v povezavi z aktivnostjo noradrenergičnega in serotonergičnega sistema. Učinkujejo anksiolitično, sedativno, hipnotično, antikonvulzivno in miorelaksantno. Delimo jih na kratko- in na dolgodelujoče.

Kratkodelujoči*: alprazolam, bromazepam, lorazepam, midazolam.

Dolgodelujoči*: diazepam, medazepam (*anksiolitični BZP registrirani v Sloveniji).

Razlikujejo se tako v farmakokinetiki kakor v metabolizmu. V jetrih se lahko metabolizirajo z mikrosomalno oksidacijo ali prek konjugacije z glukuronsko kislino. Drugi mehanizem je varnejši za starejše ljudi in v primerih, kadar bolniki prejemajo več zdravil hkrati. Glavne indikacije so anksiozna stanja, panične motnje, fobije, obsesivno-konvulzivne motnje (Schmitzer, 2006). Zavedati se moramo, da nimajo nobenega učinka na motnje, če so predpisovani po potrebi, kar pa se v praksi pogosto dogaja. Uvajamo in ukinjamo jih počasi in postopoma. Tudi zdravljenje s prenizkimi odmerki ne dosega kliničnega učinka. Različni benzodiazepini imajo indikacije za različno dolgo zdravljenje. Kratkodelujoči benzodiazepini hitreje vodijo v razvoj odvisnosti od dolgodelujočih.

Tabela 2: Anksiolitiki, registrirani v Sloveniji, njihove indikacije in čas najdaljšega jemanja (BPZ, 2011; Bačar, 2008)

ZDRAVILO	INDIKACIJA	ČAS ZDRAVLJENJA
alprazolam (Helex, Xanax, Xanax SR)	Anksiozna motnja s simptomi depresije ali brez njih. Anksiozna stanja in mešana anksiozno depresivna stanja, ki spremljajo organska obolenja. Panična motnja.	Do 6 mesecev.
bromazepam (Lekotam, Lexaurin, Lexilium)	Anksioznost, napetost, čustvene motnje, anksiozne disforije, nevrotične motnje, vznemirjenost, motnje spanja. Somatoformne motnje in obolenja psihogenega izvora (glavobol, dermatoza, astma, razjeda želodca in dvanajstnika, ulcerozni kolitis). Delirium tremens.	8 do 12 tednov.
diazepam (Aparin)	Anksioznost, napetost, čustvene motnje, nevrotične motnje, vznemirjenost, motnje spanja. Psihosomatske motnje, anksiozna stanja, ki spremljajo organska obolenja. Delirium tremens. Centralni in periferni mišični spazmi.	Do 12 tednov.

klobazam (Frisium)	Anksioznost. Epilepsija.	2 do 4 tedne pri zdravljenju anksioznosti. Pri zdravljenju epilepsije je čas zdravljenja lahko daljši.
lorazepam (Loram)	Anksioznost. Anksioznost pri duševnih motnjah. Motnje spanja in anksioznosti.	4 do 6 tednov (izjemoma 12 tednov).
medazepam (Ansilan)	Anksioznost. Anksioznost pri somatoformnih motnjah delovanja srca in ožilja, dihal in prebavil. Motnje spanja.	8 do 12 tednov.
oksazepam (Praxiten, Oksazepam Belupo)	Anksioznost. Motnje spanja.	Do 1 meseca.
flurazepam (Fluzepam)	Motnje spanja.	Do 4 tednov.

Zaključek

Po postavljeni diagnozi je izbira ustrezne terapije z zdravili v pravem odmerku, pravi kombinaciji umetnost, saj še ne poznamo bioloških označevalcev za ugotavljanje stopnje depresivne ali anksiozne motnje niti za spremljanje farmakološkega zdravljenja. Ravno zato je pomembno poznavanje delovanja zdravila, režima odmerjanja, indikacij, kontraindikacij, metabolizma, eliminacije in možnih interakcij z drugimi zdravili. Zavedati se moramo, da predvsem zdravila za zdravljenje depresije ne pokažejo svojih kliničnih učinkov takoj, ampak šele po nekaj tednih rednega jemanja.

Naloga farmacevta med aktivnim zdravljenjem je nuditi pomoč pri izboljševanju sodelovanja pri jemanju zdravil, prepoznavanje neželenih učinkov zdravil in medsebojnega delovanja med zdravili, pregled celotne terapije z zdravili in spremljanje izidov zdravljenja. Le če bo bolnik prejemal pravo terapijo, pri zdravljenju aktivno sodeloval in se zavedal svoje bolezni, bo stopil na pot dolgotrajnega okrevanja.

Literatura in viri

1. Bačar C. Modra psihofarmakoterapija. Ljubljana: PharmaSwiss; 2008.
2. Bačar C, Koder S. Farmakoterapija depresivnih motenj. Farm vest. 2006;57(4): 245 -250.
3. BPZ – Baza podatkov o zdravilih. JAZMP. Dostopno na: <http://www.zdravila.net/> (april, 2011).
4. Kores Plesničar B. Osnove psihofarmakologije - 1. izd.. Maribor: Medicinska fakulteta, 2007.
5. Register zdravil Republike Slovenije XII. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja; 2010.
6. Schmitzer Z. Anksiolitiki. Nevrotske stresne in somatoformne motnje v splošni medicini in psihiatriji. Begunje: Psihiatrična bolnišnica Begunje; 2006: 138 – 144.

Protokol obravnave za depresivne / suicidalno ogrožene paciente

Protocol for Treatment of Patients with Depression / Suicide Risk

mag. Branko Bregar, dipl. zn.
Psihiatrična klinika Ljubljana

Izvelek

Obravnava suicidalno ogroženih oseb je posebej zahtevna. Raziskave na tem področju ugotavljajo, da zdravstveni delavci pri prepoznavanju suicidalnega vedenja ali preprečevanju samomorov niso posebej uspešni. Izvajalci zdravstvene nege potrebujejo dovolj znanja in spretnosti na tem področju, saj so največkrat prvi, s katerimi pacienti prihajajo v stik. Protokol obravnave depresivnega / suicidalno ogroženega pacienta bi pripomogel k učinkovitejšemu pristopu pri preprečevanju samomorov.

Prispevek obravnava nekatera znana dejstva pri obravnavi suicidalno ogroženih oseb, ki pripomorejo pri izdelavi protokola v zdravstveni negi. Zaradi zahtevnosti je izdelava protokola za zdaj še cilj, ki ga bo potrebno doseči v prihodnosti.

Ključne besede: izvajalci zdravstvene nege, samomor, samopoškodbeno vedenje, preprečevanje, prepoznavanje

Abstract

The treatment of suicidal patients is especially demanding. Research results show that nursing care professionals are not very successful in detection of suicidal behaviour and suicide prevention. Nursing care professionals need more knowledge from this field, because they are usually the first with whom the patient has contact. A protocol for treatment of patients with depression or suicide risk could enable more successful suicide prevention. This article is dedicated to some well-known facts about treatment of suicidal patients that could be used in the process of preparation of a protocol. Because of the high difficulty of such an endeavour, this remains a goal for the future.

Key words: nursing care professionals, suicide, suicidal behaviour, prevention, and detection

Uvod

Namen izdelave protokola obravnave za depresivne in samomorilno ogrožene paciente je povečati kakovost in varnost obravnave in procesnih aktivnosti zdravstvene nege. Cilj je učinkovito ukrepanje in nudenje pomoči pri samomorilno ogroženih pacientih.

Podatki, ki jih navajajo različni viri (World Health Organization, 2002; Božič, 2008; Inštitut za varovanje zdravja, 2011), izkazujejo, da je Slovenija v primerjavi z drugimi državami v EU zelo obremenjena s številom samomorov na 100.000 prebivalcev. Prav te ugotovitve so pomembne, da izkazujemo posebno skrb in pozornost temu področju delovanja, saj različni viri ugotavljajo, da zdravstveni delavci niso posebno uspešni pri prepoznavi samomorilno ogroženih oseb in s tem povezanim delovanjem pri preprečevanju tega pojava. Po statističnih podatkih je 40-60 % oseb, ki so naredile samomor, v zadnjem tednu pred dogodkom iskalo pomoč v zdravstvenih inštitucijah (Brendel et al., 2010; Žmitek, 1999). Tuji avtorji (Janofsky, 2009; Cutcliffe et al., 2006) med zaposlenimi v zdravstveni negi posebej izpostavljajo njihovo odgovornost pri prepoznavanju in preprečevanju samomorov, saj imajo prav oni največkrat prvi stik s pacienti v zdravstvenih sistemih. Prav tako do samomorov pogosto prihaja tudi v kliničnih okoljih. Čuk (2010) v raziskavi o neželenih dogodkih v psihiatričnih bolnišnicah ugotavlja, da je samomorilno vedenje pri pacientih pogost neželeni dogodek, poleg nasilnega vedenja, ki je usmerjeno v druge. Od izvajalcev zdravstvene nege na psihiatričnem področju se pričakuje, da v kliničnih okoljih ustrezno ukrepajo pri preprečevanju neželenih dogodkov, ki se zgodijo zaradi samomorilnega vedenja pacientov. Na tem področju niso dovolj poznane dobre prakse pri obravnavi suicidalno ogroženih pacientov. Po ocenah tujih avtorjev je zaskrbljujoč tudi podatek, da se psihiatrična zdravstvena nega sooča s pomanjkanjem znanj na tem področju. Obstoječa praksa obravnave suicidalnih pacientov ni podprta z raziskavami (Janofsky, 2009; Cutcliffe et al.,

2006). Cutcliff (2002; 2006) je avtorica, ki izstopa na tem področju med tujimi avtorji. V našem prostoru je področje zelo nerazvito in je strokovni javnosti slabo predstavljeno. Prav tako ni jasnih smernic iz vrst zaposlenih v psihiatrični zdravstveni negi o primerih dobrih praks pri obravnavi suicidalnih pacientov. Zaradi teh razlogov je potrebno opolnomočiti in povečati znanje, sposobnosti ter večšine zaposlenih, predvsem v zdravstveni negi, ki veljajo največkrat za prvo vrsto strokovnjakov, s katerimi pacienti najpogosteje komunicirajo, prihajajo in / ali ostajajo najdlje v stiku. Potrebno je povečati znanje predvsem na področju **prepoznavanja** suicidalno ogroženih oseb in pri **učinkovitem ukrepanju in preprečevanju samomorilno ogroženih oseb**.

Prepoznavanje samomorilno ogroženih pacientov

Obstajajo miti in zmite o samomoru (Groleger, 2009), ki jih morajo zdravstveni strokovnjaki poznati, saj lahko ti predstavljajo dejavnik tveganja:

- Odločitev za suicid je racionalna in dokončna
- Vsakdo, ki poskuša suicid, hoče umreti
- Pogovor o suicidu poveča tveganje za suicid
- Pravega suicida ne moremo preprečiti
- Suicid se podeduje
- Suicidov je več v slabih časih
- Kdor govori o suicidu, ga ne naredi
- Vsi suicidalni ljudje so duševno bolni
- Enačenje samomorilnega vedenja s »samomorilcem«

Poznavanje dejavnikov tveganja je ključno. Avtorji Hudovernik in drugi (2011) naštevajo naslednje dejavnike tveganja:

- Spol in starost
- Socialne okoliščine
- Telesno stanje
- Duševne motnje
- Suicidi v sorodstvu in okolici
- Drugi dejavniki tveganja

Groleger (2009) izpostavlja značilen »profil« suicidalnega bolnika pri nas: *»Skladno z opisanimi dejavniki je v Sloveniji najbolj ogrožen za samomor moški, poznih srednjih let, ki občasno ali redno zlorablja alkohol, je izgubil službo, se razvezal, ob tem izgubil skrbništvo nad otroki, nima velikih prijateljev in posebnih hobijev ali interesov.«*

S **starostjo** se število samomorov (suicidov) povečuje, prav tako pa so s pojavom bolj obremenjeni **moški** kot ženske. **Osamljene osebe** in **tiste, ki izgublajo socialni stik** (samski, neporočeni, ločeni itd ...), so bolj ogrožene. Prav tako osebe, katerih **družina je bila razdrta v najstniških letih, obsojene osebe** (zaporniki), **begunci, nezaposleni, osebe z nižjo izobrazbo, osebe, ki so doživele hud socialni padec**. **Telesno stanje** je lahko pogosto dejavnik tveganja za suicid (25 do 75 % suicidov). Sem spadajo **bolezn**, ki so povezane z bolečinami in neugodno prognozo ali s pacientovim lastnim doživljanjem bolezni. **Pacienti z duševno motnjo** so tri- do dvanajstkrat bolj ogroženi od preostale populacije (diagnoze, kot so depresija, shizofrenija, osebnostne motnje, alkoholizem, so dejavniki tveganja). Tudi **osebe, ki imajo v sorodu že prisoten suicid**, so bolj ogrožene od drugih. Med **preostale dejavnike** sodijo: neugodno vreme, družbena klima (Hudovernik et al., 2011). Zanimivo je, da Miličinski (1999) izpostavlja kot dejavnike tveganja tudi menjave zdravstvenega osebja in konflikte znotraj zdravstvenega tima.

V pomoč pri prepoznavanju so lahko številne lestvice, ki so bolj ali manj zahtevne. Enostavna za uporabo je lestvica, ki so jo razvili za uporabo v zavodih za prestajanje kazni zapora, dislociranih oddelkih in v prevzgojnem domu (Uprava za izvrševanje kazenskih sankcij, 2003).

Protokol obravnave depresivnega / suicidalno ogroženega pacienta - učinkovito ukrepanje

Protokol obravnave depresivno / suicidalno ogroženega pacienta je lahko učinkovit pripomoček pri obravnavi teh pacientov. Cilj protokola je prepoznavna in pravočasno ukrepanje pri preprečevanju nadaljnjih težav ali neželenih dogodkov, ki se lahko pojavijo v procesu zdravstvene obravnave.

Protokol obravnave pacientov, ki so ogroženi zaradi samopoškodbenih vedenj ali suicidalnih nagnenj, je potreben zaradi učinkovitejšega dela na tem področju. Še posebej, ker nekateri avtorji trdijo, da zdravstveni delavci nismo posebej uspešni pri preprečevanju tovrstnih neželenih dogodkov (Brendel et al., 2010; Žmitek, 1999).

Posebej pomembni na področju preprečevanja in zgodnjega odkrivanja so izvajalci zdravstvene nege, ker prihajajo s tiskami pacientov najprej in najpogosteje v stik.

V okviru strokovnega srečanja Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji so udeleženci v okviru delavnice na srečanju opozorili na nekatera pomembna dejstva, ki bi izvajalcem zdravstvene nege pripomogla k bolj učinkovitemu delu na tem področju:

- Za prepoznavanje znakov in simptomov samomorilnega vedenja je potrebno dobro znanje z različnih strokovnih področji (psihiatrična zdravstvena nega, psihiatrija, psihologija itd.).
- Pomembnost poznavanja samomorilnega procesa, ki lahko traja od nekaj ur do nekaj mesecev.
- Pri presoji samomorilne ogroženosti je potrebno izhajati iz dejavnikov tveganja (moški spol, mladi/starejši, krizni dogodki v življenju, impulzivna/agresivna osebnostna lastnost, duševna motnja, šibka socialna mreža, zloraba alkohola in PAS itd.).
- Razpravljalci so predsedniku Sekcije MS in ZT v psihiatriji podali pobudo, naj Sekcija izpelje izdelavo in vpeljavo lestvice za oceno samomorilne ogroženosti v kliničnem okolju.
- Izpostavljen je bil tudi čas, v katerem najpogosteje prihaja do avtoagresivnega vedenja v kliničnem okolju (čas predaje službe, čas urgentnih sprejemov in obravnave, čas povečanega obsega dela).
- Vsi prisotni so se strinjali, da je glavno orodje v rokah medicinske sestre komunikacija oziroma odprt pogovor s pacientom, ki kaže znake samomorilnega vedenja. Pomembno je zavedanje, da je prav odkrit in direkten pogovor element deeskalacije.
- Pri nadaljnjih ukrepih je nujno potrebno dobro timsko sodelovanje z zdravnikom, ki pacientu odredi potreben nivo opazovanja ali stalnega nadzora in morebitno medikamentozno podporo.
- Ob zaključku so udeleženci diskusijskih skupin in razpravljalci izpostavili še antisuicidalni pakt kot varovalni dejavnik in pogosto enega prvih ukrepov v obravnavi samomorilno ogroženega pacienta.

Zaključek

Na strokovnem srečanju nismo uspeli izdelati Protokola obravnave depresivnega / suicidalno ogroženega pacienta. Spoznali smo, da je protokol zahtevno delo, in da je bilo strokovno srečanje dobro izhodišče za nadaljnje delo v tej smeri. Vendar je strokovno srečanje kljub temu udeležencem dalo nekatera znanja, s katerimi lahko v svojih delavnih okoljih razpolagamo pri prepoznavi in preprečevanju suicidalnih ali samopoškodbenih vedenj. Pomembno je zavedanje, da je potrebno resno obravnavati vsak namig pacienta o stiski. Vsak sum na suicidalno ogroženost je potrebno raziskati in ustrezno odreagirati.

Protokol je torej naloga, ki jo bo potrebno še izpolniti, da bo lahko služil svojemu namenu v vsakdanji praksi zdravstvene nege na vseh področjih delovanja.

Literatura in viri

1. Božič A. 2008. Svetovni dan boja proti samomoru. Dostopno na: http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?id=1845 (29.5.11).
2. Brendel RW, Wei M, Lagomasino IT, Perlis RH, Stern TA. Care of the Suicidal Patient. Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry (Sixth Edition); 2010: 541-554.

3. Cutcliffe JR, Barker P. Considering the care of the suicidal client and the case for 'engagement and inspiring hope' or 'observations'. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2002;9(5):611-21.
4. Cutcliffe JR, Stevenson C, Jackson S, Smith P. A modified grounded theory study of how psychiatric nurses work with suicidal people. *Int J Nurs Stud.* 2006;43(7):791-802.
5. Čuk V. Obvladovanje neželenih dogodkov v zdravstveni negi v psihiatričnih bolnišnicah. *Obzor Zdr N.* 2010;44(1): 1- 68.
6. Groleger U. Samomorilno vedenje. In: Pregelj P, Kobentar R, eds. *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju.* Učbenik. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana; 2009: 295-302.
7. Hudovernik A, Kramar A, Krašovec A, Kos N, Mirt T, Pirc B. Samomor v Sloveniji in možnosti preprečevanja [seminarska naloga]. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS; 2011. Dostopno na: <http://www.mf.uni-lj.si/dokumenti/f01d26f8e9551474d42c60ed08e0cdd4.pdf> (29.5.11).
8. Inštitut za varovanje zdravja. 2010. Ob svetovnem dnevu preprečevanja samomora. Dostopno na: http://www.ivz.si/Mp.aspx?ni=81&pi=3&_3_id=496&_3_PageIndex=26&_3_groupId=-2&_3_newsCategory=&_3_action>ShowNewsFull&pl=81-3.0.-3.0. (29.5.11).
9. Janofsky JS. Reducing inpatient suicide risk: using human factors analysis to improve observation practices. *J Am Acad Psychiatry Law.* 2009;37(1):15-24.
10. Milčinski L. Samomorilno vedenje. In: Tomori M, Zihel S, ed. *Psihiatrija, učbenik.* Ljubljana: Medicinska fakulteta; 1999: 361-75.
11. World Health Organization. 2002. Dostopno na: www.Int/health_topics/suicide/en/ (29.5.2011).
12. Uprava za izvrševanje kazenskih sankcij. Strategija preprečevanja samomorov v zavodih za prestajanje kazni zapora, dislociranih oddelkih in prevzgojnem domu Radeče [Interno gradivo]. Republika Slovenija: Ministrstvo za pravosodje; 2003.
13. Žmitek A. Samomorilnost-klinični vidik. In: Romih J, Žmitek A, eds. *Zbornik Urgentna stanja v psihiatriji, Begunje, Psihiatrična bolnišnica.* Begunje: Psihiatrična bolnišnica Begunje; 1999: 10-27.

Donator, ki je omogočil izvedbo strokovnega srečanja:

Eli Lilly Farmaceutvska družba, d.o.o