



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

SVETOVALNE IN MOTIVACIJSKE TEHNIKE ZA DELO S PACIENTI

Zbornik predavanj

**Working with Patients: Consulting and Motivational
Techniques**

Ljubljana, oktober 2012

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
SVETOVALNE IN MOTIVACIJSKE TEHNIKE ZA DELO S PACIENTI**

Šmarješke toplice, 18.10. 2012 in 19.10.2012

Zbornik predavanj

Urednici:

Metka Debevec-Švigelj

Ljubica Kovač-Vouk

Tehnično urejanje:

Jurij Mesarič

Prevod v angleški jezik:

Jurij Mesarič

Programsko organizacijski odbor: Metka Debevec-Švigelj, Branko Bregar, Ljubica Kovač-Vouk, Barbara Loboda,
Barbara Možgan, Veronika Jazbec

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:

100 izvodov

SVETOVALNE IN MOTIVACIJSKE TEHNIKE ZA DELO S PACIENTI

četrtek, 18.10.2012 in petek, 19.10.2012
ŠMARJEŠKE TOPLICE

PROGRAM SEMINARJA

Četrtek, 18. 10. 2012

SVETOVALNE TEHNIKE Z DELAVNICAMI IZ UČINKOVITE KOMUNIKACIJE

10. 30 – 11. 00 **Registracija udeležencev**
11. 00 – 11. 15 **Otvoritev srečanja in pozdrav udeležencev**
11. 15 – 11. 45 **Uporabnost motivacijskega intervjuja v zdravstvu**
mag. Andrej Kastelic, dr. med., spec. psih.
11. 55 – 12. 40 **Psihološki vidiki odvisnosti**
Saša Uzman, univ. dipl. psih., spec. klin. psih.
12. 45 – 13. 15 **Komunikacija v luči transakcijske analize**
Mateja Okanović, univ. dipl. psih., spec. klin. psih.
13. 15 – 15. 00 **ODMOR ZA KOŠILO**
15. 00 – 16. 30 **Dejavniki v komunikacijskem polju, povezani s kakovostjo medosebnega sporazumevanja I. del**
doc. dr. Polona Selič, univ. dipl. psih.
16. 30 – 16. 45 **ODMOR**
16. 45 – 18. 15 **Dejavniki v komunikacijskem polju, povezani s kakovostjo medosebnega sporazumevanja II. del**
doc. dr. Polona Selič, univ. dipl. psih.

Petek, 19.10.2012

MOTIVACIJSKI INTERVJU

08. 00 – 08. 30 **Registracija udeležencev**
08. 30 – 09. 15 **Motivacijski intervju – predavanje I. del**
doc. dr. Maja Rus-Makovec, dr. med., spec. psih.
09. 20 – 09. 50 **Delavnica**
doc. dr. Maja Rus-Makovec, dr. med., spec. psih., Helena Gantar Štular, dr. med., spec. psih.
09. 50 – 10. 15 **ODMOR**
10. 15 – 11. 00 **Motivacijski intervju – predavanje II. del**
doc. dr. Maja Rus-Makovec, dr. med., spec. psih.
11.05 – 11. 50 **Delavnica**
doc. dr. Maja Rus-Makovec, dr. med., spec. psih., Helena Gantar Štular, dr. med., spec. psih.
11. 55 – 12. 30 **Povratne informacije udeležencev**

KAZALO

NEKATERA ZNANJA IN VEŠČINE, KI SE UPORABLJAJO PRI DELU Z ODVISNIMI OD PSIHOAKTIVNIH SNOVI	6
Some knowledge and skills, which can be used in the work with drug addicted individuals Saša Blažević, univ. dipl. psih., spec. psih. svet., integrativna psihoterapevtka	
PSIHOLOŠKI VIDIKI ODVISNOSTI OD PSIHOAKTIVNIH SNOVI	14
Psychological Aspects of Addiction to Psychoactive Substances Saša Učman, univ. dipl. psih, spec. klin. psih.	
DEJAVNIKI V KOMUNIKACIJSKEM POLJU, POVEZANI S KAKOVOSTJO MEDSEBOJNEGA SPORAZUMEVANJA	23
Factors associated with the quality of interpersonal communication in professionals doc. dr. Polona Selič, univ. dipl. psih.	
ETIČNI VIDIK DELA Z ODVISNIMI OD PREPOVEDANIH DROG	32
Ethical Dimension of Work with Drug Addicted Patients Sandra Naka, prof. zdr. vzg.	
OSEBNOSTNA STRUKTURA IN STILI SPOPRIJEMANJA S STRESOM BOLNIKOV, ODVISNIH OD PREPOVEDANIH DROG	37
Personality Structures and Styles of Coping with Stress of Drug Addicted Patients mag. Natalija Bilobrk, univ. dipl. psih.	
LASTNOSTI IN KAKOVOSTI MEDICINSKE SESTRE V CENTRU ZA PREPREČEVANJE IN ZDRAVLJENJE ODVISNIH OD NEDOVOLJENIH DROG	44
Qualities of Nurses at the Centre for Prevention and Treatment of Drug Addiction Petra Kodrič, dipl. m. s.	
SPECIFIKE OBRAVNAVE ODVISNIKA OD PREPOVEDANIH DROG V BOLNIŠNIČNEM OKOLJU.....	50
Specifics of Treatment of Drug Addicted Patient in Hospital Setting Metka Debevec-Švigelj, dipl. m. s.	
PROBLEM PREDOZIRANJA PRI INTRAVENOZNIH UPORABNIKI TRDIH DROG IN NUJNA MEDICINSKA POMOČ	57
Intravenous Users of Hard Drugs and Problem of Overdose – First Aid pred. mag. Branko Bregar, dipl. zn.	
KOMUNIKACIJA V LUČI TRANSAKCIJSKE ANALIZE	62
Communication in the Light of Transactional Analysis Mateja Okanović, univ. dipl. psih., spec. klin. psih.	

UVODNIK

Medicinske sestre in zdravstveni tehniki pri svojem delu z odvisnimi od prepovedanih drog potrebujemo specifična znanja in veščine, ki nam omogočajo, da je delo z našimi pacienti čim bolj kvalitetno. Izobraževanje je bistvenega pomena, saj nam nudi osnovo za nove priložnosti in izboljšave ter nam omogoča oblikovati cilje in strategije za uvajanje in postavljanje standardov dela in zviševanje nivoja kakovosti.

Da lahko zagotovimo višjo kakovost storitev v zdravstveni dejavnosti, je ključnega pomena timsko delo in povezovanje zdravstvenih delavcev iz različnih strokovnih področij.

Veseli me, da smo zaposleni na področju zdravljenja odvisnosti pod okriljem Sekcije ms/zt v psihiatriji že tretje leto organizirali izobraževanje, s pomočjo katerega si bomo obogatili znanje, obenem pa postali bolj prepoznavni v strokovni javnosti.

Pred nami je Zbornik predavanj z vsebinami svetovalnih in motivacijskih tehnik ter prispevki, ki so nas že ob našem zadnjem strokovnem srečanju spodbudili k iskanju le-teh.

Kljub temu, da članki niso recenzirani (avtorji odgovarjajo za vsebino), menim, da vsebine ne bodo v veliko pomoč samo nam, temveč tudi drugim sodelavcem, ki se srečujejo z »našimi pacienti«.

Znanje je naše bogastvo in moč! ☺

Metka Debevec-Švigelj

NEKATERA ZNANJA IN VEŠČINE, KI SE UPORABLJAJO PRI DELU Z ODVISNIMI OD PSIHOAKTIVNIH SNOVI

VARIOUS KNOWLEDGE AND SKILLS FOR WORK WITH DRUG ADDICTED INDIVIDUALS

Saša Blaževič, univ.dipl.psih., spec.psih.svet., integrativna psihoterapevtka
Center za Preprečevanje in Zdravljenje Odvisnih od Prepovedanih Drog,
Zdravstveni dom Ljubljana Center

Izveček

Odvisnost od psihoaktivnih snovi je kompleksna motnja, ki variira glede na intenziteto, odvisni od psihoaktivnih snovi pa so heterogena skupina glede na osebne resurse in spoprijemalne zmožnosti. Zaradi navedenega predstavlja vprašanje učinkovitega pristopa k obravnavi odvisnih od psihoaktivnih snovi izziv za vsakogar, ki se pri svojem delu sooči s posamezniki s tovrstno problematiko.

Ključne besede: odvisnost, adiktološko svetovanje, motivacijski intervju

Abstract

Drug addiction is a complex disorder, which varies in its intensity. At the same time, individuals with drug addiction problems are heterogenous population regarding personal resources and coping skills. How to assume effective attitude towards individuals with drug addiction difficulties is professional challenge for everyone, who encounters individuals with these difficulties.

Key words: drug addiction, addiction counseling, motivational interviewing

Uvod

Odvisnost od drog je kompleksna motnja. Opredeljuje jo intenzivno hrepenenje po psihoaktivni snovi, ki ga občasno ni možno nadzorovati, ob kompulzivnem iskanju in jemanju substance, pa vztraja celo ob soočanju z uničujočimi posledicami. Pot razvoja odvisnosti od psihoaktivnih snovi (PAS) se začne z vzetjem PAS. Postopoma lahko postane posameznikova zmožnost izbire vzeti ali ne vzeti substance ogrožena, iskanje in jemanje le-te pa postane kompulzivno. Opisano vedenje je v pretežni meri pogojeno z vplivi dolgoročnega izpostavljanja možganov psihoaktivnim snovem. Odvisnost od PAS vpliva na številne možganske poti, vključujoč tiste, ki so vpletene v nagrajevanje, motivacijo, učenje, spomin in nadzor nad vedenjem (Volkow, 2009).

Nekateri posamezniki so bolj ranljivi za razvoj odvisnosti, kar je pogojeno z genetskimi dejavniki, starostjo ob izpostavljenosti PAS, drugimi vplivi okolja in interakcijo med njimi. Odvisnost je pogosto več kot kompulzivno jemanje psihoaktivne snovi, saj lahko povzroča posledice večjih razsežnosti. Primer: zloraba drog in odvisnost povečata posameznikovo tveganje za razvoj drugih psihičnih in telesnih bolezni, povezanih z življenjskim slogom zlorabe drog ali toksičnim učinkom drog samih. Zloraba drog lahko vpliva tudi na razvoj širokega obsega disfunkcionalnih vedenj, ki ovirajo posameznikovo delovanje v družini, na delovnem mestu/v šoli in v širšem socialnem okolju (Volkow, 2009).

Kompleksno naravo odvisnosti od PAS skušajo v vseh pomembnih dimenzijah zaobseči interakcijske teorije odvisnosti. Po tem modelu je odvisnost od drog opredeljena kot psiho-fiziološko-socialni sindrom, determiniran s kompleksnim sistemom ojačevalcev. V njem je razloženo kako oseba postane odvisna, izpostavi pa tudi dejavnike, ki ohranjajo od drog odvisno osebo v odvisni situaciji (Kooyman, 1993).

In kako na učinkovit način pristopiti k posamezniku, ki se sooča s težavami, povezanimi z odvisnostjo od PAS?

Namen prispevka

Prikazati možnosti za pridobitev uporabnih znanj in veščin pri različnih profilih zaposlenih na področju obravnave odvisnih od psihoaktivnih snovi.

Teoretični del

Pregled nekaterih načel in temeljnih pristopov obravnave odvisnih od psihoaktivnih snovi

NIDA (2009) opredeljuje v delu »Principles of drug addiction treatment« 13 načel učinkovite obravnave odvisnih od PAS. Avtorji v njem izpostavljajo pomembnost upoštevanja vseh vidikov motnje in njihovih posledic. V prispevek bom vključila tista, ki se nanašajo na znanja in veščine, ki jih uporabljamo pri delu z odvisnimi.

Ob upoštevanju kompleksne narave odvisnosti od heroina, ni posamezne metode, ki bi bila v celoti učinkovita pri njeni obravnavi (Maremani et al., 1999). Odvisnost od drog variira glede na intenziteto, odvisni od drog pa so heterogena skupina glede na osebne resurse in spoprijemalne zmožnosti (Maremani et al., 1999). Odvisni od opioidov so prav tako heterogena skupina glede na oceno obsega težav na področjih, pomembnih za izid obravnave, ki jih meri CISS - *Christo Inventory for Substance-Misuse Services* (Christo, 2000), kar je potrdila tudi uporaba instrumenta na slovenskem vzorcu Centra za Preprečevanje in Zdravljenje Odvisnih od Prepovedanih Drog Ljubljana. Porazdelitev končnih rezultatov CISS je bila levo (+) asimetrična in bimodalna, kar nakazuje prisotnost dveh populacij (Blažević, 2009): prvi vrh opredeljuje aritmetično sredino, ki je značilna za populacijo, vključeno v abstinenčne programe, drugi pa je značilen za populacijo, vključeno v nizkopražne programe zmanjševanja škode (Blažević, 2009; Christo, 2000).

Maremani et al., (1999) izpostavljajo pomembnost primerne odziva na vsakega posameznika in sicer preko *individualnega* (na osebo usmerjenega) *terapevtskega načrtovanja*, ki upošteva tako posameznikove težave, kot potrebe. Rome (2004) predstavi 40 instrumentov, uporabnih kot del procesa ocenjevanja pri oblikovanju terapevtskega načrta posameznika.

Maremani et al. (1999) hkrati navajajo, da mora biti *obravnavna odvisnosti* od psihoaktivnih snovi prilagojena posameznikovim spreminjajočim se potrebam in s tem prispevati k dolgotrajni kontinuiteti. Odvisnost od drog je opredeljena kot kronična bolezen, ki vključuje recidive, terapevtski načrt pa mora biti prilagojen posamezniku in ne obratno.

Prioritete naj bi bile usmerjene v dolgotrajno zdravljenje, s čimer ima odvisni od PAS možnost *postopnega vzpostavljanja bio-psiho-socialnega funkcioniranja*, kar se opredeljuje kot klinični napredek, tudi če okrevanje v celoti ni doseženo. To je glavni cilj ustrezne farmakoterapije in psihosocialne obravnave (Parrino 1992, po Maremani, 1999).

Naslednji korak v terapevtskem načrtovanju je spremljanje klienta med in po zdravljenju s ciljem *preventive in obravnave recidivov* (Maremani et al., 1999). Različne ravni intervencij avtor nazorno predstavi v konceptu teorije celostne obravnave odvisnosti.

Obravnavna odvisnosti od PAS vključuje biomedicinske, psihološke in sociokulturne pristope.

Biomedicinski pristopi se usmerjajo na postopke detoksikacije in zdravljenje zlorab PAS s farmakoterapijo. *Psihološki pristopi* obravnave obsegajo razpon od adiktološkega svetovanja ("addiction counseling") do psihodinamičnih in kognitivno-vedenjskih pristopov obravnave.

Sociokulturni pristopi obravnave vključujejo družinsko terapijo, terapevtske skupnosti, poklicno rehabilitacijo in druge tehnike (QG based on TIP 13, 1995). V literaturi je možno zaslediti še pristope usmerjene na duhovno dimenzijo, ki jo vzpodbuja večina skupin za samopomoč (TIP 20).

Iz navedenega je možno sklepati na pomembnost multidisciplinarnega timskega pristopa pri oblikovanju ustrezne ocene, orientacije, terapevtske poti in spremljanju vsakega posameznika, ki se vključi v obravnavo odvisnosti od PAS, saj je potrebno pogosto ob tem nasloviti tudi pridružene motnje; npr. v raziskavi Broonerja in sod. (1997; po TIP 43, 2005) je imela skoraj polovica pacientov, vključenih v medicinsko podprte programe, v svojem življenju pridružene motnje.

Zaradi obsežnosti področja je v tem prispevku pozornost usmerjena na *psihološke pristope obravnave*. Primerjava med adiktološkim svetovanjem in psihoterapijo sicer nekoliko poenostavljeno, vendar nazorno prikažeta Mercer in Woody (1999) v tabeli 1.

Tabela 1. Primerjava med adiktološkim svetovanjem in psihoterapijo (Mercer in Woody, 1999).

Adiktološko svetovanje	Psihoterapija
Kratkoročni cilji	Kratkoročni in dolgoročni cilji
Vedenjski cilji	Kognitivni, emocionalni in vedenjski cilji
Cilji neposredno povezani z odvisnostjo	Cilji, povezani z vsemi področji okrevanja
Fokus na sedanjosti	Fokus na sedanjosti in preteklosti

Psihoterapevtski pristopi zahtevajo večletno usposabljanje v skladu z veljavnimi standardi; npr. EAP (European Association for Psychotherapy; www.europsyche.org, 2011) opredeljuje 21 pristopov ter podaja jasne kriterije glede zahtevanega treninga, supervizije in klinične prakse. Zato je uporaba omejena na tiste strokovnjake, ki so usposobljeni v posameznih psihoterapevtskih pristopih in delujejo (tudi) na področju obravnave odvisnih od PAS.

Adiktološko svetovanje je usmerjeno v obravnavo težav, neposredno povezanih z odvisnostjo od PAS. Izpostavlja pretežno kratkorčne cilje, čeprav predstavlja kontinuirana abstinenca/treznost ob spremembi življenjskega sloga dolgoročni cilj. Svetovanje omogoča pridobitev konkretnih, vedenjskih strategij, ki podpirajo okrevanje (npr. podpora pri prekinitvi zlorablajočih odnosov, ki omogočajo jemanje PAS, ne pa predelava dinamike zgodnjih zlorab v odnosih s ključnimi bližnjimi osebami) in se osredotoča pretežno na sedanjost oz. le na morebitne pretekle dogodke, neposredno povezane z odvisnostjo. Adiktološko svetovanje prav tako izpostavlja pomembnost razvoja terapevtske delovne alianse ter spremljanje skozi različne faze okrevanja. Srečanja imajo opredeljeno jasno strukturo (vsebine in potek), ob upoštevanju individualnih težav in potreb posameznika (Mercer in Woody, 1999). Usposabljanja iz adiktološkega svetovanja obsegajo več stopenj in več nivojev zahtevnosti (primer: http://education-portal.com/certified_substance_abuse_counselor.html).

Mercer in Woody (1999) izpostavita pomembnost in učinkovitost adiktološkega svetovanja pri obravnavi populacije odvisnih od PAS. Razvijeta model *individualnega svetovanja* (IDC – “Individual Drug Counseling”), kompatibilnega z drugimi pristopi obravnave odvisnosti. IDC pristop je uporaben pri obravnavi odvisnih od kokaina in drugih PAS, z modifikacijami za uporabnike programov substitucijske terapije. Ob obravnavi posameznikov z izrazitejšo psihopatologijo predlagata kombinirano obravnavo svetovanja s psihoterapijo in/ali farmakoterapijo ter vključitev ustreznih strokovnjakov.

Publikacija “*Pristopi k svetovanju na področju zlorabe drog*” (“Approaches to drug abuse counseling”) vključuje 11 svetovalnih pristopov (NIDA, 2000), od katerih velja izpostaviti:

Svetovanje usmerjeno v urejanje pridruženih motenj (Dual Disorders Recovery Counseling - DDRC Model; Daley) integrira individualni in skupinski pristop svetovanja ter psihiatrične intervencije s ciljem uravnotežene usmerjenosti ter obravnave posameznikove odvisnosti in psihiatričnih težav.

CENAPS Model Preventive Recidiva (CENAPS Model of Relapse Prevention Therapy - CMRPT Model; Gorski) integrira znanje o kemičnih odvisnostih, načela 12-tih korakov in kognitivne, afektivne in vedenjske terapevtske pristope v bio–psiho-socialni model primarnega okrevanja in preventive recidiva.

Minnesota Model (Owen) – se osredotoča na spreminjanje posameznikovih prepričanj o odnosih z drugimi in njem samem. Sprememba perspektive se doseže ob redni prisotnosti, samorefleksiji in učenju novih spoprijemalnih veščin. Skozi ta proces klient doseže spremembo v razumevanju sebe v odnosu do drugih in njega samega. Lahko vključuje individualno in skupinsko terapijo, družinsko edukacijo, podporo in druge metode. V načrtovanju in spremljanju terapevtskega procesa sodeluje multidisciplinarni tim strokovnjakov (npr. svetovalci, psihologi, medicinske sestre).

Terapija usmerjena na višanje motivacije (Motivational Enhancement Therapy – MET; Miller) je zasnovana na načelih kognitivne in socialne psihologije. Svetovalec je usmerjen v razvoj neskladnosti v percepciji odvisnega od PAS, in sicer med aktualnim vedenjem in pomembnimi osebnimi cilji. Poudarek je usmerjen na vzbujanje posameznikovih samomotivacijskih stavkov in zaveze k spremembi. Delovna predpostavka: intrinzična motivacija je nujna in pogosto manjkajoči dejavnik pri vzpodbujanju spremembe.

Motivacijski intervju

Priročnik “*Motivational Enhancement Therapy with Drug Abusers*” (Miller, 1995) predstavi možnosti uporabe *motivacijskega intervjuja* – MI (Miller in Rollinck, 1991) na področju obravnave odvisnih od PAS, ki integrira še povratno informacijo ocene rabe drog in njenih posledic, splošnega funkcioniranja, nivoja depresivnosti ter stopnje pripravljenosti za spremembo ter obravnavo (Miller, 1995).

MI se lahko *uporablja* samostojno, integriran v ostale oblike obravnav ali kot priprava motivacijskih temeljev za druge terapevtske pristope znotraj posameznega programa. (Kantchelov, 2008). Zaradi navedenih možnosti uporabe MI na področju obravnave odvisnih od PAS je v nadaljevanju predstavljenih nekaj temeljnih pojmov.

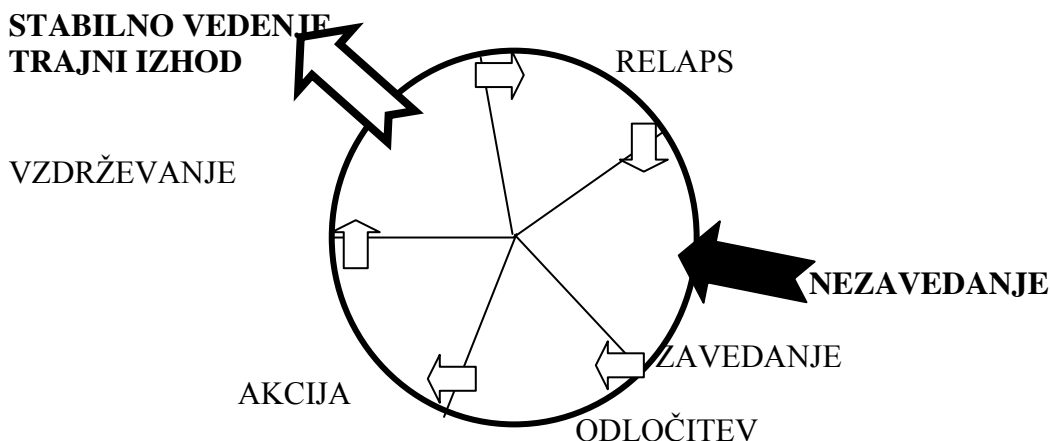
MI je *opredeljen* kot sodelovalna, na osebo usmerjena oblika vodenja, s ciljem izzvati in okrepiti motivacijo za spremembo. Klientu je v pomoč pri raziskovanju in razreševanju ambivalence, kar je njegov glavni namen (Miller in Rollinck, 1991). MI poudarja sodelovanje med klientom in svetovalcem, vzpodbuja klientovo odkrivanje lastnih razlogov za spremembo in izpostavlja avtonomijo (prepoznavna klientovo moč za spremembe, hkrati pa odgovornost zanje).

Miller in Rollinck (1991) opredelita *koncept motivacije* kot stanja pripravljenosti za spremembo in motivacije kot verjetnosti nekega vedenja (verjetnosti, da bo oseba vstopila, nadaljevala in vztrajala v procesu sprememb). Motivacija kot *stanje pripravljenosti za spremembo*, lahko niha v

času in situacijah. Je notranje stanje, na katerega je možno vplivati. Klienta postavimo v aktivno vlogo in ga motiviramo.

Stopnje MI

V razumevanju nastanka sprememb nam je v pomoč **6-stopenjski model sprememb** po Prochaski in Di Clemente (Miller in Rollinck, 1991; slika 1).



Slika 1: 6-stopenjski model sprememb po Prochaski in Di Clemente (Miller in Rollinck, 1991).

Ob opisu posamezne stopnje bodo nakazane možnosti intervencij svetovalca (Miller in Rollinck, 1991; Miller, 1995; Kantchelov, 2008):

Nezavedanje (prekontemplacija); oseba še ne ve, da ima težave in je presenečena, če jo opozorimo; pri tem ne premišljuje o možnostih za spremembo. Možna intervencija: usmerjena v nastanek dvoma o neproblematičnosti vedenja in večanje dojemljivosti za njegovo tveganost. Informacije in povratne informacije omogočajo večanje zavedanja problema in možnosti za spremembo vedenja.

Zavedanje (kontemplacija); posameznik je ambivalenten; niha med spremembo in njeno zavrnitvijo. Naštevata razloge za skrb in opravičuje brezskrbnost. Možna intervencija: usmerjanje v prevladovanje razlogov za spremembo, ob poudarjanju tveganja v primeru ohranitve problematičnega vedenja.

Odločitev (determinacija); predstavlja okno možnosti in je le določen čas odprto za pomoč. Posameznik sprejme lastno zavezo k spremembi. Možna intervencija: podpora pri iskanju najbolj ustrezne oblike pomoči.

Akcija; posameznik začne verjeti, da ima zmožnost spremeniti svoje vedenje in se aktivno vključi v postopno doseganje spremembe na zanj problematičnem področju. Možna intervencija: podpora klientu, da postopoma prevzame korake k spremembi.

Vzdrževanje; je usmerjeno v vzdrževanje vedenjske spremembe, njeno integracijo v življenjski stil ter stabilizacijo vedenja s ciljem preventive recidiva. Možna intervencija: podpora pri uporabi strategij za preventivo recidiva.

Relaps; možna intervencija: pomagati posamezniku ob izgubi poguma in vere, preokvirjanju stiske ob recidivu (podpora pri oblikovanju pogleda na stisko kot možnosti za učno izkušnjo nasproti porazu ter začetku novega poskusa spremembe).

Ob integraciji sprememb v posameznikov življenjski slog, le-ta zaključi s procesom spreminjanja na določenem področju in gre v *trajni izhod*. Normalno je, da gre posameznik večkrat čez celotni proces, preden doseže *stabilno spremembo*. Relaps je možno razlagati kot del procesa, a ga hkrati ne opravičujemo in ne vzpodbujamo.

Faze v MI

MI obsega **dve fazi**: graditev motivacije za spremembo in krepitev namere za spremembo. V prvi gre za usmerjanje klienta iz faze nezavedanja v zavedanje in sprejem odločitve. Možne strategije (odprta vprašanja, reflektivno poslušanje, podpora, povzetki in privabljanje klientovih motivacijskih izjav) so skupaj s primeri nazorno opisane v literaturi (Miller, Rollinck, 1991).

V drugi fazi gre za usmerjanje klienta iz faze odločitve v akcijo. Bistvo: prepoznati, kdaj je posameznik pripravljen za spremembo. Znaki (npr. znižanje odporov, števila vprašanj glede problemov, večja umirjenost) in koraki (npr. rekapitulacija, ključna vprašanja, informacije in svetovanje, pogajanje o načrtu akcije) so prav tako skupaj s primeri opisani v literaturi (Miller, Rollinck, 1991).

Načela MI

Zanimiva so tudi načela MI (Miller in Rollinck, 1991; TIP 35, 1999):

Izražanje empatije: razumevanje klientove perspektive, čustev in vrednot, ob spoštovanju, podpori in reflektivnem poslušanju. Gre za držo sprejemanja, kar ne predstavlja nujno tudi strinjanja in odobravanja.

Razvijanje diskrepance: med trenutnim vedenjem in pomembnimi cilji, nameni: med tem kjer posameznik je in kje bi želel biti. Posameznik sam išče razloge za spremembe. Pri tem je pomembno, da se zaveda posledic odločitve.

Izogibanje argumetiranja: spremljanje klienta, ne prerekanje, ki lahko hitro preide v igro moči. Ni potrebno označevanje, bolj je pomembno osredotočanje na težave, s katerimi se posameznik sooča (npr. ni smiselno vztrajati v opredelitvi klienta kot odvisnega, lahko se ga usmeri v raziskovanje škodljivih posledic jemanja drog).

Posebna pozornost je namenjena *strategijam obravnave odporov in podpori samoučinkovitosti* za izbiro in izvedbo spremembe, pri čemer je pomembno zaupanje v posameznikove zmožnosti.

Razprava

V prispevku sem želela prikazati možnosti uporabe nekaterih psiholoških pristopov pri obravnavi odvisnih od PAS. Ker na področju obravnave odvisnih od PAS delujejo različni profili strokovnih delavcev, so izpostavljeni nekateri svetovalni pristopi, ki upoštevajo specifične obravnavane motnje in jih je možno ob ustreznem usposabljanju uporabljati v smislu podpore, orientacije, pogosto pa tudi nadgradnje pri svojem strokovnem delu (npr. delavcem v zdravstveni negi, zdravnikom, psihologom, socialnim delavcem).

Posebna pozornost je posvečena motivacijskem intervjuju kot slogu svetovanja in sicer zaradi širokih možnosti uporabe in raziskane učinkovitosti na različnih področjih (avtorje nekaterih raziskav navajata Miller in Rose, 2009); npr. na področju kardiovaskularne rehabilitacije, urejanja diabetesa, uvajanja sprememb pri dietah; na področju obravnave hipertenzije, rabe ilegalnih drog, nižanja tveganj infekcij, pri urejanju kroničnih psihiatrnih motenj, na področju obravnave problematičnega pitja, iger na srečo, kajenja ter sočasne odvisnosti od PAS in pridruženih motenj.

MI daje svetovalcu potrebna teoretična znanja (npr. vpogled v naravo notranje motivacije, stopnje v procesu sprememb), hkrati pa ga usmeri v možnosti konkretnih intervencij, torej konkretnih večšin dela. Le-to zagotavlja svetovalcu občutek varnosti, saj opredeljuje okvir dela ter se s tem izogne posegom na področja, za katera ni usposobljen (kar nemalokrat generira stisko pri svetovalcu, pri klientu pa lahko sproži odpore ali celo retravmatizacijo). MI je namreč najbolj učinkovit v uvodnih fazah obravnave (McNab in Purcell, 2009), ko klient ozavešča dejstvo, da ima težavo z jemanjem PAS, se odloča za vključitev v terapevtsko delo in začne uvidevati pomen stabilizacije (glede jemanja PAS, psihološke).

Specialistom je MI lahko v pomoč tudi v kasnejših fazah obravnave, ko zaradi različnih dejavnikov klient pogosto začne drseti proti odvisniškim spoprijemalnim strategijam.

V povezavi z MI velja omeniti literaturo, ki se nanaša na obravnavo odvisnih od PAS (Miller, 1995; TIP 35, 1999), s prilagoditvami za vključene v programe substitucijske terapije (Kanchelov, 2008), posameznikov s pridruženimi motnjami (Sciacca, 1997) in mladostnikov – uporabnikov kanabisa (Sampl, Kadden, 2001).

Sklep

V prispevku so izpostavljena nekatera znanja in veščine adiktološkega svetovanja (s poudarkom na motivacijskem intervjuju) in umeščena v kontekst drugih pristopov, uporabljenih na področju obravnave odvisnih od PAS. Znanja in veščine adiktološkega svetovanja so sicer omejena, hkrati pa jasno opredeljena in neposredno povezana s specifikami odvisnosti od PAS.

Usposabljanje za pridobitev osnovnih znanj in veščin adiktološkega svetovanja (glede na specialistična usposabljanja) ni tako dolgotrajno, ima pa jasno opredeljen obseg, strukturo, cilje in metode dela. Žal usposabljanja iz adiktološkega svetovanja v smislu, predstavljenem v tem prispevku v slovenskem prostoru nisem uspela zaslediti. Uvedba tovrstnega strokovnega usposabljanja bi zagotovo pripomogla k večji kvaliteti, usklajenosti in učinkovitosti izvedenih storitev; tako v primeru samostojne uporabe posameznega modela svetovanja, kot integracije le-tega z drugimi (specialističnimi) znanji in veščinami.

Literatura

1. Blažević S. Različni vidiki obravnave odvisnih od nedovoljenih drog. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta, Oddelek za psihologijo. Specialistično delo; 2009; 74-75, 83.
2. Christo, G. (2000). Validation of Christo inventory for Substance misuse Services (CISS): a simple outcome evaluation tool. *Drug and Alcohol Dependence*. Vol.59, Issue 2, 1 May 2000, 189-97.
3. Kanchelov, A. (2008). Motivational Interventions for Methadone-Treated Patients. *Heroin Addiction and Related Clinical Problems*. Vol.10, N.2, June 2008.11-20. Pacini Editore. www.europad.org (20.10.2011)
4. Kooyman, M. (1993). The Therapeutic Community for Addicts: intimacy, parent involvement and treatment success. Amsterdam: Swets&Zeitlinger.
5. Maremani, I. (1999). Treating Heroin Addicts, i.e. "Breaking through a Wall of Prejudices". *Heroin Addiction and Related Clinical Problems*. Vol.1, N.1, 1999.1-8. Pacini Editore. www.europad.org (25.10.2011)
6. Mc Nab, C., Purcell, R. (2009). Evidence Summary: The Effectiveness of Motivational Interviewing for Young People with Substance Use and Mental Health Disorders. Headspace. Orygen Youth Health Research Centre. headspace.org.au. (25.10.2011)
7. Mercer, D. in Woody, G. (1999). Individual Drug Counseling. *Therapy Manuals for Drug Addiction Series*. University of Pennsylvania and Veterans Affairs Medical Center. NIDA. NIH Pub. No. 99-4380. <http://nida.nih.gov> (20.10.2011)
8. Miller, W.R., (1995). Motivational Enhancement Therapy with Drug Abusers. Department of Psychology and CASAA. The University of New Mexico.
9. Miller, W.R., Rollinck, S. (1991). *Motivational Interviewing: Prepare People to Change Addictive Behaviour*. New York: Guilford Press.
10. Miller, W.R., Rollinck, S. (2009). Ten things that Motivational Interviewing is not. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 37, 129-149.
11. Miller, W.R., Rose, G.S. (2009). Toward a Theory of Motivational Interviewing. *Am Psychol*. 2009 September; 64 (6): 527-537. doi:10.1037/a0016830. NIH Public Access Author Manuscript. (www.dokument) (29.10.2011)
12. Različni avtorji (2000). *Approaches to drug abuse counseling*. NIDA: NIH Publication
13. No. 00-4151. <http://nida.nih.gov> (20.10.2011)
14. Rome, A. (2004). *Integrated Care for drug users: Principles and practice*. <http://www.sehd.scot.nhs.uk/publications/icdu-22.htm> (20.10.2011)

15. Sampl., S., Kadden R. (2001). Motivational Enhancement Therapy and Cognitive Behavioral Therapy for Adolescent Cannabis Users: CYT Cannabis Youth Treatment Series. U.S. Department of Health and Human Service Administration. (www.samhsa.gov) (19.10.2011)
16. Sciacca, (1997). Removing Barriers: Dual Diagnosis Treatment and Motivational
17. Interviewing"; Professional Counselor 12(1): 41-6.
18. TIP Publikacije. A Treatment Improvement Protocol. U.S. Department of Health and Human Services: www.Samhsa.gov (20.10.2011)
19. TIP 20. Matching Treatment to Patient Needs in Opioid Substitution Therapy.
20. ([www dokument](http://www.dokument)) <http://ncadi.samhsa.gov/govpubs/bkd168/20c.aspx> (20.10.2011)
21. Quick Guide For Administrators Based on TIP 13 (1995). The Role and Current Status of Patient Placement Criteria in Treatment of Substance Use Disorders. (19.10.2011)
22. TIP 35 (1999). Enhancing Motivation for Change in Substance Abuse Treatment. (20.10.2011)
23. TIP 43 (2005). Medication-Assisted Treatment For Opioid Addiction in Opioid Treatment Programmes. Chapter 10: Treatment of Co-Occurring Disorders. 190. (19.10.2011)
24. Volkow et al. (2009). Principles of drug Addiction Treatment: A research-Based Guide. Second Edition; The National institute on Drug Abuse: NIH Publication No. 99-4180; ([www dokument](http://www.dokument)) <http://www.ncadistore.samhsa.gov/CatalogNIDA/Pub> (29.10.2011).

PSIHOLOŠKI VIDIKI ODVISNOSTI OD PSIHOAKTIVNIH SNOVI

PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF ADDICTION TO PSYCHOACTIVE SUBSTANCES

Saša Učman, univ.dipl.psih, spec.klin.psih.

Center za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog, Psihiatrična klinika Ljubljana

Izvelek

Poznavanje psiholoških vidikov odvisnosti od psihoaktivnih snovi pripomore k boljšemu razumevanju bolezni in lažjemu načrtovanju zdravljenja. Psihoterapevtsko zdravljenje, kot eno izmed nepogrešljivih oblik zdravljenja odvisnosti z merljivimi pozitivnimi učinki, se naslanja na analizo in reparacijo čustev, misli in vedenja - psihološke entitete, ki sestavljajo obširen konstrukt osebnosti in vplivajo na posameznikovo zavedanje in vrednotenje sebe. Osebe, odvisne od psihoaktivnih snovi izražajo težave s prepoznavanjem in uravnavanjem svojih čustvenih stanj ter podajajo bolj negativno obarvane vrednostne sodbe o sebi v primerjavi z splošno populacijo, kar še posebej velja za ženske. Tovrstna preverljiva dejstva so lahko dobra podlaga za načrtovanje učinkovitih oblik pomoči.

Ključne besede: odvisnost, osebnost, samopodoba, samospoštovanje, čustva

Abstract

The knowledge of psychological aspects of addiction to psychoactive substances can lead to a better understanding of illness and easier treatment planning. Psychotherapy treatment as one of the essential forms of addiction treatment with measurable positive effect is based on the analysis and reparation of emotions, thoughts and behavior. These psychological entities of personality construction shape behavior and self-esteem of an individual. Individuals, addicted to psychoactive substances, have problems with recognizing and balancing their emotional states. They also form more negative evaluations about themselves than general population (especially women). These facts can constitute a good basis for the planning of effective help measures.

Key words: addiction, personality self-image, self-respect, emotions

UVOD

Desetletja raziskav na področju odvisnosti od alkohola in prepovedanih drog ne podajajo prepričljivih dokazov v podporo določenemu ključnemu dejavniku, ki bi vplival na zlorabo psihoaktivnih snovi in razvoj odvisnosti. Raziskovalci in strokovnjaki s področja odvisnosti se strinjajo, da gre pri odvisnosti za kompleksen pojav, na katerega vplivajo številni dejavniki, od genetskih, bioloških, okoljskih, do sociokulturnih in drugih, ki se dotikajo vseh nivojev posameznikovega življenja (Strada, Karmely, Donohue, 2006; Sher, Slutske, 2003). Če govorimo o samospoštovanju, čustvih, osebnosti in sorodnih pojmi, pomeni, da drezamo v psihološke dejavnike odvisnosti. Glede na to, da v znanosti in stroki še vedno prevladuje mnenje, da je odvisnost bolezen (npr. Sardock, Sardock, 2003; Sher, Slutske, 2003), ki jo lahko zdravimo (Strada, Karmely, Donohue, 2006; Fals-Stewart, 2005), med drugim tudi s psihoterapevtskimi tehnikami (Jarvis et al., 1995), ne moremo mimo dobrega poznavanja psiholoških vidikov bolezni odvisnosti, ki opredeljujejo osnovne pojme psihoterapevtske stroke. Učinke zdravljenja odvisnosti od psihoaktivnih snovi poleg vzdrževanja abstinence najpogosteje preverjamo ravno z merjenjem stopnje samospoštovanja (Min et al., 2011; Gutierrez et al., 1994), samopodobe (Kellog, 1993; Dovney et al., 2000), zmožnosti uravnavanja čustev (npr. Foisy et al., 2007; Uva et al., 2010) ipd. V nadaljevanju pod drobnogled postavljamo psihološke pojme, ki se najpogosteje pojavljajo v povezavi z odvisnostmi od psihoaktivnih snovi ter s tem osvetljujemo vsebine, ki kljub številnim genetskim študijam, ki nesporno potrjujejo biološke osnove odvisnosti (Sher in Slutske, 2003;

Fals-Stewart, 2005), doprinašajo nemajhen delež k razlagi nastanka bolezni odvisnosti kot tudi njenega vzdrževanja in zdravljenja.

Osebnost

V psihologiji bi težko našli širši pojem od osebnosti, ki je privlačna podlaga za raziskovanje in vedno nove teorije, zaradi množstva katerih ga je seveda nemogoče enostavno in enoznačno opredeliti. Za grobo predstavo vzemimo Muskovo opredelitev, ki pravi: „Osebnost predstavlja relativno trajno in edinstveno celoto duševnih, vedenjskih in telesnih značilnosti posameznika” (str.3, Musek, 1993). Ob tako široki opredelitvi osebnosti zagotovo pomislimo na dejstvo, da najverjetneje ni področja človekovega delovanja, na katerem bi lahko zanemarili njen vpliv. Osebnost je eden izmed konstruktov, ki je povezan z individualnimi razlikami v procesu zbolevanja in vzdrževanja zdravja ali okrevanja. Larsen in Buss (2002) sta navedla kar nekaj razlogov, kako lahko osebnost vpliva na posameznikovo zdravje. Menita, da osebnost (1) lahko vpliva na načine, kako se posameznik spoprijema s stresnimi situacijami, (2) vpliva lahko tudi na načine ocenjevanja in interpretiranja življenjskih dogodkov, (3) vpliva tudi na samo izpostavljenost stresnim dogodkom, (4) učinkuje lahko tudi indirektno, preko načinov vedenja, ki so lahko zdravju koristna ali škodljiva in nazadnje osebnost (5) vpliva tudi na stopnjo, do katere je posameznik pozoren na telesne občutke ter stopnjo do katere te občutke ocenjuje in interpretira v luči bolezenskih stanj. Nekatere študije ugotavljajo, da je osebnost dejansko povezana z vedenji, ki varovalno ali negativno vplivajo na posameznikovo zdravje, z bolj ali manj učinkovitimi strategijami spoprijemanja z neugodnimi zdravstvenim stanjem ter tudi z uspešnim sodelovanjem pri zdravljenju (Ozer, Benet-Martinez, 2006).

Osebnostne lastnosti oseb, odvisnih od psihoaktivnih snovi

Pri proučevanju osebnostnih značilnosti posameznikov, odvisnih od alkohola, pogosto naletimo na idejo o specifični osebnostni strukturi (angl. *alcoholic personality*), za katero naj bi bilo uživanje alkohola ena izmed glavnih strategij za spoprijemanje z emocionalnimi in socialnimi stresorji. Nekatere raziskave so potrdile, da so osebe, ki so bolj nagnjene k zlorabi in razvoju odvisnosti od alkohola, bolj agresivne in impulzivne (Morley et al., 1984). Podatek ni presenetljiv, saj večina raziskav ugotavlja, da je med osebnostnimi motnjami disocialna osebnostna motnja najpogostejša med osebami, odvisnimi od alkohola, kar naj bi še posebej veljalo za moške (Fals-Stewart, 2005; Sardock, Sardock, 2003; Sher, Slutske, 2003). Poleg disocialne osebnostne motnje je pogosta tudi komorbidnost z borderline osebnostno motnjo, katere pomembni sestavni del so tudi motnje obvladovanja impulzov (Reiger in sod., 1990).

Številni avtorji so se v svojih študijah lotevali preverjanja s tipoloških teorij osebnosti, ki temeljijo na skupku bazičnih osebnostnih lastnosti, s katerimi bi lahko opisali vsakega posameznika. Ena izmed znanih tipoloških osebnostnih teorij je deskriptivni model osebnostnih lastnosti, ki je nastal na podlagi leksičnega pristopa in so ga psihologi poimenovali pet velikih faktorjev osebnosti oziroma »velikih pet« (angl. *big five*). Različni raziskovalci se sicer nekoliko razhajajo v poimenovanju posameznih značilnosti, vsebinsko pa so dimenzije vendarle precej ujemajoče. Coste in McCraea (1992) navajata sledeče dimenzije: ekstravertnost (družaben/ nedružaben), emocionalna stabilnost (umirjen/tesnoben), prijetnost (zaupljiv/nezaupljiv), vestnost (organiziran, odgovoren/dezorganiziran) in odprtost za izkušnje (iznajdljiv /praktičen). V eni izmed študij, ki je zajemala proučevanje velikih pet pri odvisnih od alkohola, je bilo ugotovljeno, da so bile nizke vrednosti prijetnosti in visoke vrednosti nevroticizma pri starših v pozitivni povezanosti z zlorabo alkohola pri starših in zlorabo pri njihovih otrocih v zgodnji odraslosti (Loukas et al., 2000). Sklepamo lahko, da osebnostna struktura z nezaupljivim in uporniškim stilom komunikacije vpliva na posameznikovo večjo občutljivost za nadaljevanje družinskega vzorca zlorabe alkohola. Izsledki študije nas opominjajo tako na dedno komponento osebnostnih potez, ki prispevajo

določen delež k večji ranljivosti za zlorabo alkohola kot tudi na okoljske dejavnike kot so družinski funkcionalni vzorci.

Najbolj široko prepoznaven in v stroki sprejet pogled na osebnostno strukturo posameznikov, odvisnih od psihoaktivnih snovi, predstavlja Clonningerjeva (1987) tridimenzionalna teorija odvisniškega vedenja. Clonninger (prav tam) orisuje tri osebnostne poteze, ki naj bi narekovale posameznikovo nagnjenost k odvisnosti: osebnostna poteza iskanja novosti, izogibanja neugodja in odvisnosti od nagrade. Poteza iskanja novosti predstavlja razpon, do katerega je oseba pripravljena aktivno sodelovati v novih, nepoznanih izkušnjah, izogibanje neugodju pomeni, do katere mere je oseba pesimistična in zaskrbljena, odvisnost od nagrade pa se nanaša na posameznikovo zmožnost učenja in nadalje ponavljanja vedenj, ki prinašajo nagrado. Razlike med posamezniki v posedovanju in izraženosti posameznih temperamentnih potez naj bi narekovale različne vrste odvisnosti od alkohola (Strada, Karmely, Donohue, 2006). Nizek rezultat na lestvici izogibanja ugodja in visok rezultat na lestvici iskanja novosti, naj bi predstavljal zgodnje oblike alkoholizma, obratne vrednosti pa pozne oblike alkoholizma.

Kasneje sta Clonninger in Sigvardsson (1996) razvila dualistični model osebnostne strukture oseb, odvisnih od alkohola in na podlagi zgodnjega oziroma poznega začetka bolezni predstavila dva tipa osebnosti – Tip I in Tip II. Na osebnost Tipa I naj bi vplivali tako genetski kot okoljski faktorji, njena najbolj prepoznavna značilnost pa naj bi bila izogibanje tesnobi. Posamezniki Tipa I želijo ohranяти stabilnost in rutino, izogibajo se novim, nepoznanim situacijam, tveganjem in velikim življenjskim spremembam. Začetek zlorabe oziroma odvisnosti se pojavi po 25 letu in je leta lahko omejena na socialno, kontrolirano pitje. Avtorja (prav tam) zagotavljata, da naj bi bil tip značilen predvsem za ženske in nekoliko redkeje za moške uživalce alkohola. Osebe Tipa I naj bi dosegle osebnostno zrelost, vendar zloraba alkohola ostaja njihov osnovni mehanizem spoprijemanja s problemi. Poreklo osebnosti Tipa II naj bi bilo veliko bolj genetsko osnovano, z zgodnejšim začetkom in pogosteje prisotno pri moški populaciji. Clonninger (1987) je proučeval EEG – je oseb Tipa II in ugotovil, da so imele osebe oškodovano sposobnost razločevanja novih dražljajev od ostalega konteksta, kar naj bi soupadalo z znižano aktivnostjo monoamine oksidaze. Clonninger in Sigvardsson (1996) trdita, naj bi osebe Tipa II znižane vrednosti monoamine oksidaze nadomeščale z nenehnim iskanjem senzornega vznurjenja, tveganim vedenjem in ekstravertnostjo. Osebnostna zrelost in občutki empatije pogosto ostajajata nedosegljivi razvojni entiteti. Sannibale in Hall (1998) sta v svoji študiji potrdila tesno povezanost osebnosti Tipa II z disocialno osebnostno motnjo; za obe strukturi je značilna šibka kontrola impulzov, narcisistične tendence ter resne pravne in socialne posledice.

Na področju odvisnosti od prepovedanih drog ni tako obširnih študij, ki bi skušale orisati kompleksno osebnost uživalca drog, kljub vsemu pa študije potrjujejo nekatere značilne osebnostne lastnosti, ki so pogosta stalnica oseb, odvisnih od prepovedanih drog. Povzetki številnih prospektivnih študij zaključujejo, da je pri osebah, ki dosegajo visoke vrednosti na lestvicah impulzivnosti in dezinhibicije, povečana verjetnost pojava težav povezanih z odvisnostjo od psihoaktivnih snovi (Sher, Slutske, 2003). Ostale lastnosti, ki naj bi bile tesno povezane z zlorabo drog, naj bi bile še uporništvo, agresivna nagnjenja ter že prej omenjena temperamentna lastnost iskanja novosti (Strada, Karmely, Donohue, 2006).

Samopodoba in samospoštovanje

Samopodobo na kratko lahko opredelimo kot skupek lastnosti, podob, stališč in drugih psihičnih vsebin, ki jih posameznik pripisuje samemu sebi (povzeto po Kobal, 2000). Samospoštovanje kot sestavni del konstrukta samopodobe pa se nanaša na pozitivno ali negativno stališče do samega sebe (Rosenberg, 1965). Kljub temu, da v literaturi pogosto naletimo na sinonimno uporabo pojma sebe in samospoštovanja, ne smemo prezreti dejstva, da samospoštovanje vedno vključuje

vrednostno sodbo o sebi, pojem sebe pa lahko sestavljajo tudi čisti opisi, ki so vrednostno nevtralni.

Zakaj pravzaprav v kontekstu psihopatologije proučevati psihološke konstrukte kot sta samospoštovanje in samopodoba? Poenostavljeno bi lahko odgovorili, da so visoke vrednosti samopodobe in samospoštovanja pozitivno povezane z boljšim telesnim in psihičnim zdravjem oziroma blagostanjem ter negativno s psihopatološko simptomatiko. Pozitivno samospoštovanje naj bi preprečevalo vrsto zapletov tako na področju telesnega kot fizičnega zdravja (Trzesniewski et al., 2006). Rezultati tujih in slovenskih študij potrjujejo tudi pozitivno povezanost samopodobe in samospoštovanja z življenjskim blagostanjem. V tujih študijah se korelacije med samospoštovanjem in zadovoljstvom z življenjem gibljejo med 0,50 in 0,66, podobna pa je tudi (povzeto po Avsec, 2007). Poglejmo, kakšno mesto pri bolezni odvisnosti od alkohola in odvisnosti od prepovedanih drog zavzema samopodoba in nadalje še pomen njene povezane, pa vendar ločene entitete, samospoštovanja.

Samopodoba

Avtorji, ki so se ukvarjali z raziskovanjem samopodobe, so se že v preteklosti strinjali, da je nizka samopodoba eden izmed bistvenih dejavnikov, ki lahko vzdržuje odvisnost od psihoaktivnih snovi oziroma ima pomemben vpliv na recidiv ter pripisovali velik klinični pomen psihoterapevtskim tehnikam, ki so bile namenjene učinkovitemu zviševanju občutka lastne vrednosti (Burtle in sod., 1974). V literaturi najdemo nekaj navedb, ki v primerjavi s splošno populacijo, potrjujejo nižje vrednosti samopodobe oseb, odvisnih od alkohola (npr. Aubry et al., 2004; Carroll et al., 1978, 1982). Poleg tega naj bi imele ženske, uživalk alkohola, nižjo samopodobo od moških (Aubry et al., 2004; Gudmundottir, 1997; Konovsky, Willsnack, 1982). Tako na primer Konovskyjeva in Willsnackova (1982) ugotavljata pomembne razlike v socialnem pitju alkohola med spoloma in sicer se je v njihovi raziskavi samopodoba pri moških s količino popitega alkohola rahlo povečala, nasprotno pa so imele ženske, ki so popile več, nižjo samopodobo. Avtorici (prav tam) sklepata, da je samopodoba žensk bolj občutljiva na vplive iz socialnega okolja. Ženske naj bi bile bolj zaskrbljene, kakšno je mnenje okolice o njihovem vedenju, saj je pitje alkohola manj skladno z žensko kot pa moško spolno vlogo. Nadalje je Schneider s sodelavci (1995) skušal ovrednotiti izide zdravljenja odvisnosti od alkohola in razlike v izidih za moške in ženske ter zaključil, da je bil konstrukt samopodobe pomembnejši faktor pri ozdravitvi žensk kot moških. Ženske, ki so se počutile psihološko bolj zdrave, so kasneje tudi v manjši meri recidivirale. Poleg neskladnosti z žensko spolno vlogo je lahko pomemben razlog za nižje vrednosti samopodobe pri ženskah, tudi večja izpostavljenost viktimizaciji, tako v otroštvu kot kasneje, v odrasli dobi, kar so potrdile tudi številne študije (Bailey, McCloskey, 2003; Logan et al., 2002).

Podobno kot pri odvisnosti od alkohola tudi pri odvisnosti od prepovedanih drog študije v preteklosti večinoma dokaj enoznačno potrjujejo nizko stopnjo samopodobe pri osebah, odvisnih od drog (npr. ElGeili, 2005; Carroll, McGiney, 1998; Gutteres, Reich, 1988) nekatere navajajo tudi razlike med spoloma na račun nižjih vrednosti pri ženskah (npr. Carroll, McGiney, 1998; Suffet, Brotman, 1976), druge pa razlik med spoloma ne potrjujejo (Gutteres, Reich, 1988). Carroll in McGiney (1998) na primer ugotavljata, da so se razlike med spoloma pojavile na začetku zdravljenja, ob koncu zdravljenja pa razlike niso bile več pomembne. Ponovno se zastavlja vprašanje, ali samopodoba pri zdravljenju odvisnosti igra pomembnejšo vlogo pri ženskah kot pri moških ali pa so bile ženske zgolj bolj motivirane za zdravljenje od moških.

Vrsto teoretikov, ki so razmišljali izven meja izključno psiholoških teorij in vnašajo sociološki pogled na samopodobo, ki ji je v sociologiji bližji pojem identiteta, zatrjuje, da je ključ do uspeha pri zdravljenju odvisnosti v rekonstrukciji identitete (npr. Dovney et al., 2000; Kellog, 1993). Tudi številne empirične študije potrjujejo izboljšanje nivoja samopodobe po obdobju zdravljenja

odvisnosti od drog (npr. Murphy et al., 2003; Carroll et al., 1998 in 2000). Poleg izboljšanja splošnega menja o sebi, pa naj bi bilo pomembno tudi, v kolikšni meri je posameznik prepričan v svoj uspeh. Murphy s sodelavci (2003) je pri posameznikih, ki so se zdravili zaradi odvisnosti od heroina, meril stopnjo samozaupanja v vzdrževanje abstinence po končanem zdravljenju. Zaključuje, da je bila stopnja zaupanja v svoje sposobnosti vzdrževanja abstinence pomemben prediktor kasnejšega vzdrževanja zdravega življenjskega stila. Posamezniki, ki so bili bolj prepričani, da drog po končanem zdravljenju ne bodo več jemali, so pri ponovnem merjenju dejansko v večjem številu abstिनirali kot vrstniki, ki niso zaupali vase.

Samospoštovanje

Študije, ki so proučevale povezave med pitjem alkohola in samospoštovanjem, kažejo trend nižjega samospoštovanja pri osebah, ki uživajo alkohol (npr. Wulfred et al., 2002; Vega et al., 1993). V primeru proučevanja razlik med spoloma, so bolj enoznačni izsledki za žensko populacijo, kjer se s količino popitega alkohola nižajo vrednosti samospoštovanja in so tudi pomembno nižje od vrednosti pri moških (npr., Epstein et al., 2004; Corbin et al., 1996; Beckman, 1978). Podatki za moške, ki uživajo alkohol, so manj enoznačni, ponekod poročajo o minimalni negativni oziroma nikakršni povezanosti med nizkim samospoštovanjem in uživanjem alkohola (Beckman, 1978), nekatere študije pa poročajo celo o pozitivni povezanosti, kar pomeni, da so imeli posamezniki, ki so uživali alkohol, višje vrednosti samospoštovanja od abstinentov (npr. Corbin et al., 1996; Storm, Barone, 1993). Storm in Barone (1993) višje vrednosti samospoštovanja pri aktivnih uživalcih razlagata z mehanizmom samoprevare (angl. *self-depiction*). Sprva sta merila samospoštovanje pri osebah, ki so bile aktivni pivci in osebah, ki so se dalj časa zdravile zaradi odvisnosti od alkohola, vendar nista potrdila pomembnih razlik v samospoštovanju. V naslednjem eksperimentu sta ugotovila, da je visoka stopnja samoprevare tista, ki je pomembno razločevala med skupinama; aktivni uživalci alkohola so poročali o visoki stopnji kontrole nad svojim pitjem, o visokem samospoštovanju in tudi visokih vrednostih na vprašalniku samoprevare, na katerem pa so imele osebe na dolgotrajnem zdravljenju, pomembno nižje vrednosti. Rezultati omenjene študije lahko služijo kot opozorilo, kolikšna previdnost je potrebna pri interpretaciji rezultatov, še posebej, ko imamo opravka s klinično populacijo, kjer je verjetnost sovplivanja različnih psihičnih težav na rezultat še toliko večja.

Nekateri izsledki na področju odvisnosti od prepovedanih drog kažejo na razlike v samospoštovanju, med uživalci drog in neuživalci (DeLeon, 1995; Cookson, 1994), druge študije teh razlik niso potrdile, kar pogosto razlagajo z nerealno visokim samospoštovanjem pri uživalcih, ki se zadržujejo v socialni mreži uživalcev ter se začno primerjati znotraj svoje ozke referenčne skupine (Stein et al., 1987). Večina študij, ki so proučevale vpliv zdravljenja na samospoštovanje, poroča o pomembnem zvišanju samospoštovanja po zaključenem zdravljenju (npr. Min et al., 2011; Zeng et al., 2002; Gutierrez et al., 1994). Avtorji longitudinalne študije (Bell et al., 1996), ki so proučevali napredek psihoterapevtskega zdravljenja pacientov, odvisnih od drog, se sprašujejo, kaj je tisto, kar pri zdravljenju učinkuje. Ali je dovolj samo spremenljivka časa in dolgotrajno vztrajanje na zdravljenju, kot so bila pogosta prepričanja v preteklosti, ali dejansko zdravi terapevtski odnos? Zaključujejo, da sodelovanje v psihoterapevtskem procesu bistveno vpliva na uspešen izid zdravljenja, kar so dokazali tudi v dveh kitajskih študijah. Skupinska psihoterapija je pripomogla h kvalitetnejšim učinkom zdravljenja, saj so imele osebe, ki so se zdravile zaradi odvisnosti od drog in so sodelovale v psihoterapiji, pomembno višje vrednosti samospoštovanja (Min et al., 2011; Zeng et al., 2002) ter manj simptomov tesnobe (Min et al., 2011) po dveh mesecih intenzivnega zdravljenja, kar pa ni veljalo za skupino, ki se je zdravila v isti ustanovi, vendar ni bila vključena v psihoterapijo (Min et al., 2011; Zeng et al., 2002). Tudi preverjanje števila abstinentov tri mesece po končanem zdravljenju potrjuje, da je bilo med udeleženci psihoterapije pomembno več abstinentov (Min et al., 2011).

Eno izmed pomembnih vprašanj, ki se nam zastavlja ob pomenu samopodobe in samospoštovanja pri razvoju, vzdrževanju in zdravljenju odvisnosti je, kaj je vzrok in kaj posledica? Če verjamemo, da je bila kura pred jajcem, ali sta konstrukta samopodobe in samospoštovanja v vlogi kure? Avtorji v preteklosti se nagibajo k pritrtilnem odgovoru in menijo, da nizka samopodoba (Konovsky, Wilsnack, 1984) in nizko samospoštovanje (Glindemann et al., 1999) predhodita razvoju odvisnosti ter poudarjajo, da je zdravljenje brez psihoterapevtskih tehnik, ki bi pomagale pri krepitvi mnenja o sebi, dolgoročno manj uspešno.

Čustva

Čustva igrajo pomembno vlogo v posameznikovem življenju, so neizbežni del večine človekovih aktivnosti. Lahko oslabijo ali spodbujajo psihološko prilagajanje, lahko nam služijo kot barometer, kako dobro oziroma slabo ljudje napredujejo v doseganju svojih ciljev, vrednot in prepričanj (Lazarus, 2006). Igrajo tudi osrednjo vlogo pri večini duševnih motenj. Po klasifikaciji duševnih motenj (DSM-IV– Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition; APA, 1994) naj bi se težave pri uspešni regulaciji čustev pojavljale pri večini motenj na drugi osi (vse oblike osebnotnih motenj) ter pri vsaj polovici motenj na prvi osi (predvsem motnje razpoloženja ter stresne, nevrotske in somatoformne motnje) (Matthews, Zeidner, Roberts, 2002).

Začetki proučevanja čustev v povezavi z boleznimi odvisnosti se naslanjajo na psihodinamsko tradicijo ter njeno metodo kliničnega opazovanja. Večina psihoanalitičnih študij uživanje psihoaktivnih snovi razume kot inštrument za regulacijo čustev (Khantzian, 1985; Wurmser, 1974). Wurmser (1974) je prepričan, da osebe, odvisne od psihoaktivnih snovi, niso zmožne uravnati svojih čustev, impulzov in trajne notranje napetosti, zato naj bi bilo uživanje drog njihov poskus samozdravljenja. Tudi Khantzian (1985) podpira hipotezo o samozdravljenju in dodaja še, da je izbira substance, ki jo posameznik zlorablja, odvisna od vrste težav na področju samoregulacijskih mehanizmov in osebnotnega funkcioniranja. Tako naj bi posamezniki z agresivnimi tendencami, preplavljajočimi emocijami in nezrelimi mehanizmi za obvladovanje stresnih situacij težili k jemanju opiatov, tisti pa, ki potlačujejo svoje agresivne impulze, so nezmožni izraziti svoja čustva, doživljajo občutke praznine in so nagnjeni k depresiji, pa naj bi pogosteje segali po stimulansih. Tudi kasnejše razlage potrjujejo hipotezo uživanja psihoaktivnih snovi zaradi uravnavanja čustvenih stanj in sicer naj bi bil eden glavnih motivov za uživanje psihoaktivnih snovi tako pričakovanje doživljanja pozitivnih občutkov kot tudi motiv samozdravljenja (angl. *self-medication*) oziroma zmanjševanja čustvene napetosti (angl. *tension-reduction hypothesis*) (Cooper et al., 1992).

Na področju odvisnosti so se strokovnjaki pogosto spraševali tudi o zmožnosti prepoznavanja čustvenih stanj pri sebi in drugih, saj sposobnost prepoznavanja čustev eden izmed osnovnih pogojev za uspešno sodelovanje v psihoterapevtskem zdravljenju, zato v nadaljevanju predstavljamo študije, ki so se posvečale tej tematiki.

Prepoznavanje čustev pri sebi in drugih

Težave pri prepoznavanju in opisovanju svojih čustvenih stanj drugim ter razločevanju med čustvi in fiziološkimi občutki, z eno besedo imenujemo aleksitimija. Psihološki konstrukt aleksitimije je povezan s specifičnim kognitivnim stilom, ki je usmerjen navzven in vključuje omejene zmožnosti predstavljanja, neposredne telesne reakcije kot izraz emocionalnega stanja ter slabo odzivnost na vase-usmerjene psihoterapevtske intervence (Taylor, Bagby, Parker, 1997). Pri osebah odvisnih od alkohola in prepovedanih drog navajajo visoke odstotke razširjenosti aleksitimije v primerjavi s splošno populacijo. V obširni francoski študiji navajajo 63% razširjenost aleksitimije med osebami, odvisnimi od alkohola, 41% pri osebah, odvisnih od prepovedanih drog ter pri petini oseb iz splošne populacije (20,7%) (Guilbard et al., 2002). Finn, Martin in Pihl (1987) so dokazali,

da so bile osebe z višjim genetskim tveganjem za razvoj alkoholizma bolj aleksitimične od oseb, ki niso bile odvisne od alkohola. Potrjeno je bilo tudi, da je bila aleksitimija ne glede na spol, starost in izobrazbo v negativni povezavi z vzdrževanjem abstinence od alkohola po končanem zdravljenju (Loas et al., 1997).

Poleg težav s prepoznavanjem lastnih čustev, imajo osebe, odvisne od psihoaktivnih snovi nemalo težav tudi na področju razbiranja emocionalnih stanj pri drugih. Oscar-Berman in sodelavci (1990) so bili eni izmed prvih, ki so opozorili na dejstvo, da imajo osebe, odvisne od alkohola, težave pri prepoznavanju emocionalnih stanj preko obraznih izrazov, še posebej izrazite so bile te težave pri pacientih s Korsakovim sindromom. Tudi v kasnejših študijah se je večkrat potrdilo, da so bile osebe, odvisne od alkohola, v primerjavi s kontrolno skupino, manj uspešne v ocenjevanju čustvenih izrazov na obrazu (npr. Kornreich et al., 2003). Nemalokrat opažena pa je bila tudi pogostost precenjevanja jakosti emocionalnih stanj na obrazu, še posebej tistih, z negativno konotacijo (Foisy et al., 2007; Kornreich et al., 2003; Townshend, Duka, 2003). Tudi osebe, odvisne od opiatov, so slabše prepoznavale čustva preko obraznih izrazov kot osebe iz primerjalne skupine, vendar pomembno bolje od uživalcev alkohola (Kornreich et al., 2003). Potrebno pa je opozoriti na previdnost pri interpretaciji rezultatov na samoocenjevalnih lestvicah za merjenje prepoznavanja lastnih čustev, saj v raziskavah ravno od posameznikov, odvisnih od psihoaktivnih snovi, ki naj bi imeli dokazano nižjo stopnjo prepoznavanja in izražanja svojih čustev, zahtevamo, da samoocenjujejo svoje emocionalno stanje. Za boljše zanesljivost rezultatov tako nekateri avtorji predlagajo še merjenje stopnje zavedanja preizkušancevega emocionalnega stanja (Bochard, Nadrino, 2010).

Znanstveni korpus s področja nekaterih psiholoških vidikov odvisnosti potrjuje, da posameznikova osebnost ter njeni sestavni deli kot sta zavedanje in vrednotenje sebe ter čustvene kompetence, pomembno vplivajo na posameznikovo psihično zdravje. Učinkovito upravljanje s čustvi znižuje stopnjo doživljanja stresa pri posamezniku in vpliva na boljše prilagajanje v okolju (Ciarrochi, Chan, Caputi, 2000). Nadalje so posamezniki, ki imajo boljše sposobnosti prepoznavanja in upravljanja emocij pri drugih, bolj nagnjeni k iskanju pomoči in so z dobljeno pomočjo tudi bolj zadovoljni (Ciarrochi, Chan, Bajgar, 2001). Tovrstni izsledki ter dejstva o šibkih čustvenih kompetencah ter nizkih vrednostih samopodobe in samospoštovanja oseb, odvisnih od psihoaktivnih snovi, nas v klinični praksi obvezujejo k natančnemu poznavanju psiholoških procesov, ki so dobrodošla pomoč tako pri začetnem diagnosticiranju, kot tudi pri nadaljnjem načrtovanju učinkovitih oblik zdravljenja.

LITERATURA

1. Aubry, C, Gay, MC, Romo, L, Joffre, S. The alcoholic's self-image: A comparative study between men and women. *Encephale-revue de Psychiatrie Clinique biologique et Therapeutique* 2004; 30(1): 24-31.
2. Avsec, A. Lestvica samospoštovanja RSES. In: Avsec A, eds. *Psihodiagnostika osebnosti*. Ljubljana: Filozofska fakulteta; 2007:103-110.
3. Bailey, JA, McCloskey, LA. Pathways to Adolescence Substance Use among Sexually Abused Girls. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2003;33(1): 39-53.
4. Beckman, L J. Self-esteem of woman alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*. 1978;39: 491-498.
5. Bell, DC, Atkinson, JS, Willimas, ML, Nelson, R, Spence, RT. The Trajectory of Client Progress. A Longitudinal Pilot Study. *Journal of substance abuse treatment*. 1996; 13(3): 211-218.
6. Bochard, L, Nadrino, L. Levels of emotional awareness in alcohol-dependent patients and abstinent alcoholics. *Encephale-revue de Psychiatrie Clinique biologique et Therapeutique*. 2010; 36(4): 334-339.
7. Burtle, V, Whitlock, D, Franks, V. Modification in low self-esteem in women alcoholics: A behaviour treatment approach. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 1974; 11(1): 36-40.
8. Carroll, JF, Klein, MI, Santo, Y. Comparison of the Similarities and Differences in the Self-Concepts in the Male Alcoholic and Addicts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1978; 46(3): 575-576.
9. Carroll, JF, Malloy, TE, Roscioli, DL, Pindjak, GM, Clifford, JS. Similarities and differences in self-concepts of women alcoholics and drug addicts. *Journal of Studies on Alcohol*, 1982;43: 725-738.

10. Caroll, JF, McGinley, JJ. Managing MICA Clinets in a Modified Therapeutic Community with Enhanced Staffing. *Journal of Substance Abuse Treatment*.1998; 15(6): 565-577.
11. Ciarrochi, J, Chan, A, Caputi, P. A critical evaluation of the emotional intelligence construct. *Personality and Individual Differences*. 2000; 28: 539-561.
12. Ciarrochi, J, Chan, A , Bajgar, J. Measuring emotional intelligence in adolescents. *Personality and Individual Differences*. 2001; 31: 1105-1119.
13. Clonninger, RC. Neurogenetic adaptive mechanisms in lacholism. *Science*. 1987; 236: 410-16.
14. Clonninger, RC, Sigvardsson, S. Type I in Type II alcoholism: Psychological aspects. *Alcohol Heačth and research World*. 1996; 20: 18-23.
15. Cookson, H. Personality variables associated with alcohol use in young offenders. *Personality and Individual Differences*. 1994; 16: 179–182.
16. Cooper, ML, Russel, M, Skinner, JB, Windle, M. Development and validation of a three-dimensional measure of drinking motives. *Psychological Assessment*. 1992; 4: 123-132.
17. Corbin, WR, McNair, LD, Carter, J. Self-esteem and problem drinking among male and female college students. *Journal of Alcohol and Drug Education*. 1996; 42: 1-14.
18. Costa, PTJr, McCrae, RR. Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) professional manual. Odessa, Fl: Psychological Assessment Resources; 1992.
19. DeLeon, G, Steins, GL, Perlis, TE et al. Therapeutic community methods in methadone maintenance (Passages): an open clinical trial. *Drug and alcohol dependence*. 1995; 37: 45-57.
20. Downey, L, Rosengren, DB, Donovan, DM. Sources of motivation for abstinence-A replication analysis of the Reasons for Quitting Questionnaire. *Addictive Behaviors*. 2001; 26 (1): 79-89.
21. ElGeili, ES, Bashir, TZ. Participants of Relapse among Heroin Addicts. *Addictive Disorders & Their Treatment*. 2005; 4(1): 29-38.
22. Epstein, JA, Griffin, KV, Botvin, GJ. Efficiency, Self-Derogation and Alcohol Use Among Inner-City Adolescent: Gender Matters. *Journal of Youth and Adolescence*. 2004; 33(2): 159-166.
23. False-Stewart, W. Substance Use Disorders. In: Maddux JE, Winstead BA, eds. *Psychopathology. Foundations for a contemporary understanding*. Mahwah, New Jersey, London: Lawrence Erlbaum Associates; 2005: 301-324.
24. Finn, PR, Martin, J, Pihi, RO. Alexithymia in male at high genetic risk for alchholism. *Psychotherapy and Psychosomatic*. 1987; 47: 18-21.
25. Foisy, ML, Kornreich, C, Fobe, A, D’Hondt, L, Pelc, I, Hanak, C. Impaired emotional expression recognition in alcohol dependence: do these deficits persist with midterm abstinence? *Alcoholism: Clinical nad Experimental Research*. 2007; 31: 404-10.
26. Guilbaud, O, Laos, G, Corcos, M, Speranza, M, Stéphan, P, Perez-Diaz, F, Venisse, J L, Guelfi, JD, Bizouard, P, Lang, F, Flament, M, Jeammet, P. Alexithymia in addictive behaviours and healthy subjects; results of a study in French speaking subjects. *Annales Medico-Psychologiques*. 2002; 160(1): 77-84.
27. Gudmundstottir, A. Self-image and social situation of alcoholic women: implication for treatment. *European Addiction Research*. 1997; 3: 3-10.
28. Gutierrez, SE, Reich, JW. Attributional analysis of drug abuse and gender: Effects of treatment and relationship to rehabilitation. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 1988; 7: 176–191.
29. Gutierrez, SE, Russo, NF, Urbanski, L. Sociocultural and psychological factors in American Indian drug use: Implication for treatment. *International journal of the Addictions*, 1994; 29(14): 1761-1786.
30. Jarvis, T, Tebutt, J, Mattic, R. Treatment approaches for Alcohol and Drug Dependence. *An Introductory Guide*. Brisbane: John Willey & Sons; 1995.
31. Kellogg, S. Identity and recovery. *Psychotherapy*. 1993; 30: 235-244.
32. Khantzian, EJ. The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. *American Journal of Psychiatry*. 1985; 142: 1259-1264.
33. Kopal, D. *Temeljni vidiki samopodobe*. Ljubljana: Pedagoški inštitut; 2000.
34. Konovsky, M, Wilsnack, SC. Social drinking and self-esteem in married couples. *Journal of Studies on Alcohol*. 1982; 43: 319-333.
35. Kornerich, C, Fosal, ML, Philippot, P, Dan, B, Tecco, J Noel, X et al. Impaired emotional facial expression recognition in alcoholics, opiate dependence subjects, methadone maintained subjects and mixed alcohol-opiate antecedents subjects compared with normal controls. *Psychiatry research*. 2003; 119: 251-260.
36. Larsen, RJ, Buss, DM. *Personality psychology: domains of knowledge about human nature*. New York: McGraw-Hill; 2002.
37. Lazarus, RS. Emotions and interpersonal relationships: toward a preson-centered conceptualization of emotions and coping. *Journal of Personality*. 2006; 74: 9-46.
38. Loas, G, Fremaux, D, Otmani, O. Is alexithymia a negative factor for mainaining abstinence? A follow-up study. *Comprehensive Psychiatry*. 1997; 38: 296-299.
39. Logan, TK, Walker, R, Cole, J, Leukefeld, C. Victimization and Substance Abuse Among Women; Contibuting Factors, Interventions, and Implications. *Review of General Psychology*. 2002; 6(4): 325–397.

40. Loukas, A, Krull, JL, Chassin, L, Carle, AC. The relation of personality to alcohol abuse/dependence in a high risk sample. *Journal of Personality*. 2000; 68: 1153-75.
41. Matthews, G, Zeidner, M, Roberts, RD. Emotional intelligence: science and myth. Massachusetts: The MIT Press; 2002.
42. Min, Z, Xu, L, Chen, H, Ding, X, Yi, Z, Mingyuan, Z. A pilot assessment of relapse prevention for heroin addicts in a Chinese rehabilitation center. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 2011; 37(3): 141-147.
43. Morey, LC, Skinner, HA, Blashfield, RK. A typology of alcohol abusers: Correlates and implications. *Journal of Abnormal Psychology*. 1984; 93: 403-417.
44. Murphy, PN, Bentall, RP, Ryley, LD, Ralley, R. Predicting Postdischarge Opiate Abstinence From Admission Measures of Motivation and Confidence. *Psychology of Addiction Behavior*. 2003; 17(2): 167-170.
45. Musek, J. Znanstvena podoba osebnosti. Ljubljana: Educy; 1993.
46. Oscar-Berman, M, Hancock, M, Mildworf, B, Hunter, N, Weber, DA. *Experimental Research*. 1990; 14: 383-93.
47. Ozer, DJ, Bennet-Martinez, V. Personality and the prediction of consequential outcomes. *Annual Review of Psychology*. 2006; 57: 401-421.
48. Reiger, DA, Farmer, ME, Rae, DS et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: result from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. *Journal of American Medical Association*. 1990; 264: 2511-2518.
49. Rosenberg, M. *Society and adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press; 1965.
50. Sannibale, C, Hall, B. An evaluation of Cloningers typology of alcohol abuse. *Addiction*. 1998; 93: 1241-1249.
51. Sardock, BJ, Sardock, VA. *Synopsis of psychiatry*. Behavioral Science/Clinical Psychiatry, ninth edition. New York: Lippincott Williams & Wilkins; 2003.
52. Schneider, KM, Kviz, FJ, Isola, ML, Filstead, WJ. Evaluating multiple outcomes and gender differences in alcohol treatment. *Addictive Behaviors*. 1995; 20: 1-21.
53. Sher, KJ, Slutske, WS. Disorders of Impulse Control. In: Stricker G, Widiger TA, eds. *Handbook of Psychology, Volume 8, Clinical Psychology*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc; 2003: 195-228.
54. Stein, JA, Newcomb, MD, Bentler, PM. Personality and drug use: Reciprocal effects across four years. *Personality and Individual Differences*. 1987; 8: 419-430.
55. Strada, MJ, Karmely, J, Donohue, B. Alcohol Abuse and Dependence. In: Andriasik, F, eds. *Comprehensive Handbook of Personality and Psychopathology*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc; 2006: 337-352.
56. Suffet, F, Brotman, R. Female drug use: Some observations. *International Journal of Addictions*. 1976; 11: 19-33.
57. Taylor, GJ, Bagby, RM, Parker, JDA. *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge: Cambridge University Press; 1997.
58. Townshend, JM, Duka, T. Mixed emotions: alcoholics impairments in the recognition of specific emotional facial expressions. *Neuropsychologia*. 2003; 41: 773-782.
59. Trzesniewsky, KH, Moffitt, TE, Poulton, R, Donnellan, MB, Robins, RW, Caspi, A. Low self-esteem Predicts Poor Health, Criminal Behavior, and Limited Economic prospects during Adulthood. *Developmental Psychology*. 2006; 42(2): 38-390.
60. Uva, M, de Timary, P, Cortesi, M, Mikolajczak, M, de Blicquy, PD, Luminet, O. Moderating effect of emotional intelligence on the role of negative affect in the motivation to drink in alcohol-dependent subjects undergoing protracted withdrawal. *Personality and Individual Differences*. 2010; 48(1): 16-21.
61. Vega, WA, Zimmerman, RS, Warheit, GJ, Apospori, E. Risk Factors for Early Adolescent Drug Use in Four Ethnic and Racial Groups. *American Journal of Public Health*. 1993; 83: 185-189.
62. Zeng, H, Wang, P, Kong, Y, Jing, J, Li, L, Liu, H. Psychological intervention on self-esteem of the addicts during detoxification. *Chinese Mental Health Journal*. 2002; 16(10): 666-669.
63. Wulferd, E, Block, JA, Santa Ana, E, Rodriguez, ML, Colman, M. Delay of Gratification: Impulsive Choices and Problem Behaviors in early and Late Adolescents. *Journal of Personality*. 2002; 70(4): 533-552.
64. Wurmser, L. Psychoanalytic considerations of the etiology of compulsive drug use. *Journal of American Psychoanalytic Association*. 1974; 22: 820-843.

DEJAVNIKI V KOMUNIKACIJSKEM POLJU, POVEZANI S KAKOVOSTJO MEDSEBOJNEGA SPORAZUMEVANJA

FACTORS ASSOCIATED WITH THE QUALITY OF INTERPERSONAL COMMUNICATION IN PROFESSIONALS

doc.dr. Polona Selič, univ.dipl.psih.

Katedra za družinsko medicino, Medicinska fakulteta v Ljubljani

Izvelek

V prispevku so predstavljeni proces komunikacije, besedno in nebesedno sporazumevanje ter dejavnike v komunikacijskem polju. Komunikacijsko polje je opisano kot prostor medsebojnega sovplivanja ali interakcije med zdravstvenim delavcem in bolnikom, ki se razteza na besedni, vedenjski in empatični ravni. V tem prostoru delujejo dejavniki konteksta, oseb in medosebnega odnosa. Posebej je osvetljeno delovanje čustev in čustvenih izrazov.

Ključne besede: komunikacija, besedno vedenje, nebesedna sporočila, komunikacijsko polje, socialno zaznavanje, socialne vloge, čustva

Abstract

Communication as an interactive process, as well as verbal and nonverbal behaviour, is presented within the concept of "the field of communication". The field of communication is described as ongoing interpersonal interaction between the health professional and the patient at the verbal, nonverbal and emphatic levels, influenced by the context of interaction, personal traits and interpersonal relationships. Special emphasis is given to emotions and emotional expressions.

Keywords: communication, verbal and nonverbal behaviour, field of communication, social perception, social roles, emotions

Medosebno sporazumevanje

Temelj vseh socialnih interakcij je človekova sposobnost komuniciranja. Komunikacija je prenos informacij od ene osebe k drugi. **Komunikacijski proces** je izmenjava sporočil skozi različne informacijske kanale od izvora do prejemnika sporočil. Elementi procesa komunikacije so izvor sporočil (komunikator), sporočila, medij ali kanal komuniciranja ter prejemnik sporočil (Selič, 2007:11-4). Lastnosti, ki so povezane z učinkovitim sporazumevanjem, so po rezultatih raziskav **zanesljivost** – resnicoljubnost, informiranost, zanesljivost virov informacij, vtis, da govorec nima namena prepričevati prejemnika v resničnost sporočil, temveč zgolj predstaviti dejstva in/ali svoje mnenje; **privlačnost** – prejemnik se lažje poistoveti s privlačno osebo, zato je bolj pripravljen sprejeti njena stališča; poleg telesnega videza je pomembna medosebna privlačnost; **stopnja jasnosti komunikacijskih namer** – če govorec izzove spopad mnenj ob drugačnem stališču poslušalca(ev), je bolje, da svojih namer ne izraža tako neposredno; **socialna moč** – moč (zmožnost) enega (komunikatorja) da nagradi/kaznuje druge (poslušalce) (Selič, 2007:11-4). Sporazumevanje z bolnikom izhaja iz delitve vloge (socialna moč zdravstvenega delavca) in je podlaga za oblikovanje zaupanja. (Ne)zaupanje pa je mogoče opredeliti kot srž odnosa bolnik-zdravstveni delavec.

»Učinkovitost« sporočil je odvisna tudi od tega, kakšna so. Praviloma pa deluje kdo, kaj in na kakšen način sporoča. Vsako sporočilo ima več možnih značilnosti: **enostranost/dvostranost** – v zavesti se bolj utrdi realistično, stvarno in vsestransko argumentirano sporočilo, učinek **izzivanja strahu** pri prejemnikih informacij – praviloma pride do manjše učinkovitosti sporočila, do izogibanja sporočilu ali do zmanjševanja njegove sporočilne vrednosti, če je preveč ogrožajoče, **pozitivna/negativna formulacija** (vsebina) sporočila – v določenih primerih so negativno formulirana sporočila bolj učinkovita – kadar so namenjena neposredno spreminjanju mnenja o

vsebini (objektu) sporočila ipd. (Selič, 2007:11-4). Prejemnik sporočila vseskozi izbira (selekcioniira) informacije. Tudi sporočila, ki so vsebinsko in načinovno »ustrezna«, ga ne dosežejo neokrnjena, v celoti. Najpomembnejši selekcijski dejavniki so **težnja po ravnotežju** – večinoma so ljudje pripravljeni na soglasje z drugimi; praviloma bolj pozitivno ocenjujejo posameznike kot skupine, **težnja po izogibanju napadom nase** – če prejemnik ne pozna načina, kako se »obraniti« pred govorcem, sporočilu hitreje »podleže«, vendar je lahko ta učinek kratkotrajen, **osebnostne značilnosti prejemnika** – samospoštovanje, samovrednotenje; vsako sporočilo gre skozi sito prejemnikovega samospoštovanja in doživljanja lastne vrednosti; oboje je lahko pozitivno ali tudi ne (zato nekateri »prej« slišijo njim neugodne vsebine, medtem ko jih drugi nehote preslišijo) (Selič, 2007:11-4).

Besede in vedenje

Besede s svojim pomenom predstavljajo zgolj manjši del sporočila. Vsaj dve tretjini sporočila sta nebesedni. Dejavno poslušanje zahteva od profesionalca, da seže onkraj besed in se zaveda delovanja (medsebojnega so-vplivanja) tona lastnega in sogovornikovega glasu, stika s pogledom, izrazov obraza, gest, govornice telesa, sporočilne vrednosti lastnega in sogovornikovega zunanjšega videza in – ne nazadnje – vpliva okolja (prostora). Sporazumevanje je interakcijski proces, iz katerega ni nihče izvzet, oziroma v katerega ni nihče vključen kot konstanta – tudi sam vpliva na oblikovanje komunikacijskega polja. Povezuje se z učenjem, opazovanjem, posnemanjem, samodisciplino, vajo, doslednostjo, kritičnostjo in s številnimi drugimi dejavniki. Izraz sporazumevanje, komunikacija izhaja iz latinskega glagola *communicare* in pomeni »napraviti skupino« ali »deliti kaj s kom«, sam glagol komunicirati pa pomeni »sporočiti-priobčiti, občevati-v zvezi biti«. Sporazumevanje je proces, ki presega izmenjavo sporočil, čeravno jo vključuje. »Izmenjava« poteka vseskozi na obe (ali vse) strani, onkraj linearne logike in dvo-dimenzionalnega prostora. Zajema besede in vedenje, čustva in razpoloženja. Eden od komunikacijskih zakonov pravi, da ni mogoče *ne-komunicirati*. Sporazumevanje vključuje besede, vedenje, medsebojno povezanost in so-vplivanje, vse povezano in prepleteno (Selič, 2007:11-4).

Ne glede na vrsto (besedno ali nebesedno) je sporazumevanje temelj medosebnih odnosov in del splošne kulture. Sodobni koncepti npr. čustveno inteligentnega sporazumevanja predstavljajo »novo moč prepričevanja«, ki vključuje celega človeka – od glave do pete. Od prvotne osredotočenosti na vsebino sporočil, se je koncept razširil na odnose in čustvovanje kot nujni del medosebnih interakcij (Selič, 2011). Sporazumevanje je gibalno razvoja in medosebnih odnosov, ustvarja razumevanje in nesporezume in tke mrežo odzivov na besedni ravni in z govornico telesa. Govornica telesa je izraz čustev, odziv na lastna čustva in čustva drugih in do neke mere seveda tudi odraz izrečenih besed. Zajame dobro polovico sporočila (v literaturi je najpogosteje zapisan podatek 55%), v primerjavi z besedami, ki ne dosežejo niti desetine (7%), glas, modulacija, intonacija, poudarki, premori, dihanje in drugo pa dodajo manjkajoči del (38%) (Selič, 2007:17-22).

Večina profesionalcev različnih strok še vedno meni, da se sporazumevajo predvsem z besedami. Zmota je morda povezana z abstraktnim mišljenjem in potrebo po nadzoru nad lastnim življenjem. Zdi se, da je besede lažje nadzorovati, da jih lahko izbiramo in z njimi sestavljamo polje pomenov. Besedno sporazumevanje je simbolno – govorimo lahko o pojmi, ki jih ne vidimo, ali jih sploh ni. Z besedami ustvarjamo tudi variacije pomenov. S polnopomenskimi (predmetno pomenskimi) besedami označujemo dejansko ali izmišljeno predmetnost in abstraktnost. Ne-polnopomenske (slovnične) besede pa označujejo slovnična razmerja med polnopomenskimi. Jezik uporabljamo za oblikovanje kategorij in za razvrščanje pojmov v skupine – informacije lahko shranimo, ugotovimo lahko, kakšni so medsebojni odnosi med stvarmi in pojavi. Jezik tako služi označevanju sveta. Govor je uporaba tega sistema z glasovnimi oblikami ali drugačnimi znaki (na primer kretnjami). Uporabljamo zelo veliko besed (razviti jeziki čez 100.000), ki večinoma

simbolizirajo splošne pojme oziroma več stvari, lastnosti in pojavov hkrati. Besedno sporazumevanje omogoča zelo zapleteno vplivanje na socialne interakcije in delno tudi njihovo nadzorovanje. Pri tem so pomembni izbor besed, vrsta stavkov (trdilni, nikalni ipd.) in načini, na katere oblikujemo stavke. Izbor besed bolj ali manj spretno prilagajamo sogovorniku – njegovi starosti, življenjski zgodovini, izkušnjam, izobrazbi, okolju, v katerem živi, in stanju, v kakršnem je. Praviloma je učinkovitost sporazumevanja večja, če so sporočila kratka in jasna, enopomenska in neposredna (Selič, 2007:17-22).

Nebesedno sporazumevanje

Z izrazom »nebesedno sporazumevanje« (tudi neverbalna komunikacija) najpogosteje označujemo načine komuniciranja dveh ali več sočasno prisotnih oseb z »nebesednimi« sredstvi. Gre za sporočilno delovanje vedenja - gest, izrazov obraza, orientacije v prostoru, zavzemanja različnih položajev v njem, dotika, vonja in tistih vidikov nebesednega izražanja, ki jih je mogoče ločiti od referenčnega konteksta izrečenega.

V vzpostavljanju in vzdrževanju medosebne interakcije delujejo tri temeljne značilnosti neverbalne komunikacije (Selič, 2007:26-35):

Najpogosteje gre za komunikacijo med osebami, ki so navzoče druga ob drugi. Takšna komunikacija je mogoča le ob neposrednem (medosebnem) stiku, ki omogoča takojšnje odzivanje na sogovornikova dejanja, oziroma vzajemno (so)vplivanje.

Pomena oziroma komunikacijske vrednosti vedenja, ki ga pojmuje kot obliko nebesednega sporazumevanja in temeljno komponento komunikacije na splošno, ni mogoče nadomestiti z drugimi (pretežno besednimi) komunikacijskimi sredstvi.

Nebesedno sporazumevanje vključuje predvsem zavedna in nezavedna sporočila, ki jih ni mogoče eksplicitno formulirati, ampak jih implicirajo dejanja/vedenje osebe. Zato sporočila razbiramo iz vedenja oziroma vedenjskih znakov in načina govorjenja.

V socialnih interakcijah je raba nebesednega sporazumevanja pretežno nezavedna. Pri nebesednem sporazumevanju uporabljamo signale (vodila). To so parajezik, stik s pogledom, izrazi obraza, drža, kretnje, dotik, medosebne razdalje (proksemike) in obleka. Nebesednim sporočilom nezavedno bolj verjamemo kot samim besedam. Če je med besednim in nebesednim delom sporočila neskladje ali celo nasprotje, verjamemo nebesednemu. Prepoznavanje nebesednih delov sporočila zahteva pozorno opazovanje. Poklici, ki so kakorkoli določeni tudi z medosebnimi interakcijami (npr. v zdravstvu), terjajo od izvajalcev (nosilcev moči in odgovornosti) vsaj minimalno raven opazovanja in poslušanja.

Za prenos informacij imamo na razpolago veliko število različnih nebesednih vodil. Mogoče jih je razvrstiti v pet skupin (Selič, 2007:17-22):

Označevalci – nebesedna dejanja ali kretnje, ki imajo neposreden pomen, ki ga lahko izrazimo tudi z besedami (mahanje v slovo, nagib glave na roki – za spanje ipd.).

Ponazorila – nebesedna dejanja, ki spremljajo govorjenje in pripovedovano pokažejo na drugačen način (razširjanje rok za ponazoritev velikosti) – ponazorila (ilustratorje) pogosteje uporabljamo takrat, kadar tisto, kar razlagamo, težko izrazimo z besedami.

Prikazi čustev – nebesedna vodila, ki kažejo čustvena stanja in opazovalcu pokažejo, da doživljamo določeno čustvo – izrazi obraza, kretnje, ton glasu ipd.

Usmerjevalci – (regulatorji) nebesedna dejanja, ki uravnavajo pogovor in druge interakcije – zagotovijo, da stvari tečejo gladko in da dejanja potekajo v pravilnem zaporedju – usmerjevalec je na primer stik s pogledom, s katerim sogovorniku damo vedeti, naj prevzame besedo; z izrazom obraza sogovorniku pokažemo, da nas tema še zanima.

Prilagojevalci – (adapterji) individualne značilnosti vedenja, ki jih osebe razvijejo pri spoprijemanju z določenimi situacijami – idiosinkratične kretnje/izrazi obraza.

Nebesedna vodila imajo različne funkcije. Delujejo kot **pripomoček pri govorjenju**, s katerim podpremo, kar pripovedujemo, in s katerim dajemo sogovorniku povratno informacijo; **nadomestilo govora** – pogosto kretnje izrazijo bistvo sporočila; **signaliziranje stališč** – povečanje zenic sporoča, da nam je tisto, kar gledamo, všeč; **signaliziranje čustvenih stanj** – napetost mišic izraža npr. jezo (Selič, 2007:17-22).

Nemogoče je, da ne bi komunicirali, saj vsak medosebni stik vsebuje tudi medosebno sporazumevanje – pa čeprav brez besed, le z vedenjem in izrazi razpoloženja. Vse, kar človek je (bil) in kar čuti, ga zaznamuje in se kaže skozi vlogo(e), ki jo/jih privzema v tistem trenutku. Prostor, ki ga zavzame, način, na katerega doživlja sebe in druge, namen in cilji, ki jim sledi, se po neki komunikacijski poti (besedni, nebesedni, empatični) prenesejo na soudeležence in jih dosežejo kot sporočilo, ki ga sprejemajo na različne načine. Ker je nebesedno sporazumevanje določeno z odsotnostjo besed ali simbolov, ki besede nadomeščajo, mišljenje in jezik pa sta tesno povezana, je razumljivo, da je nebesedna govorica večji del nezavedna, uporablja pa slike, logose, premike telesa, načine sedenja, kretnje in drugo. Takšno sporazumevanje ni nujno enopomensko, saj ni veljavnih univerzalnih sistemov dekodiranja (Selič, 2007:17-22).

Pisava je stara nekaj tisočletij, govor nekaj deset tisočletij, nebesedno sporazumevanje pa toliko kot človeški rod. Poleg čutov ga določajo tudi prostor, čas in predmeti. Nebesedne izraze je mnogo težje zavestno nadzorovati kot izbiro besed. Zavedanje in ubesedovanje nebesednega terjata vaje in samokontrolo. Ujemanje besednega z nebesednim in vsebine z odnosom imenujemo **skladnost komuniciranja**. Skladnost omogoča bolj nedvoumno interakcijo z manj popačenji. Pomen nebesednih sporočil določajo trajne in trenutne značilnosti ter stanja osebe, medosebna interakcija (med dvema ali več osebami), namen, čas, prostor, socialne vloge tistih, ki sooblikujejo komunikacijsko situacijo. Neverbalna sporočila so ponavadi večpomenska. Če jih hočemo smiselno razlagati, moramo upoštevati kontekst, v katerem se pojavljajo, zgodovino odnosov med udeleženci, čustveno ozračje, v katerem poteka komunikacijski proces, ter lastne sisteme kodiranja in dekodiranja (Selič, 2012a).

V nasprotju z besednim sporočanjem in sporazumevanjem, ki je najpogosteje namenjeno izmenjavi različnih informacij, nebesedna plat pove več o odnosu (med osebami), o njihovih čustvih, stališčih, namenih. Telesna govorica »preglasi« besede, ker je izvorno starejša, bolj podprta s čustvi, zajema širše pomene (presega jezikovne meje), učinkuje takoj in deluje neprekinjeno. Vprašanje, kateri izrazi telesa so podedovani in kateri naučeni, je zaposlovalo že Darwina. Ta je menil, da so izrazi obraza (ob podobnih dražljajih) neodvisni od kulturnih in drugih okoliščin. Poudarjal je, da je mogoče razumeti izraze obraza pri človeku šele, ko dodobra preučimo vedenje primatov. Sredi dvajsetega stoletja so raziskovalci najprej zavrnil tezo o prirojenih, nespremenljivih odzivih in izrazih določenih čustvenih stanj, kasnejše raziskave pa so univerzalnost izrazov obraza pri osnovnih čustvih potrdile. V zadnjih letih se vse bolj uveljavlja kinezika, veda o govorici telesa, ki podrobno opisuje in razlaga značilnostih vedenjskih odzivov, refleksno ali hoteno gibanje kateregakoli dela telesa ali celega telesa. Govorica telesa zajema proksemiko (položaj, drža, hoja in gibanje po prostoru), gestiko (kretnje rok, nog, glave) in mimiko (izrazi obraza in oči) in obsega vsaj 700.000 »izrazov« (Selič, 2007:26-35). Zato ne preseneča, da zmožnost nebesednega sporočanja in komuniciranja še vedno močno zaposluje antropologijo, biologijo, nevrologijo, lingvistiko, sociologijo in psihologijo. Iz ugotovitev številnih raziskovalcev na tem področju je mogoče izluščiti tri vrste (tipe) govornice telesa:

- »naravna« (prirojena) govorica/znaki/izrazi (na primer zardevanje ob jezi),
- naučena govorica (dvig palca),
- mešanica naučenega in prirojenega – znaki se med ljudmi razlikujejo (primer za to je jok: rodimo se z zmožnostjo jokanja, vendar jok uporabljamo (naučeno) ob različnih priložnostih in za doseganje različnih namenov).

Po Darwinu je nabor telesnih sporočil in signalov evolucijsko določen, vendar se celovitost človekove zmožnosti in opremljenosti za sporazumevanje tu ne konča. Čeprav je govorica telesa »prirojena«, je ta potencial v procesih rasti, razvoja in zorenja obarvan tudi z vplivi okolja in lastno dejavnostjo, kar omogoča ne samo nadaljnje učenje, ampak tudi manipulacijo. Dnevno človek »odda« več sto nebesednih sporočil in se običajno odzove na še mnogo večje število. Ocene o deležu nebesednih sporočil pri vsakdanjem sporazumevanju so različne – delež nebesednih znakov je po mnenju nekaterih nad devetdesetimi odstotki (90%), prevladujoča ocena pa se ustavi pri okoli petinsedemdesetih odstotkih (75%). Zagotovo drži, da sta vsaj dve tretjini sporazumevanja nebesednega. Tradicionalni dejavniki, kot so dednost, okolje in lastna aktivnost, določajo tudi individualne posebnosti in medosebne razlike. Zato je kakršenkoli univerzalen ključ za dekodiranje telesnih znakov nemogoč (Selič, 2007:26-35).

Komunikacija in dejavniki v komunikacijskem polju

Komunikacija med zdravstvenim delavcem in bolnikom je osrednje gibalno pri oblikovanju odnosa med njima, sam odnos pa je ključen za zagotavljanje kakovostnega zdravljenja. Pogosto so nezadovoljstvo in pritožbe bolnikov povezane z neustreznim odnosom zdravstvenega delavca (npr. zdravnika) in njegovimi komunikacijskimi spretnostmi in veščinami (Ha in Longnecker, 2010).

Komunikacijsko polje lahko opišemo kot prostor medsebojnega sovplivanja ali interakcije med zdravnikom in bolnikom, ki se razteza na besedni, vedenjski in empatični ravni. V tem prostoru delujejo dejavniki konteksta, oseb in medosebnega odnosa (Selič, 2012a).

Kontekst določajo čas, prostor in namen. Dejavniki pri osebah v interakciji so (Selič, 2012b):

- življenjska zgodovina – osebnostne lastnosti, življenjske izkušnje, veščine, spretnosti, znanje, vrednote, strategije spoprijemanja s stresom,
- trenutno stanje – bio-psiho-socialne determinante, (socialna) percepcija sebe in drugega/drugih (bolečine, tesnoba, zaskrbljenost, socialna podpora, izgorelost),
- odnos do prihodnosti – želje, cilji, duhovnost.

V medosebnem odnosu pa so najpomembnejši dejavniki (Selič, 2012b):

- vlogi v odnosu,
- zgodovina odnosa – trajanje, izkušnje,
- zaupanje in medsebojno spoštovanje.

Komunikacijsko polje med profesionalcem v zdravstvu in bolnikom je v učbenikih sporazumevanja za zdravnike običajno opisano s tremi skupinami dejavnikov (Lloyd in Bor, 2009:9-27):

Dejavniki pri bolniku:

- telesni znaki/težave,
- psihološki dejavniki, povezani z boleznijo in/ali zdravljenjem (tesnoba, depresivnost, jeza, zanikanje),
- pretekle izkušnje (z zdravnikom in/ali zdravljenjem),
- percepcija zdravnika in bolnikov koncept vloge zdravnika,
- prepričanja o bolezni in zdravju (odnos do lastnega zdravja),
- težava, o kateri se želi pogovarjati (samopredstavitve bolnika),
- pričakovanja, vezana na zdravnikovo ravnanje (temelječa na preteklih izkušnjah z zdravniki in s tem določenim zdravnikom).

Dejavniki pri profesionalcu:

- veščine v medosebnih odnosih,
- samozaupanje,
- komunikacijske veščine,
- osebnostne značilnosti,
- telesno stanje in počutje (utrujenost),
- psihično stanje (tesnoba, izgorelost).

Situacija (npr. ambulanta):

- zasebnost, nemotenost,
- potrebno udobje (oprema),
- razporeditev, položaj obeh v prostoru.

Medosebno zaznavanje

Vtis, ki ga imamo o drugi osebi, vpliva na način, na katerega se do nje vedemo. Pri medosebnem zaznavanju gre za to, kako vidimo druge in kako do njih oblikujemo določena stališča in pričakovanja (Selič, 2007:43-51).

Zdravilna moč medicine izhaja iz medosebnih razsežnosti odnosa med bolnikom in zdravnikom (Hall in Roter, 1981). Stališča, prepričanja in vrednote obeh vplivajo na ta odnos. Večina zdravnikov še vedno deluje po biomedicinskem modelu, medtem ko so bolnikova prepričanja in stališča prej povezana s sociokulturnim okvirom kot z biologijo in anatomijo. Zdravnik mora upoštevati funkcionalni, socialni in simbolni pomen bolezni za bolnika ter se zavedati pristranosti lastnega pogleda na bolezen in zdravljenje. Šele ubesedeno strinjanje ter dogovor med zdravnikom in bolnikom je tisti dejavnik, ki odločilno vpliva na potek in izid zdravljenja (Platt in Keating, 2007).

Socialno vplivanje in socialne vloge

Že samo s svojo navzočnostjo vzajemno vplivamo na vedenje drug drugega. V določenih situacijah pričakujemo določene vrste vedenja. Ta pričakovanja so opazna pri vlogah, ki jih prevzemamo v družbi, saj poteka »urejanje« družbenega življenja tudi preko socialnih vlog. Vsakdo ima izoblikovana pričakovanja in predstave o vedenju, ki je primerno za določeno vlogo. Obstaja več vrst socialnega združevanja oz. razvrščanja - po spolu in starosti, po socio-ekonomskem statusu, glede na poklic, po interesih. Oseba vlogo ponotranji postopoma. Zdravstveni delavec oblikuje odnos z bolnikom iz svoje socialne (profesionalne) vloge, v kateri udejanji lastna in ponotranjenja pričakovanja drugih o tem, kakšen naj bi bil dober profesionalec. V večini socialnih stikov poteka ravnanje z ljudmi na določen način, zato ker je odnos družbeno priznan in zanj obstajajo ustaljene norme vedenja (Selič, 2011). Bolniki upoštevajo npr. zdravnikova navodila na podlagi lastnih predstav, odnosa do zdravstvene težave, izkušenj, znanja in lastne ocene zdravnikove kompetentnosti (Ha in Longnecker, 2010).

V profesionalnih medosebnih interakcijah vseskozi deluje proces atribuiranja (pripisovanja), ko si prizadevamo odkriti, kaj je povzročilo, da se je oseba vedla, ko se je, in kako so s tem povezani dogodki, ki so sledili. Pri presojah o verjetnih vzrokih dejanj ali dogodkov upoštevamo, ali je oseba ravnala tako, kot je, zaradi sebe, svojih osebnostnih značilnosti (dispozicijski pripis) – vzroke pripišemo notranjim dispozicijam/značilnostim osebe, ali je oseba ravnala tako zaradi situacije, v kateri je bila (situacijski pripis). Obe možni razlagi (pripisa) pomembno vplivata na profesionalne odnose in pogosto tudi na ocene drugih (bolnikov). Ne glede na poklic, spol in druge

značilnosti so profesionalci pretežno nagnjeni k temu, da vidijo druge odgovorne za njihovo vedenje. Ta vrsta pristranosti je temeljna pripisovalna (atribucijska) napaka (Selič, 2012b).

Čustva in čustveni izrazi

Na odnosu temelječega zdravljenja »uporablja« znanje in doživljanje. Znanje prispevata zdravstveni delavec in bolnik, vsak iz svoje vloge, doživljanje (čustva in razpoloženja) pa izražata v interakciji s komunikacijo. Čustvena razsežnost odnosa med profesionalcem in bolnikom je posebej povezana z nebesednimi sporočili in s komunikacijskimi veščinami, ki določajo, kako oseba obvladuje sebe in medosebne odnose (npr. samozavedanje) (Ridd et al., 2009; Roter et al., 2006).

Poznavanje svojih čustev oz. samozavedanje lahko opišemo kot čustveno zavest, ocenjevanje sebe in zaupanje vase. Gre za prepoznavanje svojih čustev in njihovega učinkovanja, poznavanje lastnih svojih zmogljivosti in omejitev ter čut za lastne vrednote in sposobnosti. Obvladovanje čustev oz. samoobvladovanje lastnega doživljanja, vzgibov in virov predstavljajo samonadzor, odkritost, vestnost, prilagodljivost na spremembe, njihovo obvladovanje in odprtost (Goleman, 2006:41). V odnosu med zdravstvenim delavcem in bolnikom delujejo čustva na tri med seboj povezane načine (Isen, Rosenzweig in Young, 1991; Hall et al., 1993; Hall et al., 2002; Novack, 1987; Patrick, Craig in Prkachin, 1986; Hall et al., 1996; Rosenberg, Ekman in Jiang, 2001):

*Zdravstveni delavec in bolnik **doživljata** čustva*

Na oba vplivajo pretekla in sedanja čustvena stanja in izkušnje ter trenutna medosebna interakcija. Čustva vplivajo na kognitivne procese in vedenje (prosocialno vedenje, priklic, odločanje, prepričevanje, obdelavo informacij in stališča). Praviloma je pozornost v komunikacijskem polju usmerjena na bolnikovo čustveno stanje (tesnoba, depresija, simpatija ali antipatija do zdravstvenega delavca), vendar medosebno interakcijo npr. zdravnik↔bolnik obarvajo tudi zdravnikova čustva (zahtevni, frustrirajoči bolnik lahko vzbudi jezo, prijetni, relativno zdrav, zavzet in uglajen pa simpatijo). Zdravstveni delavci se teh čustev pogosto ne zavedajo ali jih skušajo potlačiti.

*Zdravstveni delavec in bolnik **izražata** čustva*

Zdravstveni delavec in bolnik izražata simpatijo ali antipatijo drug do drugega, bolniki izražajo čustva tudi v zvezi s svojim stanjem (ob bolečini, znaki distresa, značilni izrazi obraza ob koronarni bolezni, podobni izrazom jeze ipd.) (Isen, Rosenzweig in Young, 1991; Hall et al., 1993; Hall et al., 2002; Novack, 1987; Patrick, Craig in Prkachin, 1986; Hall et al., 1996; Rosenberg, Ekman in Jiang, 2001).

*Zdravstveni delavec in bolnik **ocenjujeta** čustva drug pri drugem*

Ocene čustvenega stanja drugega so informacija o odnosu, zlasti simpatiji ali antipatiji. Zdravnik uporablja bolnikove čustvene izraze v diagnostičnem procesu ter pri vrednotenju okrevanja oz. splošnega telesnega in duševnega blagostanja bolnika. Ocene, ki temeljijo na nebesednih izrazih emocij, so lahko pravilne ali napačne (Isen, Rosenzweig in Young, 1991; Hall et al., 1993; Hall et al., 2002; Novack, 1987; Patrick, Craig in Prkachin, 1986; Hall et al., 1996; Rosenberg, Ekman in Jiang, 2001).

Dekodiranje čustvenih izrazov

Ljudje lahko dokaj zanesljivo prepoznamo čustva drugih na podlagi presenetljivo majhne količine vedenjskih znakov, ki jih je moč opredeliti kot neke vrste vedenjske namige o čustvenem stanju

druge osebe. Ti trajajo manj kot sekundo, lahko tudi več minut. Ženske praviloma boljše razbirajo in uporabljajo vedenjske namige. Zmožnost razbiranja nebesednih sporočil je povezana tudi z zmožnostjo prilagajanja (tako z osebnim kot s prilagajanjem v medosebnih odnosih) (Ambady, Hallahan in Conner, 1999).

Profesionalci ocenjujejo čustva bolnikov, kakovost komunikacije in bolnikovo zadovoljstvo z obravnavo kot bolj negativne bodisi zato, ker so selektivno pozorni na znake bolnikovega distresa, ker se bolniki tako vedejo zaradi koncepta lastne vloge ali pa imajo eni in drugi različna merila (Roter et al., 2006). Z bolniki se najbolj ujemajo v oceni medsebojne simpatije, kar je povezano z vzajemnostjo doživljanja medosebne toplote, privrženosti in čustvene angažiranosti, izraženo preko parajezikovnih znakov, izraza obraza in drže telesa (Roter et al., 2006). Zdravniki slabše razbirajo znake distresa, če vzpostavljajo preredke in prekratke stike s pogledom. Stik s pogledom olajša razbiranje čustvenih izrazov pri bolniku ter ojačuje pozorno poslušanje, kar skupaj poveča zdravnikovo zmožnost sinteze in razlage različnih nebesednih znakov (Roter et al., 2006).

Odnos med nebesednim (čustveno izraznim) vedenjem zdravnika in zadovoljstvom bolnikov se je potrdil tako pri biomedicinskih (npr. bolečine) kot psihosocialnih pritožbah (motnje razpoloženja) bolnikov, kar kaže, da narava bolnikove pritožbe ne preoblikuje vpliva zdravnikove čustvene izraznosti na bolnikovo zadovoljstvo. Nebesedno vedenje se je pokazalo kot mnogo pomembnejše v primerjavi z besednim (Roter et al., 2006).

Parajezikovni znaki pri zdravniku so povezani z zadovoljstvom bolnikov. Bolniki ocenjujejo odnos zdravnika, kadar deluje njegov glas tesnobo, kot iskren in predan, zdravnika pa kot kompetentnega, če izbira tolažilne besede. Zdravniki, katerih glasovi so ocenjeni kot bolj dominantni, manj zaskrbljeni ali tesnobi, so bili v večji meri deležni pritožb zaradi nevestnega dela (Hall, Roter in Rand, 1981).

Vsebina besed in način govora so povezani z bolnikovo oceno, da je zdravnik iskren, kar zlasti deluje v družinski medicini, kjer je odnos trajnejši. Ocena, da je zdravnik iskren, pa vpliva na bolnikovo odločitev, da ne išče drugega zdravnika (Roter et al., 2006). Sovražnost in zavračanje v zdravnikovem glasu bolnika odvrata od upoštevanja navodil in celo od nadaljnjega zdravljenja, medtem ko tesnoba ali celo razdraženost v zdravnikovem glasu bolnik običajno razume kot resnost in zaskrbljenost za njegovo trenutno stanje in prihodnje zdravje, če jih spremljajo pozitivna besedna sporočila (spodbude, tolažba) (Roter et al., 2006).

Zdravnikova neangažiranost v odnosu z bolnikom, ki se pogosto kaže kot nenasmejan izraz obraza in odsotnost stika s pogledom, je povezana tako s trenutnim, kot tudi s trajnejšim poslabšanjem telesnega in kognitivnega funkcioniranja bolnikov, medtem ko se je čustvena izraznost zdravnika (nasmejanost, spreminjanje izrazov obraza, kimanje) pokazala kot pomemben dejavnik odnosa z bolnikom, povezan z izboljšanjem bolnikovega zdravstvenega stanja (33).

Zdravniki dokaj nezanesljivo prepoznavajo čustva bolnikov, izražena z nebesednim vedenjem. Razbiranje nebesednih znakov in sporočil je pri bolnikih dosti boljše. Zdravniki praviloma menijo, da so jim bolniki manj naklonjeni in z obravnavo manj zadovoljni (Roter et al., 2006). Zdravnike, ki so čustveno bolj izrazni (z izrazom obraza, s stikom s pogledom, s kimanjem, s telesno držo in z barvo glasu), bolniki bolj cenijo, poleg tega je čustvena izraznost zdravnika tesno povezana z zadovoljstvom bolnikov in njihovim sodelovanjem v procesu zdravljenja, posledično pa s samim zdravstvenim stanjem (Roter et al., 2006).

Zaključek

Učenje veščin sporazumevanja je izkustveno in interaktivno – kot pri vseh veščinah je potrebna vaja, ustrezne povratne informacije in morebitne modifikacije, ob sprotnem samozavedanju in potrebni družbeni odgovornosti. Kakorkoli določujoče deluje okolje, so ustrezno motivirani odrasli zmožni spremeniti utečene modele odzivanja ter preseči tudi bolj trdovratne vzorce sporazumevanja in medsebojnega občevanja.

Upoštevanje zakonitosti socialne percepcije in atribucije, odgovorno zavedanje lastne profesionalne vloge, upravljanje z lastnimi in čustvi drugih (bolnikov) ter spoštovanje temeljnih komunikacijskih zakonitosti so podlage za učinkovito obravnavo bolnikov.

Literatura

1. Ambady N, Hallahan M, Conner B. Accuracy of judgments of sexual orientation from thin slices of behavior. *J Pers Soc Psychol* 1999; 77(3):538-47.
2. Goleman D. *Social Intelligence – The New Science of Human Relationships*. London: Hutchinson; 2006.
3. [Ha JF](#), [Longnecker N](#). Doctor-patient communication: a review. *Ochsner J* 2010;10(1):38-43.
4. Hall JA, Roter DL, Rand CS. Communication of affect between patient and physician. *J Health Soc Behav* 1981; 22(1):18–30.
5. Hall JA, Epstein AM, DeCiantis ML, McNeil BJ. Physicians' liking for their patients: more evidence for the role of affect in medical care. *Health Psychol* 1993; 12(2):140–6.
6. Hall JA, Roter DL, Milburn MA, Daltroy LH. Patients' health as a predictor of physician and patient behavior in medical visits: a synthesis of four studies. *Med Care* 1996; 34(12):1205–18.
7. Hall JA, Horgan TG, Stein TS, Roter DL. Liking in the physician-patient relationship. *Patient Educ Couns* 2002; 48(1):69–77.
8. Isen AM, Rosenzweig AS, Young MJ. The influence of positive affect on clinical problem solving. *Med Decis Making* 1991; 11(3):221–7.
9. Lloyd M, Bor R. *Communication Skills for Medicine* (3rd ed.). New York: Churchill, Livingstone; 2009.
10. Novack DH. Therapeutic aspects of the clinical encounter. *J Gen Intern Med* 1987; 2(5):346-55.
11. Patrick CJ, Craig KD, Prkachin KM. Observer judgments of acute pain facial action determinants. *J Person Soc Psychol* 1986; 50(6):1291–8.
12. Platt FW, Keating KN. Differences in physician and patient perceptions of uncomplicated UTI symptom severity: understanding the communication gap. *Int J Clin Prac* 2007; 61(2):303–308.
13. [Ridd M](#), [Shaw A](#), [Lewis G](#), [Salisbury C](#). The patient-doctor relationship: a synthesis of the qualitative literature on patients' perspectives. *Br J Gen Pract* 2009; 59(561):e116-33.
14. Rosenberg EL, Ekman P, Jiang W. Linkages between facial expressions of anger and transient myocardial ischemia in men with coronary artery disease. *Emotion* 2001; 1(2):107–15.
15. [Roter DL](#), [Frankel RM](#), [Hall JA](#), [Sluyter D](#). The expression of emotion through nonverbal behavior in medical visits. Mechanisms and outcomes. *J Gen Intern Med* 2006; 21 Suppl 1:S28-34.
16. Selič P. Novi odročnik: nebesedno sporazumevanje za vsakdanjo rabo. Ljubljana: Inštitut za psihofiziološke študije Pares; 2007
17. Selič P. Pomen čustev v profesionalni medosebni interakciji : izhodišča za čustveno inteligentno sporazumevanje. *Družinska medicina* 2011; 9 Suppl 4:89-102.
18. Selič P. Veščine v medosebnih odnosih za dobro delovanje tima. *Družinska medicina* 2012; 10 Suppl 2:107-114.
19. Selič P. Načela sporazumevanja v družinski medicini. In: Švab I, Rotar-Pavlič D. eds: *Družinska medicina: učbenik*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine; 2012:157-174 (b).

Polona Selič je doktorica klinične psihologije, raziskovalka na Katedri za družinsko medicino Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani in direktorica Inštituta PARES.

Je članica Društva psihologov Slovenije, Ameriške akademije forenzičnih znanosti in Ameriške zveze poligrafskih preiskovalcev. V letih 2002 do 2005 je bila članica skupine specialistov Sveta Evrope za zaščito otrok pred spolnim nasiljem in izkoriščanjem.

Ukvarja se z raziskovanjem komunikacije, stresa in izgorelosti ter s poučevanjem veščin v medosebnih odnosih v zasebni in javni sferi. Predava na Univerzi v Ljubljani, v Novi Gorici in na Univerzi na Primorskem.

Katedra za družinsko medicino, Medicinska fakulteta v Ljubljani Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana

ETIČNI VIDIK DELA Z ODVISNIMI OD PREPOVEDANIH DROG

ETHICAL DIMENSION OF WORK WITH DRUG ADDICTED PATIENTS

Sandra Naka, prof.zdr.vzg.
KO za travmatologijo, UKC Ljubljana

Izvelek

V članku so predstavljena etična načela, ki so najpogosteje obravnavana pri zdravstveni negi in obravnavi odvisnih od prepovedanih drog. Predstavljeni so različni vidiki avtonomije in kako avtorji vidijo avtonomijo pri odvisnikih. Predstavljena so tudi načela spoštovanja človekovega dostojanstva, spoštovanja vrednosti življenja in skrb za zasebnost in poklicno molčečnost. Znotraj vsakega načela je predstavljeno tudi nekaj etičnih dilem, ki se lahko pojavljajo v zvezi z obravnavo odvisnih od prepovedanih drog.

Ključne besede: odvisnost, etične dileme, avtonomija, informirano soglasje

Abstract

The article is about moral and ethical issues that most often associated with the care of drug addicted patients. It takes into account different theories about autonomy and drug addiction. Other ethical issues are considered as well, such as human dignity, respect for human life, privacy and keeping a professional secret. Each of these issues opens different ethical dilemmas when applied to working with drug addicted patients.

Key words: addiction, ethical dilemmas, autonomy, informed consent

UVOD

Današnja družba je na nek način družba odvisnosti. Poznamo vedno več vrst odvisnosti, ki se v grobem delijo na odvisnosti od snovi, aktivnosti in oseb. Odvisnosti od snovi so lahko od dovoljenih ali prepovedanih substanc. Pomembno je, da vse vrste odvisnosti naraščajo in povzročajo veliko škodo. Glede na obsežnost problematike je pričakovati, da se bodo vsi izvajalci zdravstvene nege, ne glede na področje delovanja pri svojem delu srečali z osebami odvisnimi od različnih stvari in tudi od prepovedanih drog.

Odnos do odvisnosti od prepovedanih drog

Pogled družbe na problem odvisnosti od prepovedanih drog se je s časom in z napredovanjem nevro znanosti spreminjal. Včasih so na problem odvisnosti gledali mnogo bolj kot na moralen in ne toliko kot na medicinski problem. Leta 1971 je Szasz pisal veliko o tem, da je nejasna meja med posameznikovo pravico do avtonomije, njegove odgovornosti za odločitev zlorabe prepovedanih drog in pravico države da poseže vmes. Danes 40 let kasneje je veliko bolj jasno, da je odvisnost kronična in ponavljajoča se duševna bolezen (Tassin,2009). Genetske raziskave kažejo, da genetski faktorji 40% do 60% zvišujejo ogroženost posameznika, da postane odvisnik, so pa seveda pomembni tudi vplivi okolja (Volkow, 2005).

Etični vidik dela z odvisnimi od prepovedanih drog

Etika, kot veja filozofije išče odgovore na vprašanja kaj je prav in kaj je narobe v določenem profesionalnem kontekstu. V človeški naravi je velika potreba po strukturi, ki nam jo lahko nudijo različna pravila in norme. Sploh pri delu v zahtevnih poklicih, kot je zdravstvena nega so nam taka pravila v veliko pomoč pri vsakodnevem sprejemanju težkih odločitev. Kljub pomembnosti etike in etičnih načel se je pomembno zavedati njihove relativnosti in upoštevati kontekst dogajanja. Relativiteta v tem smislu upošteva, da idje ljudi o tem kaj je prav in kaj je narobe nihajo glede na

družbo, kulturo in individualna prepričanja posameznika in to kar mi imenujemo etika, je samo vsota teh kulturnih in individualnih mnenj. Zato v etiki ni možno govoriti o absolutni objektivni resnici, ker je vedno prisotno nekaj subjektivnosti in nujno je biti toleranten do etičnih stališč in mnenj drugih (Rowson, 2006).

Etični vidik dela z odvisnimi od prepovedanih drog je kompleksen. Etična načela oziroma dileme v zvezi z njimi, ki se v literaturi najpogosteje omenjajo so avtonomija, kompetentnost, informirano soglasje, zaupnost in stigmatizacija oziroma skrb za dostojanstvo.

Avtonomija in informirano soglasje

Avtonomija je sposobnost samostojnega delovanja (mali leksikon terminoloških izrazov v zdravstveni negi, 1999). V drugem načelu Kodeksa stike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije (2005) je opredeljeno, da medicinska sestra spoštuje pravico pacienta do izbire in odločanja. V šestem standardu tega načela je navedeno, da oceni avtonomijo pacienta, ki so mu jo bolezen ali drugi dejavniki začasno ali trajno zmanjšali. Pacientu nudi možnost izbire v okviru njegovih sposobnosti. Pomaga mu, da vzdržuje oziroma znova pridobi zanj najvišjo možno stopnjo avtonomije.

Najpomembnejša metoda, ki podpira in spoštuje avtonomijo pacienta, je informiran pristanek (Šmitek, 1998).

Avtonomija je zelo cenjena in spoštovana v zahodni družbi. Celo zakonodaja, tudi tista ki obravnava duševno zdravje se je v zadnjih letih spremenila v smislu zaščite avtonomije posameznika. Vsak posameznik, starejši od 15 let se smatra za avtonomnega in opravilno sposobnega dokler se ne dokaže drugače. Vsak avtonomen opravilno sposoben posameznik ima pravico odločati sam o sebi in svojem zdravju in ima tudi pravico odkloniti zdravljenje in zdravstveno obravnavo. Ta pravica je absolutna, dokler ne gre za nevarnost ogrožanja sebe ali drugega. Janssens in drugi (2004) navajajo, da se v filozofskih in etičnih diskusijah pojavi težava pri definiranju nevarnosti, prisile in točni meji zmanjšane avtonomnosti oziroma kompetentnosti posameznika. Po njihovem mnenju je določanje teh meja iz etičnega in filozofskega stališča bistveno težje kot iz pravnega stališča. Avtorji navajajo, da obstaja več paradig preko katerih lahko gledamo na odvisnost in avtonomijo. Po medicinski paradigmi, na odvisnike lahko gledamo kot na paciente, ki so zboleli in zato potrebujejo pomoč za reševanje njihovega individualnega problema. Po pravni paradigmi so odvisniki avtonomni posamezniki, ki so sprejeli odločitev o življenjskem stilu in s tem morajo prevzeti odgovornost za vse posledice, problem odvisnosti je obravnavan kot družbeni problem. Glede na ti dve skrajni paradigmi gre pri prvi za delno kompetentne posameznike pri drugi pa za popolno kompetentnost.

Frankfurt (1971) navaja, da so tudi sposobnost kritične samorefleksije, volja in sposobnost kontrole lastnih impulzov osnovni elementi avtonomije posameznika. Po njegovi teoriji imajo odvisni od prepovedanih drog delno avtonomnost ker niso vedno zmožni kritične samorefleksije in kontrole impulzov.

Z stopnjo avtonomnosti pri odvisnikih se ukvarjajo tudi nevrobiološke raziskave, ki bodo lahko bistveno pripomogle k našemu razumevanju stopnje avtonomnosti zasvojenec in njihove odgovornosti za lastna dejanja (Tassin, 2009).

Iz zgoraj navedenega je razvidno, da obstaja več teorij in paradig o avtonomiji in da avtonomija ni absolutna. Spoštovanje pravice do avtonomije pacientov, sodelavcev in drugih ne pomeni, da lahko vsak počne kakoli želi. Izvajalci zdravstvene nege se pred vsako odločitvijo pacienta morajo vprašati ali je v tem trenutku in glede določenega vprašanja res avtonomen: ali se točno zaveda situacije in pomena svojih odločitev ter ali obstaja neka vrsta prisile in zavajanja oziroma nerazumevanja (Rowson, 2006).

V enem segmentu dela z odvisnimi od prepovedanih drog se srečujemo tudi z posamezniki, ki se zaradi ogrožanja drugih in kriminalnih dejanj morajo prisilno zdraviti. Ne glede na to omejitve so izvajalci zdravstvene nege dolžni doseči čim več soglasja pri izvajanju negovalnih postopkov in intervencij.

Tudi zdravstveni delavci imajo svojo osebno in profesionalno pravico do avtonomije. Osebna je vezana na njihova lastna prepričanja in vrednote, medtem ko je profesionalna jasno določena s pravili in načeli stroke in kodeksa. Etično je sprejemljivo, da posameznik ki se odloči za določen poklic z jasnimi pravili mora občasno prilagoditi svoja stališča pravilom stroke. V kolikor gre za prevelika in za posameznika nesprejemljiva odstopanja je dolžan o tem pravočasno obvestiti nadrejene in vložiti ugovor vesti. V literaturi nisem zasledila člankov o ugovoru vesti za delo z odvisnimi od prepovedanih drog.

Dostojanstvo

V četrtem načelu Kodeksa medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije (2005) je navedeno, da medicinska sestra spoštuje dostojanstvo in zasebnost pacienta v vseh stanjih zdravja, bolezni in ob umiranju.

Dostojanstvo izhaja iz notranjega vira, iz človeka samega. To je človekova individualna vrednota, ki se oblikuje z razvojem človeka skozi življenjska obdobja in je povezana s samospoštovanjem in samoocenjevanjem (Šmitek, 2003).

Dostojanstvo je v veliki meri povezano s samospoštovanjem in sposobnostjo uveljavljanja avtonomije, ker je pri odvisnih od prepovedanih drog ta občutek lahko ogrožen in medicinske sestre pri svojem delu s temi pacienti morajo biti izredno taktne in senzibilne.

Posamezni avtorji, ki so raziskovali občutek dostojanstva pri bolnikih, so v posameznih raziskavah ugotovili, da medicinske sestre lahko ohranjajo in vzdržujejo njihovo dostojanstvo na sledeče načine: Z zagotavljanjem zasebnosti, z ustrezno komunikacijo, z uporabo izbranega imena, z omogočanjem nadzora nad situacijo, z omogočanjem samostojnega odločanja, z upoštevanjem pristojnosti bolnika in s skrbjo za bolnika (Matiti 1999, v Šmitek 2003).

Bolnikovo dostojanstvo je ogroženo pri: zanemarjanju bolnika, pri grobem odnosu do bolnika, norčevanju ali zasmehovanju in pri pomanjkanju sredstev in pripomočkov za zdravstveno nego (Matiti 1999, v Šmitek 2003).

Načelo vrednosti življenja

Človeško bitje mora spoštovati življenje in sprejeti smrt (Tschudin, 2004). V prvem načelu Kodeksa medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije (2005) piše, da medicinska sestra skrbi za ohranjanje življenja in zdravja ljudi. Svoje delo je dolžna opravljati humano, strokovno in odgovorno ter v odnosu do pacienta spoštovati njegove individualne navade, potrebe in vrednote. V prvem standardu tega načela je opredeljeno, da ne sme diskriminirati pacientov.

Pri delu z odvisnimi od prepovedanih drog ima lahko medicinska sestra težave pri tem načelu, če dojema vedenje odvisnika kot namerno avtodestruktivno in vidi konflikt v tem, da želi pomagati nekemu, ki si ni pripravljen pomagati sam. Kljub avtodestruktivnemu vedenju odvisnikov je medicinska sestra dolžna ravnati strokovno in nuditi pacientu vso pomoč.

Zaupnost in poklicna molčečnost

Tretje načelo Kodeksa medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije (2005) navaja, da je medicinska sestra dolžna varovati kot poklicno skrivnost podatke o zdravstvenem stanju pacienta, o vzrokih, okoliščinah in posledicah tega stanja.

Raziskave kažejo, da so odvisni od prepovedanih drog pogosto stigmatizirani tudi po uspešno zaključenem programu odvajanja in resocializacije in velik del družbe jih obravnava kot nepredvidljive, nevarne in krive za svoje stanje. Zaradi družbenih stereotipov je družba še posebej ostra in neizproсна do nosečnic in žensk (Geppert, 2009).

Poklicna skrivnost je nujna na vseh področjih zdravstvene nege, ampak na področju duševnega zdravlja, ki je zelo občutljivo pa še toliko bolj. Pri tem načelu sicer obstaja tudi izjema, ki navaja da se medicinska sestra ni dolžna držati poklicne molčečnosti, če bi bila zaradi pomanjkanja informacij ogrožena varnost pacienta, družine ali skupnosti. Če se medicinska sestra sooča z nujnostjo razkriti podatke naj bodo informirani le tisti, ki bodo po njeni presoji preprečili škodljive posledice neinformiranja.

Pri tem načelu lahko pride do velikih etičnih dilem katere podatke in komu razkriti, ker pri obravnavi odvisnikov od prepovedanih drog medicinska sestra lahko pridobi informacije v zvezi z kaznivimi dejanji ali potencialnimi kaznivimi dejanji.

ZAKLJUČEK

Etika je filozofska disciplina in kot taka postavlja več vprašanj kot daje odgovorov. Za zdravstvene delavce je to lahko nelagodno, kar je naše delo zelo zahtevno in odgovorno in egzaktni odgovori na določena vprašanja in protokoli ter standardi nam lajšajo delo in razbremenijo nas določenega dela odgovornosti, sploh pri zahtevnih skupinah uporabnikov, kot so odvisni od prepovedanih drog. A žal glede na to niti dva pacienta nista enaka in tudi izvajalci zdravstvene nege smo zelo različni in delamo v različnih okoljih, se ne moremo izogniti temu, da moramo vsakega človeka in vsako situacijo obravnavati drugače, odprto in strpno ter vedno dopustiti možnost, da nekdo drug vidi in razmišlja drugače.

LITERATURA

1. Geppert C., Bogenschultz M. Ethics substance use disorder treatment. *Psychiatr Clin N Am.* 2009; 32: 283-297.
2. Frankfurt H. Freedom of the will and the concept of a person. *J Philos.* 1971; 68: 5-20.
3. Janssens M., Van Rooij M., Have H., Kortmann F., Van Wijmen F.. Pressure and coercion in the care for the addicted: ethical perspectives. *J Med Ethics.* 2004; 30: 453-458.
4. Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije; 2005.
5. Mali leksikon terminoloških izrazov v zdravstveni negi. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 1999.
6. Rowson R. Working ethics. How to be fair in a culturally complex world. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers; 2006.
7. Szasz T. The ethics of addiction. *Am J Psychiatry.* 1971; 128: 541-546.
8. Šmitek J. Filozofija, morala in etika v zdravstveni negi. *Obzor Zdr N* 1998; 32: 127-38.
9. Šmitek J. Pomen človekovega dostojanstva v zdravstveni negi. In Klemenc D., eds. *Zdravstvena nega v luči etike.* Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana; 2003.
10. Tassin J.P. Nevrobiološke raziskave drog: etične in politične posledice. Poročilo Evropskega centra za spremljanje drog in zasvojenost z drogami. Dostopno na www.emcdda.europa.eu.
11. Tschudin V. Etika v zdravstveni negi. Razmerja skrbi. Ljubljana: Educy in Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana; 2004
12. Volkow N. What do we know about drug addiction? *Am J Psychiatry.* 2005; 162:1401-1402.

OSEBNOSTNA STRUKTURA IN STILI SPOPRIJEMANJA S STRESOM BOLNIKOV, ODVISNIH OD PREPOVEDANIH DROG

PERSONALITY STRUCTURE AND STYLE OF COPING WITH STRESS OF DRUG ADDICTED PATIENTS

mag. Natalija Bilobrk, univ.dipl.psih.
CPZOPD Piran, Zdravstveni dom Piran

Izvleček

V prispevku je na čim bolj celovit način opisana osebnostno strukturo bolnikov, odvisnih od prepovedanih drog v povezavi z njihovimi načini spoprijemanja s težavami in stresnimi situacijami. Predstavljena je raziskava usmerjena v ugotavljanje, katere osebnostne lastnosti, stili spoprijemanja s stresom, načini reševanja problemov, konkretni življenjski stresni dogodki in število doživetih stresnih dogodkov bolnike opioidne odvisnosti vključenih v vzdrževalni program s substitucijskimi zdravili (v nadaljevanju vzdrževalni program) v ZD Piran pomembno ločuje od skupine zdravih ljudi.

Rezultati so potrdili domnevo, da bolnike odvisne od prepovedanih drog, vključene v vzdrževalni program v primerjavi z zdravimi ljudmi pomembno ločujeta osebnostni dimenziji *čustvena stabilnost* in *vestnost*. Pri soočanju s problemi pogosteje uporabljajo *manj uspešne strategije spoprijemanja s stresom*. Izkazalo se je, da ima največjo raziskovalno moč med skupinama komponenta domišljajska gratifikacija/ sproščanje jeze.

Raziskava je tudi pokazala, da odvisniki, od prepovedanih drog vključeni v vzdrževalni program doživljajo skupno *večje število stresnih dogodkov* kot zdravi ljudje. In večina teh življenjskih dogodkov se vsebinsko nanaša na bolj *negativne teme* dogodkov (izguba službe, denarne zadolžitve, osamljenost, misli na samomor, razočaranja, ipd.).

Pokazalo se je, da so pri bolnikih, odvisnih od PAS, osebnostne značilnosti in stili reagiranja na stres, v socialnih situacijah povezani na specifičen, samosvoj način. Uporabna vrednost dobljenih rezultatov je zato v terapevtske namene nesporna, saj nam poznavanje povprečnega profila bolnikov odvisnih od ilegalnih drog in njihovih načinov spoprijemanja s stresnimi situacijami olajša splošni in individualni terapevtski pristop. Boljše razumevanje bolnikov odvisnih od prepovedanih drog, pa pomeni, da jim lahko boljše in bolj primerno pomagamo. Morda jim bomo nekega dne lahko omogočili, da bodo nadzorovali svojo potrebo in željo po drogah.

Ključne besede: odvisnost od prepovedanih drog, osebnostna struktura, spoprijemanje s stresom

Abstract

The article attempts to integrally present personality structure of drug addicted patients and their ways to cope with problems and stressful situations. It is based on the research about personality characteristics, coping and problem solving styles, concrete stressful events and frequency of stressful events in patients addicted to opiates, who are participating in the substitution program at the Health Centre Piran.

Key words: drug addiction, personality structure, coping with stress

Uvod

Raziskovalci poskušajo najti dejavnike tveganja za nastanek bolezni odvisnosti in dejavnike, ki preprečujejo njen razvoj. Dejavniki tveganja za nastanek bolezni odvisnosti so posameznikove lastnosti, biološke in psihološke narave, ki v interakciji s socialnim okoljem povečujejo verjetnost,

da bo nekdo za to boleznijo zbolel (Zadel, 1995). Med temi imajo lahko pomembno vlogo obremenjujoče osebne izkušnje iz otroštva in pubertete, velik pritisk, s katerim se mladi srečujejo v šolah, vsakdanje težave in radovednost (Harm, Schumacher, Soer, Nitsche idr., 1997).

Raziskovalci so po dolgoletnem delu izdelali shemo, ki ljudi razdeli v tri glavne skupine glede na to, kakšen je/bo njihov odnos do drog (Krek, 1995):

- ljudje, ki ne uživajo drog,
- ljudje, ki uživajo droge pod posebnimi življenjskimi pogoji,
- ljudje, ki so dedno in socialno obremenjeni in bodo v velikem odstotku relativno zgodaj posegli po drogi.

To pomeni, da je nagnjenost k bolezni odvisnosti odvisna od prepleta bioloških, psiholoških in sociokulturnih dejavnikov. Gre za njihovo večplastno prepletanje. Bolezen odvisnosti je tako biopsihosocialna bolezen. Vedenjsko manifestacijo genske nagnjenosti k bolezni odvisnosti lahko preprečijo ali pospešijo dejavniki okolja in obratno. Biološki dejavniki lahko odločilno vplivajo na to, kakšen bo vpliv okolja na posameznika (Zadel, 1995).

Dejavnike tveganja in zaščite lahko grobo razdelimo v tri velike skupine (Zadel, 1995): biološki dejavniki tveganja in zaščite, psihološki dejavniki tveganja in zaščite in sociokulturni dejavniki tveganja in zaščite. Znotraj vsake od teh skupin obstaja več različnih razlag, kako posamezen dejavnik vpliva na bolezen odvisnosti.

Med psihološkimi dejavniki tveganja in zaščite prav gotovo spadajo osebne lastnosti posameznika. Psihologi opisujejo, da je težko opisati osebnostno strukturo bolnikov od prepovedanih drog, ki bi bila značilna prav za to bolezen. So pa ugotovili določene osebne lastnosti, ki so pogostejše pri uživalcih drog kot pri ostalem prebivalstvu. Ravno tako so ugotovili, da ima posameznik z večjimi sposobnostmi obvladovanja stresa večje možnosti, da se izogne bolezni odvisnosti (Zadel, 1995).

Metoda dela

Izvedena je bila primerjava reprezentativnega vzorca bolnikov opioidne odvisnosti, vključenih v vzdrževalni program, in kontrolno skupino zdravih ljudi. V obravnavo sem tako vključila 100 oseb. Vse so bile moškega spola. Njihova povprečna starost je bila 28,28 let. Najmlajši je bil star 19, najstarejši pa 47 let. Ambulanto obiskujejo tudi ženske, vendar je njihovo število še premajhno, da bi jih lahko vključili v raziskavo. Zaključki, ki bi jih dobili na premajhnem številu bolnic, ne bi bili posplošljivi na celotno skupino bolnic, odvisnih od heroina.

V nadaljevanju smo zbrane podatke uredili v spremenljivke in jih statistično obdelali v skladu z nameni in predvidevanji raziskave. Vse statistične analize so bile opravljene s programskim paketom SPSS. Kot psihološki instrumentarji pa so mi služili naslednji vprašalniki: Osebnostni vprašalnik *BFQ*, vprašalnik "*Načini spoprijemanja s stresom II*", vprašalnik "*Načini reševanja problemov I*" in *Lista življenjskih stresnih dogodkov*.

Rezultati z razpravo

Bolnike opioidne odvisnosti, vključene v vzdrževalni program in kontrolna skupina, se med seboj statistično pomembno razlikujeta v:

- **osebnostnih dimenzijah** VESTNOST in ČUSTVENA STABILNOST,
- ŠTEVILU **doživetih kritičnih življenjskih dogodkih**,
- DOŽIVETIH **kritičnih življenjskih dogodkih**.

V treh komponentah *načinov spoprijemanja s stresom*, in sicer v:

- SPREJEMANJU ODGOVORNOSTI,
- BEGU/IZOGIBANJU,
- NAČRTNEM REŠEVANJU PROBLEMOV.

Znotraj kategorij *načini reševanja problemov*, v komponentah:

- SPREJETJE/DISTRAKCIJA,
- DOMIŠLJIJSKA GRATIFIKACIJA/SPROŠČANJE JEZE in
- KONSTRUKTIVNI AKCIJI.

Stili spoprijemanja s stresom in načini reševanja problemov

Kaže, da bolniki, odvisni od prepovedanih drog, v primerjavi s kontrolno skupino POGOSTEJE ODREAGIRAJO NA NEKONSTRUKTIVEN NAČIN, kadar se v življenju *znajdejo v stresni situaciji* ali pred kakim težkim problemom ali težavo, ki se jim zdi nerešljiva.

Pogosteje kot kontrolna skupina poskušajo izboljšati svoje počutje, tako, da *jedo, pijejo, kadijo, uživajo droge, tablete* ali kaj podobnega ali pa da se znašajo nad drugimi ljudmi, se jih izogibajo, do njih so sovražni in jezni.

Ravno tako pogosteje kot kontrolna skupina sanjarijo in *fantazirajo* o boljših časih in okoliščinah ali pa se *prepuščajo domišljiji in željam*, kako bi se dogodki lahko razvijali. Pogosteje tudi mislijo na fantastične in neresnične stvari, ki jih spravljajo v boljšo voljo.

Kot kaže, pogosteje kot kontrolna skupina upajo, da se bo v taki situaciji *zgodil čudež*. Ne morejo verjeti, da se je to res zgodilo, in spijo več kot običajno. Na *vse skupaj hočejo pozabiti*. Ne dovolijo, da bi jih dogodek ali situacija preveč prizadel. Branijo si razmišljati o njem, problem poskušajo jemati z lažje plati, naredijo se, kot da se ni nič zgodilo ali pa se zadovoljijo z nečim drugim, ne s tistim, kar si res želijo.

Pogosteje kot kontrolna skupina menijo, da bo *čas naredil svoje*, da je treba samo počakati. Poskušajo se sprijazniti z usodo v smislu, da nimajo sreče, in se prepričujejo, da se jim v življenju vendarle ne godi tako slabo.

Ljudje, ki nimajo težav s prepovedanimi drogami in ki niso od njih odvisni, v takih trenutkih statistično pomembneje UPORABLJAJO BOLJ USPEŠNE STRATEGIJE SPOPRIJEMANJA S STRESOM.

V takih primerih se veliko bolj *osredotočijo na problem*, na to, kaj morajo narediti, izdelajo si načrt in akcijo in se po njih ravnaajo.

Določene stvari tudi *spremenijo*, samo da bi se problem lahko ugodno rešil.

Pomagajo si z *izkušnjami iz preteklosti*, podvojijo svoja prizadevanja, da bi se stvari uredile.

Poskusijo več različnih načinov za obvladovanje stresa ali rešitev problema. V primerjavi z eksperimentalno skupino *vztrajajo* pri svojem in *se borijo* za to, kar želijo doseči.

Razmišljajo pozitivno, probleme rešujejo postopoma, korak za korakom. So bolj potrpežljivi in se trudijo, da ne podirajo mostov za seboj, da se ne prenaagljijo in sledijo takoj prvemu vzgibu.

V takih situacijah navadno spoznajo, da so *zmožni rešiti problem* in v sebi odkrijejo nove moči in razumevanje samega sebe.

Manj uspešne načine spoprijemanja s stresom in probleme bolnikov, odvisnih od prepovedanih drog, bi lahko razložili s POSAMEZNIKOVO SPOSOBNOSTJO OBVLADOVANJA STRESA. Tudi nekatere psihološke teorije boleznih odvisnosti izhajajo iz tega dejstva (Zadel, 1995). Spomnimo se, da vse temeljne psihološke teorije, ki razlagajo boleznih odvisnosti, menijo, da imajo posamezniki z večjimi sposobnostmi obvladovanja stresa večje možnosti, da se izognejo boleznih odvisnosti (Zadel, 1995). Številne raziskave so pokazale, da so osebe, ki se nagibajo k raznim oblikam psihološke neprilagojenosti (anksioznosti, depresivnosti, odvisnosti...), manj uspešne v načinih spoprijemanja s stresom in pri razreševanju problemov (Lamovec, 1994). To je pokazala tudi naša raziskava, saj bolnike opioidne odvisnosti v primerjavi s kontrolno skupino ločijo prav stili spoprijemaja s stresom in problemi. Odvisniki večkrat uporabljajo manj uspešne strategije spoprijemanja s stresom (pijejo, kadijo, uživajo droge, znašajo se nad drugimi ljudmi, sanjarijo o tem, da se je problem rešil, delajo se kot da ni nič...) kot kontrolna skupina (osredotočijo se na to, kaj morajo narediti, izdelajo načrt in probleme rešujejo postopoma, vztrajajo, se trudijo in razmišljajo pozitivno).

Kljub temu da je raziskava pokazale povezavo med nekaterimi oblikami spoprijemanja in psihološko neprilagojenostjo, narava tega odnosa še zdaleč ni pojasnjena.

Vprašanje, ki se nam pri tem pojavi, je, ali so manj uspešni stili spoprijemanja s stresom obstajali, še preden se je razvila bolezen odvisnosti, ali pa so v določeni meri posledica te bolezni. Veliko bolnikov, odvisnih od drog, meni, da jim droga pomaga pri njihovem soočanju z vsakodnevnimi težavami. V tem primeru bi rezultate lahko razložili v smeri obstajanja manj učinkovitih tehnik spoprijemanja s težavami in konfliktnimi situacijami že pred razvojem boleznih odvisnosti. Vemo, da pri kompenzacijski rabi mladostnica ali mladostnik uživa drogo zato, da laže prebrodi stresne situacije in prežene neprijetna čustva. Lahko govorimo o neki vrsti "samozdravljenja" anksioznih, tesnobnih stanj. Če se je uživanje drog začelo iz radovednosti in kot "štos", postane v tem trenutku način, kako preživeti slab dan, pozabiti na kak konflikt, pregnati dolgčas ali zmanjšati stres.

Zato je za psihoterapevta pomembno ugotoviti, zaradi česa je bolnik, odvisen od PAS, po drogi posegel. Tisti, ki drogo jemljejo primarno iz želje po ugodju, morajo v psihoterapiji poiskati in spoznati nove poti do ugodja in sproščenosti. Tisti, ki z drogo lajšajo svoje probleme in stiske, pa potrebujejo drugačne, tvorne izkušnje, kako se da težave preprečevati, razreševati ali z njimi živeti (Kastelic, Mikulan, 2004).

Število kritičnih življenjskih dogodkov

Rezultati, ki smo jih v raziskavi dobili, nakazujejo, da odvisniki od prepovedanih drog, vključeni v vzdrževalni program, DOŽIVLJAJO SKUPNO VEČJE ŠTEVILO STRESNIH DOGODKOV kot kontrolna skupina (povprečno 18, medtem ko kontrolna skupina 8).

Tudi tukaj se nam hitro porodi vprašanje: ali je bolezen odvisnosti posledica mnogih stresnih situacij, katerim so bili posamezniki v življenju izpostavljeni, ali pa vzrok za številne stresne situacije, katere so le posledica načina življenja, ki ga bolezen odvisnosti prinaša.

V naši raziskavi so dobljeni konkretni življenjski stresni dogodki nekoliko bolj posledica boleznih odvisnosti, saj bi jih vsebinsko lahko povezali z ZNAČILNOSTMI OBDOBJA ODVISNOSTI IN ŽIVLJENJSKIM SLOGOM, ki ga bolezen odvisnosti prinaša.

Obenem pa bi to lahko obravnavali tudi kot omejitev v raziskavi, saj je lista življenjskih dogodkov od posameznikov zahtevala, da označijo dogodke, ki jim pripisujejo velik pomen in so jih doživeli v zadnjih dveh letih. Večina bolnikov, odvisnih od prepovedanih drog (62%), pa je v metadonski

vzdrževalni program vključenih nad dve leti. Iz literature je moč razbrati, da odvisniki uživajo povprečno dve leti že droge, preden se vključijo v metadonski program. Dogodke, ki so jih označevali, verjetno res lahko razložimo z obdobjem in življenjskim slogom, ki ga bolezen odvisnosti prinaša.

Sicer nerazjasnjeno vprašanje, zakaj ne razvijejo boleznih odvisnosti vsi, ki se v svojem življenju srečujejo s stresnimi življenjskimi situacijami, namigujejo na obstoj intervenirajočih faktorjev. Leti lahko posledice stresa ublažijo ali agrvirajo (Šfiligoj, 1999). Ena od možnosti je vsekakor že omenjena sposobnost obvladovanja stresnih situacij. Druga možnost pa so prav gotovo osebne lastnosti.

Osebnostna struktura

Ugotovila sem, da bolnike, odvisne od prepovedanih drog, vključenih v vzdrževalni program v primerjavi s kontrolno skupino statistično pomembno LOČUJETA osebnostni dimenziji:

- *čustvena stabilnost*. V primerjavi s kontrolno skupino se bolniki opioidne odvisnosti doživljajo bolj čustveno nestabilne: nervozne, anksiozne, ranljive, čustvene, zaskrbljene, napete, impulzivne, nestrpne in razdražljive.
- *vestnost*. V primerjavi s kontrolno skupino se doživljajo kot nezanesljive, nemarne, površne, neurejene, lene. Pogosto začetih nalog in dejavnosti ne izpeljejo do konca ter jih predčasno opustijo.

Večina ali celo vse študije, ki so raziskovale razlike v osebni strukturi bolnikov, odvisnih od PAS, in zdravih ljudi, je med njimi našla statistično pomembne razlike ne glede na instrumente, ki so jih raziskovalci uporabljali.

Vprašanje, ki se nam tudi pri teh ugotovitvah pojavi, je spet, ali so te osebne razlike obstajale, še preden se je razvila bolezen odvisnosti, ali pa so v določeni meri posledica te bolezni.

Posamezni kritični življenjski dogodki

Ugotovili smo, da se skupini med seboj statistično pomembno *razlikujeta* v naslednjih *dogodkih*: rojstvo zdravega otroka, denarne skrbi, osamljenost, tožnik ali toženec v sodni dvorani, brezposelnost, nezadovoljiv osebni dohodek, prepir s sorodniki, zdravljenje v bolnišnici, poskus samomora, smrt drugega sorodnika, smrt prijatelja ali prijateljice, razočaranje v ljubezni, vpletenost v prometno nezgodo, spor s prijateljem ali prijateljico, prestajanje zaporne kazni, najetje večjega posojila ali denarna zadolžitev, prva zaposlitev (služba), ponovna zaposlitev po daljšem presledku, občuten padec življenjskega standarda, težave v spolnem življenju, strah pred boleznijo, strah pred smrtjo, razočaranje nad drugim človekom, večja denarna izguba, propadel delovni načrt, prezahtevne naloge v službi, nezadovoljstvo s poklicem, občutna izguba telesne teže, daljša neprostoVOLjna spolna vzdržnost, hujša krivica, prekinitev delovnega razmerja.

Razložimo jih lahko s samo BOLEZNIJO ODVISNOSTI in ŽIVLJENJSKIM SLOGOM, ki ga odvisnost od PAS prinaša.

Število kritičnih življenjskih dogodkov

Kaže, da bolnike, odvisne od prepovedanih drog, ki so doživeli veliko kritičnih življenjskih dogodkov, v primerjavi z bolniki, odvisnimi od prepovedanih drog z malo kritičnimi življenjskimi dogodki, in kontrolno skupino loči pogostejše uporabljanje *manj uspešnih* strategij spoprijemanja s stresom in načine reševanja problemov, ko se v življenju znajdejo v stresni situaciji ali s kakšnim težkim problemom. Pogosteje poskušajo IZBOLJŠATI SVOJE POČUTJE tako, da:

- *jedo, pijejo, kadijo, uživajo droge, tablete ali kaj podobnega ali pa da se znašajo nad drugimi ljudmi, se jih izogibajo, do njih so sovražni in jezni.*
- *pogosteje kot ostale skupine sanjarijo in fantazirajo o boljših časih in okoliščinah, kot so te, v katerih so se znašli ali pa se prepuščajo domišljiji in željam o tem, kako bi se dogodki lahko razvijali.*
- *pogosteje tudi mislijo na fantastične in neresnične stvari, ki jih spravljajo v boljšo voljo.*

Dobljeni rezultati nam povedo še več: bolnike, odvisne od prepovedanih drog glede na število kritičnih dogodkov, med seboj ločijo prav *stili spoprijemanja s stresom*. Tisti bolniki, ki ocenjujejo, da so doživeli veliko kritičnih dogodkov, uporabljajo manj uspešne načine spoprijemanja s stresom, kot tisti odvisniki, ki menijo, da so doživeli malo kritičnih življenjskih dogodkov. Manj uspešne načine spoprijemanja s stresom bolnikov, odvisnih od prepovedanih drog, ki so doživeli veliko kritičnih življenjskih dogodkov, bi lahko razložili v smeri njihove *spodobnosti obvladovanja stresa in smeri doživetih kritičnih življenjskih dogodkov*: Kritični življenjski dogodki se verjetno povezujejo z odvisnikovo STAROSTJO in s ČASOM, ki ga je že prebil v programu. To pomeni:

- *čim starejši* so bolniki, tem več stresnih življenjskih dogodkov imajo.
- *čim dlje* so v vzdrževalnem programu oz. v svetu odvisnosti, tem več kritičnih življenjskih dogodkov doživljajo.

Sklepamo torej lahko, da sta starost in časovni staž odvisnikov ob slabih strategijah spoprijemanja s stresom tisti dejavniki tveganja, ki vplivajo tudi na potek psihoterapije.

Smernice za prihodnje raziskave

Glavnina populacije bolnikov, odvisnih od prepovedanih drog, na katerih so narejene študije, so moškega spola. Zato bi bilo priporočljivo, predvsem pa potrebno podrobneje raziskati *ŽENSKI* del te populacije: ugotoviti njihove osebne lastnosti, psihosocialne stile reagiranja, vedenjske stile pri uporabi drog, emocionalni slog, stile spoprijemanja s stresom, itd.

Zaključek

Porastu opioidne odvisnosti so botrovali različni dejavniki. Etiologija sindroma odvisnosti kaže na vpliv in prepletanje številnih dejavnikov: socialnih dejavnikov, dejavnikov okolja ter temeljne osebne lastnosti. Lahko bi rekli, da je odvisnost od heroina in drugih prepovedanih drog kompleksen pojav in kompleksna stresna situacija, ki posredno in neposredno prizadene posameznika in njegove bližnje. Zato igra pri njej pomembno vlogo družina, posredno pa tudi posameznikovi mehanizmi spoprijemanja s težavami .

Raziskava je bila zastavljena tako, da bi z njo na čim bolj celovit način opisali osebno strukturo bolnikov, odvisnih od prepovedanih drog in ugotoviti njihove načine spoprijemanja s težavami in stresnimi situacijami. V ta namen smo posredno ugotavljali, katere osebne lastnosti med seboj najbolj ločujejo skupini odvisnih od prepovedanih drog in zdrave ljudi. Zanimalo nas je tudi v katerih socialno – demografskih podatkih se skupini med seboj pomembno razlikujeta, kateri stili spoprijemanja s stresom, načini reševanja problemov, konkretni življenjski stresni dogodki in število doživetih stresnih dogodkov skupini med seboj pomembno ločujejo.

Uporabna vrednost dobljenih rezultatov bi bila v terapevtske namene nesporna, saj bi nam poznavanje povprečnega profila bolnikov odvisnih od ilegalnih drog in njihovih načinov spoprijemanja s stresnimi situacijami olajšalo splošni in individualni terapevtski pristop.

Vendar pa kljub raziskovanju pojava odvisnosti v vseh plasteh, še vedno ni enotnega mnenja o najbolj uspešnem načinu celostne obravnave opioidne odvisnosti. Vsak posameznik potrebuje individualno obravnavo, upoštevajoč vse dejavnike, ki zaznamujejo določeno osebnost.

Zaključimo lahko, da so pri bolnikih, odvisnih od PAS, osebne značilnosti in stili reagiranja na stres, v socialnih situacijah povezani na specifičen, samosvoj način. Poznavanje teh povezav, pomeni boljše razumevanje teh ljudi in njihovih težav. Preventivno in terapevtsko delo bi zaradi tega moralo biti bolj učinkovito.

Literatura

1. Bilobrk, N. Osebnostna struktura in stili spoprijemanja s stresom bolnikov, odvisnih od prepovedanih drog. Koper: Univeza v Ljubljani, Filozofska fakulteta. Magistrsko delo; 2004.

LASTNOSTI IN KAKOVOSTI MEDICINSKE SESTRE V CENTRU ZA PREPREČEVANJE IN ZDRAVLJNJE ODVISNIH OD NEDOVOLJENIH DROG

QUALITIES OF NURSES AT THE CENTRE FOR PREVENTION AND TREATMENT OF DRUG ADDICTION

Petra Kodrič, dipl.m.s.

Služba psihohigiensko psihiatrične dejavnosti, CPZOPD Maribor,
Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor,

Izveček

Uživanje drog ne povzroča zdravstvenih težav samo posamezniku, ki uživa psihoaktivne snovi, ampak je to problem celotne družbe.

V Centru za preprečevanje in zdravljenje odvisnih od nedovoljenih drog (CPZOPD) Maribor je program usmerjen v zmanjševanje škode, kriminalitete, izboljšanje telesnega in duševnega zdravja ter kakovosti življenja posameznika in njegove družbe. Programi zdravljenja s substitucijskimi zdravili predstavljajo prav tako učinkovit ukrep proti širjenju s krvjo prenosljivih okužb.

Pomembno je, da odvisniku od nedovoljenih drog pomagamo pri obvladovanju odtegnitvenega stanja, želje po drogi, urejanju in vključevanju v družbo ter pri prepoznavanju rizičnih situacij za recidiv, saj ima uživanje psihoaktivnih snovi lahko pomembne posledice za javno zdravje in politiko.

V prispevku je predstavljena vloga, lastnosti in kakovosti medicinske sestre, ki je zaposlena v CPZOPD ter poudarjen pomen terapevtske komunikacije med medicinsko sestro in odvisnikom v CPZOPD.

Ključne besede: odvisnost, odvisnik, substitucijska terapija

Abstract

Drug use constitutes not only a problem for an individual user of psychoactive substances, but also for the society as a whole. The treatment program at the Centre for prevention and treatment of drug addicted patients in Maribor therefore includes measures for harm and criminal behavior reduction, improvement of physical and mental health, and better quality of life of the individual and his environment. This article presents the role, characteristics and qualities of nurses, employed at the Centre, and the importance of therapeutic communication between the nurse and the patient.

Key words: addiction, drug addict, substitution therapy

UVOD

Odvisnost od nekega sredstva je, ko človek želi uživati to sredstvo, čeprav mu ogroža telesno in duševno zdravje ter vpliva na socialni položaj. Te želje ne more premagati z lastno voljo, kljub hudim posledicam odvisnosti. Kdor je že razvil odvisnost od drog, čuti nepremagljivo željo po ponovnem jemanju drog in ta želja mu zavre vse njegove druge želje, zanimanja, pričakovanja in dejavnosti. Pripravljen je za to željo storiti tudi kaznivo dejanje.

Jemanje drog torej povzroča zdravstvene težave, saj ljudje droge pogosto jemljejo v nevarnih okoliščinah in na nevaren način, hkrati pa lahko pride do razvoja odvisnosti od drog. Pri odvisnosti od opiatov se pojavljajo mnoge težave: odvisnost tudi od drugih drog, kronični zdravstveni problemi, socialna izključenost, osebno in socialno moteno delovanje in vpletenost v kriminal.

Trenutno je v Sloveniji osemnajst Centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnih od nedovoljenih drog, kamor se lahko na podlagi opravljene anamneze, kliničnega pregleda ter

izpoljenih pogojev za vstop vključi odvisnik od nedovoljenih drog v substitucijski program. V Centrih so na voljo substitucijska zdravila: metadon v obliki raztopine, buprenorfin v obliki podjezične tablete, buprenorfin/nalokson (v Sloveniji registriran kot Suboxone) prav tako v obliki podjezične tablete ter morfin v obliki kapsul s podaljšanim sproščanjem (v Sloveniji registriran kot Substitol) (Pišec, 2008).

Zdravljenje odvisnosti s substitucijskimi zdravili

Zdravljenje zajema raznolike oblike pomoči. Poznamo različne programe, ki pomagajo odvisniku spremeniti navade, nekateri so ambulantni, drugi hospitalni, spet tretji potekajo v terapevtskih skupnostih izven zdravstvenega sistema, torej so v okviru medicinskega modela odvisnosti, drugi pa so nemedicinski, lahko psihosocialno zastavljeni, včasih tudi laični.

Substitucijski programi poleg psihoterapevtskih ukrepov zdravljenja ostajajo najučinkovitejši terapevtski pristop za zdravljenje opioidne odvisnosti. Zdravljenje s substitucijskimi zdravili dokazano prekine ali vsaj zmanjša uživanje prepovedanih opioidov, zadrži bolnike v zdravljenju, izboljša bolnikovo počutje in kvaliteto življenja. V primerjavi z nezdravljenimi, je preživetje bolnikov, vključenih v tovrstno zdravljenje štirikrat večje, izboljšani pa so tudi kazalci socialnega stanja (zaposlenost, dokončanje študija). Poleg tega substitucijsko zdravljenje zmanjša incidenco okužb s HIV, HBV, HCV ter tuberkulozo in zmanjša kriminalno vedenje. Substitucijski vzdrževalni programi so dokazano tudi stroškovno učinkoviti (Kastelic in Matičič, 2007).

Zdravljenje z metadonom je torej ena izmed možnosti za obravnavo odvisnosti od opiatov. Metadon se pri obravnavi odvisnosti od heroina uporablja že nad 40 let, čeprav se je način zdravljenja v tem času spremenil. Zdravilo metadon omogoča velikemu številu uživalcev drog stike z zdravstveno službo. Bistveno se zmanjša možnost prenosa različnih okužb. Izboljša tudi posameznikovo socialno stanje in psihično funkcioniranje (Kastelic in Kostnapfel-Rihtar, 1999).

Zdravilo buprenorfin in buprenorfin/naloxon je novo zdravilo, ki je bilo razvito z namenom, da je varno in učinkovito zdravilo za zdravljenje odvisnih od opioidov. Torej je nevarnost zlorabe manjša (ob intravenozni uporabi zdravila pride do neželenih in neprijetnih stranskih učinkov), kar omogoči pacientu hitrejši režim podeljevanja zdravila v roke (zdravilo lahko prejme za domov), s tem pa omogočimo hitrejši dostop do zdravljenja večjemu številu pacientov.

Lastnosti in kakovosti medicinske sestre v CPZOPD

Naloge in dela medicinske sestre v substitucijskem programu so zelo različne. Pri delu prihaja medicinska sestra v osebni stik z odvisnikom in njegovimi svojci, zato je potrebno, da z njimi vzpostavi primeren odnos, ki temelji na medsebojnem spoštovanju in zaupanju, kajti samo tako je mogoče pričakovati pozitiven rezultat zdravljenja. Medicinska sestra je odgovorna za podeljevanje substitucijske terapije. Ob podeljevanju substitucijske terapije ima medicinska sestra priložnost, da opazuje počutje odvisnika. Zdravstvena vzgoja v substitucijskem programu je kontinuiran proces, ki vključuje posameznika in njegove svojce. Zajema motivacijo odvisnika, poučevanje in komunikacijo. S pomočjo aktivnosti, ki se nanašajo na zdravstveno vzgojo, lahko medicinska sestra odvisniku svetuje in ga pouči, kako si lahko izboljša kakovost življenja in doseže boljše zdravje. Zato mora odvisnik sprejeti svoje zdravje in zdravje drugih kot dobrino, za katero pa mora skrbeti sam.

Dela in naloge medicinske sestre zahtevajo ustrezne psihofizične sposobnosti in osebnostne lastnosti, ki omogočajo human in odgovoren odnos do varovanca in družbene skupnosti. Strokovno znanje, natančnost, sposobnost kritičnega presojanja in ustvarjalno reševanje

problemov, komunikativnost in primerna stopnja optimizma, so pogoj za uspešno opravljanje zdravstvene nege (Pajnkihar, 1999).

Delo medicinske sestre v Centru za preprečevanje in zdravljenje odvisnih od nedovoljenih drog je raznoliko, zahtevno, odgovorno in terja od medicinske sestre veliko napora in energije. Medicinska sestra mora obvladati postopke in posege, ki jih opravlja pri delu z odvisnikom in njegovimi svojci, predvsem pa mora poznati veščine komunikacije.

Imeti mora tudi osebnostne lastnosti, s pomočjo katerih najde pot do odvisnika in mu pokaže izhod iz labirinta težav in posledic, ki jih je odvisniku naložila droga.

Prav tako je pomembno, da odvisniku pomaga najti način, ki mu bo olajšal nositi odgovornost za svoje življenje z drogo. Odvisnika mora znati prepričati, da začne na sebe, na drogo in na svet gledati iz drugačne perspektive.

Za delo z odvisnikom od nedovoljenih drog mora medicinska sestra imeti veliko strokovnega znanja, potrpljenja, energije in kontinuiranega strokovnega izobraževanja.

Vloga medicinske sestre v CPZOPD

Vloga medicinske sestre v CPZOPD poteka na več nivojih delovanja:

- sprejem pacienta odvisnika v Center za preprečevanje in zdravljenje odvisnih od nedovoljenih drog,
- medicinska sestra je odgovorna za organizacijo dela v CPZOPD (vodenje dokumentacije, naročanje zdravil, statistika,...),
- skrbeti mora za zagotavljanje kontinuirane zdravstvene nege (kakovostno in neprekinjeno zdravstveno nego zagotavlja z ustno in pisno predajo informacij ter z doslednim izpolnjevanjem vseh obstoječih obrazcev zdravstvene nege),
- neposredno delo s pacienti odvisniki (podeljevanje substitucijske terapije, cepljenje proti hepatitisu B, testiranje na nedovoljene droge in sicer odvzem urina ali sline pod nadzorom, anketni vprašalniki,...),
- zdravstveno-vzgojno delo, svetovanje in
- strokovno izpopolnjevanje.

Podeljevanje substitucijske terapije

Medicinska sestra je odgovorna za podeljevanje substitucijske terapije in jo tudi sama podeljuje. Pri podeljevanju se mora medicinska sestra držati standarda podeljevanja substitucijske terapije (podeljevanje terapije, opazovanje odvisnika, odvzem materiala za laboratorijske preiskave, vodenje dokumentacije...). Na ta način se zagotovi strokovna, vsebinsko in metodološko usklajena izvedba negovalne intervencije.

Medicinska sestra pri svojem delu uporablja procesno metodo dela (ugotavljanje potreb po zdravstveni negi, načrtovanje zdravstvene nege, izvajanje zdravstvene nege, vrednotenje), timsko metodo dela, dispanzersko metodo dela in zdravstveno-vzgojno metodo dela.

Varna in natančna priprava ter podeljevanje zdravil sta eni izmed najbolj pomembnih aktivnosti medicinske sestre. Poznati mora delovanje, stranske učinke in način dajanja zdravil. Znati mora spremljati odziv bolnika na zdravilo in mu pomagati pri jemanju zdravila (Ivanuša in Železnik, 2008).

Vsako zdravilo lahko pri določeni osebi in v določenih okoliščinah povzroči tudi neželene učinke, kljub temu, da je bilo predpisano in uporabljeno pravilno. Res pa je tudi, da vsak neprijeten dogodek med zdravljenjem ni nujno posledica neželenih učinkov zdravila. Pomembno je, da se bolnik seznanja z znaki najpogostejših ali najpomembnejših možnih neželenih učinkov pri zdravlilu, ki ga jemlje (Možina, 2007).

Odvzem urina pri odvisniku od nedovoljenih drog v CPZOPD

Imunokemijski urinski testi o prisotnosti psihoaktivnih snovi in njihovih presnovkov so pomembno sredstvo pri obravnavi uživalcev drog in tudi tistih, za katere le sumimo, da droge jemljejo. Uporabljajo se tako v diagnostične kot tudi terapevtske namene. Posebno so koristni ob sumu zastrupitve, kjer so pomembno diferencialno diagnostično sredstvo.

Odvzem urina je treba opraviti pod nadzorom, saj le tako lahko pričakujemo ustrezen rezultat. Ker gre za postopek, ki je za pacienta neprijeten, ga je z njim treba predhodno seznaniti. Pomembno je, da je oseba, ki nadzira odvzem urina, istega spola kot pacient v kolikor je to le mogoče. Za točnost rezultatov je treba urin odvzeti na ustrezen način, saj obstaja možnost, da pacient vpliva na rezultate izvida in pri tem ne gre za laboratorijske oziroma tehnične napake pri izvedbi testa (Kastelic et al., 2000).

Pomen terapevtske komunikacije z odvisnikom v CPZOPD

Ena najpomembnejših nalog medicinske sestre je zadovoljevanje pacientovih potreb s pomočjo terapevtske komunikacije. Le ta se začne takoj, ko pacient stopi v zdravstveno ustanovo. Je veliko več kot le prenašanje sporočil med ljudmi, je srečanje enega človeka z drugim. Vsak od njiju je vstopil v odnos s svojimi občutki, strahovi, pričakovanji, vrednotami, sposobnostmi in omejitvami. Bolj ga poznamo, lažje mu pomagamo. V nasprotju z običajno komunikacijo, ko je cilj zadovoljevanje potreb vseh sodelujočih, je pri terapevtski komunikaciji na prvem mestu zadovoljevanje pacientovih potreb. Na začetku srečanja s pacientom je cilj vzpostavitev odnosa in ustvarjanje varnega okolja. V naslednji fazi je poudarek na ugotavljanju potreb, na razjasnitvi ciljev in pričakovanj, v nadaljevanju skuša medicinska sestra slediti ciljem in zadovoljiti potrebe (Videčnik, 2009).

Za medicinsko sestro, ki je zaposlena v CPZOPD je torej zelo pomembno, da upošteva vse značilnosti terapevtske komunikacije kot so zaupanje, sprejemanje, empatija, spoštovanje, samo-razkrivanje in zaupnost.

Pacienti – odvisniki so velikokrat agresivni zaradi različnih dejavnikov (zloraba drog, alkohola, manično stanje, psihoza, ponižanje, itd.), zato mora biti ravnanje medicinske sestre usmerjeno v preventivo. Znati mora pravočasno odkriti potencialno agresivnost. Za vse to pa je potrebno veliko izobraževanj na področju zdravstvene nege agresivnega pacienta, predvsem kakšni so terapevtski ukrepi pri agresivnem pacientu ter kako zmanjšati stopnjo agresivnosti.

Ker je nasilno vedenje v Centrih za preprečevanje in zdravljenje od nedovoljenih drog vselej možno in žal neizogibno, se z njim nikakor ne smemo sprijazniti ali ga celo dopuščati, mora medicinska sestra sprotno izpolnjevati obrazce za evidentiranje incidentov.

Življenje brez drog ima nedvomne prednosti. Preprečevanje in zmanjševanje škode, povezane z drogami, je javno-zdravstveni cilj v vseh državah članicah EU. Če uživalec ne more prenehati z jemanjem drog, je potrebno vsaj bistveno zmanjšati škodo, ki jo povzročajo, s tem pa se mu dvigne tudi kakovost življenja. Naloga nas vseh ljudi, ne samo zdravstvenega osebja, je zato pravilna vzgoja in informiranje prebivalstva o posledicah jemanja drog.

Zdravstveno osebje v CPZOPD mora zato imeti veliko dodatnega znanja, da motivira odvisnika, da mu daje nasvete in podporo za izboljšanje splošnega zdravstvenega stanja.

Etični vidik

Pri delu prihaja medicinska sestra v osebni stik z odvisnikom in njegovimi svojci, zato je potrebno z njimi vzpostaviti primeren odnos, ki bo temeljil na medsebojnem spoštovanju in zaupanju, kajti samo tako je mogoče pričakovati pozitivne rezultate zdravljenja.

Za medicinsko sestro je pomemben Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, saj ji pomaga pri preoblikovanju etičnih vrednot in je vodilo ter spodbuda pri delu v praksi zdravstvene nege. Medicinska sestra je zagovornica koristi pacienta in mu nudi fizično, psihično, socialno, duhovno ter moralno podporo (Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2005).

Za odvisnika je še posebej pomembno, da medicinska sestra, ki dela v Centru za preprečevanje in zdravljenje odvisnih od nedovoljenih drog upošteva načelo o dostojanstvu, zasebnosti ter varovanju poklicne skrivnosti. Le na takšen način si lahko medicinska sestra pridobi zaupanje pacienta, ki vodi v lažje sodelovanje in boljšo kakovost zdravljenja.

Torej v ambulanti, kamor prihajajo odvisniki po substitucijsko terapijo, prihaja do neposrednih stikov med njimi in medicinsko sestro. Pomemben je predvsem prvi stik z odvisnikom, saj je od tega v veliki meri odvisno nadaljnje sodelovanje. Odvisniki so populacija, ki velikokrat pridejo navzkriž z zakonom in jih zato ljudje včasih tudi po nepotrebnem obsojajo, ne glede na to ali so krivi za dejanja ali ne. Zato je še bolj pomembno, da deluje medicinska sestra ter ostali člani tima profesionalno, to pomeni, da odvisnik ne začuti tega obsojanja, saj obstaja nevarnost, da njegovo zdravljenje ne bo uspešno.

Pomembno je, da ima medicinska sestra s svojci odvisnika stike, saj le ti potrebujejo od medicinske sestre in drugih članov zdravstvenega tima močno podporo, da zmorejo odvisniku stati ob strani, sicer se odvisniki, ki ostanejo sami pod težo bremena, ki ga prinaša droga lahko zlomijo in izgubijo upanje.

Razprava

Glede na to, da odvisniki spadajo v rizično skupino in jih lahko v zdravstvu srečujemo na vseh področjih zdravstvene nege si želimo boljšega sodelovanja z bolnišnicami in ostalimi inštitucijami. Menimo, da medicinskim sestram in zdravstvenim tehnikom primanjkuje znanja s področja odvisnosti. Velikokrat ugotavljamo, da pacienta – odvisnika neprofesionalno obravnavajo. Ne smemo pozabiti, da medicinska sestra ali zdravstveni tehnik ni tisti, ki bi lahko sodil odvisniku, ampak ima svoje poslanstvo, ki ga določa tudi kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Ne nazadnje imamo tudi zaposleni v Centrih občutek nesprejetosti med stanovskimi kolegi saj so mnenja, da odvisnikom, dajemo samo potuho, ti pa državi kradejo denar.

Medicinske sestre in zdravstveni tehniki, ki so zaposleni v CPZOPD pogosto izgorevajo, zato bi bilo nujno potrebno kontinuirano strokovno izobraževanje, možnost supervizije, zagotoviti varno okolje (v primeru agresivnega pacienta – ustrezno ukrepati). Nedopustno je namreč mišljenje nekaterih pacientov- odvisnikov, da se lahko do medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov vedejo neprimerno, mi pa jim to dopustimo « ker pač takšni so» kot sami pogosto navajajo.

Zaključek

Osnovna misel vsakega zdravstvenega delavca bi morala biti, da zdravstveno stanje posameznika in družbe ni nekaj v naprej določenega, ampak se da na zdravje vplivati in usmerjati.

Pomembno je, da odvisniku od nedovoljenih drog pomagamo pri obvladovanju odtegnitvenega stanja, želje po drogi, urejanju in vključevanju v družbo ter pri prepoznavanju rizičnih situacij za recidiv, saj ima uživanje psihoaktivnih snovi lahko pomembne posledice za javno zdravje in politiko.

Pomembno je vedeti, da je preprečevanje in zmanjševanje škode povezane z drogo javno – zdravstveni cilj v vseh državah članicah EU. Naloga nas vseh ne samo zdravstvenega osebja, je pravilna vzgoja in informiranje prebivalstva o posledicah jemanja drog. Droge so bile med nami, so tukaj in vedno bodo med nami.

Literatura

2. Ivanuša A, Železnik D. Standardi aktivnosti zdravstvene nege. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede 2008.
3. Kastelic A, Kostnapfel-Rihtar T. Kaj je dobro vedeti o metadonu. Ljubljana: Ustanova Odsev se sliši 1999.
4. Kastelic A, Matičič M. Priporočila za klinično obravnavo in zdravljenje. Ljubljana: Schering-Plough 2007.
5. Kastelic A, Škoberne M, Karlovšek–Zorec M. Priporočila za uporabo imunokemijskih urinskih testov na droge in njihove presnovke pri uživalcih prepovedanih drog. Ljubljana: Ustanova odsev se sliši 2000.
6. Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije – 2005. 2005. Dosegljivo na: <http://www.pos.si/zbornica/kodeks-etike-MSZT2005.pdf> (16.02.2010).
7. Možina M. Priročnik o varni in pravilni rabi zdravil. Ljubljana: ZZZS-Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije 2007.
8. Pajnkihar M. Teoretične osnove zdravstvene nege. Maribor: Visoka zdravstvena šola 1999.
9. Pišec A. Odvisnost od prepovedanih drog. Projekt "Osveščen, ne zadet!" 2008. Dosegljivo na: <http://star.osvescen.si/zbornik/Zbornik2008.doc> (16.02.2010).
10. Videčnik I. Pomen komunikacije v psihiatrični zdravstveni negi. In: Čelan Stropnik S, eds. Funkcionalno izobraževanje iz psihiatrične zdravstvene nege in psihiatrije. Maribor: Univerzitetni klinični center Maribor 2009: 13-7.

SPECIFIKE OBRAVNAVE ODVISNIKA OD NEDOVOLJENIH DROG V BOLNIŠNIČNEM OKOLJU

SPECIFICS OF TREATMENT OF DRUG ADDICTED PATIENT IN HOSPITAL SETTING

Metka Debevec-Švigelj, dipl.m.s.
CPZOPD Ljubljana, Zdravstveni dom Ljubljana-Center

Izveček

Obravnavanje odvisnika v bolnišničnem okolju predstavlja velik problem za zdravstveno osebje. Poleg osnovne bolezni, zaradi katere je pacient hospitaliziran, se je potrebno soočiti tudi z njegovo odvisnostjo od prepovedanih drog in morda še s pridruženo duševno ali osebnostno motnjo.

Članek v posameznih poglavjih predstavi bolezen odvisnost od prepovedanih drog, osebnostne značilnosti odvisnikov in nekaj izkušenj pri delu z njimi. Nakaže terapevtski pristop k pacientu, z upoštevanjem zakonskih določil in strokovnih smernic.

Predvsem pa predlaga sodelovanje med osebjem posameznih strokovnih področij, s ciljem povečanja kakovosti dela z odvisnimi pacienti.

Ključne besede: komorbidnost, terapevtsko komuniciranje, zdravstvena nega

Abstract

Treatment of drug-addicted patients in hospital settings represents a big challenge for the health care staff. Beside the illness, for which the patient was hospitalized, there is a need to deal with his drug addiction and possibly also with associated mental or personality disorder. The article introduces illness of drug addiction, personality characteristics of addicts and experiences from work with addicts. Therapeutic approach, based on the law provisions and professional guidelines, is also presented. The main intent of the article is to propose cooperation between different professional areas with the goal of better quality of work with the patients.

Key words: comorbidity, therapeutic communication, and nursing

UVOD

Osebje v bolnišnicah se občasno srečuje s pacienti, ki imajo pridruženo motnjo, to je: odvisnost od nedovoljenih drog, predvsem od opioidov. Le-te, kupljene na črnem trgu, lahko slednji zlorabljujejo, oz. jih jemljejo nekontrolirano. Lahko pa so vključeni v program zdravljenja z nadomestnimi zdravili, redno prejemajo svoj dnevni odmerek substitucije, ki jim preprečuje odtegnitvene motnje ter jim omogoča, da normalno opravljajo vsakodnevne aktivnosti. Jemanje nadomestnih zdravil pa ne izključuje možnosti, da nekateri posamezniki ne bi nekontrolirano jemali tudi prepovedanih substanc. Program zdravljenja odvisnosti z nadomestnimi zdravili običajno ne zahteva od uporabnikov popolne abstinence, s ciljem, da je tovrstna obravnava dosegljiva za širšo skupino odvisnih. Tako se zdravstveno osebje bolnišnice, kjer se zdravijo somatska obolenja, sooči s pacientom, ki potrebuje še dodatno, posebno obravnavo. Kako naj se medicinska sestra obnaša do odvisnika? Kaj lahko pričakuje v odnosu do njega?

V primeru bolnišničnega zdravljenja bi bilo priporočljivo, da se strokovnjaki obeh področij posvetujejo, saj je le to pot k celostni obravnavi bolnikov z boleznijo odvisnosti od opioidov.

Metoda dela

V prispevku je uporabljena opisna metoda dela s pregledom literature na področju veljavne zakonodaje, s pregledom strokovnih člankov, ki so vsebinsko povezani z obravnavo odvisnikov,

usmerjenim pregledom vsebine Zbornika srečanja: Delo z odvisnimi – povezovanje primarnega s sekundarnim zdravstvenim varstvom. Opisane so tudi lastne izkušnje iz dela v Centru za preprečevanje in zdravljenje odvisnih od nedovoljenih drog Ljubljana.

Pacientove pravice

Osnovni okvir za sodelovanje v obojestransko korist in zadovoljstvo, nam in našim bolnikom daje upoštevanje pravic in dolžnosti pacientov, ki jim po zakonu pripadajo.

3. člen Zakona o pacientovih pravicah zahteva, da se pri uresničevanju pacientovih pravic upoštevajo zlasti naslednja načela:

- spoštovanje vsakogar kot človeka in spoštovanje njegovih moralnih, kulturnih, verskih, filozofskih in drugih osebnih prepričanj,
- spoštovanje telesne in duševne celovitosti ter varnosti,
- varstvo največje zdravstvene koristi za pacienta, zlasti otroka,
- spoštovanje zasebnosti,
- spoštovanje samostojnosti pri odločanju o zdravljenju,
- spoštovanje osebnosti in dostojanstva tako, da nihče ni socialno zaznamovan zaradi svojega zdravstvenega stanja in vzrokov, posledic ter okoliščin tega stanja ali zdravstvene oskrbe, ki jo je bil zaradi tega deležen.

54. člen taistega zakona pa dodaja tudi pacientove dolžnosti:

Za doseganje kakovostne in varne zdravstvene oskrbe je pacient dolžan:

- dejavno sodelovati pri varovanju, krepitvi in povrnitvi lastnega zdravja,
- v času bolezni ravnati v skladu s prejetimi strokovnimi navodili in načrti zdravljenja, v katere je ustno oziroma pisno privolil,
- dati pristojnemu zdravniku in drugim pristojnim zdravstvenim delavcem oziroma zdravstvenim sodelavcem vse potrebne in resnične informacije v zvezi s svojim zdravstvenim stanjem, ki so mu znane in so pomembne za nadaljnjo zdravstveno oskrbo, zlasti podatke o svojih sedanjih in preteklih poškodbah ter boleznih in njihovem zdravljenju, boleznih v rodbini, morebitnih alergijah in zdravilih, ki jih uživa,
- obvestiti zdravstvene delavce in zdravstvene sodelavce o nenadnih spremembah zdravstvenega stanja, ki se pojavijo med zdravljenjem,
- biti obziren in spoštljiv do zasebnosti in drugih pravic drugih pacientov ter zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev,
- spoštovati objavljene urnike, hišni red in predpisane organizacijske postopke izvajalcev zdravstvenih storitev,
- pravočasno obvestiti izvajalca zdravstvenih storitev o morebitnem izostanku na pregled ali zdravljenje. (ZPacP, 2008)

Značilnosti bolezni odvisnosti in osebnosti odvisnega pacienta

Osebjem Centra za preprečevanje in zdravljenje odvisnih od nedovoljenih drog (CPZOND) Ljubljana dnevno obravnava več kot 300 odvisnih, ki prihajajo po odmerek svojega nadomestnega zdravila, ali pa na razgovor k terapevtu. S seboj prinašajo svoje probleme, bodisi domače, službene, zdravstvene, ekonomske, sodne-kazenske itd. V programu ostajajo tedne, mesece, leta... Med zdravstvenim osebjem in odvisniki se vzpostavlja terapevtski odnos, ki je zgrajen na spoštovanju, jasno postavljenih mejah, doslednosti, zaupanju in poštenosti. Večina pacientov sprejme vsebino programa in ga vključi v svoj vsakdan.

Za okolico so predvsem moteči tisti posamezniki, ki s svojim izgledom in vedenjem izstopajo. Zaposleni v CPZOND, na osnovi Terapevtskega dogovora med posameznim uporabnikom programa in terapevti, vzdržujejo ugodne pogoje za delo in zdravljenje. Kljub temu, da z večino pacientov ni težav, pa se pri nekaterih močneje zaznavajo nekatere osebnostne značilnosti, ki jih je potrebno predvideti in upoštevati v času vzpostavljanja terapevtskega odnosa. Ko se srečamo z bolnikom, ki je odvisen od prepovedanih drog, nas čaka težka naloga. Najprej moramo temeljito premisliti o svojih predsodkih do odvisnikov ter vključiti sposobnost empatičnega vživljanja v pacientovo stanje.

Osebnostne značilnosti odvisnih

Psihologi merijo značilnosti osebnosti z različnimi lestvicami. Tako so odkrili določene odklone, ki jih v praksi prepoznavamo pri odvisnih od prepovedanih drog. Nekatere teh dimenzij osebnosti so glavne, primarne, splošne ali globalne, druge so le poteze obnašanja ali vedenjski odrazi teh dimenzij.

Eden izmed vprašalnikov, ki ga uporabljajo med drugim tudi za pojasnjevanje in predvidevanje človekovega vedenja, je Eysenckova osebnostna lestvica (EPQ-R). Temelji na teoriji o treh glavnih dimenzijah osebnosti: ekstravertnost-intravertnost, nevroticizem, psihoticizem in se ukvarja z normalnim vedenjem, ne s simptomi.

V primeru odvisnih od prepovedanih drog se je v primerjavi s kontrolno skupino pokazala:

- večja nagnjenost k psihoticizmu (kaže se v impulzivnosti, motnjah pozornosti in neorganiziranosti) in
- nevroticizmu (kaže se v negativizmu, slabši toleranci za stres, čustveni nestabilnosti, psihološkim motnjam in amoralnosti ter nagnjenost k anksioznosti in depresiji) in
- nizke vrednosti ekstravertnosti (introvertiranost, molčečnost, samotarskost, zadržanost, skrivnostnost) (Eysenck, 1999).
- Odvisni se težje prilagajajo družbenim pričakovanjem kot kontrolna grupa (Rosenthal et al., 1990).

Odvisnost

Odvisnost je opredeljena kot motnja, ki nastane zaradi uživanja snovi (drog), ki vplivajo na človekovo razpoloženje, zaznavanje ali čustveno stanje.

Odvisnost od drog je bolezensko dogajanje, za katero so značilni naslednji znaki:

- močna oziroma nepremagljiva želja (hrepenenje) po psihoaktivni snovi,
- oslavljen nadzor nad količino zaužite psihoaktivne snovi,
- spremenjena toleranca do te snovi (za enak učinek je potreben večji odmerek snovi)
- odtegnitveni znaki pri telesni odvisnosti od snovi,
- nadaljevanje z uživanjem snovi kljub jasnim dokazom o škodljivosti tega početja in
- uživanje snovi (ter dejavnosti, potrebne za pridobitev snovi) postanejo pomembnejše od drugih obveznosti prizadetega posameznika.

Čeprav je odvisnost motnja v odnosu posameznik-droga, pa posledice odvisnosti občutijo tudi družinski člani odvisne osebe, njeni sodelavci in prijatelji ter širše okolje. (Čebašek-Travnik, 2007).

Pridružene duševne motnje

Vedno pa je potrebno pomisliti tudi na to, da ima pacient-odvisnik še pridruženo duševno ali osebnostno motnjo. V kliničnih vzorcih odvisnih od drog so osebnostne motnje (50-90%) najbolj razširjena oblika komorbidnosti, sledijo motnje razpoloženja (20-60%) in psihotične motnje (15-20%) (EMCDDA, 2004).

Pacienti z duševnimi motnjami so zaradi specifične simptomatike bolj obremenjujoči za zdravstveno osebje. Strokovna usposobljenost, osebna zrelost in strpnost zdravstvenega osebja so nenehno na preizkušnji. Zdravstvena nega psihiatričnega pacienta zahteva od negovalnega osebja moralno-etično trdnost, sposobnost čustvovanja in empatije. Zdravstvena nega je toliko pomembnejša, ker ima negovalno osebje največ neposrednih stikov s pacientom (Čuk, Gnezda, 2007).

Sprejem pacienta, ki ima poleg osnovne somatske obolevnosti še bolezen odvisnosti od prepovedanih drog in pridruženo duševno motnjo, predstavlja za zaposlene na oddelku velik problem. Po izkušnjah z našimi pacienti lahko rečemo, da so običajno hospitalizirani uporabniki, ki so v obdobju akutno poslabšanega zdravstvenega stanja tudi glede svoje odvisnosti v recidivu in se glede jemanja psihoaktivnih substanc več ne obvladajo.

Pri osebju se velikokrat pojavljajo predsodki in nemoč, predvsem zaradi težav s katerimi se srečujejo pri obravnavi takšnega bolnika:

- bolniki so težje sodelujoči,
- pogosto kršijo pravila,
- vedenjsko so problematični,
- na oddelek poskušajo prinesiti nedovoljene substance,
- predoziranje,
- abstinenčna kriza,
- somatske bolezni (okužba s HIV, hepatitis B, C),
- nemotiviranost za zdravljenje,
- kriminalna preteklost,
- zapleti pri zdravljenju,
- visoka stopnja samopoškodb (Jerič, 2008, Poček, 2009).

Zdravljenje odvisnosti s substitucijskimi zdravili tudi v bolnišnici

Mreža CPZOPD Slovenije, ki jo sestavlja 18 Centrov, ponuja svojim uporabnikom zdravljenje odvisnosti od opioidov s pomočjo naslednjih nadomestnih zdravil:

- metadon raztopina (Metadon Krka, Metadon Alkaloid, Heptanon),
- v zadnjih letih so se jim pridružila še naslednja:
- buprenorfin naloxon (Suboxone tbl,)
 - Buprenorfin tbl in
 - SR morfin (Substitol kaps).

Odvisni so lahko vključeni v vzdrževalno zdravljenje ali detoksikacijo z enim izmed naštetih zdravil. Pacienti prejemajo posamezno zdravilo glede na potrebe in dogovor s terapevtom. Dnevni odmerki in način podeljevanja se razlikujejo glede na obliko in količino zdravila. Upoštevanje pravila 5P je tukaj še kako pomembno, saj se podeljuje narkotike. Potreben je nadzor nad bolnikom in njegovim zdravilom. Pomembno je primerno shranjevanje in beleženje porabe narkotika.

Medicinske sestre/zdravstveni tehniki v bolnišnici morajo biti seznanjeni z nadomestnim zdravilom njihovega pacienta in z načinom odmerjanja ter podeljevanja le-tega. Pacienti naj bi

imeli v času sprejema pri sebi izkaznico o prejemanju substitucije, kjer je naveden dnevni odmerek in datum prejema zadnjih odmerkov za domov. Poleg tega, da lahko osebe tudi sami seznanijo s količino zdravila, ki jo dnevno prejemajo, je potrebno poklicati v matični CPZOPD (telefonska številka je vpisana v izkaznici) in preveriti vse podatke. S tem je tudi osebe Centra obveščeno o vzroku morebitne odsotnosti pacienta.

Za nadaljevanje zdravljenja bolnikove odvisnosti in njegovega trenutnega zdravstvenega stanja je pomembno sodelovanje vseh služb. Našim pacientom, ki se bojijo predsodkov osebja (ali pa morda želijo manipulirati), priporočamo, naj ne skrivajo svoje nadomestne terapije, da ne bi prišlo do neželenih zapletov, kot je prevelik ali premajhen odmerek. Lahko pride do napačnega interpretiranja višine doze. Pacienti namreč poznajo tri količine za odmerjanje metadona. Na primer: 50 mg je isto kot 5 ml ali 10 tablet metadona. Da pa ne bi govorili le o preprečevanju manipuliranja, bi omenila, kako pomembno je, da naši pacienti začutijo, da zdravstveni delavci sodelujemo in, da bo zanje poskrbljeno ravno tako dobro kot za ostale bolnike. Zato bodo tudi boljše sodelovali v procesu zdravljenja drugih bolezni.

Pregled izkušenj z obravnavo odvisnih pacientov na nekaterih klinikah

Medicinske sestre in zdravstveni tehniki, ki smo zaposleni v CPZOPD, poznamo več različnih informacij o izkušnjah s hospitalizacijami odvisnih bolnikov. Zato smo Sekciji medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji dali pobudo za izvedbo izobraževanja na temo sodelovanja med bolnišnicami in primarnim nivojem zdravstvenega varstva, kjer delujejo Centri. Strokovno srečanje je potekalo v juniju 2010. K sodelovanju smo povabili predavatelje/ice - predstavnike/ce zdravstvene nege klinik, kjer najpogosteje obravnavajo »naše« paciente. Predstavili so nam problematiko dela in skupaj smo ugotovili, da je nujno medsebojno sodelovanje. Enotni smo bili tudi v tem, da nimamo dovolj specifičnega znanja in usposabljanja za delo s tako težkimi bolniki. V tem poglavju je izpostavljenih nekaj ugotovitev iz vsebine omenjenega strokovnega srečanja.

Obravnava odvisnih od drog, kljub majhnemu deležu vseh obravnavanih pacientov na IPP, predstavlja zahtevno področje dela zaradi duševnih in telesnih značilnosti teh pacientov. Srečujemo se namreč z urgentnim stanjem, ki zahteva hitro oceno stanja in pravilno ukrepanje. V nadaljnji obravnavi večkrat naletimo na nepopolne informacije in slabše sodelovanje v diagnostično terapevtskem programu. Z ukrepi v urgentni ambulanti skušamo stabilizirati pacientovo zdravstveno stanje in preprečiti komplikacije. Obravnava takšnega pacienta zahteva dobro usposobljeno urgentno ekipo v sestavi zdravnik, medicinska sestra, zdravnik toksikolog, psihiater in po potrebi še strokovnjaki drugih področij (Cotič-Anderle, Homar, 2010).

V Urgentnem kirurškem bloku prihaja tudi do situacij, ko postane poškodovanec pod vplivom psihoaktivnih substanc neobvladljiv. Naša dolžnost je, da se umaknemo, zaščitimo ostale poškodovance in kličemo pomoč varnostnikov in policistov. Prav tu se vedno pojavi problem kompetenc varnostne službe in odzivni čas policistov (Vidrih, 2010).

Posebno poglavje so zdravila in materiali znotraj ambulant. Zlasti hranjenje analgetikov in narkotikov zahteva doslednost. Naša dolžnost je, da vse stvari zaščitimo. Potreben je stalen nadzor ne samo poškodovanca, ampak tudi materiala in zdravil (Vidrih, 2010).

V bolnišnici se soočamo z izpadi agresivnosti, tako verbalno kot neverbalno. Odvisniki psihično in fizično napadajo zdravstveno osebo kot tudi so-bolnike v bolniški sobi. Komunikacija je zelo ostra in težavna, večkrat tudi žaljiva s strani odvisnika. Odvisniki, ki z uživanjem droge ne želijo ali ne morejo prenehati, pa so najbolj težavni (Gračner, 2010).

Ti bolniki ne razumejo, da zdravljenje v bolnišnici predstavlja red, omejitve in prepovedi (Gračner, 2010).

Pomembno je, da smo medicinske sestre pri dajanju zdravil enotne, natančne in ne dopuščamo izjem (Gračner, 2010).

Eden prvih problemov pri odvisniku je odvzem krvi ali vstavev intravenoznega kanala. Odvisniki imajo zelo slabe žile ali jih skoraj nimajo. Strah jih je igel, ki jih zabadajo drugi. Zato se pri dolgotrajnem zdravljenju zdravnik pogosto odloči, da mu vstavi centralni intravenozni kanal. To je sicer za medicinske sestre olajšano delo, za odvisnika pa predstavlja to bližnjico do intravenskega vbrizgavanja drog (Gračner, 2010).

Pri delu z odvisniki moramo upoštevati splošne previdnostne ukrepe, ki zajemajo tudi ukrepe za preprečevanje prenosa krvno prenosljivih okužb.

Splošni previdnostni ukrepi vključujejo uporabo osebne varovalne opreme (zaščitne rokavice, zaščitna oblačila, maska in zaščitna očala, higiena rok), uporabo materiala in pripomočkov za enkratno uporabo, preprečevanje vbodov in poškodb z ostrimi predmeti, pravilen transport kužnega materiala in ukrepanje ob razlitju tekočin (Gračner, 2010).

Zdravljenje je povezano z nesodelovanjem, pojavljajo se grožnje in različne oblike agresivnega vedenja, zato je potrebno izvajanje posebnih varovalnih ukrepov za obvladovanje bolnikovega vedenja. Ob tem se pri osebnju kažejo različni predsodki in občutek nemoči, predvsem zaradi pomanjkanja izkušenj in znanja pri zdravljenju bolnikov z dvojnimi diagnozami (Mikez, Kovač 2010).

Razprava

Mnogi zdravstveni delavci imajo pomisleke glede tega, ali je odvisnost od prepovedanih drog bolezen, ali pa le razvada in slabost volje (Debevec-Švigelj, 1998).

Odnos do odvisnikov od nedovoljenih drog krojijo stereotipi. Glede na to, da se bo marsikdo na svojem delovnem mestu slej ko prej srečal z odvisnimi od prepovedanih drog, je potrebno razmisliti, kakšen pristop bo do takšnega pacienta imel. Populacija odvisnikov se stara, z njimi pa obolevanje za kroničnimi boleznimi. Povprečna starost uporabnikov CPZOPD Ljubljana je 34 let, najstarejši pacienti se bližajo starosti 60 let (CPZOPD, 2011).

Predsodki so del medčloveških odnosov, vendar obstaja možnost, da se jih s pomočjo povečanja znanja o konkretnem področju zmanjša. Ko nato sprejmemo pacienta skupaj z njegovo odvisnostjo, začnemo gledati nanj kot na pacienta z njegovimi pravicami in dolžnostmi. Z vso strokovnostjo in empatijo poskrbimo, da znotraj le-teh spozna svoje meje.

Način komuniciranja z odvisnikom, ki mu pomaga sprejeti njegovo vlogo pacienta s pravicami in dolžnostmi in ga spodbuja k razumevanju in sprejemanju posledic lastnih odločitev, je terapevtsko komuniciranje.

Splošno znano dejstvo je, da je sestavni del terapevtskega komuniciranja postavljanje meja, ki povedo do kam segamo, kdo smo, s čim smo zadovoljni in s čim ne, kaj smo pripravljene storiti in kaj ne. Pomagajo nam pri upoštevanju sebe in drugih. Da bodo meje jasne, jih je potrebno dogovoriti z bolnikom in mu tako vrniti odgovornost. Samostojno se odloči ali jih bo upošteval ali ne in tako ohrani dostojanstvo enakovrednega sogovornika (Jazbec, 2010).

Sklep

Prispevek zaključujem z željo, da bi se predsodki do odvisnikov zmanjšali in da bi zdravstveni delavci znali na pravi način sodelovati s tako zahtevnimi pacienti. V kolikor bodo imeli iste

pravice kot ostali pacienti in se bo vztrajalo tudi pri spoštovanju dolžnosti, bo to zanje potrdilo, da cenimo in spoštujemo njihove sposobnosti. Pa čeprav bo včasih zelo težko. Zaposleni na področju zdravljenja odvisnosti smo pripravljeni naše znanje in izkušnje deliti z drugimi, kljub temu, da tudi sami pogrešamo specifična znanja, ki nam jih formalna izobrazba ne da in jih ob srečevanju s problemi iščemo sami in v krogu svojih terapevtskih timov.

Cilj našega sodelovanja bo usmerjen v pacienta, ki bo ob rednem prejemanju svojega nadomestnega zdravila in terapevtski komunikaciji imel možnost ohranjati spoštljiv odnos do sebe in okolice.

Literatura

1. Cotič Anderle M., Homar M. Pacient pod vplivom psihoaktivnih drog na urgentnem oddelku. In: Bregar B, Sotler R, ur. Zbornik predavanj Delo z odvisnimi – povezovanje primarnega s sekundarnim zdravstvenim varstvom, Ljubljana, 11. junij 2010. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji; 2010:23.
2. Čebašek-Travnik Z. Zdravljenje boleznih odvisnosti. www.ustanova-odsev.se.slisi.si/ustanova/o-odvisn-zdrav-cebasek.htm 2007. 8. marec 2011
3. Čuk V, Gnezda S. Izgorevanje in delovne obremenitve medicinskih sester. In: Izgorevanje-stiska ali izziv, zbornik prispevkov, Ajdovščina, 24. marec, 2007. Nova Gorica: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov; 2007: 17-32.
4. Debevec – Švigelj M. Odnos zaposlenih v ZD Center do uporabnikov metadonske ambulante zdravstvenega doma. Diplomsko naloga. Ljubljana.: Visoka šola za zdravstvo, 1998; 31.
5. EMCDDA. Problemi drog. Kratko poročilo Evropskega Centra za Spremljanje drog in Zasvojenosti z Drogami, št.3/2004. Lizbona. (www dokument) <http://www.emcdda.eu.int>
6. Eysenck HJ., 1999. Addiction, personality and motivation. Hum. Psychopharmacol, 12: 578-579.
7. Gračner M. Odvisnik z okužbo. In: Bregar B, Sotler R, ur. Zbornik predavanj Delo z odvisnimi – povezovanje primarnega s sekundarnim zdravstvenim varstvom, Ljubljana, 11. junij 2010. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji; 2010:29-30.
8. Jazbec V. Terapevtska komunikacija s postavljanjem meja. In: Bregar B, Sotler R, ur. Zbornik predavanj Delo z odvisnimi – povezovanje primarnega s sekundarnim zdravstvenim varstvom, Ljubljana, 11. junij 2010. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji; 2010:59.
9. Jerič A. Obravnava bolnika z dvojno diagnozo. V: Možgan B, ur. Zbornik prispevkov – strokovno srečanje, Obravnava pacienta odvisnega od prepovedanih drog, Ljubljana, 2008. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza društev medicinskih sester babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji; 2008: 90-95.
10. Mikez N, Kovač P. Zdravstvena nega odvisnega bolnika na intenzivnem psihiatričnem oddelku. In: Bregar B, Sotler R, ur. Zbornik predavanj Delo z odvisnimi – povezovanje primarnega s sekundarnim zdravstvenim varstvom, Ljubljana, 11. junij 2010. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji; 2010:42.
11. Poček U. Obravnava pacienta z dvojno diagnozo. Priročnik psihiatrične zdravstvene nege. Ljubljana; 2009: 152-4.
12. Rosenthal, T.L., N.B. Edwards, B.J. Ackerman, D.H. Knott and R.H. Rosenthal, 1990. Substance abuse pattern reveal contrasting personal traits. J. Subst. Abuse, 2:225-263.
13. Vidrih G. Obravnava poškodovanca pod vplivom psihoaktivnih drog v urgentni travmatološki ambulanti. In: Bregar B, Sotler R, ur. Zbornik predavanj Delo z odvisnimi – povezovanje primarnega s sekundarnim zdravstvenim varstvom, Ljubljana, 11. junij 2010. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji; 2010:26.
14. Zakon o pacientovih pravicah. Uradni list Republike Slovenije št. 15/2008.

Viri:

1. Arhiv CPZOPD Ljubljana

PROBLEM PREDOZIRANJA PRI INTRAVENOZNIH UPORABNIKIH TRDIH DROG IN NUJNA MEDICINSKA POMOČ

INTRAVENOUS USERS OF HARD DRUGS AND PROBLEM OF OVERDOSE – FIRST AID

pred.mag. Branko Bregar, dipl.zn.

Center za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog, Psihiatrična klinika Ljubljana

Izvelek

Danes se zaposleni v zdravstveni dejavnosti srečujejo z odvisnostjo na vseh področjih, pri tem pa se pogosto soočajo z vprašanjem uspešnosti in smiselnosti svojega dela. Prav tako je tudi pri zdravstvenih delavcih pogosta dilema o smiselnosti zdravljenja pacienta odvisnega od prepovedanih drog. Strokovne dileme so pogoste. Prispevek je namenjen vpogledu v dileme pri delu z odvisnim pacientom. Avtor prav tako podaja določene smernice, ki bi lahko pripomogle, da bi bila obravnava odvisnega pacienta od prepovedanih drog učinkovitejša.

Metode: Opravljen je bil pregled literature v PubMedu s ključnimi besedami ambulance, paramedic, overdose.

Rezultati: V iskalniku smo dobili 10 relevantnih člankov.

Diskusija in zaključki: Med uživalci drog so predoziranja pogosta, prav tako je smrtnost zaradi predoziranja velika. Koristno bi bilo, da se raziščejo nove strategije spopadanja s predoziranji. Prav tako je potrebno preveriti, ali ima odnos do uživalcev drog vpliv na kakovost storitev. Reševalci bi lahko s pomočjo kratkih motivacijskih tehnik vplivali na nadaljnjo obravnavo uživalcev drog.

Ključne besede: intravenozni uživalec droge, predoziranje, odnos, reševalci

Abstract

Health care workers today are faced with problems of addiction in all work areas, frequently questioning the effectiveness and purpose of their undertaking. Also present are questions about rationality of treatment of drug addicted patients and professional dilemmas. This article is therefore dedicated to the dilemmas about treatment of drug addicted patients with guidelines for better effectiveness.

Method: Review of literature at PubMed with key words »ambulance, »paramedic« and »overdose«.

Results: 10 relevant articles found.

Discussion: Users of hard drugs are dealing with high frequency of overdose and associated mortality. Research of new strategies for dealing with overdose is needed. Additionally, special attention should be applied to the relationship between attitudes to the drug users and the quality of provided care. Rescuers could facilitate further treatment of drug users with short motivational techniques.

Key words: intravenous drug users, overdose, relationship, rescuers

Uvod

Danes je velika verjetnost, da v stik z odvisnimi pacienti prihajajo vsi zaposleni v zdravstveni dejavnosti, zato obravnave pacienta, odvisnega od prepovedanih drog (uživalec droge v nadaljnjem besedilu UD), ne moremo umestiti samo v specializirane ustanove (Bregar, 2010). Pri tem se lahko srečujejo s težavami, ki lahko predstavljajo problem ali pa tudi izziv pri zdravstveni oskrbi UD. Problemi se največkrat odražajo v neprimerni zdravstveni obravnavi. Potrebno se je zavedati, da se UD lahko nahajajo tudi v najrazličnejših urgentnih stanjih, kot so: intoksikacije, ostali težki somatski zdravstveni zapleti, ki ogrožajo njihovo življenje, abstinenčne krize, težnje po samomoru idr. (Bregar, 2008b) in da lahko predsodki, ki jih imajo zdravstveni delavci pri delu z UD, odločilno vplivajo na uspešnost zdravstvene obravnave. Vendar je potrebno tem stanjem

posvetiti posebno pozornost. Zato si je umestno postaviti vprašanje: »Kako lahko povečamo učinkovitost svojega dela na področju odvisnosti?«.

Mnogo avtorjev se je tudi na področju zdravstvene nege spraševalo, zakaj je populacija UD bolj izpostavljena neprimernim intervencijam zdravstvene nege kot pa ostali pacienti (Garace, Hughes, Spunt, 1995; Howard, Chung, 2000a; Pillon, Laranjeira, 2005; Rassool et al., 2006). Isti avtorji trdijo, da so zaposleni v zdravstveni negi premalo izobraženi na tem področju, saj jih v času osnovnega izobraževanja izvajalci ne usposobijo z znanjem s tega področja zdravstvene obravnave. Rassool in sodelavci (2006) izpostavljajo, da je potrebno v prvi vrsti primerno usposobiti predvsem učne ustanove in učitelje, ki naj se odzovejo na nove potrebe v okolju in se zadostno usposobijo v znanju s tega področja. Tudi pri nas avtorji ugotavljajo, da zaposlenim v zdravstveni negi primanjkuje znanja na tem področju (Debevec-Švigelj, 1999; Bregar, 2008b; Satler, 2010). S podobnimi težavami se srečujemo tudi na področju obravnave AIDS-a, kjer zdravstveni strokovnjaki prav tako pozivajo, da se mora področje izobraževanja pripraviti na potrebe, ki vladajo v okolju (Reis et al., 2005).

Problemi, s katerimi se zdravstveni delavci srečujejo pri obravnavi UD, se nanašajo predvsem na področje njihovega vedenja, ki je največkrat v bolnišničnem okolju, neprilagojeno, moteče in v prognozi zdravljenja lahko tudi pogubno (Bregar, 2008b). O podobnih težavah s pacienti poročajo tudi strokovnjaki, ki obravnavajo paciente z diabetesom tipa 2, kjer je upoštevanje terapevtskih dogovorov med pacientom in strokovnjaki pomembno za ugodno prognozo bolezni (Wens et al., 2005).

Bregar (2010) pravi, da je delo z UD marsikdaj zahtevno. Bolezen, ki se najbolj odraža na področju vedenja, razmišljanja in čustvovanja, pa lahko pri zdravstvenih delavcih povzroča stiske, ki pa se lahko kažejo tudi v neprimerni zdravstveni obravnavi. Vendar moramo biti posebno pozorni, ko se pacienti nahajajo v posebno težkih stanjih, nevarnih za njihovo življenje in bi lahko neprimerna zdravstvena oskrba vplivala na kakovost zdravstvene obravnave ali celo na njihovo preživetje (Bregar, 2010).

Raziskovalno vprašanje Ali reševalci lahko pripomorejo k uspešnejši obravnavi UD?

V prispevku želimo s pomočjo pregleda literature ugotoviti, v kakšnih okoliščinah se reševalci srečujejo z UD in njihove intervencije pri pacientih, ki so odvisni in življenjsko ogroženi. Namen je povečati uspešnost obravnave UD.

Metode

Uporabili smo metodo pregleda literature, ki je vključevala iskanje literature v mednarodni bazi podatkov z izborom primernih člankov po določenih kriterijih izbora. Obdobje pregleda literature je trajalo od 25. do 30. marca 2012. Uporabili smo bazo podatkov v PubMedu. Omejitve pri iskanju so bile: angleški jezik, zajeto obdobje od leta 2000 do leta 2012. Ključne besede: ambulance, paramedic, overdose.

Po pregledu zadetkov smo izbrali relevantne članke, ki obravnavajo našo problematiko.

Rezultati

Dobili smo sedem zadetkov. Šest zadetkov je bilo relevantnih. Pri pregledu relevantnosti posameznih člankov smo razširili iskanje še na primerne članke, ki so bili v rubriki Related citations. Tako smo vsega skupaj izbrali deset člankov.

Pregled literature

Predoziranje je pogosto vzrok smrti, zaradi katerega uživalci drog umirajo. Predoziranja so lahko namerna ali nenamerna. Oboja se lahko končajo tragično. Dejavniki tveganja so: čistost substance, zmanjšana toleranca, način uživanja in samomorilne misli (Darke, Hall, 2003).

Uživalci drog, ki jih reševalci oskrbijo zaradi predoziranja, so skupina, ki je pomembna za raziskovanje med populacijo uživalcev drog, saj je drugače zelo težko priti do primerno velikega vzorca raziskovancev, ki bi tudi sodelovali (Dietze et al., 2002).

Stoové, Dietze, Jolley (2009) so izvedli retrospektivno raziskavo v obdobju pet let med kohorto UD, ki so predozirali in so jih reševalci oskrbeli med prevozom v bolnišnico. Podatke so povezali z registrom smrti. Ugotovili so, da je od 4884 pacientov kar 164 od njih umrlo v petih letih zaradi predoziranja. Kot pomembna ugotovitev se je izkazalo, da so UD, ki so bili že večkrat oskrbljeni zaradi predoziranja, bolj ogroženi. Raziskava je kot prva pokazala direktno povezavo med številom predoziranj, ki so se končali s preživetjem, s tistimi, ki so se končali s smrtjo. Zato je preventivno delo s pacienti, ki predoziranje preživijo, pomembno. UD v večini ne predozirajo namerno, ampak je predoziranje kot neželen in nenameren dogodek v njihovi karieri uživalca droge. Le nekaj njih zaradi motenj razpoloženja namerno predozira (Heale, Dietze, Fry, 2003).

Nielsen in sodelavci (2008) so ravno tako izvedli retrospektivno analizo, kjer so primerjali primere predoziranja tistih pacientov z buprenorfinom ali metadonom. Na podlagi ocene respiratorne funkcije in GCS (Glasgow Coma Scale) ugotavljajo, da so bolj ogroženi tisti, ki se predozirajo z metadonom.

Pomembna raziskava, ki sicer odkriva že znano, je bila izvedena med rednimi uživalci heroina. Predoziranja so pogosta in običajna. Mnogo uživalcev ob predoziranju ni samih, vendar je v vzorcu, ki je bil preiskovan, manj kot polovica od njih poklicala reševalce zaradi bojazni, da bo posredovala tudi policija. Skoraj vsi bi bili pripravljeni nuditi laično prvo pomoč in aplicirati Naloxon, če bi bili dovolj usposobljeni. Vsekakor so potrebna nova spoznanja o koristnosti teh znanj (Baca, Grant, 2007; 2005). Vendar že nudenje masaže srca z umetnim dihanjem močno poveča verjetnost preživetja pri predoziranju (Dietze, Cantwell, Burgess, 2002).

Večje doze Naloxona od običajnih (več kot 2, 25 x) potrebujejo tisti UD, ki so bili alkoholizirani, ko so predozirali s heroinom (Cantwell, Dietze, Flander, 2005). Učinkovitost apliciranja Naloxona intranasalno v primerjavi z intramuskularnim je manjša, vendar je za reševalce ugodnejša med prevozi (Kelly et al., 2005).

Razprava

Pomembno je vedeti in se zavedati, da je predoziranje UD resno stanje. Reševalci lahko pomembno prispevajo k preživetju UD pri predoziranju. Avtorji se ukvarjajo predvsem z vprašanjem, kako zmanjšati smrtnost pri predoziranju (Nielsen et al., 2008) in z uspešnostjo predhodno nudene prve pomoči souživalcev, saj pri predoziranjih UD pogosto niso sami (Dietze, Cantwell, Burgess, 2002; Baca, Grant, 2007; 2005; Dietze, Cantwell, Burgess, 2002). Pomembno je poznati tudi dejavnike tveganja za predoziranje (Darke, Hall, 2003), saj menimo, da lahko tako ustrezno in pravočasno ukrepamo. Koristnost uporabe Naloxona tudi širše, izven samo uporabe strokovnega osebja, je potrebno še dokazati (Baca, Grant, 2007), vendar so reševalci negativni do tega, da bi primerno usposobili UD za aplikacijo Naloxona (Tobin et al., 2005). V opisanem pregledu literature nismo zasledili, da bi avtorji raziskovali odnos reševalcev do UD. Vendar to ne pomeni, da je njihov odnos ustrezen in da kot pri drugih zdravstvenih delavcih ne predstavlja mogočega problema, ki ga opisujejo nekateri (Garace, Hughes, Spunt, 1995; Howard, Chung, 2000a; Pillon, Laranjeira, 2005; Rassool et al., 2006).

Zaključek

Vsekakor je ustrezen odnos do UD potreben, saj predstavljajo ranljivo populacijo. Prav tako je lahko delo z njimi težavno. Nekatere lahko spravlja v stisko. Za nekatere lahko predstavlja izziv. Prav gotovo je to populacija, ki je v sistemu marginalizirana in kot taka nam je lahko ogledalo, kakšna družba smo in kakšni smo kot zdravstveni delavci. Suportiven odnos nasproti direktivnim tehnikam je pomemben. Prav tako bi bilo koristno pri reševalcih, da osvojijo kratke intervencijske tehnike, ki so lahko uspešne pri obravnavi odvisnosti. Med tehnike spadajo koristne informacije o varnem uživanju droge, znakih predoziranja, načinih pomoči in informacijah o oblikah nadaljnje obravnave. Vsekakor so potrebna znanja, kako pomagati in kako nuditi najbolj učinkovito pomoč. Politične odločitve reševanja problematike škodljive uporabe drog so prav tako pomembne, saj vplivajo tudi na primerne vsebine v procesu izobraževanj.

Literatura

2. Baca CT, Grant KJ. Take-home naloxone to reduce heroin death. *Addiction*. 2005;100(12):1823-31.
3. Baca CT, Grant KJ. What heroin users tell us about overdose. *J Addict Dis*. 2007;26(4):63-8.
4. Bregar B. Odvisnost od prepovedanih drog – teorija in praksa. In: Možgan B, ed. *Obravnava bolnika odvisnega od prepovedanih drog*, Zbornik prispevkov, Ljubljana, 18. april 2008. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji; 2008b: 19–33.
5. Bregar B. Učinkovita zdravstvena obravnava odvisnega pacienta. In: Bregar B, Sotler R, eds. *Delo z odvisnimi – povezovanje primarnega s sekundarnim zdravstvenim varstvom*, Ljubljana, 11. Junij, 2010. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji; 2010: 46–50.
6. Cantwell K, Dietze P, Flander L. The relationship between naloxone dose and key patient variables in the treatment of non-fatal heroin overdose in the prehospital setting. *Resuscitation*. 2005;65(3):315-9.
7. Darke S, Hall W. Heroin overdose: research and evidence-based intervention. *J Urban Health*. 2003;80(2):189-200.
8. Debevec-Švigelj M, Pahor M. Odnos zaposlenih v zdravstvenem domu center do uporabnikov metadonske ambulante. *Obzor Zdr N*. 1999;33(1–2): 9–17.
9. Dietze P, Cantwell K, Burgess S. Bystander resuscitation attempts at heroin overdose: does it improve outcomes? *Drug Alcohol Depend*. 2002;67(2):213-8.
10. Dietze P, Fry C, Sunjic S, Bammer G, Zador D, Jolley D, Rumbold G. Using ambulance attendances to recruit people who have experienced non-fatal heroin overdose. *Drug Alcohol Depend*. 2002;67(1):99-103.
11. Garace LM, Hughes TL, Spunt J. Improving nurses' responses toward substance-misusing patients: a clinical evaluation project. *Arch Psychiatr Nurs*. 1995;9(5): 286–296.
12. Heale P, Dietze P, Fry C. Intentional overdose among heroin overdose survivors. *J Urban Health*. 2003;80(2):230-7.
13. Howard MO, Chung SS. Nurses' attitudes toward substance misusers. III. Emergency room nurses' attitudes, nurses' attitudes toward impaired nurses, and studies of attitudinal change. *Subst Use Misuse*. 2000a;35(9): 1227–12261.
14. Kelly AM, Kerr D, Dietze P, Patrick I, Walker T, Koutsogiannis Z. Randomised trial of intranasal versus intramuscular naloxone in prehospital treatment for suspected opioid overdose. *Med J Aust*. 2005;182(1):24-7.
15. Nielsen S, Dietze P, Cantwell K, Lee N, Taylor D. Methadone- and buprenorphine-related ambulance attendances: a population-based indicator of adverse events. *J Subst Abuse Treat*. 2008;35(4):457-61.
16. Pillon SC, Laranjeira RR. Formal education and nurses' attitudes towards alcohol and alcoholism in a Brazilian sample. *Sao Paulo Med J*. 2005;123(4). Dostopno na: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-31802005000400004&script=sci_arttext (8.5.2010).
17. Rassool GH, Villar-Luis M, Carraro TE, Lopes G. Undergraduate nursing students' perceptions of substance use and misuse: a Brazillian position. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2006;13(1): 85–89.
18. Reis C, Heisler M, Amowitz LL, Moreland RS, Mafeni JO, Anyamele C, Iacopino V. Discriminatory Attitudes and Practices by Health Workers toward Patients with HIV/AIDS in Nigeria. *Plos Med*. 2005;2(8): e246. Dostopno na: <http://www.plosmedicine.org/article/info:doi/10.1371/journal.pmed.0020246> (9.5.2010).
19. Satler M. Primerjava mnenj in stališč medicinskih sester do odvisnosti in oseb odvisnih od prepovedanih drog [diplomska naloga]. Izola: Univerza na Primorskem; 2010.

20. Stoové MA, Dietze PM, Jolley D. Overdose deaths following previous non-fatal heroin overdose: record linkage of ambulance attendance and death registry data. *Drug Alcohol Rev.* 2009;28(4):347-52.
21. Tobin KE, Gaasch WR, Clarke C, MacKenzie E, Latkin CA. Attitudes of Emergency Medical Service providers towards naloxone distribution programs. *J Urban Health.* 2005;82(2):296-302.
22. Wens J, Vermeire E, Van Royen P, Sabbe B, Denekens J. GPs' perspectives of type 2 diabetes patients' adherence to treatment: A qualitative analysis of barriers and solutions. *BMC Fam Pract.* 2005;6(20). Dostopno na: <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/6/20/Mozilla/Mozilla/3> (9.5.2010).

KOMUNIKACIJA V LUČI TRANSAKCIJSKE ANALIZE

COMMUNICATION IN LIGHT OF TRANSACTIONAL ANALYSIS

Mateja Okanovič, univ.dipl.psih., spec.klin.psih.

Center za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog, Psihiatrična klinika Ljubljana

Ključne besede: transakcijska analiza (TA), komunikacija, referenčni okvir, življenjske pozicije, ego stanja, analiza transakcij

Key words: transactional analysis, communication, frame of reference, life positions, ego states, analysis of transactions

Komunikacija

Vsako srečanje najmanj dveh oseb pomeni, da med osebama poteka neke vrste komunikacija, ki je lahko besedna ali nebesedna. Torej, tudi kadar molčimo pravzaprav komuniciramo.

Vsako delo z ljudmi (intervju, svetovanje, podpora, psihoterapija...) se vedno (ne glede na dolžino ali intenzivnost pogovora) dogaja v komunikacijskem polju, zaradi česar moramo vsi, ki delamo z ljudmi dobro poznati značilnosti in večine komunikacije. Saj v nasprotju z reko »besede ne ubijajo« v resnici velja, da so besede zelo močne in lahko močno ranijo človeka, po drugi strani pa imajo tudi moč, da zdravijo.

Komunikacija med dvema osebama je pravzaprav komunikacija med njunima referenčnima okviroma, to pomeni med njunima predstavama o tem kdo in kaj sem jaz, kdo in kakšni so drugi ljudje, kakšen je svet, ki me obdaja in kako funkcionira. Tako vsak, ki nekaj sporoča, pravzaprav na nek način kodira svoje misli, prejemnik pa jih mora dekodirati. Če želimo, da je neka informacija razumljena enako, kot je bila sporočena, morata oba udeležena uporabljati iste kode. Kadar temu ni tako, nastajajo komunikacijski nesporazumi, ali pa je komunikacija celo onemogočena. Tipičen primer koda je jezik neke kulture. Kadar obe osebi uporabljata isti jezik, proces kodiranja in dekodiranja poteka avtomatsko in brez napora. Referenčni okvir pa enako pomembno vlogo kot pri verbalni komunikaciji igra tudi pri neverbalni, ob tem da za neverbalno komunikacijo obstaja veliko manj družbeno splošno dogovorjenih znakov, tako da veliko neverbalnih izrazov vedenja sodi v sfero individualne ekspresije. Zaradi tega v neverbalnem izražanju pogosto prihaja do nesporazumov in napačnega razumevanja sporočil (različno kodiranje in dekodiranje). Pripisovanje pravilnega razumevanja pomena neverbalnih signalov je posebna večina, ki se jo učimo skozi komunikacijo in je osnovana na znanju in izkušnjah.

Čitanje misli je logična napaka, kadar na osnovi nekega vedenja zaključimo, da natančno poznamo referenčni okvir druge osebe (kaj misli, kako se počuti, kaj namerava ipd.). Na osnovi neverbalnih signalov imamo namreč lahko samo predpostavke o notranjem stanju druge osebe, nikoli pa tega ne moremo natanko vedeti. Zato je potrebno vedeti, da je zaključevanje na podlagi neverbalne komunikacije sicer zelo pomembno, vendar pa je zaključke vedno potrebno preveriti z verbalno komunikacijo. Ali povedano drugače, neverbalna komunikacija nikakor ne more biti zamenjava za verbalno. Čitanje misli je še posebej značilno (in problematično) za nezaupljive, sumničave ljudi (paranoidni), ki že v osnovi dvomijo v dobre namene drugih in na osnovi »čitanja« neverbalnih znakov zaključujejo o stvarnih namerah ljudi.

Življenjske pozicije

Koncept življenjskih pozicij je uvedel Berne, dopolnil Ernst in kasneje Wollams in Brown.

Ločimo štiri osnovne življenjske pozicije:

- Jaz sem OK, ti so OK (+ +);
- Jaz sem OK, ti nisi OK (+ -);
- Jaz nisem OK, ti si OK (- +);
- Jaz nisem OK, ti nisi OK (- -).

Koncept življenjskih pozicij poteka na dveh nivojih:

1. na nivoju življenjske pozicije karakterja (osebnosti), ki je bazična in stabilna in predstavljajo osnovo, na kateri je zgrajena osebnostna struktura in
2. na nivoju površinske, trenutne življenjske pozicije, ki je spremenljiva in se lahko menja večkrat na dan in je izraz ego stanja in transakcije, ki jo trenutno uporabljamo.

En izmed načinov, kako vplivati na karakterno življenjsko pozicijo in se vesti drugače v vsakodnevem življenju je lahko tudi dogovor ali odločitev. Če ima nekdo pozicijo Jaz-, ti +, se lahko dogovori, da bo npr. v službi uporabljal pozicijo jaz +, ti +. V kolikor bo v tem vztrajal, lahko sčasoma pričakujemo spremembo tudi na karakternem nivoju.

Pri delu z ljudmi je zelo pomembno, da dobro poznamo sebe in življenjske pozicije, ki so del naše osebnostne strukture, pa tudi pozicije, ki jih uporabljamo v vsakodnevni komunikaciji. Zdrava življenjska pozicija je Jaz sem OK, Ti si OK, kar je izjemnega pomena pri terapevtskem delu z ljudmi na dveh nivojih: 1. da sami vedno uporabljamo to pozicijo in 2. da tega učimo tudi naše paciente.

Ego stanja

S konceptom ego stanj transakcijska analiza skuša razumeti in razložiti funkcioniranje človeka.

Ločimo tri ego stanja:

1. Ego stanje **Starša** – vsebuje stališča, vrednote in vedenja, ki smo jih ponotranjili od drugih, pomembnih ljudi v našem življenju. Navzven se to ego stanje odraža kot pristransko, kritično ali negujoče vedenje do drugih.
2. Ego stanje **Odraslega** – usmerjeno je v trenutno realnost in objektivno pridobivanje informacij. Preverja resničnost, ocenjuje verjetnost in objektivno preračunava možnosti. Je hladen in inteligenten.
3. Ego stanje **Otroka** – vsebuje impulze, ki so značilni za vedenje majhnega otroka in posnetke človekovih zgodnjih izkušenj, odzivov in pozicij, otroške predstave o sebi in drugih. Odraža se skozi stara vedenja, ki izvirajo iz otroštva.

Analiza transakcij

Kadarkoli se dve nepoznani osebi srečata v komunikacijskem polju, sta primorani definirati svoj komunikacijski odnos. Kadar imata konfliktne interese, predlagata druga drugi različne definicije odnosa. Rezultat je borba za definicijo. Edini način za prekinitev komunikacije je, da ena oseba komunikacijsko polje zapusti.

Pomembno je razlikovati med komunikacijskim načinom med dvema osebama v določeni situaciji in njunim siceršnjim odnosom. Kadar se vzpostavi med dvema odnos, imata en o drugem relativno stabilno predstavo in nadaljnja komunikacija to predstavo večinoma vzdržuje.

Komunikacija je sestavljena iz posamičnih sporočil, ki jih ena oseba pošlje drugi in ta nazaj. Enoti komunikacije rečemo v TA jeziku transakcija, serija medsebojnih transakcij pa je komunikacija. Transakcija se sestoji iz treh delov:

1. transakcijskega stimulusa (sporočilo osebe A)
2. iz transakcijske reakcije (odgovor osebe B)
3. reakcija na reakcijo (odgovor osebe A).

Ker koncept transakcij temelji na konceptu sporočil, moramo najprej razumeti sporočila. Analiza transakcij je pravzaprav osnovana na **analizi sporočil**.

Pri profesionalnem delu z ljudmi so vsa sporočila usmerjena k terapevtskemu cilju, ki je dogovorjen med terapevtom in pacientom in jih imenujemo intervence. V tem smislu TA promovira jasno definiran komunikacijski odnos in jasne in direktne intervence. To omogoča, da se izognemo komunikacijskim nesporazumom in psihološkim projekcijam. Tako se transakcijski analitik izogiba paradoksom v komunikaciji, razen v primeru posebnih paradoksalnih terapevtskih intervenc.

Klasifikacija sporočil

Dvojna sporočila – ko je oseba inkongruentna – hkrati na dveh komunikacijskih nivojih sporoča dve različni informaciji (socialni nivo in psihološki nivo).

Kontradiktorna sporočila – oseba pošilja nasprotujoča sporočila v različnem času

Metasporočila – sporočilo o sporočilu – ko oseba komentira neko svoje sporočilo

Paradoksalna sporočila – cilj sporočila je v nasprotju z vsebino (motivacija z nasprotovanjem, ljubezen z zafrkavanjem, žaljenje s komplimenti)

Povezava transakcij in ego stanj – model komunikacije

Osnovne predpostavke:

Sporočilo vedno pošlje eno ego stanje drugemu.

Možno je, da ena oseba aktivira več ego stanj hkrati in tako pošilja ali sprejema več sporočil hkrati.

Katerokoli ego stanje lahko odgovori na katerokoli sporočilo iz katerega koli ego stanja.

V komunikaciji dveh oseb obstaja veliko število možnih kombinacij transakcij.

Vrste transakcij

A) *Enostavne transakcije* potekajo takrat, kadar vsaka oseba v komunikaciji aktivira eno ego stanje. Ločimo dva tipa:

paralelne (komplementarne) transakcije – kadar oseba B odgovori s tistim ego stanjem, ki ga je oseba A pozvala

križne transakcije – kadar oseba B odgovori z drugim, ne pozvanim ego stanjem. Tovrstne transakcije izzovejo krizo v komunikaciji, ki lahko pripelje do prekinitve odnosa, lahko pa pripomore k redefiniranju komunikacijskega odnosa in se naprej odvijajo paralelne transakcije.

Ločimo več vrst križnih transakcij: transferne, kontratransferne, nesramne, frustrirajoče in prepirljive.

B) *Sestavljene (prikrite) transakcije* so tiste, pri katerih so v komunikaciji uporabljena najmanj tri ego stanja (torej najmanj dva pri eni osebi). To pomeni, da ena oseba pošilja dve različni sporočili hkrati iz dveh različnih ego stanj in se posledično komunikacija odvija na dveh nivojih, socialnem in psihološkem, kar imenujemo dvojno sporočilo. Pri tem je komunikacija na socialnem nivoju očitna, eksplicitna, na psihološkem nivoju pa prikrita oz. implicitna. Pogosto je psihološko

sporočilo izraženo nebesedno, socialno pa besedno. Precej verjetno je, da bo oseba B odgovorila na psihološko sporočilo.

Kadar oseba B odgovori na psihološko sporočilo odkrito, na socialnem nivoju, jo imenujemo razkrivajoča ali demaskirajoča transakcija.

Prikrite transakcije pa potekajo takrat, kadar skrito sporočilo oseba A zakrije v socialno sporočilo (laž, igranje, manipulacija) in se trudi biti prepričljiva. Kadar je pri tem uspešna, govorimo o netransparentni skriti transakciji (ne opazimo, da nekdo igra). Lahko pa oseba A namerno pošlje dvojno sporočilo, npr. pri paradoksih.

Ločimo dva glavna tipa prikritih transakcij:

dvojne transakcije – obe osebi komunicirata na psihološkem in socialnem nivoju paralelno ali križno, odvisno od dogovora med njima. Vključene osebe jih uporabljajo takrat, kadar želijo da vsebina komunikacije ostane skrita tretjim prisotnim osebam (situacije spoznavanja, javne situacije, bonton)

kotne transakcije – to je sporočilo, poslano iz ego stanja Odraslega osebe A, ki jo uporabi kot komunikacijski trik, da bi izzvala zeleno reakcijo osebe B. So v bistvu manipulativne transakcije, saj psihološki nivo sporočila vzbuja uporništvu osebe B. Primer uporabe v terapiji: »Dala vam bom terapevtsko nalogo, ki je morda pretežka za vas.«

Prednosti komunikacije na psihološkem nivoju:

TA insistira na uporabi direktne, jasne in iskrene komunikacije, ki je značilna za intimne odnose v družini in s prijatelji. Tudi terapevtski odnos je podoben tem odnosom, pravzaprav je to psevdointimen odnos, podoben odnosu otrok starš, ko starš od otroka pričakuje popolno iskrenost, medtem ko starš v marsičem ni iskren (terapevtova intimnost pa ni del terapevtskega odnosa).

Kljub temu pa je v vsakodnevni komunikaciji potrebno včasih uporabiti tudi psihološki nivo komunikacije in izkoristiti prednosti, ki jih prinaša.

Poleg naštetih poznamo še vrsto drugih transakcij (umišljena, indirektna, telefonska, norčevska, redefinirajoča, skriptna), ki pa jih v tem prispevku ne bomo podrobneje obravnavali.

Terapevtske intervence

Orodje transakcijskega analitika pri delu z ljudmi so sporočila oz. intervence, ki so usmerjene k dogovorjenemu terapevtskemu cilju. Intervenca je terapevtsko sporočilo, ki je usmerjeno h korigiranju pacientovega referentnega okvira. To pomeni, da terapevt intervenira takrat, kadar mu pacient »ponudi material«. Ta »material« je nek transakcijski stimulus, ki kaže na to, da je pacientov način percepcije realnosti izkrivljen (npr: trditev pacienta. »Vse bi bilo dobro, če bi se le jaz lahko spremenil« vsebuje več izkrivljenj (vse bi bilo v redu – to ni točno in kaže na grandiozno prepričanje, vedno namreč so neke težave; če bi se jaz spremenil – sebe enači s svojimi stališči, kar onemogoča spremembo – stališča lažje spremenimo kot sebe, torej sprememba je mogoča). Terapevt se lahko odloči, na katero izkrivljenje in na kakšen način bo reagiral. Ne obstaja neka idealna intervencija, vedno je možnih več različnih, a enako dobrih načinov, npr: »Morda bi vam bilo lažje razumeti, da je sprememba možna, če bi napravili razliko med sabo in svojimi prepričanji« ali »Če bi spremenili neko svoje mišljenje o nečem, ali bi tedaj izgubili sebe?« ali »Na kaj mislite s tem, da bi spremenili sebe?« ali »Kaj vam preprečuje, da bi se spremenili?, ipd. Vrednost vsake intervence se lahko oceni šele v komunikaciji s točno določenim pacientom, saj je ista intervencija lahko v enem kontekstu zelo uspešna, medtem ko v drugem ni. Uspešnost intervence je odvisna od efekta, ki ga je dosegla in je pripomogla k temu, da se pacient približa svojemu terapevtskemu cilju. Pomagamo si lahko s tem, da intervence razdelimo na:

Terapevtske intervence – imajo neko korist za pacienta in niso škodljive

Antiterapevtske intervence – so škodljive in nekoristne za klienta

Neterapevtske intervence – niso škodljive, vendar so tudi brez koristi.

Število uporabljenih terapevtskih intervenc v komunikaciji z izkušnostjo terapevta narašča, vendar tudi najbolj izkušeni uporabljajo neterapevtske intervence. Že pri začetnikih pa je pomembno, da se takoj eliminirajo Antiterapevtske intervence.

Transakcijske veščine

Ta tehnika je zasnovana na dobrem poznavanju ego stanj, komunikacijskega modela in analize transakcij, njena osnovna predpostavka pa je, **da ljudje vedno izbirajo svoje reakcije**. To pomeni, da se vsak sam odloča, na kateri način bo reagiral na določeni transakcijski stimulus. Ne glede na stimulus lahko nanj odgovorimo iz katerega koli ego stanja in pri tem pozovemo poljubno ego stanje drugega. V nasprotju s tem mnogi verjamejo, da so naše reakcije avtomatske in da enostavno morajo vedno enako reagirati na določen stimulus. Nekateri celo verjamejo, da bi izgubili svojo identiteto, če bi reagirali drugače.

Torej v vsakem trenutku smo ljudje sami odgovorni za svoje akcije in reakcije in »krivde« za naš odziv ne more prevzeti drugi. Posebej je ta tehnika uporabna v primeru problematičnih transakcij, oz. takrat, kadar neka oseba kronično neadekvatno reagira na nek tip transakcijskih stimulusov. Te neadekvatne »avtomatske« reakcije so lahko strah, zmedenost, bes, prezir, sovraštvo, vulgarno izražanje ipd.

Primer: Na problematično transakcijo, poslano iz ego stanja kritičnega starša :« Ti si popolni idiot« so možne reakcije iz vseh ego stanj:

Pozitivni kritični starš: »Ne dovolim, da mi tako govorite, če boste nadaljevali, se ne želim več pogovarjati z vami!«

Pozitivni negujoči starš: » Žal mi je, da vas je to tako vznemirilo, ali zmorete, da razgovor nadaljujeva bolj umirjeno?«

Pozitivni Odrasli: »Kaj točno vas moti v mojem vedenju?«

Pozitivni prilagojeni otrok: » Se opravičujem, če sem kaj naredil narobe.«

Pozitivni svobodni otrok: »Oh, škoda, vi ste pa meni tako seksi«

Smisel te tehnike je v učenju komunikacijske fleksibilnosti, saj je namesto enega »avtomatskega« načina možnih najmanj šest različnih odgovorov. Kadar pa imamo več možnosti izbora, je večja verjetnost, da bomo odgovorili z najprimernejšim. Ni univerzalnih dobrih odgovorov, ker je komunikacija vedno odvisna ne le od stimulusa, temveč tudi od odnosa med osebama, konteksta in situacije, v kateri se odvija.

Ta tehnika je primerna tako za trening strokovnjakov, ki delajo z ljudmi, kot tudi za učenje socialnih veščin odraslih pacientov in adolescentov, pa tudi pri rehabilitaciji oseb s težjo duševno motnjo. Ključni moment je skupinska oblika dela in učenje skozi igranje vlog.

ZAKLJUČEK

Namen prispevka je predstaviti transakcijski komunikacijski model in ob tem izpostaviti pomen lastne odločitve in odgovornosti za našo reakcijo na nek stimulus, ter spomniti na široko možnost izbora naših reakcij, ki jih imamo v vsaki situaciji. Strokovnjaki, ki delamo z ljudmi se tako odločamo za uporabo ++ življenjske pozicije in pri delu z ljudmi uporabljamo predvsem ego stanja odraslega in pozitivnega negujočega starša včasih pa tudi pozitivnega kritičnega starša.

Sponzorji in donatorji, ki so omogočili izvedbo srečanja:

RECKITT BENCKISER ADRIATIC d.o.o

MERCK SHARP&DOHME inovativna zdravila.d.o.o.

ALKALOID d.o.o

KRKA d.d.

MEDIS d.o.o.