

PSIHODINAMSKO ZASNOVANA ZDRAVSTVENA NEGA PSIHOTIČNIH BOLNIKOV NA ODDELKU PSIHIATRIČNE BOLNIŠNICE

PSYCHODINAMICALLY ORIENTED NURSING CARE OF PSYCHOTIC PATIENTS ON A PSYCHIATRIC WARD

Kristjan Nedog

UDK 616.89-02-083

DESKRIPTORJI: psihoze; psihiatrična zdravstvena nega; bolnišnice psihiatrične

DESCRIPTORS: psychotic disorders; psychiatric nursing; hospitals, psychiatric

Izvleček – Medicinske sestre in zdravstveni tehniki imajo v vsakdanu bolnika na bolnišničnem oddelku podobno vlogo kot mati v vsakdanu novorojenčka: so stalni in za morebitni klic na pomoč praktično vedno prisotni partnerji, ki vzdržujejo kontinuiteto oddelčnega miljeja in s svojo stalno prisotnostjo vzbujajo pri bolnikih občutek varnosti, tudi če se bolnikovo stanje poslabša, saj so »vedno na voljo«. Na intenzivnih psihiatričnih oddelkih je v odnosu do akutno psihotičnih bolnikov navedeno še toliko bolj očitno, saj je narava bolezni pri teh bolnikih takšna, da praktično zahteva stalnost, varnost in toplino okolice.

V prispevku so podane teoretične osnove za vzporednice med odnosoma novorojenček – mati ter bolnik – medicinska sestra/zdravstveni tehnik, preučene so možnosti psihodinamsko zasnovanega pristopa k delu medicinske sestre/zdravstvenega tehnika ter nakazane prednosti takšnega pristopa, pri čemer je pomembnost vloge medicinske sestre/zdravstvenega tehnika v obravnavi psihotičnega bolnika upodobljena s sicer na prvi pogled morebiti nekoliko banalno metaforo gradnje hiše, ki pa je ob poskusu pogleda iz drugega zornega kota sigurno vredna razmisleka in razprave, čeprav najbrž še potrebna nadaljnje kritične obravnave.

Uvod

Zdravstvena nega ima v primerjavi s specializiranimi vrstami terapije v vsakdanu psihotičnega bolnika na neki način precej generalistično nalogo: zagotavlja naj bi takšen odnos med pacienti in medicinskimi sestrami/zdravstvenimi tehnikami (nadalje MS/ZT), ki bi pri pacientu poskrbel za zatesnitev sicer prepustnih oziroma nekonsistentnih meja njegovega jaza (ega) in bil s tem osnova za njegovo vrnitev v nepsihotični svet.

Psihološke teorije shizofrenije oziroma psihotičnih motenj nasploh namreč govorijo o tem, da je poglavitni razlog nastanka psihoze motnja v doživljanju »sebe« kot omejenega od okolja, torej da so meje med »jazom« in okolico bolj ali manj nekonsistentne. V

Abstract – In the daily hospital inpatient routine nurses carry out a role, similar to that of a mother towards a newborn: they are present at any time and as such always available for a patient's call for help in case his clinical state worsens. By being »always there« they establish a hospital milieu which gives the patient the sense of safety. The above mentioned stands even more when having in mind the relationships in a psychiatric intensive care unit as the nature of psychotic illnesses invariably calls for the sense of continuity, safety and warmth.

The article presents theoretical background for the comparison of mother – child and nurse – patient relationships and studies possibilities for a psychodynamically oriented approach to nursing together with pointing out advantages of such an approach. In trying to achieve that, for the presentation of the importance of nurses' everyday work the article uses the metaphor of the building of a house, which may on the first look seem banalised to some degree, but from another point of view a considerable and noteworthy correlation.

svetu se z razlogi za nastanek takšnega stanja ukvarja več teorij, med katerimi sta nekako v ospredju dve. Prva predvideva, da je razlog za nastanek psihoze zgodnji psihični konflikt ter posledična regresija ego in superego funkcij. Druga je t.i. šola ego deficita, ki vidi razlog za nastanek psihoze v deficitu ega, ki ni sposoben vzpostaviti ali zadržati ponotranjenih objektivnih odnosov, posledica česar so motnje v doživljanju »selfa« in odnosa z objekti (Žunter Nagy, 1999).

Razvojnopsihološki vidiki psihoanalize za opredelitev negovalnih odnosov

Človek ob rojstvu ni sposoben skrbeti zase in preživeti brez nege. Angleški psihoanalitik John Bowlby v

takoimenovani »teoriji navezanosti« govori o biološko osnovanem sistemu, ki pri mladih določene vrste skrbi za to, da poiščejo zaščito pri starših, če se počutijo ogrožene. Dojenčka tako v začetku zmotijo njemu povsem neznani dejavniki: lakota, žeja, mraz, bolečine... in ga spodbudijo, da išče pomoč pri negovalni osebi. Ta je lahko v začetku kdorkoli, v nekaj mesecih pa se izoblikuje naveza na določeno osebo, s katero ima novorojenček največ stika in v omenjenih situacijah bo iskal le njeno bližino (to je večinoma mati, kar pa sicer ni nujno). Tako bo, ko se bo počutil ogroženega, sprožil vedenjske vzorce, kot so kričanje, sledenje, pričvrstitev ipd., da bi se ponovno vpostavila bližina med njim in dotično zaupno osebo. Prostorski cilj tega vedenja je bližina, čustveni pa varnost (Kaplan, Sadock, 1997).

Podobno se v določenih situacijah vedemo odrasli. Bolnik, ki je v bolnišničnem okolju neposredno odvisen od oskrbe, bo v vsaki situaciji, ko se ne bo počutil varnega, pozvonil na zvonec, da bi se prikazala njegova zaupna oseba – medicinska sestra – in pri njem ponovno vpostavila občutek lagodja oziroma varnosti. Nekaj podobnega je možno razbrati iz sledeče zgodbe: mladi specializant na zaprtem psihiatričnem oddelku je imel navado, da je vsako jutro pred vizito šel po oddelku in pogledal paciente, ki so bili prejšnjo noč na novo sprejeti. Ko je tako nekega jutra zakorakal v sobo akutno psihotične bolnice, ki je sedela na svoji postelji v vidno agitiranem stanju, je le-ta pričela kričati in klicati medicinsko sestro, naj hitro pride, saj da se je v njeni sobi znašel en zmešani zdravnik, ki mu je treba pomagati. Iz opisane situacije je možno razbrati, da se je pacientka počutila očitno ogroženo od specializanta, saj je prestopil prepustne meje njene jaza, kot smo jih za akutno psihotične paciente opisali zgoraj, in je zato iskala bližino zaupne osebe. Obenem je zanimivo, da je v stiski projicirala svojo »zmešanost« na njega. Kasneje bomo videli, da so takšni pojavi pri interakciji s psihotičnim bolnikom dokaj pogosti.

Tako dojenček s pomočjo matere, kot bolnik s pomočjo medicinske sestre, ponovno najdeta stanje zadovoljstva. Otrok na primer med hranjenjem zaznava, da se mu vrača stanje dobrega počutja, nekaj, kar je bilo prej porušeno. Na ta način nastajajo »reprezentance generaliziranih interakcijskih izkušenj«. Gre za strukture, ki so neke vrste spomini, nastajajoči pri doživetju negovalnih interakcij. Za njihovo oblikovanje so odločilnega pomena občutek znanega, stalnega in zanesljivega, imajo pa pomembno vlogo pri oblikovanju lastne koherence in »selfa« (Teising, 1997). Na podlagi teh izkušenj razvije otrok tudi »sposobnost, da zaupa«: namreč prepričanje, da se bo po potrebi negovalna oseba zares pojavila, da ga ne bo zapustila. Le tako je možno, da zdrži fizično odsotnost »primarnega objekta«, gledano razvojnopsihološko.

Bion je govoril o »beta elementih« kot o zgodnjih občutkih telesnega nelagodja, ki jih materina (nego-

valna) »alfa funkcija« transformira v izdržljive in pripadajoče jazu (Bion et al, 1970). Dojenček je od te funkcije eksistencialno odvisen, obenem pa se osebek kasneje začasa življenja trudi osvoboditi se iz te negovalne navezanosti. V tem smislu je ena prvih psihičnih razvojnih nalog otroka to varovalno vlogo negovalnega objekta introjicirati (ponotranjiti), narediti sebi lastno. Tako nastaja občutek lastnega, s kožo omejenega, vedno bolj samostojnega telesnega prostora, v katerega se lahko nekaj vloži, iz njega nekaj pride oziroma se tudi kaj izvrže. Za oblikovanje duševnega prostora pa je potrebna izkušnja njegove omejenosti. Če je negovalni objekt sposoben otrokove senzacije dobro predelati in pravočasno vrniti, nastajajo dovolj dobre reprezentance o sebi in o objektu. Doživetje do okolja omejenega »sebe«, ki pa je z okoljem v izmenjavi, je osnova za občutek lastne aktivnosti. V kolikor pa v negovalnih odnosih ne pride do zadovoljive omejitve med reprezentancami o sebi in o objektih, nastanejo ranljivosti, ki v obremenjujočih situacijah kasneje lahko vodijo na primer do oblikovanja psihotičnih simptomov, s katerimi naj bi se omenjene meje »zatesnile«. Obremenjujoče situacije namreč pri psihotičnih bolnikih pripeljejo do hude tesnobe (anksioznosti), pred katero se branijo z razcepom oziroma s celim spektrom psihotičnih simptomov, ki imajo torej značaj obrambe pred anksioznostjo (Praper, 1999).

Pri psihozah so meje jaza lomljive ali jih sploh ni. Dogajajo se fragmentacije, fuzije nerazmejenih reprezentanc o sebi oziroma o objektih, projekcije, introjekcije. Klinično se ta problematika kaže na primer pri enem glavnih simptomov shizofrenije, ko bolnik ni zmožen razlikovati med lastnimi in vstavljenimi mislimi, oziroma postanejo misli glasovi.

Otrok torej med razvojem spoznava, da negovalna oseba prepoznavna, preusmerja in poimenuje njegova telesna dogajanja (ko otroka na primer črviči po črevesju in joka, mu mati nežno položi roko na trebuh, s čimer dejansko ne odpravi samega črvičenja, naredi pa otrokovo doživljanje le-tega znosno, tako da preneha jokati). Mati nudi otroku (in MS/ZT bolniku) okolje, v katerem se uči razumeti samega sebe, s tem, ko njegove občutke poimenuje in ve, kaj je storiti. Sposobnost prevzeti neposredne telesne potrebe in občutke nase ter reagirati ustrezno, premišljeno in ne preuranjeno, je tisto, kar odlikuje negovalne odnose. Ščasoma prevzame otrok to sposobnost in jo naredi sebi lastno.

Vsaka negovalna oseba pa je v doživljanju negovalnega omejena v svoji kapaciteti in na ta način lahko kvečjemu »dovolj dobra«. Doživljanje te omejenosti ogroža občutek gotovosti negovanega in sproži izkušnjo eksistencialne ogroženosti. Zaradi takšne frustracije lahko pride do mobilizacije agresivnih impulzov proti objektu, katerega bližina je v bistvu najbolj zaželena. Vendar je takšna izkušnja omejenosti gonilna sila vsakršnega napredka v razvoju. Negovalna oseba,

ki bi brezmejno spoznala in izpolnila sleherno potrebo, bi negovanega držala v eksistencialni odvisnosti in mu onemogočila lastni razvoj. Nadalje je pomembna izkušnja, da objekt (negovalec) zaradi omenjene agresije ne bo poškodovan ali umrl.

Za življenja namreč po eni strani hrepenimo po neodvisnosti, po drugi strani pa ostanemo navezani oziroma iščemo navezanost. Poleg oskrbovalnih, na splošno kot »materinske« označenih negovalnih funkcij, je razvoj torej v enaki meri odvisen od omejujočih in frustrirajočih izkušenj. V klasični psihoanalizi predstavlja oče tistega, ki reče »ne«. Vendar druge teorije ugotavljajo, da je mati za to vlogo prav tako dovolj dobra in da prav ona s svojimi omejitvami omogoči otroku, da usmerja proti njej agresivne impulze ter s tem doživi, da ne delujejo smrtonosno, saj mati preživi (Milčinski, 1987).

Sodobne raziskave dojenčkov, teorija navezanosti ter psihoanalitična teorija objektivnih odnosov govorijo zato v nasprotju s klasično psihoanalitično razvojno psihologijo o tem, da je vzpostavitev odnosov centralni element v formiranju individuuma in njegove avtonomije. Pri tem gre tako za razveze kot za vzpostavljjanje navezanosti.

V osnovi najbrž vseh konceptov zdravstvene nege se poudarja cilj karseda vseobsežne ohranitve ali ponovne vzpostavitve sposobnosti skrbeti zase, torej gre za princip raz-veze. Doseči ali ponovno vzpostaviti se želi maksimalna mera neodvisnosti oziroma samooskrbe. Z dejansko ali sluteno odvisnostjo od nege pa grozi osebam doživetje eksistencialne odvisnosti. S tem pridejo v situacijo, kakršna je bila v zgodnjem otroškem razvoju in ki lahko povzroči zelo ambivalentne občutke. Kakor otrok mora tudi bolnik uvideti, da ne more po mili volji kontrolirati MS/ZT, da je njena pomoč njemu (torej bolniku) v domeni njene odločitve in da vseh njegovih želja ne more in noče izpolniti. Za mnoge bolnike je takšno spoznanje odvisnosti od druge osebe hud udarec po lastnem narcizmu in vodi v izpade jeze, ki jih je v odnosih med MS/ZT in bolniki v bolnišnici pogosto možno videti.

Naloge zdravstvene nege pri psihotičnih bolnikih

Pri osebju zdravstvene nege v psihiatričnih ustanovah obstaja ponavadi drža, da hitreje »ukrepajo« kot »preudarijo«. Pod izrazom »preudariti« je treba v tem kontekstu razumeti čutečo, razumevajočo in predelujočo alfa-funkcijo MS/ZT, ki zmore »prebaviti« beta-elemente bolnika in jih v ustreznih odmerkih vrača njemu. Praktično se to v vsakdanu psihiatrične bolnišnice manifestira tako, da večina MS/ZT ob poslabšanju bolnikovega duševnega stanja (v kakršnikoli obliki) najraje pokliče oddelčnega ali dežurnega zdravnika, češ naj nekaj stori. Sicer je takšna drža vsled strukturnih danosti zdravstvene nege, načina njihovega izo-

braževanja, slabih možnosti avtorefleksije ipd. tudi razumljiva. Če pa se MS/ZT trudi razumeti subjektivno doživljanje psihotičnega bolnika, se mu odpre cela vrsta težkih nalog, pri katerih bo zmožen delovati kot »katalizator za spremembe«. Vendar to pogosto pomeni, da postane MS/ZT tudi sprejemnik nezaželenih bolnikovih samoaspektov; neredko jih bolniki v paranoidni fazi doživljajo kot zasledovalce, kar seveda vodi do neljubih interakcij v delovnem vsakdanu MS/ZT. Iz opisane psihodinamike sledi, da je sposobnost profesionalne psihiatrične nege ne priti bolniku preblizu (kljub njegovim željam), ne prekoračiti lomljivih meja njegovega jaza, obenem pa ne odpovedati se razumevanju dogajanja v njem.

Naloge zdravstvene nege pri psihotičnih bolnikih se dajo, če stvari nekoliko metaforiziramo, primerjati z gradnjo hiše. MS/ZT pomaga bolniku utrditi svoj »self«, ga od drugih omejiti, živeti torej v lastni hiši ne da bi bila ta hiša kar naprej napadana s strani sosedov, demonov ipd. ali celo porušena, obenem pa je bolnik sposoben sam odpreti okna, iti ven, sprejeti obiskovalce in se mu ni treba zabarikadirati. Zato je treba zgraditi temelje, poskrbeti za izolacijo, opremiti notranjost, pokriti streho, namestiti strelovod, dobiti soglasje gradbene komisije ter skrbeti za vzdrževanje hiše.

Gradnja temeljev

MS/ZT so v bolnišničnem okolju glavni pogovorni partnerji bolnikov. Mnogi bolniki po eni strani iščejo bližino, po drugi strani jo odklanjajo. Ta ambivalenca vodi pogosto do bizarnih, nerazumljivih izjav, ki jih MS/ZT mora na začetku posrkati kot »zabojnik«. S tem zabojniškim prostorom MS/ZT namreč oblikuje temeljni kamen za bolnika, ki bo ta prostor kasneje lahko prevzel za svojega. Omenjeni prostor je za MS/ZT na oddelku osrednjega pomena. Vendar samo pasivno srkanje ni dovolj. Od MS/ZT se pričakuje tudi proces reciklaže, namreč sposobnost, da bo vse v nje- ga vrženo predelal/a, razumel/a, ne da bi takoj ukrepal/a. Temelji takšne hiše so predpogoj, da bo kasneje v tej hiši sploh možno reševati oziroma predelovati konflikte. Winshipova je mnenja, da je medicinska sestra oziroma zdravstveni tehnik najpomembnejši član terapevtskega tima. Njegova sposobnost razumeti in tolerirati bolnika je najvažnejši dejavnik, ki odloča, ali bo hospitalizacija potekala uspešno ali ne (Winship, 1995).

Da bi lahko nudili takšen varen prostor bolnikom, pa seveda delavci zdravstvene nege potrebujejo možnost, da znotraj bolnišnice razpolagajo z ustreznim »lastnim« prostorom, pri čemer seveda niso mišljene samo realne prostorske možnosti, ampak tudi omogočanje ustreznega kompetenčnega oziroma odločitvenega prostora, ki je omejen od ostalih poklicnih profilov, v katerega torej drugi profili zaposlenih ne morejo po mili volji posegati.

Izolacija

Psihотиčni bolniki s povečano prepustnostjo jaza (ega) nujno potrebujejo boljšo »zatesnitev« proti poplavam s strani zunanjih glasov ter notranjih strahov. Omenili smo že, da jim takšno zatesnjeno, izolirano hišo daje prostor, ki ga ustvarijo MS/ZT.

Opremljanje notranjosti

Nadaljnja vloga MS/ZT je strukturiranje notranjosti ustvarjenega prostora. Pri shizofrenih pacientih se pogosto pojavljajo konkretistično nakazujoče simbolizacije. Kot primer bi na tem mestu lahko navedli v bolnišničnem vsakdanu dokaj pogosto situacijo: bolniki imajo na voljo oddelčno čajno kuhinjo (ali podoben prostor) za kuhanje kave ipd. Ta prostor pa jim ponavadi ni na voljo ob določenih urah dneva, ko ima osebje tam na primer timski posvet ali malico. Akutno psihotični bolnik ima silno velike težave pri upoštevanju zaprtosti omenjenih vrat, kljub temu, da vsakič, ko vpade, naleti (ponavadi na vedno večje) nezadovoljstvo in gnev zaposlenih. Izkazalo se je, da ima interakcija med bolniki in MS/ZT (ter seveda tudi drugimi člani tima) lahko do neke mere diagnostični pomen. Akutno psihotični bolniki jasno kažejo nesposobnost upoštevanja vrat kot »meje« s tem, ko niso sposobni upoštevati njihove zaprtosti oziroma neprepustnosti. Upoštevanje le-te pa ni več problem, čim akutna faza bolezni izzveni.

Pokrivanje strehe in ustvarjanje koristnih trikotnikov

Vsled analogij z razvojno psihologijo smo potegnili nekaj paralel med nalogami primarnega objekta ter funkcijami zdravstvene nege. Vendar psihiatrične zdravstvene nege ni moč reducirati zgolj na »nadomeščanje matere« v veri, da bodo bolniku tako morebiti izpolnjene neizživete potrebe iz otroštva. Nasprotno: bolnik potrebuje bližino, toplino, priznanje, podporo in pomiritev zato, da mu je potem omogočeno shajati s pomanjkanji iz preteklosti, bolj na razumski kot na doživljajski ravni.

V tem smislu je za bolnika, ki mu grozi »zlitje« z bližnjim, v veliko pomoč uvedba tretje pozicije, torej »triangulacija«. Če se spomnimo uvodnega primera s specializantom, ki je prišel v sobo bolnice, je bila tam medicinska sestra, ki jo je bolnica klicala, »triangulirajoči« objekt, ki je razbremenil napeto ozračje. Izkazalo se je za koristno, če je med zdravljenjem akutno psihotičnega bolnika na oddelku pri njegovih razgovorih z zdravnikom prisotna medicinska sestra. Manj je grozeče »zlitje« in manj je ozračje napeto.

Nekateri avtorji priporočajo MS/ZT uporabo govora kot triangulirajočega sredstva tudi v neverbalnih situacijah. Govor pri tem skrbi za distanco in zmanjšuje strah, torej hkrati vzdržuje kontakt in skrbi za ohranitev meja (Kipp et al, 1996).

Koristen trikotnik se ustvari tudi, če MS/ZT vpostavijo stik s svojci bolnika, kar se je izkazalo za zelo pomembno v procesu rehabilitacije in pri zmanjševanju verjetnosti kasnejšega relapsa bolezni.

Če se torej vrnemo k metafori hiše, se da triangulirajočo funkcijo razumeti kot njeno streho, ki ščiti in obenem drži notranjost, ki je ogrožena pred razpadanjem, skupaj.

Namestitev strelododa

MS/ZT so pogosto preventivna zaščita pred katastrofo, s tem ko prvi opazijo, če se bolniku bliža dekompenzacija stanja, če postaja na primer nemiren oziroma se »nekaj kuha«. Delujejo lahko deeskalirajoče, skušajo odpraviti vzroke, tako da na primer gredo s bolnikom na sprehod ipd. Prav tako so medicinske sestre pogosto zelo uspešne v psihoedukaciji bolnika v smislu prepoznavanja razlogov in zgodnjih znakov grozeče dekompenzacije ter ustreznega ukrepanja.

Gradbena komisija

Tudi osebje zdravstvene nege samo potrebuje triangulacije, glede na to, da je vsakodnevno soočeno z akutno psihotičnimi, suicidalnimi ter neredko nasilnimi bolniki. Psihodinamsko orientirano zdravstveno nego odlikuje sposobnost samorefleksije: postavljanje lastnih načinov reagiranja ter razmišljanja pod vprašaj in preverjanje njihovih metod. Tisti, ki nudijo psihodinamsko orientirano zdravstveno nego, morajo vedeti nekaj o transfernih in kontratransfernih reakcijah ter tudi o lastnih načinih reagiranja v kriznih situacijah ipd. V tem pogledu jim mora biti omogočena edukacija iz psihoanalitične teorije, samoizkustev, omogočene ustrezne supervizije itd. Vse to bo omogočilo kakovostno psihodinamsko orientirano zdravstveno nego ter okrepilo sposobnost sprejemanja in prenašanja stisk oziroma vznemirjenj psihotičnih bolnikov.

Vzdrževanje hiše

Pomembna vloga zdravstvene nege v psihiatrični bolnišnici je ohranitev kontinuitete odnosa z bolniki. Zdravniki namreč zelo pogosto rotirajo znotraj ustanove, medtem ko so MS/ZT dolgoročni zaupni sodelavci bolnikov, predvsem tistih, ki se pogosto vračajo. Medicinske sestre in zdravstveni tehniki takorekoč vzdržujejo »oddelčni milje«, kar je precej obsežnejša naloga kot zgolj skrb za to, da so bolniki na zunaj urejeni. Veliko pomembnejša je njihova vloga, ki smo jo opisali pod točko 1.

Terapevtska ponudba bolnišnice se izraža v slogu, s katerim obratuje oddelek. To pa je umetnost, ki jo je težko opaziti, še težje pa vsak dan na novo spraviti v pogon. Na vsak način sestoji terapevtska ponudba psihiatrične bolnišnice v svojem jedru v zdravstveni ne-

gi, ki jo dajejo medicinske sestre in zdravstveni tehniki (Teising, 1997).

Institucionalni okvir psihodinamske zdravstvene nege

Očitna odvisnost psihotičnih bolnikov od MS/ZT pa ima kot paralelo večinoma precej manj očitno odvisnost MS/ZT od bolnikov. Psihodinamsko je namreč pogosto pomembna potreba MS/ZT po spoštovanju, želja po tem, da si dober človek, pripravljen pomagati, delati dobro itd. in s tem krepiti samozavest, odpraviti negotovost, dvome o sebi ter agresivna nagnjenja. Odvisnost MS/ZT od bolnikov pa je navadno zanikana. To vodi v nevarnost, da MS/ZT dokazujejo bolnikom njihovo odvisnost, kar seveda predstavlja zlorabo moči oziroma položaja. Zanikanje odvisnosti je tako osnova za potrebo po kontroliranju in nadvladi kot obrambo pred lastno nemočjo.

V oddelčnem vsakdanu ni potrebno iskati prav dolgo, da najdemo primere neracionalnega potlačenja bolnikov s strani MS/ZT, ponavadi zavite v tančico navidezno potrebnih ukrepov, ki vzdržujejo nadvlado MS/ZT nad bolniki. Medicinske sestre in zdravstveni tehniki, po eni strani sami na nek način »obsojeni zgolj na negovalni poklic« (posebna tema razprave bi v tem kontekstu lahko bila psihodinamska ozadja odnosov zdravnik – medicinska sestra/zdravstveni tehnik), neredko vladajo na oddelku kot v lastni hiši, včasih po principu reda v vojašnici. Seveda gre pogosto pripisati odgovornost za takšne odnose na oddelku širši oddelčni klimi, ne pa vedno zgolj karakterju MS/ZT. Obenem pa takšen odnos lahko koristi regresivnim potrebam bolnikov. Regresivni potencial, ki ga nosijo s seboj negovalni odnosi, predstavlja vedno nevarnost za izražanje in zlorabo moči oziroma nadvlade.

MS/ZT na intenzivnem psihiatričnem oddelku so predstavniki družbenega sistema, ki pri svojem vsakdanjem delu občasno morajo uporabiti »prisilne metode dela« in s tem seveda neredko poskrbijo za dodatne stiske pri bolnikih. Odprto in jasno soočenje s tem dejstvom bi nemara olajšalo težko nalogo MS/ZT, da ločiti potrebno od nepotrebne sile in omogočilo dejansko občasno uporabo sile kot nujnosti, ne da bi pri tem padli v skušnjava, da se sila uporabi za lastno stabilizacijo, kaj šele da se zlorabi za potlačitev nekoga (bolnika) v lastno korist (Mentzos, 1991).

Sklep

Očitno je, da (lahko) zajema delovni okvir psihiatrične zdravstvene nege zelo širok spekter nalog, dolžnosti in možnosti pomoči psihotičnim bolnikom.

Vprašanje pa seveda je, v kakšni meri to zdravstveni sistem v vsakdanjem delu na oddelku v našem prostoru omogoča ter tudi koliko so posamezne medicinske sestre in zdravstveni tehniki motivirani za nadgradnjo svojega osnovnega, v najožjem smislu besede »negovalnega« dela. V ZDA, na primer, se je zaradi očitne uspešnosti psihodinamsko (ali podobno) zasnovane zdravstvene nege že razvil samostojni poklicni profil negovalnega psihoterapevta (»nurse psychotherapist«), ki ordinira v skupinskih seansah, podobno kot ostale oblike skupinske psihoterapije, pri čemer se seveda bolj poslužuje prijemov zdravstvene nege kot psihoterapije v ožjem smislu. Ti terapevti imajo svoje ordinacije, svoje združenje itd. V Evropi razvoj (zaenkrat) ni bil tako drastičen. To pa ne pomeni, da mnoge medicinske sestre in zdravstveni tehniki niso tako ali drugače psihoterapevtsko izobraženi oziroma da psihoterapevtsko izobraževanje osebja zdravstvene nege ni koristno. V Sloveniji se kar precej MS/ZT ukvarja s takšno ali drugačno obliko psihoterapevtskega dela oziroma imajo nekateri tudi naziv »psihoterapevt« in poleg svoje osnovne dejavnosti delujejo tudi kot individualni in/ali skupinski psihoterapevti. Vendar pa, kot je v prispevku nakazano, tudi če ni cilj posameznika postati nekoč psihoterapevt, takšna izobrazba vsekakor medicinski sestra in zdravstvenemu tehniku omogoči mnogo učinkovitejše možnosti za vsakdanje delo s pacienti na oddelku ter seveda tudi učinkovitejše možnosti soočanja in spopadanja z lastnimi stiskami in frustracijami, izhajajočimi iz vsakdanjega dela.

Literatura

1. Bion WR. Attention and Interpretation. London: Tavistock Publications, 1970.
2. Kaplan HI, Sadock BJ ur. Synopsis of psychiatry. Baltimore: Williams & Wilkins, 1997.
3. Kipp M, Reithinger N, Engel R, Klesen M. Predicting dialogue acts for a speech-to-speech translation system. V: Proceedings of the Fourth International Conference on Spoken Language Processing. Philadelphia: (ICSLP-96), 1996: 654–7.
4. Mentzos S. Die Beziehungen zwischen dem intrapsychischen und dem institutionellen Zwang. V: Pro Mente Sana Aktuell – Stationäre Alternativen (I). Berlin: Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag & Versandbuchhandel, 1991.
5. Milčinski L. Osebnost – pojem in teorije. V: Milčinski L ur. Psihijatrija. Ljubljana: DZS, 1986: 39–56.
6. Praper P. Razvojna analitična psihoterapija. Ljubljana: Inštitut za klinično psihologijo, 1999.
7. Teising M. The nurse, the patient, and the illness: an object relations approach to nursing. V: Perspectives in Psychiatric Care, Vol. 33, 1997.
8. Winship D et al. Professional boundaries: a discussion paper on expectations for nurse–client relationships. Edmonton: Alberta Association of Registered Nurses, 1997.
9. Žunter Nagy AM. Individualna psihoterapija oseb s psihozo. V: Praper P. Razvojna analitična psihoterapija. Ljubljana: Inštitut za klinično psihologijo, 1999: 369–88.