

POVZETKI POSTERJEV

UPORABA REALITETNE TERAPIJE - TEORIJE IZBOROV V TERAPIJI URGENTNIH STANJ V PSIHIATRJI

Helena Gantar Štular

Realitetna terapija je ena od desetih v svetu najbolj uporabljenih psihoterapevtskih metod, ki je zaradi svoje kratkosti, usmerjenosti na sprejemanje lastne odgovornosti pacienta za svoje vedenje in za aktivnosti tukaj in sedaj pri reševanju problema, lahko psihoterapevtska tehnika izbora za nekatera urgentna stanja v psihiatriji, zlasti pri pacientih s psihičnimi in telesnimi simptomi anksioznosti, z depresivnimi motnjami, motnjami vedenja, različnimi odvisnostmi. Lahko se uporablja tudi v kombinaciji z drugimi tehnikami in psihofarmakoterapijo.

Realitetna terapija izhaja iz izkušenj psihiatra Williama Glasserja, da je analitična psihoterapija težko dostopna številnim pacientom, ki bi potrebovali pomoč, in da pacienti kljub dolgoletni analitični terapiji pogosto ostajajo ujeti v svoja disfunkcionalna vedenja. Uspešnost in učinkovitost realitetne terapije sloni na treh predpostavkah: človekovo vedenje je proaktivno, vselej notranje motivirano, smiselno in prožno in ga aktivno izbiramo; človeka žene v vedenje težnja po zadovoljitvi svojih osnovnih psihičnih potreb/sprejetost, moč, svoboda in zabava/ potem ko zadovolji potrebe po preživetju, oz. težnja po kontroli zunanjega okolja za sebe; človekovo vedenje je vselej celostno, sestavljeno iz aktivnosti, mišljenja, čustvovanja in fiziološkega dogajanja.

Odločinega pomena v realitetni terapiji je dober odnos med pacientom in terapevtom. Terapevt mora postati v pacientovem zaznavnem svetu oseba, ki začne vsaj nekoliko zadovoljevati njegove osnovne psihične potrebe. Tako pacient zmore narediti in sprejeti samopresojo svojega /neučinkovitega/ vedenja oziroma najti povezavo med svojo težavo in izbranim vedenjem in se

odločiti za spremembo. Terapevt ga pri tem hrabri, mu pomaga poiskati in izbrati uspešnejša vedenja, ki bodo bolj učinkovito zadovoljila njegove potrebe v prihodnosti, in mu tako pomaga pri gradnji pozitivne identitete. Za spremembo vedenja naredi pacient načrt, pri tem je terapevt direkten, ne pa direktiven, s čimer pomaga pacientu obdržati odgovornost in kontrolo nad svojih življenjem. Glasser poudarja pomembnost pozitivne orientacije v terapiji, da pacient dobi upanje, da lahko naredi spremembo v življenju, da bolje zadovolji svoje potrebe, če aktivno izbere drugo vedenje. Sprememba v eni komponenti vedenja prinese spremembe v ostalih treh komponentah. Pacient pove terapevtu smer terapije in določi kriterije, kdaj je terapija uspešna, in preko samoocene prevzema odgovornost za svoje vedenje.

LITERATURA:

1. William Glasser: Kontrolna teorija, Ljubljana: Taxus 1994
2. B.C. Greenwalt: A comparative analysis of reality therapy and solution-focused brief therapy, Journal of Reality Therapy, Fall 1995

PRISOTNOST DUŠEVNIH MOTENJ PRI BOLNIKI V DEŽURNI SLUŽBI IN NA HIŠNEM OBISKU

Janko Kersnik, Marjeta Zupančič

Dežurna služba in nujni hišni obiski so namenjeni reševanju zdravstvenih težav, ki jih bolniki ocenjujejo kot nujne. Zdravniki družinske-spološne medicine obiskovalce dežurne službe pogosto ocenjujejo kot težavne in »živčne«. Da bi preverili prisotnost anksioznih ali depresivnih stanj pri bolnikih v dežurnih ambulantah in na nujnem hišnem obisku, smo izvedli anketo med 2160 naključnimi obiskovalci zdravnikov splošne medicine.

Prejeli smo 1809 (84%) odgovorov iz 36 splošnih ambulant po Sloveniji. Odgovorilo je 666 (37%) moških in 1129 (63%) žensk, povprečna starost anketirancev je bila 50 let, standardni odklon 15 let. Prisotnost anksioznih ali depresivnih motenj smo ocenjevali z Duke-AD vprašalnikom, ki je pokazal prisotnost motenj pri 50% vprašanih, in s tristopenjsko lestvico odgovorov na vprašanje, kakšne težave z živci so imeli vprašani v zadnjem času. Ta je pokazala, da je imelo 59% vprašanih v zadnjem času nekaj ali kar precej težav z živci. 520 (29%) je iskalo pomoč v dežurnih ambulantah in 246

(14%) ji je obiskal zdravnik na domu. Med tistimi, ki so odgovorili, da so v preteklem letu vsaj enkrat potrebovali nujno zdravniško pomoč, je bilo nekaj več takih z duševnimi motnjami, ugotovljenimi z Duke-AD vprašalnikom ($p=0.03$), medtem ko pri obiskovalcih dežurne ambulante in obiskanih na domu ni bilo razlik v prisotnosti duševnih motenj. Vparašni pa so sami poročali o večji prisotnosti »živčnosti« v skupini tistih, ki so v preteklem letu potrebovali nujno zdravniško pomoč ($p < 0,001$) in ki so v preteklem letu obiskali dežurno ambulanto ($p < 0,001$), medtem ko razlike v prisotnosti »živčnosti« v skupini bolnikov, ki jih je zdravnik obiskal na domu, niso bile statistično pomembne.

Z raziskavo nam ni uspelo dokazati večje prisotnosti anksioznih in depresivnih stanj pri bolnikih v dežurni ambulanti in na hišnem obisku. Visoka prisotnost duševnih motenj med bolniki v splošni medicini in na splošno in ocena bolnikov samih, da imajo težave z živci, skupaj verjetno dajejo vtis, da je takih bolnikov v dežurnih ambulantah več kot med rednim delom. Dodatno breme zdravniku družinske-splošne medicine povzroča predvsem drugačno, bolj obremenjujoče okolje z nepoznanimi bolniki in večjim pričakovanjem ogrožujočih stanj v primerjavi z lastno ambulanto in znanimi bolniki. Za delo z bolniki z anksiozno depresivnimi motanjami v dežurni ambulanti zdravnik ne potrebuje nič drugačnega dodatnega usposabljanja kot za svoje redno delo, pač pa se mora predvsem zavedati obsežnosti tega problema in možnost anksiozno depresivne motnje vključiti v svojo diferencialno diagnozo.