

Viš. med. s. Marija Magajna  
Klinična bolnišnica za psihiatrijo  
Ljubljana

## Medicinska sestra in psihotični bolnik

Spremenjeni pogledi na duševna dogajanja v bolnem človeku in odkritje zdravil, ki delujejo na osrednje živčevje, so bistveno spremenili tudi vlogo medicinske sestre v zdravljenju duševno motenih oseb. To velja zlasti za psihotične bolnike, s katerimi so sestre nekdanj le redko prišle v stik, razen če so delale v psihiatrični bolnišnici.

V zadnjih dveh desetletjih pa nastajajo v smernicah sodobne psihiatrije povsem nove težnje: psihotični bolniki, zlasti shizofreniki, naj ostanejo čim dlje v domačem okolju in naj se zdravijo ambulantno oziroma v ustanovah zunaj bolnišnice; v bolnišnico naj se pridejo zdraviti le, če je nujno potrebno. Psihofarmaki (= zdravila, ki delujejo na osrednje živčevje in vplivajo na duševne procese) namreč pomagajo psihotičnim bolnikom toliko, da jim ublažijo večino tistih motenj in vedenjskih sprememb, zaradi katerih so še pred dvema desetletjema morali v psihiatrično bolnišnico. Skratka, psihofarmaki jim omogočajo, da se vključujejo in delno prilagodijo svojemu ožjemu in širšemu okolju, se pravi, da lahko ostanejo v družini in na delovnem mestu. To pa pomeni, da se z njimi vse pogosteje srečujejo medicinske sestre, tako patronažne kakor tudi tiste, ki delajo v različnih ambulantah in bolnišnicah.

Če poleg teh velikih sprememb upoštevamo še to, da hitro narašča povprečna življenjska starost (in s tem tudi duševne motnje v starosti), da zaradi širjenja alkoholizma narašča število bolnikov z alkoholnimi psihozami itd., potem je razumljivo, da si morajo sestre pridobiti popolnejše znanje o negi in oskrbi psihotičnega bolnika in v marsičem spremeniti svoj odnos do njega. Večina ljudi je namreč še vedno polna predsodkov, bojzani in odpora proti psihotičnemu bolniku, bodisi da se tega zavedajo ali ne. Mirno lahko rečemo, da velja to tudi za marsikatero medicinsko sestro.

Zato bomo v nekaj člankih obravnavali glavne skupine psihotičnih obolenj ter nanizali **nekaj misli o negi, ki so je taki bolniki potrebni, o ravnanju z njimi in o našem odnosu do njih.**

Skupine psihotičnih obolenj bomo obravnavali po poglavjih, ki so navedena v Mednarodni klasifikaciji bolezni (8. revizija, ki velja pri nas od 1.1.1968); tako se namreč izognemo različnim strokovnim mnenjem o klasifikaciji duševnih bolezni.

Mednarodna klasifikacija bolezni razvršča psihoze takole:  
 senilne in presenilne demence 290;  
 alkoholne psihoze 291;  
 psihoze, združene z intrakranialno infekcijo 292;  
 psihoze, združene z okvarami možganov 293;  
 psihoze, združene s telesnimi boleznimi 294;  
 shizofrenija 295;  
 afektivne psihoze 296;  
 paranoidna stanja 297;  
 druge psihoze 298;  
 neoznačene psihoze 299.

### Senilna in presenilna demenca

V to skupino sodijo senilna demenca, senilna psihoza, Alzheimerjeva in Pickova bolezen, fokalna atrofija možgan itd. Podrobnejše poznavanje posameznih bolezni za medicinsko sestro ni nujno, še zlasti, ker je klinična slika vseh bolezni precej podobna in se tudi nega bolnika in postopek z njim v glavnem ne razlikujejo. Poudariti pa je treba, da ne smemo te skupine enačiti z arteriosklerotično psihozo in demenco, čeprav najdemo v obeh kliničnih slikah mnogo skupnega, ker se lahko znaki senilne demence in arteriosklerotične spremembe pojavljajo hkrati pri istem človeku.

Senilna demenca se pojavlja med 60. in 90. letom starosti. Značilen zanjo je splošen duševni in telesni propad, ki je z leti vedno hujši ter pripelje do končne globoke demence. Vzroki za to obolenje niso znani.

V ospredju klinične slike je postopen propad inteligentnostnih funkcij; najprej običajno opazimo spominske motnje (»pozabljivost«). Mišljenje postane togo; dojemanje in razumevanje novih stvari je oteženo.

Približno polovica bolnikov ohrani spominski zaklad, ki so si ga pridobili v mladostnih letih, in tudi njihovo vedenje se bistveno ne spremeni. Večkrat niti ne opazimo, da za svojo živahno zgovornostjo in uglajenim vedenjem skrivajo precejšen propad inteligentnostnih funkcij. Zlasti pri teh moramo biti zelo pozorni in se ne smemo zanesti, da si bodo zapomnili, kar smo jim naročili. Zaupati takemu bolniku, da si bo zapomnil, katera zdravila mora jemati, kdaj in kako, je strokovna lahkovernost, ki je žal vse preveč pogostna. Druga polovica bolnikov pa kaže poleg že omenjenih motenj še hujše vedenjske in duševne motnje. Pri njih se pojavljajo depresivna ali maniformna razpoloženja, paranoidna stanja itd. ter hujše spremembe v čustvovanju in osebnostnih potezah. Večkrat se pojavijo nočne delirantne epizode, ko je bolnik dezorientiran, tava okoli, premetava posteljnino in druge predmete ter pogosto tudi halucinira. Zaradi teh motenj je bolnik v smrtni nevarnosti, zato mora sestra tem bolezenskim znakom posvetiti pozornost in o njih obvestiti zdravnika. Večino takih bolnikov je treba vsaj začasno dati v bolnišnico ali specializiran dom za starostnike. Terapija senilnih in presenilnih psihoz je zgolj simptomatična. Pri negi in oskrbi bolnikov s senilno in presenilno demenco je treba upoštevati predvsem bolezensko sliko; ker je le-ta zelo različna, je načela glede nege težko posplošiti. Poudariti pa je treba, da so za takega bolnika velika ovira stvari, ki so za zdrave nepomembna malenkost. Stopnice, dvigala, splošna prevozna sredstva, promet na cesti itd. so zanj huda obremenitev, ki jim je le s težavo kos. To moramo imeti vedno pred očmi, kadar ga pošiljamo na različne preglede ali pa mu

naročimo, naj pride po zdravila. Ker so taki bolniki pogosto razdražljivi, prepirljivi, svojeglavi, malenkostni itd., moramo pri našem odnosu do njih paziti, da s svojim vedenjem ne sprožimo ogorčenja in nepotrebnega prepira. Vedeti moramo, da bolnik naše razlage pogosto ne razume pravilno in da se težko prilagodi običajnemu redu v ambulantah in bolnišnicah. Ta njegova navidezna trmoglavost, nadležnost, pa tudi prepirljivost, ki nas včasih spravi v slabo voljo, je v resnici največkrat le znamenje, da bolnik ni zmožen dojeti tistega, kar od njega želimo, in da se ne more vživeti v novo okolje.

Posebno pozorni moramo biti pri dajanju zdravil. Bolnik pogosto pozablja, kakšna zdravila so mu predpisana in kako jih mora jemati. Ko pa se kakšno zdravilo navadi jemati, ga mnogokrat hoče imeti tudi še takrat, ko mu ni več potrebno. Zelo težko tudi razume, da so v preparatih z različnimi imeni iste zdravilne snovi, le da jih pripravljajo različne farmacevtske tovarne in imajo zato različna imena. Prav tako težko razume, da so zdravila zdaj v obliki tablet, drugič v obliki kapsul itd. Zato pri razdeljevanju zdravil nikoli ne smemo ravnati mehanično, temveč moramo bolniku razložiti, kakšna so ta zdravila, zakaj jih dobiva in kako jih mora jemati. Kratka in vljudna razlaga nam lahko zelo olajša delo in pridobi bolnikovo zaupanje.

Bolniki s presenilno demenco se zlasti v začetnem stadiju bolezni pogosto zelo zanimajo za svoje osnovne biološke funkcije, kot so hranjenje, prebava, odvajanje itd. Večkrat se nam zdi, da so se vsi njihovi življenjski interesi zožili zgolj na te funkcije. Nesmiselno in napačno je, če skušamo takega bolnika prepričevati, češ da so to nepomembne stvari. Primerneje je, da se z nekaj besedami tudi mi pozanimamo za ta del njegovega življenja, saj običajno bolnik od nas ne pričakuje kaj več.

Vedno se moramo zavedati, da se počutijo taki bolniki pogosto zelo osamljeni. Že majhna pozornost in topla beseda jim ublaži občutek osamljenosti.

Posebno pozornost seveda zasluži tudi osnovna nega bolnika, njegova prehrana, obleka itd., vendar pa to presega okvir našega članka.

### Alkoholne psihoze

Med alkoholne psihoze uvrščamo: delirium tremens, alkoholno halucinozo, psihozo Korsakov in psihotično ljubosumnost alkoholikov.

**Delirium tremens** je najpogostnejša psihoza kroničnih alkoholikov, ki traja od enega dne do enega tedna, zelo redko dlje.

Natančen mehanizem, kako nastane alkoholni delirij, ni znan. Značilna znamenja, kadar je bolezenska slika popolnoma izražena, so: dezorientiranost, hud tremor, vidne (včasih tudi slušne) halucinacije, potenje, zaposlitveni nemir, nejasen strah, zmedenost, nespečnost itd. V začetnem stadiju običajno vidimo le nekatere od teh bolezenskih znakov.

Pri kroničnem alkoholiku moramo zato biti pozorni, če nikakor ne more zaspati, če postane zmeden, nemiren, poten itd., ker so to znaki začetnega alkoholnega delirija. »Uvod« v delirij je lahko tudi epileptični napad, ki ga dobi bolnik, čeprav ni epileptik. Na vse te znake moramo biti pozorni pri kroničnih alkoholikih, ko delamo v patronažni in ambulantni službi; še po-

sebej pa jih moramo skrbno opazovati, če so sprejeti zaradi kakršnekoli bolezni v bolnišnico, kajti pri nekaterih lahko sproži delirij tudi abstinenca.

Delirantnega bolnika moramo zavarovati, da se v zmedenosti, nemiru in strahu ne poškoduje ali da ne naredi samomora. Nemirni delirantni bolnik pogosto zbujaja v ljudeh strah, ki pa večidel ni upravičen, kajti le redkokateri delirantni bolnik je v resnici agresiven. Večina izmed njih je zelo sugestivna in jih s prigravarjanjem in primernim ravnanjem lahko pripravimo do tega, da se uležajo in vsaj delno mirujejo. Nikoli pa ne smemo delirantnega bolnika s silo tiščati v posteljo ali ga celo zvezati, saj to še poveča njegov nemir in strah, tako da lahko zares postane agresiven. Iz istega razloga ga nikoli ne smemo pustiti samega v sobi, še zlasti pa ne v temni sobi.

Delirantni bolnik potrebuje stalno nadzorstvo in skrbno nego. Niti trenutka ne sme ostati sam. Vsako uro mu je treba meriti pulz, krvni pritisk in temperaturo. Če temperatura narašča ali krvni pritisk pada, je treba takoj obvestiti zdravnika.

Skoraj vsak delirantni bolnik se močno poti, zato ga je treba pogosto preoblačiti in pri tem skrbeti, da se ne prehladi.

Ker delirantni bolnik zaradi nemira in potenja izgublja ogromno tekočine, mu moramo dajati velike količine čaja, sadnih sokov, mineralne vode (ki naj nekaj časa stoji, da se dvignejo mehurčki; čezmerna količina plina v želodcu ima lahko nezaželene posledice) itd. Tekočino mu moramo ponujati čim pogosteje in mu prigravarjati, da jo popije čim več. Paziti pa je treba, da ne nastanejo hujše prebavne motnje, zato se moramo izogibati zelo sladkanih tekočin. Pri delirantnih bolnikih, ki imajo hujšo srčno okvaro, mora količino tekočin, ki naj jih dobijo, določiti zdravnik.

Pri negi moramo biti pozorni na spreminjanje bolezenskih znakov in na pojavljanje novih. Komplikacije (krvavitev iz varic v požiralniku ter iz ran na želodcu in dvanajstniku, perforacija želodca ali črevesja, pljučnica, vnetje ledvic, hujše okvare srčne mišice itd.) so namreč pri delirantnih bolnikih zelo pogostne.

Pri zdravljenju deliriuma tremensa uporabljajo visoke doze vitaminov B<sub>1</sub>, B<sub>6</sub>, C, hipertonično glukozo, lucidril, visoke doze meprobamata itd.; pogosto so potrebni tudi kardionotoniki in antibiotiki. Meprobamat se običajno predpisuje v začetni dozi 4 do 6 tablet, nato pa po 2 tableti na 2 do 4 ure. Z nekoliko prigravarjanja in primernim ravnanjem lahko praktično vsakega delirantnega bolnika pripravimo do tega, da poje tablete.

V bolnišnicah uporabljajo namesto meprobamata tudi druga zdravila (Viadril G, Hemineurin, kloral hidrat). Pri teh zdravilih mora dobiti sestra od zdravnika natančna navodila, kako naj jih daje. Nikoli pa ne smemo dajati delirantnemu bolniku alkoholnih pijač; ponekod to še delajo, vendar tak način »zdravljenja« strokovno ni utemeljen!

Osnovno pravilo za ambulantno in patronažno službo je, da sodi vsak bolnik z alkoholnim delirijem takoj v bolnišnico. Delirium tremens je namreč huda bolezen z visoko smrtnostjo (od 5 do 30%). Nikoli ne smemo popustiti prigravarjanju svojcev, da bi bolnika vendarle pustili doma.

Če bolnik delirij preživi in če preneha piti, je prognoza boleznij dobra.

**Alkoholna halucinoza** je mnogo redkejša alkoholna psihoza kot delirium tremens. Značilne zanjo so slušne halucinacije, ki so pogosto grozeče, ali pa glasovi bolniku celo ukazujejo. Bolezen se običajno začne naglo

in traja nekaj dni do nekaj tednov ali celo mesecev. Bolnik je v nasprotju z delirantnim bolnikom luciden in orientiran, kar nas lahko zavede, da boleznici ne vzamemo dovolj resno.

Tak bolnik mora takoj v psihiatrično bolnišnico, ker lahko pod vplivom grozečih halucinacij naredi samomor ali pa postane agresiven do drugih. Bolnike z alkoholno psihozo je treba zdraviti izključno v psihiatrični bolnišnici.

Če bolnik preneha piti, bolezenski znaki običajno zbledijo ali izginejo. Bolezen traja dlje kot delirium tremens in je prognoza nekoliko slabša.

**Psihoza Korsakov** se pojavi zlasti pri tistih alkoholikih, ki so uživali koncentrirane alkoholne pijače; pri ženskah je pogostejša kot pri moških. Osnovna značilnost bolezni so spominske motnje, ki so vedno hujše. Bolniki so zaradi njih dezorientirani. Spominske vrzeli mašijo večinoma s konfabulacijami (pripovedovanje izmišljenih dogodkov, ki jih tolmačijo kot resnično doživetje).

Nekateri bolniki so topi, apatični, drugi pa nekritično dobro razpoloženi itd. Večina izmed njih je telesno zelo prizadeta (polinevritis, jetrna ciroza, okvara srčne mišice itd.). Ker so dezorientirani, pogosto izgubljeni tavajo okrog in se pri tem poškodujejo, zato morajo biti pod stalnim nadzorstvom v primernem okolju. Pogosto ne znajo uporabljati niti osnovnih predmetov (ne znajo se obleči, ne znajo uporabljati jedilnega pribora in toaletnih pripomočkov itd.). Vezani so na tujo pomoč in moramo biti pri njihovi negi še posebno skrbni. Pri negi upoštevamo to, kar smo že opisali pri senilnih demencah.

Zdravljenje: visoke doze vitaminov in simptomatična terapija.  
Prognoza bolezni je slaba.

**Psihotična ljubosumnost alkoholikov** je ljubosumnost, ki naraste že do pravih blodnih misli. Na splošno so kronični alkoholiki pretirano ljubosumni, pri nekaterih pa ta ljubosumnost preraste v prave ljubosumnostne blodnje. Tak bolnik sodi v psihiatrično bolnišnico, ker ga lahko ljubosumnostne blodnje privedejo do agresivnosti in zločina.

Prognoza bolezni je slaba.

(Se nadaljuje)

---

**Nobena stvar ne naredi človeka tako nezaupljivega kakor  
preskromno znanje.**

Francis Bacon