

Medicinska sestra in psihotični bolnik

(Konec)

Psihoze v zvezi s telesnimi boleznimi

V to skupino uvrščamo večino psihoz, ki jih pogosto imenujemo na splošno »simptomatične psihoze«. Zelo verjetno je, da so to najpogostejše psihotične motnje, čeprav so v psihiatrični epidemiološki statistiki razmeroma redke. Vzrok za to je dejstvo, da bolnika s takimi motnjami zdravijo večinoma zdravniki splošne prakse oziroma različni specialisti, ker to zahteva pacientova osnovna telesna bolezen, ki je hkrati vzrok za njegove duševne motnje. Splošno znano je, da je marsikateri bolnik z visoko vročino nemiren, zmeden itd.; to se večini zdi samo po sebi razumljivo in takih stanj ne označujejo posebej, zaradi česar tudi ni uporabnih statističnih podakov o pogostosti psihotičnih motenj te vrste.

Na splošno velja, da so spremljajoče duševne motnje neodvisne od osnovne telesne bolezni, ki je te motnje povzročila. Tako vidimo, da isti bolnik kaže enake duševne motnje pri zelo različnih telesnih boleznih ali pa se pri različnih bolnikih z isto boleznijo razvijejo zelo različne duševne motnje.

Neposredni vzroki za duševne motnje pri različnih telesnih boleznih niso natančno znani; najpogosteje omenjajo zvišano temperaturo, motnje v metabolismu in elektrolitskem ravnovesju, motnje v krvnem obtoku, delovanje bakterijskih toksinov in toksičnih vmesnih presnovkov itd. Verjetno se večina teh neposrednih vzrokov prepleta med seboj.

Različne duševne motnje pri različnih telesnih boleznih vendarle lahko uvrstimo — čeprav nekoliko nasilno — v naslednje klinične slike:

Delirij

V ospredju so orientacijske motnje; bolnik je ponavadi krajevno in časovno dezorientiran. Mišljenje je pogosto inkoherentno, bolnik perseverira in je dizartričen. Pojavi se vznemirjenost in motorični nemir (ki se včasih stopnjuje do pravega zaposlitvenega nemira), zaradi česar bolnik vstaja iz postelje, hoče iz sobe in podobno. Neredko ima bolnik tudi vidne iluzije ali celo halucinacije, ki jih pogosto doživlja kot sanjska doživetja. Pogosto je bolnika strah, zlasti, če so zaznavne motnje grozljive vsebine.

Takšna psihotična epizoda traja nekaj ur do nekaj dni in se običajno konča s terminalnim, včasih tudi 24-urnim spancem. Pogosto se bolnik zbudi povsem luciden in delno amnestičen za psihotično epizodo. Tak delirij pogosto napovedujejo prodromalni simptomi, kot so vznemirjenost, slabo počutje, pretirana občutljivost za ropot ali svetlobo, slabša kontrola afektov in podobno.

Za n ego velja praktično vse tisto, kar smo omenili pri negi bolnika z deliriumom tremensom.

Subakutni delirij

Za te duševne motnje so uporabljali tudi izraz »amentia« in »zmedenost«, pa tudi »prolongirani delirij«. Za njih značilno je inkohherentno mišljenje in govor, motorična vznemirjenost, zmedenost in orientacijske motnje. Te so milejše kot pri deliriju, vendar trajajo mnogo dlje, včasih celo nekaj tednov. Značilno je, da se v tem času običajno izmenjujejo obdobja relativne psihične urejenosti in psihoze.

Ker trajajo te motnje precej časa in ker je bolnik zaradi osnovne telesne bolezni ponavadi telesno precej prizadet, mu je še zlasti potrebna izredna skrbna nega. Ta se v bistvu ne razlikuje od običajne intenzivne nege. Paziti moramo le, da manjše posege (dajanje zdravil in injekcij itd.), če je le mogoče, opravimo v lucidnih intervalih. Če sta pacientova zavest in orientacija moteni, moramo biti pri vsakem posegu pozorni, ker lahko bolnik naša dejanja razume napačno in jih oceni kot sovražna. Pri tem izkoriščamo dejstvo, da so taki bolniki običajno sugestibilni in da jih s prigovarjanjem lahko pripravimo skoraj na vsak zdravstveni poseg. Bolnikove svojce moramo opozoriti, da so te duševne motnje običajno prehodne in da ni vzroka za preplah; dobro je, če jih poučimo, da naj bolnika ne prepričujejo, kadar le-ta po svoje tolmači kakšne dogodke.

Sindrom Korsakov

Po simptomatičnih delirijih se včasih pojavijo lažje ali hujše spominske motnje, ki jih pogosto označujejo kot »sindrom Korsakov«, čeprav ta izraz ni povsem ustrezen. Te spominske motnje namreč pogosto zajamejo le določeno časovno območje in velikokrat sčasoma zginejo, česar pri pravem sindromu Korsakov ni.

Pri negi takega bolnika se ne smemo nikoli zanesti na njegovo zapomnivoost in spomin; vedno se moramo prepričati, če je res naredil, kar smo mu naročili.

Nevrastenija po infekcijah (poinfekcijska depresija)

Po številnih infekcijskih boleznih se pojavljajo duševne motnje, ki so lahko zelo blage in komaj opazne, lahko pa tudi precej hude. Tem motnjam na splošno posvečajo vse premalo pozornosti. Lažje motnje te vrste so slabo počutje, utrujenost, glavoboli, pretirana občutljivost, slabša koncentracija, vznemirjenost, brezvoljnost itd. Lahko pa se stopnjujejo do pravega depresivnega razpoloženja z anksioznostjo ter miselno in motorično upočasnjenostjo; pogostne so tudi hipohondrične senzacije.

S takimi bolniki sestra običajno ne pride več v stik, ker je zdravljenje njihove osnovne bolezni že končano. Večkrat pa čuti posledice teh pacientovih motenj, ker se bolnik v tej fazi zaradi svojega nerazpoloženja in slabega počutja pritožuje nad poprejšnjim zdravljenjem in nego; težave, ki jih imajo, tolmačijo namreč kot posledico neprimerne zdravljenja in slabe nege.

Za razreševanje tovrstnih motenj je pogosto dovolj že vljuden in pri srčen pogovor, le redko so te motnje tako hude, da je potreben psihiatričen posvet; pregled pri psihiatru pa je nujen, kadar je depresivno razpoloženje tako hudo, da se pojavijo samomorilne težnje.

Hipomanična in manična stanja

Ta stanja po telesnih boleznih se le redko omenjajo in opisujejo, čeprav po vsej verjetnosti niso tako redka. Vzrok je v tem, ker se pacienti počutijo povsem zadovoljni in ne iščejo zdravstvene pomoči, hkrati pa te motnje niso tako hude, da bi motile okolico. Evforično razpoloženje se včasih pojavlja v delirantnih stanjih in sindromu Korsakov.

Psihotične motnje pri endokrinih motnjah

Diabetes mellitus

Diabetična koma se pogosto začne z delirantnimi simptomi, medtem ko pri hipoglikemični komi opazujemo le psihično in motorično upočasnenost.

Upad inteligentnostnih funkcij, afektivne motnje in zgodnja demenca pri dalj časa trajajočem diabetesu je posledica sprememb v možganskem ožilju.

Pri delu z diabetiki mora sestra upoštevati, da so njihove osebne značilnosti (ki utegnejo biti za okolico zelo neprijetne) posledice organskih možganskih sprememb.

Duševne motnje pri tireotoksikozi

Številni pacienti s tireotoksikoza kažejo duševne motnje, ki so povsem podobne običajnim nevrotičnim motnjam; te motnje so zdaj lažje, drugič hujše, pač glede na spreminjanje osnovne bolezni.

Pri bolnikih s tireotoksikoza pa se lahko razvijejo prava psihotična stanja, in sicer akutni in subakutni delirij, redkeje pa afektivne psihoze (manično depresivne). Bolniki s psihozami te vrste sodijo takoj v bolnišnico. Njihove duševne motnje se brž ublažijo in izginejo, kakor hitro se ozdravi tireotoksikoza.

Miksedem, Cushingov sindrom in druge hujše endokrine bolezni spremljajo vedno tudi duševne motnje, ki so sestavni del klinične slike. Te bolezni so razmeroma redke.

Psihotična stanja kot posledica presnovnih in prehranskih motenj

Pri boleznih, ki porušijo telesni metabolizem, so duševne motnje razmeroma pogostne, vendar ne specifične. V naših razmerah so pomembne le duševne motnje, ki se pojavljajo zaradi pomanjkanja nikotinamida (vitamina B₃, faktorja PPF). Pri lažjih oblikah se pokažejo le kot nevrastenične motnje ali pa kot depresivna stanja s suicidnimi težnjami. Hujše pomanjkanje vitamina B₃ pa privede do pelagre. V začetku te bolezni se pojavijo akutni in subakutni deliriji, ki preidejo v sindrom Korsakov oziroma v demenco, če se bolezen ne zdravi (značilni trije »D« pelagre: demenca, dermatitis, diareje). Pelagra se v slovenskih razmerah razvije zgolj pri alkoholikih; diferencialna diagnoza med delirijem zaradi pelagre in alkoholnim delirijem je težka, taki bolniki sodijo v psihiatrično ali drugo ustrezno bolnišnico.

Psihotične motnje pri sistemskih infekcijah

Najbolj znane so pri tifusu in influenci, pojavljajo pa se skoraj pri vseh sistemskih infekcijah, pri enih pogosteje, pri drugih zelo redko. Pri tifusu, pnevmoniji, dizenteriji, raznih septikemijah in virozah (ošpice!) so pogost-

nejše delirantne slike, po influenci, infekcijskem hepatitisu in revmatski mrzlici pa so pogostnejše depresivne disforije in nevrastenične motnje.

Psihotične motnje pri intoksikaciji z zdravili in industrijskimi strupi

Pri zastrupitvi s številnimi zdravili in strupi (CO, CO₂, arzen, svinec, organska topila itd.) se praviloma pojavljajo tudi duševne motnje, ki so lahko zelo različne — od lahkih nevrasteničnih motenj do hujših delirantnih znakov in sindroma Korsakov. To poglavje je tako obširno, da ga je nemogoče obdelati podrobno. Ne g a takih bolnikov je odvisna od klinične slike.

Psihotične motnje v nosečnosti in po porodu

Te motnje so v resnici redkejše, kot bi pričakovali po opisih v učbenikih. Tako so ugotovili, da psihotične motnje v nosečnosti niso nič pogostnejše od psihotičnih motenj pri drugih ženskah te starosti. Številne duševne značilnosti nosečih žena pa so posledice psiholoških doživljanj v tem obdobju, ne pa kake posebne endogene ali eksogene psihoze.

Delirantna znamenja kaže večina žensk s hudo toksemijo oziroma eklampsijo; pogostni so tudi epileptični napadi. Zanimivo je, da se shizofrenim bolnicam psihotično stanje med nosečnostjo ne poslabša. To pa ne velja za epileptike, pri katerih se včasih število epileptičnih napadov tako pomnoži, da je treba nosečnost prekiniti. Vsekakor pa niti eno niti drugo ne velja za pravilo, tudi ni mogoče že vnaprej predvideti, kako bo nosečnost prenašala shizofrena ali epileptična bolnica.

Porodne psihoze

Med prave porodne psihoze štejemo le tiste, ki se pojavljajo najkasneje šest tednov po porodu. Te psihoze se kažejo v obliki subakutnega delirija ali pa afektivnih (manično depresivnih) psihoz.

S širšim izrazom puerperalna psihoza pa označujemo psihotične motnje, ki se pojavljajo v puerperiju. Za večino teh se kasneje izkaže, da gre za shizofrensko ali afektivno psihozo, ki se prvič pojavi po porodu.

Ne g a pacientk s puerperalnimi psihozami je vsekakor zelo zahtevna. Na eni strani moramo upoštevati pacientkine naravne želje po stiku z otrokom, dojenju itd., na drugi strani pa smo postavljeni pred zahtevo, da je taka mati potrebna aktivnega psihiatričnega zdravljenja in da jo moramo zato v naših razmerah ločiti od otroka. Usklajevanje teh različnih zahtev pa je včasih nemogoče. Vsekakor mora biti medicinska sestra pri delu z ženami po porodu zelo pozorna na duševne spremembe svojih pacientk in mora o takih spremembah obvestiti zdravnika. Nekatere žene s puerperalno psihozo so izrazito agresivne do svojih novorojenih otrok, na kar mora biti sestra še posebej pozorna.

Pomembnejše od psihotičnih motenj v puerperiju so številne psihološke značilnosti tega obdobja, ki pa ne sodijo v okvir hujših duševnih motenj.

Shizofrenija

Shizofrenija je skupina bolezni, ne pa kaka natančno določena in enovita bolezen. Vse bolezni, ki sodijo v to skupino, pa imajo vendarle toliko skupnih

značilnosti, da jih v naših razmerah največkrat poimenujemo kot eno bolezen, tj. shizofrenijo. Pri tem pa je treba imeti vedno pred očmi, da iz same diagnoze »shizofrenija« še ne moremo sklepati, kakšne bolezenske znake ima tak bolnik, in tudi ne, kakšna je prognoza.

Bolezen je razmeroma pogostna, saj zboli za njo 0,4 do 0,8% populacije. Etiologija ni znana. Shizofrenske motnje zajamejo predvsem tiste najosnovnejše funkcije, ki dajejo zdravemu človeku občutje individualnosti ter enovitosti in so pogoj za realni odnos do samega sebe kot do sveta okoli njega; motnje se lahko pri bolniku stopnjujejo celo do občutka, da so njegove misli, čustva in dejanja poznana vsem drugim.

V boleznih se pojavljajo tudi drugi znaki; pacienti imajo zaznavne motnje (najpogosteje slušne halucinacije), vsebinske motnje mišljenja (največkrat nanašalne in preganjalne blodnje) ter formalne motnje mišljenja (predvsem disociiranost, torej razrvano mišljenje). Emocijsko so taki pacienti nenaravni, včasih prav bizarni, zlasti če poteka bolezen kronično, pogostna je brezvoljnost in čustvena otopelost. Zavednost in orientacija pri shizofrenijah praviloma nista moteni. Našteti in seveda tudi drugi simptomi so včasih bolj, včasih manj izraziti; pri nekaterih oblikah boleznih posameznih simptomov, ki smo jih našli, ni ali pa se v poteku boleznih pojavljajo in zopet izginjajo.

Bolezen se začne večinoma po puberteti, najobičajneje do 25. leta starosti; tako imenovana paranoidna oblika se lahko začenja šele okoli 30. leta starosti. Začetek boleznih je večinoma počasen in prikrit. Okolica boleznih največkrat prepozna šele ob morebitnem akutnem izbruhu boleznih. Pogosto se začne z nevrotičnimi težavami, ki bolnika zavro pri študiju ali delu, včasih je edini začetni znak, da prej veder, ljubezniv mladostnik postane plah, neprijazen, zakrknjen ali pa nenaravno avšast. Vsi ti znaki seveda niso dovojni značilni, da bi iz njih lahko sklepali na bolezen. Treba jih je poznati, ker taki bolniki vse pogosteje prihajajo k splošnemu zdravniku zaradi teh navidezno nevrotičnih sprememb.

Klinične slike shizofrenije ločimo po prevladujočih simptomih in po poteku boleznih v naslednje štiri oblike:

1. Shizofrenija simpleks

Za to obliko boleznih je značilna predvsem emocijska hromost. Dogodki, stvari in osebe iz bolnikovega življenja ne zbudijo v njem čustvene reakcije. Bolniki so običajno brezvoljni. Pogosto opazimo pri njih pomanjkanje obzirnosti do bližnjih in zanemarjanje vseh družbenih obveznosti, zaradi česar pogosto izgubijo službo in se znajdejo na dnu socialne lestvice; pogosto se prav pri njih pojavijo tudi socialno patološki pojavi, kot so: prostitucija, delikventnost in potepuštvost. Blodenje, halucinacije in razpada mišljenja pri tej obliki večinoma ne zasledimo.

Ta oblika shizofrenije se praviloma začne prikrito, mnogokrat šele po več letih ugotovijo, da ne gre za karakterne osebnostne motnje, temveč za kroničen shizofrenski proces.

Sestre se pri svojem delu najbrž večkrat srečujejo z bolniki te vrste, ne da bi sploh vedele, da gre za bolnika s shizofrensko psihozo. Ker bolezenski simptomi niso značilni, je pravzaprav težko priporočiti, kako naj sestra ravna s takim bolnikom; na splošno bi lahko rekli, da naj z njimi ravna tako kot z vsakim drugim pacientom. Zavedati pa se mora, da so taki bolniki popolnoma nekritični za svoje nenavadno, neprilagodljivo vedenje, zaradi česar je

kakršnokoli prepričevanje v stilu »bodite vendar drugačni, ne delajte tega« povsem zaman.

2. Hebefrenija

Tudi pri tej bolezni je začetek prikrit; začne se običajno med 15. in 25. letom in se razvija počasi. Začetni znaki so dostikrat nevrotičnim podobne motnje ter posledični šolski ali poklicni neuspeh. Zanimanje teh bolnikov se pogosto premakne od preproste vsakdanjosti k visokim strokovnim razpravam, ki razodevajo neko samosvojo in neživljenjsko logiko. V mišljenju oziroma govoru opazimo miselne zadrge, zaradi katerih pacient ne dokonča začete misli. Precej značilna je avšasta vedrost, v kateri pa ni prave čustvene topline. Pri njih zasledimo fenomen odmikanja misli ter znamenja brezosebnosti in nestvarnosti. Blodnje so pri takih pacientih redke in neizrazite; tudi halucinacije niso pomembne, čeprav se v razvoju bolezni praviloma pojavijo.

Ker je v začetnem obdobju to bolezen težko razpoznati, ne moremo priporočiti kakšnega posebnega odnosa do teh pacientov; poudariti je treba, da se lahko za kakšno »hudo pubertetno krizo« v resnici skriva začetna hebefrenija. Ko se je bolezen že značilno razvila, je ni več težko prepoznati. Pri takih bolnikih mora sestra paziti, da jim avšaste vedrosti z neprimernim vedenjem ne sprevrže v izbruhe togote; taki izbruhi so pogostejši v prvih letih bolezni, kasneje pa zelo redki. Redkokdaj se pri hebefreni obliki pojavljajo občasna depresivna razpoloženja z grozavostjo; tak bolnik sodi takoj v psihiatrično bolnišnico.

3. Katatonija

Najznačilnejši simptomi katatonije so miselne zadrge, zavrtost(ki se lahko stopnjuje do stuporja), stereotipije v govoru in kretnjah, grimasiranje in razne bizarne ceremonije. Mnogo redkejša je agitirana oblika katatonije. Bolnik s katatonično obliko shizofrenije sodi takoj v psihiatrično bolnišnico.

4. Paranoidna shizofrenija

Paranoidna shizofrenija je bolezen zrele dobe. Za to obliko so značilne blodnje (nanašalne, preganjalne itd.) in halucinacije (akustične, haptične, optične). Motnje emocionalnosti in hotenja so pri teh bolnikih manj izrazite, zaradi česar se zdi pacientova osebnost na splošno dobro ohranjena in se nam zdijo odnosi pri površnem stiku docela urejeni. Če pa se v pogovoru hote ali nehote dotaknemo pacientovih blodenj, opazimo, da je pacient dejansko huje duševno bolan. Blodnje so lahko izredno bogate in očiten bolezenski simptom; lahko so pa tudi prikrite in vsebinsko tako blizu realnim možnostim, da jih često prezremo. Pogosto pacienti svoje blodnje uspešno prikrivajo in se razodenejo šele, ko pod vplivom blodenj ali halucinacij storijo kakšno nenavadno dejanje.

Na splošno velja, da so pacienti prva leta bolezni pod večjim vplivom svojih blodenj in da po teh blodnjah uravnavajo svoje vedenje. Blodnje kasneje nekoliko zvedenijo in nimajo več tolikšnega vpliva na bolnikovo vedenje in ravnanje; v tem pravilu so pa tudi izjeme, ki lahko povzročijo neprijetna presenečenja.

Ker ostane pacientova osebnost pri tej obliki shizofrenije razmeroma dobro ohranjena, živi večina pacientov v družinskem okolju in obenem tudi dela.

Splošni napotki za ravnanje s shizofrenim bolnikom

Različne oblike shizofrenije so na videz neka skrivnostna bolezen, ki zaradi raznoličnosti in posebnosti simptomov res zbuja pri ljudeh vznemirjenost, hkrati pa tudi strah in odpor. Shizofreniki so pogosto tudi tarča za agresivne izbruhe »zdravega« okolja, v katerem živijo. Najbrž ni treba posebej poudariti, da sta odpor ali celo agresija do shizofrenih bolnikov povsem neprimerna in da sta zgolj izraz našega strahu pred duševno boleznijo, ne pa strah pred resnično »nevarnostjo«, ki naj bi jo posebej imel shizofreni bolnik. Povsem zmotno je mišljenje, da je treba družbo zavarovati pred »nevarnimi« shizofreniki; dejansko vedno znova ugotavljamo, da je treba shizofrenike zavarovati pred okoljem, ki je do njih kajkrat izrazito agresivno. Najpomembnejše delo medicinske sestre, kadar pride v stik s shizofrenim bolnikom, pa je, da **mu pomaga prilagoditi se okolju, ki mu večidel ni naklonjeno.**

Moderne smeri v psihiatriji težijo za tem, da ostanejo shizofreni bolniki v družinskem okolju in na delovnem mestu; v bolnišnico jih sprejmejo le ob hujšem poslabšanju njihove bolezni in jih po zboljšanju zopet odpustijo domov.

Večina shizofrenikov so v bistvu kronični bolniki, vsaj v tem smislu, da morajo dlje časa (včasih tudi več let) jemati psihofarmakološka zdravila. Ker ta zdravila predpisujejo tudi splošni zdravniki in ne samo psihiatri, prihajajo shizofreni bolniki tako rekoč v vse splošne ambulante.

Nemogoče je priporočiti kakršenkoli »recept«, kako ravnati s shizofrenimi pacienti. Naš odnos do njih moramo uravnati po trenutnih bolezenskih znakih. Na splošno pa lahko rečemo, da se shizofreni pacienti težko znajdejo v novem okolju. Pogosto so nezaupljivi do zdravstvene službe ali pa celo odklanjajo zdravstvene delavce. Prav zato je toliko pomembnejše, da si medicinska sestra pridobi zaupanje takega pacienta.

Velikokrat mora dati sestra prednost shizofreniku pred drugimi pacienti v čakalnici, čeprav je prišel morda zadnji. Taka »protekcija« je strokovno utemeljena, saj vliva shizofrenemu pacientu zaupanje, da zdravstvena služba res skrbi zanj in da mu je naklonjena. Hkrati pa s tem preprečimo, da bi tak pacient odšel, preden bi prišel na vrsto; to namreč se dogaja kaj pogosto. Obiske pri zdravniku čuti marsikateri shizofreni pacient kot neko zahtevo, ki mu je vsiljena in ki ni izraz njegovih lastnih želja — zato ni čudno, da včasih noče čakati in odide. Ker je pa zanj izredno pomembno, da redno jemlje predpisana zdravila, lahko odhod pomeni, da bo moral v bližnji bodočnosti v bolnišnico.

Nekateri shizofreni bolniki imajo več zaupanja v sestre kakor v zdravnika in jim potožijo tudi tiste težave, ki jih zdravniku zamolčijo in prikrivajo. V takem primeru je dolžnost sestre, da podrobno pove zdravniku, kar ji je zaupal pacient. Posebno vprašanje pa je, kako ravnati, kadar išče bolnik odgovor na vprašanje, ki je v zvezi z njegovimi blodnjami in halucinacijami. Medicinska sestra mora vedeti, da je osnovna značilnost blodenj prav v tem, da bolnik do njih ni kritičen in da nanje ni mogoče vplivati z razumsko razlago. Ni sicer potrebno, da sestra pritrjuje bolnikovim blodnjam, v nobenem

primeru pa ne sme bolnika nasilno prepričevati, češ da njegove blodnje ne ustrezajo realnim dogajanjem. Običajno je najprimerneje, da sprejme bolnikove blodnje kot dejstvo, ki ga ne poskuša niti ovreči niti mu ne pritrjevati; to ni težko, ker se bolniki večinoma zadovoljijo tudi s pavšalnim odgovorom. Pač pa se mora sestra podrobno pogovoriti s pacientom, kako jemlje zdravila in koliko; pogosto se namreč zgodi, da si bolniki kar sami spremenijo terapijo, kar pred zdravnikom tajijo, sestri pa večkrat odkritosrčno povedo; v takem primeru mora sestra takoj obvestiti zdravnika. Ker shizofrenim pacientom običajno predpisujejo precejšnje količine psihofarmakov, moramo bolnike opozoriti, da jih doma skrbno spravijo, da ne pridejo do njih majhni otroci. Vsi tabletirani psihofarmaki so namreč prekriti s sladkorno plastjo in jih otroci lahko zamenjajo z bonboni; intoksikacije so lahko tudi smrtno.

Ko bolnik po pregledu odhaja iz ambulante, mu mora sestra jasno in določno povedati, kdaj je naročen na ponovni pregled. Nedoločne izjave (npr. pridite okoli prvega) shizofreni bolniki težko sprejmejo, saj jim še poglobi neodločnost in brezvoljnost. Zaradi tega ga naročimo na natančno določeni dan in uro, če je le mogoče. Zaželeno je, da so te kontrole vedno ob isti uri in ob istih dnevih (npr. vsak prvi četrtek v mesecu ob določeni uri), da se bolnik temu redu čim hitreje privadi. V dobro organiziranih dispanzerjih pacienta pismeno povabijo, če ga določenega dne ni na pregled: zaželeno je, da bi to pravilo prevzelo čim več ambulant.

Vsem tistim sestram, ki jih stiki s shizofrenimi bolniki zbegajo in naredijo negotove, lahko zagotovimo, da so shizofreni bolniki najbolj hvaležni pacienti, če imamo do njih razumevajoč in topel človeški odnos in če si znamo pridobiti njihovo zaupanje.

Afektivne psihoze

Afektivne psihoze so redkejšje od shizofrenskih, pa tudi simptomatika je manj pestra. Osnovni simptom je pravzaprav le čustvena motenost in še ta se pojavlja samo v dveh ekstremnih oblikah: v bolezenski potrtosti in bolezenski razigranost. Intenzivnost teh čustev pa se lahko močno oddalji od meja, kot so normalne variacije čustvovanja. Vsi zunanji simptomi afektivnih psihoz so le posledica teh dveh osnovnih simptomov, ki smo jih omenili.

Bolezenske spremembe so pojavljajo običajno brez zunanjega vzroka, čeprav lahko včasih zasledimo tudi sprožilne dejavnike. Za te psihoze so značilne pogostne recidive in spontano izboljšanje, ki ga pa z zdravljenjem lahko pospešimo. Čeprav se te psihoze pojavljajo v dveh diametralno nasprotnih oblikah (v depresiji ali maniji), so v bistvu vendarle ena sama bolezen v dveh variantah. Izjema je tako imenovana involucijska melanholija, ki nikdar ne zaniha v svoje nasprotje, v manijo.

Involucijska melanholija

Pri tej bolezni, ki se pojavlja običajno med 45. in 65. letom starosti (pri ženskah v menopavzi), prevladuje huda depresija. Pojavljajo se tudi depresivne blodnje, zlasti samoobtoževanje in blodnja osiromašjenja. Pri lažjih oblikah te bolezni pa se pogosto pojavljajo hipohondrične ideje, ki so včasih prav bizarne; depresivno razpoloženje pa spremljajo napetost, anksioznost in nemir.

Najpomembnejša stvar, ki jo mora sestra vedeti o involucijski melanholiji, pa je, da se prav vsi bolniki s to boleznijo nagibajo k samomoru. Nekateri pacienti trdovratno poskušajo narediti samomor ob vsaki priložnosti in mnogim samomor tudi uspe. Samomorline težnje se ne pojavljajo samo pri bolnikih s hudo izraženimi depresivnimi znaki, temveč tudi pri takih, pri katerih so znamenja globoke depresije že zbledela.

Osnovna naloga sestre je, da o morebitnih depresivnih znakih pri pacientu takoj obvesti zdravnika. Pri tem mora biti zelo pozorna, kajti marsikateri pacient z depresijo včasih zgolj zato prikriva svojo hudo potrnost, da bi odvrnil pozornost ljudi okoli sebe in nemoteno naredil samomor. Depresivni pacienti morajo običajno za nekaj časa v bolnišnico. Seveda mora dokončno mnenje o tem dati zdravnik oziroma psihiater: medicinska sestra pač nikoli ne sme prevzeti odgovornosti, da bi karkoli sama odločala o takem pacientu. Če je tak pacient hospitaliziran na kakršnemkoli oddelku in ni možna pre-mestitev v psihiatrično bolnišnico, mu mora posvetiti posebno pozornost in na neopazen način preprečiti morebitne poskuse samomora.

Manično depresivna psihoza — manična faza

Maničnega pacienta preveva vedrost in razigranost, za katero nima nika-kršnega zunanjšega vzroka. Manični pacient je v neprestanem duševnem in telesnem gibanju. Miselna vrvežavost je tolikšna, da besede kar vro iz njega, pa še ne morejo dohitevati misli. Neprestano je na nogah in v gibanju, zadnji gre spat in prvi vstane, pa je kljub temu svež in spočit. Ta psihomotorična hiperaktivnost se lahko stopnjuje do prave agitiranosti.

Pri delu z maničnim bolnikom mora sestra paziti, da se mu vedrost ne sprevrže v jezavost ali celo v bes. Kljub dobrovoljnosti je namreč manični bolnik zaradi svoje pretirane aktivnosti nadležen, se vtakne v vsako stvar in hoče biti povsod zraven. Že ena sama ostrejša beseda, s katero bi ga hoteli zavreti, ga lahko razburi in razjezi. Manični bolniki so namreč večidel raz-burljivi in prepirljivi. Njihova osnovna značilnost je, da so med boleznijo povsem neuvidevni za svoje bolezensko stanje in vedenje (pogosto precej prekoračijo družbene norme, se izživljajo v seksualnih in drugih ekscesih, pijančujejo itd.). Niti potem, ko manična faza že izzveni, ne pokažejo prave uvidevnosti za svoje vedenje med boleznijo. Na splošno velja, da je treba maničnemu pacientu izpolniti čim več želja, kolikor seveda le moremo; nikdar pa ne smemo izgubiti potrpljenja in tudi morebitne prepovedi moramo izraziti v šaljivem tonu. Takšno premagovanje za sestro seveda ni najbolj prijetno, vendar se pogosto obrestuje. Mnogo lažje namreč je delati s sicer nadležnim, a vedrim kakor pa z jezavim in prepirljivim pacientom.

Manično depresivna psihoza — depresivna faza

Bolezen je v marsičem podobna involucijski melanholiji in jo je brez heteroanamnestičnih podatkov skoraj nemogoče ločiti od nje; pojavlja pa se večinoma že v mladosti, po čemer jo lahko ločimo od involucijske melanholije. Tudi pri tej obliki je osrednji simptom potrnost, ki pa je v nasprotju z normalno reaktivno potrnostjo mnogo globlja ter povezana s telesnim občutjem in povsem neodvisna od zunanjih vplivov. Potrnost se lahko stopnjuje do grozavosti.

Depresivni pacient doživlja tudi depresivne blodnje (blodnje obubožanja in ekonomskega propada, lakote, hipohondrično obarvane blodnje o nezdravljivi bolezni in samoobtoževalne blodnje z občutki krivde). Mišljenje takega pacienta je upočasnjeno in revno, prav tako gibanje in mimika. Večina pacientov zbuja vtis tope in brezupne žalosti; nekateri pa kažejo znake brez-ciljnega nemira (ječijo, mencajo roke, mečkajo in trgajo obleko itd.). V depresiji se včasih pojavijo halucinacije pa tudi depersonalizacijska in derealizacijska doživetja. Pri depresivnih pacientih so motene tudi vegetativne funkcije: nimajo apetita, so nespečni, obstipirani, pri ženskah se pojavijo motnje v menstrualnem ciklusu itd.

Zanimivo je, da so depresivni bolniki zvečine vendarle kritični za svojo bolezen in bolezenske znake, da jih znajo opisati in da si žele zdravljenja; le redki zdravljenje odklanjajo, ker doživljajo bolezen kot kazen za svoje »grehe«.

Glede odnosa sestre do takega pacienta velja vse tisto, kar smo napisali pri involucijski melanholiji. Pri negi pa moramo paziti na omenjene motnje v vegetativnih funkcijah. Vedeti je treba, da depresivni pacient zaradi neješčnosti, nespečnosti in drugih motenj hitro slabi in da mora biti nega še posebno skrbna. Če bolnik dalj časa ne je dovolj, še zlasti pa, če ne uživa dovolj tekočine, ga je treba pitati in mu dati infuzije ali ga hraniti po sondi.

Marsikateri depresivni bolnik je umrl zaradi telesne oslabelosti; to se ne bi smelo dogajati, kajti s skrbno nego ga lahko ohranimo toliko časa, da mine depresivna faza.

Paranoidna stanja

Sem sodijo paranoja in involucijska parafrenija. To so bolezni, pri katerih prevladujejo blodnje, ki so fiksirane in razpredene v trden sistem. Blodnje so lahko preganjalne, erotične, ekspanzivne itd. Osebnost teh pacientov je razmeroma dobro ohranjena in emocijske motnje so le redke.

Za odnos do takih pacientov velja isto kakor pri shizofrenih pacientih.

V poglavje »druge« in »neoznačene« psihoze uvrščamo razmeroma redke psihoze, ki so tako po klinični sliki kot po etiologiji slabo definirane. Te psihoze se bistveno ne ločijo od drugih psihoz in velja za naš odnos do bolnikov vse tisto, kar smo omenili že pri shizofrenih psihozah.

Vse, kar smo povedali o negi psihotičnega bolnika in o odnosu medicinske sestre do njega, bi lahko združili v eno misel: **da je psihotični bolnik prav tak bolnik kot katerikoli drug in da je naš odpor in strah pred njim zgolj posledica našega neznanja in našega lastnega strahu pred duševno boleznijo, ne pa posledica kakšne »nevarnosti«, ki naj bi jo pomenil psihotični bolnik.**

Literatura:

M. Bleuler: Lehrbuch der Psychiatrie, Springer, Berlin-Heidelberg, 1960 (10. izdaja).

M. Borštnar: Splošna in specialna psihopatologija za socialne delavce, skripta, Ljubljana 1962.

A. Freedman, H. Kaplan: Comprehensive textbook of psychiatry, Baltimore 1967.

R. Lopašić: Psihijatrija, Medicinska knjiga, Beograd-Zagreb 1965.

L. Milčinski: Splošna psihopatologija, Specialna psihopatologija, skripta, Univerzitetna založba, Ljubljana 1963.

S. Stojiljković: Psihijatrija sa medicinskom psihologijom, Medicinska knjiga, Beograd-Zagreb, 1968.