

SHIZOFRENSKE PSIHOZE IN ZDRAVSTVENA NEGA SHIZOFRENEGA BOLNIKA

Vukosav Žvan, Marija Gorše

UDK/UDC 616.895.8-083

SCHIZOPHRENIC PSYCHOSES AND NURSING CARE OF A SCHIZOPHRENIC PATIENT

DESKRIPTORJI: shizofrenija; nega bolnika

DESCRIPTORS: schizophrenia; nursing care

IZVLEČEK – Shizofrenija je kronična psihoza, ki nastane pred 45. letom. Zanja so značilni simptomi s področja številnih psiholoških procesov. Najpogosteje opazujemo motnje na področju mišljenja, zaznavanja, čustvovanja, hotenja, psihomotorike in spremenjen občutek dojemanja samega sebe in zunanjega sveta, ter razne druge spremljajoče fenomene. Poteki bolezni so zelo različni, ločimo pa naslednje tipe: dezorganizirani, katatonski, paranooidni, nediferencirani in rezidualni tip.

Zdravstvena nega shizofrenih bolnikov vključuje številne psihološke, socialne in biološke (medikamentozne) ukrepe. Seveda pa zdravstvena nega shizofrenih bolnikov ni le vrsta postopkov in dejavnosti, ki se zaključujejo z ozdravitvijo. To je proces človeške komunikacije, ki vključuje dva človeka: medicinsko sestro in bolnika – njun odnos, sodelovanje in interakcije. Osnovni namen tega odnosa je bolniku pomagati do večjega uspeha in zadovoljstva v življenju.

ABSTRACT – Schizophrenia is a chronic psychosis with onset before 45 years of age. Its symptoms affect many different psychological processes. Most common are disturbances of thought, perception, affect, volition, of psychomotor activities, changed perception of self and environment and some other accompanying phenomena. The courses of the disorder vary to a great extent, most common are the following types: disorganized, catatonic, paranoid, undifferentiated, and residual type of the disorder.

Process of nursing care of schizophrenic patients covers numerous psychological, social, and biological (drug treatment) measures. However, nursing care of schizophrenic patients is not only a sum of measures and activities, aimed at recovery. In the first place, it is a process of human communication involving two people: nurse and patient – their relationship, cooperation, and interaction. The basic goal of this relationship is to help patients achieve greater success and satisfaction in life.

Značilnosti shizofrenije

Osnovne značilnosti skupine shizofrenskih motenj so določeni psihotični znaki med aktivno fazo bolezni, karakteristični simptomi na področju številnih psiholoških procesov in upad bolnikovega socialnega funkcioniranja, delovne sposobnosti in sposobnosti, da bi skrbel zase. Bolezen se začne najpogosteje v adolescenci in v zgodnji odrasli dobi, pred 45. letom; diagnostični kriterij je tudi najmanj 6-mesečno neprekinjeno trajanje simptomov in odsotnost zanesljivih znakov organske prizadetosti možganov. Med shizofrene ne štejemo bolnikov, pri katerih med ali pred psihotično fazo nastane dlje časa trajajoč depresivni ali manični sindrom.

Vzrokov shizofrenih psihoz za zdaj še ne poznamo. Bolezen prizadeva oba spola v približno enakem odstotku; ponavadi ocenjujejo, da prizadene od 0,2 do 1% ljudi, študije z nekoliko ohlapnejšimi kriteriji pa navajajo tudi višje odstotke.

As. dr. sc. Vukosav Žvan, dr. med.,

Marija Gorše, višja medicinska sestra, oba Center za klinično psihiatrijo Univerzitetne psihiatrične klinike, Studenec 48, 61120 Ljubljana.

Osnovni simptomi shizofrenije

Za shizofrenijo so značilni simptomi na področju številnih psiholoških procesov. Najpogosteje opazimo tele značilne bolezenske spremembe:

- vsebinske in formalne motnje mišljenja,
- motnje zaznavanja,
- bolezenske spremembe čustvenega stanja,
- spremenjeno dožemanje samega sebe,
- motnje hotenja,
- spremenjen odnos do zunanjega sveta,
- motnje psihomotorike in
- razne druge spremljajoče pojave.

Naj opozorimo, da nobena od naštetih psihopatoloških motenj ni značilna le za shizofrenijo, ampak jih srečujemo tudi pri drugih duševnih motnjah.

Vsebinske motnje mišljenja. Najpogostejše in najpomembnejše vsebinske motnje mišljenja pri shizofreniji so blodnje. Pogosto srečujemo preganjalne in nanašalne, redkeje pa somatske, veličavostne, religiozne in nihilistične blodnje. Nekatere vrste blodnjavosti so za shizofrenijo posebno značilne in jih pri drugih duševnih motnjah srečujemo redkeje. To so blodnje o odtegotvanju, prenosu ali vsiljevanju misli in bolnikovo blodno prepričanje, da so njegove misli in dejanja pod nadzorom neke zunanje sile, ki upravlja z njim nekako tako kot z robotom.

Pri shizofrenih bolnikih srečujemo tudi paralogično mišljenje in prevalentne ideje.

Formalne motnje mišljenja. Formalne motnje mišljenja so pri shizofreniji pogoste. Značilna je motnja, pri kateri se rahljajo asociativne zveze in ki se imenuje miselna disociacija. V težjih primerih disociacije je govor nerazumljiv. Srečujemo tudi neologizme, miselne zadrge in perseveracije.

Motnje zaznavanja. Najpomembnejša motnja na tem področju so halucinacije vseh vrst, najpogostejše pa so slušne, ki se kažejo kot »glasovi«, ki prihajajo do bolnika z zunanjega sveta. Lahko gre za zaupne vsebine, pogosto pa so glasovi grozeči ali napadalni in se obračajo na bolnika neposredno ali se z njim pogovarjajo in komentirajo njegovo početje. Prisluhi so lahko tudi ukazovalni; če jih bolnik uboga, utegne s tem ogroziti sebe in svojo okolico. Srečujemo tudi halucinacije na drugih zaznavnih področjih, na primer taktilne in somatske. Pojavljajo se tudi vidne, vonjalne in okušalne halucinacije, vendar redkeje, in če niso povezane s slušnimi, moramo pomisliti tudi na morebitno organsko etiologijo duševne motnje.

Čustvene motnje. Pogosti in najvažnejši motnji na področju čustvovanja sta čustvena otopelost ali apatija in čustvena neadekvatnost ali paratimija. Pri prvi pogosto bolnik sam potoži, da ne čuti nobenih čustev in se ne more čustveno odzivati, ponavadi govori z monotonim glasom, obraz pa je brez mimike. Čustvena neadekvatnost ali paratimija pa je čustvena reakcija, ki ni v skladu z vsebino bolnikove pripovedi ali razmišljanja, torej za povsem drugačno čustveno odzivanje, kot bi ga pričakovali. Sem spadajo tudi nenadni in nerazložljivi napadi jeze in besa pri nekaterih shizofrenih bolnikih.

Če so omenjene motnje zelo izražene, so značilne za shizofrenijo. Ne smemo

pa pozabiti, da tudi nekateri stranski učinki psihofarmakov spominjajo na čustveno otopelost.

Spremenjeno dojetanje samega sebe je pri shizofreniji pogosto in se kaže kot nepopisna zmeda glede lastne identitete in smisla življenja, kar se pogosto kaže tudi z že opisanimi blodnjami, predvsem tistimi o nadzoru od zunaj.

Motnje hotenja so pri shizofreniji skoraj nepogrešljive. Njihova končna posledica je tudi zmanjšana delovna sposobnost in moteno socialno funkcioniranje.

Motnje odnosa do zunanjega sveta. Shizofreni bolnik pogosto kaže težnje, da bi se umaknil pred zunanjim svetom, in živi v svojem lastnem, prezaposlen z egocentričnimi in nelogičnimi idejami, fantazijami pa tudi blodnjami in halucinacijami. Težja oblika takšne odmaknjenosti se imenuje avtizem.

Motnje psihomotorike so pogoste pri kroničnih bolnikih, pa tudi pri akutnih poslabšanih boleznih. Pri katatonem stuporju je bolnik negiben kot kip. Kljub poskusom, da bi ga premaknili, ostaja povsem tog (katatonska rigidnost). V nasprotnem primeru pa je bolnik agitiran, njegove kretnje so nerazložljive, stereotipne in brezciljne in niso v nikakršni zvezi z okolnim dogajanjem (katatonsko vzburjenje). Včasih zavzema bolnik posebne bizarne telesne položaje (katatonska drža) ali noče izpolnjevati navodil in preprečuje poskuse, da bi ga pri tem premaknili (katatonski negativizem). Med motnje psihomotorike spadajo tudi manire, grimasiranje in voščena upogljivost.

Spremljajoči pojavi pri shizofreniji. Pri bolniku pogosto srečujemo še razne druge nespecifične pojave, zaradi katerih je navidez spremenjen ali celo čudaški. Bolniki imajo pogosto težave pri komuniciranju, pri sodelovanju, opuščajo skrb za svoj videz in osebno higieno, nenavadno in upadljivo se oblačijo, ličijo in podobno. Pri shizofrenih bolnikih so pogosta tudi disforična stanja, ki so včasih videti kot depresija, anksioznost, jezavost, ali nekakšna mešanica vsega tega. Pogosta so depersonalizacijska in derealizacijska doživetja, nanašalnost in hipohondrične preokupacije. Značilno pa je, da pri shizofreniji praviloma ne srečamo motenj zavesti, čeprav je bolnik včasih, še zlasti pri akutnih poslabšanih motnje, videti tudi konfuzen, dezorientiran in spominsko moten.

Potek shizofrenije

Prodromalna faza. V prodromalni fazi postaja vse očitnejši upad socialnega funkcioniranja. Odmika se od okolice, spremenjeno in čudaško se vede, opušča osebno higieno in nego, kažejo se nekatere bizarne ideje. To motnjo osebnosti opaža tudi bolnikova okolica. Trajanje prodromalne faze je zelo različno. Včasih nastaja zelo počasi, tudi nekaj let (»plazeče«); v tem primeru je tudi prognoza boleznih slabša. Sami simptomi te faze še ne zadostujejo za diagnozo shizofrenije. Včasih izrazite prodromalne faze sploh ni.

Aktivna faza boleznih. Za postavitev diagnoze shizofrenije je pogoj najmanj 6 mesecev trajajoča aktivna faza psihotičnih znakov, ki lahko vključujejo prodromalno ali pa rezidualno fazo.

Rezidualna faza bolezní. Rezidualna faza običajno sledi aktivni fazi bolezní. Klinična slika je podobna prodromalni fazi, razen tega pa so lahko prisotni še nekateri psihotični znaki (blodnje in halucinacije), a se bolnik nanje ne odziva pretirano čustveno.

Subkronični potek shizofrenije. Za subkronični potek bolezní gre tedaj, če je čas od začetka bolezní, ko so se pri bolniku začeli bolj ali manj neprekinjeno kazati znaki bolezní (vključujoč prodromalno, aktivno in rezidualno fazo), krajši od dveh let, vendar pa traja najmanj 6 mesecev.

Kronični potek shizofrenije. Kronični potek je tak, kot je opisano pri subkroničnem, traja pa več kot 2 leti.

Subkronični potek z akutnim poslabšanjem. O takem poteku govorimo, kadar ponovno vzbrsti opazna psihotična simptomatika pri osebi s subkroničnim potekom.

Kronični potek z akutnim poslabšanjem. Tak potek pomeni ponovno javljanje pomembne psihotične simptomatike pri bolniku s kroničnim potekom, ki pa se je nahajal v rezidualni fazi.

Shizofrenija v remisiji. To oznako uporabljamo pri osebah, pri katerih smo v preteklosti diagnosticirali shizofrenijo po vseh veljavnih kriterijih, so pa sedaj brez znakov bolezní, ne glede na to, ali so zdravljene z medikamenti ali ne. Kak bolnik včasih zopet funkcionira tako kot pred boleznijo, a to se zgodi redko in takšno stanje je pogosto težko določiti. Najpogosteje shizofrenija vendarle poteka z akutnimi poslabšanji motnje z naraščajočo rezidualno okvaro med epizodami.

Pri psihozah s popolno remisijo moramo pomisliti tudi na shizofreniformne, shizoafektivne in reaktivne psihoze! Presoja o tem, ali bomo bolnika ocenili kot »shizofrenega v remisiji« ali kot »osebo brez psihiatričnega obolenja«, pa je odvisna od časa, ki je potekel od zadnje epizode, od števila vseh epizod in celotnega trajanja bolezní in od ocene o tem, ali bolnik potrebuje nenehno profilaktično obravnavanje.

Prognostični dejavniki shizofrenije

Kot dobre prognostične faktorje za potek shizofrenije najpogosteje omenjajo podatek, da bolnik pred boleznijo ni bil osebnostno spremenjen, njegovo dobro predbolezensko socialno funkcioniranje, psihogene in sociogene sprožilne dejavnike, nagel začetek bolezní, začetek v kasnejšem življenjskem obdobju, klinične slike s konfuznostjo; pomemben je tudi podatek o afektivnih duševnih motnjah v družinski anamnezi.

Kriteriji za diagnozo shizofrenije

Pri bolniku diagnosticiramo shizofrenijo, če so izpolnjeni našeti kriteriji (tukaj obravnavamo kriterije po DSM III (1)). Pripomnimo naj, da se kriteriji drugih klasifikacijskih sistemov, tudi 9. revizije Mednarodne klasifikacije bolezní, od le te nekoliko razlikujejo):

Kriterij A: *ugotoviti moramo najmanj enega od naslednjih simptomov:*

1. Bizarna blodnjavost z očitno absurdno in nerealno vsebino, kot so blodnje o vplivanju, prenosu, vsiljevanju in odtegotanju misli.

2. Somatske, veličavnostne, religiozne, nihilistične ali druge blodnje, razen preganjalnih in ljubosumnostnih.

3. Preganjalne ali ljubosumnostne blodnje, če so prisotne tudi katerekoli halucinacije.

4. Slušne halucinacije, kadar »glasovi« komentirajo bolnikovo vedenje in njegove misli ali se v obliki dialoga pogovarjajo o njem.

5. Slušne halucinacije, pri katerih gre več kot za eno ali dve besedi in ki niso povezane z depresivnim ali povišanim razpoloženjem.

6. Disociacija mišljenja, poudarjeno pešanje asociacij, poudarjeno paralogično mišljenje ali znatno vsebinsko obubožanje pri besednem izražanju, če gre pri tem za dodatno povezavo s še enim od naslednjih simptomov: a) čustvena obubožanost ali čustvena neadekvatnost; b) blodnjavost ali halucinacije; c) katatonsko ali drugačno zelo dezorganizirano vedenje.

Kriterij B: če primerjamo s stanjem pred boleznijo, gre za poslabšanje bolnikovega funkcioniranja na delovnem področju, pri socialnih odnosih in pri skrbi za samega sebe.

Kriterij C: simptomi bolezni trajajo najmanj 6 mesecev. Ta polletna faza mora vsebovati aktivno fazo, v kateri so izraženi simptomi, navedeni pod kriterijem A, s podromalno ali rezidualno fazo ali brez.

Kriterij D: če je izražen polni depresivni ali manični sindrom, ne gre za shizofrenijo, razen če se je ta sindrom razvil po psihotičnih simptomih ali je potekal le krajši čas hkrati s psihotičnimi simptomi navedenimi pod A.

Kriterij E: prodromi ali aktivna faza bolezni začenjajo pred bolnikovim 45. letom starosti.

Kriterij F: bolezen ni posledica kateregakoli organskega obolenja ali duševne manjrazvitosti.

Tipi shizofrenije

Glede na prevladujočo sliko ločimo naslednje tipe shizofrenije:

Dezorganizirani tip. Običajni naziv v drugih klasifikacijah je **hebefrenija**. Za dezorganizirani tip je značilna pogosta miselna disociiranost, blodnje in halucinacije niso sistematizirane, ampak le občasne in bolj fragmentarne. Izrazite pa so motnje čustvovanja in vedenja. Bolnik se nenavadno, neodgovorno in situaciji neustrezno vede, se hihita ali obnaša vzvišeno, grimasira, ima manire, hipohondrične težave, je socialno hudo odmaknjen in podobno. Bolezen se začenja navadno med 15. in 25. letom.

Katatonski tip. Osnovna značilnost katatonskega tipa shizofrenije so motnje psihomotorike. Včasih se hitro menjavajo od ene skrajnosti v drugo, iz hiperkinezije oziroma ekscitacije v stupor. Srečujemo tudi katatonski negativizem ali katatonsko rigidnost ter katatonske drže. Poleg tega se lahko kažejo tudi stereotipije, manirizmi in voščena upogljivost. Značilen znak je tudi mutizem.

Ta tip shizofrenije je bil pred desetletji pogost, sedaj pa je v Evropi in Severni Ameriki redek.

Paranoidni tip. Osnovna značilnost tega tipa so relativno utrjene preganjalne ali veličavostne blodnje ali halucinacije. Okvara pacientovega funkcioniranja je lahko le minimalna, redkejša so tudi večje spremembe vedenja. Čustvena odzivnost je lahko ohranjena.

Začetek tega tipa shizofrenije je običajno kasnejši kot pri drugih tipih.

Nediferencirani tip. V nediferencirani tip shizofrenije vključujemo bolnike z jasnimi psihotičnimi znaki, ki pa jih ne moremo uvrstiti v enega od prejšnjih tipov, ali tiste bolnike, ki izpolnjujejo kriterije za več tipov.

Rezidualni tip. Za rezidualni tip shizofrenije je značilno, da je imel pacient predhodno že vsaj eno epizodo shizofrenije, sedaj pa je brez izstopajočih psihotičnih znakov, čeprav znaki bolezni še obstajajo. Bolnik je ponavadi čustveno otopel, socialno odmaknjen, vede se ekscentrično, nelogično razmišlja in asociacije so zrahljane. Če ima bolnik poleg tega še blodnje ali halucinacije, le-te niso v ospredju klinične slike in ga čustveno ne zaposlujejo.

ZDRAVSTVENA NEGA SHIZOFRENEGA BOLNIKA

Zdravstvena nega shizofrenega bolnika ni le vrsta postopkov in dejavnosti, ki se zaključujejo z ozdravljenjem. To je proces človeške komunikacije, ki vključuje dva človeka: medicinsko sestro in bolnika, njun odnos, sodelovanje in interakcije. Osnovni namen tega odnosa je bolniku pomagati do večjega uspeha in zadovoljstva v življenju. Prvi vtisi, ki jih bolnik dobi ob srečanju z medicinsko sestro, so zelo pomembni za pogostost in kvaliteto stikov v prihodnje.

Medicinska sestra mora biti sposobna sprejeti bolnika takšnega, kakršen je. To pa še ne pomeni, da mora sprejeti prav vse, kar bolnik počne. Tudi njo lahko kako bolnikovo početje odbija in vznejevolji, vendar pa je nujno potrebno, da se ima medicinska sestra v oblasti in izraža svoja čustva na konstruktiven način, se pravi, da bolnika ne zavrača, se ne meni zanj ali ga kaznuje. Hkrati se mora vseskozi zavedati, da ima tudi ona nemara lastnosti, ki bolnika odbijajo. Odnos med medicinsko sestro in bolnikom se kaj težko razvija brez *zaupanja*. Medicinska sestra mora zaupati v svoje sposobnosti, da bolniku lahko pomaga, prav tako pa mora zaupati v bolnika, da se bo na njeno pomoč odzival. Osnovni pogoj za zaupanje pa je, da je medicinska sestra sama zdrava in zrela osebnost. To pomeni, da se mora vzgajati sama, če hoče bolniku pomagati. Precejšnja trdnost, odločnost in zaupanje so potrebni, kadar jo bolnik zavrača.

Zelo pomembna je tudi *doslednost* v dejanjih medicinske sestre do bolnika. To pomeni, da sestra bolniku reče tisto, kar zares misli. Shizofreni bolniki so zelo dovzetni za neverbalno komunikacijo, občutljivi so za dvoumna sporočila in površne odgovore. Bolniki hitro začutijo, kdaj do njih nismo iskreni, čeprav se tega morda niti sami ne zavedamo.

V odnosu med medicinsko sestro in bolnikom mora vladati tudi *razumevanje*. To pomeni, da mora medicinska sestra bolnika tako dobro poznati, da ve, kako se v kakih okoliščinah počuti in da lahko predvidi, kako se bo bolnik odzival na njena dejanja.

Za terapevtsko učinkovitost odnosa med medicinsko sestro in bolnikom je bistvenega pomena *povezanost med člani tima*, ki skrbijo za bolnika, zato je za načrt rehabilitacije ključnega pomena vzdrževanje harmoničnega odnosa med osebjem, od katerega je odvisno terapevtsko ozračje in bolnikova končna ozdravitev.

Za nego shizofrenega bolnika klasifikacija shizofrenije v pet tipov nima praktičnega pomena. Velja pa si zapomniti, da vedenje teh bolnikov izraža določene potrebe, njegove različice pa so pogosto povsem nepredvidljive.

Če želi medicinska sestra uspešno pomagati bolnikom, mora razumeti njihovo vedenje in vedeti, kakšne oblike vedenja bi bile zanje uspešnejše. Shizofreni bolniki imajo enake *potrebe* kot vsakdo – *telesne, čustvene in socialne*. Njihova osnovna težava pa je v tem, da jih ne znajo zadovoljevati na primeren način.

Ena izmed najpomembnejših nalog medicinske sestre je zadovoljevanje bolnikovih osnovnih potreb s pomočjo uspešne komunikacije, odnosa in interakcije z njim. Merilo terapevtske usposobljenosti medicinske sestre je njena uspešnost v funkciji sprejemnika v sistemu komunikacije medicinska sestra-bolnik. Terapevtska komunikacija z bolnikom se začne takoj, ko bolnik stopi v sistem zdravstva.

Medicinska sestra je tista članica terapevtskega tima, ki zelo pogosto komunicira z bolnikom. Zato je izredno pomembno, da obvlada osnove komuniciranja in specifičnost komunikacije njene stroke. Ta vloga zahteva znanje, razumevanje in spretnost v medčloveških odnosih. Psihična motnja okrni bolnikovo sposobnost za uspešno navezovanje stikov z drugimi ljudmi. Medicinska sestra je bolniku med psihiatričnim zdravljenjem pogosto vzor – posebno v bolnišnicah kot sprejemnik sporočila. Kot zdrava, zrela osebnost mu zagotavlja trajno, korektno in neocenjevalno povratno informacijo. Na ta način bolniku pomaga »popraviti« mnenje in napačne zaključke o samem sebi in drugih.

Pri bolnikih, ki težko komunicirajo, je pomembna tako verbalna kot neverbalna komunikacija. Pomembno je, da se medicinska sestra približa takemu bolniku na nivoju, ki ga je sposoben sprejeti, in mu daje občutek varnosti, saj tako mogoče laže neposredneje komunicira. Medicinska sestra naj se torej neprestano zaveda sporočil, ki jih namenja bolniku, tako verbalnih kot neverbalnih.

Najtežji del vloge medicinske sestre v terapevtski komunikaciji pa je ocenjevanje lastnih motivov, čustev, metod in vplivov na druge.

Nega in zdravljenje temeljita predvsem na dveh dejavnikih:

- na naravi bolnikovih potreb in stopnji njegove samooskrbe,
- na naravi terapije, ki mora biti posamezniku in njegovemu stanju najustreznejše izbrana in določena.

Pri shizofreniji je nega odvisna od bolnikove stopnje odmaknjenosti od realnosti. Lahko je toliko odmaknjen, nezaupljiv in nebogljen, da je povsem odvisen od drugih. Treba ga je hraniti, oblačiti, varovati in spodbujati. Zdravstvena nega tistih bolnikov, pri katerih stik z realnostjo ni moten, je usmerjena predvsem v to, da bolnik sam skrbi zase in za svoje potrebe.

Načrt zdravstvene nege sestavljajo tri stopnje:

1. kratkoročni načrt nege – obsega takojšnjo intenzivno oskrbo ob hospitalizaciji,
2. srednjeročni načrt nege – zajema obravnavanje v bolnišnici,
3. daljnoročni načrt nege – zajema nadaljevanje v domačem okolju.

V prvi fazi, ki ji pravimo tudi »krizna intervencija«, je bolnik pod posebnim nadzorom in nego in dobi potrebna zdravila, s pomočjo katerih prebrodi krizo. Če se bolnik dobro odziva na nego in zdravljenje, se pravi da postaja mirnejši in bolj vodljiv, prehaja na drugo stopnjo zdravljenja in nege, kjer je ob terapiji že aktivno vključen v proces rehabilitacije, pridobivanje novega, ustreznega »vzorca« oziroma načina življenja in pripravo na vrnitev domov.

Na tej stopnji bolnik sodeluje na različne načine in od njega že pričakujemo, da se odziva na socialno sprejemljivejši način, da skrbi za svoje osebne potrebe in interese in da se vključi v svoje ožje okolje. Zaposli se z delom in rekreacijo in se udeležuje skupinskih srečanj in sestankov z osebjem. Počasi bolnik postaja vse bolj samostojen, sprva odhaja na obiske domov, nato pa je odpuščen in nadaljuje zdravljenje ambulantno.

Pri načrtovanju in izvajanju nege pa se mora medicinska sestra zavedati, da so pri shizofrenem bolniku potrebe po negi specifične in se spreminjajo glede na potek in izraženost bolezenskih znakov. Medicinska sestra mora nenehno pozorno ugotavljati bolnikovo stanje in potrebe in mora dinamično prilagajati in spreminjati načrt nege.

Telesna zdravstvena nega shizofrenega bolnika

Telesna zdravstvena nega shizofrenega bolnika je več kot samo ugotavljanje potreb po hrani, izločanju, varnosti in aktivnosti. Učinkovita nega dvigne bolnikovo samospoštovanje in zaupanje v druge. To pa dosežemo, kadar bolnikove potrebe obravnavamo na prijazen, spoštljiv in sprejemljiv način.

Nikoli ni dovolj poudarjeno, da duševna bolezen ne zagotavlja odpornosti proti telesnim boleznim, zato mora medicinska sestra pri prvem ocenjevanju bolnikovega stanja opredeliti stopnjo telesnega zdravja. Pritožbe je treba natančno opredeliti, da lahko ugotovimo, ali izvirajo iz kake telesne motnje ali iz bolnikovega čustvenega stanja.

Posebno pomembno je, da medicinska sestra oceni, ali se bolnik zadovoljivo hrani in izloča. *Podhranjenost* je običajna pri paranoidnih, katatonih bolnikih ali pri tistih, ki zanemarjajo vsakdanje aktivnosti.

Bolniki, ki dalj časa dobivajo nevroleptično terapijo, imajo pogosto *zvišano telesno težo*, ker ta zdravila vzbujajo čezmeren tek. Debelosti zato ne smemo imeti za znak dobre prehrane, ker ima hrana z visoko kaloričnostjo pogosto omejeno hranilno vrednost. Kadar nezaupljivi bolnik odklanja hrano v strahu, da ga hočemo ubiti, mora medicinska sestra hrano in pijačo pripraviti in ponuditi tako, da prežene njegov strah. Bolnike seznanimo s časom obrokov, njihovo zanimanje pa zbudimo s pogovorom o hrani in sestavi jedilnikov. Bolniki naj imajo dovolj časa, da se v miru pripravijo na obrok, si umijejo roke in se tudi primerno uredijo. Sam obed naj bo prijetno doživetje, poteka naj v miru in brez napetosti in naglice. Bolnike, ki se nezadostno ali neprimerno hranijo, nadzoruje medicinska sestra.

Pogosta težava bolnikov je *izločanje*, posebno pri regrediranih in odmaknjenih bolnikih. Bolnik je lahko tako zaposlen sam s seboj, da ne čuti potrebe. Zato ga moramo redno voditi na stranišče, da preprečimo inkontinenco.

Neaktivnost, slabo hranjenje in zdravila pa lahko vodijo do opstipacije. Prebavo urejamo s prehrano, v kateri je dovolj vlaknine in tekočin. Bolnika stalno spodbujamo k telesni aktivnosti.

Pomanjkanje interesa za *osebno higieno* in videz je pogosto ena prvih sprememb, ki se pokažejo pri shizofrenih bolnikih. Bolnika je treba pri opravljanju osebne higiene usmerjati in nadzorovati ter ga spodbujati k pridobivanju dobrih higienskih navad. Sestra poskrbi, da je bolnik primerno oblečen glede na okoliščine in letni čas. Vsak bolnik naj ima svojo obleko. Če si jo sam izbere, ga to spodbudi, da bolj skrbi za svoj videz. Bolnike je treba spodbujati k uporabi kozmetike in ličenja.

Medicinska sestra mora biti pozorna tudi na telesno kondicijo bolnika. Bolniki, ki se umikajo v svoj lastni svet fantazij, negativistični ali prestrašeni bolniki, nezmožni primerne verbalne komunikacije, pogosto pretrpijo kako telesno bolezen ali bolečine, pa se ne pritožujejo nad njimi.

Včasih je bolnik že na videz bolan in medicinska sestra mora odkriti težave, preden bolnik o njih potoži ali se pokažejo še drugi znaki.

Vsak dan je potreben nadzor vitalnih funkcij, pregled kože in sluznic, ter beleženje defekacije in mikcije. Bolniki s psihomotorno retardacijo ure dolgo stojijo ali sedijo v istem položaju. Lahko se razvijejo edemi in cianoza udov. Zato je treba bolnika spodbujati k telovadbi, sprehodom ali vajam za okrepitev organizma.

Nekateri psihotični bolniki lahko med zdravljenjem poškodujejo sebe, osebje ali druge bolnike. Takšno nevarnost lahko predvidimo tudi pri nekaterih shizofrenih bolnikih. Naloga medicinske sestre je, da poskrbi za varnost bolnika in drugih.

Medikamentozna terapija

Medicinska sestra ima odločilno vlogo v izvajanju medikamentozne terapije. Z zdravili skušamo spremeniti čustveno stanje bolnika na biokemični način in to lahko povzroči spremembe v vedenju. Zdravila imajo lahko že sama po sebi stranske učinke, ki se odražajo v bolnikovem vedenju. Pomembno je razlikovati med vedenjem, ki je posledica terapije in vedenjem, ki odraža bolnikovo čustveno stanje, saj je intervencija v vsakem primeru drugačna. Pri dajanju zdravil ima medicinska sestra lahko številne težave. Pri težkih shizofrenih bolnikih, ki ne morejo povedati niti svojega imena, so težave z identifikacijo bolnika. Zato je najbolje, da zdravilo da tista medicinska sestra, ki bolnika dobro pozna.

Zaradi različnih **stranskih učinkov zdravil** za zdravljenje duševnih motenj je zelo pomembno, da sestra opazuje in sproti obvešča zdravnika o reakciji bolnika na zdravilo. Natančno opazovanje omogoči pravočasne ukrepe proti nezaželenim učinkom zdravil in bolnikom lajšamo prehodne ali stalne težave. Količina zdravil je lahko za posameznika previsoka ali prenizka. Zdravnik jo na podlagi poročanja medicinske sestre prilagodi tako, da je zdravilo kar najbolj učinkovito. Za nekatere nezaupljive in zaskrbljene bolnike pa je bolje, da se ne držimo točno določenega časa dajanja zdravil. Bolje je dati zdravilo kasneje, kot bolnika siliti, da ga vzame proti svoji volji. Na kakšen način bo bolnik predpisano zdravilo prejel, odloči medicinska sestra. Dokler bolnik ni voljan sodelovati, je najprimerneje, če mu zdravilo damo z injekcijo, za zelo razburjene in agitirane bolnike pa je tak način najprimernejši zaradi hitrega delovanja zdravila.

Ob tem pa mora biti medicinska sestra še posebej pozorna na naslednje: beleži naj zaužito in izločeno tekočino, preprečuje zastajanje urina in blata, redno kontrolira bolnikove vitalne funkcije, pozorna je na stranske učinke zdravil, ki jih bolnik marsikdaj doživlja kot zelo neprijetne. Če pa se nezaželeni učinki vseeno pojavijo, jih je treba s primerno terapijo odstraniti ali vsaj omiliti.

Skrb za bolnikove telesne potrebe daje medicinski sestri dobro priložnost za vzpostavitev stika z bolnikom. Spočetka bolnika spodbujanje in nasveti ne zanimajo in zanje ni dovzeten. Ob skrbi za bolnikove telesne potrebe se lahko vzbudi zaupanje do medicinske sestre, bolnik sprejme njeno pomoč kljub svojim občutjem sovražnosti in nezaupanja.

Zdravstvena nega na čustvenem področju

Ta zvrst nege je pri shizofrenem bolniku usmerjena v pomoč pri vzpostavljanju odnosov z drugimi ljudmi. Uporabljamo različne metode, ki pripomorejo k zblizanju, od bolj ali manj diferenciranih psihoterapevtskih metod do preprostega gojenja prijateljstva. Različne oblike psihoterapije bolniku pomagajo spremeniti vedenje in način komuniciranja, tako da je uspešnejši pri zadovoljevanju svojih potreb in sprejemljivejši za okolje. Uspešnost zdravstvene nege in zdravljenja ocenjujemo po tem, koliko nam je uspelo v bolniku vzbuditi samozaupanje, ga vrniti v realnost in koliko je uspešnejši v odnosih z drugimi.

Način, kako ga medicinska sestra neguje, bolniku veliko pove. Bolnik hitro začuti, da nekomu pripada in da je pomemben kot človek. Če želimo bolnika usmeriti v realnost, ga je treba prepričati, da je realnost primernejša in varnejša kot beg, ki si ga je izbral. Avtistični svet bolnika je edinstven in težko razumljiv za kogarkoli drugega. Do določene stopnje je mogoče razumeti avtizem, če ga primerjamo z dnevnimi sanjami iz adolescence. Proces mišljenja je v obeh primerih podoben. Z dnevnim sanjarjenjem poskuša človek nadomestiti nezadovoljene potrebe, bistvena razlika med sanjarjenjem in avtizmom pa je v tem, da se sanjač lahko brez težav spet hitro vrne v stvarnost, bolnik z avtističnim mišljenjem pa tega ne more več. Tak bolnik je večidel sam sebi zadosti in zdi se, da se za ljudi in okolico ne meni.

Če medicinska sestra ne opazi, da je kak bolnik povsem pogreznjen vase, lahko to slabo vpliva na zdravljenje. Medicinska sestra mora z bolnikom vzpostaviti odnos, na podlagi katerega se med njima razvijejo stiki. V začetku bolnik lahko zavrača medicinsko sestro in je nezaupljiv do njenih pozornosti, čeprav hrepeni po tem. Pomembno pa je, da se medicinska sestra k takemu bolniku nenehno vrača. Njena prisotnost mu daje čustveno oporo, četudi na zunaj ni videti tako. S tem, da mu medicinska sestra posveča svoj čas, pozornost in naklonjenost, zadovoljuje njegovo osnovno potrebo po sprejetosti in priznanju. Tudi medicinska sestra se pri takih bolnikih večkrat znajde pred preskušnjo: več se ukvarja s tistimi bolniki, ki so bolj hvaležni in dovzetni za njena dejanja. Zapomniti si mora, da tu ne gre za odnos z zdravimi ljudmi, kjer lahko odneha, če stika ne vzpostavi. Če problemi bolnikov koreninijo v nezdravih medsebojnih odnosih v otroštvu med njim in osebami, ki so igrale pomembno vlogo, moramo načrtovati in zagotoviti korektivne medosebne izkušnje. Zaželeno je, da se med sestro in bolnikom razvije tak odnos, v katerem postane medicinska sestra ta pomembna oseba. Tak odnos je sredstvo za zagotav-

ljanje korektivnih čustvenih izkušenj, v katerih bolnik sčasoma doživi pozitivno pozornost s strani drugega človeka, ki komunicira na zdrav način.

V skupinski terapiji se lahko razvije korektivna družinska situacija. Zdravnik pogosto prevzame vlogo razumevajočega očeta, medicinska sestra sprejemajoče matere, drugi bolniki pa vloge drugih oseb. Če takšna simulirana situacija zagotovi bolniku potrebno ljubezen in občutek sprejetosti, mu tako pomaga k uspešnejšemu reševanju konfliktov in k občutju večje gotovosti.

Tudi spoštljiv nagovor bolnika spodbuja k sprejemljivejšemu vedenju in bolnika napelje na misel, da je pomemben človek. Dolgi, zapleteni stavki bolnika lahko zmedejo, saj ima običajno omejeno možnost usmerjanja pozornosti. Kratki stavki in natančna uporaba besed bolj pomagajo kot posploševanje. Za zdravstveno nego takega bolnika je pomembno, kdo in kako skrbi za bolnika. Bolnik ne bo dovteten za skrb in pozornost tistega, ki mu le malo pomeni ali pa ga celo ogroža.

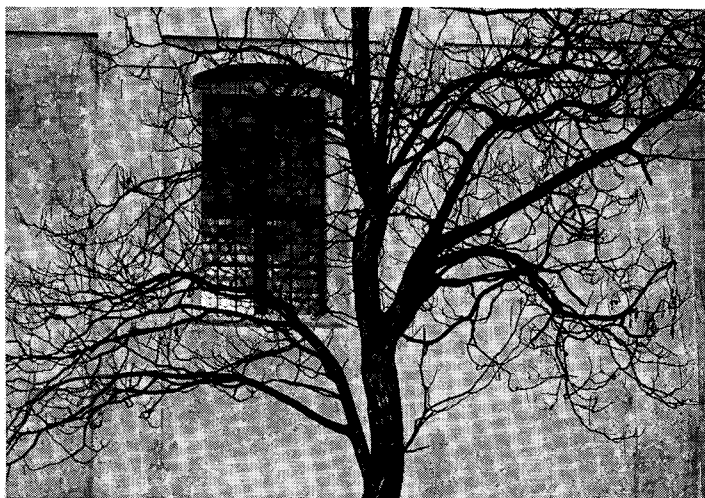


Foto: M. Kranjec, 1985

Kadar se medicinska sestra sreča s sumničavim bolnikom, se mora zavedati, da so takšni ljudje po naravi plahi, občutljivi in nesposobni za pozitivne odnose z drugimi. Ker se niso naučili zaupati drugim, se zatekajo k mehanizmu projekcije in tako za svojo neustreznost krivijo svojo okolico. Zelo pogosto je prevladujoče sovražno stališče. Posledica tega je lahko agresivno vedenje, ki postane nevarno za druge, če je bolnikova napetost neobvladljiva. Takšni bolniki se le izjemoma želijo udeleževati skupinskih dejavnosti, na takšnih sestankih se vedejo sarkastično in vzvišeno. Ti bolniki so večkrat tudi pretirano občutljivi za pomanjkljivosti in telesne napake drugih in včasih svojo potrebo po uveljavitvi zadovoljujejo s poniževanjem drugih – pogosto se lotijo medicinske sestre.

Takšno vedenje ponavadi temelji na notranjem strahu in napetosti in medicinska sestra, ki se tega zaveda, se ne bo čutila osebno napadene. Ostala bo ob bolniku in skušala ublažiti njegov strah in napetost. Tako prestrašenega in sovraž-

nega človeka moramo obravnavati s posebno obzirnostjo in razumevanjem. Prepričanju s takšnim človekom se moramo izogibati, saj vsako nasprotovanje takoj vključi v svoj spreverjeni sistem. Medicinska sestra naj se bolnika ne izogiba in naj ga ne nadleguje s svojo radovednostjo. Oba pristopa vzbujata sum.

Bolnika naj vzdušje na oddelku ne omejuje. Pretiran nadzor medicinske sestre utegne pri bolniku vzbuditi občutek ogroženosti in utrditi njegove blodnje. Program, ki omogoča svobodno izbiro dejavnosti in gibanja, pa moramo uskladiti z zahtevami po bolnikovi varnosti in zaščiti drugih bolnikov.

V začetku so individualne aktivnosti bolj uspešne kot skupinske, pozneje pa je vključitev v skupinske dejavnosti potrebna za krepitev bolnikovega zaupanja v druge. Da bi dosegli zaupanje paranoidnega bolnika, sta potrebni potrpežljivost, in obzirnost do njegovih sovražnih stališč. Medicinska sestra se mora upreti skušnjavi, da bi uporabljala bolnikove halucinacije in blodnje za spreminjanje njegovega vedenja, ali da bi se z njim okoriščala. Taki bolniki so potrebni precejšnje mere tolažbe, pomoči in podpore. Nobenega smisla nima, da mu skušamo obrazložiti, da je njegovo vedenje plod njegovih zmot in napačnih predstav, saj so za bolnika pomembne in resnične. Bolnika spoštljivo poslušamo, ne da bi pretirano komentirali vsebino njegovih produkcij. Če bolnik želi potrditev svojih halucinacij, je pametno dati pošten odgovor, ki ustreza realnosti.

Bolnik naj ve, da medicinsko sestro njegovi občutki zanimajo in to mu pomaga. Medicinska sestra s svojim mirom ne podpira bolnikovih halucinacij, niti ne izziva nezaupanja in prepira. Razloži naj mu, kaj se okrog njega dogaja, in mu na ta način pomaga ločiti med resničnostjo in neresničnostjo.

Največkrat je delež medicinske sestre odločilen pri ustvarjanju vzdušja na oddelku, ki naj bi pomagalo od sprejema naprej razbremenjevati bolnika njegovih strahov, tesnobe, nezaupanj ali sovražnosti ob vstopu v bolnišnico, kamor marsikdo pride proti svoji volji.

Socialni vidiki zdravstvene nege shizofrenega bolnika

Socialni vidik zdravstvene nege shizofrenega bolnika je usmerjen v pridobivanje potrebnih navad za uspešno življenje v skupnosti. V tak program spada motiviranje, rehabilitacija in resocializacija.

Pri shizofrenih bolnikih pogosto srečamo socialno neprilagojenost. Zaradi nefunkcionalne narave izkušenj iz zgodnjega otroštva v medosebnih odnosih se bolniki niso naučili mnogih celo najosnovnejših socialnih spretnosti, ki jih zdrav odrasel človek mora obvladati. Če želimo, da bolnik vzpostavi uspešen odnos z okolico, potrebuje priložnost, da preskusi svoje vedenje v različnih družbenih situacijah. Seveda pa bo bolnik to lahko storil šele takrat, ko bo prepričan, da je to varno in ko se bo čutil dovolj močnega in sposobnega komunicirati z drugimi. Tisto, kar je razvil v odnosu do enega človeka, pozneje prenese tudi na druge posameznike ali skupine. Medosebni družabni odnosi nastajajo na različne načine, zato bolnika vključujemo v razne skupinske aktivnosti: sodelujejo lahko pri razreševanju težav celotne skupine, navzoči so na sestankih osebja oddelka, prav tako se lahko udeležujejo raznih družbenih aktivnosti v okviru manjših skupin. Pogosto so uspešne recimo pevske skupine, ki pomenijo spontan način družbenega komuniciranja. Na skupinah bolniki lahko izmenjujejo izkušnje, razpravljajo o težavah, drug

drugega spodbujajo k prevzemu odgovornosti zase in za druge. Druge aktivnosti so: sprehodi, obiskovanje predstav, nakupovanje. Tretja zvrst aktivnosti ima vzgojni namen: bolniki se recimo učijo plesati, brati, kuhati, šivati, plesti itn. Takšne učne ure vodijo medicinske sestre na oddelku.

Pogoste metode resocializacije in rehabilitacije so aktivnosti zaposlitvene in rekreacijske terapije, ki jih načrtujejo za posameznike ter male ali velike skupine.

Posebno koristno za shizofrene bolnike je izdelovanje umetniških ali obrtnih izdelkov, ki jim pomagajo izraziti občutja tudi na neverbalen način, recimo s slikanjem, risanjem, kiparjenjem itn.

Različne igre prav tako omogočajo veliko izraznost in so za prestrašene, zavrte in nezaupljive bolnike bolj primerne kot pogovor ali osebni stiki. Skupina bolnikov lahko prevzame del opravil na oddelku ali organizira čajanke, praznovanja rojstnih dni in drugih pomembnejših dogodkov.

Rekreacijska terapija, recimo žoganje ali namizni tenis, je primerna za bolnike, ki ne zmorejo del na oddelku.

Glavna naloga delovne terapije pa je spodbuditi bolnika k delu, ga ponovno naučiti planirano razporejati čas, mu vrniti občutek, da je sposoben za ustvarjalno delo, obuditi v njem pripadnost določeni skupini v okviru katere pravočasno in kvalitetno opravlja določene naloge.

Ena izmed običajnih težav shizofrenih bolnikov je v tem, da ne čutijo zadovoljstva ob delu. Dodelitev službe ali priprava nanjo je pogosto izredno pomemben del bolnikove rehabilitacije in resocializacije. Nekateri bolniki se lahko zaposlijo v sklopu psihiatrične bolnišnice recimo v ekonomiji, pralnici, kuhinji, ateljeju ali pa se zaposlijo v zaščitnih delavnicah.

Pri vsem tem pa je pomembno, da medicinska sestra pozna bolnikove interese za socialne aktivnosti in rekreacijo in ga spodbuja in usmerja. Bolnika odvisnost od osebjia sicer zavaruje in in mu zagotavlja začasno varnost in anonimnost, zagotovo pa ga vodi v nebogljenost in brezup, kar naredi življenje neznosno in negotovo.

Medicinska sestra lahko veliko stori za izboljšanje osnovnih oblik bolnikovega vedenja. Vsakdanja skrb za bolnika ji omogoča, da mu pomaga, da se odvadi starih vedenjskih vzorcev in se nauči novih. Prav vsaka interakcija sestre in bolnika lahko sproži spremembo bolnikovega vedenja. Pomembno pa je, da sestra ve, katero vedenje je koristno za bolnikovo okrevanje. Pogosto se namreč dogaja, da medicinske sestre spodbujajo slabo in nezaželeno vedenje. S tem, ko bolnika ne opozarjajo na neprimerno ravnanje oziroma vedenje, mu molče pritrjujejo in tako bolnikovo vedenje še utrjujejo.

Če hočemo bolniku pomagati pri učenju novih oblik vedenja in novih spretnosti, moramo ustvariti primerno ozračje za učenje. Bolnika je treba k učenju spodbujati in ga motivirati tako, da se mu zdi smiselno in pomembno. Bolnik mora biti tudi pripravljen na učenje in ko kako stvar obvlada, naj mu to prinese nagrado in zadovoljstvo.

LITERATURA

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Third Edition. Washington: 1980.
2. Berner P, Gabriel H, Katsching W et al. Diagnostische Kriterien für Schizophrene und Affektive Psychosen. Weltverband für Psychiatrie, 1983.

3. Irving S. Basic psychiatric nursing, 3rd ed. Philadelphia: Saunders, 1978: 27–40, 167–196.
4. Milčinski L, Novak M. Duševne motnje. Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana: 1986.
5. Ward FM. Learning to care on the psychiatric ward. London: Hodder and Stoughton, 1986: 106–8.

KODEKS ETIČNIH NAČEL DELAVCEV V PSIHIATRIJI (Havajska deklaracija)

Naslednjo deklaracijo je soglasno sprejela generalna skupščina Svetovnega psihiatričnega združenja na svojem zasedanju na Havajih leta 1977.

Od prvega svitanja kulture je bila etika bistveni del zdravniške umetnosti. Nasprotujoče si poklicne dolžnosti zdravnikov v sodobni družbi, občutljivost razmerja med terapevtom in pacientom, možnosti zlorabe psihiatričnih pojavov, znanja in tehnologije pri akcijah, nasprotnih zakonom človečnosti – vse to bolj kot kdajkoli prej opravičuje zahtevo po visokih etičnih standardih za vse tiste, ki se ukvarjajo s psihiatrično umetnostjo in znanostjo.

Psihiater mora kot zdravstveni delavec in kot član družbe upoštevati tako specifično psihiatrični smisel etičnih zahtev, kot tudi tista načela, ki so dolžnost vsakega zdravnika ali družbena obveznost slehernega občana.

Za etično vedenje sta bistveni izostrena vest in osebna presoja. Vseeno pa so potrebna pisana pravila za pojasnitev smisla poklicnih etičnih načel pa tudi kot vodilo psihiatru in opora njegovi vesti.

Zato generalna skupščina Svetovnega psihiatričnega združenja postavlja naslednje etične smernice za psihiatre po vsem svetu:

1. Namen psihiatrije je dvigati človekovo zdravje, avtonomnost in osebnostno rast. Po svojih najboljših sposobnostih in v skladu s sprejetimi znanstvenimi in etičnimi načeli naj psihiater kar najbolje deluje v prid bolnika, pri tem pa naj ima na skrbi tudi splošno korist in ustrezno delitev zdravstvu namenjenih sredstev. Da bi te cilje lahko dosegli, je potrebno nenehno raziskovanje in nenehna vzgoja zdravstvenega osebja, bolnikov in prebivalstva.

2. Vsakemu bolniku je treba dajati najboljše možno zdravljenje in ga obravnavati s skrbnostjo in spoštovanjem, kot smo to dolžni do slehernega človeškega bitja, upoštevajoč, da ima vsakdo pravico do svojega življenja in zdravja.

Psihiater je odgovoren za kakovost terapije, ki jo dajejo člani osebja in jim je obvezen nuditi strokovno nadzorstvo in vzgojo. Psihiater naj tudi poišče oporo ali mnenje pri bolj izkušenem kolegu, kadarkoli se pokaže potreba ali če bolnik to utemeljeno zahteva.

3. Terapevtsko razmerje med bolnikom in psihiatrom temelji na vzajemnem sporazumu. To pa zahteva zaupanje, odprtost, sodelovanje in vzajemno odgovornost. Takšnega razmerja morda ne bo moč vzpostaviti s kakim hudo prizadetim bolnikom. V takšnem primeru pa je – tako kot pri obravnavaju otrok – treba ustvariti povezavo z osebo, ki je pacientu bližnja in zanj sprejemljiva.

Če in ko se ustvari razmerje iz drugačnih, neterapevtskih namenov, kot na primer v forenzični psihiatriji, mora biti narava tega odnosa skrbno pojasnjena človeku, ki ga stvar zadeva.

4. Psihiater naj pouči bolnika o naravi njegove motnje, o priporočljivih diagnostičnih in terapevtskih postopkih in njihovih možnih alternativah ter o prognozi. Ta informacija naj bo podana obzirno, bolnik pa naj ima priložnost izbirati med primernimi in dostopnimi metodami.

(nadaljevanje na str. 310)