

VZPOSTAVLJANJE TERAPEVTSKEGA ODNOSA

Namen: je zagotavljanje dobrega počutja P, pospeševanje njegovega okrevanja ter podpora in pomoč, da P doseže samostojnost in neodvisnost.

Osredotočenje: izključno na P potrebe, izkušnje, čustva in ideje.

Značilnosti: terapevtska komunikacija, usmerjene terapevtske intervencije MS in vzdušje sodelovanja.

Samozavedanje: ni nekaj, s čimer se rodimo, moramo se ga naučiti. Lahko ga razumemo kot proces razvoja razumevanja lastnih vrednot, verovanj, misli, občutkov, drž, motivacij, predsodkov, prednosti ter vplivov vedenja in misli človeka na drugega človeka. Ko to MS razume lahko začne udeležati različne plati lastne osebnosti, izkušnje, vrednote, občutke, znanje, potrebe in percepcije za vzpostavitev odnosa s P.

S pomočjo samozavedanja lahko MS v stiku s P lažje opazuje, spremlja in razume njegove nejasne odgovore ter reakcije. Pomanjkanje samozavedanja in komunikacija sta najpogostejša vzroka konfliktov med MS in P.

V praksi psihiatrične ZN je uporabna teorija Hildegard Peplau-model medsebojnih odnosov. Faze terapevtskega odnosa med MS in P so:

1. ORIENTACIJA

- začetna faza se vzpostavi s prvim srečanjem
- pomembna je za nadaljnji razvoj odnosa
- pomoč P pri orientaciji v prostoru, času in osebami
- MS / P = tujca
- **vzpostavitev zaupanja**- P začuti, da je v odnosu enakovreden partner; namen te faze je tudi, da P v medosebnem odnosu razume, da potrebuje pomoč in jo tudi sprejme
- opazovanje, poslušanje P, pogovor
- **VLOGA MS** = vloga ustvarjalke terapevtskega okolja, izvajalke ZN, nadomestne osebe, terapevtke, zagovornice, osebe, ki upravlja z informacijami

2. IDENTIFIKACIJA

- P postane jasno kaj se z njim dogaja, dobiva občutek pripadnosti, zaupanja in odnos se pogloblja
- P išče rešitve za svoje probleme, o tem razpravlja z MS in timom
- **VLOGA MS** = terapevtka, učiteljica, oseba z informacijami

3. INTERAKCIJA

- P spozna in sprejme svojo situacijo, prevzema aktivno vlogo v terapevtskem odnosu, postaja samozavestnejši s tem, ko prevzema odločitve
- MS ga podpira, vzpodbuja, postavlja pa tudi omejitve, ko P vedenje ni ustrezno oz. predstavlja nevarnost zanj oz. za druge
- **VLOGA MS** = svetovalka, oseba z informacijami, vodja (saj skupaj s P načrtujeta in izvajata PZN)

4. FAZA RAZREŠITVE

- Zadnja faza,
- MS in P naredita pregled skozi vse faze, pregledata dosežene cilje in ovrednotita napredek,
- P prevzema odgovornost zase, postavlja si nove cilje

Elementi terapevtskega odnosa:

-sposobnost za vspostavljanje zaupanja, empatija, sprejemanje P kot neponovljivega posameznika, spoštovanje P, izkazovanje iskrenosti in poštenosti, sposobnost terapevtskega samorazkrivanja, upoštevanje bioloških, psiholoških, socio-kulturnih vidikov posameznika, ter strokovno zunanje.

Ovire v medosebnem odnosu:

- P čuti lahko odpor v sebi ali pa v odnosu do MS
- Transfer - nezavedni proces P čustev, povezanih s pomembno osebo v njegovem življenju, na MS
- MS mora stalno raziskovati in odkrivati svoja čustva (lahko se pojavi namesto empatije – simpatija, predsodki, pretirana sproščenost in domačnost)
- pomembno je da so temelji terapevtskega odnosa že v začetku jasno postavljeni

Vloga MS:

- vloga tujca
- vloga svetovalke
- vloga MS kot vir informacij
- Vloga terapevta
- Vloga učitelja
- Vloga vodje in izvajalke ZN
- Vloga nadomestne osebe
- Vloga zagovornika

Pomembna je terapevtska komunikacija, ki v celoti zaznamuje odnos med MS in P. Potekati mora stalno in se odvijati ves čas njunega odnosa.

Lastnosti MS:

- Obvladovanje nebesedne in besedne komunikacije
- Sposobnost empatije
- Pozorno poslušanje, sledenje in primerno odzivanje
- Uporaba tehnik, ki opogumljajo P pri izražanju čustev, omogočajo boljše razumevanje P izražanja in njegov pogled v lastne potrebe

ZNAKI IN SIMPTOMI DUŠEVNIH MOTENJ

Psihopatologija je kot veda, ki proučuje znake in simptome duševnih motenj, del psihiatrije.

1. **Diagnoza duševne motnje ne sme biti nikoli opredeljena, kaj šele dokončno postavljena, le na podlagi enega znaka ali simptoma.**
2. **Ne poimenujmo ljudi, ki jih diagnosticiramo in zdravimo zaradi neke duševne motnje, po diagnozi ali pa jo z njo enačimo (shizofreniki, alkoholiki, narkomani...)**

Organske duševne motnje nastanejo zaradi zunanjih vzrokov, ki v različnih stopnjah prizadenejo možgansko tkivo.

Funkcijske duševne motnje so posledica sprememb ali neravnovesja v molekularno-biološki strukturi možganovine ali na področju nevrotransmitterskega delovanja.

Psihogene, psihološko-duševne motnje pa so posledica motenj v določenih obdobjih nastanka in razvoja osebnostne strukture in psihodinamike te osebe, ki se odraža v odnosu do sebe in okolice.

MOTNJE ZAZNAVANJA- do sprememb ali izpadov teh sposobnosti pride zaradi okvar senzoričnega aparata na poti do zunanjega receptorja- čutila, do projekcijskih pol v možganski skorji

Agnozije – so najpogostejše = pri **optični agnoziji** P dobro vidi predmete in njegove oblike, ne zna pa ga opisati in prepoznati njegovo namembnost; pri **taktilni agnoziji** P predmet čuti, ga pa ne prepozna, ne more oceniti njegove teže, strukture; P z **akustično agnozijo** dobro sliši zvoke in glasove, ne more pa prepoznati njihovega pomena.

Iluzije – so osnovane na podlagi realne zaznave, v okolici, človek pa jih drugače, napačno ali izkrivljeno zaznava.

Halucinacije – so lahko zelo intenzivne zaznave, vendar nimajo realne osnove; to so nerealne zaznave, vendar za P bolj pristne in realne kot dogajanje okoli njega, zato se ravna po njih, ker ne prepozna bolezenske narave tega pojava.

- **Vidne-optične** = prividi kot npr. posamezna slika, scena, vizija
- **Slušne-akustične**=prisluhi, posamezni šumi in poki-akoazmi, glasovi-fonemi, lahko pa tudi kot celotni stavki ali pogovori
- **Haptične** =halucinacije telesnih občutkov – spremenjeni občutki na telesni površini; cenestetične-spremenjeni občutki v notranjosti telesa;dishematične-P se poruši shema njegovega telesa
- **Olfaktorne**=vonj in **gustatorne**=okus – navadno nastopajo skupaj
- **Depersanolicizacija**= več kot samo zavedati se sebe

MOTNJE PREDSTAV

- **Deja vu**-že videno=pojav, ko človek pride v nek prostor, v katerem zagotovo še ni bil in ima nenadoma občutek, da je tu že bil

- **Jamais vu**-nikoli videno = obraten pojav, ko človek okolja in ljudi, ki jih je že videl, doživlja kot nekaj povsem novega

MOTNJE POZORNOSTI IN OSREDOTOČENOSTI

Pozornost lahko:

- niha, fluktuiraj

- upade – aproksesija

- je odkrenljiva- že najmanjši zunanji dražljaj v okolici preusmeri pozornost

Osredotočenost ali koncentracija je lahko povečana, zmanjšana ali pa povsem odsotna.

KVANTITATIVNE MOTNJE SPOMINA – gre za spremembe v kvantiteti – količini spominskih vsebin

- **Hipermnezija**- povečana sposobnost zapomnitve in to za določena, specialna področja
- **Hipomnezija**- znižana sposobnost zapomnitve- starost
- **Amnezija**- spominski izpadi, posledica motenj zavesti:***retrogradna**-človek se ne spominja dogodka neposredno pred poškodbo;***anterogradna** – spominski izpad po poškodbi
- **Konfabulacije**-gre za izmišljene vsebine, ko P želi spominske vrzeli zapolniti z izmišljenimi vsebinami

MOTNJE MIŠLJENJA

***FORMALNE** – kako in v kakšni obliki se neka misel izraža

- **1. Miselna vrvežavost** – P se prehiteva v svojih mislih-manija
- **2. Miselna inkoherentnost** – misli razpadajo na nerazumljive dele

- **3. Miselne zadrge** – miselni tok se v trenutku prekine, P umolkne in nadaljuje čez nekaj časa- npr. pri introvertiranih
- **4. Miselna upočasnjenost** – upočasnjen miselni tok npr. depresija
- **5. Perseveracije** – ponavljanje istih misli in stavkov
- **6. Dolgoveznost** – pripovedovanje je dolgovezno, ne loči bistveno od nebistvenega
- **7. Miselna leplivost** – je končna posledica dolgoveznosti, ko se P prilepi na neko vsebino in se stalno vrača k njej
- **8. Shizofrena miselna disociiranost**- lahko tvorba novih besed- neologizmi, tudi v stavkih, pripelje do miselne razvrzanosti in ko se to stopnjuje, ko je P nemogoče razumeti, ko govori množico nepovezanih besed in pojmov, govorimo o BESEDNI SOLATI.

***VSEBINSKE** – kaj ali o čem mislimo in te misli se odražajo prek govora

- **1. blodnje** – nastanejo na podlagi zgrešenih miselnih konstrukcij, ocen in sklepov dejanskega dogajanja, nastane na bolezenski podlagi, P je v njih prepričan in ni kritičen.
 - 1.1-ekspanzivne, veličavske ali megalomanske blodnje- P je prepričan v svojo pomembnost, enkratnost, ...,lahko se poistoveti z znanimi osebami npr. kraljica.
 - 1.2. depresivne blodnje – prepričanje, ki je vezano na lasten propad, neozdravljivo bolezen
 - 1.3. preganjalne – občutek preganjanja, zasledovanj P, občutek groze in strahu
 - 1.4 nanašalne- P ima občutek, da se cela vrsta okoliščin nanaša nanj
 - 1.5 ljubosumnostne – trdno prepričanje o nezvestobi partnerja
 - 1.6 erotične – P misli, da je neka pomembna oseba zaljubljena vanj
 - 1.7 religiozne, mistične ali verske – P ima osebna božanska poslanstva
 - 1.8 nihilistične – P misli, da je že mrtev ali pa da nima svojega telesa

MOTNJE ZAVESTI

1. **KVANTITATIVNE** – motnje v stanju budnosti
 - Omotičnost – občutek zaspanosti, je še v stiku z okoljem
 - Dremavost – somnolenca- dojetanje okolice je oteženo, ga je še mogoče zbuditi
 - Sopor –zбудimo ga lahko le z močnimi dražljaji, besedni kontakt ni mogoč
 - Koma –stane globoke nezavesti
2. **KVALITATIVNE**
 - zamegljenost – posledica hudih čustvenih stanj. P se znajde nekje, pa ne zna povedati kako je do tja prišel
 - delirantno skaljena zavest
 - oneiroidna motena zavest – ko se P prebuja, se vrinjajo v zavest še ostanki sanj

MOTNJE ČUSTVOVANJA

- anksioznost – huda tesnoba, ki ni posledica realnega stanja v okolici
- depresivnost – občutek hude žalosti in brezizhodnosti
- fobija – nerealen, pretiran strah
- zbeganost – tesnoba, P se težko znajde
- evforija – pretirana veselost
- ekstaza – vzdušje popolne vznesenosti z občutkom sreče in popolnosti
- pretirana razdražljivost – pretiran odgovor na zunanji dražljaj
- čustvena labilnost – hitra menjava razpoloženja
- čustvena inkontinenca - P je nesposoben zadržati različna čustvena stanja
- apatija – čustvena neodzivnost

- čustvena ambivalenca – pri vsakem doživljanju se pojavijo nasprotna čustva, P ničesar ne naredi oz. se nič ne odloči
- paratimija – neustrezen in nasproten čustven odziv na dejansko stanje
- paramimija-mimika in kretnje, ki so nasprotne dejanskemu čustvenemu stanju P

MOTNJE HOTENJA

- hiperaktivnost-povečana volja, razširitev interesov
- brezvoljnost-zmanjšana volja zoženje interesov
- stupor-stanje, ko hotenja ni več, P je telesno negiben, ne govori in se ne odziva na dražljaje

MOTNJE MOTORIKE

- tiki – krči lokalnih mišic
- avtomatska dejanja – P ponavljanje dejanja ali besede
- tonični krči
- tremor

EPILEPSIJA

Je bolezenska motnja za katero so značilni ponavljajoči se napadi – motnje gibanja, vedenja in/ali zavesti

1.GENERALIZIRANI NAPADI:

- absence-se pojavljajo skoraj izključno samo pri otrocih in adolescentnih; kažejo se z nekaj sekundno do največ pol minute trajajočo odsotnostjo, včasih jo spremlja nekaj trzljajev vek.
- Mioklonični napadi- kratkotrajni trzljaji celega telesa, zavest je ohranjena; običajno se pojavljajo zjutraj ob prebujanju.
- Tonično-klonični napadi ali veliki napadi- začnejo se z tonično napetostjo celega telesa, ki preide v klonične trzljaje; P se v prvi fazi napada lahko ugrizne v jezik, pade v nezavest, dihanje preneha, obraz postane cianotičen; po nekaj min se dihanje povrne z eksplozivnim izdihom; lahko pride do inkontinence blata, urina; po napadu P izčrpno zaspi

2.PARCIALNI NAPADI- oz. enostavni napadi se odvijajo ob povsem ohranjeni zavesti, P lahko spremlja ves potek dogajanja

3.NEKLASIFICIRANI NAPADI- vključujejo vse tiste oblike, ki jih ni mogoče uvrstiti v prvi dve kategoriji

!STATUS EPILEPTICUS- zaplet, ko se napad podaljša preko 30min; lahko je smrtno nevaren, če gre za obliko s tonično-kloničnimi krči in nujno zahteva zdr.obravnavo

TERAPIJA- medikamentozna, praviloma je dolgotrajna; potrebno je redno in dosledno jemnje **PP**: pomembno je zabeležiti čas trajanja napadov, ohraniti mirno kri, odstranimo morebitne ovire v bližini P; sprostimo dihalne poti (npr. odvežemo kravato), mehka podlaga pod glavo; ko napad mine damo P v stabilen bočni položaj, da preprečimo zadušitev ob morebitnem bruhanju, p pomirimo; med napadom P ničesar ne vstavljamo v usta, pustimo, da napad mine in obvestimo zdravnika.

ZDRAVSTVENA NEGA PACIENTA Z EPILEPSIJO

Dihanje in krvni obtok- P sprostimo dihalne poti, ko napad mine, ga namestimo v stabilen bočni položaj

Izločanje in odvajanje- pospešeno izločanje slin, potrebno je ustno votlino pregledati in očistiti, da se P ne bi zadušil; krč mišic celega telesa povzroči inkontinenco urina in blata

Vzdrževanje normalne TT- poskrbimo, da P ne leži na tleh, po napadu mu izmerimo TT

Prehranjevanje in pitje - ničesar mu ne dajemo v usta; 2 uri po napadu mu ne ponujamo hrane in tekočine, da ne pride do aspiracije

Gibanje in ustrezna lega- poskrbimo, da je P glava na mehki podlagi; če pride do poškodbe, poskrbimo za zdr. pomoč

Spanje in počitek- po napadu je P utrujen, opazujemo ga še dve uri.

Izogibanje nevarnostim v okolju- poskrbimo za varnost ob in po epi napadu, preprečimo morebitne poškodbe, merimo vitalne funkcije, zabeležimo čas trajanja napadov; iz P okolice odstranimo nevarne predmete.

Osebna higiena- če pride do inkontinence blata in urina je P potrebno oskrbeti, umiti.

Oblačenje in slačenje- med napadom se razpne ovratnik, ruto, odpre gumb, pas na hlačah

Odnosi z ljudmi- P potrebuje čustveno oporo po napadu, saj je pretresen, lahko je motena zavest in orientacija.

Koristno delo- ne more zadovoljevati potreb po razvedrilu in rekreaciji.

Učenje in pridobivanje znanja- če pri epi napadu ni bilo prisotne MS o napadu povpraša svojce, osebo, ki je napad videla. Ko postane P zavest po napadu jasna, ga MS pouči kako se v bodoče lahko izogne nevarnostim in tako prepreči morebitne poškodbe.

ZDRAVSTVENA NEGA PACIENTA ODVISNEGA OD PREPOVEDANIH DROG

Sindrom odvisnosti od psihoaktivnih substanc je bolezen, ki prizadene človeka kot celoto. Najbolj moteč dejavnik pri obravnavi P od prepovedanih drog je njegovo vedenje. Njegovo vedenje in čustvovanje sta tista simptoma bolezni, ki pri MS sprožata najrazličnejše odpore in probleme pri zdravljenju. Pri obravnavi odvisnosti od prepovedanih drog motivacija vseskozi niha.

Ambivalenca- se zdraviti ali ne, je skozi proces zdravljenja vseskozi močno prisotna.

Dihanje in krvni obtok- velik problem predstavljajo P-intravenozni uživalci, saj je pri predoziranju zastoj dihanja pogosto prisoten. Pri odtegnitvenem sindromu je dihanje plitvo, pospešeno, pospešen pulz in zvišan RR. Pri P, ki je predoziran pride do depresije dihanja, ki se laže s počasnim, plitvim, agonalnim dihanjem, pulz je nizek, ravno tako RR. P je bled s cianotičnimi ustnicami, zenici pa sta ozki. V času hospitalizacije velik del ZV in svetovanja namenimo odpustu P in pripravi P na življenje brez drog.

Izločanje in odvajanje- zaradi pogoste dehidracije je mikcija okrnjena, predvsem pa defekacija (zaradi uporabe opioidov). Zaradi kronične obstipacije so P nagnjeni zlorabi odvajal. Urin je eden izmed najboljših medijev, v katerem ugotavljamo prisotnost psihoaktivnih substanc.

Vzdrževanje normalne TT- pojavi se lahko povišana TT kot simptom abstinencijske krize; ne smemo pa pozabiti na morebitno okužbo, vpliva zdravil,...

Gibanje in ustrezna lega- P nimajo posebnih težav z gibanjem.

Prehranjevanje in pitje- uživalci drog običajno zavzamejo zelo nezdrav stil življenja; nagnjeni so k prekomernemu uživanju OH; zobovje je pogosto okvarjeno. Pomembno je vedeti, da opioidi zmanjšujejo slinjenje, zato je P potrebno vzpodbujati k pitju tekočin. Pozorni smo na vse oblike motenj hranjenja. P spodbujamo pri prehranjevanju, diskretno nadzorujemo; redno tehtanje in pomoč pri sestavi zdravih jedilnikov.

Spanje in počitek- je moteno v času abstinencijske krize, detoksikacije. Utrujenost vpliva na sodelovanje P v dnevni aktivnosti. P spodbujamo k sprostitvenim tehnikam; imajo potrebo po uspešnih, ki pa niso priporočljivi. Zelo težko vzpostavijo zdrav ritem spanja in pri tem potrebujejo veliko razumevanja in pomoči.

Izogibanje nevarnostim v okolju- P učimo o »varnem« načinu uživanja droge; seznanimo jih s škodljivimi posledicami uporabe okuženega pribora za injiciranje. Veliko nevarnost predstavljajo P rizične situacije (nerazrešeni konflikti, problemi, srečanje s preprodajalcem drog,...)

Izvajamo podpirne pogovore, skozi dogovore pa P pridobijo mehanizme, s katerimi se znajo izogniti rizičnim situacijam v zunanjem okolju.

Osebna higiena in urejenost- spodbujamo higienske navade in samostojnost, pogosto je opažena skrajnost med pretirano oz. nezadostno urejenostjo. Spodbujamo naraven videz in higieno ustne votline. Delujemo zdravstveno -vzgojno

Oblačenje in slačenje- P usmerjamo v uporabo primernih oblačil. Pozorni smo na razkrivanje trebuha, prevelik dekolte, sprehajanje v spodnjem perilu, nošenje kape, šala... Pomembno je, da skupaj s P najdemo pravilno sorazmerje med modo in pretiranim razkazovanjem. Primerno oblečeni P naj bodo opaženi, jih pohvalimo. Naše intervencije pa ne smejo nikoli zveneti kot žalitev.

Odnosi z ljudmi, izražanje čustev- P so brez pravih prijateljev; bolečinski prag kroničnih uživalcev je znižan, so bolj občutljivi, impulzivni in svojih čustev ne obvladujejo, so jezni, razdražljivi; zmorejo predvsem odnos z drogo in pomanjkanje le-te rešujejo na sebičen način, si ne pomagajo. Uporabljajo značilno govorico, ki se nanaša na droge (kletvice, žaljivke)- komunikacija mora biti spoštljiva in strpna.

Koristno delo- droga je osrednje gibalno njihovega življenja, z njo se ukvarjajo 14-20 ur dnevno. P spodbujamo, da ponovno najde zanimanje za dejavnosti, ki so mu bile ljube. Srečujejo se tudi z nedokončano šolo, so brez poklica- potrebno se je pogovarjati in jih usmerjati k rešitvam.

Učenje in pridobivanje znanja- P je veliko časa neaktiven, poležava (stranski učinki opioidov), izgubi interes za vsa področja; pomembno je, da pridobi znanje o svoji bolezni, da jo pozna, pozna načine samopomoči, zdrav način življenja; cilj je tudi zmanjšanje ali prekinitev s kajenjem-zdrav način življenja brez tobaka.

!!!VSE TO PA DOSEŽEMO ZELO POČASI, Z VELIKO MERO STRPNOSTI, SPOŠTOVANJA. PACIENTA MORAMO VZPODBUJATI PRI VSEH TŽA, SAJ SO POVSOD DOLOČENI PROBLEMI, S KATERIMI SE SAM NI ZMOŽEN SOOČITI OZ. JIH REŠITI!!!

BIPOLARNA MOTNJA RAZPOLOŽENJA

Značilno je ponavljanje faz pretirano dobrega počutja –MANIJA in obdobja DEPRESIVNEGA razpoloženja.

Faze se lahko pojavljajo v različnih vzorcih- npr. več zaporednih faz depresije in nato manična faza.

Zdravljenje:

-**MANIJA oz. manična faza** z antipsihotiki in stabilizatorji razpoloženja (litij, valproat...)

-**DEPRESIJA oz. depresivna faza** z antidepresivi (vendar le hude depresivne faze, saj naj bi pospeševali obrat faze v manijo)

ZDRAVSTVENA NEGA PACIENTA Z BIPOLARNO MOTNJO RAZPOLOŽENJA-MANIČNA FAZA

Dihanje in krvni obtok- je moteno zaradi intenzitete gibanja, aktivnosti, neprimerne oblačenja, zlorabe psihoaktivnih substanc... P zaposlino z umirjenim delom, ga vodimo in smo mu v pomoč pri nekonfliktni komunikaciji, redno merimo RR.

Izločanje in odvajanje- zmanjšano izločanje zaradi prenizkega vnosa tekoči ob povečani potrebi, organizma po tekočini. Urin je gost, smrdeč, lahko se pojavijo vnetja in kontinenca urina. Defekacija blata je običajno nemotena.

Vzdrževanje normalne TT- je moteno zlasti v primerih prekomernega oblačenja, pri preveliki gibalni aktivnosti...

Prehranjevanje in pitje - sta ogrožena zaradi neprestane brezciljne aktivnosti in sprememb intenzitete vonja okusa in otipa. Zmanjšane so potrebe po hrani, zato je potrebno opazovati, večkrat dnevno dodati kalorični dodatek ... zaradi pomanjkanja tekočine so ogroženi predvsem starejši, potrebno je voditi natančno bilanco tekočin. Hrano naj P zaužije v mirnem okolju npr. jedilnici.

Gibanje in ustrezna lega - postaneta motena kar se kaže v različnih gibalnih vzorcih, kot so brezciljna hoja, tekanje... včasih premagujejo nadčloveške napore, okolica jih občuduje, v končni fazi pa vodijo v izčrpanje. P z izraženimi gibalnimi motnjami s težavo zadovoljujejo TŽA, zato pri tem potrebujejo diskretno usmerjenje in vodenje.

Spanje in počitek – sta najbolj motena v akutni fazi bolezni, P ne spi tudi nekaj dni, teden ali več in postaja zelo utrujen. Spanec je zelo nekakovosten, pacient zelo pogosto vstaja iz postelje.... Namestimo ga v enoposteljno sobo, kjer ne moti ostalih, spodbujamo ga k sprostitvenim tehnikam, relaksaciji...

Izogibanje nevarnostim v okolju - je še posebej moteno zaradi pospešenega miselnega toka, hitre gibalne aktivnosti... pogovor s P in nadzor gibanja z usmerjanjem v strokovno vodene aktivnosti sta osnova pri zagotavljanju varnosti.

Osebna higiena in urejenost - P usmerjamo k natančnosti pri izvajanju osebne higiene s poostreno skrbjo za redno umivanje rok, zmerna uporaba dišav in ličil, mil.

Oblačenje in slačenje – izbirajo oblačila intenzivnih barv, posebnih krojev, nenavadni dodatki. Oblečeni so velikokrat neprimerno letnemu času. P usmerjamo in mu pomagamo pri izbiri oblačil.

Odnosi z ljudmi, izražanje čustev, občutkov in potreb- so patološko spremenjeni. Čutila so hipersenzibilna, čustvovanje je zelo intenzivno in evforično. P ima potrebo po govorjenju, govori nepovezano, težko prenese nestrinjanje... verbalna komunikacija je socialno pogojena in P lahko zmerja, preklinja.... Stike z drugimi ljudmi in popolnimi neznanci vzpostavlja brez distance. Pomembno je poznavanje elementov vedenjsko kognitivnih tehnik in terapevtske komunikacije.

Koristno delo, razvedrilo in rekreacija – P hitro menjavajo interese, začetnega dela ne dokončajo. P previdno usmerjamo v vodene terapevtske telesne in duševne aktivnosti., ga učimo obvladovanja motečih znakov manije.

Učenje in pridobivanje znanja- je pomemben del samoobvladovanja bipolarni motnje, to sposobnost je potrebno uriti. P mora poznati svojo bolezen, začetne znake poslabšanja, sprožilne dogodke in načine samopomoči. Trening socialnih veščin predstavlja temelj za življenje v skupnosti.

OSNOVNE ZNAČILNOSTI FORENZIČNE PSIHIATRIJE

- To so zakonska določila, na področju zdravljenja oseb z izraženim ukrepom obveznega zdravljenja na psihiatriji.
- Sodna ali forenzična psihiatrija je posebna veja psihiatrije, kjer se prepletata pravo in psihiatrija.
- Tri področja so:

1. Zdravljenje psihiatričnih P brez njihove privolitve

- je praviloma redka, gre za osebe, ki ogrožajo svoje življenje in življenje drugih ljudi ali povzročajo škodo sebi ali drugim, sami so do hospitalizacije odklonilni in nimajo pravega uvida glede svojega stanja
- Pooblastilo za takšen ukrep ima osebni ali družinski dr.
- dr. pred svojo odločitvijo P pregleda, izbere hetero-anamnestične podatke, nujno je potrebno upoštevati ugotovitve in zakonska določila. Dr. lahko zaprosi tudi policijo.
- pridržani P na varovanih oddelkih se nujno prijavi pristojnemu okrajnemu sodišču najkasneje v 48 urah

2. Psihiatrično izvedeništvo

- izvedenci določeni s strani sodišča pojasnjujejo duševne motnje ali bolezni pri osebah, ki so storile različna družbi nevarna in kazniva dejanja.
- kazenski zakonik loči:
 - neprišteven storilec
 - bistveno zmanjšana prištevnost storilca
 - kazensko odgovoren storilec
 - izvedeništvo v civilno pravnih (delna ali popolna nesposobnost)

3. Izvajanje psihiatrično pomembni varnostnih ukrepov

- sodišče ob hudih kaznivih dejanjih sprašuje izvedenca o nevarnosti ponovitve dejanja; pri tem sodišče lahko izreče:
 - 1.neprištevnemu storilcu varnostni ukrep obveznega zdravljenja v bolnišnici
 - 2.obvezno psihiatrično zdravljenje na prostosti
 3. ukrep obveznega zdravljenja alkoholikov in narkomanov

ANKSIOZNE MOTNJE

- poleg depresije so najpogostejše motnje v razvitem svetu
- je bolezenska tesnoba, neprijetno čustvo, spremljajo ga telesne ali vedenjske spremembe, pojavi se postopoma ali nenadno, taja nekaj min ali leta, kaže se na več področjih (šolanje, druženje...)
- so dejavnik tveganja za razvoj depresivne motnje, odvisnosti od alkohola in benzodiazepinov

Vzroki: - biološki, psihološki in socialni;

- zlasti so nagnjeni ljudje, ki so perfekcionisti, ki slabše prenašajo kritiko...
- pojavlja se pri otrocih in odraslih

Simptomi: najdemo jih na nivoju mišljenja (zmešalo se mi bo, kap me bo...), čustvovanja (strah, tesnoba, groza, panika) in na telesu (cmok v grlu, slabost, mravljinici).

1. GENERALIZIRANA ANKSIOZNA MOTNJA

-pogostejša pri ženskah, stalna zaskrbljenost zaradi skrbi, ki so za posameznika pomembna in mu predstavljajo vrednote (uspeh, pohvale, ocene...)

-zdravljenje: antidepresivi, tehnika sproščanja in preusmerjanje pozornosti

2. **FOBIČNE MOTNJE**

-zelo pogoste, fobija traja najmanj 6mesecev in vpliva na posameznikovo vsakdanjost

Poznamo:-enostavne (strah pred zaprtimi prostori, višino, pajki...)

-socialne (strah, da bo posameznik v družbi vrstnikov sprožil posmeh, zardel, izpadel neumen, smešen...)-----potenje, razbijanje srca, slabost, omotičnost...

-zdravljenje: svetovanje, včasih antidepresivi

3. **PANIČNA MOTNJA**

-pogostejše pri ženskah

-značilni so vsi simptomi vegetativne vznemirjenosti, le da se tukaj pojavijo v obliki nepričakovanega napada in ne ob situaciji ko posameznika plaši. Bolnik je popolnoma prepričan, da bo umrl ali pa izgubil nadzor nad svojim vedenje, izgubil zdrav razum

-zdravljenje: ob paničnem napadu osebo pomirimo, preusmerimo pozornost, antidepresivi, benzodiazepini, psihoterapija

4. **OBSESIVNO KOMPULZIVNA MOTNJA**

-gre za ponavljajoče se misli in vedenje, ki se jih posameznik ne more ubraniti, se mu vsiljujejo in jih ne more nadzirati; so nesmiselne (umivanje rok, ker je vse umazano...)

-zdravljenje: zgodnje odkrivanje je velika možnost ozdravitve, antidepresivi in antipsihotiki

5. **SOMATOFORMNE MOTNJE**

-so skupina motenj, pri katerih so v ospredju telesni simptomi , ki posameznika izjemno ovirajo a preiskave ne najdejo razloga ali pa je razlog neskladen z odzivanjem

-posameznik zaradi telesnih simptomov išče zdravniško pomoč

-Vzroki: genetika, družinska situacija, zaskrbljeni starši...

-simptomi: motnje telesnih funkcij (krvožilni sistem , GIT, ...)

-zdravljenje: reatribucija (telesne simptome skušamo povezati s stresnimi dejavniki in načinom življenja, tako da posameznik spozna, da se s telesom odziva na dražljaje), edukacija, zmanjšanje protibolečinskih zdravil, izboljšanje psihosocialnih razmer

-Poznamo tri vrste:

1.Somatizacijska motnja= P ima dolgo in zapleteno anamnezo, opravi je ogromno preiskav in je brez diagnoze, pridružene so še anksioznost, odvisnost od zdravil...

-zdravljenje. Zaupanje in sodelovanje med dr. in P, benzodiazepinov ne uporabljamo

2.Hipohondrična motnja= P je preokupiran z določenim nepomembnim simptomom (kašelj), normalne občutke P opisujejo kot zastrašujoče

-zdravljenje: edukacija in reatribucija, antidepresivi, antipsihotiki

3. trajna somatiformna bolečinska motnja (P opisuje trajno, hudo in zaskrbljujočo bolečino, ki je ni mogoče razložiti z fiziološkim procesom in nastopa v povezavi s čustvenimi in psihosocialnimi problemi)

-zdravljenje: preprečevanje zlorabe protibolečinskih zdravil, antidepresivi, pogovor

6. **DISOCIATIVNE MOTNJE**

-tukaj se pojavljajo simptomi s strani telesnih funkcij, ki so pod kontrolo volje, povezane s travmatičnim dogodkom, nerešljivimi problemi, medosebnimi odnosi...

-ločimo več vrst:

-disociativna amnezija (izguba spomina)

- disociativna motorična motnja (izguba sposobnosti gibanja z delom telesa)
- disociativna konvulzija (podobna EPI-ni ugriza in uhajanja urina)

SKUPNOSTNA SKRB ZA OSEBE S PSIHOZO

Načini dela MS za področje psihiatrije v skupnosti so načela psihiatrične rehabilitacije. Psihiatrična rehabilitacija je skupina zdravstvenih, socialnih in psiholoških intervencij, ki izboljšujejo delovanje P z duševno motnjo in pospešijo njegovo zdravljenje.

-usmerjena je v čim večjo samostojnost P, njihovo kakovost življenja in v njegovo lastno zadovoljstvo.

-načela rehabilitacijske obravnave so:

- spoštovanje P posebnih potreb
- sodelovanje z vsemi sodelavci v procesu obravnave
- enakopravnost in partnerstvo med P, njihovimi svojci in strokovnjaki
- načelo zavzete podpore.

-načela skupnostne obravnave so:

1. odgovornost – za spremljanje P, ki potrebujejo visoko stopnjo podpore prevzema član ali skupina, ki je multidisciplinarna (P, socialni delavec, svojci, psihiater, MS...)

2. participacija- P in njegovi svojci so enakopravni sodelavci v procesu načrtovanja skrbi in so njegovi nosilci.

3. kontinuiteta- spremljanje P z visoko stopnjo potreb po podpori je bistvo za vzdrževanje njihovega zdravja in za napredovanje v procesu okrevanja.

4. kakovost- zdravstveni timi uporabljajo dokazano uspešne oblike zdravljenja in podpore, ki omogočajo izboljšanje funkcioniranja P.

5. dostopnost – ljudje z zmanjšanimi zmožnostmi ali invalidnostjo zaradi duševnih motenj morajo imeti takojšen in neposreden dostop do služb, ki jih potrebujejo.

6. rehabilitacija- manjše zmožnosti ali invalidnost po duševni motnji je mogoče zmanjšati z rehabilitacijskimi metodami, kot so zaposlovanje in izobraževanje.

Rehabilitacijske metode dela:

-učenje socialnih veščin, delo z družino, učenje o bolezni, zdravljenju in rehabilitaciji, načrtovanje obravnave...

-osnovno orodje psihiatrične rehabilitacije je spoštljiv, konsistenten in varen terapevtski odnos.

-da dosežemo bistvene in dolgoročne premike v obravnavi pa je pomembno vključevanje družine, drugih strokovnjakov...

MS ocenjuje stanje, pacientovo okolje, vire pomoči in ovire pri okrevanju, vpliva na sodelovanje pri zdravljenju, svetuje in nadzira jemanje zdravil...

Prevzema torej vse naloge PATRONAŽNE MS v osnovnem zdravstvenem varstvu, vendar hkrati prispeva dodatne spretnosti in znanja, kot so ocena psihopatoloških znakov, psihoedukacijo...pozna tudi učinke in stranske učinke zdravil; deluje tako, da zmanjšuje diskriminacijo ter si prizadeva za varovanje pravic P.

S patronažnim delom se skrajša hospitalizacija, sodeluje se pri načrtovanju odpusta.

Dokazano uspešna metoda načrtovanja obravnave oseb s hudimi in ponavljajočimi se duševnimi motnjami je Prilagojeno skupnostno zdravljenje (Assertive Community Treatment-ACT).

Tu gre za organizacijo obravnave v skupnosti za tiste P, ki so posebej rizični glede rehospitalizacije, odgovarja na njihove individualne potrebe s prilagojenimi oblikami obravnave in zdravljenja tam, kjer se problem pojavi, kar je največkrat na P domu. Služba je

dostopna 24 ur na dan. Program takšnega dela pa je tudi v Sloveniji že sprejet na republiškem nivoju.

Evalvacija – je predvsem ocena doseganja ciljev, ki so bili napisani v načrtu obravnave; ocenjuje se tudi uspešnost izvajanja programov preko zadovoljstva P, izidov obravnave glede kliničnega stanja... □

□Monika Tratnik□