

Disocijativni poremećaji

Lubina, Julija

Undergraduate thesis / Završni rad

2022

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University North / Sveučilište Sjever**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:327189>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

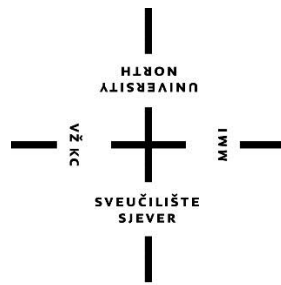
Download date / Datum preuzimanja: **2025-01-20**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





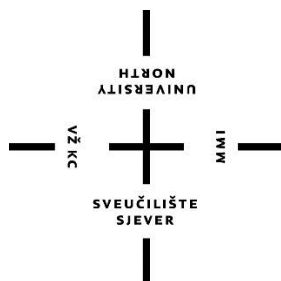
Sveučilište Sjever

Završni rad br. 1587/SS/2022

Disocijativni poremećaji

Julija Lubina, 4277/336

Varaždin, rujan 2022.



Sveučilište Sjever

Završni rad br. 1587/SS/2022

Disocijativni poremećaji

Student

Julija Lubina, 4277/336

Mentor

mag.med.techn. Marija Božićević

Varaždin, rujan 2022.

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL: Odjel za sestinstvo

STUDIJSKI PROGRAM: preddiplomski stručni studij Sestrinstva

PREDAVAČ: Julija Lubina

OPREMA: 0336034877

DATA: 17.07.2022.

OPREMA: Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika

TEMA: Disocijativni poremećaj

KLASIFIKACIJA: Dissociative disorders

PREDAVAČ: Marija Božičević, mag. med. techn.

OPREMA: viši predavač

ČLANOVI POVJERENSTVA

1. Andreja Bogdan, prof., predsjednik

2. Marija Božičević, v. pred., mentor

3. dr. sc. Melita Sajko, v. pred., član

4. Valentina Vrnec, pred., zamjenski član

Zadatak završnog rada

OPREMA: 1567/SS/2022

Disocijativni poremećaj definiraju se kao rascep u funkcijama svijesti, identiteta, opažanju i pamćenju oboje osobe.

Oboje mogu zaboraviti bitne događaje, privremeno zaboraviti tko su, osjetiti iz svoje uobičajene okoline u nepoznatom smjeru ili čak poprimiti novi identitet.

Sve vrste disocijativnih poremećaja povezuju se s traumatskim iskustvima iz ranog djetinjstva a kao najčešći uzroci opisuju se fizička i psihička zlostavljanja od strane roditelja ili nekog drugog člana obitelji, te ostali traumatski događaji poput hospitalizacija, preseljenja ili gubitaka.

Ovi poremećaji uglavnom se opisuju u dječjoj dobi ali se simptomi nerijetko manifestiraju tijekom adolescencije i odrasle dobi.

U ovom radu će se:

- opisati disocijacija, disocijativni poremećaj i povijest disocijativnih poremećaja
- prikazati različite vrste disocijativnih poremećaja
- prikazati plan zdravstvena njega osobe s disocijativnim poremećajima te sestrične dijagnoze i intervencija
- iznijeti zaključak na sveukupnu temu samog rada

PREDAVAČ: *08.09.2022.*

OPREMA: Marija Božičević
HUMAN AKADEMIJA
VARSKE
KUPA

Marija Božičević

Predgovor

Veliko hvala profesorima Sveučilišta Sjever koji su kroz naše studiranje neumorno prenosili znanje na nas. Zahvaljujem se i svojoj mentorici mag.med.techn. Mariji Božićević koja je pomagala i pratila proces izrade rada.

Također se posebno želim zahvaliti i svojim roditeljima koji su mi omogućili da ostvarim svoje želje i svojim prijateljima koji su me kroz čitavo studiranje bodrili i bili uz mene.

Sažetak

U svakodnevnom životu izloženi smo stresorima i izazovnim iskustvima. Ti stresori i iskustva normalni su dio života, a odgovor na te stresore mehanizam je preživljavanja koji nas tjera da odgovorimo na prijetnje i prilagodimo se novim situacijama. Stresori i iskustva ovisno od osobe mogu biti i pozitivni i negativni. Ovo je psihološki mehanizam koji žrtve koriste nesvjesno. Disocijativni poremećaj osobnosti obično se javlja kod ljudi koji su u djetinjstvu doživjeli značajan stres ili traumu, a kako bi preživio ta silna traumatična iskustva, mozak se pokušava zaštititi "umrtvljivanjem" ili "odlaskom" (disocijacija). Iskustvo traume je subjektivno i individualizirano, tako da ono što netko doživi kao traumatski događaj drugi ne mora smatrati traumatičnim. Slično tome, neće sva traumatska iskustva dovesti do disocijativnog poremećaja.

Na početku rada ukratko su objašnjeni pojmovi disocijacije, etiologija, uzroci te povijest disocijativnog poremećaja. Nakon toga se u radu detaljno objašnjavaju različite vrste disocijativnih poremećaja kao što su disocijativni poremećaj identiteta, disocijativna amnezija te disocijativna fuga. Disocijativni poremećaj identiteta je stanje u kojem osoba doživljava poremećaj identiteta karakteriziran dvama ili više različitih stanja osobnosti ili iskustvom zaposjednutosti, koji se mogu izmjenjivati. Disocijativna amnezija kao bolest kojoj je glavni simptom gubitak pamćenja koji je teži od normalne zaboravljivosti također može biti specifična za događaje u određenom vremenu te može uključivati potpuni gubitak sjećanja na sebe. Ponekad može uključivati putovanje ili zbunjeno lutanje što se naziva disocijativna fuga.

Također, u radu se govori o važnosti uloge medicinske sestre u zdravstvenoj njezi bolesnika s disocijativnim poremećajem te važnosti komunikacije, pri čemu sestra mora biti empatična i individualno pristupati.

Ključne riječi: disocijacija, poremećaj identiteta, zdravstvena njega, sestrinske dijagnoze

Summary

In our daily life, we are exposed to stressors and challenging experiences. These stressors and experiences are a normal part of life, and the response to these stressors is a survival mechanism that forces us to respond to threats and adapt to new situations. Depending on the person, stressors and experiences can be both positive and negative. This is a psychological mechanism that victims use unconsciously. Dissociative personality disorder usually occurs in people who experienced significant stress or trauma in childhood, and in order to survive these overwhelming traumatic experiences, the brain tries to protect itself by "numbing" or "walking away" (dissociation). The experience of trauma is subjective and individualized, so what one person experiences as a traumatic event may not be considered traumatic by another. Similarly, not all traumatic experiences will lead to a dissociative disorder.

At the beginning of the paper, the concepts of dissociation, etiology, causes and history of dissociative disorder are briefly explained. After that, the paper explains in detail different types of dissociative disorders such as dissociative identity disorder, dissociative amnesia and dissociative fugue. Dissociative identity disorder is a condition in which a person experiences an identity disorder characterized by two or more different personality states or possession experiences, which can alternate. Dissociative amnesia as a disease whose main symptom is memory loss that is more severe than normal forgetfulness can also be specific to events in a certain time and can include a complete loss of memory of oneself. Sometimes it may involve traveling or confused wandering which is called dissociative fugue.

Also, the paper discusses the importance of the nurse's role in the health care of patients with dissociative disorder and the importance of communication, where the nurse must be empathetic and approach individually.

Keywords: dissociation, identity disorder, health care, nursing diagnoses

Popis korištenih kratica

PTSP – posttraumatski – stresni poremećaj

MRI- magnetska rezonancija

OCD – opsesivno-kompulzivni poremećaj

DID – disocijativni poremećaj identiteta

ADHD – poremećaj hiperaktivnosti i deficita pažnje

EEG – elektroencefalografija

CVI- cerebrovaskularni inzult

npr. – na primjer

tj. – to jest

Sadržaj

1. Uvod	1
2. Disocijacija i disocijativni poremećaji identiteta	3
2.1. Etiologija	4
2.2. Uzroci	5
3. Povijest disocijativnih poremećaja	6
4. Podjela disocijativnih poremećaja	8
4.1. Disocijativni poremećaj identiteta	8
4.2. Disocijativna amnezija	10
4.3. Disocijativna fuga	12
5. Zdravstvena njega osoba s disocijativnim poremećajima ličnosti	14
5.1. Anamneza i psihički status	14
5.2. Terapijska komunikacija	16
5.3. Plan zdravstvene njege	18
5.4. Sestrinske dijagnoze i intervencije	20
6. Zaključak	27
7. Literatura	28

1. Uvod

Mentalno zdravlje uključuje naše emocionalno, psihološko i socijalno blagostanje. Utječe na to kako razmišljamo, osjećamo i djelujemo. Također nam pomaže odrediti kako se nosimo sa stresom, odnosimo se prema drugima i donosimo odluke. Mentalno zdravlje važno je u svakoj fazi života, od djetinjstva i adolescencije do odrasle dobi. Tijekom života ukoliko osoba doživi probleme s mentalnim zdravljem, to bi moglo utjecati na razmišljanje, raspoloženje i ponašanje. Mnogi čimbenici doprinose problemima mentalnog zdravlja, uključujući biološke čimbenike, životna iskustva, poput traume ili zlostavljanja te probleme mentalnog zdravlja u obitelji.

Mentalni poremećaj odnosi se na abnormalno ponašanje pojedinca i tipično je povezana s mentalnim bolestima. Klinički, mentalni poremećaj je stanje koje utječe na mentalne sposobnosti pojedinca kao što su osjećaji, raspoloženje, razmišljanje i ponašanje, kao i sposobnost povezivanja s drugima. To je psihijatrijski poremećaj povezan s boli ili tugom i zahtijeva mentalno iscjeljenje. Općenito, postoji nekoliko različitih vrsta mentalnih poremećaja, npr. anksiozni poremećaj, poremećaj prehrane, poremećaj identiteta, posttraumatski stresni poremećaj (PTSP), psihotični poremećaj i depresija ili bipolarni poremećaj. Dosadašnja istraživanja sugeriraju da osobe s mentalnim poremećajima pokazuju nasilnije ponašanje i imaju veću sklonost uključivanju u nasilnu situaciju u usporedbi s onima bez bolesti, osobito ako njihovi simptomi uključuju paranoidnu psihozu.

Ovaj rad će biti baziran na disocijativne poremećaje. Disocijacija se definira kao potpuni ili djelomični gubitak pamćenja, jedinstva sebe i/ili okoline, senzorne i motoričke kontrole. Disocijativni poremećaji su mentalni poremećaji koji uključuju doživljaj nepovezanosti i nedostatka kontinuiteta između misli, sjećanja, okoline, radnji i identiteta. Osobe s disocijativnim poremećajima bježe od stvarnosti na načine koji su nevoljni i nezdravi te uzrokuju probleme u funkcioniranju u svakodnevnom životu.

Disocijativni poremećaji obično se razvijaju kao reakcija na traumu i pomažu u zadržavanju teških sjećanja. Simptomi u rasponu od amnezije do alternativnih identiteta te dijelom ovise o vrsti disocijativnog poremećaja koje osobe imaju. Razdoblja stresa mogu privremeno pogoršati simptome, čineći ih očitijima. Bitna značajka disocijativnih poremećaja je poremećaj u obično integriranim funkcijama svijesti, pamćenja, identiteta ili percepcije okoline. Poremećaj može biti

iznenadan ili postupan, prolazan ili kroničan. Disocijativni poremećaji su disocijativni poremećaj identiteta, poremećaj depersonalizacije, disocijativna amnezija, disocijativna fuga.

Cilj ovog rada je opisati disocijacija i disocijativni poremećaji , opisati povijest disocijativnih poremećaja, prikazati različite vrste disocijativnih poremećaja, prikazati zdravstvenu njegu osoba s disocijativnim poremećaja, plan zdravstvene njege, te sestrinske dijagnoze i intervencije te iznijeti zaključak na sveukupnu temu samog rada.

2. Disocijacija i disocijativni poremećaji identiteta

Disocijacija je nemogućnost prihvaćanja traume i „odmaka“ od nje. Temeljni mehanizam ovog poremećaja, koji se očituje kao nesvjesna mentalna funkcija, služi za smanjenje tjeskobe i psiholoških sukoba. Dakle, štiti osobu od preopterećenosti podražajima, odnosno omogućuje traumatiziranoj osobi da izdrži događaje koje ne može izbjeći i koji su u ovom trenutku izvan njegovih mogućnosti. Primarna disocijacija odnosi se na odvajanje traumatskih sjećanja od drugih, sekundarna disocijacija uključuje da osoba „napušta svoje tijelo“ i promatra traumatski događaj sa strane. Tercijarna disocijacija je s druge strane, stvaranje zasebnih ego stanja, to jest altera, od kojih su neki svjesni traumatskih događaja, dok neki nisu. Osim toga, postoji akutni oblik bolesti koji može trajati danima ili mjesecima, te kronična bolest koja uključuje teške probleme, loše odnose i intenzivan emocionalni sukob (Begić, 2014) [1].

Disocijativni poremećaji uključuju "psihogenu" ili "funkcionalnu" amneziju, fugu, disocijativni poremećaj identiteta, poznat i kao poremećaj višestruke osobnosti i poremećaj depersonalizacije. Najsloženiji od gore navedenih disocijativnih oblika je disocijativni poremećaj identiteta koji uključuje dva ili više identiteta koji naizmjenično kontroliraju ponašanje osobe, uključuje nemogućnost prisjećanja važnih osobnih podataka te svako stanje ličnosti i osobnosti se doživljava kao da ima svoju prošlost i sliku o sebi. Zajedničko im je da uključuju promjene u pacijentovom identitetu, pamćenju ili svijesti. Istraživanje disocijativnih poremećaja ima dokumentiranu povijest koja seže oko 350 godina unatrag do vremena Mesmera (Begić,2016) [2].

2.1. Etiologija

Prema biološkom gledištu disocijativnih poremećaja, mozak prolazi kroz strukturne promjene. Istraživanja pokazuju smanjen volumen hipokampusa i amigdale te funkcionalne pristranosti i biokemijske neravnoteže. Prema psihoanalitičkoj teoriji, svi disocijativni poremećaji primjer su masovnog potiskivanja neželjenih seksualnih želja u djetinjstvu. Prema toj teoriji dolazi do epiduralne faze u kojoj dolazi do izražavanja odnosno seksualnih nagona prema roditeljima suprotnog spola. Disocijacija se pojavljuje kako bi se taj čin mogao inhibirati stvara se novi identitet odvojen od vlastitog ja. Prema biheviorističkoj teoriji, disocijativni poremećaj je primjer reakcije izbjegavanja koja također pomaže u zaštiti od stresnih događaja. Moguće je da je biheviorističko razmišljanje u skladu s psihoanalitičkom teorijom, ali bez naglaska na infantilnu seksualnost i druge motivacije koje psihoanalitička teorija često prenaglašava. Prema teoriji Blissa, disocijativni identiteti uspostavljaju se kroz proces samohipnoze u ranom djetinjstvu i način su zaštite od ekstremnih traumatskih iskustava [3].

Dobro je poznato da traumatska iskustva utječu na procesiranje sjećanja, osobito u fazi kodiranja. Oni stvaraju diskontinuitete s prethodnim iskustvom, uključuju pobuđivanje intenzivnog afekta (strah, tuga, ljutnja) i mogu stvoriti konfliktne obrasce asocijacija [4]. Ove proturječne mreže informacija mogu dovesti do pretjerane selektivnosti u pažnji i stoga spriječiti uravnoteženiji pogled na svijet. Psihoanalitička škola govori o obrambenim mehanizmima koje pojedinci koriste kako bi se nosili s traumatičnim sjećanjima. Disocijacija se ponekad naziva cijepanjem, budući da su te misli, emocije, osjećaji i/ili sjećanja "odcijepljeni" od integriranog ega. Disocijativni fenomeni mogu imati jake biološke korijene, s genetskim utjecajima, koji čine oko 50% varijance u studijama blizanaca. Zabilježena je prisutnost manjeg volumena hipokampusa i amigdale u bolesnika s disocijativnim poremećajem identiteta. Neurobiološke teorije pretpostavljaju da blokada NMDA smanjuje inhibicijski tonus što dovodi do povećanog oslobađanja glutamata i posljedičnih disocijativnih simptoma, što također objašnjava strukturne moždane promjene u hipokampusu pronađene u MRI studijama [4].

2.2. Uzroci

U nekim slučajevima ovi poremećaji nastaju kao odgovor na kronični stres ili neku vrstu traume koja se dogodila u ranom djetinjstvu. U ovoj dobi čovjek ne zna kako se nositi sa situacijom koja ga je zadesila, pa se jednostavno odluči maknuti od stvarnosti. Potencijalna trauma uključuje:

- rat
- zlostavljanja bilo koje vrste
- prirodne katastrofe
- nesreće

Predispozicija za razvoj disocijativni poremećaj uključuje crte ličnosti poput lakog hipnotiziranja, mentalne udubljenosti, sugestibilnost i sklonost maštanju. Komorbiditeti s disocijacijom uključuju posttraumatske stres, granična osobnost, somatoformni poremećaji, poremećaji prehrane i zlouporabe tvari. Disocijativni simptomi javljaju se unutar raznih psihijatrijskih dijagnoza uključujući poremećaje osobnosti (kao što je granični poremećaj osobnosti), posttraumatski stresni poremećaj (PTSP), poremećaje prehrane, anksiozne poremećaje, depresiju i shizofreniju [3].

3. Povijest disocijativnih poremećaja

Prije DSM-a, mnogi od fenomena koji su sada obuhvaćeni kategorijama somatoformnih i disocijativnih poremećaja bili su obuhvaćeni konceptom histerije. Janetina utjecajna teorija histerije pretpostavila je da ta stanja odražavaju disocijacije među "sustavima ideja i funkcija koje čine osobnost, uzrokovane smanjenjem integrativne sposobnosti pojedinca, zbog traumatizirajućih događaja, teške bolesti, odnosno iscrpljenost. Te su se ideje odnosile na psihobiološke komplekse (sustave) koji uključuju misli, afekte, osjete, ponašanja i sjećanja. Janetin model kasnije su modificirali Breuer i Freud koji su tvrdili da je proces disocijacije psihološka obrana kojom se koriste traumatizirani pojedinci kako bi se zaštitili od silnih afekata; Tada se smatralo da se ti afekti transformiraju ili pretvaraju u fizičke simptome, dopuštajući im da budu izraženi bez osvještavanja povezanog traumatskog materijala. Smatralo se da su procesi disocijacije i pretvorbe odgovorni za širok raspon simptoma, poput amnezije, fuge i poremećaja identiteta, kao i niz medicinski neobjašnjivih fizičkih tegoba koje oponašaju neurološke (npr. paraliza, konvulzije, gubitak osjeta) i neneurološke (mučnina, umor) bolesti. U to se vrijeme pretpostavljalo da su svi ovi simptomi bili uzrokovani sličnim psihološkim procesima, na temelju toga što su se obično pojavljivali u istim pojedincima, obično nakon povijesti potencijalno traumatizirajućih životnih događaja, i često su bili povezani s zajedničke značajke kao što su visoka sugestivnost i prividna osjetljivost na metode psihološkog liječenja poput hipnoze [5].

Studij histerije i disocijacije počinje krajem 18. stoljeća, s pomakom interesa za ove pojave od religije do medicinskog svijeta. Paracelzusu 1646., pripisuje se prvi medicinski izvještaj o pojedincu s „alternativnim ja“. Godine 1791. Eberhardt Gmelin opisao je njemicu koja je naizmjenično mijenjala svoju seljačku osobnost s aristokratskom francuskom damom. U Europi su učenici Franza Antona Mesmera razvili prve sustavne opise onoga što se danas naziva hipnozom. Razvili su interes za magnetske bolesti (iz Mesmerovih teorija životinjskog magnetizma): amnezija, fuga, somnambulistička stanja i izmjenična ili višestruka osobnost, koji bi se mogli liječiti umjetnim mjesečarenjem, odnosno hipnozom. Mnoge suvremene rasprave o disocijaciji predvidjeli u 19. stoljeću. Paul Briquet, koji je sredinom 19. stoljeća napisao poznatu histeriju, osporio je prevladavajuću ideju da je taj poremećaj izazvan seksualnom frustracijom. Vjerovao je da su traumatična, ogromna i tužna iskustva dovela do razvoja histerije [5].

Krajem 19. stoljeća Pierre Janet u Francuskoj, Princ i William James u Sjedinjenim Američkim državama, a drugi diljem Europe vodili su raspravu o mogućim psihološkim i

neurološkim mehanizmima na kojima se temelje slučajevi višestruke ličnosti, amnezije i fuge. Tada se u medicinskim modelima pojavljuju fenomeni poput sna i snova, hipnoze i somnambulizma, epilepsije i diskonekcije između cerebralnih hemisfera kako bi se objasnila multipliciranost. Janet se općenito smatra osnivačem modernih pristupa disocijaciji i disocijativnim poremećajima. Bio je i prvi psihijatar koji je pružio sustavne, moderne opise opsesivno-kompulzivnog poremećaja (OCD), fobije i anoreksije [4].

Pojam 'disocijacija' u medicinskoj literaturi prvi je upotrijebio Benjamin Rush (1818.), koji je upotrijebio taj pojam kako bi obuhvatio promjene u stanjima raspoloženja i njihovu naizgled nepovezanu pojavu u onome što se danas naziva bipolarni poremećaj. Nije prošlo dugo prije nego što je Sigmund Freud vjerovao da su psihodinamski mehanizmi odgovorni za te simptome, dok je Eugen Bühler vjerovao da su ti simptomi dio shizofrenije. Međutim, kada je 20. stoljeće počelo, zanimanje za disocijaciju je opalo, a alternativne teorije, poput psihoanalize, počele su svoj uspon. Klinički interes za disocijativne pojave ponovno se pojavljuje ratovima od davnine stoljeća, promatrajući amneziju, fuge i simptome u traumatiziranih vojnika [5].

4. Podjela disocijativnih poremećaja

4.1. Disocijativni poremećaj identiteta

Disocijativni poremećaj ličnosti je definiran prisutnošću dvaju ili više različitih identiteta ili stanja osobnosti koji stalno preuzimaju kontrolu nad ponašanjem. Ovaj poremećaj predstavlja neuspjeh integracije različitih aspekata identiteta, pamćenja i svijesti. Obilježja ovog poremećaja su poremećaji pamćenja i amnezija. Za razliku od drugih disocijativnih poremećaja, stupanj amnezije obično je asimetričan. Obično postoji primarna osobnost ili osobnost domaćina koja nosi ime pacijenta. Domaćin često nije potpuno svjestan prisutnosti altera. Zbog prisutnosti amnestičkih barijera, različite osobnosti mogu imati različite razine svijesti o postojanju drugih osobnosti. U prosjeku su prisutne 2 do 4 osobnosti u vrijeme dijagnoze, a obično se tijekom liječenja otkrije do 13 do 15 osobnosti [6].

Simptomi koji obično potiču pacijente ili njihove obitelji da potraže liječenje uključuju poremećaje pamćenja, neraspoloženje, nestalno i nepredvidivo ponašanje, depresiju, samoozljeđivanje, suicidalne ideje ili pokušaje i otvoreno očitovanje alternativne osobnosti. Prijelaz iz jedne osobnosti u drugu obično je iznenađan i obično je potaknut okolišnim/međuljudskim čimbenicima. Simptomi DID-a često se pojavljuju u djetinjstvu, između 5. i 10. godine. Ali roditelji, učitelji ili pružatelji zdravstvenih usluga mogu promašiti znakove. DID se može zamijeniti s drugim problemima u ponašanju ili učenju uobičajenim kod djece, poput poremećaja pažnje i hiperaktivnosti (ADHD). Iz tog razloga, DID se obično ne dijagnosticira do odrasle dobi. Alter identiteta mogu imati različita imena, spolove, godine i osobne karakteristike i često odražavaju različite pokušaje suočavanja s teškim pitanjima i problemima. Alteri mogu imati ime i dobro oblikovane osobnosti, npr. Rose, 8-godišnja djevojčica, ili se mogu nazvati prema svojoj funkciji ili opisu, npr. Ljutita [6]. Ostali simptomi disocijativnog poremećaja identiteta mogu uključivati glavobolju, amneziju, gubitak vremena, trans i "izvantjelesna iskustva". Neki ljudi s disocijativnim poremećajima imaju tendenciju prema samoprogonu, samosabotaži, pa čak i nasilju (i samonanesenom i usmjerenom prema van). Na primjer, netko s disocijativnim poremećajem identiteta može se naći u situaciji da radi stvari koje inače ne bi radio, kao što je prebrza vožnja ili krađa novca od svog poslodavca ili prijatelja, ali osjeća da je na to prisiljen. Neki taj osjećaj opisuju kao putnika u svom tijelu. Drugim riječima, oni doista vjeruju da nemaju izbora.

Postoji nekoliko glavnih načina na koje psihološki procesi disocijativnog poremećaja identiteta mijenjaju način na koji osoba doživljava život, uključujući sljedeće:

- Depersonalizacija: osjećaj odvojenosti od vlastitog tijela i često se naziva "izvantjelesnim" iskustvom.
- Derealizacija: osjećaj da svijet nije stvaran ili da izgleda maglovito ili daleko.
- Amnezija: neuspjeh prisjećanja značajnih osobnih podataka koji su toliko opsežni da se ne mogu okriviti običnom zaboravnošću.

Čimbenici koji mogu dovesti do razvoja DID-a vrlo su različiti, no čini se da se većina autora slaže da je tjelesno i seksualno zlostavljanje u djetinjstvu najčešći etiološki čimbenik u ovih bolesnika. Zapravo, povijest seksualnog i/ili fizičkog zlostavljanja zabilježena je u 70-97% pacijenata koji pate od DID-a, pri čemu je incest najčešći oblik seksualne traume (68%). Visoka je učestalost komorbidnih psihijatrijskih i medicinskih sindroma. Od psihijatrijskih poremećaja najčešća je depresija (85-88%), a slijede je posttraumatski stresni poremećaj, bipolarni poremećaj i zlouporaba sredstava ovisnosti [6].

Neki pružatelji zdravstvenih usluga mogu preporučiti hipnoterapiju u kombinaciji s psihoterapijom. Hipnoterapija je oblik vođene meditacije te može pomoći ljudima da povrate potisnuta sjećanja. Ne postoji način da se spriječi DID, ali prepoznavanje znakova što je moguće ranije u životu i traženje liječenja može pomoći u upravljanju simptomima. Roditelji, skrbnici i učitelji trebali bi paziti na znakove kod male djece. Liječenje ubrzo nakon epizoda zlostavljanja ili traume može spriječiti napredovanje DID-a. Liječenje također može pomoći u prepoznavanju okidača koji uzrokuju promjene osobnosti ili identiteta. Uobičajeni okidači uključuju stres ili zlouporabu supstanci. Upravljanje stresom i izbjegavanje droga i alkohola može pomoći u smanjenju učestalosti različitih promjena koje kontroliraju vaše ponašanje [6].

4.2. Disocijativna amnezija

Amnezija (grč. amnesia - nesjećanje), definira se kao gubitak pamćenja, odnosno praznina u pamćenju, koja se odnosi na određeno razdoblje (Begić, 2016). Amnezija je najčešći poremećaj pamćenja, ovisno o vremenskom razdoblju i vrsti sjećanja utječu različita područja života i u određenoj mjeri onemogućuju funkcioniranje čovjeka. Najvažnija podjela amnezije je podjela vremenskog odnosa u kojem se amnezija javlja te događaji koji dovode do nje. Amnezija se dijeli na anterogradnu, retrogradnu i kongradnu amneziju. Retrogradna amnezija je nemogućnost prisjećanja događaja koji su se dogodili prije vremenskog razdoblja koje je izazvalo amneziju. Retrogradna amnezija može biti uzrokovana trovanjem, udarcem u glavu, krvarenjem moždanog tkiva u CVI. Anterogradna amnezija je vrsta amnezije koju karakterizira nemogućnost prijenosa informacija iz kratkoročnog pamćenja u dugoročno pamćenje, tako da osobe s ovim oblikom amnezije ne mogu stvoriti nova sjećanja na događaje koji su se dogodili od početka poremećaja, tj. zaboravljeni su nakon što više nisu u kratkotrajnom skladištenju. Kongradna amnezija označava razdoblje nezapamćenih događaja tijekom izmijenjenog stanja svijesti, tj. koje nije potpuno prekinuto u trenutku ozljede [3,7].

Disocijativna amnezija je stanje u kojem se osoba ne može sjetiti važnih informacija o svom životu. Ovo zaboravljanje može biti ograničeno na određena specifična područja (tematsko) ili može uključivati veći dio životne povijesti osobe i/ili identiteta (općenito). Disocijativna amnezija je rijetka; pogađa oko 1% muškaraca i 2,6% žena u općoj populaciji. Okoliš također igra ulogu. Stope disocijativne amnezije imaju tendenciju porasta nakon prirodnih katastrofa i tijekom rata. Postoje tri tipa ili obrasca disocijativne amnezije a to je lokalizirana, generalizirana i disocijativna fuga [7].

- Lokalizirana: gubitak pamćenja utječe na određena područja znanja ili dijelove života osobe, kao što je određeno razdoblje tijekom djetinjstva ili bilo što o prijatelju ili kolegi. Često se gubitak pamćenja fokusira na određenu traumu. Na primjer, žrtva zločina se možda ne sjeća da je opljačkana uz prijetnju oružjem, ali se može prisjetiti detalja od ostatka tog dana.
- Generalizirana: gubitak pamćenja utječe na glavne dijelove života i/ili identiteta osobe, kao što je nesposobnost prepoznavanja vašeg imena, posla, obitelji i prijatelja.
- Fuga: kod disocijativne fuge, osoba ima generaliziranu amneziju i usvaja novi identitet. Na primjer, jedan srednji menadžer je propušten za unapređenje. Nije došao s posla, a obitelj ga je prijavila kao nestanak. Pronađen je tjedan dana kasnije, 600 milja daleko,

kako živi pod drugim imenom, radeći kao kuhar na kratke narudžbe. Kada ga je policija pronašla, nije mogao prepoznati nijednog člana obitelji, prijatelja ili suradnika, a nije znao reći tko je niti objasniti svoju neidentifikaciju.

Pacijenti pregledani nedugo nakon što su postali amnestični mogu djelovati zbunjeno. Neki su jako uznemireni a drugi su ravnodušni. Ako se oni koji nisu svjesni svoje amnezije obrate za psihijatrijsku pomoć, to mogu učiniti iz drugih razloga. Pacijenti imaju poteškoća u uspostavljanju i održavanju odnosa. Neki pacijenti prijavljuju flashbackove, kao što se događa kod posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP). Neki pacijenti kasnije razviju PTSP, osobito kada postanu svjesni traumatskih ili stresnih događaja koji su potaknuli njihovu amneziju. Često su depresivni te se pojavljuju suicidalna i druga samodestruktivna ponašanja. Rizik od suicidalnog ponašanja može biti povećan kada amnezija iznenada nestane i pacijenti su preplavljeni traumatičnim sjećanjima. Ako su prisutni simptomi disocijativne amnezije, liječnik će započeti procjenu provođenjem kompletne anamneze i fizičkog pregleda. Iako ne postoje laboratorijski testovi za specifično dijagnosticiranje disocijativnih poremećaja, liječnik može koristiti različite dijagnostičke testove, kao što su neuroimaging, elektroencefalogrami (EEG) ili krvni testovi, kako bi isključio neurološke ili druge bolesti ili nuspojave lijekova kao uzrok poremećaja. simptoma. Određena stanja, uključujući bolesti mozga, ozljede glave, trovanje drogama i alkoholom te nedostatak sna, mogu dovesti do simptoma sličnih onima kod disocijativnih poremećaja, uključujući amneziju. Ako se ne pronađe tjelesna bolest, osoba se može uputiti psihijatru ili psihologu, zdravstvenim radnicima koji su posebno obučeni za dijagnosticiranje i liječenje mentalnih bolesti. Psihijatri i psiholozi koriste posebno dizajnirane alate za intervju i procjenu kako bi procijenili da li osoba ima disocijativni poremećaj [7].

4.3. Disocijativna fuga

Disocijativna fuga, prije nazivana psihogena fuga, jedno je iz skupine stanja koja se nazivaju disocijativni poremećaji. "Fuga" dolazi od latinskih riječi za "bijeg" i "bježati". Disocijativne fuge su rijetke, poput disocijativne amnezije, a najčešće se javljaju tijekom ratova, nakon prirodnih katastrofa i u osobnim krizama zbog intenzivnih unutarnjih sukoba. DSM IV kriteriji za fugu zahtijevaju da je dominantna smetnja iznenadna, s neočekivanim odlaskom od kuće ili radnog mjesta, zajedno s nemogućnošću prisjećanja vlastite prošlosti. Simptomi također moraju uzrokovati klinički značajan distress ili oštećenje u društvenim, profesionalnim ili drugim važnim područjima funkcioniranja. Fuga se razlikuje od ostalih mentalnih poremećaja po tome što je ponašanje organizirano i svrhovito. Prevalencija disocijativne fuge procijenjena je na 0,2%, ali je mnogo češća u vezi s ratovima, nesrećama i prirodnim katastrofama. Većina fuga je kratka i samoograničavajuća, a oštećenje je blago i kratkotrajno. Osobe s disocijativnom fugom privremeno gube osjećaj osobnog identiteta i impulzivno lutaju ili putuju od svojih domova ili radnih mjesta. Često se zbune oko toga tko su i mogu čak stvoriti nove identitete. Izvana osobe s ovim poremećajem ne pokazuju znakove bolesti, poput čudnog izgleda ili čudnog ponašanja. Disocijativna fuga je rijedak oblik disocijativne amnezije. Disocijativne fuge mogu trajati od sati do mjeseci, ponekad i duže. Ako je želja za lutanjem kratka, može se činiti da ljudi izostaju s posla ili kasne kući. Ako se lutanje nastavi danima ili više, ljudi se mogu odseliti od kuće, stvoriti nove identitete i započeti nove poslove, a da ne znaju kako su im se životi promijenili. Čini se da mnoge fuge predstavljaju prikriveno ispunjenje želja ili jedini dopušteni način da se izbjegne jaka bol ili nelagoda. Na primjer, direktor mučen financijskim problemima napustio je svoj užurbani život i postao farmer na selu. Kao takve, fuge često se zamjenjuju s pretvaranjem (glumljenjem fizičkih ili psihičkih simptoma radi neke koristi), budući da obje situacije mogu poslužiti kao izgovor za ljude da izbjegnu odgovornost (kao u nepodnošljivom braku), tj. da pobjegnu od preuzimanja odgovornosti za svoje postupke. Međutim, za razliku od simulacija, fuge se događaju spontano, a ne lažno. Liječnici često mogu uočiti razliku između to dvoje jer glumci imaju tendenciju pretjerivati i preuveličavati svoje simptome, a imaju očite financijske, pravne ili osobne razloge (kao što je izbjegavanje posla) da glume gubitak pamćenja [7].

Disocijativna fuga povezana je s teškim stresom, koji može biti posljedica traumatskih događaja poput rata, zlostavljanja, nesreća, katastrofa ili ekstremnog nasilja koje je osoba

doživjela ili kojima je svjedočila. Korištenje ili zlouporaba alkohola i određenih droga također može uzrokovati stanja slična fugi, kao što su "zamračnja" izazvana alkoholom.

Drugima je često teško prepoznati fugu koja je u tijeku jer se vanjsko ponašanje osobe čini normalnim. Simptomi disocijativne fuge mogu uključivati sljedeće:

- Iznenadno i neplanirano putovanje od kuće
- Nemogućnost prisjećanja prošlih događaja ili važnih informacija iz života osobe
- Zbunjenost ili gubitak sjećanja na njihov identitet, moguće preuzimanje novog identiteta kako bi se nadoknadio gubitak
- Ekstremni stres i problemi sa svakodnevnim funkcioniranjem (zbog epizoda fuge) [8].

5. Zdravstvena njega osoba s disocijativnim poremećajima ličnosti

5.1. Anamneza i psihički status

Anamneza (anamnesis) je grčka riječ koja znači sjećanje. To znači dijalogom s bolesnikom prikupiti sve informacije koje su ključne za otkrivanje prave prirode bolesti i postavljanje točne dijagnoze. Svi podaci dobiveni na ovaj način, uz podatke dobivene tijekom fizikalnog pregleda i dodatnih pretraga, bilježe se u obrazac koji se naziva povijest bolesti.

Povijest bolesti uključuje sljedeće dijelove a to su generalije, glavne tegobe, ranije bolesti, sadašnje bolesti, obiteljska povijest bolesti, socijalno-epidemiološki podaci i zaključak [9].

- Obiteljska povijest bolesti
- Prenatalna i perinatalna povijest bolesti
- Djetinjstvo
- Predškolska dob
- Školska dobi i adolescencija
- Odrasla dob [9].

Liječnik mora utvrditi može li razumjeti pacijentovu povijest bolesti ili može li pacijent jednostavno i suvislo odgovoriti na osnovna pitanja. Ako ne može, obitelj i njegovatelj moraju dati podatke. Bliski rođaci mogu dati podatke koje je pacijent propustio. Dobivanje podataka od nekoga tko nije pacijent ne ugrožava povjerljivost podataka o pacijentu. Brzi razgovor i ravnodušna ispitivanja pacijenta da se što prije dođe do zaljučka često sprječavaju pacijente da otkriju važne informacije. Potrebno je upotrebljavati otvorena pitanja kako bi se pratila medicinsku povijest trenutne bolesti tako da pacijent ispriča svoju priču vlastitim riječima, odvajajući isto toliko vremena i tražeći od pacijenta da opiše društveno okruženje i otkrije emocionalne reakcije. Nastale crte osobnosti mogu ukazivati na adaptivne ili neprilagodljive tendencije (npr. egocentrizam, ovisnost, slaba tolerancija na frustraciju). Intervjuima se mogu otkriti opsesivno-kompulzivni poremećaj, opsesivno-kompulzivni poremećaj i halucinacije te se može utvrditi manifestira li se anksioznost fizičkim simptomima (npr. glavobolje, bolovi u trbuhu), psihološkim simptomima (npr. ponašanje, depresija) ili društveno ponašanje (npr. povlačenje, pobuna). Pacijente je također potrebno pitati o njihovim mišljenjima o psihijatrijskom liječenju, uključujući lijekove i psihoterapiju, tako da se te informacije također mogu uključiti u plan liječenja. Osoba koja vodi razgovor treba utvrditi postoji li tjelesna bolest koja uzrokuje psihički poremećaj ili njegovo pogoršanje. Većina ljudi s ozbiljnim tjelesnim bolestima doživi neki oblik poremećaja prilagodbe, dok osobe s temeljnim mentalnim bolestima

mogu postati nestabilne. Zapažanja u razgovorima mogu pružiti dokaze o mentalnoj ili tjelesnoj bolesti. Govor tijela može otkriti dokaze pacijentovih sklonosti i osjećaja poricanja. Na primjer izgleda li pacijent tužno unatoč poricanju depresije? Opći dojmovi također mogu poslužiti kao dokaz. Na primjer, izgleda li pacijent čisto i uredno? Postoji li tremor ili opuštenost lica? [10].

Kod procjene psihičkog statusa koriste opažanja i pitanja za procjenu nekoliko područja mentalnog funkcioniranja, uključujući govor, emocionalno izražavanje, razmišljanje i percepciju te kognitivnu funkciju. Postoje kratki standardizirani upitnici za provjeru koji se koriste za procjenu određenih komponenti određivanja mentalnog stanja, uključujući one koji su posebno osmišljeni za procjenu orijentacije i pamćenja. Međutim, probirni upitnici ne mogu zamijeniti širu i detaljniju procjenu mentalnog statusa. [9].

Određnice koje se obrađuju u procjeni mentalnog statusa su:

- Opis bolesnika: izgled i držanje (zapušten, dostojanstven, ponizan), ponašanje i psihomotorika (manirirano, teatralno), govor (ubrzano, usporeno, glasan, tih, eholaličan), odnos prema ispitivaču (srdačan, nedistanciran)
- Afektivitet: raspoloženje (vedro, tužno, uplašeno, tjeskobno), način iskazivanja osjećaja (suzdržan, eksplozivan), adekvatnost (adekvatan, neadekvatan).
- Mišljenje: tijek (ubrzano, usporeno, disociran, perseveracije, blokovi) i sadržaj (sumanute ideje veličine, proganjanja, krivnje).
- Opažanje: iluzije, halucinacije (vidne, slušne, mirisne, tjelesne).
- Svijest: kvantitativna (sommelencija, sopor, koma) i kvalitativna (delirantna, smetena).
- Orijetacija: u mjestu, vremenu, prostoru, drugim osobama i vlastitoj osobi.
- Pamćenje: za svježije i za stare događaje, konfabulacije.
- Koncentracija
- Inteligencija i naobrazba
- Rasuđivanje
- Sposobnost procjenjivanja posljedica svojih postupaka.
- Uvid: stupanj svijesti o svojoj bolesti (nijekanje, drugi je kriv, intelektualni uvid, kompletni uvid) [9].

5.2. Terapijska komunikacija

Većina komunikacije je dvosmjerni proces između dvije ili više osoba. U sestinstvu to je proces koji je fokusiran na pacijentove potrebe i probleme. Stručna ili terapijska komunikacija jedno je od najvažnijih sredstava kojima se provodi sestinski proces u svrhu podizanja kvalitetne skrbi za bolesnika. U psihijatrijskom sestinstvu terapijska komunikacija jedan je od najvažnijih alata koji medicinske sestre mogu koristiti za izgradnju povjerenja, razvoj, terapijske odnose, pružanje podrške i utjehu, poticanje na promjene te provedbu edukacije pacijenta. Medicinske sestre oslanjaju se na verbalnu, pisanu, telefonsku i elektroničku komunikaciju za razmjenu informacija, analizu podataka, suradnju s drugim disciplinama i pružanje usluga. Kao posljedica toga sestinstvo zahtjeva čvrsto znanje o komunikacijskim vještinama. Za medicinske sestre koje rade s pacijentima s promjenama raspoloženja, ponašanjima i osjećajima izazov komunikacije je još veći. Cilj nije samo razmjeti medicinsku sestru već i naučiti učinkovitijim komunikacijskim vještinama za interakciju u društvu. U sestinstvu je također važno da medicinska sestra nema negativan stav prema psihijatrijskim bolesnicima već pozitivan bez predrasuda. Medicinska sestra mora biti empatična, strpljiva i tolerantna, također ne smije zaboraviti etičke kodike i poštivanja ljudskih prava psihijatrijskog bolesnika. Pacijent mora vjerovati da mu medicinska sestra želi pomoći da prevlada njegove bolesti, da bi bio siguran u njezine dobre namjere trebao bi steći osjećaj pripadnosti u sredinu u koju je došao. Udobnost pacijentata na odjelu vrlo je važna za liječenje, potrebno je prijateljsko okruženje i razumijevanje. Medicinska sestra treba stvoriti atmosferu u kojoj ona dominira. Potrebno je stvoriti ugodnu i toplu atmosferu, toleranciju i međusobno poštovanje svih članova terapijskog tima. Također je važan i prvi kontakt s bolesnikom zbog „halo“ efekta. Od prvog kontakta s osobom automatski se stvara prvi dojam o nama stoga se potrebno predstaviti na najbolji mogući način. Prilikom prvog kontakta s bolesnikom medicinska sestra se treba predstaviti. Može pacijentu objasniti njezinu ulogu i dogovor o Kodeksu ponašanja. Odrasle pacijente treba zvati Vi, bez obzira na dob, osim ako pacijent ne želi drugačije kako bi se pacijentu pokazalo poštovanje. Individualni pristup prema pacijentu je vrlo važan jer svatko ima svoj posebnost. Komunikacija također zadovoljava i potrebe kao što su potreba za pažnjom, kontaktom, potreba za pripadanjem i ljubalju, za sigurnošću i samoaktualizacijom. Medicinska sestra mora biti empatična tj. da ima sposobnost podijeliti i razmjeniti tuđe emocije uz pozitivan stav prema toj osobi [11].

Terapijski odnos medicinska sestra - bolesnik može imati povoljan, terapijski učinak, tj. biti u funkciji liječenja bolesnika. Ako se na stanje bolesnika odražava negativno ili neutralno, naziva se antiterapijskim procesom. Terapijski odnos se gradi terapijskom komunikacijom s bolesnikom, ali i s drugim članovima tima (liječnici, socijalni radnici, psiholog, druge

medicinske sestre, bolesnikova obitelj i prijatelji). Može se reći da medicinske sestre imaju i „posebnu“ komunikaciju, one bolesniku daju „nešto“ što je za psihijatrijskog bolesnika, koji je regresivan, neobično važno. Uloge bolesnika i medicinske sestre suprotne su, ali komplementarne: jedna strana traži pomoć, a druga je može pružiti [12].

Terapijska komunikacija je vještina kojom se s bolesnikom razvija odnos povjerenja, osiguravajući mu prihvaćenost, potporu, savjete, uvjete za promjenu stavova i ponašanja. Može se reći da o terapijskoj komunikaciji govorimo kada ona pridonosi:

- razvoju terapijskog odnosa medicinska sestra – bolesnik
- prihvaćanju bolesnikova uvida u problem i porast samosvijesti
- porastu samopoštovanja i povjerenja bolesnika u sebe i u druge
- bolesnikovu usvajanju novih znanja i stjecanju novih vještina
- autonomiji ličnosti i njegovoj neovisnosti i samostalnosti
- smanjenju anksioznosti i popravljaju raspoloženja
- otklanjanju autoagresivnog i heteroagresivnog ponašanja
- željenoj promjeni u bolesnikovu ponašanju
- boljoj orijentaciji bolesnika u vremenu, prostoru i prema drugim osobama [12].

5.3. Plan zdravstvene njege

U liječenju i skrbi za psihijatrijskog bolesnika medicinska sestra ima veliku ulogu. Njezin poziv tako obuhvaća neposredan ljudski odnos sa čovjekom koji pati i kome je potrebna pomoć. Zadaci medicinske sestre u psihijatrijskoj ustanovi su sljedeći:

- stalna prisutnost uz bolesnika
- sudjelovanje u terapijskim, dijagnostičkim i rehabilitacijskim postupcima i to kao ravnopravan član psihijatrijskog tima i/ili član terapijske zajednice
- zajedno s bolesnicima organizirati način života u terapijskoj zajednici
- stvaranje pozitivne, optimističke atmosfere u psihijatrijskoj ustanovi [13].

Dužnost medicinske sestre je promatranje bolesnika i svih podataka dobivenih tijekom hospitalizacije. Uglavnom se odnosi na: fizičko i psihičko stanje, ponašanje, specifične simptome bolesti, osnovne aktivnosti bolesnika (spavanje, prehrana i sl.), utjecaj na fiziološke i vitalne funkcije. Sestra treba nešto bolje razumjeti navike, mogućnosti, potrebe i očekivanja pacijenata. Prilikom prijema pacijenata uloga medicinske sestre je stvoriti bolji odnos između njega i njegove obitelji. Medicinska sestra također mora steći povjerenje pacijenata i njihove obitelji. Potrebno je razviti pozitivan terapijski odnos. Obično medicinska sestra rješava sve konfliktne situacije izbjegavajući agresiju pacijenta. Uloga medicinskih sestara je pratiti stanje bolesnika i njihovo kretanje, posebice onih koji su rizični za suicidalno ponašanje te skloni bijegu s odjela ili ustanove. Ako postoji i najmanja sumnja da se stanje pojedinca pogoršalo medicinska sestra mora obavijestiti liječnike i ostale članove tima. Uz sam proces zdravstvene njege, važna uloga medicinske sestre je i primjena terapije. Također, zadaća medicinske sestre je to je i priprema pacijenata za mentalne i fizičke testove i ispite. Ako je potrebno medicinska sestra prati pacijenta i na dodatne preglede i pretrage po potrebi. Medicinska sestra treba koristiti odgovarajuće postupke zdravstvene njege, dokumentaciju. Također je dužna čuvati profesionalnu tajnu koja se odnosi na dijagnozu i hospitalizaciju pacijenta. Medicinska sestra također, kao i svi ostali zdravstveni radnici treba posvetiti punu pozornost svom stručnom usavršavanju [13].

Medicinske sestre moraju razviti visok stupanj samosvijesti kako bi mogle provoditi zdravstvene programe za osobe s poremećajima osobnosti. One često mogu imati veliko iskustvo s emocionalnim ispadima tih ljudi, što može uključivati ljutnju prema tim klijentima; obrambene stavove, želju za kontrolom i dominacijom nad klijentima, pretjeranu okupiranost klijentima.

Medicinska sestra je tada frustrirana, zbunjena i nesposobna se koncentrirati dok je intervenirala s klijentom. Naučiti se nositi s ovim problemima zahtijeva od medicinskih sestara da budu u stanju tolerirati i prihvatiti te reakcije. Medicinska sestra bi trebala razgovarati o ovim emocionalnim reakcijama sa svojim kolegama s posla kako bi poboljšala samosvijest i emocionalnu kontrolu [14].

Medicinska sestra također treba biti samouvjerena. Jer ljudi s poremećajem osobnosti skloni su nepovjerenju drugima te sestre moraju naučiti kako izgraditi povjerenje s pacijentima. Kada razgovaraju s pacijentima, medicinske sestre bi trebale izbjegavati objašnjavanje ponašanja pacijenta. Razlog je taj što nepouzdana pacijenti imaju tendenciju vidjeti objašnjavanje kao nametljivo i kontrolirajuće. Umjesto toga, sestra bi trebala upotrijebiti otvorena pitanja kako bi pacijenta usredotočila na ponašanje i posljedice tih ponašanja. Medicinske sestre moraju održavati ravnotežu između neverbalne i verbalne komunikacije. Neravnoteža između njih čini pacijente još sumnjičavijima. Tehnika sučeljavanja je također bitna. Ova tehnika je učinkovita za osobe s poremećajima osobnosti koje koriste za manipulaciju. Ukazivanje na pacijentovo problematično ponašanje naziva se suočavanje ili sučeljavanje. Cilj sučeljavanja je taj da pacijent postane svjestan svog ponašanja [14].

5.4. Sestrinske dijagnoze i intervencije

1. Visok rizik za samoozljeđivanje

Mogući ciljevi

- Pacijent se neće ozljediti
- Pacijent će prepoznati nagone za samoozljeđivanjem te će ih prijaviti medicinskoj sestri [15].

Intervencije:

1. Osigurati odnos povjerenja
2. Pokazati razumjevanje i prihvaćanje bez osuđivanja
1. Potaknuti pacijenta da izrazi svoje osjećaje
2. Obrazložiti svaku intervenciju i postupak
3. Omogućiti pacijentu osjećaj sigurnosti
4. Uključiti pacijenta u grupe podrške
5. Uspostaviti dobru komunikaciju s pacijentom kako bi mogao potražiti pomoć osoblja ako ima problema s nagonom za samoozljeđivanje
6. U slučaju samoozljeđivanja, medicinska sestra/tehničar mora zbrinuti ozljedu. Ovom ponašanju ne treba pridavati dodatnu pozornost, nedostatak pozornosti na takvo ponašanje može smanjiti njegovo ponavljanje.
7. Iz okoline pacijenta ukloniti sve predmete koji mogu ugroziti život pacijenta. Primarna uloga medicinske sestre/tehničara je osigurati sigurnost pacijenata
8. Bolesnika u izolaciji potrebno je provjeravati svakih 15-tak minuta.
9. Dokumentirati učinjeno
10. Podučiti obitelj intervencijama u slučaju pokušaja samoubojstva [15].

Mogući ishodi:

- Pacijent se nije ozljedio.
- Pacijent prepoznaje nagone za samoozljeđivanjem te i prijavljuje medicinskoj sestri [15].

2. Socijalna izolacija u/s osnovnom bolesti i prisilnom hospitalizacijom

Mogući ciljevi:

- Pacijent će prihvatiti hospitalizaciju.
- Pacijent će surađivati tijekom hospitalizacije [15].

Intervencije:

1. Osigurati odnos povjerenja temeljen na empatiji i aktivnom slušanju
2. Stvoriti osjećaj povjerenja s pacijentom
3. Provoditi vrijeme s bolesnikom
4. Potaknuti pacijenta da verbalizira svoje osjećaje
5. Promatrati neverbalne znakove
6. Poticati bolesnika na uspostavljanje međuljudskih odnosa
7. Uključiti bolesnika u grupe podrške
8. Izraditi plan aktivnosti s pacijentom
9. Osigurati vrijeme posjeta obitelji ili bliskih osoba
10. Kontrolirati uzimanje terapije
11. Potaknuti pacijenta da sudjeluje u određenim aktivnostima
12. Osigurati dovoljno vremena za komunikaciju
13. Potaknuti obitelj da održe iskrene i tople odnose sa svojim članom obitelji bez obzira na njegovo ponašanje, ideje i misli
14. Uključiti obitelj u skrb
15. Dokumentirati učinjeno [15].

Mogući ishodi:

- Pacijent je prihvatio hospitalizaciju.
- Pacijent je razvio je suradljiv odnos [15].

3. Smanjena socijalna interakcija

Mogući ciljevi:

- Pacijent će identificirati ponašanje koje mu onemogućuje socijalnu interakciju
- Pacijent će neprikladno ponašanje zamijeniti socijalno prikladnim
- Pacijent će razviti suradljiv odnos s okolinom [15].

Intervencije:

1. Uspostaviti odnos povjerenja.
2. Pružiti podršku
3. Podučiti pacijenta tehnikama suočavanja sa stresom.
4. Poticati pacijenta na uključivanje u grupnu terapiju.
5. Nadzirati uzimanje medikamentozne terapije
6. Pokazati asertivnost prema pasivnim pacijentima.
7. Ukazati pacijentu na neprihvatljivo ponašanje
8. Podučiti pacijenta komunikacijskim vještinama
9. Podučiti pacijenta socijalno prihvatljivom ponašanju.
10. Pri poučavanju koristiti demonstracije i vježbe.
11. Poticati pozitivno mišljenje o društvenoj interakciji
12. Dogovoriti svakodnevne socijalne aktivnosti.
13. Poticati obitelj da pruži podršku pacijentu
14. Poticati pacijenta na izražavanje emocija
15. Pohvaliti svaki napredak u ostvarenju socijalne interakcije [15].

Mogući ishodi:

- Pacijent prepoznaje ponašanje koje mu onemogućuje socijalnu interakciju.
- Pacijent se ponaša socijalno prihvatljivo
- Pacijent ima suradljiv odnos [15].

4. Visok rizik za nasilje prema sebi i/ili drugima

Mogući ciljevi:

- Pacijent će uspostaviti kontrolu ponašanja
- Pacijent će verbalizirati uzroke frustracija [15].

Intervencije:

1. Omogućiti pacijentu izražavanje osjećaja
2. Iskazati empatiju
3. Podučiti pacijenta načinima kontrole ponašanja
4. Pružiti mogućnost izbora
5. Zadržati smirenost i kontrolu nad situacijom
6. Osigurati dovoljno osobnog prostora pacijentu koji je agitiran
7. Izbjegavati dodirivanje pacijenta
8. Izbjegavati dugotrajan kontakt očima
9. Osigurati dovoljno osoblja za kontrolu nasilnog ponašanja
10. U slučaju napada postupiti prema protokolu ustanove
11. Osigurati umirujuću okolinu (snižena razina buke, kontrola broja osoba prisutnih u prostoriji, privatnost).
12. Primijeniti postupak odvajanja i/ili ograničenja prema standardu
13. Ukloniti predmete iz neposredne okoline kojima bi pacijent mogao ozlijediti sebe ili druge
14. Koristiti čaše i pribor za jelo kojim se ne može nanijeti ozljeda
15. Pomoći pacijentu pri aktivnostima samozbrinjavanja [15].

Mogući ishodi:

- Pacijent uspostavlja kontrolu ponašanja
- Pacijent verbalizira uzroke frustracija [15].

5. Neučinkovito sučeljavanje

Mogući ciljevi:

- Pacijent će verbalizirati strahove povezane sa zdravstvenim potrebama.
- Pacijent će identificirati faktore koji pridonose nepridržavanju plana.
- Pacijent će izraziti ljutnju, frustracije, zbunjenost u vezi plana [15].

Intervencije:

1. Stvoriti odnos povjerenja
2. Smanjiti uzroke koji mogu povećati nezadovoljstvo i frustracije pacijenta
3. Prihvatiti pacijentove izjave o uzrocima nepridržavanja plana, razgovarati s pacijentom..
Ohrabriti pacijenta da verbalizira svoje probleme s pridržavanjem plana
4. Istražiti zajedno s pacijentom različite uzroke koji utječu na pridržavanje plana
5. Raspraviti s pacijentom o njegovim strahovima vezanim uz primjenu plana terapije: na reagiranje na terapiju, predoziranje, ovisnost
6. Uključiti pacijenta u planiranje zdravstvene njege
7. Ublažiti strah i anksioznost.
8. Osigurati dovoljno vremena za razgovor s pacijentom
9. Osigurati multidisciplinarni rad, rad s radnim terapeutima, psihoterapeutom, ako je potrebno
10. Postaviti ciljeve zajedno s pacijentom.
11. Osigurati materijale s uputama
12. Educirati pacijenta i obitelj
13. Sugerirati pacijentu načine olakšavanja uzimanja terapije ili provođenja plana (uzimanje lijekova s hranom ili mlijekom, ukoliko nije kontraindicirano)
14. Objasniti važnost pridržavanja uputa liječnika ili proizvođača lijekova [15].

Mogući ishodi:

- Pacijent verbalizira strahove povezane sa zdravstvenim potrebama
- Pacijent uspješno identificira faktore koji pridonose nepridržavanju plana
- Pacijent izražava zadovoljstvo u vezi izvedbe plana [15].

6. Anksioznost

Mogući ciljevi:

- Pacijent će moći prepoznati i nabrojiti znakove i čimbenike rizika anksioznosti
- Pacijent će se pozitivno suočiti s anksioznosti [16].

Intervencije:

1. Stvoriti profesionalan empatijski odnos - pacijentu pokazati razumijevanje njegovih osjećaja.
2. Stvoriti osjećaj sigurnosti
3. Biti uz pacijenta kada je to potrebno
4. Opažati neverbalne izraze anksioznosti,izvijestiti o njima (smanjena komunikativnost, razdražljivost do agresije...)
5. Stvoriti osjećaj povjerenja i pokazati stručnost
6. Pacijenta upoznati s okolinom, aktivnostima, osobljem i ostalim pacijentima
7. Redovito informirati pacijenta o tretmanu i planiranim postupcima
8. Dogovoriti s pacijentom koje informacije i kome se smiju reći
9. Koristiti razumljiv jezik pri poučavanju i informiranju pacijenta
10. Prihvatiti i poštivati pacijentove kulturološke razlike pri zadovoljavanju njegovih
11. Potaknuti pacijenta da potraži pomoć od sestre ili bližnjih kada osjeti anksioznost
12. Potaknuti pacijenta da prepozna situacije (činitelje) koji potiču anksioznost
13. Pomoći i podučiti pacijenta vođenju postupaka smanjivanja anksioznosti: vođena imaginacija/vizualizacija ugodnih trenutaka, vježbe dubokog disanja i mišićne relaksacije, okupacijska terapija (glazboterapija, likovna terapija)
14. Poučiti pacijenta pravilnom uzimanju anksiolitika [16].

Mogući ishodi:

- Pacijent prepoznaje znakove anksioznosti i verbalizira ih
- Pacijent se pozitivno suočava s anksioznosti
- Pacijent opisuje smanjenu razinu anksioznosti [16].

7. Poremećaj self-image

Mogući cilj:

- Pacijent će znati navesti karakteristike koje ga čine jedinstvenom osobom [14].

Intervencije:

- Pomoći pacijentu raspoznati stvarnost od njegovog odsustva i odvojenosti. Ne treba pokušavati prevoditi njegove misli i osjećanja u riječi. Pacijent će zbog nejasne granice ega pomisliti kako smo mi u stanju pročitati njegov um. Zbog toga treba biti oprezan u korištenju empatijskog izražavanja poput: "Znam kako se osjećate povodom toga".
- Pomoći pacijentu u prepoznavanju odvojenosti od medicinske sestre pojašnjavanjem koja od ponašanja i osjećaja kome pripadaju. Dodir i fizička prisutnost može mu pomoći kako bi ojačao slabe granice ega.
- Omogućiti mu da verbalizira svoje osjećaje.
- Ako osoba ima problema u prepoznavanju spolnog identiteta, treba ga pitati neka opiše njegovu percepciju ženskog i muškog ponašanja. Ako je potrebno, valja navesti podatke o ulozi ponašanja i seksualnom odgoju. Pacijent može zahtijevati pojašnjenje iskrivljenih ideja i dezinformacija. Prihvatanje informacija može podići njegovo samopoštovanje.
- Pacijenta uvijek nazivati njegovim imenom. Ukoliko klijent ima problema s depersonalizacijom, derealizacijom, ova intervencija može pridonijeti očuvanju osjećaja dostojanstva i vlastite vrijednosti.
- Korištenje fotografija na kojima je pacijent mogu povećavati svijest o njemu
- Ublažiti tjeskobu na način da ga uvjerimo kako neće biti napušten i prepušten sam sebi
- Korištenje dodira ima važnu terapeutsku svrhu u potvrđivanju identiteta. Dodir i fizička prisutnost mogu pružiti osjećaj stvarnosti za klijenta i služiti za jačanje granica ega [14].

Mogući ishodi:

- Pacijent navodi karakteristike koje ga čine jedinstvenom osobom [14].

6. Zaključak

Svatko povremeno doživi neuspjeh u normalnoj automatskoj integraciji sjećanja, percepcije, identiteta i svijesti. Na primjer, ljudi se mogu negdje voziti i tada shvatiti da se ne sjećaju mnogih aspekata vožnje jer su zaokupljeni osobnim brigama, programom na radiju ili razgovorom sa suvozačem, to stanje se naziva nepatološka disocijacija i ona ne ometa svakodnevne aktivnosti. Nasuprot tome, ljudi s disocijativnim poremećajem mogu potpuno zaboraviti niz normalnih ponašanja koja zauzimaju minute, sate, dane ili tjedne i mogu osjetiti da nedostaje vremenski period u njihovom životu. U disocijativnim poremećajima normalna integracija svijesti, pamćenja, percepcije, identiteta, emocija, reprezentacije tijela, motoričke kontrole i ponašanja je poremećena, a kontinuitet sebe se gubi.

Kao što je ranije spomenuto disocijativni poremećaji često se razvijaju nakon snažnog stresa. Takav stres mogu uzrokovati traumatični događaji ili nepodnošljivi unutarnji sukobi. Disocijativni poremećaji povezani su s traumom i poremećajima povezanim sa stresorima koji mogu uključivati disocijativne simptome.

Disocijativni poremećaji i dalje su nedovoljno dijagnosticirani, nedovoljno liječeni i nedovoljno poštovani. Rijetkost može biti nedovoljna dijagnoza, a s odgovarajućim probirom i dijagnostičkim instrumentima može se naići na mnogo veću prevalenciju. Sustavi zdravstvenih usluga trebali bi biti više informirani o traumi kako bi uistinu znali potencijalne učinke traume, aktivno ih prepoznali te upravljali disocijativnim poremećajima te unaprijedili mentalno zdravlje. Razumijevanje disocijativnog iskustva stoga može pridonijeti bogatstvu kliničkog materijala i naglasiti potrebu za multidisciplinarnim pristupima liječenju.

7. Literatura

- [1] D. Begić: Psihopatologija, Medicinska naklada, Zagreb, 2014.
- [2] D. Begić: Psihopatologija, Medicinska naklada, Zagreb, 2016.
- [3] S. Grbešić: Amnezija kod disocijativnih poremećaja, Završni rad, Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera, Osijek, 2018. <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:142:027813> dostupno 6.8.2022.
- [4] <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2802381/>, dostupno 6.8.2022.
- [5] https://www.researchgate.net/publication/292985331_Dissociative_Disorders, dostupno 6.8.2022
- [6] <https://www.sciencedirect.com/topics/nursing-and-health-professions/multiple-personality>, dostupno 6.8.2022
- [7] <https://www.msmanual.com/proffesional/psychiatris-disorders/dissociative-disorders/dissociative-identity-disorder>, dostupno 6.8.2022.
- [8] <https://www.webmd.com/mental-health/dissociative-fugue>, dostupno 6.8.2022.
- [9] psihijatrija.blogspot.com/2011/10/anamneza-i-status-psihijatrijskog.html dostupno 24.8.2022.
- [10] <http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/psihijatrija/pristup-psihijatrijskom-bolesniku/uobicajena-psihijatrijska-obrađa>, dostupno 24.8.2022.
- [11] Keltner N., Bostrom C., McGuinness T.,: Psychiatric Nursing, 2011.
https://books.google.hr/books?id=UO51DwAAQBAJ&pg=PA31&dq=Historical+Conceptions+of+Dissociative+and+Psychotic+Disorders+From+Mesmer+to+the+Twentieth+Century&hl=hr&sa=X&ved=2ahUKEwjDjYCG_Kf5AhVn7rsIHeisDI8QuwV6BAgDEAg#v=onepage&q&f=true, dostupno 24.8.2022.
- [12] <https://www.unidu.hr/wp-content/uploads/2020/05/Komuniciranje-u-zdravstvu.pdf>, dostupno 24.8.2022.
- [13] M. Zlopaša: Psihijatrija u zajednici, Završni rad, Sveučilište u Dubrovniku, Dubrovnik 2018. <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:155:451294> dostupno 24.8.2022.
- [14] E. Šulc: Zdravstvena njega osoba s poremećajem ličnosti, Završni rad, Sveučilište u Zadru, Zadar, 2017. <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:162:554973> dostupno 25.8.2022.
- [15] https://bib.irb.hr/datoteka/783638.Sestrinske_dijagnoze_3.pdf, dostupno 1.9.2022
- [16] http://www.hkms.hr/data/1316431501_827_mala_sestrinske_dijagnoze_kopletno.pdf, dostupno 1.9.2022.

Sveučilište
Sjever



SVEUČILIŠTE
SJEVER

IZJAVA O AUTORSTVU

I

SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU

Završni/diplomski rad isključivo je autorsko djelo studenta koji je isti izradio te student odgovara za istinitost, izvornost i ispravnost teksta rada. U radu se ne smiju koristiti dijelovi tuđih radova (knjiga, članaka, doktorskih disertacija, magistarskih radova, izvora s interneta, i drugih izvora) bez navođenja izvora i autora navedenih radova. Svi dijelovi tuđih radova moraju biti pravilno navedeni i citirani. Dijelovi tuđih radova koji nisu pravilno citirani, smatraju se plagijatom, odnosno nezakonitim prisvajanjem tuđeg znanstvenog ili stručnoga rada. Sukladno navedenom studenti su dužni potpisati izjavu o autorstvu rada.

Ja, JULIJA LUBINA (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom DISOCIJATIVNI POREMEĆAJI (upisati naslov) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Julija Lubina
(vlastoručni potpis)

Sukladno Zakonu o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju završne/diplomske radove sveučilišta su dužna trajno objaviti na javnoj internetskoj bazi sveučilišne knjižnice u sastavu sveučilišta te kopirati u javnu internetsku bazu završnih/diplomskih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice. Završni radovi istovrsnih umjetničkih studija koji se realiziraju kroz umjetnička ostvarenja objavljuju se na odgovarajući način.

Ja, JULIJA LUBINA (ime i prezime) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom DISOCIJATIVNI POREMEĆAJI (upisati naslov) čiji sam autor/ica.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Julija Lubina
(vlastoručni potpis)