

Krizna stanja pri mladostniku

UDK 616.89-036.81-053.7

IZVLEČEK – V uvodu avtor navaja bistvena spoznanja kriznih stanj pri človeku, kot jih danes pozna psihiatrična stroka. Pri tem poudarja, da je krizno stanje v bistvu odgovor posameznika na določeno zanj ogrožujočo in obremenjujočo situacijo. Širše se ustavlja pri teoriji kriznih intervencij po Caplanu, kjer omenja njegovo delitev na tako imenovana razvojna in naključna krizna stanja ter poudarja, da večino le-teh ljudi zmorejo razrešiti sami brez terapevtske pomoči. Bolj kot je takšen krizni odgovor povezan z nerazrešenimi konflikti posameznika v preteklosti, prej je pričakovati nujnost psihoterapevtske pomoči, ki pa je v krizni situaciji navadno uspešna, kajti prizadeti je takrat skrajno motiviran za razrešitev zanj neznosnega stanja. Avtor potem opisuje posebnosti običajnega adolescentskega razvoja, ki vsebuje veliko elementov kriznega dogajanja. Še posebno so v tem smislu rizični mladostniki iz neugodnega družinskega okolja, ki jim ne omogoča razrešitve identitetnega stanja, in mladostniki z nespecifičnimi organskimi možganskimi poškodbami. Ob koncu avtor našteva najpogostejša takšna stanja, ki bi jih pri mladostniku lahko imeli za krizna: samomorilno vedenje, ostala avtoagresivna vedenja, acting-out, pogosto uživanje psihotropnih sredstev, motnje razpoloženja, šolska neuspešnost in psihosomatske motnje.

ADOLESCENT'S CRISIS STATES.
ABSTRACT – First, the author reviews the basic concepts of crisis states in contemporary psychiatry, stressing the fact that a crisis state is basically the answer of an individual to a situation which he finds burdensome and threatening. Caplan's theory of crisis intervention is dealt with more extensively. His distinction between developmental and accidental crises is stressed as well as the fact that most crises can be solved without any therapeutic intervention. The more the crisis state is related to the unresolved conflicts in someone's past, the more it is likely that psychotherapeutic help will be needed. Such assistance usually proves successful, as a person in crisis is highly motivated to get out of his unbearable condition. Next, the author describes some features of normal adolescent development which, however, contains many elements of "crisis". Especially at risk are adolescents with an unfavourable family background, which is unlikely to help them to solve their identity problems, and adolescents with unspecific organic brain lesions. In conclusion, the author lists some conditions in adolescence which can be regarded as crisis states: suicidal behaviour, other forms of autoaggressive behaviour, acting-out, use of psychotropic substances, disturbances of mood, school failure and psychosomatic disorders.

Uvod

Besedo kriza, v teh časih tako domačo, priročno in uporabno, srečujemo pri opisih stanj na različnih področjih človekovega delovanja takrat, kadar želimo označiti, da gre za motnje ali prve simptome porušenega ravnotežja, zakonitosti, pričakovanega vedenja posameznika ali skupine ljudi. Obdobje, v katerem živimo, nas dobesedno preplavlja z različnimi gospodarskimi, ekonomskimi, družbenimi, moralnimi krizami in krizami medosebnih odnosov, kar vse ima za posameznika povsem konkreten pomen in seveda tudi odziv v njegovem doživljanju. Sočasno s tem seveda tudi v medicini, posebno pa še v psihiatriji, pri ljudeh vse pogosteje srečujemo stanja, ki jih označujemo s pojmi »človek v krizi«, »krizna stanja ali situacije«, »intervencije v krizi« in podobno. Ne gre pa tega zanimanja medicine pripisati le modi, ki naj bi prej pogosto poimenovane »stresne situacije« sedaj

zamenjali s pojmom »krizna situacija«. Prav tako ne moremo tega večjega zanimanja psihiatrične stroke za človeka v krizi ali stiski pripisati le premočrtni povezavi, da vse mogoče krize in dileme današnjega sveta tudi nujno povzročajo pri posameznikih, ki bi jih lahko prepoznali, krizo.

Gotovo je res, da je dandanes vse več ljudi, ne glede na starostno dobo, ki vse pogosteje ne zmorejo živeti v harmoniji in sozvočju s stalno se spreminjajočo okolico in samim seboj. Izziv je velik, vendar presega namen tega zapisa, kajti razprave o vseh objektivnih in širše družbeno-socioloških vzrokih tega pojava bi prepustili drugim strokovnjakom. Ker moramo ostajati v medicinskih okvirih, bi zato vse večje zanimanje psihiatrije za človeka v krizi lahko razložili z dveh vidikov. Prvi je verjetno povsem organizacijske narave, ko se je ob zadovoljivi osnovni urejenosti psihiatrične službe pokazala potreba po organiziranju tako imenovanih urgentnih oddelkov. Drugi vidik, ki se zdi vsekakor pomembnejši in bolj razveseljav, pa je verjetno rezultat širšega in bolj humanega pristopa k človeku, ki se zateče po pomoč k psihiatru ali psihoterapevtu. Ta pristop običajno imenujemo psihodinamski koncept, ki razume človeka kot psihosocialno bitje v tesni interakciji z okoljem. Človekove duševne motnje in težave tako niso le rezultat motenega psihofiziološkega dogajanja v njem samem, temveč delno vedno tudi rezultat motenega odnosa z okoljem (1).

Pojem kriznega stanja v psihiatriji

Ko poskušamo definirati krizno stanje, lahko rečemo, **da je to tista situacija pri posamezniku, v kateri nastopi neugodna interakcija med posameznikovimi osebnostnimi potezami in okoljem.** Pri oceni tako nastalega kriznega stanja je torej v prvi vrsti pomembno človekovo subjektivno stališče in doživljanje, ne pa tako imenovana objektivna terapevtova ocena resnosti situacije. Prav ta, na zunaj »objektivno banalna situacija« je za pacienta še kako resna in je torej tista sprožilna situacija, ki vsebuje nevarnost, da povzroči dezintegracijo človekove osebnosti. Drugače povedano, pri teh stanjih so osebnostni dejavniki oziroma poteze tista razlika, ki privede človeka v krizo, in edini logičen in smiselni, terapevtski ukrep je psihoterapevtska intervencija.

Najpogosteje se stanja dezintegriranih osebnosti kažejo v naslednjih sindromih: stanje akutne žalosti in bolečine ob izgubi dragega človeka, depresije, panična stanja, depersonalizacije, psihotična stanja, acting-out in psihosomatska stanja. K temu moramo prišteti še vse poskuse samomora in ostalo avtoagresivno vedenje, za katero se izkaže, da ni v povezavi z resnejšim ali kroničnim duševnim obolenjem.

Lindemanna (2) imamo za začetnika teorije kriznih intervencij. Izhajal je iz svoje bogate prakse med drugo svetovno vojno, ko se je srečeval s številnimi reakcijami posameznikov na frustracije. V večini primerov je imel opraviti z reakcijami ljudi po izgubi svojca. V literaturo je uvedel pojem »grief«, kar bi po naše pomenilo stanje nenadne žalosti in obupa ob takšni izgubi. Skupaj s Kleinom je kasneje dognal in teoretično opredelil več kategorij čustvene prizadetosti, ki so povezane s socialnim funkcioniranjem v skupini. Pisala sta o pojmu »čustveno rizičnih situacij« pri posamezniku. Opozorila sta namreč, da vse pomembnejše spremembe v socialnih strukturah znotraj skupine, kateri posameznik pripada, lahko privedejo do njegovih resnejših čustvenih motenj. K takim spremembam sta prištevata že omenjeno izgubo svojca, menjavo socialne vloge med odraščanjem

(npr. adolescenca), poroka, migracijske spremembe in podobno. Krizo sta razumela kot akutno in pogosto motnjo, ki je posledica takšnega čustvenega pretresa. Kriza posameznika je potem lahko odsev krize v celotni skupini, katere pomemben član je posameznik, in seveda obratno. Avtorja sta s tem pojmovanjem kriznih situacij in intervencij razširila le-te prek intrapsihične strukture in psihodinamike posameznika na socialne vloge in medosebne odnose.

Bellak in Small (3) v svojih teoretičnih zapisih ugotavljata, da življenje domala vsakega posameznika poteka skozi obdobja in situacije, ki lahko privedejo do hujših duševnih stisk. Takšne duševne ali, bolje rečeno, čustvene stiske lahko nastopijo ob smrti bližnjega, ob poroki, ob nerazumevanju staršev, pri gmotnih težavah, večjih telesnih poškodbah, sporih na delovnem mestu in podobnem. V takšnih situacijah večina ljudi še ne išče pomoči. Psihoterapevtska intervencija je potrebna in posameznik jo tudi poišče, ko nevrotične strukture posameznika specifično reagirajo na to obremenilno situacijo in so s tem dane vse možnosti za nastanek osebne krize. Avtorja tukaj poudarjata potrebo po hitri in učinkoviti pomoči v takšnih situacijah, ki lahko bistveno zmanjša težavo samo in skrajša nevarno in kritično obdobje.

Fenichel (4) v razpravi o krajši psihoterapiji piše, da tako imenovani normalni »nevrotični« posameznik lahko zaide v situacije, ko se nenadoma poruši njegovo duševno ravnovesje. Okoliščine, ki lahko porušijo duševno ravnovesje sicer stabilne osebnosti, so lahko na primer sprememba v načinu življenja, izguba ljubljene osebe, doživetje, ki je načelo njeno samospoštovanje in podobno. Vsaka teh okoliščin zahteva sprejetje nove in boleče realnosti, kar vodi v borbo proti težnjam k represiji, odvisnosti, preokupaciji s fantazijami ali pasivnosti. Ob možnih latentnih konfliktih v osebnosti so tako dani pogoji za nevrotično reakcijo ali celo nevrozo. V isti razpravi avtor ponuja model možnosti za vzpostavitev ravnotežja z umiritvijo, počitkom, da se pacientu dovoli omejen regres in odvisnost ter možnost verbalne ventilacije izven razumskih reakcij.

Največ pozornosti pa gotovo zasluži **Caplanov (2) koncept kriznih stanj pri človeku** in si ga zato tudi поблиže oglejmo. Caplan izhaja iz predpostavke, da je človek običajno v stanju duševnega ravnotežja, kar z drugimi besedami pomeni, da je sposoben uravnati svoje notranje napetosti v skladu z zunanjimi vplivi. To počne na njemu lasten način, brez pretirane porabe energije v ta namen. Pomaga si s svojimi vedenjskimi vzorci, ki jih obvlada in ki mu dovoljujejo sožitje z okoljem in z njimi sproti rešuje probleme. To mu omogoča vzdrževati čustveno ravnotežje na neki točki abstraktnega pojmovanja »kontinuumu duševnega zdravja«, katerega en konec predstavlja duševno zdravje, drugi pa duševno bolezen. Kje na tem kontinuumu je posameznik, je odvisno od njegove osebnosti, življenjskih okoliščin in izkušenj, običajnega odgovora na stres, družbenega vrednotenja njegovih osebnostnih lastnosti in podobno. Človek postane običajno anksiozen takrat, ko se je srečal s problemi v vsakdanjem življenju in narave teh problemov še ni dojel in zato še ni ustrezno ukrepal. Anksioznost izgine, ko situacijo prepozna, posledično primerno ukrepa z njemu lastnimi vedenjskimi vzorci in s tem nastalo situacijo bolj ali manj uspešno obvlada. V trenutku, ko pa ti rutinski vedenjski vzorci odpovedo ali jih posameznik ne zmore uporabiti, zaide v kritično stanje. Takrat je negotov, položaja ne zmore docela razumeti in ni sposoben predvideti njegovega izida. Takrat mobilizira vse svoje adaptacijske sposobnosti, poraste njegova anksioznost,

vse z namenom razrešiti neznosno situacijo. Caplan piše o »psihosocialni deterioraciji« človeka v takšni situaciji. Potrebno je poudariti, da za krizo ni vedno nujna popolnoma nova in neznana situacija. Običajno gre za prehod, ob katerem se prej znosne okoliščine nenadoma, z novim dejavnikom, spremenijo v neznosne.

Caplan pod pojmom kriza torej ne razume le situacije same, temveč predvsem človekov odgovor nanjo. Ta odgovor, ki je sprva ambivalenten, negotovost in anksioznost, lahko vodi v regres in dezintegracijo osebnosti ali v razrešitev in zorenje osebnosti. Pri oceni resnosti krize omenja Caplan vrsto dejavnikov, od katerih se mu zde najpomembnejši: osebnostna struktura posameznika, njegov življenjski stil, sposobnost za obvladanje stresnih situacij, izkušnje iz prejšnjih podobnih situacij in končno podpora, ki jo ta človek dobi v času krize.

Avtor nadalje deli večino kriznih stanj v dve kategoriji: **v razvojne in naključne krize**. Razvojne lahko predvidimo ali zanje celo vemo, da se bodo pojavile. Nekatere od njih so nujne za socialno in osebnostno dozorevanje. Pričakujemo jih v normalnem poteku življenja posameznika in jih ne moremo spreminjati, ker so sestavni del človekovega dozorevanja. Imamo pa možnost, da jih modificiramo in s tem preprečimo dezintegracijo osebnosti, ki včasih preti. Za tako razvojno krizo navaja Caplan na primer adolescentno krizo.

Druge, tako imenovane naključne krize, v življenju niso nujne, vendar se jim običajno v življenju ne moremo izogniti, ker so del našega življenja. Sem sodijo situacije in dogodki, ki smo jih že našli (bolezni, nesreče, ljubezenski konflikti, smrt bližnjega in podobno). Največkrat te krize le ne povzročajo večje dezintegracije osebnosti; v okvir našega zanimanja sodijo le tiste, ki tako dezintegracijo povzročajo. Ko govorimo o krizi, mislimo na le-te, in Caplan opisuje številne posebnosti, s katerimi opozarja nase vsak posameznik. Omenjamo le glavne:

- anksioznost in strah,
- težnja po pomoči od zunaj, ker svojo čustveno stisko človek ne zmore sam kontrolirati,
- zmanjšana pozornost, ker je le-ta osredotočena na lastni problem,
- introspektivna in ruminativna usmeritev, ko se človek ubada le s seboj, stalno išče vzroke krize in poti za njeno razrešitev,
- spremenjen odnos do ljudi, ker v njih posameznik vidi le potencialne pomočnike pri razrešitvi svojega problema,
- impulzivno in neproduktivno, tako imenovano »testirajoče« vedenje,
- interesi so razredčeni in zoženi,
- posameznik ima navadno veliko število informacij, »kako rešiti svoj problem«, vendar so le-te dezorganizirane, zanj neuporabne in nekoristne.

Caplan nadalje pri razvoju krize, ki vodi v dezintegracijo osebnosti, opisuje štiri faze:

1. Povečevanje napetosti in neprijetnih čustvenih napetosti ob vse večji dezorganizaciji vedenja.
2. Neuspeli poizkusi razrešiti problem povečujejo napetost in anksioznost, ki zato postajata vse hujša.
3. Napetost narašča do mere, ko človek mobilizira vse svoje notranje in zunanje rezervne sile. Včasih mu tako uspe zmanjšati problem v njegovi silovitosti in ga v tej fazi še lahko razreši.

4. Kolikor v tem obdobju razrešitve še ni, sledi nadaljnja dezintegracija osebnosti. Možen je tako nastanek psihoze, ne le nevroze, pasivizacija: človek lahko stori samomor ali pa se vda v usodo.

Caplan ob zaključku svojega zelo uporabnega teoretičnega opisa kriznih stanj poudarja, da je kriza kljub svoji resnosti lahko velikokrat terapevtsko koristna. Človek je namreč v tem stanju maksimalno motiviran za morebitno korekcijo svojih vedenjskih vzorcev. Načeti so njegovi zaščitni duševni mehanizmi in včasih lahko z minimalno terapevtsko pomočjo pridobi nove, učinkovitejše in bolj vsestranske vedenjske vzorce. Posledica tega so potem povrnitev in ojačanje občutka samozavesti in samospoštovanja, ponovna uravnava čustvenega ravnotežja in premik duševnega zdravja v okviru teoretičnega kontinuuma od bolezni k zdravju.

Morebiti bi bilo potrebno Caplana dopolniti le v tem, da nekatera krizna stanja pri ljudeh povzročajo izključno zunanji dejavniki, in v takem primeru je seveda edini umesten nasvet spremeniti ali odstraniti dejavnike, ki so takšno stanje povzročili. O tem sta pisala Waltfogel in Gardner (5), ki opisujeta tudi krize, ki nastopajo ob odločitvah človeka samega (recimo nepremišljena odločitev o spremembi zaposlitve).

Poznavanje kriznih stanj pri človeku ima poleg opisanih posebnosti za psihiatra še povsem praktično vrednost. Omogoča mu namreč na neki način tudi preventivno delovanje, kajti osnova vseh intervencij v kriznih stanjih je preprečitev hujših in dalj časa trajajočih motenj, ki bi lahko resno ogrozile posameznikovo duševno zdravje. Druga težnja teh intervencij pa je preprečitev hospitalizacije oziroma skrajšanje le-te na minimum, kadar se ji ne moremo izogniti. Tudi v kriznih stanjih gre zatorej za enako načelo kot v ostali medicini – nuditi pomoč pravemu pacientu, na pravem kraju, ob pravem času in na pravi način. Potrebno je torej prepoznati vrsto in vzroke takšnega kriznega stanja, da bomo lahko primerno načrtovali in ukrepali v terapevtskem smislu. Pomoč je lahko usmerjena na eni strani predvsem v odstranitev zunanjih dejavnikov (če imamo za to sploh možnost), zatem pa prek vrste kombinacij zdravstvenih, socialnih in psihoterapevtskih ukrepov sega do tistih ukrepov, ki zahtevajo izključno psihoterapevtsko intervencijo. Znana so krizna stanja, pri katerih gre iskati vzroke za spremenjeno vedenje in nerazpoloženje posameznikov predvsem v intrapsihičnih dejavnikih. Pri teh ljudeh je trenutni problem povezan z nerazrešeno krizo ali konfliktom v preteklosti. Posledica je navadno kompulzivno ponavljanje neustreznega vedenja, ki zahteva korektivno čustveno skušnjo, katero lahko nudi le strokovnjak, se pravi psihoterapevt.

Krizna stanja v adolescenci

Teorijo in simptomatiko kriznih stanj je bilo potrebno opisati že zaradi tega, ker adolescentsko obdobje prištevamo v tako imenovano razvojno krizo, ki so jo še do nedavnega opisovali kot adolescentno krizo. V današnjih klasifikacijah tega pojma ne poznamo več, kot adolescentno krizo pa ponekod še vedno želijo opisati in označiti kratkotrajne in prehodne spremembe v mladostnikovem vedenju, čustvovanju in odzivanju, ki kažejo na njegovo »porušeno duševno ravnotežje«. Prav te znake kratkotrajnega »porušenega duševnega ravnotežja« pa danes razu-

memo kot bistveni sestavni del mladostniškega normalnega razvoja, katerega središčni proces je identitetna kriza in tisto gonilo v procesu mladostnikovega duševnega dozorevanja, brez katerega ni mogoče pričakovati uspešne preobrazbe otroka v odraslo osebo (6). Uspešno zaključeno adolescentsko razvojno obdobje s pozitivnim razrešenim identitetnim iskanjem bi zato lahko razumeli tudi kot potrditev teorije kriznih stanj; v tistem smislu namreč, da večino kriznih stanj ali obdobj človek le uspešno razreši sam, brez pomoči strokovnjakov, a kadar je le-ta potrebna, je prognoza učinkovitosti ustreznih terapevtskih posegov ugodna zaradi velike motiviranosti človeka, ki je v krizi.

Mladostnik s svojimi čustvenimi viharji, dilemami, iskanji in negotovostmi, nedvomno pogosto trpi tudi takrat, kadar njegove spremembe v ničemer ne presegajo okvirov »normalnih« adolescentnih težav in pojavov.

Toda takšno občasno trpljenje in slabo počutje ter stiske mladostnikov večinoma ne zahtevajo zdravljenja, čeprav na takšno stanje opozarja tudi okolico. Potrebno mu je dati le dovolj časa in možnosti, da sam poišče rešitev. Seveda pa je prav to iskanje naporno in bega tudi njegovo najbližjo okolico, saj odrasli nemalokrat ne prepoznajo tega iskanja kot njegovo normalno razvojno potrebo in se zatekajo k preveč nasilnim, direktivnim in omejujočim ukrepom. Eden takšnih ukrepov je lahko tudi prehitro in včasih nepotrebno iskanje zdravstvene pomoči, ki mladostniku ponudi še več dokazov za razmišljanje in počutje v smislu »ne razumejo me, sedaj pa še mislijo, da sem bolan«. Če zdravnik, psiholog ali psihoterapevt že pristane na ukrepanje v takšnih situacijah, ki v svoji dinamiki ne presegajo naravnih procesov zorenja, bi se moral omejiti le na to, da staršem in ostalim odraslim iz okolice pojasni, naj se vzdržijo tovrstnih posegov, ki imajo lahko največkrat prav obraten učinek od zaželenega. Pogosto pa s tem ne bo izpolnil pričakovanja staršev in bo nujno prišel v konflikt z njimi, še posebno če tega ne bo znal izpeljati z občutkom in bo hotel sedaj on prevzeti nase v pretirani meri zaščitniško in spodbujevalno funkcijo (7).

Pogosto tudi strokovnjaku ni lahko oceniti, kdaj spremembe mladostnikovega čustvovanja in vedenja presegajo običajne razvojne okvire in že razkrivajo njegovo krizo ali pa morebiti že opozarjajo na psihopatološki razvoj v smeri osebnostnih, nevrotičnih ali psihotičnih motenj. Vsa abstraktna in filozofska razmišljanja, premlevanje življenjskih, nazorskih in ideoloških vprašanj, hiperaktivnost, potreba po socialnem preverjanju in navezovanju, pa spet umikanje in zapiranje v svoj svet, odklanjanje stikov z okolico in nesprijemanje njenih norm in vrednot – vse to so največkrat le značilnosti takšnega identitetnega mladostniškega iskanja. Večina opisanih sprememb ima pri odraslih osebah največkrat res drag in že povsem psihopatološki pomen, pri mladostniku pa le takrat, kadar trajajo predolgo, so preveč intenzivne in kadar globlje posegajo v druge procese duševnega dozorevanja ter pretijo, da bodo mladostnika tudi resno ovirale ali celo zavrle.

Rizični v tem smislu sta zatorej predvsem dve skupini mladostnikov. Tisti, ki jim izrazito neugodno domače okolje ne omogoča zadovoljivega in zdravega osebnostnega razvoja, in drugi, pri katerih gre za »subklinične« ali »funkcionalne« znake organske možganske prizadetosti, ki največkrat niso nefiziološko niti nevrološko specifično dokazljive. Obe skupini sta rizični v tem smislu, da je za te mladostnike sama adolescenca burnejša in »težja«, prav tako pa tudi za okolico. Vse to omogoča večjo možnost razvoja pravih kriznih stanj, ki ob neustrezni

razrešitvi lahko pomenijo že zametek in nevarnost razvoja pravih duševnih bolezenskih motenj. Pri prvi skupini bodo naši ukrepi bolj usmerjeni v spremembe patogenega okolja, ki mladostniku ni v oporo pri iskanju in oblikovanju njegove nove identitete in sprejemanju spolne vloge. Pri drugi skupini, z nespecifičnimi in blažjimi motnjami v možganskem delovanju (le-te se največkrat kažejo v psihometričnih izvidih, z nespecifičnimi abnormnimi EEG-eji in v neizrazitih »soft signs« v nevrološkem statusu), pa bomo okolico morali predvsem seznaniti s posebnostmi kriznega odzivanja konkretnega mladostnika na objektivno ne preveč obremenjujoče zahteve ali situacije. Poudarjena čustvena labilnost in nepredvidljivost, ki se kaže v disforičnih stanjih, večja impulzivnost, rigidnost, težja prilagodljivost, predvsem pa nizka frustracijska toleranca za lastne nove želje in potrebe, kot tudi za pričakovanje in zahteve drugih – vse to so posebnosti odzivanja mladostnikov z organsko cerebralno disfunkcijo.

Jasno je torej, da bi zato krizna stanja v adolescenci težko opredelili in klasificirali kot posebne klinične enote s povsem definirano etiopatogenezo, klinično sliko in prognozo; takšna delitev bi bila najbrž umetna in nasilna, če upoštevamo vse opisane značilnosti adolescence. Lahko bi na splošno rekli, da je mladostnik gotovo v krizi, kadar pride k psihiatru zaradi pomoči in to ne glede na to, ali pomoč išče sam, ker ni več videl drugih možnosti, ali pa je bil pripeljan na zahtevo okolice, ki ni prepoznala stisk in dilem, izvirajočih iz njegovega krčevitega identitetnega iskanja. Pri vsakem prvem srečanju oziroma razgovoru z mladostnikom je naloga zdravstvenega delavca oceniti, ali gre za krizno dogajanje ali pa že za psihopatološke znake, ki kažejo na resne in strukturirane duševne motnje. To nalogo bo strokovnjak uspešno razrešil le, če mu bodo poznane (6):

- a) **značilnosti mladostniškega duševnega razvoja,**
- b) **splošna in specifična problematika psihopatologije v adolescenci,**
- c) **psihološke in biološke značilnosti mladostnika, ki je pred njim,**
- d) **vplivi okolja, v katerih ta mladostnik živi in odrasča,**
- e) **okolščine, v katerih je do krize prišlo.**

Stanja, ob katerih moramo zastaviti takšen prvi »diagnostični razgovor« in pri tem upoštevati obe možnosti, kar je pomembno tudi za načrtovanje kasnejših terapevtskih ukrepov, bi zato po naših izkušnjah bila naslednja:

Samomorilno vedenje

Vse samomorilne fantazije, razmišljanja, ki nam jih zaupa mladostnik, samomorilne grožnje in seveda vsak prvi samomorilni poizkus je potrebno razumeti kot odraz stiske oziroma »kriznega stanja« pri konkretnem mladostniku. To pomeni, da se je potrebno njegovim »klicem na pomoč« odzvati in sočasno s prvim ukrepanjem že razmišljati o ostalih morebitnih psihopatoloških dimenzijah njegovega stanja. Kasnejši »recidivi« samomorilnega vedenja ali poskusov samih pa že opozarjajo na globlje dogajanje v mladostniku in najbrž na že strukturirane duševne motnje. Tovrstno ponavljajoče se vedenje pogosto kažejo čustveno moteni ali nevrotični mladostniki, pri katerih ne gre več le za »krizni odgovor« na določeno situacijo, ampak že za specifično nevrotično vedenje. Pri drugi skupini, v katero spadajo vedenjsko in osebnostno moteni mladostniki, pa ima ponavljajoče se samomorilno vedenje največkrat bolj manipulativni pomen.

Ostalo avtoagresivno vedenje

Sem lahko prištevamo razne samopoškodbe, ki jih ne moremo oceniti kot poskus samomora, potem izzivanje nevarnosti (hitre vožnje z motorjem, tavanje po gorah, nagnjenost k nesrečam, odklanjanje hrane, izzivanje preteпов, kjer je velika verjetnost, da bo mladostnik sam fizično poškodovan in podobno).

»Acting-out« vedenje

Sem sodijo značilnosti nenadnega, impulzivnega in nepredvidljivega odzivanja, katerega glavna karakteristika sta psihomotorni nemir in heteroagresivnost. Potrebno je poudariti, da lahko pri teh stanjih prepoznamo tako le kratkotrajna »krizna stanja«, nemalokrat pa tudi znake »larvirane« ali »maskirane« depresije pri mladostnikih. Še posebno to velja za fante, medtem ko ima pri dekletih takšno »acting-out« vedenje ali »maskiranje« depresivnega razpoloženja bolj značilnosti histeričnega vedenja.

Pogosto uživanje psihotropnih sredstev

Pri tem stanju gre za uživanje, ki še ne pomeni zlorabe ali bolezenske odvisnosti od teh sredstev (alkohol, droge, zdravila), vendar pa to uživanje nima več značilnosti »koketiranja« oziroma preizkušanja »iz radovednosti«. Ti mladostniki že imajo izkušnje, da jim psihotropne droge lahko omogočijo hitre in neboleče razrešitve tesnobe in napetosti ali pa že kar umik iz neprijetnih in ogrožujočih situacij, ki bi jih lahko spravile v krizno stanje. Seveda je težko točno opisati ločnico, kdaj takšno pogosto uživanje psihotropnih sredstev v kriznih situacijah preide v pravo zlorabo. Najbrž se to zgodi takrat, ko jih prične mladostnik sam iskati in jih tudi že izbira po njih specifičnih učinkih.

Dalj časa trajajoče motnje razpoloženja

O tem stanju govorimo, kadar te motnje tako v depresivni kot v hipomanični smeri, po intenzivnosti in času trajanja prekoračijo okvire običajnih reaktivnih odgovorov na situacije, ki takšne motnje lahko povzročijo.

Šolska neuspešnost

Šolska neuspešnost je lahko krizni odgovor tako nesposobnosti mladostnika, da bi obvladal in izpolnjeval zahteve izobraževalnega procesa, kot tudi odgovor na prevelika pričakovanja in storilnostne pritiske mladostnikovega najozjega socialnega okolja.

Psihosomatske in hipohondrične motnje

Izrazitejše odzivanje nevrovegetativnega živčevja skupno s hormonalnimi spremembami v adolescenci, prilagajanje na lastne telesne spremembe in šele razvijajoča se sposobnost povezovanj čustvenega odzivanja s telesnimi simptomi, to so značilnosti, ki pri mladostniku povzročajo psihosomatske motnje ali hipohondrično zaskrbljenost zase tudi v okvirih kriznega odgovora. Najpogosteje se ti simptomi kažejo kot glavobol, abdominalne težave, slabosti, bruhanje in anorek-

sija. Pri starših teh mladostnikov pogosto v anamnezi naletimo tudi na psihosomatsko ali hipohondrično simptomatiko ali pa depresivnost.

Ker tovrstne motnje lahko prikrivajo osnovno krizno stanje ali depresivno razpoloženje, jih posebno splošni zdravniki včasih dolgo ne prepoznajo. Pošiljajo jih na različne preglede in tudi somatska zdravljenja. Neredko pa se dogaja tudi obratno, da psihiater napoti mladostnika k specialistu zaradi »telesne komplikacije« in ne prepozna psihogenetičnega izvora simptomov. Tak ukrep lahko pri mladostniku povzroči razmišljanje, »da njegove telesne težave niso povzročene duševno« ali »da so duševne težave posledica njegove dolge telesne bolezni«.

V osebnostnem smislu so to natančni, pedantni, anankastično strukturirani mladostniki, običajno nadpovprečno inteligentni, pogosto tudi agresivni z željo po dominiranju v vsaki dejavnosti, ki se je lotijo. So zelo resni, živijo v strahu, da ne bi izpolnili pričakovanj staršev, in so izrazito kritični do sebe in drugih. Nепrestano se morajo dokazovati, hipohondrični psihosomatski simptomi se pojavijo, ko ne zmorejo več pretiranih študijskih, športnih in drugih zadolžitvev. Telesna bolezen jim je sprejemljivo opravičilo, ki jih odveže odgovornosti za takšno pretirano aktivnost. Če telesno zbolijo, ne »izgubijo obraza«. Tako bolnim se tudi posreči zadržati pozornost staršev in nemalokrat postanejo celo središčni objekt njihove skrbi.

Poleg tega bi k potencialnim povzročiteljem kriznih stanj pri mladostniku lahko prišteli še vse skrbi, nezadovoljstva, dileme in strahove, ki jih ima mlad pacient, pri katerem je recimo diagnosticirana epilepsija ali katera od endogenih duševnih bolezni (shizofrenija in manično depresivna psihoza), morda pa celo katera težjih telesnih bolezni, ki jo lahko uspešno zdravimo (na primer diabetes). Soočenje s takšno kronično boleznijo nenadno in dramatično postavi pred mladostnika vrsto vprašanj, ki zadevajo njegove načrte za prihodnost, ambicije, uspešnost in načenjajo šele nastajajoče samospoštovanje in samozavest. Kolikor je terapevtsko ukrepanje pri takšnem mladostniku zreducirano le na predpisovanje zdravil v različnih fazah bolezni, brez posluha za njegove potrebe in pričakovanja, se njegove bojzani in negotovosti razumljivo še ojačajo. Kadar ob tem odpovedo še starši in ne zmorejo vzpostaviti do ugotovljene bolezni realnega odnosa, so elementi za razvoj krize že podani. Po naših izkušnjah so v tem pogledu posebno rizični visoko diferencirani, šolsko uspešni, senzibilni in zahtevni mladostniki v obdobju dobre remisije bolezni.

Sklep

Če bi poskušali povzeti bistvene značilnosti kriznih stanj v adolescentnem obdobju, bi lahko rekli, da so to vse tiste spremembe vedenja, odzivanja in čustvovanja, ki jih sicer lahko opredelimo s posameznimi bolezenskimi kategorijami, vendar moramo v njih videti predvsem značilnosti in dinamiko mladostnikovega kriznega odgovora, zanj določeno ogrožujočo in obremenilno situacijo. Takšna krizna dogajanja zatorej še niso znak že strukturiranih nevrotičnih, psihotičnih ali osebnostnih motenj in hitro psihoterapevtsko ali socioterapevtsko ukrepanje mladostniku lahko omogoči pogoje za nadaljnji razvoj v zdravo osebnost.

Literatura:

1. Mrevlje G., Ziherl S. Psihoterapevtske metode v kriznih situacijah. Psihoterapija 1977; 6: 17–29.
2. Caplan G. Principles of preventive psychiatry. New York: Basic Books, 1954: 18.
3. Bellak L., Small L. Emergency psychotherapy and brief psychotherapy. New York: Grune and Stratton, 1966: 12.
4. Fenichel O. Brief psychotherapy. V: Fenichel H. Rappaport D (eds.). The collected papers of Otto Fenichel. New York: Norton, 1954, 28.
5. Ziherl S. Krizne intervencije. Psihoterapija 1976; 5: 49–60.
6. Zmuc-Tomori M. Adolescentska kriza. Pedopsihiatrija 1976; 2: 31–43.
7. Mrevlje G., Ziherl B. Skupinsko delo s svojci mladostnikov. Pedopsihiatrija 1982; 4: 43–50.

ODNOS VAROVANEC – MEDICINSKA SESTRA PRI ZBIRANJU PODATKOV

Zbiranje podatkov za ugotavljanje potreb po zdravstveni negi je v glavnem proces medsebojnih stikov. O tem, kakšni bodo odnosi med varovancem in medicinsko sestro odloča sposobnost komuniciranja. Na uspešnost teh stikov vpliva sistem, v katerem zdravstvena nega poteka in pa medsebojni odnosi. Za intervju moramo izbrati primeren kraj in čas, zagotoviti možnost nemotenega pogovora ter diskretnost. Medicinska sestra mora imeti možnost, da vidi varovanceve oči; varovavec se bo lažje sprostil, če mu ne sedimo prav nasproti, ampak bolj »od strani« vodimo pogovor. Varovavec se mora udobno namestiti, da mu pogovor ne bo naporen.

Čeprav moramo zbrati podatke sistematično, naj pogovor ne bo formalen.

Preden začnemo zbirati podatke za raziskave, varovancu vedno okvirno pojasnimo, za kaj gre in prosimo za njegovo soglasje; prav tako pojasnimo vsako zapisovanje med intervjujem. Anamnezo začenjamo s širšimi vprašanji in počasi prehajamo na bolj specifična področja. Vprašanj nikoli ne postavljamo tako, da bi izzvenela kot zasliševanje. Ugotavljanje potreb praviloma zaključimo v 24 do 48 urah po tem, ko smo sprejeli varovanca v zdravstveno oskrbo oziroma v dveh do treh obiskih na domu.

Če sprejmemo trditev, da je vsak človek enkratna osebnost, dobimo vedno najresničnejše podatke z individualnim pristopom. Varovanca moramo sprejeti takšnega, kot je in skušamo čimbolje opredeliti njegove lastnosti. V tej delovni fazi ne upoštevamo svojega mnenja in vrednosti, saj je tudi medicinska sestra osebnost s specifičnimi lastnostmi. Poklicni pristop terja od medicinske sestre, da je odprta, sprejemljiva in brez predsodkov. Zelo lahko je namreč vsiliti svoje mnenje drugim tudi posredno. Paziti moramo, da varovancevih stališč ne ocenjujemo pohvalno ali kritično. Če doživi varovavec kritiko svojih stališč, ne bo več pripravljen dati podatkov in izražati svojega mnenja ali pa ga bo prilagajal (Sourard, 1971).

Proces zdravstvene nege. Priročnik. Ljubljana: Zveza društev medicinskih sester Slovenije, 1984: 39–40.

VELIKO VSEGA, KAR SEM ISKAL, NISEM NAŠEL, VELIKO TISTEGA, KAR SEM NAŠEL, NISEM MOGEL OBDRŽATI, VELIKO TISTEGA, KAR SEM OBDRŽAL, SE NISEM MOGEL ZNEBITI, IN VELIKO TISTEGA, KAR SEM SPUSTIL NA SVOBODO, SE MI JE VRNIL O.

Dodd