Zdrav Obzor 1987; 21: 175–202

DUŠEVNE MOTNJE V OTROŠTVU IN ADOLESCENCI IN PROCES ZDRAVSTVENE NEGE

Gorazd Mrevlje, Brane Kogovšek, Nada Ovsenik

UDK/UDC616.89-053.2-083;616.89-053.7-083

MENTAL DISORDERS IN CHILDHOOD AND ADOLESCENCE AND THE PROCESS OF NURSING

DESKRIPTORJI: *duševne motnje; otrok; nega bolnika*

DESCRIPTORS: *mental disorders; child; nursing care*

IZVLEČEK – *V pričujočem besedilu opisujejo avtorji simptomatologijo in terapevtsko ukrepanje medicinske sestre le pri tistih duševnih bolezenskih kategorijah in motnjah, ki se pojavljajo izključno v otroštvu in adolescenci. Motnje so pri tem razdeljene na štiri večje skupine: psihogene motnje s pretežno psihično simptomatiko, psihogene motnje s pretežno telesno simptomatiko, psihoorganski sindrom in psihoze v otroštvu in adolescenci. Temu so dodani še opisi identitetne krize, vedenjskih motenj in toksikomanij kot specifičnih kategorij, ki se pojavljajo v adolescenci. V pričujočem besedilu so nekoliko širše opisane le fobične motnje spričo pogostih nejasnosti v poimenovanju le-teh v razvojnem obdobju.*

ABSTRACT – *In the article, symptomatology and the role of the nurse in the therapeutic process of the disorders which appear exclusively in childhood and adolescence, are described. Disorders are grouped into four main categories: psychogenic disorders with generally psychological symptoms, psychogenic disorders with generally physical symptoms, psychorganic syndrome and psychotic disorders of childhood and adolescence, which are followed by the description of identity crisis, behavioural disorders and substance abuse disorders as specific categories pertaining to adolescence. Only phobic disorders are more extensively described because of certain open questions regarding their terminology in developmental period.*

Uvod

V pričujočem sestavku prikazujemo in opisujemo predvsem tiste motnje in bolezenska stanja, ki se prvič pokažejo v otroštvu in adolescenci.

Učbeniki ponujajo zelo različne razdelitve duševnih motenj v otroškem in adolescentskem razvojnem obdobju in so si edini le v tem, da pri opisu in razdelitvah motenj in bolezenskih enot upoštevajo naslednje vidike razvoja od otroštva prek mladostniškega obdobja do odrasle dobe; biološkega, socialnega (sociološkega) in osebnostnega (psihološkega). Večina teh razdelitev se ustavlja tudi pri opisu tistih bolezenskih enot, ki niso specifične le za otroštvo in adoles-

Asist. Gorazd Mrevlje dr. med., Center za mentalno zdravje Univerzitetne psihiatrične klinike, Poljanski nasip 58, 61105 Ljubljana
Brane Kogovšek, višji medicinski tehnik, Center za klinično psihiatrijo Univerzitetne psihiatrične klinike, Studenec 48, 61120 Ljubljana
Nada Ovsenik, višja medicinska sestra, Center za mentalno zdravje Univerzitetne psihiatrične klinike, Poljanski nasip 58, 61105 Ljubljana

cenco, se pa pogosto prvič pokažejo v teh razvojnih dobah, recimo shizofrenske psihoze, afektivne psihoze, toksikomanije ter vedenjske in osebnostne motnje.

DSM – III (1) na primer v poglavju o duševnih motnjah v otroštvu in adolescenci nima opisa afektivnih in shizofrenih motenj, češ da so bistveni znaki teh bolezni enaki tako v otroštvu kot v odrasli dobi. Enako stališče ima DSM – III tudi do zlorabe drog in toksikomanij, kar razloži s tem, da toksikomanije niso same po sebi bolezenska kategorija, temveč le simptom vrste drugih duševnih motenj, tako v razvojni kot v odrasli dobi.

V tej goščavi različnih razdelitev smo se odločili za domači model (2), ki se nam zdi zelo uporaben in jasen ter obsega vse bistvene in najpogostejše bolezenske enote in skupine motenj, ki jih srečamo v psihiatričnih ustanovah. Kot dopolnitev in pomoč pa smo ponekod upoštevali tudi DSM – III (1) in še nekaj tujih in domačih virov (3). Izpustili smo tiste specifične razvojne motnje (na primer bralne motnje, napisovalne motnje, motnje govora ipd.), s katerimi se predvsem ukvarjajo drugi strokovnjaki: specialni pedagogi, logopedi, razvojni psihologi itn.

Poudarimo naj, da je v psihiatriji otroške in adolescentske dobe še posebej težko, še zlasti hitro, določiti mejo med zdravim in bolnim, normalnim in nenormalnim, kajti posebnosti razvojnega obdobja nam nastavljajo še več in večje pasti, kot tiste v zreli dobi. Še posebno nevarno in neustrezno se je pri postavljanju teh kriterijev opirati na vrednostne ocene, ki bodo gotovo nezadovoljive tako za mladega človka kot za nas. Zato se zde še vedno uporabni kriteriji o tem, kaj je bolezensko in kaj normalno (zdravo), ki jih je leta 1964 ponudil Lebovici (4).

Po njegovem mnenju bi lahko govorili o bolezenski motnji pri otroku in mladostniku, kadar otrok ali mladostnik:

– ne more z večjo ali manjšo pomočjo odraslih – ustrezno razvojni fazi – zadovoljevati svojih osnovnih bioloških, čustvenih, interesnih in socialnih potreb,

– ne more kontrolirati svoje agresivnosti, depresivnosti in strahu,

– ne prenaša prepovedi,

– se nikoli ali zelo redko vede na socialno sprejemljiv način, tako da s tem ne prizadeva svoje okolice,

– ne more oblikovati in vzdrževati dobrih in trajnih socialnih odnosov z drugimi (v družini, skupini vrstnikov, v šoli in družbi v širšem smislu),

– si ne izoblikuje pozitivnih in realnih socialnih in širših družbenih ciljev,

– se ne poistoveti ali ne sprejme etičnih vrednot svojega okolja, ki imajo trajnejši in širši pomen,

– kljub ugodnim pogojem ne razvije svojih bioloških potencialov, ne doseže ravni intelektualnega in profesionalnega delovanja, kakršna bi ustrezala njegovim umskim in profesionalnim sposobnostim, razvojni fazi, v kateri je, in zahtevam okolja.

PSIHOGENE MOTNJE V OTROŠTVU IN ADOLESCENCI S PRETEŽNO PSIHIČNO SIMPTOMATIKO

To vrsto motenj v razvojnem obdobju pogosto opisujejo tudi kot čustvene, nevrotske ali psihonevrotske motnje, vendar menimo, da pri otroku še ne moremo govoriti o pravi nevrozi, niti o nastajajoči nevrozi, ker se te motnje oblikujejo in strukturirajo v nevrozo oziroma nevrotične motnje šele v adolescenci.

Zato govorimo o psihogenih motnjah s psihično simptomatiko ali čustvenih motnjah, čeprav v razvojnem obdobju srečamo vrsto pojavov, ki bi pri odraslem veljali za znamenja nevroze, a se med otrokovim razvojem spremenijo ali izginejo, otrok jih nemara preraste.

Ana Freud (5) pravi, da otrokove osebnostne prihodnosti ne moremo in ne smemo napovedovati in ocenjevati po tem, kakšne motnje otrok trenutno kaže in izraža, ampak po tem, v kolikšni meri zmore obvladovati čustvene napetosti.

Definicija psihogenih motenj s psihično simptomatiko v razvojni dobi pravi, da gre za spremembe in motnje v načinu funkcioniranja otroka ali mladostnika, ki so posledica podzavestnega konflikta, predvsem intrapsihičnega (notranjega) ali zunanjega izvora (A. Freud, Lebovici) (6,7).

Anksioznost

Stanje pričakujočega vznemirjenja ali tesnobe nastane, kadar potrebe mladega človeka niso zadovoljene. Pri tem mislimo na čustvene potrebe, potrebe po sprejetosti, potrditvi, uveljavitvi in uspešno reševanje problemov v zvezi s storilnostjo.

Znaki

Dojenček: jok, prebavne motnje (krči, bruhanje), mišična napetost, motnje dihanja, spremembe na koži.

Majhen otrok: motorični nemir, hiperaktivnost, motnje spanja, sesanje palca, bojazni.

Šolar: motnje spanja, psihosomatske težave, pootročeno (regresivno) vedenje.

Mladostnik: občutki močnega neugodja, tesnobe, napetosti, neopredeljen strah. Ti občutki so lahko difuzni, nedoločni, želi se jih znebiti in jih težko opiše, lahko pa je povezan s kakšnimi konkretnimi okoliščinami. Najpogostejši sta **socialna anksioznost** (tesnobe v družabno obremenjujočih in zahtevnejših okoliščinah) in **anksioznost pred nastopom ali preskušnjo** (v šoli, pred več ljudmi ipd.).

Epizodične reakcije anksioznosti se kažejo kot krize med otrokovo boleznijo, ob poškodbi, operacijskih posegih itn. Preidejo skupaj z osnovno boleznijo, negativen vpliv okolja (anksiozni starši) pa jih lahko podaljša.

Akutna anksioznost

Osnovne značilnosti:

– najpogosteje je bolezenska slika videti kot nenavadno telesno obolenje,

– nastopi v trenutku, traja od nekaj minut do pol ure, pojavlja se pogosteje zvečer, redkeje podnevi, včasih se ponavlja,

– pogosto se je otrok ali mladostnik pred kratkim močno razburil (videl je nesrečo, doživel smrt nekoga, polom v šoli),

– vzrok akutne aksioznosti je otrokova osnovna huda negotovost in agresivnost, ki ju zaradi zavrtosti ne more izraziti v ustrezni obliki,

– v družini takšnega otroka pogosto vlada negotovo, begajoče, kaotično ozračje,

– lahko se pokaže le enkrat in mine brez posledic; kadar se ponavlja, lahko pomeni začetek nevrotične anksiozne osebnostne strukture.

Opozorilo: **Zdravnik mora predvsem in najprej izključiti organsko ozadje takega stanja** (epilepsija)!

Znaki
- nenaden nerazumljiv preplah in panika brez pravega vzroka,
- intenziven strah, široko odprte oči, grozav pogled, tresavica, drget, napetosti in krčevitost, rdeč, prepoten obraz,
- strah pred smrtjo in huda prizadetost,
- nočne more,
- toži o bolečinah v trebuhu, pritisku v glavi, stiska ga pri srcu,
- včasih še naslednji dan ne loči med resničnostjo in motnjo; to je lahko povod za ponovno večerno grozavost.

Kronična anksioznost

Osnovne značilnosti
- pri otrocih lahko bojazen in vznemirjenje trajata dlje, sprožajo ju malone vsi zunanji in notranji dogodki,
- v zgodnji adolescenci je takšno stanje lahko le prehoden fiziološki pojav,
- vzrok je lahko kopičenje negativnih izkušenj,
- nekateri avtorji menijo, da gre za nagnjenost k takšnim reakcijam,
- bistveno vlogo ima okolje, ki lahko inducira anksiozno doživljanje.

Znaki
- otrok je nenehno na preži, pripravljen na obrambo,
- številni telesni znaki,
- motnje spanja,
- pomanjkanje apetita ali pretirana ješčnost,
- motnje dihanja,
- motnje utripa in krvnega pritiska.

Fobične motnje ali fobične nevroze

Prave fobične motnje, še bolj pa fobične nevroze, so v otroški in adolescentski dobi izredno redke; pogosto tako poimenujemo strahove, bojazni ali pa znake socialne anksioznosti, ki so v razvojnem obdobju pogosti in celo pričakovani. Strahovi in bojazni imajo svoje posebnosti v določenih razvojnih obdobjih in večinoma s končanim razvojem tudi izginejo. Pri otroku v starosti od 8 mesecev do 2. leta starosti je na primer v ospredju strah pred ločitvijo od matere; v starosti od 2. do 6. leta se pojavljajo strahovi pred okoljem (živali, tema, čarovnice, roparji, nevihte), v predšolskem in šolskem obdobju se pojavlja strah pred izgubo, v adolescenci pa strah pred dozorevanjem. V razvojnem obdobju je torej bolj smiselno govoriti o strahovih in bojazni kot pa o fobijah. Ta nesporazum je hitro razrešen, če si osvežimo spomin na definicijo in opise vseh treh pojavov.

Strah je vselej povazan s konkretno situacijo ali osebo, je posledica preteklih negativnih izkušenj ali pa trenutne bivanjske ogroženosti. Objekt strahu je vselej realen.

Bojazen (ansioznost, tesnobnost) nima realnega objekta in človek se tega zaveda. Človeka je strah, nečesa se boji, tesnoben je, a vé, da za to ni pravega razloga.

Za **fobije** pa je značilen stalen in iracionalen strah pred določenim objektom, situacijo ali dejavnostjo; fobijo spremlja nepremagljiva želja, da bi se človek temu objektu, situaciji ali dejavnosti – se pravi »fobičnemu dražljaju« izognil. Za fobijo so torej bistvene štiri stvari:

– iracionalen in stalen strah pred »fobičnim dražljajem«,

– vzrok fobije je iracionalen in neutemeljen,

– prisotno mora biti obrambno vedenje, s katerim se človek želi izogniti srečanju s »fobičnim dražljajem«,

– to obrambno vedenje človeka v marsičem ovira in pomembno posega v njegovo socialno funkcioniranje.

Poskušajmo zgornje opise osvetliti z nekaj primeri.

Strah pred žuželkami, s katerimi je človek že imel slabe izkušnje, seveda ni fobija. Mladostniki recimo pogosto ali pa celo vselej zardevajo v nekaterih socialnih situacijah. Pozabljamo, da je to tudi fiziološko pričakovano v tem obdobju in pogosto takšno zardevanje poimenujemo eritrofobija. O eritrofobiji pa lahko govorimo šele takrat, ko sta izpolnjena vsaj dva pogoja, in sicer, da je človek že prerasel mladostniško obdobje in da se zaradi strahu pred zardevanjem aktivno izogiba različnim ali pa določenim socialnim situacijam.

Psihiatrija že nekaj časa opušča razdelitev in poimenovanje psihičnih simptomov fobij po njihovi vsebini, ker je to strokovno nesmiselno, predvsem pa neuporabno zaradi malone neštetih različic.

V DSM III (1) najdemo le tri tipe fobičnih motenj, agorafobijo, socialne fobije in preproste fobije.

Agorafobija

– najpogostejša in trdovratna oblika fobije,

– bistven simptom je strah pred tem, da bi bil človek sam ali da bi ostal sam na javnem prostoru, s katerega se je težko umakniti, pobegniti ali pa pričakovati pomoč, če pride do nepričakovane nesreče ali ogroženosti (trg, predor, dvigalo, most, javni prevoz itn.),

– človek zaradi teh strahov vse bolj omejuje svoje običajne dejavnosti in uporablja oblike obrambnega vedenja, ki prične v njegovem življenju prevladovati,

– če so ti simptomi del depresivnega stanja, obsesivno-kompulzivnih motenj, paranoidnih stanj ali shizofrenije, potem ne gre za fobijo.

Socialne fobije

– bistven je nenehen in iracionalen strah in nepremagljiva želja, da bi se človek izognil situacijam, v katerih bi utegnil biti izpostavljen ocenjevanju in nadzoru drugih, ali pa bi bil nemara osmešen, ponižan ali kako drugače ogrožen,

– takšen človek je preplašen in anksiozen že ob sami možnosti, da se bo moral soočiti s takšno situacijo in se ji zato želi izogniti,

– primer takšne fobije je recimo strah pred javnim nastopanjem ali govorjenjem, uporabo javnih sanitarij, hranjenjem v javnosti ali pisanjem v prisotnosti drugih,

– ponavadi ima človek le eno od teh oblik socialne fobije,

– zaveda se nesmiselnosti in obsega svojega strahu ter možnosti, da bo okolica ta njegov strah v določeni fobični situaciji prepoznala,

– diferencialno diagnostično je pomembno, da takšen strah ni del drugih duševnih motenj (depresije).

Preproste fobije

– gre za preprostejše, rezidualne kategorije drugih dveh fobij (agorafobije in socialnih fobij). To pomeni, da prepoznamo pri njih elemente ene od obeh prej imenovanih fobij, toda le v manjši meri,

– pogosto se zato imenujejo tudi »specifične fobije«,

– primer takšnih fobij je lahko strah pred višino, pred zaprtim prostorom, pred nekaterimi živalmi (kače, žuželke) itn.,

– te preproste fobije največkrat ne potrebujejo zdravljenja,

– diferencialno diagnostično je pomembno, da niso znak drugih duševnih bolezni (shizofrenije ali obsesivnih motenj).

Obsesivni sindrom

Osnovne značilnosti

– najpogostejša vzročna dejavnika sta perfekcionizem in pedantnost staršev, ki jih otrok okrepi do take mere, da dobe značaj anankastične osebnostne poteze in so lahko zametki kasnejše anankastične nevroze,

– sistematizirane anankastične nevroze ne srečamo pod 10. letom starosti, saj je za to potrebna že določena osebnostna oblikovanost,

– šele v adolescenci pride do tako imenovanega sekundarnega obreda, s katerim se mladostnik izogiba situacijam, ki sprožajo neustavljive kompulzije,

– bistvena razlika med odraslim anankastom in anankastično motenim otrokom je v tem, da otrok k sodelovanju pri svojih obredih pritegne okolico,

– različni obredi, ki imajo pogosto tudi kompulzivni značaj, so spremljevalci normalnih otrokovih razvojnih obdobij,

– takšna simptomatika je lahko spremljevalka stanj po poškodbi glave, postencefalitičnih stanj, duševne manjrazvitosti, pa tudi znamenje shizofrenije ali sindroma Gilles de la Tourette.

Znaki

– že po 3. letu je možno kompulzivno vedenje kot: natančno zbiranje predmetov, pogosto umivanje rok, dolgotrajno štetje, memoriranje, sortiranje in urejanje predmetov ipd.,

– tak otrok je pretirano natančen, pri govorjenju in motoriki premalo sproščen,

– vede se kot odrasel – »odrasel otrok«,

– otrok je v šoli izrazito priden, vesten, ima ozko omejene interese,

– učno snov mora vedno znova ponavljati in utrjevati, da bi se s tem znebil občutka nemira in neugodja,

– od vrstnikov se vse bolj oddaljuje, zaradi nekaterih skrbi in bojazni, da ne bi koga užalil, in je do odraslih pretirano vljuden in zadržan.

Depresivni sindrom

Osnovne značilnosti

– depresivne motnje razpoloženja pri otroku obsegajo celo paleto stanj od običajne slabe volje do obupa in pobitosti; to so lahko spremljajoča stanja razvojnih dogajanj,

– že dojenček se lahko na ločitev od matere odzove s pretresom, obupom in zavračanjem, kar je depresivni simptom,

– manjši otrok lahko svojo depresivnost izraža s kričanjem in ihtavostjo, ki jima sledita resignacija in zapiranje vase,

– bistvo je, da depresivne motnje pri otrocih potekajo brez tako imenovanega depresivnega razpoloženja, kakršno je jasno izraženo pri odraslih. Otrok ne govori o občutkih krivde, se ne obtožuje, nima občutka, da je nekaj zagrešil ipd.,

– pri otrocih govorimo o *depresiji brez depresije,* se pravi o depresivnih motnjah brez depresivnega razpoloženja,

– depresivno-disforične motnje so lahko spremljevalke raznih bolezni (možganske poškodbe, sindrom minimalne cerebralne disfunkcije, epilepsija petit mal, težke infekcijske bolezni, dedne degenerativne bolezni) ali pa predstavljajo uvod v otroško shizofrenijo,

– vzroki so torej lahko notranji ali zunanji,

– otroka obvladuje občutek, da je nezaščiten, neljubljen, da ga imajo le za porednega in slabega, počuti se manjvrednega od vrstnikov ali sorojencev,

– pokažejo se vzgojne in šolske težave.

Znaki

– otrok je bodisi plah, zadržan in pobit ali pa nemiren, jokav in agitiran,

– deklice so pogosto pretirano pridne, mirne, zamišljene, počutijo se zapuščene in se smilijo sebi,

– fantje so pogosteje agresivni, jezni, uporniški, s čimer prikrivajo svojo negotovost,

– majhni otroci: pogosto nemir pri igri, enkopreza, nemiren spanec, jaktacije, izguba apetita,

– mlajši otroci: razdražljivost, negotovost in nesposobnost učenja, igranja, enureza, nočni strah, genitalne manipulacije, vse do tatvin in potepanja,

– starejši otroci: možni so že znaki depresivnega razpoloženja, pobitosti, zamišljeni so, pojavijo se suicidalne misli, počutijo se manjvredne; pogosta je hipohondrična slika,

– mladostniki: prehod iz depresivne disforije v psihosomatsko stanje (ulkus, glavobol, astma), disocialnost (pogosteje fantje) ali histeroidno vedenje (dekleta).

Histerični sindrom

Osnovne značilnosti

– pred 5. letom pri otroku ne moremo govoriti o histerični simptomatiki, ker je težko ločiti med infantilno-regresivnim vedenjem in temi simptomi,

– tudi pri mladih osebah moremo ločiti **histerične reakcije** in **histerične telesne pojave** (konverzivna simptomatika),

– kažejo lahko mono- ali polisimptomatsko sliko.

Znaki

– v otroštvu se konverzivni fenomeni kažejo kot bruhanje, glavoboli,

– otrok je živahen, vede se spogledljivo, nenehno čuti potrebo po uveljavljanju in pozornosti ali pa je tih, umaknjen vase, vse z namenom, da vzbudi pozornost,

– pri večjih otrocih in mladostnikih so možne že prave konverzivne reakcije, vse do napadov, parez, astazij in abazij,

– možna so prava stanja zožene zavesti in histero-epileptiformni napadi,
– »mitomanija«, ki se prične z zavestno lažjo, ker bolnik ne prenese resničnosti; to lahko preraste v prave scenske konstrukte, ki jim otrok sam verjame.

PSIHOSOMATSKE BOLEZNI IN PSIHOGENE MOTNJE S PRETEŽNO TELESNO SIMPTOMATIKO.

Definicija Psihosomatske motnje otrok in mladostnikov so prehodne ali trajne motnje telesnega delovanja, ki nastanejo kot posledica delovanja sedanjih ali preteklih psihičnih vplivov in mehanizmov. Ločiti jih moramo od konverzivnih reakcij in od telesnih bolezni, ki povzročajo telesne motnje.

Anoreksija nevroza

Osnovne značilnosti
– to je bolezen adolescentske dobe in ne otroka,
– bistveno pogosteje zbole dekleta v dobi zgodnje adolescence ali tudi pozneje,
– izključiti moramo možne telesne vzroke anoreksije (infekti, nevrološka in endokrina obolenja, novotvorbe) in možnost, da je neješčnost in askeza simptom začetne shizofrenije ali depresije,
– anoreksija nervoza je torej psihogena bolezen s specifično psihodinamiko,
– središčni duševni zaplet je podzavestno odklanjanje spolne vloge in strah pred odraslostjo,
– najpogosteje je motnja pri prevzemanju ženske spolne vloge povezana z doživljanjem matere,
– bolnica se identificira z moškimi kvalitetami matere, v njenih očeh so matere premalo srečne in zadovoljne,
– te matere so doma večinoma dominantne, čustveno hladne in ambivalentne do hčerke,
– anoreksijo nervozo lahko sproži tudi rivaliteten odnos bolnice do starejše, sproščene in uspešne sestre ali pa manjvrednostni občutek ob uspešnem in privilegiranem bratu.

Znaki
– osnovni znak je močno hujšanje, ki se sprevrže v stradanje,
– začetek je zavesten; dekleta hujšajo namenoma, ker mislijo, da so predebele,
– razvije se odpor do hrane, zavračanje ali pa bolnica težo »regulira« z bruhanjem; zahtevam staršev sicer ugodi s tem, da je, potem pa vse izbruha ali pa skrivaj uživa odvajala,
– stradanje pogosto pripelje do življenjske ogroženosti in smrtni izidi niso redki,
– kljub že kar kahektičnemu izgledu so bolnice do svoje zunanjosti nekritične in niso pri tem psihično prizadete,
– pri tem so izrazito aktivne, živahne, v stalnem gibanju, veliko si dajo opravka s hrano, seveda za druge,

– čustveno so neodzivne, hladne, pogosto vzvišene v svojem vedenju,
– nastane hipofunkcija gonad in že zgodnji izostanek menstruacije.

Enureza

Osnovne značilnosti
– enureza je močenje v posteljo ali hlačke po 4. letu starosti,
– približno 10 odstotkov otrok še ne kontrolira izločanja urina po tej starosti, 4,5 odstotki tega ne zmorejo v šolski dobi, v adolescenci pa je motnja zelo redka,
– poznamo nočno (najpogostejša) in dnevno enurezo.

Primarna enureza

– otrok še ni bil nikoli držen,
– velikokrat najdemo družinsko, dedno obremenjenost, ki kaže na možen organski vzrok ali na tradicionalen način vzgoje,
– pri organskem vzroku gre najpogosteje za napačen trening sfinktra ali na zapoznelo zorenje živčnega sitema,
– drugi najpogostejši vzrok je moten odnos med materjo in otrokom; takšne matere so pogosto nestrpne in hladne do otroka in jim je čistost in uspešnost bistven element srečnega življenja ali pa so hiperprotektivne, ker jim je otrok nadomestilo za druga nezadovoljstva v zakonu,
– primarne enureze danes nimamo več za ekvivalent epilepsije, pri takih otrocih pogosto odkrijemo abnormalen EEG,
– enureza pri mladostniku kaže hudo moten osebnostni razvoj.

Sekundarna enureza

– otrok prične močiti po že daljšem obdobju držnosti,
– gre za povsem čustvene vzroke,
– ugotavljamo regresivne in agresivne tendence,
– še zlasti dnevno močenje hlačk pri deklicah imamo za agresivni simptom,
– sprožilne situacije so lahko ločitev od matere, odhod v šolo, rojstvo sorojenca.

Znaki
– nočno močenje v posteljo, običajno le enkrat v noči in sicer ob približno isti uri,
– pri dnevni enurezi gre za količinsko manjše močenje, ko otrok le zmoči spodnje perilo,
– vse bolj trpi otrokovo samospoštovanje, prične se izogibati vrstnikov, predvsem skupnih izletov, letovanj ipd.

Enkopreza

Osnovne značilnosti
– redkejša v primerjavi z enurezo,
– večinoma gre za sekundarno enkoprezo,
– najpogostejša je med 7. in 9. letom starosti, po 16. letu je ne srečamo več,

– če izključimo organski vzrok, je enkopreza vedno znak vzgojne zanemarjenosti,
– enkopreza je simptom družinske nevroze,
– takšni otroci so prikrajšani v svojem razvoju, starši so ponavadi storilnostno zahtevni, perfekcionistični.

Znaki
– nezmožnost kontroliranja defekacije po 3. letu,
– spodnje perilo je ponavadi le zamazano,
– otrok trdi, da ne ve, kdaj mora na veliko potrebo,
– navidez je brezbrižen, izdaja pa ga zamazano perilo in vonj,
– v osebnostnem smislu so agresivno zavrti, vzorni v vedenju, stalno kontrolirani, včasih pa zaradi kake malenkosti pobesnijo in postanejo agresivni.

Astma

Osnovne značilnosti

– bronhialna astma spada med psihosomatske respiratorne bolezni,
– gre za napade motenj dihanja,
– vzrok je lahko alergija, anksioznost in različna čustvena stanja; nekateri motnji pripisujejo povsem psihodinamsko ozadje,
– nove razlage odpirajo tako imenovani »komunikacijski vidik« dihanja in v tem okviru tudi astmatičnih motenj,
– dihanje ni le fiziološka funkcija, temveč je lahko tudi izraz našega notranjega počutja (strah, skrb, žalost, jeza itn.) ali pa sporočilo okolici, kako se počutimo,
– 25% astmatikov dobi prvi napad že pred 5. letom starosti,
– med mladimi bolniki prevladujejo dečki,
– opisani so številni tipi osebnostnih lastnosti teh mladih bolnikov in tudi takoimenovanih »astmogenih« mater,
– s psihološkega vidika je pomemben odnos mati-otrok; opisan je poseben psihosomatični tip te zveze, za katero je značilna medsebojna odvisnost,
– bistvenega pomena so ambivalentna občutja, ki jih mati in otrok gojita drug do drugega; takšne matere so izrazito hiperprotektivne in se otroku razdajajo, otrok pa prek svoje motnje izživi konflikt, nemoč in ambivalenco do matere, ki ga ovira v njegovi zdravi ekspanzivnosti in agresivnosti,
– astmatičen napad lahko razumemo kot simboličen krik po materi, somatiziran upor proti njeni dušeči ljubezni.

Znaki

– v napadih nastopajoče motnje dihanja s podaljšanim izdihom,
– izdih je otežen, bolnik hlasta za zrakom,
– otrok kaže sliko močne telesne prizadetosti in življenjske ogroženosti,
– bled je, modrih ustnic, hlasta za zrakom, hrope, sliši se piskanje,
– toži o bolečinah v prsih, strah ga je, da se bo zadušil,
– pogosto se pojavi pred napadom astme vazomotorični nahod s hudim srbenjem v nosu in kihanjem.

Tiki

Definicija

Tiki so hitre, koordinirane in nehotne kretnje, ki se pojavljajo v posameznih funkcionalno povezanih mišičnih skupinah v nerednih razmakih.

Osnovne značilnosti

– najpogosteje se pokažejo med 7. in 12. letom, pogosteje pri fantih,

– blažji tiki se ponavadi pokažejo v zvezi s čustveno napetostjo, recimo ob začetku šolanja, zaradi izrazite rivalitete med sorojenci na storilnostnem področju, kadar starši otroka utesnjujejo pri njegovi motorični ekspanzivnosti, zaradi pretirane ambicioznosti in zahtevnosti staršev ipd.,

– izrazitejši tiki pa vselej pomenijo moten osebnostni razvoj v nevrotičnem smislu,

– seveda moramo vselej najprej izločiti morebitno organsko ozadje tikov, ki so pogosti pri prebolelem encefalitisu.

Znaki

– najpogosteje se kažejo v območju glave in ramen, popustijo med spanjem in se okrepijo med razburjenjem,

– pogosto imajo simboličen pomen in v njih prepoznamo tihi upor proti vzgojni naravnanosti staršev,

– otrok je ponavadi prizadet tudi sekundarno: zaradi tikov se mu vrstniki posmehujejo, starši in učitelji pa pogosto kaznujejo.

Diferencialno diagnostično pride v poštev Chorea minor, druge hiperkinezije in sindrom Gilles de la Tourette.

Govorne motnje

Definicija

Gre za motnje v izgovorjavi ali govorici ali obojem.

Disatrija pomeni motnje v izgovorjavi, **dislalija** pa opisuje motnje v izgovorjavi, ki ostane takšna kot pri majhnem otroku.

Mutizem

– o mutizmu govorimo, kadar otrok, ki ima vsaj skromen besedni zaklad, nenadoma umolkne,

– mutizem pogosto spremlja zgodnji otroški avtizem in otroško shizofrenijo,

– elektivni mutizem pa pomeni trdovratni molk v določenih, za otroke obremenilnih situacijah,

– vzroki motnje so različni, simptom pa pogosto utrjujejo represivni ukrepi okolice, ki motnjo razume kot znak kljubovalnosti.

Jecljanje

– tok govora ovira ponavljanje, zategovanje glasu ali premori pred nekaterimi glasovi,

– za tonično jecljanje je značilno, da govorne premore spremljajo sunkovite kretnje rok in glave in neartikulirani glasovi,

– pri kloničnem jecljanju prizadeti ponavlja posamezne glasove, zloge ali besede,
– jecljanje se najpogosteje pokaže med 3. in 5. letom,
– motnja se lahko pokaže le v nekaterih situacijah in niha v svoji intenziteti,
– včasih gre le za prehodno motnjo med 2. in 4. letom, ko otrok v želji, da bi kaj povedal, prehiteva svoje zmožnosti.

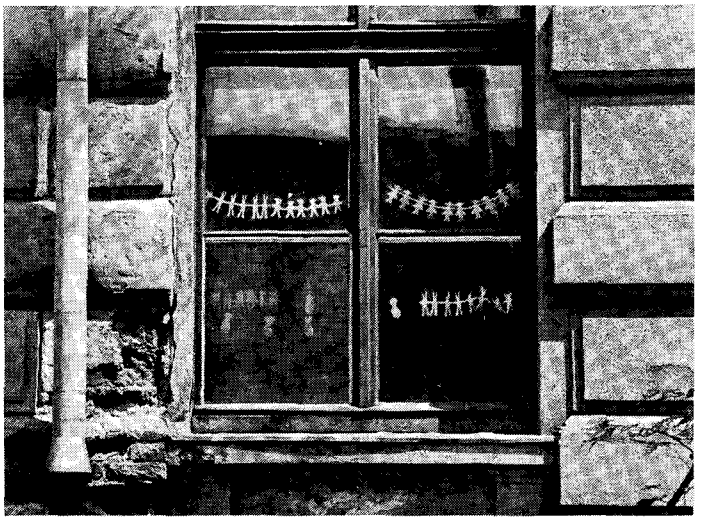

Foto: J. Pukšič, 1980

PSIHOORGANSKI SINDROM

Akutni psihoorganski sindrom

Znaki psihoorganskega sindroma pri otrocih in mladostnikih se bistveno ne razlikujejo od znakov tega sindroma pri odraslih, nekatere razlike pa vendarle so.

Kadar je vzrok akutnega psihoorganskega sindroma kaka bolezen, ki jo spremlja *visoka telesna temperatura,* so pri otrocih in mladostnikih pogoste motnje zavesti z delirantno sliko in paraidolije, ko otrok v vzorcu na steni ali odeji vidi grozečo figuro.

Kadar je vzrok psihoorganskega sindroma *možganska poškodba,* je najpogostejša razlika v tem, da se še zlasti otroci, pa tudi mladostniki, težje znajdejo in vrnejo v resničnost, ko akutna simptomatika pojenjuje. Intenzivnsot motenosti je odvisna od motenosti zavesti.

Pri otrocih in mladostnikih se lahko pokaže tudi motnja, ki jo imenujemo *pseudokoma vigile,* ko je bolnik po poškodbi buden, a ne more kontaktirati. Gre za psihoreaktivno stanje šoka.

Vzrok psihoorganskega sindroma so lahko tudi različne *zastrupitve,* ki jih kljub tipičnim kliničnim slikam pogosto težko prepoznamo. Pri otrocih in mladostnikih se prej pokažejo telesni znaki kot duševni – recimo pri zastrupitvi z alkoholom.

Kadar je psihoorganski sindrom posledica *možganskega tumorja,* je klinična slika podobna klinični sliki odraslih in je odvisna od lokalizacije tumorja. Zavedati se moramo, da se tumorji v razvojni dobi pojavljajo pogosteje kot pri odraslih in upoštevati, da otrok znakov ne zna dobro opisati; otroci najpogosteje tožijo o glavobolu, so preobčutljivi, čustveno labilni in popuščajo v šoli.

Kronični psihoorganski sindrom

Klinična slika je odvisna od:
- faze razvojnega obdobja, ko je prišlo do okvare,
- lokalizacije možganske okvare,
- vrste povzročitelja okvare,

Posledice so motorične, telesne okvare ob manjši prizadetosti umskega funkcioniranja ali pa psihična prizadetost, ki se lahko kaže tudi kot duševna manjrazvitost.

Zgodnji otroški eksogeni psihosindrom (minimalna cerebralna disfunkcija - MCD)

Splošne značilnosti
- motnja je posledica prizadetosti v predporodnem, obporodnem in poporodnem obdobju do 1. leta starosti,
- ti znaki večidel izginejo do adolescence, saj se otrok nauči primernega vedenja in odzivanja, razen v primeru sekundarne nevrotizacije,
- včasih je posledica motnje kak lažji motorični defekt, recimo okornost fine motorike,
- bistven je socialen pomen motnje zaradi reakcij in ukrepov okolja, ki lahko povzročijo nevrotizacijo.

Znaki
- otrok je bodisi vsiljiv bodisi nedostopen,
- hitro vzpostavi površen kontakt, za globlje čustvene vezi je manj sposoben,
- je impulziven, nagnjen k kratkostičnemu ravnanju,
- v šoli je ponavadi nemiren (v motoričnem smislu),
- težje se zbere, čustveno je labilen,
- inteligenčne sposobnosti so na ravni povprečja z možnim odstopanjem,
- pozornost je odkrenljiva, otroci so hiperkinetični, imajo težave s pisanjem (grda pisava),
- diagnozo potrjuje anamneza, nekaj konstitucijskih znakov, nespecifični nevrološki znaki; EEG je ponavadi normalen.

PSIHOZE V OTROŠTVU IN ADOLESCENCI

Diagnostika psihoz v otroštvu je zelo težka, saj majhen otrok ne more in ne zna opisati morebitnega psihotičnega doživljanja in lahko o tem sklepamo le na podlagi otrokovega vedenja. Dodaten zaplet predstavljajo še vedno nerazjasnjena vprašanja o etiologiji otroških psihoz. Mnenja o tem, ali so otroške psihoze začetek kasnejše shizofrenije odraslih, se pravi, ali gre za isti proces, ali pa posebne bolezenske kategorije, sprecifične le za to razvojno dobo, so še vedno deljena.

Drugače je s psihozami v adolescentski dobi, kjer ločimo med psihotičnimi reakcijami in endogenimi psihozami, ki so začetek shizofrenih ali manično-depresivnih bolezenskih procesov in se pogosto začno prav v adolescenci.

Zgodnji otroški avtizem

Splošne značilnosti

– pogosteje se kaže pri dečkih,

– vzroki so v konstitucijski predispoziciji, motenem odnosu med materjo in otrokom in motenemu vzdušju v družini,

– starši teh otrok so pogosto zelo inteligentni, čustveno hladni, zanimata jih predvsem delo in uspeh; slednje utegne biti tudi reakcija staršev na otrokovo bolezen.

Znaki

– značilna je avtistična samošnost,

– otrok ne navezuje odnosov z okoljem, ljudi opazuje kot predmete, ne išče stikov in se vede, kot da bi »bil sam v nenaseljenem svetu«, kot da bi bil sam sebi zadosti,

– že zgodaj opozarja nase z bizarnimi pozami in ritmičnim gibanjem,

– spremembe v okolju ga vznemirjajo in razburijo,

– kaže obrede pri oblačenju, giblje se stereotipno, vselej po istih poteh,

– spregovori pozno, lahko je mutističen, ponavlja besede, ki jih je slišal (eholalija), pozno prične uporabljati besedo »jaz«,

– vendar pa so ti otroci videti bistri in pogosto presenetijo z izjemnimi umskimi sposobnostmi na kakem izoliranem področju,

– starši vedo povedati, da so ti otroci bili pogosto nenavadni in drugačni že pri štirih ali šestih mesecih.

Simbiotične psihoze

– ti otroci se do 2. leta starosti razvijajo normalno, le zelo občutljivi so,

– sprožilni dejavnik je ločitev od matere (odhod v vrtec, bolnišnico itn.),

– sprva se motnja kaže v obliki napadov grozavosti in strahu,

– otrok se v grozi oklepa matere ali kakega drugega odraslega,

– izgubi stik z drugimi otroki, postaja mutističen, tudi socialno nazaduje.

Psihoze v adolescenci

V tem obdobju se prvič pokažejo številne psihotične motnje, še posebej pa dve veliki skupini endogenih duševnih bolezni, shizofrenija in afektivne psihoze.

- Za razvoj psihoze so značilni dolgotrajni psihopatološki simptomi, ki niso prehodni ali reaktivni.
- Čim bolj so ti znaki prodorni in razdiralni za adolescentovo razvijajočo se osebnost, čim bolj kot ga obvladujejo, tem večja je verjetnost, da gre za razvijajočo se psihozo.
- Pomembna je tudi kombinacija in število bolezenskih znakov. En sam, pa čeprav močno izražen bolezenski znak, je prognostično ugodnejši, kot pa več manj izrazitih in le komaj opaznih bolezenskih znakov.

Poleg shizofrenih in afektivnih psihoz poznamo v adolescenci tudi pogoste simptomatske psihoze po zastrupitvah z raznimi psihotropnimi sredstvi.

IDENTITETNA KRIZA

Identitetna kriza (včasih smo jo imenovali »pubertetna kriza«, »kriza prilagajanja« ali »adolescentska kriza«) ni bolezenska kategorija ali enota, temveč središčni in najpomembnejši proces v adolescentnem obdobju, ko mladi človek išče svojo identiteto na poti iz otroštva v odraslost. Ta identitetni proces ne poteka premočrtno in brez težav, včasih se lahko spremeni v pravo krizo, ki preraste v psihopatološke motnje. Ko je kriza razrešena in razvoj nemoteno teče naprej, izginejo tudi psihopatološki znaki. *Nerazrešena identitetna kriza je lahko osnova za kasnejše resne duševne, predvsem nevrotične motnje.*

Osnovne značilnosti

V svojem identitetnem iskanju, se pravi v fazi gradnje svoje identitete, mora mladostnik razrešiti vrsto stvari na naslednjih štirih področjih:

- V družini prihaja do sprememb v smislu vse večje samostojnosti, avtonomije in individualizacije, ki zamenjujejo poprejšnjo soodvisnost med otrokom in starši. Mladostnik preverja vrednote in norme svojih staršev, jih zavrača in poveličuje vrednote in norme svoje generacije in tako gradi svoje samozaupanje. Prav uspešno razrešeni in preoblikovani odnosi med mladostnikom in starši so pogoj za njegov zdrav in primeren odnos do drugih pomembnih ljudi in avtoritet, ki jih bo v življenju srečal.
- Proces socializacije poteka predvsem prek vključevanja v skupino vrstnikov in iskanje svoje vloge v tej skupini. Te izkušnje, potrditve in spodbude mu omogočajo vstopanje v širši socialni prostor.
- Razvija in oblikuje odnos do svoje spolne vloge in do spolnosti. Sprejemanje spolne vloge se odigrava v ožjem, emocionalnem smislu in tudi v širšem smislu; »kaj pomeni biti ženska ali moški v določenem okolju, v katerega vstopam«. Odnos do spolnosti odločilno oblikuje razvoj mladostnikovega spolnega vedenja.
- Odnos do ustvarjalnosti, do dela in do svoje poklicne prihodnosti je zadnje področje tega identitetnega oblikovanja.

VEDENJSKE MOTNJE

Gre za motnje prilagajanja in vedenja, za odstopanja od običajnih obrazcev vedenja ter realnih in simboličnih aktivnosti in so odraz nesposobnosti otroka ali mladostnika, da uskladi svoje notranje zahteve z zahtevami okolja. Takšni vedenjski vzorci so v bistvu način razreševanja napetosti, ki ogroža celovitost osebnosti.

Zunanja slika spremenjenega in motenega vedenja je zelo raznolika in vsi poskusi klasificiranja teh motenj so neuspešni, ker so motnje pogojene predvsem z osebnostnimi značilnostmi in ne s skupino simptomov ali kot enovit sindrom.

Klinična simptomatika vedenjskih motenj je torej odvisna od vrste motnje, razvojnih pogojev otroka ali mladostnika, njegovih osebnostnih in individualnih karakteristik in razvojne dobe, v kateri se motnja pokaže.

Najznačilnejši simptomi motenega vedenja so: neposlušnost, agresivnost, razdiralnost, nesmiselna opozicionalnost, napadi besa in jeze, hiperaktivnost, prepirljivost, laganje, tatvine, pobegi, nagnjenost k pretepanju, mitomanija, impulzivnost, težja k superiornosti, pretirana občutljivost, kronično nezadovoljstvo, težave s koncentracijo, neuspeh v šoli itn.

V etiologiji sta pomembna osnovna biološka opremljenost (ekstravertirani tip doživljanja) in moten proces osebnostnega in socialnega razvoja v otroštvu.

TOKSIKOMANIJE

Problema toksikomanij pri mladostniku ne bomo obravnavali podrobneje, ker je to področje že opisano drugje. Pomembno je, da poznamo psihotropne snovi, ki povzročajo psihično in fizično odvisnost, saj so od njih odvisni nekateri ukrepi, zlasti v prvi fazi zdravljenja, kasnejša obravnava mladostnikov – toksikomanov pa se bistveno ne razlikuje od obravnave odraslih toksikomanov.

ZDRAVSTVENA NEGA OTROKA Z DUŠEVNIMI MOTNJAMI

Uvod

Pri zdravstveni negi otroka z duševnimi motnjami je še bolj kot pri zdravstveni negi odraslega v ospredju preventivni del.

Cilj *primarne preventive* je predvsem preprečevanje čustvenih motenj. Obsega zdravstvenovzgojno delo o razvoju dojenčka in otroka, o vzgoji in starševstvu ter svetovanje v stresnih razmerah, kot so ločitev, smrt ali dolgotrajne bolezni.

Sekundarna preventiva je usmerjena k zgodnjemu odkrivanju in ukrepanju pri duševnih težavah, ker je tako zdravljenje krajše in uspešnejše. Pomembno je, da medicinske sestre v patronažni dejavnosti, otroških dispanzerjih in bolnišnicah o morebitnih čustvenih težavah pri otroku takoj obvestijo zdravnika, ki se odloči, kam bo usmeril otroka in starše, da bodo dobili pravočasno pomoč.

Terciarna preventiva obsega rehabilitacijo. Z njo skušamo zmanjšati posledice bolezni in preprečiti ponovne težave. Medicinska sestra deluje kot miljejski terapevt v bolnišnici in skupinski terapevt za starše in otroke.

Medicinske sestre se z otrokom z duševnimi ali čustvenimi težavami srečujejo ob obiskih na domu, v zdravstvenih domovih in bolnišnicah. Otroka praviloma ne srečajo samega, ampak so ob njem tudi starši, ki na težave ponavadi prvi opozorijo. Ob prvem stiku moramo poskrbeti predvsem za zaupljiv odnos. Otroke in starše moramo sprejeti naklonjeno. Zaradi težav, ki jih imajo, jih ne obsojajmo, saj so že tako in tako dovolj prizadeti in imajo zaradi njih občutke krivde in se obtožujejo.

Ker je otrok čustveno in telesno odvisen od svojih staršev in drugih družinskih članov in je nanje tudi navezan, tudi njegove duševne težave ponavadi ne izvirajo le

iz njega samega. Pri nastanku težav igrajo vlogo vsi družinski člani in otrokove težave so lahko le simptom družinske patologije. Čim manjši je otrok, tem tesnejša je povezanost med njim in drugimi družinskimi člani.

Zbiranje podatkov

Medicinska sestra naj zbere podatke o celotni družini, o odnosu med možem in ženo in o načinu vzgajanja otroka in sorojencev. Pri otroku naj bo medicinska sestra pozorna na:

- videz (velikost, kako je oblečen, higieno, držo in zlasti na vse očitne pomanjkljivosti),
- motoriko,
- mišljenje (ali je logično, kohezivno),
- domišljijo (sposobnost fantaziranja in ohranjanja stika z resničnostjo),
- doživljanje samega sebe (njegovo samospoštovanje, kakšna je njegova predstava o samem sebi, koliko je zaverovan vase),
- orientacijo (v času, kraju, osebi),
- vrednote (otrokov vrednostni sistem: kaj se mu zdi prav in kaj narobe, kako se odziva na omejitve),
- odnose z ljudmi (kakšni so njegovi odnosi z družinskimi člani, ali ima družbo vrstnikov, kakšen je njegov položaj v skupini, kako se vanjo vključuje, ali ima najboljšega prijatelja),
- aktivnosti (v čem otrok uživa, v čem je uspešen).

Medicinska sestra naj tudi poizve, kako otrok in ostali družinski člani doživljajo problem, kako so se težave začele in koliko časa trajajo; pomembna sta tudi otrokov razvoj in njegova uspešnost v šoli.

Od znanja in sposobnosti medicinske sestre, otrokove starosti, časa, ki je na razpolago, in podatkov, ki so medicinski sestri znani že iz drugih virov, je odvisno, katere podatke zbere. O vseh zbranih podatkih se pogovori z drugimi člani tima in jih dopolni še z njihovimi. Otrokove in družinske probleme opredelimo v timu, postavimo cilje in se odločimo za nadaljnjo obravnavo. V terapevtski proces in v proces zdravstvene nege praviloma vključimo otroka in starše.

Delo medicinske sestre v mentalnohigienskih oddelkih otroških dispanzerjev in v pedopsihiatričnih ambulantah

Razen administrativnega dela naj medicinska sestra poskrbi, da so čakalnice in ambulante prilagojene otrokom. Biti morajo prostorne, da se otroci lahko gibajo, opremljene z igračami. Ob gibanju in igri se otrok lažje sprosti in tudi opazovanje igre in gibanja lahko dà koristne podatke. Glede na svoje znanje in sposobnosti lahko medicinska sestra vodi uvodne pogovore in je kot terapevt vključena v skupinsko obliko dela, če je organizirana v okviru dejavnosti njene ustanove.

Delo medicinske sestre na pedopsihiatričnem oddelku bolnišnice

Otroci z duševnimi težavami so le izjemoma sprejeti v bolnišnico, ker je za vsakega otroka že samo bivanje v njej hud pretres. Čim mlajši je otrok, tem težje

prenaša ločitev od staršev. Sprejem v bolnišnico je potreben, kadar so težave zelo hude, kadar je potreben zahtevnejši diagnostični proces in kadar so otrokove domače razmere zelo neugodne za zdravljenje. V Sloveniji imamo samo en oddelek za otroško psihiatrijo. Deluje v sklopu Univerzitetne pediatrične klinike.

V bolnišnici je medicinska sestra predvsem miljejski terapevt, vključena v multidisciplinarni tim. Otroku pomaga pri premagovanju vsakodnevnih težav, z njim vzpostavi zdrav odnos odrasli – otrok in mu pomaga, da ustrezno funkcionira. Zaželeno je, da ima otrok v medicinski sestri nadomestno mater. Medicinska sestra naj otroku pomaga predvsem premagovati težave, ki jih ima otrok tukaj in sedaj. Spodbuja naj ga k rekreaciji, zaposlitvi in vključevanju v skupino otrok na oddelku.

Med bolnišničnim zdravljenjem otrok potrebuje predvsem pomoč. Za njegove težave in neugodje se moramo iskreno zanimati in mu to tudi pokazati. Če otrok čuti, da mu je medicinska sestra naklonjena, je to osnova za vzpostavitev konstruktivnega odnosa.

Wilson in Kneisl (8) svetujeta medicinskim sestram, da si v zdravstveni negi postavijo naslednje cilje:

1. Spoznajmo otrokove resnične potrebe. Tako bo otrok manj napet in mu ne bo treba uporabljati oblik obrambnega vedenja.
2. Pomagajmo otroku pri vzpostavljanju stikov z vrstniki in odraslimi.
3. Pomagajmo otroku pri razvijanju občutka lastne identitete.
4. Otroku dovolimo, da se vede regresivno, da predela zgodnejša obdobja razvoja, ki jih je neustrezno preživel.
5. Otroku pomagajmo, da se nauči ustrezno komunicirati.
6. Otroka moramo zaščititi pred avto-in heteroagresivnimi dejanji.
7. Otroku pomagajmo pri vzdrževanju ali izboljšanju telesnega zdravstvenega stanja.
8. Otrok potrebuje pomoč pri oblikovanju odnosa z drugimi.
9. Otrok mora vzpostaviti realitetno kontrolo.

Ko so cilji postavljeni, mora medicinska sestra v sodelovanju z drugimi člani tima poiskati ustrezne oblike zdravstvene nege. Glede na svoje znanje, nagnjenja in čas lahko razen miljejske terapije deluje tudi ko terapevt v družinski terapiji in kot skupinski terapevt.

Družinska terapija

Ko otroka sprejmemo v bolnišnico, v obravnavo vključimo tudi starše, saj je nemogoče, da bi bil le otrok nosilec sprememb v družini. S starši moramo delati spoštljivo in jih postopoma seznanjati z motnjami v delovanju družine. Ponavadi spoznajo, da so spremembe nujno potrebne. Direktnega vodenja družinske terapije ne svetujejo. Starši potrebujejo veliko podpore in razumevanja.

Skupinska terapija

Skupinska terapija poteka v obliki igralne ali pogovorne skupine. Otroku pomaga pri ocenjevanju realnosti, nadzorovanju impulzov, pridobivanju samospoštovanja, odraščanju in pridobivanju socialnih spretnosti. Izkušnje, ki jih otrok pridobi v terapevtski skupini, lahko pozneje uspešno prenese v zunanje okolje.

Zdravstvena nega anksioznega otroka

Ob anksioznem otroku so ponavadi anksiozni tudi starši, ki otroku anksioznost vcepljajo. Pri akutni anksioznosti je prvi cilj pomiritev otroka in staršev. Zaskrbljenost staršev je potrebno spraviti v realne okvire, preprečiti otrokovo paniko in tudi pretirano izkazovanje nežnosti in skrbi za otroka. Kadar je otrok anksiozen, naj bo ob njem kdo od odraslih.

Anksioznost lahko deloma preprečimo ali omilimo tako, da otroka na primeren način seznanjamo z dejstvom, da so neuspehi, izgube in razočaranja sestavni del življenja.

Vznemirjenost in strah sta sestavna dela življenja in le kadar je anksioznost kronična in huda, je potrebna usmeritev otroka v specialistično obravnavo.

Zdravstvena nega otroka s fobijami in strahovi

Veliko fobij in strahov je sestavni del odraščanja in med razvojem ponavadi izginejo. Večina avtorjev govori pri predšolskih otrocih le o strahovih in o fobijah šele v kasnejšem obdobju.

Strahovi

Kadar je otroka strah ločitve od staršev, mu najlaže pomagajo starši sami, če mu zbujajo zaupanje in ga ne puščajo dolgo samega ter se odzivajo na njegov jok in klice. Strah pred ločitvijo je pogost ob prehodu iz domačega v tuje varstvo. Medicinska sestra naj staršem svetuje postopen prehod. Starši naj otroka seznanijo s človekom, ki ga bo varoval, in prve dni naj ga puščajo v varstvu le krajši čas. Starši naj že nekaj časa pred vstopom otroka v tuje varstvo doma vpeljejo enak urnik spanja in hranjenja. Hrana naj bo podobna tisti, ki jo bo otrok užival v tujem varstvu. Z otrokom se je treba veliko pogovarjati o tem, da mora mama v službo, da se bo v varstvu igral, jedel in spal, potem pa ga pridejo starši iskat. Po otroka morajo starši prihajati točno ob običajni uri, ker jih otrok sicer zelo težko čaka. Čim bolj starši razumejo, da je otroka zares strah, tem prej ga bo strah minil.

Tudi kadar mora otrok v bolnišnico, ga je pogosto strah ločitve. Otroku in staršem veliko pomeni, če so obiski mogoči ves dan. Starši morajo biti do otroka iskreni in mu povedati, kako dolgo bo ostal v bolnišnici, da bodo nanj veliko mislili in ga pogosto obiskovali. Medicinska sestra naj med bolnišničnim zdravljenjem prevzame vlogo nadomestne matere. Otroku naj glede na njegovo zdravstveno stanje in starost omogoči igranje, zaposlitev z branjem in podobno. Otroku veliko pomeni, če ob odhodu iz bolnišnice ali ambulante dobi kakšno škatlo ali brizgalko.

Še zlasti prvorojenci so ob rojstvu novega družinskega člana pogosto ljubosumni. Tudi to je strah pred zapustitvijo. Če je bil otrok že čist, se lahko pojavi enureza, enkopreza, hoče piti po steklenički, otročje govori. Pogosto otrok novorojencu ni naklonjen, ga udari ali stori kaj drugega. V takšnem primeru starši otroku najbolj pomagajo, če ga ne grajajo. Otroku je treba pustiti, da se vede regresivno, da je spet majhen. Z njim naj bodo starši nežni, ga vzamejo v naročje. Opozorijo naj ga na prednosti, ki jih ima pred mlajšim. Je močnejši, več zna, zvečer je lahko dlje pokonci in takrat sta starša samo njegova. Staršem lahko tudi »pomaga« pri negi dojenčka.

V obdobju med drugim in šestim letom so pogosti strahovi pred okoljem. Medicinska sestra lahko staršem svetuje, naj se z otrokom igrajo igrice, kjer sam igra vlogo strahu, ali se pri tem izmenjuje s starši. Priporočljivo je tudi pripovedovanje pravljic, v katerih nastopajo pravljična bitja, ki se jih otrok boji, saj so ta običajno premagana in se otrok lahko vživlja v vlogo zmagovalca. Če je otroka strah živali, mu je v veliko pomoč, če dobi to žival v obliki igrače. Pozneje mu lahko omogočimo tudi srečanje s to živaljo.

Kadar je strah dolgotrajen, je treba starše z otrokom napotiti v specialistično obravnavo. Izjemoma takšne otroke tudi sprejmejo v bolnišnico. V bolnišnici otroku skušajo pomagati poiskati način, s katerim se bo uspešno spoprijel s svojimi strahovi. Pri tem je predvsem pomembna igralna terapija, kjer je lahko udeležena tudi medicinska sestra, če ima ustrezno znanje.

Šolska fobija

Kot pri drugih fobijah je tudi tukaj najpomembnejša pomiritev staršev in otroka. Starši naj se posvetujejo s šolskim psihologom. Kadar je strah zelo hud, so napoteni v specialistično obravnavo.

Zdravstvena nega otroka z obsesivnim sindromom

Otroci z obsesivnim sindromom so za svojo okolico ponavadi nemoteči in starši začno iskati pomoč šele, ko nastopijo težave v šoli. Otrok zaradi svoje perfekcionističnosti dela ne zmore več in postane zaradi tega moteč tudi za domače. Ker je najpogostejši vzrok teh težav v načinu vzgajanja, so tukaj predvsem starši tisti, ki potrebujejo obravnavo. Medicinske sestre pri tem ponavadi niso udeležene.

Zdravstvena nega otroka z depresivnim sindromom

Pri majhnih in mlajših otrocih le redko pomislimo na depresijo. Medicinska sestra naj starše depresivnega otroka opozori, naj bodo do njega zelo pozorni. Za uspehe naj ga pohvalijo, za neuspehe pa čim manj grajajo. Izkazujejo naj mu obilo ljubezni, saj depresiven otrok močno trpi, ker ima občutek, da je slab, da ga nihče ne mara.

Smiselno enaka navodila so potrebna tudi staršem starejšega depresivnega otroka. Pri teh je depresivnost že bolj jasno izražena. Posebno pozornost zaslužijo suicidalne misli.

Kadar medicinska sestra posumi na depresivni sindrom, mora poleg svetovanja starše in otroka obvezno usmeriti v specialistično obravnavo. Včasih je potreben tudi sprejem v bolnišnico. V bolnišnici medicinska sestra otroka vključuje v skupino vrstnikov, igralno terapijo, pogovorne skupine. Te otroke je treba še posebej vztrajno spodbujati k sodelovanju, jih za njihove prispevke nagrajevati in pohvaliti. Preprečevanje samomora poteka podobno kot pri suicidalno ogroženem odraslem.

Zdravstvena nega otroka s histeričnim sindromom

Histerična simptomatika se pokaže šele v šolskem obdobju. Izredno pomembno je preventivno zdravstveno vzgojno delo o starševstvu, vzgoji otrok,

odnosih v družini. Kadar se histerični sindrom kljub temu pokaže, lahko medicinska sestra staršem svetuje, naj do simptomov ne bodo pretirano pozorni. Otroke in starše naj usmeri v specialistično obravnavo.

Zdravstvena nega otroka z enurezo

Primarna enureza

Medicinska sestra naj starše z otrokom, ki moči posteljo, najprej usmeri k zdravniku, ki potrdi ali izključi organske vzroke. Medicinska sestra naj poizve: ali je tudi kdo od staršev imel podobne težave, kako otroka navajajo na čistočo in kdaj so s tem začeli, v kakšnih stanovanjskih razmerah živijo (kako daleč je do stranišča), kakšni so odnosi v družini.

Kadar so izključeni organski vzroki močenja postelje, naj medicinska sestra strašem svetuje, da otroka kljub temu ne grajajo, ker zaradi tega že sam zadosti trpi. Tudi starši naj se ne obtožujejo zaradi te motnje. Potrebno jim je povedati, da razvoj in zorenje pozdravita vse otroke. S tem naj seznanijo tudi svojega otroka. Starši naj skušajo ugotoviti obremenjujoče dejavnike. Če je tudi kdo drug v družini močil posteljo, je dobro, da zberejo toliko poguma in otroku to povedo. Upoštevajo naj splošna načela za odpravljanje močenja postelje. Skrbijo naj za prijetno družinsko ozračje, do otroka naj bodo ljubeči. V večernih urah naj mu omejijo tekočino in pred spanjem naj gre obvezno na vodo. Kadar otrok ponoči ostane suh, naj ga nagradijo in pohvalijo. Dobro je, da dajo otroku koledar, kamor si vpisuje zvezdice za uspešne noči, nikoli pa črnih pik za »mokre« noči.

Sekundarna enureza

Ker so vzroki predvsem čustveni, je to jasen znak, da je otrok v stiski. Medicinska sestra lahko staršem pomaga odkriti vzroke in jim v okviru svojih možnosti svetuje.

Pri obeh oblikah enureze je bistvenega pomena preventiva: ustrezno navajanje na čistočo in urejene družinske razmere. Starši naj bodo obveščeni, kako kritična so lahko za otroka obdobja ločevanja od doma, prihod novega družinskega člana in kako mu lahko starši pomagajo premagati ta obdobja stiske.

Zdravstvena nega otroka z enkoprezo

Pri otroku, ki ima takšne težave, naj medicinska sestra poleg zdravniškega pregleda svetuje enak način navajanja na čistočo kot pri otrocih, ki se tega šele začenjajo učiti. Podobno kot pri enurezi je bistvena potrpežljivost, obzirnost in urejeni družinski odnosi. Medicinska sestra ima predvsem pomembno vlogo v preventivi, ko lahko s pravočasnim svetovanjem staršem, kako in kdaj naj otroka navajajo na čistočo, prepreči veliko kasnejših težav.

Zdravstvena nega otroka z astmo

Starši in otroci so ob astmatičnih napadih ponavadi anksiozni. Zato naj jih medicinska sestra skuša najprej pomiriti. Kadar je otrok sprejet v bolnišnico, ga

moramo spodbujati k samostojnosti. Ob napadih naj ga medicinska sestra pomirja in ga ne pušča samega.

Zdravstvena nega otroka s tiki

Medicinska sestra naj otroka s tiki in njegove starše napoti v specialistično obravnavo. Staršem naj svetuje, naj otroka ne opozarjajo na to njegovo posebnost.

Zdravstvena nega otroka z govornimi motnjami

Mutizem

Otrokova okolica si mutizem pogosto razlaga kot kljubovanje in poskuša otroka prisiliti, da bi govoril. Medicinske sestre to motnjo pogosto opazijo ob sprejemu v bolnišnico. Do takšnega otroka morajo imeti zelo topel odnos in ga zelo previdno spodbujati k besednemu občevanju. Pri tem morajo biti vztrajne in se ne smejo zadovoljiti samo z nebesednim občevanjem. Dobro je, če takega otroka vključimo v skupino, toda moramo biti zelo previdni. Držijo naj se dogovorov v timu.

Jecljanje

Starše in otroke s temi težavami naj medicinska sestra usmeri k logopedu. Staršem svetuje, naj otroka na jecljanje ne opozarjajo kar naprej. Samozavest naj mu dvigajo tako, da ga poslušajo, sprašujejo za mnenje in upoštevajo.

Zdravstvena nega otroka s psihoorganskim sindromom

Zgodnji otroški eksogeni psihosindrom

Vsi, ki delajo s temi otroki, morajo imeti veliko potrpljenja. Otroku morajo pokazati, da imajo za njegove težave razumevanje, ga spodbujati in mu krepiti samozavest. Težave nastopijo zlasti ob vstopu v šolo. Če tega ne naredi nihče drug, naj medicinska sestra starše takega šolarja opozori, da lahko dela zbrano le kakih 20 minut, potem pa se mora razgibati. Kadar je razburjen ali utrujen, naj se ne uči. Starši naj izkoristijo otrokove dobre dneve in naj takrat zahtevajo več, ob slabih dnevih pa naj zahteve zmanjšajo.

Kadar je v čakalnici otrok z eksogenim psihoorganskim sindromom, naredi medicinska sestra veliko uslugo njemu, sebi in ostalim čakajočim, če ga vzame naprej.

Zdravstvena nega psihotičnega otroka

Najpomembnejše je preprečevanje avtizma. V bolnišnici te otroke vključimo v skupinske dejavnosti. Potrebujejo zelo veliko spodbud, pohval, nagrad. Delo z njimi je utrujajoče, napredek je počasen in tudi prognoza je slaba. Delo s temi otroki je izrazito timsko.

BOLJ KO JE ŽIVLJENJE NESMISELNO, TOLIKO MANJ ZNOSNA JE SMRT.

Jean-Paul Sartre

PSIHIATRIČNA NEGA ADOLESCENTA

Uvod

Psihiatrična nega adolescentnega bolnika se nekoliko razlikuje od obravnave ostalih kategorij psihiatričnih bolnikov, oziroma natančneje, odvija se v širših okvirih. Izhaja namreč iz značilnosti normalne adolescence, ki je že sama po sebi posebno in burno obdobje človekovega življenja. Problemi, ki se postavljajo na razvojno pot mladostnika, so bistvenega pomena za razvoj njegove osebnosti, saj se, razrešeni ali ne, različno intenzivno ponavljajo še kasneje v življenju. Tudi močno čustvovanje, ki preplavlja mladostnika, pomeni temeljno izkušnjo za njegovo kasnejše čustveno življenje in reagiranje.

To dobro razumevanje adolescentovega vedenja in reagiranja določa tudi vlogo medicinske sestre v sklopu celostne obravnave mladega bolnika. Različne teorije iz raznih perspektiv razlagajo adolescenco, pri čemer je pozornost usmerjena predvsem na naslednja konfliktna področja: identiteto, socialno vlogo, odvisnost, telesno zorenje in spolno vedenje. Tako imenovano normalno zorenje je seštevek teh konfliktov in ga pogojuje biološki, z njim pa psihološki razvoj.

Telesni razvoj (lastna podoba)

Kronološka starost ni zanesljiva orientacija za telesno zorenje, ker je le-to individualno pogojeno in lahko pohiti ali zaostane. Mladostniki enake starosti prav zaradi različne stopnje telesne zrelosti in interesov težijo k posnemanju, kar jim zagotavlja skladnost s sovrstniki. Čim bolj se mladostnik telesno razlikuje od drugih članov skupine, tem bolj anksiozen postaja in čuti večjo potrebo po uniformnosti – telesni in duševni. Mladostnik se zaradi telesnih sprememb, posebno primarnih in sekundarnih spolnih značilnosti, prevrednoti in v njem se na novo prebudi zanimanje za lastno telo. Zelo ga skrbi, ali je telesno normalen in je ves zmeden, če glede tega ni primerno in pravočasno poučen. Zaradi pretirane pozornosti, zaskrbljenosti in občutljivosti obiskuje tudi zdravnika, stopnjevanje tega pa lahko vodi v hipohondrične motnje.

Identiteta

Poskusi prilagoditve na fizične spremembe med odraščanjem pustijo adolescenta v stanju zmedenosti in napetosti. Mešanica vedenjskih vzorcev iz otroštva in novih odraslih poskusov zrelosti se pogosto sešteje in odrazi v nerazumljivem regresivnem adolescentovem vedenju. Ker poskuša obvladati novi položaj, se včasih vede kot odrasli, včasih kot otrok. Mladostnik pravzaprav preživlja drugo obdobje procesa osamosvajanja, podobno prvemu okrog 2. leta starosti. »Ne«, ki prevladuje v vedenju dveletnika, je nekoliko podoben kljubovalnemu in uporniškemu vedenju adolescenta. Ti ekstremi so mu potrebni za oblikovanje identitete. Uporništvo in kljubovanje vodita adolescenta v individualizacijo in avtonomijo v širšem smislu. To kljubovanje je povezano s starši in drugimi avtoritetami, za katere meni, da ga ovirajo v težnji po samostojnosti. Osamosvajanje pa je težavno in boleče tudi zaradi spremljajočih občutkov izločenosti, osamljenosti in zmede. Ob zavesti, da je otroštvo pri koncu, se lahko stopnjujejo v strah in paniko. Zato si

marsikateri adolescent želi obstati v tej minevajoči fazi razvoja. Potrebuje čustvene vezi z družino, tako lahko oblikuje nove odnose, ki jih označuje večja medsebojna odvisnost. To se zgodi, ker mladostnik, žalujoč za varnim otroštvom, začuti močno potrebo po bližini, ljubezni in razumevanju, pogojeno tudi z občutkom osamljenosti. Če si v tem negotovem obdobju ne zna poiskati opore, ga lahko preplavi depresivno razpoloženje ali začne intenzivno razmišljati o samomoru.

Neodvisnost

V mladostniku je podzavestna težnja po odvisnosti, prav tako pa tudi močna potreba po osamosvojitvi. Na to ambivalenco kažejo mladostnikove viharne reakcije na sicer malenkostne neprijetnosti in ovire. Misli namreč, da bo postal neodvisen tako, da se bo izmaknil nadzoru staršev. Ne more se sprijazniti s tem, da je dozorevanje postopni proces učenja, temveč meni, da bo dosegel osamosvojitev na hiter in preprost način. Če ravna kot odrasli, to pomeni, da tudi je odrasel. Tako se znajde v položajih, ki jim ni kos in iz katerih se premagan in prestrašen umakne. Da bi zmanjšal anksioznost, se vrne k preizkušenim otroškim vzorcem vedenja in se zateče v okrilje staršev, ob katerih se čuti varnega. Vse to je razlaga za njegovo muhasto, neustaljeno vedenje. Uravnovešen, odrasel človek se ponavadi ne počuti prijetno, če se mora zaradi pomanjkanja lastnih izkušenj prepustiti vodstvu drugega človeka. Nasprotno pa adolescent to odvisnost doživlja kot korak nazaj, ob čemer trpi njegovo samospoštovanje. Zanikati mora svoje potrebe, vezane na starše.

Spolnost

Večina adolescentov sprejme norme, ki veljajo za spolnost v njihovem okolju, se pravi, svoje spolne želje in občutke usmeri k osebam nasprotnega spola. To ne gre brez zmede, čeprav mladostnik naredi velik korak v čustvenem zorenju v primerjavi z otrokom. Biološko pogojena spolna doživetja se intenzivirajo z bogatenjem emocionalnega doživljanja. Intenzivne čustvene vezi, ki ga vežejo s starši, hkrati povzročajo v mladostniku konflikte. Ljubezen do staršev istega spola namreč lahko spominja na homoseksualnost, čustva ljubezni do staršev nasprotnega spola pa so lahko konfliktna, ker namigujejo na incest. Tako se mladostnik izogiba tem novim čustvom in to lahko zaplete in ovira njegove poskuse dozorevanja na tem področju.

Spolno vedenje

Fantazije oziroma sanjarjenje služijo adolescentu za zmanjšanje napetosti ob prebujajoči se spolnosti. Lahko se počuti krivega in ga je hkrati sram svojih občutkov in doživetij. Neredko se zaveda neskladja med resničnostjo in sanjarjenjem, ki vključuje njegovo idealizirano podobo. Ta sanjarjenja so najpogosteje prehodnega značaja in ne vplivajo trajno moteče na adolescentov odnos do realnosti.

Tudi samozadovoljevanje, ki zmanjša adolescentovo napetost, še zlasti kadar je osamljen, nesrečen ali prizadet, je nadomestek za spolni odnos. Tudi samozadovoljevanje spremljajo občutja krivde in sramu, hkrati pa pomaga premagati adolescentovo zaskrbljenost in dvom, če je v spolnem smislu normalen.

Socialna vloga

Adolescent se zelo intenzivno odziva na socialno dogajanje in ljudi okrog sebe. Zaradi močnih in spremenljivih čustev je zelo občutljiv na odnos drugih ljudi do sebe. Pri oblikovanju odnosov s sovrstniki se ne meni za posameznikovo individualnost. Posnema oblačenje, govorico in celo način razmišljanja. Vendar pa mu vse to pomaga pri razvoju njegove identitete.

Skupina sovrstnikov omogoča adolescentu varnost, potrebno za reševanje različnih konfliktov. V njej so možne komunikacije, ki jih ne more razviti nikjer drugje. Tukaj tudi preverja ideje in oblikuje stališča. Njegov način razmišljanja se morda razlikuje od sovrstnikovega, vendar ga rade volje primerja in deli z drugimi. Tako skupina omogoča oblikovanje neodvisnih načinov reševanja problemov pozneje v življenju. Sicer pa zagotavlja svojim članom tovarištvo, zaščito, varnost, a hkrati odvisnost. Vendar je zanj sprejemljiva, ker nastaja obenem z odvisnostjo drugih od njega. Mladostnik je lojalen do ostalih članov skupine. Ideje, ki se porajajo ob splošnih vrednotah, pretehtava in jih zavrže ali pa vključi v svojo nastajajočo osebnost.

Ta pregled pomembnih področij osebnostnega razvoja omogoča izluščiti tudi najpomembnejše naloge, ki jih mora mladostnik v relativno kratkem času razrešiti:

- sprejeti bolj zrele, drugačne odnose z vrstniki obeh spolov,
- sprejeti mora svojo moško oziroma žensko socialno in spolno vlogo,
- sprejeti svoje telo in razviti do njega pozitiven odnos,
- sprejeti emocionalno neodvisnost od staršev in drugih pomembnih odraslih,
- sprejeti norme in etični sistem, ki veljajo v njegovem okolju.

Te naloge, s katerimi se sooči, postavljajo na preskušnjo njegove obrambe in lahko stimulativno učinkujejo na njegov razvoj, saj ima ob več pozitivnih izkušnjah več možnosti za uspešno premagovanje anksioznosti, ki spremlja vse vrste sprememb na njem. Po drugi strani pa lahko vodijo v regresijo in dezintegracijo zaradi pomanjkljivih obramb.

Vloga psihiatrične medicinske sestre oziroma tehnika v psihiatrični negi adolescenta

Medicinska sestra (tehnik), ki se odloči za delo z adolescentnim psihiatričnim bolnikom, kaže poudarjeno zanimanje za mlade in njihove potrebe. S posebnim občutkom za odkrivanje odklonov oziroma zastojev v razvojnem procesu pomaga bolniku na njegovi poti v zdravje oziroma zrelost. V tem se njeno delo razlikuje od dela medicinske sestre, ki neguje odraslega psihiatričnega bolnika. Slednji je že dosegel določeno stopnjo zrelosti in si sedaj prizadeva na novo pridobiti pozitivne izkušnje, ki jih potrebuje za ustreznejše delovanje na posameznih deficitarnih razvojnih področjih. Psihiatrična nega oziroma sestrska obravnava v širšem smislu, se pravi povsod, kjer prihaja adolescent z duševnimi motnjami v stik z zdravstveno službo, se odvija na psihičnem, socialnem in somatskem področju pacientovih potreb, s poudarkom na tistem področju, ki je najbolj moteno. To je neposredna skrb za pacienta, ki poteka bodisi individualno, kar je bolj značilno za ambulantno obliko dela, ali v kombinaciji s skupinskim delom, ki je značilno za zdravljenje v bolnišnici.

Medicinska sestra v izvenbolnišničnih oblikah dela z mladostniki lahko razvije preventivno skrb za mladostnika v njegovi družini in socialnem oziroma šolskem okolju s tem, da vzgojno deluje na zanj pomembne odrasle, jih opozarja na značilnosti in težave v tem obdobju in jih spodbuja k reševanju njegovih problemov. Taka posredna oblika delovanja medicinske sestre je tudi raziskovalna dejavnost, v katero je lahko vključena. Psihiatrična nega v ožjem pomenu kot del zdravljenja in rehabilitacije pa se izvaja predvsem kot del bolnišnične oblike skrbi za mladega bolnika.

Za celo vrsto vedenjskih in čustvenih motenj ter duševnih bolezenskih procesov je bolnišnično zdravljenje najustreznejše; v tem okviru poteka psihiatrična nega, o kateri govorimo. Izhodišča in načela dela z mladimi so v bolnišničnem zdravljenju takšna kot pri ambulantnem zdravljenju, vendar je nega zaradi specifičnih pogojev v bolnišnici kompleksnejša.

Načrtovanje in izvajanje nege

Če hoče medicinska sestra zares dobro in ustrezno izvajati svoj del terapevtske obravnave mladega bolnika, mora predvsem zbrati največ možnih podatkov o njem. Zelo zanesljiv in usmerjen način, kako sistematično in dokumentirano priti do širše in natančnejše podobe pacienta v zelo pomembnem, začetnem obdobju hospitalizacije, je sestrska anamneza. Le-ta je pomemben element procesa nege; izvajamo jo s pomočjo kliničnega opazovanja, pri katerem si pomagamo s teoretičnim znanjem, in z intervjuji s pacientom in njegovo družino. Podatkom o rasti in razvoju vključno s pomembnimi mejniki se pridružijo podatki o biopsihičnem stanju (bolezni, nesreče), čustvenem stanju, kulturnem, religioznem in socialnoekonomskem položaju, zanj značilnem utirjenem vzorcu reagiranja (kot so umik, eksplozivnost, uporništvo), o odnosu do družine in sovrstnikov, o njegovem doživljanju in sprejemanju lastnega telesa, o odnosu do lastnega zdravja in končno o njegovih predstavah o bolnišničnem zdravljenju in terapevtskih ciljih.

Medicinska sestra zbere te podatke s pomočjo sestrske anamneze, se pravi tako, da samostojno in vzporedno s pacientovim terapevtom na posebnem formularju dopolnjuje podatke; ta koristni način žal še ni zelo uveljavljen. Ponavadi medicinska sestra še vedno dobiva možnost vpogleda v kompleksnost problematike in osebnost na novo sprejetega pacienta skozi utirjen, čeprav bolj posreden način: ob timskem načinu dela, ki omogoča vsem članom tima aktualen, neprekinjen pretok informacij. Tako se medicinska sestra sproti seznanja z ugotovitvami zdravnika, socialnega delavca, delovnega terapevta, psihologa in drugih, ta proces pa poteka tudi v obratni smeri. Najustreznejša bi bila seveda kombinacija obeh metod, s pomočjo katere bi se sistematično zbrana opažanja medicinske sestre trajneje ohranila.

Tako kot za zbiranje podatkov tudi za načrtovanje, izvajanje in vrednotenje nege velja, da skozi učinkovito timsko delo medicinska sestra ob drugih strokovnjakih oblikuje tudi svoj delež obravnave. Skrb za zadovoljevanje pacientovih psiholoških, socialnih in telesnih potreb je stvar vseh članov tima, pri čemer vsakdo sodeluje glede na svojo strokovnost in zadolžitve. Ker pa pri mladostnikih te zadolžitve le težko razmejimo, po potrebi tudi prehajajo z enega terapevta na drugega, upoštevaje tudi zelo pomembne osebnostne človeške lastnosti.

Preden bomo spregovorili o splošnih pravilih in posebnostih nege adolescentnih bolnikov v okviru dveh velikih skupin motenj in bolezni, se pravi nevrotičnih motenj in psihotičnih motenj, moramo omeniti nekaj značilnosti vedenja mladostnikov v skupini in v individualnih komunikacijah, ki oblikujejo terapevtski pristop medicinske sestre. To so na primer molk v skupini, nezaupljivost do medicinske sestre ali nasploh do terapevtov, odpori, testiranje medicinske sestre kot avtoritete in odraslega človeka, ugovarjanje, stiska in neugodno počutje v zvezi s hospitalizacijo in pa možna izrazita navezanost na medicinsko sestro ter klic po večji pozornosti. V tej dinamiki se seveda ne more izogniti osebni zavzetosti. Tako jo lahko spravi molčečnost v skupini v stisko, če ne ve, da lahko izraža pri posamezniku bodisi njegovo anksioznost, povezano z občutji praznine in negotovosti, bodisi njegovo zavrtost in socialno izolacijo, ali pa bolnik tako prikrije svoje občutke sovražnosti in odpora.

Ob negativizmu bolnika, ki ga največkrat sprožata strah in odklonilnost do bolnišničnega zdravljenja še zlasti v začetku, je na preskušnji pozitivna naravnanost medicinske sestre, saj mora potrpežljivo in previdno z veliko mero razumevanja doseči bolnikovo sodelovanje. Bolniku, ki zaradi svojih regresivnih teženj po odvisnosti, zahteva kar največjo pozornost medicinske sestre, naj ne daje neuresničljivih obljub, ker mu tako ne more zares zapolniti notranje praznine. Odnos medicinske sestre do takšnega bolnika naj bo nezahteven in popustljiv; tako mu omogoči, da svoje občutke praznine in nebogljenosti brez bojazni izrazi. Ob pacientovem testiranju medicinske sestre je najbolj na preizkušnji njena osebnost, z lastnimi nerazrešenimi konflikti. Sama namreč, kot običajno odrasli, nerada obnavlja svoje mladostniške čustvene stiske in jih raje potisne v ozadje. Zato zaradi svoje lastne anksioznosti težko prisluhne pacientu ali ga opogumlja za stvari, ki si jih sama ne bi upala storiti. S takšno identifikacijo s pacientom zavre njegovo ustrezno soočanje z resničnostjo, povezano z nalogami odraslega. Mladostnik namreč potrebuje in hoče določene okvire, ker njegovi še niso izdelani in trdni. S tem, ko preverja trdnost in stabilnost medicinske sestre, išče svoj lastni način uveljavljanja. Če medicinska sestra »test« dobro prestane, se tako vzpostavi osnovni pozitivni odnos; pacient namreč ceni varnost, ki jo le-ta omogoča, in tako lahko celo razvija svojo neodvisnost. Medicinska sestra zanj predstavlja nadomestno starševsko figuro in mu to relativno neodvisnost dopušča.

Nekatere značilnosti nege

Nega adolescentnega bolnika ima splošne vidike in posebnosti, a je glede na kombinacijo osebnosti bolnika njegove motnje oziroma bolezni v vsakem posameznem primeru specifična.

Pri *nevrotičnih motnjah,* se pravi pri anksioznih stanjih, fobijah, šolskih fobijah, obsesivnem sindromu, depresivnem sindromu, histeričnem sindromu in psihosomatskih motnjah in obolenjih gre za intenziviranje normalnih pojavov, ki lahko kasneje tudi izzvenijo ali pa se utrdijo v prave nevroze. Nego oziroma obravnavo načrtujemo tako, da enako intenzivno pokriva vse tri vidike bolnikove prizadete osebnosti; telesnega, čustvenega in socialnega.

Zadovoljevanje telesnih potreb pacienta se odvija večinoma skozi nevsiljiv, takten nadzor nad njegovimi higienskimi navadami, odnosom do lastnega telesa in oblačenja. Če je potrebno, mu medicinska sestra svetuje povsem naravnost in ga tako tudi vzgaja. Pri tem ima ves čas pregled nad njegovimi telesnimi funkcijami (telesna teža, krvni pritisk, odvajanje, prehranjevanje, spanje, telesno odzivanje na zdravila in še kaj).

Na področju psihosocialnih potreb, kjer je tudi prvotni izvor konflikta, se medicinska sestra orientira po tem, ali je bolnikova bolezen akutna, ali gre za dlje trajajočo motnjo. V prvem primeru, ko je pacient vznemirjen, zaskrbljen, anksiozen, močno depresiven ali suicidalen, mora biti medicinska sestra ob njem, saj že s svojo prisotnostjo, razumevanjem in empatijo zmanjšuje njegov strah in slabo počutje. Ob tem naj besedno in nebesedno ne posveča pretirane pozornosti simptomom; če jo begajo in vzbujajo njeno pretirano pozornost, postane bolnik še bolj anksiozen in ima še več simptomov. Ko se bolnik tudi zaradi občutkov varnosti ob medicinski sestri pomiri, naj se njena skrb usmeri v aktiviranje in razvijanje bolnikovih psihičnih in socialnih potencialov v smislu dozorevanje, še zlasti na prizadetih delih njegove nastajajoče osebnosti.

Psihoze so druga bolezenska kategorija, ki se pogosto pokaže že v (tudi zgodnji) adolescenci. Tu gre za endogene procese, ki začasno zavrejo in tudi okrnijo normalen potek psihičnega in socialnega dozorevanja.

Če naj bi akutna bolezenska preokupacija s samim seboj in s tem povezan odmik od stvarnosti in ljudi čim hitreje izzvenela, mora medicinska sestra ob hkratnih drugih terapevtskih ukrepih (recimo zdravilih) ustrezno poskrbeti za bolnikove telesne potrebe in mu tako omogočiti, da razvije pomemben občutek zaupanja, ki se v naklonjenem in varnem ozračju še utrjuje.

Medicinska sestra, katere nadomestna starševska vloga je pri takem bolniku, ki je odmaknjen v regresiji, še zlasti pomembna. Ne spodbuja ga samo na področju socialnih komunikacij s sovrstniki, ki jih skuša ohraniti tudi v akutni fazi bolezni, ampak je posebej pozorna tudi na razvijanje njegovega samospoštovanja, zaupanja vase, boljšega občutka za medsebojne odnose, samostojnosti in podjetnosti.

LITERATURA

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Third Revision. Washington: 1980.

2. Pregelj B. Otroška psihiatrija. V: Milčinski L. (ur). Psihiatrija. Ljubljana: Državna založba Slovenije, 1986.

3. Kaplan HI, Sadock BJ. Comprehensive textbook of psychiatry. Fourth Edition. Baltimore: Williams and Wilkins, 1985.

4. Ledovici S. L'abord ecologique en psychiatrie infantile. V: Lebovici S (ed). La psychiatrie de l'enfant. Paris: Presses Universitaries de France, 1964.

5. Freud A. Normality and pathology in childhood. London: Hogarth Press, 1966.

6. Freud A. Assessment of childhood disturbance. Psychoanalytic Assessement: the Diagnostic Profile. New Haven: Yale University Press, 1965.

7. Lebovici S. Povodom dečje neuroze. Psihiatrija danas 1976; VIII: 8–16.

8. Wilson HS, Kneisl CR. Psychiatric nursing. Maine: Adison & Wesley, 1979: 433.