

# SPECIFIČNOSTI STRESNIH, PSIHOSOMATSKIH IN NEVROTSKIH MOTENJ PRI OTROCIH IN MLADOSTNIKI IN NJIHOVA GENEZA

**Biserka Ilin**

*(Prispevek smo vključili v zbornik na predlog udeležencev srečanja.)*

Današnji pogoji življenja z veliko negotovosti, napetosti, nestabilnosti, pogostimi frustracijami in storilnostno naravnostjo družbe ustvarjajo pogoje za zaskrbljenost, tesnobo ter socialno izolacijo otroka in mladostnika.

Razvoj osebnosti otroka in mladostnika, njegova pozicija v družini, podkulturi in družbi je pod vplivom sociokulturnih dejavnikov. V represivnih družbenih sistemih je več nevrotičnih manifestacij kot v družbenem okolju, kjer je manj omejitev v spontanem izražanju agresivnih tendenc (1).

## ETIOLOGIJA

Fizični in psihosocialni stresorji v določenih okoliščinah vplivajo na človeka tako, da se pri njem izoblikujejo patološki odkloni v funkcioniranju. Sposobnost otroka/mladostnika, da vzpostavlja in vzdržuje optimalno telesno in psihično ravnovesje, je odvisna od bioloških faktorjev oz. njegove konstitucionalne opremljenosti; prejšnjih življenjskih izkušenj oz. stopnje zadovoljitve njegovih osnovnih potreb in količine frustracij, ki jih je doživel ter sposobnosti mentalne predelave informacij oz. njegove prilagodljivosti na variabilne pogoje življenja.

Pomen posameznih stresorjev se spreminja. Odvisen od starosti, intelektualne in čustvene zrelosti otroka in mladostnika. Za majhnega otroka je pomemben stresor ločitev od staršev; za adolescente pa učni neuspeh, konflikti s starši v borbi za samostojnost ali socialna izolacija oz. nesprejetost s strani vrstnikov. Starši imajo s svojim odnosom do

življenja in vzgojnimi stališči pomembno vlogo v osebnostnem razvoju otrok in mladostnikov, kot tudi v izoblikovanju različnih psihopatoloških odklonov. Zmerne frustracije pripravijo otroka in mladostnika na adekvatno prilagajanje okolju ter ga spodbujajo v osebnostnem zorenju. Če so frustracije po intenziteti ali pogostosti prekomerne, izčrpavajo prilagoditvene sposobnosti otroka/mladostnika in pripeljejo do zloma obrambnega sistema. Takrat se pojavijo nevrotične obrambe, vedenjske motnje, psihosomatski simptomi, motnje v delovnem ali socialnem funkcioniranju. Ti psihopatološki odkloni varujejo otroka/mladostnika pred dezintegracijo, vendar mu onemogočajo ustrezno prilagajanje na obremenjujočo situacijo.

Različni avtorji navajajo 5-10% pogostnosti prilagoditvenih motenj pri otrocih in mladostnikih. Verjetno jih je veliko več, vendar mnogi odkloni ostanejo neodkriti in neregistrirani.

## ANKSIOZNOST

Tesnoba zavzema centralno mesto v organizaciji osebnosti; je neločljiva od težnje človeka, da zadovolji svoje osnovne čustvene, nagonске, spoznavne in socialne potrebe. Patološko tesnobo od normalne loči le intenziteta in dolžina trajanja oz. nesorazmerje med izraženostjo tesnobe ter pogojev, v katerih se pojavlja.

Nefunkcionalna družina otroku/mladostniku ne zagotavlja ugodnega čustvenega ozračja, v katerem bi se počutil varnega in sprejetega, temveč ga izpolni s tesnobo, nemirom in strahom. Tesnoba je stalen spremljevalec doživljanja otroka/mladostnika:

- če odrašča v preveč zaščitniškem - hiperprotektivnem okolju, v nenehnem pričakovanju nečesa hudega, kjer je omejevan v pridobivanju lastnih izkušenj,
- ko so družinske razmere, v katerih živi, izrazito kaotične in nikoli ne ve, kaj lahko pričakuje,
- če so starši storilnostno naravnani in mu postavljajo previsoke zahteve po uspehu, ki ne ustezajo njegovim sposobnostim,
- ko živi v avtoritativnem ali moralno prezahtevnem okolju, ki v njem budi občutke krivde in strah pred kaznijo,
- če starši nanj prezgodaj prelagajo odgovornosti in obveznosti, katerim še ni dorasel.

Takšni otroci/mladostniki izgubljajo spontanost, kreativnost, iniciativnost, umaknejo se v obrambno pozicijo, postanejo boječi, razdražljivi, preutrujeni, vedenjsko težavni ali se pojavi kakšna težja motnja v psihofizičnem funkcioniranju.

Tesnoba ima signalno funkcijo. Je znamenje notranje ali zunanje nevarnosti.

Dojenčki tesnobo doživljajo kot prostolebdeče nelagodje, ki jih difuzno preplavlja ob frustraciji njihovih osnovnih fizioloških potreb ali grozeči separaciji od matere. Tesnoba pri majhnem otroku je znak njegovega občutka ogroženosti v neki situaciji, kar je posledica njegove odvisnosti od drugih oz. psihofizične nezrelosti. Nivo biološke in psihološke razvojne stopnje določa obliko, v kateri se psihopatološke motnje izražajo. Dojenček in majhen otrok izraža svoje nezadovoljstvo preko telesa, ker še nimata razvitih mehanizmov kognitivne predelave konflikta ter sposobnosti verbalnega izražanja. Pri tesnobnem dojenčku so opazne motnje v fiziološkem funkcioniranju, kar se odraža v pogosti pojavi abdominalnih kolik, bruhanja, ruminacije, anoreksije, dispnoičnih napadov, motenj spanja... Po drugem letu starosti se počasi izoblikujejo prvi obrambni mehanizmi in se tesnoba pri teh otrocih razen v telesnih simptomih prepozna tudi kot nemir, razdražljivost, jokavost, neobgljivost, auto- ali heteroagresivnost. Pri starejših otrocih se simptomatika popestri še z motnjami pozornosti, upadom interesov in iniciativnosti, s pojavom tikov, enureze in inkopreze.

Za adolescenco je značilna po intenziteti fluktuirajoča, vendar vedno prisotna anksioznost. Mladostnika osebni razvoj sili v nenehno preverjanje lastnih sposobnosti. Zorenje je spremljano s veliko tesnobo, ki je pogojena s pričakovanjem nečesa novega, s stopanjem po neznani, še ne raziskani poti, z dilemo glede lastnih zmoglosti, s postopno izgubo zaščite staršev, s porajanjem novih nagonskih potreb v hitro se spreminjajočem telesu. Borba za status in samostojnost in poskusi uveljavljanja v družini in širšem socialnem okolju ga pogosto pripeljejo v konfliktne situacije, kar pri njem stopnjuje tesnobo, razdražljivost in čustveno labilnost. Že prej naštetim simptomom se v adolescenci lahko pridružijo še depresivne motnje in socialna izolacija.

Če se intenziteta tesnobe ekstremno poveča, se to lahko razreši s kratkostično reakcijo, kar se pri mlajših otrocih manifestira kot »temper tantrum« oz. izrazita motorična praznitev (izbruh besa s kričanjem in intenzivnimi telesnimi gibi); pri starejših pa s samopoškodovanjem ali psihotično dezintegracijo.

Kronična tesnoba je pogosto spremljana s pretirano nevrovegetativno vzdraženostjo in nestabilnostjo, ki sprva rezultira s funkcionalnimi motnjami posameznih organskih sistemov, pozneje pa z razvojem psihosomatskih bolezni.

## **REAKTIVNE MOTNJE**

Reaktivne motnje v kriznih situacijah so odkloni v psihofizičnem funkcioniranju, ki so posledica spleta stresogenega dogajanja in specifičnega načina odzivanja posameznika.

Preintenzivna ali dolgotrajna frustracija lahko poruši psihično ravnovesje otroka ali mladostnika, ki je zaradi razvojne faze šibko in nestabilno.

Nezreli Ego otroka/mladostnika se pred bolečimi občutki brani s pomočjo različnih obrambnih mehanizmov (represija, zanikanje, projekcija...) ali odreagira preko telesa in s tem opozarja na svojo stisko. Če se kopičijo frustracije osnovnih potreb, obrambni mehanizmi Ega počasi popuščajo. To ima za posledico začasno ali trajno regresijo na nižji razvojni nivo, ki se odraža v manj zrelih oblikah funkcioniranja, kar ovira zorenje osebnosti. Otrok na akuten ali kroničen stres, ki presega njegove obrambne sposobnosti, lahko odreagira s nevrotskimi motnjami, vedenjsko težavnostjo, depresijo ali psihosomatskimi težavami. Način odzivanja otroka na stres je odvisen od njegovih osebnostnih značilnosti in življenjskih izkušenj oz. občutka sprejetosti in varnosti, ki mu ga ponuja okolica.

## **PSIHOSOMATSKE MOTNJE**

Psihosomatske težave so prehodne ali trajne motnje v funkcioniranju posameznih organov ali organskih sistemov, ki nastajajo predvsem zaradi disfunkcionalnosti psihične organizacije otroka/mladostnika oz. neuspešnosti obrambnega sistema, ko nakopičena tesnoba išče telesne poti razbremenitve.

Nerazrešene duševne stiske preko pretirano vzdraženega vegetativnega živčnega sistema povzročajo pojav simptomov telesnih bolezni pri otroku/mladostniku, ki ne zna ali nima objektivnih možnosti za to, da svoje nezadovoljstvo izrazi verbalno.

Za otroško obdobje je značilno, da so duševni in telesni procesi neposredno povezani in zato medsebojno odvisni. Biološke oz. konstitucionalne determinante določajo vulnerabilnost posameznih organskih sistemov, ki se prvi odzivajo na nevrohumoralne spremembe, povzročene s stresno situacijo. Hiperekscitacija vegetativnega živčnega sistema, ki vodi v razbremenitev preko telesa, je lahko posledica prevelikega števila dotekajočih dražljajev v stresu ali večje prepustnosti zaščitne bariere pri otroku/mladostniku.

Telesne motnje so najpogostejše pri majhnih otrocih, ko so ti še simbiotično navezani na objekt (mater), njihova komunikacija pa še ne preide v simbolično in do stopnje, ki bi omogočila predelavo izkušenj in predstav(2). V tem obdobju so v ospredju motnje hranjenja, prebave in izločanja. V latenci, po nekajletnem obdobju manjše telesne reaktivnosti, začne naraščati število psihosomatskih odzivov na frustracije (predvsem pri deklicah). V puberteti in adolescenci se število psihosomatskih težav še poveča, ker je to krizno obdobje burnih hormonalnih sprememb, ki je spremljano z vegetativno razburljivostjo ter povečano telesno odzivnostjo in ker je mladostnikova pozornost posebej usmerjena v hitro se spreminjajoče telo.

Osnove za psihosomatsko reagiranje na stres se vzpostavljajo že v zgodnjem otroštvu, preden otrok razvije svoje sposobnosti kognitivne predelave problemov in verbalnega izražanja. Izkušnje iz zgodnjega otroštva pomembno vplivajo na izoblikovanje vzorca odzivanja na življenjske obremenitve. Ta vzorec postane reprezentativen tudi za kasnejše načine obvladovanja frustracij. Otroku, ki se začasno prilagodi stresni situaciji tako, da razvije telesne simptome, se bo tudi kasneje ob obremenitvah zatekal v vlogo bolnika, če bo s svojo »boleznijo« pritegnil pozornost svoje okolice. Takšni otroci/mladostniki se na lečečega zdravnika obračajo s številnimi in ponavljajočimi se telesnimi težavami, katerim niti skrbno izpeljan diagnostični postopek ne najde somatskega ozadja.

Psihosomatska patologija pri otroku je povezana z kvalitativnimi in kvantitativnimi motnjami čustvenega odnosa med otrokom in materjo.

Za zdrav osebni razvoj dojenčka sta pomembna stabilno, adekvatno, čustveno bogato odzivanje matere, ki je sposobna, da se na otrokove individualne potrebe odzove pravočasno in primerno in od usklajenost ritma dojenčka in njegove okolice. Do čustvene deprivacije otroka pride v družinah z motenim načinom komuniciranja. To G.Henyer (1952) imenuje »intrafamska hospitalizacija«, kar pomeni afektivno prikrajšanje otroka v okviru družine, ko mati v danih družinskih okoliščinah ni sposobna emocionalno investirati v otroka(3).

Ogrožajoča separacija otroka od matere ni nujno le fizična. V večini primerov so matere fizično prisotne, vendar so čustveno odsotne zaradi lastne emocionalne prikrajšanosti ali depresije. Posledica tega je objektivno prazen, površen čustven odnos, kar povzroča povečano vulnerabilnost za psihosomatsko reagiranje, ki je v bistvu depresivnost otroka /mladostnika.

Otrok, ki je kronično napet, negotov, prestrašen ali potr, v telesnem razvoju napreduje počasneje in je tudi manj odporen za okužbe. Stiske takšnega otroka se pogosto manifestirajo kot kronično ponavljajoče se telesne težave. Razvojno pogojeno izrazito telesno odzivnost otroka/mladostnika starši oz. okolje s svojim neustreznim ravnanjem lahko še bolj poglobijo, če čezmerno poudarjajo pomen teh težav. Hiperprotektivno ravnanje staršev utrdi regresivno vedenje otroka/mladostnika in s tem odpre pot za njegovo iskanje pozornosti preko telesnih pritožb.

Psihosomatsko reagiranje je pogosto v družinah, kjer so družinski člani med seboj pretesno čustveno navezani, od zunanjega sveta nekoliko distancirani, zaprti in kjer bi direktno izražanje negativnih čustev ogrozilo navidezno homeostazo družine. Za te družine je značilna slaba diferencijacija medosebnih meja, pri čemer posameznik nima dovolj zasebnosti in je preveč zlit z drugimi družinskimi člani. V teh družinah se telesnemu komuniciranju in zdravstvenim težavam posveča prevelika pozornost.

Psihosomatsko odzivanje se pogosto pojavlja tudi v storilnostno naravnanih družinah, kjer so postavljena visoka pričakovanja do otrok/mladostnikov. Ta pričakovanja so nenehen pritisk in zahteva do družinskih članov, ki se umaknejo v bolezen, če situaciji niso kos.(4)

V hudo disfunkcionalnih družinah, kjer je stalno prisotna grožnja razpada družinskega sistema zaradi nakopičenih nerazrešenih konfliktov, je otrok/mladostnik lahko varnostni ventil družine. Njegova čustvena stiska se zaradi grozeče separacije, izrazi s telesnim simptomom oz. boleznijo, kar združi starše v skrbi zanj ter se s tem začasno preloži dokončna razrešitev problema. Če ta sistem reagiranja postane del družinskega sloga oz. se na ta način vzdržuje homeostaza družine, se ustvarijo pogoji za to, da se pri otroku/mladostniku fiksira somatska pot reagiranja na ogrožajočo situacijo.

Za psihosomatske bolnike so značilni čustvena nezrelost, dependentnost, aleksitimija (nesposobnost prepoznavanja in verbalizacije svojih čustev), nizka frustracijska toleranca, nizko samospoštovanje ter strog in kaznujoč superego, ki nakopičeno in potlačeno agresijo preusmeri proti lastnemu telesu, katerega bolnik podzavestno odklanja.

Psihosomatsko odzivanje in aleksitimija so posledica zastoja oz. fiksacije v afektivnem razvoju v otroštvu zaradi zelo zgodnje psihične travme ali regresa po hudih travmatičnih izkušnjah v adolescenci.

Psihonevroze v otroštvu in adolescenci so motnje v funkcioniranju osebnosti, ki se razvijajo, in so posledica konflikta notranjega ali zunanjega izvora. Konflikt vedno reflektira odnos otroka/mladostnika z internaliziranim objektom oz. z neko zanj pomembno osebo. Nevrotski simptomi so posledica aktualnega stresa, ki je reaktiviral infantilne strahove in konflikte, nastanejo pa, ko so obremenitve ali frustracije večje kot otrokova/mladostnikova sposobnost prilagajanja v dani razvojni fazi. Nevrotični odkloni so izraz krhkega ravnovesja Ega, ki je izgubil sposobnost za adekvatno prilagajanje, oz. konflikta med načeli realnosti na eni strani in osnovnih potreb otroka/mladostnika, pri katerih prevladuje princip ugodja, na drugi strani (1).

Nevrotičen otrok/mladostnik doživlja sebe in okolje izkrivljeno- manj realno in mu to onemogoča, da z okolico ustvarja bolj ustrezne relacije oz. se adekvatno prilagodi situaciji.

## DIAGNOZA IN DIFERENCIALNA DIAGNOZA

Meje med posameznimi diagnostičnimi entitetami pri otrocih in mladostnikih niso vedno jasne, zato se pri diagnostični opredelitvi mora upoštevati starost otroka/mladostnika oz. dinamika njegovih razvojnih osebnostnih sprememb.

Pri klinični raziskavi psihosomatskih motenj moramo posvetiti veliko pozornosti biološkemu in psihološkemu aspektu telesnih težav. Pri psihološki evalvaciji moramo natančno preučevati kvaliteto odnosa otrok-mati in odzivanje otroka na okolje v preverbalnem obdobju življenja. Pri diferencialno diagnostičnem ocenjevanju somatskih težav moramo vedno imeti v mislih dejstvo, da psihosomatska simptomatika lahko maskira nastajajočo telesno bolezen.

## PROGNOZA

Prognoza psihopatoloških motenj, ki nastanejo pod vplivom akutnega ali dalj časa trajajočega stresa, je pri otrocih/mladostnikih dokaj ugodna zaradi njihovega dobrega psihofozičnega adaptacijskega potenciala.

Prognoza prej opisanih motenj je odvisna od moči Ega in pogojev, v katerih otrok/mladostnik odrašča. Ego z dobrim obrambnim sistemom prenese večjo količino tesnobe; je sposoben mentalne predelave problema ter na frustracijo odreagira aktivno oz se pred problemi ne umika, za razliko od otroka /mladostnika s šibkim Egom, ki se ni sposoben soočati s problemi, temveč se izogiba konfliktom in se postavlja v pasivni-obrambni položaj.

V adolescenci pride zaradi osebnostnega prestrukturiranja in zorenja v ugodnih okoliščinah do slabljenja ali izzvenevanja nevrotičnih obramb, v neugodnih okoliščinah se pa nevrotični konflikti še utrdijo in poglobijo, kar pripelje do fiksiranja simptomatike. Pri nekaterih otrocih/mladostnikih se psihopatološka simptomatika le potuhne in pozneje pod vplivom obremenjujočega dogodka izbruhne v polni klinični sliki. Dejstvo pa je, da nevrotičen otrok ne postane vedno nevrotičen odrasli.

Psihosomatsko odzivanje na stres pri otrocih /mladostnikih je v ugodnih okoliščinah potencialno reverzibilno. Poseben pomen pri tem imajo občutek varnosti in sprejetosti oz. primerne spodbude in opora, ki jo lahko družina ponudi otroku/mladostniku.

## TERAPEVTSKE MOŽNOSTI

V zdravljenju prej opisanih psihopatoloških motenj je terapevtsko najbolj učinkovita kombinacija več terapevtskih metod, in sicer:

- individualne ali skupinske psihoterapije,
- igralne terapije za mlajše otroke,
- družinske terapije,
- socioterapije,
- farmakoterapije.



Z individualno ali skupinsko psihoterapijo pomagamo otroku/mladostniku, da sprejme povezavo med psihosocialnimi stresi in motnjami v njegovem duševnem funkcioniranju, ter ga soočamo s psihofiziološkim izvorom njegovih telesnih težav. Pomagamo mu najti bolj učinkovite načine razreševanja konfliktov in obvladovanja stresov. Usmerjamo ga v bolj aktivno iskanje lastnih poti za zadovoljivo obvladovanje življenjskih ovir.(4)

Z igralno terapijo otroku omogočimo, da preko igre scenira zanj ogrožajočo situacijo. Preko igre mu pomagamo, da sprosti in lažje obvladuje svoje strahove, in skupaj z njim iščemo možne razrešitve konfliktnih situacij.

Družinska terapija pomaga družini, da prepozna svojo disfunkcionalnost in da razume duševno stisko otroka/mladostnika, ki je v krizi, ter da poišče poti iz konfliktna situacije.

Socioterapevtske metode so intervence v širšem socialnem okolju. Njihov cilj je ureditev oz. izboljšanje življenjskih razmer otroka ali mladostnika.

Farmakoterapijo pri otrocih in mladostnikih uporabljamo le v času najhujše stiske, ko otrok ali mladostnik zaradi prevelike anksioznosti ali izražene depresivnosti ni sposoben sodelovanja v psihoterapiji.

Anksiolitike uporabljamo predvsem v začetni fazi zdravljenja, v času največje tesnobe otroka/mladostnika. Uporabljamo jih lahko same ali v kombinaciji s antidepresivom, predvsem, ko še ni izraženega učinka antidepresiva (prve 4 tedne), potem jih pa opuščamo zaradi nevarnosti razvoja odvisnosti. Najbolj pogosto uporabljamo diazepam, ker je pri njem zaradi dolgega razpolovnega časa najmanjša nevarnost pojava zasvojenosti.

Med antidepresivi izbiramo predvsem tiste s anksiolitičnim učinkom, da bi se izognili dolgotrajni polipragmaziji (kombinaciji antidepresiva in anksiolitika). Pri uporabi klasičnih antidepresivov moramo biti izjemno kritični pri izbiri in določanju odmerka zaradi možnosti pojava resnih stranskih učinkov že v terapevtskih okvirih.

Novi antidepresivi nam za zdravljenje otrok in mladostnikov žal še niso na razpolago, ker pri mlajših od 18 let še niso klinično testirani.

Zaradi manjše možnosti izbire med antidepresivi pri otrocih in mladostnikih pogosto izkoriščamo anksiolitični in antidepresivni učinek nekaterih nevroleptikov. V te namene je najbolj pogosto uporabljan Sulpirid.

β adrenergičnih blokerjev za umiritev ekscitiranenga vegetativnega sistema pri otrocih ne uporabljamo.

Za vse ordinirane psihofarmake velja pravilo, da jih uvajamo ali ukinjamo postopoma ob pozornem titriranju oz. iskanju najbolj učinko-

vitega odmerka in spremljanju števila in resnosti stranskih učinkov. Pri izbiri zdravila in določanju odmerka moramo imeti v mislih, da morebitna škoda, ki jo lahko povzročajo psihofarmaki, ne sme presegati pozitivnega terapevtskega učinka zdravil, ker nam je zaupano zdravje mladega, še razvijajočega se posameznika.

## ZAKLJUČEK

Družinski zdravnik, ki pozna vse družinske člane, družinske skrivnosti, hierarhično strukturo in način funkcioniranja družine, lahko igra zelo pomembno vlogo v pravočasni detekciji in zdravljenju posledic disfunkcionalnosti družine. Družinski zdravnik ob razvojnih krizah družine lahko njihovim članom pomaga prepoznati probleme in razrešiti nastale konflikte in krize, še preden pride do resnejših zapletov. S tem ima njegovo preventivno in kurativno delovanje izjemen pomen v preprečevanju razvoja globljih psihopatoloških odklonov.

## LITERATURA

1. Tadić N. - Psihoneuroze V: Psihijatrija detinjstva i mladosti, Beograd: Medicinska knjiga, 1989: 244-256.
2. Praper P. - Znaki neadekvatne adaptacije V: Tako majhen pa že nervozen?, Nov Gorica: Educa,1992: 103-120.
3. Nikolić S. - Psihosomatske bolesti V: Mentalni poremećaji u djece i omladine 2, Zagreb: Školska knjiga, 1990: 128-140.
4. Bertoncej-Pustišek S.- Somatizacija- telesne težave kot izraz mladostnikovega odnosa do sebe in svojega okolja, V: Tomori M. ur. Pedopsihijatrija 9, Ljubljana, Katedra za psihijatrijo medicinske fakultete v Ljubljani, 1991:46-52.