

NUJNA STANJA V OTROŠKI PSIHIATRIJI

Vesna Martinčič-Jarc, Mojca Breclj-Kobe

POVZETEK

V prispevku je podan pregled najpogostejših nujnih stanj v otroški psihiatriji, kot so jih predstavili avtorji na strokovnem srečanju pediatrov »Derčevi dnevi« spomladi leta 1998. Predstavljeni so agresivni izbruhi in nasilno vedenje v okviru vedenjskih motenj ter psihoz, akutna anksiozna stanja, depresija in samomorilnost, konverzivne ter somatoformne motnje, trpinčenje ter zloraba drog in alkohola. Opisani so diagnostični postopki s poudarkom na družinskih in sistemskih interakcijah, razvojnih posebnostih ter terapevtski ukrepi v teh kriznih situacijah.

UVOD

Otrok, ki preživlja krizo kakršne koli vrste, je bolj odvisen od svojih najbližjih kot sicer. Njihovo ravnanje lahko odločilno vpliva na potek krize in na njeno razreševanje. Člani otrokove družine se sami močno emocionalno odzivajo na njegovo stisko in so v kriznem dogajanju še posebej ranljivi. Uspešno razrešena kriza je lahko ustvarjalna in formativna za otrokov nadaljnji razvoj (1). Krizno stanje v otroški psihiatriji predstavlja preizkušnjo za vse sisteme okoli otroka, tako za starše, šolo, zdravstvo,...

DEFINICIJA

Urgentno stanje v otroški psihiatriji kot tako običajno opredelijo ključne odrasle osebe iz otrokovega okolja, od katerih so otroci odvisni. Te osebe tudi iščejo urgentno nujno pomoč pri psihiatru za svojega otroka. Primarni vzrok takega urgentnega stanja otroka je pogosto oslABLJENO funkcioniranje staršev ali pa pojav ali poslabšanje kakršnekoli že prej obstoječe psihopatologije pri otroku. Smrti, ločitve, bolezni s hospitalizacijo ali brez nje, problemi otrok v šoli ali z vrstniki, problemi z sodstvom so dogajanja, ki ogrožajo stabilnost družinskega sistema in slabijo moč staršev. Urgentno stanje redko nastane brez predhodnih opozoril. Ta se kažejo največkrat kot neprilagojeno vedenje otroka v okolju ali pa kot neko disfunkcionalno dogajanje v družini.

Otroka torej napotijo v obravnavo starši, rejniki ali pa drugi (šola, mentalne zdravstvene organizacije, centri za socialno delo, sodišče, policija, pediater, sosed,...) Vsak od teh vidi le del spektra patologije otroka, vsak ima različna pričakovanja normalnega vedenja otroka in tudi različno lastno toleranco za zahtevo po nujni pomoči.

Lahko pa otrok išče pomoč pri pedopsihiatru tudi sam. Če so to osnovnošolci, običajno izhajajo iz družin v krizi ali domov, kjer vladajo nasilni odnosi. Ti otroci so moteči do vrstnikov in odraslih, ki zatem tudi iščejo pomoč zanje. Starejši otroci ali adolescenti iščejo pomoč takrat, kadar se bojijo lastnih avtodestruktivnih impulzov (2).

DIAGNOSTIČNA OCENA

Oceno nujnega stanja naredimo s pogovorom, psihiatrično eksploracijo, ki mora biti prilagojen otrokovi starosti in razvojnemu nivoju. Pri mlajših otrocih pri tem uporabimo različne igralne materiale ter risanje in oblikovanje. Pogovor naj bo voden tako, da na koncu lahko podamo oceno otrokovega telesnega, intelektualnega, emocionalnega, socialnega in učnega funkcioniranja. V pogovoru skušamo odkriti otrokove trenutne probleme, doživete travme, uporabo drog, neustrezno vedenje. Oceniti je treba družinsko strukturo in odnose, moči in slabosti družine, mesto otroka v družini in nenazadnje tudi mesto družine v socialnem okolju.

Po pogovoru z otrokom se pedopsihiater običajno pogovori še s starši (rejniki,...) in pri tem skuša ugotoviti, kako resno oni ocenjujejo otrokovo stanje. Pri tem se lahko otrok in starši zelo razhajajo. Zato je pomembno, da izkušen terapevt z ustrezno vodenim pogovorom vzpostavi komunikacijo med otrokom in starši. Vsako odlaganje tega pogovora med njimi namreč slabša pozicijo staršev, kar ima za posledico slabšanje vedenja otroka. Pogovor z vsemi družinskimi člani v smislu sistemskega pristopa oz. družinske terapevtske intervence lahko to prepreči. V krizni situaciji tako vodena intervencija omogoči družini, da že utečeni rigidni odnosi postanejo sčasoma bolj fleksibilni. V kriznih trenutkih so namreč vsi udeleženci veliko bolj pripravljeni poslušati, učiti se, se tudi spreminjati in se ob ustrezni pomoči ponovno zblížajo. Ker so tako zelo sugestibilni, so še posebej ranljivi, zato ustrezno terapevtsko pomoč lahko izvaja le zelo izkušen družinski terapevt.

Primer I.: Nasilje med partnerjema v družini po 14 letih zakona zaradi neprepoznane hujše psihopatologije enega od staršev se lahko z neustreznim postopkom različnih služb pomoči konča z ločitvijo družine in nastanku več psihiatričnih bolnikov. Oče odide iz družine in ji na daleč še vedno grozi, mati poišče pomoč v institucijah, po ločitvi postane depresivna, gre na zdravljenje k psihiatru, starejši otrok je nameščen zaradi psihosomatskih težav v bolnico za kronično bolne otroke, mlajši pa na pedopsihiatrični oddelek Pediatrične klinike zaradi avto- in heteroagresivnega vedenja doma in v šoli.

Pogovor z otrokom lahko gladko steče, če je otrok pripravljen govoriti, težje pa, če je bil v zdravljenje prisiljen in se pogovoru upira. Zato otroka ne konfrontiramo takoj s simptomi, zaradi katerih je prišel v obravnavo (npr. kraje), saj se s tem prekine priložnost za nadaljnji pogovor. V času pogovora moramo biti pozorni na znake resnih psihiatričnih motenj, kot so psihoze, velika depresija, suicidalno vedenje in ciklotimna stanja. V pogovoru s starši skušamo ugotoviti vzorec motene družinske komunikacije med otrokom in starši. Starši so običajno pozorni le na simptome otroka, medtem ko globlje družinske patologije ne vidijo. Starši, ki so sami anksiozni, neorganizirani ali aktivno destruktivni (kaotična družina), ne zmorejo povezati učinkov tega svojega vedenja z motečim vedenjem svojega otroka, medtem ko zunanji opazovalci to zlahka vidijo. Tudi če družina navzven deluje organizirana, je lahko v osnovi disfunkcionalna, če v njej ni močnih čustvenih povezav med družinskimi člani. Važno je tudi v pogovoru ugotoviti, kdo v družini je prvi opazil otrokovo stisko in zaprosil za urgentno pomoč, ker je ta oseba kasneje pogosto identificirana kot najbolj ogrožen del družinskega sistema in hkrati tudi vzrok krizne situacije (2).

Tako kot pri odraslem tudi pri otroku vodilni simptom ni vedno odraz njegove stiske. V ozadju tega skušamo v času pogovora iz opisanih dodatnih simptomov postaviti diagnostično oceno tako pri otroku kot pri odraslem ob njem. V otroški psihiatriji je odstotek staršev, ki imajo sami motnje na psihosocialnem polju, visok. Najpogostejše diagnoze nujnih stanj otrok so čustvene in vedenjske motnje, trpinčenje otroka, depresivne motnje, psihoze, anksiozna stanja, konverzivne in somatoformne motnje, anoreksija nervosa, zloraba snovi, telesne bolezni, spremljane s psihiatričnimi simptomi (2).

UKREPI IN ZDRAVLJENJE KRIZNIH STANJ

Ker je krizno stanje priložnost za spremembe, je potrebno narediti vse, da se poveča sodelovanje med otrokom in družino. Pri tem je pomembno predvsem čim prej odkriti eventualne psihiatrične motnje otroka ali odraslega ob njem in jih tudi ustrezno zdraviti. Najpogosteje pa je v kriznih trenutkih najprej potrebno zagotoviti varnost otroka, da ne poškoduje sebe ali drugih in da ni izpostavljen nasilju v svojem okolju. Če otroku dom in širše socialno okolje ne nudi varnosti, ga napotimo v bolnišnico. Hospitalizacija je nujna tudi, če otrok, ki je suicidalen, depresiven, labilen, impulziven, psihotičen, odklanja ambulantno zdravljenje. Z urgentno hospitalizacijo lažje kontroliramo otrokovo vedenje ter omogočimo bolj zanesljivo diagnostiko eventualne psihopatologije otroka ali staršev kot v ambulantnih pogojih. V družbah, kjer je urejeno varno okolje za otroke (rejniške družine, domovi za otroke), so take hospitalizacije lahko zelo kratke (2).

Najustreznejša obravnava je celostna, to so ukrepi oziroma pomoč oziroma zdravljenje načrtano po timskem posvetu npr. psihiatra, pediatra in psihologa. Pomoč je usmerjena na konkretni otrokov problem in je uspešna le, če so vsi udeleženci dovolj fleksibilni, neobremenjeni z rivalitetnimi in hierarhičnimi vprašanji, če se ne počutijo ogroženi od drugih strok in so gotovi v svoji. Predvsem pa jim mora biti skupna zavzetost za pomoč otroku (1).

Vedenjske motnje

Vedenjske motnje otrok in adolescentov se kažejo kot pobegi z doma, fizično nasilje, zažiganje, slabši šolski uspeh, kraje, laži. Otroci so nekritični za posledice svojih dejanj, za vse krivijo druge. V pogovoru pri njih ne opazimo zmedenega ali neorganiziranega mišljenja. Ti simptomi naj bi trajali vsaj zadnjih 6 mesecev. Ti otroci so v kontaktu odklanjajoči, neprijazni, sovražni, kar vse lahko pri terapevtu povzroča negativen kontratransfer, zaradi česar se lahko prehitro zadovolji z diagnozo vedenjske motenosti. Diagnoza vedenjske motnje otroka namreč lahko narekuje tudi tako radikalen terapevtski oziroma vzgojni ukrep kot je namestitev v strukturirano okolje s ciljem dolgoročnega spreminjanja vedenja otroka. Če se za vedenjskimi motnjami skriva psihiatrična ali nevrološka bolezen otroka, zgoraj opisani ukrep ne pomaga oziroma je kontraindiciran. Zlasti v primerih akutnega delinkventnega vedenja, ko so otroci urgentno pripeljani k pedopsihiatru, moramo biti pri diagnostičanju motnje sila previdni in se ne smemo prehitro zadovoljiti z diagnozo vedenjskih motenj (2).

Primer II.: 12,5-letni deček je bil napoten na oddelek za otroško psihiatrijo potem, ko se je skrajno vznemirjen spraval nad starše, ki mu niso mogli kupiti glasbenega stolpa. Izkazalo se je, da se je že prej nemirni in slabo koncentrirani deček v zadnjih mesecih zelo spremenil. Zahteval je nova in nova darila ter se kot gnan podil z »rolerji« po mestu in se pričel družiti s popolnimi neznanci. V šoli je popustil, močno shujšal in se povsem nekritično bahal in postavljajal na okrog. Poizkus intervence socialne službe v družino (namestitev v vzgojno institucijo) ni uspel.

Ob sprejemu v bolnišnico je bil komaj obvladljiv. S sunkovitim gibom glave je poškodoval dežurno zdravnico, česar se je kasneje slabo spominjal.

Po prepoznavi klinične slike v smeri manične motnje (distimična motnja je bila prisotna pri enem od staršev) ter ugotovitvi fokalno patološkega EEG je bil deček deležen ustrezne medikamentozne terapije. Pričel se je umirjati, ponovno je pridobil na teži ter postal šolsko uspešnejši. Šele v tej fazi smo lahko začeli z družinsko terapijo oziroma s sistemskim pristopom (koordinirano vodenje šolske svetovalne službe, socialne službe ter zdravstva).

Nasilno vedenje

Pri otrocih in adolescentih najdemo vzrok nasilnega vedenja najpogosteje v **bioloških faktorjih** (različna bolezenska stanja, kot so shizofrenija, velika depresija, bipolarni motnje, psihiatrične motnje pri somatskih boleznih, delirantno stanje) in v **psihosocialnih faktorjih**. Čim manjši je otrok, bolj so v ospredju psihosocialni faktorji, saj prej z nasilnim vedenjem reagira na motene medosebne odnose v svojem okolju. Nasilno reagirajo otroci, ki so izpostavljeni nasilju, so jim dane pretirane zahteve ali pa so njihovi starši vzgojno nemočni in jim ne znajo postavljati ustreznih vzgojnih omejitev. Nasilni otroci in adolescenti so pripeljeni k pedopsihiatru urgentno, ko jih odrasli iz njihovega okolja niso sposobni več kontrolirati. Zlasti manjši otroci so pogosteje napoteni k pedopsihiatru, večje pa pogosteje najprej obravnavajo centri za socialno delo in policija. V terapevtskem postopku je potrebno zagotoviti varnost tako otroka kot tistih okoli njega. To je lažje pri mlajših, adolescenti pa povzročajo enake probleme kot nasilni odrasli. Najprej pa se priporoči prijazen pogovor in miritev. Pomembna je diagnostika osnovne motnje, ki povzroča nasilno vedenje, saj ta narekuje nadaljnjo obravnavo in tudi ustrezno medikamentozno zdravljenje (2).

V izjemnih primerih izrazito neobvladanega vedenja besede niso slišane, omejitve ne sprejete. Če obstaja verjetnost, da tako nasilen otrok lahko poškoduje sebe ali drugega, ga je potrebno zaustaviti tudi z fizično omejitvijo in v takem primeru uporabljamo tudi zdravila za umiritev (3).

Skoraj vsak, ki je ekstremno agitiran, se lahko kontrolira z nevroleptikom haloperidolom, benzodiazepine pa uporabljamo pri agitiranih agresivnih mladih. V urgentnih stanjih uporabljamo antipsihotike pri shizofreniji in ostalih psihozah, litij pri bipolarnih motnjah, psihostimulanse pri motnjah pozornosti, antikonvulzive pri epilepsiji. Vedno pa je potrebno nadaljevati s psihoterapevtskim zdravljenjem ali ustreznim socialnim ukrepom pri takem nasilnem otroku ali adolescentu, saj se brez tega nasilno vedenje kmalu zopet ponovi (2).

Npr.: Vedenjsko moten, šolsko neuspešen otrok ali adolescent se bo namestil v vzgojno varstveno inštitucijo, tisti, ki zlorablja droge, se zdravi v ustrezni ustanovi, psihoični nasilni otrok se zdravi na psihiatričnem oddelku ali ambulantno pri pedopsihiatru.

Pri svojem delu na pedopsihiatričnem oddelku ugotavljamo, da se meja med otroštvom in adolescenco vse bolj briše in da se adolescentna vedenjska problematika vse bolj pomika v nižjo starost, tako da pogosto rešujemo adolescentne probleme otroka, ki bi kronološko še ne sodil v to obdobje.

Telesno trpinčenje in tudi spolna zloraba otrok

Telesna zloraba in tudi spolna zloraba povzročata številne psihološke spremembe pri otroku, ki se najpogosteje javljajo postopoma glede na razvojno obdobje, v katerem se otrok nahaja. Trpinčenje resno zavre osvajanje razvojnih nalog otroka in vpliva na to, da razvoj v naslednjih fazah poteka okrnjeno. Spolna zloraba povzroča motnje na področju uravnavanja čustev in občutkov, na področju identitete in na področju navezav (4).

Zloraba otroka je lahko očitna (telesne poškodbe, posilstvo otroka po drugi osebi) ali pa skrita (incest, telesne poškodbe otrok od njemu bližnjih oseb, ki jih težko izda). V prvem primeru potrebuje otrok ustrezno somatsko zdravljenje z velikim občutkom za doživeto, suport in nadaljnje ukrepanje v smislu preprečitve nadaljnje psihične škode (posttravmatski stresni sindrom). Pri skritih zlorabah pa je, če nanje posumimo ali smo nanje opozorjeni, potrebno daljše spremljanje otroka od strani ustreznih služb. Proces razkrivanja zlorabe je pogosto rezultat dolgotrajne psihoterapije otroka. V teh primerih gre lahko za nasilno mater otroka ali moškega spolnega zlorabjalca otroka (očim, oče, ded, brat,...).

Primer III.: 8-letna deklica, napotena na opazovanje na pedopsihiatrični oddelek na pobudo ambulantne mentalne službe in centra za socialno delo zaradi hudo nemirnega vedenja v šoli, agresivnih izbruhov do otrok in neupoštevanja avtoritet odraslih, dnevne enureze, enkopreze. Otrok živi pri promiskuitetni materi, sum na spolno zlorabo poda oče, ki je z deklico v rednih stikih. Ker otrok tudi v bolnišničnih pogojih ne zaupa zlorabe, saj ob njem ni konstantne odrasle figure, ki bi mu nudila dovolj varnosti izven bolnišničnih pogojev, otrok pa zlorabe v domačem okolju ne doživlja kot življenje ogrožujoče, je potrebno ohranjati varnost otroka z daljšo hospitalizacijo ali namestitvijo v ustrezno, varno okolje.

Anoreksija nervoza, bulimija

Anoreksija nervoza (AN) je težko ozdravljiva bolezen, ki utegne potekati kronično in celo ogroziti življenje. Je sindrom, ki se najpogosteje pojavlja pri adolescentnih dekletih z namernim hujšanjem, amenorejo ter specifično patologijo. Za motnjo je značilen bolesten strah pred debelostjo, motena predstava o lastnem telesu. Zaželeno stanje je izjemna suhost, ki jo dosežejo z namernim stradanjem, pretirano telesno aktivnostjo, bruhanjem in uporabo odvajal ali diuretikov (5). O bolezni govorimo, ko bolnikom telesna teža pade 15% pod pričakovano glede na starost in spol. Padanje telesne teže je dolgo

neopazno ne le staršem, lahko tudi pediatru in terapevtu. Angleška raziskava iz leta 92 (dr. Bryan Lask) je pokazala, da je le 20% splošnih zdravnikov prepoznalo začetne znake anoreksije nervoze, med pediatri pa je bilo takih le 15%. Urgentno stanje nastane, ko družina ali zdravnik nenadoma ugotovijo, da je otrokovo življenje ogroženo zaradi komplikacij stradanja ali pa direktnega samomorilnega vedenja. Nujne situacije nastanejo zaradi nevarne aritmije srca, abdominalnih bolečin, bruhanja, resne obstipacije, zmanjšane obrambe pred infekcijami, hipoglikemije.

Pri bulimiji nervozi poleg omenjenih znakov srečamo še napade neobvladljivega hranjenja s pretiranimi količinami hrane, ki jo nato na kateri koli način odstranijo iz telesa. Bolniki dolgo prikrivajo povzročeno bruhanje oziroma uporabo odvajal, ki se tako utrdi v stabilen vzorec vedenja. Bulimija je življenje ogrožujoče stanje v primerih hipokaliemije in drugih elektrolitskih motenj, ki vodijo v motnje srčne funkcije in okvare ledvic. Potencialno resna je tudi aspiracijska pnevmonija. Ker te bolnice pogosto odklanjajo hospitalizacijo, je hospitalizacija pogosto potrebna proti njihovi volji, saj jim to reši življenje. Potrebna je takojšna somatska ocena stanja vključno z EKG in krvnimi preiskavami (2).

Glej primer št.: V.

Čeprav se obe stanji (AN, bulimija) kažeta kot motnja hranjenja, gre zelo verjetno le za zunanji izraz globljih socialno psiholoških in čustvenih problemov (5).

Zdravljenje pacientov z motnjami hranjenja poteka na Pediatrični kliniki po načelih liaisonskega zdravljenja. Zdravljenje, v prvi fazi je to restitucija telesne teže po principih kognitivno-vedenjske terapije, poteka v tesnem sodelovanju pediatra in otroškega psihiatra. Bolniki so hospitalizirani na kliničnem oddelku za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni, kjer po somatski obravnavi načrtujemo individualni psihoterapevtski program (5, 6).

Primer IV.: Zgodnjo motnjo hranjenja opažamo vse pogosteje ne le pri deklicah, pač pa tudi pri dečkih. 10-letni deček, edinec, je bil sprejet na endokrinološki oddelek naše klinike pod sumom na diabetes insipidus, saj je doma popil tudi po 6 litrov vode na dan. Telesne preiskave so izključile organsko bolezen, pedopsihiatrični pregled pa je kasneje ugotovil, da je deček s simptomi anoreksije nervoze (odklanjanje hrane) reagiral na dolgo trajajoče hude konflikte med staršema, lakoto in anksioznost pa je umirjal s pitjem vode.

Primer V.: 14-letna deklica je bila hospitalizirana na endokrinološkem oddelku Pediatrične klinike zaradi poslabšanja dve leti trajajoče bulimije, ki je

sledila epizodi anorektičnega vedenja. Pred sprejemom v bolnišnico je večkrat iz na videz nepojasnjene vzroka omedlela. Kot edinka matere samohranilke je v psihoterapiji le počasi in s težavo pričela z navezavo. Jasno pa je pričela povezovati travmatska doživetja iz preteklosti s hranjenjem (izguba očeta ter konflikti in zapleten odnos z mnogo starejšim materinim partnerjem).

Ob prvih izboljšanjih pri deklici je bilo očitno ogroženo družinsko ravnovesje. Domnevamo, da je nastopil strah pred razkritjem družinske skrivnosti (sp. zloraba?), kajti mati je na pobudo avtoritarnega partnerja (zdravstveni delavec) zahtevala odpust iz bolnišnice proti nasvetu zdravnika in pri tem vztrajala. Spremembe pri deklici pa so bile šele na začetku in bila je prešibka, da bi se sama zaščitila. Kasneje smo izvedeli, da je deklica umrla. Natančni podatki nam niso znani. Lahko bi umrla zaradi akutnega elektrolitskega disbalansa ali pa je šlo za suicid.

Akutna anksiozna stanja

Ta stanja pri otrocih in adolescentih nastanejo ob ponavljajočih se hudih stresih, kot so boleče telesne bolezni, kaotično domače okolje ter tuje, zastrašujoče okolje, kot je lahko bolnišnica. Najpogostejša urgentna stanja iz tega sklopa so separacijska anksioznost oziroma šolska fobija in posttravmatska stresna motnja.

Separacijska anksioznost se lahko razvije hitro, na primer ko gre otrok prvič v šolo, ali pa nastaja postopno, plazeče se in otrok sčasoma noče z doma. Vse bolj toži o različnih telesnih simptomih (glavobol, bolečine v trebuhu, fobije). Urgentno stanje nastane, če skušajo otroka na silo odpraviti z doma. Običajno je potrebna le kratka psihoterapevtska intervencija.

Posttravmatska stresna motnja je odgovor na doživeto travmo. Zlasti starejši podoživljajo travmatske dogodke (flash back), manjši otroci pa imajo napade anksioznosti in nespecifičnih strahov. Pomoč zanje običajno iščejo starši. Najustreznejša je takojšnja pomoč v času doživete travme. Potrebujejo suport, sprejetost, razlago in pojasnitve, priložnost, da opišejo doživeto in ventilirajo čustva, če so tega sposobni (2).

Pri tem je izrednega pomena osveščanje in izobraževanje zdravstvenih delavcev, ki so ob otroku, ko doživlja krizo take vrste (7).

Depresija in samomorilen otrok

Depresivnost se pri otrocih kaže drugače kot pri odraslih. Razpoloženje se pri mladih bolj spreminja in niha, so bolj disforični (razdražljivi) in depresivno razpoloženje ni zelo očitno. Otroci težko izrazijo svoja občutja z besedami.

Čim manjši je otrok, več ima somatskih simptomov (glavoboli, bolečine v različnih delih telesa). Klinično se depresivna motnja otroka kaže v dveh oblikah: **distimija** je opredeljena kot dolgotrajna oblika depresije z manj izstopajočo simptomatiko, nejasnim začetkom in je pogostejša pri mlajših otrocih ter z **depresivno epizodo** (blaga, zmerna, huda), ki se začne akutno in ima prisotne številne simptome.

Konstitucionalna impulzivnost in nizka frustracijska toleranca sta pogosta dejavnika tveganja tako v razvoju depresivne motnje kot samomorilnega vedenja v celotnem razvojnem obdobju otroka in adolescenta. V družinah otrok in adolescentov s samomorilnim vedenjem je več čustvenih težav, več psihiatričnih motenj in več telesnih bolezni pri družinskih članih kot sicer v drugih družinah. Odnosi med staršema so konfliktni, pogosto preti izguba enega od staršev ali je ta že odsoten. V družinah je več nasilja, alkoholizma in spolne zlorabe otrok. Otrok pogosto sebe doživlja kot krivca za težave v družini. Pri nas je najpogostejši način poskusa samomora otrok zastrupitev, uspešnega samomora pa obešenje (8).

V urgentnem stanju je potrebno oceniti resnost samomorilnih groženj otroka. Pri tem nam pomaga ocena rizičnih faktorjev, ki povečujejo potencialno smrtnost. Ti rizični faktorji so starost (rizičnost narašča po 14. letu), spol (dečki so bolj ogroženi, dekleta imajo trikrat več poskusov), prisotnost velike depresije, slaba kontrola impulzov, vedenjske motnje s težavami z avtoriteto, družinska anamneza prejšnjih poskusov samomora. Kombinacija vedenjskih motenj otroka, oslabiljenega razsojanja in znižane impulzivne kontrole zaradi intoksikacije z alkoholom ali drogo je lahko letalna.

Pri oceni resnosti suicidalnih groženj in dejanj je potrebno ugotoviti sledeče: motiv za suicid, predstave otroka o smrti oziroma zakaj je želel umreti, ali je imel suicidalen plan in domišljeno metodo itd. Samomorilno ravnanje se lahko konča smrtno pri majhnem otroku, ki napravi le suicidalno gesto, lahko pa se konča neuspešno pri resnem poskusu in hudi motenosti otroka. Potrebno je ugotoviti, kakšne suicidalne fantazije je imel; ali si je želel, da ga najdejo; ali še načrtuje prihodnost itd. Pomembno je tudi, komu je napisal poslovilno pismo, čigave tablete je vzel in ali je še okupiran z razmišljanjem o smrti in umiranju. Oceniti moramo tudi telesno stanje in takoj ustrezno ukrepati ob intoksikacijah in drugih urgentnih stanjih. Oceniti je potrebno še odnose v družini pred samomorilnim dejanjem (izguba bližnjih, konflikti, zlorabe, nasilje, zanemarjanje, pomanjkanje suporta otroka s strani odraslih).

V pogovoru z otrokom in odraslimi zatem skušamo razviti višji nivo suporta, stabilnosti in varnosti otroka v družini. Če se to ne doseže, pa je bolje otroka hospitalizirati in v tem času najti alternativni suportivni sistem za otrokovo varnost po odpustu. Tako krizno situacijo naj pedopsihiater spremlja po odpustu z oddelka ambulantno dlje časa (2).

Somatoformne in disociativne (konverzivne) motnje

so kronično ponavljajoči se različni telesni simptomi, katerim telesnega vzroka pogoste somatske in laboratorijske preiskave ne odkrijejo. Vzroke tem motnjam iščejo v psihodinamskih razlagah in visoki stopnji zdravstvenih težav in duševnih stisk staršev teh otrok.

Somatoformne motnje se kažejo s klinično sliko različnih telesnih simptomov, hipohondrične zaskrbljenosti za lastno zdravje ter motenj na področju kardiovaskularnega, gastrointestinalnega, respiratornega in urogenitalnega sistema (simptomi so hiperventilacija s posledičnimi spazmi udov, palpitacije, akutne bolečine v trebuhu, trdovraten kašelj), kjer gre za oživčenje po avtonomnem živčnem sistemu (9).

Disociativne (konverzivne) motnje pa so motnje telesnih funkcij, ki so pod nadzorom hotenja, in izgube čutnih zaznav (simptomi so astazija, abazija, zamračenost, akutna duševna zmedenost). Kljub dramatičnosti simptomov je bolnik običajno presenetljivo miren, starši pa obupani v iskanju pomoči (2).

Posledice teh motenj pri otrocih so slabši učni uspeh, slabši stiki z vrstniki, pogosto so otroci pretirano odvisni od staršev. Več imajo nepotrebnih diagnostičnih preiskav, hospitalizacij in dolgotrajnega uživanja zdravil.

Pri zdravljenju teh motenj je potrebno sodelovanje pediatra in psihiatra. Telesne preiskave je smiselno opraviti čim prej, še pred začetkom psihoterapije, ker te preiskave praviloma krepijo somatizacijski bolezenski model. Zelo je pomembno, da je tudi pediater prepričan, da v ozadju simptomov ni kakšne zagonetne bolezni. V psihoterapiji uporabljamo vse od svetovanja staršem do individualne psihoterapije, skupinske terapije, družinske terapije, edukacije o normalnem fiziološkem delovanju telesa. Oboji, bolnik in starši, potrebujejo pomirjujoč pogovor, otrok morda še anksiolitik ali antidepresiv (9).

Res nujna stanja so povezana predvsem s konverzivnimi motnjami, medtem ko se somatoformne motnje pojavljajo kronično in so nujno stanje le ob eksacerbacijah.

Primer VI.: 11-letna deklica je bila v zadnjem letu pogosto pri šolski zdravnici zaradi različnih telesnih težav, za katere pravega odgovora o nastanku niso našli. Imela je občutek, da ji zastaja dih, tožila o mravljinčenju prstov rok, hitrem bitju srca ter glavobolu. Na kliniko je bila pripeljana v spremstvu prestrašene učiteljice, še vedno vznemirjena. Intenzivno je hiperventilirala in tožila o parestezijah rok. Nakazovali so se tudi karpopedalni spazmi. Dramatična situacija, ki jo je večši pediater hitro povezal z možnimi stresi v okolju, se je odvijala v glavnem v dekličinem razredu ob izredno tekmovalni skupini vrstnic. Napad hiperventilacije je nastopil na šolskem tekmovanju v teku, ko je deklici jasno kazalo na slabo uvrstitev.

Primer VII.: 12-letna deklica je bila sprejeta na Pediatrično kliniko na videz nezavestna, vendar z ohranjenimi vsemi vitalnimi funkcijami. Omedlevica je nastopila po navidez nepomembnem domačem prepiru in se je v podobni obliki v zadnjih mesecih nekajkrat ponovila. Mati, ki jo je spremljala, je bila zelo zaskrbljena in nejevoljna ob izvidih preiskav, ki niso pokazali telesne bolezni. Kazala je nezaupanje do zdravnikov, ki s telesnimi preiskavami niso mogli razložiti »nezavesti«. Po pogovoru s psihiatrom je počasi sprejela možnost povezave s stresi, ki jih je preživela družina. Izkazalo se je, da sta starša v ločitvenem postopku in tega otrokom nista povedala v upanju, da jim bosta prihranila stiske. Družinska terapija oziroma odkriti pogovori o prihodnosti so omogočili deklici, da je odprto spregovorila o svojih čustvih (10).

Psihoze otrok in adolescentov ter razvojne motnje

Psihoze otrok in adolescentov postanejo urgentno stanje, ko ti bolniki postanejo akutno nasilni in nevarno zmedeni, ker sledijo notranjim psihopatološkim doživljanjem ali ker začnejo odklanjati zdravljenje v ambulantnih pogojih in jih starši vidijo spremenjene. Psihoze otrok in adolescentov, ki so lahko urgentna stanja, so shizofrenija, bipolarni motnje, simptomatske psihoze in delirantna stanja.

Za shizofrenijo otrok in adolescentov je značilno pet glavnih simptomov: halucinacije, blodnje, motnje mišljenja, motnje razpoloženja in motnje motorike, kar vse je treba vedno ocenjevati v kontekstu razvojne stopnje otroka. Shizofrenija se lahko pri otroku ali adolescentu začne s počasnim, plazečim se poslabšanjem splošnega delovanja, lahko pa izbruhne akutno s predbolezenskimi simptomi ali brez. Ti predbolezenski simptomi so ritualizirano vedenje, motnje koncentracije, motnje kognitivnih funkcij, motnje vedenja in lahko trajajo 3-9 let pred začetkom bolezni. Blodnje in halucinacije pri otrocih so redke pred desetim letom, zatem pa pogostejše. Terapija je medikamentozna z nevroleptiki (tioridazin, haloperidol, flufenazin) ter psihoterapija.

Od motenj razpoloženja sta poleg že prej opisane depresije pogosti urgentni stanji še ciklotimna motnja in manija.

Ciklotimna motnja se kaže s sliko kontinuuma hitro izmenjujočih se kratkih epizod manije, hipomanije, normalnega razpoloženja in depresije. Otroci so enkrat veseli, veliko delajo, zatem pa lahko brez zunanje povoda postanejo nesrečni, lahko tudi akutno samomorilni. Predbolezenski znak pri 90% ciklotimnih otrok in 30% ciklotimnih adolescentov je hiperaktivna motnja pozornosti, vedenjske motnje pa pri 22% ciklotimnih otrok in 18% ciklotimnih adolescentov. Zaradi prehitre diagnostike ti zadnji pogosto pristanejo v vzgojnih zavodih in podobnih ustanovah za mlade.

V klinični sliki manije otrok in adolescentov izstopajo nalezljivo vesela in vzneta čustva, veličavne blodnje, ko otrok trdi, da vse zna in da mu je vse dovoljeno. Zase meni, da je nad zakonom, trdi, da bo uspešen brez dela, učenja. Govorimo o mišljenju mimo zakonov logike. Otroci tudi manj spijo in so zvečer pred spanjem zelo zaposleni (perejo, zlagajo perilo, predstavljajo pohištvo). Imajo pospešen govor, ki ga je včasih težko prekiniti. Opisujejo hitre in begajoče misli. So motorično hiperaktivni in imajo v vedenju določene cilje, ki izgledajo kot normalna aktivnost. Lotijo se več del hkrati. Možna je hiperseksualnost, z leti pri otroku tudi narašča drznost (11).

Zdravljenje ciklotimnih motenj, manije in hipomanije je najuspešnejše z litijem, ki ga lahko dajemo otrokom nad 12. letom starosti. Uspeh zdravljenja je 82%. Zaradi toksičnosti zdravila so potrebni laboratorijski pregledi krvi (ledvična, ščitnična funkcija). Uporabljajo še antikonvulzive (valproat, karbamazepin).

Glej primer št. II.

Tudi duševno prizadeti ter v razvoju moteni so kot vsi ostali lahko žalostni, preplašeni ali pa hudo jezni. Šele od patološke interakcije med tako osebo in njenim okoljem pa je odvisno, ali se bo veselje spremenilo v klovnovstvo, žalost v depresijo ter plahost v strah in anksioznost. Tudi umsko manj razviti imajo torej lahko čustvene in vedenjske motnje ali pa kažejo kake druge vrste motnje, ki se kaže kot nujno stanje.

Avtistična razvojna motnja je pravzaprav biološko opredeljen vedenjski sindrom različne etiologije. Bistvo odstopanj je v moteni socialni interakciji, motenem besednem in nebesednem sporazumevanju ter odsotnosti imaginacije. Motnja se pokaže pri vseh oziroma jo je mogoče ugotoviti že v zgodnjem otroštvu. Najpogosteje je prisotna že ob rojstvu, lahko pa pride do regresa, kar je mogoče povezati z nekaterimi obolenji. Na sploh je sočasna obolevnost (komorbiditeta) za avtistični sindrom zelo značilna. Hkrati se namreč pojavlja več obolenj. Najpogosteje umska manjrazvitost ter epilepsija.

Opisanim simptomom so pogosto pridruženi še stereotipni – ponavljajoči se vzorci aktivnosti. Ti pacienti se lahko hudo vznemirijo in postanejo samodestruktivni (udarjajo z glavo ob zid ali se poškodujejo z ugrizi). Indicirani so nevroleptiki, ki na osrednje simptome avtističnega sindroma sicer ne delujejo, učinkoviti pa so pri hudih stereotipijah oziroma samopoškodbah (12).

Nujna stanja pri telesno bolnih

Urgentno stanje je pogosto tudi takrat, ko se psihiatrični simptomi razvijejo pri sicer telesno bolnem otroku (simptomatska, organska halucinoza z ohranjeno uvidevnostjo in delirantno stanje s praviloma moteno zavestjo).

Ta stanja so podobna stanjem pri odraslih bolnikih. Terapija teh stanj običajno poteka na pediatričnih ali kirurških oddelkih. Od medikamentov uporabljamo haloperidol, benzodiazepine, predvsem pa je važno simptomatsko zdravljenje osnovne bolezni (11, 13).

Zloraba drog in alkohola

Že sama ugotovitev, da otrok uživa droge ali alkohol, pomeni urgentno stanje, pri katerem je ustrezno takojšnje ukrepanje. Uživanje drog namreč zavira osebni razvoj, in sicer tem bolj, čim bolj zgodaj začne otrok uživati te snovi in čim hitreje se razvija odvisnost (14).

Vse pogosteje opažamo, da je starost otrok, ko se prvič srečajo z alkoholom in drogo, vse nižja.

ZAKLJUČEK

Če se urgentno stanje kolikor toliko uspešno razreši, to prispeva k otrokovi boljši samopodobi in zaupanju v druge. To otroku omogoči, da se njegov osebni razvoj uspešno nadaljuje v krogu ljudi, ki so mu naklonjeni.

LITERATURA

1. Tomori M. Kriza otroka ali koga drugega? Izbrana poglavja iz pediatrije 1998; 10:9-14.
2. David A. Tomb. Child Psychiatric Emergencies, In: Melvin Lewiss Child and Adolescent Psychiatry. Baltimore: Williams and Wilkins, 1991: 930-937.
3. Rojc S. Agresivnost v razvojnem obdobju. Izbrana poglavja iz pediatrije 1998; 10: 41-45.
4. Žemva B. Zgodni in kasni znaki trpinčenja pri otroku. Izbrana poglavja iz pediatrije 1998; 10: 79-84.
5. Breclj-Kobe M. Anoreksija nervoza pri mlajših – novejša spoznanja ter zdravljenje. Slov. Pediatr 1995; 1-3: 77-81.

6. Bratanič N., Breclj-Kobe M. Anoreksija nervoza. Izbrana poglavja iz pediatrije 1998; 10: 62-70.
7. Kos Mikuš A. Stresne reakcije, ki spremljajo otrokovo bolezen. Izbrana poglavja iz pediatrije 1998; 10: 71-78.
8. Bertoncelej Pustišek S. Depresiven in samomorilno ogrožen otrok. Izbrana poglavja iz pediatrije 98; 10: 23-30.
9. Breclj-Kobe M. Akutne somatoformne motnje otrok. Izbrana poglavja iz pediatrije 1998; 10: 15-22.
10. Breclj-Kobe M. Ali duševna stiska lahko boli? V: 11. Derčevi pediatrični dnevi. Ljubljana: Zbornik 1989: 41-50.
11. Taublieb A. The Psychopathology of Childhood and Adolescence. New York: Longman, 1997: 92-157.
12. Breclj-Kobe M. Avtistični sindrom kot razvojna motnja. Derčevi pediatrični dnevi. Ljubljana: Zbornik 1993: 9-19.
13. Martinčič-Jarc V. Stanja akutne duševne zmedenosti pri otroku. Izbrana poglavja iz pediatrije 1998; 10: 31-40.
14. Kastelic A. Ukrepi pri otrocih, uživalcih prepovedanih drog. Izbrana poglavja iz pediatrije 1998; 10: 46-54.