

Pregledni članek / Review article

KAKO VODITI POGOVOR S SAMOMORILNO OGROŽENIM OTROKOM IN MLADOSTNIKOM

LEADING A CONVERSATION WITH A SUICIDAL CHILD AND ADOLESCENT

S. Kovač, M. Breclj-Kobe, J. Rujevič, D. Mušič

Služba za otroško psihiatrijo, Pediatrična klinika, Univerzitetni klinični center Ljubljana, Ljubljana, Slovenija

IZVLEČEK

Samomor je kompleksen pojav, ki je posledica dolgotrajnega dogajanja in ga ne moremo ga poenostavljeno razložiti. Mladostnik se v obdobju odraščanja srečuje z različnimi obremenitvami. Velike spremembe na telesnem, duševnem in socialnem področju ter številne razvojne naloge od mladostnika zahtevajo prilagoditve, ki jim pogosto ni kos. Samomorilno vedenje mladostnikov zahteva posebno pozornost. Usmeriti se moramo na dejavnike tveganja in se zavedati, da se ti med seboj pomembno prepletajo, kar še povečuje vpliv na samomorilno vedenje. Veliko pozornost moramo nameniti varovalnim dejavnikom, ki prispevajo k zmanjšanju samomorilnega tveganja. Pri zdravljenju mladostnikov s samomorilnim vedenjem ima posebno vlogo medicinska sestra, ki v bolnišnici sprejme in nadzira najstnika. Mladostniku mora vzbuditi občutek varnosti. Postane naj njegova zaupnica in ga hkrati usmerja, da izrazi težave, s katerimi se srečuje. Prav je, da ga usmeri tudi k terapevtu.

Ključne besede: samomor, samomorilno vedenje, mladostnik, dejavniki tveganja, medicinska sestra.

ABSTRACT

Suicide is a complex phenomenon. It arises over an extended period of time and cannot be explained in a simplistic manner. Through the period of adolescence, a teenager faces various burdens. The changes they encounter are physical, mental and social. Numerous developmental tasks demand that the adolescent adapts in ways he or she cannot cope with. Adolescent suicidal behaviour demands special attention. It is necessary to focus on the risk factors and know that these factors are intertwined, which adds to their influence on

suicidal behaviour. Much attention must be paid to safety factors, which lessen the risk of suicide. The nurse who admits and oversees a suicidal adolescent plays a significant role in their treatment. The nurse must stimulate the feeling of safety in the adolescent, become his or her confidante, and at the same time direct them towards expressing their problems as well as to the therapist.

Key words: suicide, suicidal behaviour, adolescent, risk factors, nursing sister.

UVOD

Samomor je med nami od nekdaj. Priča smo mu bili v preteklosti, daljni in bližnji, srečujemo ga danes in ga bomo verjetno tudi v prihodnje. Pojavlja se po vsem svetu ter v različnih družbenih in geografskih okoljih. Samomorov je več vrst, le malo jim je zares skupnega. Če jih izvzamemo iz konteksta individualnih zgodb, jih lahko opredelimo kot »namensko jemanje lastnega življenja, ki se konča s smrtjo« (1). Samomorilno vedenje je proces, ki se stopnjuje od samomorilnih misli, namena, načrta do samomorilnega poskusa ali dejanja. Bolj ko posameznik napreduje po teh stopnjah, večje je tveganje, da bo samomor tudi izvedel (7). Samopoškodovalno vedenje v širšem pomenu zajema namerne samopoškodbe in samozastrupitve, ne glede na to, kakšen je njihov cilj (8). Pri samopoškodovanju gre za namerne poškodbe lastnega telesa, ki si jih posameznik povzroči brez želje po smrti (8). To vedenje je po eni strani ogrožajoče, po drugi strani pa pomaga pri sproščanju notranje napetosti in je način sproščanja (8).

Otroci, mladi in mladostniki, zlasti v obdobju odraščanja, se srečujejo z novimi izzivi, z učenjem novih življenjskih vlog, s strahovi pred neuspehom in s prilagajanjem na množico sprememb. Zaradi nalaganja novih in vedno večjih bremen, včasih skoraj nemogočih nalog, in tudi zaradi drugih, mnogo bolj usodnih življenjskih in socialnih okoliščin, lahko postanejo stiske otrok in mladostnikov nerešljive, zato se zatečejo k samomoru.

DEJAVNIKI TVEGANJA ZA POJAV SAMOMORA

Dejavniki tveganja za pojav samomora pri mladih se redko pojavljajo izolirano. Običajno se med seboj povezujejo in prekrivajo. Razdelimo jih v tri skupine: individualni dejavniki, družinski dejavniki in dejavniki okolja. Poleg teh, ki so splošno znani, so pomembni tudi posebni, za obdobje odraščanja specifični dejavniki tveganja (2). To so:

- socialni in demografski dejavniki;
- značilnosti družine in zgodnje otroške izkušnje;
- osebne značilnosti in kognitivni slog;
- genetski in biološki dejavniki;
- duševne motnje;
- pomembni življenjski dogodki in stres (2).

Veliko mladih, ki kažejo znake samomorilnega vedenja, izhaja iz slabih socialnih razmer. Te razmere velikokrat vplivajo na vrsto razvad, ki ogrožajo zdravje in optimalen psihosocialni razvoj. To so zloraba alkohola in prepovedanih drog ter delinkventno vedenje. Dejavniki tveganja je pogosto tudi družina. V literaturi poročajo, da so pomembne naslednje značilnosti: podatek o duševnih motnjah pri starših, motnje v sporazumevanju v družini, nizka ali zelo visoka pričakovanja staršev do otrok in konfliktni odnosi. Številni samomorilni mladostniki pripovedujejo o družinskem nasilju, vključno z izkušnjo telesne ali spolne zlorabe, o čustveni in dejanski zanemarjenosti, pretirani zaprtosti družine pred okoljem ali o pomanjkanju pomembnih čustvenih vezi v družini (2). Vsak konflikt v družini ogroža mladostnikovemu dobro počutje. Občutki, ki jih mladostniki ob tem navajajo, so osamljenost, nezaželenost in jeza. Opazimo nizko samospoštovanje ter težave v sporazumevanju. Iz konfliktnih situacij se radi umaknejo in se predajo. Povedo, da

so s samomorilnim poskusom hoteli pokazati svojo prizadetost ali si olajšati boleča čustva. Le tretjina je dejansko hotela umreti (3). Pomemben dejavnik tveganja so osebnostne značilnosti mladostnika. To so zlasti impulzivnost, nasilnost, socialni umik in izogibajoče vedenje (2). Otroci in mladostniki, ki so poskušali samomor, so imeli pogosteje težave v šoli ali pa so šolanje predčasno prekinili. Poleg tega se samomorilno in samopoškodbeno vedenje pogosteje pojavlja pri šolarjih s posebnimi potrebami (8). Vedenjski vzorci, kot so popuščanje v šoli, samopoškodbe in delikventnost, so lahko le strategija za obvladovanje vznemirjenosti, žalosti ali nevzdržne situacije (3). Če odpovedo še ti, je večina mladostnikov prepričanih, da je samomor edino, kar mu ostane.

Genetski in biološki dejavniki, ki vplivajo na samomorilno vedenje, še niso povsem raziskani. V literaturi lahko zasledimo, da ima v mladosti svoj delež pri samomorilnem vedenju serotonin, ki kot posrednik v osrednjem živčevju vpliva predvsem na depresivnost, impulzivnost in možnost nasilnega vedenja pri posamezniku (2).

Pri večini mladostnikov, ki so si poskušali vzeti življenje, lahko ugotovimo katero od duševnih motenj. Različne študije poročajo o motnjah razpoloženja, odvisnosti od alkohola, odvisnosti od psihoaktivnih snovi in o osebnostnih motnjah. Samopoškodovalno vedenje je pogostejše pri duševno manj razvitih osebah. Verjetnost za takšno vedenje je večja pri ljudeh, ki imajo več duševnih motenj hkrati (8). V literaturi zasledimo, da so pred samomorilnim dejanjem pogosti travmatski dogodki in obremenjujoče dogajanje. Pri mladostniku gre največkrat za resni medosebni konflikt in izgubo ali težave z avtoriteto. Ti dogodki so obremenilni predvsem pri mladih, ki so bolj ranljivi zaradi katerega od prej naštetih dejavnikov tveganja. Eden od pomembnih dejavnikov je način, kako samomorilno vedenje prikazujejo mediji. Ti lahko tovrstno vedenje spodbujajo ali ga preprečujejo. V razvojnem obdobju so posebno problematične različne spletne strani in klepetalnice. Predvsem splet je dostopen in nenadzorovan vir informacij o tem, kakšne metode samopoškodovanja sploh obstajajo (8).

Že zgodaj v življenju imajo dejavniki samomorilnega tveganja kumulativni učinek. Odzivnost na vsakega od njih se povečuje ob prisotnosti drugih neugodnih vplivov, ki zmanjšujejo obrambne in prilagoditvene sposobnosti posameznika, znižujejo njegovo samozaupanje in upanje v prihodnost. Resno samomorilno vedenje v adolescenci večinoma ni posledica izolirane duševne motnje, akutne travmatske izkušnje ali subjektivno pomembne izgube, ampak predvsem kulminacija neugodnega razvojnega procesa, ki je nastalo s kopičenjem neugodnih dejavnikov na različnih področjih (6).

SAMOMORILNO VEDENJE PRI MLADOSTNIKU

Mladostnikova stiska je pogosto povezana s problemi odraščanja. V primeru soočanja z drugimi problemi pa predstavlja zanj veliko duševno obremenitev. Mladostnik postaja bolj vznemirjen in preplavijo ga različna čustva (4). Mnogi se odzivajo na težave s telesnimi simptomi, lahko pa tudi z določenimi psihološkimi znaki. Mednje uvrščamo predvsem:

- spremembe v ritmu spanja in hranjenja;
- glavobol;
- slabo počutje, ki nima organskega vzroka;
- utrujenost;
- mišično napetost;
- agresivno vedenje;
- pretirano zaskrbljenost za zdravje;
- zmanjšano sposobnost zaznavanja drugih dogodkov razen svojega problema;
- znake tesnobe in strahu;
- poudarjanje občutkov krivde in sramu;
- občutek osamljenosti;
- prekinitev sporazumevanja s starši ali z drugimi osebami;
- znake čustvene stiske;
- spremenjen odnos do ljudi;
- negotovost;
- izgubo samozaupanja in neodvisnosti (3 – 5).

Samomor je v veliki večini rezultat dolgotrajnih nerešenih težav v povezavi z akutnim kriznim

dogodkom, ki predstavlja zadnji kamenček v mozaiku.

DEJAVNIKI, KI ZMANJŠUJEJO TVEGANJE ZA SAMOMOR

Preprečevanje samomorilnega vedenja med mladimi obsega odstranjevanje ali odsotnost dejavnikov, ki vodijo k samomorilnosti. Pri tem so pomembne dejavnosti, ki krepijo duševno zdravje mladih, in sicer:

- opora družini in zgodnje ukrepanje v družinah s tveganjem::
- promocija zdravja in pozitivnega psihosocialnega funkcioniranja otrok in mladostnikov;
- promocija duševnega zdravja v šoli.

Družina, v kateri otroci odraščajo tako, da postopno razvijajo svojo avtonomijo in pozitivno samopodobo in ob tem tudi sposobnosti za dejavno obvladovanje življenjskih izkušenj in stresov, je varovalna tudi v smislu zmanjševanja samomorilnosti. Zato je skrb družbe za družino, tako za dostojne življenjske razmere kot tudi za ustrezno vzgojo otrok, sestavni del primarne preventivne dejavnosti (6). Pomembno vlogo imajo mehanizmi prepoznavanja družin s tveganjem. Pri tem igrata pomembno vlogo zlasti primarna zdravstvena pomoč in socialna služba.

Otrok se osebno razvija najprej doma, v družini, in kasneje v vzgojno-varstvenih enotah in šoli. Povsod dobiva spodbude, vzore in možnosti za razvoj. Pridobiva znanja, ki mu pomagajo pri reševanju zahtevnejših preizkušenj in težjih nalog. Duševno zdravje mladih se kaže na različne načine: s samospoštovanjem, z zaupanjem vase, s sposobnostjo navezovanja odnosov z ljudmi, s sposobnostjo komuniciranja, fleksibilnostjo, s sposobnostjo reševanja težav in z motiviranostjo za učenje. Vse te razsežnosti duševnega razvoja se razvijajo postopno in pod vplivom zunanjih dejavnikov (6). Zelo pomembno je, da otrok dobiva ustrezne spodbude in vzore v vseh okoljih, v katerih osebno raste. Vse dejavnosti, ki krepijo duševno zdravje, moramo vključiti v programe, namenjene odraščajočim v njihovem razvoju. Tovrstne programe bi morali vključiti že v osnovni šoli. Predvsem zato, ker

rizični mladostniki navadno ne nadaljujejo šolanja (srednje šole, univerze), programe pa bi prav oni najbolj potrebovali. S programi promocije zdravega načina življenja lahko na najbolj naraven in smiseln način preprečujemo različna tveganja, v katera se podajajo mladi med odraščanjem (zloraba alkohola, psihoaktivnih snovi, nasilje, nezdrave navade, nevarna spolnost). Med dejavnike, ki zmanjšujejo tveganje za samomor, uvrščamo dobro razvite socialne spretnosti, visoko samopodobo, zaupanje vase, odprtost za sprejemanje novega znanja, sposobnost iskanja pomoči v stresnih situacijah, iskanje nasvetov pri pomembnih odločitvah, odprtost za upoštevanje predlogov in izkušenj drugih, dober odnos s starši in z drugimi družinskimi člani, podporo s strani družine, dobro vključitev v družbo, dober odnos z vrstniki in tvoren odnos z učitelji in odraslimi.

POGOVOR S SAMOMORILNO OGROŽENIM MLADOSTNIKOM

V obravnavi samomorilnega mladostnika moramo upoštevati čustvene, vedenjske in družinske težave. Kako se bo mladostnik soočil s težavami, je odvisno od njegovih osebnostnih lastnosti, izkušenj iz otroštva in sedanjega okolja. Mladostnik, ki je po naravi bolj impulziven, manj prilagodljiv in ima nizko samopodobo, bo pogosteje doživljal stresna dogajanja (4).

Pri delu s samomorilnim mladostnikom, ki je sprejet na Oddelek za otroško psihiatrijo, je najpomembnejše, da pridobimo njegovo zaupanje. Medicinska sestra naj se ob prihodu na oddelek mladostniku in njegovim staršem predstavi in jim razkaže oddelek. Predstavi jim dnevni red in dejavnosti, ki potekajo na oddelku. Medicinska sestra skuša upoštevati mladostnikove želje in želje njegovih staršev, ki se vključujejo v zdravljenje in zdravstveno nego. Skupaj z mladostnikom preveri dnevni urnik in jasno predstavi pravila na oddelku. Mladostniku dovolimo, da občuti svoja čustva, hkrati pa mu postavimo jasne meje, ki so v oporo njemu, staršem in zdravstvenemu osebju. Ob namestitvi na oddelek

diskretno, v pričo staršev in mladostnika, opravimo higiensko vizito. Preverimo njegova oblačila, pripomočke za osebno higieno in šolske potrebščine ter odstranimo ostre predmete, da bi preprečili morebitne samomorilne namene.

Medicinska sestra naj v mladostniku vzbudi občutek, da razume njegovo nemoč in obup. Razviti naj mu pomaga samospoštovanje in občutek vrednosti. Njen odnos do mladostnika naj bo pristen, spoštljiv, pošten in razumevajoč. Ves čas naj se trudi, da ne pogloblja mladostnikovih občutkov osamljenosti, manjvrednosti in odtujenosti (4).

Mladostnik se v stiski zelo težko pogovarja. Ne ve, kje naj začne in kaj naj pove. Njegove misli so razpršene in s težavo najde besede, s katerimi bi se ustrezno izrazil. Neredko je v ozadju strah, da njegovih težav ne jemljemo resno. Zato je v začetnem stiku pomembno, da si vzamemo dovolj časa in si pridobimo njegovo zaupanje. Mladostnik mora začutiti, da se pogovarja z nekom, ki mu ni vseeno, kaj se z njim dogaja (4). S pogovorom mu tako sporočamo, da smo z njim zato, da ga poslušamo. V pogovoru se mu povsem posvetimo ter izberemo primeren čas in prostor. V pogovoru ohranjamo odprto držo ter miren glas in ne izražamo presenečenja in neodobranja (7). Če se mladostnik ni pripravljen pogovarjati, nam na ta način morda kaže, da je negotov, neodločen, preplavljen z intenzivnimi čustvi in zato nerad govori. Verjetno potrebuje več naše spodbude in bolj aktiven pristop. Naša vprašanja zastavimo tako, da so postavljena smiselno, neogrožajoče in nerazsodniško (3). Najprej se osredotočimo na najbolj akutno stisko, ki jo mladostnik doživlja. Pomudimo mu, da nam zaupa svoje težave. Prisluhujemo mu razumevajoče in z empatijo, morda kaj ponovimo po svoje, da začuti, da res razumemo, kaj nam pripoveduje in kaj čuti (3). Če mladostnik ves čas pripoveduje, da je vse brez veze, ga vprašamo neposredno, kaj misli s tem. Pogosto se iz mladostnika besede vsujejo kot plaz: da je neuspešen v šoli, da nima prijateljev, da se počuti osamljenega. S starši se ne razume. Ob tem nam razkrije zgodovino nerešenih problemov v družini, ki trajajo že od otroštva (alkoholizem, nasilje, zapuščenost s strani staršev) (4). Kadar se

ne odzove tako odprto, z neposrednimi vprašanji nadaljujemo. Pozanimamo se o medsebojnih odnosih v družini, ali mu družina nudi občutek varnosti in topline, ali se mu je v zadnjem času pripetilo kaj hudega. Ne bojimo se dotakniti vprašanj glede razmišljanja o smrti (3). S tem mu damo vedeti, da obstajajo tudi rešitve problemov in da mu lahko pomagamo. Pri tem so nam v pomoč vprašanja o samomorilnih mislih in namenu, pri katerih neposrednost postopno stopnjujemo (7).

Manj neposredna vprašanja:

- Si v zadnjem času žalosten ali nesrečen?
- Si v zadnjem času zelo nesrečen?
- Si si kadar koli želel, da bi zaspal in se nikoli več ne zbudil?
- Si si kdaj zaželel, da ne bi več živel? (7).

Bolj neposredna vprašanja:

- Ko je človek v stiski, v kakršni se mi zdi, da si ti, si včasih želi, da bi bil mrtev. Sprašujem se, ali se tako počutiš tudi ti?
- Si bil v zadnjem času tako nesrečen, da si želel, da bi bil mrtev?
- Zdi se mi, da si zelo nesrečen. Ali razmišljaš o tem, da bi se ubil?
- Razmišljaš o samomoru? (7).

Z aktivnim poslušanjem sestavljamo sliko njegovega doživljanja, razmišljanja in čustvovanja. Mladostnika spodbujamo, da terapevtu odkrito pove o svojih težavah. Če se mladostnik sredi pogovora umakne in se ustraši, da nam je morda povedal preveč, ga spodbudimo tako, da mu pokažemo, da dobro vemo, kako težko je govoriti o vseh teh stvareh in da nam njegovi občutki niso tuji (4). Med pogovorom smo pozorni tudi na nebesedno sporazumevanje, ki nam pogosto pokaže, kako se mladostnik odziva. O tem opozorimo njegovega terapevta in poročamo timu. Pri spraševanju pazimo, da ne podcenjujemo pomembnosti njegovih čustev, ne moraliziramo in mu ne vzbujamo občutkov krivde. Prav tako tudi ne analiziramo njegovega vedenja (3). S takšnim načinom pogovora prispevamo k zaupnemu medosebnemu odnosu, ki je pomemben za nadaljnjo obravnavo.

Medicinska sestra naj mladostniku posreduje občutek, da mu je vsak trenutek na voljo. Seznanji ga z

ostalimi na oddelku in mu večkrat predstavi tamkajšnje življenje. Z mladostnikom naj vzpostavi topel, spoštljiv in razumevajoč odnos (5). Pomaga mu, da izrazi svoja čustva in mu pri tem pomaga. Mladostnika spodbuja, da spregovori o dogodku, ki je povzročil stresno situacijo, in ga tako pripelje do spoznanja, da razložljive dogodke lažje obvladamo in s tem pridobimo večje samozaupanje (5). Medicinska sestra z mladostnikom na oddelku preživi 24 ur. To ji ponuja možnost, da se o vzroku, ki je povzročil samomorilno vedenje, pogovarja z njim v jedilnici, v sobi, ob gledanju televizije in v večernih urah. Mladostnik ji lahko podeli vlogo zaupnice. Medicinska sestra ne sprašuje aktivno; povedano le sprejema, hkrati pa mladostniku pove, da vsebin, ki ogrožajo njegovo zdravje ali celo življenje, ne more obdržati kot zaupen podatek. Hkrati ga spodbuja k bolj zrelemu ravnanju in ga opozori, da poskrbi za osebno higieno, urejenost svoje sobe, urejenost šolskih potrebščin in pisanje domačih nalog. Medicinska sestra tako pridobi nekaj podatkov o njegovih navadah doma in v družini. Spodbuja ga, da se udeležuje terapevtskih skupin in da pove svoje mnenje, izrazi svoja čustva in spregovori tudi o morebitni konfliktih na oddelku. Medicinska sestra mladostnika ves čas spremlja, ga spodbuja in poišče ter pohvali njegove pozitivne misli. Pomembno je tudi, da mladostnika spodbuja, da se s terapevtom pogovori o vzrokih, težavah in možnih rešitvah ter ga spodbuja k razmišljanju, kaj lahko stori sam.

ZAKLJUČEK

Preprečevanje samomorilnega vedenja med mladostniki je celostna naloga. Vključuje različne strokovnjake, ki imajo možnost in dolžnost, da vplivajo na duševno zdravje v družbi in družini (2). Vloga medicinske sestre pri samomorilno ogroženem mladostniku, ki se zdravi v bolnišnici, je, da z mladostnikom vzpostavi zaupen odnos in mu hkrati ne obljublja zaupnosti, ki se je ne more držati. Z mladostnikom naj vzpostavi pristen, spoštljiv, pošten in razumevajoč odnos. Pomaga naj mu pri

izražanju njegovih čustev in ga hkrati spodbuja za pogovor s terapevtom. V bolnišnici so možnosti obravnave mladostnika bistveno boljše, tako glede zagotavljanja varnosti kot tudi multidisciplinarne obravnave. V multidisciplinarni tim v Službi za otroško psihiatrijo so vključeni pedopsihiater, klinični psiholog, psiholog, socialni delavec, specialni pedagog, pedagog, pediater, medicinska sestra in zdravstveni tehnik. Tim se sestaja se enkrat na teden in seveda tudi po potrebi, da bi mladostniku pomagali pri reševanju težav in ga spodbujali pri doseganju ciljev. Vloga medicinske sestre v timu je vestno poročanje o svojih opažanjih in doživljanju mladostnika ter hkrati tudi o osebnih stiskah, ki jih doživlja ob pogovoru z mladostnikom.

LITERATURA

1. Marušič A, Zorko M. Slovenski samomor skozi prostor in čas. Slovenija s samomorom ali brez. Ljubljana. 2003, 10-20.
2. Marušič A, Roškar S. Slovenija s samomorom ali brez. Ljubljana. 2003, 79-90.
3. Kastelic A. Pogovor z mladostnikom, ki razmišlja o samomoru. Pedopsihiatrija 9. Ljubljana. 1991, 81-87.
4. Vodopivec Golnar M, Bogataj B. Mladostnik kot klicalec. Pogovori z ljudmi v duševnih stiskah. Ljubljana. 2003, 133-142.
5. Kariž N. Zdravstvena nega bolnika v krizi na oddelku za psihiatrično hitro pomoč. Obz Zdr N 1995; 29: 171-173.
6. Tomori M. Preprečevanje samomora pri mladostnikih. Slovenija s samomorom ali brez. Ljubljana. 2003, 79-90.
7. Tančič A. (Od teorije) k praksi. Spregovorimo o samomoru med mladimi. Ljubljana. 2009, 85-105.
8. Brecelj-Kobe M, Drobnič Radobuljac M. Samopoškodbeno vedenje med grožnjo in ogrožanjem. XXII. Srečanje pediatrov v Mariboru. Maribor 2012.

Kontaktna oseba / Contact person:

Sonja Kovač, viš. med. ses., univ. dipl. org.
Služba za otroško psihiatrijo,
Pediatrična klinika,
Univerzitetni klinični center Ljubljana,
Ljubljana,
Slovenija

Prispelo / Received: 23.4.2013

Sprejeto / Accepted: 25.4.2013