

Obravnava kriznega stanja v psihiatriji

Ivo Kosmačin, dr.med., spec.psih.*

doc. dr. Brigita Novak Šarotar, dr. med., spec. psih.

Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana

Dopisni avtor:

*e-naslov: ivo.kosmacin@psih-klinika.si

IZVLEČEK

Prispevek obravnava pojem kriznega stanja v psihiatriji s poudarkom na razumevanju poteka in ustreznih načinov obravnave. Krizno stanje je prehodna čustvena reakcija posameznika na stresni dogodek, ki presega njegove zmožnosti prilagajanja. Takšno stanje je lahko priložnost za osebnostno rast, vendar lahko v primeru hude stiske ali dolgega trajanja vodi v duševne motnje. Predstavljen je zgodovinski razvoj koncepta kriznega stanja in različni pristopi, ki imajo pomembne skupne točke. Poudarjen je značilen potek kriznega stanja skozi določene faze, od predkriznega obdobja do faze prilagoditve in okrevanja. Opisane so tudi različne vrste kriz, vključno z razvojnimi in travmatskimi krizami. Osrednji del prispevka je opredelitev krizne intervencije. To je oblika pristopa k posamezniku v kriznem stanju, ki temelji na intenzivni obravnavi in vključuje urgentni psihiatrični pregled, kratkotrajno psihoterapijo in po potrebi farmakološko zdravljenje. Poudarek je na celostnem pristopu, ki združuje psihoterapevtske tehnike z mobilizacijo podpornih skupin. Cilj krizne intervencije je povrnitev funkcioniranja na predkrizno raven in spodbujanje osebne rasti z razvojem novih, zrelejših strategij spoprijemanja. Prispevek poudarja, da je ustrezna obravnava ključna za preprečevanje dolgotrajnih duševnih motenj in izboljšanje kakovosti življenja posameznika.

Ključne besede: krizno stanje, krizna intervencija, psihoterapija, stresna reakcija, akutna psihiatrija, strategije spoprijemanja

ABSTRACT

The article addresses the concept of crisis state in psychiatry, emphasizing the understanding of its progression and appropriate treatment methods. A crisis state is a temporary emotional reaction of an individual to a stressful event that exceeds their coping abilities. Such a state can be an opportunity for personal growth, but in cases of severe distress or prolonged duration, it can lead to mental disorders. The historical development of the concept of crises management and various approaches with significant commonalities are presented. The characteristic course of a crisis situation through specific phases, from the pre-crisis period to the phases of adjustment and recovery, is highlighted. Different types of crises, including developmental and traumatic crises, are described. The main part of the article defines crisis intervention. This is an approach to an individual in a crisis state, based on intensive treatment and includes emergency psychiatric assessment, short-term psychotherapy, and pharmacological treatment if necessary. The emphasis is on a holistic approach that combines psychotherapeutic techniques with the mobilization of support groups. The goal of crisis intervention is to restore functioning to the pre-crisis level and to promote personal growth through the development of new, more mature coping strategies. The article emphasizes that appropriate treatment is crucial for preventing long-term mental disorders and improving the individual's quality of life.

Keywords: crisis state, crisis intervention, psychotherapy, stress reaction, acute psychiatry, coping strategies

UVOD

V poznih večernih urah 28. novembra leta 1942 je v enem izmed bolj obiskanih nočnih klubov v Bostonu prižgana vžigalica, s katero si je uslužbenec pomagal osvetliti zatemnjeni prostor, padla na tla in zanetila požar. V klubu se je takrat gnetlo več kot 1000 ljudi, kar je dvakrat presegalo dovoljeno kapaciteto. Plameni so se v nekaj trenutkih razširili po celem prostoru, vrata pa so bila zaklenjena, da gostje ne bi odšli brez plačila za vso naročeno pijačo. V tragediji je umrlo skoraj 500 ljudi, kar ostaja še danes eden izmed smrtonosnejših požarov v Združenih državah(1). Ko so preživele pripeljali na zdravljenje, so jih sprva obravnavali kirurgi zaradi opeklin, vendar so se kmalu nekatere izmed žrtev začele vesti tako ne navadno in odklonilno, da je bila ustrezna oskrba skoraj nemogoča. Na pomoč je priskočil profesor in takratni predstojnik psihiatrije na Harvardu – dr. Erich Lindemann. Opazil je, da je dogodek tako pri žrtvah kot pri njihovih svojcih sprožil intenzivne čustvene reakcije, ki so jim onemogočile organizirano, funkcionalno vedenje. Razgovore, ki jih je opravljal, je skrbno dokumentiral in jih kasneje primerjal z razgovori s svojci vojakov, ki so se takrat borili v drugi svetovni vojni. Našel je številne vzporednice in na podlagi ugotovitev postavil konceptualni okvir, ki razlaga nastanek in potek »krize« – akutne čustvene stiske ob nezmožnosti prilagoditve na novonastale stresne okoliščine (2). V obdobju, ki je sledilo, so mnogi avtorji gradili na teh temeljih in oblikovali specifičen način obravnave kriznih stanj, ki ga imenujemo »krizna intervencija« (3).

KRIZNO STANJE

Vsak posameznik se v življenju sreča z mnogimi stresnimi dogodki, ki so zanj bolj ali manj travmatični. Kako travmatičen je dogodek za nekoga in kakšno stisko sproži, ni odvisno izključno od dogodka samega – pomembno vlogo imata tudi posameznik, ki ga ta dogodek doleti, in okoliščine, v katerih živi. V primeru zelo hude stiske ali njene daljšega, kroničnega trajanja pa se lahko krizno stanje prekriva z duševno motnjo, ki jo natančneje opredelimo glede na sprožilni dejavnik, potek in vodilno simptomatiko (4).

Ko govorimo o kriznem stanju, s tem torej ne mislimo stresnega dogodka samega, ampak čustveni

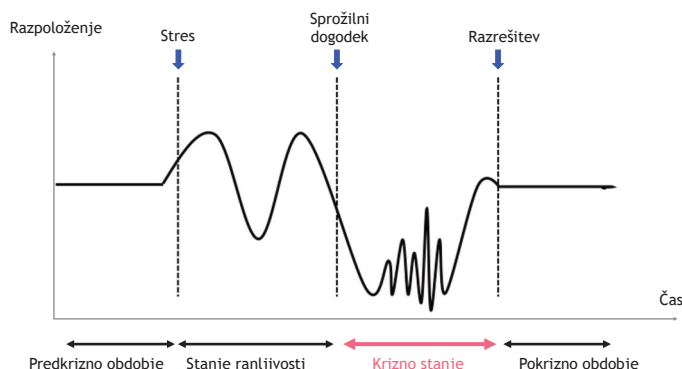
odziv posameznika, ki je stresni dogodek doživel oz. preživel. Gre za prehodno samoomejujoče stanje, ki lahko prinaša priložnost za osebnostno rast. Je točka, v kateri pride do pomembne življenjske spremembe. Točka, v kateri se čustveno ravnovesje poruši in ga ni možno več vzdrževati z ustaljenimi načini reševanja problemov. Posameznik mora v tem razmeroma kratkem obdobju poiskati nove strategije spoprijemanja, s pomočjo katerih lahko sprejme novo podobo resničnosti (5).

V krizah se bolj ali manj občasno znajdemo prav vsi in v večini primerov ne gre za patološko stanje. Zdravljenje je potrebno le takrat, ko pride do tako velikih duševnih in telesnih sprememb, da je ogrožena integriteta osebnosti in obstaja visoko tveganje za razvoj dolgotrajnih težav. Takšni posamezniki potrebujejo strokovno pomoč, da osvojijo in »izberejo« bolj zrele mehanizme obrambe in bolj prilagojene strategije spoprijemanja, ki jim omogočajo, da stresne okoliščine predelajo in jih integrirajo v trdno in stabilno osebnost.

POTEK KRIZNEGA STANJA

Čeprav se klinična slika motenj, ki so povezane s kriznim stanjem, lahko zelo razlikuje, je časovni potek omejen in sledi tipičnim fazam, vezanim na zunanje stresorje. Pred izpostavljenostjo povečanemu stresu so obrambni mehanizmi dovolj učinkoviti, da človeku uspeva ohranjati čustveno ravnovesje in je polno funkcionalen. To fazo imenujemo predkrizno obdobje. Krizno obdobje se začne, ko pride do spremembe, ki je lahko nenadna ali postopna. To je obdobje povečane ranljivosti. Nato pride do sprožilnega dogodka, ki že tako ranljivega človeka prizadene do te mere, da mu obrambni mehanizmi in strategije spoprijemanja ne omogočajo več običajnega funkcioniranja. To je faza, v kateri se človek zateče v manj zrele obrambe, kot je npr. regresivno vedenje, in potrebuje zunanjo pomoč ter podporo. Praviloma pride s časom do postopnega izboljšanja stanja in ponovne vzpostavitve prvotne psihološke obrambe. Spremenjene okoliščine, ki so človeka čustveno izravnovesile, so sedaj predelane in prilagoditev je zaključena. Po razrešitvi lahko ostane čustvovanje dlje časa oškodovano in človek funkcionira na nižji ravni kot prej. Ob nudenju ustrezne podpore in zdravljenja pa lahko pride do vzpostavitve zrelejših obramb, ki omogočajo

višjo raven funkcioniranja od tiste pred nastopom krize (6).



Slika 1: Potek krize po modelu Kocmur, M. (1992)

SPROŽILEC KRIZNEGA STANJA

Glede na vrsto sprožilnega dejavnika lahko krizno stanje razdelimo na dve vrsti – razvojno in travmatsko.

Razvojne krize so posledica pričakovanih dogodkov v poteku življenja. Po teoriji psihološkega razvoja, ki jo je psihoanalitik Erik Erikson razvil v 30. letih 20. stoletja, gre za vrsto »psihosocialnih nalog«, ki jih mora posameznik opraviti pri prehodu iz enega življenjskega obdobja v drugo in ob tem doživlja čustveno stisko (7). To so ranljiva obdobja v življenju posameznika, ki se pojavljajo ob določenih starostih in jih spremljajo za to obdobje značilne spremembe. Psihosocialne faze razvoja se po Eriksonu vrstijo ena za drugo od rojstva do starosti in so povezane z značilnimi vrstami krize. V sodobni popularni kulturi sta dobro poznana koncepta »krize srednjih let«, ki se pojavi v odrasli dobi, in identitetne krize, ki se pojavi v adolescenci. Pri travmatski krizi gre za nepričakovane ali naključne dogodke, ki jih spremlja nenadna ali grozeča izguba. Travmatični dogodki predstavljajo sprožilec krize tako za neposredne žrtve kot tudi za ljudi, ki so dogodku priča ali so bili žrtve njihovih bližnjih. Največje tveganje za čustveno dekompenzacijo predstavlja kombinacija travmatičnega dogodka v ranljivi fazi psihosocialnega razvoja (5).

Razvojna kriza	Travmatska kriza
	
Obdobje dojenčka (0–1 leta)	Naravna katastrofa
Zgodnje otroštvo (1–3 leta)	Fizično ali psihično nasilje
Srednje otroštvo (4–7 leta)	Spolna zloraba
Pozno otroštvo (8–11 leta)	Prometna nesreča
Adolescenca	Bolezen
Zgodnja odraslost	Vojna
Srednja leta	Smrt bližnjega
Starost	Zaporna kazen

Tabela 1: Faze psihosocialnega razvoja in prožilni dejavniki travmatskih kriz

V tabeli so naštetni možni sprožilni dogodki travmatske krize in faze psihosocialnega razvoja po Eriksonu, za katere je značilna razvojna kriza. V zgodnjem otroštvu gre predvsem za vzpostavljanje zaupanja in oblikovanje varnih navezav. V kasnejšem otroštvu za oblikovanje samopodobe, zaupanja vase in razvoja različnih sposobnosti. V adolescenci in zgodnjem odraslem obdobju za oblikovanje lastne identitete, intimnih odnosov in družine. V srednjih letih in starosti pa za iskanje smisla, občutka osebne izpolnjenosti in doprinosu družbi (7). Poznejši avtorji posameznih faz psihosocialnega razvoja niso več obravnavali kot kriz samih po sebi, ampak kot obdobje reorganizacije osebnosti, ko za razvoj krize obstaja povečano tveganje (8).

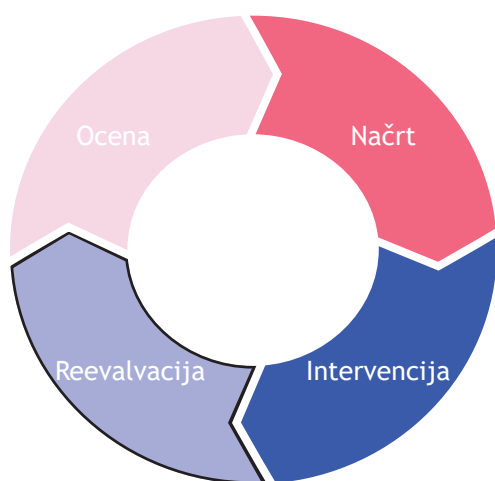
KRIZNA INTERVENCIJA

Ustrezna prepoznavna in obravnava kriznih stanj je ključna pri preprečevanju razvoja kroničnih motenj in drugih zapletov, ki obremenijo posameznika in okolico, če kriza ni uspešno razrešena. Način strukturirane obravnave, ki temelji na teoriji krize, imenujemo »krizna intervencija« (9).

V literaturi obstajajo različne definicije krizne intervencije, ki imajo nekatera skupna splošna načela. Gre za razmeroma kratkotrajno in intenzivno obravnavo, ki navadno vključuje urgentni psihiatrični pregled in po potrebi kratkotrajno ho-

spitalizacijo s psihodinamično psihoterapijo.

Preprost model pristopa k reševanju krize srečamo v poslovnem svetu, kjer se danes pogosto srečujejo s kritičnimi situacijami, ki jih je potrebno hitro in učinkovito reševati. Čeprav ima posameznik malo skupnega s poslovno entiteto, pa je takšen model zaradi svoje univerzalnosti uporaben tudi pri obravnavi kriznih stanj pri ljudeh. Prvi korak je ocena stanja in prepoznavanje kriznega stanja. Kot drugi korak sledi načrtovanje, ki vključuje oblikovanje strategije za soočanje s kriznim stanjem. Tretji korak je sama intervencija, ki pomeni izvajanje in uresničevanje načrta, oblikovanega na predhodni stopnji. Zadnji korak je reevalvacija izbrane intervencije, ki služi ocenjevanju njene učinkovitosti, in njeno prilagajanje.



Slika 2: Preprost model obvladovanja krize

V literaturi obstaja več različnih modelov, ki skušajo sistematizirati krizno intervencijo. Najosnovnejši med njimi je verjetno triažni model – »ACT – assessment, crisis, triage«, ki ga bom na kratko predstavil.

Najprej pridobimo vse osnovne podatke posameznika v obravnavi, nato opredelimo travmatični dogodek, povprašamo o drugih morebitnih travmatičnih dogodkih, identificiramo podpirne skupine (družina, drugi bližnji), preverimo zlorabo alkohola ali drog, povprašamo o prej obstoječih duševnih motnjah, samomorilnih mislih in heteroagresivnih nagnjenjih (10).

Na podlagi pridobljenih podatkov presodimo, ali je potrebno takojšnje bolnišnično zdravljenje ali zadostuje izvenbolnišnična ambulantna obrav-

nava. V primeru zmerne simptomatike lahko usmerimo v psihološko svetovalnico ali v podporno skupino. Pri blagih simptomih, za katere ocenimo, da bodo hitro izzveneli, nadaljnja obravnavanje ni potrebna.

Obravnavanje kriznega stanja tako v bolnišnici kot izven nje temelji na psihoterapiji. Vloga terapevta je, za razliko od nekaterih drugih psihoterapevtskih pristopov, bolj aktivna. Osnovni cilj je opredelitev stresne okoliščine, omogočanje izražanja čustev na ustrezen način in mobilizacija posameznikovih lastnih virov za reševanje nastale situacije in izboljšanje položaja.

V sklopu krizne intervencije je pomembna tudi mobilizacija podpornih skupin, predvsem družine, sorodnikov in drugih bližnjih. Cilj krizne intervencije je povrnitev funkcioniranja na predkrizno raven. Ideal pa je osebna rast in pridobitev novih, bolj zrelih strategij spoprijemanja.

SPOPRIJEMANJE

Proces, s katerim posameznik sprejme novonastale okoliščine, imenujemo »spoprijemanje« [ang. coping] (11). Lazarus in Folkmanova sta načine spoprijemanja s stresnimi okoliščinami razdelila v dve večji kategoriji – v problem usmerjeno in v čustva usmerjeno spoprijemanje (12). V problem usmerjeno spoprijemanje naj bi bilo tako učinkovitejše in bolj zrelo. Kasnejši avtorji so bili do opisanega modela upravičeno kritični, češ da je preveč poenostavljen. Razvili so kompleksnejše modele in pokazali, da obstaja veliko različnih strategij spoprijemanja, ki vključujejo tako izražanje čustev kot racionalno reševanje problema (13). Strategije pa so kljub temu lahko bolj ali manj koristne. Za koristne strategije spoprijemanja je značilno, da omogočajo na eni strani učinkovito reševanje problema in na drugi izražanje čustev na ustrezen in socialno sprejemljiv način. Naloga terapevta je, da krepí slednje.

Reševanje problema	V čustva usmerjene	Manj koristne
		
Načrtovanje in premislek	Iskanje socialne podpore	Osredotočenje na negativna čustva
Opuščanje drugih aktivnosti za večjo zmožljivost pri reševanju trenutne situacije	Iskanje pozitivnih plati	Obupavanje
Iskanje nasvetov pri drugih	Sprejemanje	Izogibanje
Zadrževanje reakcije pred nastopom primerne trenutka za akcijo	Humor	Zanikanje
	Obračanje k religiji	Zloraba alkohola in drog
		Samopoškodbeno vedenje

Tabela 2: Koristne in manj koristne strategije spoprijemanja (Carver et al. 1989)

FARMAKOLOŠKO ZDRAVLJENJE

Kljub temu da je pri obravnavi kriznih stanj poudarek na nefarmakološkem zdravljenju, moramo spremljajoče simptome, kot so nevzdržna tesnoba, nespečnost, potrtnost in nenehne ruminacije, dovolj olajšati, da omogočimo sodelovanje pri drugih oblikah pomoči.

Za kratkoročno lajšanje tesnobe so pri nas registrirani benzodiazepini, ki jih ob prilagoditveni simptomatiki v sklopu kriznega stanja predpišemo za nekaj dni. S časom namreč izgubijo učinkovitost zaradi razvoja tolerance. Pri kronični rabi in povečevanju odmerka pa tvegamo razvoj odvisnosti. Podobno velja za nebenzodiazepinski hipnotik zolpidem, ki ima močan uspavalni učinek. V izogib tem tveganjem za dolgoročno obvladanje tesnobe predpisujemo antidepresive iz skupine selektivnih zaviralcev privzema serotonina (SSRI; selective serotonin reuptake inhibitor). Za lajšanje nespečnosti lahko uporabimo tiste antidepresive, ki imajo sedativni učinek, to sta najpogostejše trazodon in mirtazapin. Pri lajšanju nespečnosti z antidepresivi gre za tako imenovano rabo mimo uradne indikacije, kjer predpisujemo zdravilo, ki za te motnje ni bilo registrirano oziroma uporabljamo odmerke ali način jemanja, ki ni bil uradno odobren. Predpisovanje mimo uradne indikacije je dovoljeno in je stalna klinična praksa, vendar moramo dobro pretehtati razmerje med koristjo

in tveganjem.

Skupina zdravil, ki jo vse pogostejše uporabljamo mimo uradne indikacije, so antipsihotiki. Kljub temu da gre za zdravila, ki jih primarno uporabljamo za zdravljenje simptomov psihoze, lahko nekatere učinke s pridom izkoristimo pri simptomih, ki se pojavljajo v sklopu drugih kriznih stanj, kot so tesnoba in nespečnost. Navadno v takem primeru uporabljamo bistveno manjše odmerke in le nekatere izmed predstavnikov tega razreda zdravil, kot so kvetiapin, sulpirid, redkeje tudi olanzapin (14,15). Kljub temu je potrebno omeniti, da gre za zdravila z neželenimi učinki, med katerimi so nekateri tudi nevarni (16). Pri kvetiapinu in olanzapinu je to predvsem metabolni sindrom in tveganje za razvoj oz. poslabšanje sladkorne bolezni (17). Pomemben zaplet zdravljenja s sulpiridom je povečanje nivojev prolaktina (hiperprolaktinemija), ki lahko povzroči spolno disfunkcijo, neplodnost in iztekanje mleka iz dojk (galaktoreja) (18). Kljub temu da se opisani neželeni učinki pri nizkih odmerkih verjetno pojavljajo redkeje, moramo biti nanje pozorni.

ZAKLJUČEK

Krizno stanje se lahko pojavi pri vsakem človeku, ki je izpostavljen stresnim okoliščinam. V osnovi ne gre za patološki proces, ampak za obdobje povečane občutljivosti, ki ga lahko izkoristimo kot priložnost za oblikovanje zrelejše osebnosti in pridobivanje novih strategij spoprijemanja, ki so kasneje v življenju pomembne za ohranjanje stabilnega čustvovanja. V primeru, da stresni dejavniki presežejo zmožnost posameznika, da se jim prilagodi, je potrebna strokovna pomoč. Teoretični model, s katerim mobiliziramo človekove lastne vire pri spoprijemanju z novonastalimi okoliščinami in njegov osebni razvoj, imenujemo krizna intervencija. Obravnava temelji na celostnem pristopu z osrednjo vlogo psihoterapije, ki jo dopolnimo z drugimi oblikami pomoči in po potrebi s psihiatričnimi zdravili.

LITERATURA

1. Saffle JR. The 1942 fire at Boston's Coconut Grove nightclub. *Am J Surg.* 1993;166(6):581-91.
2. Lindemann E. Symptomatology and management of acute grief. *Pastoral Psychol.* 1963;14(6):8-18.
3. Caplan G. Recent developments in crisis intervention and the promotion of support service. *J Prim Prev.* 1989;10(1):3-25.
4. Carta MG, Balestrieri M, Murru A, et al. Adjustment Disorder: epidemiology, diagnosis and treatment. *Clin Pract Epidemiol Ment Health.* 2009;5:15.
5. Hobbs M. Crisis intervention in theory and practice: a selective review. *Br J Med Psychol.* 1984;57 (Pt 1)(1):23-34.
6. Kocmur Marga, Zavasnik Anka. Krizna stanja v psihiatriji. *Med Razgl.* 1992;259-63.
7. Orenstein GA, Lewis L. Eriksons Stages of Psychosocial Development. *The Wiley Encyclopedia of Personality and Individual Differences, Models and Theories.* 2022;179-84.
8. Jacobson GF. Crisis Theory. *New Dir Ment Health Serv.* 1980;1980(6):1-10.
9. Shalev AY, Ankri Y, Israeli-Shalev Y, et al. Prevention of posttraumatic stress disorder by early treatment: results from the Jerusalem Trauma Outreach And Prevention study. *Arch Gen Psychiatry.* 2012;69(2):166-76.
10. Roberts AR. Assessment, Crisis Intervention, and Trauma Treatment: The Integrative ACT Intervention Model. *Brief Treat Crisis Interv.* 2002;2(1):1-22.
11. Zgaga S, Avsec A. Relationship termination in emerging adulthood: Coping strategies as predictors of posttraumatic growth. *Psiholoska Obzorja.* 2012;21(2):29-40.
12. Lazarus R, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. 1984.
13. Skinner EA, Edge K, Altman J, et al. Searching for the structure of coping: a review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychol Bull.* 2003;129(2):216-69.
14. Blier P. Atypical antipsychotics for mood and anxiety disorders: Safe and effective adjuncts? *Journal of Psychiatry and Neuroscience.* 2005;30(4):232.
15. Greiner T, Haack B, Toto S, et al. Pharmacotherapy of psychiatric inpatients with adjustment disorder: current status and changes between 2000 and 2016. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2020;270(1):107-17.
16. Brett J. Concerns about quetiapine. *Aust Prescr.* 2015;38(3):95.
17. Chaudhry HR, Arshad N, Niaz S, et al. Comparison of risperidone, olanzapine and quetiapine: effects on body weight, serum blood glucose and prolactin. *International Psychiatry.* 2008;5(3):71.
18. McMurdo M, Howie P, Lewis M, et al. Prolactin response to low dose sulpiride. *Br J Clin Pharmacol.* 1987;24(2):133.