



*50 let*

Psihiatrična  
bolnišnica  
Begunje

MEJE PSIHIIATRIJE

MEJE  
PSIHIIATRIJE

Begunje,  
25. in 26. oktober  
2002

# VLOGA ZUNANJIH PSIHIČNIH OBREMENITEV PRI DUŠEVNIH MOTNJAH: KJE NASTOPI IN KJE SE KONČA VLOGA PSIHIATRIJE

***Maja Rus Makovec***

## UVOD

Povsod okoli nas, kjer ima »prste vmes« tako imenovani »človeški dejavnik«, zelo pogosto ne govorimo popolnoma nevtralnoma o empiričnih oziroma objektivnih dejstvih: ko skušamo zagovarjati svoj prav z »empiričnimi oziroma objektivnimi dejstvi«, pravzaprav pogosto govorimo o tem, kako jih mi doživljamo oziroma kakšen pomen imajo za nas osebno. Že v somatskih vejah medicine poznamo pojav, da lahko zdravnik predpisuje določeno zdravilo še naprej, čeprav raziskave pokažejo, da nima učinka ali da bi bilo drugo zdravilo boljša izbira. Empirija je pač trčila v zdravnikova osebna prepričanja. Toliko verjetneje je, da bodo osebna prepričanja terapevtov trčila v objektivna dejstva na področju psihiatrije (izraz »terapevt« mi v tem kontekstu pomeni nekoga, ki ima profesionalno vlogo v psihiatrični stroki). Pri nastanku duševnih motenj ima prepletanje genskih, osebnostnih/psiholoških in miljejskih dejavnikov še toliko večjo težo kot pri telesnih zdravstvenih težavah. To prepletanje je na nekaterih področjih tako zapleteno in strokovno tako zahteven koncept, da naše pogosto pomanjkljivo znanje lahko odpravimo z ugotovitvijo, da je »psihiatrija nekako neoprijemljiva veda«, in določene probleme v stroki rešujemo tako, kot nam je osebno najbolj blizu (»po zdravi pameti«).

Tak pretirano pragmatičen odgovor ima drugačno konotacijo kot ugotovitev, da v grobem sicer poznamo dejavnike tveganja in dejavnike zaščite pri razvoju duševnih disfunkcij; ker pa gre za živ organizem (človeka kot posameznika) in za živ sistem (medosebni odnosi, v katere je posameznik vpet, in medsebojno vplivanje ljudi), nikoli ne bomo zmogli imeti natančnega nadzora nad nepredvidljivimi naključnimi vplivi in nad nepredvidljivimi učinki interakcij različnih dejavnikov v človekovem življenju. To posebej velja za posameznikovo reakcijo na obremenilne dejavnike v okolju. Tako lahko z

določeno – večjo ali manjšo – verjetnostjo pričakujemo določene posledice v duševnem funkcioniranju človeka po nekih zanj psihično obremenilnih zunanjih okoliščinah. Šele retrogradno pa lahko ocenimo, ali bo ta človek iz tega kriznega obdobja izšel ojačan, modrejši in z večjim zaupanjem vase ali ga bo to breme »zlomilo« oziroma resno okvarilo njegovo psihosocialno funkcioniranje (do neke akutne ali kronične duševne motnje). Zavedanje relativne omejenosti našega strokovnega spoznanja ne pomeni strokovne vdaje in že omenjene neustrezne ugotovitve o strokovni megljenosti in nedorečenosti psihiatrije kot stroke, ampak pomeni izstop iz morebitnega narcisističnega pričakovanja o naši vlogi kot zdravstvenih delavcev/terapevtov (da se da vse natanko izmeriti, napovedovati in zdraviti). In klic na odgovornost – tisto, kar se da doreči in kar se da naučiti, moramo ravno zaradi velikega deleža nepredvidljivih prepletov dejavnikov toliko bolj strokovno kvalitetno spoznavati in vedeti.

Izraz »zunanje psihične obremenitve« pri odraslih ljudeh (morda je ustrežnejši izraz »psihosocialne« obremenitve) je na prvi pogled nekoliko kontradiktoren: po domače bo v prispevku govor o dogodkih v življenju oziroma v posameznikovem okolju (»zunanje dogajanje«), ki pri ljudeh na nivoju duševnosti sprožijo določeno neugodje oziroma subjektivni občutek trpljenja/duševno bolečino/ duševno motnjo (odsevajo »navznoter«). Hude stresne situacije (»life events«) veljajo za dogodke v življenju posameznika, ki lahko odločilno vplivajo na njegovo psihosocialno funkcioniranje (1); nekateri od teh za posameznika travmatičnih dogodkov so tako rekoč univerzalna človeška izkušnja (na primer smrt bližnje osebe), nekateri travmatični dogodki pa niso enakomerno porazdeljeni po vseh človeških življenjih (izguba socialne varnosti/nezaposlenost, huda bolezen, nesreča bližnjega s smrtnim izidom...). V omejenem okviru tega prispevka bo izraz »stresor« ali »zunanji dejavniki« povzemal tiste dogodke ali epizode odnosov pri odraslih ljudeh, ki se »nam zgodijo« ali se »nam dogajajo« (zunanje psihične obremenitve v otroštvu in adolescenci vplivajo drugače), in jih ni primarno povzročil posameznik s svojim ravnanjem (tak primer je stres, ki ga človek na primer so-kreira ali kreira zaradi zasvojenostjo s psihoaktivno snovjo). Glede na posameznikove vire moči lahko pričakujemo različni odgovor in različno prebolevanje teh stresnih doživetij. Glede na terapevtovo oceno dogodkov kot »zares stresnih« ali »običajno stresnih« lahko pričakujemo različno obravnavo človeka, ki je prizadet zaradi neke travme. Praviloma terapevti nimamo dilem pri sprejemanju in prepoznavanju obremenitev iz okolja na ljudi, ki imajo »pravo« duševno bolezen (na primer iz psihotičnega kroga) – verjetno se vsem zdi logično, da bo človek s težko duševno motnjo bolj stresno doživel hude miljejske obremenitve. Veliko nedorečenega pri našem

delu pa predstavljajo posameznikove reakcije na take obremenitve pri t.i. »zdravih« ljudeh – ali lahko zgolj zaradi zunanjega stresorja postanejo duševno bolni oziroma ali je lahko zunanji stresor najodločilnejši etiološki dejavnik? Terapevti lahko tako zelo različno ocenjujejo težo zunanjih obremenitev pri razvoju neke duševne motnje, da se utegnejo pri istem pacientu razlikovati diagnoze in načrt zdravljenja njegove motnje: v prispevku bom poskušala razmišljati o mejah psihiatrične stroke na tem področju, ki bi bile lahko večinsko sprejemljive. Kje je pri »življenjskih težavah« vloga psihiatrije?

## O UČINKOVANJU STRESA/TRAVME

V vsakodnevni rabi postane »travma« drug izraz za stres, ki je sicer ena najpogostejših človeških izkušenj; stanje stresa različne jakosti lahko povzročijo zelo različni dražljaji. Za tako stanje uporabljamo tudi izraz »kriza«. Če smo bolj natančni, bi lahko za travmo uporabili izraz ekstremni stres, brez neke povsem jasne omejitve glede na običajni stres (ki je del doživljanja običajne življenjske poti). Ko so spraševali ljudi, ki so preživljali zelo težke dogodke, o posledičnih občutjih, so lahko povzeli, da sta pri tej stresni izkušnji posebej pomembni dve: občutje pomanjkanja nadzora in nepredvidljivosti dogodkov, ki so vitalnega pomena za posameznika. Občutje izgube nadzora se je izkazalo za hujše kot pomanjkanje kontrole (se pravi, da so bili bolj prizadeti ljudje, ki so imeli pred travmo več nadzora nad svojim življenjem) (2). Ko so raziskovali povezavo med stresom in duševnimi motnjami, so ugotavljali, da pogosto teh težav niso izzvali zelo težki življenjski dogodki, pač pa daljše obdobje relativno blagih stresorjev (vsakodnevnih težav). Pač pa so bili manjši stresni dogodki posebej škodljivi, če so sledili neki zelo hudi izkušnji (»kapljica čez rob«) (3).

Travmatska doživetja lahko povzročajo naravne katastrofe – kot na primer poplave, potresi, požari, viharji ipd. Taki obliki travmatske izkušnje pravimo »neosebna«, ker je niso povzročili ljudje drugim ljudem. V teh nesrečah so ljudje izpostavljeni ekstremnemu strahu, z grožnjo smrti in uničenja fizične integritete, tako sebe kot drugih ljudi. Ta travmatska doživetja so v letih od 1967 do 1991 terjala življenje sedmih milijonov ljudi in prizadela tri milijarde ljudi. (2). Ta doživetja močno zvišajo pogostost duševnih motenj. Tako so na primer v skupnosti, ki je bila izpostavljena vulkanskemu izbruhu, opazovali enajst- do dvanajstkrat večjo pogostost s stresom povezanih duševnih motenj, kot so bile v skupnostih, ki niso bile izpostavljene temu doživetju (2).

Za druge nesreče se včasih ne dá čisto razločiti, ali gre za neosebno ali za medosebno travmo. Na primer avtomobilske nesreče; če gre res za smrtne žrtve po spletu nesrečnih naključij, bi temu lahko rekli neosebna travma. Če koga ubije na cesti vinjen ali pa impulziven in aroganten voznik, štejemo to v medosebno travmo.

Medosebna travma se lahko dogaja v okviru našega intimnega kroga odnosov, v družini (na primer ločitev, huda bolezen, izkušnja nasilja), pa tudi zunaj njega. Med slednje štejemo travmatična doživetja v okviru institucij, ki nas obkrožajo (na primer izguba zaposlitve, huda krivica na delovnem mestu), od neznanih nasilnih ljudi (telesni napad, posilstvo), razne oblike političnega nasilja in diskriminacije.

Kadar ljudje zaznamo, da smo v nevarnosti, se v nas sproži telesni odgovor, ki nas pripravi bodisi za boj ali beg. Možgani, ki so zaznali nevarnost (začetni odgovor se sproži v locus ceruleus), s svojimi prenašalci signalizirajo nadledvični žlezi, naj sprosti adrenalin kot odgovor na grožnjo. Telo se tako pripravi na delovanje – bodisi da bo treba hitro teči bodisi da se bo treba fizično spopasti (temu je bil namenjen ta telesni odgovor v naši zgodovini). Naše psihofizično zaznavanje poveže opisani odgovor telesa s specifičnimi grožnjami. Spomin na travmatične dogodke ne izzveneva tako kot običajno učenje. Hormona noradrenalin in adrenalin, ki se sprožata v travmatičnih situacijah, namreč ojačujeta dolgotrajni spomin (4). Podobna fiziološka stanja lahko sprožajo spomin in spomin lahko sproža tako fiziološko reakcijo. Te povezave so pri ponavljajočih se prizadetostih neprimerno močnejše in vztrajnejše. Ko možgani enkrat postanejo občutljivi na tako učenje, lahko celo deli potencialne grožnje aktivirajo ves opisan alarmni sistem. Videti je, da lahko ostane locus ceruleus pretirano vzdražen in odziven več desetletij (posebej po travmatičnih izkušnjah v zgodnjem razvojnem obdobju) (5) – zato neki zunanji stresor, kot je izguba zaposlitve, lahko pomeni za ljudi s kronično pretirano vzdražnim sistemom alarma toliko škodljivejši dražljaj. Kadar smo prevečkrat ali predolgo izpostavljeni hudim obremenitvam, tudi ni dovolj časa, v katerem bi se popolnoma regenerirali.

Stres ali travma je lahko posledica enkratnega dogodka ali epizode ali ponavljajočih se oziroma kroničnih dejavnikov. Kot zelo pogosto kronično stresno situacijo lahko ocenimo tudi revščino in nezaposlenost - ki jih zaradi »vsakdanjosti« lahko spregledamo kot obremenilna dejavnika in smo zaradi tega spregledanja lahko celo nestrokovni. Zato ta dejavnik v prispevku posebej poudarjam. Temeljni psihosocialni stresogeni vpliv revščine se kaže v izločenosti, izključevanje posameznikov in skupin iz družbenih dogajanj (6). Izključitev iz neke skupnosti pa je za ljudi, kot vemo tudi iz zgodovine, eden najtežjih stresorjev. Občutki brezperspektivnosti, majhnega nadzora nad

svojim življenjem, pasivnost, zavedanje objektivne izključenosti iz življenjskih tokov – vse to so posledice revščine in hkrati lastnosti, ki jo ojačujejo. Ljudje, ki so brezposelni, opisujejo pri sebi resne osebnostne spremembe – čutijo se odtujene sebi in bližnjim ter brezvredne (7); stres zaradi nezaposlenosti enega odraslega člana družine se prenese na vse družinske člane in torej deluje na neki mnogokratnik števila ljudi, ki trpijo zaradi brezposelnosti (6).

Ni nujno, da bodo ljudje po psihičnih obremenitvah reagirali tako, da bodo dosegali klinični prag za diagnozo duševne motnje. Lahko so preprosto potrti, potrtoost pa spada v razpon »normalnosti«. Najpogosteje diagnosticirane motnje zaradi zunanjih psihičnih bremen so v zvezi z anksiozno in depresivno simptomatiko - »Reakcije na hud stres in prilagoditvene motnje« (8). V sklopu te razdelitve razumemo Posttravmatsko stresno motnjo kot zapozneli odgovor na zelo stresogeni dogodek ali zelo obremenilne okoliščine, ki bi veliko večino ljudi spravile v stisko. Ta situacija vedno znova obnavljane izpostavljenosti lahko vodi v kronično motnjo (9). Drugi motnji v smislu reakcij na stres sta lahko Akutna stresna reakcija (Krizna reakcija) in Prilagoditvena motnja (tudi pri tej motnji je potreben neki zunanji stresor, vendar naj bi predhodne osebnostne značilnosti imele večjo vlogo). Nekateri ljudje se lahko na omenjene obremenitve odzovejo s prevladujočo sliko depresivnega stanja, s povečano generalizirano tesnobo ali s prehodnimi znaki somatizacije. Lahko pa zaradi izpostavljenosti ekstremnemu travmatskemu stresorju pride do Osebnostne motnje odrasle osebnosti (trajne osebnostne spremenjenosti) pri ljudeh, ki pred to izjemno hudo izkušnjo (na primer izkušnja koncentracijskega taborišča, mučenja, življenjske ogroženosti zaradi terorizma) niso imeli nobene osebnostne motenosti. Za druge diagnostične kategorije pa bi težko rekli, da zunanje obremenitve učinkujejo kot poglobitvi etiološki dejavniki. Pri raziskovanju vzročne povezave med zunanjimi obremenitvami in razvojem duševne motnje (shizofrenija, razpoloženske motnje, anksioznost, suicidalnost, motnje hranjenja) niso nikjer ugotavljali jasne ali celo neposredne vzročne povezave (10), ampak jih lahko razumemo bolj kot nekakšen katalizator v spletu etioloških dejavnikov.

## **O DOŽIVLJANJU STRESA/TRAVME - ZAKAJ NEKATERI LAHKO »PRENESEJO«, DRUGI PA NE**

V psihiatriji si razlagamo izraz travma kot »neprijetno čustveno doživetje, ki ima dolgo trajajoče učinke na duševnost« (2). Vendar so lahko enako objektivno težki dogodki pri posameznikih povzročili različno subjektivno

doživljanje. Nekateri lahko tak dogodek doživijo kot hud, a ne ekstremno hud, drugi pa kot skrajno mejo, ki jo lahko prenesejo. Torej individualne značilnosti igrajo pomembno vlogo pri končnem učinku življenjskih travm na nastanek (ali ne) duševne motnje. Nekateri ugotavljajo, da sama objektivna teža dogodka ni bistvena za nastanek Posttravmatske stresne motnje: individualne lastnosti naj bi močnejše prispevale k njenemu nastanku (11). Ne da se torej govoriti, da neki objektivno težak dogodek sproži neko duševno motnjo, velja pa obratno. Ljudje, ki imajo določeno duševno ali vedenjsko motnjo, se težje spoprijemajo s hudimi stresi. Ker je slednja povezava med duševnimi motnjami in stresom relativno jasna, večje dileme povzroča dejstvo, da nekaterim ljudem travme kakor da ne bi škodoval. Pravimo, da so "psihično odporni".

Odpornost na stres (»psihična odpornost«, »resilience«) je izraz, ki se nanaša na sposobnost vzdrževanja ustreznega vedenja ob hudih življenjskih stresorjih. Nekateri ljudje so namreč ob različnih izrazito stresnih izkušnjah v življenju (huda revščina, izkušnja taborišča, rasni ali etnični predsodki, telesna in spolna zloraba, hude duševne in telesne motnje v primarni družini, družinsko in bližnje okolje, ki spodbuja delinkventnost in kriminal) ostali funkcionalni in kompetentni vse svoje življenjsko obdobje. Odporni na stres so ljudje, ki zacelijo svoje rane, in če le obstaja možnost, živijo naprej polno življenje in so zmožni delovati konstruktivno (12). Gre za sposobnost za preobrat in obnavljanje, ne pa za neobčutljivost za take strese, kot bi morda kdo na hitrico sklepal. Izraz »odpornost na stres« pomeni posameznikovo sposobnost, da se povrne na prejšnjo raven učinkovitosti oziroma da mu negativne izkušnje celo ojačijo, povečajo dane zmožnosti.

Kaj so pokazali rezultati študije o značilnostih »odpornih« ljudi? Ljudje, ki so veliko pretrpeli in so odporni na stres, niso trdi in brezčutni (če so postali taki, namreč niso »odporni«, ampak so samo »preživeli«), ampak nasprotno: postali so bolj stabilni, z občutki moči zaradi težav, ki so jih preživeli. Teh občutkov ne bi razvili do te mere, če ne bi imeli takih težav. Globlje so doživljali in više vrednotili življenje, te vrednote pa so se pogosto usmerile v socialni aktivizem, v željo, pomagati drugim, ki trpijo zlorabe. Ob teh naporih so izkušali občutek nadaljnjega osebnostrnega razvoja (13). Ljudje, odporni na stres, so kazali veliko zaupanja v to, da se bo dalo težave premagati in da lahko ljudje vsaj do neke mere uravnavajo svojo usodo (notranji lokus kontrole) (14). Nizko samospoštovanje in občutek nemoči sta večala verjetnost, da bo ena težava vodila k drugi (to pa je življenjski slog, ki sega »od daleč«).

Kaj pa najbolj ojači osebnostrne lastnosti, ki omogočajo psihično odpornost? Čeprav govorimo o odraslih ljudeh, imajo ti za seboj svojo osebno

zgodovino, ki sodeluje pri njihovi odpornosti. Težko otroštvo ne pomeni vedno tega, da so odrasli ljudje zato bolj ranljivi za psihične dekompenzacije. Nasprotno, včasih težko otroštvo človeka psihično ojači. V eni od zelo dolgoročnih raziskav o odpornosti na stres so štirideset let sledili približno 700 otrokom, ki so se rodili na otoku Kauai predvsem revnim, neizobraženim delavcem na plantažah sladkornega trsa (14). Eno tretjino so poimenovali rizična skupina, ker so bili že pred svojim drugim letom izpostavljeni najmanj štirim dodatnim dejavnikom tveganja (alkoholizem v družini, nasilje, ločitev, duševne motnje, drugi resni zdravstveni problemi). Pri osemnajstih letih je dve tretjini otrok iz rizične skupine imelo take težave, kot se je predvidevalo glede na nadvse neugodne okoliščine: zgodnje nosečnosti, potrebo po uslugah institucij za mentalno zdravje, težave v šoli ali z zakonom. Tretjina iz rizične skupine pa se je razvila v kompetentne, skrbne mlade ljudi, s sposobnostjo, da dobro delajo, se znajo igrati in s sposobnostjo za ljubeče odnose. Tudi pri štiridesetih so bili še vedno uspešni. Večji delež ljudi iz te tretjine rizične skupine je bil stabilno poročenih, manj je bilo ločitev, manj nezaposlenih in večji delež jih je bil ne-travmatiziran po hudi naravni nesreči (hurikan leta 1992) kot med tistimi, ki niso sodili v rizično skupino.

### **PROFESIONALEC IZ PSIHIATRIČNE STROKE »MENSURA EST« - KJE SO MEJE PSIHIATRIČNE POMOČI**

V stroki nas lahko bega vprašanje, kdaj je stresor tako hud in odgovor nanj do te mere disfunkcionalen, da je potrebna psihiatrična pomoč: da ne bi spregledali morebitnih duševnih motenj, ki nastanejo pod vplivom stresnih dogodkov, da pa ne bi hkrati vseprek psihiatrizirali človeške izkušnje trpljenja. Nadalje je treba razmejiti, kam sodijo svetovanja in psihoterapevtske intervence. Spadajo tako v psihiatrijo kot stroko in institucijo in izven nje. Če jih štejemo za del rutinske obravnave psihiatrije, potem spada v našo stroko veliko večji del duševnih doživljanj, kot jih obravnavamo. Begu nas lahko tudi to, da so ljudje tako različno odporni na stres in so tako različno motivirani, da bi se borili s stresom. Še enkrat je treba poudariti, da dejstvo, da so nekateri ljudje zelo odporni na stres, ne pomeni, da se dá na kakršenkoli način slabšalno gledati na tiste, ki so globlje ranjeni ali imajo večje težave pri prebolevanju. Pri taki oceni bi šlo za moraliziranje, torej za nestrokovno oceno. Ljudje so pač zelo različni. Begu nas lahko tudi to, da smo sami morda prenesli mnogo večji odmerek stresa in nezavedno druge merimo po sebi ali po naših osebnih normah. Merilo (»mensura«) naj bo v končni meri



torej človek, ki trpi (»homo patens«) in ne strokovnjak s svojimi osebnimi izkušnjami in prepričanji.

Spet močno prestopimo mejo svoje stroke, kadar namesto s kombinacijo strokovnosti in empatije operiramo s pretiranim usmiljenjem in z občutki zavezanosti, da rešujemo probleme, ki bi jih morali socialno skrbstvo, politika ali solidarnost državljanov. V psihiatrijo se pogosto projicirajo nerealna pričakovanja, da bomo poskrbeli tudi za težave, ki jih lahko poimenujemo tudi za »eksistenčne in/ali eksistencialne probleme«.

Če nekdo izgubi zaposlitev, pa ni več najmlajši in nima kaj dosti možnosti, da se bo zaposlil, bo zanesljivo doživel stresno obdobje življenja, morda celo izjemno stresno. Pa vendar ni strokovno, če ga kot psihiatri zaradi tega hudega problema skušamo invalidsko upokojiti (v kolikor ni drugih strokovnih indikacij). Temu človeku smo dolžni pomagati, da se sooči z realiteto, da se ne zateka v zanikanje, da izzvenijo ali se omilijo morebitni anksiozno depresivni ali drugi simptomi duševnih motenj. In mu pomagati razvijati sposobnost za ustrezno spopadanje s problemi (»coping«). Enako logiko pa lahko uporabimo tudi pri nasprotnem izhodišču – ko je na primer kdo v hudem stresu zaradi izgube socialne varnosti, se ni mogoče vedno izmazati z razlago, »da ta človek potrebuje denar, ne pa psihiatrične pomoči«. Denarja mu ne moremo in smemo dati, saj bi prestopili meje stroke. Pač pa smo po strokovni plati dolžni nuditi opisano pomoč. Da si bo ta človek znal poiskati oziroma pridobiti sredstva za preživljanje, če se postavimo na povsem konkreten nivo. S prevelikim usmiljenjem in paternalizmom (»invalidske«) morda res ljudem pomagamo urediti osnovno socialno varnost, hkrati pa jih s tem prestopom meje pasiviziramo, jim paraliziramo iniciativnost in utrjujemo njihove rentne tendence. Morda smo jim s tem, da smo jih iz socialnega čuta invalidsko upokojili, celo škodili.

### **DOKONČNI ODGOVOR O VLOGI PSIHIATRIJE PRI »ZUNANJIH OBREMENITVAH«?**

Skupna strokovna meja je lahko ugotovitev, da psihosocialna bremena lahko poslabšajo, povzročijo ali sprožijo določeno duševno motnjo. Da torej te obremenitve niso irelevantne za duševno stanje človeka. Verjetno se lahko strinjamo tudi, da na ljudi, ki so duševno bolni, hudi stresorji še bolj škodljivo vplivajo. In da nekateri ljudje ista bremena lažje, nekateri pa težje prenašajo; lahko nas veseli in nam vzbuja upanje, da so lahko ljudje tudi zelo psihično odporni, nimamo pa nobene strokovne pravice slabšalno obravnavati ljudi,

ki niso taki. Res pa določene zunanje obremenitve lažje (osebno) doživljamo kot razloge za nastanek neke duševne motnje, druge težje – in ne moremo vedeti, do katere mere imamo prav ali ne. Najbolj nespoštljivi smo do mej stroke, kadar ne zmoremo človekovega duševnega funkcioniranja doživljati celostno. Tako lahko določene obremenitve vidimo kot pretirano odgovorne za nastanek določene duševne motnje, lahko pa izpostavimo zgolj genske komponente odzivnosti na stresorje in podobno. Lahko prevzamemo del nalog socialnih in karitativnih institucij ali pa celovito človekovo reševanje težav zreduciramo na pisanje receptov s psihofarmaki. Psihijatrija lahko prestopa meje na dveh nasprotnih bregovih – lahko je nestrokovno brezčutna ali nestrokovno usmiljena. V takih pretiravanjih lahko celo škodi: ugledu stroke, morda dolgoročno tudi uporabniku. Med tema ekstremoma glede vloge miljejskih dejavnikov pri razvoju duševnih motenj nam preostane le stalno dinamično dogovarjanje in iskanje prave mere ter prave meje intervenc naše stroke.

## LITERATURA

1. Kaplan HI, Sadock BJ. Synopsis of Psychiatry. 8th ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1998: 543.
2. Allen JG. Traumatic Relationships and Serious Mental Disorders. Chichester – New York: John Wiley and Sons, Ltd, 2001.
3. Ravindran AV, Merali Z, Anisman H. Dysthymia: A biological perspective. In: Licinio J (ed). Dysthymia: From Clinical Neuroscience to Treatment. Washington, DC 1997: World Health Organisation, 21 – 44.
4. Goldberger L, Breznitz S. Handbook of Stress (2<sup>nd</sup> ed.). New York: Free Press, 1993.
5. Southwick SM, Bremner D, Krystal, JH, Charney, DS. Psychobiologic Research in Posttraumatic Stress Disorder. Psychiatric Clinics of North America 1994; 2: 251–164.
6. Blackburn C. Poverty and Health. Working with families. Buckingham, Bristol: Open University Press, 1991: 7-28.
7. Jones E. Gender and poverty as contexts for depression. Human Systems: The Journal of Systemic Consultation & Management 1994; 5: 169-183.
8. World Health Organization. The ICD–10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic criteria for research. Geneva 1993.

9. Leymann H. The content and development of mobbing at work. *European Journal of Work and Organizational Psychology* 1996; 5 (2): 165–184.
10. Tomori M. Vloga travmatskih doživetij v otroštvu v etiologiji duševnih motenj. V: Samec, T., Slodnjak, V. (ur.). *Psihične travme v otroštvu in adolescence*. Ljubljana: Kolaborativni center Svetovne zdravstvene organizacije za duševno zdravje otrok pri Svetovalnem centru za otroke, mladostnike in starše, Inštitut za psihologijo osebnosti, 2001.
11. Bowman ML. Individual differences in posttraumatic distress: problems with the DSM-IV model. *Can J Psychiatry* 1999; 44: 21 – 33.
12. Walsh F. *Strengthening Family Resilience*. New York, London: The Guilford Press, 1998.
13. Higgins GO. *Resilient Adults. Overcoming a cruel past*. San Francisco: Guilford Press, 1994.
14. Werner EE. Risk, Resilience, and recovery: Perspectives from the Kauai longitudinal study. *Development and Psychopathology* 1993; 5: 503–515.