

STRESNE MOTNJE IN OBVLADOVANJE STRESA

Slavko Zihlerl

UVOD

Klasifikacija duševnih in vedenjskih motenj ICD 10 - poglavje F - govori o stresnih motnjah v podpoglavju z naslovom: Nevrotske, stresne in somatoformne motnje (F40-F48). Pri tem opravi s stresnimi motnjami dokaj na kratko v kategoriji F43: Reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje. Kot je navedeno v priročniku, so v tem poglavju zbrane le tiste motnje, ki vselej nastopajo kot neposredna posledica akutnega delovanja hudega stresorja ali trajne obremenitve. Torej je vzročni dejavnik teh motenj dejansko prisoten. Dodano je še, da lahko "motnje, omenjene v tem odseku, obravnavamo kot neuspele reakcije na hude in dolgotrajne strese glede na to, da ovirajo uspešno obvladovanje situacije in povzročajo probleme v socialnem funkcioniranju" (1).

Takoj naj pripomnim, da tudi ta klasifikacija uporablja pojem stres napačno, ko govori o "neuspehlih reakcijah na strese". Stres sam je namreč takšna ali drugačna reakcija na stresor ali več stresorjev, povzročiteljev stresa torej.

V odseku F43 najdemo potem le tri opredeljene kategorije: F43.0 Akutna stresna reakcija, F43.1 Posttravmatska stresna motnja in F43.2 Prilagoditvena motnja. Vse tri motnje so danes v psihiatriji izredno aktualne, tako pri nas kot v svetu. Kriva je vojna na Balkanu, ki je grozljivo veliko preživelih potisnila v duševno stanje, kakršno je opisano v teh treh kategorijah.

Pozoren bralec bo lahko v vseh treh kategorijah - kljub mestoma megleno opisanim simptomom - lahko odkril simptom, ki nastopa pri vseh treh motnjah. To je **anksioznost**.

Ni torej presenetljivo, da navaja drugi, v psihiatriji enako pomemben klasifikacijski priročnik, DSM IV, stresne motnje v poglavju Anxiety Dis-

doc.dr. SLAVKO ZIHERL, dr.med.
Center za klinično psihiatrijo
Psihiatrična klinika, KC Ljubljana
Študenec 48, 1260 Ljubljana-Polje

orders (Anksiozne motnje). V to poglavje uvršča Posttravmatsko stresno motnjo in Akutno stresno motnjo. Pri obeh je vodilni in najbolj očiten simptom anksioznost. Ni pa povsem jasno, zakaj DSM IV obravnava Prilagoditvene motnje v posebnem, le štiri in pol strani obsegajočem poglavju. V petih subkategorijah te motnje je namreč anksioznost izrazito prisotna v treh (2).

Zakaj pa sploh navajam ta vsem znana dejstva? Zavaljo tega, ker bi rad povezal stresne motnje, kot jih obravnavata omenjena klasifikacijska priročnika, z moderno teorijo stresa in prakso obvladovanja stresa, kakršni sta se uveljavili v svetu. Obe namreč nudita možnost celostnega pristopa k obravnavi človekovih duševnih težav, ki so odsev ne samo akutnega in posstravmatskega stresa, ampak lahko nastanejo kot posledica dolgotrajnega negativnega stresa. Na tem mestu se mi vidi smiselno citirati Simsa, ki pravi tole: "Nevroza je psihološka reakcija na akutni ali neprestani stres, ki se izraža kot čustveno stanje (razpoloženje) ali vedenje, ki je povsem neprimerno za obvladovanje tega stresa" (3).

Ali je zdaj morda bolj jasno, zakaj sem tako poudarjal stresnim motnjam skupni simptom anksioznost? Anksioznost je namreč tista os, okoli katere se vrtijo praktično vse vrste nevrotičnih motenj. Vsaj tako so me učili angleški psihoanalitiki pred davnimi 25 leti, ko sem se prvič soočal s teorijo nevroz in psihoterapevtskim zdravljenjem v Veliki Britaniji. Se mi pa zdi, da tisto znanje - čeprav obogateno z novimi in novostarimi spoznanji o stresu - še vedno dobro služi celostnemu obravnavanju človekovih takoimenovanih nevrotičnih težav.(4)

Da bi to svojo, a ne le svojo, podmeno nekoliko bolje osvetlil, bom na kratko opisal teorijo stresa, nato pa stresne motnje, kot so obravnavane v obeh omenjenih priročnikih. Na koncu bom prav tako na kratko opisal sodobno prakso obvladovanja stresa (ali kot se temu modno reče: stress managementa).

STRES

V tem poglavju želim s kratkim opisom stresa spomniti na tista vsem znana dejstva, ki zadevajo prej omenjeno podmeno.

Stres je odziv na neko dogajanje, ki utegne biti človeku nevarno. Tukaj ni mesto, da bi ponovil vse tisto znano o Cannonovi teoriji stresa, ko neka zaznava nevarnosti sproži v človeku tri F odziv (angl.: fight, flight,

freeze = boj, beg, otrpnitev). Pač pa se mi vidi za zdravnikovo prakso uporabnejša definicija stresa, ki temelji na spoznanjih kognitivne psihologije in se glasi:

"Stres je neskladje med dojemanjem zahtev na eni strani in dojemanjem sposobnosti za obvladovanje teh zahtev na drugi strani. Razmerje med enim in drugim vpliva na to, ali bo stres škodljiv ali prijazen."(5)

Stres je torej lahko tudi prijazen, kar govori v prid znanemu dejstvu, da nas neka primerna količina anksioznosti (ki je posledica sproščanja noradrenalina) opremi z radostjo do reševanja težav.

Ko torej govorimo o stresu, govorimo v bistvu o stresni reakciji. To so različni telesni in duševni odzivi na zahteve iz okolja, s katerimi se bolj ali manj neprestano soočamo. Te zahteve so večinoma nadomestile tisto nevarnost, s katero se je srečeval preprosti človek v davni. Čeprav nimamo opraviti z neposredno nevarnostjo (razen pri hudih travmah), pa so tudi te zahteve v bistvu ne-varne (pa čeravno ogrožajo "le" naša čustva in naše samospoštovanje).

Stresna reakcija neprestano in vsak dan poteka v mejah normalnega območja, znotraj katerega v dobršni meri obvladujemo stres. Kadar pa nastopijo bodisi nepredvidene, neznane ali pa pretirane zahteve, obremenitve, izzivi, se sproži stresni odziv v večji meri (ta naj pripravi telo, da se s temi novimi razmerami spopade). Večina teh zahtev je čustvene narave. Ker niso neposredno in trenutno ogrožujoče za človekovo življenje in obstoj, se telo nanje ne odziva s ti.im. alarmno reakcijo oziroma s preplahom, marveč bolj z dolgotrajnim stresom (to je neprestan, škodljiv stresni odziv, ki pa ravno zato deluje na dolgi rok razdiralno).

Stres torej ni stanje v okolju, ampak v človekovi telesni in duševni notranjosti. Ni torej točno, če govorimo o stresu, ki vpliva na človeka. Tedaj namreč mislimo na neki določen stresor (povzročitelj stresa), ki vpliva na človeka tako, da povzroči stresni odziv.

Pri stresu - podobno kot pri nevrotičnih motnjah, kot sem že omenil - igra na fiziološkem področju ključno vlogo anksioznost. Kot vemo, je ta posledica sproščanja neurotransmiterjev, predvsem noradrenalina in adrenalina. Ta dva neurotransmiterja pa sta bistvena pri stresnem odzivu. Kakšne fiziološke in psihične odzive sprožata (ne samo kot neurotransmiterja, ampak tudi kot hormona suprarenalke, skupaj s kortizolom), je znano. Zato teh dejstev tukaj ne bom ponavljal, naštel pa bom (spet v prid podmeni o povezavi med nevrotičnimi motnjami in škodljivim dolgotrajnim stresom) tudi že znana psihična in vedenjska znamenja dolgotrajnega stresa. Ta so:

- pretirana anksioznost, nemir, napetost, tesnoba, zaskrbljenost, vznemirjenost,
- potrtoost, občutek nemoči in obupa, depresivnost,
- nepotrpežljivost, vzkipljivost, razdražljivost, jeza, napadalnost,
- nezadovoljstvo, pretirana občutljivost,
- pomanjkljivo samospoštovanje, nezanimanje za okolje,
- opuščanje (nedokončanje) nalog, lotevanje (nerazumno) vedno novih nalog,
- težave s pozornostjo in koncentracijo, neodločnost, pozabljivost,
- občutek preobremenjenosti, nagnjenost k nesrečam,
- neučinkovitost, neuspešnost,
- nespečnost,
- motnje hranjenja,
- splošna mišična napetost,
- tenzijski glavobol,
- pretirano uživanje alkohola, nikotina, kofeina, analgetikov in psihofarmakov,
- motnje v spolnosti,
- težave v medosebnih odnosih.

Pogled na našete motnje lahko spomni na marsikatero motnjo, ki je v ICD opisana v poglavju Nevrotske, stresne in somatoformne motnje. Če bi tukaj naštel še vse možne telesne posledice škodljivega stresa, pa bi zanesljivo s tem naštel vse motnje v omenjenem poglavju ICD 10.

Iz tega poglavja si poglejmo tri motnje, ki so tudi po mnenju avtorjev ICD povezane s stresom. To so: akutna stresna reakcija, posstravmatska stresna motnja in prilagoditvena motnja.

AKUTNA STRESNA REAKCIJA

To je motnja, ki je neposredno vezana na izjemno hudo telesno ali duševno stresno dogajanje (stresor). Tako dogajanje je lahko resna grožnja človekovemu življenju, na primer: naravna katastrofa, nesreča, nasilniški napad, posilstvo; smrt ljubljenega človeka. Lahko pa je to tudi nenadna sprememba v človekovem življenjskem okolju. Vse tri skupine stresorjev so bile vzrok akutnim stresnim motnjam, kakršne je bilo moč opazovati pri beguncih iz Bosne.

Diagnozo akutna stresna motnja lahko postavimo tedaj, ko so prisotni naslednji kriteriji:

- človek je bil izpostavljen travmatskemu dogodku, v katerem je bilo ogroženo njegovo ali pa življenje njegovih dragih,
- motnja nastopi že med samim stresnim dogodkom ali takoj po dogodku,
- tipični prvi simptom je občutek nekakšne otopelosti, odmaknjenosti ali čustvene neodzivnosti, ter nezaznavanje okolice ("slepota" za okolico),
- prisotni so lahko tudi drugi disociacijski simptomi, kot so: derealizacija, depersonalizacija, disociacijska amnezija ali celo fuga,
- sledijo simptomi kot so: anksioznost, motorični nemir, obup, razdražljivost, depresivnost, težave s spanjem,
- izogibanje vsemu, kar bi ga lahko spomnilo na stresni dogodek,
- podoživljanje stresnega dogodka v obliki ponavljajočih se podob ("flashbacks"), misli in morastih sanj,
- motnja je vzrok znatnemu poslabšanju človekovega socialnega funkcioniranja,
- motnja traja najmanj 2 dni ali največ 4 tedne (po DSM IV) ali največ do 3 dni po ICD 10.

DSM IV je tukaj nekoliko razširil (časovno) možnost te diagnoze, hkrati pa dodaja, da je potrebno v primeru tako dolgo trajajoče motnje (nekaj tednov) že pomisliti na posttravmatsko stresno motnjo, če so seveda izpolnjeni kriteriji za tako diagnozo.

Bistveno za diagnozo akutna stresna motnja je torej dejstvo, da je motnja neposredno časovno vezana na kak hud stresni dogodek.

Motnja lahko nastopi pri ljudeh, ki sicer nimajo kakšnih hujših duševnih težav. Je pa res, da so nekateri ljudje bolj ranljivi in imajo sicer slabše sposobnosti obvladovanja vsakdanjih težav. Praviloma se bodo taki hitreje odzvali s simptomi akutne stresne motnje.

Dodam naj še, da so simptomi akutne stresne motnje sicer univerzalni, a tudi kulturno okolje določa, kateri od njih bodo bolj in kateri manj izraženi.

Ta nastane kot zakasnel ali podaljšan odziv na izjemno hude stresne dogodke, kakršni so opisani pri akutni stresni motnji. Stresorji, ki lahko povzročijo to motnjo, so danes zelo pogosti, različni in univerzalni (na primer: roparski napad, posilstvo, vojne travme, ugrabitve letal, teroristični napadi, mučenja v zaporih, vojno ujetništvo, internacija v koncentracijskih kampih, prometne nesreče, seznanjenje diagnozo neozdravljive bolezni itd.). Zato ni čudno, da je diagnoza Posttraumatska stresna motnja, potem ko je že nekako potonila v pozabo z imenom Traumatska nevroza, znova oživiljena in je postala celo zelo "popularna".

Pri tej motnji igrajo večjo vlogo predisponirajoči dejavniki kot pri diagnozi akutna stresna motnja. Ti so lahko: osebnostne poteze kompulzivne ali astenične oblike ali pa že poprej znano nevrotično vedenje. Take osebnostne poteze lahko znižujejo prag za razvoj te stresne motnje ali pa so simptomi zaradi njih hujši.

Motnja lahko nastopi v vsaki starosti, tudi pri otrokih. Znaki motnje se navadno pokažejo v prvih treh mesecih po travmi, čeprav lahko zakasnjijo za več mesecev ali celo let. Pogosto se motnja začne kot akutna stresna motnja, pa se potem nadaljuje v obliki PSD (angl.: posttraumatic stress disorder).

Diagnostični kriteriji, ki so potrebni za postavljanje diagnoze PSD, so:

- človek je bil izpostavljen eni izmed travm, kakršne sem opisal prej,
- travmatski dogodek se neprestano podoživlja v eni od naslednji oblik: ponavljajoča se vsiljiva podoživljanja stresnega dogodka v obliki podob, misli in zaznav ("flashbacks"),
- ponavljajoče se moraste sanje o stresnem dogodku,
- huda duševna stiska ob soočanju z vsem, kar človeka spominja na stresni dogodek,
- neprestano izogibanje dražljajem, ki so povezani s stresnim dogodkom in otopelost oziroma nasploh slabše odzivanje na dogajanje v okolici, ki se lahko kaže z najmanj tremi od naslednjih znakov:
 - človek se trudi, da bi se na vsak način izognil mislim, občutkom ali pogovorom, povezanimi s stresnim dogodkom,
 - trudi se, da bi izognil tudi krajem ali ljudem, ki ga spominjajo na stresni dogodek,
 - nesposobnost, da bi se spomnil kakšnega pomembnega vidika

- stresnega dogodka,
- znatno zmanjšano zanimanje za pomembne dejavnosti ali sodelovanje pri njih,
 - občutek odtujenosti ali odmaknjenosti od drugih,
 - omejeno čustvovanje (na primer nesposobnost čutiti ljubezen),
 - občutek, da ni zanj nobene prihodnosti,
- simptomi povečane vzbujenosti, ki se lahko kažejo v obliki težav s spanjem, razdražljivosti, izbruhov jeze ali težav s koncentracijo,
 - motnja mora trajati najmanj 1 mesec,
 - motnja povzroča klinično pomembno duševno stisko in slabo vpliva na človekovo socialno, poklicno ali intimno življenje.

PRILAGODITVENE MOTNJE

Te motnje se kažejo kot čustvene motnje, ki pomembno vplivajo na človekovo socialno funkcioniranje, so pa povezane s spremembami v človekovem življenju, na katere se je ta prisiljen adaptirati. Te spremembe so lahko selitev v drugo kulturno okolje (migracija ali begunstvo) ali pa sprememba človekove socialne mreže, ki jo povzroči izguba ljubljene osebe ali separacija. Pomemben stresor, ki lahko povzroči prilagoditvene motnje je tudi spoznanje o resni telesni bolezni.

Pri teh motnjah igrata individualna predispozicija in ranljivost večjo vlogo kot pri prej naštetih motnjah.

Znaki prilagoditvenih motenj so:

- depresivno razpoloženje,
- anksioznost,
- zaskrbljenost,
- občutek, da ne zmore več reševati vsakdanjih težav,
- zmanjšana dejanska sposobnost reševanja vsakdanjih težav,
- nesposobnost vnaprejšnjega načrtovanja,
- vedenjske motnje v obliki agresivnega ali disocialnega vedenja (posebno pri mladostnikih),
- noben od naštetih simptomov nima takih razsežnosti, da bi terjal diagnozo glede na svojo izraženost, na primer diagnozo anksiozno stanje.

Simptomi se običajno začnejo kazati prej kot v 1 mesecu po stresnem dogodku in običajno ne trajajo več kot 6 mesecev.

Obvladovanje stresa ni - kot so nekoč mislili - le učenje sprostitvenih tehnik. Obvladovanje stresa je najprej podrobno ugotavljanje znamenj škodljivega stresa, osebna diagnostika in nasploh ugotavljanje pacientovega življenjskega sloga. Še posebej je treba ugotoviti, kakšno je razmerje med njegovimi zaznanimi zahtevami in njegovimi sposobnostmi, kakšna je njegova kognicija (kako zaznava eno in drugo plat, kako zaznava svoje samospoštovanje, kašne so eventuelne kognitivne distorzije itd.). Samo po sebi umevno je, da je treba ugotoviti vzročno povezavo med stresorjem ali stresorji in med stresom.

Naj se na tem mestu ozrem v davnino, ko je Epictetus v 1. stoletju našega štetja zapisal tole: "Ljudi ne vznemirjajo stvari, ampak mnenja, ki si jih o teh stvareh ustvarijo".

Kognitivna psihoterapija gradi svojo uspešnost na enakih opažanjih. Če imajo ljudje o sebi ali o svojih izkušnjah in sposobnostih nerealistična ali negativna pričakovanja, bo posledica čustvena vznemirjenost, če bo negativno razmišljanje o sebi ekstremno ali trajno, lahko sledi čustvena motnja. Samospoštovanje je torej izjemno pomembno tudi pri tem, ali bo stresni odziv v območju normalnega, prijaznega ali škodljivega stresa (6).

V bistvu je torej za obvladovanje stresa potrebna kognitivna analiza človekovega stanja (nekakšen status praesens cognitivus). Predvsem je treba oceniti, kako zaznava zahteve do samega sebe in svoje sposobnosti tem zahtevam zadostiti. In še: kako realno ali morda izkrivljeno zaznava - skladno z razmerjem med zahtevami in svojimi sposobnostmi - svojo lastno vrednost, kakšna je torej njegova zaznava svojega samospoštovanja.

Sledi terapevtski načrt, ki mora biti seveda pisan na kožo pacientu. Pretehtati je treba, ali bo - ker pač mora spremeniti svoj življenjski slog, ki se ni obnesel - delal predvsem na zmanjševanju zahtev (če je to sploh možno) ali pa bo deloval bolj v smeri pridobivanja večjih sposobnosti za zadovoljevanje zahtev in premagovanje težav.

V samem terapevtskem pristopu potem lahko uporabimo različne psihoterapevtske tehnike, na primer: kognitivno behavioralno, partnersko, družinsko ali spolno terapijo, pa svetovanje, učenje sprostitvenih tehnik in včasih tudi medikamentozni suport. V svoj življenjski slog pa bo moral pacient vnesti bolj ali manj radikalne spremembe, skladno s svojimi afinitetami. Razmisliti bo moral o morebitnem pridobivanju telesne zmogljivosti, spremembah prehranjevalnih navad, opustitvi škodljivih razvad in še kaj.

S svetovanjem, kako spremeniti življenjski slog, da bo bolje obvladoval škodljivi stres, lahko pomaga pacientu njegov osebni zdravnik. Ko pa bodo posledice stresa zahtevale - poleg sprememb življenjskega sloga - tudi usmerjene psihoterapevtske tehnike, bo pa potrebno sodelovanje pooblaščenega specialista psihoterapevta. Tako izborno sodelovanje obeh zdravnikov bo morda pripeljalo pacienta do boljšega, bolj realnega zaznavanja samega sebe in svojega življenjskega sloga, ki ga je pripeljal v stres. Tako se bo na tej poti osebnostne rasti lahko naučil boljšega obvladovanja stresa in s tem tudi dosegel izboljšanje lastnega samospoštovanja.

ZAKLJUČEK

Upam, da sem s povedanim dal bralcu nekaj izhodiščnih točk za razmišljanje o povezavi med kroničnim negativnim stresom in tako imenovanimi nevrotičnimi motnjami. Tako v psihodinamskih razlagah nevrotičnih motenj kot v posledicah kroničnega stresa, kot jih razlaga moderna teorija stresa, je namreč neprestano govor o ključnem čustvu, ki obvladuje tedaj človekovo življenje - to je anksioznost.

Ne bi pa želel, da ta primerjava izzveni tako simplicistično. Jasno je namreč, da je treba tako pri psihodinamskem razumevanju človekovih težav kot tudi pri razlaganju teh istih težav s pomočjo stresne teorije upoštevati tudi človekovo genetsko zasnovo in okolje, v katerem se temu človeku življenje vedno znova temni z različnimi težavami. Skratka, želel bi, da ta primerjava dobi svoje mesto v celostnem pogledu na človeka, na njegovo življenje in na njegove težave.

LITERATURA

1. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Geneva, 1992.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV). Washington DC, 1994.
3. Sims A. Symptoms in the mind. W.B.Saunders, 1995.

4. Rycroft C. Anxiety and neurosis. Harmondsworth: Penguin Books, 1973.
5. Looker T, Gregson O. Stresswise. London: Hodder & Stoughton Ltd, 1989.
6. Lehrer PM, Woolfolk RL (eds). Principles and practice of stress management. New York, London: The Guilford Press, 1993.