

ANKSIOZNE MOTNJE

Mojca Zvezdana Dernovšek¹

POVZETEK

Anksiozne motnje so skupina motenj, za katere je značilna trajna ali občasna izjemno poudarjena tesnoba, ki posameznika ovira in mu povzroča težave v vsakodnevnem življenju in slabša kakovost življenja. Skupna značilnost vseh anksioznih motenj je sprožanje lažnih alarmov – sprožanje tesnobe in odziva boja oz. bega. Prav tako je skupna lastnost anksioznih motenj izogibanje okoliščinam, kjer se pojavijo lažni alarmi, in bežanje iz njih. Težave nastanejo tudi zaradi opuščanja dejavnosti in bega iz okoliščin, ki povzročajo lažne alarme. Posamezne anksiozne motnje se med seboj ločijo glede na vrsto lažnega alarma in posledic, ki jih povzroči opuščanje dejavnosti oz. beg iz okoliščin.

Ključne besede: panična motnja, generalizirana anksiozna motnja, socialna fobija, agorafobija, specifične fobije, obsesivno-kompulzivna motnja

1 UVOD

Skupni stroški možganskih motenj v Evropi so leta 2010 znašali 798 milijard evrov in povprečni stroški na prebivalca so nanese 5550 evrov. Skupni letni stroški za anksiozne motnje pa so istega leta dosegli 74,4 milijarde evrov (Olesen in sod., 2012).

Anksiozne motnje lahko razvije vsak človek ob katerikoli neprijetni okoliščini, če se je začne izogibati, namesto da bi se z njo soočil. Človeška narava je takšna, da se vsak raje izogne neprijetnim telesnim odzivom, visoki tesnobi in nelagodju. Neprijetna okoliščina z izogibanjem in opuščanjem dejavnosti postane lažni alarm.

-
1. Doktorica medicine, specialistka psihiatrije, redna profesorica; Inštitut Karakter, Ježa 90, 1231 Ljubljana - Črnuče; Zdravstveni dom Sevnica, Trg svobode 14, 8290 Sevnica; Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, Vrazov trg 2, 1000 Ljubljana
E-naslov: mojca-zvezdana.dernovsek@guest.arnes.si

Opuščanje dejavnosti in izogibanje okoliščinam, ki sprožijo povečano tesnobo, privedejo do kratkoročnega olajšanja, dolgoročno pa človek še z večjim strahom pričakuje soočanje in samozaupanje je vse manjše (Dernovšek in sod., 2017). Dejavniki tveganja za razvoj in vzdrževanje anksioznih motenj so navedeni v tabeli 1.

Tabela 1: Dejavniki tveganja za razvoj in vzdrževanje anksioznih motenj
(Dernovšek in sod., 2017)

Dejavnik tveganja, ki poveča verjetnost razvoja anksiozne motnje	Sprožilec – neugoden življenjski dogodek	Vzdrževanje anksioznih motenj
<p>DEDNOST:</p> <ul style="list-style-type: none"> - anksiozne motnje pri krvnih sorodnikih v več kolenih <p>ZGODNJE IZKUŠNJE IZ DRUŽINE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - neugodne izkušnje v otroštvu in mladosti - pretirano zaščitništvo ali pretirana strogost - izpostavljenost nevarnosti, nasilju <p>OSEBNOSTNE LASTNOSTI POSAMEZNIKA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - perfekcionizem - povečana potreba po odobravanju okolice in slabo prenašanje kritike - velika potreba po varnosti - zanemarjanje občutkov stresa in utrujenosti - velika potreba po nadzoru nad položajem, okoliščinami, odnosi 	<p>IZGUBE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - smrt bližnjega - izguba pomembnega odnosa - izguba službe <p>PRETIRANA UPORABA POŽIVIL:</p> <ul style="list-style-type: none"> - kava in pravi čaj - energijski napitki <p>ZLORABA PSIHOAKTIVNIH SNOVI:</p> <ul style="list-style-type: none"> - marihuana - stimulansi <p>KRONIČNE BOLEZNI:</p> <ul style="list-style-type: none"> - rak, sladkorna bolezen, bolezn srca (posledice: velike spremembe v življenjskem slogu in vrsta negotovosti) <p>NEPRIJETNI DOGODKI:</p> <ul style="list-style-type: none"> - v službi (nasilje, nesreče) - v domačem okolju (bolezn in poškodbe bližnjih, izpostavljenost nasilju) 	<p>OPUŠČANJE DEJAVNOSTI:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Človek predvideva, da se bo pojavila povišana tesnoba pri določeni dejavnosti, zato jo opusti. Pri tem ne pomisli, da je strah pretiran in gre samo za nelagodje zaradi tesnobe. <p>IZOGIBANJE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Izogibanje vsemu, kar povzroča povišano stopnjo tesnobe, čeprav okoliščine niso tako nevarne, da bi zahtevale izogibanje oz. bežanje. <p>RESIGNACIJA IN NAUČENA NEMOČ:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vsega me je strah, vse je preveč zahtevno zame, raje se ničesar ne lotim.

Za vse anksiozne motnje je značilno, da je tesnoba stalno ali občasno povečana do te mere, da osebi ne koristi in jo celo ovira. Gre za motnje, ki so zelo neprijetne, a za življenje niso nevarne. Nekdo ima lahko več anksioznih motenj hkrati ali ima različne anksiozne motnje v različnih časovnih obdobjih. Posamezne anksiozne motnje se med seboj ločijo glede na sprožilec povišane tesnobe, ki ga imenujemo lažni alarm (tabela 2). Človek se namreč odzove pretirano – saj okoliščine niso tako nevarne, kot jih predvidi, ali nevarnosti sploh ni (Dernovšek in sod., 2017).

Tabela 2: Lažni alarm pri posamezni anksiozni motnji

VRSTA ANKSIOZNE MOTNJE	LAŽNI ALARM
Generalizirana anksiozna motnja	V nevarnosti so moje vrednote.
Panična motnja	Telesni simptomi so nevarni.
Agorafobija	Povsod prežijo nevarnosti.
Specifične fobije	Bojim se ... zobozdravnika.
Socialna fobija	Bojim se osramotitve.
Obsesivno-kompulzivna motnja	Bojim se lastnih misli.

Anksiozne motnje so zelo pogoste. Na voljo imamo podatke o ljudeh, ki so poiskali pomoč in jim je bila postavljena diagnoza anksiozne motnje (tabela 3). Prevalenco v populaciji je mnogo težje ugotoviti, saj veliko ljudi ne išče pomoči ali ne dobijo prave diagnoze.

Badelow in Michaelis (2015) ocenjujeta, da ima anksiozne motnje v življenju do 33,7 % prebivalstva. Opozarjata tudi na slabo prepoznavanje anksioznih motenj in posledično slabše zdravljenje oz. njihovo nezdravljenje. Ni dokazov, da bi se razširjenost anksioznih motenj v zadnjih letih spreminjala. V medkulturnih primerjavah je stopnja razširjenosti zelo različna. Bolj verjetno je, da je ta heterogenost posledica razlik v metodologiji kot kulturnih vplivov. Anksiozne motnje imajo kronični potek, z leti pa se njihova izraženost omili. Anksiozne motnje so velikokrat pridružene drugim duševnim motnjam (Sartorius in sod., 1993).

Zelo pogosto imajo ljudje po več različnih anksioznih motenj hkrati ali imajo različne anksiozne motnje po enkrat ali nekajkrat v življenju.

Tabela 3: Pogostost anksioznih motenj (Slovenija, NIJZ, 2010)

VRSTA ANKSIOZNE MOTNJE	Število prebivalcev Slovenije s posamezno motnjo
Generalizirana anksiozna motnja	36.000
Panična motnja	32.000
Agorafobija	35.500
Specifične fobije	93.000
Socialna fobija	41.000
Obsesivno-kompulzivna motnja	12.000

2 ZNAČILNOSTI POSAMEZNIH ANKSIOZNIH MOTENJ

2.1 Generalizirana anksiozna motnja

Spitzer in sod. (2006) opisujejo simptomatiko generalizirane anksiozne motnje kot pretirano zaskrbljenost zaradi različnih vsakdanjih težav. Osebo skrbi za stvari, ki so ji pomembne in ji predstavljajo vrednoto (npr. zdravje, družina, delovno mesto, splošna varnost, okolje ...). Hkrati se zaveda, da je bolj zaskrbljena v primerjavi z drugimi ljudmi. To jo lahko dodatno prestraši in si celo ustvari razlago, da so drugi ljudje neodgovorni. Lahko pa si zaradi svoje zaskrbljenosti dela dodatne skrbi in si želi, da bi bila bolj sproščena. Pri tej motnji prevladujeta dve miselni distorziji:

- prepričanje, da skrb za vrednoto odvrne težave, ki bi lahko nastale,
- prepričanje, da vrednoti grozijo večje nevarnosti, kot je realno, in da so rešitve težav nedostopne oz. dvomijo o lastni sposobnosti reševanja težav.

Nenehna zaskrbljenost privede do vrste težav: človek je nesproščen, nenehno napet in v pripravljenosti, da se bo zgodilo kaj hudega. Telesne posledice se kažejo kot nenehna utrujenost, hitra utrudljivost, nespečnost in bolečine v mišicah, ki so nenehno napete. Posledice so tudi v medosebnih odnosih, saj je takšen človek v odnosih napet, ves čas na preži, nesproščen in nerazpoložen. Okolico nenehno obremenjuje s svojimi skrbmi (Spitzer in sod., 2006).

Generalizirana anksiozna motnja je pogosto pridružena depresiji, panični motnji in socialni fobiji (Noyes, 2001). Neredko si ljudje najdejo pomoč v zlorabi alkohola in drugih psihoaktivnih substanc. Pogostejša je pri ženskah in prisotna je v vseh starostnih skupinah (Badelow in Michaelis, 2015).

2.2 Panična motnja

Clark (1986) je prvi opisal začarani krog pri panični motnji, ki se začne z lažnim alarmom telesnega simptoma, ki si ga človek razloži kot življenje ogrožajočega. Dvigne se tesnoba, telesni simptom se še okrepi, kar si človek razume kot potrditev osnovne domneve, da je ogrožen (Bouton in sod., 2001).

Vse razlage lažnega alarma sodijo v sklop ene od naslednjih napačnih domnev (Casey in sod., 2005):

- Umril/-a bom.
- Izgubil/-a bom zdrav razum.
- Izgubil/-a bom nadzor nad svojim vedenjem.

Ne gre za dejansko nevarnost, da bi vse naštetu zgodilo, temveč zgolj za strah pred tem, da bi to bilo verjetno (Teachman in sod., 2010).

O panični motnji govorimo, ko oseba doživi vsaj dva nepričakovana panična napada, ki jima sledi vsaj en mesec skrbi pred novim napadom, izgubo nadzora ali izgubo zdravega razuma (Ashcroft in sod., 1987). Posamezen panični napad traja od 15 do največ 30 minut. V enem dnevu lahko naštejemo največ 80 paničnih napadov. Po končanem paničnem napadu je človek utrujen, izžet in prestrašeni (Barlow, 2002).

Najpogosteje je panični motnji pridružena agorafobija, generalizirana anksiozna motnja in depresija (Noyes, 2001).

2.3 Agorafobija

Izraz agorafobija je sprva označeval strah pred odprtimi prostori (gr. *agora*, 'trg'), a so ga kasneje razširili na strah pred (vsemi) javnimi prostori oz. okoliščinami, kjer se človek ne počuti varnega (Holmes, 2008). Oseba z agorafobijo doživlja povišano tesnobo ob okoliščinah, iz katerih je težko oditi ali pobegniti oz. obstaja verjetnost, da ji ne bo zagotovljena morebitna potrebna pomoč (Beck in sod., 1985).

Največkrat se agorafobija razvije po prometni nesreči, ko človek ne upa več v avto ali se noče več voziti po določenih cestah. Pogosto se razvije pri panični motnji: človek ima npr. panični napad v avtobusu, trgovinskem centru ... in potem se tem prostorom izogiba.

Osebe z agorafobijo so v svojem življenju zelo ovirane: ne morejo se voziti z letali, dvigali, avtobusi in avtomobili, saj so to prostori, iz katerih ni mogoče pobegniti. Včasih je agorafobija tako huda, da si sami ne upajo več zapustiti svojega doma in doma sploh ne upajo biti sami. Agorafobija je pogosto pridružena panični motnji, generalizirani anksiozni motnji in depresiji (Noyes, 2001).

2.4 Specifične fobije

Fobije so ene najpogostejših anksioznih motenj in kadar so močno izražene, so povezane s težavami v vsakodnevnem delovanju, ljudje pa zaradi njih niti ne iščejo pomoči (Magee in sod., 1996).

Ljudje se najpogosteje bojijo pajkov, noči, zobozdravnikov ... Seznam je skoraj neskončen (Ovanessian in sod., 2019).

2.5 Socialna fobija

Začetek socialne fobije navadno sega v zgodnje najstniško obdobje, pojavi pa se lahko tudi mnogo kasneje. Ljudje s socialno fobijo doživljajo nenehen in neracionalen strah pred družabnimi okoliščinami, v katerih bi jih drugi ljudje lahko ocenjevali ali obsojali. Strah še naraste, kadar osebe s socialno fobijo menijo, da bodo v prisotnosti drugih doživele ponižanje ali se na neki način osramotile. Strah jih je, da bodo drugi opazili znake tesnobe, kot so zardevanje, tresenje rok ali potenje. Rade se izogibajo situacijam, ki pri njih povzročajo tesnobo. Značilnost oseb s socialno fobijo je, da so preveč samokritične (Magee in sod., 1996).

Osebe s hudo socialno fobijo imajo pogosto malo prijateljev, počutijo se osamljene in imajo težave pri uresničevanju svojih ciljev v šoli ali službi. Kadar je socialna fobija zelo huda, se lahko ob izpostavljanju (družabnim okoliščinam) pojavijo tudi napadi panike (Magee in sod., 1996).

Najpogosteje se socialno fobiji pridružijo depresija in zloraba psihoaktivnih snovi (Noyes, 2001).

2.6 Obsesivno-kompulzivna motnja

Obsesivno-kompulzivna motnja je anksiozna motnja, ki se manifestira z obsesijami in kompulzijami. Obsesije so vsiljive, ponavljajoče se in vztrajne neželene misli, ki povečujejo tesnobo. Kompulzije pa so ponavljajoča se vedenja, s katerimi človek zmanjšuje tesnobo in ima občutek, da jih mora izvajati (Drubach, 2015).

Obsesivno-kompulzivno motnjo razložimo tako, da človek razvije strah pred svojimi lastnimi mislimi, ki jih nenehno odganja, te pa se stalno pojavljajo. Lažni alarm se vzpostavi na lastne misli. Z miselnimi in/ali vedenjskimi kompulzijami se človek nauči premagovati visoke stopnje tesnobe (Bokor, 2014). Najpogosteje se obsesivno-kompulzivni motnji pridruži depresija (Noyes, 2001).

3 ZAKLJUČEK

Anksiozne motnje so pogoste in še vedno slabo prepoznane. Velikokrat so pridružene drugim duševnim motnjam in telesnim boleznim. Bolj poljudno bi lahko rekli, da so anksiozne motnje »naučene« – človek se je narobe naučil, da je nekaj nevarno, v resnici pa ni. Zdravljenje temelji na tem, da se človek nauči, da gre za lažne alarme, preneha z izogibanjem in se sooči.

Literatura

- Ashcroft GW, Beaumont G, Bonn J, Brandon S, Briggs A, Clark D, Davison K, Gelder MG, Goldberg D, Herrington R, et al. Consensus statement: panic disorder. *Br J Psychiatry*. 1987; 150: 557–558.
- Bandelow B, Michaelis S. Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues Clin Neurosci*. 2015; 17(3): 327–335.
- Barlow D. *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford Press; 2002.
- Bokor G, Anderson PD. Obsessive-compulsive disorder. *J Pharm Pract*. 2014; 27(2): 116–130.
- Bouton ME, Mineka S, Barlow DH. A modern learning theory perspective on the etiology of panic disorder. *Psychology Review*. 2001; 108: 4–32.
- Casey LM, Newcombe PA, Oei TPS. Cognitive mediation of panic severity: The role of catastrophic misinterpretation of bodily sensations and panic self-efficacy. *Cognitive Therapy and Research*. 2005; 29: 187–200.
- Clark DM. A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*. 1986; 24: 461–470.
- Dernovšek MZ, Tančič Grum A, Sedlar Kobe N. *Podpora pri spoprijemanju s tesnobo: priročnik za vodje*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2017.
- Drubach DA. Obsessive-compulsive disorder. *Continuum (Minneapolis, Minn)*. 2015; 21(3 Behavioral Neurology and Neuropsychiatry): 783–788. Doi: 10.1212/01 CON.0000466666.12779.07.
- Holmes J. Space and the secure base in agoraphobia: a qualitative survey. *Area*. 2008; 40: 375–382.
- Beck AT, Emery G, Greenberg RI. *Anxiety disorders and phobias*. New York: Basic Books; 1985.
- Magee WJ, Eaton WW, Wittchen H, McGonagle KA, Kessler RC. Agoraphobia, Simple Phobia, and Social Phobia in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1996; 53(2): 159–168.
- Noyes R Jr. Comorbidity in generalized anxiety disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 2001; 24(1): 41–55.
- Olesen J, Gustavsson A, Svensson M, Wittchen HU, Jönsson B, CDBE2010 study group; European Brain Council. The economic cost of brain disorders in Europe. *Eur J Neurol*. 2012; 19(1): 155–162.
- Ovanessian, MM, Fairbrother N, Vorstenbosch V, et al. Psychometric Properties and Clinical Utility of the Specific Phobia Questionnaire in an Anxiety Disorders Sample. *J Psychopathol Behav Assess* (2019) 41: 36.
- Sartorius N, Ustun TB, Costa and Silva JA, et al. An international study of psychological problems in primary care. Preliminary report from the World Health Organization Collaborative Project on 'Psychological Problems in General Health Care'. *Arch Gen Psychiatry*. 1993; 50(10): 819–824.

Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löwe B. A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder: The GAD-7. *Arch Intern Med.* 2006; 166(10): 1092–1097.

Teachman BA, Marker CD, Clerkin EM. Catastrophic misinterpretations as a predictor of symptom change during treatment for panic disorder. *J Consult Clin Psychol.* 2010; 78(6): 964–973.