

Nekatere novejšje teorije o povezanosti med stresom in psihosomatskimi motnjami

DARJA KOBAL

POVZETEK

Sestavek obravnava nekatere novejšje psihološke teorije o povezanosti med psihosomatskimi motnjami in stresom. Uvodni del se dotakne psihodinamične razvojne teorije, ki osvetljuje obrambne mehanizme, značilne za ljudi s psihosomatskimi motnjami. Kratkemu pregledu nekaterih psihosomatskih bolezni sledi obravnava (zgodovinsko) pomembnih teorij o "izboru organa" za razvoj psihosomatske bolezni. V nadaljevanju članek obravnava nekatere novejšje teorije stresa (in psihosomatskih motenj), ki temeljijo na povezanosti med posameznikom in okoljem. Sledi prikaz nekaterih najnovejših spoznanj o stresu pri delu, pri čemer se delo pojmuje kot "totalni" dejavnik subjektovega življenjskega kroga, v sklepnem delu pa poskuša izluščiti določene preventivne implikacije, ki izhajajo iz razumevanja problematike stresa in psihosomatskih motenj.

ABSTRACT

SOME RECENT THEORIES ON THE LINK BETWEEN STRESS AND PSYCHOSOMATIC DISORDERS

The composition discusses some new psychological theories concerning the connections between psychosomatic disturbances and stress. The introduction mentions the psychodynamic development theory which highlights defense mechanisms characteristic for people who are psychosomatically disturbed. Following a short survey of some psychosomatic diseases is a historical discussion of important theories on the "choice of organ" in the development of psychosomatic diseases.

The article proceeds to discuss certain more recent theories on stress (and psychosomatic disturbances) which are based on the connection between the individual and the environment. An account of some current perceptions of stress at work follows, in which work is conceived as the total component of the subject's environment. The conclusion is concerned with uncovering particular preventive implications which are derived from understanding the problems of stress and psychosomatic disturbances.

*I. PSIHODINAMIČNA RAZVOJNA TEORIJA O RAZMERJU MED STRESOM, PSIHOSOMATSKIMI MOTNJAMI IN OBRAMBNIMI MEHANIZMI***1. Zgodnje razvojne faze in primitivni obrambni mehanizmi**

Britanski psiholog H. Bridger (1986) meni, da se posameznik že od rojstva spoprijema s stresom - od znotraj in od zunaj, na fizični in mentalni ravni. Uspešnost obvladovanja stresa je odvisna od njegovih prepričanj, verovanj, vrednot in predsodkov, ki jih - sprva v odnosih do primarnega objekta, tj. matere, kasneje pa v interakcijah s širšim družbenim okoljem - izoblikuje v svojem osebnostnem razvoju.

V prvih tednih - v obdobju avtizma - otrok nima objekta. V svoji primitivni halucinatorni zmedenosti teži, kot zatrjuje Mahlerjeva (Blanck, 1985), zgolj k homeostazi. Zavest o materi kot objektu še ne obstaja, zato umanjka tudi zavest o lastnem telesu. Šele v tretjem mesecu nastopi prava simbioza, ki jo spremlja nejasno zavedanje, da potrebe zadovoljuje nek objekt. Dojenček navezuje stike s svetom prek matere, ki postane njegov pomožni ego.

Tako se torej telesni ego in fizični self začneta oblikovati šele takrat, ko se otroku posreči razlikovati med samim seboj in objektom. Otrok v predverbalnem obdobju ne more govorno posredovati svojih čustev, niti zavestno predelovati svojih doživljanj. Šele s pričetkom oblikovanja podobe o lastnem telesu postanejo duševna in telesna, psihološka in biološka dogajanja medsebojno tesno prepletena.

Spitz (Blanck, 1985) pravi, da vlada na začetku otrokovega življenja biologija. Zato o psihi v pravem pomenu besede ne moremo govoriti, saj je otrokovo psihično tako prepleteno s telesnim, da bi tej "instanci" bolj ustrejal izraz "somatopsiha". Avtor poudarja, da utegne vzpostavljane objektivnih odnosov med dvema tako neenakima partnerjema, kot sta mati in njen otrok, kaj hitro pripeljati do resnih motenj, če ti odnosi niso usklajeni. Potencialna nevroza, kot izraz neusklajenih, patoloških odnosov med otrokom in materjo, se iz tega obdobja izlušči v obliki psihosomatske motnje, ki jo največkrat sproži materina nevroza. Tako so psihosomatske motnje pogojene zlasti z neoptimalno simbiozo otroka in matere. Ravno v tem obdobju nastopijo prve, naje nastavnejše obrambe, kakršni sta zanikanje in projekcija, ki jima sledita še splitting in projektivna identifikacija.

Ego in superego obstajata zgolj v zametkih, meja med zavestjo, predzavestjo in nezavednim ni načrtana, otrok pa še ni zmožen opravljati preizkusa realnosti. Subjekt v tem življenjskem / razvojnem obdobju še ni strukturiran, morebitni primanjkljaji ega lahko, ne pa nujno, vodijo tudi v psihosomatske motnje. Tako na normalni kot na patološki razvoj namreč vplivajo številni dejavniki. V luči Schultz-Henckeejeve (Bregant, 1986) teorije igrajo takšno vlogo: otrokova konstitucija, rizična peristaza in sprožilna situacija, ki temelji bodisi na odrekanju (želenega objekta) bodisi na skušnjavi (da bi se dokopal do želenega objekta). Nevtralizacija nagonskih impulzov v tem zgodnjem obdobju predstavlja osnovni model za kasnejšo somatizacijo nevrotičnega konflikta (Praper, 1989/90).

Obrambni mehanizmi, ki jih uporablja subjekt s psihosomatskimi motnjami, so zatorej primitivnejši: projekcija, zanikanje, premeščanje, splitting in projektivna identifikacija. Takšno obrambno vedenje močno prizadene posameznikovo pozitivno vrednotenje samega sebe, omaje njegovo samospoštovanje, sposobnost integracije dobrih in slabih potez v enotno predstavo o objektih ter sposobnost razlikovanja med subjektivno doživetimi vsebinami in objektivno realnostjo (Kernberg, 1987).

Njegova samopodoba je izkrivljena, in sicer na ravni psihološkega jaza (obvladovanje impulzov, čustveni ton in predstava o telesu), socialnega jaza (socialni odnosi, vrednote in

morala, poklicni in študijski cilji), seksualnega jaza (vedenje in odnos do spolnosti), družinskega in prilagoditvenega jaza (obvladovanje zunanjega sveta in optimalno prilagajanje) (Offer, 1988).

2. Somatizacija

Opozoriti velja še na en obrambni mehanizem, na t.i. somatizacijo, ki po Overbacku (Blanck, 1985) pacientu "pomaga", da svoje psihične stiske razrešuje v obliki somatskih "tegov".

Schur (Blanck, 1985) - začetnik psihoanalitičnega preučevanja psihosomatskih motenj - (ki se opira na Freuda, Hartmanna in Jacobsonovo), v svoji teoriji somatizacije izhaja iz domneve o deneutralizaciji nagona in diferenciaciji med selfom in objektom. Po njegovem mnenju so poglaviti dejavniki, ki povzročajo stres in odločilno vplivajo na morebitni razvoj psihosomatskih motenj, empirična ali fantazmatska travmatična doživetja (ki spremljajo otroka že od rojstva dalje) in pomanjkljiva osebnostna struktura, zaradi katere subjekt ni zmožen predelati in obvladati svojih travm (Petelin, 1980).

Odrasel človek, ki trpi zaradi psihosomatskih motenj, nazaduje v zgodnje infantilno obdobje ter svoje agresivne in libidne nagone sprošča skozi telo. Zdi se, da nekako ni uspel v zadostni meri ponotranjiti tistih objektivnih odnosov, ki jih otrok običajno ponotranji na prehodu iz stadija predhodnega objekta v stadij parcialnega objekta. Njegov ego zaradi šibkosti ni zmožen oblikovati lastnega libidnega objekta (Spitz, po Blanck, 1985), zato se na somatopsihični ravni še vedno nekako zliva z objektom (Mahler, po Blanck, 1985). Ni zmožen vzpostaviti "kontakta navzven", ki se - po Mahlerjevi - kaže v otrokovem razvojnem obdobju kot "prvi nasmeh", zato pogosto vztraja v izolaciji, samotarstvu, izogibanju socialnim stikom itd., kot pripomoček za vzdrževanje takega stanja pa uporablja zlasti projekcijo, splitting in projektivno identifikacijo. Ti mehanizmi pa se oblikujejo prav v obdobju simbioze, v katerem začneta delovati osnovna modela za obvladovanje impulzov - nevtralizacija in diferenciacija (Praper, 1989/90).

3. Dvofazno potlačevanje

Tudi obrambni mehanizem potlačevanja igra bistveno vlogo pri ljudeh s psihosomatskimi motnjami, vendar ne več v obliki, ki je značilna za histerijo. Pri njih se pojavlja t.i. "dvofazno potlačevanje" oz. "dvofazna obramba".

Za prvo, akutno fazo tvorbe psihosomatskih simptomov je značilen nastanek psihonevrotskih simptomov. V drugi, kronični fazi se pojavijo telesni simptomi, psihonevrotski simptomi pa se "umaknejo v ozadje". To potrjujejo tudi nekatere novejšje raziskave sodobnih depresij: 40 odstotkov sodobnih depresij se kaže brez občutkov depresije, zgolj v somatski obliki (ugotovili so, da sodijo v to skupino zlasti preprosti ljudje in ljudje, ki živijo v tujini) (Lokar, 1991/1992).

Ljudje s psihosomatskimi motnjami se težje prilagajajo novim življenjskim položajem in se izogibajo socialnim stikom. Sebe vidijo pretežno v slabi luči, zato se čutijo osamljeni in odrinjeni, misel na prihodnost pa jih navdaja z obupom.

Njihove psihične stiske se izražajo v obliki telesnih bolezni. Zakaj? Gotovo je, da so telesne težave v naši "modernejši" družbi bolj sprejemljive kot duševne. Povsem "normalno" je, da nekdo telesno zboli - bolj ko je bolan, več pozornosti je deležen. Tak človek je tedaj videti psihično zdrav in - kot pravi Mitcherlich (Nastović, 1984) - socialno prilagojen. Da bi - na nezavedni ravni - dokazal prilagojenost družbi, ki ji pripada, se raje "odloči" za telesno

bolezen, ker "ne želi", da bi ga ostali označili za "norega" ali "bolnika z duševnimi motnjami".

Tako najde psihosomatska motnja dovolj varno zatočišče. Posledice njene fiksacije pa so ireverzibilne. Motnje telesnega ega so namreč tako globoke, da je njihova škoda nepopravljiva.

Nastović (1984) poudarja, da sodelujejo pri tvorbi psihičnih motenj poleg dvofaznega potlačevanja tudi drugi obrambni mehanizmi, zlasti projekcija in identifikacija. Obrambni mehanizmi so med ključnimi dejavniki, ki "odločajo" o načinu rešitve nevrotičnega konflikta. Avtor opozarja, da je treba predpostaviti obstoj specifične strukture ega pri ljudeh s psihosomatskimi motnjami. O tej strukturi vemo razmeroma malo, zaradi česar se pojavijo pri zdravljenju teh bolnikov številne nepravilnosti.

Simptomi psihosomatskega obolenja se kažejo na različnih organih. Pri tem se spremeni njihovo delovanje in pojavijo se posamezne psihosomatske bolezni.

II. KRATEK PREGLED NEKATERIH PSIHOSOMATSKIH BOLEZNI

Klasični razvrstitvi sedmih psihosomatskih bolezni, ki jo je izdelal Alexander (Rojšek, 1990) (čir na dvanajsterniku, arterijska hipertenzija, bronhialna astma, bolezen ščitne žleze, revmatoidni artritis, ulcerativni kolitis in neurodermitis), Rojšek v svoji disertaciji dodaja klasifikacijo ameriškega psihiatričnega združenja (A.P.A., D.S.M., III.), ki obsega bolezni kože, prebavil, dihal, srca in ožilja, žlez z notranjim izločanjem, revmatološke bolezni oz. bolezni mišičnokostnega sistema in vezivja, ginekološke in druge bolezni.

1. Bolezni mišično-kostnega sistema in vezivnega tkiva

Lowen (1984) namenja v knjigi "Bioenergetika" posebno pozornost prav križu. Meni, da se v križu srečata dve nasprotujoči si sili: težnost (ki mu predstavlja zahteve, telesne in duševne obremenitve itd.) in sila, ki človeku pomaga, da se "drži pokonci", da lažje prenaša bremena, ki mu jih nalaga življenje.

Od tod ne razlaga le bolečin v križu, temveč tudi bolečine v kolenu (koleno namreč "sprejema" obremenitve) in bolečine v sklepih. Družinsko ozadje ljudi, ki trpijo zaradi vnetja sklepov, je nekoliko drugačno: ti ljudje niso izkusili dovolj človeške toplote, vzdušje v družini je bilo togo, anankastično, vzgoja prestroga. Imeli naj bi šibko realitetno kontrolo, težave s spolno identiteto in naj bi bili pogosto depresivni (agresivnost usmerjajo proti samemu sebi).

Nagi s sodelavci (Kmetič, 1990) je v eni izmed raziskav preučeval zvezo med bolečinami v križu in stresom, ki ga delavec doživlja pri delu. Ugotovil je, da pogoste spremembe pri delu privedejo do bolečin v križu.

Milčinski (1986) meni, da so pri degenerativnih revmatičnih obolenjih bistveni kronični emocionalni konflikti, ki nastanejo zaradi neustrezne predelave agresivnih in analno-retentivnih impulzov. Tovrstne napetosti se izkazujejo v tenzijah progaste mišične mase, ki lahko po daljšem času privedejo do sprememb na sklepih. Mišična napetost psihogenega izvora pa je povezana s prisilno-nevrotskimi potezami.

2. Bolezni cirkulatornega sistema

Bolezni srca in ožilja so v zadnjih desetletjih močno narasle. Poleg zunanjih rizičnih faktorjev (prekomerna telesna teža, stres na delovnem mestu, prekomerno kajenje itd.)

obolenja, kakršna so, denimo, angina pectoris, koronarna skleroza in miokardni infarkt, pogojujejo tudi drugi dejavniki.

Hau (Milčinski, 1986) je ugotovil, da uporabljajo osebe, ki si prizadevajo zatreti svojo agresivnost, obrambni mehanizem nadkompenzacije. Označuje jih prekomerno hlastanje po napredovanju in pomembnosti. Trstenjak (Milčinski, 1987) ugotavlja, da predstavlja t.i. "beg v delo" zgolj sublimacijo ali konverzijo drugih teženj (npr. agresivnosti ali seksualnih teženj) v delovno aktivnost, ki lahko končno privede tudi do psihosomatske oboletosti.

Quint (Milčinski, 1986) je, denimo, ugotovil vzročno pomembnost emocionalnih vplivov pri esencialni hipertenziji, za katero obolevajo ljudje, ki določene življenjske situacije dojemajo kot izrazito obremenjujoče, potlačujejo agresivne impulze in kažejo močno storilnostno naravnost.

3. Bolezni respiratornega sistema

Med psihosomatskimi obolenji respiratornega sistema je na prvem mestu astma. Leta 1923 je Heyer (Jaspers, 1992) astmatika opredelil kot človeka, ki ne prenese atmosfere, nastale v neki situaciji zaradi konfliktov z določenimi ljudmi. Alexander (Milčinski, 1986) ugotavlja, da so to agresivni, častihlepni, prepirljivi, drzni in močno občutljivi ljudje z izrednim čutom za estetiko. Knap (Milčinski, 1986) meni, da so njihove osebnostne poteze histerične in psihonevrotske. Quint (Milčinski, 1986) jih opisuje kot depresivne, tesnobne in negotove osebe, ki se nagibajo k egocentričnosti in introvertiranosti. S pretirano skrbnostjo ali odbijajočim vedenjem ustvarjajo njihove matere v družini tako "vzdušje", ki otroka v njegovi ambivalentni težnji po (ne)samostojnosti vedno bolj "duši". Tako že v mali zatrejo otrokovo konstruktivno agresivnost. Nekateri pojmujejo astmatski napad kot "krik po materi" (Weiss, po Milčinski, 1986), drugi pa menijo, da utegne biti tudi "krik zoper njo".

4. Bolezni kože

Koža je organ z dvojno funkcijo: organizem varuje pred okolico in vzpostavlja njegove stike z zunanjim svetom. Na koži se - pogosto s posredovanjem nezavednih mehanizmov - izkazujejo čustva, razpoloženja (rdečica, bledica, kurja polt) in erotična vzburljenja. Med osebnostne lastnosti bolnikov z endogenim ekcemom Stern (Miličinski, 1986) umešča depresijo, disforijo, hipohondrične težnje, frigidnost in impotenco.

Schur (Blanck, 1985) je ravno na primeru dermatoze skušal dokazati svojo teorijo somatizacije. Ugotovil je, da vrsta bolnikov s kožnimi boleznimi uporablja obrambni mehanizem regresa in tako nazaduje na infantilno "izrabo" kože za razbremenitev čustev.

5. Endokrine bolezni, bolezni prehrane in metabolizma ter motnje v imuniteti

Hoff in Ringel (Milčinski, 1986) dvomita o umestitvi diabetesa med psihosomatska obolenja, Jaspers (1990) pa ga opredeljuje kot somatsko motnjo, katere vzroki so duševni. Vitorović (1986) v "Psihijiatriji" poroča, da naj bi bili diabetiki (po nekih trditvah) v povprečju inteligentnejši in dobrodušnejši.

6. Bolezni digestivnega sistema

Med psihosomatskimi boleznimi digestivnega sistema avtorji (Milčinski, 1986) razlikujejo: ulkus (za te bolnike je po mnenju Glatzela značilno, da hočejo več, kot zmorejo), obolenja žolčnika (Beck trdi, da gre pri njih za otežkočeno odstranitev doživetij, nabitih z jezo in razočaranjem, ki so izraz oralnih in emocionalnih izgub), kronično habitualno

obstipacijo (za te bolnike je značilna regresija na analno fazo libidnega razvoja (npr. zadrževanja blata)), hipotonijo in migreno.

III. KRATEK PREGLED NEKATERIH TEORIJ O "IZBORU ORGANA"

V zvezi z izborom organa je najti v literaturi različna stališča.

1. Osebnostna struktura je pri izboru organa odločilnega pomena. Dunbarjeva (Milčinski, 1986), katere teorija nima mnogo zagovornikov, je izdelala t.i. "emocionalno termodinamično teorijo" o nastanku bolezni. V svojih raziskavah je obdelala dedne in pridobljene lastnosti ter socialne in družinske razmere, v katerih živijo ljudje s psihosomatskimi motnjami. Tako naj bi bili astmatiki avtoritarne osebe s pretirano zaverovanostjo vase, občasno infantilno trmasti in na uspehe drugih bolešno ljubosumni. Napad astme naj bi bil tako zgolj poskus organizma, da bi svoje napetosti rešil po stranski poti.

Ljudje, ki trpijo za ulkusom, naj bi bili izjemno vestni, celo častihlepni, njihovo delo naj bi potekalo brez počitka in sprostitve. Vseskozi pa naj bi si nezavedno želeli, da bi imeli ob sebi nekoga, ki bi jih varoval in hranil. Manifestacija te nezavedne želje (ki bi sprožala izločanje želodčne kisline) naj bi bil ulkus.

Bistvenih dejavnikov pri nastajanju psihosomatskih motenj, kot so, denimo, razvojne značilnosti in vpliv družbenega okolja, ta teorija ne upošteva.

2. Alexander (Milčinski, 1986) trdi, da je za nastanek psihosomatske bolezni odločilna narava konflikta. Vsakemu konfliktu ustreza določeno emocionalno stanje, ki sproži specifično fiziološko reakcijo. Njegovo teorijo Milčinski razloži s primerom emocije jeze: ker jeza ni družbeno najbolj sprejemljiva emocija, jo mora posameznik izražati zelo previdno. Neprestano jo mora prikrivati, tako da ne pride več do zavesti, telesni odraz v obliki povišanega krvnega pritiska pa ostane.

3. Po teoriji adaptacije (Milčinski, 1986) so za razvoj psihosomatskih bolezni odločilne zgolj doživete psihične obremenitve oz. stresi. Ni pomembno, kaj povzroča v človeku anksioznost, saj so fiziološki pojavi, ki spremljajo kronično tesnobo, vseskozi identični.

Te fiziološke reakcije na stres se izkazujejo v obliki t.i. "splošnega adaptacijskega sindroma" (Seyle, 1950), ki se izoblikuje v treh fazah: (a) faza alarmne reakcije, ki zajema stopnjo začetnega šoka (kaže se kot zmanjšana odpornost organizma na stres) in stopnjo kontrašoka (kaže se v obliki okrepljenega delovanja obrambnih mehanizmov); (b) faza upiranja, kjer je adaptacija optimalna; (c) faza izčrpanosti, ki se kaže kot popoln zlom adaptacije (Martin, 1972).

Posameznik se torej na različne situacije oz. dražljaje odziva na povsem enak način.

Razvojnih dejavnikov individua in družbene pogojenosti psihosomatskih motenj tudi ta teorija ne upošteva.

4. Likovno-psihološka in eksistencialna razlaga iščeta povezave s fiziologijo in sovjetsko kortikovisceralno teorijo, vendar pa ostajata zgolj v okviru fiziologije (Kmetič, 1990).

5. Celostna razlaga, ki jo zastopa Ringlova (Milčinski, 1986) dunajska šola, zajema: vrsto nevrotskega konflikta, osebnostno strukturo, zaplete v zgodnji razvojni fazi, življenjski slog bolnika, patogenost sprožilne situacije, ki privede do nastanka bolezni, in morebitno (starostno) izrabo nekaterih organov.

Ringel (Nastović, 1984) poudarja, da se v središču patogeneze psihosomatskih obolenj nahajajo nezavedne kronične emocije, ki prek vegetativnega živčnega sistema privedejo najprej do funkcionalnih, nato pa še do strukturnih sprememb v smislu anatomskih poškodb. Vplivu vegetativnega živčnega sistema so podvrženi zlasti srce, krvni obtok, dihalni in prebavni organi, urogenitalni trakt, endokrine žleze in koža, zato ni čudno, da nastanejo psihosomatska obolenja prav na teh mestih.

Tudi zavestne dolgotrajne emocije lahko privedejo do psihosomatske motnje, vendar se njihovo patogeno delovanje niti po kvantiteti niti po kvaliteti ne more primerjati z delovanjem nezavednih kroničnih emocij. Ringel zastopa stališče, da na "izbor organa" vplivata posameznikova pridobjena in vrojena konstitucija.

a) Pridobljena konstitucija nastane z imitacijo in identifikacijo otroka s staršem, zlasti z materjo (prisilne nevroze in histerije predstavljajo t.i. "nevrozo očeta", psihosomatska obolenja pa "nevrozo matere"). V tej zvezi govori Mitscherlich (Nastović, 1984) o t.i. fenomenu "tradicionalnega simptoma", značilnega za družine, v katerih prevladujejo predispozicije za psihosomatska obolenja njihovih članov.

b) Vrojeno konstitucijo pa pogojuje vrojena "uslužnost organa", ki jo je leta 1907 opisal Adler v "Študiji o manjvrednosti organa", zaradi česar ga mnogi štejejo za začetnika modernega psihosomatskega raziskovanja, saj je nakazal možnost dinamičnega razumevanja psihosomatskih obolenj. Mnoge družine postavljajo v središče pozornosti ravno tisti telesni organ, ki jim predstavlja "ranljivo točko", in izvajajo njemu v "čas" posebne obrede.

IV. NOVEJŠI PRISTOPI PRI OBRAVNAVANJU STRESA IN PSIHO-SOMATSKIH MOTENJ

V starejši psihološki literaturi pogosto naletimo na nekoliko poenostavljeno obravnavanje tega pojava. Stres je tam pojmovan kot nekakšen zunanji dejavnik, ki vodi do specifičnih duševnih in psihosomatskih motenj (McMichael, 1986).

V zadnjem obdobju se vrsta avtorjev spet vrača k preučevanju tega fenomena. Z revizijami Seylove, Wolfove, Mahlove in drugih teorij skušajo najti drugačne, sodobnejše opredelitve stresa. Ob tem kaže opozoriti na nekatere pomanjkljivosti in enostranske poglede na ta pojav.

Če je, denimo, Seyle (Martin, 1972) preučeval zgolj "sistemske" stresorje, kot so vročina, mraz, infekcije, intoksikacije, telesne poškodbe, šok in travme po kirurškem posegu, in tako "videl" povzročitelje stresa le izven posameznika, pa nekatere "nove", "sodobne" razlage pripisujejo pretežni del odgovornosti za stres posamezniku: njegovi "šibki" osebnosti, neprilagojenosti, čustveni nezrelosti, nezadostni kognitivni strukturiranosti (zaradi česar ima posameznik izkrivljeno podobo o sebi in o neposredno doživeti zunanji realnosti), nezmožnosti, da bi pravilno dojel, razčlenil in ovrednotil svoje osebne probleme ter se - na podlagi konstruktivnih strategij - dejavno soočil s stresnimi situacijami. Po tovrstnih - zdravorazumskih in psevdoznanstvenih - subjektivističnih ali psihologističnih - pojmovanjih je bistvo problema v posameznikovi notranjosti: on sam se mora spremeniti, da bi se znal učinkovito izogibati stresu ali ga premagovati. Takšno - teoretsko skrajno pomanjkljivo - razmišljanje je značilno za "abstraktno zavest", ki v človeku ne vidi le družbenega bitja, ampak izolirano "monado" (plod samoniklega osebnostnega razvoja),

iztrgano iz kaleidoskopskega spektra družbenozgodovinskih sil (ki v resnici ne samo naddoločajo posameznikovo eksistenco kot neke vrste zunanji "dejavnik", ampak delujejo znotraj njega samega).

1. Interakcijski model stresa

Novjša skupina razlag, ki temelji na povezanosti med posameznikom in dejavniki socialnega (in ne zgolj fizičnega) okolja, kakršni so, denimo, narava medosebnih odnosov, socialna klima, organizacija dela in prostega časa, ureditev socialne in zdravstvene varnosti itd., je bistveno obogatila teoretsko misel o stresu in omogočila hitrejši napredek v raziskovanju tega fenomena. Z interakcijskega vidika (McMichael, 1986) je stres produkt dinamičnega neravnovesja med individuom (z njegovo specifično osebnostjo, vedenjskimi vzorci in življenjskimi situacijami) in njegovim socialnim okoljem. McMichael poudarja, da je pri raziskovanju tega fenomena treba upoštevati več spremenljivk: (a) objektivne socialne razmere, ki vodijo subjekt v stresno reakcijo; (b) individualno (subjektivno) zaznavo stresa; (c) subjektive odgovore na stres (fiziološke, emocionalne in vedenjske); (d) dolgotrajne učinke zaznanega stresa in odgovore nanj (pri tem ugotavlja, da niso vse psihosomatske motnje enako povezane s stresom, vendar pa se večina njih le razvije pod vplivom telesne reakcije nanj. Zato kaže razlikovati med fiziološkimi spremembami kot takojšnjimi, a kratkotrajnimi odgovori na določene dražljaje na eni strani in med kroničnimi, dolgotrajnimi fiziološkimi oz. stresnimi reakcijami, kot so, denimo, poškodbe tkiva, motnje v delovanju adreno-kortikalnega sistema in psihosomatske motnje, na drugi strani (Martin, 1972)); (e) subjektivne in situacijske "pogojevalne" spremenljivke, ki vplivajo na odnos med prvimi štirimi dejavniki.

2. Model psihosocialnega stresa

Podobno, čeprav ne identično pojmovanje stresa zasledimo tudi v novejšem modelu, ki izhaja iz Lewinovih (1951) in Murrayevih (1959) teoretičnih predpostavk o motivacijskih procesih, obravnava pa problem (ne)skladja med osebo in njenim okoljem (Harrison, 1986). Po Harrisonu (1986; Bratina, 1992) so ključnega pomena za nastanek psihosocialnega stresa naslednji dejavniki: (a) objektivno okolje (fizični in socialni "svetovi", ki niso odvisni od subjektive zaznave); (b) subjektivno okolje (subjektiva psihološka konstrukcija sveta, v katerem živi); (c) objektivna oseba (njene potrebe, vrednote, sposobnosti itd.); (d) subjektivna oseba (subjektiva zaznava lastnih potreb, vrednot, sposobnosti in drugih lastnosti, tj. njegova samopodoba); (e) subjektov odnos do realnosti; (f) subjektiva ustreznost pri oceni samega sebe; (g) objektivno ujemanje med osebo in okoljem (skladnost med objektivno osebo in objektivnim okoljem); (h) subjektivno ujemanje med osebo in okoljem (subjektiva zaznava skladnosti med njim in njegovim okoljem); (i) preobremenitve na psihološkem (anksioznost, nespečnost, dolgotrajna vznemirjenost), fiziološkem (npr. visok krvni pritisk) in vedenjskem področju (prekomerno kajenje in hranjenje, pogosto zatekanje po zdravstveno pomoč itd.); (j) bolezni, zaradi katerih je ogroženo tako mentalno (npr. kronična depresija) kot telesno zdravje (ulkus, miokardni infarkt in druge psihosomatske motnje); (k) spoprijemanje s stresom, ki se nanaša na tiste dejavnosti subjekta, s katerimi skuša spremeniti bodisi objektivno okolje bodisi objektivno osebo v smeri večanja stopnje skladnosti med njima; (l) obrambni mehanizmi, ki izkrivljajo subjektovo zaznavanje objektivnega okolja in objektivnega selfa ter rahljajo njegov stik z realnostjo in pravilnost ocene samega sebe.

3. Stres pri delu

Trditev, da je stres "problem", je varljiva, kolikor odvrča pozornost od tistega, kar je njegov temeljni "vzrok", tj. od dela, ki spada med poglavitne "totalne" dejavnike posameznikovega življenjskega kroga. Stres pri delu je namreč zgolj eno izmed znamenj razčlovečenega, nesmiselnega, odtujenega, heteronomnega in napornega dela, organiziranega glede na potrebe kapitala, ne pa glede na potrebe družbe oz. njenih članov. V sodobni industrijski družbi človek ne dela zato, da bi lahko živel, ampak zgolj zato, da bi lahko delal: zjutraj vstane, se odpravi v službo, dela po osem (in več) ur dnevno, se vrne domov, kjer se v t.i. "prostem času" skuša odpočiti, "razvedriti" (kot pasivni potrošnik izdelkov industrijske zabave), zadovoljiti svoje najbolj elementarne potrebe in se tako pripraviti na naslednji delovni dan.

Danes smo priče absurdni situaciji, v kateri je en del aktivnega prebivalstva prezaposlen (preobremenjen) do te mere, da je resno ogroženo njegovo mentalno in telesno zdravje, drugi del prebivalstva pa je brez zaposlitve, kar ravno tako ustvarja specifične travme in stiske. Poleg tega veliko zaposlenih opravlja docela nepotrebno, družbeno nekoristno delo.

V novejši psihološki literaturi (Madsen, 1993) zasledimo štiri poglavitne problemske sklope:

- a) posledice stresa, nastale zaradi primanjkljajev v psihosocialnem okolju;
- b) psihološke posledice stresa;
- c) dejavniki stresa;
- d) preventivni ukrepi za zaščito in varnost delavca pri delu.

a) V longitudinalni študiji o zahtevah in nadzoru delavca pri delu v povezavi z njegovimi izostanki od dela Smulders in Houtman (1993) potrjujeta hipotezo, da večkrat izostajajo od dela tisti delavci, ki so podvrženi večjim delovnim zahtevam in imajo le malo možnosti, da sami obvladujejo delovno situacijo.

b) Leta 1992 so na Nizozemskem (Hvenegaard, 1993) začeli uresničevati profilastični projekt, ki temelji na povezanosti med delavcem, delovno skupino in delovno organizacijo, njegov namen pa je preprečevati izgorelost pri delu (to je stanje popolne fizične in psihične izčrpanosti človeka) in zmanjševati obremenjujoče delovne razmere v delovni organizaciji. Pričakujejo, da bodo v naslednjih letih zmanjšali neskladje med delavcem in delovno organizacijo ter omejili preobremenjenost in izgorelost pri delu.

Pajardi (1993) opozarja na pereč, dasiravno zvečine neznan problem t.i. "psihološke škode". Poudarja, da problemov v zvezi z (ne)zdravjem ni mogoče omejiti zgolj na telesne poškodbe, temveč je treba upoštevati tudi psihološko škodo - psihične težave, ki so posledice poškodb in bolezni, povezanih z delom. Meni, da bi lahko s preprečevanjem razvoja travmatskega stresa, izboljšanjem medosebnih odnosov pri delu, z ustrezno porazdelitvijo odgovornosti pri delu ipd. bistveno izboljšali delavčevo mentalno zdravje.

Finska psihologa J. Vartera in J. Pentti (1993) opozarjata na dva dejavnika, ki sta za delavčevo mentalno zdravje še posebej pomembna: obvladovanje delovne situacije in nudenje socialne podpore. Da bi ugotovila njuno dejansko povezanost z mentalnim zdravjem, sta sestavila psihološki instrument, s katerim sta raziskala psihološke zahteve, ki jim mora delavec slediti pri opravljanju delovnih nalog, možnosti obvladovanja teh nalog, stopnjo socialne participacije, velikost in ureditev socialne mreže, zaznana socialno podporo ter psihične in fizične simptome prevelike utrujenosti delavca. Rezultati njune raziskave napotujejo k domnevi, da lahko posameznik uspešno udejanji svoje socialne

zmožnosti le takrat, ko lahko sam obvladuje delovno situacijo. S širjenjem socialne mreže pa mu okolje zagotavlja tudi potrebno socialno podporo.

c) Cooper (1993) opozarja na nekatere sodobne dejavnike stresa in jih razčlenjuje na način, ki predstavlja novost v sodobni psihološki literaturi: (1) narava dela (preveč ali premalo dela, časovne stiske, slabi delovni pogoji itd.); (2) delavčeva vloga v delovni organizaciji (nejasnost vlog, konflikt vlog, premajhna ali prevelika odgovornost v medosebnih odnosih itd.); (3) odnosi v delovni organizaciji; (4) želja po napredovanju, strah pred izgubo zaposlitve ali suspenzom, strah pred prezgodnjo upokojitvijo; (5) organizacijska struktura in delovna klima (stroga in toga pravila, neustrezna komunikacija itd.) in (6) interakcija med delovno organizacijo in "zunanjim svetom" (razmerje med delovnimi in družinskimi obveznostmi ter prostim časom). Avtor meni, da bi lahko z obvladovanjem teh dejavnikov bistveno pripomogli k ustrežnejši zaščiti in varnosti delavca pri delu.

Costa, Paoli in Litske (1993) so v študiji o dejavnikih stresa pri delu med evropskimi delavci zajeli 12 500 delavcev iz 12 držav evropske skupnosti. S psihološkimi intervjuji so preučili, katere in kakšne so tiste delovne situacije, ki jih delavci dojemajo kot ogrožujoče. Ugotovili so, da delavci zaznavajo kot stresne predvsem tiste situacije, ki so posledica slabe organizacije dela. Tehnične razmere dela pa zanje niso ogrožujoče. Izpostavili so zlasti tiste dejavnike stresa, ki so se izkazali kot najbolj pogosti: (1) nizka stopnja avtonomije pri delu; (2) monotone in ponavljajoče se delovne naloge; (3) časovne stiske; (4) obvezno nadurno delo in (5) nočno delo.

d) Cox (1993) v kritiki tradicionalnih pogledov na delavčevo zdravje obravnava naravo stresa pri delu v povezavi z obvladovanjem psihosocialnih in organizacijskih nevarnosti, s katerimi se posameznik dnevno srečuje pri opravljanju delovnih nalog. Avtor se pri tem osredotoča zlasti na strategije obvladovanja teh nevarnosti.

Allegro (1993) je v akcijskem raziskovanju o povezanosti med načinom organizacije dela in zdravjem delavca ugotovil, da je pogostnost izostajanja od dela zaradi bolezni v veliki meri odvisna od zadovoljstva delavca pri delu, socialne varnosti in splošne zdravstvene politike.

V. SKLEP

Kako naj torej v luči novih spoznanj razumemo problematiko stresa in izluščimo določene "praktične" (preventivne) implikacije, ki izhajajo iz tega razumevanja?

Prvi in najbolj transparenten odgovor je bržkone sledeč: za premagovanje stresa ni dovolj (samo) spremeniti "pomankljive" posameznike, ampak tudi izboljšati socialne razmere, socialno okolje, poskrbeti za izobraževalno, poklicno, zdravstveno in socialno varnost posameznikov itd.

Resda lahko s preventivnimi posegi v vzgojno-izobraževalni in delovni proces, v družinsko in širšo socialno klimo mnogo pripomoremo k človekovemu mentalnemu zdravju, vendar so to le posegi v posamične "mikrouniverzume" in kot taki problemov ne morejo rešiti do kraja. Neposredno socialno okolje oz. mreža subjektivno doživetih medosebnih interakcij je namreč le ena izmed možnih družbenih določevalnic. Družba pa je nekaj, kar presega okvir neposrednih intersubjektivnih odnosov in se kot taka "vpisuje" v slehernega od njih.

LITERATURA

1. Allegro, J. T. (1993): Integration of new forms of work organisation and health: An action research approach. - V: V. H. Madsen (Ed.): Work and Health Abstracts. Danish Labour Inspection, Copenhagen, 113.
2. Blanck, G., Blanck, R. (1985): Ego-psihologija. Biblioteka psiha, Zagreb.
3. Bratina, A. (1992): Izguba zaposlitve in brezposelnost - bitka s stresom. Psihološka obzorja, Vol. 1., No.1, 63-66.
4. Bregant, L. (1986): Psihoterapija 14. Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana, Ljubljana.
5. Bridger, H. (1986): The increasing relevance of group processes and changing values for understanding and coping with stress at work. - V: C. L. Cooper & R. Payne (Eds.): Stress at work. New York, John Wiley & Sons, 241-258.
6. Cooper, C. L. (1993): Job distress, recent research on sources of workplace stress. - V: V. H. Madsen (Ed.): Work and Health Abstracts. Danish Labour Inspection, Copenhagen, 115-116.
7. Costa, J., Paoli P., Litske, H. (1993): Occupational stress factors among european workers. - V: V. H. Madsen (Ed.): Work and Health Abstracts. Danish Labour Inspection, Copenhagen, 109.
8. Cox, T. (1993): Occupational health: The monitoring and control of psychosocial and organizational hazards at work. - V: V. H. Madsen (Ed.): Work and Health Abstracts. Danish Labour Inspection, Copenhagen, 111.
9. Harrison, R. V. (1986): Person-environment fit and job stress. - V: C. L. Cooper & R. Payne (Eds.): Stress at Work. New York, John Wiley & Sons, 175-209.
10. Hvenegaard, H. (1993): Burnout and organisational development. - V: V. H. Madsen (Ed.): Work and Health Abstracts. Danish Labour Inspection, Copenhagen, 100-101.
11. Jaspers, K. (1990): Opšta psihopatologija. Prosveta Beograd - Prosveta Niš, Beograd.
12. Kernberg, O. (1987): Struktura analiza. - V: K. Kondić (Ed.): Psihologija ja. Nolit, Beograd.
13. Kmetič, L. (1990): Nekatere osebnostne značilnosti oseb z bolečinami v hrbtenici (diplomska naloga).
14. Lokar, J. (1991/92): Zapiski s predavanj v okviru tečaja "Klic v duševni stiski".
15. Lowen, A. (1984): Bioenergetika. Nolit Beograd, Beograd.
16. Madsen, V. H. (1993): Work and Health Abstracts. Danish Labour Inspection, Copenhagen.
17. Martin, I. (1972): Stress. - V: H. J. Eysenck, R. Meili, W. Arnold (Eds.): Encyclopedia of Psychology, Volume three. Search Press, London.
18. Milčinski, L. (1986): Psihosomatska obolenj . - V: Psihatrija. DZS, Ljubljana.
19. Milčinski, L. (1987): Stališča in izkušnje. - V: Vprašanja invalidskega upokojevanja duševno abnormnih oseb. Skupnost pokojninskega in invalidskega zavarovanja v SR Sloveniji in klinična bolnišnica za psihiatrijo Ljubljana-Polje, Ljubljana.
20. McMichael, A. J. (1986): Personality, behavioural, and situational modifiers of work stressors. - V: C. L. Cooper & R. Payne (Eds.) Stress at work. New York, John Wiley & Sons, 127- 149.
21. Nastović, I. (1984): Neurotski sindromi. Dečje novine, Gornji Milanovac.
22. Offer, D. M. D., Ostrov, E. J. D., Howard, K. I., Atkinson, R. (1988): The Teenage World: Adolescents' Self-Image in Ten Countries. Plenum Publishing Corporation, New York.
23. Pajardi, D. (1993): Stress at work as cause of damage to mental health: Analysis of a social representation. - V: V. H. Madsen (Ed.): Work and Health Abstracts. Danish Labour Inspection, Copenhagen, 102-103.
24. Petelin, M. (1980): Psihične značilnosti pacientov s funkcionalnimi telesnimi motnjami (disertacija).
25. Praper, P. (1989/90): Zapiski s predavanj v okviru predmeta "Teorije nevroz" na oddelku za psihologijo v Ljubljani.
26. Rojšek, J. (1990): Osebnostne lastnosti žensk z EPH-gestozo (disertacija).
27. Seyle, H. (1950): Stress. Montreal.
28. Vartera, J., Pentti, J. (1993): Job control social support and health. -V: V. H. Madsen (Ed.): Work and Health Abstracts. Danish Labour Inspection, Copenhagen, 103-104.
29. Vitorović, M. (1986): Psihične motnje v zvezi z endokrinimi boleznimi. - V: Psihatrija. DZS, Ljubljana.