

Obrambno-varovalno reagiranje pacientov z delovnimi motnjami

DARJA KOBAL
ALFRED BOGOMIR KOBAL

POVZETEK

Bolniki s somatskimi motnjami, a brez objektivno zaznane okvare prizadetega organa, pogosto obolevajo, zaradi česar je njihova delovna zmožnost večkrat začasno zmanjšana. Prek lečečega zdravnika se mnogi obrnejo na invalidsko komisijo, da bi jim priznala trajno delovno nezmožnost. Namen študije je ugotoviti, ali se skupina ljudi, ki je v postopku za oceno invalidnosti (N=53), razlikuje v načinu obrambnega reagiranja od skupine ljudi, ki ni v tem postopku (N=53). Preizkušance smo testirali z vprašalnikom Življenjski stil, z lestvico Splitting in z lestvico Projektivna identifikacija. Prikazani in interpretirani so samo rezultati izraženosti posameznih obrambnih mehanizmov glede na diagnozo preizkušancev po mednarodni klasifikaciji bolezni (MKB).

ABSTRACT

SELF-DEFENCE REACTION OF PATIENTS WITH WORKING DISTURBANCES

Patients suffering from somatic disturbances which cannot be objectively detected in the affected organs, frequently fall sick with their working ability temporarily reduced as a consequence. Through their doctor many of them turn to the Commission for the Disabled in order to obtain recognition of their lasting working disability. The purpose of this study is to establish, whether the self-defence reaction of the group of people subject to the disability assessment process (N=53) is different from that of the group not subject to the process. The subjects were tested by means of the questionnaire "Lifestyle", the Splitting Scale and the Projective Identificatin. Shown and interpreted are only the results featuring the intensity of individual self-defence mechanisms, which were obtained from the diagnosis of the subjects tested in accordance with the international classification of diseases (MKB).

UVOD

Ljudje s somatskimi motnjami, a brez objektivno zaznavne okvare prizadetega organa ali organskega sistema, pogosto obolevajo. Pri takih bolnikih je delovna

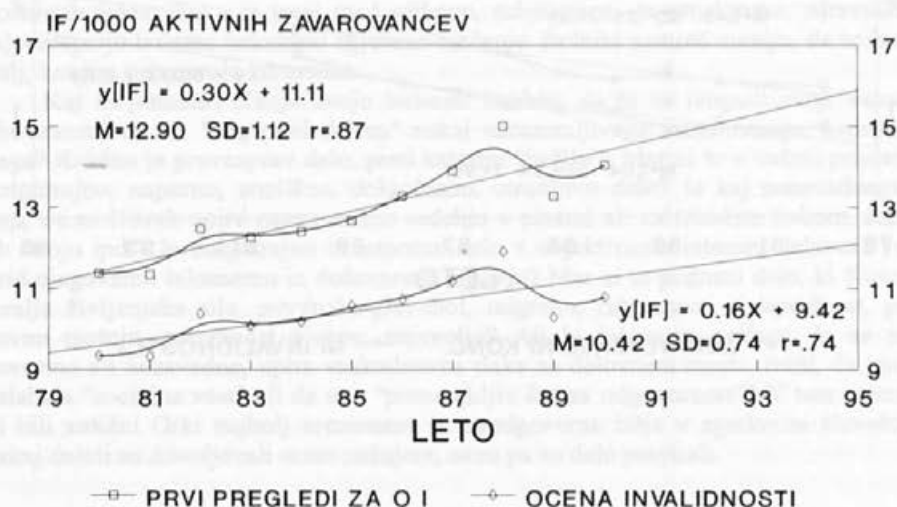
zmožnost večkrat začasno zmanjšana (bolniški stalež). Pri njih je opaziti željo, da bi jim priznali trajno delovno nezmožnost. Prepričani so namreč, da svojega dela v konkretnem socialnem okolju ne zmorejo več. Zato pogosto obiščejo zdravnika, da bi ga seznanili s svojimi - subjektivno doživetimi - tegobami. Na ta način ga posredno "primorajo", da jih napoti na invalidsko komisijo, od katere seveda pričakujejo, da bo potrdila njihovo delovno nezmožnost. S priznanjem invalidnosti invalidska komisija potrdi trajno okvaro zdravstvenega stanja ali trajno delovno nezmožnost. Na ta način strokovno utemelji prošnjo za trajno spremembo delovnega mesta, skrajšan delovni čas ali popolno delovno nezmožnost, bolnikom pa hkrati zagotovi socialno varnost.

Število novih zahtev za oceno delovne zmožnosti, naslovljenih na invalidske komisije, v zadnjih desetih letih v Sloveniji narašča. Indeks frekvence (IF) se vsako leto zveča za 0.3 zahtevka na 1000 aktivnih zavarovancev. Glede na gibanje trendov domnevajo, da se bo število zahtev za oceno delovne zmožnosti večalo še naprej: leta 1995 bi jih bilo predvidoma 16, medtem ko jih je bilo, denimo, leta 1980 11.11; število invalidov na 1000 aktivnih zavarovancev (IF) pa naj bi se povečalo z 9.42 na 12 (slika 1).

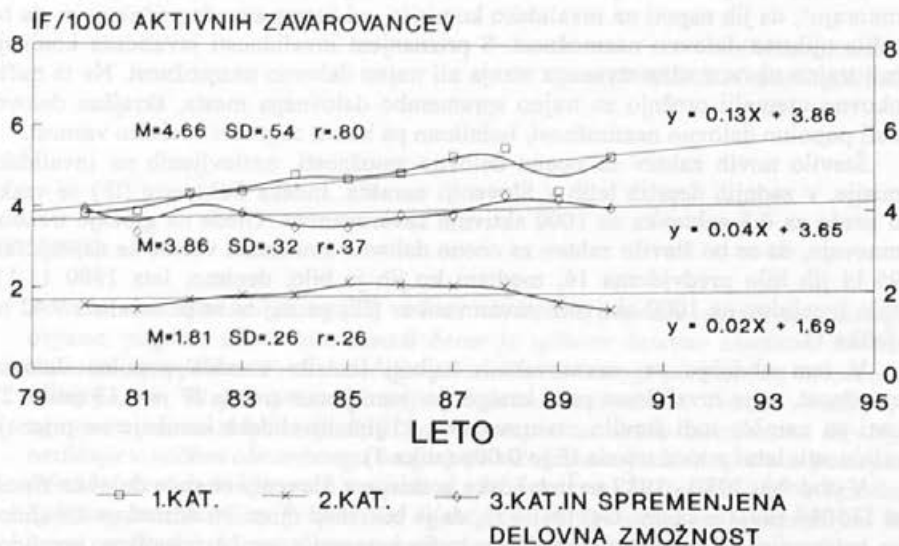
V tem obdobju pri zavarovancih najbolj izrazito narašča popolna delovna nezmožnost, to je invalidnost prve kategorije: letni porast trenda IF je 0.13 (slika 2). Hkrati pa narašča tudi število zavarovancev, ki jim invalidske komisije ne priznajo invalidnosti: letni porast trenda IF je 0.006 (slika 3).

V obdobju 1980 - 1989 so invalidske komisije v Sloveniji ocenile delovno zmožnost 115018 zavarovancev. Ugotovile so, da je bilo med njimi 36 odstotkov invalidov prve kategorije, 30 odstotkov invalidov tretje kategorije ter 14 odstotkov invalidov druge kategorije. Kar pri 11 odstotkih zavarovancev pa invalidnosti ni bilo mogoče zaznati. Poleg tega pa 8 do 10 odstotkov zavarovancev prejme na invalidskih komisijah nižjo kategorijo invalidnosti, kot jo sami pričakujejo. Po ocenah invalidske komisije je bilo v Sloveniji tako v zadnjih desetih letih približno 20 odstotkov (23000) zavarovancev, katerih pričakovanja niso bila v skladu z ocenami invalidskih komisij (slika 4) (Kobal, 1991).

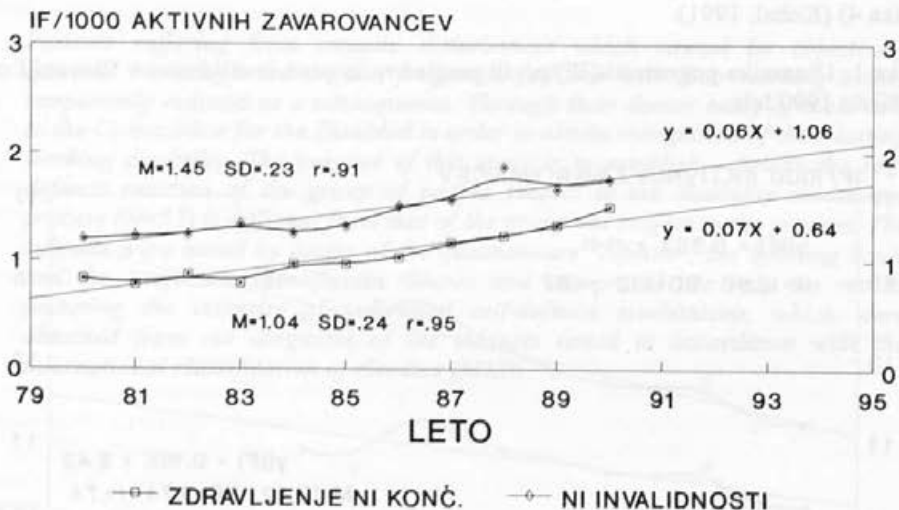
Slika 1: Dinamika pogostosti (IF) prvih pregledov in ocen invalidnosti v Sloveniji od 1980 do 1990 leta



Slika 2: Dinamika pogostosti (IF) prvih ocen invalidnosti v Sloveniji od 1980 do 1990

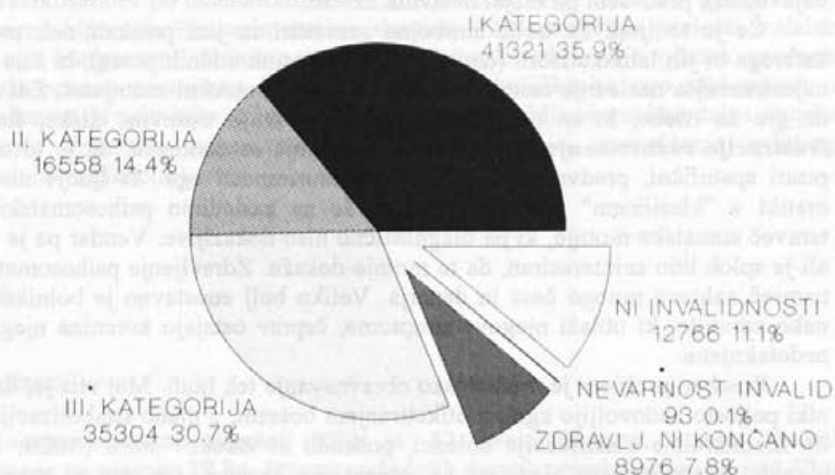


Slika 3: Dinamika pogostosti (IF) prvih ocen invalidnosti v Sloveniji od 1980 do 1990



Slika 4: Struktura prvih ocen delovne zmožnosti pri IK v Sloveniji od 1980 do 1989

STEVILO OCENJENIH ZAVAROVANCEV 115018



* III. kategorija invalidnosti in spremenjena delovna zmožnost

V zvezi z zavarovanci s psihosomatskimi težavami, ki si želijo oceno delovne zmožnosti pri invalidski komisiji, si je treba najprej zastaviti nekatera temeljna vprašanja. Kakšna je njihova simbolna identiteta? Kdo so te osebe? Ljudje z rentnimi tendencami, psihosomatiki, simulanti, "navadni" bolniki, neprilagojeni člani družbe? Nekaj je gotovo. Ti ljudje se počutijo bolne. Zdravniki dvomijo, da gre za "resnično" bolezen, ker z medicinskimi preiskavami pogosto ni mogoče potrditi subjektivno doživetih težav. Tako je torej med njihovo, subjektivno, in objektivno, zdravniško, (a)percepcijo bolezní nekakšno zgrešeno srečanje. Bolniki namreč menijo, da so bolni bolj, kot jim priznavajo zdravniki.

Kaj to pomeni? Želijo svojo bolezen izrabiti, da bi se izognili svoji delovni obveznosti? Je t.i. "beg pred delom" nekaj nerazumljivega, nenaravnega, nedopustnega? Kakšno je pravzaprav delo, pred katerim "bežijo"? Mar ni to v večini primerov dolgotrajno, naporno, enolično, dolgočasno, utrudljivo delo? Je kaj nenavadnega v tem, da se človek upira osemurnemu sedenju v pisarni ali za tekočim trakom, stanju ob stroju ipd.? Je dolgotrajno in naporno delo v objektivnem interesu delavca? Je v prid njegovemu telesnemu in duševnemu zdravju? Mar ni to pogosto delo, ki človeku jemlje življenjske sile, povzroča glavobol, migreno, izčrpanost, slabovidnost, prebavne motnje, razrvanost živcev, nejevoljo? Ali bi lahko za nekoga, ki se mu, zavestno ali nezavedno, upira vsakodnevna tlaka na delovnem mestu, rekli, da mu je oslabela "socialna vest" ali da ima "pomanjkljiv čut za odgovornost"? V tem primeru bi bili antični Grki najbolj brezvestna in neodgovorna bitja v zgodovini človeštva, zakaj delati so dovoljevali samo sužnjem, sami pa so delo prezirali.

Zdi se, da bi morali domnevati prej nasprotno. Ali ni oslabela kolektivna vest, vest družbe, ki dopušča, da je ogromno ljudi prezaposlenih (do te mere, da je načeto njihovo duševno in/ali telesno zdravje), da je veliko ljudi nezaposlenih in da nemalo ljudi opravlja docela nekoristna opravila? In to navzlic temu, da bi sodobna tehnika dovoljevala pravičnejšo družbeno porazdelitev dela in prostega časa (samodoločujoče dejavnosti), predvsem pa krajši delavnik za vse.

Če je te ljudi že treba simbolno razvrstiti in jim poiskati nek predalček, v katerega bi jih lahko stlačili (navzlic morju idiosinkratičnih potez), bi bila nemara še najustreznejša naslednja oznaka: človek s psihosomatskimi motnjami. Zdi se namreč, da gre za osebe, ki so nagnjene k temu, da **svoje duševne stiske, konflikte in frustracije razbremenjujejo skozi telo**. Vsiljuje se domneva, da je to dejstvo pripisati specifični, predvsem nezadostni strukturiranosti ega. Ti ljudje niso psihosomatiki v "klasičnem" pomenu. Pri njih še ne zasledimo psihosomatskih obolenj, temveč somatske motnje, ki pa diagnostično niso dokazljive. Vendar pa je vprašljivo, ali je sploh kdo zainteresiran, da te motnje dokaže. Zdravljenje psihosomatskih tegob namreč zahteva mnogo časa in denarja. Veliko bolj enostavno je bolniku predpisati neko zdravilo, ki ublaži njegove simptome, čeprav ostajajo korenine njegovih težav nedotaknjene.

Poseben problem je medicinsko obravnavanje teh ljudi. Moj vtis je, da se zdravniki pogosto zadovoljijo zgolj z etiketiranjem bolezni, z njeno simbolizacijo po merilih Mednarodne klasifikacije bolezni, poškodb in vzrokov smrti (MKB, 1975) in z njim ovrednotenjem glede na t.i. objektivne kazalce. Ob tem se seveda vsiljuje vprašanje, kako sploh določiti objektivna merila na tako kompleksnih področjih, kakršni sta zdravje in delo. Vprašljivo je tudi, ali se sploh lahko vzpostavi pristnejša komunikacija med zdravnikom in bolnikom. Kako naj bi slednji sploh lahko razumel zamotano govorico svojega zdravnika? Je namen rabe strokovnih izrazov v tem, da se bolniku predoči njegovo zdravstveno stanje, ali v tem, da se z njimi zdravnik skriva za debelimi zidovi svojega slonokoščene stolpa?

V kolikšni meri zdravniška komisija sploh lahko prisluhne tegobam bolnika, ko pa odloča o njegovem primeru največkrat zgolj na podlagi pisne dokumentacije, kratkotrajnega pregleda in posameznih usmerjenih vprašanj? Kako naj ga razume, ko pa njegovega glasu niti ne sliši? Svetovna zdravstvena organizacija opredeljuje zdravje kot "polno telesno, duševno in socialno blagostanje". Zakaj potem pri oceni zdravja ne sodeluje tudi psiholog? Mar je mogoče na duševno blagostanje človeka preprosto pozabiti? Kdo naj bi ovrednotil družbeni položaj bolnika?

Neupoštevanje psiholoških razsežnosti zdravja ima lahko tudi negativne, družbene in individualne, posledice. Upokožitev lahko, denimo, vodi zaradi občutkov osamljenosti, nekoristnosti, odrinjenosti iz družbenega sveta tudi v nadaljnje poslabšanje zdravja. Zavrnitev zahteve po skrajšanem delovnem času ni vselej družbeno koristna. Bolnik bi morda v krajšem delovniku naredil več kot v daljšem. Morda bi bil bolj zadovoljen, ker bi občutil nekakšno zadoščenje, ker so uslišali njegovi prošnji. Če je, seveda, sploh komu do tega, da bi bil delavec zadovoljen pri svojem delu!

V zadnjih letih se je sestava prosilcev nekoliko spremenila. Marsikateri med njimi je na čakanju, mnogim grozi odpust. To ustvarja dodatne pritiske, ki se bržkone na ta ali oni način odražajo tudi v njihovem zdravstvenem stanju. Nasploh se mi zdi, da zdravniki (v invalidskih komisijah) namenjajo premalo pozornosti razmerju med boleznijo in družbenim položajem bolnika.

Namen pričujoče študije je ugotoviti, ali se skupina ljudi, ki je v postopku za oceno invalidnosti (eksperimentalna skupina), razlikuje v načinu obrambnega reagiranja od skupine ljudi, ki ni v postopku za oceno invalidnosti (kontrolna skupina). V

tej zvezi nas zanima: (a) ali eksperimentalna skupina (za razliko od kontrolne skupine) v večji meri uporablja primitivne obrambne mehanizme (projekcijo, zanikanje, premeščanje, splitting in projektivno identifikacijo); (b) kateri obrambni mehanizmi so pri eksperimentalni skupini bolj izraženi - primitivni ali zrelejši - in zakaj in (c) kateri obrambni mehanizmi so pri posameznih podskupinah, klasificiranih glede na diagnoze boleznih preizkušancev po mednarodni klasifikaciji MKB, bolj izraženi in zakaj.

Delovna hipoteza: Eksperimentalno skupino (ES) sestavljajo pacienti s slabšo strukturo ega, kar pomeni, da imajo razvojne deficite. Zaradi tega je njihova zmožnost prilagajanja opazno zmanjšana in vodi v dve ego-modifikaciji: ego-odklonskost in ego-popačenost. V primerjavi s kontrolno skupino, uporablja eksperimentalna skupina primitivnejše obrambne mehanizme (zanikanje, projekcijo, premeščanje, splitting, projektivno identifikacijo).

METODA

1. Preizkušanci

V eksperimentalni skupini (ES) je 53 preizkušancev. Starost desetih preizkušancev ne presega 29 let. Starost naslednjih desetih preizkušancev je med 30 in 39 leti. Starost 29 preizkušancev se giblje med 40 in 49 leti, štirje pa so starejši kot 50 let. Njihova povprečna starost je 40 let ($SD= 8,32$). Med njimi je 32 žensk in 21 moških (tabela 1). Njihova izobrazbena struktura je naslednja: 20 preizkušancev ima osnovno šolo ali manj, 26 poklicno in srednjo, 7 pa višjo in visoko šolo (tabela 2).

Preizkušance iz ES je zdravnik napotil na invalidsko komisijo zaradi različnih bolezni. Ti bolniki so bili diagnosticirani po mednarodni klasifikaciji bolezni, poškodb in vzrokov smrti (MKB, 9. revizija, 1975). V ES niso vključeni pacienti, katerih primarna diagnoza je bila "duševna motnja", saj bi to zahtevalo povsem drugačen pristop in posebna merila.

ES je - glede na diagnoze bolezni (MKB klasifikacija)- dokaj heterogena. V prvi skupini (nalezljive in parazitarne bolezni) so trije preizkušanci, v drugi skupini (novotvorbe) so štirje preizkušanci, v tretji skupini (presnovne motnje, bolezni žlez z notranjim izločanjem in motnje imunosti) je en preizkušanec, v šesti skupini (bolezni živčevja in čutil) en preizkušanec, v sedmi skupini (bolezni srca in ožilja) je pet preizkušancev, v osmi skupini (bolezni dihal) so trije preizkušanci, v deveti skupini (bolezni prebavil) en preizkušanec, v deseti skupini (bolezni genitalij in sečil) sta dva preizkušanca, v dvanajsti skupini (bolezni kože in podkožnega tkiva) sta pravtako dva preizkušanca, in v trinajsti skupini (bolezni mišično kostnega sistema in vezivnega tkiva - gibala) pa je enaintrideset preizkušancev (tabela 3).

Selekcijski kriteriji ES:

(a) Preizkušanci so zavarovanci v delovnem razmerju (aktivni zavarovanci), ki so v postopku ocene delovne zmožnosti pri invalidski komisiji. Izvedenci invalidske komisije naj bi na osnovi ocene zdravstvenega stanja ter zahtev in obremenitev pri delu podali mnenje o delovni zmožnosti; ugotovili naj bi, ali je pri zavarovancih - preizkušancih nastala invalidnost prve kategorije (trajna nezmožnost za delo), invalidnost druge kategorije (zmožnost opravljati delo s skrajšanim delovnim časom) ali

pa invalidnost tretje kategorije (zavarovanec ni zmožen opravljati dosedanjega dela, je pa zmožen opravljati drugo, običajno manj zahtevno delo).

(b) Preizkušancem invalidska komisija za oceno invalidnosti bodisi ni priznala invalidnosti, ali pa jim je priznala invalidnost nižje kategorije v primeri s tisto, ki jo je predlagal lečeči zdravnik in ki so jo pričakovali sami zavarovanci glede na zdravstvene motnje, ki jih pestijo.

(c) (Morebitne) organske motnje preizkušancev ne pogojujejo takšnih delovnih motenj, da bi bil potreben ukrep upokojitve, skrajšanega delovnega časa ali preместitve na manj zahtevno delovno mesto.

V kontrolni skupini (KS) je 53 preizkušancev. Dva preizkušanca ne presegata starosti 29 let, med 30 in 39 leti je devetnajst preizkušancev, med 40 in 49 leti je dvaindvajset preizkušancev, deset preizkušancev pa presega starost 50 let. Njihova povprečna starost je 42 let ($SD = 7,48$). Med njimi je 22 žensk in 31 moških (tabela 1). Njihova izobrazbena struktura je naslednja: osnovno šolo ali manj ima 12 oseb, poklicno in srednjo 31, višjo in visoko šolo pa 10 oseb (tabela 2).

Selekcijski kriteriji KS:

(a) Skupina preizkušancev sestoji iz delavcev, ki so v istem obdobju (februar, marec 1993) opravili preventivni zdravstveni pregled na Univerzitetnem inštitutu medicine dela, prometa in športa v Ljubljani in v dispanzeriju medicine dela v ZD Idrija. Pri preventivnem pregledu je bilo ocenjeno zdravstveno stanje, morebitna preobremenjenost zaradi dela in specifična delovna zmožnost.

(b) Pri preizkušancih ni bila ugotovljena trajna prizadetost zdravja ali specifični učinki obremenjenosti pri delu, ki bi kakorkoli vplivali na njihovo delovno zmožnost.

Povprečno starost preizkušancev v kontrolni skupini je 41 let ($SD = 7,5$), v eksperimentalni skupini pa 40,2 let ($SD = 8,3$). Med skupinama ni statistično pomembne razlike v povprečni starosti ($F = 1,1136$; $p > 0,05$), pravtako sta skupini izenačeni po starostni strukturi.

Tabela 1 prikazuje strukturo preizkušancev po spolu. Med skupinama ni statistično pomembne razlike glede na spol (hi- kvadrat = 3.7749; $p = 0.05$).

Tabela 1: STRUKTURA PREIZKUŠEVALCEV PO SPOLU

SPOL	Skupina	Število oseb	%	% od vseh
MOŠKI	Vsi	52	100.0	49.1
	ES	21	40.4	19.8
	KS	31	59.6	29.2
ŽENSKE	Vsi	54	100.0	50.9
	ES	32	59.3	30.2
	KS	22	40.7	20.8
SKUPAJ	Vsi	106	100.0	100.0
	ES	53	50.0	50.0
	KS	53	50.0	50.0

hi-kvadrat	stopnje prostosti	nivo pomembnosti
3.77493	1	.0520

Tabela 2 prikazuje izobrazbeno strukturo preizkušancev. Med skupinama ni statistično pomembne razlike glede na izobrazbo (hi- kvadrat = 2.968; $p > 0.05$).

Tabela 2: IZOBRAZBENA STRUKTURA PREIZKUŠANČEV

IZOBRAZBA	Skupina	Število oseb	%	% od vseh
OSNOVNA ŠOLA	Vsi	32	100.0	30.2
	ES	30	62.5	18.9
	KS	12	37.5	11.3
POKLICNA IN SREDNJA ŠOLA	Vsi	57	100.0	53.8
	ES	26	45.6	24.5
	KS	31	54.5	29.2
VIŠJA IN VISOKA ŠOLA	Vsi	17	100.0	16.0
	ES	7	41.2	6.6
	KS	10	58.8	9.4
SKUPAJ	Vsi	106	100.0	100.0
	ES	53	50.0	50.0
	KS	53	50.0	50.0

hi-kvadrat	stopnje prostosti	nivo pomembnosti
2.96801	2	.2267

Tabela 3 prikazuje pogostnost pojavljanja obolenj po skupinah MKB klasifikacije pri preizkušancih v eksperimentalni skupini. Preizkušanci v kontrolni skupini so bili zdravi in zato brez diagnoz bolezni.

Tabela 3: POGOSTNOST POJAVLJANJA OBOLENJ PO MKB KLASIFIKACIJI PRI PREIZKUŠANCIH V EKSPERIMENTALNI IN KONTROLNI SKUPINI

Skupine obolenj po mednarodni klasifikaciji bolezni (MKB)		število oseb
I.	NALEZLJIVE IN PARALIZNE BOLEZNI	3
II.	NOVOTVORBE	4
III.	ENDOKRINE B., PREHRANE IN METAB., MOTNJE IMUNITETE	1
VI.	BOLEZNI ŽIVČEVJA IN ČUTIL	1
VII.	BOLEZNI SRCA IN OŽILJA	5
VIII.	BOLEZNI DIHAL	3
IX.	BOLEZNI PREBAVIL	1
X.	BOLEZNI GENITALIJ IN SEČIL	2
XII.	BOLEZNI KOŽE IN PODKOŽNEGA TKIVA	2
XIII.	BOLEZNI GIBAL	31
BREZ DIAGNOZE (kontrolna skupina)		53
SKUPAJ VSI		106

2. Spremenljivke in instrumentarij

Neodvisne spremenljivke so: starost, spol, izobrazba in diagnoza (po mednarodni klasifikaciji bolezni, poškodb in vzrokov smrti, MKB, 9. revizija, 1975). Odvisne spremenljivke so rezultati na posameznih testih - instrumentarijih: ŽS (Kellerman: Življenjski stil (Lamovec, Bele-Potočnik, Boben, 1990)), Splitting (Gerson, 1984) in Projektivna identifikacija.

REZULTATI IN DISKUSIJA

REZULTATI IZRAŽENOSTI POSAMEZNIH OBRAMBNIH MEHANIZMOV GLEDE NA DIAGNOZE PREIZKUŠANCEV (PO MKB)

Rezultati prikazujejo izraženost posameznih obrambnih mehanizmov zgolj glede na diagnoze preizkušancev po MKB (rezultati ES kot celote so podrobneje prikazani in obravnavani v članku "Ego- psihološka ocena osebnostne strukture pacientov z razvojnimi deficiti ega" (Kobal, 1993)). Pričujoči rezultati služijo le v informativne namene, poskus njihove interpretacije pa je izključno spekulativen in površinski, saj je število pacientov znotraj vsake podskupine odločno prenizko.

Med podskupinami, klasificiranimi glede na diagnoze bolezni po MKB, (znotraj eksperimentalne skupine) (tabela 4) so statistično pomembne razlike v stopnjah izraženosti naslednjih obrambnih mehanizmov: regresa, represije, projekcije, premeščanja in konformnosti.

Tabela 4: POVPREČNI PROCENTI IZRAŽENOSTI OBRAMBNIH MEHANIZMOV NA VPRAŠALNIKU ŽS (ŽIVLJENJSKI STIL) GLEDE NA DIAGNOZE PREIZKUŠEVALCEV

Spremenljivke	Skupine po MKB	Število oseb	aritmet. sredina	Standard. deviacija	F - test	Nivo pomemb.
REAKCIJSKA FORMACIJA	brez d.	53	34.7736	16.5281		
	I.	3	60.0000	26.4575		
	II.	4	45.0000	19.1485		
	III.	1	30.0000			
	VI.	1	30.0000			
	VII.	5	34.0000	11.4018		
	VIII.	3	53.3333	30.5505		
	IX.	1	30.0000			
	X.	2	45.0000	7.0711		
	XII.	2	35.0000	7.0711		
	XIII.	31	48.7097	19.6200		
	Skupaj	106	40.5000	18.7532	1.9118	.0528
	ZANIKANJE	brez d.	53	39.7170	17.7486	
I.		3	60.6667	23.1805		
II.		4	38.5000	19.0000		
III.		1	64.0000			
VI.		1	36.0000			
VII.		5	54.4000	17.3724		
VIII.		3	57.6667	19.2959		
IX.		1	45.0000			
X.		2	45.0000	.0000		
XII.		2	36.0000	12.7279		
XIII.		31	43.6129	17.9883		
Skupaj		106	42.8774	17.9559	1.0933	.3753
REGRES		brez d.	53	22.4151	12.4537	
	I.	3	55.0000	27.4044		
	II.	4	39.7500	16.8003		
	III.	1	29.0000			
	VI.	1	18.0000			
	VII.	5	41.0000	11.2250		
	VIII.	3	41.0000	15.8745		
	IX.	1	41.0000			
	X.	2	32.5000	12.0208		
	XII.	2	38.0000	12.7279		
	XIII.	31	36.2903	13.4838		
	Skupaj	106	30.1321	15.4569	4.3698*	.0000
	REPRESIJA	brez d.	53	28.1887	17.2627	
I.		3	63.3333	20.8167		
II.		4	62.5000	23.6291		
III.		1	20.0000			
VI.		1	70.0000			
VII.		5	30.0000	25.4951		
VIII.		3	50.0000	26.4575		
IX.		1	30.0000			
X.		2	65.0000	21.2132		
XII.		2	55.0000	7.0711		
XIII.		31	47.4194	20.9711		
Skupaj		106	38.3396	22.2749	4.3514*	.0001

Tabela 4: POVPREČNI PROCENTI IZRAŽENOSTI OBRAMBNIH MEHANIZMOV NA VPRAŠALNIKU ŽS GLEDE NA DIAGNOZE PREIZKUŠANCEV (nadaljevanje)

Spremenljivke	Skupne po MKB	Število oseb	aritmet. sredina	Standard. deviacija	F - test	Nivo pomemb.
KOMPEN- ZACIJA	brez d.	53	30.0000	17.54412		
	I.	3	53.3333	11.5470		
	II.	4	25.0000	17.3205		
	III.	1	20.0000			
	VI.	1	50.0000			
	VII.	5	52.0000	16.4317		
	VIII.	3	23.3333	15.2753		
	IX.	1	20.0000			
	X.	2	25.0000	7.0711		
	XII.	2	45.0000	21.2132		
	XIII.	31	31.9355	18.1511		
	Skupaj	106	32.0755	18.0326	1.6475	.1050
	PROJEKCIJA	brez d.	53	49.2453	23.7146	
I.		3	80.6667	12.6623		
II.		4	74.7500	11.7863		
III.		1	92.0000			
VI.		1	58.0000			
VII.		5	61.6000	19.3080		
VIII.		3	69.3333	12.6623		
IX.		1	67.0000			
X.		2	67.0000	.0000		
XII.		2	62.5000	6.3640		
XIII.		31	62.4194	15.9494		
Skupaj		106	57.3396	21.5229	2.2085*	.0235
INTELEKTU- ALIZACIJA		brez d.	53	58.9245	17.7816	
	I.	3	92.0000	.0000		
	II.	4	70.7500	8.5000		
	III.	1	67.0000			
	VI.	1	67.0000			
	VII.	5	60.0000	13.6931		
	VIII.	3	66.6667	16.5025		
	IX.	1	83.0000			
	X.	2	54.0000	5.6569		
	XII.	2	79.5000	17.6777		
	XIII.	31	66.1290	15.7284		
	Skupaj	106	63.3585	17.1482	1.9050	.0537
	PREME- ŠČANJE	brez d.	53	16.2642	12.2036	
I.		3	53.3333	32.1455		
II.		4	40.0000	24.4949		
III.		1	20.0000			
VI.		1	20.0000			
VII.		5	30.0000	25.4951		
VIII.		3	60.0000	30.0000		
IX.		1	20.0000			
X.		2	20.0000	.0000		
XII.		2	30.0000	42.4264		
XIII.		31	34.1935	25.7907		
Skupaj		106	25.7736	22.1790	3.4927*	.0006

KONFOR- MNOŠT	brez d.	53	33.9623	9.8761		
	I.	3	66.3333	13.2035		
	II.	4	49.7500	5.5000		
	III.	1	43.0000			
	VI.	1	42.0000			
	VII.	5	46.0000	9.1652		
	VIII.	3	52.6667	5.5076		
	IX.	1	43.0000			
	X.	2	44.0000	5.6569		
	XII.	2	48.0000	1.4142		
	XIII.	31	46.3548	8.9909		
	Skupaj	106	40.8962	11.8602	7.2697*	.0000

Med podskupinami, klasificiranimi glede na diagnoze bolezni po MKB (znotraj eksperimentalne skupine) (tabela 5), so statistično pomembne razlike v stopnjah izraženosti obrambnega mehanizma kot cepitve na dobre in slabe podobe selfa, odnosa med splittingom in idealizacijo, identitetne difuzije kot posledice splittinga in v stopnji izraženosti celotnega splittinga.

Tabela 5: POVPREČNO SKUPNO ŠTEVILO TOČK PO SKUPINAH TRDITEV VPRAŠALNIKA SPLITTING GLEDE NA DIAGNOZE BOLEZNI PREIZKUŠANČEV

Spremenljivke	Skupine	Število oseb	aritmet. sredina	Standard. deviacija	F - test	Nivo pomemb.
CEPITEV NA DOBRE IN SLABE PODOBE SELFA	brez d.	53	23.7925	5.7391	6.5470*	.0000
	I.	3	25.0000	6.2450		
	II.	4	36.7500	4.6458		
	III.	1	31.0000			
	VI.	1	25.0000			
	VII.	5	34.4000	7.0922		
	VIII.	3	34.0000	4.3589		
	IX.	1	35.0000			
	X.	2	36.0000	1.4142		
	XII.	2	31.5000	9.1924		
	XIII.	31	32.4516	6.6375		
	Skupaj	106	28.1981	7.5067		
	ODNOS MED SPLITTINGOM IN IDEALIZACIJO	brez d.	53	7.6226		
I.		3	6.6667	4.5092		
II.		4	10.7500	2.5000		
III.		1	12.0000			
VI.		1	8.0000			
VII.		5	10.4000	.8944		
VIII.		3	11.3333	3.7859		
IX.		1	12.0000			
X.		2	14.0000	.0000		
XII.		2	10.5000	3.5355		
XIII.		31	10.2903	2.6732		
Skupaj		106	8.9906	3.1274		
ODNOS MED SPLITTINGOM IN NARCIZMOM OZIROMA VELIČINSKIMI IDEALI		brez d.	53	6.4717	2.8393	.8037
	I.	3	5.0000	3.0000		
	II.	4	6.0000	3.3665		
	III.	1	5.0000			
	VI.	1	8.0000			
	VII.	5	9.4000	3.3615		
	VIII.	3	7.0000	1.0000		
	IX.	1	5.0000			
	X.	2	6.5000	6.3640		
	XII.	2	4.0000	2.8284		
	XIII.	31	7.0000	3.2558		
	Skupaj	106	6.6604	3.0234		

Tabela 5: POVPREČNO SKUPNO ŠTEVILO TOČK PO SKUPINAH TRDITEV VPRAŠALNIKA SPLITTING GLEDE NA DIAGNOZE BOLEZNI PREIZKUŠANČEV (nadaljevanje)

Spremenljivke	Skupine	Število oseb	aritmet. sredina	Standard. deviacija	F - test	Nivo pomemb.
IDENTI-TETNA DIFUZIJA KOT POSLEDICA SPLITTINGA	brez d.	53	2.0377	1.5312	5.7254*	.0000
	I.	3	4.0000	3.0000		
	II.	4	6.0000	2.0000		
	III.	1	3.0000			
	VI.	1	1.0000			
	VII.	5	3.6000	1.1402		
	VIII.	3	6.0000	1.7321		
	IX.	1	1.0000			
	X.	2	4.5000	.7071		
	XII.	2	3.5000	2.1213		
	XIII.	31	4.5484	2.3215		
	Skupaj	106	3.2264	2.2436		
	CELOTEN SPLITTING	brez d.	53	38.9057		
I.		3	40.6667	9.8658		
II.		4	59.5000	5.9161		
III.		1	51.0000			
VI.		1	42.0000			
VII.		5	57.8000	8.7006		
VIII.		3	58.3333	6.1101		
IX.		1	53.0000			
X.		2	61.0000	8.4853		
XII.		2	49.5000	13.4350		
XIII.		31	54.2903	10.6808		
Skupaj		106	46.5660	11.9929		

Med podskupinami, glede na diagnoze bolezni po MKB (znotraj eksperimentalne skupine) (tabela 6), je razlika v stopnji izraženosti obrambnega mehanizma projektivne identifikacije statistično pomembna.

Tabela 6: POVPREČNO SKUPNO ŠTEVILO TOČK NA TRDITVAH VPRAŠALNIKA PI (PROJEKTIVNA IDENTIFIKACIJA) GLEDE NA DIAGNOZE BOLEZNI PREIZKUŠANČEV

Spremenljivke	Skupine	Število oseb	aritmet. sredina	Standard. deviacija	F - test	Nivo pomemb.
PROJEKTIVNA IDENTIFIKACIJA	brez d.	53	45.9434	13.6500	3.9081*	.0002
	I.	3	56.6667	18.5023		
	II.	4	69.7500	13.4009		
	III.	1	56.0000			
	VI.	1	59.0000			
	VII.	5	63.8000	15.1394		
	VIII.	3	65.0000	15.5242		
	IX.	1	51.0000			
	X.	2	68.5000	34.6482		
	XII.	2	64.0000	9.8995		
	XIII.	31	61.4194	12.9274		
	Skupaj	106	54.0849	15.8217		

Zdi se, da pacienti, ki obolevajo za infektivnimi in parazitskimi boleznimi (I.), reagirajo bolj neposredno in impulzivno kot ostali in tako svoje potrebe zadovoljujejo na manj zrel način (regres). Zbrani podatki vodijo k domnevi, da preizkušanci z diagnozo III. (endokrine bolezni, bolezni prehrane in metabolizma, motnje imunite) svoje negativne težnje pripisujejo drugim, ker jih nočejo prepoznati kot sebi lastne, projicirajo torej tisto, kar je osovraženo in slabo (projekcija) (Popović, Jerotić, 1985). Pacienti z diagnozo VI. (bolezni živčnega sistema in čutilnih organov) v večji meri kot drugi preizkušanci rabijo mehanizem represije, kar vodi k predpostavki, da so v splošnem bolj inertni, usmerjeni k nedejavnosti in bolj pasivni. Domnevamo, da so preizkušanci z boleznimi respiratornega sistema (VIII.) bolj kot drugi nagnjeni k tesnobi in negotovosti vase (Milčinski, 1986). Negativno emocijo, ki naj bi jo usmerili na nek objekt, premestijo na drug, zanje bolj sprejemljiv predmet (premeščanje). Negotovost vase pa še potrjuje visoka stopnja izraženosti identitetne difuzije kot posledice splittinga - pogosto namreč navajajo probleme z istovetnostjo in "celostjo" samih sebe.

Največ statistično pomembnih razlik v stopnji izraženosti primitivnih obrambnih mehanizmov je pri skupini z diagnozo II. (neoplazme): cepitev na dobre in slabe podobe selfa, identitetna difuzija kot posledica splittinga in projektivna identifikacija. Sklepamo, da je pri tej skupini prišlo do primanjkljajev na simbiotični razvojni stopnji (če interpretiramo z vidika razvojne ocene osebnostne strukture preizkušancev). Izmed vseh diagnostičnih skupin, je pri njih projektivna identifikacija (tabela 7) najbolj izrazita, glede na izraženost splittinga pa so takoj na drugem mestu (tabela 6). Zdi se, da je zanje značilno t.i. "požiranje" slabega objekta (nizko vrednotenje samega sebe, polastitev selfa s strani agresije), napolnjujejo pa jih boleče notranje vsebine. S splittingom najprej ločijo podobe selfa in objekta na dobre in slabe. Slabe, boleče notranje vsebine projicirajo (tabela 5) navzven, da bi se jih znebili, nato pa jih s projektivno identifikacijo "le na pol" predelane "požrejo". Vse to pa se manifestira v obliki novotvorb.

NEKAJ SKLEPOV

Z raziskovanjem duševnih lastnosti oseb z delovnimi motnjami, značilnimi za člane eksperimentalne skupine, smo se dokopali do spoznanj, na podlagi katerih je mogoče bolje razumeti tovrstne paciente.

Pokazalo se je, da bi moral v invalidski komisiji sodelovati tudi psiholog. Ugotovljeno je namreč, da je bilo v zadnjih desetih letih okrog 23000 zavarovancev, katerih pričakovanja niso bila v skladu z ocenami invalidskih komisij. To pomeni, da je v Sloveniji vsako leto približno 2000 ljudi prepričanih, da svojega dela v konkretnem delovnem in socialnem okolju ne zmorejo več, invalidska komisija pa jim želene socialne varnosti ne zagotovi (Kobal, 1991). Na podlagi razumevanja obrambno-varovalnega reagiranja in ocene osebnostne strukture teh zavarovancev bi psiholog lahko pomagal invalidski komisiji pri odločanju in nakazal možnosti za njihovo zdravljenje ter ponovno, ustreznjšo vključitev v dano okolje.

Rezultati raziskave torej le deloma potrjujejo delovno hipotezo. V primerjavi s preizkušanci iz KS, uporabljajo preizkušanci iz ES tudi druge, kompleksnejše obrambne mehanizme, kakršni so npr. reakcijska formacija, regres, represija in intelektualizacija. Te ugotovitve vodijo k dvema domnevama. Somatska motnja utegne biti zanje le nekakšen "ventil", s katerim somatizirajo psihično napetost in tako preprečujejo nastanek psihičnih motenj, ki se sicer izkazujejo v borderline osebnosti

strukturi. Na drugi strani pa je treba izpostaviti tudi domnevo, da ravno zaradi sofisticiranih obramb (ki jih borderline pacienti običajno nimajo) ne "zdrknejo" v patologijo, ki je značilna za borderline osebnostno strukturo (Praper, 1989/90).

Poglabljanje v omenjeno problematiko je - z vidika ego- psihologije oz. razvojne psihoanalitične teorije - težavna naloga. Razvojna psihoanaliza izhaja namreč iz teorije o borderline osebnostni strukturi, psihosomatski problematiki pa namenja le malo pozornosti. Menim, da vprašalnik splittinga, ki doslej pri nas še ni bil uporabljen, lahko pripomore k odkrivanju zgodnjih razvojnih deficitov v strukturalizaciji ega. Splitting se namreč skupaj s projekcijo, introjeksijo, zanikanjem in projektivno identifikacijo povezuje v sveženj obramb, ki so na delu v prvih mesecih otrokovega življenja, v fazi simbioze, ko strukturalizacija ega šele napoči. Raziskava je pokazala, da tudi vprašalnik projektivne identifikacije lahko služi kot pripomoček pri odkrivanju morebitnih ego-modifikacij, seveda standardiziran, objektiven, veljaven in zanesljiv.

Očitno torej aktualne težave teh pacientov ne izhajajo iz sedanjosti, ampak so pogojene razvojno. Ti ljudje so rabili pomoč že prej, že prvič, ko so se pojavile delovne motnje (če se omejimo samo na delo). Žal je niso bili deležni. Ker so se verjetno že takrat počutili telesno bolne, so iskali pomoči predvsem pri zdravniku, ne pa pri psihologu.

LITERATURA

- Gerson, M.J. (1984). Splitting: The Development of a Measure. *Journal of Clinical Psychology*, 40(1), 159-171.
- Kobal, A.B. (1991). Ocenjevanje delovne zmožnosti na invalidskih komisijah v Sloveniji v obdobju od leta 1980 do 1990.-V: Zbornik predavanj za zdravnike splošne medicine: Delazmožnost ortopedskega bolnika; 9. ortopedski dnevi. Univerzitetna ortopedska klinika Ljubljana, Inštitut za medicino dela, prometa in športa, SPIZ republike Slovenije, Ljubljana.
- Kobal, D. (1993). Ego-psihološka ocena osebnostne strukture pacientov z razvojnimi deficiti ega.-V: *Psihološka obzorja*, 2(1), 23-30.
- Lamovec, T., Bele-Potočnik, Ž., Boben, D. (1990). ŽS: Vprašalnik življenjskega stila in obrambni mehanizmi. Center za psihodiagnostična sredstva, Ljubljana.
- Mednarodna klasifikacija bolezni, povreda i uzroka smrti (1978). Institut za dokumentacijo zaštite na radu, Center za informativno izdavačku delatnost, Niš.
- Milčinski, L. (1986). Psihosomatska obolenja.-V: *Psihijatrija, DZS*, Ljubljana, 357-366.
- Popović, M., Jerotić, V. (1985). *Psihodinamika i psihoterapija neuroza*, Nolit, Beograd.
- Praper, P. (1989/90). *Zapiski s predavanj v okviru predmeta Teorije nevroz na Oddelku za psihologijo*, Ljubljana.