

Nekateri psihični dejavniki pri psihosomatskih boleznih

POLONA SELIČ, PETER UMEK

POVZETEK

V članku predstavljamo pregled trinajstih raziskav, ki so bile v osemdesetih letih opravljene na Katedri za klinično psihologijo Oddelka za psihologijo Filozofske fakultete v Ljubljani. Gre za študije različnih psihosomatskih boleznih in motenj ter za aplikacijo večjega števila (šestindvajsetih) psihodiagnostičnih instrumentov. Analizirali smo obravnavano problematiko, uporabnost instrumentov in osnovne zakonitosti bolezni ter izdelali predlog modela nadaljnjega proučevanja psihičnih dejavnikov pri psihosomatskih boleznih.

Po našem mnenju zaslužijo posebno pozornost temeljne dimenzije osebnosti, agresivnost in načini spoprijemanja s stresom, vse to pa v okviru življenjskega stila ter podprto s podatki o življenjski zgodovini. V ta namen bi bilo smiselno sestaviti baterijo osnovnih psihodiagnostičnih instrumentov in s problematiko psihičnih dejavnikov pri psihosomatskih motnjah seznaniti zlasti splošne (osebne) zdravnike, ki se s tovrstnimi težavami najpogosteje srečujejo. Prepričani smo namreč, da je somatska terapija pri psihosomatskih boleznih sicer neizogibna, žal pa ne zadostna, saj bolnika ne obravnava celovito, ravno celovit pristop pa je v psihosomatiki nujen. Gre za področje, na katerem se bosta medicina in psihologija vse bolj redno srečevali.

ABSTRACT

SOME PSYCHIC FACTOURS IN PSYCHOMATIC DISEASES A RESEARCH REVIEW

The article reviews thirteen researches carried out under the Chair of Clinical Psychology of the Faculty of Arts in Ljubljana. These are studies of different psychomatic diseases and disorders and the application of a considerable number (twenty-six) of psycho-diagnostic instruments. The considered subject, the usability of the instruments and the basic characteristics of the diseases were analysed and a draft model for further research of psychic factors in psychosomatic diseases was produced.

In our opinion, special attention should be dedicated to the basic dimensions of personality, aggressiveness and ways of coping with stress, within the framework of lifestyle and supported by life history data. For this purpose it would be reasonable to compose a set of basic psycho-diagnostic instruments and inform General Practitioners in particular, who most frequently meet with them, of the problems concerning psychic factors in psychosomatics diseases. We are con-

vinced that somatic therapy in psychosomatic diseases, although inevitable, is unfortunately inadequate as it fails to treat a patient holistically, which is an essential approach in psychosomatics. This is a field where medicine and psychology are going to meet ever more frequently.

PREGLED RAZISKAV

1 TEORETIČNA IZHODIŠČA

1.1 UVOD

Spoznanja biologije, fiziologije in psihologije so v drugi polovici dvajsetega stoletja podkrepila holistično razumevanje zdravja in bolezni ter potrdila dejstvo, da se živi organizem kot celota (celostno) odziva na spremembe v svojem okolju in v lastni notranjosti. Marsikateri simptomi in neredke telesne bolezni so v tem smislu posledice kopičenja težavnih življenjskih situacij, prepletanja sedanjosti in preteklosti ter pogojenosti načina življenja in emocionalnih reakcij s preteklimi situacijami. S tem ko skušamo odkriti povezanost sedanjih odzivov s preteklimi dogodki ter sedanjega izkustva s prihodnjim ravnanjem, presegamo gledanje na bolezen kot na trenutno stanje, saj se povezanost med telesnim in duševnim razteza od rojstva do smrti; dogodki iz preteklosti, ki so zadeli tako telesno kot duševno plat človeka, se lahko ponavljajo na različne načine, skupaj s patološkimi spremembami delovanja, ki jih opišemo kot bolezen.

1.2 OPREDELITEV PSIHOSOMATSKIH BOLEZNI

Psihosomatika je način celovitega opisovanja in razumevanja človeka in njegove bolezni, kjer ključno vlogo v razvoju odigrajo psihični dejavniki, katerih pomembno mesto v patogenezi so potrdili številni klinični, eksperimentalni in znanstveni izsledki. Psihodinamski okvir postavlja človekovo osebnost, konstitucijo, dedne zasnove, strukturo, socialno okolje in fenomen bolezni v stalno interakcijo.

Navadno opredelimo psihosomatske bolezni po štirih kriterijih - to so materialne okvare na organih (organskih sistemih), ki so pod kontrolo vegetativnega živčevja in so posledica globoko izrinjenih konfliktnih vsebin iz oralne in analne faze. Za razliko od psihosomatskih obolenj, so organske nevroze funkcionalne motnje organov (organskih sistemov) - brez organskega substrata - navadno se razvijejo po vzorcu nevrotskih reakcij kot odgovor na aktualne konfliktno situacije. Izkrivljanje osebnostnega razvoja pri (kasnejših) psihosomatskih boleznih se navadno povezuje s prevladujočo somatsko primordialno simptomatiko (gastrointestinalni trakt, koža).

Moderno raziskovanje psihosomatike skuša pojasniti sovplivanje psihičnih procesov na telesne pojave, kot psihosomatske pa opredeljuje tiste bolezni, pri nastanku katerih imajo dokazljivi psihični dejavniki pomembno ali odločilno vlogo, patološke spremembe pa se kažejo kot (i)reverzibilne okvare organov.

1.3 OSEBNOST PSIHOSOMATSKEGA BOLNIKA

Ko govorimo o psihosomatskih boleznih, navadno posebej izpostavimo pomen najzgodnejših obdobj v človekovem življenju, kjer so posebej pomembni dejavniki materina skrb in naklonjenost, način prehrane, njena strogost, bojazni in omejitve. Novorojenček (in kasneje dojenček) je popolnoma odvisen od kvalitete in potencialov materinega simbiotskega partnerstva (pri sesanju, premikanju ipd.), zato pomen oralne faze za otrokov razvoj ni presenetljiv, kakor tudi ne pomen hranjenja in reakcij matere na otrokove primarne potrebe (mati kot zunanji, "pomožni" ego). Naštete izkušnje predstavljajo temelje, na katerih gradi otrok svoj kasnejši model življenja, model dajanja in jemanja, načine izražanja želja, zahtev in frustracij, izkazovanja ljubezni, priпадnosti in sovraštva.

V soigri med psihičnim in telesnim se telesni in duševni dejavniki med seboj simultano ali sukcesivno dopolnjujejo. Šibkost določenega organa ali centralnega živčnega sistema (hereditarna ali konstitucionalna) tako lahko sodeluje in prispeva pri nastajanju psihosomatske bolezni; po drugi strani mnoge bolezni povečujejo dovzetnost (vulnerabilnost) centralnega živčnega sistema ali posameznih organov. Nagljenost in pripravljenost za psihosomatsko reagiranje in obvladovanje stresa utrjujejo še način prehrane, življenjski stil in biološki dejavniki, kot so puberteta, menopavza in/ali nosečnost.

Marsikatere frustracije, nezadovoljene potrebe, agresivni in seksualni impulzi, anksioznost in izrinjene želje segajo iz zgodnjih razvojnih faz in vztrajajo kot nerešeni problemi, kar lahko vodi v telesne simptome oziroma težke poškodbe organov. Emocionalni dejavniki, ki ležijo v osrčju bolezni, so izrinjeni in preobraženi v telesne simptome. Bolezen postane na nek način del bolnikove identitete, uvid v vzroke nje-nega nastanka pa nemogoč - zdi se, da so telesni simptomi obramba pred spoznanjem, da so temeljni problemi psihične narave.

Tako je mogoče vsako psihosomatsko obolenje razumeti kot bolezen neke osebnosti, saj se v osebnosti srečata telesni in duševni pol, organizem pa deluje kot psihofizična celota. Krajše trajanje konflikta in večja zrelost, integriranost osebnosti, kjer moč ega omogoča soočenje s konfliktom (in razrešitev) na zavestnem nivoju, brez izrinjanja v nezavedno, zmanjšujejo verjetnost, da bi neka funkcionalna motnja prerasla v pravo organsko obolenje. Kronične konfliktne situacije, ki trajajo leta in leta, se navadno dotikajo najboljčutljivejših delov osebnosti, zlasti tistih iz nagonске in moralne sfere.

Konflikti nikomur niso tuji, do kronične nevroze (bolezni nerešenih in prolongiranih konfliktov) pa pride ob interakciji konflikta in dovzetnosti psihofizične organizacije, kjer velja izpostaviti telesno odpornost (s posebnim deležem hereditarnih in konstitucijskih dejavnikov) ter stopnjo psihične zrelosti (z morebitnimi fiksacijami oziroma globino regresije). Ker se je konfliktom nemogoče izogniti, je od zrelosti osebnosti odvisno, kako jih obvlada - ali nagne sublimira, ali se zateče v nevrozo in ohrani somatsko sfero relativno neokrnjeno, ali pa se kronična napetost preobrazi v telesno obolenje. Visoka stopnja napetosti, ki je tudi redni sopotnik nevroze, ustvari namreč pogoje, v katerih organizem postopoma izgublja svojo naravno odpornost ter prek funkcionalnih motenj zdrsnе v manifestno "telesno" bolezen. Telo tako na poseben način pomaga razbremeniti človekovo zavest, omili ostrino konflikta ter prinese s somatskimi simptomi odlog rešitve. Namesto neposrednega afektivnega "praznjenja" prihaja do somatizacije.

2 PREGLED ŠTUDIJ

Predstavljamo pregled trinajstih študij iz okvira psihosomatike, ki se ukvarjajo s proučevanjem različnih psihičnih dejavnikov pri psihosomatskih boleznih. Izdelane so bile kot diplomske naloge pri predmetu Klinična psihologija II (mentorja Šali, Umek; na Oddelku za psihologijo Filozofske fakultete v Ljubljani) na slovenskih vzorcih (razen 2. 11, ki je bila narejena na hrvaškem vzorcu; sodelovanje v vseh raziskavah je bilo prostovoljno) v letih 1979 do 1990.

Dasiravno študije niso izenačene po obravnavani psihosomatski motnji (bolezni, stanju) in/ali po uporabljenih instrumentih, je mogoče povzeti nekatere skupne ugotovitve, opozoriti na probleme ter začrtati smernice prihodnjega raziskovanja te problematike. Vsako raziskavo bomo opisali po enotnem modelu (**problem, vzorec** - ES (eksperimentalna skupina, ljudje z diagnozo psihosomatskega obolenja, motnje), KS (kontrolna skupina, navadno so to pari diagnosticiranim pacientom, izenačeni po spolu, starosti, stanu in izobrazbi), **instrumenti, rezultati**).

2.1 NEKATERE OSEBNOSTNE ZNAČILNOSTI BOLNIC Z IDIOPATSKIM HIRSUTIZMOM (1983)

- problem:** skupne psihološke značilnosti hirsutih pacientk
vzorec: ES ... N=30; KS (preizkušanke so pari ES) N=30; starost 15-40 let
instrumenti: Freiburški osebnostni vprašalnik (FPI)
Test družinskih odnosov (TDO)
Luscherjev barvni test (LBT)
rezultati: na FPI ni statistično pomembnih razlik med hirsutimi pacientkami in kontrolno skupino; na TDO kažejo hirsute pacientke deficit v emocionalnih odnosih v primarni družini, negativna čustva do očeta in mlajših bratov ter rivaliteto do sorojencev; na LBT je pri hirsutih izražena redukcija samospoštovanja in samopotrjevanja ter doživljanje družbene deprivacije in izolacije.

2.2 PRIKRITA AGRESIVNOST PRI HIPERTONIKIH (1981)

- problem:** prikrita agresivnost pri hipertonikih in nehipertonikih
vzorec: ES (hipertoniki) N=25, 9 moških in 16 žensk; starost 23 do 63 let; KS ... N=25, 10 moških in 16 žensk; starost enaka;
instrumenti: Vprašalnik prikrite agresivnosti (sestavila I. Košin, 1981)
rezultati: med ES in KS ni statistično pomembnih razlik, vprašalnik se je izkazal kot neustrezen instrument za psihodiagnostiko prikrite agresivnosti.

2.3 NEKATERI PSIHOLOŠKI DEJAVNIKI HIPERTONIJE PRI MLADOSTNIKIHI (1989)

- problem:** razlike med adolescentnimi (ne)hipertoniki v načinih obrambnega reagiranja, čustvovanju in doživljanju sebe
vzorec: ES (hipertoniki) N=31, 19 moških in 12 žensk; starost 18 let; KS ... N=40, 20 moških in 20 žensk; starost enaka;

- instrumenti:** Test obrambnega vedenja (TOV; sestavi B. Šali)
 Profil indeks emocij (PIE)
 Preizkus nedokončanih stavkov (PNS)
- rezultati:** med ES in KS ni razlik; morebitne razlike zabrišejo značilnosti razvojnega obdobja ((pred)adolescentna kriza!).

2.4 PSIHOSOCIALNE ZNAČILNOSTI IN INFARKT MIOKARDA (1979)

- problem:** osebnostna struktura pacientov z infarktom miokarda
- vzorec:** ES (pacienti po infarktu miokarda) N=60, moški;
 KS (pari po spolu, starosti, del. mestu), N=60;
- instrumenti:** Eysenckov osebnostni vprašalnik (EOV)
 Test obrambnega vedenja (TOV)
 Vprašalnik stresnih dogodkov "S" (sestavil B. Šali)
 Anamnestični vprašalnik "A" (sestavil B. Šali)
 Osebnostni vprašalnik "O" (sestavil B. Šali)
- rezultati:** na EOV je pri ES bolj izražen nevroticizem (emocionalna labilnost);
 ES je pomembno bolj represivna (TOV); poroča o številnejših stresih, zlasti z delovnega področja (vprašalnik "S");
 izraža večjo marljivost, vztrajnost, občutljivost, zaskrbljenost in gospodovalnost kot KS ter od KS pomembno manjšo popustljivost, mimost, miroljubnost, sproščenost in umirjenost (vprašalnik "O");
 v otroštvu je ES trpela za pogostimi psihosomatskimi motnjami, v sedanjem življenju pa poroča o občutkih izkoriščenosti v službi ter zavzema do spolnosti zelo skrajna stališča.

2.5 AVTOGENI TRENING PRI BOLNIKI Z ESENCIALNO HIPERTONIJO (1981)

- problem:** značilna osebnostna struktura bolnikov z esencialno hipertonijo
- vzorec:** ES (hipertoniki) N=40, 16 moških in 24 žensk, starost 20 do 51 let;
 KS ... N=21, 13 moških in 8 žensk, starost 23 do 49 let;
- instrumenti:** Eysenckov osebnostni vprašalnik (EPQ)
 Vprašalnik stresnih dogodkov "S"
 Vprašalnik počutja (subj. simptomi) "B" in "C" (sestavil B. Šali)
- rezultati:** na EPQ imajo moški iz ES nižje vrednosti psihotizma (so bolj "mehko" naravnani), ženske iz ES pa so bolj emocionalno labilne (višji nevroticizem);
 ES pomembno pogosteje poroča o preobremenjenosti z delom, o pomanjkanju časa za oddih in razvedrilo, o številnejših boleznih in strahu pred njimi, o novih odgovornostih v službi in o denarnih skrbih;
 dejavnosti, povezane z avtogenim treningom so se pozitivno odrazile na subjektivnem počutju hipertonicov.

2.6 VPLIV PSIHIČNIH FAKTORJEV NA NASTANEK PSIHOSOMATSKIH MOTENJ (1982)

- problem:** načini čustvenih reakcij, agresivnost in obrambno vedenje pri psihosomatskih motnjah
- vzorec:** N=91, 44 moških in 47 žensk, starost 19 do 23 let, študenti; skupino razdelimo glede na skor psihosomatske obremenjenosti (vrednost N na FPI);
- instrumenti:** Freiburški osebnostni vprašalnik (FPI)
Profil indeks emocij (PIE)
Test obrambnega vedenja (TOV)
Buss-Durkeejev vprašalnik agresivnosti
- rezultati:** pri skupini z višjim skorom psihosomatske motenosti so pomembno bolj izraženi nevrotičnost, emocionalna labilnost, zavrtost, depresivnost, indirektna agresivnost, razdražljivost, sovražnost in občutki krivde.

2.7 VPLIV PSIHIČNIH FAKTORJEV NA POJAV KARIESA (1984)

- problem:** vedenje, osebnostne lastnosti in družinske razmere mladostnikov z višjo stopnjo kariesa
- vzorec:** ES (višja stopnja kariesa, indeks MDF do 15) N=48, 25 moških in 23 žensk, starost 14 let;
KS (nižja stopnja kariesa, indeks MDF do 5) N=53, 29 moških in 24 žensk, starost enaka;
- instrumenti:** Freiburški osebnostni vprašalnik (FPI)
Profil indeks emocij (PIE)
Test obrambnega vedenja (TOV)
Anamnestični vprašalnik "A"
Vprašalnik nevrotičnosti in ekstravertiranosti za otroke in mladostnike (Hanes)
- rezultati:** ženske iz ES so pomembno bolj introvertirane, moški pa bolj spontano agresivni in emocionalno nezreli (v primerjavi s KS); drugih povezav med stopnjo kariesa, osebnostnimi lastnostmi in družinskimi razmerami nismo odkrili.

2.8 NEKATERE OSEBNOSTNE ZNAČILNOSTI ASTMATIKOV KOT PSIHOSOMATSKIH BOLNIKOV (1982)

- problem:** osebnostne lastnosti astmatikov
- vzorec:** ES (astmatiki) N=32, 13 moških in 19 žensk, starost 19 do 75 let;
KS (pari, izenačeni po spolu, starosti, stanu, izobrazbi) N=32, 13 moških in 19 žensk;
- instrumenti:** Eysenckov osebnostni vprašalnik (EPQ)
Profil indeks emocij (PIE)
Test obrambnega vedenja (TOV)
Vprašalnik stresnih dogodkov "S"
Anamnestični vprašalnik "A"

rezultati: ES je dosegla višji skor stresne obremenjenosti, v otroštvu poroča o številnejših psihosomatskih motnjah in o zahtevi staršev po popolni poslušnosti, sedaj pa imajo manj prijateljev in so bolj osamljeni; na PIE je pri ES bolj izražena reprodukcija, v primerjavi s KS pa imajo nižje vrednosti nekontroliranosti, samozaščite in eksploracije.

2.9 POSEBNOSTI ZGODNJEGA OTROŠTVA IN NJIHOV POMEN V PSIHOGENEZI BRONHIALNE ASTME (1992)

problem: podoba o sebi in socialno okolje pri astmatičnih in zdravih otrocih
vzorec: ES (astmatiki) N=32, 22 moških in 10 žensk, starost 7 do 15 let; KS (pari ES, izenačeni po spolu, starosti, socio-ekonomskemu položaju in izobrazbi staršev);
instrumenti: Risanje človeške figure
 Risanje sadnega drevesa
 Risanje začarane družine
 Vprašalnik o neadekvatnem prilagajanju otroka v predšolskem obdobju (sestavila P. Selič)
 Usmerjena anamneza po Schultz-Henckeu (za matere)
rezultati: za ES je značilna večja občutljivost, motnje kontakta in hranjenja, alergije kože, znaki razbremenitve napetosti preko telesa, zavrtost pose-sivnih teženj, moteno izražanje agresivnih teženj in hiperprotektiven odnos matere do otroka.

2.10 TELESNA TEŽA IN OSEBNOSTNE ZNAČILNOSTI NOSEČNIC (1981)

problem: osebnostne značilnosti žensk z različno telesno težo v nosečnosti
vzorec: skupno število 100 nosečnic prvorodk, starih od 18 do 40 let, kontrola rasti tel. teže do šestega meseca nosečnosti;
 ES1 (normalna teža pred nosečnostjo, pridobile do 12 kg) N=30;
 KS1 (normalna teža pred nosečnostjo, pridobile do 8 kg - pari ES1);
 ES2 (povečana teža pred nosečnostjo, pridobile do 12 kg) N=20;
 KS2 (povečana teža pred nosečnostjo, pridobile do 8 kg - pari ES2);
instrumenti: Eysenckov osebnostni vprašalnik (EPQ)
 Test obrambnega vedenja (TOV)
 Osebnostno interesni test (OI, priredil B. Šali)
 Vprašalnik strahu in bojznosti za nosečnice "SO" (sestavil M. Pajntar, 1964)
rezultati: najmanj osebnostnih motenj kaže ES1, največ pa KS1, kjer so močno izraženi nevrotičnost, vegetativna labilnost, tendence k manični depresiji in nesocialnost;
 ES2 je najbolj vegetativno stabilna, iskrena, izraža pa velik strah pred porodom;
 KS2 je najbolj represivna, neiskrena ter obremenjena z bojznimi in strahom pred porodom; očitno je (v zvezi z osebnostnimi dejavniki) bolj problematično premajhno in ne preveliko povečanje tel. teže med nosečnosti.

2.11 PSIHOSOCIALNI DEJAVNIKI V NOSEČNOSTI IN PRI PORODU (1984)

- problem:** psihosocialne značilnosti nosečnic brez in z obstetričnimi težavami
- vzorec:** N=71, slučajno izbrane prvorojke, starost 17 do 31 let;
ES (patološka slika nosečnosti in/ali poroda) N=48;
KS (nosečnost in porod brez komplikacij) N=23;
- instrumenti:** Eysenckov osebnostni vprašalnik (EPQ)
Test obrambnega vedenja (TOV)
Vprašalnik stresnih dogodkov "S"
Anamnestični vprašalnik "A"
Vprašalnik strahu in bojzani za nosečnice "SO"
- rezultati:** ES je bolj emocionalno labilna (nevroticizem), v zadnjih dveh letih je doživela več stresnih dogodkov, v primerjavi s KS je izrazito represivna, izraža več strahu in bojzani ter poroča o pomembno večjem številu neuresničenih poklicnih interesov.

2.12 SPREJEMANJE BOLEZNI IN ZDRAVLJENJA PRI RAKAVIH BOLNICAH (1986)

- problem:** osebnostne značilnosti rakavih bolnic ter njihovo funkcioniranje na temeljnih področjih prilagajanja in doživljanja sebe
- vzorec:** N=30, starost 19 do 50 let, ženske; (brez KS);
- instrumenti:** Freiburški osebnostni vprašalnik (FPI)
Preizkus nedokončanih stavkov (PNS)
- rezultati:** na FPI so izrazite naslednje dimenzije: depresivnost, zavrtost, emocionalna labilnost, maskulinitet in družabnost; dopolnitve na PNS kažejo na problematičen odnos do moških, heteroseksualnih odnosov in lastnih sposobnosti, ob velikih bojzanih in občutkih krivde.

2.13 PSIHIČNO ODZIVANJE RAKAVIH BOLNIKOV V TERMINALNI FAZI (1980)

- problem:** psihično odzivanje rakavih bolnikov v terminalni fazi v primerjavi z zdravimi
- vzorec:** ES (rakavi bolniki v terminalni fazi) N=23, 10 moških in 13 žensk;
KS (pari ES, izenačeni po spolu, starosti, stanu in izobrazbi; brez kroničnih bolezni);
- instrumenti:** Eysenckov osebnostni vprašalnik (EPQ)
Test obrambnega vedenja (TOV)
Tematsko-apercepcijski test
Hierarhija motivov (po Maslowu)
Usmerjena anamneza (prirejila J. Kopitar, 1980)
Vprašalnik želja (sestavila J. Kopitar, 1980)
- rezultati:** ES je pomembno bolj introvertirana, okupirana s seboj, represivna, teži k socialni sprejemljivosti, glavna želja je zdravje, najpomembnejši motivi pa razumevanje življenja, varnost in pripadnost skupini.

3 DISKUSIJA

Na osnovi opisanih raziskav lahko ugotovimo, da je treba pri proučevanju psihosomatskih motenj upoštevati nekatere temeljne poudarke:

1. obravnavana problematika (psihosomatska bolezen) - pokazalo se je, da so psihološkemu raziskovanju najbolj dostopne "klasične" psihosomatske motnje, kot so hipertenzija, infarkt miokarda, bronhialna astma, kjer so odnosi med ključnimi rizičnimi dejavniki najbolj jasni in tudi - do sedaj - najbolj preverjeni, kar olajša pravno raziskovalnega načrta ter zmanjša verjetnost napačnih usmeritev; pri raziskovanju hirsutizma in kariesa namreč nismo dobili nobenih razlik med eksperimentalno in kontrolno skupino, kar sicer ne pomeni, da razlik ni, menimo pa, da je delež psihičnih dejavnikov v nastajanju teh motenj znatno manjši kot pri prej naštetih. Zato predlagamo, da se najprej dodobra proučijo osnovne zakonitosti pri "klasičnih" psihosomatskih boleznih, nato pa se te zakonitosti preverijo pri drugih motnjah.

2. vzorec - oziroma starost preizkušancev v veliki meri določa rezultate, saj lahko prelomna življenjska obdobja s svojo dinamiko do te mere vplivajo na samocenjevanje in doživljanje, da zabrišejo morebitne (siceršnje) razlike med identificiranimi psihosomatskimi bolniki in kontrolno skupino; pokazalo se je, da pri mladostnikih težje ugotovimo in opredelimo razlike, ker gre za obdobje prehoda v adolescenco s tipičnimi krizami, ki očitno veliko bolj določajo prilagajanje (na temeljnih področjih) ter doživljanje sebe kot pa sama psihosomatska motnja.

3. instrumenti - v opisanih študijah je bilo apliciranih šestindvajset različnih psihodiagnostičnih instrumentov in sicer:

instrument	pogostost uporabe
Vprašalnik prikrite agresivnosti	1
Vprašalnik želja	1
Hierarhija motivov	1
Usmerjena anamneza	1
Usmerjena anamneza po Schultz-Henckeu	1
Vprašalnik o neadekvatnem prilagajanju	1
Vprašalnik strahu in bojzani za nosečnice "SO"	2
Osebnostno interesni test "OI"	1
Vprašalnik subjektivnega počutja "B" in "C"	1
Osebnostni vprašalnik "O"	1
Vprašalnik "A"	4
Vprašalnik "S"	4
Buss-Durkeejev vprašalnik agresivnosti	1
Hanesov vprašalnik	1
Test družinskih odnosov (TDO)	1
Luscherjev barvni test	1
Risanje človeške figure	1
Risanje sadnega drevesa	1
Risanje začarane družine	1
Tematsko-apercepcijski test (TAT)	1
Preizkus nedokončanih stavkov (PNS)	2
Test obrambnega vedenja (TOV)	8
Freiburški osebnostni vprašalnik (FPI)	4

Profil indeks emocij (PIE)	4
Eysenckov osebnostni vprašalnik (EOV)	1
Eysenckov osebnostni vprašalnik (EPQ)	5

V nadaljnjih raziskavah se velja izogibati uporabi instrumentov, ki so sestavljeni posebej za ta namen (npr. Vprašalnik prikrite agresivnosti), ker ne dopuščajo nikakršnih veljavnih in/ali zanesljivih zaključkov, saj ni preverjeno, kaj v resnici merijo; smiselna se zdi uporaba teoretično podprte usmerjene anamneze (npr. po Schultz-Henckeu), osebnostnih vprašalnikov (EPQ, FPI), Vprašalnika stresnih dogodkov "S", Testa obrambnega vedenja in Buss-Durkeejevega vprašalnika agresivnosti; projekcijske preizkušnje so se pokazale kot manj primerne, ker sta lahko vrednotenje in interpretacija zelo obarvana z osebno enačbo testatorja, pa tudi aplikacija je veliko bolj zahtevna kot pri standardnih testih tipa papir svinčnik. Gre torej za vprašanje veljavnosti in zanesljivosti rezultatov ter ekonomičnosti postopka, ne pa toliko za sam problem odkrivanja razlik. Vprašalniki (še posebej, če so dopolnjeni z usmerjeno anamnezo) dajejo pri psihosomatskih pacientih odgovore enake vrednosti.

Poleg instrumentov, uporabljenih v obravnavanih študijah, bi bilo smiselno v prihodnje aplicirati še nekatere, v tujini preverjene vprašalnike (zlasti za ugotavljanje indirektno agresivnosti, življenjskega stila, vedenja tipa A, MMPI). Zaradi večje vrednosti rezultatov ter možnosti primerjave, si je treba prizadevati za sestavo neke ustajljene baterije psihodiagnostičnih instrumentov, ki bi jo bilo mogoče po potrebi razširiti (glede na problem, namen, vzorec ipd.), predstavljala pa bi osnovo za zbiranje ključnih informacij o psihičnih dejavnikih pri psihosomatskih boleznih.

Ugotovitve različnih avtorjev opozarjajo na nujno proučevanje:

1. temeljnih dimenzij osebnosti (zaradi korelacij s centralnim in vegetativnim živčnim sistemom in hormonskim sistemom se zdi zelo ustrezen Eysenckov osebnostni vprašalnik EPQ, še posebej, ker so izdelane tudi norme za slovensko populacijo; Eysenck razlaga temeljne osebnostne dimenzije tudi na fiziološki ravni, zajemajoč tri, za fenomen osebnosti najpomembnejše fiziološke sisteme: centralni (faktor E) in avtonomni (faktor N) živčni sistem ter hormonalni sistem (faktor P); velik del celotne variance razlik med posamezniki pa pripisuje hereditarnim dejavnikom, kar vse je za osvetlitev obravnavanega problema zelo pomembno);

2. agresivnosti - pokazalo se je, da je pri različnih oblikah psihosomatske motnosti agresivnost (izražanje, indirektna agresivnost ipd.) eden ključnih problemov; merimo jo lahko s Freiburškim osebnostnim vprašalnikom, kjer dobimo tudi nagljenost k psihosomatskim motnjam, zlasti pa je primeren Buss-Durkeejev vprašalnik agresivnosti, ki vključuje osem oblik agresivnega vedenja (po Lamovec, 1978, 1980):

- telesno agresivnost - pripravljenost za telesno obračunavanje v različnih situacijah, vključuje le medosebno agresivnost, ne pa tiste, katere cilj je uničevanje predmetov;

- posredno agresivnost - vključuje tiste oblike agresivnosti, ki niso usmerjene na nek določen cilj (napadi besa, loputanje z vrati), sem spada tudi posredna agresivnost v ožjem smislu (opravljanje, zbijanje šal na račun osovražene osebe);

- razdražljivost - povečana čustvena odzivnost na sorazmerno blage frustracije ali izzive (nagla jeza, ogorčenost, grobost in nerazpoloženost);

- negativizem - vse oblike nasprotivalnega vedenja (navadno usmerjenega proti avtoriteti), ki predstavlja odklonitev sodelovanja (od pasivnega nestrinjanja do odkritega upora proti zakonom ali navadam);

- sovražnost - posplošen občutek sovraštva in ljubosumja, ki temelji na resničnem ali umišljenem zapostavljanju; usmerjena je na vse ljudi;

- sumničavost - projekcija sovražnosti na druge, kaže se kot nezaupljivost in previdnost v medosebnih odnosih pa vse do prepričanja človeka, da je žrtev zaničevanja ali sovražnih naklepov drugih;

- besedno agresivnost - negativen odnos do drugih v načinu (prepirljivost, kričavost) ali vsebini govora (grožnje, preklinjanje, pretirana kritičnost);

- občutke krivde - navznoter usmerjena agresivnost, ki se kaže kot prepričanje o lastni ne vrednosti in nepravilnem ravnanju, posledica česar je slaba vest; pri psihosomatskih bolnikih izstopajo (po dosedanjih ugotovitvah) sovražnost, razdražljivost in občutki krivde;

3. stresnih obremenitev in strategij spoprijemanja s stresom - poleg Vprašalnika stresnih dogodkov "S" nam je dala zadovoljive rezultate Folkman-Lazarusova lestvica Načini spoprijemanja (NSP), s katero ugotavljamo, na kakšen način posamezniki razmišljajo in delujejo v različnih, vsakdanjih (običajnih) stresnih situacijah (po Lamovec, 1990). Lestvica meri osem strategij (konfrontacija, distanciranje, samokontrola, iskanje socialne pomoči, sprejemanje odgovornosti, beg/izogibanje, načrtno reševanje problemov, pozitivna ponovna ocena).

Povzetek nekaterih skupnih ugotovitev predstavljenih raziskav

Kljub različnim instrumentom in heterogenemu vzorcu bolniki, smo odkrili nekaj skupnih značilnosti psihosomatskih bolnikov. S tem nismo posegli v etiologijo posameznih bolezni, ampak identificirali tendence, ki so po našem mnenju skupne.

Med temeljnimi osebnostnimi dimenzijami izstopa visoko izraženi nevrotizem (čustvena neuravnoteženost), ki se povezuje z občutki krivde, sovražnostjo, razdražljivostjo, posredno agresivnostjo in sumničavostjo - to so oblike agresivnosti, povezane s čustveno neuravnoteženostjo, ki jih skupaj lahko označimo kot frustracijsko agresivnost, katero posameznik neredko usmeri nase (razbremenitev "navznoter"). Z emocionalno labilnostjo in psihosomatskimi težavami se veže tudi nizka raven samospoštovanja.

Psihosomatskim bolnikom so skupni indirektna agresivnost, razdražljivost, predvsem pa občutki krivde; v njihovi življenjski zgodovini je mogoče pogosto zaslediti podatke o motnem, zavrtem izražanju agresivnih teženj. Poleg blokade agresivnosti, so za reagiranje v zgodnjem otroštvu značilni znaki sproščanja napetosti prek telesa, neredke motnje hranjenja, pretirana občutljivost, težave v kontaktu, pogoste psihosomatske motnje (somatska primordijalna simptomatika), rivaliteta s sorojenci, deficit v emocionalnih odnosih v družini, s strani staršev pa zahteve po pretirani poslušnosti, kakor tudi pretirana mehkoča.

Zdi se, da se model ambivalentnih transakcij iz primarne družine ponavlja v aktualnih medosebnih odnosih, kjer delujeta tako težnja po izolaciji (ter občutki deprivacije, zapuščenosti, osamljenosti), kot tudi izrazita želja po socialni sprejetosti in pretirana družabnost. Tudi do heteroseksualnih odnosov imajo psihosomatski bolniki neredko skrajna stališča (zelo pozitivna ali skrajno negativna), kar vse opozarja na negotovost, zmedenost, nasprotja (konfliktnost) v percepciji samega sebe in s tem povezano nizko samospoštovanje in samopotrjevanje. Slednje ugotavljajo pri ljudeh s psihosomatskimi motnjami tudi drugi avtorji.

Izstopa povezanost nadpovprečne marljivosti, vztrajnosti, zaskrbljenosti in gospodovalnosti s pritožbami o številnih stresnih dogodkih v zvezi z delom ter z občutki izkoriščenosti v službi. Psihosomatski pacienti v splošnem poročajo o več stresnih obremenitvah, zato ni presenetljivo, da so ob tem dokaj nemirni in nesproščeni.

Sklepno razmišljanje o pomenu in vlogi raziskovanja psihosomatike.

Raziskovanje psihosomatike je smiselno le, če lahko ponudi spoznanja, uporabna za praktično delo s psihosomatskimi bolniki, načine lažjega odkrivanja rizičnih dejavnikov in - ne nazadnje - programe preventivnega delovanja. Zato se je treba izogibati mikroskopskim analizam osebnostnih lastnosti, stresnih situacij in življenjske zgodovine (v smislu iskanja razlik med eksperimentalno in kontrolno skupino), ker tovrstni rezultati ne dajo celostne podobe, ne pokažejo življenjskega stila in dinamike razvoja, menimo pa, da je ravno v psihosomatiki potreben celovit pristop, saj prekomerna razdrobljenost ne daje osnove za kakršnekoli praktične (uporabne) rešitve.

Zato bi bilo treba sestaviti baterijo psihodiagnostičnih instrumentov, ki bi služila predvsem zgodnjemu odkrivanju psihosomatskih bolezni, rezultati pa bi bili dostopni splošnim (osebnim) zdravnikom, ki pridejo najbolj pogosto v stik z ljudmi s psihosomatskimi motnjami, ob tem pa imajo neredko premalo znanja, da bi jim mogli ustrezno (celostno) pomagati. Vedeti namreč moramo, da je pravočasno odkrivanje in celostno zdravljenje tovrstnih težav, kjer je somatska terapija nujna, ne pa zadostna, ključnega pomena.

VIRI

- Adamović, V.: Emocije i telesne bolesti. Nolit, Beograd, 1983.
- Alexsander, F.: Psychosomatic medicine: Its principles and applications. Norton, New York, 1950.
- Blažević, D., Cividini-Stranić, E., Beck-Dvoržak, M., Medicinska psihologija. Jugoslavenska medicinska naklada, Zagreb, 1979.
- Bloom, B.L.: Health psychology. A psychosocial perspective. Prentice-Hall, New Jersey, 1988.
- Dobnik, B.: Represivnost-senzitivnost kot stil obrambnega vedenja in osebnostna lastnost. Diplomski naloga, Filozofska fakulteta, Ljubljana, 1990.
- Germ, I.: Nekateri psihološki dejavniki hipertenzije pri mladostnikih. Diplomski naloga, Filozofska fakulteta, Ljubljana, 1989.
- Goldberger, L., Breznitz, S. (ur.): Handbook of stress. Theoretical and clinical aspects, Free Press, New York, 1982.
- Horvat, A., Ogrinec-Penko, T.: Psihosocialne značilnosti in infarkt miokarda. Diplomski naloga, Filozofska fakulteta, Ljubljana, 1979.
- Holroyd, K.A., Lazarus, R.S.: Stress, coping, and somatic adaptation. V: Goldberger, L., Breznitz, S.: Handbook of stress, The Free Press, New York, 1982.
- Jerotić, V.: Neurotične pojave našeg vremena. Kolarčev narodni univerzitet, Beograd, 1981.
- Jerotić, V.: Čovek i njegov identitet. Psihološki problemi savremenog čoveka. Dečje novine, Medicinska knjiga, Gornji Milanovac, Beograd, 1988.
- Lamovec, T., Rojnik, A.: Agresivnost. DDU Univerzum, Ljubljana, 1978.
- Lamovec, T.: Eksperimentalni priročnik iz psihologije motivacije, emocij, osebnosti in učenja. Filozofska fakulteta, Ljubljana, 1980.
- Lamovec, T.: Načini spoprijemanja s stresom ("coping"). Anthropos, 1990, 22, 5-6, 217-229.
- Lesser, I.: A Review of the Alexithymia Concept. Psychosomatic Medicine, 1981, 6, 531-543.
- Lojk, L.: EPQ - Eysenckov osebnostni vprašalnik. Priročnik. Zavod SR Slovenije za produktivnost dela Ljubljana, Ljubljana, 1979.
- Kecmanović, D.: Psihijatrija. Medicinska knjiga, Beograd-Zagreb, 1983.
- Košin, I.: Prikrita agresivnost pri hipertonicih. Diplomski naloga, Filozofska fakulteta, Ljubljana, 1981.
- Krizmanić, M.: Može li psihologija pomoći održavanju zdravlja? V: Kolesarić, V., Krizmanić, M., Petz, B., (ur.) Uvod u psihologiju. Grafički zavod Hrvatske, Zagreb, 1991.
- Milčinski, L.: Psihosomatska obolenja. Psihijatrija. DZS, Ljubljana, 1986.
- Musek, J.: Osebnost. DDU Univerzum, Ljubljana, 1982.
- Nastović, I.: Neurotski sindromi. Dečje novine, Gornji Milanovac, 1984.

- Selič, P.: Bronhialna astma v luči teorije objektivnih odnosov. *Anthropos*, 1991, 23, 4-5, 254-277.
- Selye, H.: History and present status of the stress concept. V: Goldberger, L., Breznitz, S.: *Handbook of stress*. The Free Press, New York, 1982.
- Stegu, Z., Ošaben, Z.: Vpliv psihičnih faktorjev na nastanek psihosomatskih motenj. Diplomski naloga, Filozofska fakulteta, Ljubljana, 1982.
- Stojilković, S.: Psihijatrija sa medicinskom psihologijom. Medicinska knjiga, Beograd-Zagreb, 1984.
- Tič, I., Žagar, J.: Avtogeni trening pri bolnikih z esencialno hipertenzijo. Diplomski naloga, Filozofska fakulteta, Ljubljana, 1981.
- Trstenjak, A.: Oris sodobne psihologije II, Uporabna psihologija, Založba Obzorja, Maribor, 1971.