

Biopsihosocialni model zdravja

POLONCA SELIČ

POVZETEK

V preglednem članku Biopsihosocialni model zdravja smo predstavili zgodovino in temeljne značilnosti biomedicinskega modela, okvire uveljavljanja biopsihosocialnih konceptov, povezane s sedanjim in preteklim razumevanjem bolezni, ter vpliv spola, socioekonomskega statusa in procesa staranja na zdravje. Opozorili smo na vlogo osebnosti v nastanku bolezni in opisali odnos med načinom življenja, dejavniki tveganja in zdravjem, pri čemer smo opredelili način življenja kot primarni vedenjski patogen, vedenje, ki varuje zdravje (zaščitno vedenje), pa kot rezultanto delovanja dednosti, operantnega pogojevanja, učenja po modelu, socialnih dejavnikov, emocionalnega stanja, percepcije bolezenskih simptomov in kognitivnih dejavnikov. Prepričanja, povezana z zdravjem, smo razložili z modelom razumne akcije, vpliv stresa na vedenje, povezano z zdravjem, pa z modelom konflikta. Poudarili smo tudi pomen lokusa kontrole in občutka lastne učinkovitosti za vedenje, povezano z zdravjem.

Posebno pozornost smo namenili sodobnim perspektivam, ki razumejo zdravje kot proces in z vidika teorije sistemov razložijo odnos med konstitutivnimi dejavniki (biološkimi, psihološkimi in socialnimi) človekovega biopsihosocialnega blagostanja. Na koncu smo v obravnavani model umestili še psihosomatske koncepte, opisali vlogo psihologije v razumevanju psihosomatskih bolezni ter ta stanja (motnje, težave) tudi definirali.

ABSTRACT

BIOPSYCHOSOCIAL MODEL OF HEALTH

In the overview article entitled Biopsychosocial Model of Health we presented the history and basic characteristics of the biomedical model, the frameworks for establishing biopsychosocial concepts, connected with the present and past understanding of disease, the influence on health of gender, socio-economic status and the ageing process. We pointed out the role of personality in the development of disease and described the relation between life-style, risk factors and health, whereby we defined life-style as a primary pathogen of behaviour, and health protective behaviour as a resultant of genetic activity, operant conditioning, model learning, social factors, emotional state, the perception of sickness symptoms and cognitive factors. We have explained the health related convictions by means of a reasoning action model, and the influence of stress on behaviour by means of the conflict model. We underlined the role of the control locus and the sense of self-efficacy in health related behaviour.

Special attention was dedicated to the modern perspectives which understand health as a process, explaining the relation between the constituting (biological, psychological and sociological) elements of the human bio-psychosocial well-being from the system theory viewpoint. Finally, we inserted the psychosomatic concepts into the model considered, described the role of psychology in the understanding of psychosomatic diseases as well as defining these conditions (disturbances, problems).

1 BIOMEDICINSKI MODEL

Biomedicinski model, koncipiran pod močnim vplivom kartezijanskega dualizma, ki je opredeljeval duševno in telesno kot dve ločeni substanci, je do nedavno veljal za vodilno paradigmo v medicinski znanosti dvajsetega stoletja. McClelland (po Sheridan in Radmacher, 1992) ga je opisal kot mehanicistično gledanje, po katerem deluje telo kot stroj, ki ga je mogoče "popraviti" z odstranitvijo ali zamenjavo delov, ki slabo funkcionirajo.

Vloga in pomen psiholoških dejavnikov so upoštevali ter priznavali številni misleci in zdravniki pred Descartesovim časom. Verjeli so, da lahko človek s svojimi predstavami in emocijami sproži, modificira in/ali zavre potek marsikatero bolezni. Ločevanje med fizičnimi in mentalnimi boleznimi je bilo šibko. Antični človek je namreč še vedno pripisoval odgovornost za bolezni bogovom in zlim duhomom. Holistično razumevanje telesnega in duševnega (z običajnim prepričanjem, da so telesne bolezni stvaritev duha) je prevladovalo v starem Egiptu, Babilonu ter v hindujski in kitajski tradiciji.

Hipokrat je v svojem zdravniškem poklicu (približno štiri in pol stoletja pred Kristusom) prvi povezal spoznanja takratne fiziologije, psihologije in anatomije v celostno razlago nastanka in poteka bolezni. Predpostavljal je npr., da lahko določena emocionalna stanja vplivajo na barvo kože še nerojenega otroka, da je histerija posledica "potujoče" maternice (zato je predlagal poroko kot najboljše zdravilo za takšno stanje) ipd. Nastanka bolezni ni povezoval z duhovi, ampak s telesnimi sokovi (krvjo, slino, črnim in rumenim žolčem). Menil je, da lahko neskladno okolje povzroči telesno neravnotežje. Bolnikom je priporočal, naj pred obiskom zdravnika preverijo čistost vode in smer vetra, sam pa je pri postavljanju diagnoze upošteval tudi letni čas, saj je trdil (po Leigh, 1983), da je treba poznati celoto vsega, kar obkroža osebo, ki (če) jo hočemo zdraviti.

Galen, zdravnik rimskega imperatorja Marka Avrelija iz tretjega stoletja n.š., je sistematiziral medicinsko znanje antičnega Rima ter ga povezal s Hipokratovo tradicijo, vse pa dopolnil z lastnimi izsledki. Poudarjal je vlogo možganov, ki naj bi bili središče racionalne duše (v srcu in jetrih pa sta domovali še dve iracionalni duši). Središča duš je tudi neločljivo povezoval z živčnimi centri. Hipokratov in Galenov fiziološki unitarizem so pregnali iracionalni nazori mračnjaškega srednjega veka, ki je postuliral greh kot edini veljavni etiološki dejavnik vseh bolezni, odgovornost za psihotična stanja pa je pripisal obsedenosti z demoni (hudim duhom).

Prebujeno zanimanje za naravo in človekovo telo v renesansi (med šestnajstim in osemnajstim stoletjem) je hkrati z izumi znanstvenih instrumentov (teleskopa, mikroskopa) utrla pot znanstveni medicini. Descartes, francoski matematik in filozof

sedemnajstega stoletja, je bil pobudnik in tvorec filozofskih naziranj, ki so začela ločevati duhovno in materialno.

Z nastopom dualističnega gledanja na človeka in njegovo zdravje (bolezen) je prišlo do poenostavljene redukcije vsega obstoječega na dve substanci. Descartesov ontološki dualizem ni imel samo jasnih filozofsko-antropoloških posledic (kot meni Sruck, 1985), ampak je determiniral celotni "zeitgeist" tega in naslednjih stoletij. V medicini je ločeno, neodvisno razumevanje duševnega in telesnega (materialnega) privedlo do nekakšne substancialne razdelitve in vzporedne obravnave obeh "substanc". Tako so v biomedicinskem modelu predstave in emocije produkt duševnosti in zategadelj ne morejo imeti nikakršnega vpliva na telo.

Biomedicinski model so utrdila odkritja zunanjih povzročiteljev bolezni - bakterij, virusov, kemikalij ipd. Temu področju je bila namenjena pozornost mnogih raziskovalcev v minulih desetletjih, zanemarjali pa so socialne, psihološke in vedenske dimenzije človekovega telesnega blagostanja in dobrega počutja. Dramatični uspehi pri zdravljenju infekcijskih bolezni in posledic slabe hranjenosti so vzpodbudili prepričanja (po Bloom, 1988) o:

- 1/ **specifičnih bioloških pogojih** ali **vzrokih**, povezanih z izbruhom vsake bolezni in
- 2/ **procesu**, ki sledi delovanju povzročitelja, mogoče pa ga je prekiniti z vplivanjem na povzročitelja (npr. s cepljenjem), okolje (z razkuževanjem) ali na osebo (z imunizacijo).

Takšna prepričanja so bila osnovana na **ekskluzivističnih** (človek je ali zdrav ali bolan) in **mehanicističnih** (monokavzalnih) principih.

Neustreznost opisanega gledanja je najbolj očitno in nedvoumno pokazala psihosomatska medicina, ki se je v zadnjih petdesetih letih razvila v organiziran, znanstveno in praktično utemeljen pristop k preučevanju interakcije med psihosocialnimi in biološkimi dejavniki zdravja (bolezni). Psihosomatska medicina se je sklicevala na dejstvo, da ne zbolí vsak, ki pride v stik s patogenimi dejavniki, in da biološki dejavniki razložijo le majhen delež bolezni. Biomedicinskemu modelu je očitala pretirano specializacijo, drage, boleče in neredko škodljive posege in postopke ter zanemarjanje preventivnih dejavnosti oziroma vzpodbujanja posameznikove odgovornosti za lastno zdravje. Seveda se medicinske tradicije in dogme še marsikje krepko upirajo vključevanju sociopsiholoških konceptov ter **kontekstualnemu** in **organizmičnemu** načinu mišljenja. Prvo uvaja model multiple vzročnosti in razlage znotraj meja, v katerih obstaja nek fenomen, organizmični koncept pa je interakcijski (vse je povezano z vsem ostalim).

2 UVELJAVLJANJE BIOPSIHOSOCIALNIH KONCEPTOV

Biopsihosocialni model bazira na splošni teoriji sistemov (po Sheridan in Radmacher, 1992) ter ne pomeni zanikanja, ampak razširitev prejšnjega modela. Izvorni (angloameriški) pomen besede zdravje je celostnost, pa tudi svetost, kar kaže na dolgotrajno zgodovinsko povezanost med medicino in religijo. Ta vez je bila opazna tudi v krščanski tradiciji, prekinila pa jo je opredelitev medicine kot znanosti. Zato je razumljiva popolna odsotnost kakršnihkoli religioznih pojmov (in vsebin) v biomedicinskem modelu, dasiravno nekateri uveljavljeni sodobni avtorji opozarjajo, da v

procesu zdravljenja sodelujeta (ob medicini) tudi psihologija in vera (Siegel, 1986, 1989; po Sheridan in Radmacher, 1992).

Koncept zdravja in njemu sorodnih pojmov ima nedvoumen vpliv tako na družbo, kot tudi na posameznika (člana te družbe). Po drugi svetovni vojni je Svetovna zdravstvena organizacija (WHO) opredelila zdravje kot stanje **celotnega** (popolnega) **fizičnega, mentalnega in socialnega blagostanja** in ne samo kot odsotnost bolezni in slabega počutja, kar je blizu konceptom humanistične psihologije, ki je videla smisel življenja v razvijanju najvišjih potencialov (motivacija rasti in ne motivacija pomanjkanja - Maslow (1971; po Čačinovič-Vogrinčič, 1975; Musek, 1982). Takšna opredelitev zdravja pomeni tudi, da ljudje ne morejo biti zdravi, če ne živijo v ustreznih socialnih, političnih in ekonomskih pogojih, oziroma če niso sposobni ljubiti (drugega), delati in ustvarjati. Žal pa so definicije te vrste nevarne in dopuščajo (zlasti politične) zlorabe, saj je mogoče na teh osnovah vsakogar, ki ni zadovoljen, prepoznati kot bolnega (zapiranje političnih disidentov v psihiatrične institucije v nekdanji Sovjetski zvezi). V vsakdanjem življenju navadno razmišljamo o zdravju (bolezni) na dva načina (po Sarafino, 1990):

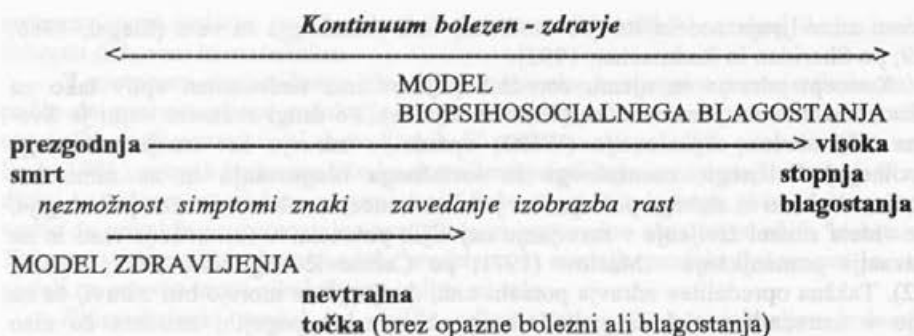
a/ kot o **odsotnosti znakov**, ki bi kazali na kakršnekoli telesne disfunkcije (npr. povišani krvni pritisk),

b/ kot o **simptomih bolezni ali poškodbe** (npr. bolečina, slabost, bruhanje).

Iz opisanega je razvidno, kako težko je pravzaprav opredeliti zdravje, še posebej ker je ta opredelitev determinirana tudi s kulturnimi okviri. Določena stanja, ki so v neki kulturi vrednota, kvaliteta in/ali prednost (so skrajno zaželena), so v drugi lahko izrazito negativno stigmatizirana (po Sheridan in Radmacher, 1992). Tudi znotraj iste kulture lahko veljajo določene oblike vedenja nekaj časa za znak socialnega prestiža, nato jih družba označi kot razvade ali celo kot bolezni (npr. spreminjanje odnosa do konzumacije alkohola in cigaret).

Avtorji se strinjajo, da zdravje ni le odsotnost bolezni ter da je za opredelitev zdravja koncept dveh ekskluzivnih kategorij (zdravje/bolezen) neustrezen, zato predlagajo kontinuum med zdravjem in boleznijo. Obstajajo namreč tako stopnje bolezni kakor tudi stopnje zdravja (Antonovsky, 1987; po Sarafino, 1990). Na enem koncu so stanja velikega tveganja za prezgodnjo smrt, bolezni, ki zajemajo destruktivne procese, kateri navadno rezultirajo v značilnih znakih, simptomih in/ali nezmožnosti(h); na drugem koncu kontinuuma pa optimalno zdravje, ko je oseba odporna na bolezni ter doživlja občutek polnosti in veselja do življenja. Mesto, ki ga nekdo zaseda na tem kontinuumu, ni statično. Dihotomno gledanje na zdravje in bolezen je zanemarljivo **dinamiko in procesualnost**. Namesto razmišljanja o vzrokih bolezni, bi bilo potrebno razmišljati tudi o tem, kaj ljudem onemogoča, da bi ostali zdravi.

Medicino sedanjega časa v veliki meri določa psihologizacija, ki je neizogibna posledica omejitve in pomanjkljivosti prejšnjega biološkega modela. Sedanji biopsihosocialni koncept je veliko bolj kompleksen in namenja zasluženost pozornosti (Jemmott in Locke, 1984; po Bloom, 1988) interakcijam med socialnimi, psihičnimi in biološkimi dejavniki, ki sodelujejo pri nastanku, razvoju in zdravljenju neke bolezni. Biopsihosocialna orientacija v celoti priznava pomen in vlogo vedenja in osebnosti pri ohranjanju zdravja in nastanku bolezni.



Slika 1 Premik iz centra v levo predstavlja progresivno slabšanje zdravstvenega stanja, gibanje od nevtralne točke proti desni, pa kaže naraščanje zdravja in blagostanja (po Sarafino, 1990). Model zdravljenja je učinkovit le do nevtralne točke, ko simptomi (bolezni) izginejo. Model biopsihosocialnega blagostanja deluje na katerikoli točki kontinuuma in usmerja osebo kar se da v desno.

Lalonde (po Bloom, 1988) je v sedemdesetih letih uvedel pojem **zdravstvenega polja** in opisal njegove štiri komponente. To so biologija človeka, okolje, življenjski stil in organizacija zdravstva. Trdil je, da je poznavanje bioloških zakonitosti premalo za razumevanje nastanka vzorcev bolezni. Posebno pozornost je Lalonde posvetil vzrokom prezgodnjih smrti, med katerimi izstopajo bolezni srca in ožilja, rak, cerebrovaskularne bolezni in nesreče. Poleg vloge humane biologije in genetike v pojavu prezgodnje smrtnosti, je opazna vloga okolja oziroma vsebin iz okolja, ki lahko vplivajo na zdravje (oskrba s hrano in pitno vodo, onesnaženost zraka, hrup, prometni pogoji in varnost), posameznik pa nanje nima posebnega vpliva. Ob tem je pomemben tudi način življenja (lifestyle), zlasti pa odločitve (stališča), ki jih ljudje sprejmejo o svojem vedenju, kar potem vpliva na zdravje (premalo gibanja, pretirana ješčnost, kajenje, zloraba alkohola in drugih drog, nepazljiva vožnja), vendar ostaja pod njihovo kontrolo.

Med ljudmi sicer vlada prepričanje, da bi bilo število prezgodnjih (pred dopolnjenim sedemdesetim letom starosti) smrti bistveno manjše, če bi se izboljšala kvaliteta in kvantiteta medicinskih uslug, raziskave pa so pokazale (Roueche, 1984; Breslow, Fielding in Lave, 1980; po Bloom, 1988), da je smrtnost zaradi avtomobilskih (prometnih) nesreč v 75% mogoče razložiti s patološkim načinom življenja, v 20% z dejavniki okolja in samo v 5% z napakami v medicinskem tretmanu. V splošnem so avtorji odkrili vzroke za več kot polovico prezgodnjih smrti v načinu življenja - od tega več kot 20% odpade samo na kajenje in pretirano uživanje alkohola. Iz opisanega je tako mogoče zaključiti, da samodestruktivni način življenja vpliva na zdravje v presenetljivo velikem obsegu, kar opravičuje vse večjo usmerjenost pozornosti v psihologijo in sociologijo bolezni, ne pa v biološke zakonitosti in pojave.

Dubos (1959; po Bloom, 1988) je opisal zdravje kot **status in proces**. Oba vidika metaforično zastopata starogrški božanstvi Hygieia, ki je bedela nad zdravjem Atencev in učila ljudi, naj živijo razumno in zmerno ter tako ohranjajo svoje zdravje, in Esculapius, ki je zdravil z rastlinami in razumel zdravje kot stanje, ki ga je mogoče izgubiti, vendar ga lahko v nekaterih primerih zdravnik ponovno vzpostavi (po Chevalier in Gheerbrant, 1987).

Esculapiusovo razumevanje je imelo v minulemu stoletju številne privrženca, posebej vnete za doktrino, da ima vsaka bolezen specifično etiologijo in tretman. Se-

danje pojmovanje zdravja kot procesa (in ne zgolj odsotnosti bolezni) ter prepoznavanje omejitev mnogih kurativnih postopkov je mogoče razložiti kot vračanje k načelom, ki jih je predstavljala Hygieia. Tako zdravje ni statično, utopično stanje, ampak proces, ki ga je mogoče razumeti le v spremenljivem sociokulturnem okviru.

Vsekakor moramo pritrditi Gallagherjevi (1990) ugotovitvi, da bi bilo potrebno sistematično uvajanje biopsihosocialnega modela v vse veje medicine, kjer so pogosto še zmeraj trdno zakoreninjene prejšnje biomedicinske paradigme. Te so uspešne pri nekaterih akutnih boleznih, kjer je preprosta biomedicinska intervencija zadostna, saj bolezen traja le kratek čas, bolnik pa se že kmalu "vrne" v utečeno kolesje svojega življenja. Kronične (t.i. civilizacijske) bolezni so drugačne in pogosto povsem spremenijo življenje obolelega. Ta je neredko prisiljen opustiti iluzijo o nenadni ozdravitvi, naučiti se mora obvladovati fluktuacijo simptomov ter občasno nezmožnost. V takšnih primerih je nepogrešljiv biopsihosocialni pristop.

3 SEDANJE IN PRETEKLO RAZUMEVANJE BOLEZNI

V sedemnajstem, osemnajstem in devetnajstem stoletju so prebivalci Evrope in Severne Amerike umirali pretežno zaradi slabe hranjenosti (beriberi) in infekcijskih bolezni (Grob, 1983; po Sarafino, 1990), ki so jih povzročali mikroorganizmi (virusi in bakterije). V dvajsetem stoletju se je vzorec bolezni spremenil. Smrtnost zaradi infekcijskih bolezni (influenca, pneumonije, tuberkuloze in gastrointestinalnih infekcij) je rapidno padla, poprečna pričakovana življenjska doba pa se je dramatično podaljšala (od 49 let na prelomu stoletja na sedanjih 75 let in več). Žal so bolezni še vedno neizogiben vsakdanji pojav, vendar umirajo dandanes ljudje bistveno starejši in iz drugačnih razlogov kot nekdaj.

Največji zdravstveni problem našega časa so t.i. **kronične bolezni** (Sarafino, 1990) - degenerativna stanja, ki se razvijajo in trajajo v daljšem časovnem obdobju. Vzrok približno dveh tretjin smrti (Matarazzo, 1984; po Sarafino, 1990) v ZDA so bolezni srca, rak in kap. To sicer niso nove bolezni, vendar so bile v prejšnjih stoletjih manj pogoste. Silovita industrializacija je povzročila velike spremembe v načinu življenja - ljudje so močno izpostavljeni škodljivim kemikalijam. Včasih je le majhen del populacije dočakal pozno starost, v tem obdobju pa so ljudje neprimerno bolj dovzetni za kronične bolezni. Tako je mogoče sedanjo razširjenost kroničnih bolezni (in posledično visoko smrtnost zaradi njih) razložiti z dejstvom, da več ljudi živi dovolj dolgo, da oboli za temi boleznimi. Najpomembnejši vzroki smrtnosti v otroškem in adolescentnem obdobju pa so prometne (in nekoliko manj druge) nesreče (v približno 50%), rak, obstetrične poškodbe, umori in samomori.

Novejše študije (Califano, 1979; po Sheridan in Radmacher, 1992) se skladajo v ugotovitvi, da ima način življenja ključno vlogo pri ohranjanju zdravja. Belloc in Breslow (1972) sta v štiriinpolletni longitudinalni študiji (Alameda Country Study) identificirala sedem "zdravih" navad, ki bistveno zmanjšajo verjetnost bolezni. To so odsotnost kajenja, redna telesna aktivnost, vzdrževanje normalne telesne teže, uživanje hrane le v času rednih obrokov, nikoli med njimi, redno uživanje zajtrka, sedem do osem ur spanja in le z zmerno (če sploh) uživanje alkohola.

Matarazzo in Leckliter (1988) sta nezdrave načine življenja opredelila kot **vedenjske patogene**, njim nasproti pa postavila **vedenjske imunogene**. Avtorja menita, da posameznikova izbira vedenjskih patogenov ali imunogenov ni le stvar njegove osebne odgovornosti, ampak tudi posledica vplivov okolja (gospodarsko-političnih regulativov, medijev in kulturnih norm). Pripadnost določenim (npr. religioznim)

skupinam, v katerih je ohranjanje zdravja regulativ in/ali vrednota, nesporno vpliva na posameznikovo izbiro načinov vedenja, ki pozitivno vplivajo na zdravje. Tudi dejavniki poklicnega življenja lahko neposredno delujejo na te načine (oblike vedenja). V mislih imamo čas, porabljen za vožnjo na delo in nazaj, delovni čas, omejen in pičel prosti čas, namenjen družini, hranjenju, druženju in spanju. Marsikdo v takšen urnik ne uspe umestiti ure časa za rekreacijo dnevno. Poleg časovnih omejitev in ekonomskih dejavnikov vpliva na prizadevanja za ohranjanje zdravja tudi politika (in stroški) zdravstvenega varstva, kar pa presega okvire našega razmišljanja.

3.1 VPLIV SPOLA NA ZDRAVJE

Argyle (1992) je preučeval distribucijo zdravja v populaciji in ugotovil, da zazna dnevno vsak tretji moški in vsaka četrta do peta ženska vsaj en telesni simptom. V obdobju dvo-tedenskega spremljanja so bili najpogostejši kašelj (v 28%), težave z nosom (27%) in z nogami (v 21%). Gre sicer za trivialne težave, vendar so o njih poročali ljudje, ki so se sicer ocenili za povsem zdrave. Watson in Pennbaker (1989; po Argyle, 1992) poročata o visoki in pomembni korelaciji med tovrstnimi pritožbami, občutkom nesreče, negativnim razpoloženjem in nevroticizmom. Tudi druge študije so potrdile šibko zvezo med subjektivnimi simptomi, stopnjo holesterola, krvnim pritiskom in delovanjem imunskega sistema. Subjektivne pritožbe so najbrž posledica neugodnih emocionalnih stanj, ki povečajo občutljivost za nekatere telesne znake in funkcije, medtem ko se pomembne telesne spremembe (npr. porast krvnega pritiska) neredko pojavijo (in obstajajo) povsem neopazno.

Zdravstveno stanje je nedvoumno povezano s spolom. Zdravje žensk je v splošnem slabše (po Argyle, 1992). Ženske so bolj nagnjene k povečevanju svojih težav (v primerjavi s kliničnimi izsledki) ter prej obiščejo zdravnika. Za enake simptome (bolezni) jemljejo več zdravil kot moški, kar pa je vse manj izraženo pri tistih, ki so zaposlene. Ženske veliko večji meri obolevajo za kroničnimi boleznimi (po Sarafino, 1990) dihalnega in prebavnega trakta ter za lažjimi kroničnimi boleznimi, kot so artritis, dermatitis, anemija in glavobol. Vsekakor bolj skrbijo za svoje zdravje, meni Argyle (1992), njihova večja občutljivost pa je najbrž povezana s pogostimi težavami, povezanimi z menstruacijo in nosečnostjo.

Kljub vsemu živijo ženske v poprečju sedem do osem let dlje kot moški. Večina bolezni, za katerimi obolevajo, je namreč manj hudih. Moški v večji meri zbolijo za srčnimi boleznimi in pljučnim rakom - za boleznimi, ki so posledica načina življenja. Manjšo incidenco bolezni srca pri ženskah je mogoče razložiti z delovanjem estrogena, krajšo življenjsko dobo moških pa z vedenjem, povezanim s stereotipom moške vloge (in zategadelj pri moških nagrajevanim in vzpodbujanim) - tekmovalnostjo, prodornostjo, neredko tudi hitro vožnjo, kajenjem in uživanjem prekomernih količin alkohola. Ženske veliko bolj skrbijo za telesno težo (zaradi klišēja, da morajo biti lepe, vitke ipd.), vendar so telesno manj aktivne.

Nesporno imajo ženske več pomembnih socialnih odnosov (moški so usmerjeni k dosežkom, ženske pa k medosebnim odnosom), v večji meri so vključene v socialne mreže (družina, sorodniki, prijatelji, sosedje), od koder črpajo tako emocionalno in socialno podporo, materialno pomoč, kakor tudi številne informacije (npr. o zdravju). Le zakon (po Argyle, 1992) koristi moškim bolj kot ženskam.

Navkljub pritiskom in obremenitvam so zaposlene ženske v splošnem bolj zdrave (Rodin in Ickovics, 1990; po Argyle, 1992), kar pa je odvisno tudi od poklica - visoko izobražene ženske z dobro zaposlitvijo imajo manj kroničnih bolezni in živijo dlje, medtem ko trpijo uradnice (delavke v administraciji) za pogostimi srčnimi

napadi. Zaposlene ženske z majhnimi otroki so izpostavljene hujšemu stresu, kar se odraža tudi na njihovem zdravju.

3.2 ZDRAVJE IN SOCIOEKONOMSKI STATUS

Podatki iz zahodnoevropskih držav kažejo visoko korelacijo med zdravjem in pripadnostjo določenemu socialnemu sloju (razlike v resursih, prestižu in socialni moči, ki se neposredno nanašajo na tri značilnosti - dohodek, poklicni ugled in izobrazbo (po Sarafino, 1990)). Na osnovi takšnih rezultatov bi bilo povsem neupravičeno neposredno sklepati na stanje v našem prostoru, menimo pa, da obstajajo določene analogije in zakonitosti, o katerih je vredno in potrebno razmišljati.

Razlike v socioekonomskem statusu so posebej opazne v srednjih letih, vendar so opazne že v otroštvu - otroci nižjih slojev imajo v poprečju nižjo porodno težo ter v večji meri umirajo v otroštvu ali v mladosti. Višji sloji redkeje obolijo za dolgotrajnimi boleznimi (v 6,5%), nižji pa približno trikrat pogosteje (v 20,8%). Slednji lahko tudi pričakujejo, da bodo živeli poprečno štiri leta manj. Večina bolezni doleti spodnji sloj - gre za bolezni srca, različne vrste raka, respiratorne bolezni, ulkus, cirozo in različne bolezni prebavil (po Argyle, 1992). Pripadniki tega sloja doživijo (poleg naštetega) tudi več nesreč (vseh vrst). Srednji sloj je zdravstveno bolj osveščen, zato se je incidenca koronarnih bolezni nekoliko zmanjšala (več se ukvarjajo s športom in rekreacijo), pogosta pa je levkemija.

Slabše zdravje nižjega socioekonomskega sloja je povezano z bolj revnimi bivalnimi pogoji, prehranjevanjem in drugimi vidiki bivanja, z bolj nevarnim delom in poklicnimi boleznimi. Način življenja pripadnikov tega sloja je bistveno manj zdrav, iskanje takojšnjih (kompenzacijskih) zadovoljitev (v alkoholu, cigaretah ipd.) pa bolj običajno in sprejemljivo. Sistematično vzdrževanje telesne kondicije je redko. Kljub opisanemu, ostaja približno 60% variance razlik med nižjim in višjim socialnim slojem nepojasnjene (Marmot in sod., 1978; po Argyle, 1992), kar je mogoče razložiti z drugimi učinki socialnega statusa - z doseženo stopnjo avtonomije in občutkom lastne vrednosti.

Ugotovitve (po Sarafino, 1990) o slabši zdravstveni kulturi in manjši pogostosti obnašanja, povezanega z zdravjem, so pri pripadnikih nižjega socioekonomskega sloja povsem pričakovane. Ti so pomembno manj osveščeni ter ne poznajo lastnih možnosti pri ohranjanju (ali ponovnemu vzpostavljanju) zdravja. Nižjemu sloju navadno pripadajo tudi etnične in druge manjšine. Osebe manjšinskega porekla v ZDA so npr. zdravstveno vsaj dvakrat bolj ogrožene - večja je smrtnost novorojenčkov, krajša je poprečna pričakovana življenjska doba (za približno pet let), kronične bolezni so bolj razširjene.

3.3 STAROST IN ZDRAVJE

V procesu staranja se pojavlja vse več bolezni. Več kot pol ljudi, starejših od petinšestdeset let (neodvisno od socioekonomskega statusa in spola), oboli za kakšno dolgotrajno boleznijo. Med mladimi in starejšimi je razlika v iskanju medicinske pomoči vsaj dvakratna (po Argyle, 1992).

Možnost, da oseba umre pred dopolnjenim petdesetim letom, je zanemarljiva, vendar se kasneje dramatično večja. Argyle predvideva, da bo med moškimi, rojenimi leta 1960 na prostoru zahodne Evrope in Severne Amerike, vsaj 10,4% umrlo v starosti šestdeset do petinšestdeset let, 13,7% pa med petinšestdesetim in sedemdesetim letom. 42% žensk (rojnih istega leta) in 23% moških naj bi po avtorjevem mnenju

dočakalo osemdeseti rojstni dan (leta 2040) - seveda pod predpostavko, da do takrat ne bo nobene nuklearne ali kakšne druge katastrofe.

Tudi vedenje, povezano z zdravjem, se v procesu staranja spreminja. Uživanje alkohola narašča, kajenje pa nekoliko upada. Aktivno prizadevanje in ohranjanje telesne kondicije je v starejših letih manjše. Argyle (1992) zaključuje z ugotovitvijo Ellisona (1969), da je "preživetje" precej odvisno tudi od volje do življenja. Ta izrazito usahne v situacijah socialne izoliranosti, načetega zdravja in ob občutku nepotrebnosti, ki pogosto muči ljudi po upokojitvi.

4 VLOGA OSEBNOSTI V NASTANKU BOLEZNI

Že laično opazovanje soljudi neredko privede do spoznanja, da so nekateri bolni večino časa ter da bistveno počasneje ozdravijo kot drugi, ki le redkokdaj zbolijo in si relativno hitro opomorejo. Te intuitivno zaznane medosebne razlike so posledica tako biomedicinskih vzrokov (variacij v fizioloških procesih in različne izpostavljenosti nevarnim mikroorganizmom), kakor tudi psiholoških in socialnih dejavnikov, med katerimi izstopata način življenja in osebnostne značilnosti.

4.1 NAČIN ŽIVLJENJA, DEJAVNIKI TVEGANJA IN ZDRAVJE

Način življenja, s poudarkom na razvadah (dejavnih tveganja), kot so kajenje, neuravnotežena hrana, bogata z nasičenimi maščobnimi kislinami, in prekomerno uživanje alkohola ter na transgeneracijsko pridobljenih (privzetih, priučenih) vedenjskih vzorcih, se je pokazal za **primarni vedenjski patogen**. Seveda so dejavniki tveganja z zdravstvenimi problemi le povezani in ni nujno, da jih neposredno povzročajo. Levy (1985; po Sarafino, 1990) je nekoliko ironično zapisal, da je revščina potrjeni dejavnik tveganja za rak, vendar te bolezni gotovo ne "povzroča". Sarafino (1990) je povzel ugotovitve nekaterih avtorjev in opisal zveze med boleznimi, ki v največji meri povzročajo smrt v razvitem svetu, in vedenjskimi značilnostmi.

Tako so **bolezni srca** povezane s kajenjem, povišanim holesterolom v krvi, pomanjkanjem telesne dejavnosti, visokim krvnim pritiskom in stresom; **rak** (maligne neoplazme) s kajenjem, pretiranim uživanjem alkohola in z neustrezno prehrano. Za ljudi, ki umrejo od **kapl**, je večinoma značilno kajenje, previsok nivo holesterola, visok krvni pritisk in stres; za žrtve **prometnih nesreč** pretirano uživanje alkohola, zloraba drog, prehitra vožnja in neuporaba varnostnih pasov; za **influenco** in **pneumonijo** pa kajenje in zanemarjanje cepljenja. Iz opisanega je razvidno, kako način življenja prispeva k zdravstvenim težavam. Slednje je še bolj izraženo pri moških in v drugi polovici življenja (Breslow, 1983; po Sarafino, 1990).

Harris in Gutenova (1979; po Sarafino, 1990) sta preučevala **vedenje, ki varuje zdravje** (zaščitno vedenje). Po njunih ugotovitvah so najbolj običajni zaščitni ukrepi (pri dveh tretjinah od več sto anketiranih) zmerno uživanje hrane, zadostna količina spanja ter dostopnost urgentnih telefonskih števil (nujna medicinska pomoč, gasilci, policija). Manj kot polovica anketiranih pa je odgovorila, da nadzoruje svojo telesno težo, se ukvarja s telesno vadbo, ne kadi, omejuje uživanje nasičenih maščob in kofeina ter uporablja varnostne pasove.

Raziskovanje **zaščitnega vedenja** je pokazalo, da se to spreminja v daljših časovnih obdobjih, da posamezne oblike vedenja med seboj niso (nujno) povezane (npr. uporaba varnostnih pasov ne pomeni tudi pravilnega prehranjevanja) in da ne izhajajo

iz iste (osnovne, skupne) usmerjenosti, naravnosti posameznika (npr. ženska, ki vedno vozi pripeta z varnostnim pasom, ne kadi zato, ker je npr. alergična na cigaretni dim). Oblike zaščitnega vedenja so med seboj neodvisne, ker služijo različnim namenom (izvirajo iz različnih motivov). Nekatere so usmerjene v ohranjanje zdravja, druge pa v izogibanje bolezni (po Sarafino, 1990). Na vse deluje socialno vplivanje (v nekaterih družinah je uživanje hrane znak ljubezni in omejevanje deluje kot zavračanje in/ali neposlušnost, nelojalnost družinskim vrednotam in regulativom) in osebnostne spremembe posameznika (vplivi staršev - npr. prepoved kajenja - se v adolescenci nekoliko razvodenijo, določene oblike (prej sankcioniranega) vedenja pa služijo kot sredstvo separacije-individuacije).

Pri preučevanju zaščitnega vedenja je treba upoštevati njegovo povezanost z zdravstvenim stanjem. Kasl in Cobb (po Sarafino, 1990) sta opisala tri tipe vedenja, značilne za določene stopnje razvoja bolezni.

1/ **Obnašanje, povezano z zdravjem** - namenjeno ohranjanju zdravja, zajema telesno vadbo, uravnoteženo prehrano, preventivna cepljenja, obiske pri zobozdravniku ipd.

2/ **Obnašanje, povezano z boleznijo** - je značilno za osebo, ki zboli in si prizadeva odkriti vzroke svojega stanja. Navadno gre za pritožbe (o simptomih), obiske pri zdravniku, iskanje (oziroma pričakovanje) socialne podpore pri sorodnikih in prijateljih.

3/ **Vloga bolnika** - zajema vedenje bolnika (prepričanega v resničnost svoje bolezni) in se nanaša na jemanje zdravil, upoštevanje navodil ter na celo paleto aktivnosti, ki kažejo na bolnikovo odvisno, podrejeno pozicijo (očitno pride do regresa na simbiotsko stopnjo objektivnih odnosov) na eni strani, in iskanje sekundarnih koristi (npr. zanemarjanje vseh običajnih dolžnosti) na drugi.

Zaščitno vedenje je nadvse pomembno zaradi svoje preventivne funkcije, tesno pa je naslonjeno na motivacijske dejavnike, percepcijo (potencialne) nevarnosti bolezni ter na prizadevanja za odpravo percepirane grožnje, pa tudi na privlačnost "nasprotnega" vedenja. Oboje ("zdravo" in "nezdravo" vedenje) je posledica učenja (izkustvenega in posnemanja) ter neredko postane navada (avtomatizem brez zavestnega odločanja za aktivnost). Navade je zelo težko spreminjati, zategadelj je potrebno vzpodbujati zgodnje oblikovanje zaželenih ("zdravih") načinov ter zavirati "nezdrave" oblike vedenja takoj, ko se pojavijo.

Mogoče razlage velike razširjenosti številnih **razvad** so raznolike in kompleksne. Vzrokov je nesporno več. Eden je najbrž ta, da "manj zdravo" vedenje (npr. kajenje, nepravilna prehrana) običajno prinaša takojšnjo zadovoljitev, ki zakrije potencialne negativne posledice. Presenetljivo pogost vzrok so norme in mehanizmi socialnega vplivanja skupine, ki ji oseba pripada (ali si to močno želi), kar je posebej opazno in prisotno v adolescentnih združbah (po Argyle, 1992). Nekatere navade se s časom utrdijo in pridobijo značilnosti fiziološke zasvojenosti in/ali psihične odvisnosti (kajenje), zategadelj je njihovo opuščanje zahtevno, naporno in včasih zelo mučno. Nenazadnje je mogoče med vzroke uvrstiti tudi neznanje ali premajhno osveščenost - tako v smislu nevarnosti določenih razvad, kakor tudi v smislu možnih (razpoložljivih) načinov njihovega opuščanja.

Obnašanje, povezano z boleznijo, deluje kot način reševanja problemov (po Sarafino, 1990), vloga bolnika pa služi tudi zadovoljevanju nekaterih emocionalnih potreb. Slednje je povezano s preteklimi izkušnjami in kulturnimi normami.

Različni avtorji (po Sarafino, 1990) so identificirali več dejavnikov, ki vplivajo na vedenje, povezano z zdravjem.

1/ **Dednost** - genetski dejavniki vplivajo na nekatere oblike vedenja (Davidson; 1985; Schuckit, 1985) - npr. na pretirano uživanje alkohola, kar so potrdile raziskave na enojajčnih in dvojajčnih dvojčkih. Natančni mehanizmi in obseg tega vpliva (v primerjavi z delovanjem psihosocialnih dejavnikov) pa še niso dovolj pojasnjeni.

2/ **Operantno pogojevanje** - spreminja vedenje prek njegovih posledic. Pomembne so tri vrste posledic: vzpodbujanje (ojačanje), ugašanje (ekstinkcija) in kaznovanje.

3/ **Učenje po modelu** - opazovanje posledic, ki doletijo "model", vpliva na vedenje opazovalca (Bandura, 1965). Na socialno učenje vpliva tudi podobnost med opazovalcem in modelom (po spolu, starosti, rasi ipd.) in socialni status slednjega (privlačnost, uspeh in prestiž).

4/ **Socialni dejavniki** - socialna podpora določenim oblikam vedenja - npr. vzpodbujanje telesne aktivnosti (Baranowski in Nader, 1985). Pričakovanja staršev preko vzpodbud in omejitev sooblikujejo značilnosti vedenja, pri čemer ima spol pomembno vlogo. Rubin, Provenzano in Luria (1974) so preučevali percepcijo staršev na dan rojstva novorojenčkov. Te so (neodvisno od spola) izenačili po velikosti, teži in indikatorjih splošne telesne kondicije. Kljub opisanemu, so starši pomembno drugače ocenjevali (opisovali) hčerke (kot drobne, krhke, nežnejše) in sinove (kot močne, krepke, živahne). Očitno delujejo pričakovanja staršev še preden se otrok rodi, nakar se le še stopnjujejo in postajajo vse bolj določena.

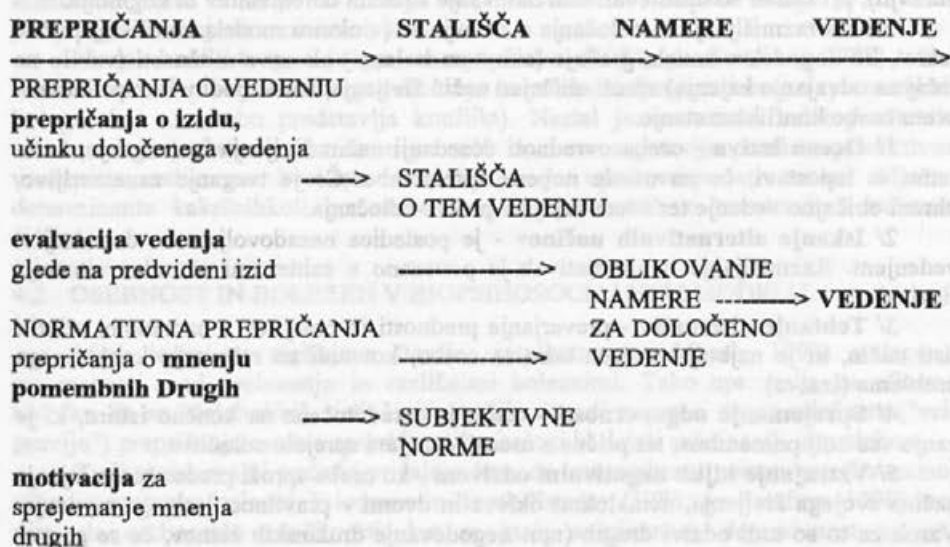
5/ **Emocionalno stanje** - zlasti stresne obremenitve neredko vzpodbudijo povečano uživanje kave, alkohola in cigaret (Baer in sod., 1987). Te razvade naj bi "pomagale" obvladovati stres (oziroma napetost). Stres je lahko tudi posledica nezaposlenosti. Za nezaposlene pa je značilno pomembno pogostejše uživanje prekomernih količin alkohola in drugih drog, kakor tudi ekscesno kajenje, kar potrjuje ugotovitve (Leventhal, Prohaska in Hirschman, 1985), da ljudje navadno kadijo, kadar so anksiozni oziroma kadar se dolgočasijo.

6/ **Percepcija bolezenskih simptomov** - oseba lahko na znake telesnih disfunkcij reagira na različne načine - od zanikanja obstoja simptomov, do takojšnjega obiska pri zdravniku. Pri težjih obolenjih se paleta možnosti seveda zoži in navadno je potrebna takojšnja zdravniška pomoč. Pri blažjih težavah se nekateri ljudje začnejo obnašati bolj "zdravo", drugi pa ne, kar je odvisno od realitetne kontrole in zmožnosti realne ocene stanja (Harris in Guten, 1979).

7/ **Kognitivni dejavniki** - pomembno določajo vedenje, povezano z zdravjem. Odločitve, usmeritve in namere ljudi vplivajo na njihovo bolj ali manj "zdravo" obnašanje (Pennebaker in Watson, 1988). Rezultati so pokazali, da je zelo težko oceniti dejanske telesne simptome (npr. krvni tlak). V raziskavi so višino svojega krvnega pritiska ocenjevale osebe s hipertenzijo in normotenzijo, vendar so se odločale zlasti glede na razpoloženje in zanemarljivo malo na osnovi dejanske višine krvnega tlaka. Napačna prepričanja o lastni zmožnosti ocene npr. višine krvnega pritiska so lahko zelo škodljiva, saj je mogoče, da služijo kot osnova za odločitev bodisi o podaljšanem uživanju zdravil, bodisi o opustitvi zdravljenja.

4.1.1 PREPRIČANJA, POVEZANA Z ZDRAVJEM

Fradkinova in Firestone (1986; po Sarafino, 1990) sta ugotavljala vpliv mišljenja na počutje in odkrila znaten upad simptomov zaradi spremembe v prepričanju preizkušancev. Ajzen in Fishbein (1980; po Sarafino, 1990) trdita, da je vedenje, povezano z zdravjem, mogoče najbolj pravilno napovedati, če poznamo namere ljudi. Svojo tezo sta razširila v **model razumne akcije**.



Slika 2 Model razumne akcije, ki ga je mogoče uporabiti za razlago specifičnega vedenja, povezanega z zdravjem, npr. telesne vadbe. Vedenje (vadba) je posledica namere ("Začel(a) bom s programom telesne vadbe."), ki jo določata dve vrsti stališč. Ena se nanaša na vedenje ("Vadba mi bo dobro delala.") in je osnovana na dveh vrstah prepričanj o vedenju ("S telesno vadbo bom izboljšal(a) svoje zdravje in postal(a) bolj privlačen(a).") - izid - in "Biti zdrav(a) in prijetnega videza je užitek in zadovoljstvo." - evalvacija vedenja). Druga je subjektivna norma ("Odločitev za vadbo je pravilna."), ki izhaja iz dveh normativnih prepričanj ("Družina in prijatelji menijo, da bi se moral(a) ukvarjati s telesno vadbo." - mnenje Drugih - in motivacija za konformiranje z drugimi: "Želim storiti, kar želijo.").

Aplikacija tega modela v psihologiji zdravja je koristna ter uporabna za razlago različnih vrst vedenja, povezanega z zdravjem (kajenje, telesna aktivnost, vzdrževanje telesne teže). Žal pa model ne pojasnjuje pogostih iracionalnih prepričanj o zdravju (npr. zanemarjanje zdravnikovih napotkov). Poleg tega namere ne rezultirajo zmeraj v vedenju. V modelu razumne akcije manjka tudi vpliv preteklih izkušenj (v zvezi z določenim vedenjem). Mnogi avtorji so namreč ugotovili (po Sarafino, 1990), da so pretekle izkušnje (ukvarjanje z rekreacijo, konzumacija alkohola ipd.) dober prediktor tako zaščitnega vedenja, kot tudi tistega, ki povečuje tveganje za določene bolezni.

Kritiki so odkrili številne omejitve obravnavanega modela. Weinstein (1988) opozarja, da ljudje manj razmišljajo o škodljivosti svojega načina življenja, kot bi si želeli strokovnjaki ali kot bi bilo potrebno. Razmerje med prednostmi in pomanjkljivostmi (izgubami), ki jih prinaša sprememba načina življenja, ni statično in ga lahko omajejo nadvse trivialni dogodki.

4.1.2 VPLIV STRESA NA VEDENJE, POVEZANO Z ZDRAVJEM

Ena temeljnih pomanjkljivosti prejšnjega modela je bila predpostavka o razumnosti in preišljenosti človeških aktivnosti, vendar je vedenje (tudi tisto, povezano z zdravjem) pogosto popolnoma neracionalno. Janis in Mann (1977) in Janis (1984; po Sarafino, 1990) so zato predlagali **model konflikta**, ki zajema racionalne in iracionalne odločitve, povezane z zaščitnim vedenjem. Opisali so stopnje odločanja (o zdravju), pri čemer so upoštevali tudi delovanje stresnih obremenitev in kognicije.

Proces razmišljanja in odločanja o zdravju se (v okviru modela konflikta) prične takrat, ko dogodek v smislu grožnje (simptom bolezni) ali nove možnosti (vabilo na tečaj za odvajanje kajenja) zmoti običajen način življenja, kar vzbudi v intrapsihičnem svetu osebe konfliktno stanje.

1/ **Ocena izziva** - oseba ovrednoti dosedanji način življenja in tveganje, kateremu se izpostavi, če ne uvede nobene spremembe. Če je tveganje zanemarljivo, ohrani običajno vedenje ter s tem zaključi proces odločanja.

2/ **Iskanje alternativnih načlinov** - je posledica nezadovoljstva z dosedanjim vedenjem. Razmišljanje o alternativah je povezano z zahtevami aktualne situacije (izziva).

3/ **Tehtanje alternativ** - preverjanje prednosti in omejitev z namenom, odkriti tisti način, ki je najbolj ustrezen tako za osebo, kot tudi za reševanje konkretnega problema (izziva).

4/ **Sprejemanje odgovornosti** - oseba je osredotočena na končno izbiro, ki je zanjo vse bolj pomembna, ter prične z uresničevanjem sprejete odločitve.

5/ **Vztrajanje kljub negativnim odzivom** - ko oseba sproži proces spreminjanja načina svojega življenja, nemalokrat okleva in dvomi v pravilnost lastnega ravnanja. Vzrok za to so tudi odzivi drugih (npr. negodovanje družinskih članov, če se gospodinja odloči za spremembo prehrane). Dvome je treba razumeti kot posebno vrsto izzivov, ki jih večina po kratkotrajni neodločnosti premaga.

Proces odločanja o spreminjanju načina življenja v smeri boljšega zdravja je mogoče prekiniti na katerikoli od opisanih stopenj. Model konflikta predpostavlja, da vse pomembne odločitve, še posebej pa tiste, ki se nanašajo na zdravje, povzročajo stres, ki izvira iz konfliktna situacije, v kateri se oseba znajde. Ko se odloči za bolj zdrav način življenja, njeno vedenje pomembno določajo tudi strategije, ki jih uporablja za obvladovanje stresa. Po modelu konflikta je percepcija **tveganja, upanja in primerne časa** tisti dejavnik, ki odigra ključno vlogo v procesu odločanja in uresničevanja odločitev, povezanih z bolj zdravim življenjem. Prisotnost ali odsotnost tveganja, upanja in primerne časa ter različnih kombinacij njihovega sočasnega delovanja oblikuje vzorce obvladovanja stresa (reševanja konfliktna situacije).

a/ **Nekonfliktno ohranjanje starega** - kadar oseba oceni, da ji ne preti nobena nevarnost (bolezen), povezana z dosedanjim načinom življenja, doživlja malo (ali nič) stresnih obremenitev ter brez slabe vesti nadaljuje z nespremenjenimi vzorci vedenja.

b/ **Nekonfliktna sprememba** - zanemarljive stresne obremenitve občutijo tudi ljudje, ki ocenijo svoje dosedanje ravnanje kot rizično, odkrijejo pa ustrezne alternative ter jih začnejo uresničevati.

c/ **Obrambno izogibanje** - oseba oceni rizičnost starega in tudi alternativnih načinov vedenja, ob tem pa nima upanja, da bo odkrila še kakšno boljšo možnost. V takšni situaciji je stresna obremenitev huda, zategadelj se oseba izogiba priznanju lastne vloge, odgovornost prelaga na koga drugega, ali pa aktivira intrapsihične obrambe, npr. zanikanje.

d/ **Panika** - kadar je rizična tako dosedanja situacija, kot tudi razpoložljive alternativne možnosti, vendar oseba verjame, da lahko odkrije primerno alternativno rešitev, le časa za to ji primanjkuje, doživlja močan stres in začne reagirati panično - ihtavo išče zeleno možnost ter jo neredko izbere nekritično, še posebej če si od nje obeta takojšnje olajšanje (razbremenitev napetosti).

e/ **Vztrajnost** - oseba ni zadovoljna ne z uveljavljeno prakso ne z izbiro alternativnih rešitev, prepričana pa je, da ima dovolj časa za iskanje zadovoljive alternative, zato doživlja le srednjo stopnjo stresa. V takšnem stanju je zmožna pazljivega ravnanja in racionalne izbire.

Model konflikta ponuja po mnenju Janisa (1984; po Sarafino, 1990) edini konsistentni adaptacijski koncept odločanja (o načinu življenja oziroma o spremembah le-tega, kar za osebo predstavlja konflikt). Nastal je na osnovi velikega števila raziskovalnih podatkov, kar samo po sebi sicer ne zagotavlja posebne prediktivne vrednosti, nedvomna kvaliteta modela pa je upoštevanje stresa kot ključne determinante kakršnihkoli preventivnih akcij, povezanih z "nezdravim" načinom življenja.

4.2 OSEBNOST IN BOLEZEN V BIOPSIHOSOCIALNEM MODELU

Med ljudmi so razširjene številne implicitne (po Musek, 1993) razlage o povezanosti med osebnostjo in različnimi boleznimi. Tako npr. velja za ulkusne bolnike, da so "deloholiki", tisti, ki jih mučijo napadi migrene, so po splošnem ("vsipravijo") prepričanju močno zaskrbljeni (psihologi bi dejali anksiozni), in podobno.

Tudi raziskovalni podatki pričajo o tem, da ima osebnost pomembno (kavzalno) vlogo v nastanku bolezni. Friedman in Booth-Kewley (1988; po Sarafino, 1990) menita, da osebnostne značilnosti, kot so huda anksioznost, depresivnost in jeza (sovražnost) izrazito povečajo dovzetnost za številne bolezni, še posebej bolezni srca. Našteta emocionalna stanja so pogosti sopotniki stresnega dogajanja, na katero se ljudje različno odzivajo. Nekateri obvladujejo stres s pretežno pozitivnimi emocijami, z optimistično naravnostjo in pričakovanji. Verjetnost, da bodo zboleli, je za osebe te vrste manjša, če pa že zbolijo, relativno hitro tudi okrevajo. Sarafino (1990) navaja dramatični primer človeka, ki je ob terminalni diagnozi izrazil popolno nejevero v pravilnost medicinskih izsledkov, ter namesto predpisanih zdravil užival visoke doze vitamina C in več ur dnevno gledal komedije bratov Marx in Laurela in Hardyja ("zdravljenje s smehom"). Stanje se mu je dejansko izboljšalo, kar je bilo (po njegovem mnenju) posledica optimizma, ki je aktiviral telesne resurse za obvladovanje bolezni.

Vedenje, povezano z zdravjem (zaščitno vedenje) je nedvomno determinirano z dvema vidikoma osebne kontrole (po Sarafino, 1990) - z lokusom kontrole in občutkom lastne učinkovitosti.

1/ Lokus kontrole -

internalni lokus kontrole (v primerjavi z eksternalnim) je povezan z večjo pogostnostjo zaščitnega vedenja. Pomembno vlogo ima tudi v poskusih spreminjanja načina življenja (opuščanje kajenja) ter v večji poučenosti o zdravju in dejavnikih, ki ga ogrožajo. Vendar opisane zveze niso zelo močne, saj je mesto kontrole ojačanja le eden od mnogih dejavnikov, ki vplivajo na način življenja. Večji vpliv ima pri osebah, ki visoko vrednotijo svoje zdravje.

2/ *Občutek lastne učinkovitosti* -

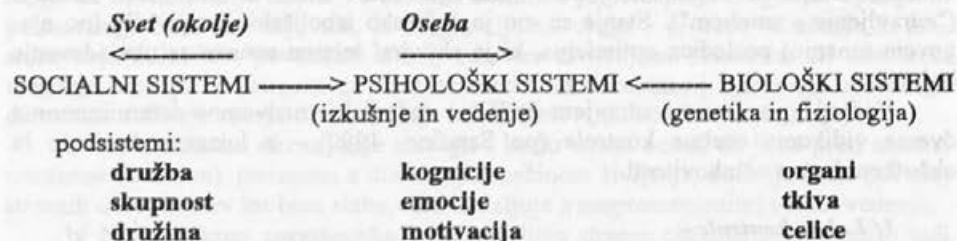
sprememba načina življenja in/ali "zdravo" življenje je nemalokrat hudo naporno in zahtevno, zato je občutek lastne učinkovitosti nadvse dragocena značilnost, saj pogosto olajša odločanje za spremembe ustaljenih oblik vedenja (Bandura, 1986; po Sarafino, 1990). Občutek lastne učinkovitosti se razvija na osnovi preteklih (ne)uspehov in opazovanja ravnanja (in njegovih posledic) drugih. Pri odločanju za zaščitno vedenje upošteva oseba oceno svoje učinkovitosti (glede na pretekle izkušnje), težavnost naloge in socialne komponente (npr. verjetnost socialne podpore). Zavest o lastni učinkovitosti vpliva na zaščitno vedenje, razvade (in njih opuščanje) ter na prevzemanje vloge bolnika. Ljudje, ki verjamejo v svojo učinkovitost, veliko prej (in lažje) prenehajo kaditi, shujšajo oziroma ozdravijo (četudi obolijo za hudimi, kroničnimi boleznimi).

Zaščitno vedenje je nesporno rezultanta kompleksnega medsebojnega vplivanja mnogih biopsihosocialnih dejavnikov, med katerimi zavzemajo posebno mesto spol, starost in sociokulturni okvir.

Sveda odnos med osebnostjo in boleznijo ni enosmeren - tudi bolezen povratno vpliva na osebnost. Globoka depresivnost, brezup, jeza in krčevita anksioznost so lahko najprej posledice bolezni, neredko pa pridobijo sekundarno avtonomijo in vplivajo nazaj na telesno stanje.

5 SODOBNE BIOPSIHOSOCIALNE PERSPEKTIVE

Celostno (holistično) razumevanje človeka zajema tudi kompleksne razlage vzrokov njegovega vedenja ter se pri tem naslanja na sistemske koncepte (Engel, 1980; po Sarafino, 1990). Sistem je dinamična entiteta, sestavljena iz elementov (komponent), ki so v stalni medsebojni interakciji (po Goldner-Vukov, 1988). Tako je s terminom sistem mogoče opisati (označiti) osebnost, skupnost in družbo, v kateri živi ta osebnost (in skupnost), ter dele telesa te osebe (organski sistemi - npr. kardiovaskularni sistem). Vse to so sistemi (dinamične entitete), ki se nenehno spreminjajo, njihovi deli pa so v stalnih medsebojnih zvezah - v smislu pretoka energije, informacij in drugih vsebin (substanc). Sistemi so po kompleksnosti razvrščeni v nivoje. Nivo celic v človeškem organizmu je analogen nivoju osebnosti v družbi.



Slika 3 Vzemna povezanost sistemov (in podsistemov ali sistemov nižjega reda) v biopsihosocialnem modelu. Oseba sestoji iz biološkega in psihosocialnega sistema, ki sta med seboj povezana, vsak od njiju pa zajema podsisteme. Oseba je povezana tudi s socialnimi sistemi zunanjega sveta. Vsi sistemi vplivajo drug na drugega.

Človek se razvija v prepletu procesov razvoja, rasti in zorenja. Vse predhodne stopnje vplivajo na sedanje, te pa na prihodnje. Tudi vloga in pomen zdravja, bolezni

in različnih biopsihosocialnih sistemov se v življenju neke osebe spreminja. Zato je pojave, kot sta zdravje in/ali bolezen neke osebe, nadvse smiselno in ustrezno razumeti in razlagati z vidika dinamike in procesa. Osebnostne značilnosti si je treba ogledati v kontekstu prejšnjega razvoja, dosežene stopnje zrelosti in integriranosti ter možnosti prihodnjega razvoja. Tudi boleznim v različnih starostnih obdobjih se med seboj razlikujejo. Otroci le redko obolijo za kroničnimi boleznimi, pogosto pa jih mučijo prehladi in gripe (kratkotrajne infekcijske bolezni), medtem ko trpijo odrasli in starejši zaradi boleznih srca, raka in kapi.

Biološki sistemi se v procesu staranja spreminjajo na več načinov - v otroštvu se domala vsem organskim sistemom povečajo velikost, moč in učinkovitost, kar vse upade v starosti. Pomembne so spremembe psiholoških - v mislih imamo npr. kognitivni razvoj - in socialnih sistemov oziroma odnosov v teh sistemih. Zelo jasn primer so spremembe vlog - npr. vloga otroka, starša, starega starša (transgeneracijske spremembe), v poklicni karieri spremembe vlog zaradi napredovanja in podobno. Nekatere spremembe v socialnih odnosih so povezane z zdravjem in boleznijo. Zdravje otrok je odgovornost odraslih. V procesu staranja prevzema oseba sama odgovornost za lastno zdravje. Sodobna biopsihosocialna perspektiva je opredelila vlogo vseh treh konstitutivnih dejavnikov (po Sarafino, 1990).

1/ Vloga bioloških dejavnikov -

ti dejavniki zajemajo genetske materiale in procese, na osnovi katerih je mogoče dedovanje značilnosti staršev. Vključujejo tudi vidike fiziološkega funkcioniranja (morebitne strukturalne defekte, značilnosti imunskega sistema, alergijski potencial in podobno). Človeško telo je izjemno kompleksen sistem, sestavljen iz organov, tkiv, celic, molekul in atomov. Zdravo, učinkovito in uspešno delovanje tega sistema je odvisno tako od funkcioniranja naštetih komponent, kakor tudi od njihovih vzajemnih interakcij.

2/ Vloga psiholoških dejavnikov -

ko smo opisali vlogo načina življenja in osebnosti v zdravju in bolezni, smo se psiholoških dejavnikov, ki zajemajo kognicijo, emocije in motivacijo, že dotaknili. **Kognicijo** je mogoče najbolj preprosto opredeliti kot mentalno aktivnost (po Pečjak, 1975), ki združuje percepcijo, učenje, spomin, mišljenje, reševanje problemov ipd. Kognitivni procesi sodelujejo v oblikovanju odnosa do zdravja, do posameznih razvad, simptomov in znakov.

Emocije (po Lamovec, 1984) so subjektivni občutki (stanja), ki so obojesmerno povezani z mišljenjem, vedenjem in fiziološkimi procesi. Na zdravje lahko vplivajo na mnogo načinov - optimistični (pretežno pozitivno čustvujoči) ljudje redkeje obolevajo in hitreje ozdravljajo, osebe, ki se bojijo zdravnika ali zobozdravnika, odlagajo obisk pri njem, dasiravno bi potrebovali medicinske usluge ipd. **Motivacijo** je mogoče razumeti kot način razlage vzrokov vedenja (po Lamovec, 1987) v smislu izvora oziroma povoda, usmerjenosti in trajanja neke dejavnosti. Oseba, ki je motivirana za ozdravitev (kar je navadno, ni pa nujno ali samo po sebi umevno), veliko bolj prizadevno upošteva navodila ter sodeluje v rehabilitaciji.

3/ Vloga socialnih dejavnikov -

vsakdo živi v nekem socialnem okolju, vzdržuje stike s posamezniki in skupinami in je v stalni interakciji z vsemi komponentami socialnega sveta (slika 3), dasiravno se tega ne zaveda zmeraj. Posameznikovega socialnega sveta ne tvorijo le družinski člani, prijatelji ali znanci. Ljudje, s katerimi prihaja v stik, pripadajo neki skup-

nosti, kulturi, družbi, narodu - gre za različne nivoje in socialne sfere, vse v vzajemni povezanosti. Na zdravje osebe vpliva družba prek vrednostnega sistema, ki ga pogosto v obliki različnih sporočil posredujejo mediji. Ti lahko odigrajo zelo pomembno vlogo v zdravstveni promociji, čeprav se to ne dogaja zmeraj.

Običajno vzpostavljajo ljudje najbolj tesne in kontinuirane odnose s člani svoje družine. Družina je osrednje gibalno (agens) socializacije (po Rot, 1983; Zvonarevič, 1981) in vpliva tudi na velik del vedenja, povezanega z zdravjem.

6 UMESTITEV PSIHOSOMATSKIH KONCEPTOV V BIOPSIHOSOCIALNI MODEL ZDRAVJA

Ljudsko izročilo nam v mnogih pesmih, rekih (srce mu je počilo od žalosti; glava me boli od skrbi) in drugih stvaritvah posreduje spoznanje, da lahko psihične obremenitve povzročijo ne samo bolezen, ampak celo smrt. Dolgo obdobje iskanja specifičnih vzrokov bolezni, ki je imelo za posledico posebno, usmerjeno, navadno medikamentozno zdravljenje, je sicer odrinilo celovito gledanje na bolezen in bolnika, ni pa zadušilo ideje o vplivu psihičnih procesov in življenjskega stila na človekovo zdravje. K temu je prispevala nezmožnost odkriti vzroke nekaterih bolezni ter jih klasificirati, kar je uvedlo novo kategorijo "psihosomatskih motenj in težav". 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. Opisano je opravičilo stališče, da so socialni in psihični dejavniki pomembni v etiologiji, razvoju in zdravljenju telesnih bolezni.

Tako številnih bolezni ni več mogoče razumeti kot nekakšna "nenadna" dogajanja. Očitno ne gre za trenutni dogodek, ampak za proces, ki lahko traja več let, preden se pojavijo "opazni" (dokazljivi, prepoznavni) simptomi. Zato velja pravilo, da je potrebno preučiti vsaj pet do sedem let bolnikovega življenja pred "izbruhom" bolezni. V tem času naj bi bili ("prihodnji") bolniki dovtetnejši tako za fizična, kot za psihična dogajanja (splošna vulnerabilnost za notranje in zunanje dogodke), kar (po mnenju številnih avtorjev) izzove bolezenske reakcije v tistih delih (sistemih), ki so pri določeni osebi najšibkejši. Marsikateri simptomi in neredke telesne bolezni so v tem smislu posledice kopičenja težavnih življenjskih situacij, prepletanja sedanosti 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. Psihosomatske bolezni so skušale razložiti številne teorije in neredki (zlasti analitično orientirani) avtorji, vendar do sedaj še ni prišlo do takšnega konsenza med teoretiki in praktiki, ki bi potrdil vrednost, prednost in/ali veljavnost določenega koncepta. Zdi se, da se je temu položaju še najbolj približala integracija psihodinamskega in systemskega razumevanja človeka in bolezni. Ta teoretična izhodišča so nam tudi najbolj domača, zagadatelj se velik del naših razmišljanj, ugotovitev in razlag giblje v tem okviru, s čimer pa ne zanikamo vrednosti, pravilnosti in/ali uspešnosti drugih modelov.

Človekovo življenje razumemo kot razvoj, ki poteka v stadijih od fetalne, prek otroške, mladostniške, zrele in starostne faze do smrti. Vsaka faza ima svoje zakonitosti, procese in tudi bolezni. Načini odzivanja, dovzetnost (vulnerabilnost) za bolezen se spreminjajo in utrjujejo skozi najrazličnejše izkušnje. Med vsemi dejavniki, ki vplivajo na pojav, potek in izid bolezni, ima preteklost posebno vlogo, dasiravno kažejo medicinske statistike, da imajo nekatere bolezni (npr. bolezni srca) največjo pogostnost pojavljanja pri določeni starosti.

6.1 VLOGA PSIHOLOGIJE V RAZUMEVANJU PSIHOSOMATSKIH BOLEZNI

Ideje o povezanosti psihologije in medicine segajo v čas antične Grčije, posebej prodorne pa so postale v dvajsetem stoletju v nekaterih Freudovih delih, posvečenih primerom pacientov s telesnimi simptomi brez organskih korelatov (poškodb). Freud (1987) je menil, da so simptomi posledica konverzije nezavednih emocionalnih konfliktov. Prizadevanja, pojasniti soigro med emocionalnimi dejavniki in telesnimi procesi, so rezultirala v konceptih **psihosomatske medicine**.

Ta je bila sprva usmerjena v psihoanalitično razlago specifičnih motenj, kot so ulkus, visok krvni pritisk, astma, migrena in revmatoidni artritis. V šestdesetih letih so v psihosomatsko medicino prodrli novi pristopi in teorije, njen okvir se je razširil ter zajel kompleksne interakcije med psihološkimi in socialnimi dejavniki, biološkimi in fiziološkimi funkcijami ter nastankom in potekom bolezni, meni Lipowski (1986; po Sarafino, 1990).

V začetku sedemdesetih let se je v ZDA poglobilo preučevanje vloge psiholoških dejavnikov v razvoju bolezni in se izoblikovalo v **vedenjsko medicino** (behavioral medicine). Behavioristični principi in postopki (klasično in operantno pogojevanje) so doživeli velik uspeh v modifikaciji nekaterih vedenjskih problemov (kot so jih definirali - npr. pretirane ješčnosti) in emocionalnih stanj (anksioznosti in specifičnih bojzani). Sočasno so fiziologi dokazali, kako psihične spremembe - zlasti emocije - vplivajo na telesne funkcije (npr. na krvni pritisk), nekateri avtorji pa so potrdili (Miller, 1978; po Sarafino, 1990), da se lahko človek nauči kontrolirati takorekoč katerikoli fiziološki sistem s pomočjo feedbacka. Opisano je pokazalo, da je zveza med duševnim in telesnim veliko bolj tesna, kar je močno načelo takrat še prevladujoči (in veljavni) biomedicinski model. Behavioralna medicina se je preobrazila v multidisciplinarno vedo, ki je zajela psihologijo, sociologijo in mnoge veje medicine, ter se usmerila v raziskovanje različnih vidikov zdravja - preventive, diagnostike, tretmana in rehabilitacije.

Znotraj psihologije se je v poznih sedemdesetih letih v ZDA začela konstituirati **psihologija zdravja** (health psychology). Matarazzo (1982; po Sarafino, 1990) jo je opisal kot agregat posebnih izobraževalnih, znanstvenih in strokovnih prispevkov psihologije k promociji in širjenju zdravja, preventivi in tretmanu bolezni, k identifikaciji etioloških in diagnostičnih korelatov zdravja, bolezni (in s tem povezanih disfunkcij) ter k izboljšanju sistema zdravstvenega varstva in zdravstvene politike.

Osnovna razlika med psihosomatsko in behavioralno medicino in psihologijo zdravja je v stopnji njihove interdisciplinarnosti. Prva je najtesneje navezana na medicino, posebej psihiatrijo. Behavioralna medicina je najbolj kompleksna in zategadelj interdisciplinarna, saj v svoje raziskave vključuje znanje (strokovnjake) najširšega kroga znanstvenih disciplin. Psihologija zdravja pa je najbolj "psihološka" in zajema izsledke klinične, razvojne, eksperimentalne, obče in socialne psihologije. Vse tri usmeritve so ločene bolj ali manj le v organizacijskem smislu, delijo pa skupno

razumevanje bolezni kot posledice soigre med biološkimi, psihološkimi in socialnimi dejavniki.

6.2 OPREDELITEV PSIHOSOMATSKIH BOLEZNI

Svetovna zdravstvena organizacija (WHO) je v svojem poročilu iz leta 1964 (po Bloom, 1988) priporočila, naj ne bi govorili o psihogenih in somatogenih boleznih, marveč smo o boleznih, saj predstavljajo psihični in fiziološki procesi le dve (med seboj povezani) plati istega pojava. Zategadelj naj bi bilo edino smiselno in upravičeno razmišljati preprosto o bolezni.

Tako je sodobna psihosomatika način celovitega opisovanja in razumevanja človeka in njegove bolezni, kjer ključno vlogo v razvoju odigrajo psihični dejavniki, za katere so številni klinični, eksperimentalni in znanstveni izsledki potrdili pomembno mesto v patogenezi. Psihodinamski okvir postavlja človekovo osebnost, konstitucijo, dedne zasnove, strukturo, socialno okolje in fenomen bolezni v stalno interakcijo. Milčinski (1986) je opredelil psihosomatske bolezni po štirih kriterijih: to so **materialne okvare** na organih (organskih sistemih), ki so pod kontrolo **vegetativnega živčevja**, ter so posledica **globoko izrinjenih konfliktnih vsebin** iz **oralne** in **analne** faze. Za razliko od psihosomatskih obolenj, so **organske nevrose** funkcionalne motnje organov (organskih sistemov) - brez organskega substrata - navadno se razvijajo 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).

Psihosomatski pristop zajema vse večje število bolezni (po Cividini-Stranić, 1975; Milčinski, 1986). V **interni medicini** so najbolj pogoste in opazne: hipertenzija, hipotenzija, koronarna skleroza (managerska bolezen), paroksizmalna tahikardija, nervozna anoreksija, hipertireoza in pretirana debelost (kot antipod anoreksiji). V **gastroenterologiji** gre za peptični ulkus, spastični kolitis in kolitis z obstipacijo ali diarejo. Pri boleznih **respiratornega** trakta uvrščamo med psihosomatske bronhialno astmo, spastični bronhitis in vazomotorni rinitis. V obsežno polje psihosomatike spadajo nekatere bolezni **urogenitalnega** sistema (vaginalni fluor, prostatitis), kakor tudi mnogi problemi **dermatologije**, saj se vloga kože kot izpostavljenega organa emocionalnih manifestacij izraža skozi razne ekceme, nevrodermitise, urtikarije in podobno. Vse večje pozornosti so deležne psihosomatske reakcije otroka, zategadelj psihosomatika vedno bolj izstopa v **pediatriji**, pa tudi v **porodništvu**, kjer v vedno večji meri upoštevajo povezanost emocionalnih in telesnih odzivov.

Moderno raziskovanje psihosomatike skuša pojasniti sovplivanje psihičnih procesov na telesne pojave (Mitscherlich; po Nastovič, 1984), 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.

Pojmovanje, da je vsaka bolezen psihosomatska (vedno delujejo psihični dejavniki), rezultira v opredelitvi psihosomatskih bolezni v **širšem** smislu, psihosomatske motnje v **ožjem** smislu pa so primarno determinirane z vplivom nezavednih emocij. Organska nevrosa lahko predstavlja uvod v psihosomatsko obolenje (Milčinski, 1986). Integracijski model nastanka bolezni (Adamović, 1983) postavlja v izhodišče **emocionalne motnje**, ki se prek **funkcionalnih motenj** in **organskih poškodb** manifestirajo s **somatskimi simptomi**.

VIRI

- Adamović, V.: Emocije i telesne bolesti. Nolit, Beograd, 1983.
- Argyle, M.: The social psychology of everyday life. Routledge, London-New York, 1992.
- 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.
- Cividini-Stranić, E.: Psihodinamika i klinička slika psihosomatskih reakcija. V: Blažević, D. in sod. (ur.): Dinamska psihologija i psihoterapija. Sveučilište u Zagrebu, Zagreb, 1975, 175-206.
- Chevalier, J., Gheerbrant, A.: Rječnik simbola. Nakladni zavod Matice hrvatske, Zagreb, 1987.
- Čačinović-Vogrinić, G.: Samoaktualizacijska teorija Abrahama Maslowa. V: Lamovec, T., Musek, J., Pečjak, V. (ur.): Teorije osebnosti. Cankarjeva založba, Ljubljana, 1975, 293-305.
- Freud, S.: Pronadena psihoanaliza. Odlomak analize jednog slučaja hysterije (Dora), 1905. Naprijed, Zagreb, 1987, 7-112.
- Gallagher, R.M.: Training issues at the Interface between Consultation-Liaison Psychiatry and Behavioral Medicine. V: Hale, M.S. (ed.): Methods in Teaching Consultation-Liaison Psychiatry. Adv. Psychosom. Med. Karger, Basel, 1990, 20, 33-52.
- Goldner-Vukov, M.: Porodica u krizi. Medicinska knjiga, Beograd-Zagreb, 1988.
- Lamovec, T.: Emocije. Filozofska fakulteta Ljubljana, Ljubljana, 1984.
- Lamovec, T.: Motivacija. Filozofska fakulteta Ljubljana, Ljubljana, 1987.
- Leigh, H.: The evolution of psychosomatic medicine and Consultation-Liaison Psychiatry. Adv. psychosom. Med., Karger, Basel, 1983, 11, 1-22.
- Matarazzo, J.D., Leckliter, I.N.: Behavioral health: the role of good and bad habits in health and illness. V: Maes, S., Spielberger, C.D., Defares, P.B., Sarason, I.G. (ur.): Topics in Health Psychology. John Wiley & Sons, Chichester-New York-Brisbane-Toronto-Singapore, 1988, 3-21.
- Milčinski, L.: Psihosomatska obolenja. Psihijatrija. DZS, Ljubljana, 1986.
- Musek, J.: Osebnost. DDU Univerzum, Ljubljana, 1982.
- Musek, J.: Znanstvena podoba osebnosti. Educy d.o.o., Ljubljana, 1993.
- Nastović, I.: Neurotski sindromi. Dječje novine, Gornji Milanovac, 1984.
- Pečjak, V.: Psihologija spoznavanja. DZS, Ljubljana, 1975.
- Rot, N.: Osnovi socijalne psihologije. Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd, 1983.
- Sarafino, E.P.: Health Psychology: Biopsychosocial Interactions. John Wiley & Sons, New York-Chichester-Brisbane-Toronto-Singapore, 1990.
- Sheridan, C.L., Radmacher, S.A.: Health Psychology. Challenging the Biomedical Model. John Wiley & Sons, New York-Chichester-Brisbane-Toronto-Singapore, 1992.
- Sruk, V.: Mali filozofski leksikon. Založba Obzorja, Maribor, 1985.
- Weiner, H.: The dynamics of the organism: Implications of recent biological thought for psychosomatic theory and research. Psychosom. Med., 1989, 51, 608-635.
- Zvonarević, M.: Socijalna psihologija. Školska knjiga, Zagreb, 1981.