

# VPLIV PSIHIČNIH IN SOCIALNIH FAKTORJEV NA OBREMENJENOST BOLNIC Z GINEKOLOŠKIM MALIGNOMOM TER NJIHOVI NAČINI SPOPRIJEMANJA Z NJO

Zdenka Rakovec Felser\*

## POVZETEK

V prispevku je v grobem obrisu predstavljena analiza bolezenske situacije bolnic z ginekološkim malignomom. Njihovo soočenje z boleznijo kot je rak, in to z vsemi kasneje predvidenimi terapevtskimi ukrepi, je predstavljena kot stresna situacija, v kateri nas je najbolj zanimal nivo, slog oz. strategije spoprijemanja z njo. Poznavanje procesov obrambnega reagiranja in procesov obvladovanja te situacije naj bi omogočilo oblikovanje ustreznega psihosocialnega tretmana te skupine bolnic.

## THE EFFECTS OF PSYCHOSOCIAL FACTORS ON STRESS IN PATIENTS WITH GYNECOLOGIC MALIGNANCY AND THEIR MANNER OF COPING WITH IT

## ABSTRACT

The present paper is a rough outline presenting the analysis of the disease situation in patients with gynecologic malignancy. Their confrontation with a disease such as cancer, including all later anticipated therapeutic measures, is presented as a stress situation in which the level or manner of tackling it was most interesting. Knowledge of the processes of defensive reaction as well as of the processes of coping with this situation should make the formation of an adequate psychosocial treatment of this group of patients possible.

## METODOLOŠKI PRISTOP

Ko smo načrtovali raziskavo vrste in obsega obremenitev pri bolnicah z ginekološkim malignomom, smo glede njihove bolezenske situacije predvidevali naslednje:

\* Splošna bolnica Maribor, Ljubljanska 5, Maribor

domnevali smo, da že sporočilo diagnoze 'rakasta tvorba' bolnico obremeni oz. sproži krizo soočanja, ki se kasneje poleže, reaktivirajo pa jo lahko vsi kasnejši nepričakovani zapleti v poteku bolezni in njenega zdravljenja;

predvidevali smo, da so vrste in obseg obremenitev odvisne od stadija bolezni, saj je na fazo razširjenosti bolezni vezana prognostična ocena bolniničnega stanja;

predvidevali smo, da sta vrsta in obseg obremenitev odvisni od časovnega intervala, ki je pretekel od sporočila oz. odkritja bolezni do trenutka zajetja; čim več časa je preteklo od začetne krize v soočenju, več je bilo možnosti za obvladovanje krize.

V domnevni obremenilni situaciji bolnic smo pričakovali obremenitve na področjih, kot so:

- fizično počutje,
- delovna zmogljivost,
- bojazni,
- psihično počutje,
- informiranost, odnos z zdravnikom,
- odnos s partnerjem,
- odnos z družinskimi člani,
- odnos z ljudmi v okolju.

Področja domnevnih situacijskih obremenitev smo natančneje opredelili, tovrstno možno situacijsko ogroženost pa nato dopolnili še s subjektivnimi vidiki obremenjenosti. Predvidevali smo, da sta stopnja in vrsta obremenjenosti odvisni od:

- starosti bolnic,
- stanu,
- socialnega statusa,
- števila otrok,
- bivalnega okolja (mestno, podeželje).

Razen navedenih faktorjev pa smo pri analizirani problematiki predvideli še vpliv naslednjih subjektivnih dejavnikov:

- otroške dobe oz. obremenitve v odnosu otrok - starši
- t.i. rizične osebnosti
- objektivnih izgub v obdobju zadnjih 5 let pred izbruhom bolezni

Pri tem smo namreč upoštevali navedbe številnih avtorjev s področja psihoonkologije, ki menijo, da:

- globalna motenost zgodnjih otroških pozitivnih odnosov vodi h kasnejši nagnjenosti k depresiji, k stanju brezupa ter občutjem socialne izolacije;
- nadkompenzirana prilagojenost v dobi odraslosti vodi h kroničnemu potlačevanju in negiranju;
- izguba objektivnega odnosa v obdobju odraslosti ima lahko za posameznika poseben pomen in zato vodi do osebnotne oz. telesne dekompenzacije. Neuspeli poskus ponovne kompenzacije sproža latentna občutja brezupa in brez izhodnosti, kar povzroča spremembe v imunološki kontroli, in vodi k izbruhu rakaste bolezni.

Kot je razvidno, smo problem subjektivnih činiteljev obremenjenosti bolnic poskušali zajeti tako v prečnem kot tudi v podolžnem prerezu.

Razen same psihosocialne obremenjenosti nas je zanimalo še vprašanje, kako se bolnice spoprijemajo z njo. Izhajali smo namreč iz predpostavke, da se poskušo pasivno oz. aktivno. Zanimalo nas je, ali se bolnice odzivajo na svojo stresno situacijo, s katerimi obrambnimi mehanizmi se odzivajo, in še posebej, kakšne načine spoprijemanja uporabljajo na vseh treh možnih nivojih poravnave - kognitivnem, emocionalnem, vedenjskem. Predvidevali smo skupno 24 možnih strategij z bolj ali manj izraženo ekternaliteto, internaliteto oz. s prisotnim fatalizmom:

- |                                  |                                   |
|----------------------------------|-----------------------------------|
| - vzdrževanje drže, stoičnost    | - iskanje informacij              |
| - samoobtoževanje                | - čustveno odreagirano            |
| - kontrola čustev in reakcij     | - depresivna predelava, fatalizem |
| - relativiziranje s primerjavami | - umik, beg                       |
| - analiza problema in ocena      | - socialni umik                   |
| - izogibanje soočenju, beg       | - fatalizem                       |
| - optimistične strategije        | - odpor, samopomilovanje          |
| - sprejetje                      | - nadomestna zadovoljstva         |
| - trma, upornost                 | - iskanje opore                   |
| - načrtovano ravnanje            | - regresivne težnje               |
| - prevzemanje odgovornosti       | - pozitivno prevrednotenje        |
| - pasivno prepuščanje            | - naravnost v prihodnost          |

Glede na to smo v raziskavi izhajali torej iz naslednjih osnovnih hipotez:

- Soočenje z boleznijo, kot je rak, posameznika večplastno obremeni.
- Posameznikova obremenjenost je odvisna od situacijskih (objektivnih) in subjektivnih faktorjev.
- Kriza soočanja z boleznijo sproži specifične obrambne mehanizme.
- Bolezenska situacija in osebostni činitelji oblikujejo specifične načine psihološkega poravnavanja z obremenitvami.
- Določena osebostna strukturiranost z značilnim obrambnim in poravnalnim odzivanjem zahteva določene oblike psiholoških intervencij.

Navedene osnovne hipoteze smo preverili v skupini 51 bolnic z ginekološkim malignomom, in to v vseh štirih možnih stadijih bolezni in v dveh različnih fazah zdravljenja (do 2 meseca po odkritju bolezni, od dveh mesecev od dobe dveh let od odkritja). V ta namen smo oblikovali vprašalnik psihosocialne obremenjenosti in spoprijemanja z njo, pri tem pa so nam v oporo služili naslednji že obstoječi vprašalniki:

- Biografski vprašalnik M. Blohmke (oddelek za medicino dela in socialno medicino Univerze Heidelberg);
- K-U-P-S vprašalnik (Otto Selz institut za psihologijo in pedagoške znanosti, Oddelek za psihologijo Univerze Mannheim);
- Vprašalnik psihosocialne obremenjenosti P. Herschbach, G. Heinrich (Max Planck institut za psihiatrijo, Oddelek za psihologijo, München).

Razen vprašalnika, ki zajema področja

- sociodemografskih podatkov,
- obdobja otroštva, obremenitev v otroški dobi,
- doživljanja sebe, ego funkcije in obrambe,

- obremenjenosti avtonomnega živčnega sistema
- izgube, spremembe življenjskega položaja za obdobje 5 let pred izbruhom bolezni,
- aktualne socialne situacije,
- psihofizične obremenjenosti z boleznijo in obrambe,
- oblike spoprijemanja,
- smo pri vključenih bolnicah aplicirali še Plutchikov Profil indeks emocij (PIE).

## ZBRANI PODATKI IN ZALJUČKI:

Podatki, ki smo jih zbrali o bolnicah s pomočjo vprašalnika psihosocialne obremenjenosti in PIE-preizkušnje, odkrivajo določene posebnosti v osebnostni strukturiranosti bolnic, kažejo na obseg oziroma vrsto obremenjenosti, pa tudi na načine njihovega obrambnega in poravnalnega vedenja. Potrjujejo psihosocialno ogroženost bolnic med boleznijo in njenim zdravljenjem, zlasti še v prvi fazi soočanja z boleznijo in njenimi posledicami.

Porušeno duševno ravnovesje se kaže predvsem v stopnjevani anksioznosti in v spremenjenem počutju oziroma razpoloženju, ima pa določene učinke tudi na kontakte z drugimi ljudmi. Kot kaže, so bolnice v svoji negotovi situaciji senzibilizirane na vedenje drugih oseb, pri tem pa svojevrstno krizo najverjetneje preživljajo tudi drugi, zlasti še njihovi bližnji. Najverjetneje eno in drugo bistveno naruši spontanost medosebnega komuniciranja, bolnice pa napolni z mučnim občutjem socialne odtujenosti.

Specifična osebnostna strukturiranost vpliva na načine obrambnega odzivanja, na oblike prilagajanja, spopadanja in obvladovanja krize. Relativno odtujen odnos do sebe, pasivna odvisnost, ki jo bolnice izkazujejo; vse to jih vodi k dokaj pogostemu zanikanju, pa tudi k izogibanju in begu pred morebitnimi konfrontacijami.

Takšen obrambni stil sooblikuje določene načine spoprijemanja. Stopnjevano napetost pacientke dušijo, svojih čustvenih stanj v glavnem ne izražajo, pač pa jih poskušajo nasilno prikriti. Lahko bi rekli, da se naravnost krčevito oprijemajo poze. Pri meni je vse v redu. Svojo stisko pretežno stoično prenašajo.

Pri tem so v posebnem položaju bolnice z višjo stopnjo objektivne prizadetosti. Njihovo notranje ravnovesje je močnejše načeto, porajajoče tenzije težje obvladujejo in tako težje kot druge vzdržujejo tudi zunanji videz.

V kognitivnih in vedenjskih vzorcih prevladujejo, zlasti na začetku ob soočenju, strategije pasivnega prepuščanja. Bolj kot internaliteta sta v procesu spoprijemanja poudarjena eksternaliteta in fatalizem (iVsa moja usoda je zdaj v zdravnikovih rokah in iUsoda je v božjih rokah, nihče ji ne uteče!).

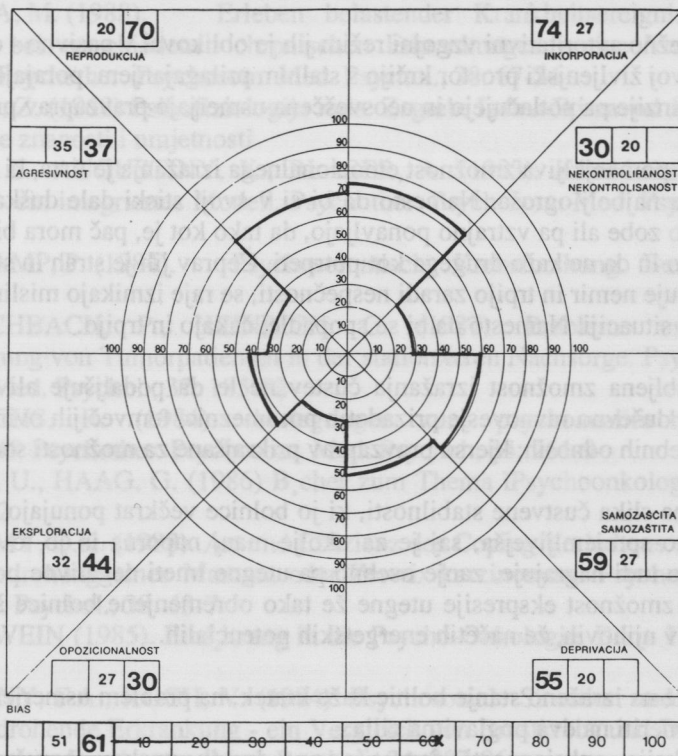
V odnosu do lastne situacije razvijejo bolnice sčasoma upornejšo naravnost. Svoj novi položaj so zmožne sprejeti in zavzeti do njega odgovornejši odnos. Toda, ker krize niti emocionalno niti mentalno prav ne predelajo, je novo doseženo ravnovesje krhko. Glede na to, da se bolj prilagodijo, kot pa prevrednotijo svoj položaj, lahko domnevamo, da je novo ravnovesje labilno in odvisno od morebitnih nenadejanih zapletov v procesih zdravljenja.

# PIE

PRIMEK IN IME  
PREZIME I IME

ZAKLJUČEK:  
ZAKLJUČAK:

## BOLNICE S GINEKOLOŠKIM MALIGNOMOM N=51



ZAVOD SRZ ZA PRODUKTIVNOST DELA  
CENTER ZA PSIHODIAGNOSTICNA SREDSTVA

Western Psychological Services, Los Angeles, California — Copyright  
1973 za SFRJ Zavod SR Slovenije za produktivnost dela Ljubljana.  
Center za psihodiagnostična sredstva. Testiranje in razmnoževanje ni  
dovoljeno. — Blampanje in umnoževanje je zabranjeno.

OVERBACK, G. (1979). Was ist psychosomatische Psychotherapie? Psychother. Psychosom. Med. Psychol., 29: 160-72.

Essen: Springer Verlag.

raku. Zbornik predavaj XVI. posvetovanja psihologov Slovenije.

Krebsforschung, Psychother. Psychosom. Med. Psychol., 28: 1-10.

SCHFFEL, W. (1975). Arbeitsansätze in der heutigen Psychotherapie: Angst. Psychother. Psychosom. Med. Psychol., 25: 1-10.

Značilen prevladujoč stil obrambnega in poravnalnega vedenja bolnic kaže na njihov dokaj šibak ego. Namreč prav takšen, pomanjkljivo oblikovan ego, nezmožen resnejših konfrontacij, potrebuje močno prisotne obrambe. To pa je v našem primeru več kot očitno.

Da je bil proces individualizacije zgodaj prekinjen, potrjujejo podatki, po katerih so bolnice sicer odrasle v formalno urejenih okoljih, vendar pa pograšale toplino in razumevanje.

Pretežno avtoritativni vzgojni režim jih je oblikoval v pasivno - odvisne osebnosti, ki svoj življenjski prostor krčijo s stalnim prilagajanjem, porajajoča nezadovoljstva in tenzije pa potlačujejo in neosveščena usmerjajo pravzaprav proti sebi.

Prav pomanjkljiva zmožnost emocionalnega izražanja je tista, ki bolnice v statusu bolnika najbolj ogroša. Namesto da bi si v svoji stiski dale duška, se izkričale, le stiskajo zobe ali pa vztrajno ponavljajo, da tako kot je, pač mora biti, da jim je tako usojeno in da ne kaže drugega kot potrpeti. Čeprav jih je strah in so potrte ali pa jih obvladuje nemir in trpijo zaradi nespečnosti, se raje izmikajo mislim in razgovorom o svoji situaciji. Namesto da bi se spopadle, čakajo in trpijo.

Oslabljenost zmožnosti izražanja čustev ne le da podaljšuje ali pa vedno znova ogroža duševno ravnovesje prizadetih posameznic, temveč jih ovira tudi v njihovih medosebnih odnosih, kjer so pravzaprav prikrajšane za možnosti socialne podpore.

Lažna slika čustvene stabilnosti, ki jo bolnice večkrat ponujajo okolju, je morda socialno sprejemljivejša, saj je za okolje manj naporna in jo to okolje prav zato pogosto tudi nagraduje, zanje osebno pa utegne imeti negativne posledice. Pomanjkljiva zmožnost ekspresije utegne že tako obremenjene bolnice še dodatno obremeniti v njihovih, že načetih energetskih potencialih.

Glede na izraženo stanje bolnic kaže kratek, na problem usmerjen psihološki tretman, usmeriti na dva poglobljena cilja:

redukcijo anksioznosti depresije oz. drugih znakov porušenega duševnega ravnovesja;

databuiziranje bolezni rak, vzpostavitev pozitivnejšega odnosa, spodbuditev bolnikovega borbenega duha.

Za doseganje teh ciljev naj bi pri pacientkah uporabili naslednje splošne strategije:

spodbuditev emocionalne ekspresije;

razvijanje zmožnosti oz. vzpostavitev kontrole nad lastnim življenjem ter spodbujanje njene aktivne udeležbe v tretmanu bolezni;

pomoč pri učenju učinkovitejših strategij pri spoprijemanju s problemi, vezanimi na bolezen;

pomoč pri komunikacijskih problemih v odnosih pacient - ožje okolje ter v odnosih pacient - širše družbeno okolje.

Posebno pozornost gre v primeru tretmana posvetiti rigidnejšim obrambnim naravnostim teh bolnic. Kot pri mnogih osebah s psihoterapevtskimi motnjami ali disfunkcijami kaže vlogo obrambnega ravnanja teh bolnic individualno oceniti glede na jakost njihovega ega (pa tudi prognozo bolezni!) in glede na to zavzeti do

njih dopustljivejše oz. previdnejše stališče (za razliko od psihoterapevtskega tretmana nevrotičnih oseb npr.)!

## LITERATURA

- ADAMOVIJ (1983). Emocije i telesne bolesti. Beograd: Nolit
- B÷HM, A., DONY, M. (1984). Copingverhalten in der präoperativen Phase. Psychother. Psychosom. Med. Psychol., 34: 261-304
- BRODA, M. (1988). Erleben belastender Krankheitsereignisse und Verarbeitung bei verschiedenen chronischen Erkrankungen - eine Vergleichsuntersuchung. Psychother. Psychosom. Med. Psychol., 38: 67-74
- BUJAS, Z. (1968) Psihofiziologija rada. Zagreb: Izdavački zavod Jugoslovenske Akademije znanosti i umjetnosti
- HEIM, E., AUGUSTINY, K., BLASER, A. (1983). Krankheitsbewältigung (Coping) - ein integriertes Modell. Psychother. Psychosom. Med. Psychol., 33: 35-40
- HELKAMP, P. (1984). Psychosomatische Krebsforschung. Bern: H. Huber Verlag
- HERSCHBACH, P., HEINRICH, G. (1987). Probleme und Problembewältigung von Tumorpatienten in der stationären Nachsorge. Psychother. Psychosom. Med. Psychol., 37: 185-92
- HINRICH, R. (1984). Überlegungen zum psychoanalytischen Gesundheitsbegriff. Psychother. Psychosom. Med. Psychol., 34: 261-9
- KOCH, U., HAAG, G. (1986) Bucher zum Thema Psychoonkologie (1975-85). 36: 136-42
- LAKOMY, D.K. (1988). Art und Effizienz des Coping Verhaltens der Frau unter der Erstbedrohung eines Mamma oder Zervix-karzinoms. Psychother. Psychosom. Med. Psychol., 38: 43-7
- MEERWEIN (1985). Einführung in die Psycho-Onkologie. Bern: H. Huber Verlag
- MUTHNY, F.A., KOCH, V. (1984). Psychosoziale Situation und Reaktion auf Lebensbedrohende Erkrankung - ein Vergleich von Brustkrebs und Dialyse Patienten Psychother. Psychosom. Med. Psychol., 34: 287-96
- MUTHNY, F.A., KOCH, V., SPAETE, M. (1986). Psychosoziale Auswirkung der Mastektomie und Bedarf an psychosozialer Versorgung - die empirische Untersuchung mit Mamma - Karzinompatientinnen. Psychother. Psychosom. Med. Psychol., 36: 240-9
- OVERBACK, G. (1979). Was ist psychoanalytische Psychosomatik? Psychother. Psychosom. Med. Psychol., 29: 160-72
- QUINT, JANSSEN (1986). Psychotherapie in der psychosomatischen Medizin. Essen: Springer Verlag
- RAKOVEC-FELSER, Z. (1987). Psihoonkološka dejavnost pri ginekološkem raku. Zbornik predavanj XVI. posvetovanja psihologov Slovenije, Radenci
- SCHERG, H. (1986). Zur Kausalitätsfrage in der psychosozialen Krebsforschung. Psychother. Psychosom. Med. Psychol., 36:98-110
- SCHFFEL, W. (1975). Arbeitsansätze in der heutigen Psychosomatik: Angst, Stress, und körperliches Geschehen. Psychother. Psychosom. Med. Psychol., 25: 1-15
- STEPHANOS, S., STEPHANOS, U.A. (1982). Psychosomatische Theorie und Praxis in der Frauenheilkunde. Psychother. Psychosom. Med. Psychol., 32: 101-6

STEPHANOS, S., BIEBL, W., PLAUM, F.G. (1976). Die ambulante analytisch orientierte Psychotherapie bei Patienten mit psychosomatischen Störungen. Psychother. Psychosom. Med. Psychol., 26: 33-43

VALACH, L., AUGUSTINY, K.F., DVORAK, J., BLASER, A. (1988). Coping von rückenoperierten Patienten - psychosoziale Aspekte. Psychother. Psychosom. Med. Psychol., 33: 15-25

WEINER. H. (1983). Gesundheit Krankheitsgefühl und Krankheit - Ansatzpunkte zu einem intervegetativen Verständnis. Psychother. Psychosom. Med. Psychol., 33: 15-25

WEINER. H. (1986). Die Geschichte der Psychosomatischer Medizin und das Leib-Seele Problem in der Medizin. Psychother. Psychosom. Med. Psychol., 36: 361-91

ZIEGLER, G., MÜLLER, F. (1986). Psychische Reaktionen und Krankheitsverarbeitung von Tumorpatienten - weitere Ergebnisse. Psychother. Psychosom. Med. Psychol., 36: 150-18