

PSIHOSOCIALNA OBREMENJENOST KRONIČNEGA TELESNEGA BOLNIKA - PROCESI SPOPRIJEMANJA

Zlatka Rakovec-Felser*

Ključne besede: psihosocialna obremenjenost bolnika, situacijski vidik obremenjenosti, subjektivni vidik obremenjenosti, proces spoprijemanja z obremenjenostjo

POVZETEK

Že v antičnem obdobju je človek, tudi v fazi bolezni, veljal za neločljivo, biopsihosocialno celovito bitje. Šele kasneje uveljevljen linearno kavzalni model zdravja in bolezni je takšno poimenovanje porinil za daljši čas povsem v ozadje.

V zadnjih desetletjih se je v zvezi s pojmovanjem zdravja in bolezni ponovno vse bolj uveljavljal multifaktorski koncept, ki posamezne dejavnike vidi v njihovi stalni, interakcijski zvezi. Tako se tudi telesno bolnemu ni več priznalo le njegove telesne, pač pa prav tako psihosocialno ogroženost. Na bolezensko situacijo, zlasti še na situacijo kroničnega bolnika, se je pričelo gledati kompleksno tudi z vidika njegove emocionalne prizadetosti. Pričenjali so jo dojemati kot stresogeno situacijo, torej kot situacijo, ki dodatno načenja bolnikov obrambni potencial, hkrati pa mu zmanjšuje možnost aktivne soudeležbe pri zdravljenju. V zvezi s problematiko obremenjenosti so pozornost pritegnili tudi procesi soočanja in obvladovanja te obremenjenosti.

Predstavljen prispevek se loteva prav tovrstne tematike. Razen situacijskega in subjektivnega vidika psihosocialne obremenjenosti bolnika posega tudi v problematiko sloga oz. načina spoprijemanja z boleznijo. Pri tem se bolj kot na aspekt socialne adaptiranosti usmerja na vidik individualne učinkovitosti the procesov.

* Splošna bolnišnica Maribor

ABSTRACT

Already antique mentality considered man an inseparable, biopsychosocially whole being, even in the phase of disease. The linear causal model of health and disease, which came into force later, pushed such manner of thinking completely into the background for a longer period of time.

As regards the comprehension of health and disease, during the last decades the multifactor concept, considering the individual factors in their constant interactional connection, has asserted itself increasingly. Thus not only a physical but also a psychosocial threat to the physically ill person was now acknowledged. The disease condition, and above all the condition of the chronic patient, was now considered complexly also from the viewpoint of his emotional involvement. It began to be comprehended as a stressogenic condition, one that additionally weakens the patient's defence potential, at the same time decreasing his possibilities of active participation in the process of treatment. As regards the problems of stress, attention was also drawn to the processes of confrontation, tackling and coping with stress.

The present paper deals with this theme. Apart from the situation dependent and subjective aspect of psychological stress on the patient, it also treats the problem regarding the style or manner in which the patient tackles his disease. Rather than toward the aspect of social adjustment, the paper is oriented toward the aspect of individual effectiveness of the processes.

UVOD

Številni dejavniki, s katerimi se posameznik sooča, spopada oziroma se nanje poskuša prilagoditi, vsi ti številni in po izvoru različni vplivi tako ali drugače mobilizirajo posameznikove obrambne moči ter imajo nanj v končni fazi lahko pozitiven, spodbuden ali pa negativen, obremenjujoč učinek. Kakorkoli že, posameznik se nanje odziva vselej celostno, kot biopsihosocialno bitje. Prisotna bolečina tako ne izzove le značilnih telesnih oz. fizioloških reakcij, pač pa sproži tudi stanje anksioznosti in posameznika zavre v njegovi socialni aktivnosti. Ne le da je posameznik v stanju zvišanega mišičnega tonusa, pospešene srčne akcije, spremenjenega ritma in globine dihanja, pač pa je zaradi prisotne vznemirjenosti še kako senzibiliziran na reakcije okolja.

O stresogenih dejavnikih kot o povzročiteljih bolezni je bilo že veliko napisanega, manj pozornosti pa je bilo doslej namenjeno bolezenski situaciji kot o povzročitelju stresa. In vendar je res, da bolezen posameznika obremeni, večkrat takorekoč čez noč, z negotovostjo, bojaznimi, z občutji nemoči in odvisnosti. Prekinja ga v številnih načrtih in pričakovanjih. Večkrat ga povrh vsega tega še trga iz vajenega okolja, ga oddaljuje od bližnjih oseb, ga onemogoča v akciji, mu spreminja videz, ga poziva v socialno osamo ter ga na takšen ali drugačen način oropa človeškega dostojanstva.

Več kot očitno je torej, da telesni bolnik ni le telesno ogrožen. Ker je celostno bitje in se tako tudi odziva na bolezensko situacijo, je zaradi bolezni tudi psihosocialno ogrožen. Seveda se v zvezi s to problematiko odpira vrsta vprašanj, prednjačita pa naslednji:

- katere in kolikšne so obremenitve, ki jih sproža določena, zlasti še kronično potekajoča bolezenska situacija?
- kakšen je posameznikov delež z ozirom na njegovo individualno specifično odzivanje na bolezen?

Razen teh se zastavljata še naslednji dve vprašanji:

– ali stopnja in vrsta bolnikove psihosocialne obremenjenosti dodatno ne načenja njegovih že tako ogroženih obrambnih potencialov?

– ali stopnja in vrsta bolnikove psihosocialne obremenjenosti ne vpliva na bolnikovo pripravljenost sodelovanja in zmožnost sodelovanja med zdravljenjem?

Ter na koncu še:

– kako se s prisotnimi psihosocialnimi obremenitvami bolniki spoprijemajo?

– ali obstajajo bolj in manj učinkoviti stili spoprijemanja in kaj je tisto, kar odloča o njihovi večji ali manjši učinkovitosti?

PSIHOSOCIALNA OBREMENJENOST BOLNIKA

Situacijski vidik

Vsaka, posebno še kronično potekajoča bolezen, prinaša določene spremembe. Te posameznik občuti zaradi specifičnega poteka bolezni, lahko izvirajo od predpisanih mu diagnostičnih posegov ali pa od terapevtskih ukrepov in priporočenega režima življenja.

Stone in Neal (cit. Beutel, Muthny, 1988) sta oblikovala koncept izhodišč, pri katerih je mogoče oceniti obseg in vrsto obremenitev, ki jih sproža določena bolezen oz. določena bolezenska situacija. Menita, da je potrebno preveriti predvsem naslednje vidike:

pojavnost in posebej še pomen bolezenske situacije,

vrsto, fazo ter jakost in trajanje bolezni,

obseg sprememb, individualno in socialno ne-zaželjenost teh sprememb,

terapevtski tretman, zlasti z vidika trajanja, neprijetnosti, učinkovitosti,

predvidljivost bolezenskega razpleta,

bolnikove možnosti ter kognitivno in instrumentalno kontrolo lastne bolezenske situacije.

Za bolnika torej ni vseeno, ali ima možnost, da se s pojavom bolezni, ki bistveno zarezje v kvaliteto njegovega življenja, postopno sooči, ali pa je v takšno situacijo porinjen čez noč, sredi določenih družinskih, poklicnih, družbenih načrtov in aktivnosti. Tudi ni vseeno, ali ga bolezen eksistenčno ogroža, ali pa mu grozi npr. sprememba telesne sheme. Morda se mora soočiti z omejeno možnostjo gibanja in ga je strah nemoči in odvisnosti. Lahko ga čaka mučen in dolgotrajen proces zdravljenja, ki mobilizira veliko upanja, ki pa zaradi nepredvidljivega razpleta tudi toliko hitreje vodi do stanj razočaranosti in popolne odpovedi. In končno, zaradi pomanjkljivih, dvoumnih oz. nejasnih informacij, je lahko zmeden, išče pojasnila na nepravem mestu in ker ne ve, na kaj vse se mora pripraviti, ga vsi nenadni zasuki oz. poslabšanja zdravstvenega stanja toliko bolj iztirjajo. Ker ni ustrezno informiran, se ne more orientirati in ne aktivno poseči v proces lastnega zdravljenja. Ob izpeljanih medicinskih ukrepih in negi ne more oblikovati še svoj lastni, zaščitni slog življenja.

Subjektivni vidik

Kaj določena bolezen oz. bolezenska situacija za posameznika pomeni, s čim vse ga obremeni, ni odvisno le od situacijskih dejavnikov, pač pa v veliki meri tudi od njegovih individualnih značilnosti. Lahko bi rekli, da je prizadeto osebo potrebno poznati v njenem prečnem in podolžnem, torej aktualnem in razvojnem elementu. Kakšna in kolikšna je njena bolezenska stresna situacija, je končno odvisno ne le od

njenih aktualnih življenjskih razmer, pač pa tudi od življenjskih izkušenj, ki si jih je v preteklosti nabrala, od konstitucijskih in strukturalnih posebnosti njene osebnosti.

Vsako se na določeno bolezensko stanje torej odziva po svoje. Tako se bo npr. posameznik, ki se je že v svoji primarni družini srečal s kardiovaskularno boleznijo, nanjo drugače odzval kot nekdo drug, ki so mu takšne izkušnje neznane.

Tisti, ki je trenutno obremenjen z zakonskimi oz. družinskimi razprtijami, bo s pojavom določene kronično potekajoče bolezni najverjetneje močneje obremenjen kot tisti, ki v stanju porušenega psihofizičnega ravnovesja uživa podporo svojega partnerja oz. družinskega člana. Nekaj podobnega lahko pričakujemo pri osebah, ki živijo v sporih s svojimi sodelavci, s predpostavljenimi, pri tistih, ki jim grozi odpoved na delovnem mestu ipd.

Nepredvidljiva bolezenska situacija bo anankastično osebnostno strukturirano osebo naravnost preplavila s anksioznostjo, še posebno če se bo soočila še z občutji lastne nemoči in odvisnosti.

Drugačno vrsto obremenjenosti lahko pričakujemo npr. pri pretežno konvezivni osebnostni strukturi. Te ne bodo toliko iritirale situacije nedorečenosti in neveljave, pač pa bolj znaki nepozornosti, nenaklonjenosti ter konfrontacija s trdo omejujočo realiteto.

Sicer pa mnogi avtorji, ki jim je blizu problematika psihosocialne obremenjenosti bolnikov, opozarjajo na določene rizične skupine oseb. Menijo, da so te osebe v vlogi bolnika še posebno obremenjene tudi zaradi tega, ker so v bistvu slabše opremljene za spopad ter zato pod težo pritiskov tudi hitreje dekompenzirajo. Med ogrožene osebe prištevajo ostarele in še bolj osamljene osebe, posameznike, ki so utrpeli hujše intimne izgube, tiste, ki se jim je nenadoma spremenil socialni položaj, potem sodi sem večina mentalno slabše opremljenih oseb in tudi večji del tistih, ki se tako ali drugače niso uspeli samorealizirati ter so zato v bistvu konstantno nezadovoljni, v večnem sporu s samim seboj pa tudi s svetom, ki jih obkroža.

PROCES SOOČANJA, SPOPRIJAMANJA IN OBVLADOVANJA PSIHOSOCIALNE OBREMENJENOSTI (COPING)

Proces soočanja, spoprijamanja in obvladovanja psihosocialne obremenjenosti, ki jo ustvari pojav bolezni, angleška literatura kratko označuje kot coping, nemški avtorji pa ga različno poimenujejo, in sicer najpogosteje kot Krankheitsbewältigung, Bewältigungsverhalten, Auseinandersetzungsprozess ali pa na kratko kar Coping.

Lazarus in Folkman (1984) ga opredeljujeta kot stalno spreminjajoč se kognitivni in vedenjski poskus obvladovanja specifičnih, eksternih in internih zahtev, ki jih določena oseba doživlja ogrožujoče. Beutel (1988) meni, da gre za kompleksni proces poskusov obvladovanja vzajemno delujočih, objektivnih in subjektivnih pritiskov, pri čemer se ti poskusi pojavljajo simultano ali sukcesivno na emocionalnem, kognitivnem in vedenjskem nivoju, naravnani pa so na spremembo okoliščin ali pa na prevrednotenje notranjih psiholoških mehanizmov.

V zvezi z opisanim procesom se pogosto govori o coping stilu (nivo spoprijemanja) ter o coping strategiji, ki je lahko naravnana na ekternaliteto, internaliteto ali pa v njej prevladuje fatalizem.

Kobasa in sodelavci (1985) so mnenja, da je proces relativno stabilen pojem ter da je nanj treba gledati kot na del posameznikove osebnostne strukture. Zanje je

zmožnost spoprijemanja določena s posameznikovo predstavo o samem sebi, je torej del posameznikovega samozavedanja oz. samozaupanja.

Stein in sodelavci so celoten proces razdelili v tri faze, ter leta 1983 razvili poseben integrativni model spoprijemanja z boleznijo. Mnenja so, da zajema zaznavne in kognitivne procese ter procese spoprijemanja v ožjem smislu:

- zaznavni procesi:
 - bolnik se nejasno zave spremenjenega telesnega počutja,
 - bolnik spremenjeno stanje jasneje zazna, občutja lokalizira, časovno in tudi drugače opredeli;
- kognitivni procesi:
 - bolnik izražene spremembe ocenjuje z različnih vidikov,
 - bolnik glede na zaznane in ovrednotene sprejema določene sklepe, oblikuje določena stališča, ter sprejema določene odločitve;
- spoprijemanje v ožjem smislu:
 - bolnik se čustveno odziva in reagira,
 - bolnik razmišlja, primerja in tehta različne informacije, se odloča,
 - bolnik se v akciji poskuša spopadati, obvladovati, prilagoditi.

Iz sheme je razvidno, da med procesi delujejo še obrambne naravnosti. Različne telesne senzacije izzovejo posameznikovo bolj ali manj jasno percepcijo spremenjenega telesnega počutja po sistemu, čim vsiljivejša in pogostejša so telesna sporočila, ostrejša je zaznava. Toda, koliko se bo posameznik na zaznavo odzval, koliko bo kasneje o njej razmišljal in jo ocenjeval, ni odvisno le od jakosti, trajanja in pogostosti senzacij, pač pa tudi od pomena, ki ga imajo te zanj. Prav subjektivni pomen senzacij lahko sproži določene obrambe. Posameznik lahko zaznavo izrine iz zavesti, občutja enostavno negira, jih minimalizira ipd.; vse to še posebno tedaj, ko mu to dopuščajo tudi okoliščine.

Tudi če zaznavo dopusti, tako da mu je povsem v zavesti, se kasneje, ko jo ocenjuje z vidika svojih preteklih izkušenj, vmes vrinejo obrambni mehanizmi. Potreba po disimulaciji, agravaciji, racionalizaciji ipd, torej oblikuje tudi njegove odločitve.

Podobno je tudi v naslednji fazi procesa. Spoprijemanje v ožjem smislu določajo med drugim tudi posameznikova potreba po samoobrambi. Tako lahko čustveno prizadetost posameznik ustrezno odventilira, lahko pa strah in zaskrbljenost enostavno potlači. Pred soočenji z dejstvi lahko pobegne oz. jih negira ter zato o svoji bolezni enostavno ne govori, ne išče informacij o njenem poteku ter zdravljenju in niti ne o potrebnem režimu življenja.

Jannis in Mann (1983) menita, da prihaja do napačnih ocen in s tem seveda tudi do napačnih odločitev že zaradi konflikta in sicer med posameznikovo težnjo po ohranjanju obstoječega stanja, ki kakršnokoli že je, vzbuja občutja varnosti, ter med signali, da je sprememba nujna. Sicer pa navajata neslednje štiri možne napake pri odločanju:

– odločitve ni, ker so telesna opozorilna znamenja zanikana, še preden so sploh vstopila v zavest in to po sistemu “Kar ne vem, me ne vznemirja.”;

– ustrezne odločitve ni, napačni odločitvi pa botruje subjektivno obarvana zaznava oz. takšna ocenitev situacije in to po sistemu “To je lahko samo revma, nič hujšega.”;

– odločitev je napačna, ker je trenutno v ospredju pasivna in ne dinamična naravnost in sicer po sistemu “Zdaj bolj od vsega drugega potrebujem počitek.”;

– odločitev je naključna, zaradi masovne preplavljenosti z anksioznostjo sprejeta na slepo in sicer po sistemu “Zdravniki mi tako ne morejo več pomagati, bolje je, da se obrnem na bioenergetika.”

Soočenje z boleznijo vsekakor teče postopno in to preko spoznanja, da je nekaj narobe, do odločitve, da se to, kar naj bi bilo narobe, razišče, pa nato vse do faze, ko zdravnik posameznikove domneve npr. potrdi ter ga seznanji z dejstvi in njenimi posledicami. V času soočenja s boleznijo je prizadeta oseba v stanju porušenega ravnovesja. Negotovost jo sili, da se z novo nastalo situacijo spopade. Ko na stisko čustveno odreagira, ko mrzlično išče pojasnila in informacije oz. si poskuša svojo situacijo čimbolj pojasniti in ko temu ustrezno oblikuje določena stališča ter se odloča za določene ukrepe, se v bistvu že spoprijema s stresno situacijo.

Cilj takšnih ali drugačnih reakcij je vedno razbremenitev. Seveda pa se pri tem zastavlja vprašanje njihovega učinka: koliko doprinesejo k vzpostavitvi relativno stabilnega ravnovesja in koliko gre morda le za trenutno razbremenitev pred napetostmi. Valach (1988) opozarja, da je posameznikova naprezanja po ponovni vzpostavitvi notranjega ravnovesja potrebno gledati tako z vidika subjektivne oz. individualne učinkovitosti kot tudi z vidika zunanje, socialno uspešne in zaželjene prilagoditve. Toda, če tehtamo med tema dvema vidikoma, ima pred socialno adaptiranostjo vsekakor prednost individualna efikasnost. Kajti za socialno okolje, kot je zdravstveno osebje v bolnišnici, na primer, je pacientova potrpežljivost nejeverjetneje res zaželjena, zanj, za bolnika osebno, pa navidezni mir, s kakšnim prenaša svojo bolezen, lahko pomeni pravo katastrofo:

Napetost, ki jo sprožajo bojazni, skrbi in dvomi, zaradi dušenja in prikrivanja dejanskega stanja le še narašča. Namesto v reakcijah navzven, si utegne poiskati odvod v bolnikovem nevrovegetativno-endokrino-imunološkem aparatu. Razen telesne ogroženosti pa potlačena napetost, ki se skriva za masko miru in prilagodjenosti, utegne povzročiti še nekaj drugega. Lažna komunikacija, do katere vodi, utegne prizadetega posameznika prikrajšati prav za tisto, kar v svoji situaciji obremenjenosti še kako potrebuje - socialni suport namreč.

LITERATURA

- BÖHM, A., DONY, M. (1984). Copingverhalten in der präoperativen Phase. *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.*, 34; 11: 261-304
- BRODA, M. (1988). Erleben belastender Krankheitsereignisse und Verarbeitung bei verschiedenen chronischen Erkrankungen - eine Vergleichsuntersuchung. *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.*, 38: 67-74
- HEIM, E., AUGUSTINY, K., BLASER, A. (1983). Krankheitsbewältigung (Coping) - ein integriertes Modell. *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.*, 33: 35-40
- HERSCHBACH, P., HEINRICH, G. (1987). Probleme und Problembewältigung von Tumorpatienten in der stationären Nachsorge. *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.*, 37: 185-192
- LAKOMY, D.K. (1988). Effizienz des Copingv Verhaltens der Frau unter der Er-stbedrohung eines Mamma oder Zerwix-Karzinomms. *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.*, 38: 43-47
- 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: 287-296
- 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). Die Geschichte der Psychosomatischer Medizin und das Leib-Seele Problem in der Medizin. *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.*, 36: 361-391
- ZIEGLER, G., MLLER, F. (1986). Psychische Reaktionen und Krankheitsverarbeitung von Tumorpatienten - weitere Ergebnisse. *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.*, 36: 150-158

Child's speech development is connected with the main presumption of the present article, i. e. the presence of ideology in the language and in literary texts as well. It is about different "languages" within a national language and in the language of literary texts which are the result of the "inscription" of ideology in the language, be it in written or oral form. Closely connected to that is the issue of a (universal) child, to whom the school curriculum is speaking in a special language and, thereby, directs him (or her) towards a special type of reality.

Govorni razvoj otroka je po eni strani zanimiv s stališča akademskih psiholoških disciplin, po drugi strani pa se problemsko vključuje tudi v novejšo teoretične tokove, kamor spadajo tudi tako imenovane kulturološke študije, ki po vsebini obsegajo različna teoretska izhodišča: poststrukturalizem, teorije ideologij, ženske študije in, nenazadnje, psihoanalizo. V pričujočem članku želimo predvsem analizirati teorijo tega, kako jezik funkcionira v šolskem aparatu, kateri so tisti dejavniki, ki bistveno vplivajo na otrokov govorni razvoj, skratka, kako in zakaj kurikulum oblikuje jezik.

Osrednja tema našega prispevka je otroška literatura in jezik v njej, v povezavi s šolskimi učbeniki in organizacijo realnosti, kot jo ponujajo. Izhodiščna točka ostaja jezik kot prva in zadnja struktura delovanja. Pokazali bomo na eno bistvenih določil