

Stres in bolezen

POLONA SELIČ^x

POVZETEK

V preglednem članku ponujamo sodobno biopsihosocialno (celostno) razumevanje odnosa med stresom in boleznijo, v katerem igra stres ključno vlogo v nastanku tako somatskih, kot tudi emocionalnih motenj. Stres vpliva na zdravje po dveh poteh - neposredno, zaradi fizioloških sprememb, in posredno, prek (zavoljo) vedenja. S slednjim sta povezana vpliv socialne mobilnosti (geografske, kulturne in statusne) na zdravje in pojem socialnih sprememb.

Poseben poudarek smo namenili vedenjskim vzorcem in stresnim dogodkom, med katerimi smo izpostavili vlogo izgube (objekta) in žalovanja. V zaključku pregleda precejšnjega števila raziskav o povezanosti stresnega dogajanja in človekovega biopsihosocialnega stanja smo povzeli raznolike in izjemno kompleksne ugotovitve, čeravno je preprost in skop povzetek takorekoč nemogoč. Velik del rezultatov tudi ne dopušča enostavnih posplošitev, saj so nekateri izsledki celo nekoliko protislovni, metodološke omejitve pa velikokrat očitne. Zdi se, da vemo manj, kot mislimo, ko sestavljamo takšne preglede, oziroma da hkrati z naraščanjem obsega našega znanja, raste tudi zavest o tem, česa vsega še ne vemo.

ABSTRACT

STRESS AND SICKNESS

The review article proposes a modern bio-psychosocial (holistic) understanding of the relationship between stress and sickness. Stress plays the decisive role in the development of both somatic and emotional disturbances. It affects health in two ways; directly, as a consequence of physiological changes, and indirectly, through behaviour. The latter is connected with the influence of social mobility (geographical, cultural and status) on health and with the concept of social changes.

Special emphasis was placed on behaviour patterns and stressful events, among which the role of loss (of an object) and mourning were exposed. After reviewing a considerable number of researches on the relationship between stressful events and human bio-psychosocial state, various and extremely complex findings were summarised, although it is practically impossible to present them in a simple and succinct form. The majority of results will not allow simplified generalisation, as certain discoveries are even somewhat contradictory and often with obvious methodological limitations. When compiling such reviews one gets the impression that we actually know less about this topic than we may think and that, together with our knowledge, grows also the awareness of how much we do not yet know.

Biopsihosocialna (celostna) usmeritev in razumevanje človekovega zdravja si je utrla pot v medicino ravno zaradi neovrgljivih dokazov, da psihosocialni dejavniki, ki jih je mogoče opredeliti kot stresne, vplivajo na fizično zdravje. Tako je začelo vse več avtorjev pripisovati stresu ključno vlogo v nastanku tako somatskih, kot tudi emocionalnih motenj. Opisali so (po Bloom, 1988), kako ležijo v ozadju depresivnih stanj, infekcij in celo zelo ogrožujočih boleznih stresni dogodki, kot so izguba službe, upokojitve (pri pripadnikih nekaterih socioekonomskih struktur) in/ali zakonske težave. Stres vpliva na zdravje po dveh poteh - neposredno, zaradi fizioloških sprememb, in posredno, prek (zavoljo) vedenja.

1 STRES, VEDENJE IN SOCIALNI DEJAVNIKI

Raziskave (po Sarafino, 1990) so pokazale, da se ljudje, ki doživijo hude stresne obremenitve (npr. ločitev), vedejo na načine, ki povečujejo verjetnost bolezni in/ali poškodb - uživajo bistveno več alkohola, cigaret in kave kot tisti, ki niso bili izpostavljeni hudemu stresu. Pogosta zloraba alkohola in neprevidnost (neskrbnost) najbrž tudi sooblikujeta visoko stopnjo nesreč pri delu, v športu, doma in/ali v prometu, značilno za ljudi, ki so močno stresno obremenjeni.

Nekatera **stališča** in **prepričanja** neposredno vplivajo na vedenje, povezano z zdravjem. Največji vpliv imajo:

a/ prepričanja o resnosti (nevarnosti) **določene bolezni**, povezana z **ocenjeno verjetnostjo**, da oseba oboli, in s **stopnjo skrbi za zdravje** (po Argyle, 1992);

b/ prepričanje v učinkovitost (pozitivne posledice) **zdravega načina življenja**.

začetno vedenje

stališča -----> namere -----> spremenjeno
usmerjenost *vedenje*

subjektivne norme

Slika 1 Model odnosa med usmerjenostjo in vedenjem ob upoštevanju prejšnjega vedenja (Bentler in Speckart, 1979; po Argyle, 1992) - razširjeni model razumne akcije (opisan Selič, 1994).

Večjo napovedno vrednost za spremembo načina življenja imajo **namere**. Ajzen in Fishbein (1977; po Argyle, 1992) menita, da je npr. opustitev kajenja mogoče napovedati na osnovi:

a/ pričakovanja pozitivnega izida in evalvacije tega izida;

b/ socialnih norm družine in drugih socialnih skupin, ki jim oseba pripada in se želi z njimi konformirati.

Model odnosa med usmerjenostjo in vedenjem ima veliko prediktivno validnost za mnoge oblike vedenja, povezanega z zdravjem, upoštevati pa je treba prejšnje (preteklo) vedenje in namere.

Pomemben del prepričanj, povezanih z zdravjem, so prepričanja o možnosti (in zmožnosti) kontrole. Tu igra osrednjo vlogo **lokus kontrole**. Način življenja in osebnost sta povezana z vsemi znaki in manifestacijami tako zdravega, kot tudi nezdravega

vedenja. Verjetnost bolezni pri določeni osebi pa raste s stopnjo nevroticizma in sovražnosti ter vzporedno s siromašnim vrednotenjem samega sebe.

1.1 VPLIV SOCIALNE MOBILNOSTI NA ZDRAVJE

Vpliv sprememb v socialnem okolju na zdravje je bil deležen pozornosti velikega števila avtorjev. Nekateri so iskali korelacije med socialnimi spremembami in kakršnikoli spremembami zdravstvenega stanja, s predpostavko, da imajo te spremembe aditivni učinek na zdravje. Drugi so preučevali zveze med posebnimi vrstami socialnih sprememb (ki naj bi predstavljale problem za posameznika) in spremembami v zdravstvenem statusu. Raziskovalci (po Berkanovic in Krochalk, 1977) so zlasti intenzivno preučevali vpliv **socialne mobilnosti**, ki se nanaša na kakršnekoli spremembe v socialnih pogojih življenja neke osebe. Lahko gre za medgeneracijske spremembe (separacija od primarne družine) ali za spremembe v posameznikovem življenjskem ciklusu. Vsekakor je socialna mobilnost multidimenzionalni konstrukt, ki zajema široko paleto mogočih sprememb. Te so lahko med seboj povezane, ni pa nujno.

1.1.1 GEOGRAFSKA MOBILNOST

Ena od dimenzij konstrukta socialne mobilnosti je **geografska mobilnost**. Njen vpliv na zdravje je mogoče preučevati intrageneracijsko (v življenjskem ciklusu ene osebe ali skupine oseb) ali pa opazovati zdravstveno stanje različnih skupin pripadnikov iste generacije, katerih starši so bili rojeni v drugem (specifičnem) geografskem okolju. Tako so Kagan in sodelavci (po Berkanovic in Krochalk, 1977) odkrili pomembne razlike v višini, teži, krvnem pritisku in nivoju holesterola v krvi pri Japoncih, živečih na Japonskem, v Kaliforniji in na Havajih, pri čemer so bili starši vseh rojeni na Japonskem.

Že Hipokrat je govoril o tem, da lahko nekatere drastične življenjske spremembe povzročijo bolezen. Med takšne velike življenjske preobrate je mogoče uvrstiti **migracije**, saj prinašajo tako spremembe okolja, kot tudi spremembe načina življenja. Njihov vpliv na zdravje migrantov je mogoče določiti le na osnovi dobro načrtovanih raziskav, z dobro definiranim vzorcem in kriteriji (po Prior, 1977). Dosedaj so bile opravljene mnoge raziskave, katerih rezultati kažejo na povezanost migracij s hipertenzijo, koronarno boleznijo (CHD), bronhitisom, astmo, suicidalnimi poskusi in družinsko dezintegracijo. V slovenskem prostoru je Ahlin (1991) primerjal incidenco psihosomatskih obolenj pri 320 imigrantih (iz bivših jugoslovanskih republik) in 320 slovenskih delavcih, ki jih je izenačil po spolu, starosti, stanu in trajanju delovne dobe. Pri prvih je bil absentizem večji za 30,9%, število dni, prebitih v bolniškem staležu, pa za 20,8%. Pri tej skupini je avtor identificiral tudi za 2,7-krat več psihosomatskih bolezni. Pri tistih imigrantih, ki niso živeli s svojimi družinami, je odkril največ gastrointestinalnih motenj.

Prior (1977) je preučeval motivacijo migrantov, ki iščejo (vendar ne najdejo zmeraj) boljše materialne pogoje in resurse zase in za svoje družine ter se želijo vključiti v okolje z boljšimi (bivanjskimi, izobrazbenimi ipd.) možnostmi. Neredki želijo zaslužiti določeno količino denarja in se vrniti nazaj. Takšen primer so bili v minulih desetletjih slovenski zdomci v Nemčiji (vsaj del se je vrnil v Slovenijo) in delavci iz (takrat) drugih jugoslovanskih republik pri nas. Migracije so tesno povezane z urbanizacijo in so usmerjene v zapuščanje ruralnega okolja, kar smo opisali pri kul-

turni mobilnosti. Posebno pozornost zahtevajo nasilne migracije. Te predstavljajo pereč problem sedanjega časa, ki je močno obremenjen s t.i. begunsko problematiko.

V splošnem zajema migracija kakršnekoli premike v prostoru - začasne, trajne, bližnje in daljnje; znotraj ali prek meja ene države. Pri razlagi tega procesa (in mehanizmov) je treba upoštevati proces odločanja (za ali proti migriranju) in s tem povezane dejavnike ("push-pull" koncept, Prior, 1977), kot so izguba zaposlitve, neustrezni bivanjski pogoji, rasno, religiozno ali politično zatiranje, sociokulturna ali osebna odtujitev od skupnosti, socialne, naravne ali vojne katastrofe na eni strani, in percepirane ovire, stroški, napor, anksioznost (zaradi spremembe socialnega in fizičnega okolja), formalni zapleti ipd., na drugi. Prior omenja tudi sistemsko gledanje, po katerem je migracija kompleksen, progresiven sistem modificiranja, kjer spremembe enega dela vplivajo na celoto, vse pa determinirajo ekonomski, socialni, politični in tehnološki dejavniki ("prejšnjega" in "prihodnjega" okolja). Dejavnike, ki vplivajo na zdravje, je mogoče identificirati znotraj samega sistema.

Povezanost migracij in telesnih bolezni nesporno zahteva multidisciplinarno preučevanje. Raziskovalne strategije psiholoških študij v veliki večini bazirajo na Selyejevem konceptu splošnega adaptacijskega sindroma ter izhajajo iz predpostavke, da sta prisotnost druge osebe (ali skupine oseb) in kvaliteta medosebnih odnosov ključnega pomena ter odigrata središčno vlogo v dovzetnosti za bolezen (kot posledico migracije in/ali urbanizacije). Cassell, Syme, Christenson in Hinkle (po Prior, 1977) so koncept "človeškega dejavnika" razširili ter ga dopolnili z raziskovalnimi izsledki o delovanju (vplivanju) migracije, urbanizacije in drugih življenjskih sprememb na zdravje, pri čemer so upoštevali različne predispozicije (za stresne in bolezenske odzive), kvaliteto in kvantiteto medosebnih interakcij ter pripravljenost osebe na poravnavanje v spremenjenem okolju. Nastale telesne disfunkcije (bolezni) so obravnavali v tesni zvezi s psihosocialnimi dejavniki (ne izolirano), kontrolirali pa so tudi objektivno rizičnost okolja (onesnaženost zraka, vode, zemlje) in določenih sociokulturnih regulativov, ritualov in navad (način prehranjevanja, uživanje alkohola ipd.).

Imigrantom so regulativi in pričakovanja novega okolja tuji. V takšni nestrukturirani situaciji se rada zveča dovzetnost za bolezen (npr. zviša se krvni pritisk). Pojav hipertenzije je mogoče pripisati tako delovanju dejavnikov okolja, kot tudi učinkom socialnega stresa. Socialni pritiski močneje učinkujejo na osebe, ki so nedominantne (podredljive). Varovalno vlogo pri tem odigrajo tudi (poleg osebnostnih značilnosti) biološki in socialni vplivi. To so adaptacijske kapacitete organizma in socialna (zlasti družinska) podpora. Medosebne razlike v odzivih na spremembo okolja (in na vse pripadajoče spremembe) so tako odvisne od:

a/ odnosov s pomembnimi Drugimi in od pomembnosti odnosov, ki so bili (na neki način, vsaj fizično) prekinjeni;

b/ socialnega statusa osebe,

c/ stopnje pripravljenosti na spremembe - zadostne količine časa za adaptacijo,

d/ vrste in kvalitete razpoložljive socialne podpore, ki lahko odigra zaščitno vlogo.

Bolezen se razvije na osnovi bioloških (genetskih) predispozicij, delovanja kemičnih in/ali mikrobioloških agensov in splošne dovzetnosti organizma. Največja incidenca bolezni je v t.i. marginalnih skupinah imigrantov, ki se ne uspejo vključiti v širše okolje in zategadelj doživljajo hudo deprivacijo relevantnih socialnih stikov, kar je še posebej pereče, če jih večina zavrača in/ali nimajo urejenega družinskega življenja.

1/ Hipertenzija -

povišanje krvnega pritiska ni neizogibna posledica staranja in genetskih dejavnikov. Pomembno vlogo ima stopnja akulturacije in z njo povezana sprememba načina življenja (npr. uporaba večjih količin soli v prehrani, povišanje telesne teže kot posledica spremenjenih prehranjevalnih navad). Prior (1977) navaja rezultate preučevanja polinezijskih migrantov, za katere je značilna pomembno večja smrtnost zaradi hipertenzije (in iz tega izvirajočih bolezni srca in ožilja), višja stopnja prekomernega povečanja telesne teže, kajenja in diabetesa.

Prospektivno spremljanje migrantov z otoka Tokelau (tradicionalistično organizirane, kohezivne skupnosti) na Novo Zelandijo (v urbano okolje - po Prior, 1977) je preseglo marsikatero pomanjkljivost tovrstnih raziskav. Zajeli so namreč blizu dva tisoč preizkušancev, katere so zdravstveno pregledali še preden so se odločili, da bodo emigrirali z otoka, oblikovali ustrezno kontrolno skupino ter preverili zdravstveno stanje za več generacij nazaj (da bi dobili podatke o heritabilnosti različnih medicinskih variabel). Odkrili so povišanje krvnega pritiska pri moških, naraščanje telesne teže pri moških in ženskah (zaradi večjega deleža ogljikovih hidratov v vsakodnevni prehrani), medtem ko se nivo holesterola pri migrantih ni spremenil. Primerjava populacije migrantov in ljudi, ki so ostali v svojem tradicionalnem okolju, je v splošnem pokazala, da se krvni pritisk pri imigrantih v urbanem okolju s starostjo drastično viša, medtem ko ostaja pri ne-migrantih v ruralnem okolju tudi v starejših letih nespremenjen.

2/ Koronarne bolezni in infarkt miokarda -

preučevanje Japoncev na Japonskem (v matičnem okolju), v Kaliforniji in na Havajih je pokazalo naraščanje smrtnosti zaradi koronarne bolezni (CHD) od Japonske prek Havajev do Kalifornije. Migranti so (glede na rezultate, o katerih poroča Prior, 1977) spremenili prehrabene navade, kar je skupaj s porastom kajenja nedvomno prispevalo k spremembam v telesni teži, krvnem pritisku in nivoju sladkorja v krvi. Gre za rezultate kombiniranega vplivanja genetskih, kulturnih in sociogeografskih dejavnikov. Največ hipertenzije in angine pectoris so odkrili pri Japoncih, živečih v Kaliforniji. Presenetljivo pa je prevalenca CHD pri ameriških Japoncih naraščala s stopnjo njihove akulturacije (amerikanizacije), kar so potrdile tudi kontrolne študije. Avtor navedenega ne povezuje z razlikami v prehrabnih navadah, razvadah, krvnem pritisku ali nivoju holesterola, ampak z varovalnimi učinki (ohranjenih) tradicionalnih kulturnih vrednot, regulativov in običajev (vloga družine, kooperativnost ipd.).

Tudi v Izraelu so raziskovali vpliv migracij na CHD in odkrili največ obolenj med imigranti iz vzhodne in srednje Evrope, zanemarljivo malo pa pri prišlekih iz severne Afrike in srednjega Vzhoda. Največja incidenca infarkta miokarda je pri pripadnikih prve generacije imigrantov iz naštetih delov sveta. Avstralski podatki (po Prior, 1977) kažejo, da so dejavniki okolja veliko pomembnejši pri pojavu CHD, kot katerikoli drugi vplivi. Enako velja za podatke o naraščanju smrtnosti zaradi CHD pri angleških, norveških in irskih priseljencih v ZDA.

1.1.2 KULTURNA MOBILNOST

Naslednja dimenzija multidimenzionalnega konstrukta socialne mobilnosti je **kulturna mobilnost** (po Berkanovic in Krochalk, 1977) - sprememba v kulturnem okolju, ki ga posameznik doživlja v obliki navad, običajev, ritualov, vrednot, prepričanj, norm in verovanj. Kulturna mobilnost je povezana z geografsko (selitve v oddaljene kraje, države, na druge celine) in socialno-ekonomsko mobilnostjo (selitev v drug del mesta

zaradi spremembe socialnega statusa). Pri ljudeh, ki zapustijo ruralno okolje in se naselijo v mestu, so pogostejše bolezni srca in ožilja kot pri tistih, ki so stalno živeli v mestu, oziroma niso nikoli zapustili vasi.

1.1.3 STATUSNA MOBILNOST

Statusna mobilnost je tretja pomembna dimenzija tega multidimenzionalnega konstrukta. Sprememba statusa je posledica spremembe izobrazbene ravni, poklica ali dohodka. Pri tem so se pokazale spremembe poklica (ki smo jih že opisali) kot najboljši indikator statusne mobilnosti in njenega vpliva na zdravje.

1.2 POJEM SOCIALNE SPREMEMBE

Kasl (1977) je v pregledu študij o vplivu socialnih sprememb in življenjskih dogodkov na zdravje ugotovil, da rezultati, ki potrjujejo velik pomen socialnih sprememb v etiologiji psihosomatskih bolezni, niso slučajni, saj zajema **pojem socialne spremembe** večino osnovnih pomenov pojma stres - grožnja, negotovost, nepredvidljivost, konflikt, izjemne zahteve, nedosežene aspiracije, frustrirane potrebe in/ali izgubo. Pri večini tovrstnih raziskav pa je opazil dve temeljni značilnosti - to sta nezadostna teoretska osnova in utemeljenost ter bodisi preozkost (osredotočenost na en sam dogodek/spremembo, kot da bi sploh lahko šlo za izolirane procese in pojave), bodisi preobsežnost (preučevanje velikega števila nedavnih izkušenj, kar zamegli obravnavani problem).

Zaradi motečih teoretičnih nejasnosti pri preučevanju učinkov socialnih sprememb na zdravje pri večini raziskav, se je avtor sam lotil iskanja odgovora na vprašanje, v katerih pogojih spremembe vplivajo na zdravje, v katerih pa ne. V življenjskem ciklusu vsake osebe so določeni dogodki (spremembe) normativni (pričakovani, načrtovani in želeni - npr. poroka, rojstvo otroka ipd.). Če do takšnih "normalnih" tranzicij ne pride (oziroma se zgodijo prežgodaj ali prepozno), sproži to tolikšne adaptacijske zahteve, kot pri večini dejanskih socialnih sprememb.

Študije socialnih sprememb morajo zadostiti velikemu številu zahtev, kar je redko izjemno težko ali celo nemogoče. Zelo težko je dodobra preučiti kontekst nekega dogodka (pomen dogodka za osebo, njegov vpliv na njene načrte, aspiracije in cilje), ne da bi pri tem zašli v ekscesno idiografsko in subjektivistično sfero. Tudi razdelitev dogodkov na zaželene in nezaželene ne omogoča dovolj jasnega uvida. Težavno je operacionalizirati in meriti vlogo posameznika v nekem dogodku, njegovo udeležbo, stopnjo kontrole nad dogajanjem, prejšnje izkušnje s podobnimi dogodki, razpoložljivo socialno podporo, trajanje, novost in nepredvidljivost dogodka. Vse naštetu dopušča objektivne in subjektivne mere in vključuje multiple subdimenzije.

Po drugi strani je treba upoštevati tudi značilnosti osebe, ki doživlja socialne spremembe, ter blažilce in skupinsko podporo. V procesu, ki ga sproži stres (socialne spremembe in življenjski dogodki) in rezultira v psihosomatski motnji, imajo nedvomno pomembno vlogo pretekle izkušnje, psihološke obrambe, fiziološke reakcije, strategije obvladovanja stresa in vedenje, povezano z boleznijo, vendar gre le za možno kompleksnost učinkov, ki bistveno ne razjasni teoretičnih nedorečenosti. Očitno je premalo opredeliti zgolj različne vidike sprememb, če niso dodobra pojasnjeni tudi vidiki socialnega okolja (ekološka perspektiva). Usmerjenost pozornosti na ekološke dejavnike bi lažje razložila pomen, ki ga ima navidezna odsotnost sprememb za neko osebo (npr. za maturanta, ki ne nadaljuje študija in ostane v domačem kraju, se navidez res nič

ne spremeni, v resnici pa lahko zdrsne v hudo socialno izolacijo, če gredo vsi njegovi prejšnji sošolci naprej študirat).

Mechanic (1974; po Kasl, 1985) je predlagal natančno specifikacijo določenih dogodkov, povezanih z določenimi boleznimi v določenih pogojih in z določenimi procesi. Po njegovem mnenju bi bilo namreč le tako mogoče razumeti interakcijo med življenjskimi dogodki ter socialnimi, psihološkimi, biološkimi in intrapsihičnimi variablami ter se izogniti neupravičenim posplošitvam. Takšno priporočilo se zdi skoraj smešno, saj ne moremo nikoli govoriti o izoliranih dogodkih in/ali spremembah (kaj šele, da bi jih tako ločeno, enega za drugim preučevali). Na osnovi vsega, kar smo izvedeli iz poročil drugih avtorjev, lahko zaključimo, da je vsak dogodek vpet v tako izjemno zapleten splet preteklih dogodkov, odločitev, reakcij in strategij, da bi bilo popolnoma iluzorno razmišljati o korektnem spremljanju učinkov enega samega dogodka (ter te učinke meriti "prej" in "potem", ko dogodek že izzveni). Prepričani smo namreč, da imajo študije vpliva življenjskih dogodkov na zdravje ravno zato toliko omejitev, ker prepogosto spregledajo, da nimajo opraviti z "dogodki", ampak z življenjskim procesom (razvojem, nenehnim dogajanjem, sovplovanjem in spreminjanjem).

Preučevanje vpliva sprememb v socialnem okolju na zdravje prinaša zelo kompleksno etiološko sliko, meni Kasl (1985), in zato priporoča nadvse skrbno načrtovanje tovrstnih raziskav, ki naj bi vključevalo nekaj temeljnih poudarkov:

a/ razlikovanje med **fizičnim** in **socialnim okoljem** ter identifikacija in kvantifikacija relevantnih vidikov obeh;

b/ razlikovanje med **objektivnimi dogodki** (objektivnim okoljem) ter **subjektivno percepcijo** in **vrednotenjem**, po možnosti opredelitev odnosa med enim in drugim ter predvidenje posledic, ki bi jih imelo zanemarjanje enega od obeh za rezultate raziskave;

c/ opazovanje različnih vzorcev **fizioloških variabel** in njihovega vpliva na zdravstveno stanje ter opredelitev dolgoročnih in kratkoročnih posledic, njihovega zaporedja in/ali interakcije;

d/ preverjanje ustreznosti **strategij obvladovanja stresa**, učinkov **socialne adaptacije** in drugih **socialnih mediatorjev**, ki lahko vplivajo na rezultate;

e/ opredelitev **podskupin** oseb (po sociodemografskih kriterijih, situacijskih variablah ali stabilnih osebnostnih lastnostih), najprimernejših za preučevanje obravnavanega problema.

2 STRES, FIZIOLOŠKI ODZIVI IN BOLEZEN

Najbolj jasna povezava med stresom in boleznijo se kaže v sekreciji hormonov (zlasti kateholaminov in kortikosteroidov) med vznburjenjem, kar vpliva na kardiovaskularni sistem. Povzroči lahko nenadno smrt, arteriosklerozo (in dolgoročno srčni napad ali kap) ter slabi imunski sistem. Ponavljajoče se vznburjenje vpliva na višino krvnega pritiska in prebavo. Neredko ljudje tudi zamenjajo fiziološke posledice stresnega dogajanja za simptome neke bolezni (Taylor, 1986; po Argyle, 1992) in prevzamejo vlogo "bolnika".

Stresni dogodki (obremenitve) povečujejo tveganje za celo paleto težkih zdravstvenih posledic (učinkujejo nespecifično). Miller (1983; po Bloom, 1988) je med njimi izpostavil zlasti gastrointestinalne motnje, srčne kapi (s smrtnim izidom), infarkt miokarda, hipertenzijo, diabetes, rak, multiplo sklerozo, tuberkulozo, influenco, pljučnico, glavobole in nespečnost. Raziskave so namreč potrdile vpliv stresnega dogajanja na nevrokemične, hormonske in imunske procese. Pri slednjih številni podatki kažejo, da

stres oslabi odpornost na akutne respiratorne infekcije, oziroma vpliva na celotno funkcioniranje imunskega sistema. Najnovejši izsledki opozarjajo na slabljenje imunskega sistema v procesu staranja, kar se multiplicira zaradi vse manj učinkovitega poravnave s stresom v kasnejših letih ter rezultira v številnejših avtoimunih in malignih starostnih obolenjih. Avtorji se strinjajo, da stres sam po sebi ni imunosupresor - imunski sistem ogroža stres, povezan z neadekvatnim (in zategadelj neučinkovitim) poravnavanjem (copingom).

Spremembe v delovanju imunskega sistema (kot posledice stresnih obremenitev) so opazne pri ljudeh kmalu po ločitvi (še posebej, če je do nje prišlo na zahtevo partnerja), pri osamljenih in pred izpiti, kar so ugotovili Kennedy in sodelavci (1990; po Argyle, 1992). Za nekatere tipe osebnosti je sicer značilna šibkost imunskega sistema, vendar ga lahko krepi ustrezna socialna podpora.

Argyle (1992) je opisal nekaj primerov bolezni, povezanih s stresnim dogajanjem.

Glavobol - anksioznost povzroči kontrakcijo mišic glave in vratu, kar vzbudi bolečino v glavi. Glavobol je lahko posledica preobremenjenosti z delom, domačimi opravili ali medosebnimi odnosi, lajšati pa ga je mogoče tudi s psihološkimi metodami (relaksacijo, biofeedbackom).

Ulkus - eksperimenti na opicah so pokazali, kako anksioznost in/ali sovražnost vpliva na izločanje kisline, ki po preteku določenega časa okvari želodčno sluznico. Opisano dogajanje so pospešili nepričakovani šoki, ki jih živali niso mogle kontrolirati in so se zategadelj počutile nemočne.

Hipertenzija - laboratorijsko jo je mogoče povzročiti s stresorji, kot so hrup, mentalna aritmetika ali potiskanje rok v mrzlo vodo. Večji učinek se je pokazal na osebah, ki so že poprej poročale o povišanem krvnem pritisku. V običajnih življenjskih pogojih pa je hipertenzija značilna za ljudi, ki zdrsnejo po lestvici socioekonomskega statusa, za nezaposlene, pa tudi v določenih pogojih dela. Mogoče je, da v takšnih situacijah ledvice zadržujejo sol, kar je še posebej verjetno pri ljudeh z zelo reaktivnim simpatičnim živčnim sistemom (npr. nevrotiki).

Bolezni srca - se pogosto pojavijo pri specifičnih stresnih obremenitvah (dogodkih), kot so žalovanje, nezaposlenost in neugledne zaposlitve, pri ljudeh s poudarjeno simpatično aktivnostjo (tip-A), ki zviša krvni pritisk in frekvenco srčnih utripov, kar lahko privede do srčnega napada.

Rak - verjetnost te bolezni se veča s količino stresnih dogodkov, odsotnostjo socialne podpore in osebnostnimi značilnostmi tipa-C (pasivnost, neasertivnost). Odzivi (neprimerni) na stres najbrž delujejo kot imunosupresor, kar omogoči širjenje rakavih celic.

Infekcijske bolezni - prehlad, kašljanje in influenza - so pogostejše pri ljudeh z večjimi stresnimi obremenitvami, dasiravno slednje v večji meri vplivajo na subjektivno počutje kot pa na objektivne indikatorje bolezni. Očitno tudi v teh primerih pride do bolezni zaradi supresije imunskega sistema.

2.1 VEDENJSKI VZORCI

Preučevanje povezanosti med zdravjem in vedenjskimi vzorci je pokazalo (po Sarafino, 1990), da predstavlja vedenje tipa-A dejavnik tveganja za široko paleto različnih bolezni - od astme, kroničnega kašlja, gastrointestinalnih simptomov (nausee, ulkusa, gastritisa), do koronarne bolezni (coronary heart disease - CHD), ki zajema angino pectoris, aterosklerozo in infarkt miokarda. Številne (tudi prospektivne) raziskave so potrdile jasno zvezo med tipom-A in CHD. Osebe tipa-A dvakrat bolj ver-

jetno (in pogosto) obolijo in/ali umrejo od CHD, tveganje pa je še večje za moške s poklici "belega ovratnika" (Haynes, Feinleib in Kannel, 1980; po Sarafino, 1990). Dasi-ravno se med rezultati pojavljajo tudi določena odstopanja (najbrž zaradi različnosti me-tod), velja zveza med CHD in tipom-A za potrjeno. Pri tem naj bi bila najbolj ogrožujoča komponenta jeza/sovražnost, ki po nekaterih podatkih (Williams in Bare-foot, 1988) povečuje tveganje kar sedemkrat. Posebej škodljiva je navznoter usmerjena sovražnost.

Najpomembnejši vzrok izjemne rizičnosti tipa-A za CHD je nedvomno reaktiv-nost. Pogosta (in silovita) vzbujenja imajo za posledico močno hormonalno sekrecijo, povišani nivo (nor)epinefrina pa lahko poškoduje srce in krvožilje. Dodatni napor (obremenitev) predstavlja tudi povišani krvni pritisk. Poleg fizioloških dejavnikov pa razlago dopolnjujejo tudi vedenjski. Osebe tipa-A konzumirajo bistveno več alkohola in cigaret (ter težje prenehajo s kajenjem) kot osebe tipa-B, neredko zanemarijo opozorilne telesne znake ter se izčrpavajo prek vseh razumnih meja, kar slabi organizem in pove-čuje verjetnost bolezni.

Rosenman, Swan in Carmelli (1988) se strinjajo z identificiranimi dejavniki tveganja in z multifaktorsko opredelitvijo etiologije CHD, opozarjajo pa na medkultur-ne razlike v incidenci CHD (ob upoštevanju dejavnikov tveganja). Avtorji menijo, da je mogoče na osnovi omenjenih rizičnih dejavnikov razložiti manj kot polovico CHD, vključenih v longitudinalne študije (Kays in sod., 1972; po Rosenman, Swan in Car-melli, 1988), povsem nemogoče pa je razložiti zgodovinske spremembe v incidenci CHD, geografsko razširjenost te bolezni in njeno prisotnost v socialnih stratumih "z belim ovratnikom". Ob demografskih, socioekonomskih in psiholoških dejavnikih, vključenih v patogenezo CHD, dajejo omenjeni avtorji največji poudarek osebnostnim in vedenjskim atributom, opisanim kot vzorec vedenja tipa-A. Matarazzo in Leckliter (1988) sta označila tip-A kot izjemno patogen, saj podvaja možnost prezgodnje smrti in/ali bolezenskega izida (CHD). Avtorja sta prepričana, da je najbolj patogena kom-ponenta tega vedenjskega vzorca sovražnost. Če postavimo tip-A v sociokulturni okvir, ugotovimo, da so tekmovalnost, težnja po socialni veljavi in agresivna naravnost fenomen (ali celo imperativ) zahodne kulture (Rosenman in Chesney, 1982; po Mata-razzo in Leckliter, 1988). Ko postanejo določene (naštete) značilnosti v neki kulturi sprejete in uveljavljene (vključene v sistem vrednot in norm), postane ta kultura rizična za nekatere (s temi lastnostmi povezane) bolezni.

Apples (1988) je zbral poročila o preučevanju opozorilnih znakov (pred infarktom miokarda), med katerimi so najbolj tipični bolečine v prsih, zadihanost (pomanjkanje zraka) in utrujenost. Fraser (1978; po Apples, 1988) je pri reprezentativnem vzorcu umrlih zaradi srčne kapi ugotovil bolečine v prsih pri 31%, pomanjkanje zraka v 28% in hudo utrujenost pri najmanj 46% v obdobju štirih tednov pred smrtjo. Avtor navaja omejitve večine retrospektivnih študij, katerih rezultati so nezanesljivi zaradi pojmovne nejasnosti, pozabljanja in/ali pretiravanja (v subjektivnih poročilih obravnavanih oseb), ter priporoča prospektivno raziskovanje. Sam poroča o rezultatih štiriletna prospektivne raziskave (Rotterdam Civil Servants Study), ki potrjujejo opozorilni pomen telesne utrujenosti (izčrpanosti) za kasnejši infarkt miokarda. Apples meni, da utrujenosti ne povzroča nastajajoče obolenje srca, ampak močan emocionalni stres, ki se (v soigri z drugimi etiološkimi dejavniki) stopnjuje do izbruha bolezni.

Raziskave so pokazale veliko stabilnost vedenjskih vzorcev na eni strani in šir-jenje vedenja tipa-A v srednjih letih oziroma manjšo incidenco vedenja tega tipa v starosti po drugi strani. Pri tem ostaja nejasno, ali je takšno stanje posledica zgodnejše smrti oseb tipa-A. Podobnost med konceptom vedenjskih vzorcev in temperamenta (impulzivnost, intenzivnost vedenjskih odzivov) je vzpodbudila prospektivno razi-

skovanje oblikovanja zveze med značilnostmi temperamenta in vedenjskim vzorcem tipa-A. Rezultati so pokazali, da ima vedenje tipa-A korenine v najzgodnejših značilnostih temperamenta. Očitno v razvoju vedenjskega vzorca tipa-A sodelujejo tako biološki, kot tudi psihosocialni dejavniki, kar so potrdile raziskave na enojajčnih in dvojajčnih dvojčkih. Med psihosocialnimi dejavniki avtorji posebej opozarjajo na pomen vzgojnih sporočil (in modelov) staršev.

V literaturi je mogoče zaslediti številne epidemiološke študije, usmerjene zlasti v preučevanje raka in CHD, vendar doslej nobena ni prepričljivo in natančno opisala vedenjskih vzorcev, povezanih z boleznimi, menijo Grossarth-Maticsek, Eysenck, Vetter in Schmidt (1988). Avtorjem se zdijo opisi v terminih obupa, depresivnosti, težavnega otroštva, zapostavljanja in/ali zlorabljanja, negativnega samovrednotenja ipd. preveč splošni in neredko netipični za rakave bolnike. Nezadovoljni so tudi z opredelitvijo tipa-A z lastnostmi, kot so sovražnost, nestrpnost in vzdražljivost. Zato so sami (na osnovi razpoložljivih znanstvenih poročil in lastnega raziskovalnega dela) opisali vedenjske vzorce, tipične za obolele od raka, CHD, za ljudi z motnjami vedenja ter za tiste brez dokazljivih bolezni. Za slednje je značilna dosežena avtonomnost (separacija-individuacija) v objektivnih odnosih, za prve tri skupine pa odvisnost (simbiotske tendence) in fiksacije v psihoseksualnem razvoju.

1/ Tip 1 - s povečano obolevnostjo in smrtnostjo od rakavih obolenj -

označuje ga silovita potreba po bližini s pomembnimi Drugimi (velike emocionalne investicije) ter po doseganju ciljev, ki jih oseba doživlja kot pomembne. Vendar so pomembni Drugi stalni vir razočaranj in zavrnitev. Oseba si krčevito prizadeva doseči želeno stanje (cilj, odnos, objekt), saj s tem povezuje svoje biopsihosocialno blagostanje, čeprav tudi "nadomestni" objekti bolj ali manj redno izneverijo njena pričakovanja. Zategadelj pride do idealizacije objektov na eni strani in degradacije selfa na drugi, kar ima za posledico stanje depresije in brezupa, včasih tudi želje po smrti. Ljudje tega tipa se praviloma ne zatekajo v suicidalno vedenje, ker jih od tega odvrača občutek dolžnosti (do drugih).

2/ Tip 2 - s povečano smrtnostjo zaradi srčnega infarkta ali kapi -

si prizadeva pridobiti distanco do motečega objekta(-ov), ki se ga (jih) ne more otresti, doživlja pa ga (jih) kot najpomembnejši izvor svojih težav. Situacije ne zna ne spremeniti ne se drugače (manj močno) emocionalno odzivati nanjo. Oseba tega tipa zaznava večino objektov enostransko, prevladujoče negativno, kar povzroča stalno vzdraženost (fiziološko) in jezo, pomešano z občutki nemoči in podrejenosti, z občasnimi preboji želje po smrti.

3/ Tip 3 - s poprečno ali podpoprečno stopnjo smrtnosti -

označuje ambivalenca do emocionalno pomembnih objektov. Osebe dobivajo in oddajajo pretežno nekonsistentna sporočila (potrditve). Neprilagojeno vedenje se pojavlja nenadoma, nepričakovano (v obliki prebojev) ter služi zadovoljitvi ekstremnih in izključujočih se potreb po bližini in distanci, izraža pa tudi strah pred njimi. Ljudje tega tipa so neprestano odvisni od nekega stalno prisotnega objekta, kar vzbuja v njih anksioznost in agresivnost, usmerjeno navznoter in/ali navzven (k drugim).

4/ Tip 4 - s tipično podpoprečno smrtnostjo -

za osebe tega tipa sta značilni neodvisnost (od objekta(-ov)) in avtonomnost, kar sprejemajo tudi pomembni Drugi. Izražanje negativnih čustev je mogoče, dopustno ter neizkrivljeno. Oseba je samozavestna, zadovoljna in sposobna črpati znanje iz preteklih

izkušenj, njen razvoj (zorenje) je kontinuiran. Za ljudi te vrste je običajno prevladujoče dobro počutje in razpoloženje, bližino in razdaljo (do drugih) znajo prilagajati svojim potrebam, ohranjajo določeni nivo aktivnosti in čustvovanja ter se znajo izogniti situacijam, ki vzbujajo ambivalenco oziroma zahtevajo deklarativno "zvestobo".

Grossarth-Maticsek, Eysenck, Vetter in Schmidt (1988) priporočajo, naj se osebe tipa 1, 2 in (zaželeno tudi) 3 v procesu psihoterapije naučijo kar največ avtonomnih objektivnih odnosov ter odučijo odvisnosti od pomembnega(-ih) objekta(-ov). Ob tem naj bi pridobile zmožnost, da bi se v prihodnje boljše učile na osnovi (preteklih) izkušenj ter razvijale načine vedenja, ki imajo pozitivne posledice, oziroma opuščale vedenje, ki ima vedno znova negativne učinke, dasiravno oseba vztrajno pričakuje pozitivne. Avtorji napovedujejo omembe vredne posledice za zdravje, četudi bi bile spremembe na nivoju vedenja komaj opazne. Prepričani so namreč, da kontinuirano "odpravljanje napak" (kakor so opredelili značilnosti tipov 1, 2 in 3) nujno preobrazi psihično stagnacijo (in posledično zdravstveno ogroženost) ter sproži nadaljnji osebnostni razvoj.

2.2 STRESNI DOGODKI

Stresne dogodke je mogoče razumeti tudi kot adaptacijske zahteve, zaradi katerih pride do psihofiziološke napetosti (strain-a), ki lahko kumulira kot somatska bolezen. Pot od stresnega dogodka do bolezenske slike je kompleksna in odvisna od mnogih vidikov (po Bloom, 1988), ki jih je treba skrbno preučevati:

a/ pretekle izkušnje,

b/ obrambni mehanizmi,

c/ fiziološke reakcije (do katerih pride, če psihološki mehanizmi niso zadostni in/ali ustrezni),

d/ strategije poravnavanja s stresom (coping) in

e/ bolezensko vedenje (kot posledica dalj časa trajajočih fizioloških reakcij).

Možnost, da se razvijejo somatski simptomi, je povezana z vulnerabilnostjo določenih organov (organskih sistemov) in s pogostnostjo stresnih dogodkov, kot mediatorji pa nastopajo še (ne)zadovoljive strategije poravnavanja, socialna kompetentnost in jakost (ne)ustrezne socialne podpore. Ob tem je potrebno postaviti vlogo stresnih dogodkov v odgovarjajoči psihosocialni okvir, ki ga tvorijo socialna podpora, osebni resursi odpornosti na stres, morebitne negativne pretekle izkušnje, značilnosti fiziološkega odzivanja ipd. Upoštevati moramo tudi možnost izboljšanja zmožnosti za poravnavanje s stresom, ki je lahko posledica uspešnega preteklega poravnavanja (pozitivno ojačanje), zategadelj bi bilo napačno dolgoročno pričakovati neizogibne negativne posledice stresnih dogodkov.

Hinkleove (1974; po Bloom, 1988) primerjalne analize študij od konca druge svetovne vojne naprej, v katerih so avtorji preučevali vplive spremenjenega sociokulturnega okolja na zdravje in interpersonalne odnose, so pokazale tesne zveze med stresnimi medosebnimi in bivanjskimi dogodki ter boleznimi - obolevnost se je večala z rastočimi frustracijami.

Bloom poroča tudi o rezultatih drugih raziskav, ki so potrdile, da stresni dogodki (posebej tisti, ki bistveno spremenijo običajno stopnjo aktivnosti) pomembno vplivajo na možnost infekcije; da so osebe, ki zavzemajo nižja mesta v hierarhiji nekega sistema (organizacije, podjetja) bolj vulnerabilne (dovzetne) za bolezni in da se z razbitjem mreže socialne podpore (v situacijah socialnih sprememb in/ali dezintegracije) zveča dovzetnost za bolezni v splošnem.

2.2.1 IZGUBA (OBJEKTA) IN ŽALOVANJE

Engel in Schmale (1968; po Luban-Plozza, Poeldinger in Kroeger, 1993) sta raziskovala stresni odziv na resnično ali namišljeno izgubo objekta. Kadar je izguba prebudila občutke brezupa in nemoči, so se pogosto pojavile tudi psihosomatske bolezni. Argyle (1992) poroča, da je pri ljudeh, ki so v zadnjih šestih mesecih doživeli kakršnokoli izgubo, veliko večja verjetnost bolezni. Opozarja pa, da ne gre zanemarjati vsakdanjih, navidez nepomembnih dogodkov, ki so ravno tako lahko stresogeni - hrupni sosede, zamudna vožnja na delo, skrbi zaradi telesne teže ipd. Pri tem se sklicuje na rezultate DeLongisa in sodelavcev (1982), ki so ugotovili, da je na osnovi dogodkov te vrste mogoče veliko bolj natančno napovedati bolezenski izid, kot pa na osnovi velikih (prelomnih) življenjskih dogodkov. Med slednjimi je **žalovanje** (kot reakcija na izgubo) nedvomno osrednjega pomena.

Smrt partnerja kotira najvišje na takorekoč vseh inventarjih stresnih dogodkov. Smrtnost med ovdovalimi je zelo visoka. Za moške je najbolj rizičnih prvih šest mesecev, za ženske pa drugo leto po izgubi. Povišana smrtnost je v največji meri posledica srčnih napadov. Ovdovali v prvem letu trpijo za številnimi boleznimi, muči jih depresija, ki je po mnenju nekaterih avtorjev tudi vzrok mnogih bolezni. Vdovstvo veliko bolj prizadene moške, ki pogosto ostanejo brez vsakršnih tesnejših socialnih stikov (in socialne podpore), najhuje pa mlajše, ker izgube te vrste niti ne pričakujejo.

Posebno pozornost avtorjev je prebudil vpliv žalovanja na telesno zdravje in celotno (biopsihosocialno) blagostanje. Dramatične posledice "strtega srca" je mogoče odkriti tako v številnih biserih svetovne književnosti, pogrošnih romanih, v televizijskih izdelkih lažjega žanra, kakor tudi v čakalnicah zdravstvenih domov, med "smrtno" nesrečnimi pubertetnicami in zbeganimi študentkami, o njih prepevajo popevkariji, operni pevci in rockovske zvezde. Tudi znanstveniki so začeli sistematično preučevati vpliv žalovanja, izgube in separacije na socialno funkcioniranje, psihiatrične bolezni in osebno zdravje. Pomembna znanstvena odkritja se nanašajo na vlogo žalovanja v dovzetnosti za bolezen in celo v večji smrtnosti.

Klerman in Izenova (1977) menita, da pojmov izguba in žalost, žalovanje ne bi smeli uporabljati sinonimno. V prvem primeru gre za objektivno dokazljivo **izgubo pomembnega objekta** (npr. smrt partnerja, otroka, starša, bližnjega prijatelja), v drugem (**žalovanje**) pa za kompleksne telesne, emocionalne in psihične spremembe, ki jih žalujoči navadno (ne pa nujno ali vedno) občuti in izraža. Pri tem pa je Lindermann (1945) odkril, da osebe, ki ne žalujejo, ali svojo bolečino ob izgubi pomembnega Drugega zanikajo oziroma je njihovo žalovanje "atipično" (glede na regulative v določenem sociokulturnem okolju), pogostejše obolevajo za psihosomatskimi boleznimi. Lindermann je opredelil stopnje normalnega žalovanja, ki si sledijo od začetnega šoka in intenzivnega afekta žalosti, prek umika iz okolja (osamitve, izolacije) in zanikanja (ali oporekanja) izgube, do sprejetja izgube in manj silovitega žalovanja. Proces normalnega žalovanja naj bi po avtorjevem mnenju trajal približno leto dni, kar je med Slovenci nekako že intuitivno sprejeto, saj se je npr. črnina, kot znak žalovanja, nosila leto dni in v mnogih ruralnih okoljih še danes velja tako.

Lindermann (1945) je opisal tudi značilnosti atipičnega žalovanja - somatske motnje, obsedenost z umrlim (nenehno razmišljanje in govorjenje o preminuli osebi ipd.), občutki krivde, ohladitev odnosov z drugimi (kot da so tudi oni nekako "odgovorni" in "krivi", ker so še zmeraj živi) in opuščanje vsakodnevnih obveznosti v daljšem časovnem obdobju. Avtor je na osnovi svojih opažanj v klinični praksi povezal nesposobnost za normalno žalovanje z večjo dovzetnostjo za psihosomatske bolezni. Lindermannove

predpostavke je preveril Engel (1961), ki je menil, da bi bilo treba žalovanje (kot posledico izgube pomembnega objekta) opredeliti kot klinični sindrom s specifičnimi simptomi in predvidljivim potekom. Ta se spremeni v zvezi z določenimi značilnostmi osebnostne strukture.

Clayton (1968), Parkes (1970), Maddison in Viola (1968) pa so verificirali Lindermanove in Engelove hipoteze ter opozorili, da bi bilo smiselno pomen **izgube objekta** razširiti ter vanj vključiti **anticipirano grožnjo izgube** oziroma **psihološki pomen**, ki ga ima neki dogodek. Doživljanje izgube (četudi ne gre za smrt ljubljene osebe) je pri tem središčnega pomena. Takšno stališče je zavzela tudi t.i. Rochesterska skupina (Engel, Greene in Schmale; po Klerman in Izen, 1977). Schmale (1958) je odkril predhodne izkušnje dejanske, grozeče ali simbolične izgube pri več kot polovici pacientov s kardiovaskularnimi, nevrološkimi, prebavnimi in respiratornimi boleznimi. Vsi pacienti so se pred pojavom bolezni počutili nemočni in brezupno.

Odmevne Schmalecove ugotovitve imajo nekatere metodološke in teoretične pomanjkljivosti. Pojem izgube objekta je širok in zajema takorekoč katerikoli možni dogodek, ki ga oseba označi (doživi) kot izgubo, kar močno oteži kontrolo. Schmale tudi ni ločil tistih, ki jim je umrla zanje pomembna oseba, in onih, ki so doživeli aktualno izgubo kakšne druge vrste (razdrta zaroka, ločitev ipd.). Opisano pa ne zmanjša pomena odkritih čustev brezupa in nemoči, ki so sledila izgubi in jih je Schmale identificiral pri vseh hospitaliziranih pacientih. Način, na katerega nemoč in brezup vplivata na nastanek bolezni, še ni povsem pojasnjen. Po mnenju nekaterih kritikov je teoretična pomanjkljivost Schmaleovega dela pojem simbolične izgube, ki ga je avtor enostavno dodal kategoriji aktualne izgube, vendar sta Stoeckle in Davidson (1962; po Klerman in Izen, 1977) ugotovila, da lahko fantazijska izguba deluje celo bolj travmatsko kot aktualna (dejanska). Klerman in Izenova (1977) sta se v svojem prispevku omejila na obravnavo žalovanja po smrti pomembnega Drugega. Proces žalovanja sta opisala v terminih stresnih življenjskih dogodkov in njihovih psihobioloških posledic (odzivov). V tem smislu je treba preučevanje izgube objekta in procesa žalovanja razumeti kot del splošne teorije stresa, žalovanje zaradi izgube pa kot posebno vrsto stresa, ki ga mora posameznik obvladati.

Raziskave v šestdesetih in sedemdesetih letih so potrdile predpostavko, da ima lahko stres za posledico večjo dovzetnost za mnogotere bolezni. Izguba objekta (po mnenju Klermana in Izenove, 1977) aktivira silovit psihobiološki mehanizem, saj pride do pretrganja vezi najtesnejše navezanosti (ki so pomembne tudi za biološki obstoj). Posledica je odziv na stres (mediiran z delovanjem nevroendokrinega sistema), ki je - z vidika manifestacij - veliko bolj intenziven, kot kadar gre za delovanje drugih stresorjev, ki se ne dotikajo ključnih odnosov in pogojev obstoja subjekta. Opisano je še ena potrditev prepričanja teoretikov objektivnih odnosov (po Selič, 1991) in Bowlbyjeve misli (po Nikolić, 1982) o pomenu, ki ga ima topla, tesen in konstituiran odnos med materjo in otrokom za telesno in duševno zdravje v odraslosti (oziroma v celotnem življenjskem ciklusu osebe).

Klerman in Izenova (1977) sta preverila predpostavko, da predstavlja izguba objekta in z njo povezano žalovanje pomemben dejavnik tveganja tako za prezgodnjo smrt kot tudi za pojav kardiovaskularnih bolezni, psihosomatskih (funkcionalnih) motenj, raka in za samomor. Upoštevala sta starost, spol, socioekonomski status, rasno pripadnost in druge relevantne demografske karakteristike. Pregledala sta raziskave, ki so skušale ugotoviti kriterijsko stopnjo izgub v normalni populaciji, ter povzela, da je za obdobje enega leta mogoče pričakovati, da bo približno četrtina ljudi doživela aktualno izgubo ali anticipirala grožnjo izgube, vsakemu enajstemu do dvanajstemu prebivalcu

pa lahko umre pomembna oseba. Žal pa je pomanjkljivost teh študij odsotnost kontrolne skupine.

Citirana avtorja sta na koncu pregleda raziskav o povezavi med žalovanjem po smrti pomembnega Drugega in zdravstvenim stanjem povzela nekaj temeljnih ugotovitev.

1/ Porast smrtnosti -

Kraus in Lilienfeld (1959) sta primerjala stopnjo smrtnosti pri ovdovalih, v primerjavi s poročenimi, izenačenimi po spolu, starosti in rasi. Smrtnost ovdovalih, starih od petindvajset do štiriintrideset let, je bila od 2,7 do 4,3-krat večja (odvisno od spola in rasne pripadnosti), med vzroki smrti pa so prevladovala kardiovaskularna bolezen. Natančnejša analiza je pokazala, da vdovci, mlajši od petinštirideset let, desetkrat pogosteje obolijo za kardiovaskularnimi boleznimi kot poročeni moški iste starosti, smrtnost ovdovalih (obeh spolov) pod petinštiridesetim letom starosti pa je bila sedemkrat večja.

Rees in Lutkins (1967) sta ugotovila, da 12% ovdovalih umre v prvem letu vdovstva, 7% v drugem letu in 3% v tretjem letu (primerjala sta devetsto tri ovdovalce in osemsto osemindesetih kontrolnih oseb). Najpomembnejša razlika v smrtnosti med ovdovalimi in kontrolno skupino je bila v prvem letu. Young in sodelavci (1969) so v petletni študiji spremljali 4.486 vdovcev, starejših od petinpetdeset let. V prvem polletju vdovstva je bila stopnja smrtnosti pri obravnavani skupini za 40% višja od pričakovane. Vse raziskave so potrdile izjemno rizičnost vdovstva, ki je večja v prvem letu (najbolj rizično je drugo polletje), še posebej pa pri osebah pred dopolnjenim petdesetim letom. Kljub morebitnim metodološkim napakam in omejitvam (npr. tisti, ki se ponovno poročijo v prvem letu vdovstva, redkeje zbolijo in umrejo, vendar se tisti, ki že obolijo, navadno ne poročijo ponovno; mogoča je pristranost izbire kontrolnih subjektov ipd.) je mogoče z gotovostjo opredeliti vdovstvo kot zelo rizični dejavnik.

Kraus in Lilienfeld (1959; po Klerman in Izen, 1977) sta predlagala nekaj mogočih razlag tega pojava:

a/ vzajemna izbira šibkejših oseb - posamezniki s slabšimi možnostmi preživetja (identificiranimi in neznanimi) si navadno izberejo enakega partnerja; ko eden od partnerjev umre, ni presenetljiva smrt drugega kmalu za tem;

b/ skupna izpostavljenost neugodnim pogojem okolja - mednje spadajo pogoji bivanja, slaba prehrana, visoke stresne obremenitve, slabi sanitarni pogoji ipd.; ko eden od partnerjev umre, je preživel navadno še naprej izpostavljen tem pogojem;

c/ učinki vdovstva - nanašajo se na žalovanje, spremembo statusa, nove skrbi in odgovornosti samskega življenja, spremembe prehranjevalnih navad in ritma, urnika, rekreacijskih dejavnosti, dohodkov in ekonomskih pogojev.

Young in sodelavci (1963) so potrdili prej našteje razlage ter predlagali nekaj dodatnih:

a/ poistovetenje z umrlim partnerjem - mnogo ovdovalih umre za isto boleznijo (do "poistovetenja" pride torej v smislu "izbire" bolezni);

b/ izguba nege in skrbi s strani pomembnega Drugega - ovdovalci se mora adaptirati na novo socialno vlogo ter prevzeti obveznosti pokojnega partnerja, kar lahko poveča njegovo dovzetnost za bolezen;

c/ učinek zapuščenosti - žalovanje nesporno vpliva na spremembe v delovanju endokrinega in živčnega sistema.

Med naštetimi hipotezami je najmanj prepričljiva razlaga, da partnerji pogosto umrejo zaradi enake bolezni, saj je medicina v minulih desetletjih močno napredovala

(v preteklosti je bilo npr. bolj verjetno, da so ljudje umirali v epidemijah ipd.). Dvomljivi so tudi učinki skupne izpostavljenosti neugodnemu okolju. Zadnji dve hipotezi ("b" in "c") pa je mogoče smiselno umestiti v okvir psihobioloških posledic žalovanja.

2/ *Kardiovaskularne bolezni -*

Žalost in žalovanje sta v vsakdanjem govoru neredko opisana kot strto ali zlomljeno srce. Upravičenost te folklorne oznake so preverjali mnogi avtorji. Parkes (1969) je našel med ovdovelimi povečano incidenco bolezni srca, smrtnost zaradi teh bolezni je bila kar za 67% višja od pričakovane. Avtor je preučeval vzorec, ki ga je uporabil Young s sodelavci (1963) in smo ga opisali v prejšnjih odstavkih. Skoraj enako stopnjo smrtnosti zaradi kardiovaskularnih bolezni sta našla tudi Kraus in Lilienfeld (1959). Smrtnost zaradi koronarne bolezni je bila pri ovdovelih, mlajših od petintrideset let, kar desetkrat večja kot v kontrolni skupini. Opisani rezultati so tako potrdili biblijske in ljudske modrosti o strtem srcu. Engel (1971) je pri 44% od obravnavanih sto sedeminsedemdesetih primerov nenadne smrti odkril akutno stanje žalovanja (po smrti pomembnega Drugega). Med smrtjo obeh partnerjev je preteklo od nekaj minut do nekaj mesecev, med vzroki smrti ovdovelega pa so krepko prednjačile kardiovaskularne bolezni.

Žalovanje je posebno stresno stanje, ki neredko vpliva na povišanje krvnega pritiska, povečanje frekvence srčnega utripa in pretok krvi skozi koronarne arterije. Poleg tega ovdoveli več kadijo in spremenijo prehranjevalne navade na način, ki poveča verjetnost koronarne tromboze.

3/ *Poslabšanje splošnega biopsihosocialnega blagostanja -*

poleg dokazov o vplivu procesa žalovanja za umrlim pomembnim Drugim, ponuja strokovna literatura tudi potrditve o delovanju tega procesa na splošno biopsihosocialno blagostanje. Pri tem je treba razločevati simptome, ki so del samega žalovanja, od drugih reakcij. Engel (1961), Lindermann (1945) in Clayton (1974; vse po Klerman in Izen, 1977) so opisali potek procesa žalovanja, ki navadno doseže vrhunec v četrtem mesecu po izgubi. Po preteku enega leta izzveni večina simptomov, povezanih z žalovanjem, pri 85% oseb. Zategadelj je preučevanje sprememb splošnega biopsihosocialnega blagostanja v prvem polletju oteženo, saj je težko jasno omejiti samo reakcijo in simptome žalovanja.

Lindermann (1944) je opisal nekaj primerov poslabšanja splošnega blagostanja in dobrega počutja. Gre za senzacije somatskega distresa, ki trajajo nekaj deset minut in jih je mogoče opisati kot cmok v grlu, pomanjkanje zraka, praznino v želodcu, mlahavost mišic in vsesplošni občutek napetosti. Marris (1958; po Klerman in Izen, 1977) je v 43% (od dvainsedemdesetih vdov, ki jih je intervjuval) primerov zabeležil splošno poslabšanje počutja v obdobju žalovanja. Simptomi so zajemali izgubo telesne teže, revmatizem, astmatične napade, bolečine v križu, ulkus želodca in dvanajstnika, zaprtje, znojenje nog, izpadanje las, kožne spremembe, vnetja dlesni, glavobole, drhtenje in splošno napetost. Vdove so vzrok za svoje stanje pripisale moževi smrti oziroma žalovanju za partnerjem. Kar 75% anketirank (vse so bile mlajše od šestinpetdeset let) pa je poročalo o težavah s spanjem.

Maddison in Viola (1968) sta v raziskavo vključila tri sto petinsedemdeset vdov, starih od petinštirideset do šestdeset let, ki so po preteku enega leta svojega vdovstva pomembno pogostejše kot kontrolna skupina poročale o tresenju in drhtenju, migrenah, kožnih spremembah, izgubi telesne teže, bruhanju in bolečinah v križu. Parkes in Brown (1972) pa sta spremljala prvih trinajst mesecev vdovstva pri šestinpetdesetih

moških in ženskah. Moški so poročali o dvakrat večjem številu akutnih simptomov v primerjavi s kontrolno skupino, medtem ko so ženske navajale sicer dvakrat manj pritožb kot moški, vendar trikrat več kot kontrolna skupina. Avtorja sta identificirala nekaj simptomov, tipičnih za ovdovele. To so omotičnost ali celo omedlevice, tresenje oziroma drhtenje, splošna napetost, bolečine v križu, potenje brez razloga, zadržanost grla in nemirno utripanje srca. Pri ovdovelih so pomembno izstopali pritožbe v zvezi s spanjem in nihanja telesne teže. Ženske so navajale bistveno več (po številu) simptomov - ženske iz kontrolne skupine celo več kot ovdoveli moški. Ponovitev študije po dveh in štirih letih je pokazala drastični upad razlik med ovdovelimi (obeh spolov) in kontrolnima skupinama.

Clayton (1974; po Klerman in Izen, 1977) je primerjal devetdeset ovdovelih obeh spolov, povprečno starih enainšestdeset let, s kontrolno skupino, izenačeno po spolu, starosti in geografski lokaciji. Ovdoveli so se pomembno razlikovali v izgubi telesne teže, motnjah spanja, naglem utripanju srca in motnjah vida. Mutter in Schleifer (1966) sta primerjala petinštirideset hospitaliziranih in dvainštirideset zdravih otrok, starih od šest do dvanajst let. 87% prvih in 46% drugih je doživelo izkušnjo aktualne ali grožnje anticipirane izgube v minulih šestih mesecih. Razlika med obema skupinama je bila statistično pomembna. Skoraj polovica bolnih otrok je doživela tudi težje poslabšanje psihosocialnih pogojev (huda bolezen družinskega člana, smrt enega od staršev, zapustitev doma ipd.), medtem ko takšnih sprememb ni doživel noben od zdravih otrok. Od teh je le četrtina izkusila blažje poslabšanje psihosocialnih pogojev (manjša bolezen družinskega člana, odselitev bližnjega prijatelja). Hospitalizirani otroci so bili napoteni v bolnišnico zaradi genitourinarnih, gastrointestinalnih, respiratornih in boleznih živčnega sistema.

Stern in sodelavci (1951; po Klerman in Izen, 1971) so preučevali petindvajset bolnikov gerontološke klinike, starih od trinajdeset do sedemdeset let. Pri njih niso opazili običajnih psiholoških manifestacij žalovanja ali občutkov krivde (po smrti pomembnega Drugega), ampak porast zaprtja, senilne demence, nespečnosti, anoreksije, amnezije, artritisa, pomanjkanja zraka, nesreč, diareje in poslabšanje apetita.

O poslabšanju splošnega dobrega počutja in biopsihosocialnega blagostanja ne poroča le študija Heymana in Gianturcoa (1973). Avtorja sta več let (že pred izgubo partnerja) spremljala enainštirideset oseb obeh spolov, starih od šestdeset do štirindevetdeset let. V času zgodnjega vdovstva nista našla pomembnih znakov poslabšanja počutja. Tudi pomembnih razlik med spoloma ni bilo, dasiravno so ženske pogostejše poročale o depresivnih čustvih. Heyman in Gianturco sta dobljene rezultate opisala kot posledico starosti preizkušancev, ki so bili po njunem mnenju psihično pripravljeni na morebitno partnerjevo smrt in so se zategadelj lažje identificirali z vlogo vdovca(e).

Pravi obseg poslabšanja celotnega biopsihosocialnega blagostanja kažejo podatki o povečanem obiskovanju zdravnika in rezultati medicinskih preiskav, saj so lahko izključno subjektivne pritožbe pretirane (zaradi splošnega stanja žalovanja) in zato manj zanesljive. Parkes in Brown (1972) pri pregledu tovrstnih raziskav nista našla dramatičnih razlik med ovdovelimi in kontrolnimi skupinami v iskanju medicinske pomoči, pač pa je bil pri prvih opazen porast uživanja različnih medikamentov (zlasti sedativov), alkohola in tobaka. Žalujoči uživajo različne medikamente v največji meri zaradi simptomov, ki spremljajo proces žalovanja, redkeje pa zaradi dodatnega poslabšanja telesnega počutja. Tudi morebitni obiski pri zdravniku služijo v prvi vrsti razbremenitvi od specifičnih simptomov distresa in iskanju socialne podpore (po modelu blažilnega učinka).

Klerman in Izenova (1977) sta opozorila, da je velika metodološka pomanjkljivost mnogih raziskav o vplivu žalovanja na povečano smrtnost in obolevnost med ovdove-

limi njihova retrospektivnost, premalo natančna opredelitev tako izgube, kot tudi časovnega intervala med smrtjo pomembnega Drugega in pojavom simptomov. Seveda pa je zelo težko izvesti "idealno" prospektivno študijo, z relevantno kontrolno skupino, izenačeno po vseh ključnih demografskih značilnostih (spolu, starosti, socioekonomskemu statusu, stanu ipd.), zato se je običajno treba zadovoljiti z retrospektivnim designom, kjer pa je ključnega pomena relevantno vzorčenje.

Avtorja omenjata tudi omejeno veljavnost in zanesljivost metod zbiranja podatkov na osnovi subjektivnih poročil, saj so lahko žalujoči nagnjeni k negativnemu in pesimističnemu odgovarjanju. Zato je nujno dopolniti subjektivna poročila in odgovore na vprašalnike z rezultati testov, s kliničnimi rezultati in drugimi merami večje objektivnosti. Parkes in Brown (1972) sta namreč ugotovila, da je odločujoč pomen, ki ga oseba pripiše nekemu simptomu (težavi). Če ga percipira kot resno grožnjo, se obnaša in počuti bistveno drugače kot takrat, ko se ji zdi morebitni simptomi nepomembni. V procesu žalovanja je zelo pomembna tudi ocena razpoložljive socialne podpore. Ta se spreminja glede na sociokulturne okvire. Osebe, ki niso dovolj povezane s sosedi, družino, sorodniki in/ali verskimi skupnostmi, se po pomoč običajno zatečejo k zdravniku.

Opisani vpliv žalovanja na zdravje in splošno počutje je treba upoštevati v kliničnem, epidemiološkem in raziskovalnem kontekstu. Skrbno preučevanje procesa žalovanja po smrti pomembnega Drugega je v nekem smislu kvazi-eksperimentalni pristop, saj dopušča preverjanje deleža biopsiholoških dejavnikov, kot so adaptacija, odzivi na stres (nevrofiziološki, endokrini in mehanizmi avtonomnega živčnega sistema, kot pomembna komponenta repertoarja človekovih strategij obvladovanja stresa), navezanost in prekinitev tovrstnih vezi ter pomen afilicije za vzdrževanje homeostaze in zdravja. V tem smislu je tovrstno raziskovanje tvorni prispevek k temeljnemu znanju o zdravju in bolezni ter dodatna osvetlitev evolucije človeške vrste. Dolgotrajna odvisnost novorojenčka od materinskega objekta povečuje oziroma opozarja na biološki pomen zgodnje navezanosti, ki zagotavlja hrano in nego (biološko preživetje), zagadadelj lahko rečemo, da ima kvaliteta tega prvega odnosa (attachment po Bowlbyju) biološko adaptacijsko vlogo tako za človeško vrsto, kakor tudi za vsakega predstavnika te vrste posebej.

Prekinitev te navezanosti, do katere pride zavoljo izgube pomembnega Drugega ali zaradi separacije, običajno povzroči intenzivne psihobiološke, afektivne in psihosocialne odzive. Žalovanje je prototip takšne reakcije. Kljub nepopolnemu poznavanju vseh nevrofizioloških in nevrokemičnih mehanizmov, ki podpirajo odnos navezanosti, je mogoče govoriti o zvezah s subkortikalnimi centri, ki so v tesni interakciji s hipotalamičnimi, limbičnimi in drugimi centri za regulacijo nevroendokrinih in simpatičnih funkcij ter budnosti.

Razvoj človeške vrste je spremljala stalna navezanost na druge, zlasti na družinsko skupino. Presenetljivo pa je, da žalovanje (zaradi visoke smrtnosti in krajše življenjske dobe v splošnem) ni bilo bolj maladaptacijsko za posameznika, skupino in vrsto kot takšno. Hamburg (1974) je razlago tega pojava naslonil na blažilne učinke odnosov z družinskimi člani (tradicionalna družinska povezanost ter vključenost v sosesko). Geografska mobilnost in pogosta ločenost od primarne družine in sorodnikov, ki označujeta sedanji čas, sta prikrajšali sodobnega človeka za nenadomestljive vire podpore v procesu žalovanja. Odsotnost blažilnega delovanja razširjene družine, verske skupnosti in prijateljske soseske ga dela veliko bolj ranljivega in dovzetnega za različne bolezni, katerih posledice mu navadno odpravljajo stehnizirani postopki moderne medicine.

Travmatska doživetja (nasilni dogodki, udeležba v prometnih nesrečah s smrtnim izidom ostalih udeležencev ipd.) vplivajo na zdravje precej negativno. Berkman in Syme (1979; po Argyle, 1992) sta ugotovila, da se zdravje najbolj poslabša tistim, ki ne morejo svoje grozne izkušnje nikomur zaupati. Pennebaker (1989; po Argyle, 1992) je

potrdil rezultate omenjenih avtorjev. Možnost petminutne izpovedi o manj ogrožujočem doživetju, je imela za posledico redkejše obiske pri zdravniku, krajši bolniški stalež in izboljšano funkcioniranje imunskega sistema.

Cividini-Stranić in Ozimec (1984) menita, da življenjski dogodki s pomenom **življenjske krize** (katerokoli dogajanje, ki spremeni dotedanji način, oblike in/ali vsebino življenja neke osebe) nedvomno sodelujejo pri nastanku in razvoju določenih bolezni. Ob tem pa je treba upoštevati zaželenost, količino potrebnega prilagajanja, možnost anticipacije in kontrole nekega dogodka. Avtorja trdita, da se vsakršna sprememba odraža na organizmu oziroma emocijah. Emocije so tesno naslonjene na delovanje vegetativnega sistema, zaradi česar so v veliki meri avtonomni proces. Cividini-Stranić in Ozimec zato sklepata, da je vsako življenjsko dogajanje prepleteno z emocionalnimi stanji in procesi, ki pa niso nujno zavestni. Tudi Grossova (1962) opozarja na povezanost stresnih dogodkov in emocij ter meni, da lahko večino stresov opredelimo kot psihične ali celo emocionalne, čeprav izhajajo iz psihosocialnih in bioloških interakcij. Avtorica je emocije umestila na središčno mesto v stresnem dogajanju.

Podobno je razmišljala Cividini-Stranićeva (1975), ko je emocionalno sfero najprej močno približala somatski (v smislu vzajemne povezanosti), nato pa **emocionalni stres** izenačila s psihično travmo. Emocionalni stres razume avtorica kot globljo, dalj časa trajajočo disfunkcijo v emocionalnem funkcioniranju, oziroma kot porušeno psihosocialno in biološko ravnotežje. Zunanji stresor se prek emocionalne reakcije prelamlja v intrapsihično sfero. Emocionalno reakcijo v veliki meri določa individualna interpretacija stresnega dogodka, kakršnekoli intrapsihične motnje pa se odražajo na spremembah emocionalnega funkcioniranja (adaptacijskega nivoja).

Avtorica pojasnjuje, kako se dogodki vseh vrst in pojavnih oblik neprestano predeležujejo v psihični strukturi osebe, kažejo pa se na polju emocij, ki nenehno vplivajo na telesna dogajanja. Opisane interakcije razložijo mogoče izide v smeri patogenih emocionalnih stanj (anksioznosti, besa, sovražnosti, potrnosti, obupa, jeze, zavisti ipd.), afektivnih odzivov na stres, ki imajo ključno vlogo v etiologiji psihosomatskih motenj. Stresni model se je tako pokazal kot uporabno vezivo med fiziologijo in dinamsko usmerjeno psihologijo, vzpodbudil pa je tudi živahno raziskovanje na področju psihosomatske medicine.

3 ZAKLJUČEK

Predstavili smo precejšnje število raziskav o povezanosti stresnega dogajanja in človekovega biopsihosocialnega stanja. Ugotovitve so raznolike in izjemno kompleksne, zategadelj je preprost in skop povzetek takorekoč nemogoč. Velik del rezultatov tudi ne dopušča enostavnih posplošitev, saj so nekateri izsledki celo nekoliko protislovni, metodološke omejitve pa velikokrat očitne. Zdi se, da vemo manj, kot mislimo, ko sestavljamo takšne pregledne, oziroma, da hkrati z naraščanjem obsega našega znanja raste tudi zavest o tem, česa vse še ne vemo.

Nesporno potrebno je prospektivno, longitudinalno spremljanje ljudi, ki doživljajo socialne spremembe in življenjske preobrate. Tovrstne dogodke je nujno osvetliti z vseh psihosocialnih in ekoloških vidikov, upoštevati je treba delovanje intervenirajočih variabel ter preseči poenostavljene modele tipa "stres ----> spremembe bioloških funkcij ----> bolezen". Na ta način, z ustreznostjo metodologijo raziskovanja, bo mogoče jasneje predstaviti učinke socialnih dogodkov in situacij na zdravje, dasiravno bi bilo po našem mnenju treba omejiti pričakovanja. Povsem mogoče je, da preučevani fenomen (zdravstvene posledice različnih socialnih dogodkov in situacij) nima zelo usodnega vpliva -

ljudje živijo veliko dlje, kot trajajo študije, v tem času se mnogi naučijo ustrežnejših strategij obvladovanja stresa (nekateri kmalu, drugi po večjem številu neuspehov), aktivirajo različne mehanizme ego-obramb, zagledajo se "zdravstvene posledice" in "učinki", o katerih govorimo, lahko prej prehodni pojavi, kot končna stanja (kar pa seveda zopet ni nujno). Zato bi morala vsaka analiza ločevati med časovno omejenimi situacijami akutnega stresa in vseobsegajočimi (prevladujočimi) stanji kroničnega stresa. Med eno in drugo skrajnostjo pa je mogoče opredeliti še nekaj kombinacij.

Tabela 1 *Področja preučevanja odnosa med stresom in zdravstvenim stanjem (po Kasl, 1985)*

R E A K C I J E			
	habitucija (pasivno učenje)	adaptacija-coping (psihološka, fiziološka, vedenjska)	adaptacija ni mogoča ali opazna
NARAVA STRESNE SITUACIJE			
kratkotrajna in/ali omejena po svoji naravi	A	C	E
kronična	B	D	F

Polje A - prototip takšne situacije je porast krvnega pritiska ob številnih medicinskih intervencijah in postopkih med hospitalizacijo. Pacient pri tem ne uporablja nobenih aktivnih strategij obvladovanja stresa, učinek pa traja le do konca bivanja v bolnišnici. Tovrstni situacijski vpliv na višino krvnega pritiska so potrdili Benson in Gutman (1974) ter Ostfeld in Shekelle (1967; po Kasl, 1985), vendar rezultati ne dopuščajo primerjave s situacijami, kjer so pričakovane dlje časa trajajoče spremembe.

Polje B - tu traja delovanje stresorja neomejeno dolgo. Primer so raziskave o vplivu hrupa na spanje - prebivalci hrupnih bivalnih predelov se hrupu določene vrste privadijo, še vedno pa se zbuja ob nenavadnih zvokih (takšen hrup ima zanje drug psihološki pomen). Vendar so Kryter (1972), Tarnapolsky in McLean (1976; po Kasl, 1985) ugotovili, da se učinek habituacije izgubi med določenimi dnevnimi aktivnostmi (npr. med pogovorom).

Polje C - v situaciji tega tipa lahko določeno vedenje ali stališča osebe spremenijo in/ali izničijo učinke stresorja. Reim in Geer s sodelavci (po Kasl, 1985) sta odkrila, da ocena osebe, da lahko kontrolira averzivni dražljaj (čeprav nepreverjena in/ali neutemeljena), zmanjša ali celo povsem odpravi učinke stresa (spremembo psihogalvanskega refleksa ali upad kognitivne produkcije).

Polje E - včasih je težko razlikovati med situacijo tipa E in C. Prva se nanaša na situacije, značilne za delo pilotov, vojakov, radio-operaterjev, kjer se krvni pritisk dvigne v določenih fazah delovanja (npr. pri pilotih med vzletanjem in pristajanjem), ki se jim ni mogoče izogniti. Vendar rezultati raziskav kažejo, da je možna tudi adaptacija na izjemno nevarne pogoje, še zlasti če dobi situacija pomen bolj ali manj vsakdanje rutine. Adaptacija pa ni mogoča v situacijah, kjer je pomembna komponenta tudi odgovornost za druge in/ali zahteva po visoki stopnji budnosti in pozornosti (npr. pri pilotih potniških letal), četudi se tovrstne situacije redno ponavljajo.

Polje D - zajema situacije, ki so bile predmet mnogih raziskav (npr. preučevanje managerskega dela). Pokazalo se je, da vodilni delavci, kljub običajni konfliktnosti vlog

in preobremenjenosti z delom, ne doživljajo nujno napetosti pri delu, kar velja zlasti za rigidne osebe, ki obvladujejo stresne obremenitve na ta način, da omejijo komunikacijo. Tudi osnovnošolski otroci preživijo veliko časa na način, ki ne dopušča ne zasebnosti ne možnosti svobodnega odločanja in/ali aktivnosti, vendar lahko to večinoma dobro kompenzirajo, če imajo doma na voljo prostor, kjer si lahko v miru odpočijejo ter naredijo domače naloge (Michelson, 1970; po Kasl, 1985).

Polje F - je potencialno najbogatejši izvor zanimivih podatkov za raziskovanje povezanosti med socialno situacijo (stresom) in psihosomatskimi motnjami. Gre za tip situacije (navadno delovne) s kronično stresnostjo in majhno možnostjo adaptacije (npr. delo kontrolorjev zračnega prometa), ki je posledica stalne odgovornosti za druge in visoke stopnje potrebne pozornosti (Frankenhauser in Gardell, 1976). Sem spadajo tudi dela za tekočim trakom. Trenutno ni dovolj zanesljivih podatkih o dolgoročnih posledicah takšnih situacij.

Predlagana shema je namenjena predvsem analizi dejavnikov stresne situacije v fazi načrtovanja raziskave. Pri tem je jasno, da ni mogoče povsem natančno definirati meja med posameznimi polji - npr. razmejitev med poljema D in F je mogoča na osnovi situacijskih značilnosti, pa tudi glede na lastnosti preizkušancev, povezane s strategijami obvladovanja stresa. Tudi ločevanje situacij tipa E in F je lahko težavno. Kronično stresno delovno situacijo je mogoče razumeti kot časovno omejeno, če se lahko posameznik v svojem prostem času zadovoljivo distancira in regenerira, lahko pa deluje stalno (npr. na osebe tipa-A in/ali na osebe brez ustrezne socialne podpore). Stresne reakcije, povezane s situacijami, opisanimi v polju A, imajo lahko veliko napovedno vrednost za nastanek in razvoj bolezni, če je (časovno) omejena stresna reakcija povezana s splošno reaktivnostjo (ali osebnostnimi značilnostmi), do katere pride v najrazličnejših situacijah in okoliščinah.

Za preučevanje so najbrž najbolj zanimivi življenjski dogodki in situacije, ki jih je mogoče umestiti na polja D, E in F, vendar je pri tem potrebna tudi pazljiva časovna opredelitev raziskovanja - optimalno je zbiranje podatkov pred stresnim dogodkom ter spremljanje različnih stopenj stresne izkušnje in adaptacije, kar pa je zelo zahtevno in drago. Na nek način pa so še dražje študije, ki povedo zelo malo, saj se dotaknejo le posledic, ne upoštevajo (in ne poznajo) pa začetnega (pred-stresnega) stanja oziroma ga skušajo rekonstruirati, pri čemer je velika verjetnost, da preizkušanci pomešajo vzroke in posledice, pa tudi priklje je običajno slab.

VIRI

- Ahlin, D.: Prikaz obolevnosti delavcev imigrantov in delavcev Slovencev v občini Kamnik v letih 1985-89 in posebej obolevnosti zaradi nekaterih psihosomatskih obolenj in funkcionalnih motenj. Magistrska naloga, Medicinska fakulteta, Ljubljana, 1991.
- Apples, A.: Vital exhaustion as a precursor of myocardial infarction. 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, 31-37.
- Apples, A.: Loss of control, vital exhaustion and coronary heart disease. V: Steptoe, A. (ur.): Stress, Personal Control and health. John Wiley & Sons, Chichester-New York-Brisbane-Toronto-Singapore, 1989, 215-237.
- Argyle, M.: The social psychology of everyday life. Routledge, London-New York, 1992.
- Berkanovic, E., Krochak, P.C.: Occupational mobility and health. Adv. psychosom. Med., Karger, Basel, 1977, 9, 132-139.
- 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.: Dinamska psihologija i psihoterapija. Sveučilište u Zagrebu, Zagreb, 1975, 175-206.

- Cividini-Stranić, E., Ozimec, S.: Psihosomatske bolesti u interakciji sa životnim događajima. Psihoterapija, 1984, 14, 1, 1-10.
- Engel, G.L.: Is grief a disease. Psychosom. Med., 1961, 23, 18-23.
- Engel, G.L.: The concept of psychosomatic disorder. J. Psychosom. Res., 1967, 11, 3.
- Gross, N.E.: Stres u životu. Medicinska knjiga, Beograd-Zagreb, 1962.
- Grossarh-Maticsek, R., Eysenck, H.J., Vetter, H., Schmidt, P.: Psychosocial types and chronic diseases: results of the Heidelberg Prospective Psychosomatic Intervention Study. 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, 57-79.
- Kasl, S.V.: Contributions of social epidemiology to studies in psychosomatic medicine. Adv. psychosom. Med., Karger, Basel, 1977, 9, 160-223.
- Klerman, G.L., Izen, J.E.: The effects of bereavement and grief on physical health and general well-being. Adv. psychosom. Med., Karger, Basel, 1977, 9, 63-104.
- Luban-Plozza, B., Poeldinger, W., Kroeger, F.: Psihosomatski bolnik v splošni ambulanti in njegovo zdravljenje. DZS, Ljubljana, 1993.
- 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.
- Nikolić, S.: Psihijatrija dječje i adolescentne dobi. Dječje novine, Gornji Milanovac, 1982.
- Nikolić, S.: Svijet dječje psihe. Osnove medicinske dječje psihologije. Prosvjeta, Zagreb, 1989.
- Parkes, C.M., Brown, R.: Health after bereavement. A controlled study of young Boston widows and widowers. Psychosom. Med., 1972, 33, 449-461.
- Parkes, K.R.: Locus of control, cognitive appraisal and coping in stressful episodes. J. Pers. Soc. Psychol., 1984, 46, 655-669.
- Parkes, K.R.: Personal control in an occupational context. V: Steptoe, A. (ur.): Stress, Personal Control and health. John Wiley & Sons, Chichester-New York-Brisbane-Toronto-Singapore, 1989, 21-49.
- Prior, I.: Migration and physical illness. Adv. psychosom. Med., Karger, Basel, 1977, 9, 105-131.
- Rees, L.W.: Stress, distress and disease. Brit. J. Psych., 1976, 3, 128-130.
- Rosenman, R.H., Swan, G.E., Carmelli, D.: Some recent findings relative to the relationship of Type A behavior pattern to coronary heart disease. 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, 21-31.
- Sarafino, E.P.: Health Psychology: Biopsychosocial Interactions. John Wiley & Sons, New York-Chichester-Brisbane-Toronto-Singapore, 1990.
- Schmale, A.: Relationship of separation and depression in disease. A report on a hospitalized medical population. Psychosom. Med., 1958, 20, 259-277.
- Selič, P.: Bronhijalna astma v luči teorije objektivnih odnosov. Anthropol., 1991, 23, 4-5, 254-277.
- Selič, P.: Psihodinamsko ozadje (ne)uspešnosti pri študiju. Magistrska naloga, Filozofska fakulteta Ljubljana, Ljubljana, 1992.
- Selič, P.: Stres pri delu policistov na severni meji. Revija Policija, 1994, 14, 3-4, 130-151.