

Problem socialne adaptacije*

UDK 362.71:612.017.2

PROBLEMS OF SOCIAL ADJUSTMENT. *The paper presents results of the study by Professor Dr. Jampoljska from Moscow, which deals with the physiological aspect of social adjustment. The author considers it as a part of a general biological adaptation and distinguishes between the physiological, directed and pathological adaptation. She describes the aetiology of some forms of troublesome adaptation process met in children. She maintains that one of our first goals should be to ensure that children aged 8—18 months be cared for at their home and not in a day nursery.*

POVZETEK. *Članek posreduje izsledke prof. dr. Jampoljske iz Moskve, ki proučuje fiziologijo socialne prilagojenosti. Opredeljuje jo kot del splošne biološke prilagoditve, loči pa fiziološko, usmerjeno in bolezensko prilagoditev. Opisana je etiologija težkih oblik prilagajanja otrok. Med prvimi ukrepi pa predlaga, da naj bi otrok med 8. in 18. meseci starosti ne odhajal v jasli.*

O tem problemu je v Budimpešti poročala prof. dr. Jampoljska iz Moskve. V diskusiji s predstavnico Bolgarije prof. Manovo ter s predstavniki NDR in v osebнем razgovoru z avtorico smo prvotni referat idejno bistveno razširili in bom zato sedaj skušal v tem članku — žal le po spominu — opisati osnovne ideje prof. Jampoljske.

Avtorica meni, da je socialna prilagoditev le del splošne biološke prilagoditve. Na posvetovanju je bila neizgovorjena, v mislih vseh pa prisotna znana Štamparjeva definicija zdravja, po kateri zahtevamo za zdravje telesno, duševno in socialno blaginjo. Tudi v prilagoditvi zasledimo to trojnost, biološko prilagoditev lahko torej nekako delimo v somatično, psihično in socialno.

Več desetletij je minilo, odkar je Selye uvedel v medicinska razmišljanja znano hipofizarno — suprarenalno os. Prav tako izvira od tega avtorja trofazna

* V Budimpešti je bil od 21. do 24. oktobra 1975 mednarodni seminar strokovnjakov socialističnih dežel za razvoj dojenčkov in malih otrok. Seminarja so se kot opazovalci udeležili: dr. K. Kancler, psihologinja S. Pogačnik-Toličič ter dr. S. Krajnc-Simoneti. Udeležba na seminarju je sestavni del že skoraj desetletnega sodelovanja med Zavodom SR Slovenije za zdravstveno varstvo ter Državnim metodološkim inštitutom za vzgojo in nego najmlajših otrok v Budimpešti.

delitev človekove reakcije v fazo alarma (šok in antišok), fazo rezistence in fazo izčrpanosti. Selye je s svojim delom dokazal, da je možno najrazličnejše kvarne agense zunanjega sveta (stres) v svojih posledicah razlagati z dokaj enotnim mehanizmom. Z vplivom korteksa na hipotalamus pa je združil somatične in psihične faktorje v ta mehanizem. Dopolnjena Selyeva shema je tudi danes medicinska osnova za razumevanje dogajanj v organizmu, ki je bil izpostavljen stresu.

Prof. dr. Jampoljska, ki izhaja iz imenitne ruske fiziološke šole Pavlova, si je zadala nalogo proučiti fiziologijo socialne prilagoditve. Izhajala je iz predpostavke, da je socialna prilagoditev le del biološke — torej splošne prilagoditve in ji je v svojih izvajanjih uspelo dokazati, da tudi socialna prilagoditev deluje praktično po istih mehanizmih kot somatična in psihična. V opisu socialne prilagoditve loči tri pojme:

1. fiziološka prilagoditev je prilagoditev na normalno okolje. Otrok se fiziološko prilagaja na okolje svojega doma.

2. Usmerjena prilagoditev je tista, pri kateri se v normalnem okolju spremeni en parameter. Pri vključevanju otroka v vrtec npr. nastopajo ti mehanizmi.

3. Patološka prilagoditev nastaja takrat, ko prilagoditev vodi v bolezen in v kateri lahko nastopi celo faza izčrpanosti.

Dojenček in majhen otrok sta morfološko in funkcionalno nezrela, zato je tudi njiju socialna prilagoditev dokaj nezrela. Socialna prilagoditev ni prirojen pojav, razvija se šele v postnatalni ontogenezi. Pri tem prof. dr. Jampoljska pripisuje materi odločilno vlogo, presenetilo pa nas je, da so predstavniki NDR to vlogo negirali.

Kot prikaz socialne prilagoditve vrednotimo nastajanje prvih obrazcev ponašanja. Ti so popolnoma normalni in običajni, kadar poteka socialna prilagoditev v normalnem okolju, torej doma. Z vključitvijo otroka v VVZ pa nastopa kot posledica spremenjenega mikrosocialnega okolja potreba po spremembi obrazcev ponašanja. Sedaj prično delovati različni prilagoditveni mehanizmi.

Ob vključitvi v VVZ opazujemo običajno ca. 10-dnevno fazo intenzivne prilagoditve. V tej fazi je moteno emocionalno počutje otroka, moten je njegov spanec, tek je slabši, merljiva sprememba dermografizma in električne prepustljivosti kože pa kažejo na udeležbo nevrovegetativnega sistema. Zgornja simptomatika je merljiva in po kakih dveh tednih izgine. V tem primeru govorimo o lahki prilagoditvi. Značilno je, da ta nastopa pri dojenčkih med 6. in 7. mesecem ter pri malih otrocih po 18. mesecu. Med 7. in 18. mesecem pa običajno nikoli ne poteka lahko. Žal je prav ta starost tista, v kateri pri nas otroke sprejemamo v jasli.

Če namreč ta faza prilagoditve ne poteka tako, kot sem jo opisal zgoraj, nastopajo mehanizmi patološke prilagoditve. Patološka prilagoditev je lahko srednja ali težka. Pri srednji patološki prilagoditvi nastopa vsa zgornja simptomatologija v izrazito ojačeni intenziteti. Tem simptomom se pridružijo še patološke oblike ponašanja, depresivna stanja ter prenevrotična stanja. Najbolj zanimivo pa je dejstvo, da v tej fazi nastopajo merljive spremembe imunoloških reakcij otroka, ki povzročajo padec njegove odpornosti, kar ima za posledico seveda somatično bolezen. Po tej poti je torej uspel dokaz, da lahko nepravilna

prilagoditev na okolje — torej čisto socialni moment — povzroča somatično bolezen.

O težki patološki prilagoditvi pa govorimo takrat, ko se zgoraj opisani mehanizmi kar naprej ponavljajo, ko pride do zastoja telesnega in duševnega razvoja in ko pridemo do stanja, ko otrok dejansko ni več sposoben za kolektiv.

Zanimivo je, da so v Moskvi raziskovali tudi etiologijo teh težkih oblik prilagoditve. Pri tem so opazili, da pri 80 % otrok s težko patološko prilagoditvijo obstaja patološka nosečnost. Prav tako so pri 90 % otrok s težko prilagoditvijo našli napake v vzgoji. Vidimo torej, da se tudi v etiologiji prepletajo čisto biološki vzroki s socialnimi.

Končno je prof. dr. Jampoljska predlagala tudi preventivne ukrepe, ki naj preprečujejo nastanek težkih oblik patološke prilagoditve.

Sem sodi na prvem mestu starost otroka ob oddaji v VVZ. Med 8. in 18. mesecem naj otroka ne bi oddali v VVZ, raje prej, bolje pa po tej starosti.

Tudi splošno zdravstveno stanje — telesno in psihično naj bo zadovoljivo, kar naj ugotovi pediater pred oddajo otroka v VVZ.

Dalje je opisala vrsto prijemov, ki so v Moskvi praktično preizkušeni in ki so bistveno zmanjšali število patoloških prilagoditev. Sestra naj obišče otroka pred oddajo v jasli nekajkrat na domu. V VVZ pustijo otroku v začetku domačo obleko in ga ne uniformirajo. Dalje mu pustijo domač dnevni red, ki ga šele postopoma preusmerjajo v dnevni red ustanove. Tudi način prehrane puščajo v začetku domačega in ga šele kasneje preusmerjajo. V fazi prilagoditve dajejo otroku individualno oskrbo. Končno so razvili tudi posebne načine vzgoje, ki jih uporabljajo pri otrocih v tej fazi prilagoditve. Koder so uporabili vse zgoraj navedene principe, so opazili pomembno znižanje števila patoloških prilagoditev oziroma pogosto celo njih izginitev.

UMRLJIVOST OTROK

— Povprečna umrljivost otrok v današnjem svetu je ocenjena na nekako 83 smrti na 1000 živorojenih otrok ali z drugimi besedami: po eden na vsakih 12 otrok umre v prvem letu svojega življenja.

— Po deželah v razvoju je umrljivost otrok v glavnem deset do dvajsetkrat večja kakor v razvitih deželah. Ob prelomu stoletja so bile razmere v razvitih deželah podobne današnjim razmeram v razvijajočem se svetu.

— Po nekaterih deželah v razvoju doseže odstotek umrljivosti novorojenčkov tudi do 200 na 1000 živorojenih otrok. Med razvitimi deželami je imela Švedska najnižji odstotek — le 8,3 smrtnih primerov na 1000 živorojenih otrok (ta podatek velja za leto 1976).

— Cilj, ki smo si ga postavili za leto 2000, je: v vseh deželah današnjega sveta doseči manj kot 50 smrti na 1000 živorojenih.

— V letu 1978 je od približno 122 milijonov otrok umrlo nič manj kot 10 do 12 milijonov otrok, še preden so dočakali svoj prvi rojstni dan; 77 % teh smrti je bilo v Afriki in Južni Aziji.

Povzeto po gradivu SZO