

Perspektywy promocji zachowań zdrowotnych w zmaganiu się z ciężką chorobą somatyczną

Dorota Kubacka-Jasiecka¹

Zakład Psychologii Zdrowia i Zaburzeń Zachowania,
Instytut Psychologii Stosowanej Uniwersytetu Jagiellońskiego

Prawdziwy problem leży już nie w tym, czy myśli i uczucia wpływają na tok leczenia,
ale jak najefektywniej nimi kierować, aby ten proces wspomóc
O. C. i S. Simontonowie

PERSPECTIVES IN THE PROMOTION OF HEALTH ORIENTED BEHAVIOURS IN COPING WITH SERIOUS SOMATIC ILLNESS

Summary. Papers presents prospects of applying contemporary cognitive and crisis psychology in justification and construction of psychological programmes promotig adaptive and health oriented behaviours in the course on serious somatic illness crisis.

Result of contemporary cognitively oriented psychological studies undertaken in different areas of psychological reveal the prevalence of illusions penetrating normal functioning of individuals while their lacking may lead to serious disturbances in functioning. Thus, there is a possibility of using cognitive processes including illusive thinking in creating psychological prevention programmes assisting effective coping with crisis of illness as well as the personal development of the patient. Four significant postulates that should be taken into consideration in creating programmes adjusted to the character and specificity of somatic disease are discussed:

1. Providing information about the illness defining clearly the patient's situation and directing coping processes at overcoming the illness. 2. Exposition of the role of patient's sense of controlling the course of the illness and treatment. 3. Activation of internal adaptive and defensive systems of coping with illness. 4. Counteraction of anti-health changes in sense of identity and self-perception.

Niniejszy artykuł ukazuje możliwości wykorzystania dorobku współczesnej psychologii, zwłaszcza orientacji poznawczej i psychologii kryzysu, do zasadnego konstruowania psychologicznych programów, promujących zachowania adaptacyjno-zdrowotne w przebiegu kryzysu będącego następstwem ciężkiej choroby somatycznej. Poważna choroba somatyczna, związane z jej wystąpieniem cierpienie, ból, utrudnienia życiowe czy wręcz zagrożenie życia są faktami realnymi, szanse na ich przezwyciężenie wydają się pozostawać nie tylko poza możliwościami samego pacjenta, lecz także często i współczesnej medycyny. Sytuacja ta potęguje niepokój chorego, wywołuje bezradność, poczucie utraty kontroli nad sobą i swoim życiem.

Pomimo niewątpliwych osiągnięć psychologii medycznej i narastającej wiedzy o psychologicznych aspektach poszczególnych schorzeń somatycznych obszar praktycznych oddziaływań psychologicznych pozostaje nader skromny. Charakter zagrożenia, zwłaszcza w ciężkich czy przewlekłych schorzeniach, podstawowych wartości i dążeń osób chorych czy wręcz samego ich życia obezwładnia również i psychologa, wykształconego najczęściej w paradygmacie psychopatologii. Oddziaływanie psychologiczne sprowadza się najczęściej do psychoterapii typu podtrzymującego. Natomiast próby niesienia realnej pomocy chorym somatycznie pozostają nadal odosobnione. Oczywiście cytując Obuchowskiego (1976) trzeba być świadomym, że „Psycholog nie jest w stanie usunąć defektu, nie jest zdolny zapobiec konsekwencjom zabiegów chirurgicznych, ewentualnego inwalidztwa lub przyspieszenia biegu zegara śmierci. Musi nauczyć człowieka walki w nowych warunkach bytu i perspektywy życia, ukazać mu jego trudny sens” (s. 199).

Wydaje się, że osiągnięcia współczesnej psychologii uczyniły realnym ambitny postulat wybitnego psychologa. Wyniki badań z obszaru orientacji poznawczej – zwłaszcza zastosowanie paradygmatu poznawczego do analizy zjawisk obronności, a także obserwacje i doniesienia z badań nad przebiegiem procesów radzenia sobie z ciężkimi kryzysami – przyczyniły się do rozpowszechniania przekonania o znaczącej, adaptacyjno-obronnej roli wewnątrzpsychicznych procesów w zmaganiu się z własną chorobą somatyczną czy zagrożeniem życia. Stany emocjonalne i umysłowe odgrywają znaczącą rolę nie tylko w podatności na choroby, lecz również w procesie zdrowienia. Rozpowszechnia się przekonanie, że jeżeli nad powrotem do zdrowia nie pracuje cały, stanowiący zintegrowany system ciała, rozumu i emocji człowiek, to czysto fizyczna interwencja może okazać się niewystarczająca (por. Moos, 1989; Sheridan, Radmacher, 1998; Sęk, 1991; Simonton, Matthews-Simonton, Creighton, 1993).

Należy pamiętać, że „zwyciężyć chorobę” oznacza nie tylko wyzdrowieć; nie zawsze jest to przecież możliwe. Przezwyciężyć chorobę to również pozostać aktywnym tak długo, jak długo jest to możliwe, czerpać radość

¹ Adres do korespondencji: Zakład Psychologii Zdrowia i Zaburzeń Zachowania IPsS UJ, ul. Józefa 19, 31-056 Kraków.

DOROTA KUBACKA-JASIECKA

z każdej chwili życia, być szczęśliwym pomimo choroby oraz być zdolnym do dzielenia się tym szczęściem z innymi. Dla wielu ludzi choroba staje się szansą na dokonanie przewartościowań – na spojrzenie na swoje życie z nowej perspektywy, pozwalającej na ocenę tego, co w życiu najistotniejsze (Wirga, 1992).

Programy promocji i wysiłki w działaniu na rzecz zdrowia w ciężkiej chorobie somatycznej winny m.in. uwzględniać i wykorzystywać wyniki badań nad powszechnością złudzeń i iluzji przenikających normalne funkcjonowanie człowieka, stosowaniem wadliwych reguł wnioskowania psychologicznego i selektywnością czynności poznawczych. Pełnią one rolę: źródła dobrego samopoczucia i pozytywnej samooceny, odnajdywania sensu i wartości życia oraz pomagają w radzeniu sobie z kryzysowymi doświadczeniami życiowymi, stając się tym samym koniecznym warunkiem pozytywnej adaptacji (Kofta, Szustrowa, 1991). Programy prozdrowotne winny być zróżnicowane i indywidualnie konstruowane w zależności od specyfiki choroby: z jednej strony oczekiwań i potrzeb pacjentów, a z drugiej – konkretnych wymagań terapeutycznych.

Niemniej, niezależnie od postulatu indywidualnego zróżnicowania podejścia psychologicznego, spróbuję określić pewne ogólne wskazania dotyczące promocji zachowań i postaw zdrowotnych, które znajdują uzasadnienie w świetle współczesnych danych psychologicznych. Chodzi przede wszystkim o: dostarczanie informacji o wystąpieniu choroby, rozpoznaniu, rokowaniu, sposobach leczenia, ich skuteczności oraz efektach ubocznych; wspieranie osoby chorej w podtrzymywaniu i wzmacnianiu poczucia mocy i kontroli nad przebiegiem choroby i swoim życiem; aktywizowanie wewnętrznych adaptacyjno-obronnych systemów zmagania się z chorobą; przeciwdziałanie antyzdrowotnym zmianom w zakresie poczucia tożsamości i obrazu własnej osoby. Przyjrzyjmy się bliżej przedstawionym wyżej zagadnieniom.

DOSTARCZANIE INFORMACJI O CHOROBY

Istotne jest, aby informacje były przekazywane pacjentowi w sposób całkowicie dla niego zrozumiały i dostępny, dostosowany do poziomu jego wykształcenia i wiedzy medycznej, aby mogły stać się podstawą wypracowania własnej koncepcji i obrazu choroby. Ponadto lekarze winni starać się przekazywać wszelkie informacje o chorobie pamiętając o tym, jak bardzo mogą być one dla pacjenta zagrażające, a uzyskiwane przez pacjenta dane z innych źródeł (współpacjenci, znajomi, książki itp.) wyjaśniać, obniżając i neutralizując ich lękotwórczy charakter. Postulat ten rzadko jest realizowany w warunkach polskiego leczenia. Często bywa wręcz podważany, choć jest nie tylko słuszny, ale niezwykle ważny i konieczny dla ułatwienia adaptacji chorego. Rzetelna informacja stwarza konieczność skonfrontowania się pacjenta z faktem wystąpienia choroby i rozpoznaniem, a przez to otwiera realną możliwość podjęcia prawidłowego leczenia medycznego i przestrzegania lekarskich zaleceń zdrowotnych. Stwarza też możliwość ukazania realnych następstw choroby i sprowadzenie zagrożenia do wymiarów racjonalnych, często społecznie nieadekwatnie do sytuacji demonizowanych schorzeń. Oprócz uspokojenia pacjenta lekarz ma okazję wykazania się kompetencją i fachowością. Świadome i dobrowolne przekazanie mu przez chorego kontroli nad swoją chorobą, której sam nie może kontrolować, daje pacjentowi poczucie pośredniego sprawowania kontroli nad swoim życiem (por. Drwał, 1978; Szmajke, 1989). Wymienione czynniki należy uznać za istotne w procesie pozytywnej adaptacji do choroby. Podawanie rzetelnej informacji minimalizuje niepewność, niejasność czy wieloznaczność informacyjną towarzyszącą każdej poważnej chorobie somatycznej. Tym samym wyposażenie pacjenta w informacje o chorobie może prowadzić do znaczącej redukcji lęku.

Nie należy zapominać, że ocena zagrożenia w kategoriach wieloznaczności stanowi jedno z podstawowych źródeł lęku (Lazarus, Averill, 1972). Niekontrolowany lęk odgrywa rolę zdecydowanie niekorzystną w sytuacji choroby, w znacznej mierze patologizując zachowanie chorego. Może powodować unikanie kontaktu z lekarzem-specjalistą, wycofywanie się z proponowanej terapii, przedwczesne uciekanie się do wewnątrzpsychicznej obrony, ukierunkowanej na negację, zaprzeczanie faktowi zachorowania czy podważanie już postawionego rozpoznania.

Mechanizmy zaprzeczania stwarzają niekorzystną psychologicznie sytuację daremnego angażowania sił wewnętrznych w negowanie choroby, zamiast skoncentrowania wysiłków poznawczych na zmaganiu się z chorobą. Tym samym akcent współcześnie przesuwają się z pytania „czy informować?” na pytanie „jak informować?” i „kiedy?” Ustosunkowując się do problemu informowania pacjentów, chciałabym zacytować pogląd Stewarda Alsopa, przytaczany przez Susułowską (1976): „[...] pacjentowi powinno się powiedzieć prawdę i nie tylko prawdę – ale nie całą prawdę”, bowiem „człowiek, który musi umrzeć, umrze łatwiej, jeśli zostawi mu się małą iskierkę nadziei” (s. 16). Nie mniej istotna jest rola informacji na poszczególnych etapach choroby.

Pacjent powinien być informowany wówczas, gdy przekazana informacja czemuś służy, odgrywa rolę konstruktywną, ułatwia przystosowanie do sytuacji, a nie tylko niesie zagrożenie.

Medyczne informacje o chorobie stają się podstawą własnej pracy pacjenta nad indywidualną koncepcją choroby – osobistym zrozumieniem jej sensu i znaczenia w swoim własnym życiu, poszukiwaniem jej przyczyn, a także

PERSPEKTYWY PROMOCJI ZACHOWAŃ ZDROWOTNYCH

środków zaradczych. W koncepcji adaptacji poznawczej (Taylor, 1984; 1991) wypracowanie subiektywnej koncepcji choroby „na własny użytek”, „dla siebie” stanowi podstawę zmagania się pacjenta z chorobą, odzyskiwania utraconego na skutek choroby poczucia mocy i kontroli nad sobą samym i swoją chorobą.

WSPIERANIE OSOBY CHOREJ W ZDOBYWANIU I ZWIĘKSZANIU POCZUCIA MOCY I KONTROLI NAD PRZEBIEGIEM CHOROBY

Wyniki badań psychologicznych zgodnie przekonują nas o znaczeniu i roli mechanizmów kontroli dla dobrego przystosowania, pozytywnego zdrowia psychicznego, wreszcie radzenia sobie z zagrażającymi wydarzeniami (Kofta, Szustrowa, 1991; Kofta, 1977; Hoff, 1995). Własna aktywność, celowe zachowanie zmierzające do kontrolowania wydarzeń oraz samego siebie stają się warunkiem sprawnego funkcjonowania. Zgodnie z tezami współczesnej psychologii, człowiek to istota działająca, kontrolująca i modyfikująca bieg wydarzeń w dążeniu do realizacji własnych wizji i celów. Aktywności tej towarzyszą i wspierają ją liczne zniekształcenia wiedzy o sobie i innych, optymizm, brak realizmu oraz przecenianie własnego wpływu na bieg wydarzeń (Kofta, 1977). Równocześnie wskazuje się na negatywne skutki braku możliwości kontroli, jak np. na deficyty związane ze zjawiskiem wyuczonej bezradności, symptomy depresyjne itp. (Rosenhan, Seligman, 1994).

Z punktu widzenia interesującego nas problemu, z przekonania o pozytywnej roli poczucia kontroli wynikają następujące wskazania psychologiczne o charakterze promującym zdrowie:

1. Powinno się wspierać wszelkie działania aktywizujące dążenia pacjentów na rzecz własnej, subiektywnej koncepcji choroby, obejmującej atrybucję przyczyn oraz zrozumienie sensu i znaczenia własnej choroby (por. Taylor, 1984). Ani adekwatność i zgodność z wiedzą medyczną, ani racjonalność powstałych na tej drodze przekonań wydaje się nie mieć większego znaczenia dla zmagania się z zagrożeniem choroby. Ważna jest wyłącznie rola i funkcje, jakie pełnią. W związku z tym należy wystrzegać się korygujących komentarzy, pobłażliwości czy wręcz krytycznego nastawienia do subiektywnych przekonań i poglądów pacjentów, o ile przekonania te oraz życiowe złudzenia nie zagrażają poniechaniem lub uchylaniem się od przepisanej terapii medycznej, wizyt kontrolnych czy zalecanego trybu życia. Z tych samych powodów nie należy obawiać się skutków tzw. fałszywych nadziei. Na nich bowiem może opierać się przekonanie o skuteczności konkretnych środków i sposobów zaradczych. Są one zresztą – zgodnie z obserwacjami cytowanej autorki – stosunkowo łatwo porzucane na rzecz innych środków, podejmowanych z nowym entuzjazmem.

Zdaniem Taylor, powstawanie subiektywnej koncepcji własnej choroby stanowi naturalne, automatyczne zjawisko w przebiegu procesów zmagania się z chorobą, w dążeniu do odzyskania zachwianego przez chorobę poczucia mocy i sprawowania kontroli nad swoim życiem.

2. Kolejny postulat działań prozdrowotnych to tworzenie możliwości występowania osoby chorej w roli jakby aktora na scenie procesu leczenia, a nie biernego obserwatora procesu przebiegu choroby czy podmiotu oddziaływań leczniczych (Lewicka, 1991). Spełnienie tego postulatu wymaga nie tylko zmiany postaw, lecz i innych daleko idących zmian systemowych w organizacji lecznictwa i służby zdrowia w Polsce, jej humanizacji i upodmiotowienia relacji lekarz–pacjent (Heszen-Niejeodek, Sęk 1997).

Oprócz wzmocnienia kontroli i wytwarzania się poczucia sprawstwa w obszarze własnego zdrowia przejmowanie odpowiedzialności za proces leczenia wyzwala iluzyjne nastawienie i myślenie życzeniowe, sprzyjające osiąganiu prozdrowotnych celów i sukcesu w działaniu. Proces ten jednak nie przychodzi bez trudu, skoro Simontonowie (1993) zauważają: „Osoby, które zaczynają przyjmować na siebie odpowiedzialność za wpływanie na stan swego zdrowia, zasługują na najwyższe gratulacje” (s. 141).

Dzięki pomocy w eliminowaniu rozpraszających pacjenta rozwiązań alternatywnych, stwarzania konieczności rozstrzygnięcia nasuwających się wątpliwości i przyspieszaniu podjęcia decyzji psycholog może umacniać postawę „aktora” potęgującą siłę dążeń, sprzyjającą integracji osobowości, podtrzymującą nadzieję.

Poczucie sprawstwa wiąże się z następującymi rodzajami przeżyć o pozytywnym znaczeniu dla jednostki: odczuwaniem wolności, możliwościami wyboru, przekonaniem o sprawowaniu kontroli i przeżywaniu własnej skuteczności. Poczucie wolności wyboru stanowi przeciwieństwo przeżywania bezradności, „zamknięcia czasoprzestrzeni” – zgodnie z określeniem Kępińskiego, ograniczenia własnych możliwości przeciwstawienia się trudnościom oraz zanikania nadziei. Przeżycia te są powszechnie identyfikowane z warunkami powstawania lęku, wyuczonej bezradności i depresji (Izard, Kagan, Zajonc, 1990; Kępiński, 1972; 1977; Lazarus, Averill, 1972; Silver, Wortman, 1984; Sędek, 1991; Taylor, 1984; 1991 oraz inni autorzy). Ważnym więc czynnikiem promującym dobre samopoczucie i zdrowie staje się podtrzymywanie poczucia wolności wyboru, choćby w mało znaczących kwestiach, w każdych warunkach: w sytuacji leczenia, hospitalizacji czy podporządkowania innym pozamedycznym instytucjom.

Z punktu widzenia interesującego nas problemu ważne adaptacyjnie jest zjawisko przechodzenia subiektywnego poczucia kontroli w rzeczywistą kontrolę zachowania dzięki uruchamianiu przez poczucie kontroli skutecznej,

DOROTA KUBACKA-JASIECKA

ukierunkowanej aktywności, warunkującej tzw. samospełnianie się hipotez. Nie bez znaczenia pozostaje umiejscowienie kontroli; kontrola wewnętrzna i powiązane z nią zachowania sprzyjają zmaganiu się z chorobą. Aktywizowanie wewnętrznych adaptacyjno-obronnych systemów zmagania się z chorobą również zasadniczo zmierza do przejęcia odpowiedzialności oraz kontroli nad przebiegiem choroby, jednak ze względu na szczególną rolę tego czynnika w zmaganiu się z chorobą wymaga on osobnego omówienia.

AKTYWIZOWANIE WEWNĘTRZNYCH ADAPTACYJNO-OBRONNYCH SYSTEMÓW ZMAGANIA SIĘ Z CHOROBA

Zdaniem Taylor, zgodnie z koncepcją adaptacji poznawczej, wewnątrzpsychiczne procesy adaptacyjno-obronne uczynniają się automatycznie u większości chorych przewlekle (zjawisko to wystąpiło u większości badanych przez Taylor pacjentek onkologicznych po zabiegu mastektomii). Prawidłowości tych nie obserwowano, zwłaszcza w takiej skali, w analogicznych badaniach polskich (Wawak-Sobierajska 1995). Prawdopodobne wyjaśnienie uzyskania sprzecznych wyników badań winno uwzględniać występowanie nie kontrolowanych zmiennych, związanych ze sposobem informowania o chorobie, a także nie zawsze uświadamianych zachowań personelu medycznego wobec chorych (np. zniechęcających lub zachęcających do tworzenia subiektywnej koncepcji choroby). Z punktu widzenia promocji zdrowia pożądane jest stymulowanie i podtrzymywanie wszelkich procesów poznawczych wspomagających adaptację. Wydaje się, że chodzi tu o dwa rodzaje procesów, w pewnej mierze odrębnych, choć ściśle ze sobą powiązanych: refleksję – bez zafałszowań – nad swoim dotychczasowym życiem, dokonanie jego oceny z nastawieniem na zmianę oraz konfrontację ze stanem swojego aktualnego zdrowia i zaawansowaniem choroby.

Utrwalone wzory zachowań oraz dotychczasowy sposób funkcjonowania traktuje się jako pośrednio współodpowiedzialne za stan zdrowia oraz w pewnej mierze za wystąpienie choroby, a także jej aktualny rozwój i przebieg (Hoff, 1995; Monat, Lazarus, 1991; Moos, 1989).

Pacjent – jako podmiot procesów zdrowienia – winien sam przejąć odpowiedzialność oraz podjąć świadomy, kontrolowany wysiłek przepracowania dotychczasowych, antyzdrowotnych wzorów zachowania. Równocześnie wspomaganie leczenia medycznego ma na celu rozwijanie aktywności chorych, nasilenie ich woli życia, poszerzanie motywacji. Chodzi o to, by wyzwoić naturalne, właściwe wszystkim ludziom siły obronne i mechanizmy regulacyjne (Folkman, Lazarus, 1991; Lazarus, Folkman, 1991; Wirga, 1992). Celowi temu służą następujące techniki psychologiczne, wypracowane i praktykowane z powodzeniem m.in. przez Simontonów: ćwiczenia medytacyjne, techniki motywacyjne czy relaksacyjne, treningi grupowe oraz ćwiczenia wizualizacyjne, techniki psychorsunkowe, elementy biofeedbacku i wiele innych.

Przejęcie odpowiedzialności za własne życie oraz nasilenie postaw obronnych odbywa się poprzez wzbudzenie woli życia, nadziei na przyszłość, wyzdrowienie i opanowanie choroby. Procesy te zachodzą na drodze życzeniowego i pozytywnego myślenia, wzmocnienia postaw optymizmu i dobrego samopoczucia, stymulujących biopsychologiczne mechanizmy immunologiczne i adaptacyjne (por. Ader, 1990).

Prozdrowotne programy psychologiczne ukierunkowane są na wzbudzenie wiary i nadziei u pacjentów. Łącznie z pozytywnym myśleniem i optymizmem stanowią one „psychiczny napęd” poruszający „biologiczne tryby” procesu zdrowienia. W przebiegu procesów zdrowienia główną rolę odgrywa układ limbiczny, wpływając na podwzgórze regulujące czynności autonomicznego układu nerwowego i przysadki mózgowej. Dzięki aktywności hormonalnej i nerwowej podtrzymujemy równowagę organizmu. Wydzielane przez układ limbiczny i podwzgórze neuropeptydy pobudzają również układ immunologiczny – siły obronne naszego organizmu. Opanowanie choroby jest zatem rezultatem osiągnięcia równowagi procesów fizjologicznych dzięki równowadze psychicznej. Jak wspomniano wyżej, istotne jest to, aby wewnątrzpsychiczne procesy adaptacyjne włączały się w określonej chwili, w której mogą odegrać swoją pozytywną rolę. Na przykład nie na etapie rozpoznania choroby czy pierwszych, szokowych reakcji emocjonalnych, a dopiero po okresie odreagowania nagromadzonego napięcia siła procesów wewnątrzpsychicznych może zostać w pełni wykorzystana. Przedwczesne włączenie się procesów zaradczych, przebiegających wraz z wysokimi poziomami lęku i niepokoju, grozi załamaniem się procesów zmagania, spowodowanym ich nieskutecznością. Stąd znacząca rola pracy z pacjentem nad redukowaniem napięcia (np. treningów relaksacyjnych) w początkowej fazie stresu związanego z wystąpieniem i rozpoznaniem choroby.

Problem podejmowania przez chorych wewnątrzpsychicznych środków obronnych i zmagania się, ich rodzaju, charakteru i roli, którą odgrywają w przystosowaniu się do sytuacji zagrażającej czy frustrującej, był i jest nadal przedmiotem wielu kontrowersji (por. Suls, Fletcher, 1985).

Nasuwa się pytanie, czy stosowane w obliczu choroby środki zaradcze można w jakimś zakresie utożsamiać z klasycznymi mechanizmami obronnymi (zob. np. koncepcja zmagania się ze stresem Lazarusa – Lazarus, Averill 1972 oraz Monat, Lazarus 1991), a także czy są one efektywne, nie tylko jako redukujące napięcie,

PERSPEKTYWY PROMOCJI ZACHOWAŃ ZDROWOTNYCH

podtrzymujące pozytywną samoocenę, ale przede wszystkim jako realnie podnoszące odporność na stres i sprzyjające procesom zdrowienia. W wymienionych koncepcjach mówi się o elastyczności, zmienności, braku sztywności, a także półświadomym charakterze obserwowanych sposobów obrony, podkreślając ich zdecydowanie pozytywną rolę. Powinny więc mieć nieco odmienne parametry niż te, którymi charakteryzują się klasyczne, nieświadome mechanizmy obronne (Kubacka-Jasiecka, 1995; 1997).

W hierarchii strategii zaradczych Vaillanta z 1986 r. (cyt. za: Rosenhan, Seligman, 1994) strategie na wpółświadomego tłumienia należą do kategorii tzw. mechanizmów dojrzałych (poziom IV) jako w stosunkowo najmniejszym stopniu zniekształcające rzeczywistość. W badaniach wykorzystujących paradygmat poznawczy stwierdzano ich istotny, pozytywny wpływ nie tylko na całokształt przystosowania społecznego, ale przede wszystkim na dobry stan zdrowia osób posługujących się tego typu mechanizmami w dłuższych okresach życia.

PRZECIWDZIAŁANIE ANTYZDROWOTNYM ZMIANOM W ZAKRESIE POCZUCIA TOŻSAMOŚCI I SAMOPERCEPCJI

Jednym z powszechnych następstw poważnej choroby, związanego z nią lęku i cierpienia są niekorzystne zmiany samooceny. Najczęściej obserwowane ich przejawy to: gwałtowne obniżanie się samooceny, zniżanie poczucia tożsamości, utrata dotychczasowych celów i wartości – załamanie się sfery dążeń. Ważna jest konieczność przeciwdziałania gwałtownemu załamaniu się i dezintegracji poczucia tożsamości przy równoczesnym nastawieniu na stymulowanie ukierunkowanych racjonalnych przemian w zakresie poczucia tożsamości. Powinny one dotyczyć przede wszystkim przebudowy dotychczasowej hierarchii wartości i związanych z nimi celów życiowych poprzez zastępowanie wartości tzw. zewnątrzpochodnych, konsumpcyjnych, wartościami wewnątrzpochodnymi i transcendentnymi, pozwalającymi na przekraczanie granicy własnego Ja (Kępiński, 1977), poszukiwanie sensu nawet w sytuacji cierpienia – jak twierdził V. Frankl, twórca logoterapii (Rosenhan, Seligman, 1994). Nawet ludzie cierpiący, zamiast skupiać się na własnym osobistym cierpieniu, mogą odnajdywać sens życia, pomagając innym. Pomimo zniewolenia chorobą i bólem ludzie są zdolni nadawać sens swemu życiu, głównie na drodze derefleksji, czyli odwracania uwagi od objawów choroby czy swego bólu i kierowania jej na to, ile mogliby jeszcze działać, kim mogliby się stać i ile mogliby czerpać radości, gdyby mniej zajmowali się sobą i nie koncentrowali się na własnym cierpieniu (Frankl 1984; Wojciszke 1986).

Istotne jest również podjęcie refleksji nad wartościami, którymi chorzy kierowali się dotychczas i którym nadal hołdują, zatrzymanie się w biegu i rozważenie, czy są one tymi, które aktualnie wybrałoby w pełni dobrowolnie i świadomie.

Praca nad przebudową systemu wartości w obliczu choroby somatycznej winna uwzględniać utrwalone, właściwe pacjentom strategie obrony przed przemijaniem i śmiercią, przekonanie o własnej wyjątkowości czy dążenie do „fuzji” współbrzmienia i łączenia się z innymi ludźmi, zwłaszcza z osobami znaczącymi. Zwłaszcza pierwsza strategia sprzyja stosowaniu mechanizmów zaprzeczania i negowania faktu zagrożenia chorobą. W sytuacji obniżania się samooceny na skutek wystąpienia choroby większość badanych przez Taylor (1984) pacjentek onkologicznych starała się bronić swej tożsamości przed zagrożeniem ciężką chorobą somatyczną poprzez iluzyjne, wewnątrzpsychiczne procesy tzw. porównań społecznych „w dół” – z osobami znajdującymi się w sytuacji ocenianej przez pacjentki jako podobna, ale równocześnie znacząco gorsza niż ich własna. Porównania te okazały się stosunkowo efektywną metodą ochrony Ja przed zagrożeniem. Jeżeli osoba, z którą można by dokonać porównań faworyzujących własną osobę nie istnieje, postać taka może zostać przez pacjentkę wymyślona.

Istotne jest również wzięcie pod uwagę wymiarów, które służą porównywaniu się z innymi. Do porównań zawsze wybierane są te wymiary, które gwarantują pozytywny rezultat dla jednostki, a tym samym sprzyjają wzrostowi Ja w obliczu zagrożenia. Obserwowano również dokonywanie subiektywnie konstruktywnych porównań społecznych, gdy kobiety wybierane jako modele były w gorszej sytuacji zdrowotnej niż badane pacjentki, ale lepiej przystosowane, reprezentujące wyższą jakość życia. Taki model pełni rolę instruktażową i motywacyjną, inspirującą osoby chore do radzenia sobie w równie skutecznym stopniu, jak i osoba stanowiąca wzorzec. Porównania „w dół” stanowią jedną ze znanych form podnoszenia własnej samooceny przez osoby o zasadniczo niepewnej, niskiej samoocenie, o braku przekonania co do skuteczności własnego działania (Reykowski, 1977; Greenwald 1986).

Konstruowanie i kształtowanie w różny sposób koncepcji własnego Ja wielu autorów traktuje jako swoisty, całościowy mechanizm obronny (Horney, 1978; Reykowski, 1960). W badaniach własnych, przeprowadzonych na różnych grupach ciężko chorych somatycznie, zjawisko to obserwowano we wszystkich przebadanych grupach chorych, choć w różnym stopniu (Kubacka-Jasiecka, 1984). Stosowanie technik typu represyjnego określało stopień samooceny ogólnej, globalnej, pozytywne poczucie własnej sprawności intelektualnej oraz spostrzeganie

większych własnych możliwości i perspektyw życiowych. Opisane mechanizmy zmagania się występują również u pacjentów onkologicznych z rozpoznaniem białaczki i nowotworów zlokalizowanych.

Równocześnie należy pamiętać o ponoszonych kosztach stosowania technik represji lęku oraz życzeniowego kształtowania obrazu własnej osoby – kosztach płaconych w sferze relacji z innymi ludźmi, również bliskimi. Obrona przed zagrożeniem na drodze procesów wewnątrzpsychicznych angażuje i koncentruje, pochłania tak wiele energii, że nie zawsze starcza jej na podtrzymywanie na dawnym poziomie kontaktów z otoczeniem. Niezaspokojone zostają również oczekiwania chorych wysuwane pod adresem bliskich ze względu na relacje pełne niedomówień i niejasności. Koszty te jednak z punktu widzenia chorego mogą wydawać się znikome, nie nie znaczące w porównaniu z rozwijającym się dramatem. Akceptacja i zrozumienie sytuacji chorego, a przede wszystkim dążenie do elastyczności postaw powinny stać się przedmiotem pracy psychologa z pacjentem i jego rodziną. Celem interwencji w rodzinie winno być zapewnienie choremu wsparcia ze strony najbliższych, przy równoczesnym zrozumieniu jego potrzeb. Mogą one narzucać specyficzny i ograniczony charakter oczekiwanego od rodziny wsparcia (Moore, Underwood, Rosenhan, 1990).

Wydaje się, że omówione postulaty – pomimo znacznego poziomu ogólności – wyznaczają jednak realne perspektywy i konkretne możliwości interwencji psychologicznej, nastawionej na kreowanie oraz promocję postaw i zachowań zdrowotnych w przezwyciężaniu choroby.

ZAMIAST PODSUMOWANIA

Zawarte w niniejszym artykule wnioski i postulaty wyznaczają nowe kierunki i treści pracy psychologicznej z chorymi somatycznie. Wywodząc się z paradygmatu poznawczego i psychologicznej teorii kryzysu, stanowią postawę do konstruowania naukowo uzasadnionych, nowatorskich i racjonalnych programów oddziaływań psychoterapeutycznych w klinice chorego somatycznie. Tworzą przesłanki rozstrzygania trudnych, od wielu lat domagających się ostatecznego rozwiązania problemów, związanych z informowaniem pacjenta o diagnozie, prognozie oraz postępach choroby. Ponadto inspirują i stymulują wysilek pacjenta zmierzającego do zrozumienia i do opracowania subiektywnej koncepcji własnej choroby, umożliwiającej włączenie traumatycznego doświadczenia w ukształtowane dotychczas struktury poznawcze. Ukazują rolę odzyskiwania i umacniania utraconego na skutek choroby poczucia mocy i kontroli siebie i otoczenia. Zachęcają psychologów do pracy nad zwiększeniem aktywnego, świadomego i odpowiedzialnego udziału pacjenta w procesie leczenia, przypominając równocześnie o konieczności współpracy z personelem leczącym, aby stało się to możliwe. Porządkują i racjonalnie potwierdzają zasadność stosowanych przez nielicznych psychologów technik medytacji, relaksacji, ćwiczeń opartych na biofeedbacku czy wizualizacji. Zachęcają do podtrzymywania i rozwijania aktywności wewnątrzpsychicznej, w tym również iluzji czy złudzeń jako źródła nadziei, dobrego samopoczucia, odnajdywania celu i sensu życia. Wyzwalają adaptacyjno-obronne procesy wewnątrzpsychiczne pozwalające na odbudowanie sensu życia, umożliwiają przepracowanie i ocenę swego dotychczasowego życia z nastawieniem na zmianę antyzdrowotnych postaw i zachowań. Przeciwdziałają negatywnym zmianom w obszarze poczucia tożsamości, obrazu własnej osoby i obniżaniu się samooceny. Podtrzymują Ja idealne i dotychczasową strukturę planów i dążeń życiowych.

Te strategiczne i programowe wskazania psychoterapeutyczne jako ogólne wymagają oczywiście wypracowania szczegółowych technik oraz środków oddziaływania psychologicznego i pracy z pacjentem. Ich pełna efektywność i skuteczność wymaga zaakceptowania przez pacjenta zgodnego z rzeczywistością faktu wystąpienia choroby oraz uświadomienia sobie, iż mechanizmy zaprzeczania mogą wspomagać zmaganie się z zagrożeniem dopiero na późniejszych jego etapach.

Zacytujmy na koniec metaforę Skynnera i Cleesa (1993), mimo wszystko optymistycznie ujmujących perspektywy zmagania się z chorobą przez poważnie czy przewlekłe chorych: „Jeśli [...] jesteśmy realistami, jeśli zaakceptujemy to, że jesteśmy zdani na łaskę rwącej rzeki i mamy niewielką kontrolę nad tym, gdzie nas zniesie, bo nie możemy powstrzymać jej wartkiego prądu ani popłynąć pod prąd, to mamy wtedy większą jasność, co do niewielkich wyborów, które jednak nam zostały. Możemy przynajmniej płynąć tak, żeby nie wpaść na skały. Albo nawet więcej [...] (s. 417)”.

BIBLIOGRAFIA

- Ader, R. A. (1990). Psychoneuroimmunologia. *Nowiny Psychologiczne*, 1-2, 141-150.
- Drwał, R. Ł. (1978). Poczucie kontroli jako wymiar osobowości: podstawy teoretyczne, techniki badania i wyniki badań. [W:] L. Wołoszynowa (red.), *Materiały do nauczania psychologii* (seria 3, t. 3, s. 307-345). Warszawa: PWN.
- Folkman, S., Lazarus, R. S. (1991). Coping and emotion. [W:] A. Monat, R. S. Lazarus (red.), *Stress and coping: An anthology*

PERSPEKTYWY PROMOCJI ZACHOWAŃ ZDROWOTNYCH

- (s. 207-227). New York: Columbia University Press.
- Frankl, V. E. (1984). *Homo patiens – próba wyjaśnienia sensu cierpienia*. Warszawa: Pax.
- Greenwald, A. G. (1986). Samowiedza i samooszukiwanie. *Przegląd Psychologiczny*, 29, 291-303.
- Heszen-Niejedek, I., Sek, H. (red.) (1997). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: PWN.
- Hoff, L. A. (1995⁴). *People in Crisis: Understanding and Helping*. San Francisco, California: Jossey-Bass Inc. Publishers.
- Horney, K. (1946). *The neurotic personality of our time*. New York: Norton.
- Horney, K. (1978). *Nerwica a rozwój człowieka*. Warszawa: PIW.
- Izard, C. E., Kagan, J., Zajonc, R. B. (red.) (1990). *Emotions, Cognition, Behavior*. New York: Cambridge.
- Kępiński, A. (1972). *Psychopatologia nerwic*. Warszawa: PZWL.
- Kępiński, A. (1977). *Lęk*. Warszawa: PZWL.
- Kofta, M. (1977). Kontrola psychologiczna nad otoczeniem: ramy pojęciowe teorii. *Psychologia Wychowawcza*, 20, 150-167.
- Kofta, M., Szustrowa, T. (red.) (1991). *Złudzenia, które pozwalają żyć*. Warszawa: PWN.
- Kubacka-Jasiecka, D. (1984). *Obraz samego siebie w chorobie nowotworowej i innych schorzeniach somatycznych. Zeszyty Naukowe UJ. Prace Psychologiczne*, z. 1, 111-135.
- Kubacka-Jasiecka, D. (1995). Złudzenia a zmaganie się z chorobą somatyczną – pytania i refleksje. *Sztuka Leczenia*, 1 (1), 69-79.
- Kubacka-Jasiecka, D. (1997). Pomiędzy copingiem a obroną... Zmaganie się z kryzysem choroby poprzez procesy wewnątrypsychiczne. [W:] L. Szweczyk (red.), *Radzenie sobie i pomoc innym w zdrowiu i chorobie* (s. 29-32). Lublin: Akademia Medyczna.
- Lazarus, R., Averill, J. R. (1972). Emotional cognition: with special reference to anxiety. [W:] Ch. D. Spielberger (red.), *Anxiety* (vol. 2, s. 241-283). New York: Academic Press.
- Lazarus, R., Folkman, S. (1991). *The concept of coping in*. [W:] A. Monat, R. S. Lazarus (red.), *Stress and coping: An anthology* (189-206). New York: Columbia University Press.
- Lewicka, M. (1991). Czy jesteśmy racjonalni? [W:] M. Kofta, T. Szustrowa (red.), *Złudzenia, które pozwalają żyć* (s. 15-66). Warszawa: PWN.
- Monat, A., Lazarus, R. S. (1991) (red.). *Stress and coping: An anthology*. New York: Columbia University Press.
- Moore, B., Underwood, B., Rosenhan, D. L. (1990). Emotion, self and others. [W:] C. F. Izard, J. Kagan, R. B. Zajonc (red.), *Emotions, cognitions, behavior* (s. 464-483). New York: Cambridge.
- Moos, R. H. (red.) (1989). *Coping with physical illness: New Perspectives*. New York–Londyn: Plenum Medical Book Company.
- Obuchowski, K. (1976). Podsumowanie. [W:] M. Susułowska (red.), *Diagnostyczne i terapeutyczne postępowanie psychologa wobec pacjenta chorego somatycznie. Zeszyty Naukowe UJ. Prace Psychologiczno-Pedagogiczne*, z. 25, s. 195-199.
- Reykowski, J. (1970). Obraz własnej osoby jako mechanizm regulujący postępowanie. *Kwartalnik Pedagogiczny*, 3-57, 45-58.
- Reykowski, J. (1977). Spontaniczna agresja i spontaniczne czynniki ją hamujące. *Przegląd Psychologiczny*, 20, (2), 203-228.
- Rosenhan, D. L., Seligman, M. E. P. (1994). *Psychopatologia*. Warszawa: Wyd. PTP.
- Sędek, G. (1991). Jak ludzie radzą sobie z sytuacjami, na które nie ma rady? [W:] M. Kofta, T. Szustrowa (red.), *Złudzenia, które pozwalają żyć* (s. 169-199). Warszawa: PWN.
- Sęk, H. (1991). *Spoleczna psychologia kliniczna*. Warszawa: PWN.
- Sheridan, Ch. L., Radmacher, S. A. (1998). *Psychologia zdrowia. Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia, Wyd. PTP.
- Silver, R. L., Wortman, C. B. (1984). Radzenie sobie z krytycznymi sytuacjami w życiu. *Nowiny Psychologiczne*, 4-5, 29-95.
- Simonton, O. C., Matthews-Simonton, S., Creighton J. L. (1993). *Triumf życia. Jak pokonać raka? Wskazówki dla pacjentów i ich rodzin*. Warszawa: Wyd. Medyczne.
- Skyner, R., Cleese, J. (1992). *Życie w rodzinie i przetrwać*. Warszawa: Jacek Santorski, CO, Agencja Wyd.
- Suls, V., Fletcher E. (1985). The reactive efficacy of avoidant and nonavoidant coping strategies: a meta-analysis. *Health Psychology*, 4, 249-288.
- Susułowska M. (1976). Rola i zadania psychologa klinicznego w stosunku do pacjenta somatycznego. [W:] M. Susułowska, *Diagnostyczne i terapeutyczne postępowanie psychologa wobec pacjenta chorego somatycznie. Zeszyty Naukowe UJ. Prace Psychologiczno-Pedagogiczne*, z. 25.
- Szmajke, A. (1989). Dążenie do uzyskania poczucia kontroli nad zdarzeniami. *Przegląd Psychologiczny*, 32 (1), 155-183.
- Taylor, Sh. E. (1984). Przystosowanie do zagrażających wydarzeń. *Nowiny Psychologiczne*, 6-7 (23-24), 15-55.
- Taylor, Sh. E. (1991). Health Psychology: The science and the field. [W:] A. Monat, R. S. Lazarus (red.), *Stress and coping: An anthology* (s. 62-80). New York: Columbia University Press.
- Wawak-Sobierajska, B. (1995). Proces adaptacji do zagrażających wydarzeń. [W:] I. Heszen-Niejedek (red.), *Doświadczenie kryzysu – szansa rozwoju czy ryzyko zaburzeń?* (s. 120-134). Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Wirga, M. (1992). *Zwyciężyć chorobę*. Poznań: CiA-Books-Savaro, Ltd.
- Wojciszke, B. (1986). *Struktura ja, wartości osobiste i zachowanie*. Wrocław: Ossolineum.