

Dorota Kubacka-Jasiecka

## Kryzysy zdrowia a możliwości zmagania się z cierpieniem choroby somatycznej

The health crises and possibilities to fight against suffering from somatic disease

Instytut Psychologii Stosowanej  
Uniwersytet Jagielloński

W ostatnim czasie stosunkowo często, choć nie zawsze zasadnie mówi się o *kryzysie choroby somatycznej* (por. Jacob, Collins 2005, James, Gilliland 2004, Nasiłowska-Barud 2003, Słowik 1995, 1997 i wiele innych). Nie każdy jednak stan poważnej, przedłużającej się, a nawet terminalnej choroby winno się utożsamiać z kryzysem emocjonalnym – stanem o ściśle określonych właściwościach i charakterystyce (Kubacka-Jasiecka 1997, 2002, 2005). Diagnoza chronicznej czy terminalnej choroby somatycznej istotnie często skutkuje ostrymi, lub przedłużającymi się stanami dezorganizacji i braku równowagi emocjonalnej, które można nazwać kryzysowymi. Kryzysy mogą wystąpić u osób w każdym wieku, dotyczyć rozmaitych schorzeń, obejmować również bliskich członków rodziny chorego, jak i personel leczący. Bardziej precyzyjne wydaje się określenie występujących zaburzeń równowagi emocjonalnej *kryzysami w przebiegu choroby somatycznej, czy kryzysami zdrowia* (Moos, Schaefer 1968). Termin ten jest spójny z ideologią psychologii kryzysu, podkreśla-

jącej normalność psychologicznych zjawisk kryzysowych jako zdrowej (normalnej) reakcji na krytyczne wydarzenia życiowe. Zaburzenie emocjonalnej równowagi w następstwie wystąpienia poważnej choroby somatycznej – utraty zdrowia - prowadzi do kryzysu zdrowia, należącego do kategorii kryzysów związanych z utratą rozmaitych, ważnych życiowo obiektów przywiązania (Viorst 1996).

Mówiąc o stanach kryzysowych powiązanych z chorobą somatyczną należy różnicować między kryzysami wywołanymi wystąpieniem poważnej choroby - utratą zdrowia (typowe kryzysy zdrowia), a nierozwiązanymi kryzysami emocjonalnymi prowadzącymi do dysfunkcji somatycznych (choroby). W tym wypadku choroba somatyczna pozostaje stanem zejściowym, wtórnym, negatywną konsekwencją nierozwiązanego ostrego kryzysu emocjonalnego. Mówimy wówczas o znaczącej roli czynników psychicznych jako czynników ryzyka w rozwoju schorzeń somatycznych zwanych psychosomatycznymi (Moss, Schaefer 1968). Do psychologicznych czynników ryzyka

należą: szczególne cechy osobowości, wzory zachowania, trudności życiowe i konflikty.

Zainteresowanie omawianym ujęciem psychologicznej problematyki choroby somatycznej wyrasta z rozwoju psychologii kryzysu, jak również psychologii zdrowia, wraz z ich paradygmatami holistycznymi i salutogenetycznymi akcentującymi przekonanie o znaczeniu kontekstowego, systemowego podejścia do chorego oraz postulatów łączenia interwencji lekarskiej z psychologiczną interwencją kryzysową.

Niniejsze opracowanie charakteryzuje specyfikę kryzysów zdrowia oraz możliwości zmagania się z obciążeniem poważnej choroby somatycznej. Zostaną również zarysowane podstawowe strategie interwencji kryzysowej, jako pomocy w zmaganiu się z poważnymi kryzysami zdrowotnymi.

## 1. Kryzys emocjonalny (psychologiczny)

Kryzysy emocjonalne, inaczej psychologiczne, stanowią naturalną składową ludzkiego losu, nieuchronnie przeplatając bieg naszego życia. Kryzys emocjonalny to stan psychiki rozwijający się w przebiegu reakcji na stres wydarzeń krytycznych; cechuje się utratą równowagi emocjonalnej i psychicznej oraz wysokim poziomem napięcia emocjonalnego, w znacznej mierze przeżywanego lękowo (Kubacka-Jasiecka 1997, 2005, James, Gilliland 2004). Podobnie jak fizjologicznej homeostazy ludzie potrzebują psychicznej i społecznej równowagi. Gdy wydarzenia krytyczne prowadzą do zburzenia stałych i charakterystycznych dla jednostki wzorów zachowania, czy stylu życia, wykorzystuje ona dostępne nawykowe strategie i mechanizmy zmierzające

do rozwiązania powstałego problemu i przywrócenia równowagi. Nawykowe strategie powtarzane są do czasu jej odzyskania. Jeżeli sytuacja jest całkowicie nowa, wyjątkowo trudna, czy traumatyczna, a dotychczasowe środki przeciwdziałania i zasoby indywidualne stają się nieadekwatne i niewystarczające rozwija się stan kryzysu – chaosu emocjonalnego, którym towarzyszy niepokój, silny lęk oraz inne negatywne uczucia.

Kryzys emocjonalny ze względu na niemożność pozostawiania przez dłuższy czas w stanie krańcowej nierównowagi ma z definicji charakter samo limitujący – trwa od paru dni do paru tygodni, w ciągu których równowaga powinna zostać przywrócona. Osiągnięcie nowego stanu równowagi odzwierciedla zdrową adaptację do sytuacji krytycznej. Kryzys może promować osobisty rozwój jednostki lub prowadzić do pogłębionego chaosu i dezintegracji psychicznej. Doświadczenie kryzysu spowodowane przez wydarzenia krytyczne – wydarzenia narzucające konieczność zmiany życiowej (*life-change events*, za Sęk 1993, 1997) stanowi więc punkt zwrotny, wyzwanie, czas przemian decydujący o zdolności i efektywności poradzenia sobie z aktualnymi i przyszłymi trudnościami.

## 2. Kryzysy zdrowotne i ich specyfika

Jedną z istotnych przyczyn kryzysu emocjonalnego może być ciężka choroba somatyczna<sup>1)</sup>. Kryzys zdrowotny rozwijający się w konsekwencji utraty zdrowia – wystąpienia

---

<sup>1)</sup> Do chorób w przebiegu których najczęściej występują kryzysy Jacobs i Collins (2005) zaliczają: choroby nowotworowe, nosicielstwo HIV (AIDS), chorobę Parkinsona, *sclerosis multiplex* (MS – stwardnienie rozsiane).

i rozpoznania choroby somatycznej powoduje konieczność zmagania się chorej jednostki z rozwijającym się schorzeniem na poziomie fizjologicznym – organizmu oraz psychologicznym, przy zastosowaniu posiadanych dotychczasowych zasobów i strategii.

W medycynie również spotykamy się z pojęciem kryzysu, jednym z najstarszych, znanych w medycynie pojęć. Hipokrates nazywał kryzysem punkt kulminacyjny choroby, po którym następuje wyzdrowienie albo pogorszenie stanu i śmierć (Nasiłowska-Barud 2003).

Wydarzenia krytyczne, które stanowią źródło kryzysów zdrowia można scharakteryzować w sposób następujący:

- niosą zagrożenie zdrowia i życia
- stanowią silne, wywołujące traumę doświadczenie
- są nieprzewidywalne, zaskakujące
- powodują niepewność, bezradność, brak poczucia kontroli
- zamykają perspektywy przyszłości.

Kryzysy zdrowia stają się wyjątkowym obciążeniem dla chorego; nieprzewidywalność i zaskoczenie, nowość sytuacji skutkuje brakiem klarownych informacji oraz trudnościami właściwej percepcji i zrozumienia sytuacji niosącej wieloznaczność i niepewność. Sytuację pogarsza często presja czasu i konieczność podjęcia życiowych decyzji, jak również reakcje niedoświadczonych i przestraszonych członków rodziny. Jak wszystkie kryzysy, kryzysy zdrowia posiadają komponenty emocjonalne, poznawcze i behawioralne, aspekty relacyjne i rozwojowe oraz unikalne wymiary biopsychologiczne, które w kryzysie wywołanym przez chorobę muszą być przede wszystkim brane pod uwagę (Hoff 1995, James, Gilliland 2004). Natura, rodzaj i specyfika choroby, która do-

tknęła człowieka ma zasadnicze znaczenie dla rozwoju kryzysu i poziomu przystosowania chorego; występuje przy tym znaczne indywidualne zróżnicowanie reakcji i postaw osób dotkniętych tą samą chorobą somatyczną.

Do negatywnych konsekwencji poważnego kryzysu zdrowotnego zaliczamy dokonywanie ujemnego bilansu życiowego (Heszen-Klemens 1979). U wielu chorych ma miejsce dekompensacja, która „przejawia się zaburzeniami w sferze emocjonalnej, neurotyzacją, rozpadem osobowości w postaci utraty tożsamości, poczucia kontroli i własnej wartości” (Heszen-Niejodek 1995, s. 8). Ludzie dotknięci poważną chorobą czują bezradni, zagrożeni, osamotnieni, uzależnieni od personelu, procedur i aparatury medycznej; przeżywają lęk, mogą pojawić się objawy nerwicowe lub dekompensacyjne, pociągające w konsekwencji często rewolucyjne zmiany w systemie wartości jednostki (Słowik 1995).

Chorzy koncentrują się na negatywnym wpływie i konsekwencjach choroby dla zdrowia i życia, najczęściej utrudniają kształtowanie się prorozwojowych postaw, jak również czerpanie jakiegokolwiek wtórnego zysku z choroby (Kosińska-Dec 1992, Wawak-Sobierajska 1995). Szczególne znaczenie mają choroby o przedłużającym się przebiegu, tzw. chroniczne. Stawiają one chorego wobec konieczności zmagania się ze stresem w dłuższych okresach czasu oraz akceptacji potencjalnych, nieuleczalnych towarzyszących chorobie (lub stanowiących jej konsekwencję) dysfunkcji, wyraźnie upośledzających funkcjonowanie psychospołeczne (potencjalna inwalidyzacja fizyczna, czy umysłowa, poważne zeszpecenie, czy wreszcie skrócenie życia). Kryzys choroby somatycznej jest zawsze „po-

ważnym załamaniem stałego stanu zdrowia” (Moss, Schaefer 1968, s. 8), który to stan może się ciągnąć przez dłuższy czas, zawsze pozostaje punktem zwrotnym w indywidualnym biegu życia, prowadzącym do stałych przemian dla chorego i jego rodziny.

Kryzysy zdrowia należą do kryzysów utraty, której przedmiotem, mówiąc ogólnie, staje się dotychczas zadowolający stan zdrowia; w przebiegu kryzysów zdrowia przychodzi nam również utracić wiele dotychczasowych zasobów, wraz z jądrem osobowości – tożsamością, aż po utratę ostateczną – życia. Kryzysy mogą się przy tym pojawiać w każdym momencie procesu choroby poczynając od jej diagnozy po utratę sprawności fizycznej; rozwijać się w związku z traumą stosowanych procedur leczniczych, czy doświadczeniem utraty pełnionych dotychczas ról rodzinnych. Wystąpienie nieprzewidywanych zdarzeń, czy okoliczności, a zwłaszcza znaczenie przypisane krytycznym wydarzeniom, które niesie choroba (subiektywne, symboliczne) mogą w każdym momencie stać się źródłem potencjalnego kryzysu.

Pamiętając o limitowanym czasie trwania kryzysu (około 6 tygodni) ważne jest rozróżnienie fazy ostrej kryzysu oraz stanów transkryzysowych<sup>2)</sup>, przeplatających się w chronicznie trwającej chorobie. W przebiegu kryzysu choroby należy mieć na względzie zmienność objawów oraz nastroju powiązaną z jej kompleksowym czy chronicznym przebiegiem – sytuacja ta może utrudniać ocenę (diagnozę) występującego kryzysu, jak również 2) Przeciągające się stany nierównowagi, mimo pozornego rozwiązania kryzysu – wypierania rzeczywistego problemu.

niez prognozę. Nie bez znaczenia pozostaje jakość dotychczasowej fizycznej, jak i psychicznej kondycji pacjenta, określająca poziom funkcjonowania biopsychologicznego chorego. Istotną rolę odgrywa poziom akceptacji choroby i jakość przystosowania wpływające zwrotnie na wszystkie wymiary samopoczucia oraz leczenia.

Dodatkowym negatywnym czynnikiem obciążającym chorego somatycznie może być hospitalizacja i pobyt w szpitalu. Szczególnie trudny jest początek pobytu, zwłaszcza jeżeli jest to pierwsza hospitalizacja w życiu. Konieczność przebywania w obcym otoczeniu (poza domem), przyjęcia roli chorego, przedmiotowe postawy personelu, brak informacji i poczucie zagubienia pogłębiają stan zagrożenia spowodowany wystąpieniem choroby (Kulczycki 1971). Także obecność innych pacjentów, ich schorzenia oraz prowadzone rozmowy, nierzadko wzajemne „straszenie się” przykrymi konsekwencjami mogą być dodatkowymi czynnikami obciążającymi. Hospitalizacja nasila poczucie bezradności chorych, poczucie osamotnienia, braku kontroli i wpływu na swoje życie, powoduje pogłębianie się zależności od personelu medycznego. Pojawia się poczucie deprivacji potrzeb, wycofywanie z zainteresowania otoczeniem, wyczerpanie i ubożenie posiadanych zasobów wszystkie te zjawiska ulegają nasileniu w miarę przedłużania się hospitalizacji i rozwoju choroby.

### **3. Podatność na rozwój kryzysu w przebiegu choroby somatycznej**

Tak jak rozmaite schorzenia, zależ-

nie od swojej charakterystyki w mniejszym lub większym stopniu sprzyjają rozwojowi stanów kryzysowych, indywidualne czynniki demograficzne i inne właściwości określają jednostkową podatność na występowanie emocjonalnych kryzysów zdrowia.

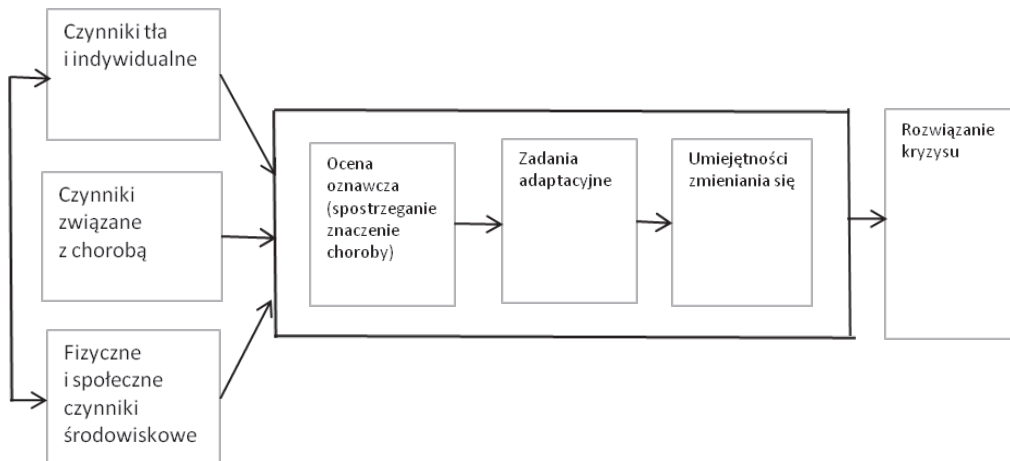
Czynniki, które określają indywidualną podatność na rozwój kryzysu w przebiegu choroby somatycznej Moos i Schaefer (1968) dzielą na trzy kategorie (patrz rycina):

- czynniki demograficzne i osobiste
- czynniki bezpośrednio powiązane z chorobą
- charakterystyki fizycznego i społecznego środowiska.

Poszczególne czynniki są wzajemnie powiązane – wpływają na siebie.

Ryc. 1 - Model kryzysu w przebiegu choroby somatycznej

(źródło: Moos, Schaefer 1968, s. 19)



(źródło: Moos, Schaefer 1968, s. 19)

padku każdego wydarzenia krytycznego) wśród klasycznych znaczących czynników demograficznych, jak wiek, płeć, status socjoekonomiczny itp. odgrywa czasowe umiejscowienie choroby w cyklu życia. Większa dojrzałość i doświadczenie zmagania się z trudami życia mogą odegrać pozytywną rolę, choć nadwyrężenie z wiekiem energii i procesów umysłowych oraz poznawcze dysfunkcje redukcją zdolność zmagania się. Czynniki związane bezpośrednio z chorobą obejmują rodzaj i umiejscowienie symptomów, przy tym największe znaczenie mają objawy pochodzące od serca i organo-płciowych. Różne narządy i ich funkcje mają zróżnicowane znaczenie nie tylko dla biologicznego funkcjonowania, czy przeżycia, ale także psychologiczne – subiektywne i symboliczne. Szczególną rolę odgrywają objawy, które zaburzają dotychczasową percepcję i doświadczenie ciała oraz powiązane z nim

poczucie tożsamości indywidualnej oraz kolektywnej.

Dla przebiegu zmagania się istotne znaczenie mają stosowane strategie uzależ-

Szczególnie istotną rolę (jak w wy-

nione od postępu choroby oraz stosowanych procedur medycznych, które mogą całkowicie zmieniać zachowanie chorego. Również całokształt czynników środowiskowych odpowiedzialnych za możliwość uzyskania wsparcia w kryzysie choroby, może sprzyjać procesom adaptacyjnym.

#### **4. Przebieg i fazy zmagania się w kryzysach zdrowia**

Przebieg reakcji kryzysowych związanych z wystąpieniem choroby somatycznej opisywało wielu badaczy, jednakże nierozstrzygnięty pozostaje problem stałości (fazowości) procesów zmagania się. Zarówno wśród teoretyków, jak i klinicystów funkcjonuje powszechne przekonanie o występowaniu uniwersalnych wzorów zachowania w sytuacjach kryzysowych, a ich znajomość i umiejętność rozpoznawania faz pomoże zarówno zapobiegać rozwojowi poważnych kryzysów zdrowia, jak wspomagać efektywne zmaganie się z nimi. Jednakże zarówno badania, jak i praktyczne doświadczenie nie potwierdza w indywidualnych przypadkach występowania takich uniwersalnych wzorców; często obserwuje się dalekie odstępstwa od poczynionych założeń teoretycznych (por. rozważania Dutro 1994, za James, Gilliland 2004). Istnieje znaczne zróżnicowanie pomiędzy wzorcami reakcji na rozmaite kryzysy, jak również między poszczególnymi osobami przeżywającymi kryzysy tego samego rodzaju.

Istnieje również szereg dowodów, że przezwyciężanie kryzysów nie zawsze przebiega tak szybko i nie zawsze kończy się powodzeniem w zakresie przystosowa-

nie, jak by tego oczekiwali sami chorzy, jak i osoby postronne. Szczególną rolę mogą tu odgrywać zmienne pośredniczące między wystąpieniem i rozpoznaniem osoby a osiągnięciem przystosowania takie jak: poczucie kontroli i subiektywna ocena znaczenia choroby i jej konsekwencji, jak również czynione przez chorych atrybucje przyczynowe (Silver, Wortman 1984). Niebezpieczne stać się może oczekiwanie wypełniania wzorca przez poszczególnych chorych, jako przejawów pożądanego „normalności” zachowania, lub co gorsza – wywieranie presji na chorych, aby realizowali pożądaną wzory jako warunek akceptowania ich sposobu chorowania (Kubacka-Jasiecka 1997, 2005).

Pomijając wspomniane kontrowersje postaram się naszkicować najczęściej spotykane poglądy dotyczące przebiegu zmagania się z kryzysami emocjonalnymi. Caplan w roku 1963 jako pierwszy opisał cztery fazy reakcji kryzysowej:

- fazę mobilizacji napięcia pobudzającą zwykle reakcje adaptacyjne
- dalszy wzrost napięcia, które nie może zostać zredukowane z powodu nieskuteczności zmagania się
- narastanie napięcia prowadzi do mobilizacji wszystkich awaryjnych wewnętrznych i zewnętrznych zasobów zmagania się
- jeżeli kryzys nie zostaje rozwiązany, występuje ostra faza kryzysu (Brammer 1984, Adamczak 1992).

Dla zrozumienia zmagania się z kryzysami zdrowia interesująca może być koncepcja Klingera „uwalniania się od podniety”, opisująca przebieg procesu żałoby po śmierci osoby bliskiej, ale zasadniczo



dotyczące wszelkich procesów zmagania się z przeżyciami utraty, do których należą kryzysy zdrowia. Proces ten polega na powolnym emocjonalnym i psychicznym uwalnianiu się od utraconego obiektu i zrywaniu więzi: faza mobilizacji charakteryzuje się ożywieniem i pobudzeniem

- zastępuje ją faza buntu – narastania frustracji, gniewu, buntu i sprzeciwu
- występują zachowania stereotypowe i prymitywne
- faza rezygnacji – załamania się emocji stenicznych, występuje pesymizm, apatia, smutek
- przechodzą one w fazę ostatnią – depresji.

Istotne jest, że osoba może znajdować się w różnych fazach procesu uwalniania się, w stosunku do różnych składowych kryzysu. Te obserwacje mogą wyjaśnić złożone zachowania chorych – kryzysy zdrowia cechuje złożoność, wielość i zróżnicowany charakter wydarzeń krytycznych wyzwalających kryzys, jak i w konsekwencji jego składowych. Dla rozwoju kryzysu znaczenie ma dynamika postępu choroby i kolejne decyzje terapeutyczne, decydujące o zaostreniu kryzysu, czy wywołujące kolejne stany transkryzysowe.

Stosunkowo popularny, również i w Polsce model Kübler-Ross (1969) wymienia pięć stadiów reakcji oraz emocje, jakich doświadczają ludzie zmagający się z perspektywą nadchodzącej śmierci. Model opiera się na założeniach ogólnych, które nie zawsze odnoszą się do każdego przypadku. Jego znajomość może ułatwić umierającym pacjentom przekazanie swoim opiekunom i rodzinom tego, jak się czują i czego potrze-

bują. Wymienia on stadia:

- zaprzeczanie i izolowanie się od informacji oraz osób, które utrudniają ochronne zaprzeczanie
- występowanie gniewu, wściekłości, zazdrości, urazy (pytanie: „dlaczego ja?”), które służą żądaniu zrozumienia i szacunku oraz zwrócenia uwagi na swój dramat
- targowanie się o czas, przedłużenie życia z lekarzami, losem, Bogiem
- występowanie depresji w formie reaktywnej na nieodwracalne straty oraz przygotowawczej; ważna jest miłość, troska, empatia ze strony otoczenia, ale bez prób poprawiania nastroju chorego
- rozwijanie się akceptacji – zmęczenie, uporanie ze smutkiem, spokójna rezygnacja, akceptacja sytuacji, zamknięcie w sobie, potrzeba milczącego wsparcia bliskich, zaspokojenie bieżących potrzeb, uwolnienie od bólu i cierpienia.

Hoskins i Haber (2000, za Jacob, Collins 2005) zidentyfikowali następujące fazy kryzysu w chorobie somatycznej, unikalnej sekwencji stadiów obejmującej aspekty fizyczno-emocjonalne:

- faza diagnostyczna – obejmuje reakcje szoku, niedowierzania, poczucie konieczności podjęcia natychmiast decyzji, co do realizacji proponowanych form leczenia
- faza pooperacyjna obejmuje radzenie sobie i wszelkie wysiłki na rzecz akceptacji niepożądanych zmian fizycznych oraz konieczności dokonania przemian w zakresie ról życiowych

- pomocna faza terapeutyczna, w której dostarczane są informacje i podejmowane decyzje do dalszych form leczenia; kształtuje się właściwa postawa chorego wobec symptomów i proponowanego postępowania leczniczego
- faza odnowy – powrotu do zdrowia; często wywołuje lęk o nawrót choroby, a także obawy co do zdolności włączenia się do pełnego nurtu swojego dawnego życia.

Wymienione fazy przystosowania do choroby mogą być w różny sposób stresujące i niszczące dla pacjenta i członków jego rodziny. Szczególne obciążenie wiąże się z wejściem w fazę terminalną choroby - postępującej utraty kolejnych poziomów i obszarów funkcjonowania wraz z antycypacją własnej nadchodzącej śmierci.

Proponowane modele mogą z pewnością być użyteczne – ułatwiać zrozumienie przeżyć i przebieg zmagania się zarówno samym chorym, jak i ich otoczeniu oraz osobom interweniującym, dostarczając wskazówek, co do adekwatnych do stanu pacjenta możliwych form pomocy. Należy jednak pamiętać, że każdy człowiek przeżywa smutek i życiowe straty w sposób określony czynnikami psychofizjologicznymi i poznawczo-behawioralnymi oraz społeczno-kulturalnymi; występują daleko idące indywidualnie zróżnicowane reakcje zmagania. Wszystkie reakcje należy uznać za właściwe, normalne i adaptacyjne, a od opiekunów i interwentów niezależnie od występujących form zachowania zaradczego zawsze należy się chorym troska, szacunek, tolerancja i akceptacja.

## 5. Zmaganie się z kryzysem choroby

Współczesne konceptualizacje stresu stwarzają perspektywy lepszego poznania i rozumienia indywidualnych procesów zmagania się z obciążeniem choroby oraz możliwości twórczego przezwyciężania kryzysów zdrowotnych:

- traktują występujące w obliczu stresu zachowania jako elementy procesów zwalczania, zmagania się z konfrontacją stresową (a nie tylko reakcję na stres)
- chorzy nie tylko dążą do przywrócenia stanu równowagi, ale także osiągnięcia dobrostanu zgodnego z wartościami i standardami chorego – twórczego rozwiązania kryzysu
- proces zmagania się ze stresem choroby jest ujmowany jako aktywny, dynamiczny proces przebiegający wielopłaszczyznowo i rozwijający się w czasie. Procesy zmagania się opierają się na wielu mechanizmach sprzężenia zwrotnego między różnymi, złożonymi procesami psychicznymi a aktami zachowania
- akcentuje się znaczenie procesów poznawczych (percepcja, ocena, interpretacja sytuacji choroby, inicjowanie i podtrzymywanie procesów adaptacji poznawczej, ocena efektywności strategii zmagania). Podkreśla się wagę subiektywnego, fenomenologicznego podmiotowego podejścia do chorych
- akcentuje się spojrzenie salutogenetyczne, koncentrujące się na tym, jak człowiek radzi sobie z trudno-



ściami, jakie zasoby wykorzystuje, jak działa, aby przeciwstawić się zagrożeniu i opanować stres

- zwraca się uwagę na specyfikę długofalowych przebiegów zmagania się w chorobach chronicznych, szczególnie ciężących na zasobach adaptacyjnych
- akcentuje się pozytywną rolę kryzysu choroby w mobilizowaniu energii dla przetrwania kryzysu, a nawet dojrzewania osobowości – dokonywania przemian w systemie wartości, doświadczania swojego Ja i tożsamości, poszukiwanie nowego sensu życia. Szansę na rozwój otwiera konfrontacja z rzeczywistą sytuacją - wydarzeniami krytycznymi, prowadząca do odrzucenia dotychczasowych, nieskutecznych środków zaradczych na korzyść innych, efektywnie zwalczających zagrożenie (wymuszona konieczność zmiany zachowania).

Definiując radzenie sobie ze stresem badacze brali pod uwagę i charakteryzowali następujące przeciwstawne orientacje:

- radzenie sobie charakterystyczne dla osoby (stały styl zachowania) versus proces zaradczy – dynamiczna interakcja czynników podmiotowych i sytuacyjnych w sytuacji trudnej (Haan 1977, Lazarus, Folkman 1984)
- radzenie sobie w kontekście dymensji represja-sensytyzacja – poszukiwanie informacji dotyczących zagrożenia lub ich unikanie (Byrne 1964)
- radzenie sobie poprzez działania

w rzeczywistości – koncentracja na problemie do rozwiązania versus zmaganie się na drodze wewnątrzpsychicznych procesów obronnych (procesy adaptacji poznawczej) (Taylor 1984, Meichenbaum, Henshaw, Himel 1982, za Łosiak 1995, Lazarus, Folkman 1984)

- radzenie sobie ukierunkowane na regulowanie emocji versus rozwiązanie problemu (Ender, Parker 1990, Folkman, Lazarus 1985).

Prowadzone badania empiryczne nad radzeniem sobie z kryzysami zdrowotnymi i ich wyniki wykorzystują oraz potwierdzają użyteczność wymienionych dymensji do analizy zachowania osób zmagających się z poważnymi problemami zdrowotnymi. Badania rozmaitych grup chorych somatycznie dowodzą patologizujące, a nawet degradujące osobowość wpływu choroby: „Adaptacja do choroby odbywa się na drodze wzrostu regulacji egocentrycznej o charakterze obronnym. U innych chorych stwierdza się dekompensację, przejawiającą się zaburzeniami w sferze emocjonalnej, neurotyzacją, rozpadem osobowości w postaci utraty poczucia tożsamości, poczucia kontroli i własnej wartości” (Heszen Niejodek 1995, s. 8).

Nie tak rzadko obserwuje się sytuacje odwrotne, gdy „groźna choroba staje się okazją do rozwoju kontroli emocjonalnej, poprawy jakości i wzrostu autentyczności kontaktów z bliskimi osobami, zmiany hierarchii wartości oraz ukierunkowania aktywności na cele naprawdę ważne, mobilizacji możliwości twórczych i odkrycia nowych zasobów w tym zakresie” pisze Heszen-Niejodek

(tamże). Rodzi się pytanie, jak chorzy radzą sobie z obciążeniem chorobą i kryzysami zdrowotnymi, jakie czynniki decydują o zdolności i efektywności zmagania się z chorobą? Jakie czynniki wspierają rozwój i podniesienie jakości życia w chorobie?

Procesy zmagania się podejmowane są automatycznie w obliczu zagrożenia, zmierzają do opanowania stresu (kryzysu) i przystosowania do sytuacji choroby. Ze względu na doniosłość praktyczną problematyki stała się ona przedmiotem wielu badań i rozważań teoretycznych, w ramach których nie udało się wypracować jednej, uniwersalnej koncepcji radzenia sobie ze stresem choroby<sup>3)</sup>.

W centrum zainteresowania problemem zmagania się z zagrożeniem choroby stają się wysiłki zaradcze powiązane z dynamiką napięcia i lęku. Janis i Mann (1977, za Folkman, Lazarus 1988) zwracają uwagę na obecność nadziei w poszukiwaniu rozwiązania kryzysu. Nadzieja współwystępująca z nagłym poczuciem pośpiechu – braku czasu prowadzi do wysokiego poziomu napięcia. Zamiast realnego, planowanego działania, pojawia się tzw. superczujność – przeżywanie katastroficznych nieprawdopodobnych wizji zagrażających przyszłości, presji natychmiastowego działania oraz różnorodne zachowania ucieczkowe i obronne. Z czasem dochodzi do zastępowania realnego, instrumentalnego działania formami kontrolującymi poziom napięcia i przeżywa-

nych emocji. Badacze – np. Taylor, Klinger, Shontz (Silver, Wortman 1984) zauważyli występowanie przystosowawczego schematu cyklicznego przeplatania się mechanizmów konfrontacji (zbliżania do zagrożenia) i wycofywania się (ucieczki) zmierzającego do konstruktywnego kontrolowania emocji i radzenia sobie z chorobą.

Czasem obserwuje się negatywne skutki niedostatecznej mobilizacji i gotowości do zmagania się z zagrożeniem w chronicznych stanach chorobowych – przyczyną mogą być konsekwencje stosowania mechanizmów obronnych – „niedostrzeganie” zagrożenia lub obecność czynników demobilizujących. Obronność percepcyjna oraz procesy wyparcia mogą powodować nie tylko „niedostrzeganie” czy brak werbalizacji zagrożenia, ale też niedostatek (wyczerpanie się) energii, sił witalnych (Kubacka-Jasiecka 1999).

Wszystkie te czynniki utrudniające lub pozbawiające chorych możliwości przeciwdziałania prowadzą do przedwczesnego załamania się nastawienia na konfrontację i zmaganie się na rzecz narastania poczucia bezradności, rezygnacji aż do wystąpienia stanów depresji. Narastają biernie lub pośrednio destrukcyjne, a nawet autodestrukcyjne strategie typowe dla negatywnie rozwiązywanych ostrych stanów kryzysowych.

### **5.1. Zmaganie się na drodze mechanizmów obronnych**

Redukowanie lęku i niepokoju na drodze poznawczej odgrywać może, szczególnie u chorych somatycznie, pozytywną rolę adaptacyjną. Tezy o ważnym, korzystnym znaczeniu mechanizmów obronnych

---

<sup>3)</sup> Stosunkowo największą popularność zyskały teorie: uwalniania się od podniecy Klingera, teoria reaktancji Brehma, model wyuczonej bezradności Seligmmana, teoria reakcji na kryzys Shontza, radzenia sobie ze stresem Lazarusa, Folkman, adaptacji poznawczej Taylor (Silver, Wortman 1984, Lazarus, Folkman 1984, Terelak 2000, Taylor 1984).

w zmaganiu się z zagrożeniem ciężką, czy terminalną chorobą powoli zdobywają uznanie. Wewnętrzpsychiczne obrony mogą występować jako samodzielny środek zaradczy, lub też jako strategie wspomagające zwalczanie zagrożenia na drodze działania w realnym świecie. Mechanizmy obronne obniżające wysoki poziom napięcia i lęku odgrywają szczególną rolę w sytuacji chorych terminalnie, w gruncie rzeczy bez realnego pozytywnego rozwiązania. Ich znaczenie jest szczególnie duże w pierwszej fazie reakcji kryzysowej (służą „złapaniu oddechu” i zyskaniu dystansu oraz w końcowym etapie, po wyczerpaniu dostępnych środków i zasobów (Silver, Wortman 1984).

Procesy obronne zniekształcające lub negujące realną rzeczywistość, złudzenia i iluzje stanowią naturalne i konieczne adaptacyjne wsparcie zmagania się z poważnymi kryzysami. Ich stosowanie oprócz widocznych bezpośrednich korzyści może również pociągać ewidentne straty czy szkody. Ostateczna ocena ich roli musi mieć charakter indywidualny – być dokonywana z uwzględnieniem kontekstu osobowości chorych i sytuacji. Szczególne znaczenie adaptacyjno-obronne przypisuje się nadziei – jej obecność stanowi prawdopodobnie istotny oraz konieczny warunek aktywizowania i mobilizowania wszelkich procesów zmagania się z zagrożeniem choroby, tym ważniejszy, im to zagrożenie jest większe (Kubacka-Jasiecka 1996). Jednoznaczna ocena skuteczności radzenia sobie z zagrożeniem i kryzysami w chorobie somatycznej nie jest łatwa. „Wymaga to uwzględnienia rodzaju **sytuacyjnego kontekstu radzenia sobie**, a konkretnie - **kontrolowalności**

(choroby w ogóle, czy określonych jej aspektów)” – uważa Heszen-Niejodek podejmująca kwestię postaw wobec informacji o zagrożeniu. „Jest oczywiste, że w **warunkach kontrolowalnych** wykorzystanie informacji dotyczących sytuacji stresowej jest niezbędne do skutecznego działania, podczas gdy w **warunkach niekontrolowanych** informacje takie są dla działania bezużyteczne, mogą natomiast powodować wzrost lęku... Skuteczne radzenie sobie (z chorobą somatyczną – przyp. D.K.-J.) wymaga kontrolowalności, ale w przebiegu większości z nich można wskazać stadia, czy aspekty zarazem niekontrolowalne, jak i kontrolowalne” (1996, s. 21). Oprócz zdolności lub poczucia kontrolowania sytuacji skuteczne radzenie sobie wymaga elastyczności oraz zmiany postaw wobec otrzymywanych informacji, odpowiednio do aktualnej sytuacji.

Interesującą, całościową propozycję formułuje wspomniana już koncepcja adaptacji poznawczej Taylor (1984). Ujmuje ona wewnętrzpsychiczne procesy zmagania się jako dynamiczny, elastyczny, dopasowujący się do konkretnej sytuacji system poznawczy. Zgodnie z Taylor system przekonañ obejmuje:

- poszukiwanie znaczenia i sensu wydarzeń zagrażających (również przez atrybucję przyczyn)
- zdobywanie poczucia kontroli i mocy
- odzyskiwanie zachwianego poczucia wartości „Ja” (głównie przez porównania społeczne „w dół”).

Radzenie sobie na drodze iluzji i reinterpretacji obronnych poprawia samopoczucie chorych (onkologicznych, po zawale serca itp.), ich funkcjonowanie emocjonalne, iluzje

poznawcze chronią, nadają dynamikę pozytywnemu myśleniu i działaniu zwiększając efektywność zmagania się z zagrożeniem zdrowia).

## 5.2. Ogólne strategie zmagania się i oddziaływania w kryzysach zdrowotnych

W piśmiennictwie przedmiotu wymienia się uniwersalne strategie zmagania się z kryzysami, mające szczególne znaczenie dla chorych podejmujących wysiłki adaptacji do sytuacji choroby. Są to strategie podstawowe, stanowiące swoisty kanon każdego radzenia sobie, a także ukierunkowanego wspierania osób w kryzysie. Za takie uniwersalne strategie uważa się:

- poszukiwanie znaczenia wydarzeń krytycznych i sensu życia
- inicjowanie rozwoju indywidualnego na drodze wspierania konstruktywnych przemian
- kształtowanie umiejętności korzystania z oferowanego (dostępnego) wsparcia emocjonalno-społecznego oraz dążenia do uzyskania i powiększenia wsparcia ze strony otoczenia.

Wymienione strategie odgrywają zróżnicowaną rolę w procesach zmagania się w kryzysach zdrowia z chorobą somatyczną.

### 5.2.1. Poszukiwanie znaczenia i sensu krytycznych wydarzeń oraz cierpienia

Poszukiwanie sensu i znaczenia wydarzeń krytycznych jest uważane za stosunkowo powszechnie – intuicyjnie i automa-

tycznie podejmowaną strategię adaptacyjną, zmagania się z sytuacjami krytycznymi, zmierzającą do zrozumienia i „oswojenia” tego, co się dzieje. Składają się nań wszelkie wysiłki poznawcze na rzecz zrozumienia, nadania znaczenia przebiegowi wydarzeń rzeczywistości wewnętrznej i zewnętrznej. Stanowią one wyraz dążenia do określoności, pewności i bezpieczeństwa dzięki odniesieniu ich do konceptualizacji świata przez jednostkę i swojej w nim roli, a także posiadanych przekonań, światopoglądu i moralnych wartości.

Zdaniem Frankla ludzie charakteryzują się *wolą sensu*. Sens zawarty w każdej sytuacji, również sytuacji przynoszącej cierpienie (np. choroba somatyczna) musi być odnajdywany każdorazowo poprzez interpretację tej sytuacji. Zmaganie się z cierpieniem można rozpatrywać w wymiarze destrukcja-bunt-kreatywność. Cierpienie, jeśli ma mieć sens, nie może być celem samym w sobie, winno wykraczać poza siebie (Dolińska-Zygmunt, Makowska 1998).

W piśmiennictwie przedmiotu wymienia się wiele hipotetycznych procesów i mechanizmów uwikłanych w poszukiwanie znaczenia; również samo nadawanie sensu traumatycznym przeżyciom przybiera rozmaite formy: zmiany sposobu percepcji i przeżywania krytycznego doświadczenia, zmiany stylu zachowania – podejmowanie działalności twórczej, realizowanie „misji ocalałych”, budowanie nowej tożsamości, kształtowanie życia według nowych wartości itp. Procesy poszukiwania sensu krytycznych wydarzeń, które doprowadziły do załamania zdrowia pełnią wiele funkcji:

- odkrywają hipotetyczne przyczyny i uwarunkowania choroby
- przywracają ład i równowagę emocjonalną, zmniejszają margines niepewności, co do właściwego znaczenia schorzenia i jego konsekwencji dla dalszego życia
- pozwalają na łączenie i integrowanie sytuacji choroby z całością życia i funkcjonowania chorego
- pozwalają na zrozumieniem, a przez to i akceptację nieoczekiwanego, tragicznego zakrętu biegu życia.

Zgodnie z teorią psychoformatywną Liftona (1993, za Lis-Turlejska 1998) wydarzenie traumatyczne stawiające człowieka wobec zagrożenia utraty życia („zatopienie w śmierci”) wymaga odkrycia jego znaczenia, nadania sensu swemu cierpieniu (Frankl 1963), aby zintegrować traumatyczne zdarzenie z utrwalonymi schematami poznawczymi (Bulman, Wortman 1997, Lis-Turlejska 1998).

Frankl, egzystencjalista, sądził, że nawet człowiek wystawiony na tak niewysłowione cierpienia, jak więźniowie obozów koncentracyjnych, niepełnosprawni oraz poważnie i terminalnie chorzy są zdolni do nadania sensu swemu cierpieniu i swemu życiu, „wyjść poza” własne cierpienie, co pozwala odzyskać nad nim pewną kontrolę. W myśli egzystencjalnej pojęcie odpowiedzialności, kreacji własnego życia pełni podstawową rolę. Być odpowiedzialnym to „uświadomić sobie, że się stworzyło własne „ja”, przeznaczenie, życie, los, uczucia, i – w razie ich pojawiania się – także własne cierpienie” (Yalom 1980, za Rosenhan, Seligman 1994, s. 105). Poszukiwanie sen-

su cierpienia, o którym pisał Frankl (op. cit.) ma szczególne znaczenie dla chorych z kryzysami zdrowia. Autor ten akcentował rolę tendencji transcendencyjnych – pogłębiania życia duchowego i zwrotowi ku życiu kierowanemu przez wartości. „Człowiek jest czymś więcej niż organizmem psychofizycznym, człowiek jest istotą duchową. Jako taki jest on wolny i odpowiedzialny ... wolny „do” urzeczywistniania wartości i wypełniania sensu bytu ludzkiego”.

Problem cierpienia może być rozpatrywany jako doświadczenie swojego istnienia, zwłaszcza w sytuacjach granicznych, w których najwyraźniej uwidacznia się opozycja nieuniknionego losu i woli człowieka, jego decyzji i odpowiedzialności (Rudziński 1978). Cierpienie jest zjawiskiem wielowymiarowym, przejawia się na różnych płaszczyznach życia człowieka – fizjologicznej, poznawczej, emocjonalnej, behawioralnej, relacyjnej, symbolicznej (Yapko 1996, za Dolińska-Zygmunt, Makowska 1998). Istnieje duże indywidualne zróżnicowanie sposobów cierpienia, stanowiącego doświadczenia dynamiczne, charakteryzujące się zmiennością i fazowością. Z perspektywy niniejszego opracowania istotne pozostaje pojawianie się cierpienia w sytuacjach zdarzeń nieprzewidywalnych, gdy nie jest możliwa kontynuacja dotychczasowej drogi życiowej, zgodnej z wcześniejszym systemem znaczeń, w sytuacjach wymagających przemiany - a więc sytuacjach kryzysowych. Jedną z postaw wobec cierpienia jest zdystansowanie się wobec niego – w subiektywnym odczuciu jest ona równoznaczna z przyjmowaniem szerszej perspektywy rzeczywistości. Otwiera ona człowieka na

wartości zazwyczaj w biegu codziennego życia niedostrzegane, czy niedoceniane. Cierpienie wywołane chorobą daje szansę ujrzenia swojej sytuacji życiowej i swego życia, jako większej ustrukturalizowanej, sensownej całości. Doświadczenie cierpienia dzięki przypisanemu mu znaczeniu z perspektywy posiadanej koncepcji swojego życia, może otwierać drogę adaptacji do życia z chorobą (por Ostrowski 2008).

Pozostaje pytanie, czy zmaganie się poprzez poszukiwanie sensu jest istotnie powszechne wśród osób chorych somatycznie dotkniętych kryzysem zdrowia? Czy dostrzeżenie sensu i znaczenia doświadczenia choroby pełni zawsze i bezwzględnie rolę adaptacyjną, przyspieszając rozwiązanie kryzysu? Wyniki badań empirycznych nie są jednoznaczne, zarówno poszukiwanie sensu cierpienia i choroby, a także efektywność wysiłku adaptacyjnego zależą od wielu czynników, w tym niektórych trudnych do uchwycenia i weryfikacji empirycznej. Wydaje się, że pozytywną rolę inspirującą poszukiwanie sensu może odegrać rodzaj udzielanego wsparcia i adekwatną pomoc interwencyjną, które jednak nie mogą mieć charakteru bezpośredniej perswazji czy propozycji. Tylko bowiem samodzielne odkrycie indywidualnego sensu wydarzeń spostrzeganych z własnego, subiektywnego punktu widzenia, wyłącznie dla siebie” i przez siebie samego może przynieść rozwiązanie kryzysu i zadowalające efekty adaptacyjne.

### 5.2.2. Inicjowanie zmian rozwojowych

Sytuacje krytyczne i przeżycia kryzysowe ujawniające potrzebę i nieuchronność przemian wynikają z samej natury kry-

zysu. Kryzysowy stan nierównowagi, mający znaczenie przełomowe, zwrotne wymaga natychmiastowych rozstrzygnięć i przemian. Potencjał wzrostu i prozdrowotnych przemian jest aktualizowany w sytuacjach nowych, trudnych i krytycznych, w których zawiodły dotychczasowe sposoby myślenia i działania. Przeżywanie bezsilności i bezradności daje impuls do zmiany niesatisfakcjonującego stanu aktualnego. Podjęcie zmian i tempo ich wprowadzania zależy zarówno od właściwości indywidualnych, jak właściwości otoczenia – kontekstu ułatwiającego bądź utrudniającego rozwiązanie kryzysu i rozwój (Sęk 1993).

Rozwojowi w kryzysach zdrowia pomimo występowania choroby sprzyjają:

- obecność niezablokowanego potencjału rozwojowego (Maslow 1990, Rogers 1982/83a)
- poziom dojrzałości emocjonalno-społecznej chorego, autonomia osobowości, otwarcie na zmiany
- poziom przystosowania i socjalizacji chorego
- zachowanie zdolności uczenia się nowych kompetencji i umiejętności w chorobie
- obecność postaw optymizmu, pozytywnego myślenia, wiary i nadziei (Simonton, Mathews, Simonton 1993, Seligman 1990)
- zachowanie perspektywy temporalnej obejmującej przyszłość mimo choroby (Obuchowski 1985, 2000)
- zdolność do transcendencji i pokonania egocentrycznej perspektywy.

W wypadku chorych somatycznie doświadczających kryzysu istotne znaczenie



ma nie tyle proces zachodzenia jakichkolwiek zmian, ale możliwość podejmowania przemian celowych - sprzyjających zdrowiu, podejmowanych z własnej inicjatywy chorego, inspiracji bliskich, czy służb kryzysowych. Wystąpienia i rozpoznanie choroby sprzyja refleksji – zatrzymaniu się w biegu codziennego życia. Poddaniu refleksji sytuacji choroby i jej znaczenia celem podjęcia właściwych prozdrowotnych przemian. Równocześnie powszechnie spotyka się postawy oporu wobec przemian – chorzy chcieliby uciec od swojej bolesnej sytuacji życiowej, uniknąć cierpienia i nieznaney przyszłości, bez wysiłku zmieniania siebie i swego życia (Berg, Miller 2000).

Ważne, aby przejawiana przez otoczenie pomoc, reakcje współczucia i wsparcie świadczone w dobrej wierze chorym nie kryły chęci nie zawsze uświadomionych, zachowania obronnego, status quo, przeciwstawienia się jakimkolwiek zmianom w życiu chorego.

Chroniczna choroba oraz kryzysy rozwijające się na jej kanwie oprócz zagrożenia życia, w głównej mierze dotyczą poczucia tożsamości. Poradzenie sobie z kryzysem utraty zdrowia polega na przebudowanie tożsamości – wprowadzeniu na miejsce utraconych zasobów i wartości nowych celów, dążeń, czy utożsamień, które „nadadzą jej życiu nowy sens, zmieniają jej system zależności ... Dawniej nie dostrzegane lub ignorowane przez jednostkę wartości stają się jej własnymi, naturalnymi kategoriami myślenia – nową formą życia” (Czapiński 1991, s. 248). Zaburzenia tożsamości w przebiegu kryzysów zdrowia są tym większe, im ważniejsze, bardziej centralne aspekty tożsa-

mości i poczucia własnej wartości zostały naruszone przez chorobę. Nie zawsze jest możliwe samodzielne, bez pomocy psycho-terapeutycznej rozwiązanie kryzysu zagrożenia zdrowia wraz z przebudową tożsamości w stosunkowo krótkim czasie.

Życińska zauważa, że: „Rozwój jednostki dotkniętej chorobą w świetle przedstawionych wyników badań nie jest możliwy”, gdy nie potrafi ona właściwie ocenić swoich potencji, przyjmując postawy wobec siebie jako człowieka poważnie, przewlekłe i nieuleczalnie chorego, postawy zawierającej emocjonalnie pozytywną gotowość akceptacji samego siebie” (1995, s. 93). Uznanie choroby za szansę twórczego rozwoju wiąże się z refleksją nad swoją tożsamością, z koncentracją na przyszłości, przebudową koncepcji własnej osoby na taką, która pozwala na przyjęcie twórczej postawy wobec własnej choroby i afirmacji cierpienia. Istnieje sprzężenie zwrotne między treścią koncepcji samego siebie a nadawaniem znaczenia i sensu cierpieniu. Wyniki badań Życińskiej dowodzą, że ważną rolę odgrywa realistyczne (ani zaniżone, ani zawyżone) spostrzeganie własnych możliwości, zdolność do temporalnego przeżywania siebie (pokonywanie aktualnych ograniczeń przez otwarcie perspektywy przyszłości), koncentracja na właściwościach emocjonalnych i umysłowych, zamiast fizycznych obrazu Ja. Badania Życińskiej są spójne z tezami Brycz (1988) akcentującymi związek korzystnych postaw wobec choroby z ogólnie wyższym poziomem samoakceptacji. Pozytywne postawy wobec choroby mogą również stanowić konsekwencję stosowanych mechanizmów adaptacyjnych – rozwojowych, jak

również regresywnych (Życińska op. cit.). Zdaniem LeShana (1973) znaczącą rolę w wypadku pacjentów chorych, chronicznie cierpiących i terminalnych pełni wzbudzenie ducha walki: „Dzięki rozwojowi, samopoznaniu i samoakceptacji, które niesie za sobą taka próba, staje się ona osoba pełniejszą i bogatszą. Nie umiera pokonany i zgnębiony życiem, lecz jako osobnik silniejszy i pełniejszy. Rozwój osobowości ma znaczenie bez względu na mijanie czasu chronologicznego. Gdy wierzymy w wartość jednostki i świętość życia ludzkiego, nasze zadanie nie kończy się w obliczu śmierci” (s. 27/28).

Jednakże praca z ciężko chorymi może często nasuwać wątpliwości, czy obserwowane wysiłki osób dotkniętych bólem, lękiem, cierpieniem są próbami adaptacji za wszelką cenę do sytuacji choroby, czy tendencjami rozwojowymi (por. dyskusja Słowik 1997). Pozostaje kwestia, czy pomoc w kryzysie winna oprócz adaptacji zmierzać do zwiększania potencjału rozwojowego chorych. Wydaje się to nie tylko możliwe, ale i konieczne dla przeprowadzenia efektywnej interwencji w kryzysach zdrowotnych. Spotykane w piśmiennictwie przekonanie, że chory musi się najpierw uporać z negatywnym obciążeniem choroby, aby je „neutralizować”, a dopiero po „pomyślnym poradzeniu sobie z tymi trudnościami, chory może przejść do rozwiązywania problemów o charakterze pozytywnym i dzięki temu dostrzec pozytywny wpływ choroby na życie” (Wawak-Sobierajska 1995, s. 127) wydaje się nieporozumieniem. Pomyślne rozwiązanie kryzysu zdrowotnego wymaga zmiany dotychczasowych wartości, postaw oraz tożsamości chorego uwzględniających realia

sytuacji choroby – przemiany te mają wówczas charakter rozwojowy.

## **6. Korzystanie ze wsparcia emocjonalno-społecznego**

Sieci wsparcia, wzajemne powiązania w społeczności, gwarantujące dostępność pomocy dla każdego potrzebującego tworzą środowiskowy system oparcia (wsparcie strukturalne). System wsparcia pełni ważną rolę pomocną wobec osób w kryzysie. Wsparcie strukturalne uzupełnia wsparcie funkcjonalne – interakcje społeczne i pomocne oddziaływanie bliskich oraz profesjonalistów podejmowane wobec osób w sytuacjach kryzysów (Sęk, Cieślak 2004).

W zależności od treści wymiany społecznej rozróżnia się rodzaje wsparcia: emocjonalne, informacyjne, instytucjonalne, rzeczowe (materialne) i duchowe. Efektywność wsparcia jest uwarunkowana dostępnością sieci, również w subiektywnej percepcji, a także jego dopasowaniem, odpowiedniością między rodzajem i wielkością udzielanego wsparcia a potrzebami klienta – wsparcie pożądane (Knoll, Schwarzer 2004). „Celem interwencji wspierającej jest emocjonalne podtrzymanie klientów oraz zmniejszenie natężenia kryzysu, dzięki towarzyszeniu, wymianie emocji, tworzeniu poczucia przynależności, bezpieczeństwa i nadziei, a także zbliżenia do rozwiązania problemu i przezwyciężenia trudności (kryzysu) – pisze Sęk (1997, s. 149).

Działanie wsparcia wyjaśnia się współwystępowaniem dwu mechanizmów: tzw. efektu głównego i efektu buforowego. Wsparcie otoczenia wzmacnia i podtrzymu-

je siły życiowe, podczas gdy efekt buforowy amortyzuje siłę wydarzeń krytycznych, chroni przed zagrożeniem kryzysem, nieprzystosowaniem i patologią (Sęk, Cieślak op. cit., Wheaton 1996). Dzieje się to dzięki obniżeniu poziomu napięcia, aktywizacji zmagania się, zmianie oceny wydarzeń. Ocena choroby jako „wyzwania” zwiększa zaufanie do własnych kompetencji, potęguje nadzieję ...

W kryzysie ludzie potrzebują i poszukują wsparcia naturalnego – współmałżonków, innych bliskich członków rodziny czy przyjaciół. Zachodzące procesy są jednak na tyle złożone, że wsparcie nie okazuje się tak skuteczne, jak się oczekuje. Efektywność wsparcia zależy bowiem od takich czynników, jak subiektywna percepcja dostępu do oferowanego wsparcia, przede wszystkim dopasowanie wsparcia pod względem jego natężenia i formy do oczekiwań chorego. „Otrzymane wsparcie może stać się dodatkowym zagrożeniem, gdyż zmusza do uświadomienia sobie własnej słabości, prowadzi do obniżenia samooceny i poczucia własnej skuteczności...” piszą Cieślak, Klonowicz (2004, s. 168). Dopasowanie ilościowe i jakościowe wsparcia do oczekiwań wspieranej osoby zawsze winno uwzględniać jej indywidualne właściwości – poczucie niezależności, dążenia do kontrolowania sytuacji i swego życia, przy tym nie bez znaczenia są tradycje i mity rodzinne oraz kulturowe.

Szczególną rolę, zwłaszcza w kryzysach zdrowia mogą odgrywać tzw. grupy samopomocy (Hurvitz 1987, Sęk, Cieślak 2004, Turuk-Nowak 1997). Grupy samopomocy opierają się na dobrowolnych spotkaniach osób dotkniętych wspólnym losem

– nieszczęściem czy chorobą. Celem spotkań jest wzajemna pomoc i wsparcie oraz realizowanie konkretnych celów. Uczestnicy mają możliwość swobodnego wyrażania emocji i poglądów bez obaw o odrzucenie i dezakceptację; otrzymują wyrazy pozytywnych emocji, przejawy troski i zrozumienia. Udział w grupie wsparcia pozwala też stać choremu w aktywnej roli pomagającego innym - „pomagając innym pomagasz także sobie”. Grupy mogą też świadczyć realną pomoc dostarczając informacji, organizując wsparcie, np. rehabilitacyjne, finansowe czy materialne.

Samodzielnie i automatycznie, intuicyjnie podejmowane przez chorych wysiłki zaradcze zmagania się z kryzysem w przebiegu poważnej choroby somatycznej przybierające formę poszukiwania sensu i znaczenia choroby, dążenia do przemian czy odbudowy koncepcji Ja. Winny być zawsze wspierane i podtrzymywane, a kiedy trzeba aktywizowane przez bliskich i otoczenie chorego. Przede wszystkim rolę tę z powodzeniem pełnić mogą profesjonaliści i paraprofesjonaliści interwencji kryzysowej, jako fachowa naturalna pomoc dostępna pacjentom w kryzysach zdrowia.

## Streszczenie

Artykuł proponuje nazywanie kryzysów emocjonalnych, których źródłem jest rozpoznanie i przebieg poważnej choroby somatycznej kryzysami zdrowia; opracowanie charakteryzuje ich specyfikę i przebieg w nawiązaniu do innych rodzajów kryzysów. Przedmiotem rozważań pozostaje problem indywidualnej podatności na rozwój kryzysu w przebiegu

choroby somatycznej, jej uwarunkowania oraz przebieg kryzysów zdrowia, wraz z nierozstrzygniętym zagadnieniem fazowości (stadialności) ich przebiegu. Druga część opracowania charakteryzuje współczesnej ujęcie wybranych problemów zmagania się z kryzysem w przebiegu choroby, szczególnie lękiem i cierpieniem. Ostatnia część artykułu koncentruje się na uniwersalnych, automatycznie podejmowanych strategiach zmagania się z kryzysami zdrowotnymi takimi jak: poszukiwanie znaczenia wydarzeń krytycznych i sensu życia, inicjowanie rozwoju przez wdrażanie przemian, korzystanie z dostępnego wsparcia emocjonalno-społecznego; strategie te winny być wspierane przez pomocne oddziaływania otoczenia chorych oraz interwencji kryzysowej.

**Słowa kluczowe:** kryzys emocjonalny, kryzys zdrowia, zmaganie się z kryzysami, postawy obronne, choroba somatyczna, rozwój w chorobie, poszukiwanie sensu, wsparcie emocjonalno-społeczne

### Summary

This paper suggests that emotional crisis, that is based on recognition and the course of somatic disease, should be named the health crisis. There was also presented the course and specific character of crisis with reference to other kinds of crises. Personal susceptibility issue to progression of crisis during the course of somatic disease, its conditionings, the course of health crises, with unsolved issue of stage is still the subject of the considerations. Second part of the paper suggests selected present capture

problems with fighting against the crisis especially the fear and the suffering. Last part of this article shows universal and unaware approach to fight against health crises such as: looking for the meaning of life and critical occurrence, initiating development by introducing transformations, using available emotional and social support. This approach should be supported by helpful influence of a patient environment and crisis intervention.

**Keywords:** emotional crisis, health crisis, fighting against crisis, defensive attitude, somatic disease, the course of disease, looking for the meaning, emotional and social support

### Bibliografia

1. Adamczak M. (1992). Krytyczne zdarzenia życiowe i radzenie sobie z nimi – wybrane zagadnienia. [W:] B. Waligóra (red.), Elementy psychologii klinicznej. T. 2. Poznań: Wydaw. Uniwersytetu A. Mickiewicza.
2. Berg K.I., Miller S.D. (2000). Terapia krótkoterminowa skoncentrowana na rozwiązaniu. Łódź: Wydaw. Galaktyka.
3. Brammer L. (1984). Kontakty służące pomaganiu. Procesy i umiejętności. Warszawa: Studium Pomocy Psychologicznej PTP.
4. Brycz H. (1988). Obraz własnej osoby u ludzi chorych na reumatoidalne zapalenie stawów. Zdrowie Psychiczne, 1.
5. Bulman R.J., Wortman C.B. (1977). Attributions of Blame and

- Coping in the "real world". Severe Accident Victims React on Their Lot. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35.
6. Byrne D. (1964). Repression – Sensitization as a Dimension of Personality. [W:] B. Maher (red.), *Progress in Experimental Personality Research*. New York: Academic Press.
  7. Cieślak R. , Klonowicz T. (2004). Wsparcie społeczne a stres pracy i bezrobocia. [W:] H. Sęk, R. Cieślak (red.), *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Warszawa: Wydaw. Naukowe PWN.
  8. Czapiński J. (1991). Szczęście - złudzenie czy konieczność? [W:] M. Kofta, T. Szustrowa (red.), *Złudzenia które pozwalają żyć*. Warszawa: PWN.
  9. Dolińska-Zygmunt G., Makowska H. (1998). Psychologiczne aspekty cierpienia. [W:] J. Łazowski, G. Dolińska-Zygmunt (red.), *Ku lepszemu funkcjonowaniu w zdrowiu i chorobie. Materiały z XIII Ogólnopolskiego sympozjum Medycyny Psychosomatycznej i V Bałtyckiego Sympozjum Balintonowskiego*, Kołobrzeg, 15-17 maja 1997. Wrocław: Wydaw. AWF.
  10. Endler N., Parker J. (1990). Multimensional Assessment of Coping. A Critical Evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58 (5).
  11. Folkman S., Lazarus R. (1985). If it Changes it must be a Process: Study of Emotion and Coping During Three Stages of a College Examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48.
  12. Folkman S., Lazarus R. (1988). The Relationships between Coping and Emotion. Implication for Theory and Research. *Social Science Medicine*, 26(3).
  13. Frankl V.E. (1963). *Man's Searching for Meaning*. New York, Washington: Square Press.
  14. Haan N. (1977). *Coping and Defending. Processes of Self-environment Organization*. New York: Academic Press.
  15. Heszen-Klemens I. (1979). *Poznawcze uwarunkowania zachowania się wobec własnej choroby*. Wrocław: Ossolineum.
  16. Heszen-Niejodek I. (red.) (1995). *Doświadczenie kryzysu – szansa rozwoju czy ryzyko zaburzeń*. Katowice: Wydaw. Uniwersytetu Śląskiego.
  17. Hoff L.A. (1995). *People in Crisis. Understanding and Helping*. San Francisco: Jossey-Buss Publishers.
  18. Hurvitz N. (1987). *Geneza powstania grup samopomocy psychoterapeutycznej osób o podobnych problemach*. [W:] *Pomoc nieprofesjonalna i grupy wzajemnej pomocy*. Warszawa: Studium Pomocy Psychologicznej PTP.
  19. Jacob E.J., Collins T.M. (2005). *Chronic and Terminal Illness*. [W:] B.G. Collins, T.M. Collins (red.), *Crisis and Trauma. Developmental-*

- Ecological Intervention. Boston, New York: Lahasha Press Houghton Mifflin Company
20. James R.K., Gilliland B.E. (2004). Strategie interwencji kryzysowej. Warszawa: PARPA.
21. Knoll N., Schwarzer R. (2004). Prawdziwych przyjaciół ... Wsparcie społeczne, stres, choroba i śmierć. [W:] H. Sęk, R. Cieślak (red.), Wsparcie społeczne, stres i zdrowie. Warszawa: Wydaw. Naukowe PWN.
22. Kosińska-Dec K. (1992). Wybrane teoretyczne i metodologiczne problemy badań nad stresem, radzeniem sobie i zdrowiem. Nowiny Psychologiczne, 4.
23. Kubacka-Jasiecka D. (red.) (1995). Wybrane problemy zmagania się ze stresem. Kraków: Wydaw. UJ.
24. Kubacka-Jasiecka D. (1996). Rola mechanizmów obronnych, złudzeń, iluzji i nadziei w przebiegu zmagania się z zagrożeniem. [W:] Radzenie sobie i pomoc innym w zdrowiu i chorobie. Materiały XII Sympozjum Medycyny Psychosomatycznej w Kołobrzegu (streszczenia). Warszawa: Wyd. PAN.
25. Kubacka-Jasiecka D. (1997). Z psychologii kryzysu. [W:] D. Kubacka-Jasiecka, A. Lipowska-Teutsch (red.), Oblicza kryzysu i pracy interwencyjnej. Kraków: Wydaw. ALL.
26. Kubacka-Jasiecka D. (1999). Problematyka leku i zmagania się z lękiem w chorobie nowotworowej. [W:] D. Kubacka-Jasiecka, W. Łosiak (red.), Zmaganie się z chorobą nowotworową. Kraków: Wydaw. Uniwersytetu Jagiellońskiego.
27. Kubacka-Jasiecka D. (2000). Człowiek jako kreator własnego zdrowia – refleksje i pytania wokół postulatu autokreacji. Sztuka Leczenia, 3.
28. Kubacka-Jasiecka D. (2002). Od stresu do kryzysu – kryzys emocjonalny jako zagrożenie tożsamości. [W:] I. Heszen-Niejodek (red.), Teoretyczne i kliniczne problemy radzenia sobie ze stresem. Poznań: Wydaw. Stowarzyszenie Psychologia i Architektura.
29. Kubacka-Jasiecka D. (2005). Interwencja kryzysowa. [W:] H. Sęk (red.), Psychologia kliniczna. Warszawa: Wydaw. Naukowe PWN.
30. Kübler-Ross E. (1969). On Death and Dying. New York: Macmillan.
31. Kulczycki M. (1971). Psychologiczne problemy człowieka chorego. Wrocław: Ossolineum.
32. Lazarus R.S., Folkman S. (1984). Stress, Appraisal, and Coping. New York: Springer.
33. LeShan L. (1973). Psychoterapia a pacjent umierający. [W:] L. Pearson, Śmierć i umieranie. Warszawa: PZWL.
34. Lis-Turlejska M. (1998). Traumatyczny stres. Koncepcje i badania. Warszawa: Wydaw. Instytutu Psychologii PAN.
35. Łosiak W. (1995). Podstawowe koncepcje stresu i radzenia sobie. [W:] D. Kubacka-Jasiecka (red.),



- Wybrane problemy zmagania się ze stresem. Kraków: Wydaw. Uniwersytetu Jagiellońskiego.
36. Maslow A.H. (1990). Motywacja a osobowość. Warszawa: PAX.
  37. Moos R.H., Schaefer J.A. (1968). The Crisis of Physical Illness, An Overview and Conceptual Approach. [W:] R.H. Moos (red.), Coping with Physical Illness. 2 New Perspectives. New York: Plenum Medical Publishing Corporation.
  38. Nasiłowska-Barud A. (2003). Choroba jako kryzys psychologiczny. [W:] D. Kubacka-Jasiecka, K. Mudyń (red.), Kryzys, interwencja i pomoc psychologiczna. Nowe ujęcia i perspektywy. Toruń: Wydaw. Adam Marszałek.
  39. Obuchowski K. (1985). Adaptacja twórcza. Warszawa: Książka i Wiedza.
  40. Obuchowski K. (2000). Człowiek intencjonalny, czyli o tym, jak być sobą. Poznań: Dom Wydawniczy Rebis.
  41. Ostrowski T.M. (2008). Liberalno-waloryczny model sensu życia w kontekście zdrowia i choroby wieńcowej. Kraków: Wydaw. Uniwersytetu Jagiellońskiego.
  42. Rogers C. (1982/1983a). Co to znaczy stać się osobą? Nowiny Psychologiczne, 6/7.
  43. Rosenhan D.J