

Zygryd Juczyński

Instytut Psychologii Stosowanej, Społeczna Akademia Nauk w Łodzi

Zmaganie się z nieuleczalną chorobą – mobilizacja osobistych potencjałów zdrowia

Coping with incurable disease – mobilization of personal resources for health

STRESZCZENIE

Kontakt i obserwacja ludzi cierpiących wiąże się z nieodpartym pytaniem, skąd ludzie czerpią siły do tak heroicznej walki. Koncepcja mobilizacji osobistych potencjałów zdrowia stanowi próbę wyjaśnienia takich zachowań. Jej podstawy teoretyczne odwołują się do modelu bio-psycho-społecznego zdrowia, w którym ważne są dwa pojęcia, tj. dynamicznej równowagi i potencjału zdrowia. Dążenia chorego człowieka do zaspokojenia trzech podstawowych potrzeb – poczucia wpływu na leczenie, potrzeby wsparcia społecznego oraz zachowania nadziei – są powiązane z mobilizacją potencjałów w wymiarach psychicznym, społecznym i duchowym.

Mobilizacja może obejmować wszystkie wymiary, lecz zmaganie się z poważną czy nieuleczalną chorobą rozgrywa się głównie w wymiarze duchowym. Czy osoba cierpiąca doświadczy pozytywnych emocji, osiągnie spokój ducha i zachowa nadzieję, zależy od jej zdolności do zmobilizowania dostępnych potencjałów, znalezienia poczucia sensu życia i wartości cierpienia i potraktuje swoją sytuację jako wyzwanie – innymi słowy, czy skoncentruje się na działaniach ukierunkowanych na transcendencję transpersonalną czy intrapersonalną.

Słowa kluczowe: potencjały osobiste, poczucie kontroli, spostrzegane wsparcie społeczne, nadzieja, duchowość.

ABSTRACT

Coming into contact and observation of human suffering raises an irresistible question where people derive strength for such a heroic struggle. The concept of mobilization of personal resources for health is an attempt at explaining such behaviour. Its theoretical foundations draw upon the bio-psycho-social model of health where two general concepts i.e. dynamic balance and potential for health are of particular

Adres do korespondencji:

prof. dr hab. Zygfryd Juczyński, Instytut Psychologii Stosowanej, Społeczna Akademia Nauk
ul. Tokarzewskiego 2, 91-842 Łódź, e-mail: zjuczynski@spoleczna.pl

importance. An ill person's striving to satisfy his or her three basic needs i.e. the need for a sense of influence on treatment, the need of social support and the need of hope, is related to the mobilization of resources in mental, social and spiritual dimensions. The mobilization may be stimulated in all the dimensions, however, coping with a serious or incurable disease takes place mainly in the spiritual dimension. Whether or not a suffering person will experience positive emotions, a peace of mind and hope depends on his or her ability to mobilize available potentials, find meaning in life, recognize the value of suffering and perceive his situation as a challenge – in other words, whether or not they will focus on transpersonal or intrapersonal transcendence.

Key words: personal resources, sense of control, perceived social support, hope, spirituality.

Jeszcze na początku II poł. XX wieku większość lekarzy uważała, że w przypadku chorób uważanych za nieuleczalne i gdy pomoc medyczna jest mało skuteczna, nie należy mówić choremu całej prawdy o chorobie. Dziś co prawda nie ma już dylematu „informować czy nie”, nadal jednak pozostaje problemem „co, kiedy, komu i jak powiedzieć”. A nierzadko od sposobu informowania zależy to, w jaki sposób chory zmagają się ze swoją chorobą. Dlatego wskazane jest takie informowanie, a szerzej – taki sposób podejścia, który mobilizuje człowieka do walki z chorobą. Temu celowi służy zarysowana koncepcja mobilizacji osobistych potencjałów zdrowia.

Obserwacja zmagających się przewlekłe czy nieuleczalnie chorych, dotkniętych trwałym kalectwem, znoszących potworny ból i cierpienie, wiąże się z nieodpartym pytaniem, skąd ci ludzie czerpią siły do tej walki, a do tego jeszcze – w wielu przypadkach – zachowując niezwykłą pogodę ducha?

Co daje siłę do zmagania się z przewlekłą czy nieuleczalną chorobą, niesprawnością?

Odpowiedź, jaka się nasuwa, iż chodzi o chęć do życia, tak naprawdę niczego nie wyjaśnia, a wręcz rodzi jeszcze więcej pytań. Trafniejsza jest odpowiedź z medycznego punktu widzenia, który uwzględni rodzaj choroby, jej stan kliniczny i dotychczasowy przebieg. Chodzi mianowicie o rokowanie: jeżeli jest pomyśl-

ne, to mobilizuje chorego do walki z chorobą i poddania się nawet najbardziej uciążliwym zabiegom terapeutycznym.

We wcześniejszych badaniach własnych (Juczyński i in., 1997) próbowano ustalić znaczenie różnych czynników w akceptacji niepomyślnych informacji przekazywanych przez lekarza. Jedno z pytań kwestionariusza skierowanego do lekarzy onkologów ($N=106$) brzmiało: *Od jakich czynników zależy siła pacjenta, aby znieść prawdę o chorobie*. Każdemu z sześciu wymienionych czynników należało przypisać wartość od 1 – wartość mała, do 5 – wartość duża. Zdaniem lekarzy, największe znaczenie w poradzeniu sobie pacjenta z informacjami na temat choroby odgrywa rokowanie ($M=4,59$; $SD=0,91$) oraz duże zaufanie do informującego lekarza ($M=3,79$; $SD=1,16$). Jeżeli są szanse na wyleczenie, to choremu łatwiej jest pogodzić się z faktem ciężkiej i uciążliwej choroby.

Podobne pytanie postawiono w badaniach 150 chorych onkologicznie (Juczyński, 2007). Tu na pierwszym miejscu znalazło się duże zaufanie do informującego lekarza ($M=4,65$; $SD=0,67$), ale tuż za nim – duże szanse na wyleczenie ($M=4,59$; $SD=0,86$). Nie bez znaczenia był z pewnością fakt, iż badanymi byli aktualnie hospitalizowani. Kolejne co do ważności czynniki to: duże wsparcie od rodziny, głęboka wiara w Boga, wyższy poziom wykształcenia, dotychczasowe powodzenie w życiu. Warto jednak zauważyć, iż chorzy przypisywali wszystkim wymienionym czynnikom znacznie większą wartość niż

lekarze, chociaż ich rangowanie było zasadniczo podobne.

Odpowiedź na pytanie, co daje człowiekowi siłę do zmagania się z ciężką chorobą, znacznie się komplikuje, gdy mamy do czynienia z chorobą nieuleczalną. Niepomyślnie rokowanie wprowadza stan chronicznego stresu, który nie podlega kontroli. Jak dowodzą badania psychologiczne, w warunkach niekontrolowanych wzrasta nasilenie unikowych strategii radzenia sobie ze stresem, które chronią przed doświadczaniem przykrych emocji w sytuacji, której i tak nie da się zmienić (Heszen, 2013). Innymi słowy, o ile poszukiwanie informacji jest najbardziej intensywne w dobrze kontrolowanych sytuacjach, to w sytuacjach niekontrolowanych dominuje unikanie informacji. Może więc w takiej sytuacji lepiej nie przekazywać wszystkich informacji i nie mówić całej prawdy o chorobie? Z drugiej strony wiadomo, iż lęk przed nieznanym jest największym zagrożeniem dla człowieka. Poznanie całej prawdy, nawet tej najbrutalniejszej, stwarza dla człowieka nową sytuację, w której wiadomo już, co go czeka, a to pozwala na podejmowanie konkretnych decyzji.

Dość powszechną reakcją emocjonalną na ciężką, przewlekłą, nieuleczalną chorobę czy inwalidztwo jest występowanie lęku, depresji, poczucie bezradności, zagubienie. Okazuje się jednak, iż mimo braku racjonalnych podstaw do podejmowania konkretnych działań wiele osób w sposób bardzo aktywny zaczyna się zmagać ze swoją chorobą, którą traktuje jako swoistego rodzaju wyzwanie.

Podstawy teoretyczne koncepcji Mobilizacji Osobistych Potencjałów Zdrowia

Zarysowana poniżej koncepcja Mobilizacji Osobistych Potencjałów Zdrowia (MOPZ) stanowi próbę wyjaśnienia swoistego fenomenu zmagania się człowieka z bólem i cierpieniem, w przypadku nieuleczalnej choroby czy trwałego kalectwa (Juczyński, 2012). Za podstawę przyjęto holistyczno-funkcjonalny model zdrowia, w którym ważne są dwa ogólne pojęcia, tj. dynamicznej równowagi

i potencjału zdrowia. Zdrowie (choroba) to proces utrzymywania (utruty) dynamicznej równowagi między wymaganiami środowiska (wewnętrznego i zewnętrznego) dzięki posiadanym przez jednostkę potencjałom¹. Zdrowie jest procesem „wykorzystywania potencjałów biologicznych, psychologicznych i społecznych do sprostania zewnętrznym i wewnętrznym wymaganiom oraz osiągnięcia celów indywidualnych i społecznych bez chronicznego zaburzenia dynamicznej równowagi” (Sęk, 1997, s. 51).

Wielkość posiadanych potencjałów i umiejętność ich wykorzystania wyznaczają granice dopuszczalnego odchylenia od stanu równowagi (granice tolerancji). Choroba jest następstwem niewydolności utrzymania czy przywrócenia równowagi na skutek braku zasobów, czy też odpowiednich umiejętności umożliwiających poradzenie sobie z obciążeniami i wymaganiami środowiska zewnętrznego i wewnętrznego (Juczyński, Ogińska-Bulik, 2002; Ogińska-Bulik, Juczyński, 2010). Dlatego tak ważne znaczenie przypisuje się utrzymywaniu, ochronie i pomnażaniu własnych zasobów, rozumianych w ujęciu teorii zachowania zasobów Hobfolla (2006) jako ce-nione przez jednostkę przedmioty, właściwości osobiste, okoliczności lub czynniki sprzyjające.

Podejście holistyczne ujmuje zdrowie całościowo, biorąc pod uwagę wszystkie jego wymiary, a więc poza somatycznym, także wymiary psychiczny, społeczny i duchowy. Model nawiązuje do ogólnej teorii systemów von Bertalanffy’ego (1984), która znajduje uznanie zarówno w naukach biologicznych, jak i społecznych. Zgodnie z jej podstawowym założeniem wszystkie systemy są częścią większego systemu i zbiorem systemów podrzędnych. Każdy system stanowi jednocześnie całość

¹ Pojęcie „potencjałów” używane jest w medycynie, natomiast w psychologii częściej używa się określenia „zasób”. Pojęcia te można stosować zamiennie, gdyż obydwa określają specyficzne właściwości jednostki, umożliwiające uniknięcie stresorów lub pomagające w radzeniu sobie z nimi.

i część. Systemy są ukierunkowane na określone cele i dążą do uzyskania równowagi funkcjonalnej, zmiany lub zakłócenia na jednym poziomie oddziałują zaś na inne.

Wymiary biologiczny, psychiczny, społeczny i duchowy wpływają na siebie, a poziom ich rozwoju może być różny w poszczególnych etapach życia. Rozwój jest naturalnym urzeczywistnieniem możliwości zawartych w organizmie, czyli procesu zmian, które zmierzają do osiągnięcia stanu dojrzałości lub punktu, od którego zaczyna się obumieranie. Dotyczy to przede wszystkim procesów biologicznych, gdyż rozwój psychiczny człowieka zmierza w kierunku uniezależnienia się od przyczynowości biologicznej, co oznacza zdolność do przekraczania ograniczeń biologicznych (Gałdowa, 1992).

Trzy zasadnicze potrzeby człowieka chorego

Zgodnie z podejściem systemowym, w sytuacji choroby wszystkie wymiary człowieka podlegają wpływom choroby. Wszystkie też mogą uczestniczyć w procesie zmagania się z chorobą. Zjawiska somatyczne i psychiczne są ze sobą ściśle powiązane, zachodzą w tym samym systemie biologicznym i stanowią różne aspekty tego samego procesu. W przypadku choroby somatycznej dochodzi do mobilizacji pozostałych wymiarów konstytuujących zdrowie człowieka. Utrata zdrowia fizycznego, choroba czy niesprawność fizyczna nie pozbawiają człowieka zdrowia psychicznego czy duchowego, a wręcz wyzwalają dodatkową energię i sprzyjają mobilizacji dostępnych zasobów osobistych, a więc pozostających w zasięgu osoby.

To, co w płaszczyźnie psychologicznej wydaje się bardzo znaczące dla człowieka chorego, to zaspokojenie trzech podstawowych potrzeb, a mianowicie: 1) poczucia wpływu na proces leczenia, 2) spostrzegania wsparcia oraz 3) zachowania nadziei. Ta pierwsza wiąże się z naturalnym dążeniem człowieka do kierowania swoim życiem, co w aktualnej sytuacji ogranicza się do choroby, a *de facto* –

jej leczenia. O ile poczucie wpływu odwołuje się do procesów poznawczych, to potrzeba wsparcia wiąże się z wymiarem społecznym, z relacjami interpersonalnymi. Wreszcie trzeciego się z nieuleczalną chorobą, pozwalająca zachować nadzieję, wiąże się z wymiarem duchowym.

Złudzenia, które pozwalają żyć

Najbardziej rozbudowaną grupą potencjałów (zasobów) zdrowia są właściwości psychiczne jednostki, cechy struktury Ja, w tym samoakceptacja, poczucie tożsamości, własnej wartości i skuteczności oraz umiejscowienie kontroli (Heszen, Sęk, 2007). W kontekście poszukiwania odpowiedzi na pytanie o motywację i sens zmagania się z chorobą i cierpieniem – ważne staje się zaspokojenie poczucia osobistego wpływu.

Na ogół dążymy do tego, aby mieć wpływ na swój los i otaczającą nas rzeczywistość, co sprowadza się nie tyle do rzeczywistej kontroli, co do subiektywnego poczucia wpływu. Ponieważ ciężka choroba poważnie ogranicza, a nawet pozbawia człowieka możliwości kierowania swoim życiem, chciałby on przynajmniej mieć wpływ na swoją chorobę. Ale i to, w przypadku nieuleczalnej choroby czy trwałego inwalidztwa, okazuje się trudne czy wręcz niemożliwe. Więc może przynajmniej udałoby się zachować jakiś wpływ na leczenie choroby? W przypadku stosowania nowoczesnych i złożonych metod leczenia (np. chemioterapii czy radioterapii) trudno o zachowanie poczucia wpływu na leczenie. Natomiast jedno, co pozostaje i co choremu można zapewnić, to przekazywanie informacji na temat tego, co się z nim dzieje i co może go czekać. To właśnie na lekarzu, pod którego opieką znajduje się pacjent, ciąży główna odpowiedzialność za przekazanie choremu informacji prawdziwych, w sposób właściwy i dostosowany do stanu psychicznego chorego.

Znaczenie poczucia kontroli nad biegiem zdarzeń, w praktyce polegające na ogół na przecenianiu kontroli, sprzyja adaptacji psy-

chicznej, radzeniu sobie z trudnymi emocjonalnie doświadczeniami i działa jako samospełniające się życzenie. Badania dowodzą, że nierealistycznie wysokie poczucie kontroli wiąże się z orientacją na działanie. Kiedy dokonaliśmy wyboru celu działania i gdy już zaangażowaliśmy się w jego realizację, dochodzi do spontanicznego przyrostu optymizmu i wzrostu poczucia kontroli nad biegiem zdarzeń. Innymi słowy, przejście „od myśli do czynu” powoduje wzrost ogólnej samooceny, nasilenie iluzji kontroli i nierealistycznego optymizmu (Kofta, 2009).

Okazuje się, iż w próbach odzyskania kontroli i poczucia własnej wartości istotne znaczenie ma zdolność budowania i podtrzymywania pewnej liczby złudzeń, czyli iluzji, traktowanych normalnie jako objaw psychopatologiczny, forma zniekształconych spostrzeżeń, pojawiających się przy udziale istniejących bodźców. Tu wyłania się pozytywna rola złudzeń, rozumianych jako specyficzny sposób dostrzegania i interpretowania faktów, co pozwala oceniać je jako mniej zagrażające i bardziej podlegające kontroli. Krótko mówiąc, chodzi o „złudzenia, które pozwalają żyć” (Kofta, Szustrowa, 2001).

Podtrzymywaniu poczucia kontroli sprzyjają pewne względnie trwałe właściwości psychologiczne, jak np. „siła woli” czy egotyzm atrybucyjny, tj. skłonność do przypisywania sukcesów sobie, niepowodzeń zaś – czynnikom zewnętrznym. Coraz więcej faktów świadczy o tym, że człowiek ma „wbudowane” mechanizmy sprzyjające samoodradzaniu się poczucia kontroli po niepowodzeniach i innych, silnie zagrażających dla „ja” doświadczeniach osobistych. Działają one podobnie do systemu immunologicznego, ale nie na poziomie organizmu, lecz osobowości (Kofta, 2009). Tym samym wspierają one wiarę w możliwości lekarzy lub we własne możliwości kontrolowania objawów bądź wpływania na chorobę oraz przekonanie, że aktywna postawa wobec choroby może spowodować zatrzymanie procesu chorobowego. W związku z tym chore onkologicznie kobiety badane przez Taylor stosowały różne techniki psychologiczne, jak medytacje,

ćwiczenia pozytywnego nastawienia do leczenia, wizualizacje optymistycznych wyobrażeń. Te sposoby wpływania na chorobę bądź zapobiegania jej rozwojowi mogą mieć dość iluzoryczny charakter i nie ma pewności, czy i w jakim stopniu są one naprawdę skuteczne.

Przystosowanie do choroby, jak rozwija to w swojej koncepcji S. Taylor (1983), jest procesem adaptacji poznawczej, a więc czymś, co zasadniczo dokonuje się w umyśle człowieka. Człowiek poszukuje znaczenia doświadczanej sytuacji i jej opanowanie polega na podejmowaniu wysiłków umysłowych zmierzających do uzyskania kontroli nad zdarzeniami i wzrostu poczucia wpływu na przebieg zdarzeń w ogóle. Poprzez porównywanie siebie z innymi osobami, lecz będącymi w gorszym stanie niż własny, dochodzi do wzmocnienia własnego „ja” i do wzrostu pozytywnej oceny siebie.

Tym, co optymalizuje funkcjonowanie człowieka, są pozytywne iluzje, a więc nierealistycznie korzystne widzenie siebie, przesadne poczucie wpływu na bieg zdarzeń, wyraźny, nieuzasadniony wręcz optymizm dotyczący przyszłości (Doliński, 2009). O ile normalnie wskazany jest realizm, to czasem, w wyjątkowych sytuacjach, iluzje mogą pełnić pozytywną rolę.

Potrzeba oznak akceptacji i bezwarunkowej życzliwości

Przewlekłe i ciężko chory człowiek, zmagający się z bólem i cierpieniem, potrzebuje stałych oznak akceptacji i bezwarunkowej życzliwości, zwłaszcza ze strony osób mu bliskich oraz personelu medycznego. Dostarczanie wsparcia społecznego, traktowanego jako zasób, ma miejsce poprzez interakcje z innymi ludźmi. W literaturze wymienia się dwa główne modele wsparcia społecznego, pierwszy – tzw. model efektu głównego – opiera się na podstawowych relacjach i sieciach społecznych oraz dostępnych strukturach wsparcia, zarówno tych naturalnych, jak współmałżonek, dzieci, bądź sformalizowanych w postaci grup zawodowych, stowarzyszeń. Drugi – model buforowy – koncentruje się na zasobach interpersonalnych,

na wsparciu funkcjonalnym (instrumentalnym, informacyjnym, dowartościowaniu) i pełni rolę „bufora” chroniącego przed negatywnymi skutkami stresu poprzez zaspokajanie specyficznych potrzeb powstałych m.in. w wyniku zaistniałej choroby (Sheridan, Radmacher, 1998).

Działanie zasobów wsparcia ujawnia się szczególnie w sytuacjach trudnych w trakcie interakcji społecznej, w toku której dochodzi do przekazywania lub wzajemnej wymiany emocji, informacji, instrumentów działania – celem pokonania trudności (Heszen, Sęk, 2007). Najbardziej oczekiwane jest wsparcie emocjonalne, polegające na przekazywaniu emocji odzwierciedlających troskę i bezwarunkowo pozytywny stosunek do osoby wspieranej, cierpiącej, zmagającej się z ciężką chorobą. Dzięki temu chory może ujawniać swoje obawy, lęki i troski, swój smutek i żal.

Poszukiwanie wsparcia może być wynikiem własnej inicjatywy, gdy posiadane zasoby okazują się niewystarczające, ale też sama trudna sytuacja wyzwala w ludziach poszukiwanie i mobilizację źródeł wsparcia (Norris, Kaniasty, 1996). Dotyczy to katastrofalnych sytuacji naturalnych lub spowodowanych przez człowieka, a więc doświadczeń związanych z klęskami żywiołowymi, aktami terrorystycznymi, wojną, jak również z ciężką czy nieuleczalną chorobą.

Podstawowa rola nadziei w strategii ducha walki

Nie wszyscy mobilizują się i walczą do końca, wielu uznaje, że jest pewna granica, której nie da się czy której nie warto przekraczać. Ale jest też wielu ludzi, w różnym wieku, tragicznie doświadczonych przez życie, którzy się nie poddają. To odwieczne zmaganie się człowieka z nieszczęściem stanowi centralny temat dociekań filozoficznych i tekstów literackich, w których jest pokazywane, odkrywane i wyjaśniane znaczenie ludzkiego cierpienia.

W cierpieniu jest stokroć więcej doświadczenia niż w największej przyjemności – tę myśl filozoficzną rozwijają psychologia humanistyczna, psychiatria środowiskowa czy – co

raz bardziej aktualna – psychologia pozytywna, wskazując na krytyczne zdarzenia życiowe jako na okazję do dokonania pozytywnych zmian w zakresie własnego rozwoju, funkcjonowania psychospołecznego, osobowości. Również polscy autorzy zwracają uwagę na rolę krytycznych wydarzeń życiowych, bólu i cierpienia, ciężkiej i przewlekłej choroby jako czynników aktywizujących zasoby zdrowia tkwiące w człowieku (Sęk, 1991; Popielski, 1994; Ogińska-Bulik, 2009).

Ból, cierpienie czy nieuleczalne choroby zawsze towarzyszyły człowiekowi, który radził sobie z tym lepiej lub gorzej. *Nieszczęścia zsyłane są nam po to, abyśmy uważniej przyjrzeni się swemu życiu* – pisał Mikołaj Gogol. Cierpienie jest zdolnością do przepracowania tych bolesnych emocji. W przeciwieństwie do bólu psychicznego, którego nie potrafimy wyrazić słowami, o cierpieniu człowiek może mówić. Co więcej, opowiadanie o cierpieniu przynosi ulgę i ta właściwość sprawia, że cierpienie można „wykorzystać” do własnego rozwoju. Jak zauważa Osińska (1990), cierpienie staje się czymś rozwojowym wówczas, gdy człowiek widzi w nim czynniki wzrostu ku coraz wyższym wartościom.

Mobilizacja, przejawiająca się w postaci strategii określanej pojęciem „ducha walki” (ang. *fighting spirit*)², wynikająca w głównej mierze z traktowania swojej choroby jako osobistego wyzwania, wymaga bezwzględnie zachowania bądź wzbudzenia nadziei. Nadzieja to pobudka do działania (Frankl, 1998), to dodająca energii aktywność umysłowa, skoncentrowana na przyszłych skutkach ważnych dla jednostki (Fowler, 1997).

Nadzieja, co warto mocno podkreślić, to nie tylko określone emocje. Nadzieja to wielowymiarowa struktura poznawcza, której centralnym składnikiem jest *przekonanie, że człowiek w przyszłości osiągnie pożądaną cel z określonym stopniem prawdopodobieństwa* (Kozielecki, 2006, s. 42). Poza tym głównym składnikiem poznawczym w skład na-

2 Strategia ducha walki podlega operacjonalizacji w badaniu skalą MAC (Juczyński, 2009a).

dziei wchodzi także komponenty: afektywny, najczęściej w postaci uczuć pozytywnych, takich jak radość, zadowolenie; temporalny – nadzieja jest skoncentrowana na przyszłości; afiliatywny – jej ważnym składnikiem są inni ludzie, różne zjawiska, Bóg, oraz komponent sprawczy, który pełni funkcję motywacyjną, stymuluje do działania (Kozielecki, 2006).

W ujęciu psychologicznym odpowiednikiem nadziei jest optymizm, traktowany jako właściwość osobowości. Tzw. dyspozycyjny optymizm funkcjonuje jako mechanizm regulacyjny, którego rola uwidacznia się zwłaszcza wtedy, gdy pojawiają się przeszkody w realizacji celu. Optymizm umożliwia lub ułatwia podjęcie decyzji, w obliczu trudności pozwala zaś zachować ufność w możliwość osiągnięcia celu i wytrwałość w działaniu (Stach, 2006).

Psychologowie wyróżniają optymizm obronny i funkcjonalny. Ten pierwszy służy głównie obronie jednostki przed uleganiem negatywnym emocjom. Optymizm obronny nie wpływa bezpośrednio na aktywność jednostki, jak ma to miejsce w odniesieniu do optymizmu funkcjonalnego, który może stanowić bezpośrednią przesłankę do podejmowania rozmaitych działań (Schwarzer, 1993). Rola optymizmu obronnego sprowadza się również do pomniejszania czy nawet zaprzeczania istnieniu wydarzeń zagrażających jednostce i jest – jak zauważa Taylor (1989) – jedną z dość powszechnie żywionych przez ludzi pozytywnych iluzji, która wpływa na postrzeganie siebie w możliwie lepszym świetle.

Duchowość jako potencjał zdrowia człowieka

W mobilizacji osobistych potencjałów zdrowia w sytuacjach ekstremalnych, w ciężkiej i nieuleczalnej chorobie – szczególna rola przypada wymiarowi duchowemu, który kierunkuje i rozwija dążenia i potrzeby związane z wszystkimi wymiarami człowieka. Duchowość, jako wymiar zdrowia, nie znalazła się co prawda w klasycznej definicji zdrowia zawartej w konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia z r. 1946, lecz została uzupełniona póź-

niej, w kontekście zainteresowań związanych z promocją zdrowia (WHO, 1984). Duchowości zaczyna się przypisywać znaczenie kliniczne (Faull, Hills, 2006). W psychologii zdrowia duchowość jest odnoszona do pewnych form terapii czy problemów związanych z chorobą. Ciągłe wzbogacany dorobek badawczy dowodzi związków pomiędzy duchowością a zdrowiem somatycznym (Heszen-Niejodek, 2003). W związku z tym coraz bardziej wzrasta zainteresowanie tym wymiarem zdrowia człowieka lekarzy, psychologów, terapeutów.

W literaturze występują dwa sposoby rozumienia „duchowości” (Dyson i wsp., 1997). Pierwszy wiąże duchowość z religijnością, drugi – charakterystyczny dla nauk społecznych – kategorię duchowości odnosi do Boga, Siły Wyższej, Rozumu jako mocno zakotwiczonej wartości, która nadaje ludzkiemu życiu sens i znaczenie. W tym drugim rozumieniu istotną właściwością duchowości jest transcendencja. W dosłownym znaczeniu pojęcie to oznacza *wspinanie się* lub *przechodzenie poza*³. Transcendencja jest przekraczaniem rzeczywistości, poznawaniem wykraczającym poza zasięg doświadczenia. Duchowość, jako konstrukt psychologiczny, oznacza atrybut (właściwość) człowieka umożliwiający podejmowanie aktywności i poznawanie, umożliwiający uświadomienie sobie znaczenia i sensu życia, poczucia wolności i odpowiedzialności.

Można wyróżnić dwie formy (rodzaje) transcendencji: 1) transpersonalną oraz 2) intrapersonalną. Transcendencja transpersonalna jest ukierunkowana na zewnątrz i może wyrażać poczucie związku z Bogiem, Siłą Wyższą, Wyższą Świadomością. Z kolei transcendencja intrapersonalna ukierunkowana jest do wewnątrz, koncentruje się na tym, co można określić „potencjalnością Ja”. Jest to wewnętrzna wiedza, siła, zasób (Coyle, 2002). Dyson i wsp. (1997) podkreślają, że poprzez duchowość uwydatnia się i wzmacnia własne Ja. Inni autorzy próbują połączyć obydwie formy transcendencji. I tak np. Stoll (1989) widzi

3 W j. łac. *transcendo* oznacza coś przejść, przekroczyć.

duchowość jako dwa powiązane ze sobą wymiary: wertykalny – ujmujący osobiste relacje z transcendencją (Bogiem, Wyższą Świadomością), drugi – horyzontalny, jest wymiarem relacji z samym sobą, innymi ludźmi i światem.

Znana jest dyscyplina – psychologia transpersonalna, postrzegana jako czwarta siła w psychologii, przedstawiana w opozycji do trzech głównych szkół, do których należą psychoanaliza, behawioryzm i humanistyczna. Psychologia transpersonalna bada problemy z pogranicza psychologii i duchowości, próbuje opisać duchowe doświadczenia człowieka i zintegrować wiedzę na ich temat z nowoczesnymi teoriami psychologicznymi w taki sposób, aby obejmowały one sferę owych doświadczeń. Doświadczenie transpersonalne pociąga za sobą wiarę w istnienie jakiegoś duchowego, boskiego, transcendentnego wymiaru i jest to ujęcie bliższe metafizyce. Z kolei inni psychologowie ujmują to co transpersonalne w kategoriach bardziej immanentnych, jako rozwój większego poczucia więzi z własnym „ja”, światem natury, z wymiarami o charakterze interpersonalnym i społecznym. Wprowadzają rozróżnienie „ja powierzchniowego” od „ja wyższego” – transpersonalnego (poza- lub ponad-osobowego), i to ujęcie bliższe jest psychologii.

Duchowość, definiowana jako transcendencja, może sprzyjać zdrowiu i niesie specyficzne korzyści dla zdrowia, dostarczając człowiekowi znaczenia i poczucia sensu życia. Duchowość wspomaga zdolności adaptacyjne, daje nadzieję ludziom przewlekle chorym i w wieku podeszłym (Fowler, 1997). Duchowość, jako dyspozycja człowieka, stanowi potencjał, który może się rozwijać, przy czym specyfika duchowości, w przeciwieństwie do pozostałych wymiarów zdrowia, zwłaszcza do wymiaru fizycznego, umożliwiła rozwój w ciągu całego życia, a nawet w późnym wieku, co potwierdzają badania empiryczne (Heszen, 2008).

Współcześnie do zakresu radzenia sobie włącza się religijne, czy szerzej – duchowe – radzenie sobie (Folkman i Moskowitz, 2004). Dane empiryczne dowodzą, że w niektórych grupach i sytuacjach (ludzie starsi, przewle-

kły i niekontrolowany stres) jest to najczęstszy sposób radzenia sobie⁴. Ułatwia on znajdowanie sensu w niepomysłnych zdarzeniach i cierpieniu (Heszen, 2013).

Nadzieja umiera ostatnia

Zmaganie się z chorobą, cierpieniem, tak charakterystyczne dla strategii ducha walki, najczęściej wiąże się ze strategią określaną jako pozytywne przewartościowanie. Polega ono na takim poznawczym przekształceniu sytuacji stresowej, aby ukazała się w lepszym świetle. Służą temu określone strategie, jak traktowanie zaistniałej sytuacji jako okazji do osobistego rozwoju, nabywanie mądrości, cierpliwości, uczenie się ważnych życiowych umiejętności, doceniania życia i świadomości tego, co jest w nim ważne, umacnianie wiary i duchowości oraz poprawa stosunków z innymi (Heszen, 2013).

Tego typu strategie radzenia sobie, ukierunkowane na znaczenie, wiążą się z powstawaniem emocji pozytywnych. Być może za tym kryje się odpowiedź na postawione na wstępie pytanie o źródła siły do walki z nieuleczalną chorobą, zachowaniem potwornego bólu i cierpienia, zachowując przy tym niezwykłą pogodę ducha.

Znane jest powiedzenie, że *cierpienie uszlachetnia, że co cię nie zabije, to cię wzmocni*. Ból i cierpienie, czy to stałe czy przejściowe, są dla człowieka silnym doznaniem, które pozostawia trwałe ślady w psychice. Jak zauważa Natanson (1985), ból i cierpienie towarzyszące większości chorób, stanowiąc dla człowieka znaczące i nieraz silne doznania, mogą wzbogacać sferę jego życia wewnętrznego. Ale do wzbogacenia wewnętrznego życia człowieka dochodzi wtedy, gdy widzi on ich sens i je akceptuje. To nie choroba nadaje sens cierpieniu, tylko człowiek, i wtedy może ono być czynnikiem uszlachetniającym jego osobo-

4 Polska adaptacja Kwestionariusza Religijnego Radzenia Sobie ze Stresującymi Zdarzeniami – RCOPE (K. Pargament, H. Koenig i L. Perez) została opracowana przez P. Sochę.

wość. Nadawanie sensu cierpieniu naznacza chorobę szczególnym piętnem i staje się niejednokrotnie strategią radzenia sobie z chorobą, walką o własną godność, dążeniem do pełni życia poprzez przezwyciężenie słabości czy ułomności ciała siłą ducha.

Jak zauważa Blicharski (1985), postępujący proces degradacji osobowości powodowany długotrwałym cierpieniem nie wpływa w tym samym stopniu na charakter człowieka, który najdłużej i najsilniej opiera się destrukcji. Dlatego też można powiedzieć, że człowiek w cierpieniu staje się bardziej „sobą”. W tym sensie można mówić o oczyszczającej roli cierpienia, ale nie o uszlachetniającej. Historia jest pełna przykładów autokreacji związanych z chorobą, cierpieniem. Cała Księga Hioba jest największym pomnikiem indywidualnego cierpienia wszystkich czasów. Człowiek stwarza siebie sam nie tylko w pełni sił i zdrowia, ale może też stwarzać siebie w czasie choroby, czasem nawet „choroby na śmierć” (Blicharski, 1985).

Zgodnie ze znaną w psychologii zdrowia teorią zachowania zasobów S. Hobfolla (2006), trzeba inwestować w swoje zasoby celem uchronienia się przed ich utratą. Wymaga to zarówno kompensowania nieuchronnych strat, jak i stałego powiększania swoich zasobów. To pomnażanie zasobów własnego zdrowia musi mieć miejsce w trakcie całego życia, aby w szczególnych sytuacjach móc z nich skorzystać. Jedynie wtedy, gdy człowiek posiada własne zasoby zdrowia, może myśleć o ich mobilizacji w sytuacji doświadczenia traumy, bólu i cierpienia psychicznego czy ciężkiej, nieuleczalnej choroby (Juczyński, 2009b; Juczyński, Ogińska-Bulik, 2002; 2012).

W zaprezentowanej koncepcji mobilizacji osobistych potencjałów zdrowia skoncentrowano się na trzech zasobach, odnoszących się do poczucia osobistego wpływu na chorobę, oznak akceptacji i bezwarunkowej życzliwości ze strony najbliższych oraz nadziei, zawartej w chorobie traktowanej jako wyzwanie. Tę mobilizację osobistych potencjałów zdrowia można stymulować. Dotyczy to zmian przejawiających się w wymiarze psychicznym, np.

w postaci wzrostu poczucia osobistej siły, jak również w wymiarze społecznym, aktywowanym poprzez interakcje z innymi ludźmi. Jednakże najczęściej, jak wynika z obserwacji, zmaganie się z cierpieniem związanym z ciężką czy nieuleczalną chorobą rozgrywa się głównie w wymiarze duchowym, który kierunkuje dążenia i potrzeby związane z wszystkimi wymiarami człowieka. Od tego, czy cierpiący człowiek zmobilizuje dostępne zasoby, znajdzie poczucie sensu życia, zaangażuje się w wartości, potraktuje swoją chorobę i cierpienie jako wyzwanie, a więc czy skoncentruje się na działaniach ukierunkowanych na transcendencję transpersonalną i/lub intrapersonalną, zależy to, czy dozna wewnętrznego spokoju, doświadczy pozytywnych emocji, w tym zwłaszcza nadziei.

W kontekście wymiaru duchowego warto przypomnieć, iż etyka chrześcijańska wyróżnia cnoty naturalne i nadprzyrodzone (boskie), tj. wiarę, nadzieję i miłość. Cnota (łac. *virtus*) to ugruntowana, stała dyspozycja człowieka do postaw i czynów zgodnych z dobrem etycznym. Poprzez cnoty nadprzyrodzone aspiracje człowieka, zazwyczaj proporcjonalnie do jego naturalnych zdolności, zostają doskonalone przez łaskę Boga. Innymi słowy, pojęcie cnoty w znaczeniu psychologicznym sprowadza się do postawy kierunkującej i rozwijającej określone dążenia, u których podłoża leżą ludzkie potrzeby.

W przedstawionym modelu wyjaśniającym wskazano trzy naturalne potrzeby psychologiczne, odpowiadające trzem cnotom nadprzyrodzonym. Potrzebie wiedzy odpowiada wiara, optymizmowi – nadzieja, wsparciu – miłość. W sytuacjach szczególnych, a do takich z pewnością należy zmaganie się z nieuleczalną chorobą, nie należy oddzielać cnot naturalnych od nadprzyrodzonych, gdyż i jedne, i drugie mają wiele cech wspólnych i umożliwiają pełniejsze stawanie się sobą. Zasadnicza różnica, jak się wydaje, dotyczy ich hierarchii. W 1 Liście św. Pawła do Koryntian napisano: „Tak więc trwają wiara, nadzieja, miłość – te trzy; z nich zaś największa jest miłość”. Ale w obliczu śmierci ważniejsza sta-

je się nadzieja, gdyż „nadzieja umiera ostatnia” (J. Słowacki, *Testament mój*).

Piśmiennictwo

- Blicharski J. (1985). Czy człowiek chory też może stwarzać sam siebie? *Człowiek tworzy siebie sam*, 101–109. IV Krajowa Konferencja Lekarzy i Humanistów, Gdańsk, 23–24.05.1983. Gdańsk: Krajowa Agencja Wydawnicza.
- Coyle J. (2002). Spirituality and health: towards a framework for exploring the relationship between spirituality and health. *Journal of Advanced Nursing*, 37(6), 589–597.
- Doliński D. (2009). Pozytywna rola negatywnych złudzeń. M. Kofta, T. Szustrowa T. (red.). *Złudzenia, które pozwalają żyć*, 249–265. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Dyson J., Cobb M., Forman D. (1997). The meaning of spirituality: A literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 1183–1188.
- Faull K., Hills M. (2006). The role of the spiritual dimension of the self as the prime determinant of health. *Disability and Rehabilitation*, 28(11), 729–740.
- Folkman S., Moskowitz J. (2004). Coping: Pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, 55, 745–774.
- Fowler S. (1997). Hope and a health-promoting lifestyle in persons with Parkinson's disease. *Journal of Neuroscience Nursing*, 29, 111–116.
- Frankl V.E. (1998). *Homo patiens*. Warszawa: PAX.
- Gałdowa, A. (1992). *Powszechność i wyjątek*. Kraków: Wydawnictwo PLATAN.
- Heszen I. (2008). Zasoby duchowe człowieka za zdrowie somatyczne. J. Brzeziński, L. Ciepiałkowska (red.), *Zdrowie i choroba. Problemy teorii, diagnozy i praktyki*, 96–118. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Heszen I. (2013). *Psychologia stresu*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Heszen-Niejodek I. (2003). Wymiar duchowy człowieka a zdrowie. Z. Juczyński, N. Ogińska-Bulik (red.), *Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki*, 33–47. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Heszen I., Sęk, H. (2007). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: PWN.
- Hobfoll S. E. (2006). *Stres, kultura i społeczność*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Juczyński Z. (2007). Dylematy informowania pacjenta o nieuleczalnej chorobie. G. Chojnacka-Szawłowska, B. Pastwa-Wojciechowska (red.), *Kliniczne i sądowo-penitencjarne aspekty funkcjonowania człowieka*, 29–30. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Juczyński Z. (2009a). *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*, wyd. II. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Juczyński Z. (2009b). Pomnażanie i wzbogacanie zasobów własnego zdrowia. *Polskie Forum Psychologiczne*, 14, 1, 17–31.
- Juczyński Z. (2012). Coping with pain and suffering – towards mobilization of personal resources for health. D. Kubacka-Jasiecka, M. Kuleta (eds), *Reflection on psychological mechanisms of trauma and posttraumatic development*, 163–177. Kraków: Krakowska Oficyna Naukowa TEKST.
- Juczyński Z., Ogińska-Bulik N. (2002). Personal and social resources determining quality of life of cancer patients. I. Leal, T. Botelho, J. Pais-Ribeiro (red.), *Health through the Life Cycle: A Life Span Perspective*, 293–300. Lisbon: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Juczyński Z., Ogińska-Bulik N. (2012). In spite of adversity – Posttraumatic growth in the aftermath of experienced negative life events. J. Binnenbesel, Z. Formella, P. Krakowiak, Z. Domżał (eds), *Experiencing a suffering*, vol. 1, 300–320. Roma – Łódź: Editrice LAS & WSEZINS.
- Juczyński Z., Szamburska J., Czechowicz E. (1997). Informowanie pacjenta o chorobie nowotworowej w opinii i praktyce lekarskiej. *Nowotwory*, 47, 43–57.
- Kofta M. (2009). Poczucie kontroli, złudzenia na temat siebie, a adaptacja psychologiczna. Kofta M., Szustrowa T. (red.), *Złudzenia, które pozwalają żyć*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Kozielecki J. (2006). *Psychologia nadziei*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Krajowa Agencja Wydawnicza.
- Natanson T. (1985). Choroba jako bodziec twórczy. *Człowiek tworzy siebie sam*, 90–97. IIV Krajowa Konferencja Lekarzy i Humanistów, Gdańsk, 23–24.05.1983. Gdańsk: Krajowa Agencja Wydawnicza.
- Norris F., Kaniasty K. (1996). Received and perceived social support in time of stress: A test of the social support deterioration deterrence model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71 (3), 498–511.
- Ogińska-Bulik N. (2009). Czy doświadczenie stresu może służyć zdrowiu? *Polskie Forum Psychologiczne*, 14, 1, 33–45.

- Ogińska-Bulik N., Juczyński Z. (2010). *Osobowość, stres a zdrowie*, wyd. 2. Warszawa: Wydawnictwo Difin.
- Osińska K. (1990). Zdrowie psychiczne człowieka cierpiącego. B. Hołysz (red.), *System wartości i zdrowie psychiczne*. Warszawa: Wydawnictwo UW.
- Popielski K. (1994). *Noetyczny wymiar osobowości*. Lublin: TN KUL.
- Schwarzer R. (1993). Optimism, vulnerability and self-beliefs as health-related cognitions: A theoretical analysis. *Psychology and Health*, 9, 193–204.
- Sęk H. (1991). Procesy twórczego zmagania się z krytycznymi wydarzeniami życiowymi a zdrowie psychiczne. H. Sęk (red.), *Twórczość i kompetencje życiowe a zdrowie psychiczne*. Poznań: Wydawnictwo UAM.
- Sęk H. (1997). Psychologia wobec promocji zdrowia. I. Heszen-Niejodek, H. Sęk (red.), *Psychologia zdrowia*, 40–61. Warszawa: PWN.
- Sheridan Ch., Radmacher S. (1998). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia.
- Stach R. (2006). *Optymizm. Badania nad optymizmem jako mechanizmem adaptacyjnym*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Stoll R. (1989) The essence of spirituality. V. Carson (red.), *Spiritual Dimensions in Nursing Practice*, 4–23. Philadelphia, PA: W.B. Saunders.
- Taylor S. (1983). Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*, 38, 61–74.
- Taylor S. (1989). *Positive illusions: Creative self-deception and the healthy mind*. New York: Basic Books.
- von Bertalanffy L. (1984). *Ogólna teoria systemów*. Warszawa: PWN.
- World Health Organization (1984). Health Promotion: a WHO Discussion Document on the Concepts and Principles. Reprinted in: *Journal of the Institute of Health Education*.