

Choroba somatyczna jako wyzwanie adaptacyjne dla człowieka

Aleksandra Leksowska¹, Izabela Jaworska², Piotr Gorczyca¹

¹Katedra i Oddział Kliniczny Psychiatrii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, Tarnowskie Góry

²Katedra i Oddział Kliniczny Kardiochirurgii i Transplantologii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu

Streszczenie

W naukach medycznych od dawna są znane i doceniane wzajemne związki między wydarzeniami stresowymi a chorobą somatyczną. Jak wiadomo, wydarzenia takie mogą być rozpatrywane jako współprzyczyny schorzeń, a jednocześnie choroba i jej konsekwencje stanowią źródło stresu psychologicznego, stwarzając wyzwanie dla mechanizmów adaptacyjnych człowieka. W obliczu choroby człowiek uruchamia różne zachowania ukierunkowane na radzenie sobie z nią. Strategie te w znacznej mierze są zdeterminowane przez poznawcze ustosunkowanie się wobec własnej choroby i sposób jej przeżywania emocjonalnego. Obejmują dwie przenikające się i oddziałujące na siebie formy: samoregulację emocji polegającą na redukowaniu emocji negatywnych i pobudzaniu pozytywnych odczuć oraz zadaniową aktywność zaradczą zmierzającą do poprawy stanu zdrowia. W obszarze tych zachowań obserwuje się zróżnicowane i indywidualizowane style działania. Dowiedziono, że najkorzystniejsze efekty przynoszą zachowania aktywne, związane z poszukiwaniem informacji i realnym odnoszeniem ich do własnej sytuacji, nastawione na kontrolę stanu rzeczy i przewyciężenie choroby. (Folia Cardiologica Excerpta 2011; 6, 4: 244–248)

Słowa kluczowe: choroba somatyczna, stres, mechanizmy adaptacyjne

Wstęp

Współczesne rozumienie zdrowia i choroby zakłada jedność ciała i psychiki. Powszechne dziś podejście holistyczne przyjmuje, że pojawienie się i rozwój choroby, a także tempo i stopień powrotu do zdrowia to procesy wieloczynnikowe — konstelacja uwarunkowań biologicznych, emocjonalnych i środowiskowych. Ta współzależność procesów emocjonalnych w powiązaniu z ich fizjologicznymi korelatami oraz oddziaływaniem systemu neurohormonalnego i immunologicznego jest szczególnie widoczna w obszarze stresu. Liczne badania empiryczne z zakresu psychologii zdrowia i medycyny

behawioralnej dowiodły, że związek między stresem a chorobą ma charakter obustronnej zależności. Z jednej strony stres jest współprzyczyną choroby, a z drugiej sama choroba również generuje sytuacje stresowe, co wywołuje stany emocjonalne nakładające się na obraz kliniczny danego schorzenia, stając się wtórnym czynnikiem ryzyka [1, 2].

Obserwacje te uzasadniają rozważanie procesów chorobowych w paradygmacie stresu.

Pojęcie stresu psychologicznego nie doczekało się powszechnie akceptowanej definicji naukowej. Najczęściej wykorzystywanym w tym obszarze zagadnień modelem teoretycznym jest podejście stworzone przez Lazarusa i Folkman [3]. Zgodnie

Adres do korespondencji: Mgr Aleksandra Leksowska, Katedra i Oddział Kliniczny Psychiatrii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, ul. Pyskowicka 49, 42–612 Tarnowskie Góry, tel.: (32) 285 43 58, e-mail: leksaleksa@wp.pl

z nim stres nie jest umiejscawiany ani w jednostce, ani w otoczeniu, ale traktuje się go jako rodzaj interakcji między nimi. Relację stresową definiuje się jako zakłócenie lub zapowiedź zakłócenia równowagi między zasobami czy możliwościami jednostki z jednej strony a wymaganiami otoczenia z drugiej. Relację można określić jako stresową wówczas, gdy jednostka postrzega stawiane wymagania jako nadmiernie obciążające lub przekraczające jej zasoby i zagrażające dobrostanowi. Kluczem do zrozumienia tej transakcji są dwa procesy psychologiczne: ocena poznawcza i radzenie sobie. Ocena poznawcza to dynamiczny proces określania znaczenia danej sytuacji w kategoriach zagrożenia, straty lub wyzwania oraz dostępnych zasobów radzenia sobie z nią. W dużej mierze właśnie od zasobów jednostki zależy to, czy w konsekwencji dochodzi do powstania stresu, czy też relację odbiera się jako pozytywną bądź neutralną. Ocena poznawcza determinuje następny proces w przebiegu stresu, jakim jest radzenie sobie. Termin ten odnosi się do wszystkiego, co dana osoba robi dla uporania się z wymaganiami naruszającymi jej równowagę niezależnie od skutków, jakie to przynosi. Radzenie sobie jest zorientowane na problem, który wywołuje stres, oraz na regulowanie własnych emocji. Obie te funkcje są ze sobą ściśle sprzężone, na przykład zastosowanie strategii zmniejszających lęk może w dalszej kolejności umożliwić podjęcie działań nastawionych na zmianę niekorzystnych warunków.

Choroba somatyczna jako wydarzenie stresowe

Choroba jest nieodłącznym elementem kondycji ludzkiej, zawsze jednak stanowi szczególne wydarzenie w życiu człowieka. W mniejszym czy większym stopniu konfrontuje go ze zmianami sytuacji życiowej, z reguły niekorzystnymi. Stwarza to konieczność przynajmniej czasowej rezygnacji z pewnych form aktywności i korekty planów życiowych, a nowe zadania adaptacyjne są ukierunkowane nie tylko na leczenie samej choroby, ale także na zmierzenie się z jej konsekwencjami.

Choroba somatyczna jest złożonym zespołem stresorów. Może stwarzać poczucie zagrożenia życia, zdrowia. Objawy, a nierzadko również leczenie, powodują znaczny dyskomfort, mogą być źródłem cierpienia i bólu. Często zakłócają lub uniemożliwiają zaspokojenie ważnych dla funkcjonowania potrzeb — oprócz fizjologicznych głównie potrzebę bezpieczeństwa, osiągnięć i znaczenia, a także autonomii. Choroba utrudnia realizację indywidualnych celów wiążących się z pełnionymi do-

tychczas funkcjami życiowymi. Może spowodować istotne konsekwencje społeczno-ekonomiczne — dezorganizację życia rodzinnego, pogorszenie warunków bytowych, niekorzystną sytuację zawodową. Jak podkreśla Sęk [4], sytuacja człowieka chorego staje się trudniejsza, gdy podejmuje on rolę pacjenta i staje się petentem służby zdrowia, co nierzadko pozbawia go wartości podmiotowych jako osoby. Pojawiają się wówczas stresory instytucjonalne. Tradycyjna struktura organizacyjna placówek służby zdrowia sprzyja bowiem sformalizowanemu charakterowi stosunków między personelem a pacjentem, sztywnym i zrutyinizowanym sposobom postępowania. W przypadku hospitalizacji wiąże się też z deprivacją kontaktów emocjonalnych z bliskimi i utratą indywidualności, koniecznością podporządkowania się regulaminowi istotnie różnemu od życia codziennego. Sama zaś choroba niezależnie od trybu leczenia wymusza zmianę zasadniczych nawyków i wyuczenie się nowych powinności na rzecz zachowań prozdrowotnych. Dotychczasowe życie staje się życiem z chorobą.

Reakcje psychologiczne na chorobę

We współczesnej teorii stresu psychologicznego mniejsze znaczenie przypisuje się czynnikom powodującym stres, większą natomiast aktywności zaradczej podejmowanej w stresie przez jednostkę [5]. Strategie radzenia sobie z chorobą w znacznej mierze są zdeterminowane przez poznawcze ustosunkowanie się wobec własnej choroby i sposób jej przeżywania emocjonalnego.

Poznawcze reakcje na chorobę

Poznawczą ocenę sytuacji choroby można rozumieć dwojako — jako wiedzę (przekonania) chorego na temat jego choroby oraz jako subiektywną ocenę znaczenia choroby dla jego życia. Doświadczenie choroby wymaga stworzenia w umyśle jej reprezentacji. Konstrukcja ta zawiera zwykle takie elementy treściowe, jak objawy choroby i jej identyfikację, domniemane przyczyny, możliwy przebieg i spodziewane skutki, poglądy na temat leczenia, przekonania dotyczące możliwości kontrolowania lub wyleczenia choroby. Dane służące zbudowaniu obrazu własnej choroby pochodzą z różnych źródeł, w dużej mierze pozamedycznych, dlatego też nie wszystkie te informacje są rzetelne i merytorycznie zasadne. Indywidualna koncepcja choroby może być adekwatnym i realistycznym odwzorowaniem wiedzy obiektywnej i łatwo wówczas nakłonić pacjenta do współpracy. Gdy subiektywny obraz jest zniekształcony i znacznie odbiega od rzeczywistego sta-

nu chorego, mogą pojawić się postawy niesprzyjające leczeniu, na przykład postawa zaprzeczania, inwalidyzacji, opozycyjna. Zawarte w schemacie oczekiwania istotnie wpływają na dalsze losy pacjentów, zarówno w krótkim, jak i długim okresie. Z badań obejmujących chorych po zawale serca wynika, że ich przekonania o możliwości powrotu do pracy silnie korelowały z rzeczywistym podjęciem pracy zawodowej, a niekorzystny obraz choroby wiązał się z zaniechaniem funkcjonowania zawodowego niezależnie od ciężkości przebytego zawału [6].

Poznawcza reakcja na chorobę dotyczy również zmian w postrzeganiu własnego ciała [7]. Wystąpienie objawów zwykle uwrażliwia chorego na sygnały płynące z organizmu, a w skrajnych przypadkach uruchamia przymus samoobserwacji i tendencję do lękowego interpretowania odbieranych bodźców jako zwiastunów zagrożenia, na przykład zaostrzenia lub nawrotu choroby.

Drugie podejście w rozumieniu oceny sytuacji choroby koncentruje się na subiektywnym znaczeniu choroby dla osoby, która jej doświadcza. Zgodnie z przedstawianą wcześniej koncepcją stresu chorobę można rozpatrywać w kategoriach zagrożenia, straty/krzywdy lub wyzwania. Pierwsza z tych kategorii wiąże się z faktem, że choroba udaremnia lub utrudnia zaspokojenie ważnych potrzeb i celów człowieka. Częstym zjawiskiem jest tu nakręcanie się spirali strat. W sytuacji zagrożenia choroba staje się potencjalną przeszkodą w realizacji ważnej dla człowieka aktywności i zapowiada możliwość strat. Dodatkowym źródłem zagrożenia są już obserwowane ograniczenia, przebieg choroby i samo leczenie. Wyzwanie z kolei pojawia się wówczas, gdy człowiek ma poczucie wpływu na swoją chorobę, a obok przyszłych strat przewiduje możliwość wtórnych zysków, na przykład uzyskania renty, wsparcia rodzinnego, większej swobody w dysponowaniu swoim czasem itp. Istotne znaczenie ma tu bilans życiowy uruchomiony przez chorobę. Przełożenie koncepcji oceny sytuacji zaproponowane przez Lazarusa i Folkman na sytuację stresu choroby napotyka jednak na pewne trudności. Sytuację choroby trudno jednoznacznie zaklasyfikować, ponieważ najczęściej stanowi równocześnie utratę wielu cenionych wartości i zagrożenie planów na przyszłość, ale także może przynosić korzyści. Wielu autorów [8] wykracza poza te trzy kategorie jako nieoddające wieloaspektowości choroby i złożoności ludzkiej motywacji. Sytuacja choroby uaktywnia wiele różnych odniesień, poza wymienionymi można w literaturze przedmiotu [8] spotkać dodatkowe kategorie, na przykład traktowanie choroby jako

przeszkody, kary, ulgi czy wartości twórczo rozwijającej chorego.

Emocjonalne reakcje na chorobę

Każda z opisanych wyżej ocen poznawczych wyzwała odmienne emocje i zachowania. Choroba traktowana jako przeszkoda i wróg z reguły wyzwała złość, aktywną postawę przewycięzania trudności i walki. Nastawienie to może sprzyjać radzeniu sobie z chorobą, gdyż zapobiega poczuciu beznadziejności i bezradności, jest czynnikiem buforowym chroniącym przed depresją. Choroba postrzegana jako strata, upośledzenie powoduje uczucie przygnębienia, rezygnację, obniża poczucie wartości. Zagrożeniu towarzyszą strach, lęk czy niepokój. Wiązą się one z różnymi sytuacjami pojawiającymi się w przebiegu choroby i leczenia. Mogą przybierać dwie formy: jawną (częściej u kobiet) i ukrytą (częściej u mężczyzn). Obraz emocjonalny wyzwania łączy emocje negatywne charakterystyczne dla zagrożenia z pozytywnymi stanami uczuciowymi — zapałem, nadzieją, podekscytowaniem. W sytuacji, gdy chorobę traktuje się jako karę i wiąże się z przypisywaniem sobie przyczyn jej wystąpienia, wyzwała ona wstyd i poczucie winy, które często są wtórnym źródłem lęku dla chorego. Z kolei choroba pojmowana jako wartość może mieć dwojakie znaczenie — obronne i rozwojowe. Przyjmuje postać ucieczki, gdy człowiek dzięki niej uzyskuje gratyfikację, co zwykle sprawia, że pacjent nie dąży do wyzdrowienia. Może też mieć charakter rozwojowy, gdy człowiek dzięki chorobie zyskuje nową perspektywę i uznaje sens cierpienia.

Emocje te mogą występować jednocześnie lub naprzemiennie, ich intensywność i treść zależą od dynamiki i czasu trwania choroby. W chorobach o ciężkim przebiegu lub niepomyślnym rokowaniu można dostrzec pewną fazowość przeżywania emocjonalnego w oswojeniu choroby: od stanu dezorientacji i szoku, poprzez etap zaprzeczania, następnie lęku z gniewem, depresji i wreszcie — co nie jest regułą — akceptacji [9]. Jak zauważa Bąk-Sosnowska [10], fazowość ta nie musi występować u wszystkich pacjentów i nie u każdego w taki sposób, daje jednak istotne wskazówki dotyczące zasad współpracy z chorymi w zależności od ich uwarunkowanej stanem emocjonalnym zdolności adekwatnego odbioru informacji. Zgodnie z obserwacjami Heszen [2] szczególnymi okolicznościami wywołującymi silne emocje po przyjęciu diagnozy są nieoczekiwane pogorszenie stanu zdrowia, konieczność zastosowania drastycznych metod leczenia, informacje o konieczności ograniczeń lub o trwałych następstwach dla zdrowia i życia. Dramatycznie przeżywa

się także różne życiowe zmiany będące następstwem choroby, jak rozpad rodziny czy utrata pracy.

Zachowanie wobec własnej choroby

W stresie spowodowanym chorobą ludzie przejawiają różnorodne zachowania mające na celu sprostanie wymaganiom tej sytuacji lub złagodzenie jej skutków. Aktywność zaradcza obejmuje dwa nurty: samoregulację emocji oraz zadaniowe radzenie sobie z chorobą. Obie te funkcje nie są rozdzielne, w różnym stopniu przejawiają się w podejmowanych przez chorych strategiach. Zadaniowe podejście dominuje wówczas, gdy chory ma poczucie wpływu na swoją sytuację, natomiast poczucie braku kontroli skutkuje koncentracją na emocjach.

Radzenie sobie z emocjami

Najbardziej powszechna forma samoregulacji emocji wywołanych przez choroby somatyczne wiąże się z działaniem mechanizmów obronnych. Są to odruchowo stosowane sposoby zmniejszenia trudnego do zniesienia obciążenia emocjonalnego, wyrażające się w zniekształceniu poznawczym obrazu sytuacji bez jej rzeczywistej zmiany. Ich rola polega przede wszystkim na doraźnej redukcji lęku i innych negatywnych emocji oraz podtrzymaniu samooceny. Zadaniem tych mechanizmów jest niedopuszczanie do świadomości lub reinterpretacja znaczenia zagrażających bodźców. Poprawia to komfort psychiczny chorego i umożliwia podjęcie bardziej skutecznych zachowań nastawionych na realizację celów zdrowotnych. Wiele kontrowersji budzą mechanizmy typu represyjnego. Osoby charakteryzujące się tym stylem radzenia sobie ze stresem nie potrafią adekwatnie oceniać ani własnych emocji, ani bodźców płynących z własnego ciała. Wykazują tendencję do selektywnego odwracania uwagi od sygnałów zagrażających i do interpretowania informacji niejasnych w sposób nierealistycznie pozytywny. W literaturze przedmiotu często opisuje się mechanizm zaprzeczania chorobie [3, 6], który zapobiega pełnemu uświadomieniu sobie stanu rzeczy i nie dopuszcza tym samym do powstania lęku. Mechanizm ten jest odporny na racjonalne argumenty i w sposób oczywisty widoczne fakty. Chory nie przyjmuje do wiadomości zachorowania lub konsekwencji choroby mimo dostępności tych informacji i intelektualnych możliwości ich zrozumienia. To sprawia, że nie angażuje się w działania zmierzające do odzyskania zdrowia. Przewyciężaniu emocji zagrożenia służy też bardziej dojrzała forma zniekształcania rzeczywistości poprzez pozytywne prze wartościowanie. Polega ono na poszukiwaniu cze-

goś pozytywnego w każdym wydarzeniu lub porównywaniu go z inną sytuacją, gorszą od obecnej. Radzenie sobie zorientowane na emocje obejmuje również poszukiwanie pocieszenia i zrozumienia od innych w postaci wsparcia społecznego, otwartą ekspresję emocji, odwracanie uwagi, poprawianie sobie samopoczucia poprzez relaksację, stosowanie używek.

Sposoby radzenia sobie z chorobą

Wykonano wiele badań nad strategiami zaradczymi, uwzględniając różne typy chorób, dynamikę ich przebiegu i rodzaj leczenia [11]. Mimo braku powszechnie akceptowanego podejścia wskazuje się na dwie zasadnicze tendencje w radzeniu sobie z chorobą: unikanie polegające na odwracaniu uwagi od choroby oraz koncentracja na niej. Pierwsza z nich w krańcowej formie wyraża się w opisanej wcześniej reakcji zaprzeczania chorobie z jej negatywnymi skutkami dla terapii. Dowiedziono jednak, że znaczenie unikania dla przystosowania zależy od nasilenia tej tendencji i od etapu choroby, na którym się ona pojawia. W początkowym stadium taka strategia może przyczynić się do opóźniania wezwania pomocy. Występowanie jej w następnych okresach choroby, poprzez odwracanie uwagi od mało istotnych i przejściowych niedomagań, może sprzyjać rehabilitacji. Zbyt silne unikanie zwykle prowadzi jednak do bagatelizowania swojego stanu i braku motywacji do przestrzegania zaleceń lekarskich. Druga zasadnicza tendencja przejawia się w skupianiu uwagi na symptomach chorobowych i aktywnym poszukiwaniu związanych z tym stanem informacji. Jest oczywiste, że podstawą działań prozdrowotnych, a szczególnie stosowania się do zaleceń lekarskich, jest korzystanie z informacji. Czułość informacyjna pociąga jednak za sobą również zwracanie uwagi na takie aspekty choroby, które są mało istotne dla przebiegu leczenia, mogą natomiast pogorszyć stan emocjonalny pacjenta. Podobnie niesprzyjające adaptacji jest ustawiczne analizowanie doświadczeń chorobowych. Zdaniem Heszen [3] w przebiegu większości chorób somatycznych użyteczne są oba rodzaje strategii radzenia sobie, ale wymogiem jest elastyczne dopasowanie ich do aktualnej sytuacji chorego.

Istotnych implikacji praktycznych dostarcza przegląd badań weryfikujących zależność między strategiami radzenia sobie ze stresem choroby a wskaźnikami zdrowia somatycznego i funkcjonowania psychospołecznego [12]. Ogólnie stwierdzono, że lepsze rezultaty przynoszą strategie aktywne, związane poszukiwaniem informacji i realnym odnoszeniem ich do własnej sytuacji, nastawione na

kontrolę stanu rzeczy i przewyciężenie choroby. Jednym z narzędzi tej kontroli jest opisane wcześniej pozytywne przewartościowanie. Sprzyja ono zamianie postrzeganego zagrożenia w wyzwanie, a tym samym przeżywaniu emocji nadziei, zainteresowania oraz osłabieniu niepokoju. To przesuwając uwagę na możliwość osobistego panowania nad przebiegiem choroby i mobilizuje wewnętrzne zasoby. Z kolei umiejętność wyodrębniania pozytywnych znaczeń z poniesionej straty czy szkody redukuje w znacznym stopniu przeżywanie złości czy smutku. Zdecydowanie szkodliwe natomiast są strategie bierne, z przewagą odreagowania, które wprawdzie sytuacyjnie obniżą napięcie, ale w dalszej perspektywie utrwalają poczucie nieskuteczności lub bezradności chorego. Wiąże się z tym brak motywacji do dokonania zmiany w swoim życiu, co sprzyja inwalidyzacji i gorszej jakości życia w chorobie.

Piśmiennictwo

1. Dolińska-Zygmunt G. Podmiotowe uwarunkowania zachowania się pacjenta wobec własnej choroby. W: Dolińska-Zygmunt G. red. Podstawy psychologii zdrowia. Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2001: 243–259.
2. Heszen I. Kliniczna psychologia zdrowia. W: Sęk H. red. Psychologia kliniczna. T. 2. Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 2005: 222–243.
3. Heszen I., Sęk H. Zdrowie i choroba w paradygmacie stresu psychologicznego. W: Heszen I., Sęk H. red. Psychologia zdrowia. Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 2007: 141–159.
4. Sęk H. Psychologia zdrowia i choroby. W: Sęk H. red. Wprowadzenie do psychologii klinicznej. Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2001: 213–250.
5. Łosiak W. Natura stresu. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2007.
6. Guzowska M. Represyjny styl radzenia sobie ze stresem a postawa wobec choroby u osób po zawale serca. W: Wrześniewski K., Włodarczyk D. red. Choroba niedokrwienna serca. Psychologiczne aspekty leczenia i zapobiegania. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2004: 129–148.
7. Salmon P. Psychologia w medycynie. Wspomaga współpracę z pacjentem i proces leczenia. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2003.
8. Janowski K. Osobowościowe uwarunkowania radzenia sobie ze stresem luszczycy. Polihymnia, Lublin 2006.
9. Nasilowska-Barud A. Choroba jako kryzys psychologiczny. W: Kubacka-Jasiecka D., Mudyń K. red. Kryzys, interwencja i pomoc psychologiczna. Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2004: 17–27.
10. Bąk-Sosnowska M. Choroba w życiu człowieka. W: Trzciniecka-Green A. red. Psychologia. Podręcznik dla studentów kierunków medycznych. Wydawnictwo Universitas, Kraków 2006: 173–183.
11. Makowska H., Poprawa R. Radzenie sobie ze stresem w procesie budowania zdrowia. W: Dolińska-Zygmunt G. red. Podstawy psychologii zdrowia. Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2001: 71–102.
12. Wrona-Polańska H. Zdrowie jako funkcja twórczego radzenia sobie ze stresem. Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej, Kraków 2003.