

## ROZDZIAŁ 4.

### Psychologiczne aspekty zdrowia i choroby

Na podstawie dotychczasowej wiedzy i badań empirycznych próbuje się tworzyć coraz bardziej złożone modele i koncepcje uwarunkowań współczesnych chorób psychosomatycznych i cywilizacyjnych. Szeroko opracowane i opisane są wzory dotyczące choroby niedokrwiennej serca i zawału serca oraz chorób nowotworowych. W modelach tych uwzględnia się:

- czynniki sytuacyjne, stresory i sytuacje trudne,
- czynniki temperamentalna i osobowościowe – typ temperamentu, motywacji, nastawień emocjonalnych, struktur poznawczych i przekonań,
- czynniki dziedziczno-konstytucjonalne i właściwości organizmu,
- wzory reagowania emocjonalnego,
- wzory reakcji psychofizjologicznych,
- zasoby odpornościowe natury biologicznej, intrapsychiczne, interpersonalnej i społecznej,
- styl życia oraz jego prozdrowotne i antyzdrowotne aspekty (por. H. Sęk 2003, s. 239).

Jeden z modeli opisujący specyficzny układ cech warunkujący funkcjonowanie człowieka został określony jako wzór zachowania A. Został on odkryty przez dwóch kardiologów – Friedmana i Rosenmana (za K. Wrześniewski 2000).

Cechy charakterystyczne dla tego zespołu: skrajne współzawodnictwo, walka o osiągnięcia, tłumiona agresywność, pobudliwość, nadmierna czujność, pośpiech, niecierpliwość, wybuchowy sposób mówienia, napięcie twarzy, poczucie presji czasu i nadmierna odpowiedzialność (H. Sęk 2003).

Prowadzone badania wykazały, że we wzorze zachowania A (WZA) można wyróżnić trzy czynniki:

- 1) czynnik H – związany jest z sumiennością, zaangażowaniem, skłonnością do rywalizacji.
- 2) czynnik J – stopień nasilenia pracy zawodowej i zaangażowania zawodowego.
- 3) czynnik S – określa dynamikę, napięcie, szybkość i niecierpliwość.

Pod wpływem prowadzonych badań wzór zachowania A został podzielony na:

- a) część motywacyjną – dążenie do znaczących osiągnięć osobistych, rywalizacji, podejmowanie wielu zadań ze skłonnością do czujności i kontroli,
- b) część emocjonalną – zalegające uczucia wrogości i tłumiona tendencja do agresji,
- c) formalne cechy zachowania – napięcie, szybkość, niecierpliwość, oznaki napięcia emocjonalnego (za H. Sęk 2003, s. 240–241).

Wzór zachowania A:  
 – skrajne współzawodnictwo,  
 – walka o osiągnięcia,  
 – tłumiona agresywność,  
 – pobudliwość,  
 – nadmierna czujność,  
 – pośpiech, niecierpliwość,  
 – wybuchowy sposób mówienia,  
 – napięcie twarzy,  
 – poczucie presji czasu,  
 – nadmierna odpowiedzialność.

Skłonność do tłumienia emocji, pozostawanie w podwyższonym napięciu powoduje, że utrwała się wzór reagowania psychofizjologicznego, który jest typowy dla reakcji alarmowej w stresie (zmiany miażdżycowe, podwyższone ciśnienie). Osoby ujawniające ten syndrom żyją w stresie i prowokują sytuacje stresowe, nie mają umiejętności odpoczynku, obniżania napięcia i stosują nieadaptacyjne metody radzenia sobie ze stresem. Ogińska-Bulik (1998) wykazała w prowadzonych badaniach, że rodzice modelują u dzieci WZA przez swoje zachowania. Ponadto na ujawnianie się WZA mają wpływ czynniki wychowawcze, takie jak: wysokie oczekiwania stawiane dzieciom, przeciążanie zadaniami oraz uczenie rywalizacji.

Inny model został określony jako wzór zachowania C i opisany w powiązaniu z pojawianiem się choroby nowotworowej. Mechanizmy powstawania chorób nowotworowych są dużo słabiej rozpoznane. W literaturze przedmiotu wskazuje się jednak, że czynniki psychologiczne odgrywają ważną rolę w tym procesie.

Bardzo znaczącym ogniwem w rozwoju procesu nowotworowego są mechanizmy psychoneuroimmunologiczne. Dobrze funkcjonujący i silny układ odpornościowy pomaga w radzeniu sobie z komórkami rakowymi. Czynniki, które powodują przedłużający się stres, obniżają wydolność układu odpornościowego. Wyniki badań empirycznych wskazują, że można wyodrębnić czynniki osobowościowe, które warunkują ocenę trudności i sposób reakcji emocjonalnych. Są zmiennymi, które zwiększają ryzyko progresji choroby nowotworowej. Osobowość typu C to osobowość przeciwstawna do typu A. Są to osoby spokojne, konwencjonalne, na stres reagują poczuciem bezradności i beznadziejności, wypierają reakcje emocjonalne, są skłonne do depresji. Często też przeżywały sytuację straty (H. Sęk 2003).

Wzór zachowania C:  
 – osoby spokojne,  
 – konwencjonalne,  
 – na stres reagują poczuciem bezradności i beznadziejności,  
 – wypierają reakcje emocjonalne,  
 – są skłonne do depresji.

Choroba określana jest jako stan zmniejszonej zdolności przystosowawczej ustroju, w którym występuje zaburzenie jego czynności.

Niekorzystne czynniki wewnętrzne (np. wzór zachowania A czy C) w połączeniu z czynnikami zewnętrznymi skutkują rozwojem różnych chorób. Choroba określana jest jako stan zmniejszonej zdolności przystosowawczej ustroju, w którym występuje zaburzenie jego czynności.

Wymienia się następujące wymiary choroby:

- organiczny – zmiany w funkcjonowaniu organizmu odczuwane przez człowieka, potwierdzone podczas badania przedmiotowego lub określenie choroby w wyniku tylko stwierdzenia zmian w budowie lub funkcjonowaniu organizmu,
- psychiczny – jest subiektywnym odczuciem stanu jako choroby przez zainteresowaną osobę, przy tym może to być odczuwanie różnych dolegliwości współistniejących,
- społeczny – uznanie człowieka za chorego przez ludzi z otaczającego środowiska związanych z osobą chorą, choroba często zakłóca społeczne funkcjonowanie zarówno u dzieci, jak i dorosłych.

Etapy w przebiegu choroby:  
 – etap doświadczania objawów,  
 – etap wejścia w rolę chorego,  
 – etap poszukiwania profesjonalnej pomocy medycznej,  
 – etap wyzdrowienia i rehabilitacji.

Proces chorobowy jest różnie odczuwany przez ludzi i dlatego powoduje odmienne zachowania oraz skłania do podejmowania bardzo zróżnicowanych decyzji w kolejnych stadiach i etapach.

Wieloletnie obserwacje zachowań ludzi chorych pozwalają na określenie kolejnych etapów w przebiegu choroby:

- a) etap doświadczania objawów, ich interpretowania, doznawania ograniczeń w realizowaniu własnych potrzeb i aspiracji,
- b) etap wejścia w rolę chorego, co oznacza początkowo poszukiwanie pomocy wśród bliskich (rodziny, znajomych, sąsiadów), „czuję, że jestem chory” i informuję o tym innych, proszę o pomoc; często to osoby bliskie (rodzice, dzieci) decydują o tym, że człowiek jest chory i poszukują pomocy wśród profesjonalistów,
- c) etap poszukiwania profesjonalnej pomocy medycznej (najczęściej u lekarza), wejście w rolę pacjenta, „poddanie się leczeniu”, zaakceptowanie proponowanej przez lekarza terapii lub tylko doraźnie stosowanie się do wybranych zaleceń lekarza albo odrzucenie proponowanej terapii i zaprzestanie leczenia,
- d) etap wyzdrowienia i rehabilitacji.

Reakcje na chorobę są zazwyczaj zróżnicowane i mają swoje uwarunkowanie w indywidualnych właściwościach psychicznych osoby oraz szerszego kontekstu społecznego. Jednak można ustalić kilka prawidłowości.

Pierwszą z najbardziej charakterystycznych reakcji jest strach, związany z oczekiwaniem konkretnego niebezpieczeństwa, np. operacji, zastrzyku, innych czynności medycznych. Ponadto często pojawia się lęk przed: odrzuceniem przez bliskich, śmiercią jako czymś nieznanym, trwałym kalectwem czy utratą niezależności.

Nierzadką reakcją na sytuację choroby jest gniew jako reakcja na przeszkodę w realizacji celów, dzieje się coś, co nie powinno mieć miejsca. Może on przybierać następujące formy:

- gniew ogólny – poczucie niesprawiedliwości losu, pretensje do Boga, gniew przeniesiony np. na personel medyczny,
- gniew ukryty – negatywne nastawienie, odmowa współpracy, przygnębienie, akcentowanie dolegliwości somatycznych,
- gniew stłumiony – nieakceptowany przez pacjenta, jego ujawnienie powoduje poczucie winy.

Gniew podobnie jak lęk może mieć funkcje pozytywne – siła mobilizująca do walki z chorobą. Jednak niekontrolowany może przerodzić się w agresję wobec otoczenia i siebie samego. Podobnie jak lęk, uczucie to powinno być uświadomione i przeanalizowane w procesie adaptacji.

W sytuacji choroby bardzo często pojawia się również przygnębienie. Może ono przybierać charakter jawny jako – płacz, skarga, pesymistyczne sądy lub utajony – ogólne spowolnienie, zgarbienie, smutny wyraz twarzy. Często obserwuje się u osób chorujących tendencje do zachowań autoagresyjnych, brak apetytu, trudności ze snem (wczesne budzenie się, płytki lub przerywany sen). Niezwykle istotnym aspektem w radzeniu sobie ze stresem choroby ma nadzieja, która staje się siłą mobilizującą do działania, wraz z wolą życia stanowi ona ważny element przystosowania się do choroby.

Funkcjonowanie człowieka w warunkach długotrwałej choroby/niepełnosprawności jest specyficzne. Osoba chora, niepełnosprawna staje wobec wymagań otoczenia z różnymi zasobami:

- społecznymi (więzi społeczne, wykształcenie),
- ekonomicznymi (posiadane dobra materialne, zarobki),
- zdrowotnymi (sprawność ogólna organizmu, wiek życia),
- psychologicznymi (inteligencja, odporność na stres).

Osoba chora, niepełnosprawna staje wobec wymagań otoczenia z różnymi zasobami:

- społecznymi (więzi społeczne, wykształcenie),
- ekonomicznymi (posiadane dobra materialne, zarobki),
- zdrowotnymi (sprawność ogólna organizmu, wiek życia),
- psychologicznymi (inteligencja, odporność na stres).

W normalnych warunkach zasoby te przeznaczone są na rozwój jednostki. Choroba/niepełnosprawność blokuje lub ogranicza te możliwości. W literaturze spotykamy się z terminem Strefa Utraconego Rozwoju (SUR) – zasoby zazwy-

czaj przeznaczane na dalszy, normalny rozwój będą musiały być zużytkowane na zabezpieczenie przed regresem rozwojowym.

N. Kerr opisuje, w jaki sposób może traktować bariery środowiskowe człowiek niepełnosprawny. Bariera w tym ujęciu nabiera znaczenia jako przeszkoda, ale też jako wyzwanie. N. Kerr dzieli proces na następujące etapy (za S. Kowalik 2007):

1. – Szok „to nie ja”.

Uniemżliwia adekwatną orientację w otoczeniu. Osoba chora traktuje zabiegi jako nieuzasadnione zło, które wywołuje irytację. Ponadto pacjent ma poczucie pełnej sprawności własnego ciała.

2. Oczekiwanie poprawy – „jestem chory, ale wyzdrowieję”.

Rozpoczyna się, gdy osoba chora zaczyna uświadamiać sobie swój stan zdrowia, zaczyna dostrzegać, co się stało. Jednak traktuje swój stan jako chwilowy, brak postępów w leczeniu denerwuje, ale nie wywołuje rezygnacji. Na tym etapie pacjent skoncentrowany na obserwacji własnego ciała poszukuje nowych metod leczenia i wierzy w pełne wyleczenie.

3. Lament – „wszystko jest stracone”.

Moment przejścia do tego etapu jest zwykle gwałtowny, przypadkowy, a pacjent zaczyna odczuwać źródło swoich ograniczeń. Osoba chora staje się depresyjna, zrezygnowana, życie traci dla niej sens, czasami rozmyśla o samobójstwie. Dążenie do wyleczenia staje się czymś nierealnym, a choroba traktowana jest jako bariera nie do pokonania.

4. Obrona A (zdrowa) – „bez względu na wszystko idę do przodu”.

Osoba chora zaczyna doświadczać ulgi – może pokonać pewne bariery pomimo ograniczeń i starać się realizować swoje cele życiowe. Zaczyna spostrzegać chorobę jako sytuację trudną, z którą można sobie poradzić.

5. Obrona B (neurotyczna) – „w przyszłości może zaakceptuję swoją chorobę”.

W tej sytuacji osoba chora neguje istnienie barier niemożliwych do pokonania i stara się udowodnić sobie i innym, jak dobrze radzi sobie z chorobą. Nie wszystkie bariery można pokonać i w którymś momencie doświadcza tego, a w efekcie powraca do poprzednich faz reagowania na chorobę i cierpienie przeżywa od początku.

6. Przystosowanie – „życie jest trudne, ale nie takie złe”.

Chory zaczyna zdawać sobie sprawę, gdzie znajduje się kres jej działania, jakich barier nie jest w stanie pokonać. Podobnie jak w fazie szoku, ale teraz uświadamia sobie własne ograniczenia, które traktuje jak coś naturalnego i normalnego (za S. Kowalik 2007).

Bariera jako przeszkoda i wyzwanie: etapy rozwoju myślenia według N. Kerr:

1. Szok – „to nie ja”.

2. Oczekiwanie poprawy – „jestem chory, ale wyzdrowieję”.

3. Lament – „wszystko jest stracone”.

4. Obrona A (zdrowa) – „bez względu na wszystko idę do przodu”.

5. Obrona B (neurotyczna) – „w przyszłości może zaakceptuję swoją chorobę”.

6. Przystosowanie – „życie jest trudne, ale nie takie złe”.

**Ważne pojęcia:**

Wzór zachowania A, wzór zachowania C, część motywacyjna, formalne cechy zachowania, choroba, wymiary choroby, etapy procesu chorobowego, człowiek w chorobie, obrona zdrowa, obrona „neurotyczna”.

**Pytania pomocnicze:**

1. Scharakteryzuj wzór zachowania A.
2. Opisz cechy właściwe dla wzoru zachowania C.
3. Scharakteryzuj czynniki wyodrębnione w ramach wzoru zachowania A.
4. Wymień i opisz części wyodrębnione w ramach wzoru zachowania C.
5. Scharakteryzuj wymiary choroby.
6. Opisz etapy w procesie chorowania.
7. Scharakteryzuj funkcjonowanie człowieka w warunkach choroby.
8. Opisz koncepcję N. Kerr.