

Psychologiczne aspekty doświadczenia schorzeń reumatycznych

Psychological aspects of experiencing rheumatic diseases

Kazimierz Popielski

Katedra Psychoterapii i Psychologii Zdrowia, Katolicki Uniwersytet Lubelski, kierownik Katedry prof. dr hab. ks. Kazimierz Popielski

Słowa kluczowe: psychosomatyka, postawy w chorobie, zachowania w przewlekłej chorobie, noetyczny wymiar egzystencji.

Key words: psychosomatic diseases, attitudes towards disease, health behavior, ethical dimension of human existence.

Streszczenie

Tradycyjnie choroba jest analizowana i opisywana w kategoriach paradygmatu biochemicznego. Doświadczenie przewlekłego schorzenia reumatycznego obejmuje całość ludzkiej egzystencji i dlatego możliwości skutecznej pomocy profesjonalnej autor rozszerza o wymiary: psychiczny, społeczny (kulturowy), ekologiczny i egzystencjalny.

W pracy przedstawiono kategorie postaw wobec choroby, wskazano na wielowymiarowość zachowań i środowisk oraz ich powiązań z postawami wobec choroby.

Schorzenie reumatyczne – zwłaszcza przewlekłe – jest nie tylko niedomogą fizyczną, ale także psychicznym doznaniem i indywidualnie przeżywanym doświadczeniem egzystencjalnym. W chorobie doznajemy bólu i doświadczamy cierpienia. Stąd wielodyscyplinarność zainteresowania człowiekiem chorym i to nie tylko w opisowym znaczeniu tego zjawiska, ale także w sensie interpretacyjnym, w znaczeniu możliwości niesienia pomocy. Medycyna jest w tym względzie nauką wiodącą. Niemniej psychologia w swoich wyspecjalizowanych formach (psychoonkologia, opieka paliatywna, psychologia bólu itd.) służy pomocą człowiekowi w chorobie. Nie wyklucza to naturalnie innych form pomocy: socjalnych, kulturowych, duszpasterskich itp.

Summary

A biochemical paradigm of chronic rheumatic diseases is commonly accepted. Nevertheless an experience of ill health totally involves human existence. The author of a paper proposes a wider understanding of disease for effective intervention. This new paradigm include following dimensions: psychiatric, socio-cultural, ecological and also moral. Attitudes towards rheumatic diseases correlate with multidimensional model of patients' behavior and environment.

Przybliżenia interpretacyjne

Społeczne i dość powszechne rozumienie choroby jest jednoznaczne: jest ona stanem trudnym. I tak jest w rzeczywistości, i to niezależnie od tego, że jest to subiektywne spojrzenie na obiektywny fakt doświadczania choroby. Jeśli uzmysłowimy sobie, że nie można odrywać choroby i zdrowia od całości ludzkiej egzystencji jako ich podmiotu, to staje się jasne, że skutki tak zdrowia, jak i choroby odnoszą się do tego samego podmiotu, do egzystencji jako jedności i całości.

W tej propozycji odniemiemy się do 2 rodzajów postaw:

- a) twórczo-rozwojowych wobec choroby,
- b) rezygnacyjno-destrukcyjnych w chorobie.

Adres do korespondencji:

prof. dr hab. ks. Kazimierz Popielski, Katedra Psychoterapii i Psychologii Zdrowia, Katolicki Uniwersytet Lubelski, al. Ractawicka 14, 20-950 Lublin
Praca wpłynęła: 16.09.2004 r.

Postawy rozumiemy tu jako dyspozycję do zachowania się wobec czegoś, co określamy jako przedmiot postawy. Dyspozycja ta ma charakter poznawczych, emocjonalnych, behawioralnych i egzystencjalnych zachowań. W pierwszym przypadku chodzi o *postawy twórcze*. W naszym przypadku dotyczy to skutków schorzeń reumatycznych. Postawy wobec nich mogą być – ogólnie mówiąc – pozytywne, tzn. twórcze i rozwojowe lub negatywne, tzn. wywołujące stany rezygnacji i destrukcji.

Jest to pierwszy plan rozróżnień. W artykule proponuje się głębsze rozróżnienia, związane z *wielowymiarowością bycia i wielokierunkowością stawiania się* ludzkiej egzystencji [6]. Propozycja ta została zilustrowana na schematach 1. i 2. Całość podmiotowo-osobowa egzystencji wyraża się za pośrednictwem zachowań i czynności wymiaru biologicznego, funkcji psychicznych i dynamizmów noetycznych (tj. specyficznie ludzkich, duchowych). Egzystencja funkcjonuje w kontekście jej społecznych, kulturowych i przyrodniczo-ekologicznych wymiarów i odniesień.

Postawy ujawniające się i prezentowane w procesie chorobowym mają zindywidualizowaną dynamikę i przebieg. Strukturyzują psychikę, wzmacniając ją lub osłabiając – zarówno w procesach zdrowia, jak i stanach chorobowych.

Trudno jednoznacznie przypisać wyróżnionym wymiarom i środowiskom poszczególne treści szczególnych postaw. Jest przecież tak, że doznania i doświadczenia funkcjonują i obejmują całość egzystencji, ale choruje konkretny człowiek. Dlatego troska lekarska musi być wielowymiarowa, by była pełna i – jak postuluje przysięga Hipokratesa – *nie szkodząca*.

W zaproponowanych schematach nie chodzi o wyczerpujący zestaw określeń, lecz o wskazanie na wielowymiarowość zachowań i środowisk oraz powiązań ich z postawami w chorobie.

Analiza schematów postaw twórczych i rezygnacyjnych w chorobie i wobec choroby pomaga w zorientowaniu się w aktualnym stanie psychicznym i socjokulturowym chorego. Proces chorobowy zmienia wiele życiowo ważnych czynników życia psychicznego, takich jak stan świadomości, percepcja rzeczywistości, ocena siebie i innych, hierarchia wartości, postawy wobec życia itp. Czasem dotyczy to całości życia, a niekiedy tylko jego elementów. Jednak nigdy nie jest obojętne dla zdrowia i zachowań prozdrowotnych.

Zestawienie w schematach 1. i 2. należy traktować jako pomoc w *myśleniu wielowymiarowym*, które musi być dopełniane zindywidualizowaną obserwacją i odkrywaniem specyficznych problemów pacjenta. Wyróżnione dla celów poznawczych wymiary: egzystencji (biologiczny, psychiczny i egzystencjalny, tj. noetyczny – specyficznie ludzki) oraz środowisk (społeczne, kultu-

rowe i ekologiczne) mogą służyć pomocą w odkrywaniu i porządkowaniu obszarów stresorodnych. Rzecz jasna, nakładają się na to także sytuacje obiektywne (np. pobyt w szpitalu itp.) i postawy międzyludzkie (np. relacje pacjent – rodzina, lekarz – pacjent itp.).

Wprowadzone rozróżnienia pozwalają na pełniejszy wgląd w to, co może się dziać w wyróżnionych poznawczo wymiarach egzystencji i w jej relacjach z otoczeniem. Dlatego wpisane w ramki treści należą do istoty artykułu. Wydaje się, że forma ta jest bardziej komunikatywna niż inne możliwości przekazu:

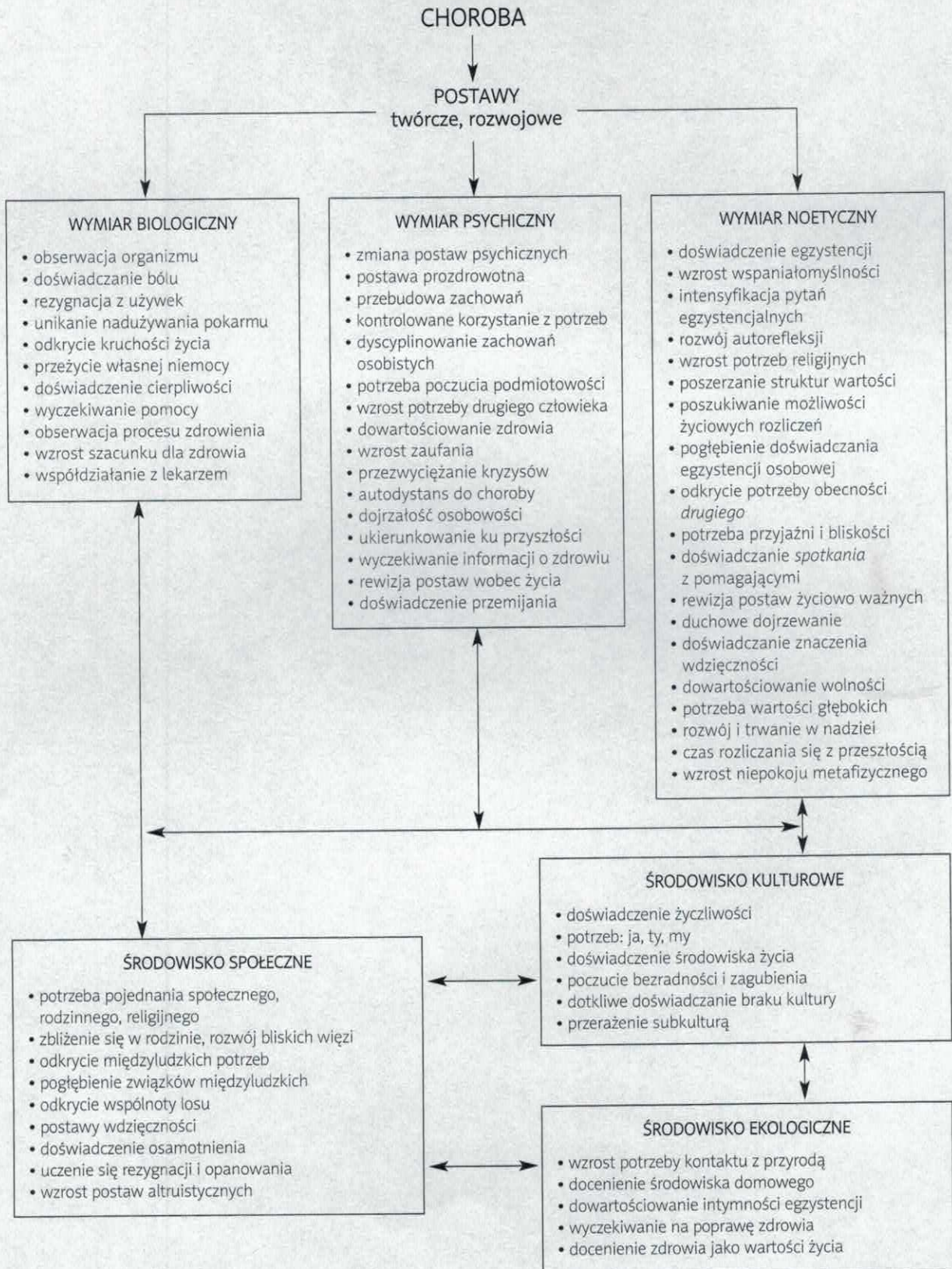
- wpisane treści nie stanowią formuły zamkniętej,
- praktyki specjalistyczne mogą tu dopisać szereg swych obserwacji,
- wymiary: biologiczny, psychiczny i noetyczny oraz wyróżnione środowiska są w stosunku do siebie komplementarne, choć dla celów poznawczych dają się wyodrębnić i przyporządkować,
- człowiek jest jakością (egzystencją) wielowymiarową i zawsze cierpi jako świadomy podmiot, będący jednością i całością,
- pełna troska prozdrowotna domaga się wielowymiarowo programowanej opieki i wielokierunkowego zainteresowania potrzebami człowieka.

Postawy pacjentów wobec choroby

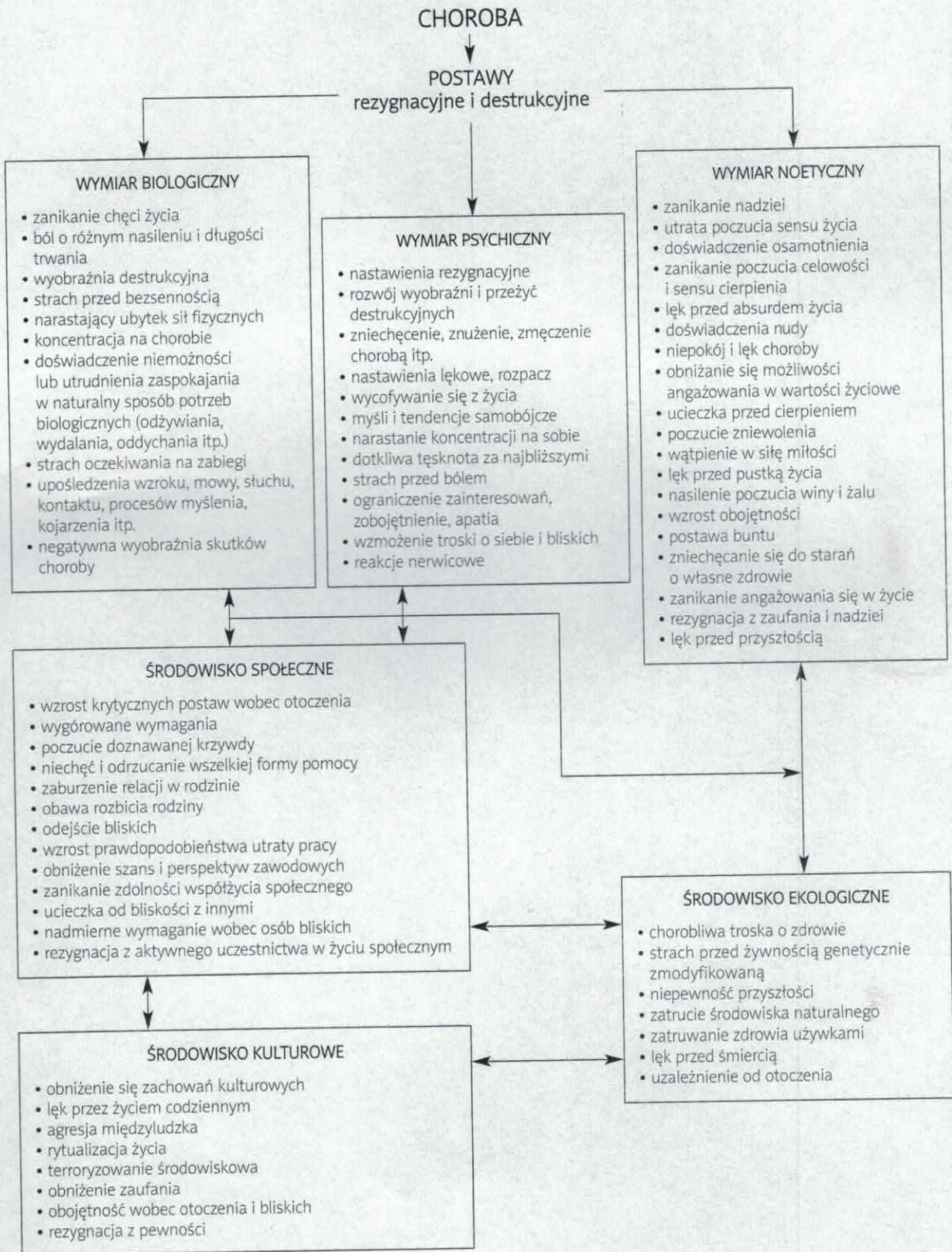
Człowiek odbiera siebie całościowo, ale bez odróżnień doznania te stają się nierozpoznawalne i niediagnozowalne. Trudno także pomóc, gdy nie wiadomo lub wiadomo mało o przyczynach, stąd propozycja kilku dalszych rozróżnień.

Choroba, jak każda sytuacja życiowo trudna, wymaga swoistego przystosowania. W procesie chorobowym, włączając w to diagnozowanie, można wyróżnić 5 rodzajów postaw wobec przystosowania się w chorobie [11]:

- **postawa rezygnacyjno-pasywna** – cechuje się całkowitą zależnością od personelu medycznego;
- **postawa projekcyjno-agresywna** – wyraża się w podejrzliwości, złośliwości, niechęci oraz agresji wyrażanej wobec siebie, osób najbliższych oraz personelu medycznego;
- **tendencja do racjonalizacji choroby** – cechuje się obroną przed dopuszczeniem faktu choroby do świadomości pacjenta;
- **postawa częściowej lub całościowej negacji choroby** – postawa ta łączy się najczęściej z trudnościami w przyjęciu bądź wręcz odrzuceniu diagnozy, form leczenia, jak również faktu samej choroby;
- **postawa typu reaktywno-walcząca** – świadomość choroby przyjmuje dwojakie znaczenie: nadziei na to, że postać choroby przybierze łagodniejszą formę, oraz że podjęcie walki z chorobą zakłada możliwość jej przezwyciężenia.



Schemat 1. Postawy twórczo-rozwojowe w chorobie i wobec choroby.



Schemat 2. Postawy rezygnacyjno-destrukcyjne w chorobie i wobec choroby.

Materiał źródłowy: Schemat 1. i 2., opracowanie własne

Powyższy zarys postaw w przystosowaniu się do choroby może być pomocny dla szeroko rozumianego personelu medycznego (w tym również dla osób najbliższych, psychologów, duszpasterzy, wolontariuszy) w zrozumieniu i uchwyceniu znaczenia mechanizmów psychologicznych oraz sposobów zachowania się w procesie chorobowym.

W sytuacji choroby najczęściej obserwuje się skutki niewłaściwych postaw: wzmożony lęk, poczucie winy, smutek, drażliwość, obniżony nastrój, rozpacz. Aby poznać właściwe ich źródło, należy wnikliwie rozpoznać dynamikę mechanizmów działających w procesie choroby.

Kondaś wymienia następujące postawy chorego wobec własnej choroby [1]:

- **bagatelizującą**, gdy jednostka lekceważy swój stan zdrowia,
- **odrzucającą**, gdy nie chce przyjąć faktu choroby i pogodzić się z nim,
- **lękową**, gdy chory obwinia się za skutki choroby,
- **hipochondryczną**, gdy wyolbrzymia dolegliwości chorobowe,
- **patologiczną chęć chorowania**, gdy pragnie się być chorym,
- **roszczeniową**, kiedy poprzez chorobę chce się coś osiągnąć (np. względy innych, współczucie),
- **realistyczną**, czyli optymalną i właściwą postawę; wówczas gdy pacjent godzi się na chorobę, nie wyolbrzymia ani też nie lekceważy jej, usiłuje przystosować się do zmian, jakie ze sobą niesie.

Kübler-Ross, analizując postawy osób dotkniętych nieuleczalną chorobą, wyróżnia 5 faz w sposobie reagowania na śmierć, które można odnieść do każdej sytuacji *egzystencjalnie znaczącej* [2, 6], również do cierpienia:

- **zaprzeczanie i izolacja** – stan czasowego szoku, który następuje po diagnozie,
- **gniew** – uczucia złości, rozżalenia, irytacji skierowane do siebie, najbliższych oraz personelu medycznego,
- **targowanie się** – faza szukania kompromisu, jest próbą oddalenia *wyroku* choroby,
- **depresja** – jest reakcją na bezskuteczność leczenia oraz na pogarszanie się stanu zdrowia,
- **pogodzenie się** – jest efektem pomyślnego przejścia przez wszystkie etapy, etapem pogodzenia się ze stanem chorobowym. W sytuacji zbliżającej się śmierci – akceptacja, przynosi ulgę i uspokojenie.

Choroba jest dla człowieka procesem trudnym, wymagającym wielkiego, wszechstronnego wysiłku [4, 10]. W wyniku tego procesu tworzą się wspomniane wyżej postawy rozwojowe lub destrukcyjne. Osieńska wyróżnia 2 grupy postaw chorych wobec własnej choroby: postawy altruistyczne (twórcze) oraz egoistyczne (pasożytnicze) (tab. I) [3].

Wyróżnione postawy zachowań dają dobry obraz tego, że chorzy ludzie nie są jednolici w zachowaniach.

Specyficzne postawy wobec schorzeń reumatycznych

Na postawy osób cierpiących na schorzenia reumatyczne wpływa specyfika tych schorzeń, którą można określić następująco:

- wydłużony czas oczekiwania na poprawę,
- potrzeba zdyscyplinowanego trybu życia (np. zaniechanie używek, właściwa dieta, ruch, gimnastyka),
- wzmożony lęk i niechęć przed wysiłkiem fizycznym, który potęguje doznania bólowe,
- powrót do zdrowia rozłożony w czasie,
- uzmysłowienie sobie konieczności *walki o zdrowie* nawet poprzez wymuszony ruch, aktywność, ćwiczenia,
- wiedza na temat stanu zdrowia (np. że poranna sztywność stawów jest objawem, wobec którego pacjent sam musi przyjąć postawę aktywnego radzenia sobie),
- akceptacja zachowań rezygnacyjnych,
- współdziałanie z lekarzem, terapeutą.

Przekraczanie wyuczonych postaw i zachowań w schorzeniach reumatycznych

Czynnik psychologiczny stanowi ważny element integralnego procesu leczenia. Nie może w nim zabraknąć aktywności podmiotowo-osobowej człowieka. Być może chciałoby się, aby tak nie było. Zaburza to bowiem jednoznaczność wyników obserwacji procesu leczenia i rozbudowanej wyłączonej paradygmatu biochemicznego. W tej sytuacji należy przypomnieć pytanie o to, jaki model człowieka leży u podstaw oporów wobec szeroko rozumianej psychosomatyki lub pełniej, wobec *no-opsychosomatyki* [7] czy *socjopsychosomatyki* [9].

W związku z powyższym należy docenić podejście psychologiczne, a w tym zwrócić szczególną uwagę na:

- znaczenie uaktywniania potrzeby własnej aktywności w odniesieniu do choroby,
- budowanie wewnętrznych motywacji i postaw pozytywnych wobec własnych schorzeń,
- poszukiwanie sposobów przekraczania uwarunkowań,
- akceptację schorzeń i ograniczeń biopsychicznych,
- tworzenie grup wsparcia jako społecznego czynnika leczenia,
- rozwijanie podmiotowo-osobowych podstaw i postaw do dawania sobie rady z życiem i chorobą,
- strzeżenie się przed urazowością posttraumatyczną jako skutkiem egzystencjalnego doznania i doświadczenia obciążającego życiowo.

Choroba jest momentem wyłączenia człowieka z bieżącego życia. Wszystko, co dzieje się z człowie-

Tabela I. Postawy wobec choroby: altruistyczne i egoistyczne

Postawy altruistyczne (twórcze)	Postawy egoistyczne (pasożytnicze)
dawca człowiek, który we własnym cierpieniu dzieli się dobrocią, życzliwością i doświadczeniem, dostrzega cierpienie i przeżycia innych	biorca zapatrzony w możliwości różnych korzyści wynikających z choroby, jest pasożytem cudzej dobroci i serdeczności
samarytanin potrafi cierpliwie słuchać innych, rozważnie ocenia własną chorobę, rzeczowo zatroskany o siebie i otoczenie	hipochondryk pełen niepokoju i troski o siebie, chce być traktowany stale jako chory, wyolbrzymia swoje objawy, domaga się nieustannej opieki i uwagi
pomocnik akceptuje własną chorobę, współdziała w procesie leczenia, pomaga znaleźć sens cierpienia dla siebie i innych	malkontent nie akceptuje własnej choroby, narzuca swoją wizję leczenia, stale niezadowolony, nie stara się zauważyć możliwego sensu w doświadczanym cierpieniu
konspirator cierpi z pełną świadomością, ukrywa swój stan przed innymi, zaangażowany w powrót do zdrowia	zasłużony lubiący być widoczny na tle innych chorych, chwali się swoimi doświadczeniami w chorobie, chętnie straszy innych zabiegami i przewidywanym bólem
poszukiwacz obserwuje chorobę swoją i innych, poszukując w niej twórczych akcentów dla realizacji siebie	statysta bierny w cierpieniu, leniwy i niedbały w leczeniu
żołnierz męźnie znosi wszelkie cierpienie, budzi otuchę i nadzieję otoczenia, podający dłoń współchorującemu	żebrak nie umie i nie chce walczyć o zdrowie, tchórz wobec bólu, budzi litość, unika trudów życia, nie pomaga innym
artysta wykorzystuje swój ból do pogłębiania refleksji filozoficzno-artystycznej, poszukuje nowych treści w swojej chorobie	zawodowiec chorujący często i długo, pesymista i smutny z powodu cierpienia, sztucznie tworzy w sobie stan choroby, widząc w nim swoją przyszłość
bohater ideowiec pochłonięty służbą dla innych, charakteryzuje się wielkodusznością i bezinteresownością	świętoszek fatszywy bohater w chorobie, udaje, że swoim cierpieniem nawraca innych, dla innych bywa źródłem zgorszenia i udręki

Materiał źródłowy: opracowanie na podstawie K. Osińska 1980, s. 43-56 [4]

kiem w związku z chorobą, jest doznaniem przeciw, tj. antyadaptacyjnym, antyprzystosowawczym i antyegzystencjalnym. Syndrom *białego sufitu* jest bogaty w treści, które stanowią stres i frustrację, co przeraża i niepokoi, przygnębia i odbiera nadzieję. Człowiek doświadczający bólu cierpi. Jednak egzystencja nie musi być tymi doświadczeniami zdeterminowana. Obydwa procesy, bólu i cierpienia, należą do doświadczeń życia oraz życiu i zdrowiu służą, choć na różne sposoby i nie dzieje się to automatycznie.

Piśmiennictwo

- Kondaš O. Psychologia kliniczna. PWN, Warszawa 1984.
- Kübler-Ross E. Interviews mit Sterbenden. Kreuz-Verlag. Stuttgart-Berlin, 1969.
- Kübler-Ross E. Rozmowy o śmierci i umieraniu. PAX, Warszawa, 1979.
- Osińska K. Twórcza obecność chorych. PAX, Warszawa, 1980.
- Osińska K. Zdrowie psychiczne człowieka cierpiącego. W: System wartości i zdrowie psychiczne. B. Hołyst (red.). UW, Warszawa, 1990: 62-7.
- Popielski K. Noetyczny wymiar osobowości. RW, KUL, Lublin, 1994.
- Popielski K. Noopsychosomatyka: propozycja nowego podejścia diagnostyczno-terapeutycznego. Przegląd Psychologiczny 1999; 42: 17-41.
- Popielski K.: Cierpienie jako doświadczenie *egzystencjalnie znaczące*. TU, Słowacja, 2005 (w druku).
- Skrzypek M. Od psychosomatyki do socjopsychosomatyki – w stronę interpretacji socjokulturowych w medycynie. Historyczna ewolucja dyscypliny. B. Płonka-Syroka (red.). Wyd. Arboretum, Wrocław, 2003: 74-91.
- Suchocka L. Analiza bólu i cierpienia w wybranych chorobach przewlekłych. Interpretacja noologoteoretyczna. W: Výzvy pre psychológu tretieho tisícročia. Perspektiva z pohľadu logoterapie, red. J. Stempelová, L. Timulák. Wyd. UT, Trnava, 2003: 141-54.
- Szentmártoni M. Psychologia pastoralna. Wyd. WAM, Kraków, 1995.