

## CZEŚĆ I

### UDZIAŁ CZYNNIKÓW PSYCHOSPOŁECZNYCH W POWSTAWANIU CHORÓB SOMATYCZNYCH

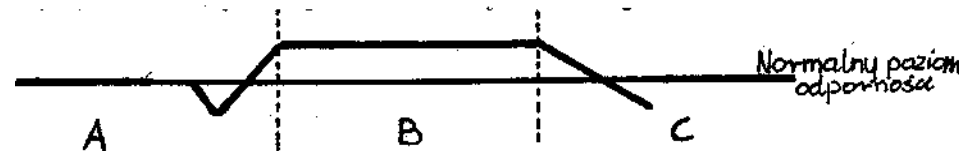
Okres po Drugiej Wojnie Światowej charakteryzuje się niekwestionowanymi osiągnięciami w medycynie. Wiele chorób udało się opanować, wzrosła średnia długość życia, w sposób istotny udoskonalono metody diagnostyczne i terapeutyczne. Równolegle jednak zauważono, że nawet w krajach o najwyższym poziomie medycyny, występuje wzrost zachorowań i śmiertelności na pewne choroby. Fakty te skłoniły zarówno klinicystów jak i badaczy do bardziej wnikliwego ustalenia przyczyn tego zjawiska. Początkowe obserwacje kliniczne, a później systematyczne badania empiryczne wykazały, że obok znanych dotychczas, biologicznych uwarunkowań, także czynniki psychospołeczne mogą odgrywać pewną rolę w powstawaniu i rozwoju chorób somatycznych. Zaobserwowane zależności wiązano z problematyką stresu. Zagadnieniem tym zajmiemy się poniżej. Omówimy najczęstsze sposoby rozumienia pojęcia *stresu*. Przedstawimy także następstwa i sposoby radzenia sobie ze stresem. Rozważania nad związkiem czynników psychospołecznych z powstaniem i rozwojem chorób somatycznych wymaga także wprowadzenia innego terminu: "*czynnik ryzyka*". Pojęcie to zaczerpnięte zostało z epidemiologii. Ma ono *charakter probabilistyczny*. Oznacza, że związek pomiędzy uwarunkowaniem psychospołecznym a chorobą somatyczną będzie rozpatrywany w kategoriach prawdopodobieństwa. Wystąpienie danego czynnika zwiększa prawdopodobieństwo zachorowania i prawdopodobieństwo to rośnie wraz ze wzrostem liczby czynników.

W ciągu ostatniego półwiecza opublikowano wiele, szczegółowych danych empirycznych, dotyczących związku czynników psychospołecznych z powstaniem chorób somatycznych. Dane te wiążą się z problematyką stresu. Należą do trzech nurtów badań. Każdy z tych kierunków eksponuje nieco inne zmienne psychologiczne, które mają związek z powstaniem i rozwojem chorób somatycznych. Pierwsza grupa badań dotyczy *osobowościowych uwarunkowań* chorób somatycznych. Dla przedstawicieli drugiego kierunku zasadniczym obiektem zainteresowań są *czynniki sytuacyjne*. Stanowisko, w pewnym sensie integrujące, reprezentują przedstawiciele trzeciego nurtu, którzy poszukują zależności pomiędzy określonym *zachowaniem* a pojawieniem się choroby. Każdy z tych kierunków badań omówiony będzie poniżej. Na zakończenie tej części skryptu podjęta zostanie próba integracji szczegółowych danych empirycznych i przedstawiony będzie model służący do opisu związku pomiędzy czynnikami psychospołecznymi a powstaniem choroby somatycznej.

## 1. STRES

### a/ Stres biologiczny

Pojęcie *stresu* wprowadził do nauki *Hans Selye*, twórca teorii stresu biologicznego. Stres definiowany jest przez niego jako "**nieswoista reakcja organizmu na wszelkie stawiane mu żądania**". Czynniki, wywołujące stres, czyli *stresory* mogą być rozmaite i zgodnie ze swoją specyfiką, wywołują *swoistą* reakcję ze strony organizmu. Na przykład, gdy stresorem jest znaczny wzrost temperatury w otoczeniu człowieka, organizm uaktywnia gruczoły potowe, ponieważ parowanie potu z powierzchni skóry wywołuje efekt chłodzący. Gdy stresorem jest określona toksyna, która dostała się do organizmu, to pojawiają się reakcje charakterystyczne dla tej trucizny. Oprócz specyficznej reakcji organizmu, wywołanej stresorami różnej natury, **organizm reaguje każdorazowo w sposób uniwersalny, nieswoisty. Reakcja ta jest podobna bez względu na cechy stresora oraz jego jakość**, tzn. czy jest on bodźcem przyjemnym czy nieprzyjemnym dla człowieka. Liczy się jedynie intensywność żądania, postawionego człowiekowi. Żądanie to oznacza wymóg przystosowania się do nowej sytuacji, powstałej po zadziałaniu stresora. Stres jest pierwotną reakcją adaptacyjną, gdyż oznacza wzrost aktywności i poziomu mobilizacji organizmu, ilekroć istnieje taka potrzeba. Na poziomie fizjologicznym owa "*nieswoista reakcja organizmu*" oznacza pobudzenie autonomicznego układu nerwowego oraz tzw. *osipodwzgórze - przysadka - kora nadnerczy*. Reakcja ta przebiega w trzech stadiach. Pierwsze /A/, to *stadium reakcji alarmowej*, występujące w początkowym momencie oddziaływania stresora. Charakterystyczne jest tu przejściowe zmniejszenie się odporności. Drugie stadium /B/, to *stadium odporności*, zwiększonej mobilizacji. Trzecie stadium /C/, to *stadium wyczerpania*. Organizm "nie walczy" ze stresem. Pojawiają się wtórne cechy reakcji alarmowej. Mogą być one nieodwracalne, gdy stresor był zbyt silny w stosunku do możliwości przystosowawczych organizmu i wtedy osobnik ginie.



Ryc.1. Ogólny Zespół Przystosowania wg H.Selye'go  
(Stres okiełznany, PIW, Warszawa, 1977)

Opisany, biochemiczny mechanizm reakcji na stresor, pełnił funkcję obronną u człowieka pierwotnego, gdyż pobudzał do walki bądź ucieczki w sytuacjach

bezpośredniego zagrożenia życia. Wraz z rozwojem cywilizacji zmienił się charakter oddziałujących na człowieka stresorów oraz nastąpiło ich znaczne nagromadzenie. Pierwotnie adaptacyjny mechanizm, uaktywniany każdorazowo w sytuacjach, mających charakter zagrożeń społecznych, obraca się przeciwko człowiekowi. Nie mogąc rozładować reakcji stresowej, człowiek ponosi negatywne konsekwencje nadmiaru uwalnianych hormonów stresowych.

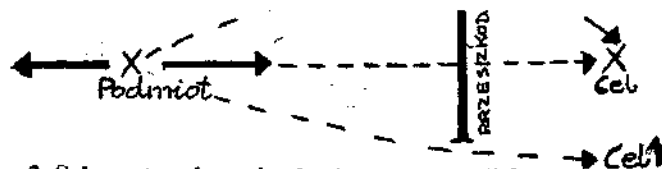
### b/ Stres psychologiczny i radzenie sobie ze stresem

W psychologii stres jest używany w trzech różnych znaczeniach: jako *określony stan psychiczny*, jako *określona sytuacja* albo jako *określona relacja pomiędzy jednostką a otoczeniem*.

Kiedy mówi się o stresie w sensie strachu, ma się na myśli napięcie emocjonalne, wywołane czynnikami zewnętrznymi lub wewnętrznymi.

W tym rozumieniu stres jest traktowany jako *reakcja psychofizyczna* na bodźce zewnętrzne lub wewnętrzne. Reakcja ta dotyczy wszystkich trzech aspektów emocji: *poznawczego, wegetatywno-somatycznego i behawioralnego*. *Aspekt poznawczy* oznacza, że jednostka zdaje sobie sprawę ze zmian jakie u niej zaszły w zakresie treści i siły emocji. *Aspekt wegetatywno-somatyczny*, to wskaźniki fizjologiczne emocji /reakcje biologiczne na zewnętrzne bądź wewnętrzne bodźce/. *Aspekt behawioralny* emocji to tendencja do określonych zachowań związanych z danymi bodźcami.

W wielu pracach używa się pojęcia **stresu dla określenia sytuacji**. *Sytuacja stresowa to taka sytuacja, która zakłóca tok czynności, która zagraża czymś człowiekowi lub która utrudnia bądź uniemożliwia mu zaspokojenie jego potrzeb czy realizację zadań* /definicja J.Reykowskiego/. Czynność rozumiana jest w psychologii jako dążność podmiotu do celu. Zagrożenia mogą mieć charakter fizyczny /biologiczny/ bądź psychospołeczny. Określenie "sytuacja stresowa" używane jest zamiennie z pojęciem "sytuacja trudna". Do najczęstszych sytuacji stresowych zalicza się *sytuacje frustracyjne i sytuacje konfliktowe*. *Sytuacja frustracyjna, to taka sytuacja, w której podmiot dążąc do celu napotyka na przeszkodę*. W okolicznościach takich ludzie albo starają się pokonać przeszkodę, albo ją ominąć, czasami wycofują się, rezygnują albo wyznaczają sobie cel zastępczy. Schematycznie można to przedstawić następująco:



Ryc.2. Schemat zachowań człowieka w sytuacji frustracyjnej ze względu na realizację celu

Warto ten schemat zapamiętać, bo jest bardzo użyteczny m.in. wtedy gdy chcemy przewidzieć zachowanie się pacjenta, który traktuje chorobę jako przeszkodę.

Drugi rodzaj sytuacji stresowych, to *sytuacje konfliktowe*. *Sytuacja konfliktowa, to taka sytuacja, w której jedna czynność wyklucza inną czynność, albo kiedy ta sama czynność służy do realizacji dwóch przeciwstawnych celów*. Należy zwrócić uwagę, że takie rozumienie konfliktu różni się od potocznego używania tego pojęcia. Przytoczone określenie konfliktu dotyczy *relacji pomiędzy motywami*. Można wyróżnić **trzy rodzaje sytuacji konfliktowych**: 1/ *Pomiędzy dążeniem a dążeniem* - wtedy, gdy mamy dwa cele pozytywne, a tylko jeden z nich możemy zrealizować. Sytuacja ta odpowiada potocznemu określeniu: "osiłkowi w żłobie dano..." 2/ *Pomiędzy unikaniem a unikaniem* - jednostka musi dokonać wyboru pomiędzy dwoma negatywnymi sytuacjami. Jest to konflikt polegający na wyborze "mniejszego zła". 3/ *Pomiędzy dążeniem a unikaniem*. Po to aby osiągnąć pozytywny cel trzeba zdecydować się na nieprzyjemne okoliczności. Jest to sytuacja ambiwalentna.

Najbardziej spójną, współczesną koncepcją psychologicznego opisu stresu i radzenia sobie ze stresem /"coping"/ jest **poznawcza teoria R.Lazarusa i S.Folkmana**. Wyjściową tezę tej koncepcji jest stwierdzenie mówiące, że człowiek i środowisko pozostają w dynamicznym związku /transakcji/, wzajemnie na siebie oddziałując. Człowiek zarówno wpływa na środowisko, wywołując w nim określone zmiany, jak i sam ulega oddziaływaniom środowiska. *Stres definiowany jest jako taka relacja człowieka z otoczeniem, która oceniana jest przez jednostkę jako wymagająca wysiłku adaptacyjnego bądź przekraczająca jej możliwości oraz godząca w dobre samopoczucie człowieka*. Jeśli efektem owej oceny poznawczej /zwanej *oceną pierwotną*/, dotyczącej charakteru związku człowieka z otoczeniem, będzie identyfikacja zagrożenia, krzywdy lub wyzwania, to rozpoczyna się *proces zmagania się, radzenia sobie* człowieka ze stresem; Proces ten poprzedzony jest tzw. *oceną wtórną*, w wyniku której człowiek szacuje co, /jeśli w ogóle coś/ może zrobić, by polepszyć swoją sytuację, czyli ocenia swoje możliwości radzenia sobie ze stresem. W wyniku oceny pierwotnej człowiek zyskuje orientację, co w istocie się stało, czyli przypisuje znaczenie psychologiczne zaistniałej zmianie w jego relacji z otoczeniem. Na przykład: czy jest narażony na niebezpieczeństwo, czy zagrożone są jego wartości materialne i duchowe np. samoocena, poczucie własnej godności, czy on lub bliskie mu osoby doznały faktycznej krzywdy, poniosły stratę; czy też to, co się wydarzyło, można uznać za wyzwanie do pokonania zaistniałych trudności. Zależnie od oceny, jaką człowiek przypisze swojej sytuacji oraz swoim możliwościom zareagowania na nią, radzi sobie w określony sposób ze stresem. Pojęciu "radzenia sobie ze stresem" przypisany jest bardzo szeroki zakres znaczeniowy. Obejmuje on bowiem wszelkie, zarówno poznawcze jak i behawioralne akty działania człowieka, mające na celu redukcję, ujarzmienie lub tolerowanie określonych zewnętrznych lub wewnętrznych

wymagań ocenianych przez osobę jako obciążenie, lub przekraczające jej zasoby. Proces radzenia sobie pełni dwie główne funkcje. Pierwsza z nich to *uregulowanie emocji* /zwykle intensywnych, głównie negatywnych/, a druga to *uporanie się z problemem*, który był źródłem stresu /rozwiązanie problemu, a jeśli to niemożliwe, to przystosowanie się do życia w zmienionej sytuacji, np. po śmierci bliskiej osoby/. Z badań Lazarusa wynika, że we wszystkich rodzajach sytuacji stresowych ludzie stosują obie formy radzenia sobie - te skoncentrowane na emocjach i te skoncentrowane na problemie. W procesie zmagania się ze stresem, w następstwie podjętych przez człowieka działań lub obiektywnych zmian w jego otoczeniu, może dojść do zmiany znaczenia psychologicznego, jakie pierwotnie człowiek przypisywał swojej sytuacji. Np. swoją sytuację odbierał początkowo głównie jako zagrożenie dla jego zdrowia, poczym zareagował tak skutecznie, że zagrożenie oddaliło się. W związku z tym skłonny jest traktować swój stres jako możliwą do przewyciężenia trudność. Początkowo dominujący w emocjach lęk ustąpił i człowiek ten działa bardziej spokojnie, a widząc pozytywne efekty własnych poczynań przeżywa także emocje pozytywne /satisfakcja z własnej skuteczności, antycypacja sukcesu w poradzeniu sobie z problemem/. Jedynie "towarzysząc" człowiekowi w procesie zmagania się ze stresem i używając określonych narzędzi badawczych można by odtworzyć przebieg tego procesu. W praktyce jest to z wielu względów /także etycznych/ niewykonalne. Można natomiast odtworzyć cały repertuar szczegółowych efektów radzenia sobie ze stresem za pomocą kwestionariusza. Taki kwestionariusz skonstruowany przez Lazarusa i Folkman zawiera 66 pozycji, będących opisem konkretnych wysiłków /poznawczych, emocjonalnych i behawioralnych/ człowieka w sytuacji stresowej.

Procedura badawcza, mająca na celu ustalenie sposobów, za pomocą których jednostka radzi sobie ze stresem, polega na opisie przez osoby badane jakiegoś wydarzenia stresowego a następnie wyborze z kwestionariusza takich stwierdzeń, które dobrze charakteryzują ich zachowanie w danej sytuacji. Lista do określenia sposobów radzenia sobie zawiera szeroki zakres różnorodnych strategii, służących redukcji stresu. Po zbadaniu większej populacji można za pomocą analizy czynnikowej wyodrębnić kategorie sposobów radzenia sobie. W badaniach z 1986 r. wyłoniono 8 strategii, grupujących sposoby radzenia sobie:

#### 1. *Sposoby konfrontacyjne.*

Są to zachowania bezpośrednie, zgodne z pierwszym impulsem, np.: "okazałem złość osobie /osobom/, które były przyczyną problemu", "robiłem coś, o czym nie wiedziałem czy to coś da, ale przynajmniej coś robiłem".

#### 2. *Dystansowanie się.*

Są to reakcje poznawcze, polegające na obronnym usuwaniu ze świadomości problemu, który był źródłem stresu, np.: "nie dopuszczałem tego do siebie", "starałem się zapomnieć o całej sprawie".

#### 3. *Samokontrola.*

Jest to kontrolowanie własnych emocji i nie podejmowanie pochopnych działań, np.: "starałem się zachować moje uczucia dla siebie", "przebiegałem w myślach co powiem lub zrobię".

#### 4. *Poszukiwanie wsparcia społecznego.*

Są to zachowania, polegające na korzystaniu z rzeczowej, informacyjnej, emocjonalnej pomocy innych osób, np.: "prosiłem krewnego bądź przyjaciela o radę", "przyjmołem współczucie i zrozumienie od innych osób".

#### 5. *Przyjmowanie odpowiedzialności.*

Są to zachowania i refleksje człowieka, uznającego własną winę w powstaniu stresu, np.: "krytykowałem i obwiniałem się", "obiecałem sobie, że następnym razem będzie inaczej".

#### 6. *Ucieczka - unikanie.*

Jest to zajmowanie się głównie poprawieniem sobie samopoczucia, uciekanie od problemu, będącego źródłem stresu, np. "spałem więcej niż zwykle", "próbowałem polepszyć sobie samopoczucie przez jedzenie, picie, używanie leków".

#### 7. *Planowe rozwiązywanie problemu.*

Są to konkretne działania, mające na celu rozwiązanie powstałego problemu, np.: "zrobiłem plan działania i zgodnie z nim postępowałem", "byłem skoncentrowany jedynie na tym, co mam zrobić".

#### 8. *Pozytywne przewartościowanie.*

Dokonanie zmian w hierarchii wartości, wyciągnięcie korzyści ze stresu, np.: "odkryłem na nowo, co w życiu jest ważne", "zmieniłem się na lepsze jako człowiek". Kwestia czy człowiek, stosując określone style radzenia sobie ze stresem jest bardziej zdeterminowany przez cechy swojej osobowości, /tzn. można by wtedy uznać pewne style radzenia sobie za trwałe tendencje osobowościowe /czy też dostosowuje wybór określonych strategii do cech sytuacji stręśowej, nie została na razie jednoznacznie rozstrzygnięta. Z badań wynika, że istnieją pewne style radzenia sobie, których wybór w niewielkim stopniu zależy od kontekstu sytuacyjnego.

Są nimi: pozytywne przewartościowanie, samokontrola i ucieczka - unikanie. Style te, nastawione są na regulację emocji, stąd mogą one w większym stopniu zależeć od właściwości osobowości niż od cech sytuacji. Generalnie, wydaje się, że sposoby radzenia sobie ze stresem podlegają większej zmienności sytuacyjnej niż proces oceny zdarzenia stresowego. Ocena zdarzenia stresowego, przypisanie mu określonych, subiektywnych znaczeń psychologicznych, zależne jest od pewnych stałych własności osobowości, z których szczególnie istotne wydają się być takie, jak: - optymizm - pesymizm; - samoocena /zwłaszcza w zakresie oceny własnych umiejętności radzenia sobie w sytuacjach trudnych/; - stały poziom lęku; - poczucie sprawczości; - obraz świata, utrwalony w systemie wiedzy człowieka.

Wymienione cechy osobowości z pewnością mają wpływ na fakt czy człowiek jest skłonny oceniać stres jako zagrożenie, na modyfikację którego ma niewielki wpływ,

czy też wyzwanie, to znaczy, dającą się pokonać trudność.

Można uznać, że pewne strategie w sytuacjach stresowych, związanych z chorobą, są przystosowawcze bądź nie. Na przykład styl "ucieczka - unikanie" oraz "dystansowanie się", stosowany w celu redukcji lęku, gdy człowiek obserwuje u siebie rozwój niepokojących objawów chorobowych /np. powstawanie nowotworu piersi/ jest szczególnie nieprzystosowawczy, gdyż prowadzi do opóźnienia w rozpoczęciu leczenia oraz do dodatkowych niekorzystnych następstw zdrowotnych, wynikających ze stosowania środków, obniżających napięcie emocjonalne /leki uspakajające, alkohol inne używki/. Z kolei, "strategia pozytywnego przewartościowania" wydaje się być niezwykle przystosowawcza w przypadku stresu, związanego z nieuleczalną chorobą. W wywiadach, prowadzonych przez Lichtman, Wood i Taylor z kobietami chorymi na raka, okazało się, że strategia ta pomagała pacjentkom zobaczyć swoją sytuację w korzystnym świetle /w wyniku porównań z pacjentkami jeszcze bardziej chorymi/, poprawić samoocenę i umożliwiła osiągnięcie wysokiego poziomu jakości życia, mimo wielu lat trwania choroby.

Zagadnienie radzenia sobie ze stresem ściśle wiąże się z mechanizmami obronnymi osobowości. Niektórzy autorzy uważają wręcz, że mechanizmy te są jednym z zasadniczych sposobów radzenia sobie ze stresem. Problematyka ta wprowadzona została do psychologii przez przedstawicieli psychoanalizy, wtedy gdy pojęcie stresu jeszcze nie istniało. Poniżej omówione będą najważniejsze i najczęściej stosowane mechanizmy obronne.

### **Mechanizmy obronne osobowości**

Mechanizmy obronne osobowości są to *navykowe, często nieuświadomione sposoby zachowania, mające na celu doraźną redukcję lęku i niedopuszczenie do obniżenia samooceny człowieka*. Mechanizmy te aktywizują się w sytuacjach stresowych i w większości nie prowadzą do realnych zmian w sytuacji człowieka, a jedynie do utrzymania zagrożonego stresem komfortu emocjonalnego. Do najpowszechniej stosowanych przez człowieka mechanizmów obronnych należą: 1. *Wyparcie, tłumienie* polega na obronnym usuwaniu ze świadomości faktów, myśli, które wzbudziły lęk czy też poczucie winy, gdyby człowiek w pełni je sobie uświadomił. Np. pacjent "zapomina" o zaleceniu lekarza, by poddać się jakiemuś diagnostycznemu badaniu, gdyż przeczuwa, że wyniki mogą być bardzo niekorzystne. Niektórzy autorzy różnicują wyparcie od tłumienia przyjmując jako kryterium stopień uświadomienia sobie przez zainteresowanego motywu swojego zachowania. Ze względu na to, że w praktyce bardzo jest trudno określić ten stopień świadomości, a skutki działań są identyczne, można obydwa mechanizmy rozpatrywać łącznie.

W sytuacjach stresowych związanych z chorobą, spotykamy często mechanizm *zaprzeczania /denial/*, u podłoża którego leży właśnie wyparcie i tłumienie. Mechanizm ten wyraża się w odrzuceniu, nie przyjęciu niepomysłnej dla pacjenta

diagnozy lekarza /co doraźnie pozwala pacjentowi trwać w przekonaniu, że jest zdrowy/.

Zaprzeczanie bywa przyczyną ignorowania zaleceń lekarza, który zabrania pacjentowi po przebytych bezbólowym zawale serca wstawania z łóżka. Pacjent, stosując ten mechanizm, wstając, chce przekonać siebie i otoczenie, że jest zdrowy.

2. *Racjonalizacja* polega na znalezieniu przez człowieka z pozoru racjonalnego, pozornie słusznego wyjaśnienia pewnych zagrażających dla niego bądź niewygodnych faktów. Np. człowiek broniąc się przed silnym lękiem, jaki by powstał, gdyby uznał, że rozwijające się zmiany na skórze mogą mieć charakter nowotworowy, tłumaczy je sobie w sposób mający cechy wiarygodnej interpretacji /np. "to przebarwienie skóry to wynik uderzenia, to na pewno samo zniknie"/. Oczywiście konsekwencje trwania w takim samooszukiwaniu się mogą być zgubne dla człowieka, gdyż odracza się moment interwencji lekarskiej.

3. *Projekcja*, polega na "rzutowaniu" nieakceptowanych u siebie cech na otoczenie. Postępując w ten sposób, człowiek broni się przed przyjęciem odpowiedzialności za nieakceptowane społecznie postawy czy też ewidentnie negatywne cechy /"to nie ja jestem winny, ale przełożony uwziął się na mnie, bo jest agresywnie do mnie nastawiony"/.

4. *Identyfikacja* jest mechanizmem obronnym, umożliwiającym pośrednie zaspokojenie potrzeb. Gdy człowiekowi nie udało się zrealizować ważnych dla niego celów, może on utożsamiać się np. ze swoim dzieckiem. Realizuje to, wywierając presję na dziecko, by osiągało te cele, których jemu nie udało się osiągnąć. Porażki dziecka traktuje jak własne niepowodzenie, ale sukcesy - jako własne osiągnięcia, co dostarcza mu wiele satysfakcji.

5. *Kompensacja* polega na dążeniu do uzyskania powodzenia w jakiejś dziedzinie i wyrównania /skompensowania/ w ten sposób niepowodzeń doznawanych na innym polu. Na przykład pacjent przykuty do wózka inwalidzkiego rozwija swoje zdolności plastyczne i osiąga na tym polu znaczne sukcesy.

6. *Nadkompensacja* wyraża się w osiągnięciu sukcesu w tej właśnie dziedzinie, która była źródłem niepowodzeń. Np. pacjent po amputacji obu kończyn górnych nie rezygnuje z pływania, w której to dyscyplinie odnosi znaczne sukcesy, gdy był zdrowy i staje się mistrzem w swojej klasie w pływaniu, wypracowując własny styl.

Należy mocno podkreślić, że przytoczony sposób rozumienia mechanizmów obronnych i podane opisy, nie mają nic wspólnego z podobnym terminem używanym w naukach biologicznych. Nasze rozważania dotyczyły bowiem mechanizmów obronnych osobowości, a nie obrony na poziomie biologicznym.

Nasuwa się pytanie: od czego zależy poziom tolerancji stresu przez człowieka? Na pytanie to będziemy starali się odpowiedzieć poniżej.

## Odporność na stres

Termin "odporność na stres" można rozumieć jako niereagowanie przez człowieka pobudzeniem emocjonalnym pomimo, że znajduje się on w sytuacji, której cechy uzasadniałyby uznanie jej za sytuację stresową. Zgodnie z drugim zrozumieniem, "odporność na stres" oznacza zdolność do utrzymania kierunku działania, sprawności i poziomu organizacji zachowania mimo, że człowiek znajduje się w sytuacji stresowej. Przeżywa on intensywne emocje, ale nie wpływają one dezorganizująco na jego zachowanie, tzn. skutecznie radzi sobie ze stresem.

Istnieją duże różnice indywidualne między ludźmi w zakresie odporności na stres. Na jednym krańcu kontinuum odporności znajdują się osoby, które z różnymi sytuacjami stresowymi potrafią sobie skutecznie radzić i ich zachowanie nie ulega dezorganizacji. Na przeciwnym krańcu kontinuum odporności znajdują się osoby, które nie radzą sobie z sytuacją stresową o niewielkim nawet stopniu trudności i bardzo silnie emocje zaburzają ich działanie. W praktyce większość osób należałoby umieścić bliżej środka owego kontinuum "uniwersalnej" odporności. Różnice indywidualne dotyczą także zróżnicowania poziomu odporności na specyficzne sytuacje stresowe. U niemal każdego człowieka można odnaleźć obszary obniżonej tolerancji na stres. W pewnych okolicznościach człowiek reaguje szczególnie silnym pobudzeniem emocjonalnym i mało sprawnie działa, co jest związane ze szczególnie przykrymi doświadczeniami z przeszłości. Sytuacje podobne do tych, które kiedyś /zapewne w dzieciństwie/ spowodowały uraz, będą właśnie tymi obszarami obniżonej tolerancji na stres. Ponadto obserwuje się zmienność odporności na stres w czasie - tzn. ten sam człowiek może z różną intensywnością reagować na analogiczne sytuacje stresowe zależnie od momentu czasowego. Odporność na stres uwarunkowana jest przez stałe właściwości człowieka takie jak:

- cechy układu nerwowego - słabość układu wiąże się z nadmierną reaktywnością, co oznacza reagowanie na sytuacje stresowe nieproporcjonalnie silnym napięciem emocjonalnym, zakłócającym działanie człowieka;

- wzór reagowania emocjonalnego.

Osoby, reagujące na stres głównie lękiem, są mniej odporne od osób, u których występują obok niepokojów także emocje pozytywne /ożywienie, zaintrygowanie, przeczuwanie sukcesu w zmaganiu się ze stresem/;

- hierarchia potrzeb i rodzaj dominującej motywacji.

Osoby, u których ważnym wyznacznikiem zachowania jest potrzeba osiągnięć i zadaniowe nastawienie, są bardziej odporne na stres od osób, u których dominuje motywacja o charakterze negatywnym /nastawienie na uniknięcie niepowodzenia/;

- samoocena.

Niska samoocena związana jest z mniejszą odpornością na stres. Także rozbieżność między samooceną człowieka a jego przekonaniem, jak jest oceniany przez otoczenie, wpływa na odporność jednostki. Negatywny wpływ ma przekonanie człowieka, że jest

niedoceniany przez otoczenie.

Dotychczasowe rozważania nad radzeniem sobie ze stresem, mechanizmami obronnymi i nad odpornością jednostki na stres, dotyczyły relacji pomiędzy sytuacjami stresowymi a funkcjonowaniem psychicznym człowieka. Nie uwzględniano zmian wegetatywno-somatycznych, które pojawiają się w związku z sytuacjami stresowymi. Problemem tym zajmijmy się poniżej.

## Bezpośrednie konsekwencje sytuacji stresowych

*Podstawową, bezpośrednią konsekwencją sytuacji stresowych są zmiany w zakresie procesów emocjonalnych.* Zmiany te dotyczą wszystkich trzech aspektów emocji: poznawczego, wegetatywno-somatycznego i behawioralnego. W poprzednich paragrafach zwracaliśmy uwagę na aspekt poznawczy, teraz zajmijmy się dwoma pozostałymi.

W. Cannon, na podstawie badań eksperymentalnych przeprowadzonych na zwierzętach twierdził, że **w sytuacji zagrożenia /w latach dwudziestych pojęcie stresu jeszcze nie istniało/ następują w organizmie istotne zmiany, które mobilizują zwierzę do ataku lub ucieczki.** Cannon szczególną rolę przypisywał zmianom zachodzącym w funkcjach nadnerczy. Jak pamiętamy, wątek ten podjął i rozwinął w swoich badaniach H. Selye. Późniejsze badania dotyczące zarówno zwierząt jak i ludzi wykazały, że w sytuacjach stresowych aspekty wegetatywno-somatyczne emocji dotyczą prawie wszystkich układów fizjologicznych. Rodzaj i intensywność tych zmian zależy jednak zarówno od samej sytuacji stresowej jak i od indywidualnych predyspozycji jednostki. Dobrą ilustracją może być sytuacja egzaminacyjna. U jednych osób pojawiają się wtedy objawy ze strony układu pokarmowego /zmiany w perystaltyce jelit, bóle w jamie brzusznej itp./, u innych objawy ze strony układu krążenia /przyspieszenie akcji serca, klucia i bóle w okolicy serca, blednicie lub czerwienienie się itp./. Są też osoby, u których w tej sytuacji obserwuje się zwiększoną diurezę lub nadmierną potliwość. Intensywność tych reakcji zależy od znaczenia danego egzaminu, stopnia przygotowania studenta, jego aktualnego stanu psychofizycznego, osobowości jak i predyspozycji biologicznych.

*Aspekt behawioralny* bezpośrednich konsekwencji sytuacji stresowych rozpatrywany jest na przykładzie sytuacji frustracyjnej. Częstym zachowaniem w takiej sytuacji jest agresja, zachowanie destrukcyjne, związane ze wzrostem napięcia emocjonalnego, stanu wściekłości, gniewu. Agresja wyrażać się może, bądź w formie działań fizycznych, lub co częściej się spotyka, słownej. Agresja w zależności od tego na kogo, lub na co jest skierowana przybierać może dwie formy. Agresja bezpośrednia oznacza, że działanie /fizyczne lub słowne/ skierowane jest przeciwko osobie lub rzeczy, która jest źródłem frustracji. Np. lekarz odmawia przyjęcia pacjenta, tłumacząc, że w dniu dzisiejszym wyczerpał już limit przyjęć a ponadto spieszy się, staje się obiektem ataku słownego pacjenta. Agresja

przemieszczona polega na tym, że w przypadku kiedy źródło frustracji jest nieznane, nieuchwytny, lub gdy atakowanie go mogłoby stać się niebezpieczne, wówczas gniew wyładowany jest na niewinnej osobie lub rzeczy. Np. student, który nie zdał egzaminu odreagowuje swoją złość nie na egzaminatorze /mogłoby to być niebezpieczne dla niego/, ale na członku rodziny. Podobnie pacjent leżący w szpitalu, źle potraktowany przez pielęgniarkę, wyładowuje swój gniew, robiąc bez powodu awanturę innemu choremu.

*Wycofanie i rezygnacja* to reakcje diametralnie różne od poprzednich. Pojawiają się, gdy przeszkoda spostrzegana jest jako nie do przewyciężenia i wszelkie próby pokonania jej okazały się daremne. Zachowaniu takiemu towarzyszy apatia. Czasami apatia wskazuje, że agresywne tendencje są stłumione, albo wyrażają się w formie zamaskowanej. Osoba reagująca apatią na sytuację stresową, często staje się ponura, obojętna, zamiast gniewna i wyzywająca, jak to ma miejsce w czynnej agresji. Np. pracownik pozbawiony przez szefa nagrody pieniężnej - na którą jak jest przekonany zasłużył - nie reaguje gniewem, a decyzję przyjmuje z obojętnością, ale pracę swoją *zaczyna* wykonywać w sposób niedbały.

Innym zachowaniem w sytuacji frustracyjnej jest fiksacja /stereotyp/. *Jest to tendencja do niezmiennej, powtarzającej się czynności*, pomimo że zachowanie takie może być karane i nie przybliży człowieka do określonego celu. Jednostka traci wtedy w mniejszym lub większym stopniu swoją elastyczność, czego wymaga normalne rozwiązywanie problemów i raz po raz ponawia tę samą próbę pomimo że doświadczenie wykazuje jej bezcelowość. Fiksacja, jak sądzi się, powstaje często wtedy, gdy plany jednostki krzyżuje wielokrotnie kara /szeroko rozumiana/, która jest przyczyną frustracji. Np. chirurg stosuje cenioną przez siebie ciągle tę samą technikę operacyjną, pomimo że rezultaty jakie osiąga stosując ją są wysoce negatywne. Nie potrafi dokonać szczegółowej analizy swoich działań, doszukać się błędu, zmienić technikę operacyjną.

Czasami w sytuacjach frustracyjnych ludzie reagują *regresją*. *Oznacza to powrót do wcześniejszych, lub prymitywnych sposobów zachowania*. Wyróżnia się dwie formy regresji. Retroregresja polega na powrocie do zachowań charakterystycznych dla młodego wieku. Np. dorosły mężczyzna poinformowany przez rejestratorkę w przychodni, że w dniu dzisiejszym nie zostanie przyjęty przez lekarza, zaczyna płakać. Prymitywizacja oznacza formy zachowań bardziej prymitywne niż te, które występowały u danego osobnika w przeszłości. Np. dorosły, kulturalny człowiek dowiaduje się od szefa, że jest zwolniony z pracy, na co reaguje potokiem wulgarnych słów, biciem pięściami w stół, chociaż nigdy nawet jako dziecko w ten sposób się nie zachowywał.

Przejdźmy teraz do omówienia odległych następstw sytuacji stresowych.

## Odległe konsekwencje sytuacji stresowych

Jeżeli dane przeżycie stresowe było bardzo intensywne lub powtarzało się wielokrotnie, to przy współwystępowaniu innych czynników może prowadzić do różnorodnych, trwałych następstw. Do odległych konsekwencji sytuacji stresowych należą zaburzenia psychosomatyczne czynnościowe oraz psychozy reaktywne. Sytuacje stresowe mogą również mieć pewien udział w powstawaniu i rozwoju chorób somatycznych, o czym będziemy mówili w następnym paragrafie.

Zaburzenia psychiczne są domeną psychiatrii, jednak obraz kliniczny niektórych nerwic sprawia, że pacjenci szukają pomocy u lekarzy różnych specjalności a nie u psychiatrów, dlatego też zaburzenia te zostaną krótko poniżej mówione. Nerwice są to czynnościowe zaburzenia psychiczne o niejednorodnym obrazie, wywołane przez sytuacje stresowe. Wyróżnia się szereg nerwic, a opisane zostaną dwie z nich ze względu na objawy imitujące wiele chorób somatycznych. *Nerwicę histeryczną* charakteryzują zmienne i różnorodne objawy kliniczne, dotyczące neuronu czuciowego i ruchowego. Objawy czuciowe to, znieczulenia, głuchota czynnościowa, zaburzenia mowy, wzroku, parestezje, oraz dolegliwości bólowe w różnych częściach ciała. Do objawów ruchowych należą niedowłady i porażenia kończyn, niemożność chodzenia, stania. *Nerwica hipochondryczna* polega na nadmiernej i nieuzasadnionej trosce o swoje życie, wynajdywaniu u siebie różnych objawów mających świadczyć o chorobie. Pacjent ma poczucie choroby somatycznej, a broni się przed przyjęciem interpretacji psychogennej objawów, chodzi od lekarza do lekarza domaga się zupełnie zbytecznych badań, prosi o przepisywanie różnych kuracji. A kiedy w jakimś badaniu wyjdą niewielkie odchylenia od normy pacjent trzyma się ich "kurczowo" i zaczyna tłumaczyć nimi swoje dolegliwości.

*Zaburzenia psychosomatyczne czynnościowe* /tzn. nerwice narządowe/ polegają na zakłóceniach funkcji określonego narządu lub układu. Zaburzenia czynnościowe stanowią duży problem medyczny ze względu na ich dużą częstotliwość występowania. Oblicza się, że od 30% do 50% pacjentów zgłasza się do lekarzy z powodu różnych dolegliwości nie mających swego uzasadnienia w chorobach organicznych. Lekarz może rozpoznać zaburzenia psychosomatyczne czynnościowe dopiero po wszechstronnym i dokładnym zbadaniu pacjenta i wykluczeniu choroby somatycznej. Często pacjenci zgłaszają się ze skargami dotyczącymi układu krążenia, jak bóle, klucia w okolicy serca, napadowe bicie, uczucie zamierania serca. Objawy powyższe tworzą obraz tzw. astenii sercowo-naczyniowej.

Dolegliwości dotyczące okolicy serca zwykle wzbudzają u chorego silny niepokój o zdrowie, życie. Układ pokarmowy stanowi również często miejsce zaburzeń czynnościowych. Należą do nich między innymi wymioty psychogenne, dyskinezy dróg żółciowych, zaparcia, stany kurczowo-wydzielnicze jelita grubego i zespół rzekomo-wrzodowy. Ze strony układu oddechowego na pierwszy plan wysuwa się dramatycznie wyglądający zespół hiperwentylacji polegający na szybkim, zwykle

głębokim oddychaniu. Pacjent odczuwa przy tym silną duszność, wykazuje duży niepokój. Wzmożone napięcie mięśniowe o etiologii psychogennej może być przyczyną bólu głowy, czy bólów okolicy łędźwiowo-krzyżowej.

Dla naszych rozważań podstawowe znaczenie odległych konsekwencji sytuacji stresowych wiąże się z chorobami somatycznymi. Zebrano bardzo wiele szczegółowych danych empirycznych świadczących o tym, że sytuacje stresowe, przy współwystępowaniu dodatkowych czynników, mogą mieć związek z powstaniem i rozwojem chorób somatycznych. Dane te omówione będą poniżej.

## 2. SYTUACYJNE CZYNNIKI RYZYKA CHORÓB SOMATYCZNYCH

Liczne dane przemawiające za udziałem czynników sytuacyjnych w powstawaniu i rozwoju chorób somatycznych można uporządkować w trzech grupach:

- a/ obserwacje kliniczne i badanie wydarzeń życiowych;
- b/ badania psychofizjologiczne, dotyczące zarówno ludzi jak i zwierząt;
- c/ badania socjodemograficzne. Każdy z tych kierunków

badania zostanie mówiony pokrótce.

Znaczenie czynników sytuacyjnych w powstaniu i rozwoju schorzeń somatycznych było dostrzegane już przez niektórych klasyków psychosomatyki. Klinicyści ci lecząc pacjentów zapoznawali się z ich biografiami i na tej podstawie formułowali wnioski o częstych, negatywnych sytuacjach przeżywanych przez ich podopiecznych w okresie przedchorobowym. W późniejszym okresie te kliniczne obserwacje pogłębiano poprzez bardziej systematyczne badania z uwzględnieniem grup kontrolnych. Istnieją także dane, które wskazują, że większość nagłych zgonów następuje bezpośrednio po wystąpieniu dramatycznych sytuacji stresowych.

Spektakularnym przykładem uwarunkowań sytuacyjnych prowadzących do zgonu jest zjawisko tzw. *śmierci voodoo*. Etnografowie badający prymitywne plemiona Południowej Ameryki, Australii i wysp Pacyfiku przytaczają opisy śmierci, które następowała po przekroczeniu określonego tabu przez członka plemienia.

W ostatnich latach wielu badaczy zajmujących się sytuacyjnym uwarunkowaniem powstania choroby somatycznej stosuje *kwestionariusz Holmesa i Rahea*. Jest to obecnie najbardziej popularna technika psychometryczna służąca do badania zdarzeń życiowych osób dorosłych. Przystępując do konstruowania tego narzędzia jego autorzy stali na stanowisku, że można zidentyfikować pewne wydarzenia, których przeżycie doprowadza u większości osób do przeciążenia fizjologicznych mechanizmów adaptacyjnych organizmu. Zakładali również, że można określić względną wielkość takiego przeciążenia dla każdego doświadczenia. W tym celu Holmes i Rahe wybrali z kart chorobowych pacjentów 43 rodzajów zdarzeń,

poprzedzających pojawienie się symptomów choroby /np. śmierć kogoś bliskiego utrata pracy, zmiana nawyków żywieniowych, kłopoty z seksem/. Zadaniem dużej grupy osób była ocena tych wydarzeń ze względu na wielkości zmian jakie wywołują one w przystosowaniu przeciętnego człowieka do życia. Należało przypisać każdemu wydarzeniu tym więcej punktów, im większego wysiłku adaptacyjnego wymaga ono od jednostki. Powstał w ten sposób Kwestionariusz ważnych zmian życiowych *ISocial Readjustment Rating Scale*/. Osoby badane wskazują, które z wydarzeń wymienionych w kwestionariuszu miały miejsce w jakimś określonym okresie ich życia. Następnie sumując punkty, przypisane wskazanym przez osobę zdarzeniom, oblicza się wielkość wysiłku przystosowawczego, którego wymagały od jednostki zmiany, dokonujące się w danym okresie życia. Wyniki badań epidemiologicznych /przeprowadzonych na bardzo dużej liczbie osób/ wskazują, że u osób, które uzyskiwały wysoką liczbę punktów w wymienionym kwestionariuszu dwu lub trzykrotnie częściej diagnozowano chorobę wieńcową serca niż u osób, które doświadczyły mniej wydarzeń. W grupie osób, chorych na raka, stwierdzono znacząco więcej zmian życiowych w okresie 6-12 miesięcy przed zachorowaniem niż w grupie kontrolnej.

Kolejne badania miały charakter badań eksperymentalnych, podłużnych. Wzięły w niej udział dwie grupy osób. Grupę A stanowili robotnicy, pracujący głównie na nocnej zmianie, grupę B robotnicy, pracujący w ciągu dnia. W wyniku manipulacji eksperymentalnej zamieniono osobom badanym czas pracy na okres trzech tygodni. Kontrolowano zmiany biochemiczne w organizmach osób badanych oraz wyniki, uzyskiwane w kwestionariuszu dolegliwości psychosomatycznych. Miarą tych zmian były różnice wyników, uzyskiwanych przez osoby badane w czasie trwania eksperymentu z uzyskiwanymi 3 tygodnie przed rozpoczęciem badań i w 3 tygodnie po ich zakończeniu. U osób, biorących udział w eksperymencie zanotowano znaczny wzrost poziomu wydzielania katecholamin, wzrost poziomu cholesterolu, glukozy, elektrolitów, kwasu moczowego. Zauważono również zmiany w dobowych wzorcach wydzielania adrenaliny i noradrenaliny. Badani skarżyli się również na większą ilość dolegliwości psychosomatycznych. Wszystkie zanotowane różnice były większe u osób z grupy B, a więc u tych robotników, którzy musieli zamienić pracę dzienną na pracę w ciągu nocy. Zgodnie z oczekiwaniami eksperymentatorów, zmiana tego rodzaju wymagała większego wysiłku przystosowawczego niż u osób z grupy A, które na czas eksperymentu zmieniły czas pracy z nocnej na dzienną. Warto zwrócić uwagę na reakcje biochemiczne stwierdzone u osób badanych. Dają się one interpretować zgodnie z teorią stresu H.Selyego.

Z przeglądu licznych badań wynika, że najbardziej dramatyczne konsekwencje dla zdrowia człowieka ma śmierć bliskiej mu osoby. Badania Adlera wskazują na pięć- a nawet dziesięciokrotnie wzrastającą podatność na zachorowania w ciągu dwóch lat po utracie kogoś bliskiego.

Druga grupa danych pochodzi z *badania psychofizjologicznych*, dotyczących związku czynników sytuacyjnych z powstaniem chorób somatycznych. Tradycja tych

badan̄ związana jest z poszukiwaniami Cannona, kontynuowana póŹniej w pracowniach Selyego, Bykowa, Masona, Raaba i wielu innych. Ogromna liczba badan̄ uniemoŹliwia dokonanie w tym skrypcie nawet bardzo pobieŹnego przeglądu. Z koniecznoŹci więc ograniczymy się tylko do kilku reprezentatywnych przykłądów. Jednym z najbardziej spektakularnych badan̄ z tego zakresu był *eksperyment Bradyeo*.

Polegał on na tym, Źe w dwóch specjalnych aparatach ograniczających ruchy, do których doprowadzony był prąd elektryczny umieszczono pojedynczo małpy. Przy kaŹdym z aparatów znajdowała się dźwignia, z których tylko jedna podłączona była do prądu elektrycznego, a po naciŹnięciu jej dopływ prądu do obydwu aparatów był przerywany. Szympansy co pewien czas /20"/ otrzymywały lekki wstrząs elektryczny, którego mogły unikać, gdy w odpowiednim czasie jedna z małp nazwana "wykonawcą" naciskała lewarek przerywając dopływ prądu. Uderzenie prądem stosowano przez 6 godzin, naprzemiennie z 6 godzinną przerwą. DoŹwiadczenie kontynuowano przez parę tygodni, poddając kolejnym doŹwiadczeniom dalsze pary małp. Okazało się, Źe część z "małp-wykonawców" padła po paru tygodniach trwania doŹwiadczenia, a resztę z nich uŹmiercono po tym czasie. U wszystkich zwierząt wykonano sekcję, która wykazała owrzodzenia w przewodzie pokarmowym, ale tylko u "małp-wykonawców". Natomiast nie stwierdzono Źadnych zmian chorobowych u zwierząt, które nie miały moŹliwoŹci wyłączenia prądu i biernie oczekiwały na jego uderzenie. Wyniki doŹwiadczenia wskazują, Źe nie działanie samego prądu było czynnikiem patogennym, ale stan stresu w jakim znajdowały się "małpy-wykonawcy", które miały moŹliwość niedopuszczenia do zadziałania nieprzyjemnego bodźca.

W latach osiemdziesiątych zespół badaczy z Niemiec przeprowadził równie ciekawy eksperyment. Autorzy zbadali 192 wiewiórki z południowej Azji, które żyjąc na wolności strzegą bardzo mocno swego terytorium przed osobnikami tej samej płci. Zwierzęta te zachowują się podobnie w warunkach laboratoryjnych. JeŹeli do klatki wstawi się drugie zwierzę, to "gospodarz" atakuje intruza i zwykle po kilku minutach pokonuje go. Pokonane zwierzę zajmuje miejsce w rogu klatki, nie rusza się, utrzymując taką pozycję przez 90% aktywnoŹci dziennej. Zwycięzca nie zwraca większej uwagi na pokonanego. W następnym dniu potyczki pomiędzy zwierzętami są bardzo rzadkie lub wcale nie występują. Mimo to pokonane zwierzę ginie w okresie 2 do 20 dni, przy czym śmierć nie jest związana z fizycznymi obraŹeniami. Zwierzę pokonane ginie równieŹ wtedy, gdy zostaje oddzielone od zwycięzcy siatką. JeŹeli po walce zwierzęta zostają rozdzielone nieprzezroczystą przegrodą, to zwierzę pokonane pozostaje przy życiu i bardzo szybko odzyskuje siły. Zdolne jest do dalszej, codziennej walki, a po przeniesieniu do swego pomieszczenia wraca do sił. Autorzy stwierdzili, Źe zwierzęta, które ginęły, najpierw bardzo szybko traciły na wadze, następował u nich dramatyczny wzrost adreno-kortykoidalnej aktywnoŹci, obniŹenie poziomu hormonów wydzielanych przez tarczycę, wzrost poziomu cholesterolu. Przy całej ostroŹnoŹci w interpretacji wyników badan̄ przeprowadzonych na zwierzętach

i próbie odnoszenia ich do ludzi eksperyment badaczy niemieckich nasuwa wiele analogii ze wspomnianymi wcześniej faktami śmierci voodoo.

Równie liczne dane pochodzą z *badan̄ eksperymentalnych dotyczących ludzi*. Schemat takich badan̄ polega na pomiarze wskaźników *wegetatywno-somatycznych w sytuacji neutralnej, a następnie w sytuacji stresowej*. Pomiarów tych dokonuje się czasami także po zaprzestaniu działania czynnika stresogennego. Przykłądem takich badan̄ moŹe być eksperyment przeprowadzony przez nasz zespół. W sytuacji neutralnej rozmawiano z osobą badaną na tematy obojętne i wtedy dokonywano pomiaru tętna i ciŹnienia krwi. Następnie dawano do rozwiązania test inteligencji informując, Źe osoba w tym wieku i z tym wykształceniem rozwiązuje taki test bezbędnie w ciągu 10 min /co jest niemoŹliwe/. Ponownie dokonywano pomiaru tętna i ciŹnienia i proszono, aby osoba badaną rozpoczęła pracę. Jednocześnie włączono stoper, który leŹał przed osobą badaną. Po pięciu minutach przerywano pracę, mierzono tętno i ciŹnienie krwi i pozwalano na kontynuowanie rozwiązania testu. Jednocześnie eksperymentator wypowiadał uwagi na temat upływającego czasu i iloŹci pracy, która pozostała do wykonania. Po dziesięciu minutach działania przerywano i dokonywano pomiaru wskaźników fizjologii. Następnie osobę badaną przepaszano, informowano na czym manipulacja polegała i podejmowano rozmowę na temat zainteresowań osoby badanej i sposobu spędzania wakacji. W odcinkach pięciominutowych mierzono tętno i ciŹnienie. U wszystkich badanych w sytuacji stresowej, w porównaniu z neutralną, nastąpiły statystycznie istotne zmiany w zakresie badanych wskaźników fizjologicznych. Jednocześnie stwierdzono indywidualne różnice pomiędzy badanymi co do kierunku tych zmian jak i czasu "zalegania" zmian po ustąpieniu sytuacji stresowej.

Wpływ długotrwałej sytuacji stresowej na funkcje fizjologiczne i stan psychiczny był przedmiotem badan̄ z udziałem 31 oficerów i podoficerów. Grupa ta poddana została siedemdziesięciogodzinnej deprywacji snu. W okresie tym badani mierzyli z karabinów do poruszających się celów i oddawali symulowane strzały. Urządzenie celownicze było skonstruowane w taki sposób, Źe pozwalało na podawanie celnoŹci "strzału". Co trzy godziny badani wypełniali jedenastostopniową skalę okreŹlającą zmęczenie i psychologiczne odczucie stresu. Wraz z upływem czasu rosło zmęczenie, poczucie stresu, jednocześnie następował istotny wzrost wydzielania adrenaliny i spadek poziomu Źelaza.

Obok badan̄ eksperymentalnych równieŹ *dane z badan̄ przeprowadzonych w warunkach naturalnych wskazują*, Źe sytuacje stresowe prowadzą do istotnych zmian wegetatywno-somatycznych. I tak np. porównywano wskaźniki fizjologiczne: studentów znajdujących się w sytuacji neutralnej i tuŹ przed waŹnym egzaminem, Źołnierzy, którzy byli w obozie z dala od działań wojennych i przed wyruszeniem do akcji bojowej, sportowców przebywających na obozie kondycyjnym i bezpoŹrednio przed waŹnymi zawodami. Wszystkie te i podobne badania, przeprowadzone w warunkach naturalnych, potwierdzają wyniki badan̄ laboratoryjnych,



przeprowadzonych z udziałem ludzi i zwierząt.

Reakcje człowieka na sytuacje stresowe zależą nie tylko od rodzaju tych sytuacji, ale także od osobowości człowieka. Niektórzy badacze sądzą, że określone cechy osobowości mają zasadnicze znaczenie w powstaniu i rozwoju chorób. Problematyką tą zajmujemy się poniżej.

### 3. OSOBOWOŚCIOWE CZYNNIKI RYZYKA CHORÓB SOMATYCZNYCH

Badania nad osobowościowymi uwarunkowaniami chorób somatycznych nawiązują do twierdzeń klasyków medycyny psychosomatycznej. Czołową reprezentantką takich poglądów była Flanders Dunbar. W latach 1934-1938 autorka ta wraz z zespołem prowadziła szerokie badania, których celem było określenie profilów osobowości charakterystycznych dla osób z różnymi schorzeniami somatycznymi. W tym celu przeprowadzono szczegółowe wywiady z liczną grupą chorych. W wywiadach tych uwzględniono: strukturę popędów, stosowane mechanizmy obronne, rodzaj doświadczeń emocjonalnych.

Na podstawie tych danych podano m.in. opis "osobowości wieńcowej", który mają charakteryzować osoby predysponowane do choroby wieńcowej. Według Dunbar osoby te charakteryzują się wysoką potrzebą dominacji i osiągnięć, wysoką samodyscypliną, cechami kompulsywnymi, tendencją do represjonowania ognisk konfliktowych, szczególnie tych, które dotyczyły autorytetu. Konflikty z autorytetem wiązały się najczęściej z dążeniem do zaspokojenia potrzeby dominacji i osiągnięć. Tendencja do zachowań agresywnych rzadko prowadziła u nich do nagłych wybuchów. Mając kłopoty życiowe woleli zachować je dla siebie, niż dzielić się nimi z innymi.

Informacje uzyskane z wywiadów posłużyły do przedstawienia profilów osobowości chorych z nadciśnieniem, chorobą wrzodową itd. Koncepcja profilów osobowości była krytykowana jeszcze za życia Dunbar. Zarzucano brak poprawności metodologicznej przeprowadzonych badań. Wyciąganie wniosków na podstawie badania grup pacjentów bez równoważnych grup osób zdrowych jest nieprawidłowe. Formułowanie twierdzeń o osobowości przedchorobowej na podstawie badania osób chorych jest także obciążone błędem. Wreszcie diagnoza osobowości oparta tylko na wywiadzie dla celów naukowych jest niezadowolająca.

Początkowo tezę Dunbar weryfikowano w badaniach przekrojowych tzn. badano cechy osobowości osób z określoną chorobą i porównywano z grupami kontrolnymi. Wyniki tych badań nie potwierdzały wniosków Dunbar. Pamięamy jednak, że badania takie mogą być obciążone pewnym ryzykiem błędu - choroba może bowiem wpływać modyfikująco na osobowość i w związku z tym badając osobę chorą nie można mieć pewności czy obecna struktura osobowości jest taka sama jak przed chorobą. Jak już poprzednio wspominaliśmy, najpoprawniejsze pod względem metodologicznym, w tym

przypadku, są badania prospektywne.

Przykładem takiego postępowania są badania zespołu z Chicago. Badania podjęte w roku 1957 przez B.L. Lebovitsa i wsp. dotyczyły związku osobowości z chorobą niedokrwienną serca. Badaniami objęto 2017 mężczyzn w wieku 40-55 lat, pracowników Western Electric Company Hawthorne Works. Osoby te poddane były wszechstronnym badaniom medycznym /m.in. rtg, analizy krwi/. Do badań, które miały określić strukturę osobowości użyto testu MMPI oraz kwestionariusza Cattella II6 PF/. Kwestionariusze te wypełniano na początku i po pięciu latach trwania programu. W ciągu pięciu lat u 106 osób pojawiła się choroba wieńcowa: 15 zmarło z tego powodu, 78 przeżyło, a 13 pozostałych z różnych powodów nie można było uwzględnić w analizie wyników. Osoby, u których wystąpiła choroba wieńcowa, w porównaniu z grupą kontrolną uzyskały wyższe wyniki na trzech skalach, dotyczących tzw. triady neurotycznej. Wyniki kwestionariusza Cattella wskazywały, że osoby z grupy "wieńcowej" /zawał lub napady anginalne/, w porównaniu z grupą kontrolną zdrowych mają większe skłonności do przeżywania napięć emocjonalnych, silną potrzebę niezależności, w stosunku do innych przyjmują postawę podejrzliwą. Te i inne wyniki, mimo, że otrzymane zostały w różnych badaniach, przy odmiennej procedurze i za pomocą różnych technik pozwalają na wysunięcie pewnych wniosków ogólnych.

Po pierwsze, *istniejące dane skłaniają do odrzucenia twierdzenia o istnieniu profilów osobowości rozumianych w sposób klasyczny, decydujących o powstaniu i rozwoju chorób.* Po drugie, *mogą istnieć pewne cechy osobowości /nastawienia, predyspozycje/, które przy współwystępowaniu innych czynników ryzyka, zwiększają prawdopodobieństwo wystąpienia choroby.* Po trzecie, nie został rozstrzygnięty problem czy poszczególne cechy osobowości miałyby predysponować do konkretnej choroby, czy też określone cechy osobowości zwiększają ryzyko choroby w sposób niespecyficzny. Za tą ostatnią możliwością przemawiałaby analiza, jakiej dokonał Hamilton. Autor ten twierdzi, że przy rozważaniu osobowościowych uwarunkowań różnych schorzeń somatycznych najczęściej powtarzane są następujące cechy osobowości: tłumienie emocji /zwłaszcza gniewu i wrogości/, wysoka potrzeba osiągnięć, poczucie odpowiedzialności, cechy kompulsywne/, tendencje do depresji. Współczynniki korelacji pomiędzy osobami z różnymi schorzeniami somatycznymi wynoszą w wymienionym zakresie powyżej 0,55.

Nowoczesne metody statystyczne pozwalają z większą precyzją odpowiedzieć na pytanie, czy z jednym typem wiąże się określona choroba, czy też wiele chorób. Zespół z Kalifornii podjął się odpowiedzi na to pytanie, wykorzystując specjalną technikę obliczeniową, zwaną metaanalizą. Technika ta pozwala na ilościową integrację wyników uzyskanych w niezależnych badaniach. Do analizy wybrano 101 spośród 229 artykułów opublikowanych w czołowych czasopismach psychosomatycznych w latach 1945-84. Przyjęto następujące kryteria kwalifikacji prac do analizy: badania powinny dotyczyć jednej z pięciu jednostek chorobowych,

stosowane narzędzie do pomiaru osobowości powinno być wiarygodne, otrzymane dane muszą być podane w formie wartości liczbowych. Booth-Kewley i Friedman uwzględnili w swojej pracy pięć jednostek chorobowych: chorobę wieńcową, chorobę wrzodową, astmę oskrzelową, chorobę reumatyczną i bóle głowy. Po dokonaniu analizy wyników badań dotyczących tych chorób autorzy stwierdzają, że podawane zespoły cech osobowości przyjmują formę niespecyficzną, występują u pacjentów z różnymi jednostkami chorobowymi.

Omówione dotychczas badania dotyczące osobowościowych i sytuacyjnych uwarunkowań chorób somatycznych mają charakter komplementarny. Poszczególni badacze, mimo że eksponują znaczenie tylko jednej grupy zmiennych, mniej czy bardziej otwarcie nawiązują do drugiej klasy. Z psychologicznego punktu widzenia wspólnym aspektem różnych kierunków badań jest problem *emocji*. Ludzie o określonych cechach osobowości reagują w danej sytuacji stresowej emocjami o określonej treści, sile i czasie trwania. Komponenty wegetatywno-somatyczne emocji mogą stanowić ogniwo pośredniczące pomiędzy zmiennymi osobowościowymi i sytuacyjnymi a rozwojem choroby. Z tego też względu w badaniach tego typu należy uwzględnić jednocześnie obydwie grupy zmiennych.

#### 4. WZÓR ZACHOWANIA "A" JAKO RYZYKO CHOROBY

W poprzednich rozdziałach omówiliśmy sytuacyjne i osobowościowe uwarunkowania powstania chorób somatycznych. Wskazaliśmy na wzajemne związki pomiędzy tymi zmiennymi. Wyraziliśmy opinię o konieczności łącznego rozpatrywania i uwzględniania tych zmiennych w badaniach nad psychospołecznym ryzykiem chorób somatycznych. Wydaje się, że badania nad behawioralnymi uwarunkowaniami powstania tych chorób, uwzględniają wymienione grupy zmiennych. Zachowanie jest bowiem efektem interakcji pomiędzy zmiennymi osobowościami i sytuacyjnymi. Jednostka o określonej osobowości, będąc w określonej sytuacji postrzega i oceniają w określony sposób. Rodzaj percepcji i klasyfikacja danej sytuacji rzutuje z kolei na zachowanie się. Osobowość warunkuje również wybór określonej drogi życiowej czy stylu życia, który może być niekorzystny ze względów zdrowotnych. Osobowość może sprzyjać także powstaniu wewnętrznych i zewnętrznych konfliktów oraz może determinować określone zachowanie w tych sytuacjach. Koncepcja i badania, które przedstawiamy poniżej dotyczą behawioralnych uwarunkowań choroby wieńcowej i zawału serca. Istnieją jednak przesłanki teoretyczne i empiryczne wskazujące, że czynnik ten może również stanowić zagrożenie powstania innych chorób.

Koncepcja *Wzoru zachowania "A" /WZA/* została sformułowana pod koniec lat pięćdziesiątych przez dwóch kardiologów kalifornijskich: M.Friedmana i R.H.Rosenmana. W oparciu o swoją wieloletnią praktykę kliniczną, związaną z leczeniem osób z zawałem serca oraz dane zebrane wcześniej przez badaczy psychosomatycznych, kardiologzy ci doszli do wniosku, że ludzie zapadający na zawał

serca wyróżniają się w okresie przedchorobowym określonym modelem zachowania. *Zachowanie to angażuje jednostkę w permanentną walkę o zdobycie jak największej liczby celów /często niejasno sprecyzowanych/ w jak najkrótszym czasie. Jeżeli zachodzi potrzeba, to osoby te potrafią pokonać opór stawiany przez innych ludzi, rzeczy czy okoliczności jednostki takie mają silną skłonność do współzawodniczenia, pragnienia uznania i awansu.*

Przegląd bardzo obszernej literatury dotyczącej problematyki WZA upoważnia do **wyodrębnienia określonej treści i określonych cech formalnych tego zachowania.** Do tych pierwszych należą: *silna potrzeba osiągnięć /ambitne cele, tendencje do współzawodniczenia, rywalizacji /tendencja do dominacji/, wykazywanie inicjatywy w grupie, sprawowanie kontroli nad otoczeniem /agresywność /często o charakterze instrumentalnym, związana z pokonywaniem przeszkody/. Cechy formalne WZA: wysoka dynamika zachowań, energia przejawiana w działaniu, pośpiech i niecierpliwość.*

Wymienione zmienne są ze sobą ściśle związane. Prawdopodobnie zasadnicze znaczenie dla WZA odgrywa silna potrzeba osiągnięć. Ona skłania jednostkę do wykazywania inicjatywy i dominacji w grupie, jak również do zachowań agresywnych, kiedy napotyka na opór przy realizacji postawionych celów. Z potrzebą osiągnięć wiąże się także wysoka energia działania, pośpiech i niecierpliwość.

Prospektywne, ośmioletnie badania obejmujące grupę liczącą ok.3500 zdrowych mężczyzn w wieku 39-59 lat, prowadzone pod kierunkiem Rosenmana wykazały, że w ciągu dwóch pierwszych lat realizacji programu u 70 obserwowanych wystąpiły objawy choroby niedokrwiennej serca, a w tym aż 77% stanowili badani, którzy zostali uprzednio zaliczeni do WZA. Wzór zachowania "A" bardziej predysponował do zachorowania na chorobę niedokrwinną serca osoby młodsze, aniżeli starsze. Dalsze liczne badania potwierdziły rolę WZA w etiopatogenezie choroby niedokrwiennej serca i został on uznany za jeden z czynników ryzyka sprzyjającego rozwojowi choroby, obok takich czynników jak: nadciśnienie tętnicze, otyłość, cukrzyca, palenie tytoniu, wysoki poziom cholesterolu. Dodatkowych dowodów wskazujących na rolę WZA w przebiegu choroby niedokrwiennej serca dostarczyły wyniki eksperymentów psychofizjologicznych. Wykazano, że osoby, u których stwierdzono występowanie WZA, różnią się od innych ludzi w sytuacjach stresowych określonymi parametrami fizjologicznymi. Między innymi u osób o WZA stwierdzono wyższe i dłużej utrzymujące się wartości ciśnienie krwi oraz wyższy poziom katecholamin, a ponadto dochodziło u nich do większego zlepiania się płytek krwi. Istnieją również dane, które wskazują na związek pomiędzy rozwojem miażdżycy, a Wzorem zachowania "A".

Wyniki badań przeprowadzonych w ostatnich latach wskazują, że *WZA może zwiększać zagrożenie zachorowania także na inne choroby niż zawał serca.* W Polsce wykazano w badaniach prospektywnych prowadzonych w latach 1981-83, że WZA może zwiększać prawdopodobieństwo zachorowania na inne choroby układu krążenia

niż choroba niedokrwienna serca, a także na różne dolegliwości ze strony układu trawiennego.

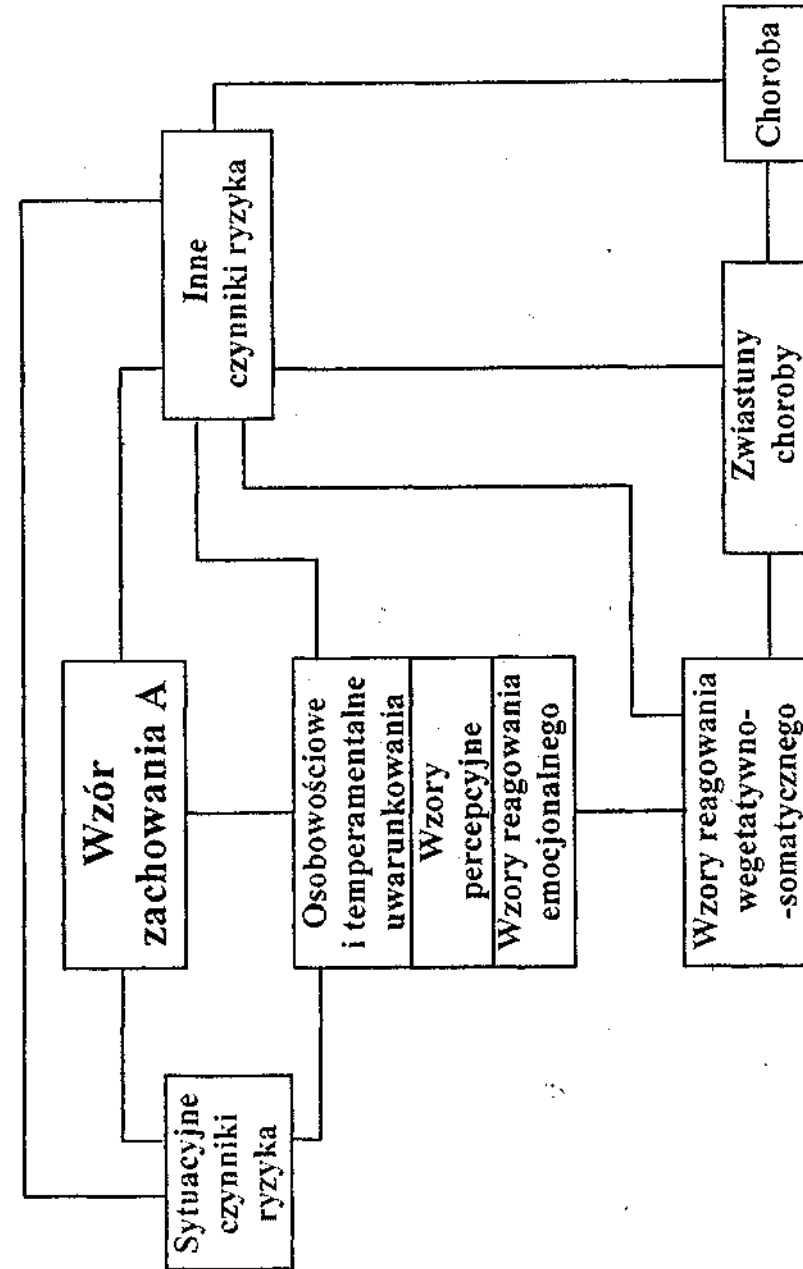
Stwierdzono ponadto, że osoby o WZA w porównaniu z osobami o WZB częściej były hospitalizowane z różnych powodów w ciągu ostatnich dwóch lat od chwili rozpoczęcia badań. W opublikowanej pracy w roku 1992. D.R.Ragland i wsp., na podstawie badań prospektywnych, wykazali że WZA zwiększa prawdopodobieństwo zgonu z powodu chorób nowotworowych. Również doniesienia z Hiszpanii i Belgii upoważniają do wysunięcia tezy, że *WZA ma działanie niespecyficzne, może zwiększać ryzyko zachorowania na różne choroby.*

## 5. WYBRANE KONCEPCJE WYJAŚNIAJĄCE UDZIAŁ CZYNNIKÓW PSYCHOSPOŁECZNYCH W POWSTAWANIU CHOROÓB SOMATYCZNYCH

Wszystkie dane przedstawione w poprzednich paragrafach, dotyczące psychospołecznych uwarunkowań chorób somatycznych, opierały się na badaniach empirycznych. W badaniach tych stosowano różnorodną metodologię i rozmaite techniki badawcze. Brały w nich udział wielorakie grupy osób badanych a także zwierzęta.

Nasuwa się zasadnicze pytanie: w jaki sposób czynniki psychospołeczne mogą zwiększać prawdopodobieństwo zachorowania? Dlaczego np. w Warszawie jest większa częstotliwość zawału serca niż w Sochaczewie? Przy próbie wyjaśniania takich faktów niektórzy autorzy odwołują się do znanego *twierdzenia W.Cannona, który uważał, że "w sytuacji zagrożenia następuje mobilizacja organizmu do ataku lub ucieczki" /w sensie fizycznym/*. W warunkach wielkomiejskich człowiek narażony jest na częstsze sytuacje stresowe niż osoba żyjąca w małej miejscowości, a więc częściej następuje u niego mobilizacja organizmu do ataku, albo do ucieczki. W naszych warunkach kulturowych atak fizyczny lub ucieczka nie są akceptowane społecznie, zresztą w większości sytuacji stresowych, z jakimi spotykamy się na codzień, reakcje takie nie były skuteczne. Zmiany biochemiczne, które następują w organizmie w związku z mobilizacją do ataku lub ucieczki nie zostają wykorzystane i dlatego mogą mieć działanie autodestrukcyjne.

Taka interpretacja okazuje się niewystarczająca, nie wyjaśnia pewnych faktów empirycznych np. dlaczego jeden z najwyższych wskaźników częstotliwości zawału serca jest w północno-wschodniej części Finlandii, gdzie jest bardzo mały stopień zaludnienia, nie ma przemysłu, są lasy i świeże powietrze, a z drugiej strony, jeden z niższych wskaźników zachorowalności na chorobę niedokrwienną serca jest w Japonii? Dotychczasowe, inne próby wyjaśnienia związku pomiędzy czynnikami psychospołecznymi a wystąpieniem choroby somatycznej także nie są zadawalające. Mają one jedną lub więcej z następujących wad. Po pierwsze, są zbyt ogólne i tylko w niewielkim stopniu uwzględniają zmienne psychologiczne, bez wyodrębnienia WZA



Ryc.3 Model służący do opisu związku pomiędzy czynnikami psychospołecznymi a powstawaniem choroby somatycznej

np. koncepcja Leviego. Po drugie, ograniczają się tylko do relacji pomiędzy pojedynczymi zmiennymi psychologicznymi, a wystąpieniem choroby, np. koncepcja wydarzeń życiowych Holmesa, Rahea. Po trzecie, rozpatrują tylko związek pomiędzy WZA a chorobą niedokrwienną serca, bez uwzględnienia innych chorób, np. propozycja Price lub Glassa. Po czwarte, mają charakter spekulatywny, abstrahują od danych biochemicznych, np. koncepcja psychoanalityczna.

Model, który znajduje się poniżej, wywodzi się z rozważań nad psychospołecznymi uwarunkowaniami zawału serca i początkowo ograniczony był do tej jednostki chorobowej. Przy bardziej szczegółowej analizie okazuje się, że propozycja ta ma bardziej ogólny charakter.

W modelu uwzględniono, obok WZA, także czynniki sytuacyjne, osobowościowe i temperamentalne uwarunkowania oraz inne czynniki ryzyka. W ten sposób zintegrowano wszystkie istniejące dane empiryczne, dotyczące zmiennych, zwiększających prawdopodobieństwo zachorowania. W grupie czynników sytuacyjnych znajdują się wyniki badań nad stresem, dotyczące zarówno ludzi jak i zwierząt, dane z badań, dotyczące wydarzeń życiowych oraz wyniki badań socjo-demograficznych. W grupie uwarunkowań osobowościowych i temperamentalnych znajdują się dane wskazujące na pojedyncze cechy lub zespoły cech osobowości, które zwiększają prawdopodobieństwo zachorowania oraz wyniki badań, dotyczące zależności pomiędzy temperamentem a wystąpieniem choroby. Mieszczą się także tutaj dane sugerujące, że typ temperamentu odgrywa istotną rolę w patogennym działaniu WZA. Z osobowościowo-temperamentalnych uwarunkowań wyodrębniono wzory percepcyjne i wzory reagowania emocjonalnego.

Istnieją przesłanki, aby przypuszczać, że właśnie im przypada szczególna rola w prezentowanym schemacie. Człowiek w każdej chwili swojego życia znajduje się w sytuacjach, które postrzega i interpretuje w określony sposób. To w jaki sposób sytuacja jest postrzegana i interpretowana decyduje w znacznym stopniu o przeżywanych emocjach i zachowaniu jednostki. Ze względu na rozważany problem interesuje nas postrzeganie i interpretowanie sytuacji w kategoriach zagrożenia. Ten sposób widzenia i oceny sytuacji zależy nie tylko od obiektywnych jej cech, ale także, a czasem przede wszystkim, od osobowości jednostki. Istnieją bowiem indywidualne różnice między ludźmi w zakresie tendencji do widzenia i oceniania otaczającego świata jako niebezpiecznego, zagrażającego.

Można mówić o istnieniu *wzorów percepcyjnych* w tym zakresie. *Przez wzór percepcyjny rozumiemy względnie stały, charakterystyczny dla danej jednostki sposób, w jaki interpretuje ona i wartościuje sytuacje, a także antycypuje jej konsekwencje.* Jak wykazały badania Lemańskiej, chorzy z zawałem serca różnią się od chorych z chorobą wrzodową i osób zdrowych wzorem percepcyjnym sytuacji stresowych. Ci pierwsi mają tendencję do minimalizowania cech zagrożenia, mimo zaistniałych przeszkód nastawieni są na realizację celów, nie wykazują obaw odnośnie konsekwencji związanych ze spostrzeganą sytuacją.

Pacjenci z chorobą wrzodową, w porównaniu z dwiema pozostałymi grupami, mają większą tendencję do postrzegania tych samych sytuacji stresowych w kategoriach zagrożenia, które wywołuje u nich lęk, skłania do obrony "ego" lub do wycofania. Jednocześnie Lemańska ustaliła, że trzy badane grupy różnią się między sobą wskaźnikami fizjologicznymi emocji w sytuacji stresu rzeczywistego.

Ten ostatni wynik jak i dane innych autorów nasunęły przypuszczenie, że wzorom percepcyjnym mogą odpowiadać określone *wzory reagowania emocjonalnego*. *Wzór reagowania emocjonalnego rozumiany jest jako charakterystyczna dla jednostki tendencja do określonego reagowania emocjonalnego, w miarę niezależna od rodzaju sytuacji stresowej.* Tendencja ta dotyczy trzech komponentów emocji: subiektywnych odczuć jednostki, zmian fizjologicznych i otwartego zachowania.

Lepczyński sprawdzał hipotezę wzorów reagowania emocjonalnego w podobnych grupach co Lemańska, z uwzględnieniem dwóch pierwszych komponentów emocji. Pacjenci z chorobą wrzodową w sytuacji stresowej mają zbliżoną do chorych z zawałem serca dynamiką subiektywnie odczuwanego lęku, a wyższy nieco poziom gniewu. Natomiast zasadnicze różnice występują w odniesieniu do fizjologicznych komponentów emocji. Obydwie grupy chorych różniły się w sposób istotny między sobą kierunkiem zmian fizjologicznych, które pojawiły się w sytuacji stresowej. Jednocześnie stwierdzono, że u chorych z zawałem serca i u pacjentów z chorobą wrzodową, w porównaniu z kontrolną grupą osób zdrowych występuje dłuższe "zaleganie" zmian fizjologicznych po ustąpieniu sytuacji stresowej.

Dane otrzymane przez Lepczyńskiego zbieżne są z opiniami niektórych psychofizjologów np. Lacey, który sądzi, że ludzie różnią się między sobą tendencją do reagowania określonym zespołem zmian fizjologicznych w miarę niezależnym od rodzaju sytuacji stresowej. Są np. osoby, u których występuje przewaga reakcji charakterystycznych dla układu sympatycznego, u innych zaś może to być przewaga reakcji układu parasympatycznego. Wydzielenie tych wzorów od zmiennych osobowościowo-temperamentalnych wynika z faktu, że mogą one mieć także inne uwarunkowania, np. organiczne.

W prezentowanym modelu wyodrębniono osobną grupę, którą nazwano *"inne czynniki zagrożenia"*. Do nich zwykle ograniczają się lekarze o orientacji biologicznej. Rozpatrzmy tą grupę zagrożeń na przykładzie choroby niedokrwiennej serca. Kardiologzy najczęściej wymieniają następujące czynniki zagrożenia tą chorobą: uwarunkowania genetyczne, zwiększoną krzepliwość krwi, zaburzenia w gospodarce tłuszczowej, podwyższone ciśnienie krwi, palenie papierosów, niewłaściwy sposób odżywiania się, brak aktywności fizycznej i nadwaga.

Warto na tym przykładzie zwrócić uwagę na trzy fakty. Po pierwsze, niektóre z wymienionych czynników wiążą się ze sobą, jak np. podwyższone ciśnienie krwi, czy zaburzenia w gospodarce tłuszczowej mogą być efektem palenia papierosów i niewłaściwego odżywiania.

Po drugie, niektóre z wymienionych czynników mają charakter nieswoisty, zwiększają niebezpieczeństwo zachorowania na różne schorzenia. Klasycznym tego przykładem może być palenie papierosów, które w sposób istotny zwiększa ryzyko zachorowania nie tylko na choroby układu krążenia, ale także na różne rodzaje nowotworów, chorobą wrzodową czy choroby dróg oddechowych.

Po trzecie, należy wskazać na powiązania między "innymi czynnikami ryzyka" a czynnikami psychospołecznymi. Wiadomo np. że w sytuacjach stresowych palacze zwykle więcej palą papierosów, a niektóre osoby więcej jedzą. W sytuacjach takich zmienia się także skład chemiczny krwi. Między niektórymi składnikami prezentowanego schematu mogą być związki dwukierunkowe, ale problem ten wymaga szczegółowej weryfikacji empirycznej.

W związku z przedstawionym modelem pojawiają się zasadnicze pytania. Kiedy dochodzi do powstania choroby somatycznej? Jaka jest rola czynników psychologicznych? *Zgodnie z przyjętymi założeniami, dotyczącymi polietiologicznej koncepcji chorób i probabilistycznych uwarunkowań, można powiedzieć, że im więcej czynników obciąża daną osobę, tym większe jest niebezpieczeństwo pojawienia się choroby.*

Epidemiolodzy wyliczają nawet określone wskaźniki niebezpieczeństwa, związanego z przyrostem liczby czynników zagrożenia. Nie oznacza to jednak, że w przypadku konkretnej osoby i określonej choroby musi być więcej niż jeden czynnik zagrożenia. Przykładem może tu być wystąpienie zawału serca w związku ze zbyt dużą krzepliwością krwi. W różnych jednostkach chorobowych i u określonych osób, waga poszczególnych czynników i ich konfiguracja mogą być różne. Niekiedy aby wystąpiła choroba, wystarczą same czynniki biologiczne, czasami chorobę mogą wywołać tylko czynniki psychologiczne /przykład śmierci voodoo czy tzw. zawału pozanaczyniowego najczęściej jednak do choroby dochodzi przy współwystępowaniu czynników biologicznych i psychologicznych.

W jaki sposób czynniki psychologiczne mogą zwiększać niebezpieczeństwo powstania choroby? W myśl koncepcji Selyego, Leviego, Holmesa i Rahe'a uwarunkowania psychologiczne mogą na drodze nerwowej i hormonalnej zmniejszać ogólną odporność organizmu. *Mogą także prowadzić do powstania choroby przez związek z biologicznymi czynnikami ryzyka.* Czy zatem psychologiczne uwarunkowania powstawania chorób somatycznych mają charakter nieswoisty? W świetle tego, co uprzednio powiedziano na temat wzorów percepcyjnych, emocjonalnych oraz wzorów reagowania fizjologicznego wydaje się, że *działanie czynników psychologicznych może mieć zarówno charakter nieswoisty, jak i swoisty.*

Przedstawiony model integracyjny i wyjaśniający związek zmiennych psychologicznych z powstaniem chorób somatycznych, mimo że oparty na danych uzyskanych w badaniach empirycznych, wymaga dalszych weryfikacji i uściśleń. Konieczne są szczególnie dalsze badania dotyczące wyodrębnionych wzorów i związków między nimi oraz badania dotyczące mechanizmów patofizjologicznych,

będących ogniwem pośredniczącym między zmiennymi psychologicznymi a chorobą somatyczną.

## 6. NOWE KIERUNKI BADAŃ - PSYCHONEUROIMMUNOLOGIA

Przedstawione w poprzednich podrozdziałach dane empiryczne tylko w niewielkim stopniu wyjaśniły mechanizmy biochemiczne, które pośredniczą pomiędzy czynnikami psychospołecznymi a powstaniem i rozwojem choroby somatycznej. W ostatnich latach, w związku ze znacznym postępem technik badawczych w biochemii, mikrobiologii, endokrynologii i neurofizjologii wiedza o tych mechanizmach poszerzyła się. Było to możliwe dzięki ścisłej współpracy psychologów ze specjalistami wymienionych dyscyplin. W latach osiemdziesiątych powstał nowy, interdyscyplinarny kierunek badań - psychoneuroimmunologia.

Po to, aby można było lepiej zrozumieć znaczenie tych badań przypomnimy najpierw podstawowe informacje dotyczące budowy i funkcjonowania układu immunologicznego. Następnie, na poziomie ogólnym, omówione będą powiązania tego układu z układami: nerwowym i hormonalnym. Na zakończenie przedstawimy przykłady badań z zakresu psychoneuroimmunologii oraz wypływające z nich wnioski.

### Podstawowe informacje o układzie immunologicznym i jego funkcjach

Układ immunologiczny jest podstawowym systemem chroniącym organizm przed zaburzeniem równowagi. Obrona ta możliwa jest dzięki rozpoznawaniu przez komórki układu obcych ciał, zwanych antygenami (np. wirusy, bakterie) oraz ich niszczeniu. W procesach tych kluczową rolę przypada limfocytom (komórkom) T i B. Limfocyty T powstają w szpiku kostnym, a następnie przemieszczają się do grasicy, gdzie dojrzewają. Po osiągnięciu dojrzałości przenoszone są wraz z krwią i limfą do śledziony i węzłów chłonnych. Komórki B dojrzewają w szpiku kostnym i też są rozprawdane wewnątrz organizmu przez krew i limfę. Każdy z limfocytów ma na swojej powierzchni receptory, które rozpoznają tylko ograniczoną liczbę antygenów. Z tego względu duża liczba limfocytów krąży nieustannie w organizmie poszukując odpowiadających im antygenów. Po rozpoznaniu antygeny limfocyty przystępują do jego niszczenia. Może się to dokonywać na kilka sposobów. Po pierwsze, komórki B, które są specyficzne dla danego antygeny, rozmnażają się i produkują przeciwciała. Przeciwciała wiążą się z antygenami, tworzą z nimi całość, która jest nieaktywna i przestaje być szkodliwa. Po drugie, niektóre komórki T po rozpoznaniu właściwego dla nich antygeny uaktywniają się, gwałtownie rozmnażają się i atakują antygen niszcząc jego błonę komórkową. Po trzecie, jeżeli antygenem jest guz, to może on być niszczone przez komórki zwane naturalnymi zabójcami.

Jeżeli antygen dostanie się do organizmu powtórnie, to zostaje szybciej i skuteczniej, niż za pierwszym razem, niszczone przez system immunologiczny.

Odbywa się to dzięki tzw. pamięci immunologicznej.

### **Powiązanie układu immunologicznego z układem nerwowym i dokrewnym**

Przez wiele lat sądzono, że układ immunologiczny działa w sposób autonomiczny, jest zamknięty. Dane uzyskane w ciągu ostatnich piętnastu lat dowiodły, że układ ten ma ściśle powiązania z układem nerwowym i dokrewnym.

Wykazano, że układ współczulny unerwia nie tylko takie narządy jak żołądek i serce, ale także grasicę, śledzionę, węzły chłonne, a więc składniki układu immunologicznego. Zakończenia nerwów współczulnych uwalniają katecholaminę i noradrenalinę, zaś narządy i komórki układu immunologicznego zawierają odpowiednie receptory tych hormonów. Istnieje także droga hormonalna wiążąca ośrodkowy układ nerwowy z układem immunologicznym. Bodźce zewnętrzne docierają do podwzgórza, powodują uwolnienie w przysadce hormonu adrenokortykotropowego (ACTH), który z kolei wzmacnia aktywność nadnerczy. Nadnercza wydzielają do krwi m.in. glukokortykoidy. Komórki T i B posiadają receptory tych hormonów i w ten sposób odbierają informacje płynące z podwzgórza.

Wykazano, że uszkodzenie podwzgórza i innych okolic centralnego układu nerwowego zmienia przebieg wielu procesów immunologicznych. Funkcje immunologiczne ulegają także zmianie w związku z elektryczną stymulacją podwzgórza oraz wskutek zablokowania receptorów hormonów w limfocytach.

**Podsumowując**, współczesne dane empiryczne wskazują, że układ immunologiczny jest ściśle powiązany z układem nerwowym i hormonalnym, a tym samym te dwa ostatnie mogą zmienić procesy odpornościowe organizmu.

Poniżej przedstawiamy przykłady badań wskazujące na zmianę odporności organizmu pod wpływem czynników psychologicznych.

### **Stres, funkcje układu immunologicznego, choroba**

Eksperymenty przeprowadzone na zwierzętach oraz z udziałem ludzi dostarczają danych, które wskazują, że sytuacje stresowe prowadzą do obniżenia odporności organizmu. Wskazano np. że zwierzęta, którym ograniczono swobodę ruchów, zagęszczono nadmiernie w klatkach, zmuszono do ruchów obrotowych albo uderzano prądem miary zmniejszoną odporność.

Szczególnie znamienne w swoich skutkach są te sytuacje stresowe, które nie podlegają kontroli. Wskazuje na to następujący eksperyment. Szczurom wszczepiono komórki nowotworowe, a następnie podzielono je na trzy grupy. Pierwsza poddawana była szokom elektrycznym, którym można było zapobiec przez naciśnięcie dźwigni. Druga grupa poddana była takim samym uderzeniom prądem, bez względu na zachowanie się szczurów. Trzecia grupa była kontrolna. Szczury należące do tej grupy

były pozostawione w spokoju, nie poddawano ich szokom elektrycznym. W grupie kontrolnej w 65%, a w grupie, która mogła uniknąć uderzenia prądem w 55% przypadków układ immunologiczny zniszczył komórki nowotworowe. Natomiast w grupie pierwszej, która nie miała możliwości zapobiegania szokowi elektrycznemu tylko u 27% osobników komórki rakowe zostały unieszkodliwione.

Badania z udziałem ludzi również dostarczają danych świadczących o gorszym funkcjonowaniu systemu immunologicznego w sytuacjach stresowych. Badania studentów w sytuacji neutralnej i przed ważnym egzaminem wykazały, że sytuacja stresowa powodowała spadek aktywności komórek T i komórek zwanymi naturalnymi zabójcami.

U mężczyzn, których żony zmarły w związku z rakiem piersi, stwierdzono w porównaniu z okresem przed owdowieniem oraz w porównaniu do równoważnej, kontrolnej grupy mężczyzn żonatych, mniejsze wytwarzanie limfocytów i zmniejszoną ich aktywność. Ponadto stwierdzono, że funkcjonowanie układu odpornościowego wdowców wracało do normy w okresie od 4 do 14 miesięcy po śmierci żony. Odporność ulega także osłabieniu po separacji lub rozwodzie.

Wszystkie przytoczone przykłady wskazują jednoznacznie, że sytuacje stresowe mogą wywoływać zmniejszoną odporność organizmu. Dokonuje się to dzięki ściślemu powiązaniu pomiędzy układem nerwowym, dokrewnym i immunologicznym. Należy jednak pamiętać, że samo obniżenie odporności nie jest jednoznaczne z zachorowaniem. Do choroby dochodzi przy współdziałaniu jeszcze innych czynników, o których pisano w poprzednich podrozdziałach.

W związku z dotychczasowym wywodem nasuwa się istotne pytanie: czy określone oddziaływanie psychologiczne może poprawić funkcjonowanie układu immunologicznego? Obserwacje kliniczne oraz pierwsze dane empiryczne wskazują na taką możliwość.

### **Literatura uzupełniająca:**

1. Heszen-Niejodek I. (1991). Radzenie sobie z konfrontacją stresową. *Nowiny Psychologiczne*, 1-2, 13-26.
2. Scheridan Ch. L., Radmacher S.A. (1998). Psychologia Zdrowia, rozdz. 4: Psychobiologiczne mechanizmy zdrowia i choroby s. 93-122. Instytut Psychologu Zdrowia. Warszawa
3. Scheridan Ch. L., Radmacher S.A. (1998). Psychologia Zdrowia, rozdz. 7: Stres a zdrowie, s. 205-236. Instytut Psychologu Zdrowia. Warszawa
4. Wrześniewski K. Psychologiczne uwarunkowania powstawania i rozwoju chorób somatycznych. W: Strelau, J. (red). Psychologia. Podręcznik akademicki. Tom 3, s. 493- 512. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.

## CZĘŚĆ II

### PSYCHOLOGICZNE KONSEKWENCJE CHOROÓB SOMATYCZNYCH

W poprzedniej części skryptu rozważany był jeden z głównych problemów psychologii medycznej - rozpatrywano rolę czynników psychospołecznych w powstawaniu i rozwoju chorób somatycznych. Podstawą tego wywodu było traktowanie człowieka w sposób holistyczny - człowiek jest jednostką biopsychospołeczną, zarówno w zdrowiu jak i w chorobie. Z założenia tego wynika także, że choroba może zmieniać funkcjonowanie psychiczne człowieka. Obserwacje kliniczne jak i dane z badań empirycznych wskazują, że zmiany te mogą następować na dwóch drogach: bezpośredniej /biologicznej/ i pośredniej /psychologicznej/. Obydwie te grupy zmian omówione zostaną poniżej.

Z wcześniejszych rozważań, dotyczących zachowania się człowieka w sytuacjach stresowych wiemy, że zachowanie jest warunkowane nie tylko rodzajem sytuacji, ale również /czasem przede wszystkim/ subiektywnym sposobem widzenia tej sytuacji. Zasada ta dotyczy także chorych.

Reakcja pacjenta w sytuacjach choroby i leczenia w znacznej mierze zależy bowiem od subiektywnego postrzegania tych sytuacji przez samego chorego. Pacjent może mieć własny obraz choroby, zasadniczo różniący się od stanu rzeczywistego. Taka rozbieżność ma ważne implikacje praktyczne dla personelu medycznego. Problemowi temu poświęcony zostanie oddzielny paragraf tej części pracy.

#### 1. BEZPOŚREDNI WPŁYW CHOROBY NA FUNKCJONOWANIE CZŁOWIEKA

W przebiegu szeregu chorób somatycznych dochodzi do mniejszych lub większych zaburzeń /najczęściej odwracalnych/ w funkcjach komórki nerwowej ośrodkowego układu nerwowego /OUN/. Objawia się to między innymi zakłóceniami procesów poznawczych i emocjonalno-motywacyjnych oraz ogólnym obniżeniem sprawności umysłowej. Zaburzenia w czynności komórki nerwowej OUN, spowodowane czynnikami etiopatogenetycznymi wywołującymi określoną chorobą somatyczną mają zwykle charakter przejściowy, są odwracalne. Jednak w określonych przypadkach kiedy działanie tych czynników jest dostatecznie długotrwałe lub posiadają one odpowiednią szkodliwość dochodzić może do nieodwracalnych zmian w mózgu, przejawiających się określonymi zmianami w funkcjonowaniu człowieka chorego /zespołem psychoorganicznym/. Należy podkreślić, że zaburzenia funkcji psychicznych występujące w przebiegu chorób somatycznych, nie są swoiste dla tych schorzeń. Innymi słowy oznacza to, że w *obrazie klinicznym różnych chorób somatycznych możemy spotykać identyczne*

*objawy i zespoły psychopatologiczne.* Do chorób, które zawsze bezpośrednio, w mniejszym lub większym stopniu zaburzają funkcje psychiczne, należy zaliczyć przede wszystkim choroby zakaźne, choroby z podwyższoną ciepłotą ciała, zaburzeniami układu wewnątrzwydzielniczego /cukrzyca, zespół Cushinga, choroba Addisona/, nadczynność i niedoczynność tarczycy, choroby układu krążenia i układu oddechowego prowadzące do niedotlenienia mózgu. A ponadto wymienić tu należy choroby układu trawiennego jak: choroby wątroby, zapalenie trzustki, czy wreszcie schorzenia prowadzące do upośledzenia funkcji wydzielniczej nerek.

W wymienionych wyżej stanach chorobowych, do ich obrazu klinicznego, należą mniej lub bardziej nasilone zaburzenia funkcji psychicznych, które nierzadko tworzą określone zespoły psychopatologiczne. Zaburzenia funkcji psychicznych mogą nie tylko występować w przebiegu choroby somatycznej, ale niekiedy również wyprzedzać inne objawy kliniczne, występujące jako tzw. symptomy zwiastunowe. Należy do nich obniżona aktywność, spadek zainteresowań, trudności w zapamiętywaniu, przypominaniu, w koncentracji uwagi, nadpobudliwość psychiczną, męczliwość oraz przygnębienie. W niektórych przypadkach w miarę rozwoju choroby somatycznej pogłębiają się dysfunkcje procesów psychicznych, może dochodzić do zaburzeń świadomości: ilościowych jak i jakościowych.

*Do ilościowych zaburzeń świadomości zalicza się następujące stany:*

- przymglenie świadomości, które polega na niedokładnym spostrzeganiu, zdolność pojmowania obniża się, pacjent myśli powoli, z trudem, jest spowolniały ruchowo, orientacja w otoczeniu jest niepełna;
- senność patologiczna, przypomina senność normalną, fizjologiczną. W senności patologicznej występuje, opisany powyżej, stan przymglenia świadomości oraz tendencję do zapadania w sen z bardzo wyraźnym spowolnieniem ruchowym;
- półśpiączka /sopor/. W stanie tym pacjent reaguje tylko na niektóre silne bodźce, które nie prowadzą jednak do rozbudzenia. Bodźce słuchowe jak np. kłaśnięcie koło ucha powoduje jedynie mrugnięcie powiekami i słabe poruszenie głowy. Bodźce bólowe wywołują jedynie słabe reakcje obronne;
- śpiączka /coma/. Przejawia się całkowitą utratą świadomości, pacjent nie reaguje na żadne bodźce, a w stanach głębokiej śpiączki dochodzi do utraty odruchów.

*Jakościowe zaburzenia świadomości to:*

- zespół majaczeniowy /delirium/, charakteryzuje się szeregiem objawów, do których należą: zaburzenia orientacji w czasie, miejscu, otoczeniu przy zachowanej orientacji co do własnej osoby. Omamy przede wszystkim wzrokowe, rzadziej słuchowe, interpretacje urojeniowe otaczającej rzeczywistości oraz niespójne urojenia. Pacjent wykazuje lęk, niekiedy wykazuje duże podniecenie ruchowe, a ponadto mogą występować tendencje agresywne. Istnieje częściowa niepamięć okresu majaczeniowego;

- zespół zamroczeniowy. Występuje tu wyraźne zawężenie świadomości, osłabienie lub zniesienie związków ze światem zewnętrznym przy jednocześnie względnie uporządkowanym działaniu. Pacjent może wykazywać gwałtowne podniecenie ruchowe, połączone zwykle z agresją, chory ucieka, biegnie przed siebie. Pacjent może dokonywać samouszkodzeń czy nawet prób samobójczych. Stan zamroczeniowy zwykle zaczyna się nagle i szybko, po jednej lub dwóch godzinach kończy się;

- zespół splątaniowy. Charakteryzuje się zaburzeniami toku myślenia o typie splątania, świadomość jest przymglona, chory sprawia wrażenie "zagubionego". Mogą występować reakcje osłupienia lub podniecenia ruchowego, ruchy są bezładne, chaotyczne. Pojawiają się również omamy. Zespół splątaniowy należy do najdłużej trwających zaburzeń świadomości, rozpoczyna się stopniowo i cofa powoli, trwać może tygodnie, miesiące.

W przebiegu chorób somatycznych występują również objawy rzekomonerwicowe nazywane tak ze względu na podobieństwo do symptomów nerwicy, ale różniące się od niej etiologią /w przypadku nerwicy jest ona psychogenna/.

Objawy rzekomonerwicowe układają się często w zespół neurasteniczno-hipochondryczny, który nierzadko towarzyszy zejściom chorób zakaźnych. Ponadto w obrazie klinicznym niektórych chorób somatycznych /np. nadczynności tarczycy/, występują zespoły depresyjne, maniakalne czy paranoidealne.

Wymienione wyżej zaburzenia psychiczne są wynikiem bezpośredniego wpływu choroby somatycznej na funkcjonowanie ośrodkowego układu nerwowego i zwykle cofają się. W określonych jednak przypadkach, kiedy czynnik zaburzający funkcje komórki mózgu trwa dostatecznie długo lub natężenie jego działania jest odpowiednio silne, może dojść do uszkodzenia tkanki mózgowej. Objawiać się to może zespołem psychoorganicznym o charakterze otępiennym lub charakteropatycznym. Do zmian organicznych /nieodwracalnych/ mózgu prowadzić mogą między innymi choroby układu krążenia jak nadciśnienie tętnicze, choroby serca, czy układu oddechowego, jak rozedma, dychawica oskrzelowa. W chorobach tych występować może niedobór tlenu we krwi, na którego niedostatek mózgowie jest szczególnie wrażliwe. Inną chorobą, w przebiegu której może stosunkowo częściej dochodzić do uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego jest cukrzyca, zwłaszcza jeśli w jej przebiegu występują częste i długotrwałe stany śpiączek.

## **2. POŚREDNI WPŁYW CHOROBY NA FUNKCJONOWANIE CZŁOWIEKA**

*Choroba somatyczna może być rozpatrywana w kategoriach sytuacji stresowej gdyż zgodnie z podaną wcześniej definicją, zawiera wszystkie elementy charakterystyczne dla takiej sytuacji. Choroba stanowi zagrożenie zarówno biologiczne jak i psychospołeczne, zakłóca realizację celów życiowych i stawianych*

*zadań, utrudnia bądź uniemożliwia zaspakajanie różnorodnych potrzeb człowieka.*



Szczególnym składnikiem stresowym choroby są dolegliwości. Wśród dolegliwości najczęściej występujących jest ból, który towarzyszy bardzo wielu stanom chorobowym. Zwykle wyróżnia się ból pierwotny i wtórny. Ból pierwotny ma charakter ostry, kłujący, dobrze zlokalizowany i mija z chwilą ustania działania czynnika szkodliwego. Natomiast ból wtórny jest trudny do umiejscowienia, trwa znacznie dłużej aniżeli bodziec, który go wywołał. Szczególne znaczenie kliniczne, wywierające długotrwały wpływ na zachowanie człowieka chorego, mają bóle przewlekłe. Bóle przewlekłe występują w wielu schorzeniach, jak np. choroba nowotworowa, choroby układu kostnego, zmiany zwyrodnieniowe stawów czy polineuropatie. Wśród innych dolegliwości mających duży wpływ na funkcjonowanie jednostki wymienić można uporczywą stałą duszność towarzyszącą przewlekłym chorobom płuc, przewlekłej niewydolności lewokomorowej serca. Stała duszność, może w bardzo dużym stopniu ograniczać funkcjonowanie jednostki. Uporczywy świąd jako stały objaw towarzyszy niektórym chorobom skóry jak, atopowe zapalenie skóry, pokrzywka przewlekła, czy jako objaw pewnych chorób ogólnych, cukrzycy, białaczki i mocznicy, a również wywołany może być starzeniem skóry. Świąd jest niezwykle uciążliwym objawem, który chorzy starają się zamienić na ból "drapiąc się do krwi". Inne dolegliwości to przewlekłe zawroty głowy, występujące w niektórych chorobach ośrodkowego układu nerwowego, przewlekłych zapaleniach błędniaka, nudności i wymioty towarzyszące między innymi chorobom przewodu pokarmowego, migrenie.

Dolegliwości odczuwane przez chorego niejednokrotnie stanowią dla niego istotę samej choroby, zmieniają układ hierarchiczny dopływających informacji. A ponadto zakłócają procesy poznawcze i emocjonalne oraz obniżają ogólną sprawność umysłową. Zaburzeniu ulegają funkcje pamięci, jak zapamiętywanie, przypominanie, zakłócona jest uwaga, zdolność uczenia się ulega upośledzeniu. Występujące zaburzenia w sferze emocjonalnej, powodują że człowiek chory bywa przygnębiony, drażliwy, wybuchowy, pojawia się niepokój. Aktywność przez którą rozumie się świadome i uporządkowane działanie nastawione na osiągnięcie określonego celu, ulega spadkowi. Nie tylko dolegliwości związane z chorobą i różne ograniczenia, które są jej następstwem, ale również trwałe upośledzenie funkcji narządów oddziałują na stan psychiczny i funkcjonowanie człowieka chorego. Na ogół w przypadkach ostrych chorób /czas trwania do kilku tygodni/ ograniczenia trwają stosunkowo niedługo, powrót do zdrowia jest zwykle całkowity. Jednak nie zawsze się tak dzieje, w niektórych chorobach zakaźnych, jak np. w przypadku wirusowego zapalenia wątroby, w wyniku którego dochodzić może do trwałej niewydolności tego narządu, a w konsekwencji konieczne są liczne i poważne ograniczenia i to nie tylko dietetyczne. Jednak najpoważniejsze i długotrwałe ograniczenia łączą się z chorobami przewlekłymi, często nieuleczalnymi, nierzadko prowadzącymi do *inwalidztwa*.

*Przez inwalidztwo należy rozumieć trwałą utratę zdrowia ograniczającą, lub uniemożliwiającą pełnienie normalnych czynności związanych z życiem codziennym, uczeniem się pracą zawodową, udziałem w życiu rodzinnym i społecznym. Chorobę przewlekłą charakteryzuje dłuższy aniżeli kilkunastotygodniowy czas trwania, łagodniejszy jak w stanie ostrym przebieg oraz na ogół nieodwracalność zmian patologicznych. Ograniczenia związane z chorobą przewlekłą mogą dotyczyć chodzenia, przyjmowania dowolnej postawy ciała, przyjmowania posiłków, konieczności utrzymania odpowiedniej diety, mycia się, ubierania, zrezygnowania z różnych używek, jak palenie tytoniu, picia kawy, mocnej herbaty, napojów alkoholowych itp.*

Wydaje się, że obok podanych powyżej faktów, *hospitalizacja* jest szczególnym przykładem wskazującym, że choroba i towarzyszące jej okoliczności są dla pacjenta sytuacjami stresowymi. Personel medyczny rzadko to sobie uświadamia i dlatego sprawie tej poświęcamy kilka zdań szczegółowych.

Już sama decyzja lekarza o skierowaniu chorego do szpitala może być postrzegana przez pacjenta jako silnie stresowa. Dla niektórych osób umieszczenie w szpitalu oznacza, że ich stan zdrowia jest bardzo zły i konieczne są poważne zabiegi lecznicze, których nie można wykonać w przychodni. Przyjęcie do szpitala wiąże się z koniecznością przerwania dotychczasowych kontaktów społecznych, a jednocześnie chory zostaje zmuszony do nowych, które wymagają dużego wysiłku adaptacyjnego. Te nowe kontakty dotyczą dwóch grup, z których każda stawia odmienne żądania nowoprzyjętemu. Personel oczekuje, że chory będzie karny, będzie posłusznie wykonywać wszelkie zalecenia, wydawane, począwszy od ordynatora na salowej skończywszy. Innymi słowy, wymuszona zostaje postawa zależności /niekoniecznie w związku z mniejszą sprawnością fizyczną pacjenta/. Z drugiej strony, hospitalizacja wiąże się -z koniecznością obcowania z innymi chorymi, którzy mają odmienne przyzwyczajenia, zainteresowania, nawyki. Dodatkowym obciążeniem może być cierpienie i ciężki stan innych pacjentów w sali, w której został umieszczony nowy chory.

Pobyt w szpitalu wiąże się także z określonymi *zabiegami diagnostycznymi i terapeutycznymi*, które zwykle są nieprzyjemne dla pacjenta. Już sama konieczność obnażania ciała w obecności innych, w czasie badania lekarskiego, pozbawia chorego pewnej intymności. Sytuacja taka może być dla niektórych chorych upokarzająca. Rutynowe pobieranie krwi do analizy, nie mówiąc o badaniach inwazyjnych, to inne przykłady sytuacji stresowych. Podobnie sprawa wygląda z wieloma zabiegami terapeutycznymi.

Rytm życia w szpitalu zasadniczo różni się od tego poza szpitalem. W czasie hospitalizacji rozkład dnia jest bowiem wyznaczony przez *regulaminy*, który bardziej służy personelowi niż chorym np. budzenie we wczesnych godzinach rannych w celu zmierzenia temperatury, czy też sprzątanie oddziału o bardzo wczesnej porze.

Stresem dla pacjenta jest także bezosobowe traktowanie go przez personel

medyczny, traktowanie go jako przypadku chorobowego, a nie chorego człowieka z całym bagażem problemów psychospołecznych. Podejście takie wyraża się m.in. mówieniem o chorym nie jako o "panu Kowalskim", ale jako o "przypadku kamicy nerkowej" czy "choroby wrzodowej".

Dla części pacjentów hospitalizacja jest sytuacją stresową związaną z *deprywacją sensoryczną*.

O deprywacji sensorycznej pisaliśmy w pierwszej części skryptu. Przypominamy, że chodzi o taki rodzaj sytuacji, w której dopływ bodźców zewnętrznych jest dla danej osoby niewystarczający, aby ośrodkowy układ nerwowy funkcjonował optymalnie. Sytuacje takie, podobnie jak każda sytuacja stresowa, mają niekorzystne konsekwencje dla samopoczucia człowieka.

Jednym z bardzo istotnych składników sytuacji stresowej, jaką jest choroba somatyczna, stanowi *zakłócenie pełnionych dotychczas ról w rodzinie i w pracy*. Wyobrażamy sobie, że hospitalizowaną jest matka dwojga dzieci w wieku przedszkolnym. Sytuacja ta w sposób zasadniczy zaburza dotychczasowy rytm życia rodzinnego. Mąż chorej zostaje zmuszony do realizacji wielu zadań, które dotychczas spełniała żona. Często konieczna jest pomoc krewnych: matki, teściowej czy kogoś z rodzeństwa. Sprawa jeszcze bardziej komplikuje się gdy choroba ma charakter przewlekły i wiąże się z trwałym ograniczeniem wysiłku fizycznego. Pociąga to bowiem za sobą stałą zależność chorego od najbliższego otoczenia, a więc zmiany nie tylko własnej roli, ale zmian ról pozostałych członków rodziny.

Choroba najczęściej pociąga za sobą także pogorszenie sytuacji ekonomicznej rodziny. Związane to jest z kosztami leczenia oraz ze zmniejszeniem dochodów. Sytuacja jest szczególnie dotkliwa, jeżeli choroba ma charakter przewlekły i dotyczy mężczyzny w wieku produkcyjnym. Sytuacja zdrowotna może wymagać zmiany pracy, przejścia na stanowisko gorzej płatne. Człowiekowi choremu trudniej otrzymać zatrudnienie, przegrywa w konkurencji z osobami zdrowymi. Utrata pracy, czy przejście na rentę inwalidzką, to nie tylko pogorszenie warunków ekonomicznych chorego i jego rodziny, ale także zmiana pozycji społecznej. Praca zawodowa dla mężczyzny, w naszej cywilizacji, jest głównym miarą aktywności i osiągnięć, a także prestiżu. Choroba może zagrażać tym wartościom.

*Reakcje pacjenta* na sytuacje związane z chorobą i leczeniem zależą nie tylko od obiektywnych cech zagrożenia fizycznego i psychospołecznego, ale również /a czasami przede wszystkim/ od subiektywnej oceny tych sytuacji, od znaczenia przypisywanego chorobie. Najczęściej choroba jest traktowana przez zainteresowanego jako *przeszkoda*. Czasami może być *stratą, ulgą, korzyścią lub wartością*. Z każdym z tych znaczeń związane są charakterystyczne zachowania chorego.

Jeżeli choroba uważana jest jako przeszkoda w realizacji celów, to jak pamiętamy z opisu różnych rodzajów sytuacji stresowych, jest to sytuacja frustracyjna. Zachowanie chorego, ze względu na cel, może mieć różny charakter, zgodnie ze

schematem podanym na str.20. Może to być dążenie *do pokonania przeszkody*, ale dążenie to może manifestować się w różnych formach. Oczywiście, najkorzystniejszą formą, ze względu na efekty leczenia, jest próba pokonania choroby poprzez współpracę z lekarzem, stosowanie się do jego zaleceń. *Próba pokonania przeszkody jaką jest choroba może przyjmować jednak formę niekorzystną*, kiedy chory leczy się na własną rękę, albo stosuje się do zaleceń nieprofesjonalistów. Inną, także niekorzystną drogą pokonywania przeszkody, może być domaganie się przez chorego skutecznego działania ze strony lekarza przy całkowitej bierności ze strony zainteresowanego np. chory po zawale serca żąda od lekarza "cudownego leku, a jednocześnie nie zamierza zrezygnować z palenia papierosów, nie stosuje się do zaleceń dietetycznych i innych. Zgodnie z ogólnym schematem zachowań człowieka w sytuacji frustracyjnej, chory może także starać się *ominać przeszkodę*. Będzie pomniejszać objawy choroby, albo wręcz zaprzeczał. Nie będzie stosował się do zaleceń. W krańcowych przypadkach pacjent może domagać się wypisania ze szpitala "na własną prośbę". Jeżeli chory spostrzega chorobę jako przeszkodę nie do pokonania, to może reagować *wycofaniem, rezygnacją, brakiem współpracy*.

lanym znaczeniem przypisywanym chorobie może być *strata*, związana z trwałym kalectwem, zniekształceniem wyglądu, czy ogólnie nieodwracalną utratą zdrowia. Czasami choroba może być traktowana jako *ulga*, kiedy pacjent tłumaczy swoje niepowodzenia życiowe pogorszeniem stanu zdrowia, albo kiedy w związku z chorobą zwolniony jest z nadmiaru obowiązków czy odpowiedzialności. Bardziej wyrazistą formą jest traktowanie choroby jako *korzyści*. Korzyści mogą mieć charakter materialny lub psychologiczny.

*Korzyści materialne* związane z chorobą, to otrzymywanie zasiłku chorobowego, renty, odszkodowania itp. *Korzyści psychologiczne* związane z chorobą mają miejsce wtedy, gdy w związku z chorobą zaspakajane są jakieś potrzeby psychiczne pacjenta, które nie były zaspakajane, gdy był zdrowy. Jest zrozumiałe, że chory, który traktuje chorobę jako ulgę albo korzyść, będzie miał tendencję do wyolbrzymiania objawów choroby, nie będzie wykazywał motywacji do leczenia.

Przez niektórych pacjentów choroba jest traktowana jako *wartość*. Odnosi się to do tych chorych, którzy dokonują zmiany hierarchii wartości życiowych w związku z zaistniałą chorobą, albo przyznają chorobie i cierpieniu wartości metafizyczne np. w przypadku ludzi głęboko religijnych.

Pełniejszy obraz różnych konsekwencji subiektywnej percepcji sytuacji towarzyszących chorobie i leczeniu przedstawiony zostanie w kolejnym paragrafie.

### 3. POSTAWA WOBEC CHOROBY

*Postawa wobec choroby /pwch/ rozumiana jest jako stosunek pacjenta do faktu zachorowania i sytuacji, związanych z leczeniem i rehabilitacją. Podobnie jak i inne postawy, pwch ma trzy komponenty: poznawczy, emocjonalny*

*i motywacyjny. W skład komponentu poznawczego wchodzi:*

- informacje o przyczynach i istocie choroby, zasad leczenia i jej zapobiegania;
- sposób selekcji, organizacji i klasyfikacji dopływających informacji;
- wyobrażenia, dotyczące własnej osoby, wyobrażenia, dotyczące najbliższej przyszłości odnośnie pracy zawodowej, sytuacji rodzinnej itp.
- oczekiwania wobec personelu leczącego i wobec własnej rodziny.

Komponent emocjonalny pwch, to przebywane w związku z chorobą i leczeniem stany emocjonalne.

Składnik motywacyjny to: dążenia, zamiary, dyspozycje do określonych zachowań, związanych z leczeniem i zdrowiem.

Te trzy komponenty pwch są ze sobą ściśle powiązane, mają tendencję do utrzymania między sobą *stanu równowagi*. Zmiana jednego z nich pociąga za sobą przekształcenia dwóch pozostałych.

Zwykle pierwsze objawy chorobowe, jeżeli manifestują się bólem, powodują dezorganizację struktury poznawczej. Chory zadaje sobie pytania: "Co mi dolega?", "Dlaczego mnie boli?". Pociąga to za sobą określone konsekwencje w sferze emocjonalnej, np. pojawia się lęk.

Jednocześnie zostaje zaktywizowana sfera motywacyjna - chory próbuje odpowiedzieć sobie na pytanie: "Co zrobić, żeby przestało mnie boleć?"

Efektom odpowiedzi na to pytanie jest podjęcie określonych działań, nie zawsze zresztą racjonalnych.

Kolejność zmian może być odmienna: pojawiający się ból może wyzwolić lęk, a ten z kolei zmiany w sferze poznawczej i motywacyjnej chorego. Operacjonalizacja koncepcji pwch wymaga wprowadzenia *wskaźników empirycznych* dla wymienionych trzech komponentów postaw. Dla *składnika poznawczego* takimi wskaźnikami są:

- zakres i adekwatność informacji, jakie pacjent posiada na temat własnej choroby, i jej przyczyn i leczenia;
- stopień akceptacji rozpoznania lekarskiego i zaleceń, związanych z leczeniem;
- adekwatność wyobrażeń chorego odnośnie jego dalszych możliwości zawodowych oraz realizacji ról w rodzinie;
- rodzaj oczekiwań chorego wobec personelu leczącego i najbliższej rodziny.

*Komponent emocjonalny* pwch manifestowany jest poprzez werbalne zachowanie chorego oraz oznaki wegetatywno-somatyczne. Wskaźniki te pozwalają na określenie: *znaku, treści i siły emocji*.

*Komponent motywacyjny* pwch określony jest na podstawie relacji pacjenta o własnym zachowaniu w momencie pojawienia się objawów choroby oraz w czasie leczenia i rehabilitacji. Wskaźniki te określają stopień gotowości chorego do realizowania zaleceń lekarskich.

Ocena postawy wobec własnej choroby pacjenta powinna być dokonywana przez lekarza w czasie ukierunkowanej obserwacji i rozmowy z chorym. W pracy

z określoną grupą chorych bardzo użyteczne może być wykorzystanie arkusza obserwacyjnego, na którym zaznacza się występujące u konkretnego pacjenta wskaźniki trzech składników pwch. W sytuacji, w której trzeba ocenić postawy większej grupy chorych, dysponując krótkim czasem, można wykorzystać Kwestionariusz Postaw Wobec Choroby /Kwestionariusz PWCH/. Pierwsza wersja tego kwestionariusza opracowana została dla chorych z zawałem serca, przebywających na rehabilitacji szpitalnej. Obecna, nieco zmieniona wersja, może być stosowana w odniesieniu do różnych chorych. Kwestionariusz składa się z 43 stwierdzeń. Zadaniem osoby badanej jest wyrażenie swojego stosunku do każdego z nich, poprzez zakreślenie jednej z pięciu cyfr, określających stopień aprobaty danego stwierdzenia. Wyniki badań standaryzacyjnych pozwalają uznać kwestionariusz ten za narzędzie psychometryczne. Uzyskane dane za pomocą Kwestionariusza PWCH umożliwiły wyodrębnienie *trzech rodzajów postaw wobec własnej choroby*.

Pierwszy rodzaj pwch to *postawa sprzyjająca procesowi leczenia i rehabilitacji*. Pacjenci o tej postawie charakteryzują się adekwatnymi, podstawowymi informacjami na temat własnej choroby i jej leczenia, akceptują rozpoznanie lekarskie i zalecenia, spostrzegają realistycznie swoje dalsze możliwości w zakresie obowiązków zawodowych i rodzinnych. Ich nastrój jest wyrównany. Chorzy ci skłonni są wykonywać zalecenia lekarskie.

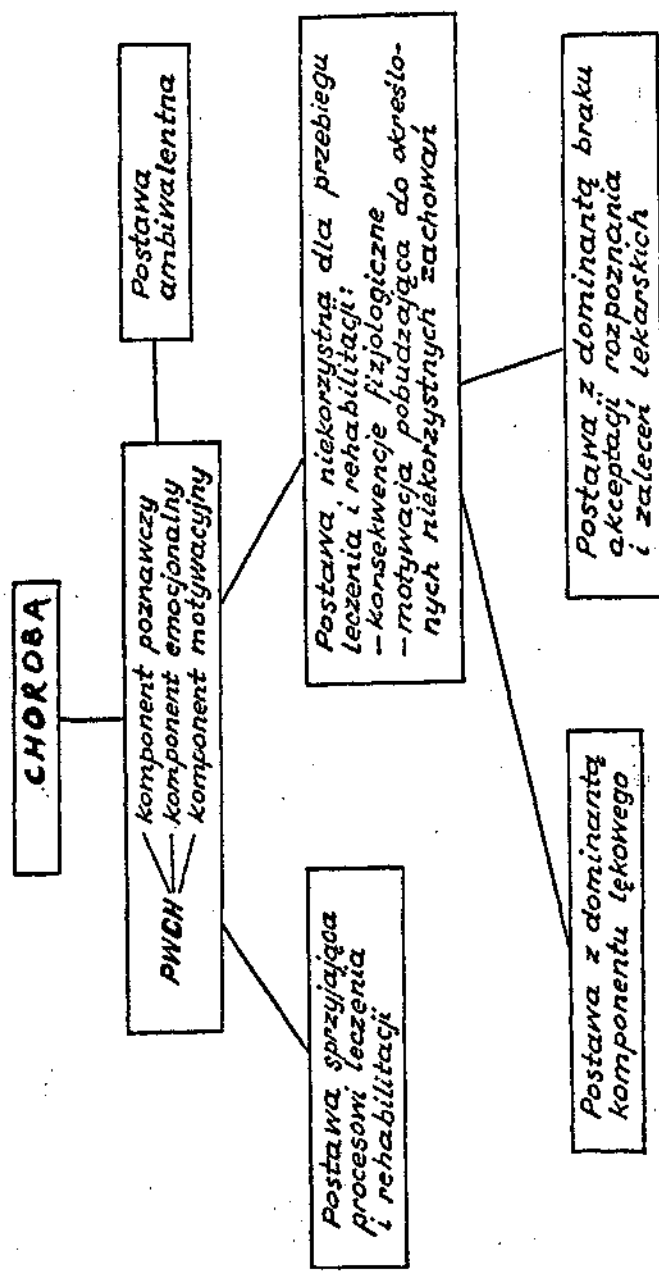
Drugi rodzaj pwch, to *postawa niekorzystna* dla procesu leczenia, Może ona występować w *dwóch formach*!

- postawa z *dominantą komponentu lękowego*;
- postawa z *dominantą braku akceptacji rozpoznania i zaleceń lekarskich*.

U osób charakteryzujących się pierwszą z tych form na czoło wysuwa się składnik emocjonalny: intensywny lęk. Jednocześnie chorzy ci nie są zorientowani co do istoty własnej choroby i zasad leczenia, albo posiadane przez nich informacje na ten temat są nieprawidłowe i w związku z tym poziom akceptacji rozpoznania lekarskiego jest niski. Swoją przyszłość zawodową i inną oceniają pesymistycznie. Od personelu leczącego i rodziny oczekują nadmiernej troskliwości i opieki. Skłonni są do realizacji zaleceń lekarskich, ale jeżeli dotyczą one aktywności fizycznej to wykonują ją w ograniczonym zakresie.

Pacjenci, którzy charakteryzują się postawą niekorzystną, manifestowaną w drugiej formie, są to chorzy, u których na czoło wysuwa się bardzo niska akceptacja rozpoznania lekarskiego i otrzymywanych zaleceń. Chorzy ci mają bardzo ograniczoną wiedzę o swojej chorobie i leczeniu. Ich oczekiwania, dotyczące dalszego funkcjonowania zawodowego i społecznego są często zbyt optymistyczne. U chorych tych częstymi emocjami są: gniew, złość albo podwyższony nastrój, nieadekwatny do ich sytuacji zdrowotnej. Chorzy ci nie mają motywacji do leczenia, przy jednoczesnej tendencji do zachowań, które są niekorzystne dla zdrowia.

Trzeci rodzaj postawy to *postawa ambiwalentna*.



Ryc.4. Charakterystyka postaw wobec choroby

Zawiera ona elementy postaw: pierwszej i drugiej.

Należy pamiętać, że dokonując oceny pwch u konkretnego pacjenta trzeba zawsze odnieść to od rodzaju i przebiegu choroby oraz etapu leczenia. Pwch pełni istotną funkcję regulacyjną zachowania pacjenta na wszystkich etapach leczenia oraz rekonwalescencji. Z powyższych względów kształtowanie właściwej pwch u pacjenta winno być nieodłącznym składnikiem pracy klinicznej lekarza. Podstawą dla realizacji tego zadania jest **nawiązanie prawidłowego kontaktu z chorym**. Lekarz uzyska dobrą relację z chorym, jeżeli potrafi stworzyć atmosferę bezpieczeństwa i zrozumienia, jeżeli będzie umiejętnie prowadził rozmowę z chorym i słuchał go z zainteresowaniem. W oddziaływaniu, zmierzającym do kształtowania właściwej pwch należy wykorzystać wiedzę, dotyczącą trzech komponentów postaw oraz związków, zachodzących pomiędzy nimi. Jak już wspomniano poprzednio, trzy komponenty pwch tworzą rodzaj "naczyń połączonych" - zmiana jednego z nich pociąga za sobą przekształcenie dwóch pozostałych. *Modyfikacja postawy poprzez oddziaływanie na komponent poznawczy polega przede wszystkim na przekazywaniu, w odpowiedni sposób, informacji na temat istoty choroby i leczenia oraz ukazaniu dalszych perspektyw. Zmiana pwch poprzez komponent emocjonalny polega na redukcji napięcia emocjonalnego. Sprzyjają temu te same działania, które są podstawą dla nawiązania dobrego kontaktu z chorym. Formowanie odpowiedniej postawy poprzez wykorzystanie komponentu motywacyjnego polega na zachęcaniu chorego do zachowań, które przyspieszą bądź zwiększą efektywność leczenia. Przy kształtowaniu odpowiedniej motywacji u chorego można odwołać się do już uzyskanych efektów leczenia jak również do uzyskania dalszych perspektyw przy prawidłowym przebiegu leczenia. Wysiłek i czas, który lekarz poświęci na wykształcenie prawidłowej postawy u chorego będzie procentował w postaci zwiększonej efektywności leczenia.*

#### 4. STUDIUM PRZYPADKU I JEGO ANALIZA

Pacjent K.M. lat 40, żonaty, dwoje dzieci, wykształcenie wyższe, pracuje jako zastępca dyrektora w jednym z większych zakładów przemysłowych w stolicy. Do oddziału kardiologicznego przyjęty z powodu zawału mięśnia sercowego umiejscowionego na ścianie przedniej. Pacjent z nadwagą. Zdanych z wywiadu psychosomatycznego wynika, że badany urodził się w Warszawie. Ojciec jego był robotnikiem, matka pracowała jako ekspedientka w sklepie. Małżeństwo źle się układało z powodu nadużywania przez ojca alkoholu. Gdy miał 3 lata, matka rozwiodła się. Po dwóch latach od rozwodu matka powtórnie wyszła za mąż. Ojczym nie lubił pacjenta, Malka była podporządkowana ojczymowi. Chory posiada przyrodnią siostrę, młodszą o 5 lat, do której jest przywiązany. Uczył się bardzo dobrze, z wyróżnieniem ukończył szkołę średnią, był ambitny, zawsze chciał w życiu coś osiągnąć. W szkole nie miał bliższych kolegów, choć uważa, że był raczej lubiany. W wieku 23 lat

skończył Politechnikę Warszawską, następnie podjął pracę w jednym z zakładów

przemysłowych stolicy, w którym dosyć szybko awansował na stanowisko zastępcy dyrektora. W zakładzie tym pracuje do chwili obecnej. Praca stanowiła zawsze główny cel jego życia, nie lubił brać urlopów, nawet w dni wolne od pracy często zajmował się sprawami zawodowymi, albo czymś innym. Uważał, że szkoda tracić czasu na bezczynność, wydaje mu się, że ciągle brak mu czasu. Stara się zawsze korzystać z samochodu, w związku z tym ma za mało ruchu. W wieku 25 lat ożenił się, żona młodsza o 4 lata, wykształcenie niepełne wyższe, ekonomiczne, posiada z nim dwoje dzieci syna dwunastoletniego i sześcioletnią córkę, małżeństwo uważa za udane, do spraw domowych nie wtrąca się zostawiać je żonie. Materialnie jest nieźle sytuowany, posiada 4 pokojowe mieszkanie. Napoje alkoholowe pije okazjonalnie. Papierosy pali od 17 roku życia, przeciętnie do 40 sztuk dziennie. Z chorób przebytych podaje choroby wieku dziecięcego.

Nikt z najbliższej rodziny nie chorował na serce. Pacjent ma poziom cukru we krwi w normie, krzepliwość krwi także nie odbiega od normy. Poziom cholesterolu podwyższony. Do zeszłego roku był zdrowy. Zawał mięśnia sercowego był pierwszą poważną chorobą. Z powodu zawału leżał w szpitalu około trzech tygodni. Lekarze zalecali mu wyjazd na dalszą rehabilitację do sanatorium kardiologicznego, paromiesięczne zwolnienie lekarskie, zmianę trybu życia jak np. rzucenie palenia tytoniu, zmianę pracy, na mniej obciążającą psychofizycznie więcej aktywności fizycznej, regularne przyjmowanie leków i kontrolę kardiologa. Jak podaje, czuł się jednak dobrze, więc nie zastosował się do większości rad lekarzy, uważał że "przesadzają".

Po dwóch miesiącach od wystąpienia zawału wrócił do pracy na to samo stanowisko, zastępcy dyrektora, palenie tytoniu poza parodniowym okresem pobytu w szpitalu nie zaprzestał, ponieważ papierosy go "uspakajają". Leki przyjmował i na wizyty lekarskie chodził dosyć regularnie przez pół roku, ale po tym czasie doszedł do wniosku, że się już wyleczył, a ponadto miał wiele ważniejszych spraw na głowie i nie miał czasu na leczenie.

Drugi zawał mięśnia sercowego, z powodu którego znalazł się aktualnie w oddziale kardiologicznym wystąpił po ośmiu miesiącach od poprzedniego. Towarzyszył mu mierzwi nasilony ból, niepokój, duszność oraz uczucie zasłabnięcia. Po dwóch godzinach od wystąpienia powyższych objawów znalazł się w izbie przyjęć, skąd po rozpoznaniu zawału, został umieszczony w oddziale intensywnej opieki medycznej, jednego ze szpitali warszawskich. Drugiego dnia pobytu w oddziale intensywnej opieki medycznej, pacjent informował lekarza, że czuje się nieźle, chciał chodzić. Po pięciu dniach przeniesiony do oddziału ogólnego. W oddziale nie w pełni przestrzegał zaleceń lekarskich odnośnie ograniczenia wysiłku fizycznego oraz ukradkiem "podpalał" papierosy. Odwiedzała go żona z dziećmi. Lekarzowi mówił, że czuje się coraz zdrowszy i pytał kiedy będzie mógł opuścić szpital, martwił się pracą zawodową, że "nie poradzą sobie bez niego". Dziesiątego dnia pobytu w szpitalu

odwiedził go podwładny, z którym rozwiązywał jakieś problemy związane z wprowadzeniem nowych technologii do produkcji.

Z przedstawionego powyżej opisu przypadku pacjenta K.M. nasuwają się trzy grupy wniosków. Dotyczą one uwarunkowań powstania zawału serca, reakcji związanych z chorobą i leczeniem oraz wynikające z tego implikacje dla lekarza prowadzącego. U pacjenta K.M. stwierdzono następujące czynniki ryzyka zawału serca: intensywne długoletnie palenie papierosów, podwyższony poziom cholesterolu w surowicy krwi, małą aktywność fizyczną, nadwagę, Wzór zachowania A. Pacjent traktuje zawał serca jako przeszkodę, która utrudnia, bądź uniemożliwia mu realizowanie ambitnych celów zawodowych. W związku z tym podejmuje działania zmierzające do omijania przeszkody. Jego postawa wobec choroby, leczenia i rehabilitacji jest niekorzystna, z dominantą braku akceptacji rozpoznania i zaleceń lekarskich. Podłożem tej postawy i zachowania chorego jest mechanizm obronny tłumienia i wypierania.

Przedstawione dane, zdają się wskazywać, że lekarzowi prowadzącemu chorego nie udało się do tej pory nawiązać z nim bliższego kontaktu. Dlatego też, podstawowym, najbliższym celem działań lekarza powinno być zdobycie zaufania chorego. Bez uzyskania dobrego kontaktu i zaufania chorego nie można liczyć na pozytywne efekty leczenia i dobrą dalszą prognozę.

Należy bowiem pamiętać, że wraz z upływem czasu od chwili zawału serca, coraz ważniejszy staje się problem prewencji wtórnej. Coraz mniej istotne będą leki, a coraz ważniejsze nowe nawyki życiowe, które zmniejszałyby prawdopodobieństwo rozwoju zmian miażdżycowych w naczyniach wieńcowych. W przypadku pacjenta K.M., który charakteryzuje się Wzorem zachowania A zadanie nie będzie łatwe. Chorego trzeba przekonać, że obecne ograniczenia w zakresie aktywności fizycznej mają charakter okresowy, że wraz z rozwojem krążenia obocznego jego serce będzie sprawniejsze, że powodzenie rehabilitacji /lepsza sprawność fizyczna/ zależy od czasu jaki upłynął od zawału oraz od dawkowanego, stopniowego wysiłku. Należy wykazać, że zmiana trybu życia, wytwarzanie takich nawyków jak: gimnastyka poranna, racjonalne odżywianie się, wystarczający czas przeznaczony na sen i aktywny wypoczynek nie oznaczają wcale pogorszenia jakości życia. Wprost przeciwnie, stwarzają szansę na lepsze funkcjonowanie zawodowe i życiowe. W przekonywaniu chorego można odwołać się do cenionych przez niego wartości - ze względu na cele zawodowe "opłaca mu się" skorzystać z propozycji wysuwanych przez lekarza. Bardzo ważnym fragmentem pracy lekarza z pacjentem K.M. będą działania zmierzające do zaprzestania przez niego palenia papierosów. Motywacje chorego można pobudzać poprzez wyjaśnienie mechanizmu negatywnego wpływu palenia papierosów na układ krążenia i pracę serca oraz poprzez podawanie pozytywnych przykładów chorych, którzy zaprzestali palenia - "im się udało to i Panu także się uda. Wspólnie nad tym będziemy pracowali". Każdy kontakt z chorym należy wykorzystywać do pozytywnego wzmocnienia, a jeżeli pacjent sięgnął po papierosa, to należy zachęcać go do ponownej

próby zerwania z tym szkodliwym nawykiem.

Przed opuszczeniem przez chorego szpitala należy szczegółowo przedyskutować organizację dnia codziennego na najbliższe tygodnie. Należy omówić także zasady powrotu do pracy zawodowej. Równoległe z opieką nad chorym, od samego początku należy także nawiązać współpracę z żoną pacjenta K.M. Powinna ona stać się ważnym sprzymierzeńcem w formowaniu nowych, zdrowotnych nawyków u swego męża. Byłoby bardzo wskazane, aby lekarz opiekujący się chorym K.M. mógł go nadal prowadzić w trybie ambulatoryjnym, po opuszczeniu szpitala.

#### Literatura uzupełniająca:

1. Bishop G.D. (2000) Psychologia zdrowia. Zintegrowany umysł i **dało**. Rodz.8 .Rozumienie choroby i życie z nią. s.249-285. Wydawnictwo Astrum, Wrocław.
2. Heszen-Niejodek I.(2000) Psychologiczne problemy chorych somatycznie. W: J. Strelau (red). Psychologia. Podręcznik akademicki. Tom 3, s.513-531 .Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.

## CZEŚĆ m

### PSYCHOLOGICZNE ASPEKTY POSTĘPOWANIA Z CHORYM SOMATYCZNIE

W poprzedniej części pracy wykazano, że każda choroba somatyczna obok skutków patofizjologicznych pociąga za sobą szereg konsekwencji psychologicznych. Konsekwencje te w znacznej mierze zależą od tego jak chory subiektywnie spostrzega swoją sytuację i jakie znaczenie przypisuje chorobie. Określona percepcja sytuacji rzutuje na postawy jakie chory przyjmuje wobec choroby i leczenia. Niewłaściwa postawa chorego może w sposób zasadniczy utrudnić proces leczenia i zdrowienia. Ilustracją takiej sytuacji jest podany opis przypadku pacjenta z zawałem serca. Przedstawiono tam również pewne działania, które mogą sprzyjać kształtowaniu u pacjenta korzystnej postawy wobec choroby i leczenia. Zasygnalizowano wtedy, że podstawą jest umiejętność nawiązania dobrego kontaktu z chorym oraz określona relacja pomiędzy lekarzem i pacjentem.

Problemy te stanowią zasadniczy przedmiot rozważań w tej części pracy. Omówione będą również sytuacje, które zakłócają prawidłową relację lekarza z pacjentem. Osobny paragraf poświęcony będzie opisowi kontaktu lekarza z szczególną grupą chorych, z pacjentami terminalnymi.

#### 1. CHARAKTERYSTYKA RELACJI LEKARZ - PACJENT

*Wzajemny stosunek między lekarzem a pacjentem jest istotą praktyki lekarskiej.* Ten stosunek może przyjmować różne formy i obejmować szeroki krąg cierpień ludzkich - biologicznych, psychologicznych, społecznych. Istnieje wiele dowodów na to, że *interakcja z lekarzem wywiera ogromny wpływ na stan chorego*, a dobry kontakt między lekarzem a pacjentem ma wielkie znaczenie terapeutyczne. Świadczy o tym historia medycyny oraz badania nad praktykami leczniczymi w nieuprzedyskutowanych krajach. Oszacowano, że 1/3 wszystkich skutecznych czynności i leków odnosi się do wiary pacjenta, że coś dla niego zrobiono. Swój ogólny stosunek do pacjenta lekarz wyraża poprzez *reakcje niewerbalne* w szerokim i wąskim sensie tego słowa tzn. poprzez wystrój swego gabinetu, swój ubiór, sposób bycia, mimikę, gesty. Podobnie pacjent komunikuje lekarzowi swój stosunek do niego. Na podstawie owych reakcji pozawerbalnych tworzą się pierwsze wzajemne wrażenia.

Stosunek między lekarzem a pacjentem wyraża się także za pomocą *reakcji werbalnych*, co oznacza przekazywanie informacji przez pacjenta, a to z kolei wpływa na postawienie diagnozy i dokonanie właściwego wyboru metody leczenia przez lekarza. Wykazano, że pacjenci dlatego nie mówią lekarzowi o swoich problemach, ponieważ postrzegają go jako oschłego i niechętnego rozmowie. Wyniki badań, prowadzonych w jednym ze szpitali amerykańskich wskazują, że tylko