

Rozumienie choroby przez pacjenta Model tworzenia znaczenia

The patient's meaning of illness. The meaning-making model

Maciej Załuski

Zakład Psychologii Zdrowia, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

AUTOR DO KORESPONDENCJI:

Maciej Załuski

Zakład Psychologii Zdrowia

Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa

Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum

ul. Kopernika 25, 31-501 Kraków

Tel./fax. 012 421-40-10

e-mail: mzałuski@cm-uj.krakow.pl

STRESZCZENIE

Rozumienie choroby przez pacjenta. Model tworzenia znaczenia

Cel pracy. Artykuł ma charakter poglądowy. Jego celem jest ukazanie roli, jaką w adaptacji pacjenta do poważnej choroby odgrywa sposób jej rozumienia powiązany z pragnieniami, przekonaniami i celami życiowymi. W artykule przedstawiono koncepcję stresu Crystal Park i Susan Folkman, nazwaną modelem tworzenia znaczenia (meaning-making model). Jest ona uzupełnieniem transakcyjnej teorii stresu Richarda Lazarusa i Susan Folkman.

Wprowadzenie. Model tworzenia znaczenia ma zastosowanie do opisu adaptacji pacjenta w przypadku chorób poważnie wpływających na życie. Choroba i jej leczenie może być dla pacjenta źródłem stresu i kryzysu emocjonalnego. Transakcyjna teoria stresu i radzenia sobie pozwala na wyjaśnienie kryzysu emocjonalnego, jeśli uwzględnia wymiar rozumienia choroby przez pacjenta. Omawiany model zakłada dwa poziomy rozumienia, nazwane: rozumieniem sytuacyjnym i rozumieniem uogólnionym (sens życia). Źródłem stresu i kryzysu emocjonalnego pacjenta jest konflikt pomiędzy wspomnianymi rodzajami rozumienia. W artykule omówiono sposoby radzenia sobie pacjenta skoncentrowane na tworzeniu znaczenia oraz postaci zmian w obszarze rozumienia choroby i sensu życia. W podsumowaniu artykułu przedstawiono krótki przykład kazuistyczny obrazujący omawiane zagadnienia.

Słowa kluczowe: rozumienie choroby, sens życia, kryzys emocjonalny, tworzenie znaczenia choroby

ABSTRACT

The patient's meaning of illness. The meaning-making model

Aim. The article has a review character. The purpose of the article is to show the role, which, during the adaptation of the patient to serious illness process, is played by the way of its understanding associated with patient's desires, beliefs, and life goals. The article presents the stress concept by Crystal Park and Susan Folkman called the meaning-making model. The model is a supplement of Richard Lazarus and Susan Folkman's transactional theory of stress.

Introduction. The meaning-making model is used to describe adaptation process of patients in the situation of illness seriously affecting the life. Illness and its treatment process can be for the patients a source of stress and emotional crisis. The transactional theory of stress and coping can explain the source of crisis if the dimension of meaning of illness is taken into consideration. In the meaning-making model, two levels of understanding are assumed: situational meaning, and generalized meaning (meaning of life). The discrepancy between the situational meaning and generalized meaning is the source of stress and emotional crisis. The article discusses the patient's ways to cope focused on the creation of meaning, and the forms of changes in meaning of illness, and meaning of life. In conclusion, a short casuistic example is presented.

Key words: meaning of illness, meaning of life, emotional crisis, meaning-making of illness

WPROWADZENIE

Pragnienie człowieka, aby zrozumieć przyczyny zachodzących zdarzeń, jest przedmiotem badań psychologii społecznej, egzystencjalno-poznawczego nurtu w psychologii, jak i badań prowadzonych w obszarze ochrony zdrowia [1,2,3,4,5,6,]. Najczęściej eksplorowanym modelem podkreślającym rolę, jaką zrozumienie zachodzących zdarzeń życiowych odgrywa w utrzymaniu zdrowia jest teoria salutogenezy Aarona Antonovsky'ego. Zamierzeniem artykułu jest przedstawienie omawianej problematyki korzystając z założeń koncepcji Crystal Park i Susan Folkman nazwanej modelem tworzenia znaczenia (meaning-making model). Jest ona uzupełnieniem powszechnie znanej teorii stresu Richarda Lazarusa i Susan Folkman.

W obszarze psychologii zdrowia chorobę somatyczną traktuje się, jako poważny stresor zaburzający dobrostan pacjenta, źródło napięcia psychicznego, bólu i szeregu negatywnych emocji. Zależności występujące pomiędzy chorobą, jako źródłem stresu, a reakcją stresową są powszechnie znane i wszechstronnie udokumentowane [7]. Pielęgniarka spostrzegając chorobę wyłącznie w kategoriach stresora nie uzyska pełnego obrazu sytuacji psychologicznej pacjenta. Rozpoznanie poważnej choroby i przebieg jej leczenia jest wydarzeniem w sposób istotny wpływającym na bieg życia osoby chorej. Jest to zdarzenie kryzysogenne wymuszające zmiany, zarówno w zachowaniu pacjenta, jak i jego przekonaniach, pragnieniach i celach życiowych [8]. Choroba może być stresorem, źródłem kryzysu emocjonalnego, jak i jednym i drugim [9,10]. Pielęgniarka spostrzegając chorobę jako stresor podejmuje działania służące przyniesieniu ulgi w cierpieniu pacjenta, wzmacnianiu zasobów pomocnych w leczeniu, dodawaniu otuchy. Rozpoznając u pacjenta oznaki kryzysu emocjonalnego, stara się wespół z pacjentem objąć uwagę sposób rozumienia choroby, jej znaczenie i związki z posiadanymi pragnieniami, przekonaniami i celami życiowymi.

Powszechnie stosowanym modelem stresu jest fenomenologiczno-poznawcze ujęcie Richarda Lazarusa i Susan Folkman (tzw. transakcyjna teoria stresu). W modelu założono, iż pojawienie się u człowieka reakcji stresowej jest rezultatem oceny sytuacji z punktu widzenia jej znaczenia dla utrzymania dobrostanu psychicznego. Obecność tzw. wyznaczników przyczynowych, wśród których znajdują się zmienne osobowe (wyznawane wartości, cele życiowe, ogólne przekonania o sobie oraz poczucie kontroli) decyduje o tym, czy relacja łącząca człowieka z sytuacją zostanie przez niego uznana za ważną [11]. Transakcyjna teoria stresu jest modelem poddawany ciągłym modyfikacjom. Wariant opublikowany w roku 1997 przez Crystal Park i Susan Folkman uwzględnił sposób radzenia sobie ze stresem nazwany: radzenie sobie skoncentrowane na tworzeniu znaczenia (meaning-making focused coping, MFC). Tym terminem nazwano procesy wewnątrzpsychiczne służące zrozumieniu sytuacji, w której występuje stresor przewlekły, niepoddający się kontroli za pomocą innych sposobów radzenia sobie, sytuacji nieodwracalnej, trudnej. Model tworzenia znaczenia Crystal Park i Susan Folkman [12, 13, 14] uzupełnia transakcyjną teorię stresu, umożliwiając za jej pomocą wyjaśnienie reakcji człowie-

ka zarówno w kategoriach stresu, jak i kryzysu. Poszerza ogólną klasyfikację sposobów radzenia sobie ze stresem. Obok radzenia sobie spełniającego funkcję instrumentalną, regulacji emocji oraz niwelowania negatywnego wpływu stresora, wyróżnia wewnątrzpsychiczne operacje zmierzające do stworzenia spójnego i zrozumiałego obrazu sytuacji stresowej.

1. Model tworzenia znaczenia. Założenia

U podstaw omawianej koncepcji legło szereg założeń. Przyjęto, iż w przebiegu adaptacji człowieka do niekorzystnych wydarzeń życiowych istotną rolę odgrywają procesy zrozumienia tego, co zaszło [1, 14, 15, 16]. Człowiek starając się wyjaśnić zdarzenie bazuje na zbiorze informacji zawierającym: przekonania o sobie i życiu, pragnienia i cele życiowe oraz wiarę w zrozumiałość i celowość zachodzących zdarzeń. Zbiór ten nazwany uogólnionym rozumieniem (global meaning) jest terminem bliskim pojęciu psychologicznego sensu życia. Niekorzystne wydarzenia życiowe mogą wchodzić w kolizję z informacjami składającymi się na sens życia rodząc u człowieka stres, poczucie niezrozumienia i potrzebę wyjaśnienia przyczyn niezgodności. To kolejne założenie koncepcji. Człowiek chory, powodowany potrzebą zrozumienia, nie poprzestaje na podjęciu leczenia, regulacji napięcia emocjonalnego i osłabianiu negatywnych następstw choroby. Badania pokazują, że blisko 80% osób po rozpoznaniu raka, poważnym urazie neurologicznym lub nagłej śmierci osoby bliskiej szuka wyjaśnienia przyczyn tego, co zaszło [17]. Brak zrozumienia choroby, choć ujawnia się pod postacią objawów stresu, może być źródłem kryzysu emocjonalnego. Ma to miejsce wówczas, gdy choroba jest stresorem nie możliwym do całkowitego usunięcia oraz w istotnym stopniu koliduje z dotychczasowym życiem pacjenta. Stres przekształca się w kryzys emocjonalny i przyjmuje postać ostrą lub przewlekłą. W modelu założono, iż potrzeba zrozumienia, a zarazem stres, rośnie wraz z rozbieżnością pomiędzy zdarzeniem a posiadanymi przekonaniami i celami życiowymi, zakresem zmian powstałych w jego wyniku i brakiem psychologicznego przygotowania się na jego zajście. Kolejne założenie stanowi, iż rozumienie zdarzenia dokonuje się na dwóch wymiarach: sytuacyjnym – rozumienie tego, co zewnętrzne, dane w bezpośrednim doświadczeniu, oraz ogólnym – rozumienie dotychczasowego sensu życia [12]. Zgodnie z ostatnim założeniem, człowiek znajdując się w sytuacji, której nie rozumie, podejmuje działania nazwane tworzeniem znaczenia (meaning-making coping). Służą one dopasowaniu rozumienia zdarzenia i posiadanego sensu życia za pomocą szeregu świadomych i nieświadomych procesów psychicznych. Dzięki nim człowiek usuwa źródło stresu i zachowuje poczucie spójnego i wartościowego życia.

2. Rozumienie sytuacji

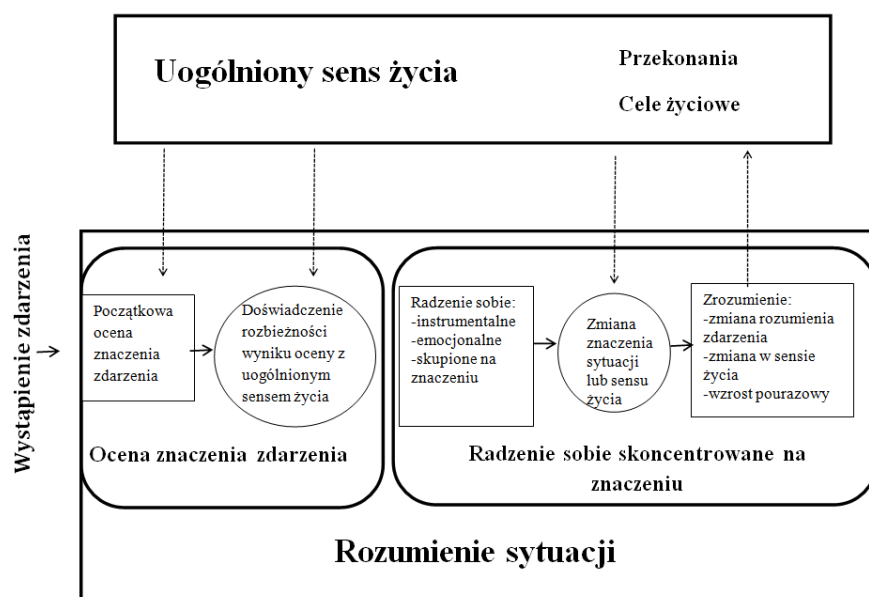
Rozumienie sytuacji (sensu) jest określeniem trudnym do zdefiniowania z racji na wieloznaczność terminu sens [9]. W psychologii występuje definicja sensu jako reprezentacji w umyśle człowieka wszelkich związków, zarówno rzeczywistych, jak i symbolicznych, łączących rzeczy i zjawiska [2]. Słownik Wyrazów Obcych definiuje sens jako

pojęcie wyrażający logiczne uzasadnienie wystąpienia czegoś [18]. Sens choroby to odkrycie jej przyczyny, uzyskanie wystarczającej odpowiedzi na pytanie: „jak to się stało, że zachorowałem?”. Zdarzenie posiada sens lub jest sensu pozbawione oznacza również, że jest spójne z posiadaną wiedzą, daje się wyrazić za pomocą tego, co człowiek już się wie na temat przyczyn negatywnych zdarzeń życiowych. Tym samym zrozumienie choroby to zarówno poznanie jej powodów, jak i wyrażenie jej obecności w swoim życiu w sposób spójny z tym, jak zwykle człowiek wyjaśnia przyczyny podobnych zdarzeń (przypadek, los, działanie Siły Wyższej). Termin sens oznacza również cel lub funkcję czegoś [4]. Odpowiedź na pytanie: dlaczego choruję? oznaczać może określenie celu choroby. Sens to także wartość przypisana przez człowieka zdarzeniu, jego znaczenie dla chwili obecnej i dalszego życia. To również uświadamianie sobie tego, co może zrobić w konkretnej sytuacji. Każdy z wymienionych sposobów rozumienia sensu choroby może zostać użyty przez pacjenta. Są wśród nich osoby, które poprzestają na przypisaniu chorobie wartości negatywnej i starają się dalej żyć w myśl zasady: „tak miało być, nie patrzę wstecz, gdyż koncentruję się wyłącznie na teraźniejszości i przyszłości”. Są również i tacy, którzy szukają sensu choroby dopatrują się w niej przekazu od losu lub Boga. W omawianym modelu rozumienia sensu sytuacji ma cztery znaczenia. W pierwszym rozumienie to dokonanie przez pacjenta wstępnej oceny choroby z uwzględnieniem takich kryteriów, jak: stopień zagrożenia życia, podatność na kontrolę, rozumienie jej przyczyn oraz następstw. W drugim znaczeniu rozumienie to doświadczenie braku zgodności pomiędzy wstępną oceną choroby a uogólnionym rozumieniem życia. W znaczeniu trzecim rozumienie sytuacji oznacza działania służące redukcji niezgodności i jest synonimem określenia: radzenie sobie skoncentrowane na znaczeniu. W znaczeniu czwartym rozumienie to rezultat podjętych działań, czyli stworzenie znaczenia choroby [14].

3. Uogólnione rozumienie (sens życia)

Uogólnione rozumienie (global meaning) jest terminem zastosowanym w modelu do nazwania zbioru trzech zasadniczych grup informacji posiadanych przez każdego człowieka. Są to: 1. podstawowe przekonania na temat świata, siebie, innych ludzi oraz powiązań ja – świat, 2. wyznawane wartości, pragnienia i cele życiowe, 3. wiara w uporządkowany obraz świata i bieg życia, oraz życie jako wartość samą w sobie [18, 19]. Informacje składające się na sens życia kształtują poczucie zrozumienia przeszłości, teraźniejszości oraz oczekiwania wobec przyszłości. Zasadnicze przekonania stanowią ramy za pomocą, których człowiek interpretuje zachodzące zdarzenia. Kierując się potrzebą zrozumienia stara się swoje czyny widzieć jako celowe i uzasadnione, a siebie skutecznym i wartościowym [2]. W podejmowanych przez siebie działaniach pragnie dostrzegać związki z przyszłymi wynikami. Swoje zachowania widzieć jako zgodne z zasadami moralnymi i sprawiedliwością społeczną. Pragnie kontrolować zdarzenia, być zaradnym i skutecznym, a swoje życie oceniać jako znaczące, godne szacunku. Człowiek potrzebuje wierzyć, że świat jest przewidywalny i spójny, a tym samym sensowny. Dostrzegając związek pomiędzy podjętymi przez siebie działaniami i ich rezultatami sądzi, że wszystkie zdarzenia życiowe można kontrolować podejmując odpowiednie działania zapobiegawcze. Uważa, że życie uczciwie i sprawiedliwie „obdziela” ludzi pozytywnymi i negatywnymi sytuacjami, a człowiek postępujący moralnie ma możliwość uchronienia się przed nieszczęściem. Zakłada przewagę dobroci nad złem, co pozwala uznać świat jako miejsce przyjazne życiu. W wyjaśnianiu zdarzeń pomaga ludziom wiara w istnienie uniwersalnej siły: Boga, przypadku, szczęścia, lub własnej zapobiegliwości [15, 19]. O ile przekonania służą człowiekowi pomocą w wyjaśnianiu przyczyn zachodzących zdarzeń, wartości, pragnienia i cele życiowe tworzą motywy ludzkich działań. Wiara w sensowny charakter życia oznacza poczucie, iż zdarzenia

życiowe są zrozumiałe, a życie zmierza ku jasnym celom. Zakres, w jakim ludzie przeżywają codzienne życie jako spójne ze swoimi celami życiowymi pozwala rozumieć zdarzenia i rodzi poczucie satysfakcji z życia. Poczucie sensowności zmienia się u człowieka wraz z gromadzeniem się kolejnych doświadczeń życiowych. Na jego rolę zwrócił szczególną uwagę Antonovsky pisząc o poczuciu koherencji.



■ Ryc 1. Model tworzenia znaczenia (uproszczona adaptacja na podstawie oryginału Park i Folkman [12]).

4. Proces adaptacji człowieka do choroby i leczenia w myśl założeń omawianego modelu

Proces adaptacji pacjenta do poważnej choroby zostaje zapoczątkowany jej wstępną, ukrytą oceną. Pacjent mimowolnie wartościuje chorobę pod kątem zagrożeń, które niesie, podatności na leczenie, jej przyczyn i następstw. W chwili, gdy sytuacja zostanie przez niego oceniona jako ważna podejmuje działania zaradcze. Choroba zagrażająca życiu lub przewlekła konfrontuje człowieka z przekonaniem na temat sprawiedliwości świata, niezniszczalności i zdolności człowieka do kontroli zachodzących zdarzeń [12]. Oddziałując na bieg jego życia zagraża realizowanym celom życiowym i planom. Pacjent stara się zrozumieć chorobę korzystając z informacji, jakie uzyskuje od lekarzy, pielęgniarek, fizjoterapeutów. Planując i podejmując działania zaradcze posługuje się osobistymi doświadczeniami oraz wsparciem społecznym. W trakcie leczenia, a zwłaszcza w jego początkowym okresie, nurtuje go pytanie o to, dlaczego choroba dotknęła właśnie jego [17]. Sposób, w jaki widzi chorobę koliduje z uogólnionym sensem życia. Chcąc usunąć konflikt podejmuje działania zaradcze, w tym skoncentrowane na tworzeniu znaczenia (meaning-making coping). Może zmienić początkową wartość choroby, zrewidować dotychczasowe pragnienia i cele życiowe, a także skupić uwagę na doświadczeniach duchowych i praktykach religijnych [12].

Waga przypisana przez pacjenta chorobie wiąże się z elementami sensu życia i zwykle jest wyrazem pragnienia pacjenta utrzymania sensu życia w niezmienionej postaci. Chory rozpoczyna leczenie, a jednocześnie przeformułowyuje początkowe znaczenie choroby, aby fakt bycia chorym pogodzić z posiadanymi przekonaniem i celami życiowymi. Osłabia znaczenie objawów lub traktuje jako nie powiązane z sobą: „gdyby tylko nie to, byłbym zdrowy”. Dostrzega fakt bycia chorym i swoją niepełnosprawność skupiając się na objawach i doświadczanym stresie, próbuje usunąć go w typowy dla siebie sposób. Źródło negatywnych emocji umieszcza w innych ludziach (pielęgniarkach, lekarzach, członkach rodziny, współpacjentach). Porównuje swoją sytuację z sytuacją osób bardziej chorych lub tworzy hipotetycznie gorsze scenariusze dla siebie podwyższając wartość obecnego stanu zdrowia [1, 14]. Przeformułowyuje znaczenie choroby uwypuklając negatywne i pozytywne jej przejawy, jak np. doświadczenie sytuacji nowej, wzbogacające dotychczasową wiedzę o sobie.

Modyfikacje dokonywane przez pacjenta w obszarze uogólnionego sensu życia mają postać reorientacji pragnień, celów życiowych oraz przekonań. Te ostatnie stają się bardziej elastyczne i realistyczne, lepiej oddające prawdę o życiu [15]. O utrzymywaniu się przekonań w niezmienionej postaci świadczy występowanie u pacjentów postaw wrogich, rezygnacyjnych i roszczeniowych, poczucie krzywdy i myślenie o sobie, jako ofierze choroby.

Za opisanymi działaniami pacjenta kryje się szereg procesów psychicznych. Zachodzą one w sposób świadomy i zamierzony, jak i poza świadomością i kontrolą. Pacjent doświadczać może nawracających wspomnień z okresu, w którym po raz pierwszy pojawiły się objawy choroby, a zaraz po zachorowaniu jego uwaga wyłapywać

może wszystkie jej oznaki. Chory uporczywie zadaje sobie pytanie o przyczyny pogorszenia zdrowia oraz faktu, iż to on właśnie jest chory. Mimowolnie pomija w myślach tematy, które dodatkowo wzmagają dyskomfort, lub przeciwnie, przesadnie zamartwia się. Zniekształca docierające do niego informacje, unikając nasilających stres, a skupia się na podtrzymujących nadzieję i spokój [1]. Treścią wspomnianych procesów są zarówno fragmentaryczne wspomnienia, spostrzeżenia, jak i pytania egzystencjalne. Z czasem wcześniej nieobecne pragnienia i cele życiowe w sposób niespodziewany stają się dostępne, niepodważalne przekonania ulegają zmianie. Wynika to z faktu, iż zmiany w sposobie widzenia choroby są zarówno aktem woli człowieka, jak i skutkiem nieświadomych procesów, o których istnieniu świadczą wyłącznie efekty [4; 9]. Moment zmiany trafnie oddaje porównanie stanu psychicznego pacjenta „przed decyzją” i „po decyzji”, co w jego subiektywnym odczuciu oznacza uwolnienie się od napięcia, zaakceptowanie lub przyjęcie za fakt.

5. Zakończenie procesu radzenia sobie skoncentrowanego na uzyskiwaniu znaczenia

Zgodnie z założeniami modelu proces radzenia sobie kończy się z chwilą uzyskania przez pacjenta zgody pomiędzy rozumieniem choroby a zasadniczymi przekonaniem, pragnieniami i celami życiowymi. Oznacza pojawienie się nowego sposobu myślenia na temat przyczyn choroby, znaczenia dla obecnego i dalszego życia, a przede wszystkim na temat jej obecności we własnym życiu. Zmiany obejmują również dotychczasowe przekonania, pragnienia i cele życiowe. Z racji na to, że proces rozumienia choroby jest dalece zindywidualizowany, jego efekty trudno jest usystematyzować. Dla jednej osoby znaczenie choroby (jej sens) oznaczać będzie odkrycie tkwiącego w niej przesłania, znaku, dla kogoś innego to doświadczenie zdarzenia, które samo w sobie nie ma żadnego sensu, a mimo tego wydarza się. Jakie są obszary zmian? Po pierwsze, pacjent dochodzi do zrozumienia przyczyn choroby, lub też zmienia wstępną sposób jej rozumienia. Początkowo tłumaczy pojawienie się choroby wyłącznie działaniem przypadku, aby następnie dostrzec w niej naturalną kolej rzeczy w związku ze stylem i wiekiem życia, predyspozycjami genetycznymi wyrażonymi zasadą locus minoris resistentiae. Po drugie zmianie ulega znaczenie choroby. Pacjent osłabia jej uciążliwość, stwierdza, iż „mogło być gorzej, gdyby choroba ujawniła się w młodszy wieku życia”, podkreśla jej pozytywne następstwa: „choroba pozwoliła mi zwolnić tempo życia” lub widzi w niej kolejne zadanie życiowe. Kolejne postaci zmian dotyczą posiadanych przekonań. Pacjent odkrywa kruchość i doczesność życia, jego przypadkowość. Rewiduje wiarę w to, iż siły, które dotąd go chroniły (np. Bóg, szczęście) zabezpieczają przed wszystkimi nieszczęściami, że wiele zależy od niego samego. Wraz ze zmianą przekonań pojawiają się nowe cele życiowe. Pacjent stara się chronić innych ludzi przed nieszczęściami, jest świadomy własnych pragnień i kieruje się nimi, unika powtarzania błędnych decyzji, uwzględnia wartości wcześniej pomijane. Rośnie poczucie sensowności życia, przekonanie o jego celu. Widzi, iż sens choroby zawiera się w postawie, jaką wobec niej przyjmuje [4]. Wy-

mienione zmiany, dotyczące przekonań, pragnień, celów życiowych i poczucia sensowności życia wzmacniają poczucie tożsamości pacjenta, czyli spójnego i stałego obrazu siebie. Mogą również przyjąć postać wzrostu osobowego, w znaczeniu „stawania się nową osobą”, posiadającą nowe umiejętności, silniejszą psychicznie, bardziej otwartą na świat, umiejącą przyjmować to, co się w życiu wydarza, emocjonalnie dojrzałą [20]. Rzeczą niezwykle istotną jest, aby pacjent sam dokonał wspomnianych zmian. Rolą pielęgniarki jest stwarzanie okazji do zastanowienia i namysłu nad swoim życiem. Nie chodzi o sugerowanie gotowych rozwiązań, wskazywanie zastępczych celów, raczej omawianie czynników powstrzymujących pacjenta przed zmianą.

PODSUMOWANIE

W podsumowaniu chciałbym posłużyć się przykładem zaczerpniętym z praktyki klinicznej. To próba zobrazowania omówionych treści oraz zachęta dla osób opiekujących się człowiekiem chorym. Poniższe informacje uzyskano w trakcie rozmów z trzema pacjentami podczas rehabilitacji neurologicznej po incydentach mózgowych. Pacjentka pięćdziesięcioletnia, chorująca od kilkunastu lat z powodu neurologicznych następstw oponiaka mózgu, po pięciu reoperacjach będąca w toku nieustannej rehabilitacji. Zauważa, że w swoim życiu kieruje się silną wiarą w życzliwość świata i posiadanie w życiu szczęścia, a jednocześnie słabym przekonaniem na temat wartości własnej. Nigdy dotąd nie zastanawiała się nad przyczynami choroby, natomiast odkryła jej sens. Stwierdza: „moja choroba ma sens, nigdy w jej trakcie nie żaliłam się, choć cierpiałam. Cierpię za innych ludzi, cierpię tak, jak Bóg. Mogę pokazać tym ludziom, którzy poddają się tak szybko, jęczą i opowiadają o tym, jacy są chorzy, że można znieść wszystko i się nie poddać”. Z powodu rozległych zmian w życiu w następstwie choroby pacjentka przeżyła silny kryzys emocjonalny z myślami suicydalnymi i nadal pozostaje w stałym leczeniu psychiatrycznym. W trakcie rozmowy ujawnia 40% akceptację choroby (pomiar za pomocą Skali Akceptacji Choroby, AIS). Kolejny pacjent to mężczyzna pięćdziesięcioletni, po zawale mózgu, który przeszedł kilka tygodni wcześniej. W rozmowie ujawnia swoje pragnienia życiowe: bycie niezniszczalnym, decydującym za innych oraz przekonanie, iż w swoim życiu zawsze podejmuje korzystne dla siebie decyzje. Procesy psychiczne pacjenta związane z tworzeniem znaczenia choroby w dużym stopniu przebiegają automatycznie i nieświadomie. Pacjent obronnie interpretuje objawy neurologiczne, przyczyny choroby oraz sam fakt bycia chorym, chroniąc w ten sposób swoje plany na najbliższą przyszłość. Mówi, iż „musi zapomnieć o tym, że jest niepełnosprawny”. Jednocześnie mimowolnie skupia się na konsekwencjach choroby, wraca do jej początku, podkreślając negatywny wpływ na swoje życie. Nieustannie zastanawia się nad odpowiedzią na pytanie: „dlaczego mnie to spotkało?”. Chcąc utrzymać posiadane przekonania i cele życiowe utrzymuje początkowe znaczenie choroby, nie wykazując woli jego zmiany. Sam zauważa, że „fakt choroby jeszcze do niego nie doszedł”. Czuje się załamany, jest zniecierpliwiony i wda-

je się w klótnie. Swą akceptację choroby ocenia na 50%. Trzeci pacjent, mężczyzna, osiemdziesięcioletni trzy miesiące wcześniej doznał wylewu krwi do mózgu oraz udaru niedokrwienego w następstwie czego ma niedowład połowiczny. Mimo upływu czasu nadal nurtuje go pytanie o powody wystąpienia choroby w jego życiu. Ze wzruszeniem opowiada o sportowym trybie życia, który od dawna prowadził, stosowaniu się do zaleceń profilaktyki antycholesterolowej. Wyznaje skrajnie nasilone przekonania na temat zdolności człowieka do uprzedzania negatywnych zdarzeń i podejmowania działań dla siebie korzystnych, sprawiedliwości świata, oraz roli przypadku w życiu. Walcząc z chorobą walczy z ograniczeniami swojego ciała. W trakcie rehabilitacji przeżywa niekończący się stres wywołany brakiem zrozumienia choroby, zamartwia się swoją niepełnosprawnością, a forsując ćwiczenia naraża się na dodatkowy ból i cierpienie psychiczne. Ujawnia 50% akceptację choroby (skala AIS).

Każdy ze wspomnianych trzech pacjentów stara się usunąć objawy stresu dopasowując sposób rozumienia choroby do posiadanych przekonań i pragnień życiowych. Dla każdego z nich stres ewaluował w stronę kryzysu emocjonalnego. O jego obecności świadczą: wystąpienie zdarzenia wywołującego kryzys, samorzutne wiązanie przez pacjenta stanu psychicznego z faktem zachorowania, zmienność reakcji pacjenta w trakcie rozmowy, zachowany przez pacjenta krytycyzm wobec własnego stanu psychicznego i zachowania, załamanie się dotychczasowych wzorców zachowania, dezorganizacja działania i silna potrzeba pomocy. Pacjentka, będąca od wielu lat w trakcie leczenia i rehabilitacji ostatecznie odkryła swój indywidualny sens choroby. Dzięki wsparciu farmakologicznemu oraz ze strony bliskich spadła intensywność przeżywanego myśli rezygnacyjnych i suicydalnych, kobieta z szerszej perspektywy zaczęła spostrzegać chorobę. W chwili obecnej stara się dostrzegać drobne pozytywne zmiany w zakresie pragnień i celów życiowych, które pojawiły się w jej życiu po zachorowaniu. Wspomina o częstszych spotkaniach i rozmowach z dziećmi, na które „teraz ma czas, żeby zobaczyć ich wartość”. Dostrzega również zmiany w zakresie swojej tożsamości: silne poczucie polegania na sobie, wzrost empatii wobec osób cierpiących. Jest świadoma negatywnego wpływu objawów depresyjnych na kontakty z ludźmi. Każda chwila jej poświęcona zwiększa poczucie ważności, szacunku do siebie i osłabia tendencje izolacyjne. Wydaje się, iż przeprowadzenie z pacjentką rozmów na temat posiadanych przekonań o sobie samym, sprawiedliwości świata, pozwoliłoby zarówno obniżyć intensywność objawów, jak i wesprzeć proces refleksji prowadzący do dalszych zmian. U pacjenta po zawale mózgu obok mimowolnego zamartwiania się chorobą pojawiają się również elementy namysłu nad własnymi reakcjami. Widzi związek pomiędzy pragnieniem szybkiego powrotu do zdrowia a rozczarowaniem, byciem załamanym, podeńnerwowanym, wybuchowym. Obecność refleksji nad sobą samym pozwala przypuszczać, że rozmowa może pomóc przezwyciężyć kryzys rozumienia choroby. Rozmowa jest także sygnałem zrozumienia zachowań, które pacjent sam ocenia za nieakceptowane. Ostatni z opisanych pacjentów, choć nadal próbuje utrzymać posiadane przekonania

w niezmienionej postaci i korzysta z nich przyjmując zadaną postawę wobec niepełnosprawności, mimowolnie modyfikuje wiarę w samowystarczalność przyzwalając na bliskość i zależność od drugiego człowieka. Wielokrotnie pytając siebie o przyczyny zachorowania w rzeczywistości skarży się na swój los. Ujawnia silną potrzebę pomocy ze strony drugiego człowieka i zgadza się ją przyjmować.

WNIOSKI

Koncepcja stresu nazwana modelem tworzenia znaczenia ma zastosowanie do opisu transakcji stresowej wywołanej zajściem zdarzenia trudnego psychologicznie, jakim może być rozpoznanie i leczenie poważnej i przewlekłej choroby somatycznej. Choroba taka jest wydarzeniem w doniosłym stopniu wpływającym na bieg życia człowieka, rodzącym rozległe zmiany. Chcąc poradzić sobie z powstałym stresem, poznać i usunąć jego rzeczywiste źródła, zarówno pacjent, jak i personel medyczny, nie mogą poprzestać na użyciu powszechnie stosowanych sposobów radzenia sobie ze stresem. Obok podejmowania działań zmierzających do wyleczenia, działań chroniących aparat psychiczny przed nadmiernym obciążeniem emocjonalnym czy osłabiających konsekwencje choroby, należy starać się zrozumieć przyczyny choroby i jej miejsce w życiu konkretnej osoby.

Zmiany w biegu życia pacjenta podporządkowane leczeniu pozostają w ścisłym związku ze zmianami w obrębie posiadanych przekonań, celów życiowych i poczucia sensowności życia. Jego reakcje pojawiające się w zetknięciu z szeregiem stresorów typowych dla choroby i przebiegu leczenia mogą zawierać również przyczyny ukryte. Istnieje ryzyko przemieszczenia konfliktów występujących pomiędzy rozumieniem choroby a uogólnionym rozumieniem życia w przestrzeni relacji: pacjent-personel medyczny.

Uwzględnienie wymiaru rozumienia choroby oraz przekonań i celów życiowych w opisie sytuacji psychologicznej pacjenta pozwala na zindywidualizowanie opieki. Ważne stają się różnice występujące wśród pacjentów w sposobach rozumienia choroby, celach życiowych, przekonaniach o sobie i życiu oraz wadze przypisywanej rozumieniu sytuacji ze względu na utrzymanie dobrostanu psychicznego.

Rozumienie transakcji stresowej w myśl omówionego modelu ukazuje mechanizmy pozytywnych rozwojowo zmian osobowych pojawiających się u człowieka w zetknięciu z niekorzystnymi wydarzeniami życiowymi.

PIŚMIENNICTWO:

1. Taylor S. Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *Am Psychol.* 1983; 3:1161-1173.
2. Baumeister R. *Meanings in life*. New York: The Guilford Press; 1991: 15.
3. Antonovsky A. *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2005.
4. Yalom I. *Psychoterapia egzystencjalna*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia; 2008: 308; 433; 308.
5. Frankl V. *Wola sensu*. Warszawa: Wydawnictwo Czarna Owca; 2010.
6. Jacobi S, MacLeod R. Making sense of chronic illness – a therapeutic approach. *J Prim Health Care.* 2011; 3(2): 136-141.
7. Sęk H. Wprowadzenie do psychologii klinicznej. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR; 2007: 243.
8. Pilecka B. *Kryzys psychologiczny. Wybrane zagadnienia*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2004: 75.
9. Kubacka-Jasiecka D. *Interwencja kryzysowa. Pomoc w kryzysach psychologicznych*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie i Profesjonalne; 2010: 188; 197.
10. Motyka M, Załuski M. Choroba jako kryzys a zmiany rozwojowe podczas choroby. *Pielęgniarstwo XXI wieku*. 2010; 3-4: 99-103.
11. Heszten I. Teoria stresu psychologicznego i radzenia sobie. [w:] Strelau J (red.). *Psychologia. Podręcznik akademicki, Tom 3*. Gdańsk: GWP; 2000: 470.
12. Park C, Folkman S. The role of meaning in the context of stress and coping. *Rev Gen Psychol.* 1997; 1: 115-144.
13. Park C, Ai A. Meaning making and growth: new directions for research on survivors of trauma. *J Loss Traum.* 2006; 11: 389-407.
14. Park C. Making sense of meaning literature: An integrative review of meaning making and its effects on adjustment to stressful life events. *Psychol Bull.* 2010; 136: 257-301.
15. Janoff-Bulman R. *Shattered Assumptions: Towards a New Psychology of Trauma*. New York: The Free Press; 1992.
16. Lifton R, Olson E. Ludzki wymiar kataklizmu. *Nowiny Psychologiczne*. 1987;5:86-107.
17. Davis C, Wortman C, Lehman D et al. Searching for meaning in loss: Are clinical assumptions correct? *Death Stud.* 2000; 24: 297-540.
18. Kopański W. *Słownik wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych*. Warszawa: Wiedza Powszechna; 1975: 879.
19. Załuski M, Gajdosz M. *Skala Założeń Wobec Świata – polska adaptacja i analiza walidacyjna*. *Psychoterapia*. 2012; 3:17-31.
20. Ogińska-Bulik N. *Pozytywne skutki doświadczeń traumatycznych. Czyli kiedy łzy zamieniają się w perły*. Warszawa: Difin; 2013: 36-37.

Praca przyjęta do druku: 29.01.2014

Praca zaakceptowana do druku: 11.03.2014