

Choroba jako kryzys a zmiany rozwojowe podczas choroby

Illness as crisis. Developmental changes during the illness.

Marek Motyka, Maciej Załuski

Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum,
Zakład Psychologii Zdrowia, Wydział Nauk o Zdrowiu

AUTOR DO KORESPONDENCJI:

Marek Motyka,
Zakład Psychologii Zdrowia
Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa
Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum,
31-501 Kraków
ul. Kopernika 25
tel./fax. 012 421-40-10
e-mail: marek.motyka@uj.edu.pl

STRESZCZENIE

CHOROBA JAKO KRYZYS A ZMIANY ROZWOJOWE PODCZAS CHOROBY

Choroba stanowi dla człowieka sytuację trudną, rodząc stres i uruchamiając mechanizmy walki ze stresem, a zarazem stanowi swoiste wyzwanie, stymulując czasem pozytywne zmiany w postawie życiowej pacjenta. Celem opracowania jest prezentacja teoretycznego podejścia, w którym choroba rozpatrywana jest jako kryzys, a nie sytuacja stresowa. Autorzy uważają, że takie podejście uzupełnia tradycyjne rozumienie choroby jako źródła stresu, gdyż perspektywa kryzysu pozwala łatwiej dostrzec w chorobie potencjał rozwoju i pozytywnych zmian, do jakich może ona prowadzić u chorego, zwłaszcza w jego stosunku do siebie i innych ludzi, życia i podstawowych wartości.

Autorzy podkreślają, że zwrócenie uwagi na pojawianie się pozytywnych zmian rozwojowych w chorobie, ma duże znaczenie dla praktyki. Kieruje bowiem uwagę lekarzy i pielęgniarek, nie tylko na deficyty i słabe strony pacjentów, ale także poszukiwać także ich zasobów oraz mocnych stron, a przede wszystkim podejmować działania umacniające zasoby, które mogą okazać się decydujące dla uruchomienia pozytywnych zmian.

Słowa kluczowe: kryzys psychiczny, rozwój na skutek urazu

ABSTRACT

ILLNESS AS CRISIS. DEVELOPMENTAL CHANGES DURING THE ILLNESS

A disease marks a difficult period in a person's life, causing stress and triggering mechanisms to fight it off, but it also constitutes a specific challenge, at times stimulating positive changes in the patient's attitude to life. The paper presents the view of a disease in which it is perceived in terms of crisis instead of stressful situation. The authors believe that this point of view is a valuable supplement to the traditional concept of a disease as the stressor, since the crisis view allows the easier perception of a developmental potential in the disease and possibilities for positive changes it may lead to in the patient, particularly in his attitude towards himself and other people, life and fundamental values.

The authors also emphasise that drawing attention to the occurrence of positive developmental changes in the disease is of major importance for practical reasons. It thus directs the attention of doctors and nurses not only to the deficiencies and weaknesses of patients, but also forces them to seek the patients' resources and strengths, and, above all, to undertake measures that solidify the resources that may prove to be critical in launching the positive changes.

Key words: psychological crisis, posttraumatic growth

WPROWADZENIE

Choroba stanowi dla człowieka sytuację trudną. Przynosi ze sobą stres, biologiczny i psychologiczny. Stres ten wymaga uruchomienia rozmaitych mechanizmów adaptacyjnych i obronnych, co z kolei niesie ze sobą kolejne komplikacje i trudności. Co więcej, choroba może być nie tylko źródłem cierpienia i stresu dla pacjenta, ale też bezpośrednim, bądź nawet bardzo odległym skutkiem stresu jakiego doświadcza lub doświadczył w przeszłości. Liczne

i skomplikowane związki występujące pomiędzy chorobami a stresem są obecnie już dość dobrze poznane, jednak wciąż podlegają badaniom [1, 2, 3].

Na ogół stres interpretowany jest jako zjawisko negatywne i niepożądane, a uwaga badaczy koncentruje się przede wszystkim na poszukiwaniu skutecznych sposobów radzenia sobie ze stresem, bądź odpowiednich zasobów pozwalających na obniżenie jego poziomu. To samo dotyczy pojęcia choroby, która już z samej definicji jest zjawiskiem patologicznym i niepożądanym.

Nie przecząc temu co oczywiste, należy zwrócić uwagę na fakt, że choroba choć niepożądana, może zawierać psychologicznie pozytywny potencjał. Stanowiąc dla dotkniętego nią człowieka swoiste wyzwanie, może bowiem stymulować pozytywne zmiany w jego życiu, a zwłaszcza w jego postawie do życia. Dla lepszej charakterystyki tego elementu i powiązanych z nim procesów, przydatne wydaje się być pojęcie kryzysu. Dlatego też autorzy proponują zmianę perspektywy spojrzenia na chorobę, przez zastąpienie dobrze ugruntowanego już modelu, w którym choroba jest rozpatrywana w kategoriach stresu, na model, w którym jest ona rozpatrywana w kategoriach kryzysu. Wydaje się, że ten ostatni model może stanowić cenne uzupełnienie i wzbogacenie pierwszego. Dla przedstawienia proponowanego ujęcia przydatne będzie nieco szersze omówienie pojęcia kryzysu.

■ POJĘCIE KRYZYSU

W naukach medycznych określenie kryzys pojawia się przede wszystkim w kontekście załamania się stanu zdrowia pacjenta i pojawienia się choroby lub jej nawrotu. W tym znaczeniu kryzys posiada zdecydowanie negatywne konotacje, nawiązujące wyraźnie do patologii. Tymczasem w języku greckim, z którego pochodzi to słowo, „krino” oznacza: odsiew, wybór, albo rozstrzygnięcie [4]. Używając słowa kryzys zgodnie z jego greckim źródłosłowem, w omawianym kontekście, należy więc raczej mieć na myśli podejmowanie rozstrzygających decyzji i dokonywanie ważnych wyborów w trudnym momencie przełomu, przesilenia, lub decydującego zwrotu (por. op.cit., s.539). Termin ten oznacza również moment wyczerpania się dotychczasowych możliwości panowania nad sytuacją życiową, a także stan cierpienia, zagrożenia i lęku [5].

Można więc stwierdzić, iż kryzys to stan człowieka cechujący się silnym zabarwieniem emocjonalnym, związany z koniecznością podjęcia ważkich decyzji dotyczących dalszego życia, wynikającej z wyczerpania się dotychczasowych możliwości radzenia sobie z sytuacją. Od następstw podjętej decyzji zależy, czy i jak kryzys zostanie rozwiązany – czy pacjent powróci do stanu równowagi, bądź nawet zyska nowe możliwości, albo też trwając w stanie chronicznego napięcia, zmierzać będzie w stronę wyczerpania i pogłębiania się patologii.

Warto podkreślić, że pod wpływem kryzysu pacjent staje się bardziej podatny na zmiany w sposobie patrzenia na siebie i świat. Łatwiej przychodzi mu rewidować posiadane poglądy, wartości i oczekiwania, a zarazem staje się bardziej skłonny do szukania pomocy u innych ludzi [6]. Doświadczany przez niego lęk i pobudzenie emocjonalne stanowią motyw dla poszukiwania nowych rozwiązań. Konieczność dokonania poważnych zmian w dotychczasowych planach życiowych może oddziaływać także na strukturę osobowości pacjenta, prowadząc bądź do jej rozwoju i większej dojrzałości, bądź do regresji i pogłębiania się zaburzeń [7].

■ CHOROBA JAKO KRYZYS

Akcentowana tu pozytywna strona sytuacji kryzysowej, ma na celu uświadomienie, że choroba rozumiana jako kryzys, obok szeregu negatywnych zmian, zawiera w sobie także znaczący potencjał możliwości pozytywnej zmiany, potencjał którego nie można lekceważyć.

Co jeszcze charakteryzuje sytuację kryzysową? Jak już wspomniano powyżej, w sytuacji kryzysowej związanej z poważną chorobą, człowiek spotyka wyzwania pozostające często na granicy jego zdolności do radzenia sobie. Granicę tę wyznaczają ważne cechy choroby wywołującej kryzys. Pierwszą z nich jest **nagłość wystąpienia**. To co nagłe, budzi u człowieka niepokój, płynący między innymi z powodu braku pewności jak się należy zachować w nowej sytuacji oraz wątpliwości czy podejmowane zachowania i reakcje są właściwe. *Czy w moim zachowaniu nie ma nic dziwnego?* Do sytuacji nagłej, człowiek nie ma czasu się przygotować. Oznacza to, że brakuje mu czasu na to, aby przemyśleć i przewidzieć zmiany powstające po wystąpieniu choroby, przewidzieć swój stosunek emocjonalny (akceptacja, odrzucenie, poddanie się sytuacji), przyjrzeć się swoim reakcjom i zachowaniom, czy podjąć stosowne środki zabezpieczające. Przykładowo, owo zaskoczenie wyrażać się może w stwierdzeniu: *Nigdy nie byłem w takiej sytuacji, nawet nie wyobrażałem jej sobie, teraz nie wiem co robić, nie mam pojęcia jak mógłbym się zachować*. Ten brak przygotowania zarówno w aspekcie emocjonalnej gotowości do dojrzałej konfrontacji z trudnym doświadczeniem życiowym, jak i w aspekcie braku potrzebnej wiedzy dotyczącej tego co robić w obliczu pojawiających się dolegliwości, podobnie jak i braku potrzebnych umiejętności, jest poważnym źródłem stresu, któremu zostaje poddany człowiek w przypadku pojawienia się choroby. Stąd tak ważną rolę w leczeniu i pielęgnacji pacjentów odgrywa edukacja medyczna.

Kolejną właściwością sytuacji kryzysowej jest jej **niezwykłość, niecodziennność trudnych zdarzeń**, które ją poprzedzają. Jeśli zdarzenie choroby jest dla człowieka całkiem nowe, podobnie jak w przypadku sytuacji nagłej, traci on możliwość odwołania się do swoich dotychczasowych doświadczeń, wypracowanych zachowań i sposobów radzenia sobie, tym bardziej, jeśli pochodzą one głównie ze zmagania się z typowymi, codziennym zdarzeniami. Rodzi to poczucie, że trudna sytuacja nigdy nie minie, nie zmieni się, a przyszłość jawi się jako bardzo niepewna. W konsekwencji pojawić się mogą negatywne przekonania na temat posiadanych zdolności, bezradność, a nawet poczucie beznadziejności. Cecha nowości najsilniej podkreśla znaczenie edukacji medycznej pozwalającej na dokonanie potrzebnych zmian w reakcji człowieka na chorobę, jako sposobu na rozwiązanie kryzysu.

Należy jednak pamiętać, że z drugiej strony także typowe przykre zdarzenia, jeśli się wciąż **powtarzają albo jeśli są nadmiernie skumulowane**, również mogą rodzić kryzys. Jest tak na przykład wtedy gdy choroba wchodzi w fazę przewlekłą, albo gdy po okresie remisji pojawiają kolejne nawroty, kiedy słabnie nadzieja, a pozytywne rozwiązanie oddala się w odległą i nieodgadnioną przyszłość.

Trzecią cechą sytuacji kryzysowej związanej z chorobą są zawarte w niej informacje niosące **wizję utraty lub zagrożenia utratą istotnych dla człowieka wartości**, takich jak zdrowie, sprawność, bezpieczeństwo ekonomiczne i psychologiczne, czy poczucie własnej wartości. Należy pamiętać, że choroba niesie ze sobą oprócz licznych zagrożeń, także bezpośrednie doświadczenia frustracji i utraty.

Ostatnią, czwartą wymienianą tu cechą jest częsta obecność w sytuacji kryzysowej **zmian o charakterze nieodwracalnym, ostatecznym**. Dzieje się tak np. w przypadku rozpoznania choroby przewlekłej, z ryzykiem stałych nawrotów, uzależniającej pacjenta na stałe od leków, czy też w następstwie pojawienia się trwałych zmian, w tym leczenia ratującego życie, ale związanego z przeszczepieniem lub usunięciem narządu, czy kończyny. To do tej cechy odnosi się refleksja: *nie będzie już nigdy tak, jak było dawniej*. Właściwość ta uderza w podstawowe przekonanie człowieka o kontroli nad zdarzeniami zachodzącymi w jego życiu, ukazuje granice dowolnego wyboru zachowań, konfrontuje go z wysiłkiem, jaki musi podjąć oraz czasu, przez jaki musi zmagać się z przeszkodami [8].

Pamiętać należy, że człowiek niedocenia prawdopodobieństwa zajścia zdarzeń wysoce prawdopodobnych, ale dla niego niekorzystnych, jak w przypadku rozpoznania poważnej choroby lub uczestniczenia w wypadku komunikacyjnym. W swoim codziennym życiu ujawnia przeciętne nasilone przekonanie o swej sile i zdolności wpływania na to co ważne oraz nie w pełni realistyczne poczucie kontroli i optymizmu [9]. Wystąpienia zdarzenia takiego jak poważna choroba, zmusza go do podjęcia działań zmierzających do przywrócenia poczucia kontroli, utrzymania pozytywnego obrazu siebie i zachowania optymistycznej wizji przyszłości. Są to podstawowe sposoby adaptacji do choroby.

Ograniczenie lub utrata poczucia kontroli zmusza do rewizji dotychczasowych oczekiwań i poczynienia zmian w strukturze życia, tak, aby dostosować je do możliwości ograniczonych rozległością następstw zdarzenia. Im rozleglejszy obszar zmian wywołanych zdarzeniem, zarówno bezpośrednich, jak i pośrednich, tym silniejszy wpływ na psychikę człowieka [10] i tym większe dla niego wyzwanie.

Szczególna postać kryzysów i sytuacji kryzysowych związana jest z pojawieniem się zdarzenia traumatycznego, czyli niosącego śmierć, zagrożenie śmiercią, poważnym zranieniem lub naruszeniem poczucia integralności człowieka. Jakie są cechy sytuacji kryzysu traumatycznego? Przede wszystkim w sytuacji tej zawarte są **informacje konfrontujące człowieka z jego śmiertelnością oraz rodzące pytania o sprawy ostateczne**. Człowiek z konieczności styka się z myślami o kresie swego życia, myślami o tym, że jego ciało nie jest w stanie oprzeć się każdemu zagrożeniu, że jest kruche, że może nie podlegać świadomej kontroli, a nawet, że może działać wbrew jego woli. Zdarzenie traumatyczne wywołuje szczególnie wiele silnych uczuć o negatywnym zabarwieniu, które nie ulegają w sposób dostateczny natychmiastowemu rozładowaniu i prowadzą do wystąpienia tzw. stresu pourazowego.

Kolejna cecha sytuacji kryzysu traumatycznego wynika z faktu, iż zdarzenie poprzedzające kryzys **z trudem poddaje się zrozumieniu i wyjaśnieniu przy zastosowaniu**

typowych sposobów rozumienia zdarzeń. Jednocześnie, w sposób naturalny, jest źródłem szeregu pytań o przyczyny, udział i odpowiedzialność, możliwości uniknięcia zdarzenia. *Dlaczego to wydarzyło się właśnie mnie?; Jak do tego doszło?; Kto zawinił?; Czy można było tego uniknąć?* Próby poszukiwania odpowiedzi z użyciem dotychczasowego sposobu wyjaśniania zdarzeń, w przypadku dramatycznych zdarzeń, mogą okazać się niewystarczające. Ogromny wpływ jaki ma urazowe zdarzenie na dalsze życie człowieka, powoduje, iż stosowanie sposobów radzenia sobie skutecznych w innych sytuacjach, może w tym przypadku nie wystarczyć. Również unikanie poszukiwania odpowiedzi na wspomniane pytania, zgodne z radami typu: *Przestań już o tym myśleć, postaraj się o tym zapomnieć*, jeśli nie idą za tym konstruktywne przemyślenia, wraz z upływem czasu przestaje działać, pozostawiając człowieka w stanie chronicznego lub uśpionego kryzysu.

Trzecia cecha sytuacji kryzysu traumatycznego wynika z **trudności umieszczenia zdarzenia w dotychczasowej historii życia człowieka oraz określenia jego wpływu na dalsze życie**. Rodzi pytania o sens zdarzenia, jego znaczenia dla aktualnego i przyszłego życia człowieka. *Dlaczego właśnie teraz? Jak z tym dalej żyć? Czy dalsze życie w ogóle ma sens?* Ponieważ informacje zawarte w sytuacji kryzysu, z racji na swoje następstwa nie poddają się łatwo włączeniu w dotychczasowe doświadczenie człowieka, wywołują naturalną postawę unikania [11]. Nasuwające się pytania mogą pozostać bez satysfakcjonujących człowieka odpowiedzi, rodząc uczucie zagubienia i niepokoju. Z drugiej strony rozwiązanie kryzysu poprzez usunięcie zdarzenia z historii życia, pozostawienie „białej plamy” i odstępnie od poszukiwania jego znaczenia, grozi utratą poczucia tożsamości i problemami adaptacyjnymi [12].

Czwarta i ostatnia omawiana tutaj cecha sytuacji kryzysu traumatycznego wiąże się z zawartymi w niej informacjami, które wchodzić mogą w **kolizję z podstawowymi przekonaniem człowieka**, takimi jak: *świat jest mi życzliwy, posiada swój wewnętrzny sens, otaczający mnie ludzie są ze swej natury dobrzy* [13, 14], *świat jest sprawiedliwym miejscem do życia* [15]. Mówi się, że sytuacja traumatyczna może „rozbić” dotychczasowe przekonania człowieka o tym czego może być pewnym, co jego zdaniem jest stałe i niezmiennie oraz co w życiu naprawdę się liczy. Tymczasem jak wiadomo, od posiadania w miarę stałych przekonań, pozwalających na konstruktywne spojrzenie na świat, w dużym stopniu zależy dobrostan człowieka.

■ OBSZARY POZYTYWNYCH ZMIAN STYMULOWANYCH KRYZYSEM CHOROBY

Choroba może stworzyć sytuację kryzysową, charakteryzującą się wymienionymi wyżej cechami. Cechy te niosą z jednej strony zagrożenia dla dobrostanu człowieka i jego zdrowia psychicznego, lecz z drugiej stanowią mogącą okazję do rozwoju człowieka i wypracowania nowych wzorców zachowań. Zdaniem Gerarda Caplana, walka człowieka z niekorzystnymi zdarzeniami życiowymi prowadzić może do wzrostu ilości stosowanych mechanizmów radzenia sobie i wzrostu poczucia własnej

skuteczności, a stąd do zwiększonej zdolności do zapobiegania przyszłym kryzysom i radzenia sobie z nimi [16]. Przyjrzyjmy się zatem dokładniej obszarom pozytywnych zmian u człowieka stymulowanych chorobą.

Po pierwsze, sytuacja kryzysowa towarzysząca chorobie jest okazją do lepszego poznania i sprawdzenia siebie, doświadczenia własnej siły psychicznej i posiadanej przez siebie odporności. *„Jestem bardziej narażony na niebezpieczeństwa niż myślałem, ale i silniejszy niż mogłem sobie dotąd wyobrazić”; „Przeszedłem przez najgorsze zdarzenie, jakie dotąd znałem. I mimo tego, że nie wiem, co mnie czeka w przyszłości, wiem, że sobie z tym poradzę”.*

Po drugie, jeśli kryzys rozwiązać można jedynie, zmieniając stosowane dotąd sposoby radzenia sobie, to jest on wyjątkową okazją do sprawdzenia tych, dotychczas nie stosowanych sposobów i metod, zarówno pod kątem ich użyteczności, jak i obaw, które się z nimi wiążą. Dotyczy to na przykład osób, które z różnych powodów wstrzymywały się dotąd ze zwracaniem o pomoc u osób bliskich lub znajomych, nie posiadając takich umiejętności, lub nie będąc ich świadomym, wstydząc się lub krępując. Ludzie ci zwracając się teraz do innych po pomoc, nabywają większej otwartości i bliskości w relacjach z innymi, nabierają większej empatii, odkrywają altruistyczne sposoby radzenia sobie, zdobywają poczucie, że przestali być „wyspami”, a stali się „częścią oceanu cierpiących”. Stwierdzają np.: *„Teraz łatwiej mi zrozumieć cierpienia innych, potrafię utożsamić się z ich bólem, służyć im radą”.*

Sytuacja kryzysu, a w szczególności kryzysu wywołanego chorobą, jest wyjątkową okazją do poszukiwania nowych sposobów budowania poczucia kontroli i wpływu na własne życie. Może to polegać zarówno na subtelnych zmianach w myśleniu, jak i na akcentowaniu wpływu na zjawiska lub obszary życia nie oświecone kryzysem, choćby na koncentracji na zachowanych funkcjach i możliwościach, czy drobnych pozytywnych zmianach np. w objawach i reakcjach organizmu, czy w doświadczaniu bólu.

Kryzys może stać się również okazją do akceptacji prawdy zawartej w stwierdzeniu, że nie wszystko da się kontrolować, a mądrością życia jest umiejętność oddzielenia spraw będących poza kontrolą od tych, które można zmieniać z godnie z własnym postanowieniem.

Nieodwracalność zmian towarzyszących sytuacji kryzysowej, stanowi również okazję do przyjrzenia się dotychczasowej strukturze i hierarchii posiadanych celów życiowych, eliminacji celów mniej istotnych oraz do skupienia się na najważniejszych dla danej osoby potrzebach wartościach. Może stanowić także okazję do poszukiwania nowych obszarów zainteresowań oraz nowych sposobów budowania poczucia wartości własnej.

Dzięki pozytywnemu przejściu kryzysu, człowiek może nauczyć się przeżywać utratę jako naturalną cechę życia, a niecodziennosc i niezrozumiałość zachodzących zdarzeń pozwala na przyjęcie faktu losowości i braku prostego uporządkowania zjawisk ludzkiego życia. Wymusza zarazem konieczność tworzenia własnych sposobów rozumienia celu życia i dostrzegania w nim sensu.

W końcu, sytuacja kryzysu towarzyszącego chorobie, pozwala wytworzyć bardziej przystosowawcze sposoby myślenia o sobie i świecie zawierające wyważony punkt

widzenia zjawisk korzystnych i niekorzystnych. *„Nadal wierzę, że w życiu czekają mnie dobre rzeczy, ale też wiem, że nie mogę oczekiwać tylko takich”.* Jeśli sytuacja kryzysowa poddaje w wątpliwość posiadane przypuszczenia i zmusza człowieka, aby ten porzucił te z nich, które okazały się nierealistyczne lub nawet szkodliwe, to ich utrata, w sposób oczywisty, zwiększa jego zdolności do zmagania się z kolejnymi kryzysami, zwiększa odporność, a nawet zabezpiecza przed doświadczeniem przyszłych sytuacji jako kryzysu.

■ PODSUMOWANIE

Jak widać z powyższego omówienia, choroba, zwłaszcza jeśli jest poważna, prowadzi do kryzysu, podczas którego człowiek jest konfrontowany z wieloma trudnymi do akceptacji prawdami o życiu i sobie samym. Cierpienie i stres jaki towarzyszy tej konfrontacji, przesłaniają fakt, iż sytuacja ta tworzy, choć w sposób niechciany, warunki w których może dokonywać się przyspieszony rozwój i dojrzewanie człowieka. Obecnie coraz częściej wskazuje się na możliwość rozwojowych zmian w postawie życiowej człowieka narażonego na kryzys, jaki nieuchronnie towarzyszy poważnej chorobie.

Jak się wydaje, wprowadzenie do takich dyscyplin jak medycyna, pielęgniarstwo i psychologia zdrowia, problematyki pozytywnych zmian stymulowanych między innymi przez trudne doświadczenie choroby, prowadzi do znacznego poszerzenia obowiązujących w nich dotąd paradygmatów teoretycznych. Podobnie jak paradygmat salutogenetyczny stanowi cenne uzupełnienie dla paradygmatu patogenetycznego, tak można uznać, że paradygmat kryzysu wraz z zawartym w nim potencjałem pozytywnych zmian rozwojowych, pozwala w sposób znaczący wzbogacić dominujący obecnie paradygmat stresu i radzenia sobie ze stresem choroby.

Co więcej, zwrócenie uwagi na pojawianie się pozytywnych zmian rozwojowych w chorobie, ma duże znaczenie dla praktyki. Kieruje bowiem uwagę praktyków sprawujących opiekę nad chorymi, nie tylko na deficyty i słabe strony pacjentów, ale każe także poszukiwać ich zasobów oraz mocnych stron, a przede wszystkim warunków i działań umacniających posiadane zasoby, szczególnie te, które mogą okazać się decydujące dla uruchomienia wspomnianych, pozytywnych zmian. Szczególną rolę w tym względzie może i powinna pełnić tzw. komunikacja terapeutyczna z pacjentem [17].

Nasuającą się tu metaforą jest przesunięcie uwagi z leczenia tego co chore w pacjencie na pielęgnowanie tego co zdrowe. W rzeczywistości niezbędne jest jedno i drugie, lecz doprowadzenie do względnej równowagi obu tych kierunków opieki medycznej wymaga znacznego wysiłku i czasu, w związku z wciąż dominującym w praktyce, modelem tzw. medycyny naprawczej.

Na koniec należy podkreślić, że choć pojęcie tzw. wzrostu pourazowego (*posttraumatic growth*), pojawiło się w fachowej literaturze stosunkowo niedawno, bo w latach dziewięćdziesiątych ubiegłego wieku [18], to niektórzy badacze zajmujący się psychologicznymi aspektami choroby i leczenia, już dużo wcześniej wskazywali na występowanie

tego typu zjawisk [19, 20, 21, 22]. Do tego nurtu prac należy niewątpliwie zaliczyć także prace małżeństwa Simon-tonów, klasyków psychoonkologii, którzy między innymi proponowali pacjentom, by traktowali poważną chorobę jako sygnał niosący ważną informację, że życie jakie dotąd prowadzili wymaga głębokiej refleksji oraz wprowadzenia znaczących i natychmiastowych zmian. Znaczna część ich pracy poświęcona była tworzeniu warunków, które umożliwiają i ułatwiają chorym planowanie i wprowadzanie w życie tych zmian.

Wydaje się, że niezależnie od wielu psychologicznie negatywnych zjawisk jakie można obserwować we współczesnej medycynie, do których zaliczyć należy jej postępującą merkantylizację, technicyzację oraz standaryzację maksymalnie obiektywizowanych procedur, coraz bardziej zbliża się pora, kiedy rozproszone dotąd wyniki psychologicznych badań i obserwacji, zaczną przenikać w sposób uporządkowany do nauk medycznych, tworząc podstawę dla pełnego, psychosomatycznego rozumienia choroby i pacjenta.

PIŚMIENNICTWO

1. Bishop G.D. Psychologia zdrowia. Wrocław: Astrum; 2000.
2. Heszen I., Sęk H. Psychologia Zdrowia. Warszawa: PWN; 2007.
3. Sheridan Ch. L., Radmacher S.A. Psychologia zdrowia. Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia. Warszawa: IPZ; 1998.
4. Kopaliński W. Słownik wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych, Warszawa: Wiedza Powszechna; 1975.
5. Bomba J. Wokół pojęcia kryzysu – implikacje diagnostyczne i terapeutyczne, Zeszyty Interwencji Kryzysowej. 1994; (2): 7-12.
6. Aguilera D.C, Messick J.M. Crisis Intervention. Therapy for Psychological Emergences. Plume; 1980.
7. Płużek Z. Psychologia pastoralna. Kraków: Wydawnictwo Księży Misjonarzy; 1991.
8. Bandura A. Perceived self-efficacy in the exercise of personal agency. The Psychologist: Bulletin of the British Psychological Society. 1989; (2): 411-424.
9. Taylor S.E, Armor D.A. Positive illusions and coping with adversity. Journal of Personality. 1996; (64): 873- 898.
10. Affleck G., Tennen H., Rowe, J. Mothers, fathers and the crisis of the newborn intensive care. Infant Mental Health Journal. 1990; (11): 12-25.
11. Horowitz M. J. Stress Response Syndromes. New York: Jason Aronson; 1986.
12. Lifton R.J., Olson E. Ludzki wymiar kataklizmu. Nowiny Psychologiczne, 1987 (5): 86-107.
13. Janoff - Bulman R. Assumptive worlds and the stress of traumatic events: Applications of the schema construct. Social Cognition. 1989 (7): 113-136.
14. Janoff - Bulman R. The benefits of illusions, the threat of disillusionment, and the limitations of inaccuracy. Journal of Social and Clinical Psychology. 1989 (8): 158-175.
15. Lerner M. J. The belief in a just world: A fundamental delusion. New York: Plenum; 1980.
16. Caplan G. Principles of Preventive Psychiatry. New York: Basic Books; 1964.
17. Motyka M. Komunikacja terapeutyczna. W: Kwiatkowska A., Krajewska-Kułak E., Panek W. (red.), Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie. Lublin, 2003. Wyd. Czelej.
18. Tedeshi, R.G., Calhoun, L.G. Trauma and transformation: Growing in the aftermath of suffering. Thousand Oaks: Sage Publications; 1995.
19. Janoff - Bulman, R., Wortman, C. B. Attributions of blame and coping in the "real world": Severe accident victims react to their lot. Journal of Personality & Social Psychology. 1977 (35): 351-363.
20. Yalom I. D. Existential Psychotherapy. New York: Basic Books; 1980.
21. Moos, R. H. Context and Coping: Toward a Unifying Conceptual Framework. American Journal of Community Psychology; 1984 (12): 5-25.
22. Affleck, G., Tennen, H oraz Gershman, K. Cognitive adaptations to high-risk infants: the search for mastery, meaning, and protection from future harm. American Journal of Mental Deficiency; 1985 (89): 653-656.

Praca przyjęta do druku: 21.09.2010

Praca zaakceptowana do druku: 28.10.2010

