

# Nadać chorym nowy sens życia

Z prof. Romanem Ossowskim rozmawia Iwona Duraj

**Każdej chorobie towarzyszy ból i cierpienie oraz pytanie „Dlaczego to właśnie mnie ona dotyka?” Pacjenci, zwłaszcza ci, którzy cierpią na choroby nieuleczalne (niektóre z chorób nowotworowych), przewlekłe (choroby układu krążenia, oddechowe, reumatologiczne, udary) nie radzą sobie z negatywnymi emocjami. W takich sytuacjach nieodzownym elementem wspierającym leczenie farmakologiczne staje się pomoc psychologiczna. Dlaczego?**

Zdrowie, choroba, niepełnosprawność, ból, cierpienie i śmierć są wpisane w ludzką biografię. Opisane stany ludzkiej egzystencji mają wymiar fizyczny (mechaniczne funkcje ciała), umysłowy (myślenie, sądy, przekonania, wyobrażenia), emocjonalny (doświadczane emocje, dominujący koloryt uczuciowy), społeczny (relacje z innymi ludźmi), duchowy (sprawy ontyczne – sens życia, sens bólu i cierpienia, zbawienie, godność, przeznaczenie).

Ważnym aspektem choroby jest ból i cierpienie. Osiągnięcia współczesnej neurofizjologii i neurokognitywistyki umożliwiają odróżnienie bólu od cierpienia. Nie jest to jednak klasyfikacja, lecz próba podejścia dymensjonalnego. Inaczej mówiąc, ból jest doznaniem czuciowym związanym z działaniem uszkadzającego bodźca lub choroby. Jest także spostrzeżeniem mającym charakter psychicznej interpretacji danego uszkodzenia. Warto zwrócić uwagę na pozytywne znaczenie bólu w sensie zajęcia się przez daną osobę jego przyczyną. Ból jest informacją skłaniającą osobę do szukania pomocy u lekarza lub podjęcia samodzielnych zabiegów zaradczych. Trudno tu mówić o cierpieniu. Inny jest problem bólu w chorobie nowotworowej, przewlekłego bólu w wielochorobowości w wieku podeszłym, bólu w stanie terminalnym, bólu matki towarzyszącej wolno i nieuchronnie umierającemu dziecku, w zespołach bólu ostrego. W tych sytuacjach zazwyczaj posługujemy się koniunkcją ból i cierpienie. Jeśli ból wiążemy przede wszystkim z receptorami bólowymi, to



**Prof. dr hab. Roman Ossowski**, prof. zw. Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego (UKW) w Bydgoszczy i Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Bydgoszczy jest specjalistą z zakresu psychologii zdrowia, psychologii lekarskiej i rehabilitacyjnej. Dr hab. nauk humanistycznych w dziedzinie psychologii, profesor tytularny od 2000 r.

W latach 1996–2009 dyrektor Instytutu Psychologii UKW. Obecnie kieruje Katedrą Społecznej Psychologii Zdrowia, Rehabilitacji i Zarządzania w Instytucie Psychologii UKW.

Od 2004 r. jest ekspertem Uniwersyteckiej Komisji Akredytacyjnej ds. psychologii oraz członkiem rad naukowych wielu czasopism naukowych. Był członkiem Rady Głównej Szkolnictwa Wyższego (1994–1997 i 1999–2002) i Rady ds. Reformy Edukacji Narodowej (1995–1999). Główne zainteresowania badawcze: jakość życia w zdrowiu i chorobie, styl życia a dobre zdrowie, człowiek w perspektywie przewlekłej choroby i stanu terminalnego, psychospołeczne korelaty efektywnej rehabilitacji, poradnictwo życiowe.

Autor 3 monografii, 2 podręczników, 14 prac redakcyjnych oraz 150 artykułów. Podejmuje problematykę profilaktyki społecznej oraz promocji zdrowia poprzez kreowanie i popularyzowanie zdrowego stylu życia, higieny życia, aktywności ruchowej i pasji życia oraz zarządzania sobą w wymiarze prakseologicznym.

Posiada liczne odznaczenia i wyróżnienia – m.in. Medal Komisji Edukacji Narodowej, Medal Zasługi Gloria Artis, Krzyż Kawalerski Orderu Odrodzenia Polski i wiele odznaczeń i medali nadanych przez władze miasta Bydgoszczy i regionu kujawsko-pomorskiego. Za działalność naukową oraz organizacyjną otrzymał dziesięciokrotnie Nagrodę Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego.

cierpienie wiążemy z dyspozycjami emocjonalnymi człowieka i wynikającymi z funkcjonowania ośrodkowego układu nerwowego, a zwłaszcza kory nowej. Cierpienie może być bez bólu, tak jak ból bez cierpienia. Zazwyczaj cierpienia doświadcza osoba, gdy pod wpływem trudnych wydarzeń życiowych musi dokonać redefinicji siebie w swoich relacjach z innymi ludźmi.

### **Nauki społeczne i zintelektualizowana religijność mogą pomóc w nadaniu nowego sensu życia osobom przewlekle chorym.**

Współczesna medycyna dobrze sobie radzi z bólem. Sądzę, że współczesna psychologia wiele potrafi w zakresie radzenia sobie z cierpieniem, a zwłaszcza nadania jemu sensu. Z cierpieniem psychicznym wiążą się negatywne emocje, jak smutek, złość, lęk, strach, wstępnienie, poczucie winy, żal, uraza, zwątpienie. Problem polega na uniezależnieniu się od „cudownych tabletek” i wypracowaniu zdrowych i dojrzałych form radzenia sobie z życiowymi trudnościami.

#### **Jakie uczucia najczęściej towarzyszą osobom chorym przewlekle, w tym terminalnie?**

Najczęściej o znaku ujemnym zarówno krótkotrwałe (np. złość, wrogość, gniew), jak i długotrwałe (np. smutek, zwątpienie). Występują także wahania nastroju. Wszystko to dzieje się pod parasolem realizowanego sensu życia. Jest on modelem nie tylko ukierunkowania życiowego, ale i kolorytu życia uczuciowego.

Viktor Frankl (1905–1997), psychiatra i neurolog, twórca trzeciej wiedeńskiej szkoły terapeutycznej (obok Zygmunta Freuda i Alfreda Adlera) uważał, że największym ludzkim osiągnięciem nie jest sukces, lecz odważne stawianie czoła niezmiennemu losowi. Cenił szczególnie odwagę bycia wewnątrznie wolnym od ograniczeń zewnętrznych. Jego psychoterapia określana jest jako logoterapia (od greckiego słowa *logos* oznaczającego sens). Uważał, że człowieka nie należy traktować jedynie jako maszyny i troszczyć się o jego równowagę chemiczną, lecz jako osobę doświadczającą kwestii moralnych i duchowych. Przywiązywał wielką wagę do wolności i odpowiedzialności jako

głównych przymiotów osoby. Uznawał także realność winy. Uważał, że ludzie zawsze będą poszukiwać sensu. Nie ma ostatecznego sensu życia, ale jest sens życia konkretnej osoby i funkcjonuje on w formie sumienia. Frankl przeżył dwa obozy koncentracyjne i zauważył, że szanse przeżycia mieli tylko ci więźniowie, którzy czuli się wewnątrznie wolni od rygorów obozowych – chociaż zewnętrznie im podlegali. Dzięki temu nie doświadczali poczucia upokorzenia. Posiadali oni głęboki osobisty sens życia.

Z najnowszych moich osobistych wspomnień pragnę przywołać postać mojego przyjaciela śp. Profesora Janka Rostowskiego. Po diagnozie złośliwego nowotworu mózgu napisał ostatnie dzieło swojego życia, monografię „Rozwój mózgu człowieka w cyklu życia. Aspekty bioneuropsychologiczne” (Warszawa, Wyd. Difin, 2012: 292). Odmówił poddania się uporczywym zabiegom, zmarł w domu w otoczeniu bliskich. Żył z sensem, zanurzony w zadania i gdy rozmawiałem z nim na dwa tygodnie przed śmiercią, to rozmowa przebiegała w dodatnim kolorycie uczuciowym. Sądzę, że w czasach dzisiejszych jesteśmy zniewoleni przez samolubny hedonizm.

Sumując odpowiedź na postawione pytanie, można powiedzieć – tak, przeżywają przykre stany emocjonalne, jednak tak nie musi być. Nauki społeczne i zintelektualizowana religijność mogą pomóc w nadaniu nowego sensu życia osobom przewlekle chorym i będącym w stadium terminalnym.

#### **Podobnie jak w przypadku reakcji (świadomych i nieświadomych), oprócz emocji świadomych chorym towarzyszą również emocje nieświadome. Czy trudno je rozpoznać i jak one wpływają na zachowanie chorych?**

Znakomity neurolog i psychiatra wiedeński Zigmunt Freud (1856–1939), twórca psychoanalizy, dokonał odkrycia nieświadomości jako czynnika istotnie determinującego zachowanie jednostki. Są liczne dowody na istnienie nieświadomości, m. in. sny będące symbolicznym odzwierciedleniem potrzeb i nieuświadomianych życzeń, przejęzyczenia, sugestie posthipnotyczne czy materiał zebrany metodą wolnych skojarzeń. Według Freuda naszą podświadomość zajmują wszystkie

wspomnienia i idee, które są zbyt trudne i straszne, aby je przechowywać na poziomie świadomości.

Współczesne badania neurofizjologiczne wskazują na istnienie reakcji emocjonalnych przebiegających w sekwencji bodziec – ciało migdałowate – reakcja emocjonalna. Dopiero później następuje dzięki korze nowej interpretacja zdarzenia bodźcowego. Można powiedzieć, że raczej miał Freud, opisując nieświadome mechanizmy zachowania, a zwłaszcza zachowania o dużym ładunku emocji.

Problem psychologiczny polega na wyartykułowaniu na poziomie świadomości najważniejszych celów życiowych, czyli odpowiedzi na pytanie – czy warto zabiegać i w jakiej kolejności? Jak pisał Leszek Kołakowski: „Nie chciej za wiele”. Dodam: Zwolnij, zachowaj równowagę i umiar. Odróżnij to, o co naprawdę warto zabiegać, od tego, co istotne, ale można osiągnąć w przyszłości. Jest to podstawowa droga do powolnej, ale i skutecznej zmiany w zarządzaniu emocjami trudno kontrolowanymi przez korę nową. Dodatni koloryt uczuciowy to szansa na długie życie i życie z sensem. Nad takim kolorytem trzeba długo i wytrwale pracować. Zapewniam, że warto.

**Znamy różne typy osobowości. Czy mają one wpływ na postawę i zachowanie pacjenta w czasie choroby w sytuacjach ekstremalnych, czy stanowią rezultat zależności: sytuacja trudna – stres psychologiczny – ujawnienie choroby?**

Osobowość pełni ważną regulacyjną rolę. Dzięki niej nasze zachowania charakteryzują się powtarzalnością, są typowe dla danej osoby oraz cechują się organizacją – tzn. nasze poznanie, doświadczone emocje oraz działanie są względnie skoordynowane i dzięki temu ma miejsce wysoka skuteczność działalności osoby. Chętnie mówimy o osobowości w perspektywie zdrowia, choroby oraz niepełnosprawności. Stawiamy pytanie, czy są takie struktury osobowości, które predestynują do chorób, wpływają na proces zdrowienia i ułatwiają proces rehabilitacji. Odpowiedź jest tu pozytywna. Dobrze są udokumentowane badania nad osobowością A oraz B, nad osobowością C oraz nad osobowością D.

W latach 50. XX wieku kalifornijscy kardiologowie Meyer Friedman i Ray Rosenman na podstawie praktyki klinicznej doszli do wniosku, że ludzie

zapadający na zawał wyróżniają się określonym wzorem zachowania. Określili go **wzorem zachowania A**. Charakteryzuje się skrajnym współzawodnictwem, pobudliwością, nadmierną czujnością, skłonnością do dominacji, pośpiechem, skłonnością do agresji, poczuciem braku i presji czasu. Są to osoby stale nadpobudliwe. Przeciwnością tego stylu jest **wzór zachowania B** charakteryzujący się spokojem, równowagą, dobrą organizacją. Osobowość typu B wiąże się najczęściej dobrym zdrowiem i skutecznością w działaniu.

Wiele uwagi poświęca się **osobowości typu C** – rakowej. Ma ona wiele cech osobowości A oraz charakteryzuje się pozorną kooperatywnością, cierpliwością, ukrywającą negatywne emocje oraz uległością wobec zewnętrznych autorytetów. Hans i Michael Eysenckowie uważają, że osobowość typu C cechuje się skłonnością do reagowania na stres poczuciem bezradności, beznadziejnością oraz skłonnością do wypierania emocji.

Johan Denolett w 1995 roku opisał osobowość stresową, nazwaną typu D.

Na **wzór osobowości D** składają się następujące cechy osobowości: negatywna emocjonalność (dysforia, zamartwianie się, irytacja), niskie poczucie bezpieczeństwa, poczucie bycia nieszczęśliwym, dyskomfort w obecności innych ludzi, słabe więzi z innymi. Ten typ osobowości sprzyja chorobom układu krążenia, chorobom nowotworowym, wrzodowym, łuszczycy. Zachowania typu D wpływają na zmiany wegetatywno-somatyczne, a te z kolei sprzyjają rozwojowi chorób.

**Wiadomo, że pozytywne nastawienie, nie tylko w przypadku choroby, to połowa sukcesu. Jak w sposób naukowy można wytłumaczyć, pozytywny wpływ emocji na proces zdrowienia?**

Wielu lekarzy sądzi, że kliniczny obraz choroby jest następstwem określonego patogenu. Ból i cierpienie jest także naturalną konsekwencją urazu. Uraz o różnym charakterze jest tu zmienną niezależną. Warto jednak podkreślić, że w klinicznym obrazie choroby możemy zauważyć także inne przyczyny, czynniki, które go modyfikują. Określamy je jako przyczyny wtórne obrazu choroby, jako zmienne pośredniczące, interweniujące czy jako moderatory. Są to objawy emocjonalne choroby. Zaliczamy do nich: skłonność do doświadczenia nadmiernego

niepokoju i lęku, bezsenność, brak poczucia sprawstwa, podwyższony poziom hipochondrii, obniżony poziom nadziei itp. Wywołują one wtórne zmiany fizjologiczne organizmu – podwyższoną ciepłotę ciała, zaburzenia żołądkowe, utratę lub wzrost apetytu, zawroty głowy, przyspieszone tętno czyli zespół stresowy. Przyczyny pierwotne i wtórne działają na zasadzie interakcji, a ich podział jest w dużym zakresie kwestią umowną.

### **Żyj w sposób zaangażowany i nie zapominaj o potrzebach innych.**

Nasuwa się pytanie, czy osoba intencjonalnie może modyfikować, czy inaczej mówiąc, zarządzać swoimi emocjami w taki sposób, aby ich koloryt mógł pozytywnie wpływać na obraz choroby oraz przyczyniać się do zdrowienia. Odpowiedź jest zdecydowanie pozytywna. Kwestia dotyczy doświadczenia świata i samego siebie w perspektywie własnego uobecniania się w świecie. Terapeuci Ed Bonisch i Michelle Haney piszą: „Ludzie są na tyle zestresowani, na ile sami sobie na to pozwalają”. Już cesarz rzymski, Marek Aureliusz, mówił: „Nasze życie jest tym, co czynią nasze myśli”. Wyniki badań naukowych potwierdzają słuszność tych cennych obserwacji. U człowieka radosnego ciało migdałowe pobudza wydzielanie endorfin (naturalny środek przeciwbólowy), serotoniny (naturalny antydepresant) oraz dopaminy (hormon dobrego samopoczucia), a także zmniejsza stężenie wydzielanej adrenaliny i kortyzolu. Kortyzol tłumi działanie układu immunologicznego.

Lekarze zebrali wiele obserwacji dotyczących trudności w leczeniu osób bez poczucia sensu życia, niedoświadczających poczucia szczęścia, stale zestresowanych, wrogo ustosunkowanych do innych, trwale smutnych. Rację miał czołowy przedstawiciel medycyny psychosomatycznej Viktor von Weizsäcker, twierdząc: Człowiek reaguje chorobą na przeżycie, z którym nie może sobie poradzić. Ciało i psychika mogą się nawzajem zastępować. Ciało dochodzi do głosu, gdy psychika jest bezsilna.

**Osobom zdrowym, a tym bardziej chorym, trudno jest zapanować nad negatywnymi emocjami w sytuacjach kryzysowych. Czy współczesna psycho-**

**terapia dysponuje skutecznymi instrumentami, by przeciwdziałać powstawaniu zaburzeń sfery emocjonalnej (w tym depresji), zamienić negatywne myślenie na pozytywne?**

Nie trzeba czynić rozważań nad właściwościami własnej emocjonalności dopiero wtedy, gdy jest się chorym. Cały czas należy być fanem zdrowego stylu życia. Wówczas epizody choroby znosimy łagodniej. Podobnie wygląda sprawa zarządzania naszymi emocjami w życiu codziennym. Mówię o naszym kolorycie uczuciowym, zwłaszcza w sytuacjach ekstremalnych wyzwań, kiedy nie mamy „gotowca” – jak się zachować. Dzisiaj psychologia pozytywna pomaga nam w opanowaniu sztuki szczęśliwego życia. Jej czołowy przedstawiciel Martin Seligman pisze o epidemii depresji, podaje jej przyczyny oraz pozytywny program jej leczenia i profilaktyki. Człowiek nie może biernie ulegać temu, co niesie życie. Musi się charakteryzować odpowiedzialnością za swój los, zdolnością podejmowania decyzji i dokonywania wyborów, posiadać system wartości o dużym nasyceniu eudajmonizmem, cenić wartość pracy, życia dla drugich i rodziny. Powiem – żyj w sposób zaangażowany i nie zapominaj o potrzebach innych. Thomas Edison mówił: „Nie przepracowałem ani jednego dnia w swoim życiu. Wszystko co robiłem, to była przyjemność”. Poziom panowania nad negatywnymi emocjami w sytuacjach kryzysowych jest wtórny w stosunku do naszego codziennego funkcjonowania. Przykro, że w procesie edukacji zapominamy o nauce zarządzania własnymi emocjami. Bez powodu wpadamy w gniew, posługujemy się językiem wulgarnym i zapominamy, jak bardzo szkodzimy własnemu zdrowiu i relacjom społecznym. Można radzić: Trzymaj język za zębami. Warto też pamiętać: Czasem język jest ostrzejszy od miecza.

Moim zdaniem psychoterapia nie da efektów, jeśli na co dzień nie będziemy względem siebie bardziej serdeczni, otwarci, kooperacyjni, uczynni, bardziej uśmiechnięci, czyli normalni. Natomiast w sytuacjach trudnych wyzwań warto być bezkompromisowym w dochodzeniu do kompromisów, a na przeszkody spoglądać jako na wyzwania.

W odniesieniu do wyzwań związanych z chorobą bezcenna jest psychoterapia krótkoterminowa. Może być ona realizowana w podejściu poznawczym, psychodynamicznym, humanistycznym lub neurobehavioralnym. Określone podejście zależy

od umowy między klientem a terapeutą (używam pojęcia klient dla podkreślenia relacji równości). Zawsze stajemy przed pytaniem: W jaki sposób powrócić do stanu sprzed choroby i zapewnić sobie wewnętrzny spokój? Bardzo uspokaja umiarkowany i długotrwały wysiłek. Na przykład ćwiczenia metodą Pilatesa, ale i zwykły szybki, codzienny marsz. Światowa Organizacja Zdrowia określiła długość zalecanego aerobowego (z tlenem) wysiłku na 8 km dziennie.

**Zmieniły się kryteria diagnostyczne i wiele zaburzeń dawniej rozpoznawanych jako zaburzenia osobowości albo jako nerwice rozpoznaje się dzisiaj jako zaburzenia afektywne typu depresyjnego, np. dystymie czy cyklotymie. Czy to jedyne zmiany w kryteriach diagnostycznych, które mogą mieć wpływ na podejście do pacjentów mających problem z akceptacją choroby?**

Zaburzenie osobowości nie jest chorobą. Są to trwałe (początek w dzieciństwie) uporczywe właściwości jednostki powodujące powstanie zaburzonych doświadczeń i zachowań osoby będących źródłem cierpienia oraz upośledzonego funkcjonowania społecznego. Zaburzenia osobowości przejawiają się w procesach poznawczych, uczuciach (ekspresji emocjonalnej) oraz w zachowaniu. Mówimy o osobowości chwiejnej emocjonalnie, dysocjalnej, zależnej, paranoicznej, schizoidalnej, histrionicznej (teatralnej), anankastycznej, lękowej, czy narcystycznej. Aktualnie w klasyfikacjach International Classification of Diseases 10-th Revision oraz Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV Edition (obecnie DSM-5) mieszczą się zaburzenia osobowości. Zaburzenia osobowości odnosimy tu raczej do społecznie nieakceptowanych form zachowania. U podstaw klasyfikacji leżą manifestacje zachowań oraz przyczyny ujęte w modelu przyczynowości oddolnej (deterministycznej). Wielkim osiągnięciem jest nowe podejście do klasyfikacji chorób i niepełnosprawności funkcjonujące pod nazwą Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia ICF (ang. International Classification of Functioning, Disability and Health). Swoistością ICF jest wzięcie pod uwagę czynników kontekstowych choroby, a więc nie tylko patogenu, ale i jakości społecznego uczestnictwa

i relacjach społecznych. Wszelkie formy społecznego wykluczenia, toksyczne środowisko społeczne, brak szans na społeczne uczestnictwo muszą być brane pod uwagę w procesie diagnozy zaburzeń. Rozpoznanie zaburzeń zachowania musi uwzględniać nie tylko sposób funkcjonowania osoby, ale i jej społeczne korelaty. Dodatkowo warto wiedzieć, że gdy przypisujemy osobie określoną chorobę, to tym samym nadajemy tej osobie etykietę i zgodnie z tą etykietą musi ona tę rolę grać.

**Władysław Szewczyk wymienia pięć sposobów patrzenia na chorobę – to wyzwanie, wróg, kara, ucieczka i wartość. Podobnie w ujęciu Krystyny Osińskiej, choroba może być dla człowieka klęską, akceptowanym faktem, ale także twórczym czynnikiem rozwojowym. Co o tym decyduje?**

Znamy sentencję: Co nie zabija, to umacnia. W literaturze medycznej i psychologicznej możemy znaleźć opisy reakcji człowieka na trudne wydarzenia życiowe, często zaskakujące, zagrażające, niekiedy frustrujące. Do nich należy zwłaszcza choroba z brakiem nadziei, choroba burząca dotychczasowe plany życiowe, choroba przewlekła wykluczająca z pełnienia wielu ról związanych z realizowanym sensem życia. Takie wydarzenia wymuszają na osobie zmiany w dotychczasowej aktywności. Nowa sytuacja może być wyzwaniem, z którym trzeba sobie poradzić poprzez twórcze i oryginalne zachowania. Może być także powodem obniżenia jakości życia i wielu nowych chorób.

Kluczowe znaczenie – jeśli chodzi o wybór sposobu reagowania – ma poczucie własnej wartości i to, na jakich przesłankach zostało ono zbudowane (korzystnie, jeśli poczucie własnej wartości budujemy w oparciu o informacje pochodzące od innych oraz informacje będące wynikiem własnych refleksji nad sobą), poczucie osobistego sprawstwa i skuteczności, poczucie kontroli nad zdarzeniami, kompetencje relaksacyjne, pozytywne myślenie i nadzieja. Wszystkie te właściwości określa się jako zasoby osobiste. Nie mniej ważną rolę pełni doświadczane wsparcie społeczne. Gdy człowiek odczuwa, że w chwilach trudnych znajdują się przy nim osoby bliskie, które go czują i szanują jego obawy, to znacznie łatwiej znosi ból istnienia na tle choroby bądź innego trudnego wydarzenia.

Dysponujemy opisami osób poważnie chorych i z poważnymi uszkodzeniami fizycznymi, jednocześnie wybitnie twórczych. Przykłady to Izaak Newton, Jean Rousseau, Ludwig van Beethoven, Francisco Goya, Artur Schopenhauer. Zawsze stawiamy sobie pytania, czy byli oni wybitni mimo kalectwa, czy kalectwo było korzystnym moderatorem ich twórczych osiągnięć?

### *Każda rozmowa musi leczyć.*

#### **Czy psycholog jest w stanie rozpoznać ryzyko zagrożeń związanych z chorobą?**

Z dużym prawdopodobieństwem można oszacować ryzyko wystąpienia choroby somatycznej. Posiadanie przez osobę typu osobowości A, C i D pozwala przypuszczać możliwość rozwoju choroby. Trudniej określić rodzaj choroby. To problem diagnozy medycznej. Najczęściej ulega destrukcji organ lub układ najmniej wydolny. Dysponujemy trafnymi i rzetelnymi technikami pomiaru typu osobowości. Zadaniem psychologa jest także opis sytuacji życiowej klienta, czyli problemów i wyzwań związanych z chorobą i tych, z którymi będzie się musiał zmierzyć. Dotyczy to także obrazu własnego ciała i stanu zdrowia oraz ich bezwarunkowej akceptacji (ocena możliwości lub ich braku oraz wynikającego z tego sposobu życia), antycypowanych relacji międzyludzkich (jestem akceptowany czy odrzucony, co mogę uczynić, aby być akceptowanym) oraz świata (przyjazny, bezpieczny czy wrogi, wykluczający, oszukańczy). Odpowiedzi na te fundamentalne pytania stanowią o jakości radzenia sobie z możliwymi zagrożeniami. Jeśli są zdecydowanie mało korzystne, to osobie koniecznie trzeba udzielić wsparcia. Czasem bez profesjonalnej psychoterapii niestety trudno osiągnąć życiową prężność i radość życia.

#### **W zderzeniu z chorobą chorzy często mają tendencję do izolowania się. Czy łatwo jest nawiązać kontakt, wejść w bezpośrednie relacje z chorym człowiekiem? Co stanowi największą barierę dla psychologa, psychoterapeuty w kontakcie z pacjentem?**

Izolowanie jest jedną z możliwych reakcji. Jest to reakcja naturalna i w pełni zrozumiała. Często człowiek musi się odciąć od zgiełku świata, aby uporządkować się wewnętrznie, wiele spraw

przemyśleć na nowo oraz wytyczyć sens własnego życia. Dialog z samym sobą jest bardzo potrzebny i do niego każdego namawiam. Pytanie dotyczy szkodliwego izolowania się. Izolowanie się jest często mechanizmem obronnym umożliwiającym redukcję lęku i zachowanie dobrego mniemania o sobie. Niestety, nie przyczynia się do poprawy własnego położenia egzystencjalnego oraz rozwiązywania problemów i wyzwań życiowych. Człowiek nie zawsze może podołać sam. Potrzebne jest mu wsparcie informacyjne i emocjonalne. Wysokie kompetencje komunikacyjne i czas, jaki psycholog poświęca choremu, przesądzają o szansach nawiązania kontaktu. Każda rozmowa musi leczyć. Rozmowa, która nie leczy, jest rozmową zbyt dużą, zazwyczaj jest wręcz szkodliwą. Warto zauważyć, że w procesie edukacji szkolnej i akademickiej wiele uwagi poświęca się komunikacji werbalnej, natomiast komunikacja pozawerbalna, inaczej mowa ciała, jest poza zainteresowaniami profesjonalnej edukacji. To cenne, że zaczynamy powoli doceniać kompetencje miękkie.

#### **Czy trudno jest wypracować u chorych pozytywne scenariusze, czyli motywacje do podjęcia leczenia i innych działań służących zdrowiu?**

I tak i nie. Jeśli osoba nie jest bardzo zaniedbana pod względem stylu życia i nie żyje z poczuciem społecznego wykluczenia, to może z optymizmem spoglądać na szanse zmiany swoich nawyków zdrowotnych. Ważne jest wsparcie ze strony najbliższych osób, ale bez przemocy. Nachalna pomoc jest formą przemocy. Osoby kochające i kochane oraz mogące dla kogoś żyć łatwo radzą sobie z wyzwaniami życiowymi. Mają one większe poczucie bezpieczeństwa i sensu życia. Czynnikiem bardzo utrudniającym kreowanie pozytywnych nawyków zdrowotnych jest utrwalony siedzący, kanapowy tryb życia, brak wyraźnego sensu życia, nadmierne otyłość, brak poczucia osobistego sprawstwa, uzależnienie od nikotyny lub alkoholu, uleganie mediom kreującym katastroficzną sytuację własnego państwa i służby zdrowia. Są to osoby obciążające za niepowodzenia własne (często wyolbrzymiane) innych, tylko nie siebie. Funkcjonuje u nich mechanizm obronny w formie racjonalizacji. Uważają one, że są pechowcami, za własny stan zdrowia winią służbę zdrowia, sądzą, że dobry los

je opuścił, a nawet winien jest Bóg. Sami zaś są niewinni. Niekiedy sytuacje krytyczne w formie dramatycznej choroby może zmienić ich dotychczasowy, ryzykowny styl życia.

### **W jakim momencie choroby powinna być wdrażana pomoc psychologiczna, psychoterapia?**

Pomoc psychologiczna jest szczególną formą relacji i interakcji między osobą pomagającą a wspomaganą. Ma ona charakter powszechny, codzienny i dotyczy każdej osoby. Przecież cieszymy się, gdy inni się nami interesują, wymieniamy komunikaty, czynimy gesty czynnej dobroci. Udzielanie pomocy jest wyrazem cennych ludzkich właściwości – empatii, syntonii, wyuczonego poczucia obowiązku względem innych czy potrzeby budowania własnego „ja” poprzez bycie pomocnym wobec innych. Niekiedy pomoc psychologiczna przyjmuje formę psychologicznej koniecznej interwencji, ponieważ druga osoba sama nie poddała. Ma to miejsce wówczas, gdy osoba nie posiada wystarczających zasobów osobistych lub otoczenie stało się tak dla niej groźne (powódź, pożar, katastrofa, epidemia), że posiadane możliwości zabezpieczające nie pozwalają zachować stanu homeostazy i wstrzymują stały osobisty rozwój. Dotyczy to także stanu poważnej choroby, której bez interwencji medycznej nie uda się przezwyciężyć. Jedynym kryterium udzielania pomocy o charakterze interwencji jest prawdopodobieństwo poniesienia poważnej straty przez osobę znajdującą się w krytycznej sytuacji. Warto zauważyć, że zmaganie się z życiowymi wyzwaniami umacnia siły życiowe jednostki i pomaga w osiąganiu nowych możliwości adaptacyjnych. Także porażki są zdrowe, jednak ich liczba i ciężkość muszą być w cieniu odnoszonych przez osobę sukcesów. Chodzi o pozytywny bilans sukcesów względem porażek.

**Mimo że współczesna medycyna naprawcza daje duże szanse na wyleczenie niemal z każdej choroby, to wciąż mamy silnie zakorzenione stereotypy i przekonania w naszej podświadomości, które nie służą wzmocnieniu naszej psychiki i chęci walki ze stereotypami, np. diagnoza: rak – to dla wielu wyrok śmierci, poddajemy się i przestajemy walczyć.**

Każdy proces leczenia i rehabilitacji jest bardzo dobrą okazją do poczynienia refleksji dotyczącej dotychczasowego stylu życia i jego ewentualnej

korekty w kierunku zachowań zdecydowanie prozdrowotnych. Choroba dla każdej osoby powinna być swoistymi „rekolekcjami” – co powinno się zmienić w życiu, aby być wolnym od uciążliwości chorób. Dotyczy to zmian w odżywianiu, aktywności ruchowej, radzenia sobie z sytuacjami trudnymi, higieny życia oraz zarządzania czasem. Często trzeba zwolnić i nie chcieć za wiele. Najwięcej dla własnego zdrowia może uczynić osoba jako podmiot i autor siebie. Człowiek może być „kowalem” własnego losu. W przypadku choroby nowotworowej ważne, aby nie traktować choroby jako jedynego wyzwania życiowego. Inne wyzwania mają głęboki sens terapeutyczny. Dlatego trzeba je realizować na miarę własnych sił.

**W sytuacjach trudnych istotne jest również wsparcie najbliższych, rodziny, przyjaciół. Ale, jak się okazuje, nierzadko i oni potrzebują pomocy i podpowiedzi, jak pomagać. Rodzi się więc pytanie, czy chorzy powinni uczestniczyć w psychoterapii sami, czy z bliskimi?**

W przypadku poważnej choroby, uzależnienia bądź niepełnosprawności mówimy o współchorowaniu lub współuzależnieniu. Mamy tu na myśli życie bliskich osób z problemami osoby chorej, uzależnionej czy poważnie niepełnosprawnej. Udziela się cierpienie, wspólne doświadczanie goryczy zależności od innych, często i wykluczenia. Gerard Corey, profesor California State University w Fullerton, w sposób systemowy przedstawił podstawy teoretyczne i techniki stosowania terapii grupowej. Jest ona bardzo skuteczna – wszyscy jej uczestnicy, poprawiając relacje grupowe, się zmieniają. Najważniejsza jest udana aktywność własna, ponieważ tą drogą zmieniają się nawyki zdrowotne i sposób odzwierciedlania świata, w którym chce się żyć.

**A co w sytuacji, kiedy osoba chora nie chce korzystać z pomocy psychologicznej, psychoterapii?**

Chorych możemy podzielić na dwie grupy – osoby, które mają poczucie własnej choroby oraz osoby uważające się za zdrowe i postrzegające innych jako chorych. Ci drudzy to klienci trudni i oporni na zmianę. Posługując się terminologią Freuda, można powiedzieć, że nieświadomie tłumią i wypierają to, co niesie obiektywne zagrożenie. Są to

działania częściowo świadome lub podejmowane nieświadomie, aby nie uczestniczyć w terapii. Problem polega na znalezieniu takiej formy relacji, która będzie nagradzająca, obniży poziom lęku i zbuduje pozytywny autoportret chorego. Ważne jest wzajemne zaufanie. Wierzę, że zawsze można znaleźć klucz do zawarcia przymierza z klientem.