

Czy choroba zmienia wszystko?

Psychologiczne
następstwa choroby



1. Wprowadzenie	3
2. OGÓLNA CHARAKTERYSTYKA ZMIAN W NASTĘPSTWIE CHOROBY JAKO ŹRÓDŁA STRESU	4
3. REAKCJE EMOCJONALNE WOBEC CHOROBY I ZWIĄZANEJ Z NIĄ SYTUACJI	7
4. POZNAWCZE ODZWIERCIEDLENIE WŁASNEJ CHOROBY - OBRAZ WŁASNEJ CHOROBY I JEGO KOMPONENTY	9
5. BÓL JAKO GŁÓWNA FORMA CIERPIENIA W CHOROBIE SOMATYCZNEJ	11
6. ZMĘCZENIE JAKO POWSZECHNE DOŚWIADCZENIE ZWIĄZANE Z CHOROBAŁ SOMATYCZNĄ	13
7. DEPRESJA JAKO DOLEGLIWOŚĆ WSPÓŁWYSTĘPUJĄCA Z CHOROBAŁ SOMATYCZNĄ	15
8. Podsumowanie	16
9. Literatura sprawdzająca	17

WPROWADZENIE

Trudno jest przedstawić powszechne, odnoszące się do wszystkich chorób somatycznych prawidłowości psychologiczne. Choroby bowiem bardzo różnią się pod względem charakterystyki medycznej, co ma swój odpowiednik w konsekwencjach psychospołecznych. Skoncentrujemy się na wybranej grupie chorób stanowiących poważny problem ze względu na ich rozpowszechnienie i czas trwania. Są to **choroby przewlekłe**, niepowodujące bezpośredniego zagrożenia dla życia i niepociągające za sobą bezpośrednio zmian psychicznych (do jakich dochodzi, kiedy proces chorobowy atakuje układ nerwowy lub hormonalny). Przykładami mogą być: **cukrzyca, nadciśnienie tętnicze samoistne, dobrze rokujące choroby onkologiczne czy choroba reumatyczna**. Ze względu na rozpowszechnienie stanowią one poważny problem społeczny – w samej Polsce cierpią na nie miliony osób. Każda z tych chorób ma pewną specyfikę psychologiczną, przedstawioną w literaturze dostępnej dla polskiego czytelnika (np. Wirsching, 1994; Wrześniewski i Włodarczyk, 2004). Tu opisujemy prawidłowości ogólne, występujące bez względu na rodzaj choroby.



Tekst jest fragmentem książki
Psychologia zdrowia. Wydanie nowe (2020)
autorstwa Ireny Heszen-Celińskiej i Heleny Sęk,
s. 199–212. Skróty i tytuły pochodzą od redakcji.

ZOBACZ

1. OGÓLNA CHARAKTERYSTYKA ZMIAN W NASTĘPSTWIE CHOROBY JAKO ŹRÓDŁA STRESU

Można stwierdzić, że **choroby przewlekłe pociągają za sobą ważne i niekorzystne zmiany dotyczące wszystkich głównych dziedzin życia człowieka**. Na marginesie tego głównego nurtu zmian mogą się jednak zdarzyć pomyślne konsekwencje, określane jako **wtórne zyski z choroby**. Mogą one

mieć formę korzyści, np. zainteresowania ze strony otoczenia, a także ulg, np. zwolnienia z nielubianych obowiązków. Sumę wszystkich następstw, niepomyślnych i pomyślnych, określa się jako bilans choroby. Jest on na ogół ujemny, co ilustruje blok rozszerzający 1.

BLOK ROZSZERZAJĄCY 1 Następstwa choroby somatycznej

Wiktor ma 34 lata, jest magistrem fizyki akustycznej. Jako wybitny absolwent po skończeniu studiów został przyjęty na studia doktoranckie w macierzystej uczelni, w jednym z mniejszych ośrodków uniwersyteckich. Zaczął przygotowywać pracę doktorską, ożenił się, rodzice pomogli w zakupie mieszkania, razem z żoną myślał o dziecku. W początkowym okresie studiów, w trakcie rutynowych badań kontrolnych, wykryto u Wiktora zmiany w moczu. Otrzymał zalecenie prowadzenia oszczędzającego trybu życia i systematycznego wykonywania badań kontrolnych. Nie zastosował się do tych zaleceń, ponieważ nie odczuwał żadnych dolegliwości poza pewnym zmniejszeniem wydolności fizycznej. Nie miało to jednak większego znaczenia, ponieważ, jak twierdzi, był wyjątkowo silnym mężczyzną.

Gwałtowne pogorszenie stanu zdrowia nastąpiło po kilku latach, po przebytej grypie. Pewnego dnia po obudzeniu się Wiktor stwierdził z przerażeniem, że wskutek spuchnięcia twarzy prawie nic nie widzi. Przez miesiąc stosowano leczenie zachowawcze, okazało się jednak konieczne wprowadzenie dializ. W celu uzyskania możliwie najlepszej opieki medycznej Wiktor wraz z żoną przeprowadził się do Warszawy, gdzie cała trójka zamieszkała w wynajętej kawalerce.

Mężczyzna zmuszony był przerwać studia doktoranckie, ponieważ nie miał warunków do kontynuowania eksperymentów. Stracił stypendium, które otrzymywał jako wybitny doktorant, poza tym nie ma innych źródeł systematycznych dochodów. Żona zarabia niewiele i para zmuszona jest korzystać z pomocy rodziców. Plany rodzicielskie zostały zawieszone. Żona okazuje niezadowolenie, bo w małym mieszkaniu trudno jest się pomieścić, utrzymać porządek, żyć, nie przeszkadzając sobie wzajemnie. Po dwóch latach dializowania wykonany został przeszczep, ale nowa nerka nie przyjęła się i konieczny był powrót do dializ.

Życie Witolda zorganizowane jest wokół leczenia, ponieważ zabiegi przeprowadzane są trzy razy w tygodniu i trwają po kilka godzin. Samopoczucie ma nie najlepsze, waha się ono w zależności od czasu, jaki upłynął od ostatniej dializy. Szanse na nowy przeszczep są niewielkie wobec poprzedniego niepowodzenia. Witold często czuje się przygnębiony i odczuwa niepokój o przyszłość. Obawia się, że żona może go opuścić i że w związku z rosnącą liczbą pacjentów i problemami finansowymi w służbie zdrowia pojawią się trudności z dostępem do dializ, od których przecież zależy jego przeżycie, albo że zostaną wprowadzone opłaty za leczenie. Coraz gorzej sypia, budzi się w nocy i myśli o tych problemach. Pojawiają się wątpliwości co do sensu przedłużania życia, dającego tak mało satysfakcji, i niechęć do przestrzegania zaleceń lekarskich, zwłaszcza dietetycznych.

Z archiwum autorek

Nie zawsze skutki choroby somatycznej są tak dramatyczne, jak to przedstawiono w bloku 1, ale niektóre jej niepomysłne konsekwencje występują powszechnie. W każdą chorobę wpisane są charakterystyczne dla niej objawy, z których najbardziej dotkliwy jest **ból**. Powodują one cierpienie, a ponadto stanowią sygnały niepokojących zmian w organizmie. Ograniczają też możliwości normalnej aktywności życiowej, rodzinnej i zawodowej. Pojawia się przy tym konieczność podjęcia nowej aktywności, związanej z leczeniem choroby, co wymaga podporządkowania się systemowi opieki zdrowotnej.

W każdą chorobę wpisane są charakterystyczne dla niej objawy, z których najbardziej dotkliwy jest ból.

Przedstawione zmiany w przypadku chorób przewlekłych mają charakter permanentny. Dotychczasowe życie staje się **życiem z chorobą**, w którym sporo czasu i energii trzeba przeznaczyć na jej „obsługę”, czyli leczenie. Choroby, o których tutaj mowa, jak cukrzyca, nadciśnienie, choroby nowotworowe charakteryzują się długim czasem trwania, przeważnie stanowią problem dożywotni. W wymiarze czasowym obserwujemy zmiany sytuacji chorego. Zwykle dzięki prawidłowemu leczeniu proces chorobowy zostaje do pewnego stopnia oparty, ale zdarzają się epizody pogorszenia, pociągające za sobą konieczność zmiany terapii, łącznie z wprowadzaniem takich drastycznych form, jak dializa czy operacja. Długotrwałe stosowanie wielu leków pociąga też za sobą skutki uboczne.

Ograniczenia związane z chorobą, a także powinności wynikające z roli chorego, upośledzają możliwości pełnienia innych ważnych ról społecznych – rodzinnej i zawodowej. Choroba powoduje zakłócenia w realizacji różnych dążeń i konieczność rezygnacji z niektórych celów życiowych lub ich modyfikacji. Choć nie jest to regułą, upośledza na ogół możliwości osiągania celów zawodowych, utrudniając rozwój i awans, niekiedy powodując nawet przejście na wcześniejszą emeryturę lub rentę.

Choroba upośledza na ogół możliwości osiągania celów zawodowych, utrudniając rozwój i awans, niekiedy powodując nawet przejście na wcześniejszą emeryturę lub rentę.

Choroba skutkuje również niekorzystnymi zmianami w systemie rodzinnym. Wkład chorego w funkcjonowanie tego systemu zmniejsza się z powodu ograniczeń, o których była już mowa. Nawet w warunkach korzystania z publicznej służby zdrowia choroba pociąga zwykle za sobą dodatkowe wydatki i pogorszenie sytuacji materialnej rodziny. Chociaż opieka nad chorym często staje się czynnikiem integrującym, długotrwałe chorowanie i związane z tym jego wycofanie się z życia rodzinnego bywają też przyczyną osłabienia i nawet rozpadu więzi rodzinnych.

Ogólnie można więc stwierdzić, że **choroba oznacza zasadniczą i niepomysłną zmianę w sytuacji człowieka**. Nie ulega wątpliwości, że wymagania adaptacyjne stawiane mu przez chorobę są poważnym źródłem stresu. Spróbujemy zintegrować przedstawiony tu opis sytuacji chorego z teoretycznymi ujęciami stresu. Współczesne **podejście relacyjne jako źródło stresu traktuje zakłócenie lub zapowiedź zakłócenia równowagi między wymaganiami adresowanymi do jednostki a możliwościami ich spełnienia**. Chociaż koncepcje socjologiczne wpisują w rolę chorego przywilej zwolnienia od dotychczasowych obowiązków (Parsons, 1969), w praktyce nie jest łatwo z tego korzystać w przypadku choroby długotrwałej.

Także wymagania wynikające z **własnych przedchorobowych standardów** pacjenta nie maleją automatycznie z powodu zachorowania. Dodatkowe obciążenia spowodowane są podjęciem leczenia. Tymczasem możliwości sprostania tym zwiększonym wymaganiom zostają ograniczone doświadczanymi dolegliwościami i rozwijającym się zmęczeniem. Wreszcie na tym tle pojawiają się rozmaite dodatkowe wydarzenia zapowiadające dalsze pogorszenie relacji między wymaganiami a możliwościami, np. nowe objawy czy konieczność zmiany leczenia.

Sytuację człowieka chorego można ująć w kategoriach wykorzystanych do definiowania stresu psychologicznego przez autorów dwóch najbardziej popularnych jego koncepcji – **Richarda S. Lazarusa i Stevana E. Hobfolla**. W nawiązaniu do Lazarusa aktualna sytuacja spowodowana przez chorobę może być oceniana jako krzywda/strata, co znajduje wyraz w wypowiedziach typu: „Dlaczego ja?” „Za co mnie to spotkało?”.

W odniesieniu do przyszłości **choroba może być traktowana zarówno jako zagrożenie dla cenionych wartości, jak i w kategoriach wyzwania**. Zagrożone wartości to przede wszystkim życie (nawet gdy brak obiektywnych podstaw do takiej oceny), sprawność, samoocena, relacje z innymi ludźmi itp. Z kolei ocena jako wyzwanie wiąże się ze świadomością możliwości leczenia choroby i własnego w tym udziału. W ten sposób mogą też być oceniane perspektywy realizacji

celów życiowych mimo ograniczeń spowodowanych chorobą. Dane empiryczne uzyskane w naszym zespole potwierdzają obecność u chorych wszystkich tych trzech ocen (Lenartowska-Hałoń, 1993). Ilustruje to blok rozszerzający 2.

Choroba może być również definiowana jako źródło stresu w ramach **teorii zachowania zasobów Hobfolla**. Obiektywnie oznacza utratę zasobów, przede wszystkim zdrowotnych, ale także wielu innych, i zagraża dalszym ich uszczupleniem w miarę upływu czasu. W wielu wypadkach choroba uruchamia spiralę strat, np. pociąga za sobą utratę możliwości wykonywania pracy, a to z kolei – utratę zasobów materialnych. Zdarzają się też sytuacje braku zysków w następstwie zainwestowania zasobów, np. jeśli podjęcie kosztownej i uciążliwej kuracji nie przynosi oczekiwanej poprawy zdrowia.

BLOK ROZSZERZAJĄCY 2

Ocena poznawcza własnej choroby u chorych na cukrzycę

Badaniami objęto 31 osób chorych na cukrzycę, tuż po zakomunikowaniu im przez lekarza konieczności przejścia z leków doustnych na zastrzyki insuliny. Ta zmiana procedury leczenia może być uważana za dodatkowe źródło stresu (por. Heszen, 2012), podlegające ocenie pierwotnej. Badanie prowadzono za pomocą wywiadu, w którym badany wypowiadał się na temat zmian życiowych oczekiwanych w wyniku wprowadzenia insuliny i możliwości radzenia sobie z nimi. Okazało się, że ocena pierwotna jest trudno uchwytna, ponieważ nawet w określonym momencie nie jest stabilna i jednoznaczna, zmienia się w trakcie wypowiedzi pacjenta i charakteryzuje się współwystępowaniem różnych elementów (np. zagrożenia i wyzwania).

Poniżej podajemy przykłady wypowiedzi ilustrujących poszczególne kategorie oceny poznawczej.

- **Krzywda/strata:** „Mężczyzna, z którym jestem, nie toleruje «ślamazarstwa», nie mogę mu powiedzieć o insulinie, bo ode mnie odejdzie, boję się tego. Jest to straszne dla mnie – na insulinie”.
- **Zagrożenie:** „Boję się, nie myślałam, że tak szybko... Jestem jeszcze młoda, mam małe dzieci, boję się o nie... Co będzie z pracą? Chyba będę musiała robić sobie zastrzyki, tylko gdzie? Ludzie tego nie lubią... Chyba stracę pracę”.
- **Wyzwanie:** „Nie należę do osób, które się poddają, będę walczył z tą cukrzycą za pomocą insuliny, wcale nieźla broń! Może pomoże mi także walczyć o żonę...”.

Na podstawie: Lenartowska-Hałoń, 1993

2. REAKCJE EMOCJONALNE WOBEC CHOROBY I ZWIĄZANEJ Z NIĄ SYTUACJI

Jak już wspomniano, ocena poznawcza choroby może przybierać każdą z form wyróżnionych przez Lazarusa w odniesieniu do sytuacji stresowej. Z każdą z nich związane są charakterystyczne emocje przeżywane przez chorego. W specyficznej sytuacji choroby pojawiają się też takie stany emocjonalne, jak: gniew, złość wobec przeszkód i ograniczeń czy poczucie winy, wstyd – spowodowane przypisywaniem przyczyn choroby własnemu postępowaniu albo związane z jej konsekwencjami ponoszonymi przez rodzinę.

Emocje o zmieniającej się intensywności i treści towarzyszą chorobie przez cały czas jej trwania.

Emocje o zmieniającej się intensywności i treści towarzyszą chorobie przez cały czas jej trwania. Opisywane są burzliwe reakcje chorego, na granicy zaburzeń emocjonalnych, w momencie otrzymania przez niego informacji o rozpoznaniu poważnej choroby (Siergiejew, 1969). Inne okoliczności wywołujące silne reakcje emocjonalne to:

pogorszenie się stanu zdrowia,

konieczność zastosowania

drastycznych metod leczenia,

informacje o konieczności ograniczeń albo o trwałych następstwach choroby dla zdrowia, trybu życia i planów życiowych, zwłaszcza jeśli chory się ich nie spodziewał.

Do dramatycznych przeżyć mogą także doprowadzić ważne życiowe zmiany będące następstwem choroby, jak rozpad rodziny, utrata pracy lub niemożność jej dalszego wykonywania.

Do dramatycznych przeżyć mogą także doprowadzić ważne życiowe zmiany będące następstwem choroby, jak rozpad rodziny, utrata pracy lub niemożność jej dalszego wykonywania. Wydaje się dość naturalne, że powszechną reakcją emocjonalną wobec choroby somatycznej i związanych z nią wydarzeń są lęk, niepokój, poczucie zagrożenia. Dane z badań prowadzonych w warunkach klinicznych potwierdzają, że lęk towarzyszy choremu w kolejnych stadiach choroby, odzwierciedlając zazwyczaj współwystępujące z nią obiektywne zagrożenie i spodziewane następstwa (np. Gottschalk i Hoigaard-Martin, 1986; Viney i Westbrook, 1982).

Mniej oczywista jest obecność w tej sytuacji uczuć pozytywnych, takich jak nadzieja. Tego typu reakcje rzadziej były przedmiotem badań. Okazuje się jednak, że i nadzieja nie opuszcza chorych (Perley, Winget i Placci, 1971), nawet wobec perspektywy zbliżającej się śmierci (Hamera i Shontz, 1978). Wyniki rozwijającego się nurtu badań nad emocjami pozytywnymi w warunkach stresowych dowodzą, że emocje te wzrastają równolegle do wzrostu emocji negatywnych.

Okazuje się jednak, że i nadzieja nie opuszcza chorych, nawet wobec perspektywy zbliżającej się śmierci.

Do takiego spostrzeżenia doprowadziły również badania wykonane w grupie osób cierpiących na choroby przewlekłe lub dotkniętych inwalidztwem. W porównaniu z grupą kontrolną osób zdrowych u chorych stwierdzono większy niepokój, depresję, złość i poczucie bezradności, ale także więcej uczuć pozytywnych (Westbrook i Viney, 1982). W bloku rozszerzającym 3 przedstawiono wyniki własnych badań nad przebiegiem lęku i nadziei w chorobach przewlekłych.

Do pomiaru emocji wykorzystano tę samą metodę projekcyjną Louisa A. Gottschalka i Goldine C. Gleser (Gottschalk, Winget i Gleser, 1969), co w badaniach wspomnianych autorek (Mary T. Westbrook i Lindy L. Viney).

Nasuwa się w tym miejscu intrygujące pytanie, skąd się biorą emocje pozytywne w sytuacjach stresowych, jakie są ich źródła. Zagadnieniem tym zajmują się intensywnie Susan Folkman i Judith Moskowitz (2000, 2006). Autorki te wprowadziły pojęcie radzenia sobie skoncentrowanego na znaczeniu, jako formy uzupełniającej w stosunku do rozróżnionego

poprzednio radzenia sobie ukierunkowanego na problem i na emocje. Aby zrozumieć dobrze tę funkcję radzenia sobie w generowaniu emocji pozytywnych, należy uwzględnić, że zdaniem Folkman i Moskowitz nie jest ona całkowicie rozłączna w stosunku do poprzednio wyróżnionych. Istotą **radzenia sobie skoncentrowanego** na znaczeniu jest prze-wartościowanie.

Emocje, zarówno negatywne, jak i – zwłaszcza – pozytywne, pełnią również funkcję motywu radzenia sobie, ukierunkowują je i energetyzują.

BLOK ROZSZERZAJĄCY 12.3.

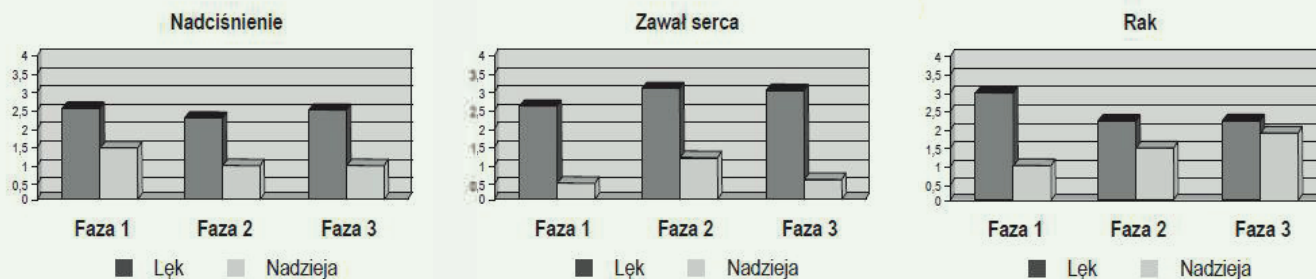
Przebieg emocji negatywnych i pozytywnych w różnych chorobach

W badaniach uwzględniono dynamikę lęku i nadziei zależnie od rodzaju choroby i jej fazy. Uczestniczyły w nich trzy grupy kliniczne celowo dobrane ze względu na właściwości choroby jako źródła stresu: pacjenci z nadciśnieniem tętniczym samoistnym (przykład choroby kontrolowalnej i niepowodującej dużego zagrożenia), chorzy po niepowikłanym zawale serca (choroba o dramatycznym przebiegu oraz zmiennej kontrolowalności i zagrożeniu) i chorujący na raka o niepomyślnym rokowaniu (choroba niekontrolowalna i zagrażająca życiu), ogółem blisko 250 osób. Wskaźniki lęku i nadziei otrzymywano trzykrotnie; jak najszybciej po postawieniu diagnozy, po upływie pięciu tygodni i po upływie następnych pięciu miesięcy. Średnie wskaźniki uzyskane w grupach klinicznych w kolejnych fazach przedstawiono na rycinie 12.1.

Jak widzimy, wprowadzie poziom nadziei w porównaniu z poziomem lęku był niższy, ale okazało się, że jest ona obecna we wszystkich grupach i we wszystkich fazach choroby. Analiza wariancji w schemacie: 3 (rodzaj choroby) x 3 (pomiar) nie wykazała różnic między poszczególnymi fazami dla całej grupy (dla lęku $F = 0,037$, $df = 2$, nieist.; dla nadziei $F = 0,980$, $df = 2$, nieist.). Natomiast istotne okazały się różnice wewnątrz grup (dla lęku $F = 5,684$; $df = 2$, $p < 0,01$; dla nadziei $F = 6,382$, $df = 2$, $p < 0,01$). Szczegółowa analiza tych różnic oraz efektów interakcji „choroba x pomiar” została przedstawiona w innym miejscu (Heszen-Niejodek, Gottschalk i Januszek, 1999).

Wyniki można interpretować w kategoriach specyfiki przebiegu badanych chorób. Najbardziej interesujący wydaje się wzrost nadziei w kolejnych fazach u osób chorych na raka, a więc najciężiej chorujących (między fazą I a II, $t = -2,373$, $p < 0,05$; między fazą II a III, $t = -2,905$, $p < 0,01$). Poziom nadziei w tej grupie zbliżał się w kolejnych fazach do poziomowi lęku i w ostatniej osiągnął najwyższe wartości w porównaniu z pozostałymi grupami (z grupą chorych na nadciśnienie $t = -4,855$, $p < 0,001$; z grupą po zawale $t = -5,407$, $p < 0,001$).

Na podstawie: Heszen-Niejodek, Gottschalk i Januszek, 1999



Rycina 12.1. Dynamika lęku i nadziei w różnych chorobach

3. POZNAWCZE ODZWIERCIEDLENIE WŁASNEJ CHOROBY – JEJ OBRAZ I JEJ KOMPONENTY

Reprezentacja własnej choroby tworzona przez ludzi chorych może pełnić ważne funkcje regulacyjne, ponieważ zachowanie człowieka ukierunkowane na cel zależy nie od obiektywnych właściwości sytuacji, lecz od jej subiektywnej percepcji. Świadomość tego faktu u przedstawicieli nauk medycznych nie jest wystarczająca. Lekarze zazwyczaj nie przywiązują większej wagi do tego, co ich pacjenci myślą na temat własnej choroby i stosowanego leczenia. Nie zastanawiają się także nad wpływem poglądów pacjentów na ich postępowanie.

Lekarze zazwyczaj nie przywiązują większej wagi do tego, co ich pacjenci myślą na temat własnej choroby i stosowanego leczenia.

Tę sytuację próbują zmienić psychologowie, proponując nawet wprowadzenie nowego paradygmatu w podejściu do choroby w pracach adresowanych do środowiska medycznego (np. Weinman i Petrie, 1997). Przedstawiając chorobę jako źródło stresu, wykorzystaliśmy klasyfikację Lazarusa i Folkmana dotyczącą oceny pierwotnej. W odniesieniu do choroby jest to jednak bardzo ogólna charakterystyka poznawczego odzwierciedlenia, a przy tym, jak wykazały przytoczone badania, jest to odzwierciedlenie niestabilne.

W polskiej psychologii już w latach 70. ubiegłego wieku zwrócono uwagę, że chory ma poznawcze odzwierciedlenie własnej choroby nazywane **konceptcją choroby** (Kulczycki, 1971) lub obrazem własnej choroby (Heszen-Klemens, 1979). W powstawaniu tej struktury poznawczej uczestniczą kilka czynników. W związku z **upowszechnieniem się**

wiedzy medycznej w społeczeństwie już w momencie zachorowania dorosły człowiek ma jakąś wiedzę na temat własnej choroby; ma także ogólne poglądy dotyczące medycyny oficjalnej, lekarzy i leczenia. Od tego momentu dopływ informacji związanych z chorobą ulega znacznej intensyfikacji. Ich źródłem są lekarze i inni pracownicy służby zdrowia, inni pacjenci, rodzina i znajomi; zdarza się, że chorzy sięgają po literaturę medyczną, coraz częściej korzystają też z portali internetowych. Innego rodzaju informacji dostarcza własne samopoczucie, odczuwane objawy i ich skutki dla aktywności. Nasuwa się spostrzeżenie, że nie wszystkie te informacje są rzetelne. W dodatku ich odbiór zależy od możliwości intelektualnych pacjenta i od jego aktualnego stanu, zwłaszcza emocjonalnego. Te czynniki również wpływają na ostateczny kształt obrazu własnej choroby.

Przeprowadzono dotąd wiele prac empirycznych potwierdzających, że u ludzi chorych powszechna jest obecność poznawczej reprezentacji własnej choroby. Jednym z pierwszych przykładów jej systematycznych badań było studium wykonane w naszym zespole w latach 1973–1975.

W badaniach typu kwestionariuszowego uczestniczyła 350-osobowa grupa chorych na gruźlicę płuc potwierdzoną bakteriologicznie, stanowiąca statystyczną reprezentację populacji chorych z terenu Warszawy i województwa warszawskiego (jednego z 17 w Polsce przed reformą administracyjną 1975 roku). Aby uniknąć artefaktów, obraz własnej choroby badano za pomocą wywiadu półstrukturalnego w wylosowanej mniejszej grupie liczącej 54 osoby. Wywiad prowadzono w sposób spełniający wymogi kliniczne i nagrywano na magnetofon. Częstość wypowiedzi pacjentów dotyczących wyodrębnionych wątków treściowych obrazu własnej choroby przedstawiono w tabeli 1.

TABELA 12.1. Częstotliwość wypowiedzi pacjentów w wyodrębnionych tematach; N = 46

Temat	Podtemat	Liczba osób	Procent osób
Przyczyny choroby		45	98
Istota choroby		37	80
Własny stan aktualny	Wygląd płuc	40	87
	Aktywność zmian	28	61
	Wpływ stanu płuc na organizm	39	85
	Wpływ choroby na samopoczucie	45	98
	Wpływ choroby na wygląd	43	93
Leczenie i dalszy przebieg choroby	Znaczenie różnych czynników w leczeniu	42	91
	Wynik leczenia*	34	92
	Czas trwania leczenia**	8	53
Skutki choroby	Zdrowotne	33	72
	Rodzinne	43	94
	Zawodowe	45	98

Uwaga, pominięto wyniki ośmiu pacjentów z powodu dużej liczby błędów w prowadzeniu wywiadu.

* Pytanie o wynik leczenia kierowano do pacjentów przyjmujących aktualnie leki przeciwprątkowe (n = 37).

** Pytanie o czas trwania leczenia kierowano do pacjentów przyjmujących aktualnie leki przeciwprątkowe, którzy spodziewali się, że zostaną wyleczeni (n = 15).

Widzimy, że niemal wszystkie badane osoby miały jakiś obraz przyczyn choroby, jej wpływu na samopoczucie i wygląd, miały też poglądy na temat znaczenia różnych czynników w leczeniu oraz przypuszczenia dotyczące jego wyniku i skutków choroby w życiu rodzinnym oraz pracy zawodo-

wej. Mniej jasne były dla nich: obraz aktywności procesu patologicznego w płucach, przypuszczalny czas trwania leczenia i następstwa choroby dla stanu zdrowia po skończeniu leczenia (Heszen-Klemens, 1979). Fragmenty jednego z wywiadów przytoczono w bloku rozszerzającym 4.

BLOK ROZSZERZAJĄCY 12.4

Obraz własnej choroby w wypowiedziach chorego na gruźlicę płuc

Badany jest mężczyzną w wieku 31 lat, z wykształceniem zasadniczym zawodowym, żonaty, ojciec dwojga dzieci.

- Przyczyny choroby: „Chodziłem, no, często po weselach grać, no i nieraz zapocony, oranżady się napiłem zimnej, to mnie się zdaje, że mogło być przyczyną, a z pracy zaziębienie ogólne jest tam, przemarznięcie czy coś innego. Uważam, że od tego chyba”.
- Istota choroby: „Jako w moim pojęciu gruźlica, to zdaję sobie sprawę, że to jest choroba zakaźna, prawda, ale tak dokładnie powiedzieć, no to nie wiem naprawdę, no...”.

- Własny stan aktualny, wygląd płuc: „Jak zdążyłem się dowiedzieć, to jest jakaś tam plamka czy coś takiego. W każdym razie coś nie bardzo groźnego, dziury nie ma, jakies zamazanie tam na tych zdjęciach”.
- Leczenie i dalszy przebieg choroby: „To biorę dwa razy po dziesięć tabletek PAS, trzy razy po dwie tabletki hydrazyd, jedna multiwitamina, trzy, trzy razy dziennie po jednym i jeden gram strepto. Uważam, że to będzie nie na sto procent wyleczone, ale prawda, zaleczone. W ten sposób, że mogę iść do pracy, no i oszczędzać się...”.
- Skutki choroby: „Ślady na tych płucach pozostaną, no jakies takie zwapnienia... Nie będę mógł wykonywać tak dużej ilości ruchów, jak osoby zdrowe, prawda. Czy jakaś cięższa praca, dźwiganie, czy coś, no to już u mnie to będzie odpadało”.

Z archiwum autorek

Poznawcza reprezentacja choroby pełni ważne funkcje regulacyjne, mimo że oceniana w świetle wiedzy medycznej często okazuje się niepełna i częściowo błędna, co ilustruje powyższy przykład. Przede wszystkim jest podstawą omawianej już w tym rozdziale oceny poznawczej. O roli przypisywanej ocenie poznawczej we współczesnej teorii stresu psychologicznego była mowa wcześniej (m.in. ocena ta określa treść emocji przeżywanych w związku z chorobą). Ponadto obraz własnej choroby jest ważnym czynnikiem wpływającym na zachowanie podejmowane w związku z chorobą, w tym ukierunkowane na zmianę własnego stanu zdrowia.

Konieczny jest jeszcze komentarz dotyczący emocjonalnego i poznawczego odzwierciedlenia choroby. Procesy emocjonalne i poznawcze zostały tu potraktowane odrębnie, co było niezbędnym zabiegiem umożliwiającym ich analizę. Jednak wielokrotnie zwracaliśmy uwagę na ich związki i wzajemne oddziaływanie. Lazarus i Folkman podkreślają

w swojej koncepcji, że ocena poznawcza sytuacji stresowej dominuje w pewnym sensie nad odzwierciedleniem emocjonalnym, poprzedza bowiem pojawienie się reakcji emocjonalnej i wpływa na jej charakter.

Z drugiej strony, stan emocjonalny, gdy już zostanie wzbudzony, wpływa na odbiór aktualnych informacji i ich przetwarzanie poznawcze. Zagadnienie prymatu poznania w stosunku do emocji nie jest jednoznacznie rozstrzygnięte we współczesnej psychologii. Spotkać można stanowisko, że zdarzenie ważne z punktu widzenia adaptacji automatycznie wywołuje pobudzenie o określonym znaku, które pojawia się jako pierwsze, a następnie przyczyna podlega interpretacji poznawczej. Współcześnie dominuje pogląd o współzależności czy współmienności emocji i poznania. W procesie odzwierciedlenia rzeczywistości wzajemnie się one przenikają. Oprócz odzwierciedlenia pełnią również funkcję regulacji zachowania, w tym także radzenia sobie ze stresem.

4. BÓL JAKO GŁÓWNA FORMA CIERPIENIA W CHOROBY SOMATYCZNEJ

Subiektywnym doświadczeniem związanym z chorobą somatyczną są charakterystyczne dla niej objawy odczuwane przez człowieka chorego. Spośród nich najbardziej dokuczliwym, powodującym największe cierpienie jest ból. W języku literackim i potocznym ból jest wręcz utożsamiany z cierpieniem, dlatego mówi się nie tylko o bólu fizycznym, lecz także o psychicznym i duchowym.

Czym jest ból i jaka jest jego funkcja adaptacyjna? Definicja Międzynarodowego Stowarzyszenia Badania Bólu (International Association for the Study of Pain – IASP) określa go jako: „(...) **nieprzyjemne doznanie zmysłowe i emocjonalne związane z aktualnie występującym lub potencjalnym uszkodzeniem tkanek albo opisywane w kategoriach takiego uszkodzenia**” (Saint-Maurice, Muller i Meynadier, 1998, s. 34). W takim rozumieniu bólu jego funkcja przystosowawcza wydaje się oczywista. Ból sygnalizuje, że dzieje się coś nieprawidłowego w organizmie.

Wskutek swojej dokuczliwości jak żaden inny objaw skłania do poszukiwania pomocy medycznej, a dla lekarza jest ważną informacją diagnostyczną. Ale zależność między uszkodzeniem tkanek a bólem nie jest bezwyjątkowa. Jak wiadomo, **w wielu chorobach, np. nowotworowych, proces patologiczny rozwija się w organizmie bezobjawowo aż do osiągnięcia stadium, w którym nie jest już możliwa skuteczna terapia**. Tylko badania profilaktyczne wykonane w stadium bezobjawowym pozwalają w porę postawić diagnozę i skutecznie leczyć. Z drugiej strony, zdarza się ból niepotrzebny, niezwiązany z uszkodzeniem tkanek, niesłużący adaptacji, powodujący tylko cierpienie. Przykładami są **migreny bądź bóle fantomowe** – lokalizowane w miejscu amputowanej kończyny. Współczesne koncepcje rzucają pewne światło na problem braku prostej zależności między stanem organizmu a bólem. Koncepcje te traktują go nie tylko jako zjawisko biologiczne. Uwzględniają także aspekty psychologiczne i społeczne powstawania reakcji bólowej, jej rozwoju i przebiegu w czasie.

Najważniejszą współczesną teorią bólu jest **teoria kontroli bramki (the gate control theory) Ronalda Melzacka i Patricka D. Walla** (1965). Opublikowana w latach 60. ubiegłego wieku, była rozwijana przez następnych kilkadziesiąt lat w wyniku nowych odkryć neurofizjologicznych. Najpełniej wyjaśnia teoretycznie zjawisko bólu, a ponadto zainspirowała badania laboratoryjne, których wyniki umożliwiły rozwój skutecznych form terapii.

Wcześniej fizjolodzy główną rolę w powstawaniu bólu przypisywali obwodowemu układowi nerwowemu (OUN), a konkretnie – cienkim, pozbawionym otoczki mielinowej i wolno przewodzącym pobudzenie włóknom C, które są drogą przepływu impulsów bólowych. Melzack i Wall w większym stopniu uwzględnili rolę OUN, rdzenia kręgowego i mózgu, a także szybko przewodzących włókien A-beta i A-delta, które są grubsze i zaopatrzone w otoczkę mielinową. Przepływające tymi włóknami impulsy zostają szybciej przekazane i mogą zahamować impulsy bólowe. Procesy te reguluje mechanizm bramki, wzbudzany w substancji gałaretowatej w tylnym rogu rdzenia, różnicujący przepływ im-

pulsów z cienkich i grubych włókien nerwowych. Mechanizm ten przepuszcza lub zatrzymuje informacje znajdujące się w drodze z rdzenia kręgowego do wzgórza i kory mózgu. Takie czynniki psychologiczne, jak niepokój i lęk, mogą otworzyć bramkę, co prowadzi do powstania reakcji bólowej i jej rozwoju. Natomiast odwracanie uwagi od źródła bólu może spowodować zamknięcie bramki i uniemożliwić percepcję bólu, jak to się dzieje podczas walki czy uczestnictwa w zawodach sportowych (Skevington, 2004).

Należy tutaj zaznaczyć, że teoria bramki znacznie lepiej tłumaczy mechanizmy bólu ostrego, możliwego do badania w warunkach laboratoryjnych, niż bólu przewlekłego. Ten ostatni stanowi poważny problem kliniczny i przedmiot zainteresowania psychologów prowadzących terapię bólu, a jego uwarunkowania są bardziej skomplikowane. Najważniejsze różnice między tymi dwoma rodzajami bólu przedstawiono w tabeli 2. Zamieszczone w niej dane wskazują na bardziej złożoną naturę bólu przewlekłego i większy udział czynników psychologicznych w jego powstawaniu i leczeniu.

TABELA 12.2. Podstawowe różnice między bólem ostrym i przewlekłym (na podstawie: Ortenburger, 2003)

Kryterium	Ból ostry	Ból przewlekły
Uwarunkowania psychologiczne	Mniej udokumentowane związki z cechami osobowościowymi	Udokumentowane związki z cechami osobowościowymi i stanami emocjonalnymi
Etiologia	Wyjaśniona, przeważnie jednoprzyczynowa	Często wieloprzyczynowa
Leczenie farmakologiczne	Najczęściej możliwe, szybkie i skuteczne	Często mało skuteczne, niewystarczające
Leczenie nefarmakologiczne	Uzupełniające	Pierwszoplanowe, najczęściej długotrwałe
Symptomatyka	Czytelne, przewidywalne wzorce objawów	Najczęściej nakładanie się objawów, nieregularność występowania
Funkcje	Ostrzegawcza, diagnostyczna	Utrata funkcji ostrzegawczej
Korelaty emocjonalne	Częściej lęk	Częściej depresja
Czas trwania	Krótszy, przewidywalne granice czasowe	Wydłużający się, trudny do określenia

Ból przewlekły rozwija się w wyniku działania uwarunkowań zarówno natury biologicznej, jak i psychologicznej. Te pierwsze można określić jako **tkankowe uczenie się bólu**. Badania na poziomie molekularnym wykazały, że znajdujące się w rdzeniu kręgowym cząsteczki kwasu rybonukleinowego (RNA), które uczestniczą w mechanizmie bólu, adaptują się po trzech miesiącach ciągłej aktywności elektrycznej. Dochodzi wtedy do nieodwracalnych zmian strukturalnych na poziomie molekularnym, będących przyczyną bólu przewlekłego.

Komponentem emocjonalnym **bólu ostrego** jest przede wszystkim lęk, co udokumentowano jeszcze w latach 50. ubiegłego wieku. Lęk i ból wzmacniają się wzajemnie na zasadzie dodatniego sprzężenia zwrotnego. Jeśli ból przejdzie w fazę chroniczną, zaczyna towarzyszyć mu depresja związana z poczuciem bezradności. Podobnie jak lęk, ona również łączy się z bólem pętlą sprzężenia zwrotnego, wpływając na ostateczną postać zespołu bólowego (Ortenburger, 2003).

Oprócz wspomnianych już lęku i depresji wśród **psychospołecznych uwarunkowań reakcji bólowej** należy jeszcze uwzględnić:

- kontrolowalność bólu,
- poczucie własnej skuteczności,
- uprzednie doświadczenia doznawania bólu,
- wsparcie społeczne
- czynniki społeczno-kulturowe.

Znaczenie kontrolowalności bólu udowodniono w warunkach klinicznych, w programach psychoprofilaktyki porodowej. Kobiety, które opanowały sposoby kontroli bólu porodowego, odczuwały go jako mniej dotkliwy. Uprzednie doświadczenia w doznawaniu bólu, jak już była o tym mowa, zostają zapamiętane przez tkankę nerwową, co prowadzi do większej wrażliwości na bodźce bólowe. Wsparcie społeczne może działać buforowo, zmniejszając dolegliwość bólu.

Czynniki społeczno-kulturowe wpływają na próg reakcji bólowej i próg tolerancji bólu, które są różne w różnych grupach etnicznych; czynniki te wyznaczają też wzorce ekspresji bólu (Skevington, 2004).

5. ZMĘCZENIE JAKO POWSZECHNE DOŚWIADCZENIE ZWIĄZANE Z CHOROBA SOMATYCZNĄ

Zmęczenie jest przykrym stanem, znanym powszechnie z subiektywnego doświadczenia. U osób zdrowych pojawia się jako następstwo wysiłku fizycznego i/lub umysłowego, sprzyja mu brak snu, a towarzyszy niechęć do dalszej aktywności i potrzeba wypoczynku, po którym normalnie stan zmęczenia mija. Naukowe zainteresowanie zmęczeniem w takich dziedzinach, jak fizjologia, medycyna, psychologia i socjologia, datuje się od XIX wieku. Zmęczenie nie jest uwzględnione w Mię-

dzynarodowej Klasyfikacji Zaburzeń Umysłowych DSM, ale w latach 80. ubiegłego wieku badacze amerykańscy zaproponowali kategorię diagnostyczną nazwaną „**zespołem przewlekłego zmęczenia**” (Chronic Fatigue Syndrome – CFS) dla określenia schorzenia o nieznanym etiologii, którego podstawowym objawem jest silne zmęczenie, utrzymujące się przynajmniej od 6 miesięcy” (za: Jodzio i Treder, 2014).

Zespół przewlekłego zmęczenia zyskał popularność jako przedmiot badań w różnych dziedzinach i kontekstach, także w obszarze chorób somatycznych. Można opisać różne związki między zmęczeniem a chorobą somatyczną. Uczucie zmęczenia uważane jest za niespecyficzny, subiektywnie odczuwany objaw wielu chorób. Wśród tych, dla których zmęczenie ma znaczenie diagnostyczne w początkowej fazie rozwoju, wymienia się: anemię, cukrzycę, niewydolność nerek, zaburzenia ciśnienia krwi, wirusowe zapalenie wątroby i inne.

W przebiegu choroby z już znanym rozpoznaniem zmęczenie może być objawem świadczącym o nasileniu się procesu chorobowego. Jest też częstym następstwem choroby i leczenia. Odczuwane bywa przez wielu chorych przewlekłe wskutek ogólnego obciążenia zwykłymi obowiązkami przy zmniejszonych możliwościach ich wykonywania i dodatkowymi obowiązkami związanymi z leczeniem. Może być też objawem ubocznym przyjmowania leków. W niektórych chorobach przewlekłych stosowane są inwazyjne formy diagnozy i terapii, których jest ono następstwem. Należy tu przede wszystkim wymienić choroby nowotworowe, chociaż zmęczenie chorobą i leczeniem stwierdzono także w innych jednostkach, jak przewlekła choroba obturacyjna płuc (Modlińska, Buss i Lichodziejewska-Niemierko, 2007).

Jest ono niemal nieodłącznym towarzyszem choroby nowotworowej. Dolegliwość tę, w zależności od różnych czynników, przede wszystkim zaawansowania choroby i rodzaju leczenia, zgłasza od 70 do 100% chorych. Budzi więc zrozumiałe zainteresowanie badaczy, lekarzy i psychologów zaangażowanych w proces terapii. Zmęczenie w chorobie nowotworowej doczekało się konceptualizacji, taksonomii ze względu na stopień i narzędzia do pomiaru nasilenia. Taki ogólny zasięg ma definicja amerykańskiego stowarzyszenia NCCN (National Comprehensive Cancer Network), wedle której zmęczenie w przebiegu choroby nowotworowej to „**wywołujące dystres, utrzymujące się uczucie fizycznego, emocjonalnego i/lub poznawczego zmęczenia lub wyczerpania chorobą oraz jej leczeniem, przy czym jego nasilenie jest nieproporcjonalne do podejmowanej aktywności oraz wpływa negatywnie na codzienne funkcjonowanie pacjenta**” (za: Życińska i in., 2016, s. 76). NCCN zaproponowało też skalę toksyczności zmęczenia, w której:

- stopień I oznacza, że ustępuje ono po odpoczynku,
- stopień II, że nie ustępuje po odpoczynku, ponadto ogranicza codzienną aktywność,
- stopień III, że nie ustępuje po odpoczynku i ogranicza nawet podstawowe czynności (za: Golon i Karczmarek-Borowska, 2017).

Opracowano już kilka narzędzi kwestionariuszowych do ilościowej oceny zmęczenia u pacjentów cierpiących na nowotwory. Jedno z nich, **Krótki Inwentarz Zmęczenia** (Brief Fatigue Inventory – BFI) autorstwa Tito Mendozy i współpracowników, ma polską adaptację wykonaną przez zespół pod kierunkiem Jolanty Życińskiej (2016). Pozycje tego narzędzia są sformułowane ogólnie, dzięki czemu może być ono wykorzystane w różnych chorobach, a także do badania zmęczenia niezwiązanego z sytuacją medyczną.

Zawiera zaledwie dziewięć pozycji, z których pierwsze trzy służą do samooceny nasilenia zmęczenia, a pozostałe sześć ocenia jego wpływ na różne sfery życia, jak ogólna aktywność, możliwość chodzenia czy kontakty z innymi ludźmi. Każda pozycja zaopatrzona jest w 11-punktową skalę do oceny ilościowej. Średnia z wszystkich dziewięciu pozycji stanowi wynik ogólny, oznaczający globalne zmęczenie. Kwestionariusz ma dobrą charakterystykę psychometryczną, potwierdzoną także w badaniach polskich, i jest rekomendowany przez NCCN jako narzędzie przesiewowe. Jego przeprowadzenie nie wymaga kwalifikacji psychologicznych, może być szeroko wykorzystywany przez personel medyczny, np. przez pielęgniarki (tamże).

Lekarze nie doceniają znaczenia **zmęczenia jako źródła cierpienia chorych**. Jeśli przykładowo odwołamy się znowu do danych z dziedziny onkologii, spostrzeżemy, że 61% z nich za główną dolegliwość swoich pacjentów uważa ból, a jedynie 19% przypisuje takie znaczenie zmęczeniu. Odwrotnie oceniają zmęczenie pacjenci – 61% uważa je za dolegliwość bardziej dokuczliwą niż ból. Poglądy lekarzy znajdują odzwierciedlenie w terapii zmęczenia: 40% chorych nie otrzymuje w ogóle żadnego leczenia je obniżającego, dalsze 40% otrzymuje zalecenie wypoczynku, 10% – zmiany diety i przyjmowania witamin, a jedynie 6% leczonych jest farmakologicznie (Wojtukiewicz i in., 2007).

Tymczasem dostępne są wskazania dotyczące **postępowania terapeutycznego** w zespole przewlekłego zmęczenia. Proponuje się, aby postępowanie poprzedzone było oceną nasilenia zmęczenia i od niej uzależnione. Zespół określa się jako łagodny, jeśli ocena wynosi od 1 do 3 punktów, a przy ocenie od 4 do 10 punktów – jako nasilony. W **zespole łagodnym** zaleca się takie formy oddziaływania, jak:

- zajęcia relaksacyjne,
- zwiększenie aktywności fizycznej,
- poradnictwo żywieniowe
- psychoterapia.

Przy **zmęczeniu nasilonym** szuka się jego przyczyn, którymi może być inna choroba, progresja choroby podstawowej, niektóre leki, a po ustaleniu źródła próbuje się zmęczenie usuwać. Jeśli opisane postępowanie okazuje się nieskuteczne, podaje się środki farmakologiczne (Golon i Karczmarek-Borowska, 2017). Marek Z. Wojtukiewicz i współpracownicy (2007) w cytowanym już artykule proponują liczne i różnorodne sposoby postępowania terapeutycznego w zespole przewlekłego zmęczenia.

6. DEPRESJA JAKO DOLEGLIWOŚĆ WSPÓŁWYSTĘPUJĄCA Z CHOROBA SOMATYCZNĄ

Objawy depresji obserwuje się u ponad 40% pacjentów hospitalizowanych z przyczyn somatycznych, a duża depresja rozpoznawana jest u 20–40% chorych na nowotwory złośliwe, u 10–27% chorych z cukrzycą, u 17–20% osób z chorobą niedokrwinną serca oraz aż u ponad połowy cierpiących na zespoły bólowe – w porównaniu z częstością depresji w populacji ogólnej wynoszącą 5% (za: Dudek i Siwek, 2007). Powyżej zwracaliśmy uwagę na związane z chorobą somatyczną okoliczności mogące być przyczyną obniżenia nastroju; w gruncie rzeczy jednak związki między nią a depresją są wzajemne. Dowiedziono, że objawy depresyjne stanowią czynnik ryzyka zapadalności na choroby somatyczne i umieralności z powodu tych chorób, a z drugiej strony, wyniki leczenia depresji są tym gorsze, im większe jest nasilenie choroby somatycznej (tamże).

Leczenie depresji współwystępującej z chorobami somatycznymi jest więc ważnym wyzwaniem, przy czym istnieją argumenty przemawiające za wykorzystaniem obok środków farmakologicznych także psychoterapii, zwłaszcza strategii poznawczych. Dominika Dudek i Marcin Siwek (tamże) przedstawiają następujące uzasadnienie zastosowania technik

terapii psychologicznej wobec cierpiących na depresję chorych somatycznie: u tych osób objawy depresyjne są najczęściej lekko i średnio nasilone, u znacznej części osób mają charakter reaktywny, a reakcja wobec choroby i leczenia obejmuje inne niekorzystne komponenty, na które środki farmakologiczne nie mają większego wpływu. Obok depresji obserwuje się bowiem obniżoną tolerancję stresu, trudności adaptacyjne, zachowania niekorzystne dla zdrowia. Chorzy tacy mogą odnieść większe korzyści z interwencji o charakterze psychospołecznym niż z leczenia farmakologicznego (tamże).

Osobnym nietatwym problemem jest wyłonienie osób z depresją spośród chorych somatycznie. Zgłaszane przez pacjentów skargi na zmęczenie, bezsenność, brak apetytu, a nawet chudnięcie nie są diagnostyczne. Mogą, ale nie muszą być symptomami zaburzeń depresyjnych. Ich bezpośrednią przyczyną mogą się okazać choroba i zastosowane leczenie. W celu rozpoznania depresji może być wykorzystane proste narzędzie przesiewowe – Termometr Dystresu, którego adaptacja wykonana została przez zespół pod kierunkiem Życińskiej (Car, Życińska i Lasota, 2012). Narzędzie to jest rekomendowane przez Polskie Towarzystwo Psychoonkologiczne.

7. PODSUMOWANIE

Choroba powoduje rozległe i często dramatyczne zmiany we wszystkich ważnych obszarach życia i działalności człowieka. Są to przeważnie zmiany niekorzystne, ale zdarzają się też pomyślnie dla chorego, określane jako **wtórne zyski z choroby**. **Bilans choroby** jest jednak na ogół ujemny i zazwyczaj stanowi ona źródło stresu, rozumianego zgodnie ze współczesnymi tendencjami jako zakłócenie równowagi między wymaganiami adresowanymi do człowieka a jego możliwościami.

Badania potwierdzają taką właśnie **ocenę poznawczą choroby** ze strony ludzi chorych. Chorobie towarzyszą emocje odpowiadające jej poznawczemu odzwierciedleniu, zarówno negatywne, jak i pozytywne. Mimo przewagi tych pierwszych nawet u chorych w stanach beznadziejnych można stwierdzić obecność **emocji pozytywnych**, zwłaszcza **nadziei**. Ich źródłem jest **radzenie sobie polegające na pozytywnym prze-wartościowaniu** oraz pomyślnie wydarzenia niezwiązane z chorobą.

Choroba i spowodowane przez nią zmiany odzwierciedlane są w postaci **obrazu własnej choroby**. Obejmuje on jej przyczyny, istotę, własny aktualny stan, leczenie i dalszy przebieg choroby oraz jej skutki. Poznawcze odzwierciedlenie choroby pozostaje we wzajemnych związkach z emocjami, które również stanowią formę odzwierciedlenia.

Choroba jest źródłem rozmaitych dolegliwości, z których najbardziej dokuczliwą okazuje się **ból**. Pierwotnie jest on reakcją na uszkodzenie tkanek i pełni ważną funkcję adaptacyjną. Przewlekłe zespoły bólowe mają skomplikowaną etiologię, w której uczestniczą również czynniki psychologiczne i społeczne.

Drugą powszechną dolegliwością w przewlekłej chorobie somatycznej jest **zmęczenie**. Może ono być objawem choroby somatycznej albo następstwem jej leczenia i wydarzeń z nią związanych. Zespół przewlekłego zmęczenia powoduje cierpienie chorego, zakłóca jego codzienne funkcjonowanie i powinien być leczony.

PYTANIA SPRAWDZAJĄCE

- Na czym polegają wtórne zyski z choroby?
- Skąd się biorą emocje pozytywne w chorobie?
- Jakie są komponenty obrazu własnej choroby?
- Jakie są związki między emocjonalnym ustosunkowaniem się do choroby a jej poznawczym odzwierciedleniem?
- Jakie są główne różnice między bólem ostrym a przewlekłym?
- Jakie stosuje się sposoby zmniejszania zmęczenia towarzyszącego chorobie somatycznej?

Literatura cytowana

- Car, J., Życińska, J., Lasota, W. (2012). Ocena dystresu i depresji u osób chorych na nowotwory złośliwe. *Przegląd Epidemiologiczny*, 66, 689–695.
- Dudek, D., Siwek, M. (2007). Współistnienie chorób somatycznych i depresji. *Psychiatria*, 4, 17–24.
- Folkman, S., Moskowitz, J.T. (2000). Positive affect and the other side of coping. *American Psychologist*, 55, 647–654.
- Folkman, S., Moskowitz, J.T. (2006). Positive affect and meaning-focused coping during significant psychological stress. W: M. Hewstone, H. Schut, J. de Wit, K. van den Bos, M. Stroebe (red.) *The scope of social psychology: Theory and application* (s. 193–208). Hove, UK: Psychology Press.
- Golon, K., Karczmarek-Borowska, B. (2017). Zespół przewlekłego zmęczenia u chorych z rozpoznaniem nowotworu złośliwego. *Problemy Nauk Stosowanych*, 6, 127–134.
- Gottschalk, L.A., Hoigaard-Martin, J. (1986). The emotional impact of mastectomy. *Psychiatry Research*, 17, 153–167.
- Gottschalk, L.A., Winget, C.N., Gleser, G.C. (1969). *Manual of instructions for using the Gottschalk-Gleser Content Analysis Scales*. Berkeley: University of California Press.
- Hamera, E.K., Shontz, F.C. (1978). Perceived positive and negative effects of lifethreatening illness. *Journal of Psychosomatic Research*, 22, 419–424.
- Heszen, I. (2012). Temperament and coping activity under stress of changing intensity over time. *European Psychologist*, 17, 326–336.
- Heszen-Klemens, I. (1979). *Poznawcze uwarunkowania zachowania się wobec własnej choroby*. Wrocław: Ossolineum.
- Heszen-Niejodek, I., Gottschalk, L.A., Januszek, M. (1999). Anxiety and hope during the course of three different somatic illnesses: A longitudinal study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68, 304–312.
- Jodzio, K., Treder, N.A. (2014). Poglądy na przewlekłe zmęczenie i jego wpływ na zachowanie w XIX wieku i na początku XX wieku. *Psychiatria i Psychoterapia*, 10, 11–22.
- Kulczycki, M. (1971). *Psychologiczne problemy człowieka chorego. Z zagadnień współpracy pracownika służby zdrowia z pacjentem*. Wrocław: Ossolineum.
- Lenartowska-Hałoń, A. (1993). *Wpływ oceny pierwotnej na radzenie sobie z chorobą*. Niepublikowana praca magisterska. Katowice: Wydział Pedagogiki i Psychologii US.
- Melzack, R., Wall, P.D. (1965). Pain mechanisms – a new theory. *Science*, 150, 971–979.
- Modlińska, A., Buss, T., Lichodziejska-Niemierko, M. (2007). Opieka paliatywna w przewlekłej obturacyjnej chorobie płuc. *Pneumonologia i Alergologia Polska*, 75, 383–388.
- Ortenburger, D. (2003). *Psychofizjologiczne uwarunkowania bólu i jego leczenie*. Częstochowa: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej.
- Parsons, T. (1969). *Struktura społeczna a osobowość*. Warszawa: PWE.
- Perley, J., Winget, C., Placci, C. (1971). Hope and discomfort as factors influencing treatment continuance. *Comparative Psychiatry*, 12, 557–563.
- Saint-Maurice, C., Muller, A., Meynadier, J. (1998). *Ból, diagnostyka, leczenie, prewencja*. Warszawa: Gebethner i S-ka.
- Siergiejew, J.J. (1969). Pograniczne nerwno-psychiczne rasstrojstwa pri niekotorych formach tuberkuloza logkich. *Żurnal Neuropatologii i Psychiatrii*, 69, 414–419.
- Skevington, S.M. (2004). Pain and symptom perception. W: A. Kaptein, J. Weinman (red.) *Health psychology* (s. 182–206). Oxford: BBS Blackwell.
- Viney, L.L., Westbrook, M.T. (1982). Patterns of anxiety in the chronically ill. *British Journal of Medical Psychology*, 55, 87–95.
- Weinman, J., Petrie, K.J. (1997). Illness perception: A new paradigm for psychosomatic (editorial). *Journal of Psychosomatic Research*, 42, 113–116.
- Westbrook, M.T., Viney, L.L. (1982). Psychological reactions to the onset of chronic illness. *Social Sciences and Medicine*, 16, 889–905.
- Wirsching, M. (1994). *Wokół raka. Pacjent, rodzina, opieka medyczna*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Wojtukiewicz, M.Z., Sawicki, Z., Sierko, E., Kieszkowska-Grudny, A. (2007). Zespół przewlekłego zmęczenia u chorych na nowotwory poddanych chemioterapii. *Nowotwory*, 57, 695–701.
- Wrześniewski, K., Włodarczyk, D. (red.) (2004). *Choroba niedokrwienna serca. Psychologiczne aspekty leczenia i zapobiegania*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Życińska, J., Januszek, M., Kudłacik, M., Pawlak, A. (2016). Ocena właściwości psychometrycznych polskiej wersji Brief Fatigue Inventory wśród chorych z rozpoznaniem nowotworu płuc. *Psychoonkologia*, 20, 75–83.

Załącz konto i zapisz się na NEWSLETTER PSYCHOLOGICZNY!

Bądź na bieżąco z najnowszą wiedzą!

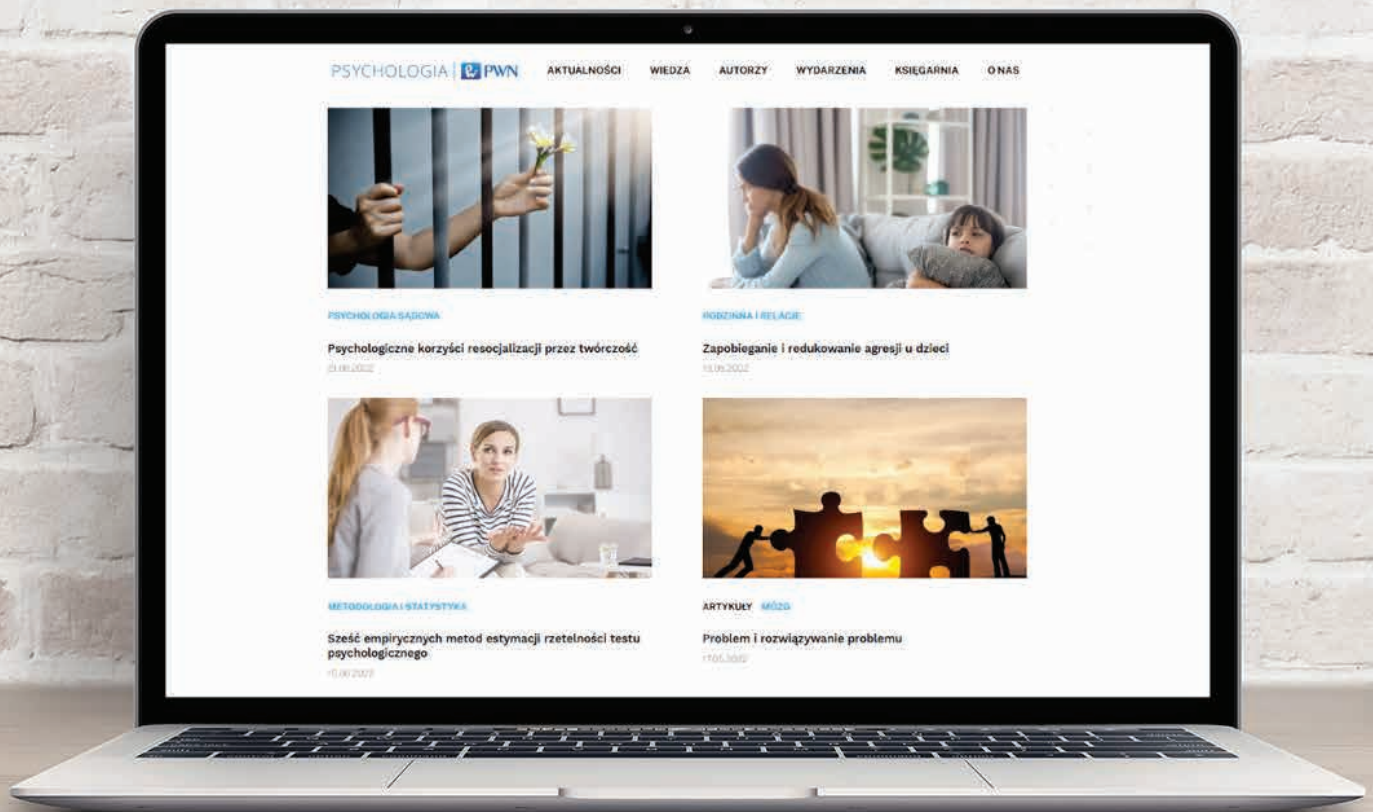
W każdy wtorek otrzymasz porcję wyselekcjonowanych i merytorycznych artykułów psychologicznych!

ZAPISZ SIĘ

POZNAJ NASZ NOWY PORTAL DLA PROFESJONALISTÓW

psychologia.pwn.pl

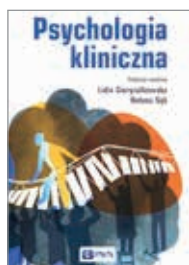
SPRAWDŹ



Co robimy?

- Skupiamy psychologów w jednym miejscu, tworząc zaangażowaną społeczność
- Dostarczamy – zarówno praktykom, jak i studentom – wysokiej jakości treści psychologicznych

Zobacz także inne tytuły PWN:



Psychologia kliniczna

Redakcja naukowa
Lidia Cierpiałkowska, Helena Sęk

ZOBACZ



Psychologia kliniczna dzieci i młodzieży

Redakcja naukowa
Iwona Grzegorzewska,
Lidia Cierpiałkowska,
Aneta R. Borkowska

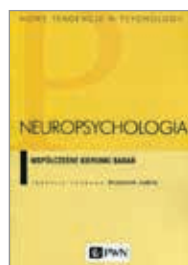
ZOBACZ



Wsparcie społeczne stres i zdrowie

Redakcja naukowa:
Roman Cieślak, Helena Sęk

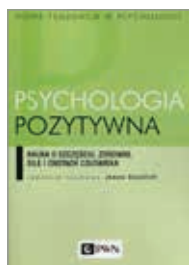
ZOBACZ



Neuropsychologia

Redakcja naukowa
Krzysztof Jodzio

ZOBACZ



Psychologia pozytywna

Redakcja naukowa:
Janusz Czapieński

ZOBACZ



Dlaczego zebry nie mają wrzodów?

Robert M. Sapolsky

ZOBACZ



Zespół ostrego stresu

Bryant Richard A., Harvey Allison G.

ZOBACZ



Psychologia stresu

Izabela Jąderek

ZOBACZ



Motywacja do zmiany zachowań ryzykownych w chorobie

Jolanta Życińska

ZOBACZ



Samobójstwo

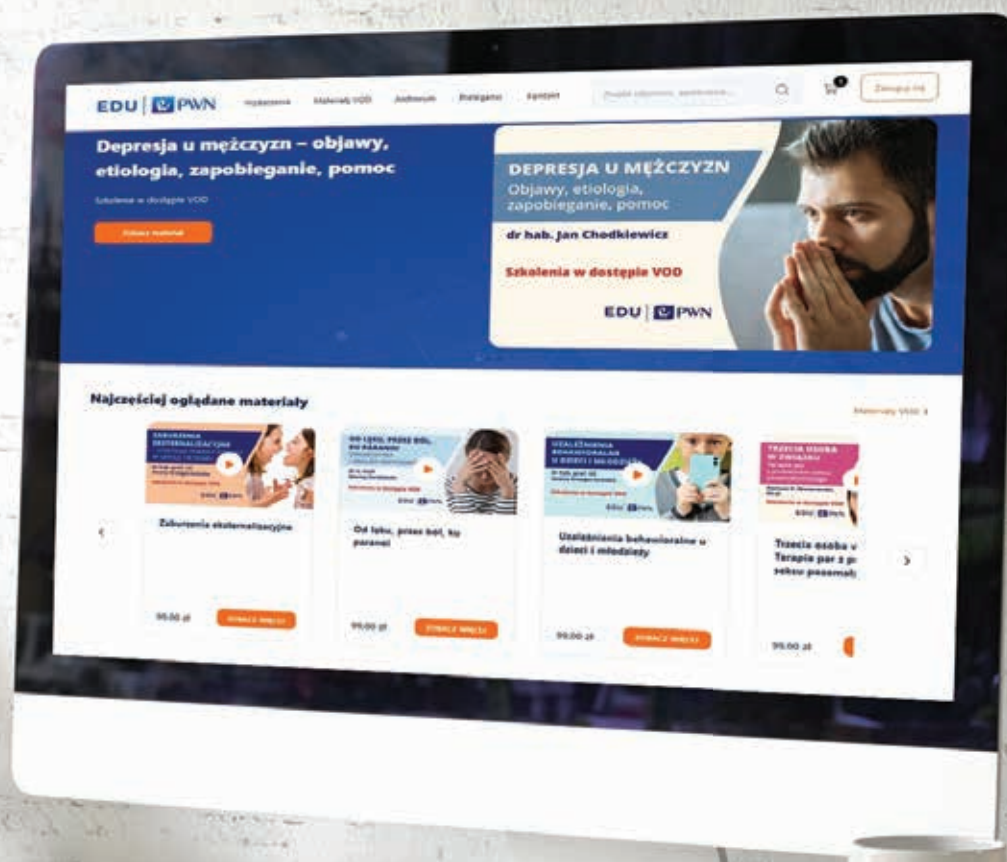
Justyna Ziółkowska

ZOBACZ

Zapraszamy na szkolenia dla psychologów na NOWEJ platformie EDU PWN w formule VOD!

Uzupełnieniem oferty książkowej PWN jest cykl szkoleń psychologicznych w formule VOD, które są dostępne na NOWEJ platformie EDU PWN. Szkolenia w formie filmów ONLINE skierowane są do psychologów, psychoterapeutów i psychiatrów. Wspólnie z autorytetami z tych dziedzin, przekazujemy na każdym ze spotkań cenną i poszukiwaną wiedzę.

OGŁĄDASZ KIEDY CHCESZ I ZDOBYWASZ WIEDZĘ!



Zainteresowały Cię nasze książki?

Znajdziesz je w:



IBUK *libra*

[Przejdź do IBUK libra](#)

IBUK Libra to czytelnia on-line czynna całą dobę. Dostępne w niej są tysiące e-booków oraz e-czasopism z niemal każdej dziedziny. Do IBUKA Libry możesz zalogować się z dowolnego miejsca, o każdej porze. Korzystanie z IBUKA Libry jest bezpłatne – poproś o dostęp w swojej bibliotece.



IBUK

[Przejdź do IBUK.pl](#)

IBUK.pl jest platformą pozwalającą kupować i wypożyczać e-booki. Można je wypożyczać zarówno pojedynczo – już od 4,92 PLN za dobę oraz w abonamentach – ceny zaczynają się od 19,90 PLN miesięcznie. W ofercie dostępne są także audiobooki.



PWN KSIĘGARNIA
INTERNETOWA

[Przejdź do ksiegarnia.pwn.pl](#)

Księgarnia Internetowa PWN oferuje szeroki zakres publikacji: podręczniki akademickie, książki naukowe i popularnonaukowe, słowniki języka polskiego i słowniki języków obcych. Znajdziesz w niej zarówno publikacje papierowe, jak i książki w wersji elektronicznej – e-booki i audiobooki.



**Psychologia
od PWN**



**Dołącz do
STREFY PSYCHOLOGA**

Śledź nas na Facebooku





Niniejszy e-book jest dziełem twórcy i wydawcy. Prosimy, abyś przestrzegał praw, które im przysługują.
Nie publikuj go w Internecie. Cytując jego fragmenty, nie zmieniaj ich treści i koniecznie zaznacz, czyje to dzieło.
Kopiując jego część, rób to jedynie na użytek osobisty.

© **Wydawnictwo Naukowe PWN S.A.**
02-460 Warszawa, ul. Gottlieba Daimlera 2