

Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis

Studia Psychologica VII (2014)

Dorota Kubacka-Jasiecka

Instytut Psychologii Stosowanej, Uniwersytet Jagielloński, Kraków, Polska

Jadwiga Berezowska-Pogoń

Oddział Kardiologii z Intensywną Terapią, Szpital Miejski Specjalistyczny im. G. Narutowicza, Kraków, Polska

Interwencja w kryzysach zdrowia: założenia, strategie, refleksje własne

Streszczenie

Opracowanie podejmuje problematykę interwencji psychologicznej, szczególnie założeń i strategii w kryzysach utraty zdrowia. Ujmowanie ciężkich i chronicznych chorób somatycznych jako źródła kryzysów emocjonalnych pozwala na wykorzystanie interwencji kryzysowej jako oddziaływania inspirującego i efektywnego wobec chorych somatycznie. Przedstawienie ogólnych założeń i strategii interwencji wobec chorych zostało zilustrowane przypadkiem interwencji kryzysowej wobec chorego kardiologicznie. Opracowanie kończą refleksje własne autorki artykułu, nawiązujące do problematyki uwarunkowań efektywności podejścia interwencyjnego w schorzeniach somatycznych.

Słowa kluczowe: interwencja kryzysowa, kryzysy zdrowia, choroba somatyczna, pacjent kardiologiczny, konfrontacja z chorobą, wsparcie emocjonalno-społeczne

Intervention in Health Crises: Assumptions, Strategies, Individual Reflections

Abstract

This study deals with issues regarding presents psychological intervention, focusing on assumptions and strategies in during a crisis of health. Serious and chronic somatic illnesses in this paper are defined as the cause of emotional crises. It is possible to use a crisis intervention as an inspiring and effective influence towards a somatically ill patient. A case study of crisis intervention for a cardiology patient is reported to present assumptions and intervention strategies towards patients. The last part of this paper presents the author's reflections on factors for effective intervention approach in somatically ill patients.

Key words: crisis intervention, health crises, somatic illness, cardiology patient, fight against the disease, emotional and social support

Celem opracowania jest ukazanie interwencji kryzysowej jako metody pomocy chorym somatycznie, szczególnie w sytuacjach występowania u pacjentów z objawami somatycznymi kryzysu utraty zdrowia lub zagrożenia kryzysem¹. Kryzys

¹ Opracowanie stanowi kontynuację wątków artykułu o charakterze bardziej teoretycznym autorstwa Doroty Kubackiej-Jasieckiej zatytułowanego *Kryzysy utraty zdrowia*

emocjonalny, zwany również psychologicznym, to stan ostrych, przejściowych zaburzeń równowagi psychicznej spowodowanych tzw. wydarzeniami krytycznymi zagrażającymi systemowi wartości, sensu życia i tożsamości (por. Lindemann, 1944, Płużek, 1997, Kubacka-Jasiecka 2010b). Jak pisze Sęk (1971) jest to stan charakteryzujący się takim stopniem niezrównoważenia elementów, że wymaga to istotnych zmian, często będących punktem zwrotnym w jakimś procesie. Interwencja kryzysowa w nurcie oddziaływania indywidualnego stanowi specyficzny rodzaj pomocy psychologicznej, niekiedy w formie prewencji wtórnej. Można ją sprowadzić do krótkotrwałej, wielostronnej pomocy psychologicznej, przede wszystkim relacji wsparcia emocjonalnego ofiary kryzysu na rzecz spotęgowania zdolności zmagania się (przywrócenia, względnie rozwinięcia adekwatnych strategii) oraz rekonstrukcji (budowania) więzi między jednostką a osobami z jej bliskiego otoczenia.

Podejście interwencji kryzysowej może być użyteczne jako metoda z wyboru w pracy psychologa zatrudnionego na oddziale chorych somatycznie, staje się natomiast niezastąpione w wypadku oceny stanu chorego jako kryzysu emocjonalnego. Należy również pamiętać, że w przypadku niektórych chorych klasyczne postępowanie interwencyjne może przynieść więcej szkody niż pożytku.

Niniejsze opracowanie ma na celu przybliżenie i skategoryzowanie podejścia interwencyjnego wobec chorych somatycznie oraz pokazanie zastosowania tego typu pomocy na przykładzie przypadku chorego kardiologicznie.

Coraz bardziej popularne ujmowanie ciężkich i chronicznych chorób somatycznych jako źródła kryzysów psychologicznych zwraca w sposób naturalny uwagę na interwencję kryzysową, jako oddziaływanie psychologiczne inspirujące i mogące służyć efektywną pomocą osobom cierpiącym – niepełnosprawnym i chorym somatycznie oraz ich bliskim. Założenia oraz strategie oddziaływań interwencyjnych czynią zeń dogodny narzędnik niesienia pomocy w zmaganiu się ze stanami kryzysowymi w ciężkich, również terminalnych stadiach choroby. Przedstawienie ogólnych założeń i strategii interwencji wobec chorych somatycznie uzupełnia opis przypadku osoby chorej kardiologicznie, wobec której zastosowano podejście interwencyjne, wraz z komentarzem osoby interwenującej – psychologa klinicznego, Jadwigi Berezowskiej-Pogoń, a także refleksje własne autorki artykułu nad uwarunkowaniami efektywności podejścia interwencyjnego wobec chorych somatycznie.

a możliwości zmagania się z cierpieniem choroby somatycznej opublikowanego w „Sztuce Leczenia” 2010b, nr 1–2, t. XX, s. 101–140. Wobec chorych somatycznie bywają najczęściej stosowane inne różne formy terapii, jak: psychoterapia podtrzymująca, psychoterapia elementarna (Motyka, 2002), terapia kryzysu, pomoc psychologiczna. Dane dotyczące relacji między interwencją kryzysową a innymi formami pomocy znajdzie czytelnik w 12. rozdziale podręcznika *Psychologia kliniczna*, t. 2 (red. H. Sęk, 2007) pt. *Interwencja kryzysowa*, autorstwa D. Kubackiej-Jasieckiej, s. 244–272.

Interwencja w kryzysach utraty zdrowia

Założenia pomocy interwencyjnej w kryzysach utraty zdrowia

Interwencja kryzysowa jako forma pomocy psychologicznej świadczonej na rzecz pacjentów somatycznych należy do nurtu indywidualnego – jednego z trzech konstytuujących interwencję w kryzysie². Wybór podejścia interwencyjnego w pomocy pacjentowi somatycznemu zakłada konieczność interdyscyplinarnego podejścia i wielostronnej opieki nad chorym, jego bliskimi, jak i w dalszym planie – poszukiwanie rozwiązań systemowych. Należą tu również działania o charakterze prewencji kryzysu: pierwotnej i wtórnej – zapobiegania negatywnym skutkom kryzysu emocjonalnego (Kubacka-Jasiecka, 2003).

Podstawowym celem indywidualnej interwencji kryzysowej wobec chorego somatycznie jest pomoc i wsparcie w procesie konstruktywnego zmagania się z problemami i obciążeniem, jakie niesie: rozpoznanie choroby, leczenie medyczne, ewentualna inwalidyzacja, jak również stany terminalne zbliżającej się śmierci. Przystosowanie chorego do powstałych sytuacji i życia z chorobą musi się opierać na poznaniu oraz identyfikacji indywidualnie zróżnicowanych, specyficznych, psychospołecznych stresorów, które doprowadziły do rozwoju kryzysu. Jako najczęściej występujące u chorych somatycznie o zazwyczaj wymienia się problemy dotyczące następujących kwestii (Moos, Schaeffer, 1968):

- 1) świadomość przeżywanych emocji, ich ekspresji i kontroli;
- 2) godzenie się z rozpoznaniem, akceptacja somatycznych objawów, uświadomienie sobie przez chorego znaczenia i konsekwencji choroby ujmowanej z perspektywy subiektywnej i symbolicznej;
- 3) zapewnienie pomocy i wspieranie chorego w walce z chorobą;
- 4) akceptowanie wymagań stawianych przez procedury leczenia (ból, rygory leczenia, poczucie utraty bezpieczeństwa i godności, dezorganizacja życia);
- 5) godzenie się ze zmianami w obrazie własnej cielesności (oszczędzenie, utrata narządów, inwalidyzacja itp.);
- 6) zapewnienie w chorobie dotychczasowej jakości życia;
- 7) funkcjonowanie małżeństwa i obawy o rozpad rodziny;
- 8) problemy seksualności i płodności;
- 9) kwestie finansowe i inne materialne i organizacyjne.

Choć nie wszyscy chorzy w kryzysie zdrowotnym oraz członkowie ich rodzin oczekują czy też wymagają pomocy interwencyjnej, spotkania z psychologiem konsultantem czy interwentem mogą okazać się pożyteczne i efektywne; nawet gdy występujący u chorego stan jest raczej sytuacją ryzyka – zagrożeniem kryzysowym, niż rozwiniętym kryzysem.

Interwenci winni zdawać sobie sprawę, że psychologiczne aspekty wielu chorób somatycznych wywołują chaos emocjonalny przejawiający się jako: utrata poczucia

² Obok nurtu zapewniającego klientom w kryzysie wielostronną, interdyscyplinarną pomoc i wsparcie oraz podejścia psychosocjokulturowego, akcentującego prewencję i interwencję w społeczności.

bezpieczeństwa chorych, zagubienie, niemożność zrozumienia i akceptacji faktu wystąpienia choroby – „Dlaczego ja?”, oraz problemy przystosowania znamionujące występowanie stanów kryzysowych. Zdiagnozowanie kryzysu emocjonalnego (por. Kubacka-Jasiecka, 2010a) kwalifikuje chorych jako osoby bezwzględnie potrzebujące pomocy interwencyjnej. Równocześnie typowa dla początkowego stadium kryzysu emocjonalnego podatność na wpływ zewnętrzny otwiera szansę przed pomocą interwencyjną, inicjowaną możliwie szybko po ocenie stopnia ryzyka kryzysowego.

Ogólnym, nadrzędnym celem pomocy chorym jest możliwość, jak mówi Ozer (2000, za: Jacob i Collins, 2005), „dodania życia do lat” dzięki akceptacji i wsparciu konstruktywnego zmagania się z chorobą. Równocześnie interweniujący konsultant, świadomy wpływu i implikacji choroby na bieg życia chorego, jego więzi z bliskim oraz dalszym otoczeniem, powinien dołożyć wszelkich starań celem podtrzymania status quo w życiu chorego tak długo, jak to będzie możliwe, mimo spustoszenia czynionego zazwyczaj przez chorobę.

Podjęcie efektywnej interwencji w kryzysach utraty zdrowia wymaga przyjęcia paru założeń, z których wynikają konkretne zalecenia praktyczne. Pierwsze z nich dotyczy łączenia, a nie rozgraniczania interwencji biomedycznych i wsparcia psychologicznego, które może mieć pozytywny wpływ na leczenie, jakość i długość życia osób chorych somatycznie. Całościowe, systemowe podejście wskazuje na konieczność zespołowej współpracy wszystkich profesjonalistów zajmujących się pacjentami w miejsce tradycyjnego, fragmentarycznego działania. Wszelkonośna, kompleksowa opieka i współpraca interdyscyplinarna członków zespołu podnosi jakość i efektywność leczenia, a także umożliwia zaspokojenie ważniejszych, powiązanych ze sobą potrzeb i oczekiwań pacjentów, szczególnie chronicznych (Simonton, Matthews-Simonton i Creighton, 1993).

Psychiczny stan chorych oraz związane z nim zachowanie wpływają zwrotnie zarówno bezpośrednio, jak i pośrednio na chorobowe procesy fizjologiczne. Poznanie wzajemnych relacji między psyche a soma stanowi kluczowy punkt skutecznego wspierania wysiłku zmagania się z chorobą. Współpraca interweniujących psychologów ze służbami medycznymi pozwala integrować fizyczne i psychologiczne czynniki zdrowia i choroby, celem pomocy chorującym, również terminalnie (Jacob i Collins, 2005). Ważną kwestią jest właściwa interwencja farmakologiczna redukująca ból i cierpienie. Branie odpowiedzialności za przebieg procesu leczenia chorego przez konsultantów kryzysowych, wspólnie i na równi z personelem medycznym, stanowi kanwę zwiększenia efektywności leczenia.

Ważne założenie dotyczące podejścia dynamicznego to: bez względu na występujące różnicowanie postaci i rodzajów doświadczenia utraty zdrowia, zawsze należy uwzględnić zmienność form i natężenie przeżywanych przez chorych uczuć oraz występujących symptomów (Krupp, 2000, za: Jacob i Collins, 2005). Przykładem koncepcji uwzględniającej dynamikę postaw chorych wraz z rozwojem choroby i wdrażanymi procedurami terapeutycznymi jest stosunkowo popularny model reakcji na chorobę Kübler-Ross (1979). Zakłada on występowanie procesu przechodzenia osoby terminalnie chorej, jak i osób bliskich choremu, przez szereg

stadiów procesu zmagania się, aż do akceptacji własnej potencjalnej lub nadchodzącej śmierci.

Kolejne założenie narzuca konieczność przyjęcia paradygmatu rozwojowego, nakazującego uwzględnienie aspektów dynamicznych w przebiegu choroby. Kryzys utraty zdrowia jest dynamicznym złożonym procesem, zależnym od dynamiki przebiegu choroby (np. zmiana objawów, samopoczucia, nadziei). Kryzys rozwija się u osoby będącej w określonym okresie biegu życia jednostki, którego charakterystyka może sprzyjać powstaniu kryzysu oraz modyfikować jego właściwości. Zdaniem Hoff (1995) w cyklu życia występują wyróżnione okresy rozwoju, które cechują się podwyższoną podatnością na występowanie stanów kryzysowych w obliczu wydarzeń krytycznych. Rankin i Weekes (2000, za: Jacob i Collins, 2005), powołując się na wyniki badań, zwracają uwagę na rozwojowe aspekty, które powinny być uwzględniane w pracy z chronicznie chorymi i członkami ich rodziny, mianowicie:

- współwystępowanie poważnej choroby, ze znaczącymi życiowymi przemianami, zawsze oznacza dezorganizację indywidualnej tożsamości, utratę spójności rodziny i zdolności do adaptacji;
- lepszej adaptacji do sytuacji rozpoznania zagrażającej i nieprzewidywanej choroby towarzyszy większa zgodność (zbieżność) między społecznym środowiskiem rodziny a rozwojowymi potrzebami jej członków;
- chroniczna choroba w rodzinie w średnim wieku, z dziećmi w okresie adolescencji, zmniejsza spójność i więź rodzinną, oraz wpływa niekorzystnie na zdolność sprostaną rodzinnym oraz indywidualnym zadaniom rozwojowym;
- im rodzina jest starsza, tym utrata równowagi skutkiem choroby członka rodziny (nawet chronicznej czy terminalnej) jest mniejsza, a adaptacja stosunkowo łatwiejsza.

Podjęcie interwencyjne akcentuje konieczność uwzględnienia kontekstu systemowego w pracy z indywidualnym klientem. Podkreśla się znaczenie tła – środowiska (ekosystemu), w którym funkcjonuje osoba chora, a także wagę znajomości patofizjologii schorzenia oraz jej wpływu na subiektywną percepcję choroby. Odmowną, niedocenianą powszechnie wagę (niekoniecznie pozytywną) mają czynniki kulturowe, takie jak: akcentowanie odpowiedzialności chorego za wystąpienie choroby (atrybucja przyczyn, rozpoznanie oraz rodzaj dotkniętych schorzeniem narządów), problemy stygmatyzacji społecznej chorych (np. chorych onkologicznie czy z dysfunkcjami neurologicznymi), subiektywne (symboliczne) i społeczne znaczenie choroby. Podejście kontekstowe zaleca objęcie opieką interwencyjną nie tylko samego chorego, ale i jego najbliższego, rodzinnego otoczenia (Collins i Collins, 2005).

Niezwykle ważna jest świadomość konieczności różnicowania procedur i strategii interwencji w każdym indywidualnym przypadku; interwent winien uwzględnić wszystkie czynniki determinujące zindywidualizowaną reakcję na poważną chorobę somatyczną (por. model Moosa i Schaefera, 1968), co pociąga za sobą konieczność elastycznego dopasowania planu oraz strategii interwencji w każdym poszczególnym przypadku do indywidualności i osobowości chorego. Ważna jest

znajomość dotychczasowych umiejętności i strategii zmagania się, aby móc wspierać samodzielne, z wyboru podejmowane przez pacjenta wysiłki, które w przeszłości okazały się efektywne.

Ocena kryzysu i szczegółowe cele interwencji wobec chorych somatycznie

Podjęcie oddziaływania interwencyjnego powinna zawsze poprzedzać ocena kryzysu, tj. diagnoza psychicznego stanu klienta i natężenia kryzysu, również w wypadku stanów kryzysowych, których źródłem jest choroba somatyczna. Ocena w kryzysach utraty zdrowia w pierwszym rzędzie musi różnicować między chorobą somatyczną jako negatywnym skutkiem, następstwem nierozwiązanego kryzysu, a chorobą somatyczną będącą źródłem, przyczyną rozwoju kryzysu – w tym wypadku mamy do czynienia z typowymi kryzysami utraty zdrowia.

Ważne jest również, w jaki sposób osoba zagrożona chorobą radzi sobie z załamaniem równowagi emocjonalnej i dotychczasowej osobistej tożsamości, spowodowanym wystąpieniem i rozpoznaniem poważnej (terminalnej) choroby. Ocena nasilenia kryzysu, a także podjętego przez chorego wysiłku zmagania może napotkać szereg trudności³. Problemy mogą wynikać z trudności odróżniania stanu kryzysowego od afektywnych i poznawczych zaburzeń, wynikających z patofizjologii choroby, wpływu leków farmakologicznych czy symptomatologii psychiatrycznej (np. u chorych mogą występować stany depresji, autodestruktywne impulsy, myśli i dążenia samobójcze oraz inne symptomy). Należy zwrócić uwagę nie tylko na to, jak pacjenci się zachowują, ale także na to, czego nie robią.

Wspieranie procesów zmagania się, walki ze stresem choroby, a w dalszym planie przystosowania do życia z chorobą (przewlekłą, nieuleczalną) można sprowadzić do działania na rzecz:

- stabilizacji afektu (towarzyszenie chorem, ułatwienie ekspresji myśli i uczuć związanych z chorobą);
- kształcenia umiejętności poznawczych;
- przystosowania behawioralnego (towarzyszenie choremu, aktywizowanie, a następnie podtrzymanie koniecznych zmian w zachowaniu: eliminowanie zachowań szkodliwych, angażowanie pacjentów w zachowania prozdrowotne, interesowanie się procedurami medycznymi oraz kształtowanie cierpliwości wobec bólu i innych dolegliwości leczenia);
- rozładowanie napięcia emocjonalnego;
- wreszcie pomoc w zaakceptowaniu choroby i pogodzeniu się ze swoim losem.

Reasumując, można za Moosem i Schaefferem (1968) wymienić zadania adaptacyjne stojące przed chorem, w których realizacji winien dopomóc konsultant czy interwent kryzysowy. Trzy z nich są bezpośrednio związane z chorobą, pozostałe mają charakter bardziej ogólny i odnoszą się do różnych typów kryzysu. Zadania odnoszące się bezpośrednio do choroby to:

³ Wielce pomocne, szczególnie dla osób o małym doświadczeniu okazują się specjalistyczne arkusze oceny kryzysu (por. np. James i Gilliland, 2004, Kubacka-Jasiecka, 2010a).

- radzenie sobie z bólem, niepełnosprawnością i innymi symptomami;
- radzenie sobie w środowisku szpitalnym i z procedurami leczniczymi;
- nawiązanie i podtrzymywanie adekwatnych relacji z personelem medycznym.

Zadania ogólne, typowe dla wszystkich sytuacji kryzysowych:

- przywracanie pewnej emocjonalnej równowagi;
- przywracanie satysfakcjonującego obrazu własnej osoby oraz podtrzymywanie dotychczasowego poczucia wartości, kompetencji i własnych możliwości, mimo wystąpienia choroby;
- podtrzymywanie dotychczasowych relacji z rodziną i przyjaciółmi;
- przygotowanie chorego na nieznaną i niepewną przyszłość.

Strategie pomocy i umiejętności ważne w interwencji wobec chorych somatycznie

Piśmiennictwo dotyczące kryzysu zdrowia zaleca osobom pomagającym chorym somatycznie, aby w trakcie interwencji chorzy przyswoili sobie umiejętności ważne dla zmagania się z chorobą, takie jak:

- aktywizowanie procesów zmagania się;
- zachęcanie do dzielenia się przeżyciami i ekspresji emocjonalnej;
- zapewnienie sobie dostępu do społecznego wsparcia.

Jedną z ważniejszych dróg, na których służby kryzysowe mogą być pomocne; jest dostarczanie choremu szerokiej informacji o chorobie i całości sytuacji chorego⁴. Przekazujący informacje konsultanci powinni być świadomi postaw obronnych występujących u chorych. Osoby cechujące się unikającym, czy wypierającym stylem obronnym nie pragną wcale przyjmowania do wiadomości zagrażających wieści. Interwenujący powinni się liczyć z indywidualnym zróżnicowaniem w zakresie zdolności do konfrontacji z zagrażającą prawdą choroby, nawet w wypadku najbardziej otwartych i charakteryzujących się „czujnością” chorych⁵. W piśmiennictwie przedmiotu cytuje się wypowiedź Alsopa (1973, s. 84, za: Moos i Schaeffer, 1968, s. 23): „Nigdy nie mów ofierze terminalnej choroby onkologicznej całej prawdy – powiedz mu, że może umrzeć nawet, że prawdopodobnie umrze, ale nie mów mu, że na pewno umrze”.

Moos i Schaeffer (1968) proponują pogrupowanie strategii zaradczych niezbędnych do zmagania się z kryzysami w chorobie somatycznej w trzy zespoły:

1) Zmaganie się skoncentrowane na ocenie sytuacji choroby i własnej sytuacji:

- przygotowanie umysłowe i zdolność do logicznej analizy;
- poznawcze przewartościowanie (np. przekonanie, że mogłoby być gorzej, porównania „w dół”, zmiana wartości i priorytetów, poszukiwanie „dobrych stron” choroby itp.);

⁴ Problematyka informowania o chorobie jest ważnym, złożonym zagadnieniem, wykraczającym poza ramy niniejszego opracowania.

⁵ Pojęcie „czujności” występuje w koncepcji Miller dwu stylów radzenia sobie: koncentrowania uwagi na stresorze i/lub własnej reakcji (konfrontacja z sytuacją stresową), a także „unikowej” polegającej na odwracaniu uwagi od stresora i własnych reakcji i chronieniu się przed takimi informacjami. Oba obejmują wiele różnorodnych strategii poznawczych i behawioralnych (Heszen-Niejodek, 2005).

- poznawcze unikanie i zaprzeczanie (dotyczy pomniejszania siły stresu, potencjalnych zagrożeń i negatywnych konsekwencji choroby).
- 2) Zmaganie się skoncentrowane na problemie:
- poszukiwanie informacji i wsparcia;
 - poszukiwanie alternatywnych możliwości rozwiązywania problemów i podejmowania działań na rzecz ich wdrażania;
 - zmiana rutynowej aktywności i poszukiwanie nowych, codziennych wzmocnień oraz satysfakcji wynikających z krótkodystansowych planów, które podtrzymują realną ocenę przyszłości i nadal umożliwiają osiągnięcie znaczących celów.
- 3) Zmaganie się skoncentrowane na emocjach:
- przywrócenie zdolności do regulacji emocjonalnej; podtrzymanie bezpieczeństwa, równowagi i nadziei;
 - podtrzymywanie i powiększanie kontroli emocjonalnej (powściągnięcie natychmiastowych, impulsywnych reakcji, opanowanie w obliczu konfliktowych emocji), progresywna desensytyzacja urazowych doświadczeń.

Jacob i Collins (2005) zauważają, że w warunkach amerykańskich, jeżeli chorzy na własną rękę aktywnie poszukują pomocy, pierwszy kontakt chorych ze służbami kryzysowymi zachodzi najczęściej w ośrodkach interwencji kryzysowej. Taki kontakt z konsultantem, interwentem czy terapeutą pozostaje więc wtórny (i oddalony w czasie) wobec rozpoznania choroby przez służby medyczne, co jest niekorzystne z punktu widzenia zaawansowania kryzysu i możliwości skutecznej interwencji.

Cytowani autorzy, zależnie od oceny stanu chorego, proponują interwencję w formie tzw. pojedynczej sesji lub kilku spotkań – w obu wersjach interwent dostarcza szerokich informacji oraz pomaga w korzystaniu z zarówno nieformalnego, jak i formalnego systemu wsparcia, zmierza do zredukowania ryzyka kryzysu, zmniejszenia poczucia bezradności, a zwiększenia poczucia kontroli. Celem pojedynczej sesji jest pomoc w odzyskaniu poczucia kontroli i sprawstwa, natomiast wspieranie pacjenta i jego rodziny przez dłuższy czas w zmaganiu się z wieloma psychospołecznymi trudnościami oraz w konstruktywnym przystosowaniu do natury choroby i jej przebiegu należy do interwencji w formie kilku sesji.

Interwencja w formie pojedynczej sesji obejmuje zazwyczaj sześć kolejnych kroków:

Krok 1 – nawiązanie podtrzymującej i empatycznej więzi z chorym, czego warunkiem jest przedstawienie choremu roli, zadań i możliwości interwenta oraz uzyskanie zgody na udzielenie pomocy. Od początku należy nakłaniać chorego do otwartego mówienia o chorobie, wyrażania swoich myśli, przeżyć i uczuć.

Krok 2 – interweniowanie na rzecz stworzenia choremu bezpiecznej atmosfery i środowiska. Dostarczane informacje powinny kształtować bezpieczny (wspierający), ale i realny obraz położenia chorego, z uwzględnieniem możliwości leczenia, jak też podtrzymywać nadzieję. Staranie o aktywizowanie zasobów, również materialnych i finansowych (zapewnienie dostępu do nowoczesnych procedur medycznych, refundowania kosztów leczenia, oprzyrządowania mieszkania, przyznanie

pożyczek czy zapomogi itp.) należy do ważnych zadań osoby interweniującej na początkowym etapie choroby.

Krok 3 – ocena natężenia i rozległości kryzysu, sposobu reagowania na kryzys i wysiłków zaradczych chorego, zachęcanie do odreagowania emocji poprzez wypowiedzanie się na temat przeżywania choroby. Ważną rolę odgrywa odtworzenie poziomu przystosowania i funkcjonowania sprzed choroby.

Krok 4 – identyfikowanie i badanie alternatywnych sposobów działania – omawianie różnych opcji z uwzględnieniem fazy i zaawansowania choroby, jednakże bez wpływania na decyzje i wybory chorego.

Krok 5 – pomoc w zmobilizowaniu osobistych i społecznych zasobów, ich dostarczaniu i powiększaniu (dodatkowe informacje, dostęp do lekarzy specjalistów czy grup wsparcia). Ważne, aby pomóc choremu w przeniesieniu i wykorzystaniu umiejętności oraz zdolności zdobytych w innych dziedzinach i sytuacjach na sytuację choroby.

Krok 6 – antycypowanie przyszłości i aranżowanie tzw. kontaktu dopełniającego (monitorowanie telefoniczne lub osobiste raz na jakiś czas stanu i sytuacji chorego); upewnienie chorego, że nie zostanie sam, przekonanie go, że sięganie po pomoc jest znakiem siły i determinacji, a nie słabości. Równocześnie wszelkie wysiłki na rzecz zachowania dotychczasowej niezależności i dążenie do kontrolowania otoczenia wymagają zrozumienia ze strony rodziny chorego oraz interweniujących.

Dłuższy kontakt interwencyjny ma nieco odrębne cele – osoba interweniująca niezależnie od stopnia zaawansowania choroby oraz reakcji kryzysowej pomaga w przejściu przez poważną chorobę. Wspiera rozwój psychologiczny chorego – większa dojrzałość ułatwia zintegrowanie sytuacji choroby z dotychczasowym życiem oraz pozwala na podtrzymanie dobrej jakości życia, również w chorobach przewlekłych i chronicznych. Wzrasta waga umiejętności podtrzymywania dłuższego kontaktu – konsultanci z biegiem czasu stają się częścią świata i ekosystemu chorego.

W interwencji w formie wielu sesji kierowanej do chorych somatycznie, zwłaszcza w stanach chronicznych i terminalnych, szczególne miejsce zajmuje problematyka egzystencjalna. Należy pamiętać o konieczności przepracowania przekonań chorego dotyczących „chorego Ja” oraz znaczeń osobistych zagrożonych przez chorobę. Wątpliwości i problemy egzystencjalne dotyczą również relacji rodzinnych zaburzonych przez chorobę; zależnie bowiem od stadium choroby zmieniają się reakcje członków rodziny chorego oraz potrzeby emocjonalnego wspierania rodziny.

Wykorzystanie wymiaru duchowości i przekonań religijnych chorych może się stać pomocnym narzędziem pracy z chorymi chronicznie czy terminalnie. Yaalom (1980) jest zdania, że chorzy terminalnie potrzebują przemyślenia i rozważenia trzech ważnych kwestii:

- lęku przed śmiercią,
- posiadania nadziei (również na życie pozagrobowe),
- poszukiwania sensu życia w kontekście choroby.

Istotne jest wspieranie dojrzewiania emocjonalnego chorych ułatwiającego adaptację i życie z chorobą. Nieporozumieniem natomiast pozostaje spotykane wśród konsultantów przekonanie, że pomoc interwencyjna i poradnictwo dla poważnie chorych polegają głównie na rozmowach o charakterze egzystencjalnym – o sensie życia, Bogu, śmierci itp. Istotnie można spotkać chorych, którzy tego potrzebują, ale zazwyczaj tak wiele się dzieje w życiu bieżącym osoby chorej, że musi się ona koncentrować na sprawach dnia codziennego. Mimo ograniczeń i cierpienia chorzy wciąż żyją i muszą trwać, aż ostatecznie odejdą. Wiele kwestii podnoszonych przez chorego i jego rodzinę odnosi się do wzajemnych relacji czy innych codziennych, powszechnych spraw, a treść kryzysów zdrowia przypomina problemy spotykane w zdrowej populacji.

Interwencja w przypadku chorego kardiologicznie – przedstawienie przypadku

Poniżej przedstawiamy przypadek interwencji i pomocy terapeutycznej pacjentowi w kryzysie emocjonalnym, hospitalizowanemu z powodu objawów choroby kardiologicznej. Przypadek pacjenta Leszka S. reprezentuje kryzys utraty zdrowia – kryzys emocjonalny spowodowany wystąpieniem poważnej niewydolności serca, kwalifikującej pacjenta, do przeszczepu serca. Nietypowy – „niejawny” – przebieg kryzysu, u silnie obronnego pacjenta wskazuje na możliwość występowania kryzysów utraty zdrowia, z symptomatologią somatyczną dominującą nad przytłumionymi poznawczymi objawami kryzysu.

Interwencja w kryzysie psychologicznym w przebiegu choroby somatycznej (przeszczep serca). Przypadek pacjenta Leszka S.⁶

Sytuacja psychiczna pacjenta kwalifikowanego do przeszczepu serca jest złożona i trudna. Stan zdrowia determinuje wprawdzie walkę o zachowanie zdrowia i życia, jednak lęk przed proponowanym sposobem leczenia powoduje różne reakcje, nie zawsze łatwe do rozpoznania w powierzchownym kontakcie, jaki często ma lekarz z pacjentem. Na postawę chorego i przeżywane przez niego emocje mają bezspornie wpływ jego dotychczasowe doświadczenia, związane z chorobą i kontaktami ze służbą zdrowia. Ważne są także okoliczności zachorowania. Pacjenci, którzy mają za sobą chorobę trwającą wiele lat, powoli degradującą ich wydolność, są zwykle lepiej poinformowani, przystosowani do sytuacji choroby, a czasem wręcz z utęsknieniem wyglądają propozycji przeszczepu, a jeśli nawet nie – w znakomitej większości łatwiej podejmują decyzję o poddaniu się operacji przeszczepienia nowego serca.

Wydawało się, że tak właśnie się stanie w przypadku pacjenta, z którym pracowałam na Oddziale Kardiologii z Intensywną Terapią Szpitala Miejskiego Specjalistycznego im. G. Narutowicza w Krakowie przez 8 lat (od 1998 do 2005 roku). Jego aktualny sposób funkcjonowania, dominująca perspektywa czasowa, w jakiej żył, oraz stosowane przezeń mechanizmy obronne, wyczerpanie własnych

⁶ Imię i inicjał nazwiska pacjenta zostały zmienione.

zasobów zmagania się z sytuacją choroby w świetle konieczności podjęcia świadomej decyzji o przeszczepie, wreszcie brak wglądu we własne położenie spowodowały zbyt późne rozpoznanie wystąpienia kryzysu u pacjenta.

Pan Leszek S., w momencie pierwszej konfrontacji z propozycją przeszczepu serca miał lat 55. Żonaty, ojciec dwóch córek, ze średnim technicznym wykształceniem, pierwsze objawy choroby niedokrwiennej serca, od razu w postaci ostrej niewydolności wieńcowej i zawału mięśnia serca ściany przednio-przegrodowej, miał w 1989 roku, w wieku 42 lat. Był to jedyny zawał mięśnia serca, jaki pacjent przeżył, jednak od tej pory datuje się stałe pogarszanie się wydolności, dołączające się nadciśnienie, zaburzenia rytmu pracy serca, w późniejszym okresie masywna nadczynność tarczycy, szybko wyrównana. Pacjent był wielokrotnie hospitalizowany. W 2002 roku, kiedy rozpoznano niewydolność krążenia na poziomie NYHA III/IV, a frakcja wyrzutowa (jeden z kluczowych parametrów określających prawidłowe funkcjonowanie serca jako pompy, pozostająca w normie pomiędzy 50 a 75%), osiągnęła poziom 25% – pacjent po raz pierwszy usłyszał propozycję wstępnej kwalifikacji do przeszczepu serca. Wtedy też wykonano koronarografię, dla oceny drożności naczyń wieńcowych i ogólnego stanu mięśnia serca. Od tej pory pacjent był hospitalizowany w 2002 roku dwukrotnie, podobnie w 2003, w 2004 trzykrotnie, a w 2005 – do ostatniej hospitalizacji, która zakończyła się w sierpniu – pięciokrotnie.

Pan Leszek od początku swojej pracy zawodowej pracował w biurze projektów. Kiedy jednak biuro zaczęło podupadać – zaczął zarabiać jako taksówkarz. W tej grupie zawodowej zawał jest traktowany niemalże jak choroba zawodowa – z powodu stresu, siedzącego trybu życia, częstej bezczynności, obciążonej napięciem emocjonalnym i skłonności do popadania w nałóg nikotynizmu. Pan Leszek woził ludzi dwa lata – aż do zawału. Po zawale przeszedł na rentę, ale nie przestał zarabkować: aż do 1998 roku pracował jako konserwator zabytków (zajmował się między innymi złoceniami i pracami kamieniarskimi), co wymagało znacznego wysiłku fizycznego, wspinania się po rusztowaniach, pracy w trudnych warunkach, w pozycjach bynajmniej nie wypoczynkowych. Pomimo dużej aktywności zawodowej i czynnego uczestnictwa w życiu rodziny, pacjent leczył się systematycznie, po zawale w 1989 roku zaprzestał też palenia tytoniu. Nie zdiagnozowano u niego innych schorzeń oprócz czynników ryzyka związanych z nikotynizmem i otyłością, a także dużą ilością stresu. Pacjent podejmował kolejne wyzwania terapeutyczne, związane z pojawiającymi się nowymi dolegliwościami, stosował się do zaleceń, ale – pomimo słabej wydolności fizycznej – nie przestał pracować. Do marca 2005 roku pracował jako ochroniarz w banku (i to wyłącznie na nocnych dyżurach). Jego sposób funkcjonowania psychicznego, umiejętność przystosowania się do sytuacji choroby, jej akceptacja, wiedza na jej temat – świadczyły o dużych zasobach osobistych, umiejętności przystosowania się do nowych wymagań związanych z posuwającą się chorobą. W tym momencie diagnoza kryzysu emocjonalnego wydawała się bezzasadna.

Kontakt z pacjentem przed propozycją przeszczepu dotyczył głównie wsparcia emocjonalnego typu operacyjnego (pan Leszek należał do ludzi nieasertywnych), pracy nad przebudową wzoru zachowania, nadmiernie zbliżonego do WZA, pomocy w osiągnięciu wglądu, dotyczącego własnej rozchwianej emocjonalności, nauki technik relaksacji i wizualizacji. Interwencja od pierwszego kontaktu obejmowała pracę nad motywacją do utraty wagi. Pacjent, przy wzroście 175 cm ważył 117 kg (38,2 BMI), co świadczy o otyłości. W wyniku pracy nad sobą, wspomaganej przez kontakt terapeutyczny, także z żoną pacjenta – waga pacjenta spadła do 99 kg (czyli o 18 kg). Był zmobilizowany, współpracujący, cieszył się z własnych sukcesów na polu utraty wagi z dziecięcym entuzjazmem.

Kiedy w 2002 roku pacjent został poinformowany o wskazaniach i możliwości przeszczepu, zareagował bardzo spokojnie. Poddał się koronarografii, racjonalnie rozmawiał z pracownikami służby zdrowia, od razu zgodził się na propozycję. Poinstruowany o bezwzględnej konieczności utraty wagi zadeklarował ostrą walkę z własną otyłością. Pan Leszek był świadomy przeciwwskazania, jakim jest różnica w masie ciała między dawcą a biorcą większa niż 25–30%. Tak więc wszystkie warunki wstępne, uprawniające do kwalifikacji do przeszczepu – zostały zachowane:

- schyłkowa niewydolność krążenia, niedająca się skutecznie leczyć innymi metodami farmakologicznymi i chirurgicznymi;
- klasa wydolności III lub IV wg NYHA, osiągnana przy optymalnym leczeniu;
- prognozowane przeżycie jednego roku mniejsze niż 50%;
- wiek poniżej 65. roku życia;
- pacjent stabilny emocjonalnie, rozumiejący istotę zabiegu i konieczności pewnych ograniczeń z nim związanych, dobrze zmotywowany, pragnący powrócić do pełnej aktywności życiowej;
- brak uzależnień od alkoholu i środków psychoaktywnych;
- pacjent współpracujący z personelem medycznym i przestrzegający jego zaleceń.

Niestety, w trakcie kolejnych pobytów w szpitalu i kontaktów ambulatoryjnych można było zaobserwować stopniowy wzrost wagi ciała pacjenta, pomimo deklaracji ciągłej walki o jej utratę. Pan Leszek wydawał się maksymalnie zmotywowany, nadal spokojny i zdeterminowany, jeżeli chodzi o propozycję przeszczepu. Otrzymał pełną pomoc, jeżeli chodzi o utratę wagi: został skierowany do Poradni Problemów Metabolicznych, ale efekt tego kontaktu, jak i wszystkich innych motywujących do walki o prawidłową wagę – był paradoksalny. Kiedy pacjent osiągnął poziom BMI 40,5 – przesuując się do przedziału dużej otyłości – moje zaangażowanie jako interwenta przekroczyło poziom profesjonalny i w trakcie kolejnej hospitalizacji, która rozpoczęła się w tłusty czwartek – umówiłam się z pacjentem, że jeżeli mnie uda się schudnąć podczas sześciu tygodni Wielkiego Postu 20 kg – on także się postara (moją metodą, konsultowaną ze specjalistą dietetykiem). Podjęcie decyzji o tak nietypowym postępowaniu interwencyjnym wynikało z obserwacji, że pacjent, dotychczas otwarty na kontakt i współpracujący – zmienił się. Usztywniona postawa ciała, znaczne skrócenie długości kontaktu wzrokowego i pogorszenie komunikacji z żoną, będące sygnałami niewerbalnej odmowy współpracy, stały się przyczynkiem do rozpoznania kryzysu utraty zdrowia. Pacjent wyczerpał swoje zasoby adaptacyjne do sytuacji, która wyraźnie go przerastała. Dotychczas wydolny i zorganizowany – nie chciał świadomie zgodzić się na dezorganizację swoich zdolności adaptacyjnych. Nie chciał także zawieść swoich najbliższych, nieodmiennie zmobilizowanych do pomocy. Próbując przełamać opór pacjenta, wybrałam więc niekonwencjonalną metodę, polegającą na „rozmowie ciała z ciałem”.

W rezultacie wysiłków własnych, bardzo korzystnie dla własnego stanu zdrowia, schudłam 18 kg. Pan Leszek niezwykle emocjonalnie przeżył moje zaangażowanie. Podczas dłuższego kontaktu, który mieliśmy podczas tej właśnie hospitalizacji, poddał się badaniom psychologicznym Skalą Depresji Becka, techniką Linii Życia we własnej adaptacji, Arkuszem Samopoznania Cattella, Testem Zdań Niedokończonych w modyfikacji somatycznej W. Łosiaka i Testem Piramid Barwnych R. Heissa, P. Halder i D. Hoger⁷. Decyzja

⁷ Wybór takich właśnie technik badania wynikał z wieloletniej praktyki kontaktu z pacjentami somatycznymi, u których tłumienie emocji odgrywa ogromną rolę jako czynnik ryzyka rozwoju chorób, a ich blokada w stanie kryzysu hamuje także możliwość podejmowania decyzji, dotyczących własnego zdrowia – intuicyjne, niewymagające podejścia intelektualnego wykonywanie TPB i późniejsza jego analiza, przedstawiona pacjentowi i dopusz-

o poddaniu pacjenta badaniom psychologicznym wynikała z chęci zweryfikowania swoich obserwacji i podparcia ich na konkretnych wynikach, które mogłyby w trakcie kontaktu z nim wspomóc efekt zaskoczenia emocjonalnego i pokonać obronne przekonania Pacjenta o własnej wydolności i kontroli nad sytuacją.

W badaniach okazało się, że pomimo – deklarowanego i diagnozowanego przez rodzinę i personel medyczny – spokoju i równowagi zewnętrznej, a także determinacji w decyzji o poddaniu się przeszczepowi – pan Leszek wykazuje niepokój na najwyższym poziomie (10 sten w arkuszu Samopoznania Cattella), nie tylko w jego jawnej, ale głównie w ukrytej formie. Pacjent o wysokim poziomie niepokoju, obniżonym progu wrażliwości na frustrację, (10 sten), wyrażający wiele wątpliwości wobec przyszłości, ze skłonnością do poczucia winy. Pomimo dobrze funkcjonujących relacji wsparcia pozostał wewnątrznie osamotniony, nieumiejący się znaleźć wśród ludzi, przewidyjący trudności na zapas, z dużą rozbieżnością pomiędzy „ja” realnym a „ja” idealnym, wreszcie – z narastającą dezintegracją emocjonalną. Ponadto pacjent okazał się znacząco depresyjny (wynik w Skali Depresji Becka = 32 punkty), co potwierdziła także pozycja w Linii Życia. Brak wiary we własne możliwości, skłonność do rezygnacji z walki z chorobą dopełniły obraz depresji maskowanej. W Teście Piramid Barwnych zarysował się obraz autoagresji emocjonalnej, znaczące tłumienie, niezdolność do ekspresji własnych, impulsywnych potrzeb w sposób zgodny z przyjętymi w grupie zasadami, osłabienie motywacji, poczucie niedopasowania i mniejszej wartości. Reasumując, stan pana Leszka oceniono jako ostrą reakcję kryzysową na utratę zdrowia.

W trakcie pięciu godzinnych sesji interwencyjno-terapeutycznych pacjentowi udało się uzyskać wgląd we własną sytuację psychiczną i świadomie zweryfikować postępowanie. Moment zwrotny – swoiste olśnienie, które pozwoliło panu Leszkowi spojrzeć na swoją sytuację psychiczną inaczej, wiązał się z wyjątkowym podejściem osoby interweniującej, świadczącym o jej dużym zaangażowaniu. Pozwoliło to pacjentowi zmienić fatalistyczne spojrzenie na bezpośrednią przyszłość przed przeszczepem i tę odleglejszą w czasie – po przeszczepie, na bardziej pozytywne, operacyjno-przyszłościowe, z metodą małych kroków w dochodzeniu do zdrowia. W relacji pacjenta momentem przełomowym było pojawienie się myślenia magicznego: „Pomyślałem sobie, że jeśli tak bardzo pani zależy, to widać mam jeszcze szansę – jest to dla mnie znak od Boga”. Pan Leszek zgodził się także na dwa spotkania całej jego rodziny, w trakcie których uzyskał jawnie zadeklarowane wsparcie także od dzieci, które po raz pierwszy realistycznie zdały sobie sprawę z sytuacji zdrowotnej ojca oraz pozwolił sobie na przyjęcie z ich strony pomocy, na co dotychczas nigdy się nie godził.

Pan Leszek szczupłał systematycznie, podczas ostatniego pobytu na Oddziale Kardiologii z Intensywną Terapią w SMS im. G. Narutowicza – do poziomu BMI 31,5, co wróżyło powodzenie planowanej transplantacji. Powrócił dobry kontakt wzrokowy, zmniejszyło się napięcie mięśniowe, córki były częstymi gośćmi, odwiedzającymi ojca podczas hospitalizacji. Niestety – w okresie 2005 roku stan somatyczny pacjenta zaczął się znacznie pogarszać. Cztery kolejne hospitalizacje na kardiologii spowodowały poprawę stanu zdrowia, jednak ostatnia, kiedy pacjent został umieszczony na innym oddziale – skończyła się tragicznie śmiercią pacjenta. Przewyciężenie kryzysu emocjonalnego przez pacjenta – współpraca w leczeniu i podniesienie jakości życia nie zawsze na każdym etapie choroby może gwarantować wyleczenie. W wypadku pana Leszka trudności rozpoznania kryzysu emocjonalnego i zbyt późne podjęcie oddziaływania interwencyjnego odbiło się na odroczeniu leczenia medycznego, przyczyniając się pośrednio do pogorszenia stanu somatycznego i śmierci pacjenta.

czająca dyskusję na tematy emocjonalne – otwiera nowe spojrzenie na własne zablokowane funkcjonowanie.

Komentarz:

W przypadku analizowanej sytuacji – całość długotrwałego kontaktu z badanym miała charakter interwencji w kryzysie utraty zdrowia z elementami prewencji wtórnej. W pierwszych latach jego hospitalizacji pobyty pacjentów na Oddziale Kardiologii z Intensywną Terapią nie były tak ograniczane czasowo, jak dzieje się aktualnie, co pozwalało na dłuższy kontakt, dotyczący zmniejszenia napięcia psychicznego, wzmocnienia poczucia bezpieczeństwa, dostarczenia psychicznego oparcia, pomocy w lepszym rozumieniu siebie i choroby, pracy nad akceptacją choroby i wynikających z niej ograniczeń, obrony przed lękiem i depresją, wypracowania konstruktywnych sposobów zwalczania stresu, kształtowania własnej niezależności chorego, budowania strategii zwalczania czynników ryzyka, wreszcie zmiany „filozofii życiowej” i stylu funkcjonowania. Praca była owocna i nie napotykała większych trudności. Dopiero stały wzrost BMI pacjenta stał się informacją nie wprost, sygnalizującą załamanie możliwości adaptacyjnych pacjenta. Jedynymi sygnałami kryzysu była niepewność i brak zdecydowania co do decyzji o przeszczepie. Wbrew oczekiwaniom nie obserwowano chaosu emocjonalnego, jawnego niepokoju czy widocznych wysiłków zaradczych – wystąpiła jedynie dysfunkcja somatyczna w postaci narastania wagi ciała. Potwierdzeniem przypuszczenia wystąpienia kryzysu okazała się obserwacja niewerbalnej mowy ciała pacjenta.

U człowieka dotychczas funkcjonującego w przyszłej perspektywie czasowej – mającego cele, mniej lub bardziej realne we własnej sytuacji zdrowotnej, ale realizowane zgodnie z podjętymi zobowiązaniami i poczuciem obowiązku w stosunku do rodziny – perspektywa czasowa zmieniła się na terażniejszą fatalistyczną. Dotychczas pogodzony z chorobą, okazał się niepogodzony z „interwencją o charakterze ostatecznym”, jak spostrzegał transplantację serca. Brak świadomości i kontroli ekspresji swoich myśli i emocji w nowej sytuacji, w jakiej się znalazł, brak akceptacji wyobrażenia obcej dla własnego ciała części, nieumiejętność rozmowy na temat niepokojów z tym związanych, wreszcie przekonanie o ich magicznej i nie realistycznej naturze (czego się wstydził), spowodowało niespodziewaną dezintegrację. Nastąpiło wyczerpanie zasobów przystosowawczych, czego nie dostrzegł ani pacjent, ani jego otoczenie. Zarówno w procesie socjalizacji (pan L. miał niezwykle wymagających rodziców, a szczególnie ojca – wzorzec męski), jak też w życiu rodzinnym i zawodowym pacjent zawsze starał się sprostać wymaganiom otoczenia, poszukiwał coraz to nowych sposobów ich realizacji i mimo zmieniającego się stanu zdrowia, wciąż się nie poddawał. Kiedy posiadane zasoby się wyczerpały – mechanizmy obronne nie dopuściły tego faktu do świadomości; natomiast podświadomość sygnalizowała poprzez język ciała wyczerpanie i odmowę dalszych wysiłków przystosowawczych (pacjent był bardzo dobrze poinformowany o trudnościach, niewygodach i zagrożeniach życia z przeszczepionym sercem). Brak wystarczająco szybkiego rozpoznania tej sytuacji jako reakcji kryzysowej doprowadził (poprzez opóźnienie możliwości poddania się przeszczepowi), do sytuacji niebezpiecznej – dezintegracji somatycznej organizmu pacjenta, która faktycznie nastąpiła.

Główne cele pomocy interwencyjnej, polegające na wspieraniu procesów zmagania się ze stresem choroby, a w dalszym planie przystosowania do życia w nowej sytuacji, z przeszczepionym sercem – zostały osiągnięte. Udało się doprowadzić do stabilizacji sytuacji emocjonalnej i pomóc w wyrażeniu nie zawsze jasnych dla pacjenta, często magicznych myśli. Odkrycie własnego oporu, eliminacja szkodliwych zachowań, w tym przypadku związanych z żywieniem, ale i z umiejętnością czerpania wsparcia od najbliższych, rozładowanie ogromnego napięcia wewnętrznego, akceptacja możliwości spędzenia dalszego życia z częścią innego człowieka w sobie, a więc przywrócenie satysfakcjonującego obrazu własnej osoby w przyszłości po przeszczepie, otwarcie na nieznaną i niepewną przyszłość – spowodowały gotowość do poddania się nowym oddziaływaniom medycznym. Zmieniła się także perspektywa czasowa pacjenta. Pozostaje tylko żałować, że wszystko to wydarzyło się dla pana Leszka zbyt późno.

Ważniejsze problemy i postulaty interwencji w kryzysach zdrowia z perspektywy doświadczeń własnych

Doświadczenia własne autorek artykułu pozwalają na zwrócenie uwagi i podkreślenie niektórych ważniejszych zagadnień i trudności związanych z interwencją psychologiczną w kryzysach utraty zdrowia. Poniżej postaramy się zasygnalizować wybrane kwestie, z którymi są zmuszone borykać się osoby pomagające chorym somatycznie przy podejściu interwencyjnym; większość z sygnalizowanych trudności wystąpiła w przedstawionym wyżej przypadku:

- różnicowanie między kryzysami utraty zdrowia a chorobami somatycznymi będącymi wtórną, niekorzystną konsekwencją nierozwiązanych kryzysów emocjonalnych;
- diagnozowanie (ocena) kryzysu przebiegającego z przejawami dysfunkcji somatycznych;
- zagadnienie indywidualnej podatności na występowanie dysfunkcji i schorzeń somatycznych w przebiegu kryzysów emocjonalnych; rola dominującej perspektywy czasowej w zmaganiu się z chorobą somatyczną;
- znaczenie konfrontacji z chorobą i świadomości występującego zagrożenia;
- konieczność aktywizacji wszelkich zasobów zmagania się w obliczu zagrożenia chorobą somatyczną;
- znaczenie dojrzewiania i rozwoju w chorobie somatycznej (zdolność przyjęcia ograniczeń i losu);
- obciążenie konsultantów pomocą interwencyjną w chronicznych i terminalnych schorzeniach somatycznych (problemy wypalenia, nadidentyfikacji i postaw przeciwpriemiesieniowych).

Pierwsze z wyżej wymienionych zagadnień dotyczą właściwej oceny kryzysu utraty zdrowia, uwzględniającej specyfikę kryzysów emocjonalnych z symptomatologią somatyczną. Mówiąc o stanach kryzysowych powiązanych z chorobą somatyczną należy różnicować między kryzysami wywołanymi utratą zdrowia – typowymi

kryzysami utraty zdrowia, a kryzysami emocjonalnymi nierozwiązanymi i prowadzącymi w konsekwencji do dysfunkcji (choroby) somatycznej. W tym wypadku choroba somatyczna stanowi negatywne, dysfunkcjonalne rozwiązanie kryzysu, wobec którego jednostka okazała się bezsilna (por. Kubacka-Jasiecka, 2007, 2010a). Może być jednak i tak, że objawy somatyczne stanowią sygnał nieświadomionych problemów psychologicznych czy konfliktów zarówno intra-, jak i interpersonalnych, będących źródłem stałego napięcia i lęku, prowadzących ostatecznie do rozwoju kryzysu. Mówimy wówczas o tzw. somatyzacji przeżywanego, najczęściej nieświadomionego lękowego pobudzenia. Objawy i dysfunkcje somatyczne mogą też odgrywać przejściowo rolę adaptacyjnie korzystną, wspierając zmaganie się z problemami życiowymi nierozwiązywalnymi dla pacjenta na płaszczyźnie poznawczej. „Czasem choroba okazuje się w takim razie rozwiązaniem kryzysu i dobrze umocniona – nie opuszcza nas, jest zbawcą i rozwiązaniem” (Berezowska-Pogoń, 2009)⁸. Cytowana wypowiedź akcentuje przystosowawczy aspekt, również negatywnych de facto rozwiązań kryzysu w formie schorzenia somatycznego.

„Czy więc choroba somatyczna jest kryzysem niezrozumienia samego siebie, brakiem akceptacji własnej niewydolności w kontekście wymagań stawianych samemu sobie jako odpowiedzi na wymagania stawiane przez świat?” – pyta Berezowska-Pogoń, nazywając kryzys emocjonalny występujący PRZED zachorowaniem – kryzysem „niezrozumienia samego siebie” (Berezowska-Pogoń, 2009). I dalej – „Kryzys choroby somatycznej PO zachorowaniu byłby natomiast brakiem akceptacji własnej niewydolności [...] w sytuacji, w jakiej postawiła nas choroba”.

Kryzysy emocjonalne rozwijają się na tle procesów stresu⁹, mają charakter całościowy i zgeneralizowany – ogarniają cały organizm, rozgrywając się na płaszczyźnie biofizjologicznej, psychicznej i behawioralnej. Na płaszczyźnie biofizjologicznej dochodzi do rozstrojenia i dezintegracji procesów biofizjologicznych, determinujących występowanie licznych i różnorodnych dysfunkcji i objawów somatycznych. Zazwyczaj towarzyszą im dysfunkcje emocjonalne (przewaga lęku), poznawcze oraz dysfunkcje i zmiany zachowania (Kubacka-Jasiecka, 1997). W wypadku obronnego stłumienia lub wyparcia pozasomatycznych sygnałów i manifestacji kryzysu przez pacjenta mogą powstać trudności w ocenie występującego stanu jako kryzysowego przez osoby pomagające (por. cytowany przypadek pacjenta pana Leszka). Kryzysy manifestujące się głównie poprzez objawy somatyzacyjne mogą utrudniać, a w najlepszym razie powodować opóźnienie podjęcia kryzysowej interwencji psychologicznej. W wypadku wątpliwości, czy obserwowane dysfunkcje somatyczne mogą znamionować „niejawny” przebieg kryzysu emocjonalnego, konsultanci powinni dążyć do ustalenia powodów ewentualnego kryzysu wszelkimi możliwymi środkami (np. metodami projekcyjnymi). Ponadto powinni zachęcać do wyrażania przeżywanego stanów emocjonalnych, również w zachowaniu, a przede

⁸ Niepublikowany tekst referatu nt. „Wołające ciało”, wygłoszonego na IX Ogólnopolskiej Konferencji Ericksonowskiej, Poznań 2009.

⁹ Różnicowanie między stresem a kryzysem patrz: Kubacka-Jasiecka, 2002, 2010a, 2010b.

wszystkim wspierać odblokowanie funkcji poznawczych. Tylko bowiem konfrontacja z własnymi bolesnymi problemami i uświadomienie sobie rzeczywistej, psychologicznej natury swoich trudności daje gwarancję rozwiązania kryzysu i odzyskania zdrowia.

Kolejna istotna, wiążąca się z powyższą, kwestia dotyczy **indywidualnej podatności** na reagowanie kryzysami emocjonalnymi na wydarzenia życiowe o charakterze krytycznym, przełomowym. Stanowią o niej właściwości sprzyjające rozwojowi kryzysu w obliczu wystąpienia poważnej choroby somatycznej, ale również określające prawdopodobieństwo zareagowania właśnie dysfunkcjami somatycznymi w odpowiedzi na problemy emocjonalne o rozmaitych źródłach¹⁰. Zagadnienie podatności na rozwój symptomatologii somatycznej w obliczu trudności emocjonalnych było przedmiotem rozważań w obszarze tzw. psychosomatyki, w której obarczające osobę problemy psychologiczne (np. konflikty emocjonalne) stanowią czynniki ryzyka wystąpienia choroby somatycznej (Wrześniewski, 2005a; 2005b, Tylka, 2000)¹¹. Współczesne podejście w psychosomatyce obok rozmaitych czynników ryzyka: sytuacyjnych, osobowościowych i temperamentalnych (Wrześniewski, 2005), omawia problematykę tzw. wzorów zachowania – utrwalonych nieprzystosowawczych sposobów funkcjonowania psychospołecznego i radzenia sobie z trudnościami żywymi; wzorów będących efektem interwencji pomiędzy zmiennymi osobowościowymi i sytuacyjnymi¹².

Uwarunkowania genetyczne, styl życia, przekonania dotyczące własnej osoby i świata, relacje społeczne czy reakcje na stres prowadzą do licznych, silnych intra- i interpersonalnych napięć, konfliktów wyczerpujących wydolność i odporność organizmu, które otwierają drogę kryzysom emocjonalnym. Dotyczy to szczególnie osób wysoce ambitnych, niedopuszczających myśli o własnych, zawsze przecież w pewien sposób obecnych ograniczeniach, osób o silnych osobowościach, które nie pozwalają sobie na dekompensację psychiczną. Postawy obronne – wypieranie i tłumienie konfliktów oraz problemów – uniemożliwiają ich świadome przepracowanie i rozwiązywanie. Również rozwijające się w sytuacjach stresu wydarzeń krytycznych postawy bezradności i beznadziejności skutkują z czasem trudnościami rozwiązywania występujących kryzysów oraz narastaniem dysfunkcji somatycznych.

¹⁰ Zagadnienie to bywa nierzadko pomijane w kontekście psychologii kryzysu. Kryzysy emocjonalne są uważane za normalną reakcję, która może przydarzyć się każdemu w obliczu niezwykłych, stanowiących wyzwanie dla naszych zdolności przystosowawczych, krytycznych okoliczności. Hoff (1995) jednakże mówi o podatności na zranienie (emocjonalnej, poznawczej, behawioralnej) obok krytycznego wydarzenia i incydentu przyspieszającego jako determinancie wystąpienia ostrego stanu kryzysowego.

¹¹ Ścisłe i bliskie związki układu immunologicznego z psychiką podkreśla się również w rozważaniach nad chorobami autoimmunologicznymi, przykładowo: choroba Hashimoto, toczeń, samoistne włóknienie pęcherzyków płucnych itp.

¹² Popularne, wyróżnione ostatnio jako czynniki ryzyka psychosomatycznego wzory zachowania to wzór A (WZA) oraz wzory C i D (WZC i WZD) (Wrześniewski, 1993; Ogińska-Bulik, 2009; Kubacka-Jasiecka, 2006).

Z tej perspektywy ważna staje się prewencja kryzysów emocjonalnych, w tym kryzysów utraty zdrowia. Prewencja, a przede wszystkim szybkość podjęcia interwencji w chorobie somatycznej jest szczególnie ważna, ze względu na przebieg procesów biochemicznych i funkcjonowanie systemu immunologicznego – obniżania się odporności skutkiem spadku zaangażowania komórek T w momencie wyczerpania organizmu sytuacją stresową (por. Mausch, 2000).

Oddziaływania prewencyjne i rozważania prognostyczne powinny zawsze uwzględniać dominującą u danej osoby **perspektywę czasową**. Poznanie perspektywy czasowej, w jakiej funkcjonuje chory, pozwala łatwiej rozpoznać zbliżający się kryzys, a także przewidywać jego postępowanie w obliczu choroby. Uwzględniając perspektywę czasową, można mówić o chorych „przeszłościowo negatywnych”¹³ – mających złe doświadczenia z chorobą w swojej rodzinie generacyjnej, chorych, pacjentów, dla których choroba może stać się wyzwoleniem od życia obciążonego przykrymi wspomnieniami, będących implikacją negatywnych doświadczeń życiowych; osoby takie mogą też chorować właśnie z powodu wieloletniego chronicznego stresu, związanego bezpośrednio lub pośrednio z negatywną dotychczasową perspektywą czasową.

Osoby o pozytywnej przeszłości czerpią siłę z umiejętności zwracania się i korzystania ze wsparcia dzięki pozytywnym, ciepłym doświadczeniom w przeszłości. Chorym, których można nazwać „teraźniejszymi hedonistami”, trudno jest zmienić perspektywę na przyszłościową, tj. oczekiwać długo i cierpliwie na wyzdrowienie, angażować się w rehabilitację czy długotrwałe badania, a także przeciągającą się rekonwalescencję. Są oni jednak bardziej pozytywnie nastawieni do zmian (zwłaszcza gdy otrzymają wsparcie) niż „teraźniejsi fataliści”, którzy będą mieć tendencję do poddawania się – rezygnowania z leczenia, stosowania obron, głównie typu zaprzeczania i wyparcia, przy braku umiejętności przyjmowania pomocy i wsparcia. W najlepszej sytuacji są ludzie funkcjonujący w przyszłościowej perspektywie czasowej – rzadziej chorują, bo przestrzegają prozdrowotnych zaleceń, np. badań okresowych, szczepień, zdrowego trybu życia (żywienia); umieją oni planować i odrażać realizację stawianych sobie celów.

Założenia interwencji kryzysowej zawsze podkreślają konieczność realistycznego spostrzegania sytuacji krytycznej, jej znaczenia i konsekwencji, zdolności do konfrontacji z zagrażającymi wydarzeniami. W koncepcji klasyków teorii kryzysu Aguilery i Messicka stanowią one jedno z czterech kryteriów oceny kryzysu, jego powagi, a także prognozowania możliwości szybkiego powrotu do równowagi¹⁴ (Aguilera, Messick, 1986). Realistyczna, a nie obronna ocena krytycznej sytuacji, samokrytyczne spojrzenie na własne położenie powoduje, że w pewnym sensie

¹³ Rozważania, dotyczące perspektywy czasowej w chorobie somatycznej, zostały zainspirowane lekturą opracowania Zimbardo i Boyda (2009).

¹⁴ Obok możliwości wskazania wydarzenia krytycznego, które wywołało kryzys, otrzymywania właściwego, konstruktywnego wsparcia sytuacyjnego, rodzinnego czy sąsiedzkiego, rozporządzania adekwatnymi, dotychczas skutecznymi mechanizmami zmagania się z zagrożeniem.

osoba w kryzysie musi się „zgodzić na kryzys” – zaakceptować swoje położenie i osiągnąć pewien poziom wglądu, co do własnych, często ograniczonych możliwości poradzenia sobie z kryzysem utraty zdrowia. Wychowanie, przeszłe doświadczenia czy wymagania dotyczące własnej osoby mogą nie pozwalać na zaakceptowanie swoich, często chwilowych, ograniczeń (np. pogarszający się stan zdrowia, zablokowanie możliwości zmagania się w ostrym stanie kryzysowym, postawy obronne). Osoba w kryzysie nie przyjmuje tym samym do wiadomości konieczności zmian narzuconych przez sytuację czy dyskomfort sygnalizowany przez własny organizm, który pozostaje zmuszony do „rozwiązywania problemu” poprzez ciało i jego dysfunkcje. Pomoc interwenta w osiągnięciu wglądu i samozrozumienia może dać radykalną poprawę stanu somatycznego (również w przebiegu poważnych schorzeń) – cierpiące i „wołające ciało” może przestać pełnić znaczącą funkcję¹⁵.

Zaakceptowanie swoich słabości i ograniczeń wymaga przyjęcia nowej, transcendentnej perspektywy czasowej (różnej od przyjmowanej dotychczas), pozwalającej na zaakceptowanie własnych niewydolności, wyjście poza sytuację choroby, psychiczne „oderwanie się” od lęku, bólu i przykrych realiów rzeczywistości – dojrzewanie poprzez cierpienie (Frankl, 1984).

W sytuacji zagrożenia kryzysem, również kryzysem utraty zdrowia, istnieje konieczność aktywizacji wszelkich zasobów organizmu, jak i zasobów psychospołecznych celem zwalczania stresu i rozwiązania kryzysu¹⁶. Aktywizacja zasobów wymaga świadomego wysiłku chorego, co często nie jest możliwe bez pomocy interwenta. Ludzie nie umiejący budzić „śpiących”, utajonych zasobów lub uruchamiać nowych, gdy stare stają się niewystarczające – „przegrywają” swoje życie. Czy mniej wytrzymali, a bardziej wrażliwi ludzie mogą przez to szybciej umierać? Dlatego nigdy nie należy twierdzić: „taki już jestem”, „ryby tak mają” itp. – w ramach walki o byt, o zdrowie, o przetrwanie należy koniecznie uruchamiać nowe zasoby zaradcze. Pomoc w aktywizowaniu i uruchamianiu zasobów, pozwala, po okresie załamania, zorganizować swoje życie na wyższym poziomie – z poczuciem sensu walki o zdrowie, o samego siebie, o własną pozycję w pracy, w systemie rodzinnym, w związku partnerskim – pomimo choroby. Wtedy właśnie mówimy o dojrzewaniu przez chorobę.

Kwestie rozwoju i adaptacji do życia z chorobą czy akceptacji jego kresu są szczególnie istotne w chorobach chronicznych i terminalnych. Organizm bowiem radzi sobie z sytuacją stresową, dopóki chory jest w stanie uruchamiać nowe zasoby i sposoby jej rozwiązywania. W momencie kiedy osoba nie ma dostępu do nowych strategii, a stare wyczerpują się bądź stały się już nieskuteczne – siły organizmu,

¹⁵ Osłabieniu obronności i osiągnięciu wglądu może pomagać wprowadzenie metod projekcyjnych oraz metafory i podobnych technik pośredniego poznania proponowanych w terapii Ericksonowskiej.

¹⁶ Zmaganie się z kryzysem utrudniają zjawisko wyczerpywania się dostępnych jednostce zasobów w trakcie interakcji zmagania, z drugiej strony – blokowanie się strategii zaradczych i brak dostępu do własnych, środowiskowych zasobów, skutkiem utraty równowagi emocjonalnej i silnego napięcia towarzyszącego kryzysowi (Kubacka-Jasiecka, 2002).

również możliwości systemu immunologicznego wyczerpują się skokowo i następuje załamanie przejawiające się wystąpieniem choroby lub jej pogorszeniem. Jeżeli wcześniej w organizmie człowieka jakiś układ był nadwyrężany (zazwyczaj słabszy genetycznie), mechanizmy kompensacyjne radziły sobie lepiej lub gorzej, nie dopuszczając do rozwoju choroby. W momencie ich wyczerpania w kryzysie wydolność kompensacyjna się kończy – pogarsza się istniejąca sytuacja zdrowotna lub pojawia się nowa choroba. Stąd niesłuchanie ważne w działaniach prewencyjnych przeciwkryzysowych w sytuacji choroby somatycznej jest nie tylko wczesne dostrzeżenie rozwijającego się kryzysu, ale pomoc w uruchamianiu wszelkich zasobów, aby zapobiec jej pogłębianiu się.

Dojrzewanie poprzez doświadczenie kryzysu i cierpienia jest traktowane w podejściu interwencyjnym jako wykorzystanie zawartej w kryzysie szansy i prozdrowotnych przemian. Pozwala to na konstruktywne rozwiązanie kryzysu, a nie tylko uniknięcie jego negatywnych konsekwencji. Mówi się wówczas o „drugich narodzinach” jako szansie na dokonanie pozytywnych, twórczych zmian w swoich przekonaniach, koncepcji siebie, relacjach z otoczeniem; osiągnięcie dojrzałej samoświadomości oraz ericksonowskiego stadium mądrości życiowej. Czy do zadań osoby wspierającej należy pomoc pacjentowi w poszukiwaniu granic własnych możliwości, uświadamianiu sobie własnych ograniczeń (jak brak uzdolnień, zasobów, sił życiowych itp.)?

Rozważając problematykę interwencji w kryzysach zdrowia, należy uwzględnić fakt, że wysiłki osób interweniujących napotykają zazwyczaj na opór ze strony postaw obronnych chorego, najczęściej utrwalonych w toku rozwoju osobniczego. Niezwykle istotny jest empatyczny kontakt z pacjentem, pozwalający dostrzec najślabszy punkt w pancerzu mechanizmów obronnych, otwierający furtkę do wewnętrznego świata pacjenta. Najważniejszym momentem jest efekt „oślnienia” – wglądu we własne doświadczenia i sposób przeżywania. Samoświadomość i wgląd można osiągnąć na bardzo różnych, zależnych od indywidualności pacjenta drogach: niekiedy bardziej bezpośrednimi rozmowami, uwagami czy komentarzami, zmierzającymi do przeformułowania przekonania pacjenta, niekiedy przytaczając przykłady z własnego lub czyjegoś życia, poprzez angażowanie własnych zasobów osoby interweniującej czy wreszcie wprowadzając metaforyczne anegdoty. Zawsze wymaga to od konsultanta empatycznego „dostrojenia się” do psychicznego funkcjonowania pacjenta, operowania na jego poziomie konkretności czy symbolu, znajomości jego głównych modalności komunikacyjnych oraz oczywiście systemu wartości.

Osiągnięcie wglądu stać się może początkiem zdrowienia – walki z chorobą lub inicjowania procesów adaptacji. Wzrasta dzięki temu zdolność dalszej świadomej autoanalizy własnej sytuacji, a także możliwość korzystania z dostępnej sieci wsparcia, współpraca w leczeniu i świadoma zgoda na konieczne postępowanie medyczne, łącznie z decyzjami na okaleczające zabiegi czy przeszczep narządów.

Zredukowanie ryzyka kryzysu, zmniejszenie poczucia bezradności, zwiększenie poczucia kontroli u pacjenta – osiągnięte dzięki interwencji kryzysowej w trakcie krótkich hospitalizacji nakierowanych na interwencję medyczną w dzisiejszej,

ograniczonej czasowo, służbie zdrowia – staje się właściwie jedyną możliwą formą pomocy. Dłuższe oddziaływanie jest często możliwe dopiero w opiece ambulatoryjnej (por. Berezowska-Pogoń, 2003; 2007). Stąd ważne wydaje się łączenie interwencji biomedycznej i psychologicznej, wymagające od psychologa-interwenta kompleksowej wiedzy medycznej, dotyczącej samego przebiegu choroby, czynników ryzyka, konieczności wprowadzenia zmian w dotychczasowe funkcjonowanie, znajomości sposobów leczenia, szczegółów związanych z badaniami czy operacjami, jakim pacjent będzie musiał się poddać, pomocy przy podejmowaniu decyzji wyrażenia na nie zgody. Wreszcie akcentuje się umiejętność jasnego i dostosowanego do poziomu percepcji pacjenta wyjaśniania istoty procesu leczenia i sposobu poruszania się w labiryncie służby zdrowia¹⁷.

Obciążenie osób interweniujących w ostrych kryzysach zdrowia jest szczególnie duże. Niezależnie od formy i długości pomocy interwencyjnej w poważnych chronicznych czy terminalnych stanach chorobowych dochodzi do obciążenia emocjonalnego, a z czasem nawet wypalenia sił osób podejmujących interwencję. Znaczącą negatywną rolę mogą odgrywać własne przeszłe, przeżywane przez konsultantów, a nieprzepracowane doświadczenia odrzucenia, utraty i żałoby. Ważne, aby osoby konsultujące zdawały sobie sprawę z ich znaczenia dla swoich obecnych reakcji i zachowań wobec pacjentów, a także spostrzegania własnej roli w pomaganiu chorym. Podnosi to efektywność ich pracy i zapobiega wypaleniu¹⁸. Osobom interweniującym należy zawsze zapewnić wsparcie zespołu i możliwość superwizji, w ostateczności możliwość dłuższych przerw w pracy z poważnie czy terminalnie chorymi.

Bibliografia

- Aguilera, D. C., Messick, J. M. (1986). *Crisis Intervention*. Saint Louis: Mosby.
- Berezowska-Pogoń, J. (2003). Zastosowanie techniki EMDR w pracy z pacjentami kardiologicznymi. *Sztuka Leczenia*, 3–4, 77–86.
- Berezowska-Pogoń, J. (2007). Pacjent i psycholog w obliczu nowej rzeczywistości szpitalnej w ramach zreformowanej służby zdrowia. *Zeszyty Interwencji Kryzysowej*, 9, 156–158.
- Berezowska-Pogoń, J. (2009). Niepublikowany tekst referatu „Wołające ciało”, IX Ogólnopolska Konferencja Ericksonowska, Poznań.
- Collins, B. G., Collins, T. M., red. (2005). *Crisis and Trauma: Developmental-Ecological Intervention*. Boston: Lahasha Press Houghton Mifflin.

¹⁷ Często pacjenci daremnie poszukują informacji, gdzie dokładnie się udać, kiedy i jak zarejestrować, czy i jak szukać innych możliwości finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

¹⁸ Osobiste zaangażowanie i nadidentyfikacja ze strony interweniujących uważa się za zwyczaj za pułpkę i błąd w oddziaływaniu. W wypadku pacjenta Leszka P. zaangażowanie osoby interweniującej i bliska relacja z pacjentem okazały się ważne dla przełamania jego obronności i zdolności do świadomej konfrontacji z własną poważną sytuacją zdrowotną; potwierdza to rolę elastyczności i dopasowania strategii do indywidualnych właściwości chorego i sytuacji choroby (tzw. przewaga roli / sytuacji kryzysu nad strategiami interwencji).

- Frankl, V. (1984). *Homo patiens*. Warszawa: PAX.
- Heszen-Niejodek, I. (2005). Teoria stresu psychologicznego i radzenia sobie. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki. T. 3, Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej* (s. 465–492). Gdańsk: GWP.
- Hoff, L. A. (1995). *People in Crisis: Understanding and Helping*. Redwood City: Addison-Wesley.
- Jacob, E. J., Collins, T. M. (2005). Chronic and Terminal Illness. W: B. G. Collins, T. M. Collins (red.), *Crisis and Trauma. Developmental-Ecological Intervention* (s. 280–318). Boston: Lahasha Press Houghton Mifflin.
- James, R. K., Gilliland, B. E. (2004). *Strategie interwencji kryzysowej*. Warszawa: Wydawnictwo PARPA.
- Kubacka-Jasiecka, D. (1997). Z psychologii kryzysu. W: D. Kubacka-Jasiecka, A. Lipowska-Teutsch (red.), *Oblicza kryzysu psychologicznego i pracy interwencyjnej* (s. 280–318). Kraków: Wydaw. ALL.
- Kubacka-Jasiecka, D. (2002). Od stresu do kryzysu – kryzys emocjonalny jako zagrożenie tożsamości. W: I. Heszen-Niejodek (red.), *Teoretyczne i kliniczne problemy radzenia sobie ze stresem* (s. 77–108). Poznań: Wydaw. Stowarzyszenie Psychologia i Architektura.
- Kubacka-Jasiecka, D. (2003). Interwencja kryzysowa z perspektywy psychosocjokulturowego paradygmatu kryzysu. W: D. Kubacka-Jasiecka, K. Mudyń (red.), *Kryzys, interwencja i pomoc psychologiczna. Nowe ujęcia i perspektywy* (s. 146–175). Toruń: Wydaw. Adam Marszałek.
- Kubacka-Jasiecka, D. (2006). Funkcjonowanie emocjonalne kobiet po mastektomii z perspektywy rozważań nad wzorem zachowania typu C (WZC). *Sztuka Leczenia*, 3–4, 41–48.
- Kubacka-Jasiecka, D. (2007). Interwencja kryzysowa. W: H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna*, t. 2 (s. 244–272). Warszawa: Wydaw. Nauk. PWN.
- Kubacka-Jasiecka, D. (2010a). *Interwencja kryzysowa. Pomoc w kryzysach psychologicznych*. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.
- Kubacka-Jasiecka, D. (2010b). Kryzysy zdrowia a możliwości zmagania się z cierpieniem choroby somatycznej, *Sztuka Leczenia*, 1–2, T. XX, 101–140.
- Kübler-Ross, E. (1979). *Rozmowy o śmierci i umieraniu*. Warszawa: PAX
- Lindemann, E. (1944). Symptomatology and Management of Acute Grief. *American Journal of Psychiatry*, 101, 141–148.
- Mausch, K. (2000). Stan psychiczny a funkcjonowanie układu immunologicznego w badaniach empirycznych. *Sztuka Leczenia*, 3, 41–44.
- Moos, R. H., Schaeffer, J. A. (1968). *The Crisis of Physical Illness*. New York: Plenum Press.
- Motyka, M. (2002). *Psychoterapia elementarna w opiece ogólnomedycznej*. Kraków: Wydaw. UJ.
- Ogińska-Bulik, N. (2009). *Osobowość typu D. Teoria i badania*. Łódź: Wydaw. Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej.
- Płużek, Z. (1997). Kryzysy psychologiczne i rodzaje kryzysów osobowościowych. W: D. Kubacka-Jasiecka, A. Lipowska-Teutsch (red.), *Oblicza kryzysu psychologicznego i pracy interwencyjnej* (s. 31–43). Kraków: Wydaw. ALL.
- Pollock, J., Levy, Sh. (1993). Przeciwpzrzeniesienie a odstąpienie od zgłaszania przypadków nadużywania i zaniedbywania (Child Abuse and Neglect, 1989, vol. 19). W: A. Lipowska-Teutsch (red.), *Ofiary istnieją. Antologia* (s. 111–113). Kraków: Wydaw. Ośrodka Pomocy i Interwencji Kryzysowej UJ i AM.

- Sęk, H. (1971). Wybrane zagadnienia psychoprofilaktyki. W: H. Sęk (red.), *Społeczna psychologia kliniczna* (s. 472–503). Warszawa: PWN.
- Sęk, H., red. (2007). *Psychologia kliniczna*, t. 1, 2, Warszawa: Wydaw. Nauk. PWN.
- Simonton, O. C., Matthews-Simonton, S., Creighton, J. L. (1993). *Triumf życia. Jak pokonać raka? Wskazówki dla pacjentów i ich rodzin*. Warszawa: Wydawnictwa Medyczne.
- Taylor, S. E. (1984). Przystosowanie do zagrażających wydarzeń. *Nowiny Psychologiczne*, 6–7, 15–38.
- Taylor, S. E., Sherman, D. K. (2007). Psychologia pozytywna i psychologia zdrowia: owocny związek. W: P. A. Linley, S. Joseph (red.), *Psychologia pozytywna w praktyce* (s. 193–212). Warszawa: Wydaw. Nauk. PWN.
- Tylka, J. (2000). *Psychosomatyka. Wybrane zagadnienia z teorii i praktyki*. Warszawa: Wydaw. UKSW.
- Wrześniewski, K. (1993). *Styl życia a zdrowie. Wzór zachowania A*. Warszawa: Wydaw. Instytutu Psychologii PAN.
- Wrześniewski, K. (2005a). Medycyna psychosomatyczna i behawioralna. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki. T. 3, Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii społecznej* (s. 450–454). Gdańsk: GWP.
- Wrześniewski, K. (2005b). Psychologiczne uwarunkowania powstawania i rozwoju chorób somatycznych. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki. T. 3, Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii społecznej* (s. 493–512). Gdańsk: GWP.
- Yalom, I. D. (1980). *Existential Psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Zimbardo, P., Boyd, J. (2009). *Paradoks czasu*. Warszawa: Wydaw. Nauk. PWN.