

NADZIEJA MATKĄ ZDROWYCH

■ Maciej Skibiński

■ *Artykuł w wersji skróconej ukazał się w „Charakterach” 9/2004*

W swojej pracy z osobami przewlekle chorymi, zwłaszcza w sytuacjach znaczącego zagrożenia śmiercią, zauważałem u nich oznaki silnego dystresu emocjonalnego. Pytani o samopoczucie odpowiadali, że boją się śmierci (co wydaje się oczywiste). Indagowani o to, czego konkretnie boją się w związku z tym doświadczeniem, mówili o obawie przed wiecznym potępieniem (cytat: „boję się, że będę się smażył w piekle przez całą wieczność”). Moje osobiste doświadczenia z pracy terapeutycznej są podobne do doświadczeń innych terapeutów pracujących według programu Simontona – niezdrowe przekonania fundamentalne (duchowe, religijne, filozoficzne, egzystencjalne) mogą spowodować najsilniejszy ból emocjonalny, jakiego jest w stanie doświadczyć jednostka ludzka (1; 8). W tym szczupłym opracowaniu nie ma miejsca na dokładne omawianie wpływu poziomu stresu i negatywnych lub pozytywnych emocji na przebieg choroby i/lub procesu zdrowienia oraz jakość życia chorych – w dużym skrócie: im więcej w życiu człowieka spokoju, radości, poczucia spełnienia i sensu życia, tym wyższa jakość życia i prawdopodobieństwo wyzdrowienia (5; 6; 2; 4). Prawidłowości te szczegółowo opisywane są w dziale psychosomatyki zwanym psychoneuroimmunologią (zainteresowanym polecam artykuł dr Mariusza Wirgi „Teoria, biologia i terapia w psychoneuroimmunologii” na www.simonton.pl lub www.psychoonkologia.pl).

Podsumowując: Pomaganie pacjentom w radzeniu sobie ze dystresem wynikającym z przekonań fundamentalnych wspomaga proces ich zdrowienia.

Pojęcia duchowości i nadziei

Każdy z autorów poruszających kwestie duchowości podaje własną definicję tego pojęcia, najlepszym więc wyjściem wydaje się sięgnięcie po prace przeglądowe, w których uwypuklono elementy wspólne, poruszane przez różnych badaczy.

Najpełniejszą definicję podaje Ruth Tanyi, opartą o publikacje na temat duchowości z ostatnich 30 lat:

„Duchowość jest to osobiste poszukiwanie znaczenia i celu w życiu, które może, ale nie musi być związane z religią. Ma ona związek z wybranymi przez siebie lub religijnymi przekonaniami, wartościami i praktykami, które nadają życiu znaczenie, co inspiruje i

motywuje jednostki do osiągnięcia optymalnego poziomu istnienia. Związek ten daje wiarę, nadzieję, spokój i poczucie siły. Wynikiem tego jest radość, przebaczenie sobie i innym, świadomość i akceptacja trudności i śmiertelności, podwyższone poczucie dobrostanu fizycznego i emocjonalnego oraz zdolność do przekraczania ograniczeń swojej egzystencji” (7).

Obszary funkcjonowania, w których najczęściej przejawia się duchowość, to samoświadomość, efektywne radzenie sobie ze stresem, relacje i poczucie łączności z innymi, wiara, poczucie siły i zaufania (składa się nań brak stresu związanego z finansami, poczucie autonomii, samoocena, radość i wewnętrzny spokój, poczucie godności, poczucie wartości osobistej, wypełnianie życiowego powołania oraz wola życia) oraz życie pełne znaczenia i nadziei (8).

Najprostszą i jednocześnie najbardziej otwartą definicję nadziei podaje Carl Simonton: jest to przekonanie, że rzeczy pożądane mogą być osiągnięte niezależnie od znikomości prawdopodobieństwa ich osiągnięcia (5;6). W przełożeniu na sytuację człowieka chorego oznacza to przekonanie „mogę wyzdrowieć niezależnie od tego, jak bardzo jestem chory”, a nie przekonania typu „muszę wyzdrowieć” lub „wyzdrowieję na pewno”, a tym bardziej „nie mam szans na wyzdrowienie”.

Wpływ duchowości i nadziei na zdrowie i procesy zdrowienia Ze względu na specyfikę mojej pracy (Klinika Chorób Zakaźnych w Poznaniu), ograniczę się tutaj do omówienia wpływu duchowości na zdrowienie pacjentów przewlekle chorych zakaźnie. Pojawia się coraz więcej dowodów na to, że duchowość sprzyja zdrowiu (9).

W 2002 roku opisano związek długości życia osób zakażonych HIV z czterema czynnikami: poczuciem spokoju, wiarą w Boga, praktykami religijnymi oraz współczującym (nieoceniającym) spostrzeganiem innych ludzi. W badaniach okazało się, że osoby spokojne, wierzące, uczestniczące w praktykach religijnych i nieoceniające innych żyją znacznie dłużej niż pozostałe. Inne czynniki sprzyjające długotrwałemu przeżyciu osób HIV pozytywnych to niski poziom stresu, wysoki poziom nadziei, wsparcie społeczne, zachowania prozdrowotne i nastawienie altruistyczne(10).

W innych badaniach wykazano z kolei, że im lepsze funkcjonowanie osób HIV pozytywnych na poziomie duchowym (zmierzone przy pomocy Spiritual Well-Being Scale), tym lepsze funkcjonowanie na poziomie poznawczym i społecznym, a objawy i postępy choroby są mniej nasilone (11).

W USA obawiano się, że aktywne duchowo i religijnie HIV pozytywne Afroamerykanki mogą zaniedbywać leczenia na rzecz życia duchowego. Obawa okazała się bezpodstawna, wysoki poziom rozwoju duchowego sprzyjał regularnemu korzystaniu z

podstawowych źródeł opieki medycznej (12)

Opisano również wzajemne relacje pomiędzy duchowością a nadzieją – duchowość stymuluje nadzieję, a nadzieja sprzyja spostrzeganiu stanu swojego zdrowia w lepszym świetle (13).

Własne doświadczenia kliniczne we wzmacnianiu nadziei u pacjentów chorych

zakaźnie Część pacjentów po zapoznaniu się z diagnozą choroby zagrażającej życiu ma przekonania typu „moja choroba jest nieuleczalna, zostało mi tylko X dni/tygodni/miesięcy/lat życia”. Zdecydowanie uspokajająco działa na nich podanie rzetelnych informacji dotyczących prawdopodobieństwa całkowitego wyleczenia infekcji (np. wirusowego zapalenia wątroby typu C) lub utrzymywania jej pod kontrolą przy pomocy odpowiednich leków (HIV). Kolejna ważna dla nich informacja dotyczy tego, że na podstawie statystycznych danych dotyczących rokowań i przeżywalności nie da się przewidzieć losu jednostki (przykład: przeciętna kobieta w Polsce, w wieku rozrodczym rodzi 1,5 dziecka – proszę mi taką pokazać). Nadzieję wzmacniają też opowieści o dawniejszych pacjentach Kliniki, którzy pojawili się w podobnym stanie (wychudzenie), a opuścili szpital jako „grubasy” – najskuteczniejsze jest jednak osobiste spotkanie takiego „wzoru do naśladowania” w ramach grupy wsparcia lub na terenie kliniki.

Duchowy wymiar terapii według programu Simontona Program Simontona nie jest terapią „zamiast” klasycznego leczenia medycznego, jest metodą uzupełniającą.

Podstawowym celem jego stosowania jest poprawa jakości życia przewlekle chorych pacjentów i ich bliskich – poprzez poprawę funkcjonowania emocjonalnego i poprawę komunikacji na linii chory – bliscy oraz chory – personel medyczny. Program jest oparty o poznawczo – behawioralny model psychoterapii Maultsby’ego zwany Racjonalną Terapią Zachowania (stąd w tekście tyle nawiązań do przekonań pacjentów – według założeń tego podejścia zmiana przekonań powoduje zmianę emocji).

Duchową sferę człowieka budują tzw. przekonania fundamentalne, dotyczące ludzkiej natury, natury wszechświata lub Siły Wyższej, istoty życia, roli śmierci w życiu, istoty zdrowia i choroby czy wreszcie celu lub sensu życia (przeznaczenia). Zdrowe przekonania fundamentalne dają spokój, radość, poczucie głębokiego spełnienia i sensu, co sprzyja też zdrowiu na poziomie somatycznym.

Mając zdrowe przekonania możemy odpowiedzieć twierdząco na co najmniej 3 z 5 pytań: Czy moje przekonania są oparte na faktach (w przypadku fundamentalnych rzadko – wynikają one raczej z wiary niż poznania)? Czy moje przekonania chronią moje życie i zdrowie? Czy pomagają w osiągnięciu bliższych i dalszych celów? Czy pomagają mi w

unikaniu lub rozwiązywaniu niechcianych konfliktów? Czy pozwalają mi czuć się, tak jak chcę się czuć?

Niezdrowe przekonania fundamentalne można zmienić, tak jak każde inne (6; 14).

Przytoczone na początku artykułu przekonanie (będę się smażył w piekle) jednego z moich podopiecznych było dla niego niezdrowe. Jak sądzisz, drogi Czytelniku, czym można je zastąpić?

Metafizyka a fizjologia Sfera duchowa jest niedostępna dla poznania empirycznego.

Jedyne, co możemy badać, to ludzkie przekonania na temat duchowości i subiektywne jej przejawy. W związku z tym rodzi się pytanie o istnienie sfery metafizycznej – odpowiedź na nie jest kwestią wiary, a nie wiedzy.

Niezależnie od tego, czy czuwa nad nami jakaś Siła Wyższa (jakkolwiek ją pojmujemy), wyniki cytowanych badań wyraźnie pokazują, że ludzie mający przekonanie, że są otoczeni opieką tejże siły, że ich życie ma cel i sens, a każde doświadczenie, nawet śmiertelna choroba, ma swoje znaczenie w życiu, żyją zdrowiej w każdym wymiarze egzystencji – duchowym, psychologicznym i fizycznym.

Literatura

1. *Simonton, C. (2003). niepublikowany tekst wystąpienia na seminarium w Sopotcie, 19.10.2003*
2. *Mausch, K. Interwencje psychologiczne i ich immunologiczne konsekwencje. Psychiatria Polska, 2002, 35(6), 945-52*
3. *Ader, R, Cohen, N. & Felten, D. Psychoneuroimmunology: Interactions between the nervous system and the immune system. Lancet 1995, Vol. 345, 99-103*
4. *Bower, B. Questions of mind over immunity. Science News, 4/6/91, Vol. 139 Issue 14, p216, 2p*
5. *Simonton C., Matthews - Simonton S., Creighton J. L. Triumf życia. Wyd. Medyczne Med Tour Press International, Warszawa 1993*
6. *Simonton, C., Henson, R., Hampton, B. Jak żyć z rakiem i go pokonać. Wyd. Ravi, Łódź 2003*
7. *Tanyi, R. A. Towards clarification of the meaning of spirituality, J Adv Nurs, Sep 2002; 39(5): 500-9*
8. *Lin, H.-R., Bauer-Wu, S. M. (2003) Psycho-spiritual well-being in patients with advanced cancer: an integrative review of the literature. J Adv Nurs 44(1), 69-80*
9. *Coyle, J. Spirituality and health: towards a framework for exploring the relationship between spirituality and health. Volume 37 Issue 6 Page 589 - March 2002*

10. Ironson G, Solomon GF, Balbin EG, O'Cleirigh C, George A, Kumar M, Larson D, Woods TE. *The Ironson-woods Spirituality/Religiousness Index is associated with long survival, health behaviors, less distress, and low cortisol in people with HIV/AIDS. Ann Behav Med. 2002 Winter;24(1):34-48.*
11. Coleman CL. *Spirituality and sexual orientation: relationship to mental well-being and functional health status. J Adv Nurs. 2003 Sep;43(5):457-64*
12. Woodard EK, Richard S. *God in control: women's perspectives on managing HIV infection. Clin Nurs Res. 2002 May;11(2):126-9.*
13. Heinrich CR. *Enhancing the perceived health of HIV seropositive men. West J Nurs Res. 2003 Jun;25(4):367-82.*
14. Maulsby M. C., *Racjonalna terapia zachowania. Fundacja „ALTERNA”. Poznań 1992.*