

Marlena Rynkiewicz, Jan Czernicki

## **Problemy psychospołeczne osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych**

Z Kliniki Rehabilitacji i Medycyny Fizykalnej I Katedry Rehabilitacji  
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

*Celem pracy jest przegląd piśmiennictwa dotyczącego występowania problemów psychospołecznych oraz związków między występowaniem przewlekłych chorób, niepełnosprawności a zaburzeniami psychospołecznymi, niedostosowaniem społecznym oraz używaniem substancji psychoaktywnych przez osoby przewlekle chore i niepełnosprawne.*

*Przedstawiono przyczyny występowania zaburzeń psychologicznych i społecznych u osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych. Opisane zostały zaburzenia psychiczne wynikające z uszkodzenia poszczególnych struktur mózgu. Przedstawiono zjawisko stresu traumatycznego, zakłóceń psychobiologicznych oraz homilopatii.*

*Autorzy wskazują konieczność dostrzegania problemów psychospołecznych osób niepełnosprawnych i chorych przewlekle w kontekście ich rehabilitacji. Traktowanie pacjenta jako podmiotu tego procesu jest jedną z podstawowych składowych skutecznej fizjoterapii. Tym samym potwierdzają słuszność założeń Polskiego Modelu Rehabilitacji*

*Słowa kluczowe: problemy psychospołeczne, niepełnosprawność, choroby przewlekle*

### **Psychosocial problems of the chronically ill and disabled**

*The aim of the study is a review of current literature on the prevalence of psychosocial problems and to raise awareness and skills of identification of associations between the presence of chronic illness, disability, and mental disorders, social neglect and drug use in the chronically ill and disabled.*

*Presented the causes of the psychological and social disorders in chronically ill and disabled. Psychiatric disorders have been described resulting from damage to different brain structures. Presented the phenomenon of the post – traumatic stress disorder, psychobiological disturbances and homilopathy.*

*The authors suggest the need to recognize the problems of disabled and chronically ill in the context of their treatment – rehabilitation. Treating the patient as a subject of this process is one of the fundamental components of effective physiotherapy. Thus confirm the validity of assumptions concerning the Polish Model of Rehabilitation.*

*Key words: psychosocial problems, disability, chronic illness*

Problemy psychologiczno-społeczne osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych są wynikiem nowej sytuacji, w jakiej przyszło im funkcjonować. Kowalik [13] przedstawił koncepcję, w której rozróżnił niepełnosprawność i dysfunkcjonalność; niepełnosprawność określił jako „utracaną sprawność organizmu, jego układów lub narządów, natomiast dysfunkcja to predyspozycja, któ-

ra wywołuje sytuację problemową, kiedy to nie jest zachowana równowaga pomiędzy warunkami zewnętrznymi, w których żyje człowiek a jego możliwościami” [13].

Możliwości danego człowieka, zdolność pełnienia ról społecznych, sprawność fizyczna, szeroko rozumiane pojęcie zdrowia zajmuje wysokie miejsce w hierarchii wartości każdego społeczeństwa.

W procesie socjalizacji jednostka przenosi te wartości tak, że stają się one podstawą samooceny. Dlatego też, wszelkiego rodzaju uszkodzenia somatyczne organizmu powodują bezpośrednio naruszenie obrazu własnego ciała, co w konsekwencji zaburza strukturę "ja" osoby niepełnosprawnej. Zaburzenie funkcjonowania społecznego wskutek niepełnosprawności jest bardzo ważnym elementem, który zmienia dotychczasowy obraz własnej osoby, a tym samym istotnie wpływa ujemnie na osobowość [4].

W wyniku organicznych uszkodzeń mózgu wywołanych między innymi przez choroby naczyń, urazy mózgu, stany zapalne, guzy mózgu czy zatrucia dochodzi do zaburzeń psychoorganicznych. Pojęcie zespół psychoorganiczny określa zaburzenia osobowości, procesów poznawczych oraz funkcji poznawczych, których wspólną cechą są m.in. zachowania antyspołeczne [16]. Dzięki nowoczesnym sposobom obrazowania mózgu jest możliwe ustalenie zależności między lokalizacją uszkodzenia, a rodzajem zaburzeń zachowania [16]. Uszkodzenie kory przedczołowej, ciała migdałowatego i hipokampa zaburza elementy poznawcze w procesie rozumowania moralnego oraz składnik emocjonalny, czego wynikiem są problemy w rozróżnieniu dobra i zła [16]. Uczucia moralne pośredniczą między elementem poznawczym a behawioralnym, dlatego też uszkodzenia tego połączenia są przyczyną zachowań agresywnych oraz antyspołecznych [16].

Poza schorzeniem, które stanowi główną przyczynę niepełnosprawności, wiele osób cierpi na dodatkowe współwystępujące dolegliwości jako tzw. zaburzenia somatopsychiczne, kiedy to zaburzenia psychiczne pojawiają się jako objawy wtórne do zaburzeń somatycznych, np: nadpobudliwość, rozdrażnienie, złe samopoczucie i przygnębienie. Inną grupę stanowią zaburzenia psychosomatyczne, w których objawy somatyczne są wtórne do objawów psychicznych, np.: bezsenność, brak apetytu, kołatanie serca oraz trudności w oddychaniu [10].

Kiedy człowiek spotyka się z niecodziennym, wychodzącym poza zwykłe jego doświadczenie zdarzeniem, z którym nie jest w stanie sobie poradzić, ani nie jest w stanie kontrolować rozwoju sytuacji, której wynikiem jest nieoczekiwana niepełnosprawność, punktem zwrotnym zaistniałej sytuacji jest normalna ludzka reakcja na skrajnie urazowe doświadczenie – kryzys [4].

W piśmiennictwie pojęcie opisujące ten rodzaj kryzysu to stres, incydent krytyczny, trauma-

tyczny [1, 13]. Mianem incydentu krytycznego określa się wydarzenie o takiej sile, która jest w stanie przełamać umiejętność skutecznego radzenia sobie ze stresem [1, 13]. Zaburzenia po stresie traumatycznym pojawiają się jako następstwa przeżyć zagrażających życiu. U osób cierpiących na zaburzenia po stresie traumatycznym (PTSD – Post – Traumatic Stress Disorder) występują dodatkowo inne zaburzenia psychiczne, takie jak: depresja, nadużywanie substancji psychoaktywnych (np. alkoholu), zaburzenia pamięci oraz funkcjonowania poznawczego; zaburzenie to pogarsza zdolność jednostki do funkcjonowania w życiu społecznym i rodzinnym [13, 14].

Reakcja na incydent krytyczny to proces obejmujący takie fazy, jak: wybuch emocjonalny, faza zaprzeczania, faza intruzji, faza przepracowania oraz faza zakończenia [13]. Każdą fazę tego procesu charakteryzuje szerokie spectrum objawów w obszarze poznawczym, emocjonalnym i behawioralnym oraz określone reakcje somatyczne [1].

Wybuch emocjonalny nazywany jest fazą krzyku, która występuje bezpośrednio po zdarzeniu stresowym. Dominują wtedy takie emocje, jak: wściekłość, smutek i strach.

Faza zaprzeczania charakteryzuje się zmniejszeniem aktywności, wypieraniem oraz ignorowaniem zagrożeń i strat. Natomiast faza intruzji, w przeciwieństwie do zaprzeczenia, cechuje się zwiększeniem aktywności, następuje stałe pobudzenie i kompulsje nacechowane stałą czujnością i paniką.

W fazie przepracowania kontrola myśli, uczuć oraz związków międzyludzkich stopniowo poprawia się tak, aby w końcowym etapie fazy zakończenia nastąpiło całkowite uwolnienie od traumy – koniec aktywnych faz przetwarzania informacji i zdarzeń życiowych [1, 13].

W ostatnich latach wyłonił się dział badań w dziedzinie psychiatrii i psychologii dotyczący wpływu nasilonego stresu na ludzką psychikę [14]. Określany jest on jako stres środowiskowy, katastroficzna trauma, traumatyczny stres [1]. Pogląd, że stres określany obecnie najczęściej jako traumatyczny może powodować głębokie i trwałe zmiany funkcjonowania psychologicznego i fizjologicznego jest już dobrze ugruntowany przez koncepcje teoretyczne i badania empiryczne prowadzone w tym obszarze [14].

Van der Kolk [19] specyficzne psychobiologiczne zakłócenia w zespole stresu pourazowego odnosi do skutków:

- funkcjonowania psychofizjologicznego,
- wydzielania neuroprzekazników,

- pamięci,
- neuroanatomicznych.

W obszarze zakłóceń psychofizjologicznych występują nasilone reakcje odruchowe na bodziec kojarzony z traumą oraz na nadwrażliwość na silne, ale neutralne bodźce wyrażające się m.in. w niemożności pohamowania reakcji na nagły bodziec dźwiękowy [14, 20].

Efekty neurohormonalne odnoszą się do oddziaływania cytokin prozapalnych na układ neuroendokryny, które są produkowane przez obwodowy lub centralny system nerwowy, prowadząc do aktywacji osi podwzgórze – przysadka – nadnercza i eliminacji tryptofanu – prekursora serotoniny – w wyniku aktywacji 2,3 dioksygenazy indolowej (IDO), enzymu przekształcającego tryptofan w kinureninę [14].

Zmiany pamięci obejmują amnezje oraz hipermnezje. Charakterystyczne zjawiska dotyczące pamięci mają związek z poziomem neurohormonów we krwi oraz płynie mózgowo-rdzeniowym: noradrenaliny, wazopresyny, oksytocyny i endogennych opiatów [14, 20].

Skutki neuroanatomiczne obejmują: spadek efektywności hipokampa, pobudzenie ciała migdałowatego podczas wspomnień, pobudzenie obszarów sensorycznych prawej półkuli, spadek aktywacji ośrodka Broca podczas hipermnezji (*flashbacks*), zaznaczoną lateralizację aktywności prawej półkuli podczas aktywacji traumatycznych wspomnień [14, 21].

W piśmiennictwie psychiatrycznym, niezależnie od klasyfikacji chorób psychicznych, wyodrębniany jest typ zaburzeń osobowości określany jako homilopatia [9].

Homilopatia (gr. *homilejn* – obcować) – to nieprawidłowy rozwój osobowości wskutek niepełnosprawności lub przewlekłej choroby somatycznej spowodowany czynnikami utrudniającymi lub uniemożliwiającymi prawidłowe funkcjonowanie w środowisku lub zakłócające relacje pomiędzy jednostką a społeczeństwem [5, 7].

Homilopatia jest wynikiem różnego typu niepełnosprawności, np.: wrodzonymi wadami fizycznymi (skrzywienie kręgosłupa, wady serca, wargi zajęcza itd.), brzydota (wrodzona albo nabyta w wyniku wypadku, oparzeń itp.), przewlekłą chorobą somatyczną (dychawica oskrzelowa, choroba reumatyczna, schorzenia układu krążenia).

U osób niepełnosprawnych mogą powstać zaburzenia osobowości jako rezultat niesprzyjających warunków środowiskowych, np. ciągłego przeżywania skutków swojej niepełnosprawności

w obcowaniu z odrzucającym oraz często wręcz okrutnym środowiskiem [4, 6, 7].

Osobowość homilopatyczną charakteryzuje niewiara we własne możliwości, obniżona samoocena (często kompleks niższości), nadwrażliwość, nieufność, zaburzony obraz własnej osoby, zmienność nastroju, nadmierna koncentracja na „ja”, przypisywanie otoczeniu wrogich zamiarów (czasem nastawienie urojeniowe), postawa cierpiętnicza i męczeńskiego godzenia się z losem, a w stosunku do środowiska – zachowania złośliwe, agresywne lub nawet antyspołeczne [5].

Większość badaczy stwierdza odmienną psychikę niepełnosprawnych oraz ich trudności w przystosowaniu psychicznym i społecznym, a zwłaszcza ograniczenia w prawidłowym funkcjonowaniu w różnych rolach społecznych, m. in. rodzinnych, zawodowych, seksualnych, towarzyskich itp. [6, 14].

Istnieją hipotezy związku niemożności pełnienia ról społecznych, przebytych zdarzeń traumatycznych oraz stresu z piciem alkoholu i rozwojem uzależnień [3]. Najpopularniejsza to koncepcja „samoleczenia”, według której początkowo jest stosowany alkohol lub inne substancje psychoaktywne w celu radzenia sobie z objawami, co przyczynia się do rozwoju uzależnienia [3].

Objawy PTSD oraz podatność na ich wystąpienie związane są z deficytami w przetwarzaniu informacji, z reaktywnością na stres oraz ze zmianami na poziomie hormonalnym [2]. Badania neurobiologiczne nad PTSD oraz działaniem substancji psychoaktywnych dowodzą, że przyjmowanie substancji psychoaktywnych, takich jak: alkohol, benzodiazepiny czy opiaty stają się w krótkim czasie silnym negatywnym wzmocnieniem, ponieważ umożliwiają uniknięcie przykrych emocji [2]. Jednakże długotrwałe przyjmowanie prowadzi do podtrzymania i nasilenia objawów związanych ze stresem [2].

Zaburzenia procesów psychomotorycznych, biochemicznych i metabolicznych, których bezpośrednią przyczyną jest alkohol, są odpowiedzialne za wiele społecznych konsekwencji konsumpcji alkoholu [20]. Nie oznacza to jednak, że wystarczają one dla przewidywania i wyjaśnienia tych konsekwencji. Najłatwiej jest analizować farmakologiczne skutki picia alkoholu, ponieważ ich efekty można opisać w języku biologii. Sprawa komplikuje się, jeśli badania wykraczają poza nauki podstawowe [20].

Występowanie uzależnienia od alkoholu oraz zdarzeń traumatycznych i PTSD jest poważnym problemem zdrowotnym na poziomie jednostko-

wym i społecznym, ponieważ może wpływać negatywnie na przebieg leczenia, uniemożliwić powrót do zdrowia i być przyczyną chorób związanych z uzależnieniem, takich jak: uszkodzenia narządów mięszzowych, przewodu pokarmowego oraz serca [2].

Jednakże to, czy dana osoba będzie piła lub uzależni się od innych substancji pod wpływem stresu, zależy od wielu czynników, w tym od zachowań jednostki związanych z piciem, oraz oczekiwań dotyczących wpływu alkoholu na stres, intensywności i typu stresora, indywidualnego poczucia kontroli nad czynnikiem stresującym, zakresu stosowanych sposobów radzenia sobie ze stresem oraz od dostępności wsparcia społecznego, pełniącego rolę „bufora” chroniącego przed negatywnymi skutkami stresu [10, 21].

Obecnie coraz częściej są organizowane konferencje oraz szkolenia dotyczące problemów społecznych i psychologicznych osób niepełnosprawnych, m.in. III Międzynarodowa Konferencja Naukowa z cyklu: Specjalne potrzeby edukacyjne na temat: Psychospołeczne funkcjonowanie osób niepełnosprawnych zorganizowana w Ustroniu w dniach 12 – 14 listopada 2008 r. Celem tych konferencji jest podnoszenie jakości udzielanej pomocy oraz jakości życia osób niepełnosprawnych i ich rodzin.

Osoby przewlekle niepełnosprawne nie należy traktować jako przedmiotu oddziaływań, czynności czy zabiegów leczniczych i rehabilitacyjnych, ale jako podmiot tego procesu. Podejście takie umożliwi osobie niepełnosprawnej podjęcia aktywności i współodpowiedzialności za postępy w leczeniu i rehabilitacji. Wypada dostrzegać związki między psychospołecznymi problemami przeżywanymi przez niepełnosprawnych, a obrazem siebie oraz tendencją do kierowania własnym życiem lub biernego poddawania się losowi. Aby lepiej i efektywniej pomagać osobom niepełnosprawnym, powinno się je lepiej poznać i zrozumieć.

## PIŚMIENNICTWO

1. Cohen de Lara-Kroon N., van den Borkof R., Lis – Turlejska M., *Procedury debriefingu dla pracowników pomocy humanitarnej*. Nowiny Psychologiczne, 2001, 1, 37–58.
2. Dragan M., *Doświadczenia traumatyczne a uzależnienie od alkoholu*. Wyd. Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2008.
3. Dragan, M., Lis-Turlejska, M. *Prevalence of posttraumatic stress disorder in alcohol dependent patients in Poland*. *Addictive Behaviors*, 5, 2007, 902–911.
4. Gilliland B. E. & James R. K., *Crisis intervention strategies*. Brooks/Cole Publishing 1993.
5. Hulek A., Larkowa H.: *Problemy psychologiczne w rehabilitacji inwalidów*. PZWL, Warszawa 1974,3.
6. Jakubik A.: *Mit osobowości pogranicznej* [w:] *Studia z psychologii* (red.: Grochowska A., Jakubik A., Marcysiak I. M., Siek S., Strzałecki A., Terelak J.) Wyd. ATK, Warszawa 1996, 303–316.
7. Jakubik A.: *Zaburzenia osobowości*. PZWL, Warszawa 1997.
8. Jakubik A.: *Osobowość aleksytymiczna* [w:] *Wokół psychologii osobowości* (red. Grochowska A.) UKSW, Warszawa 2002,65–73.
9. Jakubik A.: *Osobowość homilopatyczna*, *Zeszyty Naukowe*. Wyd. Wyższej Szkoły Suwalsko-Mazurskiej 2002, 2, 2, 53–60.
10. Jennison, K.M. *The impact of stressful life events and social support on drinking among older adults: A general population survey*. *International Journal of Aging and Human Development* 1992, 35, 2, 99–123.
11. Kawczyńska- Butrym Z., *Rodziny osób niepełnosprawnych*. Raport z badań. Wyd. IFiS PAN, Warszawa, 1994.
12. Kowalik S.: *Wybrane psychospołeczne problemy niepełnosprawności i rehabilitacji* [w:] *Spoleczna psychologia kliniczna* (red. Sęk H.) PWN, Warszawa 1991, 446–471.
13. Kowalik S. *Psychospołeczne podstawy rehabilitacji osób niepełnosprawnych*. Interart, Warszawa 1999.
14. Lis-Turlejska M.: *Psychologiczne konsekwencje traumatycznego stresu – współczesne kierunki badań*. *Nowiny Psychologiczne* 2000, 2, 25–38.
15. Lis-Turlejska M.: *Psychologiczne następstwa stresu traumatycznego*. [w:] *Psychologia kliniczna* (red. Sęk H.) Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
16. Radochoński M., Perenc A., Radochońska A.: *Neurobiologiczne uwarunkowania antyspolecznych zaburzeń zachowania*. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego* 2009, 4, 405–410.
17. Sadava, S.W., & Pak A.W. *Stress-related problem drinking and alcohol problems: A longitudinal study and extension of Marlatt's model*. *Canadian Journal of Behavioral Science* 1993, 25, 3, 446–464.
18. Szwarz K.: *Zmiany osobowości na skutek inwalidztwa*. WSPS, Warszawa 1985.
19. *The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding*, New Hope. WHO, Geneva 2001.
20. Van der Kolk, B.A. *The psychobiology of PTSD*. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1997, 58, 21–22.
21. Van der Kolk, B.A., McFarlane, A.C. *The black hole of trauma*. [w:] *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society* (red. van der Kolk B.A., McFarlane A.C., Weisaeth L.) New York: The Guilford Press, 1996.

Marlena Rynkiewicz  
pl. Hallera 1, IV DS, p. 104  
90-647 Łódź  
tel. 883-981-893  
marlenkie@o2.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 16 kwietnia 2010  
Zaakceptowano do druku: 1 czerwca 2010