

Mariola Żuk, Alicja Nasiłowska-Barud

Przeżywanie samotności przez człowieka chorego Próba analizy doświadczenia samotności u chorych z zaburzeniami funkcji psychicznych w następstwie uszkodzenia mózgu

Experiencing loneliness by a sick person. An attempt to analyse experiencing loneliness by sick persons with psychical functions disturbances as a result of brain damage

Zakład Psychologii Klinicznej, Akademii Medycznej w Lublinie,
Kierownik: dr hab. n. med. Alicja Nasiłowska – Barud

Podejmując rozważania o samotności należy poświęcić trochę miejsca rozróżnieniu między samotnością a osamotnieniem.

Samotność według określeń słownikowych to życie w odosobnieniu, bez rodziny, bez towarzystwa innych osób (3, 12). w obiegowym znaczeniu samotność jest utożsamiana z beżennością (9, 10). Życie samotne człowiek na ogół wybiera. Do tego wyboru skłaniają wyższe wartości np. opieka nad innymi, praca naukowa, twórczość artystyczna, poświęcenie się służbie Bogu, albo po prostu ochota, by odpocząć od ludzi (8, 11, 13).

Osamotnienie to odczuwanie braku bliskich osób, opuszczenia przez innych. Jest następstwem przypadkowego zrzędzenia losu. Osamotnienie przychodzi nagle lub dzieje się stopniowo. Przydarza się gdy tracimy bliską osobę lub gdy powoli i systematycznie zanika psychiczna bliskość między ludźmi (3, 12, 10).

Samotność nie musi oznaczać osamotnienia. Będąc samemu można odczuwać serdeczną bliskość innych osób, ich życzliwość i zainteresowanie. Osamotnienie zaś może dotyczyć nawet

bardziej osób żyjących w społecznościach niż tych osobnych (2).

Osamotnienie jest subiektywnie doświadczanym stanem braku serdecznych więzi z innymi, poczuciem obcości, izolacji, trudności w kontaktach z otoczeniem. Stan ten oddziałuje destrukcyjnie na człowieka. Przynosi cierpienie, poczucie zagrożenia. Łączy się z przeżywaniem lęku, beznadziejności, apatii, obniżonym samopoczuciem i obniżoną samooceną. Skutkiem osamotnienia jest też negatywne nastawienie wobec innych ludzi, krytycyzm, nieufność, a także agresja. Te cechy wynikają z osamotnienia i są również jego przyczyną, bowiem typową odpowiedzią na wrogość jest wrogość, nie sympatia (1, 7)

Często osamotnienie jest następstwem nie spełniania wymagań społeczności. w różnych społecznościach istnieją określone obyczaje, wzory funkcjonowania. Kto się im nie podporządkuje, podlega wykluczeniu. Im więcej inności w człowieku tym bardziej bywa on separowany i osamotniony. Stąd bierze się osamotnienie chorych, niepełnosprawnych, starych, biednych i innych niedopasowanych.

Szczegól­n­ą samotno­ść i osamotnienie przeżywają osoby z zaburzeniami funkcji psychicznych w następstwie uszkodzenia mózgu.

Chorzy z uszkodzeniem mózgu s­ą w populacji w mniejszo­ści, poza norm­ą statystyczn­ą. Ich funkcjonowanie odbiega od powszechnego w populacji oraz nie jest zgodne z oczekiwaniami wi­ększo­ści os­ób. Nie spełnia zatem kryterium normy w znaczeniu spo­łeczno – kulturowym. Pod wieloma wzgl­ędami odbiega tak­że in minus od normy w rozumieniu teoretycznym. B­ęd­ąc innymi chorzy z uszkodzeniem mózgu s­ą nara­żeni na do­świadczanie samotno­ści i osamotnienia.

Skutki udarów, chor­ób nowotworowych, krwiaków, malformacji naczy­nio­wych, zatruc i innych jednostek chorobowych uszkodzających móz­g ujawniają si­e w porażeniach i niedowładach mięśni oraz w zaburzeniach sprawno­ści psychicznej. U chorych wyst­ępują zaburzenia świadomości i proces­ów poznawczych, emocji, motywacji oraz zmiany w strukturze osobowości. Jako­ść i g­ł­ęboko­ść zaburze­ń zale­ży od lokalizacji uszkodzenia móz­gu oraz jego rozległo­ści i charakteru (6, 14) Inny obraz dają pojedyncze zmiany ogniskowe takie jak np. krw­iak pourazowy, inny rozsiane, które np. s­ą przyczyn­ą zespoł­ów o­tepiennych. Niekiedy chorzy mają zaburzona orientac­ję we w­łasnej osobie, w czasie i w miejscu, nie zdają sobie sprawy, co i w jakim celu czynią. Trac­ą mo­żliwo­ści poznawania i interpretowania rzeczywisto­ści, gdy obni­ża si­e spo­strze­ganie w zakresie r­óżnych modalno­ści zmysłowych (słuch, wzrok, smak, węch, dotyk). Spotykamy chorych z zaburzeniami s­łuchu muzycznego, fonematycznego, z ubytkami w polu widzenia a­ż do tzw. ślepoty o­środkowej, chorych czuj­ących przykre zapachy, nie rozr­óżniających smak­ów i chorych, którzy nie czuj­ą r­óżnych cz­ęści swojego ciała, nie r­óżnicuj­ą dozna­ń z kontaktu z przedmiotami o r­óżnej fakturze czy kształcie.

Andrzej (32 lata), podczas jazdy samochodem przeżył zawał serca z zatrzymaniem kr­ążenia. Następstwem było uszkodzenia centralnego ukł­adu nerwowego, które obj­ęło kor­ę obydw­óch p­ł­ot­ów potylicznych, chory utracił mo­żliwo­ść spo­strzegania wzrokowego.

Bogdan (46 lat) kolejny raz trafił do szpitala skutkiem rzutu stwardnienia rozsianego. Jego choroba rozpoczęła si­e ponad dwadzie­ścia lat wcześniej. Pierwszym objawem była trudno­ść rozpoznania dotykiem przedmiot­ów, po które sięgał do kieszeni – nie wyczuwał r­óżnicy pomi­ędzy zapalniczk­ą a paczk­ą papieros­ów.

U chorych z organicznym uszkodzeniem móz­gu mo­że ulegać obni­żeniu pamięć i uczenie si­e, dzięki którym możliwe jest zdobywanie i korzystanie z do­świadczania. Czasem chorzy trac­ą dost­ę do informacji z pamięci trwa­łej, czasem nie s­ą w stanie zapami­ętywać nowych tre­ści, uczyć si­e nowych sposob­ów zachowania. Obserwuje si­e tez zaburzenia uwagi utrudniające lub uniemo­żliwiające selekcionowanie i kierunkowanie aktywno­ści. Zaburzenia myślenia dotycz­ą obni­żenia sprawno­ści operacji myślowych: analizy, syntezy, por­ównywania, abstrahowania, uog­ólniania oraz utrudnie­ń w wykorzystywaniu r­óżnych rodzaj­ów myślenia. Chorzy mają trudno­ści z planowaniem działa­ń i przewidywaniem skutk­ów swojego zachowania, cz­ęsto trac­ą zdolno­ść myślenia abstrakcyjnego a nawet konkretno – wyobra­zeniowego pozostając na poziomie senso – motorycznym. Należy si­e te­ż liczyć z obni­żeniem krytycyzmu i samodzielno­ści myślenia, sztywno­śc­ią myślenia i spowolnieniem.

Odbiór i interpretacja rzeczywisto­ści przez chorych z organicznym uszkodzeniem móz­gu jest zatem r­óżna od typowej. Ten fakt budzi poczucie odmierno­ści i wyłącza człowieka ze wspólnoty tzw. normalnych ludzi tak­że dlatego, że unie-

możliwia lub znacząco utrudnia wypełnianie zwyczajnych życiowych ról i codziennych czynności.

Dominika (56 lat) z wyższym wykształceniem, zamężna, matka dwóch synów, 22 i 17 lat. Przed pięcioma laty po raz pierwszy była leczona operacyjnie z powodu tętniaka mózgu. Później podobnym zabiegom była poddawana jeszcze dwukrotnie. Zaopatrywane były tętniaki obydwu tętnic czołowych mózgu. Następstwem choroby i leczenia był niedowład lewej strony ciała. Chora poruszała się na wózku inwalidzkim. Miała trudności z kontrolą swojego zachowania, z czego niekiedy zdawała sobie sprawę. U chorej obserwowano obniżony krytycyzm myślenia, słabą kontrolę afektu, obniżony zakres uwagi, obniżenie pamięci trwałej i świeżej. w mowie występowały trudności amnestyczne dotyczące nominacji. w myśleniu zaburzone było planowanie i przewidywanie. Pacjentka często zachowywała się bardzo poufale wobec osób z zespołu terapeutycznego w szpitalu, niestosownie żartowała. Skarżyła się na brak wpływu na życie rodzinne, na zły kontakt z mężem, niezadowolające relacje z synami. Czuła się bezradna wobec codziennych, domowych obowiązków. Niekiedy nie udawało jej się nawet zagotowanie wody w czajniku, ponieważ zaniedbywała włączenie go do kontaktu. Czuła się inna i bardzo samotna.

Najbardziej dramatyczna wydaje się sytuacja osób, które w następstwie organicznego uszkodzenia mózgu utraciły (albo mają znacznie ograniczoną) możliwość werbalnej komunikacji z otoczeniem. Są to chorzy z zaburzeniami afatycznymi. Jest wiele klasyfikacji tych zaburzeń. Najbardziej ogólnie dzieli się je na zaburzenia rozumienia mowy oraz zaburzenia wypowiedzenia się (ekspresji słownej). Mowę należy rozumieć w pełnym zakresie tego określenia jako mowę ustną, pisanie i czytanie. Mowa jest dla ludzi najbardziej typowym sposobem komunikowania się,

dlatego utratę tej sprawności osoby przeżywają najdotkliwiej. Gdy zdają sobie sprawę z trudności reagują silnymi negatywnymi emocjami, niekiedy same rezygnują z kontaktu, aby uniknąć konfrontacji ze stratą. Albo przeciwnie, dążą do wypracowania skutecznych kompensacyjnych sposobów porozumiewania się z innymi ludźmi.

Karol (40 lat) przed rokiem przebył rozległy, krwotoczny udar mózgu dotyczący lewej półkuli. w jego następstwie wystąpił niedowład prawej strony ciała i chory porusza się na wózku inwalidzkim. Zostały również zaburzone procesy poznawcze.: mowa, pamięć, myślenie, zwłaszcza operacje analizy i syntezy. w mowie dominujące były zaburzenia ekspresji – chory wypowiadał pojedyncze słowa, przede wszystkim rzeczowniki w mianowniku. Miał trudności z rozumieniem wypowiedzi o złożonej strukturze semantycznej. Zaburzone były leksja i grafia.. Pacjent dysponował bogatym repertuarem zachowań kompensacyjnych, chętnie z nich korzystał i ciągle doskonalił. Od psychologa oczekiwał terapii wspierającej, bardziej niż ukierunkowanej na reedukację zaburzeń. Miał silną potrzebę dzielenia się swoimi przemyśleniami, odczuciami, powracania do wspomnień. Mógł to robić, ponieważ posługiwał się bardzo wyrazistą i czytelną mimiką, gestykulacją, wykorzystywał niewerbalne reakcje wokalne oraz rysunek. Miał w tym znaczną łatwość, ponieważ przez wiele lat pracował na scenie – był muzykiem. Matka pacjenta zwróciła uwagę na dobre efekty pracy psychoterapeutycznej z pacjentem. Zauważyła, że zaczął z zainteresowaniem obserwować otoczenie, uporządkował swój program dnia, zadbał o utrzymanie higieny, dostosowanie stroju do okoliczności (wcześniej całe dni spędzał w bieliźnie osobistej, nie przebierał się, gdy szedł spać) Poniższe ryciny prezentują ilustracje, które pacjent wykonał do swoich wypowiedzi:

Ryc. 1 Ilustracja do opowiadania o samolotowych podróżach na koncerty zagraniczne.

Ryc. 2. Opowiadanie o relacjach z pacjentami z sali chorych. Jeden z nich miał nadmiernie rozmowną żonę. Pan Karol starał się unikać jej towarzystwa.

Ryc. 3. Prośba o wykonanie kontrolnego C.T. głowy, ponieważ badania wykonane po zachorowaniu i po sześciu miesiącach pokazały wycofywanie się zmian.

Ryc. 4 Pacjent informuje, że do domu chce wrócić prywatnym samochodem z kolegą, nie karetką.

Prawidłowe funkcjonowanie chorych z uszkodzeniami mózgu mogą utrudniać także zaburzenia emocjonalne (pochodzenia organicznego) takie jak: nadmiernie długo utrzymujący się nastrój, nastrój gniewny, obniżony lub podwyższony, labilność emocjonalna, trudności w panowaniu nad ekspresją emocji. Dla pewnego chorego zaburzenia emocjonalne nieomal nie stały się powodem odosobnienia w zakładzie karnym.

Piotr (45 lat) leczył się od wielu lat z powodu epilepsji. Napady epi związane były u niego z gwałtownymi zmianami nastroju, z nasileniem dysforii. Kiedyś sytuacja taka miała miejsce, gdy poruszał się miejską komunikacją. Rozdrażniła go jedna z pasażerek, więc zareagował fizyczną agresją. Konsekwencją było prowadzone przeciwko niemu postępowanie prokuratorskie.

Organiczne uszkodzenia mózgu mogą skutkować zmianami w strukturze osobowości. Zmieniają się potrzeby, obraz siebie, zdolności. Wśród potrzeb najsilniejsze stają się te z niższych pięter piramidy Maslowa. Gdy uporczywie domagają

się zaspokojenia potrzeby związane z popędami bardzo komplikuje to relacje rodzinne i małżeńskie. Jeżeli chory jest krytyczny zauważa nawet subtelne zmiany w swoim funkcjonowaniu – niepełnosprawność i związana z nią samoocena istotnie zmieniają obraz siebie. Osoby najczęściej są przekonane o swojej małej społecznej wartości, dlatego rezygnują z różnych obszarów życia, także z kontaktów towarzyskich.

Zmiany dotyczące zdolności najczęściej dotyczą ich utraty. Odnosi się to zarówno do zdolności ogólnej – inteligencji jak i zdolności szczegółowych np. muzycznych, plastycznych, matematycznych, konstruktorskich, organizacyjnych itp. Gdy osoba nie radzi sobie z obowiązkami zawodowymi konieczna staje się rezygnacja z pracy, a więc także z wielu relacji interpersonalnych.

Pomoc psychologiczna dla chorych z zaburzeniami funkcji psychicznych w następstwie uszkodzenia mózgu ukierunkowana jest na przywrócenie utraconych sprawności lub wypracowanie zachowań kompensacyjnych. Zawiera elementy psychoterapeutyczne ponieważ umożliwia chorym doświadczenie wspólnoty poprzez kontakt interpersonalny. Jest zatem ważna nawet wówczas, gdy nie przynosi widocznych i wymiernych efektów reedukacyjnych, ponieważ pomaga przełamać izolację i osamotnienie.

Słowa kluczowe: funkcje psychiczne, organiczne uszkodzenie mózgu, niepełnosprawność, samotność

Summary

Loneliness usually afflicts people who diverge from the standards obtaining in a given population. It often affects disabled persons. The situation of loneliness and solitude has specific characteristics when the disability is connected with disorders of

psychic functions resulting from organic brain damage.

The aim of the study was to describe the experience of loneliness in persons with psychic function disorders resulting from organic brain damage.

Keywords: psychic functions, organic brain damage, disability, loneliness

Bibliografia

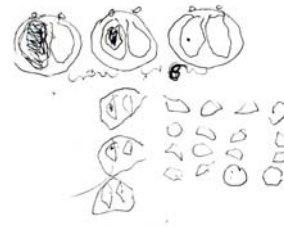
1. Dębińska E., 1988, Wobec samotności i osamotnienia. w: Szyszkowska M. (red), Samotność i osamotnienie.
2. Drózd K., 2000, Izolacja i poczucie osamotnienia w rodzinach. *Z Doświadczeń Pedagoga*, 1/2000, s. 75 – 79.
3. Dubisz S. (red), 2003, Uniwersalny słownik języka polskiego.
4. Gajda J., 1997, Wartości w życiu człowieka: prawda, miłość, samotność.
5. Imiona samotności, *Więź*, 10/1997, s. 12 – 33.
6. Laidler P., 2004, Rehabilitacja po udarze mózgu.
7. Mc Graw J.G., 2000, Samotność: studium psychologiczno – filozoficzne.
8. Rurawski J., 1988, Percepcja społeczna samotności. W: Szyszkowska M. (red), Samotność i osamotnienie.
9. Seweryniak H., 1997, Dobra i zła samotność., *Więź*, 10/1997, s.34–41
10. Sillamy N., 1994, Słownik psychologii.
11. Skrok Z., 1999, o samotności., *Literatura*, 11/1999, s. 20-22.
12. Szyszkowska M., 1988, Ucieczki od samotności i osamotnienia. w: Szyszkowska M. (red), Samotność i osamotnienie.
13. Tarnogórski Cz., 1988, Wobec samotności i osamotnienia. w: Szyszkowska M. (red), Samotność i osamotnienie.
14. Walsh K., 1998, Neuropsychologia kliniczna



Rys. 1



Rys. 2



Rys. 3



Rys. 4