

Wprowadzenie

W nawiązaniu do badań naukowych, potwierdzających związek choroby nowotworowej z osobowością chorego praca przedstawia koncepcje roli asercji w etiologii nowotworu oraz w zmaganiu się z nim. Oparta jest na definicji „Association for Advancement of Behavior Therapy: asertywność to zespół zachowań interpersonalnych, wdrażających uczucia, postawy, życzenia, opinie lub prawa danej osoby w sposób bezpośredni, stanowczy i uczciwy, a jednocześnie respektujący uczucia, postawy, prawa innych osób. Zachowanie asertywne może obejmować ekspresję całej gamy uczuć, np. gniewu, radości, nadziei, oburzenia, w każdym z tych przypadków uczucia wyrażane są w sposób, który nie narusza praw innych osób. Zachowanie agresywne w odróżnieniu od zachowania asertywnego, wyrażając uczucia i postawy nie respektuje tych samych elementów u innych osób.”

W pracy podkreśla się asercję jako filozofię życiową. Wyróżnia się 3 typy nieasertywnego zachowania. Bierny typ ściśle łączy się z wzorem zachowania C, co z punktu widzenia psychologii szczególnie predysponuje do choroby nowotworowej. Asertywność wysoko koreluje z poczuciem samoskuteczności, wsparcia społecznego, wewnętrznego umiejscowienia kontroli, optymizmu.

Materiał i metoda

1. Grupa badana liczyła 130 pacjentów zakwalifikowanych do chemioterapii. 2. Dwa rodzaje anonimowych ankiet i testów umiejętności asertywnych. 3. Ustosunkowanie się pacjentów do poznanych wyników podczas rozmowy z psychologiem i możliwość modyfikacji nieakceptowanych zachowań.

Wyniki

Wyróżniono 4 grupy pacjentów:

- 1) 27 osób – obecna asertywność,
- 2) 103 osoby – brak asertywności,
- 3) 23 osoby – zachowania nieasertywne – agresywne,
- 4) 80 osób – zachowania nieasertywne - uległe, biernie.

Wnioski

1. Widoczna niedostateczna wiedza o asercji wśród pacjentów.
2. Najczęściej przejawiany przez pacjentów typ zachowania w ciągu życia – uległy lub agresywny.
3. W grupie osób asertywnych dominują kobiety (różnica w budowie mózgu w porównaniu z mężczyznami).
4. W grupie zachowań nieasertywnych dominuje styl bierny (głównie u mężczyzn).

Obecność zachowań asertywnych w życiu człowieka a ryzyko zachorowania na chorobę nowotworową

Assertive behavior in a man's life and the risk of developing an oncological disease

Rodryg Ramlau, Joanna Kinas-Budzisz

Oddział Onkologiczny, Wielkopolskie Centrum Chorób Płuc i Gruźlicy, Poznań

WSTĘP

Problem choroby nowotworowej ściśle łączy się z osobowością chorego, jego zachowaniem predysponującym do choroby (styl życia) oraz zasobami, jakie uruchamia w celu zmagania się z nią.

Niniejsza praca zwraca uwagę na problem psychicznej predyspozycji do choroby nowotworowej, związanej z brakiem umiejętności asertywnych oraz podkreśla znaczenie tychże umiejętności w procesie zmagania się z nią.

Przedstawienie pojęcia

Association for Advancement of Behavior Therapy przyjmuje następujące określenie zachowania asertywnego: *Zachowanie asertywne to zespół zachowań interpersonalnych, wyrażających uczucia, postawy, życzenia, opinie lub prawa danej osoby w sposób bezpośredni, stanowczy i uczciwy, a jednocześnie respektujący uczucia, postawy, prawa innej osoby (osób). Zachowanie asertywne może obejmować ekspresję takich uczuć jak gniew, strach, zaangażowanie, nadzieję, radość, rozpacz, oburzenie, zakłopotanie itd., ale w każdym z tych przypadków uczucia te wyrażane są w sposób, który nie narusza praw innych osób. Zachowanie asertywne odróżnia się od zachowania agresywnego, które wyrażając uczucia, postawy, życzenia, opinie lub prawa nie respektuje tych samych elementów u innych osób.*

Przejawiający taką postawę bezpośrednio, stanowczo, otwarcie, bez lęku wyraża swoje uczucia, opinie (pochwały, krytykę), ma świadomość swoich praw i realizuje je respektując prawa, uczucia, postawy innych [1].

Części składowe asertywności to:

- ▀ swobodne i świadome wyrażanie własnego zdania, poglądów publicznie,

- ▀ umiejętność stanowienia i obrony swoich praw,
- ▀ umiejętność rozpoznawania manipulacji i szybkie reagowania na nią, np. poprzez odmowę,
- ▀ otwarte wyrażanie sądów pochwalnych, jak i krytycznych w różnych sytuacjach społecznych,
- ▀ wyrażanie niezgody na poniżenie i zachowania agresywne,
- ▀ umiejętność zwracania się o pomoc i przyjmowanie pomocy od innych,
- ▀ autoprezentacja adekwatna do sytuacji, prawidłowe funkcjonowanie w sytuacji ekspozycji społecznej,
- ▀ prawidłowe komunikowanie się (inicjowanie, podtrzymywanie i ograniczanie kontaktów interpersonalnych);
- ▀ intencja wypowiedzi stanowcza, nieagresywna w stosunku do rozmówcy.

Wyznaczniki postawy asertywnej to prawidłowo zbudowana wypowiedź oraz postawa koherentna (symetryczna postawa, wyrównany oddech, naturalny kolor skóry). Zachowana zostaje wówczas wewnętrzna zgoda z głoszonymi sędziami. Postawa nieasertywna dzieli się na: zachowania uległe, jak i agresywne. Te 2 nurty różnią się charakterem wypowiedzi, intencją, tonem, kontekstem, postawą ciała. Asertywność to zaś i zespół kompetencji zadaniowych, które kształtują się w toku socjalizacji, uczenia się i zdobywania doświadczenia.

Wzory zachowania

Brak postawy asertywnej ma swe podłoże również w ogólnym wzorze zachowania. Najbardziej poznanym jest wzór zachowania A opisany przez M. Friedmana i R. H. Rosenmana [2] jako zespół jawnego zachowania lub styl życia, charakteryzujący się skrajnym współzawodnictwem, walką

5. Brak umiejętności asertywnych może doprowadzić do chorób psychosomatycznych.

6. Uczenie zachowań asertywnych to jedna z metod prewencji chorób.

Słowa kluczowe: asertywność, osobowość nowotworowa, wzór zachowania A, poczucie samoskuteczności, wsparcie społeczne, umiejscowienie kontroli.

o osiągnięcia, agresywnością, niekiedy silnie tłumioną, pośpiechem, niecierpliwością, pobudliwością, nadmierną czujnością, wybuchowym sposobem mówienia, napięciem mięśni, szczególnie twarzy, poczuciem presji czasu, nadmiernej odpowiedzialności [3].

Osoby przejawiające ten wzór zachowania najczęściej posługują się schematem wypowiedzi nieasertywnej, w której obecna jest tendencja do agresywnego reagowania. W tym wypadku kontekst wypowiedzi jest zaczepny, ironiczny, obrażający, nie uwzględniający idei asertywnej postawy. Wyniki, jakie otrzymywano w ciągu lat w ramach badań nad WZA wykazały, że osoby o tym syndromie istotnie częściej zapadały na chorobę niedokrwienną serca [4].

Z obserwacji i wywiadu standaryzowanego z pacjentami oraz analizy zebranego materiału wynika, że wypowiedzi nieasertywne, które zawierają elementy niepewności, wahania, tłumaczenia się, wycofania, uległości są charakterystyczne dla osób o wzorze zachowania C. Jest to zespół cech lub zachowanie, charakteryzujące się wysokim stopniem neurotyczności, skrajną powściągliwością, kontrolowaniem emocji, supresją, represją. Postawę typu C przejawiają osoby pełne poświęcenia, w minimalny sposób zabezpieczające się przed negatywnym oddziaływaniem społeczeństwa, które sens swojego życia oraz powodzenie i komfort psychiczny widzą przez pryzmat zadowolenia i pozytywnej oceny osób znaczących, bliskich. Czynnikiem wspólnym w zachowaniu typu C jest brak umiejętności asertywnych. Kolejne prace badawcze potwierdzają związek syndromu typu C, postawy nieasertywnej – szczególnie uległej oraz choroby nowotworowej [4, 5, 6, 7].

Watson i wsp. (1984) badali pacjentki z nowotworem piersi oraz osoby zdrowe i stwierdzili, że kobiety z rakiem, w przeciwieństwie do osób zdrowych silnie kontrolowały uczucia (zwłaszcza gniewu) i posługiwały się represyjnym stylem radzenia – przejawiały WZC [8].

BADANIA WŁASNE

Materiał i metoda

Badanie zostało przeprowadzone na Oddziale Onkologicznym WCChPiG w Poznaniu od stycznia 1999 r. do maja 2000 r. Badano zależność pomiędzy konstrukcją psychiczną jednostki, charakteryzującą się brakiem umiejętności asertywnych, a możliwością wystąpienia u niej choroby nowotworowej. Oceniano udział umiejętności asertywnych w zmaganiu się z chorobą. Pacjentom rozdano anonimowe ankiety dotyczące przejawianych postaw w różnych sytuacjach społecznych – *Mapa asertywności oraz Orientacyjny sprawdzian umiejętności asertywnych*. Po wypełnieniu kwestionariuszy pacjenci umawiali się na indywidualne spotkanie z psychologiem, w czasie którego omawiano wyniki ankiet – pacjenci mieli możliwość ustosunkowania się do

nich. Grupa badana składała się ze 130 pacjentów (76 mężczyzn i 54 kobiet) z rozpoznaniem niedrobnokomórkowego raka płuc, (dotąd nieleczeni chemicznie). Dobór chorych był ograniczony względami etycznymi (stopień zaawansowania choroby, stan kliniczny).

Wyniki

Rozkład wyników dzieli pacjentów na 4 podgrupy:

I – podgrupa o umiejętnościach asertywnych – 27 osób,

II – podgrupa bez umiejętności asertywnych – 103 osoby,

III – podgrupa bez umiejętności asertywnych z tendencją do reagowania agresywnego – 23 osoby,

IV – podgrupa bez umiejętności asertywnych z tendencją do reagowania uległego – 80 osób.

Dyskusja

Na podstawie powyższego rozkładu można wyciągnąć następujące wnioski:

- 1) mimo rosnącego zainteresowania asertywnością w społeczeństwie, świadomość pacjentów w tym względzie jest nadal zaledwie dostateczna;
- 2) 79 proc. przebadanych pacjentów nie przejawiało umiejętności asertywnych. Potwierdza to istotny udział danej zmiennej w genecie choroby nowotworowej;
- 3) w grupie osób asertywnych dominowały kobiety – 35 proc., w porównaniu z mężczyznami – 10 proc. Nieznaną przewagę kobiet w ujawnianiu zachowań asertywnych można wytłumaczyć odmiennością w funkcjonowaniu mózgu pomiędzy kobietami i mężczyznami. Otóż łatwość w asertywnym reagowaniu na krytykę i pochwałę, a także ujawnianie własnych opinii na dany temat wynika z tego, że u pań ośrodek odpowiedzialny za treści emocjonalne występuje w obu półkulach (u mężczyzn tylko w prawej półkuli). Poza tym kobiety mają większą liczbę połączeń tworzących ciało modzelowate – oznacza to, że między lewą a prawą półkulą następuje wymiana większej ilości informacji. Dzięki temu panie bardziej płynnie i treściwie wypowiadają się na temat własnych emocji i wewnętrznych przekonań [9];
- 4) wśród osób nieasertywnych dominował styl uległy (77 proc.), zarówno u kobiet jak i mężczyzn, który ściśle związany jest z WZC (*Cancer Personality*);
- 5) styl uległy w grupie badanej przejawiają głównie mężczyźni (53 osoby). Mężczyźni niekiedy w obliczu sytuacji stresowej (choroba, niepowodzenie życiowe) nie opracowują danej sytuacji jako wyzwania, lecz traktują ją jako zagrożenie. W związku z tym wycofują się z relacji i utrwalają to zachowanie, włączając do obrazu własnej osoby przekonanie o nieskuteczności i wycofaniu, które

This work presents the concept of assertion in the etiology of cancer and the process of coping with it with regard to scientific research confirming the relationship of an oncological disease with a patient's personality. It is based on the definition formulated by Association for Advancement of Behavior Therapy which states that assertion is a set of interpersonal types of behavior expressing feelings, attitudes, opinions or rights of a given person in a direct, decisive and honest way respecting the feelings, attitudes and rights of other persons. Assertion may comprise expression of all kinds of feelings, e.g. anger, joy, indignation, but they are expressed in a way which does not violate other people's rights. In contrast, aggressive behavior while expressing feelings and attitudes does not accept the same elements in others.

Three types of non-assertive behavior are distinguished. The passive type relates to the Type-C behavior, which in view of psychology predisposes to an oncological disease. Assertion correlates with the perceived self-efficacy, social support, internal control and optimism.

The group of 130 patients was distributed two kinds of anonymous questionnaires and assertive skills tests. After completing them the patients could comment on them during an individual meeting with a psychologist. Four groups of patients were distinguished: I group – 27 persons – assertion present; II group – 103 persons – no assertion; III group – 23 persons – non-assertive aggressive behavior; IV group – 80 persons – non-assertive submissive, passive behavior. It is clear that patients have insufficient knowledge about assertion. Most frequently displayed type of behavior in life – submissive or aggressive. The group of assertive persons was dominated by women. The group of non-assertive behavior dominated by a passive style (mainly men). The lack of assertive skills may lead to a psychosomatic illness. Teaching assertive behavior is one of the methods of preventing illness.

Key words: assertion, carcinogenic personality, TYPE-A behavior, perceived self-efficacy, social support, internal or external focus of control.

towarzysz dalszemu życiu, negatywnie wpływając na stan psychofizyczny (por. model Lazarusa);

- 6) nieasertywna postawa uległa u kobiet (27 pań) w dużej mierze wynika z socjalizacji oraz nabytych doświadczeń i uwarunkowań kulturowych;
- 7) badania w kierunku asertywności pacjentów są kontynuowane, a w przyszłości podjęta zostanie próba zbadania związku zmiennej – asertywności z czasem i jakością przeżycia pacjentów.

Zagrożenia wynikające z braku umiejętności asertywnych

Asertywność jest gotowością do radzenia sobie w kontaktach interpersonalnych. Najczęściej jest opisywana jako zespół umiejętności o charakterze kompetencji osobistych, wyznaczających zachowania w sytuacjach interpersonalnych, których celem jest realizacja cenionych wartości osobistych i pozaosobistych, rozwój i obrona pozytywnego obrazu własnej osoby i samoakceptacja [10]. Owa gotowość polega na adekwatnym, pełnym wyrażaniu siebie, gdzie postępuje się zgodnie z własną filozofią, przy zachowaniu poszanowania drugiego człowieka.

Schmale i Iker [11] sformułowali hipotezę, wg której stany bezradności oraz poczucie beznadziejności towarzyszące postawie nieasertywnej sprzyja wystąpieniu choroby nowotworowej, szczególnie gdy występuje biologiczna predyspozycja. Zależność pomiędzy bezradnością, a zachorowaniem na nowotwór w innych badaniach potwierdzili m.in. Schmale i wsp. [12], Jansen i Muenz [13].

Liczne badania potwierdzają, że istotną zmienną występującą w obrazie choroby nowotworowej jest styl (wzorzec) funkcjonowania emocjonalnego [por. 4].

Postawa asertywna służy uświadomieniu sobie tożsamości, a co za tym idzie – wyznaczenie własnych granic i praw oraz ich obronie po to, by stworzyć i rozwijać zdrowy obraz własnego ja. Stanowi to niezbędny czynnik prawidłowego funkcjonowania. Ci, którzy nie przejawiają umiejętności asertywnych, często mają zaburzone poczucie tożsamości, trudno im dookreślić własne potrzeby i pragnienia. Konsekwencją jest brak realizacji nieświadomionych potrzeb, które rodzą konflikty wewnętrzne, frustrację i agresję. Zdaniem psychoanalityków skierowana do wewnątrz agresja może wywołać chorobę psychosomatyczną. Uzależnienie od tytoniu jest przejawem autodestrukcji.

Innym zagrożeniem wynikającym z antyasertywności jest nadmierne obciążenie organizmu, zarówno psychiczne, jak i fizyczne. Osoba taka nie potrafi obronić się przed natłokiem obowiązków, jednocześnie nie umie dokonać podziału pracy. Negatywne emocje, które powstają w wyniku tego nie są rozładowywane, a ich długoterminowe zaleganie również destrukcyjnie wpływa na stan zdrowia.

Brak umiejętności asertywnych, jak również introwertyzm, brak okazywania emocji, podporządkowanie, wrażliwość na krytykę cechuje osoby o predyspozycjach do chorób autoimmunologicznych (reumatoidalne zapalenie stawów, stwardnienie rozsiane, nowotwór) [14].

Najnowsze badania dowodzą, że ogólnie negatywny styl reakcji emocjonalnych: depresja, lęk, wrogość, agresywna lub uległa postawa predysponuje nie tylko do chorób nowotworowych, ale także do chorób gastrycznych, niedokrwienych serca oraz układu oddechowego [15].

W pracy terapeutycznej z pacjentami oddziały onkologicznego spotykać się można z problemem nieadekwatnego reagowania na krytykę, opinię, zaniżoną samoocenę.

Pacjenci często są introwertywni, wycofani z życia społecznego, przepracowani – co wynika najczęściej z braku umiejętności organizacyjnych, mają obniżony nastrój. Trudno im rozmawiać o sukcesach, własnych zasobach, kompetencjach. Ponad 70 proc. badanych zachowywało się tak w ciągu życia, zanim pojawiły się objawy choroby nowotworowej. Nieco ponad 60 proc. badanych pacjentów określa siebie jako spokojnych, trochę niepewnych, mało stanowczych oraz nie potrafiących uzasadnić swoich racji i dążeń.

Może świadczyć to o sile wpływu zachowań niekonstruktywnych na stan somatyczny. Osoby nieasertywne przejawiają niską samoocenę, wynikającą z braku pewności siebie, nieumiejętności wypowiadania się, obrony własnego zdania oraz braku umiejętności otwartej ekspresji.

Wolpe, Lazarus, a następnie R. Alberti i M. Emmons (autorzy najświeższego podręcznika zachowań asertywnych – *Your Perfect Right*) [por. 16] zauważają w swych publikacjach, że ludzie nie mogą bezkarnie rezygnować ze swych praw osobistych. Konsekwencją rezygnacji z psychologicznej wolności do bycia sobą jest patologia – psychiczna lub somatyczna. W tym rozumieniu zachowanie asertywne jest elementem, a także niezbędnym warunkiem zdrowia.

Zależności pomiędzy asertywnością a czynnikami mechanizmów zmagania się

W czasie wspólnej pracy pacjenci wymieniają się doświadczeniami i poszerzają wiedzę na temat umiejętności asertywnych. Pacjenci często wskazują na problem asertywnego przyjmowania i dawania wsparcia społecznego. To właśnie jemu przypisuje się ważną rolę w utrzymywaniu zdrowia i wspomaganiu procesów zdrowienia [por. 15, 17, 18, 19]. Jednakże w pewnych warunkach wsparcie społeczne lub inne środki pomocnicze mogą osłabiać adaptacyjne zdolności chorego, co pośrednio może mieć wpływ na złe samopoczucie.

Zachowania wspierające dzieli się na różne kategorie, np. wyrażanie opieki i emocjonalnej bliskości, dostarczanie informacji o poprawności podejmowanych działań, dostępność pomocy związanej

z poświęcaniem czasu, wysiłku i pieniędzy przez innych ludzi [20].

Wyróżnia się 4 typy wsparcia społecznego: emocjonalne, informacyjne, instrumentalne, oceniające. Wymienione typy wsparcia często są ze sobą ściśle powiązane i wzajemnie się warunkują.

Generalnie o sensowności wsparcia można mówić wówczas, gdy istnieje zdrowe, asertywne relacje między wspierającym a wspieranym oraz adekwatność niesionej pomocy do potrzeb chorego.

Obserwuje się również wysoką korelację asertywności z poczuciem kontroli osobistej. Jest to wewnętrzne przekonanie jednostki o sprawowaniu osobistej kontroli nad zdarzeniami, własnym losem i możliwościami wpływania i zmieniania biegu wydarzeń [21, 22]. Osoby asertywne znacznie częściej posiadają wewnętrzne poczucie kontroli [23]. Charakteryzują się przekonaniem, że sami wpływają na nie i kontrolują pożądane i niepożądane przez siebie wzmocnienia. Przeprowadzone dotychczas badania (praca wygłoszona na XIII Konferencji Sekcji Chemioterapii PTO w 1997 r.) ukazują, że osoby asertywne, wierzące w osobisty wpływ na stresujące zdarzenia życiowe generalnie lepiej potrafią je opanować, są efektywniejsze w zmaganiu się z nimi oraz co najważniejsze – potrafią zapobiegać bardziej zagrażającym sytuacjom i to w sposób konstruktywny bez działań autodestrukcyjnych. Wpływa to również na stan leczących się pacjentów i ich zachowanie w obliczu choroby. Tacy pacjenci znacznie efektywniej współpracują z prowadzącymi [24].

Interesująca jest zależność pomiędzy asertywnością a poczuciem optymizmu. Optymizm, jak wiadomo jest tendencją do przekonania, że korzystny dla jednostki obrót rzeczy, spraw, sytuacji, w przeciwnieństwie do złego będzie dominował w jej życiu. Generalnie relacje interpersonalne z osobami optymistycznymi zachodzą częściej, są trwalsze i efektywniejsze. Jeżeli dochodzi do tego cecha asertywności, odnosi się wrażenie, że kontakt z taką osobą jest satysfakcjonujący, bezpieczny i szczerzy. Zachodzi wprost proporcjonalna korelacja pomiędzy postawą asertywną a poczuciem optymizmu. Za postawą asertywną idzie zwiększone poczucie optymizmu, w porównaniu do osób nieasertywnych. Wynika to ze sposobu myślenia, świadomości kompetencji, elastyczności w działaniu i innych procesów poznawczych osoby asertywnej, która tak opracowuje problem, wyznawanie, że osiąga korzystny rezultat. Utrwalenie takiego działania rodzi poczucie optymizmu. Z drugiej strony, gdy pacjent oczekuje, że jego działanie przyniesie upragnione skutki, to podejmuje wysiłki w kierunku ich uzyskania (wiara w ustąpienie choroby dzięki nowym metodom – np. naturalnym – skłania do szukania nowych źródeł pomocy: lektury specjalistycznej, konsultacji, ziół, akupunktury, homeopatii, bio-

energoterapii). Łatwiej i szybciej je podejmuje, gdy przejawia umiejętności asertywne. Nietrudno rozpoznać tu mechanizm samospełniającego się proroctwa.

Ten mechanizm jest jeszcze bardziej widoczny w oparciu o zmienną poczucia samoskuteczności. Porusza on problem, jak jednostka ocenia swoje możliwości w relacji do wymagań otoczenia. Samoskuteczność obejmuje ocenę poziomu organizacji i wykonania czynności, które są wymagane, by poradzić sobie z przewidywanymi sytuacjami, które niosą ze sobą elementy niepewności, są nieprzewidywalne lub stresujące. Oczekiwanie własnej skuteczności odzwierciedla własną ocenę podmiotu, wg której mamy dostateczne umiejętności, ażeby radzić sobie w określonej sytuacji. Poczucie samoskuteczności wpływa na wybór, decyzję o podjęciu określonej czynności, włożony wysiłek, wytrwałość w działaniu, atrybucję (przypisywanie przyczyn) sukcesu i porażki, jakość, siłę reakcji emocjonalnych.

Trenowanie i kształtowanie zachowań asertywnych

W 1966 r. A. Lazarus opublikował wyniki badań, których celem było porównanie efektywności zmiany zachowań interpersonalnych za pomocą 3 metod: treningu asertywności, pomocy polegającej na bezpośrednich radach i terapii niedyrektywnej. Wyniki uzyskane przez badacza przedstawiały się następująco (liczby przedstawiają procent klientów, którzy zmienili w pożądanym sposób swoje zachowanie interpersonalne): trening asertywności – 86 proc., pomoc oparta na radach – 44 proc., terapia niedyrektywna – 32 proc. [25].

W związku z tak wysokim procentem skuteczności i tak niskim stopniem wiedzy na temat asertywności wśród pacjentów, prowadzone są wykłady i pogadanki na temat asertywności i jej wpływu na stan zdrowia. Pacjenci, którzy mieli okazję uświadomić sobie istotę asertywności, odczuli jej brak w swoim zachowaniu. Wielu z nich w ramach programu zmagania się z chorobą i innymi sytuacjami traumatycznymi podejmuje treningi asertywności. Trening taki ma ułatwić swobodne ujawnianie swoich myśli, uczuć, kontaktowanie się z innymi. W sposób otwarty i bezpośredni kształci aktywną postawę życiową, w miejsce dawnych uległości, bierności. Większość pacjentów jest świadoma popełnianych błędów. Większość z nich przyczynę braku asercji widzi w okresie dzieciństwa, kiedy to promowano zachowania uległe, grzeczne, pokorne.

Nie każdy ośrodek może zapewnić pacjentom dostęp do grupowego treningu asertywności (miejsce, czas, specjaliści).

Pacjenci po wysłuchaniu podstawowych informacji dotyczących omawianego obszaru zachowań, ćwiczą wybrane elementy, a następnie te, które sprawiają największe

problemów w życiu codziennym. Życzliwa atmosfera, zrozumienie pozostałych chorych stwarza poczucie bezpieczeństwa. Ćwiczący uczą się, że postawą asertywną można zdobyć pozytywną ocenę i uznanie. Wyćwiczone gesty, zwroty, reakcje przenieszone są do realnej sytuacji w życiu. Pacjenci ćwiczą zachowania werbalne: wypowiedzi, zwroty, akcent, intonację, zwroty grzecznościowe, krytyczne i pochlebne uwagi, odmowy, prośby oraz niewerbalne: elementy dobrej autoprezentacji, utrzymanie kontaktu wzrokowego, gestów zapraszających, kończących relację.

PODSUMOWANIE

Wnioski

- ▶ Przytoczone badania potwierdzają, że osoby, które nie przejawiają umiejętności asertywnych są bardziej podatne na choroby somatyczne (w tym na chorobę nowotworową w szczególności).
- ▶ Udział umiejętności asertywnych w procesie zmagania się z chorobą jest znaczny.
- ▶ Asertywność zwiększa procesy zmagania i pośrednio wpływa na podniesienie jakości życia. O ile postawa asertywna została utracona, można ją odzyskać dzięki czynnikom wspomagającym wymienionym wyżej oraz pewności siebie, zasobom osobistym, kompetencjom itp. Czynniki budujące postawę asertywną stanowią jednocześnie autonomiczne cechy osobowości, (które same w sobie działają wspomagająco). Czynniki z nią związane należy traktować jako nierozdzielny system.
- ▶ Trening zachowań asertywnych można włączyć w program prewencji nowotworów.

Zachowanie asertywne nie jest w istocie trudne, jest bowiem naturalnym sposobem bycia, który został utracony w wyniku zderzenia z kulturą i czasem. Można go odzyskać, jeśli dokona się świadomego wyboru o podjęciu starań w celu osobistej zmiany, której się chce. *Trening asertywności jest czymś więcej niż zbiorem behawiorystycznych procedur, mających na celu redukcję lęku; jest też filozofią życia, której celem jest osiągnięcie przez człowieka większego szacunku do siebie i poczucia własnej godności* [25].

PIŚMIENNICTWO

1. Król-Fijewska M. *Trening asertywności*. IPZIT Warszawa; 1993; 1-3.
2. Friedman M, Rosenman R. *Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings*. Journal of American Medical Association 1959; 169: 1286-97.
3. Jenkins C, Zyzanski S, Rosenman R. *Jenkins Activity Survey Manual*. NY Psychological Corporation 1979; 3.
4. Chojnacka-Szawłowska G. *Rozpoznanie choroby nowotworowej*. WL 1998; 2, 23, 60-9.
5. Themoshok L. *Personality coping style, emotion and cancer towards on integrative model*. Cancer Surveys 1987; 6: 545-67.

6. Wirsching I. *Wokół raka*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne 1994; 11-75.
7. Mirski A. *Udział czynników psychologicznych w etiologii chorób nowotworowych*. W: *Sztuka leczenia*. 1995; t. 1.
8. Dolińska-Zygmunt G. *Elementy psychologii zdrowia* (red.). *Psychologiczne uwarunkowania podatności na choroby*. Wyd. Uniwersytetu Wrocławskiego 1996; 137-54.
9. Moir A. *Pleć mózgu*. PIW 1993.
10. Sęk H. *Rola asertywności w kształtowaniu zdrowia psychicznego*. *Przegląd Psychologiczny* 1988; 31, 3: 787-807.
11. Schmale A, Iker H. *Hopelessness as a predictor of cervical patients*. *Psychosomatic Medicine* 1971; 49: 3.
12. Shekelle R, Raynor W, Ostfeld A, et al. *Psychological depression and 17-year risk of death from cancer*. *Psychosomatic Medicine* 1981; 4, 3, 2.
13. Jansen M, Muenz L. *A retrospective study of personality variables associated with fibrocystic disease and breast cancer*. *Journal of Psychosomatic Research* 1984; 28: 1.
14. Salomon G. *Emocje, odporność, choroba*. *Nowiny Psychologiczne* 1990; 1-2.
15. Taylor SE. *Psychologia zdrowia: nauka i praktyka*. *Nowiny Psychologiczne* 1992; 1.
16. Alberti R, Emmons ML. *Your perfect right*. Impact Publishers 1982.
17. Worthman CB. *Radzenie sobie z krytycznymi wydarzeniami w życiu*. *Nowiny Psychologiczne* 1984.
18. Sęk H. *Wsparcie społeczne*. *Przegląd Psychologiczny* 1986; 1: 791-800.
19. Sęk H. *Spoleczna psychologia kliniczna* (red). PWN, Warszawa 1991; 4: 419-21.
20. Poprawa R. *Zasoby osobiste w radzeniu sobie ze stresem*. W: Dolińska G. *Elementy psychologii zdrowia*. WUW 1996; 101-33.
21. Folkman S. *Personal control and stress and coping processes*. *Journal of Personality and Social Psychology* 1984; 46, 4: 839-52.
22. Antonovsky A. *Unraveling the mystery of health*. Jossey-Bass Publishers. San Francisco – London. 1987.
23. Rotter JB. *Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement*. *Psychological Monographs* 1966; 1 (609).
24. Lefcourt HM. *Personal and social characteristics that alter the impact of stressors*. Waterloo: University of Waterloo, Ontario 1986.
25. Cotler ShB. *Assertion training*. *Counsel Psychol* 1975; 4.

ADRES DO KORESPONDENCJI

mgr **Joanna Kinas-Budzisz**
 Wielkopolskie Centrum
 Chorób Płuc i Gruźlicy
 ul. Szamarszewskiego 62
 60-569 Poznań

KOMUNIKAT ● KOMUNIKAT ● KOMUNIKAT ● KOMUNIKAT

V Kongres Polskiego Towarzystwa Angiologicznego

Kraków, 23–25 maja 2002 r.

Główne tematy

1. Choroby tętnic:

- miażdżycy, czynniki ryzyka,
- chromanie i krytyczne niedokrwienie,
- choroby tętnic nerkowych i szyjnych,
- zapalenia naczyń,
- angioplastyka, stenty i stentgrafty naczyniowe,
- zmiany naczyniowe w cukrzycy, mikrokrążenie.

2. Choroby żył:

- zakrzepica żylna i zatorowość płucna,
- niewydolność żylna, żyłaki, owrzodzenia żyłne,
- zespół żyły głównej górnej.

3. Choroby układu limfatycznego:

- *lymphoedema*,
- malfomacje limfatyczne,

4. Malfomacje naczyniowe.

5. Angiogeneza.

Zaproszeni wykładowcy:

- prof. J. Cook (Stanford),
 prof. N. Leitinger (Wiedeń),
 prof. F. Mahler (Berno),
 prof. A. Nicolaidis (London),
 prof. G. Schmitz (Regensburg),
 dr A. Szuba (Stanford),
 prof. O. Stein (Jerozolima),
 prof. Y. Stein (Jerozolima)

**Szczegółowe informacje można uzyskać w Zakładzie Angiologii
 II Katedry Chorób Wewnętrznych CMUJ
 w Krakowie, tel./fax (012) 430 51 80.**