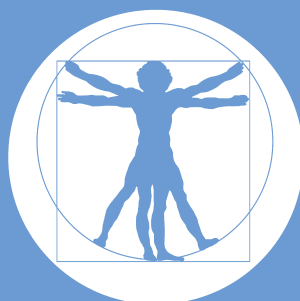


Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie

REHABILITACJA CHORYCH NA NOWOTWORY

Z ELEMENTAMI PSYCHOONKOLOGII

Redaktor naukowy
dr n. o kult. fiz. Hanna Tchórzewska-Korba



REHABILITACJA CHORYCH NA NOWOTWORY Z ELEMENTAMI PSYCHOONKOLOGII

Redakcja naukowa
dr n. o kult. fiz. Hanna Tchórzewska-Korba

Warszawa 2011

Przygotowanie i druk podręcznika współfinansowany przez Unię Europejską
z Europejskiego Funduszu Społecznego



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



AUTORZY

Mariola Kosowicz
Bogusław Lindner
Janusz Meder
Tomasz Szafrąński
Hanna Tchórzewska-Korba
Teresa Wysocka-Bobryk

WYDAWCA

Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego
01-813 Warszawa, ul. Marymoncka 99/103
tel. 22 56 93 700
fax 22 56 93 712
www.cmkp.edu.pl

ISBN 978-83-62110-28-5

Skład, przygotowanie do druku, druk i oprawa

Agencja Reklamowo-Wydawnicza
A. Grzegorzcyk
www.grzeg.com.pl

Redaktor techniczny
Grażyna Dziubińska

Spis treści

I.	Epidemia raka wyzwaniem XXI wieku – holistyczne podejście do chorych na nowotwory. Medycyna humanistyczna czy humanitarna?	5
	Janusz MEDER	
II.	Rehabilitacja jako proces społeczno-medyczny. Cele i zadania psychoonkologii	15
	Hanna TCHÓRZEWSKA-KORBA	
III.	Niektóre psychiatryczne aspekty leczenia onkologicznego	23
	Tomasz SZAFRAŃSKI	
IV.	Troska o zachowanie prawidłowej seksualności kobiet chorych na nowotwory jako istotny element rehabilitacji psychofizycznej	39
	Bogusław LINDNER	
V.	Psychologiczne aspekty rehabilitacji ruchowej (fizjoterapii)	51
	Hanna TCHÓRZEWSKA-KORBA	
VI.	Zasady komunikacji lekarza z pacjentem onkologicznym.....	69
	Teresa WYSOCKA-BOBRYK	
VII.	Przegląd piśmiennictwa na temat wybranych aspektów funkcjonowania pacjentów onkologicznych w sferze emocjonalnej, poznawczej i behawioralnej.....	79
	Mariola KOSOWICZ	

I. Epidemia raka wyzwaniem XXI wieku – holistyczne podejście do chorych na nowotwory. Medycyna humanistyczna czy humanitarna?

Janusz MEDER

Biorąc pod uwagę obecną sytuację epidemiologiczną i prognozy na najbliższe 10–20 lat pochodzące z raportów Światowej Organizacji Zdrowia i jej Agencji: Międzynarodowej Agencji Badań nad Rakiem (IARC) oraz Międzynarodowej Unii Przeciwrakowej (UICC) w XXI wieku nowotwory staną się głównym zabójcą ludzi na całym świecie. Widać to wyraźnie już dziś w USA, Kanadzie i Australii gdzie na przestrzeni ostatnich dwudziestu lat umieralność z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego zaczęła wyraźnie spadać a nowotwory stały się najczęstszą przyczyną zgonów.

Podobne trendy obserwuje się w całej Europie. W krajach Europy Środkowej i Wschodniej, a więc także w naszym kraju nowotwory są obecnie główną przyczyną zgonów u kobiet w młodym i średnim wieku (20–64 lat). Za 10 lat podobna sytuacja wystąpi u mężczyzn w analogicznej grupie wiekowej. Obecnie na świecie stwierdza się ponad 12,5 mln zachorowań na nowotwory rocznie oraz 7,6 mln zgonów z tego powodu. Prognozy epidemiologiczne wskazują, że w ciągu najbliższych 15–20 lat nastąpi podwojenie tych liczb (w 2030 roku 26,5 mln zachorowań i 17,1 mln zgonów). W Polsce uwzględniając niedorejestrowanie, nowych zachorowań mamy rocznie 160 tys. a umiera ponad 90 tys. ludzi.

Kompleksowa organizacja walki z rakiem obejmuje: epidemiologię i rejestr nowotworów; planowanie i kontrolowanie badań naukowych; nauczanie, oświatę zdrowotną i organizowanie stałej społecznej walki z chorobami nowotworowymi; zapobieganie, wykrywanie, diagnostykę i leczenie chorych na nowotwory złośliwe; rehabilitację psychofizyczną i opiekę terminalną; prowadzenie ciągłej dokumentacji i stałej opieki nad chorymi na nowotwory aż do końca ich życia oraz ocenę socjoekonomiczną rezultatów całej działalności w zakresie onkologii.

Badania naukowe i praktyka kliniczna łączą się ściśle w zwalczaniu nowotworów a końcowym celem tej działalności jest uzyskanie zmniejszenia zachorowalności oraz zwiększenie liczby wyleczonych chorych i w rezultacie zmniejszenie umieralności na nowotwory złośliwe. Cele te z pewnością nie mogą zostać osiągnięte bez adekwatnego do potrzeb udziału rehabilitacji psychofizycznej.

W połowie lat 60. pod egidą wielkiego polskiego onkologa profesora Tadeusza Koszarowskiego i jego współpracowników powstał projekt logistyczny wybudowania nowego Centrum Onkologii w Warszawie.

Stworzono koncepcję wizjonerską jak na owe czasy (1971) i pionierską wyprzedzającą o siedem lat zalecenia UICC do tworzenia pełnoprofilowych centrów onkologicznych. Sprawy nabrały przyspieszenia w 1972 roku po objęciu funkcji dyrektora Instytutu Onkologii przez profesora Tadeusza Koszarowskiego.

Zespół kierowany przez niego stworzył nowy – III Rządowy Program Walki z Rakiem realizowany przez 15 lat w okresie 1976–1990. W Warszawie na Ursynowie 19 lipca 1977 r. wmurowano akt erekcyjny pod nowe Centrum Onkologii co w tych niełatwych, skomplikowanych politycznie i gospodarczo latach było niebywałym sukcesem.

W dniach 3–4 lutego 2000 roku odbył się w Paryżu Światowy Szczyt Walki z Rakiem pod patronatem UNESCO. Podczas Szczytu utworzono Paryską Kartę Walki z Rakiem pod którą podpisy złożyli nie tylko prominentni naukowcy i lekarze onkolodzy ale także prezydent Francji Jacques Chirac oraz dyrektor generalny UNESCO Koichiro Matura a wraz z nimi reprezentanci rządów, środowisk naukowych oraz organizacji pozarządowych z całego świata.

Zaapelowano do przywódców wszystkich krajów świata o wzmocnienie wspólnych wysiłków na rzecz utworzenia w każdym kraju świata Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych (NPZChN) i respektowania Paryskiej Karty Walki z Rakiem, w której przedstawiono następujące główne cele:

- ochrona i poszerzenie praw pacjenta;
- zwiększenie nakładów finansowych na badania naukowe;
- niwelowanie różnic w standardach i dostępie;
- wspierania walki z rakiem na całym świecie;
- promocja zdrowia;
- poprawa jakości życia pacjentów;
- partnerska relacja: lekarz – pacjent;
- współpraca naukowców i rządów;
- wzmocnienie roli organizacji pozarządowych.

Po 6 latach intensywnych starań Dyrekcji Centrum Onkologii i Zarządu oraz Rady Naukowej Polskiej Unii Onkologii, w dniu 1 lipca 2005 roku uchwalono na plenarnym posiedzeniu Sejmu RP ustawę o kolejnym NPZChN. W dniu 20 lipca 2005 roku nastąpił historyczny moment uroczystego podpisania ustawy przez Prezydenta RP. Otworzyły się nowe szanse na uzyskanie znaczącej poprawy w realizacji koncepcji holistycznego, interdyscyplinarnego podejścia do chorych na nowotwory.

Ciało człowieka i jego część fizyczna wraz z szeroko pojętą sferą psychiczno-duchową stanowią jedną nierozzerwalną całość, w której dokonują się nieustannie skomplikowane procesy życiowe sprzęgnięte ze sobą wzajemnie.

Procesy te w sposób dynamiczny mniej lub bardziej uporządkowany, uzależnione od wielu nie zawsze możliwych do przewidzenia zdarzeń zewnętrznych i wewnętrznych – przebiegają najczęściej w ścisłej koordynacji z układem nerwowym, hormonalnym i odpornościowym.

Dlatego też holistyczne (całościowe) postrzeganie chorego człowieka (a nie chorego narządu) powinno być w sposób naturalny i oczywisty obowiązujące i respektowane przez każdego lekarza niezależnie od jego wiedzy, specjalizacji, doświadczenia, miejsca pracy czy stopnia wrażliwości na cierpienie ludzkie.

Czy tak jest rzeczywiście, szczególnie w realiach polskiej rzeczywistości w początkach już XXI wieku?

W Polsce obecnie świadkujemy procesom głębokich i nierzadko rewolucyjnych przemian, do jakich już doszło lub niebawem dojdzie w świadomości zarówno lekarzy jak i pacjentów w kontekście ich wzajemnej relacji z wszelkimi idącymi za tym konsekwencjami dla obu stron na tle przemian społeczno-politycznych w kraju i na świecie.

W kontraście do powyższego w większości krajów Unii Europejskiej, w USA czy Kanadzie – przejście z modelu paternalistycznego w relacjach lekarz – pacjent na model partnerski opierający się o aktywną współpracę i współodpowiedzialność ze świadomym udziałem chorego w leczeniu – przebiegało na drodze ewolucyjnej trwającej wiele lat.

We współczesnym zagonionym świecie wraz z postępem, zdobyczami nauki i techniki wprowadzaniem coraz bardziej wyszukanych metod diagnostyczno-terapeutycznych – coraz wyraźniej widoczne staje się odhumanizowanie medycyny.

Pacjent leżący na łóżku szpitalnym otoczony skomplikowaną aparaturą, podłączony do różnych przewodów, rurek i kroplówek pośród narastającego tłumu innych chorych, zestresowany i spanikowany do granic wytrzymałości – ma coraz większe poczucie bycia przedmiotem na przesuwałej się nieubłagalnie taśmie w wielkiej fabryce produkcyjnej.

Przekazywanie choremu najczęściej zdawkowych informacji podawanych w pośpiechu nierzadko hermetycznym i niezrozumiałym żargonem językowym przez sprawujący nad nim opiekę personel medyczny na pewno nie ułatwia radzenia sobie z chorobą i nie sprzyja procesom zdrowienia, nie mówiąc już o obniżeniu tolerancji na coraz bardziej agresywną i toksyczną terapię.

Nawet najlepsi i najbardziej wrażliwi lekarze, którzy jak sądzę stanowią większość w naszych przychodniach i szpitalach, zaczynają zatracać sens swojej misji i pracy lekarskiej wobec narastającej biurokracji, nakazów i zarządzeń urzędniczych, wydłużających się kolejek i ograniczenia dostępu do niezbędnych procedur medycznych najczęściej w onkologii ratujących życie ludzkie, nie mówiąc już o zapaści kolejnych systemów opieki zdrowotnej, wprowadzaniu limitów ilości świadczeń i coraz większych ograniczeń finansowych.

Wszystkie żale i pretensje skądinąd słuszne, z punktu widzenia pojedynczego pacjenta, skupiają się na lekarzu a nie na urzędnikach i decydentach odpowiedzialnych za prawidłowe organizowanie ochrony zdrowia.

Czas poświęcany pacjentom jest coraz krótszy a jest to przecież jeden z ważniejszych parametrów decydujących o budowaniu zaufania, szczerości i wiarygodności w stosunku do lekarza.

Najważniejszą jednak rolę w holistycznym podejściu do chorego człowieka spełnia zespół ludzi w skład, którego wchodzi: nie tylko lekarz prowadzący i jego koledzy – lekarze różnych

specjalności, aktywne pielęgniarki, psycholodzy, psychiatrzy, rehabilitanci, pomocniczy personel techniczny i sekretarski, ale także członkowie najbliższej rodziny chorego i grono jego przyjaciół, pacjenckie grupy wsparcia, osoby duchowne lub guru stosownie do światopoglądu chorego i jego filozofii życia.

Każdy z członków tego szeroko pojętego zespołu terapeutycznego ma coś ważnego do spełnienia stosownie do swojego wykształcenia, posiadanej wiedzy, umiejętności i chęci pod warunkiem akceptacji pacjenta, jego potrzeb i oczekiwań przestrzegając przy tym sumiennie kodeksów prawnego i etyczno-deontologicznego.

Szczególną uwagę należy zwrócić na obowiązujące prawa pacjenta. Lekarz, który obraża się na swojego pacjenta, tylko dlatego, że stara się wyegzekwować swoje prawa, sam poddaje w wątpliwość swoje kompetencje i torpeduje przyjazne relacje ze swoim chorym.

Zwracając szczególną uwagę na poszanowanie wolności, godności i intymności każdego pacjenta, który powierzył w ręce zespołu swoje zdrowie i życie – łatwiej osiągnąć wspólny cel, jakim jest umiejętna i aktywna walka z chorobą i docelowo jej pokonanie.

Zarówno lekarz jak i pozostali członkowie zespołu zawsze powinni kierować się w swoich działaniach miłością bliźniego w oparciu nie tylko o rozum, ale też o serce oraz prawdę umiejętnie przekazywaną choremu stosownie do jego oczekiwań i potrzeb, lecz nigdy jednak nie odbierając mu nadziei.

Powołanie zawodowe, posiadanie zdolności do empatii, pokora do własnej wiedzy lekarskiej i wieloletnie doświadczenie, szczególnie w onkologii, pomagają rozwiązywać wiele bardzo trudnych problemów w relacjach i rozmowach z chorymi, co stanowi najlepszą drogę do osiągnięcia wspólnych sukcesów.

W kompleksowym holistycznym podejściu diagnostyczno-terapeutycznym do chorego onkologicznego potrzebą chwili jest zapewnienie właściwego miejsca w krajowych ośrodkach onkologicznych i hemato-onkologicznych dla psychoonkologii – dziedziny jeszcze ciągle niedocenianej nie tylko zresztą w naszym kraju.

Wiele razy przeprowadzano na terenie naszego kraju sondaż ankietowy na dużych grupach zarówno pacjentów jak lekarzy i pielęgniarek. Na pytanie co jest największym problemem dla chorych na raka zdecydowana większość przedstawicieli białego personelu wymieniła: przewlekłe zmęczenie, silne bóle, nudności i wymioty oraz wiele innych dolegliwości, natomiast pacjenci odpowiadali najczęściej: upokorzenie oraz naruszanie wolności i godności człowieka.

W procesie leczenia najważniejsze jest to, by postrzegać człowieka jako całość – holistycznie, zarówno w sensie fizycznym, jak i psychicznym, widzieć w nim nie tylko kolejnego pacjenta, ale i człowieka z jego emocjami i uczuciami. Badania naukowe dowiodły, że siedemdziesiąt procent lekarzy posiada zdolność do empatii, a pozostali nie, ale nie są oni z pewnością złymi lekarzami. Wszystko zależy od tego, jakich mamy nauczycieli na swojej drodze życia. Ważne jest to, co się wynosi z domu rodzinnego, co się później otrzymuje w szkole, w końcu to, czym nas obdarzają ludzie z charyzmą. Na drodze mojego życia pojawili się prawdziwi Mistrzowie – myślę tu przede wszystkim o profesorze Tadeuszu Koszarowskim i jego współpracownikach. Uczył nas, że onkologia nie jest nauką o nowotworach, tylko o leczeniu ludzi chorych na nowotwory: to przesunięcie akcentów wyrażało jego postawę etyczną, prześiąkniętą głębokim humanizmem. Prof. Koszarowski potrafił doskonale kierować Instytutem

i ludźmi, niczego nie nakazując ani nie zakazując: przez to sprawiał, że po prostu podążało się za nim. Na tym polega prawdziwa rola mistrza.

Profesor Tadeusz Koszarowski to wielka postać polskiej onkologii, twórca i konsekwentny realizator nowoczesnych, oryginalnych i nowatorskich w skali światowej programów kompleksowego diagnozowania i leczenia chorych na nowotwory.

Z wielkim żalem pożegnaliśmy latem 2002 r. naszego wspaniałego szefa, lekarza, naukowca, erudytę, humanistę, społecznika, organizatora służby zdrowia – człowieka wielkiego serca i umysłu, obdarzonego charyzmą, zaufaniem pacjentów i najwyższym autorytetem społecznym.

Profesor Tadeusz Koszarowski pokazał nam wszystkim, że dzięki nieugiętej postawie i konsekwencji działań, wbrew wszystkiemu i wszystkim, można dokonać rzeczy pozornie niemożliwych. Przykładem tego jest wybudowanie nowoczesnego i unikatowego w skali europejskiej Centrum Onkologii na Ursynowie, które dzisiaj stanowi trwały pomnik w postaci dynamicznie funkcjonującego wielkiego szpitala, dzięki działalności, którego ratuje się tysiące chorych na nowotwory i zapewnia fachową, kompleksową i całościową opiekę diagnostyczno-leczniczą, zgodnie z obowiązującymi standardami światowymi.

Profesor Tadeusz Koszarowski posiadał niezwykłą i daną tylko nielicznym umiejętność kierowania dużymi zespołami fachowych pracowników służby zdrowia, zawsze na pierwszym miejscu stawiając dobro chorego człowieka.

Nie do pomyślenia było, aby ktokolwiek, kto przekroczy progi Instytutu, niezależnie, czy zdrowy, czy chory, mógł być nie przyjęty tego samego dnia przez lekarza w ambulatorium, wysłuchany i dokładnie zbadany i jeżeli była taka potrzeba – skierowany na odpowiednie badania i leczenie, w możliwie jak najkrótszym czasie.

Nasze gabinety lekarskie w ambulatorium nierzadko opuszczaliśmy późnym popołudniem lub wieczorem, dopóki nie został załatwiony ostatni oczekujący pacjent.

Nasz Wielki Mistrz, zawsze budzący respekt i szacunek, mimo że potrafił być bardzo surowy w swoich krytycznych ocenach naszej pracy, potrafił jednocześnie wykazać swoje autentyczne zainteresowanie każdym pracownikiem Instytutu, niezależnie, czy był to lekarz, pielęgniarka, sekretarka czy sanitariusz.

Do dziś pamiętam, jak przechadzał się korytarzami na Wawelskiej, zaglądając w każdy zakamarek, nierzadko biorąc po ojcowsku pod ramię przygodnie spotkanych współpracowników; dopytywał się o problemy osobiste, stan aktualnie leżących chorych, jak przebiega praca w oddziale i co należałoby zmienić, aby jakość leczenia utrzymana była na jak najwyższym poziomie.

Profesor Tadeusz Koszarowski pozostawił po sobie ciepłe wspomnienia u wszystkich, którzy mieli okazję zetknąć się z nim za jego życia i mimo że fizycznie nie jest już z nami obecny, jego duch zawsze będzie odczuwalny w korytarzach i pomieszczeniach Instytutów na Wawelskiej i na Ursynowie.

Sadzę, że naszym obowiązkiem, obowiązkiem jego uczniów i współpracowników jest powinność i odpowiedzialność wobec wszystkich ludzi chorych i cierpiących z powodu chorób nowotworowych oraz nieustępliwa kontynuacja dzieła Pana Profesora.

Pan Profesor Tadeusz Koszarowski aktywnie patronował, do ostatnich dni swojego życia, działalności Polskiej Unii Onkologii (PUO), której głównym celem było powołanie Narodo-

wego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych, którego realizacja w latach 2005–2015, zagwarantowana została ustawą sejmową.

Wiele nowotworów staje się chorobami przewlekłymi, których co prawda nie można do końca wyleczyć, ale można z nimi długo żyć i prowadzić aktywną działalność zawodową, społeczną i rodzinną. Chorzy mogą zarabiać na siebie, nie obciążają społeczeństwa. Prawda, że leczenie staje się coraz kosztowniejsze, ale równoważy je to, co zyskuje społeczeństwo. Warto więc zainwestować w proces leczenia, niż potem płacić jeszcze więcej za leczenie paliatywne. Czasy się zmieniają, postęp medycyny codziennie przynosi nowe nadzieje i dlatego warto edukować w tym względzie studentów medycyny, lekarzy, pielęgniarki, decydentów i dziennikarzy.

Stąd nasze wysiłki, by w szkoleniach, które organizujemy, zawsze było miejsce na aspekty psychoonkologiczne. Uczymy, w jaki sposób psychicznie wspomagać chorego i jego najbliższych, jak przekazywać trudne informacje, rozmawiać na nietłatwe tematy. Ale i tego, jak my, lekarze, możemy sobie radzić z emocjami, zniechęceniem, wypaleniem zawodowym. W końcu jak pełnić rolę lekarza: nie możemy przecież płakać razem z chorym, ale dodawać mu sił w walce z chorobą, pomóc zaakceptować tę trudną sytuację. A nierzadko nawet wytłumaczyć, że rak nie jest karą za jakieś grzechy, ale chorobą, pewnym doświadczeniem życiowym, z którego trzeba wyciągnąć wnioski.

Coraz większa liczba lekarzy dostrzega, że warto być partnerem dla pacjenta, także z czysto praktycznych powodów: przez zaniedbanie, niedoinformowanie można nie uniknąć niepotrzebnych procesów sądowych. Prawdą jest, że jako lekarze mamy zawsze zbyt mało czasu na rozmowę, wyjaśnienie wątpliwości pacjenta i jego bliskich, bo przytłacza nas rosnąca liczba chorych i biurokracja. Jednak w tym zaganianiu lekarz, który chce, zawsze znajdzie chwilę na taką rozmowę: czasem wystarczy ciepły gest, słowo otuchy, uśmiech. Ze zrozumiałych względów choroby nowotworowe generują olbrzymie emocje i dlatego ważne jest, by je łagodzić po obydwu stronach, bo i pacjent, i lekarz mają swoje lepsze i gorsze dni. Wiem, że jest to bardzo trudne, bo tego nie uczą na studiach medycznych. Takie doświadczenia nabywa się w toku codziennej pracy, a także obserwując starszych kolegów. Dlatego ważne jest – jak już wspominałem – posiadanie pozytywnych wzorców, a gdy ktoś miał okazję spotkać na swej drodze prawdziwego Mistrza, może uważać się za szczęściarza. Nasz Mistrz – poza podstawowym leczeniem – widział potrzebę poprawy jakości życia chorych na nowotwory, widział potrzebę dostępu pacjentów do miejsc zajmujących się rehabilitacją psychofizyczną jako integralną częścią leczenia onkologicznego. To w Centrum Onkologii w Warszawie pod koniec lat osiemdziesiątych ubiegłego wieku powstała pierwsza w Polsce i jedna z pierwszych w świecie placówka rehabilitacji dla tej grupy chorych – Zakład Rehabilitacji. Przez te lata wypracowano wiele modeli usprawniania naszych chorych. Dziś należy zwrócić większą uwagę na psychiczną sferę potrzeb chorych z chorobami nowotworowymi.

Rehabilitacja psychiczna, to najbardziej zaniedbana dziedzina polskiej onkologii. Tę diagnozę potwierdzają cyfry: 400 tys. chorych w Polsce na raka jest pod opieką zaledwie kilkudziesięciu psychoonkologów, 200 tys. nie ma żadnej możliwości skorzystania z takiej pomocy. Dziedzina ta nie cieszy się też powodzeniem w akademiach medycznych; psychoonkologia jest wykładana tylko w jednej na dwanaście (w czasie dwóch godzin!). Obecnie wobec wzrastającej świadomości społecznej jaką rolę poza rehabilitacją fizyczną odgrywa pomoc psycho-

logiczna dla chorych, również w Centrum Onkologii w Warszawie – został powołany pierwszy w Polsce Zakład Psychoonkologii. Celem powstania tej placówki jest szeroko rozumiana pomoc psychologiczna zarówno chorym i ich rodzinom jak również personelowi zajmującemu się problematyką onkologiczną, pokazanie „serca” w obecnym systemie ochrony zdrowia, tworzenia między innymi otwartych grup wsparcia.

Pacjent wie, że w każdej chwili może tam zajrzeć. Są też grupy zamknięte, warsztaty, spotkania edukacyjne. Jeśli w Polsce udaje się takie grupy zorganizować, a udaje się na szczęście, to tylko dzięki sponsorom zewnętrznym i determinacji profesjonalnych zapaleńców. Nierzadko dyrektorzy wielu ośrodków onkologicznych patrzą niechętnym okiem na inwestowanie w psychoonkologię z powodu ograniczeń finansowych.

Nie ma idealnych modeli edukacyjnych, ale jak z bajki zdają się wyłaniać obrazy zarejestrowane przeze mnie z czasów, kiedy pracowałem w USA.

W niektórych znanych amerykańskich ośrodkach akademickich studenci medycyny podczas specjalnych seminariów zostają poddani intensywnemu szokowi starości.

Po seansie specjalisty makijażu, który dodaje im kilka białych włosów i zmarszczek na twarzy, zostają wyposażeni w soczewki kontaktowe pociągnięte wazeliną – aby zaćmnić wzrok – i w gumowe rękawiczki, które pogarszają dotyk i czynią bardziej niezgrabnym. Dalsza transformacja to zatyczki do uszu by przytępić słuch i łupki założone na stawy by je usztywnić.

Trochę grochu wsypanego do obuwi ma naśladować odciski i stwardnienia stóp co zmniejsza szybkość poruszania się i jeszcze wydłuża niekończące się szpitalne korytarze.

Tak wyekwipowani, studenci przebywają na kolejnych oddziałach. W Zakładzie Radiologii, na przykład, przyszli lekarze muszą rozebrać się w kabince, w której trudno poruszać się ze względu na jej małe rozmiary, zwłaszcza gdy ma się sztywne stawy. Muszą także – zawsze w rękawiczkach i w zamazanych okularach – wypisywać wiele różnych formularzy na użytek zakładów ubezpieczeniowych, odczytywać etykiety, otwierać pudełka leków zaopatrzone w wieczka bezpieczeństwa.

Ten dzień męczarni ma jeden cel: uczynić przyszłych lekarzy bardziej ludzkimi, mniej autorytatywnymi w stosunkach ze starszymi osobami.

To sposób by lekarze dowiedzieli się, co dla niedołęznego, niedosłyszającego, niedowidzącego oraz zestresowanego pacjenta znaczy znaleźć się w szpitalu. Nie zapomną tego szybko.

Podobnie coraz więcej amerykańskich szpitali wdraża programy mające szkolić przyszłych lekarzy w czymś, co ich starsi lekarze wiedzą lecz jakby zapomnieli: we współczuciu.

Od lat, chorzy skarżą się na dystans pomiędzy nimi a ich lekarzami. Doroczne ankiety American Medical Association podkreślają to niezadowolenie. 70% pacjentów ocenia, że ich lekarze są dobrze zorientowani w postępach wiedzy, lecz 50% jest zdania, że nie interesują się pacjentami. Inna ogólnonarodowa, przeprowadzona w 1991 roku ankieta wykazała, że 70% Amerykanów zaczyna tracić zaufanie do swoich lekarzy.

Jeden ze szpitali poszedł jeszcze dalej: zainwestował milion dolarów w stworzenie ośrodka, którego jednym celem jest szkolenie przyszłych lekarzy, używając naukowych metod, we współczuciu.

Zdano sobie sprawę, że zagubiliśmy humanistyczne podejście do medycyny. Konieczne stało się spojrzenie na pacjenta jako na nośnik choroby a nie jako na osobę. Ośrodek nie tylko naucza współczucia lecz je mierzy. Lekarze rzadko bywają obserwowani gdy zajmują się

chorym, jeszcze rzadziej bywają krytykowani. Zatrudniono więc stu aktorów, dokładnie wyszkolono w symulowaniu chorób. Studentów 2, 3 i 4 roku, badających tych pseudopacjentów, obserwuje kamera. Profesorowie i studenci przyglądają się przyszłym lekarzom zajmującymi się prawdziwymi-fałszywymi pacjentami. Po każdym badaniu kasetą video jest przekazywana studentom i staje się materiałem do dyskusji. Często oni sami zaszokowani są tym co widzą. Czasem zapytują samych siebie – czy to rzeczywiście ja, ten szorstki osobnik? Nauczanie współczucia to coś więcej niż moda. Wszystkie statystyki dowodzą, że przytłaczająca część procesów przeciw ciału medycznemu jest oparta nie na faktach niedbalstwa lecz na niepowodzeniu komunikacji pomiędzy lekarzem a pacjentem.

Sprawa jest tak pilna, że podjęły ją także uczelnie medyczne. Wydział medycyny Harvard już kilkadziesiąt lat temu zburzył całkowicie swoją organizację nauczania aby, od pierwszej pół godziny, przyszli lekarze mieli kontakt z chorymi, odwiedzając ich nawet w domach, która to praktyka zanikła po wojnie. Wprowadzono socjologię i psychologię do wszystkich przedmiotów, nawet do biologii.

Chory jest najpierw istotą ludzką.

Gonitwa myśli, panika, paraliżujący, wszechogarniający strach, poczucie zagrożenia życia, rozpacz, dziesiątki pytań na które nie ma odpowiedzi i w rezultacie nadmierna utrata energii i sił witalnych naszego organizmu – to typowe i „normalne” zachowanie dla większości w obliczu diagnozy choroby nowotworowej. Im szybciej chory przejdzie kolejne etapy diagnozy i leczenia od szoku przez zaprzeczenie, rozpacz, lęk, gniew aż do pogodzenia i akceptacji – tym lepsze są wyniki leczenia i mniej występuje powikłań.

Tymczasem rak nie jest wyrokiem. Rak wcześniej wykryty jest wyleczalny.

Większość z nas nie zdaje sobie sprawy z tego, że wiele przewlekłych schorzeń internistycznych i neurologicznych ma o wiele gorsze rokowania niż nowotwory. W naszym kręgu kulturowym i konkretnie w Polsce słaba edukacja i niski poziom oświaty zdrowotnej społeczeństwa oraz krążące mity i nieprawdziwe obiegowe opinie, a także „nieoswojenie” z takimi złowieszczymi brzmiącymi terminami jak rak, nowotwór, umieranie, śmierć – jest powszechne i najczęściej stanowi temat tabu. Stąd w Polsce aż 70–80% pacjentów zgłasza się do onkologa z opóźnieniem i z zaawansowanym nowotworem kiedy szanse na wyleczenie są znacznie mniejsze.

Do znużenia należy powtarzać, że lekarz powinien postrzegać chorego człowieka w sposób holistyczny z uwzględnieniem jego indywidualnych cech osobowościowych i aktualnego stanu zdrowia a nie leczyć jedynie chorego narząd. Kończą się już zdecydowanie czasy lekarza występującego w roli Boga i wyroczni w paternalistycznych relacjach z pacjentem. Lekarz ma zawsze ten sam cel do osiągnięcia co chory człowiek i nigdy nie powinien zwątpić w swoje i medycyny możliwości, zapewniając najwyższą jakość opieki, leczenia i życia. Relację pomiędzy lekarzem a pacjentem muszą być budowane stopniowo, z wycuciem i kulturą, stosownie do życzeń, potrzeb i oczekiwań chorego zawsze jednak w oparciu o prawdę, nadzieję, empatię, partnerstwo i współodpowiedzialność, z przestrzeganiem kodeksów prawnego i etycznego-ontologicznego jednocześnie z pokorą do własnej wiedzy i doświadczenia.

70% szans na sukces to mądry, doświadczony, dobrze wyedukowany lekarz, obdarzony umiejętnościami empatii, szybko i trafnie postawiona diagnoza, niezwłocznie przeprowadzona terapia w oparciu o aktualną i nowoczesną wiedzę medyczną, dostęp do środków leczeni-

czych uznanych za najlepsze według standardów światowych. Tylko i aż 30% to wkład ciężkiej mozolnej pracy własnej jaką musi dać z siebie pacjent posiadający mądre wsparcie wybranych i zaakceptowanych przez niego członków zespołu terapeutycznego.

Niejednokrotnie nawet nie zdajemy sobie sprawy jak wiele współcześnie żyjących ludzi ze świata polityki, kultury, sportu czy mediów jest ozdowieńcami i zwycięzcami nad rakiem. Wielu dziennikarzy, aktorów, artystów leczyło się lub leczy na nowotwór nie przerywając swojej pracy zawodowej, może jedynie z ograniczeniem jej aktywności na czas gorszego samopoczucia towarzyszącego agresywnej terapii. Są wśród nich i tacy, także w Polsce, którzy zdobyli się na odwagę i mówią o tym publicznie, wykonując świetną robotę jako jawny przykład, że z rakiem można się zmierzyć i wygrać.

Mając za sobą już blisko 40 lat pracy w Centrum Onkologii w Warszawie wszystkim swoim pacjentom już od pierwszego spotkania wskazuję na takie przykłady po to aby zmobilizować ich do walki z chorobą i skrócić do minimum okres niezbędny do pogodzenia się z diagnozą, złagodzić towarzyszący stres i wzmocnić wszelkie siły witalne i odpornościowe niezbędne do sprostania wielkiemu wyzwaniu w walce o własne zdrowie i życie.

Najchętniej pokazuję sylwetki takich ludzi jak np. znany i popularny kolarz amerykański Lance Armstrong, siedmiokrotny zwycięzca jednego z najtrudniejszych wyścigów kolarskich świata Tour de France, gdzie nawet najzdrowsi i wytrenowani kolarze nie są w stanie znieść trudów morderczego wyścigu i wycofują się z trasy nie dojeżdżając do mety. Armstrong pokonał bardzo złośliwy nowotwór jądra, chociaż najsławniejsi onkolodzy nie dawali mu zbyt dużych szans na wyzdrowienie ponieważ w chwili rozpoczęcia leczenia, obecne były już przerzuty do wątroby, płuc i mózgu. Mimo początkowego załamania i braku chęci do proponowanej ciężkiej i toksycznej chemioterapii, Armstrong obdarzony duchem i wolą heroicznej walki, zwyciężył we wspólnym stylu... własną przyszłość.

Podobne scenariusze pisze samo życie i takich przykładów, my onkolodzy mamy więcej. Dzieje się tak w związku z nieustającym postępowaniem wiedzy i dzięki coraz doskonalszym lekom, coraz precyzyjnie trafiającym i zabijającym komórki rakowe. Ostatnie postępy w biologii molekularnej, genetyce czy immunologii są na tyle obiecujące, że z uzasadnioną nadzieją można niemal każdego dnia oczekiwać informacji o nowych rodzajach terapii i lekach nowej generacji, coraz skuteczniejszych w pokonywaniu raka.

Dopóki lekarz posiada armaty i amunicję, a posiada je prawie zawsze, tyle że różnego kalibru i o różnej skuteczności, nie ma sytuacji przegranych. Nawet przy kolejnych wznowach choroby nowotworowej, jeśli nie uda się osiągnąć wyleczenia, choć nierzadko taka szansa istnieje, można umiejętnym postępowaniem przedłużyć życie z zachowaniem niezbędnego komfortu bytowania. Umiejętnie prowadzone leczenie wspomagające, hamujące postęp choroby, likwidujące lub łagodzące ból i inne objawy uboczne pozwala wielu pacjentom kontynuować przez wiele lat względnie normalne życie rodzinne i zawodowe.

Na co dzień zupełnie zapominamy jak wiele zależy od nas samych zanim dojdzie do zmian powodujących zachorowania na szerzące się wokół choroby cywilizacyjne. Głusi jesteśmy na apele lekarzy i współpracujących z nimi dziennikarzy, aby we własnym szeroko pojętym interesie zdrowotnym prowadzić zdrowy tryb życia, dbać o higienę psychiczną, także fizyczną i żyć w zgodzie z samym sobą. Życie nie polega na zakazach ale na rozsądnym i świadomym wyborze względnie złotego środka zanim będzie już za późno.

Nie popadając w skrajną przesadę i panikę pamiętajmy, że niezależnie od trybu życia jaki prowadzimy, chodzenia na badania profilaktyczne i nas może zaskoczyć rak. Nie stosujemy wtedy polityki strusia, udając że to nic groźnego i samo się rozejdzie. Nie bagatelizujemy wczesnych sygnałów jakie daje nasz organizm i jakie są łatwe do spostrzeżenia. Nie chodźmy do cudotwórców, bioenergoterapeutów, wróżbitów i magów ZAMIAST do onkologa do którego nie trzeba przecież mieć skierowania!

Nie dajmy się także nabrać na cudowne środki „na wszystko” szarlatanom i oszustom, żerującym na ludzkim nieszczęściu, którzy oferują nam cudowne leki na raka w postaci pigułek z Chin, ziół z Południowej Ameryki, kropli z Węgier, czy preparatu torfowego. Opóźnienie w podjęciu właściwego postępowania w placówce onkologicznej może kosztować nas życie.

Naszą powinnością – nas lekarzy, psychologów i pielęgniarek jest nieustanne informowanie całego społeczeństwa o powyżej zasygnalizowanych problemach i nie zapominanie, że najważniejszy jest w naszym zawodzie chory człowiek a umiejętne wsparcie psychoonkologiczne jakiego mu udzielamy ma go w tym utwierdzić.

Ile razy siedzi przed nami kolejny pacjent tyle razy zadajmy sobie pytanie: czy gdybyśmy to my musieli się znaleźć na jego miejscu chcielibyśmy być w taki sam sposób potraktowani jak my to czynimy względem niego?!

Bibliografia

1. Berrino, F. De Angelis, R.; Sant, M.; i inni: Survival for eight major cancers and all cancers combined for European adults diagnosed in 1995-99, results of the Eurocare-4 study, *Lancet Oncol* 2007, 8, 773-783.
2. Jemal, A.; Ward EM, Thun M J, *Epidemiology of cancer. Cancers statistics w: De Vita VT, Hellman S, Rosenberg S A, 7-th edition, Philadelphia, 2005, 226-242.*
3. Koszarowski, T.: Dać świadectwo prawdzie. Warszawa, 1998.
4. MA X, Tucker MA, *Epidemiology of cancer. Epidemiologic Methods w: De Vita VT, Hellman S, Rosenberg S A; 7-th edition, Philadelphia: Lippincott Williams and ilkins 2005, 217-225.*
5. Wojciechowska, U.; Ditkowska, J. Zatoński, w: *Nowotwory złośliwe w Polsce w 2007, Warszawa, 2009 w druku.*

DOWIESZ SIĘ WIĘCEJ:

www.puo.pl

www.pokonamyraka.pl

www.prawapacjenta.pl

www.wyprzedzraka.pl

www.nfz.gov.pl

www.coi.waw.pl

www.uicc.org

www.mamhakanaraka.pl

www.konkurszdrowagmina.pl

II. Rehabilitacja jako proces społeczno-medyczny. Cele i zadania psychoonkologii

Hanna TCHÓRZEWSKA-KORBA

Etymologicznie rzecz biorąc, rehabilitacja znaczy „ponowne uczynienie przydatnym czegoś, przywrócenie pierwotnego stanu. Termin ten używany jest przede wszystkim do określenia procesu medyczno-społecznego, którego celem jest przywrócenie osoby niepełnosprawnej w różnych aspektach do życia społecznego. Używany również w celu przywrócenia komuś odebranej niesłusznie i niesprawiedliwie chwały, zasług czy działalności.

Pojęcie rehabilitacji dotyczy wielokierunkowego procesu społecznego na rzecz koordynacji wysiłków różnych instytucji państwowych ochrony zdrowia oraz innych instytucji pozarządowych, samorządowych, charytatywnych i indywidualnych starań w celu przywrócenia osobom potrzebującym maksymalnie możliwego samodzielnego życia w rodzinie i społeczeństwie, zdolności do pracy zawodowej i aktywności społecznej. W odniesieniu do dzieci mówi się nie o „przywracaniu” ale o ułatwieniu nabywania nowych umiejętności i zapobieganiu rozwijania nieprawidłowych wzorców postawy i wzorców ruchowych.

Rehabilitacja medyczna

Rehabilitacja medyczna jest podstawowym etapem rehabilitacji jako szeroko rozumianego procesu medyczno-społecznego.

Rehabilitacja medyczna jest integralną częścią leczenia, a zaspokojenie potrzeb ludności w zakresie rehabilitacji medycznej jest podstawowym obowiązkiem państwa.

Przez pojęcie rehabilitacja medyczna (lecnicza), rozumie się postępowanie, które umożliwia przyspieszenie procesu naturalnej regeneracji i plastyczności (dla układu nerwowego) oraz zmniejsza niedostosowanie fizyczne i psychiczne spowodowane chorobą lub urazem. Jest to kompleksowe i zespolone działanie, które ma na celu przywrócenie danej osobie pełnej

lub maksymalnie możliwej sprawności psychicznej lub fizycznej, także zdolności do pracy i brania udziału w życiu.

Rehabilitacja medyczna obejmuje działania kompleksowe prowadzone przez zespół rehabilitacyjny, w którego skład wchodzi: lekarz specjalista rehabilitacji medycznej, fizjoterapeuta (dawniej magister rehabilitacji ruchowej), pielęgniarka, psycholog kliniczny, logopeda, masażysta i inni w zależności od referencyjności i specjalności danej placówki rehabilitacyjnej. Obecnie trudno jest znaleźć specjalność medyczną, w której rehabilitacja nie jest częścią leczenia.

Polski model rehabilitacji, uznany w środowisku światowych specjalistów zakłada, że rehabilitacja powinna być: powszechna, wczesna, kompleksowa, ciągła.

Przez **powszechność** rozumie się pełną dostępność do wszystkich form rehabilitacji dla każdego potrzebującego pacjenta, w czasie kiedy zostanie przez leczącego lekarza zlecona.

Wczesność rehabilitacji odnosi się przede wszystkim do zagwarantowania rehabilitacji przyłózkowej od pierwszych dni hospitalizacji.

Kompleksowość rehabilitacji dotyczy wszechstronnego, holistycznego spojrzenia na pacjenta jako podmiotu naszego działania, pamiętając, że leczy się człowieka a nie jego chorobę. Kompleksowość gwarantuje usprawnianie pod kątem leczniczym (fizjoterapia), psychologicznym, zawodowym i społecznym.

Zapewnienie **ciągłości** rehabilitacji ma szczególne znaczenie w schorzeniach przewlekłych, wrodzonych lub po uszkodzeniach o.u.n, gdzie jest często jedyną formą leczenia, odgrywającą dużą rolę w zapobieganiu powikłaniom i profilaktyce dalszego postępu choroby. Ciągłość rehabilitacji ma ogromne znaczenie psychoterapeutyczne.

Z pojęciem „rehabilitacja medyczna” nierozdzielnie łączy się fizjoterapia.

Fizjoterapia – jest metodą leczenia wykorzystującą zdolność organizmu do reaktywności na bodźce. W zależności od stosowanego bodźca wyróżnia się następujące działy:

Kinezyterapia – leczenie ruchem, często łączy się doborem zaopatrzenia ortopedycznego i przygotowaniem pacjenta do protezowania. Jak mówił nestor i twórca polskiej szkoły rehabilitacji prof. Wiktor Dega „ruch jako lek nie ma substancji ani opakowania, a przekazanie go wraz z osobowością prowadzącego, czyni ten lek niezastąpionym”.

Fizykoterapia – dział wykorzystujący do terapii bodźce fizyczne w postaci prądu elektrycznego, ciepła i zimna, światła, ultradźwięków, pól magnetycznych, wody w postaci kąpeli i natrysków.

Masaż – zabieg fizjoterapeutyczny polegający na sprężystym odkształcaniu tkanek.

Balneo- i klimatoterapia – dział wykorzystujący do terapii naturalne czynniki uzdrowiskowe i bodźce klimatyczne.

Fizjoterapia ma ogromne znaczenie w przywracaniu funkcjonalności chorego ale również stanowi podstawę działań zapobiegawczych np: profilaktyka przeciwobrzękowa, przeciwzakrzepowa, przeciwdoleźniowa.

Rehabilitacja psychiczna

Rehabilitacja psychiczna jak wynika z definicji rehabilitacji jest częścią procesu, celem tego działania jest między innymi przywrócenie utraconych lub zaburzonych przez chorobę sprawności psychicznej, zdolności do pracy czy życia społecznego.

Rehabilitacja psychiczna dotyczy najbardziej skrytych i subtelnych struktur osobowości ludzkiej. Przywracanie chorym sprawności psychofizycznych powinno odbywać się przy współdziałaniu osoby chorej, z uwzględnieniem jego nastawienia wobec samego siebie i choroby, jego zaangażowania w ten proces z odniesieniem do dyspozycji psychicznych i fizycznych. Nastawienie chorego, przekonanie o potrzebie współpracy z fizjoterapeutą i oczekiwania z obu stron mieszczą się w kategoriach psychologicznych. Psychologiczne przygotowanie pacjenta do usprawniania odgrywa olbrzymią rolę, warunkując często powodzenie rehabilitacji.

Proces rehabilitacji psychicznej jest przede wszystkim uwarunkowany właściwościami osobowości i zachowania jednostki, choć jest uzależniony również od rodzaju choroby i stanu fizycznego jaki reprezentuje pacjent. Dla psychologicznego rozumienia niepełnosprawności bardzo ważny jest okres jej trwania. Ma to znaczenie przy układaniu planu usprawniania. Ważne jest również znaczenie choroby, jakie ta może mieć dla osoby, mianowicie choroba jako wartość i choroba jako przeszkoda. Z tym są związane odpowiednie formy oddziaływań psychologicznych.

Formy oddziaływań psychologicznych w procesie rehabilitacji niepełnosprawnych zależą od etapu leczenia i rehabilitacji chorego, rodzaju i etapu choroby, jak i od demonstrowanych przez pacjenta problemów psychologicznych. Bez względu na etap choroby i fazę leczenia, działalność psychologiczna powinna towarzyszyć każdej z tych faz. Podstawową formą oddziaływania na pacjentów jest informacja, psychoterapia, terapia behawioralna.

Cele i zadania psychoonkologii

Postęp jaki dokonuje się w onkologii pozwala przypuszczać, że zwiększy się odsetek wyleczeń i wydłuży czas życia chorych niewyleczonych dlatego warto pamiętać, że już Hipokrates nauczał – *Należy leczyć nie tylko chory narząd ale także chorego człowieka.*

Pacjent z rozpoznaniem rakiem wymaga od lekarza dużej wrażliwości, cierpliwości i wiedzy z zakresu psychologii. Bardzo ogólnie można stwierdzić, że psychoonkologia to dziedzina medycyny obejmująca swoim obszarem szeroko pojęte, różnorakie aspekty choroby nowotworowej, badająca psychologiczne, społeczne, behawioralne i etyczne aspekty choroby nowotworowej, które mogą mieć wpływ na jej przebieg.

Największy nacisk kładzie na zagadnienia związane z reakcjami emocjonalnymi i behawioralnymi i to zarówno chorego jak i jego bliskich.

Siłą rzeczy psychoonkologia będąca składową interdyscyplinarnej onkologii obejmuje swoim zakresem nie tylko zagadnienia z dziedzin takich jak psychiatria czy psychologia ale graniczy zarówno ze wszystkimi dyscyplinami klinicznymi (chirurgią, radioterapią i chemioterapią) jak i bioetyką i opieką paliatywną.

Ważną dla tej dziedziny medycyny jest kwestia objęcia opieką psychologiczną personelu medycznego zaangażowanego w proces leczenia pacjenta chorego na raka.

Zakres tematyczny psychoonkologii zamyka się zatem w trzech podstawowych obszarach i obejmuje:

1. Promocję zdrowia uwzględniającą takie zagadnienia jak propagowanie zachowań prozdrowotnych ułatwiających profilaktykę i wczesne wykrywanie nowotworów.
2. Łagodzenie psychologicznych następstw rozpoznania i leczenia nowotworu poprzez stosowanie technik pomocy psychologicznej np. psychoedukacji, wsparcia, zniwelowania

strachu przed chorobą nowotworową. Pomoc psychologiczna udzielana jest na wszystkich etapach leczenia zarówno choremu jak i jego bliskim.

3. Edukację personelu medycznego w zakresie prawidłowej komunikacji z pacjentem onkologicznym.

Wiedza z zakresu psychoonkologii jest niezbędna aby złożony proces leczenia przebiegał prawidłowo.

Nadrzędny cel psychoonkologii to pomoc w zrozumieniu przez chorego w jakim położeniu życiowym się znajduje, jak wpływ choroba nowotworowa wywiera na sferę fizyczną, psychiczną, duchową i społeczną jego życia. Rozwój medycyny, szeroko zakrojone badania naukowe dowiodły w ostatnich latach że istnieje bezpośredni związek między stanem fizycznym i psychicznym pacjenta onkologicznego. W 1981 roku Robert Ader opublikował książkę zatytułowaną „Psychoneroimmunologia” dając tym samym początek dziedzinie interdyscyplinarnej o tej samej nazwie (w skrócie PNI). Przedmiotem zainteresowania PNI jest wpływ zależności między układem odpornościowym a mózgiem na zdrowie. Powstanie PNI ugruntowało naukowe podstawy psychoonkologii. Twórcą psychoonkologii jest dr Jimmie Holland, kierująca Katedrą Psychiatrii i Nauk Behavioralnych Centrum Onkologicznego im. Sloan-Kettering w Nowym Jorku. Powstanie tej dziedziny zapoczątkowało rozwój zainteresowania naukowców, badaczy oraz lekarzy praktyków i samych pacjentów zagadnieniem możliwości ludzkiego umysłu w radzeniu sobie z nowotworem. Wyrazem potrzeby wielodyscyplinarnej aktywności było utworzenie w 1984 r. pierwszego na świecie Międzynarodowego Towarzystwa Psychoonkologicznego (International Psycho-Oncology Society – IPOS). W 1987 r. powstało Europejskie Towarzystwo Psychospołecznej Onkologii (European Society of Psychosocial Oncology – ESPO), w ramach którego zaczęły powstawać krajowe towarzystwa psychoonkologiczne. W 1992 r. z inicjatywy polskiej grupy zarejestrowano Polskie Towarzystwo Psychoonkologiczne.

Przyniło się to do znacznego rozwoju psychoonkologii jako integralnej części kompleksowego leczenia.

Można nawet zaryzykować tezę, że wraz z sukcesami w walce z rakiem i uzyskiwaniem coraz lepszych wyników leczenia w wielu ośrodkach onkologicznych zrównano troskę o zdrowie fizyczne ze staraniem o polepszenie samopoczucia w sferze psychicznej.

Wysokospecjalistyczne, kompleksowe leczenie z rehabilitacją psychofizyczną jest jedyną drogą prowadzącą do poprawy wyników leczenia i jakości życia chorych na raka.

Rehabilitacja zawodowa

Praca dla osoby niepełnosprawnej jest osiągnięciem, które często wymaga długiego czasu kształcenia i rehabilitacji. Jest dobrem samym w sobie, nie tylko źródłem zarobkowania. Rehabilitacja zawodowa ma na celu ułatwienie osobie niepełnosprawnej uzyskania i utrzymania odpowiedniego zatrudnienia. Celem tego działania jest również umożliwienie awansu społecznego. Do podstawowych działań należą: poradnictwo zawodowe, szkolenia zawodowe i pośrednictwo pracy. Dla osób niepełnosprawnych bardzo ważna jest świadomość uprawnień i możliwości jakie dają regulacje prawne w tym zakresie. Prawa i obowiązki osób niepełnosprawnych w zakresie prawa pracy, tak samo jak dla wszystkich pracowników reguluje Kodeks Pracy oraz dla tej grupy – ustawa o rehabilitacji.

Orzecznictwo pozarentowe – w zespołach ds. orzekania o niepełnosprawności

W Polsce – osobą niepełnosprawną, jest osoba, która uzyskała odpowiednie orzeczenie lub orzeczenia wydane przez właściwy organ o:

- stopniu niepełnosprawności,
- niezdolności do pracy/grupa inwalidzka.

Ustawa o rehabilitacji dotyczy osób niepełnosprawnych zaliczanych do jednego ze stopni niepełnosprawności, posiadających odpowiednie orzeczenie. Orzeczenia takie są niezbędne, aby pacjenci mogli korzystać z różnych ulg i uprawnień, np.: skrócony czas pracy, dopłaty do turnusów rehabilitacyjnych, odliczenia rehabilitacyjne, dodatkowy urlop, programy PFRON, bezpłatne przejazdy środkami lokomocji.

Podstawa prawna:

- *ustawa z dn. 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (Dz.U. z 1998 r., Nr 21, poz. 94 z późn. zm.),*
- *ustawa z dn. 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2008 r., Nr 14, poz. 92).*

Do znacznego stopnia niepełnosprawności zalicza się osobę z naruszoną sprawnością organizmu, niezdolną do pracy albo zdolną do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej i wymagającą, w celu pełnienia ról społecznych, stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innych osób w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji.

Do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności zalicza się osobę z naruszoną sprawnością organizmu, niezdolną do pracy albo zdolną do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej lub wymagającą czasowej albo częściowej pomocy innych osób w celu pełnienia ról społecznych.

Do lekkiego stopnia niepełnosprawności zalicza się osobę o naruszonej sprawności organizmu, powodującej w sposób istotny obniżenie zdolności do wykonywania pracy, w porównaniu do zdolności, jaką wykazuje osoba o podobnych kwalifikacjach zawodowych z pełną sprawnością psychiczną i fizyczną, lub mającą ograniczenia w pełnieniu ról społecznych dające się kompensować przy pomocy wyposażenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze lub środki techniczne.

Orzeczenie wydaje powiatowy (miejski) zespół do spraw orzekania o niepełnosprawności, a w drugiej instancji (czyli jeśli jesteśmy niezadowoleni z orzeczenia i składamy odwołanie) wojewódzki zespół. W orzeczeniu powinny być zawarte wskazania dotyczące m.in.: odpowiedniego zatrudnienia (np. w zakładzie aktywności zawodowej), szkoleń, uczestnictwa w terapii zajęciowej, uprawnień drogowych niepełnosprawnego kierowcy.

Wydanie orzeczenia nie wyklucza możliwości wykonywania pracy!

Podjęcie pracy może nastąpić:

- w warunkach chronionych, przede wszystkim w zakładzie pracy chronionej,
- na tzw. otwartym rynku pracy (u pracodawcy niezapewniającego warunków pracy chronionej), w przypadku uzyskania pozytywnej opinii Państwowej Inspekcji Pracy o przystosowaniu przez pracodawcę stanowiska pracy,
- w formie telepracy.

Podstawa prawna:

- *ustawa z dn. 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2008 r., Nr 14, poz. 92).*

Orzecznictwo rentowe – o niezdolności do pracy

Obok orzecznictwa o niepełnosprawności funkcjonuje dla celów rentowych tzw. orzecznictwo o niezdolności do pracy. Prowadzone jest przez lekarzy orzeczników oraz komisje lekarskie Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Lekarz orzecznik ZUS orzeka o częściowej, bądź całkowitej niezdolności do pracy, a także o niezdolności do samodzielnej egzystencji. Od takiego orzeczenia przysługuje sprzeciw do komisji lekarskiej ZUS. Podobnie jak w przypadku opisanych w poprzednim rozdziale orzeczeń o stopniu niepełnosprawności, również orzeczenie o całkowitej niezdolności do pracy nie oznacza, iż osoba taka nie może pracować. Jest to wyłącznie określenie, oznaczające iż występuje przesłanka do przyznania renty, ponieważ na tyle pogorszył się stan zdrowia danej osoby, że wpływa na jej zdolność do pracy.

Orzeczenie lekarza orzecznika ZUS (komisji) o:

- 1) całkowitej niezdolności do pracy i niezdolności do samodzielnej egzystencji oraz orzeczenie o niezdolności do samodzielnej egzystencji traktowane są na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności,
- 2) całkowitej niezdolności do pracy jest traktowane na równi z orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności,
- 3) częściowej niezdolności do pracy oraz celowości przekwalifikowania jest traktowane na równi z orzeczeniem o lekkim stopniu niepełnosprawności.

Takie same zasady obowiązują w stosunku do innych odpowiednich orzeczeń, w tym wydanych przez komisje do spraw zatrudnienia i inwalidztwa, tj. orzeczeń o I, II i III grupie inwalidztwa.

Orzecznictwo rentowe prowadzą także, oprócz ZUS, inne instytucje: lekarze rzeczoznawcy i komisje lekarskie Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS), komisje lekarskie podległe MON lub ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych.

Zrównanie różnych systemów orzecznictwa i orzeczeń nie obejmuje uprawnień rentowych. Prawo do renty uzyskuje się wyłącznie na podstawie orzeczeń o niezdolności do pracy (lub starszych: o zaliczeniu do grupy inwalidzkiej), po spełnieniu dodatkowych warunków. Podstawa prawna:

– *ustawa z dn. 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz.U. z 2004 r., Nr 39, poz. 353 z późn. zm.).*

Rehabilitacja społeczna

Ma na celu umożliwienie osobom niepełnosprawnym uczestniczenie w życiu społecznym. Realizowana jest przede wszystkim przez aktywizację osób o różnym stopniu niesprawności pobudzanie ich do aktywności społecznej, a także tworzenie możliwości wyjścia poza ramy własnego świata choroby. Do podstawowych form aktywności wspomagających proces rehabilitacji społecznej zalicza się uczestnictwo osób niepełnosprawnych w turnusach rehabilitacyjnych i warsztatach terapii zajęciowej. Główne cele rehabilitacji zawodowej są realizowane między innymi poprzez działalność różnych organizacji i stowarzyszeń osób niepełnosprawnych.

Warsztat terapii zajęciowej (WTZ) to placówka stwarzająca osobom niepełnosprawnym niezdolnym do podjęcia pracy możliwość rehabilitacji społecznej i zawodowej w zakresie pozyskania lub przywracania umiejętności niezbędnych do podjęcia zatrudnienia. W hierarchii

form mających za zadanie pomóc osobie niepełnosprawnej znaleźć zatrudnienie warsztaty są pierwszym etapem na drodze do pracy. WTZ-y mogą być organizowane przez fundacje, stowarzyszenia, a także inne podmioty. Ich tworzenie i działalność finansuje Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON) przy współudziale powiatu. W 2008 r. PFRON finansował 90% kosztów działalności WTZ.

Podstawa prawna:

- *art. 10a-10b, 10f ustawy z dn. 27 sierpnia 1997 r.,*
- *rozporządzenie Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dn. 25 marca 2004 r. w sprawie warsztatów terapii zajęciowej (Dz.U. z 2004 r., Nr 63, poz. 587).*

Turnusy rehabilitacyjne

Uczestnictwo w turnusie rehabilitacyjnym przypomina pobyt i korzystanie z leczenia sanatoryjnego, którego celem jest rehabilitacja lecznicza. Turnusy rehabilitacyjne organizowane są przez zorganizowane grupy pacjentów, np. jeśli chodzi o pacjentów leczonych z powodu nowotworów – przez Kluby Kobiet po Mastektomii „Amazonki”.

Turnus polega na zorganizowanej, aktywnej rehabilitacji połączonej z elementami wypoczynku. Jej celem jest ogólna poprawa sprawności psychofizycznej oraz rozwijanie umiejętności społecznych uczestników, między innymi przez nawiązywanie i rozwijanie kontaktów społecznych, realizację i rozwijanie zainteresowań, a także przez udział w innych zajęciach przewidzianych programem turnusu. Program turnusu powinien zawierać elementy rehabilitacji odpowiedniej do rodzaju schorzeń oraz obejmować zajęcia kulturalno-oświatowe, sportowo-rekreacyjne oraz inne wynikające z rodzaju turnusu. Turnusy dofinansowywane są przez powiatowe/miejskie centra pomocy rodzinie (PCPR) ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Wniosek o dofinansowanie składa się we właściwym dla miejsca zamieszkania centrum pomocy rodzinie. Druk wniosku można otrzymać w PCPR. Do wniosku należy dołączyć:

- kopię orzeczenia o niepełnosprawności (orzeczenia równorzędnego),
- wniosek lekarza, pod którego opieką znajduje się osoba, o skierowanie na turnus.

Podstawa prawna:

- *art. 10, 10c-10f ustawy z dn. 27 sierpnia 1997 r.,*
- *rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dn. 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz.U. z 2007 r., Nr 230, poz. 1694).*

Bibliografia

1. Kwolek, A.: Rehabilitacja medyczna; Wrocław, 2003.
2. Tylka, J.: Rehabilitacja psychiczna w: Rehabilitacja medyczna pod red. A. Kwolek; Wrocław, 2003.
3. Siemaszko, A: Niepełnosprawni – orzecznictwo rentowe i pozarentowe; seria Poznaj swoje prawa, wyd. Stowarzyszenie Klon/Jawor, 2009.
4. Niecikowska. R., Kowalski. R: Niepełnosprawni – podstawowe ulgi i uprawnienia; seria Poznaj swoje prawa, wyd. Stowarzyszenie Klon/Jawor, 2010.

III. Niektóre psychiatryczne aspekty leczenia onkologicznego

Tomasz SZAFRAŃSKI

Współwystępowanie zaburzeń psychicznych u chorych na nowotwory jest bardzo częste i jest szacowane na 50–70%. Najliczniejszą grupę stanowią zaburzenia adaptacyjne ale od kilku do kilkunastu procent chorych będzie miało nasilone objawy depresji, u podobnego odsetka chorych mogą okresowo pojawić się objawy zaburzeń świadomości. Oczywiście u pacjentów onkologicznych współwystępować może także cała gama innych zaburzeń i chorób psychicznych.

Częstość występowania zaburzeń psychicznych u chorych onkologicznych wzrasta w grupach z bardziej zaawansowanym stadium choroby nowotworowej, jest wyższa w populacji osób leczonych w szpitalu w porównaniu z grupą leczonych ambulatoryjnie, jest również większa u osób z bardziej nasiloną niepełnosprawnością.

Lekarz onkolog powinien umieć postawić rozpoznanie i rozpocząć leczenie w przypadku większości zaburzeń lękowych i depresyjnych, które mogą się pojawić u chorego z chorobą nowotworową. Jest to istotne z kilku względów – nie zawsze konsultacja psychiatryczna jest dostępna, czasami czas oczekiwania może wynosić kilka tygodni, ponadto niektórzy pacjenci nie będą chcieli zgłosić się do psychiatry.

Zatem celem tego rozdziału jest z jednej strony przypomnienie podstawowych zasad rozpoznawania i postępowania terapeutycznego, przede wszystkim wobec najczęściej spotykanych zaburzeń psychicznych u chorych onkologicznych: zaburzeń adaptacyjnych i zaburzeń lękowych, zaburzeń depresyjnych. Krótko odniesiemy się również do innych wybranych zagadnień, które mogą być istotne w praktyce lekarza onkologa. Zrezygnowano natomiast w tym miejscu z omówienia postępowania w przypadku zaburzeń świadomości i zaburzeń psychotycznych. Podając zalecenia dotyczące farmakoterapii – oparto się przede wszystkim na aktualnych polskich standardach leczenia zaburzeń lękowych i depresyjnych stawiając akcent na postępowanie „pierwszego rzutu”.

Kiedy korzystać z konsultacji psychiatrycznej?

Oczywiście w wielu przypadkach będzie konieczne skorzystanie z konsultacji psychiatrycznej. Przede wszystkim należy tutaj wymienić takie sytuacje jak:

1. Konieczność ustalenie rozpoznania i leczenia zwłaszcza w przypadku zaburzeń psychicznych o nagłym początku i gwałtownym przebiegu oraz w przypadku zaburzeń o znacznym nasileniu objawów (Propozycje ewentualnej dalszej diagnostyki, sposobu i miejsca leczenia). Zawsze lepiej poprosić o konsultację jeżeli mamy wątpliwości diagnostyczne, podejrzewamy u pacjenta obecność objawów psychotycznych lub myśli i tendencji samobójczych.
2. Konsultacje co do postępowania w zaburzeniach świadomości pojawiających się po zabiegu operacyjnym, w trakcie chemioterapii lub związanych z wystąpieniem zespołów abstynencyjnych (alkohol, benzodiazepiny) w trakcie leczenia onkologicznego.
3. Weryfikacja poprawności dotychczasowego prowadzonego u pacjenta leczenia psychiatrycznego (na przykład kiedy mamy trudności w doborze leku a więc postępowanie pierwszego rzutu nie przynosi oczekiwanej poprawy lub leczenie jest przez pacjenta źle tolerowane).
4. Ocena stanu psychicznego i ustalenie postępowania u osoby po próbie samobójczej lub z deklaracjami samobójczymi.
5. Ocena zdolności pacjenta do czynności prawnych (wyrażenie świadomej zgody na procedury medyczne).
6. Konsultacja psychiatry lub psychologa może być również pomocna w sytuacjach, w których są problemy we współpracy pomiędzy lekarzem onkologiem – pacjentem – jego rodziną lub innych sytuacjach trudnych („Trudny pacjent”; „Trudna rodzina” „Konflikt w zespole leczącym”).

Zaburzenia adaptacyjne

Zaburzenia adaptacyjne są opisywane jako typ zaburzeń, który pojawia się jako konsekwencja znaczącej zmiany życiowej. Zaburzenia takie rozpoczynają się wkrótce po wystąpieniu czynnika wywołującego (zwykle w ciągu miesiąca) a ich czas trwania nie przekracza zwykle 6 miesięcy. W zaburzeniach adaptacyjnych pojawiają się u pacjenta różnorodne objawy lękowe, depresyjne, dysocjacyjne czy somatyzacyjne. Konsekwencją objawów są trudności w codziennym funkcjonowaniu – pogorszenie w stosunku do poziomu funkcjonowania sprzed czasu wystąpienia zaburzeń. Pacjent może zgłaszać obniżony nastrój, poczucie bezradności, skarżyć się na niepokój, ciągle się martwić. Objawy lękowe i depresyjne nie zawsze dominują. Czasem takim dominującym rysem mogą być wybuchowość, złość, gniew, agresja i zaburzenia zachowania. W zależności od tego jakie objawy przeważają wyróżnia się kilka typów reakcji adaptacyjnych:

- Krótka reakcja depresyjna
- Reakcja mieszana lękowo-depresyjna
- Reakcja głównie z zaburzeniami innych emocji (napięcie, gniew)
- Reakcja głównie z zaburzeniami zachowania
- Reakcja depresyjna przedłużona (trwająca dłużej niż 6 miesięcy – od pół roku do 2 lat).

Rozpoznanie choroby nowotworowej jest oczywiście „znaczącą zmianą życiową”. Taka informacja jest przeżywana przez chorych w sposób bardzo indywidualny. Myśli i uczucia, które pojawiają się po otrzymaniu rozpoznania choroby nowotworowej mogą wiązać się z:

- Perspektywą śmierci
- Perspektywą zmiany roli i pozycji społecznej, zawodowej oraz roli i pozycji w rodzinie
- Obawą przed utratą autonomii, i zależnością od innych osób
- Perspektywą pogorszenia sytuacji materialnej
- Obawą przed zmianą wyglądu (utratą włosów, okaleczeniem w wyniku zabiegu operacyjnego)
- Obawą przed pogorszeniem funkcjonowania i ograniczeniem sprawności
- Obawą przed dolegliwościami związanymi z chorobą i leczeniem (cierpieniem, bólem, niepełnosprawnością).

Reakcja będzie modelowana przez czynniki takie jak osobowość pacjenta, umiejętności radzenia sobie ze stresem, obecność wsparcia społecznego, współistnienie wcześniejszych zaburzeń psychicznych. Oczywiście informacja o rozpoznaniu choroby nowotworowej może być czynnikiem spustowym zaostrzającym dotychczasowe lub wyzwalamym zaburzenia psychiczne.

U większości osób typ reakcji psychologicznej jest przewidywalny i obejmuje fazy zaprzeczenia, przepracowywania i adaptacji. Często reakcja na informację o chorobie i rozpoczęcie leczenia onkologicznego osiąga poziom zaburzeń adaptacyjnych z objawami lękowymi lub depresyjnymi. W fazie przepracowania pojawiają się lęk, niepokój, zaburzenia koncentracji, natrętne myśli o śmierci i chorobie, obawy o przyszłość, przygnębienie, smutek, wycofanie, bezsenność, mogą także występować drażliwość, złość i agresja. U wielu osób umiejętności radzenia sobie i naturalne wsparcie jest wystarczające a faza przepracowania trwa relatywnie krótko (tygodnie). Po niej następuje faza adaptacji z całkowitą lub częściową akceptacją nowej sytuacji oraz pogodzeniu się z koniecznością życia z chorobą i planem leczenia. Generalnie po okresie adaptacyjnym następuje powrót do poprzedniego poziomu radzenia sobie i psychologicznego funkcjonowania.

Wśród niektórych osób naturalne sposoby radzenia sobie mogą być nieefektywne i przekształcać się w zespoły psychopatologiczne wymagające leczenia. Większe ryzyko wystąpienia takiej sytuacji ma miejsce u osób ze wcześniejszymi zaburzeniami osobowości, zaburzeniami lękowymi, depresją i innymi zaburzeniami psychicznymi. Zwiększone ryzyko dotyczy także osób, które są pozbawione adekwatnego poziomu wsparcia psychospołecznego.

Opisany powyżej sposób reagowania może pojawiać się cyklicznie w kolejnych fazach leczenia onkologicznego. Takimi sytuacjami mogą być takie momenty leczenia i przebiegu choroby jak:

- Pogorszenie się choroby, wystąpienie przerzutów
- Niedostateczna odpowiedź na prowadzone leczenie
- Nowe badania diagnostyczne, wprowadzenie nowej metody leczenia
- Decyzja o zaprzestaniu leczenia przyczynowego.

Zwykle – wraz z większym zaawansowaniem choroby nowotworowej – kolejna reakcja będzie wiązała się z większym udziałem objawów depresyjnych w obrazie psychopatologicznym.

Nasilone zaburzenia adaptacyjne mogą znaczenie utrudniać możliwość prowadzenia diagnostyki i leczenia. Duże znaczenia ma tutaj sposób komunikowania się lekarza z pacjen-

tem, sposób informowania o diagnozie i leczeniu. Celem prowadzenia oddziaływań psychologicznych będzie skrócenie czasu trwania zaburzeń adaptacyjnych i złagodzenia nasilenia objawów. Pomoc psychologiczna obejmować może elementy wsparcia, edukacji, interwencji kryzysowej. W przypadku dużego nasilenia objawów psychopatologicznych stosuje się również leczenie farmakologiczne polegające na krótkotrwałym podaniu leków uspokajających na przykład hydroksyzyny lub benzodiazepin. Benzodiazepiny powinny być wyłącznie stosowane doraźnie. W przypadku dłużej trwających objawów lękowych i depresyjnych należy zastosować leczenie lekami przeciwdepresyjnymi.

Zaburzenia lękowe

Rouhani i Holland wskazują na cztery główne grupy przyczyn lęku u chorych onkologicznych. Są to kolejno:

- przyczyny sytuacyjne,
- przyczyny związane z chorobą,
- przyczyny związane z leczeniem oraz ostatnia grupa to
- przyczyny związane z zaostrzeniem lub nawrotem istniejących wcześniej zaburzeń lękowych.

Wśród przyczyn sytuacyjnych, poza wspomnianą już informacją o diagnozie oraz kolejnymi „kryzysami” związanymi z leczeniem, obawami przed inwazyjnymi zabiegami diagnostycznymi i leczniczymi, oczekiwaniem na wyniki badań czy niepowodzeniami w prowadzonym leczeniu trzeba również pamiętać o związanych pośrednio z chorowaniem konfliktach z rodziną i innymi osobami bliskimi czy konfliktach z personelem leczącym.

Przyczyny lęku bezpośrednio związane z chorobą onkologiczną to słabo kontrolowane dolegliwości bólowe, zaburzenia metaboliczne, guzy czynne hormonalnie i zespoły paraneoplastyczne.

Jeżeli chodzi o przyczyny związane z leczeniem to trzeba pamiętać o możliwym lękotwórczym działaniu niektórych leków. Neuroleptyki stosowane jako leki przeciwwymiotne mogą wywoływać akatyzię (objawy niepokoju ruchowego i wewnętrznego niepokoju). Działanie lękorodne mają leki rozszerzające oskrzela.

Trzeba również zwrócić uwagę na możliwość wystąpienia objawów odstawiennych (benzodiazepiny, alkohol, opiaty). Traumatyczne procedury lecznicze mogą powodować lęk antycypacyjny (np. wymioty, nudności i inne objawy związane z cykliczną chemioterapią).

Wyróżnia się kilka rodzajów zaburzeń lękowych, między innymi:

- Zaburzenia lękowe w postaci fobii – agorafobia, fobia społeczna, fobie specyficzne (na przykład fobia igieł, klaustrofobia)
- Zaburzenia lękowe z napadami paniki
- Zaburzenie lękowe uogólnione
- Mieszane zaburzenia lękowo-depresyjne.

U części chorych może dojść do nasilenia objawów zaburzenia stresowego pourazowego.

Zaburzenia lękowe w postaci fobii to takie zaburzenia, w których lęk jest wywoływany przez sytuacje, które obiektywnie nie są niebezpieczne. Lękowi towarzyszą objawy wegetatywne bicie serca, uczucie, że zemdleje. Pacjent zgłasza wtórny lęk przed śmiercią, utratą kontroli nad zachowaniem. Chory zaczyna unikać takich sytuacji (fobia) i rozwija lęk antycypacyjny

– „lęk przed lękiem”. Agorafobia to znaczna obawa, występowanie lęku i unikanie sytuacji takich jak przebywanie w tłumie, miejscach publicznych, samotne podróżowanie. Agorafobii mogą towarzyszyć napady paniki.

Charakterystyczną cechą zaburzeń lękowych z napadami paniki jest występowanie nawracających, niemożliwych do przewidzenia napadów lęku. „Napadowość” polega na tym, że lęk narasta nagle i bardzo szybko w ciągu kilku minut. Taki stan może trwać 30–45 min. Napady lęku (inaczej niż w fobii) nie muszą być związane z konkretną sytuacją. Poza psychicznymi objawami lęku wyraźne są objawy wegetatywne takie jak bicie serca, uczucie duszności, zawroty głowy, omdlenia. Może pojawiać się depersonalizacja, i derealizacja a w przypadku utrwalenia się zaburzeń wtórny lęk przed śmiercią i utratą kontroli nad zachowaniem.

Inny obraz kliniczny spotykamy w przypadku osób z lękiem uogólnionym. Takie osoby bywają czasem postrzegane przez otoczenie jako osoby, które wciąż i o wszystko się martwią – znowu często bez wyraźnej obiektywnej przyczyny. Za wiodący objaw w tym przypadku uważa się uogólniony, uporczywy, „wolnopłynący” lęk, który nie jest w sposób silny powiązany z sytuacją zewnętrzną, ten lęk utrzymuje się przewlekłe (tygodnie, miesiące) a jego przebieg jest falujący (z okresami poprawy i pogorszeń). Osoby z lękiem uogólnionym mogą skarżyć się na stałe uczucie podenerwowania, obawiają się, że coś złego się wydarzy (albo im samym lub ich bliskim) i tak jak wspomniano wcześniej generalnie ciągle się wszystkim martwią („zamartwiają się drobiazgami”). Objawom lęku mogą oczywiście towarzyszyć objawy wegetatywne bicie serca, niepokój, dyskomfort w nadbrzuszu, chorzy często poszukują pomocy z powodu objawów somatycznych.

Zespół stresu pourazowego rozpoczyna się w wyniku traumatycznego bodźca, mającego charakter wyjątkowy – (katastrofa, zagrożenie życia). Objawy mogą wystąpić w ciągu 6 miesięcy od takiego zdarzenia. Obejmują powtarzane przeżywanie wydarzenia, objawy unikania i zubożenia emocjonalnego oraz objawy nadmiernego wzbudzenia autonomicznego. Czasami ich nasilenie w głęboki sposób zaburza funkcjonowanie pacjenta.

Postępowanie terapeutyczne w zaburzeniach lękowych w przypadku chorych onkologicznych powinno polegać na wzmocnieniu poczucia bezpieczeństwa. Istotna jest odpowiednia informacja o chorobie i leczeniu, uprzedzenie przed budzącymi obawy procedurami, ważna jest wspierająca rola rodziny i bliskich, pomocne mogą być także grupy wsparcia. Interwencje kryzysowe podejmowane przez psychologa mogą pozwolić na odreagowanie przykrych emocji i akceptację przez chorego niemożności radzenia sobie w każdej sytuacji. W przypadku większego nasilenia zaburzeń podstawową techniką terapeutyczną jest terapia poznawczo-behawioralna w trakcie której pacjent i terapeuta pracują nad błędnymi przekonaniem, ale także wykorzystuje się techniki behawioralne i relaksacji.

W leczeniu farmakologicznym zaburzeń lękowych wykorzystujemy leki uspokajające hydroksyzynę, prometazynę, benzodiazepiny oraz leki przeciwdepresyjne. Czasem pomocniczo stosuje się także leki beta-adrenolityczne. Niektórzy używają małych dawek leków przeciwpsychotycznych ale ta praktyka budzi wątpliwości.

Generalnie strategia leczenia polega na leczeniu lekiem przeciwdepresyjnym działającym na układ serotoninergiczny. Ze względu na odroczone początek działania przeciwłękowego na początku można także krótkoterminowo zastosować leki z grupy benzodiazepin. Ich stosowanie nie powinno przekraczać 2–3 tygodni.

Wśród benzodiazepin szybkie działanie przeciwlękowe mają alprazolam, lorazepam i oksazepam. Diazepam jest lekiem długodziałającym. Lorazepam i oksazepam nie mają aktywnych metabolitów i dlatego są bezpieczniejsze u chorych z uszkodzeniem wątroby.

Według polskich standardów leczenia zaburzeń lękowych (2011) w farmakoterapii zaburzenia lękowego z napadami lęku, lęku uogólnionego, fobii społecznej, zaburzenia stresowego pourazowego jako leki I rzutu zaleca się selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny (zwłaszcza sertralinę 50–200 mg, paroksetynę 20–40 mg, oraz escitalopram 5–20 mg; chociaż standard go nie wymienia to z powodzeniem można również stosować tańszy citalopram w dawce 20–40 mg). Jako lek II rzutu wymienia się wenlafaksynę o przedłużonym działaniu (75–300 mg).

Wady i zalety stosowania benzodiazepin

Benzodiazepiny są lekami chętnie stosowanymi u chorych zgłaszających objawy lękowe. Do zalet tych leków należą: szybki początek działania, dość dobra tolerancja, niska cena i znikomy wpływ na układ sercowo-naczyniowy. Niestety wszystkie leki z tej grupy powodują uzależnienie psychofizyczne, które może się rozwinąć już po kilku tygodniach. Stąd wynikają główne ograniczenia w ich stosowaniu. Benzodiazepiny można zatem stosować, ale rozważnie i dokonując rzetelnego rachunku korzyści i ryzyka u danego pacjenta. Poza ryzykiem uzależnienia w przypadku benzodiazepin trzeba pamiętać o możliwości wystąpienia nadmiernej sedacji, upośledzenia koordynacji ruchowej, upośledzenia pamięci, interakcjach z alkoholem, ryzyku reakcji „paradoksalnych” polegających na występowaniu pobudzenia, splątania po podaniu leku. Ryzyko takie może być wyższe u chorych z obciążeniami somatycznymi ale dane na ten temat budzą kontrowersje. W przypadku przerwania długotrwałego leczenia benzodiazepinami może wystąpić zespół abstynencyjny.

Objawy benzodiazepinowego zespołu abstynencyjnego:

- pobudzenie psychoruchowe,
- lęk,
- drażliwość,
- bezsenność,
- koszmary senne,
- bóle i zawroty głowy,
- drżenia,
- skurcze, bóle mięśni,
- brak łaknienia, nudności, wymioty,
- zlewne poty,
- zamazane widzenie,
- nadwrażliwość zmysłów, parestezje,
- depresjonalizacja, derealizacja,
- zaburzenia uwagi i pamięci,
- gorączka,
- napady drgawkowe
- objawy psychotyczne.

Zaburzenia snu

Bezsennością określa się niedostateczną ilość lub jakość snu, która występuje co najmniej 3 razy w tygodniu i upośledza funkcjonowanie w ciągu dnia. Szacuje się, że w Polsce przewlekła bezsenność czyli bezsenność trwająca ponad 4 tygodnie może dotyczyć około 10% osób w populacji ogólnej. Większe ryzyko występowania bezsenności dotyczy kobiet, osób starszych, osób zatrudnionych w systemie pracy zmianowej. Bezsenność może mieć charakter pierwotny, ale wśród 80–90% jest wtórna. Najczęściej przyczyną bezsenności są zaburzenia afektywne i zaburzenia lękowe. Kolejną przyczyną mogą być uzależnienia (alkohol, leki uspokajające i nasenne). Bezsenność może być także związana z chorobami onkologicznymi zwłaszcza przebiegającymi z dolegliwościami bólowymi lub związanymi z zaburzeniami metabolicznymi i endokrynologicznymi. Nie leczona bezsenność pogarsza jakość życia, może również prowadzić do pogorszenia ogólnego stanu zdrowia fizycznego. Najczęściej objawy bezsenności polegają na trudnościach w zaśnięciu, trudnościach w utrzymaniu nieprzerwanego snu i zbyt wczesnym budzeniu się. Objawy te mogą być ze sobą wymieszane. Inne objawy bezsenności to gorsze funkcjonowanie i obniżoną sprawność w ciągu dnia, senność w ciągu dnia, zaburzenia koncentracji i uwagi, napięcie, rozdrażnienie, wahania nastroju, uczucie zmęczenia. Należy pamiętać, że bezsenność przygodna, która występuje zwykle w stanach nasilonego stresu, napięcia, zdenerwowania – związanych na przykład z otrzymaniem informacji o rozpoznaniu, oczekiwaniem na wyniki badań lub zabieg operacyjny jest zjawiskiem naturalnym. Jednakże brak przestrzegania zasad higieny snu może prowadzić do utrwalenia bezsenności. Bezsenność mogą utrwalać: zbyt długi czas leżenia w łóżku, pozostawanie w nocy w łóżku i próby zaśnięcia na siłę, nieregularne pory wstawania rano, odsypianie w ciągu dnia po nieprzespanej nocy. Lęk przed udaniem się na spoczynek, martwienie się z powodu bezsenności i jej skutków może uruchamiać mechanizm błędnego koła.

W diagnozie bezsenności pomocne jest prowadzenie przez pacjenta dzienniczka snu w którym przez 1–2 tygodnie należy zapisywać: godzinę wieczornego położenia się do łóżka, ile czasu trwało oczekiwanie na sen (zasypianie), ile czasu łącznie trwał sen, godzinę ostatecznego porannego wstania z łóżka. W leczeniu bezsenności należy przede wszystkim zwrócić uwagę na interwencje behawioralne gdyż poprzez modyfikację niektórych zachowań można istotnie poprawić jakość snu. Istotna jest edukacja w zakresie zasad higieny snu i stosowaniu prostych technik, które poprawiają jakość snu.

Najważniejsze zasady higieny snu to:

1. Prowadzenie regularnego trybu życia – przede wszystkim wstawania o tej samej porze (niezależnie od tego ile trwał sen)
2. Unikanie snu/drzemek w ciągu dnia
3. Aktywność fizyczna w ciągu dnia: należy starać się spędzać więcej czasu na powietrzu i na świetle dziennym
4. Unikanie picia napojów zawierających kofeinę po godzinie 16
5. Unikanie picia alkoholu, i palenia tytoniu
6. Posiłek (kolacja) na około trzy godziny przed snem
7. Unikanie oglądania TV i korzystania z komputera bezpośrednio przed snem

8. Dobre warunki snu (cisza, zaciemnienie, przyjemna temperatura otoczenia). Zegar nie powinien znajdować się w zasięgu wzroku
9. Jeżeli sen nie przychodzi w ciągu 15–20 minut nie należy próbować „zasnąć na siłę” lecz powinno się wstać z łóżka i poczekać aż znowu zachce się spać
10. Należy unikać regularnego przyjmowania leków nasennych.

U części chorych stosuje się leczenie farmakologiczne lekami nasennymi, które powinno być krótkotrwałe. Leki nasenne nie powinny być stosowane dłużej niż przez 3–4 tygodnie. W trakcie zażywania tych leków należy stosować przerwy (na przykład co 2–3 noce). Wśród leków pomagających w zasypianiu można wymienić najkrócej działający zaleplon (Selofen 5 mg), zolpidem (Stilnox 5–10 mg), dłużej działający zopiklon (Imovane 3,75–7,5 mg), czy najdłużej działający temazepam (Signopam 10 mg). W przypadku konieczności długotrwałego stosowania leków, zwłaszcza gdy zaburzenia snu towarzyszą zespołom depresyjnym i lękowym skuteczne może być stosowanie małych dawek leków przeciwdepresyjnych: mianseryny (10–20 mg), mirtazapiny (7,5–15 mg), trazodonu (25–75 mg) czy doksepinu (10 mg). Leki przeciwdepresyjne nie powodują uzależnienia, nie są jednak zarejestrowane w leczeniu bezsenności. Inne leki, które nie powodują uzależnienia to hydroxyzyna (10–50 mg), prometazyna (10–50 mg) czy promazyna (25–50 mg). W zaburzeniach snu sięga się czasami po sedatywnie działające neuroleptyki (takie jak chlorprotiksen, lewomepromazyzna, kwetiapina), stosowanie tych leków u chorych bez objawów psychiatrycznych budzi kontrowersje i nie jest zalecane.

Depresja

Depresja jest częstym zaburzeniem wśród chorych onkologicznych i dotyczy około 1/4–1/3 chorych. Jeszcze wyższe rozpowszechnienie sięgające 50% stwierdza się u osób z przewlekłymi zespołami bólowymi. Trafne rozpoznawanie depresji i szybkie wdrożenie właściwego postępowania terapeutycznego jest bardzo ważne.

Depresja jest to stan patologicznego obniżenia nastroju, który powoduje intensywne subiektywne cierpienie. Amerykański dziennikarz Dana Jennings, który na blogu relacjonował swoją walkę z rakiem (*Dana Jennings, New York Times, 29 September 2009 <http://well.blogs.nytimes.com>*) stwierdził, że trudniej mu było pisać o przeżywaniu depresji niż o raku prostaty *Rak to po prostu biologiczny pech. Ale depresja, czego byśmy o niej nie wiedzieli wydaje się być w jakimś stopniu zwiniona, czuje się, że w jakiś sposób za nią odpowiadam (...)* Po roku od postawienia diagnozy, leczenia i czekania, nagle moja psychika westchnęła i załamała się (...) *To nie jest po prostu kwestia smutku i melancholii, to znacznie głębsze (...)* Mam poczucie bycia uwięzionym, tak jakbym był owinięty gęstą mgłą nad Atlantyku. Zapewne częściowo opiekuję osobę którą byłem zanim zachorowałem na raka. Śmierć przestała być abstrakcją (...). Lekarz zapewnia, że depresja to nic niezwykłego, wśród osób w trakcie leczenia, podobno przeżywa ją 25% chorych, 3–4 razy więcej niż w populacji. Jednakże w czasie mojego trudnego tańca z rakiem polegałem na moim wrodzonym optymizmie i poczuciu humoru. Depresja zabrała mi te cechy...

Rozpoznanie depresji opiera się na stwierdzeniu obecności określonych objawów psychopatologicznych, które możemy stwierdzić na podstawie obserwacji chorego i rozmów z nim, a także uwzględniając wywiady od osób z otoczenia, bliskich.

Typowe objawy depresji obejmują zarówno objawy psychiczne jak i somatyczne. Należy podkreślić, że poszczególne cechy i objawy mogą być wyrażone w różnym stopniu w zależności od stopnia nasilenia zespołu depresyjnego.

Podstawowe cechy depresji to obniżenie nastroju (smutek, przygnębienie), utrata energii i zwiększona męczliwość nawet przy małym wysiłku, utrata zainteresowań i przeżywania przyjemności (anhedonia, utrata „radości życia”). Wśród niektórych osób w przeżywaniu dominują smutek i przygnębienie ale u innych może to być dysforia – uczucie rozdrażnienia, gniewliwość, opryskliwość, a czasami wręcz wrogość.

Smutek, niepokój i lęk są ze sobą ściśle powiązane. Współwystępowanie objawów depresyjnych i lękowych wiąże się zazwyczaj z gorszym rokowaniem, bardziej przewlekłym przebiegiem depresji i wyższym ryzykiem samobójstwa.

W depresji mamy również do czynienia z licznymi zaburzeniami podstawowych czynności popędowych i rytmów biologicznych: zaburzeniu ulegają napęd psychoruchowy, libido, apetyt, czuwanie i sen. Ważną cechą zaburzeń depresyjnych są dobowe wahania nastroju. Cecha ta może nie być obecna w łagodnych jak i bardzo nasilonych depresjach. Zwykle wahania nastroju w ciągu doby korespondują z większym nasileniem depresji rano (pomiędzy północą a południem) zaś poprawą nastroju wieczorem. W depresji napęd psychoruchowy może być wyraźnie obniżony (depresyjne spowolnienie aktywności motorycznej a w krańcowej formie stupor) lub wzmożony (od łagodnych form pobudzenia po agitację – bezcelową aktywność motoryczną, pacjent jest bez przerwy w ruchu, chodzi, biega, zmienia pozycję ciała, bądź przejawia niepokój manipulacyjny). Wyraźny niepokój (agitacja) bądź znaczne spowolnienia psychoruchowe przemawia za głębokim nasileniem choroby i zwykle, z uwagi na duże ryzyko podjęcia próby samobójczej, stanowią wskazania do leczenia w warunkach szpitalnych.

Chorzy na depresję mogą zgłaszać cały szereg objawów somatycznych takich jak bóle głowy, zawroty głowy, bóle w klatce piersiowej, karku, mięśni, zaparcia, wzdęcia, częste oddawanie moczu, zaburzenia widzenia, szybkie bicie serca. Zgłaszane dolegliwości mogą często dotyczyć zaostrzenia istniejących dolegliwości związanych z chorobami somatycznymi. W ostatnich latach dużą wagę przywiązuje się do doznań bólowych towarzyszących depresji. Badania wskazują, że u chorych na depresję jest obniżony próg bólowy. W przebiegu depresji pojawiają się również zaburzenia koncentracji, problemy z uczeniem się i pamięcią. Inna cecha myślenia, która pojawiać się może w depresji to ruminacje – utrzymywanie się i nawracanie nieprzyjemnych myśli. Chory może nawracać do tych samych, tylko kilku tematów, że z trudem może się nam udać zmienić przedmiot rozmowy. Jeszcze bardziej charakterystyczne dla depresji niż zmiany w formie myślenia są zmiany w jego treści, która podąża w pesymistycznym, negatywnym kierunku. Twórca poznawczo-behawioralnej metody terapii depresji Aaron Beck negatywną ocenę siebie, świata i przyszłości określił mianem depresyjnej „triady”. Poznawcze objawy depresji są bardzo istotne w stawianiu rozpoznania u chorych z towarzyszącymi dolegliwościami somatycznymi. Stan somatyczny, objawy choroby onkologicznej, efekty uboczne leczenia sprawiają, że dolegliwości somatyczne, spadek wagi, uczucie zmęczenia, zaburzenia koncentracji, bezsensowność, brak apetytu nie będą specyficzne dla depresji u chorych onkologicznych. Stąd zaleca się aby koncentrować się właśnie na objawach poznawczych:

Poczuciu mniejszej wartości, niezaradności, niekompetencji. Osoba chora czuje się „do niczego”, ztraca pewność siebie, zdolność do podejmowania decyzji. Zmniejszona pewność siebie może pogłębiać się, przerażać w poczucie niższości w stosunku do innych.

Chorzy na depresję martwią się o swoją przyszłość i przyszłość najbliższych osób. Depresyjna ocena siebie i świata sprawia, że w ich myśleniu przejawia się daleko idący pesymizm dotyczący przyszłości. Badania wskazują, na wysoką korelację poczucia beznadziejności z tendencjami samobójczymi. Pesymistyczna ocena przyszłości, poczucie niższej wartości zwykle łączą się z bezzaradnością. Chory uważa, że wszystko traci, że traci środki do utrzymania, do egzystencji. Nic na to nie może poradzić, nie może niczemu zapobiec. Częstą treścią przeżyć depresyjnych jest również patologiczne poczucie winy. Polega ono na tym, że chory przesadnie lub w sposób zupełnie nieuzasadniony obwinia się o drobne nieistotne rzeczy z przeszłości. Osoby chore zaczynają się samooskarżać bądź mogą czuć się obwiniane i oskarżane o różne zaniedbania i przewinienia. W krańcowym nasileniu tych cech będziemy mieli do czynienia z urojeniami winy, kary, grzeszności. Obraz depresyjnego myślenia dopełniają częste rozmyślenia o śmierci, rozważania na temat tego czy warto żyć aż wreszcie wyobrażenia i działania autodestrukcyjne. Myśli o samobójstwie, próby samobójcze bardzo często towarzyszą depresji.

Obraz kliniczny depresji może być bardzo różnorodny – poszczególne objawy mogą występować w różnym nasileniu i mogą być modyfikowane poprzez osobowość chorego, współistnienie chorób somatycznych, wpływ środowiska. Wyróżnia się kilka typów klinicznych depresji – najważniejszy z punktu widzenia podejmowanie decyzji terapeutycznych wydaje się podział na depresje z lękiem, pobudzeniem i agitacją oraz i depresje przebiegające z mniejszym nasileniem lęku i niepokoju.

Rozpoznanie depresji stawia się stwierdzając charakterystyczne objawy, trwające co najmniej 2 tygodnie i wpływające na codzienne funkcjonowanie.

Określenie ciężkości epizodu zależy od ilości i jakości stwierdzonych objawów depresyjnych (im więcej – tym większe nasilenie). Wyznacznikiem większego nasilenia zespołu depresyjnego może być pojawienie się tak zwanych cech melancholicznych depresji. Skrajne nasilenie epizodu depresyjnego jest związane z obecnością objawów psychotycznych – omamów i urojeń.

Badanie wskazuje, że zadanie „przesiewowego” pytania dotyczącego obniżenia nastroju: – „czy w ciągu ostatniego miesiąca czuł/a się pani/pan smutno, depresyjnie, beznadziejnie?” może pozwolić na zidentyfikowanie ok. 85% osób z zaburzeniami depresyjnymi wśród osób zgłaszających się do lekarza pierwszego kontaktu.

Wśród przyczyn nierozpoznawania depresji zwraca się uwagę na traktowanie obserwowanych u chorego zaburzeń nastroju i zgłaszanych dolegliwości jako normalnych reakcji na wydarzenia życiowe, traktowanie obserwowanych u chorego objawów jako charakterystycznych dla wieku lub osobowości pacjenta, pomijanie rozpoznania depresji w przypadku zidentyfikowana uzależnienia od alkoholu lub leków, nie odróżnianie zaburzeń otępiennych i depresyjnych.

W przypadku chorych onkologicznych trzeba pamiętać, że występowanie depresji jest częstsze w przypadku guzów trzustki, wtórnej hipoglikemii, zaburzeń poziomu kortyzolu, guzów wydzielające serotoninę (nadmiar serotoniny w surowicy powoduje jej wtórny nie-

dobór w OUN). Depresja jest także częsta w zespołach paraneoplastycznych (w przypadku drobnokomórkowego raka płuca, raka jajnika, raka piersi, chłoniaka Hodgkina).

Zasady leczenia depresji

Leczenie depresji powinno być indywidualne i uwzględniać stan somatyczny i potrzeby leczonego pacjenta oraz profil działań niepożądanych i metabolizm leku. Należy przeanalizować interakcje (więcej na ten temat piszemy w dalszej części tego rozdziału).

Generalne zasady to ostrożne wprowadzanie leku i stosowanie na początku niższych dawek leku, rzetelna ocena skuteczności i tolerancji leczenia.

Niepowodzenia w leczeniu depresji wynikają najczęściej z niewłaściwego doboru leku, zbyt małej dawki, zbyt krótkiego czasu leczenia (początek działania leków przeciwdepresyjnych ma miejsce zwykle po około 2–4 tygodniach zaś o nieskuteczności leczenia mówimy po minimum 6–8 tygodniach leczenia dawką optymalną). Inną przyczyną niepowodzenia i nawrotu objawów może być zbyt szybkie odstawienie leku przeciwdepresyjnego po ustąpieniu epizodu depresji leczenie podtrzymujące powinno trwać od 6 do 12 miesięcy zaś w przypadku depresji nawracającej w profilaktyce rekomenduje się często kontynuowanie leczenia bezterminowo.

Ważne jest aby dobrać lek przeciwdepresyjny odpowiednio do cech klinicznych depresji. Polskie standardy leczenia farmakologicznego (2011) rekomendują w związku z tym aby:

1. W przypadku gdy dominują objawy zahamowania, apatii, braku motywacji, i wycofanie społeczne wybierać leki takie jak bupropion, wenlafaksyna, sertralina, moklobemid.
2. Jeżeli na pierwszym planie występują objawy lęku (lęk uogólniony, napadowy, społeczny, mieszane stany lękowe) należy preferować inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny, wenlafaksynę, moklobemid.
3. U chorych, u których objawom depresyjnym towarzyszą natrętne myśli, ruminalcje i kompulsje zaleca się leczenie klomipraminą, inhibitorami wychwytu zwrotnego serotoniny oraz wenlafaksyną.
4. W przypadku nasilonego pobudzenia, agitacji niepokoju preferować należy leki przeciwdepresyjne o działaniu uspokajającym takie jak mianseryna, mirtazapina, trazodon, amitryptylina, doksepina, klomipramina. Należy pamiętać o większym ryzyku samobójstwa u takich chorych i w związku z tym wymagają oni wnikliwego monitorowania stanu klinicznego.
5. W depresji z bezsennością także leki takie jak mianseryna, mirtazapina, trazodon, doksepina czy agomelatyna będą lekami z wyboru.
6. W przypadku depresji z towarzyszącym bólem lepsze wyniki osiąga się stosując leki przeciwdepresyjne, które mają szerszy mechanizm działania niż tylko mechanizm serotoninergiczny dlatego zaleca się tutaj wenlafaksynę, milnacipran, duloksetynę a wśród starszych leków amitryptylinę.

Istnieją badania wskazujące na potencjalnie korzystny efekt leków psychostymulujących (metylfenidat, dekstroamfetamina) u chorych z depresją towarzyszącą zaawansowanej chorobie nowotworowej. Efekt był widoczny już po kilku dniach stosowania leków. W Polsce leki psychostymulujące nie są zarejestrowane ani wykorzystywane w leczeniu depresji.

Uwagi dotyczące stosowania inhibitorów wychwyty zwrotnego serotoniny

Leki z tej grupy (citalopram, escitalopram, fluoksetyna, fluwoksamina, paroksetyna, sertralina oraz wenlafaksyna – niższe dawki mają głównie działanie serotoninericzne) są najczęściej stosowanymi lekami zarówno w przypadku leczenia depresji jak i zaburzeń lękowych. Generalnie leki te uchodzą za bezpieczniejsze niż leki przeciwdepresyjne o budowie trójpierścieniowej (TLPD).

Stosując leki z tej grupy należy jednak zwrócić uwagę, że zwłaszcza na początku leczenia – w pierwszych dniach przyjmowania leku może pojawić się (lub nasilić u pacjentów z objawami lękowymi) niepokój i lęk. Innymi uciążliwymi objawami na początku leczenia mogą być nudności, rozwolnienie, zaburzenia żołądkowo-jelitowe. Czasami występują bóle głowy i wzmożona potliwość. Dlatego ważne jest POWOLNE, stopniowe wprowadzenie leku, rozpoczynając od 1/2 a nawet u wrażliwych pacjentów od 1/4 tabletki – zwiększając dawkę do całej tabletki – stosowanie do tolerancji – w ciągu 6–10 dni (w przypadku wenlafaksyny o przedłużonym działaniu zaczynamy leczenie od dawki 37,5 mg).

Krótkoterminowo przyjmowanie inhibitorów wychwyty zwrotnego serotoniny może spowodować spadek masy ciała ale długoterminowo obserwuje się raczej tycie. Leki z tej grupy rzadko powodują sennność, zmęczenie, „uczucie oszołomienia” – średnio takie objawy występują u 1 na 10 pacjentów. W takim wypadku można zalecić stosowanie leku wieczorem. Częste są dysfunkcje seksualne (jednakże u pacjentów cierpiących na przedwczesny wytrysk stosowanie tych leków przynosi poprawę). Rzadkim ale potencjalnie groźnym powikłaniem jest „zespół serotoninowy” – zwykle jest on spowodowany interakcjami leków działających serotoninericznie. Objawy pozapiramidowe, w tym akatyzyja są opisywane u nielicznych pacjentów i może do nich predysponować starszy wiek. U pacjentów starszych należy w trakcie leczenia kontrolować poziom sodu gdyż leki działające na wychwyt zwrotny serotoniny mogą predysponować do hiponatremii. Poprzez wpływ na płytki, stosowanie inhibitorów wychwyty zwrotnego serotoniny nieznacznie obniża krzepliwość krwi – może być to istotne u chorych onkologicznych. Rzadko opisywano zaostrzenie choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy. Objawy odstawienia (bóle głowy, niepokój, objawy grypopodobne) występują u części chorych, zwłaszcza przy szybkim odstawianiu leków – najczęściej wenlafaksyny i paroksetyny.

Depresja czy choroba afektywna dwubiegunowa?

Uważa się, że co najmniej 20% chorych, którzy zgłaszają się do lekarza pierwszego kontaktu z objawami depresji może cierpieć na chorobę afektywną dwubiegunową (CHAD). CHAD jest to takie zaburzenie nastroju, które charakteryzuje się naprzemiennym występowaniem epizodów manii i depresji.

Wśród cech, które mogą zwiększać prawdopodobieństwo obecności zaburzeń dwubiegunowych u chorych z depresją wymienia się:

- obciążenie chorobą afektywną dwubiegunową w rodzinie,
- początek zaburzeń przed 25. rokiem życia,
- wywiad dotyczący wystąpienia hipomanii lub manii po lekach lub w związku z używaniem substancji psychoaktywnych,

- okresowe nadużywanie alkoholu i innych substancji psychoaktywnych,
- szybkie narastanie jak i ustępowanie zaburzeń (reakcja włączenia/wyłączenia).

Zaleca się aby u każdego pacjenta, u którego rozpoznajemy depresję zebrać wywiad dotyczący dwubiegunowości. Rozpoznanie CHAD opiera się na stwierdzeniu u pacjenta, kiedykolwiek w ciągu życia epizodu maniakalnego. Charakterystyczne objawy epizodu manii to:

- euforyczny bądź drażliwy nastrój,
- zwiększenie samooceny,
- nadmierna energia,
- zwiększenie kontaktów społecznych,
- większa ruchliwość,
- brak dostatecznej potrzeby snu a jednocześnie wzmożona wydajność fizyczna,
- nieracjonalne pomysły i wydatki,
- wzmożone libido.

Co najmniej kilka wymienionych objawów powinno występować jednocześnie (w zespole) przez co najmniej kilka (3–4) dni.

W przypadku choroby afektywnej dwubiegunowej leczenie prowadzi się za pomocą leków normotymicznych takich jak sole litu, kwas walproinowy, karbamazepina, lamotrygina. Czasami stosuje się również niektóre leki przecipsychotyczne takie jak aripirazol, kwetiapina, olanzapina. Diagnostyka i leczenie chorych z CHAD powinno być prowadzone wspólnie ze specjalistą psychiatrą.

Interakcje leków onkologicznych i leków stosowanych w psychiatrii

Opisano szereg interakcji pomiędzy lekami onkologicznymi a lekami stosowanymi w psychiatrii – część z nich jest związana z indukcją lub hamowaniem enzymów cytochromu CYP450. Przykładem takiej interakcji jest tamoksifen. Tamoksifen jest SERM-selektywnym modulatorem receptorów estrogenowych stosowanym w leczeniu raka piersi. Tamoksifen jest również inhibitorem kinazy C (PKC) podobnie jak działające normotymicznie sole litu. Tamoksyfen stosowany w ciągu 5 lat redukuje ryzyko wznowy o 50% – bezpośrednie działanie antyestrogenowe mają metabolity tamoksyfenu – 4OH tamoksifen i endoxyfen. W przekształceniach biorą udział izoenzymy CYP2D6 i CYP3A. Genetycznie uwarunkowana aktywność enzymu jak i jego hamowanie w wyniku interakcji może zmniejszać stężenie endoxyfenu. W badaniach wykazano, że pacjentki z zahamowanym metabolizmem tamoksyfenu miały krótszy czas do wznowy i gorszy czas przeżycia bez wznowy. W trakcie leczenia tamoksifenem należy zatem unikać stosowania leków będących inhibitorami CYP2D6. Depresja jest częsta u chorych leczonych z powodu raka piersi, dodatkowo leki przeciwdepresyjne bywają wykorzystywane celem złagodzenia działania ubocznych tamoksifenu (wenlafaksyna u pacjentek skarżących się na „uderzenia gorąca”). Istotne w przypadku stosowania leków przeciwdepresyjnych u kobiet leczonych tamoksifenem jest to, że niektóre leki przeciwdepresyjne silnie hamują CYP2D6. Są to bupropion, fluoksetyna, i paroksetyna jak również duloksetyna i sertralina w wyższych dawkach (>150 mg). Należy również unikać wyższych dawek moklobemidu. Jako „bezpieczne” (pozbawione ryzyka tej interakcji) wymienia się citalopram, escitalopram, wenlafaksynę oraz mirtazapinę.

Niektóre leki przeciwppsychotyczne także są inhibitorami CYP2D6 lub zwiększają istotnie poziom prolaktyny (czyli są przeciwwskazane w przypadku guzów prolaktynozależnych i gu-

zów przysadki). W tabeli podano kilka najczęściej stosowanych leków przeciwpsychotycznych i ich wpływ na hamowanie CYP2D6 oraz poziom prolaktyny.

Lek	CYP2D6	Prolaktyna	Inne interakcje
Aripiprazol	0	0	
Amisulpryd	0	+++	
Kwetiapina	++	0	
Klozapina	+	0	
Olanzapina	0	+	
Risperidon	+	+++	
Sertindol	+	+	
Ziprasidon	0	+	
Haloperidol	++	++	+ (3A4)
Chlorpormazyna	+++	++	
Perfenazyna	+++	++	+(1A2)

Tamoksifen nie jest jedynym lekiem onkologicznym aktywowanym przez cytochrom P450, do innych należą:

- cyklofosfamid (CYP 2B6 – modafinil indukuje zaś paroksetyna, fluoksetyna i fluwoksamina są inhibitorami tego izoenzymu),
- dakarbazyna (CYP1A2 – inhibitorem są m.in. disulfiram, fluwoksamina, moklobemid),
- ifosfamid i trofosfamid (CYP3A4 – karbamazepina silnie indukuje ten izoenzym).

Nieidentyfikowane izoenzymy CYP biorą również udział w metabolizmie prokarbazyny.

Z uwagi na ryzyko zespołu serotoninowego należy w ogóle bardzo ostrożnie stosować leki przeciwdepresyjne oraz sole litu u chorych leczonych prokarbazyną.

Jeśli chodzi o inne interakcje trzeba pamiętać, że wiele leków stosowanych w onkologii wydłuża odcinek QT w EKG. Niektóre z leków przeciwdepresyjnych i przeciwpsychotycznych, także mogą mieć wpływ na wydłużenie odcinka QT i zwiększać ryzyko wystąpienia groźnych zaburzeń rytmu serca. Przede wszystkim chodzi tutaj o trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne i leki przeciwpsychotyczne takie jak sertindol i ziprasidon lecz również (w mniejszym stopniu) risperidon, paliperidon, iloperidon, kwetiapinę oraz sole litu.

Zespół zmęczenia

Spodziewany czas przeżycia powyżej 5 lat dotyczy 2/3 osób z rozpoznaną chorobą nowotworową w USA. Wśród coraz większej grupy chorych rozpoznawany jest zespół zmęczenia. Ocenia się, że zmęczenie, utratę energii zgłasza około 30% osób po zakończeniu leczeniu nowotworu. „Stresujące, uporczywe, przewlekłe subiektywne uczucie zmęczenia lub wyczerpania związane z nowotworem lub jego leczeniem, które nie jest proporcjonalne do ostatnich aktywności i wpływa na codzienne funkcjonowanie”.

Przyczyn zespołu zmęczenia upatruje się w przewlekłej aktywacji układu immunologicznego i/lub późnych (nieokreślonych) efektach wpływu leczenia (chemoterapii i radioterapii) na najważniejsze systemy organizmu.

Objawy zgłaszane przez pacjentów to poza nasilonym zmęczeniem poczucie mniejszej energii, większa potrzeba odpoczynku w porównaniu z aktywnością w ostatnim czasie, osłabienie, zaburzenia uwagi, obniżona motywacja i zainteresowanie codziennymi czynnościami. Objawy takie powinny być obecne co najmniej przez 2 tygodnie w ostatnim miesiącu i powinienn towarzyszyć im dyskomfort i/lub zaburzenia funkcjonowania.

Różnicowanie jest trudne. Należy wykluczyć: depresję i zaburzenia lękowe, działania niepożądane leków, przyczyny somatyczne (takie jak choroba niedokrwienna serca, choroby nerek, niedokrwistość, inne niedobory (kw. foliowy, B12, Mg), choroby tarczycy (niedoczynność), zaburzenia metaboliczne i inne.

Uważa się, że zespół zmęczenia nie jest często rozpoznawany – z jednej strony z powodu braku czasu lekarza w praktyce ambulatoryjnej oraz braku wiedzy dotyczącej postępowania i leczenia z drugiej strony z powodu obaw pacjentów, że objawy mogą być związane z nawrotem choroby (więc nie zgłaszają ich) lub dlatego, że pacjenci obawiają się, że zostaną potraktowani jako osoby roszczeniowe, „marudzące”. Czasami objawy są traktowane jako spodziewany efekt choroby i stosowanego leczenia.

Nie ma do końca jasnych zasad postępowania. Zaleca się interwencje psychospołeczne (grupy wsparcia, psychoedukacja, trening radzenia sobie z chorobą i stresem) zaś w postępowaniu farmakologicznym wykorzystuje się leki przeciwdepresyjne i leki symulujące (modafinil, metylfenidat).

Bibliografia

1. Rymaszewska J., Dudek D.: Problematyka psychiatryczna w onkologii. W: Zaburzenia psychiczne w chorobach somatycznych. Praktyczne wskazówki diagnostyczne i terapeutyczne. Via Medica. Gdańsk 2009
2. Rymaszewska J., Podolak-Dawidziak M., Kiejna A.: Zaburzenia psychiczne w przebiegu nowotworów. W: Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych. Leczenie wspomagające. Red.: M. Krzakowski, K. Herman, J. Jassem, W. Jędrzejczak, J.R. Kowalczyk, M. Podolak-Dawidziak. Via Medica 2009 (<http://www.onkologia.zalecenia.med.pl>)
3. Lederberg MS.: Psycho-oncology. W: Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry (Eight Edition, ed. Benjamin and Virginia Sadock). Lippincott Williams & Wilkins 2005
4. Rouhani M., Holland JC.: Psychiatric aspects of cancer. W: New Oxford Textbook of Psychiatry (ed. M. G. Gelder, J.J. López-Ibor Jr, N.C. Andreasen). Oxford: Oxford University Press. 2004
5. Rybakowski J., Dudek D., Jaracz J.: Choroby Afektywne. W: Standardy leczenia farmakologicznego niektórych zaburzeń psychicznych. Red. M.Jarema. Via Medica 2011
6. Landowski J., Cudała J., Aleksandrowicz J., Rabe-Jabłońska J., Jarema M.: Zaburzenia lękowe. W: Standardy leczenia farmakologicznego niektórych zaburzeń psychicznych. Red. M.Jarema. Via Medica 2011
7. Wichniak A., Wierzbicka A., Sobańska A., Jernajczyk W.: Niefarmakologiczne leczenie bezsenności. Wiadomości Psychiatryczne. 2005;8(1):92-98.
8. Szelenberger W.: Standardy leczenia bezsenności Polskiego Towarzystwa Badań nad Snem. Sen 2006; 6, Supl. A: A1-A10
9. Szelenberger W., Skalski M.: Bezsenność. Via Medica 2007
10. Szafranski T.: Obraz kliniczny depresji. W: Depresja w praktyce lekarza rodzinnego. Red.: M.Jarema. Termedia 2007.

11. Goetz MP, Knox SK, Suman VJ, i wsp.: The impact of cytochrome P450 2D6 metabolism in women receiving adjuvant tamoxifen. *Breast Cancer Res Treat* 2007; 101(1):113-21
12. Owen JA., Fernando SJ.: Oncology. W: *Clinical Manual of Psychopharmacology in the Medically Ill*. Red.: SJ. Ferrando, JL. Levenson., JA Owen. American Psychiatric Publishing 2010.
13. Bower JE.: Zespół zmęczenia u pacjentów cierpiących na choroby nowotworowe. *Psychiatria po Dyplomie* 2006; 2:69-74
14. Escalante CP, Manullo EF, Gen J.: Cancer-Related Fatigue. *Intern Med*. 2009; 24 (suppl 2): 412-6
15. Łacko A.: Zespół zmęczenia. W: *Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych. Leczenie wspomagające*. Red.: M.Krzakowski, K.Herman, J.Jassem, W.Jędrzejczak, JR. Kowalczyk, M.Podolak-Dawidziak. Via Medica 2009

IV. Troska o zachowanie prawidłowej seksualności kobiet chorych na nowotwory jako istotny element rehabilitacji psychofizycznej

Bogusław LINDNER

Stały postęp technologiczny i rozwój nauk medycznych umożliwia stosowanie nowych metod terapii nowotworów, co powoduje poprawę wyników leczenia i wieloletnie przeżycia chorych. Na przestrzeni ostatnich dziesięcioleci coraz większą uwagę skupia się na szeroko rozumianej jakości życia pacjentów dotkniętych chorobą nowotworową. Zdrowie, postrzegane jako dobrostan psychologiczny, biologiczny i społeczny jest integralnym elementem tworzącym jakość życia zaś istotnym aspektem zdrowia jest seksualność człowieka.

Pojęcie seksualności bardzo dobrze definiuje przyjęta w 2002 r. i rekomendowana przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) Deklaracja Praw Seksualnych. Zgodnie z tą definicją: seksualność jest wrodzoną, naturalną częścią ludzkiej osobowości. Jej pełny rozwój zależy od zaspokojenia podstawowych ludzkich potrzeb, jak pragnienie obcowania, intymności, ekspresji uczuć, czułości i miłości. Wynika ze współzależności między jednostką, a strukturą społeczną. Motywuje do nawiązywania kontaktów międzyludzkich i tworzenia więzi społecznych. Pełen rozwój seksualności jest niezbędny do osiągnięcia dobrostanu w wymiarze indywidualnym, międzyludzkim oraz społecznym.

Seksualność jednostki kształtowana jest przez doświadczenia życiowe i zmienia się w zależności od etapu życia, stopnia rozwoju osobowości danego człowieka, bogactwa życia wewnętrznego, zmian światopoglądowych czy wreszcie indywidualnych cech osobowości jak na przykład temperamentu.

Akt seksualny wyraża uniwersalne potrzeby człowieka w relacjach międzyludzkich takie jak atrakcyjność, przywiązanie, zaufanie, akceptację, zaangażowanie, zadowolenie i bezpieczeństwo.

Zachowanie powszechnych praw seksualnych człowieka w obliczu choroby nowotworowej

Deklaracja praw seksualnych to jedenaście praw dotyczących ludzkiej seksualności, które są nieodłączną częścią praw człowieka. Prawa seksualne są tak ważne jak prawo do godności czy równości i stworzone zostały w celu harmonijnego rozwoju osobowości ludzi oraz zaspokajania ich elementarnych potrzeb. Poprzez seksualność ludzie wyrażają swoje uczucia, pragnienia, pozwala się im prawidłowo rozwijać i prowadzić szczęśliwe życie.

Zdrowie seksualne jest definiowane jako połączenie biologicznych, emocjonalnych, intelektualnych i społecznych aspektów życia seksualnego, niezbędnych do pozytywnego rozwoju osobowości, komunikacji i miłości. Aby osiągnąć i utrzymać zdrowie seksualne, należy respektować, chronić i wypełniać prawa seksualne jednostki (WHO, 2002, 81).

Choroba nowotworowa może ograniczać choremu szereg praw seksualnych ujętych w przytaczanej deklaracji WHO, w szczególności do wolności i prywatności seksualnej czy przyjemności będącej źródłem fizycznego, psychologicznego, intelektualnego i duchowego dobrostanu. Zarazem wszyscy członkowie zespołu terapeutycznego sprawujący opiekę nad chorą mają obowiązek respektować i wypełniać jej prawo do wyczerpującej edukacji i informacji opartej na badaniach naukowych oraz seksualnej opieki zdrowotnej. Ta opieka powinna mieć na celu profilaktykę i leczenie dysfunkcji i zaburzeń seksualnych.

Zagadnienia dotyczące seksualności kobiet chorych na nowotwory są stosunkowo rzadko tematem doniesień w literaturze i na konferencjach naukowych. W podsumowaniu swego wystąpienia na 27. Konferencji ESTRO (*European Society for Therapeutic Radiation and Oncology*) w 2008 roku w Göteborgu poświęconego dysfunkcjom seksualnym towarzyszącym leczeniu nowotworów ginekologicznych dr Karin Bergmark stwierdziła „...ludzie wiedzą, że temat jest ważny, ale są wciąż zbyt zażenowani, aby o nim mówić...”. Zdaniem autorki temat ten stanowi pewne „tabu”, gdyż samo rozpoznanie nowotworu jest często wstydliwie skrywane przez chorych i starannie pomijane w rozmowach ze znajomymi, przyjaciółmi czy nawet w gronie najbliższych osób. Podobnie zagadnienia seksualności, a szczególnie seksualności kobiecej nie są w wielu krajach i kręgach kulturowych tematem otwartych dyskusji. Stąd też rozważania na temat wpływu nowotworu i stosowanego leczenia na seksualność chorych kobiet nie są powszechnie podejmowane i często powodują zażenowanie pacjentek, ich rodzin, ale i pracowników medycznych.

Obawy towarzyszące chorej na chorobę nowotworową

Wiadomość o rozpoznaniu nowotworu na początku wzbudza obawę o zachowanie życia, ale już wkrótce pojawiają się inne wątpliwości. Chore zastanawiają się, na ile rozpoznany nowotwór może zmienić ich normalne życie, a także jak może wpłynąć na dotychczasową seksualność.

Na początku choroby troska o stan zdrowia, wątpliwości, obawy o przebieg i wyniki leczenia raka mogą spowodować przejściowy brak zainteresowania intymną sferą życia. Wraz z upływem czasu, po przeprowadzonym leczeniu powraca normalny tryb życia, i może powrócić potrzeba zadbania o normalną seksualność chorej, choć może to wymagać zmiany do-

tychczasowych doznań, form aktywności i zachowań seksualnych. Zmiany te mogą być spowodowane dysfunkcjami w anatomii i fizjologii narządów płciowych, ale mogą też wynikać ze złej kondycji psychicznej i fizycznej chorej, stosowanych leków powodujących dysfunkcje seksualne lub obaw i zaburzonych relacji w związkach partnerskich.

Przejęciowa utrata zainteresowania intymną sferą życia i zaburzone libido może być normalną reakcją na: obawę o wynik leczenia i zachowanie życia, zmartwienie, depresję, towarzyszące chorobie nudności, ból, zmęczenie, zaburzenie równowagi hormonalnej (menopauza jatrogenna). Niekiedy przyczyną utraty pożądania może być konflikt w relacjach partnerskich lub obawa przed utratą partnera na skutek groźnego rozpoznania „raka”, zmian fizycznych ciała, utraty włosów, niekorzystnego wyglądu – symptomów, wywołanych chorobą lub jej leczeniem.

Troska o zachowanie seksualności pomimo leczenia onkologicznego

Wprowadzenie rehabilitacji psychofizycznej kobiet chorych na nowotwory ma ogromne znaczenie dla pacjentki i jej partnera. Celem rehabilitacji jest zmniejszenie niedostosowania fizycznego i psychicznego wywołanych leczeniem onkologicznym lub jego następstwami. Zachowania seksualne są osobistą, intymną sprawą każdej chorej, ale potrzeba akceptacji i uczucia jest wspólna u kobiet, tym większa im poważniejsze jest rokowanie i stan zaawansowania choroby nowotworowej.

Rehabilitacja seksualna

Jednym z elementów rehabilitacji psychofizycznej chorych na nowotwory jest rehabilitacja seksualna rozumiana jako szereg działań mających na celu uświadomienie chorym, ich rodzinom i społeczeństwu, że człowiek chory na raka może być w pełni wartościowym partnerem w miłości mimo uszkodzeń funkcji i narządów spowodowanych chorobą.

Dysfunkcje seksualne pojawiające się u pacjentów onkologicznych mogą być wywołane czynnikami somatycznymi lub psychicznymi.

Wynikiem uszkodzeń może być zmniejszony popęd seksualny, powstrzymywanie się od kontaktów seksualnych lub całkowite ich zaniechanie.

Pojawienie się dysfunkcji seksualnych może być związane z samym rozpoznaniem nowotworu, stresem w czasie diagnozowania, informacją o konieczności okaleczającej operacji np. amputacji piersi lub usunięcia narządu rodnego. Pogorszona samoocena i lęk przed brakiem akceptacji ze strony partnera to częste psychologiczne przyczyny unikania kontaktów i zmniejszenia popędu seksualnego.

Rehabilitacja seksualna wymaga wielopłaszczyznowych działań i podejścia do zagadnień ludzkiej seksualności w szerokim jej aspekcie. Począwszy od uznania, że chory na raka może pozostawać nadal atrakcyjnym i wartościowym partnerem w miłości, mimo uszkodzeń związanych z chorobą, aż do przekonania współpartnera o różnych wartościach bliskości.

Czterostopniowy model interwencji

Zgoda – pierwszy etap to uzyskanie zgody chorego na rozmowę i dyskusję dotyczącą osobistego problemu w sferze seksualnej, związanego z chorobą czy jej leczeniem – w większości przypadków zainicjowany ze strony pacjenta.

Ograniczona informacja – informacja wymagająca pewnej wiedzy o problemach chorego i podstawowych aspektach jego życia seksualnego, przebiegu choroby i zdrowienia – zainicjowana przez lekarza.

Sugestie szczegółowe – szczegółowe potraktowanie problemu, wrażliwa i fachowa rozmowa oparta na wiedzy z zakresu seksuologii, psychologii i onkologii.

Intensywna terapia – część pacjentów może wymagać terapii psychologicznej, farmakologicznej, a nawet interwencji chirurgicznej.

Rozmowa

Podstawowym i bardzo ważnym środkiem służącym zachowaniu seksualności chorych na nowotwory jest rozmowa o zmianach w ich życiu intymnym. Rozmowa z lekarzem prowadzona jest rzadko, czego powodem jest skrępowanie tematem, brak zaufania pacjentki do lekarza, brak empatii, dostatecznej intymności i czasu potrzebnego na tak delikatne rozmowy. Celem takiej rozmowy powinno być przekazanie niezbędnej wiedzy o wpływie choroby i leczenia na seksualność, uświadomienie chorej, czego należy się spodziewać i jak zaplanować dalsze postępowanie, aby sobie z nowymi problemami poradzić. Źródłem wiedzy może być cały zespół terapeutyczny (lekarz, pielęgniarka, psycholog) oraz dodatkowo literatura.

Rozmowa z partnerem jest niezbędna dla kobiet starających się uporać z problem własnej seksualności, gdyż zaangażowanie osoby pozostającej w intymnej bliskości z chorą jest podstawowym warunkiem powodzenia. Taka otwarta dwustronna rozmowa wymaga dobrej komunikacji i porozumienia w związku partnerskim, przekazuje istotne informacje od zespołu leczącego, pozwala rozwiązać obawy partnera przed wywołaniem bólu i pokierować współżyciem w celu unikania bólu. Dzięki dobremu porozumieniu obojga, możliwa jest zmiana dotychczasowych zachowań i przyzwyczajeń seksualnych odpowiednio do aktualnego stanu zdrowia.

Rozmowy z lekarzem, psychologiem, pielęgniarką i partnerem powinny mieć miejsce wcześniej, przed rozpoczęciem leczenia, gdyż przygotowują do rozwiązywania przyszłych trudnych sytuacji.

Przekonanie chorej

Jest rzeczą ważną, aby w wyniku zdobytej wiedzy i porozumienia z partnerem i zespołem terapeutycznym wytworzyło się wewnętrzne przekonanie chorej, że seksualna więź z bliską osobą pozostaje możliwa, bez względu na rodzaj stosowanego leczenia onkologicznego, a zdolność odczuwania przyjemnej satysfakcji z intymnej bliskości prawie zawsze pozostaje zachowana. Osiągnięcie satysfakcji seksualnej możliwe jest na szereg sposobów, a pojęcie normy seksualnej jest bardzo szerokie i różnorodnie definiowane, uwzględnia szeroki wachlarz oczekiwań, obyczajów i zachowań intymnej sfery życia. Wielu autorów utożsamia pojęcie normy seksualnej ze zdrowiem seksualnym, które wg definicji WHO z 1986 roku jest integracją biologicznych, emocjonalnych, intelektualnych i społecznych aspektów życia seksualnego, ważnych dla pozytywnego rozwoju osobowości, komunikacji i miłości. Na potrzeby tego opracowania i codziennej praktyki lekarza onkologa wydaje się celowe przyjęcie, że normą seksualną dla partnerów jest to, co sprawia im przyjemność, daje satysfakcję i na co oboje dają przyzwolenie. Takie rozumienie normy w rozmowie z chorą i jej partnerem pozwala na otwarte myślenie o wszelkich możliwych sposobach osiągnięcia satysfakcji seksualnej, na

przykład poprzez pobudzenie innych niż dotychczas wykorzystywane, a zmienione obecnie przez chorobę, obszarów erogennych.

Podniesienie własnej wartości

Choroba nowotworowa wpływa istotnie na emocje chorych i poprzez szereg związanych z nią czynników może powodować w konsekwencji rozwój depresji i zaburzoną ocenę własnej wartości. Częstymi przyczynami zaburzeń są: cierpienie powodowane rozwojem choroby, przykre objawy uboczne leczenia, konieczność poddania się zabiegom chirurgicznym, zmiany w wyglądzie w trakcie i po leczeniu. Istotny wpływ ma także utrata niezależności i konieczność podporządkowania się reżimowi szpitalnemu i zaleceniom medycznym. Gorszą samoocenę może wywołać brak wsparcia ze strony rodziny, przyjaciół i kolegów oraz utrata zajmowanych ról społecznych oraz niepewność przyszłych możliwości.

Obniżona samoocena i rozwijająca się depresja prowadzą do utraty pożądania i zainteresowania intymną sferą życia. Aby zachować prawidłową seksualność chorej konieczne jest aktywne przeciwdziałanie depresji i umacnianie pozytywnego własnego wizerunku. W tym celu należy przypominać sobie o swoich zaletach i sukcesach życiowych. Odpowiednia, zdrowa dieta i ćwiczenia fizyczne oraz rehabilitacja pozwalają utrzymać ciało w dobrej kondycji i podnoszą „ducha” chorej. Pomocne bywa stosowanie technik relaksacyjnych pod okiem doświadczonych instruktorów. W przypadkach zaawansowanych dolegliwości może okazać się konieczne aktywne przeciwdziałanie i leczenie depresji przez psychologa i psychiatrę. W przypadku utraty włosów po chemioterapii istotny jest dobór peruki lub efektownego nakrycia głowy, które byłyby akceptowane przez pacjentkę i dawały jej zadowolenie. Równie ważny jest odpowiedni ubiór i stosowanie protez maskujące okaleczenia i defekty ciała wywołane chorobą lub przebytym leczeniem.

Ból przy współżyciu

Ból przy współżyciu jest częstym problemem kobiet po menopauzie, hormonoterapii, chirurgii i radioterapii. W wyniku leczenia onkologicznego dochodzi do zwężenia i zbliznowacenia pochwy, a jej błona śluzowa staje się sucha i mało elastyczna, co przy współżyciu powoduje otarcia nabłonka, mikrourazy i dolegliwości bólowe. W leczeniu bólu zaleca się stosowanie specjalnych rozszerzaczy pochwowych i środków nawilżających oraz przeciwzapalnych, niekiedy podawanych dopochwowo estrogenów. Ważną rolę odgrywają odpowiednie ćwiczenia relaksacyjne mięśni pochwy i miednicy, przedłużona „gra wstępna” zapewniająca lepsze nawilżenie błon śluzowych i ukrwienie narządów płciowych. Celem ograniczenia dolegliwości konieczna może być zmiana pozycji i techniki współżycia. Niekiedy może u chorej wystąpić pochwica (*vaginismus*), silny i mimowolny skurcz mięśni okrężnych pochwy i miednicy uniemożliwiający wprowadzenie członka, palca lub innego przedmiotu do pochwy. U podłoża tej dolegliwości może leżeć uraz psychiczny, stres, lęk, niepokój towarzyszące kobiecie chorej na nowotwór. W leczeniu wykorzystuje się oprócz farmakologii, psychoterapię i techniki relaksacyjne.

Przedwczesna menopauza (jatrogenna)

Częstym ubocznym efektem leczenia onkologicznego kobiet w okresie rozrodczym może być wystąpienie przedwczesnej menopauzy, po zastosowaniu chirurgii, radioterapii,

chemioterapii lub hormonoterapii. Tak wywołana menopauza ma gwałtowniejszy przebieg i daje silniejsze objawy w porównaniu ze stanem naturalnego klimakterium. Towarzyszy jej typowy spadek ilości estrogenów i niekiedy androgenów oraz wzrost poziomu gonadotropin przysadkowych w surowicy krwi obwodowej. Występują dokuczliwe uderzenia gorąca, obfite poty, szczególnie w nocy, bóle kostno-stawowe, zaburzenia nastroju, spadek libido. Ponadto na skutek spadku ilości estrogenów występuje stopniowa atrofia w zakresie błon śluzowych narządów płciowych i dokuczliwa suchość pochwy. Obniżenie popędu płciowego wraz z wymienionymi dolegliwościami znacząco upośledza funkcję seksualną kobiet po leczeniu.

Najprostszym środkiem zaradczym w tej sytuacji może być wprowadzenie estrogenowej lub estrogenowo-progestagenowej hormonalnej terapii zastępczej (HTZ) w jednej z dostępnych i akceptowanych form. Jednak w przypadku chorych na raka piersi, trzonu macicy, bądź współistnienia innych chorób ogólnoustrojowych, HTZ może być przeciwwskazana lub jej stosowanie może budzić kontrowersje.

Wpływ różnych metod leczenia onkologicznego kobiet na ich seksualność

Chirurgiczne leczenie chorych na nowotwory ginekologiczne

Najczęściej wykonywaną operacją u chorych na nowotwory ginekologiczne jest obecnie radykalne rozszerzone usunięcie macicy (hysterectomia) z limfadenektomią miedniczą. Usuwanie jajników u kobiet w wieku rozrodczym powoduje jatrogenną menopauzę i jest przedmiotem kontrowersji. Większość autorów skłonna jest w przypadkach kobiet poniżej 40. r.ż. z niewielkim ryzykiem zajęcia przez nowotwór pozostawić przynajmniej jeden jajnik, ostateczny wybór należy jednak do chorej. W podjęciu decyzji pomocna jest rozmowa z lekarzem i innymi chorymi po przebytej operacji usunięcia jajników. Wykonana hysterectomia fizycznie zazwyczaj nie zmienia zdolności do odczuwania doznań seksualnych, ale możliwe jest skrócenie pochwy, co może wymagać zmiany pozycji i techniki współżycia, stosowania odpowiednich ćwiczeń, przedłużonej „gry wstępnej”, środków nawilżających, a w przypadkach szczególnych specjalnych rozszerzaczy. Dolegliwości te zazwyczaj ustępują w ciągu 6 miesięcy od operacji. W przypadkach gdy przed zabiegiem chirurgicznym występowały u chorej dolegliwości bólowe i krwawienia z macicy wykonanie hysterectomii likwiduje objawy i poprawia komfort współżycia.

Wykonanie zabiegu może być jednak postrzegane przez pacjentkę jako utrata atrybutu kobiecości, powodować gorsze postrzeganie siebie i obniżoną samoocenę, chore określają niekiedy swój stan jako „widok pustej muszli”, w literaturze opisywany jako syndrom „pustej kobiety”. W takich przypadkach w celu przywrócenia chorej jej właściwej seksualności wskazana może być pomoc psychologa.

Chirurgiczne leczenie chorych na raka sromu

Zabiegiem wykonywanym w raku sromu jest częściowe lub radykalne wycięcie sromu (vulvectomia częściowa / radykalna). W trakcie operacji częściowej usuwany jest guz z marginesem tkanek zdrowych, z modyfikacją polegającą na usunięciu węzłów chłonnych pachwinowych. Zabieg radykalny polega na usunięciu całego sromu, łechtaczki oraz węzłów chłonnych pachwin, natomiast pochwa i macica pozostają niezmienione. Anatomia okolicy przedstonka pochwy ulega dużej zmianie. Często dochodzi do podrażnień ujścia cewki

moczowej, powstają blizny zwężające wejście do pochwy. Po usunięciu węzłów chłonnych występują obrzęki kończyn i krocza powodując zaburzenia czucia i drętwienie tych okolic. Zastosowana uzupełniająca pooperacyjna radioterapia nasila wymienione dolegliwości. Chore aktywne seksualnie zgłaszają bolesne współżycie lub duże zmiany bliznowate w wejściu do pochwy uniemożliwiające wprowadzenie członka. Usunięcie łechtaczki wpływa niekorzystnie na osiągnięcie orgazmu i satysfakcjonującego współżycia.

Negatywne skutki zabiegu powodujące dysfunkcje seksualne można zmniejszyć proponując kobietom z niezaawansowanym rakiem sromu zabiegi oszczędzające z bezpiecznym marginesem tkanek zdrowych i operacje rekonstrukcyjne. Po leczeniu chirurgicznym należy zalecać stosowanie rozszerzaczy i środków nawilżających wejście do pochwy, zaś po usunięciu łechtaczki poszukiwanie form współżycia odkrywających inne drogi osiągnięcia orgazmu i satysfakcjonujących kontaktów seksualnych. Bardzo ważną rolę odgrywa właściwa rehabilitacja wtórnego obrzęku limfatycznego w obrębie kończyn dolnych.

Chirurgiczne leczenie chorych na raka pęcherza moczowego

Zabiegiem wykonywanym w raku pęcherza moczowego jest radykalne usunięcie pęcherza moczowego (cystotomia). W trakcie operacji usuwane są: pęcherz i cewka moczowa, przednia ściana pochwy i macica z przydatkami, może nastąpić uszkodzenie nerwów sromowych przewodzących bodźce z okolic genitalnych, oraz może dojść do zaburzonego ukrwienie łechtaczki po wycięciu cewki moczowej.

Kobiety poddane tej operacji są często po menopauzie, jednak wiele z nich prowadzi nadal aktywne życie seksualne i wykonany zabieg może poważnie zaburzać ich dotychczasową satysfakcjonującą seksualność. W celu przeciwdziałania zaburzeniom, u takich chorych należy rozważać możliwość zabiegów oszczędzających przednią ścianę pochwy lub wykonanie operacji odtwórczej płatem skórny / skórno-mięśniowym lub z wykorzystaniem tylnej ściany pochwy. Po tych zabiegach może występować suchość i ból przy współżyciu stąd też konieczne może być stosowanie rozszerzaczy i środków nawilżających, a niekiedy estrogenów dopochwowo. Pomocna może być także zmiana pozycji i techniki współżycia. Dolegliwości występują częściej w przypadkach kojarzenia chirurgii z uzupełniającą radioterapią.

Chirurgiczne leczenie chorych na raka odbytnicy

Zabiegiem wykonywanym w raku odbytnicy jest resekcja brzuszno-kroczoza odbytnicy. W trakcie operacji usuwane są: odbytnica, oraz w niektórych przypadkach tylna ściana pochwy i macica z przydatkami. Zostaje wytworzona kolostomia odprowadzająca stolec z jelita grubego. Rozległość operacji decyduje o upośledzeniu funkcji seksualnych chorej. W przypadkach usunięcia macicy i tylnej ściany pochwy u chorych aktywnych seksualnie wskazane jest wykonanie operacji odtwórczej pochwy płatem skórny / skórno-mięśniowym w celu przywrócenia możliwości odbywania stosunków pochwowych. Pacjentki po takich zabiegach mogą skarżyć się na suchość pochwy i bolesne współżycie, stąd też zalecane są środki nawilżające i niekiedy estrogeny dopochwowo. Dolegliwości występują częściej w przypadkach kojarzenia chirurgii z uzupełniającą radioterapią. Po usunięciu odbytnicy, pochwa zmienia pozycję w miednicy kierując się w stronę kości krzyżowej, dlatego też należy zalecić poszukiwanie pozycji i techniki współżycia nie dającej dolegliwości bólowych i dogodnej dla partnerów.

Chirurgiczne leczenie chorych na raka piersi

Zabiegiem wykonywanym w raku piersi może być radykalna chirurgiczna amputacja piersi (mastektomia) lub operacja oszczędzająca pierś (BCT) w zależności od wskazań medycznych i decyzji chorej.

Przebyta mastektomia może być postrzegana przez chorą jako utrata atrybutu piękna, kobiecości, atrakcyjności, wywołać brak zadowolenia z własnego ciała i obawę o utratę akceptacji przez partnera. Po zabiegu następuje oczywista utrata pobudzenia seksualnego chorej piersi, ale niekiedy również zdrowej. W późniejszym okresie mogą pojawić się po stronie operowanej obrzęki kończyny górnej oraz bóle kręgosłupa, barku i klatki piersiowej. Dyskomfort psychiczny i fizyczny po mastektomii może znacząco wpływać na seksualność chorych, często obniżając ich aktywność i pożądanie. Zastosowanie odpowiedniej bielizny, protezy piersi oraz szczególnie dobór pozycji przy współżyciu pozwalają ukryć brak usuniętej piersi. Wypierając istniejące okaleczenie pacjentki niekiedy unikają odbicia swego nagiego ciała w lustrze. W takich sytuacjach psychoterapia pomaga chorej w podwyższeniu samooceny i w akceptacji własnego ciała. Dla wielu chorych bardzo ważne jest wykonanie rekonstrukcji chirurgicznej piersi po mastektomii, co zmniejsza traumę związaną z amputacją i pozwala uniknąć opisanych problemów. Podobnie kluczowe znaczenie dla zmniejszenia dolegliwości i zachowania dobrej kondycji fizycznej i psychicznej ma wcześniej rozpoczęta i konsekwentnie prowadzona rehabilitacja.

Leczenie oszczędzające (BCT) wiąże się integralnie z zastosowaniem radioterapii chorej piersi, co powoduje jej obrzmienie, zaczerwienienie skóry, tkliwość i bolesność w czasie i bezpośrednio po napromienianiu. Po około 3–6 miesiącach pojawiają się zwłóknienia, wystąpić może różnica wielkości piersi, upośledzona wrażliwość na dotyk i obrzęk ręki po stronie napromienianej wymagający wdrożenia rehabilitacji.

Leczenie uzupełniające po operacji może stanowić chemioterapia i/lub hormonoterapia, których wpływ na seksualność chorych został omówiony w dalszej części opracowania.

Dla chorych na raka piersi w wieku rozrodczym po przebytych leczeniu kolejny problem ograniczający ich seksualność stanowią przeciwwskazania do stosowania antykoncepcji hormonalnej i związana z tym możliwość zajścia w nieplanowaną ciążę. Rak piersi w trakcie ciąży budzi obawy chorej o wpływ stosowanej terapii przeciwnowotworowej na prawidłowy rozwój dziecka. Nie bez znaczenia są też wątpliwości, jaki może być wpływ przebytej ciąży na chorą i ryzyko nawrotu nowotworu.

Radioterapia miednicy

Radioterapia nowotworów miednicy może być stosowana jako metoda samodzielna, w skojarzeniu z chemioterapią lub jako leczenie uzupełniające zabieg chirurgiczny.

U chorych w wieku rozrodczym stosunkowo niewielkie dawki promieniowania wywołują efekt kastracyjny i jatrogenną menopauzę z jej omówionymi uprzednio skutkami. W trakcie i po napromienianiu występuje odczyn popromienny skóry i błony śluzowej pochwy, któremu towarzyszą objawy zapalenia i dolegliwości bólowe. Po ustąpieniu wczesnej reakcji popromiennej pojawiają się zmiany późne, śluzówka pochwy staje się cienka i sucha, występuje atrofia narządów płciowych, krwawienia i plamienia ze zmienionych naczyń błon śluzowych pochwy i odbytnicy. Częstym następstwem radioterapii jest zwężenie, zbliżowa-

cenie i zarastanie pochwy. Po zastosowaniu wysokich dawek promieniowania mogą wystąpić owrzodzenia i przetoki. Wymienione następstwa radioterapii miednicy znacząco upośledzają seksualność leczonych kobiet, dlatego należy stosować dostępne środki usuwające negatywne skutki napromieniania. Hormonalna terapia zastępcza (HTZ) w leczeniu jatrogennej menopauzy została omówiona uprzednio wraz z jej ograniczeniami. Właściwa pielęgnacja odczynu skóry i błon śluzowych z zastosowaniem miejscowym leków przeciwbólowych i przeciwzapalnych, a niekiedy estrogenów pozwala zmniejszyć ból i nasilenie zapalenia, co umożliwi chorej podjęcie współżycia w trakcie lub wcześniej po leczeniu. Upowszechnienie stosowania rozszerzaczy i środków nawilżających zapobiega tworzeniu się zwężeń, zbliżnowaceń i zarastaniu pochwy u kobiet współżyciących rzadko lub nieregularnie. W przypadkach utrzymujących się krwawień z naczyń śluzówki pochwy i odbytnicy zaleca się leki przeciwkrwotoczne oraz wykonanie endoskopowej koagulacji krwawiących naczyń (APC).

Chemioterapia

Chemioterapia jest w większości przypadków metodą ogólnoustrojową, wywołuje szereg objawów ubocznych niezależnych od lokalizacji nowotworu. W trakcie leczenia u wielu chorych seksualność jest zaburzona z powodu towarzyszących nudności, bólu, zmęczenia, objawów przejściowej lub przedwczesnej menopauzy. Możliwość częściowej lub całkowitej niepłodności, utrata włosów atrybutu kobiecego piękna, pozostawione wkłucia dożylnie i cewniki mogą wywoływać poczucie mniejszej atrakcyjności i wartości. Wymienione czynniki powodują utratę pożądania i zaburzone libido. W czasie chemioterapii często występuje podrażnienie błon śluzowych sromu i pochwy oraz zwiększona podatność na infekcje grzybicze, wirusowe i bakteryjne pochwy i sromu. Poprawę seksualności chorych można uzyskać poprzez szerokie stosowanie środków łagodzących objawy uboczne chemioterapii, leczenie miejscowe stanów zapalnych błon śluzowych pochwy i sromu oraz psychoterapię mającą na celu poprawę samooceny chorej.

Hormonoterapia

Hormonoterapia podobnie jak chemioterapia jest metodą ogólnoustrojową i objawy uboczne przez nią wywołane nie zależą od lokalizacji nowotworu. W terapii chorych na raka piersi i trzonu macicy stosowane są analogi GnRH, antyestrogeny, inhibitory aromatazy, gestageny. Analogi GnRH wywołują przejściowy stan „jatrogennej menopauzy” omówiony uprzednio. Gestageny mogą nasilać skłonność do depresji, oraz powodować wzrost łaknienia i masy ciała, natomiast wszystkie z wymienionych grup leków powodują suchość pochwy oraz zaburzenia libido. Przedstawione objawy uboczne hormonoterapii mogą upośledzać funkcje seksualne leczonych kobiet.

Podsumowanie

Truizmem jest twierdzenie, że dobra seksualność i nieskrępowana intymność mają wielki wpływ na jakość życia kobiet leczonych z powodu nowotworów. Istnieje szereg dowodów z badań

klinicznych potwierdzających istotny wpływ rozpoznanego raka na seksualność chorej, częstość i satysfakcję z podejmowanych aktów seksualnych, zdolność do tworzenia udanych związków intymnych oraz poczucie własnej wartości i osobowości. Czynnikiem upośledzającymi prawidłową seksualność może być samo rozpoznanie groźnej choroby, niepokój i lęk, złość i gniew, ból, silny stres, depresja, zmiany fizyczne i chorobowe własnego ciała i zastosowane leczenie. Stały postęp we wczesnym wykrywaniu i leczeniu chirurgicznym, uzupełniającym, radioterapii i chemioterapii, terapiach celowanych molekularnie spowodował, że długoletnie przeżycia i wyleczenie z nowotworu stały się możliwe w dużym odsetku przypadków. Dlatego też we współczesnej onkologii zachowanie niezmięnionej seksualności, a zarazem dobrej jakości życia staje się głównym problemem wielu chorych z korzystnym rokowaniem. Zespoły terapeutyczne rozwiązują ten problem poprzez stosowanie chirurgii mikroinwazyjnej i rekonstrukcyjnej, oszczędzającej i przywracającej funkcje narządów. Radioterapia konformalna ogranicza obszary napromieniania z oszczędzaniem tkanek zdrowych. Chemioterapia zwiększając skuteczność wykorzystuje nowoczesne leki o niższej toksyczności i stosuje terapie osłonowe i wspomagające. Dolegliwości wynikające z jatrogennej bądź naturalnej menopauzy u większości chorych są leczone hormonalną terapią zastępczą. Psychoterapia, psychoedukacja i rehabilitacja stały się integralną częścią terapii chorych na nowotwory. Stosowanie tych interdyscyplinarnych rozwiązań zmniejsza liczbę chorych z utratą pożądania, orgazmu, satysfakcji seksualnej i ogólnego samopoczucia. Jednak podstawą sukcesu terapii zaburzeń seksualnych w onkologii jest dostrzeganie przez zespoły terapeutyczne wagi problemu i chęć nieskrępowanego i otwartego poruszania tego tematu w rozmowach z chorymi.

Bibliografia

1. Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health 28–31 January 2002, Geneva WHO Geneva, 2006: 4-5.
2. Sexuality and Cancer: Conversation Comfort Zone Penson R.T, Gallagher J, Gioiella M.E, i wsp. *The Oncologist* 2000;5:336-344.
3. Is There a Place for Sexuality in the Holistic Care of Patients in the Palliative Care Phase of Life? Redelman M.J. *Am J Hosp Palliat Care* 2008 25: 366.
4. Lew-Starowicz, Z.; Normy medyczne w seksuologii. Wykład inauguracyjny. Materiały XIV Konferencji Naukowej Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego, Warszawa, 2007.
5. Jongpipan, J., Charoenkwan K.; Sexual function after radical hysterectomy for early-stage cervical cancer. *J Sex Med.* 2007, 4(6):1659-65.
6. Pietrangeli A, Pugliese P, Perrone M.; Sexual dysfunction following surgery for rectal cancer - a clinical and neurophysiological study. *Journal of Experimental & Clinical Cancer Research* 2009, 28:128.
7. Bancroft J.: *Human Sexuality and Its Problems*. 2nd Edition. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1989.
8. Ramage M.: ABC of sexual health: management of sexual problems. *BMJ* 1998;317:1509-1512.
9. Stead ML, Crocombe WD, Fallowfield LJ i wsp.: Sexual activity questionnaires in clinical trials: acceptability to patients with gynaecological disorders. *Br J Obstet Gynaecol* 1999;106:50-54.
10. El-Bahnasawy MS, Osman Y, El-Hefnawy A, i wsp.; Radical cystectomy and urinary diversion in women: Impact on sexual function. *Scand J Urol Nephrol.* 2011 Jun 21.
11. Schover LR, Evans RB, von Eschenbach AC.; Sexual rehabilitation in a cancer center: diagnosis and outcome in 384 consultations. *Arch Sex Behav.* 1987 Dec;16(6):445-61.

12. Burns M, Costello J, Ryan-Woolley B, i wsp.; Assessing the impact of late treatment effects in cervical cancer: an exploratory study of women's sexuality. *Eur J Cancer Care*. 2007 Jul; 16(4):364-72.
13. Basson R. Sexual function of women with chronic illness and cancer. *Womens Health*. 2010 May; 6(3):407-29.
14. Goel S, Sharma R, Hamilton A, i wsp.; LHRH agonists for adjuvant therapy of early breast cancer in premenopausal women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009 Oct 7;(4): CD004562.
15. Schover LR.; Sexuality and body image in younger women with breast cancer. *J Natl Cancer Inst Monogr*. 1994;(16):177-82.
16. Emilee G, Ussher JM, Perz J.; Sexuality after breast cancer: a review. *Maturitas*. 2010 Aug; 66(4):397-407.
17. Ratner ES, Foran KA, Schwartz PE, i wsp. Sexuality and intimacy after gynecological cancer. *Maturitas*. 2010 May; 66(1):23-6.
18. Brotto LA, Heiman JR, Goff B, i wsp.; A psychoeducational intervention for sexual dysfunction in women with gynecologic cancer. *Arch Sex Behav*. 2008 Apr; 37(2):317-29.
19. Salodof MacNeil, J.; Sexual side effects 'silent issue' in cancer care: sexual impact is little explored in women with gynecologic cancers, although 100% will be affected. *Internal Medicine News*, 2008 Nov 15.
20. Robinson J.W., Faris P.D., Scott C.; Psychoeducational group increases vaginal dilatation in younger women and reduces sexual fear for women of all ages with gynaecological carcinoma treated with radiotherapy. *Int Journal of Radiation, Oncology Biology and Physics* 1999 32, 5, 497-506.
21. Bergmark K, Avall-Lundqvist E, Dickman PW; I wsp. Vaginal changes and sexuality in women with a history of cervical cancer. *The NEJM* May 6, 1999, 1383-89.

V. Psychologiczne aspekty rehabilitacji ruchowej (fizjoterapii)

Hanna TCHÓRZEWSKA-KORBA

Leczenie onkologiczne jest procesem złożonym i trwającym przez wiele lat. Samo rozpoznanie choroby stanowi dla pacjenta szok, lęk i strach o wszystko co niewiadome, o leczenie i przyszłość życia.

Z jednej strony choroba ciągle jest traktowana jako wyrok, z drugiej strony osiągnięcia naukowe i postęp w leczeniu dają szansę chorującym na leczenie lub wyleczenie z dobrą jakością życia.

Leczenie chorych na nowotwory jest związane przede wszystkim ze zniszczeniem chorej tkanki, niekiedy całego narządu, co w sferze fizycznej prowadzi to do upośledzenia czynności a niekiedy całej funkcji narządu, w sferze psychicznej – do głębokich zmian emocjonalnych a często i psychicznych.

Postrzeganie człowieka jako całości czyli jego ciała wraz z psychiką jest podstawą holistycznego spojrzenia i traktowania chorego człowieka na każdym etapie choroby, jego leczenia i usprawniania. Postrzeganie człowieka holistycznie to również znajomość możliwości poprawienia lub uzupełnienia ubytków jakie może wywołać choroba nowotworowa, jej leczenie ale również skutki uboczne stosowanej terapii. W wyniku często złożonego leczenia, u pacjentów możemy mieć do czynienia z różnego rodzaju ubytkami.

W sferze fizycznej: okresowej lub stałej utraty włosów, utraty upośledzenia lub ograniczenia funkcji danego narządu, amputacji czyli pozbawienia wskutek choroby narządu, występowania wtórnych obrzęków limfatycznych jako jatrogennego skutku leczenia onkologicznego.

Należy zauważyć, że każda deformacja ciała ma ogromny wpływ na obniżenie poczucia własnej wartości, z drugiej strony na zaburzenie poczucia wpływu na własny los, a często prowadzi do zaburzenia poczucia tożsamości płciowej (np. amputacja piersi, usunięcie narządu rodne, usunięcie prostaty).

W wielu wypadkach prowadzi to do zaburzenia koherencji społecznej, która stanowi o sprawnym funkcjonowaniu jednostki w życiu społecznym danego środowiska. Uszkodzenia

w zakresie fizyczności jednostki mają ogromny wpływ na stan emocjonalny i psychikę chorego. Pacjenci, chorujący na choroby nowotworowe poza obawą o własne życie reprezentują bardzo wysoki poziom lęku w zakresie osobistym:

- lęk przed kalectwem i widocznymi skutkami leczenia (np. brak włosów, bladość, widoczne cierpienie),
- w zakresie kontaktów interpersonalnych – obawa przed odrzuceniem partnera z powodu nieatrakcyjności wywołanej chorobą,
- w zakresie kontaktów społecznych, z powodu społecznego odbioru choroby jako nieuleczalnej i wywołującej cierpienie.

W zakresie zmian emocjonalnych możemy zaobserwować syndrom „pustej kobiety” występujący u kobiet po zabiegu hysterectomii (usunięciu narządu rodneho) czy syndrom „półowy kobiety” u pacjentek, u których w wyniku choroby należało wykonać amputację piersi odbieranych jako symbol macierzyństwa i kobiecości.

Wprowadzenie rehabilitacji jako integralnej formy wspomagającej leczenie onkologiczne ma na celu zmniejszenia niedogodności zarówno fizycznych jak i psychicznych, wywołanych chorobą lub skutkami jej leczenia. Częścią szeroko rozumianego procesu jest fizjoterapia (rehabilitacja ruchowa).

Z psychologicznego punktu widzenia, możliwość udziału pacjenta w procesie fizjoterapii to przede wszystkim przekonanie go o potrzebie czynnego udziału w usprawnianiu, ukazanie możliwości w zakresie poprawy własnego stanu fizycznego oraz udowodnienie choremu, że każdy element poprawy stanu fizycznego wpływa na jego stan psychiczny i odwrotnie.

Bardzo często pacjenci dotknięci chorobą nowotworową nie wierzą w możliwość poprawy stanu zdrowia, w skuteczność leczenia i możliwość powrotu do codziennych obowiązków sprzed leczenia i choroby. Pokazanie im tych możliwości, skierowanie na odpowiednie zabiegi fizjoterapeutyczne ma ogromne znaczenie w przebiegu całego procesu zdrowienia. Fizjoterapia (szczególnie jedna ze składowych tego działania – kinezyterapia czyli leczenie ruchem) jest jedną z metod przekonania pacjenta o jego własnej skuteczności, a co za tym idzie pokazanie możliwości wpływu na własny los. Odpowiednio zastosowany ruch może mieć wpływ na system immunologiczny i endogenne opioidy człowieka.

W wielu wypadkach usprawnianie po leczeniu onkologicznym jest stałym elementem życia, bowiem fizjoterapia jest integralną częścią okresu leczenia ale również okresu obserwacji po leczeniu. Zawsze należy pamiętać, że rehabilitacja jest leczeniem pacjenta a nie choroby.

Należy również pamiętać, że pacjent chorujący na nowotwór może wymagać usprawniania z powodu każdej innej choroby, na którą jest leczony w tym samym czasie.

W wyniku wieloletnich doświadczeń opracowano zasady postępowania usprawniającego u chorych o różnym umiejscowieniu nowotworów:

- fizjoterapia chorych leczonych z powodu nowotworów głowy i szyi,
- fizjoterapia chorych leczonych z powodu guzów tkanek miękkich i kości,
- fizjoterapia chorych po zabiegach operacyjnych w obrębie jamy brzusznej (rak jelita grubego, rak żołądka, operacje ginekologiczne i urologiczne),
- fizjoterapia chorych leczonych z powodu raka gruczołu piersiowego,
- fizjoterapia w profilaktyce i leczeniu zachowawczym obrzęku chłonnego,
- fizjoterapia w chirurgii rekonstrukcyjnej w onkologii,

- fizjoterapia chorych na nowotwory płuca,
- fizjoterapia chorych z niedowładami i porażeniami będących następstwem zabiegów operacyjnych, radioterapii i chemioterapii,
- fizjoterapia u chorych w okresie leczenia paliatywnego.

Fizjoterapia chorych leczonych z powodu nowotworów głowy i szyi

Stan psychofizyczny chorych leczonych z powodu nowotworów w takiej lokalizacji stanowi bardzo poważny problem rehabilitacji onkologicznej. Lokalizacja anatomiczna oraz niekiedy bardzo radykalne postępowanie lecznicze, zwłaszcza chirurgiczne, powoduje wystąpienie ubytków morfologicznych i czynnościowych. Z psychologicznego punktu widzenia każde najmniejsze okaleczenie dla pacjenta stanowi ogromny problem, a szczególnie w obrębie twarzoczaszki. Najczęściej występujące uszkodzenia dotyczą upośledzenia wymowy lub braku mowy, niewidzenia, trudności połykania oraz ograniczenia pracy mięśni mimicznych. W niektórych przypadkach mamy do czynienia z ograniczeniem ruchomości szyjnego odcinka kręgosłupa, zmniejszeniem zakresu ruchów w stawach obręczy barkowej. Bardzo dużym problemem jest wtórny obrzęk twarzoczaszki i szyi. W celu zmniejszenia tych ograniczeń stosuje się wiele metod i zabiegów z zakresu fizjoterapii:

- w zakresie poprawy uszkodzeń aparatu mowy stosuje się ćwiczenia mowy zastępczej – nauka mowy przetykowej lub zastosowanie mechanicznych urządzeń pomocniczych np. elektryczny wibrator krtaniowy,
- w celu poprawy psychiki i poczucia estetyki należy stosować wszelkie możliwe protezy np. protezy oka, nosa czy małżowiny usznej,
- specyficznym problemem jest usprawnianie mięśni mimicznych, które często ulegają niedowładom lub porażeniu w następstwie uszkodzenia nerwu twarzowego w trakcie zabiegu operacyjnego. W tym wypadku stosuje się ćwiczenia ruchowe tych mięśni oraz specjalną formę masażu. W niektórych przypadkach – jeśli nie ma przeciwwskazań, wykonuje się elektrostymulację wybiórczą uszkodzonych mięśni,
- przy ograniczeniu ruchomości odcinka szyjnego i pasa barkowego – prowadzi się ćwiczenia mięśni grzbietu i obręczy barkowej.

W grupie chorych po stosowaniu radioterapii należy prowadzić ćwiczenia czynno-bierne i wspomagane w celu zapobiegania przykurczom mięśniowym w obrębie pasa barkowo-karkowego i kręgosłupa szyjnego.

Szczególne uwagę należy zwrócić na możliwość występowania obrzęku twarzoczaszki i szyi po radioterapii. Należy nauczyć pacjentów zasad profilaktyki przeciwobrzękowej (automasaż twarzy, ćwiczenia pasa barkowego).

Przekonanie chorego o możliwości stosowania zabiegów fizjoterapeutycznych ma ogromne znaczenie dla jego stanu emocjonalnego i daje możliwości funkcjonowania społecznego.

Fizjoterapia chorych leczonych z powodu guzów tkanek miękkich i kości

Z psychologicznego punktu widzenia fizjoterapia często połączona z rehabilitacją psychologiczną ma ogromne znaczenie dla tej grupy chorych. Niejednokrotnie wykonywane duże

operacje okaleczające, a ratujące życie wymagają współpracy wielodyscyplinarnego zespołu. Program usprawniania powstaje przy ścisłej współpracy z zespołem leczącym i pielęgniar-skim. Wzajemny przepływ informacji dotyczącej zakresu zabiegu, procesu pielęgnowania i usprawniania pozwala na osiągnięcie najlepszych efektów. Jest to podyktowane rodzajem choroby nowotworowej – wielkością guza, metodą leczenia, stanem ogólnym a szczególnie psychicznym pacjenta i prowadzeniem dodatkowego leczenia – chemioterapii czy radioterapii. Fizjoterapię stosuje się jako element leczenia zarówno po amputacjach kończyn, operacjach oszczędzających czy operacjach przedziałowych. Program ten obejmuje odpowiednie ćwiczenia ruchowe (kinezyterapię), rozpoczynane możliwie wcześnie po operacji, uruchomienie chorego – właściwe zaopatrzenie w ortezy (łuski, tutorzy, temblaki, pasy usztywniające) oraz inny sprzęt ortopedyczny, jak balkoniki, kule, protezy kończyn.

W każdym przypadku – zakres usprawniania powinien być dobrany indywidualnie, biorąc pod uwagę stan chorego, jego wiek i możliwości kompensacji braku funkcji wynikające z zakresu leczenia.

Fizjoterapia po amputacjach w obrębie kończyn dolnych

Amputacja kończyny dolnej jest uszkodzeniem morfologicznym, wymagającym z jednej strony uzupełnienia technicznego, z drugiej strony treningu w celu najlepszego skompenso-wania „straty”. Fizjoterapia a szczególnie jej składowa kinezyterapia odgrywa zasadniczą rolę w przygotowaniu pacjenta do samodzielnego poruszania się a następnie do zaprotezowania.

Podstawowe zadania fizjoterapii to:

- miejscowe przygotowanie kikuta: zapobieganie przykurczom, hartowanie i formowanie ki-kuta,
- ćwiczenia miejscowe kikuta – zwiększenie siły mięśniowej, ćwiczenia izometryczne kikuta w pozycji stojącej,
- nauka lokomocji, w początkowym okresie z użyciem balkonika, podpórki cztero- lub dwu-kołowej, następnie przy pomocy kul łokciowych,
- zwiększenie siły mięśniowej drugiej kończyny i kończyn górnych,
- podniesienie sprawności ogólnokondycyjnej.

Wszystkie zabiegi powinny prowadzić do szybkiego zaopatrzenia pacjenta w odpowied-nią protezę kończyny. Wczesne protezowanie ma zasadnicze znaczenie dla sprawności fizycz-nej, ale również dla integracji społeczno-zawodowej amputowanego.

Fizjoterapia chorych po hemipelvectomy wewnętrznej

Operacja usunięcia części lub całego talerza biodrowego powoduje między innymi usu-nięcie naturalnych przyczepów kostnych znacznej ilości mięśni stabilizujących miednicę i proksymalnych przyczepów mięśni uda. Często wynikiem takiej operacji jest pozorne skró-cenie kończyny dolnej. Fizjoterapia indywidualnie dostosowana do potrzeb chorego pozwala mu na uwierzenie we własne możliwości fizyczne. Stosowanie zabiegów z zakresu fizjoterapii wymaga od pacjenta czynnej i zaangażowanej postawy, często wzmocnionej współpracą z psychologiem oraz dużej fachowości fizjoterapeuty. Proces usprawniania jest długotrwały,

w trakcie jego prowadzenia należy sprawdzać długości kończyn dolnych, niekiedy wyrównywać wkładkami lub odpowiednim obuwiem ortopedycznym.

W okresie szpitalnym celem fizjoterapii jest przede wszystkim profilaktyka przeciwobrzękowa, ćwiczenia izometryczne mięśni pośladkowych, mięśni posturalnych i mięśnia czworogłowego uda, ćwiczenia czynne i z dawkowanym oporem mięśni grzbietu i pośladków, pionizacja i uruchomienie pacjenta przy pomocy balkonika. W następnym etapie uczymy chodu naprzemiennego ze wspomaganiem wykroku nogi strony operowanej przy pomocy dwóch kul. Pacjenci powinni mieć możliwość kontynuowania usprawniania w warunkach ambulatoryjnych lub domowych.

Fizjoterapia po zabiegach oszczędzających kończynę dolną, endoprotezyka stawów: kolanowego lub biodrowego

Możliwość zachowania kończyny dolnej i zastosowania protezy wewnętrznej stawu biodrowego lub kolanowego w przebiegu leczenia nowotworów złośliwych już samo w sobie jest dla pacjenta „wygranym losem na loterii.” W celu odpowiedniego przygotowania chorego do samodzielności i życia społecznego prowadzenie zabiegów z zakresu fizjoterapii ma ogromne znaczenie.

W okresie szpitalnym przede wszystkim:

- fizjoprofilaktyka przeciwzakrzepowa i przeciwobrzękowa,
- ćwiczenia oddechowe, układanie kończyny w lekkim uniesieniu, ćwiczenia czynne w stawie skokowym strony operowanej,
- ćwiczenia izometryczne mięśnia czworogłowego uda, mobilizacja stawu rzepekowo-udowego,
- ćwiczenia ruchu zgięcia w stawie kolanowym i biodrowym w odciążeniu przy pomocy aparatu Artromot,
- pionizacja i nauka chodu przy pomocy podpórki dwukołowej lub balkonika, następnie o dwóch kulach z dawkowanym obciążaniem kończyny, po terenie płaskim i schodach.

Fizjoterapia w warunkach ambulatoryjnych

Z uwagi na kompleksowość leczenia onkologicznego – zawsze należy brać pod uwagę ogólny stan psychofizyczny chorego w dalszym okresie leczenia – chemio- lub radioterapii – i dostosowywać program fizjoterapii do indywidualnych możliwości pacjenta. Usprawnianie w tym okresie ma na celu wzmocnienie podstawowych grup mięśniowych kończyny strony operowanej, wzmocnienie mięśni kończyny strony przeciwnej, doskonalenie chodu początkowo o dwóch kulach, a w odpowiednim okresie przy pomocy jednej kuli. Pełne obciążanie operowanej kończyny jest zależne od ogólnego stanu psychofizycznego pacjenta oraz od dalszego leczenia onkologicznego.

Fizjoterapia w leczeniu oszczędzającym kończynę górną

U chorych leczonych z powodu nowotworu kości ramiennej, okolicy stawu barkowego lub łopatki często postępowaniem z wyboru jest amputacja kończyny górnej z wyluszczeniem w stawie barkowym. Jest to dramatyczne dla pacjenta z racji ograniczenia jego podstawowych funkcji przypisanych kończynie górnej.

W izolowanych nowotworach kości bez nacieku na mięśnie obręczy barkowej i zachowanie ciągłości dróg nerwowych prowadzi się leczenie oszczędzające, pozwalające na zachowanie kończyny górnej. Z każdego punktu widzenia możliwość zachowania kończyny z funkcją chwytną dłoni ma kolosalne znaczenie dla chorego. W zależności od poziomu amputacji kości ramiennej zakres funkcjonalny kończyny jest różny. Fizjoterapia ma na celu wzmocnienie mięśni przedramienia i dłoni (ćwiczenia czynne i czynne z oporem) oraz nauczenie pacjenta kompensacji utraconych funkcji obręczy barkowej (np. podnoszenie przedmiotu bokiem przez skłon boczny kręgosłupa).

Celem okresu szpitalnego jest:

- profilaktyka przeciwobrzękowa w obrębie kończyny górnej operowanej: układanie operowanej kończyny w elewacji oraz prowadzenie ćwiczeń oddechowych,
- ćwiczenia mięśni posturalnych, dłoni przedramienia,
- ćwiczenia samoobsługi np. zapinanie guzików,
- przystosowanie do samodzielności z zabezpieczeniem kończyny górnej odpowiednim temblakiem.

W warunkach ambulatoryjnych:

Z zakresu kinezyterapii pacjenci powinni mieć możliwość ćwiczeń ogólnokondycyjnych, ćwiczeń czynnych i czynnych z oporem w celu wzmocnienia mięśni przedramienia oraz zaopatrzenie w ortezę zewnętrzną mającą na celu kosmetyczne uzupełnienie okolicy barkowej. Wielkie znaczenie dla tej grupy pacjentów ma możliwość odzyskania dużej sprawności czynnościowej i samodzielności w życiu codziennym (mycia się, posługiwanie się sztućcami czy samodzielnelnego ubierania się, a nawet prowadzenia samochodu).

Fizjoterapia chorych po zabiegach w obrębie jamy brzusznej

U pacjentów operowanych z powodu nowotworów w obrębie jamy brzusznej i miednicy małej prowadzona fizjoterapia ma na celu przede wszystkim niedopuszczenie do powikłań pooperacyjnych (profilaktyka przeciwzakrzepowa, przeciwobrzękowa, przeciwoleżynowa) a w późniejszych okresach ukierunkowanie ćwiczeń na poprawę stanu miejscowego oraz ogólnokondycyjnego.

Na wyróżnienie w tym opracowaniu zasługuje przedstawienie programu fizjoterapii u pacjentów z nietrzymaniem moczu jako powikłania po operacji raka prostaty czy operacjach ginekologicznych. Nietrzymanie moczu czy mimowolne jego gubienie prowadzi do utraty samokontroli, obniżenia własnej wartości, ograniczenia kontaktów interpersonalnych wyraźnie pogarsza jakość życia. Zaburzenia w sferze seksualnej wynikające z leczenia stanowią też osobisty problem każdego pacjenta. Zastosowanie różnorodnych metod z zakresu fizjoterapii otwiera przed pacjentem szansę na poprawę jakości jego życia zarówno w sferze fizycznej jak i psychicznej.

Istnieje kilka typów nietrzymania moczu – leczenie oraz dobór zabiegów fizjoterapeutycznych zależy od danego typu.

Po radykalnej prostatektomii najczęściej mamy do czynienia z nietrzymaniem moczu zwanym „niewydolnością zwieracza”, związane to jest z częstym uszkodzeniem zwieracza we-

wnętrznego a osłabieniem zwieracza zewnętrznego. W warunkach zupełnego nietrzymania, wszystek mocz wycieka bezwiednie przez cewkę moczową, nie gromadzi się w pęcherzu i pacjent nie oddaje moczu strumieniem. Ostateczną postać nietrzymania moczu po prostatektomii można ocenić po upływie około roku od operacji.

Nietrzymanie moczu z parcia to mimowolna utrata moczu towarzysząca parciu na pęcherz i związana z nadaktywnością pęcherza. Postać taka może występować samoczynnie lub w połączeniu z niewydolnością zwieracza wewnętrznego.

Nietrzymanie moczu z przepełnienia to mimowolna utrata moczu związana z nadmiernym wypełnieniem pęcherza. Może występować przy zbliznowaceniu szyi pęcherza po usunięciu prostaty.

Fizjoterapia chorych z nietrzymaniem moczu w wyniku leczenia raka gruczołu krokowego

Program powinien być realizowany w warunkach szpitalnych i ambulatoryjnych. W okresie przedoperacyjnym celem jest przygotowanie i nauczanie pacjenta ćwiczeń przepony moczowo-płciowej oraz zapoznanie z materiałami zabezpieczającymi przed gubieniem moczu – wkładki absorpcyjne, pieluchomajtki, cewniki zewnętrzne.

W okresie pooperacyjnym prowadzi się ćwiczenia z zakresu:

- fizjoprofilaktyka: ćwiczenia przeciwzakrzepowe w obszarze łożka; ćwiczenia oddechowe,
- ćwiczenia samoobsługi i zmian pozycji w łożku, siadanie bez pomocy drabinek, nauczanie pacjenta siadu z pozycji leżenia na boku i opuszczania kończyn dolnych z jednoczesnym podnoszeniem tułowia, pionizacja,
- po usunięciu cewnika – nauczanie pacjenta ćwiczeń izometrycznych mięśni dna miednicy z wykorzystaniem synergizmu mięśniowego, polegającego na współdziałaniu różnych grup mięśni szkieletowych oraz prowadzenie ćwiczeń z wykorzystaniem technik wizualizacji,
- prowadzenie ćwiczeń zwieracza zewnętrznego cewki i mięśni przepony moczowo-płciowej zwiększających siłę skurczu (typ I) oraz ćwiczeń zwiększających szybkość skurczu (typ II). Pierwsze z nich polegają na powolnym napinaniu mięśni i ich rozluźnianiu. W początkowym etapie pacjent ćwiczy w leżeniu tyłem, następnie w siadzie lub w pozycji stojąc. Celem ćwiczeń jest wzmocnienie „płyty” mięśniowej przepony moczowo-płciowej i zwiększenie jej wytrzymałości – co zapobiega bezwiednemu wykapywaniu moczu z cewki.

Ćwiczenia typu II polegają na energicznym napinaniu mięśni przez krótki czas i dłużej trającym rozluźnieniu. Ćwiczy się początkowo w pozycji leżenia tyłem, potem w siadzie i stojąc. Ćwiczenia należy wykonywać bez napinania mięśni pośladków, ud czy brzucha. Ćwiczenia wykonuje się wolno, z dłuższym czasem rozluźniania.

Fizjoterapia pacjentów w okresie ambulatoryjnym

Fizjoterapia powinna być prowadzona w wyspecjalizowanych placówkach rehabilitacji.

Długotrwałe problemy z gubieniem moczu bardzo niekorzystnie oddziałują na psychikę mężczyzn. Możliwość uczestniczenia w grupowych zajęciach usprawniających dodatkowo wpływa na ich psychikę i pozwala mieć nadzieję na poprawę stanu psychofizycznego. Celem fizjoterapii tego okresu jest poprawa sprawności ogólnokondycyjnej ze zwróceniem

uwagi na sprawne wykonywanie ćwiczeń typu I i II zwieracza zewnętrznego cewki i mięśni przepony moczowo-płciowej, wzmocnienie mięśni grzbietu i mięśni brzucha, kształtowanie prawidłowej postawy z napinaniem mięśni brzucha. W wybranych przypadkach prowadzi się ćwiczenia z zastosowaniem metody biofeedback.

W wyniku stosowania zabiegów z zakresu fizjoterapii pacjent może uzyskać poprawę w zmniejszaniu ilości gubionego moczu. Zmiany te mogą następować w czasie około roku od operacji. Powinny być widoczne dla samego pacjenta i wymierzalne przy zmianie materiałów zabezpieczających: z pieluchomajtek na wkładki absorpcyjne. Niekiedy jeśli wynik jest dla pacjenta niezadowolający stosuje się metody chirurgiczne dla poprawy jakości życia.

Fizjoterapia w leczeniu chorych na raka piersi

W tej grupie chorych rehabilitacja psychofizyczna jest integralną częścią leczenia. Psychologiczny aspekt fizjoterapii to przede wszystkim poprawa psychiki chorej poprzez zmniejszenie wszelkich widocznych ułomności spowodowanych chorobą lub jej skutkami ubocznymi.

Do niekorzystnych, upośledzających sprawność fizyczną następstw leczenia kobiet leczonych z powodu raka piersi należą:

- brak piersi lub ubytek jej części,
- zaburzenia postawy (odstająca łopatka, uniesienie barku z przechyleniem ku przodowi, skrzywienie kręgosłupa),
- ograniczenie zakresu ruchu w stawach obręczy barkowej,
- zmniejszenie siły mięśniowej kończyny strony operowanej,
- wtórny obrzęk limfatyczny kończyny górnej strony operowanej lub gruczołu piersiowego po radioterapii,
- objawy neurologiczne typu neuralgii, zmiany skórne – zwłóknienia po radio- i chemioterapii,
- zespół pomastektomijny (dolegliwości bólowe po amputacji).

Program fizjoterapii jest realizowany w połączeniu z rehabilitacją psychiczną w trzech okresach: szpitalnym, ambulatoryjnym oraz podtrzymującym (kluby Amazonek).

Fizjoterapia w czasie pobytu w szpitalu

W tym okresie prowadzi się ćwiczenia indywidualne i zespołowe mające na celu utrzymanie ruchomości stawów obręczy barkowej strony operowanej, pacjentki wykonują ćwiczenia samowspomagane lub wspomagane z użyciem lasek do ćwiczeń.

W celu profilaktyki przeciwobrzękowej – wykonuje się specjalistyczny masaż wspomagający przepływ chłonki u pacjentek, u których usunięto wszystkie węzły chłonne oraz układu się kończynę górną w elewacji. Uczy się pacjentki automasażu, omawia się zasady prowadzenia kinezyterapii i masażu u chorych, u których nie usunięto wszystkich węzłów chłonnych (procedura węzła wartowniczego). Przy wypisie z oddziału wszystkie pacjentki powinny otrzymać: wskazówki co do dalszego postępowania w formie broszur, ulotek, prospektów protez i bielizny oraz zalecenie wykonywania poznanych ćwiczeń do czasu rozpoczęcia usprawniania ambulatoryjnego. Usprawnianie ambulatoryjne można rozpocząć po wyjęciu drenów, ewentualnie po zdjęciu szwów w zależności od decyzji lekarza.

Fizjoterapia ambulatoryjna

Postępowanie fizjoterapeutyczne powinno być poprzedzone diagnozą fizjoterapeutyczną dotyczącą zakresu ruchu w stawach obręczy barkowej, stanu obwodów i siły mięśniowej kończyn górnych, wad postawy wynikających z operacji oraz ogólnej sprawności fizycznej. Pacjentki, u których wykonano mastektomię, przed rozpoczęciem ćwiczeń ambulatoryjnych powinny mieć już odpowiednio dobraną zewnętrzną protezę piersi. Należy zwrócić uwagę na to, że proteza jest nie tylko uzupełnieniem estetycznym braku piersi ale odgrywa dużą rolę w profilaktyce wad postawy. Odpowiednio dobrana proteza (pod względem wagi, wielkości, konsystencji) odgrywa również rolę w profilaktyce wtórnego obrzęku limfatycznego. Zadaniem pierwszego okresu usprawniania ambulatoryjnego jest przywrócenie maksymalnie pełnego zakresu ruchu w stawach obręczy barkowej oraz nauczenie chorej automasażu. Prowadzi się ćwiczenia w odciążeniu i ćwiczenia wspomagane. Po odzyskaniu maksymalnie najlepszego zakresu ruchu w stawach obręczy barkowej – prowadzi się ćwiczenia ogólnokondycyjne i specjalistyczne, w zależności od występującej dysfunkcji. Bazą kinezyterapii są ćwiczenia czynne wolne i ćwiczenia czynne z dawkowanym niewielkim obciążeniem (woreczki ok. 0,5 kg lub piłki lekarskie). Ćwiczenia oparte na dynamicznej pracy mięśni stwarzają najkorzystniejsze warunki oddziaływania na układ naczyń krwionośnych i limfatycznych przy jednoczesnym zapewnieniu przyrostu masy mięśniowej. Wskazane jest dobieranie odpowiednio wysokich pozycji wyjściowych do ćwiczeń. Usprawnianie prowadzi się w grupach ukierunkowanych np. grupa pacjentek z obrzękiem kończyny, grupa w czasie radioterapii, chemioterapii lub grupa „łopatkowa”. Grupa łopatkowa to grupa pacjentek z odstającą łopatką w wyniku uszkodzenia nerwu piersiowego długiego (*n. thoracicus longus*). Fizjoterapia w tej grupie chorych zakłada ćwiczenia zespołowe mające na celu pobudzenie pracy mięśni grzbietu leżących na łopatkach i w ten sposób wypracowanie jej prawidłowego ułożenia. Ćwiczenia mają na celu także uruchomienie mechanizmu kompensacji; zastąpienie lub współpracę z osłabionym mięśniem, tak aby uzyskać możliwie najlepszy efekt przeciwbólowy i kosmetyczny oraz poprawić sprawność pacjentki.

W trakcie chemioterapii dostosowuje się ćwiczenia fizyczne do stanu i możliwości pacjentek w tym okresie, zwracając szczególną uwagę na ćwiczenia relaksacyjne. Ze względu na występujące neuropatie (związane ze stosowaniem niektórych cytostatyków) w obrębie kończyn dolnych i dłoni wskazane jest stosowanie masażu podwodnych i kąpeli wirowych.

W okresie radioterapii wykonuje się ćwiczenia fizyczne w zakresie możliwości pacjentki, unikając manipulacji i masażu w obrębie naświetlanej okolicy. Dużą rolę odgrywają ćwiczenia oddechowe, które kształtują klatkę piersiową, przeciwdziałają przyjmowaniu niekorzystnej postawy oraz wpływają na poprawę ruchomości klatki piersiowej, przeciwdziałają i rozciągają zrosty pooperacyjne i po naświetlaniu. Spełniają również rolę ćwiczeń relaksacyjnych i rozluźniających.

W zależności od stanu pacjentki w zakresie leczenia raka piersi i innych dolegliwości zdrowotnych zabiegi z zakresu kinezyterapii mogą być łączone z kąpielami wirowymi, aquawibronem (hydroterapia) z różnymi technikami masażu (ręczny lub przy użyciu aparatury np. masaż pneumatyczny) oraz z wybranymi zabiegami z zakresu fizykoterapii (np. jonoforeza jodowa przy bardzo dużym zbliżnowaczeniu).

Wszelkie działania w celu poprawy stanu fizycznego mają wpływ na psychikę pacjentek i ich dobrostan. Odzyskanie sprawności fizycznej i jej utrzymanie warunkują również powrót do życia rodzinnego i społecznego.

Fizjoterapia w profilaktyce i zachowawczym leczeniu wtórnych obrzęków limfatycznych

Usuwanie węzłów chłonnych jest nieodłączną formą operacyjnego leczenia większości nowotworów złośliwych. Z tego powodu dochodzi do utrudnionego przepływu chłonki a co za tym idzie do wystąpienia obrzęku limfatycznego. Jest to proces nagromadzenia się chłonki w tkance podskórnej wynikający z niewydolności układu limfatycznego. Najczęściej mamy do czynienia z wtórnym obrzękiem kończyn górnych po usunięciu węzłów chłonnych pachowych lub z obrzękiem kończyny dolnej po lymfadenectomi pachwinowej. Ryzyko wystąpienia obrzęku wzrasta wraz z zastosowaniem dodatkowych form leczenia. Radioterapia jak również zastosowanie radiochemioterapii wyraźnie zwiększa ryzyko wystąpienia tego powikłania. Wiąże się to z wtórnymi zapaleniami i zwłóknieniem tkanek oraz utrudnieniem wytworzenia się obocznego odpływu.

Zaburzenia przepływu chłonki i powstający w następstwie obrzęk limfatyczny wywołują w skórze i tkance podskórnej charakterystyczne zmiany, do których należą: zgrubienie ściany średnich i drobnych naczyń tętniczych, prowadzące do ich zwężenia; przerost warstwy wewnętrznej i środkowej żył z rozszerzeniem ich światła; zanik lub przerost naczyń chłonnych; zastąpienie tkanki tłuszczowej tkanką łączną; zanik gruczołów potowych; zwłóknienie skóry właściwej, tkanki podskórnej i tłuszczowej oraz powięzi; zgrubienie i nadmierne rogowacenie naskórka. Obrzęk limfatyczny jest najczęściej obrzękiem jednostronnym, asymetrycznym. Przebiega bezbolesnie lub z dolegliwościami bólowymi w obrzęku w przebiegu choroby nowotworowej, bólu zastoinowego w I stadium obrzęku, przy zajęciu powięzi, więzadeł i miękkich części stawów, prowadzących do stanów zapalnych i deformacji. Zmienia się konsystencja tkanki podskórnej oraz kolor skóry. Wyróżniamy 4 stopnie obrzęku limfatycznego:

- stopień I, utajony, nie daje objawów klinicznych obrzęku tkanek, zdolność do transportu w układzie chłonnym jest upośledzona,
- stopień II charakteryzuje obrzęk, którego istotą jest gromadzenie się bogato białkowego płynu śródkomórkowego w tkance podskórnej. Powoduje to rozciągnięcie tkanki, utratę napięcia – bez objawów włóknienia. Kolor skóry pozostaje bez zmian. Obrzęk jest miękki, ciastowaty, uciśnięcie powoduje powstanie dołka. Ustępuje w spoczynku i elongacji kończyny. Ten stopień obrzęku ma charakter odwracalny. Nieleczony, z czasem staje się twardy i przechodzi w stopień III,
- stopień III charakteryzuje się postępującym zwłóknieniem tkanki podskórnej (szybki wzrost fibroblastów). Obrzęk robi się twardy, uciśnięcie nie powoduje powstawania dołka, zanika tkanka tłuszczowa – w jej miejsce powstaje tkanka łączna. Kolor skóry pozostaje bez zmian (chyba, że wystąpi stan zapalny). Charakter zmian samoistnie jest nieodwracalny, elewacja kończyny nie ma charakteru terapeutycznego,
- stopień IV, słoniowaczna limfatyczna. Naskórek ulega rogowaceniu. Na skórze mogą pojawiać się brodawki i kłykciny. Na skutek narastania tkanki łącznej zanikają włókna nerwowe, gruczoły potowe, w zaawansowanych przypadkach – mięśnie. W obrzęku chłonnym trwają-

cym długo rozplem tkanki łącznej i obrzęk powodują znaczne zniekształcenie. Długotrwały obrzęk prowadzi do ograniczenia ruchomości i zmian zwyrodnieniowych stawów. Mogą wystąpić uszkodzenia neurologiczne, zwiększenie podatności na urazy, zakażenia grzybicze i wirusowe (róża). Kolor skóry nabiera barwy szaro-brązowej,

- na powstanie obrzęku może mieć również wpływ zarówno ograniczenie aktywności ruchowej kończyny, co powoduje zmniejszenie oddziaływania „pompy mięśniowej” na przepływ krwi żyłnej i chłonki jak również nadmierne obciążenie wysiłkiem fizycznym. Czynnikiem sprzyjającym jest również otyłość. Dlatego też odpowiedni sposób odżywiania i styl życia mają wpływ na stan zdrowia. Z psychologicznego punktu widzenia dla pacjentek – poszerzające się rozmiary ubrań, nie zwracając nawet uwagi na konsekwencje zdrowotne są dużym obciążeniem psychicznym.

Odpowiednio dobrane zabiegi z zakresu fizjoterapii pozwalają na zmniejszenie lub w skrajnych wypadkach utrzymanie niepowiększającego się obrzęku.

Wtórne obrzęki limfatyczne kończyn dolnych również stanowią duży problem zarówno natury estetycznej jak i wydolności życiowej. W wypadku utrwalonego obrzęku np. III stopnia, usztywnienia w stawach skokowych i kolanowych praktycznie mogą wyeliminować chorego z normalnego życia, poruszania się i aktywności społecznej.

Przy planowaniu terapii bierze się pod uwagę wielkość obrzęku, obwody kończyny, jego konsystencję oraz ocenę siły mięśniowej i zakresy ruchów w stawach kończyny.

Wszystkie pacjentki należy zapoznawać z zasadami profilaktyki przeciwobrzękowej czyli podstawowymi zasadami życia codziennego:

w przypadku kończyny górnej: unikaniem przeciążania kończyny długotrwałą pracą fizyczną zwłaszcza pracą izometryczną o małej amplitudzie zakresu ruchu np.:

- długotrwałe prowadzenie samochodu czy prasowanie,
- wykonywania wkluc dożylnych w kończynę strony operowanej,
- noszenia źle dobranej protezy piersi i ciasnego stanika,
- ucisku kończyny – noszenia zbyt ciasnej odzieży, uciskającego zegarka, mierzenia ciśnienia na kończynę po stronie operowanej;

w przypadku zarówno kończyny górnej jak i dolnej:

- przeciążania,
- przegrzewania kończyny (gorące kąpiele, stosowanie maści rozgrzewających),
- urazów w obrębie kończyny, jak skaleczenia, oparzenia, zakłucia, ukąszenia owadów,
- opalania na słońcu i w solarium,
- zmiany wagi ciała (otyłość sprzyja wytwarzaniu się obrzęku),

oraz z metodą automasażu zarówno kończyny górnej jak i dolnej. Automasaż polepsza trofikę, wpływa korzystnie na wszystkie tkanki kończyny, połączony z dawkowanym ruchem stanowi element profilaktyki przeciwobrzękowej.

Fizjoterapia pacjentów z wtórnym obrzękiem limfatycznym

Celem fizjoterapii chorych z obrzękiem limfatycznym jest:

- odprowadzenie nadmiaru chłonki i zmniejszenie rozmiarów obrzęku,
- pobudzenie tworzenia się krążenia obocznego,

- przywrócenie równowagi odpływu chłonki,
- utrzymanie prawidłowego zakresu ruchu w stawach oraz siły i napięcia mięśni obrzękniętej kończyny,
- zapobieganie czynnościowym następstwom obrzęku (wady postawy, zwyrodnienia stawów),
- zniesienie bólu.

W zachowawczym leczeniu obrzęków limfatycznych stosuje się kombinację kinezyterapii w połączeniu z różnymi formami masażu (przerywana kompresja pneumatyczna, stymulacja komputerowa, manualny drenaż limfatyczny, masaż AV, masaż wirowy) oraz bandażowanie, a następnie stosowanie rękawów lub nogawic uciskowych. Jak we wszystkich metodach fizjoterapii tak i w zachowawczej terapii obrzęku jest szereg wskazań i przeciwwskazań do wykonywania poszczególnych metod terapeutycznych. Dotyczą one szczególnie manualnego drenażu limfatycznego jak również masażu pneumatycznego. Jedne z najważniejszych przeciwwskazań to: czynna choroba nowotworowa, starszy wiek i niewyrównane ciśnienie tętnicze.

Bezpieczną formą terapii są zabiegi z zakresu kinezyterapii, szczególnie w wysokim ułożeniu obrzękniętej kończyny. W pozycjach tych oddziałuje siła grawitacji wspomagając pompę mięśniową ułatwiającą przepływ chłonki. Czynność mięśni w stosunku do układu limfatycznego trwa ciągle i nieprzerwanie. Ćwiczenia poprawiają wydolność układu mięśniowo-stawowego a co za tym idzie wpływają na prawidłową pracę pompy krążeniowo-limfatycznej. W przypadku obrzęku kończyny górnej stosuje się również ćwiczenia oddechowe torem żebrowym zwiększające ujemne ciśnienie w klatce piersiowej, co wzmacnia jej działanie ssące na naczynia żyłne i chłonne kończyny górnej. Z kolei ćwiczenia oddechowe torem przeponowym oraz ćwiczenia mięśni brzucha powodują wypieranie chłonki w kierunku dółgłowym z brzusznej części przewodu piersiowego. Ważnym elementem są ćwiczenia rozluźniające i wprowadzanie metod relaksacji w trakcie zajęć. Szczególną uwagę należy zwrócić na intensywność prowadzonych ćwiczeń, ponieważ zbyt duża może spowodować powysiłkowy obrzęk. Najkorzystniej jest wykonywać ćwiczenia kilka razy dziennie, w krótkich okresach z niewielką liczbą powtórzeń. Poza zabiegami z kinezyterapii stosuje się kombinacje metod z zakresu fizykoterapii, hydroterapii i manualny drenaż limfatyczny z kompresją lub bez. Do metod tych zalicza się: rytmiczny masaż pneumatyczny, którego zasadą jest cykliczne napełnianie się powietrzem powodujące dopasowany do wielkości obrzęku ucisk i opróżnianie w czasie zaplanowanej przerwy. Aparaty do masażu pneumatycznego mogą mieć rękawy jedno-, trzy i pięciokomorowe, skonstruowane tak, że występuje tylko jednokierunkowy – dośrodkowy kierunek ucisku, począwszy od części dystalnej (dalszej) do części proksymalnej (bliższej) kończyny poddanej terapii. Wysokość ciśnienia nie powinna być większa niż ciśnienie rozkurczowe danej chorej, czas trwania ucisku i czas przerwy zależy od rodzaju obrzęku, tolerancji chorej.

Stymulacja komputerowa – jest to zaprogramowany komputerowo program systemu Compex umożliwiający w odpowiednich sekwencjach i odstępach czasowych jednoczesną stymulację grup mięśni (zginaczy i prostowników kończyny). Wymuszona w ten sposób praca wymienionych grup mięśniowych sterowana od obwodu w kierunku dosiebnym stwarza „pompę mięśniową” wpływającą na poprawę przepływu chłonki. Stosowanie tej metody w przypadku obrzęków małych i średnich daje bardzo dobre efekty terapeutyczne. Masaż aparatem

Aquavibron – polega na zastosowaniu aparatu do masażu na podciśnienie wody z użyciem końcówek lejkowatej lub grudkowatej, w wysokim ułożeniu kończyny zgodnie z zasadami drenażu limfatycznego. Uzupełnieniem poprzednio przedstawionych technik jest masaż wirowy w dostosowanych do tego tankach. U niektórych pacjentek, szczególnie jeśli obrzęk nie obejmuje całej kończyny stosowanie równocześnie krioterapii (schładzania) obrzękniętej części daje pozytywny efekt. Drenaż limfatyczny ręczny jest jedną z metod stosowanych w tej terapii, powinien być połączony z odpowiednio dobranymi ćwiczeniami kończyny z obrzękiem i następnie ze specjalną techniką bandażowania. Ręczny drenaż chłonny jest terapią trudną do wykonania nie tylko przez samą pacjentkę ale również przez mało doświadczonego terapeuty. Wymaga dużego doświadczenia, ze względu na wrażliwość naczyń limfatycznych. Nieumiejętne jego wykonanie może spowodować powiększenie obrzęku lub stan zapalny naczyń limfatycznych. Po drenażu limfatycznym ręcznym powinno stosować się specjalną technikę bandażowania. Po zakończeniu cyklu terapii drenażu z bandażowaniem, dla utrzymania efektów pacjentki powinny nosić elastyczny rękaw z odpowiednio dobraną kompresją, wywierającą ucisk zmniejszający się dośrodkowo. Generalnie jeśli pacjentka nie zamierza nosić rękawa stale – po wykonaniu drenażu ręcznego – lepiej stosować inne metody kompleksowej terapii obrzęku. Zakładanie elastycznego rękawa kilkakrotnie na dzień lub „od czasu do czasu” jest szkodliwe i może wpłynąć na zwiększenie obrzęku. Przy terapii w zakresie kończyn dolnych obowiązują takie zasady jak podane powyżej. Elastyczne rękawy lub pończochy obejmując całą kończynę wywierają stały ucisk zmniejszający się dośrodkowo. Rękaw czy pończochę dobiera się indywidualnie dla każdego pacjenta. Różnie różni autorzy proponują noszenie tego asortymentu. W większości zaleca się stałe noszenie z przerwą na spoczynek.

Należy jeszcze raz podkreślić kompleksowość stosowanej fizjoterapii. Stosując wybrane rodzaje terapii jak i ćwiczenia fizyczne należy zawsze pamiętać, że naczynia chłonne są bardzo delikatne i wrażliwe na działanie mechaniczne. Niekontrolowany ucisk może powodować odruchowy ich skurcz a nawet uszkodzenia.

Fizjoterapia w chirurgii rekonstrukcyjnej w onkologii

Postępowanie przed i po rozległych operacjach odtwórczych

Postępowanie usprawniające przed zabiegiem operacyjnym obejmuje:

- przygotowanie mięśni wykorzystywanych w zabiegach naprawczych – ćwiczenia, różne formy masażu, elektrostymulacja;
- przygotowanie miejsca biorczego poprzez zastosowanie różnych form masażu i jonoforezy jodu w celu zmiękczenia blizn po wcześniejszej operacji.

Postępowanie po zabiegach odtwórczych obejmuje: usprawnianie w miejscu wykonanej rekonstrukcji, usprawnianie w miejscu biorczym – kompensacja funkcji użytych do przeszczepu grup mięśniowych.

Usprawnianie pacjentek przed- i po operacji odtwórczej piersi

Z psychologicznego punktu widzenia operacja odtwórcza piersi mimo drugiej po mastektomii ingerencji chirurgicznej ma ogromne znaczenie dla każdej kobiety. W celu uzyskania jak najlepszych efektów integralną częścią tego procesu jest fizjoterapia. Postępowanie

przed rekonstrukcją piersi zależne jest od stanu miejscowego po amputacji, od stanu fizycznego i rodzaju przewidywanej operacji. Pacjentka powinna mieć pełny zakres ruchomości w stawach obręczy barkowej, zachowaną elastyczność blizny pooperacyjnej i tkanek klatki piersiowej. W przypadku operacji z użyciem płatów z tkanek własnych należy zastosować metody fizjoterapii pozwalające na wzmocnienie miejsca dawczego.

Fizjoterapia pacjentek po operacji jest dostosowana do rodzaju wykonanej rekonstrukcji.

W przypadku rekonstrukcji z użyciem własnych tkanek – czyli wyspy skórno-tłuszczowej na szypule mięśnia prostego brzucha (*TRAM*) okres stosowania zabiegów z fizjoterapii jest kilkumiesięczny. We wczesnym okresie pooperacyjnym (1 – 5 doba po operacji) usprawnianie polega na profilaktyce przeciwobrzękowej kończyny, ćwiczeniach oddechowych oraz ćwiczeniach obręczy barkowej i kończyn dolnych w obrębie łóżka. Łóżko powinno być dostosowane z możliwością trzykrotnego zginania. Chorą uczymy poruszania się w pozycji zgiętej od 3–5 doby pooperacyjnej. Ze względu na wymuszoną pozycję zgięcia i towarzyszące temu bóle kręgosłupa – zaleca się wykonywanie w tym czasie ćwiczeń izometrycznych mięśni grzbietu i pośladków. Po upływie miesiąca od operacji pacjentka przestaje chodzić w pozycji zgiętej i poprzez wykonywanie ćwiczeń rozciągających, ćwiczeń izometrycznych i czynnych mięśni grzbietu i pośladków – powraca do pełnej pionizacji. W następnym okresie wprowadza się ćwiczenia mięśni brzucha w pozycjach izolowanych oraz ćwiczenia ogólnokondycyjne.

W przypadku odtworzenia piersi z użyciem ekspanderoprotezy – do najważniejszych zadań fizjoterapii należy niedopuszczenie do obkurczania się torebki łącznotkankowej wokół zainplantowanej protezy. W tym celu wykonuje się masaż odtwarzanej piersi – cały czas w okresie dopełniania i tworzenia piersi. Początkowo wykonuje to fizjoterapeuta – później pacjentka. Oczywiście należy zwrócić uwagę na profilaktykę przeciwobrzękową. W pierwszym okresie – do 3-4 tygodni od implantacji zaleca się ograniczenie ruchów zgięcia i odwodzenia w obręczy barkowej do kąta 90 stopni. W okresie ekstensji odtwarzanej piersi zaleca się specjalistyczną bieliznę, pozwalającą na zachowanie dobrego wyglądu chorej w trakcie kilkumiesięcznego okresu „powstawania” piersi. Po okresie hiperekstensji i odpuszczeniu nadmiaru płynu zaleca się pacjentkom ćwiczenia ogólnokondycyjne i pływanie.

Fizjoterapia pacjentów leczonych z powodu nowotworów płuc

Celem fizjoterapii u pacjentów leczonych operacyjnie z powodu raka płuca jest:

- zapobieganie niekorzystnym następstwom zabiegu,
- leczenie powstałych po zabiegu nieprawidłowości i zaburzeń w mechanizmie oddychania,
- korekcja istniejących jeszcze przed zabiegiem zaburzeń mechanizmu oddychania,
- korekcja ograniczeń ruchowych pasa barkowego.

Fizjoterapia okresu przedoperacyjnego

Ze względu na późniejsze dolegliwości bólowe, lęk pooperacyjny i ograniczenia ruchowe, uczymy pacjenta:

- ćwiczeń oddechowych, których podstawą jest umiejętność rozluźniania mięśni,
- prawidłowego oddychania (odpowiedni dla stanu pacjenta tor oddechowy),
- skutecznego kaszlu i odkasztuszania.

W okresie pooperacyjnym duże znaczenie ma wczesna pionizacja, mobilizacja do efektywnego kaszlu i odksztuszenia. Dużą rolę spełniają pozycje ułożeniowe połączone z oklepywaniem, wstrząsaniem i wibracjami wykonywane przy pomocy terapeuty w czasie fazy wydechu chorego.

Wykonuje się również ćwiczenia bierne i czynne pasa barkowego, w późniejszym okresie – ćwiczenia korekcyjne zapobiegające zniekształceniom klatki piersiowej, szczególnie u chorych po usunięciu całego płuca.

Usprawnianie chorych w trakcie i po radioterapii ma na celu zmniejszenie upośledzenia wentylacji, utrzymanie sprawności ogólnokondycyjnej możliwej dla danego pacjenta.

Fizjoterapia pacjentów z niedowładami w wyniku radioterapii i chemioterapii

W przypadku wystąpienia objawów neurologicznych typu porażenia czy niedowłady kończyn – fizjoterapia ma zasadnicze znaczenie. Z jednej strony jej celem jest utrzymanie możliwie dobrej trofiki tkankowej, z drugiej strony zapobieganie odleżynom wynikającym z niemożności ruchu.

W niedowładach i porażeniach, których przyczyną było uszkodzenie lub przerwanie ciągłości nerwu w czasie zabiegu operacyjnego, postępowanie usprawniające nie odbiega od ogólnie przyjętych zasad fizjoterapii w neurologii. Występujące ograniczenia dotyczą przyczyny niedowładów – choroby nowotworowej, jej dynamiki i możliwości wznowy choroby. Stąd wszczęcie odpowiedniego postępowania usprawniającego, a w szczególności zabiegów fizykalnych, wymaga wnikliwej oceny miejscowego i ogólnego stanu chorego przez lekarza onkologa. W przypadku braku przeciwwskazań stosuje się stymulację wybiórczą mięśni, umiarkowane zabiegi ciepłne, masaż, a po wystąpieniu ruchów dowolnych – odpowiednio dawkowane ćwiczenia ruchowe.

Specyfika porażennych następstw radioterapii polega na tym, że mogą wystąpić w bardzo odległym czasie. Leczenie niedowładów i porażeń, będących następstwem napromieniania zależy przede wszystkim od stopnia uszkodzenia układu nerwowo-mięśniowego i wymaga dużego doświadczenia fizjoterapeuty oraz stałej konsultacji onkologicznej i neurologicznej.

Przy ćwiczeniach czynnych zaleca się dużą ostrożność ze względu na możliwość wystąpienia złamań w obrębie napromienianych przed laty kości.

W wypadku niedowładów i porażeń powstałych w następstwie chemioterapii postępowanie usprawniające nie odbiega od ogólnie przyjętych zasad. Należy w nim jednak uwzględnić ogólną wydolność chorego zmniejszoną toksycznym wpływem leków. W przypadku wystąpienia neuropatii w obrębie stóp czy dłoni zaleca się kąpiele wirowe i ćwiczenia w środowisku wodnym.

Fizjoterapia chorych w okresie paliatywnym

Celem zabiegów fizjoterapeutycznych w tym okresie leczenia jest:

- profilaktyka przeciwoleżynowa,
- profilaktyka przeciwzakrzepowa,
- zapobieganie przykurczom w stawach,

- aktywizacja chorego poprzez czynny udział w ćwiczeniach fizycznych,
- zapobieganie dolegliwościom bólowym przez odpowiednie pozycje ułożeniowe.

Stosuje się ćwiczenia bierne, czynno-bierne lub czynne przede wszystkim dystalnych stawów kończyn górnych i dolnych, ćwiczenia oddechowe i relaksacyjne i wszelkie inne formy ruchu możliwe dla pacjenta.

Jeśli tylko jest możliwe ze względu na stan pacjenta korzysta się z wózków inwalidzkich, podpórek i innego zaopatrzenia ortopedycznego w celu aktywizacji chorego.

Ze względu na poważne rokowania tego okresu choroby nowotworowej, z psychologicznego punktu widzenia możliwość samodzielnego wykonywania ruchu lub współudział w ćwiczeniach prowadzonych przez fizjoterapeutę – mają kolosalne znaczenie dla chorego.

Uwagi

- skierowanie na zabiegi fizjoterapeutyczne dla pacjentów onkologicznych powinny być wystawiane przez lekarza onkologa,
 - skierowania do poradni rehabilitacyjnej na konsultacje i podjęcie usprawniania mogą być wystawiane przez lekarzy wszystkich specjalności,
 - wniosek na protezę piersi w celu refundacji powinien być wystawiony przez specjalistę chirurga lub onkologa. Proteza piersi jest refundowana raz na dwa lata, a wniosek jest ważny miesiąc od wystawienia przez lekarza,
 - wniosek na perukę w celu refundacji powinien być wystawiony przez lekarza onkologa, radioterapeutę lub dermatologa. Peruka jest refundowana raz na rok. Wniosek jest ważny miesiąc od wystawienia przez lekarza,
 - wniosek na leczenie uzdrowiskowe lub rehabilitację uzdrowiskową w przypadku pacjentów onkologicznych powinien uwzględnić zmiany w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 2011 r. dotyczące przeciwwskazań, „przeciwwskazania do leczenia uzdrowiskowego lub rehabilitacji uzdrowiskowej stanowią: ...
- 4) czynna choroba nowotworowa oraz stan przed upływem:
- a) 5 lat w przypadku: czerniaka złośliwego, białaczki, ziarnicy złośliwej, chłoniaków złośliwych, nowotworów nerki
 - b) 12 miesięcy w przypadku innych nowotworów złośliwych od zakończenia leczenia operacyjnego, chemioterapii, radioterapii z wyłączeniem leczenia hormonalnego...”

Bibliografia

1. Ruka W: Mięśaki tkanek miękkich W: Onkologia kliniczna pod red. M. Krzakowskiego, Borgis 2001.
2. Herman, K., Murawa, P.: Mięśaki tkanek miękkich u dorosłych. W: Onkologia w praktyce lekarskiej pod red. M. Krzakowskiego t. I, Warszawa, 2007.
3. Ruka W i wsp.: Mięśaki kości u dorosłych. W: Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych u dorosłych pod red. M. Krzakowskiego Warszawa, 2003.
4. Tchorzewska H; Koziół M; Rehabilitacja po operacjach oszczędzających kończynę w nowotworach obręczy barkowej, W: „Ortopedia, traumatologia, rehabilitacja” suplement, 2006.
5. Dardziński R: rozprawa doktorska: Wyniki miejscowe i czynnościowe operacji oszczędzających kończynę w nowotworach obręczy barkowej.

6. Tchórzewska H; Kozioł M.: Rehabilitacja. W: Mięsaaki tkanek miękkich u dorosłych pod red. P. Rutkowskiego, N. Noweckiego Medical Tribune, Polska 2009.
7. Kirby R., Brawer M., Denis L.: Rak gruczołu krokowego”, Gdańsk, 2002.
8. Apoznański W., Szydełko T.: Choroby gruczołu krokowego, W: (red.) A. Steciwko, Fizjoterapia w chorobach układu moczowo-płciowego; Wrocław, 2004.
9. Dyras P, Moore K., Dorey G.: Zachowawcze leczenie nietrzymania moczu u mężczyzn, Rehabilitacja Medyczna 2002.
10. Rowland, J.H., Desmond, K.A. Meyrowitz BE i wsp.: Role of breast reconstructive surgery in physical and emotional outcomes among breast cancer survivors. J Natl Cancer Inst 2000,92; 1422-9 [erratum: J Natl cancer Inst 2001, 93-68].
11. Tchórzewska, H.: Rehabilitacja po operacjach odtwórczych piersi; praca na stopień doktora nauk o kulturze fizycznej w zakresie rehabilitacji ruchowej; Warszawa 1994.
12. Tchórzewska, H.: Rehabilitacja w chirurgii onkologicznej. W: Chirurgia onkologiczna (red.)A. Jeziorski., A. Szawłowski., E. Towpik; Warszawa, 2009.
13. Zborowski A.: Drenaż limfatyczny, Kraków 2002.
14. Foldi M., Strossenreuther R.: Podstawy manualnego drenażu limfatycznego, Wydanie I polskie pod red. Woźniewskiego M., Wrocław 2005.
15. Werner G.T: Rehabilitacja Medyczna, Diagnostyka i leczenie obrzęku limfatycznego – fizykalna terapia przeciwzastoinowa, 2002, 6, 57-61.
16. Tchórzewska H.: Rehabilitacja kobiet leczonych z powodu raka piersi, poradnik. Federacja Polskich Klubów Kobiet po Mastektomii „Amazonki”, Warszawa 2004.

VI. Zasady komunikacji lekarza z pacjentem onkologicznym

Teresa WYSOCKA-BOBRYK

Wprowadzenie

W roku 1960 D.K. Berlo wyraził znamiennej prawdę: „Człowiek nie może się *nie komunikować*” (Watzlawik, 1967). Dlaczego? Ponieważ praktycznie każda sytuacja społeczna – kontakt pomiędzy dwoma lub więcej osobami, w zespołach, organizacjach i społecznościach – implikuje procesy nadawania i odbierania informacji. Nie tylko wypowiedane słowa, ale też sposób ich wypowiedzenia, towarzyszące temu spojrzenia, gesty, postawa ciała, odległość pomiędzy kontaktującymi się osobami, wreszcie ich wygląd i ubiór, a także towarzyszący temu kontekst społeczny sytuacji – wszystko to stanowi komunikaty, które są wzajemnie przekazywane i interpretowane. W treściach komunikatów zawarte są znaczenia, dzięki którym możemy rozumieć, co myśli, do czego dąży i czego oczekuje od nas partner interakcji, możemy wpływać wzajemnie na swoje zachowania, uzgadniać poglądy i podejmować wspólnie decyzje. W komunikatach – głównie pozawerbalnych – zawarte są też informacje o wzajemnych uczuciach, stopniu odczuwanego w kontakcie dystansu lub bliskości, o partnerstwie lub nierównej pozycji społecznej rozmówców, wzajemnym poczuciu bezpieczeństwa lub niepewności i zagrożenia. Wszechobecny proces komunikacji nadaje kształt i klimat naszym relacjom z innymi ludźmi. Prawdziwa, skuteczna komunikacja powinna być dialogiem, który daje nam możliwość bycia zrozumianym i jednocześnie otwartym na rozumienie drugiego człowieka. Szczególne znaczenie ma dialog, w którym partnerem jest człowiek doświadczający zagrożenia życia, cierpiący cieleśnie i duchowo, ograniczony przez chorobę w swojej wolności.

Umiejętność prowadzenia dialogu opartego na empatycznej więzi lekarza z pacjentem, dialogu, w którym troska o stan jego zdrowia połączona jest z troską o stan psychiczny i szacunek dla wartości osoby chorego, jest podstawą humanitarnej medycyny.

Relacja terapeutyczna: kontekst, role społeczne lekarza i pacjenta

Praca lekarza nieodłącznie wiąże się z kontaktem osobistym z pacjentem. Tworzą oni specyficzną relację interpersonalną, która łączy w sobie trzy wymiary tego spotkania. Po pierwsze – jest to spotkanie „twarzą w twarz” dwojga osób, z całą ich fizycznością i emocjonalnością; po drugie – osoby te jednocześnie tworzą związek zadaniowy, określony przez cele terapeutyczne i w ramach tego związku podejmują społeczne role – pacjenta i lekarza; po trzecie – relacja ta funkcjonuje w złożonych warunkach społeczno-instytucjonalnych systemu opieki zdrowotnej, mającym własne cele i hierarchię zależności interpersonalnych, co narzuca określone formy zachowań zarówno lekarzom, jak i pacjentom.

Relacja lekarz–pacjent jest z zasady asymetryczna na płaszczyźnie zadaniowej: to lekarz formułuje diagnozę, określa cele i sposoby postępowania leczniczego i kieruje przebiegiem terapii, stąd ponosi też odpowiedzialność za wyniki tych działań. Człowiek szukający pomocy u lekarza jako chory przyjmuje rolę osoby zależnej, co zakłada przekazanie jakiejś części swych ludzkich i obywatelskich uprawnień w ręce lekarza (oraz innych profesjonalistów medycznych). Elementem pełnienia roli społecznej chorego jest zgoda na nieuniknione przekraczanie granic swej intymności fizycznej i osobistej podczas wykonywania zabiegów i badań oraz na ujawnianie informacji o swoich dolegliwościach, sytuacji rodzinnej, itd. Jednak ta zrozumiała asymetryczność instrumentalnego wymiaru relacji nie musi – i nie powinna – pociągać za sobą przyjęcia przez chorego postawy zależnej również na płaszczyźnie „ludzkiej”.

W wymiarze „ludzkim” i zadaniowym wkład pacjenta w charakter relacji określony jest z jednej strony przez jego problemy zdrowotne, sposób spostrzegania swojej choroby i radzenia sobie z nią oraz trudnościami, jakimi ona skutkuje w jego życiu, a z drugiej – tym, jak widzi on cele, możliwości i proponowane mu sposoby leczenia oraz jakie ma oczekiwania w stosunku do lekarza jako profesjonalisty i jako osoby opiekującej się nim i wspierającej w sytuacjach kryzysów (wielkość zapotrzebowania na wsparcie ze strony lekarza i umiejętność efektywnego korzystania z oferowanego wsparcia jest cechą osobowości pacjentów, bardzo zróżnicowaną indywidualnie; H. Sęk, 2001). Kluczowym elementem roli chorego, mającym wpływ na przebieg leczenia i jego efekty, a także na jakość relacji z lekarzem, jest stopień zaangażowania i rodzaj aktywności pacjenta w procesie leczenia. Towarzyszy temu – mniej lub bardziej uświadamiana sobie przez pacjenta – jego współodpowiedzialność, związana z podejmowaniem decyzji i stosowaniem się do zaleceń lekarskich. Może ona przyjmować postać od biernego podporządkowania, poprzez aktywną współpracę, aż po (motywowane lękiem) nieadaptacyjne usiłowania przejęcia kontroli nad leczeniem i postępowaniem lekarza.

Istnieją duże różnice indywidualne pomiędzy chorymi jeśli chodzi o gotowość do wchodzenia w relację zależności emocjonalnej od lekarza, co wpływa na postawę lekarza i klimat emocjonalny relacji:

- Osoby pasywne, prezentujące ucieczkowy styl radzenia sobie z chorobą, unikające informacji dotyczących choroby i całkowicie „zdające się” na decyzje lekarza. Podawanie tym chorym dokładnych informacji powoduje u nich wzrost poziomu lęku i stresu (ok. 25–35% pacjentów, wg: Heszen-Niejodek, 1998). Bierność i uległość chorego powoduje nadmierne obciążenie lekarza emocjami pacjenta i całkowitą odpowiedzialnością za jego samopoczucie i funkcjonowanie. „Prowokuje” to lekarza do przyjęcia postawy paternalistycznej –

opiekuńczej, ale też dominującej i autorytatywnej, oraz do komunikowania się z pacjentem w sposób dyrektywny lub perswazyjny;

- Osoby optymalnie adaptujące się do leczenia, ukierunkowane na działanie i gotowe do współpracy z lekarzem, które mają potrzebę uzyskania dużej ilości informacji (dotyczących przyczyn, istoty i mechanizmów choroby, badań, strategii leczenia, leków, itd.), co pozwala im na obniżenie poziomu stresu i zachowanie poczucia sprawstwa (ok. 50% pacjentów, op.cit.) Tacy pacjenci spostrzegają lekarza jako profesjonalistę-eksperta i/lub jako doświadczonego doradcę, z którym pragną „dialogować” z pozycji partnerskiej, najczęściej też czują się współodpowiedzialni za charakter relacji z lekarzem i przebieg leczenia;
- Osoby nadmiernie i nieadekwatnie aktywne, „zamieniające” swoją potrzebę kontroli choroby (która w znacznym stopniu nie poddaje się kontroli) na kontrolę procesu leczenia i postępowania personelu medycznego. Jest to postawa obronna, której funkcją jest zaprzeczenie odczuwanemu lękowi i poczuciu bezradności, w miejsce których pacjent tworzy iluzję siły i efektywności. Postawa ta wyraża się często podejrzliwością i krytycyzmem, roszczeniowością, agresywnością, i/lub jawnym bądź skrywanym bojkotem zaleceń lekarskich. Powoduje to znaczne utrudnienia we współpracy i w procesie komunikacji – „punkt ciężkości” relacji zostaje przesunięty z celów merytorycznych na emocjonalną „próbę sił” między pacjentem i lekarzem. Aby zapobiec bardzo prawdopodobnym w tej sytuacji konfliktom, lekarz często przyjmuje postawę zdystansowaną lub autorytarną (traktując pacjenta chłodno lub „z góry”) lub – uległą i permissywną (starając się spełnić lub nawet uprzedzić żądania pacjenta). W przypadku tych pacjentów szczególnie istotną rolę pełnią: asertywna postawa lekarza oraz zdolność do porozumiewania się na poziomie tw. metakomunikacji (tj. rozmawiania o tym, w jaki sposób się porozumiewamy).

Rolę społeczną lekarza wyznacza w głównej mierze jego wiedza i doświadczenie kliniczne oraz szeroki zakres kompetencji osobistych i społecznych, które składają się na postawę, jaką przyjmuje on wobec pacjenta, w której wyraża się jego emocjonalna wrażliwość na drugiego człowieka wspomagana przez umiejętności komunikacyjne i interpersonalne.

Aspekt zadaniowy relacji terapeutycznej ukierunkowany jest na osiągnięcie konkretnych celów związanych z leczeniem. Świadomość nadrzędności tych celów pomaga utrzymać pożądaną kierunek kontaktu z pacjentem, zabezpieczyć przed przesunięciem relacji na płaszczyznę zbyt osobistą (w tym np. – walki o dominację, zbyt duże zaangażowanie osobiste lekarza).

Aspekt emocjonalny relacji służy przede wszystkim budowaniu wzajemnego zaufania i współpracy. Jest źródłem poczucia bezpieczeństwa pacjenta i umożliwia otwarcie się przed lekarzem, a także dowartościowuje go, wzmacnia jego motywację do leczenia, dodaje wiary we własne siły i pomaga przetrwać kryzysy w przebiegu leczenia.

Wśród kompetencji społecznych lekarza zapewniających właściwą relację i kontakt z pacjentem wymienia się (M. Hobbs, 1994; A. Suchańska, 2007):

- zaangażowanie emocjonalne rozumiane jako akceptacja pacjenta, empatia, uważność, zainteresowanie,
- przestrzeganie wartości etycznych i związanych z nimi reguł postępowania (zgodnie z Kodeksem Etyki Lekarskiej i Kartą Praw Pacjenta),
- zdolność do obiektywizmu i bezstronność, czyli świadomość granic psychologicznych własnych i partnera, kontaktu oraz umiejętność zachowywania optymalnego dystansu psychologicznego, asertywność,

- troskę o dobro innych i dobrą wolę,
- otwartość i elastyczność w porozumiewaniu się,
- gotowość do uznania własnych ograniczeń i błędów,
- spójność przekonań i zachowania, ekspresji werbalnej i niewerbalnej,
- odpowiedzialność i stosowność – zachowywanie się w sposób odpowiadający zasadom poprawnej relacji, uważność na modelujący efekt zachowań niepożądanych.

Spśród wymienionych pożądaných elementów dobrej relacji na jej psychologiczną jakość największy wpływ mają:

- **Akceptacja:** jest to pozytywny stosunek do osoby chorego i do jego doświadczeń, a także jego myśli i uczuć, przejawiający się ciepłem, troską i szacunkiem dla jego wartości oraz zaufaniem do jego sił i możliwości. Mieści się tu również uznawanie prawa pacjenta do posiadania własnych opinii oraz podejmowania własnych decyzji i odpowiedzialności za nie, choćby wydawały się nam irracjonalne i nieuzasadnione. Lekarz może starać się wpłynąć na zmianę przekonań pacjenta, jednak pierwszym krokiem w tym kierunku jest właśnie akceptacja, a nie odrzucenie. Jednocześnie nie należy akceptować zachowań pacjenta, które obrażają lekarza lub są niekorzystne dla terapii. Takie zachowania należy taktownie lecz zdecydowanie stopować, mając na uwadze przyjęte ramy kontaktu, co należy pacjentowi zakomunikować, najlepiej używając metakomunikacji lub tzw. „komunikatu JA” (opis w dalszej części rozdziału);
- **Empatia:** jest to umiejętność wczuwania się w przeżycia chorego, „emocjonalnego rezonansu” wobec jego uczuć i rozumienia jego punktu widzenia (przeżywanie *tego samego i w taki sam sposób*, jak pacjent, *nie jest empatią, ale identyfikacją* z pacjentem, która utrudnia lekarzowi postawę obiektywizmu i obciąża go emocjami pacjenta). Empatia lekarza daje choremu poczucie bycia rozumianym i buduje bliskość w relacji. Empatyczną reakcją na uczucia przeżywane przez pacjenta jest uznanie jego prawa do posiadania uczuć i odzwierciedlenie ich. Jest to szczególnie ważne przy przekazywaniu niepomysłnych informacji (np. o zdiagnozowaniu poważnej choroby, o braku spodziewanych efektów leczenia, nawrocie choroby lub konieczności okaleczającej operacji), w każdej sytuacji kryzysu w leczeniu lub w przypadku wystąpienia emocjonalnych zaburzeń adaptacyjnych u pacjenta. Przeszkodą w empatii wobec chorego jest nieumiejętność rozpoznawania lub blokowanie (represja) własnych uczuć przez lekarza. Istotne jest, że **empatia jest postawą i umiejętnością wyuczalną**;
- **Dystans emocjonalny:** obejmuje zarówno fizyczną przestrzeń interpersonalną, jak i psychiczne poczucie granic. Zasada rozpoznania i respektowania optymalnej przestrzeni i granic w kontakcie dotyczy obu stron. W badaniach z zakresu proksemiki ustalono, że w rozmowie ze znaną, ale nie bardzo bliską osobą czujemy się bezpiecznie zachowując dystans pomiędzy 1,2 m a 3,6 m. Odległość bliższą niż 1,2 m odczuwamy jako inwazję w naszą przestrzeń osobistą, natomiast pozostając w dystansie ponad 3,6 m tracimy poczucie osobistego kontaktu. Z kolei granice psychologiczne to symboliczne wewnętrzne bariery, pełniące funkcję ochronną przed wzajemnym nadużywaniem naszej wrażliwości i wydolności emocjonalnej. W relacji lekarza z pacjentem zachodzi duże prawdopodobieństwo wzajemnego przekraczania granic psychologicznych. W obronie przed „zalewem uczuć” pacjenta lekarz nierzadko wzmacnia lub uszczelnia swoje granice, np. otacza się murem milczenia lub profesjonalizmu („skąpe” informowanie, unikanie kontaktu, zimny, rzeczowy styl rozmowy, zapominanie o jakimś zo-

bowiązaniu wobec pacjenta). Dla chorego trudna emocjonalnie może być konieczność przeprowadzenia przez lekarza lub pielęgniarkę czynności o charakterze fizycznej inwazji w jego ciało podczas badań i zabiegów. Powinniśmy być świadomi zadawanego choremu bólu, jego wstydu, upokorzenia i złości, jakich nierzadko w tych sytuacjach doświadcza, i starać się złagodzić jego stres, zawsze wyjaśniając cel tych działań i prosząc pacjenta o wyrażenie zgody na ich przeprowadzenie (dotyczy to również zabiegów pielęgnacyjnych). W regulowaniu dystansu oraz ustanawianiu i respektowaniu granic psychologicznych własnych i innych ludzi bardzo pomocna jest **postawa asertywności, która jest cechą wyuczalną**.

Dla stworzenia efektywnej terapeutycznej relacji, ważne jest aby zrozumieć, gdzie przebiega granica pomiędzy zaangażowaniem a dystansem. Świadomość tej granicy jest konieczna, aby lekarzowi udało się pogodzić rozbieżności między potrzebami i oczekiwaniami pacjenta a własnymi możliwościami i ograniczeniami.

Aby relacja terapeutyczna stała się przestrzenią korzystną dla leczenia, sprzyjającą efektywnej komunikacji i zapewniającą poczucie komfortu i bezpieczeństwa w kontakcie obu osobom, pomocna jest świadomość, że jej ramy tworzą:

- prymat celów i zadań związanych z leczeniem i opieką
- szacunek dla osób i ich wartości
- respektowanie zasad etycznych w postępowaniu
- stosowanie zasad efektywnej komunikacji interpersonalnej
- respektowanie granic psychologicznych własnych i pacjenta.

Podstawowe założenia i zasady procesu komunikacji interpersonalnej – wybrane zagadnienia

Istota procesu komunikacji. Perspektywa pacjenta i lekarza

Komunikowanie interpersonalne polega na wymianie informacji pomiędzy osobami, pozostającymi ze sobą w bezpośrednim kontakcie. Istotą zachodzącej między nimi interakcji jest **uzgadnianie znaczeń przekazywanych informacji** (sposobów rozumienia postrzeganych zjawisk). Osoby te pełnią naprzemiennie wobec siebie role **nadawcy i odbiorcy komunikatów**, dzięki czemu możliwe jest wzajemne interpretowanie rzeczywistości i tworzenie **wspólnego obszaru porozumienia**. Mechanizm **sprzężenia zwrotnego** jest niezbędny dla uzyskiwania zgodności w procesie komunikowania się, ale może być również źródłem rozbieżności w rozumieniu komunikatów (Nęcki, 1992). Jak pisze Watzlawick (1967):

„Jakaś piąta część całej komunikacji ludzkiej służy dla wymiany informacji, podczas gdy reszta dotyczy niekończącego się procesu definiowania, potwierdzania, negocjowania i redefinicji istoty naszych relacji z innymi ludźmi”.

Każdy akt obserwowalnego zachowania może być źródłem informacji dla obserwatora – uczestnika procesu komunikacji, a więc może stać się komunikatem. Również chorobę i jej symptomy możemy rozumieć jako zachowania komunikacyjne człowieka cierpiącego skierowane do partnera relacji terapeutycznej.

Potocznie przyjmujemy założenie, że to, co widzimy, słyszymy i czujemy, jest obiektywne i prawdziwe, i to przekonanie traktujemy często jako bazę w porozumiewaniu się z innymi ludźmi. W rzeczywistości to, czym się naprawdę posługujemy, to **subiektywna reprezentacja**

świata w naszym umyśle (model, mapa świata), jedyna i unikatowa w przypadku każdego człowieka. To właśnie indywidualne modele poznawcze naszego oglądu świata i naszych doświadczeń (a nie „fakty jako takie”) determinują to, co wnosimy do procesu komunikacji i co wymaga „redefinicji i uzgodnienia”.

Świadomość tego jest istotna dla efektywnego porozumiewania się lekarza z pacjentem, ponieważ każda z osób spostrzega sytuację choroby i leczenia z innej perspektywy. Dla pacjenta istotne jest to, jak odczuwa on swoje dolegliwości i jak je przeżywa emocjonalnie, chce wiedzieć, jak będzie doświadczał skutków leczenia i co będzie się z nim dalej działo. Lekarz odbiera i interpretuje stan pacjenta jako **informacje o symptomach** choroby, które należy **rozpoznać i nadać im znaczenie**, a następnie **skonstruować plan działań zaradczych** (obmyślić plan leczenia i stosowne metody).

Osiągnięcie porozumienia się zależne jest od umiejętności **zrozumienia przez lekarza perspektywy pacjenta**, co staje się możliwe dzięki empatycznemu i otwartemu przyjęciu jego komunikatów werbalnych i pozawerbalnych oznak jego stanu, uważnemu słuchaniu i umożliwieniu pacjentowi zadawania pytań, a także **dozwolenie mu na – choćby elementarną – ekspresję doznawanych uczuć**. Ze strony pacjenta istotne jest właściwe rozumienie terminów używanych w rozmowie przez lekarza (stąd postulat **dostosowywania przekazu do możliwości intelektualnych i emocjonalnego stanu pacjenta**), a także **szczerłość i rzetelność** podawanych informacji oraz **umiejętność odbioru i wykorzystania wspierających komunikatów**, zawartych w słowach i zachowaniu lekarza.

Narzędzia komunikacji interpersonalnej – rodzaje, elementy i techniki procesu komunikacji

Rodzaje komunikacji

Spśród wielu sposobów opisu i analizy procesu komunikowania najistotniejszym wydaje się rozróżnienie komunikacji za pomocą środków werbalnych – słów, oraz środków pozasłownych – tzw. niewerbalnych i parawerbalnych. Wbrew potocznej intuicji, **słowa stanowią tylko ok. 10% całości środków komunikowania**, których używamy dla celów wzajemnego rozumienia się. Narzędzia komunikacji niewerbalnej, obejmujące pozostałe 90%, są głównie nośnikami treści emocjonalnych, które rzadko – i najczęściej bardzo niedoskonale – wyrażamy słownie.

Komunikacja werbalna

Interpretacja znaczeń słów kierowanych przez nadawcę do odbiorcy, jest interpretowana przez niego zgodnie z jego oglądem świata, zapisem osobistych doświadczeń, żywionymi przekonaniem, priorytetowymi wartościami i celami, jakie chce osiągnąć w – lub poprzez – rozmowę. Nie musi to być zgodne – i najczęściej znacznie od nich odbiega – z intencjami nadawcy, który ponadto wyraża swoje treści zgodnie ze swoim modelem świata.

Aby zminimalizować różnice w rozumieniu słów konieczne jest **sprzężenie zwrotne**, które osiągamy poprzez **zadawanie pytań uściślających wypowiedź** przedmówcy, np: „Czy dobrze rozumiem...”, „Czy chodzi o to, że...”, „Czy chce pan przez to powiedzieć, że...”. Drugą techniką weryfikującą właściwe rozumienie wypowiedzi jest stosowanie **parafrazy**, co polega

na powiedzeniu swoimi słowami, jak ją rozumiemy, bądź na krótkim jej podsumowaniu, np.: „O ile dobrze rozumiem, chodzi i to, że...”, lub: „Spróbujmy to podsumować...”

Dla stworzenia empatycznej relacji z pacjentem bardzo istotne jest również weryfikowanie uczuć pacjenta, dostrzeganych przez lekarza. Celowi temu służy technika zwana **odzwierciedlaniem uczuć**, co polega na słownym (i/lub pozawerbalnym) wyrażeniu empatii, np.: „Widzę, że to dla pani bardzo trudne...”, „Próbuję zrozumieć, jak się pani z tym czuje...”, „Wygląda pani na zaskoczoną tymi informacjami...”

Pomocne dla formułowania zaleceń przez lekarza i podkreślania wzajemnej współpracy jest korzystanie z tzw. funkcji pomostowej w komunikacji, polegającej na stosowaniu liczby mnogiej w wypowiedziach dotyczących tego, co powinien zrobić pacjent, np.: „Powinniśmy teraz skupić się na...”, „Będziemy potrzebowali...”, „Zobaczmy, co możemy zrobić...”

Stosowanie sprzężenia zwrotnego poprzez zadawanie pytań, parafrazowanie i odzwierciedlanie uczuć oraz korzystanie z „pomostowego” formułowania zaleceń jest bardzo pomocne dla dobrego rozumienia pacjenta przez lekarza, choć techniki te wydają się być nieco niedoceniane w praktyce klinicznej.

W komunikacji interpersonalnej pomiędzy dwoma osobami, z których każda odmiennie spostrzega przyczyny zachowań lub/i pożądane do realizacji cele, łatwo może dojść do powstania „**błędnego koła**” w porozumiewaniu się. Przykładem może tu być nierzadko zdarzająca się sytuacja, kiedy lekarz uważa za konieczne zastosowanie po zabiegu operacyjnym adiuwantowej chemioterapii, ale pacjent z powodu lęku lub „ekologicznych” przekonań (np.: chemioterapia jest toksyczna i zabija naturalne siły obronne organizmu) odmawia zgody na to leczenie. W trakcie rozmowy lekarz mnoży argumenty „za”, które wypowiada z coraz większym naciskiem (i mieszanymi uczuciami złości i bezradności), a pacjent coraz usilniej broni swego zdania (z podobnymi uczuciami i dodatkowo – lękiem). Eskalacja poczucia niezrozumienia, złości i wzajemnej urazy powoduje **przesunięcie komunikacji z płaszczyzny zadaniowej na emocjonalną**, co skutkuje ryzykiem konfliktu. W takich przypadkach niezbędne jest skorzystanie przez lekarza z umiejętności na poziomie **metakomunikacji**, czyli **przesunięcie uwagi z treści na formę** komunikowania się. Można to zrobić, zadając pytanie: „Dlaczego rozmawiamy w ten sposób?” Rozważając te kwestie dobrze jest wykazać zrozumienie dla stanowiska pacjenta oraz ujawnić i nazwać emocje, które są zarówno przykre dla obu stron, jak i powodują nieefektywność komunikacji.

Skuteczne słuchanie

Wśród kluczowych kompetencji komunikacyjnych szczególne miejsce zajmuje umiejętność słuchania pacjenta – zarówno jego słów, jak i emocji, których najczęściej nie wypowiada, a także – jego milczenia. Tego rodzaju wrażliwe słuchanie nazywamy **prawdziwym lub pełnym**, w odróżnieniu od płytkiego i skoncentrowanego na uczuciach i potrzebach osoby słuchającej tzw. „**pseudosłuchania**” (słuchanie pobieżne, z obowiązku, bo tak wypada). Słuchanie pełne nastawione jest nie tylko na usłyszenie podawanych informacji, ale również na odczytanie wymiaru relacyjnego, zawartego w przekazie (jaki stosunek ma do mnie rozmówca, jakie są jego potrzeby i oczekiwania wobec mnie). Wymienia się 4 cechy skutecznego – nastawionego zarówno na współpracę w dążeniu do realizacji zadania, jak i na osobę rozmówcy – słuchania. Powinno ono być:

- **aktywne** – wymaga zadawania pytań i udzielania informacji zwrotnych,
- **empatyczne** – wyrażające moje zrozumienie i uczucia wobec tego, co mówi rozmówca i wobec niego, gdy to mówi,
- **otwarte** – bez uprzedzeń i stereotypów,
- **świadome** – oceniające realność treści wypowiedzi w świetle mojej wiedzy, oszacowujące spójność między treścią wypowiedzi i zachowaniem rozmówcy.

W skutecznym słuchaniu pomocne jest zadawanie rozmówcy pytań otwartych, dających możliwość udzielenia dłuższej, bardziej rozwiniętej odpowiedzi. Zaczynają się one zwykle od słów: co, jak, z jakiego powodu, np.: „Co pan myśli o swojej chorobie; jak pan jej doświadcza; jak pan sobie teraz radzi; co jest dla pana najtrudniejsze?”; „Interesuje mnie, jak pani tłumaczy sobie przyczyny tej sytuacji”; „Czego pani teraz oczekuje?” Tego rodzaju pytania wyrażają zainteresowanie lekarza pacjentem jako osobą, zdecydowanie wzmacniają relację terapeutyczną i gotowość pacjenta do współpracy.

Pełne słuchanie nie zawsze jest potrzebne, a nawet wskazane. Przy zbieraniu informacji do wywiadu i zawsze tam, gdzie potrzebne jest uzyskanie wielu szczegółowych informacji, bardziej efektywne może się okazać stosowanie tzw. pytań zamkniętych, na które pacjent odpowiada „tak” lub „nie”.

Komunikaty „TY” vs komunikaty „JA”

W sytuacjach, kiedy ktoś zachowuje się w sposób niezgodny z naszymi oczekiwaniami i mamy trudności z opanowaniem powstających w nas wtedy emocji, oskarżamy tę osobę o złą wolę i chęć „zrobienia nam na złość”, wyrażając nasz dyskomfort poprzez tzw. „komunikat TY”. Mówimy na przykład; „Zobacz, co przez ciebie zrobiłem!”, „Zawsze musisz mnie zezłościć!”, itd. **Komunikaty „TY” wyrażają ocenę odbiorcy**, zwykle przyjmowane są jako prowokujące, krytykujące, zagrażające, moralizujące lub poniżające. U osób, do których są skierowane wywołują zachowania obronne lub agresywne. Nierzadko bywają stosowane przez zniecierpliwionych lekarzy lub pielęgniarki w sytuacjach, gdy pacjent nie stosuje się do zaleceń lub zasad regulaminu obowiązującego na oddziale, np.: „Dlaczego nie wykonuje pan zalecanych ćwiczeń?!”, „Musi się pan stosować do zaleceń!”, „Dlaczego mnie pani ciągle męczy o te środki nasenne?!”, itd. Najczęściej wywołuje to u pacjenta złość lub poczucie krzywdy, czasem – winy. Uczucia te **nie sprzyjają zmianie zachowania**, często skutkują bierną agresją lub cichym bojkotem.

Zupełnie inne efekty wywołują w tych sytuacjach „komunikaty JA” – które skupiają się na reakcjach nadawcy komunikatu. Przez wyrażenie własnych emocji **pozostawiamy rozmówcy odpowiedzialność** za reakcję na naszą wypowiedź i dostosowanie do niej swojego zachowania. Komunikat „JA” potencjalnie **nie wywołuje oporu ani agresji**, bo sam jej nie zawiera. Przykłady; „Obawiam się dawać pani więcej środków nasennych, mogłaby pani się od nich uzależnić”, „Trudno mi z panem rozmawiać, gdy pan krzyczy”, „To, że nie wykonuje pan zaleceń, stanowi dla mnie poważny problem, spróbujmy się zastanowić o co tu chodzi”.

Bariery komunikacji

Do najczęstszych zachowań komunikacyjnych, które stanowią przeszkody w efektywnym porozumiewaniu się należą:

- moralizowanie
- osądzanie
- krytykowanie
- rozkazywanie
- grożenie
- ignorowanie i przerywanie
- zmiana „toru” – tematu rozmowy
- wycofywanie się
- bagatelizowanie, zbytne uspokajanie i pocieszanie
- nadmierne aprobowanie
- pochopne doradzanie.

Listę tę można by z pewnością jeszcze wydłużyć. Chyba wszyscy niekiedy (lub częściej) mniej czy bardziej świadomie przyczyniamy się do pogarszania naszych relacji z ludźmi, stosując tego typu niekorzystne techniki rozmowy.

Zasady przekazywania informacji w opiece medycznej

Zacznijmy od dobrych wzorców, a więc sformułowania zasad ułatwiających skuteczną komunikację z pacjentem. Są one następujące:

- przystępując do ważnej rozmowy zadбай o jej poufny charakter (najlepiej bez świadków, na osobności)
- dostosuj zakres i język informacji do indywidualnego poziomu intelektualnego i stanu emocjonalnego pacjenta
- pozwól na zadawanie pytań i wyrażanie wątpliwości
- bądź wrażliwy na komunikaty niewerbalne
- pozwól na poruszanie bolesnych tematów
- pozwól na chwilę ciszy
- pamiętaj o życzliwości, poczuciu humoru.

Przekazując trudne dla pacjenta informacje:

- najpierw ustal, co pacjent wie i sądzi o swojej sytuacji
- stopniowo dawkuj informacje – wg zasady: nie za mało, ale i nie za dużo
- powtarzaj informacje najważniejsze (silne emocje utrudniają zapamiętywanie)
- stosuj aktywne słuchanie
- pozwól na pytania
- pozwól na ujawnienie emocji
- nie dawaj fałszywej nadziei, prostuj nieadekwatne wyobrażenia pacjenta
- akcentuj pozytywne elementy aktualnej sytuacji
- przedstaw pacjentowi plan leczenia i sprawdź, czy cię właściwie zrozumiał
- formułuj bliskie pozytywne cele
- zawsze zapewnij o opiece i pomocy
- zawsze wspieraj i podtrzymuj nadzieję – jest to dynamiczna siła wspierająca mobilizację organizmu i psychiki. W miarę postępu choroby nadzieja zmienia się od nadziei na wyzdrowienie, poprzez małe „nadziejki” na dobre dni i chwile, aż po nadzieję na dobrą śmierć bez bólu.

A jakich zachowań należy unikać ?

- nie odmawiaj informacji i nie zwlekaj z ich przekazaniem
- nie dawaj fałszywych nadziei i obietnic, których nie możesz spełnić
- nie przeciążaj informacjami
- nie krytykuj, nie osądzaj, nie moralizuj
- nie dawaj gotowych (banalnych) rad na rozwiązywanie problemów psychicznych pacjenta.

Na koniec pozostaje jeszcze trudna kwestia mówienia pacjentowi bolesnej dla niego prawdy. Należy tutaj kierować się zasadami etyki lekarskiej, ale też mieć na uwadze mądre słowa profesora W. Biegańskiego:

„Prawdy nie należy narzucać, ale ją udostępniać”

a także:

„Człowiek ma prawo do prawdy, ale ma też prawo do miłosierdzia”.

Bibliografia

1. Bętkowska-Korpała B., Gierowski K.; Psychologia lekarska w leczeniu chorych somatycznie, Kraków, 2007.
2. Dorfmueller E., Dietzfelbinger H.; Psychoonkologia, 2011, Warszawa.
3. Gordon T., Edwards W.S.; Rozmawiać z pacjentem. 2009, Warszawa.
4. Heszen-Niejodek I. (red.); Rola psychologa w diagnostyce i leczeniu chorób somatycznych, 2009, Warszawa.
5. Kwiatkowska A., Krajewska-Kułak E., Panek W. Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie. 2003, Lublin.
6. Morreale S.P., Spitzberg B.H., Barge J. K.; Komunikacja między ludźmi. 2009, Warszawa.
7. Nęcki Z.: Komunikowanie interpersonalne. 1992, Wrocław.
8. Rembowski J. Problematyka empatii w terapii. Psychoterapia, 1989, 3.
9. Suchańska A. Rozmowa i obserwacja w diagnozie psychologicznej, 2007, Warszawa.
10. Walden-Gałuszko de K.: Psychoonkologia w praktyce klinicznej, 2011, Warszawa.
11. Watzlawick P., Beavin J.H., Jackson D.D.: Pragmatics of human communication. 1967, New York.

VII. Przegląd piśmiennictwa na temat wybranych aspektów funkcjonowania pacjentów onkologicznych w sferze emocjonalnej, poznawczej i behawioralnej

Mariola KOSOWICZ

Choroba nowotworowa to w dalszym ciągu ikona strachu, bezradności, cierpienia i w konsekwencji śmierci. Już samo określenie rak, nowotwór, budzi powszechny lęk i kojarzy się z nieodwracalnym losem. Choroba nowotworowa, to również poważne wyzwanie na wielu poziomach życia – fizycznego, emocjonalnego, rodzinnego, społecznego, duchowego i materialnego. Intensywność stanów emocjonalnych, wynikających z przeżyć związanych z niepewnością dalszego losu, ich zmienność i natężenie wprowadzają w życie chorego i jego bliskich „psychiczny holokaust”, gdzie zacierają się granice pomiędzy bólem fizycznym i psychicznym. (Kopczyńska-Tyszko, 1999).

Znaczącym komponentem postawy wobec chorób onkologicznych jest poznawcza reprezentacja choroby, która reguluje funkcjonowanie jednostki w różnych sferach życia, m.in. w sferze emocjonalnej, która nierzadko ma wpływ na stosowanie się do zaleceń medycznych i preferowania zachowań prozdrowotnych. (Janowski, 2006).

W chorobie nowotworowej, w przeciwieństwie do innych obszarów wiedzy, obraz choroby zawiera silnie lękowe informacje z punktu widzenia egzystencji człowieka, które dotyczą tak podstawowych wartości egzystencjalnych, jak życie i śmierć. Już samo określenie rak odnosi się do specyficznego „mitu”, który naznacza tę chorobę cierpieniem, uprzedmiotowieniem jednostki i śmiercią w bólu. (Holland, 1989, Lambley, 1995).

Świadomość możliwości utraty życia, wyobrażenie śmierci w bólu, staje się od początku choroby, a nawet jeszcze przed otrzymaniem diagnozy, wyznacznikiem myślenia chorego o swojej chorobie, o jej rozwoju i związanej z tym bliższej i dalszej przyszłości. Ma to też

wpływ na rodzaj podejmowanych działań (walka, ucieczka) i wyzwala wiele negatywnych emocji.

Myśl o śmierci, w kontekście choroby nowotworowej, jest bolesnym przeżyciem emocjonalnym konfrontującym jednostkę z wizją świata, która narzuca myślenie w kategorii nieśmiertelności, a przynajmniej długowieczności. Dzisiejszy człowiek ucieka od problemów przemijania, cierpienia i za wszelką cenę buduje złudne poczucie kontroli nad życiem i umieraniem. (...) *choroba nowotworowa stawia pod znakiem zapytania nasze poczucie niezależności (autonomii), skazuje na bezradność. Rak sprawia, że ufność w dalszy rozwój jednostki ulega zachwianiu* (Wirsching, 1994, s. 43).

W konsekwencji doświadczania bliskości istnienia śmierci (nawet w sytuacji kiedy nie ma bezpośredniego zagrożenia życia) pojawiają się natrętne (ruminujące) myśli i natychmiastowa potrzeba ich wyparcia (...) *człowiek chce odwrócić uwagę od śmierci, albo pozbyć się wrażliwości na sygnały dotyczące śmierci, słowem ukoić się w jakikolwiek sposób, ale zarazem trudno mu pozbyć się niepokojących myśli. Tak ukształtowany konflikt w zasadzie nie pozwala uniknąć trwogi przed śmiercią, a raczej trwogę tę bardziej podsyca*” (Łukaszewski, Boguszewska, 2008 s. 24).

Lęk przed cierpieniem i śmiercią w chorobie nowotworowej potęguje niekompletna, często zniekształcona wiedza na temat nowotworów, która często przybiera postać niezrównoważonej struktury poznawczej i w konsekwencji staje się źródłem cierpienia. (...) *wiedza o własnej chorobie nie jest wiedzą „zimną”, ale „gorącą”, a ta temperaturowa metafora ma określić przede wszystkim jej znaczenie dla jednostki. (...) fakt, że obraz choroby pacjentów ma bardzo wyraźne konsekwencje dla pojawiających się u nich stanów emocjonalnych, nabiera szczególnego znaczenia, jeśli weźmiemy pod uwagę, że emocje nie tylko określają ogólny nastrój i samopoczucie chorego, ale mogą być dodatkowym źródłem cierpienia, a ponadto mogą stanowić czynnik przyspieszający lub hamujący rekonwalescencję* (Łosiak, 1999, s. 74).

Istotną rolę w ocenie poznawczej choroby odgrywa również rodzaj nowotworu, stan zaawansowania choroby, jak również wiedza o przyczynach powstawania choroby i tak np. szukanie winy w sobie lub działaniach innych ludzi, nawet przy braku obiektywnych podstaw takiej oceny lub uświadomienie sobie, że nie miało się wpływu na przeciwdziałanie chorobie, antycypuje poczucie bezradności. ... *Ocenianie swojej choroby jako ciężkiej, długotrwałej, nieuleczalnej oraz przekonanie o tym, że zachorowanie w żaden sposób nie zależało od własnego postępowania, zwiększają intensywność przeżywanego lęku u chorych* (Łosiak, 1980, s.131).

De Walden-Gałuszko (1992) wskazuje, że chorobę nowotworową może pacjent odebrać jako przeszkodę, nieodwracalną utratę cenionych wartości lub nową wartość, w aspekcie moralnym lub religijnym, co w istotny sposób generuje silny stres.

Na strukturę reprezentacji własnej choroby składa się pięć elementów:

1. Identyfikacja choroby – stygmatyzująca nazwa, np. „chory na raka”
2. Przyczyny – przekonania na temat powodów powstania choroby
3. Skutki – oczekiwane rezultaty i konsekwencje choroby
4. Przebieg – oczekiwania dotyczące czasu trwania choroby i jej przebiegu
5. Kontrolowalność – przekonanie na temat możliwości wyleczenia.

Innym, nie mniejszym problemem wzmacniającym poczucie stygmatyzacji chorobą onkologiczną, stanowią również społeczne przekonania dotyczących chorych na raka.

Chory onkologiczny narusza spokój „zdrowych” i siłą rzeczy przypomina o istnieniu cierpienia, śmierci i zmusza do dłuższej lub krótszej refleksji nad sensem życia.

Wright (1965) pisał, iż społeczeństwo, jako większość uprzywilejowana, wyznacza chorym, niepełnosprawnym ludziom swoiste normy funkcjonowania. Mają oni znać nie tylko swoją gorszą sytuację, lecz w niej trwać i zgodnie z nią postępować.

Ograniczenia psychofizyczne wynikające z choroby nowotworowej

Choroba nowotworowa powoduje zagrożenie różnych dążeń człowieka i nierzadko w znaczący sposób wymusza zmianę lub modyfikację dotychczasowych planów życiowych, co upośledza możliwości pełnienia ważnych ról społecznych (rodzina, praca) i realizowania planów życiowych. Długi czas trwania choroby, trudne leczenie, nierzadko występujące remisje i zaostrzenia choroby oraz ciągła niepewność dalszego losu stawia chorego w obliczu chronicznego działania wielu stresorów, co w konsekwencji generuje silny i przewlekły stres psychologiczny. (de Walden Gałuszko, 1992).

Wielu badaczy funkcjonowania pacjentów onkologicznych m.in. (Barraclough, 1997; Simonton, 1993; Holland, 1989; Rowland, 1989; Łosiak, 1980; Kubacka, Jasińska, 1999; Caplan, 1964; Chojnacka-Szawłowska, 2009; Massi, 1989) wskazuje na istotną rolę ograniczeń wynikających z choroby nowotworowej w rozwoju reakcji depresyjnych i lękowych.

Natomiast Maes i in. (1996) podkreślają, że im większe i bardziej obciążające doświadczenie ograniczeń i strat, tym większe prawdopodobieństwo zachowań destrukcyjnych.

Wśród najczęściej występujących ograniczeń i wynikających z nich strat wymienienia się następujące.

Utrata sił fizycznych i dobrego samopoczucia

Poważnym problemem na wszystkich etapach choroby onkologicznej jest zespół przewlekłego zmęczenia, które ograniczając aktywność chorych (pogorszenie zdolności do pracy, zerwanie lub pogorszenie relacji społecznych oraz spadek fizycznego i emocjonalnego dobrostanu) wpływa negatywnie na jakość ich życia (Chojnacka-Szawłowska, 2009). W obszarze onkologii zmęczenie jest rozumiane jako złożony wielowymiarowy konstrukt z fizycznymi, poznawczymi i emocjonalnymi komponentami (tamże).

Servaes przeprowadzając analizę poziomu zmęczenia u pacjentek leczonych na nowotwór piersi uwzględnił dziewięć wymiarów: pomiar psychologicznego dobrostanu, ocena poziomu funkcjonowania w codziennym życiu, zaburzenia snu, stopień aktywności fizycznej, funkcjonowanie neuropsychologiczne, więzi społeczne, wsparcie społeczne, poczucie własnej skuteczności i atrybucja przyczyn zmęczenia. Analiza wyników dowiodła, że depresja, obniżenie aktywności fizycznej, potrzeba snu, odpoczywanie w ciągu dnia i tendencja do przypisywania symptomów zmęczenia chorobie nowotworowej miały największy wpływ na ocenę ciężkości zmęczenia. Autor sugeruje również, iż za podtrzymywanie zmęczenia odpowiedzialne są: niski stopień poczucia kontroli, lęk i osłabienie (tamże).

Poważnym problemem w onkologii jest również ból, który według analizowanych publikacji dotyczących różnych nowotworów we wszystkich fazach choroby występuje u 51% chorych. Już we wczesnych stadiach choroby nowotworowej 40–50% pacjentów chorych na nowotwo-

ry piersi, gruczołu krokowego, okrężnicy, odbytnicy, jajnika odczuwa dolegliwości bólowe. (Hilgier, 2007).

Hilgier (2007, s. 339) rozważając problem bólu w chorobie nowotworowej zaznaczał, iż (...) *trwający długo ból przejmując całkowitą kontrolę nad umysłem doprowadzając do przygnębienia, niepokoju, wyczerpania fizycznego, wynikającego choćby z braku snu. Utrzymujący się stan bólowy nierzadko wyzwała objawy depresji.*

Utrata fizycznej integralności

Obejmuje powstałe po zabiegach operacyjnych zmiany w obrębie ciała pacjenta. Wiele zmian jak, np. mastektomia, kolostomia, urostomia, operacje w obrębie głowy i szyi, penektomia, utrata kończyn oraz skutki uboczne leczenia (utrata włosów, wagi, zmiany skórne) wpływają niekorzystnie na wizerunek ciała, co przekłada się na samoocenę, poczucie wartości i tożsamość chorego. Powstają pytania „Kim teraz jestem?”, „Kim teraz mogę być?”, „Ile jestem teraz wart?”, „Jak mam zaakceptować swoją niepełnosprawność?”.

Ograniczenie ról społecznych i kontaktów interpersonalnych

Argle (2007) podkreśla, iż udane relacje interpersonalne są predykatorem dobrostanu psychicznego człowieka, a ich strata lub istotne ograniczenia wprowadzają w jego życie poczucie izolacji i odrzucenia.

Natomiast Pyszyński i in. postrzegają przynależność, bycie w relacjach z innymi, jako sposób podtrzymania sensu życia, poczucia, że otaczający świat ma sens, oraz poczucia własnej wartości. Poczucie, że jest się kompetentną i autonomiczną jednostką wpływa pozytywnie na samoocenę i działa przeciwnie (2003, cyt. za: Chojnacka-Szawłowska, 2009, s. 315–343).

Ograniczenia wynikające z choroby nowotworowej w dużej mierze prowadzą do istotnych zmian w zakresie pełnionych ról społecznych i kontaktów z innymi ludźmi. Chory człowiek z dnia na dzień zostaje zmuszony do przyjęcia na wiele miesięcy, lat, a nierzadko do końca życia roli „bycia chorym onkologicznie”. Taki stan wiąże się z weryfikacją swoich dotychczasowych możliwości, szczególnie fizycznych i dokonania zmian, również na polu pełnionych dotychczas ról społecznych. Stan taki pociąga za sobą konieczność przeanalizowania cenionych dotychczas wartości, zmiany celów życiowych, rezygnację z niektórych planów życiowych. W konsekwencji zostaje naruszona równowaga życiowa jednostki. (Heszen-Niejodek 2000).

Zdaniem Persona (za: Kowalik, Brzeziński, 1993, s. 228) z rolą chorego wiążą się następujące mechanizmy społeczne: (1) jednostka postrzegana jest przez innych jako nieodpowiedzialna za swój stan; (2) stan ten jest traktowany jako niepożądany, w związku z czym oczekuje się, że jednostka będzie starała się go zlikwidować (poprzez leczenie); (3) z uwagi na stan niesprawności osoba zostaje wyłączona lub zwolniona z pełnionych przez nią dotychczas ról społecznych; (4) wyłączenie to ma charakter okresowy – do zlikwidowania stanu niepełnosprawności.

Konieczność hospitalizacji, uporczywe leczenie i związany z nim spadek odporności, zmiany w obrazie ciała, słabość fizyczna, problemy emocjonalne (depresja), to tylko niektóre przeszkody w kontaktach interpersonalnych. Często konsekwencją zmiany jakości w pełnieniu ról społecznych jest utrata sensu życia.

Wielu autorów podkreśla istnienie związku pomiędzy poczuciem osamotnienia, a właściwościami osobowości, gdzie osamotnienie wpływa niekorzystnie na poczucie wartości. Człowiek osamotniony traci wiarę w siebie, w swoje możliwości. (Kmieciak-Baran, 1992).

Nagły spadek kondycji fizycznej, a nierzadko również psychicznej i intelektualnej (na skutek podawanych leków lub depresji) i występujący nadmiar „niewykorzystanego czasu”, wprowadza również niepokój, poczucie bezradności i bezwartościowości. Ograniczenie ról zawodowych, wiąże się ze stratami materialnymi i koniecznością dokonania zmian w nawykach dysponowania zasobami materialnymi.

Czym więcej poczucia bezsilności wobec powstających skutków choroby i związanych z nią ograniczeń, tym bardziej w życiu chorego dominuje poczucie przygnębienia. (Tomaszewska, 2000.).

Osoby przewlekle chore uważają się często za pokrzywdzone przez los, mają poczucie nieudanego życia, ograniczenia własnej aktywności, sprawczości, twórczości i niezależności. (Wyszyńska, 1987). Taki stan prowadzi do wielu zmian w obszarze samooceny jednostki i nierzadko uruchamia wiele mechanizmów demobilizujących aktywność organizmu, co wzmacnia niekorzystny przebieg choroby. (Tomaszewska, 2000).

Utrata równowagi systemu rodzinnego

Choroba nowotworowa wprowadza poważne zmiany w funkcjonowaniu całego systemu rodzinnego. Nie tylko pacjent potrzebuje czasu, aby oswoić się z zaistniałą sytuacją, uruchamia różnego rodzaju mechanizmy obronne, czuje się zagubiony, zły, podobne uczucia towarzyszą również bliskim. Na swój sposób choruje cały system rodzinny.

Kryzys rodzinny, wywołany chorobą nowotworową burzy przede wszystkim dotychczasowy układ ról w rodzinie, a podjęcie nowych zadań, wynikających z choroby, może okazać się za trudne, co w konsekwencji prowadzi do destabilizacji rodziny. (de Barbaro, 1978).

Z badań przeprowadzonych przez Susłowską (za: Heszen-Niejodek, 1990) wynika, że choroba nowotworowa nierzadko jest silniejszym przeżyciem dla rodziny, niż dla samego chorego.

Cohen i Wellisch (1978, cyt za: Budziszewska i wsp. 2005) wyróżniają dwa etapy charakteryzujące reakcję rodziny na chorobę osoby bliskiej. Jako pierwszą wymieniają informacje o diagnozie, która wprowadza w życie systemu rodzinnego ostrą sytuację kryzysową. Drugi etap wiąże się ze specyfiką choroby nowotworowej (długości jej trwania i nieprzewidywalnością jej rozwoju) i przejawia się w postaci przewlekłego kryzysu, który niejednokrotnie odsłania prawdę o relacjach, sposobach komunikacji, zasobach zaradczych i nawykach reagowania systemu rodzinnego sprzed choroby.

De Barbaro (1978), podkreśla, że nierzadko partner osoby chorej gorzej znosi chorobę niż ona sama. (...) *mężczyźni opiekujący się chorą żoną przeżywają jej chorobę głęboko, lecz czasami to ukrywają i grają rolę osoby opanowanej i spokojnej. Chorujące żony przyjmują to za przejaw braku zaangażowania emocjonalnego i odrzucenie, co z kolei prowadzi do narastającego dystansu między małżonkami.* (s. 126). Takie zjawisko stwierdzono w rodzinach kobiet po mastektomii.

Inne badania przeprowadzone przez Hilton, Zahlis (za Gapik, Kosmała, 2004, s. 25–29) wskazują, że mężczyźni na wieść o chorobie żony najczęściej reagują: szokiem, niedowierzaniem, zaprzeczeniem, wściekłością, poczuciem winy, depresją, niepokojem, lękiem, poczuciem bezsilności i utraty kontroli oraz izolacją. Największy poziom pobudzenia stwierdza się w czasie procesu diagnozowania choroby, operacji i leczenia, jednak oznaki niepokoju i stresu utrzymują się jeszcze znacznie później. W czasie oczekiwania na wyniki biopsji mężczyźni

najczęściej mają problemy z koncentracją i doświadczają obsesyjnych myśli dotyczących choroby partnerek, natomiast w okresie leczenia pojawiają się poczucie krzywdy i beznadziejności, żal, nastroje depresyjne oraz obawa o życie partnerki, a także obawa przed nowymi obowiązkami, nieumiejętnością poradzenia sobie oraz wyczerpanie (tamże, s. 27).

De Barbaro (1978) poruszając problem choroby w rodzinie zaznacza, iż w sytuacji choroby przewlekłej rodzina korzysta ze znanych systemowi zachowań zaradczych, a gdy one nie działają, często dochodzi do zmiany w jego strukturze. Członkowie rodziny albo przyjmują postawę sztywną, nadopiekuńczą i obezwładniającą chorego, albo próbują negocjować chorobę i wymóc na chorym podjęcie codziennych obowiązków. W konsekwencji wszystkie siły rodziny podporządkowują się dążeniu do utrzymania zaburzonej równowagi (homeostazy). (tamże). Czym bardziej rodzina była zależna od osoby chorej (jedyny żywiciel, jedyny rodzic wychowujący dzieci, osoba podejmująca wszystkie decyzje i zarządzająca domem), tym bardziej zostaje naruszone poczucie bezpieczeństwa (tamże).

Cassileth i Stainfeld (1987, s. 547–552) zdefiniowali trzy problemy wynikające z choroby nowotworowej, które w istotny sposób wpływają na funkcjonowanie całego systemu rodzinnego. Przynajmniej jednym z nich jest **zagrożenie lub rozbicie dotychczasowego modelu interakcji** pomiędzy poszczególnymi członkami rodziny. Dotyczy to szczególnie komunikacji, która jest podstawowym czynnikiem adaptacyjnym rodziny do sytuacji choroby oraz koniecznością przyjęcia przez domowników nowych obowiązków.

Następnym problemem, który wymieniają autorzy, to **zakłócenie planów na przyszłość**. Nieprzewidywalność choroby, jej trudna dynamika, skutki uboczne ograniczające funkcjonowanie chorego i lęk przed pogorszeniem stanu zdrowia osoby chorej stawia często cały system rodzinny lub jej poszczególnych członków przed koniecznością dokonania częściowych, a niekiedy całościowych zmian w planach życiowych. Nierzadko plany te dotyczą bardzo istotnych aspektów życia, np. kształcenia, konieczności zmiany pracy lub podjęcia się wielu zajęć zarobkowych, zmiany statusu materialnego, odłożenia planów matrymonialnych, posiadania potomstwa, zmiany miejsca zamieszkania. Konieczność zmian w funkcjonowaniu chorego wymaga od pozostałych członków systemu przyjęcia na siebie dodatkowych obowiązków, co często wiąże się z koniecznością zaakceptowania siebie w nowej roli życiowej. Szczególnie jest to trudne, gdy w dotychczasowym funkcjonowaniu systemu rodziny istniał sztywny podział ról. Tu każda zmiana, tak dla chorego, jak i dla pozostałych domowników, będzie poważnym kryzysem.

Wszystkie te zmiany mają wpływ na ostatni wskazany przez autorów problem – **konieczności zmian funkcjonowania w zewnętrznych grupach**. Choroba osoby bliskiej skupia całą uwagę na wspomnianej już wcześniej potrzebie zachowania homeostazy systemu. Stąd wiele rodzin zamyka się na świat zewnętrzny i ufa tylko sobie i swoim umiejętnościom poradzenia sobie z kryzysem. Inne szukają wsparcia dla chorego i siebie tylko na zewnątrz, często stawiając siebie w roli „ofiary” i oczekując wszechstronnej pomocy. Jeżeli takiej nie otrzymają czują się porzuceni i niezrozumiani. Wówczas świat jawi się jako zły, nieprzyjazny i wzrasta poczucie izolacji i bezradności.

Ograniczenia lub utrata funkcji seksualnych

Początek rozważań na temat onkoseksuologii datuje się na 1979 rok. Pierwszy raz problem seksualności pacjentów z chorobami nowotworowymi został poruszony na 14th Annual San

Francisko Cancer Symposium. Jak wynika z badań 44% pacjentów onkologicznych ujawnia problemy w relacjach partnerskich, u 80% pogarsza się jakość życia seksualnego. Większość pacjentów – 84% deklaruje, iż nie otrzymała pomocy w zakresie seksualności. (Starowicz, 2008, cyt. za: Krzemieniecki 2008).

Według American Cancer Society's Sexuality and Cancer (2005) większość problemów seksualnych po leczeniu choroby nowotworowej dotyczy utraty popędu płciowego (zarówno u kobiet jak i mężczyzn), zaburzeń wzdrodu u mężczyzn oraz bolesności w trakcie stosunku u kobiet. Leczenie przeciwnowotworowe może zaburzać fizjologiczną odpowiedź seksualną u pacjentów na poziomie hormonalnym, naczyniowym, neurologicznym oraz psychologicznym, a także powodować konieczność usunięcia lub uszkodzenie narządów rozrodczych. Już samo leczenie onkologiczne jest wystarczająco uciążliwe, aby istotnie wpływać na spadek libido. (...) *Według statystyki jedna na pięć kobiet traci zainteresowanie seksem w ciągu kilku miesięcy po mastektomii. W przypadku zastosowania leczenia uzupełniającego pacjentki stają się bardziej wrażliwe na bodźce negatywne i silniej odczuwają dolegliwości fizyczne, co także wpływa na ogólne przygnębienie i stres. W przypadku zastosowania radioterapii jednym ze skutków ubocznych może być utrata wrażliwości na dotyk, co czasami staje się źródłem rozczarowania dla partnera i dla samej kobiety* (Ślubowska, Ślubowski 2008, s. 22).

Poważnym problemem zakłócającym pożycie intymne w związkach partnerskich są zmiany we wzajemnych relacjach pomiędzy partnerami np. przyjęcie roli opiekuna i chorego. Nierzadko zdrowy partner, zajmujący się chorą żoną, nadaje jej rolę „chorej” i przestaje dostrzegać w niej partnerkę seksualną. Natomiast chory nie otrzymując sygnałów o swojej atrakcyjności seksualnej odbiera to, jako odrzucenie i degradację swojej seksualności.

Według Davies i wsp. (2006) czynnikiem, który w istotny sposób może wpływać na wymiar satysfakcji seksualnej jest sposób, w jaki partnerzy wzajemnie siebie postrzegają. Postrzeganie to może dotyczyć wielu aspektów, np. przywiązania, ale nie mniejsze znaczenie odgrywa aspekt atrakcyjności fizycznej.

Reakcje poznawcze i behawioralne w odpowiedzi na stres związany z chorobą nowotworową

Sytuacja choroby nowotworowej, szczególnie specyfika leczenia i jej skutki uboczne, to wydarzenia życiowe, które naruszają dotychczasową równowagę psychofizyczną każdego chorego. W sytuacji choroby nowotworowej nie można przewidzieć, w jaki sposób i w jakim kierunku potoczy się jej rozwój. Ta niepewność wprowadza w życie chorego długotrwały kryzys psychologiczny.

Profesor Pilecka (2004) pisząc o kryzysie psychologicznym, podkreśla, iż powinien on być rozwiązany w ciągu sześciu tygodni, natomiast w chorobie przewlekłej ma on postać chroniczną. (...) *kryzys powstaje dlatego, że człowiek nie może stosować dotychczasowych metod zwalczania trudnej sytuacji. Znalazł się bowiem w zupełnie nowym położeniu, czasem w środku aktywnego życia* (Kastenbaum, 1975, za Pilecka, 2004, s. 90).

Każdy etap choroby – diagnostyczny, leczenia, nawrotu, a nawet wyzdrowienia stanowi dla chorego i jego bliskich ogromne wyzwanie psychofizyczne. Do dominujących emocji należą: lęk, złość, agresja, rozdrażnienie, depresja. Ze względu jednak na zmienność sytu-

acji związanych z chorobą oraz indywidualne cechy chorego, wymienione stany emocjonalne mają różną dynamikę. (Majkovicz 2005).

Aby zrozumieć specyfikę emocji i stresu pacjentów onkologicznych warto przyjrzeć się kilku etapom choroby onkologicznej:

Pierwszy etap diagnostyczny – wiąże się z ogromnym lękiem oczekiwania na potwierdzenie lub zaprzeczenie choroby. Jest to czas kiedy niepewność losu, przeplatające się myśli nadziei i jej braku powodują poważne zakłócenie równowagi psychicznej. Wielu pacjentów opisuje ten czas, jak oczekiwanie na „wyrok śmierci”, co w konsekwencji generuje silny lęk, poczucie bezradności i niesprawiedliwości. *Nic więc dziwnego, że pierwszy okres choroby charakteryzuje się wybuchem silnych uczuć – zwłaszcza lęku, do którego dołącza się często przygnębienie, wywołane przewidywaniem fatalnego potwierdzenia i antycypacją utraty dotychczasowych posiadanych wartości. Towarzyszy temu zwykle silna koncentracja myśli, uwagi i wyobraźni wokół jednego problemu, trudność skupienia uwagi, pobudzenie psychoruchowe, czynnościowe zaburzenie pamięci* (De Walden-Gałuszko 1992 s. 9).

Czas badań diagnostycznych, to nierzadko konieczność doświadczenia wielu nieprzyjemnych i bolesnych badań, poświęcenia temu wielu godzin, bycia narażonym na słuchanie opowiadań innych pacjentów o chorobie (najczęściej w poczekalni), co w poważny sposób pogłębia bezradność i lęk. To również czas sprawdzania swoich dolegliwości w Internecie i narastający niepokój, niekiedy przechodzący w panikę.

W oczekiwaniu na diagnozę wielu pacjentów uruchamia różne środki zaradcze, w tym mechanizmy obronne – wyparcia „o czym mam myśleć, przecież nic się nie dzieje”, magicznego myślenia „te krwawienia to na pewno po buraczkach” i wiele innych.

Dominującą emocją tego czasu jest paraliżujący lęk i poczucie bezradności. (Holland 1989).

Okres oczekiwania „na wyrok” rozpoznania jest pozbawiony wszelkich możliwości działania, co powoduje poczucie bezradności, zagubienia, ale również poczucia napiętnowania i izolacji społecznej. Reakcje emocjonalne na tym etapie choroby cechuje przede wszystkim lęk, przygnębienie, czynnościowe zaburzenia uwagi itp. W rezultacie może dojść do pełnej dezorganizacji pracy i zwykłego codziennego życia. (De Walden-Gałuszko, 1994).

Massie (1989) podkreśla, że większość pacjentów w oczekiwaniu na diagnozę przeżywa swoisty „holokaust psychiczny” i paradoksalnie w chwili jej otrzymania duża część z nich odczuwa ulgę. Okazuje się, iż poznanie prawdy jest łatwiejsze do zniesienia aniżeli lęk oczekiwania.

Drugi etap potwierdzenia diagnozy i leczenie – potwierdzenie diagnozy, to zazwyczaj silny szok i niedowierzanie. To moment zweryfikowania nadziei – „może to jednak nie rak” i czas, który wielu pacjentów określa jako „trzęsienie ziemi” w ich życiu. Dominującą emocją w odpowiedzi na diagnozę choroby nowotworowej jest lęk psychologiczny o charakterze antycypacyjnym, który podporządkowuje percepcję i zachowania chorego. (...) *Czasami może ulegać spotęgowaniu, spiętrzeniu pod wpływem negatywnych, depresyjnych myśli, zwłaszcza w porze wieczornej czy nocnej. Może występować w formie mniej lub bardziej nieokreślonego zagrożenia – poczucia, że „zagroza mi coś strasznego”, oczekiwania „czegoś najgorszego” lub też przybierać bardziej konkretne formy – lęku związanego z oczekiwaną operacją, zabiegami, hospitalizacją itp.*” (Kubacka-Jasiecka D. 1999 s. 148).

Holand (1993) wskazuje, że w chwili otrzymania diagnozy choroby nowotworowej pojawia się natychmiastowe skojarzenie z niewyobrażalnym cierpieniem i bólem, co wywołuje tak silny lęk, że przeważająca część pacjentów myśli o popełnieniu samobójstwa. W konsekwencji niewielu pacjentów dokonuje takiej próby, jednakże pozostawia sobie takie wyjście na czas, gdy objawy choroby staną się nie do zniesienia. Ryzyko popełnienia samobójstwa dotyczy przede wszystkim pacjentów depresyjnych, z zaburzeniami psychicznymi, wcześniejszymi próbami samobójczymi oraz brakiem wsparcia społecznego. (tamże).

W tym okresie jeszcze bardziej nasila się poczucie winy „widać Bóg karze mnie za popełnione aborcje”, „Gdybym nie oszukiwała, była lepszą matką, lepszym ojcem”.

Czym większe zaskoczenie rozpoznaniem choroby, jej zaawansowaniem i bardziej obciążającą formą leczenia, tym większe nasilenie dysfunkcji psychicznych. Na początku są one bardzo intensywne, z czasem wracają do względnej równowagi, aby w innej, trudnej sytuacji przebiegu choroby, ponownie powrócić.

Brewin (1977) opisał pięć różnych sposobów radzenia sobie z diagnozą choroby nowotworowej, które określał jako określone strategie zaradcze: (1) pacjent jest przekonany, że jest zabezpieczony przed chorobą; (2) postawa pacjenta wyrażająca radosny optymizm wymusza na chorym odrzucenie prawdy o chorobie; (3) pacjent pozornie chce prawdy o chorobie; (4) pacjent nie chce dyskutować na temat choroby i związanych z nią prognoz; (5) pacjent domaga się szczegółowych informacji i taka postawa wynika z podejrzliwości i poczucia niepewności.

Leczenie

Z chwilą podjęcia leczenia onkologicznego pacjenci odczuwają bardzo zmienne emocje. Z jednej strony pokazuje się nadzieja na wyzdrowienie, a z drugiej lęk przed skutkami ubocznymi leczenia i niepewnością dalszego losu.

Leczenie wymaga pobytu w szpitalu i poddania się wielu procedurom medycznym. Człowiek staje się częścią systemu opieki medycznej w wyniku czego traci poczucie odrębności i intymności. Konieczność przebywania z obcymi dotąd ludźmi, korzystania ze wspólnych toalet, brak intymności w rozmowie z lekarzem, szczególnie w sytuacji kiedy rozmowa odbywa się przy innych chorych, to tylko niektóre problemy, z którymi musi zmierzyć się chory człowiek.

W tym okresie wielu pacjentów odczuwa bardzo silne emocje gniewu, złości, bezradności, które są odpowiedzią na naruszenie, a nierzadko zburzenie dotychczasowego porządku i utraty kontroli w życiu.

W okresie przedoperacyjnym i zaraz po zabiegu, najczęściej występującą emocją jest lęk, który wynika z wyobrażeń dotyczących przebiegu samej operacji, niebezpieczeństwa ewentualnych powikłań oraz niepożądanych działań narkozy. W piśmiennictwie znajdziemy badania wskazujące na zależność pomiędzy przebiegiem okresu pooperacyjnego, a lękiem przedoperacyjnym. Wynika z nich, iż w okresie pooperacyjnym lepiej funkcjonują chorzy z umiarkowanym poziomem lęku przed operacją. (Burton i in., 1998; Jacobsen i in., 1990 cyt. za: De Walden-Gałuszko, 1998).

Niekorzystny jest również stan kiedy pacjent zupełnie nie odczuwa lęku i uruchamia wiele mechanizmów obronnych, które w konsekwencji mogą prowadzić do psychicznej dekompensacji chorego. Dekompensacja psychiczna jest wynikiem załamania się dotychczasowych

mechanizmów obronnych i może przejawiać się w postaci zaburzonych reakcji i zachowań, objawów psychopatologicznych i niesprawnego odgrywania ról społecznych.

Wszystkie okaleczające zabiegi chirurgiczne, m.in. mastektomie, wszelkiego rodzaju stomie, utrata kończyn, operacje w obrębie głowy i szyi, narządów rodnych, układu moczowego, płuc, żołądka, itp., to operacje, które z jednej strony są nieodzowne dla ratowania życia, a z drugiej znacząco obniżają jakość życia. (tamże).

Niemniej jednak operacja jest formą najlepiej psychicznie akceptowaną przez chorych. Przede wszystkim pacjenci uważają ją za najbardziej skuteczny sposób pozbycia się choroby. (de Walden-Gałuszko, 1998).

Wśród niekorzystnych następstw psychicznych radykalnego leczenia chirurgicznego raka piersi, jako dominujące reakcje emocjonalne wymienia się: strach, gniew, przygnębienie, a przede wszystkim lęk i depresję. (tamże). Zabieg chirurgiczny może również u pacjentów z wywiadem psychiatrycznym zaostrzyć przebieg chorób psychicznych. (De Walden-Gałuszko, 2011, s. 59) Dotyczy to, m.in. depresji, schizofrenii, nerwic lękowych. Często (3–4 dni po zabiegu operacyjnym) u pacjentów nadużywających alkoholu oraz starszych osób wrażliwych na niedotlenienie mózgu, zaburzenia elektrolitowe lub pewne grupy leków, zdarzają się ostre zaburzenia psychiczne w formie zaburzeń świadomości. (tamże).

Chemioterapia jest jednym z silniejszych czynników stresotwórczych i u 25–35% kobiet wywołuje poczucie zagrożenia. Niektórzy autorzy potwierdzają wprost proporcjonalną zależność pomiędzy poziomem depresji i lęku, a nasileniem skutków ubocznych leczenia chemioterapią. (Ślubowska, Ślubowski, 2008).

W literaturze tematu znajdziemy również badania, które wskazują, iż u kobiet poniżej 50. roku życia skutki uboczne związane z leczeniem chemioterapią m.in.: zaburzenia cyklu menstruacyjnego, zaburzenia seksualne (częstsze u kobiet), brak możliwości zajścia w ciążę stanowią poważniejszy problem psychologiczny niż u kobiet starszych. (Ślubowska, Ślubowski, 2008). (...) *U wielu kobiet, niezależnie od ich wieku, długotrwała chemioterapia budzi obawy, że choroba nie jest wyleczona, a nowotwór nie został całkowicie zlikwidowany. U pacjentek często obserwuje się poczucie rezygnacji, apatii, negatywne nastawienie do samej siebie i przyszłości, co może prowadzić do poważnych stanów depresyjnych.* (za tamże, s. 20).

De Walden-Gałuszko (2011, s. 65) podkreśla, iż niektóre cykle chemioterapii, ze względu na skutek neurotoksyczności stosowanych leków, mogą powodować objawy neuropsychiatryczne, m.in. zaburzenia poznawcze, emocjonalne, psychomotoryczne, zaburzenia świadomości i zmniejszenie libido. U niektórych pacjentów w okresie leczenia lub do roku po zakończonym leczeniu, występują zaburzenia pamięci roboczej – werbalnej, zaburzenia uwagi i spowolnienie procesów myślowych. (tamże).

Reakcje poznawcze i behawioralne na stres w sytuacji choroby onkologicznej

Wśród wielu definicji stresu psychologicznego najczęściej cytowaną w literaturze jest teoria Lazarusa i Folkmana (1984, s. 19), według których stresem psychicznym jest (...) *określona relacja między osobą a otoczeniem, która oceniana jest przez osobę, jako obciążająca lub przekraczająca jej zasoby i zagrażająca jej dobrostanowi.*

Ważnym wkładem w prace nad zrozumieniem stresu psychologicznego jest również teoria Hobfolla, którą autor nazwał „Modelem zachowania zasobów”, według której „stresem psychologicznym” jest reakcja na otoczenie, w którym występuje: groźba czystej utraty sił, rzeczywista utrata lub brak sił spowodowany wyeksploatowaniem. (Terelak, 2001).

Stres może wywołać sytuacja straty realnej i antycypowanej. Zdaniem autora wszelkie zmiany, stany przejściowe lub wymagania nie są stresujące same w sobie, o ile nie prowadzą do straty zasobów. Autor wyróżnił cztery rodzaje zasobów, których brak lub zagrożenie stanowi dla jednostki stres: zasoby będące przedmiotami (dom, samochód); zasoby okolicznościowe (udane małżeństwo, awans zawodowy); zasoby osobowe (odporność na stres); zasoby energetyczne (wiedza, pieniądze dzięki którym można pomnażać inne zasoby).

W oparciu o koncepcje stresu psychologicznego wielu autorów zajmujących się funkcjonowaniem psychicznym chorych onkologicznie podkreśla, że stres w chorobie nowotworowej można scharakteryzować, jako reakcję na zagrożenie życia i ważnych dla jednostki wartości. Wśród czynników stresogennych wymieniają również – bezradność, niepewność, utrudnianie realizacji celów życiowych, izolację oraz negatywne zmiany w obrębie własnej osoby (wygląd, możliwości fizyczne), jak i w obrębie najbliższego otoczenia. (Łosiak 1999, Holland 1989; Kubacka-Jasiecka 1999; Simonton 1993).

Gordon i Edwards (2009) podkreślają, że stres w poważnej chorobie somatycznej wynika ze złożoności, często nachodzących na siebie, sytuacji stresogennych. Przede wszystkim zmusza chorego do refleksji nad życiem, wprowadza wiele zmian i ograniczeń, weryfikuje zasoby zaradcze, ogranicza lub pozbawia ról społecznych, okalecza, co może mieć wpływ na samoocenę, ujawnia prawdę o życiu osobistym, zawodowym, powoduje poczucie degradacji i uprzedmiotowienia, wpływa negatywnie na kondycję fizyczną (ból, słabość), psychiczną (silne negatywne emocje, które mogą prowadzić do depresji), sprzyja poczuciu naznaczenia – stygmatyzacji chorobą, wymusza potrzebę opieki osób innych nad chorym, wpływa na izolację i nasila egocentryzm pacjenta.

Natomiast Barraclough (1997) wśród czynników, które mogą determinować silnie stresową reakcję na chorobę nowotworową wymienia: (1) zrozumienie istoty choroby i jej prognozy na przyszłość; (2) wiek, płeć i środowisko pacjenta; (3) przyczynę choroby („zawiniona” przez chorego lub „innych”); (4) objawy choroby i umiejscowienie zmian chorobowych; (5) bezpośredni wpływ choroby i jej leczenia na funkcje mózgu; (6) czynniki psychosocjalne jako konsekwencja zastosowanych metod leczenia (okaleczające operacje, utrata włosów, przedłużona przerwa w pracy, nudności i wymioty); (7) piętno choroby; (8) relacje pacjenta z zespołem lekarskim i pielęgniarskim; (9) osoba pacjenta (doświadczenia życiowe pacjenta, jego osobowość, stosunki rodzinne, religia oraz obecne położenie społeczne); (10) poważne zagrożenie życia; (11) przewidywanie dolegliwości i cierpienia; (12) utrata kontroli nad swoim życiem.

Beck wymienia pewne typy deformacji poznawczych człowieka, które szczególnie w sytuacjach kryzysowych wpływają na zachowania destrukcyjne, m.in.: katastroficzość, nadmierne uogólnienia, selektywne abstrahowanie, wyciąganie arbitralnych i negatywnych wniosków, powiększanie i pomniejszanie zdarzeń, rozumowanie oparte na emocjach, tworzenie tożsamości opartej na wadach lub nadmiernym zachwycie, wiązanie ze sobą doświadczeń, które nie mają ze sobą związku, myślenie dychotomiczne (białe albo czarne), postrzeganie siebie

jako ofiary zdarzeń, dyskwalifikowanie własnych pozytywnych cech. (1986, 1979, cyt. za: Pi-lecka, 2004).

Istotą sytuacji stresowych w chorobie przewlekłej jest ciągła obecność wymagań wewnętrznych i zewnętrznych, które są na granicy możliwości przystosowawczych jednostki lub przekraczających jej zasoby zaradcze. Nierzadko dotychczasowe sposoby radzenia sobie w sytuacjach trudnych okazują się niewystarczające, a niekiedy wręcz demotywuujące do podejmowania konstruktywnych działań.

W literaturze tematu można znaleźć wiele terminów na określenie działań człowieka zmierzających do redukcji stresu – zmaganie się ze stresem, procesy zaradcze lub mechanizmy obronne. Jednakże obecnie najpopularniejszym jest radzenie sobie ze stresem (doping with stress). Najbardziej znaną i najczęściej cytowaną koncepcją radzenia sobie ze stresem jest koncepcja Lazarusa i Folkman (1984). Według autorów radzenie sobie ze stresem jest: (...) *ciągłe zmieniający się wysiłek poznawczy i behawioralny, skierowany na specyficzne wymagania zewnętrzne i/lub wewnętrzne, które oceniane są jako obciążające lub przekraczające możliwości człowieka.* (za Terelak 2008, s. 302).

Radzenie sobie w tym ujęciu traktowane jest jako proces, gdzie aktywność zaradcza jednostki uruchamiana jest zawsze w określonym kontekście i warunkach sytuacyjnych. Zmiana w sytuacji skutkuje zmianami w doborze środków zaradczych. (tamże).

W chorobie nowotworowej zmaganie się ze stresem ma zawsze charakter bardzo indywidualny, a stosowane przez chorych środki zaradcze są kontynuacją wypracowanych i stosowanych jeszcze przed chorobą zachowań obronnych. Istnieje jednak wiele doniesień naukowych wskazujących na zbieżny obraz funkcjonowania pacjentów onkologicznych w obszarze stosowanych mechanizmów obronnych i określonych strategii adaptacyjnych. (Kubacka-Jasiecka, 1999).

Ważnym kryterium, często pomijanym, w rozważaniach nad radzeniem sobie w sytuacjach kryzysowych jest problem naruszenia indywidualnych etapów rozwojowych człowieka, które wyznaczają dynamikę rozwoju jednostki na wielu płaszczyznach – fizycznej, psychicznej i społecznej. Od chwili poczęcia człowiek dąży do aktualizacji samego siebie. Aktualizacja ta obejmuje zmiany na poziomie zachowania, na poziomie struktur umysłowych, w strukturze osobowości oraz w interakcjach osoba–otoczenie. Dlatego nie jest bez znaczenia, w którym okresie życia jednostka doświadcza poważnego kryzysu.

Nastolatki i młodzież przystosowują się do choroby przewlekłej ambiwalentnie. Z jednej strony buntują się przeciw ograniczeniom, nie godzą się ze stygmatem chorego na raka, a z drugiej mają ogromną nadzieję na wyzdrowienie.

Osoby wchodzące w okres wczesnej dorosłości, związany z próbą zmierzenia się z problemami dorosłości – szukanie pracy, partnera życiowego, budowania życia na swój rachunek, w sytuacji choroby doświadczają kryzysu tożsamości. Nasuwają się pytania „Kim teraz jestem?”, „Jak mam teraz żyć?”

Okres właściwej dorosłości rozpoczyna się po 30. roku życia. Cechuje się względną stabilizacją, kreatywnością, potrzebą dokonań, rozszerzeniem kręgów społecznych, pracą zawodową i pełnieniem różnych ról zawodowych oraz życiem rodzinnym i wzrostem odpowiedzialności za podejmowane decyzje. Osoba dorosła podejmuje i realizuje wiele zadań życiowych. Pomaga nastoletnim dzieciom stać się szczęśliwymi i odpowiedzialnymi dorosłymi. Osiąga

pełną dojrzałość społeczną i obywatelską odpowiedzialność. Osiąga i stara się utrzymać satysfakcjonującą działalność w karierze zawodowej. Choroba w takim okresie życia staje się poważnym ograniczeniem w realizowaniu wyznaczonych celów oraz zbyt wcześnie stawia człowieka w pozycji osoby zależnej od otoczenia.

Nie mniejsze problemy dotyczą ludzi starszych, którzy wchodzą w okres życia związany z zakończeniem aktywności zawodowej, kryzysem związanym z samotnością, słabszym zdrowiem, ograniczeniem możliwości życiowych. Dodatkowe ograniczenia, wynikające z choroby, jeszcze bardziej naruszają poczucie bezpieczeństwa, a nawet tożsamości.

Ze względu na odmienność osób chorujących na choroby onkologiczne zmaganie się ze stresem ma zawsze charakter bardzo indywidualny. Niemniej jednak stosowane przez chorych środki zaradcze są zazwyczaj kontynuacją wypracowanych i stosowanych jeszcze przed chorobą zachowań obronnych. Istnieje jednak wiele doniesień naukowych wskazujących na zbieżny obraz funkcjonowania pacjentów onkologicznych w obszarze stosowanych mechanizmów obronnych i określonych strategii adaptacyjnych. (Kubacka-Jasiecka 1999, s. 143–179).

W piśmiennictwie znajdziemy wiele teorii dotyczących stosowanych sposobów zaradczych w sytuacji choroby przewlekłej.

Moosa i Tsu przedstawili klasyfikację głównych celów adaptacyjnych w przypadku przewlekłej choroby somatycznej. Autorzy wymienili dwie grupy: pierwsza dotyczy choroby i skupiona jest na przezwycięzeniu bólu, niedogodności wynikających z choroby, hospitalizacji, zaakceptowania ograniczeń, budowania relacji z personelem medycznym. Druga grupa dotyczy ogólnych celów adaptacyjnych, które dotyczą zachowania równowagi emocjonalnej, pozytywnego obrazu siebie, zadawalających relacji z bliskimi, przyjaciółmi, jak i adaptowania się do życia z nieprzewidywalną przyszłością. Wszystkie wymienione cele adaptacyjne są realizowane poprzez: zaprzeczenie, minimalizowanie powagi sytuacji, poszukiwanie informacji dotyczących choroby, poszukiwanie wsparcia emocjonalnego, wyznaczanie konkretnych celów do realizacji, uczenie się stosowanych w procesie leczenia procedur medycznych, poszukiwanie alternatywnych sposobów leczenia oraz sensu zaistniałej sytuacji. Autorzy zaznaczają, że nie ma żadnej kolejności stosowanych form radzenia sobie oraz że żadna z nich nie gwarantuje pozytywnej redukcji sytuacji stresowej. (1977, za: Łosiak 1999 b).

Weisman i Worden (1975) opisali przystosowanie pacjentów onkologicznych przez pierwsze trzy miesiące po rozpoznaniu raka i nazwali ten okres „ciężkim położeniem egzystencjalnym”. Wyodrębnili oni trzy stadia adaptacyjne do diagnozy onkologicznej: (1) reakcja inicjująca – pojawiają się symptomy niewiary, zaprzeczania („nietrafna diagnoza”, „pomylenie wyników badań”) lub oznaki desperacji („leczenie nie ma sensu”); (2) stadium charakteryzuje się dysforią, lękiem, depresją, jadłowstrętem, bezsennością, zaburzeniami koncentracji i trwa zwykle 1–2 tygodnie, choć występuje tu pewna zmienność; (3) stadium trzecie cechuje adaptacja i w okresie tym następuje przystosowanie, gotowość na przyjęcie nowych informacji, konfrontacja uzyskiwanych wyników, znajdowanie podstaw do optymizmu, podjęcie na nowo aktywności.

Greer w oparciu o doświadczenia pracy z pacjentkami z nowotworem piersi opisał następujące kategorie postaw w sytuacji stresu choroby: (1) fatalizm (stoicka akceptacja) – występujący najczęściej. Przejawia się to w postawie przyjęcia choroby, jako zrzędzenia losu, nieokazywania emocji i bardziej intensywnego życia niż przed chorobą; (2) pozytywne unikanie

(dawniej zwane zaprzeczeniem) charakteryzuje się „lekceważeniem” powagi choroby „nie ma co przesadzać, aż tak źle nie jest”; (3) poczucie bezradności i beznadziejności, które odnosi się do pasywnego poddania się chorobie. Chorzy przyjmują zalecenia związane z leczeniem, ale sami nie przejawiają inicjatywy, np. jeżeli nie zostaną wprost zapytani o jakiś objaw, to sami tego nie zgłaszają. Taka postawa chorych prowadzi często do depresji; (4) postawa „walczącego ducha” – chory szuka informacji o możliwościach pomocy sobie w chorobie (np. dieta, psychoterapia, ćwiczenia), bierze czynny udział w podejmowaniu decyzji, co do leczenia, żyje pełnią życia, stawia sobie cele „pragnę żyć do... ślubu córki, komunii wnuczki”; (5) niespokojna troska – ciągle niepokój o swoje zdrowie i życie. Nawet w stanie remisji oczekiwanie na nawrót. Badania potwierdzają, że postawa „ducha walczącego” daje szansę na dłuższe przeżycie, natomiast dużo gorsze rokowanie związane jest z postawą „bezzadności – bez nadziei”. (Barraclough 1997).

Szczególnie często występującym mechanizmem obronnym na wszystkich etapach choroby nowotworowej jest zaprzeczenie, które (...) polega na tym, że chory nie przyjmuje do wiadomości faktu zachorowania lub konsekwencji choroby mimo dostępnych informacji i intelektualnych możliwości ich wykorzystania. (Strelau 2000b, s. 519).

Odrzucenie informacji o chorobie ma zazwyczaj charakter nieświadomy i spełnia rolę emocjonalnej samoobrony, dzięki której jednostka otrzymuje czas potrzebny do zaakceptowania nowej rzeczywistości. Niestety w dłuższym przedziale czasu zaprzeczenie łączy się ze strategią przypisywania bardziej pozytywnego obrazu sytuacji choroby, aniżeli ma to miejsce w rzeczywistości. (Greer 1992). Opisywane w literaturze przykłady zaprzeczenia chorobie lub sytuacjom z niej wynikających, zaskakują odpornością chorego, a nierzadko również jego rodziny, na racjonalne argumenty i nierzadko charakteryzują się dramatyczną formą. (Strelau 2000). Przedłużająca się reakcja zaprzeczenia chorobie, broniąc chorego przed lękiem jest zarazem antagonistą w stosunku do instrumentalnej funkcji radzenia sobie.

W reakcji na chorobę i związane z nią różne wydarzenia mogą pojawić się inne formy mechanizmów obronnych – szukanie racjonalnego wytłumaczenia na występujące dolegliwości, dalekie od związku z chorobą, tłumienie (niczego się nie boję), wyszukiwanie tylko pomyślnych informacji o chorobie z pominięciem informacji trudnych, projekcja, czyli przypisywanie własnych emocji innym ludziom, sublimacja, dzięki której nieakceptowane emocje zmienia się w bardziej akceptowane, magiczne myślenie – przejawiające się przypisywaniu zdrowotnego działania jakimś przedmiotom lub zachowaniom np. picie „cudownych” mikstur, regresja – powrót do wcześniejszych stadiów dojrzałości psychicznej np. bezradnego dziecka, konwersja – ekspresja tłumionych emocji w postaci objawów fizycznych. (Kubler-Ross 1998; Simonton 1993; Holland 1989; Barraclough 1997).

Kubler-Ross (1998) na podstawie wieloletniej pracy z pacjentami onkologicznymi, wyodrębniła pięć etapów reakcji emocjonalnych na chorobę nowotworową, które mogą odgrywać funkcje adaptacyjne. Ich istota sprowadza się do: (1) – **stadium – szok, niedowierzenie**, zaprzeczenie – połączone z zaburzeniem integracji wszystkich funkcji psychicznych. W tym okresie często występują nieprzemysłane decyzje, próby samobójcze, zaburzenia zachowania. Towarzyszą im często bezsenność, brak łaknienia i inne zaburzenia wegetatywne. Następnie pojawia się (2) – **stadium – gniew, bunt**: dlaczego ja? – pytania do Boga, losu, pretensje do lekarzy, otoczenia itp. Gniew jest siłą mobilizującą ustrój do walki, jest źródłem energii i ak-

tywności, tak więc właściwie wykorzystany może stać się siłą mobilizującą do walki z chorobą. Ale też nieprzepracowany w procesie adaptacji, bez kontroli może być siłą zwróconą przeciwko sobie lub otoczeniu; (3) – **stadium: układy, pertraktacje** – są to próby układania się z losem, z opatrnością, Bogiem. Zawierają w sobie myśl o nagrodzie ofiarowanej za „dobre zachowanie” oraz niedopowiedzianą obietnicę nie proszenia o więcej, jeśli uzyska się jedno; (4) – **stadium: depresja** związana z przeżywaniem lęku, obniżeniem nastroju i poczuciem winy; (5) – **stadium** szeroko rozumianej, nie zawsze pozytywnej, akceptacji zaistniałej sytuacji. Autorka zastrzega, że nie muszą one występować w jakimś logicznym porządku i na różnych etapach rozwoju choroby mogą one powracać.

Bardzo ważne badanie dotyczące adaptacji poznawczej do choroby przeprowadziła jedna z czołowych postaci amerykańskiej psychologii zdrowia Taylor. Na podstawie obserwacji pacjentek z nowotworem piersi opisała trzy fazy przystosowania do zagrożenia. Pierwsza faza, to poszukiwanie znaczenia zaistniałej sytuacji, co dokonuje się poprzez atrybucję przyczyny (stwierdzoną u 98% badanych pacjentek, ale tylko 60% u ich współmałżonków) oraz przewartościowania swojego dotychczasowego życia (50% badanych). Druga faza, to próby uzyskania, chociaż częściowej kontroli nad sytuacją zagrażającą, co nierzadko przejawia się poprzez sprawowanie kontroli nad domniemaną przyczyną choroby i prowadzi do przekonania, iż jest się w stanie zapobiec nawrotowi choroby (2/3 pacjentek wierzyło we własną kontrolę nad chorobą, reszta przypisywała taką rolę lekarzowi). Taka postawa obniża poziom lęku przed ponownym ewentualnym zachorowaniem. Trzecia faza obejmuje wysiłki zmierzające do odzyskania poczucia swojej wartości. Najczęściej używaną strategią, w prawie 100% badanych, były „porównania w dół” – z osobami, które są w gorszej sytuacji. Trzecią fazę określiła autorka pojęciem selektywnej ewaluacji i opisała pięć zachodzących w tej fazie mechanizmów: porównywanie w dół, kreowanie hipotetycznie gorszego świata, wybiórcze koncentrowanie się na pozytywnych aspektach sytuacji, poszukiwanie korzystnych efektów przykrego doświadczenia oraz budowanie obrazu swojej osoby, która radzi sobie z trudnościami. (1983, cyt. za: Łosiak 2008, s. 186). Według autorki opisane mechanizmy obronne, szczególnie tworzenie złudzeń i tendencyjne reinterpretacje, przynoszą pacjentom więcej korzyści niż szkody. Tłumacząc taki sposób podejścia faktem, iż nawet w przypadku, gdy takie myślenie nie zmieni realnej sytuacji chorego, to chociaż chwilowo poprawia jego nastrój. Ponadto autorka twierdzi, że ludzie są przyzwyczajeni do tego, że wiele ludzkich oczekiwań nie zawsze się potwierdza. Poznawcza koncepcja Taylor spotkała się ze sprzeciwem ze strony wielu autorów, którzy prezentują przekonania o pozytywnej roli realistycznej oceny siebie i świata. (tamże).

Łosiak (1993) przeprowadzając badania pacjentów onkologicznych w klinice chirurgicznej, wyodrębnił osiem form zmagania się ze stresem: (1) przemiana, która charakteryzuje się dokonywaniem przez pacjenta zmian w swoim życiu, wyznawanej dotychczas hierarchii wartości i celów życiowych. Zmiany te mają na celu ułatwienie jednostce dostosowania się do sytuacji choroby; (2) obwinianie siebie, polegające na szukaniu w sobie, swoich wcześniejszych zachowaniach powodu powstałej choroby. Zachowania takie są pełne autoagresji; (3) koncentracja na problemie, obejmuje zachowania skupione na rozwiązywaniu problemów związanych z chorobą. Są one stosowane przez osoby mające kontrolę nad sytuacją, swoimi emocjami; (4) ucieczka – fantazjowanie, obejmuje działania ucieczkowe, niedopuszczające do siebie negatywnych myśli i przeżyć. Takie zachowania mają na celu chwilową poprawę sa-

mopoczucia; (5) wzorowanie się na innych, polegające na stosowaniu zachowań, które stosowała lub stosują ludzie znaczący dla chorego. Chory dopuszcza inny punkt widzenia, potrafi z niego skorzystać i dzięki temu racjonalnie podejść do problemu; (6) rezygnacja, to bierne poddanie się chorobie; (7) odreagowanie, wiąże się z rozładowaniem negatywnych emocji. Dzieje się to na kilka sposobów: rozmowa, ekspresja negatywnych emocji lub zaangażowanie innych osób w problem; (8) kontrolowanie emocji, ukierunkowane na tłumienie własnych negatywnych emocji (eliminowanie emocji w działaniach, niedopuszczanie silnych negatywnych myśli do siebie). Jednostka dąży do racjonalnego rozwiązywania problemów, a przez to do utrzymania równowagi emocjonalnej. Dokonując porównania stosowanych strategii w grupie pacjentów onkologicznych i nieonkologicznych znajdujących się na oddziale chirurgicznym, autor wskazuje, iż formę ucieczki – fantazjowania w większym stopniu stosują pacjenci z rakiem. Natomiast w dużo niższym stopniu stosują strategie wzorowania się na innych i odreagowania. Porównanie form zmagania się na początku hospitalizacji i po upływie tygodnia ujawniły, iż w grupie pacjentów onkologicznych nastąpiło zmniejszenie stosowanych czterech form: przemiany, koncentracji na problemie, obwiniania siebie oraz ucieczki – fantazjowania. (Łosiak 1999b, s. 189–192). Analizując osiem form zmagania się stosowanych przez pacjentów chirurgicznych, wyodrębniono trzy wzory zachowań pacjentów: (1) obronno-bierny, w którym dominują dwie formy, ucieczka – fantazjowanie i rezygnacja. (2) obronno-aktywny, który charakteryzuje się dużą intensywnością stosowania poszczególnych form zmagania się. Pacjenci korzystający z tej formy, z jednej strony stosują formy obronne, takie jak: ucieczka, fantazjowanie, obwinianie siebie, rezygnacja, odreagowanie, a z drugiej stosują formy racjonalne, które są skoncentrowane na problemie i kontroli emocji. (3) racjonalny, charakteryzuje się również dużą intensywnością stosowanych form, ale w przeciwieństwie do pozostałych wzorów zachowań, szczególnie drugiego, skupiony jest na formach racjonalnych: koncentracja na problemie, przemiana, wzorowanie się na innych i kontrolowanie emocji. Jednocześnie przy tak racjonalnym podejściu do problemu choroby, chorzy przypisują sobie winę za zachorowanie, co skutkuje w stosowaniu formy ucieczki – fantazjowania. (tamże).

Wśród innych stosowanych strategii radzenia sobie ze stresem, szczególnie w chorobach przewlekłych, podkreśla się niemalą rolę religijności jednostki (religious copy). Poprzez religijne radzenie sobie w konfrontacji z sytuacją trudną rozumie się wykorzystanie elementów religijnych. (Janowski 2006) Wśród pozytywnych strategii religijnego radzenia sobie, wymienia się: (1) – pozytywna reinterpretacja religijna polegająca na przedefiniowaniu stresora poprzez religię jako niezagrażającego i potencjalnie korzystnego; (2) – reinterpretację możliwości Boga, który może wpłynąć pozytywnie na sytuację; (3) – współpraca z Bogiem, dająca poczucie odzyskania kontroli; (4) – poszukiwanie wsparcia duchowego; (5) – poszukiwanie wsparcia u osób duchownych lub ze wspólnot modlitewnych; (6) – pomaganie religijne innym potrzebującym; (7) – religijne wybaczenie – odsunięcie gniewu, poczucia krzywdy, lęku; (8) – nawrócenie religijne, (9) – uczestnictwo w życiu religijnym. (tamże, s. 33–34).

Jeszcze innym sposobem radzenia sobie ze stresem choroby jest nierealistyczny optymizm (Weinstein 1980) i wiara w sprawiedliwy świat (Lerner 1980). Przekonanie o posiadaniu większych szans od innych na uniknięcie negatywnych wydarzeń losowych prawdopodobnie wiąże się z poczuciem „zasługiwania” na pomyślność losu. Nierealistyczny optymizm pełni funkcje obronne: tłumi lęk przed nieprzewidywalnym. Może jednak prowadzić do za-

chowań ryzykanckich (zgodnie z powiedzeniem: mnie nic złego nie może się przydarzyć) lub niepodejmowania zachowań obronnych, profilaktycznych (Stojanowska, s. 3).

Wybrane aspekty lęku i depresji w chorobie nowotworowej

Lęk

Dominującą emocją na wszystkich etapach choroby jest wszechogarniający lęk, a w jego konsekwencji depresja. (de Walden-Gałuszko 1992; Holland 1989; Barraclough 1997; Kopyczyńska-Tyszko 1999; Massie 1989b; Holland 1988).

Lęk jest to negatywny stan emocjonalny związany z przewidywaniem nadchodzącego z zewnątrz lub pochodzącego z wewnątrz organizmu niebezpieczeństwa, objawiający się jako niepokój, uczucie napięcia, skrępowania, zagrożenia. (Gerrig, Zimbardo 2009).

Reakcja lękowa obejmuje obszar psychiczny (poczucie napięcia i niepokoju, brak możliwości odprężania się), obszar behawioralny (niepokój ruchowy, podniecenie psychoruchowe, osłupienie, drżenie rąk, problemy z zasypianiem lub koszmary senne) oraz obszar wegetatywno-somatyczny (rozszerzone źrenice, suchość w jamie ustnej, kołatanie serca, wzmożona potliwość, przyspieszony oddech, podwyższone ciśnienie krwi, „kluchę w gardle”, nudności, bóle brzucha, biegunkę). Wymienione objawy jeszcze bardziej pogłębiają niepokój i poczucie zagrożenia pacjentów i często są identyfikowane jako pogorszenie stanu zdrowia i oznakę przerzutów lub nawrotu choroby. (Massie 1989).

Lęk kliniczny różni się od „normalnego” między innymi tym, że jest nawracający i uporczywy, a jego natężenie jest nieadekwatne do obiektywnie istniejącego zagrożenia. W konsekwencji powoduje bezradność i niezdolność do podejmowania skutecznych środków zaradczych oraz upośledza funkcjonowanie psychospołeczne lub fizjologiczne. (Lewis i wsp. 2005).

Lęk zaburza proces myślenia, co często prowadzi do niewłaściwej oceny okoliczności, prowadzi do uporczywego nawracania do sytuacji, która wyzwała niepokój. Niepokojące myśli mogą występować w formie nękających, niekontrolowanych niepokojów, refleksji, pytań itp. Pod wpływem lęku skraca się dystans do wielu sytuacji życiowych, do samego siebie, co generuje jeszcze większy niepokój i poczucie osaczenia. (Vickberg i wsp. 2000).

Reakcje lękowe zależą w dużej mierze od cech osobniczych chorego, od wieku, płci (młody wiek zachorowania skutkuje wyższym poziomem lęku), wcześniejszych epizodów depresyjnych, lekowych, innych współtowarzyszących problemów (choroba osoby bliskiej, opieka nad chorym, śmierć osoby znaczącej), nadania subiektywnego znaczenia utraconemu narządowi, stopnia okaleczenia, i wszystkich zmiennych chorobowych, które dostarczają niepokojących informacji (stadium zaawansowania, ilość hospitalizacji, zmiany nieskutecznej terapii). (de Walden-Gałuszko 2001; Araszkiewicz i wsp. 2004, Friedman 1994).

Lęk psychiczny w odpowiedzi na chorobę nowotworową ma charakter antycypacyjny i podporządkowuje percepcję i zachowania chorego. (...) Czasami może ulegać spotęgowaniu, spiętrzeniu pod wpływem negatywnych, depresyjnych myśli, zwłaszcza w porze wieczornej czy nocnej. Może występować w formie mniej lub bardziej nieokreślonego zagrożenia – poczucia, że „zagraża mi coś strasznego”, oczekiwania „czegoś najgorszego” lub też przybierać bardziej konkretne formy – lęku związanego z oczekiwaną operacją, zabiegami, hospitalizacją itp. (Kubacka-Jasiecka D 1999 s. 148).

Łosiak (1984) opisuje trzy mechanizmy lęku: (1) – gdy występuje nadmierna stymulacja bodźców, np. bólowych, ale również związanych z ilością badań i nowych informacji, (2) – gdy pojawia się niezgodność poznawcza – sprzeczność pomiędzy tym, co człowiek wiedział o sobie, swoich możliwościach przed chorobą, a koniecznością weryfikacji tej wiedzy „zawsze byłem zdrowy i silny”, (3) – gdy jednostka nie może poradzić sobie z napięciem psychicznym.

Według Holland lęk w chorobie nowotworowej stanowi najbardziej pospolitą formę odpowiedzi na stres choroby. Jego obecność ocenia się w czterech wzajemnie przenikających się wymiarach – jako: (1) lęk sytuacyjny, związany z antycypacją i stosunkiem do potencjalnie okaleczających skutków choroby lub jej leczenia; (2) związany z chorobą; (3) związany z leczeniem; (4) związany z wcześniejszą obecnością zaburzeń lękowych, często zaostrzających się w takich wypadkach. Autorka wskazywała, iż źródłem lęku sytuacyjnego jest każda nowa, trudna, zaskakująca lub niezrozumiała dla pacjenta sytuacja – wszystkie procedury diagnostyczne związane z chorobą, okres oczekiwania na diagnozę, ocena stopnia zaawansowania choroby, procedur związanych z informowaniem pacjenta o chorobie i jej przebiegu, czas oczekiwania na zabieg operacyjny, konflikty, zaburzenia komunikacji z członkami rodziny, opiekunami, personelem, sytuacje kryzysowe związane z leczeniem lub ze stwierdzoną progresją choroby, a także, po uzyskaniu remisji, strach przed nawrotem. (Araszkiewicz 2004).

Nowicki i Rządowska (2005) w przeprowadzonych badaniach na grupie 100 pacjentów onkologicznych (nowotwór piersi, nowotwór płuc) w kierunku depresji i lęku wykazali, iż po otrzymaniu diagnozy 91% pacjentów cierpiało z powodu lęku. Według autorów na nasilenie depresji i lęku miały wpływ takie czynniki, jak: posiadanie dzieci, posiadanie partnera i wykształcenie. Pacjenci mający dzieci, zarówno wymagające opieki, jak i samodzielne, rzadziej reagowali depresją o różnym nasileniu, a natężenie lęku było u nich mniejsze, natomiast wśród bezdzietnych nie było osób bez objawów depresji i nieodczuwających lęku. Podobny wpływ miało posiadanie partnera. Nasilenie objawów depresji i lęku było większe u pacjentów samotnych.

Natomiast Barraclough (1997) podkreśla, iż zdecydowanie więcej niepokoju i lęku w chorobie nowotworowej przejawiają kobiety, które nie założyły jeszcze rodziny lub założyły ją krótko przed chorobą i te, które mają małe dzieci.

Istnieją jednak badania, wskazujące, na fakt, iż młodsze kobiety mają więcej sił witalnych, większe wsparcie społeczne, wykazują się większą odwagą i bardziej racjonalnie traktują życie, a także w stosunku do starszych chorych mają większe szanse na wyleczenie. (De Walden-Gałuszko 1998; Mor 1994).

Inne badanie wykazało, że wśród pacjentów cierpiących na chorobę nowotworową już w pierwszym dniu leczenia, niepokojąco duży procent chorych (85%) wymagał udzielenia kompleksowej pomocy ze względu na manifestowanie objawów nadmiernego zmęczenia, depresji, bólu czy lęku. Objawy te wpływały niekorzystnie na wolę walki chorego i podważały wiarę w możliwości leczenia i stawały się źródłem cierpienia chorego. Niepokojąco duża liczba pacjentów zgłaszała zmęczenie, czasami określane, jako „najgorsze jakie można sobie wyobrazić”. (Pyk i wp. 2003).

Rozważając problem lęku pacjentów onkologicznych nie można pominąć faktu, iż lęk w chorobie nowotworowej ma też swoje podłoże organiczne m.in. zaburzenia gospodarki metabolicznej (hipoglikemia, hiperkalcemia, skrócenie oddechu, duszność oraz powikłania,

jak: zapalenie płuc, zatorowość płucna, posocznica, zaburzenia rytmu serca, zaburzenia świadomości), uwalnianie z komórek nowotworowych hormonalnie czynnych substancji (np. *pheochromocytoma*, guzy trzustki, gruczolaki tarczycy, gruczolak przytarczyc, guzy wydzielające hormon adrenokortykotropowy oraz *insulinoma*) i lokalizacji guza (ośrodkowy układ nerwowy). (Massi 1989, cyt. za: Kubacka Jasiocka, Łosiak 1999, s. 151).

Lęk jest również odpowiedzią na ból, który w chorobie nowotworowej jest bardzo zróżnicowany i nierzadko ma charakter przewlekły. Częstą reakcją na ból jest poczucie bezradności i antycypowany lęk, podporządkowujący myślenie chorego wokół tego, jak bardzo będzie bolało i jak w związku z tym będzie wyglądało życie chorego. W miarę narastającego bólu następuje „inkubacja lęku”, rozwijająca reakcje lękowe. (Epstein 1972). (...) Reakcja na ból u osób sprawnych umysłowo zależy w dużym stopniu od oceny poznawczo-wartościującej (z czym wiążą się funkcje uwagi, pamięci doświadczenia bólu, motywacji oraz hierarchii wartości). Sposób myślenia człowieka o bólu warunkuje w dużym stopniu rodzaj oraz natężenie jego reakcji emocjonalnych: lęku, przygnębienia, gniewu. (De Walden-Gałuszko 2007, s. 68).

Dlatego też w grupie pacjentów z chorobą nowotworową ważną kwestią jest rozróżnienie lęku pojmowanego jako fizjologiczna, normalna reakcja na trudną sytuację (np. wobec świadomości zagrożenia życia towarzyszącej rozpoznaniu i leczeniu choroby nowotworowej) od lęku o charakterze patologicznym, wymagającego pomocy psychologicznej lub psychiatrycznej.

W diagnostyce „różnicowej” powinno się uwzględnić następujące czynniki:

- ✓ nasilenie lęku (patologiczny znacznie utrudnia racjonalne postępowanie pacjenta)
- ✓ adekwatność reakcji lękowej w stosunku do przyczyny i czasu trwania bodźca (w patologicznym lęku często brak takiej adekwatności)
- ✓ brak spójności w zakresie płaszczyzn objawowych lęku (psychicznej, behawioralnej, wegetatywno-somatycznej)
- ✓ uwikłanie wegetatywno-somatyczne objawów lęku z rzeczywistymi objawami schorzeń somatycznych (źle kontrolowany ból, zaburzenia metaboliczne, hipoglikemia, krwotok wewnętrzny, lęk wywołany steroidami, niepokój fizyczny i psychiczny związany z działaniem neuroleptyków, odstawienie leków, obecność guzów z hormonalną aktywnością wydzielniczą – tarczycy). (Majkovicz 2008.).

Depresja

Choroba nowotworowa jej dynamika i długość działania stresorów powoduje u wielu pacjentów poczucie bezradności, a brak osobistego wpływu na przezwyciężanie choroby i wynikających z niej ograniczeń może pogłębiać bierną postawę wobec całego procesu leczenia i prowadzić do reakcji depresyjnych (Trzebiatowska 2000).

Depresja jest jednym z najbardziej powszechnych zaburzeń psychicznych i często współistnieje z innymi chorobami. Encyklopedyczny słownik psychiatrii definiuje depresję jako (...) Chorobowe zaburzenie życia uczuciowego, którego osiowym objawem jest dominujące uczucie smutku, przygnębienia, zniechęcenia oraz ujemny ton uczuciowy towarzyszący ogółowi przeżyć. (Korzeniowski, Pużyński 1986, s. 99).

Natomiast Kępiński (1985) opisał obraz depresji za pomocą dwóch pojęć: kolorytu i metabolizmu informacyjnego. Koloryt depresji charakteryzują przeżywane w niej uczucia:

smutku, przygnębienia, przytłoczenia ciężarem życia, poczucia krzywdy, winy, a także emocje lęku i gniewu. Przygaszony koloryt depresji odpowiedzialny jest za utratę wizji przyszłości, a w związku z tym: za zaburzenia układu samokontroli. Natomiast pojęcie metabolizmu informacyjnego zawiera zjawiska aktywności życiowej jednostki i dotyczy zjawisk związanych z aktywnością zewnętrzną. Określa on charakter stosunków z otoczeniem, odbiór bodźców, przyjęcie postawy „do” lub „od” i dynamikę życiową jednostki.

Ryzyko wystąpienia stanów depresyjnych zależne jest od wielu czynników psychospołecznych, takich jak: wysoki poziom lęku, wcześniejsze narażenie na uraz psychiczny, mała odporność na stres, osobiste i rodzinne problemy, brak wsparcia społecznego, niski poziom wykształcenia, niestabilizowana sytuacja zawodowa, finansowa itp. (Massimo 2007).

Według Becka (1967) podstawowym schematem poznawczym w depresji jest tzw. triada poznawcza: negatywne myśli o sobie, o świecie i o przyszłości. Takie poglądy są przyczyną niskiej samooceny oraz emocjonalnych i fizycznych objawów charakterystycznych dla depresji. Drugim mechanizmem depresji są systematycznie dokonywane błędy logiczne w procesie wnioskowania, które sprzyjają pogorszeniu się samopoczucia i uniemożliwiają obiektywną ocenę sytuacji przez jednostkę.

Przyczyny depresji mogą być różne – od typowych (śmierć bliskiej osoby, wypadek, choroba, porzucenie) po specyficzne, związane z tym co dla danej osoby było ważne, a co utraciła (praca, zdrowie, majątek). (Massi 1989).

Podobnie problem depresji ujmuje Kępiński (1974), który za jej główne przyczyny uważa straty i urazy godzące w związki uczuciowe z innymi i z własną osobą oraz zachwianie obrazu własnej osoby.

Wśród przyczyn powodujących zaburzenia depresyjne u pacjentów z nowotworem wymienia się: poczucie zagrożenia życia, niepewność dotyczącą najbliższej przyszłości, utratę kontroli nad własnym życiem, niedostateczna liczba informacji dotyczących choroby i możliwości leczenia, utrata celu i sensu życia (stygmatyzacja), poczucie izolacji. Depresję potęguje bezsilność wobec choroby. Brak osobistego wpływu na przezwyciężanie choroby może pogłębiać bierną postawę wobec całego procesu leczenia (Maguire 1997).

Derogatis i wsp. (1983) stwierdzili u 47% pacjentów onkologicznych obecność poziomu zaburzeń spełniającego kryteria diagnostyczne – u 32% zaburzenia lękowo-depresyjne (adaptacyjne), u 6% epizod wielkiej depresji, u 4% organiczne zaburzenia nastroju, a u 3% zaburzenia osobowości w części przypadków współistniejące z nadużywaniem alkoholu. Spośród pacjentów 2% prezentowało izolowane zaburzenia lękowe.

Na reakcje depresyjne mają wpływ również czynniki bezpośrednio związane z zabiegami medycznymi chemioterapii, radioterapii, czy też odizolowanie w sytuacji leczenia aplikatorami, zawierającymi izotopy promieniotwórcze. Według Bukberga i wsp. (1984) przyczyną depresji u części chorych onkologicznie jest zły stan fizyczny.

Poważnym problemem w diagnozowaniu depresji u pacjentów nowotworowych jest przypisywanie symptomów, np. obniżonego nastroju, braku łaknienia, zaburzenia okołodobowego snu, jako naturalne w sytuacji choroby nowotworowej. Niekiedy obserwuje się (...) zespół depresyjny nietypowy – w jego obrazie klinicznym pojawiają się bardzo różne objawy somatyczne (ból, wrażenie duszności, parestezje itp.), a zaburzenia snu przybierają nierzadko formę wzmożonej senności całonocowej lub odwrotnie – całkowitej bezsenności. Ten typ

depresji bywa nazwany depresją maskowaną, ponieważ często jest nierozpoznawalna i leczona błędnie jako choroba somatyczna (de Walden-Gałuszko 2003 s. 88).

Massi (1989b) podkreśla, że żaden aspekt stanu psychicznego pacjenta onkologicznego nie jest tak trudny do oceny jak depresja, która w tak negatywny sposób wpływa na psychofizyczne funkcjonowanie pacjenta. Dlatego też rozpoznanie patologicznego poziomu depresji powinno być prowadzone jako decydujący aspekt leczenia i opieki nad pacjentem.

Według Holland (1989a) przyczyny małej rozpoznawalności depresji u pacjentów onkologicznych należy doszukiwać się w uznawaniu depresji jako normalną reakcją na chorobę, maskowanie depresji objawami somatycznymi, mylenie depresji ze stanami smutku, lęk przed rozmową o depresji z pacjentem i oczekiwanie, że pacjent sam poruszy ten problem.

Według badań przeprowadzonych przez Sharpe i Stronga (2004) tylko u 49% pacjentów onkologicznych, cierpiących na depresję, zaburzenie to jest wykrywane, u 42% jest podejmowane leczenie depresji. Terapia skuteczna jest tylko w przypadku 15% pacjentów.

Depresja u pacjentów onkologicznych ma szczególnie negatywny wpływ na funkcjonowanie w chorobie i może utrudniać podejmowanie decyzji dotyczących leczenia, zaangażowania w leczenie, relacje w rodzinie, jak również z personelem medycznym oraz wprowadza zaburzenia w obrazie choroby, gdzie pewne zaburzenia somatyczne wynikające z depresji, mogą stanowić dla pacjenta, jak i dla jego lekarza, niezrozumiałą sytuację somatyczną. Przy połączeniu trudności wynikających z choroby nowotworowej i niezdiagnozowanej depresji znacznie wzrasta ryzyko samobójstwa. (Majkowicz 2008).

Wśród innych wymienianych zaburzeń w sferze psychicznej, wynikających z przeżywania problemu choroby nowotworowej i jej skutków ubocznych znajdziemy w literaturze doniesienia o silnych zaburzeniach stresowych PTSD. Green i wsp. (1998) dowiedli występowania PTSD u pacjentek leczonych z powodu wczesnej fazy raka piersi – ściśle kryteria według DSMIII-R w okresie 4–12 miesięcy od zakończenia leczenia występowały u około 3% pacjentek. W mniejszym nasileniu objawy PTSD dotyczyły większej ilości pacjentek. Objawy cechują się nawracającym, uporczywym przeżywaniem traumy, unikaniem sytuacji związanych z urazem, emocjonalnym odrętwieniem oraz objawami zwiększonego pobudzenia fizjologicznego.

Mundy w wyniku przeprowadzonych badań u pacjentek onkologicznych, które zakończyły leczenie, stwierdził objawy PTSD u 35% pacjentek, w tym u 27% były one związane głównie z chorobą nowotworową. (2000, cyt. za: Araszkiewicz 2004).

Bibliografia

1. Antonovsky A. Health, stress and coping. Jossey – Bass. San Francisco 1979.
2. Araszkiewicz A., Bartkowiak W., Starzec W. Zaburzenia lękowe w chorobie nowotworowej. Praca Poglądowa: 1 Katedra i Klinika Psychiatrii Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Oddział Onkologii Klinicznej, Centrum Onkologii w Bydgoszczy.
3. Araszkiewicz A., Bartkowiak W., Starzec W. (2004). Zaburzenia lękowe w chorobie nowotworowej. Psychiatria w praktyce ogólnolekarskiej (2004); 4 (4) 157-166 Gdańsk, Wydawnictwo: Via Medica.
4. Araszkiewicz, A., Bartkowiak, W., Starzec W. (2004). Zaburzenia lękowe w chorobie nowotworowej. Psychiatria w praktyce ogólnolekarskiej (2004); 4 (4) 157-166 Gdańsk, Wydawnictwo Via Medica.

5. Argyle (2004). *Psychologia szczęścia*. Wrocław: Wydawnictwo Astrum.
6. Bandura A. Self-efficacy Mechanism in Human Agency. *Am Psychologist* 1982.
7. Barraclough J. (1997). *Rak i emocje*. Wyd. Sanmedica, Warszawa.
8. Beck. A.T. (1967). *Depression. Clinical, experimental and theoretical aspects*. New York. Haper and Row.
9. Berwin T.B. (1977) The cancer patients. Communication and morale. *British Medical Journal*, 2, 1623-1627.
10. Bukberg J., Penman D., Holland J.C. (1984). Depression in hospitalized cancer patients. *Psychosomatic Medicine*, Vol 46, Issue 3 199-212, Copyright by American Psychosomatic Society.
11. Caplan G. (1964). *Principles of Preventive Psychiatry*. New York. Basic Books.
12. Cassileth B.R., Steinfeld A.D., *Psychological preparation of the patient and family*. (1987). *Cancer* 1987. 60/ supl.3/.
13. Chojnacka-Szawłowska, G. (2009). Zmęczenie chorych onkologicznych. W: Chojnacka-Szawłowska, G. (2009) *Zmęczenie a zdrowie i choroba*. Kraków, Oficyna Wydawnicza: „Impuls”.
14. Cohen M.M. Wellisch D.K. (1978). Living In libido: psychological intervention in families with a cancer patient. W: Budziszewska B.K., Piusińska-Macoch R., Sułek K., Stepien A. *Psychologiczne problemy rodziny pacjentów z chorobami nowotworowymi krwi w koncepcji systemowej. Praca poglądowa. Acta Haemetologica Polonica* (2005) 36/3 s. 317-325.
15. Davis D., Shaver P.R., Widaman K.F., Vernon M.L., Follette W.C., Beitz K. (2006). I can't get no satisfaction: Insecure attachment, inhibited sexual communication, and sexual dissatisfaction. *Personal Relationships*, 13, 465-483.
16. De Barbaro B. (1978). *Pacjent w rodzinie*. Warszawa. Wydawnictwo PWN.
17. De Walden-Gałuszko K.; Majkowicz M.; Szawłowska-Chojnacka G.; Magiera P. (1994). Jakość życia pacjentów onkologicznych. *Badania własne*. W: De Walden-Gałuszko K., Majkowicz M. (red.) *Jakość życia w chorobie nowotworowej*. Gdańsk, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
18. De Walden-Gałuszko K. *Psychospołeczne aspekty raka sutka*. (1998). W: Jassem J. *Rak sutka*. Warszawa, Wydawnictwo Springer PWN; 377-391.
19. De Walden-Gałuszko K., Majkowicz M. (2001). Płeć a percepcja bólu i emocje negatywne u osób z chorobą nowotworową. *Psychoonkologia* 2001; 9: 13–21.
20. De Walden-Gałuszko. K. (1992), *Wybrane zagadnienia psychoonkologii i psychotantologii*. Gdańsk, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
21. Derogatis L.R., Abelloff M.D. (1978). Cancer and the mind: how are they connected. *Science* 200, s. 1363-1368.
22. Epstein S. (1972). The Nature of Anxiety with Emphasis upon Its relationship to Expectancy. W: Kubacka-Jasiecka D.; Łosiak W. *Zmagając się w chorobie nowotworowej*. Kraków, Wydawnictwo UJ str. 151.
23. Gapik L., Kosmala J. (2004). *Praca poglądowa. Wpływ choroby nowotworowej na sytuację rodzinną i relacje partnerskie pacjentek*. *Seksuologia Polska* 2004/2 n.1 Gdańsk. Wydawnictwo Via Medica, s. 25-29.
24. Gerrig. R.J., Zimbardo P.G. (2008) *Psychologia i życie*. Warszawa. Wydawnictwo Naukowe: PWN.
25. Gordon T, Sterling Edwards W.: (2009) *Rozmawiać z pacjentem, (przekład Tadeusz Szafranski)* Wydawnictwo SWPS Academica.
26. Heszen-Niejodek I. (2000) *Teoria stresu psychologicznego i radzenia sobie*. W: *Psychologia. Podręcznik akademicki*. Strelau J. (red.) GWP. Gdańsk 2000, t. 3, s. 513-531.
27. Hilgier M. *Ból u chorych na nowotwór*. (2007). W: Wordliczek J., Dobrogowski J., *Leczenie bólu*. (2007; 2008) Warszawa. Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

28. Holland J.C. (1993). Memorial Sloan Kettering Cancer Center: letter to the Task Force on life and law. W: Pilecka B., (2004). *Kryzys Psychologiczny*. Kraków, Wydawnictwo UJ.
29. Holland J.C., Rowland J.H. (1989). *Handbook of Psychooncology*. New York: Oxford University Press, Oxford.
30. Janowski K. (2006). *Osobowościowe uwarunkowania radzenia sobie ze stresem łuszczycy*. Rozprawa doktorska. Lublin. Wydawnictwo Polihymia.
31. Kępiński A.: (1974). *Lęk*. Warszawa. Wydawnictwo PZWL.
32. Kępiński A. (1985). *Melancholia*. Warszawa. Wydawnictwo PZWL.
33. Kmiecik-Baran K. (1992). Człowiek w sytuacji samotności, a poczucie osamotnienia. *Zdrowie Psychiczne*, 3-4, s. 95-107.
34. Kopczyńska-Tyszko A. (1999). Reakcje emocjonalne chorujących na nowotwór. W: Kubacka-Jasiecka D., Łosiak W. (red.). *Zmaganie się z chorobą nowotworową*. Kraków. Wydawnictwo UJ s. 125-143.
35. Korzeniowski L., Puzyński S. (1986) *Encyklopedyczny słownik psychiatrii*. Warszawa Wydawnictwo PZWL.
36. Kowalik S., Brzeziński J. (1993). *Diagnoza kliniczna*. W: Sęk. H. (red.) *Spółeczna psychologia kliniczna*. Warszawa Wydawnictwo Naukowe PWN.
37. Kubler-Ross E. (1998). *Rozmowy o śmierci i umieraniu*. Poznań, Wydawnictwo Madia Rodzina.
38. Lambley P. (1995), *Psychologia raka. Jak zapobiegać i jak przeżyć*. Warszawa, Wydawnictwo Książka i Wiedza.
39. Lazarus R.S., Folkman S. (1984). *Stress. Appraisal and coping*. New York, Springer.
40. Lewis M., Haviland-Jones J.M. (red.) (2005). *Psychologia emocji*. Gdańsk, Wydawnictwo GWP.
41. Łosiak W. (1999). Subiektywny obraz choroby u pacjentów. W: Kubacka-Jasiecka D., Łosiak W., *Zmagając się z chorobą nowotworową*. Kraków (1999) Wydawnictwo UJ, s. 67-79.
42. Łosiak W. (1980). Lęk a wiedza o chorobie u pacjentów onkologicznych. *Zeszyty Naukowe UJ*, 31, s. 57-65.
43. Łosiak W. (1993). Strategie radzenia sobie ze stresem u pacjentów chirurgicznych. *Przegląd Lekarski*, 50 (7/8), 202-205.
44. Łukaszewski W., Boguszewska J. (2008), *Strategie obrony przed lękiem egzystencjalnym*. Nauka 4/2008 (kwartnik) Warszawa, Wydawnictwo PAN.
45. Maes S., Leventhal H., de Ridder D.T.D. (1996). *Coping with chronic diseases*. W: Janowski, K. (2006). *Osobowościowe uwarunkowania radzenia sobie ze stresem łuszczycy*. Rozprawa doktorska. Lublin, Wydawnictwo Polihymia.
46. Maguire P., *Depression and cancer*. W: Robertson M.M., Katona C.L.E. (red.). (1997). *Depression and physical illness*. Willey, Londyn., s. 21–30.
47. Majkowicz M., (2008). Wybrane problemy psychoonkologii z uwzględnieniem zagadnień psychicznych. *Psychiatria w Praktyce Klinicznej. Praca Poglądowa*. Tom 1, nr 2. s. 57-66. Gdańsk, Wydawnictwo Via Medica.
48. Majkowicz M., (2008). Wybrane problemy psychoonkologii z uwzględnieniem zagadnień psychicznych. *Psychiatria w Praktyce Klinicznej. Praca Poglądowa*. Tom 1, nr 2. s. 57-66. Gdańsk, Wydawnictwo Via Medica.
49. Majkowicz M., de Walden-Gałuszko K., Trzebiatowska I., Kopacz A., Domaradzka-Woźniak A. (1994). Ocena jakości życia u kobiet z nowotworem gruczołu piersiowego w różnych stadiach choroby. *Nowotwory 1994; (supl. 2): 44, 88–91*.
50. Massie M.J. *Anxiety, panic and phobias*. (1989b) W: Holland J.C., Rowland J.H. (red.) *Handbook of Psychooncology: psychological care of the patient with cancer*. Oxford University Press, New York 1989: 300–309.

51. Massie M.J., Holland J.C. (1988) The cancer patients with pain. Psychiatric complications and their management. *Medical Clinics of North America* 71. s. 243-248.
52. Massimo P., Massimo B. (2007). Depression in cancer patients: a critical review. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health* 2007, 3:2.
53. Meyer D., Leventhal H., Gutmann M. (1985). Common – sense models of illness: the example of hypertension. *Health Psychology*, 4, 115-135.
54. Nowicki A., Rządowska B. (2005). Depresja i lęk u chorych z nowotworami złośliwymi. *Współczesna Onkologia* (2005). 9/ 9; 396-403 Poznań, Wydawnictwo Medyczne Media.
55. Pilecka B. (2004). *Kryzys Psychologiczny – wybrane zagadnienia*. Kraków. Wydawnictwo UJ, rozdział 3.
56. Pilecka B. (2004). *Kryzys Psychologiczny – wybrane zagadnienia*. Kraków. Wydawnictwo UJ, rozdział 3.
57. Pyk M., Michno M., Nowak-Szymańska M. (2003). Ból, lęk, depresja u pacjentów onkologicznych, *Studia Medyczne Akademii Świętokrzyskiej*, Tom 1, s.157, Instytut Kształcenia Medycznego Akademii Świętokrzyskiej w Kielcach.
58. Simonton J.: (1993), *Triumf Życia. Jak pokonać raka. Wskazówki dla pacjentów i ich rodzin*. Wydawnictwo Medyczne, Warszawa.
59. Ślubowska, M., Ślubowski, T. (2008). Problemy psychosocjalne w raku piersi. Praca pogładowa. *Psychoonkologia* 2008/12 (1). Gdańsk, Wydawnictwo Via Medica.
60. Starowicz Z.L. (2008). Seksualność w chorobach nowotworowych: K. Krzemieniecki (red.). *Leczenie wspomagające w onkologii*. Poznań, Wydawnictwo Termadia.
61. Stojanowska. E. Sposoby radzenia sobie z lękiem przed nieprzewidywalnym losem i własną śmiercią. UKSW. Warszawa. Artykuł w Internecie, s. 3.
62. Strelau J. (2000b). *Psychologia. Podręcznik Akademicki*. t. 3 Gdańsk, Wydawnictwo GWP.
63. Terelak J.F. (2001). *Psychologia Stresu*. Bydgoszcz, Oficyna Wydawnicza Branta.
64. Tomaszewska I. (2000). Psychologiczne aspekty depresji w chorobach nowotworowych. *Psychoonkologia*, 7. Gdańsk, Wydawnictwo Via Medica, s. 9-18.
65. Trzebiatowska I. (2000). Zaburzenia lękowe w chorobie nowotworowej – aspekt praktyczny. *Psychoonkologia* 2000; 6: 49-53.
66. Vickberg, S.M., Bovbjerg, D.H., DuHamel, K.N., Currie, V., Redd, W.H. (2000). Intrusive thoughts and psychological distress among breast cancer survivors: global meaning as a possible protective factor. *Behav Med* (2000) Winter; 25 (4), s. 152-160.
67. Weinstein, N.D., Lyon, J.E. (1999). Mindset, optimistic bias about personal risk and healthprotective behavior. *British Journal of Health Psychology*, 4, s. 289-300.
68. Wiesman A., Worden J., (1975). Psychological analysis of cancer deaths. W: Holland J.C. Behavioral and psychosocial risk factors in cancer. *Human Studies. Handbook of Psychooncology* (1989). New York: Oxford University Press, Oxford; s. 705-726.
69. Wright B. (1965). *Rozumieć problemy osób niepełnosprawnych*. Warszawa, Wydawnictwo PWN.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską z Europejskiego Funduszu Społecznego
„Kształcenie w ramach procesu specjalizacji lekarzy deficytowych specjalności
tj. onkologów, kardiologów i lekarzy medycyny pracy”

ISBN 978-83-62110-28-5

EGZEMPLARZ BEZPŁATNY



KAPITAŁ LUDZKI
CZŁOWIEK – NAJLEPSZA INWESTYCJA!