

**UNIWERSYTET PAPIESKI JANA PAWŁA II W KRAKOWIE**

**SZKOŁA DOKTORSKA NA UNIWERSYTECIE PAPIESKIM**

**JANA PAWŁA II W KRAKOWIE**

**JUSTYNA BIENIARA-WOŹNICKA**

**ROLA WSPARCIA DUCHOWEGO W OPIECE NAD  
PACJENTAMI ONKOLOGICZNYMI  
STUDIUM PSYCHOLOGICZNO – SPOŁECZNE**

**Rozprawa doktorska**

**Dyscyplina: nauki socjologiczne**

Promotor: prof. ks. dr hab. Andrzej Muszala

**Kraków 2025**

## ROZDZIAŁ II

### PSYCHOLOGICZNY ASPEKT CHOROBY NOWOTWOROWEJ

Choroba nowotworowa, jako jedna z najpoważniejszych i najczęściej występujących diagnoz medycznych oraz głównych przyczyn zgonów na świecie, wywiera istotny wpływ nie tylko na stan fizyczny pacjenta, lecz również na jego funkcjonowanie psychiczne. Diagnoza nowotworu wywołuje intensywne i złożone reakcje emocjonalne, takie jak lęk, niepewność, złość, smutek, poczucie bezsilności czy utraty kontroli nad własnym życiem. Reakcje te mogą prowadzić do poważnych zaburzeń w codziennym funkcjonowaniu chorego, w tym do obniżenia jakości życia, wystąpienia zaburzeń lękowych i depresyjnych, a także do obniżenia zdolności adaptacyjnych. Dodatkowo, obciążenie psychiczne może skutkować zmniejszoną motywacją do podejmowanego leczenia oraz przestrzegania zaleceń terapeutycznych.

#### **2.1. Adaptacja i przystosowanie pacjenta do choroby nowotworowej**

Z teorii adaptacji zaproponowanej przez Helsona wynika, iż oceny i odczucia człowieka zależą od kontekstu, który nigdy nie jest stały i restrukturyzuje się w momencie zmiany sytuacji<sup>1</sup>. Z biegiem czasu ludzie adaptują się do nowej rzeczywistości (zarówno dobrej, jak i złej), skutkiem czego okoliczności, w jakich się znajdują, nie wpływają już na ich dobrostan psychiczny.

Funkcjonowanie pacjenta onkologicznego zależy w dużej mierze od stopnia jego przystosowania do sytuacji chorobowej oraz leczenia. Psychologiczna adaptacja stanowi proces zindywidualizowany, a przy tym ciągły, podczas którego następuje dynamiczne dostosowanie się do kolejnych etapów choroby i strukturyzacja psychiki chorego<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Por. E. DIENER, RE. LUCAS, CN. SCOLLON, *Beyond the Hedonic Treadmill: Revising the Adaptation Theory of Well-Being*, [w:] „American Psychologist” 2006, 61, s. 310.

<sup>2</sup> Por. K. POPIELSKI, *Psychologiczne aspekty doświadczania chorób reumatycznych*, [w:] „Reumatologia”, 2005, nr 43(3), s. 170.

Składają się na nią stale podejmowane wysiłki behawioralne i poznawcze, które służą do opanowania wymagań wewnętrznych i zewnętrznych, ocenianych przez jednostkę jako przekraczające jej możliwości czy zasoby<sup>3</sup>. Do głównych celów przystosowania należą: bezpośrednie radzenie sobie z chorobą i jej konsekwencjami (ból, cierpieniem, złym samopoczuciem i osamotnieniem); wyeliminowanie dyskomfortu emocjonalnego oraz przywrócenie stanu równowagi psychicznej człowieka przed nową rzeczywistością nowotworową<sup>4</sup>.

Przystosowanie psychiczne pacjenta onkologicznego wyraża się w stosowaniu konstruktywnych strategii radzenia sobie oraz przyjęciu postawy akceptacji. Za akceptację przyjmuje się uznanie obecności nowotworu i dostosowanie się do aktualnej sytuacji zdrowotnej. Chory godzi się z chorobą, przyjmuje ją za fakt wraz z jej wpływem na różne funkcje własnego organizmu. Odnosi się to nie tylko do stanu fizycznego, ale także psychicznego, społecznego czy duchowego<sup>5</sup>. Brak akceptacji choroby skutkuje dyskomfortem psychicznym i pogorszeniem zdolności adaptacyjnych. W związku z powyższym, im wyższy poziom akceptacji wykazuje pacjent, tym niższe nasilenie negatywnych emocji i reakcji jemu towarzyszą<sup>6</sup>. W wyniku tego przystosowanie do choroby, a także dobrostan pacjenta, będą się wiązać z aktualnym poziomem akceptacji jego choroby.

Wskaźniki zadowolającej adaptacji stanowią:

- kontynuacja aktywnego uczestnictwa w życiu codziennym;
- umiejętność minimalizowania przeszkód (przerw) w realizacji ról społecznych;
- zdolność do wytrzymania stresu psychicznego<sup>7</sup>.

W literaturze przedmiotu opisano różne rodzaje czynników oddziałujących na proces adaptacji do choroby nowotworowej. Na wykresie poniżej przedstawiono czynniki mające wpływ na adaptację z podziałem na trzy klasy: związane z osobą chorego

---

<sup>3</sup> Por. R.S. LAZARUS, S. FOLKMAN, *Stress, Appraisal, and Coping*, [w:] M.D. GELLMAN, R. TURNER, *Encyclopedia of Behavioral Medicine*, Springer, New York 1984, s. 19.

<sup>4</sup> Por. B.J. FELTON, T.A. REVENSON, G.A. HIONRICHSEN, *Skala akceptacji choroby AIS*, [za:] Z. JUCZYŃSKI, *Narzędzia pomiaru w promocji i psychoonkologii zdrowia*, Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2009, s. 162.

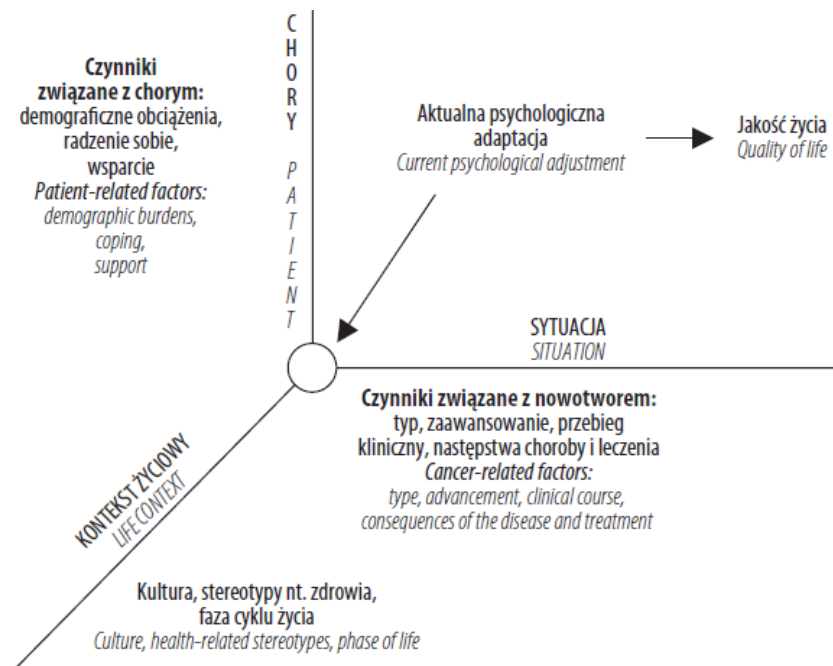
<sup>5</sup> Por. M. KULPA, K. OWCZAREK, B. STYPUŁA-CIUBA, *Przystosowanie psychiczne do choroby nowotworowej a jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia u chorych onkologicznych*, [w:] „Medycyna paliatywna” 2013, 5, s. 106.

<sup>6</sup> Por. M.A. BASINSKA, A. ANDRUSZKIEWICZ, *Health Locus of Control in Patients with Graves-Basedov Disease and Hashimoto Disease and Their Acceptance of Illness*, [w:] „International Journal of Endocrinology and Metabolism” 2012, s. 90.

<sup>7</sup> Por. Z. JUCZYŃSKI, *Narzędzia pomiaru...*, dz. cyt., s. 165.

(wsparcie, demograficzne obciążenia, styl i strategie radzenia sobie); związane z nowotworem (stopień zaawansowania, typ, przebieg kliniczny, lokalizacja, wystąpienie przerzutów) i wynikające z kontekstu życiowego (kulturowe schematy, stereotypy, fazy cyklu życia). Na umieszczonym poniżej graficznym przedstawieniu uwzględniono zmienną, którą jest jakość życia, tożsamsa w tym przypadku ze skutkiem procesu adaptacji.

Wykres 10. Model adaptacji psychologicznej w chorobie nowotworowej



Źródło: J. Kozaka, *Kliniczny przebieg choroby nowotworowej a przystosowanie psychiczne*, „Current Gynecologic Oncology”.

Uwzględniając kwestie osobowe należy zwrócić uwagę na czynniki, które w znacznym stopniu mogą wpływać na aktywizację chorych, stymulując ich działanie nakierowane na radzenie sobie z trudnościami. Odnośnie do powyższego, za czynniki wpływające na aktywizację pacjentów onkologicznych uznaje się: poczucie koherencji, sprężystość psychiczną, poczucie umiejscowienia kontroli, dyspozycyjny optymizm, poczucie własnej skuteczności oraz wsparcie społeczne.

**Poczucie koherencji** – termin zaproponowany przez A. Antonovskyego<sup>8</sup> obejmuje dynamiczną globalną orientację jednostki, która charakteryzuje się występującym poczuciem: ZROZUMIAŁOŚCI (bodźce napływające do chorego ze

<sup>8</sup> Por. A. ANTONOVSKY, *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2005, s. 55.

świata zewnętrznego i wewnętrznego mają charakter przewidywalny i ustrukturyzowany, będąc przy tym wytłumaczalnymi; ZARADNOŚCI (jednostka ma przekonanie o posiadanych zasobach, które sprzyjają konfrontowaniu się i radzeniu sobie z wymaganiami wywołanymi przez bodźce); SENSOWNOŚCI (pacjent ma poczucie, że wymagania są warte wysiłku oraz mają sens)<sup>9</sup>.

**Sprężystość psychiczna** (ang. *resiliency*) – określana również jako elastyczność adaptacyjna wyraża się w możliwości dostosowania poziomu kontroli impulsów wobec wymagań sytuacji<sup>10</sup>. Przejawia się w umiejętności modyfikowania poziomu samokontroli dostosowanej do aktualnych warunków. Elastyczność psychiczna oddziałuje na optymalną mobilizację przed rozpoczęciem aktywności oraz osiągnięcie odpowiedniego poziomu reaktywności w trakcie jej wykonywania, umożliwiając szybki powrót do wyjściowego poziomu aktywacji. W odniesieniu do powyższego, sprężystość w aspekcie psychicznym wspiera zaradność gospodarowania zasobami, jakimi dysponuje pacjent<sup>11</sup>.

**Poczucie umiejscowienia kontroli** – stopień postrzegania przez jednostkę tego, czy zdarzenia zależą od niej (umiejscowienie kontroli wewnętrznej), czy też mogą być spowodowane wyłącznie szczęściem, losem, przypadkiem bądź innymi siłami (umiejscowienie zewnętrzne)<sup>12</sup>.

**Dyspozycyjny optymizm** – sposób percepcji i postrzegania świata przez jednostkę, w konsekwencji czego spodziewa się większej ilości doświadczeń o charakterze pozytywnym<sup>13</sup>. Przeprowadzono wiele badań w odniesieniu do tej kwestii, w efekcie wykazując korelację między dyspozycyjnym optymizmem a stanem zdrowia<sup>14</sup>.

**Poczucie własnej skuteczności** – to wprowadzony przez A. Bandure termin, który dotyczy przekonania jednostki, że poprzez swoje działania ma możliwość

---

<sup>9</sup> Por. I. HESZEN-NIEJODEK, H. SEK, *Psychologia zdrowia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, 2012, s. 230.

<sup>10</sup> Por. T.D. LETZRING, J. BLOCK, D.C. FUNDER, *Ego-control And Ego-resiliency: Generalization of Self-report Scales Based on Personality Descriptions from Acquaintances, Clinicians, and the Self*, [w:] „Journal of Research in Personality” 2005, 39, s. 399.

<sup>11</sup> Por. Ł. KACZMAREK, H. SEK, M. ZIARKO, *Sprężystość psychiczna i zmienne pośredniczące w jej wpływie na zdrowie*, [w:] „Przegląd Psychologiczny” 2011, 54 (1), s. 46.

<sup>12</sup> Por. R. KOŚCIELAK, *Poczucie umiejscowienia kontroli i przekonania o własnej skuteczności w zdrowiu i chorobie*, Impuls, Kraków, 2010, s. 61.

<sup>13</sup> Por. M.F. SCHEIER, C.S. CARVER, *Optimism, Coping, and Health: Assessment and Implications of Generalized Outcome Expectancies*, [w:] „Health Psychology” 1985, 4, s. 242.

<sup>14</sup> Por. A.J. FORTE, G. GULIYEVA, I IN., *The Impact of Optimism on Cancer-Related and Postsurgical Cancer Pain: a Systematic Review*, [w:] „Journal of pain and symptom management” 2022, 63(2), s. 208.

<sup>15</sup> Por. M. SELIGMAN, *Prawdziwe szczęście. Psychologia pozytywna a urzeczywistnienie naszych możliwości trwałego spełnienia*, Media Rodzina, Poznań 2005, s. 33.

osiągnięcia pożądaných rezultatów związanych z realizacją postawionych sobie celów. Poczucie własnej skuteczności stanowi tym samym ocenę pacjenta odnośnie do własnej zdolności do inicjowania i prowadzenia zaplanowanych działań<sup>16</sup>.

**Wsparcie społeczne** – obejmuje wszystkie interakcje zachodzące między uczestnikami traumatycznego życiowego wydarzenia<sup>17</sup>. Wsparcie w tym aspekcie szerzej opisano w rozdziale III – Konsekwencje choroby nowotworowej w funkcjonowaniu pacjenta w społeczeństwie.

Bazując na podejściu psychosomatycznym w zakresie psychologii zdrowia prowadzono badania nad predyspozycjami osobowościowymi w przypadku wystąpienia poszczególnych chorób – w tym nowotworowych. W odniesieniu do powyższego, wprowadzono również termin „osobowości rakowej – typu C”, która miała występować u osób z wysokim poziomem hamowania agresji, unikających i represjonujących uczucia (w szczególności negatywne), u których dominowało poczucie beznadziei oraz nawracające stany depresyjne<sup>18</sup>. Pomimo mnogości przeprowadzonych w tym kontekście badań współcześni badacze utrzymują jednak, iż koncepcja osobowości nowotworowej nie znajduje jednoznacznej podstawy empirycznej.

Dostrzegając istotę powiązania psychiki z chorobą, próbowano tworzyć modele teoretyczne, które umożliwiałyby kompleksowe opisywanie sytuacji pacjenta chorego na nowotwór. Szczególną uwagę w tej materii zwrócono na procesy adaptacji oraz sposobów radzenia sobie w tym trudnym czasie. Dodatkowo podjęto próbę opisanie wpływu choroby nowotworowej w jej poszczególnych etapach na stan psychiczny i funkcjonowanie pacjenta.

Jedną z pierwszych teorii adaptacji odnośnie do stanu pacjenta doświadczającego trudnymi sytuacjami (w tym chorobą nowotworową) był model E. Kübler-Ross. Autorka wyodrębniła pięć głównych etapów choroby:

1. **Zaprzeczenie i izolacja** – pierwszą reakcją chorego na informację o chorobie stanowi negacja i odrzucenie prawdy. To stan, który trwa przez kilka dni. W momencie realnej konfrontacji z chorobą pacjent stosuje mechanizm wyparcia, nie dopuszczając myśli o możliwości zachorowania, mimo otrzymania

---

<sup>16</sup> Por. A. BANDURA, *Social Foundations of Thought and Action: a Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs, Prentice-Hall, New York, 1986, s. 39.

<sup>17</sup> Por. I. HESZEN-NIEJODEK, H. SĘK, *Psychologia zdrowia...*, dz. cyt., s. 304.

<sup>18</sup> Por. D. KUBACKA-JASIECKA, *Wzór zachowania typu C. Rozważania i badania nad rozwojowymi uwarunkowaniami oraz korelatami WZC*, [w:] N. OGIŃSKA-BULIK, J. MINISZEWSKA (red.), *Zdrowie w cyklu życia człowieka*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź, 2012, s. 202.

jednoznacznych wyników badań. Tego typu reakcja jest naturalnym stanem, mającym na celu ułatwienie rozpoczęcia następnych etapów przystosowania.

2. **Gniew** – pacjent niepokodzony z chorobą wyraża to poprzez bunt, złość oraz agresję, zarówno wobec otoczenia, jak i w odniesieniu do siebie. Chory może stosować takie zabiegi, jak sarkazm, żarty na temat śmierci czy zgorzknienie. Może również okazywać swoje emocje wprost. Faza gniewu łączy się z narastającym lękiem.
3. **Targowanie się** – chory zastanawia się nad sobą i nad chorobą. Składa obietnice, ślubuje Bogu w zamian za odzyskanie zdrowia. Obietnice w tym kontekście zwykle dotyczą naprawienia szkód czy zmiany dotychczasowego życia.
4. **Depresja** – dominującymi uczuciami chorego jest rozpacz oraz poczucie winy za popełnione wcześniej błędy. Pacjent bilansuje już istniejące straty oraz analizuje te związane z nadchodzącą śmiercią.
5. **Akceptacja** – faza dojrzałości emocjonalnej, która charakteryzuje się akceptacją choroby i pogodzeniem się z losem<sup>19</sup>.

W odpowiedzi na krytykę przytoczonej powyżej teorii zaczęto zastanawiać się nad najbardziej prawidłowymi formami reagowania na chorobę. F. Schontz zwrócił uwagę na konieczność naprzemiennego występowania faz adaptacyjnych: przeżywanie nieszczęścia na przemian z unikaniem poznawczym<sup>20</sup>. Worden i Weisman, opierając się na teorii Kübler-Ross, zaproponowali trzy fazy następujące w ciągu 100 dni od momentu rozpoznania choroby:

- faza 1 (7 dni) – reakcja inicjująca, czyli zaprzeczenie z desperacją i niewiarą w trafność diagnozy;
- faza 2 (2 tygodnie) – faza lęku, dysforii, bezsenności, jadłowstrętu, obniżenia aktywności;
- faza 3 – adaptacja – konfrontacja wyników, gotowość na przyjęcie informacji<sup>21</sup>.

M. Dryhnicz i T. Rzepa wyróżniły następujące etapy:

- zdobywanie umiejętności chorowania – czas wstępnej oceny, kiedy na początku dominują zaskoczenie, szok, poznawczy dysonans, oczekiwanie na potwierdzenie

---

<sup>19</sup> Por. E. KÜBLER-ROSS, I. DOLEŻAL-NOWICKA, *Rozmowy o śmierci i umieraniu*, Media Rodzina, Poznań 2007, s. 47.

<sup>20</sup> Por. A. TRZCIENIECKA-GREEN, *Psychologia: podręcznik dla studentów kierunków medycznych*, Wydawnictwo UNIVERSITAS, Kraków 2006, s. 230.

<sup>21</sup> Por. W. BREITBART, W. SUICIDE, J. HOLLAND, J. ROWLAND, *Handbook of Psychooncology*, Oxford University Press, New York 1990, s. 291.

diagnozy. Towarzyszy temu intensywny strach, niepokój, napięcie, drażliwość, poczucie zagrożenia/szkody/straty oraz chęć ucieczki;

- poszukiwanie równowagi po diagnozie choroby – refleksja i poszukiwanie wyjścia z trudnej sytuacji życiowej. Zazwyczaj refleksyjność w tym przypadku ma charakter negatywny (poczucie straty, choroba jako porażka życiowa, brak odpowiednich zasobów osobistych, strategie ucieczkowe albo skupione na radzeniu sobie z przeżywanymi emocjami) bądź pozytywny (choroba jako przeszkoda, którą należy pokonać, bądź wyzwanie, silna wiara i nadzieja na powrót do zdrowia, stosowanie strategii zadaniowej w celu stawienia czoła stresującym sytuacjom życiowym);
- uwalnianie się od nawyków i uwarunkowań związanych z chorobą – moment, w którym dominują dwa podejścia: akceptacja, przystosowanie się do choroby i zaangażowanie pacjenta w proces leczenia; poddanie się chorobie, wycofanie z życia i wyraźne emocjonalne nastawienie wobec choroby<sup>22</sup>.

Najbardziej aktualna teoria przystosowania się do choroby nowotworowej bazuje na dwóch modelach: psychologicznym – model stresu w nurcie poznawczo-transakcyjnym Lazarusa i Folkmana<sup>23</sup> oraz modelu radzenia sobie z chorobą<sup>24</sup>. W obrębie tego interakcyjnego modelu zakłada się, iż jednostka pozostaje w stałej, zrównoważonej i dynamicznej interakcji z otoczeniem. W momencie, kiedy układ ten ulega destabilizacji, chory doświadcza stresu i czuje się zmuszony do wyboru określonych strategii, które pozwolą mu poradzić sobie ze wspomnianym stresem. Wybór strategii zależy od oceny pierwotnej i wtórnej<sup>25</sup>. Ocena pierwotna zachodzi, gdy chory uznaje informację o wystąpieniu choroby nowotworowej za stresową, identyfikując ją jako: zagrożenie (lęk, strach), stratę/krzywdę (smutek i żal) lub wyzwanie (strach, nadzieja, podniecenie)<sup>26</sup>. Natomiast ocena wtórna opiera się na analizie oraz wyznaczeniu zasobów osobistych, które umożliwią poradzenie sobie z trudną sytuacją poprzez

---

<sup>22</sup> Por. M. DRYHINICZ, T. RZEPA, *Poziom lęku, akceptacja choroby i radzenie sobie ze stresem przez pacjentki onkologiczne i nieonkologiczne*, [w:] „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, sectio J – Paedagogia-Psychologia”, 2018, 31(1), s. 451.

<sup>23</sup> Por. R.S. LAZARUS, S. FOLKMAN, *Stress, Appraisal ...* dz. cyt., s. 28.

<sup>24</sup> Por. I. HESZEN-NIEJODEK *Teoria stresu psychologicznego i radzenia sobie. Psychologiczne problemy chorych somatycznie*, [w:] J. STRELAU (red.), *Psychologia, podręcznik akademicki*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2007, s. 467.

<sup>25</sup> Por. I. HESZEN, *Psychologia stresu*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 2016, s. 22.

<sup>26</sup> Por. M. ZIARKO, *Zmaganie się ze stresem choroby przewlekłej*, Wydawnictwo Naukowe Wydziału Nauk Społecznych, Poznań 2014, s. 83.

zastosowanie strategii zorientowanych na: ucieczkę (strategia ucieczkowa), problem (strategia zadaniowa) czy emocje (strategia emocjonalna)<sup>27</sup>.

W przedstawionej powyżej teorii zakłada się, iż stres, pojawiający się w odpowiedzi na wystąpienie choroby nowotworowej nie wynika tylko z fizycznych konsekwencji choroby, ale także z poznawczej oceny chorego – znaczenia, jakie nada chorobie, oraz postrzegania możliwości zaradczych i własnych zasobów. Adaptacja w tym kontekście stanowi natomiast bezustannie zmieniający się wysiłek (poznawczy i behawioralny), mający na celu poradzenie sobie ze specyficznymi wymaganiami wewnętrznymi i zewnętrznymi, rozpatrywanymi w kategoriach stresu, które obciążają i przekraczają zasoby czy możliwości adaptacyjne chorego<sup>28</sup>. Diagnoza choroby nowotworowej w ocenie pacjenta jest sytuacją nadzwyczaj trudną. Aby zminimalizować jej wpływ i przystosować się, pacjent używa posiadanych zasobów, wybierając najbardziej efektywną we własnym odczuciu strategię działania<sup>29</sup>.

Wyróżnić można dwa typy przystosowania się do choroby. Pierwszy – konstruktywny – to postawa ducha walki (traktowanie choroby w kategoriach wyzwania i walki) oraz pozytywne przewartościowanie (poszukiwanie nadziei, podsumowanie dotychczasowego życia). Drugi – destrukcyjny – w którym obserwuje się zaabsorbowanie lękowe (stan wzmożonego niepokoju, analiza wszystkich zmian jako nawrotu choroby lub pogorszenie stanu) oraz bezradność i beznadziejność (przyjęcie postawy bierności, bezsilności czy zagubienia)<sup>30</sup>. W badaniach wykazano korelację między postawą ducha walki a wysokim współczynnikiem wsparcia społecznego i niskim zewnętrznym umiejscowieniem kontroli, z kolei w postawie bezradności-beznadziejności – z niskim wsparciem i wysokim zewnętrznym umiejscowieniem kontroli<sup>31</sup>.

W badaniach prowadzonych przez Juczyńskiego wykazano, iż akceptacja choroby, poczucie kontroli bólu i poczucie zewnętrznego lub wewnętrznego umiejscowienia kontroli są głównymi czynnikami predysponującymi wybór strategii radzenia sobie z chorobą<sup>32</sup>. Autor przytoczonych badań uznał, iż poprawę adaptacji do choroby nowotworowej można osiągnąć poprzez modyfikację zmiennych

---

<sup>27</sup> Por. Tamże, s. 87.

<sup>28</sup> Por. I. HESZEN-NIEJODEK, *Teoria stresu...*, dz. cyt., s. 78.

<sup>29</sup> Por. I. HESZEN, *Psychologia zdrowia...*, dz. cyt., s. 45.

<sup>30</sup> Por. Z. JUCZYŃSKI, B. CHRYSTOWSKA-JABŁOŃSKA, *Strategie radzenia sobie z chorobą nowotworową*, [w:] „Psychoonkologia” 1999, nr 5, s. 4.

<sup>31</sup> Por. S. GREER, S. MOOREY, M. WATSON, *Patients' Adjustment to Cancer, the Mental Adjustment to Cancer (MAC) Scale vs Clinical Ratings*, [w:] „The Journal of Psychosomatic Research”, 1989, 33, s. 377.

<sup>32</sup> Por. Z. JUCZYŃSKI, B. CHRYSTOWSKA-JABŁOŃSKA, *Strategie radzenia...*, dz. cyt., s. 7.

prognostycznych, co oznacza zwiększenie akceptacji własnej choroby oraz poczucie wewnętrznej kontroli nad zdrowiem i bólem.

Przystosowanie się pacjenta do choroby nowotworowej jest procesem dynamicznym, złożonym i wysoce zindywidualizowanym. Zdolność jednostki do adaptacji do nowej, trudnej sytuacji zdrowotnej uzależniona jest od szeregu czynników, w tym zmiennych osobowościowych (takich jak odporność psychiczna, poczucie koherencji czy poczucie własnej skuteczności), stosowanych strategii radzenia sobie ze stresem oraz dostępność i jakość wsparcia społecznego. Wysoki poziom tych zasobów sprzyja skuteczniejszemu przystosowaniu się do realiów życia z chorobą, wpływając pozytywnie na ogólną jakość życia pacjenta oraz jego funkcjonowanie psychiczne.

## 2.2. Funkcjonowanie psychiczne na poszczególnych etapach choroby

Wystąpienie choroby somatycznej jest istotnie trudnym dla każdego człowieka okresem. Zagrożające życiu choroby przewlekłe (w tym nowotwory) zazwyczaj powodują dezorganizację w życiu pacjenta, szczególnie nieprzyjemne reakcje i przeżycia emocjonalne. Wiele odczuwanych emocji utrzymuje się przez cały czas trwania choroby aż do wyzdrowienia lub śmierci. Inne zaś pojawiają się sporadycznie lub nie występują w ogóle. Zależy to zarówno od stopnia zaawansowania choroby, rodzaju nowotworu, jak i od indywidualnych predyspozycji psychicznych pacjenta.

K. De Walden-Gałuszko utrzymuje, iż „każdy tworzy subtelną kombinację swoich funkcji poznawczych, reakcji emocjonalnych i stereotypów behawioralnych”<sup>33</sup>. Tego typu zachowania są stosunkowo stałe i stosowane przez pacjentów w różnych stadiach choroby. Poniżej zaprezentowano najczęściej spotykane zachowania oraz reakcje emocjonalne szczególnie silne w niektórych stadiach lub typowe dla konkretnej fazy choroby.

**Faza przeddiagnostyczna** – pierwszy etap, który poniekąd rozpoczyna trudną drogę onkologiczną, stanowi moment zauważenia nowych, niepokojących symptomów (ból, spadek masy ciała, guzy, krwawienia, zmiany skórne). Ten wstępny sygnał powinien zainicjować szereg procedur potrzebnych do jak najszybszego zbadania i zdiagnozowania stanu zdrowia. Istotne jest pośpieszne podjęcie decyzji oraz nawiązanie

---

<sup>33</sup> Por. P. ZIELAZNY, P. ZIELIŃSKA, K. DE WALDEN-GAŁUSZKO, K. KUZIEMSKI, *Psychoonkologia w Polsce*, [w:] „Psychiatria Polska”, 2016, nr 5, s. 1066.

kontaktem z lekarzem. Ważnym elementem w momencie podjęcia decyzji jest znaczenie, jakie sam chory nada pojawiającym się objawom. Wyróżnia się trzy drogi nadawania znaczenia chorobie: lekceważenie, wyolbrzymienie i opóźnienie<sup>34</sup>.

Niestety, często dochodzi do sytuacji, w której od zauważenia objawu do podjęcia pierwszych kroków mija bardzo dużo czasu. Skutkiem tego w momencie diagnozy zmiana nowotworowa jest na wyższym stadium zaawansowania, przez co szanse na całkowite wyleczenie znacząco spadają.

W literaturze przedmiotu za optymalne w kontekście diagnostyki i leczenia nowotworu uważa się dwa kryteria czasowe: 3-miesięczny okres od wystąpienia objawów do pierwszego zgłoszenia się do lekarza oraz 1-miesięczny okres od kontaktu z lekarzem do rozpoczęcia leczenia. Wizytę u lekarza po upływie ponad 3 miesięcy od zaobserwowania objawów uznaje się za opóźnienie w postawieniu diagnozy na skutek winy pacjenta, a rozpoczęcie leczenia po upływie miesiąca od pierwszej wizyty – za opóźnienie ze względu na system medyczny<sup>35</sup>.

Biorąc pod uwagę opóźnienie okresu od zauważenia objawów do rozpoczęcia leczenia, można mówić o zachowaniu jednostki określanym jako zwlekaniem, które dzieli się na następujące fazy:

- Zwlekanie z oceną symptomów – to faza uznawana za przyczynę większości opóźnień w rozpoznaniu nowotworu. Wiąże się z trudnościami w ocenie nasilenia obserwowanych objawów oraz osobistych zasobów potrzebnych do poradzenia sobie z ich skutkami.
- Zwlekanie z chorobą – czyli dni, które upływają od momentu, kiedy dana osoba zorientowała się, że jest chora, do chwili, kiedy zdecydowała się zwrócić o pomoc lekarza. W tym czasie chory dokonuje oceny i podejmuje decyzję, czy objawy, jakich doświadcza, wskazują na chorobę oraz czy różnią się od tego, czego do tej pory doświadczył.
- Zwlekanie behawioralne – liczba dni, miesięcy czy lat od podjęcia decyzji o skorzystaniu z opieki medycznej do aktualizacji tej decyzji podczas wizyty lekarskiej.

---

<sup>34</sup> Por. K. DE WALDEN-GAŁUSZKO, *Wybrane zagadnienia psychoonkologii i psychotematologii: psychologiczne aspekty choroby nowotworowej, umierania i śmierci*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1992, s. 53.

<sup>35</sup> Por. K. UNGER-SALDANA C. INFANTE-CASTANEDA, *Delay of Medical Care for Symptomatic Breast Cancer: A Literature Review*, [w:] „Salud Pública de México”, 2009, 51(2), s. 284.

- Zwleknięcie z planowanym działaniem – podjęcie aktywności wynikających z zaleceń lekarskich<sup>36</sup>.

Z badań prowadzonych nad opóźnieniem rozpoczęcia procesu diagnostycznego wśród chorych wynika, że tego typu problem dotyka ok. 20-30% pacjentów<sup>37</sup>. Do głównych przyczyn opóźnienia pierwszej wizyty u lekarza zalicza się: lekceważenie objawów, lęk przed rozpoznaniem choroby (wzrasta poziom poczucia zagrożenia), brak czasu, korzystanie z medycyny niekonwencjonalnej i trudność z dostępem do lekarza<sup>38</sup>. Co ciekawe, w literaturze przedmiotu zwrócono uwagę na dwutorowy wpływ lęku przed chorobą na podejmowane działania. W pierwszym przypadku lęk ten działa mobilizująco na pacjentów, intensyfikując działania mające na celu znalezienie opieki medycznej<sup>39</sup>. W drugim przypadku, znacznie częstszym, lęk wpływa na opóźnienie podjęcia decyzji i przesunięcie w czasie pierwszego kontaktu z lekarzem.

Na podstawie licznych badań potwierdzono istnienie korelacji między niższym statusem socjoekonomicznym i niższym poziomem wykształceniem a długością opóźnienia<sup>40</sup>. Może to wynikać z mniejszego poziomu wiedzy na temat podstawowych syndromów choroby nowotworowej oraz zbyt niskiej świadomości ryzyka zachorowania.

**Faza diagnozy** – obejmuje okres od pierwszej wizyty u lekarza do czasu potwierdzenia diagnozy i rozpoczęcia leczenia. Ten niezwykle traumatyczny etap charakteryzuje się pogorszeniem funkcjonowania<sup>41</sup> oraz znacznym rozregulowaniem równowagi psychicznej<sup>42</sup>.

Obraz choroby nowotworowej, jaki dominuje w społeczeństwie (nieuleczalna choroba, naznaczona bólem i cierpieniem), potęguje w pacjencie poczucie zagrożenia

<sup>36</sup> Por. G. CHOJNACKA-SZAWŁOWSKA, *Wiedza o symptomach nowotworowych pacjentów poddawanych diagnostyce onkologicznej a stopień klinicznego zaawansowania choroby*, [w:] „Psychoonkologia”, 1998, 2, s. 31.

<sup>37</sup> Por. A. BRZOZOWSKA, D. DUMA, T. MAZURKIEWICZ, W. BRZOZOWSKI, M. MAZURKIEWICZ, *Przyczyny opóźnień leczenia chorych na raka piersi wykrytego w trakcie samobadania u kobiet w województwie lubelskim*, [w:] „Ginekologia Polska”, 2018, 85, s. 15; Por. A. KIESZKOWSKA-GRUDNY, K. ZAJĄC, I IN., *Pierwsze objawy chorób nowotworowych a zachowania pacjentów. Jak długo pacjenci zwlekają z wizytą u lekarza i gdzie szukają informacji medycznej*, [w:] „Psychoonkologia”, 2016, 20(3), s. 128.

<sup>38</sup> Por. A. BRZOZOWSKA, D. DUMA, *Przyczyny opóźnień...*, dz. cyt., s. 17.

<sup>39</sup> Por. N.C. FACIONE, P.A. FACIONE, *The Cognitive Structuring of Patient Delay in Breast Cancer*, [w:] „Social Science & Medicine”, 63 (12), s. 3139.

<sup>40</sup> Por. S.L. RISTVEDT, K.M. TRINKAUS, *Psychological Factors Related to Delay in Consultation for Cancer Symptoms*, [w:] „Psychoonkologia”, 2005, 14, s. 339; A. KIESZKOWSKA-GRUDNY, K. ZAJĄC, *Pierwsze objawy ...* dz. cyt., s. 130.

<sup>41</sup> Por. C.H., KROENKE, B. ROSNER, I IN., *Functional Impact of Breast Cancer by Age at Diagnosis*, [w:] „Journal of Clinical Oncology”, 2004, 22(10), s. 1852.

<sup>42</sup> Por. K. DE WALDEN-GAŁUSZKO, *Psychoonkologia ...* dz. cyt., s. 22.

i obawę przed możliwością otrzymania niepomyślniej prognozy<sup>43</sup>. Moment wykonania niezbędnych badań diagnostycznych, niski poziom wiedzy na ich temat wśród chorych, przepełniony lękiem i niepokojem czas oczekiwania na wyniki – są ogromnie wyczerpujące psychicznie dla pacjenta<sup>44</sup>.

Pierwszą z reakcji, jakie wywołuje potwierdzenie diagnozy, jest szok i niedowierzenie. Pacjenci, u których uległa zaburzeniu istniejąca dotychczasowa hierarchia wartości oraz którzy doświadczają sprzeczności między potrzebą samorealizacji a dominującym aktualnie celem (powrót do zdrowia), czują się przytłoczeni i dla zachowania poczucia bezpieczeństwa nie dopytują o dodatkowe informacje – „wolą nie wiedzieć”<sup>45</sup>. Gdy pierwsza reakcja minie, pojawia się wynikające z lęku zaprzeczenie („to nie rak”, „to niemożliwe”) pełniące funkcję regulatora napięcia. Następnie pojawiają się bardzo silne i nieprzyjemne emocje, takie jak: strach, lęk, uporczywy smutek, złość, rozpacz, żal czy poczucie niesprawiedliwości<sup>46</sup>. Dodatkowo mogą pojawiać się zaburzenia w sferze poznawczej (problemy z koncentracją, pamięcią), zmęczenie, utrata masy ciała, bezsenność czy drażliwość. Bezpośrednia konfrontacja z chorobą i niezaspokojona potrzeba bezpieczeństwa wywołują w pacjentach chaos emocjonalny<sup>47</sup>. Wiele z tych objawów można uznać za niezdrowe, co nie zmienia faktu, że stanowią normalną część procesu radzenia sobie z nową diagnozą choroby nowotworowej. Zaprezentowana powyżej ostra reakcja na wiadomość o diagnozie utrzymuje się ok. 7-14 dni, po czym uwaga pacjenta zaczyna koncentrować się na etapie planowania leczenia. Zdarza się jednak, że znamiona przeżywanego dystresu przyjmują postać zaburzenia psychicznego: zaburzeń depresyjnych, zaburzeń lękowych lub zaburzeń adaptacyjnych<sup>48</sup>.

Zagrożenie chorobą nowotworową stanowi moment, w którym dochodzi do realnej konfrontacji z kwestiami: cierpienia, bólu i własnej śmiertelności. Nasila się lęk

---

<sup>43</sup> Por. M. DORFMÜLLER, H. DIETZFELBINGER, I IN., *Psychoonkologia: diagnostyka, metody terapeutyczne*, Edra Urban & Partner, 2019, s. 71.

<sup>44</sup> Por. M. KOSOWICZ, *Psychoonkologia*, Via Medica, 2014, s. 127.

<sup>45</sup> Por. K. DE WALDEN-GAŁUSZKO, *Psychoonkologia ... dz. cyt.*, s. 5.

<sup>46</sup> Por. T. KLIKOVAC, A. DJURDJEVIC, *Psychological Aspects of the Cancer Patients' Education: Thoughts, Feelings, Behavior and Body Reactions of Patients Faced with Diagnosis of Cancer*, [w:] „Journal of BUON” 2010, 15 (1), s. 153.

<sup>47</sup> Por. B.I. CARR, J. STEEL, *Psychological Aspects of Cancer*, [w:] „Springer Science & Business Media”, 2012, s. 65.

<sup>48</sup> Por. O. NAKASH LEVAV, S. AGUILAR-GAXIOLA, *Comorbidity of Common Mental Disorders with Cancer and Their Treatment Gap: Findings from the World Mental Health Surveys*, [w:] „Psychooncology” 2014, 23 (1), s. 43.

przed śmiercią, co poniekąd zmusza chorego do zmierzenia się z problemami egzystencjalnymi, rozpoczęciem procesu rewizji swojej hierarchii wartości i szukania na nowo sensu życia. Pacjenci chcą zrozumieć i wyjaśnić swoją sytuację, szukając odpowiedzi na pytania z kategorii: „dlaczego ja?”, „dlaczego mnie to spotkało?”<sup>49</sup>.

Faza diagnozy nowotworu jest niezwykle traumatycznym okresem, dlatego tak ważną kwestią jest otoczenie chorego wsparciem już na tym etapie. Wykrycie i diagnoza choroby obciąża psychicznie pacjenta i przekracza jego zasoby radzenia sobie z problemem. Już sama obecność i towarzyszenie mu w tym trudnym czasie motywuje do aktywnego przeciwstawienia się chorobie, a otrzymana empatia i zrozumienie pomagają łatwiej przystosować się do nowej rzeczywistości.

**Faza leczenia** – okres przed rozpoczęciem leczenia, w którym pacjenci po otrzymaniu diagnozy oczekują na przyjęcie do szpitala, cechuje się bardzo dużym poziomem napięcia. Oprócz występowania silnego natężenia emocji, takich jak lęk, zdenerwowanie, smutek, przerażenie, mogą występować także zaburzenia podstawowych czynności życiowych, m.in. zaburzenia łaknienia, problemy z jakością snu czy bezsenność<sup>50</sup>. Ważnym tematem, często poruszonym w literaturze przedmiotu, jest w tym kontekście kwestia komunikacji z pacjentem, a także przekazywania informacji o proponowanej terapii. Udzielenie pacjentowi rzetelnej i pełnej informacji obniża poziom jego lęku, skutkując łatwiejszym przejściem przez proces podjęcia trudnych decyzji.

Na samym początku leczenia chorzy posiadają małą i zazwyczaj nieprawdziwą wiedzę na temat stosowanych terapii, którą weryfikują w trakcie trwania leczenia. Ten błędny obraz czy przekonanie o chorobie oraz pojawiające się skutki uboczne wyczerpują pacjenta zarówno psychicznie, jak i fizycznie<sup>51</sup>.

Istotnie odbiegający od normalnego codziennego życia sposób zachowania na oddziale generuje u pacjentów ogrom trudnych emocji. Do jednej z najczęstszych reakcji tego typu, które pojawiają na etapie leczenia, niewątpliwie należy lęk<sup>52</sup>. Ta emocja u pacjentów onkologicznych, oprócz ogólnych obszarów związanych

---

<sup>49</sup> Por. K. DE WALDEN-GAŁUSZKO, *Psychoonkologia...*, dz. cyt., s. 7.

<sup>50</sup> Por. E.A. DORNELAS, *Psychological Treatment of Patients with Cancer*, American Psychological Association, 2018, s. 75.

<sup>51</sup> Por. B.I. CARR, J. STEEL, *Psychological ...*, dz. cyt., s. 178.

<sup>52</sup> Por. U. GOERLING, A. HINZ, U. KOCH-GROMUS, *Prevalence and Severity of Anxiety in Cancer Patients: Results from a Multi-Center Cohort Study in Germany*, [w:] „Journal of Cancer Research and Clinical Oncology”, 2023, 149, s. 6371.

z nieprzewidywalnością choroby i niepewnością, wyraźnie odnosi się do kwestii okołoperacyjnych, takich jak lęk przed leczeniem (podanie narkozy, ból, powikłania pooperacyjne) czy przed skutkami, jakie podjęta terapia ze sobą niesie<sup>53</sup>.

W literaturze przedmiotu opisano badania dotyczące wpływu natężenia lęku, jaki występuje u pacjenta przed operacją, a poziomem przystosowania po operacji. Uważa się, iż to umiarkowany poziom lęku koreluje z najlepszą adaptacją do istniejącej sytuacji. Pacjenci z takim nasileniem tej emocji adekwatnie oceniają swoją sytuację i współpracują z personelem szpitalnym. Charakteryzują się także rzadszym zapotrzebowaniem na leki przeciwbólowe oraz krótszym czasem przebywania na oddziale. Inaczej prezentuje się sytuacja z chorymi o wysokim poziomie lęku. Sygnalizują oni gorsze przystosowanie – częściej zgłaszają dolegliwości bólowe, a także problemy związane ze snem. Chorzy z wysokim poziomem lęku nie dysponują odpowiednią, rzetelną ilością informacji o swoim stanie zdrowia, a przy tym charakteryzują się mniejszą zdolnością radzenia sobie ze stresem, przez co w sposób lękowy odnoszą się do swojego położenia i zdarzeń. U chorych z niskim poziomem lęku można zauważyć silne działanie mechanizmów obronnych, takich jak zaprzeczenie czy wyparcie. Tacy pacjenci są agresywni, nierzadko odmawiają współpracy albo przyjmują postawę roszczeniową (pretensje, skargi)<sup>54</sup>.

Pacjenci w okresie pooperacyjnym charakteryzują się obniżonym poziomem energii fizycznej, przez co zdecydowanie częściej potrzebują pomocy przy wykonywaniu podstawowych codziennych czynności. Ponieważ w tym okresie przebywają na oddziale, odseparowani od najbliższych, w czynnościach pomaga im zwykle personel szpitalny, który ze względu na małą liczbę osób i dużą liczbę obowiązków, często nie przestrzega zasad intymności czy godności jednostki, tak bardzo potrzebnej właśnie w tym okresie życia pacjentów onkologicznych. W przytoczonym kontekście oprócz lęku przed koniecznością proszenia o pomoc i byciem niesamodzielnym, który aktywizuje się w wymienionych sytuacjach, u chorych pojawia się dodatkowo ogromne poczucie wstydu.

Pacjenci, którzy dotychczas dobrze, samodzielnie funkcjonowali, boją się reakcji otoczenia i starają się ukrywać swoją chorobę. Często izolują się od innych i ucinają kontakty ze znajomymi, przyjaciółmi czy rodziną. Zmiana dotychczasowego systemu funkcjonowania oraz przymus podporządkowania się reżimowi szpitalnemu wzmagają

---

<sup>53</sup> Por. K. DE WALDEN-GAŁUSZKO, *Psychoonkologia...*, dz. cyt., s. 9.

<sup>54</sup> Por. I. HESZEN, H. SĘK, *Psychologia zdrowia...*, dz. cyt., 12.

w chorych poczucie utraty kontroli (nad własnym życiem, ciałem), które pogłębia bezradność, a przy tym doświadczenie beznadziejności<sup>55</sup>.

Mimo występowania tylu negatywnych emocji u pacjentów następuje jednak intensywny wzrost nadziei na pokonanie choroby i odzyskanie zdrowia po podjęciu leczenia. Likwidacja odczuwanych wcześniej objawów daje im przekonanie o możliwości całkowitego usunięcia choroby, co jeszcze bardziej wzmacnia ducha walki, motywując pacjentów do działania. Dodatkowo hospitalizacja i przebywanie wśród innych chorych, znajdujących się w takiej samej sytuacji życiowej (możliwość rozmowy, podzielenia się swoimi obawami), daje pacjentom poczucie bezpieczeństwa<sup>56</sup>.

**Remisja** – wydawać by się mogło, że ten niezwykle wyczekiwany etap zakończenia leczenia (przy braku wystąpienia nowych komórek nowotworowych) będzie cechował się stabilizacją, brakiem lęku oraz doznawaniem przyjemnych emocji. Nic bardziej mylnego. Brak częstych wizyt u lekarza czy opieki szpitalnej (która do tej pory dawała poczucie bezpieczeństwa) powoduje, iż pacjenci popadają w stan ciągłej niepewności. Nasila się lęk przed przerzutem lub nawrotem choroby<sup>57</sup> (syndrom miecza Damoklesa), narastający szczególnie w okresie badań kontrolnych<sup>58</sup>. Często też zbyt duże nasilenie emocji podtrzymywane strategią monitorowania objawów przyjmuje postać diagnostyczną lęku o zdrowie<sup>59</sup>. Pacjenci doświadczają stanu ciągłej czujności, a ich nadmierna koncentracja na objawach uwydatnia je i intensyfikuje, wprowadzając chorych w jeszcze większe poczucie zagrożenia<sup>60</sup>. Wymienione cechy są szczególnie charakterystyczne dla grupy ludzi dojrzałych i starszych.

W literaturze przedmiotu opisano również zjawisko określane mianem lęku przed postępowaniem choroby (ang. *Fear of Progression* – FoP)<sup>61</sup>, na które składa się lęk przed jej rozwojem oraz jej biologiczno-psycho społecznymi konsekwencjami. Jest to jednak termin odnoszący się do szerszego zakresu jednostek chorobowych – oprócz chorób

---

<sup>55</sup> Por. Tamże, s. 13.

<sup>56</sup> Por. Tamże, s. 15.

<sup>57</sup> Por. J.M. JONES, M. FITCH, I IN., *The Needs and Experiences of Post-Treatment Adolescent and Young Adult Cancer Survivors*, [w:] „Journal of clinical medicine”, 2020, 9 (5), s. 1444.

<sup>58</sup> Por. L. KOCH-GALLENKAMP, H. BERTRAM, I IN., *Fear of Recurrence in Long-Term Cancer Survivors – Do Cancer Type, Sex, Time Since Diagnosis, and Social Support Matter?*, [w:] „Health Psychology”, 2016, 35(12), s. 1329.

<sup>59</sup> Por. B.I. CARR, J. STEEL, *Psychological...*, dz. cyt., s. 171.

<sup>60</sup> Por. A. WELLS, *Terapia poznawcza zaburzeń lękowych: praktyczny podręcznik i przewodnik po teorii*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2010, s. 112.

<sup>61</sup> Por. S. WAADT, G. DURAN, P. BERG, P. HERSCHBACH, *Progredienzangst. Manual zur Behandlung von Zukunftsängsten bei Chronisch Kranken*, Schattauer, Stuttgart 2011, s. 88.

nowotworowych dotyczy także innych chorób przewlekłych, m.in. reumatycznych, cukrzycy czy stwardnienia rozsianego. Zamiennie z przedstawionym powyżej określeniem stosuje się także termin strachu przed nawrotem (ang. *Fear of Cancer Recurrence* – FCR) – przy czym początkowo dotyczył on tylko pacjentów onkologicznych w remisji, którzy wykazywali lęk przed nawrotem z pominięciem innych schorzeń<sup>62</sup>.

Szczególną grupą, prezentującą zauważalnie inne potrzeby i emocje, są ludzie młodzi, wśród których dominującym uczuciem jest nadzieja. Przedstawiciele tej grupy wiekowej dążą do jak najszybszego powrotu do normalnego życia, wykazując chęć zapomnienia o chorobie. Młodzi dorośli chcą być traktowani jako zupełnie zdrowi, a na jakikolwiek przejaw dopytywania czy troski reagują irytacją albo złością. Tworzenie listy marzeń oraz ich realizacja pozwalają zaspokoić zaniedbaną na etapie trwania choroby potrzebę samorealizacji, uznania i szacunku<sup>63</sup>.

Oprócz problemów na tle emocjonalnym, u pacjentów w okresie remisji pojawiają się również trudności w relacjach interpersonalnych. Związki, dla których głównym celem było przetrwanie, pokonanie choroby oraz wsparcie w trudnych chwilach mają trudności w odnalezieniu się w nowej sytuacji. Brak choroby, która do tej pory była głównym spoiwem związku, powoduje, że partnerzy stają przed koniecznością ponownego odnajdywania się i odbudowywania wzajemnej relacji. Zmienia się także stosunek szerszego grona znajomych<sup>64</sup>. Chory, którego w czasie choroby otaczała grupa osób towarzyszących, nie doświadcza już takiego wsparcia ze strony najbliższych ani przyjaciół. Jego środowisko unika rozmów na tematy okołochorobowe, traktując go jako osobę zupełnie zdrową. Tym bardziej pogłębia się poczucie osamotnienia pacjenta onkologicznego w nowej rzeczywistości<sup>65</sup>.

Objawem charakterystycznym dla tego etapu choroby jest przewlekłe zmęczenie (ang. *Cancer Related Fatigue* – CRF), które utrzymuje się długo po zakończeniu leczenia. Pomimo odpowiedniej ilości snu pacjenci odczuwają spadek energii i znacznie zwiększoną potrzebę odpoczynku<sup>66</sup>. Wśród dodatkowych objawów wymieniają:

---

<sup>62</sup> Por. A. DINKEL, P. HERSCHBACH, *Fear of Progression in Cancer Patients and Survivors*, [w:] „Recent Results Cancer Res”, 2018, 210, s. 33.

<sup>63</sup> Por. K. DE WALDEN-GAŁUSZKO, *Psychoonkologia...*, dz. cyt., s. 17.

<sup>64</sup> Por. J.M. JONES, M. FITCH, *The Needs...*, dz. cyt., s. 1446.

<sup>65</sup> Por. K.L. SYRJALA, J. C. YI, P.A. GANZ, S.R. VORA, *Overview of Psychosocial Issues in the Adult Cancer Survivor*, [w:] „UpToDate”, 2018, s. 759.

<sup>66</sup> Por. K. RZEPKA, A. NOWICKI, *Zespół zmęczenia u chorych na raka piersi*, [w:] „Współczesna Onkologia”, 2010, 14, s. 321.

zaburzenia funkcji poznawczych (uwagi, koncentracji), ciężkość kończyn oraz zaburzenia snu. Wysoki poziom zmęczenia wpływa na trudności w wykonywaniu codziennych aktywności, do których chorzy często muszą się zmuszać, co wywołuje w nich irytację, frustrację oraz smutek, znacząco obniżając przy tym nastrój.

Kolejną trudnością, z jaką mierzą się pacjenci w remisji, jest odnalezienie się w zupełnie nowej rzeczywistości braku choroby<sup>67</sup>. Oprócz lęku, jaki pojawia się przed powrotem do normalnego funkcjonowania, często zmuszeni są także przewartościować swoje życie i na nowo odnaleźć jego sens. Obawa o przyszłość: odnalezienie się na nowo w sytuacji rodzinnej; sytuacja ekonomiczna, ryzyko utraty pracy czy przejścia na rentę inwalidzką; powrót relacji interpersonalnych na szczeblu zawodowym i społecznym; problemy zdrowotne w konsekwencji leczenia onkologicznego czy brak wsparcia mogą skutkować pojawieniem się epizodów depresyjnych.

**Nawrót choroby** – to etap, na którym po okresie remisji dochodzi do ponownego pojawienia się zmian chorobowych. To moment uznawany za najtrudniejszą fazę choroby nowotworowej<sup>68</sup>. Pacjenci doświadczają wówczas frustracji i złości, które nierzadko wyładowują na pracownikach medycznych lub na członkach rodziny. U chorych w tym stadium charakterystyczne jest poczucie winy, wynikające z niewystarczającej w ich ocenie troski i opieki, którą powinni sobie zapewnić w trakcie remisji.

Świadomość braku możliwości pełnego i szybkiego wyleczenia oraz coraz bardziej realna perspektywa śmierci wywołują lęk, którego poziom nasilenia często jest wyższy niż w fazie diagnozy nowotworu i wcześniejszego leczenia<sup>69</sup>. Na tym etapie najczęściej pojawiają się: lęk przed bezradnością, lęk przed bólem, lęk przed samotnością, lęk przed ponownym leczeniem, lęk przed ponownym wystąpieniem skutków ubocznych oraz lęk przed uzależnieniem od innych<sup>70</sup>. Zanika również nadzieja dotycząca nie tylko samego wyzdrowienia, ale także jakiegokolwiek poprawy samopoczucia<sup>71</sup>.

---

<sup>67</sup> Por. B. I. CARR, J. STEEL, *Psychological...*, dz. cyt., s. 345.

<sup>68</sup> Por. K. DE WALDEN-GAŁUSZKO, *Psychoonkologia...*, dz. cyt., s. 21.

<sup>69</sup> Por. M. ROGIEWICZ, *Problemy psychologiczne w sytuacji nawrotu choroby nowotworowej*, [w:] M. ROGIEWICZ (RED.), *Praktyczny podręcznik psychoonkologii dorosłych*, Medycyna Praktyczna, Kraków, 2015, s. 135.

<sup>70</sup> Por. A. FISHER, R.J. BEEKEN, M. HEINRICH, *Health Behaviours and Fear of Cancer Recurrence in 10 969 Colorectal Cancer (CRC) Patients*. [w:] "Psychooncology", 2016, 25, s. 1437; K. DE WALDEN-GAŁUSZKO, *Psychoonkologia...*, dz. cyt., s. 26.

<sup>71</sup> Por. K. HERTH, *Enhancing Hope in People with a First Recurrence of Cancer*, [w:] "Journal of Advanced Nursing", 2000, 32, s. 1431.

W pacjentach pojawia się dysonans, który z jednej strony odnosi się do podjęcia natychmiastowego działania medycznego, z drugiej zaś do wątpliwości w kwestii sensowności podejmowania kolejnych wysiłków i terapii<sup>72</sup>. Potrzeba bezpieczeństwa odbudowana w trakcie remisji ulega zaburzeniu, a poczucie bezradności skutkuje przyjęciem biernej postawy wobec ponownego leczenia.

U części pacjentów diagnozuje się na tym etapie zaburzenia dezadaptacji, występujące pod postacią zespołów depresyjnych<sup>73</sup>, lękowych, a także zespołów, których istotę stanowi rozdrażnienie, złość czy gniew<sup>74</sup>.

**Leczenie paliatywne** – nazywane też leczeniem objawowym – polega na wyborze terapii, której celem nie jest wyleczenie pacjenta ani zatrzymanie choroby, lecz poprawa jakości jego życia. Rozpoczyna się wówczas, gdy wszystkie możliwości leczenia przyczynowego ulegną wyczerpaniu. Dalsze postępowanie lecznicze ma na celu łagodzenie dolegliwości chorobowych i minimalizowanie bólu odczuwanego przez pacjenta<sup>75</sup>.

Jednym z najtrudniejszych momentów dla chorego jest otrzymanie od lekarza informacji o braku możliwości kontynuacji leczenia. Dotychczasowe wysiłki pacjenta, jego rodziny i personelu medycznego wydają się niewystarczające, aby zatrzymać chorobę. Jedną ze strategii, jaką stosują chorzy na tym etapie, jest zaangażowanie w różnego rodzaju badania kliniczne, przedstawiające szeroką gamę medykamentów niedostępnych w konwencjonalnych metodach terapeutycznych, a także stosowanie elementów medycyny komplementarnej.

Niezależnie od wieku czy aktualnego zadowolenia z życia, jest to bardzo traumatyczna sytuacja dla każdego pacjenta<sup>76</sup>. Jednostki, dla których kontynuacja leczenia była jedynym akceptowalnym sposobem działania, przy takim obrocie sytuacji często doświadczają głębokiego kryzysu. Tego typu reakcja może objawiać się m.in.

---

<sup>72</sup> Por. J. KOZAKA, *Kliniczny przebieg choroby nowotworowej a przystosowanie psychiczne*, [w:] „Current Gynecologic Oncology”, 1(13), s. 30.

<sup>73</sup> Por. M. MASSIE, *Prevalence of Depression in Patients with Cancer*, [w:] „Journal of the National Cancer Institute Monographs”, 2004, s. 57.

<sup>74</sup> Por. K. DE WALDEN-GAŁUSZKO, *Psychoonkologia...*, dz. cyt., s. 37.

<sup>75</sup> Por. J. ŁUCZAK, A. KOTLIŃSKA-LEMIESZEK, *Opieka paliatywna/hospicyjna/medycyna paliatywna*, [w:] „Nowiny Lekarskie”, 2011, 80(1), s. 4.

<sup>76</sup> Por. K. DE WALDEN-GAŁUSZKO, *Psychospołeczne aspekty opieki paliatywnej*, [w:] K. DE WALDEN GAŁUSZKO (red.), *Podstawy opieki paliatywnej*, PZWL, Warszawa 2006, s. 164.

wybuchami złości, paniką i niepokojem<sup>77</sup>. W tym czasie mogą potęgować się również lęk przed śmiercią oraz sposobem umierania, wynikające ze świadomości realnie zbliżającego się końca życia<sup>78</sup>. Pacjenci na tym etapie deklarują w szczególności lęk przed takimi objawami, jak: duszność, ból czy czynności fizjologiczne, nad którymi nie będą sprawować kontroli<sup>79</sup>. Drugą z dominujących reakcji, znacząco nasilającą się na tym etapie choroby, jest przygnębienie (długotrwały smutek). Wynika ono nie tylko z jednostkowego poczucia utraty możliwości leczenia, ale także z perspektywy kolejnych strat czekających pacjenta onkologicznego w najbliższym czasie<sup>80</sup>.

Nadmiar nieprzyjemnych emocji, jakich doświadcza chory w tym okresie, zaabsorbowanie chorobą oraz informacja o braku możliwości leczenia przyczynowego, wpływają na pojawiające się trudności w relacjach interpersonalnych. Towarzyszący temu lęk o najbliższych, ich przyszłość, oraz obawa bycia ciężarem dla innych skutkuje wycofaniem się z relacji i zerwaniem więzi z osobami, które we wcześniejszych stadiach choroby dawały wsparcie oraz nadzieję.

Aby dobrze zaadaptować się do tego etapu choroby, pacjent powinien na nowo rozpatrzyć swoją aktualną sytuację, a także przeformułować swoje cele życiowe.

**Faza terminalna** – nazywana też stanem terminalnym (łac. *terminus* – agonia, kres, granica) – to ostatni okres życia poprzedzający śmierć, charakteryzujący się zanikaniem funkcji życiowych organizmu<sup>81</sup>, który można podzielić na trzy etapy:

- okres przedterminalny – etap, podczas którego zrezygnowano już z leczenia przyczynowego;
- okres terminalny – faza, podczas której pogarsza się stan chorego oraz znacznie nasilają dolegliwości wynikające z choroby nowotworowej;
- okres umierania – etap bezpośrednio przed śmiercią<sup>82</sup>.

---

<sup>77</sup> Por. G. HUMPHRIS, G. OZAKINCI, *The After Intervention: a Structured Psychological Approach to Reduce Fears of Recurrence in Patients with Head and Neck Cancer*, [w:] „British Journal of Health Psychology”, 2008; 13, s. 229.

<sup>78</sup> Por. N. ATKIN, V. VICKERSTAFF, B. CANDY, *Worried to Death: The Assessment and Management of Anxiety in Patients with Advanced Life-Limiting Disease, A National Survey of Palliative Medicine Physicians*, [w:] „BMC Palliative Care”, 2017, 16, s. 69.

<sup>79</sup> Por. Tamże, s. 78.

<sup>80</sup> Por. K. DE WALDEN-GAŁUSZKO, *U kresu*, Wydawnictwo Medyczne MAKmed, Gdańsk 2000, s. 20.

<sup>81</sup> Por. P. ASZYK, *Stan terminalny*, [w:] A. MUSZALA (red.), *Encyklopedia bioetyki*, POLWEN, Radom 2005, s. 418.

<sup>82</sup> Por. A. BARTOSZEK, *Człowiek w obliczu cierpienia i umierania*, Księgarnia św. Jacka, Katowice 2000, s. 77.

Stan terminalny charakteryzuje się stopniowym postępowaniem choroby. Oprócz znacznego nasilenia dotychczasowych dolegliwości pojawiają się nowe objawy, które pogarszają jakość życia pacjentów, powodując jednocześnie przykre reakcje psychologiczne. Zależą one od przebiegu objawów terminalnych, które różnią się u poszczególnych osób. Jednym ze źródeł negatywnych odczuć jest stres sytuacyjny, ściśle związany z wiedzą pacjenta na temat jego stanu i ograniczeń<sup>83</sup>.

Na początku tej fazy chory może zaprzeczać albo wypierać fakt bycia w stanie terminalnym. Ucieka w świat fantazji i marzeń, a jego myślenie ulega regresowi do etapu myślenia magicznego lub życzeniowego – np. „dożyję do urodzin wnuczki”<sup>84</sup>. Nadzieja, która na początku obejmuje całkowite wyleczenie, z czasem maleje tylko do obszaru zmniejszenia działania konkretnego objawu. Na podstawie przeprowadzonych badań ustalono, że w terminalnej fazie choroby najwyższym wymiarem nadziei jest duchowo-religijny, natomiast pozostałe składowe (sytuacyjny, telekinetyczny i afektywny) występują z mniejszą częstotliwością<sup>85</sup>. Jest to czas, kiedy dotychczasowo działające mechanizmy obronne czy sposoby radzenia sobie w sytuacjach stresowych okazują się niewystarczające, a grupa źródeł stanowiących do tej pory podstawę utrzymywania nadziei bardzo maleje.

W tej fazie zmienia się także hierarchia potrzeb pacjentów. Na pierwsze miejsce wysuwają się podstawowe potrzeby biologiczne – sen, jedzenie i brak bólu przy znacznym ograniczeniu potrzeb wyższego rzędu. Drugą z dominujących potrzeb pacjentów w tym okresie jest silna potrzeba poczucia własnej wartości i godności<sup>86</sup>. Stres sytuacyjny, deprywacja powyższych potrzeb czy doświadczenie przedmiotowego traktowania wywołują u chorych na tym etapie wiele negatywnych reakcji emocjonalnych. Do najczęstszych spośród nich zalicza się: gniew, poczucie winy, przygnębienie i lęk.

- Gniew jest reakcją na uświadomienie sobie własnego położenia, braku możliwości leczenia czy wyzdrowienia. U chorego w dalszym ciągu występuje wyparcie diagnozy oraz przeciążenie nasilającymi się dolegliwościami. Najczęściej

---

<sup>83</sup> Por. K. DE WALDEN-GAŁUSZKO, *U kresu...*, dz. cyt., s. 21.

<sup>84</sup> Por. Tamże, s. 27.

<sup>85</sup> Por. B. BACZEWSKA, B. BLOCK, I IN., *Hope in Hospitalized Patients with Terminal Cancer*, [w:] „International Journal of Environmental Research and Public Health”, 2019, 12, 16(20), s. 3867.

<sup>86</sup> Por. K. DE WALDEN-GAŁUSZKO, *Problemy psychiczne, duchowe i etyczne*, [w:] K. DE WALDEN-GAŁUSZKO, A. KAPTACZ (red.), *Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005, s. 73.

występującymi rodzajami gniewu na tym etapie są: gniew ogólny (na nieuczciwość losu), gniew przeniesiony (na personel medyczny, na Boga, na rodzinę), gniew ukryty (wynikający z przygnębienia, depresji) i gniew stłumiony (negowany przez chorego, wywołujący poczucie winy). Pacjent często znajduje się w stanie drażliwości, co skutkuje pojawiającymi się wybuchami agresji<sup>87</sup>.

- Poczucie winy jest reakcją powiązaną z gniewem oraz takimi uczuciami, jak wstyd i upokorzenie. U nieuleczalnie chorego pacjenta poczucie winy wynika z niezdolności do kontrolowania własnych emocji. Co więcej, utwierdza go w przekonaniu, że jest niepotrzebny i stanowi obciążenie dla otoczenia.
- Przygnębienie odnosi się nie tylko do zaistniałej sytuacji, ale także do perspektywy utraty ważnych wartości w najbliższym czasie (w fazie terminalnej dotyczy ono głównie obszaru relacji z innymi oraz zagrożenia zdrowia i życia). Przygnębienie normalne jest powszechną reakcją, jakiej chory doświadcza na etapie odchodzenia. Jest ważnym elementem procesu przepracowania psychologicznego choroby oraz jego późniejszej akceptacji, który przygotowuje pacjenta do śmierci. Przygnębienie staje się stanem patologicznym w momencie pojawienia się dodatkowych dolegliwości, takich jak: anhedonia i poczucie niskiej samooceny<sup>88</sup>.
- Lęk jest reakcją, która istotnie często występuje u pacjenta terminalnego i pojawia się głównie w trzech postaciach: lęku przed śmiercią (własną oraz przed samym procesem umierania), lęku przed bólem i lęku o bliskich, którzy zostaną.

E.M. Pattison wyróżnił trzy fazy niepokoju, jakiego pacjent doznaje w związku z procesem umierania:

- 1) Ostra faza kryzysu – lęk i cierpienie duchowe.
- 2) Przewlekła faza umierania – pacjent przeprowadza bilans życiowy, pojawia się mieszanina takich stanów, jak nadzieja i rezygnacja, a zamiast słów „śmierć” czy „umieranie” pojawiają się zwroty „odejście z tego świata”.
- 3) Faza terminalna – pacjent koncentruje się na sygnałach, które płyną z wnętrza jego ciała. Zamyka się w sobie. Posługuje się niewerbalnymi symbolami albo wprost komunikuje o przeżywanych emocjach<sup>89</sup>.

---

<sup>87</sup> Por. D. STOKŁOSA-BIENIARA, *Mechanizmy obronne u chorych terminalnie*, Manuskrypt, Szkolenie dla pielęgniarek w ramach samokształcenia, Zakopane 2012, s. 12.

<sup>88</sup> Por. K. DE WALDEN-GAŁUSZKO, *U kresu...*, dz. cyt., s. 26.

<sup>89</sup> Por. A. OSTROWSKA, *Śmierć w doświadczeniu jednostki i społeczeństwa*, Wyd. IFiS PAN, Warszawa 2005, s. 42.

W okresie umierania dochodzi do pogorszenia ogólnego stanu pacjenta. Przeważają symptomy fizyczne, występuje dysregulacja emocjonalna, zaburzenia w zakresie funkcji poznawczych, a także w obszarze świadomości. Tę fazę kończy śmierć chorego poprzedzona agonią (narastające upośledzenie funkcjonowania zmysłów, układu oddechowego czy krążenia)<sup>90</sup>.

### 2.3. Funkcjonowanie psychiczne pod wpływem różnych form leczenia

Leczenie onkologiczne jest zazwyczaj procesem długotrwałym, niezwykle trudnym, pociągającym za sobą wiele skutków ubocznych i niepożądanych konsekwencji psychologicznych, fizycznych i społecznych. Rodzaj wybranego leczenia wywiera przy tym istotny wpływ na psychologiczne przystosowanie się pacjenta do choroby.

- 1) **Leczenie chirurgiczne** – konieczność wykonania zabiegu chirurgicznego często budzi u pacjentów lęk, który może wynikać z poczucia utraty kontroli; obawy przed wybudzeniem podczas zabiegu czy trudności z wybudzeniem po podaniu narkozy. Na podstawie wielu badań wskazano, iż wyższe natężenie lęku występuje w okresie przedoperacyjnym i dotyka ok. połowy pacjentów<sup>91</sup>. Samo zjawisko lęku przedoperacyjnego jest uniwersalne dla wszystkich chorych leczonych zabiegowo. Jednakże w przypadku pacjentów onkologicznych lęk ten może przyjmować wyższy poziom. Wynika to z faktu, iż w rzeczywistości dopiero wynik przeprowadzonego zabiegu definitywnie rozstrzyga o poziomie zaawansowania choroby. Pomimo wysokiego poziomu komponentu lękowego, pacjenci leczeni chirurgicznie dosyć dobrze przystosowują się do zaistniałej sytuacji. Może to wynikać z wyobrażenia pacjenta, iż zabieg operacyjny szybko eliminuje zajęte komórki, dając wysokie szanse całkowitego powrotu do zdrowia.
- 2) **Chemioterapia** – już sama świadomość potrzeby zastosowania leczenia systemowego budzi u pacjenta lęk. Fragmentaryczna wiedza o proponowanym leczeniu oraz znajomość rozległych skutków ubocznych wywołuje wiele negatywnych postaw i poczucie emocjonalnego dystresu. Istotnie, chorzy często

---

<sup>90</sup> Por. Tamże, s. 44.

<sup>91</sup> Por. V. MARINELLI, *Preoperative Anxiety in Patients with Pancreatic Cancer: What Contributes to Anxiety Levels in Patients Waiting for Surgical Intervention*, [w:] „Healthcare”, MDPI, 2023, s. 2039; J. HARMS, B. KUNZMANN, I IN., *Anxiety in Patients with Gastrointestinal Cancer Undergoing Primary Surgery*, [w:] „Journal of Cancer Research and Clinical Oncology”, 2015, s. 10.

traktują przyjmowane cytostatyki w kategoriach „trucizny”, a cały proces leczniczy postrzegają jako zagrożenie<sup>92</sup>. Wielokierunkowe skutki uboczne – wymioty i nudności, zmiany wagi, zmęczenie, wypadanie włosów – znacząco wpływają na codzienne funkcjonowanie chorych, ich relacje z rodziną i środowiskiem, a także na zaburzenie postrzegania własnego ciała i zanik aktywności seksualnej. Janette L. Vardy i wsp. przeprowadzili badania oraz dokonali analizy dotyczącej postrzegania przez pacjentów najbardziej dotkliwych skutków ubocznych związanych z zastosowaniem chemioterapii<sup>93</sup>. Według tych badań w 1983 r. do najpoważniejszych objawów należały: nudności, wymioty, wypadanie włosów czy lęk związany z leczeniem. Rozwój medycyny oraz zastosowanie leczenia objawów fizycznych poskutkowało w kolejnych latach zmianą tej hierarchii. W konsekwencji powyższego już 10 lat później do głównych objawów należały: nudności, zmęczenie, łysienie oraz wpływ na przyjaciół i rodzinę<sup>94</sup>. W badaniach przeprowadzonych w latach 2008-2016 wykazano, że najpoważniejszymi objawami wpływającymi na funkcjonowanie psychiczne pacjenta są: utrata włosów, ogólne zmęczenie, wpływ na partnera i rodzinę oraz utrata smaku i nudności. Następnie pojawiły się: trudności ze snem, lęk przed wpływem choroby na pracę czy konieczność wycofania się z normalnego życia<sup>95</sup>. W miarę upływu czasu nastąpiła zmiana hierarchii najbardziej dokuczliwych objawów przy zastosowaniu chemioterapii. Mimo że zmęczenie i nudności nadal są objawem powszechnym, pacjenci często zaznaczają jako najpoważniejszy wpływ na partnera i rodzinę, w skład którego wchodzi: lęk przed przyszłością, niepewność i „zawieszenie” życia. Innym ważnym elementem funkcjonowania psychicznego są zaburzenia poznawcze, powstałe na skutek przyjmowania chemioterapeutyków – tak zwany *chemobrain*<sup>96</sup>. Do głównych objawów w tym kontekście należą: problemy z koncentracją, zaburzenia pamięci (krótkotrwałej, długotrwałej, proceduralnej), trudności w uczeniu się, zaburzenia

---

<sup>92</sup> Por. K. DE WALDEN-GAŁUSZKO, *Psychoonkologia...*, dz. cyt., s. 21.

<sup>93</sup> Por. J. L. VARDY, A. LIEW, I IN., *On the Receiving End: Have Patient Perceptions of the Side-Effects of Cancer Chemotherapy Changed Since the Twentieth Century?*, [w:] „Supportive Care in Cancer”, 2022, 30(4), s. 3510.

<sup>94</sup> Por. A.M. GRIFFIN, P.N. BUTOW, A.S. COATES, I IN., *On the Receiving End V: Patient Perceptions of the Side Effects of Cancer Chemotherapy in 1993*, [w:] „Annals of Oncology”, 1969, 7(2), s. 191.

<sup>95</sup> Por. J.L. VARDY, A. LIEW, I IN., *On the Receiving ...*, dz. cyt., s. 3532.

<sup>96</sup> Por. R.B. RAFFA, *Is a Picture Worth a Thousand (Forgotten) Words?: Neuroimaging Evidence for the Cognitive Deficits in ‘Chemo-Fog’/‘Chemo-Brain’*, [w:] „Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics”, 2010, 35, s. 8.

przetwarzania danych czy upośledzenie funkcji wykonawczych<sup>97</sup>. W badaniach nad częstotliwością występowania tego zjawiska wykazano, że dotyka ono aż 17-75% chorych z diagnozą choroby nowotworowej<sup>98</sup>, a niektóre z objawów potrafią utrzymywać się u pacjentów ponad 20 lat<sup>99</sup>. Pomimo szerokiego zainteresowania naukowców zjawiskiem *chemobrain* oraz mnogości przeprowadzanych badań, nadal nie udało się dokładnie rozpoznać szczegółowego mechanizmu powstawania tych zaburzeń.

- 3) **Radioterapia** – przed rozpoczęciem radioterapii dominującym rodzajem lęku jest obawa przed „tajemniczym” rodzajem leczenia<sup>100</sup>. Wynika on z niewystarczającej wiedzy chorych na temat przeprowadzanej procedury, skutków ubocznych oraz stosowania dysfunkcyjnych przekonań<sup>101</sup>. Innym rodzajem lęku, który towarzyszy osobom poddanym radioterapii, jest lęk przed szkodliwym działaniem promieniowania czy wadliwością urządzenia mogącego spowodować oparzenie ciała<sup>102</sup>. Trwałe rysunki i tatuaże wykonywane w pracowni tomograficznej czy modelarni oraz stosowanie masek unieruchamiających podczas zastosowania procedury powoduje dyskomfort pacjenta, a także jest źródłem wstydu i poczucia niskiej wartości<sup>103</sup>. D. Rades w swoich badaniach zwrócił uwagę na jeszcze inne komponenty emocjonalne towarzyszące pacjentom. Przy pomocy specjalnego narzędzia – termometru dystresu (National Comprehensive Cancer Network Distress Thermometer) wyróżnił cztery główne problemy zgłaszane przed rozpoczęciem leczenia. Były to: strach, zmartwienie, smutek i nerwowość, przy czym kobiety były

---

<sup>97</sup> Por. W.L. NELSON, J. SULS, *New Approaches to Understand Cognitive Changes Associated with Chemotherapy for Non-Central Nervous System Tumors*, [w:] „Journal of Pain and Symptom Management”, 2013, 46, s. 707.

<sup>98</sup> Por. M.C. JANELSINS, S.R. KESLER, T. AHLES, G.R. MORROW, *Prevalence, Mechanisms, and Management of Cancer-Related Cognitive Impairment*, [w:] „International Review of Psychiatry”, 2014, 26, s. 108.

<sup>99</sup> Por. V. KOPPELMANS, M.M. BRETELER, I IN. *Neuropsychological Performance in Survivors of Breast Cancer More than 20 Years After Adjuvant Chemotherapy*, [w:] „Journal of Clinical Oncology”, 2012, 30, s. 1082.

<sup>100</sup> Por. K. DE WALDEN-GAŁUSZKO, *Psychoonkologia...*, dz. cyt., s. 63.

<sup>101</sup> Por. M. POZNACHOWSKA, A. KLONOWSKA, A. BORKOWSKA, *Psychologiczne aspekty leczenia radioterapią. Znaczenie komunikacji pomiędzy technikiem radioterapii a pacjentem w redukcji lęku związanego z leczeniem*, [w:] „Palliative Medicine in Practice”, 2014, Vol. 8, Nr 3, s. 108.

<sup>102</sup> Por. L.S. FREUDENBERG, T. BEYER, *Subjective Perception of Radiation Risk*, [w:] „Journal of Nuclear Medicine”, 2011, 52(2), s. 35.

<sup>103</sup> Por. R.M. MUNIZ, *The Oncologic Radiotherapy Experience for Patients: a Poison-Drug*, [w:] „Revista Latino-Americana de Enfermagem”, 2008, 16 (6), s. 998.

bardziej skorelowane ze strachem i smutkiem, a osoby powyżej 69 roku życia – ze zmartwieniem<sup>104</sup>.

- 4) **Hormonoterapia** – specyfika tego rodzaju leczenia wiąże się z występowaniem tzw. farmakologicznej kastracji<sup>105</sup>. Podane leki hormonalne: antyestrogeny, antyandrogeny, estrogeny czy tyroksyny powodują występowanie objawów somatycznych maskulinizacji, feminizacji czy menopauzy. Zmiany w obrazie ciała powodują znaczne trudności w przystosowaniu się psychicznym do nowej sytuacji. Najczęściej występującymi problemami są: zmniejszenie poczucia atrakcyjności seksualnej, brak akceptacji zmian zachodzących w ciele, a co za tym idzie – poczucie niższej wartości, czy nawet wstręt do własnej osoby.
- 5) **Terapia biologiczna** – interleukiny czy interferon, podawane w głównej mierze podczas tego rodzaju terapii, znacząco wpływają na pojawienie się poważnych zaburzeń w psychice. Do najgroźniejszych należą: zespół depresyjny z występującymi myślami samobójczymi oraz zaburzenia świadomości<sup>106</sup>.

## 2.4. Funkcjonowanie psychiczne w poszczególnych grupach wiekowych

Kolejnym czynnikiem determinującym poziom funkcjonowania psychicznego w chorobie onkologicznej jest wiek. Opierając się na latach badań, wyróżniono pewne uniwersalne zachowania obserwowane w określonych grupach wiekowych.

Specyfika chorób nowotworowych u dzieci w porównaniu do przypadków zachorowań wśród dorosłych charakteryzuje się z reguły gwałtowniejszym przebiegiem. Przy tym, dzięki lepszej reakcji na przyjmowane leki, częściej dochodzi wśród dzieci do pełnego wyzdrowienia. Już od początku rozwoju choroby dziecko przeżywa traumatyczne doświadczenia. Dolegliwości przeddiagnostyczne, mnogość niezrozumiałych dla dzieci badań i wizyt lekarskich, ekspansywne leczenie, a także wyczuwalny niepokój rodzica – to czynniki potęgujące uczucie lęku i poczucia krzywdy. U starszych dzieci w konsekwencji utraty poczucia bezpieczeństwa pojawiają się wybuchy agresji i poczucia beznadziei<sup>107</sup>. M. Lee w swoich badaniach jako główne źródło

---

<sup>104</sup> Por. D. RADES, A. AL-SALOOL, S. BOHNET, *Prevalence of and Risk Factors for Emotional Distress in Patients Undergoing Radiotherapy for Lung Cancer*, [w:] „Anticancer Research”, 2023, 43(5), s. 2117.

<sup>105</sup> Por. K. DE WALDEN-GAŁUSZKO, *Psychoonkologia...*, dz. cyt., s. 66.

<sup>106</sup> Por. Tamże, s. 66.

<sup>107</sup> Por. Tamże, s. 10.

stresu wśród dzieci wyróżnił zmiany fizyczne (wypadanie włosów, ślady wkluc centralnych), które mogą zwracać uwagę innych ludzi<sup>108</sup>. Dowiedziono przy tym, że pomimo wielu traumatycznych doświadczeń, dzieci dużo szybciej przystosowują się do sytuacji choroby. W badaniach N. Williamsa wykazano, że dzieci z diagnozą choroby cechowało lepsze przystosowanie w porównaniu do grupy kontrolnej, którą stanowili ich zdrowi rówieśnicy. Dodatkowo charakteryzował je niższy poziom niepokoju i zaburzeń zachowania niż początkowo zakładali badacze<sup>109</sup>.

Szybsza adaptacja dzieci do choroby nowotworowej może wynikać z:

- nadawania niższego znaczenia sytuacji okołochorobowej – braku postrzegania jej w kategoriach niebezpieczeństwa;
- stosowania stylu represyjnego, polegającego na wykorzystaniu mechanizmów obronnych (zaprzeczenia, wyparcia), którego celem jest tłumienie nieprzyjemnych emocji i ograniczenie napływających informacji<sup>110</sup>;
- wykorzystania strategii aktywnego radzenia sobie, opierających się na koncentracji na emocjach, aktywnym słuchaniu, poszukiwaniu wsparcia społecznego<sup>111</sup> czy walki z chorobą<sup>112</sup>;
- większej łatwości zaspokojenia potrzeb; wśród małych dzieci do najważniejszych należą: potrzeba komfortu fizycznego – „brak bólu”, potrzeba bezpieczeństwa – obecność matki lub innej osoby znaczącej, potrzeba zabawy – możliwości zabawy na oddziale; wśród grupy starszych dzieci najważniejsze są: potrzeba przynależności – kontaktu z rówieśnikami, potrzeba zabawy i ruchu oraz wynikająca z rozbudowanej wyobraźni – potrzeba realizacji marzeń<sup>113</sup>.

Drugą grupą wiekową, która cechuje się specyficznym przystosowaniem do choroby nowotworowej, są nastolatki. Ze względu na sam charakter okresu dojrzewania (labilność emocjonalna, impulsywność, huśtawki nastroju, zachowania

---

<sup>108</sup> Por. M. LEE, P.F. MU, S. TSAY, *Body Image of Children and Adolescents with Cancer: a Metasynthesis on Qualitative Research Findings*, [w:] „Nursing & Health Sciences”, 2012, 14, s. 390.

<sup>109</sup> Por. N. A. WILLIAMS, M.T. ALLEN, S. PHIPPS, *Adaptive Style and Physiological Reactivity During a Laboratory Stress Paradigm in Children with Cancer and Healthy Controls*, [w:] „Journal of Behavioral Medicine”, 2011, 34, s. 372.

<sup>110</sup> Por. K. STENKA, P. IZDEBSKI., *Radzenie sobie przez dzieci i młodzież z doświadczeniem choroby nowotworowej oraz skutkami jej leczenia*, [w:] „Psychiatria i Psychologia Kliniczna”, 2017 (4), s. 335.

<sup>111</sup> Por. I. A. GRZANKOWSKA, Z. ŚLESIŃSKA-SOWIŃSKA, *Zasoby osobiste a wybrane aspekty psychologicznego funkcjonowania młodzieży leczonej onkologicznie*, [w:] „Psychoonkologia”, 2016, 20, s. 170.

<sup>112</sup> Por. C. POLIZZI, V. FONTANA, G. PERRICONE, *Coping Strategies and Locus of Control in Childhood Leukemia: a Multi-Center Research*, [w:] „Pediatric Reports”, 2015, 7, s. 5703.

<sup>113</sup> Por. K. DE WALDEN-GAŁUSZKO, *Psychoonkologia...*, dz. cyt., s. 11.

buntownicze) jest ona uważana za trudną grupę pacjentów. W przypadku młodych osób, które dopiero rozpoczynają dorosłe życie, diagnoza onkologiczna wywołuje bardzo silne emocje. Oprócz szoku i niedowierzania, które są uniwersalną reakcją przy rozpoznaniu choroby, u nastolatków istotnie wybrzmiewają złość i lęk. Złość ukierunkowana jest w tym kontekście dwutorowo. Z jednej strony na zewnątrz, traktując wystąpienie choroby na samym początku dorosłego życia jako niesprawiedliwość losu, z drugiej strony do wewnątrz, traktując siebie jako źródło wystąpienia nowotworu. Problem lęku w przypadku nastolatków przedstawia się następująco:

- lęk przed trudnym leczeniem i wynikającym z niego bólem;
- lęk przed skutkami ubocznymi leczenia – w szczególności bezpłodnością;
- lęk przed utratą atrakcyjności fizycznej;
- lęk przed utratą kontroli, koniecznością bycia zależnym od innych<sup>114</sup>.

Do jednej z najważniejszych potrzeb wieku dorastania należy poczucie przynależności oraz akceptacja grupy rówieśniczej. Nastolatkowie bardzo wyraźnie sygnalizują też potrzebę samodzielności i niezależności od innych. Każdy przejaw paternalizmu czy nadopiekuńczości ze strony rodziców wiąże się z pojawieniem się gniewu, złości a także zachowań buntowniczych (może występować agresja werbalna lub bierna)<sup>115</sup>.

Kolejnym ważnym elementem kształtującym się na tym etapie rozwojowym jest budowanie obrazu swojego ciała. Jego rozwój i zmiany warunkują jakość relacji interpersonalnych wśród młodzieży, a także rozwój tożsamości. Badania przeprowadzone przez M. Lee i wsp. pokazały, jak istotne dla nastolatków są zmiany cielesne powstałe pod wpływem leczenia onkologicznego. Oceniają oni obraz swojego ciała jako mało atrakcyjny i brzydki, przez co izolują się od swoich grup rówieśniczych. Aby uniknąć ośmieszenia czy odrzucenia przez grupę, stosują strategię wycofywania się<sup>116</sup>. Akceptacja zaistniałych zmian oraz ich uwzględnienie w obrazie ciała są ważne z punktu widzenia odpowiedniej adaptacji do choroby nowotworowej.

Jednym z najważniejszych czynników ryzyka rozwoju nowotworów jest starzenie się, skutkiem którego ponad połowę wszystkich nowych nowotworów diagnozuje się

---

<sup>114</sup> Por. B. HESSELBARTH, U. GRAUBNER, *Psychoonkologia w pediatrii*, [w:] M. DORFMÜLLER, H. DIETZFELBINGER (red.), *Psychoonkologia. Diagnostyka – metody terapeutyczne*, Elsevier, Wrocław 2011, s. 65.

<sup>115</sup> Por. K. DE WALDEN-GAŁUSZKO, *Psychoonkologia...*, dz. cyt., s. 11.

<sup>116</sup> Por. M. LEE, P. F. MU, S. F. TSAY, *Body Image of Children and Adolescents with Cancer: a Metasynthesis on Qualitative Research Findings*, [w:] „Nursing & Health Sciences”, 2012, s. 1054.

u osób starszych<sup>117</sup>. Niestety, ze względu na utrudniony dostęp do badań skriningowych, wysokie współwystępowanie z innymi chorobami, nowotwory diagnozuje się dosyć późno, często w zaawansowanym stadium. Poprzez obniżenie wydolności układu hormonalnego i odpornościowego leczenie u osób starszych jest długotrwałe, bardziej obciążające (skutki uboczne występują częściej i o wyższym poziomie agresywności), a jego wyniki nie przynoszą zadowalających efektów.

W ciągu lat prowadzenia badań u osób w podeszłym wieku doświadczonych chorobą nowotworową zaobserwowano pewne uniwersalne mechanizmy funkcjonowania psychicznego. Społeczność osób starszych dotkniętych chorobą nowotworową stanowi grupę bardzo zróżnicowaną. Rozbieżność ta dotyczy nie tylko sytuacji materialnej czy społecznej, ale także występowania wielu dodatkowych schorzeń bądź różnic w kwestii stanu psychicznego. Do typowych zmian psychicznych wynikających ze starzenia się organizmu należą:

- spowolnienie psychoruchowe – wydłużenie czasu reakcji na bodźce, gorsza koordynacja zmysłowo-ruchowa, wolniejsze tempo procesów psychicznych (myślenie);
- gorsza pamięć krótkotrwała;
- problemy z koncentracją i scentralizowaniem uwagi;
- zaburzenia percepcji zmysłowej;
- zaburzenia czynności emocjonalnych związane z nastrojem (nastój depresyjny, dystymiczny) oraz związane z dynamiką emocji (chwiejność uczuciowa, labilność emocjonalna – szybkie popadanie w stan lęku czy zdenerwowania);
- zwiększona wrażliwość emocjonalna (występują epizody zamartwiania się lub ruminacji, rozpamiętywania doświadczeń dnia powszedniego);
- szybsze wzburzenie w sytuacjach stresowych – wynikające ze spowolnienia procesu przywracania homeostazy w organizmie<sup>118</sup>.

Ze względu na powyższe zmiany zachodzące w psychice człowieka zmienia się także sposób przeżywania trudnych sytuacji, m.in. choroby nowotworowej. Osoby starsze bardziej „zakotwiczą się” w chorobie. Może to wynikać z faktu, iż oprócz występowania symptomów związanych z nowotworem pojawiają się także dolegliwości wynikające z wieku pacjenta. Dodatkowo towarzyszy im lęk przed wystąpieniem

---

<sup>117</sup> Por. B. GIVEN, C. W. GIVEN, *Older Adults and Cancer Treatment. Cancer*, [w:] „Interdisciplinary International Journal of the American Cancer Society”, 2008, 113(S12), s. 3505.

<sup>118</sup> Por. M. KILIAN, *Funkcjonowanie osób w starszym wieku*. Difin, 2020, s. 67.

skutków ubocznych, co skutkuje ukrywaniem niektórych dolegliwości oraz gorszą mobilizacją do podjęcia leczenia.

Kolejnym komponentem towarzyszącym doświadczonym chorobą nowotworową starszym osobom jest poczucie osamotnienia. W przeglądzie Międzynarodowego Towarzystwa Pielęgniarstwa Geriatrycznego Onkologii – Allied Health Interest Group, wykorzystującym skalę samotności De Jong Gierveld i skalę samotności UCLA, samotność diagnozowano u 50% osób starszych<sup>119</sup>. Pęd życia narzucony przez dzisiejsze realia oraz zmiana wzorców rodzinnych oddziałują na ograniczenie kontaktów międzypokoleniowych i wykluczenie z życia rodzinnego osób starszych. W wyniku badania przeprowadzonego przez L. Deckx i wsp. na grupie 475 uczestników wykazano, iż na początku badania starsi pacjenci chorzy na raka byli mniej samotni w porównaniu ze starszymi osobami bez nowotworu. Po roku częstotliwość samotności emocjonalnej znacznie wzrosła u starszych pacjentów chorych na nowotwory (26-42%,  $p < 0,001$ ) i osiągnęła poziom osób starszych bez nowotworu. Może to wynikać z większego wsparcia dostarczanego przez rodzinę na etapie diagnozy i podczas leczenia pierwotnego, które następnie przy zastosowaniu długiego leczenia systemowego i zażegnaniu pierwotnego zagrożenia znacząco spada<sup>120</sup>.

Dodatkowe obciążenie psychiczne zwiększające poczucie osamotnienia stanowi przedwczesna śmierć współmałżonka (który niejednokrotnie jest jedynym towarzyszem w chorobie), członków rodziny lub przyjaciół. Co więcej, związane z wiekiem trudności w słyszeniu czy widzeniu oraz pogorszenie funkcji poznawczych oraz aktywności mogą utrudniać uczestnictwo w życiu społecznym, a tym samym potęgować proces izolacji społecznej, która negatywnie wpływa na funkcjonowanie osób starszych.

Spółeczność ludzi w podeszłym wieku charakteryzuje się także występowaniem różnego rodzaju zmian psychopatologicznych w psychice. Do najczęściej występujących zalicza się: zespoły dezadaptacyjne, na które składają się zaburzenia depresyjne i zaburzenia lękowe, oraz zaburzenia neuropsychiatryczne przewlekłe – otępienie i zaburzenia zachowania<sup>121</sup>. Częstotliwość występowania zaburzeń dezadaptacyjnych u osób starszych chorych na nowotwór w dalszym ciągu jest nieznana i trudna do

---

<sup>119</sup> Por. S. PILLERON, V. SUN, M. PUTS, I IN., *Loneliness in Older Adults Living with Cancer: a Scoping Review of the Quantitative and Qualitative Evidence on Behalf of the International Society of Geriatric Oncology Nursing and Allied Health Interest Group*, [w:] „Journal of Geriatric Oncology”, 2023, s. 1015.

<sup>120</sup> Por. L. DECKX, M. VAN DEN AKKER, I IN., *Loneliness in Patients with Cancer: the First Year After Cancer Diagnosis*, [w:] „Psycho-Oncology”, 2015, 24(11), s. 1521.

<sup>121</sup> Por. K. DE WALDEN-GAŁUSZKO, *Psychoonkologia...*, dz. cyt., s. 120.

oszacowania. Z badań przeprowadzonych przez A. Krebber i wsp. wynika, iż zaburzenia w tym kontekście diagnozowano w przypadkach od 3% do 31% pacjentów – w zależności od rodzaju diagnostycznego nowotworu<sup>122</sup>. Natomiast w badaniach T. Weiss Wiesel, którymi objęto grupę 500 pacjentów, zaburzenia nastroju rozpoznano u 12,6% badanych, a zaburzenia lękowe u 20,9%<sup>123</sup>.

Rozpoznanie zaburzeń depresyjnych i lękowych wśród starszych pacjentów może być znacznie zaniżone. Może też wynikać z faktu, iż pewne symptomy chorobowe depresji (zaburzenia snu, zmęczenie, brak energii, zaburzenia seksualne) nakładają się na te same dolegliwości, które wynikają z choroby nowotworowej i skutków ubocznych leczenia, przez co depresja w wielu przypadkach pozostaje niezdiagnozowaną i nieleczoną. Dodatkowo osoby starsze zazwyczaj zamiast dolegliwości afektywnych (smutek, poczucie winy i samokrytyka) zgłaszają objawy somatyczne (ból ciała i złe samopoczucie)<sup>124</sup>. W przypadku zaburzeń lękowych problem z diagnozą może wynikać z trudności w rozróżnieniu lęku normatywnego (właściwa reakcja w sytuacji wystąpienia zdarzenia stresującego zagrażającego życiu) od lęku patologicznego.

Pomimo powstałych ograniczeń w zakresie sprawności fizycznej oraz gorszego funkcjonowania procesów poznawczych, osoby starsze stosują pewne strategie obronne, mające na celu kompensację deficytów wynikających ze starzenia się organizmu. Tego typu zdolności, polegające na powstaniu nowych struktur czy funkcji organizmu, pomagają w lepszym przystosowaniu się do otoczenia<sup>125</sup>. Do takich zachowań należą:

- przyzwyczajenie – dostrzegane zmiany funkcjonowania z czasem stają się normą (sprawność ruchowa);
- prowadzenie monologów – strategia mająca na celu zabezpieczenie przed nadmiernym napływem informacji;

---

<sup>122</sup> Por. A. M. KREBBER, L. BUFFART, G. KLEIJN, I IN., *Prevalence of Depression in Cancer Patients: a Meta-Analysis of Diagnostic Interviews and Self-Report Instruments*, [w:] „Psychooncology”, 2014, 23(2), s. 121.

<sup>123</sup> Por. T.R. WEISS WIESEL, C.J. NELSON, I IN., *Cancer Aging Research Group (CARG). The Relationship Between Age, Anxiety, and Depression in Older Adults with Cancer*, [w:] „Psychooncology”, 2015, 24(6), s. 712.

<sup>124</sup> Por. M.M. HUSAIN, A.J. RUSH, H. SACKEIM, A. WISNIEWSKI, *Age-Related Characteristics of Depression: A Preliminary STAR D Report*, [w:] „The American Journal of Geriatric Psychiatry”, 2005, 13(10), s. 852.

<sup>125</sup> Por. H. KAYAMA, K. OKAMOTO, S. NISHIGUCHI, *Effect of A Kinect-Based Exercise Game on Improving Executive Cognitive Performance in Community-Dwelling Elderly: Case Control Study*, [w:] „Journal of Medical Internet Research”, 2014, 16 (2), s. 5.

- stosowanie wspomnień – wskutek pogorszenia się odbioru rzeczywistości osoby starsze koncentrują się na materiale wewnętrznym (zgromadzone przeżycia, doświadczenia, refleksje);
- stały wzorzec funkcjonowania – osoby starsze stosują mechanizm fiksacji na tym, co znane i bezpieczne, unikając lęku i niepewności związanych z rzeczami nowymi<sup>126</sup>.

Wymienione powyżej zachowania wzmacniają mechanizmy psychologiczne – kompensacje, selekcje i optymalizacje. Pozwalają one dokonywać osobom starszym procesu wartościowania i wyboru najważniejszych obszarów funkcjonowania, a w momencie obniżenia sprawności w pewnych strefach – optymalizować funkcjonowanie w innych, które w danym momencie są dla jednostki bardziej wartościowe. W momencie utraty zasobów osoby starsze stosują procesy kompensacyjne, umożliwiające im utrzymanie optymalnego poziomu funkcjonowania<sup>127</sup>.

## 2.5. Psychoonkologia – jako główna forma wsparcia psychologicznego

Psychoonkologia jest jedną z interdyscyplinarnych dziedzin medycyny, w której kluczową rolę odgrywa koncentracja na wsparciu psychologicznym osób doświadczonych chorobą nowotworową<sup>128</sup>. Jej nazwa pochodzi od dwóch greckich słów: *psyche* – umysł lub dusza oraz *onkos* – nauka poświęcona chorobie nowotworowej<sup>129</sup>. Za twórcę psychoonkologii uznano dr. Jimmiego Hollanda, kierownika Wydziału Psychiatrii i Nauk Behawioralnych Centrum Onkologicznego w Nowym Jorku, natomiast na polskim gruncie jedną z prekursorów w tej dziedzinie, która zainicjowała powstanie Polskiego Towarzystwa Psychoonkologicznego (PTPO), jest prof. Krystyna de Walden-Gałuszko.

Psychoonkologię oparto na założeniu, że istnieje ścisły związek między psychiką a stanem fizycznym organizmu, podkreślając znaczenie aspektów psychologicznych w kontekście leczenia raka i powrotu do zdrowia. To dziedzina interdyscyplinarna,

<sup>126</sup> Por. K. DE WALDEN-GAŁUSZKO, *Psychoonkologia...*, dz. cyt., s. 17.

<sup>127</sup> Por. J. F. SOUTO, R. OLIVEIRA, *Successful Aging and Selection, Optimization and Compensation Strategies for the Elderly with Cancer*, [w:] „Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar”, 2019, 22(2), s. 188.

<sup>128</sup> Por. P. ZIELAZNY, P. ZIELIŃSKA, K. DE WALDEN-GAŁUSZKO, K. KUZIEMSKI, *Psychoonkologia w Polsce...*, dz. cyt., s. 1071.

<sup>129</sup> Por. A. MICHALAK, *Tajemnica związku umysłu z ciałem – psychosomatyka w ujęciu historycznym i współczesnym*, [w:] ANNA TRZCIENIECKA-GREEN, *Psychologia...*, dz. cyt., s. 149.

w obrębie której cały zespół specjalistów (psycholog, onkolog, psychiatra, pedagog i kapelan) otacza opieką chorego oraz jego bliskich. Zwraca się przy tym szczególną uwagę na ich reakcje emocjonalne, identyfikując psychospołeczne czynniki wpływające na zachorowalność na nowotwory oraz śmiertelność<sup>130</sup>.

Podjęmowane w zakresie psychoonkologii działania odnieść można do trzech głównych obszarów: promocji zdrowia (zachęcanie do uczestnictwa w badaniach, promowanie zdrowego stylu życia, tworzenie kampanii profilaktycznych), wsparcia pacjentów i ich bliskich oraz edukacji skierowanej do personelu medycznego, pracującego na co dzień z pacjentami onkologicznymi.

Biorąc pod uwagę drugi obszar działań w kontekście tej dziedziny, czyli bezpośrednią pracę z pacjentami doświadczonymi chorobą nowotworową, do jednego z głównych zadań psychoonkologa należy towarzyszenie pacjentom oraz ich bliskim w tym trudnym czasie choroby i dezorganizacji życia. Wspomniany zakres wsparcia psychoonkologicznego obejmuje pomoc w przystosowaniu się do kolejnych etapów choroby, szczególnie w fazie diagnozy – łagodzenie stresu oraz innych konsekwencji kryzysu, zaakceptowanie trudnych emocji doświadczanych przez pacjenta, a także wsparcie na etapie remisji choroby<sup>131</sup>.

Udzielona interwencja ma na celu przywrócenie psychicznej równowagi i pomoc w skonfrontowaniu się z sytuacją kryzysową<sup>132</sup>. Jedną z podstawowych technik stosowanych w tym przypadku jest psychoedukacja, mająca służyć wyjaśnianiu i pogłębianiu wiedzy na temat etapów choroby nowotworowej, sposobów leczenia, a także ich skutków ubocznych, form radzenia sobie ze stresem i komunikacją z bliskimi. W nawiązaniu do powyższego kluczowym jest nauczenie pacjenta sposobu radzenia sobie w sytuacjach trudnych i kształtowanie jego aktywnej postawy w procesie zdrowienia, a tym samym podniesienie jakości jego życia<sup>133</sup>.

Jak już wspomniano, podmiotem działań psychoonkologicznych jest również rodzina chorego. Interwencję specjalistów w tym przypadku odnieść należy szczególnie do wsparcia emocjonalnego i informacyjnego<sup>134</sup>.

---

<sup>130</sup> Por. M. DORFMÜLLER, H. DIETZFELBINGER, I IN., *Psychoonkologia...*, dz. cyt., s. 90.

<sup>131</sup> Por. Tamże, s. 107.

<sup>132</sup> Por. D. GOŁĄB, *Trudne sytuacje w opiece paliatywnej – możliwości pomocy psychologicznej*, [w:] „Psychoonkologia”, 2013, 4, 151.

<sup>133</sup> Por. K. DE WALDEN-GAŁUSZKO, *Psychoonkologia...*, dz. cyt., s. 148.

<sup>134</sup> Por. A. WIDERA, *Psychologiczne aspekty pacjenta z chorobą nowotworową*, [w:] B. BĘTKOWSKA-KORPALA, J. GIEROWSKI (red.), *Psychologia lekarska w leczeniu chorych somatycznie*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2016, s. 75.

Jedną z metod oddziaływań psychologicznych proponowanych pacjentom onkologicznym jest program opracowany przez onkologa-radioterapeutę dr. O.C. Simontona – stworzony na kanwie terapii poznawczo-behawioralnej, przeznaczony dla osób chorych na raka oraz ich bliskich. W połączeniu z zastosowaniem konwencjonalnych terapii medycznych wspomniany program przynosi rezultaty, a jego skuteczność potwierdzono naukowo<sup>135</sup>.

Fundament terapii Simontona stanowi praca nad przekonaniami pacjenta. Przeformułowanie niezdrowych, nieadaptacyjnych zapatrywań chorego czy jego bliskich na przekonania zdrowe i adaptacyjne wpływa na lepsze funkcjonowanie emocjonalne pacjenta onkologicznego, a co za tym idzie – wyższy poziom jakości jego życia oraz poprawę wyników. Wzrost nadziei motywuje chorego do zaangażowania się w leczenie i po części wzięcia odpowiedzialności za proces zdrowienia. Terapia oddziałuje przy tym również na jakość komunikacji pacjenta nie tylko z personelem i lekarzem, ale także z całym zespołem interdyscyplinarnym.

Kluczowe założenia terapii Simontona:

- emocje znacząco oddziałują na cały proces zdrowienia jednostki (także w przypadku choroby nowotworowej);
- konstruktami, który wpływa na emocje, są przekonania i postawy, jakimi kieruje się jednostka;
- za pomocą różnych metod można istotnie wpływać na modyfikację postaw oraz przekonań chorego;
- nauka metod służących do modyfikacji przekonań jest względnie łatwa;
- jednostka jest postrzegana w trzech wymiarach: fizycznym, mentalnym i duchowym – cały proces zdrowienia opiera się na tych aspektach, ze szczególnym uwzględnieniem potrzeb osoby chorej, rodziny i szerszej wspólnoty;
- bardzo ważnym czynnikiem wpływającym na proces zdrowienia chorego jest harmonia między trzema wspomnianymi powyżej wymiarami – fizycznym, mentalnym i duchowym;
- konstruktami, które pomagają człowiekowi utrzymać zdrowie i harmonię, są nasze wrodzone (genetyczne) możliwości oraz tendencje;

---

<sup>135</sup> Por. O.C. SIMONTON, S. MATTHEWS-SIMONTON, J.L. CREIGHTON, M. WIRGA, A. BIDZIŃSKI, A. WROŃSKA, *Triumf życia: możesz mieć przewagę nad rakiem*, JK-Feeria, 2012, s. 34.

- metodami, które w dalszym ciągu wzbogacają i rozwijają wrodzone zdolności człowieka w tym aspekcie, są techniki zaproponowane w programie Simontona;
- rozwijanie zdolności wyrabia u jednostki wprawę, umożliwiając osiągnięcie większej harmonii i lepszej jakości życia;
- wgląd w siebie oraz rozwijane umiejętności zmieniają nastawienie chorego do śmierci, osłabiają jego ból, wpływając na zwiększenie energii do zdrowienia i pełni życia<sup>136</sup>.

Terapia Simontona składa się z dziesięciu modułów, które odnoszą się do różnych obszarów życia i funkcjonowania pacjenta.

### **1) Wprowadzenie i przegląd programu**

Pierwszy moduł programu obejmuje poznanie historii oraz naukowych założeń terapii, a także przedstawienie podstawowych wartości, jakimi kieruje się terapia. Zalicza się do nich: szacunek dla ograniczeń każdej jednostki; ważna rola jakości życia; wpływ emocji na drodze do zdrowienia; różnorodność drogi do zdrowienia z uwzględnieniem poczucia spełnienia, sensu życia i radości; zamiana przekonań; zapoznanie się z założeniami medytacji.

### **2) Pomoc w kryzysie emocjonalnym – rola przekonań w zdrowieniu**

Ten moduł obejmuje przedstawienie założeń Racjonalnej Terapii Zachowania (RTZ) Maultsby'ego, używanej jako uzupełnienie strategii radzenia sobie z sytuacjami problemowymi.

Zagadnienia RTZ przedstawiane oraz testowane na tym etapie to: model ABCD, pięć zasad zdrowego myślenia oraz praca z przekonaniami.

W odniesieniu do modelu ABCD zakłada się, iż na emocje składają się cztery komponenty: A – zdarzenie aktywizujące (bodziec, myśl, sytuacja, wyobrażenie), B – interpretacja spostrzeżenia (znaczenie, jakie nadajemy zdarzeniu aktywizującemu), C – emocjonalne odczucia (emocje, jakie pojawiają się w konsekwencji nadanej interpretacji), D – działanie (reakcja na ABC)<sup>137</sup>.

Głównym założeniem terapii RTZ jest stwierdzenie, że to nie fakty wywołują emocje człowieka, ale jego myśl o tych faktach, znaczenie, jakie jej nada, czy jego

---

<sup>136</sup> Por. O. C. SIMONTON, R. M. HENSON, B. HAMPTON, J. MORKA, *Jak żyć z rakiem i go pokonać*. Wyd. Ravi, 2003, s. 110.

<sup>137</sup> Por. M.C. MAULTSBY, *Racjonalna terapia zachowania: podręcznik terapii poznawczo-behawioralnej*, Wydawnictwo Wylkan, Żnin 2008, s. 34.

przekonania o nich. Zatem źródłem emocjonalnego cierpienia jest niezdrowe przekonanie jednostki o sytuacji (w tym przypadku fakt wystąpienia choroby).

Aby ustalić, czy dane przekonanie jest zdrowe, Maultsby określił pięć zasad zdrowego myślenia, według których człowiek wartościuje swoje poglądy:

- Zdrowe przekonania opierają się na faktach.
- Zdrowe przekonania chronią życie i zdrowie człowieka.
- Zdrowe przekonania pomagają człowiekowi osiągać bliższe i dalsze cele.
- Zdrowe przekonania pomagają rozwiązywać najbardziej niechciane konflikty z innymi oraz ich unikać.
- Zdrowe przekonania pomagają człowiekowi czuć się tak, jak chce się czuć<sup>138</sup>.

Praca nad niezdrowymi przekonaniem polega na ich zmodyfikowaniu na zdrowe, które spełniają kryteria przynajmniej trzech z powyższych zasad.

### **3) Wyobraźnia w zdrowieniu**

Modyfikację trzech głównych przekonań dotyczących choroby nowotworowej (1. Przekonania dotyczące zdolności naszego organizmu, by się wyleczyć; 2. Przekonania dotyczące terapii raka; 3. Przekonania dotyczące natury raka) prowadzi się, stosując technikę wyobraźniową, podczas której pacjent ma za zadanie wyobrazić sobie pożądany efekt.

W obrębie tego modułu można posłużyć się techniką rysunku – pacjent rysuje wyobrażony sobie proces własnego zdrowienia.

### **4) Nadzieja, wiara, poczucie sensu, wewnętrzna mądrość i duchowość**

Na tym etapie definiuje się nadzieję jako przekonanie, które zakłada, że oczekiwane rzeczy są zawsze osiągalne, mimo iż prawdopodobieństwo ich wystąpienia jest bardzo małe: „mogę wyzdrowieć, chociaż choroba jest na wysokim stadium zaawansowania”. Zaufanie w tym module przyjmuje się jako postawę pewności, podczas której jednostka polega na innych bądź pokłada w kimś nadzieję, natomiast wiara oznacza bardzo mocne przekonanie i zaufanie.

W tym module kładzie się mocny nacisk na duchowy czy egzystencjalny wymiar przekonań pacjenta. Zdrowe przekonania fundamentalne w wymienionych poniżej obszarach mogą przyjmować następującą postać:

- natura człowieka (przekonanie: ludzie są zawsze dobrzy z natury);
- Bóg (przekonanie: miłujący, dobry);

---

<sup>138</sup> Por. Tamże, s. 40.

- życie (przekonanie: to nauczyciel miłujący, który pozwala mi odkryć, kim jestem);
- śmierć (przekonanie: istnieje życie po śmierci);
- zdrowie (przekonanie: to wypadkowa życia prowadzonego zgodnie z naturą);
- ból, choroba (przekonanie: to negatywne sprzężenie zwrotne, które pozwala mi odkryć lepszą/zdrowszą drogę);
- cel, sens życia (przekonanie: to indywidualna, moja droga rozwoju)<sup>139</sup>.

Praca nad zmianą niezdrowych przekonań na zdrowe wspiera chorego w zniwelowaniu jego bólu duchowego, umożliwiając osiągnięcie spokoju umysłu.

### **5) Stres, korzyści wtórne i znaczenie choroby**

Ten moduł obejmuje analizę oraz identyfikację wzorców stresu jako jednego z czynników ryzyka rozwoju nowotworu, a także odkrywanie własnych sposobów strategii i stylów radzenia sobie w trudnych sytuacjach. Fragment tego modułu odnosi się do pracy nad poszukiwaniem korzyści, jakie przynosi pacjentowi choroba nowotworowa – dotyczy w szczególności potrzeb, które chorzy pozwalają sobie realizować tylko w momencie wystąpienia choroby. Ta analiza stanowi jeden ze sposobów na odkrycie, jakie znaczenie ma choroba w życiu pacjenta.

Co ważne, w terapii Simontona znamienne jest przeświadczenie, iż choroba nowotworowa, jakiej człowiek doświadcza, daje mu sygnał, żeby przestał robić to, co powoduje ból, i zaczął robić to, co sprawia mu przyjemność, oraz to, co jest zgodne z jego pragnieniami i osobowością.

### **6) Dwuletni plan zdrowienia**

Ten moduł polega na stworzeniu dwuletniego planu, który obejmuje zmianę obecnych nawyków w sześciu kluczowych kategoriach aktywności życiowych jednostki:

- Cele życiowe – odpowiedź na pytanie „Po co tu jestem?”. Ten obszar dotyczy każdego wymiaru, który nadaje sens życiu pacjenta (rola w rodzinie, praca, aspekt duchowy, obywatelskie powinności). Odnosi się do poszukiwania zdrowych celów.
- Rozrywka – każda aktywność, którą podejmuje dla przyjemności lub zabawy.
- Ćwiczenia – dowolna aktywność fizyczna albo czas, jaki jednostka przeznaczona na myślenie o aktywności fizycznej (szczególnie ważne dla tych, którzy nie mogą ćwiczyć).
- Wsparcie z zewnątrz – czas z bliskimi (rodziną, przyjaciółmi), a także czas spędzony z duszpasterzem, psychoterapeutą czy grupą wsparcia.

---

<sup>139</sup> Por. O.C. SIMONTON, *Triumf życia...*, dz. cyt., s. 47.

- Dieta – nie ogranicza się wyłącznie do spożywania pokarmu. Dotyczy wszelkich wysiłków związanych z jedzeniem i odżywianiem organizmu – m.in. gotowania, przyjmowania witamin, czytania, samokształcenia.
- Twórcze myślenie – używanie wyobraźni – wizualizowanie sobie w myślach pożądanego efektu (związanego ze zdrowiem lub inną dziedziną życia). To ćwiczenia wyobraźni mające na celu zmianę niezdrowych przekonań i postaw, naukę medytacji (kursy, wykłady, seminaria).

Stworzony na tym etapie plan ma za zadanie urzeczywistnić pragnienia pacjenta oraz wzbudzić w nim poczucie sprawczości i pewność, że podąża właściwą drogą do zdrowia.

### **7) Wsparcie i komunikacja**

Ten moduł obejmuje nakreślenie głównych zadań oraz roli osoby wspierającej, która w znaczącej mierze koncentruje się na towarzyszeniu i pomaganiu pacjentowi we wdrażaniu nowych zasad życia w domu, a także zapewnia pomoc w pracy czy w znajomym środowisku. Przedstawienie podstawowych zasad komunikacji i wskazówek dla bliskich to bardzo ważny aspekt zdrowienia w przypadku pacjenta onkologicznego, który ma na celu możliwie najlepsze usprawnienie kontaktu z chorym. Wśród wspomnianych zasad znajdują się m.in. następujące porady:

- Nie próbuj pomagać osobie chorej, chyba że wyraźnie cię o to poprosi.
- Nie dawaj rad.
- Komunikuj troskę w celu zmniejszenia poziomu lęku chorego.

Szczególną uwagę w kontekście komunikacji zwraca się na naukę wyrażania swoich potrzeb – pacjent uczy się ich świadomości, a także najbardziej akceptowalnej, a przy tym jasnej formy ich wyrażania. W takiej sytuacji osoby wspierające lepiej rozumieją chorego, dzięki czemu w krótszym czasie mogą podjąć próby realizacji próśb pacjenta.

Ostatnią część tego modułu stanowi przepracowanie problemu, jakim jest przywiązanie do rezultatu – zarówno osoby chorej, jak i wspierającego. Trudność stanowi w tym przypadku akceptacja faktu planowania jak najlepszych rzeczy, jednakże ze świadomością i gotowością przyjścia najgorszego. Cel ten można uznać za osiągnięty w momencie, kiedy uda się znaleźć harmonię pomiędzy troską a przywiązaniem do wyniku.

### **8) Rola przekonań o śmierci lub o nawrocie choroby**

W tym module podejmuje się najbardziej drażliwy i najdelikatniejszy temat, jakim jest zbliżający się moment śmierci. Głównym zadaniem na tym etapie jest redukcja lęku oraz

podniesienie poziomu energii życiowej pacjenta, które można wypracować, stosując modyfikację istniejących dotychczas, niepomocnych przekonań oraz kształtując nowe, zdrowe, adaptacyjne przekonania na temat procesu umierania czy śmierci. Istotny aspekt tego modułu polega na tym, aby pacjent wprowadził do swojej codzienności podstawową zasadę, wyraźnie podkreślając rolę własnego wpływu zarówno na swoje życie, jak i na sposób umierania („Masz wpływ na umieranie prawie w takim samym stopniu, jak na swoje życie. Jeśli chcesz umrzeć w określony sposób, ważne jest, abyś tak samo żył”)<sup>140</sup>.

### **9) Rola zabawy w zdrowieniu**

Zasadnym w tym kontekście jest przedstawienie roli zabawy jako jednej z głównych form kreatywności na drodze powrotu do zdrowia (źródło witalności i energii). Autor programu zaleca, aby działania, które chory odbiera w kategoriach zabawy, wprowadzić do codziennego harmonogramu – każdego dnia przynajmniej ok. godziny.

### **10) Jak radzić sobie między sesjami i po zakończonej terapii**

Ten moduł obejmuje poszukiwanie, ocenę oraz wykorzystanie różnych źródeł wsparcia, które są dostępne dla pacjenta i z którymi on sam czuje się dobrze. Poszukiwanie wartości zdrowotnej wśród osób funkcjonujących blisko chorego, która ma go chronić i wzmacniać nadzieję, podnosząc poziom jego energii życiowej<sup>141</sup>.

Wsparcie psychologiczne stanowi istotny element holistycznego podejścia do opieki nad pacjentem onkologicznym, wykorzystując oddziaływania ukierunkowane na sferę emocjonalną, poznawczą i behawioralną. Psychoonkologia, poprzez takie działania jak psychoedukacja, wsparcie emocjonalne czy praca nad nieadaptacyjnymi przekonaniami, umożliwi pacjentom lepsze przystosowanie się do sytuacji choroby. Jednym z przykładów skutecznych oddziaływań psychologicznych jest opisany wyżej program Simontona, który nie tylko przyczynia się do poprawy jakości życia, lecz także wzmacnia zasoby psychiczne pacjenta, wspierając tym samym proces zdrowienia i adaptacji.

---

<sup>140</sup> Por. O.C. SIMONTON, *Triumf życia...*, dz. cyt., s. 71.

<sup>141</sup> Por. Tamże. s. 90.