29.

Psychoonkologia

Mariola Kosowicz, Magdalena Hajduczek-Zgażańska

ADAPTACJA DO CHOROBY – przystosowanie psychiczne; proces zmierzający do usunięcia dyskomfortu emocjonalnego i przywrócenia stanu równowagi psychicznej osoby w obliczu nowej rzeczywistości, jaką jest choroba.

Adaptacja do choroby służy dwóm głównym celom: radzeniu sobie po pierwsze bezpośrednio z chorobą i leczeniem, po drugie ze skutkami ubocznymi leczenia, które nierzadko ograniczają dotychczasowe funkcjonowanie. W radzeniu sobie z chorobą ważne jest dążenie do utrzymania spójnego poczucia własnego „ja", zwłaszcza w obszarze kompetencji i poczucia sprawczości, jak również utrzymania dobrych relacji interpersonalnych i przygotowania się do funkcjonowania w sytuacji choroby i jej konsekwencji. Przystosowanie do choroby nowotworowej jest wynikiem procesu radzenia sobie z chorobą, konfrontującego jednostkę z wieloma zagrożeniami i wyzwaniami, obejmującego szereg reakcji poznawczych, emocjonalnych i społecznych mających na celu poszukiwanie optymalnych form działania oraz zachowanie równowagi psychicznej. Przystosowanie do choroby dokonuje się w wymiarze poznawczym, emocjonalnym i społecznym. Jimmie C. Holland i Jane Gooen-Piels określiły trzy fazy przystosowania się do choroby nowotworowej (tabela 29.1).

Na adaptację chorego onkologicznego wpływa wiele czynników, które wiążą się z:

- chorobą nowotworową (m.in. rodzaj nowotworu, lokalizacja, faza choroby, przebieg kliniczny, stopień zaawansowania i obecność przerzutów, rokowanie, rodzaj leczenia wraz z następstwami);
- osobą chorego (m.in. jego przeszłość, obciążenia, czynniki demograficzne, style i strategie radzenia sobie);
- kontekstem społecznym (m.in. wsparcie społeczne, faza cyklu życia, kulturowe i zdrowotne schematy, stereotypy).

AFEKT – ekspresja emocji (patrz EMOCJE W CHOROBIE ONKOLOGICZNEJ), odzwierciedlenie subiektywnie doświadczanych w danym momencie uczuć. W stanie zdrowia afekt jest obecny oraz dostosowany do aktualnej sytuacji zewnętrznej oraz myśli jednostki.

TABELA 29.1.
Fazy przystosowania się pacjenta do choroby nowotworowej według Jimmie C. Holland i Jane Gooen-Piels

Faza	Zachowanie chorego
Początkowa reakcja na postawioną diagnozę	Chory, próbując ochronić się przed konsekwencjami postawionej diagnozy, podważa uzyskane wyniki, kompetencje lekarza, zniekształca dopływające do niego informacje Reakcja emocjonalna: niedowierzanie, zaprzeczanie, szok
Dysforia	Chory zaczyna zdawać sobie sprawę z realności postawionej diagnozy Reakcja emocjonalna: obniżenie nastroju, lęk oraz silne napięcie i związane z nimi symptomy (bezsenność, utrata apetytu, trudności w koncentracji); emocje możliwe: nadzieja i optymizm
Adaptacja	Chory rozwija strategie radzenia sobie z chorobą, odbudowuje i utrzymuje równowagę zaburzoną przez chorobę

Źródło: Ziarko M. (2014). *Zmaganie się ze stresem choroby przewlekłej*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Wydziału Nauk Społecznych Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza.

ASERTYWNOŚĆ:

- kompetencja społeczna, której celem jest skuteczne wywieranie wpływu społecznego w sposób pozwalający zachować pozytywne relacje interpersonalne;
- otwarte wyrażanie siebie: bezpośrednie i stanowcze wyrażanie wobec innych osób własnych myśli, uczuć i przekonań, bez lekceważenia uczuć i poglądów swoich rozmówców.

Zachowaniem asertywnym jest bezpośrednie i stanowcze wyrażanie wobec drugiej osoby swoich uczuć, opinii i postaw, jednocześnie respektując jej prawo do innego sposobu widzenia świata.

Asertywność pozwala uwzględnić potrzeby dwóch stron, chroni przed manipulacją, umożliwia kontrolę sytuacji i wzajemną ochronę granic psychologicznych. Dzięki asertywności możliwe jest sprawne porozumiewanie się personelu medycznego w obrębie zespołu oraz z pacjentem i jego rodziną, co wpływa na efektywne wypełnianie zadań warunkujących rozwiązywanie problemów zdrowotnych, jak również umożliwia skuteczniejsze radzenie sobie w sytuacjach trudnych.

BÓL (perspektywa psychologiczna) – przykre doznania zmysłowe i uczuciowe spowodowane rzeczywistym lub zagrażającym uszkodzeniem tkanek albo odczuwane jako uszkodzenie.

Ból jako zjawisko psychosomatyczne jest doświadczeniem subiektywnym, wieloobszarowym, przeżywanym indywidualnie przez jednostkę. Ból można określić jako proces składający się z następujących ściśle powiązanych ze sobą etapów:

- doznanie zmysłowo-dyskryminacyjne;
- reakcja przykrości (prosta reakcja uczuciowa);
- cierpienie (rozbudowane reakcje uczuciowe, modelowane m.in. przez cechy osobowości, doświadczenia, przyjęte sposoby radzenia sobie z bólem i powiązane z poglądami chorego dotyczącymi bólu);
- behawioralna ekspresja bólu (zachowanie bólowe).

Objawy bólowe u pacjentów onkologicznych mogą wynikać z inwazyjnego wzrostu guza, wdrażanych interwencji terapeutycznych (operacja, chemioterapia, radioterapia), unieruchomienia, jak również z przyczyn niezwiązanych z rakiem. Uwarunkowania psychologiczne wpływają na: próg tolerancji bólu oraz percepcję, ocenę i ekspresję bólu. Szacuje się, że ból w trakcie leczenia onkologicznego dotyczy 40–50% pacjentów, natomiast w zaawansowanej chorobie nowotworowej 60–70% z nich[1]. Nieleczony lub nieskutecznie leczony ból jest czynnikiem istotnie obniżającym jakość życia (patrz JAKOŚĆ ŻYCIA W CHOROBIE ONKOLOGICZNEJ), jak również może prowadzić do zaburzeń emocjonalnych i psychotycznych oraz do depresji (patrz ZABURZENIA DEPRESYJNE W CHOROBIE ONKOLOGICZNEJ). Pomoc psychologiczna w formie terapii poznawczo-behawioralnej (patrz TERAPIA POZNAWCZO-BEHAWIORALNA), psychoedukacji (patrz PSYCHOEDUKACJA), technik relaksacyjnych (patrz TECHNIKI RELAKSACYJNE), jogi i ćwiczeń może zmniejszać nasilenie bólu przez: poprawę radzenia sobie z nim, wypracowanie prawidłowych zachowań, korygowanie niewłaściwych postaw, niekorzystnego sposobu myślenia o bólu i sytuacjach z nim związanych, zwiększenie akceptacji bólu, wzmocnienie poczucia własnej skuteczności (patrz POCZUCIE WŁASNEJ SKUTECZNOŚCI), przeformułowanie katastroficznych myśli, modulację działań i przeniesienie uwagi. Interwencje edukacyjne skoncentrowane na informacjach dotyczących przyczyn i mechanizmu powstawania bólu, a także własnych możliwości włączenia się w proces leczenia oraz zwiększenia jego skuteczności, wspierają pacjentów w korzystaniu z możliwości leczenia farmakologicznego i ułatwiają komunikację z personelem medycznym.

CICHA EUTANAZJA (*voluntarily stopping eating and drinking*, VSED) – dobrowolne zaprzestanie jedzenia i picia. Celowa próba przyspieszenia śmierci przez osobę chorą, która nie godzi się na przedłużanie procesu jej umierania ze względu na doświadczanie cierpienia opornego na jakiekolwiek interwencje paliatywne.

VSED dotyczy tylko osób fizycznie zdolnych do doustnego przyjmowania i trawienia pokarmu/płynów oraz powinno być różnicowane ze spadkiem zainteresowania jedzeniem/płynami u osób pod koniec życia. VSED jest aktem wolicjonalnym, rozciągniętym na długi czas, charakteryzującym się dyscypliną i wytrzymałością osoby, która się go podejmuje. Dobrowolne zaprzestanie jedzenia i picia, jako jeden z możliwych sposobów przyspieszenia śmierci, jest tematem, który rodzi trudne pytania natury zarówno klinicznej, jak i etycznej. Sytuacja ogromnego cierpienia, mimo wdrażania opieki paliatywnej i działań terapeutycznych, może prowadzić do próśb ze strony pacjenta o przedwczesne zakończenie jego życia. Wiele aspektów cierpienia nie jest związanych z kontrolowaniem objawów czy stosowaniem zaawansowanej medycyny, m.in. ból duchowy, ból egzystencjalny, nagromadzenie objawów, krwawienie i otwarte rany, zmiana wizerunku ciała, utrata godności, wykluczenie społeczne, utrata sensu życia. Zachowanie pewnego zakresu autonomii i kontroli u schyłku życia dla niektórych pacjentów stanowi ostatni z fundamentów jakości życia w sytuacji nieznośnego cierpienia, pomimo wysokiej jakości opieki paliatywnej. Osoby chore, które rozważają VSED, to przeważnie ludzie starsi, którzy czują nieuchronność śmierci z powodu choroby oraz są na nią gotowi. To najczęściej pacjenci, którzy bardzo cenią sobie niezależność i odczuwają silne zmęczenie egzystencją

[1] Leppert W., Wordliczek J. Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego u chorych na nowotwory z bólem. *Varia Medica* 2018, 2(3):262–275.

ograniczającą się do przetrwania danego dnia, a także doznają znacznego pogorszenia jakości życia (patrz JAKOŚĆ ŻYCIA W CHOROBIE ONKOLOGICZNEJ).

CIERPIENIE PSYCHICZNE W PROCESIE UMIERANIA – cierpienie, umieranie i śmierć są nieuchronnymi elementami życia, jednak powinno się dołożyć wszelkich starań, by cierpienie było sprowadzone do akceptowalnego dla chorego poziomu.

W wielu badaniach podkreśla się, że narracje kulturowe dotyczące śmierci mają ogromny wpływ na postrzeganie jej jako „strasznego" doświadczenia. Konfrontacja z nieuchronnością końca życia to dla wielu ludzi poważny kryzys psychiczny wynikający z doświadczania wielu strat we wszystkich aspektach życia. W konsekwencji cierpienia natury fizycznej i psychicznej wiele osób u schyłku życia doświadcza depresji i silnych stanów lękowych. Uśmierzenie cierpienia jest możliwe, gdy działania skierowane są na wszystkie jego przyczyny: objawy somatyczne, psychiczne i psychologiczne, socjalne i społeczne oraz duchowe. Postawy wobec śmierci są wypadkową wielu czynników: indywidualnych lęków, odczuwanego zagrożenia życia, doświadczeń związanych z umieraniem innych, poziomem wiedzy medycznej kształtującym postrzeganie szans na opóźnianie śmierci, czynników kulturowych, religijnych i kontekstu społecznego. Wiele osób umierających zadaje sobie pytania o sens swojego życia, o to, kim byli, co mogli zrobić inaczej i – w zależności od udzielonych odpowiedzi – czują mniejszy lub większy żal, który nierzadko przekłada się na silne emocje: niezgodę na śmierć, smutek, żal, niepokój o bliskich oraz lęk przed nieznaną przyszłością i poczuciem bezradności. Według Makselona[2] lęk przed śmiercią dotyczy nieodwracalnego końca życia oraz rozwoju i może on dotyczyć różnych aspektów:

- umierania (czyli zbliżania się do śmierci);
- zniszczenia ciała po śmierci;
- pozostałych przy życiu bliskich;
- nieznanej oceny moralnej przez Boga;
- pozornej śmierci (powstaje niekiedy na skutek opowieści o pochowaniu jeszcze żywego człowieka);
- przedwczesnej śmierci;
- wyglądu ciała po śmierci;
- określonego typu śmierci;
- śmierci społecznej i psychologicznej, tj. nieobecności w kontaktach międzyludzkich.

W praktyce klinicznej występują różnorodne scenariusze umierania, które zależą zarówno od stanu świadomości umierającego, jak i od gotowości otoczenia do wspólnej konfrontacji z tą sytuacją. Cierpienie psychiczne osób umierających wynikające z interakcji społecznych w warunkach szpitalnych opisali Barney Glaser i Anselm Strauss, którzy wyróżnili cztery modele postaw społecznych wobec umierania (tab. 29.2).

[2] Makselon J. (1988). *Lęk wobec śmierci. Wybrane teorie i badania psychologiczne*. Kraków: Polskie Towarzystwo Teologiczne.

TABELA 29.2.
Modele postaw społecznych wobec umierania według Barneya Glasera i Anselma Straussa

Model	Charakterystyka modelu
Model zamkniętej świadomości	Pacjent nie zdaje sobie sprawy z tego, że umiera. Otoczenie (bliscy, lekarze) utwierdzają go w przekonaniu o pozytywnych rokowaniach, chcąc w ten sposób oddalić od chorego negatywne konsekwencje poznania prawdy i utraty nadziei. Personel medyczny może przekonywać pacjenta, że nie wszystko jest jeszcze stracone, że można jeszcze pomyśleć o innym leczeniu, mając świadomość, iż stan chorego na dalsze leczenie nie pozwala. Ponadto personel medyczny ogranicza kontakt z pacjentem do minimum, osoby bliskie podtrzymują stanowisko lekarzy, a sam chory może być zdezorientowany. Im dłużej trajektoria umierania przybiera postać zamkniętego kontekstu świadomości, tym większe jest psychiczne obciążenie osób zaangażowanych w dramat umierania
Model podejrzeń	W przebiegu procesu umierania kontakt z rodziną i personelem może stać się dla pacjenta podstawą do podejrzeń, że jest śmiertelnie chory i że nie otrzymuje prawdziwych informacji. Staje się bardzo wyczulony na zachowania osób bliskich i personelu medycznego, zadaje pytania, a kiedy wyczuwa, że nie dostaje jasnych odpowiedzi, robi się jeszcze bardziej podejrzliwy. W konsekwencji osoba umierająca może stać się nerwowa, płaczliwa, zamykająca się w świecie swoich myśli i emocji
Model wzajemnego udawania	Pacjent, rodzina i personel medyczny wiedzą, że chory umiera, a mimo to wszyscy stwarzają wrażenie, iż sytuacja jest stabilna. Unikają otwartej rozmowy na temat tego, co naprawdę się dzieje. Osoba chora uznaje, że nie może zakłócać spokoju swoich bliskich i nie powinna mówić, co czuje i czego się obawia. Powstaje zmowa milczenia, która zostawia pacjenta i jego bliskich w poczuciu osamotnienia

cd. TABELI 29.2.

Model	Charakterystyka modelu
Model otwartej świadomości	Osoba umierająca, jak również jej bliscy i personel medyczny otwarcie rozmawiają o sytuacji zdrowotnej pacjenta. Osoby bliskie są otwarte na szczere rozmowy i świadome żegnanie się z chorym. Pacjent może przeżywać różne fazy adaptacji do świadomości umierania – od niedowierzania, złości i wyparcia do pogodzenia się z nieodwracalnością losu

Źródło: Glaser B., Strauss A. (1965). *Awareness of dying*. Chicago: Aladine.

DEPRESJA – patrz ZABURZENIA DEPRESYJNE W CHOROBIE ONKOLOGICZNEJ.

DSM-5 (***Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition***) – klasyfikacja zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego opublikowana w 2013 roku. Służy do pracy klinicznej i diagnostyki różnicowej, umożliwiając zróżnicowaną ocenę objawów.

DYSONANS POZNAWCZO-EMOCJONALNY – dyskomfort psychiczny, pojawiający się, gdy u danej osoby jednocześnie występują dwa elementy poznawcze niezgodne ze sobą (własne przekonania lub zachowania). W takiej sytuacji – w celu redukcji napięcia i lęku – jednostka stosuje strategie poznawcze. Zjawisko to pojawia się również w procesie zmiany sposobu myślenia, sygnalizując, że treści są dla jednostki nowe i nieugruntowane.

EMOCJE W CHOROBIE ONKOLOGICZNEJ – emocje to stany afektywne o swoistej ekspresji mimicznej i pantomimicznej oraz jasno określonych przyczynach. Charakteryzują się stosunkowo silnym pobudzeniem fizjologicznym oraz stosunkowo krótkotrwałym przebiegiem. Emocje mają zdolność wywoływania lub wzmacniania konkretnych, związanych z nimi zachowań i towarzyszą im stany somatyczne.

Doświadczanie danej emocji jest zwykle dostępne jednostce w postaci świadomej oceny własnego stanu afektywnego w formie sądu. Emocje charakteryzują: treść, natężenie i znak, które wpływają na zakres sądów i zachowań. Do emocji podstawowych zalicza się najczęściej: radość, smutek, gniew, strach, wstręt, zaskoczenie, zaciekawienie. Naturalnym zjawiskiem w chorobie nowotworowej są silne reakcje emocjonalne, które stanowią odpowiedź na zagrożenie zdrowia i życia w obliczu choroby, jak również występowanie stanu długotrwałego napięcia emocjonalnego. Choroba nowotworowa wzbudza zazwyczaj bardzo silne i trudne dla pacjenta i jego rodziny emocje, m.in.: przygnębienie, żal, gniew, złość, lęk, smutek. Część z nich może być obecna przez cały okres leczenia, inne mogą się pojawić wybiórczo albo nie pojawić się wcale. Występowanie i stopień nasilenia emocji zależą od przebiegu choroby oraz indywidualnych predyspozycji chorego do ich przeżywania. Koncentracja na emocjach trudnych doprowadza do zwiększenia ich natężenia, co w rezultacie wpływa negatywnie na odbiór informacji na temat stanu zdrowia i leczenia, może sprzyjać podejmowaniu niekorzystnych decyzji zdrowotnych oraz pojawieniu się zaburzeń (psychicznych i adaptacyjnych). Istotną rolę w procesie przystosowania się do choroby odgrywa możliwość ekspresji przeżywanych emocji, zwłaszcza tych o charakterze negatywnym. Podejmowanie prób regulacji emocji (patrz REGULACJA EMOCJI) może zmniejszyć ich bezpośredni negatywny wpływ na samopoczucie fizyczne i psychiczne. W sytuacji choroby onkologicznej chorzy doświadczają również emocji pozytywnych, takich jak radość, nadzieja (patrz NADZIEJA) i wdzięczność, które stanowią przeciwwagę dla emocji negatywnych, zwiększają tendencje do elastycznego i kreatywnego myślenia, a także sprzyjają radzeniu sobie z chorobą, przystosowaniu do choroby, regulacji emocjonalnej, przywracaniu równowagi i odporności psychicznej (patrz ODPORNOŚĆ PSYCHICZNA) oraz budowaniu i odnowie zasobów osobistych.

EMPATIA – wielowymiarowe, interpsychiczne zjawisko, którego natura polega na zdolności współbrzmienia z emocjami drugiej osoby, doznawania jej wewnętrznych przeżyć bez utożsamiania się z nią oraz zdolności rozumienia przekonań, postaw i funkcji pełnionych przez innych, jak również na umiejętności równoczesnego koordynowania tych dwóch aspektów: emocjonalnego i poznawczego.

Empatię można rozpatrywać jako:
- cechę osobowości;
- postawę w zawodzie pomocowym;
- element procesu komunikacji;
- element opieki;
- szczególną więź.

Na empatię składają się zarówno elementy poznawcze, afektywne, jak i zachowanie polegające na uzewnętrznieniu tego uczucia i okazaniu go. Empatia kliniczna dotyczy poznawczego zrozumienia wewnętrznych doświadczeń i perspektywy pacjenta jako odrębnej jednostki oraz łączy się z możliwością

komunikowania zrozumienia pacjentowi. Personel medyczny w relacji z pacjentem nie staje się nazbyt sympatyzujący ani współczujący, a jednocześnie zwraca uwagę na jego emocjonalność. Nadmierna reakcja empatyczna może bowiem uniemożliwić niesienie pomocy, kierując działania w stronę ochrony własnej osoby, a z kolei brak empatii udaremnia holistyczne postrzeganie pacjenta i kompleksowe udzielenie adekwatnej pomocy.

INTERWENCJA KRYZYSOWA – profesjonalna pomoc w kryzysach emocjonalnych, udzielana osobom skonfrontowanym z poważnymi wydarzeniami krytycznymi. Ma formę krótkoterminowej, wielostronnej pomocy psychologicznej. Działania te zmierzają do:

- odzyskania przez jednostkę dotkniętą kryzysem poczucia kontroli nad sytuacją oraz zdolności do samodzielnego rozwiązania sytuacji kryzysowej;
- złagodzenia objawów reakcji kryzysowej, zapobiegania psychopatologii i konieczności hospitalizacji;
- wypracowania nowych wzorców zachowań oraz skuteczniejszych metod rozwiązania problemów, co umożliwi wprowadzenie jakościowych zmiany w funkcjonowaniu jednostki;
- przywrócenia poziomu funkcjonowania sprzed kryzysu, w tym równowagi psychicznej zaburzonej przez krytyczne wydarzenie.

Interwencja kryzysowa wobec chorego somatycznie koncentruje się na pomocy i wsparciu procesu konstruktywnego zmagania się z obciążeniami, jakie niosą za sobą: rozpoznanie choroby, leczenie, potencjalna inwalidyzacja i stan terminalny.

Kluczowymi elementami interwencji kryzysowej są:

- diagnoza stanu psychicznego osoby chorej i ocena natężenia kryzysu;
- określenie problemu kryzysowego;
- zapewnienie bezpieczeństwa osobie chorej (ocena zagrożenia samobójstwem);
- dostarczenie wsparcia;
- przegląd i analiza możliwych rozwiązań problemu;
- sformułowanie planów rozwiązywania kryzysu oraz uzyskanie zobowiązania osoby chorej do ich realizacji.

W interwencjach kryzysowych wykorzystywany jest mechanizm wsparcia społecznego (patrz WSPARCIE SPOŁECZNE).

JAKOŚĆ ŻYCIA W CHOROBIE ONKOLOGICZNEJ – postrzeganie przez osobę własnej sytuacji życiowej w kontekście uwarunkowań kulturowych, systemu wartości oraz w związku ze swoimi celami, normami i zainteresowaniami.

Pojęcie jakości życia jest wieloznaczne, ma charakter wielowymiarowy i wielodyscyplinarny. Jest to dynamiczna koncepcja odnosząca się do wszystkich aspektów życia i potrzeb pacjenta, stale oceniająca procesy równoważenia między sytuacją rzeczywistą a sytuacją idealną w danym czasie. W dużej mierze jakość życia jest wartością subiektywną i zależy od stanu psychicznego, osobowości, indywidualnych potrzeb, przekonań, upodobań oraz systemu wartości. Z perspektywy jednostki ulega ona zmianie w czasie i na przestrzeni całego życia.

W badaniach nad jakością życia w chorobie uwzględnia się stan funkcjonalny ze specyficznymi objawami oraz wymiary: psychologiczny, społeczny i duchowy. Współczesna onkologia skupia się nie tylko na leczeniu farmakologicznym, lecz także na pełniejszym zrozumieniu doświadczeń pacjentów i ich rodzin, traktując priorytetowo holistyczną opiekę, która w wymierny sposób wpłynie na jakość życia i uwzględni preferencje pacjenta. Z tego względu w literaturze tematu podkreśla się zasadność wdrożenia narzędzi do pomiaru jakości życia w opiece medycznej, co pozwala na uzyskanie od pacjentów informacji dotyczących zarówno objawów choroby, jak i niepożądanych skutków leczenia, a także oceny aspektów psychologicznych, społecznych i duchowych. Badając jakość życia osób leczonych z powodu choroby nowotworowej, zwraca się szczególną uwagę na relację między oceną choroby i procesu leczenia a różnymi aspektami funkcjonowania chorego. Wyniki badań nad jakością życia mogą kreować kierunek leczenia i pielęgnowania pacjenta zgodnie z ideą medycyny opartej na faktach – EBM (*evidence-based medicine*) oraz ideą praktyki pielęgniarskiej opartej na faktach – EBNP (*evidence-based nursing practice*). Jakość życia jest obecnie istotnym i stosowanym równolegle z oceną kliniczną oraz funkcjonalną wyznacznikiem skuteczności terapii. Uwzględnienie oceny jakości życia dokonanej przez pacjenta w przebiegu choroby pozwala na interdyscyplinarną i holistyczną opiekę onkologiczną.

KRÓTKOTERMINOWA TERAPIA SKONCENTROWANA NA ROZWIĄZANIACH (*solution focused brief therapy*, SFBT) – patrz TERAPIA SKONCENTROWANA NA ROZWIĄZANIACH.

KRYZYS EMOCJONALNY (kryzys psychologiczny) – sytuacja wynikająca z napotkania na drodze do realizacji ważnych celów życiowych takiej przeszkody, która nie jest możliwa do usunięcia za pomocą zwyczajowo stosowanych sposobów radzenia sobie z trudnościami.

Sytuację kryzysu charakteryzują: duże napięcie emocjonalne, uczucie przerażenia, obawa przed utratą kontroli i poczuciem bezradności, różne formy dezorganizacji zachowania oraz objawy somatyczne. Jednostka w kryzysie doświadcza

wyczerpania lub ograniczenia własnych możliwości rozwiązania problemu i wymaga pomocy z zewnątrz. Zjawisko to może być punktem zwrotnym i sprzyjać osobistemu rozwojowi jednostki, a w przypadku niepowodzenia w radzeniu sobie z kryzysem – prowadzić do pogłębionego chaosu i dezintegracji psychicznej. Kryzys jest zjawiskiem złożonym w swojej etiologii, w którym nakłada się szereg czynników intrapsychicznych, relacyjnych oraz środowiskowych. Złożony jest także obraz kliniczny kryzysu, ponieważ obejmuje wszystkie obszary funkcjonowania jednostki, jej ról oraz relacji. Symptomy kryzysu są wyrazem indywidualnych adaptacyjnych wysiłków mających na celu poradzenie sobie z kryzysem i zależą od posiadanych zasobów jednostki. Fazy reakcji kryzysowej zgodnie z charakterystyką Gerarda Caplana zostały przedstawione w tabeli 29.3.

KRYZYS PSYCHOLOGICZNY – patrz KRYZYS EMOCJONALNY.

KRYZYS ZDROWOTNY – kryzys sytuacyjny rozwijający się w konsekwencji utraty zdrowia. Przyczyną tego rodzaju kryzysu jest ciężka choroba somatyczna.

Wydarzenie wywołujące kryzys zdrowotny ma charakter nieprzewidywalny, nagły, szokujący, intensywny, katastroficzny oraz zagrażający zdrowiu i życiu. Rozpoznanie choroby onkologicznej może wywoływać ten rodzaj kryzysu. Dla rozwoju i przebiegu kryzysu zdrowotnego znaczenie ma dynamika postępu choroby i kolejne decyzje terapeutyczne. Do najczęstszych modeli opisujących zmagania z sytuacją kryzysu zdrowotnego należą: model Caplana (patrz KRYZYS

TABELA 29.3.
Fazy reakcji kryzysowej w kryzysie emocjonalnym według Gerarda Caplana

Faza	Charakterystyka fazy
Faza konfrontacji z wydarzeniem, które wywołało kryzys	Jednostka doświadcza: • nieskuteczności wykorzystywanych dotąd sposobów radzenia sobie • subiektywnego odczucia braku wystarczających zasobów, które ma do dyspozycji • braku efektywnych zewnętrznych źródeł pomocy Ujawnia się intensywna reakcja emocjonalna (wzrost napięcia, obecność niepokoju i lęku). Zostają aktywizowane strategie adaptacyjne
Faza pojawienia się przekonania, że nie jest się w stanie poradzić sobie z zaistniałą trudnością	Jednostka doświadcza: • uczucia bycia pokonanym • utraty kontroli nad własnym życiem Następuje dalszy wzrost napięcia i obniżenie poczucia własnej wartości jednostki ze względu na nieskuteczność podejmowanych działań
Faza mobilizacji	Jednostka uruchamia wszystkie dostępne zasoby (wewnętrzne, zewnętrzne i awaryjne). Możliwe efekty: • pokonanie kryzysu i odzyskanie przedkryzysowej równowagi • pozorne uporanie się z problemem przy wykorzystaniu mechanizmu zaprzeczania (zagrożenie przejścia kryzysu w stan chroniczny) • nieskuteczne wysiłki, brak rozwiązania kryzysu Brak konstruktywnego rozwiązania kryzysu zwiększa ryzyko kryzysowego przeżywania kolejnych trudnych sytuacji życiowych i może skutkować objawami psychopatologicznymi
Faza ostra kryzysu (dekompensacji)	Napięcie wykracza poza możliwości wytrzymałości jednostki. Dochodzi do: • zniekształceń procesów poznawczych • poczucia dezorganizacji i wewnętrznego chaosu • wycofywania się z kontaktów interpersonalnych • aktów agresji i autoagresji, nadużywania substancji psychoaktywnych

Źródło: Włodarczyk E., Cytlak I. (2011). *Człowiek wobec krytycznych sytuacji życiowych. Z teorii i praktyki pracy socjalnej.* Poznań: Uniwersytet im. Adama Mickiewicza.

EMOCJONALNY) i model Kübler-Ross. Model stworzony przez Elisabeth Kübler-Ross nie powinien być traktowany jako model normatywny, stanowi jednak punkt odniesienia, ułatwiający zrozumienia przeżyć i przebiegu zmagania się z chorobą onkologiczną. W modelu tym proces adaptacji do choroby nowotworowej został opisany w pięciu etapach, które mogą po sobie następować (tab. 29.4).

Z kolei Carol Hoskins i Judith Haber dokonały opisu faz kryzysu obejmującego aspekty fizyczno-emocjonalne w chorobie somatycznej, odnosząc je do etapów choroby (tab. 29.5).

TABELA 29.4.
Proces adaptacji do choroby nowotworowej według Elisabeth Kübler-Ross

Etap	Charakterystyka etapu
Etap 1: zaprzeczanie	Rozpoczyna się w momencie postawienia diagnozy. Jest procesem naturalnym, ułatwiającym rozpoczęcie procesu adaptacji. W przypadku gdy utrzymuje się dłużej, wymaga interwencji. Reakcje emocjonalne są gwałtowne
Etap 2: gniew	Silne negatywne emocje o charakterze odreagowania. Dominuje złość kierowana wprost lub w sposób pośredni na otoczenie
Etap 3: targowanie się	Stanowi próbę zapanowania nad chorobą, odroczenia śmierci. Przybiera często formę obietnic kierowanych do absolutu, siły wyższej, Boga, dotyczących zmiany życia, poprawy moralnej bądź naprawienia szkód w zamian za możliwość odzyskania zdrowia i uniknięcia śmierci
Etap 4: depresja	Poczucie utraty kontroli nad własnym życiem, poczucie poniesionych strat. Chory antycypuje śmierć. Dokonuje bilansu strat (zaistniałych i spodziewanych) w związku z nadchodzącą śmiercią. Wymagana jest interwencja w przypadku nasilenia objawów i trudności w funkcjonowaniu chorego
Etap 5: akceptacja	Zgoda na nadchodzącą śmierć (bez gniewu i żalu). Chory podejmuje działania na rzecz uporządkowania swoich spraw (rodzinnych, zawodowych, majątkowych)

Źródło: Jabłoński M., Furgał M., Dudek D., Zięba D. *Miejsce psychoonkologii we współczesnej psychiatrii. Psychiatria Polska* 2008, XLII, 5:749–765.

TABELA 29.5.
Fazy kryzysu obejmującego aspekty fizyczno-emocjonalne w chorobie somatycznej według Carol Hoskins i Judith Haber

Faza	Charakterystyka fazy
Faza diagnostyczna	Reakcje: szok, niedowierzanie, poczucie konieczności podjęcia natychmiastowej decyzji co do realizacji proponowanych form leczenia
Faza pooperacyjna	Radzenie sobie i podejmowanie wszelkich wysiłków na rzecz akceptacji niepożądanych zmian fizycznych; konieczności dokonania przemian w zakresie ról życiowych
Faza terapeutyczna	Zbieranie informacji i podejmowanie decyzji co do dalszych form leczenia; kształtowanie się właściwej postawy chorego wobec symptomów i proponowanego postępowania leczniczego
Faza odnowy	Faza powrotu do zdrowia; możliwe ujawnienie się: • lęku o nawrót choroby • obaw co do zdolności powrotu do funkcjonowania sprzed choroby
Faza terminalna choroby	Postępująca utrata kolejnych poziomów i obszarów funkcjonowania wraz z antycypacją nadchodzącej śmierci

Źródło: Kubacka-Jasiecka D., Berezowska-Pogoń J. Interwencja w kryzysach zdrowia: założenia, strategie, refleksje własne. *Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis. Studia Psychologica* 2014, 7:115–137.

MECHANIZMY OBRONNE – działające automatycznie procesy psychologiczne, które chronią jednostkę przed niepokojem oraz przed świadomością zarówno zewnętrznych, jak i pochodzących z wewnątrz niebezpieczeństw lub czynników wywołujących stres; jednostka pozostaje często nieświadoma tych procesów w momencie, gdy one działają; mechanizmy obronne warunkują reakcję jednostki na konflikty emocjonalne oraz wewnętrzne lub zewnętrzne źródła stresu.

Pojęcie zostało wprowadzone przez Zygmunta Freuda i przyjęte do kanonu współczesnej psychologii. Mechanizmy obronne są najczęściej nawykowe, działają na poziomie nieświadomym i pomagają w radzeniu sobie z wewnętrznymi konfliktami w celu zmniejszenia m.in. lęku, frustracji i poczucia winy. Pozwalają na utrzymanie równowagi psychicznej, jednak stosowane w sposób nadmierny lub nieadekwatny mogą stać się źródłem problemów w wyniku zniekształcenia odbioru rzeczywistości. Współcześnie uważa się, że używanie mechanizmów obronnych w sposób wybiórczy, elastyczny, umiarkowany może sprzyjać lepszemu radzeniu sobie z konfliktami wewnętrznymi i zewnętrznymi – pod warunkiem że mechanizmy te są wykorzystywane jedynie w pierwszej fazie radzenia sobie z konfliktem, w celu redukcji nadmiernego zagrożenia i lęku. Nadużywanie mechanizmów obronnych oraz stosowanie ich w sposób nawykowy, niezróżnicowany, sztywny i zgeneralizowany prowadzi do kształtowania się i utrwalenia niedojrzałej, neurotycznej struktury osobowości i problemów natury psychicznej. U pacjentów onkologicznych mechanizmy obronne mogą wystąpić na każdym etapie choroby, a wczesne wykrycie dezadaptacyjnych mechanizmów obronnych pozwala na wdrożenie odpowiednich interwencji psychologicznych, co wspomaga proces leczenia. Mechanizmy obronne zostały opisane w tabeli 29.6.

TABELA 29.6.
Charakterystyka mechanizmów obronnych

Mechanizm obronny	Opis mechanizmu
Acting out	Wyrażanie w sposób niekontrolowany uczuć, pragnień lub impulsów, nie przejmując się przy tym możliwymi negatywnymi konsekwencjami (na poziomie osobistym, społecznym)
Afiliacja	Stawianie czoła konfliktom emocjonalnym oraz wewnętrznym lub zewnętrznym źródłom stresu, szukając wsparcia u innych osób, np. prosząc o radę czy pomoc
Agresja bierna	Wyrażanie w sposób niebezpośredni i bierny agresji wobec innych osób; fasada pozornej gotowości do współdziałania czy udzielenia pomocy maskuje ukryty opór lub niechęć
Altruizm	Zajmowanie się potrzebami innych osób, by częściowo zaspokoić własne potrzeby (zastępcza realizacja potrzeb lub uzyskanie życzliwości)
Dewaluacja	Przypisywanie sobie lub innym wyolbrzymionych cech lub właściwości negatywnych
Fiksacja	Kurczowe trzymanie się wyuczonych mechanizmów przystosowania, dzięki czemu nie dopuszcza się myśli, które mogłyby spowodować frustrację
Humor	Sposób obrony przed lękiem, świadomością starzenia się i śmierci, niepokojem związanym z osobistymi potrzebami
Idealizacja	Przypisywanie sobie lub innym wyolbrzymionych cech lub właściwości pozytywnych
Intelektualizacja	Intelektualne opracowanie impulsów agresywnych lub seksualnych, pozwalających odciąć się od doznań cielesnych, konfliktowych myśli lub uczuć
Izolacja	Niemożność jednoczesnego doświadczenia elementów emocjonalnych i poznawczych danego przeżycia oraz wykluczenie elementów emocjonalnych ze swojej świadomości
Projekcja	Przypisywanie innym osobom własnych nieakceptowanych lub niepokojących uczuć, np. „ludzie są egoistami, nikt ich nie obchodzi”
Przemieszczenie	Przeniesienie uczuć, zainteresowań itp., uznanych za nieodpowiednie, z jednej osoby na inną, z jednej rzeczy na drugą, mniej zagrażającą, bardziej „dozwoloną”

cd. TABELI 29.6.

Mechanizm obronny	Opis mechanizmu
Racjonalizacja	Użycie samooszukujących się usprawiedliwień nieakceptowanego zachowania lub niepowodzenia
Reakcja upozorowana	Wyrażenie uczuć lub zachowań przeciwnych niż rzeczywiście odczuwane po to, by prawdziwe pozostały wyparte. Zachowania przeciwne są wyrażane przesadnie
Regresja	Pod wpływem silnego stresu powrót do wcześniejszej fazy rozwojowej, np. u osoby dorosłej napady niekontrolowanego krzyku, zachowań infantylnych
Rozegranie w działaniu	Impulsywne czyny bez świadomości ich skutków, np. niewypowiedziana złość z powodu braku wsparcia ze strony bliskich może prowadzić do wyładowania złości na innych osobach
Rozszczepienie	Postrzeganie samego siebie lub innych osób jako całkowicie złych albo jako całkowicie dobrych. Brak możliwości zintegrowania cech pozytywnych i negatywnych w spójne wyobrażenia
Sublimacja	Kanalizowanie potencjalnie groźnych uczuć lub impulsów w zachowania akceptowane społecznie (np. kanalizowanie agresji w uprawianie sportu)
Tłumienie	Świadome odkładanie na jakiś czas myślenia o niepokojących problemach, pragnieniach, uczuciach lub doświadczeniach
Unieważnianie własnego wcześniejszego działania	Podejmowanie działań, których celem jest symboliczne naprawienie lub zanegowanie wcześniejszych myśli, uczuć lub działań
Wyparcie	Niedopuszczanie do świadomości niepokojących myśli, wspomnień lub emocji
Zaprzeczenie	Niedostrzeganie oczywistych faktów, którym trzeba stawić czoło, np. konieczności poddania się leczeniu: „dopóki nie uznam, że to się dzieje, to nie będzie się działo naprawdę”

Źródło:

1. Drat-Ruszczak K. (2000). *Teorie osobowości – podejście psychodynamiczne i humanistyczne*, w: Strelau J. (red.) Psychologia. Podręcznik akademicki. Tom 2. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
2. Travis C., Wade C. (2008). *Psychologia. Podejście oraz koncepcje*. Poznań: Zysk i s-ka.
3. Marchwicki P. Mechanizmy obronne w ujęciu psychodynamicznym. *Poszukiwania naukowe* 2005, 21:491–507.

MINDFULNESS – patrz UWAŻNOŚĆ, TERAPIA OPARTA NA UWAŻNOŚCI.

MUZYKOTERAPIA – wykorzystywanie muzyki bądź jej elementów (dźwięk, rytm, melodia i harmonia) przez muzykoterapeutę i pacjenta/klienta lub grupę w procesie zaprojektowanym dla ułatwienia komunikacji, uczenia się, mobilizacji, ekspresji, koncentracji fizycznej, emocjonalnej, intelektualnej i poznawczej, w celu wzmagania wewnętrznego potencjału oraz rozwoju lub odbudowy funkcji jednostki, tak aby mogła osiągnąć lepszą integrację intra- i interpersonalną, a w konsekwencji lepszą jakość życia (patrz JAKOŚĆ ŻYCIA W CHOROBIE ONKOLOGICZNEJ).

Doświadczenia muzykoterapeutyczne mogą obejmować słuchanie, śpiewanie, grę na instrumentach lub komponowanie muzyki, tak aby pomóc pacjentom w poprawie i utrzymaniu zdrowia. Cel muzykoterapii obejmują:

- korzystne oddziaływanie na stan psychofizyczny pacjenta;
- kształtowanie sfery emocjonalnej (prawidłowej regulacji emocjonalnej [patrz REGULACJA EMOCJI], pożądanych emocji [patrz EMOCJE W CHOROBIE ONKOLOGICZNEJ], nastroju [patrz NASTRÓJ]);
- kształtowanie osobowości pacjenta (wpływ na postawy i zachowania, w tym postawę twórczą, zdobywanie doświadczeń emocjonalnych i intelektualnych);

- wpływanie na stan pobudzenia psychomotorycznego oraz na napięcie emocjonalne i mięśniowe;
- rozwijanie prawidłowej komunikacji międzyludzkiej (wzbudzanie, inicjowanie i ukierunkowywanie);
- wzbogacenie oraz wspomaganie metod diagnostycznych;
- wzbudzanie określonych reakcji fizjologicznych i wpływanie na przemiany biochemiczne zachodzące w ustroju.

Muzykoterapia jest stosowana w niektórych szpitalach wielospecjalistycznych, ośrodkach onkologicznych, szkołach, placówkach realizujących programy leczenia uzależnień od alkoholu i narkotyków, szpitalach psychiatrycznych i zakładach poprawczych. Uważa się, że doświadczenia muzyczne polegające na swobodnej improwizacji, śpiewaniu, pisaniu piosenek, słuchaniu muzyki i dyskutowaniu o niej pomagają w procesie leczenia. Wraz z rosnącym zastosowaniem muzykoterapii w praktyce klinicznej coraz częściej docenia się jej skuteczność w łagodzeniu bólu i korygowaniu stanu fizjologicznego. Muzyka może regulować reakcję na stres w osi podwzgórze–przysadka–nadnercza i ma działanie terapeutyczne w chorobach psychicznych, takich jak depresja (patrz ZABURZENIA DEPRESYJNE W CHOROBIE ONKOLOGICZNEJ) czy lęk (ZABURZENIA LĘKOWE W CHOROBIE ONKOLOGICZNEJ).

NADZIEJA:

- szczególne przeświadczenie jednostki o dwóch ogólnych i powiązanych ze sobą właściwościach świata: że jest on uporządkowany i sensowny oraz że jest generalnie przychylny ludziom;
- wiara w zdolność do osiągania celów, szczególnie w sytuacjach, w których można wpływać na wyniki przez wykorzystanie osobistych zdolności i mocnych stron.

Zdaniem Erika Eriksona[3] silna wiara w porządek, sensowność i przychylność świata sprawiają, że łatwiej jest się pogodzić ze stratą, a tym samym łatwiej przejść do dostrzegania i poszukiwania możliwości budowy nowego ładu. Wydaje się, że nadzieja jest procesem determinowanym przez wewnętrzną istotę osoby, a nie powstającym pod wpływem czynników zewnętrznych. W kontekście zdrowia nadzieja sprawia, że osobie chorej łatwiej jest się godzić ze stratą, zwiększa się jej gotowość do szukania nowych możliwości, wzrasta jej poziom zaufania wobec oferowanej pomocy i wobec samodzielnego radzenia sobie, łatwiejsze okazuje się nadanie życiu sensu lub jego odzyskanie, a także uporanie się z kryzysem oraz proaktywne radzenie sobie z niepowodzeniem. W onkologii i opiece paliatywnej nadzieja odgrywa ważną rolę w sposobie postrzegania przez pacjentów jakości życia (patrz JAKOŚĆ ŻYCIA W CHOROBIE ONKOLOGICZNEJ) i jakości umierania. Nadzieja została wskazana jako niezbędny zasób w życiu osób chorych na raka, pomagający im radzić sobie z cierpieniem i niepewnością. W badaniach wykazano, że wysoki poziom nadziei wiązał się m.in. z niższym poziomem lęku (ZABURZENIA LĘKOWE W CHOROBIE ONKOLOGICZNEJ) i depresji (patrz ZABURZENIA DEPRESYJNE W CHOROBIE ONKOLOGICZNEJ), większym wsparciem społecznym (patrz WSPARCIE SPOŁECZNE) i lepszą jakością życia.

NASTRÓJ – stan afektywny o umiarkowanej intensywności, rozlanym charakterze, pozbawiony jasnego odniesienia (subiektywnej przyczyny oraz specyficznego obiektu, na który jest kierowany) oraz wyraźnego komponentu pobudzenia fizjologicznego.

To utrzymujące się przez dłuższy okres zabarwienie emocjonalne wszystkich przeżyć, które jest doświadczane subiektywnie i może być relacjonowane lub podlegać obserwacji ze strony otoczenia.

OBRAZ CHOROBY (poznawcza reprezentacja choroby) – odzwierciedlona w przebiegu procesów poznawczych sytuacja człowieka chorego somatycznie wraz z dopływającymi z różnych źródeł informacjami na temat samej choroby.

Obraz choroby jest indywidualny i niepowtarzalny. Stanowi złożony schemat poznawczy, który obejmuje wiedzę i przekonania przedstawione w tabeli 29.7.

Obraz choroby ma dynamiczny charakter i wpływają na niego zarówno wcześniejsze doświadczenia chorobowe, jak i informacje dochodzące ze środowiska w trakcie choroby. Obraz choroby jest więc wypadkową posiadanych przez pacjenta:

- dotychczas uzyskanych informacji na temat choroby;
- dotychczasowych doświadczeń, wiedzy ogólnej, w tym medycznej;
- informacji uzyskanych od personelu medycznego, innych pacjentów, rodziny i znajomych, a także z publikacji branżowych i internetu;
- informacji, jakie przekazuje organizm (samopoczucie, odczuwane objawy oraz ich konsekwencje fizjologiczne i psychiczne).

W konstruowaniu obrazu choroby ważną rolę odgrywają możliwości intelektualne pacjenta, przeżywany obecnie stan emocjonalny oraz stan zdrowia i zaawansowania choroby. Sama reprezentacja poznawcza w świetle wiedzy medycznej często okazuje się niepełna lub przekłamana. Obraz choroby wpływa m.in. na:

- reakcję na chorobę (emocjonalną, behawioralną i poznawczą);
- sposoby radzenia sobie;
- działania podejmowane przez osobę chorą i zmierzające do poprawy stanu własnego zdrowia.

[3] Erikson E. (2002). *Dopełniony cykl życia*. Poznań: Rebis.

TABELA 29.7.
Obszary, których dotyczy obraz choroby

Obszar	Charakterystyka obszaru
Istota choroby	Czym jest dana choroba i jak jest ona pojmowana przez chorego
Przyczyny choroby	Geneza i czynniki predysponujące do pojawienia się choroby
Przebieg choroby	Opinie odnoszące się do metod leczenia prowadzących do złagodzenia objawów, remisji lub wyleczenia; prognozy dotyczące potencjalnego rozwoju choroby
Przebieg leczenia	Opinie odnoszące się do metod leczenia prowadzących do złagodzenia objawów, remisji lub wyleczenia
Aktualny stan zdrowia	Stan zdrowotny, zmiany spowodowane w organizmie przez chorobę
Długotrwałe konsekwencje choroby	Skutki choroby widoczne w funkcjonowaniu biopsychospołecznym jednostki

Źródło:
1. Krok D. (2017). *W poszukiwaniu znaczenia choroby nowotworowej.* Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego.
2. Heszen I., Sęk H. (red.). (2007). *Psychologia zdrowia*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Dla procesu leczenia istotna jest wiedza na temat obrazu choroby – zarówno treść, jak i źródła. Obraz choroby u pacjentów onkologicznych może być złożony, a jego konstruowanie przebiega na poziomie racjonalnym, a także automatycznym, nieuświadomionym. Na sposób myślenia o chorobie nowotworowej w istotnym stopniu wpływają utrwalone od lat społeczne stereotypy, zgodnie z którymi choroba onkologiczna ma charakter śmiertelnej, niebezpiecznej i inwazyjnej.

ODPORNOŚĆ PSYCHICZNA (prężność psychiczna):
- zdolność jednostki do skutecznego przystosowania się do zadań życiowych w obliczu niekorzystnej sytuacji społecznej lub wysoce niesprzyjających warunków (*resiliency*);
- dynamiczny proces odzwierciedlający względnie dobre przystosowanie się jednostki mimo doświadczanych przez nią zagrożeń lub traumatycznych przeżyć (*resilience*).

Jako mechanizm dynamiczny odporność psychiczna zmienia się w czasie i podlega wpływom okoliczności życiowych, otoczenia oraz czynników sytuacyjnych. Z kolei jako cecha i relatywnie stały zasób jednostki odnosi się do osób charakteryzujących się aktywnością, mającą na celu poszukiwanie rozwiązania problemów, zdolnością mobilizacji do podejmowania działań zaradczych, elastycznością przystosowania się do wymagań życiowych, umiejętnością kontroli emocji, tolerancją negatywnych emocji, niepowodzeń, złożoności czy niepewności i wytrwałością w dążeniu do celu.

Bycie odpornym nie oznacza, że jednostka nie doświadcza stresu, wstrząsów emocjonalnych i cierpienia, jednak proces adaptacji i wychodzenia z negatywnego zdarzenia życiowego może prowadzić do behawioralnej immunizacji lub behawioralnej odporności. Sugeruje się, że osoby uważane za odporne, dzięki afektywnym, poznawczym i behawioralnym ścieżkom radzenia sobie, mają mniej problemów natury psychicznej i fizycznej. Coraz więcej badań jednoznacznie łączy odporność psychiczną, zarówno u pacjentów z rakiem, jak i u osób, które przebyły nowotwór, z lepszym przystosowaniem się do sytuacji choroby, wyższą jakością życia (patrz JAKOŚĆ ŻYCIA W CHOROBIE ONKOLOGICZNEJ) oraz lepszym zdrowiem psychicznym i bardziej satysfakcjonującymi wynikami leczenia. Badania wskazują, że prężność ułatwia powrót do zdrowia u chorych onkologicznie i sprzyja zjawisku potraumatycznego wzrostu (patrz WZROST POTRAUMATYCZNY). U takich pacjentów szczególne znaczenie dla odporności psychicznej mają osobiste właściwości jednostki, które uważa się za sprzyjające skutecznej adaptacji do choroby onkologicznej, w tym poczucie sensu i celu życia, poczucie koherencji, optymizm, pozytywne emocje, poczucie własnej wartości, poczucie własnej skuteczności (patrz POCZUCIE WŁASNEJ SKUTECZNOŚCI), elastyczność poznawcza, radzenie sobie ze stresem, wsparcie społeczne (patrz WSPARCIE SPOŁECZNE) i duchowość. Jednostki charakteryzujące się niskim poziomem prężności gorzej przystosowują się do choroby, co może utrudniać leczenie i rzutować na proces rehabilitacji, a także obniżać jakość życia.

ONKOLOGIA PSYCHOSPOŁECZNA (patrz PSYCHOONKOLOGIA) – dział onkologii, który zajmuje się problemami psychologicznymi, behawioralnymi, emocjonalnymi i społecznymi pojawiającymi się u pacjentów onkologicznych i ich bliskich.

Charakteryzuje się podejściem multidyscyplinarnym, w którym profesjonaliści z różnych dziedzin – psychologii, socjologii, pedagogiki, psychiatrii, onkologii, pielęgniarstwa, a także duchowni – identyfikują czynniki psychospołeczne wpływające na zachorowalność i śmiertelność z powodu chorób onkologicznych oraz zajmują się reakcjami emocjonalnymi osób chorych, ich bliskich i personelu medycznego.

OSTRE ZABURZENIE STRESOWE (*acute stress disorder*, ASD) – intensywna, nieprzyjemna i dysfunkcyjna reakcja emocjonalna po przytłaczającym traumatycznym wydarzeniu, która trwa krócej niż miesiąc.

Objawy ASD pojawiają się w ciągu czterech tygodni od urazu i mogą powodować znaczny poziom stresu. U większości osób, które doświadczają ostrej reakcji na stres, nigdy nie rozwija się dalsze upośledzenie lub PTSD. Człowiek doświadczający ostrej reakcji na stres często jest przytłoczony traumatycznym przeżyciem, wykazuje nadmierną czujność i unika okoliczności, które przypominają o przeżytym wydarzeniu. Poniżej wymieniono kryteria diagnostyczne ASD zgodnie z DSM-5.

A. Bezpośrednie doświadczenie zdarzenia traumatycznego (1); bycie (osobiste) świadkiem zdarzenia, które przytrafiło się innym (2); uzyskanie informacji o tym, że ktoś z bliskich (rodzina, przyjaciele) uczestniczył w zdarzeniu traumatycznym. W przypadku śmierci lub zagrożenia utratą życia członka rodziny/bliskich przyjaciół zdarzenie musi być nacechowane przemocą lub przypadkowe (3); doświadczanie powtarzających się lub ekstremalnych ekspozycji na awersyjne szczegóły zdarzenia traumatycznego (4).
B. Obecność dziewięciu lub więcej z wymienionych w tabeli 29.8 objawów z którejkolwiek z pięciu kategorii: intruzji, negatywnego nastroju, dysocjacji, unikania i pobudzenia, które pojawiły się lub zaostrzyły po wystąpieniu zdarzenia traumatycznego.
C. Czas trwania zaburzeń (kryterium B) zawiera się w okresie od trzech dni do miesiąca po zdarzeniu traumatycznym. Objawy występują najczęściej natychmiastowo i muszą trwać co najmniej trzy dni, by spełnić to kryterium.

TABELA 29.8.
Objawy dotyczące punktu B kryteriów diagnostycznych ASD (zgodnie z DSM-5)

Objaw	Charakterystyka objawu
Objawy dysocjacyjne	1. Zmienione poczucie rzeczywistości otoczenia lub własnego „ja" (np. widzenie siebie z innej perspektywy, bycie w transie, spowolnienie czasu) 2. Niezdolność do pamiętania istotnych aspektów zdarzenia traumatycznego (zwykle jako skutek amnezji dysocjacyjnej, a nie urazu głowy, działania alkoholu lub leków)
Symptomy intruzji	3. Powtarzające się, niechciane i intruzywne stresujące wspomnienia zdarzenia traumatycznego 4. Powtarzające się stresujące sny, których treść i/lub afekt odnosi się do zdarzenia traumatycznego; UWAGA: u dzieci mogą to być przerażające sny bez rozpoznawalnej treści 5. Reakcje dysocjacyjne (np. wtargnięcie – *flashback*), w których jednostka czuje się lub działa, jak gdyby zdarzenie traumatyczne się powtarzało (takie reakcje mogą pojawiać się na kontinuum, którego najbardziej skrajnym wyrazem jest całkowita utrata świadomości otoczenia) 6. Intensywna lub przedłużona reakcja stresowa na ekspozycję na zewnętrzne lub wewnętrzne sygnały, które symbolizują lub przypominają jakiś aspekt zdarzenia traumatycznego
Objawy unikania	7. Podejmowanie wysiłków, by uniknąć stresujących wspomnień, myśli lub odczuć dotyczących zdarzenia traumatycznego bądź blisko z nim związanych 8. Podejmowanie wysiłków, by uniknąć zewnętrznych przypomnień (ludzi, miejsc, rozmów, aktywności, przedmiotów, sytuacji), które wzbudzają stresujące wspomnienia, myśli lub odczucia dotyczące zdarzenia traumatycznego bądź są z nim blisko związane
Objawy pobudzenia	9. Zaburzenia snu (problemy z zasypianiem, ciągłością snu, sen bez uczucia wypoczynku) 10. Poirytowanie wyrażone w zachowaniu i wybuchy gniewu (wywoływane niewielką prowokacją lub pojawiające się mimo jej braku), zwykle mające postać werbalnej lub fizycznej agresji wobec ludzi i przedmiotów 11. Wzmożona czujność 12. Problemy z koncentracją 13. Wyolbrzymiona reakcja, przestrach
Negatywny nastrój	14. Utrzymująca się niezdolność do doświadczania pozytywnych emocji (np. niezdolność do przeżywania szczęścia, satysfakcji, miłości)

Źródło:

1. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
2. Bryant R.A. (2016). *Acute stres disorder. What it is and to treat it.* New York, NY: Guilford. Press.
3. Bryant R.A. (2016). *Acute stress disorder*. [W]: P.R. Casey, J.J. Strain Trauma and stressor related disorders: A hadndbook for clinicians (s. 81–98). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing Inc.

D. Zaburzenie powoduje klinicznie istotny dystres lub zakłócenia w życiu społecznym, zawodowym bądź innych ważnych obszarach funkcjonowania.

W badaniach u pacjentów onkologicznych częstość występowania ASD oscylowała w zakresie 2,4–28%[4].

POCZUCIE WŁASNEJ SKUTECZNOŚCI – siła przekonania jednostki co do jej zdolności podejmowania działań niezbędnych do osiągnięcia określonych celów; odzwierciedla wiarę w zdolność do sprawowania kontroli nad własną motywacją, zachowaniem i środowiskiem społecznym.

Pojęcie wywodzi się z teorii społecznego uczenia się Alberta Bandury[5]. Bandura zasugerował, że poczucie własnej skuteczności wpływa na to, jakie zachowania w obszarze radzenia sobie są inicjowane, gdy jednostka spotyka się ze stresem i z wyzwaniami, a także określa, ile wysiłku zostanie włożone w osiągnięcie celów oraz jak długo te cele będą realizowane. Osoby o wysokim poziomie poczucia własnej skuteczności nie tylko mają większe szanse na sukces, lecz także są bardziej skłonne do angażowania się w różne ważne sytuacje, np. w proces leczenia. Na poczucie własnej skuteczności wpływają:

- procesy poznawcze, przekonania na temat osobistego wpływu na rzeczywistość;
- procesy motywacyjne, postrzeganie celu jako wyzwania, które pozytywnie wpłynie na funkcjonowanie i samopoczucie jednostki;
- procesy afektywne, stany emocjonalne, które wynikają z przekonania jednostki o możliwości podjęcia działań.

Przekonania o osobistej skuteczności mogą kształtować przebieg życia, wpływając na rodzaje aktywności i środowiska wybierane przez jednostkę. Osoby z wysokim poczuciem skuteczności mają niski poziom negatywnych emocji, częściej skupiają się na elementach środowiska, które służą do osiągnięcia celu. Z kolei ludzie wątpiący w swoją skuteczność unikają konfrontacji z trudnymi zadaniami, mają niski poziom aspiracji, nadmiernie skupiają się na osobistych deficytach i możliwych przeszkodach. Brak poczucia skuteczności często prowadzi do przewlekłego stresu i depresji (patrz ZABURZENIA DEPRESYJNE W CHOROBIE ONKOLOGICZNEJ). W chorobie onkologicznej wyższe poczucie własnej skuteczności wiąże się z lepszym radzeniem sobie z wyzwaniami związanymi z chorobą, objawami i leczeniem, poprawą funkcjonowania psychospołecznego, lepszym dobrostanem psychicznym oraz wyższą jakością życia. Poczucie własnej skuteczności jest również predyktorem zmiany zachowań zdrowotnych w tej grupie chorych.

POMOC PSYCHOLOGICZNA – oddziaływania psychologiczne, obejmujące czynności ukierunkowanie na:

- rozwój jednostki (wspieranie samorealizacji);
- rozwój cech jednostki i właściwości środowiska sprzyjających kształtowaniu i zachowaniu zdrowia (promocja zdrowia);
- zapobieganie patologii (prewencja);
- pomoc w rozwiązywaniu kryzysów rozwojowych (poradnictwo psychologiczne);
- pomoc w rozwiązywaniu sytuacji traumatycznych i kryzysowych (interwencje kryzysowe);
- pomoc w ograniczaniu i usuwaniu zaburzeń (psychoterapia, rehabilitacja, resocjalizacja).

PORADNICTWO PSYCHOLOGICZNE – profesjonalna metoda pomocy w uzyskaniu zmiany u osób, które na kolejnych etapach życia doświadczają problemów i trudności w przystosowaniu się do warunków społeczno-kulturowych czy w przeżywaniu kryzysów rozwojowych.

Poradnictwo psychologiczne ma charakter wsparcia krótkoterminowego. Celem takiego poradnictwa jest pomoc osobom doświadczającym dystresu w odzyskaniu równowagi emocjonalnej, przekonania o zdolności wpływania na swoje życie oraz o możliwości korzystania ze wsparcia innych osób potrzebnego do realizacji własnych potrzeb i zadań rozwojowych, a także pomoc w poszukiwaniu potrzebnych do tego umiejętności. W procesie poradnictwa psychologicznego niezbędne etapy do osiągnięcia pożądanych zmian to:

- tworzenie warunków sprzyjających rozwiązaniu problemu;
- diagnoza bieżącego problemu;
- poszukiwanie czynników utrudniających rozwiązanie problemu;
- poszukiwanie nowych sposobów rozwiązania problemu i opracowanie programu działania;
- wprowadzenie programu do realizacji.

Przewlekła choroba somatyczna jest czynnikiem utrudniającym lub uniemożliwiającym realizację zadań rozwojowych, a tym samym rozwój jednostki. Niejednokrotnie ze względu na zagrożenie zdrowia czy życia choroba somatyczna staje się przyczyną kryzysu psychologicznego (patrz KRYZYS EMOCJONALNY). Każdy etap choroby (diagnozowanie i diagnoza, leczenie, remisja, nawrót, żałoba) może stanowić dla pacjenta kolejne wyzwanie i oznaczać konieczność reorganizacji dotychczasowego życia oraz adaptacji. Poradnictwo psycholo-

[4] Mehnert A., Koch U. Prevalence of acute and post-traumatic stress disorder and comorbid mental disorders in breast cancer patients during primary cancer care: a prospective study. *Psychooncology 2007*, 16(3):181-8. doi: 10.1002/pon.1057. PMID: 16856147.
Kangas M., Henry J.L., Bryant R.A. Correlates of acute stress disorder in cancer patients. *J Trauma Stres*. 2007, 20(3):325-34. doi: 10.1002/jts.20253. PMID: 17598136.

[5] Bandura A. (2007). *Teoria społecznego uczenia się*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

giczne jest metodą pomocy psychologicznej stosowaną wobec chorych somatycznie w obszarach:

- trudności z przystosowaniem się do choroby, jej konsekwencji oraz leczenia;
- przygotowania do planowanego leczenia oraz jego skutków;
- zmiany stylu życia (eliminacja zachowań niepożądanych oraz wypracowanie zdrowych nawyków);
- radzenia sobie z przeżywaniem trudnych emocji (patrz EMOCJE W CHOROBIE ONKOLOGICZNEJ), możliwości odreagowania napięcia emocjonalnego, budowania nadziei (patrz NADZIEJA) i motywowania do procesu leczenia oraz współpracy z personelem medycznym;
- edukacji prozdrowotnej i psychoedukacji (pomoc w budowaniu adekwatnego obrazu choroby [patrz OBRAZ CHOROBY], kształtowanie umiejętności niezbędnych w radzeniu sobie z chorobą oraz jej skutkami, a także nawyków wzmacniających zdrowie somatyczne).

Praca nad rozwiązaniem problemu chorego w dużym stopniu zależy od jego aktywności, gotowości do współpracy, jak również proponowanych i pożądanych rozwiązań. Każdy etap wymaga wsparcia emocjonalnego, informacyjnego i motywującego do działania ze strony osoby pomagającej.

POZNAWCZA REPREZENTACJA CHOROBY – patrz OBRAZ CHOROBY.

PREHABILITACJA ONKOLOGICZNA – działanie profilaktyczne mające na celu stworzenie rezerwy czynnościowej i metabolicznej w celu lepszej adaptacji do przewidywanego wysiłku związanego z leczeniem.

Proces prehabilitacji zachodzi na kontinuum opieki zdrowotnej między momentem rozpoznania choroby onkologicznej a początkiem leczenia. Obejmuje rozpoznanie i ocenę zasobów oraz deficytów pacjenta w zakresie funkcjonowania fizycznego i psychicznego. Umożliwia osobom z chorobą nowotworową przygotowanie się do leczenia przez: promowanie zdrowych zachowań, realizację potrzeb w zakresie aktywności fizycznej i odżywiania oraz wdrożenie interwencji psychologicznych. Istnieje coraz więcej dowodów naukowych, które wspierają przygotowywanie pacjentów z rozpoznaniem onkologicznym i optymalizację ich zdrowia do rozpoczęcia leczenia operacyjnego, co może zapewnić pooperacyjne korzyści dla zdrowia fizycznego, a ponadto skróci czas pobytu w szpitalu.

Badania wskazują, że działania prehabilitacyjne mogą wpływać na zmniejszenie zachorowalności, poprawę wyników w zakresie zdrowia fizycznego i psychicznego, zwiększenie liczby potencjalnych opcji leczenia, zmniejszenie liczby ponownych hospitalizacji oraz zmniejszenie zarówno bezpośrednich, jak i pośrednich kosztów opieki zdrowotnej. Prehabilitację można podzielić na trzy etapy wymienione w tabeli 29.9.

Wśród interwencji psychologicznych z zakresu prehabilitacji, które mogą mieć pozytywny wpływ na leczenie, wskazuje się: poradnictwo (patrz PORADNICTWO PSYCHOLOGICZNE) oraz edukację w zakresie doświadczeń okołooperacyjnych i informacji proceduralnych, interwencje poznawcze (dotyczące m.in. rozwoju pozytywnych postaw, instrukcji behawioralnych, technik relaksacyjnych [patrz TECHNIKI RELAKSACYJNE]), interwencje skoncentrowane na emocjach, obejmujące psychoedukację (patrz PSYCHOEDUKACJA) oraz wsparcie społeczne (patrz WSPARCIE SPOŁECZNE). Wsparcie psychologiczne ma dwojaki cel: zmniejszenie dystresu i lęku związanego z diagnozą i operacją, a także wzmocnienie motywacji pacjentów do leczenia, w tym do przestrzegania zaleceń dotyczących aktywności fizycznej i aspektów żywieniowych. Istotne znaczenie mają również profilaktyka i interwencje w kierunku zmniejszania ryzyka wystąpienia zaburzeń psychicznych, w szczególności lękowych (ZABURZENIA LĘKOWE W CHOROBIE ONKOLOGICZNEJ) i depresyjnych (patrz ZABURZENIA DEPRESYJNE W CHOROBIE ONKOLOGICZNEJ), które niekorzystnie wpływają na leczenie.

TABELA 29.9.
Etapy prehabilitacji

Etap	Charakterystyka etapu
Pierwszy	Ocena stanu fizycznego: badanie sprawności fizycznej (np. pomiar zasięgu ramion, kontrola nawyków żywieniowych)
	Ocena (badanie) stanu psychicznego (rozmowa diagnostyczna, wykorzystanie narzędzi badawczych: testów, kwestionariuszy)
Drugi	Działania mające na celu: • pomoc w adaptacji do sytuacji diagnozy i zaplanowanego leczenia (edukacja) • radzenie sobie ze stresem (różne formy relaksacji/stopniowe rozluźnienie mięśni i medytacja/wizualizacja, identyfikacja przekonań dotyczących choroby, leczenia i swojej osoby, korzystanie z poradników) • zwiększenie sprawności fizycznej (np. ćwiczenia, korzystanie z ulotek z ćwiczeniami)
Trzeci	Umożliwienie kontynuacji pomocy, np. psychologicznej, psychiatrycznej, rehabilitacyjnej, po zakończonym leczeniu

Źródło: Bloom E. *Prehabilitation Evidence and Insight Review. Macmillan Cancer Support.* https://www.macmillan.org.uk/_images/prehabilitation-evidence-and-insight-review_tcm9-335025.pdf

PRĘŻNOŚĆ PSYCHICZNA – patrz ODPORNOŚĆ PSYCHICZNA.

PSYCHOEDUKACJA – trening wzmacniający pacjenta, skierowany na promowanie świadomości i proaktywnej postawy, dostarczanie narzędzi do radzenia sobie i życia z przewlekłą chorobą oraz zmiany zachowań i postaw z tą chorobą związanych.

Jest to interwencja z systematycznym, ustrukturyzowanym i dydaktycznym transferem obecnej wiedzy na temat choroby, zasad postępowania i jej leczenia, integrująca aspekty emocjonalne i motywacyjne w celu umożliwienia pacjentom radzenia sobie z chorobą oraz poprawy postrzegania własnej skuteczności w procesie leczenia. Traktowana jest jako metoda edukacji adresowana do osób chorych.

W odniesieniu do pacjenta psychoedukacja ma na celu:
- lepsze zrozumienie choroby;
- zrozumienie mechanizmów emocjonalnych związanych z procesem chorobowym;
- poprawę efektywności współpracy w leczeniu;
- wczesne rozpoznawanie symptomów nawrotu choroby;
- kształtowanie stylu życia;
- radzenie sobie z kryzysami;
- poprawę komunikacji;
- wzmacnianie mocnych stron pacjenta i jego zasobów w radzeniu sobie z chorobą.

Dzięki oddziaływaniom psychoedukacyjnym pacjent ma większą wiedzę na temat własnej choroby, jest bardziej skłonny przestrzegać zaleceń lekarskich i może lepiej zrozumieć sens podejmowanych wobec niego procedur medycznych. Psychoedukacja ukierunkowana jest więc na poszerzanie i zdobywanie nowej wiedzy, nabywanie i rozwijanie umiejętności oraz gromadzenie nowych doświadczeń, co realizuje się w formie grupowej lub indywidualnej. Możliwe jest również włączenie w ten proces rodziny chorego.

PSYCHOLOG – osoba wykonująca zawód polegający na świadczeniu usług psychologicznych, w szczególności na: diagnozie psychologicznej, opiniowaniu, orzekaniu (w określonych ustawami przypadkach), psychoterapii oraz udzielaniu pomocy psychologicznej.

Zawód psychologa regulowany jest *Ustawą z dnia 8 czerwca 2001 r. o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów* (Dz. U. z 2019 r. poz. 1026, tj.).

PSYCHOLOG KLINICZNY – psycholog, który ukończył specjalizację I stopnia w dziedzinie psychologii klinicznej przed wejściem w życie *Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2002 r. w sprawie uzyskiwania tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia* (Dz. U. z 2002 r. poz. 1419 oraz Dz. U. z 2008 r. poz. 1312).

PSYCHOONKOLOG – osoba z wykształceniem psychologicznym lub medycznym, która ukończyła studia wyższe i uzyskała tytuł magistra lub równorzędny, a także ukończyła studia podyplomowe z psychoonkologii.

Zgodnie z *Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 sierpnia 2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy* (Dz. U. z 2014 r. poz. 1145) zawód psychoonkologa został wpisany pod numerem 229909 w kategorii „Specjaliści ochrony zdrowia gdzie indziej niesklasyfikowani". Obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 19 grudnia 2018 r. (M.P. z 2018 r., poz. 1271) do Zintegrowanego Systemu Kwalifikacji włączono również kwalifikację rynkową „Diagnoza i pomoc psychoonkologiczna osobom chorym onkologicznie, osobom po chorobie nowotworowej oraz ich rodzinom i otoczeniu – Psychoonkolog", dostępną dla psychologów po studiach magisterskich, łącznym ukończeniu studiów I i II stopnia z psychologii lub po ukończeniu studiów medycznych i uzyskaniu specjalizacji w zakresie psychiatrii. Rolą psychoonkologa jest opieka nad pacjentem na każdym etapie choroby nowotworowej, jak również ukierunkowanie działań w stronę zarówno osoby chorej, jak i jej najbliższego otoczenia. Obecnie psychoonkolog może znaleźć zatrudnienie w:
- placówkach realizujących świadczenia gwarantowane w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej, zajmujących się leczeniem onkologicznym o profilu onkologii klinicznej;
- placówkach realizujących świadczenia gwarantowane z zakresu diagnostyki i leczenia onkologicznego dla poszczególnych grup nowotworów: centrum kompetencji raka piersi (BCU), centrum kompetencji raka jelita grubego, w ramach kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi (moduł diagnostyki, leczenia i monitorowania);
- obszarze opieki paliatywnej i hospicyjnej świadczonej w warunkach ambulatoryjnych, stacjonarnych, domowych.

Dla personelu pracującego z pacjentami onkologicznymi mającego wykształcenie wyższe stworzono kwalifikację rynkową: „Wsparcie osób chorych onkologicznie, osób po chorobie nowotworowej oraz ich rodzin i otoczenia" (M.P. z 2018 r., poz. 1267).

PSYCHOONKOLOGIA – interdyscyplinarna dziedzina medycyny dotycząca psychologicznych aspektów choroby nowotworowej.

Rozwój onkologii pozwolił na wzrost odsetka osób wyleczonych i wydłużenie okresu przeżycia pacjentów onkologicznych oraz dał możliwość większego opanowania dolegliwości fizycznych, w tym bólowych. Wzrost zachorowań na choroby nowotworowe zależny od nieprawidłowego stylu życia oraz sukces onkologii jako dziedziny nauki wpłynęły na gwałtowny rozwój psychoonkologii w latach 70. i 80. XX wieku. Wzrosło też

znaczenie potrzeb psychicznych i społecznych, które warunkują dobrą jakość życia (patrz JAKOŚĆ ŻYCIA W CHOROBIE ONKOLOGICZNEJ). Początków sformalizowanej psychoonkologii można upatrywać w działaniach pionierki tej dziedziny – Jimmie C. Holland, która w 1984 r. założyła Międzynarodowe Towarzystwo Psychoonkologii (*International Psycho-Oncology Society*, IPOS).

Formalnym momentem wprowadzenia psychoonkologii w Polsce było powołanie z inicjatywy prof. dr hab. n. med. Krystyny de Walden-Gałuszko w 1992 roku Polskiego Towarzystwa Psychoonkologicznego (PTPO) oraz czasopisma „Psychoonkologia" (1996–2020). W Polsce zagadnieniami psychoonkologicznymi zajmują się również instytucje z zakresu opieki długoterminowej i paliatywnej, hospicja, organizacje pozarządowe oraz zakłady naukowo-badawcze przy uczelniach wyższych. Kwestie dotyczące psychoonkologii zostały zawarte w Narodowym Programie Zwalczania Chorób Nowotworowych (2006–2016; 2016–2024), a także uwzględnione w Narodowej Strategii Onkologicznej 2020–2030 w celu rozwoju kompleksowej opieki onkologicznej i działań na rzecz poprawy jakości życia pacjentów onkologicznych w trakcie i po zakończeniu leczenia. Wraz z rozwojem psychoonkologii sprecyzowano zakres jej zadań, do których należą w szczególności:

- promocja zdrowia i profilaktyka przeciwnowotworowa uwzględniająca wczesne wykrywanie i leczenie choroby nowotworowej;
- ocena wpływu czynników i procesów psychologicznych oraz obciążeń psychospołecznych na rozwój choroby, przebieg zdiagnozowanej choroby nowotworowej i zdrowie po wyleczeniu raka;
- ocena zmian zachodzących w psychice podczas diagnostyki i leczenia oraz usuwanie lub łagodzenie psychicznych następstw choroby nowotworowej i jej leczenia;
- świadczenie bezpośredniej pomocy zarówno pacjentom, jak i ich rodzinom, w tym zajmowanie się psychospołecznymi oraz psychoterapeutycznymi potrzebami w zakresie leczenia i interwencji u pacjentów onkologicznych, ich rodzin i opiekunów;
- poprawa jakości życia pacjentów onkologicznych w trakcie i po zakończeniu leczenia;
- działalność naukowa, w tym włączenie problemów psychoonkologicznych do programu nauczania studentów i personelu medycznego oraz edukacja personelu medycznego w zakresie komunikacji z pacjentem, redukcji napięć i przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu;
- działalność badawcza w powyższych obszarach (m.in. jakość życia chorych [patrz JAKOŚĆ ŻYCIA W CHOROBIE ONKOLOGICZNEJ], stadia adaptacji do choroby (patrz ADAPTACJA DO CHOROBY], radzenie sobie z psychicznymi skutkami choroby i bólem [patrz BÓL], rola wsparcia społecznego [patrz WSPARCIE SPOŁECZNE], wpływ stylu życia na zdrowie, predyspozycje do zachorowania).

Jak podkreśla Międzynarodowe Towarzystwo Psychoonkologiczne, wysokiej jakości opieka nad pacjentami chorymi onkologicznie powinna uwzględniać ich problemy psychospołeczne, dlatego należy dołączyć pomiar stresu jako szóstego objawu życiowego. Pozwoli to na poprawę dostępu do opieki psychospołecznej oraz na zmniejszenie izolacji i piętna doświadczanego przez wiele osób dotkniętych chorobą nowotworową.

PSYCHOTERAPIA POZNAWCZO-BEHAWIORALNA – patrz TERAPIA POZNAWCZO-BEHAWIORALNA.

RACJONALNA TERAPIA ZACHOWAŃ (RTZ) (*rational behavior therapy*, RBT) – to forma psychoterapii krótkoterminowej, która ma na celu poprawę jakości życia pacjenta przez modyfikację jego zachowań i sposobu myślenia.

Wywodzi się z nurtu terapii poznawczo-behawioralnej, a jej twórcą jest Maxie C. Maultsby. RTZ koncentruje się na modyfikowaniu tzw. myśli nieracjonalnych, tj. powodujących występowanie silnych negatywnych emocji. W pracy terapeutycznej podkreśla się znaczenie sposobu formułowania myśli i doboru słów, a główną techniką jest odkrywanie związków przyczynowo-skutkowych między poznawczymi a emocjonalnymi i fizycznymi aspektami problemów. Istotą RTZ jest przekształcanie destrukcyjnych myśli, tak aby nowe przekonania w znaczący sposób zredukowały przeżywany ból emocjonalny. Do zasadniczych cech terapii należą: koncentracja na jasno wyznaczonych celach, przymierze terapeutyczne oparte na współpracy, skupienie się przede wszystkim na teraźniejszości, praca ze zjawiskiem dysonansu poznawczo-emocjonalnego (patrz DYSONANS POZNAWCZO-EMOCJONALNY). Ponadto – w celu poprawy jakości funkcjonowania pacjenta – wykorzystywane są techniki samopomocy (w tym racjonalna samoanaliza). Jest to terapia, której ramy zostały wykorzystane w terapii Simontona proponowanej pacjentom onkologicznym.

REGULACJA EMOCJI – proces inicjujący, modulujący i podtrzymujący doświadczenie emocjonalne, wdrażany w sytuacji konfrontacji z niechcianym poziomem nasilenia emocji (patrz EMOCJE W CHOROBIE ONKOLOGICZNEJ); zależny od kontekstu i sytuacji.

W sytuacji gdy pojawia się trudność lub niezdolność do radzenia sobie z doświadczaniem lub przetwarzaniem emocji, dochodzi do dysregulacji emocjonalnej, której przejawem może być zarówno nadmierne nasilenie emocji, jak i zbyt duża ich dezaktywacja.

SPECJALISTA PSYCHOLOGII KLINICZNEJ – psycholog, który uzyskał tytuł specjalisty w dziedzinie psychologii klinicznej w sposób określony w *Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2002 r. w sprawie uzyskiwania tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia* albo zgodnie z § 35 tego rozporządzenia zachował tytuł specjalisty II stopnia z psychologii klinicznej (Dz. U. z 2002 r. poz. 1419).

Jednocześnie należy zaznaczyć, że aktualnie obowiązują *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2017 r. w sprawie specjalizacji w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia* (Dz. U. z 2020 r., poz. 857, tj.) oraz *Ustawa z dnia 24 lutego 2017 r. o uzyskiwaniu tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia* (Dz. U. z 2021 r. poz. 1297, tj.). Kwalifikacje specjalisty psychologii klinicznej umożliwiają: samodzielne przeprowadzanie klinicznej diagnozy psychologicznej, wskazywanie i planowanie postępowania terapeutycznego, doradczego i/lub rehabilitacyjnego w zakresie wyznaczonym psychologiczną diagnozą pacjenta, stosowanie i ocenę skuteczności psychologicznych metod leczenia, stosowanie i ocenę skuteczności psychologicznych metod rehabilitacji, wydawanie zaświadczeń, opinii i orzeczeń psychologicznych, projektowanie, prowadzenie i ewaluację programów profilaktyki oraz promocji zdrowia psychicznego i somatycznego. Ponadto specjalista psychologii klinicznej jest uprawniony do poradnictwa psychologicznego, różnorodnej pomocy psychologicznej, wspomagania w kryzysie i konsultacji w zakresie zdrowia psychicznego oraz radzenia sobie w chorobie somatycznej, wystawiania specjalistycznych zaświadczeń, opinii i orzeczeń, konsultacji w kwestiach zdrowia publicznego i polityki społecznej, edukacji personelu medycznego w zakresie psychologicznych oddziaływań.

TECHNIKI ODREAGOWANIA EMOCJONALNEGO – służą zmniejszeniu napięcia emocjonalnego odczuwanego przez chorych, m.in. dzięki ekspresji uczuć, możliwości ich wyrażenia oraz odreagowania w atmosferze zrozumienia i wsparcia.

Do technik odreagowania emocjonalnego należą:
- werbalizacja odczuć (rozmowa);
- trening relaksacyjny (patrz TRENING RELAKSACYJNY);
- ćwiczenia oddechowe i nauka oddychania przeponowego;
- wizualizacja.

TECHNIKI RELAKSACYJNE – dowolna metoda, proces, procedura lub czynność, która pomaga się zrelaksować, osiągnąć stan zwiększonego spokoju.

Relaks to proces, który zmniejsza wpływ stresu na umysł i ciało. Techniki relaksacyjne mogą pomóc w radzeniu sobie z codziennym stresem oraz ze stresem związanym z różnymi problemami zdrowotnymi. Do klasycznych technik relaksacyjnych należą: trening autogenny Schultza, trening Jacobsona (progresywna relaksacja mięśni), kontrola oddechu oraz *biofeedback*. Techniki relaksacyjne mają m.in. za zadanie:
- zmniejszyć odczuwanie niepokoju, lęku, bólu i napięcia emocjonalnego;
- zredukować wzmożone napięcie mięśniowe i zmęczenie;
- zwiększyć odczuwany poziom energii;
- poprawić jakość i ilość snu oraz subiektywną kontrolę odczuwanego stresu;
- normalizować ciśnienie, tętno i oddech;
- aktywować i regulować mechanizmy zaradcze w odpowiedzi na bodźce stresogenne.

U pacjentów onkologicznych odpowiednio dobrane techniki relaksacyjne mogą znaleźć zastosowanie m.in. w łagodzeniu bólu nowotworowego, zaburzeniach snu, redukcji stresu, zaburzeniach lękowych, zmęczeniu związanym z chorobą onkologiczną, redukcji bezpośrednich i pośrednich skutków ubocznych leczenia (np. nudności, wymiotów), a także wpłynąć na polepszenie jakości życia.

TERAPIA POZNAWCZO-BEHAWIORALNA (*cognitive behavioral therapy*, CBT) – jest formą psychoterapii krótkoterminowej nastawionej na rozwiązanie bieżących problemów oraz zmianę dysfunkcjonalnego myślenia i zachowania.

Terapia poznawczo-behawioralna opracowana przez Aarona Becka to interwencja psychologiczna stosowana w celu zmiany dysfunkcyjnych zachowań i wzorców myślowych, która opiera się na założeniu, że myśli, emocje i działania współdziałają ze sobą. CBT skupia się na rozpoznaniu systemu znaczeń i sposobu przetwarzania informacji przez daną osobę, a następnie na modyfikacji interpretacji niezgodnych z rzeczywistością lub takich, które dotyczą sytuacji doświadczanej przez jednostkę, ale nie mają funkcji adaptacyjnej. Podejście to podkreśla znaczenie systemu przekonań i myślenia w określaniu zachowania oraz uczuć jednostki. Beck użył terminu „schematy" do opisania myśli, przekonań i założeń danej jednostki, dotyczących świata, ludzi, wydarzeń i środowiska.

Chociaż CBT była tradycyjnie stosowana u pacjentów z zaburzeniami zdrowia psychicznego, takimi jak depresja lub lęk, to znajduje również zastosowanie w opiece nad osobami chorującymi na raka, jak również tymi, którzy zakończyli leczenie nowotworowe. W trakcie terapii CBT pacjent uświadamia sobie swoje dysfunkcyjne myśli, m.in. na temat leczenia (np. „chemia mnie zabije"), i zastępuje je myśleniem bardziej adaptacyjnym (np. „chemia jest leczeniem, które ma mi pomóc w radzeniu sobie z chorobą"). Badania przeprowadzone wśród pacjentów onkologicznych wskazują, że CBT wywiera większy efekt terapeutyczny niż leki lub inne interwencje psychospołeczne na radzenie sobie z problemami emocjonalnymi, a jej skutki są długoterminowe. Wykazano, że CBT stanowi

najskuteczniejszą interwencję psychologiczną w redukcji lęku i zmęczenia związanego z rakiem oraz wpływa na poprawę jakości życia w trakcie leczenia i po jego zakończeniu. ASCO (*American Society of Clinical Oncology*) rekomenduje interwencje CBT zarówno dla pacjentów onkologicznych, jak i dla tych, którzy zakończyli leczenie a zgłaszają skargi na zmęczenie związane z nowotworem, lęk i depresję. Badania wskazują, że interwencje CBT mogą zapobiegać rozwojowi lub zaostrzeniu objawów PTSD u pacjentów onkologicznych.

TERAPIA SKONCENTROWANA NA ROZWIĄZANIACH (*solution-focused [brief] therapy*, SF[B]T) – psychoterapia oparta na pracy na kompetencjach i zasobach, która koncentruje się na mocnych stronach klientów oraz wcześniejszych i przyszłych sukcesach.

Ta forma terapii została opracowana przez Steve'a de Shazera i Insoo Kim Berga we współpracy z Milwaukee Brief Family Therapy Center. SFBT polega na dochodzeniu do celu (rozwiązywaniu trudnej sytuacji) przez wyszukiwanie i uświadamianie klientowi jego możliwości i mocnych stron. Podstawowe założenia terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach brzmią:

- zmiana jest stała i nieunikniona;
- mała zmiana pociąga za sobą większe zmiany;
- skoro nie możesz zmienić przeszłości, skup się na przyszłości;
- ludzie mają zasoby niezbędne do tego, by sobie pomóc, są ekspertami;
- każda jednostka, relacja i sytuacja są wyjątkowe;
- terapia jest krótkotrwała;
- od każdego problemu jest przynajmniej jeden wyjątek;
- terapia nie jest jedynym sposobem zmiany człowieka, istnieją inne rzeczy, które mają działanie terapeutyczne.

SFBT zyskała dużą popularność ze względu na nacisk na szybkie efekty terapii oraz szacunek dla poglądów każdego człowieka. Krótkoterminowa terapia skoncentrowana na rozwiązaniach jest stosowana również w ramach pomocy osobom chorym na raka, m.in. w łagodzeniu skutków stresu i depresji.

TERAPIA OPARTA NA UWAŻNOŚCI (*mindfulness-based therapy,* MBT) – grupa terapii krótkoterminowych, których cechą jest nacisk na rozwijanie uważności, będącej jednym z głównych mechanizmów terapeutycznych.

Do grupy terapii opartych na uważności należą:

- program redukcji stresu oparty na uważności (*mindfulness-based stress reduction*, MBSR);
- terapia poznawcza oparta na uważności (*mindfulness-based cognitive therapy*, MBCT).

W metodach tych mają zastosowanie formalne i nieformalne ćwiczenia medytacyjne rozwijające uważność oraz elementy psychoedukacji dotyczące danego problemu terapeutycznego. Dane z literatury wskazują, że MBT wpływa na redukcję stresu, poprawę jakości życia i dobrostanu, zmniejsza objawy lękowe i depresyjne (w zaburzeniach psychicznych; wtórne do zaburzeń somatycznych). Obecnie MBT wykorzystywana jest również u pacjentów onkologicznych w celu redukcji nasilenia bólu (patrz BÓL), lęku (patrz ZABURZENIA LĘKOWE W CHOROBIE ONKOLOGICZNEJ), stresu, depresji (patrz ZABURZENIA DEPRESYJNE W CHOROBIE ONKOLOGICZNEJ) i podniesienia jakości życia (patrz JAKOŚĆ ŻYCIA W CHOROBIE ONKOLOGICZNEJ).

Program redukcji stresu oparty na uważności to program medyczny i psychoedukacyjny opracowany pod koniec lat 70. przez Jona Kabata-Zinna z myślą o osobach cierpiących na chroniczny ból fizyczny i zaburzenia emocjonalne. Ćwiczenia uważności obejmują metody oddychania, ukierunkowane wyobrażenia i inne praktyki mające na celu rozluźnienie ciała i umysłu oraz pomoc w zmniejszeniu stresu. Uczestnictwo w ośmiotygodniowym programie daje wymierne zmiany w obszarach mózgu związanych z pamięcią, empatią i stresem. W czasie ćwiczeń medytacyjnych i fizycznych uczestnicy pozbywają się automatycznych reakcji, ocen i uczą się akceptacji, uwalniania od uprzedzeń i schematów, wykształcają przychylność i życzliwość wobec siebie i świata.

Terapia poznawcza oparta na uważności została opracowana przez Zindela Segala, Johna Teasdale'a i Marka Williamsa na bazie programu redukcji stresu opartego na uważności i elementów terapii poznawczo-behawioralnej (patrz TERAPIA POZNAWCZO-BEHAWIORALNA). Jest to forma grupowej, krótkoterminowej interwencji terapeutycznej, która początkowo służyła profilaktyce nawrotów depresji u osób z depresją nawracającą.

TRAUMA PSYCHOLOGICZNA:

- jakiekolwiek niepokojące doświadczenie, które skutkuje znacznym strachem, bezradnością, dysocjacją, dezorientacją lub innymi destrukcyjnymi uczuciami na tyle intensywnymi, że mają długotrwały negatywny wpływ na postawy, zachowanie i inne aspekty funkcjonowania danej osoby;
- stan psychiczny wywołany działaniem czynników zewnętrznych zagrażających zdrowiu i życiu, prowadzący do głębokich zmian w funkcjonowaniu człowieka.

Przykładami zdarzeń, które mogą wywołać traumę, są: klęska żywiołowa, wypadek, zagrożenie życia. Chorobę nowotworową można traktować jako zdarzenie o charakterze traumatycznym. Trauma może powodować wiele objawów fizycznych i emocjonalnych. Bezpośrednio po zdarzeniu występują reakcje emocjonalne w postaci szoku i zaprzeczenia. Reakcje długoterminowe obejmują z kolei nieprzewidywalne emocje, retrospekcje, zaprzeczenie, niedowierzanie, drażliwość, wahania nastroju, poczucie winy, wycofanie się z relacji. Natomiast towarzyszące objawy fizyczne to bóle głowy lub nudności. Stres traumatyczny ma tendencję do wywoływania dwóch skrajnych

reakcji emocjonalnych: zbyt dużej (przytłoczenia) lub zbyt małej (odrętwienia). Poszczególne rodzaje traumy scharakteryzowano w tabeli 29.10.

TABELA 29.10.
Rodzaje traumy

Rodzaj traumy	Charakterystyka traumy
Ostra trauma	Wynika z pojedynczego stresującego lub niebezpiecznego wydarzenia
Przewlekły uraz	Wynika z powtarzającego się i długotrwałego narażenia na bardzo stresujące wydarzenia
Złożona trauma	Wynika z ekspozycji na wiele traumatycznych wydarzeń

Źródło: National Institute of Clinical Excellence (2005). *Posttraumatic Stress Disorder. The Management of PTSD in Adults and Children in Primary and Secondary Care.* London: National Collaborating Centre for Mental Health.

Trauma może wpłynąć na przekonania dotyczące przyszłości, powodując utratę nadziei (patrz NADZIEJA), ograniczone oczekiwania dotyczące życia, strach przed nagłym lub wczesnym zakończeniem życia lub oczekiwanie, że normalne wydarzenia życiowe nie będą miały miejsca. Kształtowanie i rozwijanie zasobów osobistych u ludzi, którzy doświadczyli traumy w związku z chorobą nowotworową, może redukować jej negatywne skutki, jak również sprzyjać pojawianiu się pozytywnych zmian potraumatycznych.

UMIERANIE – proces polegający na stopniowym zanikaniu czynności życiowych. Okres umierania obejmuje kilka ostatnich dni i godzin życia osoby chorej.

Stan agonalny w chorobie nowotworowej można podzielić na trzy etapy:

- **okres preterminalny** – stan chorego jest dobry, ale nie ma możliwości leczenia;
- **faza terminalna** – obserwuje się nieodwracalne pogorszenie ogólnego stanu zdrowia, nasilają się dolegliwości fizyczne;
- **okres umierania (stan agonii)** – pojawiają się objawy wskazujące na zbliżanie się momentu śmierci, m.in. postępujące osłabienie, ograniczenie aktywności fizycznej, stopniowe uzależnienie od pomocy opiekunów, nagromadzenie płynu powodujące obrzęk w obrębie nóg i rąk, obniżony poziom świadomości lub końcowe majaczenie, senność/dezorientacja, ograniczenie przyjmowania pokarmów i płynów, zaburzenia połykania, zmniejszona reakcja na bodźce wzrokowe, naprzemienne okresy bezdechu (oddech Cheyne'a-Stokesa), zmniejszenie diurezy, bezdechy i „łapanie" powietrza („rybi oddech"), rzężenia, brak tętna na obwodzie, dłuższe przerwy między każdym oddechem, niemożność zamknięcia powiek, zmniejszona ilość wydalanego moczu.

W ujęciu psychologicznym umieranie jest procesem, na który składa się wiele zjawisk psychologicznych, społecznych i kulturowych powiązanych ze sobą i mających wpływ na wzajemny przebieg. Proces umierania zwykle zaczyna się na długo przed samą śmiercią i wiąże ze świadomością osoby chorej, że podejmowane działania medyczne nie prowadzą do wyzdrowienia, lecz do przedłużenia życia. Ważną rolę w procesie umierania odgrywa historia choroby, jej przebieg, dolegliwości bólowe, rodzaj i intensywność wsparcia społecznego, cechy osobowościowe osoby chorej, umiejętność znalezienia sensu w doświadczaniu końca życia.

W obliczu śmierci szczególne znaczenie ma troska o godność umierającego: uśmierzenie cierpienia do akceptowalnego poziomu, życzliwe towarzyszenie, zapewnienie choremu poczucia świadomości i odpowiedzialności za własne życie oraz nadanie sensu umieraniu i śmierci. Ważna jest również troska o podmiotowość rodziny chorego, jego bliskich i personelu medycznego, towarzyszących osobie umierającej.

UWAŻNOŚĆ:

- stan nieoceniającej świadomości tego, czego się doświadcza w bieżącym momencie, włączając w to własne myśli, doznania, uczucia oraz otoczenie, z postawą otwarcia, akceptacji i zaciekawienia;
- proces psychologiczny koncentrowania uwagi na wewnętrznych i zewnętrznych bodźcach występujących w danej chwili;
- patrz TERAPIA OPARTA NA UWAŻNOŚCI.

Uważność może być definiowana jako stan świadomości bądź uwagi lub jako trwała dyspozycja do tego stanu, która jest osobnicza i może wzrastać dzięki treningowi. W kontekście terapeutycznym uważność opisuje się jako drogę do uśmierzania bólu (psychicznego i fizycznego) oraz do rozwoju dobrostanu psychicznego. Badania przeprowadzone na dużych populacjach wykazały, że praktyka medytacji *mindfulness* jest silnie skorelowana z dobrym samopoczuciem i poczuciem zdrowia.

WSPARCIE SPOŁECZNE:

- **w ujęciu strukturalnym** – zasób uzyskiwany dzięki uczestnictwu w sieci społecznej; zapewnia m.in. poczucie bezpieczeństwa, przynależności;
- **w ujęciu funkcjonalnym** – pomoc/zaspokojenie potrzeb jednostki w sytuacjach trudnych, gwarantowane przez osoby znaczące i grupy odniesienia; akcentuje interakcję i proces

wymiany pewnych dóbr zachodzące między jednostkami, jednostką a grupą lub grupami.

Według Heleny Sęk[6] dla wsparcia jako rodzaju interakcji społecznej charakterystyczne jest to, że:

- jest ono podejmowane przez co najmniej jedną ze stron w sytuacji problemowej lub trudnej;
- może być stałe lub zmieniać się w czasie;
- ma charakter dynamiczny między osobą wspierającą a odbierającą wsparcie;
- ma charakter jednostronny (przekazywanie) lub dwustronny (wymiana);
- w jego toku dochodzi do wymiany (informacji, emocji, instrumentów działania, dóbr materialnych);
- skuteczność wymiany zależy od adekwatności rodzaju udzielanego wsparcia do potrzeb odbiorcy wsparcia.

[6] Włodarczyk, E. (2016). *O wsparciu społecznym i jego znaczeniu, w*: Spętana J., Krzysztofiak D., Włodarczyk. E. (red.). Od wykluczenia do wsparcia. W przestrzeni współczesnych problemów społecznych. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.

Celem interakcji wspierającej jest doprowadzenie u jednej lub obu stron interakcji do zbliżenia się do przezwyciężenia sytuacji trudnej, rozwiązania problemu i osiągnięcia celu. Poszukiwanie wsparcia jest uzależnione m.in. od zaistniałych okoliczności oraz osoby będącej w określonej sytuacji. Formy, jakie może przyjąć wsparcie, przedstawiono w tabeli 29.11.

Wsparcie społeczne w sytuacji choroby może być rozumiane jako szczególny sposób i rodzaj pomagania osobom chorym oraz ich rodzinom w celu mobilizowania ich własnych sił i zasobów, aby sami chcieli i mogli sobie radzić z problemami związanymi z procesem chorowania. Wsparcie społeczne pełni w tych okolicznościach funkcje dwojakiego rodzaju: może zmniejszać wpływ czynników stresowych lub go niwelować bądź pomagać w zachowaniu dobrostanu fizycznego i psychicznego przez możliwość odreagowania napięcia wygenerowanego przez trudną sytuację. Głównym i podstawowym źródłem wsparcia dla chorego są jego rodzina i osoby znaczące, którzy utrzymują z nim bliski kontakt emocjonalny.

TABELA 29.11.
Formy wsparcia społecznego

Rodzaj wsparcia	Charakterystyka wsparcia
Wsparcie emocjonalne	Postępowanie mające na celu: • przekazywanie emocji (podtrzymujących, uspokajających, odzwierciedlających troskę) • dawanie komunikatów werbalnych i niewerbalnych o pozytywnych uczuciach wobec osoby (okazywanie akceptacji, przychylności, empatii i solidarności) • wzmacnianie poczucia bezpieczeństwa • zaspokajanie potrzeby afiliacji • wzmocnienie poczucia nadziei • umożliwienie rozładowania napięcia i podtrzymania nastroju
Wsparcie wartościujące	Dawanie komunikatów służących: • wzmacnianiu poczucia własnej wartości • zapewnieniu partnerów relacji o ważności, wzajemnym szacunku oraz poczuciu znaczenia i godności
Wsparcie instrumentalne	Wymiana instrumentów, jakimi są sposoby postępowania, zdobywania informacji i dóbr materialnych
Wsparcie rzeczowe	Pomoc materialna, rzeczowa, finansowa
Wsparcie informacyjne (poznawcze)	Postępowanieobejmujące takie elementy, jak: • wymiana informacji, które sprzyjają lepszemu zrozumieniu własnej sytuacji i problemu (edukacja, reinterpretacja zdarzeń, rozwiewanie wątpliwości, dawanie porad i wskazówek pomocnych w rozwiązywaniu problemów) • dzielenie się doświadczeniem przez osoby przeżywające podobne trudności (grupy samopomocowe) • działania psychoedukacyjne • odpowiadanie na potrzebę zrozumienia sensu stresowych wydarzeń i ich przyczyny oraz atrybucji sprawstwa

cd. TABELI 29.11.

Rodzaj wsparcia	Charakterystyka wsparcia
Wsparcie duchowe	Przezwyciężenie stanu apatii i rezygnacji w sytuacji kryzysu egzystencjalnego w sytuacjach cierpienia duchowego i lęku przed śmiercią

Źródło:
1. Włodarczyk E. (2016). *O wsparciu społecznym i jego znaczeniu*, w: Spętana J., Krzysztofiak D., Włodarczyk. E. (red.). Od wykluczenia do wsparcia. W przestrzeni współczesnych problemów społecznych. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
2. Fopka-Kowalczyk M. Wsparcie społeczne w chorobie nowotworowej. *Psychoonkologia* 2013, 4:156–162.

WZROST POTRAUMATYCZNY (*post-traumatic growth*, PTG) – doświadczenie pozytywnej zmiany, która pojawia się w następstwie zmagania się jednostki z trudnymi bądź traumatycznymi wydarzeniami życiowymi; wyraża się przez docenianie i podwyższenie wartości życia, pogłębienie relacji interpersonalnych, zwiększenie poczucia osobistej siły, zmianę systemu wartości oraz wzbogacenie życia duchowego.

Teoria wzrostu potraumatycznego opracowana przez psychologów Richarda Tedeschiego i Lawrence'a Calhouna[7] wskazuje, że ludzie, którzy zmagają się z trudnościami psychicznymi w następstwie przeciwności losu, niejednokrotnie widzą później pozytywny wzrost i uzyskują wyższy niż przed traumą poziom funkcjonowania. Często dokonuje się ustalenie nowych priorytetów życiowych, identyfikacja nowych możliwości, pojawia się poczucie zwiększonej siły osobistej, następuje poprawa bliskości w relacjach intymnych lub pozytywna przemiana duchowa. Stwierdzono, że korzystne zmiany w życiu poznawczym i emocjonalnym ofiar traumatycznych wydarzeń mają implikacje behawioralne. Wskazuje się trzy grupy pozytywnych zmian: w percepcji siebie, w relacjach interpersonalnych i w filozofii życiowej. Badania pokazują, że w procesie potraumatycznego wzrostu pośredniczą pewne czynniki, w tym optymizm, wsparcie społeczne, duchowość, religia, filozofia życia oraz rodzaj stosowanej metody radzenia sobie ze stresem. Dane z literatury mówią, że pozytywne zmiany w wyniku diagnozy nowotworu mogą dotyczyć od 30% do 90% pacjentów onkologicznych. Wzrost potraumatyczny jest charakterystyczny przede wszystkim dla wczesnych etapów procesu diagnozy i leczenia nowotworu. U chorych, którzy doświadczyli traumy wynikającej z choroby nowotworowej, potraumatyczny rozwój związany jest głównie z postrzeganym zagrożeniem życia, poziomem stresu dotyczącego choroby, ze stopniem zaawansowania choroby czy z negatywnym afektem (patrz AFEKT). Wzrost potraumatyczny u pacjentów onkologicznych wiąże się z poprawą jakości życia (patrz JAKOŚĆ ŻYCIA W CHOROBIE ONKOLOGICZNEJ), niższym poziomem stresu i lęku (patrz ZABURZENIA LĘKOWE W CHOROBIE ONKOLOGICZNEJ), wyższą samooceną oraz silnym wsparciem społecznym (patrz WSPARCIE SPOŁECZNE).

[7] Tedeschi R.G., Calhoun L.G. Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry* 2004; 15: 1–18.

ZABURZENIA DEPRESYJNE W CHOROBIE ONKOLOGICZNEJ – rozpoznanie choroby nowotworowej stanowi sytuację traumatyczną, która może sprzyjać ujawnieniu się zaburzeń depresyjnych, depresja zaś sprzyja występowaniu choroby somatycznej.

Szacowany odsetek chorych onkologicznych cierpiących z powodu depresji różni się w zależności od przyjmowanych kryteriów diagnostycznych i metod badawczych, rodzaju nowotworu i etapu rozwoju choroby. Dane wskazują, że depresja występuje u 20–40% pacjentów onkologicznych[8]. U osób z depresją o podłożu endogennym wiadomość o chorobie nowotworowej może stanowić czynnik spustowy kolejnego epizodu depresyjnego, natomiast w przypadku depresji psychogennej i organicznej dochodzi do zaburzeń reaktywnych lub adaptacyjnych na skutek informacji o rozpoznaniu choroby nowotworowej. Aby rozpoznać epizod depresji, należy stwierdzić co najmniej dwa z trzech typowych objawów, którymi są:
- obniżony nastrój utrzymujący się przez większość dnia, zwykle niezależny od bieżących wydarzeń;
- spadek energii, związany ze wzmożoną męczliwością, skutkujący zmniejszeniem się aktywności oraz spowolnieniem psychoruchowym;
- utrata zainteresowań i zdolności do odczuwania przyjemności (anhedonia).

Dodatkowo muszą być obecne co najmniej dwie inne cechy depresji spośród następujących:
- osłabienie koncentracji i uwagi, zmniejszona zdolność myślenia lub skupienia się;
- niska samoocena i mała wiara w siebie;
- poczucie winy i małej wartości;

[8] Talarowska M. Zaburzenia psychiczne u pacjentów onkologicznych. *Psychiatria po Dyplomie* 2020, 02:2-7.

- pesymistyczne, negatywne postrzeganie przyszłości;
- myśli i tendencje samobójcze;
- zaburzenia snu (wczesne budzenie się, trudności z zasypianiem, hipersomnia);
- zaburzenia łaknienia wraz z odpowiednią zmianą masy ciała;
- spadek popędu płciowego;
- lęk.

Wymienione objawy powinny utrzymywać się przez minimum dwa tygodnie.

Z perspektywy pacjenta depresja oznacza gorsze radzenie sobie z chorobą, pogorszenie zdolności przyswajania informacji istotnych w procesie leczenia, mniejszą motywację do leczenia przeciwnowotworowego i jego niższą tolerancję, pogorszenie zdolności do pełnienia dotychczasowych funkcji społecznych, większe cierpienie z powodu niekorzystnego rokowania i wzrost ryzyka zgonu, w tym ryzyka próby samobójczej. Pacjent, który pozostaje pod wpływem długotrwałego stresu i przygnębienia, jest również bardziej narażony na postęp choroby nowotworowej. Konsekwencjami nieleczonych zaburzeń depresyjnych są także: utrudniona diagnostyka nowotworu, wzrost częstości konsultacji klinicznych, wzrost kosztów leczenia, wydłużenie okresu hospitalizacji, obniżenie jakości życia.

Diagnoza depresji w chorobie nowotworowej jest utrudniona, ponieważ część objawów psychosomatycznych spowodowanych przez nowotwór lub leczenie nowotworowe może maskować jej obraz lub wynikać z czynników organicznych. Dlatego powinno się uwzględnić różnicowanie z normalną reakcją na chorobę nowotworową i reakcje na straty poniesione przez doświadczanie choroby. Zmiany nastroju mogą się pojawiać lub wzmagać, m.in. gdy pacjent doświadcza bólu (nasilonego lub nie do opanowania), przy zaburzeniach metabolicznych, z powodu przyjmowania niektórych leków, zmian w wyglądzie fizycznym, zmian ról społecznych wynikających z choroby, dodatkowego obciążenia psychicznego.

Czynnikami ryzyka pojawienia się depresji w chorobie onkologicznej są: młody wiek, indywidualne predyspozycje i podatność na stres, pesymizm, tendencja do hamowania złości, izolacja i brak wsparcia społecznego, zła sytuacja materialna, ubóstwo, wcześniejsze negatywne doświadczenie z chorobą nowotworową w rodzinie lub osobiste doświadczenie z chorobą somatyczną, stopień zaawansowania (wznowa, choroba uogólniona lub faza terminalna), wyczerpanie fizyczne, lokalizacja guza, nasilenie objawów fizycznych związanych z chorobą nowotworową, szczególnie tych, których kontrola jest utrudniona, wcześniejsze poważne straty lub wydarzenia traumatyczne, wcześniejsze choroby psychiczne, szczególnie epizody depresji i/lub próby samobójcze, nadużywanie środków uzależniających w przeszłości.

Rozpoczęcie i forma leczenia przeciwdepresyjnego farmakologicznego i niefarmakologicznego zależą od diagnozy, stopnia nasilenia objawów oraz czasu ich trwania. Z tego względu, zgodnie z rekomendacjami ASCO (*American Society of Clinical Oncology*), badania przesiewowe w kierunku objawów depresyjnych powinny być wykonywane u wszystkich chorych onkologicznych. W ramach metod niefarmakologicznych wykorzystywane są: interwencja kryzysowa (patrz INTERWENCJA KRYZYSOWA), terapia poznawczo-behawioralna (patrz TERAPIA POZNAWCZO-BEHAWIORALNA), psychoedukacja (patrz PSYCHOEDUKACJA). Możliwe jest również wykorzystanie terapii opartej na uważności (patrz TERAPIA OPARTA NA UWAŻNOŚCI) i/lub terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach (patrz TERAPIA SKONCENTROWANA NA ROZWIĄZANIACH). Leczenie onkologiczne uwzględniające stan psychiczny chorych przyczynia się zarówno do poprawy jakości życia (patrz JAKOŚĆ ŻYCIA W CHOROBIE ONKOLOGICZNEJ), jak i do jego wydłużenia.

ZABURZENIA LĘKOWE W CHOROBIE ONKOLOGICZNEJ – występują głównie jako skutek doświadczenia ogromnego lęku związanego z procesem chorobowym.

Zaburzenia lękowe pojawiają się na wszystkich etapach procesu nowotworowego. Szacuje się, że lęk dotyczy 19–40% chorych po rozpoznaniu nowotworu[9]. Szacunki te różnią się w zależności od przyjmowanych kryteriów diagnostycznych, metod badawczych, rodzaju nowotworu i etapu rozwoju choroby. Diagnostyka choroby nowotworowej i wszelkie okresy zmian w trakcie leczenia wywołują u chorych onkologicznych poczucie utraty bezpieczeństwa oraz zagrożenia dla zdrowia i/lub życia, co objawia się wzmożonym poziomem lęku. Silny lęk wzmacniany jest również osobistym doświadczeniem związanym z bolesnymi badaniami i zabiegami, pełnym niepokoju oczekiwaniem na wyniki oraz pobytem w szpitalu. Lęk może być też związany z zaburzeniami somatycznymi czy psychicznymi. W diagnozie istotne znaczenie ma fakt, że miewa on charakter adaptacyjny: mobilizuje do działania (np. współpracy z personelem medycznym, stosowania się do zaleceń, pilnowania terminów badań i wizyt kontrolnych), a także ostrzega przed niebezpieczeństwem. Objawy lękowe obecne

[9] Sesiuk A., Rzepiela L. *Wybrane zaburzenia psychiczne w przebiegu chorób nowotworowych. Psychiatria i Psychologia Kliniczna* 2016, 16,1:21–26.
Gołota S., Białczyk K., Wyszkowska Z., Popiołek A. i wsp. *Lęk i depresja u chorych na nowotwory – co tracimy? Medycyna Paliatywna w Praktyce* 2017; 11, 3:111–117.
Talarowska M. *Zaburzenia psychiczne u pacjentów onkologicznych. Psychiatria po Dyplomie* 2020, 02:2–7.

TABELA 29.12.
Rodzaje objawów lękowych u pacjentów onkologicznych

Rodzaj objawu	Opis objawu
Lęk napadowy (paniczny)	**Charakterystyka:** nagły i gwałtowny lęk, który charakteryzuje się krótkim czasem trwania i któremu towarzyszy wiele objawów wegetatywnych: skoki ciśnienia, przyspieszone tętno i oddychanie, brak równowagi, uczucie zaciskania w klatce piersiowej, nudności, uczucie dławienia i nagłej duszności, parestezje oraz poczucie derealizacji i depersonalizacji **Występowanie:** m.in. w stanach zagrożenia życia, ostrych zespołach bólowych, zaburzeniach endokrynologicznych i metabolicznych, w sytuacji diagnozy, przed interwencjami lekarskimi i koniecznością wykonania badań, w sytuacji hospitalizacji
Lęk uogólniony (*general anxiety disorder*, GAD)	**Charakterystyka:** lęk o stałym nasileniu, towarzyszy choremu w codziennym funkcjonowaniu i nie ma związku ze szczególnymi okolicznościami; pacjent nie jest w stanie sprawować kontroli nad lękiem **Oznaki:** zamartwianie się na zapas, ciągłe napięcie, niemożność zrelaksowania się i odprężenia, stałe rozdrażnienie, napięcie mięśniowe, uczucie niepokoju, zaburzenia koncentracji i pamięci oraz trudności z zasypianiem
Fobia	**Charakterystyka:** lęk nakierowany jest na określoną sytuację **Występowanie:** w trakcie specyficznych procedur medycznych (np. klaustrofobia, trypanofobia, hemofobia)
Lękowa koncentracja na chorobie (*anxious preoccupation*)	**Charakterystyka:** lęk ukierunkowany jest na objawy i leczenie; np. poświęcanie nadmiarowego czasu na dokładną analizę ulotek lekowych, potrzeba samodzielnego modyfikowania dawek leku (zmniejszanie, omijanie) w celu uniknięcia potencjalnych działań niepożądanych **Występowanie:** u osób długo chorujących, starszych lub w fazie terminalnej choroby, kiedy pacjent szczególnie koncentruje się na wszelkich jej objawach

Źródło:
1. Kieszkowska-Grudny A. *Zaburzenia psychiczne u chorych na nowotwory – podejście kliniczne. OncoReview* 2013, 3, 2:119-128.
2. Sesiuk A., Rzepiela L. *Wybrane zaburzenia psychiczne w przebiegu chorób nowotworowych. Psychiatria i Psychologia Kliniczna* 2016, 16, 1:21-26.
3. Talarowska M. *Zaburzenia psychiczne u pacjentów onkologicznych. Psychiatria po Dyplomie* 2020, 02:2-7.

u pacjentów onkologicznych mogą przybierać różne formy (tab. 29.12).

Stany lękowe można zaobserwować również u pacjentów, którzy z powodzeniem zakończyli leczenie onkologiczne: tzw. syndrom miecza Damoklesa, kancerofobia (onkofobia). Wybór leczenia zależy od stanu ogólnego chorego, perspektywy związanej z leczeniem onkologicznym, w tym również rokowań związanych z chorobą. Z tego względu ASCO (*American Society of Clinical Oncology*) rekomenduje, aby badania przesiewowe w kierunku objawów lękowych były wykonywane okresowo u wszystkich pacjentów onkologicznych. Leczenie opiera się na farmakoterapii i leczeniu niefarmakologicznym w postaci: psychoedukacji (patrz PSYCHOEDUKACJA), terapii poznawczo-behawioralnej (patrz TERAPIA POZNAWCZO-BEHAWIORALNA), metody wizualizacji wyobrażeniowej, desensytyzacji, ekspozycji *in vivo*, nauki oddychania i technik relaksacji (patrz TECHNIKI RELAKSACYJNE).

ZASOBY ZDROWOTNE – określone właściwości człowieka, jego organizmu biologicznego, psychiki, sfery duchowej, a także społecznej, którymi konkretna jednostka dysponuje lub może dysponować w celu ochrony i zachowania zdrowia. Zasoby te są aktywizowane przez człowieka automatycznie lub świadomie.

Zasoby zdrowotne stanowią kapitał jednostki pozwalający jej na adaptowanie się do sytuacji trudnych, osiąganie dobrostanu oraz utrzymanie i poprawę stanu zdrowia. Są traktowane jako czynnik wyznaczający przebieg procesów oceny krytycznego wydarzenia życiowego, radzenia sobie z nim oraz jego konsekwencji, jak również czynnik ułatwiający pozytywną adaptację do sytuacji choroby przewlekłej. Zasoby mogą aktywizować osoby chore i stymulować ich aktywność ukierunkowaną na radzenie sobie z wymaganiami stawianymi przez chorobę. Dzięki świadomości zasobów jednostka może je dowolnie wykorzystywać i dopasowywać do okoliczności.

Do zasobów związanych szczególnie z sytuacją adaptacji do choroby i leczenia należą:
- poczucie tożsamości;
- poczucie własnej wartości;
- samoakceptacja wraz z pozytywną, ale adekwatną samooceną;
- poczucie koherencji (składa się z poczucia: zrozumiałości, zaradności i sensowności);
- prężność psychiczna (patrz ODPORNOŚĆ PSYCHICZNA);
- poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia;
- poczucie własnej skuteczności (patrz POCZUCIE WŁASNEJ SKUTECZNOŚCI);
- poczucie sprawstwa;
- poczucie kontroli i samokontroli;
- optymizm życiowy;
- wsparcie społeczne (patrz WSPARCIE SPOŁECZNE).

ZESPÓŁ STRESU POURAZOWEGO (*post-traumatic stress disorder*, PTSD) – zaburzenie lękowe, które może się rozwinąć po doświadczeniu przerażającej lub zagrażającej życiu sytuacji.

Pacjenci z PTSD mają intensywne, niepokojące myśli i uczucia związane z ich doświadczeniem, które trwają długo po zakończeniu traumatycznego wydarzenia. Osoby, które doświadczyły sytuacji ekstremalnie trudnej, mogą ponownie przeżywać to wydarzenie przez retrospekcje, odczuwać napady smutku, strachu lub złości. Objawy PTSD zwykle rozpoczynają się po ok. trzech miesiącach od wydarzenia traumatycznego. Uważa się, że mogą one wystąpić nawet do pół roku od traumy, w dowolnym okresie. Rozpoznanie ostrego PTSD można postawić, jeśli objawy ostrej reakcji stresowej utrzymują się powyżej miesiąca oraz znacząco zaburzają funkcjonowanie w ważnych obszarach życia prywatnego, zawodowego lub społecznego. Objawy PTSD według DSM-5 przedstawiono w tabeli 29.13.

TABELA 29.13.
Objawy PTSD według DSM-5

Objaw	Charakterystyka objawu
A. Ekspozycja na śmierć, zagrożenie śmiercią, poważne zranienie lub przemoc seksualna, przejawiające się na jeden lub więcej wymienionych sposobów	• Bezpośrednie doświadczenie zdarzenia traumatycznego • Bycie (osobiste) świadkiem zdarzenia, które przytrafiło się innym • Uzyskanie informacji o tym, że ktoś z bliskich (rodzina, przyjaciele) uczestniczył w zdarzeniu traumatycznym. W przypadku śmierci lub zagrożenia utratą życia członka rodziny/bliskich przyjaciół zdarzenie musi być nacechowane przemocą lub przypadkowe • Doświadczanie powtarzających się lub ekstremalnych ekspozycji na awersyjne szczegóły zdarzenia traumatycznego (np. ratownicy zbierający szczątki ludzkie, policjanci mający wgląd w drastyczne detale znęcania się nad dziećmi)
B. Obecność przynajmniej jednego objawu intruzji związanego z wydarzeniem traumatycznym, który pojawił się po tym wydarzeniu	• Powracające, niechciane, intruzywne i stresujące wspomnienia zdarzenia traumatycznego • Powracające, dręczące sny, których treść i/lub nacechowanie emocjonalne są związane ze zdarzeniem traumatycznym/zdarzeniami traumatycznymi • Reakcje dysocjacyjne (np. przebłyski wspomnień), w czasie których osoba czuje się lub zachowuje, jakby zdarzenie(-a) traumatyczne znów miało(-y) miejsce (reakcje te można rozpatrywać na kontinuum z najbardziej ekstremalnym nasileniem polegającym na utracie orientacji w otaczającej rzeczywistości) • Silny lub przedłużający się stres psychologiczny w przypadku ekspozycji na wewnętrzne lub zewnętrzne sygnały symbolizujące bądź przypominające jakiś aspekt zdarzenia traumatycznego • Silne reakcje fizjologiczne na wewnętrzne lub zewnętrzne bodźce symbolizujące lub przypominające jakiś aspekt zdarzenia traumatycznego
C. Uporczywe unikanie bodźców związanych z traumą, które pojawiło się po wydarzeniu traumatycznym, przejawiające się jednym lub obydwoma wymienionymi objawami	• Unikanie lub usiłowanie uniknięcia przykrych wspomnień, myśli lub uczuć dotyczących albo ściśle związanych z wydarzeniem traumatycznym/wydarzeniami traumatycznymi • Unikanie lub usiłowanie uniknięcia zewnętrznych bodźców przypominających wydarzenie (ludzi, miejsc, rozmów, czynności, przedmiotów, sytuacji), które wzbudzają przykre wspomnienia, myśli lub uczucia o wydarzeniu traumatycznym/wydarzeniach traumatycznych bądź są ściśle z nim/nimi związane

cd. TABELI 29.13.

Objaw	Charakterystyka objawu
D. Negatywne zmiany w sferze poznawczej i emocjonalnej, które pojawiły się lub nasiliły po wydarzeniu traumatycznym/wydarzeniach traumatycznych, przejawiające się co najmniej dwoma z wymienionych objawów	• Niemożność przypomnienia sobie ważnych aspektów wydarzenia traumatycznego/wydarzeń traumatycznych (zazwyczaj wiąże się z amnezją dysocjacyjną, a nie z urazem głowy, spożyciem alkoholu czy użyciem narkotyków) • Utrwalone i przesadne negatywne przekonania dotyczące własnej osoby, innych ludzi lub świata (np. „jestem złym człowiekiem", „nikomu nie można ufać", „świat jest absolutnie niebezpieczny" czy „mój układ nerwowy jest kompletnie zrujnowany") • Utrwalony i zniekształcony sposób myślenia o przyczynach lub konsekwencjach wydarzenia traumatycznego/wydarzeń traumatycznych, który prowadzi do obwiniania siebie lub innych osób • Utrwalony negatywny stan emocjonalny (np. strach, przerażenie, złość, poczucie winy lub wstydu) • Wyraźnie ograniczone zainteresowanie ważnymi aktywnościami lub wyraźnie ograniczony udział w nich • Poczucie oddalenia od innych ludzi lub wyobcowania • Uporczywa niezdolność do przeżywania pozytywnych uczuć (np. niezdolność do odczuwania szczęścia, zadowolenia lub miłości)
E. Wyraźne zmiany we wzbudzeniu i reaktywności związane z wydarzeniem traumatycznym/wydarzeniami traumatycznymi, które to zmiany zaczęły się lub nasiliły po tym wydarzeniu/wydarzeniach, w postaci co najmniej dwóch objawów z wymienionych	• Drażliwość lub wybuchy złości • Zachowania ryzykanckie lub autodestrukcyjne • Wzmożona czujność • Nadmiernie silna reakcja na niespodziewane bodźce • Trudności z koncentracją • Trudności z zasypianiem lub snem

Źródło:

1. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (5thed). Washington. DC: Author.
2. Friedman M.J., Resick P.A, Bryyant R.A., Brewin C.R. (2011). Considering PTSD for DSM-5. *Depress Anxiety* 28(9) 750-769. doi. 10.1002/da 20767
3. Klipatrick D.G., Resenick H.S., Milanak M.E., et al. National estimates of exposure to traumatic events and PTSD prevalance using DSM-IV and DSM-5 criteria. *Journal of Traumatical Stres*, 26,537-547.doi.10.1002/jts.21848.

Objawy PTSD ulegają samoistnej remisji w ciągu pierwszych dwóch lat od traumy u około połowy osób. Później szansa na ustąpienie zaburzenia maleje, a utrzymujące się objawy obniżają jakość życia jednostki, generując koszty społeczne wynikające z jej niezdolności do pracy i z długotrwałego leczenia. Koncepcje poznawcze zakładają, że po wydarzeniu traumatycznym powstaje „sieć strachu", w której gromadzą się informacje o zagrożeniu. Teoria ta zakłada, że bodźce związane z urazem są silnie reprezentowane w „sieci strachu", łatwiej ulegają aktywacji przez wiele impulsów wewnętrznych i zewnętrznych. W konsekwencji przewiduje się, że osoby z PTSD doznają większego zniekształcenia percepcji w kierunku zagrożenia niż osoby z innymi zaburzeniami lękowymi. Skany funkcjonalnego rezonansu magnetycznego (fMRI) pacjentów z zespołem stresu pourazowego wykazały niedoczynność kory czołowej i nadpobudliwość kory skroniowej, co wskazuje na możliwość korelacji między zespołem stresu pourazowego a funkcjonowaniem neuronów. Wskazuje się, że czynnikami ryzyka PTSD u pacjentów onkologicznych są: diagnoza przedrakowa lub historia traumy w ciągu całego życia, niski status społeczno-ekonomiczny, młody wiek, ograniczone wsparcie społeczne lub jego brak, zaawansowana choroba, leczenie inwazyjne, objawy dysocjacyjne dotyczące doświadczeń z chorobą onkologiczną oraz uporczywe, natrętne myśli dotyczące przeżyć związanych z chorobą onkologiczną. Badanie przeprowadzone przez naukowców z HICCC (*Herbert Irving Comprehensive Cancer Center*) w *New York--Presbyterian/Columbia University Medical Center* wykazało,

że prawie jedna na cztery kobiety po postawieniu diagnozy raka piersi zgłosiła objawy zgodne z zespołem stresu pourazowego, a w literaturze szacuje się – w zależności od rodzaju nowotworu i metody oceny – że od 4% do 55% chorych mogło doświadczyć tego zespołu[10]. PTSD u pacjentów onkologicznych może negatywnie wpływać na zdrowie, leczenie, rokowania i jakość życia (patrz JAKOŚĆ ŻYCIA W CHOROBIE ONKOLOGICZNEJ). Badania wskazują, że objawy PTSD mogą utrzymywać się przez lata po ustąpieniu objawów związanych z chorobą onkologiczną i jej leczeniem.

ZMĘCZENIE W PRZEBIEGU CHOROBY NOWOTWOROWEJ (*cancer-related fatigue*, CRF) – przewlekłe, subiektywne poczucie psychicznego, emocjonalnego i/lub poznawczego wyczerpania bądź osłabienia związanego z chorobą lub jej leczeniem, przy czym poczucie to nie jest proporcjonalne do ostatnio podejmowanej aktywności i upośledza funkcjonowanie.

Badacze zjawiska wskazują, że CRF to jeden z najczęstszych symptomów zgłaszanych przez osoby chore onkologicznie na każdym etapie leczenia i niezależnie od charakteru choroby oraz lokalizacji[11]. Moment pojawienia się pierwszych objawów CRF związany jest najczęściej z rozpoczęciem leczenia przeciwnowotworowego, chociaż może pojawić się już na etapie ustalania rozpoznania choroby. Jak wskazuje literatura, zmęczenie najczęściej towarzyszy innymi objawom, takim jak: ból, depresja, stres emocjonalny, wyniszczenie, znacznie rzadziej zaś jest obserwowany jako objaw wyizolowany. Badania dowodzą, że CRF wywołuje u osób chorych stres na płaszczyźnie fizycznej, emocjonalnej, poznawczej, społecznej oraz duchowej i w konsekwencji może prowadzić do występowania zaburzeń emocjonalnych, przygnębienia, poczucia osamotnienia i izolacji. W badaniach stwierdzono ponadto, że CRF ma szybszy początek, jest bardziej intensywne, dotkliwe i wyczerpujące oraz trwa dłużej w porównaniu z klasycznie pojmowanym zmęczeniem. Choć patofizjologia CRF nie jest w pełni jasna, to aktualnie uważa się że ma wieloczynnikowy charakter. Przypuszcza się, że mechanizm powstawania zmęczenia może być związany z bezpośrednim wpływem guza, czynnikami indukowanymi przez jego obecność oraz czynnikami towarzyszącymi. Zgodnie ze standardami – zarówno NCCN (*National Comprehensive Cancer Network*), jak i EAPC (*European Association for Palliative Care*) – zmęczenie w przebiegu choroby nowotworowej powinno być diagnozowane, oceniane, monitorowane i leczone według wytycznych już od pierwszej wizyty, na każdym etapie choroby. Przeciwdziałanie zmęczeniu stanowi integralną część całościowej opieki nad pacjentem i polega na usuwaniu odwracalnych przyczyn zmęczenia wtórnego i leczeniu objawowym farmakologicznym oraz niefarmakologicznym. Z perspektywy diagnozy klinicznej kluczowy jest fakt, że zmęczenie może ujawniać się wtórnie do występowania:

- podstawowych objawów zaburzeń psychiatrycznych, w tym depresji, zaburzeń lękowych i somatyzacyjnych;
- chorób somatycznych, w tym chorób onkologicznych (CRF).

Spośród interwencji niefarmakologicznych ESMO (*European Society for Medical Oncology*) rekomenduje wykorzystanie: poradnictwa w zakresie zarządzania CRF, aktywność fizyczną dostosowaną do stanu somatycznego, psychoedukację, terapię CBT oraz – jako możliwe – działania dodatkowe: jogę i MBSR (*mindfulness-based stress reduction*). Interwencje psychologiczne mogą koncentrować się na redukcji stresu, nauce technik relaksacyjnych (patrz TECHNIKI RELAKSACYJNE) ograniczeniu negatywnych lub katastroficznych myśli, pracy nad akceptacją trudności i przekierowywaniu procesów uwagi.

ŻAŁOBA – naturalna odpowiedź na utratę bliskiej osoby.

Śmierć kogoś bliskiego jest zazwyczaj wstrząsającym przeżyciem, wywołującym głęboki kryzys emocjonalny (patrz KRYZYS EMOCJONALNY), który uruchamia wiele psychologicznych zjawisk, rozumianych m.in. jako procesy radzenia sobie ze stresem. Symptomy żalu po stracie obejmują doznania fizyczne, behawioralne, poznawcze, emocjonalne i duchowe. U większości ludzi strata bliskiej osoby wiąże się z: szokiem, złością, poczuciem winy, żalem, niepokojem, strachem, samotnością, nieszczęściem, depresją, natrętnymi obrazami związanymi ze śmiercią tej osoby, depersonalizacją i poczuciem przytłoczenia. Przeżywanie żałoby zależy od wielu czynników, m.in. od rodzaju straty (nagła, stopniowa i przewidywalna, samobójcza), charakteru relacji, zasobów psychicznych osoby przeżywającej żałobę, stylu przywiązania, liczby do tej pory przeżytych strat, wsparcia społecznego (patrz WSPARCIE SPOŁECZNE). Wśród wzorców radzenia sobie z żałobą mogą się pojawić mechanizmy zarówno funkcjonalne (pozwalające zaakceptować stratę i zaadaptować się do dalszego życia), jak i dysfunkcjonalne (np. idealizowanie zmarłego czy wręcz

[10] Vin-Raviv N., Hillyer G.C., Hershman D.L., Galea S. i wsp. Racial disparities in posttraumatic stress after diagnosis of localized breast cancer: the BQUAL study. *J Natl Cancer Inst.* 2013, 17;105(8):563-72. doi: 10.1093/jnci/djt024.
Leano A., Korman M.B., Goldberg L., Ellis J. Are we missing PTSD in our patients with cancer? Part I. *Can Oncol Nurs J.* 2019, 29(2):141-146.
Arnaboldi P., Riva S., Crico C., Pravettoni G. A systematic literature review exploring the prevalence of post-traumatic stress disorder and the role played by stress and traumatic stress in breast cancer diagnosis and trajectory. *Breast Cancer (Dove Med Press)* 2017, 9:473-485. doi:10.2147/BCTT.S111101.

[11] Di Marco M., Rubbi I., Baldi A. i wsp., (2018). Evaluation of fatigue in patients with pancreatic cancer receiving chemotherapy treatment: a cross-sectional observational study. Acta bio-medica. *Atenei Parmensis*, 89(4-S), 18–27.

odwrotnie – unikanie myśli i uczuć związanych z utraconą osobą). Proces żałoby można przedstawić jako sekwencję następujących po sobie zadań do wykonania, z którymi mierzy się osierocony:

- akceptacja realności straty;
- doświadczenie bólu i smutku;
- przystosowanie się do życia w otoczeniu, w którym nie ma osoby zmarłej;
- przekierowanie życia emocjonalnego w stronę innych osób i samego życia.

Większość współczesnych specjalistów wskazuje na zmienność i płynność doświadczeń żałoby, gdyż stwierdza się znaczne różnice w ich intensywności i długości między różnymi grupami kulturowymi i poszczególnymi osobami.

ŻAŁOBA POWIKŁANA (żałoba patologiczna) – chroniczne doświadczanie intensywnych i specyficznych przeżyć związanych ze śmiercią ukochanej osoby, co powoduje istotne pogorszenie codziennego funkcjonowania.

Powikłana żałoba wynika z niemożności przejścia od żałoby ostrej do zintegrowanej. W rezultacie ostry smutek przedłuża się i przybiera postać przewlekłą. Istotnym kryterium, które pozwala odróżnić żałobę niepowikłaną od powikłanej, jest czas, jaki upłynął od śmierci bliskiej osoby – zgodnie z DSM-5 (patrz DSM-5) jest to co najmniej 12 miesięcy. Objawy charakteryzujące przedłużającą się żałobę obejmują m.in. niepokój separacyjny (nawracające napady bolesnych emocji z intensywną tęsknotą za osobą zmarłą oraz zaabsorbowanie myślami o niej) i stres traumatyczny (poczucie niedowierzania w odniesieniu do śmierci, złość i zgorzknienie, niepokojące, natrętne myśli związane ze śmiercią i wyraźne unikanie wspomnień o bolesnej stracie).

Do powikłań w procesie żałoby mogą prowadzić zarówno czynniki związane z tym, kim dla osieroconego był zmarły, jak i intrapersonalne czynniki ryzyka związane z charakterystyką osoby doświadczającej straty. Przedłużająca się żałoba stanowi poważny stresor, który może przyspieszyć lub pogorszyć zaburzenia psychiczne.