



# CHOROBA NOWOTWOROWA

## – perspektywa psychoonkologa

mgr Adrianna Sobol

Zakład Profilaktyki Onkologicznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

### 1. STAN EMOCJONALNY PACJENTA I JEGO ZMIANY W TOKU PROCESU DIAGNOSTYKI I LECZENIA

Nie ma osoby przygotowanej na przyjęcie informacji o chorobie nowotworowej. Taką sytuacją zawsze wiąże się z silnymi emocjami. Już samo jej podejrzenie, rozpoczęcie diagnostyki i czas oczekiwania na diagnozę to jeden z najtrudniejszych okresów w całym procesie chorowania. W zależności od konkretnej jednostki chorobowej, mamy do czynienia z nieco innymi aspektami psychicznymi, z którymi musimy się zmierzyć. W przypadku czerniaka mamy do czynienia z wysokim poczuciem stygmatyzacji z powodu choroby i tutaj konieczną interwencją jest psychoedukacja zarówno pacjenta, jak i jego otoczenia, ale także identyfikacja stresorów. Z kolei w przypadku raka płuca, tutaj kluczowa jest rola poczucia winy związanego z nawykami w przeszłości. Choroba sama w sobie jest także silnym źródłem obwiniania i krytyki ze strony otoczenia. Poczucie krzywdy i żalu występuje natomiast często u chorych niepalących lub biernych palaczy, a także u tych, którzy wiele lat przed chorobą zrezygnowali z palenia i fakt choroby traktują jako wyraźną niesprawiedliwość. U większości chorych w obu jednostkach chorobowych zdarzają się zaburzenia nastroju. Depresja bywa kojarzona ze zmęczeniem, np. gdy występuje w pierwszych tygodniach leczenia. Oprócz depresji stosunkowo często występują zaburzenia lękowe uogólnione, a także zaburzenia pod postacią fobii, lęku panicznego, który tu bywa określany jako „panika oddechowa”. Nierzadkie są również epizody depresyjne, w tym depresja o długotrwałym stopniu nasilenia. Ze względu na dominujący aspekt stygmatyzacji i problemu winy w przypadku zarówno czerniaka, jak i raka płuc, kadra medyczna powinna każdorazowo uwzględnić aspekty psychiczne choroby oraz od samego początku pracować nad emocjami chorego – oczywiście we współpracy z psychoonkologiem/psychoterapeutą.

### 2. ETAPY AKCEPTACJI CHOROBY I ICH WPŁYW NA KOMUNIKACJĘ LEKARZ-PACJENT

Pierwszą reakcją po otrzymaniu diagnozy choroby nowotworowej jest szok i niedowierzenie. Na tym etapie pacjent prawie zawsze poszukuje sensu pojawienia się choroby – próbuje znaleźć odpowiedź na pytanie: dlaczego ja? Kolejnym etapem psychicznego zmagania się z chorobą jest złość, na którą – co muszą podkreślić – pacjent bardzo często nie dostaje przyzwolenia od najbliższych. Nie znajduje miejsca na to, żeby opłakać swoją sytuację czy po prostu wykrzyknąć swój żal. Każda osoba dotknięta chorobą przewlekłą musi znaleźć czas, a także przestrzeń na przeżycie „żałoby po sobie zdrowym”. Kolejną reakcją, w obszarze emocji chorego, jest etap targowania się z losem. To czas, w którym pacjenci uciekają w „magiczne myślenie”. Targują się ze sobą, lekarzem czy losem. Pragną, żeby wszystko wróciło do stanu sprzed choroby. Następnym wyróżnianym stanem jest depresja, która jest wynikiem cierpienia zarówno fizycznego, jak i psychicznego. Pacjent odczuwa ogromny smutek, samotność, niezgodę na zaistniałą sytuację, lęk, bezsilność, utratę kontroli nad swoim życiem. Pacjent i jego bliscy bardzo często bagatelizują objawy depresji. Należy podkreślić, że zaburzenia emocjonalne nie zawsze są wynikiem reakcji na sytuację choroby. Niejednokrotnie są one skutkami ubocznymi leczenia onkologicznego.

Po fali pierwszych emocji, jakich doznaje chory w początkowym okresie chorowania, pojawia się akceptacja. Oczywiście nie oznacza to poddania się chorobie ani aprobaty dla niej. Oczywiście jest, że zdecydowana większość chorych nigdy nie akceptuje swojego stanu. Chodzi tu jedynie o przystosowanie się do nowej sytuacji. Ten właśnie stan jest najlepszy do współpracy z otoczeniem medycznym.

### 3. POTRZEBY EMOCJONALNE PACJENTA W CZASIE KONSULTACJI LEKARSKIEJ

Pacjent w obliczu choroby potrzebuje od personelu medycznego przede wszystkim wiedzy, czasu na poukładanie emocji i wsparcia. Wiedza o chorobie i terapii jest najważniejszymi narzędziami obrony, jakim dysponuje chory w początkowym stadium zmagania się z chorobą. Warto podkreślić, że proces jej zdobywania ma zbawienny charakter na stan psychiczny jego i całej rodziny, która w tym uczestniczy. Przede wszystkim daje poczucie odzyskiwania kontroli nad sytuacją. To tutaj tkwi kluczowa rola lekarza, poza oczywiście podstawowymi aspektami medycznymi.

Lekarz jest źródłem potrzebnej i rzetelnej wiedzy, która redukuje lęk. Bardzo istotne jest, aby pamiętać o odpowiednim przygotowaniu pacjenta do konsultacji lekarskiej. Najlepiej jest poprosić pacjenta, aby sporządził wcześniej listę pytań, jakie chce zadać, i zapisywał uzyskane na nie odpowiedzi. Jeśli taka forma jest dla lekarza bardziej dogodna, można również samodzielnie zapisywać zalecenia. Niestety, werbalne komunikaty w sytuacjach stresowych schodzą na dalszy plan i pacjent po wyjściu z gabinetu nie pamięta już większości informacji, jakie padły w gabinecie. Zawsze polecam, aby w takich spotkaniach, pacjentowi towarzyszyła bliska osoba i lekarz również może takie rozwiązanie zalecić. Wiele emocji, takich jak strach i lęk, powstaje na podstawie mylnych przekonań i niepełnej wiedzy o chorobie i terapii. Lekarz kilkoma zdaniem może wyjaśnić sytuację pacjentowi i poprawić zdecydowanie jego stan – również psychiczny.

Pracując z pacjentem, musimy pamiętać także o obserwacji pod kątem możliwości występowania zaburzeń depresyjnych i zaburzeń lękowych. Stan zdrowia psychicznego jest bardzo istotny, ponieważ od niego zależy między innymi to, czy pacjent będzie podtrzymywał proces leczenia i jaką będzie jego motywacja na każdym z jego etapów. Co więcej, stan psychiczny pacjenta ma bezpośrednie przełożenie na relację lekarz-pacjent, a także na stosowanie się do zaleceń terapeutycznych i dietetycznych. Właśnie dlatego lekarz powinien wykazywać uważność na objawy depresyjne i/lub lękowe, a w razie jakichkolwiek podejrzeń skierować pacjenta do lekarza psychiatry oraz psychoterapeuty. Takie współdziałanie specjalistów przynosi najlepsze rezultaty dla pacjenta, ponieważ adresuje jednocześnie problemy somatyczne oraz te natury psychicznej (zarówno związane z diagnozą i leczeniem, jak również spoza tych sfer). Współpraca z pacjentem zawsze w praktyce klinicznej jest łatwiejsza właśnie wtedy kiedy jest on w pełni zaopiekowany, a poziom jego lęku utrzymuje się na poziomie niewykraczającym poza naturalną reakcję na sytuację kryzysową.

### 4. POSTAWY WOBEC CHOROBY

Pracując z pacjentami, warto sobie uświadomić, że „każdy człowiek choruje inaczej, podobnie jak żyje w sposób niepowtarzalny”. To, w jaki sposób pacjent zareaguje na informację o nowotworze, jest sprawą bardzo indywidualną i zależy od wielu czynników – od typu osobowości, życiowych doświadczeń, od posiadanego wsparcia, a także od tego, w jaki sposób chory radził sobie z dotychczasowymi życiowymi trudnościami. Mogą to być doświadczenia związane z chorowaniem i leczeniem (głównie komplikacjami) u pacjenta albo kogoś mu bliskiego. Mogą to być też doświadczenia dotyczące relacji z personelem medycznym (np. kiedy pacjent czuł, że jest traktowany przedmiotowo, a nie podmiotowo) bądź też doświadczenia współpacjentów (np. dotyczące zasad panujących na oddziale). Osobiście bardzo często zadaję swoim pacjentom pytanie o ich dotychczasowe doświadczenia z sytuacjami

trudnymi. Próbuję dowiedzieć się, jak dana osoba zareagowała na sytuację kryzysową, na czyje wsparcie mogła liczyć i jaka forma pomocy przyniosła najlepsze efekty. Taka rozmowa i wyciągnięcie z niej wniosków jest w stanie pomóc we wspólnym ułożeniu strategii na czas zmagania się z chorobą.

Warto zaznaczyć, że osoba, która otrzymuje niepomysłną informację o chorobie, działa tak naprawdę w dwóch trybach. Pierwsze 72 godziny stanowią etap szoku, kiedy kontrolę przejmują bardzo silne i sprzeczne emocje. I to jest taki moment, w którym pacjent potrzebuje specjalistycznych informacji, zaopiekowania, konkretów i planu działania. Później, w kolejnych dobach, przychodzi dopiero ten moment, w którym większość osób jest gotowa do przyjęcia aktywnej roli pacjenta. Dopiero na tym etapie, po szoku związanym z diagnozą, pojawia się przestrzeń dla lekarza na zarządzanie trudnymi sytuacjami związanymi z danym pacjentem. Pomimo tego, że każda reakcja pacjenta może być bardzo indywidualna, a także przybierać różne formy w przypadku czerniaka czy też raka płuca, istnieją klasyfikacje postaw, które pozwalają lekarzom na zrozumienie typowych klas zachowań pacjentów i tym samym ułatwiają skuteczne adresowanie ich potrzeb.

### **Pacjent zadaniowy**

Postawa zadaniowa spotykana jest u pacjentów, którzy przyjmują informację o diagnozie i traktują ją jako kolejną trudność do pokonania. Zadaniowcy biorą sprawy w swoje ręce i nie liczą na to, że coś wydarzy się samo, a przez to najlepiej współpracują z personelem medycznym. Szukają rozwiązania, zadają pytania, uczą się na własną rękę, przestrzegają zaleceń medycznych i nie boją się prosić o pomoc, kiedy wiedzą, że jej potrzebują. Postawa zadaniowa sprawia, że pacjent traktuje chorobę jako misję, którą musi jak najlepiej zrealizować. Z całą pewnością, w obliczu choroby nowotworowej, takie podejście sprawdza się najlepiej ze wszystkich.

### **Pacjent bierny**

Duży kontrast dla postawy zadaniowej stanowi postawa bierna. Dotyczy ona pacjentów, dla których diagnoza choroby nowotworowej oznacza problem nie do pokonania. Nie mają oni w sobie sił do walki z chorobą ani nadziei na jej pokonanie. Pacjenci bierni nie wierzą, że mają wpływ na swój los, dlatego nie angażują się w wybór ścieżki terapeutycznej i oddają wszystkie decyzje w ręce personelu medycznego i najbliższych. Trzeba mieć świadomość, że taki pacjent sam o siebie nie zadba i potrzebuje konkretnych instrukcji przekazywanych opiekunowi. Warto zorganizować dla niego wsparcie psychoonkologa i lekarza psychiatry, a także uświadomić jego bliskich, że mają do odegrania bardzo ważną rolę w procesie jego leczenia.

### **Pacjent wypierający**

Dużą grupę wśród pacjentów onkologicznych stanowią Ci, którzy zaklinają rzeczywistość. Wypierają oni chorobę, uważają, że diagnoza to jakaś pomyłka i kompletnie nie są w stanie podejmować czynności, by sobie pomóc. Pacjenci wypierający często nie decydują się na podjęcie leczenia, a jeśli to robią, to szybko szukają powodów, które pozwolą im je przerwać. To również grupa pacjentów, która najczęściej decyduje się szukać rozwiązań wśród terapii alternatywnych. Takiemu choremu trzeba pomóc znaleźć wsparcie, dzięki któremu znajdzie on w sobie motywację do leczenia.

### **Pacjent udręczony**

Wielu pacjentów traktuje chorobę jako karę. Nie opuszcza ich poczucie winy, czują, że zasłużyli na cierpienie, a w skrajnych przypadkach odstawiają nawet leki przeciwbólowe. Pacjenci udręczeni są przekonani, że na nowotwór zasłużyli sobie swoim postępowaniem. Nie wierzą, że zasługują na wyleczenie i często poddają się chorobie. Personel medyczny ma dużą trudność

## CHOROBA NOWOTWOROWA – perspektywa psychoonkologa.

w postępowaniu z takim pacjentem, ponieważ często nie pozwala on sobie pomóc. W przypadku chorego przyjmującego postawę udręczoną niezbędna jest interwencja, mająca za zadanie uświadomienie mu, że nowotwór nigdy nie jest karą. Że to choroba jak każda inna i trzeba ją po prostu leczyć.

### Pacjent roszczeniowy

Wielu pacjentów podchodzi do tematu choroby z potężnym багаżem negatywnych emocji – gniewu, lęku, wrogości. Postawa roszczeniowa, którą prezentują, sprawia, że są bardzo skoncentrowani na sobie. Złość wywołuje w nich myśl, że inni nie są chorzy, a oni muszą stawić czoła nowotworowi. Czują się oszukani przez los, a zgromadzone napięcia wyładowują na swoich bliskich, a także na personelu medycznym. Pacjenci roszczeniowi oczekują, że personel medyczny sam rozpozna w 100% ich potrzeby bez konieczności komunikowania ich. Chorzy prezentujący postawę roszczeniową mają tendencję do przesuwania granicy, do sprawdzania na ile mogą sobie pozwolić w przypadku danej osoby. W takich sytuacjach niezbędna jest umiejętność mówienia „nie”. Tylko jasne postawienie granic i ustalenie podziału obowiązków jest w stanie przyczynić się do tego, że pacjent roszczeniowy zacznie z nami współpracować.

## 5. NOWOCZESNA TERAPIA – SZANSA DLA PACJENTA

Znając postawy pacjentów, lekarz może skutecznie adresować ich potrzeby, co pozwala zwiększyć efektywność procesu leczenia i zbudować zaufanie w relacji pacjent-lekarz. Taka relacja jest podstawą zadbania o pacjenta w innych dziedzinach życia i do podjęcia rozmowy na temat jakości codziennego funkcjonowania. Innowacja i postęp w onkologii opiera się nie tylko na wprowadzaniu nowych, coraz to skuteczniejszych, ale także na stosowaniu bardziej elastycznych i przyjaznych dla pacjentów sposobów realizacji leczenia, wszędzie tam, gdzie jest to możliwe, tak, aby nie obniżyć efektywności terapii. Ważne jest, aby edukować pacjentów w zakresie dostępnych opcji, które umożliwią im między innymi aktywizację zawodową. Pacjenci często bardzo optymistycznie reagują na informację o istnieniu nowoczesnych terapii adresujących ich schorzenia. Same słowa „nowoczesne”, „nowatorskie”, „przełomowe” napawają ich nadzieją na to, że ta forma przyniesie coś nowego i otworzy przed nimi większe możliwości, niż terapie stosowane kilka/kilkanaście lat temu. Jest to o tyle ważne, że staramy się dziś budować w pacjentach przekonanie o raku jako chorobie przewlekłej, a nie śmiertelnej (tam, gdzie oczywiście jest to możliwe). Nowoczesne formy dają nadzieję na to, aby nawet w przypadkach niemożliwości pełnego wyleczenia utrzymywać zadowalającą jakość życia przez długie lata. Jedną z takich opcji w przypadku raka płuca jest immunoterapia, która w sposób przełomowy wykorzystuje zdolności naszego układu immunologicznego (a ściślej limfocytów T) do efektywnej walki z toczącym się procesem nowotworowym. Immunoterapię rekomenduje się obecnie m. in. w IV stadium niedrobnokomórkowego raka płuca, czyli tam, gdzie jeszcze kilka lat temu liczba dostępnych opcji terapeutycznych była bardzo mocno ograniczona. Ta forma uznawana jest za bezpieczniejszą niż dotychczasowa chemioterapia, dzięki czemu dochodzi do usprawnienia procesu leczenia i przesunięcia w czasie momentu powrotu do obowiązków zawodowych i podejmowania aktywności w innych dziedzinach życia.



Niniejszy materiał został dostarczony przez MSD Polska Sp. z o.o. jako literatura fachowa dla środowiska medycznego. Informacje o produktach leczniczych w nim zawarte nie zastępują Charakterystyk Produktów Leczniczych (ChPL). Należy zapoznać się z pełnymi ChPL produktów leczniczych diskutowanych w niniejszej publikacji przed podjęciem decyzji o zastosowaniu leków.

2024-05-PL-NON-00499 (wyd. 05.2022)