

**Emilia Mazurek**

Politechnika Wrocławska, Studium Nauk Humanistycznych i Społecznych

## **Rak piersi i emocje**

### **Małżonkowie wobec decyzji o rekonstrukcji piersi u żony**

Rak piersi wywołuje negatywne emocje zarówno u chorej, jak i u jej małżonka. W trakcie trwania leczenia małżonkowie konfrontują się z licznymi sytuacjami, które podwyższają poziom odczuwanego lęku. Jedną z nich jest podejmowanie decyzji o poddaniu się rekonstrukcji piersi przez chorą. Zabieg odtwórczy jest szansą na osiągnięcie psychicznych i fizycznych korzyści, z drugiej zaś strony wywołuje emocjonalne obiekcje. W artykule przedstawiono znaczenia nadawane rekonstrukcji piersi przez różne grupy społeczne i zawodowe, z uwzględnieniem zmian zachodzących w postrzeganiu zabiegu na przestrzeni czasu. Społeczne konstrukcje zabiegu odtwórczego określono jako jeden z czynników determinujących decyzję o rekonstrukcji piersi.

**Słowa kluczowe:** pedagogika zdrowia, emocje, rak piersi, rekonstrukcja piersi, rodzina

### **Wprowadzenie**

Diagnoza raka piersi wywołuje silne, negatywne emocje zarówno u chorej, jak i u jej męża oraz pozostałych członków najbliższej rodziny. Wśród najczęściej wymienianych emocji odczuwanych przez kobietę w związku z utratą przez nią zdrowia są: smutek, przygnębienie, żal, złość, gniew, poczucie wstydu, poczucie winy, a przede wszystkim lęk. Pojawiający się lęk u pacjentek jest reakcją na utratę zdrowia oraz wysokie ryzyko przedwczesnej śmierci, ale także wiąże się z zaburzonym obrazem siebie, który ma wpływ na akceptację siebie i samoocenę oraz na więź małżeńską i życie intymne (zob. np. Schover, 1991; Balsa, Rzepa, Foszczyńska-Kłoda i in., 2002; Burwell, Case, Kaelin i in., 2006; Fobair, Stewart, Chang i in., 2006; Rowland, Meyerowitz, Crespi i in., 2009; Roth, Carter, Nelson, 2010; Stadnicka, Pawłowska-Muc, Bańkowska i in., 2014), dyskomfortem w funkcjonowaniu w życiu społecznym (np. nieustannym kontrolowaniem ciała/stroju z obawy przed ujawnieniem stygmatu) (zob. np. Mazurek, 2012b; 2013), obawą przed nieskutecznym leczeniem, przerzutami bądź nawrotem choroby (zob. np. Ślubowska, Ślubowski, 2008; Stadnicka, Pawłowska-Muc, Bańkowska i in., 2014), byciem zależną od innych (np. rodziny, personelu medycznego) (zob. np. Stadnicka, Pawłowska-Muc, Bańkowska i in., 2014). Stany lękowe mogą być także spowodowane czynnikami

pozapsychologicznymi, związanymi z samym schorzeniem (np. z bólem) i stosowaną terapią (np. z ubocznymi skutkami stosowanych leków bądź odstawieniem preparatu terapeutycznego) (Stępień, Wrońska, 2008).

Lęk obecny na poziomie normalnym, dającym się konstruktywnie przezwyciężyć, może pełnić funkcje pozytywne zarówno w stanie zdrowia, jak i choroby. Jako sygnał ostrzegawczy przed niebezpieczeństwem pobudza do działań obronnych i prozdrowotnych, a poprzez funkcję motywacyjno-regulacyjną skłania do podejmowania i kontynuowania leczenia (Stępień, Wrońska, 2008, s. 32).

Zbyt wysoki poziom lęku może przerodzić się w zaburzenia depresyjne – w kontekście pacjentów onkologicznych uznawane za „niedodiagnozowane”<sup>1</sup> (Trzebiatowska, 2006, s. 32) – które obniżają motywację do podjęcia/kontynuowania leczenia onkologicznego, utrudniają współpracę z personelem medycznym bądź osobami wspierającymi, nasilają poziom napięcia w rodzinie, prowadzą do wzmożonego odczuwania dolegliwości somatycznych i zaburzeń w funkcjonowaniu organizmu (np. problemy ze snem, brak apetytu), osłabiają właściwości immunologiczne organizmu (Stępień, 2007; Majkovicz, 2008; Stępień, Wrońska, 2008).

Intensywne, negatywne emocje przeżywają także osoby wspierające chore i przejmujące opiekę nad nimi. Najczęściej głównym opiekunem pacjentki staje się jej małżonek (Stępień, Wiraszka, 2011; Zierkiewicz, Mazurek, 2015). Wpływ choroby żony na życie i emocje małżonka jest na tyle silny, że w literaturze pojawiło się określenie „mąż raka piersi”<sup>2</sup> (ang. *breast cancer husband*) (Silver, 2004). Mężowie, podobnie jak ich chore żony, odczuwają lęk, gniew, złość, bunt, frustrację, bezsilność (związaną z utratą kontroli), niepokój, smutek, rozpacz, poczucie winy (zob. np. Silver, 2004; Zalis, Lewis, 2010; Neris, Yokoyama dos Anjos, 2014; Zierkiewicz, Mazurek, 2015). Jednak badacze (Zalis, Lewis, 2010; Zierkiewicz, Mazurek, 2015), podejmujący problem doświadczeń mężów w kontekście diagnozy raka piersi u ich żon, podkreślają, że mężczyźni ani nie demonstrują swoich prawdziwych emocji przed niedomagającymi żonami, ani o nich nie rozmawiają. Mogłoby to być bowiem odebrane jako oznaka ich słabości, a nawet jako ingerencja w ich poczucie męskości. Pokazywanie słabości i zwątpienia mogłoby także, w przekonaniu mężów, wywierać niekorzystny wpływ na nastawienie żony wobec choroby.

Choć oboje przeżywają negatywne emocje, to jednak doświadczenia chorej znacząco różnią się od przeżyć jej partnera. Pacjentki muszą radzić sobie z emocjonalnymi konsekwencjami diagnozy choroby zagrażającej

---

<sup>1</sup> Depresja należy do najczęstszych zaburzeń emocjonalnych występujących u chorych przewlekle, w tym także u pacjentów onkologicznych (Trzebiatowska, 2006). Problemem jest jednak jej niewłaściwa diagnostyka (spowodowana m.in. myleniem depresji ze smutkiem i frustracją, uznaniem depresji jako stanu przejściowego i naturalnego w sytuacji choroby nowotworowej, występowaniem poronnych zespołów depresyjnych), a jednocześnie brak albo nieadekwatne leczenie (zob. Trzebiatowska, 2000; Majkovicz, 2008; Miller, Massie, 2010).

<sup>2</sup> Autorem tego określenia jest Marc Silver, którego żona zachorowała na raka piersi w 2001 r., a on sam nie był przygotowany do podjęcia roli opiekuna. Poszukiwał wtedy poradnika dla mężów Amazonek, a z czasem podjął decyzję, że sam napisze przewodnik dla mężów wspierających swoje żony. Książka została wydana w 2004 r. pt. *Breast Cancer Husband. How to Help Your Wife (and Yourself) Through Diagnosis, Treatment, and Beyond*. Jej autor twierdzi, że mottem opiekunów kobiet chorych na raka piersi powinno stać się hasło: „Zamknij się i słuchaj!” (<http://www.breastcancerhusband.com/>).

ich życiu, inwazyjnymi metodami leczenia oraz koniecznością poddania się medycznemu i instytucjonalnym reżimom (np. pobyt w szpitalu), a także zachodzącymi zmianami w ich dotychczasowym życiu, pełnionych rolach społecznych, wreszcie w ich cielesności i poczuciu kobiecości. Ich mężowie obawiają się nie tylko o zdrowie i życie niedomagających żon, ale także o to, czy sprostają nowym zadaniom, które wynikają z pełnienia przez nich roli opiekunów (por. np. Zahlis, Lewis, 2010; Zierkiewicz, Mazurek, 2015). Chore aktywnie uczestniczą w procesie odzyskiwania zdrowia i dotychczasowego wyglądu. Ich mężowie częściej stają się towarzyszami, doradcami, opiekunami bądź obserwatorami.

Rodzaj i intensywność emocji małżonków zmieniają się w trakcie terapii (Northouse, 1989; Wilson, Morse, 1991; Hilton, 1993; Northouse, Mood, Kershaw i in., 2002; Stępień, Wiraszka, 2011; Zierkiewicz, Mazurek, 2015), co w dużej mierze uwarunkowane jest rokowaniami, proponowanym leczeniem i jego skutecznością, wynikami badań, samopoczuciem chorej, a także odpornością psychiczną, poczuciem kontroli, otrzymanym wsparciem itp. Do stresogennych okoliczności należy rozważanie możliwości poddania się przez chorą zabiegowi rekonstrukcji piersi (zob. też Schain, 1991). Decyzja w tej kwestii jest trudna, ponieważ należy wybrać pomiędzy zachowaniem zdeformowanego ciała a żmudnym, długotrwałym i bolesnym procesem odtwarzania tego, co zostało okaleczone bądź odjęte. Podejmowanie decyzji dodatkowo komplikuje fakt, iż operacja odtwórcza wiąże się z ryzykiem oraz brakiem gwarancji odnośnie do jej estetycznego rezultatu. Choć decyzja ta dotyczy ciała kobiety, jej komfortu i psychofizycznego przystosowania do życia w nowych warunkach, to zwykle staje się decyzją małżonków. Jednak spojrzenia małżonków na „potencjał” zabiegu i ich postawy wobec niego – ze względu na inną perspektywę – mogą być odmienne.

## Spoleczne konstrukcje rekonstrukcji

Zabieg rekonstrukcji piersi pomaga odtworzyć amputowaną w wyniku mastektomii pierś bądź skorygować defekty w jej wyglądzie powstałe na skutek leczenia oszczędzającego. Jak zauważa Nora Jacobson (1998), historia rozwoju chirurgii rekonstrukcyjnej piersi jest ściśle związana ze zmianami, jakie na przestrzeni dziejów zachodziły w konceptualizacji raka piersi i dominujących sposobów jego leczenia. U schyłku XIX wieku był postrzegany jako choroba, która polega na wzroście nieprawidłowych komórek w piersi mających skłonność do rozprzestrzeniania się na inne części ciała. Dlatego na Zachodzie (później także w Polsce) przyjęło się rozwiązanie zaproponowane przez Williama Stewarta Halsteda, nazwane mastektomią radykalną, polegające na usunięciu gruczołu piersi wraz z mięśniem piersiowym i pachowymi węzłami chłonnyymi. Chirurgzy donosili o wzroście liczby wyleczonych kobiet dzięki tej metodzie, co miało potwierdzać jej wysoką skuteczność. W rzeczywistości jednak, problem ten jest mocno dyskusyjny, gdyż rozpowszechniane przez chirurgów stwierdzenie nie miało potwierdzenia w danych statystycznych, ale było środkiem „medycznej propagandy” (Zierkiewicz, 2014, s. 141). Podawane do wiadomości społecznej informacje zachęcały chirurgów plastycznych do poszukiwania rozwiązań, które nie tylko zmniejszałyby blizny po cięciu, ale także odbudowywałyby kształt piersi. Sam W.S. Halsted był jednak przeciwny jakimkolwiek zabiegom chirurgicznym zmierzającym do odtworzenia amputowanej piersi, co potęgowało niechęć innych chirurgów do tego rodzaju procedur.

Pierwsze techniki rekonstrukcyjne opierały się na wykorzystaniu tkanek własnych pacjentek. W 1895 roku Vincent Czerny wykorzystał tkanki autologiczne pacjentki do korekty pooperacyjnych defektów piersi (Woodman, 2014), dwa lata później włoski chirurg Iginio Tansini przeprowadził zabieg odtwórczy z wykorzystaniem mięśnia najszerzego grzbietu pacjentki (Pennington, 2005). Efekt kosmetyczny stosowanych procedur nie był zbyt zadowalający. Powstające „kopce” (Jacobson, 1998, s. 1256) w miejscu piersi pomagały uzyskać symetrię sylwetki kobiety, co sprawdzało się w sytuacji, kiedy chodziła w ubraniu. Jednak jej nagie ciało było zniekształcone i pokryte licznymi bliznami. Z tego powodu chirurdzy byli raczej sceptycznie nastawieni wobec rekonstrukcji (Jacobson, 1998). Tymczasem chirurdzy plastyczni, optujący za zabiegami odtwórczymi, podkreślali psychologiczne konsekwencje mastektomii dla chorej i przedstawiali rekonstrukcję jako szansę na odbudowanie utraconego poczucia kobiecości. Twierdzili, że możliwość odtworzenia piersi zachęci kobietę do poddawania się badaniom i leczeniu w przypadku diagnozy choroby.

W latach 50. XX wieku podjęto próby przeprowadzania łatwiejszych technicznie zabiegów rekonstrukcyjnych z wykorzystaniem materiału syntetycznego, które dawały możliwość uzyskania lepszych efektów estetycznych. Wielu chirurgów obawiało się jednak stosowania syntetycznego materiału. Twierdzili, że może on przykrywać ewentualną wznowę zmiany nowotworowej, a nawet ją powodować. Jednocześnie kobiety, które decydowały się na zabieg odtwórczy, były stygmatyzowane przez lekarzy jako niewdzięczne za uratowanie im zdrowia i życia (Jacobson, 1998).

Swoisty „renesans chirurgii rekonstrukcyjnej” (Pennington, 2005, s. 454) nastąpił w latach 60. XX wieku za sprawą Thomasa D. Cronina i Rogera L. Greenberga, którzy po raz pierwszy zastosowali silikonowe protezy piersi. W latach 70. silikonowe implanty stały się standardem w procedurze rekonstrukcyjnej, a same operacje odtwórcze doczekały się legitymizacji w środowisku medycznym (Jacobson, 1998). Złożyło się na to kilka czynników.

Pierwszy związany był ze zmianami w diagnostyce i leczeniu raka piersi, które przyczyniły się do rozpoznawania choroby u kobiet w coraz wcześniejszym wieku (a młodsze pacjentki częściej decydują się na zabieg odtwórczy) oraz z zapewnieniami lekarzy o większej skuteczności leczenia, co powodowało, że coraz więcej kobiet myślało w perspektywie dłuższego życia pomimo choroby (Jacobson, 1998; Zierkiewicz, 2014). Drugi, wiązał się ze stopniowym ograniczaniem liczby przeprowadzanych mastektomii metodą Halsteda i zastępowaniem tej procedury mniej okaleczającymi pacjentkę zabiegami, a to ułatwiało pracę chirurgom plastycznym (Schain, 1991; Jacobson, 1998). Coraz częściej „naprawiali” mniej zdeformowane i okaleczone klatki piersiowe, co umożliwiało im osiągnięcie lepszych efektów estetycznych. Mieli także nowsze i doskonalsze techniki rekonstrukcyjne. To z kolei zwiększało zainteresowanie zabiegiem i poziom satysfakcji z uzyskiwanych rezultatów.

Zadowolenie pacjentek znalazło odzwierciedlenie w prowadzonych ówczesnie (tj. na przełomie lat 70. i 80. XX w.) badaniach psychologicznych. W publikowanych pracach podkreślano, że kobiety po mastektomii doświadczają poczucia wstydu i niepełnowartościowości, niepokoju, lęku, czemu nierzadko towarzyszą bezsenność i depresja, a nawet próby samobójcze. Powody negatywnych emocji utożsamiano nie tyle z samą chorobą, co z okaleczeniem ciała i utratą poczucia kobiecości. Kiedy nowe, mniej inwazyjne i uciążliwe techniki wykorzystywane do odbudowy piersi (przede wszystkim zastosowanie silikonowych implantów) zostały roz-

powszechnione i przynosiły rezultaty satysfakcjonujące pacjentki, w empirycznych pracach psychologicznych rekonstrukcję piersi zaczęto przedstawiać jako zabieg, który łagodzi cierpienie psychiczne chorych, pomaga odbudować nie tylko uszkodzone ciało, ale także obraz siebie, samoocenę i poczucie kobiecości, a tym samym jest istotnym elementem fizycznej i psychicznej rehabilitacji chorej (zob. np. Teimourian, Adham, 1982; Goldberg, Stolzman, Goldberg, 1984; Filiberti i in., 1986; por. też Schain, 1991; Jacobson, 1998). Ich autorzy apelowali do chirurgów, aby informowanie pacjentek o możliwości rekonstrukcji było zwyczajową praktyką, podobnie jak informowanie o możliwości noszenia zewnętrznej protezy (zob. van Dam, Bergman, 1988). Efektem tych prac była także destygmatyzacja kobiet poddających się zabiegom odtwórczym, które wcześniej powszechnie postrzegane były jako próżne, narcystyczne, niedojrzałe, niezdolne do akceptacji zdeformowanego ciała, później zaś jako dbające o komfort w funkcjonowaniu psychospołecznym (Schain, Jacobs, Wellisch, 1984). Pokazywanie terapeutycznego potencjału zabiegu rekonstrukcji (pozytywny wpływ na adaptację w sferze psychicznej, społecznej i seksualnej) spowodowało eskalację zainteresowania zabiegiem (Schain, 1991)<sup>3</sup>. Od lat 70. XX wieku w Stanach Zjednoczonych o lepszą opiekę, większe nakłady finansowe na badania nad rakiem piersi, edukację coraz aktywniej zaczęły zabiegać także ruchy społeczne (Sulik, Zierkiewicz, 2014). Poprzez ich działalność problemy osobiste stawały się politycznymi, co ułatwiało Amazonkom batalię o przywileje, także te związane z rekonstrukcją piersi (np. finansowanie zabiegu).

W publicznej debacie głos zaczęły zabierać chore zaniepokojone euforią, jaką wywołała rekonstrukcja piersi. Audre Lorde (1980) krytycznie wypowiadała się na temat ukazywania raka piersi przez pryzmat utraty przez chorą atrybutu kobiecości i oszpecaenia ciała, a w zabiegach odtwórczych doszukiwała się ryzyka wtórnej tabuizacji choroby. Pod koniec lat 80. pojawił się słynny poster „Tree”/„Warrior” przedstawiający półtakt Deeny Metzger, unoszącej w górę ręce i odsłaniającej bliznę po mastektomii przykrytą tatuażem. A w 1993 roku „The New York Times Magazine” opublikował zdjęcie Matuschki, będące jednym z najbardziej znanych współcześnie wizerunków blizny po mastektomii pokazanych przez media. Aktywistki chciały pokazać społeczeństwu, jak wygląda ślad po mastektomii, oswoić z tym widokiem, a jednocześnie zachęcić Amazonki do wyzwolenia się z lęku przed przyznaniem się do choroby i ukrywaniem braku piersi (poprzez noszenie zewnętrznej protezy) bądź pozbywania się tego niechcianego stygmatu (poprzez rekonstrukcję piersi). Uznawały, że właśnie ten „brak” na ciele chorej może być „orężem” w politycznych i społecznych działaniach ukierunkowanych na zwrócenie uwagi na raka piersi, a także egzekwowanie praw i przywilejów dla chorych (zob. np. Zierkiewicz, 2014).

Zarówno lekarze, jak i aktywistki w zakresie zdrowia oraz dziennikarze podejmowali temat raka piersi (w tym także zabiegów odtwórczych) w mediach. Edyta Zierkiewicz, która dokonała systematycznej analizy prasy kobiecej w Polsce pod tym kątem, stwierdza, że najwięcej wiedzy związanej z rakiem piersi

<sup>3</sup> The American Society for Plastic Reconstructive Surgeons (ASPRS) szacuje, że w 1984 r. 2600 członków społeczności (tj. chirurgów plastycznych) przeprowadziło 98 000 zabiegów rekonstrukcji. W 1981 r. zabiegów przeprowadzono prawie pięć razy mniej, tj. ok. 20 000 (Schain, 1991).

na łamach periodyków skierowanych do kobiet czytelniczki mogą wynieść na temat właśnie rekonstrukcji. Autorka diagnozuje:

Pisze się tu o niej coraz obszerniej i częściej, być może dlatego, że to dziedzina pokrewna chirurgii plastycznej – najbardziej atrakcyjnej dla mediów specjalizacji w obrębie medycyny. **Promowanie nowości** to nie jedyny środek ramowania chirurgii plastycznej/rekonstrukcyjnej i nie jedyny powód dla tak obszernego zapoznania czytelniczek z dotyczącymi jej informacjami. O wiele ważniejsze wydaje się dostrzeżenie w niej instrumentu swoiście pojętego **pełnomocnienia kobiet**. Czytelniczki przekonuje się, że mogą decydować o rozległości operacji „ratującej ich zdrowie” (mastektomia vs zabieg oszczędzający piers), ale nie każda w to wierzy; poza tym nie każda chora chce angażować się w tak odpowiedzialne zadanie. Nie ulega jednak wątpliwości, że decyzja o poddaniu się operacji rekonstrukcji piersi należy wyłącznie do kobiet (konsultacje z chirurgiem i wybranie metody odtwórczej, sposób finansowania operacji oraz ustalenie jej terminu wydają się tu sprawami drugorzędnymi) (Zierkiewicz, 2014, s. 150).

Sposób prezentowania zabiegu odtwórczego przez media (jako strategii w radzeniu sobie z dyskomfortem fizycznym i/lub psychicznym albo jako narzędzie pełnomocniania chorych) jest zbieżny ze sposobem przedstawiania go przez lekarzy, co można określić jako promocję rekonstrukcji, a nawet wywieranie nacisku na pacjentki. Warto przy tym zauważyć, że zarówno dziennikarze, jak i lekarze stronią od informowania kobiet o ewentualnych skutkach ubocznych zabiegu (np. o braku tkliwości zrekonstruowanej piersi, problemie z leżeniem na brzuchu w przypadku zastosowania metody TRAM) bądź nie zawsze zadowalających efektach kosmetycznych (zob. np. Mazurek, 2012b; 2013; Zierkiewicz, 2014).

Początkowy sceptycyzm, niechęć czy zrozumiała ostrożność lekarzy wobec zabiegów odtwórczych przetrwała się w przyzwolenie na nie i ich stopniową akceptację, a z czasem procedura ta zyskała uznanie i została nobilitowana do rangi rutynowo proponowanej pacjentkom dotkniętych rakiem piersi, a nawet do postrzegania jej jako ostatniego etapu leczenia tej choroby. Samantha Crompvoets przekonuje jednak, iż rekonstrukcja piersi nie jest procedurą konieczną do zastosowania z medycznego punktu widzenia, ponieważ nie wywiera wpływu na proces zdrowienia, zachorowalność i śmiertelność, stąd powinna być postrzegana jako „praktyka estetyczna”, nie zaś zdrowotna (Crompvoets, 2006, s. 78; zob. też Rubin, Tanenbaum, 2011). Tymczasem, choć zabieg rekonstrukcji piersi w rzeczywistości nie leczy raka piersi, to coraz częściej jest przedstawiany jako ostatni etap leczenia tej choroby; już wielu specjalistów domaga się, aby był on standardowo oferowany pacjentkom (Moody, 2007; Nowicki, Nikiel, 2006). Niektórzy badacze postrzegają te praktyki jako przejaw medykalizacji (zob. np. Crompvoets, 2006; Mazurek, 2014). Inni z kolei kontrargumentują, iż pomimo udziału lekarza w podejmowaniu decyzji o odтворzeniu piersi przez pacjentkę, to ona dokonuje ostatecznego wyboru (Moody, 2007).

Ten krótki przegląd historii chirurgii rekonstrukcyjnej pokazuje, w jaki sposób były konstruowane znaczenia nadawane rekonstrukcji piersi, przede wszystkim przez lekarzy (w tym chirurgów, chirurgów plastycznych, psychiatrów) i psychologów. Wobec powyższego rodzą się pytania: na ile zabieg rekonstrukcji piersi jest rzeczywistą potrzebą chorych, a na ile możliwością osiągnięcia korzyści przez poszczególne grupy społeczne/zawodowe?, na ile zabieg ten pomaga chorym poradzić sobie z psychologicznymi konsekwencjami okaleczenia

ciała i samej choroby, a na ile jest jedynie wykreowaną potrzebą poddawania się mu?, jakie znaczenia zabiegowi odwórczemu przypisują chore?, i wreszcie, jak te znaczenia mogą wpływać na podejmowanie decyzji przez chorą i jej męża o poddaniu się procedurze rekonstrukcyjnej?

Na decyzję dotyczącą poddania się zabiegowi rekonstrukcji piersi wpływają znaczenia nadawane zabiegowi przez chorą, a one z kolei w dużym stopniu zależą od definiowania zabiegu przez jej otoczenie (tj. lekarzy, psychoonkologów, małżonków, inne Amazonki, media). Tezę tę potwierdziły wyniki badań (Fallbjörk, Karlsson, Salander i in., 2010) przeprowadzonych w 2007 roku w Szwecji, w których wykazano, że dla podjęcia decyzji o rekonstrukcji bądź rezygnacji z niej istotną rolę odgrywają znaczenia nadawane samej mastektomii przez kobiety, obraz ciała, poczucie atrakcyjności oraz etap życia (okres rozwojowy), w którym kobieta doświadcza raka piersi. Wniosek ten przyczynił się do zrealizowania drugiego etapu badań w 2008 roku (Fallbjörk, Salander, Rasmussen, 2012), w którym udział wzięło 15 celowo wybranych kobiet uczestniczących w pierwszej części projektu badawczego. Celem było poznanie znaczeń nadawanych mastektomii i rekonstrukcji piersi przez chore. Wywiady narracyjne rozpoczynano od zachęcenia badanej do opowiedzenia o swoich doświadczeniach, które zapoczątkowała informacja o konieczności odjęcia piersi. W efekcie analizy narracji badacze wyróżnili trzy fabuły w narracjach dotyczących znaczeń nadawanych mastektomii i rekonstrukcji piersi (Tab. 1). Pierwsza z nich obecna była w tych historiach, w których mastektomia została określona jako „żaden problem” (Fallbjörk, Salander, Rasmussen, 2012, s. 43), a rekonstrukcja piersi jako zabieg niemający uzasadnienia. W drugiej, strata piersi była utożsamiana z utratą części siebie, a rekonstrukcja piersi jako zabieg konieczny do „odtworzenia” siebie jako osoby. W ostatnim typie strata piersi była opisywana jako okaleczenie kobiecości, a zabieg rekonstrukcji jako dar, który może ułatwić oglądanie swojego okaleczonego ciała oraz pomóc w odzyskiwaniu poczucia kobiecości. Kobiety, których narracja wpisała się w ten rodzaj, opisywały siebie – w przeciwieństwie do drugiej grupy – jako wartościowych, cennych ludzi pomimo tego, że bez piersi.

Tabela 1. Charakterystyka trzech rodzajów fabuł w narracjach dotyczących znaczeń nadawanych mastektomii i rekonstrukcji piersi przez kobiety po leczeniu raka piersi

	Utrata piersi jako żaden problem; brak motywacji do rekonstrukcji piersi	Utrata piersi jako utrata siebie; rekonstrukcja piersi jako konieczność w odtworzeniu siebie jako osoby	Utrata piersi jako okaleczenie kobiecości; rekonstrukcja piersi jako pomoc w patrzeniu na siebie i czuciu się jak kobieta
Liczba narracji	7	3	5
Średnia wieku narratorek	60 lat	57 lat	47 lat
Liczba narratorek po rekonstrukcji piersi	0	2 (jedna z narratorek w tej grupie chciała się poddać zabiegowi odwórczemu, ale pojawiły się przeciwwskazania medyczne)	4

<b>Sytuacja życiowa narratorek</b>	Wszystkie narratorki żyją w związku z mężczyzną (kohabitacja)	Jedna narratorka żyje w związku z mężczyzną (kohabitacja), dwie są samotne (utraciły partnerów w związku z diagnozą raka piersi i mastektomią)	Trzy narratorki żyją w związku z mężczyzną (kohabitacja), dwie są samotne
<b>Znaczenia nadawane mastektomii</b>	Piers jako „neutralna” część ciała, a mastektomia jako zabieg ratujący życie (uzasadnienie dla akceptacji mastektomii: piers jest chora, więc trzeba ją usunąć; o kobiecości nie świadczy posiadanie piersi; piersi nigdy nie były atrakcyjne; piers jako „zwyczajna” część ciała; piers już spełniła swoje funkcje i niczemu już nie służy; w pewnym wieku posiadanie piersi nie jest istotne).	Mastektomia jako „prerażające okaleczenie ciała uniemożliwiające kobiecie oglądanie siebie”, utrata piersi jako utrata części siebie.	Mastektomia jako okaleczenie ciała, powodujące tzw. syndrom połowy kobiety; brak piersi nie powoduje jednak postrzegania siebie jako osoby bezwartościowej.
<b>Znaczenia nadawane zewnętrznej protezie</b>	Proteza jako niewygodna, do której z biegiem czasu się przyzwyczajają i nie jest już tak uciążliwa.	Proteza jako substytut piersi, z powodu którego nie można czuć się swobodnie (nadal istnieje ograniczenie w noszeniu ulubionych strojów, rezygnacja z zajęć sportowych).	Proteza jako niewygodna, ale daje poczucie bycia normalną, zwyczajną kobietą, gdy jest się ubraną. Jej „magiczna” siła przyska, gdy kobieta się rozbierze (nagość rodzi pytanie o poczucie kobiecości).
<b>Znaczenia nadawane rekonstrukcji piersi</b>	Rekonstrukcja piersi jako zabieg wiążący się z wysokim ryzykiem, niemający biomedycznego uzasadnienia. Zabieg opcjonalny dla młodych Amazonek.	Rekonstrukcja piersi jako konieczność. Umożliwia „odtworzenie” siebie jako osoby i kobiety. Zabieg ten znaczy więcej niż uzyskanie estetycznego wyglądu, to możliwość odzyskania kobiecości, seksualności poczucia własnej wartości.	Rekonstrukcja piersi jako sposób na odzyskanie kobiecości, ale także jako możliwość zapomnienia o raku.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Fallbjörk U., Salander P., Rasmussen B.H. (2012). From “No Big Deal” to “Losing Oneself”. Different Meanings of Mastectomy. *Cancer Nursing*, 35(5), 41-48.



„W dyskursie medycznym i medialnym rekonstrukcja piersi jest przedstawiana jako antidotum na chirurgiczne leczenie raka piersi, szansa dla chorej na odzyskanie tego, co straciła, ale również – co szokujące – jako możliwość uzyskania dodatkowego bonusu, jakim jest idealny biust” (Mazurek, 2015, s. 3). Ten sposób prezentowania zabiegu może znaleźć odzwierciedlenie w postrzeganiu go przez chore lub zagrożone chorobą. Potwierdzają to m.in. wyniki badań przeprowadzonych przez Ninę Hallowell (2000) wśród kobiet zagrożonych rakiem piersi ze względu na obciążenia genetyczne i poddających się profilaktycznej mastektomii. Dla każdej z badanych zabieg odtwórczy był warunkiem profilaktycznego odjęcia piersi. Dla większości stanowił szansę na odzyskanie utraconej/utraconych piersi, które zapewniają wygląd „prawdziwej” kobiety. Zaskakująco, przez niektóre narratorki był on określany jako szansa na ulepszenie swojego ciała poprzez powiększenie rozmiaru piersi.

W środowisku amazońskim w Polsce problem rekonstrukcji piersi wzbudza wiele kontrowersji, a przy tym i emocji. Są tu zarówno jego orędowniczki, jak i nieustępliwe przeciwniczki, co potwierdziły m.in. badania przeprowadzone wśród aktywnych członkiń klubów kobiet po mastektomii na Dolnym Śląsku, które nie poddały się zabiegowi odtwórczemu (Mazurek, 2014). Respondentki postrzegały rekonstrukcję piersi jako: 1) dowód heroizmu chorej, 2) efekt próżności kobiety, 3) osobistą sprawę chorej. Kobiety, które zdecydowały się na ten krok, były określane odpowiednio do wyróżnionych kategorii jako: 1) odważne i pewne siebie „bohaterki”, 2) próżne i niepotrzebnie ryzykujące „celebrytki”, 3) kobiety pełnomocne do podjęcia decyzji w zakresie własnego ciała i zdrowia, których decyzji nie należy oceniać. Choć w dyskursie społecznym z kobiet po rekonstrukcji piersi zdjęto odium niewdzięcznych, niedojrzałych, irracjonalnych, to jak pokazują wyniki przywołanych badań, nadal same chore są skłonne je tak postrzegać.

Merril D. Smith zauważa, że pierś nasycona jest symbolicznymi znaczeniami, sprawiającymi, iż staje się „obiektem kulturowej fascynacji” (Smith, 2014, s. ix). Dlatego ich okaleczenie i odjęcie wzbudza tak wiele emocji, podobnie jak zabieg rekonstrukcji piersi nazywany „reversem mastektomii” (Schain, 1991, s. 1171). Znaczenia nadawane zabiegowi odtwórczemu przez różne grupy nie są obojętne dla chorych i ich najbliższych konfrontujących się z decyzją o podjęciu ryzyka związanego z odzyskaniem stereotypowo postrzeganego atrybutu kobiecości.

## **W pułapce uczuć. Małżonkowie wobec decyzji o zabiegu rekonstrukcji piersi**

Rodzina jest jednym z głównych źródeł wsparcia dla osób chorych przewlekle. Wspierające relacje interpersonalne mają korzystny wpływ zarówno na sferę fizjologiczną (są predyktorem większej odporności organizmu oraz sprzyjają radzeniu sobie w wymiarze fizjologicznym w sytuacji utraty zdrowia) (Uchino, Uno, Holt, 1999), jak i emocjonalną (Bishop, 2000). Osobom, które mogą liczyć na obecność i pomoc członków najbliższej rodziny w sytuacji choroby, łatwiej zmagać się z kryzysem. Rak diagnozowany u jednego z małżonków staje się „wspólną przeciwnością losu pary” (Belcher, Laurenceau, Graber i in., 2011, s. 665), co oznacza, że oboje przeżywają problemy emocjonalne, wypracowują własne, ale i wspólne strategie radzenia sobie, dostosowują dotychczasowe życie do nowych okoliczności (np. na jakiś czas podejmują obowiązki dawniej wy-

konywane przez partnera/partnerkę), wreszcie udzielają sobie wsparcia nawzajem. Chory staje się pacjentem wymagającym troski, ale jednocześnie jest małżonkiem, którego zadaniem jest wspieranie partnera/partnerki w trudnej sytuacji.

Konfrontowanie się z chorobą wiąże się z podejmowaniem decyzji, trudnych, obciążających, obarczonych wysokim stopniem ryzyka. W przypadku chorych na raka piersi jedną z nich jest decyzja o poddaniu się rekonstrukcji. Choć ostatecznie podejmuje ją chora, to jej małżonek staje się doradcą — zwykle nieprzygotowanym do tej roli, niekompetentnym, opierającym się bardziej na emocjach, przecuciach niż na wiedzy. To żona ma w tym zakresie więcej informacji, częściej też konfrontuje się ze społecznymi znaczeniami nadawanymi rekonstrukcji przez lekarzy, media, psychologów i inne pacjentki. Konsultuje się z lekarzami, rozmawia z psychoonkologami i innymi pacjentkami, czyta prasę kobiecą i przegląda strony internetowe poświęcone temu zagadnieniu, ogląda zrekonstruowane piersi u innych chorych (podczas spotkań członkiń klubów Amazonek pokazywanie, dotykanie „nowych” biustów jest powszechną praktyką) itd. Dzięki temu chora oswaja się z problemem rekonstrukcji. Mężowie w tym zakresie są mniej zorientowani. Być może dlatego są bardziej powściągliwi, ostrożni, częściej odradzają, aniżeli zachęcają do zabiegu (Mazurek, 2012b; 2014). A opinia ich jest ważna. Badania bowiem potwierdzają, że stanowisko osób znaczących (w tym małżonków) w kwestii rekonstrukcji jest wymieniane jako jeden z głównych czynników (obok wiedzy o zabiegu, zasobów finansowych, parametrów medycznych, kwestii psychologicznych) warunkujących ostateczny wybór chorej (Schain, Jacobs, Wellisch, 1984).

Decydowanie o rekonstrukcji piersi może wywoływać skrajne emocje — od lęku po radość. Lęk utrudnia podjęcie decyzji, powoduje odwlekanie jej w czasie, czasem prowadzi do rezygnacji. Wiele patientek obawia się kolejnej hospitalizacji i ingerencji chirurgicznej, komplikacji pooperacyjnych, długiego procesu rekonwalescencji i bólu, osiągnięcia niesatysfakcjonującego wyglądu piersi, wznowy choroby bądź trudności z badaniem piersi (zob. np. Mazurek, 2012b; 2012c). Z drugiej jednak strony, zabieg jest obietnicą lepszego. W związku z tym niektóre pacjentki wraz z wyrażeniem zgody na amputację piersi zapowiadają jej rychłe odtworzenie bądź poddają się mastektomii z jednoczasową rekonstrukcją. Kobiety zdeterminowane w tym zakresie odczuwają radość, podniecenie, ekscytację, nie mogąc się doczekać rozpoczęcia długotrwałej procedury medycznej. Upatrują w zabiegu szansę na większy komfort fizyczny i psychiczny (np. dzięki uniknięciu potrzeby noszenia niewygodnej protezy; pozbyciu się wstydu, zażenowania towarzyszącego przebieraniu się w miejscach publicznych lub pokazywaniu nagiego ciała podczas zbliżeń intymnych) (zob. np. van Dam, Bergman, 1988; Mazurek, 2012b).

Małżonkowie chorych także odczuwają lęk i niepewność, chcą chronić żonę przed kolejnym bólem, pobylem w szpitalu i operacją, której zasadność dla zdrowia somatycznego kobiety jest wątpliwa. Mogą nie rozumieć argumentów żony o utracie poczucia kobiecości i atrakcyjności, szczególnie wtedy, gdy w pełni akceptują jej asymetryczną klatkę piersiową i nie dostrzegają negatywnego wpływu zmienionej cielesności żony na ich relację, uczucia ani na życie intymne. Na tym tle mogą rodzić się konflikty małżeńskie. Mąż może złościć się na żonę, że stawiając na szali zdrowie i urodę, wybiera tę drugą, ryzykując przy tym swoim życiem — ich życiem. Żona z kolei może zarzucić mu brak zrozumienia jej potrzeb, w myśl przekonania, że tylko Amazonka rozumie Amazonkę. Konflikt interesów prowadzić może do błędnego przekonania męża, że nie-

właściwie wspiera swoją żonę, nieumiejętnie okazuje jej swoją akceptację i uczucia. Nieporozumienia w tym kontekście wydają się wysoce prawdopodobne, biorąc pod uwagę problemy w komunikowaniu przeżywanych emocji przez partnerów (Zierkiewicz, Mazurek, 2015).

## Podsumowanie

Diagnoza raka piersi wywołuje spektrum negatywnych emocji u chorej i jej małżonka. Jedną z bolesnych konsekwencji stosowanego leczenia tej choroby jest „utrata społecznie cenionej części ciała” (Schain, 1991, s. 1170). Zabieg rekonstrukcji w tym kontekście jest obietnicą psychicznych i fizycznych korzyści, z drugiej zaś strony wywołuje emocjonalne obiekcje. Dlatego podjęcie decyzji o poddaniu się mu przez chorą jest sytuacją obciążającą małżonków.

W dyskursie medycznym, medialnym, psychologicznym i pacjencim nadawane są różnorodne znaczenia zabiegowi rekonstrukcji piersi, które zmieniają się na przestrzeni czasu. Od początku rozwoju chirurgii rekonstrukcyjnej ich zwolennikami i propagatorami byli chirurdzy plastyczni, którzy przekonywali, że powinny one stanowić integralną część rehabilitacji (psychicznej i fizycznej) pacjentek po mastektomii. Coraz doskonalsze metody rekonstrukcji i lepsze efekty estetyczne zabiegów z czasem przekonały lekarzy innych specjalności co do zasadności ich przeprowadzania. Obecnie to lekarze najczęściej zachęcają pacjentki do poddania się zabiegom odtwórczym, a ich starania w tym zakresie wzmacniają media, psychologowie (w tym psychoonkologowie) oraz niektóre Amazonki. Przeobrażeniem w konstruowaniu znaczeń nadawanych rekonstrukcji piersi towarzyszyły zmiany w zakresie określania kobiet poddających się temu zabiegowi (od stygmatyzacji po docenienie ich odwagi, pewności siebie i troski o lepsze funkcjonowanie psychofizyczne). Społeczne konstrukcje rekonstrukcji piersi w pewnym stopniu kreują u chorych potrzebę odtwarzania tego, co zostało odjęte w wyniku mastektomii. Jest to jeden z czynników (obok m.in. zmian w zakresie finansowania zabiegu, lepszego dostępu do klinik chirurgii plastycznej, coraz większej liczby diagnoz raka piersi u młodych kobiet) przyczyniających się do systematycznego wzrostu liczby pacjentek decydujących się na ten krok.

Podjęcie decyzji dotyczących przebiegu leczenia onkologicznego jest zadaniem chorej, która zwykle konsultuje się w tej kwestii z małżonkiem. Podobnie jest z rozważaniem o poddaniu się zabiegowi odtwórczemu. Jest to decyzja trudna, obciążona ładunkiem emocjonalnym głównie dlatego, że zabieg wiąże się z ryzykiem i nie gwarantuje satysfakcjonującego efektu kosmetycznego, a jednocześnie jest praktyką ukierunkowaną raczej na rehabilitację chorej w wymiarze psychicznym aniżeli fizycznym. Dla kobiet doświadczających deformacji ciała, mających problem z akceptacją siebie, swobodnym przebywaniem wśród innych ludzi, zabieg ten stanowi wartość. Czasem jednak korzyści psychologiczne czytelne dla chorej, mogą wydać się irracjonalne, wątpliwe dla jej małżonka – szczególnie w sytuacji, gdy w pełni akceptuje zmienione ciało swojej żony i otwarcie ją o tym zapewnia. To z kolei może stanowić podłoże konfliktów małżeńskich. Dlatego małżonkom powinno oferować się wsparcie w tym zakresie w ramach programów psychoedukacyjnych dla par. Mężowie powinni być także zaangażowani w rozmowy ze specjalistami (tj. lekarzami, psychoonkologami) na temat rekonstrukcji piersi – jej szans i zagrożeń.

## Bibliografia

- Bishop G. (2000). *Psychologia zdrowia*. Wrocław: Astrum.
- Belcher A.J., Laurenceau J.P., Graber E.C., Cohen L.H., Dasch K.B., Siegel S.D. (2011). Daily support in couples coping with early stage breast cancer: maintaining intimacy during adversity. *Health Psychology*, 30(6), 665-673.
- Bulsa M., Rzepa T., Foszczyńska-Kłoda M., Czaja-Bulsa G., Teichert H. (2002). Stan psychiczny kobiet po mastektomii. Doniesienie z badań. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 11, 55-70.
- Burwell S.R., Case L.D., Kaelin C., Avis N.E. (2006). Sexual problems in younger women after breast cancer surgery. *Journal of Clinical Oncology*, 24(18), 2815-2821.
- Crompvoets S. (2006). Comfort, Control, or Conformity: Women Who Choose Breast Reconstruction Following Mastectomy. *Health Care for Women International*, 27(1), 75-93.
- Fallbjörk U., Karlsson S., Salander P., Rasmussen B.H. (2010). Differences between women who have and have not undergone breast reconstruction after mastectomy due to breast cancer. *Acta Oncologica*, 49(2), 174-179.
- Fallbjörk U., Salander P., Rasmussen B.H. (2012). From "No Big Deal" to "Losing Oneself". Different Meanings of Mastectomy. *Cancer Nursing*, 35(5), 41-48.
- Filiberti A., Tamburini M., Murru L., Lovo G.F., Ventafriidda V., Arioli N., Grisotti A. (1986). Psychologic effects and esthetic results of breast reconstruction after mastectomy. *Tumorj*, 72(6), 585-588.
- Fobair P., Stewart S.L., Chang S., D'Onofrio C., Banks P.J., Bloom J.R. (2006). Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psychooncology*, 15(7), 579-594.
- Goldberg P., Stolzman M., Goldberg H.M. (1984). Psychological considerations in breast reconstruction. *Annals of Plastic Surgery*, 13(1), 38-43.
- Hallowell N. (2000). Reconstructing the body or reconstructing the woman? Perceptions of prophylactic mastectomy for hereditary breast cancer risk. W: L.K. Potts (red.), *Ideologies of breast cancer. Feminist perspectives*. London: MacMillan Press Ltd.
- Hilton A.B. (1993). Issues, problems, and challenges for families coping with breast cancer. *Seminars in Oncology Nursing*, 9, 88-100.
- Jacobson N. (1998). The Socially Constructed Breast: Breast Implants and the Medical Construction of Need. *American Journal of Public Health*, 88(8), 1254-1261.
- Lorde A. (1980). *The Cancer Journals*. San Francisco: Aunt Lute Books.
- Majkovicz M. (2008). Wybrane problemy psychoonkologii z uwzględnieniem zagadnień psychiatrycznych. *Psychiatria w Praktyce Klinicznej*, 1(2), 57-66.
- Mazurek E. (2013). *Biografie edukacyjne kobiet dotkniętych rakiem piersi*. Wrocław: Oficyna Wydawnicza Politechniki Wrocławskiej.
- Mazurek E. (2012a). Obraz siebie kobiet po rekonstrukcji piersi. *Nowiny Lekarskie*, 81(3), 281-287.
- Mazurek E. (2012b). Rekonstrukcja piersi: motywacja kobiet i poziom satysfakcji z zabiegu. *Leczenie Ran*, 9(2), 51-57.
- Mazurek E. (2012c). Znaczenie wiedzy w podejmowaniu decyzji o poddaniu się zabiegowi rekonstrukcji przez kobiety leczone z powodu raka piersi. *Onkologia Polska*, 15(4), 166-170.
- Mazurek E. (2014). Amazoniekie dylematy. Powody rezygnacji kobiet po chirurgicznym leczeniu raka piersi z zabiegu rekonstrukcji piersi. *Psychoonkologia*, 18(3), 97-105.
- Mazurek E. (2015). Rekonstrukcja piersi – remedium na problemy Amazonek? *Nasze Życie*, 66, 5-13.

- Miller K., Massie M.J. (2010). Depressive Disorders. W: J.C. Holland, W.S. Breitbart, P.B. Jacobsen, M.S. Lederberg, M.J. Loscalzo, R. McCorkles (red.), *Psycho-Oncology*. Second Edition. New York: Oxford University Press.
- Moody L.A. (2007). Psychological Aspects of Additional Procedures Following Breast Reconstruction, A dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of doctor of clinical psychology in the University of Hull.
- Neris R.R., Yokoyama dos Anjos A.C. (2014). Experience of spouses of women with breast cancer: an integrative literature review. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48(5), 918-927.
- Northouse L.L. (1989). The impact of breast cancer on patient and husbands. *Cancer Nursing*, 12(5), 276-284.
- Northouse L.L., Mood D., Kershaw T., Schafenacker A., Mellon S., Walker J., Galvin E., Decker V. (2002). Quality of Life of Women With Recurrent Breast Cancer and Their Family Members. *Journal of Clinical Oncology*, 20(19), 4050-4064.
- Nowicki A., Nikiel M. (2006). Operacje odtwórcze piersi, ocena satysfakcji pacjentek. *Współczesna Onkologia*, 10(2), 45-50.
- Pennington D.G. (2005). Breast Reconstruction after Mastectomy: Current State of the Art. *ANZ Journal of Surgery*, 75(6), 454-458.
- Roth A.J., Carter J., Nelson Ch.J. (2010). Sexuality after Cancer W: J.C. Holland, W.S. Breitbart, P.B. Jacobsen, M.S. Lederberg, M.J. Loscalzo, R. McCorkles (red.), *Psycho-Oncology*. Second Edition. New York: Oxford University Press.
- Rowland J.H., Meyerowitz B.E., Crespi C.M., Leedham B., Desmond K., Belin T.R., Ganz P.A. (2009). Addressing intimacy and partner communication after breast cancer: a randomized controlled group intervention. *Breast Cancer Res Treat*. 118(1), 99-111.
- Rubin L.R., Tanenbaum M. (2011). "Does that make me a woman?": breast cancer, mastectomy, and breast reconstruction decisions among sexual minority women. *Psychology of Women Quarterly*, 35(3), 401-414.
- Schain W. (1991). Breast reconstruction. Update of psychosocial and pragmatic concerns. *Cancer*, 68(5 Suppl.), 1170-1175.
- Schain W.S., Jacobs E., Wellisch D.K. (1984). Psychosocial issues in breast reconstruction. Intrapyschic, interpersonal, and practical concerns. *Clinics in Plastic Surgery*, 11(2), 237-251.
- Schover L.R. (1991). The Impact of Breast Cancer on Sexuality, Body Image, and Intimate Relationships. *A Cancer Journal for Clinicians*, 41(2), 112-120.
- Silver M. (2004). *Breast Cancer Husband. How to Help Your Wife (and Yourself) Through Diagnosis, Treatment, and Beyond*. New York: Rodale.
- Smith M.D. (2014). Preface. W: M.D. Smith (red.), *Cultural Encyclopedia of the Breast*. Lanham Maryland: Rowman & Littlefield.
- Stadnicka G., Pawłowska-Muc A., Bańkowska B., Sadowska M. (2014). Jakość życia kobiet po amputacji piersi. *European Journal of Medical Technologies*, 4(5), 8-14.
- Stępień R. (2007). Uwarunkowania społeczno-demograficzne poziomu lęku i depresji u kobiet po radykalnym leczeniu chirurgicznym raka piersi – mastektomii. *Problemy Pielęgniarstwa*, 15(1), 20-25.
- Stępień R., Wiraszka G. (2011). Znaczenie rodziny w adaptacji funkcjonalnej kobiet po radykalnym leczeniu chirurgicznym raka piersi. *Problemy Pielęgniarstwa*, 19(3), 372-377.
- Stępień R., Wrońska I. (2008). Lęk i depresja jako emocjonalne uwarunkowania możliwości funkcjonalnych kobiet po radykalnym leczeniu raka piersi. *Studia Medyczne*, 10, 31-35.

- Sulik G., Zierkiewicz E. (2014). Breast Cancer Support Groups. W: M.D. Smith (red.), *Cultural Encyclopedia of the Breast*. Lanham Maryland: Rowman & Littlefield.
- Ślubowska M., Ślubowski T. (2008). Problemy psychosocjalne w raku piersi. *Psychoonkologia*, 12(1), 14-25.
- Teimourian B., Adham M.N. (1982). Survey of Patients' Responses to Breast Reconstruction. *Annals of Plastic Surgery*, 9(4), 321-325.
- Trzebiatowska I. (2000). Zaburzenia psychiczne w chorobie nowotworowej. W: de Walden-Gałuszko K. (red.), *Psychoonkologia*. Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej.
- Trzebiatowska I. (2006). Zabiegi elektrowstrząsowe w leczeniu depresji w przebiegu raka trzustki – opis przypadku. *Psychoonkologia*, 10(1), 32-34.
- Uchino B., Uno D.Y., Holt L. (1999). Social support, physiological processes and health. *Current Directions in Psychological Science*, 8, 145-148.
- van Dam F.S., Bergman R.B. (1988). Psychosocial and surgical aspects of breast reconstruction. *European Journal of Surgical Oncology*, 14(2), 141-149.
- Wilson S., Morse J.M. (1991). Living with a wife undergoing chemotherapy. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 23(2), 78-84.
- Woodman D. (2014). Beauty Ideals, Twentieth- and Twenty-First-Century America. W: M.D. Smith (red.), *Cultural Encyclopedia of the Breast*. Lanham Maryland: Rowman & Littlefield.
- Zahlis E.H., Lewis F.M. (2010). Coming to grips with breast cancer: the spouse's experience with his wife's first six months. *Journal of Psychosocial Oncology*, 28(1), 79-97.
- Zierkiewicz E. (2014). *Prasa jako medium edukacyjne. Kulturowe reprezentacje raka piersi w czasopiśmie kobiecych*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Zierkiewicz E., Mazurek E. (2015). Couples Dealing with Breast Cancer. The Role of Husbands in Supporting Their Wives. *Studia Humanistyczne AGH*, 14(2), 95-116.

## Summary

### **Breast cancer and emotions Spouses facing a decision of breast reconstruction**

Breast cancer triggers negative emotions in both the woman and her husband. During the course of treatment, spouses are confronted with many situations that increase the level of perceived anxiety. One of them is a decision about breast reconstruction. The breast reconstructive surgery is an opportunity to achieve mental and physical benefits, on the other hand it causes emotional objections. The article presents the social meanings of breast reconstruction shared by various social and professional groups, considering changes in the perception of the surgery over time. Social constructions of breast reconstructive surgery have been identified as one of the factors determining the decision about breast reconstruction.

**Keywords:** health education, breast cancer, breast reconstruction, emotions, family