

PSYCHOLOGICZNE ASPEKTY REHABILITACJI CHORYCH NA NOWOTWÓR PIERSI

Paweł Izdebski
Instytut Psychologii
Uniwersytet Kazimierza Wielkiego
Bydgoszcz

PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF REHABILITATION OF BREAST CANCER PATIENTS

Summary: Although the benefits of rehabilitation of breast cancer patients are widely accepted, the psychological aspects of rehabilitation are not so known. The author presents basic concepts of rehabilitation and psychological specificity of the situation in which breast cancer patients are. Then, the instruments and aims of rehabilitation are critically presented. Among instruments, psychoeducation and psychological help in the form of counselling are viewed as the most effective. In conclusions, the psychological model of rehabilitation is proposed. It is stated that the situation of surviving cancer thanks to effective rehabilitation does not associate with life-lasting tension and anxiety but may be an important mile stone in achieving aims, which characterize a happy person.

Wprowadzenie

Nowotwór piersi

Rak piersi jest obecnie najczęstszą przyczyną zgonów kobiet na świecie z powodu nowotworów złośliwych. Generalnie nowotwory złośliwe są grupą schorzeń występującą w starszym wieku – dotyczą głównie populacji po 65 roku życia. Ryzyko zachorowania wzrasta wraz z wiekiem. W przeciwieństwie do krajów rozwiniętych polską populację pod koniec lat dziewięćdziesiątych charakteryzuje jedna z najwyższych w świecie częstotliwość występowania nowotworów złośliwych u osób w średnim wieku. W populacji kobiet w średnim wieku, np. w 1996 roku 41% zgonów było spowodowanych nowotworami (Pawłęga, 1998; Pieńkowski, 2001).

Najczęstszym złośliwym naciekającym rakiem gruczołu piersiowego jest naciekający rak przewodowy. Jak podaje Pieńkowski (2001), ten typ raka stanowi około 80% chorych na raka

Adres do korespondencji: Instytut Psychologii UKW, ul. Leopolda Staffa 1, 85-867 Bydgoszcz, e-mail: pawel@ukw.edu.pl

piersi. Drugim pod względem częstotliwości jest rak zrazikowy (5–10% wszystkich chorych). Pozostałe około 10% stanowią chorzy na rzadko występujące typy raka o lepszym rokowaniu.

Pomimo postępów w terapii raka piersi, leczenie chirurgiczne jest najbardziej skuteczną metodą. Mastektomia pociąga za sobą uciążliwe następstwa dla całego organizmu. Zmniejsza zakres ruchów w stawie barkowym po operowanej stronie, dość często towarzyszy temu obrzęk limfatyczny. Najczęściej stosowane jest systemowe leczenie uzupełniające (adiuwantowe) po leczeniu radykalnym u chorych, u których nie stwierdzono żadnych cech czynnego procesu nowotworowego. W leczeniu uzupełniającym stosuje się również leczenie hormonalne. Stosowana jest także radioterapia uzupełniająca, która stanowi integralną część leczenia po operacji oszczędzającej (tumorektomia lub kwadrantektomia). Każde z tych oddziaływań leczniczych ma swoje znaczące konsekwencje dla funkcjonowania chorych na raka piersi. W Polsce wzrasta efektywność leczenia oraz zwiększa się liczba Polek chorujących na raka sutka z przeżyciami 5-letnimi (Pawlęga, 1998; Pieńkowski, 2001).

Rehabilitacja

Celem rehabilitacji medycznej (Ossowski, 1999) jest odzyskanie utraconej sprawności psychofizycznej jednostki. Współcześnie zmniejszają się różnice pomiędzy czynnościami leczniczymi a rehabilitacyjnymi. Medyczne podejście dawniej polegało przede wszystkim na ćwiczeniach ruchowych i fizjoterapii. Obecnie rehabilitacja medyczna skierowana jest na struktury i funkcje organizmu (Ossowski, 1999).

Oprócz rehabilitacji medycznej wyróżnia się rehabilitację społeczną i psychiczną. Społeczny aspekt rehabilitacji związany jest z uczestnictwem w życiu społecznym i dotyczy wszystkich wymiarów i wszystkich poziomów wiekowych w granicach możliwości osoby niepełnosprawnej. Zakres treściowy rehabilitacji został znacznie poszerzony. Istotną stała się także rehabilitacja psychiczna.

Rehabilitacja psychiczna według Aleksandra Hulka (za: Ossowski, 1999) to zmiany, jakie muszą zajść w strukturze osobowości, które stanowią podstawę akceptacji samego siebie jako osoby niepełnosprawnej.

T. Majewski (1995) rozróżnia rehabilitację psychiczną i rehabilitację psychologiczną. Pierwsza według niego to proces przemian wewnętrznych (psychicznych) dokonujących się w osobie niepełnosprawnej – polega na adaptacji psychicznej do warunków i sytuacji wynikających z powstania niepełnosprawności. Druga to zespół oddziaływań, głównie psychologicznych, które mają na celu adaptację psychiczną osoby niepełnosprawnej do sytuacji i warunków zaistniałych wskutek niepełnosprawności. W adaptacji psychicznej, zdaniem T. Majewskiego (1995), można wyodrębnić aspekty dotyczące adaptacji w sferach intelektualnej, emocjonalnej i behawioralnej.

Adaptacja w sferze intelektualnej to modyfikacja pojęć i wyobrażeń oraz sądów o samym sobie i otaczającym świecie – odbudowanie obrazu samego siebie z uwzględnieniem wszystkich jego składników, łącznie z niepełnosprawnością, i przyjęcie następnie zmodyfikowanego systemu wartości, ocen, nastawień, postaw i oczekiwań. Najważniejsze z nich to: akceptacja niepełnosprawności i jej konsekwencji, właściwa ocena własnych możliwości, przyjęcie realnych planów życiowych, ukształtowanie odpowiednich postaw wobec rehabilitacji (motywacja) i wobec innych ludzi. Z kolei adaptacja w sferze emocjonalnej zmierza do przywrócenia normalnej struktury emocjonalnej – adekwatnych reakcji emocjonalnych, wytworzenie odporności na sytu-

acje trudne, wykorzystywanie emocji jako motywów działania. Ma na celu również wytworzenie pozytywnego ogólnego stanu emocjonalnego. Adaptacja w sferze behawioralnej dotyczy zmiany zachowań (stylu życia) i dostosowanie go do wymogów i ograniczeń wynikających z niepełnosprawności oraz dostosowanie planów życiowych do realnych możliwości.

Podstawowym celem pracy jest przedstawienie specyfiki rehabilitacji chorych na nowotwór piersi. Omówione zostaną także instrumenty rehabilitacji psychologicznej, możliwe do wykorzystania przez psychologów pomagających chorym. Sformułowane zostaną także cele rehabilitacji psychologicznej, uwzględniające specyfikę choroby nowotworowej piersi.

Specyfika rehabilitacji chorych na nowotwór piersi

Opisując rehabilitację w onkologii, M. Woźniewski (2003) stwierdza, że metody leczenia stosowane w onkologii są często przyczyną powikłań i zaburzeń czynnościowych wielu układów i narządów. Dlatego dla rehabilitacji medycznej najistotniejsze są dwa cele rehabilitacji. Pierwszy to zapobieganie powikłaniom i zaburzeniom po leczeniu nowotworów złośliwych, a drugi to leczenie powikłań i zaburzeń czynności w onkologii. Zdaniem M. Woźniewskiego, cele rehabilitacji w onkologii są szczególne, ponieważ polegają na przywracaniu sprawności psychofizycznej utraconej w wyniku leczenia, a nie samej choroby. Jego zdaniem w onkologii podstawowe znaczenie ma profilaktyczny cel rehabilitacji.

Właściwie prowadzona rehabilitacja powinna się rozpoczynać już w momencie przyjęcia pacjentki na oddział leczenia nowotworów piersi. W okresie przedoperacyjnym stosuje się naukę ćwiczeń prowadzonych po operacji (Woźniewski, 2003). W Centrum Onkologii w Warszawie (Tchórzowska, 2002) zakłada prowadzenie rehabilitacji w okresach szpitalnym, ambulatoryjnym, sanatoryjnym oraz podtrzymującym, np. w klubach Amazonek. Podobny rodzaj rehabilitacji stosowany jest także w pozostałych centrach onkologii w Polsce. Woźniewski podaje (2003), że po zakończeniu okresu leczenia szpitalnego chore powinny kontynuować rehabilitację podczas leczenia sanatoryjnego bądź ambulatoryjnego. W pracach autorów zachodnich (brak jest ciągle badań polskich) wykazano, że rehabilitacja fizyczna u chorych z nowotworem piersi poprawia nie tylko fizyczne funkcjonowanie, ale także pozostałe aspekty związane z lepszą jakością życia. W badaniu autorów z Norwegii (Fismen, Osland i in., 2000) wykazano, że oprócz poprawy parametrów związanych z oddychaniem, również status psychiczny i społeczny chorych zmienił się pod wpływem rehabilitacji fizycznej (dowodem tego jest, zdaniem autorów badania, fakt powrotu do pracy 36 z 46 badanych chorych na nowotwór piersi).

Do następstw fizycznych terapii raka piersi zalicza się: utratę piersi wskutek leczenia chirurgicznego lub zmianę wyglądu piersi w leczeniu oszczędzającym (BCT – *breast conserving therapy*). Następuje najczęściej ograniczenie ruchomości w stawach obręczy barkowej kończyny górnej strony operowanej, zmniejszenie siły mięśniowej, wady postawy, obrzęk limfatyczny kończyny, niekiedy długotrwały ból okolicy operowanej (Tchórzowska, 2002). Dlatego usprawnianie kobiet, u których po operacji piersi z powodu raka wystąpił obrzęk kończyny górnej, stanowi istotny problem w rehabilitacji fizycznej (Kucharski, Gebert, 1986). Postępowanie fizjoterapeutyczne wdrażane jest najczęściej już we wczesnym okresie pooperacyjnym. Ćwiczenia fizyczne chore mogą wykonywać już od pierwszej doby po operacji. W tym czasie rehabilitacja ma na celu poprawę sprawności pacjentki. Opis zalecanych ćwiczeń można znaleźć w pracy H. Tchórzowskiej (2002).

W przebiegu zdrowienia występują zwykle dwa niebezpieczne okresy, na które trzeba chore specjalnie przygotować. Pierwszy to kilka pierwszych dni po zabiegu (żał z powodu okaleczenia), a drugi to czas bezpośrednio po powrocie do domu – osłabienie i zmęczenie po podjęciu codziennej aktywności oraz labilność uczuciowa. Często też występuje niewłaściwe zachowanie rodziny – pojawiają się konflikty i urazy wzajemne (de Walden-Gałuszko, 1998).

Istotny dla rehabilitacji jest przede wszystkim stopień zaawansowania i rokowania. W chorobie nowotworowej piersi rozwój objawów jest przewidywalny. Ocena potrzeb chorej i obiektywna ocena stanu jej zdrowia to zadanie lekarza klinicysty. Należy zauważyć, że dla lepszej efektywności rehabilitacji, zdaniem A. M. Davisa i M. C. Jacobsona (2001), potrzebna jest współpraca asystenta społecznego w udzielaniu pomocy finansowej i ułatwianiu pacjentce dostępu do innych źródeł wsparcia. Niestety, w Polsce nie istnieje ten rodzaj pomocy.

Choroba nowotworowa piersi wiąże się ze zmianą wizerunku własnego ciała i zmianą funkcjonowania organizmu. Następuje poczucie utraty zdolności kierowania własnym życiem i własnym ciałem (szczególnie w pierwszym okresie leczenia). U chorych budzi się także niepokój dotyczący akceptacji przez otoczenie. Utrata piersi wiąże się dla wielu chorych z utratą atrakcyjności seksualnej i problemami w relacji z mężem lub partnerem. Specyfika podejmowanych działań leczniczych również powoduje zmiany w wyglądzie chorych.

Rekonstrukcja piersi ma zaspokoić potrzeby psychiczne i poprawić poziom satysfakcji. Tym samym umożliwi odzyskanie pełnej sprawności fizycznej i poprawę oceny wizerunku własnego ciała. Pomoc w tym może rehabilitacja przed i po operacji odtwórczej piersi. Operacja zmniejsza w sposób chirurgiczny kalectwo fizyczne i wpływa na poprawę stanu psychicznego kobiety. Dzięki niej może nastąpić powrót poczucia kobiecości, co stanowi niezwykle ważny element procesu rehabilitacji. Podtrzymuje wiarę w pomyślne rokowanie i ułatwia ponowne przystosowanie się do życia po przebytych szoku z powodu amputacji. Odbudowuje również spostrzeganie przez chorą własnego ciała i zwiększa jakość życia – szczególnie poczucie seksualności. Przegląd literatury przeprowadzony przez D. Harcourt i N. Rumsey (2001) nie demonstruje udowodnionych empirycznie tych aspektów psychologicznych, o których pisze większość autorów badających psychologiczne aspekty rekonstrukcji piersi. Dla jakości życia kobiety chorej na nowotwór piersi istotniejsze niż rekonstrukcja są wiek w momencie zachorowania oraz rodzaj terapii, przez którą chora przechodziła (Rowland, Desmond i in., 2000). Wymienieni autorzy podkreślają również brak badań empirycznych na temat psychologicznych aspektów rekonstrukcji piersi.

W trakcie oddziaływań leczniczych powstają problemy psychologiczne związane z samym postępowaniem leczniczym. Oprócz pomocy w wyzdrowieniu niesie on wiele negatywnych oddziaływań, które mają wpływ na osobę chorą. Większość chorych poddaje się leczeniu mimo wielu objawów ubocznych i ponoszonych kosztów fizycznych i psychicznych. Jednocześnie w trakcie leczenia chore stają się całkowicie zależne od personelu medycznego. W trakcie leczenia funkcjonowanie chorych podlega bardzo silnemu wpływowi ekspertów i tym samym następuje utrata poczucia kontroli wpływu na to, co się dzieje z własną osobą.

Większość guzów jest najskuteczniej leczonych poprzez operację chirurgiczną. Poddanie się operacji oznacza utratę fragmentu własnego ciała i zdecydowanie się na późniejsze postępowanie terapeutyczne. U chorych często rodzi się wtedy obawa przed powikłaniami i silne poczucie dystresu. Przed operacją występuje lęk związany z niepewnością i niezrozumiałością prowadzonych procedur chirurgicznych. Po operacji reakcje chorych mogą być już bardziej zróżnicowane: od euforii i poczucia ulgi (wreszcie coś z tym zrobiono) po reakcję depresyjną – szczególnie, gdy informacje po operacji wiążą się z dalszym zagrożeniem życia.

Chemioterapia może prowadzić do objawów ubocznych. Badanie L. G. Walkera, S. D. Heysa i in. (1999) demonstruje wpływ zmiennych psychologicznych istotnych w prognozie występowania objawów ubocznych chemioterapii. Przebadano 96 kobiet chorych na raka piersi. Wykorzystując zestaw testów psychologicznych, badacze wykazali, że szczególnie istotny dla reakcji na chemioterapię i występowanie objawów ubocznych jest poziom lęku i depresji mierzony przy pomocy HADS (*Hospital Anxiety and Depression Scale*).

Chemioterapia niesie w sobie także objawy uboczne – wymioty, wypadanie włosów i inne oznaki złego funkcjonowania organizmu. Ważne jest, by chory wiedział, że jest to stan przejściowy. Stosowanie chemioterapii u młodych chorych wiąże się z czasową lub trwałą niepłodnością (zależność ta dotyczy 10-60%) leczonych (Pawlicki, 2002). Pod wpływem chemioterapii może nastąpić osłabienie libido i zanik miesiączki. Leczenie chemioterapeutyczne wiąże się z dużymi kosztami fizycznymi i psychicznymi dla chorych na nowotwór piersi.

Kolejną techniką stosowaną w leczeniu chorych na nowotwór jest radioterapia. Budzi często obawy związane ze szkodliwością promieniowania. Nierzadko stosowana hormonoterapia rodzi obawy przed maskulinizacją i zakłóceniem tożsamości płciowej.

Bardzo istotny dla zrozumienia sytuacji chorej na nowotwór piersi jest odczuwany przez nią ból. Są autorzy, którzy podają, że 90% chorych na nowotwór piersi odczuwało w czasie choroby ból (Body, Lossignol, Ronson, 1997). Badanie wykonane przez C. Fultona (1999) wykazało, że u chorych na nowotwór piersi istotny jest poziom nastroju jego zakłóceń i mają one bardzo znaczny wpływ na odczuwanie bólu oraz przeżywanie związanych z nim emocji.

Choroba nowotworowa piersi wiąże się z zakłóceniem zwykłego rytmu i aktywności. Brak jest badań polskich autorów na temat choroby nowotworowej piersi i sytuacji życiowej osoby chorej. Badania pochodzące z krajów anglosaskich (których wyniki można przenieść do warunków polskich) pokazują, że większość chorych nawet po wyzdrowieniu ma problemy z powrotem do aktywności zawodowej (Maunsell, Brisson i in., 1999). W badaniu ankietowym prowadzonym w Kanadzie stwierdzono, że 40% spośród chorych po 5 do 10 latach od rozpoznania choroby nowotworowej miało problemy związane z pracą (Stewart, Cheung i in., 2001). Wyniki badań podłużnych autora pracy wskazują, że w Polsce wskaźnik ten jest podobny (Izdebski, 2002).

Śród istotnych zmiennych socjodemograficznych najważniejszy dla sytuacji zachorowania na nowotwór piersi jest wiek osoby chorej. Decydujący jest szczególnie dla sprawności seksualnej, funkcjonowania rodziny i utrzymania małżeństwa. Szczególnie w sytuacji, gdy chora jest matką małych dzieci. Wtedy najczęściej nastawiona jest na zachowanie sprawności fizycznej i radzenie sobie z problemami życiowymi, a nie na analizę, czy też przeżywanie swej choroby. Wraz z zachorowaniem zmienia się sytuacja zawodowa (większość chorych na nowotwór piersi w Polsce przechodzi na rentę, co prowadzi do obniżenia poziomu dochodów). Równocześnie obniża się poziom seksualnej atrakcyjności i w sytuacji zachorowania na nowotwór piersi wiek stanowi jedną z najistotniejszych zmiennych decydujących o akceptacji choroby i adaptacji do niej. Badanie przeprowadzone w Chinach (mimo odmienności kulturowej) pokazuje, że wiek jest jedną z najistotniejszych zmiennych decydujących o późniejszym radzeniu sobie z chorobą (Ouyang, Wang, Peng, 2004).

Sytuacja psychologiczna chorej w zakresie funkcjonowania emocjonalnego jest uwarunkowana wcześniejszymi wzorcami reagowania na sytuacje trudne. W pierwszym okresie leczenia dla większości chorych najczęstsze są emocje negatywne (lęk, gniew, przygnębienie). Gdy następuje właściwe przystosowanie się do nowej sytuacji, chore mogą funkcjonować w sposób zapewniający im dobre samopoczucie psychiczne.

Instrumenty rehabilitacji psychologicznej chorych na nowotwór piersi

W typologiach instrumentów rehabilitacji psychologicznej R. Ossowski (1999) wyróżnia: psychoterapię, poradnictwo rehabilitacyjne i rehabilitację niespecyficzną. Modyfikując nieco ten podział, autor pracy proponuje wyodrębnienie w przypadku choroby nowotworowej piersi następujących instrumentów rehabilitacji: psychoedukację, wsparcie społeczne, psychoterapię oraz pomoc psychologiczną.

Na początku leczenia należy przeprowadzić wywiad, w którym ustala się, czy istnieją czynniki, które w przyszłości mogą utrudniać proces rehabilitacji (alkoholizm, zła sytuacja rodzinna, finansowa, mieszkanie w odległej miejscowości) (de Walden-Gatuszko, 1998). Wywiad umożliwi również ocenę potrzeb pacjentki w zakresie psychoedukacji. Ponieważ znane są zależności pomiędzy osobowością a uczestnictwem w programach rehabilitacji fizycznej, diagnoza wstępna może być poszerzona o badanie osobowości. Badanie przeprowadzone przez R. E. Rhodesa, K. S. Courneya i T. M. Bobicką (2001) wykazało silną zależność pomiędzy poziomami cech Pięcioczynnikowego Modelu Osobowości (ekstrawersji, sumienności, neurotyczności, otwartości na doświadczenia i ugodowości) a poziomem uczestnictwa w rehabilitacji fizycznej. Wysoki poziom neurotyczności powodował wycofywanie się z programów rehabilitacyjnych, a ekstrawersja i sumiennosc pozytywnie korelowały z wyższym poziomem uczestnictwa w zalecanych programach ćwiczeń fizycznych.

Psychoedukacja może przyjmować formę grupową lub indywidualną. Grupowe spotkania psychoedukacyjne powinny wskazywać na znaczenie zachowań prozdrowotnych i unikanie zachowań antyzdrowotnych. Każde spotkanie grupowe może być ustrukturalizowane i poświęcone ważnemu dla chorych zagadnieniu. Może mieć formę wykładu, po którym następuje dyskusja, i pomóc w zrozumieniu i potrzebie przestrzegania prozdrowotnego stylu życia. Psychoedukacja indywidualna może być prowadzona w trakcie badań lekarskich oraz poprzez dostarczanie informacji w formie broszur bądź opracowań popularnonaukowych. Warto podkreślić, że w niektórych ośrodkach na świecie oddziaływanie psychoedukacyjne weszły do standardu oddziaływań leczniczych (szczególnie są pomocne przed lub w trakcie oddziaływań leczniczych, takich jak chemioterapia lub radioterapia). Psychoedukacja pomocna jest przede wszystkim w tworzeniu adekwatnego obrazu własnej choroby, co stanowi warunek podstawowy późniejszego lepszego przystosowania. W Polsce nie ma opracowań badawczych na temat efektywności psychoedukacji w przypadku choroby nowotworowej piersi. Doniesienia zachodnie jednak wskazują na jej istotną rolę, przede wszystkim dla redukcji lęku przed nieznanym. Również badania dotyczące innych chorób (np. choroby niedokrwiennej serca) wskazują, że interwencja edukacyjna wpłynęła na korzystniejsze wyniki w zakresie wiedzy o znaczeniu zachowań zdrowotnych, deklarowanej zmiany własnych zachowań i wzroście poczucia własnej skuteczności we wprowadzaniu zmian (Sęk, Woronkiewicz, 2004). Autorki podkreślają fakt, że zmiany te nie były wielkie. Jednakże opierając się na przeprowadzonych przez nie badaniach, można zastanowić się nad stworzeniem programu interwencji edukacyjnej i profilaktycznej dla osób zagrożonych chorobą niedokrwinną serca. Doświadczenia zachodnie pokazują, że programy te można także stworzyć dla osób chorych na raka piersi.

Kolejnym ważnym instrumentem rehabilitacji jest wsparcie społeczne. W ujęciu funkcjonalnym (Sęk, Cieślak, 2004) jest to wsparcie: emocjonalne, informacyjne, instrumentalne i rzeczowe

(materialne) oraz duchowe. Konsekwencją braku wsparcia społecznego są trudności w realizacji zakładanych celów zdrowotnych, a tym samym mniejsza efektywność rehabilitacji chorych. Potrzeba wsparcia społecznego powinna być oceniana w początkowym okresie rehabilitacji w całej wieloaspektowości otrzymywania i udzielania wsparcia. Często adekwatne wykorzystanie tego instrumentu rehabilitacji wymaga mobilizacji sieci wsparcia społecznego w znacznie szerszym zakresie niż proponują to obecnie istniejące systemy opieki zdrowotnej. Większość pacjentek znajduje wsparcie u najbliższych (szczególnie rodziny), ale równocześnie wiele chorych ma trudności w wyrażaniu swych potrzeb. Dla skuteczności działania wsparcia najważniejsze jest oferowanie pomocy dostosowanej do potrzeb. Nietrafna pomoc może się przemienić w nadmierne obciążenie. W diagnozie zapotrzebowania na wsparcie należy pamiętać o zależności osobowościowej, szczególna jest tu rola umiejscowienia poczucia kontroli. Wewnętrzne umiejscowienie poczucia kontroli może powodować unikanie wsparcia społecznego.

Już w latach osiemdziesiątych XX wieku w literaturze polskiej o grupach samopomocy wspomina W. Piątkowski (1986). Istnienie ruchu Amazonek ma niewątpliwie wielkie znaczenie dla rehabilitacji chorych na nowotwory piersi. Jednakże niesie często ze sobą stygmatyzację i tym samym zamknięcie się w środowisku zorientowanym nie tylko na adaptację i powrót do wcześniejszego funkcjonowania przedchorobowego (o ile takie możliwości istnieją), ale koncentrowanie się na negatywnych aspektach związanych z chorowaniem. Dlatego te formy samopomocy powinny być prowadzone we współpracy z osobami profesjonalnie zajmującymi się leczeniem chorób nowotworowych i przez nie-monitorowane. Nowe możliwości udzielania wsparcia związane są z nowymi technologiami, przede wszystkim Internetem. Wsparcie „on-line” wykorzystywane jest już w krajach zachodnich (Owen, Klapow i in., 2004). Internet pozwala na szerszy zasięg oddziaływania i szybszy kontakt a bariery finansowe i techniczne prawdopodobnie niedługo ulegną zmniejszeniu. Oczywiście jest, że wsparcie „on-line” nie zastąpi rzeczywistego kontaktu. Może jednak być istotne w sytuacjach kryzysowych i pomaga w uzyskiwaniu informacji. Oznaczałoby to konieczność tworzenia stron internetowych i grup dyskusyjnych z udziałem profesjonalistów. Doświadczenia udzielania wsparcia przez telefon mogą być tu niewątpliwie przydatne.

Psychoterapia stanowi najprawdopodobniej najważniejszy instrument rehabilitacji mimo wielu kontrowersji, które może budzić. Spośród podejść psychoterapeutycznych najczęściej wykorzystywanych w pracy z chorymi na nowotwór piersi wymieniane są następujące terapie: psychodynamiczna, behawioralna i poznawcza (te dwa ostatnie podejścia terapeutyczne są często wykorzystywane łącznie) (Barraclough, 2000).

W podejściu psychodynamicznym wobec osób chorych na nowotwór piersi najważniejszym celem jest umożliwienie ekspresji i „przepracowanie” żalu wywołanego przez chorobę i związane z nią straty. Dokonywane jest to w kontekście wcześniejszych doświadczeń i związków z bliskimi osobami. Poszukuje się tym samym sposobów wyjaśnienia pomocnego dla osoby chorej w zrozumieniu swojej sytuacji. Spośród technik typowych dla tego podejścia wykorzystywane są między innymi interpretacja marzeń sennych i mechanizmów obronnych stosowanych przez osoby chore. Często proces ten wiąże się z dodatkowym cierpieniem, dlatego podejście psychodynamiczne jest bardzo rzadko wykorzystywane w sytuacji zachorowania na nowotwór piersi. O wiele częściej jako instrument rehabilitacji jest stosowana terapia behawioralna. Stanowi ona ustrukturalizowane praktyczne podejście mające zmniejszyć ilość zachowań niepożądanych i zastąpienie ich zachowaniami korzystnymi dla pacjentek. Przykładowo terapia ta może być pomocna w takich problemach, jak: opór przed patrzeniem na bliźnię po przeprowadzonej

mastektomii, nudności podczas oczekiwania na chemioterapię, lęk wywołany poczuciem osamotnienia podczas radioterapii, obawa przed opuszczeniem mieszkania, wywołana lękiem przed spojrzaniem innych ludzi, nadmierne sprawdzanie zmian cielesnych w obawie przed nawrotem raka. Spośród technik pomocnych wobec tych problemów wykorzystywane są: desensetyzacja, powstrzymywanie niepożądanych myśli, modelowanie, odwracanie uwagi. Czasami z terapią behawioralną łączy się wykorzystywanie relaksacji oraz hipnozy dla redukcji lęku u osób chorych. Podejście behawioralne jest stosowane przede wszystkim wobec konkretnych sytuacji problemowych związanych z chorobą nowotworową.

Współcześnie spośród wszystkich podejść najczęstsza jest terapia poznawcza (nierzadko w połączeniu z terapią behawioralną). Barraclough (2000) podaje, że jest ona bardziej efektywna niż poradnictwo, czy też inne formy psychoterapii. W tym podejściu pacjentki zachęcane są do identyfikowania swoich „automatycznych negatywnych myśli”, przeanalizowania ich w sposób logiczny i eksperymentowania z alternatywnymi poglądami i zachowaniami, które pozwolą im na lepsze radzenie sobie przede wszystkim poprzez uzyskanie większego poczucia kontroli nad własną sytuacją. Spośród technik terapii poznawczej wobec chorych na nowotwór piersi wymienia się: identyfikowanie i pokonywanie negatywnych automatycznych myśli, wykorzystywanie wyobraźni, wyrażanie uczuć w sposób otwarty wobec najbliższych, planowanie i podejmowanie działań praktycznych zapewniających poczucie kontroli.

Efektywność psychoterapii jako instrumentu rehabilitacji chorych na nowotwór piersi budzi obecnie sporo wątpliwości. Po wcześniejszym entuzjazmie związanym z opisami wysokiej efektywności i poprawie samopoczucia oraz poziomu jakości życia późniejsze prace empiryczne (Edelman, Lemon i in., 1999) **nie wykazują** wpływu psychoterapii na długość życia. Prawdopodobny jest efekt oddziaływań psychoterapeutycznych na bieżącą sytuację i samopoczucie, natomiast efektywność w dłuższym okresie nie została udowodniona empirycznie. Mimo to spośród podejść wykorzystujących psychoterapię – terapia poznawczo-behawioralna (*CBT – cognitive-behavioral therapy*) jest najczęściej stosowana na świecie.

Profesjonalna pomoc psychologiczna (de Walden-Gafuszko, 2003) powinna w przypadku zachorowania na raka obejmować plan informacyjny i plan emocjonalny. Ten pierwszy jest bardzo zbliżony do celów psychoedukacji, ten drugi może w sobie zawierać elementy psychoterapii lub poradnictwo, czy też doradztwo rehabilitacyjne. Doradztwo – polega na wysłuchaniu pacjenta, ułatwieniu mu zrozumienia i wyrażania własnych zachowań związanych z chorobą i wskazaniu możliwości radzenia sobie w sytuacji choroby. Stanowi najczęściej wykorzystywany instrument rehabilitacji. Profesjonaliści zajmujący się chorą na nowotwór piersi udzielają porad w sposób ciągły w toku leczenia. Porady najczęściej dotyczą zachowania się podczas zabiegów leczniczych i ich następstw, i tym samym są często bliskie psychoedukacji. W planie emocjonalnym można pomóc w ekspresji uczuć, w wysłuchaniu chorej i zmniejszeniu poziomu jej niepokoju związanego z chorobą i stosowanym leczeniem. Każda osoba pracująca z chorymi na nowotwór piersi powinna posiadać wystarczającą wiedzę i umiejętności pozwalające na udzielanie porad. Poza osobami zajmującymi się właściwym leczeniem chorych istnieje potrzeba zorganizowania poradnictwa specjalistycznego, zatrudnienia specjalistów, którzy – nie podejmując interwencji psychoterapeutycznej – będą w stanie udzielać pomocy psychologicznej, pomagając chorym w radzeniu sobie ze stresem wywołanym chorobą i w osiąganiu celów rehabilitacji. Oprócz osób przeszkolonych w udzielaniu pomocy psychologicznej mogą jej także udzielać pacjenci, którzy przeszli chorobę nowotworową. Dzieląc się własnym wcześniejszym doświadczeniem, mogą

pełniej zrozumieć chore. „Ozdrowieńcy” mogą więc udzielać pomocy psychologicznej szczególnie w aspekcie emocjonalnym. Efektywność tych oddziaływań nie jest jednak dotychczas w pełni empirycznie udowodniona. W wymiarze związanym z redukowaniem napięcia wywołanego zachorowaniem i leczeniem – doradca wzmacniający postępowanie lecznicze, czy to profesjonalista, czy też pacjent „ozdrowieniec” – z pewnością wpływa na poprawę jakości życia chorych.

„Dział” rehabilitacji zawiera bardzo niewiele danych, które potwierdzałyby skuteczność rehabilitacji na podstawie badań przeprowadzonych na próbach klinicznych grup randomizowanych (Davis, Jacobson, 2001). Fakt ten oznacza konieczność ciągłej weryfikacji przedstawionych powyżej stwierdzeń dotyczących wartości instrumentów rehabilitacji.

Psychologiczne cele rehabilitacji

Podstawowym celem rehabilitacji w przypadku chorych na nowotwór jest podniesienie jakości życia przez udzielenie chorym pomocy pozwalającej im na osiągnięcie maksymalnej sprawności w granicach uwarunkowanych procesem nowotworowym i leczeniem (Davis, Jacobson, 2001). Całkowite wyleczenie nie zawsze oznacza powrót do pełni zdrowia fizycznego i psychicznego. R. Ossowski (1999) stwierdza, że akceptacja własnej straty to wstępny warunek wytwarzania się motywacji do przezwyciężania jej skutków i akceptacji celów rehabilitacji. Następstwa fizyczne (obrzęki, ograniczenie sprawności) oraz względnie trwałe zmiany psychiczne – np. neurotyzacja osobowości (Izdebski, 2002) mogą powodować trwałą postawę inwalidztwa, koncentrację na przebytej chorobie i oczekiwanie progresji.

Propozycja autora pracy oparta jest na trzech celach, na które psycholog może mieć wpływ. Wiemy, że rozwój choroby nowotworowej i rokowania zależne są od właściwych zachowań prozdrowotnych (Kulczycki, 1971). M. Kulczycki podaje, że zachowania sprzyjające powrotowi do zdrowia charakteryzują się kilkoma podstawowymi właściwościami. Cechuje je realistyczne podejście do zaistniałej sytuacji, które polega na przyjęciu swojego stanu zdrowia i położenia w takiej postaci, jak się one rzeczywiście przedstawiają. W zachowaniach sprzyjających powrotowi do zdrowia powinny też występować starania, aby w miarę możliwości być samodzielnym i nie wymagać od innych pomocy w czynnościach, które samemu można zrealizować.

Wykorzystując wiedzę na temat rehabilitacji i wiedzę onkologiczną, można wyróżnić trzy podstawowe cele, na które ma wpływ psycholog, starając się pomagać chorym na nowotwór piersi w lepszym przystosowaniu. Na podstawie wcześniej przedstawionej analizy można zaproponować model rehabilitacji uwzględniający następujące cele rehabilitacji.

Pierwszy cel związany jest ze stylem życia. Zmiana wcześniejszego stylu życia i utrzymanie tej zmiany należą niewątpliwie do najważniejszych celów rehabilitacji. Odpowiednia dieta, ruch, wyeliminowanie używek to podstawowe cele. Psycholog winien wskazywać osiągalne dla pacjentek w danym momencie życiowym cele i wzmacniać zachodzące zmiany.

Drugi cel związany jest z odzyskaniem kontroli nad swoim życiem. Może być on na początku realizowany przez wykazywanie roli regularnych badań kontrolnych, przez stopniowe zwiększanie sfer aktywności i powrót do wcześniejszego funkcjonowania – przed zachorowaniem. Odzyskanie poczucia własnej skuteczności jest najważniejszym psychologicznym celem rehabilitacji.

Trzeci cel związany jest z aspektem emocjonalnym. Pokonanie trudności i satysfakcja z pokonania choroby (po długiej i trudnej drodze) może być podstawą bardziej dojrzałego

spojrzenia na podstawowe wartości i może stanowić ważny punkt rozwojowy w osiągnięciu pełnej autonomii.

Opisując osobowość szczęśliwego człowieka, J. Czapiński (2004) podaje, że dla poczucia szczęścia istotne są: poczucie kontroli i odpowiedzialność, samoocena i system wartości, inteligencja i dojrzałość oraz aktywność. Te wszystkie wymiary są również istotne dla chorych na nowotwór piersi. Dzięki odzyskaniu poczucia kontroli nad swoim życiem wzrasta samoocena i dojrzałość emocjonalna. To może prowadzić do pełnej aktywności, co jest podstawowym celem wszystkich oddziaływań rehabilitacyjnych.

Podsumowanie i wnioski

Jak opisują D. G. Tate i C. Pledger (2003) niepełnosprawność jest zjawiskiem wieloczynnikowym, w którym należy uwzględnić zmienne osobiste. Uwarunkowania psychologiczne odgrywają znaczącą rolę w realizacji celów rehabilitacji (zarówno medycznej, jak i społecznej). Stopień niepełnosprawności zależy od stanu zdrowia, czasu i sytuacji życiowej. Niepełnosprawność jest zmienną dynamiczną, zależną od kontekstu. Jak pisze R. Ossowski: „główna idea wspierania osób niepełnosprawnych wyraża się w tworzeniu warunków do godnego życia w takim stopniu, jak to jest możliwe” (1999, s. 16).

Jednym z najważniejszych zadań dla psychologów jest znalezienie nowej, skutecznej formuły ułatwiającej chorym na nowotwór piersi pełniejsze uczestnictwo w życiu społecznym. Jak stwierdza de Walden-Gałuszko (1998), rehabilitacja po przebytych leczeniu, podejmowana przez zespoły wielospecjalistyczne, powinna nie tylko odtworzyć pełną zdolność do pracy, ale przez odpowiednie oddziaływanie przywrócić normalną lub nawet lepszą niż przed chorobą jakość życia.

Wnioski

1. Rehabilitacja chorych na raka piersi powinna być prowadzona przez zespół wielodyscyplinarny, w którym należy uwzględnić cele rehabilitacji psychologicznej.
2. Wynikiem rehabilitacji powinna być poprawa jakości życia rozumianej jako powrót do funkcjonowania przed zachorowaniem. Decydującą rolę odgrywa poczucie własnej skuteczności.
3. Istnieje potrzeba prowadzenia badań nad efektywnością rehabilitacji i jej psychologicznymi aspektami. W pracach tych pomocne mogą być istniejące już w psychologii zdrowia modele teoretyczne.

W książce na temat przystosowania do choroby nowotworowej J. Brennan (2001) zastanawia się, na ile można traktować to pojęcie jako radzenie sobie z chorobą, a na ile jako przemianę osobistą (*personal transition*). W swoim Modelu Społeczno-Poznawczej Przemiany (*Social-Cognitive Transition*) proponuje połączyć dokonania badaczy z zakresu radzenia sobie z chorobą oraz teorii społeczno-poznawczej. Autor tej pracy w rozważaniach starał się wykazać istotną rolę oddziaływań rehabilitacyjnych i udowodnić, że sytuacja zachorowania na nowotwór piersi nie wiąże się już obecnie z wieloletnim życiem w ciągłym napięciu i lęku, ale może stanowić ważny moment rozwojowy w osiągnięciu celów charakterystycznych dla osoby szczęśliwej.

LITERATURA CYTOWANA

- Barraclough, J. (2000). *Cancer and emotions. A practical guide to psycho-oncology*. Chichester, New York, Weinheim, Brisbane, Singapore, Toronto: John Wiley & Sons, Ltd.
- Body, J., Lossignol, D., Ronson, A. (1997). The concept of rehabilitation of cancer patients. *Current Opinion in Oncology*, 9, 4, 332–340.
- Brennan, J. (2001). Adjustment to cancer – coping or personal transition? *Psycho-Oncology*, 10, 1, 1–18.
- Czapiński, J. (2004). Osobowość szczęśliwego człowieka. W: J. Czapiński (red.) *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka* (s. 359–379). Warszawa: Wydawnictwa Naukowe PWN.
- Davis, A. M., Jacobson, M. C. (2001). Rehabilitacja chorego na nowotwór złośliwy. W: R. W. Pollock (red.) *Podręcznik onkologii klinicznej*. (s. 743–755). Kraków: Wydawnictwo Przegląd Lekarski.
- Edelman, S., Kemon, J., Bell, D. R., Kidman, A. D. (1999). Effects of group CBT on the survival time of patients with metastatic breast cancer. *Psycho-Oncology*, 8, 474–481.
- Fismen, K., Osland, I. J., Fismen, E., Borge, L., Martinsen, E. W., Hjort, P., Iversen, O. E., Stanghelle, J. K. (2000). Rehabilitation of women with breast cancer. *Tidsskrift for den Norske laegeforening*, 120, 23, 2749–2754.
- Fulton, C. (1999). Patients with metastatic breast cancer: their physical and psychological needs. *International Journal of Rehabilitation Research*, 22, 4, 291–301.
- Harcourt, D., Rumsey, N. (2001). Psychological aspects of breast reconstruction: a review of literature. *Journal of Advanced Nursing*, 35, 4, 477–487.
- Izdebski, P. (2002). *Psychologiczne uwarunkowania choroby nowotworowej piersi*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej.
- Jankowski, K. (1975). *Człowiek i choroba*. Warszawa: PWN.
- Kulczycki, M. (1971). *Psychologiczne problemy człowieka chorego*. Wrocław – Warszawa – Kraków – Gdańsk: Zakład Narodowy im. Ossolińskich Wydawnictwo.
- Kucharski, A., Gebert, K. (1986). Usprawnianie kończyn górnych u chorych z obrzękiem po operacji i napromienianiu w raku sutka. W: W. Dega (red.) *Rehabilitacja medyczno-socjalna w onkologii narządów ruchu* (s. 135–139). Warszawa: PZWL.
- Majewski, T. (1995). *Rehabilitacja zawodowa osób niepełnosprawnych*. Warszawa: Centrum Badawczo-Rozwojowe Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
- Maunsell, E., Brisson, C., Dubois, L., Lauzier, S., Fraser, A. (1999). Work problems after breast cancer: an exploratory qualitative study. *Psycho-Oncology*, 8, 6, 467–473.
- Ossowski, R. (1999). *Teoretyczne i praktyczne podstawy rehabilitacji*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Uczelniane WSP.
- Owen, J. E., Klapow, J. C., Roth, D. L., Nabell, L., Tucker, D. C. (2004). Improving the effectiveness of adjuvant psychological treatment for women with breast cancer; The feasibility of providing online support. *Psycho-Oncology*, 13, 4, 281–292.
- Pawłęga, J. (1998). Epidemiologia. W: J. Jassem (red.) *Rak sutka* (s. 31–59). Warszawa: Springer PWN.

- Pawlicki, M. (2002). Macierzyństwo, życie seksualne. W: M. Pawlicki (red.) *Rak piersi – nowe nadzieje i możliwości leczenia* (s. 113). Bielsko-Biała: α-medica press.
- Piątkowski, W. (1986). Wybrane przykłady praktycznych zastosowań socjologii medycyny w onkologii. W: W. Dega (red.) *Rehabilitacja medyczno-socjalna w onkologii narządów ruchu* (s. 14–22). Warszawa: PZWL.
- Pieńkowski, T. (2001). Rak piersi. W: M. Krzakowski (red.) *Onkologia kliniczna* (s. 87–135). Warszawa: Borgis Wydawnictwo Medyczne.
- Quyang, X., Wang, W., Pengf, Y. (2004). Exploratory study on related factors of sexual dysfunction among breast cancer patients. *Zhonghua Nan Ke Xue*, 10, 7, 509–511.
- Rhodes, R. E., Courneya, K. S., Bobick, T. M. (2001). Personality and exercise participation across the breast cancer experience. *Psycho-Oncology*, 10, 5, 380–388.
- Rowland, J. H., Desmond, K. A., Mayerowitz, B. E., Belin, T. R., Wyatt, G. E., Ganz, P.A. (2000). Role of breast reconstructive surgery in physical and emotional outcomes among breast cancer survivors. *Journal of the National Cancer Institute*, 92, 17, 1422–1429.
- Sęk, H., Cieślak, R. (2004). Wsparcie społeczne – sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia, wybrane koncepcje teoretyczne. W: H. Sęk, R. Cieślak. (red.) *Wsparcie społeczne. Stres i zdrowie* (s. 11–28). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Sęk, H., Woronkiewicz, K. (2004). Znaczenie edukacji zdrowotnej w przebiegu psychoprofilaktyki chorób układu krążenia. W: K. Wrześniewski, D. Włodarczyk (red.) *Choroba niedokrwienna serca* (s. 199–207). Gdańsk: GWP.
- Stewart, D., Cheung, A., Duff, S., Wong, F., McQuestion, M., Cheng, T., Purdy, L., Bunston, T. (2001). Long-term breast cancer survivors: confidentiality, disclosure, effects on work and insurance. *Psycho-Oncology*, 10, 3, 259–263.
- Tate, D. G., Pledger, C. (2003). An integrative conceptual framework of disability. *American Psychologist*, 58, 4, 289–295.
- Tchórzowska, H. (2002). Rehabilitacja w leczeniu raka piersi. W: M. Pawlicki (red.) *Rak piersi – nowe nadzieje i możliwości leczenia* (s. 88–109). Bielsko-Biała: α-medica press.
- de Walden-Gałuszko, K. (1998). Psychospołeczne aspekty raka sutka. W: J. Jassem (red.) *Rak sutka* (s. 377–391). Warszawa: Springer PWN.
- Walker, L. G., Heys, S. D., Walker, M. B., Ogston, K., Miller, I. D., Hutcheon, A. W., Sarkar, T. K., Ah-Eremin, O. (1999). Psychological factors can predict the response to primary chemotherapy in pathologically advanced breast cancer. *European Journal of Cancer*, 35, 13, 1783–1788.
- Woźniewski, M. (2003). Rehabilitacja w onkologii. W: A. Kwolk (red.) *Rehabilitacja medyczna* (s. 592–619). Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner.