

Redakcja naukowa Krystyna de Walden-Gałaszko

O ŻYCIU Z RAKIEM I PO RAKU



PRAKTYCZNY PORADNIK DLA KAŻDEGO



PZWL





O ŻYCIU Z RAKIEM I PO RAKU

PRAKTYCZNY PORADNIK DLA KAŻDEGO

Publikacja powstała dzięki grantowi edukacyjnemu
firmy Pfizer Polska sp. z o.o.
oraz finansowemu wsparciu
Fundacji Onkologicznej Alivia



dodajemy odwagi



Redakcja naukowa Krystyna de Walden-Gałaszko

O ŻYCIU Z RAKIEM I PO RAKU

PRAKTYCZNY PORADNIK DLA KAŻDEGO



PZWL





Wszystkie prawa zastrzeżone.

Przedruk i reprodukcja w jakiegokolwiek postaci całości bądź części książki bez pisemnej zgody wydawcy są zabronione.

Autorzy i Wydawnictwo dołożyli wszelkich starań, aby wybór i dawkowanie leków w tym opracowaniu były zgodne z aktualnymi wskazaniami i praktyką kliniczną. Mimo to, ze względu na stan wiedzy, zmiany regulacji prawnych i nieprzerwany napływ nowych wyników badań dotyczących podstawowych i niepożądanych działań leków, Czytelnik musi brać pod uwagę informacje zawarte w ulotce dołączonej do każdego opakowania, aby nie przeoczyć ewentualnych zmian we wskazaniach i dawkowaniu. Dotyczy to także specjalnych ostrzeżeń i środków ostrożności. Należy o tym pamiętać, zwłaszcza w przypadku nowych lub rzadko stosowanych substancji.

Wydawca: *Stella Nowośnicka-Pawlitko*

Redaktor prowadzący: *Agata Kołacz*

Redaktor merytoryczny: *Wojciech Szczepański*

Producent: *Anna Bączkowska*

Projekt graficzny wnętrza i redakcja techniczna: *Maria Czekaj*

Projekt okładki i stron tytułowych: *Marta Krzywicka*

Ilustracje: *Krzysztof Anzel, Howinnga.pl*

Wydanie I

Warszawa 2020

ISBN 978-83-200-5991-5

PZWL Wydawnictwo Lekarskie

02-460 Warszawa, ul. Gottlieba Daimlera 2

tel. 22 695 43 21

www.pzwl.pl

Księgarnia wysyłkowa:

tel. 42 680 44 88; infolinia: 801 33 33 88

e-mail: wysylkowa@pzwl.pl

Skład i łamanie: *Krzysztof Mickiewicz*

Druk i oprawa: Drukarnia im. Adama Półtawskiego, Kielce

Informacje w sprawie współpracy reklamowej: reklama@pwn.pl

Autorzy

Krystyna de Walden-Gałuszko

Prof. dr hab. med., specjalista psychiatrii i medycyny paliatywnej, certyfikowany psychoonkolog. Kierownik Katedry Psychiatrii na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie. Wiceprezes Polskiego Towarzystwa Psychoonkologicznego i członek honorowy Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej i Polskiego Towarzystwa Badania Bólu. Autorka wielu publikacji poruszających problematykę jakości życia pacjentów z chorobą nowotworową oraz psychologicznych aspektów bólu. Problemom psychoonkologii w różnych etapach choroby poświęciła książki *U kresu* i *Psychoonkologia w praktyce klinicznej*.

Zbigniew Bohdan

Pediatra, nauczyciel akademicki, docent Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego – Klinika Pediatrii, Gastroenterologii, Alergologii i Żywienia Dzieci. Trener psychoonkologii, współtwórca tanatopedagogiki. Wykładowca Gum-ed i UG (na kierunkach pomoc socjalna, psychoonkologia, psychologia kliniczna, arteterapia). Od ponad 20 lat animator rozwoju opieki paliatywnej dziecięcej. Od lat związany z Hospicjum ks. E. Dutkiewicza – lekarz oddziału dziecięcego. Autor ponad 150 prac z zakresu pediatrii, onkologii dziecięcej, hepatologii, opieki paliatywnej, komunikacji z chorym, wolontariatu.

Anna Borzeszkowska

Coach ICC, EMCC, Cancer Coach, psychoonkolog, certyfikowany nauczyciel Mindfulness. Od 25 lat pracuje jako dyrektor HR w Polsce, Europie, Afryce i Indiach. Prowadzi Instytut Redukcji Stresu i Rozwoju Osobistego. Wspiera osoby mające problemy osobiste, wypalone zawodowo, nie radzące sobie ze stresem. Radzi jak dostosować się do następujących szybko zmian i nie zapominać o osobistym, szeroko rozumianym, rozwoju. Pracuje z osobami dotkniętymi chorobą nowotworową wspierając je w procesie zdrowienia i w budowaniu nowego życia po chorobie. Założyła i prowadzi Fundację Onkologiczną Nieoczekiwana Podróż.

Tomasz Buss

Dr n. med., specjalista medycyny paliatywnej i endokrynologii z wieloletnim doświadczeniem w pracy z pacjentami pozostającymi pod opieką paliatywną zarówno w hospicjach domowych, jak i stacjonarnych. Do 2018 roku pracownik naukowo-dydaktyczny w Zakładzie Medycyny Paliatywnej GUMed, gdzie zajmował się zmęczeniem w przebiegu choroby nowotworowej w aspekcie kliniczno-terapeutycznym. Obecnie pracuje w Hospicjum im. MT z Kalkuty w Gdańsku oraz Grupie LUXMED. Leczenie bólu pozostaje obiektem jego zainteresowań w zakresie praktyczno-dydaktycznym. Autor i współautor około 100 publikacji naukowych z zakresu opieki paliatywnej.

Dorota Grabowska

Mgr psychologii, psychoonkolog. Pracuje w Szpitalu Morskim im. PCK w Gdyni, opiekuje się pacjentami Gdyńskiego Centrum Onkologii oraz oddziału ginekologii i położnictwa. Autorka m.in. artykułów *Podsumowanie dwuletniej działalności Infolinii Onkologicznej na Pomorzu* opublikowanym w *Psychoonkologii* 2014, 1: 30–34, czy *Infolinia Onkologiczna jako nowa forma pomocy pacjentom z województwa pomorskiego i ich rodzin* zamieszczonym w *Psychoonkologii* 2013, 1: 32 – 33. Jej zainteresowania zawodowe dotyczą wielu obszarów m.in. psychoonkologii, pomocy psychologicznej osobom chorującym somatycznie, problematyki żałoby i osierocenia, a także rozwoju osobistego, arteterapii i komunikacji interpersonalnej.

Maria Gałuszko-Węglińnik

Dr n. med., lekarz psychiatra, superwizor-dydaktyk oraz psychoterapeuta psychoterapii poznawczo-behawioralnej. Absolwentka Akademii Medycznej w Gdańsku. Od 2002 roku pracuje w Klinice Psychiatrii Dorosłych Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego jako lekarz oraz dydaktyk. Od 2014 roku jest kierownikiem merytorycznym oraz wykładowcą na studiach podyplomowych Uniwersytetu SWPS Uniwersytetu Humanistycznospołecznego na kierunku psychoterapia poznawczo-behawioralna. Autorka licznych artykułów w czasopismach naukowych dotyczących zaburzeń lękowych, snu oraz zaburzeń nastroju.

Rita Hansdorfer-Korzon

Dr hab., specjalista II rehabilitacji, fizjoterapeuta. Kierownik Zakładu Fizjoterapii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. Od początku pracy zawodowej zajmuje się leczeniem fizjoterapeutycznym pacjentów po zabiegach onkologicznych raka piersi, nowotworów narządu moczowo-płciowego, nowotworów głowy, problematyką obrzęków różnego pochodzenia a także bliznowcami i zmianami skóry oraz tkanek po naświetlaniach. Na wniosek Ministra Zdrowia, postanowieniem Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej została odznaczona Brązowym i Srebrnym Krzyżem Zasługi za zasługi dla rozwoju nauk medycznych. W 2013 nominowana do Plebiscytu RAK.TO SIĘ LECZY! 2013 – w kategorii Człowiek niosący nadzieję.

Justyna Janiszewska

Dr n. med., specjalista psychologii klinicznej, certyfikowany psychoonkolog, adiunkt Zakładu Medycyny Paliatywnej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. Absolwentka Instytutu Psychologii Uniwersytetu Gdańskiego. Od 1997 roku prowadzi zajęcia dydaktyczne dla studentów Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, jest także wykładowcą na kursach podyplomowych i specjalizacyjnych z zakresu psychoonkologii i medycyny paliatywnej. Autorka kilkunastu publikacji dotyczących problematyki psychologicznej związanej z doświadczaniem choroby nowotworowej. Poza pracą dydaktyczną udziela konsultacji psychologicznych pacjentom w różnych fazach choroby nowotworowej.

Jacek Jassem

Prof. dr hab. n. med., specjalista w dziedzinie radioterapii onkologicznej i onkologii klinicznej. Kierownik Katedry i Kliniki Onkologii i Radioterapii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. Były przewodniczący Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Onkologicznego. Członek-korespondent Polskiej Akademii Umiejętności, członek European Academy of Cancer Sciences. Prezes Fundacji Polskiej Ligi Walki z Rakiem.

Anna Kowalczyk

Dr n. med. pracuje w Klinice Onkologii i Radioterapii w Gdańskim Uniwersytecie Medycznym. Jest specjalistą radioterapii onkologicznej i onkologii klinicznej. Zajmuje się leczeniem chorych na różne nowotwory przy użyciu radioterapii oraz leczenia systemowego, w tym chemioterapii i immunoterapii. Leczy chorych wykorzystując nowe leki w ramach badań klinicznych, głównie w nowotworach płuca i skóry. Prowadzi zajęcia dydaktyczne z zakresu onkologii dla studentów medycyny. Jej zainteresowania naukowo-badawcze dotyczą głównie biologii i kliniki raka płuca oraz molekularnych czynników ryzyka przerzutów do mózgu.

Natalia Łojko

Radca prawny w kancelarii Kieszowska Rutkowska Kolasiński. Od ponad 14 lat zajmuje się prawem ochrony zdrowia. Prowadzi pro bono sprawy dotyczące dostępu do leczenia, w tym w kontekście transgranicznym. Stypendystka fundacji Weidenfeld – Hoffman na uniwersytecie w Oksfordzie w latach 2010-2011 (program Magister Juris). Od 2013 r. regularnie wyróżniana w prestiżowym międzynarodowym rankingu Chambers Europe. Autorka wielu publikacji dotyczących prawa ochrony zdrowia.

Magdalena Maciejewska-Cebulak

Mgr psychologii Uniwersytetu Gdańskiego, absolwentka dietetyki Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. Doktorantka w Klinice Onkologii i Radioterapii. Tematykę swojej pracy doktorskiej poświęciła problematyce otyłości sarkopenicznej w przebiegu raka piersi. Współautorka książki *Nie daj się rakowi. Wsparcie żywieniowe w chorobie nowotworowej* oraz autorka poradników dla pacjentów. Jej głównym zainteresowaniem jest szeroko pojęta dietoterapia onkologiczna, obejmująca rolę diety w profilaktyce antynowotworowej oraz w trakcie terapii onkologicznej.

Izabela Malicki

Mgr psychologii, psychoonkolog. Absolwentka studiów magisterskich na kierunku psychologia na Uniwersytecie Gdańskim i studiów podyplomowych z psychologii klinicznej oraz psychoonkologii na Gdańskim Uniwersytecie Medycznym. Pracuje w Poradni Zdrowia Psychicznego w Wojewódzkim Centrum Onkologii Copernicus w Gdańsku oraz w Szpitalu św. Wojciecha Copernicus. Współautorka poradnika *DROGOWSKAŻNIK – w podróży przez żałobę*. Jej zainteresowania naukowo-badawcze obejmują tematykę psychologii zdrowia, psychosomatyki, psychoonkologii oraz profilaktyki zdrowia.

Iwona Nawara

Specjalista psychologii klinicznej, psychoonkolog, terapeuta, superwizor i trener Terapii Simontonowskiej oraz Racjonalnej Terapii Zachowania. Trener psychoonkologii. Członek Zarządu Polskiego Towarzystwa Psychoonkologicznego. Dyrektor Centrum Psychoonkologii Unicorn. Współorganizatorka i wykładowca na studiach podyplomowych na kierunku psychoonkologia w praktyce klinicznej w Medycznym Centrum Kształcenia Podyplomowego Uniwersytetu Jagiellońskiego. Od 1995 r. pracuje z pacjentami onkologicznymi stosując metody i techniki Rational Behavior Therapy oraz Terapię Simontonowską.

Barbara Radecka

Dr hab. n. med., onkolog kliniczny, internista, ordynator Oddziału Onkologii Klinicznej z Odcinkiem Dziennym Opolskiego Centrum Onkologii. Prowadzi Wielodyscyplinarny Zespół Diagnostyki i Leczenia Raka Piersi. Stypendystka Europejskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej w Instytucie Jules Bordet w Brukseli. Jest członkiem polskich i międzynarodowych zespołów badawczych oraz współautorką kilkudziesięciu prac naukowych, publikowanych w Polsce i za granicą. Głównym przedmiotem jej zainteresowań naukowych jest leczenie chorych na raka piersi, biologia i leczenie przerzutów do mózgu oraz obserwacja chorych po leczeniu onkologicznym.

Monika Rucińska

Dr n. med., specjalista w dziedzinie radioterapii onkologicznej, onkologii klinicznej i medycyny paliatywnej, certyfikowany psychoonkolog. Adiunkt Katedry Onkologii Collegium Medicum Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie. Wykładowca studiów podyplomowych na kierunku psychoonkologia SWPS Uniwersytetu Humanistycznospołecznego. Członek Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Onkologicznego. Członek Zarządu Olsztyńskiego Stowarzyszenia Hospicyjnego Palium.

Bożena Winch

Mgr psychologii, certyfikowany psychoterapeuta Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, certyfikowany psychoterapeuta Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, psychoonkolog, superwizor i trener Polskiego Towarzystwa Psychoonkologii. Wykładowca na podyplomowych studiach z psychoonkologii na Uniwersytecie Humanistycznospołecznym – SWPS. Autorka wielu rozdziałów w książkach i podręcznikach akademickich, m.in. w *Praktycznym podręczniku psychoonkologii* pod red. Marii Rogiewicz, Medycyna Praktyczna, Kraków, 2015 czy *Lekarzu wobec rodziny chorego* pod red. Jacka Wciórki, IPIŃ, Warszawa 1992. Przyjmuje pacjentów indywidualnie, małżeńsko i rodzinie.

Mariusz Wirga

Psychiatra, psychoterapeuta, psychoonkolog, superwizor psychoonkologii. Szkolił się u pionierów terapii poznawczo-behawioralnych jak Albert Ellis, Marsha Linehan, David Burns, a także Maxie C. Maultsby, Jr i Carl Simonton. Dyrektor medyczny onkologii psychospołecznej w Instytucie Onkologii im. Malcolma Todda w Long Beach Memorial Medical Center w Kalifornii oraz psychoterapeuta w prywatnej praktyce. Autor i współautor wielu artykułów naukowych oraz wydanej niedawno w Polsce książki ABC twoich emocji. Prowadzi szkolenia i warsztaty dla terapeutów, a szczególnie chętnie uczy zwykłych ludzi, jak skutecznie sobie radzić w niezwykłych okolicznościach.

Anna Wyszadko

Mgr psychologii, pracuje w Zakładzie Medycyny Paliatywnej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. Prowadzi prywatną praktykę psychologiczną i terapeutyczną. Naukowo (i nie tylko) interesuje ją współpraca interdyscyplinarna, uczenie się i nauczanie komunikowania w służbie zdrowia oraz to jak pracownicy służby zdrowia przystosowują się do wyzwań stawianych przez pracę.

Spis treści

WSTĘP	1
1. ZACZNIJ OD UZUPEŁNIENIA WIEDZY	3
Co trzeba wiedzieć o nowotworach	5
Co trzeba wiedzieć o organizacji badań diagnostycznych i leczenia onkologicznego	8
Jak się rozpoznaje nowotwór	8
Jakie badania i dlaczego wykonuje się w przypadku podejrzenia nowotworu	8
Co to są badania przesiewowe	11
Jakie badania przesiewowe są dostępne w Polsce	12
Gdzie i przez kogo prowadzone jest leczenie onkologiczne	13
Co trzeba wiedzieć o leczeniu onkologicznym	15
Chirurgia	15
Radioterapia	16
Leczenie systemowe	18
Badania kliniczne	22
Powikłania leczenia onkologicznego	25
Co trzeba wiedzieć o odżywianiu	28
Dieta w profilaktyce nowotworów	28
Dieta w chorobie nowotworowej	29
Co trzeba wiedzieć o swoich prawach	34
Gdzie uregulowane są prawa pacjenta	34
Kto jest zobowiązany do przestrzegania praw pacjenta	34
Jakie prawa ma pacjent	35
Czy można ograniczyć korzystanie z praw pacjenta	41
Do kogo zwrócić się w razie naruszenia moich praw jako pacjenta ..	41
2. PROBLEMY FIZYCZNE: CZY MOŻNA JE POKONAĆ	43
Kontrola bólu	45
Rodzaje bólu	46
Objawy bólu	47
Ocena bólu	48
Leczenie bólu	48

Jak radzić sobie ze zmęczeniem	59
Zmęczenie/osłabienie w przebiegu choroby nowotworowej	59
Postępowanie terapeutyczne	63
Jak zapewnić sobie dobry sen	67
Jak zachować aktywność fizyczną	72
 3. SZTUKA ROZMAWIANIA	81
Jak rozmawiać z lekarzem	83
Jak rozmawiać z osobami bliskimi	87
Jak rozmawiać z ludźmi z dalszego otoczenia	93
Jak rozmawiać z dziećmi	96
Co dzieje się z dziećmi w rodzinie ogarniętej walką z poważną chorobą	96
 4. ZADBAJ O WZMOCNIENIE WŁASNYCH ZASOBÓW SIŁ PSYCHICZNYCH	101
Optymizm i pesymizm	105
O nadziei	108
Poczucie kontroli – poczucie skuteczności	110
Odwaga i dzielność	113
Ciekawość	116
Kreatywność	118
Poczucie humoru	120
Duchowość	122
 5. DAJ SOBIE POMÓC	125
Przeżywanie choroby z bliskimi i organizacja codziennego życia	127
W jaki sposób chcesz przeżywać chorobę i z którymi bliskimi	127
Organizacja życia codziennego	128
Pozwól sobie pomóc i śmiało proś o pomoc	130
Pamiętaj o wszystkich sferach życia	130
Asertywność	132
Empatia	136
Definicja empatii	136
Rodzaje empatii	137
Źródła empatii	138
Dojrzałość empatyczna	138
Podstawowe funkcje empatii	140
Wdzięczność	141
Umiejętność przebaczenia	145
Czym jest przebaczenie?	145
Jak przebaczać?	146
Życie seksualne w chorobie	148
Co znaczy seksualność	148

	Co znaczy normalne życie seksualne	148
	Jaki jest wpływ leczenia na sferę życia seksualnego	149
	Praktykowanie uważności a seks	151
	Jak pokonać depresję	151
	Gdzie szukać pomocy	151
	Organizacje wspierające pacjentki i pacjentów chorujących na nowotwory	152
6.	NAUCZ SIĘ RADZENIA SOBIE W TRUDNYCH SYTUACJACH	155
	Lęk a zespół lękowy	158
	Rodzaje lęku	158
	Jak zmniejszyć lęk – jak samodzielnie sobie z nim poradzić	159
	Smutek – kiedy przygnębienie staje się depresją?	161
	Definicja smutku	161
	Co zrobić, gdy zaczyna nam zbyt długo towarzyszyć obniżony nastrój	161
	Co trzeba wiedzieć o gniewie i złości?	164
	Definicja gniewu	164
	Jak powinniśmy sobie radzić z uczuciem złości i gniewu, zwłaszcza gdy mamy ku niemu skłonności	165
7.	ZAPANUJ NAD EMOCJAMI – PRAKTYCZNE FORMY SAMOPOMOCY ..	167
	Terapia uważnością – mindfulness	169
	Czym jest mindfulness	169
	Kiedy zacząć praktykę mindfulness	171
	Śmiechoterapia	173
	Racjonalna terapia zachowania	175
	Racjonalna Terapia Zachowania Maultsby'ego jako skuteczna metoda samopomocy emocjonalnej dla każdego	175
	Czynności witalne	175
	ABCD twoich emocji	176
	Źródło pozytywnych, negatywnych i neutralnych emocji	178
	Pięć zasad zdrowego myślenia	179
	Praca z przekonaniami	180
	Zdrowa semantyka	182
	Praca z wyobraźnią (RWE)	183
	Psychosomatyczna teoria uczenia – reedukacja emocjonalna i dysonans poznawczo-emocjonalny	184
	RTZ w odniesieniu do innych zagadnień u chorych onkologicznie	185
	Nowe formy zastosowania RTZ	185
8.	POSŁOWIE	187

Polecane książki i artykuły	190
Polecane strony w Internecie	192
Skorowidz	193

WSTĘP

Książkę adresujemy do osób rozpoczynających i kontynuujących swoje „życie z rakiem”, a także do mających chorobę już za sobą. Została opracowana przez lekarzy i psychologów, którzy przez wiele lat pracowali i pracują w tej dziedzinie medycyny.

Bardzo często zdarza się nam słyszeć, że udzielamy za mało informacji lub że są one niezrozumiałe lub powierzchowne. W niniejszej publikacji próbujemy, choćby częściowo, odpowiedzieć na Państwa pytania – zwłaszcza na te, które zadajecie najczęściej.

Układ poszczególnych rozdziałów jest podporządkowany temu celowi. Zaczynamy od podstawowych informacji dotyczących istoty choroby nowotworowej i jej różnych sposobów leczenia oraz związanych z tym niedogodności. Ten obszar wiedzy uzupełniamy praktycznymi wiadomościami o prawach pacjentów, a także o zasadach prawidłowego odżywiania.

Inny ważny problem – korzystanie z tzw. leczenia niekonwencjonalnego, został już wcześniej szczegółowo opracowany, dlatego odsyłamy osoby zainteresowane do odpowiednich linków w Internecie.

Kolejne istotne problemy, z jakimi borykają się najczęściej zarówno osoby leczone onkologicznie, jak i żyjące po raku to niektóre przewlekłe dolegliwości fizyczne.

Najczęściej skarżycie się Państwo na ból, zmęczenie i kłopoty ze snem. Próbuje omówić przyczyny tych objawów, a zwłaszcza zaproponować różne sposoby radzenia sobie z nimi. Myślą przewodnią naszej książki jest bowiem zachęcenie Państwa do aktywnego pomagania sobie w różnych trudnych sytuacjach. Dlatego na koniec tej części poradnika bardzo zachęcamy do podjęcia lub kontynuowania aktywności fizycznej, która jest bardzo ważnym elementem dobrej jakości życia na każdym jego etapie – zarówno w wymiarze fizycznym, jak i psychicznym.

Kolejne rozdziały naszego poradnika dotyczą umiejętności komunikowania się z ludźmi. Zwykle w publikacjach na ten temat dominuje problem kontaktu lekarz–pacjent wraz z zaleceniami prowadzenia umiejętnie rozmowy przez lekarza. Niewątpliwie jest to bardzo ważne zagadnienie, ale nie mniej potrzebne jest zastanowienie się w jaki sposób osoba chora (lub po chorobie) może poprawić jakość swoich relacji zarówno z personelem medycznym, jak też z bliższym i dalszym otoczeniem.

W każdym okresie życia przeżywamy różne trudności i różnie sobie z nimi próbujemy poradzić, co w dużej mierze zależy od naszej własnej odporności psychicznej. Jeden z rozdziałów poradnika jest właśnie propozycją wzmocnienia sił i zasobów psychicznych, które przyczyniają się do zwiększenia ogólnej odporności psychicznej na wszelkie stresy. Kontynuacją tej tematyki jest rozdział podsuwający propozycje samopomocy w zakresie przeżywania choroby i kontaktów z bliskimi.

Zdarza się jednak, że doświadczane sytuacje przekraczają możliwości adaptacyjne pacjenta, w wyniku czego pojawia się lęk, gniew, bunt lub przygnębienie. W kolejnym rozdziale próbujemy zatem podpowiedzieć Państwu, w jaki sposób możecie sobie pomóc sami lub kiedy należałoby zwrócić się o pomoc specjalisty.

Nasz poradnik, nastawiony na zachętę do uaktywnienia się Państwa w zakresie samopomocy, kończymy praktycznymi propozycjami skorzystania z jej konkretnych metod.

Życzę owocnej lektury

Krystyna de Walden-Gałużko



1

ZACZNIJ

OD UZUPEŁNIENIA

WIEDZY

Co trzeba wiedzieć o nowotworach

Monika Rucińska

Nowotwór to obecnie jedna z najczęstszych chorób. Szacuje się, że w krajach rozwiniętych na nowotwór może zachorować nawet co trzecia osoba. Czas rozwoju, rozpoznania i leczenia nowotworów jest bardzo długi. Dzięki metodom wczesnego rozpoznawania choroby nowotworowej i nowoczesnym sposobom jej leczenia wzrasta możliwość całkowitego wyleczenia nowotworu lub znacznego wydłużenia czasu życia chorych.

Nowotwory znane są od starożytności – po raz pierwszy opisał je grecki lekarz Hipokrates (V–IV w. p.n.e.), uznawany za „ojca medycyny” –. Prowadzone od tego czasu badania nad nowotworami systematycznie poszerzały wiedzę na temat samej choroby i jej przyczyn, ale dopiero w XIX wieku niemiecki patolog, antropolog i higienista Rudolf Virchow zrozumiał, że rak to niekontrolowane namnażanie się komórek „jakby kierowały się własną wolą życia”. Rozwój badań nad nowotworami nastąpił w XX wieku i trwa nadal, przynosząc coraz lepsze zrozumienie biologii nowotworów, a tym samym dając podwaliny pod tworzenie nowych sposobów zapobiegania i leczenia tej choroby.

Nowotwory dzieli się na łagodne i złośliwe. Guzy łagodne charakteryzują się powolnym wzrostem, najczęściej bez zaburzenia funkcji narządu, w którym się rozwijają. Natomiast guzy złośliwe mają zdolność do naciekania, czyli bezpośredniego przechodzenia komórek nowotworowych w obręb innych tkanek i do tworzenia przerzutów, kiedy komórki nowotworowe wnikają do naczyń krwionośnych lub limfatycznych i tą drogą dostają się do odległych narządów, tam się osiedlają i tworzą tzw. guz przerzutowy.

Słowo rak (łac. *carcinoma*, ang. *cancer*) w polskiej nomenklaturze medycznej oznacza nowotwór złośliwy wywodzący się z tkanek nabłonkowych, choć określenie to popularnie stosowane jest jako synonim nowotworu złośliwego.

Nowotwór zazwyczaj wywodzi się z pojedynczej zmutowanej komórki. Mutacje, czyli zmiany materiału genetycznego komórki (DNA), mogą być wrodzone lub nabyte. Mutacje wrodzone stanowią przyczynę 10–15% wszystkich nowotworów, natomiast nabyte aż 85–90%. Nabyte uszkodzenia DNA dzieli się na uszkodzenia endogenne, spowodowane m.in. przez działanie uszkodzających czynników powstających w prawidłowych procesach metabolicznych komórki, i na uszkodzenia egzogenne, wywołane przez zewnętrzne czynniki szkodliwe (np. promieniowanie ultrafioletowe lub elektromagnetyczne, związki chemiczne, wirusy). Nie z każdej zmutowanej komórki powstaje nowotwór. Istnieją różne mechanizmy, które bronią organizm przed rozwojem raka. Jeżeli jednak uda się nieprawidłowej zmutowanej komórce „wymknąć się” spod tego nadzoru, może powstać nowotwór. Czas upływający od wystąpienia mutacji do powstania nowotworu, który można już wykryć, jest zwykle bardzo długi - wynosi od 5 lat do nawet 20 lat.

Główne czynniki środowiskowe, które mają związek z powstawaniem nowotworów złośliwych to:

- palenie tytoniu,
- picie alkoholu,
- otyłość,
- nieodpowiednia dieta,
- brak aktywności fizycznej,
- czynniki zawodowe,
- zanieczyszczenie środowiska,
- promieniowanie ultrafioletowe,
- promieniowanie jonizujące,
- wirusy,
- bakterie.

Szacuje się, że 25–30% wszystkich zgonów z powodu nowotworów złośliwych ma związek z paleniem tytoniu. Do nowotworów tytoniozależnych należy rak płuca, krtani, gardła, jamy ustnej, ale też rak pęcherza moczowego, trzustki czy żołądka.

Picie alkoholu zwiększa ryzyko zachorowania na nowotwory górnego odcinka przewodu pokarmowego i oddechowego (jama ustna, gardło, krtań, przełyk), raka wątroby, raka jelita grubego, a także raka piersi.

Otyłość zwiększa ryzyko zachorowania na wiele nowotworów, w tym raka jelita grubego, raka piersi, raka trzonu macicy. U osób otyłych często dochodzi do refluksu żołądkowo-przełykowego, co może prowadzić do powstania raka przełyku. Podwyższone stężenie insuliny u osób otyłych sprzyja rozwojowi raka wątroby.

Okazuje się, że aż 35–40% nowotworów złośliwych związanych jest z nieodpowiednią dietą. Są to przede wszystkim rak jelita grubego, rak przełyku, rak żołądka, raki jamy ustnej. Tradycyjna polska kuchnia generalnie nie sprzyja zdrowiu. Nasza dieta obfituje w tłuszcze, cukry proste i sól, dostarcza za mało mikroelementów i witamin. Wpływ poszczególnych składowych pożywienia oraz witamin i mikroelementów na ryzyko zachorowania na konkretne nowotwory jest złożony i nie do końca poznany. W kilku badaniach stwierdzono jednak, że wysokie dawki suplementów diety nie tylko nie pomagają, ale wręcz mogą zwiększać ryzyko rozwoju choroby nowotworowej. Rozwój nowotworów promują też zanieczyszczenia i związki chemiczne powstające podczas przygotowywania i przechowywania żywności, np. aflatoksyny obecne w spleśniałych ziarnach zbóż, roślinach strączkowych i orzechach, związki powstające podczas wędzenia, smażenia i grillowania, związki azotu stosowane do konserwowania wędlin, serów czy piwa.

Siedzący tryb życia, brak aktywności fizycznej i nadwaga zaliczane są obecnie do głównych czynników sprzyjających powstawaniu nowotworów.

Uznany czynnikiem wywołującym nowotwory skóry jest promieniowanie ultrafioletowe (słoneczne i pochodzące z łóżek opalających). Ekspozycja na dużą dawkę promieniowania ultrafioletowego w długim czasie, występująca np. u osób pracujących na wolnym powietrzu, wykazuje największy związek z rakiem skóry. Natomiast ryzyko czerniaka skóry jest prawdopodobnie związane z okresowym narażeniem na promienie ultrafioletowe, np. podczas korzystania z łóżek opalają-

cych lub intensywnego opalania się na słońcu przez osoby zazwyczaj pozostające w pomieszczeniach.

Promieniowanie jonizujące (ekspozycja zawodowa, awarie urządzeń, ale też promieniowanie kosmiczne) należy do głównych czynników fizycznych wywołujących nowotwory.

Obecnie znamy też pewne wirusy i bakterie, zakażenie którymi promuje rozwój nowotworów. Zakażenie wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) może prowadzić do powstania raka szyjki macicy, raka prącia, a także raka gardła. Zakażenie wirusami zapalenia wątroby typu B i C (HBV i HCV) sprzyja rozwojowi raka wątroby. Natomiast infekcja bakterią *Helicobacter pylori* wiąże się ze zwiększonym ryzykiem rozwoju nowotworów żołądka.

Wzrost zachorowań na nowotwory związany jest też z wydłużaniem się czasu życia ludzi. Częstość występowania nowotworów złośliwych rośnie bowiem z wiekiem – im osoba starsza, tym większe prawdopodobieństwo, że zachoruje na raka.

Generalnie można stwierdzić, że obecny wzrost liczby zachorowań na nowotwory jest bezpośrednio spowodowany wzrostem liczebności populacji i jej starzeniem się, zwiększaniem oddziaływania niekorzystnych czynników środowiskowych oraz rozpowszechnianiem się zachowań sprzyjających rozwojowi nowotworów.

Co trzeba wiedzieć o organizacji badań diagnostycznych i leczenia onkologicznego

Anna Kowalczyk

Jak się rozpoznaje nowotwór

Podstawą rozpoznania nowotworu jest badanie fragmentu guza pod mikroskopem, tzw. badanie histopatologiczne. Jest ono niezbędne do określenia rodzaju guza, co pozwala na dobór odpowiedniego leczenia. Metody wykorzystywane do pobrania takiego fragmentu są różne i zależą od tego, gdzie znajduje się guz nowotworowy. Zostały one opisane w kolejnym podrozdziale dotyczącym badań wykorzystywanych do rozpoznawania nowotworów.

Jakie badania i dlaczego wykonuje się w przypadku podejrzenia nowotworu

Nowotwór zazwyczaj wywołuje objawy, które są przyczyną zgłoszenia się chorego do lekarza. Pierwszym bardzo ważnym elementem diagnostyki jest tzw. badanie podmiotowe, czyli rozmowa lekarza z chorym. Problemy, które zgłasza pacjent mogą czasem od razu nakierować lekarza na ich źródło. Przykładowo może to być guz, który chory wyczuł w jakimś miejscu swojego ciała albo zmiana na skórze. Charakterystycznym objawem nowotworu jest krwawienie z jakiegokolwiek części ciała, np. krwawienie z odbytu, krwawienie z dróg rodnych (poza regularnym krwawieniem miesięczkowym u kobiet przed menopauzą), krwiotłucie, krwawienie ze zmiany na skórze. Innym objawem może być również ciągły ból w jakiejś części ciała nieuzasadniony innymi przyczynami. Często jednak występują też objawy niecharakterystyczne, które mogą być związane z różnymi chorobami, np. chudnięcie, gorączka, przewlekłe zmęczenie.

Kolejnym krokiem jest badanie fizykalne, tzw. badanie przedmiotowe. Ważnym elementem tego badania jest dotykanie okolic ciała, w których występują węzły chłonne – jeśli są powiększone, twarde, może to świadczyć o ich zajęciu przez nowotwór. Osłuchiwanie i opukiwanie płuc może pozwolić na stwierdzenie płynu albo braku powietrza w części płuca. Dotykając brzucha, lekarz może stwierdzić np. powiększenie wątroby lub (rzadko) wyczuć guz nowotworowy przez powłoki brzuszne.

Jeśli w badaniu fizykalnym zostaną stwierdzone zmiany podejrzane o charakter nowotworowy lub jeśli lekarz nie znajduje w badaniu przedmiotowym żadnych zmian, ale objawy zgłaszane przez pacjenta wzbudzają niepokój onkologiczny, zazwyczaj kieruje pacjenta na tzw. badania dodatkowe. Mogą to być badania krwi albo badania obrazowe.

Powszechne jest przekonanie, że nowotwór rozpoznaje się na podstawie markerów nowotworowych wykrywanych we krwi. Niestety nie ma uniwersalnego markera, który pozwala stwierdzić chorobę nowotworową. Istnieje kilka markerów, które mogą być przydatne w rozpoznaniu niektórych nowotworów, np. raka jajnika albo raka jelita grubego, jednak często ich stężenia mogą mieścić się w granicach normy mimo istnienia zaawansowanej choroby nowotworowej lub być podwyższone (np. w przypadku zakażeń) bez żadnego związku z nowotworem. Bardziej przydają się po zakończeniu leczenia, przy badaniach kontrolnych. Służą wtedy do oceny, czy nie dochodzi do nawrotu choroby.

Ważnym elementem diagnostyki są badania obrazowe, które mogą uwidocznić, gdzie w ciele znajduje się nowotwór. Badania obrazowe wykonuje się w zakładach lub pracowniach radiologicznych. Zazwyczaj na początku lekarz zleca proste badania, takie jak badanie rentgenowskie klatki piersiowej (RTG) czy badanie ultrasonograficzne (USG) jamy brzusznej lub innych okolic ciała, w których poszukuje nowotworu. Do badania zmian w piersiach stosuje się mammografię lub USG piersi. Zazwyczaj na te badania i ich wyniki nie trzeba długo czekać.

Na pozostałe badania, często niezbędne do rozpoznania nowotworu, czas oczekiwania jest dłuższy. Żeby uniknąć długiego oczekiwania na badanie pacjenci z podejrzeniem choroby nowotworowej obecnie mogą uzyskać kartę DiLO (diagnostyki i leczenia onkologicznego), tzw. zieloną kartę. Taką kartę zakłada zazwyczaj lekarz rodzinny i kieruje chorego bezpośrednio na badania lub do odpowiedniego specjalisty, który je zleci. Karta pozwala na wykonanie potrzebnych badań diagnostycznych w krótkim czasie.

Ważnym i często wykonywanym badaniem w rozpoznawaniu nowotworów jest tomografia komputerowa (TK). Jest to badanie wykorzystujące promieniowanie rentgenowskie, potencjalnie szkodliwe, dlatego konieczna jest przemyślana decyzja i skierowanie na to badanie. Na skierowaniu konieczne jest określenie, która okolica ma być zbadana, np. mózgowie, klatka piersiowa, jama brzuszna lub miednica. Zazwyczaj takie badanie wymaga podania dożylnego środka kontrastowego, co jest niezbędne do rozróżnienia poszczególnych struktur anatomicznych. Do podania kontrastu konieczne jest wcześniejsze potwierdzenie, czy nerki są na tyle wydolne, aby po badaniu wydalić kontrast z organizmu (badanie krwi z oznaczeniem stężenia kreatyniny). Badanie bez podania kontrastu ma znacznie ograniczoną wartość. Widać na nim wiele zlewających się ze sobą struktur w bardzo podobnych odcieniach szarości, trudno jest odróżnić np. przerzuty do węzłów chłonnych i prawidłowe naczynia krwionośne. Bez podania kontrastu zazwyczaj nie można też stwierdzić, czy występują np. przerzuty do wątroby. Zwykle na wynik badania TK trzeba poczekać kilka lub kilkanaście dni.

Innym badaniem obrazowym jest rezonans magnetyczny (MR), w którym nie stosuje się promieniowania jonizującego, ale również zazwyczaj wymagane jest podanie dożylnego środka kontrastującego. Badanie trwa kilkadziesiąt minut (tym dłużej, im więcej okolic ciała jest badanych), ważna jest współpraca chorego, który

przez czas badania powinien leżeć nieruchomo. Poruszenie się w trakcie badania spowoduje, że obraz będzie niewyraźny i badanie nie będzie przydatne. Rezonans najczęściej jest wykonywany do oceny mózgowia, twarzoczaszki, narządów jamy brzusznej i miednicy. Do obrazowania struktur klatki piersiowej w onkologii badaniem z wyboru jest TK.

Badania TK i MR nie pozwalają na dokładną ocenę przewodu pokarmowego, do jego oceny służą badania endoskopowe, np. gastroscopia do oceny przełyku i żołądka oraz kolonoskopia do oceny jelita grubego.

Badanie PET (pozytonowej tomografii emisyjnej) wykorzystuje zwiększone przetwarzanie glukozy przez komórki szybko dzielące się, np. nowotwór. Do wykonania badania niezbędne jest dożylnie podanie pierwiastka promieniotwórczego połączanego z glukozą. Obraz może być zafałszowany, jeżeli w ciele są jakieś zmiany, które się goją, np. blizny po zabiegach. Badanie nie jest wystarczająco czułe, by wykryć zmiany o średnicy poniżej 1 cm. Nie jest również właściwe do określenia, czy guz nowotworowy nacieka inne struktury anatomiczne. Obecnie wykonuje się prawie wyłącznie badanie PET-TK (połączenie pozytonowej tomografii emisyjnej z tomografią komputerową), chociaż potocznie nadal używa się zazwyczaj skrótu PET.

W przypadku podejrzenia przerzutów do kości wykonuje się scyntyografię kości. Badanie również wymaga dożylnego podania pierwiastka promieniotwórczego.

Badania z wykorzystaniem środka promieniotwórczego są wykonywane w zakładach medycyny nuklearnej. Są one znacznie mniej dostępne i czas oczekiwania jest dłuższy. Po badaniach z podaniem środka kontrastowego, który wydziela promieniowanie (tj. scyntygrafia kości, PET) obowiązują specjalne środki ostrożności, tj. unikanie kontaktu z innymi osobami, przede wszystkim z kobietami w ciąży i małymi dziećmi, do czasu eliminacji środka promieniotwórczego z organizmu (zgodnie z zaleceniami przez personel wykonujący badanie).

Wyniki badań obrazowych, takich jak RTG, USG, TK, MR, PET składają się z opisu badania na papierze oraz z obrazków badania, które kiedyś były umieszczane na kliszach, a obecnie najczęściej zapisywane są na płytach CD. Do podjęcia decyzji o leczeniu, szczególnie przez chirurga lub onkologa-radioterapeutę, konieczne jest obejrzenie obrazków badania. Obrazki badania są zazwyczaj dostępne w systemie komputerowym szpitala, jednak systemy komputerowe oddzielnych placówek nie są połączone, więc na konsultację w innej placówce należy dostarczyć zarówno dokumenty, jak i płytę CD.

Dobór badań zależy od problemu, z jakim zgłasza się chory oraz od wyników zleczanych uprzednio badań. Czasem wynik badania nie jest jednoznaczny, wówczas należy wykonać inne badanie lub powtórzyć to samo badanie po pewnym czasie.

Wykonywanie badań diagnostycznych ma sens tylko wtedy, gdy ich wynik będzie miał wpływ na decyzje terapeutyczne i los chorego. Jeśli badanie nie jest konieczne, nie wnosi niczego nowego, nie ma sensu go wykonywać, gdyż wiąże się to z narażaniem chorego na niepotrzebne i czasochłonne procedury oraz wydłuża czas oczekiwania innych osób na badania.

Jeśli w którymś z badań zostanie znaleziony guz nowotworowy, lekarz kieruje pacjenta na pobranie wycinka z guza do oceny mikroskopowej, tzw. biopsję. Jeśli zmian jest kilka, do biopsji wybierana jest najłatwiej dostępna zmiana uznana przez lekarza za reprezentatywną dla choroby.

Zależnie od lokalizacji zmiany wykonuje się biopsję cienkoigłową, biopsję gruboigłową lub pobiera się wycinek ze zmiany. Takie zabiegi wykonuje się po wcześniejszym podaniu miejscowego środka znieczulającego. Biopsja cienkoigłowa jest mniej inwazyjna, mniej bolesna oraz zazwyczaj pozwala na szybkie uzyskanie potwierdzenia mikroskopowego nowotworu (czas potrzebny do przygotowania pobranego materiału do oceny mikroskopowej jest krótszy), jednak zwykle nie pozwala na dokładne określenie typu nowotworu, co wiąże się z koniecznością skierowania chorego na kolejne badania i pobranie ilości materiału koniecznej do ustalenia precyzyjnego rozpoznania. Większa ilość materiału często pozwala na dokładniejszą ocenę.

Fragment tkanki jest utrwalany w odpowiednim płynie, najczęściej w formalinie, a następnie zatapiany w parafinie, co tworzy tzw. bloczek parafinowy. Następnie blok parafinowy jest cięty na cienkie skrawki, które są umieszczane na szkiełku mikroskopowym. Dopiero pod mikroskopem można stwierdzić z jakim typem choroby mamy do czynienia, a później zdecydować jak ją leczyć. Do oceny mikroskopowej konieczne jest odpowiednie wybarwienie komórek. Zazwyczaj po podstawowym barwieniu komórek wymagane są dodatkowe barwienia (dobrane na podstawie pierwszej oceny pod mikroskopem z podstawowym barwieniem), barwniki są wlewane na szkiełko mikroskopowe. Na odpowiednie wybarwienie preparatu potrzeba kilku lub kilkunastu godzin. Techniczna obróbka materiału może trwać kilka dni. Ze względu na czas potrzebny na różne barwienia (tzw. badania immunohistochemiczne) na wynik rozpoznania nowotworu czasem trzeba poczekać kilka lub kilkanaście dni. W niektórych placówkach ze względu na przesyłanie preparatów do innego ośrodka na wynik badania trzeba czekać kilka tygodni.

Co to są badania przesiewowe

Badania przesiewowe są stosowane, żeby wykryć nowotwór wcześniej, zanim wystąpią jego objawy. Mają na celu zmniejszenie liczby zgonów z powodu nowotworów. Badania przesiewowe są prowadzone w onkologii od lat 60. XX wieku. Wówczas Światowa Organizacja Zdrowia zaleciła stosowanie tych badań w poszukiwaniu raka piersi, raka szyjki macicy i raka jelita grubego. Te zalecenia są aktualne do dziś, nieco zmieniły się jedynie stosowane metody diagnostyczne. Nie udowodniono, że regularne wykonywanie innych badań u osób bez objawów choroby wpływa na zmniejszenie liczby zgonów z powodu nowotworów, stąd nie są one zalecane.

Badania przesiewowe są przeznaczone dla osób zdrowych, bez objawów charakterystycznych dla danej choroby. Należy pamiętać, że ból piersi, kłucie w piersi czy tkliwość piersi nie są objawami charakterystycznymi dla raka piersi, charakterystycznym objawem jest stwierdzenie twardego, niebolesnego guza w piersi. Krwawienie z odbytu lub stwierdzenie niedokrwistości (anemii) są objawami charakterystycznymi dla raka jelita grubego, osoby z takimi objawami nie powinny być kierowane na badania przesiewowe, które są zarezerwowane dla osób bez objawów choroby. Badania przesiewowe wykonywane są w grupach wiekowych, w których prawdopodobieństwo wykrycia konkretnego raka jest największe.

Jakie badania przesiewowe są dostępne w Polsce

W ramach Narodowego Programu Zwalczania Nowotworów w Polsce są dostępne badania przesiewowe wykonywane w poszukiwaniu raka piersi, raka szyjki macicy i raka jelita grubego. W celu ich wykonania osoba spełniająca kryteria kwalifikacji do programu powinna się zgłosić do placówki medycznej, która ma podpisaną umowę z NFZ na świadczenie takich usług. Zazwyczaj takie wiadomości są podane pod postacią ogłoszeń np. na ścianach danej jednostki, albo dostępne na stronach internetowych placówek i lokalnego NFZ-u. Należy pamiętać, że są to badania zaplanowane dla osoby bez objawów choroby, stąd badanie może nie być dostępne „od ręki”. Również na wyniki takich badań (np. mammografii) trzeba czasem poczekać kilka tygodni. Jeśli występują objawy sugerujące chorobę nowotworową, badania powinny być wykonywane w innym trybie (na podstawie skierowania od lekarza), wówczas termin oczekiwania na badanie i jego wynik powinien być krótszy.

W ramach badań przesiewowych w kierunku raka piersi mammografia powinna być wykonywana co 2 lata u kobiet w wieku 50–69 lat. Podczas badania mammograficznego wymagane jest uciśnięcie piersi pomiędzy plastikowymi płytkami, co dla niektórych kobiet może wiązać się z bólem. Uciśnięcie piersi jest konieczne, żeby obraz radiologiczny piersi był wyraźny. Badanie trwa bardzo krótko, zazwyczaj wykonywane są 2 zdjęcia w 2 różnych ułożeniach każdej piersi. Wynik badania jest zazwyczaj kilkuzdaniowy, tak że powinien być łatwo zrozumiany przez pacjentkę. Jeśli nie stwierdzono zmiany charakterystycznej dla nowotworu złośliwego lub budzącej jego podejrzenie, takie zdanie widnieje na wyniku wraz z zaproszeniem na kolejne badanie za 2 lata. Jeśli badanie wykazało niepokojącą zmianę, na wyniku badania będzie napisane, gdzie należy się zgłosić na dalszą diagnostykę wraz z adresami placówek. Nie udowodniono, że wykonywanie mammografii u kobiet poniżej 50. roku życia lub po 70. roku życia bez objawów choroby nowotworowej zmniejsza liczbę zgonów z powodu raka piersi. Badanie mammograficzne nie może być zastąpione badaniem USG piersi, nie udowodniono, że jego wykonywanie u kobiet bez objawów obniża umieralność z powodu raka piersi.

W ramach badań przesiewowych w kierunku raka szyjki macicy kobiety w wieku 25–59 lat powinny mieć wykonywane badanie cytologiczne co 3 lata. Takie badanie odbywa się w Poradni Ginekologicznej. Cytologia polega na pobraniu wymazu z szyjki macicy. Jest to badanie niebolesne, jedyny dyskomfort może być związany z wprowadzeniem plastikowego wziernika do pochwy, w celu uwidocznienia szyjki macicy. W przypadku nieprawidłowego wyniku cytologii kobieta zostanie skierowana do ginekologa, który podejmie dalszą diagnostykę i leczenie.

W ramach badań profilaktycznych w kierunku raka jelita grubego można wykonać badania kału na krew utajoną lub kolonoskopię. Badania powinny być wykonywane u osób po 50. roku życia, zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn. Badanie kału należy wykonywać co 1–2 lata. Nie wymaga ono żadnego specjalnego przygotowania. Należy jednak pamiętać, że badanie wykryje każdą krew, która dostanie się do przewodu pokarmowego, np. może ona pochodzić z krwawiących dziąseł, co spowoduje, że wynik badania będzie nieprawidłowy, mimo braku zmian w jelicie grubym.

Kolonoskopia jest badaniem dużo bardziej czułym, powinna być wykonywana co 10 lat. Do tego badania trzeba się dokładnie przygotować. Należy przez kilka dni stosować odpowiednią dietę, a w dniu poprzedzającym badanie przyjąć środki przeczyszczające, żeby ściana jelita była czysta, bez zalegających mas kałowych. Badanie polega na wprowadzeniu kamery umieszczonej na końcu specjalnego kabla zwanego kolonoskopem o średnicy około 1 cm przez odbyt do jelita grubego. Podczas badania oglądane jest całe jelito grube. W przypadku niewłaściwego oczyszczenia jelita zmiany w ścianie jelita mogą być niewidoczne, lub wręcz wykonanie badania może nie być możliwe. Mimo że badanie nie należy do przyjemnych, jest bardzo skuteczne i może pozwolić na wykrycie nowotworu w bardzo wczesnym stadium lub uchronić przed rozwojem nowotworu złośliwego poprzez usunięcie gruczolaków (zmian łagodnych, które z czasem mogłyby zmienić się w zmiany złośliwe). Jeśli obraz jelita grubego w kolonoskopii jest prawidłowy, badanie należy powtórzyć po 10 latach. Jeśli podczas badania zostanie stwierdzony gruczolak, zostanie on usunięty. Jeśli zostanie znaleziona zmiana, która jest zbyt duża do usunięcia w całości, zostanie z niej pobrany mały wycinek. Tkanki usunięte podczas badania zostaną przekazane do badania histopatologicznego w celu określenia charakteru zmiany (czy jest łagodna, czy złośliwa).

Wyżej wymienione badania przesiewowe są przeznaczone dla wszystkich osób spełniających kryteria (wiek, brak objawów choroby). Jeśli w rodzinie występowały choroby nowotworowe, które mogą być dziedziczne, np. rak piersi lub rak jelita grubego, wówczas zasady wykonywania badań przesiewowych są trochę inne – najlepiej udać się do poradni genetycznej, gdzie mogą zostać przeprowadzone badania genetyczne (o ile istnieją do tego wskazania). Należy pamiętać, że pierwszą osobą z rodziny, która powinna wykonać badania genetyczne, jest osoba chora – tylko wtedy, gdy u niej zostanie stwierdzony uszkodzony gen, badane są inne osoby z rodziny, aby sprawdzić, czy nie odziedziczyły tego genu. Należy pamiętać, że pewne nowotwory mogą występować rodzinnie, mimo że nie udaje się znaleźć uszkodzonego genu. Prostą i zazwyczaj skuteczną zasadą może być rozpoczęcie u osób obciążonych genetycznie wykonywania badań diagnostycznych 10 lat wcześniej niż wiek najmłodszej osoby w rodzinie, która zachorowała na dany nowotwór – przykładowo, jeśli w rodzinie na raka jelita grubego zachorowała osoba w 51. roku życia, kolonoskopię należy wykonać u osób spokrewnionych już po 40. roku życia. W takim przypadku badanie odbywa się na podstawie skierowania od lekarza.

Gdzie i przez kogo prowadzone jest leczenie onkologiczne

Kwalifikacja pacjentów do leczenia onkologicznego odbywa się zazwyczaj w poradni onkologicznej, następnie chory jest kierowany na odpowiedni oddział, prowadzący dane leczenie. W kolejce oczekujących na przyjęcie na oddział onkologiczny znajdują się wyłącznie chorzy, którzy zostali już zakwalifikowani do leczenia (lub procedury diagnostycznej, którą można wykonać wyłącznie na tym oddziale) przez lekarza prowadzącego leczenie danego typu. Lekarze rodzinni lub inni lekarze niezwiązani z leczeniem onkologicznym nie powinni kierować chorego na oddział onkologiczny, tylko do poradni onkologicznej, usprawnia to proces

kwalifikacji chorych oraz wybór odpowiedniego trybu leczenia. Do poradni onkologicznej można się też zgłosić bez żadnego skierowania.

W Polsce leczenie nowotworów jest prowadzone w regionalnych centrach onkologii, na oddziałach onkologicznych w szpitalach wielospecjalistycznych w większych miastach oraz w klinikach onkologicznych w szpitalach uniwersyteckich. Zazwyczaj takie miejsca są wyposażone w odpowiedni sprzęt potrzebny do realizacji wszystkich metod leczenia stosowanych w onkologii.

Leczenie onkologiczne jest prowadzone przez specjalistów reprezentujących metody, które mogą być wykorzystywane w leczeniu nowotworów. Ważną metodą leczenia onkologicznego jest chirurgia – zabiegi związane z nowotworami tarczycy, piersi, układu pokarmowego czy tkanek miękkich wykonuje chirurg onkologiczny. Niektóre zabiegi u chorych na nowotwory są wykonywane przez innych specjalistów, np. guzy mózgu usuwa neurochirurg, nowotwory w obrębie płuc chirurg klatki piersiowej (torakochirurg), nowotwory narządu rodne ginekolog, nowotwory układu moczowego (np. nerki, pęcherza moczowego) urolog, a nowotwory regionu twarzoczaszki i szyi (np. raki gardła, krtani, ślinianek) laryngolog. Do większości wyżej wymienionych specjalistów potrzebne jest skierowanie. Lekarze specjalizujący się w dziedzinach zabiegowych wykonują również zabiegi diagnostyczne, podczas których pobierany jest materiał do badania histopatologicznego, niezbędnego do rozpoznania nowotworu.

Leczenie systemowe (podawane dożylnie lub w postaci tabletek), w tym chemioterapię, immunoterapię, hormonoterapię, tzw. leki celowane, podaje najczęściej onkolog kliniczny. Niektóre z nowoczesnych leków onkologicznych stosowane są jedynie w ramach tzw. programów lekowych, dostępnych tylko w dużych ośrodkach. Chemioterapia i hormonoterapia może być również prowadzona w mniejszych ośrodkach, w mniejszych miejscowościach. W przypadku standardowej chemioterapii warto znaleźć ośrodek, który prowadzi takie leczenie najbliżej miejsca zamieszkania. W większości przypadków chemioterapia trwa kilka miesięcy i jest podawana w trybie ambulatoryjnym (bez hospitalizacji). Długie dojazdy np. co tydzień, czasem codziennie, mogą być męczące, szczególnie wtedy, gdy występują dolegliwości związane z chorobą lub leczeniem. Jeśli w innym ośrodku, który jest bardziej oddalony od miejsca zamieszkania pacjenta, istnieją inne, lepsze metody leczenia, którymi nie dysponuje lekarz w mniejszej placówce, na pewno lekarz skieruje chorego do odpowiedniego ośrodka, w którym takie leczenie jest możliwe. W mniejszych ośrodkach często czas oczekiwania na rozpoczęcie leczenia jest krótszy. W dużych ośrodkach powinny być leczone przede wszystkim nowotwory, które wymagają podawania leków dostępnych wyłącznie w takich miejscach oraz nowotwory rzadkie.

Radioterapię prowadzi specjalista radioterapii onkologicznej. To leczenie w większości przypadków może być prowadzone w trybie ambulatoryjnym, chorzy mogą przyjeżdżać na zabiegi z domu. Jeżeli pacjent mieszka daleko od ośrodka radioterapii, może na czas leczenia przebywać w specjalnie do tego przystosowanym hotelu. Hospitalizowani są wyłącznie chorzy, których stan ogólny nie pozwala na codzienne dojazdy na zabiegi, a także tacy, u których wystąpią powikłania leczenia wymagające całonocnej opieki personelu medycznego.

Co trzeba wiedzieć o leczeniu onkologicznym

Chirurgia

Monika Rucińska

Chirurgia stanowi podstawę leczenia nowotworów. Leczenie operacyjne polega na całkowitym usunięciu guza nowotworowego (np. usunięcie owrzodzenia będącego rakiem skóry) lub części fragmentu narządu wraz z guzem (np. usunięcie jednego z płatów płuca z guzem, usunięcie części piersi z guzem). Czasami konieczne jest usunięcie całego narządu wraz z guzem (np. usunięcie całej piersi z guzem, usunięcie nerki z guzem). Z jednej strony operacja onkologiczna musi być jak najbardziej radykalna, tj. powinno się usunąć guz nowotworowy z odpowiednio dużym marginesem zdrowych tkanek, żeby nie pozostawić komórek nowotworowych (dlatego konieczne bywa usuwanie całego narządu). Z drugiej jednak strony operacje onkologiczne powinny być jak najmniej okaleczające i jak najmniej obciążające dla chorego w sensie fizycznym i psychicznym. Współczesna chirurgia onkologiczna polega więc, o ile jest to tylko możliwe, na leczeniu oszczędzającym narządy. Unika się obecnie amputacji, chirurg stara się tak przeprowadzić zabieg, aby chory miał jak najmniej powikłań leczenia, a nawet żeby blizny były jak najmniejsze i jak najmniej widoczne.

Ważnym elementem operacji onkologicznych jest usuwanie okolicznych węzłów chłonnych. Węzły chłonne leżące w pobliżu guza nowotworowego są często pierwszym miejscem, do którego docierają komórki nowotworowe – gdy komórki nowotworowe zostaną stwierdzone w węzłach chłonnych, mówimy o przerzutach do węzłów chłonnych. Jeżeli przerzuty do najbliższych węzłów chłonnych zostaną stwierdzone za pomocą badań dodatkowych, zazwyczaj takie węzły usuwa się (np. węzły chłonne z dołu pachowego u kobiet z rakiem piersi). W niektórych przypadkach usuwa się okoliczne węzły chłonne nawet wtedy, gdy badania obrazowe nie potwierdzają obecności w nich przerzutów, ale z doświadczenia wiadomo, że mogą w nich być małe niewidoczne ogniska raka (np. węzły chłonne szyjne u chorych na raki gardła). Usunięcie węzłów chłonnych często wiąże się z wystąpieniem poważnego powikłania – obrzęku limfatycznego. Żeby uniknąć niepotrzebnego usuwania węzłów chłonnych, w niektórych sytuacjach stosuje się usuwanie tylko węzła/węzłów wartowniczych, czyli tych, które są pierwszymi na drodze komórek nowotworowych. Istnieją metody pozwalające na znalezienie ich i usunięcie tylko kilku węzłów. Jeżeli nie znajduje się w nich komórek nowotworowych w badaniu mikroskopowym, odstępuje się od usuwania pozostałych węzłów chłonnych, a tym samym maleje ryzyko wystąpienia obrzęku limfatycznego. Taką metodę stosuje się obecnie np. w przypadku operacji raka piersi.

Chirurgia może też być stosowana z powodzeniem przy leczeniu przerzutów. Istnieje możliwość usuwania przerzutów z różnych narządów, co czasami prowadzi do pełnego wyleczenia chorych (np. usuwanie przerzutów z wątroby w przypadku raka jelita grubego, usuwanie przerzutów z mózgu w przypadku raka płuca).

Wykonuje się też liczne operacje paliatywne, które nie mają na celu wyleczenia, ale mogą znacznie poprawić stan chorego, zmniejszyć dolegliwości, ułatwić życie. Do takich zabiegów zalicza się np. wprowadzanie cewników do karmienia bezpośrednio do żołądka (np. w przypadku raka przełyku), odprowadzenie moczu bezpośrednio z nerki (np. w przypadku raka moczowodu czy pęcherza moczowego) oraz leczenie ortopedyczne złamań patologicznych kości (w przypadku przerzutów do kości).

Radioterapia

Monika Rucińska

Radioterapia stanowi jedną z podstawowych metod terapii nowotworów złośliwych. Większość chorych na nowotwory jest leczonych tą metodą. Radioterapia jest leczeniem miejscowym, czyli działa tylko w tym miejscu organizmu, na które jest skierowana. Polega na wykorzystaniu promieniowania jonizującego w celu zahamowania wzrostu i niszczenia komórek nowotworowych. Promieniowanie wywołuje liczne uszkodzenia w komórkach, co ostatecznie prowadzi do obumierania komórek, a tym samym do niszczenia guza.

W leczeniu nowotworów wykorzystuje się promieniowanie elektromagnetyczne (promieniowanie X, czyli rentgenowskie, i promieniowanie α) oraz promieniowanie korpuskularne, inaczej zwane cząsteczkowym (promieniowanie β , czyli elektrony oraz znacznie rzadziej inne cząstki, tj. neutrony, protony). Historia leczenia promieniami rozpoczęła się od odkrycia 1895 roku przez W.C. Roentgena promieniowania jonizującego, nazwanego później od jego nazwiska rentgenowskim lub X. Już w tym samym roku w Chicago po raz pierwszy wykorzystano promieniowanie X w celu leczenia chorej na raka piersi. W 1898 roku Maria Skłodowska-Curie wraz z mężem Piotrem Curie opublikowali wyniki swoich badań nad naturalną promieniotwórczością, czego efektem było wykrycie nowych pierwiastków – polonu i radu. Odkrycie to również bardzo szybko zostało wykorzystane w praktyce klinicznej – w 1901 roku miało miejsce pierwsze użycie radu w leczeniu chorych na nowotwory (w Paryżu i w Monachium).

Radioterapia polega na napromienianiu guza nowotworowego do odpowiednio dużej dawki, co ma doprowadzić do zniszczenia komórek nowotworowych. Zaplanowaną dawkę promieniowania podaje się zazwyczaj w małych porcjach zwanych frakcjami. Najczęściej stosuje się podawanie jednej dawki frakcyjnej raz dziennie przez 5 kolejnych dni w tygodniu. W szczególnych przypadkach stosuje się inne schematy leczenia, np. napromienianie wykonuje się przez 6 kolejnych dni lub 2 razy dziennie podając odpowiednio mniejszą dawkę frakcyjną. W innych sytuacjach podaje się większą dawkę jednorazową, ale za to rzadziej niż raz dziennie, np. 2–3 razy w tygodniu. Radioterapia może być stosowana z założeniem uzyskania całkowitego wyleczenia – takie leczenie trwa długo (od 3 do 8 tygodni).

Jeżeli nie ma możliwości wyleczenia choroby, radioterapię stosuje się jako leczenie zmniejszające nasilenie niekorzystnych objawów wywołanych przez nowotwór (np. ból, krwawienie) – takie leczenie trwa krócej (1–2 tygodnie, a nawet może być to tylko jednorazowe napromienienie).

Radioterapię można w niektórych sytuacjach klinicznych stosować jako jedyne leczenie radykalne, ponieważ czasami jest równie skuteczna jak leczenie chirurgiczne (np. w wybranych przypadkach raka krtani czy raka gruczołu krokowego). Częściej jednak radioterapia jest częścią skojarzonego wieloetapowego leczenia onkologicznego. Radioterapia może być stosowana przed leczeniem operacyjnym (np. w niektórych przypadkach rak odbytnicy) lub częściej po leczeniu operacyjnym (np. w większości przypadków raka piersi). Radioterapia kojarzona jest też z chemioterapią – może być stosowana po chemioterapii lub równocześnie z nią (np. w rakach gardła czy rakach płuca).

Obecnie do aplikowania promieniowania stosowane są najczęściej tzw. przyspieszacze liniowe, czyli aparaty produkujące promieniowanie X o wysokiej energii – leczenie przy ich użyciu nazywamy teleradioterapią. Leczenie prowadzone jest z bardzo dużą precyzją, tak by duża dawka była zdeponowana jedynie w guzie nowotworowym, natomiast sąsiadujące z nowotworem zdrowe narządy i tkanki otrzymały możliwie jak najmniejszą dawkę. W trakcie leczenia pacjent musi leżeć na stole terapeutycznym w ustalonej wcześniej pozycji, nieruchomo, czasami konieczne jest zastosowanie odpowiednich podpórek, materaców unieruchamiających, masek termoplastycznych. Ułożenie, które przy każdym napromienianiu będzie powtarzane, ustala się w czasie przygotowywania do napromieniania. Wtedy też wykonuje się tomografię komputerową, na podstawie której przy pomocy specjalnych systemów komputerowych planuje się leczenie. Samo leczenie trwa krótko – około 15 minut. Czas, w którym promieniowanie oddziałuje na guz to około 2 minuty. Czasami do leczenia pacjent musi być specjalnie przygotowany, np. zaleca się odpowiednią dietę, odpowiednie wypełnienie pęcherza moczowego. W pewnych sytuacjach napromienia się pacjenta tylko w odpowiedniej fazie oddechu, polecając np. wstrzymać oddech. W trakcie radioterapii pacjent pozostaje sam w pomieszczeniu z akceleratorem, ale jest cały czas obserwowany za pomocą systemu kamer, jest też utrzymany kontakt słowny z personelem.

Innym rodzajem radioterapii jest brachyterapia. Brachyterapia polega na umieszczeniu źródła promieniowania, którym jest pierwiastek promieniotwórczy (kiedyś rad, obecnie np. ces lub iryd) w pobliżu guza lub wręcz w samym guzie. Takie leczenie stosuje się np. w nowotworach ginekologicznych – odpowiednie aplikatory umieszcza się w pochwie i/lub macicy. Inne aplikatory z pierwiastkiem promieniotwórczym można wykorzystywać np. w leczeniu raka płuca. W przypadku raka piersi można zastosować brachyterapię polegającą na wkłuciu specjalnych aplikatorów w miejsce po usuniętym guzie. W przypadku raka skóry są do dyspozycji jeszcze inne aplikatory, które kładzie się na zmianę nowotworową. Takie leczenie trwa też około 15 minut i powtarza się je zazwyczaj kilkakrotnie w odstępach kilkudniowych.

Teleradioterapia jest całkowicie bezbolesna. W przypadku brachyterapii aplikowanie źródła promieniowania odbywa się w odpowiednim znieczuleniu, a samo leczenie także nie jest bolesne.

Pacjent poddawany radioterapii nie stanowi żadnego zagrożenia dla innych osób i może normalnie uczestniczyć w życiu rodzinnym i społecznym. Leczenie może odbywać się w trybie ambulatoryjnym lub szpitalnym. Generalnie pacjent nie musi przebywać w szpitalu, może być w domu i może codziennie sam przychodzić na leczenie. W trakcie leczenia można też normalnie pracować, o ile uda się skoordynować czas potrzebny na przybycie do ośrodka leczącego z czasem pracy.

Leczenie systemowe

Barbara Radecka

Systemowe leczenie nowotworów polega na stosowaniu działających ogólnoustrojowo leków przeciwnowotworowych. Takie leki mogą bezpośrednio niszczyć komórki nowotworowe, blokować powstawanie nowych komórek nowotworowych lub działać poprzez pobudzanie układu odpornościowego pacjenta do zwalczania nowotworu. Po wprowadzeniu do organizmu docierają wraz z krwią do każdej części ciała i mogą oddziaływać na komórki nowotworowe. Do leczenia systemowego zaliczamy chemioterapię, hormonoterapię, terapie molekularnie celowane oraz immunoterapię. Leczenie systemowe obejmuje także stosowanie leków wspomagających, np. przeciwwymiotnych lub poprawiających tworzenie i dojrzewanie komórek krwi.

Leki przeciwnowotworowe w większości są podawane dożylnie. Aby zapewnić równomierne dawkowanie leku, jest on podawany przez komputerowo sterowany dozownik, zwany pompą. Często praktyką jest wszczepienie pod skórę portu naczyniowego, który jest formą długoterminowego i stałego dostępu do dużego naczynia żylnego. Port składa się z komory (małego metalowego zbiorniczka o średnicy około 2 cm) przykrytej samouszczelniającą się silikonową membraną. Z komorą połączony jest elastyczny cewnik, który podczas wszczepiania portu zostaje wprowadzony do dużej żyły (zazwyczaj jest to żyła główna górna). Położenie końcówki cewnika po założeniu portu jest kontrolowane poprzez wykonanie zdjęcia RTG lub USG. Port naczyniowy stanowi ułatwienie dla pacjenta i personelu medycznego, poprawia komfort leczenia i zmniejsza ryzyko powikłań związanych z dożylnym podawaniem leków. Należy jednak podkreślić, że założenie portu nie jest warunkiem niezbędnym do dożylnego podawania leków przeciwnowotworowych.

Coraz częściej leki przeciwnowotworowe podawane są też doustnie. Ta droga przyjmowania leków ma wiele zalet, jest traktowana jako bardziej przyjazna dla chorych, a terapia może być prowadzona w warunkach domowych. Ma to ogromne znaczenie dla chorych leczonych przewlekłe, przez wiele miesięcy, a nawet lat. Doustne leczenie wymaga jednak od pacjentów dużej dyscypliny, leki bowiem muszą być stosowane regularnie i zgodnie z zaleceniami.

Niektóre leki podawane są podskórnie, domięśniowo, a nawet w postaci czopków.

Zdecydowana większość leków przeciwnowotworowych występuje w jednej postaci, tylko niektóre z nich występują w kilku postaciach. Leki przeciwnowotwo-

rowe mogą być stosowane codziennie, co tydzień lub co kilka tygodni. Większość leków może być podawana w trybie jednodniowym/ambulatoryjnym (pacjent nie musi nocować w szpitalu), niektóre mogą być stosowane w domu, a niektóre powinny być podawane podczas kilkudniowej hospitalizacji.

Leczenie systemowe może polegać na stosowaniu jednej z wymienionych metod lub na skojarzeniu, np. chemioterapii z hormonoterapią lub chemioterapii z immunoterapią. W wielu przypadkach leczenie systemowe jest łączone z miejscowym – chirurgią lub radioterapią. Poszczególne metody stosowane są wówczas jednocześnie lub w określonej kolejności.

Dosyć częstą praktyką jest podanie leczenia systemowego po operacji. Ma to na celu zniszczenie komórek nowotworowych, które mogły pozostać w organizmie po zabiegu, aby zapobiec nawrotowi choroby w przyszłości. Leczenie systemowe jest wówczas nazywane uzupełniającym lub adjuwantowym (łac. *adiuvare* – wspomagam). Przykładem takiego leczenia jest chemioterapia po operacji raka jelita grubego czy raka płuca, a także chemioterapia, hormonoterapia oraz immunoterapia po operacji raka piersi. Leczenie systemowe stosowane przed zabiegiem operacyjnym lub radioterapią ma zazwyczaj na celu zmniejszenie wymiarów guza. Jest ono wówczas nazywane wstępnym lub neoadjuwantowym. Przykładem jest chemioterapia poprzedzająca operację z powodu raka piersi lub mięsaka tkanek miękkich, chemioterapia przed radioterapią z powodu raka płuca, czy hormonoterapia poprzedzająca radioterapię z powodu raka gruczołu krokowego. Systemowe leczenie adjuwantowe i neoadjuwantowe jest częścią leczenia radykalnego, czyli stosowanego w celu wyleczenia chorego.

Bardzo szerokie zastosowanie leczenia systemowego ma miejsce w przypadku nowotworów zaawansowanych, z przerzutami do różnych narządów. Wyleczenie jest wtedy zazwyczaj niemożliwe, a leczenie systemowe może spowolnić przebieg choroby, złagodzić dolegliwości związane z chorobą, a niejednokrotnie pozwala znacząco wydłużyć życie. Takie leczenie systemowe, które z założenia nie prowadzi do wyleczenia, jest nazywane paliatywnym. Zależnie od typu nowotworu stosuje się w takich sytuacjach chemioterapię, hormonoterapię, terapie molekularnie celowane oraz immunoterapię jako metody pojedyncze lub w różnych skojarzeniach. Często zdarza się, że w miarę trwania paliatywnego leczenia jego skuteczność się wyczerpuje. Wówczas można podjąć próbę zmiany leczenia na inne (np. zmiana jednego schematu chemioterapii na inny czy zmiana hormonoterapii na chemioterapię). Postępowanie polegające na stosowaniu kolejnych linii leczenia jest nazywane w onkologii sekwencyjnym.

Dla każdego pacjenta jest ustalany indywidualny plan postępowania, oparty na zaleceniach i rekomendacjach medycznych towarzystw naukowych. Uwzględnia on szereg czynników, nie tylko typ nowotworu, wielkość i lokalizację guza, ale także ogólną sprawność pacjenta, choroby towarzyszące czy wcześniejsze leczenie przeciwnowotworowe. Podczas ustalania strategii leczenia ważne są także preferencje pacjenta oraz współpraca z nim i jego bliskimi.

Leki przeciwnowotworowe podane choremu nie są szkodliwe dla osób przebywających w jego otoczeniu.

Chemioterapia

Chemioterapia polega na stosowaniu syntetycznych substancji chemicznych niszczących komórki nowotworowe. Jest znana od lat 40. XX wieku. Leki stosowane w chemioterapii są nazywane cytostatykami. Mają różne mechanizmy działania, ale ich wspólną cechą jest to, że działają przede wszystkim na dzielące się komórki. W ciele człowieka znajduje się także wiele zdrowych komórek, które stale się dzielą (np. komórki szpiku kostnego, błon śluzowych przewodu pokarmowego, skóry, cebulek włosów) i one także mogą być uszkodzane lub nawet niszczone przez cytostatyki. Z tego wynika większość niepożądanych objawów chemioterapii. Zazwyczaj komórki nowotworowe są tymi, które rosną i dzielą się najszybciej, zatem chemioterapia jest wobec nich bardziej „zabójcza” niż wobec komórek zdrowych.

Leki chemiczne mogą być stosowane pojedynczo lub w kilkulekowych połączeniach, zwanych schematami. Takie wielolekowe schematy są zazwyczaj skuteczniejsze niż pojedyncze leki, ale są również bardziej toksyczne. Nowotwory wykazują różną wrażliwość na chemioterapię. Nieliczne (białaczki, chłoniaki) można wyleczyć stosując wyłącznie chemioterapię. W leczeniu większości nowotworów chemioterapia jest jedną z metod leczenia skojarzonego.

Cytostatyki są zazwyczaj podawane dożylnie. Niektóre z nich występują w postaci doustnej. Czasami mogą być podawane do tętnic doprowadzających krew bezpośrednio do guza. W wybranych sytuacjach klinicznych cytostatyki można wprowadzać do jam ciała – jamy otrzewnej czy jamy opłucnej, a także do płynu mózgowo-rdzeniowego (tzw. chemioterapia dooponowa).

Chemioterapia adjuwantowa lub neoadjuwantowa (skojarzona z chirurgią lub radioterapią) trwa zazwyczaj 3–6 miesięcy. Chemioterapia paliatywna jest stosowana do momentu, gdy pozwala kontrolować przebieg choroby i jest względnie dobrze tolerowana. Czas jej trwania nie jest ściśle określony, może być stosowana kilka miesięcy, rok, a nawet dłużej.

Leczenie hormonalne

Leczenie hormonalne, zwane także hormonoterapią, obejmuje stosowanie leków, które zmieniają stężenie lub działanie hormonów. Hormony to substancje chemiczne wytwarzane w różnych tkankach i wyspecjalizowanych narządach zwanych gruczołami dokrewnymi. Hormony tkankowe działają zwykle w miejscu wytwarzania, natomiast produkowane w gruczołach są rozprowadzane z krwią po całym organizmie i mają wpływ także na odległe narządy. Hormony regulują (aktywują lub hamują) procesy fizjologiczne narządów. Mogą także wpływać na podziały komórek, zarówno zdrowych, jak i nowotworowych. Hormony działają na komórki docelowe poprzez receptory, czyli pewne białka znajdujące się na powierzchni lub wewnątrz komórki. Każda komórka ma różne receptory, które służą jej do komunikowania się z otoczeniem, czyli innymi komórkami, przestrzenią międzykomórkową lub naczyniami krwionośnymi. Obrazowo możemy receptory określić jako „oczy i uszy komórki”, dzięki którym odbiera ona różne bodźce i sygnali.

Wzrost i rozwój niektórych nowotworów ściśle zależy od stężenia określonych hormonów. Mowa tutaj o większości raków piersi (tzw. podtyp hormonozależny),

raku trzonu macicy, jajnika, gruczołu krokowego i raku tarczycy. W przypadku tych nowotworów stosuje się leczenie hormonalne. Leki hormonalne mogą blokować wspomniane receptory, uniemożliwiając działanie naturalnego hormonu na komórkę nowotworową. Mogą także hamować produkcję niektórych hormonów w organizmie, redukując tym samym ich wpływ na komórki nowotworowe.

Hormonoterapia ma zastosowanie na różnych etapach choroby nowotworowej. Może być składową leczenia radykalnego, np. jako hormonoterapia uzupełniająca (adjuwantowa) po operacji z powodu raka piersi lub jako hormonoterapia skojarzona z radioterapią w leczeniu wczesnego raka prostaty. Bardzo często jest stosowana jako paliatywne leczenie przeciwnowotworowe. Charakteryzuje się dobrą tolerancją i względnie niską toksycznością, co ma ogromne znaczenie w przypadku długotrwałego leczenia. W paliatywnym leczeniu chorych na nowotwory hormonozależne często ma miejsce sekwencyjne stosowanie różnych leków hormonalnych, bowiem w przypadku uzyskania dobrych efektów pierwszej linii hormonoterapii, zazwyczaj obserwuje się również skuteczność kolejnych linii. Leczenie hormonalne jest zazwyczaj długotrwałe, może być skuteczne nawet przez kilka lat. Większość przeciwnowotworowych leków hormonalnych ma postać tabletek i jest przyjmowana doustnie, a niektóre z nich są podawane w postaci wstrzyknięć domięśniowych.

Czasami leki hormonalne są stosowane jako leczenie wspomagające w celu złagodzenia objawów choroby nowotworowej.

Terapie molekularnie celowane

Leki molekularnie celowane to różne substancje chemiczne oddziałujące na określone cząsteczki (molekuły) obecne w komórce i regulujące procesy jej wzrostu, rozwoju i podziału na komórki potomne. Odkrycie tych cząsteczek i ich znaczenia w życiu komórki stało się możliwe dzięki postępowi w zakresie biologii molekularnej, genetyki i biotechnologii. Naukowcom udało się zgromadzić wiedzę o przebiegu procesów biologicznych w komórce i możliwościach sterowania tymi procesami. Wiedza ta stanowi podstawę terapii molekularnie celowanej.

Należy podkreślić, że większość tych ważnych cząsteczek jest obecna zarówno w komórkach zdrowych, jak i nowotworowych, jednak w komórkach nowotworowych ich stężenie lub aktywność są nieprawidłowo wysokie lub niskie, co przekłada się na szybkie namnażanie się komórek nowotworowych. Podczas gdy w prawidłowych komórkach procesy wzrostu i namnażania pozostają w równowadze, to w komórkach nowotworowych ta równowaga jest zachwiana. Leki molekularnie celowane mogą ją przywracać. Leki te „pasują” do swoich celów molekularnych jak klucz do zamka. Jedna mała cząsteczka leku może zablokować nieprawidłowe procesy życiowe komórki. Po pewnym czasie nowotwór potrafi jednak czasem wykształcić nowy mechanizm, który pozwala „obejść blokadę” i wznowić w komórce procesy wzrostu i namnażania. Większość odkryć, które stały się podstawą do stworzenia terapii celowanych miała miejsce pod koniec XX wieku. Od początku XXI wieku systematycznie zwiększa się liczba nowych leków molekularnie celowanych i mają one coraz szersze zastosowanie. Leki te możemy podzielić na dwie kategorie:

- przeciwciała monoklonalne – są to duże cząsteczki białkowe działające na receptory na błonie komórek; z uwagi na wielkość cząsteczek są podawane w postaci dożylniej lub podskórnej;
- inhibitory kinaz – są to małe cząsteczki działające na różne białka wewnątrz komórki; zazwyczaj są lekami doustnymi.

Obecnie leki molekularnie celowane są stosowane w leczeniu zarówno nowotworów występujących często (rak płuca, rak piersi), jak i rzadszych (rak nerki, czerniak, mięsak, białaczki i chłoniaki).

Immunoterapia

Immunoterapia, w przeciwieństwie do opisanych powyżej metod, nie działa bezpośrednio na komórki nowotworowe. Jej istotą jest pobudzenie układu odpornościowego do zwalczania choroby. Układ odpornościowy, zwany także immunologicznym, to bardzo skomplikowany system narządów, komórek, białek i innych substancji, których zadaniem jest obrona organizmu przed różnymi zagrożeniami (np. wirusami, bakteriami, truciznami). Do takich zagrożeń należą także nowotworowo zmienione komórki, zdolne do szybkiego namnażania się. Prawidłową pracę układu odpornościowego zapewnia równowaga pomiędzy jego pobudzeniem i hamowaniem. Na wczesnym etapie rozwoju nowotworu sprawny układ immunologiczny dobrze kontroluje ten proces, niszcząc nieprawidłowe komórki. Nowotwór stara się jednak wymknąć spod tego immunologicznego nadzoru i produkuje substancje, których zadaniem jest oszukanie komórek odpornościowych i hamowanie ich zdolności obrony, co zaburza równowagę w układzie odpornościowym. Leki immunologiczne, zwane także immunokompetentnymi, mają za zadanie odblokować komórki odpornościowe i przywrócić im zdolność rozpoznawania nowotworu i niszczenia go.

Immunoterapia to metoda, która obecnie bardzo szybko się rozwija. Pierwszy lek immunokompetentny został dopuszczony do obrotu w 2011 roku, a dziś immunoterapia jest stosowana w codziennej praktyce m.in. u chorych na czerniaka, raka nerki, raka płuca, chłoniaka Hodgkina oraz nowotwory głowy i szyi. Spektrum nowotworów, w których immunoterapia może być zastosowana, systematycznie się poszerza.

Badania kliniczne

Barbara Radecka

Badanie kliniczne to badanie prowadzone z udziałem ludzi, które ma na celu ocenę skuteczności i bezpieczeństwa nowych metod zapobiegania poszczególnym chorobom, ich diagnozowania lub leczenia.

Z punktu widzenia prawa badanie kliniczne jest rodzajem eksperymentu badawczego o ściśle określonych regułach i zasadach przeprowadzania.

Postęp w medycynie jest możliwy dzięki odkryciom nauk podstawowych (m.in. biologii, biochemii, fizjologii, biotechnologii, biomatematyki i mikrobiologii).

Takie odkrycia są następnie poddane bardzo wnikliwej i starannej ocenie w badaniach przedklinicznych, prowadzonych na komórkach (tzw. badania *in vitro*) i na zwierzętach (tzw. badania *in vivo*). Metody diagnostyczne lub substancje, które roszą największe nadzieje na skuteczne i bezpieczne zastosowanie są poddawane testom z udziałem ludzi, czyli badaniom klinicznym.

W efekcie wieloletnich badań ustalane są nowe metody diagnozowania i leczenia poszczególnych chorób. Badania kliniczne w bezpośredni sposób przyczyniają się zatem do postępu w medycynie. Dostarczają dowodów potrzebnych do przekonania lekarzy do zmiany codziennej praktyki oraz wprowadzenia lepszych metod diagnozowania i leczenia dla wszystkich pacjentów.

Badania kliniczne nowych leków prowadzone są na czterech etapach, zwanych fazami. Każda faza jest opracowana w celu uzyskania konkretnych informacji i musi zakończyć się pozytywną oceną danej metody czy substancji leczniczej, aby mogła przejść do kolejnej fazy.

I faza

I faza służy ocenie bezpieczeństwa badanej substancji. Podczas tej fazy bada się metabolizm, wchłanianie, wydalanie oraz oddziaływania z innymi przyjmowanymi substancjami (pokarmami, lekami). Uważnie obserwuje się wszystkie efekty uboczne. Wyniki badania I fazy pozwalają na określenie dawkowania badanej substancji. Liczba uczestników badania I fazy to przeważnie kilkanaście osób. W niektórych badaniach są to osoby cierpiące z powodu poważnych chorób, dla których nie ma znanych skutecznych metod leczenia, w innych badaniach mogą to być zdrowi ochotnicy.

Badania I fazy odbywają się w wyspecjalizowanych ośrodkach i organizowane są przez firmy farmaceutyczne lub instytuty badawcze.

II faza

Podczas badań II fazy określa się aktywność nowego leku, a także ocenia się zależność pomiędzy jego dawką a efektem działania. Nadal ocenia się również jego bezpieczeństwo. W niektórych badaniach na tym etapie porównuje się także nowy lek z lekiem standardowo stosowanym w terapii danej choroby lub z preparatem niezawierającym żadnej substancji leczniczej (*placebo*). Liczba uczestników badania II fazy to najczęściej kilkadziesiąt osób. W przypadku badań porównawczych liczba uczestników może być wyższa.

Pozytywna ocena leku w badaniach II fazy oznacza, że korzyści wynikające ze stosowania danej substancji przewyższają ryzyko.

III faza

Celem badań klinicznych III fazy jest porównanie skuteczności leku lub nowej metody postępowania z metodą standardową w ściśle określonej grupie chorych. Uczestniczący w badaniu chorzy są przydzieleni w sposób losowy do dwóch lub więcej grup,

zwanych ramionami badania. Taki sposób przydziału nazywa się randomizacją. Liczebność grup jest z góry określona. Podobnie jak w badaniach II fazy stosowane są tutaj metody tzw. ślepej próby – pojedynczej, gdy chory nie wie czy otrzymuje lek badany czy *placebo*, oraz podwójnej, gdy informacji takiej nie ma ani chory ani badacz/prowadzący lekarz. Badania III fazy wymagają zazwyczaj dużej liczby (kilkuset lub kilka tysięcy) chorych, aby dostarczyć istotnych danych klinicznych oraz statystycznych. Są one długotrwałe, mogą być prowadzone przez kilka lub nawet kilkanaście lat. W trakcie tego okresu są prezentowane wyniki okresowych analiz danych.

Jeśli badania III fazy wskazują, że nowa metoda czy substancja lecznicza jest lepsza (skuteczniejsza lub równie skuteczna, ale mniej toksyczna, prostsza w stosowaniu, łatwiej dostępna czy tańsza) od standardowej, może ona zostać zarejestrowana i wprowadzona do praktyki. W tym celu producent leku, albo odkrywca lub właściciel danej metody, składa w instytucji rejestrującej dokumentację dotyczącą wszystkich danych zebranych w czasie badań przedklinicznych oraz badań klinicznych fazy I, II i III. Dokumentacja może liczyć nawet kilkanaście tysięcy stron.

IV faza

IV faza dotyczy leków zarejestrowanych i wprowadzonych do obrotu, czyli dostępnych w sprzedaży. Badania IV fazy mają na celu sprawdzenie wyników uzyskanych na wcześniejszych etapach badań.

Dobra Praktyka Kliniczna

Podczas prowadzenia badań klinicznych najważniejsze jest bezpieczeństwo pacjentów oraz uzyskanie wiarygodnych wyników. Dlatego badania muszą być prowadzone zgodnie z zasadami Dobrej Praktyki Klinicznej, w skrócie DPK (ang. Good Clinical Practice, GCP).

Główne założenia DPK mówią o tym, że dobro pacjenta, jego prawa i jego bezpieczeństwo są nadrzędne w stosunku do interesu nauki lub społeczeństwa, a uzyskane dane muszą być wiarygodne i dokładne. Korzyść dla pacjenta wynikająca z udziału w badaniu klinicznym powinna przewyższać ryzyko z tym związane. Każde badanie kliniczne musi mieć swoje uzasadnienie naukowe oraz plan (tzw. protokół). Opieka medyczna nad uczestnikiem badania (osobą chorą lub zdrowym ochotnikiem) powinna być sprawowana przez wykwalifikowanych lekarzy z odpowiednim doświadczeniem. Obowiązkowe jest uzyskanie zgody chorego na udział w badaniu klinicznym. Pozyskane informacje medyczne muszą być właściwie zapisane i przechowywane, aby zapewnić ich poufność, a także umożliwić sprawozdanie, wnioski i weryfikację danych.

Nadzór nad prowadzeniem badania oraz przestrzeganiem tych zasad pełnią z jednej strony firmy prowadzące badania, a z drugiej organy rządowe zajmujące się rejestracją leków i prowadzeniem inspekcji.

Powszechna wiedza o badaniach klinicznych w Polsce jest niewielka. Rodzi to obawy pacjentów przed udziałem w nich, a przecież dla wielu chorych badanie kliniczne może być szansą na leczenie. Pierwszym źródłem informacji dla pacjenta

powinien być lekarz. Wartościowe informacje można znaleźć w Internecie na stronach medycznych towarzystw naukowych, Ministerstwa Zdrowia, organizacji pozarządowych, fundacji czy stowarzyszeń pacjentów. Kilka przykładów:

- ligawalkizrakiem.pl
- www.badaniaklinicznepolsce.pl
- www.sarcoma.pl
- clinicaltrials.gov
- ibbk.pl

Powikłania leczenia onkologicznego

Barbara Radecka, Monika Rucińska

Radioterapia

Powikłania (objawy uboczne) są nieodłącznym elementem każdego rodzaju leczenia przeciwnowotworowego, zarówno chirurgicznego, jak też radioterapii i leczenia systemowego. Powikłania leczenia onkologicznego mogą być trwałe (np. amputacja piersi) lub przemijające (np. nudności i wymioty po chemioterapii).

W przypadku radioterapii powikłania dzieli się na:

- wczesne – występujące w trakcie trwania leczenia lub bezpośrednio po jego zakończeniu i utrzymujące się do kilku lub kilkunastu tygodni (maksymalnie do 6 miesięcy) po zakończeniu leczenia;
- późne – pojawiające się po dłuższym czasie od zakończenia leczenia (po okresie od 6 miesięcy do nawet wielu lat).

Powikłania wczesne (ostre) narastają stopniowo, w zasadzie nie ma możliwości zapobiegania im, ale za to zazwyczaj ustępują samoistnie lub poddają się stosunkowo „prostemu leczeniu”. Powikłania ostre mogą, ale nie muszą wystąpić, chociaż w mniej lub bardziej nasilonej formie są obserwowane u większości chorych. Do odczynów ostrych tzw. ogólnoustrojowych należą: ogólne osłabienie, zwiększona męczliwość i brak apetytu. Odczyny miejscowe związane są natomiast z konkretnymi okolicami ciała poddawanych napromienianiu i mogą dotyczyć właściwie wszystkich narządów. Ostre odczyny swoimi objawami przypominają trochę stany zapalne. Często zauważalnym objawem ubocznym radioterapii jest odczyn ze strony skóry – skóra ulega zaczerwienieniu, pojawia się uczucie suchości skóry, swędzenie, pieczenie, następnie złuszczenie skóry i utrata włosów w obszarze napromienianym. Jeżeli napromienianiem objęte są błony śluzowe jamy ustnej, dochodzi do uczucia suchości w jamie ustnej, bólu, pojawia się obrzęk dziąseł, języka, owrzodzenia, krwawienia z błon śluzowych, mogą pojawić się zaburzenia smaku i węchu. Napromienianiu klatki piersiowej może towarzyszyć duszność, kaszel (zazwyczaj suchy, męczący, czasami z odkrztuszaniem wydzieliny podbarwionej krwią), ból w klatce piersiowej, uczucie suchości w gardle i przełyku, ból przy przełykaniu. Przy napromienianiu jamy brzusznej mogą wystąpić

bóle brzucha, uczucie wzdęcia, nudności, rzadko wymioty, zaburzenia w oddawaniu stolca (biegunki, zaparcia, większa ilość gazów, śluz lub świeża krew w stolcu) oraz zaburzenia oddawania moczu (uczucie parcia na mocz, częstomocz, pieczenie i ból przy oddawaniu moczu, krew w moczu).

W trakcie leczenia i bezpośrednio po zakończeniu radioterapii pacjent powinien przestrzegać zaleceń dotyczących pielęgnacji skóry i odpowiedniej diety oraz stosować zalecone przez lekarza leczenie, co zmniejsza dolegliwości związane z powikłaniami radioterapii i ułatwia gojenie się odczynu wczesnego.

Powikłania późne mogą dotyczyć różnych tkanek i narządów. Aby nie dopuścić do groźnych dla zdrowia i życia powikłań, stosuje się odpowiednie techniki napromieniania, aby zdrowe tkanki otrzymały jak najmniejszą dawkę promieniowania. Jednak czasami, mimo wysiłków lekarzy, dochodzi do poważnych późnych powikłań radioterapii. Przykładowo w obrębie płuc może rozwinąć się zwłóknienie, w sercu uszkodzenie naczyń wieńcowych skutkujące zaburzeniami rytmu serca czy zawałem mięśnia sercowego, w tarczycy jej niedoczynność, a w jelitach zrosty i zaburzenia wchłaniania. Powikłania te niestety najczęściej są trudne, a czasami wręcz niemożliwe, do wyleczenia.

Powikłania leczenia systemowego

Dawkowanie leków onkologicznych jest ustalane w toku badań klinicznych. Powinno ono zapewniać najlepszy efekt leczniczy przy możliwie najmniejszym ryzyku powikłań i uszkodzenia zdrowych komórek. Spodziewane korzyści dla pacjenta zawsze muszą przewyższać ryzyko związane z leczeniem. Trzeba jednak podkreślić, że komórki nowotworowe to uszkodzone i zmienione chorobowo komórki organizmu pacjenta. Procesy życiowe zachodzące w komórkach nowotworowych, takie jak wzrost, namnażanie, występują także, choć z mniejszą intensywnością, w zdrowych komórkach. Jeśli zatem leki onkologiczne mają za zadanie uszkodzić te procesy, należy się spodziewać podobnego uszkodzenia w zdrowych komórkach. Powikłania leczenia przeciwnowotworowego są zatem nieuniknione. Niektórym powikłaniom można skutecznie zapobiegać, większość można dobrze kontrolować (łagodzić nasilenie, skrócić czas trwania) odpowiednim leczeniem wspomagającym, bywają także powikłania, których medycyna nie potrafi opanować.

Niezmiernie ważne jest, aby pacjent otrzymał od lekarza prowadzącego wyczerpujące informacje o możliwych objawach niepożądanych. Dzięki temu może sam zauważyć u siebie zmiany, co zazwyczaj przyspiesza interwencję medyczną i skraca czas trwania powikłań. Nie bez znaczenia jest także aspekt psychologiczny, bowiem znajomość zagrożeń zmniejsza niepokój i lęk towarzyszący leczeniu.

Działania niepożądane związane ze stosowaniem chemioterapii dotyczą różnych tkanek zdrowych. Z uwagi na czas wystąpienia możemy je podzielić na:

- ostre – występujące niemal natychmiast po podaniu chemioterapii, np. nudności, wymioty, reakcje uczuleniowe;
- wczesne – występujące w okresie od 2 do 6 tygodni po chemioterapii, np. uszkodzenie komórek szpiku kostnego skutkujące obniżeniem liczby krwinek białych lub płytek krwi, rzadziej krwinek czerwonych, wypadanie włosów wywołane uszkodzeniem cebulek włosów, zapalenie błon śluzowych jamy ustnej lub jelita;

- późne – występujące w okresie od kilkunastu tygodni do kilku miesięcy lub nawet lat po leczeniu chemioterapią, np. uszkodzenie mięśnia sercowego, zwłóknienie płuc, uszkodzenia nerwów (polineuropatia) objawiające się zaburzeniami czucia w obrębie dłoni i stóp oraz utrudnieniem wykonywania precyzyjnych czynności, uszkodzenie nerek, zaburzenia funkcji jąder lub jajników skutkujące bezpłodnością lub wczesną menopauzą; w rzadkich przypadkach mogą wystąpić wtórne nowotwory, np. białaczki.

Większość powikłań chemioterapii ma charakter przejściowy. Są one odwracalne i ustępują samoistnie lub pod wpływem leczenia wspomagającego. Powikłania późne są często nieodwracalne.

Działania niepożądane hormonoterapii zależą od tego, jaki wpływ wywiera dany lek przeciwnowotworowy na gospodarkę hormonalną pacjenta. Jeśli terapia hormonalna ma na celu obniżenie wpływu estrogenów (żeńskich hormonów płciowych ważnych w rozwoju raka piersi) czy androgenów (męskich hormonów płciowych ważnych w rozwoju raka prostaty), to działania niepożądane wynikają z niedoboru tych hormonów. Do najczęstszych działań niepożądanych hormonoterapii należą: uderzenie gorąca, wzmożona potliwość, senność, obniżenie *libido*, nudności, przeczyszczenie włosów, suchość pochwy i wzrost masy ciała. Większość objawów niepożądanych ustępuje po zakończeniu hormonoterapii.

Terapie molekularnie celowane także nie są pozbawione skutków ubocznych. Spektrum niepożądanych objawów jest szerokie, zależy bowiem od tego, jakie cząsteczki w komórce są blokowane i jakie procesy życiowe są wstrzymane przez dany lek. Omówienie wszystkich skutków ubocznych terapii molekularnie celowanych przekracza ramy niniejszej publikacji. Warto jednak przytoczyć takie, które występują przy stosowaniu różnych leków. Do najczęstszych objawów niepożądanych należą osłabienie, suchość skóry, świąd, odczyny skórne w postaci wysypki czy zmian trądzikopodobnych, rumień dłoni i stóp, zapalenia wałów paznokciowych i biegunka.

Skutki uboczne leków immunologicznych wynikają z ich specyficznego mechanizmu działania. Ponieważ leki te działają na komórki układu odpornościowego, a nie bezpośrednio na komórki nowotworowe, nie powodują również bezpośrednich uszkodzeń komórek zdrowych. Nie oznacza to, że leki immunologiczne są pozbawione skutków ubocznych. Pobudzony przez nie układ odpornościowy pacjenta rozwija mechanizmy przeznaczone do zniszczenia komórek nowotworowych, jednak mogą one również zaatakować zdrowe tkanki pacjenta, wywołując tzw. immunologiczne zapalenia różnych narządów. Najczęściej są to immunologiczne zapalenia jelit, wątroby, tarczycy, przysadki, nerwów obwodowych, skóry czy płuc, a nawet serca. Większość z tych procesów ma łagodny przebieg i ustępuje samoistnie lub pod wpływem steroidów. W niektórych przypadkach zapalenia immunologiczne mogą prowadzić do zniszczenia narządu, a nawet być groźne dla życia.

Co trzeba wiedzieć o odżywianiu

Magdalena Maciejewska-Cebulak

Megadawki witamin, uzdrawiające suplementy diety czy rzekomo lecznicze właściwości diet eliminacyjnych cieszą się w ostatnich latach ogromną popularnością. Niestety nie omija to chorych na nowotwory, którzy wabieni są przez propagatorów wszelkich alternatywnych metod odżywiania obiecujących całkowite wyleczenie z nowotworu, bez konieczności konwencjonalnego leczenia i pojawienia się skutków ubocznych. Jak odnaleźć się w natłoku często sprzecznych informacji? Unikać cukru, mięsa, a może zaaplikować sobie kroplówkę z dużą dawką witamin?

Dieta w profilaktyce nowotworów

Zdrowy styl życia, czyli regularna aktywność fizyczna oraz brak nałogów, w połączeniu z umiejętnym i świadomym doбором produktów spożywczych w istotnym stopniu chronią przed zachorowaniem na chorobę nowotworową. Takie protekcyjne działanie ma miejsce na wczesnych etapach rozwoju nowotworu. Składniki odżywcze znajdujące się w pożywieniu mogą hamować kancerogenezę – mówimy wówczas o chemoprewencji. Dzieje się to za sprawą antyoksydantów (przykładami są witamina C, selen, beta-karoten), chroniących przed tzw. stresem oksydacyjnym i destrukcyjnym wpływem wolnych rodników tlenowych, które zapoczątkowują proces przekształcania się zdrowych komórek w nowotworowe. Bioaktywne związki w pożywieniu mogą także sprzyjać samobójczej śmierci komórek nowotworowych (czyli apoptozie) oraz hamować tworzenie własnej sieci naczyń krwionośnych przez guz (czyli neoangiogenezę). Prawidłowo zbilansowana dieta wspiera ponadto układ immunologiczny, a sprawny układ odpornościowy ma zdolność niszczenia komórek nowotworowych. Nie sposób pominąć roli odpowiedniego sposobu odżywiania i regularnych ćwiczeń w przeciwdziałaniu nadmiernej masie ciała, będącej czynnikiem ryzyka kilkunastu rodzajów nowotworów (w tym raka piersi i raka jelita grubego).

Nie ma wątpliwości, że prawidłowa dieta jest ważna i może zmniejszyć ryzyko wystąpienia choroby nowotworowej. Według Światowego Funduszu Badań nad Rakiem, Międzynarodowej Agencji Badań nad Rakiem oraz Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem podstawą diety zmniejszającej ryzyko zachorowania na raka powinny być produkty roślinne, czyli produkty zbożowe z pełnego przemiału (pełnoziarniste pieczywo, mąki typu 1850 i 2000, makarony pełnoziarniste,

grube kasze, brązowy ryż, płatki zbożowe, otręby), warzywa i owoce oraz nasiona roślin strączkowych. Te ostatnie powinny stanowić zamiennik dla mięsa, zwłaszcza czerwonego i przetworzonego, którego spożycie należy ograniczyć do 500 g tygodniowo. Dlatego warto czasem zamienić tradycyjny kotlet schabowy na kotleciki sojowe, a zamiast pasztetu mięsnego upiec pasztet z soczewicy.

Zaleca się również zminimalizowanie spożycia soli (także tej ukrytej w produktach konserwowych, wędzonych i żywności wysokoprzetworzonej), cukru dodanego, alkoholu oraz produktów o wysokiej zawartości tłuszczu. Można to osiągnąć dzięki zmniejszeniu spożycia słodczy, żywności przetworzonej (typu fast food, garmateryjnej, gotowej do odgrzania) oraz słodkich napojów. Warto również zwrócić uwagę na jakość ziaren oraz orzechów, ponieważ nieprawidłowe ich przechowywanie zwiększa ryzyko rozwoju aflatoksyn, przyczyniających się do rozwoju raka wątroby.

W badaniach naukowych oraz dostępnej literaturze wiele poświęcono ochronnej roli warzyw i owoców. To właśnie one są głównym źródłem wspomnianych już antyoksydantów oraz związków bioaktywnych. Kolor warzyw i owoców często podpowiada, co zawierają. Warzywa i owoce zielone zawdzięczają swój kolor chlorofilowi, fioletowe antocyjanom, a pomarańczowe beta-karotenowi. Wszystkie rośliny zawierają całą gamę dobroczynnych związków. Izotiocyjaniiny w warzywach krzyżowych rozłożonych na (np. kapusta, jarmuż, brukselka, kalafior, brokuły) usuwają kancerogeny, zaś kwas elagowy w truskawkach zapobiega tworzeniu się sieci własnych naczyń krwionośnych guza. Należy jeść codziennie minimum 400 g różnych warzyw i owoców rozłożonych na 4–5 posiłków. Trzeba także pamiętać o piciu wody, minimum 30 ml na każdy kilogram masy ciała. Wspiera ona działanie błonnika pokarmowego, wspomaga mechanizmy oczyszczania organizmu, reguluje temperaturę ciała oraz jest źródłem składników mineralnych (zwłaszcza woda mineralna).

Dieta w chorobie nowotworowej

Czy dietą można wyleczyć z raka

Pomimo medialnych i marketingowych obietnic nie istnieje żadna dieta, która wyleczy raka. Nie ma również żadnego magicznego suplementu diety ani produktu spożywczego, który zastąpi leczenie onkologiczne. Głodówki, diety ketogenne czy megadawki witamin są poważnym zagrożeniem dla chorych na nowotwory. Głodzenie przyspiesza chudnięcie, dieta wysokotłuszczowa w raku trzustki prowadzi do biegunek tłuszczowych, a megadawki witaminy C upośledzają wchłanianie witaminy B₁₂, tak ważnej dla prawidłowych funkcji krwiotwórczych.

Skoro dieta nie leczy raka, czy jej stosowanie w trakcie terapii onkologicznej ma sens? Odpowiednio skomponowany plan żywieniowy, dobrany indywidualnie do potrzeb chorego, uwzględniający jego stan odżywienia, wyniki badań laboratoryjnych, umiejscowienie guza oraz schemat leczenia przynosi wymierne korzyści. Zapobieganie chudnięciu poprawia jakość życia pacjenta oraz skuteczność leczenia antynowotworowego, a uzupełnienie niedoborów pokarmowych zwiększa szanse na zakończenie leczenia zgodnie z planem. Sama terapia onkologiczna jest dużym wyzwaniem dla organizmu i wiąże się z wysokim prawdopodobieństwem wystą-

pienia skutków ubocznych, którym nie zawsze możemy zapobiec. Odpowiedni dobór produktów spożywczych czasami pomaga je złagodzić.

Ogromna jest rola żywienia okołoperacyjnego, czyli np. odpowiednie rozszerzanie diety po operacji usunięcia żołądka.

Żywienie musi być zindywidualizowane. Bywa też tak, że u jednej osoby zalecenia dietetyczne będą zmieniały się w trakcie terapii onkologicznej i będzie je trzeba stale modyfikować.

Nie sposób wskazać uniwersalnych zaleceń dla wszystkich chorych na nowotwory, ponieważ każdy ma inne potrzeby żywieniowe. W trakcie chemioterapii zaleca się unikanie grejpfrutów (z uwagi na interakcje z lekami), a przy radioterapii raka migdałka czy języka wielce prawdopodobna będzie konieczność zmiany konsystencji diety ze stałej na papkowatą.

Każdy chory na nowotwór jest inny, jeden lubi owsianki, drugi woli sałatkę, a trzeci sztukę mięsa.

Punktem wyjścia w planowaniu jadłospisu są opisane powyżej podstawowe zasady zdrowego odżywiania. Następnie, w zależności od potrzeb, ulegają one modyfikacjom. W sytuacji, gdy chory ogólnie czuje się dobrze, nie odczuwa dolegliwości związanych z leczeniem onkologicznym, utrzymuje masę ciała na stałym poziomie, ma dobry apetyt i nie ma poczucia, że choroba zmienia cokolwiek w jego odżywianiu, powinien po prostu odżywiać się zdrowo. Warto zadbać o jakość diety, ograniczyć spożycie słodczy, żywności wysokoprzetworzonej, spożywać więcej warzyw, owoców, produktów zbożowych pełnoziarnistych oraz zwiększyć podaż wody. Ma to dobry wpływ na samopoczucie i komfort chorego w trakcie leczenia. Warto dodać, że takie zmiany usprawniają pracę jelit, zmniejszają dyskomfort związany ze wzdęciami, przeciwdziałają zaparciom.

Pacjenci niemal zawsze zadają pytanie, czy jest jakiś składnik odżywczy, na który wzrasta zapotrzebowanie w chorobie? Takim składnikiem są na pewno białka. Dynamika procesu nowotworowego powoduje zwiększoną ich utratę, dlatego należy je dostarczać w nieco większej ilości niż u osób zdrowych. Warto więc jeść chude mięso (indyk, kurczak, perliczka, cielęcina, polędwica wołowa, królik), ryby, jaja, nabiał, a przy dobrej tolerancji również nasiona roślin strączkowych.

Wskazówki dla chorych na nowotwory, którzy nie mają zaburzeń odżywiania oraz problemu z utratą kilogramów.:

- Jedz regularnie. Pamiętaj o śniadaniu i planuj posiłki na cały dzień.
- Pij wodę, co najmniej 1,5 litra dziennie.
- W trakcie chemioterapii zrezygnuj z grejpfrutów.
- Warzywo lub owoc uwzględniaj w każdym posiłku.
- Spożywaj produkty zbożowe pełnoziarniste. Zamiast słodkich płatków czekoladowych, zjedz owsiankę, a do obiadu dodawaj kasze.
- Orzechy, nasiona, pestki – jedz je codziennie w małej ilości.

Utrata masy ciała i niedożywienie w chorobie nowotworowej

Każdy chory na nowotwór powinien kontrolować swoją masę ciała oraz jej zmiany w trakcie leczenia. Jesz to samo co zawsze, ale mimo to tracisz na wadze lub nie masz ochoty na jedzenie, a do tego czujesz się osłabiony i bardzo szybko najadasz

się małą porcją jedzenia? Te objawy powinny wzbudzić Twoją czujność – koniecznie zgłoś je lekarzowi.

Reaguj szybko, gdy chudniesz. Odpowiednia dieta ma tu pierwszorzędne znaczenie:

- Jedz małe porcje, ale często – możesz jeść nawet 8–12 małych posiłków dziennie.
- Podjadaj pomiędzy posiłkami. Dobrym wyborem będą suszone owoce, orzechy, migdały i nasiona. W małej objętości zawierają sporą wartość energetyczną.
- Oprócz odpowiedniej objętości wody możesz popijać koktajle na bazie napojów mlecznych lub roślinnych. Dodatek orzechów, nasion i oliwy w prosty sposób zwiększy kaloryczność, a dodatek owoców i warzyw zapewni unikalny smak.
- Wyjdź na spacer, jeżeli masz wystarczająco dużo siły. Aktywność fizyczna pobudza apetyt, a świeże powietrze zmniejszy uczucie nudności oraz jadłowstręt.
- Wietrz pomieszczenia, w których przebywasz.
- Pamiętaj, aby na Twoim talerzu znalazły się źródła pełnowartościowych białek. Znajdziesz je w chudym mięsie, rybach, białku jaja, produktach mlecznych o naturalnym smaku oraz żywności specjalnego przeznaczenia medycznego.
- Zapytaj lekarza lub dietetyka o doustne preparaty odżywcze. Jest to żywność specjalnego przeznaczenia medycznego, która zawiera skoncentrowaną dawkę kilokalorii, białek oraz składników odżywczych. Dzięki temu łatwo uzupełnisz całodzienną rację pokarmową.
- Jeżeli na talerzu znajdują się następujące produkty: kurczak, ryż i warzywa, jedz w następującej kolejności: najpierw mięso (jako źródło białek, których obecnie potrzebujesz najwięcej), następnie ryż (jako źródło węglowodanów i energii), a na sam koniec warzywa (są one ważnym składnikiem diety, ale w dużej objętości zawierają mało kilokalorii).
- Zamiast produktów zbożowych z pełnego przemiału, sięgaj po te oczyszczone, czyli pszenne pieczywo, pszenną mąkę, drobny makaron (pszenny, ryżowy), biały ryż, drobne kasze (manna, kuskus). Po ich zjedzeniu czujesz się mniej najedzony i jesteś w stanie zjeść więcej bułek kajerek niż grahamek. Mniejsze uczucie nasycenia to bardzo pożądana cecha przy chudnięciu.

Zwiększaj kaloryczność spożywanych posiłków poprzez dodatek wysokokalorycznych dodatków. Uzyskasz to poprzez:

- dodatek produktów o wysokiej zawartości tłuszczu – oliwa z oliwek, oleje (rzepakowy, lniany, z orzechów włoskich, z pestek winogron), masło orzechowe, awokado, zmiksowane orzechy i nasiona, siemię lniane, śmietana kremówka;
- spożycie pełnotłustych produktów mlecznych – mleko 3,2% tłuszczu, jogurt grecki, serek mascarpone, ricotta;
- dodatki do wody i herbaty – syropy owocowe i miód.

Przyczyną niedożywienia i utraty masy ciała są również: brak apetytu, zmiany smaku i zapachu, uciążliwe nudności czy biegunki. Mogą one pojawić się jako jeden z objawów choroby lub wystąpić jako działanie niepożądane leczenia onkologicznego. W tabeli 1.1 zebrano najważniejsze zalecenia żywieniowe, które pomogą je złagodzić. Pamiętaj jednak, że warto skonsultować się z dietetykiem oraz dobrać dietę indywidualnie, szczególnie gdy są bardzo nasilone.

Tabela 1.1. Zalecenia żywieniowe pomagające złagodzić objawy pokarmowe związane z leczeniem nowotworów.

Objaw	Sposoby zmniejszenia dolegliwości
Zaburzenia apetytu	• Jedz kwaśne produkty (np. kapusta kiszona, ogórek kiszony lub owoce cytrusowe – z wyjątkiem grejpfruta). Plastry cytrusów możesz wkrajać do wody i połączyć ze świeżą miętą, melisą lub startym korzeniem imbiru • Podjadaj zimne owoce, np. zamrożone plasterki banana, mrożone truskawki lub maliny, schłodzonego arbuza, melona lub ananasa • Jedz sorbety owocowe pomiędzy posiłkami • Żuj gumę do żucia
Zmiany smaku i zapachu	• Jeżeli odczuwasz metaliczny posmak w ustach, zamień sztućce z metalowych na plastikowe lub drewniane • W przypadku wstrętu do mięsa i ryb marynuj je w soku z ananasa, ulubionej marynacie lub startych jabłkach
Nudności	• Dodaj imbir do diety. Dodawaj świeży imbir do wody, herbaty, koktajli, zup oraz dań lub włóż plastry świeżego imbiru pod język • Nie pij w trakcie posiłków • Do czasu ustąpienia nudności nie pij kawy. Zamiast niej wypijaj gorzką herbatę lub wodę • Jeżeli wymiotujesz, pamiętaj o nawadnianiu. Dosalaj i osładzaj napoje • Dosalaj posiłki • Pozwól sobie na szklankę coca-coli • Nie jedz smażonych i ciężkostrawnych posiłków oraz żywności typu fast food. Zamiast tego jedz lekkie posiłki, tj. kisiele, galaretki, biszkopty, sucharki, koktajle, musy, pszenne pieczywo
Biegunki	• Unikaj produktów wysokobłonnikowych, o działaniu przeczyszczającym (suszone śliwki, kawa, ksylitol) i wzdymającym, a także dań ciężkostrawnych i wysokotłuszczowych • Wybieraj produkty o działaniu zapierającym: • Pszenne pieczywo • Drobne kasze (manna, kuskus) • Produkty na bazie białego ryżu • Tapioka • Biszkopty i suchary • Puree ziemniaczane • Marchwianka, czyli ugotowana i zmiksowana marchew • Galaretki

Biegunki

- Jabłka przetworzone (upieczone, w formie musu lub kisielu)
- Niedojrzałe banany (unikaj przejrziałych)
- Jagody i borówki (surowe lub w formie kisielu)
- Dosalaj posiłki, a pomiędzy posiłkami pij wodę, czarną herbatę, napary z suszonych jagód lub hibiskusa

Co trzeba wiedzieć o swoich prawach

Natalia Łojko

Będąc chorym warto pamiętać o tym, że polskie przepisy ustanawiają szereg praw, które chronią pacjenta i zapewniają mu np. dostęp do informacji, należyty poziom świadczeń czy podmiotowość w procesie podejmowania decyzji terapeutycznych.

Gdzie uregulowane są prawa pacjenta

Regulacja praw pacjenta zawarta jest zasadniczo w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta („ustawa o prawach pacjenta”), ale niektóre kwestie uregulowane są w innych aktach prawnych, na przykład w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty, w ustawie o działalności leczniczej, w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych czy w Kodeksie Etyki Lekarskiej.

Co jakiś czas wraca koncepcja znowelizowania ustawy o prawach pacjenta w taki sposób, by uwzględnić w niej, oprócz praw pacjenta, również jego obowiązki. Projekt nowelizacji został już nawet przygotowany przez Rzecznika Praw Pacjenta (RPP). Nie został on jednak do tej pory uchwalony.

Kto jest zobowiązany do przestrzegania praw pacjenta

Do przestrzegania praw pacjenta zobowiązane są nie tylko osoby uczestniczące w udzielaniu świadczeń zdrowotnych (w tym personel medyczny) i podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych (co jest naturalne i co wyczuwamy dość intuicyjnie), ale również organy władzy publicznej właściwe w zakresie ochrony zdrowia oraz Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ). Jest to szczególnie ważne ze względu na to, że w Polsce w praktyce często do naruszenia prawa dochodzi w związku z działaniami organów publicznych, w tym tych finansujących świadczenia zdrowotne.

Jakie prawa ma pacjent

Pacjentowi w procesie terapeutycznym przysługują liczne prawa, m.in.:

- prawo do świadczeń zdrowotnych;
- prawo do informacji;
- prawo do zgłaszania działań niepożądanych produktów leczniczych;
- prawo do tajemnicy informacji z nim związanych;
- prawo do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych;
- prawo do poszanowania jego intymności i godności;
- prawo do dostępu do dokumentacji medycznej;
- prawo do zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza;
- prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego;
- prawo do opieki duszpasterskiej;
- prawo do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie.

Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest zobowiązany udostępnić informację o prawach pacjenta w formie pisemnej, umieszczając ją w swoim lokalu w miejscu ogólnodostępnym.¹ W przypadku pacjenta niemającego się poruszać informację tę udostępnia się w sposób umożliwiający zapoznanie się z nią w pomieszczeniu, w którym pacjent przebywa.

Choć wszystkie wymienione wyżej prawa pacjenta pełnią istotną rolę w procesie terapeutycznym, w praktyce szczególnie ważne są (jak się wydaje) te, które dotyczą dostępu do świadczeń zdrowotnych, uzyskiwania informacji o procesie terapeutycznym, możliwości współpodejmowania decyzji w tym procesie, poszanowania intymności i godności oraz dostępu do dokumentacji medycznej.

Prawo do świadczeń zdrowotnych

Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych (zarówno diagnostycznych, jak i leczniczych)² odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej. Aktualna wiedza medyczna to stan wiedzy w momencie udzielania świadczeń. Składają się nań wytyczne towarzystw naukowych dotyczące postępowania w danej chorobie, wyniki badań naukowych, praktyka kliniczna, aktualne charakterystyki podawanych leków. Innymi słowy, pacjent powinien być leczony zgodnie ze stanem wiedzy z momentu leczenia – nie zaś metodami przesta-

¹ Nie dotyczy to wykonywanych wyłącznie w miejscu wezwania indywidualnych praktyk lekarskich, indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich, indywidualnych praktyk pielęgniarek, położnych, indywidualnych specjalistycznych praktyk pielęgniarek, położnych i indywidualnych praktyk fizjoterapeutycznych.

² Świadczenia zdrowotne są zdefiniowane szeroko jako wszelkie działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania.

rzałymi, niezgodnymi z wynikami badań czy praktyką kliniczną, naruszającymi wytyczne towarzystw naukowych. Standard aktualnego stanu wiedzy medycznej jest również standardem odpowiedzialności personelu medycznego z tytułu podjętych działań.

Świadczenia zdrowotne mają być udzielane z należytą starannością, w warunkach odpowiadających wymaganiom fachowym i sanitarnym (są określone w przepisach wykonawczych), przez osoby, które są zobowiązane stosować się do zasad etyki zawodowej.

Bardzo jasne wytyczne co do tego, jak należy rozumieć prawo do ochrony zdrowia, dał Trybunał Konstytucyjny. Zgodnie z jego orzecnictwem treścią prawa do ochrony zdrowia (czyli prawa do świadczeń zdrowotnych) „*nie jest naturalnie jakiś abstrakcyjnie określony (i w gruncie rzeczy niedefiniowalny – o czym niżej) stan „zdrowia” poszczególnych jednostek, ale możliwość korzystania z systemu ochrony zdrowia, funkcjonalnie ukierunkowanego na zwalczanie i zapobieganie chorobom, urazom i niepełnosprawności.*” Co ważne „*Nie chodzi o dostępność formalną, deklarowaną przez przepisy prawne o charakterze programowym, ale o dostępność rzeczywistą, stanowiącą realizację określonego w ust. 1 art. 68 Konstytucji prawa do ochrony zdrowia*”. Trybunał podkreślił też, że „*system ochrony zdrowia jako całość musi gwarantować realizację prawa do ochrony zdrowia poszczególnych jednostek, zaś stanowiące jego komponent świadczenia finansowane ze środków publicznych muszą być dostępne dla wszystkich obywateli na zasadzie równości*”.³ To bodaj najistotniejsze orzeczenie Trybunału (i być może jakiegokolwiek sądu w Polsce) dotyczące prawa do ochrony zdrowia, bowiem wskazuje ono wyraźnie, że prawo to nie może mieć charakteru tylko fikcyjnego, a ma mieć charakter rzeczywisty.

Może się zdarzyć, że dostęp do świadczeń zdrowotnych będzie ograniczony. W takiej sytuacji pacjent ma prawo do przejrzystej, obiektywnej, opartej na kryteriach medycznych procedury ustalającej kolejność dostępu do świadczeń. Innymi słowy kolejka do świadczeń powinna być oparta na obiektywnych kryteriach medycznych, nie zaś stanowić twór nieprzejrzysty, uznaniowy, związany z kryteriami pozamedycznymi, takimi jak sympatia do pacjenta.

W razie zagrożenia zdrowia lub życia pacjent ma prawo do natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych. Co istotne dla pacjentów onkologicznych, chorych na nowotwory, sądy coraz częściej orzekają, że choroby onkologiczne stanowią stan zagrożenia życia, co uzasadnia natychmiastowe udzielenie pomocy niezależne od „wielkości” kontraktów placówek z NFZ.

Prawo do współuczestniczenia w procesie terapeutycznym

Pacjent ma prawo do współuczestniczenia w procesie terapeutycznym – zarówno na etapie diagnostyki, jak i leczenia. Na prawo to składają się liczne bardziej szczegółowe uprawnienia, wymienione poniżej.

³ Wyrok TK w sprawie o sygnaturze akt K 14/03.

Prawo do informacji oraz wyrażenia własnego zdania

Pacjent, który ukończył 16 lat, ma prawo do uzyskania przystępnej informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. Informacje te pacjent ma prawo uzyskać od osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych, w zakresie tych świadczeń oraz zgodnie z posiadanymi przez nią uprawnieniami.

Dziecko, które nie ukończyło 16 lat, ma również prawo do uzyskania od osoby wykonującej zawód medyczny tej informacji, w zakresie i formie potrzebnej do prawidłowego przebiegu procesu diagnostycznego lub terapeutycznego.

Pacjent może żądać, aby osoba wykonująca zawód medyczny nie udzielała mu tej informacji. Ma również prawo do wyrażenia zgody na udzielenie tej informacji innym osobom.

Po uzyskaniu tej informacji pacjent ma prawo przedstawić osobie wykonującej zawód medyczny swoje zdanie.

Jeśli lekarz zamierza odstąpić od leczenia, pacjent ma prawo do dostatecznie wczesnej informacji o tym zamiarze i wskazania przez lekarza możliwości uzyskania świadczenia zdrowotnego u innego lekarza lub podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych.

Pacjent ma również prawo do informacji o rodzaju i zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych.

Prawo do wyrażenia zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych lub odmowy zgody

Pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody, po uzyskaniu informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu.

Dopiero po uzyskaniu tych informacji mamy do czynienia z tzw. zgodą świadomą, a więc zgodą skuteczną. Odrębne zasady przewidziane są w przypadku pacjentów małoletnich, osób ubezwłasnowolnionych i w innych szczególnych przypadkach. Co istotne, zgoda może być wyrażona w dowolnej formie – forma pisemna jest wymagana tylko w sytuacjach wprost wskazanych przez prawo, a więc m.in. wtedy, gdy zgoda ma być wyrażona na leczenie operacyjne lub na zabieg diagnostyczny lub leczniczy o podwyższonym ryzyku. Brak wyrażenia świadomej zgody przez pacjenta powoduje, że pacjent nie przejmuje ryzyka związanego z zabiegiem, a więc lekarz przeprowadzający zabieg odpowiada na zasadzie zastrzeżonej – tj. na zasadzie ryzyka, a nie na zasadzie winy. Niezależnie od tego sam fakt nieuzyskania zgody jest naruszeniem prawa pacjenta, za które pacjent może dochodzić zadośćuczynienia.

Prawo żądania, aby udzielający pacjentowi świadczeń zdrowotnych lekarz zasięgnął opinii innego lekarza lub zwołał konsylium lekarskie, a pielęgniarka (położna) zasięgnęła opinii innej pielęgniarki (położnej)

Lekarz lub pielęgniarka mogą odmówić, jeśli uznają, że żądanie to jest bezzasadne. Zarówno jednak żądanie, jak i odmowę należy odnotować w dokumentacji medycznej.

Prawo dostępu do dokumentacji medycznej

Jest to prawo szczególnie istotne biorąc pod uwagę znaczenie dokumentacji jako źródła wiedzy o stanie pacjenta i jego leczeniu. Zwłaszcza że w toku swojego życia, a nawet w toku leczenia tej samej choroby, pacjent bywa pod opieką różnych lekarzy. Niestety, jak wynika z rocznych raportów dotyczących przestrzegania praw pacjentów, jest to zarazem jedno z praw najczęściej łamanych.

Pacjent ma prawo do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych. W celu realizacji tego prawa podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest zobowiązany prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną, a także zapewnić ochronę danych zawartych w tej dokumentacji.

W związku z tym, że w dokumentacji medycznej zawarte są szczególnie wrażliwe informacje dotyczące zdrowia pacjenta, podlega ona szczególnej ochronie, a zasady dostępu do niej są szczegółowo uregulowane. Co do zasady dostęp do dokumentacji medycznej (określanej w przepisach jako prawo przetwarzania danych zawartych w dokumentacji medycznej) mają – i to tylko w celu ochrony zdrowia, udzielania oraz zarządzania udzielaniem świadczeń zdrowotnych, utrzymania systemu teleinformatycznego, w którym przetwarzana jest dokumentacja medyczna, i zapewnienia bezpieczeństwa tego systemu – następujące podmioty: osoby wykonujące zawód medyczny oraz inne osoby wykonujące czynności pomocnicze przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, a także czynności związane z utrzymaniem systemu teleinformatycznego, w którym przetwarzana jest dokumentacja medyczna, i zapewnieniem bezpieczeństwa tego systemu, na podstawie upoważnienia administratora danych. Osoby te są zobowiązane do zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem uzyskanych w związku z wykonywaniem zadań. Są one związane tajemnicą także po śmierci pacjenta.

Przepisy określają minimalną zawartość dokumentacji medycznej, a także zasady dokonywania w niej wpisów oraz korygowania ich. Fałszowanie dokumentacji medycznej stanowi przestępstwo i podlega sankcji karnej.

Prawo określa szczegółowo zasady udostępniania dokumentacji medycznej. Mianowicie podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych może udostępnić dokumentację medyczną wyłącznie pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta. Na zasadzie wyjątku podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych może również udostępnić dokumentację medyczną lub jej część innym podmiotom wskazanym wprost w ustawie o prawach pacjentów, ale też wyłącznie w celach tam wskazanych.

Po śmierci pacjenta dokumentacja medyczna jest udostępniana osobie upoważnionej przez pacjenta za życia lub osobie, która w chwili zgonu pacjenta była

jego przedstawicielem ustawowym. Dokumentacja medyczna jest udostępniana także osobie bliskiej,⁴ chyba że udostępnieniu sprzeciwi się inna osoba bliska lub sprzeciwił się temu pacjent za życia.

W przypadku sporu między osobami bliskimi o udostępnienie dokumentacji medycznej zgodę na udostępnienie wyraża sąd w postępowaniu nieprocesowym na wniosek osoby bliskiej lub osoby wykonującej zawód medyczny. Osoba wykonująca zawód medyczny może wystąpić z wnioskiem do sądu także w przypadku uzasadnionych wątpliwości, czy osoba występująca o udostępnienie dokumentacji lub sprzeciwiająca się jej udostępnieniu jest osobą bliską.

W sytuacji, gdy pacjent za życia sprzeciwił się udostępnieniu dokumentacji medycznej, sąd mimo wszystko w postępowaniu nieprocesowym na wniosek osoby bliskiej może wyrazić zgodę na udostępnienie dokumentacji medycznej i określić zakres jej udostępnienia, jeżeli jest to niezbędne w celu dochodzenia odszkodowania lub zadośćuczynienia, z tytułu śmierci pacjenta lub dla ochrony życia lub zdrowia osoby bliskiej.

Rozstrzygając w takich sprawach sąd bada interes uczestników postępowania, rzeczywistą więź osoby bliskiej ze zmarłym pacjentem, wolę zmarłego pacjenta oraz okoliczności wyrażenia sprzeciwu.

Prawo określa również szczegółowo sposób, w który jest udostępniana dokumentacja medyczna. Dokumentacja może zostać udostępniona:

- do wglądu w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych albo w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem pacjentowi lub innym uprawnionym organom lub podmiotom możliwości sporządzenia notatek lub zdjęć;
- przez sporządzenie jej wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku;
- przez wydanie oryginału za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, na żądanie organów władzy publicznej albo sądów powszechnych, a także w przypadku, gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta;
- za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej;
- na informatycznym nośniku danych.

Prawo do poszanowania intymności i godności

Prawo do poszanowania intymności i godności zobowiązuje personel szpitalny i inne podmioty, które są zobowiązane szanować prawa pacjentów, do zapewnienia warunków, w których nie będzie naruszana intymność pacjenta, a więc sfera węższa jeszcze niż prywatność, taka, do której pacjent dopuszcza jedynie najbliższe sobie osoby. Poszanowanie intymności polega więc na zabezpieczeniu tej sfery tak, by nie „dostawały” się do niej osoby niepowołane.

⁴ Osoba bliska jest zdefiniowana jako małżonek, krewny do drugiego stopnia lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciel ustawowy, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba wskazana przez pacjenta.

Przepisy wskazują zatem, kto może być obecny przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Co do zasady mogą to być osoby udzielające świadczeń zdrowotnych. Osoby wykonujące zawód medyczny, inne niż udzielające świadczeń zdrowotnych, uczestniczą przy udzielaniu świadczeń tylko wtedy, gdy jest to niezbędne ze względu na rodzaj świadczenia lub wykonywanie czynności kontrolnych na podstawie przepisów o działalności leczniczej.

Uczestnictwo czy obecność innych osób wymaga zgody pacjenta i osoby wykonującej zawód medyczny udzielającej świadczenia.

W celu zapewnienia poszanowanie intymności gabinet lekarski powinien być wyciszony tak, by szczegóły rozmowy z pacjentem nie przedostawały się na zewnątrz, do uszu osób niepowołanych. Powinien też być zabezpieczony przed nagłym wtargnięciem osób trzecich. Jeśli nawet nie uda się zapewnić każdemu pacjentowi oddzielnej sali, należy zrobić wszystko, by dać pacjentowi prywatność, np. używając parawanów, ścisząc głos przy udzielaniu informacji.

Prawo do poszanowania godności oznacza, że nie będzie umniejszana godność pacjenta czyli przyrodzone poczucie własnej wartości. Przykłady nieposzanowania tego prawa stanowią obrażanie pacjenta czy wyzywanie go, niekoniecznie bezpośrednio, czyli w jego obecności, ale też np. w rozmowach pomiędzy personelem medycznym.

Prawo do poszanowania godności obejmuje także prawo do umierania w spokoju i godności.

Elementem prawa do poszanowania godności jest również przewidziane w ustawie wprost prawo do leczenia bólu. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest zobowiązany podejmować działania polegające na określeniu stopnia natężenia bólu, leczeniu bólu oraz monitorowaniu skuteczności tego leczenia.

Prawo do zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem

Pacjent ma prawo do zachowania w tajemnicy przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym udzielające mu świadczeń zdrowotnych, informacji z nim związanych, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu medycznego. W celu realizacji tego prawa osoby wykonujące zawód medyczny są zobowiązane zachować w tajemnicy informacje związane z pacjentem, w szczególności ze stanem zdrowia pacjenta.

Przepisy wskazują wprost i wyczerpująco sytuacje, w których informacje związane z pacjentem mogą podlegać ujawnieniu. Może to mieć miejsce w przypadku, gdy:

- tak stanowią przepisy odrębnych ustaw;
- zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób;
- pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę na ujawnienie tajemnicy;
- zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych innym osobom wykonującym zawód medyczny, uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń.

Prawo obecności osoby bliskiej przy udzielaniu świadczeń

Na życzenie pacjenta przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych może być obecna osoba bliska. Osoba wykonująca zawód medyczny udzielająca świadczeń zdrowotnych pacjentowi może odmówić obecności osoby bliskiej przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w przypadku istnienia prawdopodobieństwa wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta. Odmowę odnotowuje się w dokumentacji medycznej.

Czy można ograniczyć korzystanie z praw pacjenta

Ograniczenie korzystania z praw pacjenta jest dopuszczalne tylko w przypadkach wprost wskazanych w przepisach. Kierownik podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych lub upoważniony przez niego lekarz może ograniczyć korzystanie z praw pacjenta w przypadku wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów, a w przypadku prawa do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami, także ze względu na możliwości organizacyjne podmiotu.

Do kogo zwrócić się w razie naruszenia moich praw jako pacjenta

W razie naruszenia praw pacjenta można skorzystać z kilku mechanizmów. W szczególności pacjent może zwrócić się do Rzecznika Praw Pacjenta (RPP), czyli do organu powołanego po to, by stać na straży praw pacjenta. RPP ma wiele istotnych kompetencji. Najistotniejszą z punktu widzenia konkretnego pacjenta jest obowiązek przeprowadzenia postępowania wyjaśniającego, ilekroć RPP poweźmie wiadomość „co najmniej uprawdopodobniającą naruszenie praw pacjenta”. Efektem tego postępowania może być:

- brak stwierdzenia naruszenia praw pacjenta;
- skierowanie wystąpienia do podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, organu, organizacji lub instytucji, w których działalności stwierdził naruszenie praw pacjenta; podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, organ, organizacja lub instytucja, do których zostało skierowane wystąpienie, są zobowiązane niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 30 dni, poinformować RPP o podjętych działaniach lub zajęтым stanowisku; w przypadku, gdy RPP nie podziela tego stanowiska, może zwrócić się do właściwego organu nadrzędnego z wnioskiem o zastosowanie środków przewidzianych w przepisach prawa; dodatkowo, jeżeli sprawa tego wymaga, RPP żąda wszczęcia postępowania dyscyplinarnego lub zastosowania sankcji służbowych wobec konkretnego pracownika placówki;
- zwrócenie się do organu nadrzędnego z wnioskiem o zastosowanie środków przewidzianych w przepisach prawa.

Na stronie internetowej RPP zamieszczone są wyjaśnienia dla pacjentów dotyczące zgłaszania problemów.⁵ W tym celu ustanowiona została ogólnopolska bezpłatna infolinia.

Drugi mechanizm polega na tym, że w razie zawinionego naruszenia prawa pacjenta może on zwrócić się do sądu o przyznanie zadośćuczynienia pieniężnego. Możliwość ta nie przysługuje jednak w odniesieniu do wskazanych przez ustawodawcę praw, to jest prawa do:

- przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne;
- informacji o rodzaju i zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych;
- dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia;
- zgłaszania działań niepożądanych produktów leczniczych.

Jeśli pacjent doznał szkody (majątkowej lub niemajątkowej), może dochodzić rekompensaty (szkody majątkowej w postaci odszkodowania, a szkody niemajątkowej w postaci zadośćuczynienia) na zasadach ogólnych, tj. niezależnie od szczegółowej regulacji umożliwiającej dochodzenia zadośćuczynienia pieniężnego opisanej powyżej.

Mechanizm pierwszy, czyli złożenie wniosku do RPP, jest najłatwiejszy, gdyż postępowanie wyjaśniające prowadzi sam Rzecznik Praw Pacjenta i nie wiąże się ono ze szczególnymi kosztami dla pacjenta. Mechanizm sądowy wymaga od pacjenta większego wysiłku i kosztów, wiąże się bowiem z koniecznością udowodnienia swoich roszczeń oraz pokrycia m.in. opłaty sądowej, a czasem również (w razie przegrania procesu) poniesienia kosztów drugiej strony.

Co ważne, niektóre naruszenia praw pacjenta, np. prawa do postępowania zgodnego z aktualnym stanem wiedzy medycznej, mogą stanowić podstawę dochodzenia także innych roszczeń, np. w trybie odpowiedzialności za tzw. zdarzenia medyczne.

⁵ Wyjaśnienia dostępne są na stronie: <https://www.rpp.gov.pl/dla-pacjenta/abc-praw-pacjenta/w-jakich-sytuacjach-mozemy-zwrocic-sie-o-pomoc-do-rpp/> [dostęp 13.12.2019]



2

PROBLEMY FIZYCZNE:

CZY MOŻNA

JE POKONAĆ

Kontrola bólu

Tomasz Buss

Celem tego rozdziału jest pozbawienie Cię poczucia bezsilności wobec bólu bez względu na jakim etapie choroby nowotworowej jesteś. Czy jest to faza aktywnego leczenia onkologicznego, faza nawrotu choroby, faza terminalna czy też jesteś „po”, i jesteś tzw. ozdrowieńcem (ang. survivor). Nawet w najbardziej kryzysowym momencie możesz otrzymać pomoc. **Nie ma takiej sytuacji, w której nie będziesz mógł być leczony przeciwbólowo.**

Każdy ból przewlekły może i powinien być skutecznie leczony. Nie musisz i nie powinieneś niepotrzebnie cierpieć z jego powodu. Jednak **Twoje oczekiwania** co do efektywności leczenia przeciwbólowego powinny być jak najbardziej **zbliżone do realnych możliwości**. Nie zawsze można całkowicie wyeliminować ból, jednak można doprowadzić jego intensywność do poziomu akceptowalnego.

Ból jest objawem informującym o tym, że w Twoim ciele dzieje się coś złego. Na początku choroby jest sygnałem wymagającym diagnozy i reakcji ze strony lekarza. Z biegiem czasu, kiedy przyczyna jego powstania jest znana, traci swoją informacyjną rolę. Nieleczony stanowi przyczynę zbędnego cierpienia fizycznego i psychicznego.

Ból u chorego na nowotwór nie zawsze jest związany z chorobą nowotworową, jej progresją bądź leczeniem onkologicznym. Współwystępowanie innych chorób, mogących powodować dolegliwości bólowe jest możliwe i coraz częstsze wraz z zaawansowaniem wieku chorego.

Właściwa komunikacja pomiędzy zespołem opiekującym się chorym z bólem (lekarzem, pielęgniarką) a pacjentem ma kluczowe znaczenie w efektywności jego zwalczania. **Twoje zaangażowanie i samoobserwacja mają znaczenie** i wpływają na efektywność leczenia. Wymagać to może od ciebie posiadania pewnej wiedzy dotyczącej postępowania z bólem. Właśnie dlatego warto przeczytać ten rozdział.

Mam nadzieję, że pomoże Ci on w lepszej komunikacji z lekarzem i pozwoli na dobrą kontrolę bólu. Pamiętaj, że jedynie działając wspólnie możecie osiągnąć najlepszy możliwy do uzyskania efekt. Zawsze pytaj, jeśli czegokolwiek nie rozumiesz lub czegokolwiek się obawiasz. Pozwoli to na rozładowanie napięcia wynikającego z braku zrozumienia. Najważniejsze jest to, że to **Ty panujesz nad bólem, a nie ból nad Tobą.**

Po przeczytaniu tego rozdziału powinieneś:

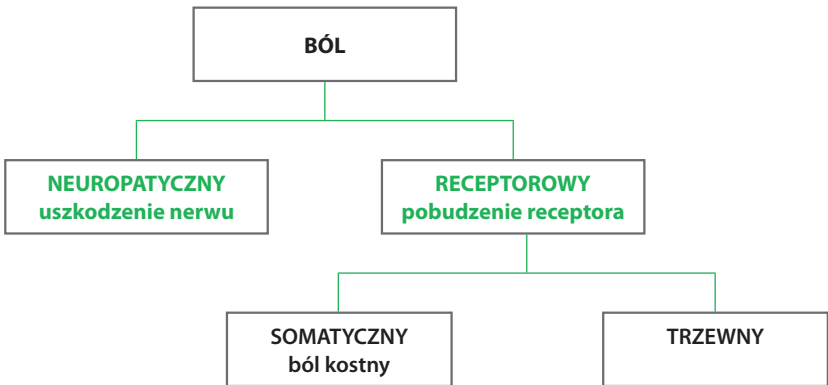
- wiedzieć jak rozpoznać podstawowe rodzaje bólu;
- znać ogólne zasady leczenia bólu (wiedzieć, co to jest drabina analgetyczna, ból przebijający i podstawowy);

- umieć poradzić sobie z nagłym bólem;
- znać podstawowe objawy uboczne leczenia opioidami;
- rozumieć, po co prowadzić dzienniczek leczenia przeciwbólowego;
- umieć komunikować się z lekarzem leczącym ból.

Rodzaje bólu

Ból jest impulsem elektrycznym powstającym w miejscu uszkodzenia tkanki, który zostaje przewodzony do kory mózgowej. Tam jest uświadamiany jako bodziec nieprzyjemny.

W zależności od sposobu jego powstawania wyróżniamy dwa podstawowe rodzaje bólu: receptorowy i neuropatyczny (niereceptorowy) – patrz rycina 2.1.



Ryc. 2.1. Rodzaje bólu przewlekłego.

Ból receptorowy powstaje w wyniku drażnienia receptorów bólowych, które są zlokalizowane np. w kościach, skórze czy tkankach miękkich. W tym przypadku mamy do czynienia z bólem receptorowym somatycznym. Jeśli receptory bólowe pobudzane są w narządach wewnętrznych klatki piersiowej czy jamy brzusznej, to taki rodzaj bólu nazywamy bólem receptorowym trzewnym.

WAŻNE
Poinformuj lekarza o istnieniu bólu pochodzącego ze zmian w kościach. Może mieć to kluczowe znaczenie w doborze odpowiedniego leczenia. W tym przypadku stosujemy w pierwszej kolejności leki z grupy NLPZ (niesteroi-
dowe leki przeciwzapalne).

.....

Ból neuropatyczny powstaje w wyniku uszkodzenia dróg nerwowych, zarówno obwodowych, jak i leżących centralnie, czyli na wyższych piętrach układu nerwowego.

Objawy bólu

Umiejętność zwrócenia uwagi lekarza na charakterystyczne objawy i przypisanie ich do odpowiedniego rodzaju bólu jest kluczowe we właściwym doborze leczenia analgetycznego (przeciwbólowego). Podanie zbyt dużej ilości szczegółów, wynikające zazwyczaj z chęci jak najdokładniejszego opisanego dolegliwości, nie zawsze jest dobre. Może prowadzić do zatuszowania tego co najważniejsze. Lekarz ma także ograniczoną możliwość percepcji dostarczanych informacji. Dlatego warto przygotować się do rozmowy z lekarzem. Zazwyczaj mamy ograniczony czas wizyty w gabinecie lekarskim. W celu właściwego zaordynowania leczenia bólu najważniejsze jest zdiagnozowanie, czy u pacjenta występuje ból receptorowy czy neuropatyczny, bądź oba rodzaje dolegliwości jednocześnie. W tabeli 2.1 przedstawiono najczęściej podawane przez pacjentów określenia charakteryzujące poszczególne rodzaje bólu oraz podstawowe grupy leków stosowanych w ich leczeniu.

Tabela 2.1. Objawy poszczególnych rodzajów bólu i ich leczenie.

Ból receptorowy somatyczny	Ból receptorowy trzewny	Ból neuropatyczny
Objawy	Objawy	Objawy
Ostry	Tępy	Palenie, pieczenie
Stały	Przerywany	Wbijanie szpilek, „mrówki”
Łatwy do lokalizacji	Rozlany	Zrywanie skóry
Nie promieniuje – ból w miejscu uszkodzenia	Rzutowanie bólu – występowanie w miejscu innym niż przyczyna bólu	Przeszywanie prądem
Leczenie	Leczenie	Leczenie
Analgetyki (szczególnie NLPZ)	Analgetyki	Koanalgetyki

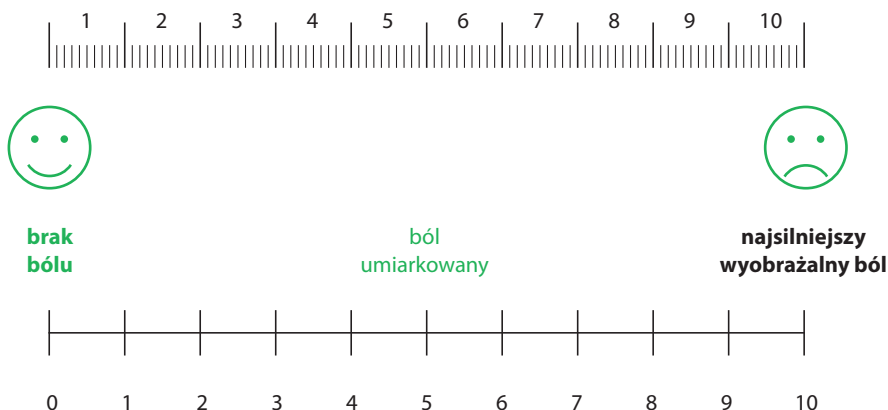
Objawy bólu receptorowego wydają się oczywiste dla większości pacjentów i są zgłaszane lekarzowi jako ból. Z objawami bólu neuropatycznego jest niestety inaczej i często nie są one kojarzone z bólem. Z tego powodu zostają często pominięte w wywiadzie bólowym. Pamiętam pacjentkę po operacji i radioterapii z powodu guza ślinianki podżuchwowej, która opisywała dolegliwości na szyi jako uczucie „ciąćcia nożem”. Podczas nazywania przeze mnie jej dolegliwości bólem neuropatycznym usilnie powtarzała „już mówiłam Panu, to nie jest ból, a cięćcie nożem”. Odmianą bólu neuropatycznego jest **ból fantomowy**, kiedy pacjent odczuwa ból lub inny dyskomfort w części ciała, której już nie ma, np. po amputacji.

WAŻNE

Jeśli czujesz inne doznania niż te, które pochodzą z skóry zdrowej, np. palenie, pieczenie, wbijanie szpilek, przypalanie, przeszywanie prądem elektrycznym lub kiedy dotyk skóry boli (allodynia), nie zapomnij zgłosić tej informacji lekarzowi. Upewnij się także, czy otrzymujesz leczenie na te dolegliwości.

Ocena bólu

Podczas konsultacji z lekarzem czy pielęgniarką będziesz wielokrotnie pytany o ocenę natężenia Twojego bólu. W tym celu wykorzystywane są proste skale przedstawione na rycinie 2.2. Możesz już w domu zastanowić się, na ile w skali od 0 do 10 ocenisz natężenie swojego bólu – 0 to brak bólu, a 10 to maksymalny ból, jaki jesteś sobie w stanie wyobrazić. Porównywanie wyników pozwala monitorować skuteczność prowadzonej terapii.



Ryc. 2.2. Przykładowe skale oceny natężenia bólu.

Leczenie bólu

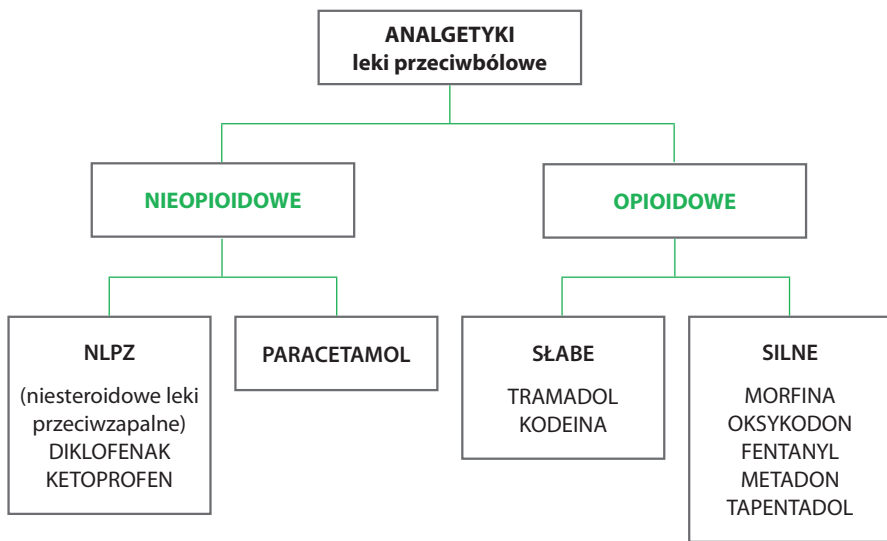
Podstawy właściwego leczenia bólu to:

- zlecenie leczenia na istniejące komponenty bólu receptorowego bądź neuropatycznego;
- umiejętność identyfikowania i niwelowania **bólu ciągłego, podstawowego** (ang. background pain) oraz **nagłego epizodu bólu**, tzw. **przebijającego** (ang. breakthrough pain).

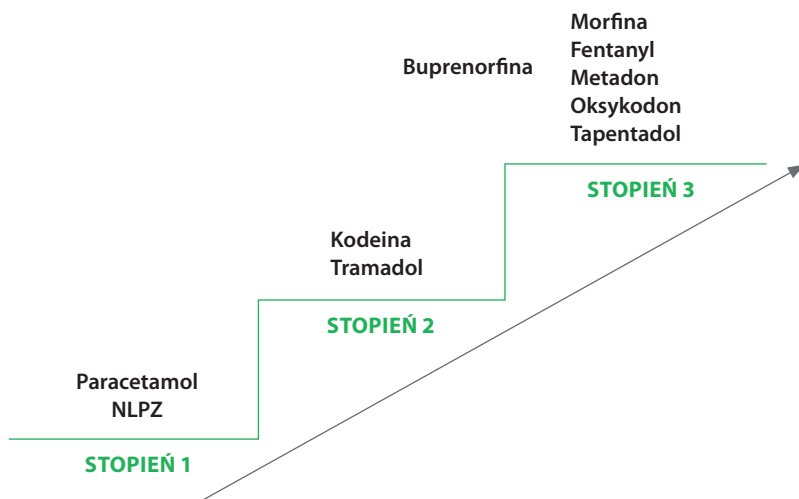
W uproszczony sposób można stwierdzić, że ból **receptorowy** znosimy za pomocą **leków przeciwbólowych** tzw. analgetyków. Ból **neuropatyczny** leczymy natomiast **koanalgetykami** – lekami, które z definicji nie są analgetykami. Do tej grupy należą m.in. niektóre leki przeciwpadaczkowe i przeciwdepresyjne, czyli leki nieuetożsamiane z leczeniem bólu.

Analgetyki

Podstawowe grupy leków przeciwbólowych oraz najczęściej stosowane substancje chemiczne przedstawia rycina 2.3. Leki przeciwbólowe stosujemy według schematu nazywanego **drabiną analgetyczną**, zaproponowanego przez Światową Organizację Zdrowia (WHO – World Health Organization) – patrz rycina 2.4.



Ryc. 2.3. Podział analgetyków.



Ryc. 2.4. Drabina analgetyczna według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO).

Leczenie bólu rozpoczynamy od stosowania leków z I stopnia drabiny analgetycznej. Po osiągnięciu maksymalnej dawki dobowej leku, przy braku dobrego efektu przeciwbólowego dodajemy lek z II stopnia drabiny analgetycznej. Przy niewystarczającym efekcie analgetycznym takiego postępowania, po osiągnięciu maksymalnej dawki leków z I i II stopnia, przechodzimy do stosowania silnych leków opioidowych z III stopnia. Wtedy rozpoczynamy łączne stosowanie leków z I i III stopnia.

WAŻNE
Nie powinniśmy łącznie przyjmować słabych i silnych opioidów, czyli leków z II i III stopnia drabiny analgetycznej.

Koanalgetyki

Koanalgetyki to leki, których mechanizmy działania pozwalają zwalczać ból neuropatyczny. Najczęściej stosowane grupy koanalgetyków i przykładowe substancje lecznicze przedstawiono na rycinie 2.5. Możemy je stosować równolegle z analgetykami, jeśli jednocześnie współistnieje ból neuropatyczny i receptorowy.

WAŻNE
Jeśli zidentyfikowałeś u siebie objawy mogące odpowiadać bólowi neuropatycznemu, upewnij się, czy otrzymujesz leki stosowane w leczeniu tego rodzaju dolegliwości.



Ryc. 2.5. Koanalgetyki z przykładami substancji leczniczych.

Rodzaje tabletek przeciwbólowych

Preferowaną drogą przyjmowania analgetyków jest droga doustna, między innymi ze względu na możliwość modyfikowania szybkości uwalniania się leku przeciwbólowego i czasu jego działania.

Wyróżniamy dwa podstawowe typy tabletek:

- tabletki **o szybkim uwalnianiu** (IR – immediate release), które działają szybko, ale dosyć krótko, średnio 3–4 godziny;
- tabletki **o powolnym, kontrolowanym uwalnianiu** (w nazwie leku często spotykamy oznaczenia/zakończenia nazwy: prolongatum, retard, SR – slow release, ER – extended release, CR – continuous release), które zaczynają działać później, ale czas ich działania jest długi, wynosi 12 godzin, rzadziej 24 godziny.

WAŻNE

Nie wolno rozgryzać ani kruszyć tabletek o powolnym uwalnianiu. Zniszczenie ich struktury spowoduje szybsze uwolnienie leku oraz skrócenie czasu jego działania.

Istnieją preparaty posiadające tzw. dwufazowe uwalnianie, tzn. część leku uwalnia się szybko, a część powoli. Tych tabletek również nie wolno kruszyć ani uszkadzać ich struktury. Najczęściej zawierają one leki z grupy NLPZ.

WAŻNE

Jeśli nie można podać pacjentowi tabletki w całości, w szczególności wtedy, gdy zalecono leki o powolnym uwalnianiu, fakt ten należy zgłosić lekarzowi. W takiej sytuacji należy zastosować leczenie drogą przeskórną lub podskórną.

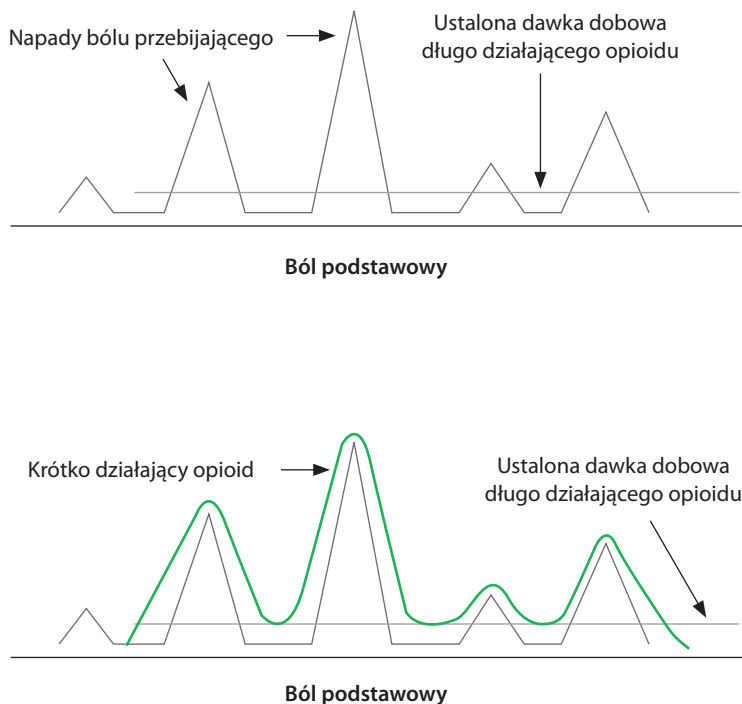
Ból podstawowy, ból przebijający, ból końca dawki

Ból ciągły, **stale występujący (podstawowy)**, leczymy lekami o przedłużonym uwalnianiu. Regularne przyjmowanie tego typu preparatów zapobiega nawrotom bólu pomiędzy przyjęciem kolejnych dawek leku.

Ból przebijający może pojawić się okresowo, nieregularnie, niezależnie od prowadzonego leczenia podstawowego. Zazwyczaj narasta szybko i mija samoistnie. Czas jego trwania jest różny, zazwyczaj 10–60 minut. Może być zależny od czynników zewnętrznych. Wtedy jesteśmy w stanie przewidzieć, kiedy się pojawi (**ból incydentalny**). Niekiedy nie możemy znaleźć przyczyny jego powstania (**ból samoistny**). W obu przypadkach stosujemy leki o szybkim i krótkim czasie działania.

Należy pamiętać o jednej zasadzie. W przypadku bólu samoistnego lek podajemy w momencie pojawienia się bólu. Natomiast gdy znany jest czynnik sprawczy (np. zmiana pozycji ciała, zabiegi pielęgnacyjne), wskazane jest przyjęcie leku 15–30 minut przed sytuacją wywołującą ból po to, aby zabezpieczyć chorego przed jego ponownym wystąpieniem.

Zastosowanie leków przeciwbólowych w zależności od szybkości uwalniania w poszczególnych rodzajach bólu przedstawiono na rycinie 2.6.



Ryc. 2.6. Szybkość uwalniania leków przeciwbólowych a rodzaj bólu.

Niekiedy ból pojawia się regularnie przed kolejną dawką leku długodziałającego. Taki ból nazywamy **bólem końca dawki**. Wtedy wskazane jest zwiększenie dawki leku podstawowego, stosowanego przewlekłe. Zanim to nastąpi chory może przyjmować dodatkowe dawki ratujące analgetyku krótkodziałającego.

WAŻNE

Należy notować godziny i dawki leków stosowanych doraźnie, a także starać się zidentyfikować czynnik sprawczy bólu przebijającego. Pozwoli to na dostosowanie i właściwe prowadzenie leczenia analgetycznego.

Dawka ratująca

Dawka ratująca jest dodatkową dawką leku o **szybkim uwalnianiu**, stosowaną w razie nagłego pojawienia się bólu. Powinna to być ta sama substancja, która jest stosowana do leczenia bólu podstawowego w formie o przedłużonym uwalnianiu. W Polsce w przypadku przewlekłego stosowania silnych opioidów najczęściej stosujemy morfinę bądź fentanyl. Wynika to z braku dostępności form o szybkim uwalnianiu pozostałych silnych opioidów, np. oksykodonu.

W przypadku stosowania leków z II stopnia drabiny analgetycznej na ból przebijający stosujemy słaby opioid, np. tramadol. W trakcie przewlekłego stosowania opioidów, w razie bólu przebijającego, możesz przyjąć dodatkowo takie leki jak paracetamol w dawce 500–1000 mg, metamizol (pyralgina) 500–1000 mg czy diklofenak o szybkim uwalnianiu 50 mg. Obowiązuje zasada, że jeśli po zastosowaniu szybko działającego analgetyku ból przebijający nie minie w ciągu 30 minut, to możesz przyjąć kolejną dawkę leku. Zapisz godzinę przyjęcia leku, jego nazwę i dawkę. Należy uważać, aby nie przekroczyć tzw. dobowej dawki maksymalnej danej substancji leczniczej – patrz tabela 2.2.

Tabela 2.2. Maksymalne dobowe dawki analgetyków.

Nazwa leku	Dobowa dawka maksymalna w mg
Paracetamol	4000 (2000 w wieku podeszłym)
Metamizol	5000 (w sposób ciągły do 7 dni)
Diklofenak	150
Ketoprofen	200
Nimesulid	200
Tramadol	400
Kodeina	240

WAŻNE

Zawsze zapytaj lekarza, którego leku możesz użyć w razie bólu przebijającego i w jakiej dawce. Upewnij się, że otrzymałeś receptę na ten lek lub że posiadasz go w domu w wystarczającej ilości.

Jak dobrać dawkę ratującą

Jeśli pogubisz się w natłoku informacji otrzymywanych od lekarza, pamiętaj, że istnieją uniwersalne zasady doboru dawek ratujących.

W przypadku stosowania morfiny długodziałającej podawanej doustnie **dawka ratująca morfiny** krótkodziałającej wynosi tyle co **1/6–1/10 dawki dobowej morfiny**.

- **Przykład.** Dla pacjenta leczonego morfiną o przedłużonym uwalnianiu
- 30 mg × 2 dziennie (MST Continus, Doltard) dawka ratująca morfiny
- krótkodziałającej wyniesie 10 mg (1/2 tabl. Sevredolu 20 mg dostępnego
- w Polsce, w tym przypadku można podzielić tabletkę, ponieważ jest to
- tabletkę o szybkim uwalnianiu).

W czasie terapii przewlekłej oksykodonem lekarz zdecyduje o tym, czy w przypadku bólu przebijającego możesz przyjąć morfinę czy fentanyl krótkodziałający. Zapytaj, jaką dawkę powinienś zażyć w razie bólu.

- **Przykład.** Pacjent przyjmuje 20 mg oksykodonu × 2 dziennie. Dawka ratująca to 1/6–1/10 dawki dobowej oksykodonu, czyli 4–6 mg oksykodonu. Oksykodon jest około 1,5 razy silniejszy od morfiny, czyli dawka ratująca morfiny krótkodziałającej to 5–10 mg morfiny doustnie.

Dobór dawki fentanylu krótkodziałającego (doustnego, donosowego) zależy od jego skuteczności. Zazwyczaj zaczynamy od dawki najmniejszej – 100 µg, a w przypadku jej nieskuteczności następnym razem podajemy większą, najczęściej podwójną dawkę. **Dawka skuteczna** to taka, która likwiduje ból podczas dwóch kolejnych epizodów bólu przebijającego. Jej skuteczność ocenia się po 30 minutach od zastosowania.

Co zrobić, gdy lek na ból przebijający działa zbyt późno

Szybkość działania krótkodziałających leków opioidowych, tj. morfiny i fentanylu, różni się znacząco. Morfina zaczyna działać średnio po 15–30 minutach, a fentanyl po 8–13 minutach.

WAŻNE

Jeśli zauważysz, że morfina krótkodziałająca zbyt późno łagodzi ból przebijający, zgłoś to koniecznie lekarzowi. Lekarz w Polsce dopiero po odnotowaniu tego faktu w dokumentacji medycznej może przepisać Ci fentanyl krótkodziałający, abyś szybciej mógł uzyskać złagodzenie bólu.

Skąd mam wiedzieć, jaką substancją jestem leczony

Substancje lecznicze (leki) mają nazwę handlową i międzynarodową. Nazwa handlowa nadawana jest przez producenta np. Accordeon czy OxyContin. Na każdym opakowaniu leku i na ulotce wewnątrz jest informacja o substancji czynnej (międzynarodowej) zawartej w preparacie np. substancją czynną zawartą w preparatach Accordeon i OxyContin jest oksydon, a dokładniej chlorowodorek oksydonu. Ta informacja jest najważniejsza.

WAŻNE

Przygotuj się do rozmowy z lekarzem! Powinieneś pamiętać lub zapisać jakie leki przeciwbólowe obecnie przyjmujesz (łącznie z nazwą międzynarodową), w jakich dawkach i jak często. Dobrze by było, jeśli byś wiedział, jakie analgetyki przyjmowałeś w przeszłości, w jakich dawkach i odstępach czasowych. Przygotowany do rozmowy znacząco pomożesz lekarzowi w dobraniu odpowiedniej formy terapii bólu.

Co z leczeniem bólu w sytuacji, gdy pacjent nie może przełykać

Nie ma sytuacji bez wyjścia, również w leczeniu bólu. W przebiegu choroby nowotworowej może się zdarzyć, że pacjent nie będzie mógł przełykać leków. W takiej sytuacji niektóre leki przeciwbólowe, np. morfinę, można stosować podskórnie, a fentanyl przezskórnie z wykorzystaniem plastrów. Morfinę podskórnie podaje się do umieszczonego podskórnie tzw. motylka. Wtedy nie ma potrzeby klucia pacjenta co 4 godziny, ponieważ **morfinę podskórną** w leczeniu przewlekłym, nie doraźnym, należy stosować regularnie **co 4 godziny**. Nie jest to może zbyt wygodne, ale zabezpiecza chorego przed bólem. Dla wygody pacjenta bądź jego opiekuna dawkę wieczorną np. o godz. 22.00, możemy podwoić i nie podawać dawki nocnej o godz. 2.00. Przerwa pomiędzy dawką wieczorną i poranną wynosi wtedy 8 godzin. W razie bólu przebijającego dawka ratująca to nadal 1/6–1/10 dawki dobowej.

WAŻNE

Morfina podana **podskórną** działa średnio **2 razy silniej** niż morfina podana doustnie. 10 mg morfiny podanej podskórną jest równoważne 20 mg morfiny o szybkim uwalnianiu podanej doustnie.

• • • •

Co robić, gdy leki przeciwbólowe nie działają

Taka sytuacja zdarza się rzadko. Najczęściej wynika albo z braku stosowania/zrozumienia podstawowych, przedstawionych powyżej zasad leczenia bólu, albo ze złego stanu psychicznego pacjenta. Nasilony, nieleczone lęk czy depresja lub zaburzenia snu znacząco pogarszają kontrolę bólu. Zazwyczaj dołączenie leków przeciwlękowych czy przeciwdepresyjnych znacząco poprawia komfort chorego. Regularne stosowanie technik relaksacyjnych (mindfulness, medytacje) i dystrykcyjnych (odwracania uwagi) oraz aktywizacja ruchowa (joga, tai chi) czy masaż pomagają w kontroli bólu.

Objawy uboczne stosowania analgetyków nieopiodowych

Paracetamol ogólnie uznawany jest za lek bezpieczny. Nie należy jednak przekraczać maksymalnych dawek dobowych oraz stosować go z ostrożnością u chorych nadużywających alkoholu ze względu na możliwość toksycznego działania na wątrobę.

Niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ) znacznie częściej powodują objawy niepożądane, szczególnie ze strony przewodu pokarmowego oraz w związku z ich wpływem na płytki krwi. Ich toksyczność wzrasta w sytuacji, gdy są stosowane łącznie z glikokortykosteroidami (deksametazon, prednizon).

Należy zwrócić uwagę na pojawienie się zgagi, bólu żołądka, nudności, wymiotów treścią fusowatą, czarnego zabarwienia stolca, krwawienia z odbytu, pojawienia się krwi w moczu czy krwioplucia. W przypadku zauważenia takich objawów skontaktuj się niezwłocznie z lekarzem przed przyjęciem kolejnej dawki leku.

Objawy uboczne stosowania leków opioidowych

Najczęstszym objawem ubocznym występującym podczas stosowania opioidów są **zaparcia**. Dlatego od samego początku stosowania tych leków należy prowadzić profilaktykę przeciwwzarciową, stosując laktulozę lub preparaty makrogoli, pijąc dużo płynów czy jedząc surowe owoce. Jeśli obserwujesz brak wypróżnienia przez 2–3 kolejne dni, skontaktuj się z lekarzem lub pielęgniarką.

Podczas pierwszych dni stosowania leków opioidowych mogą wystąpić **nudności i wymioty**, które nie są objawem „uczulenia” na lek wymagającym jego odstawienia. Zazwyczaj mijają po 7–10 dniach. Dlatego jeśli będziesz je odczuwał, poproś lekarza o przepisanie leku przeciwwymiotnego, który będzie można następnie odstawić.

Senność jest kolejnym objawem mogącym pojawić się na początku stosowania opioidów. W tym okresie należy zachować ostrożność podczas samodzielnego poruszania się, aby uniknąć upadku. Jeśli senność nie zmniejszy się lub nie minie, należy poprosić o zmianę leku. Pacjent może mieć zwiększoną potrzebę snu, ale wybudzony nie przejawia zaburzeń świadomości. Można z nim normalnie rozmawiać.

Powyższy rodzaj senności jest inny niż ta, która pojawia się przy przedawkowaniu opioidów. Wtedy oprócz narastającej senności, obserwuje się pogorszenie logicznego kontaktu z pacjentem (nie można go wybudzić), a także spowolnienie liczby oddechów na minutę (alarmujące jest 8–10 oddechów na minutę). Źrenice mogą być wąskie, słabo reagujące na światło.

Rzadziej przy stosowaniu opioidów pojawiają się koszmary senne czy nasiloną potliwość.

WAŻNE

Zawsze, gdy zauważasz pogorszenie funkcjonowania chorego, nasiloną senność, spowolnienie liczby oddechów poniżej 8–10/min (norma to 14–18 oddechów na minutę), pilnie skontaktuj się z lekarzem. Do tego czasu wstrzymaj się z podawaniem kolejnej dawki opioidowego leku przeciwbólowego.

Czy stosując leki opioidowe zostanę narkomanem?

To pytanie zadają sobie prawdopodobnie wszyscy w związku z panującym przekonaniem, że morfina i jej pochodne to leki narkotyczne. Taka postawa nazywana jest opioidofobią. Morfina, fentanyl, oksykodon czy metadon to leki, które stosowane są w celu zwalczania bólu przewlekłego, a nie w celu uzyskania pozytywnych doznań psychicznych. Nie mają one tzw. efektu euforyzującego i dlatego nie powodują uzależnienia psychicznego. W rozwoju narkomanii kluczowe znaczenie ma intencja, z jaką przyjmujesz daną substancję. Najczęściej, jeśli zostaną użyte w zbyt dużej, niedostosowanej do natężenia bólu dawce, powodują senność, pogorszenie kontaktu i zmniejszenie liczby oddechów. Nie ma zatem potrzeby obawiania się narkomanii, czyli psychicznego uzależnienia od substancji opioidowych stosowanych w leczeniu bólu. Jeśli jesteś pod stałą kontrolą lekarską i przyjmujesz leki zgodnie z zaleceniem i ich przeznaczeniem, możesz czuć się bezpiecznie.

Inną rzeczą jest tolerancja farmakologiczna na lek/substancję, objawiająca się koniecznością zwiększania dawek podczas długotrwałego stosowania. Podobnie jak podczas terapii innymi substancjami, może ona występować przy stosowaniu opioidów. Aby unikać tolerancji farmakologicznej, zaleca się okresową tzw. rotację opioidów – średnio raz do roku, jeśli zachodzi konieczność długotrwałego stosowania leku. Przy dłuższym stosowaniu tego typu leków nie należy ich odstawiać nagle. Może to spowodować tzw. zespół odstawienny, objawiający się wzmożoną potliwością, łzawieniem, kichaniem, biegunką, rozdrażnieniem, ziewaniem, bólem kości i mięśni. Zaleca się stopniowe odstawianie tych leków.

Wzajemne oczekiwania – podstawa współpracy i efektów leczenia

Czas wizyty w gabinecie lekarskim czy na wizycie domowej jest **ograniczony**. Zazwyczaj **chętnych** pacjentów w kolejce do otrzymania porady **dużo**. Podczas konsultacji lekarskiej każdy pełni swoją rolę. Rolą pacjenta, w jego własnym interesie, jest jak najlepsze przygotowanie się do wizyty, aby otrzymać najpełniejszą możliwą pomoc. Rolą lekarza jest kompetentne i przystępne udzielenie porady dotyczącej leczenia. Marnowanie czasu na dochodzenie do tego, jak byłeś leczony, szukanie informacji dopiero na wizycie, pozbawia Cię możliwości omówienia szczegółów terapii przeciwbólowej, a co za tym idzie poprawy Twojego komfortu życia.

WAŻNE

Do skutecznego leczenia potrzeba **zaangażowania obydwu stron**. Zarówno Ty masz oczekiwania w stosunku do lekarza, jak i on w stosunku do Ciebie.

Czego możesz oczekiwać od lekarza:

- empatii i chęci pomocy;
- znajomości zasad leczenia przeciwbólowego;
- udzielenia dokładnych informacji dotyczących leczenia bólu podstawowego i przebijającego.

Czego nie możesz oczekiwać od lekarza:

- znajomości wszystkich nazw handlowych leków – stwierdzenie „*pan jest lekarzem, to powinien pan znać leki*” wprowadza niepotrzebne napięcie w relacji między pacjentem a lekarzem;
- marnowania czasu na oczekiwanie zanim dojdiesz do tego, co powinienes już wiedzieć o swoim dotychczasowym leczeniu – sytuacja, w której pacjent mówi „*Mogę zadzwonić do żony? Ona lepiej wie, co biore*”, nie powinna mieć miejsca w trakcie wizyty lekarskiej.

Czego lekarz oczekuje od pacjenta/opiekuna:

- świadomego zaangażowania w proces leczenia bólu i aktywnego włączania się w leczenie, szczególnie w warunkach opieki domowej (samodzielne podawanie leków, prowadzenie dzienniczka bólu).

WAŻNE

Jeśli nie chcesz być zaangażowany w swoje leczenie, masz do tego prawo. Zawsze możesz zabierać ze sobą „opiekuna”, który będzie za Ciebie „wiedział” i informował lekarza o Twoim samopoczuciu i leczeniu. Miej jednak świadomość, że to nie to samo, co Twoje osobiste zaangażowanie.



PODSUMOWANIE

- Sam zwróć szczególną uwagę na obecność objawów bólu neuropatycznego i poinformuj o nich lekarza.
- Naucz się samoobserwacji bólu (ocena nasilenia bólu, ból końca dawki, ból przebijający).
- Przyjmuj leki regularnie zgodnie z zaleceniem lekarskim, nie łam/krusz tabletek o przedłużonym uwalnianiu.
- Dopilnuj żebyś wiedział jaki lek i w jakiej dawce możesz przyjąć w razie bólu przebijającego.
- W trakcie leczenia prowadź dzienniczek bólu (zapisuj godziny dodatkowych dawek leków).
- Opisz lekarzowi swoje samopoczucie psychiczne i jakość snu, które mogą znacznie zmieniać efektywność leczenia przeciwbólowego.
- Dbaj o swój dobrostan psychiczny praktykując techniki relaksacyjne, dystrykcyjne i aktywizację ruchową.
- Zwracaj uwagę na objawy uboczne leków przeciwbólowych i raportuj je (ból żołądka, zgaga, nudności, zaparcia, senność, spowolnienie oddychania, krwawienia, czarny stolec, zmniejszenie objętości wydalanego moczu).
- Miej realne oczekiwania, bądź otwarty na współpracę z lekarzem.
- Twoje zaangażowanie jest kluczowe w skutecznej walce z bólem.

Jak radzić sobie ze zmęczeniem

Tomasz Buss

Zmęczenie/osłabienie w przebiegu choroby nowotworowej

Zmęczenie/osłabienie jest objawem mogącym pojawić się na każdym etapie choroby nowotworowej. Jego występowanie podczas aktywnego leczenia onkologicznego (chemioterapii, radioterapii, po przeszczepie szpiku kostnego) czy w terminalnej fazie choroby wydaje się bardziej oczywiste. Utrzymywanie się zmęczenia/osłabienia nawet do kilku miesięcy czy lat po zakończonym leczeniu może być różnie, często opacznie, odczytywane.

Na całym świecie uznaje się, że zmęczenie/osłabienie związane z chorobą nowotworową jest zbyt rzadko zgłaszane przez chorych, ale i zbyt rzadko proponuje się metody jego zwalczania. Wynika to częściowo z faktu, że traktuje się je jako oczywistą składową chorowania. Innym powodem są trudności z jego opisaniem, co komplikuje ocenę i zrozumienie. Same określenia zmęczenie czy osłabienie dla różnych osób mogą znaczyć co innego. W opinii polskich pacjentów zmęczenie jest raczej skutkiem wykonanej wcześniej pracy, natomiast osłabienie towarzyszy chorobie.

Ten rozdział ma na celu pomóc pacjentom w zróżnicowaniu zmęczenia fizjologicznego i tego związanego z chorobą nowotworową oraz dostarczyć podstawowych informacji, jak z nim walczyć.

Definicja określa zmęczenie/osłabienie związane z chorobą nowotworową (ang. cancer related fatigue) jako przewlekłe poczucie wyczerpania lub osłabienia związanego z chorobą nowotworową lub jej leczeniem, które nie jest proporcjonalne do ostatnio podejmowanej aktywności i utrudnia zwykłe funkcjonowanie.

Jaka jest różnica między zmęczeniem fizjologicznym a patologicznym

Zmęczenie fizjologiczne jest normalną odpowiedzią organizmu pojawiającą się w trakcie wysiłku fizycznego, intensywnej pracy umysłowej lub po nich. Można mu przypisać dwie główne funkcje – regulacyjną (chroniącą przed nadmiernym wysiłkiem i wyczerpaniem zasobów energetycznych organizmu) oraz adaptacyjną (służącą zwiększeniu wydajności energetycznej organizmu). Może być sygnałem alarmowym motywującym do zmiany stylu życia, szczególnie gdy wynika ze złego odżywiania czy odwodnienia, nadmiernej codziennej aktywności albo braku odpoczynku pozwalającego na regenerację sił. Zmęczenie fizjologiczne ma swój

początek i określony, niezbyt długi okres trwania, zależny od intensywności i rodzaju prowadzonej aktywności. Narasta wraz z czasem wykonywania wysiłku oraz jego natężeniem. Najczęściej zwiększa się pod koniec dnia. Mija po odpoczynku lub okresach snu.

Zmęczenie związane z chorobą nowotworową utrzymuje się na podobnym poziomie w ciągu całego dnia i nie jest proporcjonalne do wykonywanej aktywności. Często wyższy wyjściowy poziom zmęczenia obserwowany jest w godzinach porannych. Nie obserwuje się wzrostu jego natężenia w godzinach wieczornych. Nie mija po okresie odpoczynku czy snu. Odczuwane jest inaczej niż normalne zmęczenie.

WAŻNE

Powinieneś zasięgnąć porady lekarza w sytuacji, gdy czujesz się zmęczony/osłabiony inaczej niż zwykle, jednakowo przez cały dzień, a odpoczynek nie daje poprawy. Zastanów się jednak, z czego może wynikać taki stan rzeczy, bo nie zawsze musi być spowodowany chorobą nowotworową.

Czy znane są przyczyny zmęczenia/osłabienia związanego z chorobą nowotworową

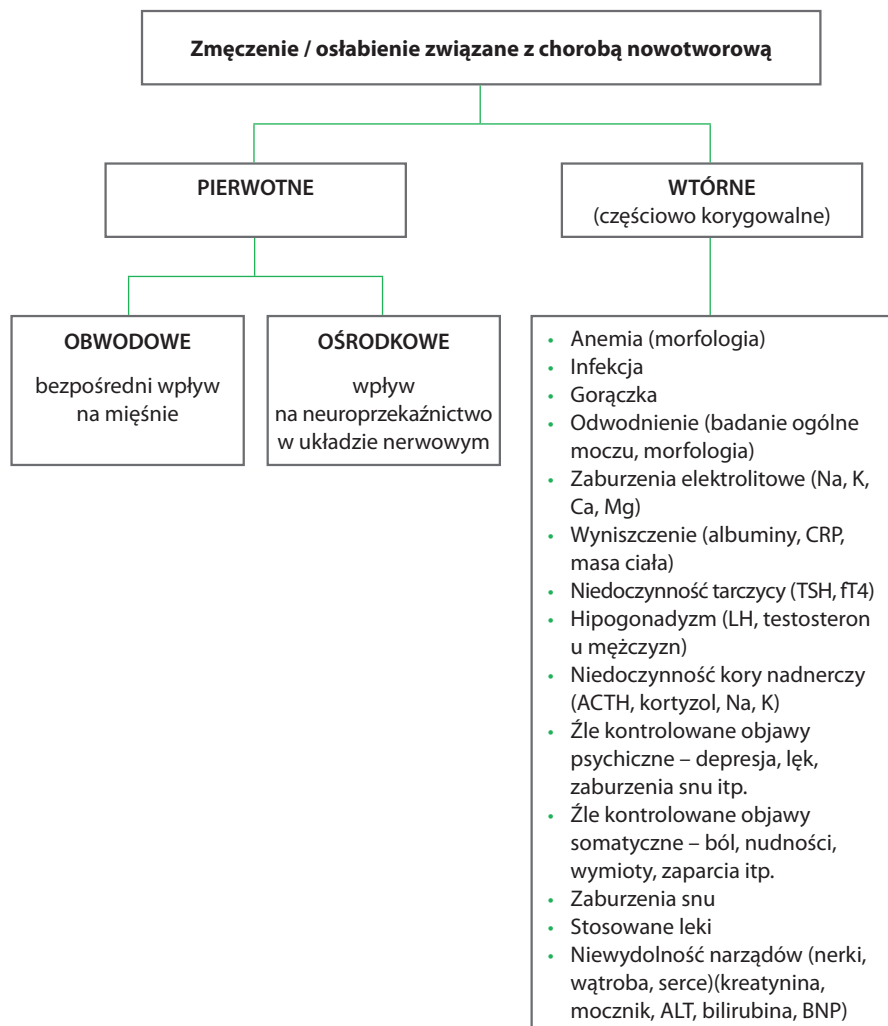
U większości pacjentów z chorobą nowotworową nie udaje się ustalić pewnej przyczyny zmęczenia. Istnieje wiele teorii próbujących wyjaśnić ten problem.

Zmęczenie można podzielić na pierwotne i wtórne (patrz rycina 2.7). Przyczyny pierwotnego zmęczenia nie są do końca poznane i trudno mieć na nie bezpośredni wpływ. Gdy dochodzi do zmniejszenia zdolności komórek mięśniowych do skurczu, co przejawia się zmniejszeniem siły i szybkości skurczów mięśni, mówimy o zmęczeniu obwodowym. Zmęczenie ośrodkowe dotyczy zaburzeń neuroprzekątnictwa w strukturach mózgu. Prawdopodobne mechanizmy jego wystąpienia to wpływ substancji prozapalnych wydzielanych w czasie choroby (tzw. cytokin), zaburzenia hormonalne w podwzgórzu, przysadce czy nadnerczach, zaburzenia rytmów dobowych i snu oraz bezpośredni wpływ na mięśnie i ich regenerację.

Przyczyny zmęczenia wtórnego są najczęściej możliwe do skorygowania, a ich redukcja bądź zniesienie przekłada się na zmniejszenie poczucia osłabienia.

WAŻNE

Przygotowując się do wizyty lekarskiej, zabierz ze sobą wyniki badań laboratoryjnych i obrazowych, które mogą pomóc lekarzowi w wykluczeniu lub podjęciu leczenia możliwych do skorygowania przyczyn zmęczenia wymienionych na rycinie 2.7.



Ryc. 2.7. Podział zmęczenia związanego z chorobą nowotworową wraz z przykładowymi wskaźnikami laboratoryjnymi ułatwiającymi diagnostykę.

O co może pytać cię lekarz

Podstawowe pytanie to: *Czy czujesz się zmęczony/osłabiony inaczej niż zwykle?* Jeśli odpowiedź brzmi „Tak”, to będziesz poproszony o ocenę jego natężenia. Używa się do tego prostych skali. Przykładowe przedstawiono na rycinie 2.8. Zastanów się w domu na ile ocenisz swoje zmęczenie w ciągu całego ostatniego dnia i tygodnia używając skali numerycznej od 0 do 10, gdzie 0 to brak zmęczenia, a 10 to maksymalne natężenie zmęczenia jakie jesteś sobie w stanie wyobrazić. W zależności od udzielonej przez Ciebie odpowiedzi na przedstawionej skali zmęczenie określa się jako niskie (0–3 w skali od 0 do 10), średnie (4–6) i wysokie (7–10). Niektórzy za wysoki poziom zmęczenia uznają wynik ≥ 5 , a wtedy przeprowadzona diagnostyka

powinna być szczególnie wnikliwa. Używając innych, bardziej złożonych kwestionariuszy można ocenić na jakie obszary Twojego życia zmęczenie wpływa najbardziej.

Słowna skala oceny zmęczenia

Czy odczuwasz dzisiaj zmęczenie?

wcale trochę znacznie bardzo mocno

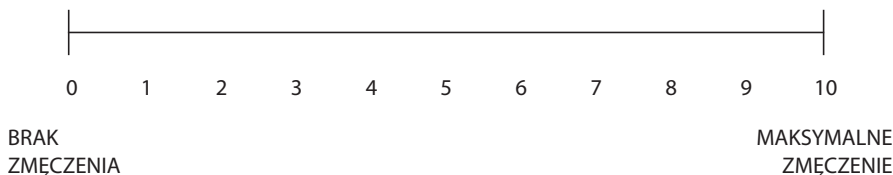
Wzrokowo-analogowa skala zmęczenia

Czy odczuwasz dzisiaj zmęczenie?



Numeryczna skala zmęczenia

Czy odczuwasz dzisiaj zmęczenie?



Ryc. 2.8. Przykładowe skale oceny zmęczenia.

W celu oceny wtórnych, możliwych do skorygowania przyczyn zmęczenia, zostaniesz zapytany o inne obecne objawy i ich natężenie, np. ból, nudności, wymioty, biegunka, zaparcia, brak apetytu, szybkie nasycanie się, zmiany masy ciała czy nastrój. Zabierz ze sobą spis leków, które przyjmujesz w chwili obecnej, wraz z dawkami i częstotliwością przyjmowania, oraz dokumenty medyczne opisujące Twoje inne choroby. Uporządkuj je specjalnościami medycznymi lub narządami (np. kardiolog – serce). Zabierz aktualne badania laboratoryjne.

WAŻNE

Niezrozumienie problemu zmęczenia zarówno przez chorego, jak i jego otoczenie może prowadzić do problemów komunikacyjnych, np. gdy wszyscy starają się Tobą zająć, a ty siedzisz znużony lub przysypiasz. Jeśli czujesz się w jakikolwiek sposób winny takiego stanu rzeczy, poproś lekarza, aby porozmawiał o tym również z Twoją rodziną czy opiekunem.

Postępowanie terapeutyczne

Należy pamiętać, że szczególnie w przypadku zwalczania takiego objawu jak zmęczenie oczekiwania co do poprawy powinny być realne. Poprawa nie następuje z dnia na dzień i często wymaga użycia wielu metod i wytrwałości. Nie ma cudownej tabletki znoszącej zmęczenie. Dlatego należy stawiać sobie realne cele i wytrwale dążyć do ich realizacji. Bądź dla siebie dobry!!! Nie bądź zbyt surowy w swojej ocenie, jeśli na początku nie zrealizujesz planu. Może trzeba będzie go przeorganizować? Niemniej determinacja i pozytywne nastawienie mogą znacząco pomóc. Pamiętaj, że już brak pogorszenia jest pozytywnym efektem!

Dobór możliwych rodzajów interwencji i ich intensywność zależy od fazy choroby nowotworowej. Bardziej intensywnie stosuje się w trakcie aktywnego leczenia onkologicznego czy po zakończonym leczeniu radykalnym choroby nowotworowej u wyleczonych (ang. survivors), a mniej wymagające u chorych pozostających pod opieką paliatywną.

Aktywność ruchowa jest najlepsza

Na każdym etapie choroby aktywność ruchowa jest uznana za najskuteczniejszą metodę zwalczania osłabienia. Traktowanie odpowiedniej aktywizacji ruchowej jako dodatkowego męczenia chorego jest błędem! Ćwiczenia powinny być dostosowane indywidualnie do każdego pacjenta, z uwzględnieniem współistniejących schorzeń i etapu choroby nowotworowej. Obecność czynników obciążających, np. neutropenii (obniżenie liczby białych krwinek), sugeruje prowadzenie ćwiczeń w warunkach nienarażających chorego na zakażenia. W przypadku przerzutów kostnych nie powinno się stosować ćwiczeń z obciążeniem. Należy ograniczyć intensywność ćwiczeń u chorych ze schorzeniami kardiologicznymi czy anemią. Nie są to jednak czynniki warunkujące zaprzestanie prowadzenia aktywizacji ruchowej. Kryteria wykluczające pacjentów z nowotworami z ćwiczeń obejmują:

- ciśnienie rozkurczowe krwi < 45 mmHg i > 95 mmHg;
- akcja serca > 100/min;
- temperatura ciała > 38°C;
- częstość oddechów > 20/min;
- infekcja wymagająca antybiotykoterapii;
- czynne krwawienie;
- świeże wybroczyny, liczba płytek krwi < 50 G/l.

Ogólnie przyjmuje się, że tętno podczas aktywności nie powinno przekraczać 60–80% tętna maksymalnego, a tętno maksymalne = 220 – wiek pacjenta w latach.

Intensywność ćwiczeń można i należy stopniowo zwiększać. Czas ich trwania powinien zaczynać się od 15 minut i stopniowo się wydłużać, średnio do 30 minut. U pacjentów w dobrej kondycji, po leczeniu radykalnym, czas ćwiczeń można wydłużać do 60 minut. Powinny się one odbywać średnio 3 razy w tygodniu, a według niektórych nawet 5 razy w tygodniu. Niektóre badania wskazują, że 3–5 godzin aktywności w tygodniu zmniejsza efekty uboczne terapii onkologicznej

i redukuje zmęczenie. Najczęściej zalecana aktywność to spacery lub chód na bieżni, jazda rowerem bądź rowerem stacjonarnym, taniec, pływanie. Wykazano, że aktywowanie dużych grup mięśniowych pomaga w zwalczaniu zmęczenia. Praktykowanie jogi może zmniejszać natężenie zmęczenia oraz poprawiać jakość snu. Inną z uznanych metod zmniejszania osłabienia jest masaż. Stosowanie akupunktury i akupresury uznaje się za techniki wspomagające.

U pacjentów w terminalnej fazie choroby nowotworowej również zaleca się aktywizację ruchową i zachęca się ich do samodzielnej aktywności lub stosowania chociażby ćwiczeń biernych lub biernych wspomaganych przez fizjoterapeutę.

Ważne jest zarządzanie zasobami energii

Będąc osobą zdrową często nie zastanawiamy się jak dysponować zasobami energii. Pracujemy aż się zmęczymy. W niektórych sytuacjach zdrowotnych zaczyna nam jednak brakować energii. Czujemy się zmęczeni/osłabieni. W pierwszej kolejności powinniśmy zadbać o zwiększenie/odzyskanie energii życiowej za pomocą aktywności fizycznej, terapii relaksacyjnych, medytacji, technik redukcji stresu czy właściwego odżywiania. Istnieją badania dotyczące pozytywnego wpływu aromaterapii, psychoterapii i uczestnictwa w grupach wsparcia. W sytuacjach ograniczających nasze możliwości musimy nauczyć się właściwie dysponować pokładami sił. Promowana jest zasada 3 P (ang. plan, prioritise and pace) – aktywność należy Planować, ustalać Priorytety w kolejności ich wykonania oraz stosować odpowiednie tempo ich realizacji.

Prowadzenie dzienniczków aktywności i zmęczenia pozwala na ustalenie okresów największej ilości dostępnej energii w ciągu dnia. W tym przedziale czasowym należy planować wydatkowanie energii na wykonanie najważniejszych w naszej opinii czynności, dostosowując tempo ich realizacji do obecnych, realnych możliwości. Niektóre obowiązki, które nie muszą być wykonane osobiście, można zlecić innym osobom, przez co zyskujemy/oszczędzamy energię. Nie jest to jednoznaczne z unikaniem aktywności fizycznej.

Właściwa higiena snu może pomóc w odnawianiu magazynów energetycznych. Pomocne w jej utrzymaniu są:

- wstawanie codziennie rano o podobnej porze;
- udawanie się do snu najlepiej w momencie narastania senności, zawsze w podobnych godzinach wieczornych;
- redukcja liczby i czasu drzemek w ciągu dnia – najlepiej mniej niż 1 godzina w ciągu dnia, lepiej kilka krótkich niż jedna dłuższa;
- wyjście z łóżka w przypadku trudności z zaśnięciem w czasie > 20 minut;
- tworzenie dobrych warunków do snu – ciemne pomieszczenie, cisza, miła atmosfera;
- stosowanie technik redukujących stres i ułatwiających wyciszenie przed zaśnięciem – czytanie, joga, medytacje, cicha i relaksująca muzyka;
- niespożywanie alkoholu, kofeiny i słodkich pokarmów przed snem;
- unikanie długiego korzystania ze smartfonu i komputera w późnych godzinach nocnych.

Właściwa, zbilansowana dieta ze zwróceniem uwagi na unikanie węglowodanów prostych może pomóc w redukcji okresów napadowego poczucia zmęczenia. Trzeba ustalić, czy spożywane pokarmy mają wystarczającą ilość dobrych kilokalorii, białek i innych składników odżywczych. Niebagatelne znaczenie ma właściwe nawodnienie.

Odwracanie uwagi, czyli dystrakcja

Do technik odwracania uwagi od chorowania i zmęczenia należą proste, zwykłe czynności, takie jak słuchanie ulubionej muzyki, czytanie ciekawych książek, spotkania z przyjaciółmi, oglądanie filmów, na które zwykle nie mamy czasu, a które mogą nam przynieść wiele przyjemności. Teraz właśnie masz na to czas i szkoda by było z tego nie korzystać. Pograżeni w zmęczeniu często zapominamy o pozytywnym działaniu takich aktywności na naszą psychikę, być może dlatego, że wydają się zbyt oczywiste. Otwarcie się na otaczającą naturę, słuchanie śpiewu ptaków, szumu rzeki itp., może poprawić Twój nastrój i zapewnić chwilę relaksu. Ogólnie pojęte techniki dystrykcyjne są uznanymi metodami zwalczania zmęczenia.

Inne metody

- BWLT (bright white light therapy) – terapia silnym światłem fluorescencyjnym o natężeniu 10 000 lx z urządzenia light box. Stosowane w godzinach porannych przez okres 30–90 minut stymuluje podwzgórze odpowiedzialne za rytmy dobowe i może redukować nasilenie zmęczenia.
- Nie ma dowodów na skuteczność koenzymu Q10 i guarany czy żeńszenia w znoszeniu zmęczenia w chorobie nowotworowej.
- Metylfenidat – substancja psychostymulująca może mieć pozytywne działanie redukujące zmęczenie. Stosuje się ją raczej u pacjentów w zaawansowanej chorobie nowotworowej.
- Glikokortykosteroidy (prednizon, deksametazon) – stosowane są u chorych z zaawansowaną chorobą nowotworową. Wykazują krótkotrwałe działanie zmniejszające nasilenie zmęczenia.

PODSUMOWANIE

- Zmęczenie/osłabienie powinno być identyfikowane na każdym etapie choroby nowotworowej.
- Porozmawiaj z lekarzem, psychologiem lub rehabilitantem, jeśli uważasz, że problem ten dotyczy ciebie, przygotuj się do rozmowy na ten temat.
- Aktywizacja ruchowa jest najpewniejszym sposobem redukcji natężenia zmęczenia.

- Zarządzaj rozsądnie zasobami energetycznymi – zasada 3P.
- Stosuj techniki dystrykcyjne, odwracające uwagę od chorowania i zmęczenia.
- Dbaj o dietę i dobre nawodnienie.
- W wybranych przypadkach możliwe jest krótkotrwałe stosowanie leków.

Jak zapewnić sobie dobry sen

Maria Gałuszko-Węgielnik

Sen to stan fizycznego spoczynku, podczas którego interakcje ze środowiskiem są zniesione. Jedynie silne bodźce mogą spowodować powrót do stanu czuwania. Sen występuje spontanicznie i okresowo, zajmuje około $\frac{1}{3}$ całego życia człowieka. Za jego podstawowe zadania uważa się odpoczynek i regenerację, ale ułatwia on nam też zapamiętanie nauczonego materiału i odgrywa rolę w różnych procesach wewnątrz naszego ciała, np. w wydzielaniu hormonów.

Sen składa się z dwóch faz: NREM (ang. Non-rapid eye movement) i REM (ang. rapid eye movement). Obie następują po sobie i cyklicznie powtarzają się przez całą noc. Jeden cykl NREM i REM zajmuje 90–110 minut, więc w ciągu nocy występuje około 6 cykli (jeśli sen trwa około 8 godzin). Kiedy zasypiamy, wchodzimy w fazę NREM. Ma ona 4 stadia:

- 1 NREM – trwa około 10 minut, jest to faza bardzo lekkiego snu, z której bardzo łatwo się wybudzić i dość często nie ma się wtedy nawet świadomości, że się spało;
- 2 NREM – trwa około 20 minut, sen staje się mocniejszy, trudniej jest się obudzić pod wpływem bodźców zewnętrznych, ciało zaczyna się rozluźniać (czasami możemy odczuwać „zrywy mięśniowe” w kończynach górnych lub dolnych), akcja serca zwalnia, temperatura ciała spada, oddech chwilami może być nieregularny;
- 3 i 4 NREM – zaczyna się głęboki sen (w badaniu fal mózgowych widać ich spowolnienie, stąd nazwa tego stadium snu „wolnofalowy” lub „sen delta”), trudniej nam się obudzić pod wpływem dźwięków z otoczenia, oczywiście do pewnego stopnia, więc jeśli ktoś nas już obudzi, to możemy przez chwilę być zdezorientowani lub oszołomieni; w tych stadiach ciało rozluźnia się coraz bardziej, oddech stabilizuje się, obniża się ciśnienie krwi, a przemiana materii redukuje się o około 15%; to właśnie w tym czasie organizm odpoczywa najefektywniej.

Po fazie NREM wchodzimy w fazę REM. Może ona trwać 20–60 minut. Obserwujemy tu dużą zmienność – oczy drgają pod powiekami, akcja serca zwiększa się, oddech przyspiesza i staje się mniej regularny, ale mięśnie nadal są rozluźnione. To w tej fazie najczęściej śnimy.

Liczba godzin snu oraz jego jakość zmieniają się z wiekiem. Noworodki i niemowlęta przespiają 15–18 godzin w ciągu doby, dzieci i nastolatki około 10 godzin, osoby dorosłe 4–10 godzin, a seniorzy niestety śpią najkrócej, bo około 6 godzin. W starszym wieku ubywa też snu wolnofalowego, czyli tego, w którym

najbardziej odpoczywamy, a także częściej zdarzają się przebudzenia. Z tego powodu osoby starsze często skarżą się na zmęczenie i niewyspanie pomimo obiektywnie przespanej nocy.

Sen podlega różnym mechanizmom regulacji, między innymi:

- homeostatycznej – im dłużej nie śpimy, tym bardziej narasta potrzeba snu; jeśli mamy przejściowe kłopoty ze snem zwykle po dwóch bezsennych nocach trzecia jest przespana (pod warunkiem, że w międzyczasie nie ucinamy sobie drzemek);
- okołodobowej – każdy człowiek ma wewnętrzny zegar (obszar mózgu), który jest wrażliwy na czynniki środowiskowe (np. światło, hałas) i reguluje m.in. stężenia hormonów: wieczorem spada stężenie kortyzolu (hormonu stresu), a zwiększa się wydzielanie melatoniny (hormonu snu).

Problemy ze snem to dolegliwość, która dotyka około 40% ludzi na świecie. Skargi mogą dotyczyć m.in. nadmiernej senności, bezsenności, zaburzeń rytmu okołodobowego, lunatykowania czy zaburzeń zachowania podczas snu. Najczęściej występującą i najbardziej dokuczliwą z nich jest bezsenność. Może być ona objawem choroby psychicznej (np. depresji, zaburzeń lękowych, uzależnienia), choroby somatycznej (np. nadciśnienia tętniczego, choroby serca, płuc, chorób reumatycznych, cukrzycy), ale też może występować jako samodzielna jednostka chorobowa. Bezsenność może trwać kilka dni, najczęściej kiedy doświadczamy krótkotrwałego, nagłego stresu (np. nieoczekiwany wyjazd), jest to tzw. bezsenność przygodna. W sytuacji, gdy bezsenność utrzymuje się do 3 tygodni (np. sytuacja stresowa w pracy, w domu) mówimy o bezsenności krótkotrwałej. Gdy przez co najmniej miesiąc, w każdym tygodniu przez co najmniej 3 noce mamy problem z zaśnięciem, wybudzaniem się lub sen nie jest regenerujący i z tego powodu nasze funkcjonowanie społeczne i zawodowe jest zaburzone będziemy mówić o bezsenności jako odrębnej jednostce chorobowej.

Z bezsennością możemy sobie radzić na kilka sposobów. Jeżeli jest ona wynikiem innej dolegliwości, zawsze należy się starać o leczenie przyczynowe, czyli np. terapię depresji. Istnieje duża szansa, że w wyniku skutecznej farmakoterapii bezsenność stopniowo ustąpi.

Dostępnych jest wiele leków nasennych ziołowych oraz przepisywanych przez lekarza, które mogą być rozwiązaniem problemu, ale często istnieje ryzyko uzależnienia lub z różnych powodów są przeciwwskazane. Opierając się na wiedzy dotyczącej mechanizmów snu, ustalono kilka zasad mających na celu ułatwienie zasypiania i wyregulowanie snu. Nazwane zostały higieną snu:

- Redukuj czas spędzany w łóżku – osoby z bezsennością często już na sam widok łóżka odczuwają lęk, że nie zasną, stąd ważne jest zredukowanie ich obaw przez wytworzenie skojarzenia łóżka ze snem lub przyjemnością. W myśl tej zasady w łóżku przebywamy tylko podczas aktywności seksualnej lub wtedy gdy chcemy się spać. Jeżeli pomimo senności nie udaje się nam w ciągu 20 minut zasnąć, powinniśmy wstać z łóżka i zająć się czymś (np. czytaniem niezbyt interesującej książki, odmawianiem różańca, słuchaniem spokojnej muzyki) do czasu, kiedy znów pocujemy senność. Czasami w ciągu nocy będziemy wstawać kilka razy i nie wyśpimy się, ale jeśli będziemy konsekwentni, osiągniemy cel.

- Nie próbuj zasnąć na siłę – należy słuchać własnego organizmu, jeżeli jest godzina 23, a nam nie chce się spać, położenie się do łóżka nie spowoduje, że sen od razu przyjdzie, a my niepotrzebnie będziemy się denerwować. Kładziemy się spać tylko wtedy, gdy jesteśmy senni.
- Wstawaj zawsze o tej samej porze – to jest zasada, której chyba najtrudniej przestrzegać. W dni powszednie oraz w weekendy należy ustalić stałą porę wstawania (różnice nie powinny przekraczać 30 minut). Sen szybciej wyreguluje się wtedy, gdy będziemy wstawać codziennie o tej samej godzinie. Nie jest natomiast wskazane kładzenie się o stałej godzinie (chyba, że chce nam się spać).
- Usuń zegarek z zasięgu wzroku w sypialni – spojrzenie na zegarek w środku nocy, kiedy po raz kolejny się obudziliśmy, raczej nie usposobi nas do ponownego zaśnięcia, wręcz przeciwnie, zaczniemy się denerwować.
- Unikaj drzemek w czasie dnia – człowiek w ciągu doby ma zapotrzebowanie na określoną liczbę godzin snu. Jeżeli 1–2 godziny prześpimy w dzień, trudniej będzie nam zasnąć w nocy. Uważa się za dopuszczalną drzemkę trwającą do 15 minut.
- Zmęcz się fizycznie późnym popołudniem – ważne, żeby wysiłku nie podejmować tuż przed snem. Bieganie, ćwiczenia czy basen pomimo wywołania zmęczenia nie spowodują od razu senności.
- Zjedz kolację na trzy godziny przed snem i ewentualnie lekką przekąskę późnym wieczorem – jeżeli bardzo się najemy lub zjemy coś ciężkostrawnego, z dużym prawdopodobieństwem nie zaśniemy łatwo.
- Unikaj kofeiny, nikotyny i alkoholu – substancje te mają działanie pobudzające. Alkohol, w odpowiedniej ilości, może pomóc w zaśnięciu, ale zmienia on jakość snu powodując, że nie jest on regenerujący, a często też powoduje przebudzenia w nocy.
- Prowadź regularny tryb życia – w miarę możliwości, co w obecnych czasach jest coraz trudniejsze.
- Unikaj silnego światła wieczorem i ciemnych pomieszczeń w ciągu dnia – ma to znaczenie szczególnie dla naszego wewnętrznego zegara. Nadmiar światła wieczorem (nie tylko lampy, ale też komputer, telewizor czy smartfon) może negatywnie wpłynąć na wydzielanie melatoniny, utrudniając zasypianie.
- Unikaj regularnego przyjmowania leków nasennych – leki mogą pomóc w zaśnięciu, ale zmieniają jakość snu i nie zawsze przynosi on odpoczynek. Większość typowych leków nasennych uzależnia i często trzeba brać ich coraz więcej, żeby zasnąć. Czasami jednak decydujemy się na farmakoterapię, kiedy inne sposoby zawodzą.
- Zadbaj o to, żeby sypialnia była cicha, ciemna i wygodna – przed snem konieczne wywietrz pomieszczenie, temperatura w nim nie powinna być zbyt wysoka.

Kluczową rolę w bezsenności odgrywa znaczenie jakie człowiek nadaje nieprzespanej nocy oraz zachowania, które mają na celu zneutralizować skutki takiej nocy lub zapobiec wystąpieniu kolejnej. Wieczorem zaczynamy martwić się, czy uda się zasnąć, jak prześpimy noc, jaki będzie następny dzień. Takie myślenie

prowadzi do napięcia i uczucia lęku, co zasadniczo uniemożliwia zaśnięcie. Często rozmyślamy o tym, czy uda się zasnąć, sprawdzamy, która jest już godzina, zwracamy uwagę na doznania z ciała (np. kołatanie serca), które podczas lęku jest normalne. Tego typu czynności będą nasilać lęk i napięcie. Żeby poradzić sobie z emocjami staramy się „nie myśleć” (co przynosi odwrotny efekt), albo sięgamy po alkohol lub leki. Rano z kolei zwracamy uwagę na symptomy niewyspania, np. ból głowy, senność, pieczenie oczu czy ból mięśni. Nawet najmniej nasilone objawy są zazwyczaj wyolbrzymiane, ponieważ koncentrujemy na nich swoją uwagę. Skutkuje to również myśleniem o konsekwencjach kolejnej nieprzespanej nocy, a w efekcie lękiem i przygnębieniem. Dość często w takiej sytuacji zaczynamy się oszczędzać podczas dnia – odwołujemy spotkania, rezygnujemy z aktywności fizycznej, stosujemy drzemki. Działania takie pogłębiają dodatkowo istniejące już zaburzenia snu. Jak sobie z tym poradzić?

Jedną z metod, która może pomóc w zasypianiu jest relaksacja. Ma ona na celu zredukowanie lęku i napięcia towarzyszących zasypianiu. Dostępnych jest wiele pozycji książkowych z opisem poszczególnych technik wraz z nagraniami (np. trening autogenny czy progresywna relaksacja mięśniowa). Najprostszą jest relaksacja oddechowa. Polega ona na niezbyt głębokim nabraniu powietrza przez nos w ciągu około 3 sekund, a następnie powolnym wypuszczaniu go przez usta (ale tak, żeby nie było słychać szmeru wydychanego powietrza) w ciągu 6 sekund. Efekt relaksacji przy dobrze wykonywanym ćwiczeniu uzyskuje się po 3–5 minutach. Inną metodą ułatwiającą zasypianie jest technika wyobrażeniowa. Zamiast liczenia baranów, dobrze skoncentrować się na miłym, bezpiecznym miejscu. Dla niektórych będzie to plaża z falami i złotym piaskiem, dla innych góry, jazda pociągiem czy patrzenie w ogień. Można też wyobrażać sobie jakiś przedmiot (np. starą lampę) i opisywać go w myślach z jak największą liczbą detali. Innym sposobem jest technika myślenia paradoksalnego, która ma na celu zmniejszenie napięcia związanego ze snem. Zaleca ona, aby po położeniu się do łóżka za wszelką cenę starać się nie zasnąć. W konsekwencji zmniejsza to napięcie związane z próbą uśnięcia i przyspiesza moment zaśnięcia.

Osoby z problemem bezsenności przeważnie mają nierealistyczne przekonania co do jakości i ilości snu, a także skutków bezsenności. Najczęściej uważamy, że każda noc powinna być przespana bez wybudzeń, że powinniśmy spać co najmniej 8 godzin, a rano od razu po wstaniu powinniśmy być wypoczęci. Obawy dotyczą też zdrowia. Boimy się choroby psychicznej, śmierci, a czasem zbyt szybkiego starzenia lub utraty kondycji fizycznej. Kolejny obszar obaw dotyczy problemów w pracy i w relacjach, związanych z brakiem koncentracji uwagi czy drażliwością. Warto przyrzeć się faktom. Jak już wspomniałam, dorosły człowiek może przespać od 4 do 10 godzin, a ilość snu zmniejsza się wraz z wiekiem. Z upływem lat pogarsza się także jakość snu. Przebudzenia w ciągu nocy są zupełnie normalne, a po obudzeniu się rano najczęściej potrzebujemy około 30 minut, żeby zacząć normalnie funkcjonować. Bezsenność nie prowadzi do śmierci ani nie wywołuje chorób psychicznych u zdrowych osób, ale jeśli ktoś choruje na depresję bezsenność może być pierwszym objawem nawrotu choroby. Po nieprzespanej nocy możemy wyglądać gorzej, ale zdecydowanie gorszy wpływ na nasz organizm niż brak snu będą miały leki nasenne, alkohol czy nikotyna. Po nieprzespanej nocy możemy też mieć kłopot z rozpoczęciem wykonywania zadania, ale kiedy je zaczniemy,

koncentracja zwykle się utrzymuje. Często to czego się obawiamy jest wyolbrzymione. Warto zastanowić się nad tym, jakich najgorszych skutków spodziewamy się kiedy nie będziemy wyspani (np. nie prześpię nocy → w pracy będę zmęczona, drażliwa → klienci będą niezadowoleni → poskarżą się szefowej → szefowa wyrzuci mnie z pracy). Następnie postaramy się określić prawdopodobieństwo wystąpienia takiego zdarzenia, a potem uwzględniając faktyczną liczbę bezsennych nocy, policzmy realne prawdopodobieństwo jego wystąpienia. Kiedy porównamy obie wartości okazuje się, że rozbieżności są duże.

Każdy człowiek odbiera rzeczywistość na swój własny, specyficzny sposób. Dla kogoś źle przespana noc może być powodem do zamartwiania się, z kolei inna osoba może przejść nad tym do porządku dziennego, zakładając, że w końcu i tak się wyśpi. W dużej mierze zależy to od zniekształceń myślenia, które wszyscy stosujemy. Przykładem może być uogólnianie: „*nigdy nie przespałam więcej niż 5 godzin*”, „*zawsze robię błędy w pracy jak jestem niewyspana*”; myślenie czarno-białe: „*jeśli nie zasnę w ciągu 15 minut cała noc będzie stracona*”; przewidywanie przyszłości: „*dziś na pewno nie zasnę*”, „*bezsenność nigdy nie minie*”; nadużywanie imperatywów: „*muszę zasnąć*”; obwinianie się: „*przez moje niewyspanie cierpią najbliżsi*”; czytanie w myślach: „*wszyscy na pewno wiedzą, że mam kłopoty ze snem i myślą, że jestem wariatką*” i wiele innych. Ważne jest, żeby zdawać sobie sprawę z możliwości zniekształcenia myślenia i na bieżąco je korygować, wtedy napięcie, lęk i zamartwianie się z dużym prawdopodobieństwem ulegną redukcji.

W przypadku, gdy trudno jest zastosować omawiane sposoby albo nie przynoszą one oczekiwanego efektu, zawsze można rozważyć psychoterapię poznawczo-behawioralną lub włączenie leków.

Jak zachować aktywność fizyczną

Rita Hansdorfer-Korzon

Do niedawna aktywność fizyczna u pacjentów leczonych z powodu nowotworów była przeciwwskazana. Wynikało to z przeświadczenia o jej wpływie na obniżenie odporności oraz możliwość nawrotu lub rozwoju choroby w wyniku silnego oddziaływania bodźcowego. Obecnie coraz więcej wiadomo o bezpiecznym stosowaniu i skuteczności różnych form ruchu. Aktywność fizyczna jest wręcz zalecana w każdej fazie choroby, na każdym etapie leczenia oraz po jego zakończeniu. Intensywność i częstotliwość ćwiczeń powinna być dostosowana do stanu pacjenta i wdrożona możliwie jak najwcześniej po rozpoczęciu leczenia, aby mogła spełniać swoją rolę. Najczęściej stosowane są tzw. ćwiczenia o charakterze tlenowym. Ze względu na bezpieczeństwo, dobór obciążeń i ich kontrolę prowadzone są w pracowniach na bieżniach ruchomych bądź cykloergometrach w pozycji siedzącej lub leżącej. W zaleceniach „Europejskiego kodeksu walki z rakiem” na jednym z pierwszych miejsc znajduje się zachęcanie do zwiększonej aktywności fizycznej, co świadczy o znaczeniu ćwiczeń w pierwotnej i wtórnej prewencji choroby nowotworowej. Chorzy leczeni z powodu nowotworów złośliwych, którzy są aktywni ruchowo, mają o 26–40% zmniejszone ryzyko wznowy choroby nowotworowej lub przedwczesnej śmierci.

Pojawiające się wątpliwości dotyczące powrotu do aktywności fizycznej po przebytej operacji, w trakcie leczenia lub po jego zakończeniu są zupełnie normalne. Potrzeba „chronienia” organizmu, który został poddany złożonym oddziaływaniom medycznym, jest naturalnym odruchem. Jednak specjaliści od rehabilitacji podkreślają, że znacznie trudniej jest odzyskać sprawność psychofizyczną, jeśli zrezygnowało się z ćwiczeń na dłuższy czas. Wdrożenie ćwiczeń dostosowanych do specyficznych potrzeb w danym okresie choroby lub po niej jest korzystniejsze niż unikanie ich. Z własnego doświadczenia z pracy z pacjentami onkologicznymi wiem, że często zastanawiają się oni, czy dane ćwiczenia lub inna forma aktywności fizycznej jest dla nich odpowiednia. Przy takich wątpliwościach zawsze należy przedyskutować obawy z lekarzem lub fizjoterapeutą i wspólnie określić, w jakim zakresie i obciążeniu można wykonywać ćwiczenia. Różnorodność metod i technik służących wzmacnianiu sił obronnych organizmu oraz przewycięzaniu stresu i przywracaniu dobrego samopoczucia umożliwia wybór odpowiednich ćwiczeń i dostosowanie ich do własnych potrzeb i stanu zdrowia. Każdy z nas, gdy zrządzeniem losu znajdzie się w sytuacji choroby, musi podjąć intensywną pracę nad sobą, a także musi posiadać zdolność pokonywania słabości fizycznej. Często mówimy sobie: „żeby tak mi się chciało jak mi się nie chce”. Uciekamy od zadań i wyzwań, które wymagają od nas różnych form wysiłku. Chcemy odpoczywać i trochę leniuchować, usprawiedliwiając się w myślach brakiem sił i zdrowia. Ciągłe zmęczenie,

częste stany większego lub mniejszego psychicznego lub fizycznego wyczerpania związanego z kolejnymi wizytami lekarskimi, badaniami diagnostycznymi czy kontrolnymi prowadzą do błędnego koła opartego na niewystarczającej ilości ruchu: zmęczony wypoczywa, im więcej wypoczywa, tym organizm bardziej ogranicza zdolność do wysiłku, gdyż tylko większe pobudzenie prowadzi do uzyskania większej ilości energii. W wyniku ciągłego spania i odpoczynku spada ciśnienie krwi, co coraz częściej powoduje uczucie wyczerpania. Świat staje się coraz bardziej pozbawiony radości, smutny i szary. Biorąc pod uwagę powyższe, szybko dojdziemy do wniosku, że ruch jest opłacalny, a nagrodą będzie wzrost wydolności i lepszego samopoczucia. Kluczem do sukcesu jest zrozumienie, że najważniejszym elementem procesu zdrowienia jest opieka nad samym sobą. Opieka ta obejmuje wykonywanie ćwiczeń zarówno podczas przyjmowania chemioterapii czy okresu naświetlań, jak i podczas powrotu do zdrowia po długim leczeniu. Celem każdego wyzdrowienia jest uzyskanie długotrwałego zdrowia, a aktywność fizyczna może pomóc w osiągnięciu tego celu. Należy jednak pamiętać, że stanowi ona jeden z elementów kompleksowego programu rehabilitacji w trakcie leczenia onkologicznego i po nim.

Dla uzyskania optymalnego efektu warto nie tylko regularnie wykonywać proponowany przez fizjoterapeutę program ćwiczeń, lecz również wziąć pod uwagę codzienną aktywność ruchową, przyjmując założenie „codziennie będę trochę lepszy”. Należy dokonać analizy przebiegu zwykłego dnia i włączyć do planu, oczywiście stopniowo, każdą możliwość ruchu połączoną z zestawem najprostszych ćwiczeń:

- w czasie oglądania telewizji często wstaję i gimnastykuję się;
- po zakupy chodzę pieszo;
- podróżując samochodem, robię przerwy na spacer lub ćwiczenia gimnastyczne;
- ignoruję windy i ruchome schody;
- wprowadzam aktywne przerwy ruchowe;
- codziennie kilka minut poświęcam gimnastyce porannej.

Wpływ aktywności fizycznej jest bardzo widoczny w sferze psychicznej. Dzięki ruchowi można pozbyć się stresu, oczyścić umysł ze zbędnych myśli, odpocząć psychicznie. Uczymy się radzić sobie ze stresem, kontrolować nasze reakcje w stanie napięcia. Aktywność poprawia naszą samoocenę i sposób, w jaki postrzegają nas inni ludzie. Aktywność daje nam poczucie kontroli nad naszym ciałem, a także całym życiem – to my decydujemy o sobie, odczuwamy satysfakcję, jeżeli radzimy sobie z wykonywaniem danej aktywności fizycznej. Udowadniamy innym, a przede wszystkim sobie, że jesteśmy zdolni do podejmowania nowych zadań i realizujemy je z wytrwałością i systematycznością.

W ostatnim czasie coraz większe znaczenie w powrocie do sprawności psychofizycznej pacjentów onkologicznym przypisuje się ćwiczeniom wzmacniającym (oporowym). Naukowcy zajmujący się fizjologią wysiłku fizycznego tłumaczą to tzw. hipotezą mięśniową, która co prawda została określona w odniesieniu do chorych z niewydolnością serca, ale jej mechanizm może także dotyczyć pacjentów w trakcie choroby nowotworowej i po niej. Hipoteza ta zakłada, że wtórnie do zmian wynikających z samej choroby zasadniczej lub leczenia uzupełniającego dochodzi

do zmian w mięśniach, które prowadzą do obniżenia ich sprawności i nasilenia zmęczenia. Tylko poprzez ćwiczenia i wszelką aktywność ruchową jesteśmy w stanie uruchomić tkwiące w mięśniach tzw. rezerwy czynnościowe, przez co znacząco zwiększymy zdolność wysiłkową organizmu, a przecież o to właśnie chodzi.

Pośród różnych ćwiczeń wzmacniających coraz większym zainteresowaniem cieszą się ćwiczenia izometryczne. To dość specyficzny rodzaj treningu. Wykonując go, nie trzeba mieć bowiem mnóstwa czasu czy dobrej kondycji, a gwarantuje skuteczne wzmocnienie mięśni i siły. Na czym polega taki trening? Najprostszym przykładem ćwiczeń izometrycznych jest napinanie mięśni pośladkowych podczas stania, czy siedzenia na krześle (wykonujemy zaciśnięcie pośladków, chwilę wytrzymujemy licząc do 5 i rozluźniamy się).

Ciekawa jest historia odkrycia wpływu tego rodzaju napięć na mięśnie. Badacze skrępowali żabie jedną nogę. Po pewnym czasie okazało się, że skrępowana noga jest lepiej rozwinięta od nogi nieskrępowanej. Stało się tak dlatego, że żaba starając się uwolnić nogę mocno naprężała mięśnie i przez to je wzmacniała. Próby przeniesienia tego doświadczenia na ludzi dowiodły, że silne, krótkie napięcia mięśni powodują wzrost siły i masy mięśniowej. Tak narodził się system treningu izometrycznego. To doświadczenie wyjaśnia, dlaczego zasadą treningu jest bardzo silne napinanie mięśni i takie dobieranie oporu, aby eliminować możliwość ruchu nawet przy maksymalnym napięciu (w przypadku żaby było to przywiązanie nogi bez możliwości ruchu nią). Trening izometryczny jest najłatwiejszym i najskuteczniejszym sposobem wzmacniania siły mięśni:

- nie wymaga specjalistycznego sprzętu ani stroju;
- nie wymaga określonej pory dnia;
- można go wykonywać w zasadzie wszędzie: w domu, w pracy, na spacerze, w kolejce po zakupy, w windzie, w autobusie, czy nawet w poczekalni na badania lub do lekarza;
- wykonywanie ich nie zajmuje dużo czasu (około 90 sekund dziennie) i nie wymaga bardzo dobrej kondycji.

Przy wykonywaniu treningu izometrycznego należy szczególnie pamiętać o kilku zasadach:

- oddech ma być równomierny i spokojny – często popełnianym błędem jest wstrzymywanie oddechu w trakcie ćwiczeń;
- w czasie treningu nie należy zmniejszać siły oporu, z jaką wykonuje się wysiłek – oporem może być ciężar własnego ciała albo obciążenie zewnętrzne (np. woreczek z piaskiem);
- jeśli jesteś osobą początkującą lub jeszcze osłabioną, zaleca się wykonywanie ćwiczeń stosunkowo lekkich, bez obciążenia, aby mięśnie mogły się do nich przyzwyczaić;
- napięcie określonych grup mięśniowych powinno być maksymalne – jednym z najczęściej popełnianych błędów jest zmniejszanie napięcia mięśni w trakcie wykonywania ćwiczenia;
- jeśli nie jesteśmy jeszcze w stanie utrzymać napięcia mięśni przez cały czas ćwiczenia, należy po prostu skrócić czas jego wykonywania.

Treningu izometrycznego nie powinny wykonywać kobiety w ciąży, a także osoby, które mają zaawansowane problemy ze stawami i osoby ze zbyt wysokim ciśnieniem tętniczym.

Poniżej przedstawiam kilka prostych ćwiczeń izometrycznych, od których warto zacząć i w miarę poprawy kondycji zwiększać liczbę ich powtórzeń. Przez pierwsze 2–3 tygodnie należy wykonywać po 5 powtórzeń, następnie przez 2–3 tygodnie zwiększać liczbę powtórzeń do 8 i w zależności od możliwości dojść do 10 powtórzeń, starając się przez kilka tygodni ćwiczyć systematycznie, co najmniej 2–3 razy dziennie. Nie trzeba wykonywać od razu wszystkich ćwiczeń. Można zacząć od 2 czy 3, dodając nowe lub zmieniając je dla urozmaicenia w kolejnych tygodniach.

Ćwiczenie 1

- Leżąc na plecach (na łóżku lub na podłodze) naciskaj mocno głowę na poduszkę, a piętami na materac lub podłogę, starając się unieść biodra lekko do góry.
- Czas napięcia – 5–6 sekund.
- Przerwa między kolejnymi powtórzeniami – 5–10 sekund.

Ćwiczenie 2

- Leżąc na plecach (na łóżku lub na podłodze) z nogami ugiętymi w kolanach i stopami opartymi o podłogę, połóż obie ręce na czole i staraj się wykonać ruch zgięcia głowy w przód, stawiając rękoma opór na czole tak, aby tego ruchu nie wykonać tylko napiąć mięśnie.
- Czas napięcia – 5–6 sekund.
- Przerwa między kolejnymi powtórzeniami – 5–10 sekund.

Ćwiczenie 3

- Leżąc na plecach (na łóżku lub na podłodze) z nogami wyprostowanymi połóż prawą nogę na lewej. Staraj się unieść nogę lewą jednocześnie stawiając z całej siły opór położoną na niej nogą prawą. Powtórz ćwiczenie zmieniając nogi.
- Czas napięcia – 5–6 sekund.
- Przerwa między kolejnymi powtórzeniami – 5–10 sekund.

Ćwiczenie 4

- Siedząc na krześle oprzyj dłonie na kolanach. Staraj się unieść kolana w górę, jednocześnie naciskając silnie rękoma na kolana tak, aby uniemożliwić ich podniesienie.
- Czas napięcia – 5–6 sekund.
- Przerwa między kolejnymi powtórzeniami – 5–10 sekund.

Ćwiczenie 5

- Siedząc na krześle połóż obie dłonie na lewym kolanie. Staraj się przesunąć kolana w lewo, jednocześnie naciskając silnie rękoma na lewe kolano tak, aby uniemożliwić ich ruch.
- Czas napięcia – 5–6 sekund.
- Przerwa między kolejnymi powtórzeniami – 5–10 sekund.

Ćwiczenie 6

- Siedząc na krześle połóż obie dłonie na brzuchu w okolicy pępka. Staraj się naciskać silnie dłońmi na brzuch, który należy napiąć tak, aby pokonać opór rąk.
- Czas napięcia – 5–6 sekund.
- Przerwa między kolejnymi powtórzeniami – 5–10 sekund.

Ćwiczenie 7

- Ćwiczenie przy drzwiach. Stań w drzwiach, a ręce unieś na wysokość barków. Oprzyj dłonie na framugach i chwyć je na tej samej wysokości. Próbuje rozpychać framugi na boki w taki sposób, aby pracowały tylko Twoje ręce. Jeżeli drzwi są wąskie, można ugiąć ręce w łokciach tak, aby przedramiona opierały się na futrynie i w ten sposób rozpierać/pchać na futrynę.
- Czas napięcia – 5–6 sekund.
- Przerwa między kolejnymi powtórzeniami – 5–10 sekund.

Pamiętaj, że w czasie ćwiczeń nie wolno wstrzymywać oddechu.

Po takim zestawie ćwiczeń należy zawsze wykonać kilka ćwiczeń oddechowych (rycina 2.9), powtarzając każde z nich 3–4 razy:

Ćwiczenie 1

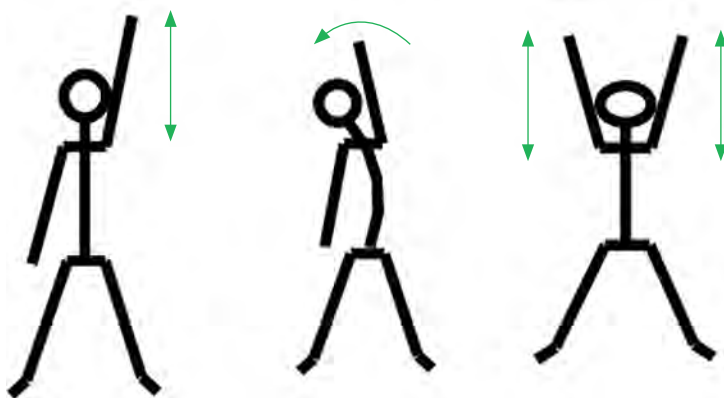
- Stań w niewielkim rozkroku. Ręce trzymaj wzdłuż tułowia.
- Jedną rękę unieś przodem w górę, robiąc jednocześnie wdech z maksymalnym rozciągnięciem klatki piersiowej, a następnie opuszczając przodem w dół zrób wydech.
- Zamień ręce i powtórz ćwiczenie.

Ćwiczenie 2

- Stań w niewielkim rozkroku.
- Wykonaj wdech z jednoczesnym skłonem tułowia w prawo i przeniesieniem lewej ręki nad głowę.
- Wykonaj wydech i powrót do pozycji wyjściowej.
- Następnie powtórz ćwiczenie w przeciwną stronę.

Ćwiczenie 3

- Stań w niewielkim rozkroku. Ręce wzdłuż tułowia.
- Unieś proste ręce w górę nad głowę, robiąc wdech.
- Opuszczając ręce zrób długi wydech.



Ryc. 2.9. Prawidłowe wykonanie ćwiczeń oddechowych (od lewej 1, 2 i 3) – szczegóły w tekście.

Aktywność fizyczna ma istotny wpływ na skład ciała, powoduje bowiem zmniejszenie masy ciała i zawartości tłuszczu przy jednoczesnym utrzymaniu lub nawet zwiększeniu masy mięśniowej szczupłego ciała, co ma istotne znaczenie dla chorych leczonych onkologicznie. Aktywność ruchowa wpływa również na skrócenie czasu pobytu w szpitalu oraz szybszy powrót do pełnej aktywności życiowej, a także jest jedną z najlepszych form profilaktyki zdrowotnej. Należy pamiętać, że otyłość jest udowodnionym czynnikiem ryzyka zachorowania na niektóre nowotwory. Niestety wielu z nas woli przesiadać się z fotela w samochodzie na kanapę przed telewizorem. Tymczasem wystarczy pół godziny dziennie poruszać się trochę intensywniej, a już po miesiącu poprawią się nasza kondycja i zdrowie.

Oprócz ćwiczeń w domu, w salach gimnastycznych czy salach chorych szczególnie godne polecenia są zajęcia w terenie, jako spaceru lub treningu marszowego, będące bardziej naturalnymi i atrakcyjnymi formami ruchu.

Najprostszy przykładem rekreacji ruchowej wskazanej dla pacjentów po leczeniu onkologicznym jest popularny od kilku już lat nordic walking, który powstał w wyniku połączenia marszu z techniką jazdy na nartach biegowych. W rezultacie otrzymano chód z dołożeniem pracy rąk trzymających kijki. Dodatkowe punkty podparcia, jakimi są kijki, pomagają zmniejszać dolegliwości bólowe, szczególnie zlokalizowane w dolnym odcinku kręgosłupa, a także umożliwiają, zwłaszcza osobom o słabej kondycji fizycznej, uzyskanie lepszej stabilności, nie obciążają stawów i wymuszają prostą sylwetkę. Podczas marszu z kijkami zaangażowana zostaje większość mięśni, co pozwala na lepsze ich wytrenowanie. Nordic walking szczególnie polecany jest osobom z nadwagą, gdyż poprzez angażowanie dużych grup mięśniowych zwiększa się zapotrzebowanie energetyczne organizmu i przyspieszony zostaje metabolizm, co zapobiega gromadzeniu się tłuszczu. Aktywny marsz w zależności od intensywności pozwala zużyć do 40% kilokalorii więcej niż zwykły marsz. Do dodatkowych atutów tej aktywności można zaliczyć zmniejszenie obrzęków i częstości skurczy tydzień oraz bardzo pozytywny wpływ na psychikę. Marsz z kijkami można uprawiać na świeżym powietrzu, niezależnie od klimatu, pory roku i ukształtowania terenu. Łatwo dostępne są filmiki instruktażowe, dzięki

którym w krótkim czasie można opanować technikę chodzenia. Jest to jeden z niedrogich rodzajów aktywności i może go podjąć każda osoba. Wystarczy zakupić odpowiednie kijki i można ruszać w drogę.

Kolejną formą aktywności fizycznej, która zdobyła uznanie środowiska medycznego jest pilates. Zalecany jest w leczeniu pacjentów z różnymi schorzeniami, a także w czasie rekonwalescencji po leczeniu onkologicznym. Szczególnie wskazany jest dla kobiet po przebytym raku piersi. Metoda ta początkowo koncentrowała się na fizjoterapii osób chorych i niepełnosprawnych, następnie leczono nią kontuzje, a obecnie wykorzystywana jest do wzmacniania mięśni, utrzymania wyprostowanej postawy oraz dla dobrego samopoczucia. Pilates to forma ruchu dla osób, które potrzebują lepiej poznać swoje ciało i jego możliwości. Uczy precyzyjności ruchów poprzez regularne i ciągłe powtarzanie określonych schematów ruchowych. Takie ćwiczenia, podobnie jak joga, łączą ciało z umysłem. Pomagają zwalczać zmęczenie oraz pozbyć się takich dolegliwości jak ból, sztywność czy obrzęk limfatyczny, a także poprawiają kondycję. Ćwiczenia wykonywane są głównie na macie, większość w pozycji leżącej na plecach, brzuchu lub na boku. W trakcie ćwiczeń ważny jest prawidłowy oddech. Każdy wdech i wydech powinien być połączony z wysiłkiem. Joseph Pilates, twórca tej metody uważał, że za ogólny stan zdrowia odpowiadają kręgosłup i brzuch, a więc usprawnianie mięśni stabilizujących tułów pozwala, zwłaszcza osobom osłabionym w trakcie lub po leczeniu, na większą niezależność w codziennej aktywności życiowej (mycie, higiena osobista, ubieranie się). Metoda Pilatesa wpływa także korzystnie na psychikę. Ruchy wykonywane podczas ćwiczeń wyciszają umysł, uspokajają układ nerwowy. Każdy trening daje poczucie spokoju, pewności siebie, poprawia samoocenę i pozytywnie wpływa na postrzeganie nas przez inne osoby. Trenując pilates możemy odzyskać pewność siebie, przestać żyć w lęku przed upadkiem czy potknięciem, a przede wszystkim nie będziemy sprawiać wrażenia osoby słabej.

Należy jednak pamiętać, że metody tej nie można uprawiać, gdy zaburzona jest gęstość kości w związku z chemioterapią, po zabiegach odtwórczych piersi z tkanek własnych, a także wtedy, gdy odczuwamy w trakcie leczenia silny ból lub jakiekolwiek nagłe zmiany rytmu serca, oddechu czy ciśnienia krwi. Zawsze w takich sytuacjach należy poradzić się specjalistów – oni pomogą podjąć właściwą decyzję. Być może właśnie pilates stanie się stałym elementem naszego życia – pełnego radości, poprawy zdrowia i lepszego samopoczucia.

Dla osoby zmagającej się z chorobą nowotworową lub po zakończeniu leczenia w odstresowaniu i odpoczywaniu nie chodzi o to, by robić znów coś, co się musi, lecz o to, by zajmować się tym, czego się pragnie, czego brakuje, a przede wszystkim, co podnosi poziom energii.

Jedną z takich form rekreacji jest taniec. Przynosi on korzyści porównywalne z ćwiczeniami, ale nie męczy tak jak one. Jest przyjemnym rodzajem aktywności fizycznej, poprawia koordynację ruchową i zwinność chodu, ma działanie odprężające, przynoszące radość i satysfakcję. Taniec to dobry sposób, by oderwać się od codziennych problemów i zmartwień. Tańcząc uwalniamy endorfiny, czyli związki chemiczne zwane hormonami szczęścia, które są istotne dla poprawy wydolności oraz odporności. Łagodzą one dolegliwości bólowe, poprawiają nastrój oraz potęgują chęć do życia. Celem terapii poprzez taniec jest angażowanie się w aktywność

ruchową tu i teraz. Taniec poprawia krążenie krwi, zwiększa życiową pojemność płuc, zwiększa elastyczność stawów oraz mineralizację kości, co jest szczególnie istotne po obciążającym leczeniu onkologicznym. Muzyka ma nieprawdopodobną moc oddziaływania na człowieka. Często słyszy się, że „*muzyka leczy*”, a badania naukowe potwierdzają skuteczność terapii poprzez muzykę. Warto zapisać się na lekcje tańca i w ten sposób zadbać o kondycję fizyczną, a przy okazji dobrze się bawić.

Inną z form aktywności fizycznej jest jazda na rowerze, zarówno na dworze, jak i w domu na rowerze stacjonarnym, w przypadku gdy kondycja, osłabienie leczeniem czy inne dolegliwości uniemożliwiają jazdę w terenie. Niezależnie od tego, czy będziemy korzystać z jazdy na powietrzu czy na rowerze stacjonarnym w domu, ta forma aktywności fizycznej służy poprawie i utrzymaniu dobrego stanu zdrowia. Dlaczego jest tak powszechnie polecana? Jeżdżąc na rowerze stale dotleniamy krew poprzez głębokie oddychanie, a robienie częstych i głębokich wdechów usprawnia proces wymiany gazowej. Poza tym podczas jazdy na rowerze pracują nie tylko mięśnie nóg, ale także brzucha, pleców, mięśnie pośladkowe, obręczy barkowej oraz mięśnie rąk, stawy kończyn dolnych są odciążone, a wykonywany nimi ruch zapobiega powstawaniu żylaków i redukuje obrzęki. Uodowodniono również, że jeżdżąc na rowerze jesteśmy bardziej odporni na infekcje i często łagodniej je przechodzimy. Nic więc dziwnego, że jazda na rowerze jest jedną z form kinezyterapii, czyli leczenia ruchem.

Przed rozpoczęciem jazdy na rowerze należy dobrze ustawić wysokość siodełka i kierownicy, biorąc pod uwagę własną wygodę i konieczność utrzymywania prostych pleców podczas jazdy. Tylko przy prawidłowym siedzeniu stawy kończyn dolnych pozostaną w odciążeniu, a stabilizację podczas jazdy będą utrzymywały miednica i kręgosłup.

Warto zadbać o wyposażenie roweru w pulsometr, aby na bieżąco kontrolować tętno, ponieważ nie powinno ono przekraczać 140 uderzeń na minutę. Należy przerwać jazdę przy zawrotach głowy i innych zaburzeniach równowagi, a także zadbać o swoje bezpieczeństwo (kask przy jeździe w terenie) i wybierać specjalnie oznakowane trasy rowerowe.

Przy rozpoczęciu aktywności fizycznej należy określić jej cele oraz sposoby monitorowania postępów. Rozwój nowych technologii spowodował, że wiele aspektów życia uległo tzw. ucyfrowieniu. Warto wykorzystać aplikacje zainstalowane na telefonach komórkowych do kreowania własnej rekreacji ruchowej. Aplikacje umożliwiają personalizację ćwiczeń i aktywności fizycznej uwzględniając indywidualne potrzeby, wiek, kondycję, stan zdrowia itp. Bardzo często aplikacje i serwisy mają charakter społecznościowy, umożliwiając poznawanie innych osób, wymianę doświadczeń czy komentowanie i oznaczanie aktywności. Przede wszystkim jednak wzmacniają atrakcyjność oraz wzajemne motywowanie się i wspieranie do podejmowania wysiłku fizycznego. Najbardziej popularne aplikacje i platform społecznościowych dla osób aktywnych, również po chorobie onkologicznej, wymieniono poniżej:

- Endomondo – umożliwia monitorowanie aktywności, wgląd w statystyki i planowanie treningów. Przedstawia bogaty wybór sportów i aktywności w zależności od poziomu wytrenowania i kondycji. Dzięki temu trening jest bardziej świadomy, a motywacja większa.

- Runtastic – darmowa aplikacja do biegania, która rejestruje również inne aktywności: jazda na rowerze, spacerowanie, fitness i wiele innych. Aplikacja zawiera też coś wyjątkowego – dzięki specjalnym planom treningowym dla początkujących dowiesz się jak zacząć np. biegać, pracować nad swoją kondycją i być fit!
- Krokomierz i licznik kroków – dzięki wbudowanemu czujnikowi może liczyć kroki, śledzić spalone kilokalorie, pokonany dystans i czas aktywności. Wszystkie informacje są przejrzyste zaznaczone na wykresach.
- MapMyWalk – chodzenie jest jednym z najtańszych i najłatwiejszych sposobów na pozostanie w formie lub wzmocnienie się w okresie rekonwalescencji. Aplikacja jest bezpłatnym narzędziem do śledzenia postępów w treningu zarówno dla osób początkujących, jak i zaawansowanych.

Aktywność fizyczna dotyczy wszelkich działań człowieka związanych z ruchem (chód, bieg, praca fizyczna), z wykonywaniem czynności zawodowych, domowych lub rekreacyjnych (spacery, zabawy ruchowe, ćwiczenia gimnastyczne, sporty, taniec, joga, turystyka, praca na działce, prace na rzecz gospodarstwa domowego, jazda na rowerze). Każda czynność podejmowana podczas codziennych obowiązków może być również aktywnością fizyczną. Gdy wracamy z pracy pieszo lub rowerem jest to aktywność fizyczna, która powoduje wydatkowanie energii większej niż bez podejmowania takiego ruchu. Aktywność fizyczną trudno jest zdefiniować, natomiast każdy ją zna. Stanowi kluczowy składnik zdrowego stylu życia. Bez niej niemożliwa jest jakakolwiek strategia zdrowia, jego utrzymanie lub rekonwalescencja. Można przez to rozumieć, że aktywność fizyczna jest człowiekowi po prostu potrzebna do prawidłowego funkcjonowania organizmu.

Zawsze najtrudniejsze są pierwsze kroki, a potem ciągłe wyzwanie, by utrzymać stan mobilizacji. Początkowo dla wielu osób wdrożenie się w program ćwiczeń czy inną aktywność fizyczną nie stanowi dużego problemu, bo mają motywację. Często bywa jednak tak, że gorsze samopoczucie, zły nastrój czy zmęczenie powodują powrót do starych przyzwyczajeń i coraz częściej znajdujemy jakiś powód do opuszczenia ćwiczeń. Do uzyskania sukcesu potrzebna jest jednak systematyczna praca i spokój wewnętrzny. Pracę nad sobą trzeba rozpocząć dziś a nie jutro, czy jak to lubimy mówić „*po zakończonym leczeniu*”. W żadnym wypadku nie wolno poddawać się negatywnym wpływom myśli, takich jak: „*i tak tego nie dokonam*”, „*jest to zupełnie niemożliwe*”, „*jestem jeszcze zbyt słaby*”. Należy skoncentrować się na celu, do którego teraz dążysz! Trzeba przyjąć założenie „*codziennie będę lepszy!*” Kieruj się zasadą, że aktywność fizyczna ma służyć Twojemu zdrowiu. Wybierz sobie dwa lub trzy ćwiczenia i wykonuj je systematycznie. Wybierz aktywność fizyczną na powietrzu, którą lubisz, bo każdy rodzaj ruchu powinien sprawiać przyjemność. Jeśli w poszczególnych ćwiczeniach nie osiągasz proponowanej liczby powtórzeń, nie jest to powód do zdenerwowania. Unikaj pośpiechu, napięć, grzyzienia zębami i złego nastroju – uśmiechnij się!



3

SZTUKA

ROZMAWIANIA

Jak rozmawiać z lekarzem

Bożena Winch

Najczęściej spotykanym sposobem wprowadzania pacjentów w leczenie jest krótkie i rzeczowe instruowanie, co i gdzie pacjent ma zrobić oraz o co ma zadbać rodzina. Lekarze często nie mają czasu, warunków i możliwości by w spokoju usiąść, porozmawiać czy wyjaśnić, chociażby to, jakie badania zostaną przeprowadzane, co oznaczają tajemnicze skróty na skierowaniach. Nie zawsze pacjent i jego bliscy rozumieją specyfikę języka medycznego, a medycy nie zdają sobie sprawy z hermetyczności swoich wypowiedzi. Wiadomo, że jeśli coś w wypowiedzi lekarza jest niejasne dla pacjenta i jego bliskich, to podlega różnym interpretacjom. Brak orientacji i niejasności w komunikacji nasilają lęk, który i tak determinuje większość zachowań pacjentów. Wielu lekarzy wychodzi z założenia, że jeśli pacjent lub jego rodzina czegoś nie rozumieją z przekazywanych informacji, to zapytają. Otóż niekoniecznie. Po pierwsze nie zawsze wiedzą, że mogą pytać, po drugie nie zawsze wiedzą, o co i jak zapytać, a po trzecie od samego startu w kontakcie obawiają się źle wypaść i nie ujawniają swojej niewiedzy. Ani pacjent, ani jego rodzina nie chcą zrobić wrażenia niezorientowanych czy niezaradnych. Zdecydowanie łatwiej jest się porozumieć, gdy pacjent i rodzina mówią, że nie rozumieją, a lekarze znajdują cierpliwość do udzielania kolejnych wyjaśnień. Pacjenci często nie wiedzą, że mają prawo pytać o diagnozę, kierunki i następstwa leczenia, rokowanie (gwarantują to przepisy zawarte w Karcie Praw Pacjenta). Pytając nie zawracają lekarzowi głowy, tylko wręcz przeciwnie, ułatwiają porozumienie.

Od pierwszego momentu ustalenia diagnozy w głowach pacjenta i jego rodziny pojawia się jedno zasadnicze pytanie „*ile TO potrwa?*” Pacjenci licząc na konkretną odpowiedź, jednocześnie bardzo się jej boją. Powszechne przekonanie mówi, że „*z nowotworem się nie wygra*”, czyli że nie da się być wyleczonym. Poszukiwanie odpowiedzi na pytanie „*jak długo pożyję z tą chorobą?*”, dla niektórych jest też pytaniem o to, czy warto się leczyć. Czasami pacjenci są bardzo wytrwali w poszukiwaniu odpowiedzi na to pytanie, bo nie mogą uwierzyć, że lekarz naprawdę nie wie. Przecież już tylu chorych widział. A lekarz naprawdę nie wie, dzielenie się domysłami nie ma specjalnego sensu. Od strony pacjenta trochę wygląda to tak, że lekarz, który nie wie ile pacjent może żyć, nie jest godny zaufania. Lekarze tej odpowiedzi naprawdę nie znają. Każdy choruje inaczej, a przede wszystkim leczy się inaczej i tego jak pacjent zareaguje na konkretne leczenie lekarz nie może wiedzieć. Niektórzy lekarze ulegają presji pacjentów, ich bliskich, sytuacji i podają jakiś termin przeżycia, czym wprawiają pacjenta i rodzinę w jeszcze większy lęk.

Aktualnie dostęp do informacji o chorobach i leczeniu jest właściwie nieograniczony. Dla osób niezwiązanych z medycyną odróżnienie informacji prawdziwych

od fałszywych jest bardzo trudne, a czasami niemożliwe. Konfrontacja tego, co mówią lekarze z tym, co można znaleźć w Internecie pogłębia chaos i niepewność, wywołując jeszcze większy lęk. Chorzy tak jak i zdrowi różnią się potrzebą dostępu do informacji i posiadania informacji. Wiedza przywraca poczucie kontroli, czyli podnosi poczucie bezpieczeństwa i pewności siebie.

Niezależnie od tego, jakie są źródła wiedzy o chorobie i leczeniu, pacjent ma prawo pytać, wyrażać swoje opinie, nie zgadzać się na propozycje lekarza. Ważne, żeby pacjent nie kierował się tylko emocjami, np. złością na los, lękiem przed operacją czy obawą przed obciążeniem rodziny. Jeżeli jakaś propozycja (np. amputacja piersi, amputacja macicy) wzbudza bardzo silne emocje i powoduje niemożność racjonalnego omówienia sytuacji, warto niezbędną rozmowę odłożyć na jakiś czas. Pacjent ma prawo poprosić o to lekarza.

Poprawieniu komunikacji sprzyja to, że lekarze uświadamiają sobie, że pacjentami i ich rodzinami targają silne emocje, stąd warto je uwzględnić i uszanować. Może to przełożyć się na dopytanie, czy dla pacjenta wszystko jest jasne, na komentarz typu „widzę, że jest Pani zdenerwowana, może powtórzę jeszcze swoje zalecenia”. Silne emocje utrudniają zapamiętanie informacji, analizę tego, co lekarz mówi i ograniczają możliwość rozmowy. Pacjent może powiedzieć, że „bardzo przeżywa tę wizytę” i prosi lekarza o wyrozumiałość i powtórzenie czegoś, czego nie zapamiętał. Pacjent ma prawo do towarzystwa osoby bliskiej w ważnych rozmowach z lekarzami.

Często silne emocje, niezrozumiałość komunikatów medycznych czy pośpiech powodują, że pacjent interpretuje słowa i zachowania lekarza jako coś skierowanego przeciwko sobie: „nie lubi mnie, nie obchodzi go moje zdrowie, miał już wiele takich przypadków i nie jestem interesującym chorym”. Obok lęku przed leczeniem pacjent zaczyna budować w sobie przekonanie, że lekarz nie będzie się starał go wyleczyć. Takie myśli mogą wywoływać napięcie i złość, generować postawy roszczeniowe i walczące.

Na kolejne spotkania z lekarzem pacjent powinien mieć przygotowane pytania, na które chce uzyskać odpowiedzi, może notować to, co lekarz mówi. Pacjent notując, dba o siebie, by mieć się do czego odwołać, gdy po wyjściu z gabinetu okaże się, że niczego nie pamięta z rozmowy.

Pacjentom i ich bliskim nie zawsze starczy uwagi, by przyjrzeć się i zapamiętać jak reaguje i zachowuje się lekarz, głównie dlatego, by móc lepiej się komunikować. Są lekarze, którzy bardzo unikają kontaktu pozawerbalnego (spojrzenie, mimika, brak gestów), są też tacy, którzy starają się skrócić dystans, rozładować atmosferę jakimś żartem czy uśmiechem. Jedni mówią krótko i rzeczowo, inni używają wielu długich zdań, by powiedzieć o czymś bardzo konkretnym. Warto zastanowić się, jaki typ komunikacji proponuje lekarz i zweryfikować swoje oczekiwania. Lekarz preferujący komunikację „eksperską” z trudem zdobędzie się na wyrażenie zainteresowania emocjami pacjenta. Z kolei lekarz bardziej opiekuńczy może pomijać informacje, które jego zdaniem są trudne w odbiorze i wracać do nich po czasie, jakby na marginesie innych spraw.

Lekarz w swoim sposobie komunikowania się nie jest przeciwko potrzebom i oczekiwaniom pacjenta. Jak każdy ma swoje możliwości, ograniczenia i umiejętności. Ważne jest, by pacjent nie nastawiał się negatywnie, gdy jego potrzeby emocjonalne nie są zaspokajane.

Oczywiście lekarze, tak jak wszyscy ludzie, mają gorsze i lepsze dni, i nie zawsze są nastawieni w pełni na odbiór pacjenta, na odkrycie jego nastawienia czy oczekiwaniami.

W rozmowie o trudnych diagnozach pacjent ma prawo:

- ustalić cele takiej rozmowy – może spytać lekarza o to, czego będzie dana rozmowa dotyczyć, np. czy uporządkowania dotychczasowych informacji diagnostycznych, czy ustalenia sposobów działania, czy wyjaśnienia aktualnego stanu zdrowia;
- prosić o wyjaśnienie terminologii fachowej, która może być niezrozumiała i przez to wzbudzać lęk;
- zadawać pytania, korzystając z przygotowanych wcześniej notatek, notować otrzymywane informacje;
- powiedzieć, że potrzebuje lub nie potrzebuje większej liczby szczegółowych informacji o chorobie czy jej leczeniu;
- odwoływać się do swoich emocji, np. że zawsze bał się chorób i szpitali, że w jego rodzinie dużo osób choruje przewlekle i wie jak to jest, że ktoś z bliskich znajomych zmarł na raka; warto pamiętać, że lekarz może nie rozpoznać trafnie emocji pacjenta, a warto żeby wiedział co się dzieje;
- oczekiwać przedstawienia i ustalenia planu postępowania medycznego, a także jego uzasadnienia, np. ta metoda daje najlepsze wyniki, albo przy chorobach, które pani/pan ma nie można zastosować niczego innego;
- analizować nie tylko treść tego, co lekarz mówi, ale także formę, np. lekarz, który mówi wolno i cicho może być przez pacjenta odbierany jako ktoś uważający na słowa, by nie powiedzieć za dużo, wycofany z kontaktu, czyli taki, który coś ukrywa, a inny, mówiący głośno i szybko, będzie odbierany jako autorytarny, niemający ochoty na rozmowę, niezainteresowany pacjentem; warto pamiętać, by swoje pierwsze hipotezy weryfikować podczas kolejnych kontaktów z lekarzem.

Całość kontaktu analizowana jest także poprzez część niewerbalną. Komunikacja niewerbalna to:

- mimika;
- postawa ciała;
- gesty, ruchy;
- kontakt wzrokowy;
- dotyk i kontakt fizyczny.

Szacuje się, że 80% informacji uzyskiwanych jest poprzez komunikację niewerbalną.

Obie komunikujące się strony mówią, słuchają i patrzą na swoje zachowania. Pacjent też pokazuje niewerbalnie jak się boi, czego nie chce, na co naprawdę się godzi. Widać to m.in. po jego wyrazie twarzy, gestach czy sposobie siedzenia na krześle.

Różnica między komunikacją werbalną i niewerbalną jest powodem kłopotów w budowaniu dobrego kontaktu, stanowiąc jedną z wielu przeszkód w porozumiewaniu się. Niezgodność obu części komunikacji wprawia w niepokój.

Do przekraczania barier komunikacyjnych potrzebna jest świadomość obu stron dotycząca:

- popełnianych błędów;
- swoich przyzwyczajzeń w komunikowaniu się;
- nastawienia emocjonalnego do chorowania i leczenia;
- umiejętnego korzystania z informacji zwrotnych (informacja zwrotna to analiza i ocena tego, co zdarzyło się lub nie zdarzyło się w rozmowie).

Komunikowanie się jest dynamicznym procesem kierowanym przez emocje, wiedzę i informacje zwrotne. Od strony emocji przyjmowanie trudnych informacji przebiega w kilku fazach. Trudne informacje to takie, które niszczą dotychczasowy porządek życia, wymuszają zmianę planów życiowych, prowokują zmiany w funkcjonowaniu, wpływają na widzenie siebie i swojej przyszłości. W procesie leczenia kontakty z lekarzami są wypełnione trudnymi informacjami.

Fazy przyswajania trudnych informacji:

- szok – dominujące uczucia to niepewność, lęk, przerażenie, panika;
- zaprzeczenie – dominujące uczucia to złość i lęk;
- depresja – dominujące uczucia to smutek, rozpacz, lęk, bezradność;
- walka lub rezygnacja – dominujące uczucia to złość, lęk;
- akceptacja – dominujące uczucie to spokój.

Na przebieg komunikacji pomiędzy pacjentem i lekarzem wpływają:

- mity i wyobrażenia związane z chorobą i leczeniem;
- używanie przez lekarza języka zrozumiałego dla pacjenta;
- znajomość zagadnień medycznych przez pacjenta;
- interpretacja i ocena informacji;
- postawy pacjenta wobec chorowania i leczenia;
- kontakt werbalny i niewerbalny pacjenta z lekarzem.

Dobra komunikacja z punktu widzenia pacjenta zależy od tego, czy lekarz:

- mówi językiem zrozumiałym dla pacjenta;
- wyjaśnia wątpliwości pacjenta;
- wykazuje zrozumienie dla oczekiwań pacjenta;
- potrafi rozwiązać niepokoje pacjenta;
- umie utrzymać równowagę pomiędzy ilością i jakością informacji, które przekazuje pacjentowi a empatią i troską o pacjenta.

Jak rozmawiać z osobami bliskimi

Bożena Winch

Podstawowy dylemat komunikacyjny zawiera się w pytaniu „*mówić czy nie mówić*”, pojawiającym się na wszystkich etapach leczenia i dotyczącym każdego tematu związanego z chorowaniem i leczeniem. Sprawą zasadniczą jest „*jak mówić*”, a nie „*czy mówić*”. Przekazywanie czy nieprzekazywanie informacji najczęściej wynika z lęku przed reakcją osoby chorej na to, co usłyszy. Choć przecież i tak się dowie. Dowie się, że ma chorobę nowotworową, że jest w szpitalu onkologicznym, że będzie operacja, chemioterapia, radioterapia. Chory najczęściej tej sytuacji nie komentuje, nie pyta, nie zgłasza sprzeciwu. Prawdopodobnie pacjent chce sobie i bliskim oszczędzić trudnej i przykrej rozmowy. Zostaje sam z niewypowiedzianymi lękami, rozpaczą, przerażeniem.

W wielu relacjach nie ma doświadczeń w przekazywaniu trudnych informacji, w dzieleniu się uczuciami, w mówieniu o lękach. Nie ma też odwagi potrzebnej do zmiany stylu porozumiewania się. Skoro przez wiele lat nie mówiło się o uczuciach i potrzebach, to jak teraz zacząć w chorobie i z chorym? Często pacjenci i ich bliscy rozpoczynają w tym czasie trening w mówieniu z uśmiechem „*będzie dobrze*”, „*nie martw się*”, itp. Każda ze stron relacji chce oszczędzić bliskim smutku, cierpienia, lęku, a także ochronić przed utratą nadziei. Bliscy się martwią, chory myśli o swojej niepewnej przyszłości i obie strony milczą na ten temat. Milczenie dotyczące emocji oddala bliskich od siebie i nie służy ani nadziei, ani lepszemu nastrojowi.

Chory i jego bliscy szukają informacji, które mają uciszyć ich obawy, pomóc poruszać się po nieoswojonym terenie służby zdrowia, czy też rozwiązać mity o nieuleczalności choroby, o strasznych skutkach leczenia, o nieodczynnym cierpieniu fizycznym i psychicznym. Każda ze stron tych poszukiwań ma prawo do znajdowania swoich ścieżek informacyjnych. Kłopoty pojawiają się wtedy, gdy chory lub jego bliscy są nieustępliwi w nakłanianiu drugiej strony do przyjęcia swojej opcji zdobywania informacji i obchodzenia się z nimi. Znacznie łatwiej jest ustalić, kto czego i dlaczego poszukuje wtedy, gdy bliscy powiedzą sobie jasno czego w tej kwestii potrzebują. Cenzurowanie tematów i kontrolowanie zakresu informacji odbywa się także w komunikacji pomiędzy rodziną i pacjentem. Siła przekazu dotyczącego tego, że rak = śmierć paraliżuje chęć do otwartej rozmowy o chorobie, leczeniu i obawach z tym związanych.

Oczywiście są pacjenci, którzy nie chcą wiedzieć, nie chcą słyszeć, nie chcą rozmawiać i łatwiej jest im, gdy wprost o problemie nie mówią. Sytuacja, w której wiadomo, że jedna ze stron nie chce komunikacji, jest jasna. Jednak szczere mówienie wprost o tym co się dzieje, o swoich uczuciach z tym związanych, jest podstawą do budowania poczucia bezpieczeństwa w sytuacji skrajnie niebezpiecznej.

Czasami rodzina mocno naciska na lekarza, by nie informował pacjenta o chorobie i o jego stanie. Pomijając aspekty prawne nakazujące przekazywanie informacji, niemówienie najczęściej mija się z celem. Chory i tak wie lub zaraz się dowie od innych pacjentów lub ich rodzin, usłyszy przypadkiem, przeczyta w dokumentacji medycznej. Są rodziny, które po miesiącach chorowania, przebywania ich bliskiego w szpitalu uważają, że chory nie wie, nie zdaje sobie sprawy ze swojego stanu i proszą, by choremu nie przekazywać trudnych informacji, np. że leczenie zostało zakończone, tylko że np. muszą trochę się wzmocnić i wtedy znowu będą leczeni. Bywa i tak, że chory prosi, by rodzinie nic nie mówić o jego ciężkim stanie, obawiając się, że jego bliscy nie dadzą sobie rady z taką informacją.

Komunikacja ma dotyczyć nie tylko przekazywania informacji o sprawach, ale także ujawniania lub nie swojego stosunku emocjonalnego do tych spraw. W komunikacji osób bliskich w sytuacji granicznej najczęstszym źródłem kłopotów są silne emocje związane z sytuacją bycia chorym i bycia w otoczeniu chorego. Sytuacja graniczna to nagłe doświadczenie, które popycha człowieka ku konfrontacji z jego dotychczasową egzystencjalną sytuacją w świecie. Bycie na granicy zdrowia i choroby, leczenia i nieleczenia, bólu fizycznego i psychicznego wzbudza silne emocje i nie może być inaczej. Kwestią dyskusji ze sobą samym i bliskimi jest tylko to, ile i kiedy chory jest gotów odśladania ze swojego świata emocjonalnego, a rodzina jest gotowa wysłuchać i przyjąć emocje.

Każda rodzina wytwarza własny styl komunikacyjny dotyczący emocji. Jedni zwracają uwagę na precyzyjne dopytanie o co chodzi, inni kładą nacisk na spontaniczne wyrażenie, a w niektórych rodzinach okazywanie emocji i mówienie o emocjach jest czymś wysoce niestosownym. Pojawiają się nowe zagadnienia, takie jak ból, lęk, śmierć, niepewność, zagrożenie, samotność, opuszczenie. W szeroko pojętym doświadczeniu społecznym o takich przeżyciach mówi się rzadko i mało. Nie ma wzorców, do których można sięgnąć. Owszem, bywają rodziny, w których ta tematyka pojawia się w rozmowach związanych z duchowością i w nich na pewno jest łatwiej podzielić się swoimi odczuciami.

Chorzy na różne sposoby wnoszą do kontaktu z bliskimi te trudne, ale ważne dla nich tematy. Istotną sprawą jest usłyszeć, że chory chce mówić o czymś innym niż bieżący stan zdrowia. Każda rodzina w nowej sytuacji testuje swój sposób porozumiewania się dotyczącego zaspokajania różnorodnych potrzeb i kontrolowania emocji. Najsilniejszą emocją doświadczaną przez chorego i jego bliskich jest lęk. Lęk przed cierpieniem, lęk przed bólem fizycznym, lęk przed bezradnością, lęk przed śmiercią. Rzadko, naprawdę rzadko, mam do czynienia z rodzinami w których rozmawia się o tych lękach. A przecież są one obecne we wszystkich rodzinach od pierwszej chwili, od pierwszego podejrzenia diagnostycznego. Śmierć jako części życia, zagadnienia związane z bezsilnością, obawy przed cierpieniem swoim i bliskich są tematami tabu i niewiele jest okazji, by w rodzinie rozmawiać o tych kwestiach. Niebagatelnym uzasadnieniem milczenia o sprawie najważniejszej jest przekonanie, że takie tematy odbierają choremu nadzieję. Milczy rodzina, milczy chory, by rodziny nie dobijać. A jak wiadomo niewypowiedziany lęk ma wielką moc oddziaływania.

Niektóre rodziny z lekkością zaczynają mówić „nowym językiem” o przemilczanych do tej pory sprawach, inne bronią swojego stylu jako przejawu

tożsamości, narażając siebie i chorego na dodatkowe trudności. Naturalnie są też rodziny, które przed chorobą umiały rozmawiać na różne tematy i nie miały silnych tabu.

Nowym doświadczeniem chorego i jego bliskich jest doznawanie cierpienia. Jest to doświadczenie skrajnie subiektywne, każdy przeżywa je we właściwy sobie sposób. Cierpienie w chorobie wynika z bólu fizycznego, z lęku, z braku możliwości wpływu na swoją sytuację, z uprzedmiotowienia w relacjach leczniczych. Intensywne i przewlekłe cierpienie stawia pod znakiem zapytania sens życia. W trakcie leczenia choroby onkologicznej cierpienie dotyczy wszystkich członków rodziny, choć nie zawsze cierpią tak samo i z tych samych powodów. Warto spróbować pytać się wzajemnie o skalę cierpienia, czy podzielić się swoimi doświadczeniami w tym zakresie. Bardzo często okazuje się, że najbliższe sobie osoby nigdy nie dzieliły się refleksjami o cierpieniu swoim, cudzym, czy o cierpieniu jako zjawisku. Z moich doświadczeń wynika, że rozmowy na takie tematy przynoszą ulgę, ponieważ dostarczają poczucia, że bliscy się rozumieją i są gotowi towarzyszyć sobie nawzajem w trudnych sytuacjach.

Inną emocją trudną do opisanie i zakomunikowania jest przerażenie, które pojawia się zarówno u chorego, jak i w rodzinie od pierwszego momentu zetknięcia się z oddziałem onkologicznym. Zresztą funkcjonowanie wielu oddziałów napawa przerażeniem – długie godziny oczekiwania w kolejkach, mało możliwości porozmawiania z lekarzem, brak informacji o tym, co będzie i kiedy będzie. Gdy leczenie jest już w toku, to źródłem przestachu jest cała rzeczywistość szpitalna, opowieści innych chorych, nabywane doświadczenie. Powoli pojawia się świadomość, że leczenie będzie trwać bardzo długo, a skutki uboczne jeszcze dłużej. Jednym słowem i chory i rodzina zaczynają rozumieć, jak wysoka jest cena walki o życie, o które są gotowi walczyć za każdą cenę. Pojawiają się także całkiem nowe sytuacje niezbędne do omówienia, o których do tej pory się nie mówiło, bo i po co, m.in. załatwianie potrzeb fizjologicznych, sposób odżywiania, ograniczenia ruchowe. Jeśli pacjent nie powie lub nie zasygnalizuje, że czegoś potrzebuje, rodzina ma minimalną szansę na domyślenie się, o co chodzi lub źle coś zinterpretuje.

Pojawienie się lęku, przerażenia i obaw wydaje się uzasadnione wszystkim przeżywającym leczenie onkologiczne, ale złość występująca w relacjach z bliskimi bywa dużym zaskoczeniem. Złość zaliczana jest do „uczuć niekochanych”. Każda choroba jest doświadczeniem utraty kontroli i wpływu. Człowiek, który zostaje pacjentem, staje się zależny od rodziny, lekarzy, instytucji leczących, czasami od aparatury. Ten rodzaj zależności może stać się źródłem złości. Wiele osób używa złości do zamaskowania przeżywanego lęku. Złoszczenie się jest łatwiejsze niż okazanie bezradności, podzielenie się lękiem przed śmiercią jest łatwiejsze niż płacz. Wiele razy byłam świadkiem sytuacji, w których chory bez stawiania sobie granic złościł się na odwiedzających go bliskich, a w chwili, gdy przychodzili dalsi znajomi był uosobieniem łagodności. Widziałam też jak bliscy pokornie przyjmowali ataki na to, że kompot jest w nie tym kubku, albo woda jest nie tej marki. Chory przyznaje sobie prawo do irytacji, bo jest chory, a rodzina z tego samego powodu uważa, że musi to unieść. Nie wątpię, że trudno czasami utrzymać w ryzach emocje, zwłaszcza gdy chodzi o to, by nie okazać innych emocji, trudniejszych do okazania. Warto jednak też powiedzieć „przepraszam”,

a nie udawać, że nic się nie stało. Złość może przejawiać się w formie utarczek z personelem (zwłaszcza średnim). Niestety, stosunkowo często personel daje się wciągnąć w taką walkę.

Zdarzenia powodujące zachwianie równowagi życiowej oznaczają konieczność wprowadzenia zmian. Najczęściej wszystko jest nagłe i trudne do przewidywania. Zmiany wywołane chorobą i leczeniem wpływają na wszystkie poziomy życia i funkcjonowania. Dotyczą potrzeb psychologicznych, fizycznych i społecznych. Trzeba na nowo ustalić podział obowiązków w rodzinie, trzeba rozważyć finanse, trzeba zorganizować funkcjonowanie domu, trzeba, trzeba, trzeba... Zarówno potrzeby, jak i możliwości ich zaspokajania gwałtownie się zmieniają. Choroba narusza wszystko to, co do tej pory stanowiło o tożsamości rodzinnej, czyli o tym, jak rodzina myślała o sobie, jak była postrzegana w otoczeniu, jak się rozwijała. Kontrolę i wpływ można odbudować poprzez mówienie o tym, co się dzieje, jakie myśli i emocje krążą pomiędzy osobami zaangażowanymi w opiekę nad chorym, jakie potrzeby chce się zaspokoić na tu i teraz, ale także w mniej lub bardziej przewidywalnej przyszłości. Chory nie musi być wyłączony z bieżących spraw rodziny, na zasadzie by nie martwić go lub nie obciążać. Warto zwyczajnie spytać, czy chory chce zajmować się danym tematem. Chory ze swojej strony też może jasno wyrazić zainteresowanie dla spraw spoza choroby lub postawić granice, których nie chce przekraczać w zdalnym angażowaniu się w pozaszpitalną rzeczywistość. Nic nie zastąpi mówienia wprost o tym kto i do czego ma chęci i na co możliwości.

Choroby onkologiczne powszechnie postrzegane jako trudno leczące się i z leczeniem nie gwarantującym sukcesu, stawiają pacjenta i jego rodzinę w obliczu zagadnień fundamentalnych dotyczących poczucia sensu życia, pytań o sens cierpienia, o istnienie Boga. Z pytaniami tymi chorzy i ich bliscy zwracają się do lekarzy, do księdza, do psychologa, do siebie nawzajem. W sytuacji, w której terażniejszość staje się nieprzewidywalna, przeszłość czasami dręczy, a czasami przestaje istnieć, a przyszłość widziana z perspektywy łóżka nie jest atrakcyjna. Zachorowanie jest wielkim znakiem STOP dla spraw terażniejszych, ale także dla przyszłości. Potrzeba rozmowy o SENSIE nie zadziwia, choć może przerażać możliwości otoczenia. Pacjent zaczyna bilansować swoje życie. Chorowanie sprzyja zastanawianiu się nad tym, co z przeszłości jest powodem do dumy, a co było nie tak. Pojawiają się pytania „czy warto”, „po co właściwie”, „do kiedy walka o życie jest uzasadniona”. Częściej mówią o tym pacjenci niż ich rodziny. A gdy pacjenci zwracają się z takimi kwestiami do rodziny, bardzo często są blokowani w swoich rozważaniach i wątpliwościach, bo rodzina nie jest w stanie unieść ciężaru tych tematów. Pytania „dlaczego ja”, „co takiego złego zrobiłem”, „ile to potrwa” kierowane są do wszystkich z otoczenia. Na niektóre z nich jedyną prawdziwą odpowiedzią jest „nie wiem”. Pacjenci czasami czują się nią rozczarowani, bo dlaczego lekarz lub ksiądz nie wiedzą? Próba odkrycia i zrozumienia dlaczego wydarzyła się choroba, jak ją można wyleczyć i ile potrwa są w pełni zrozumiałe. Każda niepewność przyczynia się do narastania lęku i poczucia zagrożenia. Warto mówić o tym, co się w nas dzieje. Mówić tyle, ile druga strona może i chce usłyszeć. Stroną, która wyznacza ile, kiedy i o czym mówi jest zawsze strona słabsza i nie zawsze jest to chory (np. dzieci, nastolatki, inne osoby chorujące w rodzinie).

Szczególnym doświadczeniem dla chorego i jego rodziny jest moment, w którym leczenie przyczynowe zostaje zakończone, gdyż nie ma szansy na wyleczenie i pozostaje leczenie paliatywne. Dla wielu oznacza to konieczność rozmawiania o śmierci i umieraniu, czy niemożności podjęcia tego tematu. Często też podsumowanie życia napawa przestachem, ponieważ trzeba wrócić do starych spraw, być może celowo przemilczanych, ujawnić swoje uczucia przez lata starannie pomijane w rozmowach.

Ludzie unikają tematów związanych z umieraniem i śmiercią, ponieważ:

- w naszej kulturze śmierć jest tematem tabu;
- trudno jest znaleźć słowa adekwatne do opowiedzenia/opisania swojego stanu uczuć, myśli, fizyczności;
- trudno się rozmawia o jakichkolwiek uczuciach, a co dopiero o lęku przed trudnym umieraniem połączonym z cierpieniem, w którym nie można przynieść ulgi;
- niezwykle trudno jest przyjąć, że śmierć jest końcem wspólnego życia na zawsze;
- obawiają się przebudzenia lęku przed własną śmiercią;
- przez wiele lat nie odnosili się do swoich uczuć i emocji, więc nawiązanie do tych kwestii jawi się im jako bardzo trudne.

Wiele rodzin stara się jak najdłużej myśleć i przekonywać siebie wzajemnie, że jeszcze może się zdarzyć cud wyzdrowienia. Czasami takie myślenie posuwa się aż do zaprzeczania ewidentnym oznakom pogorszenia się stanu zdrowia. Celem tego działania, a raczej nie działania, jest odsunięcie jak najdalej myśli o śmierci osoby chorej. Te osoby są przekonane, że gdy nie mówi się o śmierci, nawet wtedy, gdy chory sam mówi o tym, że to już bliskie wydarzenie, spowoduje, że i on będzie o tym myślał mniej. Czasami nawet zakładają, że w ten sposób odsuwają od siebie i od chorego to dramatyczne wydarzenie, a rozmowa może przywołać śmierć. A przecież zarówno chory, jak i rodzina mają w sobie wiele pytań, o wspólne życie, o czas chorowania, o to jak będzie wyglądał ostatni okres wspólnego życia. Najczęstszym powodem niepytania i niemówienia jest lęk przed trudnymi kwestiami i chęć ochrony bliskich („może jeszcze nie teraz”, „może nie warto”). W niemówieniu kryje się groźna pułapka izolacji. Oddziaływanie codziennej izolacji może być dwojakie – nie tylko powoduje ona, że zdrowi mają skłonność do unikania umierających, ale też często umierający przytaczają się do zмовy podtrzymującej izolację. Wybierają milczenie, żeby nie wciągać bliskich do swojego przynębiającego świata, pozostają sami.

Z moich doświadczeń wynika, że najlepiej zacząć te ostatnie rozmowy od spraw najprostszych: od wspomnień tego, co było dobre, od refleksji nad tym, co się udało. Słowa „dziękuję” i „przepraszam” mogą być kluczowe dla dobrego żegnania się. Chory może zainicjować bilansową rozmowę, a bliscy mają być uważni na sygnały mówiące o tym, że chory jest gotów na takie doświadczenie. To mogą być wstępy typu „a pamiętasz”, „a szkoda mi, że”. Nie warto zatrzymywać ich uwagami o aktualnych sprawach. Rodzina też może rozpoczynać wędrówkę przez bilansowe tematy, ale z wielką uwagą na reakcje chorego.

PODSUMOWANIE

- Dobra rozmowa zależy od tego, czy osoby rozmawiające ze sobą:
- mówią językiem zrozumiałym dla siebie;
- udzielają sobie niezbędnych, a potrzebnych informacji;
- nie obawiają się zadawania pytań;
- odpowiadają na pytania nawet mówiąc „nie wiem”;
- wykazują zrozumienie dla oczekiwań drugiej strony;
- dają sobie wzajemnie czas;
- zwracają uwagę na emocjonalny kontekst wypowiedzi.

Dobra rozmowa to możliwość nazwania doznawanych uczuć, których często do siebie nie dopuszczamy, np. bezradności, ambiwalencji, bólu, żalu, rozpacz, smutku czy przerażenia, ale także przeżycie bliskości, akceptacji, zrozumienia, wdzięczności, troski i miłości. Czasem trudno jest mówić o dobrych emocjach. Czasem trudno wrócić do smutnych spraw, bo może nie warto. Moim zdaniem warto chociażby po to, by nadać sens i znaczenie własnym przeżyciom i doznaniom. Czyż jest coś ważniejszego dla każdego z nas?

Jak rozmawiać z ludźmi z dalszego otoczenia

Bożena Winch

Każdy ma doświadczenie kontaktowania się z osobą chorą onkologicznie lub jej rodziną i bliskimi. Zapewne wielu z nas doświadczało trudności w kontakcie zarówno z chorym, jak i z osobami z jego otoczenia. Bez wątpienia osoby chorujące miały trudności w porozumieniu się z życzliwymi bliskimi, z zatroaskaną rodziną, z gotowymi do pomocy kolegami z pracy, z personelem leczącym. Każdy z uczestników dialogów miał jak najlepsze intencje by się porozumieć, by zrozumieć, by wesprzeć.

Informacja, że ktoś z grona znajomych czy współpracowników ma rozpoznany nowotwór w bardzo zaskakujący sposób dzieli otoczenie: jedni zaczynają uruchamiać informacje o tym, kto, kiedy i jak się leczył i wyleczył lub nie i chcą się dzielić posiadanymi informacjami i doświadczeniami, a inni zwiększają dystans pomiędzy sobą a chorującym, bo nie chcą się narzucać, bo nie wiedzą co powiedzieć, bo się boją. I wcale niekoniecznie aktywnie pomagający są tymi, z którymi osoba chora była najbliżej. Czasami dalsi znajomi, sąsiedzi, czy dalsza rodzina są bardziej chętni i gotowi do uczestniczenia w tym trudnym doświadczeniu niż ci uznawani za najbliższych. Zapewne linia podziału wynika ze stosunku do chorób nowotworowych i doświadczeń w tej dziedzinie. Są osoby, w których wizja czyjegoś cierpienia wyzwała potrzebę ratowania i pomagania. Niezależnie od tego co wiedzą o schorzeniach onkologicznych, ile razy stykały się z osobami chorymi, jakie mają wyobrażenia o leczeniu i szansach na przeżycie, są gotowe uczestniczyć w zmaganiach leczniczych. Są też inni, którzy nawet niekoniecznie mieli do czynienia z osobami chorymi, ale wiedzą (od znajomych, ze środków społecznego przekazu), że chorujący onkologicznie nie ma szans na długie przeżycie, że będzie cierpieć i że oni w związku z tym nie dadzą rady kontaktować się z nim w takiej sytuacji.

W moich kontaktach z osobami chorującymi przewlekłe i ich bliskimi zauważyłam, że bardzo trudno jest im korzystać z podstawowych zasad asertywności – trudno uznać swoje elementarne prawo do mówienia tak lub nie, proszenia, ale i odmawiania, do stawiania granic poprzez mówienie „stop”, nie chcę lub nie zgadzam się, do reagowania na krytykę lub atak, do wyrażania własnych opinii i przekonań, do wyrażania uczuć pozytywnych, ale także trudnych, jak lęk, przerażenie, rozpacz, zakłopotanie czy smutek. Zapewne nie dotyczy to wszystkich chorujących, ale mam wrażenie, że potężną przeszkodą w traktowaniu asertywnym siebie i osób z bliższego i dalszego otoczenia jest nagromadzenie silnych emocji związanych z byciem osobą chorą. Poczucie winy za „spowodowanie” choroby,

poczucie krzywdy w związku z chorobą, doświadczanie utraty wpływu i kontroli, uprzedmiotowienie w instytucjach leczących, lęk i poczucie osamotnienia utrudniają obronę swoich praw także w komunikacji.

Chorzy i ich bliscy nie muszą odpowiadać na pytania, korzystać z pomocy, towarzyszenia i gotowości do działania wszystkich, którzy się do nich zgłaszają. Mogą mieć własne oczekiwania co do kształtu, rozmiaru i charakteru tej pomocy. Jak wiem z wielu rozmów z pacjentami bardzo trudno jest sformułować i wyrazić granice czyjegoś udziału w tym etapie życia. Podstawą stawiania granic w udzielaniu informacji czy korzystaniu z pomysłów na leczenie jest przyznanie sobie prawa do dzielenia się wiedzą o sobie. Wiedza o zdrowiu czy chorobie jest rodzajem wiedzy intymnej, którą chory może chcieć przekazywać osobom zaufanym. Zaufanym, czyli takim, o których wie, że nie muszą dzielić się posiadanymi informacjami z innymi, którzy nie będą komentowali jego sytuacji życiowej w sklepie osiedlowym, którzy jak mówią, że są gotowi pomagać, to robią nawet małą rzecz ważną dla chorego. Mimo ostrożności i uważności w dzieleniu się informacjami chory i jego najbliżsi mogą przeżyć rozczarowanie, bo ktoś rozpowie, coś o czym miał milczeć, bo ktoś skomentuje wygląd, bo nie dotrzyma danej obietnicy. Sądzę, że rozczarowania ludźmi bliższymi i dalszymi są wpisane w sytuację bycia chorym onkologicznie, ponieważ ludziom trudno jest utrzymać w sobie myśli i emocje dotyczące przewlekłego chorowania, leczenia i zagrożenia życia.

Chory ma prawo prosić, mówiąc wprost o tym, czego potrzebuje. Po pierwsze dlatego, że wszyscy są w nowej sytuacji i nie bardzo udaje się odgadnąć, w jaki sposób zaspokoić potrzeby chorego. Po drugie w ogóle trudno jest odgadywać, w jaki sposób sprawić ulgę czy przynieść pomoc. Chory prosząc, musi się liczyć z odmową.

Powszechne przekonania o chorobach nowotworowych głoszą, że po ciężkim leczeniu musi nastąpić porażka. Żadne dane statystyczne czy opowieści osób wyleczonych nie zmieniają szybko tego mitu. Stąd obcesowe pytania, np. *„to ile ci dają lekarze?”*. Są chorzy, którzy radzą sobie dobrze w tego typu sytuacjach, ale są też tacy, którzy długo potem przeżywają lęk, złość czy własną niemoc. Uważam za w pełni uprawnioną odpowiedź w stylu *„wiesz, nie pytam o to lekarzy, bo nikt tego tak naprawdę nie wie”* lub *„nie chcę o tym mówić, ten temat mnie dużo kosztuje”*, albo *„dlaczego mnie o to tak pytasz”*. Żaden chory nie musi wyrażać zgody na tematy rozmów, które są dla niego przykre, trudne, czy przekraczające jego gotowość do wymiany zdań, przykładowo *„a jaka była ta twoja operacja”*, *„co ci wycięli”*, *„jakie będzie dalsze leczenie”*. Każdy pytający powinien założyć, że nie otrzyma odpowiedzi na każde swoje pytanie, że chory nie ma obowiązku odpowiadać i opowiadać.

Chorzy bardzo często czują się zobowiązani, by odpowiadać nawet na pytania dla nich intymne, ponieważ zakładają, że pytający kieruje się dobrą wolą, chęcią pomocy, zainteresowaniem. Zapewne tak jest (choć nie zawsze), ale to zobowiązuje chorego do mówienia tego, czego nie ma ochoty powiedzieć. Z moich kontaktów z osobami chorującymi i ich bliskimi wynika, że szybkim sposobem na wygaszenie takich nieprzyjemnych sytuacji jest powiedzenie wprost *„przepraszam cię, ale nie chcę o tym mówić”* albo *„to dla mnie zbyt trudne”*. Chory może postawić granice odwołując się do swoich uczuć, zasad, potrzeb. Uważam, że nie da się zawsze powiedzieć wprost o swoich uczuciach, ale można ustalić sobie samemu

granicę, przy której swój własny wewnętrzny stan jest ważniejszy niż spokój innej osoby. Czasami warto użyć żartu, coś spointować dowcipem, by nie dać się zaprosić do rozmowy, której tematyka jest zbyt odślanająca lub obciążająca.

Mogą się zdarzyć sytuacje, w których pomoc bliskich będzie niezbędna, by ochronić chorego przed ciekawością innych osób. Zazwyczaj jestem przeciwna rozwiązaniom, w których jedna osoba odpowiada za drugą (np. matka za dorosłą córkę), ale w odniesieniu do osób chorych, gdy mają gorszy dzień i bardziej cierpią, gdy ktoś atakuje je dobrymi radami dotyczącymi np. cudownych skutków leczenia niekonwencjonalnego, uznaję za dobre rozwiązanie stanowcze wkroczenie kogoś z otoczenia i zamknięcie tematu. I znowu nie wątpię w dobre intencje osób dających dobre rady, ale chory ma prawo nie słuchać, nie być bombardowanym argumentami, nie tłumaczyć się dlaczego woli chemioterapię od zastrzyków z pokrzywy.

Osobną kategorią kontaktów są kontakty ze znajomymi i przełożonymi z pracy. Nie ma konieczności opowiadania o diagnozie czy metodach leczenia. Szefowie mają prawo pytać o przewidywany powrót ze zwolnienia, ale też muszą przyjąć do wiadomości, że nie wiadomo, kiedy to nastąpi. Jeżeli zdarzy się tak, że operacja będzie miała wpływ na możliwości wykonywania dotychczasowej pracy, to na pewno warto o tym porozmawiać z przełożonymi. Oczywiście nie w momencie planowania zabiegu, ale wtedy, gdy chory będzie już miał na to siły i psychiczne możliwości. Wydaje mi się, że łatwiej jest zainicjować taką rozmowę samemu w dobrym dla siebie momencie niż wystawiać się na działanie przypadku i decyzji przełożonych. W wielu miejscach pracy jest w tej chwili gotowość do stwarzania warunków ochronnych dla powracających ze zwolnienia, np. bardziej elastyczne godziny pracy, zrozumienie dla konieczności brania dni wolnych na wizyty lekarskie. Zapewne bywa i tak, że jeżeli leczenie trwa wiele miesięcy, chory w dobrej remisji nie będzie mógł wrócić do swoich dawnych obowiązków. Sądzę, że w kontekstach zawodowych warto mówić rzetelnie o swoich możliwościach i ograniczeniach, które w miarę upływu czasu będą się zmieniać.

Najtrudniejszym rodzajem komunikacji z dalszymi znajomymi są tzw. ciekawscy, którzy pytają po to, by nasycić swoje potrzeby, dotyczące tego, co u kogo się dzieje, a choroba nowotworowa, obok wielkiego strachu, budzi też wielką ciekawość. Moim zdaniem nikt nie ma obowiązku odpowiadania na niewygodne dla siebie pytania – asertywność świetnie temu służy.

Komunikacja otwarta na mówienie o trudnych sprawach, szczerza w mówieniu o ograniczeniach, jednoznaczna wtedy, gdy chcemy postawić granice zapewnia większy spokój pacjentowi, a osobom z jego otoczenia daje poczucie bycia potrzebnym i bycia w realnym kontakcie z chorym.

Jak rozmawiać z dziećmi

Zbigniew Bohdan

Choroba pojawia się w naszych rodzinach najczęściej niespodziewanie. Rzadko w planach życiowych uwzględniamy sytuacje związane z nieoczekiwaną stratą, niestabilnością emocjonalną, rozchwianiem/zniweczeniem ustalonych wytycznych na przyszłość.

Choroba, szczególnie poważna, zaburza naturalne, dobre relacje w rodzinie, poczucie bezpieczeństwa i stałości. Staramy się mobilizować chorą osobę do dzielności, wytrwałości w realizowanej aktualnie terapii. Najczęściej choroba atomizuje członków rodziny, każdy przeżywa swe lęki, obawy samotnie, boi się rozmawiać z pozostałymi osobami o obserwowanych zjawiskach. Dominuje lęk o losy najbliższych ogarniający zarówno osobę chorą, jak i jej otoczenie. Każdy stara się chronić bliskich od rozpacz, od zwątpienia w słuszność podjętej walki. Niepewność co do najbliższej przyszłości niemal codziennie faluje na równi z pojawiającą się nadzieją.

Opisane zjawiska często rozbijają naturalne więzi emocjonalnej bliskości, prowadzą do skupienia się na wykonywaniu codziennych realnych obowiązków, rutynowych powinności pozwalających przeżyć kolejny dzień, tydzień, miesiąc.

Kiedy dopada nas świadomość choroby i logiczny ciąg jej następstw, staramy się ocalić to, co w domu najcenniejsze, poczucie stabilności, wzajemne dobre relacje, bliskość.

Co dzieje się z dziećmi w rodzinie ogarniętej walką z poważną chorobą

Najczęstszą postawą jest chronienie dziecka przed niepomyślnymi wiadomościami (bo nie zrozumie, załamie się). Stosuje się wtedy zwykle półprawdy, przemilczenia, drobne, choć układające się w logiczną całość kłamstewka – rozwiązując kłopotliwą sytuację na teraz. Naiwnością byłoby sądzić, że nasze dziecko na czas choroby przestaje logicznie myśleć, nie wyczuwa zachowań dorosłych nieadekwatnych do uspokajających wyjaśnień. Sygnały pozawerbalne (niewytłumaczalne gesty, zmieniony głos, irytacja, zdenerwowanie) są odbierane przez dziecko jako dziwne, niepokojące, zagrażające.

Dzieci są bardzo wnikliwymi obserwatorami, wiele zachowań dorosłych odbierają intuicyjnie. Uczciwie będzie wytłumaczyć obserwowane sytuacje i zachowania w sposób dostępny myśleniu dziecka. To my dorośli mamy w sobie lęk dotyczący tajemnicy życia i śmierci, niewytłumaczalności sensu choroby, cierpienia, krucho-

ści życia ludzkiego. Trudność polega na tym, że skoro sami nie znamy odpowiedzi, unikamy rozmów, które mogą wprowadzić nas w zakłopotanie i niezręczność, pozbawić intelektualnej pewności. Z badań psychologicznych wiemy, że 9-latek posiada świadomość powszechności i nieodwracalności choroby/śmierci i pojmuje ją w sposób podobny do dorosłych. Jestem więc za tym, by rozmawiać, wyjaśniać stosownie do wieku dziecka i sposobu pojmowania. Nie wolno bać się, stronić od rozmowy, nawet tej najtrudniejszej. Pozwala to na uniknięcie przez dziecko poczucia odrzucenia, dojmującej samotności i uczucia zagrożenia. Relacja matki: *„Nauczyłam się przez te dwa lata, że trzeba dużo rozmawiać, bo to przynosi ulgę, to dodaje sił, pozwala korygować nasze postępowanie. Nasze wielogodzinne rozmowy z Michasiem, najpierw w szpitalu, potem w domu, zaowocowały wiarą jego w nas. Miał pełne podstawy, żeby być zawsze pewnym szczerości naszych odpowiedzi. Myślę, że to również dodawało mu odwagi, pewności i siły. Otwarta rozmowa o chorobie i nazywanie jej po imieniu zmniejszała psychiczny ogrom tego potwora. Stawaliśmy się pomалу silnym, zwartym zespołem, który był gotów pokonać niemal wszystkie przeciwności losu. A w każdym razie nam udało się w to uwierzyć”*. Dom to coś więcej niż miejsce gdzie mieszkasz, dom to miejsce gdzie wszyscy domownicy się rozumieją.

Oczywiście inne sygnały będziemy wysyłać do małych dzieci (tu wystarczy przytulenie, obecność, gotowość do wyjaśnień, bycie razem).

Szczerość w rozmowach pozwala włączyć dziecko w zespół (zwarty i silny) rodzinny, będący wsparciem w pokonywaniu choroby (wzmacnianiu wiary, że można tego realnie dokonać). W walce z chorobą liczy się każde ogniwo, dziecko może być silnym bodźcem motywującym chęć wyzdrowienia.

„Trzeba się umieć cieszyć dniem dzisiejszym, drobnymi detalami codzienności. Nie wolno niczego marnować, żadnej godziny, minuty, sekundy przez nieistotne drobiazgi. Nie wolno zmarnować życia, którego cenę przyszło nam poznać w tak trudnych okolicznościach. Nie wolno nam bać się rozmawiać i pytać. Od pewnych spraw nie da się uciec. Niektóre rzeczy trzeba przejść, pewne pokonać, a z pewnymi walczyć do utraty tchu. Ale nigdy nie wolno zwątpić, bo zwątpienie jest jak kamień ściągający lawinę nieszczęść. (...) Ale jak w każdej rywalizacji sportowej, tak i w tym wyścigu potrzebni są wierni kibice – przyjaciele, szeroko pojęta rodzina, dzieci, których szczery i gorący doping, rozgrzewa do walki, dodaje sił, nie pozwala zwątpić w zwycięstwo.” (Najdłuższy bieg)

Nie wolno zapominać, że życie toczy się dalej, nasze dzieci nie zatrzymają swego rozwoju i dorastania na czas choroby. Mają swoje prawa do obecności bliskich i uczestniczenia w ich codzienności. Zawieszone relacje, czasowo zaniechane, odłożone na potem (na po chorobie) będzie trudno odtworzyć po tym okresie. W wychowaniu dziecka wszystko toczy się tu i teraz. Skoro mówimy o pracy zespołowej, może warto podzielić zadania rodzicielskie, kompetencje wychowawcze, zaprosić do współpracy osoby zaprzyjaźnione do wykonania czynności których nie mamy siły wykonać.

Jedna z matek powiedziała: *„byłam zła, czułam się opuszczona przez dziadków i przez wszystkich naszych przyjaciół. Ci z kolei sądzili, że będzie nas bolała ich obecność, bezradność. Moje życie było w rozsypce. Doszłam do wniosku, że jeśli nie będę uczyć rodziny i przyjaciół o tej chorobie, to stracę ich wszystkich.”* Rozmowa z dzieckiem musi być ciepła, prawdziwa w przesłaniu, prowadzona prostym do zrozumienia przekazem. Nie musi dotyczyć szczegółów choroby, zawiłości leczenia. Może tłumaczyć zachodzące zjawiska (np. wypadające włosy, znużenie, nudności) jako

element naprawy organizmu, normalny w czasie leczenia. Dziecko ma otrzymać realny przekaz – przeciwnik istnieje, ale jesteśmy zmobilizowani by go pokonać. „Tak chciałam, by ktoś zapytał jak ja się czuję. Myślę, że nawet tak prosty gest jak dotyk, jest bardzo ważny. Znaczyło dla mnie tak wiele, jak ktoś położył mi rękę na ramieniu albo na mojej ręce. Dla mnie znaczyło to, że nie mają słów na wyrażenie tego co czują, ale czują głęboko. I dotyk był wszystkim, czego od nich oczekiwałam. Żadna kartka z życzeniami nie miała takiego znaczenia.”

Książd profesor Janusz Pasierb w wierszu bez tytułu pisze: „milczenie może być czymś więcej niż mowa, możesz z niego zrobić wszystko / w miarę jak jesteś....”⁶.

Choroba przewlekła zasklepia wielu pacjentów, często ogranicza kontakty z otoczeniem, izoluje, zrywa więzi. Chory wybiera samotność jako bezpieczne schronienie pozwalające przetrwać chwilową niedyspozycję, boi się degradacji społecznej, zmian spowodowanych chorobą. Chce przeczekać okres zmian, których nie akceptuje. Gorzej, jeśli procesy postępują, a zaplanowana poprawa nie następuje w zakładanym, rozsądnym terminie. Rodzina oczekuje na sygnały z zewnątrz o gotowości pomocy, a środowisko zewnętrzne bezradnie oczekuje na zaproszenie do uczestnictwa. Jako społeczeństwo nie jesteśmy przygotowani do działań samopomocowych. Bierność nie jest niechęcią do działania, ale bezradnością i nieznajomością mechanizmów pomocowych. Nikt nie chce narzucać się, unikamy zachowań niestosownych, naruszania granic. W wielu sytuacjach zwyczajnie trzeba otworzyć drzwi i okna domu by wpuścić Anioła. Dobrych, chętnych i bezinteresownych ludzi jest sporo, ale czasem trzeba odstąpić się, zaprosić ich do swego wnętrza (dosłownie i w przenośni). Czasem należy głośno przedstawić bieżące potrzeby i ich zakres. Praca zespołowa i rozłożenie sił pozwalają na odpoczynek oraz skupienie się na tym, co ważne. Czasem niewielka pomoc przywraca wiarę w sens i prawdziwość relacji. Możesz mieć wady, być lękliwy i czasem poirytowany, ale nie zapominaj, że Twoje życie jest największym przedsięwzięciem świata. Tylko Ty możesz zapobiec jego fiasku.

Życzenia na kolejny rok życia od Papieża Franciszka, niech będą zbiorem dobrych myśli, dobrych inspiracji kończących ten rozdział:

„Wielu Cię ceni, podziwia Cię i kocha. Chciałbym, żebyś pamiętał, że: **być szczęśliwym to** nie znaczy mieć niebo bez burzy, drogę bez wypadków drogowych, pracę bez wysiłku, relacje bez rozczarowań. **Być szczęśliwym to** znaleźć siłę w przebaczeniu, nadzieję w walkach, bezpieczeństwo na scenie strachu, miłość w niezgodzie. **Być szczęśliwym** nie znaczy tylko doceniać uśmiech, ale też zastanawiać się nad smutkiem. To nie tylko świętowanie sukcesów, lecz także uczenie się na błędach. To nie tylko czucie radości pośród aplauzów, ale bycie radosnym anonimowo. **Być szczęśliwym to** uznać, że warto żyć, pomimo wszelakich wyzwań, nieporozumień i kryzysów. **Być szczęśliwym to** nie fatum losu, ale zdobywanie przez tych, którzy potrafią podróżować wewnątrz siebie samego. **Być szczęśliwym to** przestać czuć się ofiarą problemów, a stać się bohaterem własnej historii. To przemierzać pustynie w głębi siebie, umiejąc jednak odnaleźć oazę w zakamarkach swojej duszy. To każdego ranka dziękować Bogu za cud życia. **Być szczęśliwym to** nie bać się własnych uczuć. To potrafić mówić o sobie. To mieć odwagę

⁶ Janusz St. Pasierb: *Butelka lejdejska*. Warszawa 1995, s. 41.

usłyszeć „nie”. To czuć się bezpiecznie, przyjmując krytykę, nawet jeśli jest niesłuszna. To całować dzieci, przytulać rodziców, przeżywać poetyckie chwile z przyjaciółmi, nawet jeśli nas ranią. **Być szczęśliwym to** pozwolić, by stworzenie, które jest wewnątrz nas, żyło w wolności, radości i prostocie. To być tak dojrzałym, by móc powiedzieć: „pomyliłem się”. To być tak odważnym, by powiedzieć: „przebac mi”. To mieć taką wrażliwość, by wyznać: „potrzebuję cię”. To potrafić mówić: „kocham cię”. Niech Twoje życie stanie się ogrodem okazji, by być szczęśliwym... Abyś w Twoich wiosnach był miłośnikiem radości. Abyś w Twoich zimach był przyjacielem mądrości. A kiedy pomylisz drogę, abyś zaczynał od nowa. Bo tak będziesz miał większą pasję życia. I odkryjesz, że być szczęśliwym to nie znaczy mieć perfekcyjne życie, ale używać łez, by nawadniać tolerancję. Używać przegranych, by doskonalić cierpliwość. Używać błędów, by rzeźbić duchowy pokój. Używać bólu, by kamienować upodobanie. Używać przeszkód, by otwierać okna intelektu. Nigdy nie przestawaj... Nigdy nie rezygnuj z ludzi, których kochasz. Nigdy nie rezygnuj ze szczęścia, bo życie jest niewiarygodnym spektaklem!”



4

ZADBAJ O WZMOCNIENIE

WŁASNYCH ZASOBÓW

SIŁ PSYCHICZNYCH

Krystyna de Walden-Gałuszko

.....

W ŻYCIU NIE MA ROZWIĄZAŃ. JEST TYLKO DZIAŁANIE SIŁ. SIŁY TRZEBA UMIEĆ
STWORZYĆ A ROZWIĄZANIE PRZYJDZIE SAMO.

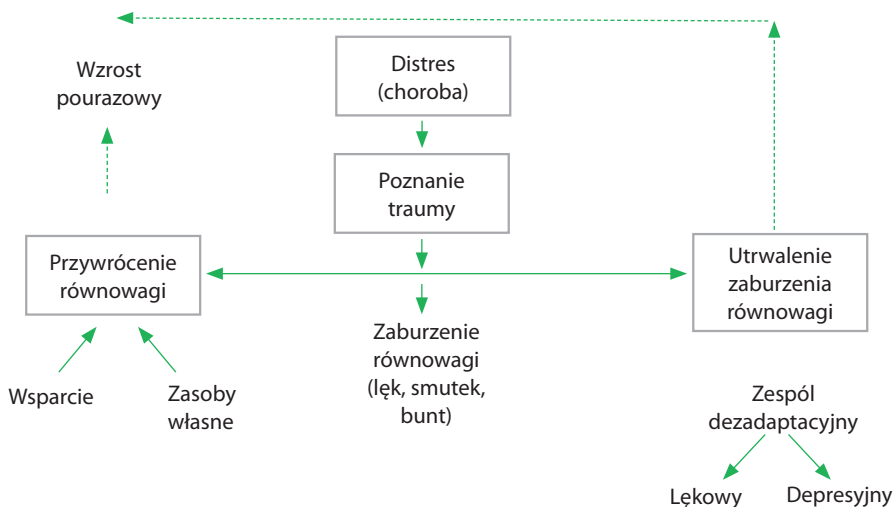
.....

Antoine de Saint-Exupéry

Nigdy nie unikniemy stresu, bo stres to są różne wyzwania, które pojawiają się przed nami w ciągu życia i wymagają naszej mobilizacji.

Decyzje o porannym wstawaniu z łóżka, przygotowaniu śniadania, pójściu do pracy – wszystkie wymagają mobilizacji i są stresem mieszczącym się jednak w granicach naszych zwykłych możliwości. Mówimy, że jest to tzw. stres dobry: eustres, uruchamiający i podtrzymujący w nas pozytywną energię. W życiu każdego człowieka pojawiają się też czasami sytuacje trudne, ograniczające możliwości samodzielnego poradzenia sobie z nimi. Do takich należy np. zachorowanie na raka, kolejny etap leczenia, a czasem problemy pojawiające się po wyciężeniu choroby.

Jak sobie wówczas poradzić z tym zbyt dużym stresem, określanym jako distres? Na początku trzeba jasno powiedzieć, że wszelkie rady i propozycje przywrócenia sobie równowagi psychicznej zakłóconej przez distres będą skuteczne wtedy, gdy potraktujemy je poważnie i cierpliwie oraz konsekwentnie będziemy je wprowadzać do codziennej praktyki. Poza tym warto poznać pewną najbardziej ogólną zasadę, która tłumaczy mechanizm powstawania naszych reakcji na różne traumatyczne wydarzenia – patrz rycina 4.1.



Ryc. 4.1. Mechanizmy powstawania reakcji na traumatyczne wydarzenia.

Rycina 4.1 tłumaczy różnorodność reakcji poszczególnych osób na to samo wydarzenie. W odpowiedzi na uświadomienie sobie zaistnienia traumy pojawiają się negatywne emocje (lęk, bunt, rozpacz) świadczące o zakłóceniu równowagi psychicznej. Człowiek czuje się z tym źle, dlatego próbuje sam uspokoić się, zmniejszając nasilenie przykrych emocji. Sięga wówczas po własne zasoby, które pomagają mu w przezwyciężeniu efektów distresu. Posiadane zasoby pozwalają nie tylko przywrócić sobie zachwianą równowagę (stan sprzed traumy), ale czasami człowiek może je wykorzystać do tego, aby traumatyczne wydarzenie przyczyniło się do osiągnięcia wyższego poziomu funkcjonowania psychicznego, który nazywamy **wzrostem potraumatycznym** (pourazowym). W szczególnie sprzyjających okolicznościach wzrost taki może pojawić się także w następstwie przerobienia przeżywanego zespołu dezadaptacyjnego, choć dzieje się tak raczej rzadko.

Zasoby stanowią częściowo wrodzone wyposażenie człowieka – u jednych bogatsze, u innych słabiej rozwinięte. Zasoby te w ciągu życia albo są rozwijane, stanowiąc bogactwo człowieka i zabezpieczając go przed załamaniem, albo w sytuacji zaniedbania ich rozwoju czynią człowieka bezbronnym wobec nowych zawirowań życiowych.

Spośród wielu zasobów, które okazują się szczególnie przydatne dla osób stykających się z chorobą nowotworową lub z problemami pojawiającymi się po jej szczęśliwym zakończeniu, należy wymienić optymizm, nadzieję, poczucie kontroli i własnej skuteczności, odwagę i dzielność, ciekawość i kreatywność, a także poczucie humoru i duchowość.

Rycina 4.1 ujawnia także odmienne możliwości przebiegu reakcji na distres. Niedostateczne zasoby własne, brak wsparcia i różne inne niekorzystne okoliczności mogą utrwalić zaburzenia równowagi ujawniające się w formie zespołów dezadaptacyjnych (depresji, lęku). O nich będzie można przeczytać w następnym rozdziale.

Optymizm i pesymizm

PIĘKNO JEST W OKU TEGO,
KTÓRY PATRZY.

Oscar Wilde

Napisałam wcześniej, że to jak reagujemy na określoną sytuację i jak się zachowujemy zależy przede wszystkim od tego jak o niej **myślimy**.

W każdym z nas znajduje się wewnętrzny tłumacz, z którym przez cały czas prowadzimy rozmowy, który „podpowiada” nam sposób widzenia różnych zdarzeń, zarówno ważnych, jak i zupełnie zwykłych, codziennych. Właśnie od tego tłumaczenia sytuacji zależy, czy zaliczymy się do grona pesymistów, czy optymistów. Pamiętajmy przy tym, że bardzo rzadko mamy do czynienia z przedstawicielami „czystej opcji” – zwykle jesteśmy mieszkanką z przewagą tendencji pesymistycznej bądź optymistycznej.

W zetknięciu się z każdą życiową sytuacją automatycznie zaczynamy ją oceniać. Oceny te dotyczą m.in. czasu – w teraźniejszości optymiści w przeciwieństwie do pesymistów skłonni są docenić głównie strony pozytywne, sięgając do przeszłości, pomniejszając to, co było złe lub przykre, spodziewając się także od przyszłości zdarzeń pomyślnych. Są bardziej niż pesymiści skłonni do dostrzegania dobra w ludziach i w świecie, a znajdując się w trudnej sytuacji, mówią sobie często, że ta nie będzie trwała długo, że zawsze można znaleźć jakieś rozwiązanie, trzeba go tylko poszukać. Takie nastawienie sprawia, że optymiści mniej stresują się np. faktem choroby i lepiej zazwyczaj sobie z nią radzą, wierząc w pomyślny przebieg.

Pesymiści częściej uciekają od problemu, przyjmując postawę bierną, fatalistycznie zdają się na innych i nie podejmują aktywnej współpracy z lekarzem, częściej też znieczulają się alkoholem lub nadmierną ilością środków uspokajających.

Należałoby zastanowić się, czy optywizm jest zawsze lepszy od pesymizmu?

Zdarza się czasami, że optymistą zaczyna oceniać sytuację mało realistycznie, co może okazać się groźne, np. przez lekceważenie niebezpieczeństwa: „*nie zgłaszam się na badanie, bo wierzę, że nic złego nie może mnie spotkać*”. Bywa też, że w sytuacji choroby optymistą zaczyna zakłinać rzeczywistość: „*to leczenie musi się udać, nie wyobrażam sobie żeby mogło być inaczej*”. Warto wtedy osłabić moc takiego myślenia, wprowadzając szczyptę tzw. pesymizmu ochronnego: „*wiemy, że to leczenie pomoże, ale gdyby okazało się nie w pełni skuteczne, trzeba pomyśleć o rozwiązaniu alternatywnym*”. Mała dawka pesymizmu może zaoszczędzić bolesnego rozczarowania i uodpornić na ewentualne niepowodzenie.

Porównując obie postawy, należy jednak przyjąć, że generalnie optymiści są szczęśliwsi i lepiej radzą sobie z życiem. Wobec tego jawi się kolejne pytanie – czy

można zmienić pesymistę w optymistę? Odpowiedź nie jest prosta. Przede wszystkim zależy od tego, czy pesymista chce takiej zmiany.

Pesymizm i optymizm to względnie trwałe cechy osobowości, częściowo wrodzone, a częściowo nabyte w ciągu życia (duży wpływ rodziców i okresu dzieciństwa). Dokonanie zmiany funkcjonowania wewnętrznego tłumacza wymaga pewnego wysiłku, czasu i konsekwencji! Najlepiej zabierać się za to korzystając z pomocy specjalisty. Szczególnie korzystną w tym zakresie jest psychoterapia poznawczo behawioralna (CBT – cognitive behavioral therapy). Leczenie tego rodzaju zaleca się „zdeklarowanym pesymistom”, którzy z tego powodu źle sobie radzą z życiem. Częściej jednak pesymistyczne nastawienie przeszkadza osobom należącym do typu pośredniego i wtedy warto im polecić „terapię własną”⁷. Jest ona szczególnie wskazana w pewnych specyficznych sytuacjach, np. wtedy gdy:

- trudna aktualna sytuacja życiowa będzie trwała dłużej i wiąże się z zagrożeniem zdrowia;
- w przeważającej części dnia odczuwamy przygnębienie, ogólnie złe samopoczucie;
- planujemy osiągnięcie czegoś trudnego, stajemy przed nowymi wyzwaniami (np. zmiana zawodu).

Praktyczne ćwiczenia zmierzające do powiększenia optymizmu sprowadzają się do 3 grup działań:

- zmiany sposobu interpretacji trudnej sytuacji;
- ucieczki od pesymistycznych myśli związanych z trudną sytuacją;
- próby zrealizowania sposobów zmiany sytuacji.

Metoda zmiany interpretacji zmierza do wyuczenia naszego wewnętrznego tłumacza nowego sposobu wyjaśniania konkretnej sytuacji. Metoda ta opiera się na tzw. modelu ABC znanego psychologa Alberta Ellisa, który w klarowny sposób wyjaśnia zależność między naszymi reakcjami uczuciowymi a wydarzeniami, które nas spotykają. Dla naszych rozważań przyjmujemy, że są to wydarzenia niekorzystne, na które reagujemy w niekorzystny dla nas (pesymistyczny) sposób.

Wyobraźmy sobie, że podjęłam decyzję odchudzania. Po 2 tygodniach ścisłego przestrzegania diety zdarzył się **Fakt (A)**: zrezygnowałam z diety, zjadając pół sernika znajdującego się w lodówce. **Interpretacja wewnętrznego tłumacza (B)**: Katastrofa. Jestem wstrętnym obżartuchem, nie umiem niczego doprowadzić do końca. **Reakcja uczuciowa (C)**: Jestem na siebie zła, jednocześnie odczuwam smutek i poczucie wstydu. Przekonania wyrażone w punkcie B mają tendencję do powtarzania się, towarzyszą mi natrętnie w ciągu dnia, podtrzymując przykry nastrój i podpowiadając rezygnację z całego przedsięwzięcia, bo i tak nic z tego nie będzie, nie potrafię stracić tych kilogramów.

Powyższy przykład pokazuje wyraźnie, że przykre reakcje uczuciowe skłaniają do rezygnacji z przyjętego celu, ale nie wynikają z samego faktu wpadki w procesie odchudzania, ale zależą od jego interpretacji przez wewnętrznego tłumacza.

⁷ Przy przygotowaniu metod przemiany sposobu interpretacji zdarzeń niekorzystnych korzystałam z książki M. Seligmana „Optymizmu można się nauczyć”. Media Rodzina, Poznań 1990.

Podjmując zatem próbę przemiany na początek musimy zdystansować się wobec własnych przekonań – to są nasze myśli, a nie fakty, dlatego mogą być mylne i dlatego możemy je zmienić. Kolejnym krokiem jest sprawdzenie, czy nasza interpretacja konkretnego wydarzenia jest prawdziwa, oparta na faktach.

Czy przekonanie „*jestem wstrętnym obżartuchem, nie umiem niczego doprowadzić do końca*” jest prawdziwa? Nie, gdyż jest uogólnieniem bazującym na jednym potknięciu – fakt, że przez 2 tygodnie mogłam wytrzymać na diecie przeczy zarówno opinii, że jestem obżartuchem, jak i przekonaniu że nie potrafię zrealizować swojego celu.

Taki sposób dystansowania się ze swoim wewnętrznym tłumaczem, jeśli będzie prowadzony konsekwentnie i dostatecznie długo w każdej trudnej sytuacji, pozwoli stopniowo na przemianę wcześniejszego sposobu myślenia.

Dodatkową metodą wzmacniającą naszą motywację nad zmianą funkcjonowania wewnętrznego tłumacza jest uwzględnienie kryterium przydatności. Dotyczy to zwłaszcza przypadku, gdy wypowiedziane przez nas pesymistyczne przekonania mogą mieć bardzo niekorzystne następstwa praktyczne. Przykładowo powracające wciąż myśli, że jestem słaba, nie potrafię niczego doprowadzić do końca, mogą skutkować decyzją zarzucania programu odchudzania bo i tak się nie uda.

Może się zdarzyć, że zwłaszcza na początku nasilenie i częstota pesymistycznego myślenia są bardzo duże i towarzyszą im głęboki smutek i niewiara w siebie – wówczas lepiej zacząć od metody ucieczki od pesymistycznych myśli i dopiero po uspokojeniu się przejść do dyskusji z wewnętrznym tłumaczem. Metoda ta polega na odwracaniu uwagi od tematu smutnych myśli. Można realizować ją, podejmując różne czynności, które lubimy i które ograniczają naszą uwagę. Czasem to się udaje, czasem nie. Wtedy można np. wziąć jakiś zwyczajny przedmiot (pudełko, jabłko) do ręki, badać go, dokładnie mu się przyglądać, uruchamiając wszystkie możliwe zmysły (dotyku, węchu, smaku, sprawdzić, jaki wydaje dźwięk podczas stukania itp.). Innym razem można odsunąć przykre myśli, wypowiadając głośno (lub cicho) „*Stop! Pomyśl o tym o godzinie X*”. Można także zapisywać wewnętrzne pesymistyczne myśli wraz z wyznaczeniem odroczonego terminu (godzina X) ich przemyslenia.

Kolejną metodą wyjścia z kręgu jałowych pesymistycznych myśli jest zastanowienie się, czy i ewentualnie jak można zmienić sytuację, która była zdarzeniem niekorzystnym. W omawianym przypadku byłoby to zastanowienie się, jak zapobiec wpadce ulegania pokusie zjedzenia czegoś słodkiego (np. usunąć z domu zapasy słodczy, przygotować dopuszczalne namiastki itp.).

Na koniec ważna uwaga – każdy człowiek musi sam decydować o swojej postawie. Niedopuszczalne jest nakłanianie kogokolwiek do zmiany w tym zakresie. Rady typu „*musisz myśleć pozytywnie – od tego zależy przebieg Twojej choroby*” przynosi zwykle więcej szkody niż pożytku. Pouczany człowiek może się tylko zdenerwować, albo, co gorsze, możemy wytworzyć w nim poczucie winy w sytuacji, gdy choroba postępuje, a on nie ma w sobie dość siły, by zmienić sposób myślenia.

Poza tym trzeba pamiętać, że opcje pesymizm i optymizm nie są sobie w pełni przeciwstawne. One są dwoma aspektami jednego problemu. Psycholodzy mówią, że najkorzystniejsza jest proporcja $\frac{2}{3}$ optymizmu i $\frac{1}{3}$ pesymizmu – tego się trzymajmy.

O nadziei

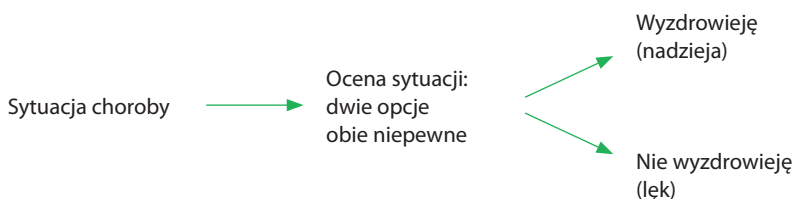
NADZIEJA TO TAKIE COŚ Z PIÓRAMI
CO PRZYSIADA NA NASZEJ DUSZY I ŚPIEWA.
I NIGDY NIE PRZESTAJE. NIGDY.

Emily Dickinson

Na temat nadziei napisano całe tomy, ale też najwięcej w nich sprzeczności i fałszywych opinii. Najczęściej nadzieja jest mylona z optymizmem tymczasem, mimo podobieństw, wiele ją od niego odróżnia. Czym zatem jest nadzieja i jak powstaje?

Można z pewnym prawdopodobieństwem powiedzieć, że nadzieja jest optymizmem ulokowanym w ważnym, konkretnym wydarzeniu; że jest oczekiwaniem spełnienia ważnego, upragnionego celu (np. nadzieja na wyzdrowienie). Trzeba ją odróżnić od oczekiwania na spełnienie celu niezbyt ważnego, które nazywamy spodziewaniem się (np. podwyżki).

Nadzieja powstaje w sytuacji niepewności. Mechanizm jej powstawania przedstawiono na rycinie 4.2.



Ryc. 4.2. Mechanizm powstawania nadziei.

Przyjmijmy że dwóch ludzi ujawnia u siebie guz. Optymista powie: „pójdę do lekarza, ale to na pewno nic groźnego”. Pesymista powie: „to na pewno rak”. Po uzyskaniu rozpoznania nowotworu i zaleceniu terapii u optymisty pojawi się nadzieja, wyrażona poprzez deklarację „mam siły do walki z chorobą, będę ściśle współpracował z lekarzem, na pewno się uda”. W tej deklaracji są: wiara w osiągnięcie celu oraz przeświadczenie o własnej sile i skuteczność działania: „wiem jak to zrobić, będę postępować zgodnie z zaleceniami lekarza, zastosuję dietę itp.”. Pesymista w podobnej sytuacji powie: „nie mam siły do walki z chorobą, nie mam wpływu na jej przebieg, wiem, że to nieuleczalna choroba i nie ma na to rady, na pewno umrę, jestem wiecznym pechowcem.” W tym oświadczeniu widzimy brak wiary w osiągnięcie celu oraz przekonanie o własnej bezradności, pojawia się też uogólnienie „jestem wiecznym pechowcem”, czyli „nie mogę oczekiwać niczego dobrego w przyszłości”.

Taka postawa określana jest jako „bezradność, beznadziejność” lub „wyuczony model bezradności” i kształtuje się w ciągu życia przez niewłaściwe reagowanie na pojawiające się niekorzystne zdarzenia.

W rozważaniach o nadziei musimy brać pod uwagę dwa jej rodzaje: nadzieja „ku” i nadzieja „od”. W pierwszym przypadku nadzieja jest oczekiwaniem uzyskania konkretnego dobra. Chory z rozpoznaniem raka ma nadzieję „ku” – wierzy, że się wyleczy. Z kolei w przypadku nadziei „od” pojawia się przeświadczenie, że „zło” zostanie oddalone, np. chory cierpiący na silny ból po podaniu środka przeciwbólowego myśli: *„ten lek mi na pewno pomoże – ból odejdzie”*. Gdyby natomiast pomyślał: *„wątpię czy on mi pomoże, a do tego jeszcze te objawy uboczne”*, wówczas nadzieja się nie pojawia i można z dużym prawdopodobieństwem przyjąć, że reakcją pacjenta będzie przygnębienie podbarwione lękiem.

Nadzieja jest niezwykłą siłą, pozwalającą przetrwać największe trudności. Stąd jest ogromna rola w różnych poważnych, traumatycznych sytuacjach, których rozwiązanie jest niepewne.

Wiele wyników badań wskazuje jednoznacznie na ogromny pozytywny wpływ nadziei na stan fizyczny i psychiczny człowieka. Poprawia ona jakość życia, motywuje do prozdrowotnych zachowań, a jednocześnie sprawia, że ludzie cierpiący na różne dolegliwości, znoszą je znacznie lepiej niż chorzy pozbawieni nadziei.

Wiadomo także, że osoby prezentujące w trudnych sytuacjach postawę tzw. „hopeless and helpless” (beznadziejność, bezradność) potrzebują pilnie wsparcia psychicznego ze względu na duże ryzyko kompletnego załamania w wyniku nieprzystosowania do sytuacji. Takie skrajne wypadki zdarzają się na szczęście rzadko.

Czasami nadzieja staje się szkodliwa. Dotyczy to tzw. nadziei fałszywej, która pojawia się wówczas, gdy człowiek odczuwa silny lęk. Przykładowo chory ze strachu nie chce podjąć agresywnego leczenia onkologicznego, a swoją nadzieję na wyzdrowienie lokuje w tzw. medycynie niekonwencjonalnej.

Nadzieja jest tak wielką siłą psychiczną, że uruchamia się w trudnych zdarzeniach niemal automatycznie. Dotyczy to zwłaszcza optymistów oraz osób, które prezentują w miarę zrównoważony typ proporcji cech optymizmu i pesymizmu. Bardzo trudno powstaje u głębokich pesymistów. Czy można wobec tego wypracować w sobie postawę nadziei?

Z samej definicji nadziei wynika, że bezpośrednio nie można. Jest to bowiem swoista reakcja poznawczo-emocjonalna na konkretną trudną i niepewną sytuację, a takich w naszym życiu jest bardzo wiele i to rozmaitych. Można natomiast wypracować pewne predyspozycje do reagowania nadzieją na prawdopodobieństwo osiągnięcia upragnionego celu. Można to osiągnąć poprzez zmianę nastawienia do niekorzystnych zdarzeń oraz umocnienie siebie w procesie sprawowania kontroli nad sytuacją.

Poczucie kontroli – poczucie skuteczności

.....

*ŻYCIE NIE JEST PRZEWIĄZANE KOKARDĄ,
ALE JEST WSPANIAŁYM PREZENTEM.
NIE CHCĘ BYĆ WOLNYM SŁUCHACZEM...
BĘDĘ STAWIAĆ CZOŁO W POZYCJI PIONOWEJ.*

.....

Regina Brett

Czym jest poczucie kontroli? Przypomnijmy sobie jakąś sytuację, w której odczuwaliśmy ból. Większość z nas próbuje różnych metod, aby sobie ulżyć – dobieramy odpowiednią pozycję, masujemy bolące miejsce, ochładzamy, ogrzewamy itp. Przeważnie czujemy się lepiej, kiedy coś możemy z tym zrobić. Najgorzej znosimy sytuację pełnego unieruchomienia, w której nic od nas nie zależy. To samo dotyczy aktywności psychicznej i relacji z ludźmi. Z natury rzeczy wrodzoną potrzebą jest sprawowania kontroli nad sobą i otoczeniem. Najprościej można określić poczucie kontroli jako przeświadczenie, że nasz los, życie lub pojedyncze wydarzenie zależą od naszej własnej aktywności i decyzji.

Mimo że poczucie kontroli jest cechą wpisaną w naturę człowieka, różni ludzie posiadają ją w różnym stopniu. Dobrze rozwinięte poczucie kontroli wpływa bardzo pozytywnie na różne aspekty życia. Ludzie z silnie wyrażonym poczuciem kontroli mniej stresują się niekorzystnymi wydarzeniami, bo wiedzą, że sobie z nimi poradzą. Z zaangażowaniem podchodzą do rozwiązywania problemów, dlatego łatwiej przystosowują się do zmienionych, nawet niekorzystnie, warunków. Bardziej konsekwentnie realizują też działania prozdrowotne (zmiana diety, ćwiczenia fizyczne, rezygnacja z używek) i szybciej podejmują decyzję o rozpoczęciu leczenia. Takie nastawienie sprzyja utrzymywaniu dobrostanu – ludzie czują się lepiej i są bardziej zadowoleni z życia.

Poczucie kontroli oznacza przeświadczenie, że sprawujemy kontrolę nad życiem, sobą i otoczeniem. Bardziej szczegółowo psycholodzy opisują je jako cechę psychiczną, która składa się z dwóch elementów:

- umiejscowienia poczucia kontroli;
- poczucia własnej skuteczności.

Umiejscowienie poczucia kontroli oznacza, że wybieramy jakieś miejsce najbardziej odpowiadające naszemu przekonaniu na linii między dwoma biegunami (ryc. 4.3).

Ryc. 4.3. Ocena poczucia kontroli (szczegóły w tekście).

Osoby zakreślające na linii miejsce bliżej bieguna zewnętrznego wyrażają przekonanie, że ich los, życie i różne wydarzenia, w których uczestniczą są przede wszystkim spowodowane przez czynniki zewnętrzne (los, innych ludzi, przypadek itp.). Ich właściwy wpływ na wszystkie te sprawy jest minimalny. Osoby bliższe biegunowi wewnętrznemu widzą natomiast siebie jako przyczynę sprawczą wielu zdarzeń, mając poczucie odpowiedzialności za swój los – wiedzą, że bieg ich życia w dużym stopniu zależy od nich.

Nie trudno zgadnąć, że osoby z wewnętrznym poczuciem kontroli łatwiej i lepiej radzą sobie z życiem, z jednym wszakże wyjątkiem – w sytuacji traumatycznej, której już można zaradzić, w przypadku np. nieuleczalnej choroby własnej lub osoby bliskiej, akceptacja tego stanu rzeczy przebiega u nich trudniej i bardziej dramatycznie.

Poza umiejscowieniem poczucia kontroli drugim elementem składowym tego pojęcia jest poczucie własnej skuteczności. Można je opisać jako przekonanie, że możemy uzyskać to, czego chcemy (nasz upragniony cel) dzięki własnej aktywności, a także że potrafimy sami, bez pomocy, poradzić sobie ze swoimi problemami. Osoba z wysokim poczuciem własnej skuteczności w obliczu problemów powie: „*wiem co trzeba zrobić, żeby poradzić sobie z tą trudną sytuacją*”. Taka osoba nie tylko zdaje sobie sprawę z posiadania różnych kompetencji, ale wie też, w jaki sposób te kompetencje zorganizować i wykonać.

Wysokie poczucie skuteczności jest składową poczucia kontroli, która w największym stopniu przyczynia się do dobrego przystosowania do życia i pełnego jego wykorzystania.

Zatem postawmy sobie pytanie: co zrobić, aby wzmocnić w sobie poczucie kontroli? Przeświadczenie o własnej możliwości wpływania skutecznie na swoje życie i bieżące wydarzenia opiera się m.in. na samoobserwacji i przeżywanych doświadczeniach. Bazując na tym, najprostsze formy zwiększenia poczucia kontroli wymieniono poniżej:

- Stawianie sobie wyzwań – angażowanie się w sytuacje wymagające wykorzystania pomysłów, energii i „konsumowanie” uzyskanych sukcesów.
- Doświadczenie zastępcze – metody z wykorzystaniem filmów, uczestnictwa w seansach lub psychodramach, w których znane osoby rozwiązują efektywnie swoje problemy, przezwyciężając lęk, przystosowują się do trudności, co stanowi praktyczny wzór do naśladowania. Przykładem takiej pomocy są ochotniczki ze stowarzyszenia Amazonki, które dzieląc się swoim doświadczeniem z kobietami czekającymi na operację raka piersi, tworzą specyficzne i bardzo skuteczne doświadczenia zastępcze. Takich doświadczeń można szukać też u znajomych lub przyjaciół, którzy poradzili sobie z problemem.

- Doświadczenie wyobraźni – mając w perspektywie jakąś trudną sytuację, przedstawiamy ją sobie w miarę dokładnie, wyobrażając siebie jako osobę odważną, zdecydowaną, gotową na przyjęcie wyzwania. Czasem można przygotować sobie na zapas konkretny scenariusz zachowań lub reakcji, z których można będzie w przyszłości skorzystać (dość skuteczna metoda dla osób nieśmiałych).
- Perswazja werbalna – osoby, które chętnie korzystają z pomocy innych osób (bliskich lub profesjonalistów) uzyskują korzyść z rozmowy, w której ich rozmówcy podkreślają określone walory i zapewniają, że wierzą w ich możliwości.
- Troska o stan emocjonalny i fizyczny – istnieje niewątpliwy związek pomiędzy silnym poczuciem kontroli a korzystnym stanem emocjonalnym i fizycznym. Troska o dobrostan fizyczny i psychiczny przyczynia się więc pośrednio do zachowania lub umocnienia poczucia kontroli. Działanie to zaznacza się także w odwrotnym kierunku.

W życiu nierzadko występują sytuacje, które stawiają nasze poczucie kontroli pod dużym znakiem zapytania. Są to sytuacje, w których z przyczyn obiektywnych nie ma szans na realizację założonego celu. Musimy sobie wówczas odpowiedzieć na kolejne pytanie: co można zrobić żeby zachować w sobie poczucie kontroli?

W sytuacji zagrożenia poczucia kontroli istnieją 3 zasadnicze strategie, którymi posługują się ludzie, gdy osiągnięcie celu okazuje się niemożliwe:

- Zmiana celu i zastąpienie go celem możliwym w danych warunkach do osiągnięcia.
- Stworzenie sobie nowej drogi do realizacji sprawowania kontroli. Przykładowo w sytuacji przewlekłej choroby kontrolować jej przebieg, zbierając informacje o możliwości uzupełniania zaleceń medycznych o konkretne sposoby żywienia czy aktywność fizyczną, a potem wcielić je w życie.
- Wypracowanie akceptacji nawet niekorzystnych zmian (strategia wykorzystywana przy braku możliwości realizacji opisanych powyżej), oznaczające m.in. próbę znalezienia ich sensu, próbę odkrycia korzyści z doznanej utraty i podjęcia nowych aktywności nastawionych na nowe zadania.

Odwaga i dzielność

.....

ŻYCIE JEST JAK TOR WYŚCIGOWY.
ZAKRĘTY NADAJĄ MU ZNACZENIA.

Regina Brett

.....

Temat odwagi jest obecnie dość niewygodny. W powszechnym modelu kulturowym mieści się bowiem opis życia, które powinno być łatwe, a wszelkie cierpienia i niedogodności z czasem, wraz z postępem wiedzy i techniki zostaną usunięte. W takim opisie pojęcia dzielności i odwagi nie znajdują zastosowania. Tymczasem nic nie wskazuje na realność takiego punktu widzenia. Nie da się wyeliminować całkowicie z życia trudności ani cierpienia. Sama akceptacja tego faktu, a zarazem konsekwencje z niej płynące, już wymagają odwagi. Czym zatem jest odwaga? Można ją określić jako wewnętrzną siłę ukierunkowaną na osiągnięcie celu wbrew zewnętrznym i wewnętrznym barierom, albo prościej – jako siłę pozwalającą przezwyciężyć instynkt strachu przez inny, silniejszy bodziec płynący np. z miłości, honoru, religii, a także z poczucia odpowiedzialności.

Można wymienić różne rodzaje odwagi:

- fizyczną – przezwyciężenie strachu wywołanego napaścią, wypadkiem itp.;
- moralną – przejawiającą się wiernością zasadom moralnym, prezentowaną w obliczu społecznego sprzeciwu;
- psychologiczną – obserwowaną u osób zmagających się z niekorzystnymi sytuacjami, np. chorobą czy niepełnosprawnością.

Przyjrzyjmy się bliżej tej ostatniej. Dotyczy ona m.in. osób stających bezpośrednio przed ryzykiem obiektywnym, np. rozpoznaniem choroby lub koniecznością dokonania radykalnych zmian (np. zawodu) po chorobie. W takiej sytuacji możemy prześledzić kolejne etapy odważnego zachowania:

- spokojne przyjęcie do wiadomości wydarzenia, dostrzeżenie zawartego w nim ryzyka;
- świadomy namysł będący oceną zysków i strat („co osiągnę lub co mogę stracić jeśli podejmę ryzyko lub z niego zrezygnuję”);
- podjęcie decyzji – gotowość działania („angażuję się w proces leczenia lub przekwalifikowanie zawodowe”);
- przewidywanie pozytywnych efektów podjętego działania („uruchamiam nadzieję”).

Pojęciem będącym istotnym uzupełnieniem odwagi jest dzielność. Stanowi ona praktyczne wpisanie odwagi do konkretnych sytuacji dnia codziennego.

Cecha ta warunkuje sposób, w jakim człowiek ocenia traumatyczne wydarzenie („trauma to wyzwanie stawiane mi przez życie”), jak radzi sobie z tą traumą i jaki wpływ to wydarzenie na niego wywiera (w myśl zasady „co nas nie zabije, to nas wzmocni”).

Cechy dzielności to zaangażowanie, wytrwałość i wiara w siebie. Zaangażowanie wynika z pragnienia osiągnięcia konkretnego celu (zdrowia, spełnienia zawodowego). Wytrwałość jest niezbędnym warunkiem skuteczności podjętych działań, mimo zewnętrznych, a czasem i wewnętrznych oporów. Wiara w siebie i własną skuteczność stanowi dodatkową siłę ułatwiającą pozostanie przy raz obranym kierunku.

Dzielność ujawnia się zwykle w sytuacjach:

- zagrożenia;
- trudności;
- przeciwności.

Sytuacja zagrożenia to np. rozpoznanie choroby, perspektywa utraty bliskiej osoby lub innej ważnej straty. Dzielność w tej sytuacji ilustruje wypowiedź pacjentki R.B.: *„Mam raka piersi, ale chciałabym, żeby mi nie przeszkadzał w realizacji moich marzeń. Czasem chciałabym żeby był trampoliną do pełnego życia.”*

Sytuacja trudna to taka, która wymaga szczególnego wysiłku w trakcie realizacji celu. Dzielność to wtedy pełna mobilizacja sił w kierunku przezwyciężenia bierności. Ilustracją jest wypowiedź chorej J.S. w trakcie chemii: *„Jest bardzo byle jak. Postawiłam sobie granicę – tydzień. Muszę się odłapać do piątku”. Tydzień później: „Postanowiłam tydzień temu, że po tygodniu się ogarnę i wstanę. Dziś postanowiłam, że słowa dotrzymam”.*

Przeciwności to kolejne przeszkody utrudniające osiągnięcie celu (postęp choroby, ograniczenie sprawności). Dzielność przejawia się tu w konsekwentnym kontynuowaniu działań albo zmianie ich na inny, bardziej osiągalny cel. Ogólny ton takiego nastawienia wyraża się w wypowiedzi chorej J.S.: *„Ciało i pierś do przodu. Nie ma co kulic się po kątach. Bracia i siostry, przyjmujemy życie z dobrodziejstwem inwentarza”.*

Zacytowane wypowiedzi dotyczą dwóch kobiet. Jedna z nich wyszła z choroby zwycięsko, drugiej się nie udało, lecz nawet zdając sobie sprawę z nieuchronności odejścia, przekazała nam kolejny przykład dzielnej postawy: *„Nie żywię do nikogo pretensji, wybierałam sama najlepiej jak umiałam mimo świadomości czekającej mnie przegranej. Dokonywałam, dokonuję wyborów najlepiej jak potrafię – a przynajmniej staram się” (J.S.)*

Powyższe wypowiedzi podnoszą poprzeczkę niezwykle wysoko. Mimo to, a może właśnie dlatego, powinno się odpowiedzieć sobie na pytanie: jak rozwijać i umacniać w sobie cechy odwagi i dzielności?

Opanowanie lęku wzmacnia odwagę. Nasz mózg jest fabryką strachu, a więc czując strach, należy włączyć odpowiedni hamulec myśli:

- strach nie zabija;
- strach nie trwa wiecznie – osiągając „szczytowe nasilenie” zaczyna stopniowo opadać, więc jeśli spokojnie przetrzymamy fazę strachu, sam minie;
- strach można kontrolować – próby sprawowania kontroli nad strachem warto zawczasu poćwiczyć poprzez np. ćwiczenia oddechów (powolne, głębokie),

relaksację mięśniową, a także dopasowane do swoich preferencji ćwiczenia odwracania uwagi od strachu przez np. włączanie muzyki, przygotowanie listy alarmowej telefonów do przyjaciół, oglądanie zdjęć czy rysowanie swojego strachu.

Powyższe zachowania angażują nie tylko uwagę, ale również inne funkcje psychiki (uczucia, wyobraźnię, kreatywność), przez co są takie skuteczne. Ważne, żeby ćwiczyć regularnie, a przy pierwszych oznakach zmęczenia lub zniechęcenia zachęcać się do pociągnięcia jeszcze trochę.

Dobrze również spróbować poćwiczyć w sobie cechę otwarcia się na zmiany (gotowość zaakceptowania nowych propozycji) i nawyk rozmowy z sobą we właściwy sposób („*uda mi się, to nic strasznego, na pewno to pokonam*”).

Ważne jest zastąpienie narzekania i biadolenia (jeśli takie są) skojarzeniami pozytywnymi, optymismi są zwykle odważniejsi).

Na koniec kilka luźnych rad (choć oczywiście nie można z nich czynić reguły):

- Miej odwagę postępować inaczej – mimo że ludzie mogą na to dziwnie patrzeć.
- Wyjdź czasami poza logikę i rozum, zachowując się nierozsądnie.
- Jeśli tylko jest okazja, ciesz się i czasem trochę sobie poszalej.
- Spróbuj podjąć ryzyko zejścia z utartych szlaków, żeby spotkać nieprzewidziane.

Ciekawość

.....

*ŚWIAT JEST PEŁEN OGROMNYCH ŚWIATEŁ I TAJEMNIC,
A CZŁOWIEK ZASŁANIA SIĘ PRZED NIMI SWOJĄ MAŁĄ DŁONIĄ.*

.....

Z. Baalszemtow

Zanim zaczniemy zastanawiać się nad tym, co to jest ciekawość, proponuję żebyśmy sięgnęli myślą wstecz, do wspomnień swojego dzieciństwa. Przypomnijmy sobie jacy wtedy byliśmy.

Po pierwsze, bardzo często dziwiliśmy się uczestnicząc w różnych wydarzeniach: „dlaczego grzmi, dlaczego błyska, dlaczego lód się topi” – mnóstwo było wówczas tych „dlaczego”.

Po drugie, z wielką uwagą obserwowaliśmy wszystko to, co nas otacza: ślimaka pełzającego po liściu, pająka rozwijającego pajęczynę czy mrówki niosące większe od nich żdźbła trawy.

Świat był tajemniczy, trochę straszny, ale też zachwycający. W miarę upływu lat, w wieku dojrzałym, weszliśmy w inny świat. Inne przeżycia i doświadczenia wyparły dawną świeżość zdziwienia, wyobraźnię i gotowość obserwacji otoczenia.

Dziecięcą aktywność i przyjemność, jaką z niej wówczas czerpaliliśmy, zastąpiliśmy satysfakcją z pracy i realizacji wielu zadań, które stawia przed nami życie. Mamy mniej wolnego czasu i chętnie przeznaczamy go na odpoczynek przed telewizorem, spotkania ze znajomymi lub korzystania z innych form rozrywki. Jest to zjawisko powszechne i zrozumiałe, choć może nie zawsze korzystne. Natura ludzka jest tak skonstruowana, że najlepsze są dla nas zachowania umiarkowane, mieszczące się w środku linii pomiędzy dwoma biegunami – biernego spędzania czasu (co oczywiście jest bardzo potrzebne!) i odpoczynku aktywnego, dostosowanego do indywidualnych upodobań (zwiedzanie nowych miejsc, poznawanie nowych ludzi, uprawianie hobby).

W biegunie aktywności mieści się właśnie ciekawość. Można ją określić jako działanie będące czerpaniem przyjemności z poznawania czegoś nowego, otwierania się na nieznaną.

Umiejętność tę każdy z nas posiadał w dzieciństwie, należałoby ją tylko sobie przywrócić.

Wydaje się z pozoru, że ciekawość jest mało przydatna, nie da się na niej zarobić. W rzeczywistości stanowi wielkie bogactwo człowieka. Osoby posiadające wysoki stopień zainteresowania otaczającą rzeczywistością i bardziej otwarte na nowe doświadczenia lepiej radzą sobie z problemami i mają lepsze kontakty z ludźmi (są ich ciekawe, a zarazem same mają zwykle wiele do powiedzenia).

Lepiej czują się także w samotności, nie odczuwają nudy i łatwiej przystosowują się do nowych warunków. Postawa taka ułatwia wzrost osobowy – odnalezienie sensu i celu w życiu. Doznawanie pozytywnych uczuć towarzyszących przeżywaniu nowych doświadczeń sprawia, że ludzie czują się lepiej – odczuwają satysfakcję i zadowolenie – są szczęśliwsi.

Jak przywrócić w sobie ciekawość? Wydaje się, że nie ma innej rady niż ćwiczyć ciekawość. Oznacza to wygospodarowanie sobie w ciągu dnia (tygodnia?) trochę wolnego czasu na uważną obserwację tego co nas otacza. Obserwację wykorzystując różne zmysły (wzrok, słuch, węch itp.). Ten czas może być uzupełniony zdobywaniem nowych informacji poprzez książki, czasopisma, programy czy filmy („trudniejsze”). Czasem podczas odbioru czujemy zniecierpliwienie lub wręcz niechęć, jednak po przezwycięzeniu pewnego oporu wewnętrzznego otrzymana treść zaczyna w nas pracować – myślimy o niej, porównujemy, zapada nam w pamięć, „owocuje”, natomiast film lub inna łatwa rozrywka przyjemnie się przyjmuje, lecz potem nie pozostawia w psychice żadnego śladu.

Innym sposobem rozwijania ciekawości jest otwarcie się na ludzi. Zainteresowanie ich życiem, poznawanie życiorysów (skłonić ludzi do opowiedzenia o sobie), wgląd w ich problemy (nie mylić z plotkami). Każdy człowiek to osobna książka, przeczytanie jej bardzo ubogaca.

Bardzo wielu Polaków spędza wakacje za granicą lub wyjeżdżając w atrakcyjne miejsca w kraju. Nawet ci z nas, którzy preferują wtedy odpoczynek siedzący lub leżący, mają okazję, żeby zwiedzić coś interesującego w najbliższej okolicy. Dużo osób wybiera formę aktywną, odwiedzając coraz to nowe miejsca. Byłoby dobrze, żeby wtedy pobudzić dodatkowo swoją ciekawość, przygotowując się odpowiednio do zwiedzania, przeczytać coś na temat wybranych okolic, popytać znajomych, pomyśleć, co byłoby dla nas w tych miejscach szczególnie ciekawe. Taka postawa sprawi, że zmienimy bierny odbiór zwiedzania w bardziej aktywny i wzbogacający.

Wysiłek włożony w przywrócenie sobie dobrej ciekawości może wydawać się trudny, satysfakcja pojawia się zwykle po jakimś czasie. Praktycznym sposobem ułatwiającym te starania może być wytworzenie w sobie przyzwyczajenia robienia każdego wieczoru specjalnego rachunku sumienia wyrażającego się udzieleniem sobie odpowiedzi na pytania:

- co nowego dzisiaj poznałam;
- co ciekawego zobaczyłam;
- co smacznego zjadłam;
- jaki zapach dziś zapamiętałam;
- czego miłego dziś doznałam.

Zwyczaj ten ogromnie motywuje następnego dnia do uważnej obserwacji wszystkiego co nas otacza.

Na koniec pamiętajmy, że troszcząc się o ciekawość my jej w sobie nie tworzymy od nowa, lecz powinniśmy odkrywać w sobie to, co dawno zostało zapomniane.

Kreatywność

POMYŚLCIE O PIERWSZYM PRZYKAZANIU.
NIE ZABIJAJCIE CZASU.

Erich Kästner

Czy kreatywność jest bogactwem? Z całą pewnością można odpowiedzieć twierdząco. Kreatywność dodaje życiu smaku i dostarcza dużo radości, przywraca zdolność do przeżywania miłych chwil, trochę na wzór dziecięcy. Oznacza więc otwarcie się na nowe doświadczenia, łatwość dziwienia się, chęć do zabawy, dopuszczenie do głosu tłumionej zwykle wyobraźni.

Praktykowanie kreatywności zapobiega nudzie, jest receptą na puste niedziele lub inne okazje smętnego spędzania wolnego czasu.

Człowiek kreatywny to człowiek interesujący, pożądaný w towarzystwie, a przy tym zaradny, bo dostrzegający różne aspekty tej samej sprawy. Zapytajmy wobec tego, co to jest kreatywność?

Kreatywność to właściwość psychiczna częściowo wrodzona, choć jej rozwój w dużym stopniu zależy od wpływów środowiskowych. Jest zdolnością podjęcia takich zachowań, które wychodzą poza utarte szlaki i konwenanse, poprzez rezygnację z rutyny człowiek rusza odważnie w nieznane, zachowując się inaczej niż zwykle. Jest to więc realizacja własnych pomysłów bez obawy o to, co powiedzą inni i bez chęci przypodobania się innym w każdej sytuacji.

Mysząc o kreatywności odnosimy się zwykle do tzw. dużej kreatywności, wyrażającej się twórczością artystyczną lub naukową. Tymczasem o wiele ważniejsza jest dla nas mała kreatywność, rozwijająca się w życiu codziennym. To właśnie o nią należy zadbać, chcąc ubogacić swoje życie.

Jak rozwijać kreatywność? Istnieje wiele prostych propozycji, z których każdy może coś dla siebie wybrać. Trzeba tylko pamiętać o dwóch zasadach:

- wybrane propozycje będą skuteczne, jeśli nie będą stosowane zbyt długo, w przeciwnym razie przestaną działać, stając się rutyną; do niektórych z nich można ewentualnie wracać po pewnym czasie;
- z samej definicji kreatywności wynika, że powinna to być aktywność wynikająca z własnych pomysłów; stąd też proponowane tu odpowiedzi powinny być punktem wyjścia do dalszej własnej aktywności.

Wśród propozycji rozwijania kreatywności mieszczą się np. propozycje zmiany utartej trasy, którą codziennie zmierzamy z domu do pracy, wprowadzenie zmiany swego wyglądu zewnętrznego (ubioru, fryzury) czy zmiana wystroju pokoju (niekoniecznie remont całego mieszkania, bo to raczej trauma).

Inne propozycje to wyobrażenie sobie życia ludzi obserwowanych na ulicy lub wyraźna obserwacja zmian w przyrodzie i tworzenie w myśli obrazów z natury (np. zmieniających się obłoków na niebie).

Dużą paletą możliwości, są wyczyny kulinarne: tworzenie nowych zestawów smaków, potraw, estetyki, urozmaicanie przebiegu spotkań towarzyskich przez wprowadzanie nowych atrakcji. Osoby posiadające działkę lub ogródek mogą w sposób naturalny rozwijać swoją kreatywność, realizując własne pomysły w zakresie estetyki lub planowania upraw.

Rodzice lub dziadkowie dzieci mają z kolei niepowtarzalną okazję wykorzystywania coraz to nowych pomysłów podczas uczestnictwa w zabawach lub w trudnym procesie wychowania nastolatków.

Czasami warto pomyśleć o bardziej wyrafinowanych sposobach rozwijania swojej kreatywności przez sięganie do wspomnień własnych upodobań z okresu dzieciństwa czy młodości (rysowanie, fotografowanie, robótki ręczne, majsterkowanie itp.).

Pozornie nieważne działania w zakresie małej kreatywności w rzeczywistości mogą nam nie tylko ubarwić codzienność, ale także pomóc w różnych trudnych chwilach.

Poza kreatywnością skoncentrowaną na wyobraźni i myśleniu wyróżnia się także inny bardzo ważny jej rodzaj, nazywany kreatywnością emocjonalną. Jest to szczególny rodzaj kreatywności wyrażający się oryginalnością w zakresie indywidualnego sposobu wyrażania emocji. Inaczej jest to twórczość w obszarze emocji. Osoby obdarzone tą właściwością są z natury dość uczuciowe – przypisują duże znaczenie sferze uczuć. Może dlatego przeżywają je inaczej niż jest to typowe dla wielu ludzi. Sprawia to, że łatwo udaje im się wyrazić swoje uczucia niekonwencjonalnie. Zazwyczaj przypisuje się tą właściwość ludziom zakochanym, jednak zdecydowanie możliwe jest poszerzenie pola jej działania na rodzinę, przyjaciół czy nawet znajomych. Przykładem mogą być zindywidualizowane prezenty odwołujące się do upodobań czy cech charakterystycznych obdarzanych osób lub sytuacji, w których one się znajdują. Innym razem mogą to być spersonalizowane życzenia zamiast standardowych „*życzę ci przede wszystkim zdrowia*”.

Osoby, które chcą bardziej poważnie pomyśleć o rozwoju kreatywności, mogą korzystać z sesji psychoterapeutycznych poświęconych tej aktywności. Z doświadczenia wiadomo, że kreatywność szczególnie łatwo ujawnia się podczas spotkań grupowych w odpowiedniej atmosferze, sprzyjającej powstawaniu nowych pomysłów (znany efekt burzy mózgów).

Kreatywność się opłaca – dostarcza dużo radości zarówno kreatorowi, jak i tym, którzy mu towarzyszą.

Poczucie humoru

.....

ŚWIAT NIE JEST PIŁKĄ FOOTBALLOWĄ,
ŚWIAT SIĘ PODBIJA GŁOWĄ! GŁOWĄ! GŁOWĄ!

.....

Antoni Słonimski

Proponuję na początek przyjrzeć się kilku historiom:

- Żona przejęta pokazuje mężowi przemeblowany pokój: „Widzisz jak ładnie to wymyśliłam?” Mąż: „Phi... przecież to ja wymyśliłem”. Wybuchła awantura, żona wybiega do drugiego pokoju, trzaskając drzwiami. Za chwilę powolutku drzwi się otwierają, mąż wsuwa głowę, patrzy na żonę i mówi: „ciebie też wymyśliłem”.
- Dwie pacjentki po mastektomii, starsza widząc jak jej koleżanka w rozmowie wciąż podkreśla, że nigdy nie zaakceptuje usunięcia piersi, mówi: „Wiesz, ja już tak się przyzwyczaiłam do tych moich piersi, że nawet nie wiem, która jest która, no może ta adoptowana jest chłodniejsza, ale i tak lubię ją jak własną”.
- Rozmawiają dwie koleżanki. Jedna opowiada jaką awanturę urządził jej dzisiaj klient. Jak ją obrażał, wymyślał, krzyczał na całą salę. Koleżanka dziwi się: „I ty to tak spokojnie opowiadasz. Nie zdenerwowałaś się?” Tamta odpowiada: „Wiesz na początku trochę tak, ale za chwilę patrząc na tego eleganckiego, modnie ubranego pana wyobraziłam go sobie jako małego chłopczyka w krótkich spodenkach wymachującego groźnie łopatką. I mi przeszło.”
- Znajoma wraca z biura. Jest zdenerwowana. Opowiada jak została zlekceważona w pracy i nie doceniono jej zasług, ani dokonań. Nagle uspokaja się i uśmiecha. Zapytana co spowodowało taką zmianę nastroju odpowiada: „Po prostu spojrzałam na siebie z boku i zobaczyłam dużego, nadmającego się balona. I mi przeszło”.

Zacytowane historie są przykładem wykorzystania tzw. humoru sytuacyjnego w celu rozładowania negatywnych emocji pojawiających się w przypadkach konfliktów, urażonej dumy lub innych trudności. Reakcje na takie sytuacje zależą od naszego sposobu widzenia, od interpretacji wydarzenia dokonanej przez naszego wewnętrznego tłumacza – trzeba zatem podejmować próby nauczania się posługiwania humorem.

Zastanówmy się, co to jest humor i jak powstaje. Najprościej można powiedzieć, że poczucie humoru ujawnia się w chwili szybkiego dostrzeżenia różnicy między dotychczasowym spostrzeganiem jakiegoś wydarzenia, a nowym skojarzeniem, co w następstwie daje nagrodę – przyjemne rozbawienie ujawniające się przez śmiech. Przykładem mechanizmu powstania tego procesu jest odwołanie się

do znanych mądrości ludowych. Gdy ktoś powie „*kto pod kim dołki kopie*” odpowiadamy automatycznie „*ten sam w nie wpada*”. Ale może być inne skojarzenie, np. „*kto pod kim dołki kopie, ten awansuje*”. Taka nowa interpretacja wywołuje zwykle rozbawienie i śmiech.

Istnieją różne źródła humoru, m.in. np. dowcipy, karykatury, filmy czy kabarety. W zależności od osobistych upodobań mogą one rozładować napięcie i poprawić nastrój, ale nie są najważniejsze. Najbardziej efektywne praktycznie jest posługiwanie się humorem sytuacyjnym, którego nie można się dosłownie nauczyć, bo nie da się przewidzieć w jakich sytuacjach będzie potrzebny. Warto jednak pamiętać o takiej możliwości i przeprowadzać dyskusję na ten temat ze swoim wewnętrznym tłumaczem – uczyć go innego spojrzenia na sytuację.

Podejmując próby rozwijania w sobie poczucia sytuacyjnego humoru warto pamiętać o kilku zasadach:

- Nie należy traktować siebie i swoich problemów zbyt poważnie (popatrzeć na siebie z boku).
- Nie powinno się uznawać własnych opinii za jedynie słuszne. Trzeba dopuszczać możliwość spojrzenia na problem z różnych punktów widzenia.
- Trzeba próbować nie nadymać się uczuciowo.
- Gdy wydarzenie wydaje się być STRASZNE, należy pomyśleć, jak na nie spojrzymy za kilka miesięcy lub rok.
- Powinno się próbować zachowywać postawę pogodną i życzliwą. Niedopuszczalne i szkodliwe są złośliwe przejawy humoru, które ranią innych.

Duchowość

.....

*NIE MOŻNA CZŁOWIEKA NICZEGO NAUCZYĆ
MOŻNA MU TYLKO POMÓC,
ABY TO COŚ ODKRYŁ W SOBIE.*

.....

Galileusz

Życie duchowe jest najwyższą formą aktywności psychicznej. Trzeba je w sobie rozwijać, pamiętając że rozwój ten nie jest równoznaczny z rozwojem umysłowym. Wyższe wykształcenie nie gwarantuje wcale dojrzałości duchowej, którą nabywamy rozwijając istniejące w każdym z nas załączki duchowości wyrażające się dążeniem do wyższych, niematerialnych wartości. Dążenia te nazywamy inaczej potrzebami. I tu pojawia się pierwszy próg trudności, gdyż łatwiej zaspokoić potrzebę przyjemnego spędzenia czasu na rozmowie przy kawie z ciastkiem niż zdobyć się na pewien wysiłek obejrzenia trudnego filmu lub uczestnictwa w koncercie. Oczywiście oba rodzaje potrzeb są dobre i nie należy się ich wyrzekać – rzecz w tym, aby nie zadowalać się wyłącznie przyjemnościami doznaniowymi, zewnętrznymi.

Przyjemności doznaniowe (np. smakowo-węchowe) są naturalne, wrodzone, nie musimy do nich dorastać. Radość płynąca z zaspokojenia potrzeb duchowych wymaga pracy, która przynosi owoce po pewnym czasie. Podobnie dzieje się z innymi potrzebami wymagającymi wysiłku, np. przyjemność zjeżdżania z góry na saneczkach można zastąpić większą, pojawiającą się u tych, którzy zadają sobie uprzednio trud nauki jazdy na nartach.

Spośród wielu potrzeb duchowych wymienimy kilka najważniejszych. Są to: potrzeba przeżywania piękna i realizowania dobra (miłości), potrzeba rozumienia sensu (działania i życia), potrzeba wolności, potrzeba przeżywania z sobą (w samotności) oraz potrzeba nieśmiertelności. W odniesieniu do ostatniej potrzeby konieczne jest rozróżnienie między osobami wierzącymi i niewierzącymi. Generalnie różnice są mniejsze niż może się wydawać. Obie grupy posiadają takie same załączki życia duchowego i w podobny sposób mogą dążyć do wyższych wartości. Różnią się dostrzeganiem ich źródeł. Osoby niewierzące uznają wartości duchowe jako wyraz ewolucji, a swoją potrzebę miłości lokują zazwyczaj w ludziach lub w ideach. Ludzie wierzący dostrzegają Boga jako źródło wartości, rozwijając dodatkowo potrzebę kontaktu z Nim w formie potrzeby religijnej.

Jak wobec tego rozwijać potrzeby duchowe? Stosunkowo prosto możemy realizować potrzebę przeżywania piękna, dopasowując ją do indywidualnych upodobań, choć należy pamiętać, żeby uprawiać ją regularnie. Może to być np. uważny kontakt z pięknem przyrody podczas spokojnego spaceru lub oglądanie

programów przyrodniczych. Dla innych osób będzie to słuchanie muzyki, czytanie książek (może poezji), a czasem po prostu bezmyślne przyglądanie się płonącemu ognisku lub płynącej leniwie rzece. Jest wtedy szansa, że harmonia i piękno otaczającego świata wejdą do naszego wnętrza i je ogarną.

Z pozoru proste jest także zaspokojenie potrzeby realizacji dobra. Niestety w tym zakresie łatwo pomylić dobro przełożone na korzyść własną z dobrem świadczonym innym, zwanym miłością. Miłość jest pojęciem najbardziej zdewaluowanym i opacznie rozumianym. Tymczasem jest to po prostu życzenie i świadczenie dobra, ludziom, zwierzętom i otaczającemu światu. Łatwo to zrozumieć, trudniej wykonać, ale to już zależy od chęci i determinacji każdego z nas. Bardzo ważną potrzebą jest zrozumienie sensu życia, cierpienia i własnego działania. Człowiek czuje się bardzo źle, gdy nie widzi żadnego sensu w tym co robi. Dotyczy to zarówno pracy zawodowej, jak i życia prywatnego.

Poczucie sensu pozwala nam osiągnąć sytuację, w której chce się chcieć. Jeżeli tego nie ma, pojawia się bardzo groźna nuda. Wszystko wydaje się bezbarwne, monotonne, beznadziejne. Taki objaw może występować w depresji i wtedy trzeba go po prostu leczyć. Natomiast jeśli towarzyszy nam jako wyraz wewnętrznej pustki, staje się sygnałem do natychmiastowego działania poprzez nawiązanie kontaktów z ludźmi, podjęcie aktywności, która wcześniej nas angażowała, sięgnięcie do dawniejszych zamiłowań lub zainteresowań. Absolutnie nie wolno pozostawać w apatycznej bierności, gdyż bardzo tym sobie szkodzimy.

Inną ważną potrzebą, dobrze znaną każdemu człowiekowi, jest potrzeba wolności. Dotyczy ona nie tylko pragnienia życia w wolnym kraju, ale przede wszystkim wyraża się potrzebą sprawowania kontroli nad wydarzeniami dnia codziennego. To jest zrozumiałe i łatwe, trudniejsze bywają sytuacje, w których mamy poczucie zniewolenia przez siebie, przez własne uczucie. Nie tak rzadko zdarzają się tzw. toksyczne związki, w których jedna osoba jest całkowicie podporządkowana woli drugiej, bez którego nie może żyć, chociaż jednocześnie cierpi z powodu braku wolności. Dość często zdarza się także, że ograniczenie wolności wynika z braku krytycznej postawy wobec swoich uczuć. Odczuwanie niechęci lub czasem nieuzasadnionej antypatii w stosunku do jakiegoś człowieka dyktuje nam zachowania lub reakcje zupełnie pozbawione uzasadnienia i szkodliwe dla obu stron.

Uczucie przynęcenia również bywa złym doradcą, podpowiadając decyzje, których w warunkach równowagi psychicznej i spokoju nigdy byśmy nie podjęli. Nie oznacza to oczywiście, że powinniśmy zawsze tłumić swoje uczucia lub nie dopuszczać ich do głosu. Warto jednak, pamiętając o ich nie zawsze dobrym wpływie na naszą wolność, nabrać zwyczaju refleksyjnej oceny decyzji podejmowanych pod wpływem uczuć.

Zniewolenie może pojawiać się pod postacią presji otoczenia z podporządkowaniem się nakazom będącym zaprzeczeniem własnych przekonań lub pragnień.

Kolejna potrzeba, najrzadziej przez nas uświadamiana, ale bardzo ważna, to potrzeba samotności, czyli umiejętność przebywania ze sobą sam na sam. Stosunkowo niewiele osób, tzw. samotników, dobrze czuje się we własnym towarzystwie. Większość zaczyna odczuwać niepokój, dyskomfort i próbuje szybko zapełnić pustkę włączając radio, telewizor czy telefon. Wiele osób mieszkających samotnie bardzo źle znosi samotność. Tymczasem samotność dawkowana w dostosowaniu do indywidualnego zapotrzebowania jest bardzo istotną częścią duchowego życia.

Staje się okazją przeżywania wewnętrznej wspólnoty z ludźmi i światem, a także możliwością refleksji, czy po prostu doświadczenia ciszy, w której zaczynają po-brzmiewać myśli, wspomnienia lub pomysły, które w innych warunkach by się zapewne nie pojawiły. Samotnością trzeba zarządzać. Jeśli są to okresy wygospodarowane z czasu aktywności i przebywania z ludźmi, warto pomyśleć o wykorzystaniu ciszy podczas ćwiczeń medytacji, mindfulness itp. Jeśli natomiast samotność jest rzeczywistością codzienną, a zwłaszcza towarzyszy osobom mało aktywnym życiowo (np. niepracującym zawodowo), wówczas bardzo potrzebne są tzw. rytuały ustanowienia pewnego porządku dnia, który trzeba sobie opracować, a następnie go przestrzegać.

Najtrudniejsza jest potrzeba nieśmiertelności. Wydawałoby się, że w tym wypadku osoby wierzące mają sprawę z głowy, ze względu na wiarę w życie wieczne po drugiej stronie. Tymczasem w praktyce potrzeba ta, poza pragnieniem wieczności, wyraża się dość powszechnym pragnieniem, żeby coś po mnie zostało, żeby zostawić po sobie na ziemi jakiś ślad. Stąd tak często ludzie pod koniec życia spisują wspomnienia, piszą listy, gromadzą pamiątki. Biorąc pod uwagę ten rodzaj potrzeb, organizowane są dla ludzi w każdym wieku warsztaty, których celem jest np. odpowiedź na pytania *„Co chciałbyś po sobie zostawić?”*; *„Jakie najważniejsze słowa chciałbyś przekazać swoim bliskim?”*; *„Jak chcę, żeby ludzie mnie zapamiętali?”* lub *„Jaki ślad zostawię po sobie przechodząc przez życie?”*

Nie są to pytania stawiane na starość lub w trakcie choroby – powinny brzmieć wyraźnie w uszach ludzi w pełni sił i życia!



5

DAJ SOBIE

POMÓC

Przeżywanie choroby z bliskimi i organizacja codziennego życia

Anna Wyszadko

W jaki sposób chcesz przeżywać chorobę i z którymi bliskimi

„Przeżywanie” – jakże wieloznaczne...

Kiedy mówimy, że ktoś coś przeżywa, potocznie mamy na myśli, że się tym czymś mocno emocjonuje (np. *„Och, to takie straszne, co cię spotkało! Nie wiem, jak to się mogło stać! To niesprawiedliwe!”*). Możemy też myśleć o przeżyciu (w przeciwieństwie do śmierci) oraz o doświadczeniach, które stają się częścią naszych życiowych dróg i historii. Przeżyć = przejść przez chorowanie i leczenie jak przez inne wydarzenia w życiu.

Kto jest „bliski”

Czy bliski jest ten, kto blisko mieszka, jest blisko spokrewniony, czy ma podobne do nas zdanie na większość tematów, a może ten, kogo zapraszamy do swoich najgłębszych i najprawdziwszych uczuć, doświadczeń, myśli... Kto jest Ci bliski?

Jak choroba wpłynęła na Twoje relacje z bliskimi? Jak choroba wpłynęła na Twoje relacje z tymi, którzy są najbliżej Ciebie fizycznie (dzielisz z nimi dom, codzienność), z którymi jest Ci blisko duchowo? Czy to są te same osoby?

Z kim dzielisz miejsce, w którym mieszkasz? Z kim dzielisz uczucia (rozmawiasz o uczuciach)? Z kim dzielisz swoje plany, nadzieje, obawy? Z kim dzielisz swoje myśli na temat życia?

Daj sobie czas i odpowiedz szczerze na pytania:

- do kogo Ci teraz blisko;
- kto umie być z Tobą również w czasie chorowania i leczenia, różnorodnych zmian i niepewności;
- kogo potrzebujesz nauczyć, jak teraz być blisko Ciebie;
- czy chcesz/potrzebujesz, by ktoś inny nauczył Twojego bliskiego, jak teraz ma być przy Tobie w dobry sposób?

Pamiętaj, że nawet najlepsi i najbardziej oddani przyjaciele, mogą nie wiedzieć co i jak zrobić, by Cię nie urazić, i dlatego mogą wydawać się zdystansowani. Pewnie, że najlepiej by było, gdyby bliscy potrafili być blisko zawsze. Wiedz, że czasami pewnego rodzaju instrukcja (np. „proszę, rozmawiaj ze mną o tym, co się teraz dzieje”, „pamiętaj, że to cały czas ja, a nie tylko choroba”, „możesz mnie raz na tydzień zapytać, jak się czuję, ale częściej nie wytrzymam...” czy jakkolwiek inna, jednak jasno pokazująca, czego potrzebujesz) może być bardzo pomocna. W końcu jakość bliskich relacji zależy od obu stron.

Najbliżej siebie... masz siebie. Czy jesteś dla siebie dobrym bliskim? Czy takiego bliskiego życzyłbyś swojemu przyjacielowi, rodzicom, dziecku, bratu lub innej osobie, której dobrze życzysz? Czas na relację ze sobą samym. To ze sobą przechodzisz przez życie w 100%. Bliscy dzielą je z Tobą w innej części. Siebie masz zawsze przy sobie. Jakim bliskim chcesz być dla siebie?

W bliskości istotne jest spotkanie

Przypomina mi się historia o wędrowcu, który szedł przez górzisty kraj, od wielu dni nie spotykając nikogo. Tęsknił za ludźmi, rozmową. Pewnego dnia zauważył dom i ogień z komina gdzieś daleko na szczycie i pomyślał ucieszony: „Tam musi ktoś mieszkać!” A w tym domu na szczycie wzgórza samotny człowiek zauważył wędrowca i ucieszył się: „Tak miło będzie spotkać kogoś, spędzić trochę czasu razem!” Za chwilę jednak pomyślał: „Skoro tak wędruje samotnie, pewnie potrzebuje samotności i ją wybrał... Nie będę mu przeszkadzał. Usiądę na ławce przed domem i jeżeli mnie zagadnie, z radością zaproszę go. Jeśli jednak się nie odezwie, zrozumie, że nie chce by mu ktośkolwiek przeszkadzał.” Wędrowiec natomiast pomyślał: „Jeśli ktoś tutaj mieszka, pewnie cieszy się spokojem i raczej nie ma ochoty na towarzystwo. Jeśli zaprosi mnie do siebie z radością przyjmę to zaproszenie. Jeśli jednak nie będzie szukał mojego towarzystwa – nie będę się narzucał.” Kiedy zbliżał się do gospodarstwa, zauważył milczącego mężczyznę, który spoglądał w jego stronę. Mieszkaniec widział milczącego wędrowca, który szedł przed siebie. I tak wędrowiec minął gospodarstwo myśląc: „Szkoda, nie mogę jednak narzucać swojej obecności.” Takie same myśli miał gospodarz. Szkoda...

Jaki z tego morał? Nie wystarczy wiedzieć, czego się chce. Nie wystarczy także zauważać okazji. Trzeba jeszcze coś zrobić, by pomóc sobie osiągnąć własne cele.

Choroba i leczenie to jedynie część Twojego życia. Musisz pamiętać o równowadze. Wyobraź sobie siebie za 5–10 lat. Pomyśl, jak chcesz przejść przez czas choroby i leczenia. Jakie mieć myśli, jakie rozmowy, na co mieć czas, a na co czasu nie przeznaczać? Wiele wymiarów Twojego życia może ulec zmianie pod wpływem choroby. Czy zauważasz takie obszary, których choroba i leczenie nie zmieniły?

Organizacja życia codziennego

Często nie zdajemy sobie sprawy, jak wiele zadań i spraw z rozmaitych obszarów udaje nam się załatwić każdego dnia. Czas chorowania i leczenia często pokazuje z nowej perspektywy codzienne czynności i obowiązki. Choroba i leczenie mogą spowodować coś w rodzaju rewolucji w Twoim domu.

Oceń sytuację i potrzeby

Sprawdź, jakie obowiązki czy działania stały się aktualnie niemożliwe. Zastanów się, z czego możesz zrezygnować. W tym, z czego nie można zrezygnować, kto cię może zastąpić? Jakie dodatkowe wymagania nakłada na Ciebie choroba? Czy trzeba gdzieś pojechać, gdzieś być? A jakie stwarza szanse? Może masz więcej czasu dla bliskich, a może więcej czasu na bycie ze sobą samym? Na ile choroba zmieniła Twoje życie codzienne?

Na ile się da zaprosz do swojego życia spokój. Usiądź, połóż się lub pójdz na spacer (jak wolisz, jak teraz możesz) i spotkaj siebie. Czego tak naprawdę chcesz? Czego możesz się nauczyć z tego życiowego doświadczenia? Ustal cele. Kto Ci dobrze życzy? Kto potrafi cieszyć się Twoimi sukcesami i radościami? Porozmawiaj z tą osobą o swoich celach.

Możesz zacząć od marzeń. Marzenie, wizja to konieczny początek. Potem trzeba działać.

Czasami nawet najprostsze czynności mogą wydawać się zbyt trudne. Szczególnie w sytuacjach, gdy jesteśmy osłabieni chorobą. Najważniejsze jest nauczyć się siebie samego uspokajając i godzić się na swoje tempo. Możesz to zrobić, planując wcześniej swój dzień, w którym zrównoważysz czynności łatwe i te, które wymagają więcej wysiłku. Rezerwuj sobie dużo czasu na zrealizowanie zaplanowanych działań, tak by móc czuć spokój bez presji. Przykładowo, jeśli zauważasz, że potrzebujesz więcej czasu żeby wstać z łóżka, ubrać się i pojechać do przychodni, weź to pod uwagę umawiając się na wizytę. Być może uda się umówić konsultację na dogodną dla Ciebie godzinę.

Planuj

Ustalaj priorytety – koniecznie! Najpierw rzeczy najważniejsze. Pomyśl, co jest teraz dla Ciebie naprawdę ważne. Potem wszystko to zapisz i zrób plan, jak zrealizować ważne cele. Pozwól sobie pomóc.

Każdy z nas ma pamięć roboczą. To obszar mózgu, w którym przetwarzane są nowe informacje, których jesteśmy świadomi i decydujemy, co z nimi zrobić dalej. Przez lata uważano, że możemy utrzymywać w tej pamięci 7 elementów informacji jednocześnie, jednak najnowsze badania pokazują że tylko 3-4. Kiedy chcemy coś pamiętać i o tym myślimy, a np. telefon czy SMS odwróć naszą uwagę, często później potrzebujemy czasu na przypomnienie sobie, o czym myśleliśmy wcześniej. Z tego powodu, aby jak najbardziej skorzystać ze swoich pomysłów, warto je zapisywać. Jest to ważne szczególnie wtedy, gdy jesteśmy bombardowani natłokiem informacji, spraw do załatwienia. W dużym stresie czasem trudno się skupić nawet na jednej sprawie. Dzięki zapisywaniu pozwalasz swojemu mózgowi zająć się dobrze tym, co aktualnie trzeba zrobić. Często powtarzane przekonanie na temat wartości robienia wielu rzeczy na raz nie jest potwierdzone przez badania naukowe. Rób jedną rzecz na raz, a po skończeniu jej przejdź do następnej.

Tak zwana wielozadaniowość (ang. multitasking), mocno promowana w ostatnich latach, okazuje się być kiepskim rozwiązaniem. Badania naukowe pokazały, że osoby wykonujące kilka zadań na raz w rzeczywistości przeważnie przełączały się

między wykonywaniem jednego i drugiego zadania, a czas wykonania tych zadań był dłuższy niż u osób, które wykonywały najpierw zadanie pierwsze, a potem drugie.

Dobrze ilustruje to dowcip, krążący w Internecie: „*jestem wielozadaniowy: mogę słuchać, ignorować i zapominać jednocześnie*”.

Po to, by nie obciążać pamięci i mózgu niepotrzebnie, wyznacz jedno miejsce, w którym będziesz przechowywać dokumentację medyczną. Dzięki temu oszczędzisz czas i nerwy przed wizytami u lekarzy. Niektórzy wolą przechowywać dokumentację w wersji papierowej, inni w wersji elektronicznej. Jak Tobie jest wygodniej zapisywać wszystkie sprawy do załatwienia, pomysły itp.?

Pozwól sobie pomóc i śmiało proś o pomoc

Wybierz zaufanego członka rodziny lub przyjaciela, który będzie miał dostęp do Twoich opłat, rachunków, numerów telefonów do lekarzy, listy leków, który będzie wiedział, co robić na wypadek gdybyś gorzej się poczuł i nie mógł sam załatwić tych spraw lub też wyrazić swojej woli. Niech to będzie osoba, do której masz zaufanie i wierzysz że będzie szanować Twoją wolę.

Jeżeli ktoś chce Ci pomóc, pozwól mu na to. Większość osób ucieszy się kiedy będzie mogła pomóc. W czasie choroby i leczenia, kiedy ciało jest słabe, wyzwaniem może być wyjście lub pojechanie gdzieś, zrobienie zakupów, gotowanie dla siebie i bliskich. Kto może w tym pomóc? Od kogo przyjmiesz pomoc? Pozwalając sobie pomóc, także coś dajesz, okazję do zrobienia czegoś dla Ciebie właśnie? Pamiętaj, jak to miło, gdy ktoś się cieszy z tego, że zrobisz dla niego coś pożytecznego?

Możesz skorzystać z udogodnień ostatnich lat, takich jak np. zakupy przez Internet.

Pamiętaj o wszystkich sferach życia

Definicja zdrowia według WHO (Światowej Organizacji Zdrowia) mówi o biopsychospołecznoduchowym dobrostanie (czyli dobrym samopoczuciu). Kiedy w chorobie pewna ustalona wcześniej równowaga została naruszona, warto pamiętać, że każdy ma wszystkie cztery obszary swojej ludzkiej osoby.

Na co pozwala Twoje ciało? Czego ono potrzebuje? Na co teraz zwraca uwagę? Być może potrzebne okaże się przeorganizowanie albo przemeblowanie Twojego mieszkania – zależnie od Twoich potrzeb. Może to być m.in. ułatwienie dostępu do toalety czy zapewnienie wygodnego i odpowiedniego łóżka.

Daj sobie czas na sen, odżywianie, ruch, czułość, troskę o zdrowie, estetykę.

Co masz do zrobienia (w domu, w pracy)? Co teraz możesz zrobić, w czym potrzebujesz pomocy, a co może poczekać albo co można odpuścić?

Utwórz coś w rodzaju centrum zarządzania – w jednym miejscu trzymaj wszystkie informacje: co jest do zrobienia i kto co robi. Możesz użyć aplikacji na smartfona albo tradycyjnej metody. Najważniejsze, aby wszystkie informacje znajdowały

się w jednym miejscu. Dzięki temu oszczędzisz czas i zachowasz spokój, a także zwiększysz szanse na to, że wszystko co potrzebne, zostanie zrobione.

Możliwe, że na czas leczenia będziesz musiał wycofać się z pracy, wziąć zwolnienie lekarskie, być może będziesz potrzebował zmiany stanowiska albo miejsca pracy. Niektóre osoby na czas leczenia mogą pozostać w pracy i decydują się na to. Wybierz opcję, która dla Ciebie jest możliwa i najlepsza.

Z kim chcesz mieć kontakt? Które relacje Ci służą, a które wprowadzają więcej chaosu? Czy w relacjach nie oczekujesz wyłącznie opieki, bez dawania innym tego, co mimo choroby lub dzięki niej możesz im dać? A może przeciwnie, wszystko chcesz robić sam, odsuwając od siebie tych, którzy mogliby Ci pomóc w tym, co dla Ciebie naprawdę potrzebne.

Z kim chcesz mieć kontakt? Z kim musisz mieć kontakt (np. lekarz)?

Zrób pożytek, skorzystaj z informacji zawartych w rozdziale o stresie i rozmowach z bliskimi. Zadbaj o to, by relacje, jakie masz, były dla Ciebie dobre.

Co myślisz o świecie, życiu? Jaki nadajesz mu sens? Jakie znaczenie nadajesz chorobie, z którą się mierzysz? Jakie są Twoje myśli dotyczące przyszłości? Czym zajmujesz się w swojej wyobraźni? Jak się z tym czujesz?

Ktoś powiedział, że kiedy zawsze robimy to, co możemy, wtedy jesteśmy dokładnie tym, kim mamy być. Takie myślenie może pomóc przebaczyć sobie to, że czasami w chorobie mamy mniej siły niż byśmy chcieli. Wtedy wystarczy zrobić to, co jest możliwe. Nie mniej. Tyle, ile się da.

Asertywność

Dorota Grabowska

Na początku spróbujmy zastanowić się, czym jest asertywność, jaką rolę pełni w codziennym życiu oraz co sprawia, że jest istotna. Chociaż w powszechnej opinii asertywność często jest utożsamiana z umiejętnością powiedzenia „nie”, zarówno jej definicja, jak i rola są dużo bardziej skomplikowane.

Asertywność jest to zdolność do otwartego wyrażania własnego zdania, emocji i poglądów, z równoczesnym okazaniem szacunku sobie i innym oraz z wzajemnym poszanowaniem granic. Postawa asertywna zakłada, że własne potrzeby i prawa są tak samo ważne jak innych osób, więc każdy ma prawo do bycia sobą, podejmowania osobistych decyzji, okazywania uczuć i prezentowania postaw. Będąc asertywnymi komunikujemy się z ludźmi, zachowując własną odrębność, ale równocześnie nie narzucamy nikomu naszego zdania. Bycie osobą asertywną nie oznacza bycia aroganckim. Można stanowczo wyrażać swoje opinie i emocje, będąc jednocześnie życzliwym i uprzejmym dla drugiego człowieka.

Warto mieć świadomość, że nikt z nas nie rodzi się asertywny. Asertywność jest cechą nabytą, która w różny sposób, lepiej bądź słabiej, kształtuje się w ciągu naszego życia w toku relacji z innymi osobami. Tym samym, ludzie różnią się pomiędzy sobą poziomem zdolności do bycia asertywnymi. Niektórzy, umniejszając szacunek do samych siebie, stają się nadmiernie ulegli. Inni, mający tendencję do przekraczania cudzych granic, stają się nadmiernie roszczeniowi, a niekiedy agresywni.

Asertywność idzie w parze z pewnością i zadowoleniem z siebie, a także większą świadomością i zrozumieniem własnych mocnych i słabszych stron. Tym samym wpływa na wzrost akceptacji siebie. Dzięki dostrzeganiu swoich niedoskonałości i daniu sobie wewnętrznego przyzwolenia na popełnianie błędów i uczenie się na nich osoby asertywne mniej uzależniają swoją samoocenę od chwilowych porażek bądź sukcesów.

Asertywność jest powiązana z lepszą umiejętnością współpracy i negocjacji, skuteczniejszym rozwiązywaniem konfliktów i łatwiejszym dochodzeniem do kompromisów, a także większym zadowoleniem z nawiązywanych relacji z innymi. Asertywność to także zdolność do przyjmowania i wyrażania krytyki, chwalenia, przyjmowania pochwał i okazywania wdzięczności oraz dzielenia się swoimi opiniami i poglądami.

Najważniejszym krokiem do stania się osobą asertywną jest nabranie pewności, że to co myślę i czuję jest ważne. Na równi ważne z tym, co myślą i czują inni ludzie. Ponadto osoba asertywna to taka, która umiejętnie stawia swoje własne, psychologiczne granice. To właśnie od nich zależy, jak bardzo ktoś inny może się do danej osoby zbliżyć i jak bardzo może ingerować w jej

indywidualny świat. Granice psychologiczne kształtują się wraz z rozwojem człowieka, podobnie jak osobowość, pod wpływem relacji z osobami ważnymi dla danej jednostki. Szczególną rolę w tym procesie odgrywają opiekunowie z dzieciństwa. Jeżeli potrafią stawiać jasne granice, przesuwać je elastycznie do przodu wraz z rozwojem dziecka, a także swoimi postawami okazują szacunek innym ludziom, wtedy dorastająca osoba uczy się budowania podobnych granic w odniesieniu do samej siebie. Zdrowe granice psychologiczne są granicami elastycznymi. To na ile pozwalamy na wymianę myśli, emocji, doświadczeń i wsparcia z innymi ludźmi, powinno być zależne od konkretnej sytuacji, od naszego samopoczucia, chęci i ciekawości. Jeżeli postrzegamy coś za korzystne dla nas, jesteśmy tym zainteresowani, otwieramy swoje granice i dopuszczamy to do siebie, a w sytuacji odwrotnej, kiedy oceniamy sytuację jako zagrażającą, nasze granice powinny się zamykać. Niekiedy ludzie zanedbują usztywniając swoje granice, co może skutkować nieumiejętnością dzielenia się swoimi przekonaniami, odczuciami, czy też trudnością w sięgnięciu po pomoc lub jej przyjęciu. Konsekwencją stawiania zbyt luźnych granic psychologicznych jest z kolei zagrożenie poczucia bezpieczeństwa. Osoby, których granice są zbyt łatwe do przekroczenia, częściej stają się ofiarami przemocy.

Poza nabraniem pewności siebie, że moje przekonania i uczucia są ważne, asertywność wymaga poniekąd także odwagi i przełamania wewnętrznych obaw, które wielu ludzi nosi w sobie. Często jest tak, że obawiamy się niezrozumienia lub tego, że drugi człowiek wyda na nasz temat krzywdzącą opinię. Konsekwencją tego lęku jest zrezygnowanie z mówienia o swoich potrzebach, a tym samym odebranie naszym bliskim możliwości zaspokojenia ich. Nie mniej często obawiamy się urażenia cudzych uczuć, nie wiemy w jaki sposób odmówić drugiemu człowiekowi, jak zwrócić mu uwagę, że jego słowa wcale nie są dla nas wspierające, mimo iż z taką intencją zostały wypowiedziane (np. „wszystko będzie dobrze”). Obawiamy się, że taka osoba może poczuć się źle, obrazić się lub może nawet przestać nas lubić. Nauka asertywności pomaga w przezwyciężeniu tych lęków. Ucząc się, jak być asertywnym, jak stawiać bezpieczne granice, człowiek uczy się także, że wyrażanie własnych próśb i opinii oraz uprzejma odmowa nie muszą być odbierane przez otoczenie jako negatywne.

W chorobie nowotworowej bardzo istotne jest, aby pacjent umiał dać sobie przyzwolenie na bycie zmęczonym, osłabionym, na spędzanie czasu po swojemu i z tymi osobami, z którymi ma ochotę. Pacjent ma pełne prawo do tego, aby odmówić odwiedzin lub spotkania z kimś bez poczucia winy. Osoba chora ma też prawo do tego, aby nie mówić o swoich dolegliwościach każdemu napotkanemu znajomemu, czy w odpowiedzi na każdy telefon. To od pacjenta powinno zależeć komu z krewnych czy przyjaciół kiedy i jak dużo opowie o swojej chorobie – postawienie w tym miejscu odpowiedniej psychologicznej granicy jest bardzo istotne w procesie adaptacji do sytuacji choroby i leczenia. Asertywna i empatyczna zarazem komunikacja z bliskimi może znacząco poprawić jakość opieki, wpłynąć korzystnie na współpracę z chorym, a także mobilizować do przestrzegania zaleceń. Bliscy, komunikując się ze sobą asertywnie, stają się nawzajem wrażliwsi na swoje potrzeby, są wobec siebie bardziej otwarci i wyrozumiali, łatwiej im współodczuwać, koncentrują się na swoich przeżyciach, a nie tylko na objawach choroby i potrafią wzajemnie uszanować swoje opinie i granice.

Asertywność może także wpływać korzystnie na komunikację pomiędzy osobą chorującą na nowotwór a personelem medycznym. Warto mieć na uwadze, że w procesie komunikacji zawsze uczestniczą dwie strony, które na zmianę w toku rozmowy są nadawcami i odbiorcami różnych komunikatów. Za sukces w komunikacji można uznać moment, w którym obie strony rzeczywiście rozumieją, co druga osoba chciała powiedzieć. Aby go osiągnąć, potrzebne są starania obydwu stron (tak pacjenta, jak i specjalisty). Istnieją liczne czynniki mogące utrudniać nawiązanie dobrej komunikacji, jak na przykład stres i trudne emocje (lęk, bezsilność, żal), które odciągają uwagę pacjenta od tego, co mówi lekarz, utrudniając zrozumienie i zapamiętanie jego słów. Przeszkodą może być też założenie, że lekarz sam domyśli się, jaki problem nurtuje pacjenta i z góry będzie znał odpowiedzi na niezadane jeszcze pytania. Barierą komunikacyjną może się także okazać fachowe słownictwo. Pacjent ma pełne prawo nie znać terminologii medycznej, ale jeżeli nie poprosi o wytłumaczenie, doprecyzowanie czy powtórzenie, lekarz może się nie zorientować, że sposób w jaki mówi jest niezrozumiały i nawet nie dostanie szansy na omówienie spraw bardziej przystępnym językiem. Utrudnieniem dla nawiązania dobrej, empatycznej komunikacji jest także brak wzajemnego zaufania, zarówno lekarza do pacjenta, że ten będzie odpowiadał szczerze i nie zatai żadnych istotnych faktów związanych ze swoimi dolegliwościami, objawami, przebiegiem terapii oraz tym, czy stosuje się do zaleceń, jak i pacjenta do lekarza, że ten w zgodzie ze współczesną wiedzą medyczną zaproponuje mu możliwie jak najkorzystniejszą metodę badania czy leczenia. Asertywna komunikacja daje obydwu stronom szansę na dobrą rozmowę i bycie zrozumianym.

Komunikując się asertywnie, opieramy swój komunikat na faktach: „*Ostatnio zauważyłem u siebie powiększony węzeł chłonny*”. Nazywamy swoje uczucia: „*Bardzo się boję, że to rak*”, i dzielimy się swoimi potrzebami: „*Panie doktorze, proszę mi pomóc*”. Do rozmowy z lekarzem warto jest się przygotować. Można przed wizytą na spokojnie wynotować niepokojące nas kwestie, obserwacje i pytania. Dobrym pomysłem jest też pójście na konsultację z kimś bliskim, potrafiącym wesprzeć chorego.

Osoba asertywna jest świadoma posiadanej wiedzy, dopuszcza do siebie, że na jakimś temacie może znać się gorzej i go nie rozumieć. Dzięki temu bez umniejszania swojego poczucia własnej wartości będzie dopytywała o wątpliwe dla niej sprawy, aby możliwie jak najlepiej zrozumieć swoją sytuację i perspektywę dalszego postępowania oraz się do nich zaadaptować, obniżając tym samym poziom odczuwanego lęku i dystresu. Człowiekowi asertywnemu łatwiej też będzie określić swoje potrzeby, w zgodzie ze sobą poprosić drugą osobę o wsparcie i z wdzięcznością je przyjąć. Mniejszym problemem będzie dla niego także odmówienie przyjęcia pomocy, którą uzna za nieadekwatną, a odmowa ta nie będzie generowała dużego poczucia winy.

Umiejętność bycia asertywnym może się okazać bardzo pomocna w poradzeniu sobie z chorobą nowotworową i z kryzysami, które są naturalnie wpisane w jej dynamikę, począwszy od momentu dostrzeżenia niepokojących objawów, poprzez stres i poczucie bezsilności towarzyszące diagnostyce, następnie obawę przed efektami ubocznymi terapii, a skończywszy na silnym lęku przed progresją choroby, przerzutami i śmiercią. W większości przypadków choroba onkologiczna nie będzie dotyczyła jedynie pacjenta. Nowotwór potrafi na długie miesiące,

a niekiedy lata, wpisać się w życie rodziny, odcisnąć swoje piętno na życiu osobistym i zawodowym chorego i jego opiekunów. Nierzadko bywają momenty, kiedy poza walką z rakiem pacjent zmaga się także z innymi trudnościami. Wtedy mogą pojawiać się chwile, gdy dotychczas stosowane metody radzenia sobie przestają być skuteczne. Dzięki byciu asertywnym chory nie będzie traktował gorszego momentu w przebiegu choroby w kategoriach osobistej porażki. Będzie potrafił lepiej nazwać dręczące go uczucia i zrozumieć, dlaczego się pojawiły. Asertywny pacjent z większą akceptacją będzie poszukiwał fachowej pomocy specjalistów – psychoonkologa, psychiatry czy psychoterapeuty. Konsultując się z nimi nie będzie nadmiernie odczuwał wstydu i poczucia winy, bo jego uwaga będzie skupiona na tym, aby pomóc sobie przezwyciężyć trudności. Rozmowa z odpowiednim specjalistą, a niekiedy także włączenie leków poprawiających nastrój lub obniżających poziom lęku, pomaga w zredukowaniu natężenia przykrego dla pacjenta napięcia, ułożeniu myśli i spojrzeniu na swoją sytuację z innej perspektywy. To z kolei może znacząco ułatwić proces adaptacji do sytuacji przewlekłej choroby i długotrwałego leczenia, a także odbudować nadzieję i wpłynąć na chorego mobilizująco.

Jak już wspomniano, asertywność nie jest cechą wrodzoną, kształtuje się w interakcjach z innymi ludźmi w toku życia. Bycie dorosłym nie oznacza równocześnie bycia asertywnym. Wiele osób uczy się stawiania elastycznych granic i przyjmowania postawy asertywnej dopiero w dorosłym życiu. Niekiedy bywa tak, że to właśnie choroba pomaga w osiągnięciu tej umiejętności.

Jeżeli wydaje Ci się, że nie jesteś osobą asertywną, zastanów się w pierwszej kolejności, co Cię hamuje. Różne Twoje doświadczenia z przeszłości wpływają na to, jak zachowujesz się obecnie. Jeżeli czujesz się niekomfortowo ze swoimi przekonaniami i emocjami oraz z tym, jak reagujesz w różnych sytuacjach, spróbuj się nad nimi chwilę zastanowić. Pamiętaj, że Twoje uczucia i potrzeby są ważne, postępuj w zgodzie ze sobą, jednocześnie okazując szacunek dla drugiej osoby i jej własnych granic. Z czasem zaczniesz lepiej rozpoznawać i rozumieć swoje uczucia. Mów o tym co czujesz, czego ci potrzeba, co ci przeszkadza. Dzięki otwartej komunikacji umocnisz swoje relacje z ludźmi. Śmiało zadawaj pytania, naucz się przyjmować krytykę. Pozwól sobie na popełnianie błędów, traktuj to w kategoriach samorozwoju i buduj pewność siebie oraz zdolność do podejmowania decyzji.

Empatia

Justyna Janiszewska

.....

*GDYBYŚ MÓGŁ PO PROSTU WEJŚĆ NA CHWILĘ W JEGO BUTY
I PRZEBYĆ JEGO DROGĘ, BYĆ MOŻE ZROZUMIAŁBYŚ,
DLACZEGO NIE JEST TO DLA NIEGO TAK ŁATWE, JAK SIĘ WYDAJE.*

Navid Negahban

.....

Empatia jest ogólnie znanym pojęciem. Pojawia się jednak pytanie: czy naprawdę rozumiemy jakie jest znaczenie tego słowa. Z licznych publikacji, opisujących empatię wynika, że jej zdefiniowanie jest problematyczne z uwagi na niejednoznaczność interpretację oraz wielowymiarowy charakter tego zjawiska.

Definicja empatii

Już sama etymologia pojęcia empatia nastęrcza pewne trudności. Pochodzenie tego słowa upatruje się w greckim terminie *eempátheia*. Niektórzy tłumaczą to określenie dosłownie, jako cierpienie, inni jako wywodzące się od „en”, „in, at” + „pathos” – „uczucie, przywiązanie fizyczne, pasja, stronniczość”. Po raz pierwszy empatia została opisana przez Roberta Vischera, który w 1873 roku, używając terminu *Einfühlung* w dyskusji o estetyce, potraktował ją jako spontaniczną projekcję uczuć i rzeczy, które człowiek odbiera. Następnie termin ten został wykorzystany przez Theodora Lippsa do opisanie instrumentu, za pomocą którego ludzie doświadczają piękna tkwiącego w przedmiocie. Do psychologii pojęcie empatii zostało wprowadzone przez Edwarda Bradforda Titchenera w 1909 roku. Inspirację do prac badawczych na polu ludzkiej empatii stanowiła w znaczącej mierze koncepcja terapii autorstwa Carla Rogersa. Była ona ujmowana jako wrażliwość na znaczące uczucia innych osób, dająca możliwość chwilowego utożsamienia się z ich życiem bez dokonywania oceny. Zdaniem tego autora empatia oznacza otwartość zarówno na własne doznania emocjonalne, jak i na doznania emocjonalne drugiej osoby.

Obecnie empatia pojmowana jest przez większość badaczy jako wielowymiarowe zjawisko, polegające na zauważaniu oraz rozumieniu stanów emocjonalnych drugiej osoby, wczuwaniu się w jej stany psychiczne i wewnętrzne przeżycia oraz zdolności rozumienia przekonań, postaw i ról pełnionych przez innych. Zdolność empatii to umiejętność spojrzenia na świat oczami innej osoby, postawienia się w jej sytuacji („*just put yourself in his shoes*”).

Badacze w większości zgadzają się co do tego, że empatia nie oznacza utożsamiania się z drugim człowiekiem. Jest to szczególnie ważne w sytuacji nagromadzenia się trudnych emocji, gdy rozmówcy towarzyszy niepokój, ból, poczucie bezradności czy beznadziejności. Utożsamiając się w takiej sytuacji z drugą osobą, można by wprawdzie dobrze zrozumieć jej subiektywną sytuację, ale nie można by jej pomóc. Co więcej, tego typu utożsamianie się z osobą potrzebującą pomocy groziłoby popadnięciem w zgłaszane przez nią stany emocjonalne.

Większość autorów dokonuje wyraźnego rozgraniczenia pomiędzy empatią a współczuciem. Współczucie powoduje, że rozmówca jest postrzegany jako osoba wymagająca pomocy, nieradząca sobie z problemami, co w relacji z innymi może przekładać się na umniejszanie znaczenia tej osoby.

Rodzaje empatii

Podkreśla się poznawczy, emocjonalny i wykonawczy aspekt empatii.

Empatia w aspekcie emocjonalnym to dzielenie emocji innych, emocjonalna harmonia, współodczuwanie, odzwierciedlanie emocji obserwowanej osoby oraz współprzeżywanie stanów uczuciowych poprzez ekspresję lub emocjonalne zachowanie.

Empatia emocjonalna jest stanem, który prowadzi do doświadczania cudzych nastrojów i emocji jako własnych. Można więc przyjąć, że jest to stan szczególnej wrażliwości wobec uczuć innych.

Empatia poznawcza uruchamiana jest nawet w sytuacji braku bezpośredniego kontaktu z osobą doświadczającą określonych stanów emocjonalnych. Empatia jest zrozumieniem, oglądaniem i interpretowaniem działań drugiego człowieka oraz zgłębianiem sposobu, w jaki on postrzega świat. Poprzez doświadczanie odrębności innej osoby i przyjmowanych przez nią perspektyw prowadzi do zrozumienia i umożliwia przewidywanie przyszłych zachowań jednostki. Empatia poznawcza obejmuje takie cechy jak rozpoznawanie emocji innych, przyjmowanie perspektywy innych, zdolność interpretacji postępowania oraz analizy czynników wywołujących daną reakcję.

Aspekt wykonawczy (komunikacyjny) dotyczy zdolności człowieka do komunikowania rozumienia uczuć i stanów drugiej osoby. Porozumiewanie się zarówno na płaszczyźnie doznań emocjonalnych, jak i poznawczych doświadczeń rozmówców opisuje się kategorią komunikacji empatycznej. Stanowi ona zdolność do wsłuchiwania się w subiektywny świat przeżyć i przekonań rozmówcy. Przejawem tego aspektu empatii są wypowiedzi empatyczne. Pojęcie to odnosi się do umiejętności zrozumienia cudzego doświadczenia w celu skutecznego komunikowania się z nim, a także potwierdzenia porozumienia z drugą osobą. Technika polegająca na wykorzystaniu umiejętności empatycznych składa się z trzech etapów:

- rozpoznawania emocji;
- określenia przyczyn tych emocji;
- reagowania w sposób adekwatny do określonego problemu emocjonalnego.

Odpowiedź może przybrać różne formy, takie jak wyrazy zrozumienia lub szacunku czy dalsze definiowanie problemu („wygląda pan na zdenerwowanego”, „to musiało być dla pani bardzo trudne”), bądź niewerbalne, w postaci kontaktu wzrokowego, gestykulacji, mimiki twarzy, zmiany pozycji ciała czy posłużenia się dotykiem. Celem reakcji empatycznej jest pokazanie, że rozpoznajemy i akceptujemy uczucia drugiego człowieka.

Źródła empatii

Już samo wyjaśnianie genezy zjawiska empatii wskazuje na wiele różnic wśród psychologów i badaczy tego zagadnienia. Dominują dwa poglądy. Pierwszy z nich traktuje empatię, jako mechanizm wrodzony, drugi wskazuje, że jest to zjawisko wyuczone.

Według zwolenników pierwszego podejścia istnieje w człowieku wrodzona zdolność do spostrzegania i reagowania na emocje i uczucia innej osoby, wobec których nie pozostajemy obojętni. Empatia jest naturalną cechą każdej jednostki, bez której nie byłibyśmy zdolni do budowania relacji w społeczeństwie oraz zaspokojenia potrzeby przynależności, niezbędnej do właściwego rozwoju. Przeznaczeniem człowieka jest okazywanie empatii, a nie agresji, a współpraca z innymi osobami leży w ludzkiej naturze.

W wyniku krytyki poglądu, że empatia jest mechanizmem wrodzonym, powstał nowy nurt podejścia do zjawiska empatii, według którego empatia jest produktem społecznego uczenia się zachowań.

Ostatecznie wielu badaczy tego zagadnienia wyróżnia trzy grupy przyczyn odpowiedzialnych za budowanie poziomu empatii u człowieka: predyspozycje biologiczne, predyspozycje psychologiczne oraz predyspozycje środowiskowe.

Predyspozycje biologiczne to materiał, który dziedziczymy. Rodzimy się genetycznie zaprogramowani na określony poziom empatii.

Predyspozycje psychologiczne to wzorce, które otrzymaliśmy w dzieciństwie oraz relacje, jakie panowały i panują wśród naszych najbliższych. Dla rozwoju umiejętności empatycznych korzystne jest wychowywanie dzieci w poczuciu odpowiedzialności za drugą osobę oraz świadomość konsekwencji podejmowanych działań. Badania wskazują, że osoby wykazujące niższy poziom empatii wychowywały się w poczuciu bezkarności oraz braku odpowiedzialności za innych.

Predyspozycje środowiskowe to czynniki, które kształtują nas przez całe życie. Jak pokazują badania poziom empatii zmienia się wraz z wiekiem, a zasadniczy wpływ na jej natężenie ma otoczenie w jakim przebywamy oraz panujące w nim akceptowane wzorce zachowań.

Dojrzałość empatyczna

Według popularnych koncepcji rozwoju człowieka małe dzieci nie są zdolne do empatycznych reakcji ze względu na dziecięcy egocentryzm i brak umiejętności przyjmowania cudzej perspektywy. Nie oznacza to jednak, że u małych dzieci

empatia nie występuje. Wedle teorii Martina L. Hoffmana wrodzona zdolność do reakcji emocjonalnej na nieszczęście innego człowieka przejawia się w prymitywnej postaci już we wczesnym dzieciństwie. Dopiero w wieku 2–3 lat można mówić o pierwszych prawdziwych empatycznych reakcjach. Okres największego rozwoju empatii przypisywany jest wiekowi przedszkolnemu (4.–5. rok życia) i wiąże się z intensywnym rozwojem zdolności poznawczych w tym czasie, a co za tym idzie, zdolnością przyjmowania perspektywy innych osób oraz wyraźnego oddzielania siebie od innych.

Dojrzała empatia polega na zrozumieniu przeżyć innej osoby, przy zachowaniu własnej osobowości, odrębności sposobów myślenia, przeżywania i doświadczania.

Inni definiują dojrzałość empatyczną jako strukturę poznawczą, na którą składają się odpowiedzi na pytania:

- czy dana osoba może odczuwać empatię;
- wobec kogo ją odczuwa (wobec przyjaciela, osoby obcej, wroga);
- jak szeroką grupę tą zdolnością obejmuje.

Kryterium dojrzałości empatycznej stanowi różnica pomiędzy tym, jak dana osoba rozumie określoną sytuację i jak odbierają ją inni. Poziom dojrzałości empatycznej jest określany przez pryzmat postrzegania innej osoby w kategoriach „*taki jak ja*” lub „*różny*”. Najwyższym w hierarchii etapów dojrzałości empatycznej jest ten, w którym inne osoby są postrzegane w kategoriach „*taki jak ja*”. Wyróżnia się trzy etapy dojrzałości empatycznej:

- Etap 1 – najbardziej prymitywny, rzadko spotykany u ludzi dorosłych. Na tym etapie osoby postrzegają innych jako zasadniczo odmiennych od siebie. Racjonalne uzasadnienia działań, uczuć i myśli innych osób nie są postrzegane jako istotne przesłanki pozwalające na zrozumienie motywów ich postępowania.
- Etap 2 – na tym etapie ludzie uważają, że ich postrzeganie zachowania innych jest charakterystyczne dla wszystkich. Dlatego ich zdaniem przyczyny zachowań i uczuć są uzasadnione w takim stopniu, w jakim pokrywają się one z ich sposobem myślenia. W przeciwieństwie do etapu 1 osoba z etapu 2 widzi innych jako podobnych do siebie, ale pod warunkiem, że odbierają swój świat w ten sam sposób. Na tym etapie pozytywne podejście wobec osoby cierpiącej, postrzeganej jako uczestnik negatywnych działań, jest trudne. Chyba że z punktu widzenia człowieka oceniającego, zachowanie to jest możliwe do wyjaśnienia. Przykładem takiego negatywnego zdarzenia może być AIDS w wyniku praktyk seksualnych nieakceptowanych przez obserwatora. Jeśli uważa on, że osoba cierpiąca jest odpowiedzialna za to co ją spotkało, nie będzie miał empatii. W sytuacji gdy można ustalić akceptowalny powód, przy którym osoba cierpiąca nie jest tak naprawdę odpowiedzialna (np. choroba jest wynikiem transfuzji krwi), wówczas pojawia się empatia. Na tym etapie opiekuńowie, którzy chcą czuć empatię wobec swoich podopiecznych, często starają się znaleźć czynniki ograniczające ich odpowiedzialność za zaistniałą sytuację. Większość społeczeństwa działa na etapie 2.
- Etap 3 – na tym etapie nie dochodzi do osądzania zachowania danej osoby. Drugi człowiek jest postrzegany w taki sam sposób, w jaki rozumie się samego siebie. Stosunek do innych ludzi oparty jest wyłącznie na zrozumieniu, a nie

na interpretacji zachowania. Postrzeganie innej osoby jako odpowiedzialnej za problem nie stanowi czynnika powstrzymującego empatię. Cechą charakterystyczną 3 etapu jest brak sprzeczności pomiędzy zdolnością do empatii a postrzeganiem drugiej osoby jako odpowiedzialnej za problematyczne zachowanie.

Podstawowe funkcje empatii

Podstawowe pytanie, które nasuwa się w odniesieniu do empatii, dotyczy funkcji, jakie ta zdolność pełni w życiu człowieka. W literaturze podkreśla się, że empatia warunkuje zachowania altruistyczne, jest związana z tendencją do podejmowania współpracy, pozytywnie wpływa na proces kontrolowania i hamowania przejawów agresji. Zwraca się także uwagę na fakt, że empatia sprzyja rozwojowi postaw prospołecznych, współwystępuje z tendencją do konstruktywnego rozwiązywania konfliktów oraz z poczuciem odpowiedzialności za siebie i innych. Empatia ułatwia przekazywanie informacji w kontaktach międzyludzkich. Podkreśla się również pozytywny związek empatii z przestrzeganiem zasad moralnych i rozumieniem ich. W psychoterapii empatia postrzegana jest jako źródło rozwoju obrazu samego siebie oraz wzrostu własnego ja.

Stwierdzono ponadto korzystne oddziaływania empatii w realizowaniu tzw. zawodów świadczących pomoc innym, takich jak: psycholog, lekarz, pielęgniarka, pracownik socjalny, wychowawca czy nauczyciel.

W literaturze znaleźć można również przykłady negatywnych oddziaływań empatii, np. narastania agresji wobec osoby, która jest źródłem empatycznego pobudzenia, wyzwalania niepokoju oraz tendencji do uspokajania samego siebie poprzez unikanie informacji o cierpieniu drugiej osoby i odwracanie uwagi od sygnałów tego cierpienia. Do zagrożeń związanych z wysokim poziomem empatii zalicza się także szybką nadmierną stymulację oraz przytłaczający stres. Wrażliwość na cierpienie innych osób, również prezentowane w mediach, może powodować przejściową lub trwałą depresję kliniczną. Jednak w związku z tym, że zdolność do rozumienia emocji innych osób jest ważnym warunkiem relacji międzyludzkich, osoby o wysokim poziomie empatii nierzadko stają przed dylematem, czy chronić się przed zagrożeniami, jakie niesie ze sobą empatia, czy jednak starać się nawiązywać relacje z innymi ludźmi, pomimo potencjalnego ryzyka zranienia.

Wdzięczność

Anna Wyszadko

.....

MOŻE PAMIĘTASZ Z KSIĄŻKI O KUBUSIU PUCHATKU TAKIE SŁOWA: „PROSIACZEK ZAUWAŻYŁ, ŻE CHOCIAŻ POSIADA ON BARDZO MAŁE SERDUSZKO, JEST ONO W STANIE POMIEŚCIĆ CAŁKIEM SPORĄ ILOŚĆ WDZIĘCZNOŚCI”

.....

Alan Alexander Milne

Przyszła choroba – i za co tutaj być wdzięcznym?!?

Co to jest wdzięczność? Można powiedzieć, że to dostrzeżenie czegoś dobrego, jednocześnie zdając sobie sprawę, że jest jakieś zewnętrzne źródło tego dobra.

Od pewnego czasu wdzięczność zyskała zainteresowanie naukowców. Okazuje się, że ma ona pozytywny związek z utrzymywaniem dobrych relacji z ludźmi, może poprawiać klimat w rodzinach i w miejscu pracy, motywuje ludzi do bycia bardziej wspaniałomyślnymi. Można znaleźć wyniki badań naukowych wskazujące na to, że postawa wdzięczności wiąże się z satysfakcją z życia, optymizmem, subiektywnym dobrym samopoczuciem i poczuciem szczęścia, poszukiwaniem wsparcia, podejściem skierowanym na rozwiązanie problemu, a nie na narzekanie.

Osoby, które praktykują odczuwanie wdzięczności, odczuwają większy optymizm związany ze swoim życiem, skuteczniej osiągają osobiste cele (związane z nauką, zdrowiem, międzyludzkie), bardziej regularnie ćwiczą, mają wysoki poziom entuzjazmu i determinacji, a także mniej depresyjny nastrój, są mniej zestresowane oraz wyrażają przekonanie o współzależności wszystkich ludzi, w związku z czym chcą coś od siebie dawać i czują się odpowiedzialne wobec innych.

Praktykowanie wdzięczności nie leczy. Wpływa jednak na to, jak się czujesz. Uczucie wdzięczności zmienia nastawienie do świata, obniża stres i pomaga ciało zdrowieć. Może także poprawić sen.

Co możesz zrobić, by czuć wdzięczność, by wzmocnić poczucie wdzięczności innych osób? Wiele! Niektóre osoby, jak pokazują badania, częściej dają szansę osobom wzmocnienia poczucia wdzięczności. Skuteczność praktykowania wdzięczności oceń dopiero po co najmniej miesiącu używania tego, co tutaj przeczytasz i wybierzesz dla siebie. Wtedy dopiero możesz mieć swoje zdanie na temat tego, co Tobie pomaga, a co nie.

Czy możemy być wdzięczni za wszystko, za cokolwiek? Nie! Nie możemy być wdzięczni za wojny, przemoc, utraty przyjaciół, zdradę, żałobę... Możemy jednak być wdzięczni za każdą chwilę, która jest dla nas szansą.

To nie o to chodzi, by się cieszyć, że przyszła choroba. Chodzi o to, by mimo choroby, w tej chorobie właśnie i w leczeniu mimo wszystko dostrzegać to, co jest dla nas dobre, zauważać także miłe zachowanie innych osób, dostrzegać to, co mamy, a nie wyłącznie skupiać się na niedostatkach.

Każdy chce być szczęśliwy. Zauważono związek między wdzięcznością i szczęściem. Łatwo można przypuszczać, że wtedy kiedy jesteśmy szczęśliwi, odczuwamy wdzięczność – i to jest dosyć łatwe. Czy jednak przypominasz sobie takie osoby, które mają bardzo wiele, można by zazdrościć im życia, ale one chcą czegoś innego i wcale nie są szczęśliwe? Można też spotkać osoby, którym życia nikt by nie pozazdrościł, a one są szczęśliwe. Okazuje się, że to wdzięczność sprawia, że jesteśmy szczęśliwi. Do czucia wdzięczności potrzebne jest zauważenie, że mamy coś cennego i jednocześnie jest to dla nas prezentem, dostajemy to za darmo, nie musieliśmy na to zapracować ani za to zapłacić. Kiedy dostrzegam w swoim życiu coś wartościowego i zdaję sobie sprawę z tego, że mam to zupełnie w prezencie, wtedy w moim sercu rośnie wdzięczność.

Osoby odczuwające wdzięczność często postrzegają siebie jako te, które czerpią ze wspałości innych.

Jeżeli jesteś osobą, która nieustannie odczuwa wdzięczność, możesz przeczytać o sposobach jej podtrzymywania i wzmocnienia, aby sprawdzić, czy stosujesz któryś z wymienionych, czy zechcesz dołączyć swój sposób do poniższej listy, jeśli Cię to interesuje. Jeśli jednak nie należysz do szczęśliwców, którzy nieustannie odczuwają wdzięczność, wybierz z proponowanych sposobów ten, który wydaje się najodpowiedniejszy dla Ciebie teraz.

Odczuwanie wdzięczności jest stosunkowo łatwo wyćwiczyć. Nie wymaga wielu przygotowań ani czasu. Ponadto nie ma żadnych negatywnych skutków ubocznych.

Na ćwiczenia związane z wdzięcznością możesz przeznaczać mniej niż 5 minut dziennie. Oto jak możesz zacząć: przygotuj notesik, albo jeżeli wolisz użyj urządzenia elektronicznego, w którym możesz tworzyć zapiski. Ustal porę dnia, która jest dla Ciebie wygodna na chwilę refleksji. Możesz ustawić przypomnienie w telefonie, które każdego dnia o stałej godzinie podpowie, aby zastanowić się za co dzisiaj możesz odczuwać wdzięczność. Możesz także trzymać notesik do zapisywania swoich spostrzeżeń przy łóżku, na stoliku – gdziekolwiek, gdzie na pewno go zauważysz i przypomni Ci on o chwili na zastanowienie się nad doświadczanymi cudami. Każdego dnia zapisz trzy do pięciu rzeczy lub doświadczeń, za które odczuwasz wdzięczność. Ten sposób nazwano liczeniem błogosławieństw (ang. counting blessings).

Oto inne sposoby wzmacniające poczucie wdzięczności:

- Zauważenie/zapisanie trzech dobrych wydarzeń, rzeczy i dodatkowo zastanowienie się nad ich przyczynami. Daj sobie czas na zapisanie tego, co Cię cieszy i pomyśl, co umożliwiło takie właśnie wydarzenia, taki obrót spraw.
- Inną odmianą liczenia błogosławieństw jest zadanie polegające na wyobrażaniu sobie jak życie wyglądałoby, gdyby to pozytywne wydarzenie nie wydarzyło się (ang. mental subtraction).
- Listy i wizyty wyrażające wdzięczność. To zadanie polegające na napisaniu i dostarczeniu listu wyrażającego wdzięczność skierowanego do osoby, której prawdopodobnie nigdy wcześniej nie podziękowaliśmy. Piszemy w nim co zawdzięczamy danej osobie i wręczamy go osobiście.

- Niektóre osoby doświadczają silnego doceniania życia i tego co mają, kiedy zastanowią się nad śmiercią – myślenie o własnej śmierci może podnieść poczucie wdzięczności.
- Inwestowanie pieniędzy, wydawanie ich bardziej na doświadczenia, niż na rzeczy – w kilku różnych eksperymentach zauważono, że zakupy związane z doświadczeniami (np. bilety na koncert, wyjście do restauracji), bardziej niż zakupienie dóbr materialnych (np. ubrania, biżuteria), wiązały się z poczuciem wdzięczności i zadowolenia.
- Bądź dla kogoś błogosławieństwem albo wyraż wdzięczność. Czasami wydaje się to bardzo łatwe, bywa jednak, że trzeba będzie pomyśleć, jak to zrobić. Można np. przepuścić w kolejce kogoś, kto się bardzo spieszy.
- Na koniec dnia możesz też myśleć o trzech najlepszych doświadczeniach z danego dnia lub zapisując je w wybrany przez siebie sposób, podzielić się nimi z partnerem lub użyć ich jako tematu medytacji czy rozważania, kiedy leżysz w łóżku przed zaśnięciem. To mogą być małe rzeczy – tak jest w porządku. To mogą być zwyczajne i codzienne cuda. Oczywiście, które wcale oczywiście nie są. To świetna metoda na zmianę sposobu, w jaki zapamiętasz ten dzień.
- Możesz zdecydować się na to, by kończyć rozmowy opisując, który ich moment był dla Ciebie najważniejszy. Przykładowo mogą to być wypowiedzi podobne do: *„Świetnie było usłyszeć, że Twoim dzieciom dobrze idzie w szkole”*, albo *„Bardzo doceniam to, że znajdujesz czas na to, żeby mnie wysłuchać”*.

Wybrany przez siebie sposób wzmacniania poczucia wdzięczności możesz stosować nawet wtedy, kiedy masz niewiele wolnego czasu w ciągu dnia. Powiedz komuś komplement, wyraż uznanie, bądź pomocny, zapytaj czy możesz pomóc, zrób coś niespodziewanie miłego, np. wpuść kierowcę do ruchu w korku ulicznym albo przedstaw kogoś w szczególnie miły sposób.

W czasie, kiedy chorujesz, zadbaj o to, aby dokończyć następujące zdania:

- Moje ciało wyświadcza mi przysługę, bo... (np. daje znać, że coś wymaga uwagi i leczenia; daje mi sygnał, że potrzebuję odpocząć, umożliwia mi...);
- Dzisiaj jestem z siebie dumna/dumny, ponieważ...;
- Dzisiaj była/em dla siebie dobra/dobry w następujący sposób...;
- Ktoś dzięki mnie doświadczył dzisiaj dobra, przyjemności, ponieważ...

Możesz także spróbować obracać trudności w coś pozytywnego. Nie chodzi zupełnie o założenie różowych okularów, tylko o dostrzeganie czegoś pozytywnego także w trudnościach. Przykładowo, jeżeli odczuwasz duże zmęczenie, możesz zapisać, że cieszysz się z tego, że możesz się położyć, żeby odpocząć, bo w ten sposób dbasz o swoje ciało i zdrowie. Czyli nie cieszysz się z dużego zmęczenia, jednak cieszysz się z tego, że masz czas się położyć i odpocząć, że dajesz sobie na to czas, i że masz łóżko lub inny wygodny mebel, na którym możesz odetchnąć i odzyskiwać siły.

Każdy z nas jest inny, to oczywiste, dlatego warto jest wybrać z powyżej wymienionych ćwiczeń taki rodzaj, który wydaje nam się odpowiedni do naszego charakteru i aktualnej sytuacji życiowej lub też odnaleźć zupełnie inny sposób. Badania pokazały, że osoby które mają/miały ogromne poczucie zmiany swojego

życia, a także większą ciekawość, z większą ochotą podchodzący do wypróbowania ćwiczeń związanych ze wzmacnianiem wdzięczności w swoim życiu. Okazało się także, że „skutki uboczne” praktykowania wdzięczności mogą być zaskakujące: np. spadek niezadowolenia ze swojego wyglądu, albo wzrost wiary w to, że mamy wpływ na swoje zdrowie. Pamiętaj jednak, by dopasować do siebie sposób, który najbardziej Ci się podoba i praktykować przez minimum miesiąc.

Czy wiesz o tym, że niezależnie od tego, czy to Ty robisz dla kogoś coś dobrego, czy on dla Ciebie, tzw. ośrodek nagrody w mózgu działa tak samo? Możesz mieć wpływ na to, jak będziesz się czuć. Niezależnie od tego, czy w Twoim życiu będzie łatwo czy trudno, to Ty decydujesz, czy zauważysz dobro na swojej drodze.

W naszym życiu wiele jest obszarów, które uważamy za oczywiste. Z tego powodu, że przywykliśmy do pewnych spraw, zdarzeń i sytuacji, możemy zapominać, za jak wiele możemy być wdzięczni.

Kiedy czytasz tę książkę (lub ktoś czyta ją dla ciebie na głos i jej słuchasz) może siedzisz w fotelu, na kanapie, na krześle, a może leżysz w łóżku, hamaku... Czy masz świadomość tego, że ktoś je kiedyś zrobił? Mimo że nie widzisz teraz tej osoby, która zrobiła krzesło, łóżko, hamak..., przeznacz sekundę na wdzięczność za jej pracę.

Pamiętaj, że to ważne, aby wdzięczność pozostała wdzięcznością. Kiedy staje się walutą, oznacza to, że jedna lub obie strony czują się niedoinwestowane, niespłacone w sensie nieotrzymania wyrazów wdzięczności od drugiej osoby i pojawiają się kłopoty. Istotne jest wewnętrzne doświadczenie, by rzeczywiście czuć wdzięczność związaną z dostrzeżeniem czegoś dobrego w naszym życiu.

Istnieje taka opowieść o bogach mieszkających w niebie, którzy patrząc na ziemię zauważyli wędrowca-żebraka, bardzo słabego i umęczonego. Szedł on po bardzo kamienistej drodze, z wielkim trudem posuwając się do przodu. Bogini powiedziała do boga: „*musimy mu pomóc, on jest taki dobry i tak dzielnie idzie do przodu!*” Bóg spojrzał w dół na żebraka i powiedział: „*wydaje mi się, że on nie jest gotowy na przyjęcie pomocy*”. Bogini jednak nalegała by oddać część jej klejnotów żebrakowi, aby mógł je znaleźć i kupić za nie jedzenie. Bogowie więc zapakowali klejnoty w duży worek i umieścili go na drodze żebraka tak, aby mógł go znaleźć. Wędrowiec był bardzo smutny, słaby i tak skupiony na swoich myślach o kłopotach, że kiedy na zakręcie spostrzegł coś dużego, pomyślał: „*o jeszcze jeden ogromny kamień na tej drodze przez mękę!*” Uważając, aby się przez ten kamień nie przewrócić, poszedł dalej...

To prawda, że nie na każdej kamienistej drodze znajduje się worek z klejnotami. To prawda, że nie w każdej trudnej sytuacji są ukryte błogosławieństwa. Jednak wypatrując ich, dajemy sobie szansę dostrzec je tam, gdzie są.

To od Ciebie zależy, co zrobisz z wiedzą zawartą w tym rozdziale. Czy nie uważasz, że to niesamowite, że ta książka trafiła w Twoje ręce, że mogłaś/mogłeś ją przeczytać albo usłyszeć jak ktoś ją czytał? Nie każdy przecież może czytać. Nie każdy ma kogoś, kto mu poczyta. Nie każdy także robi pożytek z tego, co znajduje.

Umiejętność przebaczenia

Justyna Janiszewska

.....

CHCESZ BYĆ SZCZĘŚLIWY PRZEZ CHWILĘ?
ZEMŚCIJ SIĘ.
CHCESZ BYĆ SZCZĘŚLIWY ZAWSZE?
PRZEBACZ.

Jean-Baptiste Henri Lacordaire

.....

Wyobraźmy sobie życie bez zdolności do przebaczenia. Gdybyśmy nie wybaciali sobie i innym tych sytuacji, w których byliśmy przez nich zranieni, prawdziwych lub wyobrażonych, nasze życie byłoby pełne gniewu i złośliwości. Moglibyśmy spędzać czas na planowaniu i realizowaniu zemsty, unikając ludzi, z którymi naprawdę powinniśmy być blisko. Przebaczenie może uwolnić nas od tego rodzaju doświadczeń. Pozwala ludziom żyć razem i żyć dalej. Jednak pomimo tego, że większość osób rozumie zalety oraz potrzebę przebaczenia, pojawia się pytanie o drogę do urzeczywistnienia tego ideału.

Czym jest przebaczenie?

Chociaż wszyscy intuicyjnie wiemy, czym jest przebaczenie, sformułowanie definicji tego pojęcia okazuje się teoretycznym wyzwaniem. Przebaczenie może zawierać w sobie zarówno elementy wewnętrzne (emocjonalne), jak i zewnętrzne (behawioralne). Czasami możemy powiedzieć ludziom, że im wybaczymy, nawet jeśli nadal jesteśmy w środku na nich źli. W innej sytuacji możemy już nie być rozczłosczeni, ale nie chcemy powiedzieć o tym temu, kto nas skrzywdził, aby nie sądził, że ma przyzwolenie na ranienie nas.

Brak przebaczenia (tendencja do podtrzymywania gniewu i urazy, „przeżuwanie” zranienia) może mieć szkodliwy wpływ na zdrowie fizyczne. Do takiego wniosku doszła między innymi Charlotte vanOyen-Witvliet i jej koledzy z Hope College w Michigan. W artykule opublikowanym w czasopiśmie *Psychological Science* z 2001 roku autorzy ci opisują badania nad fizjologicznymi skutkami przebaczenia w odniesieniu do sytuacji długotrwałego utrzymywania urazy. vanOyen-Witvliet i jej współpracownicy sformułowali wniosek, że przebaczenie „może uwolnić skrzywdzonego od więzienia zranienia i trudnych emocji, przynosząc korzyści zarówno emocjonalne, jak i fizyczne, w tym zmniejszenie stresu, oraz natężenia negatywnych

emocji, redukcję problemów sercowo-naczyniowych oraz poprawę funkcjonowania układu odpornościowego”. Carl Simonton w swej książce „*Jak żyć z rakiem i pokonać go*” przytacza wyniki badań wskazujące na zależność pomiędzy negatywnymi stanami emocjonalnymi a zwiększonym ryzykiem choroby nowotworowej. Autor ten podkreśla, że przebaczenie stanowi najlepszy sposób na przezwycięzenie niszczycielskiego urazu. Za pomocą techniki oddziaływania na wyobraźnię zaprasza chorych do życzenia dobra osobie, która ich zraniła.

Niewątpliwie umiejętność przebaczenia jest bogactwem psychicznym, które nabiera szczególnego znaczenia u osób dotkniętych chorobą nowotworową lub przeżywających inne poważne traumy. Jeśli spotyka nas jakaś krzywda, uznana przez nas za niesprawiedliwą, wówczas naturalnym odruchem jest poszukiwanie winowajcy, aby na nim wyładować swój gniew. Winowajcą może być np. lekarz, który zlekceważył pierwsze oznaki choroby, przyczyniając się do jej rozwoju, czasami los lub Bóg, pozwalający na to, aby spotkało nas trudne doświadczenie. Szczególnie dramatycznie człowiek przeżywa sytuację, za którą wini siebie (odwlekanie wizyty u lekarza, opóźnienie rozpoczęcia leczenia). Wówczas poza smutkiem, a nawet rozpaczą z powodu utraconego zdrowia czy kalectwa oraz gniewem na siebie, pojawia się poczucie winy. Człowiek nie potrafi sobie przebaczyć, analizuje i rozpamiętuje zaistniałą sytuację, odczuwa żal, cały czas koncentrując się na doświadczonej stracie. Nie jest w stanie oderwać się od problemu, zainteresować się sprawami innych ludzi, co w konsekwencji pogłębia cierpienie i poczucie osamotnienia.

Jedynym skutecznym sposobem na poradzenie sobie z poczuciem krzywdy jest przebaczenie. Należy przy tym odróżnić prawdziwe wewnętrzne przebaczenie od czysto formalnej deklaracji, odstąpienia od roszczeń, skojarzonej z utrwalonym przechowywaniem urazu. Nie można udawać, że nie odczuwa się żalu. Człowiek powinien być szczery również wobec samego siebie. Autentyczne przeżywanie mieszaniny uczuć związanych z doznaną krzywdą nie stanowi przeszkody w drodze do wybaczenia, jest natomiast materiałem do przepracowania.

Jak przebaczać?

Podstawowym i niezbędnym warunkiem przebaczenia jest chęć, a następnie decyzja podjęcia wysiłku prowadzącego do zdolności wybaczenia. Czynnikiem zwiększającym motywację jest świadomość osiągalnych korzyści, takich jak spokój oraz dobrostan psychiczny.

Należy pamiętać, że wybaczenie nie jest aktem jednorazowym, ale długotrwałym procesem, na który składa się kilka etapów.

W niektórych przypadkach jego przebieg rozpoczyna się w momencie uświadomienia sobie, że zostaliśmy bądź jesteśmy skrzywdzeni. Nie zawsze jest to łatwe, gdyż w wielu sytuacjach poczucie krzywdy może ukrywać się pod przykrywką nieświadomie uruchamianych mechanizmów obronnych, takich jak zaprzeczanie, wypieranie czy racjonalizacja. Ich zadaniem jest ochrona przed lękiem lub agresją. W uświadomieniu sobie doznanej krzywdy pomocna może okazać się rozmowa z bliską, zaufaną osobą. W niektórych przypadkach niezbędna będzie pomoc psychologa.

Najczęściej reakcją na rozpoznane zranienie jest oburzenie, gniew. Złość powinna zostać rozładowana, gdyż tłumiona może wybuchnąć w sposób niekon-

trolowany lub zostać skierowana na niewłaściwy obiekt – osobę bliską, samego siebie. Nierzadko pomocne w tej sytuacji okazuje się wykrzyczenie całego swojego bólu, gniewu i żalu, pozwalające na wyrzucenie z siebie tych uczuć. Należy też pracować nad właściwym ukierunkowaniem gwałtownych emocji. Złość może być źródłem siły służącej rozwojowi lub prowadzącej do autodestrukcji.

Często na drodze do wybaczenia pojawia się pragnienie zemsty, realnej lub wyobrażonej. Jednak długotrwała potrzeba odwetu niesie za sobą niebezpieczeństwo obsesyjnej żądzy ukarania sprawcy, a niemożność jej zaspokojenia powoduje frustrację i stres.

Ważne jest, aby cierpliwie i konsekwentnie odsuwać od siebie nierzadko uporczywie narzucające myśli o doznanej krzywdzie. Pomocne jest w tej sytuacji kierowanie uwagi na inne sprawy, nierozpamiętywanie zranienia. Postępując w ten sposób, stopniowo zaczniemy nabierać dystansu do przeszłości, zajmując się teraźniejszością. Pamiętajmy, że tak naprawdę ważne jest to co tu i teraz. Istotna jest umiejętność powiedzenia sobie: „*wiem, pamiętam o doznanym poczuciu krzywdy, ale nie chcę czuć żalu; było, minęło, teraz trzeba iść do przodu*”. Nie zapominamy doznanej krzywdy, nie zaprzeczamy, że zostaliśmy zranieni, ale nauczyliśmy się z tym żyć. Mówiąc o pozytywnych efektach przebaczenia, należy dodać, że przebaczenie nie stanowi akceptacji doznanej krzywdy. Trzeba uważać, aby przebaczenie nie przekształciło się w naiwność. Może się tak stać, gdy ktoś świadomie i wielokrotnie krzywdzi drugiego człowieka. Przejście nad tym do porządku dziennego i uznanie, że nic się nie stało jest wówczas niewłaściwe. Przykładem może być tzw. zespół sztokholmski, w którym ofiary nie tylko nie dostrzegają winy swoich krzywdzicieli, ale jeszcze tej winy doszukują się w sobie. Takie odwrócenie postrzegania ról sprawcy i ofiary grozi depresją, z której trudno się wydobyć bez pomocy terapeuty. Należy podkreślić, że wybaczenie nie wyklucza potrzeby ukarania sprawcy za popełniony czyn oraz nie oznacza zrzeczenia się prawa do domagania się sprawiedliwości. Sprawiedliwość polega na obiektywnym przywracaniu praw osobie pokrzywdzonej, przebaczenie stanowi natomiast akt dobrowolnej życzliwości. Przebaczenie, które nie zwalcza niesprawiedliwości, stanowi oznakę słabości i źle pojmowanej tolerancji.

Niewątpliwie umiejętność przebaczenia jest zasobem, który przyczynia się pozytywnie do wzrostu psychicznego. Osoba, która przejdzie w taki sposób przez doświadczenie krzywdy nie dostrzega już własnego cierpienia, ale pozytywne konsekwencje zranienia, takie jak większa pokora, odwaga, wierność czy szlachetność. Wybaczenie może również uleczyć pamięć. Niejednokrotnie akt przebaczenia powoduje, że wspomnienia związane ze zranieniem są mniej dotkliwe, sprawiają mniejszy ból.

Powtarzanie przebaczenia w różnych sytuacjach życiowych umacnia tę umiejętność. Oznacza to, że jeśli raz udało się komuś zdystansować i odstąpić od intensywnego przeżywania doznanej krzywdy, ma on duże szanse na zachowanie tej umiejętności także w innych okolicznościach.

Umiejętność przebaczenia stanowi również element wzrostu duchowego, wyrażonego poprzez życiową mądrość i wielkoduszość.

Na koniec należy dodać, iż pomimo próby opisanie zjawiska przebaczenia, nie możemy zapominać, że jest to proces złożony i niejednorodny. Dokonuje się na wielu płaszczyznach i może przybierać różne formy. W związku z tym nie da się podać ścisłej definicji tego pojęcia ani wyznaczyć jednoznacznych kryteriów, które pozwoliłyby nam rozpoznać, w którym momencie wybaczenie się dokonało.

Życie seksualne w chorobie

Izabela Malicki

Diagnoza choroby nowotworowej sprawia, że świat, który istniał do tej pory, rozpada się. W każdej sferze życia człowieka chorego następuje zmiana dotychczasowych wartości i priorytetów. Dotyczy to również osób bliskich i rodziny chorego. Najważniejszym z pytań jakie się wtedy pojawia to: *Jak poradzić sobie z chorobą?* Wraz z rozpoczęciem leczenia pojawiają się kolejne pytania: *W jakim stopniu moje życie może być normalne jeśli uporam się z chorobą? Jak będzie wyglądało moje życie teraz i po wyleczeniu? Co z moim życiem intymnym?*

Co znaczy seksualność

Seksualność to wrodzona, naturalna funkcja organizmu ludzkiego. Stanowi ważny aspekt życia i jest jednym z zasadniczych czynników motywujących nas do podejmowania więzi i kontaktów interpersonalnych. Wpływa na jakość życia. Zależy od doświadczeń życiowych, bogactwa życia wewnętrznego człowieka i stanu jego zdrowia. Choroba i jej leczenie mogą wpływać na nastawienie do kwestii bliskości, intymności i seksu osoby chorej.

Wielu osobom seksualność kojarzy się z intymnością, atrakcyjnością, przyjemnością, obrazem własnego ciała, akceptacją, samooceną, seksem, relacją, zaangażowaniem, dotykiem, obrazem siebie, samoakceptacją, zadowoleniem, miłością, więzią, otwartością, zmysłowością, zaufaniem i czułością.

Czym dla Ciebie jest seksualność? Co dla Ciebie jest ważne w obszarze seksualności? Warto na ten temat rozmawiać i zadbać o swoje potrzeby. Masz prawo wiedzieć, w jaki sposób leczenie może wpłynąć na odczuwanie bólu, zdolność do pracy, konieczność wprowadzenia zmian w sposobie odżywiania. Tak samo ważne jest zadbanie o informacje na temat Twojego życia i zdrowia seksualnego. Porozmawiaj o tym z lekarzem lub innym pracownikiem medycznym.

Co znaczy normalne życie seksualne

Ludzie różnią się podejściem do seksu i tego, co dla nich jest ważne w sferze życia seksualnego. Niektóre pary lubią uprawiać seks częściej, inne rzadziej. Dla wielu par seks oralny jest pożądaną i normalną częścią gry wstępnej, dla innych nie. **Normalne jest to, co sprawia przyjemność Tobie i Twojemu partnerowi lub Twojej partnerce.**

Optymalne jest, gdy para komunikuje się i ustala między sobą, jak zadbać o swoje potrzeby tak, żeby życie seksualne było satysfakcjonujące dla obojga, obu partnerów/partnerek. Zwykle ludzie interesują się seksem przez całe swoje życie. I mężczyźni i kobiety mogą pozostawać aktywnymi seksualnie również w zaawansowanym wieku. Mitem jest, że dojrzały człowiek nie interesuje się już seksem i go nie uprawia. Według badań seksuologa Zbigniewa Lwa-Starowicza sytuacja zagrażająca naszemu bezpieczeństwu, wywołująca lęk, wpływa na mniejsze zainteresowanie życiem intymnym. Poważna choroba w 15% przypadków wpływa na problemy z seksem. Osoby chore onkologicznie mogą być mniej zainteresowane lub utracić zainteresowanie seksem na różnym etapie leczenia. Mogą nie odczuwać pożądania. Nie jest to równoznaczne z utratą potrzeby bliskości, czułości, intymności, dotyku, przyjemności. Pamiętaj, że pieśszoty między partnerami/partnerkami są możliwe zawsze, niezależnie od problemów fizycznych wynikających z etapu leczenia. **Mimo różnych skutków leczenia prawie nigdy nie traci się zdolności odczuwania przyjemności płynącej z dotyku.**

Jaki jest wpływ leczenia na sferę życia seksualnego

Leczenie choroby onkologicznej ma wpływ na samopoczucie chorego i jego funkcjonowanie, również w sferze seksualnej. Kolejne etapy leczenia, jak zabieg operacyjny, chemioterapia, radioterapia, często hormonoterapia, skutkują niepożądanymi objawami. Pojawiają się dolegliwości bólowe, osłabienie, zmniejszenie libido, przedwczesna menopauza, suchość pochwy u kobiet, zaburzenia erekcji, przedwczesny wytrysk u mężczyzn, utrata części ciała.

Chory zmaga się również z problemami psychologicznymi, które wpływają na jego sferę intymną i jakość życia seksualnego. Do najczęściej występujących zaburzeń psychicznych występujących u pacjentów leczących się onkologicznie należą zaburzenia depresyjne, zespół przewlekłego zmęczenia, zaburzenia lękowe (lęk przed bólem, lęk przed intymnością, bliskością, czułością, wznowieniem współżycia, lęk przed oceną i o akceptację partnera/partnerki), obniżona samoocena, obniżone poczucie własnej wartości i atrakcyjności, wstyd i niechęć do własnego ciała, brak akceptacji własnego ciała i siebie.

Jak radzić sobie z zaburzeniami w sferze intymnej

Dowiedz się jak najwięcej na temat wpływu leczenia na Twoje życie seksualne. Porozmawiaj z lekarzem, pielęgniarką lub innym członkiem zespołu medycznego odpowiedzialnym za Twoje leczenie. Wiedza ta pozwoli Ci przygotować się do nowej sytuacji i nauczyć się radzić sobie z problemem. Pamiętaj, że leczenie niemal nigdy nie skutkuje brakiem zdolności odczuwania przyjemności z dotyku. Bądź otwarta/otwarty na nowe sposoby doświadczania przyjemności. Niektóre pary mają ograniczone wyobrażenie o możliwościach współżycia z partnerem/partnerką. Skutkuje to zmniejszeniem możliwości osiągnięcia satysfakcji seksualnej przez partnerów/partnerek. Szukaj sposobów okazywania troski i zaangażowania partnerce/partnerowi. Wraz z partnerem/partnerką możecie starać się osiągnąć

orgazm przez wzajemne pieszczoty i dotykane. Czasami wystarczy przytulenie się. Możesz też sama/sam czerpać przyjemność z dotykania siebie (masturbacja). Nie odmawiaj sobie przyjemności.

Rozmawiaj na temat życia seksualnego ze swoją partnerką/partnerem i lekarzem. Ważna jest dobra komunikacja. Milczenie jest największą przeszkodą w utrzymaniu zdrowia seksualnego! Lekarz lub pielęgniarka mogą czekać aż to Ty zainicjujesz rozmowę o swoim życiu seksualnym. Porozmawiaj z lekarzem i przekaż uzyskane informacje partnerowi/partnerce. W przeciwnym razie partner/partnerka może się obawiać, że uprawianie seksu wpłynie negatywnie na Twoje zdrowie. Zadbaj o otwartą komunikację z partnerem/partnerką. Powiedz mu/jej jeśli boli Cię któraś część ciała. Możesz podpowiedzieć partnerowi/partnerce, jak i gdzie może Cię dotykać. W ten sposób zadbasz o siebie i unikniesz bólu. Warto przedyskutować z partnerem/partnerką co myślicie na temat noszenia peruki podczas zbliżenia. Nie ma tu dobrej lub złej decyzji. Jest to kwestia indywidualna, do uzgodnienia. Rozmowa z partnerem/partnerką o swoich obawach pozwoli Wam zbliżyć się do siebie. Spróbuj wyrazić swoje uczucia w pozytywny sposób: *Brakuje mi naszej intymności. Porozmawiajmy o tym. Co stoi na przeszkodzie żebyśmy byli/były ze sobą blisko?*

Jedną z przyczyn niepokoju przed zbliżeniem jest obawa przed zaspokojeniem partnera/partnerki. Tu również kluczową rolę odgrywa komunikacja między partnerami/partnerkami. Pamiętaj, że każde zaburzenie seksualne na tle psychogenym może być konsultowane z seksuologiem.

Jak sprawić żeby życie erotyczne nie ustało oraz jak poradzić sobie ze zmianami w wyglądzie i odbudować poczucie własnej wartości

Seks wpływa na radość życia, obraz siebie i związki z innymi ludźmi. Może redukować napięcie i zwiększać poczucie atrakcyjności. Po leczeniu nowotworu łatwo koncentrować się jedynie na tej części ciała, która została dotknięta przez chorobę, jednak kluczem do poprawy samopoczucia i akceptacji własnego ciała jest skupienie uwagi na pozytywach. Jeśli w trakcie leczenia skupisz się na swoich zaletach i mocnych stronach, poczujesz się bardziej atrakcyjna/atrakcyjny.

Ćwiczenie. Stań przed lustrem i skoncentruj się na własnym wyglądzie. Przyjrzyj się sobie z uważnością. Zauważ minimum trzy elementy, które podobają Ci się samej/samemu w sobie. Zapisz je na kartce i schowaj, aby wrócić do nich, gdy będziesz miał/miała gorszy dzień. Powtarzaj ćwiczenie codziennie aż nie będzie Ci ono sprawiało większych trudności.

Niechciane efekty leczenia onkologicznego, np. utrata włosów, brwi, rzęs, blizny, asymetria ciała, opuchlizna, utrata masy mięśniowej, bledość, przebarwienie, zaczerwienienie skóry czy wyłonienie stomii, wpływają na obniżenie poczucia atrakcyjności, pewności siebie i samooceny chorej/chorego. Pomocne może okazać się tu spotkanie z brafitterką, która pomoże Ci dopasować odpowiednią bieliznę oraz korzystanie z warsztatów kosmetycznych, na których dowiesz się jak dobrać dla siebie odpowiedni makijaż, perukę, chustę lub turban.

Jak zmienić negatywne nastawienie

Ćwiczenie. Zapisz trzy negatywne myśli, które pojawiają się u Ciebie najczęściej, gdy myślisz o seksie. Niektóre z nich mogą być związane z Twoim leczeniem, inne mogły pojawić się jeszcze przed chorobą. Następnie przy każdej negatywnej myśli zapisz trzy myśli pozytywne. Gdy znajdziesz się w intymnej sytuacji, postaraj się skupić na pozytywnych myślach tak, aby nie było miejsca na negatywne.

Praktykowanie uważności a seks

Badania wskazują, że uważność (ang. mindfulness) korzystnie działa na zdrowie i zwalczanie skutków stresu, poczucie szczęścia i życie seksualne. Gdy jesteśmy uważni, przyciągamy naszą uwagę do tego, czego doświadczamy w bieżącym momencie, włączając w to myśli, doznania, uczucia oraz otoczenie. Jednocześnie nie oceniamy, a jesteśmy zaciekawieni/zaciekawione.

Uważny seks wiąże się ze zdolnością obserwowania i opisywania tego, co się dzieje w Twoim ciele i umyśle, bez automatycznego kategoryzowania jako dobre lub złe. Jeśli wyćwiczysz w sobie tę umiejętność, będziesz się bardziej cieszyć seksem.

Jak pokonać depresję

Sprawdzonym i polecanym sposobem na polepszenie nastroju jest zadbanie o sferę cielesną poprzez aktywność fizyczną. Porozmawiaj ze swoim lekarzem, jakiego rodzaju aktywności będą dla Ciebie odpowiednie. Ważne jest żebyś przestrzegała/przestrzegał zaleceń lekarskich i nie przesadziła/przesadził z ilością ćwiczeń fizycznych. Objawy niektórych form leczenia, jak ból lub nudności, można próbować zmniejszyć stosując techniki relaksacyjne. Dobrze jest zapoznać się z nimi konsultując się z psychologiem, psychoonkologiem. Jeśli obniżony nastrój utrzymuje się, a jednocześnie masz problemy ze snem i brak apetytu oraz jesteś apatyczna/apatyczny i masz poczucie beznadziei, a także problemy z koncentracją uwagi, skonsultuj się z lekarzem specjalistą psychiatrą, który może zalecić Ci leczenie farmakologiczne i psychoterapeutyczne.

Gdzie szukać pomocy

Jeśli szukasz pomocy w rozwiązywaniu problemów natury seksualnej, pierwszym krokiem powinna być zawsze rozmowa z lekarzem. Jeśli onkolog nie potrafi Ci pomóc, porozmawiaj z lekarzem pierwszego kontaktu. W kwestii pytań dotyczących sfery intymnej dobrze jest udać się na konsultację do seksuologa. Istnieją poradnie leczenia zaburzeń seksualnych oraz programy rehabilitacji seksualnej w przychod-

niach onkologicznych. Inna forma terapii, która pomoże Ci zaakceptować zmiany, które zaszły w Twoim ciele oraz może pomóc Ci poprawić komunikację w Twoim związku to psychoterapia. Kobieta, która ma problemy natury seksualnej, pozostaje pod opieką lekarza ginekologa a mężczyzna lekarza urologa.

Organizacje wspierające pacjentki i pacjentów chorujących na nowotwory

- Fundacja Onkologiczna DUM SPIRO-SPERO – www.forum-onkologiczne.com.pl/forum/;
- Społeczna Fundacja Ludzie Dla Ludzi – www.onkolodzy.net;
- Fundacja Rak’n’Roll Wygraj Życie! – www.raknroll.pl; www.cancersutra.pl;
- Polska Liga Walki z Rakiem – www.ligawalkizrakiem.pl;
- Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych – www.pkopo.pl; www.onkofundusz.pl; www.wygrajmyzdrowie.pl;
- ALIVIA – Fundacja Onkologiczna – www.alivia.org.pl; www.kolejkoskop.pl;
- Stowarzyszenie Mężczyzn z Chorobami Prostaty Gladiator – www.gladiator-prostata.pl;
- Fundacja Gdyński Most Nadziei – www.odwazni.com
- Ogólnopolska Organizacja Kwiat Kobiecości – www.kwiatkobiecosci.pl;
- Fundacja Onkologiczna Nadzieja – www.fundacjaonkologicznanadzieja.org;
- Warszawskie Centrum Psychoonkologii – www.wcp.org.pl;
- Fundacja Piękniejsze Życie – www.pieknieszezycie.org;
- Fundacja Pokonaj Raka – www.pokonajraka.com;
- Sanitas Stowarzyszenie na Rzecz Walki z Chorobami Nowotworowymi – www.sanitas.sanok.pl;
- Dolnośląskie Centrum Psychoonkologii i Rehabilitacji – www.dcpir.pl;
- Stowarzyszenie Pomocy Chorym na Mięsaka SARCOMA – www.sarcoma.pl;
- Stowarzyszenie Walki z Rakiem Płuca – www.rakpluca.org.pl;
- Federacja Stowarzyszeń AMAZONKI – www.amazonkifederacja.pl;
- Stowarzyszenie na rzecz walki z rakiem jajnika Niebieski Motyl – www.niebieskimotyl.pl;
- Stowarzyszenie UNICORN – www.unicorn.org.pl;
- Fundacja OmeaLife Rak piersi nie ogranicza – www.facebook.com/Fundacja-OmeaLife;
- Stowarzyszenie PSYCHE SOMA POLIS – www.psychesomapolis.org;
- Fundacja Dar Szpiku – www.darszpiku.pl;
- Fundacja Tam i z Powrotem – www.tamizpowrotem.org;
- Fundacja Rosa – www.rakoobrona.pl;
- Fundacja OnkoCafe – Razem Lepiej – www.onkocafe.pl;
- Stowarzyszenie Przyjaciół Chorych na Chłoniaki Przebiśnięg – www.przebiśnięg.org;
- Fundacja Małgorzaty Braunek BĄDŹ – www.fundacijabadz.pl;

- Fundacja ISKIERKA – www.fundacjaiskierka.pl;
- Fundacja Chustka – www.fundacjachustka.pl;
- Stowarzyszenie Wspierające Chorych na Chłoniaki „Sowie Oczy” – www.sowieoczy.pl;
- Fundacja RÓŻOWA KONWALIA – <http://www.rozowa-konwalia.pl/>
- Stowarzyszenie kobiet z problemami onkologiczno-ginekologicznymi „Magnolia” – www.stowarzyszenie-magnolia.org;
- Polskie Towarzystwo Stomijne Pol-ilko – www.polilko.pl;
- Portal onkologiczny zwrotnikraka.pl – www.zwrotnikraka.pl;
- Infolinia Onkologiczna Polskiego Towarzystwa Psychoonkologicznego bezpłatny tel. 800 080 164; pon.-pt. 18:00-22:00;
- Polskie Towarzystwo Psychoonkologiczne – www.ptpo.org.pl;
- Polskie Towarzystwo Seksuologiczne – www.pts-seksuologia.pl;
- Polskie Towarzystwo Medycyny Seksualnej – www.ptms.pl.



6

NAUCZ SIĘ RADZENIA

SOBIE W TRUDNYCH

SYTUACJACH

Krystyna de Walden-Gałuszko

.....

POKAŹCIE MI ZDROWEGO PSYCHICZNIE CZŁOWIEKA,
A JA GO WYLECZĘ
Carl Gustav Jung

.....

We wcześniejszej części omówiliśmy dość obszernie różne zasoby psychiczne, które umożliwiają osobie w stresie poradzenie sobie z nim, przywracając zachwianą równowagę. Oprócz własnych sił dużą pomocą w tym procesie jest wsparcie otoczenia. Zdarza się jednak nie tak rzadko, że albo oba źródła siły zawodzą, albo stres okazuje się zbyt silny lub trwa zbyt długo – wtedy dochodzi do utrwalenia zachwianej równowagi, czyli zaburzenia przystosowania do traumatycznej sytuacji.

Często chorzy zgłaszający się do psychoonkologa mówią: *„Cały czas radziłam sobie z chorobą, leczeniem, pomagałam innym, podziwiano moją dzielność – ale teraz, po roku, dwóch, czasem w trakcie leczenia, nie daję już rady, potrzebuję pomocy”*.

Zazwyczaj zaburzenia przystosowania przybierają formę zespołów lękowych, depresyjnych lub mieszanych. Jak wcześniej wspomniano, lęk i przygnębienie są naturalnymi emocjami, które występują u wszystkich ludzi jako reakcje na sytuacje stresowe i nie wymagają wtedy pomocy z zewnątrz. Natomiast w sytuacji, gdy występują bardzo często, przez większą część dnia, gdy ich nasilenie jest tak duże, że utrudnia codzienne funkcjonowanie i zakłóca relacje z otoczeniem, wówczas z całą pewnością należy zwrócić się o pomoc. Najlepiej zrobić to od razu – zaoszczędzimy sobie w tej sytuacji wiele nieprzespanych nocy i niepotrzebnego cierpienia.

Lęk a zespół lękowy

.....

IM MNIEJ STRACHU, TYM WIĘCEJ DUCHA.

Søren Aabye Kierkegaard

.....

Rodzaje lęku

Lęk jest reakcją emocjonalną na poczucie zagrożenia utratą czegoś ważnego, np. zdrowia, komfortu, życia. Jest reakcją podsycaną przez niepewność i wyobrażenie: „Stracę, czy nie?” Sam w sobie lęk pełni także role pozytywne, m.in. ostrzega przed niebezpieczeństwem oraz skłania do podejmowania działań zabezpieczających przed utratą (np. decyzja na zabieg). Opanowany lęk zwiększa odporność i przyczynia się do wzrostu osobowego. Opisany w ten sposób lęk jest naturalną reakcją psychiczną, stąd można go określić jako lęk psychologiczny.

Występuje poza tym lęk nazywany słusznie strachem, który jest odpowiedzią na realne zagrożenie, np. strach przed burzą czy groźnym psem.

Istnieje też lęk pozapsychologiczny, wywołany przez różne czynniki, np. stany niedotlenienia (w chorobie wieńcowej, w napadach duszności). Lęk wywołują także różne leki, zaburzenia neurologiczne, metaboliczne lub hormonalne.

Z praktycznego punktu widzenia najważniejszy jest lęk psychologiczny – nerwowy, spowodowany trudną sytuacją wywołującą napięcie emocjonalne i zaburzenia równowagi psychicznej. Jest to typowy tzw. uogólniony zespół lękowy, w którym oprócz lęku występują trudności skupiania uwagi, zaburzenia pamięci, kłopoty ze snem (zwłaszcza podczas zasypiania) oraz stan ogólnego napięcia. Czasami występują także trudności nabrania głębokiego oddechu, drżenie i mrowienie kończyn, brak apetytu, biegunki lub zaparcia.

Niekiedy zespół lękowy wyraża się pod postacią tzw. lęku napadowego, w którym od czasu do czasu pojawia się stan bardzo silnego lęku, połączony z niepokojem ruchowym, szybkim biciem serca, wrażeniem zaciskania w klatce piersiowej (jak w pancerzu). Ten bardzo przykry stan trwa krótko lecz, zwłaszcza na początku, chory wzywa pogotowie w przekonaniu, że umiera.

Znany jest także tzw. lęk fobijny, czyli irracjonalny lęk przed zamkniętą przestrzenią (klaustrofobia) czy przed różnymi czynnościami (np. przed zastrzykiem). Lęk fobijny to patologiczna forma strachu.

Wyżej opisane objawy występują w zespołach lękowych z różnym nasileniem, częstotliwością i oczywiście nie wszystkie na raz – ich występowanie jest wskazaniem do zwrócenia się o pomoc do lekarza psychoonkologa. Farmakoterapia, uzupełniona pomocą psychologiczną, okazuje się tu szczególnie pomocna.

Wdzięcznym polem farmakologicznego leczenia lęku fobijnego jest np. lęk przed chemioterapią, utrudniający wykonanie iniekcji. Podanie środka przeciwłękowego przed zastrzykiem czy badaniem RM (z powodu klaustrofobii) umożliwia uczestniczenie w tych procedurach bez żadnych kłopotów.

Jak zmniejszyć lęk – jak samodzielnie sobie z nim poradzić

W przypadku lęku psychologicznego, zwłaszcza wtedy, gdy lęk nie jest zbyt nasilony i pojawia się od czasu do czasu, warto poznać sposoby, które mogą go skutecznie opanować.

Pierwsza rada dotyczy osób, u których lęk objawia się poprzez „ciało” (wzrost ciśnienia, tętna, przyspieszone oddechy itp.). W tym wypadku trzeba zapoznać się z mechanizmami powstawania takiego lęku. Wyobraźmy sobie, że idziemy drogą a naprzeciwko pojawia się ktoś, kto swoim zachowaniem wskazuje na zagrożenie. Mamy wówczas dwie możliwości – walczyć albo uciekać (częściej to drugie). Natychmiast w mózgu pojawia się sygnał: NIEBEZPIECZEŃSTWO. Ciało reaguje od razu – podnosi się ciśnienie, wzrasta tętno i częstość oddechów, napinają się mięśnie, wzrasta stężenie glukozy we krwi, oznacza to gotowość do wysiłku (tzw. mobilizacja celowa). Kiedy człowiek boi się myśleć o chorobie, bólu itp., mózg reaguje podobną mobilizacją, tylko że wtedy jest to mobilizacja bezcelowa, powodująca np. napad lęku panicznego. Zrozumienie mechanizmu tych objawów samo w sobie zmniejsza lęk przed nimi.

W większości wypadków lęk przejawia się ogólnym poczuciem zagrożenia – przecuciem, że stanie się coś złego. Dobrą metodą jest wówczas racjonalna rozmowa ze swoim wewnętrznym tłumaczem. Co konkretnie nam zagraża? Rozbijamy w ten sposób swój lęk na konkretne strachy, z którymi łatwiej możemy się uporać niż z zagrożeniem.

Pomocne są również pytania: „*Co nasila mój lęk?*” (tego trzeba unikać) i „*Co zmniejsza mój lęk?*” (z tego należy korzystać). Dobrze by było także obserwować siebie z boku podczas lęku, pamiętając zarazem proste informacje: lęk nie zabija, nie trwa wiecznie – on się pojawia, narasta, a potem powoli opada; wystarczy tylko przetrzymać jego szczytowe napięcie i wówczas opadnie stopniowo. Wreszcie ważna informacja: lęk można kontrolować. Trzeba zatem przygotować się na jego nadejście, opracowując różne formy samopomocy. Może to być telefon do przyjaciela zawczasu uzgodniony, obserwacja sekundnika i co 3 sekundy mówienie sobie „stop”, powtarzanie wierszyka, odejmowanie co 5 od 100, oglądanie zdjęć, włączanie ulubionej muzyki czy rysowanie lęku. Takie propozycje oparte są na odwracaniu uwagi od lękotwórczych myśli. Ostatnia z tych metod, czyli rysowanie lęku, jest szczególnie cenna, gdyż nie tylko angażuje uwagę, ale wyzwała także pozytywne emocje i kreatywność.

Bardzo korzystną metodą opanowania lęku jest zmiana sposobu oddychania przed wystąpieniem lęku i w trakcie jego trwania. Oddychamy torem brzusznym (podczas wdechu brzuch wypełnia się jak nadmuchana piłka, przy wydechu opada). Oddychanie powinno być wykonywane powoli, głęboko i „po kwadracie”, tzn. każdy bok kwadratu jest równy wdech – przerwa – wydech – przerwa i trwa ok. 5 sekund (121,122...125).

Ze względu na fakt, że lęk powoduje napięcie mięśni skuteczne są także wszelkie ćwiczenia relaksacyjne (np. z wykorzystaniem kasety z treningiem autogennym Schulza).

Powyższe sposoby samopomocy w sytuacji lęku można wykorzystywać z powodzeniem wtedy, gdy jest to lęk psychologiczny o niezbyt dużym nasileniu, natomiast w typowym zespole lekowym mogą być one dobrym uzupełnieniem farmakoterapii, która w jego przypadku powinna być wiodącą metodą leczenia.

Ważne jest, żeby wspomniane techniki wykorzystywać umiejętnie, konsekwentnie i przez odpowiednio długi czas (kilka miesięcy).

Na koniec jako podsumowanie proponuję do przemyślenia tzw. przepis na lęk:

Przewidywane okropieństwo zdarzenia

+ realne okropieństwo zdarzenia

= Nasilenie lęku

Własne zasoby

+ czynniki zewnętrzne

+ wsparcie

Smutek – kiedy przygnębienie staje się depresją?

.....

BÓL JEST NIEUNIKNIONY, CIERPIENIE TYLKO PRAWDOPODOBNE.

M. Kathleen Casey

.....

Definicja smutku

Smutek jest naturalną reakcją emocjonalną na myśl lub wyobrażenie sobie pewności utraty ważnej dla człowieka wartości. Każdy z nas w jakimś okresie swojego życia przeżywa smutek. Jest to uczucie przykre. Nie lubimy się smucić, choć to nieuniknione. Jednak smutek spełnia w naszym życiu również rolę pozytywną, gdyż powoli oswaja nas z utratą, a jednocześnie skłania do szukania dróg wyjścia. Spostrzegane przez otoczenie objawy smutku skłaniają do udzielania pomocy i wsparcia. Przetworzony smutek przyczynia się do wzrostu osobowego.

Smutek różni się istotnie od depresji jako zespołu chorobowego. W tym drugim przypadku obserwujemy oprócz przygnębianego nastroju liczne objawy towarzyszące, np. koncentrację uwagi na przyczynie smutku przez większą część dnia, problemy z pamięcią, niezdolność cieszenia się czymkolwiek, często ogólne spowolnienie, trudności podejmowania wysiłku, poczucie bezsensu, beznadziejności i bezradności. Dodatkowo towarzyszy im w większości przypadków stan napięcia, rozdrażnienia lub lęku.

Objawy depresji pojawiają się w różnych sytuacjach klinicznych. Bardzo często są reakcją na trudną sytuację (chorobową, życiową) i stanowią wyraz niemożności przystosowania do sytuacji (depresja nerwicowa dezadaptacyjna). Mogą też być wywołane przez czynniki zewnętrzne, np. przewlekły ból, duszność, leki (w tym niektóre formy chemioterapii). Poza tym zespół depresyjny może ujawnić się w przebiegu tzw. choroby afektywnej, będąc jedną z popularnych chorób psychicznych.

Co zrobić, gdy zaczyna nam zbyt długo towarzyszyć obniżony nastrój

W sytuacji odczuwania obniżonego nastroju przez dłuższy czas trzeba przyjrzeć się sobie i spróbować rozpoznać swój smutek lub przygnębienie, zwłaszcza jeśli stan ten utrzymuje się przez okres dłuższy niż dwa tygodnie. W tym miejscu warto zwrócić uwagę na najczęstsze błędy popełniane przy tej okazji:

- błędna psychologizacja – to nic dziwnego że się smucę, przecież mam przyczyzny;
- muszę jeszcze poczekać, może przejdzie;
- muszę sobie poradzić sama, nikt w tym nie może mi pomóc;
- nie będę truć się lekami, od których mogę się uzależnić albo się do nich przyzwyczaję.

Jeśli uznam, że objawy które w sobie obserwuję to tylko smutek, powinnam zabrać się do energicznej samopomocy, jeżeli jednak smutkowi towarzyszą niektóre objawy charakteryzujące wyżej opisany zespół depresyjny, należy zwrócić się do lekarza. Farmakoterapia w tym wypadku jest najprostszą i najbardziej skuteczną metodą usunięcia objawów.

Przed podjęciem leczenia warto zapoznać się z ważnymi informacjami:

- leki przeciwdepresyjne ujawniają swoją skuteczność po okresie utajenia;
- leki przeciwdepresyjne nie uzależniają – po pewnym czasie można je spokojnie wycofać (uzależnienie to stan, w którym po pewnym okresie podawania leku odstawienie go wywołuje bardzo przykre objawy abstynencyjne);
- leki przeciwdepresyjne nie powodują przyzwyczajenia (przyzwyczajenie występuje wtedy, gdy po dłuższym czasie przyjmowanie leku jego dawka staje się niewystarczająca i do uzyskania pożądanego efektu potrzebne jest jej podniesienie);
- na początku kuracji mogą pojawić się niewielkie objawy dyskomfortu, które po kilku dniach ustępują;
- osoby leczone onkologicznie (chemioterapia, hormonoterapia) mogą być leczone lekami przeciwdepresyjnymi dobranymi przez doświadczonego lekarza – psychoonkologa;
- asortyment leków przeciwdepresyjnych jest bardzo duży, stąd duża możliwość dostosowania określonego leku do objawów klinicznych;
- leczenie zespołu depresyjnego powinno być prowadzone niezależnie od przyczyny i powinno być kontynuowane odpowiednio długo (6–12 miesięcy);
- wskazane jest uzupełnienie farmakoterapii przez różne formy wsparcia psychologicznego; zasadą jest, że pomoc ta jest najbardziej wskazana i skuteczna po przeminieciu ostrych, bardzo nasilonych objawów depresji.

Osoby stwierdzające u siebie objawy częstego smutku, ale bez innych objawów typowych dla zespołu depresyjnego, powinny sięgnąć po różne formy samopomocy.

Najczęściej smutek jest wywołany przez określoną przyczynę, zdarza się jednak, zazwyczaj przez krótki czas, że bywa spowodowany przez pogodę, zmiany hormonalne itp. Zwykle nawet w sytuacji, gdy smutek nie jest wywołany przez żadną poważną przyczynę, mamy tendencję do podkładania jakiejś myśli tłumaczącej to uczucie.

Przystępując do pracy nad smutkiem powinniśmy zawczasu przygotować się na nadejście smutnych chwil przez wykonywanie tzw. treningu przyjemności: zapisywanie w każdym dniu przez miesiąc czynności lub sytuacji, które sprawiły nam radość – w ten sposób tworzymy bank przyjemności, z których można będzie

w razie potrzeby skorzystać dla rozpędzania smutku. W chwili przeżywania smutku musimy na początku sprawdzić, czy przyczyny które go wywołują są realne, a nasilenie smutku jest proporcjonalne do wagi problemu, a także, czy przyczyna wywołująca obecną reakcję będzie nadal ważna po 2–6 miesiącach. Czy w tej konkretnej sytuacji można ją jakoś zmienić? Gdy przyczyna okazuje się realna, zastanawiamy się jak zmniejszyć jej wpływ (np. smucę się, ponieważ muszę zrezygnować z ulubionej pracy, ale podejmuję plan przestawienia się na inną, dostrzegam wynikające z tego pozytywy). Jeżeli jest realna, np. utrata dużej ilości pieniędzy, a nie bardzo można poprawić ten stan, zamiast smutnego rozpamiętywania pierwsza podjęta decyzja powinna brzmieć: *„pomyślę o tym później, zajmę się tym co lubię: gotowaniem, sprzątaniem, zabawą z psem”*.

Gdy smutkowi towarzyszą myśli o własnej nieudolności, warto przypomnieć sobie sytuacje w których odnieśliśmy sukces, rozwiązaliśmy trudne sprawy itp. Czasami możemy pogłębić dobre wspomnienia. Należy wówczas usiąść wygodnie w osobnym cichym pokoju, zamknąć oczy i przypomnieć sobie sytuację w której czuliśmy się szczęśliwi, było nam bardzo dobrze. Próbujemy odtworzyć raz jeszcze tę scenę z wszystkimi detalami, zatrzymując się na poszczególnych fragmentach możliwie jak najdłużej. Po takiej kilkuminutowej sesji czujemy zazwyczaj odprężenie, a zły nastrój znacznie się zmniejsza.

Inne sposoby to rozmowa z przyjaciółmi (przy okazji śmiechoterapia, kreatywność i poczucie humoru). Bardzo ważne jest wypracowanie w sobie umiejętności przebywania ze sobą tu i teraz, stąd np. duża skuteczność terapii uważnością (mindfulness) w poprawie nastroju.

Mądre przeżywanie teraźniejszości i umiejętność dostrzegania urody codzienności (pogody za oknem, kwiatów na stole) to wielka broń w walce ze smutkiem.

Bardzo ważnym sposobem jest planowanie, czasem w połączeniu z marzeniami. Oprócz planów dalekosiężnych potrzebne są plany krótkoterminowe, np. spacer 5 km trzy razy w tygodniu. Realizacje takich planów trzeba co jakiś czas zmieniać, żeby nie stały się rutyną. Satysfakcja z realizacji celu mimo czasem lenistwa i wewnętrznych oporów pobudza nasz układ nagrody i bardzo poprawia nastrój.

Ogromną pomocą działającą w podobny sposób (wydzielanie endorfin – hormonów szczęścia) jest wysiłek fizyczny w formie aktywności, którą najbardziej lubimy (jogging, pływanie itp.).

Warunkiem skuteczności tak nakreślonej samopomocy jest regularność jej wykonywania, mimo że niekiedy wymaga ona przełamania niechęci (lub lenistwa), która z czasem zaczyna nas kusić niebezpieczną biernością.

Co trzeba wiedzieć o gniewie i złości?

DO SUKCESU NIE MA ŻADNEJ WINDY. TRZEBA IŚĆ PO SCHODACH.

E. Oesch

Definicja gniewu

Gniew nie jest zespołem chorobowym. Stanowi reakcję uczuciową na przeszkodę w osiągnięciu celu lub na zaburzenie jakiegoś uznanego powszechnie ładu. Jest wyrazem braku zgody na fakt lub wydarzenie, które go powoduje.

Przyczyny gniewu mogą być racjonalne (np. gniew na fakt zlekceważenia objawów choroby przez lekarza) lub nieracjonalne. W tym drugim przypadku przyczyn pośrednich, zwiększających prawdopodobieństwo powstawania gniewu, jest bardzo wiele, np. może on wynikać z poczucia niesprawiedliwości („dlaczego dotknęła mnie ta choroba?”) i jest kierowany do Boga, losu lub niewinnego w tym wypadku personelu medycznego. Może też wynikać z tłumionego poczucia winy (np. u palaczy) lub przekształcać się w gniew z uczucia lęku („czemu moja rodzina nie dzwoni, pewnie coś się stało”).

Reakcje gniewu występują częściej u osób z określonymi cechami osobowości i temperamentu, np. cholerycy mają większą skłonność do reagowania gniewem niż flegmatycy. Poza tym do reakcji gniewem na sytuacje, które uniemożliwiają realizację założonego celu skłonne są osoby obdarzone tzw. wysokim poczuciem kontroli – przekonane, że niemal wszystko zależy od ich woli. Uniemożliwienie sprawowania kontroli nad wydarzeniami jest bardzo silnym bodźcem wyzwalającym gniew, bunt i ogólną reakcję dezadaptacyjną.

Gniew jako uczucie ma swoje strony pozytywne. Po pierwsze wzmaga energię i dodaje siły (pod wpływem gniewu potrafimy zrobić o wiele więcej niż w warunkach spokoju). Po drugie daje czasem odwagę do przeciwstawienia się nieprawidłowościom. Ponadto ukierunkowany gniew pozwala osiągnąć trudne cele, a właściwie opanowany przyczynia się do wzrostu osobowego.

Złość jest z kolei głównie reakcją na mało ważne lub wyimaginowane przeszkody. Szczególnie często jest to reakcja na zaburzenia ustalonego porządku (bałagan w pokoju), przy czym ta reakcja uczuciowa jest zazwyczaj irracjonalna lub nieproporcjonalna do przyczyny. Jeśli występuje często, określamy ją jako stan rozdrażnienia, który przejawia się zazwyczaj z wahaniami nastroju.

Przyczyn takiego sposobu reagowania jest bardzo wiele. Przeważnie wiążą się z czynnikami zewnętrznymi (dotyczy to szczególnie rozdrażnienia). Często przyczyną jest zmęczenie, niewyspanie lub niedożywienie. Występuje z reguły w stanach rekonwalescencji lub w początkach choroby, a także jako efekt uboczny leczenia (chemioterapia, hormonoterapia), jest także objawem wiodącym w zaburzeniach hormonalnych (przekwitanie). Może być powiązany z przyczynami psychologicznymi (np. u osób przeżywających trudne sytuacje, kłopoty lub zmartwienie).

Rozdrażnienie jest często zgłaszane przez osoby chorujące na depresję, stając się powodem dodatkowego cierpienia i pogłębiając typowe dla osób depresyjnych poczucie winy. Często zdarza się, że osoby w depresji akcentują na pierwszym miejscu stany rozdrażnienia, prosząc o ich usunięcie ze względu na swoich bliskich, którym chcą zaoszczędzić swojej złości.

Jak powinniśmy sobie radzić z uczuciem złości i gniewu, zwłaszcza gdy mamy ku niemu skłonności

Pierwszą zasadą obowiązującą w odniesieniu do kontroli uczuć jest wypracowanie w sobie umiejętności rozpoznania przeżywanych stanów uczuciowych i nazwanie ich przed sobą – jestem rozgniewana, zła lub smutna, boję się itp. Ponadto trzeba pamiętać, że wyładowanie gniewu (rzucanie talerzami) nie jest właściwą metodą na jego opanowanie, podobnie jak jego tłumienie lub udawanie, że nie istnieje.

Musimy znaleźć racjonalny sposób na wygaszenie gniewu. Pierwszym krokiem po rozpoznaniu, że jestem zła jest pytanie: „czy mój gniew jest racjonalny”, a jeśli tak, to „czy mogę usunąć jego przyczynę”. Jeśli odpowiedź znowu brzmi tak, należy skierować całą swoją uwagę i energię na sformułowanie i realizację tego celu.

Jeśli gniew nie ma bezpośrednio racjonalnej przyczyny, trzeba zastanowić się (z wewnętrznym tłumaczem, z którym zwykle omawiam wszystko co mnie dotyczy), jakie może być to podwójne dno (poczucie winy lub krzywdy, zazdrość). Jest to zadanie trudniejsze, wymaga głębszego zrozumienia siebie, lecz jest możliwe do wykonania przy maksymalnej uczciwości względem siebie.

Po ustaleniu przyczyny natężenie gniewu automatycznie trochę opada, choć nie zawsze.

Kolejnym sposobem złagodzenia gniewu są różne metody odwracania uwagi, przesuwania myśli na inny temat. Dobrym uzupełnieniem tej metody jest wysiłek fizyczny (rozładowujący nagromadzoną energię gniewu), a także zaangażowanie się w nowe zadania, wykorzystanie zasobów, zwłaszcza ciekawości, kreatywności i poczucia humoru. Metody te powodują zwykle chwilowe uspokojenie, co poszerza spojrzenie na przyczynę gniewu i po pewnym czasie pozwala na spokojną ocenę, a nawet na dostrzeżenie pozytywnych jego aspektów.

Gniew w formie wyżej opisanej nie wymaga leczenia, natomiast gdy obserwujemy u siebie stany rozdrażnienia i złości pojawiające się często, należy koniecznie ustalić przyczynę i do niej dopasować nasze dalsze postępowanie. Jeśli mimo usunięcia przyczyn zewnętrznych (zmęczenie, niewyspanie itp.) objawy nie ustępują, należy skorzystać z pomocy lekarza.



7

ZAPANUJ NAD EMOCJAMI

– PRAKTYCZNE FORMY

SAMOPOMOCY

Terapia uważnością – mindfulness

Anna Borzeszkowska

.....

UWAŻNOŚĆ POZWALA NAM ZROZUMIEĆ, ŻE SZCZĘŚLIWE CHWILE SĄ JAK
KWIATY, DO POWĄCHANIA I DO PORZUCENIA, A NIE JAK ZŁOTE MONETY
DO GROMADZENIA. CUDOWNE I DELIKATNE KWIATY, ULOTNE JAK NASZE ŻYCIE.
UWAŻNOŚĆ POMAGA NAM ŻYĆ, PO PROSTU, I UŚWIADAMIAC SOBIE Z KAŻDYM
ĆWICZENIEM, ŻE ŻYJEMY I TO JEST WSPANIAŁE.

Christophe André

.....

W codziennym życiu jest wiele stresorów, z którymi przychodzi nam się mierzyć i które wpływają na nasze funkcjonowanie. Wśród nich znaczącymi są choroba i ból. Każdy z nas doświadcza cierpienia i bólu w życiu. Ból i choroba to naturalna część naszego życia. Ze szczególną sytuacją mamy do czynienia wtedy, gdy człowiek doświadcza choroby jaką jest nowotwór. W chorobie nowotworowej pacjenci często doświadczają cierpienia. Może ono brać się z bólu fizycznego lub emocjonalnego. Cierpienie obejmuje myśli i emocje oraz to, jak definiują one znaczenie choroby, jej przeżywania i doświadczania. Diagnoza choroby nowotworowej wywołuje bardzo wiele reakcji: fale szoku, niedowierzania, rozczarowania, niepewności, lęku, strachu, przerażenia, zagubienia, i to zarówno u osoby chorej, jak i jej bliskich. Często pojawia się myśl: „*nic już nie będzie takie jak było, nic już nie jest takie pewne i oczywiste w życiu*”. Sposób, w jaki osoba doświadczająca choroby ją postrzega i jak na nią reaguje wpływa na poziom cierpienia i tego, jak sobie z nią radzi.

Zatem jak pogodzić cierpienie jakie wywołuje choroba nowotworowa ze współczuciem, życzliwością i dobrocią? Czy jest to w ogóle możliwe? Jak podejść do choroby nowotworowej w pełen czułości i świadomy sposób?

Jednym ze sposobów wspierających proces leczenia i radzenia sobie z chorobą jest praktyka mindfulness.

Czym jest mindfulness

W języku polskim nie ma odpowiedniego, oddającego rzeczywiste znaczenie, tłumaczenia tego słowa. Najczęściej mindfulness określa się jako uważną obecność, pełną obecność czy uważność, a zwykle powtarzaną definicją są słowa Jona Kabaty-Zinna: „*Uważność oznacza bycie skoncentrowanym w określony sposób: świadomie, tu i teraz, bez wartościowania i osądzania.*”

Mindfulness polega na doświadczaniu rzeczy i sytuacji takimi, jakie są. Termin ten odnosi się zarówno do praktyki, jak i podejścia, które polega na byciu całkowicie obecnym wobec doświadczenia płynącego zarówno z zewnątrz (inni ludzie), jak i z wewnątrz (własne myśli, uczucia, wrażenia) w każdej chwili.

Praktyka mindfulness polega na przyglądaniu się swoim myślom, emocjom, sygnałom z ciała. To wszystko ma pozwolić uwolnić i uspokoić umysł, a także skoncentrować się bardziej na chwili obecnej. Pozwala znaleźć więcej akceptacji tego, co pojawia się w naszym codziennym dniu, nauczyć się, jak zmieniać swoje utarte przez wiele lat przekonania oraz oduczać się automatycznego reagowania i działania w różnych sytuacjach.

W ramach treningu mindfulness pracuje się z ciałem, emocjami i myślami. Mindfulness pozwala obniżyć stres i wypracować treści pojawiające się w świadomości. Najbardziej znanym treningiem z wykorzystaniem mindfulness jest trening redukcji stresu oparty na uważności (ang. Mindfulness Based Stress Reduction) stworzony przez profesora Jona Kabata-Zinna z wydziału medycznego Uniwersytetu Massachusetts. Wiele badań naukowych podkreśla skuteczność tego programu – znaczny odsetek uczestników kursów osiąga co najmniej jeden z następujących efektów: zmniejszenie objawów fizycznych i psychosomatycznych stresu i chorób psychosomatycznych, zwiększenie umiejętności radzenia sobie w stresujących sytuacjach lub zwiększenie zdolności do relaksu.

Mindfulness jest dla każdego, kto chce poprawić swoją jakość życia, w szczególności w sytuacji, gdy w doświadczeniu swojej własnej choroby lub jako osoba wspierająca chce:

- nauczyć się radzić sobie z emocjami, napięciem, lękiem;
- mieć większą kontrolę nad swoimi myślami;
- znaleźć chwile spokoju, radości pomimo choroby;
- żyć i przeżywać swoją chorobę bardziej świadomie;
- szybciej regenerować swoje zasoby energii.

Osoby praktykujące mindfulness podkreślają, że medytacja uważności znacząco wpływa na redukcję bólu i reakcje emocjonalne. Mindfulness poprawia też pamięć, kreatywność, uwagę i koncentrację, które bywają osłabione w trakcie choroby i procesu leczenia.

Mindfulness opiera się na praktyce, poprzez którą uczymy się doświadczać uważności, mieć swoje własne doświadczenia. Każdy inaczej doświadcza choroby. Mindfulness uczy nas skupiać się na sobie i docierać do własnych doświadczeń.

Warto podkreślić, że mindfulness nie jest lekiem na chorobę, pomimo że ma pozytywne oddziaływanie. Może okazać się metodą wspierającą w trakcie procesu leczenia (od momentu diagnozy) i po zakończeniu choroby. Poprzez praktykę uważności pacjent może łatwiej radzić sobie z efektami ubocznymi terapii oraz poprawiać jakość swojego życia w chorobie i po jej zakończeniu. Osoby z doświadczeniem choroby praktykujące mindfulness mogą wnieść do swojego życia więcej świadomości, akceptacji, spokoju, a nawet radości i wdzięczności.

Kiedy zacząć praktykę mindfulness

Zawsze jest dobry czas, żeby zacząć praktykę mindfulness. Każdy indywidualnie decyduje, jaki moment jest dla niego odpowiedni. Można rozpocząć na każdym etapie choroby. Początkowo może to być kilka minut krótkich i prostych medytacji uważności. Z czasem można ten czas wydłużać lub dołączać nowe ćwiczenia. Warto zacząć z nauczycielem lub w grupie, jeśli stan zdrowia na to pozwala. Praktykując mindfulness ważne jest, aby robić to bez szczególnych oczekiwań co do tego, co się pojawi, również bez oceniania. Warto natomiast być ciekawym i otwartym.

Praktyka mindfulness nie służy temu, by się zrelaksować, choć taki efekt może się pojawić. Jest po to, abyśmy uczyli się być świadomi każdej chwili, tego co myślimy, tego jakich emocji doświadczamy, jak odczuwamy nasze ciało w danym momencie.

Naszą naturalną reakcją jest odpychanie, eliminowanie tego, co nieprzyjemne, trudne, a utrzymywanie tego, co sprawia nam radość i jest dla nas miłe. Taka postawa może powodować, że dokładamy sobie jeszcze więcej cierpienia, jeszcze więcej trudności. Osoby praktykujące mindfulness uczą się akceptacji tego co trudne, tego co niesie choroba. Traktują zdarzenia z większą wyrozumiałością i spokojem. Praktyka uważności uczy, aby w bardziej świadomy i spokojny sposób odpowiadać na zdarzenia, zamiast reagować szybko i automatycznie.

Mindfulness stwarza nam okazję do spowolnienia, do zatrzymania. Podobnie choroba często zatrzymuje człowieka w biegu, niemalże dosłownie. Praktyka uważności może okazać się bardzo wspierająca w procesie chorowania i leczenia. Rozwiązaniem może być nauczanie się przełączania pomiędzy działaniem a refleksją z delikatnością i uwagą. To właśnie jest mindfulness. Daje poczucie większego zrelaksowania, mniejszego obarczenia. Dzięki temu zyskuje się szerszą perspektywę, nowe spojrzenie na wiele kwestii.

Od wielu lat sama praktykuję mindfulness, a od kilku lat uczę tego pacjentów onkologicznych. Kiedy ludzie dowiadują się, że mają nowotwór, ich umysł zaczyna pracować na bardzo wysokich obrotach. W jednej chwili pojawia się mnóstwo pytań: *„Co się stanie ze mną? Czy umrę? Co się stanie z moją rodziną? Jaka będzie przyszłość?”* Znalezienie odpowiedzi na te pytania nie jest proste. W efekcie wielu pacjentów czuje się niepewnie, popada w depresję, nawet jeśli terapia została już zakończona. W wielu badaniach dowiedziono, że mindfulness pomaga pacjentom odwrócić ich uwagę od tych ciężkich myśli, smutków i spekulacji.

Moje doświadczenie pokazało, że mindfulness daje pacjentom sposobność zaufania sobie w radzeniu z niepewnością, bólem i trudnymi uczuciami. Pozwala im także znaleźć spokój i cieszyć się chwilą bieżącą. Zaczynają dostrzegać i doceniać drobiazgi, jakich doświadczają w swoim życiu.

Pacjenci onkologiczni często zmagają się z bólem. W lepszym radzeniu sobie z nim również może pomóc praktykowanie mindfulness. Jednym ze sposobów jest uważne obserwowanie i słuchanie swojego ciała. Większość z nas reaguje na ból zaciskając zęby, napinając mięśnie, walcząc z bólem, wypierając go, złościąc się. Niestety te reakcje nie pomagają łagodzić bólu. Przeciwnie, potrafią go spętłować. Praktykując regularnie mindfulness uczymy się badać opór wobec bólu, w szczególności skąd pochodzi i co jest jego prawdziwą przyczyną. Ciało wysyła nam sygnały. W ciele też odczuwamy i gromadzimy przeżywane emocje.

Praktykując uważność, uczymy się rozpoznawać doznania płynące z ciała i je nazywać. Nie musimy nic z nimi robić, ale mieć świadomość tego, czego doświadczamy i jaka emocja za tym stoi. Wiele osób zaczyna lepiej oswajać się stopniowo ze swoim bólem, poddaje mu się delikatnie i bada jego istotę. Pozwala na jego obecność. Przestaje reagować gniewem. Zaczyna zauważać zablokowane i niespełnione pragnienia oraz frustracje spowodowane tym, że zmieniły się plany i priorytety, że pojawiły się ograniczenia wywołane chorobą. Pod frustracjami często może być ukryty smutek, rozczarowanie. Praktyka mindfulness pozwala zobaczyć stan rzeczy takim, jaki on jest.

Jak piszą Mark Williams i Danny Penman: „Ciało jest niezwykle wrażliwe nawet na najmniejsze drgania emocji, które nieustannie przechodzą człowiekowi przez głowę. Często wykrywa myśli zanim zdążą być przez człowieka zarejestrowane. Co więcej, często reaguje tak, jakby były prawdziwe i namacalne – bez względu na to, czy odzwierciedlają rzeczywistość, czy też nie. Ciało nie ogranicza się jednak do reagowania na to, co myśli sobie umysł, lecz daje mózgowi emocjonalną informację zwrotną, która może wzmocnić lęki, zmartwienia, ogólny niepokój i poczucie nieszczęścia”. Choroba nowotworowa, której doświadcza pacjent, stwarza wiele sytuacji stresu, napięcia, niepewności. Te wszystkie emocje znajdują swoje odzwierciedlenie w ciele. Jakże często uświadamiamy sobie, że mamy ciało dopiero w chwili, gdy zaczyna ono niedomagać. Gdy boli nas głowa, gdy złamiemy rękę, gdy jesteśmy zmuszeni do operacyjnego usunięcia jakiejś części naszego ciała.

Ciało nie kłamie – tak jak w tytule książki Alice Miller. Można powiedzieć, że ciało ma swój specyficzny język. Język gestów, doznań, ekspresji. Język ciała to nie tylko wyraz twarzy czy różnego rodzaju gesty. Nasze ciało wyraża się również niewerbalnie poprzez ból fizyczny, chorobę czy liczne doznania nieustannie z niego płynące. Ciało to organizm dynamiczny, zmienny. Praktyka mindfulness pozwala nam to zauważyć i tego doświadczyć. Pozwala nam to odnieść do naszego codziennego życia, do naszych nawyków i wzorców, które mamy utrwalone od lat.

Regularną praktykę mindfulness dobrze jest rozpocząć na 8-tygodniowym kursie MBSR prowadzonym przez doświadczonego nauczyciela. Dla pacjentów onkologicznych w trakcie leczenia bywa to trudne lub uciążliwe. Wówczas można rozpocząć samodzielną praktykę mindfulness, słuchając nagrań z medytacjami uważności. Można ich słuchać w domu lub w szpitalu. W miarę możliwości można uczestniczyć w zorganizowanych zajęciach prowadzonych przez niektórych nauczycieli. Jeśli zdrowie pozwoli, można rozpocząć regularny kurs.

Kurs składa się z 9 spotkań, podczas których wprowadzane są kolejne praktyki mindfulness. Uczestnicy wspólnie się uczą, praktykują i omawiają swoje doświadczenia. Uczą się m.in. medytacji oddechu, „skanowania ciała”, czyli kierowania uwagi na swoje ciało w świadomy sposób, medytacji w ruchu, uważnych ćwiczeń jogi, rozpoznawania swoich myśli i emocji oraz lepszego radzenia sobie z nimi, a także ze stresem wywołanym m.in. przez chorobę.

Zmaganie się z chorobą i bólem, podobnie jak sama praktyka uważności, wymagają czasu, odwagi i zaangażowania. Warto zapoznać się z metodą mindfulness i podjąć regularną praktykę.

Śmiechoterapia

Krystyna de Walden-Gałaszko

.....

CZYM MYDŁO JEST DLA CIAŁA, TYM ŚMIECH DLA DUSZY.

Przysłowie ludowe

.....

Zastanówmy się teraz nad dziwnym zjawiskiem, jakim jest śmiech. Humor sytuacyjny, dowcip czy gra słów wyzwalają śmiech. Jest to prawda, chociaż niepełna, gdyż śmiech ma szersze zastosowanie, wywodzi się z różnych źródeł, zawsze jednak jest bardzo pożądany, zwłaszcza w trudnych sytuacjach. Opowiada o tym w sposób przekonujący na swoim blogu ciężko chora pacjentka J.S.: *„No do cholery – tak nie może być. Nie mogę dać się chandrze. Szukam równowagi w pozostałych czynnościach. Kontrolowanie oddechu, pranie, mycie naczyń, wygłupy z synem, czytanie wierszy i wreszcie najprostszy ze znanych mi sposobów chwytania pionu: śmiech”*.

Przeważnie wyodrębniamy dwa rodzaje śmiechu, przy czym oba są równie ważne:

- śmiech uwarunkowany – powstaje w wyniku rozbawienia podczas spotkań z przyjaciółmi, oglądania komedii itp., jest wywołany przez określoną przyczynę; czasem może też wystąpić nagle jako forma rozładowania zbyt silnego i długotrwałego napięcia (jako tzw. głupawka);
- śmiech nieuwarunkowany (fizyczny) – pojawia się przez naśladownictwo (śmiech jest zaraźliwy); zaraźliwość śmiechu bywa często wykorzystywana podczas seansów śmiechu, który zostaje zapoczątkowany, wspomagany i sterowany przez śmiejącego się serdecznie i beztematycznie lidera grupy, a następnie uzupełniany przez filmy, psychodramy lub inne fazy śmiechu uwarunkowanego; taki śmiech może czasem być wywołany nakazem woli, a czasem stanowić następstwo łaskotania – wszystkie one nie mają „intelektualnej” przyczyny.

Warsztaty śmiechoterapii są coraz bardziej rozpowszechnione ze względu na swój bardzo korzystny efekt zdrowotny. Zaleca się je osobom przewlekłe zmęczonym, przygnębiomym, pozostającym w długotrwałym stresie, w sytuacjach stałego pośpiechu i napięcia emocjonalnego.

Oba rodzaje śmiechu, uwarunkowany i nieuwarunkowany, wywołują w mózgu podobny efekt – wydzielają endorfiny (zwane hormonami szczęścia), które na długo przyczyniają się do utrzymania dobrego nastroju.

Liczne badania potwierdzają bardzo korzystny wpływ śmiechoterapii. Prawdziwy szczery śmiech w przeciwieństwie do uśmiechu Pan Am (prezent-

wanego podobno przez stewardessy linii lotniczej Pan American wyłącznie przy udziale mięśni ust) działa bardzo korzystnie na różne obszary życia wywołując:

- efekty zdrowotne:
 - łagodzi reakcję stresową,
 - zwiększa odporność,
 - poprawia nastrój,
 - zmniejsza napięcie mięśni,
 - gimnastykuje narządy wewnętrzne (przepona, mięśnie brzucha, mięśnie oddechowe),
 - zwiększa tolerancję bólu;
- efekty psychospołeczne:
 - stanowi najkrótszą drogę do ludzi,
 - poprawia relacje i łagodzi konflikty,
 - motywuje do współpracy,
 - zmniejsza napięcie emocjonalne,
 - ułatwia przystosowanie do trudności,
 - powoduje przypyływ energii i chęci działania.

Pamiętając o niewątpliwych korzyściach uprawiania śmiechu niezależnie od jego rodzaju, zastanówmy się, jak tę umiejętność w sobie rozwinąć. Pierwsza, najprostsza rada: uśmiechać się często – do ludzi (w windzie, w sklepie itp.) a także do siebie (rano na powitanie – w lustrze!). Poza tym trzeba starać się o odpowiednią dawkę śmiechu zwłaszcza wtedy, gdy czujemy zniechęcenie, znudzenie, napięcie, rozdrażnienie lub zmęczenie. Pomocą w wywołaniu śmiechu może być ulubiona komedia, piosenka kabaretowa, wspomnienie dowcipu lub sytuacji, która nas szczególnie rozbawiła.

Niezwyczajnie skuteczne są wszelkiego rodzaju spotkania z ludźmi, zarówno w postaci pośmiania się przy kawie z wesołą znajomą, jak i (zwłaszcza) spotkania w gronie przyjaciół. Grupowo uprawiany śmiech bardzo skutecznie poprawia nastrój i często zwiększa energię do życia nawet na kilka następnych dni (pomagajmy w tym, przywołując wspomnienia wesołych chwil).

Racjonalna terapia zachowania

Iwona Nawara, Mariusz Wirga

Racjonalna Terapia Zachowania Maultsby'ego jako skuteczna metoda samopomocy emocjonalnej dla każdego

W tym rozdziale przedstawiamy praktyczne zastosowanie Racjonalnej Terapii Zachowania (RTZ) z wykorzystaniem jej wyjątkowych możliwości samopomocy emocjonalnej. RTZ została sformułowana przez amerykańskiego psychiatrę Maxie C. Maultsby'ego Jr. Na podstawie neuropsychologii i neurofizjologii ludzkiego mózgu, psychosomatyki, teorii uczenia, a także jego własnych wcześniejszych doświadczeń jako lekarza rodzinnego, później psychiatry dorosłych, młodzieży i dzieci oraz współpracy z Albertem Ellisem (uważanym za ojca terapii poznawczo-behawioralnych). RTZ jest stałym elementem Terapii Simontonowskiej wykorzystywanej w psychoonkologii interwencyjnej.

RTZ jest szczególną formą terapii poznawczo-behawioralnej, bo odnosi się do zasad funkcjonowania mózgu i dlatego nie tylko jest pomocna w psychoterapii osób z zaburzeniami psychicznymi, ale świetnie nadaje się do skutecznego radzenia sobie z problemami zwykłych ludzi, będących w niezwykłych okolicznościach i stawiających czoła niezwykłym wyzwaniom, takim jak diagnoza choroby nowotworowej i jej leczenie. Ponadto, ponieważ neurofizjologia mózgu jest taka sama niezależnie od kultury, religii, rasy czy narodowości, RTZ jest ponadkulturowa – wyjątkowo nadaje się do odnoszenia się do przekonań duchowych, religijnych, filozoficznych czy egzystencjalnych, co jest szczególnie ważne w pracy z osobami, które nurtują pytania dotyczące spraw ostatecznych.

Czynności witalne

W Terapii Simontonowskiej podstawowe elementy Racjonalnej Terapii Zachowania są wprowadzane już podczas pierwszej sesji. Zanim to jednak nastąpi, istotne jest nadanie im odpowiedniego kontekstu. Uczestnicy kursów poznają podstawowe zasady Terapii Simontonowskiej:

- głównym celem terapii jest poprawa jakości życia w danej chwili, tu i teraz; wszystkie przedstawione techniki mogą być stosowane od razu i od razu uczestnicy mogą poczuć ich wpływ na poprawę jakości własnego życia;

- skoncentrowanie się na tym, co jest w porządku, a nie doszukiwanie się tego, co nie jest w porządku;
- szacunek dla indywidualnych ograniczeń (fizycznych, emocjonalnych, intelektualnych czy duchowych);
- zrozumienie, że proces zdrowienia dla każdego może być inny;
- zaangażowanie w proces zdrowienia, ale bez przywiązywania się do rezultatu.

Carl Simonton podkreślał, że jego terapia wspiera naturalne procesy zdrowienia jako uzupełnienie wskazanego leczenia onkologicznego. Uważał, że najskuteczniejszym sposobem wspierania tych procesów jest angażowanie się w czynności przynoszące radość, która nie jest tożsama z przyjemnością. Ta pierwsza odpowiada greckiemu pojęciu *eudaimonia* i jest zawsze zgodna z naszymi wartościami, fizjologią, ważnymi relacjami z innymi – dlatego czynności, które wykonywaliśmy z radością zawsze wspominamy z radością, bez wstydu czy poczucia winy. Natomiast jeśli chodzi o przyjemności, które odpowiadają greckiemu *hedonia* – często nasze ciało, sumienie i ogólne samopoczucie mogą wskazywać, że dane aktywności nie były dla nas zdrowe.

W takim zadaniu uczestnicy dzielą się w grupach codziennymi czynnościami witalnymi. Wielu mówi o radości w kontaktach z rodziną i przyjaciółmi, zabawie ze zwierzętami domowymi, muzyce, tańcu, kontaktach z naturą lub sztuką, pracy w ogródku, spacerach czy innej aktywności fizycznej, czytaniu książek, poszerzaniu horyzontów, uczestnictwie w imprezach kulturalnych, jak teatr czy koncerty. Podczas tej wymiany zdań można zauważyć, jak podnosi się energia całej grupy, pojawiają się uśmiechy i wzajemna serdeczność. Zwracamy uczestnikom uwagę na to, że opowiadanie o czynnościach witalnych i myślenie o nich samo w sobie przynosi radość nawet wtedy, gdy konkretna osoba nie podziela radości z tej samej czynności, ale jednak odbiera radość innej osoby jako radosną samą w sobie. Nie jest to tylko właściwość międzyludzka, ale też międzygatunkowa, bo wielu z nas odczuwa radość, obserwując radosne zabawy zwierząt.

ABCD twoich emocji

Czyż nie byłoby wspaniale żyć przez cały czas w radości, oddając się czynnościom witalnym? Byłoby. Jednak dla większości z nas jest to mało prawdopodobne. W takim razie co przeszkadza nam w angażowaniu się w te czynności witalne? Podstawowymi przeszkodami są ograniczające przekonania i cierpienie emocjonalne. Jak sobie z nimi radzić? Okazuje się, że w podobny sposób.

Maultsby sformułował RTZ opierając się na zasadach funkcjonowania ludzkiego mózgu i podkreślał, że zgodnie z nimi to my sami wytwarzamy, utrzymujemy lub eliminujemy wszystkie nasze odczucia emocjonalne poprzez nasze myśli, przekonania i postawy. Model ABCD emocji⁸:

⁸ Diagram pochodzi z książki „ABC twoich emocji” (Maultsby Jr et al., 2019)

A. Aktywujące wydarzenie (którego doświadczyłeś/aś, zobaczyłeś/aś, usłyszałeś/aś itp.)



B. Twoje szczere myśli, przekonania i postawy względem tego wydarzenia



C. Czucia, których doświadczasz w wyniku Twoich myśli, przekonań i postaw



D. Działanie, jakie podejmujesz pod wpływem odczuwanych emocji

Jeżeli jesteśmy przekonani w **B**, że zdarzenie **A** było pozytywne dla naszego komfortu, samokontroli i przeżycia, to doświadczamy pozytywnych emocji (radość, przyjemność, szczęście, miłość) w **C**, a to będzie motywować nasze postępowanie w **D** do podążania do źródła **A** lub jego ponownego doświadczania.

Jeżeli jesteśmy przekonani w **B**, że **A** było negatywne dla naszego komfortu, samokontroli i przeżycia, to doświadczamy negatywnych emocji (złość, strach, lęk, uraza, nienawiść) w **C**, a to będzie motywować nasze postępowanie do unikania lub niszczenia w **D**.

Jeżeli jesteśmy przekonani w **B**, że **A** było neutralne dla naszego komfortu, samokontroli i przeżycia, to doświadczamy neutralnych emocji (odprężenie, spokój umysłu, błogostan) w **C**, a to będzie motywować nasze postępowanie do utrzymania tego doświadczenia w **D**.

Stwierdzenie, że jakieś emocje są negatywne, nie oznacza, że one są złe. Podobnie emocje pozytywne nie oznaczają, że są dobre, a neutralne są byle jakie. Każdy z trzech typów emocji może być zdrowy lub niezdrowy.

Do wyjaśniania działania modelu ABCD emocji posługujemy się różnymi przykładami, a jednym z częściej stosowanych jest przykład z włamywaczem. Wyobraź sobie, że jesteś sam w domu i nagle słyszysz hałas w przedpokoju, a Twoją pierwszą myślą jest „to włamywacz!”. Jak byś się czuł? Większość uczestników odpowiada, że odczuwaliby strach, panikę czy przerażenie. Następnie pytamy uczestników, dlaczego by się bali. W odpowiedzi najczęściej słyszymy, że włamywacz „nas skrzywdzi”, „może nas zabić”, „zniszczy nam dom”, „zabierze nasz dobytek”, „może zagrozić naszym bliskim”. Wyjaśniamy, że to są właśnie przekonania (czyli B w modelu ABCD), które wywołały nasze odczucia emocjonalne w C. Czyli to nie hałas A nas przestraszył, ale sami się przestraszyliśmy tym, co o tym hałasie myśleliśmy. Następnie pytamy uczestników, co zrobiliby w takiej sytuacji – to działanie stanowiłoby D w modelu ABCD emocji.

Czy byłeś kiedyś w takiej sytuacji? Większość naszych uczestników nigdy nie była w takiej sytuacji, mimo to ich przekonania (B), odczucie emocjonalne (C) i działania (D) są bardzo zbieżne. Skąd więc wiemy, jak myśleć, czuć i działać w takich sytuacjach? To pytanie wskazuje na bardzo istotną sprawę – większości naszych nawyków emocjonalnych nabywamy nie poprzez własne doświadczenia, ale poprzez literaturę, filmy, telewizję, opowieści i przykłady innych.

Wyobraź sobie teraz, że w D starasz się szybko zadzwonić po pomoc na policję. Jednak w momencie wybierania cyfr 1 1 2, tuż przed naciśnięciem 2, przypominasz sobie, że dzisiaj spotkałeś swojego najlepszego przyjaciela z dzieciństwa, który przyjechał do Twojego miasta w interesach. Dałeś mu swój zapasowy klucz od domu i mimo że próbował się wykręcić spotkaniami, które miały trwać do późnego wieczora, zachęciłeś go, żeby przyszedł wieczorem i Cię obudził, jeżeli byś już zasnął. Teraz oczyma wyobraźni widzisz swojego przyjaciela potykającego się o różne rzeczy w Twoim ciemnym przedpokoju. Jakbyś czuł się teraz na myśl, że zaraz spotkasz się ze swoim najlepszym przyjacielem?

Znów większość osób wie, jakby się poczuła: odczuwamy radość i zadowolenie, że jednak przyjaciel nas odwiedził. Dlaczego byśmy się cieszyli? Co byśmy myśleli o odwiedzinach przyjaciela? Że powspominamy stare dobre czasy, że będzie fajnie, że pośmiejemy się choć zarwiemy noc? To wszystko są przekonania w B, które teraz wywołują radość w C, choć hałas (A) był ten sam.

Ile czasu zajęłoby przeskoczenie z intensywnego strachu do radości? Ułamek sekundy, bo tyle trwa czas zmiany naszych przekonań. Nie ma żadnego leku czy narkotyku, który mógłby spowodować tak szybką zmianę bardzo intensywnych emocji negatywnych na pozytywne. Jest to siła naszego umysłu. Odczucia emocjonalne są zawsze logiczną konsekwencją tego, co w danej chwili myślimy, więc zmieniając nasze myśli, zmieniamy także uczucia. Na tej zasadzie opierają się wszystkie terapie poznawczo-behawioralne, w tym RTZ.

Źródło pozytywnych, negatywnych i neutralnych emocji

Zrozumienie, że to my sami wytwarzamy swoje odczucia emocjonalne poprzez nasze myśli, przekonania i postawy, jest jednym z najgłębszych wglądów, jakich możemy dokonać (ryc. 7.1)⁹. Pełne zintegrowanie modelu ABCD emocji w swoim życiu jest niezwykle istotne, bo nie tylko bierzemy odpowiedzialność za swoje stany emocjonalne i działanie, ale też nie tracimy energii na próby zmiany innych ludzi. Poza tym stosując się do modelu i ucząc go innych, wypełniamy polecenie Hipokratesa, który powiedział: *„Każdy człowiek powinien wiedzieć, że z umysłu, i tylko z umysłu, pochodzą nasze przyjemności, radości, a także nasz smutek, żal, ból i łzy. Wszystkie te i inne emocje pochodzą z umysłu i tylko z niego”*. Z jednej strony zmiana myśli może wydawać się łatwa, ale z drugiej bardzo się przed nią wzbraniamy. Simonton mawiał, że jesteśmy bardziej przywiązani do naszego sposobu myślenia niż do życia – jesteśmy raczej gotowi umrzeć za nasze przekonania, niż je zmienić.

⁹ Ilustracja pochodzi z książki „ABC twoich emocji” (Maultsby Jr et al., 2019)

ABCD emocji negatywnych, pozytywnych i neutralnych			
A Zdarzenia aktywujące	Hałas w przedpokoju		
	Negatywne emocje	Pozytywne emocje	Neutralne emocje
B Postawy i przekonania	Obudzony Karol jest przekonany, że do jego domu dostał się włamywacz	Obudzony Karol jest przekonany, że to dzwoni jego przyjaciel	Obudzony Karol jest przekonany, że to jego kot znów przewrócił stojak na parasole. Posprząta ten bałagan rano.
C Emocjonalne odczucia	strach, panika, przerażenie	radość, szczęście	spokój, odprężenie
D Działania	Karol po cichutku wykręca numer 997	Karol wychodzi ze swojej sypialni, by przywitać przyjaciela	Karol przewraca się na drugi bok i z powrotem zapada w sen

Ryc. 7.1. Różne warianty modelu ABCD w zależności od sposobu myślenia i odczuć emocjonalnych.

Pięć zasad zdrowego myślenia

Jeżeli to moje myśli, przekonania i postawy wywołują moje odczucia emocjonalne, to jak mogę je zmienić i czy ta zmiana będzie na lepsze? Pionierzy terapii poznawczo-behawioralnych zauważyli, że zaburzenia emocjonalne zwykle związane są z dogmatycznym utrzymywaniem przekonań irracjonalnych lub zniekształceń poznawczych. Maultsby zaobserwował, że wiele osób miało problemy z identyfikowaniem, co jest niezdrowym myśleniem, ale jeszcze większe problemy miało z formułowaniem, co jest zdrowym myśleniem, a definicje myśli irracjonalnych czy zniekształceń poznawczych w tym nie pomagały. Przeprowadził badania, żeby stwierdzić, jakie wspólne cechy miały zdrowe myśli. Następnie swoje tezy testował z uczestnikami jego terapii. Doszedł do wniosku, że zdrowe przekonania spełniają co najmniej trzy z następujących pięciu zasad zdrowego myślenia (5ZZM):

- 1. Zdrowe myślenie jest oparte na oczywistych faktach (obiektywnej rzeczywistości).
- 2. Zdrowe myślenie najlepiej pomaga mi chronić moje życie i zdrowie.
- 3. Zdrowe myślenie najlepiej pomaga mi osiągać moje bliższe i dalsze cele.
- 4. Zdrowe myślenie najlepiej pomaga mi unikać najbardziej niepożądanych konfliktów międzyludzkich lub skutecznie sobie z nimi radzić.
- 5. Zdrowe myślenie najlepiej pomaga mi czuć się tak, jak chcę się czuć, bez nadużywania jakichkolwiek substancji.

Informacje dodatkowe:

- Zdrowe myślenie z definicji jest zgodne z co najmniej trzema z pięciu zasad.
- Wszystkie zasady są jednakowo ważne.
- Myślenie zdrowe dla jednej osoby niekoniecznie jest zdrowe dla innej.
- Myślenie, które teraz jest dla ciebie zdrowe, nie musi być zdrowe w innym czasie.
- Niektóre z tych zasad nie znajdują zastosowania w pewnych sytuacjach, jednak nawet w takich przypadkach ważne jest, żeby Twoje myślenie spełniało co najmniej trzy z pozostałych zasad.

Powyższe zasady dają nam jasny i precyzyjny sposób oceny swoich przekonań i możliwość zweryfikowania, czy nowo sformułowane myśli są zdrowe. Poza tym to, co jest zdrowe dla pacjenta, wcale niekoniecznie jest zdrowe dla terapeuty i *vice versa*. Zasady te świetnie nadają się do oceny naszych przekonań duchowych, religijnych, egzystencjalnych czy filozoficznych (do takich przekonań nie odnosi się zasada numer 1, o oparciu na faktach, natomiast zdrowe przekonania tego typu będą spełniały co najmniej trzy z pozostałych czterech zasad).

Dzięki pięciu zasadom zdrowego myślenia możemy też ocenić, czy negatywna emocja jest zdrowa, a pozytywna niezdrowa. Przykładowo nasza złość może nie być oparta na faktach i zdecydowanie może nie pomagać nam unikać najbardziej niepożądanych konfliktów z innymi, ale może chronić nasze życie i zdrowie, pomagać nam osiągać nasze bliższe i dalsze cele oraz pomagać się nam czuć tak, jak chcemy się czuć – okazuje się, że złość jest drugą po radości emocją, którą lubimy utrzymywać. Jednak także pozytywne uczucie, takie jak entuzjazm, może być niezdrowe, gdy ulegamy manii czy zauroczeniu, ignorujemy fakty, narażamy życie, zbaczamy z drogi do obranych celów, możemy popaść w ciężkie konflikty z najważniejszymi dla nas osobami, mimo że wspaniale się czujemy. Jak więc radzić sobie z tymi emocjami i stwierdzić, co jest dla nas zdrowe? Najlepiej wykonać pracę z przekonaniami.

Praca z przekonaniami

Maultsby sformułował Racjonalną Samo-Analizę (RSA), która jest niezwykle przydatna w pracy z osobami mającymi zaburzenia emocjonalne. Później Maultsby i Simonton uprościli tę technikę do pracy z chorymi na nowotwory i ich bliskimi i nazwali ją Pracą z Przekonaniami (Wirga et al., 2002). Podkreślamy, że jest to technika poznawania samego siebie poprzez analizę postaw, jakie nami kierują i które często są nieświadome. Dlatego najlepszym momentem do wykonywania tej pracy jest kryzys emocjonalny. Właśnie w takim kryzysie te postawy są „aktywnie myślane” i dzięki temu dostępne świadomości. Zachęcamy, żeby właśnie w kryzysie emocjonalnym wziąć kartkę i zacząć zapisywać to, co ma się na myśli. Jednym z prostszych sposobów jest ciągłe pisanie przez co najmniej 7 minut tego, co nam przychodzi do głowy. Jeżeli po 7 minutach dalej mamy wiele myśli, to kontynuujemy, aż zapiszemy je wszystkie. Następnie każdą z tych myśli zapisujemy w lewej kolumnie (patrz tabela 7.1) i oceniamy, czy spełnia ona co najmniej

trzy z pięciu zasad. Potem dla każdego z niezdrowych przekonań formułujemy nowe zdrowe przekonanie, zapisujemy je w prawej kolumnie i ponownie sprawdzamy, czy nowe przekonanie spełnia co najmniej trzy z pięciu zasad zdrowego myślenia. Po sformułowaniu zdrowych przekonań dla każdego niezdrowego czytamy całą prawą kolumnę i sprawdzamy, czy nowe myśli są akceptowalne i jak się teraz z nimi czujemy, szacując na nowo natężenie bólu emocjonalnego. Zwykle obserwujemy spadek bólu emocjonalnego.

Uczestnicy naszych kursów czy terapii indywidualnej swoje pierwsze prace z przekonaniami zazwyczaj wykonują razem ze swoim terapeutą, ale celem jest nabycie umiejętności, by w przyszłości móc samemu je stosować. Szczegółowe instrukcje do pracy z przekonaniami dostępne na stronach internetowych www.beat-the-odds.org/beliefwork/; <http://simonton.pl/materialy-edukacyjne/pliki/> lub www.abcemocji.pl/materialy-do-pobrania/.

Tabela 7.1. Przykład pracy z przekonaniami wykonanej przez jedną z naszych pacjentek.

Rak to wyrok [śmierci]	Rak to nie wyrok, tylko diagnoza i wyzwanie. W moim przypadku wskazana jest chemioterapia, która daje mi szansę na życie.
Nie wyzdrowieję	Nie wiem, czy tak się stanie, ale mogę wyzdrowieć, niezależnie jak bardzo jestem chora. Skupię się na tym, co mogę zrobić, by zwiększyć prawdopodobieństwo wyzdrowienia poprzez stosowanie się do zaleconego leczenia i zdrowy tryb życia.
Umrę wkrótce w męczarniach	Nie wiem, kiedy umrę, ale wiem, że mogę mieć znaczący wpływ na to, jak będę żyć zanim umrę oraz na jakość mojego umierania. Najważniejsze dla mnie jest to, co dzieje się w obecnej chwili, jak dużo radości i sensu mogę doświadczyć tu i teraz. Proces zdrowienia ma miejsce tylko tu i teraz.
Rak zjada mnie od środka	Komórki raka są słabe, dezorientowane i chore. Nigdy nie wykazano, że komórka raka może zjeść lub zniszczyć zdrową komórkę. Wprost przeciwnie, komórki układu immunologicznego potrafią rozpoznawać, niszczyć i usuwać komórki raka i te procesy zachodzą bez naszej świadomości już od okresu przed naszym urodzeniem się.
Chemioterapia tylko mnie niszczy	Chemioterapia pomogła wyzdrowieć wielu ludziom i mi również jest w stanie pomóc. Chemioterapia to mój sprzymierzeniec i jest efektywna w walce z rakiem. Chemioterapia jest tak opracowana, aby usuwać komórki nowotworowe, oszczędzając komórki zdrowe.

Zdrowa semantyka

Zdrowa semantyka jest potrzebna, by ułatwić odnalezienie niezdrowych przekonań, a także częstych zniekształceń poznawczych i irracjonalnych myśli. Warto poznać słowa, które często stosujemy nawykowo, a które mogą prowadzić do negatywnych emocji, spadku motywacji czy błędnych konkluzji. Z łatwością można je potem wyłapać zarówno w swoich zapisanych przekonaniach, jak również w codziennym języku. Tabela 7.2 przedstawia niezdrowe nawyki semantyczne i ich zdrowe zamienniki. Ale czy po wykonaniu takiej pracy z przekonaniami możemy mieć pewność, że niezdrowe postawy zostały na zawsze zastąpione nowymi i zdrowymi?

Tabela 7.2. Zdrowa semantyka.

Niezdrowa Semantyka	Zdrowa Semantyka
To, on, ona, oni (są powodem moich emocji)	Zgodnie z ABCD emocji ja sam wytwarzam, utrzymuję i eliminuję wszystkie swoje emocje poprzez moje myśli, przekonania i postawy (np. ja się tym denerwuję)
Zawsze, nigdy, wszystko, nic, wszyscy, nikt	Konkretne dane, np. wczoraj; ewentualnie: często, rzadko, wiele, niewiele, mało, niektórzy, niewielu
Straszne, okropne	Niepożądane
Nie mogę tego znieść	Ponieważ dotychczas to znosiłem, to mogę to dalej znosić, mogę też spokojnie zaakceptować tę sytuację i, jeżeli chcę, mogę podjąć działanie, by ją zmienić
Kłęska, porażka	Niepożądany wynik, niezamierzony rezultat
Ślamazara, nieudacznik, pechowiec, ofiara losu	Omylna istota ludzka, która czasami osiąga zamierzone rezultaty, a czasami nie
Nie mogę...	Nie chcę; mogę, jeżeli chcę; mogę, chociaż nie w tej chwili; nie wiem jeszcze jak, ale zobaczę, czy mogę
Muszę, należy, trzeba	Wszystko co robię jest moim wyborem; mogę, decyduję się, wolę
To jest zbyt trudne	To wymaga wysiłku; choć wydaje się to niełatwe (złożone itp.), to zabiorę się za to i zrobię najlepiej, jak potrafię; mogę poszukać pomocy lub spytać, jak inni to zrobili

Spróbuję	Zrobię to najlepiej jak potrafię; zacznę to robić i zobaczę jak mi pójdzie i czego potrzebuję
Tak, ale ...	Tak, i...; nie
Nie miałem okazji tego zrobić	Nie zrobiłem tego; postanowiłem zrobić/wybrałem coś innego
Nie mam czasu	Sam decyduję, na co przeznaczam czas; mam tyle czasu, ile potrzebuję, by zrobić to, co mam w życiu do zrobienia
Czas leczy rany	Czas daje mi przestrzeń na zmianę moich przekonań i postaw
Już nigdy nie będzie tak samo	Rzeczywiście nigdy nie będzie tak samo, jak było; zamiast próbować przywrócić przeszłość, mogę wpływać na moją przyszłość poprzez zmianę bieżącego działania
To niesprawiedliwe	Jest tak, jak jest; wynika to z określonych przyczyn; jeżeli chcę, mogę podjąć działania, aby to zmienić
Tak być nie powinno; powinno być inaczej niż jest	Zgodnie z zasadą przyczyny i skutku zawsze wszystko jest tak, jak powinno być, a nic nigdy nie jest tak, jak nie powinno być
Tak być nie może	Jeżeli tak jest, to nie tylko może, ale musi tak być; nie może być inaczej niż jest

Praca z wyobraźnią (RWE)

Praca z przekonaniami jest bardzo ważnym, ale tylko pierwszym krokiem w procesie zmiany niezdrowych nawykowych postaw na zdrowe. Zmiana nawyku jest możliwa tylko poprzez aktywne zastąpienie go nowym, co wymaga ćwiczenia. Codzienne życie nie przynosi nam jednak wystarczających okazji, by ćwiczyć nowe zdrowe przekonania oraz płynące z nich nowe zdrowe reakcje emocjonalne i działania (a jeżeli takie okazje się jednak nadarzą, to zazwyczaj jesteśmy nieprzygotowani i mimowolnie ćwiczymy stare reakcje). Zdając sobie z tego sprawę, Maultsby sformułował technikę Racjonalnej Wyobraźni Emocjonalnej (RWE) do ćwiczenia nowych, zdrowych postaw mających zastąpić stare, niezdrowe.

Osobie, która wykonała pracę z przekonaniami polecamy, by zrobiła kilka jej kopii i jedną z nich miała zawsze przy sobie. Kiedykolwiek pojawi się ból emocjonalny związany z przekonaniami zawartymi w tej pracy, należy wyciągnąć kartkę

i przeczytać obie kolumny by zobaczyć, jakimi przekonaniem wywołujemy ten ból i za pomocą których przekonań ten ból może ustąpić. Ponadto uczymy pacjenta wprowadzenia się w stan odprężenia za pomocą świadomego oddechu i w tym stanie powtarzania w myśli każdego zdrowego przekonania zapisanego po prawej stronie, przeznaczając na każde z nich co najmniej pół minuty. Zalecane jest ćwiczenie co najmniej trzy razy dziennie.

Stosując się do tych zaleceń, możemy zauważyć, że po pewnym okresie przestajemy wyciągać kartkę z pracą z przekonaniami, bo ból emocjonalny już się nie pojawia – skutecznie zamieniliśmy stare postawy na zdrowe. Tak jak przedtem łatwo przychodziły nam te poprzednie, tak teraz łatwo, naturalnie i automatycznie wpadają nam do głowy nowe. Żeby jednak się to stało, trzeba ćwiczyć nowe przekonania i postawy częściej niż stare.

Simonton rozszerzył pracę z wyobraźnią na ćwiczenie zdrowych przekonań o chorobie nowotworowej, o leczeniu jako skutecznym przyjacielu i sprzymierzeńcu oraz o własnych zasobach sprzyjających zdrowieniu i radzeniu sobie z wyzwaniem. Wykorzystywał przy tym również niewerbalną ekspresję chorych i ich bliskich – wyrażanie własnych postaw wobec choroby, leczenia i swoich zasobów poprzez wykonywane przez nich kolorowe rysunki, które później są w grupie analizowane.

Psychosomatyczna teoria uczenia – reedukacja emocjonalna i dysonans poznawczo-emocjonalny

Wyobrażanie sobie siebie angażującego się w czynności przynoszące radość może nam nie pasować, bo całe życie mimowolnie ćwiczymy wyobrażenie raka jako wyłącznie kojarzącego się z niekończącym się strasznym cierpieniem. Jest to takie samo wrażenie, jakie mają polscy kierowcy, gdy muszą poruszać się w ruchu lewostronnym na przykład w Anglii. Już wsiadając do tamtejszego samochodu czują, że coś jest nie tak, bo kierownica jest po prawej stronie, a biegi zmienia się lewą ręką. Jazda lewą stroną też nie pasuje, a poruszanie się po rondzie zgodnie ze wskazówkami zegara wydaje się zupełnie nienaturalne. Wrażenie, że nowe myśli i działania, które są sprzeczne z naszymi nawykami nam nie pasują, nazywa się dysonansem poznawczo-emocjonalnym i jest nieuniknionym etapem zmiany każdego nawyków (także emocjonalnych). Opierając się na neurofizjologii i psychosomatyce, Maultsby sformułował psychosomatyczną teorię uczenia, w której opisuje procesy edukacji (nabywania nawyków) i reedukacji (zamiany nawyków) emocjonalnej, różniące się właśnie etapem dysonansu poznawczo-emocjonalnego, pojawiającego się jak tylko zacznie się mieć nowe myśli, a tym bardziej podejmować nowe działania, w sytuacjach wywołujących stare, nawykowe reakcje.

Jeżeli uczestnicy nie są na to przygotowani, dysonans poznawczo-emocjonalny jest odczuwany tak nieprzyjemnie, a poczucie niepasowania tak przekonująco, że wolą zarzucić nową czynność. Maultsby uważał, że jest to etap, na którym większość ludzi zarzuca terapię i proces zmiany, dlatego uczenie o nim jest stałym elementem terapii.

Podążanie utartymi koleinami starych nawyków może wydawać się łatwe i może nam pasować, jednak to wolność wyboru i elastyczność w postępowaniu pozwalają nam radzić sobie z wyzwaniami, które stawia przed nami życie.

RTZ w odniesieniu do innych zagadnień u chorych onkologicznie

Chorzy na nowotwory i ich bliscy mają takie same problemy, jak wszyscy inni ludzie. RTZ świetnie nadaje się do skutecznego radzenia sobie z nimi. W Terapii Simontonowskiej stosujemy ją w rozpoznawaniu niezdrowych wzorców radzenia sobie ze stresem. Zachęcamy uczestników, aby opisali w formacie ABCD emocji największe stresujące wydarzenia w życiu. Zazwyczaj nie mają oni problemów z opisem tego, co się zdarzyło (A), jak się czuli (C) i jak postępowali (D). Jeżeli cierpieli w C i niezdrowo działali w D, to pomagamy im odkryć, jakie przekonania w B do tego prowadziły. Następnie pomagamy im sformułować zdrowe przekonania w B, które prowadzą do zdrowych odczuć emocjonalnych w C i zdrowego postępowania w D. Wczesne rozpoznawanie własnych wzorców stresu pozwala na szybkie włączenie zdrowych reakcji i zapobieganie głębszemu i przedłużającemu się dystresowi.

Simontonowski Instytut Zdrowia organizuje też kilkudniowe sesje dla absolwentów, podczas których stosujemy RTZ i Terapię Simontonowską do modyfikacji stylu życia w obszarach zdrowego odżywiania, aktywności fizycznej, relacji międzyludzkich, zabawy i śmiechu, kreatywnej ekspresji i łączności z naturą.

Nowe formy zastosowania RTZ

RTZ stosuje się dla zwykłych ludzi, by mogli sobie radzić w niezwykłych okolicznościach, dlatego staramy się dotrzeć do nich poprzez Internet, np. strony: www.simonton.pl, abcemocji.pl, beat-the-odds.org, laughyourcanceroff.com, oraz media społecznościowe: <https://www.facebook.com/terapiasimontonowska> i <https://www.facebook.com/abcemocji>. W Stanach Zjednoczonych cotygodniowe zajęcia w Instytucie Onkologii im. Malcolma Todda w Long Beach są transmitowane w formie wideokonferencji, by umożliwić uczestnictwo pacjentom, którzy nie mogą dojechać ze względów zdrowotnych czy praktycznych.

W Polsce zarówno Racjonalna Terapia Zachowania, jak i Terapia Simontonowska są nauczane przez trenerów i supervisorów akredytowanych przy Simontonowskim Instytucie Zdrowia. RTZ jest nauczana na kursach otwartych dla wszystkich, trwających od jednego do trzech dni, oraz na kursach dla profesjonalistów na kilku etapach szkolenia (włączywszy zaawansowane warsztaty „RTZ II: Od chaosu do samoorganizacji”). Szkolenie w Terapii Simontonowskiej odbywa się podczas sześciodniowych sesji stacjonarnych, w których poza szkolącymi się terapeutami biorą udział chorzy na nowotwory i ich bliscy. Pozwala to na wyjątkowo intensywnie „zanurzenie się” w procesie szkoleniowym i terapeutycznym.



8

POSŁOWIE

Jacek Jassem

Gdański Uniwersytet Medyczny

Zachorowanie na nowotwór jest punktem zwrotnym w życiu każdego człowieka, którego to dotknęło. Poczucie zagrożenia życia, trosce o losy rodziny i obawie przed skutkami leczenia często towarzyszy osamotnienie i bezradność. Niejednokrotnie dochodzi do tego stygmatyzacja nowotworem, nadal nagminnie utożsamianym z nieuchronną śmiercią i cierpieniem. Wiele osób dotkniętych chorobą nowotworową traktuje ją wstydliwie i nie chce o niej rozmawiać. Dotyczy to w szczególności nowotworów związanych nałogami i niewłaściwym stylem życia, którym niejednokrotnie towarzyszy poczucie winy i wstydu. Społeczne konsekwencje choroby nowotworowej to często także utrata pracy, przerwanie edukacji czy problemy rodzinne. Postępująca technicyzacja i biurokratyzacja opieki zdrowotnej powodują, że komunikacja lekarza z pacjentem staje się coraz bardziej powierzchowna. Wielu chorych, w obawie o zniecierpliwienie lekarza lub ośmieszenie się, unika rozmowy o problemach związanych z chorobą. W tej sytuacji ich głównym źródłem wiedzy stają się osoby z najbliższego otoczenia oraz Internet, który oprócz wartościowych, zawiera mnóstwo szkodliwych informacji. Może to umacniać wśród chorych i ich rodzin przesady, dogmaty i wiarę w niesprawdzone sposoby leczenia, a także stwarzać ryzyko podejmowania nieracjonalnych wyborów. Niezależnie od tego pacjent przestaje w ten sposób aktywnie uczestniczyć w działaniach medycznych, stając się ich biernym podmiotem.

Właściwa medyczna edukacja społeczeństwa pozwala lepiej kształtować postawy prozdrowotne, łagodzić fizyczne i psychiczne skutki chorób i poprawiać populacyjne wyniki leczenia. W Polsce istnieje wiele popularnych książek i czasopism o tematyce onkologicznej, ale mało jest opracowań łączących wiedzę o nowotworach ze sprawdzonymi sposobami radzenia sobie z nimi. Lukę tę wypełnia książka pt. „O życiu z rakiem i po raku: Praktyczny poradnik dla wszystkich” pod redakcją prof. Krystyny de Walden-Gałuszko, wybitnej specjalistki w dziedzinie psychiatrii, psychoonkologii i medycyny paliatywnej. Autorami opracowania są w większości lekarze oraz psycholodzy, którzy na co dzień spotykają się z chorymi na nowotwory i doskonale znają ich potrzeby. Książka napisana jest bez nadmiernego dydaktyzmu, przystępnym i zrozumiałym językiem oraz ilustrowana oryginalnymi rycinami. Jej lekturę ułatwia logiczny i czytelny układ, ale przede wszystkim praktyczne podejście do omawianych tematów i ich dobór. Obejmują one kolejno poszerzenie podstawowej wiedzy o nowotworach i ich leczeniu, prawa pacjentów, umiejętność wzmacniania własnych zasobów fizycznych i psychicznych, sposoby samodzielnego radzenia sobie z chorobą oraz rozumne przyjmowanie pomocy. Dużą uwagę poświęcono sztuce rozmawiania z lekarzem, bliskimi i innymi osobami, bowiem właśnie dobra komunikacja buduje siłę pacjenta w jego zmaganiach z chorobą.

Opracowanie to jest drugą po przeznaczonym dla lekarzy podręczniku „Jak rozmawiać z pacjentem?” pozycją w serii wydawniczej Fundacji Polskiej Ligi Walki z Rakiem, wypełniając jej misję tworzenia otwartej wspólnoty specjalistów zajmujących się chorobami nowotworowymi i ich podopiecznych. Jestem przekonany, że książka ta znajdzie uznanie naszych czytelników i dobrze spełni swój cel.

Polecane książki i artykuły

- M. Adams: *Myslenie pytaniami*. Wyd. Studio Emka, Warszawa 2011.
- Y. Alon, A. Avidan, P.C. Zee: *Podręcznik medycyny snu*. Wyd. Medipage, Warszawa 2007.
- Ch. Andre: *Trzy minuty medytacji*. Wydawnictwo Czarna Owca, Warszawa 2018.
- J. Bancroft: *Seksualność człowieka*. Wyd. URBAN & PARTNER, Wrocław 2011.
- J. Berendt, V. Lorenc: *Alfabet empatii*. Wyd. Burda Media Polska, Warszawa 2019.
- J. Binnebesel, Z. Bohdan, P. Krakowiak i wsp.: *Przewlekłe chore dziecko w domu. Poradnik dla rodziny i opiekunów*. Fundacja Hospicyjna, Gdańsk 2012.
- E. Boenisch, C.M. Haney: *Twój stres*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2002.
- M. Brzegowy, M. Maciejewska-Cebulak, K. Turek: *Wsparcie żywieniowe w chorobie nowotworowej*. Wydawnictwo M., Kraków 2018.
- V. Burch, D. Penman: *Mindfulness dla zdrowia – jak radzić sobie z bólem, stresem i zmęczeniem*. Wyd. Edgard seria Samo Sedno, Warszawa 2016.
- E. E. Eger: *Wybór. Przetrwac niewyobrażalne i żyć*. Wydawnictwo Czarna Owca, Warszawa 2018.
- W. Eichelberger, I.A. Stanisławska: *Być lekarzem. Być pacjentem*. Wydawnictwo Czarna Owca, Warszawa 2013.
- M. Emmons, R. Alberti: *Asertywność. Sięgaj po to, czego chcesz, nie raniąc innych*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2018.
- M. Finogenow: *Terapia poznawczo-behawioralna bezsenności i możliwości jej zastosowania osób starszych*. W: *Psychoterapia* 2017; 3(182):57–68.
- L. Fogelman: *Warto żyć*. Wydawnictwo Czerwone i Czarne, Warszawa 2018.
- K. Grabowski: *Terapia poznawczo-behawioralna bezsenności*. W: *Psychiatria* 2011; 8(2):53–63.
- C. Hallström, N. McClure: *Depresja odpowiedzi na pytania*. Wyd. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2005.
- M. Huerley, D.C. Dannett, R.B. Adams: *Filozofia dowcipu. Humor jako siła napędowa umysłu*. Wyd. Copernicus Center Press, Kraków 2016.
- J. Jassem, R. Kordek (red.): *Onkologia. Podręcznik dla studentów i lekarzy*. Wyd. Via Medica, Gdańsk wyd. V 2019.
- A. Kapała: *Dieta w chorobie nowotworowej*. Wyd. Buchmann, Warszawa, wyd. II 2018.
- B. M. Korsch, C. Harding: *Świadomy pacjent. Jak mówić, żeby lekarz chciał cię słuchać*. Prószyński i S-ka, Warszawa 1999.
- M. Król-Fijewska: *Stanowczo, łagodnie, bez lęku*. Wydawnictwo WAB, Warszawa 2013.
- L. Larsson: *Wdzięczność. Najtańszy bilet do szczęścia*. Wydawnictwo Czarna Owca, Warszawa 2011.
- Z. Lew-Starowicz, V. Skrzypulec-Plinta: *Podstawy Seksuologii*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015.

- K. Manu: *Pożegnanie z matką*. Wyd. Polwen, Radom 2005.
- K. Manu: *Smutek Dziecka. Jak Pomóc Dziecku Przeżyć Stratę i Żałobę?* Wyd. Polwen, Radom 2006.
- A. Mateja: *Cud w medycynie*. Wydawnictwo Literackie, Kraków 2012.
- S. Mukherjee: *Cesarz wszech chorób. Biografia Raka*. Wydawnictwo Czarne, Wołowiec 2013.
- S. Pennypacker: *Pax*. Wydawnictwo IUVI, Kraków 2016.
- R. Persaud: *Pozostać przy zdrowych zmysłach: jak nie stracić głowy w stresie współczesnego życia?* Wyd. Jacek Santorski & CO, Warszawa 1998.
- R. Blum: *Psychologia pozytywna w praktyce. 6 cnót głównych i 24 siły dające szczęście*. Wyd. Bauer Weltbild Media, Warszawa 2009.
- R. Brett: *Jesteś cudem*. Wyd. Insignis Media, Kraków 2013.
- H. Riess, L. Neporent: *Siła empatii. 7 zasad zmieniających życie, pracę i relacje*. Wyd. Edgard seria Samo Sedno, Warszawa 2019.
- M. Rogiewicz (red.): *Praktyczny podręcznik psychoonkologii dorosłych*. Wyd. Medycyna Praktyczna, Kraków 2015.
- J. Sałyga: *Chustka*. Wydawnictwo Znak, Kraków 2013.
- E. Schirmacher: *Strategia wiewiórki w świecie zwierząt znajdziesz receptę na życie*. Wyd. Świat Książki, Warszawa 2009.
- M.E.P. Seligman: *Optymizmu można się nauczyć*. Wyd. Media Rodzina, Poznań 2002.
- E. Trzebińska: *Psychologia pozytywna*. Wydawnictwo Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2008.
- K. de Walden-Gałuszko: *Psychoonkologia w praktyce klinicznej*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011.
- A. Walter, M. Nowacka-Kłos, A. Drozd, R. Hansdorfer-Korzon: *Joga jako uzupełnienie kompleksowej fizjoterapii po operacyjnym leczeniu raka piersi* [Dokument elektroniczny]. W: Zadania i wyzwania medycyny: diagnostyka i leczenie (red. M. Maciąg, K. Maciąg) Wydawnictwo Medyczne TYGIEL sp. z o.o., Lublin 2018; 212–227 dostępny w Internecie: <http://bc.wydawnictwo-tygiel.pl/publikacja/CC3D9945-E190-001C-B109-A64BE71AE193> [dostęp: 13.07.2018]
- C.M. Wheeler: *10 prostych sposobów radzenia sobie ze stresem*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2011.
- M. Williams, D. Penman: *Mindfulness – trening uważności*. Wyd. Edgard seria Samo Sedno, Warszawa 2014.
- A. Wilowski: *Weź pokochaj smoka*. Wyd. Ks. Marianów, Warszawa 2004.
- B. Wojciszke: *Psychologia miłości*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2010.
- M. Woźniewski: *Fizjoterapia w onkologii*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012.
- K. Wójtowicz: *Przyczynki*. Wydawnictwo Wrocławskiej Księgarni Archidiecezjalnej, Wrocław 1991.
- M. Zahradnikowa: *Bóg nie jest automatem do kawy*. Wyd. Dowody na Istnienie, Warszawa 2018.

Polecane strony w Internecie

Śmiechoterapia w praktyce – najlepiej ćwiczyć w grupie kilku osób.

Joga śmiechu - warm up | Karin Lesiak | TEDxLazarskiUniversity - TEDx Talks

<https://m.youtube.com/watch?v=oGeZUARzcNU>

Joga śmiechu | KampNews - kampusTV

<https://m.youtube.com/watch?v=-4fLL1kxSuA>

Joga śmiechu: Nowa terapia poprawia nastrój i zdrowie - FAKT24.PL

<https://m.youtube.com/watch?v=SrYTrA591KQ&t=28s>

Joga śmiechu - ćwiczenia - Beata Tomaszek

<https://m.youtube.com/watch?v=IZ14BZ3BE4s#>

CHAJZER TESTUJE JOGĘ ŚMIECHU - Filip Chajzer

https://m.youtube.com/watch?v=3bg16kz_C9A

Skorowidz

Aktywność ruchowa a choroba nowotworowa 63, 72

Analgetyki 49

- dawki dobowe maksymalne 53
- nieopiodowe, objawy działania uboczne 55

Asertywność 132

- brak 135

Badanie(a), cytologiczne 12

- diagnostyczne w razie podejrzenia nowotworu 8

- fizyczne 8

- kału na krew utajoną 12

- kliniczne 22

- obrazowe 9

- podmiotowe 8

- przesiewowe 11

- - dostępne w Polsce 12

Bariery komunikacyjne 86

Bezsensowność 68

Biopsja 11

Bliski 127

Ból, fantomowy 47

- końca dawki 52

- leczenie 48

- - a niemożność przełykania 55

- neuropatyczny 46

- objawy 47

- ocena 48

- podstawowy 51

- przebijający 51

- - działanie leku zbyt późne 54

- radzenie sobie 171

- receptorowy 46

- rodzaje 46

Brachyterapia 17

Chemioterapia 20

- działania niepożądane 26

Chirurgia onkologiczna 14, 15

Choroba nowotworowa, a, aktywność ruchowa 63, 72

- - zarządzanie zasobami energii 64

- dieta 29

Ciekawość 116

Cierpienie w chorobie 89

Cytostatyki 20

Czynniki środowiskowe związane z powstawaniem nowotworów złośliwych 6

Ćwiczenia, izometryczne 74

- wzmacniające (oporowe) 73

Dawka, ratująca 52

- - dobór 53

- skuteczna 54

Depresja 161

- pokonanie 151

Dieta w, chorobie nowotworowej 29

- profilaktyce nowotworów 28

Distres 103

Dobra Praktyka Kliniczna 24

Dojrzałość empatyczna 138

Doznawanie cierpienia 89

Drabina analgetyczna 49

Duchowość 122

Dystrakcja 65

Dzielność 113

Emocje, model ABCD 176

- źródło 178

Empatia 136

- funkcje podstawowe 140

- rodzaje 137

- źródła 138

Endomondo 79

Gniew 164

- radzenie sobie 165

Higiena snu 64, 68

Hormonoterapia 20

- działania niepożądane 27

Hormony 20

Humor 120

Immunoterapia 22

Informacja o chorobie nowotworowej, przekazanie 87

Jazda na rowerze 79

Koanalgetyki 50

Kolonoskopia 13

Komunikacja, niewerbalna 85

- werbalna 83

Komunikowanie się 86

Kreatywność 118

Krokomierz 80

Leczenie, adjuwantowe 19

- chirurgiczne 14, 15

- hormonalne 20

- onkologiczne, kwalifikacja 13

- - powikłania 25

- - prowadzenie 14

- paliatywne 91

- systemowe 14, 18

- - powikłania 26

- - po operacji 19

- uzupełniającym 19

Leki 54

- immunologiczne, skutki działania
uboczne 27

- molekularnie celowane 21

- nasenne 68

- opioidowe, jako przyczyna
narkomanii 56

- - skutki działania uboczne 56

- przeciwbólowe, brak działania 55

- przeciwnowotworowe, podawanie 18

Lęk 158

- przed chorobą 89

- radzenie sobie 159

- rodzaje 158

Licznik kroków 80

Mammografia 12

MapMyWalk 80

Markery nowotworowe 9

Mindfulness 169

- kurs MBSR 172

- rozpoczęcie 171

Model ABCD emocji 176

Mutacje 5

Myślenie zdrowe, zasady 179

Nadzieja 108

- fałszywa 109

Narkomania jako skutek stosowania leków
opiodowych 56

Nastawienie negatywne, zmiana 151

Nastrój obniżony 161

Niedożywienie 30

Niewiara w siebie 107

Nordic walking 77

Nowotwór(ory), łagodne 5

- podejrzenie, badania diagnostyczne 8

- profilaktyka a dieta 28

- rozpoznanie 8

- złośliwe 5

- - czynniki środowiskowe związane

z powstawaniem 6

Objawy pokarmowe związane

z leczeniem nowotworów, łagodzenie,

zalecenia żywieniowe 32

Obniżenie nastroju 161

Oczekiwanie od, lekarza 57

- opiekuna 57

- pacjenta 57

Odczuwanie wdzięczności 142

Odwaga 113

Odwracanie uwagi 65

Operacja(e), onkologiczna 15

- paliatywne 16

Opioidofobia 56

Optymizm 105

Organizacja(e), wspierające chorujących
na nowotwory 152

- życia codziennego 128

Osłabienie w przebiegu choroby
nowotworowej 59

- postępowanie terapeutyczne 63

- przyczyny 60

Pesymizm 105

- psychoterapia poznawczo behawioralna 106

- terapia własna 106

Pilates 78

Placebo 23

Poczucie, humoru 120

- kontroli 110

- - zagrożenie 112

- skuteczności własnej 111

- wartości własnej, odbudowa 150

Podejrzenie nowotworu, badania
diagnostyczne 8

Potrzeba(y), nieśmiertelności 124

- samotności 123

- wolności 123

- duchowe 122

- realizacji dobra 123

Praca z, przekonania 180

- wyobraźnią 183

Prawo(a), do, informacji 37

- - poszanowania intymności

i godności 39

- - świadczeń zdrowotnych 35

- - współuczestniczenia w procesie terapeutycznym 36

- - wyrażenia, własnego zdania 37

- - - zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych lub jej odmowy 37

- - zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem 40

- dostępu do dokumentacji medycznej 38

- obecności osoby bliskiej przy udzielaniu świadczeń 41

- pacjenta 35

- - naruszenie 41

- - ograniczenie 41

- - przestrzeganie 34

- - regulacja 34

- - w rozmowie o trudnych diagnozach 85

Profilaktyka nowotworów a dieta 28

Prośba o pomoc 130

Próba ślepa 24

Przebaczenie 145

Przekazywanie trudnych informacji 87

Przerażenie chorobą 89

Przestrzeganie praw pacjenta 34

Przeżywanie choroby 127

Racjonalna Terapia Zachowania

Maultsby'ego 175

- nowe formy zastosowania 185

Radioterapia 14, 16

- powikłania 25

Radzenia sobie w trudnych sytuacjach 157

Rak 5

Randomizacja 24

Reakcja na traumatyczne wydarzenia, powstawanie 104

Regulacja praw pacjenta 34

Relaksacja 70

Rozdrażnienie 165

Rozmowa, o, śmierci i umieraniu 91

- - trudnych diagnozach, prawa pacjenta 85

- z, dziećmi 96

- - lekarzem 83

- - ludźmi z dalszego otoczenia 93

- - osobami, bliskimi 87

- - - znajomymi z pracy 95

- - przełożonymi z pracy 95

Runtastic 80

Rzecznik Praw Pacjenta 41

Samotność 123

Scyntygrafia kości 10

Seksualność 148

Sen 67

- higiena 64, 68

Skale oceny zmęczenia 62

Smutek 107, 161

- samopomoc 162

Stres dobry 103

Styl życia zdrowy 28

Substancje lecznicze 54

Śmiech 173

Śmiechoterapia 173

Tabletki przeciwbólowe, rodzaje 50

Taniec 78

Teleradioterapia 17

Teoria uczenia psychosomatyczna 184

Terapia(e), molekularnie celowane 21

- - działania niepożądane 27

- poprzez taniec 78

- Simontonowska 175

- śmiechem 173

- uważnością 169

Umiejętność przebaczenia 145

Usunięcie okolicznych węzłów chłonnych 15

Utrata masy ciała 30

Wdzięczność 141

Węzły chłonne okoliczne, usuwanie 15

Wydarzenia traumatyczne, reakcja na powstawanie 104

Wzrost potraumatyczny 104

Zaburzenia w sferze intymnej 149

Zalecenia żywieniowe łagodzące objawy
pokarmowe związane z leczeniem
nowotworów 32

Zarządzanie zasobami energii a choroba
nowotworowa 64

Zasady zdrowego myślenia 179

Zespół, depresyjny 161

- lękowy 158

Zgoda na pomoc 130

Złość 164

- radzenie sobie 165

Zmęczenie, fizjologiczne a patologiczne,
różnice 59

- w przebiegu choroby nowotworowej 59

- - postępowanie terapeutyczne 63

- - przyczyny 60

Zmiany w wyglądzie, radzenie sobie 150

Życie, codzienne, organizacja 128

- duchowe 122

- seksualne 148

- - normalne 148

- - podtrzymanie 150

- - problemy, szukanie pomocy 151

- - wpływ leczenia 149

Żywnienie zindywidualizowane 30

POZWÓL SOBIE POMÓC...

„Właściwa medyczna edukacja społeczeństwa pozwala lepiej kształtować postawy prozdrowotne, łagodzić fizyczne i psychiczne skutki chorób i poprawiać populacyjne wyniki leczenia. W Polsce istnieje wiele popularnych książek i czasopism o tematyce onkologicznej, ale mało jest opracowań łączących wiedzę o nowotworach ze sprawdzonymi sposobami radzenia sobie z nimi. Lukę tę wypełnia książka pt. „O życiu z rakiem i po raku: Praktyczny poradnik dla wszystkich”.

Prof. Jacek Jassem

Książka przygotowana przez doświadczonych lekarzy i psychologów powstała z myślą o osobach żyjących z rakiem, a także tych, którym udało się zakończyć leczenie. Jest odpowiedzią na konkretne i najczęściej zadawane pytania pacjentów.

Czytelnicy znajdą w poradniku praktyczne informacje na temat nowotworów, ich leczenia, praw pacjentów; porady dotyczące odżywiania, uśmierzania bólu, zmęczenia i kłopotów ze snem, a także radzenia sobie z przykrymi dolegliwościami.

Autorzy zachęcają pacjentów do skutecznego pomagania samemu sobie, dbania o siebie, podjęcia aktywności fizycznej i wzmacniania sił psychicznych. Dużą uwagę poświęcono budowaniu pozytywnych relacji i umiejętności komunikowania się z dalszym i bliższym otoczeniem, rodziną i personelem medycznym.



PZWL

PZWL Wydawnictwo Lekarskie Sp. z o.o.
infolinia: 801 33 33 88
www.pzwl.pl

