

Psychologiczne metody pomocy chorym na raka piersi

Paweł Izdebski¹, Jerzy Tujakowski²

W pracy przedstawione są metody pomocy psychologicznej osobom chorym na raka piersi. Pomoc psychologiczną można podzielić na następujące rodzaje oddziaływań: o charakterze wspierającym, o charakterze psychotherapeutycznym, o charakterze edukacyjnym oraz wpływające na mechanizmy fizjologiczne poprzez obniżenie poziomu pobudzenia. Dokonana została ocena ich efektywności. Przedstawiono ogólne zalecenia dotyczące wykorzystywania oddziaływań psychologicznych wobec chorych na raka piersi.

Psychological methods of helping breast cancer patients

Psychological methods of helping breast cancer patients are presented in the article. Psychological help may be divided in the following types of influence: supportive, psychotherapeutic, educational, and influencing physiological mechanisms through decreasing the level of stimulation. Their effectiveness is evaluated. General recommendations for the use of psychological help for breast cancer patients are also stated.

Słowa kluczowe: pomoc psychologiczna, rak piersi, efektywność

Key words: psychological treatment, breast cancer, effectiveness

Wstęp

Rozwój pomocy psychologicznej dla osób chorych na nowotwory rozpoczął się w latach osiemdziesiątych zeszłego stulecia. Badania na temat efektywności oddziaływań psychologicznych mają bardzo krótką tradycję. Wykorzystywanie różnego rodzaju oddziaływań psychospołecznych wobec osób chorych na raka piersi było szczególnie intensywne w latach dziewięćdziesiątych. Po pierwszej fali entuzjazmu związanego z publikacją Spiegela i wsp. [1], w której wykazano wpływ oddziaływań psychospołecznych przez grupę wsparcia pomagającą w radzeniu sobie z chorobą, późniejsze doniesienia nie były już tak jednoznaczne. Celem pracy jest przedstawienie stosowanych na świecie metod pomocy psychologicznej osobom chorym na raka piersi i ocena ich efektywności. Autorzy sformułują także ogólne zalecenia dotyczące stosowania oddziaływań psychologicznych na tę grupę chorych.

W literaturze polskiej, zgodnie z wiedzą autorów, brak jest całościowego, krytycznego opracowania zagadnienia pomocy psychologicznej osobom chorym na raka piersi. Większość tych opracowań nie prezentuje również najnowszych osiągnięć psychoonkologii. Wcześniejsze próby przedstawienia zagadnień związanych ogólnie

z psychoterapią [2-6] nie oceniały efektywności oddziaływań psychologicznych w sposób komplementarny oraz nie uwzględniały specyfiki związanej z sytuacją zachorowania na raka piersi.

Początek oddziaływań psychologicznych mających na celu pomoc osobom chorym na raka piersi wiąże się z pracą opublikowaną w *The Lancet* [1]. Autorzy zaprezentowali wyniki badania poświęconego skuteczności trwającego przez rok leczenia psychospołecznego (polegającego na cotygodniowych spotkaniach grupy wsparcia i wykorzystywaniu autohipnozy redukującej ból) u 86 pacjentek z rozpoznaniem raka piersi z przerzutami. Grupa eksperymentalna składała się z 50 osób. Przez rok chore uczestniczyły w spotkaniach prowadzonych przez psychiatrę lub pracownika socjalnego oraz przez terapeutkę – osobę wyleczoną z raka piersi. Na spotkaniach dyskutowano na temat sposobów radzenia sobie z chorobą nowotworową, zachęcano pacjentki do wyrażania przeżywanych uczuć z tym związanych wyrażania opinii na temat wpływu choroby na własne życie. Omawiano objawy uboczne związane z chemioterapią i radioterapią, a także uczono techniki autohipnozy pomagającej w kontroli bólu. Do grupy eksperymentalnej chore zostały wybrane w sposób losowy. Pozostałe 36 osób było także leczone onkologicznie, a jedyną różnicą pomiędzy obiema grupami był uczestnictwo w spotkaniach grupowych bądź jego brak. Ocena leczenia psychospołecznego została dokonana po 10 latach. Jak podają autorzy, grupa, wobec której zastosowano oddziaływania psychospołeczne, miała średnią długość życia 36,6 miesięcy, a grupa nie

¹ Instytut Psychologii
Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy
² Oddział Onkologii Klinicznej
Centrum Onkologii w Bydgoszczy

korzystająca z tej terapii 18,9 miesięcy. Różnica ta była statystycznie i klinicznie istotna. Jak opisywali autorzy interwencja psychospołeczna znacząco obniżyła poziom lęku, depresji i bólu. We wnioskach autorzy stwierdzili, że wsparcie społeczne może być ważnym czynnikiem wpływającym na przeżycie chorych na raka piersi. Badanie to wywołało olbrzymie zainteresowanie i spowodowało wiele reakcji wśród badaczy zainteresowanych psychoonkologią. Podstawowe zarzuty postawione przez Foxa [7] dotyczyły braku homogeniczności grupy kontrolnej i eksperymentalnej (większa proporcja pacjentek w stopniu IV w grupie kontrolnej (7/36) wobec grupy eksperymentalnej (2/50) oraz czas radioterapii w grupie kontrolnej (2,2 razy większy) niż w grupie eksperymentalnej). Fox tym samym podważył zasady randomizacji grup wskazał na braki metodologiczne w doborze grup (grupa kontrolna była zbyt mała w porównaniu z grupą eksperymentalną). Praca Spiegela i wsp. została przedstawiona na początku, ponieważ uzyskane przez autorów wyniki wpłynęły na rozpowszechnienie oddziaływań o charakterze psychologicznym. W tym samym roku dwóch badaczy, twórców koncepcji osobowości typu „C” (predysponującej do raka), Grossarth-Maticek i Eysenck [8], opublikowało doniesienie na temat wpływu psychoterapii na poziom limfocytów u kobiet chorych na raka piersi z przerzutami podczas chemioterapii poddawanych psychoterapii i chorych nie uczestniczących w psychoterapii. Autorzy, mimo małej grupy badanych (w obu grupach było po 25 osób i nie kontrolowano istotnych czynników prognostycznych), stwierdzili, że psychoterapia behawioralna zwiększała poziom limfocytów i wpływała na długość życia. To doniesienie zostało opublikowane w jednym z najbardziej prestiżowych czasopism psychologicznych *Psychological Reports*.

Rodzaje i formy pomocy psychologicznej

W tej części pracy przedstawione zostaną różne formy oddziaływań psychologicznych. Zaprezentowane na wstępie doniesienia miały na celu pokazanie początków poszukiwań wykorzystujących psychologię w pomaganiu chorym na raka piersi. Mimo braków metodologicznych przyczyniły się one do popularyzacji interwencji psychospołecznych i rozwoju psychoonkologii.

Pomoc psychologiczną można podzielić w zależności od: formy (indywidualna i grupowa), orientacji (behawioralna, poznawcza bądź wspierająca), czasu trwania (od ograniczonych w czasie do trwających ciągle), momentu zastosowania (przed, podczas lub po leczeniu), rodzaju populacji osób, którym ma ona służyć (wczesna vs. zaawansowana, osoby w wieku do 40 lat lub starsze, z partnerami lub bez). Najistotniejszy z punktu widzenia psychologii jest podział zgodny z orientacją teoretyczną. Warto w tym miejscu zauważyć, że próby wykorzystywania teorii psychologicznych nie przyjęły jednego modelu i tym samym przypominają postępowanie w psychoterapii zaburzeń psychicznych.

Pomoc psychologiczną, nazywaną czasami interwencją psychospołeczną (od określenia w języku angielskim

psychosocial interventions), można podzielić na następujące rodzaje oddziaływań:

1. oddziaływania o charakterze wspierającym (terapia wspierająco-ekspresywna, wspierająca oraz grupy samopomocowe, takie jak Amazonki);
2. oddziaływania o charakterze psychoterapeutycznym (terapia poznawczo-behawioralna, terapia ekspresywna, terapia rodzinna, adjuwantowa terapia psychologiczna);
3. oddziaływania o charakterze edukacyjnym (psychoedukacja, uczenie technik radzenia sobie ze stresem związanym z chorobą);
4. wpływanie na mechanizmy fizjologiczne poprzez obniżenie poziomu pobudzenia (wizualizacja, relaksacja, *biofeedback* i masaż).

Dwa podstawowe cele interwencji psychospołecznych to: (1) zapewnienie informacji i wsparcia instrumentalnego, pomoc w ekspresji emocji i poprawa komunikacji, uzyskanie kontroli i zdolności radzenia sobie z chorobą; (2) określany jako cel podstawowy, to zmniejszenie objawów somatycznych związanych z chorobą i jej leczeniem oraz umożliwienie przystosowania się i poprawa jakości życia [9]. Można założyć, że wszystkie formy oddziaływań psychologicznych mają na celu realizację tych podstawowych celów. W zależności od przyjętych wcześniej założeń cele te są realizowane w różnym stopniu i mogą kłaść nacisk na odmienne aspekty funkcjonowania psychologicznego chorych na raka piersi.

Obecnie najczęstsze są oddziaływania o charakterze wspierającym (terapia wspierająco-ekspresywna, wspierająca oraz grupy samopomocowe, takie jak Amazonki). Elementy wsparcia społecznego, szczególnie emocjonalnego i informacyjnego obecne są w każdym rodzaju pomocy psychologicznej. Najczęstszą formą terapii wspierająco-ekspresywnej są spotkania grupowe zorientowane na wyrażanie przeżywanych emocji oraz udzielanie sobie wzajemnego wsparcia [10, 11].

Rozwój ruchów samopomocy w Stanach Zjednoczonych przyczynił się do tworzenia grup wsparcia, w których wykorzystuje się jako jego źródło innych pacjentów. Już w latach osiemdziesiątych w literaturze polskiej o grupach samopomocy wspominał Piątkowski [12]. Istnienie ruchu Amazonek ma niewątpliwie wielkie znaczenie dla rehabilitacji chorych na nowotwory piersi. Doniesienia z lat osiemdziesiątych wskazywały na fakt, że następujące składniki wsparcia społecznego wpływają na procesy radzenia sobie z krytycznymi wydarzeniami żywymi: (1) okazywanie pozytywnych emocji, (2) potwierdzenie słuszności głoszonych opinii, prezentowanego systemu wartości i przeżywanych uczuć, (3) zachęcanie do swobodnego wyrażania emocji i przekonań, (4) udzielanie pomocy rzeczowej, (5) podkreślanie przynależności do społeczności działającej na zasadzie wzajemnej pomocy [13]. Ten ostatni element niesie często ze sobą stygmatyzację i tym samym zamknięcie się w środowisku zorientowanym nie tylko na adaptację i powrót do wcześniejszego funkcjonowania przedchorobowego (o ile takie możliwości istnieją), ale na koncentrowanie się na negatywnych aspektach związanych z chorobami. Dlatego te formy

samopomocy powinny być prowadzone we współpracy z osobami profesjonalnie zajmującymi się leczeniem chorób nowotworowych i przez nie monitorowane.

Rozwój technologiczny pozwolił na nowe możliwości w udzielaniu pomocy psychologicznej. Można tu wspomnieć między innymi o wykorzystaniu internetu w pomaganiu chorym na raka piersi. Wsparcie *online* wykorzystywane jest już w krajach zachodnich [14-16]. Charakterystyki cech socjodemograficznych i zmiennych związanych z chorobą nowotworową piersi jako pierwsi dokonali Fogel i wsp. [17]. Według tych danych osoby wykorzystujące internet jako źródło wsparcia miały wyższy poziom wykształcenia i poziom dochodów oraz były młodsze (poniżej 65 roku życia) w porównaniu z osobami, które nie korzystały z tego środka komunikacji. Jeżeli chodzi o zmienne medyczne, wśród badanych osób nie było chorych z IV stopniem złośliwości i zdecydowana większość badanych chorowała na raka piersi dłużej niż dwa lata. Inni autorzy stwierdzają, że internet jest coraz częściej wykorzystywany przez chore na raka piersi i pozwala na obniżenie poczucia izolacji wywołanego chorobą oraz chronicznym bólem. Przeanalizowano historie opisywane przez chore na *Scandinavian Breast Mailing List* i potwierdzono w badaniu jakościowym, że internet był traktowany przez nie jako sposób wymiany informacji (zdobywanie wiedzy na temat choroby i leczenia), do wyrażania emocji i nawiązywania nowych kontaktów społecznych [18]. Również w Polsce istnieją tego rodzaju formy internetowego kontaktu mającego na celu udzielanie wsparcia. Nie były one jednak dotychczas poddane analizie badawczej i nieznana jest ich skuteczność dla poprawy jakości życia. Internet pozwala na szerszy zasięg oddziaływania i szybszy kontakt, a bariery finansowe i techniczne prawdopodobnie niedługo ulegną zmniejszeniu. Oczywiście jest, że wsparcie *online* nie zastąpi rzeczywistego kontaktu. Może jednak być istotne w sytuacjach kryzysowych i pomocne w uzyskiwaniu informacji. Jako sposób pomagania wykorzystywano również terapię telefoniczną. Wyniki badań wskazują jednak, że przeprowadzone przez pielęgniarki onkologiczne sześciokrotnie powtarzane półgodzinne rozmowy nie wpłynęły na poprawę nastroju ani jakości życia pacjentów [19].

Oddziaływania o charakterze psychoterapeutycznym wobec chorych na raka piersi wywodzą się z bardzo różnych podejść teoretycznych wykorzystywanych w psychoterapii. Po wstępnych doniesieniach na temat wykorzystania podejścia psychodynamicznego odrzucono obecnie psychoanalizę jako sposób pracy terapeutycznej z chorymi na raka piersi. Obecnie najczęściej korzysta się z podejścia poznawczo-behawioralnego (*cognitive-behaviour therapy* – *CBT*). Postępowanie tego rodzaju realizowane jest w formie grupowych sesji trwających przez określony czas (np. 12 sesji cotygodniowych) [20]. Osoby uczestniczące w tych sesjach najczęściej w trakcie spotkań uczą się różnego rodzaju poznawczych i behawioralnych strategii radzenia sobie ze stresem takich, jak: monitorowanie własnych myśli, poznawcza restrukturalizacja, wykorzystywanie stwierdzeń pomagających w radzeniu sobie. Oprócz tego chore są uczone efektywnej komu-

nikacji, planowania i ustalania celów oraz technik relaksacji.

Specyficzną odmianą terapii poznawczo-behawioralnej jest stworzona przez Mooreya i Greera adiuwantowa terapia psychologiczna (*adjuvant psychological therapy* – *APT*) [21]. Jest to krótkoterminowa, stosowana wobec chorych na nowotwory terapia, w której identyfikuje się podstawowe problemy pacjenta i uczy poznawczych i behawioralnych strategii rozwiązywania problemów oraz nakłania się pacjentów do wytworzenia pozytywnego „ducha walki” (*fighting spirit*).

Oprócz wymienionych wcześniej najpowszechniej stosowanych podejść wykorzystujących psychoterapię można jeszcze wymienić próby zastosowania terapii poznawczo-egzystencjalnej (*cognitive-existential therapy*), terapii osobistych konstruktywnej (*personal construct therapy*) oraz wykorzystywanie różnego rodzaju form terapii ekspresywnej (*expressive therapy*).

Terapia poznawczo-egzystencjalna [22, 23] dąży do osiągnięcia sześciu ogólnych celów poprawiających jakość życia pacjentek: stworzenia wspierającego otoczenia społecznego, przepracowania żalu związanego z wieloma sytuacjami straty, zmiany nieadaptacyjnych wzorców poznawczych, wzmocnienia umiejętności radzenia sobie i rozwiązywania problemów, uzyskania poczucia mistrzostwa i dostarczenia okazji do wybrania priorytetów na przyszłość. Autorzy unikają podejmowania terapii zaburzeń w formie wglądowej psychoterapii długoterminowej. W trakcie spotkań terapeutycznych, po wstępnej fazie wymiany informacji związanych z „historiami raka”, terapeuci podejmują tematy najważniejsze dla pacjentek. Są to przede wszystkim: lęk przed śmiercią, radzenie sobie ze strachem związanym z nawrotami choroby i życiem w niepewności, zrozumienie leczenia polegającego na chemioterapii, radioterapii i hormonoterapii, relacje lekarz – pacjent, obraz ciała i obraz własnej osoby, seksualność, rekonstrukcja piersi, związki z najbliższymi, styl życia i cele na przyszłość. W trakcie terapii wykorzystywane są techniki terapeutyczne, takie jak: rozwiązywanie problemów, poznawcze przekształcanie negatywnych myśli i uczenie zachowań asertywnych oraz opanowywanie złości w konstruktywny, adaptacyjny dla chorych sposób.

W terapii konstruktywnej osobistych podstawowe cele polegają na stworzeniu pacjentkom sposobności do maksymalizacji swojego potencjału w potwierdzeniu własnych interpretacji oraz skonstruowaniu alternatywnego zrozumienia własnych problematycznych znaczeń [24]. W sytuacji zachorowania na raka piersi terapia stwarza chorym kontekst społeczny, w którym mogą one formułować, potwierdzać, zastanawiać się, przepracowywać i sprawdzać nadawane przez siebie znaczenie dla życia jako osoby, która chorowała na raka piersi. Umożliwi to zdaniem autorów lepsze radzenie sobie w życiu.

Podstawową formą terapii ekspresywnej stosowanej wobec chorych na raka są pisemne formy wyrażania emocji, tzw. pisanie ekspresywne (*expressive writing*) [25, 26]. Ekspresja emocji w sytuacjach stresowych i traumatycznych zdaniem twórców tego podejścia przynosi

wiele korzyści psychologicznych i somatycznych [27]. Większość ludzi staje wobec sytuacji traumatycznej takiej, jak diagnoza i leczenie choroby nowotworowej, chce rozmawiać, zdaniem tych autorów, o swoim doświadczeniu i przejawia potrzebę uzyskania emocjonalnego wsparcia, które pozwoli na ekspresję emocji. Dlatego ujawnianie swoich emocji w formie pisemnej (poprzez zapisywanie przeżywanych emocji i myśli związanych z chorobą) może pomóc w zmniejszeniu poziomu dystresu szczególnie u chorych, którzy mają trudności w przełamywaniu barier społecznych związanych z ekspresją emocji.

Pomoc psychologiczna jest również udzielana w formie psychoterapii rodzinnej. Ten rodzaj pomocy psychologicznej jest wykorzystywany szczególnie w przypadku pacjentów chorych terminalnie i umożliwia rodzinie przystosowanie się do tej sytuacji i następującej po odejściu osoby bliskiej żaloby. Interwencje psychospołeczne prowadzone były także dla partnerów chorych na raka piersi i wykorzystywały podejście wywodzące się z terapii poznawczo-behawioralnej [28]. Tworzono także programy pomagające nastolatkom w radzeniu sobie z sytuacją choroby nowotworowej piersi u ich matek [29].

Trzeci rodzaj interwencji psychospołecznej to szeroko rozumiane działania o charakterze edukacyjnym. Psychoedukacja może przyjmować formę grupową lub indywidualną. Grupowe spotkania psychoedukacyjne powinny wskazywać na znaczenie zachowań prozdrowotnych i unikanie zachowań antyzdrowotnych. Każde spotkanie grupowe powinno być ustrukturalizowane i poświęcone ważnemu dla chorych zagadnieniu. Może mieć formę wykładu, po którym następuje dyskusja i pomoc w zrozumieniu i potrzebie przestrzegania prozdrowotnego stylu życia. Psychoedukacja indywidualna może być prowadzona w trakcie badań lekarskich oraz przez dostarczanie informacji w formie broszur bądź opracowań popularnonaukowych. Warto podkreślić, że w niektórych ośrodkach na świecie oddziaływania psychoedukacyjne weszły do standardu oddziaływań leczniczych (szczególnie są pomocne przed lub w trakcie oddziaływań leczniczych, takich jak chemioterapia lub radioterapia). Psychoedukacja pomocna jest przede wszystkim w tworzeniu adekwatnego obrazu własnej choroby, co stanowi warunek podstawowy późniejszego lepszego przystosowania. Programy te są tworzone dla osób chorych na raka piersi. Mogą one przyjmować formę programów edukacyjnych mających na celu dostarczenie stosownych informacji i udzielenie tym samym wsparcia o charakterze informacyjnym. Przykładem może być program realizowany w Australii *Living with Cancer Education Programme* (Program Edukacyjny Życia z Rakiem) [30]. Program ten był skierowany do osób chorych na raka, ich rodzin oraz przyjaciół. Był on realizowany w formie wykładów dla osób zainteresowanych. Psychoedukacja może odbywać się także przez poradnictwo telefoniczne. *Telephone Counseling Trial for Breast Cancer Survivors* (Poradnictwo Telefoniczne dla Chorych na Raka Piersi) był realizowany w Stanach Zjednoczonych [31]. Skierowany był do chorych, które ukończyły leczenie adjuwantowe we wczesnym okre-

sie chorowania na raka piersi. W ciągu roku z każdą uczestniczką programu przeprowadzono 16 rozmów telefonicznych. Interwencje były ustrukturalizowane i przeprowadzane w następujących sześciu fazach: (1) orientacja, (2) ocena, (3) szkolenie na temat umiejętności radzenia sobie, (4) poradnictwo edukacyjne wykorzystujące moduły tematyczne, (5) wzmocnienie/integracja kontekstowa, (6) podsumowanie. Szczególną rolę w tym programie odgrywały moduły tematyczne, w których poruszano sześć istotnych dla chorych tematów związanych ze skutkami choroby nowotworowej piersi. Moduły tematyczne dotyczyły: życia z poczuciem niepewności, życia ze zmianą w wyglądzie fizycznym, życia ze zmienionym obrazem „ja”, życia w związku, seksualności po raku piersi, życia ze zmianą poziomu dochodów finansowych.

Ostatnią grupę stanowią techniki niezwiązane z określonym paradygmatem psychologicznym. Ich podstawowym celem jest wywieranie wpływu na mechanizmy fizjologiczne przez obniżenie poziomu pobudzenia, bez ingerowania w procesy emocjonalne i poznawcze chorej. Wykorzystywane były: wizualizacja, relaksacja, biofeedback i masaż [32, 33]. Autorzy wykorzystujący te techniki jako podstawę teoretyczną do tego typu oddziaływań wykorzystują założenia psychoneuroimmunologii. Pomimo publikowania wielu wyników dotyczących skuteczności wcześniej wymienionych technik można przyjąć, że są one pomocne w obniżaniu poziomu pobudzenia związanego ze stosowanym leczeniem, ale trudno mówić o ich wpływie na funkcjonowanie układu odpornościowego. Większość tych badań ma wiele usterek metodologicznych i, jak już w roku 1992 pisali Trijsburg i wsp. [34], prace poświęcone wykorzystywaniu tych technik nie uwzględniają wielu istotnych dla funkcjonowania psychologicznego zmiennych (np. osobowości i stanu psychicznego pacjenta) i dlatego trudno określić ich skuteczność.

Większość oddziaływań psychologicznych na chore na raka piersi ma charakter eklektyczny. Wiele form interwencji wykorzystuje równocześnie wsparcie i podejście psychoedukacyjne oraz zapożycza różnorodne techniki o charakterze psychoterapeutycznym pochodzące z odmiennych podejść teoretycznych. Utrudnia to znalezienie procesów, które pozwalają na osiągnięcie zakładanych celów terapeutycznych. Najczęściej stosuje się oddziaływania wspierające w formie nieustrukturalizowanej terapii grupowej. Uczestnictwo w grupach wsparcia pozwala pacjentkom na swobodne wyrażanie własnych emocji i na dzielenie się swoimi doświadczeniami związanymi z chorobą. Obecność innych osób przyczynia się do obniżenia poziomu niepokoju i przeżywanego stresu. Z kolei oddziaływania poznawczo-behawioralne są przydatne w sytuacjach, w których należy modelować nowe zachowania, szczególnie ważne dla radzenia sobie ze stresem wywołanym chorobą i leczeniem.

Efektywność oddziaływań psychologicznych

Oddziaływania psychologiczne na pacjentki chore na raka piersi mogą być pomocne w dwóch aspektach. Pierwszy, który obecnie nie budzi już tak wiele wątpliwości, dotyczy poprawy jakości życia, przede wszystkim przez uwolnienie od przeżywanego dystresu. Drugi aspekt jest kontrowersyjny i wywodzi się z wcześniejszych doniesień naukowych – oddziaływania psychologiczne mogą wpływać na progresję choroby.

Pogląd, że oddziaływania psychologiczne mogą wpływać na poprawę jakości życia, mimo wielu opracowań badawczych, nie określa jednoznacznie, w jakim stopniu, kiedy i w jakiej formie oddziaływania psychologiczne wpływają na jakość życia. Można zauważyć, że wielość stosowanych oddziaływań i różne techniki pomiaru efektów prowadzą do wielu sprzecznych rezultatów. Obecnie można znaleźć doniesienia, które potwierdzają każdą z hipotez, a wynika to przede wszystkim z samej złożoności funkcjonowania psychiki pacjentek. Rak piersi i leczenie wpływają na wiele obszarów funkcjonowania chorych i określenie rzetelnych i trafnych metod pomiaru wymaga bardzo kompleksowego podejścia. Oceniane zmienne zależą zarówno od podejścia teoretycznego (a w psychologii jest ich bardzo wiele), jak i od celów stosowanych oddziaływań.

Szeroki zakres oddziaływań psychologicznych z pewnością stanowi ważne źródło pomocy pacjentkom w przystosowaniu i w radzeniu sobie z sytuacją zachorowania na raka piersi. Trudności powstają przy ocenie ich efektywności. Proces tych oddziaływań jest często wysoce indywidualizowany i dostosowany do potrzeb chorej.

Typowym przykładem takiego doniesienia jest badanie przeprowadzone w Japonii [35]. Mimo małej próby badanych (19 osób ukończyło badanie z rozpoczynających 58) wykazano, że pacjentki z pierwszorazowym rozpoznaniem raka piersi uczestniczące w trwających przez 6 tygodni spotkaniach grupowych po upływie trzech miesięcy od zastosowania terapii wspierającej charakteryzowały się mniejszym poziomem lęku, depresji i wrogości i mniejszym poziomem zaburzeń nastroju mierzonych testem *Profile of Mood States* (POMS), niższym poziomem bezradności/braku nadziei mierzonych *Mental Adjustment to Cancer* (MAC) i bardziej były zorientowane na przyszłość w skali *Quality of Life Questionnaire-Cancer 30/Breast Module 23* (QLQ-C30/Br23). Różnicy jednak nie stwierdzono po upływie 6 miesięcy od momentu zakończenia oddziaływań wspierających. Inne badanie przeprowadzone w tym samym kraju wskazuje natomiast, że krótkoterminowa, 6-tygodniowa interwencja polegająca na edukacji zdrowotnej, treningu radzenia sobie ze stresem i udzieleniu wsparcia psychologicznego miała trwały wpływ u 46 pacjentek – w porównaniu z grupą kontrolną (bez interwencji psychospołecznej) – na podwyższenie poziomu energii mierzonego testem *Profile of Mood States* (POMS) i wyników w skali „walecznego ducha” w *Mental Adjustment to Cancer* (MAC) bezpośrednio po zakończeniu interwencji i po upływie 6 miesięcy [36]. Podobnie sprzeczne wyniki można znaleźć na

przykład w badaniu [37], w którym nie wykazano różnic pomiędzy kobietami uczestniczącymi przez 12 tygodni we wcześniejszej interwencji psychospołecznej w poziomie przystosowania psychospołecznego, i w badaniu [10], w którym wyniki trwającej przez rok interwencji wskazują na zmniejszenie poziomu objawów wywołanych stresem i zaburzeń nastroju. Różnica pomiędzy badanymi w przedstawionych pracach polegała na odmiennym zaawansowaniu choroby. Podobna różnica w doborze osób badanych zaistniała w badaniach prowadzonych w Japonii.

Przedstawione wybrane wyniki badań nie dostarczają jednoznacznych dowodów na efektywność oddziaływań psychologicznych w zakresie jakości życia. Wskazują również na podstawowy problem metodologiczny w prowadzonych badaniach – chore uczestniczące w oddziaływaniach psychologicznych różnią się w sposób istotny w długości chorowania i stopniu zaawansowania choroby. Ten fakt, oprócz odmienności stosowanych oddziaływań – wykorzystywane są odmienne, najczęściej eklektyczne oddziaływania o różnym czasie trwania – powoduje, że porównywanie ich efektywności jest problematyczne. Zastrzeżenia metodologiczne budzi także fakt, że większość badań na temat efektywności oddziaływań psychologicznych jest prowadzona na małych grupach chorych i wykorzystuje odmienne narzędzia do oceny efektywności.

W sytuacji braku jednoznacznych odpowiedzi na pytanie o efektywność oddziaływań psychologicznych dla jakości życia poszukuje się w metaanalizach. Jedną z pierwszych prób oceny efektywności interwencji psychospołecznych u pacjentów chorych na raka przeprowadzili Meyer i Mark [38]. Autorzy przeanalizowali wyniki 45 badań opisujących 62 grupy chorych na różne rodzaje chorób nowotworowych porównywanych z randomizowanymi grupami kontrolnymi. Korzystne efekty tych oddziaływań wykazano w poziomie przystosowania emocjonalnego i funkcjonalnego, we wskaźnikach objawów związanych z chorobą i leczeniem oraz dla ogólnych wskaźników jakości życia. Nie stwierdzono efektywności oddziaływań psychologicznych dla zmiennych medycznych bezpośrednio dotyczących choroby nowotworowej. Autorzy wykazali również, że rodzaj oddziaływań nie wpływa na różnice w efektywności. Podobne rezultaty dla oddziaływań psychoedukacyjnych opisano także w innej metaanalizie [39]. Należy zaznaczyć, że te wyniki dotyczą chorych na różne rodzaje choroby nowotworowej.

Metaanalizę ukierunkowaną na dwa rodzaje możliwych zmian wynikających z oddziaływań psychologicznych wobec osób chorych na raka przeprowadzili również Sheard i Maguire [40]. Za istotne dla oceny efektywności uznali prace, w których poziom lęku i poziom depresji stanowiły wskaźniki efektywności. Autorzy przeanalizowali 25 prób badawczych, w których kontrolowano poziom lęku (z których odrzucono 6 z powodu braku danych), a na temat depresji autorzy znaleźli 30 badań (z których usunięto 10 z powodu braku danych). Autorzy stwierdzili, że oddziaływania psychologiczne mogą w sposób umiarkowany wpływać na poziom lęku

u chorych na raka, ale nie na poziom depresji. Wykazano także, że najefektywniejsze są oddziaływania na osoby zagrożone dystresem lub będące w stanie psychologicznego dystresu.

Drugi aspekt oddziaływań psychologicznych jest jeszcze bardziej kontrowersyjny. Część badaczy wskazywało na wpływ oddziaływań psychologicznych na progresję choroby nowotworowej. Szczególne znaczenie dla popularyzacji tego poglądu miały wczesne doniesienia [1, 8]. Badania te zostały przedstawione na początku tej pracy.

W krótkim wstępie do artykułów poświęconych psychosomatoлогии w *Journal of Psychosomatic Research* Walker i wsp. [41] stwierdzają, że do chwili obecnej nie wykazano w sposób poprawny metodologicznie skuteczności oddziaływań psychospołecznych na progresję chorób nowotworowych. Prace badawcze prowadzone obecnie nie wykazują zmian w długości życia osób chorych na raka piersi. Badanie prowadzone z wykorzystaniem terapii wspierająco-ekspresywnej [11], jak i terapii poznawczo-behawioralnej [42] kobiet chorych na raka piersi, w porównaniu z grupami kontrolnymi nie wykazały wpływu interwencji psychologicznej na długość życia chorych. Autorzy stwierdzili, że jedynie medyczne czynniki prognostyczne wpływały w sposób istotny na progresję choroby. Podobne są wyniki metaanalizy przeprowadzonej przez Smedslunda i Ringdal [43]. Autorzy stwierdzają w podsumowaniu swego opracowania wyników 14 badań na temat wpływu interwencji psychospołecznej na długość życia, że stwierdzenia wskazujące na ich wpływ na długość życia chorych na raka nie są potwierdzone wynikami badań. Podkreślają, że w wielu badaniach popełniano błąd metodologiczny w randomizacji grup, polegający na unikaniu w doborze pacjentów o złych rokowaniach.

Jak piszą Miller i Cohen [44] w przeglądzie badań na temat interwencji psychologicznych i układu immunologicznego, badania wcześniej przeprowadzone nie są reprezentatywne dla całej literatury poświęconej zagadnieniu efektywności oddziaływań psychologicznych dla progresji choroby nowotworowej. Dlatego należy przyjąć, że przy obecnym stanie wiedzy w psychosomatoлогии nie potwierdzono wpływu oddziaływań psychologicznych na progresję raka piersi. Badania wskazują, że terapia psychologiczna może być pomocna w poprawie jakości życia i, być może, pośrednio wpływać na bardziej prozdrowotne funkcjonowanie chorych. Badania na ten temat powinny dotyczyć przede wszystkim efektywności oddziaływań na chore zagrożone dystresem psychologicznym i powinny być replikowalne. Ważne jest także dokonywanie oceny ich efektywności nie bezpośrednio lub kilka miesięcy po zastosowaniu oddziaływań psychologicznych, ale w większym odstępie czasu.

Podsumowanie

Oddziaływania psychologiczne na chore na raka piersi rozwinęły się w latach dziewięćdziesiątych zeszłego stulecia. Pomimo zróżnicowania rodzajów oddziaływań ich podstawowy cel jest podobny: mają przede wszystkim

poprawić jakość życia i pomóc w radzeniu sobie z sytuacją zachorowania na raka piersi. Jednakże, gdy wykorzystujemy oddziaływania psychologiczne, należy zastanowić się nad następującymi istotnymi zagadnieniami, które podają Rowland i Massie [45].

Zdaniem tych autorek potwierdzono, że pacjentki chore na raka korzystające z interwencji mających na celu opanowanie wiedzy, umiejętności radzenia i zmniejszenia poziomu dystresu funkcjonują lepiej niż chore, które nie uczestniczą w interwencjach. Dotyczy to zmniejszenia poziomu lęku, zwiększenia poczucia kontroli, poprawę obrazu ciała, wyższego poziomu zadowolenia z opieki i lepszego funkcjonowania seksualnego, jak i większego poziomu stosowania się do zaleceń medycznych. W żadnym z badań nie wykazano pogorszenia u chorych, które korzystały z oddziaływań psychologicznych, w porównaniu z chorymi poddanymi leczeniu bez tej formy pomocy.

Rowland i Massie wskazują również na fakt zwiększającej się ilości oddziaływań psychologicznych. Wynika to nie tylko ze wzrastających potrzeb pacjentek, ale również z potwierdzenia efektywności tych oddziaływań. Jednakże w polskich warunkach pacjentki chore na raka piersi mogą obawiać się etykietowania związanego z pomocą psychologiczną, wiążącą się z traktowaniem ich jako chore psychicznie, a nie somatycznie. Część chorych radzi sobie ze stresem wywołanym chorobą w sposób efektywny bez pomocy psychologicznej, wykorzystując swoje własne źródła wsparcia.

Wsparcie społeczne może obniżyć podatność na chorobę, może stanowić mechanizm buforowy pomiędzy jednostką a jej antyzdrowotnymi nawykami (np. palenie papierosów, wadliwe odżywianie się, spożywanie alkoholu) i przede wszystkim ułatwia adaptację przez wzmocnienie w obliczu stresorów związanych z diagnozą i leczeniem raka [5].

W tym kontekście można stwierdzić, że pomoc psychologiczna powinna przede wszystkim:

- dotyczyć osób, które zgadzają się na nią i jej potrzebują;
- polegać na informowaniu (aspekt psychoedukacyjny) i motywowaniu pacjentek do leczenia;
- psychoterapia powinna dotyczyć jedynie osób, które nie potrafią sobie same poradzić z zaistniałą sytuacją;
- jak najszerszej wykorzystywać otoczenie społeczne pacjenta;
- koncentrować się na emocjonalnych problemach pacjentek, wskazując sposoby radzenia sobie z depresją, lękiem i złością przez poprawę samopoczucia.

Oddziaływania psychologiczne mające na celu niesienie pomocy osobom chorym na raka piersi mają już określoną tradycję i są realizowane w różnych formach. Badania na temat ich efektywności wskazują, że mogą być szczególnie korzystne dla lepszej jakości życia chorych, natomiast nie potwierdzono empirycznie ich wpływu na progresję choroby. Ponieważ ciągły rozwój onkologii powoduje, że coraz więcej chorych na raka piersi jest efektywnie leczonych, to wpłynięcie na ich poprawę jakości życia po leczeniu stanowi z pewnością obszar

oddziaływań, w którym psychologia może wnieść istotny wkład. Wymaga to jednak dalszych prac empirycznych, w których znalazłoby odpowiedzi na pytania:

- jakie formy oddziaływań psychologicznych są najefektywniejsze dla chorych na raka piersi?
- kiedy należy stosować oddziaływania psychologiczne?
- kto powinien uczestniczyć w tych oddziaływaniach?

Dalszy rozwój interwencji psychospołecznych z pewnością pozwoli na znalezienie odpowiedzi na postawione pytania. Ważne jest, by oddziaływania psychologiczne nie wykroczyły poza udowodnioną empirycznie granicę i nie tworzyły fałszywych złudzeń dla pacjentek o możliwości wpływania przez psychikę na progresję choroby nowotworowej. Autorzy wykazali, że pomoc psychologiczna może być jedynie efektywna w poprawie jakości życia.

Dr n. med. Paweł Izdebski

Instytut Psychologii
Uniwersytet Kazimierza Wielkiego
ul. Staffa 1, 85 – 867 Bydgoszcz
e-mail: pawel@ukw.edu.pl

Piśmiennictwo

1. Spiegel D, Bloom JR, Kraemer HC i wsp. Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet* 1989; 8668: 888-91.
2. de Walden-Galuszko K. *Wybrane zagadnienia psychoonkologii i psychotanatologii*. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego; 1992.
3. Turuk-Nowakowa T. Postępowanie psychologa w chorobach nowotworowych. W: Heszen-Niejodek I, (red.) *Rola psychologa w diagnostyce i leczeniu chorób somatycznych*. Warszawa: PZWL; 1992, s. 159-194.
4. Chojnacka-Szawlowska G. *Następstwa psychologiczne nowotworu gruczołu piersiowego i narządów rodnych*. Wrocław: Ossolineum; 1994.
5. Chojnacka-Szawlowska G. Kryzys w chorobie nowotworowej i sposoby jej przezwyciężania. W: de Walden-Galuszko K, (red.) *Psychoonkologia*. Kraków: Komitet Redakcyjno-Wydawniczy Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego; 2000; s. 55-70.
6. Kosmala J. Skuteczność różnych interwencji psychologicznych jako czynnika wspomagającego leczenie chorób nowotworowych. *Psychoterapia* 2004; 1: 23-30.
7. Fox BH. A hypothesis about Spiegel et al.'s 1989 paper on psychosocial intervention and breast cancer survival. *Psychooncology* 1998; 7: 361-70.
8. Grossarth-Maticzek R, Eysenck H. Length of survival and lymphocyte percentage in women with mammary cancer as a function of psychotherapy. *Psychol Rep* 1989; 65: 315-21.
9. Cassileth BR. The aim of psychotherapeutic intervention in cancer patients. *Support Care Cancer* 1995; 3: 267-9.
10. Classen C, Butler LD, Koopman C i wsp. Supportive-expressive group therapy and distress in patients with metastatic breast cancer: a randomized clinical intervention trial. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58: 494-501.
11. Goodwin PJ, Leszcz M, Ennis M i wsp. The effect of group psychosocial support on survival in metastatic breast cancer. *N Engl J Med* 2001; 345: 1719-26.
12. Piątkowski W. Wybrane przykłady praktycznych zastosowań socjologii medycyny w onkologii. W: Dega W (red.) *Rehabilitacja medyczno-socjalna w onkologii narządów ruchu*. Warszawa: PZWL; 1986; s. 14-22.
13. Silver RL, Wortman CE. Radzenie sobie z krytycznymi wydarzeniami w życiu. *Nowiny Psychologiczne* 1984; 4-5: 58-61.
14. Lieberman MA, Goldstein BA. Self-help On-line: An outcome evaluation of Breast Cancer Bulletin Boards. *J Health Psychol* 2005; 10: 855-62.
15. Owen JE, Klapow JC, Roth DL i wsp. Improving the effectiveness of adjuvant psychological treatment for women with breast cancer; The feasibility of providing online support. *Psychooncology* 2004; 13: 281-92.
16. Owen JE, Klapow JC, Roth DL i wsp. Randomized pilot of a self-guided internet coping group for women with early-stage breast cancer. *Ann Behav Med* 2005; 30: 54-64.
17. Fogel J, Albert SM, Schnabel F i wsp. Internet use and social support in women with breast cancer. *Health Psychol* 2002; 21: 398-404.
18. Hoybye MT, Johansen C, Tjørnhøj-Thomsen T. Online interaction, effects of storytelling in an internet breast cancer support group. *Psychooncology* 2005; 14: 211-20.
19. Sandgren A, McCaul KD. Short-term effects of telephone therapy for breast cancer patients. *Health Psychol* 2003; 22: 310-15.
20. Edelman S, Kidman AD. Description of a group Cognitive Behaviour Therapy programme with cancer patients. *Psychooncology* 1999; 8: 306-314.
21. Moorey S, Greer S. *Psychological therapy for patients with cancer: A new approach*. Oxford: Heinemann Medical Books; 1989.
22. Bloch S, Kissane D. Psychotherapies in psycho-oncology. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 112-6.
23. Kissaane DW, Bloch S, Miach P i wsp. Cognitive-existential group therapy for patients with primary breast cancer – techniques and themes. *Psychooncology* 1997; 6: 25-33.
24. Lane LG, Viney LL. The effects of personal construct group therapy on breast cancer survivors. *J Consult Clin Psychol* 2005; 73: 284-92.
25. Zakowski SG, Ramati A, Morton C i wsp. Written emotional disclosure buffers the effects of social constraints on distress among cancer patients. *Health Psychol* 2004; 23: 555-63.
26. de Moor C, Sterner J, Hall M, Warneke C i wsp. A pilot study of the effects of expressive writing on psychological and behavioral adjustment in patients enrolled in a Phase II Trial of vaccine therapy for metastatic renal cell carcinoma. *Health Psychol* 2002; 22: 615-9.
27. Gross J. Emotional expression in cancer onset and progression. *Soc Sci Med* 1989; 28: 1239-48.
28. Shields CG, Rousseau SJ. A pilot study of an intervention for breast cancer survivors and their spouses. *Fam Process* 2004; 43: 95-107.
29. Davey M, Gulish L, Askew J i wsp. Adolescents coping with mom's breast cancer: developing family intervention programs. *J Marital Fam Ther* 2005; 31: 247-58.
30. Roberts S, Black C, Todd K. The Living with Cancer Education Programme. II. Evaluation of an Australian education and support programme for cancer patients and their family and friends. *Eur J Cancer Care* 2002; 11: 280-9.
31. Moorey S, Greer S, Bliss J i wsp. A comparison of adjuvant psychological therapy and supportive counselling in patients with cancer. *Psychooncology* 1998; 7: 218-28.
32. McNeil C. Stress reduction; three trials test its impact on breast cancer progression. *J Natl Canc Inst* 1998; 90: 12-4.
33. Hernandez-Reif M, Ironson G, Field T i wsp. Breast cancer patients have improved immune and neuroendocrine functions following massage therapy. *J Psychosom Res* 2004; 57: 45-52.
34. Trijsburg RW, van Knippenberg FCE, Rijpma SE. Effects of psychological treatment on cancer patients; a critical review. *Psychosom Med* 1992; 54: 489-517.
35. Chuyo M, Mikami I, Takashima S i wsp. A feasibility study of psychosocial group intervention for breast cancer patients with first recurrence. *Support Care Cancer* 2005; 13: 503-14.
36. Fukui S, Kugaya A, Okamura H i wsp. A psychosocial group intervention for Japanese women with primary breast carcinoma. *Cancer* 2000; 89: 1026-36.
37. Vos PJ, Garssen B, Visser AP. Psychosocial intervention for women with primary, non-metastatic breast cancer; a comparison between participants and non-participants. *Psychother Psychosom* 2004; 73: 276-85.
38. Meyer TJ, Mark MM. Effects of psychosocial interventions with adult cancer patients: a meta-analysis of randomized experiments. *Health Psychol* 1995; 14: 101-108.
39. Devine EC, Westlake SK. The effects of psychoeducational care provided to adults with cancer: meta-analysis of 116 studies. *Oncol Nurs Forum* 1995; 22: 1369-81.
40. Sheard T, Maguire P. The effect of psychological interventions on anxiety and depression in cancer patients: results of two meta-analyses. *Br J Cancer* 1999; 80: 1770-80.
41. Walker LG, Heys SD, Eremin O. Surviving cancer: do psychosocial factors count? *J Psychosom Res* 1999; 47: 497-503.
42. Edelman S, Lemon J, Bell DR i wsp. Effects of group CBT on the survival time of patients with metastatic breast cancer. *Psychooncology* 1999; 8: 474-81.
43. Smedslund G, Ringdal GI. Meta-analysis of the effects of psychosocial interventions on survival time in cancer patients. *J Psychosom Res* 2004; 57: 123-31.
44. Miller GE, Cohen S. Psychological interventions and the immune system: a meta-analytic review and critique. *Health Psychol* 2001; 20: 47-63.

45. Rowland JH., Massie MJ. Psychosocial issues and interventions. W: Harris JR (red.). *Diseases of the breast*. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins, 2000; s. 1009-31.

Otrzymano: 12 grudnia 2005 r.
Przyjęto do druku: 13 lutego 2006 r.