

Bożena Kawiecka-Dziembowska  
Wiesława Windorbska

*To, w jaki sposób człowiek akceptuje  
swoje przeznaczenie i cierpienie, jakie ono z sobą niesie,  
to, w jaki sposób człowiek bierze na barki swój krzyż,  
może być dla niego – nawet w najtrudniejszych chwilach –  
wyjątkową okazją do pogłębienia sensu własnego życia<sup>1</sup>.*

## **Nowy model opieki psychologicznej w ramach Zespołu Wsparcia Duchowego w Centrum Onkologii w Bydgoszczy**

30 maja 2010 r. w Centrum Onkologii im. prof. Franciszka Łukaszczyka w Bydgoszczy odbyło się uroczyste otwarcie Zespołu Wsparcia Duchowego. Zespół Wsparcia Duchowego to inicjatywa holistycznej opieki nad pacjentem z chorobą nowotworową, łącząca pomoc psychologiczną i duchową. Uroczystemu otwarciu Zespołu Wsparcia Duchowego towarzyszyło sympozjum *Człowiek, cierpienie, nadzieja* oraz erygowanie nowej kaplicy pw. św. Michała Archanioła. W uroczystej koncelebrowanej i pontyfikalnej mszy św. wzięli udział ks. arcybiskup Henryk Muszyński, ks. biskup Jan Tyrawa – ordynariusz bydgoski, ks. prałat Jan Andrzejczak – dziekan Dekanatu V. Ksiądz dr Rafał Grabowski – dyrektor Prymasowskiego Instytutu Kultury Chrześcijańskiej, przewodniczył sesji naukowej, na której ks. prof. dr hab. Jacek Salij wygłosił wykład *W trosce o życie ludzkie*. Wykład zatytułowany *Zespół Wsparcia Duchowego – nowy model opieki psychologicznej* stanowi podstawę niniejszego opracowania.

Dyrektor Centrum Onkologii w Bydgoszczy, Zbigniew Pawłowicz, zaprosił przedstawicieli środowiska uniwersyteckiego, kultury, duchowieństwa, polityki, których działalność ma nieocenione znaczenie dla realizacji przedsięwzięcia, jakim jest Zespół Wsparcia Duchowego w Centrum Onkologii w Bydgoszczy. Zaproszeni zostali również dziennikarze.

<sup>1</sup> V. Frankl, *Człowiek w poszukiwaniu sensu*, Warszawa 2009.

Misją Centrum Onkologii w Bydgoszczy jest zapewnienie nowoczesnych standardów profilaktyki i promocji zdrowia oraz diagnostyki i skojarzonego leczenia nowotworów. Wszelkie usługi świadczone są przez wysoko wykwalifikowaną kadrę, która wypracowała skuteczne i efektywne procedury postępowania, gwarantujące wysoki poziom, a tym samym poczucie komfortu i bezpieczeństwa pacjentów. Pacjenci mają dostęp do procedur medycznych, w których wykorzystywana jest najnowocześniejsza aparatura medyczna. Wyzwaniem dla personelu jest nieustanne dążenie do podnoszenia jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych.

Model wsparcia specjalistycznego jest realizowany w Centrum Onkologii w Bydgoszczy przez multidyscyplinarny zespół (lekarze diagności, lekarze onkolodzy, pielęgniarki, psycholog, lekarz psychiatra, rehabilitanci, kapelan, specjalista ds. ekumenizmu). W związku z tym ocena stanu psychicznego pacjentów i ich potrzeb jest wielopłaszczyznowa. W interakcji pacjent – instytucja realizowane są różne rodzaje wsparcia, jak: instrumentalne, rzeczowe (materiałowe), informacyjne (poznawcze), emocjonalne i duchowe. Programy wsparcia obejmują trzy grupy odbiorców: pacjentów z chorobą nowotworową, rodziny chorych oraz pracowników Centrum Onkologii w Bydgoszczy.

*Dobro chorego najwyższym prawem (Salus aegroti suprema lex esto)* to przesłanie dla personelu Centrum Onkologii w Bydgoszczy. Słowo *salus* w języku łacińskim posiada trzy znaczenia – „zdrowie, dobre samopoczucie (dobrostan psychofizyczny), zbawienie”. Centrum Onkologii w Bydgoszczy w swych założeniach dbało o to, by duchowy wymiar człowieka był równie ważny jak jego sfera psychiczna i somatyczna. Według definicji Światowej Organizacji Zdrowia: *Zdrowie to nie tylko całkowity brak choroby czy kalectwa, ale także stan pełnego, fizycznego, umysłowego i społecznego dobrostanu (dobrego samopoczucia)*. Zdrowie fizyczne, psychiczne (emocjonalne, umysłowe), zdrowie społeczne i duchowe (związane z wierzeniami i praktykami religijnymi, osobisty zbiór zasad, zachowań i sposobów osiągania wewnętrznego spokoju i równowagi)<sup>2</sup>. W holistycznym modelu zdrowia – zdrowie osiąga się, stale się ku niemu dąży. Podejście holistyczne różni się od większości innych podejść

<sup>2</sup> I. Heszen-Niejodek, *Zmienność wymiarów zdrowia na przestrzeni życia człowieka*, w: *Psychologiczny wymiar zdrowia, kryzysu i choroby*, red. D. Kubacka-Jasiecka, T.M. Ostrowski, Kraków 2005, s. 21–36.

do psychologii zdrowia, ponieważ kładzie ono znacznie większy nacisk na aspekt duchowy<sup>3</sup>. Uważa się, że choroby somatyczne mają, oprócz przyczyn wymienianych przez medycynę naukową, także przyczyny psychiczne i duchowe. Dossey, lekarz o orientacji holistycznej, w swych rozważaniach na temat aspektu duchowości stwierdził: *Jednak mimo trudności z opisem tego mrocznego pojęcia, wszyscy zajmujący się medycyną prywatnie wiemy, że pojęcie to nie umarło i nigdy nie umrze. „Duch”, mimo iż oficjalna medycyna ery naukowej ignoruje go, obecny jest w każdym spotkaniu lekarza z pacjentem i w każdym spotkaniu pacjenta z chorobą*<sup>4</sup>.

Psychoonkologia to dziedzina interdyscyplinarna, zajmująca się psychosocjalnymi skutkami choroby nowotworowej, których doświadcza pacjent, jego bliscy, jak również opiekujący się nim personel<sup>5</sup>. Zarówno psychoonkologia, jak i psychologia zdrowia wskazują na znaczenie duchowego wymiaru osobowości w sytuacjach granicznych, również codzienne doświadczenia wskazują, że w chwili choroby sfera życia duchowego staje się dla pacjenta bardzo ważna<sup>6</sup>. Wyróżnia się trzy obszary refleksji, badań i praktyki dotyczące duchowości człowieka: teologiczny, filozoficzny i psychologiczny<sup>7</sup>.

Inicjatywa pomyślana jako Zespół Wsparcia Duchowego to integracja opieki psychologicznej i duchowej równoległe do opieki lekarsko-pielęgniarskiej przy świadczeniu usług medycznych na najwyższym poziomie, zgodnie ze światowymi standardami. Koncepcja utworzenia Zespołu Wsparcia Duchowego opiera się na założeniu, że istotnym elementem wspomaganego skojarzonego leczenia nowotworu jest oddziaływanie na sferę psychologiczną i duchową pacjentów.

Stres choroby nowotworowej oznacza taki stan emocjonalny, który odczuwany jest przez chorego jako przykry i dezorganizujący jego dotychczasowe funkcjonowanie. Choroba nowotworowa stanowi krytyczne wydarzenie, które wpływa na reakcje emocjonalne, funkcjonowanie intelektualne i zachowanie człowieka. W sytuacji rozpoznania choroby nowotworowej pacjenci mogą znacznie różnić się swoimi reakcjami – od prezentowania spokoju w zachowaniu, poprzez stany

<sup>3</sup> Ch.L. Sheridan, S.A. Radmacher, *Psychologia zdrowia. Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia*, Warszawa 1998, s. 46.

<sup>4</sup> Tamże, s. 47.

<sup>5</sup> W. Reichmann, *Nieuleczalnie i terminalnie chorzy – pacjenci i mieszkańcy na ostatnim etapie życia*. Część II: *Sens życia jako terapia*, „Wspólne Tematy” 3 (2003), s. 42–48.

<sup>6</sup> I.D. Yalom, *Psychoterapia egzystencjalna*, Warszawa 2008.

<sup>7</sup> R. Grzegorzczkowska, *Co o fenomenie duchowości mówi język?*, w: *Fenomen duchowości*, red. A. Grzegorzczk, J. Sójka, R. Koschany, Poznań 2006, s. 21–29.

lękowe o nieznacznym nasileniu, aż po stany napięcia, którym towarzyszyć mogą zaburzenia percepcji, rozumienia sytuacji. Niekiedy może pojawić się nawet depersonalizacja (własne przeżycia wydają się nierealne) lub derealizacja (świat wydaje się mało realny). Ciągłe niewielka wyleczalność z nowotworów wpływa na postrzeganie tej choroby jako sytuacji beznadziejnej, wywołując lęk egzystencjalny. Takie widzenie skutków choroby nowotworowej wpływa negatywnie na psychiczne radzenie sobie podczas terapii onkologicznej, dlatego obecnie łączy się terapię medyczną z oddziaływaniami psychologicznymi. We wstępnym okresie choroby dynamika stresu wiąże się z pojawieniem się niepokojących objawów, podejrzeniem choroby, badaniami diagnostycznymi i rozpoznaniem choroby zagrażającej życiu. Bardzo istotny jest moment poinformowania pacjenta o diagnozie, często niepodejrzewającego poważnego schorzenia. Reakcje psychologiczne związane z chorobą zależą od cech osobowości pacjenta oraz od sposobu rozumienia przez niego swojej sytuacji. Czynnikiemami zwiększającymi stan dystresu jest rozpoznanie choroby o złym rokowaniu, młody wiek pacjenta, trudna sytuacja socjalna i społeczna. Stres związany z badaniami diagnostycznymi oznacza niepewność co do ich wyniku. Często w przeżyciach chorych są obecne zaburzenia snu, skupienie się na własnym zdrowiu, lękowa koncentracja na własnym organizmie, martwienie się objawami. Pacjent może poczuć ulgę i rozładowanie emocji w sytuacji wykluczenia nowotworu, a w sytuacji potwierdzenia choroby doświadczają obniżenia nastroju, wzrostu niepokoju i lęku z powodu przewidywanego leczenia i niepewnego rokowania<sup>8</sup>.

Zdarza się, że rozpoznaniu choroby nowotworowej towarzyszy stan emocjonalny. Charakteryzuje się on występowaniem objawów świadczących o ostrej reakcji na stres: poczuciem nierealności sytuacji lub samego siebie, obawą o utratę kontroli, trudnością z koncentracją uwagi, rozpaczą, niezdolnością w odtworzeniu okoliczności otrzymania diagnozy, gdy pacjent może siebie winić za to, że zachorował.

W tej fazie pacjent musi podjąć decyzję, gdzie się udać na leczenie, a także zastanawia się, jak choroba wpłynie na jego dotychczasowe życie. Może również pojawić się lęk z powodu zagrożenia naczelnych wartości. Pacjent może przeżywać lęki związane z przewidywanym przez siebie przebiegiem i następstwami choroby i leczenia.

<sup>8</sup> Z. Juczyński, *Radzenie sobie ze stresem spowodowanym chorobą nowotworową*, w: *Psychoonkologia*, red. K. de Walden-Gałuszko, Kraków 2000, s. 23–42.

Jego strach może wiązać się z przewidywaniami zmian w zakresie pełnionych przez siebie ról społecznych, reakcjami rodziny, środowiska pracy i sąsiadów. Diagnoza i leczenie onkologiczne może wywoływać zmiany w funkcjonowaniu człowieka: tendencje do izolacji społecznej, konfrontację z przemijalnością życia i śmiercią. Często wywołuje poczucie stygmatyzacji i utraty kontroli nad swoim życiem<sup>9</sup>.

Okres przewlekły choroby nowotworowej, obejmujący intensywne leczenie chirurgiczne, chemioterapeutyczne lub radioterapeutyczne (bądź skojarzone), prowadzi często do remisji choroby i umożliwia zadowalające funkcjonowanie pacjenta. Faza ta wiąże się z pojawieniem się nowych obowiązków (odpowiedzialność za proces leczenia) oraz dążeniem do zachowania pozorów normalności, wypełnianiem dotychczasowych obowiązków – jako członka rodziny i społeczności. Często możliwy jest pełny powrót do funkcjonowania przed wystąpieniem choroby, jednak możliwe jest również obniżenie jakości życia w sferze fizycznej, psychicznej i seksualnej. Obserwacje pacjentów będących w trakcie intensywnego leczenia dostarczają wielu informacji świadczących o występowaniu uciążliwych i trudnych do zniesienia objawów niepożądanych, takich jak nudności, wymioty, brak apetytu, złe samopoczucie oraz uczucie chronicznego zmęczenia. Są to czynniki znacząco obniżające komfort życia, a także osłabiające motywację do dalszego leczenia. Pacjenci często czują się ciężarem, niezależnie od reakcji rodziny. Może cechować ich nadwrażliwość na reakcje innych. Pacjent może wymagać pomocy w podjęciu decyzji w sprawie leczenia. Jeśli miałyby wystąpić skutki uboczne leczenia, należy pozwolić pacjentowi podjąć decyzję wyboru najlepszej formy terapii. Po podjęciu leczenia pacjent może oczekiwać pomocy w radzeniu sobie z komplikacjami, lękiem przed kolejnymi badaniami<sup>10</sup>.

W procesach adaptacji duże znaczenie odgrywa nadzieja, wiara i poczucie sensu życia, czyli spostrzeganie go jako celowego i wartościowego. Poszukiwanie sensu życia to – między innymi – poszukiwanie własnej tożsamości i odbudowa utraconego poczucia wspólnoty<sup>11</sup>. Potrzeby duchowe wiążą się z rozwojem, doskonaleniem się, powołaniem i są u człowieka silne, niezależnie od tego, czy potrafi je

<sup>9</sup> K. de Walden-Galuszko, *U kresu. Opieka psychopaliatywna, czyli jak pomóc choremu, rodzinie i personelowi medycznemu środkami psychologicznymi*, Gdańsk 2000.

<sup>10</sup> M. Burton, M. Watson, *Cancer Treatments and Psychological Problems*, w: *Counselling People with Cancer*, red. M. Burton, M. Watson, Chichester, New York 1998, s. 14–33.

<sup>11</sup> B. Dobroczyński, *Refleksje o duchowości współczesnej*, w: *Kłopoty z duchowością*, Kraków 2009, s. 51–71.

adekwatnie nazwać i rozpoznać. Kwestie duchowości podejmuje psychologia egzystencjalna, humanistyczna i transpersonalna.

W psychologii zdrowia proponuje się włączenie dziedziny duchowej do obszaru zdrowia, jednocześnie traktując ją jako pojęcie interdyscyplinarne<sup>12</sup>. Duchowość z perspektywy psychologicznej rozumiana jest jako atrybut każdego człowieka. Bywa ona określana jako transcendencja, ukierunkowana na Istotę Wyższą, Uniwersum, inną osobę lub jakąkolwiek rzeczywistość, która stanowi najwyższą wartość dla danego człowieka. W rozumieniu psychologicznym transcendencja polega na wykraczaniu poza aktualnie doświadczane *ja*<sup>13</sup>. Celem pracy psychologa terapeuty z człowiekiem, który konfrontuje się z diagnozą choroby nowotworowej, może być pomoc w wyzwoleniu sił, które umożliwią mu jak najpełniejsze odczuwanie znaczenia swojego życia oraz pobudzenie chęci życia. Gdy człowiek odnajduje znaczenie swojego życia – słabnie jego lęk, nawet gdy stan fizyczny nie zmienia się, a nawet ulega pogorszeniu. Obecnie zwraca się uwagę na fakt, że podejmowane przez jednostkę próby radzenia sobie z zagrożającą życiu chorobą mogą okazać się czynnikiem stymulującym pozytywne zmiany, które określane są terminem PTG – *posttraumatic growth* – rozwój/wzrost pourazowy (potraumatyczny). Człowiek chory może zacząć dostrzegać nowe możliwości, doświadczać pojawienia się poczucia osobistej siły, polegania na sobie, bliższych relacji z innymi ludźmi, bardziej doceniać życie<sup>14</sup>.

Duchowość może sprzyjać lepszemu radzeniu sobie ze stresem, głównie poprzez nadawanie sensu cierpieniu oraz przykrym zdarzeniom, a także dzięki traktowaniu sytuacji będących źródłem stresu jako szansy na rozwój. Duchowość, której istotą jest transcendencja, przejawia się np. w rytuałach religijnych czy modlitwie. Może ona prowadzić do poczucia oparcia w rzeczywistości, ku której człowiek „wykracza”, może także wyzwalać emocje korzystne dla zdrowia, takie jak optymizm, nadzieja i spokój. Ponadto, może ona łagodzić emocje niekorzystne dla zdrowia, takie jak niecierpliwość, wrogość, martwienie się, złość czy lęk. Interesujące wyniki badań empirycznych uzyskała Irena Heszen-Niejodek w badaniu duchowości

<sup>12</sup> I. Heszen-Niejodek, *Zmienność wymiarów zdrowia na przestrzeni życia człowieka*, w: *Psychologiczny wymiar zdrowia, kryzysu i choroby*, s. 21–36.

<sup>13</sup> Tamże, s. 33.

<sup>14</sup> K. Mystakidou, E. Parpa, E. Tsilika, M. Pathaki, I. Galanos, L. Vlahos, *Traumatic Distress and Positive Changes in Advanced Cancer Patients*, „The American Journal of Hospice & Palliative Care” 24 (4) (2007), s. 270–276.

osób chorych – specjalnie skonstruowanym narzędziem zbadano 60 pacjentów onkologicznych oraz 60 osób z astmą. Pacjenci z nowotworem, którzy uzyskali w badaniu wyższy poziom duchowości, wykazali lepsze samopoczucie, wyższy poziom poczucia kontroli choroby oraz więcej optymizmu, a u chorych z astmą stwierdzono znaczący związek pozytywny pomiędzy duchowością a jakością życia<sup>15</sup>.

Zespół Wsparcia Duchowego w Centrum Onkologii w Bydgoszcy składa się z Zakładu Psychologii Klinicznej (cztery gabinety do terapii indywidualnej i grupowej) oraz kaplicy pw. św. Michała Archanioła. Istotne jest usytuowanie Zespołu Wsparcia Duchowego na terenie Centrum, ponieważ miejsce, które wybrano na jego realizację, jest usytuowane blisko oddziałów, a jednocześnie oddzielone, co pozwoli odpocząć chorym od typowo szpitalnego otoczenia – jest to przestrzeń sprzyjająca wyciszeniu, skupieniu, intymności, odwróceniu uwagi od choroby i cierpienia, poszukiwaniu pozytywnych bodźców w trudnej sytuacji choroby.

Kaplica pw. św. Michała Archanioła w Centrum Onkologii w Bydgoszcy pełni przede wszystkim rolę sakralną, jest miejscem skupienia w sytuacji doświadczenia choroby, dającym możliwość rozmowy z osobą duchową o problemach duchowych, mogących wystąpić w trakcie choroby. Czasami może to być poszukiwanie odpowiedzi na pytania egzystencjalne (poprzez kazania, rozmowy indywidualne). Ważnym celem jest budzenie ufności i nadziei w chorobie oraz budowanie więzi międzyludzkich w oparciu o wartości duchowe (wspólnota przeżywania cierpienia). Kapelan jest dyspozycyjny całą dobę.

Psycholodzy swoje usługi świadczą w oparciu o standard opieki psychologicznej w Centrum Onkologii w Bydgoszcy. Opieka psychologiczna nad pacjentem chorym onkologicznie jest systematycznym i profesjonalnym działaniem, którego celem jest pomoc w przystosowaniu się intelektualnym i emocjonalnym do trudnej sytuacji poprzez kształtowanie przekonań o możliwości własnego wpływu na przebieg i efekty leczenia oraz zmierza do obniżenia napięcia związanego z procesem leczenia.

Zespół psychologów już w 1992 r. wspierał chorych w Centrum Onkologii w Bydgoszcy, gdy w innych ośrodkach psycholog sprawował opiekę interwencyjnie lub nie było go wcale. Psycholodzy (cztery osoby) obejmują opieką wszystkich pacjentów potrzebujących

<sup>15</sup> I. Heszen-Niejodek, *Wymiar duchowy człowieka a zdrowie*, w: *Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki*, red. Z. Juczyński, N. Ogińska-Bulik, Łódź 2003, s. 33–47.

pomocy – rocznie udzielanych jest ok. 5 tys. konsultacji w oddziałach i ok. 1,5 tys. porad ambulatoryjnych. Prowadzone są szkolenia dla personelu Centrum Onkologii oraz osób spoza CO. Zrealizowano kilka projektów badawczych, powstało kilkanaście publikacji, każdego roku wiele osób odbywa staże do specjalizacji z psychologii klinicznej lub praktyki studenckie. Kwalifikacje trenerskie w dziedzinie psychoonkologii umożliwiają prowadzenie szkoleń dla psychologów stażystów, studentów, lekarzy i pielęgniarek. Od 2006 r. – gdy Dyrektor Centrum Onkologii Zbigniew Pawłowicz po raz pierwszy przedstawił swoją wizję Zespołu Wsparcia Duchowego – realizowane są spotkania tematyczne przez zespół psychologów i księży kapelanów, których celem jest stałe poszerzanie rozumienia perspektywy człowieka chorego.

Podjęcie działań zmierzających do podniesienia jakości usług świadczonych pacjentom Centrum jest wynikiem docenienia wpływu aspektów psychologicznego i psychosomatycznego na procesy podtrzymywania i zachowania zdrowia. Liczne badania, a także doświadczenia pracowników szpitala dowiodły, że „stan ducha” i odpowiedni komfort wpływają na proces leczenia i jakość życia chorych<sup>16</sup>.

Cele opieki psychologicznej są wielorakie i wiążą się z fazą choroby, jak np. przygotowanie psychologiczne pacjentów do badań diagnostycznych i specjalistycznego leczenia: chirurgicznego, chemioterapii, radioterapii, pomoc w zaakceptowaniu diagnozy, kształtowanie adekwatnego obrazu choroby. Istotna jest pomoc w zakresie funkcjonowania emocjonalnego, jak np.: radzenie sobie z destrukcyjnymi przekonaniami, ze stresem, z nawykowymi nudnościami i wymiotami, przygnębieniem, bólem i lękiem. Czasem konieczne jest dążenie do wzrostu zaangażowania w proces leczenia – np. mobilizowanie pacjentów do współpracy (wypracowanie motywacji, budowanie nadziei, aktywizowanie własnych zasobów), zachęcanie, by pacjenci – o ile to możliwe – powrócili do swej zwykłej aktywności. Inne cele są istotne po zakończeniu leczenia – tworzenie grup wsparcia, pomoc w zakresie komunikacji z otoczeniem, w zaplanowaniu zmian w zakresie celów życiowych i systemu wartości. Pomoc psychologiczna dla rodziny chorego to przygotowywanie najbliższych do uczestnictwa w chorobie pacjenta, a także pomoc w godnym odchodzeniu. Faza terminalna jest szczególnie stresująca, wywołuje ból egzystencjalny,

<sup>16</sup> M. Majkowicz, *Jakość życia w medycynie*, w: *Psychologia w medycynie (wybrane zagadnienia)*, red. B. Borys, M. Majkowicz, Gdańsk 2006, s. 22–51.

konfrontuje z przemijalnością życia i śmiercią. Ludzie, którzy dokonując bilansu życia, widzą w nim głównie porażki, rozczarowanie, poczucie winy i lęk mogą doświadczać szczególnie intensywnych stanów przygnębienia i rezygnacji. Uświadomienie własnej śmiertelności wiąże się ze stanami napięcia między rozpaczą połączoną z lękiem przed śmiercią i żalem nad straconymi możliwościami a potrzebą zachowania poczucia osobistej integralności i spełnienia. Wybitny psychiatra, filozof, twórca terapii egzystencjalnej (logoterapii) – Viktor Emil Frankl stwierdził, że *życie człowieka upływa w ciągłym napięciu pomiędzy egzystencją, czyli tym, jaki jest, a esencją (istotą), czyli tym, jaki może być i powinien. Owo „bycie” odnosi się głównie do wymiaru duchowego ludzkiej egzystencji*<sup>17</sup>. Wymienił on następujące „sposoby” na kontynuowanie życia: nieśmiertelność biologiczną, społeczną (w grupach, kościele, pracy), twórczą i symboliczną, która wiąże się z poczuciem ciągłości życia.

Reakcje na chorobę bywają bardzo silne, dlatego ważne jest, by wola życia nie została sparaliżowana przez chorobę. Moadel wraz z zespołem w swoich badaniach przedstawił nasilenie potrzeb duchowo-egzystencjalnych u pacjentów onkologicznych. Osoby badane deklarowały potrzebę pomocy w lęku (51%), w znalezieniu nadziei (42%), w znalezieniu sensu życia (40%) oraz w odkryciu duchowych zasobów (39%). Pacjenci okazywali również potrzebę rozmawiania o szukaniu spokoju umysłu (43%), o sensie życia (28%) oraz o sensie umierania i śmierci (25%)<sup>18</sup>.

Przystosowanie się do choroby przewlekłej to proces wielu reakcji na kolejne straty i wyzwania. Shontz wyróżnił następujące fazy reakcji na kryzys: okres poprzedzający wystąpienie kryzysu, charakteryzujący się interpretowaniem diagnozy jako niegroźnej oraz reagowanie lękiem przy nasileniu się objawów choroby; fazę szoku, związaną z uświadomieniem sobie nieuchronności zdarzenia, wyrażającą się poczuciem obcości przy zachowanej wysokiej sprawności myślenia i działania; fazę konfrontacji, podczas której dominuje uczucie paniki, dezorganizacji i bezradności (brak zdolności do planowania, prawidłowego rozumowania i aktywnego rozwiązywania problemów); fazę „odwrotu”, polegającą na negowaniu istnienia kryzysu i jego poważnych

<sup>17</sup> T.M. Ostrowski, *Liberalno-waloryczny model sensu życia w kontekście zdrowia i choroby wieńcowej*, Kraków 2008, s. 17.

<sup>18</sup> A. Moadel, C. Morgan, A. Fatone i in., *Seeking Meaning and Hope: Self-Reported Spiritual and Existential Needs Among an Ethnically-Diverse Cancer Patient Population*, „Psychooncology”, 8 (5) (1999), s. 378–385.

następstw, unikaniu problemu (zaprzeczaniu) oraz fazę reorientacji, polegającą na stopniowym odrzucaniu mechanizmów obronnych i podejmowaniu działań zmierzających do poradzenia sobie z sytuacją. Cykl adaptacyjny charakteryzuje się oscylacją między konfrontacją a odwrotem od kryzysu, co stanowi konieczny warunek rozwoju psychologicznego<sup>19</sup>. Czasami pacjent, czując się winny z powodu skutków choroby dla rodziny, stara się chronić ją przed własnym cierpieniem. Tłumienie ekspresji emocjonalnej i blokowanie otwartej komunikacji własnych potrzeb może zakłócić proces przystosowania. Skutki stresu mogą być łagodzone poprzez uruchomienie odpowiednich reakcji i sposobów radzenia sobie przez osobę chorą. Mechanizmy radzenia sobie mają dwie zasadnicze funkcje – regulację emocji i rozwiązanie problemu. Radzenie sobie jest procesem składającym się z różnych faz rozwiązywania problemu oraz zmieniających się reakcji zaradczych<sup>20</sup>. Reakcje prawidłowe polegają na ujawnianiu przez pacjenta negatywnych uczuć oraz zdolności do zaadaptowania się do sytuacji i zachowaniu psychicznej równowagi poprzez uruchomienie skutecznych strategii obronnych<sup>21</sup>. W zmaganiu się z zagrożeniem życia i ciężką chorobą istotną rolę adaptacyjno-obronną odgrywają procesy reinterpretacji poznawczych, zaprzeczenia, a nawet iluzji czy złudzeń<sup>22</sup>. Mechanizmy te uznano za powszechnie występujące składowe prozdrowotnej motywacji do zmagania się z zagrożeniem<sup>23</sup>.

Pacjenci i ich najbliższa rodzina mogą korzystać z następujących form pomocy psychologicznej wykorzystującej wiedzę psychoonkologiczną: konsultacji psychologicznej, rozmów indywidualnych z psychologiem, grupy wsparcia dla pacjentek po mastektomii, zajęć relaksacyjnych, sesji programu Carla Simontona, wykorzystywania metod i technik stosowanych w psychoterapii, przeuczenia postaw, psychoedukacji pacjentów przebywających w oddziałach (np. obalenie mi-

<sup>19</sup> R.L. Silver, C.E. Wortman, *Radzenie sobie z krytycznymi wydarzeniami w życiu*, „Nowiny Psychologiczne”, 4–5 (1984), s. 29–95.

<sup>20</sup> R. Lazarus, *Paradygmat stresu i radzenia sobie*, „Nowiny Psychologiczne”, 3–4 (1986), s. 2–39.

<sup>21</sup> E. Heim, L. Valach, L. Schaffner, *Coping and Psychosocial Adaptation: Longitudinal Effects over Time and Stages in Breast Cancer*, „Psychosomatic Medicine”, 59 (1997), s. 408–418.

<sup>22</sup> E. Trzebińska, *Lepsze zdrowie dzięki większemu szczęściu*, w: *Psychologia zdrowia w poszukiwaniu pozytywnych inspiracji*, red. I. Heszen-Niejodek, J. Zycińska, Warszawa 2008, s. 23–38.

<sup>23</sup> D. Kubacka-Jasiecka, *Pomiędzy copingiem a obroną... Zmagania się z kryzysem choroby poprzez procesy wewnątrzpsychiczne*, w: *Radzenie sobie i pomoc innym w zdrowiu i chorobie*, red. L. Szewczyk, Lublin 1997, s. 29–32.

tów związanych z chorobą nowotworową, jak radzić sobie z lękiem, komunikowanie uczuć, trening asertywności)<sup>24</sup>.

W terapii pacjentów onkologicznych wykorzystuje się wiedzę z zakresu psychoneuroimmunologii – badania potwierdzają lepsze i sprawniejsze działanie układu odpornościowego u pacjentów, którzy stosują ćwiczenia relaksacyjne, oddechowe, wizualizacyjne; uczą się emocjonalnej ekspresji – wyrażanie uczuć może wpłynąć na łagodzenie lęku i depresji; pracują nad asymilacją choroby, która stanowi fazę procesu przystosowania<sup>25,26</sup>. Ciekawe wyniki przyniosło badanie grupy wsparcia dla kobiet chorych na raka piersi z przerzutami. Spotkania grup 8- i 10-osobowych odbywały się raz na tydzień przez rok. Uczestniczki spotkań rozmawiały o uczuciach strachu, samotności, gniewie, swoich pragnieniach oraz sposobach radzenia sobie z chorobą. Chore kobiety dzieląc się myślami z innymi, doświadczały spokoju, zaufania, a uczucia żalu i beznadziejności ustępowały poczuciu wspólnoty oraz pozytywnym emocjom, woli życia. Niektóre uczestniczki umierały, pozostałe rozmawiały o utracie przyjaciółki, dawały ujście żalowi, wspominały ją, mając świadomość, że kiedy nadejdzie ich kolej, one także będą żyły we wspomnieniach. Kształtowała się stopniowo umiejętność „spojrzenia na śmierć”. Porównano stan psychiczny uczestniczek ze stanem tych, które miały tę samą diagnozę, ale nie uczestniczyły w terapii. Te, które dzięki wsparciu grupy nauczyły się stawiać czoło lękowi, wyrażać uczucia i przeżywać swoje związki emocjonalne w bardziej autentyczny sposób, były narażone na mniejszą depresję, niepokój, a nawet fizyczny ból<sup>27,28</sup>.

Na konferencji, która odbyła się w 1990 r. w Niemczech, poświęconej zagadnieniom psychoneuroimmunologii sformułowano zasady dotyczące terapii psychoonkologicznej, z których na szczególną uwagę zasługują następujące: *Psychoterapia w onkologii ma być łagodna i świadoma wrażliwości osoby chorej na raka; Ma pomagać w odnaj-*

<sup>24</sup> S. Morey, S. Greer, *Terapia poznawczo-behawioralna osób z chorobą nowotworową*, Gdynia 2007.

<sup>25</sup> I. Ściagała, *Psychoneuroimmunologia jako dziedzina współczesnej psychosomatyki*, w: *Psychologia kliniczna i psychologia zdrowia*, red. L. Cierpiątkowska, H. Sęk, Poznań 2001, s. 33–60.

<sup>26</sup> P. Salmon, *Psychologia w medycynie*, Gdańsk 2002.

<sup>27</sup> D. Spiegel, J.R. Bloom, I. Yalom, *Group Support for Patients with Metastatic Cancer. A Randomized Outcome Study*, „Archives of General Psychiatry” 38 (5) (1981), s. 527–533.

<sup>28</sup> M. Wirga, *Mogę wyzdrowieć, zdrowo myśląc*, w: *Sily, które pokonają raka: wiara, nadzieja, zdrowie*, s. 21–36.

*dywaniu znaczenia w doświadczeniu choroby; Ma pomagać w sferze zagadnień filozoficznych, religijnych czy duchowych*<sup>29</sup>.

Cele wspólne wynikające z idei utworzenia Zespołu Wsparcia Duchowego to: pokonywanie stereotypów odnośnie do roli księdza i psychologa, poszukiwanie wspólnych przestrzeni w niesieniu pomocy choremu, wspólne spotkania osób szkolących się: psychologów stażystów, studentów psychologii i teologii. Dla spełnienia oczekiwań pacjentów innych wyznań niż rzymskokatolickie utworzono stanowisko specjalisty do spraw ekumenizmu. Specjalista ds. ekumenicznych to świecka osoba z wykształceniem teologicznym, która jest odpowiedzialna za kontakty pacjentów różnych wyznań z odpowiednimi duchownymi. Osoba ta zajmuje się umożliwianiem dostępu do duchownych różnych wyznań tym pacjentom hospitalizowanym w Centrum Onkologii, którzy będą tego oczekiwać. Zadaniem jest realizacja Standardu Zapewnienia Opieki Duszpasterskiej pacjentom różnych wyznań – udostępnienie pacjentowi na jego życzenie wykazu telefonów do parafii różnych wyznań lub zawiadomienie instytucji religijnej lub duchownego wyznawanej przez niego religii i umożliwienie z nim bezpośredniego kontaktu. Ponadto, do zadań należy udzielanie informacji na temat działalności duszpasterskiej prowadzonej w Centrum Onkologii oraz praca zespołowa w planowaniu strategii i pomaganiu pacjentom z chorobą nowotworową, znajdującym się w trudnym położeniu emocjonalnym/duchowym.

Ideą działalności Zespołu Wsparcia Duchowego jest holistyczne podejście do pacjenta w szpitalu, a w związku z tym do zadań specjalisty ds. ekumenicznych należy również planowanie wydarzeń kulturalnych dedykowanych pacjentom przebywającym w szpitalu, które poszerzą jego wyobraźnię o inne aspekty niż choroba. Współpraca z organizacjami i instytucjami (Centrum Kultury Katolickiej „Wiatrak”, Państwowy Zespół Szkół Muzycznych im. Artura Rubinsteina w Bydgoszczy, uczelnie wyższe, m.in. Akademia Muzyczna, Wyższe Seminarium Duchowne Diecezji Bydgoskiej) ma na celu prowadzenie wykładów, prelekcji, spotkań z poezją. Koncerty będą realizowane dzięki współpracy z Operą Nova i Filharmonią Pomorską im. I.J. Paderewskiego w Bydgoszczy. Pacjentom będzie również oferowana muzykoterapia oraz biblioterapia.

<sup>29</sup> M. Wirga, *Terapia, która wzmacnia*, w: *Sily, które pokonają raka: wiara, nadzieja, zdrowie*, s. 20.

Planowane jest zacieśnienie dotychczasowej współpracy z Instytutem Psychologii Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy oraz Kliniką i Katedrą Psychiatrii CM im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy UMK w Toruniu.

### Summary

#### **A New Model of Psychological Care in the Spiritual Support Team in the Bydgoszcz Centre for Oncology**

In May 2010 the Franciszek Łukaszczyk Memorial Centre for Oncology in Bydgoszcz witnessed the launch of operations of its Spiritual Support Team, which comprises the Clinical Psychology Department and the Chapel of Saint Michael the Archangel.

The low treatment rate in cancer therapy contributes to the perception of the disease as a hopeless condition. Such a view adversely affects the process of psychological coping in oncological therapies; therefore, medical therapy is now used in combination with psychological influence. The process of adaptation heavily depends on hope, faith and finding a sense of life's meaning, thus perceiving life as having its purpose and value. The Spiritual Support Team aims to provide wide-ranging psychological and spiritual aid to the Centre's patients as well as to their relatives and the institution's employees.

Psychologists from the Clinical Psychology Department offer patients their assistance in coping with cancer at different stages: diagnosis, treatment, remission, metastasis and the terminal phase. Besides individual meetings, patients and their families can take advantage of group sessions (relaxing, psychological and educational activities as well as support groups).

The Chapel of Saint Michael the Archangel performs a religious role and is the venue for numerous artistic programmes such as concerts, shows and lectures. To meet the expectations of non-Catholic patients, there is an expert on ecumenism who has a theological education and helps the Centre's patients to contact clerics representing various religions.

