

GDY BRAKUJE CZUŁOŚCI

O potrzebie czułości i nieczułości systemu opieki zdrowotnej opowiada psychoterapeutka i psychoonkolożka **Justyna Pronobis-Szczylik**.

Czy psychika ulega zmianie, gdy choruje ciało?

JUSTYNA PRONOBIS-SZCZYLIK: Oczywiście, że tak, bo człowiek jest jednością psychofizyczną. Gdy ciało choruje, idziemy do lekarza. Ale w tym samym czasie całkowicie zmienia się także nasz stan psychiczny. Choroba jest formą zagrożenia, szczególnie taka, która jest niebezpieczna dla życia, jak nowotwór. Choroba nowotworowa jest też przeżywana przez chorego jako doświadczenie utraty zdrowia, pożegnania się ze sprawnym ciałem. To przypomina o podobnych doświadczeniach utraty z przeszłości, traumach, pozornie zapomnianych urazach, zranieniu przez kogoś bliskiego.

Choroba jest realnym zagrożeniem, które najpierw pojawia się w naszych myślach, a następnie na poziomie emocji, budząc lęk. Ponieważ człowiek automatycznie stara się unikać bolesnych myśli i emocji, zagrożenie powoduje uruchamianie się różnych mechanizmów obronnych. Problem polega na tym, że działają one doraźnie i mogą przynieść odwrotny od zamierzonego efekt. Pojawiają się wtedy wewnętrzne konflikty, które blokują możliwości rozwoju, zaburzają relacje z innymi i mogą dawać objawy somatyczne. To z kolei powoduje dodatkowe cierpienie pacjenta. Pomoc w radzeniu sobie z tymi konfliktami leży właśnie w obszarze mojej pracy jako psychoterapeutki i psychoonkolożki.

Jakie jeszcze mechanizmy psychologiczne i emocjonalne zachodzą w człowieku, który dowiaduje się, że jest ciężko chory?

Pojawienie się choroby wpływa na wrażliwość, człowiek staje się bardziej podatny na zranienie. Podświadomie wracają doświadczenia z przeszłości i dziecięca

JAROSŁAW DELUJA-GÓRA

kruchosc. W tym czasie bardziej niz kiedykolwiek potrzebna jest czulość ze strony otoczenia, a takze od siebie samego.

Częstą reakcją na informację o chorobie jest też unikanie tego tematu. Podczas terapii słyszę tego typu wypowiedzi: „Widziałam ten guzek na piersi, ale nie poszłam do lekarza, bo bałam się, że powie, że mam raka”. To nie jest serdeczny, oparty na szacunku sposób traktowania siebie. To samoniszczenie się. Podchodzenie do siebie z czulością nie jest łatwe,

szczególnie dla osób, które mają nawyk bycia dla siebie surowymi i krytycznymi. Takie osoby obwiniają się i atakują, nieświadomie traktując siebie okrutnie.

Podczas psychoterapii pacjent ma możliwość rozpoznania sposobów tych mechanizmów, w których nie traktuje siebie jak przyjaciela, tylko jak cel sadystrycznego ataku. Przez uczenie się i doświadczenie emocjonalne można włączyć konstruktywne doświadczenia w codzienne życie. Często widzę, jak pod wpływem terapii pacjent zmienia swoje nastawienie,



przestaje siebie ranić i zaczyna traktować życzliwie i z poszanowaniem. Doświadczenia moich pacjentów potwierdzają fakty naukowe, z których wynika, że psychoterapia jest skuteczną formą pomagania chorym, w tym chorym na raka, bo wpływa na znaczną poprawę jakości ich życia przez obniżenie objawów lękowych, a także pomaga lepiej radzić sobie w chorobie.

Jakie są psychologiczne etapy adaptacji do choroby nowotworowej?

Istnieją pewne reguły dotyczące trajektorii choroby. Na początku pacjent dowiaduje się o diagnozie i o tym, że jego życie jest zagrożone. Reaguje szokiem, stresem i niedowierzaniem. Pojawia się zaprzeczenie, domysły, czy nie zaszła jakaś pomyłka. Chorzy mogą w tym stanie przebywać od kilku godzin do kilku dni, aż przejdą do etapu adaptacji, który pozwala przystosować się do nowej sytuacji. Wtedy pacjent jest zdolny do współpracy, umawia się z lekarzem, ustalają, jakie ma zrobić badania, i przechodzi się do leczenia początkowego. W tym czasie lęk może się zmniejszyć, ale nie znika.

Nie znika on nawet, gdy objawy ustępują, a leczenie uznaje się za zakończone. Wtedy przeradza się w lęk przed nawrotem choroby. Nawet jeśli jej wznowienie nigdy nie nastąpi, lęk może towarzyszyć już zawsze.

Psychoterapia jest skuteczną formą pomagania chorym, bo znacznie wpływa na poprawę jakości ich życia przez obniżenie objawów lękowych.

Jeśli zaś rzeczywiście dochodzi do nawrotu choroby, jest to dla pacjenta wyjątkowo trudny moment, przeżywa kryzys egzystencjalny. Może mieć ataki paniki, czuć wściekłość, że zrobił wszystko, co było możliwe, żeby się wyleczyć, a mimo to choroba wraca. A nawrót choroby niekoniecznie jest dowodem na nieudaną terapię. Jest raczej przejawem, że dany organizm funkcjonuje w taki sposób i taka jest jego reakcja na leczenie. Precyzyjne przyczyny pojawiania się choroby nowotworowej są nieznanne. Wielu naukowców prowadzi badania na ten temat, ale na razie nie dają one ostatecznych odpowiedzi.

Co motywuje do podjęcia terapii psychoonkologicznej?

Cierpienie wynikające z różnych objawów, np. chronicznego lęku, sprawia, że pacjent poszukuje pomocy. Choroba nowotworowa i jej leczenie stanowią długi, traumatyczny proces. Do tego dochodzi nieustanne poczucie niepewności. Wysoki poziom lęku znaczą-

nie obniża poziom funkcjonowania układu odpornościowego. Dlatego pracuję w podejściu tzw. intensywnej krótkoterminowej psychoterapii dynamicznej (z ang. Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy – ISTDP), która w dużej mierze skupia się na leczeniu lęku. Obok egzystencjalnej rekomendowana jest przez Międzynarodowe Towarzystwo Psychoonkologiczne również psychoterapia dynamiczna.

Wielu pacjentów, którzy przychodzą do mnie na psychoterapię, nie miało rodziców, którzy w konstruktywny sposób mówiliby im, że emocje są ważne, i po dziecięcemu tłumaczyli, jak odczytywać lęk. W dzieciństwie tworzy się tzw. styl przywiązania, który definiuje funkcjonowanie w życiu dorosłym. Wyróżnia się ich cztery rodzaje, z czego jeden jest zdrowy, a trzy nie. Są to: styl bezpieczny, lękowo-unikający, lękowo-ambiwalentny i zdeorganizowany, kiedy dziecko np. nigdy nie wie, co je czeka po powrocie do domu. Tworzą one biologiczne, na stałe zainstalowane w naszym systemie nerwowym uwarunkowania. Bez względu na to, jaki styl przywiązania nas charakteryzuje, w sytuacjach bezstresowych funkcjonujemy w standardowy, optymalny dla siebie sposób, ale w sytuacji zagrożenia, takiego jak np. choroba, uaktywnia się w nas nieprawidłowy styl przywiązania. Oznacza to, że wracamy wtedy do dawnych, nieskutecznych sposobów zachowania.

Co charakteryzuje relację między lekarzem a ciężko chorym pacjentem?

Relacja pacjent – lekarz jest szczególnie ważna z perspektywy pacjenta. Postrzega on lekarza jako kogoś niezwykle istotnego, czasem nawet jak półboga, od którego zależy jego życie. Dla pacjenta ta współzależność ma cechy relacji intymnej, oczekuje uwagi i czasu. Po drugiej stronie jest lekarz, który musi wpisać się w wymogi systemu: w ściśle określonym czasie wizyty wypełnić niezbędną, biurokratycznie rozbudowaną dokumentację, jednocześnie myśląc o strategii terapii, potencjalnych skutkach ubocznych, podejmując odpowiedzialne decyzje związane z leczeniem. Towarzyszy temu ogromna presja czasu, ponieważ liczba pacjentów onkologicznych jest niewspółmiernie duża do liczby lekarzy. Nie ma tu czasu na okazanie współczucia, dopytanie o stan psychiczny, funkcjonowanie seksualne, a często nawet na spojrzenie w oczy. Pacjenci odbierają to jako brak szacunku, a lekarze pozostają w poczuciu frustracji wynikającym z niedostatecznie wykonanej pracy.

Czy stres wpływa na rozwój choroby, a terapia psychoonkologiczna może wesprzeć proces leczenia?

Istnieje obiegowe przekonanie, że stres wpływa na rozwój choroby, a nawet że może ją wywołać. Ale na razie nie ma badań naukowych, które by potwierdziły tę tezę. Z całą pewnością stres może przyczynić się

do powstawania komplikacji zdrowotnych, ponieważ wpływa na osłabienie układu odpornościowego. A stres związany z chorobą wpływa na sposób radzenia sobie z nią.

Jeśli chodzi o korzyści płynące z terapii, to jest udowodnione, że interwencja psychologiczna może obniżyć lęk, zapobiec nasilaniu się objawów lękowych, poprawia to, jak pacjent radzi sobie z chorobą (tzw. coping). Trzeba pamiętać, że choroba tak ciężka jak nowotwór jest trudna nie tylko dla chorego, ale i jego bliskich, opiekunów, a także dla personelu medycznego zaangażowanego w leczenie. Z tego względu na psychoterapię trafiają zarówno chorzy, ich rodziny, jak i lekarze.

Czyli terapia psychoonkologiczna wspiera nie tylko pacjentów, lecz także lekarzy?

Tak, lekarz to też człowiek, który również ma właściwy sobie styl przywiązania czy odporność na absorbowanie otaczającego go cierpienia. Doświadczenie chorego odzwierciedla uczucia i obawy lekarza dotyczące przemijania i nieuchronności śmierci. Dodatkowo lekarz doznaje poczucia utraty kontroli i zaufania wobec własnej roli w procesie leczenia, gdy okazuje się, że nie przynosi ono oczekiwanych rezultatów. Ale głównym problem są nie przeżycia lekarzy, ale opresyjność systemu, w którym funkcjonują. Jest to system, który nie był reformowany, pochodzi z epoki postsowieckiej i nie ma możliwości, żeby działał w nowych realiach. W Polsce mamy dziś porównywalną liczbę pacjentów onkologicznych, co kardiologicznych. Tylko że kardiologów jest kilka tysięcy, a onkologów kilkuset. Pacjenci onkologiczni, a także psychiatryczni są dyskryminowani przez system opieki zdrowotnej, a przejawem tego jest np. zamykanie dziecięcych szpitali psychiatrycznych. Nie przewiduje on też, że ciężko chory pacjent może mieć problemy psychologiczne, które negatywnie wpływają na jego leczenie.

System nie zakłada, że pacjent może mieć problemy psychologiczne, a tym bardziej lekarz. W programie nauczania młodych lekarzy nie ma takich podstawowych umiejętności, jak np. sposób przekazywania złych wiadomości dotyczących zdrowia pacjenta, odpowiadania na ich reakcje. Lekarz zostaje wypuszczony z uczelni bez narzędzi psychologicznych, a nawet bez wiedzy o istnieniu tych narzędzi. Jak ma funkcjonować, żeby nie popełnić błędu jako specjalista, a także jako człowiek? Studenci medycyny uczą się podstaw psychologii w symbolicznym wymiarze.

Niewrażliwy na potrzeby człowieka system zdrowotny odbija się na lekarzach, a kładziona na nich presja na samopoczuciu i zdrowiu pacjentów?

Zjawisko wyczerpania zawodowego spowodowane nadmiernymi wymaganiami i stresem w pracy onkologów właśnie tak działa. Podczas ostatniego Kongre-



JAROSŁAW DELUCA-GÓRA

Justyna Pronobis-Szczylik

Prowadzi długo- i krótkoterminową psychoterapię w nurcie psychodynamicznym ISTDP (Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy), skuteczną w terapii stanów lękowych, depresyjnych, zaburzeń psychosomatycznych oraz reakcji na kryzys i traumę związaną z utratą i niedokończoną żałobą. Posiada certyfikat psychoterapeuty Europejskiego Stowarzyszenia Psychoterapii z rekomendacji Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego i European Training Standards Committee. Prowadzi wykłady, superwizje i seminaria z psychoonkologii dla studentów psychologii Uniwersytetu Warszawskiego (Warsaw International Studies in Psychology). Prowadzi Ośrodek Psychoterapia ISTDP Powiśle, Warszawa. Jest partnerem Verso Instytut Psychoterapii i Zdrowia.

justyna.pronobis.szczylik@gmail.com

su Europejskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej przekazano informację, że problem wypalenia zawodowego w Europie Środkowej dotyczy aż 84 proc. lekarzy do 40. roku życia.

Zespół wypalenia zawodowego wynika m.in. z przeciążenia i braku poczucia satysfakcji z wykonywanej pracy. Nikt nie jest w stanie dobrze wykonywać zadań, które są przeznaczone dla znacznie większej liczby specjalistów. Dehumanizacja, którą czasem zarzuca się lekarzom, jest w rzeczywistości przejawem stresu, z którym borykają się w pracy. To tak, jakby mieć do przeziębionego pretensję, że ma gorączkę. Onkolodzy w Polsce są długotrwale przeciążeni, więc nie mogą lepiej wykonywać swojej pracy. Do tego każdy ma inną odporność układu nerwowego. Te wszystkie czynniki się z sobą wiążą. W tej sytuacji zwracam uwagę, że warto się z czułością pochylić nad sytuacją nie tylko pacjentów, lecz także ich lekarzy.

ROZMAWIAŁA DR JUSTYNA ORŁOWSKA