

Maria Rogiewicz

Instytut Psychologii Akademii Bydgoskiej im. Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy (Institute of Psychology Casimirus the Great, University in Bydgoszcz, Poland)

Pomoc psychologiczna u chorych na raka płuca

Psychological support for patients with lung cancer

Streszczenie

Pacjent, który dowiaduje się, że jest chory na raka płuca przeżywa szok i zaskoczenie. Jedni pacjenci radzą sobie sami z tą trudną sytuacją, inni potrzebują pomocy psychologa. Artykuł poświęcono grupie chorych z rozpoznaniem niedrobnokomórkowego i drobnokomórkowego raka płuc potrzebujących pomocy psychologa. W zależności od tego, jak pacjent traktuje chorobę: jako przeszkodę, którą można pokonać albo obejść lub jako przeszkodę nie do pokonania, jako karę czy ulgę, omówiono różne sposoby proponowanej pomocy. Propozycje pomocy uzależniono od etapu choroby: od diagnozy do opieki paliatywnej i sposobów jej leczenia: zabiegu operacyjnego, chemioterapii, radioterapii i leczenia objawowego.

Słowa kluczowe: rak płuca, pomoc psychologa

Abstract

A person learning to have lung cancer responds with shock and disbelief. Some cancer patients are able to cope with this difficult situation but some of them need psychological support. The article focuses on those patients diagnosed with non-small cell and small cell lung cancer who do need psychological support. Because of the many ways in which cancer patients treat the disease, for example as an obstacle which may be overcome or avoided, or as an insurmountable difficulty, or even as a punishment or a relief, various methods of support are described. The shifting nature of the disease, from diagnosis to therapy, surgery and palliative care, requires that the psychologist be flexible in his or her approach and thus adjust the methods to the stage of the cancer and to the mode of treatment, whether surgery, chemotherapy, radiation therapy, or symptomatic treatment.

Key words: lung cancer, psychological support

Wzrasta liczba zachorowań na nowotwory płuca. Rocznie u ponad 20 000 osób w Polsce rozpoznaje się raka płuca, a 19 000 chorych umiera z jego powodu [1].

Wobec tego nie dziwi fakt, że pacjenci dzielą choroby na „raka” i „wszystkie pozostałe”.

W momencie rozpoznania raka płuca człowiek staje się „pacjentem w trakcie leczenia raka”. Po leczeniu mówi się o nim, że jest to „osoba, która przetrwała”, „zakończyła terapię”. Jeśli przeżyje 5 lat mówi się o nim: „zwycięzca”, „uleczony”. Chory

The lung cancer incidence rate is rising. In Poland more than 20,000 cases of lung cancer are diagnosed annually and the number of deaths from lung cancer stands at 19,000 [1].

It is not surprising therefore that patients tend to divide diseases into two groups, „cancer” and „any other diseases”.

Once the lung cancer is diagnosed in a person, he/she becomes a „cancer patient who undergoes an anti-cancer treatment. Once the treatment is ac-

Adres do korespondencji (Address for correspondence): dr Maria Rogiewicz
Instytut Psychologii Akademii Bydgoskiej, ul. Staffa 1, 85-867 Bydgoszcz
tel. (0 52) 370 84 02, 370 84 03; e-mail: mrogiewicz@wp.pl



Polska Medycyna Paliatywna 2004, 3, 3, 301-313
Copyright © 2004 Via Medica, ISSN 1644-115X

od momentu stania się pacjentem do etapu, kiedy można go uznać za „zwycięzcę” przeżywa długi, przebiegający dynamicznie proces.

Rozpoznanie raka płuca

Kiedy pacjent dowiaduje się o chorobie, przede wszystkim trudno jest mu ją zaakceptować emocjonalnie. Mimo że lekarz przedstawia mu diagnozę, on nie przyjmuje tej informacji. Rak płuca jest jak wyrok. Takie rozpoznanie jest zazwyczaj nagłe, niespodziewane, może prowadzić do powstania ostrego kryzysu psychologicznego, szczególnie gdy rokowanie jest niepomyślne lub niejednoznaczne [2].

Wiele osób potrzebuje czasu, aby zaakceptować chorobę. Rozpoczyna się dla nich nowy etap — odtąd stają się chorymi, pacjentami. Jest to niechciana i nieplanowana rola, ale trzeba ją przyjąć, ponieważ lekarz proponuje sposoby terapii, jest zatem szansa na życie. Rola chorego daje pewne przywileje, między innymi w postaci prawa do opieki czy do częściowego lub całkowitego zwolnienia z pełnionych dotychczas zadań. Nowa rola nakłada również na pacjenta nowe obowiązki, takie jak okazywanie zaufania lekarzowi i akceptowanie jego umiejętności zawodowych oraz chęć wyzdrowienia [3].

Autorka niniejszej pracy prześledziła różne propozycje pomocy psychologicznej oferowanej choremu na raka płuca, począwszy od rozpoznania do opieki paliatywnej.

Pomoc psychologiczna w okresie akceptacji rozpoznania raka płuca

Zadaniem psychologa spotykającego się z pacjentem jest udzielenie mu pomocy, ale to pacjent decyduje, czy jej chce i potrzebuje. Pomoc psychologiczna ma swoją specyfikę — jest to wspólna praca psychologa i pacjenta.

Przed rozpoczęciem współpracy psycholog dowiaduje się, jakie sytuacje były dla pacjenta trudne, jak je postrzegał, w jaki sposób radził sobie przed zachorowaniem. Wiedza ta jest terapeutycznie potrzebna, ponieważ na jej podstawie może on przewidywać, jak będzie postrzegana choroba i jakie wobec niej zostaną uruchomione strategie, przynajmniej na początku leczenia.

Chorobę najczęściej postrzega się jako:

- przeszkodę, którą można pokonać, obejść albo uznać, że jest nie do pokonania;
- karę;
- ulgę.

complished the patient is perceived as the one who “survived” or “ended the therapy”. If the person survives 5 or more years after treatment, he or she is seen as a “winner” or “cancer survivor”. The journey from a “cancer patient” to a “cancer survivor” is a long and a dynamic one.

Lung cancer diagnosis

The primary difficulty for a person who learns about his/her disease is to reconcile himself/herself to this fact. The person hears the diagnosis but at the same time cannot take in the message. For some, confronting cancer is the equivalent of death sentence. The patients undergo acute psychological crisis and distress, particularly if the prognosis is either unfavourable or doubtful [2].

Adjusting to the diagnosis of lung cancer takes some time. The person with lung cancer takes the role of a patient. This unwanted and unforeseen role is fulfilled for two reasons. Firstly, there is a chance for a positive outcome of cancer treatment and secondly, a doctor has some ideas as to “what can be done about it”. In reality, this part ensures some privileges, for example, constant care or partial or even complete relief from the duties the patient has hitherto had to perform. Conversely, the patient is expected to have trust in the doctor and his medical competence and to be willing to fight against the disease [3].

This article addresses various methods of psychological support available for lung cancer patients from the point of diagnosis to palliative care.

Psychological support for patients adjusting to the diagnosis of lung cancer

The psychologist is willing to help patients, but it is the patient who has to make this difficult decision as to whether he/she needs or wants this help and whether to enter psychotherapy. Psychotherapy is not “help” or “advice” as it is often understood but it is hard work done by both the cancer patient and psychologist.

Before they start working together the psychologist has to find out how the patient has coped and perceived difficult situations in his/her life prior to the illness and which coping mechanisms he/she adopted to deal with them. This knowledge allows the psychologist to foresee how past or present issues may affect the person’s perception of the disease and also which

Pacjenci pokonujący przeszkody chcą współpracować z psychologiem, oczekując wskazówek, informacji, wyjaśnień. Chcą brać aktywny udział w leczeniu. Zwykle są to osoby, które przed zachorowaniem były niezależne, pomagały innym, nie poświęcając uwagi sobie. Najczęściej paliły tytoń. Dowiadując się o diagnozie, są zaskoczone, nie potrafią sprostać wymaganiom, przeżywają kryzys, czują się bezradne, przerażone, nie panują nad swoimi reakcjami [2]. Jest to sytuacja wymagająca interwencji psychologa, który ocenia sytuację, stopień zakłócenia procesów psychicznych, rozpoznaje oczekiwania i poziom ich dostosowania do rzeczywistości. Przede wszystkim towarzyszy pacjentowi, dostarcza informacji, wyjaśnia, koryguje fałszywe przekonania, uczy technik relaksacyjnych, aby obniżyć poziom lęku, niepokoju, daje wskazówki, perswaduje, wyjaśnia, radzi, zwraca uwagę na nieskuteczne strategie i uczy nowych [4, 6].

Może okazać się, że pacjent obwinia siebie o zachorowanie, bo na przykład palił tytoń lub był biernym palaczem. Obwinianie siebie działa destrukcyjnie, utrudnia zaakceptowanie diagnozy, może prowadzić do depresji, która z kolei utrudnia lub wręcz uniemożliwia uczestniczenie w leczeniu. Ponadto o przyczynienie się do zachorowania obwiniać pacjenta mogą również bliscy. Chory podlega wówczas mechanizmowi społecznego naznaczenia, stygmatyzacji, która może go wykluczyć z życia społecznego i pozbawić wsparcia. Pomoc psychologa jest w tej sytuacji bardzo istotnym elementem leczenia. Wysłuchuje on pacjenta z życzliwością i zainteresowaniem, a także wspiera go. Psycholog pomaga w zbudowaniu „obrazu własnej choroby”, co umożliwi kontrolowanie objawów i lepsze przystosowanie się. Obraz własnej choroby nie jest stały i będzie się zmieniał wraz z kolejnymi rozpoznaniem i rokowaniem [5].

Przygotowanie do zabiegu operacyjnego chorego na raka płuca przyjmującego postawę „pokonywania przeszkód”

Przygotowując pacjenta do zabiegu operacyjnego, psycholog pomaga oswoić lęk, uczy technik oddychania, relaksacji i wizualizacji. Pomaga też pacjentowi zaakceptować swoją słabość, prawo do lęku i prawo do prośby. Dla pacjenta prośenie o pomoc jest bardzo trudne, ale rak płuca jest schorzeniem, w którym nie można poradzić sobie bez pomocy. Psycholog analizuje i omawia rolę słów w funkcjonowaniu psychiki. Uczy zamiany słów toksycznych, takich jak: „spróbuję”, „tak, ale”, „powiniennem”, „muszę” na: „zrobię”, „chcę”, „potrzebuję”, „oczekuję”, „proszę mi pomóc”, „przepraszam”, „dziękuję”,

coping strategies the patient is going to use, at least in the initial stage of diagnosis and treatment.

The disease may be perceived as:

- an obstacle which can be overcome or avoided or as an overwhelming difficulty;
- a punishment;
- a relief.

When people showing the attitude of „overcoming obstacles” in their everyday life become patients, they usually co-operate with the psychologist and will expect hints, information and explanation. Prior to diagnosis, they used to be independent, not too focused on themselves, helpful towards others. Now, they wish to take active part in the cancer treatment. They are usually smokers who have now suddenly found out that they have lung cancer. Having heard the diagnosis, they are very surprised, fail to meet expectations, go through an emotional crisis, feel helpless, are overwhelmed by fear and anxiety and their reactions run out of control [2]. In such a situation psychological intervention is necessary. The psychologist has to judge the facts, recognise the patients’ expectations and decide whether they are feasible or not. First of all, however, the psychologist has to accompany the cancer patient, provide him or her with accurate information, explain, confront false beliefs with facts, teach the ways of relaxation to reduce the level of anxiety and fear, give hints and suggestions, persuade, give advice, point out ineffective strategies and teach the new ones [4, 6].

It may be the case that cancer patients feel responsible for getting the disease because, for example, they smoked cigarettes or were passive smokers. Taking the blame for cancer is destructive and complicates the process of adjusting to the diagnosis. Moreover, feeling guilty may lead to depression, which in turn either hinders active participation in cancer treatment or, even, renders it impossible. Furthermore, even family members or friends may blame the cancer patient for the disease. The patient then becomes subject to a social judgement, can be stigmatised and thus excluded from a certain community or deprived of support. If such a situation occurs, psychological intervention becomes a crucial part of the cancer treatment. A psychologist listens eagerly and in a kindly manner to patients and thus supports them. Another important step is to create an “image of disease” which, in turn, makes patients feel more in control over the symptoms and eases the adjustment to cancer. The “image of disease” is a dynamic process and will change with the succeeding stages of diagnosis and treatment [5].

„nie potrafię”. Przygotowując do zabiegu, terapeuta uważnie wysłuchuje pacjenta, zwracając uwagę zarówno na przekaz werbalny, jak i niewerbalny, odnotowując wszelkie niezgodności.

Dodatkową trudnością jest fakt, że chory przebywa w szpitalu, co stanowi kolejne źródło stresu. Szpital to określony system społeczny, posiadający swoją strukturę, normy, problemy i zadania. Pacjent w tym systemie zajmuje najniższą pozycję. Szpital to dla chorego z jednej strony ograniczenie aktywności życiowej, zmiana dotychczasowego sposobu życia, a z drugiej — miejsce, w którym oczekuje się wyleczenia i możliwości powrotu do chwilowo zawieszonoego życia. Chory w szpitalu czuje się osamotniony, opuszczony, bezradny, jest przerażony opowieściami współpacjentów. Pomocna w tej sytuacji może okazać się psychoterapia podtrzymująca [7]. Motywuje ona pacjenta do rozmów z lekarzem, dzięki którym chory dowiadyje się tego, co powinien wiedzieć na temat swojej terapii. Terapeuta pomaga ułożyć choremu listę pytań, aby w czasie rozmowy z lekarzem czuł się pewnie. Rozmawia o obawach związanych z konsekwencjami zabiegu, przypominając o korzystaniu z realnych strategii. Połączenie informacji proceduralnych (lekarz) i informacji o odczuciach (psycholog) pomaga w rekonwalescencji po zabiegu [3].

W przygotowaniu ważna jest rozmowa o bólu pooperacyjnym i nauka radzenia sobie z nim od strony psychologicznej, przy wykorzystaniu poznanych technik, takich jak ćwiczenia oddechowe, relaksacja, wizualizacja, nie wykluczając farmakoterapii. Techniki te pomagają w utrzymywaniu oraz wzmacnianiu poczucia kontroli i niezależności — głównie dzięki temu, że pacjent może je stosować sam tak często i długo, jak tego potrzebuje. Wykorzystuje się także pozytywne myślenie.

Praca po zabiegu operacyjnym — chory przyjmujący postawę „pokonywania przeszkód”

Pacjent po zabiegu operacyjnym jest zmęczony, a pobyt w szpitalu pogłębia to uczucie. Trudno jest mu odpocząć (ciągłe pomiary temperatury, odgłosy w nocy) i zmęczenie to towarzyszy mu przez cały okres leczenia. Prośzenie o pomoc staje się koniecznością. Pomoc psychologa jest istotna — ułatwia choremu odnalezienie kompromisu między sobą walczącym, kontrolującym, pozytywnie nastawionym a równocześnie zależnym od innych. Należy zwrócić pacjentowi uwagę na to, że nie zawsze będzie pozytywnie nastawiony, pełen nadziei i optymizmu i że jest to normalne, naturalne, zdrowe. Udawanie przed sobą i innymi,

Preparations for surgery of patients presenting the „overcoming obstacles” attitude

During the preparations for surgery the psychologist helps cancer patients to overcome their fears and teaches them some useful techniques of breathing, relaxation and visualisation. Psychological intervention enables patients to relinquish the role of “being brave”, and to accept the status of “being ill”, which means asking for help and being weak and afraid. It is impossible to cope with the disease without support, but for some patients, especially the “fighting” ones, asking for help may turn out to be very difficult. During the course of therapy, a psychologist will first analyse patients’ verbal messages and then explain the importance of words in mental functioning. The therapist guides on how to replace the toxic messages, such as “I may try”, “Yes, but...”, “I should” and “I must” with their healthy equivalents such as “I will do it”, “I want to”, “I need”, “I expect”, “I need your help”, “I am sorry”, “Thank you” and “I cannot”. In this stage of treatment a psychologist has to listen closely to cancer patients and at the same time pay attention to their verbal and non-verbal input, pointing to any discordant messages that may appear.

Hospitalisation is another source of distress for cancer patients. A hospital is a place with a certain hierarchy; it is a system with its norms, problems and things to be done. The patient constitutes the lowest part of this structure. On the one hand, patients see hospital as a place where their activities are limited and their routines are interrupted, while on the other it is a place where they can expect to be cured and allowed to return to their normal lives. However, it is also the place where people usually feel lonely, abandoned, helpless and “frightened” by other patients. Supportive therapy may help patients to deal with this stressful experience [7]. The method motivates patients to talk to doctors and to find out about cancer treatment options. Patients are encouraged to write down a list of questions ahead of time so as to feel prepared and self-confident when inquiring about the treatment. When patients express their deepest fears concerning surgery, a psychologist reminds them how to use coping strategies to manage feelings of fear and hopelessness. The combination of procedural information (a doctor) and information about feelings (a psychologist) helps in the post-operative recovery [3].

że nie jest się przestraszonym, smutnym jest bardziej stresujące niż przyznanie się do tych uczuć. Terapeuta uczy chorego akceptacji gorszych dni, tłumacząc, że nie oznacza to, że pobudza się w ten sposób rozwój raka lub niszczy swoją szansę na pomyślne leczenie.

Psycholog kontynuuje naukę wizualizacji, dostosowując sugestie do nowej sytuacji, czyli rekonwalescencji po zabiegu. Podpowiada i przypomina, jak udzielić sobie wewnętrznego pozwolenia, zgody na wyrażanie swoich prośb i odczuwanie z tego zadowolenia, a także traktowanie prośby i korzystania z pomocy innych jako naturalnego stanu rzeczy. Terapeuta przygotowuje też pacjenta do zmian w nastawieniu, rezygnacji, podjęcia nowych ról. „Opłakania” tego, co stracił — w wyniku operacji zmienia się obraz ciała i może to mieć wpływ na poczucie wartości, pewności siebie, relacje z bliskimi. Psycholog powinien pełnić rolę pośrednika w trudnościach komunikacyjnych, motywować, uczyć otwartego mówienia o obawach. Może się wówczas okazać, że pacjent i jego bliscy, nie wiedzieli jak rozmawiać, dlatego obawiali się kontaktu.

Praca przed zabiegiem operacyjnym i po nim — pacjent przyjmujący postawę „omijania przeszkód”

Pacjent „omijający przeszkody” przed zachorowaniem zazwyczaj radził sobie w trudnych sytuacjach, nie wkładając w to dużego wysiłku, a resztę realizowali inni, którzy wiedzieli co i jak należy zrobić, tymczasem on pozostawał na uboczu. Teraz też chce, aby ktoś „poprowadził go za rękę”. Od psychologa oczekuje więc kontroli, wspólnego wykonywania ćwiczeń i podejmowania decyzji. Sam nie potrzebuje informacji o chorobie. Jego zdaniem odpowiedzi mają znać osoby zajmujące się nim. Szpital nie jest dla niego nieprzyjaznym miejscem.

Co można zaproponować choremu na raka płuca, którego strategią jest „omijanie przeszkód” (chorobę traktuje jak przeszkodę) w czasie stawiania diagnozy, przed operacją i po niej?

W sferze werbalnej pacjent zachowuje się jak człowiek, który pokonuje przeszkodę. Oświadcza, że potrzebuje pomocy i chętnie z niej skorzysta. Uczy się pod kierunkiem psychologa (technik relaksacyjnych), obiecuje przeanalizować używane przez siebie toksyczne słowa i zastąpić je odpowiednimi zamiennikami. Pozwala sobie na słabość i proszenie o pomoc. Niestety, nie wykorzystuje nowych technik radzenia sobie, bazuje na starych nawykach. Nie należy wówczas zmieniać sposobów, które stosuje pacjent. Można mu tylko zaproponować poszerzenie zakresu możliwości, a on

Before patients undergo surgery, it is very important to talk about post-operative pain and pain management, and remind patients of coping techniques such as breathing, relaxation training and visualisation, along with medication. These techniques help them to persevere, assume more control over pain and maintain independence, thanks to the fact that patients can benefit from them as long and as often as they need to. A strategy of positive thinking is also used.

Psychological support after surgery for patients presenting the „overcoming obstacles” attitude

After surgery cancer patients feel tired and hospital only intensifies this feeling. Unfortunately, it is almost impossible to have a rest in hospital (taking one’s temperature at dawn, the pattering of surgeon’s clogs at night) and thus the feeling of exhaustion will accompany patients throughout the process of hospital treatment. It is necessary to ask for support. A psychologist has an important task to do. He or she has to teach cancer patients how to find a compromise between their fighting, controlling and positive thinking and being dependent on others at the same time. It is crucial to show the patients that it is perfectly normal and healthy to drop a positive attitude and hope from time to time. Pretending not to be afraid or sad may turn out to be more stressful than accepting these feelings. After all, a bad day is just a bad day and does not mean a recurrence or that the chances of a positive outcome of treatment are worse.

Coping strategies and techniques, for example visualisation, have to be modified by a new situation, that of post-operative recovery. The psychologist encourages patients to ask for support and to benefit from it. The cancer patient has to understand that seeking help from others and asking for it is a natural and healthy thing to do. The cancer patient is helped to form a new identity and thus enact new roles. A psychologist shows how to “mourn” significant losses such as loss of body image after surgery. This normal grief response to losses may influence the patient’s self-esteem, self-confidence and disrupt relationships with close family members and friends. The psychologist should help patients to find solutions for difficulties in communication and should motivate and teach them to express fears and anxiety openly. It may turn out that the patients, as well as their close relatives and friends, have been overwhelmed by fear and did not know how to communicate.

sam zdecyduje, czy z nich skorzysta. Jest szansa, że chory wykorzysta je w następnych etapach leczenia.

Patrząc z boku, można odnieść wrażenie, jakby pacjent wypierał, unikał. Chory „omijający przeszkodę” raczej wypiera niż unika. Wypieranie to brak objawów strachu i depresji. Pacjent ma nierealistyczny ogląd sytuacji w kierunku pozytywnym. Psycholog nie kwestionuje tego podejścia, ale to nie znaczy, że je wzmacnia.

Praca przed zabiegiem operacyjnym i po nim — pacjent przyjmujący postawę „choroba jest nie do pokonania”

Chory nie spodziewa się niczego dobrego, ponieważ przez całe życie to innym się udawało, a on nie umiał sobie poradzić. Nie wierzy więc we własne siły, ma przed sobą operację i niejasne perspektywy tego, co nastąpi potem. Jest przekonany, że i tak leczenie nie będzie pomyślne, przychodzi jednak do lekarza, poddaje się procedurze medycznej, udaje mu się przetrwać w szpitalu. Zna diagnozę i uważa, że jednak nie zostanie wyleczony. Dlaczego więc poddaje się leczeniu? Ponieważ w rzeczywistości nie jest konsekwentny i jednak wierzy, że nie wszystko jest stracone, czasem podejmuje działania dla bliskich. Jego stosunek jest realistyczny, jest przerażony, ale zaprzecza, twierdząc, że się nie martwi („czym się martwić, przecież i tak nic z tego”). Jest niekonsekwentny: z jednej strony zaprzecza, a z drugiej, po krótkiej wymianie zdań, ujawnia swoje przerażenie. Ta sytuacja ponownie go przeraża, więc znów zaprzecza. Wpada w pułapkę błędnego koła. Unikanie może przeradzać się w złość, w poczucie winy, w strach. Pacjent czuje, że choroba panuje nad nim. Uważa, że nie ma wpływu na bieg wydarzeń. Taka postawa ułatwia unikanie aktywności i odpowiedzialności za ewentualne komplikacje i porażki.

Taki pacjent nie przyjmuje pomocy ze strony psychologa. Należy jednak pamiętać o jego niekonsekwencji i funkcjonowaniu w rytmie błędnego koła. Mówiąc „nie chcę”, liczy na to, że bliscy lub psycholog się domyślą, czego oczekuje naprawdę. Bliscy natomiast domyślają się rzadko, działając zgodnie z życzeniem pacjenta, pogłębiają nieświadomie jego przekonanie o byciu pechowcem i nieudacznikiem. Seligman określił taką postawę mianem „wyczonej bezradności”. Chory ma deficyty poznawcze, motywacyjne i emocjonalne. Na zagrożenie, jakim jest choroba, operacja i rekonwalescencja, reaguje zniechęceniem, zmęczeniem, apatią lub bezradnością [8].

Psycholog może w tej sytuacji zaproponować życzliwe zainteresowanie, częsty kontakt z pacjentem, rozmowy na tematy zaproponowane przez cho-

Psychological support before and after surgery for patients presenting the „avoiding obstacles” attitude

Prior to the illness, these patients dealt with ease with difficult situations or stood aside while others accomplished their tasks. Now, they want to be led by the hand. They would rather be dependent on a psychologist and need constant company while performing tasks or making decisions. These cancer patients do not gather information about the disease and are not interested in details concerning the treatment. They expect those who take care of them to know everything. They do not perceive hospital as an unfriendly place. The question is what exactly can be offered to the “avoiding obstacles” type of cancer patient?

In the verbal sphere the patient does not differ from the “overcoming obstacles” person. Patients seek for support and will eagerly respond to it. They learn coping strategies, for example relaxation, and promise to replace any toxic expressions present in their language with healthy equivalents. These patients allow themselves to be seen as weak and dependant people who openly ask for help. Unfortunately, these people do not use coping techniques to deal with the disease but instead lean on their old habits. There is no reason for changing the strategies followed by patients but new, effective ones should be introduced to them. During the next treatment stages the patient may recall these coping mechanisms.

It may seem that the patient goes into denial or avoidance of the diagnosis. In fact, this patient is most likely to respond with denial. Denying means the absence of fear and depression symptoms. The patient sees the situation in a positive, but at the same time, in a false way. A psychologist neither corrects nor supports this attitude.

Psychological support before and after surgery for patients presenting the „overwhelming difficulty” attitude

These patients do not expect any successful outcome of the treatment as they are used to failure and have never before been able to cope with difficulties in their lives. They have no belief in their physical strength or defence systems, have to undergo surgery but have no idea about what should be done afterwards. Although they claim the cancer treatment will fail anyway, they see a doctor, receive cancer treatment and survive in hospital. They know the diagnosis and seem to believe in unsuc-

rego. Może tłumaczyć, wspierać, wzmacniać, ukazywać pozytywne strony sytuacji przed operacją i po niej. Chory, mimo że „na zewnątrz” jest malkontentem, „w środku” potrzebuje wsparcia.

Praca przed zabiegiem operacyjnym i po nim — pacjent przyjmujący postawę „choroba to kara”

Motto życiowe takiego chorego to: „za wszystko trzeba płacić”, w domyśle: „przede wszystkim za złe rzeczy”. Nie należy się zbyt cieszyć, gdy np. leczenie postępuje, wyniki są dobre, bo i tak terapia zakończy się porażką. Rozpoznanie raka płuca to właśnie taka kara, okazja do odbycia pokuty za konkretne lub wymaginowane czyny, które popełnił chory lub inni. Charakterystyczne jest myślenie katastroficzne, emocje są tak intensywne, że utrudniają pacjentowi wysłuchanie uwag lekarza i psychologa. Chorego nie można zmobilizować psychicznie do leczenia.

Zachowanie pacjenta sądzącego, że choroba to kara jest podobne do zachowania chorego uważającego, że choroba to przeszkoda nie do pokonania, przy czym różni go to, że dla niego choroba jest karą, pokutą. Psycholog powinien być uważny, aby nie wzmacniać katastroficznego myślenia, wsłuchiwać się w najdrobniejsze sygnały typu: „a może jednak jeszcze będzie dobrze, coś mi się należy”. Jest to sygnał niekonsekwencji. Można, oprócz życzliwego słuchania, podkreślać te fakty z życia pacjenta, które wskazują, że ma prawo myśleć pozytywnie, planować przyszłość.

Praca przed zabiegiem operacyjnym i po nim — pacjent przyjmujący postawę „choroba to ulga”

Taki pacjent przed zachorowaniem — podobnie jak chory pokonujący przeszkody — nie myślał o sobie, nie pozwalał sobie na słabość. Diagnoza go przeraża, stara się o niej nie myśleć, koncentruje się na przyjmowaniu pomocy, pozwalaniu sobie na przyjmowanie opieki. Bez trudu podejmuje rolę chorego, korzysta z przywilejów. Choroba to dla niego przede wszystkim przyzwolenie na słabość, bezradność, przyjmowanie okazywanych uczuć i proszenie o pomoc.

Od psychologa oczekuje wsparcia, przyzwolenia na korzystanie z przywilejów chorego, słuchania o tym, jaki był przed chorobą. Choroba daje mu możliwość odpoczynku od życia i zwalnia go z podejmowania trudnych decyzji. Taki pacjent chętnie uczy się technik relaksacyjnych.

Successful outcomes. The question arises as to why they undergo cancer treatment at all. Well, deep inside they secretly hope for survival, or very often they do it for the sake of their families. They have a realistic view of the situation and express their horror at it, but at the same time deny it, claiming not to be worried by the situation („what is there to be worried about when, after all, nothing good will come out of it?”). These cancer patients are not consistent. On the one hand they go into denial of the disease, while on the other, after a while, they reveal their fears. The situation is repeated and the patients are caught in a vicious circle. Avoidance may change into anger, guilt and anxiety. Patients feel that disease controls their lives and they themselves have no influence on events. Such behaviour allows for passivity and absolves them from responsibility for possible complications and failures.

These cancer patients do not want psychological support. However, their inconsistency and the fact of being caught in a vicious circle should be taken into account. When the cancer patient says “I don’t want to”, he/she expects family members or a psychologist to guess his/her real intentions. The former can rarely do it; they would rather relieve the patient of certain tasks and, by so doing, unintentionally help the patient to perceive himself/herself as an unlucky and unsuccessful person. According to Seligman, this is an example of the “acquired helplessness” phenomenon. These cancer patients have cognitive and emotional deficiencies. They face potential danger (disease, surgery and recovery) with discouragement, weariness, apathy or helplessness [8].

In such a case the psychologist may take an active interest in the patient’s affairs or suggest a friendly talk on the things concerning the patient. He/she can also explain, support and point to positive aspects of the pre and post-surgery situation. Although patients seem to be grumblers, “deep inside” they are seeking support.

Psychological support before and after surgery for patients presenting the „disease is a punishment” attitude

These patients believe that “you have to pay for everything” and “everything” means, most of all, “bad things”. These cancer patients do not believe in a positive outcome of the treatment and that is why they do not express their happiness when the prognoses are optimistic or their responses to treatments are positive and the results good. They treat the cancer diagnosis as a punishment or a certain penance for the wrong things they or other people

Pacjent po zabiegu operacyjnym wypisany ze szpitala

Kiedy hospitalizacja kończy się, pacjent dowiadyje się, że jest wyleczony i ma zgłaszać się na badania kontrolne. Zadaniem psychologa jest dostosowanie sugestii wizualizacji do sytuacji wyleczenia, mobilizowania układu odpornościowego, podtrzymywania zdrowia. Proponuje pacjentowi edukację w zakresie zachowań zdrowotnych, porady, psychoterapię. Jest to jedynie propozycja — decyzję zawsze podejmuje pacjent. Psychoterapia może być dla niego istotną metodą leczenia po wyjściu ze szpitala. Umożliwia zmianę postrzegania siebie, ocenę choroby i braków, które spowodowała. Pomaga w lepszym radzeniu sobie z cierpieniem, zachowaniu szacunku dla siebie, myśleniu o przyszłości oraz mobilizacji do korzystania z własnych zasobów [4].

W przypadku pacjenta obchodzącego przeszkodę lub uważającego, że jest ona nie do pokonania informacja o wyleczeniu może zmotywować go do dokonania pewnych zmian, na przykład w systemie wartości. Można proponować psychoterapię egzystencjalną, poszukując, kształtując na nowo wraz z pacjentem utracony sens życia [2]. Nie jest to jednak oczywiste, ponieważ chorzy mogą być zmęczeni nadmiernymi — w ich odczuciu — kontaktami z pracownikami służby zdrowia.

Pacjentowi, który postrzegał chorobę jako karę, można zaproponować psychoterapię psychodynamiczną, której celem może być „przepracowanie” żalu, jako reakcji na rozpoznanie choroby, odkrycie, jakie znaczenie miała dla niego choroba. Celem może być nabycie umiejętności i poczucie kontrolowania sytuacji. Psycholog łączy wiedzę o chorym z przeszłości z teraźniejszością, korzysta z interpretacji słów, mechanizmów obronnych, przeniesienia i przeciwprzeniesienia [6].

Dzięki psychoterapii behawioralnej pacjentowi traktującemu chorobę jako ulgę lub pokonywanie przeszkody można zaoferować pomoc w wypracowaniu pożądanych zachowań i zastąpienie niekorzystnych działań pozytywnymi. Podstawę stanowi tu sporządzenie listy problemów i ułożenie ich od najprostszych do sprawiających najwięcej trudności. Psycholog korzysta z techniki desensytyzacji, modelowania myślenia, relaksacji, hipnozy i autohipnozy.

Psychoterapia behawioralna bywa łączona z poznawczą, w której analizuje się nieracjonalne przekonania i wiedzę o nich, identyfikuje się problemy, dostarczając chorym odpowiednich informacji. Terapia poznawcza koncentruje się na nieadaptacyjnych sposobach myślenia, czynnikach, które są odpowiedzial-

have done. Disastrous thoughts are very characteristic for these patients and their extremely intense emotions make listening to a doctor or a psychologist very difficult. These patients are not motivated to defeat cancer.

The patient presenting this strategy resembles the patient who believes the disease is an “overwhelming difficulty”. The difference between them lies in the perception of the disease, as the “punished” patient treats his/her cancer as a punishment or penance. A psychologist should concentrate on the patient’s inconsistency, which is manifested by messages like “Maybe everything will be OK” and “After all, I deserve it” and has to be careful not to support the patient’s disastrous thoughts in any way. A psychologist should not only listen closely to the patient but also encourage him/her to think positively and make plans for the future.

Psychological support before and after surgery for patients presenting the “disease is a relief” attitude

Prior to the disease these people did not allow themselves to be weak or to count on anyone, just like the “overcoming obstacles” patient. Now they are terrified by the diagnosis and, in order not to think about it, permit themselves to receive support and care. They enact the role of a patient and enjoy its privileges. As sick people they are allowed to feel weak and helpless. They are also expected to ask for help and have kindness extended to them.

The psychologist is expected to support these cancer patients and encourage them to enjoy the privileges of sick people. Moreover, these patients want to talk about their lives before the illness. The process of making difficult decisions is postponed, as the patients want to rest. They willingly learn relaxation techniques.

Cancer patients discharged from hospital after surgery

Hospitalisation is accomplished. The cancer patient has undergone surgery and the outcome is positive.

The psychologist’s task is to adjust visualisation to the “cancer survivor” stage and to motivate patients to work on their physical strength and to take care of their health. Patients are encouraged to take part in pro-health educational programmes and psychotherapies. A psychologist can give hints, although the last word belongs to the patient. Psychotherapy may become a crucial part of treatment after the patient

ne za niepożądane objawy psychiczne lub somatyczne. Wykorzystuje się techniki samokontroli automatycznej i zastępowanie ich innymi myślami [9].

Zarówno psychoterapia poznawcza, jak i behawioralna koncentrują się na terażniejszości, odwołując się do przeszłości jedynie w niezbędnym zakresie. Podstawą obu są zasoby i możliwości chorego, a psycholog odwołuje się do pozytywnych doświadczeń.

Psychologiczne przygotowanie do chemioterapii

Chemioterapia jest leczeniem, któremu towarzyszą nasilone działania niepożądane. Procedura proponowania pomocy jest taka sama jak w przypadku chorego na raka płuca leczonego innymi metodami. Należy zorientować się, w jaki sposób pacjent postrzega chorobę, jak radzi sobie z trudną sytuacją. Problemy związane z postawieniem diagnozy, oprócz wyżej wymienionych, skupiają się wokół zaakceptowania faktu, iż leczenie operacyjne nie jest rozważane. The i wsp. wyodrębniła 5 stadiów, którym podlega chory na drobnokomórkowego raka płuca, otrzymujący chemioterapię [10].

1. Kryzys egzystencjalny — pojawia się w momencie postawienia diagnozy.
2. Pierwszy okres leczenia — pacjent koncentruje się na terapii.
3. Remisja — względny spokój umysłu: rak nie jest widoczny na zdjęciach RTG.
4. Kolejny kryzys egzystencjalny — pacjent dowiadyje się o nawrocie nowotworu.
5. Następnym kryzys — pacjent dowiadyje się, że dalsze leczenie jest niepotrzebne i mało prawdopodobne.

Charakterystyczny dla walki z chorobą jest tak zwany „fałszywy optymizm” dotyczący wyzdrowienia i aura wyzdrowienia. Fałszywy optymizm ma swoją dynamikę. Jego największe nasilenie odnotowuje się w trzecim stadium, kiedy po chemioterapii na zdjęciu RTG nowotwór jest niewidoczny, co dla pacjenta oznacza wyleczenie. Interpretacja jest bardziej optymistyczna niż stan faktyczny. W czwartym stadium optymizm, choć mniejszy, nadal jest obecny — lekarz ponownie proponuje zastosowanie chemioterapii [10].

Psycholog towarzyszy, nie rozwiewa iluzji. Chory koncentruje się na radzeniu sobie z działaniami niepożądanymi leczenia: nudnościami, wymiotami, wypadaniem włosów, utratą apetytu, kaszlem, krwiopluciem, bólem w klatce piersiowej, krótkimi oddechami, trudnościami w polykaniu [9].

W zależności od tego, jakie jest jego podejście do choroby — pacjent pokonujący przeszkodę lub ją obchodzący oczekuje od psychologa informacji, co

is discharged from hospital. It helps the patient to form a new post-treatment identity and to evaluate the disease and the side effects it has caused. Moreover, during the course of the therapy the patient has an opportunity for emotional reconstruction. Patients are motivated to use their potential and to establish new goals and aspirations [4].

In the cases of patients presenting the strategies of “overcoming obstacles” and “insurmountable difficulty”, becoming a cancer survivor may bring some changes, for example, in their belief system. As some patients may have lost a sense of the meaning of life, a psychologist can suggest existential therapy [2]. However, some patients may not enter any kind of therapy because they have had enough of contacts of any kind with the medical community.

For the “punished” patient psychodynamic therapy can be suggested. The point of this therapy is to “work through” any grudge the patient is bearing towards the disease and also finding the meaning of cancer in life. Another target for the patient is to acquire new skills and begin to feel more in control again. The psychologist uncovers the connections between the patient’s current emotional responses and his/her past experience, interprets the patient’s words and messages and observes his/her self-protective mechanisms, transmission and counter-transmission [6].

This model of behavioural therapy is useful for patients presenting the “relief” and “overcoming obstacles” strategies. This therapy focuses on replacing problematic behaviour patterns with more healthy responses. Patients are helped to arrange a list of their difficulties, starting from small problems and finishing with the largest ones. Techniques of desensitisation, relaxation, hypnosis and autohypnosis are also used.

Behavioural therapy tends to be linked with cognitive therapy. Cognitive therapy points to repeated, faulty, negative thoughts and factors responsible for undesirable mental and somatic symptoms. A psychologist helps patients to re-programme their harmful internal messages and instead create positive dialogues with themselves [9].

Both behavioural and cognitive psychotherapy concentrate on current events and only if it is absolutely necessary do they refer to past experience. These therapies are based on the patient’s abilities and potential.

Psychological support for patients receiving chemotherapy

At this point I would like to describe certain means of psychological support for patients facing chemo-

będzie się działało, czego lekarze się od niego spodziewają, oczekuje pomocy w radzeniu sobie z działaniami niepożądanymi (relaksacja, ćwiczenia oddechowe, wizualizacja, techniki terapii behawioralnej, desensytyzacja, zmiana myślenia).

Pacjenci przekonani, że choroba jest nie do pokonania lub jest karą, nie chcą znać szczegółów na temat schorzenia, czują się przytłoczeni, oczekują pomocy w przekierowaniu uwagi na słuchanie muzyki, relaks, oglądanie telewizji itp. Pacjent traktujący chorobę jako ulgę także nie chce znać szczegółów, oczekuje pomocy w przekierowaniu uwagi, chce wiedzieć kogo może prosić i czego oczekiwać [11].

Dla wszystkich chorych szczególnie dokuczliwe są nudności, niejednokrotnie mają one podłoże psychologiczne, związane na przykład z transportem do szpitala, widokiem pielęgniarki, aparatury, zapachem. W tej sytuacji pomocne są: odwracanie uwagi, techniki oddechowe, relaks, wizualizacja, autohipnoza. Psycholog uczy, jak powstrzymać negatywne myśli i zamieniać je na pozytywne, wykorzystując też analizę toksycznych słów i zmianę ich na pomocne, służące zdrowiu. Pomocne jest myślenie „chemioterapia ma mi pomóc, jest dobra, zabija komórki nowotworowe i uszkadza zdrowe, które potrzebują czasu na regenerację”. Pozytywne myślenie jest podstawą dalszych działań mających na celu pomoc choremu [11].

Innym, równie dokuczliwym objawem, jest wypadanie włosów. Utrata włosów oznacza utratę tożsamości, indywidualnego stylu. Świadomość, że włosy odrosną, jest niewielkim pocieszeniem. Psycholog wspiera i wysłuchuje skarg, zwłaszcza od tych pacjentów, dla których choroba to „kara”.

Po okresie radości wywołanej prawidłowym obrazem na zdjęciu RTG, pacjent znów jest w trudnej sytuacji psychologicznej, bowiem następuje wznowa i lekarz ponownie proponuje chemioterapię. Osoby traktujące chorobę jako przeszkodę nie do pokonania, karę lub ulgę mogą przeżywać rozterki i mogą myśleć, że należało wcześniej skorzystać z pomocy psychologa i podjąć współpracę. Natomiast pacjenci pokonujący lub obchodzący przeszkodę mogą być rozczarowani — starali się, a mimo to choroby nie można opanować. Chwilowo rezygnują ze współpracy, ale gdy mija pierwszy szok, wracają do działania.

Przygotowanie do radioterapii

Podczas przygotowania do radioterapii psycholog omawia z pacjentem mity dotyczące leczenia, nakłania do zadawania pytań lekarzowi. Może pomóc w ułożeniu listy pytań do niego. Fałszywe opinie związane z terapią są powtarzane przez pacjen-

therapy. This method of treatment is usually accompanied by side effects. The procedure of offering psychological support to patients undergoing chemotherapy remains the same. The psychologist has to find out how the cancer patient perceives the disease and how he/she is going to cope with this difficult situation. The patient, in addition to other problems associated with adjusting to the diagnosis, has to accept the fact that his/her cancer cannot be treated with surgery. The patient with non-small cell lung cancer who receives chemotherapy goes through the following 5 stages [10]:

1. The first existential crisis — takes place when the patient learns the diagnosis.
2. The first stage of treatment — the patient is concentrated on therapy.
3. Remission — relative calm: the tumour is not visible on a radiogram.
4. The second existential crisis — the patient finds out about cancer recurrence.
5. Another crisis — the patient is told that further treatment is unnecessary and not possible.

The patient's fight against cancer is based on "false optimism" expressed in strong belief in a successful outcome of the treatment. "False optimism" is a dynamic process. It is the strongest at the third stage of the treatment after chemotherapy when the tumour is not visible on a radiogram and the patient feels "cured". However, this optimistic interpretation is exaggerated. In the fourth stage of the treatment, when the patient is confronted with another dose of chemotherapy, his/her "false optimism" may still develop, although not so fast [10].

The psychologist accompanies the patients and does not disrupt their defences, which are delusions in this case. The cancer patients are concentrated on the side effects of chemotherapy, namely nausea, vomiting, hair loss, appetite loss, cough, blood spitting, chest pain, shortness of breath and difficulty in swallowing [9].

Psychological support for patients presenting the "overcoming" or "avoiding" obstacles strategies in this stage of treatment is focused on providing patients with reliable information concerning chemotherapy. The patients expect to be told what to do and which coping mechanisms for side effects they should follow (relaxation, breathing exercises, visualisation, behavioural techniques, desensitisation and thought replacement).

Those who perceive the disease as an "insurmountable difficulty" or a "punishment" do not want to know any details concerning their condition or treatment. They feel overwhelmed by fear and would rather concentrate on other things such as listening

tów i właściwie nie wiadomo, jakie jest ich źródło. Budzą strach przed leczeniem oraz funkcjonowaniem w życiu codziennym. Nie jest na przykład prawdą, że na skutek napromieniania chory sam promieniuje. Może spotykać się ze znajomymi, ba-wić się z dziećmi. Nie ma potrzeby, aby unikał urządzeń elektrycznych. Choroba nowotworowa nie jest zakaźna.

Psycholog uświadamia pacjentowi, że w miarę trwania leczenia będzie bardziej zmęczony, jest to jednak zupełnie normalne i naturalne. Regeneracja organizmu trwa od kilku tygodni do kilku miesięcy. Psycholog pomaga w podtrzymywaniu chęci do kontynuowania terapii, realizowania badań kontrolnych. Spotkania mogą odbywać się grupowo lub indywidualnie, mają charakter edukacji, informacji, wsparcia.

Wraz z kolejnymi sesjami napromieniania, oprócz zmęczenia, pojawiają się objawy uboczne, takie jak utrata apetytu, nudności. Przed kolejnymi frakcjami napromieniania występuje lęk.

Pacjenci walczący lub obchodzący przeszkodę lepiej sobie radzą z działaniami niepożądanymi, a pozostali potrzebują wsparcia, pomocy w pozytywnym myśleniu, przekonaniu do napromieniania jako metody, która niszczy komórki nowotworowe, uszkadzając przy tym zdrowe. Rolą terapeuty jest przekonanie chorego, że napromienianie nie jest wrogiem, tylko sprzymierzeńcem. Bardzo pomocne w tej sytuacji są ćwiczenia relaksacyjne, autohipnoza i wizualizacja.

Na początku terapii, kiedy objawy uboczne są jeszcze niewielkie, pacjent ma energię do współpracy i ćwiczeń. Gdy technika oddechowa, relaksacja, wizualizacja i autohipnoza zostaną opanowane, później, gdy zmęczenie jest większe, potrzeba mniej energii do jej stosowania. Pacjentom, którym nie dokuczają znaczne zmęczenie, psycholog może zaproponować techniki behawioralne.

Chorzy, którzy wcześniej współpracowali z psychologiem, nabywają umiejętności prowadzenia aktywnego życia do momentu wystąpienia kolejnego nawrotu lub śmierci. Nie znaczy to jednak, że pacjenci, którzy nie podjęli tej współpracy, nie potrafią wykorzystać życia do końca.

Praca z pacjentem w czasie leczenia paliatywnego

Przychodzi moment, kiedy lekarz nie proponuje leczenia przyczynowego, a jedynie objawowe, paliatywne. Psycholog proponuje w tym momencie wsparcie, opiekę, „rozmowy o tym, co za oknem”, pomaga w podsumowaniu życia i przygotowaniu do rozstania. Planowanie skoncentrowane jest na tym, co dzieje się tu i teraz, co pozwala zapamięć

to music, watching TV or relaxation. Similar behaviour is characteristic for the “relieved” patient who also wants to focus his/her attention on other things and takes no interest in details concerning the disease [11].

Nausea is a nuisance for everybody. This side effect may have a psychological basis and thus patients may feel sick on their way to hospital or when they see a nurse or medical instruments. The technique which works best for this side effect is breathing exercises, relaxation, visualisation, and hypnosis. A psychologist helps to restrain the patients’ negative thoughts and replace them with supportive and healthy messages. An example of a helpful way of thinking is “Chemotherapy will help me. It is good for me. It destroys cancer cells and harms the healthy ones but healthy cells repair themselves after some time”. Positive thinking is essential for further supportive interventions.

Hair loss is another side effect which is hard to accept. For some, hair loss means the loss of identity or individual style. It is difficult to keep in mind that it is only a temporary side effect. The psychological support is based on listening to the patient’s complaints. Particular attention should be paid to the “punished” patient.

Recurrence and re-treatment is another stressful experience some cancer patients have to face. Patients who perceived the disease as an “insurmountable difficulty”, “punishment” or “relief” may regret poor co-operation with the psychologist or postponed decisions about entering psychotherapies, whereas the “overcoming” or “avoiding” obstacles patients may feel discouraged and less hopeful of a cure. Patients may blame themselves or their doctors for what is usually considered a failure. They give up the therapies for some time but return once they have recovered from the first shock.

Psychological support for cancer patients receiving radiotherapy

A psychologist working with patients receiving radiotherapy helps them to confront myths concerning this form of treatment with facts. Moreover, the psychologist helps to draw up a list of questions concerning the treatment and encourages the patients to inquire about radiation. The source of the myths concerning radiotherapy still repeated by patients is unknown. These myths terrify patients and disrupt their functioning at home or work. For example, some patients are convinced that external radiation treatment makes them radioactive. Of course this is not true and the cancer patient can go on being close to family, friends and children. There is

o przyszłości. Chorym bardzo trudno zrezygnować z „aury wyleczenia”.

Walczący chcą walczyć do końca. Omijający przeszkodę mogą mieć żal, że byli bierni. Psycholog powinien być bardzo uważny, aby nie wzmacniać żalu, poczucia nadmiernej odpowiedzialności.

Pacjenci uważający, że przeszkoda jest nie do pokonania lub że choroba to kara mogą myśleć: „jest tak, jak przewidywałem, że będzie”, ale nie jest to do końca jednoznaczne. Należy pamiętać, że chory może oczekiwać zaprzeczania. Psycholog może podtrzymywać, wspierać, być obecny. Pacjent traktujący chorobę jak ulgę może zmieniać podejście na podobne do tego, jakie reprezentuje pacjent myślący, że choroba to kara lub przeszkoda nie do pokonania.

Psycholog pracujący w szpitalu lub przychodni, funkcjonując między lekarzem a pacjentem na każdym etapie choroby i leczenia, ma propozycje dla pacjenta, które uzupełniają działania lekarza. Psycholog dzięki swoim umiejętnościom może przyczynić się do znacznej poprawy jakości życia pacjenta — od momentu postawienia diagnozy do chwili rozstania.

Piśmiennictwo

1. Krzakowski M., Orłowski T. Nowotwory płuca i klatki piersiowej. W: Krzakowski M. (red.). Onkologia kliniczna. Wydawnictwo Medyczne BORGIS, Warszawa 2001; 13.
2. Kubacka-Jasiecka D., Mudyń K. (red.). Kryzys, interwencja i pomoc psychologiczna. Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2003; 195–196.
3. Tobiasz-Adamczyk B. Relacje lekarz-pacjent w perspektywie socjologii medycyny. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2002; 31–33.
4. Leder S. Psychoterapia, psychiatria społeczna. Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2000; 87.
5. Taylor S.E. Psychologia zdrowia: nauka i praktyka. Nowiny Psychologiczne 1992; 1: 37–56.
6. Barraclough J. Rak i emocje. Wydawnictwo Medyczne SANMEDICA, Warszawa 1997; 135.
7. Słowik P. Chory somatycznie wobec własnej choroby — propozycje pomocy psychologicznej. W: Kubacka-Jasiecka D. (red.). Wybrane problemy zmagania się ze stresem. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Jagiellońskiego MCLXVII. Prace Psychologiczne. Zeszyt 1. Uniwersytet Jagielloński, Kraków 1995; 105–121.
8. Kubacka-Jasiecka D. Z psychopatologii zmagania się ze stresem. W: Wybrane problemy zmagania się ze stresem. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Jagiellońskiego MCLXVII. Prace Psychologiczne. Zeszyt 1. Uniwersytet Jagielloński, Kraków 1995; 25–45.
9. Razavi D., Delavaux N. Rehabilitacja psychiatryczna w trakcie i po zakończeniu leczenia choroby nowotworowej. W: Meyza J. (red.). Jakość życia w chorobie nowotworowej. Centrum Onkologii Inst. im. M. Skłodowskiej-Curie, Warszawa 1997; 185–188.
10. The A.M., Hak T., Koeter G., Vander Wal G. Collusion in doctor-patient communication about imminent death: an ethnographic study. *BMJ* 2000; 321: 1376–1381.
11. McKay I., Hirano N. Chemioterapia, radioterapia. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2002.

no reason to avoid electrical appliances. Cancer is not contagious.

The patients are also informed of the tiredness resulting from the treatment. Fatigue is one of the most common side effects and is considered natural during cancer treatment. Physical strength usually returns within a few weeks or months. A psychologist supports the patients' fighting spirits. The help offered to the patients includes group or individual therapy during which they are informed, educated and supported.

In the course of radiation other side effects may occur such as loss of appetite and nausea. Thus the patient takes fright before each following radiation session.

Some patients, for example those who “overcome” or “avoid” obstacles are more successful in coping with side effects than the others who need support and help in maintaining a positive attitude. This group of patients should be persuaded that as a result of radiation, cancer and normal cells are destroyed but the latter are able to repair themselves and function properly. Radiotherapy helps in the fight against cancer. For these patients the most helpful techniques include relaxation exercises, autohypnosis and visualisation.

At the beginning of therapy, when the side effects are not so severe, the patients have the energy to co-operate and perform exercises. Once the patients master the techniques of breathing, relaxation, visualisation and autohypnosis they will need less energy to benefit from them. This is very important in the case of patients who are tired from cancer treatment and who need to conserve their energy. Those patients who do not complain of fatigue may learn behavioural techniques. Patients who receive psychological support find it easier to live actively and to regain emotional balance until recurrence or death. However, the cancer patients who have not engaged in therapy are also able to live each day as fully as possible.

Psychological support for cancer patients under palliative care

At certain stage in most cases, cancer cannot be cured or controlled with treatment and the patient is given palliative care. In this situation psychological support is based on emphatic supportive relationships, comfort and understanding. Patients are helped to face the end of their lives and find meaning in their existence. Some patients concentrate on the here and

now so as to forget about the future. It is very difficult to give up hope of being cured.

Fighting patients want to fight to the end. The "overcoming obstacles" type of patient feels sorry and responsible for his passivity. A psychologist has to be extra careful not to reinforce this feeling of sorrow and guilt for the disease.

The patient perceiving the disease as an "overwhelming difficulty", "punishment" or "relief" may think, "It is just as I thought it would be". However,

the message is not clear, as at the same time the patient expects denial. The psychologist's role is to support and tactfully accompany the patient.

A person considering disease as „a relief“ may change his/her attitude and see it as a "punishment" or as an „overwhelming difficulty“. A psychologist working in a hospital or in an outpatient setting may offer support at each stage of cancer treatment, as a supplementary way of fighting against the disease.