

Maria Rogiewicz

Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej w Warszawie

# Trwoga u pacjentów w terminalnej fazie choroby nowotworowej

Przedrukowano za zgodą z: *Advances in Palliative Medicine* 2008; 7

## Streszczenie

Terminalna faza, inaczej okres terminalny, to czas przejściowy określanymi przez Van Gennopa jako „autonomia pogranicza”. Na pograniczu życia i śmierci jest umieranie, toczy się gra na dwóch scenach. Jedną z nich to zmagania pacjenta z samym sobą, druga natomiast to gra między chorym i jego otoczeniem (rodziną, personelem medycznym). W odróżnieniu od zwierząt, które reagują instynktownie na bezpośrednie zagrożenie życia, człowiek potrafi myśleć, wyobrażać sobie, antycypować śmierć jako wydarzenie, w przyszłości. Wyobrażenia te są jednak mgliste, a śmierć stanowi niesprawdzalny sygnał. Towarzyszą im emocje — od niepokoju, poprzez lęk, do trwogi. Trwoga to paraliżujący lęk w wyniku oczekiwania nieszczęścia lub wydarzenia o niewiadomym przebiegu.

*Medycyna Paliatywna w Praktyce* 2008; 2: 108–110

**Słowa kluczowe:** trwoga, faza terminalna, choroba nowotworowa

W sytuacji terminalnej fazy choroby nowotworowej u źródła lęku leży perspektywa rozliczenia się z życiem, a także instynkt przetrwania gatunku i instynkt samozachowawczy, z którym wiąże się trwoga [1]. Pacjent jest świadomy nieuchronności własnej śmierci. Pojawiający się i znikający paniczny lęk to trwoga uniemożliwiająca właściwe funkcjonowanie. Człowiek stara się ją opanować, choćby po to, aby móc żyć, do końca wykorzystując możliwości, które mu pozostały. Nie wszystkim udaje się opanować ten stan, ale też nie wszyscy go przeżywają. W niniejszym artykule skoncentrowano się na tych pacjentach, którzy doświadczają trwogi. Należy pamiętać, że leczenie choroby nowotworowej jest zazwyczaj bardzo agresywne i towarzyszą mu wyniszczające objawy uboczne. Pacjent w fazie terminalnej jest w sytuacji, gdy nie mówi się o wyleczeniu, a o łagodzeniu objawów związanych z przebytą terapią i postępującą chorobą.

W latach 80. XX wieku Tom Pyszczynski, Jeff Greenberg, Sheldon Solomon ogłosili podstawowe założenia wypracowanej wspólnie teorii opanowa-

nia trwogi. Jest to najnowsza i najbardziej wszechstronna koncepcja pomagająca wyjaśnić lęk przed śmiercią zarówno w funkcjonowaniu psychicznym, jak i społecznym [2]. Inspiracją dla tych badaczy były prace Ernesta Beckera z lat 70. XX wieku dotyczące śmierci i związanego z nią paraliżującego strachu, trwogi. Zdaniem Beckera trwoga przed skończonością leży u podstaw świadomości człowieka i przejawia się w myśleniu o śmierci i antycypowaniu jej. Jest to efekt rozwoju procesów poznawczych, będących rezultatem ewolucji. Nieopanowana trwoga może zachwiać prawidłowe funkcjonowanie struktury Ja, natomiast umiejętność poradzenia sobie w tej sytuacji daje choremu sposobność realizowania realnych celów, przygotowania się do zakończenia życia oraz brania (w miarę możliwości) udziału w życiu społecznym, rozwijaniu, porządkowaniu relacji [3].

Jak już wspomniano, nie wszyscy pacjenci w terminalnej fazie choroby nowotworowej przeżywają trwogę. Teoria opanowywania trwogi może pomóc w znalezieniu odpowiedzi na pytanie, od czego za-

**Adres do korespondencji:** dr Maria Rogiewicz  
Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej w Warszawie  
e-mail: mrogiewicz@wp.pl



Medycyna Paliatywna w Praktyce 2008, 2, 3, 108–110  
Copyright © 2008 Via Medica, ISSN 1898–0678

leży jej pojawienie się, nasilenie i co może pomóc w przewycięzaniu czy opanowywaniu jej. Z jednej strony w adaptacji pomagają zdolności poznawcze, samoświadomość, możliwość antycypowania przyszłych wydarzeń, zdolność do autorefleksji, z drugiej strony — chory ponosi koszt związany z istnieniem tych zdolności w postaci uświadomienia sobie własnej śmiertelności przejawiającej się w paraliżującym strachu, trwodze. Aby możliwe było funkcjonowanie w tej skomplikowanej sytuacji, choremu pomagają mechanizmy psychologiczne pełniące funkcję buforów. W procesie tworzenia ważną rolę odgrywa kultura jako system ochronny składający się z wysokiej samooceny, wiary w słuszność wyznawanego światopoglądu oraz przekonania, że życie przebiegało i nadal przebiega w zgodzie ze standardami i wartościami ustalonymi przez ten światopogląd. Nieprzestrzeganie, łamanie zasad zmniejsza ich funkcję ochronną, natomiast wzmacnianie samooceny oraz wiary w słuszność światopoglądu redukuje lęk przed śmiercią. Zależy to jednak głównie od chorego i jego wiary w słuszność wyznawanych zasad [4].

Uświadomienie sobie własnej śmiertelności powoduje polaryzację postaw wobec „własnego” i „obcego” światopoglądu, wpływa na poziom samooceny i poczucie własnej wartości. W procesie radzenia sobie z trwogą ważne jest, aby zarówno światopogląd, jak i samoocena były zewnętrznie potwierdzone przez kulturę, z jakiej chory się wywodzi, w jakiej żył i żyje oraz od postawy bliskich. W teorii opanowywania trwogi kultura jest źródłem poczucia bezpieczeństwa „bycia kimś”, „zachowywania się w pewien sposób”. Dostarcza scenariuszy, recept, jak się zachowywać, pomagając zmierzyć się z nadchodzącą śmiercią. Zdaniem Beckera scenariusze i recepty są w „światopoglądach i ideologiach, systemach moralnych, dekalogu, religiach i wszelkich kulturowych i zbiorowych wyjaśnieniach życia ludzkiego” [3].

Poczucie własnej wartości u terminalnie chorego wzmacnia się, gdy inne znaczące dla niego osoby wyznają te same wartości, natomiast gdy jest inaczej, mobilizuje go to do obrony wyznawanych zasad w celu zachowania poczucia własnej wartości.

W teorii opanowywania trwogi nie można pominąć religii, która stanowi istotną część światopoglądu. Większość religii obiecuje swoim wyznawcom różne formy przedłużania egzystencji po śmierci, gdy będą postępować w zgodzie z ich przepisami i przykazaniami. Charakterystyczny jest tu brak możliwości sprawdzenia obietnic i znaczenie wsparcia współwyznawców [4]. Koenig twierdzi, że u osób starszych i terminalnie chorych religia staje się siłą w wymiarze duchowym. Nie jest to jednak równo-

znaczne z rozwiązaniem problemu śmierci i redukcją lęku przed nią [5]. Z polskich badań przeprowadzonych przez Makselona (1988 r.) wynika, że funkcję redukującą posiada religijność wewnętrzna, personalna, spełniająca funkcję poznawczą [6]. Pomaga ona choremu osiągnąć równowagę, stanowi wsparcie emocjonalne, przyczynia się do pozytywnego ustosunkowania się do śmierci. „Bóg staje się najwyższą wartością, dzięki czemu życie przestaje być wartością absolutną i jedyną” [5].

Oprócz wiary pacjentowi pomagają także rytuały religijne. To, co przekracza zrozumienie i niesie zagrożenie, może być dzięki rytuałom religijnym choć częściowo poddane kontroli i pomóc w zmniejszeniu niepewności, spokojniejszym spoglądaniu w przyszłość [7].

Co jeszcze pomaga choremu oprócz wysokiej samooceny, światopoglądu, religii? Do adaptacji i przetrwania przyczyniają się instynkt samozachowawczy, instynkt przetrwania oraz obrona uprzedzająca. Obrona uprzedzająca to obrona światopoglądu i poczucia własnej wartości, by uniknąć trwogi przed śmiercią [8]. W obliczu takiej trwogi można wyróżnić dwa rodzaje procesów adaptacji — procesy „bezpośrednie” i „symboliczne”, bardziej odległe. Procesy „bezpośrednie” to świadome sposoby poszukiwania ulgi, zaprzeczanie, wypieranie swojej niemocy z centrum uwagi i reakcje typu „to nie ja”, „nie teraz”. Wypieranie przejawia się w nadaktywności, zapomnianiu o uzyskanych informacjach, snuciu nierealnych planów. Kolejny mechanizm to zaprzeczanie. Weisman w dynamice zaprzeczania śmierci rodzącej lęk wyróżnia cztery stopnie. Pierwszy to akceptacja faktu, że jest się nieuleczalnie chorym, drugi to odrzucenie prawdy o skończoności życia, trzeci — analiza, uruchomienie pojęć i wyobrażeń, że choroba może zostać wyleczona (np. dzięki cudownemu lekowi lub okolicznościom). Czwarty stopień polega na reorientacji w zakresie ogólnego znaczenia własnego położenia i rewizji wyobrażenia tak, aby przystosować się do prawidłowo postrzeganej własnych kondycji i możliwości [6].

Procesy „symboliczne” i „adaptacja „symboliczna” to główne przedmioty zainteresowania teorii opanowywania trwogi. Wśród procesów „symbolicznych” są trzy mechanizmy radzenia sobie. Pierwszy to wiara w słuszność przyjętego światopoglądu, drugi stanowią mechanizmy oparte na utrzymywaniu i podnoszeniu samooceny, trzeci natomiast to nawiązywanie i zacieśnianie bliskich związków [9].

Należałoby wspomnieć o trwodze w odniesieniu do jakości życia pacjentów wykluczonych społecznie, w sytuacji zmiany społecznej czy przeżywających bardzo silne napięcie ze względu na zbliżającą

się śmierć. Osoby takie odczuwają większy lęk, trwogę i w mniejszym stopniu identyfikują się z normami, wartościami, które uznaje się za słuszne, a co się z tym wiąże dysponują mniej skutecznymi sposobami radzenia sobie z trwogą.

Z sytuacją zmiany społecznej spotykamy się wtedy, gdy u chorego nastąpiło zatarcie norm, załamanie więzi, kiedy nie wie, co dozwolone, a co nie, gubi się — wtedy trwoga nasila się, pogarszając jakość życia [9].

Chory przeżywający silne napięcie ze względu na nadchodzącą śmierć nie potrafi o niej nie myśleć, poddaje się trwodze, jest nieszczęśliwy i trudno wtedy mówić o dobrej jakości jego życia [8].

Osoba owładnięta trwogą przed śmiercią, broniąc swoich wartości, samooceny, może oceniać innych, posługiwać się stereotypami, być tolerancyjna lub nie.

Lecząc, wspierając, pomagając, towarzysząc pacjentowi w terminalnej fazie choroby nowotworowej, nie należy zapominać, że oprócz lęku może on również odczuwać trwogę.

## Piśmiennictwo

1. Makselon J. Struktura wartości a postawa wobec śmierci. Katolicki Uniwersytet Lubelski, Lublin 1983: 49–57.
2. Piotrowski J., Żemojtel-Piotrowska M. Postawa wobec śmierci a podstawowa struktura osobowości. *Psychologia Jakości Życia* 2004; 3: 202–203.
3. Rusaczyk M. Teoria opanowywania trwogi: wprowadzenie do elementów aktualnego dyskursu i prezentowanych tekstów. W: Rusaczyk M. red. *Teoria opanowywania trwogi*. Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2008: 8–13.
4. Sołoma E. Lęk przed śmiercią, światopogląd a samoocena: omówienie teorii opanowywania trwogi. *Przegląd Psychologiczny* 1995; 38: 191–196.
5. Widera-Wysoczańska A. Rozmowy o przemijaniu. Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2000; 148.
6. Makselon J. Lęk wobec śmierci. *Polskie Towarzystwo Teologiczne*, Kraków 1988: 45–75.
7. Drogoś S. Człowiek w obliczu śmierci. Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2002: 76.
8. Arndt J., Routledge C., Cox C.R., Goldenberg J.L. Robak we wnętrzu wszystkich naszych źródeł radości. W: Rusaczyk M. red. *Teoria opanowywania trwogi*. Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2008: 99–103.
9. Adamczyk M. Mechanizmy opanowywania trwogi przed śmiercią — krytyczny przegląd literatury i analiza wyników. *Psychologia Jakości Życia* 2006; 5: 101–117.