

# Wpływ choroby nowotworowej na sytuację rodzinną i relacje partnerskie pacjentek

The influence of cancer on female patients' relations with their spouses, and family life

Lechośław Gapik, Joanna Kosmala

Zakład Promocji Zdrowia i Psychoterapii Uniwersytetu Adama Mickiewicza w Poznaniu

## Streszczenie

Wyniki badań wskazują, że satysfakcjonujące, będące źródłem wsparcia relacje interpersonalne są jednym z najważniejszych czynników warunkujących dobrostan psychiczny człowieka oraz chroniących przed negatywnymi skutkami psychologicznymi i zdrowotnymi stresu. Relacje interpersonalne nabierają szczególnego znaczenia w obliczu krytycznych wydarzeń życiowych, takich jak zdiagnozowanie choroby nowotworowej. Dotychczas przeprowadzono wiele badań dotyczących źródeł i rodzajów oczekiwanego i rzeczywistego wsparcia społecznego, otrzymywanego przez kobiety cierpiące na chorobę nowotworową. Z kolei badania nad psychologiczną sytuacją osób zapewniających wsparcie choremu są nieliczne. Celem niniejszej pracy jest przedstawienie wyników badań nad stanem psychicznym partnerów życiowych kobiet chorych na raka, wykorzystywanymi przez nich strategiami radzenia sobie z tą niezwykle obciążającą sytuacją oraz ich skutecznością.

**Słowa kluczowe:** choroba nowotworowa, relacje interpersonalne, wsparcie społeczne

## Abstract

The results of research prove that the satisfactory relationships that are the source of social support, are the essential condition of psychological well-being. Moreover such relations are proven to be the buffer that protects from negative psychological and physiological outcomes of stress. Relationships that provide social support are the most important for people facing stressful life events, like for example being diagnosed with cancer. There are many researches on the sources of support and kinds of social support expected by women suffering from cancer. But there are still very few researches on the psychological well-being of ones, who provide such support. This article is aiming for presentation of the results of research on psychological state of female cancer patients' spouses, coping strategies used by them and its effectiveness.

**Key words:** cancer, relationships, social support

Wyniki wielu współczesnych badań naukowych wskazują, że nie od ilości, lecz przede wszystkim od jakości relacji interpersonalnych zależy ich wpływ na

psychiczny dobrostan człowieka, a co za tym idzie — na funkcjonowanie układu odpornościowego. Sieć wsparcia, która obejmuje daną osobę, wcale nie musi być rozległa, by właściwie spełniać swoją rolę, czyli w obliczu krytycznych wydarzeń życiowych pomagać jednostce w uporaniu się z ich doraźnymi, negatywnymi skutkami i chronić od potencjalnych szkodliwych następstw, zarówno dla zdrowia psychicznego, jak i fizycznego. Kilka bliskich, autentycznych i satysfak-

---

## Adres do korespondencji:

Prof. dr hab. n. hum. Lechośław Gapik  
Uniwersytet im. Adama Mickiewicza  
Zakład Promocji Zdrowia i Psychoterapii  
ul. Szamarzewskiego 89  
60–565 Poznań

Nadesłano: 17.01.2004

Przyjęto do druku: 19.03.2004

cjonujących związków może stanowić potencjał, który człowiek może wykorzystać do radzenia sobie z kryzysem. Równocześnie, uwikłanie w nieudane relacje, będące źródłem negatywnych emocji, jest bardziej szkodliwe niż subiektywne poczucie osamotnienia [1].

Będące źródłem wsparcia relacje interpersonalne nabierają szczególnego znaczenia w obliczu krytycznych wydarzeń życiowych, takich jak rozpoznanie choroby nowotworowej. Diagnoza oraz cały proces leczenia są ogromnym obciążeniem zarówno psychicznym, jak i fizycznym. Zdiagnozowanie zagrażającej życiu choroby może wywołać ostrą reakcję stresową, która w skrajnych przypadkach może się przerodzić w zespół stresu posttraumatycznego (McGravey, Canterbury, Cohen, 1998) lub prowadzić do zaburzeń depresyjnych. Ponadto, podjęte wówczas leczenie operacyjne powoduje nie tylko cierpienia fizyczne, ale również psychiczne. Wizerunek własnego ciała jest ważnym elementem obrazu własnego „ja”, dlatego okaleczenie oraz deformacja ciała wywołują często bardzo gwałtowne reakcje psychologiczne. Choroba i długotrwały proces leczenia, niezadko bardzo obciążające cały ustrój, zaburzają normalne funkcjonowanie pacjenta oraz powodują tymczasowe lub stałe wyłączenie go z pewnych ról społecznych i rezygnację z niektórych form aktywności. Zmiany dotyczą na ogół najważniejszych sfer życia, czyli pracy zawodowej i życia rodzinnego. Chory musi pogodzić się z tymczasowym lub, w skrajnych przypadkach, stałym ograniczeniem sprawności, a co za tym idzie — z potrzebą pomocy i opieki. Właśnie w takich sytuacjach szczególnie ważna jest dostępność i trafność wsparcia społecznego, szczególnie pochodzącego od najbliższych osób [2, 3].

Chory przez cały okres leczenia potrzebuje przede wszystkim wsparcia emocjonalnego, ale również, szczególnie w okresie rekonwalescencji, wsparcia informacyjnego, instrumentalnego, a czasem także materialnego [4]. Informacji na temat choroby i procesu leczenia najczęściej dostarcza personel medyczny, jednak zapewnienie wsparcia emocjonalnego i instrumentalnego najczęściej spoczywa na rodzinie pacjenta, a szczególnie — na partnerze życiowym. W przypadku, gdy kobieta choruje na raka piersi lub narządów rodnych, w szczególnie trudnej sytuacji znajduje się jej partner. Musi on poradzić sobie z własnymi negatywnymi emocjami, wywołanymi diagnozą i procesem terapeutycznym. Partner kobiety chorej na raka staje przed zadaniem zrozumienia własnych negatywnych emocji związanych z jej chorobą. Musi on poradzić sobie z buntem, wściekłością i niezgodą na tę sytuację, rozpaczą, utratą nadziei, lękiem przed utratą najbliższej osoby itd. Ponadto, jeśli proces leczenia wiązał się z okaleczeniem, mężczyzna musi

rozwiązać kwestie związane z akceptacją ciała partnerki, jej atrakcyjnością fizyczną oraz z szeroko pojętą seksualnością. Poza pracą nad własnymi emocjami mężczyzna najczęściej stara się także udzielić wsparcia dotkniętej chorobą partnerce. Co więcej, w związku z jej tymczasową niesprawnością, najczęściej jest on zmuszony do przejęcia większości lub wszystkich obowiązków związanych z prowadzeniem domu i opieką nad dziećmi oraz, dodatkowo, opiekowania się chorą. Zatem, niewątpliwie, choroba żony lub partnerki jest dla mężczyzny krytycznym wydarzeniem życiowym, które wymaga od niego przystosowania się do ogromnych zmian, podjęcia wielu nowych obowiązków i, dodatkowo, skutecznego radzenia sobie ze stresem i negatywnymi emocjami (analogiczna sytuacja psychologiczna powstaje wówczas, gdy osobą chorą jest mąż, a opiekunką — żona, chociaż jest to mniej udokumentowane badaniami).

Przeprowadzono wiele badań, w których oceniano stan psychiczny kobiet cierpiących z powodu chorób nowotworowych, natomiast badania nad psychologiczną sytuacją ich partnerów są niestety bardzo nieliczne. Dorval i wsp. [5] w swoich badaniach weryfikowali trafność powszechnego, ich zdaniem, przekonania, że mężowie często opuszczają swoje żony chorujące na raka piersi, a konflikty małżeńskie stanowią dla pacjentek źródło dodatkowego stresu. Autorzy przebadali grupę kobiet, u których w 1984 roku lub w okresie między 1990 a 1992 rokiem zdiagnozowano nowotwór piersi (3056 osób). Po pierwsze, porównywano częstość rozpadu małżeństw chorych i odpowiadających im pod względem socjodemograficznym zdrowych kobiet z grupy kontrolnej. Po drugie, oceniano stopień satysfakcji małżeńskiej w obu grupach. Dodatkowo, badano zależność między stopniem zadowolenia z małżeństwa po diagnozie choroby nowotworowej a późniejszym rozpadem związku, niskim stopniem satysfakcji ze związku oraz problemami emocjonalnymi związanymi z pożyciem małżeńskim.

Dane pochodzące od badanych, którym postawiono diagnozę w 1984 roku, zbierano 3 miesiące, 18 miesięcy i 8 lat po diagnozie, natomiast od osób, które zachorowały między 1990 a 1992 rokiem — 2 tygodnie, 3 miesiące i rok po diagnozie. Wyniki badań uzyskane w całej badanej grupie nie potwierdziły przypuszczenia, że mężowie w obliczu zagrażającej życiu choroby często opuszczają swoje życiowe partnerki. Okazało się, że liczba rozwodów i separacji nie była większa w grupie chorych niż w grupie kontrolnej, wręcz przeciwnie. W grupie pacjentek, badanych w 1984 roku, po 18 miesiącach, rozwiodło się 1,6% kobiet (w porównaniu z 5,5% kobiet z grupy kontrolnej); natomiast po upływie 8 lat od postawienia diagnozy

z partnerem rozstało się 3,9% kobiet z grupy badanej i 4,9% kobiet z grupy kontrolnej. Wśród osób badanych w latach 1990–1992 dokonywano pojedynczego pomiaru liczby rozstań; rok po diagnozie ze swoimi partnerami rozwiódło się 3,8% pacjentek i 5,2% kobiet z grupy kontrolnej.

Poziom satysfakcji w małżeństwie niemal przez cały okres badania pozostawał na mniej więcej takim samym poziomie w obu grupach. Jedyna istotna różnica wystąpiła po upływie 18 miesięcy od diagnozy, gdy o problemach w małżeństwie mówiło niemal 2-krotnie więcej kobiet chorujących na nowotwór piersi niż osób z grupy kontrolnej (dokładnie 14,3% pacjentek i 7,8% kobiet z grupy kontrolnej) [5].

Ponadto stwierdzono, że wśród chorych, które 3 miesiące po diagnozie były niezadowolone ze swojego małżeństwa, przez cały okres badania istniało zwiększone ryzyko wystąpienia dalszych problemów małżeńskich [5]. Okazuje się więc, że samo zachorowanie na raka piersi nie jest czynnikiem powodującym pogorszenie relacji w małżeństwie. Prawdopodobnie pary, które w czasie choroby oraz leczenia nie były zadowolone ze swojego małżeństwa i które w rezultacie się rozstały, miały problemy już przed diagnozą. Nie oznacza to, że zachorowanie na raka nie ma żadnego wpływu na jakość relacji małżeńskiej (zarówno w przypadku choroby męża, jak i żony). Dla obu stron jest to niewątpliwie trudna sytuacja, która wymaga przystosowania i która może być źródłem przejściowych trudności.

Wyniki badań wskazują, że mężczyźni na wieść o chorobie żony najczęściej reagują: szokiem, niedowierzaniem, zaprzeczeniem, wściekłością, poczuciem winy, depresją, niepokojem, lękiem, poczuciem bezsilności i utraty kontroli oraz izolacją [6–8]. Największy poziom pobudzenia stwierdza się w czasie procesu diagnozowania choroby, operacji i leczenia, jednak oznaki niepokoju i stresu utrzymują się jeszcze znacznie później [6, 7]. W czasie oczekiwania na wyniki biopsji mężczyźni najczęściej mają problemy z koncentracją i doświadczają obsesyjnych myśli dotyczących choroby partnerki [6], w okresie leczenia zaś pojawiają się poczucie krzywdy i beznadziejności, żal, nastroje depresyjne oraz obawa o życie partnerki [6], a także obawa przed nowymi obowiązkami, nieumiejętnością poradzenia sobie oraz wyczerpanie [6, 8].

Prowadzono również badania dotyczące wykorzystywanych przez mężczyzn strategii radzenia sobie ze stresem wywołanym chorobą żony [6]. Okazało się, że mężczyźni najczęściej radzą sobie dzięki: poszukiwaniu informacji, podejmowaniu działań, zmianie ról w życiu rodzinnym oraz dawaniu i poszukiwaniu emocjonalnego wsparcia, rozmawianiu o swoich problemach, zaprzeczaniu lub wypieraniu doświadczeń i uczuć oraz dzięki modlitwie [6].

Zahlis i wsp. [8] na podstawie swoich badań, w których wzięło udział 67 partnerów kobiet cierpiących na nowotwór piersi, zidentyfikowali 4 najczęściej występujące strategie radzenia sobie z chorobą żony. Pierwsza z nich, określona przez autorów jako zdobywanie doświadczenia w walce z chorobą, obejmowała zbieranie informacji na temat choroby, branie czynnego udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących leczenia, oczekiwanie na informacje o zaawansowaniu choroby oraz ustalanie terminów wizyt lekarskich i organizowanie wszystkich spraw związanych z leczeniem. Druga strategia, nazwana przez badaczy przystosowaniem stylu życia, polegała na godzeniu obowiązków domowych z zawodowymi. Osoby wykorzystujące taką strategię dokonywały zmian w stałym planie zajęć, by uwzględnić obowiązki związane z prowadzeniem domu i opieką nad dziećmi. Z kolei trzecia strategia, skoncentrowana przede wszystkim na byciu wrażliwym na potrzeby żony, obejmowała przed wszystkim dążenie do zaspokajania emocjonalnych i fizycznych potrzeb partnerki, a szczególnie — dokładanie starań, by nie sprawić jej bólu w czasie kontaktu fizycznego, by być silnym, wspierającym i empatycznym, a także, w razie konieczności, spokojnie przyjmować ataki i agresję żony, które pozwalają jej odreagować. Czwartą, ostatnią strategię autorzy określili jako minimalizowanie skutków choroby i oczekiwanie szczęśliwej przyszłości. Mężczyźni wykorzystujący ją ponownie określali swoje priorytety, starali się nie wracać nieustannie myślami do choroby żony i zachować pozytywne podejście [8].

Badania prowadzone przez Hiltona i wsp. dotyczyły doświadczeń i odczuć mężczyzn, które były związane z chorobą nowotworową ich żon [6]. Częściowo strukturalizowany wywiad przeprowadzono z 11 mężczyznami, których żony zachorowały na raka piersi i po operacji poddały się chemioterapii. Zgodnie z wynikami uzyskanymi wcześniej przez Zahlisa i wsp. [8] badacze stwierdzili, że najczęstszą reakcją na wiadomość o chorobie żony był szok, niedowierzanie, strach, depresja, złość, a także poczucie przytłoczenia przez sytuację i ośpienie. Jeśli chodzi o strategie radzenia sobie, to najczęściej pojawiały się dwa podstawowe schematy: skupienie się na chorobie żony i opiece nad nią oraz dbanie o utrzymanie normalnego trybu życia rodziny [8]. Należy pamiętać, że badani nie wykorzystywali jednej określonej strategii, ale raczej kilka wariantów charakterystycznych dla każdej z nich. W ramach 1. strategii autorzy zidentyfikowali 3 warianty.

Pierwszy, określony przez autorów jako obecność, obejmował fizyczną obecność męża, jego potrzebę bycia wspierającym i pomocnym, rozmawianie z żoną, uzyskiwanie informacji na temat choroby,

uczestniczenie w wizytach u lekarza oraz opiekę i zaspokajanie potrzeb partnerki. Część mężczyzn czuła się nieprzygotowana do tej roli i wątpiła w swoją skuteczność, natomiast inni szybko adaptowali się do nowej sytuacji. Rozmawianie z innymi partnerami pozwalało mężczyznom na efektywniejsze radzenie sobie i ułatwiało rozładowanie własnych, negatywnych emocji. Większość mężczyzn wykorzystujących tę strategię mówiła o umocnieniu więzi małżeńskiej, a jeśli pojawił się kryzys, zazwyczaj mijał on wraz z zakończeniem leczenia i poprawą stanu żony.

Drugi wariant autorzy określili jako poleganie na personelu medycznym. Mężczyźni korzystający z tej strategii mieli głębokie zaufanie do umiejętności lekarzy, a także liczyli na ich wsparcie, pocieszenie i pomoc. Oczekiwali, że proces leczenia będzie się odbywał z poszanowaniem godności żony, szacunkiem i współczuciem, ponadto chcieli brać w nim czynny udział i wymagali, aby ich zdanie było brane pod uwagę. Wymagali także, aby udzielano im jasnych i adekwatnych informacji oraz dawano czas na podjęcie decyzji. Niektórzy mężczyźni z tej grupy częściej uczęszczali na spotkania grup wsparcia.

Trzeci wariant w ramach tej strategii polegał na gromadzeniu informacji na temat choroby i braniu czynnego udziału w podejmowaniu decyzji. Mężowie wykorzystujący tę strategię zbierali informacje na temat choroby i procesu leczenia, pomagali żonom w podejmowaniu decyzji, dowiadawali się, jak najlepiej sobie radzić, a także szczegółowo informowali dzieci, rodzinę i przyjaciół. Okazało się, że mężczyźni najbardziej oczekują informacji o tym, jak najlepiej mogą pomóc partnerce oraz jakie rozwiązania będą dla niej najkorzystniejsze. Niektórzy mężczyźni sami sięgali po literaturę dotyczącą raka, inni starali się uzyskać jak najwięcej informacji od lekarzy. Większość mężów realizujących ten wariant postrzegała konieczność podejmowania decyzji jako bardzo stresującą.

W ramach drugiej strategii, polegającej na dbaniu o utrzymanie normalnego trybu życia, wyróżniono 6 wariantów [8].

Pierwszy wariant opierał się na dokładaniu wszelkich starań, by zachować niezmiennione wzorce życia rodzinnego. Szczególnie ważne dla mężczyzn wykorzystujących ten mechanizm radzenia sobie było to, by dzieci nie odczuły żadnych zmian oraz nie zrezygnowały z dotychczasowych form aktywności i rozrywek.

Druga strategia, pomaganie i poleganie na innych, polegała przede wszystkim na przejmowaniu większości obowiązków związanych z prowadzeniem domu. Mężczyźni starali się dostosować swój plan pracy do nowych wymagań, a jeśli było to możliwe, na jakiś czas brali urlop i zajmowali się domem i dziećmi. Mężowie często uznawali prowadzenie domu za

największe wyzwanie i czuli się przytłoczeni liczbą obowiązków; w takich sytuacjach często zwracali się o pomoc do innych członków rodziny (najczęściej teściowej lub starszych dzieci), przyjaciół, sąsiadów lub członków swojego kościoła.

Trzeci wariant autorzy określili jako zachowanie pozytywnego podejścia. Mężczyźni wykorzystujący tę strategię starali się myśleć pozytywnie i otaczać się ludźmi, którzy myślą tak samo, podtrzymywali przekonanie, że rak jest uleczalny, ważnym elementem było również podchodzenie do sytuacji z humorem. Ci mężowie, nawet jeśli odczuwali negatywne emocje, starali się je ukryć i nie dzielili się nimi z nikim, a szczególnie z małżonką.

Kolejnym wariantem w ramach tej strategii było ignorowanie własnych potrzeb. Mężczyźni adaptowali się do sytuacji, w której musieli przejąć większość domowych obowiązków, oraz zaczęli przedkładać potrzeby żony nad swoje. Część mężczyzn dostrzegała potrzebę poświęcenia czasu sobie, niektórzy uczestniczyli w spotkaniach grup wsparcia. Wielu mężów twierdziło, że największą i najbardziej odczuwalną zmianą jest dla nich konieczność zrezygnowania z dotychczasowych wzorców życia seksualnego; część uznawała to za frustrujące, natomiast inni bez problemu akceptowali taki stan rzeczy.

Piąty wariant polegał na skupieniu się na dostosowaniu życia zawodowego do nowej sytuacji. Część mężczyzn potrafiła się przystosować, podczas gdy inni chcieli mieć więcej czasu wolnego i mieli problem z pogodzeniem obowiązków domowych i pracy. Dla niektórych praca stanowiła swego rodzaju odskocznik od trudności i wymagań związanych z chorobą żony.

Ostatni wariant odnosił się do radzenia sobie z problemami finansowymi. Niespodziewane wydatki związane z chorobą przy równoczesnym zmniejszeniu domowego budżetu o dochody żony stanowiły dla mężów źródło dodatkowego stresu [8].

Okazuje się, że wybór strategii radzenia sobie z chorobą żony przez mężczyznę zależy w dużej mierze od tego, jak przebiegał proces jego socjalizacji, a także od jakości relacji małżeńskiej oraz dostępności informacji i wsparcia [6].

Jak wspomniano na początku, badania dotyczące psychologicznej sytuacji partnerów i rodzin pacjentów cierpiących na chorobę nowotworową są nieliczne. Dostępne wyniki wskazują jednak, że diagnoza i leczenie członka najbliższej rodziny to bardzo duże obciążenie psychiczne, powodujące uruchomienie intensywnych strategii radzenia sobie z problemami, związanymi z chorobą bliskiej osoby. Efektywność tych strategii warunkuje stan psychiczny, a w konsekwencji

określa możliwości udzielenia wsparcia i pomocy chorej osobie. Wyniki wielu badań wskazują, że właśnie wsparcie otrzymywane od najbliższych jest jednym z najważniejszych elementów kształtujących stan psychiczny pacjenta, warto więc pogłębić wiedzę na temat tego zagadnienia i opracować efektywne formy pomagania nie tylko osobom chorym, ale także ich rodzinom.

## Piśmiennictwo

1. Kiecolt-Glaser J.K., Glaser R. Stress and immune function in humans. W: Ader R., Felten D.L., Cohen N. red. Psychoneuroimmunology. Academic Press, New York 1991; 849–869.
2. McArdle J.M., George W.D., McArdle C.S. i wsp. Psychological support for patients undergoing breast cancer surgery: a randomised study. *BMJ* 1996; 312: 813–816.
3. Roberts C.S., Cox C.E., Shannon V.J., Wells N.L. A closer look at social support as a moderator of stress in breast cancer. *Health Soc. Work* 1994; 19: 157–164.
4. Sęk H. Podstawowe rodzaje pomocy psychologicznej. W: Społeczna psychologia kliniczna. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1988; 365–381.
5. Dorval M., Maunsell E., Taylor-Brown J., Kilpatrick M. Marital stability after breast cancer. *J. Natl. Cancer Inst.* 1999; 91: 54–59.
6. Hilton B.A., Crawford J.A., Tarko M.A. Men's perspective on individual and family coping with their wives' breast cancer and chemotherapy. *West. J. Med.* 2000; 22: 438–459.
7. Hilton B.A. Issues, problems and challenges for families coping with breast cancer. *Semin. Oncol. Nurs.* 1993; 9: 88–100.
8. Zahlis E., Shands M. Breast cancer: demands of the illness on the patient's partner. *Journal of Psychosocial Oncology* 1991; 9: 75–93.