

Halina Lebedowicz, Aleksander B. Skotnicki

## WYKORZYSTANIE KONCEPCJI FENOMENOLOGICZNO- -POZNAWCZYCH W PRACY KLINICZNEJ Z PACJENTAMI Z CHOROBAŁĄ NOWOTWOROWĄ KRWI. DOŚWIADCZENIA WŁA- SNE.

### THE USE OF THE PHENOMENOLOGICAL-COGNITIVE CONCEPTS IN CLINICAL WORK WITH BLOOD NEOPLASM DISEASE PATIENTS. AUTHORS' PERSONAL EXPERIENCES

Katedra i Klinika Hematologii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego

**phenomenological-cognitive  
concepts  
blood neoplasm disease**

*Autorzy prezentują własny model opieki nad pacjentami hospitalizowanymi z powodu choroby nowotworowej krwi; model oparty na koncepcjach fenomenologiczno-poznawczych. Celem tej opieki jest towarzyszenie pacjentom w ich doświadczaniu choroby, mobilizacja do aktywnego udziału w procesie terapeutycznym, a także pomoc w adaptacji do zmian będących skutkiem choroby. Model obejmuje pracę indywidualną z pacjentem, a także spotkania grupowe pacjentów hospitalizowanych.*

**Summary:** In this article we present the model of psychological care for patients hospitalized in the Haematology Department of the Jagiellonian University, Collegium Medicum in Krakow. The authors' views are based on the psychological concept of the phenomenological-cognitive trend. Disease experience and its psychological consequences are described with reference to crisis theory.

The presented model shows individual possibilities of patients to cope with the disease unaided and in the course of treatment. The aim of psychological care is to mobilize the patients for active participation in the treatment process and to support the patient adaptation to the experienced events and also to predictable changes in their life. Discussed forms of psychological assistance, on one hand, take into consideration the importance of individual contact of the patient with psychologist and, on the other hand, allow taking assistance of the large group of patients during hospitalisation.

### Wstęp

Opracowanie to powstało z potrzeby uporządkowania doświadczeń nabytych podczas spotkań z pacjentami leczonymi w trybie stacjonarnym w Klinice Hematologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie i stworzenia modelu wsparcia psychologicznego i działań diagnostycznych, odpowiadających potrzebom pacjentów i pomocnych dla zespołu leczącego w opiece medycznej świadczonej chorym.

Podjęliśmy próbę scharakteryzowania form opieki psychologicznej i ich odniesienia do etapu leczenia i sytuacji psychologicznej pacjentów oraz źródeł teoretycznych stosowanych metod. W zakresie działań diagnostycznych wskazujemy koncepcje, które byłyby

punktem odniesienia dla charakterystyki psychologicznej pacjenta, uwzględniającej proces adaptacji do obciążeń emocjonalnych związanych z chorobą nowotworową.

Materiałem wyjściowym naszych rozważań jest analiza treści rozmów z pacjentami, dynamiki spotkań oraz obserwacja relacji pomiędzy chorymi w czasie hospitalizacji.

Wiedza o znaczeniu czynników psychicznych w rozwoju choroby i przebiegu leczenia, a szczególnie dorobek psychologii zdrowia, pozwala obecnie korzystać z wielu teorii i doniesień o wynikach badań w tym obszarze.

Prace badawcze dotyczące związku pomiędzy czynnikami psychicznymi a chorobą nowotworową obejmują dwa zasadnicze obszary zagadnień. Dotyczą one psychologicznych uwarunkowań zapadalności na choroby nowotworowe oraz psychologicznych następstw choroby nowotworowej i sposobów radzenia sobie z nią. Przedstawione opracowanie dotyczy drugiego z wymienionych obszarów.

Spośród wielu koncepcji dotyczących problemów psychologicznych chorych onkologicznie wyróżniliśmy podejście fenomenologiczno-poznawcze, uznając kliniczne znaczenie informacji zbieranych na podstawie introspekcji i świadomych procesów subiektywnego wartościowania (ocena poznawcza, nadawanie znaczenia wydarzeniu), oraz terapeutyczną rolę osobistego kontaktu i rozmowy z pacjentem.

Przyjmujemy, że podstawowym zadaniem psychologa klinicznego jest (obok działalności naukowo-badawczej i dydaktyczno-organizacyjnej) praca diagnostyczna i terapeutyczna z pacjentem [1] — ma ona służyć mobilizacji jego sił psychicznych do walki z chorobą i jej psychospołecznymi konsekwencjami. Zadanie to jest realizowane poprzez:

- ocenę skuteczności radzenia sobie pacjenta, zależnie od jego możliwości z obciążeniami rozpoznania, hospitalizacji i leczenia
- mobilizację i wspieranie wysiłków pacjenta w utrzymaniu równowagi psychicznej i aktywnym udziale w leczeniu
- rozpoznanie źródeł trudności i pomoc w adaptacji do zmian w sytuacji życiowej po zakończeniu leczenia.

### **Wprowadzenie**

Pacjentami Kliniki Hematologii są osoby z rozpoznaną chorobą układu krwiotwórczego, której stopień zaawansowania lub/i ostry przebieg stanowi zagrożenie dla życia. Zdecydowana większość osób leczonych w klinice to chorzy z chorobą nowotworową krwi (chłoniaki, białaczki). Wiek pacjentów waha się pomiędzy 17. a 70. rokiem życia, w tym pacjenci w wieku ok. 30–50 lat stanowią grupę najliczniejszą.

Procedury diagnozy i leczenia są realizowane na poziomie najlepszych standardów światowych. W świadczonej pacjentom opiece pielęgnowane są i rozwijane tradycje zapoczątkowane przez twórcę kliniki, prof. Juliana Aleksandrowicza, dotyczące uwzględniania znaczenia czynników psychicznych w procesie leczenia. Ma to swój wyraz między innymi w podmiotowym, partnerskim traktowaniu chorych przez personel, dbałości o estetykę sal i komfort zaplecza sanitarnego.

Oddział stacjonarny (leczenie podstawowe) ma 28 łóżek (sale z 6 i 4 łózkami oraz 3 separatki). Oddział transplantacji szpiku kostnego ma 13 jednoosobowych, izolowanych boksów.

Leczenie podstawowe oparte jest na cyklach chemioterapii wraz ze stałym monitorowaniem — za pomocą badań diagnostycznych — skuteczności podawanych leków. W razie komplikacji zdrowotnych związanych z chemioterapią, włączane jest leczenie dodatkowe.

W przebiegu leczenia podstawowego stosuje się 3—5 cykli chemioterapii. Czas jednej hospitalizacji trwa 4—5 tygodni. Pomiędzy kolejnymi cyklami, o ile to jest tylko możliwe ze względu na stan somatyczny, pacjenci korzystają z przepustki na pobyt w domu.

Po zakończeniu leczenia podstawowego podejmowana jest decyzja o dalszej formie działań medycznych – leczenie podtrzymujące w trybie ambulatoryjnym lub okresowe hospitalizacje, lub też pacjent kwalifikowany jest do procedury wysokodozowanej chemioterapii mieloablacyjnej i przeszczepu komórek macierzystych krwi (przeszczep szpiku kostnego). W wyniku kwalifikacji do przeszczepu autologicznego, wysokodozowana chemioterapia poprzedzona jest cyklem tzw. chemioterapii mobilizującej i zbiórką materiału przeszczepowego pobieranego z krwi obwodowej pacjenta lub bezpośrednio ze szpiku. Jeśli planowany jest przeszczep allogeniczny, materiał przeszczepowy pobierany jest od dawcy. W ciągu miesiąca hospitalizowanych jest ok. 70 pacjentów, w tym ok. 12 na oddziale przeszczepów.

Na użytek tego opracowania, w przebiegu leczenia wyróżniono następujące etapy:

- rozpoznanie choroby i pierwsza hospitalizacja
- kolejne cykle chemioterapii w celu uzyskania oczekiwanego poziomu remisji choroby
- dalsze leczenie w formie leczenia podtrzymującego lub transplantacja szpiku kostnego

#### Etap I

Rozpoznanie choroby i pierwsza hospitalizacja zawiera w sobie wiele nowych, najczęściej obciążających doświadczeń. Należą do nich:

- konfrontacja z diagnozą choroby zagrażającej życiu
- zmiana sytuacji rodzinnej i zawodowej w związku z zachorowaniem i koniecznością hospitalizacji
- izolacja od bliskich
- liczne zabiegi diagnostyczne, niektóre z nich bolesne
- dyskomfort zmiany codziennych przyzwyczajeń i naruszenie granic osobistej prywatności i intymności.

W tym okresie spotkania z chorym inicjowane są głównie przez psychologa; częściowo mają one charakter ustrukturuwanego wywiadu, jednakże zasadnicza treść rozmów i intensywność kontaktu wyznaczana jest przez stan emocjonalny pacjenta i dominujące w jego przeżyciach problemy. Zakres i urazowość przeżywanych doświadczeń skłaniają do postrzegania tej sytuacji w kategoriach sytuacji kryzysowej. W koncepcjach fenomenologiczno-poznawczych radzenia sobie z problemami życiowymi, sytuacja kryzysowa (sytuacja krytyczna, krytyczne położenie życiowe) definiowana jest jako wydarzenie, które w wyniku subiektywnej oceny poznawczej przeżywane jest jako głęboko negatywne, zagrażające podstawowym wartościom życiowym, zmieniające bieg życia. Wymaga ona

szczególnego wysiłku przystosowania się. Może doprowadzić do destabilizacji mechanizmów regulacji psychicznej, a nawet spowodować ich destrukcję [2–6].

Jak wiadomo z licznych opracowań tego tematu — reakcje na wydarzenie krytyczne, mimo iż bardzo zróżnicowane indywidualnie i zależne od wielu czynników, przebiegają jednak według ogólnego schematu. U pacjentów z chorobą nowotworową wyróżniane są 3 stadia radzenia sobie z kryzysem związanym z rozpoznaniem. W stadium pierwszym pojawiają się symptomy niewiary i zaprzeczania oraz oznaki desperacji. Stan taki utrzymuje się zwykle około tygodnia. Stadium drugie charakteryzuje się dysforią, a jego symptomy to lęk, depresyjny nastrój, jadłowstręt, bezsenność, utrudniona koncentracja, trwające zwykle od jednego do dwóch tygodni. Stadium trzecie cechuje stopniowa adaptacja — pojawia się gotowość na przyjęcie nowych informacji, znajdowanie podstaw do optymizmu, podejmowanie różnych nowych aktywności związanych z leczeniem [7].

Zgodnie z założeniami pomocy psychologicznej w sytuacji kryzysu psychicznego, podstawą kontaktu z pacjentem w pierwszym okresie reakcji na krytyczne wydarzenie jest empatyczna obecność, wsparcie emocjonalne oraz pomoc w wysiłkach adaptacyjnych zmierzających w kierunku odzyskania równowagi psychicznej i uruchomienia indywidualnych sposobów radzenia sobie z chorobą.

Wspieranie wysiłków adaptacyjnych pacjenta winno być spójne z jego systemem pojęć oraz indywidualnymi sposobami radzenia sobie [8]. W odniesieniu do pacjentów z chorobą nowotworową, rozumiemy ten etap jako okres budowania obrazu poznawczego (indywidualnego schematu poznawczego) dotyczącego własnej choroby. Schemat taki zawiera w sobie zwykle obraz przyczyn choroby, jej istoty lub natury, obraz własnego aktualnego stanu, poglądy na temat leczenia oraz przewidywania dotyczące dalszego przebiegu choroby i jej skutków.

Na podstawie tych treści poznawczych, sytuacja spowodowana przez chorobę może być oceniana jako krzywda/strata, zagrożenie, wyzwanie [9]. Oceny te mają funkcję regulacyjną w odniesieniu do emocji i zachowania pacjenta.

Dają się rozpoznać w tym okresie również indywidualne sposoby radzenia sobie ze stresem związanym z chorobą. Spośród proponowanych przez różnych autorów klasyfikacji, wykorzystujemy koncepcję stylów i strategii radzenia sobie ze stresem. Styl radzenia sobie definiowany jest jako czynnik osobowy, względnie stała, specyficzna dla jednostki tendencja reagowania w określony sposób [10]. W diagnozie tego czynnika wykorzystujemy klasyfikację stylów radzenia sobie Endlera i Parkera. Autorzy wyróżniają styl skoncentrowany na zadaniu, styl skoncentrowany na emocjach oraz styl skoncentrowany na unikaniu. Opracowane przez nich narzędzie do pomiaru stylu radzenia sobie (The Coping Inventory for Stressful Situations, CISS) jest dostępne w adaptacji polskiej. Istotne znaczenie dla adekwatnych form pomocy psychologicznej mają również podstawowe informacje dotyczące ogólnej sytuacji życiowej pacjenta — środowiska, z którego pochodzi, wykształcenia, sytuacji rodzinnej i zawodowej.

Tak więc, pierwsza hospitalizacja jest okresem, w którym kontakt psychologa z pacjentem koncentruje się na:

- empatii i wsparciu emocjonalnym
- budowaniu kontaktu z pacjentem
- zebraniu podstawowych informacji o sytuacji życiowej chorego
- rozpoznaniu indywidualnego schematu poznawczego choroby
- rozpoznaniu preferowanych przez pacjenta dróg „oswajania” krytycznego wydarzenia

i sposobów radzenia sobie ze stresem związanym z chorobą

## Etap II

Kolejny etap leczenia obejmuje cykle chemioterapii stosowane w celu wzmocnienia (re-indukcja), utrwalenia (konsolidacja) uzyskanej remisji choroby oraz mobilizacji możliwości krwiotwórczych szpiku przed planowanym zabiegiem zbiórki komórek macierzystych krwi (afereza), jeśli pacjent kwalifikowany jest w dalszej terapii do procedury autologicznego przeszczepu szpiku kostnego. Pacjenci nie kwalifikowani do przeszczepu są objęci opieką ambulatoryjną w klinice lub rejonie.

Wymienione cykle chemioterapii stosowane są w trakcie 3—4 hospitalizacji. W wypadku komplikacji w przebiegu leczenia (brak remisji, szybka wznowa, dodatkowe komplikacje zdrowotne związane z chemioterapią, trudności w uzyskaniu komórek macierzystych krwi) okres ten może się wydłużać zarówno co do liczby hospitalizacji, jak i długości pobytu pacjenta na oddziale.

Znacząca jest odmiennosc sytuacji psychologicznej pacjentów rozpoczynających ten etap leczenia. Pacjenci znają już zespół leczący, rytm i charakter działań terapeutycznych i diagnostycznych. W czasie kolejnych hospitalizacji umieszczani są w tej samej sali, co powoduje, że nawiązują ze sobą bliski kontakt, wzmacniany współuczestnictwem w kolejnych okresach terapii.

Opieka psychologiczna świadczona pacjentom, których leczenie przebiega bez poważniejszych powikłań, ma charakter cotygodniowych spotkań grupowych w sali chorych. Pacjenci przebywający w jednej sali tworzą dla siebie naturalną grupę wsparcia. Dzielą się własnymi doświadczeniami i przemyśleniami dotyczącymi rozumienia choroby i przebiegu leczenia, wspierają emocjonalnie. Grupowy charakter tych spotkań wyznaczany jest z jednej strony przez potrzebę utrzymania ciągłości kontaktu psychologa ze znaczną liczbą chorych, z drugiej — pozwala na wymianę osobistych przemyśleń i doświadczeń dotyczących radzenia sobie ze stresem choroby i jej życiowymi konsekwencjami. Jak wynika z wypowiedzi pacjentów, te właśnie realne, osobiste doświadczenia innych osób mają szczególną rangę w modelowaniu własnych mechanizmów adaptacyjnych.

Udział psychologa w takich grupowych dyskusjach umożliwia wspieranie korzystnych dla walki z chorobą postaw intelektualnych i emocjonalnych oraz jest okazją do edukacji z zakresu wybranych zagadnień holistycznego pojmowania funkcjonowania człowieka i poprawy jakości życia. Możliwe jest w tym okresie wykorzystanie różnych technik psychoterapeutycznych, służących wspieraniu procesu leczenia (np. techniki relaksacyjne, wizualizacja, elementy racjonalnej terapii zachowań Maultsbiego i programu C. Simontona).

Proces terapii medycznej nie zawsze przebiega pomyślnie. Obciążenia skutkami chemioterapii (silna anemizacja, zakłócenia procesu odbudowy szpiku i produkcji komórek krwiotwórczych, powikłania infekcyjne i grzybicze, słaba remisja choroby) mogą przedłużać okres hospitalizacji, powodować poważne dolegliwości, a także stanowić istotne zagrożenie dla życia. W takich przypadkach stosowana jest indywidualna opieka psychologiczna skierowana głównie na wsparcie emocjonalne i redukcję lęku. W miarę możliwości podejmowany jest też kontakt z rodziną pacjenta.

Pacjent w ciężkim stanie somatycznym, a zwłaszcza śmierć kogoś z sali jest szczególnym obciążeniem dla pozostałych chorych i osobistą konfrontacją ze śmiertelnością człowieka. Konieczna jest tutaj szczególna delikatność i ostrożność w postępowaniu psychologa, aby zachowując autentyczność i wiarygodność w relacji, nie naruszyć osobistych mechanizmów obronnych pacjentów.

Do oceny i opisu mechanizmów adaptacyjnych chorych w II etapie leczenia wykorzystujemy koncepcję przystosowania do zagrażających wydarzeń E. Taylor, nazwaną przez autorkę „Teorią adaptacji poznawczej”.

Na podstawie własnych badań (w tym również chorych na raka) autorka stwierdziła, że proces radzenia sobie (określany jako ponowne przystosowanie się) przebiega w trzech fazach:

1. poszukiwanie znaczenia czy też sensu zdarzenia oraz przewartościowanie dotychczasowego życia
2. uzyskanie przynajmniej częściowej kontroli nad sytuacją zagrażającą (chorobą) dzięki własnym możliwościom i/lub kompetencjom lekarza
3. wysiłki zmierzające do odzyskania poczucia własnej wartości (głównie wykorzystując strategię porównań swojej sytuacji i radzenia sobie z nią do sytuacji innych chorych).

Wymienione trzy drogi ponownego przystosowania się opierają się na psychologicznych procesach oceny poznawczej, które prowadzą do ukształtowania specyficznych przekonań osobistych. Przekonania te mogą być dalekie od realnych faktów, co nie dyskredytuje ich adaptacyjnej funkcji. Nie są one przeciwstawne faktom, lecz pozwalają widzieć je jako bardziej sprzyjające lub mniej dotyczące człowieka niż gdyby były oglądane z innej perspektywy.

E. Taylor uważa, że skuteczność wysiłków adaptacyjnych wręcz zależy od umiejętności budowania i podtrzymywania przez człowieka pewnych złudzeń [4, 11].

Informacje dotyczące przekonań pacjenta o własnej chorobie, preferowanego stylu radzenia sobie z obciążającymi doświadczeniami oraz możliwości i skuteczności wsparcia ze strony bliskich dają podstawę do nakreślenia charakterystyki psychologicznej pacjenta. Wiedza ta jest pomocna w określeniu celów i form dalszej opieki psychologicznej oraz użyteczna dla zespołu oddziału przeszczepiania szpiku, przejmującego pacjenta do kolejnego etapu terapii.

Tak więc, w omówionym wyżej okresie leczenia działania psychologa skierowane są głównie na:

- wspieranie integracyjnych i terapeutycznych relacji w grupie
- modelowanie i poszerzanie możliwości własnych pacjenta radzenia sobie, wykorzystujące określone techniki terapeutyczne
- diagnozę przebiegu adaptacji na podstawie modelu przystosowania do zagrażających wydarzeń E. Taylor
- indywidualny kontakt wspierający w sytuacji niepomyślnego przebiegu leczenia.

### Etap III

Decyzja o kwalifikacji do zabiegu transplantacji szpiku oraz okres pobytu pacjenta na

oddziale przeszczepów jest w przebiegu leczenia sytuacją szczególną. Pacjenci doświadczają silnych, ambiwalentnych emocji, związanych z jednej strony z nadzieją na ostateczne pokonanie choroby, z drugiej — z lękiem przed możliwością pojawienia się zagrażających życiu komplikacji, wiążących się z tą procedurą leczenia. Dodatkowym obciążeniem jest konieczność kolejnego doświadczenia hospitalizacji.

Okres przygotowania do transplantacji szpiku (wysokodozowana chemia mieloablacyjna) wraz z farmakoterapią po przeszczepie trwa około 30 dni w przypadku przeszczepu autologicznego (przeszczepiane są własne komórki macierzyste krwi pacjenta) i ok. 90 dni przy przeszczepie allogenicznym (materiał przeszczepiany pochodzi od dawcy). Pacjenci przebywają w jednoosobowych, izolowanych boksach, konieczne jest przestrzeganie ścisłego reżimu sanitarnego, zalecane jest ograniczenie kontaktu z bliskimi (jedna — dwie stałe osoby odwiedzające). Chemia mieloablacyjna poprzedzająca infuzję szpiku znosi możliwość własnej hematopozy (produkcji komórek krwiotwórczych przez szpik pacjenta), co wiąże się z licznymi poważnymi konsekwencjami somatycznymi. U części pacjentów pojawiają się też symptomy wyczerpania psychicznego przewlekłym stresem walki z chorobą. Aby proces odbudowy wartości morfologicznych krwi i stabilizacja procesów fizjologicznych mogły zostać uruchomione i przebiegać prawidłowo, konieczne jest bezwzględne przestrzeganie reżimu sanitarnego, diety, a także farmakoterapii wzmacniającej i osłonowej.

U pacjentów po przeszczepie, w miarę poprawy stanu somatycznego, pojawiają się refleksje służące porządkowaniu przekonań i postaw dotyczących własnej wizji świata, sensu życia, przeformułowania systemu wartości oraz możliwości przewidywania i kontroli wydarzeń.

Pacjenci rekonstruują plany życiowe, z uwzględnieniem koniecznych zmian związanych z przebyciem chorobą oraz antycypowanych zmian w relacjach z bliskimi i swoją rolą w rodzinie. Niekiedy, w ramach opieki psychologicznej, oprócz kontaktu z samym pacjentem, konieczna jest interwencja w środowisku rodzinnym czy lokalnym, aby problemy emocjonalne czy socjalne nie zakłóciły przebiegu rehabilitacji zdrowotnej.

Biorąc pod uwagę przedstawione powyżej wiodące tematy przemyśleń pacjentów, interesującym zagadnieniem wydaje się rozpoznanie u nich po przeszczepie zależności pomiędzy percepcją świata i istniejących w nim relacji a długością przeżycia z utrzymującą się remisją choroby. Wielu badaczy podziela pogląd, że wiara, iż życie jest sensowne, przewidywalne i uporządkowane, jest jednym z istotnych czynników prozdrowotnych [12–16] i jednym z zasadniczych elementów indywidualnych zasobów odpornościowych [17–18].

W teorii Antonowsky'ego tym, co mobilizuje lub demobilizuje potencjalne zasoby zdrowotne, jest względnie trwała właściwość, nazwana poczuciem koherencji. Właściwość ta jest emocjonalno-poznawczym sposobem postrzegania świata. Zawiera w sobie 3 zasadnicze komponenty:

- zrozumiałość (aspekt poznawczy sytuacji) — rzeczywistość jawi się jako możliwa do opracowania i wyjaśnienia
- zaradność (aspekt instrumentalny) – dostrzeganie w sobie i otoczeniu możliwości radzenia sobie z wymaganiami życia i aktywnego wpływania na sytuację
- sensowności (aspekt emocjonalno-motywacyjny) — przekonanie, że warto się anga-

zować w swoje życie i jego wyzwania, poczucie sensowności swoich działań.

Salutogenetyczny model A. Antonowsky'ego odchodzi od orientacji patogenetycznej i odnosi się do pytania, „co ułatwia człowiekowi bycie bardziej zdrowym”. W koncepcji autora im wyższy poziom koherencji, tym bliżej bieguna „zdrowie” na kontinuum zdrowie—choroba. Do badania poziomu poczucia koherencji Antonowsky skonstruował narzędzie diagnostyczne — kwestionariusz SOC (The Sens of Coherence Questionnaire) dostępny w polskiej wersji językowej.

Opieka psychologiczna nad pacjentami po przeszczepie szpiku kostnego ma więc formę kontaktu indywidualnego, a jej głównym celem jest pomoc w odbudowie i konstruowaniu realnych wyobrażeń o własnych możliwościach i planów życiowych pozwalających zachować optymalną jakość życia po zakończonej hospitalizacji. Część pacjentów po zakończeniu leczenia korzysta okresowo z pomocy psychologa w klinice, prosząc o konsultację w sprawach osobistych czy rodzinnych, przy okazji przyjazdu na badania kontrolne. Część osób, szczególnie mieszkających w Krakowie lub najbliższej okolicy, włącza się w działalność Stowarzyszenia Pacjentów po Przeszczepie Szpiku Kostnego istniejącego przy naszej klinice.

### Podsumowanie

Przedstawiony model opieki psychologicznej świadczonej pacjentom z chorobami nowotworowymi krwi odnosi się do poznawczo-fenomenologicznych koncepcji radzenia sobie z problemami życiowymi, a szczególnie do teorii kryzysu. Uwzględniając odmienność sytuacji psychologicznej pacjenta w trakcie kolejnych procedur terapeutycznych, podjęto próbę opisu, charakterystycznych w kolejnych etapach leczenia, mechanizmów adaptacyjnych.

Poszukując metod, które umożliwiłyby ocenę procesu adaptacji do stresu związanego z chorobą oraz ułatwiły dobór adekwatnych form pomocy psychologicznej, wykorzystano transakcyjną teorię stresu Lazarusa i zasady interwencji kryzysowej, klasyfikację stylów radzenia sobie Endlera i Parkera, teorię adaptacji poznawczej E. Taylor oraz koncepcję zasobów odpornościowych i poczucia koherencji A. Antonowsky'ego.

Opisany model opieki psychologicznej jest oczywiście jedynie schematem ułatwiającym uporządkowanie celów i metod pracy, nie sposób bowiem uwzględnić wszystkich zmiennych oraz bieżących okoliczności wpływających na relację z pacjentem.

Wydaje się jednak, że ze względów pragmatycznych konieczny jest wybór pewnych założeń w postrzeganiu problemów psychologicznych chorych i konsekwencja metodologiczna w formach wspierania ich w kolejnych etapach leczenia.

### Piśmiennictwo

1. Heszen-Niejodek I. Rola psychologa pracującego z chorymi somatycznie. W: Heszen-Niejodek I, red. Rola psychologa w diagnostyce i leczeniu chorób somatycznych. Warszawa: PZWL; 1990, s. 11–39.
2. Sęk H, red. Społeczna psychologia kliniczna. Warszawa: PWN; 1991.
3. Silver RL, Wortman CB. Radzenie sobie z krytycznymi wydarzeniami w życiu. *Now. Psychol.* 1984; 4/5, 29–95.
4. Poprawa, R. (1994). Poznawczo-fenomenologiczne koncepcje radzenia sobie z problemami życiowymi. W:



- Przesmycka-Kamińska, red. Refleksja nad etycznymi i teoretycznymi podstawami pomocy psychologicznej. *Prace Psychologiczne*, 39, Wrocław: Wydawnictwa Uniwersytetu Wrocławskiego; 45–89.
5. Poprawa R. Zasoby osobiste w radzeniu sobie ze stresem. W: Dolińska-Zygmunt G, red. *Podstawy psychologii zdrowia*. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego; 2001; 103–141.
  6. Badura-Madej W, Leśniak E. Podejście integrujące w diagnozie i leczeniu w sytuacjach kryzysowych. W: Magdoń M, red. *Sztuka leczenia*. Towarzystwo Edukacji Psychosomatycznej, 1995, 1, 23–37.
  7. Chojnacka-Szawłowska G. Kryzys w chorobie nowotworowej i sposoby jego przezwyciężania. W: de Walden-Gałuszko K, red. *Psychoonkologia*. Kraków: PTP; 2000, s. 55–69.
  8. Heszen-Niejodek I. Indywidualne style radzenia sobie z chorobą i ich efektywność. W: Strelau J, red. *Psychologia*. Gdańsk: GWP; 2000, s. 527–531.
  9. Heszen-Niejodek I. Psychologiczne problemy chorych somatycznie. W: Strelau J, red. *Psychologia*. Gdańsk: GWN; 2000, s. 513–531.
  10. Heszen-Niejodek I. Teoria stresu psychologicznego i radzenia sobie. W: Strelau J, red. *Psychologia*. Gdańsk: GWN; 2000, s. 465–492.
  11. Taylor E. Przystosowanie do zagrażających wydarzeń. *Now. Psychol.* 1984; 6/7, 15–38.
  12. Lazarus R. S. Paradygmat stresu i radzenia sobie. *Nowiny Psychol.* 1986; 3/4, 4–39.
  13. Kulczycki M. Psychologiczne warunki radzenia sobie w życiu. W: Kargulowa A, red. *Poradnictwo wobec złożoności problemów człowieka i świata*, vol. I. Wrocław: Wydawnictwa Uniwersytetu Wrocławskiego; 1990, s. 19–35.
  14. Kulczycki M. Psychologia rozwiązywania problemów życiowych. *Acta Universitatis Wratislaviensis, Prace Psychologiczne*, 1991, 97, 1195–1199.
  15. Kulczycki M. Psychologiczne zagadnienia mitów w poradnictwie życiowym. Wrocław: *Acta Universitatis Wratislaviensis*, 1994, 71–92.
  16. Seligman MEP. *Optymizmu można się nauczyć. Jak zmienić swoje myślenie i swoje życie*. Poznań: Wyd. Media Rodzina; 1993.
  17. Antonovsky A. *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 1995.
  18. Antonovsky A. Poczucie koherencji jako determinanta zdrowia. W: Heszen-Niejodek I, Sęk H, red. *Psychologia zdrowia*. Warszawa: PWN; 1997.

