



# Psychoonkologia w praktyce

publikacja pokonferencyjna

#DCOPiH

22.05.2025

# DCOPIH

Psychoonkologia w praktyce – publikacja pokonferencyjna  
wydana przy współpracy z Dolnośląskim Oddziałem PTPO i Uniwersytetem SWPS

Pod redakcją:  
dr Agaty Kołodziejczyk

Przygotowanie wydania:  
Elżbieta Tkaczyszyn-Mika, Barbara Kurek

Projekt:  
Takie Studio

Finansowanie:  
Wrocławskie Centrum Akademickie

Rok i miejsce wydania:  
Wrocław, 2025

Publikacja bezpłatna

Wszelkie prawa zastrzeżone

# Spis treści

<b>Cele i efekty konferencji Psychoonkologia w praktyce</b> Elżbieta Tkaczyszyn-Mika, Barbara Kurek, Kamila Majchrzak	<b>01</b>
<b>Kto i jak może pomóc? Wykorzystanie dostępnej wiedzy naukowej w praktyce psychoonkologicznej: od badań do standaryzowanej opieki</b> Agata Kołodziejczyk	<b>03</b>
<b>Pomiędzy akceptacją a zmianą – terapia dialektyczno-behawioralna i racjonalna terapia zachowania w psychoonkologii</b> Anna Dudek	<b>11</b>
<b>Praca psychoonkologa z dzieckiem chorującym onkologicznie</b> Aleksandra Osadkowska	<b>18</b>
<b>Zabezpieczenie płodności w chorobie onkologicznej – proponować czy odstąpić? Perspektywa psychologiczna</b> Edyta Sperling	<b>22</b>
<b>Wpływ leczenia onkologicznego na intymność, życie seksualne i relacje pacjentów – wyzwanie i wsparcie dla specjalistów</b> Agata Ruchel-Chojka	<b>28</b>
<b>Metody pracy z pacjentem chorującym somatycznie w kryzysie suicydalnym</b> Joanna Krawczyk	<b>31</b>
<b>Śmierć jako tabu. Jak poruszać ten temat z pacjentem?</b> Marta Homa	<b>37</b>
<b>Interwencja kryzysowa w żałobie: ujęcie teoretyczne i praktyczne</b> Natalia Liszewska	<b>44</b>
<b>Radzenie sobie z własną bezradnością – perspektywa psychoonkologa</b> Jan Gruszka, Katarzyna Cieślak	<b>47</b>
<b>Dobre praktyki psychoonkologiczne w Dolnośląskim Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii</b> Agata Kołodziejczyk	<b>52</b>

# Cele i efekty konferencji Psychoonkologia w praktyce

**Elżbieta Tkaczyszyn-Mika, Barbara Kurek, Kamila Majchrzak**

Dolnośląskie Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii



**mgr Elżbieta Tkaczyszyn-Mika**

Dolnośląskie Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii

**mgr Barbara Kurek**

Dolnośląskie Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii



**mgr Kamila Majchrzak**

Dolnośląskie Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii

Wsparcie psychologiczne jest dziś nieodzowną częścią kompleksowej opieki nad pacjentem onkologicznym i jego bliskimi. Wraz ze wzrostem liczby zachorowań na nowotwory oraz rosnącą świadomością znaczenia zdrowia psychicznego w procesie leczenia, potrzebne są praktyczne standardy pracy psychoonkologa oraz współpraca między specjalistami ochrony zdrowia somatycznego i psychicznego. Publikacja pokonferencyjna „Psychoonkologia w praktyce” porządkuje wiedzę i doświadczenia z codziennej pracy klinicznej, pokazując narzędzia możliwe do wdrażania na różnych etapach leczenia, jak również po jego zakończeniu.

Konferencja naukowa „Psychoonkologia w praktyce” odbyła się 22 maja 2025 roku na Wydziale Psychologii Uniwersytetu SWPS we Wrocławiu. Organizatorem wydarzenia było Dolnośląskie Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii we Wrocławiu oraz Uniwersytet SWPS. Konferencji towarzyszyła inauguracja działalności Dolnośląskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Psychoonkologicznego.

Do udziału w konferencji zaproszono psychologów, psychoterapeutów, lekarzy, studentów, wolontariuszy oraz przedstawicieli innych grup wspierających pacjentów i ich rodziny.

Celem konferencji była popularyzacja profesjonalnej pomocy psychoonkologicznej oraz stworzenie przestrzeni do wymiany doświadczeń i wypracowania praktycznych wytycznych postępowania wobec osób zmagających się z chorobą przewlekłą. Program konferencji koncentrował się wokół tematów związanych z interwencją kryzysową, poradnictwem i wsparciem terapeutycznym na różnych etapach diagnostyki i leczenia, a także na specyficznych trudnościach pacjentów (w tym seksualności i kryzysie suicydalnym) w różnym wieku i sytuacji życiowej. Ważnym zagadnieniem poruszonym podczas wydarzenia była współpraca lekarzy i psychoonkologów oraz opieka nad rodzinami pacjentów. Zwrócono również uwagę na profilaktykę wypalenia zawodowego i zdrowia psychicznego wśród osób świadczących pomoc.

Efektom wydarzenia było nawiązanie i zacieśnienie kontaktów między ośrodkami klinicznymi i akademickimi na Dolnym Śląsku i w całej Polsce oraz doprecyzowanie kluczowych obszarów praktyki psychoonkologicznej – od standardów interwencji i komunikacji, poprzez pracę z rodziną, po ochronę dobrostanu specjalistów.

Konferencja stała się impulsem do dalszych działań edukacyjnych i organizacyjnych, a przedstawione podczas niej treści podstawą do opracowania niniejszej publikacji.

Jako organizatorki konferencji cieszymy się, że stała się ona przestrzenią do refleksji nad odpowiedzialnością środowisk medycznych i psychologicznych wobec osób zmagających się z chorobą nowotworową, a zarazem impulsem do dalszego rozwoju psychoonkologii jako dziedziny łączącej naukę, empatię i praktykę kliniczną. Niniejsza publikacja pokonferencyjna stanowi podsumowanie tych doświadczeń, a zebrane w niej teksty są świadectwem zaangażowania uczestników wydarzenia w rozwój zintegrowanego podejścia do leczenia i wsparcia osób dotkniętych chorobą nowotworową.

---

**mgr Elżbieta Tkaczyszyn-Mika** – psycholog, psychoonkolog, certyfikowany psychoterapeuta poznawczo-behawioralny (nr certyfikatu PTPB 2107). Od 2017 roku pracuje w Dolnośląskim Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii we Wrocławiu, gdzie zajmuje się wspieraniem pacjentów onkologicznych i ich rodzin. Posiada kursy z zakresu Racjonalnej Terapii Zachowania (RTZ) oraz Terapii Dialektyczno-Behawioralnej (DBT), które wykorzystuje prowadząc grupy wsparcia dla pacjentów i ich rodzin.

---

**mgr Barbara Kurek** – psycholog, interwent kryzysowy. Psycholog w Dolnośląskim Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii we Wrocławiu. Od 5 lat psycholog pracujący w przedszkolu specjalnym we Wrocławiu.

---

**mgr Kamila Majchrzak** – psycholog, psychoonkolog, absolwentka 4-letniego podyplomowego szkolenia psychoterapii Gestalt w Krakowie, od 20 lat zatrudniona w DCOPIH, obecnie na stanowisku Kierownika Działu. Przez wiele lat współpracowała z dolnośląskim oddziałem Akademii Walki z Rakiem prowadząc grupy wsparcia pacjentów dotkniętych chorobą onkologiczną.

# Kto i jak może pomóc?

## Wykorzystanie dostępnej wiedzy naukowej w praktyce psychoonkologicznej: od badań do standaryzowanej opieki



### Agata Kołodziejczyk

Katedra Psychologii Klinicznej i Zdrowia, Wydział Psychologii,  
Uniwersytet SWPS we Wrocławiu,

Dolnośląskie Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii

Efektywna pomoc psychoonkologiczna, mając na celu poprawę jakości życia pacjentów i ich rodzin, wymaga zrozumienia i uwzględnienia psychologicznych, społecznych i behawioralnych aspektów choroby nowotworowej. W Polsce, mimo rosnącej świadomości i badań w tej dziedzinie, przełożenie wiedzy na standaryzowaną praktykę kliniczną pozostaje często wyzwaniem. W niniejszym rozdziale dokonano przeglądu aktualnych metod opartych na dowodach naukowych (ang. *evidence-based practice*) w psychoonkologii, podkreślając znaczenie relacji terapeutycznej we wsparciu chorych i ich rodzin oraz omówiono potrzebę standaryzacji opieki psychoonkologicznej w systemie opieki zdrowotnej w Polsce.

### Aktualny stan wiedzy naukowej w obszarze psychoonkologii

Jak dotąd, badania, zarówno polskie, jak i międzynarodowe, wiele miejsca poświęciły zagadnieniom związanym ze stanem psychicznym oraz negatywnym wpływem choroby onkologicznej na jakość życia pacjentów i ich rodzin. Istniejące badania podkreślają między innymi:

- Wyraźną manifestację trudności adaptacyjnych. Pacjenci poddawani leczeniu onkologicznemu często doświadczają pogorszenia funkcjonowania psychicznego na każdym etapie chorowania od procesu diagnostycznego, przez leczenie, po powrót do zdrowia.
- Występowanie objawów psychopatologicznych. Powszechnie obserwuje się typowe problemy ze zdrowiem psychicznym, takie jak objawy lękowe (10-40% pacjentów), depresyjne (14-25% pacjentów), zaburzenia adaptacyjne (32% pacjentów), objawy zespołu stresu pourazowego (PTSD), dolegliwości związane z bólem przewlekłym czy zaburzeniami snu i wiele innych.

Ponadto, badania wskazują na różnice w wynikach leczenia onkologicznego wśród osób z problemami psychicznymi. Wśród pacjentów z objawami psychiatrycznymi występuje wyższa częstotliwość rozpoznań nowotworu złośliwego w porównaniu z populacją ogólną (460 vs. 450 na 100 000 osób). Ponadto, wskaźniki śmiertelności z powodu raka są wyższe u pacjentów chorujących psychiatrycznie w porównaniu z populacją ogólną (250 vs. 160 na 100 000 osób).

Znaczna część badań koncentruje się na stanie psychicznym pacjentów, podczas gdy mniej badań dotyczy skuteczności konkretnych interwencji psychoonkologicznych. Ponadto, wiele badań koncentruje się na osobach z określonymi typami i stadiami raka (tych częściej występujących w populacji lub tych lepiej rokujących), przy jednoczesnych brakach w zakresie zgłębiania doświadczeń mniej reprezentatywnych grup pacjentów i rzadziej występujących typów choroby nowotworowej. Innymi słowami, że pacjenci cierpią i z jakiego powodu.

Wiemy, że doświadczają objawów psychopatologicznych i dezadaptacyjnych w codziennym życiu. Czas zastanowić się na tym jakie interwencje są skuteczne i efektywne we wspieraniu ich.

## Evidence Based Practice w psychoonkologii

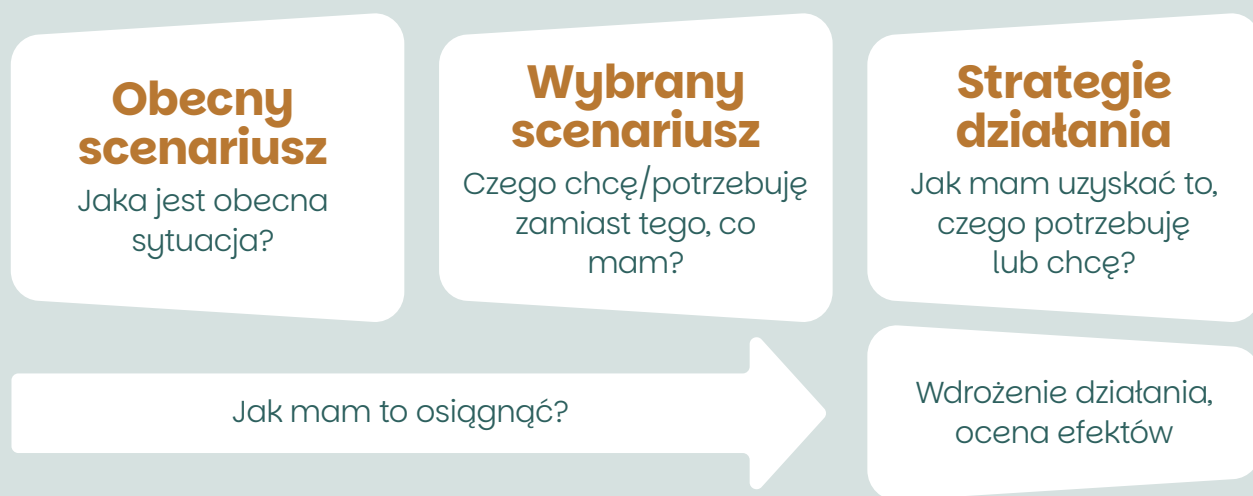
Szereg interwencji psychologicznych wykazało już swoją skuteczność w psychoonkologii. Należą do nich: elementy terapii poznawczo-behawioralnej (ang. CBT), terapia ekspresyjna, terapia oparta na uważności (ang. MBT), krótkoterminowa terapia psychodynamiczna, terapie egzystencjalne czy terapia akceptacji i zaangażowania (ang. ACT). Mimo różnego podłoża teoretycznego i wynikających z tego innych koncepcji powstawania i podtrzymywania trudności w zakresie zdrowia psychicznego, wszystkie te nurty mają pewne części wspólne w zakresie metod i narzędzi, które z powodzeniem można stosować wobec pacjentów chorujących onkologicznie i ich rodzin. Oto część z nich:



Tabela 1. Podstawowe metody pracy z pacjentem onkologicznym lub członkiem jego rodziny z potwierdzoną naukowo skutecznością

Ustalanie celów i kierunku pracy (np. w oparciu o model Egana, grafika nr 1)	Ustalenie jasnych celów terapeutycznych i wzmocnienie motywacji pacjenta.
Psychoedukacja	Dostarczanie informacji o wpływie emocji i myśli na ogólne funkcjonowanie. Normalizacja doświadczeń, omówienie funkcji reakcji stresowej oraz monitorowanie jej rozwoju i kierunków.
Techniki relaksacyjne	Uczenie i ćwiczenie technik relaksacyjnych w celu radzenia sobie ze stresem i lękiem – trening Jacobsona, trening autogenny Schultza, ćwiczenia oddechowe.
Restrukturyzacja poznawcza	Identyfikowanie i modyfikowanie nieadaptacyjnych wzorców myślowych, zniekształceń poznawczych.
Aktywizacja behawioralna	Zachęcanie do angażowania się w działania, które promują dobre samopoczucie z jednoczesnym urealnieniem i akceptacją ograniczonych z powodu choroby możliwości.
Trening rozwiązywania problemów	Opracowywanie strategii rozwiązywania konkretnych problemów w ramach pracy z poczuciem bezsilności oraz biernością.
Defuzja poznawcza	Edukacja i ćwiczenia polegające na oddzieleniu się od myśli i zauważaniu ich jako tymczasowych, a nie absolutnych prawd, co pomaga zmniejszyć ich negatywny wpływ na emocje i zachowania.
Trening komunikacyjny	Ćwiczenia nastawione na bardziej efektywną komunikację z bliskimi, jak również personelem medycznym i innymi ludźmi.
Radykalna akceptacja i praca z wartościami pacjenta	Uczestniczenie w pełni w obecnym doświadczeniu bez próby jego zmiany, walki z nim lub unikania, co pozwala na lepsze funkcjonowanie mimo trudności. Skupianie się na identyfikacji i kierowaniu się osobistymi wartościami, które mają inspirować do podejmowania autentycznych działań i zwiększać zaangażowanie w życiowe cele mimo trudności.

Grafika 1. Model Egana do planowania kierunku i celów interwencji psychologicznej, za:  
 „Pomoc psychologiczna chorym somatycznie” red. Lidia Zabłocka- Żytka i Ewa Sokółowska



Stosowanie danej metody terapeutycznej lub jej elementów powinno zależeć od indywidualnej konceptualizacji sytuacji pacjenta lub członka jego rodziny oraz oceny stanu psychicznego dokonanej przez specjalistę zdrowia psychicznego. Przydatny przy tym może okazać się model konceptualizacyjny (tabela 2).

Czym dla pacjenta jest choroba?	
Motywacja pacjenta	
Subiektywna ocena możliwości	
Zasoby pacjenta (obiektywne i subiektywne)	
Ograniczenia spowodowane przez chorobę -somatyczne -poznawcze -behawioralne -interpersonalne	
Metody radzenia sobie ze stresem (adaptacyjne i nieadaptacyjne)	
Potrzeby i wartości pacjenta	

\*opracowanie własne A.Kotłodziejczyk

## Protokoły pracy z pacjentami chorującymi onkologicznie

Poza konkretnymi narzędziami, dostępne są również pełne protokoły terapeutyczne do pracy z m.in. bólem przewlekłym w chorobie nowotworowej, lękiem przed nawrotem choroby, przekonaniami i emocjami związanymi z ostatnią fazą choroby, czyli przygotowaniem do odejścia i śmierci. Oto niektóre z nich:

- Protokół SWORD – praca z lękiem przed nawrotem;
- Protokół CALM – schemat do zaplanowania pracy z pacjentem na przestrzeni całego leczenia;
- Terapia Godności – dla pacjentów leczonych paliatywnie;
- Protokół do pracy z bólem przewlekłym Johna Otisa;
- Protokół Greer i zespołu dla pacjentów onkologicznych doświadczających zaburzeń lękowych;
- 12-sesyjny, grupowy protokół Brothers dla pacjentów onkologicznych;
- Krótkoterminowa terapia poznawczo-behawioralna dla pacjentów z bólem przewlekłym Behleer.

Decyzja o zastosowaniu całego protokołu lub jego elementów również powinna zostać podjęta przez specjalistę zdrowia psychicznego po wcześniejszej konceptualizacji stanu psychofizycznego oraz zrozumieniu kontekstu funkcjonowania pacjenta w modelu bio-psycho-społecznym (jaka faza choroby, gdzie osoba jest leczona, jakie posiada możliwości do zaangażowania się we wsparcie-kwestie czasu, sił, ewentualnego dojazdu itd.).

### Relacja terapeutyczna

Dodatkowo, nie można zapomnieć, że zgodnie z wynikami badań naukowych, powstająca między pacjentem a psychoonkologiem relacja terapeutyczna również znacząco wpływa na wyniki leczenia, zarówno somatycznego jak i psychicznego oraz na poziom zaangażowania w procesy wsparcia psychoonkologicznego. Kluczowe komponenty relacji obejmują:

- sojusz stanowiący porozumienie w sprawie celów, zadań i rozwój silnej więzi między pacjentem a psychoonkologiem;
- cechy i prezentowane przez psychoonkologa postawy takie jak: empatia, autentyczność, aktywne słuchanie i postawa nieoceniająca.

## Przyszłe kierunki i rekomendacje dotyczące opieki psychoonkologicznej

Zgodnie z tym, co zaznaczono na początku - w Polsce, mamy świadomość obciążenia psychicznego pacjentów chorujących onkologicznie. Coraz powszechniejsza staje się obecność psychologów na oddziałach onkologicznych, jednak brakuje w dalszym ciągu jasnych, odgórnych regulacji wymagających ich obecności na każdym oddziale. W związku z tym wciąż popularna jest sytuacja, w której dostęp do psychoonkologa mają pacjenci jedynie w większych ośrodkach leczniczych. Ponadto, wciąż nie jest do końca jasne, jakie kompetencje należy posiadać, aby być skutecznym i efektywnym psychoonkologiem. Aby poprawić tę sytuację i przede wszystkim, zapewnić dostępność opieki psychoonkologicznej konieczne jest podjęcie kilku kroków:



ujednoczenie ścieżki kształcenia i jasne określenie kompetencji psychoonkologów w oparciu o zrozumienie trudności pacjentów i ich rodzin i umiejętność stosowania przytoczonych wyżej metod wsparcia;



integracja wiedzy i istniejących protokołów - włączenie protokołów opartych na dowodach do systemu opieki zdrowotnej przez profesjonalistów zdrowia psychicznego umiejących z nich korzystać;



wykazanie wpływu - podkreślanie pozytywnych efektów interwencji psychologicznych poprzez rozwój badań naukowych nad skutecznością stosowanych interwencji;



wzmocnienie roli psychologów - ustawowe, odgórne zwiększenie uznania dla psychologów w szpitalach somatycznych i przejrzysta integracja ich pracy z ofertą placówek leczniczych.

Od strony naukowej warto, aby przyszłe badania koncentrowały się m.in. na:

- nowych technologiach i interwencjach zdalnych, celem zwiększenia dostępności psychoonkologów, również dla pacjentów z mniejszych miejscowości i ośrodków;
- wypełnianiu luk w wiedzy w odniesieniu do określonych grupach pacjentów, np.: dzieci, osób starszych, pacjentów z rzadszymi typami nowotworów;
- systemowej adaptacji protokołów psychoonkologicznych do polskiego systemu ochrony zdrowia (współpraca m.in. z Ministerstwem Zdrowia i Narodowym Funduszem Zdrowia).

# Podsumowanie

Psychoonkologia poczyniła znaczne postępy w zrozumieniu i zaspokajaniu potrzeb w zakresie zdrowia psychicznego i jakości życia pacjentów i ich rodzin. Wykorzystując istniejącą wiedzę, wystandaryzowując interwencje oparte na dowodach i wspierając tworzenie silnych i efektywnych relacji terapeutycznych z przygotowanymi do tej specyficznej pracy psychoonkologów, z jasno określonym zakresem kompetencji i umiejętności, możemy poprawić jakość życia osób dotkniętych chorobą onkologiczną i zapewnić sprawiedliwy dostęp do kompleksowej opieki psychoonkologicznej w polskim systemie opieki zdrowotnej (grafika 2).

Grafika 2. Schemat działań w zakresie zdrowia psychicznego wśród pacjentów onkologicznych



**dr Agata Kołodziejczyk** – specjalistka psychologii klinicznej, certyfikowana psychoonkolożka (PTPO nr 100), certyfikowana terapeutka poznawczo-behawioralna (PTTPB nr 1356). Od 2016 roku związana z Dolnośląskim Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii we Wrocławiu. Zastępczyni Kierownika Działu Psychologii DCOPIH. W latach 2021–2023 asystent w Katedrze Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu. Od 2023 roku adiunktka w Katedrze Psychologii Klinicznej i Zdrowia Wydziału Psychologii Uniwersytetu SWPS we Wrocławiu. Współpracowała ze stowarzyszeniami i fundacjami zajmującymi się pacjentami chorującymi onkologicznie m. in. Fundacją Rak „n” Roll i Onkologika. Prowadzi warsztaty, wykłady i zajęcia grupowe dla pacjentów, ich bliskich oraz szkolenia dla przedstawicieli zawodów medycznych-lekarzy, psychologów i in. dotyczące kryzysu utraty zdrowia (współpracuje z Instytutem Pomocy Psychologicznej ITPB oraz Akademią Motywacji i Emocji w Warszawie). Założycielka Centrum Psychoterapii w Kamienicy we Wrocławiu.



# Bibliografia

1. Carlson, L. E. (2017). Mindfulness-based interventions for physical health and well-being: Current state of the science and future directions. *International Review of Psychiatry*, 29(5), 531-543.
2. Conti, I., Davidson, M., Cutress, R. I., McIntosh, S. A., & Head, M. G. (2024). Global trends in psycho-oncology research investments 2016–2020: A content analysis. *Psycho-Oncology*, 33(1), e6273.
3. Greer, S. (2008). CBT for emotional distress of people with cancer: Some personal observations. *Psycho-Oncology*, 17(2), 205-209.
4. Lawrence, D., D'Arcy, C., & Holman, C. D. A. J. (2013). Cancer diagnosis and management among people with mental illness: A population-based study. *JAMA Psychiatry*, 70(2), 189-197.
5. Perna G, Pinto E, Spiti A, Torti T, Cucchi M, Caldirola D (2024) Foundations for a personalized psycho-oncology: The state of the art. *J. Pers. Med.*, 2024, 14, 892
6. Russell, D., Pugh, R., & McMillan, D. (2023). Increased mortality from cancer among people with common mental disorders: A systematic review and meta-analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 58(3), 475-487.
7. Brothers, B., Yang, H., Strunk, D., & Andersen, B. L. (2011). Cancer patients with major depressive disorder: Testing a biobehavioral/cognitive behavior intervention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(2), 253-260.
8. Grassi L, Caruso R, Riba MB, et al, on behalf of the ESMO Guidelines Committee. Anxiety and depression in adult cancer patients: ESMO Clinical Practice Guideline. *ESMO Open*. 2023;8(2):101155.
9. Beehler GP et al. Brief Cognitive Behavioral Therapy For Chronic Pain: Results From a Clinical Demonstration Project in Primary Care Behavioral Health. *Clin J Pain*. 2019 Oct;35(10):809-817.
10. Dils, A. T., O'Keefe, K., Dakka, N., Azar, M., Chen, M., & Zhang, A. (2024). The efficacy of cognitive behavioral therapy for mental health and quality of life among individuals diagnosed with cancer: A systematic review and meta-analysis. *Cancer Medicine*. <https://doi.org/10.1002/cam4.7406>
11. Pedro, J., Monteiro-Reis, S., Carvalho-Maia, C., Henrique, R., Jerónimo, C., & Silva, E. R. (2021). Evidence of psychological and biological effects of structured mindfulness-based interventions for cancer patients and survivors: A meta-review. *PLOS ONE*. <https://doi.org/10.1002/pan.5771>
12. Laing, E. M., Heinen, J. M., Acebo de Arriba, R., Schäffeler, N., Zipfel, S., Stengel, A., & Graf, J. (2024). Adaptations of interpersonal psychotherapy in psycho-oncology and its effects on distress, depression, and anxiety in patients with cancer: a systematic review. *Frontiers in psychology*, 15, 1367807. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1367807>
13. Bourke, J. D., Plant, C., & Wooldridge, S. (2018). Interpersonal psychotherapy with expressive art for depression in a psycho-oncology context. *Clinical Case Studies*, 17(6), 453-468. <https://doi.org/10.1177/1534650118796340>
14. Hassani Alimolk, F., McDonald, F. E. J., Asghari-Jafarabadi, M., Ahmadi, F., Zenoozian, S., Lashkari, M., & Patterson, P. (2024). A randomized clinical trial: Efficacy of group-based acceptance and commitment therapy program for breast cancer patients with high fear of progression. *Psycho-oncology*, 33(4), e6339. <https://doi.org/10.1002/pon.6339>
15. Zhao, C., Lai, L., Zhang, L., Cai, Z., Ren, Z., Shi, C., Luo, W., & Yan, Y. (2021). The effects of acceptance and commitment therapy on the psychological and physical outcomes among cancer patients: A meta-analysis with trial sequential analysis. *Journal of psychosomatic research*, 140, 110304. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110304>
16. Moynihan, L. (2023). The use of psychodynamic modalities in the provision of trauma-informed end of life care. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 19(4), 281-287.
17. Philipp, R., Wallbaum, C., & Vehling, S. (2025). Psychodynamic psychotherapy in serious physical illness: A systematic literature review of approaches and techniques for the treatment of existential distress and mental disorders. *Death Studies*, 49(5), 676-691. <https://doi.org/10.1080/07481187.2024.2253362>
18. Miyamoto S, Yamazaki T, Shimizu K, et al. Brief, manualised and semistructured individual psychotherapy programme for patients with advanced cancer in Japan: study protocol for Managing Cancer and Living Meaningfully (CALM) phase 2 trial *BMJ Open* 2022;12
19. Deuning-Smit, E., Custers, J. A. E., Braam, C. I. W., Hermens, R. P. M. G., & Prins, J. B. (2024). Toward implementation of an evidence-based intervention for fear of cancer recurrence: Feasibility in real-world psycho-oncology practice. *Psycho-Oncology*. <https://doi.org/10.1002/pon.6297>
20. Conley, C. C., Ryba, M. M., Brothers, B. M., Lo, S. B., & Andersen, B. L. (2024). Oncology mental health providers' adaptation of an evidence-based intervention: A mixed-methods study. *Psycho-oncology*, 33(1), e6272. <https://doi.org/10.1002/pon.6272>
21. Flock, C., Grapp, M., Oldsen, R., Friederich, H.-C., & Bugaj, T. J. (2023). Therapeutic alliance in psycho-oncology: A systematic review. *Clinical and Psychology Review*. <https://doi.org/10.1002/capr.12717>
22. Weissflog, G., & Dunne, S. (2024). Editorial: Highlights in psycho-oncology: Study protocols - improving evidence for future personalised cancer care. *Frontiers in Psychology*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1420264>
23. Kusch, M., Labouvie, H., Schiewer, V., Talalae, N., Cwik, J. C., Bussmann, S., Vaganian, L., Gerlach, A. L., Dresen, A., Cecon, N., Salm, S., Krieger, T., Pfaff, H., Lemmen, C., Derendorf, L., Stock, S., Samel, C., Hagemeyer, A., Hellmich, M., Leicher, B., ... Hallek, M. (2022). Integrated, cross-sectoral psycho-oncology (isPO): a new form of care for newly diagnosed cancer patients in Germany. *BMC health services research*, 22(1), 543. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07782-0>
24. Malakian, A., Mohammed, S., Fazelzad, R., Ajaji, R., Artemenko, A., & Mayo, S. J. (2022). Nursing, psychotherapy and advanced cancer: A scoping review. *European journal of oncology nursing : the official journal of European Oncology Nursing Society*, 56, 102090. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2021.102090>

# Pomiędzy akceptacją a zmianą.

## Terapia dialektyczno-behawioralna i racjonalna terapia zachowania w psychoonkologii



**Anna Dudek**

Dolnośląskie Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii

Psychoonkologia zajmuje się wsparciem psychologicznym osób chorujących onkologicznie, u których diagnoza nowotworu wywołuje silne emocje – od lęku i smutku po złość i bezradność. Skuteczna pomoc psychoterapeutyczna w takim kryzysie wymaga równowagi między akceptacją a zmianą. **Terapia dialektyczno-behawioralna (DBT)** oraz **Racjonalna Terapia Zachowania (RTZ)** to podejścia poznawczo-behawioralne, które łączą elementy akceptacji rzeczywistości z aktywnym wprowadzaniem zmian w myśleniu i zachowaniu pacjenta. Niniejsze opracowanie przedstawia praktyczne zastosowanie DBT i RTZ w pracy z osobami chorymi na nowotwory, koncentrując się na takich aspektach, jak akceptacja diagnozy i leczenia, regulacja emocji, budowanie nadziei oraz wsparcie poznawczo-behawioralne pacjentów onkologicznych.

### Dialektyczno-behawioralna perspektywa akceptacji i zmiany

DBT została stworzona przez Marsha M. Linehan z myślą o sytuacjach „niemożliwych” – pełnych intensywnego cierpienia i sprzecznych wymagań życia (Stuntz, Linehan, 2022). Diagnoza nowotworu jest właśnie taką sytuacją graniczną, w której pacjent musi pogodzić dwie pozornie przeciwstawne prawdy: z jednej strony zaakceptować realność choroby i niepewność rokowań, z drugiej – utrzymać nadzieję na poprawę i aktywnie walczyć o zdrowie. Dialektyczne podejście DBT pomaga znaleźć „**złoty środek**” **między akceptacją a zmianą**, ucząc pacjenta elastycznego łączenia obu tych postaw. Jak ujęły to Stuntz i Linehan (2022), DBT uczy, że choć nie możemy zmienić nieprzewidywalnych i niekontrolowalnych sytuacji, możemy zmienić sposób, w jaki na nie reagujemy, dzięki czemu pacjent odzyskuje poczucie kontroli i równowagi emocjonalnej (Stuntz, Linehan, 2022). Innymi słowy, pacjent może **zaakceptować** fakt choroby i towarzyszące jej trudne emocje, a jednocześnie **zmieniać** swoje reakcje – tak, aby emocje go nie sparaliżowały i nie odbierały nadziei. W praktyce DBT oferuje konkretne strategie zarówno z obszaru akceptacji, jak i zmiany.



Do strategii akceptacji należą przede wszystkim **uwaga** (mindfulness) i **radykałna akceptacja**. Uwaga pomaga pacjentowi zakotwiczyć się w chwili obecnej i obserwować swoje myśli oraz emocje bez oceniania. Ćwiczenia mindfulness mogą np. polegać na skupieniu uwagi na oddechu czy doznaniach zmysłowych, co zmniejsza ruminacje na temat diagnozy lub niepewnej przyszłości. Z kolei **radykałna akceptacja** oznacza pełne, głębokie uznanie rzeczywistości takiej, jaka jest – „Akceptuję, że mam chorobę nowotworową i wszystkie związane z nią trudności”. Taka postawa nie jest rezygnacją, lecz pozwala zredukować dodatkowe cierpienie wynikające z oporu psychicznego przed faktami. Linehan i współautorzy zwracają uwagę, że akceptacja realiów choroby (w tym akceptacja własnych emocji, bólu czy ograniczeń) paradoksalnie ułatwia wprowadzenie konstruktywnych zmian – dopiero gdy pacjent przestaje walczyć z samym faktem choroby, może efektywnie skupić energię na tym, co **może zmienić** w swoim funkcjonowaniu (Maultsby, 2013). Ważnym elementem jest tu także **nieprzysiężanie się do rezultatu** leczenia – akceptacja niepewności co do przyszłości. Pacjent uczy się znajdować równowagę pomiędzy nadzieją na wyzdrowienie a świadomością, że wynik leczenia może być różny. Utrzymanie takiej „**zdrowej nadziei**”, pozbawionej sztywnego przywiązania do konkretnego rezultatu, chroni przed zatamaniem w razie niepowodzeń leczenia (Maultsby, 2013).

DBT dostarcza również narzędzi zmiany, które pomagają pacjentom onkologicznym regulować emocje i zachowania w obliczu choroby. Kluczowym modułem jest regulacja emocji, zawierająca umiejętności takie jak: rozpoznawanie i nazywanie emocji, „sprawdzanie faktów” (analiza, czy emocje i myśli pacjenta odpowiadają faktom, czy wynikają z katastrofizacji lub błędnych założeń), oraz działanie przeciwieństw (podejmowanie działania odwrotnego do impulsu płynącego z negatywnej emocji, np. zaangażowanie się w aktywność mimo apatii, by przeciwdziałać depresji). W kontekście psychoonkologii sprawdzanie faktów może pomóc pacjentowi zrewidować przekonanie „to już koniec, na pewno umrę” – terapeuta zachęca do spojrzenia na fakty medyczne (rokowania, dostępne terapie) zamiast na najgorszy wyobrażony scenariusz. Technika ta zbliża się do podejścia RTZ, gdzie również koryguje się **irracjonalne przekonania**.



Inną grupą umiejętności DBT są **strategie tolerowania dystresu**, niezbędne w chwilach kryzysu i przy intensywnym bólu fizycznym czy emocjonalnym. Obejmują one m.in. techniki samouspokajania (np. ćwiczenia oddechowe, relaksacja, wykorzystanie bodźców zmysłowych do ukojenia), krótkotrwałą **dystrakcję** od przytłaczających emocji czy właśnie **radykałną akceptację** w obliczu tego, czego nie da się zmienić (np. nieodwracalne skutki choroby). Dzięki tym technikom pacjent może przetrwać najtrudniejsze momenty bez destrukcyjnych zachowań i z mniejszym cierpieniem. Nie można pominąć modułu **efektywności interpersonalnej** DBT, który również znajduje zastosowanie w pracy z chorymi na nowotwory. Choroba często zaburza relacje pacjenta z bliskimi i personelem medycznym – pacjent może czuć się niezrozumiany lub bezsilny w komunikacji z lekarzami. DBT uczy umiejętności asertywnego wyrażania potrzeb i ustanawiania granic, co jest kluczowe np. przy podejmowaniu decyzji terapeutycznych czy proszeniu bliskich o wsparcie. Stuntz i Linehan podkreślają, że DBT pomaga pacjentom „**mówić o swoich potrzebach**” oraz **pielęgnować wspierające relacje**, nawet gdy brakuje sił i czasu (Stuntz, Linehan, 2022). Pacjent uczy się, jak prosić o pomoc, jak informować otoczenie o swoim samopoczuciu i ograniczeniach, a także jak radzić sobie z reakcjami otoczenia (nadopiekuńczość, unikanie, nadmierny optymizm lub czarnowidztwo ze strony bliskich). Efektywna komunikacja zmniejsza konfliktowość i poczucie osamotnienia pacjenta oraz angażuje sieć wsparcia społecznego w proces zdrowienia.

Podsumowując, podejście DBT w psychoonkologii zapewnia pacjentom zestaw **praktycznych umiejętności** pozwalających mierzyć się z lękiem, smutkiem i złością bez bycia przez nie sparaliżowanym, utrzymywać nadzieję bez popadania w zaprzeczanie rzeczywistości oraz budować wspierające relacje pomimo choroby (Stuntz, Linehan, 2022). Dialektyczne połączenie akceptacji i zmiany pozwala pacjentowi **żyć sensownie i wartościowo nawet w najciemniejszych momentach** choroby (Stuntz, Linehan, 2022).

## Racjonalna Terapia Zachowania jako wsparcie poznawczo-behawioralne

Racjonalna Terapia Zachowania (RTZ), stworzona przez Maxie C. Maultsby'ego Jr., jest podejściem koncentrującym się na poznawczych mechanizmach regulacji emocji. W myśl modeli poznawczo-behawioralnych reakcje emocjonalne pacjenta nie wynikają bezpośrednio z wydarzeń (np. z samej diagnozy), lecz z przekonań i myśli pacjenta na temat tych wydarzeń. W RTZ obrazuje to model ABCD emocji: A (ang. activating event) – zdarzenie aktywujące, B (belief) – przekonanie na temat zdarzenia, C (consequence) – konsekwencja emocjonalna, D (disputation) – dyskusja z niezdrowym przekonaniem. Zgodnie z tym modelem to nie sama choroba czy trudna sytuacja powoduje cierpienie psychiczne, ale interpretacja i znaczenie, jakie nadaje im pacjent. Jak ujął to Maultsby, „to nie [sytuacja] nas wypala, ale my sami wypalamy się swoimi przekonaniami o [sytuacji]” (Maultsby, 2013).

W kontekście onkologii oznacza to, że np. diagnoza raka (A) wywołuje skrajny lęk i rozpacz (C) u pacjenta, który myśli „to wyrok śmierci, na pewno wkrótce umrę” (B). Inny pacjent z tą samą diagnozą może odczuwać umiarkowany niepokój, ale i mobilizację do działania, jeśli wierzy, że „choroba jest poważna, ale są dostępne metody leczenia i mam szansę na poprawę”. Terapia racjonalna dąży do tego, by pomóc pacjentowi zidentyfikować irracjonalne, katastroficzne myśli oraz zmodyfikować je na bardziej racjonalne, co prowadzi do zdrowszych reakcji emocjonalnych (D – zmiana przekonania).



Centralnym narzędziem RTZ jest nauka racjonalnej samoanalizy (RSA) – pacjent uczy się samodzielnie analizować swoje reakcje według modelu ABCD i trenować swoje myśli, by były bardziej racjonalne i sprzyjające dobrostanowi. Maultsby opracował kryteria odróżniania „zdrowego myślenia” od myślenia irracjonalnego. Zdrowe, racjonalne przekonania spełniają co najmniej trzy z pięciu zasad zdrowego myślenia (Bara, 2013). W uproszczeniu, myśl racjonalna to taka, która:

(1) opiera się na faktach (a nie na domysłach czy zniekształceniach – pacjent konfrontuje swoje wyobrażenia z rzeczywistymi danymi medycznymi, np. statystykami wyleczeń),

(2) chroni zdrowie i życie pacjenta (przekonania skłaniające do zaniechania leczenia lub autodestrukcji byłyby nieracjonalne),

(3) pomaga osiągać bliższe i dalsze cele (np. utrzymanie relacji, realizowanie ważnych aktywności mimo choroby),

(4) pozwala unikać niepotrzebnych konfliktów z otoczeniem lub je rozwiązywać (irracjonalne przekonanie „nikt mnie nie rozumie, wszyscy mają mnie dość” może izolować pacjenta, podczas gdy racjonalne podejście ułatwi komunikację),

(5) pomaga czuć się tak, jak się chce czuć, bez uciekania w używki czy inne niezdrowe metody regulacji emocji (Bara, 2013).

Te zasady (znane jako 5 zasad zdrowego myślenia Maultsby'ego) stanowią dla pacjenta i terapeuty obiektywny punkt odniesienia przy ocenie przekonań: jeśli jakaś myśl nie spełnia tych kryteriów (np. nie jest oparta na faktach i odbiera motywację do leczenia), powinna zostać zakwestionowana i zastąpiona bardziej racjonalną. Ważnym elementem RTZ w psychoonkologii jest budowanie nadziei w oparciu o racjonalne podstawy. Odwołując się do koncepcji zdrowej nadziei (Wirga, Stępniewska-Gębik, 2017), terapeuta pomaga odróżnić nadzieję adaptacyjną od nadziei „fatszywej” opartej na zaprzeczaniu rzeczywistości. Zdrowa nadzieja nie ignoruje powagi sytuacji, ale skupia się na tym, co realnie możliwe do osiągnięcia. Może to być nadzieja na wyleczenie, jeśli istnieją ku temu przesłanki medyczne, ale także nadzieja na dobrą jakość życia pomimo choroby czy na wykorzystanie czasu, który pozostaje, w sposób wartościowy. RTZ dostarcza technik, które można połączyć z elementami wyobrazeniowymi i wartościami pacjenta (podobnie jak w pokrewnej terapii Simontonowskiej, często łączonej z RTZ w pracy z chorymi (Maultsby, 2013). Przykładowo, pacjent może zostać poproszony o stworzenie listy swoich wartości i celów, które są wciąż osiągalne (np. „chcę spędzać czas z rodziną”, „chcę realizować swoje hobby na miarę sił”).

Następnie, wykorzystując racjonalne myślenie, formułuje się przekonania wspierające te cele: „Mogę nadal doświadczać radości z kontaktów z bliskimi, nawet jeśli choroba mnie ogranicza”, „Choć nie wszystko ode mnie zależy, ważne jest, żebym wykorzystał to, co mogę kontrolować – stosować się do zaleceń lekarzy, dbać o dietę i odpoczynek, pozostawał w kontakcie z przyjaciółmi”. Takie przekonania spełniają kryteria zdrowego myślenia (są oparte na faktach i sprzyjają celom oraz zdrowiu) i jednocześnie podtrzymują u pacjenta poczucie sensu i sprawczości.

## Integracja podejść i praktyczne wskazówki dla terapeutów

Zarówno DBT, jak i RTZ są podejściami komplementarnymi wobec siebie w kontekście pracy z pacjentami onkologicznymi. **Terapia dialektyczno-behawioralna** kładzie nacisk na naukę umiejętności akceptowania i tolerowania trudnych emocji oraz na wprowadzanie zmian w zachowaniu (np. poprzez uważność, techniki radzenia sobie z emocjami). **Racjonalna Terapia Zachowania** koncentruje się na zmianie myślenia i przekonań, co z kolei prowadzi do zmiany reakcji emocjonalnych i zachowań.

W praktyce psychoterapeuta może czerpać z obu tych podejść, dostosowując interwencje do bieżących potrzeb pacjenta. Przykładowo, w momencie przekazania diagnozy lub nawrotu choroby, kiedy emocje są niezwykle silne, priorytetem może być **strategia DBT** – pomoc w przetrwaniu kryzysu (np. ćwiczenia oddechowe, metody „Tu i Teraz”, radzenie sobie z szokiem poprzez akceptację chwili obecnej).

W kolejnych sesjach, gdy pacjent jest gotów na refleksję nad swoimi myślami, można włączyć **interwencje RTZ** – pracę nad zidentyfikowaniem pojawiających się myśli katastroficznych (np. wyolbrzymianie skutków ubocznych, przewidywanie najgorszego) i zastosowanie ABCD do zmiany tych przekonań na bardziej zrównoważone.



# Podsumowanie

Terapia dialektyczno-behawioralna (DBT) i Racjonalna Terapia Zachowania (RTZ) oferują uzupełniające się ramy pracy z pacjentami onkologicznymi, umożliwiając łączenie **akceptacji i zmiany** w procesie terapeutycznym. DBT wnosi zestaw sprawdzonych umiejętności regulacji emocji, tolerancji na dystres, uważności oraz skutecznej komunikacji, co pomaga pacjentom zapanować nad emocjami i odzyskać nadzieję w obliczu choroby (Stuntz, Linehan, 2022). RTZ natomiast dostarcza narzędzi do poznawczej restrukturyzacji – uczy identyfikować i korygować przekonania prowadzące do rozpacz czy lęku, wzmacniając postawę racjonalnej nadziei i aktywnego radzenia sobie.

Oba podejścia podkreślają, że kluczem do dobrostanu pacjenta jest **zaakceptowanie trudnej rzeczywistości bez rezygnacji z działania**. Terapeuci pracujący z chorymi onkologicznie mogą czerpać z DBT i RTZ, aby pomóc pacjentom odnaleźć sens i równowagę emocjonalną w chorobie, lepiej współpracować w procesie leczenia oraz poprawić jakość swojego życia psychicznego niezależnie od medycznych rokowań. Jak pokazuje doświadczenie kliniczne i literatura, integracja podejścia akceptacji i zmiany sprzyja lepszemu funkcjonowaniu pacjentów: realna ocena sytuacji i radzenie sobie z tym, co jest tu i teraz, idzie w parze z utrzymaniem nadziei i motywacji do wykorzystania każdej możliwości poprawy stanu zdrowia. W ten sposób psychoterapia staje się dla pacjentów onkologicznych przestrzenią, w której mogą zarówno pogodzić się z chorobą, jak i walczyć o siebie – bez popadania ani w skrajną rezygnację, ani w zaprzeczanie.

---

**mgr Anna Dudek** – psycholog, psychoonkolog, trener DBT, psychoseksuolog (w trakcie certyfikacji), certyfikowany psychoterapeuta poznawczo-behawioralny (PTTPB nr 724) oraz terapeuta schematów. Obecnie szkoli się w terapii ACT. Pracuje w Dolnośląskim Centrum Onkologii Pulmonologii i Hematologii we Wrocławiu. Dodatkowo prowadzi prywatną praktykę psychoterapeutyczną we Wrocławiu. Współpracuje z Federacją Amazonek w Poznaniu. Jest członkiem Polskiego Towarzystwa Terapii Poznawczo-Behawioralnej w Warszawie oraz Polskiego Towarzystwa Psychoonkologicznego.



# Bibliografia

1. Stuntz, E. C., Linehan, M. M. (2022). Radzić sobie z rakiem. Jak zapanować nad emocjami i odzyskać nadzieję. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2022
2. Maultsby Jr, M. C. (2013). Racjonalna Terapia Zachowania: podręcznik terapii poznawczo-behawioralnej red. wyd. pol. M. Wirga, A. Hottowy, & E. Wojtyna; wyd. 3, polskie. Żnin: WDK Wulkan 2013
3. Wirga, M., & Stępniewska-Gębik, H. (2017). Zdrowa nadzieja rodzica w sytuacji choroby nowotworowej dziecka – rola nieprzywykiwania do rezultatu. *Psychoonkologia*, 21(4), 135–141. DOI: 10.5114/pson.2017.77548
4. Bara, M. Racjonalna Terapia Zachowania (RTZ). Szkoda życia żeby traktować je tak cholernie poważnie. Skrypt- Warszawa 2013.

# Praca psychoonkologa z dzieckiem chorującym onkologicznie



## Aleksandra Osadkowska

Przylądek Nadziei

Fundacja Na Pomoc Dzieciom z Chorobą Nowotworową

Gdy choruje dziecko, choruje cała rodzina. To zdanie porządkuje naszą perspektywę kliniczną: doświadczenie nowotworu dotyczy nie tylko ciała i psychiki dziecka, lecz reorganizuje emocje, role i codzienność wszystkich bliskich. W praktyce wyodrębniamy pacjenta pierwotnego (dziecko lub nastolatka) oraz pacjentów wtórnych (rodziców i rodzeństwo), aby konsekwentnie obejmować wsparciem cały system rodzinny.

Pacjentem pierwotnym jest dziecko – to ono doświadcza procedur, bólu oraz skutków ubocznych leczenia, a równocześnie mierzy się z utratą dotychczasowych ról i wykluczeniem z życia rówieśniczego. W okresie adolescencji napięcie wzrasta: zmiany wyglądu, przerwane relacje i pytania o przyszłość łatwo zasilają wstyd i poczucie inności. Pacjentami wtórnymi są rodzice i rodzeństwo. W rodzinie częste są wahania emocji, przewlekły lęk i poczucie winy, a także przesunięcia ról oraz przeciążenie logistyczne. Rodzeństwo bywa „cichym pacjentem”: znika z pola widzenia, dźwiga ambiwalentne uczucia i może reagować regresem, buntem lub nadmiernym „dorastaniem”. Wspierając, nie wybieramy „strony”. Celem jest spójne łączenie obu planów doświadczenia tak, aby pomoc dla dziecka nie działała kosztem rodziców i odwrotnie.

## Dialektyczno-behawioralna perspektywa akceptacji i zmiany

Relacja rodzic–dziecko jest emocjonalnym środkiem ciężkości sytuacji. Sprężenie zwrotne bywa silne: rodzic przeżywa lęk i bezradność, a dziecko „uczy się” znaczeń z reakcji dorosłego. W kryzysie spirala napięcia może się napędzać. Rolą psychologa jest ją przerwać – nazwać emocje, spowolnić rozmowę i wprowadzić proste działania regulacyjne, które rodzic może stosować „od zaraz”. Rodzic pełni funkcję filtra informacji. Zatajanie i półprawdy zwiększają lęk, bo dzieci czują więcej, niż rozumieją; w lukach informacyjnych pojawiają się często bardziej przerażające wyobrażenia. Zasada brzmi: mówimy prawdę dostosowaną do wieku i zasobów dziecka, prostym językiem, krok po kroku. Reakcje rodzicielskie wahają się od nadopiekuńczości (odbieranie sprawczości dziecku) po wycofanie (utrata dostępności emocjonalnej). Najbardziej wspierająca jest spokojna, przewidywalna obecność – „nie zawsze działam, ale zawsze jestem”.

## Wymiary doświadczenia dziecka: ciało, emocje, obraz siebie, relacje, edukacja

Ból chorobowy i proceduralny obniża próg tolerancji emocjonalnej i nasila lęk antycypacyjny. Skutki terapii (osłabienie, utrata włosów, zmiany skórne) podważają poczucie sprawczości i sprzyjają unikaniu. Pomagają: przygotowanie do procedur w modelu „powiedz–pokaż–zrób”, stała dorosła osoba przy zabiegach oraz małe rytuały przewidywalności.

Lęk, smutek i złość są naturalne, lecz trudne do nazwania i regulacji. Objawy często „rozlewają się” na ciało i zachowanie (bóle czynnościowe, bezsenność, regres) albo zamrażają się w apatii. Normalizacja reakcji, język emocji i współregulacja są warunkiem skutecznych technik radzenia sobie.

Zmieniona cielesność uderza w tożsamość, szczególnie u nastolatków. Wsparcie obejmuje rozmowę i działania wzmacniające: kontrolę nad ekspozycją (kto wchodzi do sali, kiedy robimy zdjęcia), pracę z lustrem oraz stopniowe odzyskiwanie akceptacji „nowego ciała”.

Izolacja od klasy i lęk przed oceną sprzyjają wycofaniu. Potrzebna jest współpraca ze szkołą, przygotowanie rówieśników do powrotu dziecka oraz stopniowanie ekspozycji społecznej – tak, by odbudować kontakt bez nadmiernego obciążenia.

Chemioterapia, stres i zmęczenie wpływają na uwagę, pamięć operacyjną i tempo przetwarzania. Zaległości szkolne mogą obniżać motywację i samoocenę. Wspieramy adaptacje edukacyjne (skrócone bloki pracy, przerwy, priorytetyzację treści) w porozumieniu z pedagogiem i nauczycielami.



## Diagnoza jako kryzys całego systemu rodzinnego

Kryzys jednego członka rezonuje na cały system. W onkologii dziecięcej skala i tempo tego rezonansu są wyjątkowe: pojawia się nagły, przewlekły lęk i dezorganizacja, często z poczuciem winy i asymetrią reakcji („działam” kontra „zamrażam się”). Przetasowania ról i obowiązków oraz przeciążenie logistyczne zwiększają ryzyko konfliktów albo „zamrożenia emocji”. Z tej dynamiki wynika wniosek praktyczny: plan pomocy musi obejmować cały system – w tym rodzeństwo – i dążyć do przywrócenia minimalnej struktury dnia, podziału ról „na teraz” oraz bezpiecznych kanałów komunikacji.

### Pięć filarów wsparcia w trakcie leczenia

Praktycznie oznacza to m.in. stałą osobę przy procedurach, prosty i uczciwy język informacji, drobne decyzje oddawane dziecku, emocjonalną dostępność dorosłych oraz wplatanie rytuałów dnia. To nie dodatki – to psychologiczne fundamenty adaptacji.

Filar 1  
Bezpieczeństwo

Filar 2  
Zrozumienie

Filar 3  
Sprawczość

Filar 4  
Bliskość

Filar 5  
„Normalność”

### Rola psychologa: tłumacz, mediator, regulator tempa

Psycholog porządkuje chaos – przekłada język medyczny na język dziecka i rodzica, dba o tempo rozmów, pomaga mówić prawdę w sposób adekwatny do wieku, wspiera rodzica w regulacji i współtworzy spójny plan małych kroków na „dziś”. Obejmuje uwagę cały system, a nie tylko łóżko pacjenta. Skąd wiemy, że pomoc działa? Postęp widać w małych, stabilnych zmianach: dziecko zaczyna pytać, wybierać i przewidywać; poprawia się sen i spada napięcie; rodzice wracają do spokojniejszego języka i realnych granic; rodzeństwo dostaje przestrzeń na własne sprawy bez poczucia winy. To znak, że obok choroby pojawiła się mapa i przewodnik.

# Podsumowanie

Skuteczna pomoc psychoonkologiczna wymaga myślenia systemowego, czyli:

- widzenia pacjenta pierwotnego i pacjentów wtórnych
- dbania o relację rodzic–dziecko
- równoległej pracy w obszarach ciała, emocji, obrazu siebie, relacji i edukacji
- konsekwentnego wzmocnienia pięciu filarów wsparcia.

Najsilniejsze interwencje są proste – obecność, przewidywalność, prawda i małe decyzje – a z tych elementów powstaje dla rodziny struktura, w której można oddychać i iść krok dalej.

---

**mgr Aleksandra Osadkowska** – psycholog, psychoonkolog. Specjalizuje się w pracy z dziećmi, młodzieżą i rodzinami, zmagającymi się z chorobą nowotworową. Pracuje głównie w nurcie systemowym, który umożliwia całościowe ujęcie funkcjonowania rodziny doświadczającej kryzysu. Swoją pracę koncentruje na wsparciu psychologicznym na wszystkich etapach leczenia – od momentu diagnozy, przez cały proces terapeutyczny, aż po jego zakończenie. Prowadzi również konsultacje i poradnictwo psychologiczne dla ozdowieńców – osób, które zakończyły leczenie onkologiczne i mierzą się z jego długofalowymi konsekwencjami.

# Zabezpieczenie płodności w chorobie onkologicznej – proponować czy odstąpić? Perspektywa psychologiczna



## Edyta Sperling

Dolnośląskie Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii  
Instytut Psychologii, Uniwersytet Wrocławski

Płodność, choć w klasycznym ujęciu rozumiana jako biologiczna zdolność do posiadania potomstwa, stanowi również pojęcie głęboko osadzone w sferze psychicznej, tożsamościowej i kulturowej. Dla wielu osób – niezależnie od płci – płodność wiąże się z realizacją ważnych ról społecznych (np. bycia matką, ojcem), ale też z poczuciem wartości, integralności cielesnej oraz ciągłości życia.

W społeczeństwach, w których rodzicielstwo stanowi silnie utrwaloną normę kulturową, utrata lub zagrożenie płodności może wywoływać poważne konsekwencje psychiczne – w tym żal, lęk, poczucie winy, a także kwestionowanie własnej tożsamości płciowej i egzystencjalnej.

Choroba onkologiczna w radykalny sposób wkracza w życie jednostki. Diagnoza nowotworu nie tylko konfrontuje pacjenta z realnym zagrożeniem życia. Stanowi ona doświadczenie graniczne – reorganizuje rzeczywistość, zmienia hierarchię wartości i stawia przed pacjentem szereg trudnych wyborów. Chemioterapia, radioterapia, leczenie hormonalne czy zabiegi chirurgiczne – wszystkie te procedury mogą trwale upośledzić funkcję gonad, a tym samym prowadzić do niepłodności.

### **Płodność jako symbol przyszłości i tożsamości**

Z perspektywy psychologicznej płodność nie jest jedynie biologiczną funkcją – pełni ona głęboko symboliczne i egzystencjalne znaczenie. Dla wielu kobiet jest ona integralną częścią tożsamości – wyrazem kobiecości, sprawczości i zdolności do przekazywania życia. W momencie diagnozy onkologicznej życie często „zamiera w bezruchu”, a przyszłość staje się nieczytelna. W tym kontekście możliwość zachowania płodności staje się punktem oparcia i motywacją do przetrwania leczenia. Poczucie, że po chorobie możliwe będzie „normalne” życie – z potencjalnym macierzyństwem – daje pacjentkom sens i cel. Wypowiedzi kobiet, które przeżyły chorobę nowotworową, potwierdzają tę obserwację. „Bardziej przerażała mnie perspektywa przetrwania chemioterapii i raka, a potem utraty płodności, niż sama śmierć” – przyznaje jedna z pacjentek cytowanych przez Mathur i in. (2013). Z kolei Steiner i Shaw (2019) wskazują, że sama myśl o możliwości bycia matką w przyszłości dawała pacjentkom siłę do przetrwania terapii.

## Tożsamość, relacje i duchowość – płodność w wielu wymiarach

Płodność dotyka wielu obszarów życia człowieka – nie tylko biologii, ale także relacji intymnych, obrazu ciała, seksualności, poczucia wartości. Kobiety często zgłaszają obawy przed byciem postrzeganą jako „niepełnowartościowa partnerka”. Diagnoza nowotworowa może też prowokować do ważnych decyzji – o rozstaniu, zawarciu związku, rozpoczęciu starań o dziecko, zamrożeniu komórek jajowych czy ostatecznym wycofaniu się z marzenia o macierzyństwie. Te wybory wymagają wsparcia emocjonalnego i moralnego. Równie istotne okazuje się ujęcie duchowe – dla wielu kobiet duchowość i religia są ważnym zasobem w radzeniu sobie z chorobą. Wsparcie psychologa nie powinno tego obszaru pomijać, zwłaszcza gdy pytania o sens cierpienia czy przyszłość są istotne dla pacjentki.

## Skutki psychologiczne braku rozmowy o płodności

Brak informacji, niedostateczna edukacja czy pominięcie tematu płodności może skutkować bardzo poważnymi konsekwencjami psychologicznymi. W mojej praktyce obserwuję, że wiele kobiet dopiero po zakończeniu leczenia uświadamia sobie, że nie została objęta odpowiednim wsparciem w zakresie ochrony swojej płodności – nie miały przestrzeni do refleksji, nie rozumiały konsekwencji leczenia, nikt z zespołu medycznego nie podjął tego tematu. Skutkiem bywa długotrwały żal, poczucie straty, a niejednokrotnie depresja. Badania Loren i in. (2013) dowodzą, że wczesne rozmowy o zabezpieczeniu płodności powinny być standardem w opiece onkologicznej kobiet w wieku rozrodczym. Pacjentki, które uzyskały takie wsparcie, są bardziej zaangażowane w leczenie i mają wyższy poziom satysfakcji z terapii. Letourneau i in. (2012) potwierdzają, że poczucie sprawczości i wpływu na przyszłość reprodukcyjną pełni funkcję ochronną wobec zdrowia psychicznego.

## Rola psychologa – wsparcie, edukacja, towarzyszenie

Psycholog w zespole onkologicznym odgrywa istotną rolę nie tylko w redukowaniu objawów stresu, depresji czy lęku, ale również jako aktywny towarzysz pacjenta w podejmowaniu trudnych decyzji związanych z leczeniem i jego skutkami ubocznymi, w tym – zabezpieczeniem płodności.

## Psychoedukacja i mediacja informacji medycznej

Pacjenci, szczególnie młodzi dorośli, często nie posiadają wiedzy na temat wpływu leczenia onkologicznego na ich płodność. Psycholog pomaga im zrozumieć dostępne metody zabezpieczenia płodności (np. krioprezewacja komórek jajowych, nasienia, tkanek jajnika lub jądra), co jest szczególnie ważne przy ograniczonym czasie decyzyjnym. W badaniach Letourneau i in. (2012) wykazano, że pacjenci poinformowani przed rozpoczęciem leczenia odczuwają wyższą jakość życia i mniejsze ryzyko depresji po jego zakończeniu. Ważna w tym aspekcie jest współpraca z lekarzami, ponieważ ich kompetencje pozwalają na przekazywanie informacji dotyczących możliwych metod zachowania płodności. Towarzyszenie pacjentkom w procesie przyjmowania tych komunikatów pozwala często na budowanie w nich sprawczości i zaufania do szeroko pojętych procedur medycznych i całego zespołu specjalistów.

## Wsparcie w podejmowaniu decyzji reprodukcyjnych

Zabezpieczenie płodności często wiąże się z decyzjami moralnymi, duchowymi, relacyjnymi i finansowymi. Psycholog towarzyszy pacjentowi w ich podejmowaniu, nie narzucając rozwiązań, ale pomagając mu rozpoznać własne wartości i priorytety. Dla niektórych kobiet np. stymulacja hormonalna przed pobraniem komórek jajowych może być sprzeczna z przekonaniami religijnymi lub etycznymi.

U innych decyzja o zamrożeniu materiału rozrodczego może budzić lęk o to, czy będą w stanie później z niego skorzystać. Psycholog wspiera ten proces, pomagając urealnić oczekiwania, zidentyfikować potrzeby, ale również poradzić sobie z możliwą ambiwalencją.



## Wsparcie relacyjne i komunikacyjne

Temat płodności dotyka nie tylko pacjenta, ale i jego relacji intymnych. Często pojawiają się konflikty w związku – dotyczące tego, czy zabezpieczać materiał rozrodczy, kiedy decydować się na dziecko, lub jak pogodzić oczekiwania partnera z własną niepewnością. Psycholog może moderować rozmowy między partnerami, wspierać komunikację, rozpoznawać obawy każdej ze stron i redukować występujące napięcia.

W badaniach Peate i in. (2009) kobiety często zgłaszały, że nie miały z kim porozmawiać o dylematach związanych z zachowaniem płodności, nawet z najbliższymi. Rola psychologa jako neutralnego, nieoceniającego towarzysza jest więc kluczowa.

## Praca z tożsamością rodzicielską i seksualną

Płodność jest ściśle związana z poczuciem kobiecości, męskości, atrakcyjności i zdolności do pełnienia ról społecznych. Utrata płodności może prowadzić do głębokiego kryzysu tożsamościowego. Psycholog wspiera pacjenta w redefinicji siebie – jako osoby seksualnej, jako potencjalnego rodzica, jako kogoś wartościowego niezależnie od biologicznej zdolności do prokreacji. Z badań Bjornsen-Ramig i in. (2024) wynika, że integracja podejścia biopsychospołecznego i terapeutycznego znacznie obniża poziom stresu w obszarze płodności oraz poprawia funkcjonowanie par po zakończeniu leczenia.

## Wsparcie w żałobie po utracie płodności

W przypadkach, gdy zabezpieczenie płodności nie było możliwe lub zakończyło się niepowodzeniem, psycholog odgrywa kluczową rolę w prowadzeniu pacjenta przez proces żałoby po stracie potencjalnego rodzicielstwa biologicznego. Utrata płodności to nie tylko kwestia biologiczna – to też utrata marzeń, wizji przyszłości i obrazu siebie jako matki lub ojca. W artykułach Zhang i in. (2022) oraz Gameiro i in. (2013) zwraca się uwagę, że niezwerbalizowany żal po stracie płodności może prowadzić do chronicznej depresji i licznych somatyzacji. Psycholog pomaga pacjentowi znaleźć nowe formy nadziei, wspiera eksplorację alternatywnych ścieżek rodzicielstwa (np. adopcja, rodzicielstwo zastępcze) oraz przekształca narrację życia na bardziej integrującą i spójną.

## Przygotowanie do życia po leczeniu

W przypadkach, gdy zabezpieczenie płodności nie było możliwe lub zakończyło się niepowodzeniem, psycholog odgrywa kluczową rolę w prowadzeniu pacjenta przez proces żałoby po stracie potencjalnego rodzicielstwa biologicznego. Utrata płodności to nie tylko kwestia biologiczna – to też utrata marzeń, wizji przyszłości i obrazu siebie jako matki lub ojca. W artykułach Zhang i in. (2022) oraz Gam

Po zakończeniu leczenia pacjenci często muszą zmierzyć się z nową tożsamością – „osoby po chorobie”. Płodność, nawet jeśli zachowana, może być niepewna. Psycholog pomaga w ponownej organizacji planów życiowych, reintegracji społecznej, a także wspiera pacjenta w oswojeniu nowego etapu życia – niekoniecznie takiego, jaki był planowany przed chorobą.

Rola psychologa w procesie zabezpieczania płodności jest złożona, dynamiczna i rozciągnięta w czasie – od momentu diagnozy, przez leczenie, aż po rekonwalescencję i długofalowe planowanie życia. Włączenie psychologa do zespołu interdyscyplinarnego zajmującego się onko-fertility nie jest luksusem, lecz koniecznością – etyczną, terapeutyczną i systemową.

# Wnioski

Nie możemy pytać „czy rozmawiać o płodności?“, lecz raczej „jak rozmawiać o niej dobrze?”. Płodność w chorobie nowotworowej nie jest tematem marginalnym. To temat egzystencjalny, który dla wielu kobiet staje się osią walki o życie. Z perspektywy psychologicznej jego pominięcie jest nie tylko zaniedbaniem etycznym, ale też klinicznym błędem. Konieczne jest tworzenie systemowych standardów włączających psychologów w rozmowy o zabezpieczeniu płodności – z szacunkiem do indywidualnych wartości, światopoglądu i planów życiowych pacjentki.

---

**mgr Edyta Sperling** – psycholożka, doktorantka Kolegium Doktorskiego Instytutu Psychologii na Uniwersytecie Wrocławskim. Zawodowo związana z Dolnośląskim Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii, gdzie pracuje z pacjentami i ich bliskimi w kryzysie utraty zdrowia. Realizuje szkolenie specjalistyczne z zakresu opieki i kryzysów okołoporodowych oraz psychologii perinatalnej w Laboratorium Psychoedukacji w Warszawie. W ramach działalności naukowej współpracuje z czołowymi badaczami w kraju i za granicą, m.in. w tematyce odpowiedniej komunikacji lekarz–pacjent i jej wpływu na zaangażowanie pacjenta w proces leczenia.



# Bibliografia

1. Loren, A. W. et al. (2013). Fertility preservation for patients with cancer: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline update. *Journal of Clinical Oncology*, 31(19), 2500–2510. <https://doi.org/10.1200/JCO.2013.49.2678>
2. Letourneau, J. M. et al. (2012). Pretreatment fertility counseling and fertility preservation improve quality of life in reproductive age women with cancer. *Cancer*, 118(6), 1710–1717. <https://doi.org/10.1002/cncr.26459>
3. Partridge, A. H. et al. (2004). Web-based survey of fertility issues in young women with breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 22(20), 4174–4183. <https://doi.org/10.1200/JCO.2004.01.159>
4. Stalmeier, P. F. et al. (2007). The impact of fertility preservation on quality of life in cancer patients: A literature review. *Quality of Life Research*, 16(3), 495–502. <https://doi.org/10.1007/s11136-006-9137-y>
5. Mathur, A. et al. (2013). The experience of young cancer survivors with fertility-related concerns. *Journal of Adolescent and Young Adult Oncology*, 2(4), 160–167
6. Steiner, A. Z., & Shaw, J. A. (2019). Hope and reproductive identity in cancer survivorship. *Oncofertility Journal*, 12(2), 102–110.
7. Zhang, M. et al. (2022). The impact of stigma on mental health and quality of life of infertile women: A systematic review. *Frontiers in Psychology*, 13, 1093459. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1093459>
8. Bjornsen-Ramig, A. L. et al. (2024). Fertility by design: Integrating IVF, biopsychosocial tenets, and counseling. *The Family Journal*, 32(1), 51–59. <https://doi.org/10.1177/10664807241231256>

# Wpływ leczenia onkologicznego na intymność, życie seksualne i relacje pacjentów – wyzwanie i wsparcie dla specjalistów



## Agata Ruchel-Chojka

Specjalistyczna Poradnia Psychologiczno-Seksuologiczna we Wrocławiu

Seksualność stanowi integralny i niezbywalny element ludzkiego życia – niezależnie od wieku, stanu zdrowia czy okoliczności życiowych. Jest ona nie tylko związana z aktywnością seksualną, ale także z tożsamością płciową, orientacją, intymnością, budowaniem więzi emocjonalnych i realizacją potrzeb prokreacyjnych. To siła życiowa człowieka, która łączy aspekty biologiczne, emocjonalne, intelektualne i społeczne, a jej obecność i pielęgnowanie są niezbędne dla dobrostanu jednostki. Proces leczenia onkologicznego, zarówno w fazie diagnozy, terapii, jak i rekonwalescencji, w istotny sposób ingeruje w obszar seksualności i intymności. Z badań wynika, że blisko 2/3 pacjentów onkologicznych doświadcza problemów w tej sferze, a 40% nowotworów bezpośrednio dotyczy narządów płciowych. W obliczu rosnącej długości życia i coraz większej liczby osób żyjących z chorobą nowotworową przez wiele lat, temat jakości życia, w tym życia seksualnego, nabiera szczególnego znaczenia.

## Skala zjawiska i reakcje pacjentów

Problemy w obszarze seksualności to nie wyjątek, lecz norma w doświadczeniu pacjentów onkologicznych. Reakcje osób dotkniętych chorobą są zróżnicowane – część pacjentów adaptuje się bez większych trudności, inni potrzebują podstawowego wsparcia, rozmowy czy rzetelnych informacji, a u jednej trzeciej konieczna jest specjalistyczna interwencja terapeutyczna, często z udziałem seksuologa czy psychoterapeuty.

Największe trudności pojawiają się:

- po diagnozie – szok, lęk, redefinicja tożsamości,
- w trakcie leczenia – skutki uboczne terapii, zmiany ciała, zmęczenie,
- po zakończeniu leczenia – potrzeba powrotu do życia, w tym życia intymnego, która bywa źródłem frustracji i obaw.

Do najczęściej obserwowanych zaburzeń należą: zaburzenia erekcji u mężczyzn, ból podczas stosunku u kobiet, utrata libido, depresja, obniżone poczucie atrakcyjności, unikanie kontaktów fizycznych, utrata intymności w związku oraz trudności komunikacyjne w parze.



## Wpływ choroby na relacje partnerskie

Nowotwór dotyka nie tylko pacjenta, ale także jego partnera. Osoby wspierające często doświadczają obniżenia libido, narastającego napięcia emocjonalnego, niepewności czy trudności w wyrażaniu potrzeb seksualnych. Brak otwartego dialogu sprzyja narastaniu izolacji i poczucia niezrozumienia. Dlatego tak ważne jest angażowanie partnerów w proces wsparcia – konsultacje indywidualne i wspólne mogą skutecznie pomóc w odbudowie intymności i równowagi psychoseksualnej w związku.

## Rola personelu medycznego

Opieka onkologiczna powinna obejmować także sferę seksualności. Każdy członek zespołu medycznego – lekarz, pielęgniarka, rehabilitant – może stworzyć przestrzeń do rozmowy, zadawać pytania z empatią i bez oceniania, a także kierować pacjentów do odpowiednich specjalistów: psychoonkologów, onkoseksuologów, terapeutów czy grup wsparcia.

Rozmowa o seksualności powinna być elementem spersonalizowanej opieki.

Wytyczne wskazują, że:

- należy systematycznie stwarzać warunki do rozmowy o intymności,
- informacje powinny być dostosowane do fazy leczenia,
- każdy zawód medyczny ma określoną rolę w procesie wsparcia.

# Modele interwencji

## PLISSIT i BETTER

### PLISSIT

**Permission** – stworzenie bezpiecznej atmosfery i zgody na rozmowę,

**Limited Information** – przekazanie podstawowych informacji,

**Specific Suggestions** – indywidualne zalecenia,

**Intensive Therapy** – specjalistyczna terapia.

### BETTER

**Bring up the topic** – zainicjowanie rozmowy,

**Explain** – podkreślenie znaczenia seksualności dla zdrowia,

**Tell** – zapewnienie o dostępności pomocy,

**Timing** – dostosowanie momentu rozmowy do gotowości pacjenta,

**Educate** – rzetelna edukacja,

**Record** – odnotowanie w dokumentacji.

Oba modele umożliwiają stopniowe podejście – od prostej rozmowy, po złożoną terapię specjalistyczną.

## Rehabilitacja i narzędzia wspierające

Skuteczna rehabilitacja w obszarze seksualności powinna obejmować:

- fizjoterapię – ćwiczenia dna miednicy, praca z rozszerzaczami, masaże,
- wsparcie psychologiczne – psychoterapia, praca nad obrazem ciała, techniki uważności,
- zmiany stylu życia – aktywność fizyczna, dieta, higiena snu.

W praktyce pomocne są również narzędzia rehabilitacyjne, takie jak lubrykanty, dilatory, masażery czy wibratory, które stosowane z odpowiednim wsparciem specjalistów, wspierają powrót do satysfakcji seksualnej.

## Motywacje seksualne pacjentów w trakcie leczenia

Seksualność w chorobie nowotworowej pełni różne funkcje:

- zaspokajają potrzebę normalności i bliskości,
- stanowi formę odskoczni od choroby,
- odpowiada na autentyczne pożądanie,
- bywa źródłem trudnych emocji, takich jak dyskomfort czy obrzydzenie.

# Podsumowanie

Seksualność pozostaje kluczowym aspektem jakości życia pacjentów onkologicznych. Wyzwanie dla specjalistów polega na tym, by nie unikać rozmowy o intymności, lecz tworzyć przestrzeń, w której pacjenci mogą dzielić się swoimi potrzebami i otrzymywać realne wsparcie. Modele PLISSIT i BETTER oraz całościowe podejście rehabilitacyjne pokazują, że skuteczna pomoc wymaga interdyscyplinarnej współpracy i otwartości na potrzeby pacjentów i ich partnerów.

Niech refleksja nad tym zagadnieniem stanie się początkiem zmiany – w praktyce klinicznej, w zespołach terapeutycznych i w codziennym kontakcie z osobami zmagającymi się z chorobą nowotworową.

---

**mgr Agata Ruchel – Chojka** – specjalista psychoseksuologii, psychoterapeuta w nurcie psychodynamicznym. Certyfikowany seksuolog kliniczny (nr 110) i superwizor Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego. Psychoterapeuta dorosłych oraz par, szczególnie w obszarze trudności w relacjach, a także problemów związanych z seksualnością i tożsamością. Pracuje zgodnie z aktualnymi standardami, w tym z osobami nieheteronormatywnymi, niebinarnymi i transpłciowymi, oferując wsparcie terapeutyczne. Swoją pracę poddaje regularnej superwizji. Ukończyła Laboratorium Psychoedukacji w zakresie pracy z parą oraz stale pogłębia swoją wiedzę i umiejętności w metodzie EFT (Emotionally Focused Therapy). Współpracownik dydaktyczny Uniwersytetu SWPS oraz UAM. Prezes Fundacji Seksualni- organizacji, której aktualną misją jest wspieranie pacjentów onkologicznych w obszarze ich seksualności i intymności w trakcie i po leczeniu nowotworowym.

# Metody pracy z pacjentem chorującym somatycznie w kryzysie suicydalnym



**Joanna Krawczyk**

Instytut Psychologii, Uniwersytet Wrocławski wrocławiu

Słowo „kryzys” kojarzone jest powszechnie z nagle pogarszającym się stanem psychicznym, czy somatycznym człowieka. Jest to jednak jedno z różnych możliwości rozumienia tego słowa. Kryzys może oznaczać także zmianę, sytuację zwrotną, przełom, punkt kulminacyjny, po którym może nastąpić coś nowego (Badura- Madej, 1999). Można spotkać także różne rodzaje kryzysów, jak np. małżeński, rodzinny, wartości, czy ekonomiczny (Kotlarska- Michalska, 2022).

Jednym z rodzajów kryzysów, który budzi zwykle wiele różnych, zwykle negatywnych emocji w społeczeństwie, jest kryzys samobójczy. Występując u danego człowieka zazwyczaj wskazuje na załamanie się naturalnych, psychologicznych mechanizmów obronnych oraz dotychczasowych sposobów radzenia sobie w sytuacjach trudnymi w codziennym życiu. Istnieje nieograniczona ilość motywów i powodów rozwoju kryzysu samobójczego, ale istnieje też grupa sytuacji życiowych (zdrowotnych), które zdecydowanie zmieniają życie człowieka, jak i niejednokrotnie i jego otoczenia.



Są to m.in. sytuacje wystąpienia poważnej przewlekłej choroby somatycznej, bądź choroby nowotworowej, mogące stanowić potencjalny czynnik rozwoju zagrożenia samobójstwem. Wymuszają bowiem one dużą zmianę w życiu przyszłego pacjenta, nierzadko stanowiąc rodzaj „rewolucji”, przez którą nagle osoba zdaje sobie sprawę, że jej życie zacznie wyglądać inaczej, zmieni się, a być może nawet będzie zagrożone i/lub skończy się przedwcześnie. To wywołuje szereg intensywnych reakcji emocjonalnych, generuje lęki i obawy, złość, frustrację, smutek, czy wycofanie (Sesiuk i Rzepiela, 2016; Lelonek i wsp., 2013). Wywołuje także refleksje na temat życia, jego wartości, tego, czego się nie zrobiło albo nie robi w subiektywnym wyobrażeniu sytuacji. Niewątpliwie jest to sytuacja silnego obciążenia emocjonalnego, z którym każdy człowiek (pacjent) radzi sobie w charakterystyczny dla siebie sposób.

W sytuacji nowo rozpoznanej choroby przewlekłej, bądź choroby nowotworowej można by powiedzieć, że pojawia się etap niewiedzy i obaw – jak to będzie, czy poradzę sobie, czy da się z tym żyć, ile będę z tym żyć itp. Ponieważ jest wiele rodzajów przewlekłych chorób somatycznych, nie u wszystkich osób będą się one wiązać z długotrwałą silną reakcją emocjonalną i część osób będzie potrafiła wewnątrznie przyjąć fakt, że ich życie będzie wyglądać nieco inaczej, niż dotychczas. Jednak w przypadku chorób nowotworowych, które zwykle kojarzą się z potencjalnym zagrożeniem życia i bólem, jak również w poważnych, obciążających pacjenta i nieraz rodzinę chorobach przewlekłych, może dojść do załamania psychicznego, które narastając doprowadzi do rozwoju zagrożenia samobójstwem (Kulpa i in., 2023).

Często jest on wynikiem stanu emocjonalnego, będącego wynikiem złożonego połączenia cech osobowości, doświadczeń, sposobu spostrzegania i rozumienia sytuacji, posiadanych informacji i wyobrażeń o chorobie, spostrzegania umiejętności radzenia sobie i systemu wsparcia (Michałowska- Wiecek, 2006).

W sytuacji rozpoznania zwłaszcza choroby nowotworowej, można wyróżnić kilka specyficznych postaw pacjentów:

1. **„wygram z tym”** – postawa walki, nierzadko doświadczanie złości i niegodzenie się z tym, co się dzieje + nadzieja, że może być lepiej
2. **„zrobię co mogę, póki żyję”** – postawa umiarkowanej walki z godzeniem się z sytuacją lub stopniową utratą nadziei na wyleczenie
3. **„rak mnie i tak zabije”** – poddanie się i psychiczne/ fizyczne wycofanie
4. **„nie pozwolę rakowi się zabić, sam to zrobię”** – potrzeba kontroli i wpływu na swoje życie przez akt autoagresji, z brakiem wiary i nadziei na wyzdrowienie

Nie mając dobrze rozwiniętych strategii radzenia sobie z silnie stresującą sytuacją, istnieje prawdopodobieństwo uruchomienia destrukcyjnych sposobów radzenia sobie z chorobą (Gołota i in., 2017).

Jednym z niezwykle istotnych czynników, które mogą mieć znaczenie w sytuacji narastającego kryzysu psychicznego, jest dostęp do rzetelnych informacji i psychiczne wsparcie. Nierzadko pacjenci otrzymujący wstępne informacje o swojej chorobie od lekarza początkowo reagują szokiem i będąc w stanie zawężenia poznawczego nie rejestrują wszystkich usłyszanych informacji, nie generują wszystkich pytań, jakie chcieliby zadać. Gdy reakcja szoku się zmniejsza, szukają szczegółów o swoim rozpoznaniu w internecie (fora, opis doświadczeń itp.), odnajdując wiele nieprawdziwych w jego przypadku, bądź pesymistycznych informacji zwrotnych, odbierających nadzieję i wzmagających lęki i obawy. To między innymi w wyniku tego mogą się u nich rozwijać myśli rezygnacyjne, myśli samobójcze, czy plany z tendencjami do ich realizacji.

Można wówczas usłyszeć od pacjenta sformułowania typu: „leczenie nie ma sensu”, „nie chce mi się żyć”, „nie ma co próbować”, „to i tak nic nie zmieni” itp. W wielu przypadkach „NIE CHCĘ ŻYĆ = nie chcę TAK żyć”, a nie „nie chcę żyć w ogóle”, choć przez osoby postronne może być to rozumiane jako decyzja o chęci śmierci, co zwykle jest mitem. Istotnym więc będzie profesjonalne zaopiekowanie się pacjentem od początku jego zdiagnozowanej choroby zarówno od strony medycznej, jak i psychologicznej, aby zminimalizować rozwój kryzysu, na co może się składać:

- poznanie obaw i lęków
- ustalenie stanu wiedzy i wyjaśnienie jak z perspektywy specjalisty wygląda sytuacja
- zachęcanie do zadawania pytań i wyjaśniania niejasności
- zapewnienie wsparcia (specjalista, psycholog/ psychiatra, rodzina, przyjaciel itp.)
- ocena stanu psychicznego, realnego zagrożenia wystąpienia kryzysu i próby samobójczej

Często po rozpoznaniu choroby onkologicznej uwaga pacjentów i personelu medycznego skupia się na zdrowiu fizycznym, aby walczyć z chorobą. Pomija się jednak wówczas istotny element, jakim jest zdrowie psychiczne- równie bardzo istotne, szczególnie gdy leczenie nie jest krótkie, łatwe i dające pewność skuteczności (Sesiuk, Rzepiela, 2016).

Jakie mogą być powody reakcji pacjentów typu „nie chce mi się żyć”?

- trudność w emocjonalnym pogodzeniu się z zaistniałą sytuacją medyczną i diagnozą,
- nasilony stres lub silny lęk przed nieznanym,
- wyobrażenie (niejednokrotnie mylne), że choroba doprowadzi do śmierci,
- obawy, że choroba i metody leczenia będą bolesne,
- brak lub niedostateczne informacje nt. przebiegu procesu leczenia, czy postępowania medycznego,
- obawy, że choroba mnie zmieni (np. „przestanę być sobą mając guza mózgu”),
- obawy, że trzeba będzie sobie radzić samemu z chorobą.

Ponieważ personel medyczny często ma bezpośredni kontakt z pacjentami, którzy mogą przeżywać kryzys emocjonalny lub samobójczy w wyniku reakcji na diagnozę i/lub leczenie, istotnym jest, aby wiedzieć, że również lekarze i pielęgniarki mają możliwość wstępnej oceny i minimalizowania potencjalnego zagrożenia ryzyka samobójstwa. Jeśli pacjent wspomina o myślach samobójczych wprost albo wypowiada treści wskazujące na ogólną rezygnację z życia, poddaje się i wycofuje z leczenia to warto:

**A.** porozmawiać i zapytać wprost, czy myśli/mówi o śmierci. Mitem jest, że zachęci się pacjenta do myślenia o tym. Wstępna ocena sytuacji, czy jest zagrożenie jest ważniejsza niż używanie barwnego języka lub krążenie obok tematu. Rozmowa na ten temat może zachęcić pacjenta do otwarcia się i szczerzej rozmowy.

**B.** pamiętać o tym, że informacja o myślach samobójczych nierzadko wywołuje stres w osobie pomagającej i poczucie presji działania, tym bardziej, jeśli nie jest psychologiem, czy psychiatrą. Nie każda sytuacja jednak wymaga pilnego działania i hospitalizacji. Ważnym jest, aby umieć zachować spokój,

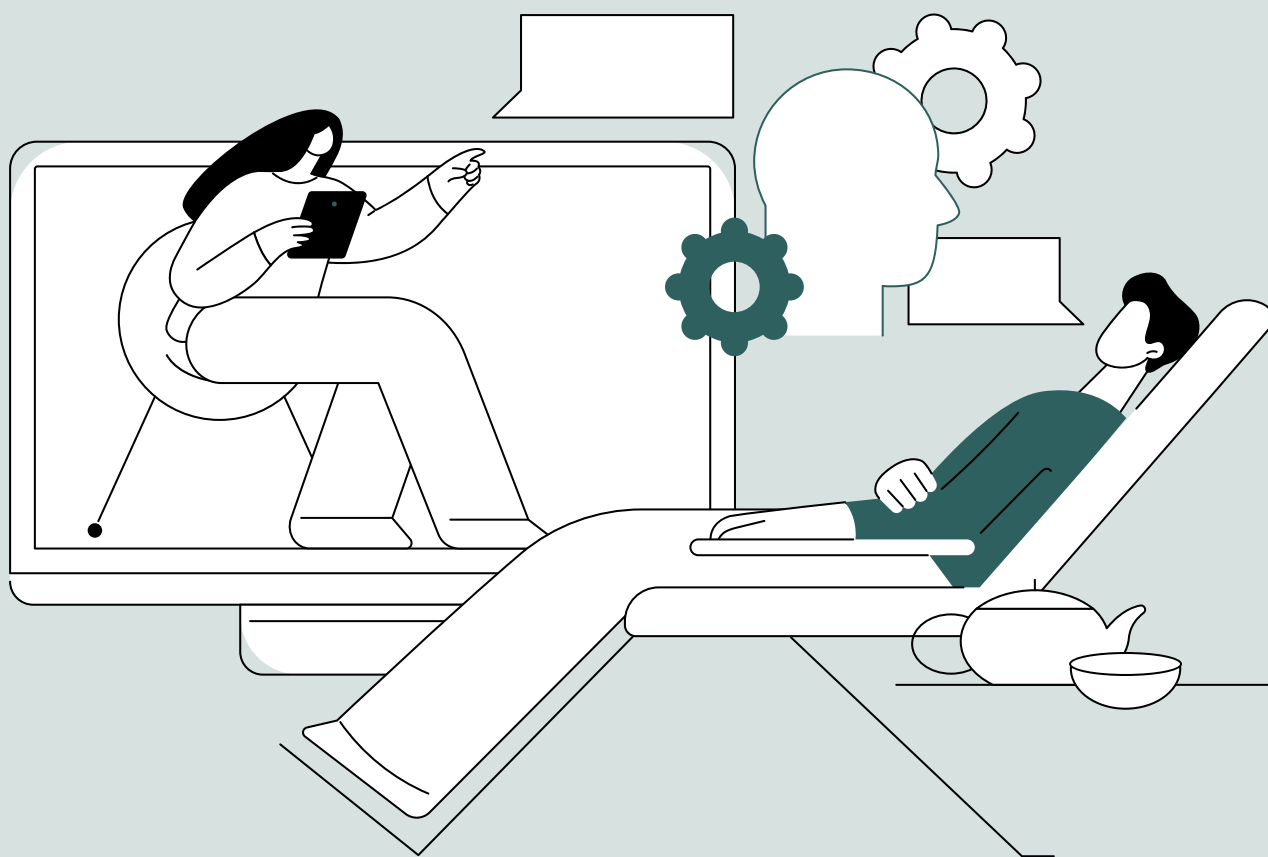
**C.** zapytać, jak często osoba myśli o śmierci, w jakich sytuacjach, czy są to myśli z chęcią skrzywdzenia siebie, czy nie chce zrobić sobie fizycznej krzywdy, ale chciałaby, żeby sytuacja się zmieniła,

**D.** mieć na uwadze to jak cenną umiejętnością jest słuchanie i pozwolenie na mówienie. Kiedy pacjent dostanie zachętę, aby się otworzyć i mówić o obawach i emocjach, może pomóc to w zmniejszeniu emocjonalnego napięcia, a specjaliście w ocenie sytuacji pacjenta i jej powagi, w określeniu jakie kolejne kroki podjąć ,

**E.** zainteresować się, czy coś mogłoby pacjentowi poprawić samopoczucie. Być może potrzebuje informacji, rozmowy z psychologiem, pomocy w czymś, sieci wsparcia

**F.** polecić (jeśli jest taka możliwość) pacjentowi rozmowę ze specjalistą zdrowia psychicznego (np. psycholog, psychoonkolog, psychiatra), zwłaszcza, jeśli pacjent sprawia wrażenie depresyjnego albo lękowego,

**G.** wezwać psychiatrę i/lub pogotowie ratunkowe, jeśli pacjent zdradza poważne zagrożenie bowiem być może potrzebna będzie hospitalizacja.



Powyższe wskazówki nie mają służyć jako działanie „zamiast” pomocy psychologiczno-psychiatrycznej, ale stanowić impuls do tego, aby mając kontakt z pacjentem cierpiącym psychicznie w wyniku posiadanej diagnozy, móc choć trochę przyczynić się do zmniejszenia napięcia emocjonalnego, ale i wstępnej oceny bieżącej sytuacji. Warto także pamiętać, że stan psychiczny i somatyczny wzajemnie na siebie oddziałują (Sesiuk, Rzepiela, 2016).

Personel medyczny może stanowić istotne ogniwo w pomocy pacjentom chorującym przewlekłe i nowotworowo w powrocie do równowagi psychicznej. Nie chodzi o zastąpienie specjalisty zdrowia psychicznego, ale o zintensyfikowanie skutecznej pomocy, często będąc pierwszymi osobami, z którymi ci pacjenci mają kontakt. Poprzez udzielanie rzetelnych informacji, kompetentne edukowanie pacjenta i otwartość na rozmowę można bowiem zmniejszyć potencjalne zagrożenie przedwczesną śmiercią nie z powodów medycznych, ale pogarszającego się stanu psychicznego i w ostateczności- samobójstwa.

Nierzadko rozmowa, zainteresowanie tym co się dzieje, pokazanie, że chce się pomóc, poznać perspektywę pacjenta, może być pierwszym krokiem do zmiany sposobu jego myślenia, wzmocnienia chęci zadbania o swoje życie i zdrowie, a być może także zachętą do rozmowy z psychologiem (psychoonkologiem) lub psychiatrą.

---

**dr Joanna Krawczyk** - psycholog, psychoterapeuta, psychotraumatolog, interwent kryzysowy i muzykoterapeuta. Specjalizuje się w tematyce zachowań samobójczych i autodestruktywnych. Prowadziła grupę wsparcia dla osób w żałobie po samobójstwie. Posiada także praktyczne doświadczenie z zakresu diagnostyki i terapii neuropsychologicznej oraz interesuje się możliwościami tączenia sztuki (m.in. tańca i muzyki) z oddziaływaniami terapeutycznymi wobec osób w kryzysie emocjonalnym i z zaburzeniami psychicznymi. Wykładowca akademicki w Instytucie Psychologii Uniwersytetu Wrocławskiego oraz kierownik Pracowni Konsultacji i Poradnictwa Psychologicznego i Poradni Suicydologicznej przy IPs. Członek Polskiego Towarzystwa Suicydologicznego, Polskiego Towarzystwa Zapobiegania Samobójstwom oraz Polskiego Towarzystwa Psychoterapii Psychodynamicznej.



# Bibliografia

1. Badura- Madej, W. (1999). Wybrane zagadnienia z interwencji kryzysowej. Wyd. Śląskie
2. Gołota S, Białczyk K, Wyszowska Z, Popiołek A, Krajnik M, Borkowska A. (2017). Lęk i depresja u chorych na nowotwory – co tracimy? *Medycyna Paliatywna w Praktyce*; 11(3), s.111–117.
3. Kotlarska- Michalska, A. (2022). Wielopropblematowość sytuacji kryzysowych a system wsparcia. *Kultura- Społeczeństwo- Edukacja*. 1 (21), s. 17- 38.
4. Kulpa, M., Ciuba, A., Kosowicz, M., Rozenek, H, Banasiewicz, J., Flaga- Łuczkiwicz, M. i Syputa- Ciuba, B. (2023). Ocena związku lęku i depresji oraz wybranych zmiennych psychospołecznych u pacjentów onkologicznych. *Psychiatria Polska*, 57 (4), s. 761- 774
5. Lelonek, B., Cieślak, A i Kamusińska, E. (2013). Problematyka stresu w chorobie nowotworowej. *Problemy Pielęgniarstwa*, 21 (1), s. 128- 136
6. Michałowska-Wieczorek I. (2006). Rola wsparcia w zmaganiu się z chorobą nowotworową. *Psychoonkologia*, 10, s. 51–56.
7. Sesiuk, A. i Rzeplieta, L. (2016). Zaburzenia psychiczne w przebiegu chorób nowotworowych. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 16 (1), s. 21- 26.

# Śmierć jako tabu.

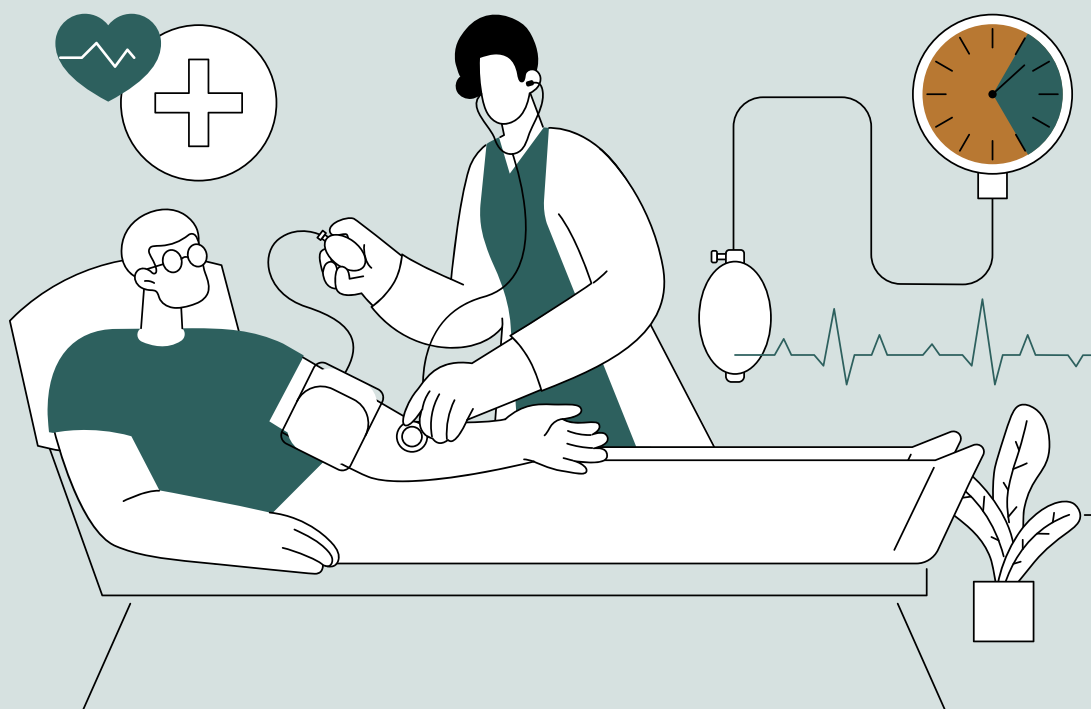
## Jak poruszać ten temat z pacjentem?



### Marta Homa

Klinika Chorób Wewnętrznych i Hematologii  
Wojskowy Instytut Medyczny-Państwowy  
Instytut Badawczy w Warszawie

Śmierć w wielu kulturach pozostaje tematem tabu – „ciszą pełną lęku”, będącą niepisaną umową społeczną, która nakazuje unikać rozmów o końcu życia i konfrontacji z własną śmiertelnością. Tego rodzaju tabuizacja, choć często traktowana jako forma ochrony przed bólem i niepokojem, jednocześnie utrwała przekonanie, że tematy związane z umieraniem są nieuchronnie obciążające emocjonalnie i trudne do poruszenia (Kozaka, 2015). Współcześnie coraz więcej badań wskazuje, że otwarta i szczerza komunikacja na temat zbliżającego się końca życia może przynieść istotne korzyści zarówno pacjentom, jak i ich bliskim (Wright i in., 2008; Felber i in., 2024). Mimo to wielu pacjentów z chorobami zagrażającymi życiu wciąż doświadcza unikania tego tematu przez personel medyczny i rodzinę – z powodu lęku, bezradności lub obawy przed „odebraniem nadziei” (Felber i in., 2024). W onkologii śmierć bywa często traktowana jako porażka, co dodatkowo utrudnia podejmowanie rozmów na ten temat. Milczenie w tej kwestii paradoksalnie pogłębia poczucie beznadziei u pacjenta, utrudniając mu proces akceptacji własnej sytuacji. (Kozaka, 2015). Niniejszy artykuł analizuje problem tabu śmierci w relacjach z pacjentem, omawia strategie komunikacji na ten temat, rolę psychologa w opiece u kresu życia oraz wybrane interwencje terapeutyczne, które służą poprawie jakości życia pacjentów z zaawansowaną chorobą nowotworową.



Unikanie rozmów o śmierci może mieć poważne konsekwencje psychospołeczne. Pacjent, wokół którego wszyscy milczą na temat prognozy, często czuje się osamotniony i stygmatyzowany przez swoją chorobę – jakby był „wykluczony” z normalnej komunikacji (Rogiewicz i in., 2015). Milczenie może nasilać poczucie winy oraz prowadzić do izolacji społecznej chorego. Ponadto brak szczerzej rozmowy pogłębia lęk przed nieznanym i poczucie beznadziei – pacjent może zacząć traktować swoją chorobę jak wyrok, skoro nikt nie daje mu przestrzeni, by otwarcie mówić o obawach (Kozaka, 2015). Takie tabu komunikacyjne dotyka również rodziny: bliscy,

k którzy nie zostali przygotowani na nadchodzącą śmierć, częściej doświadczają skomplikowanej żałoby i problemów z adaptacją po stracie (Stajduhar i in., 2010). Z kolei personel medyczny unikający tematu śmierci może odczuwać frustrację, stres i wypalenie – opieka nad pacjentami umierającymi bez umiejętności rozmowy o tym powoduje długotrwałe obciążenie emocjonalne (Felber i in., 2024). Skutki unikania tematu śmierci oraz korzyści otwartej komunikacji zostały szczegółowo przedstawione w Tabeli 1.

Tabela 1. Podstawowe metody pracy z pacjentem onkologicznym lub członkiem jego rodziny, z potwierdzoną naukowo skutecznością

Aspekt opieki u kresu życia	Gdy brak otwartej rozmowy o śmierci	Gdy prowadzona jest otwarta komunikacja o zbliżającym się końcu życia
Zgodność opieki z wolą pacjenta	Decyzje podejmowane bez pełnej wiedzy pacjenta; częstsze intensywne leczenie do końca (uporczywa/daremna terapia). (Wright i in., 2008)	Plan opieki dostosowany do wartości i preferencji chorego; częstsze korzystanie z opieki paliatywnej/hospicjum zamiast agresywnego leczenia. (Wright i in., 2008; Lundquist i in., 2011)
Stan psychiczny i komfort pacjenta	Narastający lęk i poczucie osamotnienia; pacjent może czuć, że nie ma pozwolenia na wyrażanie emocji i pytań. Często brak przygotowania psychicznego na nadchodzący koniec życia.	Ulga dzięki możliwości omówienia obaw; pacjent czuje się wysłuchany i zaopiekowany emocjonalnie. Badania nie potwierdzają, by szczerze rozmowy nasilały depresję czy lęk – nie odnotowano większych wskaźników depresji u pacjentów, z którymi przeprowadzono takie rozmowy. (Wright i in., 2008)
Doświadczenie rodziny (żałoba)	Szok i dezorientacja u bliskich w chwili śmierci; brak możliwości pożegnania; wyższe ryzyko żalu patologicznego i depresji u rodziny po stracie. (Abbott i in., 2014; Stajduhar i in., 2010)	Rodzina bardziej przygotowana na śmierć – możliwość pożegnania się z chorym, pożegnania i ukończenia „niedokończonych spraw”. Lepsza adaptacja w żałobie; rzadziej występują zaburzenia o charakterze depresji czy skomplikowanej żałoby. (Stajduhar i in., 2010)

## Strategie komunikacji na temat umierania w kontakcie z pacjentem

Wrażliwa komunikacja dotycząca końca życia jest kluczowym elementem opieki paliatywnej na każdym etapie zaawansowanej choroby (Kozaka, 2015). Należy podkreślić, że rozmowa o zbliżającej się śmierci to proces, a nie jednorazowe wydarzenie – powinna odbywać się stopniowo i z wyczuciem, w miarę postępu choroby oraz gotowości pacjenta (De Walden-Gałuszko, 1996, 2011, 2015). Zaleca się, aby już w momencie rozpoznania nieuleczalnej choroby i podczas ważnych punktów decyzyjnych (np. zakończenie leczenia przyczynowego, przejście do terapii paliatywnej) prowadzić szczere rozmowy o rokowaniach i oczekiwaniach chorego (Felber i in., 2024).

W komunikacji o trudnych tematach, takich jak umieranie, ogromną rolę odgrywa słuchanie aktywne. Dobrze jest zachęcić chorego do wyrażenia swoich lęków, smutku, złości czy innych emocji związanych z umieraniem (Rogiewicz, 2015).

Istotną strategią jest planowanie naprzód (ang. advance care planning). Oznacza to zaproszenie pacjenta do rozmowy o jego życzeniach czy potrzebach na ostatni etap życia, m. in. gdzie chciałby przebywać (np. w domu czy w hospicjum), jakiego leczenia podtrzymującego życia nie życzy sobie czy kogo upoważnia do podejmowania decyzji, gdy sam nie będzie mógł ich komunikować (Felber i in., 2024). Niemniej jednak, pomimo korzyści wynikających z takich rozmów, istnieją liczne bariery związane z brakiem otwartości personelu medycznego w poruszaniu tematu śmierci. Bariery te zostały szczegółowo przedstawione w Tabeli 2.



Tab. 2. Najczęstsze bariery w komunikacji na temat zbliżającej się śmierci oraz strategie ich przezwyciężania.

Bariery zgłaszane przez lekarzy/pielęgniarki (przykłady)	Proponowane strategie przełamania bariery
<p><b>Niepewność prognostyczna</b> – lekarz nie jest pewien, ile czasu pozostało pacjentowi, obawia się pomyłki w przewidywaniach (Felber i in., 2024).</p>	<p>Przyznanie się do niepewności, jednocześnie rozpoczynając rozmowę od tego, co jest pewne, stanowi kluczowy element w komunikowaniu przewidywań dotyczących przebiegu choroby (np. „Chciałbym z Panią/Panem omówić to czego możemy się spodziewać w najbliższych dniach lub tygodniach, choć nie jesteśmy w stanie precyzyjnie określić, kiedy te zmiany nastąpią”).</p> <p>Szkolenia z zakresu komunikacji odnośnie przekazywania informacji o rokowaniach pomagają zwiększyć pewność i komfort zarówno pacjenta, jak i personelu medycznego, umożliwiając bardziej otwarte, realistyczne rozmowy na temat dalszego przebiegu choroby i jej skutków.</p>
<p><b>Lęk przed wywołaniem u pacjenta rozpacz lub odebraniem nadziei</b> – obawa, że szczerłość skrzywdzi chorego (Felber i in., 2024).</p>	<p>Uświadomienie sobie, że kontrolowane przekazanie prawdy z empatią nie pogarsza stanu pacjenta (badania pokazują brak wzrostu depresji); skupienie się na tym, że pacjent ma prawo wiedzieć; ćwiczenie reakcji na silne emocje pacjenta, na przykład poprzez symulację trudnych rozmów (odgrywanie ról) z psychologiem. Tego typu praktyka pomaga pracownikom służby zdrowia nabrać pewności siebie, zrozumieć, jak reagować na emocjonalne reakcje pacjenta i jak dostosować przekaz do stanu emocjonalnego chorego, zachowując jednocześnie wrażliwość i szacunek.</p>
<p><b>Własny dyskomfort personelu, unikanie konfrontacji ze śmiercią</b> – lekarz sam boi się tematu śmierci, czuje się bezradny (Rousseau, 2001).</p>	<p>Praca nad własnymi emocjami: rozmowy w zespole, superwizja z psychologiem, uświadomienie sobie osobistych przekonań na temat umierania. Rozdzielenie stresorów osobistych od zawodowych (np. świadomość, że lęk wynika z własnych doświadczeń, a nie z sytuacji pacjenta).</p>
<p><b>Brak czasu i warunków</b> – szybkie tempo pracy, brak miejsca na spokojną rozmowę (Nyatanga, 2012).</p>	<p>Organizacyjne rozwiązania: planowanie rozmów (np. pod koniec wizyty, w osobnym pomieszczeniu), zaangażowanie zespołu (pielęgniarki, psychologa) do rozmów z pacjentem. Kierownictwo placówek powinno uwzględniać komunikację jako część opieki, a nie „dodatek”.</p>
<p><b>Postrzeganie śmierci jako porażki</b> – zwłaszcza wśród lekarzy silnie skoncentrowanych na leczeniu, trudność stanowi przyznanie, że dalsza terapia nie przynosi już efektów (Felber i in., 2024).</p>	<p>Zmiana myślenia: świadomość, że celem opieki paliatywnej nie jest „wygrać ze śmiercią”, lecz zapewnić choremu najlepszą możliwą jakość życia do końca. Podkreślanie w edukacji medycznej, że towarzyszenie w umieraniu jest sukcesem humanistycznym, a nie porażką. Mentorzy i przykłady doświadczonych lekarzy w opiece paliatywnej mogą pomóc „młodszym”/rozpoczynającym pracę medykom przełamać ten schemat.</p>

## Rola psychologa w komunikacji na temat śmierci

Psycholog kliniczny lub psychoonkolog stanowi kluczowy element zespołu opieki paliatywnej, wspierając pacjentów, ich rodziny oraz personel medyczny w radzeniu sobie z wyzwaniami związanymi z komunikacją o śmierci i umieraniu. Jego rola jest wielowymiarowa: obejmuje zarówno bezpośrednie wsparcie emocjonalne pacjentów, pomoc w adaptacji do nieuchronnych zmian, jak i edukację personelu medycznego w zakresie skutecznej i wrażliwej rozmowy z pacjentem o końcu życia. Integralną częścią pracy psychologa jest także wspieranie pacjentów w procesie osvajania tematu śmierci, umożliwiając im znalezienie sensu w ostatnich chwilach życia. Interwencje psychologiczne, które mają na celu łagodzenie dystresu egzystencjalnego u pacjentów z zaawansowaną chorobą nowotworową zostały omówione w Tabeli 3.

Tab. 3. Wybrane interwencje psychologiczne łagodzące dystres egzystencjalny u pacjentów w fazie zaawansowanej choroby nowotworowej.

Interwencja	Opis i główne założenia	Wykazane efekty (badania)
<b>Terapia godności/ Dignity Therapy</b> (Chochinov i in., 2005)	Krótkoterminowa terapia podtrzymująca poczucie godności. Pacjent odpowiada na pytania o swoje życie, wartości, ważne wspomnienia; powstaje dokument – „pożegnalne przesłanie” dla bliskich.	Wysoka akceptacja pacjentów (ok. 90% ocenia ją jako pomocną). Poprawa samopoczucia, redukcja depresji i lęku (Chochinov i in., 2011; Juliao i in., 2014). Pacjenci czują się bardziej pogodni i pogodzeni; rodziny otrzymują cenną „pamiątkę”, co wspiera proces żałoby.
<b>Grupowa terapia skoncentrowana na sensie / Meaning-Centered Group Therapy</b> (Breitbart i in., 2015)	Terapia grupowa ukierunkowana na poszukiwanie sensu. 6–8 sesji z udziałem kilku pacjentów – dyskusje o źródłach sensu (relacje, duchowość, dziedzictwo), nadziei, tożsamości mimo choroby.	Pacjenci uczestniczący w tej formie terapii mieli istotnie wyższe poczucie sensu życia i niższy poziom dystresu psychicznego niż grupa kontrolna/nie biorąca udziału w tej formie terapii (Breitbart i in., 2015). Ponadto wzajemne wsparcie w grupie zmniejsza poczucie izolacji.
<b>Terapia CALM: Zarządzanie rakiem i życie z pełnym sensem /CALM Therapy: Managing Cancer And Living Meaningfully</b> (Rodin i in., 2018)	Indywidualna krótkoterminowa terapia (3–6 spotkań) dla chorych na zaawansowanego raka. Struktura rozmów obejmuje: zarządzanie objawami, komunikację i relacje, poczucie sensu/duchowość, przygotowanie na koniec życia.	Zmniejszenie objawów depresji i lęku u pacjentów objętych CALM vs. standardowa opieka (Rodin i in., 2018). Pacjenci raportowali lepsze radzenie sobie ze stresem i większą klarowność co do swoich priorytetów oraz życzeń na ostatni etap życia.

# Wnioski

Śmierć przestaje być traktowana jako tabu, gdy uznamy ją za naturalny etap życia, z którym – niezależnie od okoliczności – każdy z nas musi się zmierzyć. Dla pacjentów z chorobami terminalnymi rozmowa o śmierci nie prowadzi do jej przyspieszenia, lecz może uczynić ostatni etap życia bardziej znośnym i pełnym sensu. Profesjonalna, empatyczna komunikacja dotycząca kwestii umierania umożliwi pacjentom zachowanie poczucia godności, autonomii oraz kontroli nad swoim życiem aż do jego końca (Chochinov i in., 2005). Przetłamanie tabu śmierci wymaga działań zarówno po stronie personelu medycznego, który potrzebuje edukacji i wsparcia psychologicznego, jak i społeczeństwa, które powinno dążyć do zmiany kulturowych przekonań traktujących śmierć jako porażkę, promując otwartość i świadomość w odniesieniu do tematu umierania.

---

**dr Marta Homa** – absolwentka psychologii UAM w Poznaniu, podyplomowego studium z Psychoonkologii Klinicznej, kursu podstawowego Psychoterapii Systemowej Indywidualnej i Rodzin, studiów podyplomowych z neuro-psychologii. W 2020 r. ukończyła specjalizację z psychologii klinicznej, specjalność: neuropsychologia. Doświadczenie zawodowe zdobywa w Wielkopolskim Centrum Onkologii oraz Wojskowym Instytucie Medycznym–Państwowym Instytucie Badawczym. Współpracuje z Poznańskim Towarzystwem „Amazonki”, Federacją Stowarzyszeń „Amazonki” oraz Fundacją Nie Widać Po Mnie. Wykładowca na UAM w Poznaniu, Uniwersytecie Medycznym w Poznaniu oraz Uniwersytecie SWPS. Aktywnie uczestniczy w licznych konferencjach i szkoleniach psychologicznych z zakresu psychologii klinicznej, neuropsychologii, psychoonkologii i interwencji kryzysowej.



# Bibliografia

1. Abbott, C. H., Prigerson, H. G., & Maciejewski, P. K. (2014). The influence of patients' quality of life at the end of life on bereaved caregivers' suicidal ideation. *Journal of Pain and Symptom Management*, 48(3), 459–464. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.09.011>
2. Breitbart, W., Rosenfeld, B., Pessin, H., Applebaum, A., Kulikowski, J., & Lichtenthal, W. G. (2015). Meaning-Centered Group Psychotherapy: An effective intervention for improving psychological well-being in patients with advanced cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 33(7), 749–754. <https://doi.org/10.1200/JCO.2014.57.2198>
3. Chochinov, H. M., Hack, T., Hassard, T., Kristjanson, L. J., McClement, S., & Harlos, M. (2005). Dignity therapy: A novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life. *Journal of Clinical Oncology*, 23(24), 5520–5525. <https://doi.org/10.1200/JCO.2005.08.391>
4. Chochinov, H. M., Kristjanson, L. J., Breitbart, W., McClement, S., Hack, T. F., Hassard, T., et al. (2011). Effect of dignity therapy on distress and end-of-life experience in terminally ill patients: a randomised controlled trial. *Lancet Oncology*, 12(8), 753–762. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(11\)70153-X](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(11)70153-X)
5. De Walden-Gatuszko, K., Ciałkowska-Rysz, A. (2015). *Medycyna paliatywna*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
6. De Walden-Gatuszko, K. (2011). *Psychoonkologia w praktyce klinicznej*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
7. De Walden-Gatuszko, K. (1996). *U kresu. Opieka psychopaliatywna, czyli jak pomóc choremu, rodzinie i personelowi medycznemu środkami psychologicznymi*. Wydawnictwo Medyczne MAKmed.
8. Felber, S. J., Zambrano, S. C., Guffi, T., Schmitz, F. M., Brem, B. G., Schnabel, K. P., Guttormsen, S., & Eychmüller, S. (2024). How to talk about dying? The development of an evidence-based model for communication with patients in their last days of life and their family caregivers. *PEC Innovation*, 3, 100143. <https://doi.org/10.1016/j.pecinn.2024.100143>
9. Juliao, M., Oliveira, F., Nunes, B., Vaz Carneiro, A., & Barbosa, A. (2014). Efficacy of dignity therapy on depression and anxiety in Portuguese terminally ill patients: A phase II randomized controlled trial. *Journal of Palliative Medicine*, 17(6), 688–695. <https://doi.org/10.1089/jpm.2013.0579>
10. Kozaka, J. (2015). Kliniczny przebieg choroby nowotworowej a przystosowanie psychiczne. *Current Gynecologic Oncology*, 13(1), 27–43. <https://doi.org/10.15557/CGO.2015.0004>
11. Lundquist, G., Rasmussen, B. H., & Axelsson, B. (2011). Information of imminent death or not: Does it make a difference? *Journal of Clinical Oncology*, 29(29), 3927–3931. <https://doi.org/10.1200/JCO.2011.34.6247>
12. Rodin, G., Lo, C., Rydall, A., Shnall, J., Malfitano, C., Chiu, A., Hales, S. (2018). Managing Cancer And Living Meaningfully (CALM): A randomized controlled trial of a psychological intervention for patients with advanced cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 36(23), 2422–2432. <https://doi.org/10.1200/JCO.2017.77.1097>
13. Rogiewicz, M. (2015). *Praktyczny podręcznik psychoonkologii dorosłych*. Medycyna Praktyczna.
14. Stajduhar, K. I., Martin, W., & Cairns, M. (2010). What makes grief difficult? Perspectives from bereaved family caregivers and healthcare providers of advanced cancer patients. *Palliative & Supportive Care*, 8(3), 277–289. <https://doi.org/10.1017/S1478951510000065>
15. Wright, A. A., Zhang, B., Ray, A., Mack, J. W., Trice, E., Balboni, T., Prigerson, H. G. (2008). Associations between end-of-life discussions, patient mental health, medical care near death, and caregiver bereavement adjustment. *JAMA*, 300(14), 1665–1673. <https://doi.org/10.1001/jama.300.14.1665>

# Interwencja kryzysowa w żałobie: ujęcie teoretyczne i praktyczne



## Natalia Liszewska

Instytut Pomocy Psychologicznej ITPB  
we Wrocławiu

Żałoba jest złożonym procesem psychologicznym, który stanowi naturalną odpowiedź na utratę osoby znaczącej lub wartości istotnej w życiu jednostki. W literaturze podkreśla się jej funkcję adaptacyjną, polegającą na stopniowej reorganizacji życia oraz integracji doświadczenia straty w strukturę autobiograficzną. Jednocześnie proces żałoby cechuje znaczna zmienność, brak liniowego przebiegu oraz silne uwarunkowanie indywidualnym i społecznym kontekstem. Doświadczenie straty może prowadzić zarówno do głębokiego kryzysu, jak i – w dalszej perspektywie – do przekształceń rozwojowych, co nie wyklucza cierpienia jako kluczowego komponentu adaptacji.

**Model czterech zadań żałoby Wordena** stanowi jedno z najważniejszych ujęć współczesnego podejścia do procesu żałoby (Worden, 2018). Pierwsze zadanie, akceptacja realności straty, wymaga zmierzenia się z uznaniem faktu śmierci, co często przebiega fragmentarycznie i wymaga czasu. Drugie zadanie – przepracowanie bólu – dotyczy zarówno ekspresji emocji, jak i konfrontacji z intruzywnymi wspomnieniami oraz poczuciem winy. Trzecie zadanie, adaptacja do życia bez osoby zmarłej, obejmuje reorganizację codzienności, ról oraz tożsamości. Czwarte zadanie polega na ustanowieniu trwałego, symbolicznego miejsca dla zmarłego w życiu wewnętrznym jednostki, co odwołuje się do koncepcji kontynuowanych więzi.

Komplementarny wobec modelu Wordena jest Model Podwójnego Procesu (Stroebe & Schut, 1999), który ujmuje żałobę jako dynamiczną oscylację między orientacją na stratę a orientacją na odbudowę. Orientacja na stratę obejmuje konfrontację z bólem, wspomnieniami i tęsknotą, natomiast orientacja na odbudowę dotyczy podejmowania nowych działań, reorganizacji życia oraz okresowych powrotów do aktywności dających wytchnienie. Naprzemienność tych procesów uznaje się za mechanizm szczególnie sprzyjający zdrowej adaptacji, ponieważ zezwala zarówno na przeżywanie żałoby, jak i na stopniowe odzyskiwanie sprawczości.

Interwencja kryzysowa w żałobie koncentruje się na wspieraniu jednostki w zakresie emocji, myśli, zachowania, relacji oraz funkcjonowania somatycznego. W obszarze emocji kluczowa jest normalizacja szerokiego spektrum reakcji, w tym gniewu, ambiwalencji czy chwilowej ulgi, które mogą budzić wtórny wstyd lub poczucie winy. W obszarze poznawczym pracuje się m.in. z obciążającymi przekonaniem, interpretacjami katastroficznymi oraz myślami np. poprzez wykorzystywanie poszczególnych technik terapii poznawczo-behawioralnej lub strategii defuzji z ACT. W obszarze zachowania istotne jest wzmacnianie rutyn, podejmowanie stopniowych ekspozycji oraz angażowanie się w działania zgodne z wartościami. Interwencja obejmuje również elementy pracy z ciałem, uwzględniając reakcje somatyczne jako integralną część procesu żałoby.

Perspektywa relacyjna odgrywa istotną rolę w interwencji kryzysowej. Tworzenie mapy wsparcia pozwala na identyfikację osób rzeczywiście pomocnych oraz tych, których intencjonalne bądź nieintencjonalne komunikaty mogą pogłębiać cierpienie. Psycho-edukacja bliskich jest często niezbędna, by ograniczyć przekazy bazujące na społecznych mitach dotyczących żałoby. Wzmacnianie zasobów społecznych pełni funkcję ochronną, szczególnie w sytuacjach ryzyka rozwoju żałoby powikłanej.

Rola pomagającego w procesie interwencji jest kluczowa. Towarzyszenie w żałobie wymaga gotowości do konfrontacji z cudzym bólem oraz akceptacji własnej bezradności wobec nieodwracalności straty. Specjalista powinien wykazywać się uważnością, autentycznością i zdolnością do tworzenia bezpiecznego kontekstu relacyjnego. Perspektywa ACT wzmacnia to podejście, akcentując, że pełna akceptacja emocji jest warunkiem psychologicznej elastyczności. Koncepcja wartości pozwala osobie w żałobie odnaleźć kierunek działania, który nie zaprzecza doświadczeniu straty, lecz współistnieje z nim w ramach nowej, możliwej przyszłości.

Integracja modeli teoretycznych z praktyką interwencyjną wskazuje jednoznacznie, że skuteczne wsparcie wymaga zarówno wiedzy merytorycznej, jak i uważności na indywidualną dynamikę procesu żałoby. Interwencja kryzysowa nie dąży do eliminacji cierpienia, lecz do stworzenia przestrzeni, w której może ono zostać wyrażone i stopniowo przekształcone w doświadczenie możliwe do uniesienia.

---

**dr Natalia Liszewska** – psycholożka, superwizorka (PTTPB nr 81), psychoterapeutka poznawczo-behawioralna, interwentka kryzysowa. Założycielka Instytutu Pomocy Psychologicznej ITPB ([www.itpb.pl](http://www.itpb.pl)) w ramach którego psychoterapeutycznie wspiera osoby doświadczające kryzysu psychologicznego oraz prowadzi grupy samorozwojowe. W swojej pracy korzysta z wielu podejść, łączy 3 fale terapii poznawczo-behawioralnej z terapią systemową. Od wielu lat na Uniwersytecie SWPS pracuje dydaktycznie w obszarze pomocy psychologicznej tj. psychoterapii, interwencji kryzysowej oraz pomocy grupowej.



# Bibliografia

1. Cavaiolo, L., & Colford, C. (2018). Crisis intervention: A practical guide. wyd. Sage.
2. Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2011). Terapia traumy i traumatycznej żałoby u dzieci i młodzieży. wyd. WUJ.
3. Davis, E., Owen, R., et al. (2016). Zastosowania ACT w terapii żałoby.
4. Doka, K. (2017). Żałoba jest podróżą. Czasopismo Charaktery.
5. James, R., & Gilliland, B. (2008). Strategie interwencji kryzysowej. wyd. PARPA.
6. Kleszcz-Szczyrba, R. (2016). W: Utrata i żałoba: teoria i praktyka. wyd. UŚ.
7. Kubacka-Jasiecka, D. (2010). Interwencja kryzysowa. wyd. WAP.
8. Kübler-Ross, E. (2007). Rozmowy o śmierci i umieraniu. wyd. Media Rodzina.
9. Ludwikowska-Świeboda, K., & Lachowska, B. (2019). Psychiatria Polska.
10. Stroebe, M., & Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement. Death Studies.
11. Worden, J. W. (2018). Grief counseling and grief therapy. wyd. Springer.

# Radzenie sobie z własną bezradnością – perspektywa psychoonkologa



**Katarzyna Cieślak,  
Jan Gruszka**

Wielkopolskie Centrum Onkologii



Bezradność można zdefiniować jako „stan psychiczny charakteryzujący się przekonaniami jednostki o braku wpływu na zdarzenia i niemożności zmiany niekorzystnej sytuacji, co prowadzi do bierności, rezygnacji i obniżenia motywacji do działania” (Tomaszewski, 1982). Zjawisko to bywa szczególnie nasilone w zawodach pomocowych, w tym w psychoonkologii.

Warto w tym kontekście przywołać również definicję wypalenia zawodowego według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), która opisuje je jako „stan fizycznego, emocjonalnego i psychicznego wyczerpania spowodowany długotrwałym stresem związanym z pracą. Charakteryzuje się uczuciem przeciężenia, utratą zaangażowania, cynizmem wobec obowiązków zawodowych oraz obniżeniem efektywności zawodowej”.

Składają się na nie trzy kluczowe komponenty:

- **Wyczerpanie emocjonalne** – uczucie zmęczenia, braku energii i motywacji.
- **Depersonalizacja** – dystansowanie się od pacjentów, obojętność lub cynizm.
- **Obniżone poczucie dokonań osobistych** – przekonanie o braku skuteczności i sensu pracy.

Bezradność i wypalenie zawodowe łączy szereg elementów: spadek motywacji, negatywne emocje, poczucie braku kontroli, bierność oraz obniżona efektywność.

W psychoonkologii bezradność nabiera szczególnego wymiaru o czym pisze Anthony L. Back:

„Emocja wtórna do kontaktu z cierpieniem będąca konsekwencją dysonansu poznawczego: Profesjonalizm i/lub powołanie nakazują pomagać, lecz sytuacja pacjenta może pozwalać często wyłącznie na towarzyszenie, co prowadzi do poczucia: nieadekwatności, winy, bezsensu” (Singer, Bolz, 2013).

Bezradność nie jest oznaką słabości, pozostaje naturalną reakcją na kontakt z ludzkim cierpieniem. W nurcie humanistycznym postuluje się, aby nie tłumić tego doświadczenia, lecz traktować je jako:

- Informację o granicy wpływu terapeuty.
- Punkt zwrotny – moment przejścia od „działania” do „bycia z” pacjentem.
- Przestrzeń wspólnego doświadczania cierpienia, które może mieć wymiar duchowy i relacyjny (Iwamitsu i in. 2013).

Badania wskazują, że poczucie bezradności wśród psychoonkologów może wiązać się z niejasnością roli w zespole terapeutycznym oraz brakiem zrozumienia ze strony innych pracowników medycznych (Grassi i in. 2025) (Back i in. 2015).



W radzeniu sobie z tym doświadczeniem bezradności pomocny może być **protokół RENEW**.

**01**

### **Rozpoznaj swoją bezradność (Recognize helplessness)**

Możemy to rozpoznać przez obecność zespołu niskiego zaangażowania (ociężałość, bezwładne kończyny, drętwienie w klatce piersiowej, uczucie ciężkości w żołądku, apatia, poczucie odrętwienia, poczucie beznadziei, myśli takie jak „nic nigdy się nie zmienia”, „po co w ogóle próbować”) lub nadmiernego zaangażowania (napięcie mięśni, przyspieszone bicie serca, skręt w żołądku, drażliwość, lęk, nadmierna czujność, myśli takie jak: „musimy coś z tym zrobić!”).

**02**

### **Zaakceptuj swoją pierwszą reakcję (Embrace your first reaction)**

Pozwól sobie na emocje i nie oceniaj ich.

**03****Zadbaj o siebie (Nourish yourself)**

Zwróć uwagę i nazwij własne emocje, zadaj sobie pytanie – „czego teraz potrzebuję?”. Zakotwicz się dzięki uważności w obecnej chwili, skup się na oddechu i zaangażuj zmysły.

**04****Wprowadź konstruktywne działanie w życie (Embody constructive engagement)**

Porozmawiaj z kimś kto jest wspierający, przypomnij sobie pozytywne opinie o swojej pracy, zjedz coś przyjemnego, odpocznij, przypomnij sobie dlaczego wybrałaś tą pracę.

**05****Stwórz nową reakcję (Weave a new response)**

Zapytaj się „Dlaczego to jest dla mnie ważne?”, „Czy mam na to realny wpływ, jeśli tak to w ilu %, jak duży?”, „Co chciałabym o sobie myśleć w takiej sytuacji w przyszłości?” (Back i in. 2015).

Wśród indywidualnych strategii radzenia sobie z bezradnością pomocne są: uważność, autorefleksja, ćwiczenia oddechowe, praca z ciałem, „List do mojej bezradności” i wzmacnianie zasobów wewnętrznych. Szczególnie warto pamiętać o roli w szpitalu – towarzyszeniu i wspieraniu pacjentów w ich cierpieniu – nie ratowaniu ich życia (w znaczeniu medycznym), oraz o tym że bezradność to naturalny element naszej pracy.

Pomocna jest praca z sensem i przesunięcie celu pracy terapeutycznej. Zamiast naprawiać – towarzyszyć, zamiast dawać odpowiedzi – być obecnym w pytaniach. W celu prewencji wypalenia zawodowego – pamiętaj o jego objawach aby wprowadzić czynności ochronne takie jak: urlop w pracy, zmniejszenie czasu pracy, zmiana pracy, dbanie o przerwy w pracy, terapię własną (Taylor-Irwin, Kracen, 2021).

Pomocne mogą być również strategie zespołowe: regularna superwizja, interwizja, spotkania refleksyjne, peer-support, szkolenia i warsztaty. W kontekście rozwiązań organizacyjnych wskazane są: kultura superwizyjna, ograniczenie obciążenia, polityka wsparcia pracowników w szpitalu, edukacja personelu kierowniczego.

Poniżej zamieszczamy tabelę podsumowującą proponowane wcześniej techniki i ich efekty.

Tabela 4. Techniki służące radzeniu sobie z bezsilnością w pracy psychoonkologa i wynikające z nich korzyści.

Technika	Opis	Korzyści / efekty
Superwizja kliniczna	Regularne sesje z doświadczonym terapeutą/supervisorem, omówienie przypadków i własnych reakcji	Obniża stres i wypalenie, zmniejsza traumatyzację wtórną, buduje kompetencje
Interwizja koleżeńska	Grupowe spotkania rówieśnicze psychoonkologów bez formalnego prowadzącego	Umożliwia wsparcie peer-to-peer, wymianę doświadczeń i zmniejszenie izolacji
Mindfulness / relaksacja	Ćwiczenia uważności, medytacja, techniki oddechowe	Poprawia radzenie sobie ze stresem, badania w onkologii sugerują redukcję objawów stresu (np. w pielęgniarstwie onkologicznym)
Wsparcie zespołowe	Systemowe omówienia pacjentów w zespole interdyscyplinarnym	Wzmacnia relacje, pozwala dzielić się obciążeniami, współpraca zespołowa obniża wypalenie
Ograniczanie ekspozycji	Rotacja przypadków, przerwy między sesjami, jasno określone granice emocjonalne w pracy	Chroni przed nadmiernym obciążeniem emocjonalnym (rytmy pracy zmniejszają ryzyko traumy wtórnej)
Interwizja kolWork-life balance	Jasne rozgraniczenie czasu zawodowego i prywatnego, odpoczynek, urlopy, wolny czas	Długoterminowo zapobiega zmęczeniu i utracie motywacji, uznana strategia profilaktyczna (wiele źródeł wskazuje na jej wagę)
Samoopieka	Regularny sen, zdrowa dieta, aktywność fizyczna, hobby	Silny czynnik ochronny: wyższy poziom samoopieki koreluje z niższym wypaleniem i lepszym samopoczuciem
Psychoterapia osobista	Rozmowy z psychoterapeutą/mentorem poza kontekstem pacjenta	Pomaga przetwarzać trudne emocje, wzmacnia odporność psychiczną (brak badań specyficznych dla psychoonkologii, ale powszechnie zalecana)
Akceptacja bezradności	Powtarzanie sobie że bezradność nie oznacza wadliwości. Pracujemy z człowiekiem a nie ciastem z przepisu (co też nie zawsze się udaje).	Większy poziom elastyczności poznawczej, emocjonalnej oraz rezyliencji



# Bibliografia

1. Tomaszewski, T. (1982). Psychologia. Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
2. World Health Organization. (n.d.-a). Burn-out an "Occupational phenomenon": International Classification of Diseases. World Health Organization. <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases> Back et al. (2009); Boss (2000)
3. Singer, Bolz. (2013). Compassion: Bridging practice and science. Max-Planck-Institut für Kognitions- und Neurowissenschaften.
4. Iwamitsu, Y., Oba, A., Hirai, K., Asai, M., Murakami, N., Matsubara, M., & Kizawa, Y. (2013). Troubles and hardships faced by psychologists in cancer care. Japanese Journal of Clinical Oncology, 43(3), 286–293. <https://doi.org/10.1093/jjco/hys232>
5. Grassi, L. (2025). Psycho-oncology as a specialty and the certification of the psycho-oncologist as a profession. Journal of Psychosocial Oncology Research and Practice, 7(2). <https://doi.org/10.1097/or9.0000000000000168>
6. Back, A. L., Rushton, C. H., Kaszniak, A. W., & Halifax, J. S. (2015). "Why are we doing this?": Clinician helplessness in the face of suffering. Journal of Palliative Medicine, 18(1), 26–30. <https://doi.org/10.1089/jpm.2014.0115>
7. Taylor-Irwin, N. E., & Kracen, A. (2021). Current practices in clinical supervision in psychosocial oncology. Journal of Psychosocial Oncology Research & Practice, 3(1). <https://doi.org/10.1097/or9.0000000000000044>

**dr Katarzyna Cieślak** – absolwentka psychologii i filologii polskiej Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, certyfikowany psychoonkolog i superwizor psychoonkologii Polskiego Towarzystwa Psychoonkologicznego, certyfikowany Trener Grup Balinta, absolwentka 4-letniego Podyplomowego Kursu Psychoterapii w Polskim Instytucie Ericksonowskim w Poznaniu. Doświadczenie zdobywała pracując jako wolontariusz w Hospicjum Domowym im. Jana Kantego w Poznaniu oraz w Wielkopolskim Centrum Onkologii w Poznaniu, gdzie obecnie jest zatrudniona. Jest też wykładowcą w Katedrze Edukacji Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. Jest doradcą merytorycznym stowarzyszeń pacjenckich. Autorka artykułów i poradników z zakresu psychologii i psychoonkologii, prowadzi wykłady, warsztaty psychoedukacyjne i treningi dla pacjentów i ich osób wspierających, jak też zajmuje się szeroko pojętą edukacją medyczną.

**mgr Jan Gruszka** – psycholog, psychoonkolog, certyfikowany psychoterapeuta poznawczo-behawioralny (PTTPB nr 1739), w trakcie specjalizacji z Psychologii Klinicznej (neuropsychologia) na Uniwersytecie Medycznym w Poznaniu. Podczas studiów był założycielem i wiceprzewodniczącym Koła Naukowego Profilaktyki Nowotworowej i Readaptacji Chorych "Rak - OFF". Pracuje w Wielkopolskim Centrum Onkologii. Ukończył szkolenie I stopnia Racjonalnej Terapii Zachowania, Studium Interwencji Kryzysowej organizowane przez Grupę Interwencji Psychologicznej i Szkoleń ARCAN oraz studia podyplomowe z Psychoonkologii na Uniwersytecie SWPS. Współpracuje ze stowarzyszeniami wspierającymi pacjentów, takimi jak: Polskie Stowarzyszenie Chorych na Hemofilię, Stowarzyszenie PSYCHE SOMA POLIS, czy Fundacja Pokonaj Chłoniaka. Współpracuje dydaktycznie z UAM, USWPS i UMP.

# Dobre praktyki psychoonkologiczne

w Dolnośląskim Centrum Onkologii,  
Pulmonologii i Hematologii



## Agata Kołodziejczyk

Katedra Psychologii Klinicznej i Zdrowia, Wydział Psychologii,  
Uniwersytet SWPS we Wrocławiu

Dolnośląskie Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii

Mimo rosnącej świadomości dotyczącej zapotrzebowania na opiekę psychologiczną na oddziałach onkologicznych oraz w onkologicznych poradniach ambulatoryjnych, w Polsce wciąż brakuje jednolitych wytycznych i rekomendacji dotyczących instytucjonalnych rozwiązań umożliwiających realizację tej pomocy. W roku 2025 w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej została powołana do życia grupa robocza ds. pomocy psychologicznej, której celem jest stworzenie rekomendacji i zaleceń dotyczących opieki psychologicznej nad pacjentem onkologicznym w Polsce. Ponadto, wciąż podejmowane są działania ze strony Polskiego Towarzystwa Psychoonkologicznego (PTPO), mające na celu standaryzację opieki psychoonkologicznej w placówkach państwowej opieki zdrowotnej oraz włączenie tej opieki w koszyk refundowanych świadczeń. Jako przedstawiciele środowiska psychoonkologicznego kibicujemy tym działaniom, jak również wspieramy te inicjatywy swoją wiedzą i zaangażowaniem. Był to wszak jeden z powodów powołania do życia Dolnośląskiego Oddziału PTPO.



Etap	Dostępne formy pomocy	Jak trafiamy do pacjenta?
<p><b>Proces diagnostyczny i informacja o diagnozie</b></p>	<p>Opieka ambulatoryjna w formie:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. psychoedukacji</li> <li>2. interwencji kryzysowej</li> <li>3. konsultacji psychologicznej</li> <li>4. konsultacji rodzinnej</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Informacje dostępne w mediach społecznościowych i na stronie internetowej DCOPIH</li> <li>2. Broszury informacyjne i psychoedukacyjne udostępniane pacjentom przez koordynatorów oraz w poradniach</li> <li>3. Skierowanie do psychologa przez przedstawiciela personelu medycznego (lekarz, pielęgniarka i in.)</li> </ol>
<p><b>Leczenie zasadnicze:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. chirurgiczne</li> <li>b. chemioterapia i immunoterapia</li> <li>c. radioterapia</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Opieka na oddziałach stacjonarnych: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. ocena stanu psychicznego</li> <li>b. konsultacja psychologiczna / poradnictwo psychologiczne</li> <li>c. interwencja kryzysowa</li> <li>d. konsultacja rodzinna</li> <li>e. konsultacja grupowa</li> </ol> </li> <li>2. Ocena stanu psychicznego przy pomocy wystandaryzowanych kwestionariuszy - m. in. Szpitalna Skala Lęku i Depresji (HADS), Test Funkcji Poznawczych Addenbrooka (ACE III)</li> <li>3. Opieka ambulatoryjna wobec pacjentów leczonych w poradniach przyszpitalnych np. w ramach procedur jednodniowych w formie: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. konsultacji/ poradnictwa psychologicznego</li> <li>b. interwencji kryzysowej</li> <li>c. wsparcia psychologicznego</li> <li>d. konsultacji rodzinnej</li> </ol> </li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jednolity, ogólnoszpitalny screening stanu psychicznego przy pomocy wystandaryzowanego narzędzia psychologicznego - Kwestionariusza Zdrowia Pacjenta PHQ-9, dystrybuowanego na Izbie Przyjęć do szpitala</li> <li>2. Ocena stanu psychicznego wobec pacjentów hospitalizowanych po raz pierwszy w ramach realizacji procedury dot. pomocy psychologicznej</li> <li>3. Zlecenia konsultacji przez personel medyczny</li> <li>4. Obecność w oddziałach, na odprawach - samodzielna decyzja psychologa o objęciu pacjentów profesjonalną opieką</li> </ol>
<p><b>Leczenie paliatywne</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Stacjonarne - na Oddziale Medycyny Paliatywnej DCOPIH dostępna jest pomoc psychologiczna na zasadach przewidzianych w ramach każdego innego oddziału stacjonarnego (patrz wyżej)</li> <li>2. Opieka psychoonkologiczna w ramach Hospicjum Domowego (regulowane odrębną procedurą)</li> <li>3. Opieka ambulatoryjna wobec pacjentów leczonych paliatywnie na tych samych</li> </ol>	
<p><b>Zakończenie leczenia radykalnego</b></p>	<p>Możliwość skorzystania ze wsparcia psychologicznego po zakończonym leczeniu w ramach struktur Poradni Onkologicznej po wcześniejszym skontaktowaniu się z Działem Psychologii</p>	<p>Informacje o dostępności psychologa zamieszczane na portalach społecznościowych oraz na stronie internetowej DCOPIH</p>

## Schemat opieki psychoonkologicznej w DCOPiH

Proces diagnostyczny, diagnoza onkologiczna pacjent otrzymuje informację o możliwości skorzystania z opieki psychoonkologicznej na terenie szpitala wraz z informacją o sposobie kontaktu z Działem Psychologii

Pacjent podczas konsylium – otrzymanie broszury psychoedukacyjnej na czas leczenia; interwencja kryzysowa w razie potrzeby, zgłoszona przez samego pacjenta, jego rodzinę i/lub personel medyczny

Pacjent leczony w oddziale stacjonarnym

- a. badanie przesiewowe stanu psychicznego przy użyciu kwestionariusz PHQ-9 przy przyjęciu do szpitala
- b. wizyta psychologa i ocena stanu psychicznego podczas pierwszego pobytu w oddziale
- c. kontynuacja opieki według zgłoszonej i/lub zauważalnej potrzeby
- d. pogłębienie wywiadu i oceny poprzez zastosowanie narzędzi diagnostycznych, m.in. HADS, ACE III

Pacjent leczony ambulatoryjnie

- a. monitorowanie stanu psychicznego chorego przy użyciu kwestionariusza przesiewowego PHQ-9 podczas przyjęć na procedury jednodniowe
- b. konsultacje ambulatoryjne w Poradni Onkologicznej po wcześniejszym ustaleniu terminu z pracownikiem Działu Psychologii

Dodatkowo, symultanicznie:

- a. regularne zgłaszanie przez psychologa konieczności przeprowadzenia konsultacji psychiatrycznej – zewnętrzny konsultant, który jest wzywany na prośbę personelu medycznego i decyduje o ewentualnym zabezpieczeniu farmakologicznym pacjenta
- b. opieka nad rodziną pacjenta zgodnie ze zgłaszanym zapotrzebowaniem zarówno na oddziałach stacjonarnych, jak i w ramach opieki ambulatoryjnej

Wszystkie konsultacje oraz wyniki badań przesiewowych i diagnostycznych odnotowywane są w komputerowym systemie dokumentacji szpitalnej. Wykorzystane są do tego specjalnie przygotowane karty konsultacyjne umożliwiające długoterminowe monitorowanie potencjalnych zmian w stanie psychicznym chorego. Narzędzia, które wykorzystujemy w swojej pracy oparte są o zalecenia międzynarodowe powołujące się na praktyki o potwierdzonej naukowo skuteczności (ESMO, 2023).

**Jeżeli potrzebujesz skontaktować się z Działem Psychologii Dolnośląskiego Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii jako Pacjent lub rodzina Pacjenta znajdziesz nas pod tymi numerami telefonów:**

**Dział Psychologii w Centrum Onkologii przy pl. Hirszfelda 12  
- tel. (71) 3689494**

**Dział Psychologii w Centrum Pulmonologii i Hematologii przy  
ul. Grabiszyńskiej 105 - tel. 726-180-129**



# Bibliografia

1. Günther MP, Schulze JB, Jellestad L, Mehnert-Theuerkauf A, von Känel R, Euler S. Mental disorders, length of hospitalization, and psychopharmacy—New approaches to identify barriers to psychological support for patients with cancer. *Psychooncology*. 2021 Oct;30(10):1773-1781. doi: 10.1002/pon.5743. Epub 2021 Jun 12. PMID: 34089283.
2. Licht T, Nickels A, Rumpold G, Holzner B, Riedl D. Evaluation by electronic patient-reported outcomes of cancer survivors' needs and the efficacy of inpatient cancer rehabilitation in different tumor entities. *Support Care Cancer*. 2021 Oct;29(10):5853-5864. doi: 10.1007/s00520-021-06123-x. Epub 2021 Mar 23. PMID: 33755805; PMCID: PMC8410699.
3. Peters L, Brederecke J, Franzke A, de Zwaan M, Zimmermann T. Psychological Distress in a Sample of Inpatients With Mixed Cancer—A Cross-Sectional Study of Routine Clinical Data. *Front Psychol*. 2020 Nov 30;11:591771. doi: 10.3389/fpsyg.2020.591771. PMID: 33329254; PMCID: PMC7734182.
4. Van Beek FE, Wijnhoven LMA, Holtmaat K, Custers JAE, Prins JB, Verdonck-de Leeuw IM, Jansen F. Psychological problems among cancer patients in relation to healthcare and societal costs: A systematic review. *Psychooncology*. 2021 Nov;30(11):1801-1835. doi: 10.1002/pon.5753. Epub 2021 Jul 6. PMID: 34228838; PMCID: PMC9291760.
5. Cieślak, K. (2013). Professional psychological support and psychotherapy methods for oncology patients: Basic concepts and issues. *Reports of Practical Oncology and Radiotherapy*, 18(3)
6. Fekete, A., & Feteke, Z. (2012). The psychologist role in oncology. *Journal of Radiotherapy & Medical Oncology*
7. Grassi, L., & Riba, M. B. (2012). *Clinical psycho-oncology: An international perspective*. Wiley-Blackwell
8. Holland, C. J. (2018). Psycho-oncology: Overview, obstacles and opportunities. *Psycho-oncology*, 27(5)
9. Holland, J. C., & Weiss, T. R. (2010). *The Handbook of Psychooncology*. Routledge
10. National Comprehensive Cancer Network. (2022). *NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) Breast Cancer (Version 4.2022)*.









# Skontaktuj się z nami

**DCOPiH**

Dolnośląskie Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii

E-mail:

[kontakt@dcopih.pl](mailto:kontakt@dcopih.pl)

Telefony:

ul. Grabiszyńska - 726 180 129

ul. Hirszfelda - 71 36 89 494