

# Rozmowy o lęku przed śmiercią, zdrowiu psychicznym i seksualnym z pacjentem onkologicznym. Tabu z perspektywy psychoonkologii

*Talk about fear of death, mental and sexual health with oncological patients.  
Taboo from psychooncological perspective*

Marzena Justyna Gmiterek

Uniwersytet Wrocławski

*Psychoonkologia* 2016; 20 (3): 133–141

DOI: 10.5114/pson.2016.64965

**Adres do korespondencji:**

Marzena Justyna Gmiterek  
Uniwersytet Wrocławski  
ul. Garwolińska 20/8  
53-117 Wrocław  
e-mail: gmiterek.marzena@gmail.com

## Streszczenie

Polacy niechętnie rozmawiają o swojej seksualności, umieraniu czy poważnych problemach zdrowotnych. Jednak z zainteresowaniem śledzą wypowiedzi innych osób w programach telewizyjnych, radiowych, książkach czy na anonimowych forach internetowych poświęconych tym zagadnieniom. Obserwacja ta wskazuje, jak stopniowo poruszane są w społeczeństwie tematy tabu, dotyczące m.in. choroby onkologicznej, seksualności, zdrowia psychicznego i lęku przed śmiercią. Standardy pracy psychoonkologa, opieki nad pacjentem, etyka oraz prawa pacjenta motywują do przyjrzenia się temu niepisanemu kodeksowi. Wskazują potrzebę naruszania dotychczasowych granic, co niesie ze sobą wyzwanie dla wszystkich, którzy dostrzegają swoją rolę we wsparciu pacjenta. Celem minimalizowania wpływu tabu na sytuację chorego jest złagodzenie jego napięć i niepokojów, a rozmowa ma walor oddziaływań psychologicznych. Podejmowanie tematów tabu z należnym pacjentowi szacunkiem minimalizuje sankcje psychologiczne i społeczne samej choroby onkologicznej. Celem niniejszego artykułu jest zrozumienie, a nie wartościowanie znaczenia tabu w komunikacji z pacjentem onkologicznym. Autorka wskazuje potencjał i ograniczenia, jakie tkwią w rozmowach wokół tabu. Zaproponowane przez nią podejście ma na celu zwiększenie poczucia bezpieczeństwa pacjenta. Jest przejawem szacunku wobec jego problemów egzystencjalnych w chorobie nowotworowej. Dzięki takim rozmowom przybliżone zostają perspektywy osób chorych i zdrowych.

## Abstract

Poles are reluctant to talk about their sexuality, death or serious health problems. However, they are interested in media reports on these topics; they follow Internet forums and read various books about health issues. This observation suggests, that taboos related to oncological diseases, sexuality, mental condition and death anxiety are becoming gradually tamed. Continuous development of patients' rights and ethical codes concerning treatment of oncological patients motivates psychologists to investigate this unwritten communication code limited by taboo. As a consequence, taboo boundaries may be affected. Exceeding this taboo is a great challenge for all, who undertake difficult conversations with patients having history of oncological diseases. The aim of taming the taboo is easing patients' tension and anxiety so that the exchange of thoughts brought consolation in the disease. Undertaking taboos in a dignified manner with respect to the patient, minimizes psychological and social sanctions oncological disease. The aim of this article is to understand, not to validate, the meaning of taboo in communication with oncological patient. Author characterizes potential and limitations of overcoming

unpleasant feelings will be pointed out. Proposed approach aims to increase the patient's sense of security. It is a manifestation of respect for the oncological patient's existential problems. Talks dictated by taboo bring closer worlds of patients and healthy people.

**Słowa kluczowe:** nowotwór, tabu, emocje, komunikacja z pacjentami.

**Key words:** cancer, taboo, emotions, communication with patients.

---

## Wstęp

Chorowanie to zjawisko powiązane z czynnikami biologicznymi, psychologicznymi i społeczno-kulturowymi, które warunkują sposoby radzenia sobie z sytuacją utraty zdrowia. Kultura rozumiana jako zestaw postaw, norm, skryptów zachowań kształtuje wyobrażenia o zdrowiu i chorobie. Ma wpływ na zachowania profilaktyczne, stosunek do diagnozy, sposób mówienia o chorobie, szukanie przyczyn zachorowania czy nadawanie mu znaczenia. Kontekst społeczno-kulturowy jest istotny dla postrzegania objawów chorobowych przez pacjenta, sposobu, w jaki decyduje się je zaprezentować bądź ukrywać, poszukiwania pomocy i nazywania przeżyć związanych z chorobą [1]. Sama choroba wiąże się z symboliką, jaką członkowie społeczeństwa jej nadają. Choroba nowotworowa jest w tym względzie charakterystyczna, ponieważ jest objęta zjawiskiem tabu, które wyraża się w przekonaniach, postawach, słowach i sformułowaniach ją opisujących. Tabu chroni prywatność pacjenta poprzez umowny, niepisany zakaz ingerowania w jego osobiste przeżycia. Ma ono jednak także inny wymiar – łączy się z dawnymi, utrwalonymi przekonaniem o nieuleczalności, cierpieniu, inwazyjnych terapiach, bliskiej perspektywie śmierci. Te przeświadczenia stawiają chorego w pozycji ofiary raka. Choroba nowotworowa bywa interpretowana także jako kara za grzechy lub wyrok. Tabuizowanie choroby nowotworowej, przy jednoczesnym istnieniu stereotypów, przyczynia się do stygmatyzacji samych chorych. Etykieta „chory na raka” może aktywizować postawę pacjenta spójną z kulturowym tłem choroby, odbierając mu poczucie przynależności społecznej, godności, kontroli nad ciałem czy nawet sensu życia. W konsekwencji istnienia tabu obraz własnej choroby nie musi i często nie jest tożsamy z obiektywnym stanem zdrowia chorego na nowotwór [1]. Zawiera w sobie treści uznawane za przynależne nowotworom, a także obszary niewiedzy i wątpliwości. Tak kształtujący się sposób rozumienia swojej choroby pełni dla pacjenta funkcje regulacyjne w relacjach interpersonalnych, sytuacjach decyzji o leczeniu czy rozmowach

o swoich przeżyciach. Dzielenie się z innymi swoim doświadczeniem choroby jest normowane tabu, a komunikację utrudnia fakt, że nowotwór budzi szereg niepokojów społecznych, ludzie nie wiedzą, jak mają się zachować, co powiedzieć, jakiego wsparcia mogą udzielić. Społeczno-kulturowy kontekst choroby nowotworowej powoduje, że osoby z otoczenia chorego mogą ignorować jego prawdziwy stan zdrowia, zniekształcać komunikację, by była akceptowalna z punktu widzenia reguł tabu, a nawet unikać kontaktu z pacjentem. Sam chory, mentalnie wpisując się w kulturową symbolikę nowotworu, może się wycofać z kontaktów społecznych z osobami zdrowymi. Powstający w ten sposób rozdźwięk pomiędzy perspektywami osób zdrowych i chorych nawiązuje do tabu choroby nowotworowej, które mieści w sobie sprzeczności zdrowia i choroby, nadziei i zwątpienia, życia i śmierci [2].

Celem pracy jest przedstawienie najważniejszych założeń związanych z istnieniem tabu wokół choroby nowotworowej, wykazanie znaczenia tego zjawiska w praktyce psychoonkologicznej oraz wskazanie propozycji pracy nad tabuizowanymi tematami związanymi z problemami egzystencjalnymi pacjentów onkologicznych. Tabu leży u podstaw regulacji porządku społeczno-kulturowego i polega na realizacji niepisanych umów społecznych. Podobnie jak w innych dziedzinach życia, tak i w chorobie nowotworowej pełni swoje jawne i ukryte funkcje.

## Zjawisko tabu

Życie w społecznościach wiąże się z koniecznością spełniania standardów uznawanych za pożądane. Obowiązujące normy, prawa, umowy społeczne tworzą ramy zachowań, które są wymagane, aprobowane, akceptowane i służą podtrzymaniu relacji między ludźmi. Jednym z narzędzi wykorzystywanych do regulowania porządku społecznego jest tabu, rozumiane jako zbiór zakazów nabywanych w trakcie socjalizacji i przyjmowanych bez wnikania w ich zasadność. Tabu obejmuje elementarną wartość społeczną, jaką jest życie, i tym samym sprzyja jego ochronie [3].

Znaczenie pojęcia tabu u swych początków nawiązywało do wierzeń i tradycji religijnych, gdzie łączono je z *sacrum* i *profanum*. Brak jasnego rozgraniczenia między tym, co święte i nieczyste, w tabu implikowało ambiwalentne uczucia wobec jego obiektów [4]. Do dziś widoczne jest to w podwójnym standardzie jednoczesnego zainteresowania i oburzenia tym, co jest uznawane za tabu, czyli śmiercią, chorobą, odmiennością fizyczną, życiem seksualnym. Fenomen tabu wzbudza sprzeczne reakcje ludzi – może być jednocześnie przedmiotem namiętności i obrzydzenia, pożądania i oporu, dążenia i unikania. Reakcje te są jednak powstrzymywane już na poziomie automatycznej autocenzury tabu, którą zauważał Freud [5]. Wskazał również na pozaracjonalne istnienie tego zjawiska wśród członków społeczeństw. Do dziś za wyraz tabu możemy uznać [4]:

- zachowania (zwyczaje, rytuały, obrzędy),
- myśli (przesady, wierzenia),
- słowa (eufemizmy) i milczenie.

Tabu wg Sawickiej można scharakteryzować jako konwencję obejmującą zachowania akceptowane społecznie, daną *a priori*, niepiisaną, za której złamanie przewidziane są sankcje społeczne i psychologiczne, takie jak oburzenie, obraza, odrzucenie społeczne czy ignorowanie. Istnienie tabu jest podtrzymywane nieformalnymi metodami nacisku i karnia uruchamianymi w ramach grupy, do której osoba ignorująca tabu przynależy. To właśnie reperkusje społecznych sankcji dla sposobu myślenia o sobie, przeżywanych emocji, wzbudzonej motywacji i zachowań osób łamiących tabu pozwalają mu trwać w społecznej rzeczywistości.

Na płaszczyźnie komunikacji interpersonalnej tabu ujmowane jest jako kategoryczny zakaz pewnych zachowań, także językowych [6]. Przejawia się potrzebą zastępowania wyrazów tabu innymi, społecznie akceptowanymi dźwiękami, słowami, a nawet całymi sentencjami mającymi oddać ich znaczenie [4]. U podstaw tego zjawiska leży potrzeba nadawania magicznej mocy sprawczej słowom. Pierwotnie uważano, że to, co wypowiedziane w ramach tabu, ma bezpośredni wpływ na rzeczywistość. Wierzenie to aktualnie odzwierciedla się w pomijaniu milczeniem tematów uznawanych za tabu, używaniu eufemizmów czy unikaniu rozmów z osobami, które swoim istnieniem w jakimś wymiarze potwierdzają istnienie obiektu tabu. Celem takiego zachowania jest ochrona przed cierpieniem spowodowanym obiektem tabu, czego przejawem jest unikanie rozmów z chorym o śmierci, czynnościach fizjologicznych czy seksualności [5]. Zjawisko tabuizacji polega na nadawaniu czemuś charakteru tabu, czyli tego, o czym się nie mówi. Tabuizacji mogą podlegać nazwy dotyczące obiektów

uznawanych za święte (aby nie ujmować im znaczenia) oraz obiektów, które są uważane za zakazane (aby ich nie rozpowszechniać). Istnienie tematów tabu, uważanych za przykre, wstydlive, kontrowersyjne lub niemoralne, ma znaczenie dla ochrony poczucia prywatności i bezpieczeństwa członków społeczności. Granice wyznaczone przez tabu są jednak ruchome, na co wskazują przemiany językowe i kulturowe w odniesieniu do cielesności, niepełnosprawności czy przemocy.

## Tabu w psychoonkologii

Choroba nowotworowa to często występująca, przewlekła choroba o niekorzystnym rokowaniu. Wiąże się z różnymi reakcjami ludzi, co wynika ze społecznej postawy wobec samego zjawiska, stanu wiedzy o przyczynach, przypisywania jej wartości symbolicznej i metaforycznej. Określenie „rak” w potocznym rozumieniu stało się synonimem nowotworu złośliwego i funkcjonuje jako symbol choroby wiążącej się ze smutkiem, cierpieniem, perspektywą niedalekiej śmierci, uzależnieniem od opieki innych i okaleczeniami ciała spowodowanymi leczeniem [2]. Ten szczególnie kontekst budowany przez tabu choroby nowotworowej kreuje rzeczywistość pacjentów, w której mają podjąć decyzję o leczeniu, trwać w nadziei i określać na nowo swoje relacje społeczne z perspektywy chorego. Istnienie tego tabu jest doświadczane przez pacjentów szczególnie w początkowych etapach konfrontacji z diagnozą nowotworu [7]. Jest to czas silnie doświadczanego stresu, trwającego procesu akceptacji choroby, radzenia sobie z poczuciem bezradności i lękiem przed śmiercią. Rak symbolicznie przenosi pacjenta na stronę, której unikają osoby zdrowe. Społeczno-kulturowy pryzmat choroby nowotworowej powszechnie aktywizuje postawę unikającą wobec wszelkich jej przejawów, także wobec osoby, która jej doświadcza. Może to skutkować u pacjenta wstydem, poczuciem winy, osamotnienia, izolacji, niesprawiedliwego odrzucenia interpersonalnego [7]. Bezpośredni kontakt z pacjentem chorym na nowotwór wymaga od jego otoczenia poradzenia sobie z barierami komunikacyjnymi, mentalnymi, emocjonalnymi wynikającymi z tabuizacji choroby, śmierci, odmienności fizycznej, samotności. Jednocześnie tabu choroby onkologicznej chroni prywatność pacjenta i tworzy margines dla bezpiecznego, stopniowego zaadaptowania do sytuacji choroby. Z czasem u chorych pojawia się jednak potrzeba społecznego ujawnienia swojej choroby, swego *coming out*. Możliwości zaspokojenia tej potrzeby są jednak ograniczane przez tabu [3]. Osoby w otoczeniu pacjenta mogą unikać

**Tabela 1.** Przykłady wskaźników istnienia tabu choroby onkologicznej**Table 1.** Examples of indicators of the oncological disease taboo existence

<b>na poziomie behawioralnym</b>
– unikanie kontaktu z osobami z widocznymi oznakami leczenia onkologicznego (utrata włosów, odczyn popromienny, rany pooperacyjne, amputacje) przez osoby zdrowe – unikanie dotyku z osobą chorą onkologicznie – spotkania zamkniętych grup wsparcia dla osób chorych onkologicznie
<b>na poziomie poznawczym</b>
– przekonanie o zależności między zachorowaniem na raka a grzesznością – wiara w znaczenie wypowiedzianych słów związanych z rakiem dla ryzyka zachorowania – przesady, że posiadanie talizmanów chroni przed zachorowaniem na nowotwór
<b>na poziomie komunikacyjnym</b>
– zastępowanie pojęcia choroby nowotworowej takimi określeniami, jak: rak, ta choroba, racyca, nazwy własne nadawane przez pacjentów – nieprecyzyjne określanie terapii: naświetlanie, wlewy, cięcie – milczenie

kontakt z nim, pomijać milczeniem jego próby rozmów o chorobie czy manipulować słowami, tak aby nie oddawały istoty tabu. Wydaje się, że tabu jest przyczyną sprzecznych motywacji w komunikacji osób zdrowych z pacjentami chorymi onkologicznie. Rak wiąże się z unikaniem rozmów z chorym, ponieważ symbolizuje to, od czego społeczeństwo się dystansuje, czyli chorobę, lęk przed śmiercią, cierpienie. Z drugiej strony, rak budzi zainteresowanie, co ma odzwierciedlenie w stopniowym przesuwaniu granic obecnego w przestrzeni publicznej tabu. O istnieniu tabu choroby onkologicznej świadczą wskaźniki komunikacyjne, poznawcze i behawioralne. Ich znaczenie dla jakości życia pacjentów wskazują specjaliści i osoby publiczne doświadczające tą chorobą. Wspólnie podkreślają oczekiwanie społecznych działań na rzecz detabuizacji raka w przestrzeni publicznej [7] (tab. 1).

Istnienie tabu choroby onkologicznej w przestrzeni społecznej buduje kontekst dla oddziaływań psychoonkologicznych na poziomie profilaktyki i leczenia. Obecnie za standard przyjmuje się centralną pozycję i aktywne uczestniczenie pacjenta w relacjach z zespołem leczącym, szacunek i troskę, profesjonalny kontakt oparty na zaufaniu, stosowanie oddziaływań psychoedukacyjnych [8]. W związku z tym praca z pacjentem onkologicznym wymaga od zespołu leczącego reagowania na konsekwencje tabu dla życia chorego. Ma ono bowiem znaczenie dla sposobu myślenia pacjenta o jego chorobie, przeżywanym w związku z nią emocjach, motywacji do podjęcia leczenia i charakteru podejmowanych działań. Wpływa na kształt redefiniowanej tożsamości chorego i układów społecznych, w których funkcjonuje [9]. Pacjent ma prawo do rzetelnej informacji w zakresie diagnozy i rokowań oraz znaczenia kontekstu społeczno-kulturowego dla sposobów chorowania.

To samo kryterium wymaga jednak zachowania wobec pacjenta umiaru w dozowaniu informacji narażających go na cierpienie [10]. Potrzeby chorego dotyczące uzyskiwania wiedzy o swojej chorobie nie odnoszą się jedynie do aspektów medycznych leczenia. Ich zaspokojenie jest istotnym aspektem oddziaływań psychoonkologicznych, ale niewystarczającym dla poprawy jakości życia chorego. Jak pokazują wyniki badań, dla subiektywnego poczucia cierpienia pacjenta większe znaczenie mają brak właściwej wiedzy na temat choroby, możliwych sposobów leczenia, jej reperkusji dla funkcjonowania społecznego niż fizyczne złe samopoczucie [10]. Tabu choroby onkologicznej może zatem w różnych wymiarach wpływać na adaptację chorującej osoby do nowych warunków życia dyktowanych tą szczególną diagnozą (tab. 2).

Wsparcie pacjenta w procesie adaptacji do diagnozy onkologicznej w kontekście tabu istotnie łączy się z zadaniami zawodowymi psychoonkologów [11], ze szczególnym uwzględnieniem pomocy dostosowanej do potrzeb pacjenta, motywowaniem go do aktywnej współpracy z zespołem leczącym, wskazaniem powiązań pomiędzy stanami i reakcjami emocjonalnymi przeżywanymi w chorobie będącymi tabu, organizowaniem spotkań grupowych dla osób chorych na nowotwory w celu wymiany doświadczeń. W zadaniach psychoonkologów mieszczą się również oddziaływanie na rzecz wsparcia komunikacji pacjenta z rodziną i personelem medycznym. Zwiększanie świadomości wpływu tabu na pomoc psychoonkologiczną oraz doskonalenie warsztatu pracy w tym względzie zawiera się w założeniach idei *educere* [12]. Wyraża ona misję poprawy jakości życia osób chorych na nowotwory poprzez systematyczne samodoskonalenie specjalistów oraz zmianę zachowań zdrowotnych społeczeństw. Podkreśla rolę edukacji onkologicznej, która w swojej isto-

**Tabela 2.** Znaczenie tabu choroby onkologicznej dla funkcjonowania pacjenta

**Table 2.** The significance of oncological disease taboo for the patient's functioning

traktowanie diagnozy medycznej jako kryterium przydziału do grupy osób chorych
poczucie zagubienia w sytuacji konfrontującej z motywami tabu (cierpienie, samotność, uszkodzenie ciała i czynności fizjologicznych, lęk przed śmiercią)
chronienie prywatności pacjenta
poszukiwanie przyczyn zachorowania na nowotwory w czynnikach o charakterze metafizycznym
nadawanie metaforycznego znaczenia chorobie
wyrażanie informacji o chorobie nowotworowej poprzez symbolikę
odbieranie sprzecznych sygnałów ze strony otoczenia społecznego (wycofywanie z kontaktu z chorym vs zaciekawienie jego stanem)
odczuwanie przez pacjenta potrzeby mówienia o swojej chorobie w opozycji do społecznego standardu milczenia o raku
odczuwanie subiektywnych stanów emocjonalnych (lęki, żal, smutek, nadzieja) związanych z tabu choroby i śmierci, które chronią naczelną wartość życia
subiektywne poczucie łamania społecznych norm w sytuacji <i>coming out</i>
zaakceptowanie standardów komunikacyjnych wynikających z tabu
podjmowanie niewystarczających prób rozwiązania swoich problemów w obszarach tabu
lekceważenie swoich potrzeb na rzecz wypełniania standardów niepisanej umowy społecznej, jaką jest tabu
poszukiwanie wsparcia ze strony innych chorych (bezpośredni kontakt, czytanie biografii, oglądanie filmów)

cie nawiązuje do koncepcji człowieka i jego relacji ze społeczeństwem. Pacjent poprzez obserwację i naśladowanie reakcji innych osób na tabu choroby onkologicznej powiela nie zawsze optymalny dla niego wzorzec radzenia sobie z diagnozą. Idea wskazuje potencjał dostosowywania potrzeb pacjenta do tabu onkologicznego, czemu służą narzędzia modelowania zachowań, takie jak samoobserwacja, samoocena i autorefleksja. Oddziaływanie psychoonkologiczne mogą na nich bazować i dzięki nim realizować edukację onkologiczną z uwzględnieniem kreatywności, indywidualnego podejścia opartego na zaufaniu i otwartej komunikacji. Ich znaczenie wynika z faktu, że tabu choroby onkologicznej toruje i ujawnia w świadomości pacjenta znaczenie innych tabu odgrywających istotną rolę w jego życiu. Są nimi tabu lęku przed śmiercią, zdrowia psychicznego i seksualnego [13]. W obliczu diagnozy raka chory wyraźniej niż zazwyczaj kieruje swoje myśli ku wartościom, celom i pytaniom o istotę życia, co może się wyrażać potrzebą rozmów na tematy tabu. Irvin Yalom zauważa, że niektórzy członkowie zespołu leczącego wyrażają przekonanie, iż pacjenci nie chcą mówić o swoich troskach ostatecznych (śmierci, wolności, izolacji i braku sensu). W jego przekonaniu wynika to z ograniczonej gotowości, by wraz z pacjentem zająć się tymi sferami egzystencji [14]. Yalom opisuje znaczenie tabuizowanych trosk dla adaptacji do sytuacji choroby onkologicznej. Pierwszą z nich jest śmierć, a właściwie konflikt pomiędzy świadomością nieuchronności śmierci a pragnieniem, by żyć. Kolejną troskę nazywa wolnością, która dla

człowieka wiąże się z odczuwanym strachem. Jest istotna dla planów, wyborów, działań, ponieważ człowiek nigdy nie jest pewny ich poprawności. Izolację doświadczaną w obliczu choroby opisuje jako konflikt samodzielności (sami przychodzimy na świat i sami odchodzimy) z potrzebą przynależności społecznej, kontaktu z innymi ludźmi i ochrony poprzez społecznie aprobowane standardy. Ostatnią ze wskazywanych trosk jest ciągle poszukiwanie przez człowieka sensu życia. Yalom uważa, że otwarta komunikacja pacjenta i specjalisty pozwala poznać znaczenie tych trosk dla chorego i niemal przy każdym z tych aspektów rozmawiać o lęku przed śmiercią. Ten przejmujący lęk podobnie jak tabu jest społecznym narzędziem chroniącym wartość życia. Oddala ludzi od myśli samobójczych, samouszkodzeń, przeciwdziała zachowaniom ryzykownym dla zdrowia [15]. U pacjentów onkologicznych wyraża się sformułowaniami, że nie chcą umierać, nie chcą się stać ofiarami raka, boją się tego, co najgorsze. Dorfmueller zauważa, że lęk ten powinien być wyrażony, nazwany i omówiony w rozmowie psychologicznej. Potencjalnymi obszarami oddziaływań psychologicznych nakierowanych na pracę wokół tabu śmierci jest wskazanie znaczenia lęku przed śmiercią dla przebiegu życia pacjenta, omówienie roli tego lęku dla podjętego leczenia, poszukiwanie technik łagodzenia jego negatywnych skutków dla jakości życia czy wypracowywanie sposobów mówienia o nim [16]. Ważnym aspektem lęku przed śmiercią są jego powiązania z potrzebą tworzenia relacji interpersonalnych,

także tych romantycznych. Z opublikowanych wyników badań wiadomo, że lęk przed śmiercią nasila potrzebę romantycznej bliskości, zaangażowania w relację miłosną, związek partnerski. Obok samooceny i kolektywnego systemu znaczeń są one istotnym buforem dla obawy o utratę życia [17]. W sytuacji choroby onkologicznej u pacjenta mogą się nasilać obawy przed opuszczeniem ze strony partnera, utratą atrakcyjności czy intymności. Nowotwór stawia często pod znakiem zapytania przyszłe możliwości prokreacyjne. Poczucie utraty kontroli nad swoim ciałem jest jedną z ważniejszych konsekwencji choroby, ponieważ odgrywa ono kluczową rolę w identyfikacji społecznej. W tym znaczeniu nowotwór zagraża nie tylko życiu, lecz także kobiecości i męskości [18]. Zdrowie reprodukcyjne, seksualne i relacje intymne zaburzone przez proces chorobowy i leczenie mogą się zatem wiązać z poczuciem niemożności spełnienia oczekiwań społecznych w odniesieniu do własnej płci. Seksualność jest tematem tabu, które ogranicza gotowość do swobodnej pracy psychologicznej, także poprzez seksualne tabu językowe. Oddziaływania psychoonkologiczne mają jednak w tym aspekcie uzasadnione zastosowanie. Prawo do opieki medycznej w zakresie zdrowia seksualnego oraz informacji opierającej się na badaniach naukowych regulują zapisy Deklaracji Praw Seksualnych WHO [19]. Obszarami pracy w zakresie zdrowia psychicznego i seksualnego pacjentów onkologicznych są zaburzenia obrazu ciała, wzorce kobiecości i męskości, poczucie utraty atrakcyjności, ograniczenia identyfikacji płciowej, zaburzenia seksualne, uszkodzenia anatomiczne narządów seksualnych, okresowo obniżone libido, uszkodzenie stref erogennych, utrata płodności spowodowana schorzeniem nowotworowym lub prowadzonym leczeniem, przyspieszone klimakterium. Cele oddziaływań psychologicznych w obszarze tabu seksualnego mogą dotyczyć doskonalenia relacji partnerskiej, obalania stereotypów i mitów, zwiększania świadomości swojego ciała, minimalizowania lęków i napięć, kreowania sytuacji sprzyjających realizacji swojej seksualności czy niwelowania ograniczników ekspresji seksualnej przed chorobą i obecnie [20]. Praktyczne może się okazać odwołanie do możliwości *oncofertility* (dziedziny medycyny oferującej standardy zabezpieczenia funkcji rozrodczych u chorych leczonych z powodu chorób nowotworowych). Rekomenduje się omawianie zmian w seksualności pacjentów onkologicznych, zanim się one pojawią i trwale wpłyną na życie osobiste, partnerskie i ewentualne planowanie rodziny [21]. Wdrożenie środków pomocniczych, wypracowanie nowego stanowiska dotyczącego pożycia seksualnego oraz

nowych sposobów bycia razem jest psychoonkologiczną odpowiedzią na tabu seksualne.

Diagnoza nowotworu jest sytuacją, w której zaburzeniu ulega dotychczasowa równowaga psychiczna chorego. Niepewność co do własnej sytuacji i najbliższej przyszłości, utrata poczucia kontroli nad życiem i zdrowiem, wyłączenie z ról społecznych, uczucie bezradności to ważne czynniki powstawania zaburzeń psychicznych. Tabu zaburzeń psychicznych jest innym rodzajem niepisanej umowy społecznej, która ma znaczenie dla zdrowia pacjentów onkologicznych. U pacjentów z chorobą nowotworową obserwuje się trzy grupy zaburzeń [1]:

- zaburzenia przystosowania do choroby o charakterze czynnościowym, polegające na przewadze choroby nad czynnikami ochronnymi stosowanych strategii adaptacyjnych,
- zaburzenia neuropsychiatryczne powodowane chorobą nowotworową, leczeniem bądź z nimi współwystępujące,
- choroby psychiczne współistniejące z chorobą nowotworową (choroby afektywne, schizofrenia).

Tabu chorób psychicznych dla pacjentów onkologicznych może się wiązać z utrudnioną identyfikacją objawów zaburzenia psychicznego, problemem w poszukiwaniu pomocy psychiatrycznej i psychologicznej, pogłębianiem stanu zaburzenia, wzmaganiem poczucia izolacji, cierpienia, niezaspokojenia swoich potrzeb czy ochrony siebie przed niebezpieczeństwami. Zdolność pacjenta do swobodnego i świadomego podjęcia decyzji o leczeniu w kontekście tabu psychicznego jest uzależniona od rodzaju choroby, potencjału intelektualnego, sił organizmu, stanu emocjonalnego, wieku, historii życia, dostępnych narzędzi pomocy poświęconych zdrowiu psychicznemu pacjentów onkologicznych [1]. Ochrona autonomii pacjenta w tym względzie ma na celu zapewnienie mu niezależności, odpowiedzialności za swój los, wolności od zobowiązań i nacisków zewnętrznych [22]. Decyzja o skorzystaniu z form pomocy psychiatrycznej, psychologicznej, psychoonkologicznej w większości sytuacji odbywa się przy zachowaniu tej niezależności, także w rozumieniu wolności od tabu psychicznego. Standardy pracy z pacjentem, programy nauczania specjalistów oraz przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu pacjentów onkologicznych z uwagi na stan ich zdrowia psychicznego zawarte są w Strategii Walki z Rakiem w Polsce przyjętej na lata 2015–2024 [23].

### **Problemy w komunikacji związane z tabu**

Komunikacja pacjenta z personelem medycznym jest kluczowa w prowadzeniu procesu leczenia

czego. Pełni funkcję informacyjno-diagnostyczną (polegającą na wzajemnym porozumieniu i zrozumieniu), perswazyjną (jej celem jest wywieranie pozytywnego wpływu na reakcje chorego, kształtowanie jego postaw) oraz terapeutyczną (polegającą na zmianie stanu psychofizycznego pacjenta) [24]. Nastawienie pacjenta do raka wynikające ze społeczno-kulturowego tabu choroby onkologicznej ma znaczenie dla skuteczności komunikacji i satysfakcji we współpracy z zespołem terapeutycznym. Z drugiej strony, unikająca postawa osób zaangażowanych w leczenie pacjenta wobec problematyki tabu choroby może mieć istotny wpływ na poziom świadomego uczestniczenia pacjenta w leczeniu. Warto zauważyć, że pacjenci zazwyczaj nie ubolewają nad tym, jak rozmawiano z nimi na tematy tabu związane ze śmiercią, problemami psychicznymi czy seksualnością, ale nad tym, że nikt nie zdecydował się tego zrobić. Wybrane badania wskazują, że pacjenci oczekują od personelu medycznego wymiany informacji, szacunku, wsparcia i zrozumienia [25]. Dlatego tak

ważne jest, by sami specjaliści mieli okazję do refleksji nad wpływem tabuizowanej rzeczywistości na ich warsztat pracy.

Komunikacja z pacjentem onkologicznym jest szczególnie pod względem wpływu tabu na myślenie, przeżywane emocje, wyrażane motywacje i zachowania. Pacjent ma prawo pytać i mieć dostęp do rzetelnej wiedzy naukowej, opartej na wynikach badań, a także do informacji dotyczących jego leczenia. Choć może być to utrudnione z uwagi na znaczące wpływy tabu, szczerą i otwartą rozmową z zespołem leczącym pozwala choremu świadomie uczestniczyć w terapii [16]. Wiąże się także z podjęciem decyzji o ujawnieniu swojej choroby oraz subiektywnych przeżyć z nią związanych. Wyjście poza tabu choroby onkologicznej i przerwanie milczenia kreuje przestrzeń do nadania chorobie innego znaczenia niż to, które jest determinowane socjokulturowo. Komunikacja sprzyjająca wyrażeniu prawdziwych przeżyć pacjenta polega na obustronnym poszukiwaniu wzorca przekazywania informacji opierającego się na prawdzie, szczeroci,

**Tabela 3.** Znaczenie rozmów na tematy tabu dla funkcjonowania pacjenta z diagnozą onkologiczną (opracowanie własne)

**Table 3.** The significance of the conversation for taboo subjects for the functioning of a patient with an oncological diagnosis

Związek rozmowy na temat tabu z funkcjonowaniem pacjenta w sferze poznawczej, emocjonalnej, motywacyjnej, behawioralnej	
potencjał	ograniczenia
<b>sfera poznawcza funkcjonowania pacjenta</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>– zbudowanie stabilnej, głębokiej relacji z pacjentem dzięki szczerzej i otwartej komunikacji</li> <li>– właściwe atrybuowanie przez pacjenta przyczyn choroby i jej wpływu na jakość życia</li> <li>– budowanie pozytywnej samooceny pacjenta poprzez wyzwalanie od fałszywych założeń tabu odnoszonych do Ja pacjenta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– zależność rozmowy od potrzeb samoświadomościowych pacjenta</li> <li>– konieczna gotowość poznawcza pacjenta do przeformułowania schematów myślenia i skryptów działania</li> <li>– wpływ zniekształceń poznawczych na efektywność rozmowy z pacjentem</li> </ul>
<b>sfera emocjonalna funkcjonowania pacjenta</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>– budowanie poczucia akceptacji u pacjenta poprzez wyrażoną gotowość do rozmowy o ważnych dla niego sferach życia</li> <li>– okazanie emocji związanych z krępującym tabu jako element <i>katharsis</i></li> <li>– zwiększenie poczucia bezpieczeństwa pacjenta dzięki minimalizowaniu niewiedzy wynikającej z braku wymiany informacji objętych tabu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– potrzeba emocjonalnej mobilizacji pacjenta do omówienia tabu</li> <li>– reakcje emocjonalne pojawiające się w rozmowach z obszaru tabu mogą maskować faktyczny stan emocjonalny pacjenta</li> <li>– doświadczenie emocjonalnego dyskomfortu wynikającego z konfliktu motywów tabu z aktualnym systemem wartości pacjenta</li> </ul>
<b>sfera motywacyjna funkcjonowania pacjenta</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>– uruchomienie u pacjenta gotowości do zaspokojenia potrzeby mówienia w obliczu choroby onkologicznej</li> <li>– doświadczenie korzyści z rozmowy na temat tabu jako element motywujący do kolejnych rozmów z tego obszaru</li> <li>– motywowanie pacjenta do aktywnego eksplorowania zależności pomiędzy jego sposobami radzenia sobie z chorobą a tabu nowotworów</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– nawiązanie rozmowy przez pacjenta kierowanego motywacją uwarunkowaną zewnętrzną</li> <li>– zależność priorytetów i poziomu motywacji pacjenta od etapu leczenia choroby onkologicznej</li> <li>– ryzyko utraty motywacji pacjenta do eksplorowania obszaru tabu</li> </ul>
<b>sfera behawioralna funkcjonowania pacjenta</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>– realizowanie przez pacjenta aktywnych sposobów radzenia sobie z sytuacją diagnozy onkologicznej poprzez niwelowanie biernego poddawania się tabu choroby nowotworowej</li> <li>– uruchomienie działań na rzecz poprawy jakości życia wcześniej hamowanych przez tabu</li> <li>– wzmocnienie zachowań pacjenta nakierowanych na budowanie swojej społecznej sieci wsparcia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– ryzyko wycofania się pacjenta z rozmowy</li> <li>– czas potrzebny pacjentowi do efektywnego wykorzystania treści rozmowy w działaniu</li> <li>– ograniczona kontrola zachowań pacjenta aktywizowanych rozmową</li> </ul>

szacunku, zaufaniu, empatii i subtelności. Od standardów komunikacji zależy, czy pacjent właściwie zakomunikuje swoje intencje, a jego rozmówca adekwatnie na nie odpowie. Model dwukierunkowy kooperacyjny komunikacji specjalista – pacjent chory onkologicznie jest jednym z wyznaczników takich standardów. Został on opisany przez Jarosz, Kawczyńską-Butrym i Włoszczak-Szubdę [26]. Charakteryzuje się partnerstwem oraz współpracą specjalisty z pacjentem i jego rodziną. Specjalista jest wrażliwy na problemy, gotowy do interwencji i profesjonalnego doradztwa. Relacja między wszystkimi zaangażowanymi w nią osobami opiera się na empatii i wsparciu emocjonalnym. Wspólnie rozwijają oni zaufanie, otwarcie mówią o swoich emocjach, z widoczną sympatią i wzajemną troską. Takie warunki sprzyjają rozmowom o chorobie, stracie, samotności i śmierci.

Komunikacja skupiona na wymianie informacji odnoszących się do tematów uważanych za tabu wymaga specjalnego przygotowania. Przewidywanie możliwych reakcji pacjenta związanych z oddziaływaniem tabu choroby onkologicznej na jego życie może skutecznie pomóc w zrealizowaniu celów rozmowy poświęconej tabu. Przygotowanie do rozmowy można rozpocząć od analizy jej potencjalnego wpływu na pacjenta. W nawiązaniu do omawianego tabu autorka proponuje przyjąć kilka założeń zawierających istotne wskazówki odnoszące się do potencjalnych reakcji pacjenta, jak również zjawisk, które trzeba brać pod uwagę w oddziaływaniach psychoonkologicznych. Potencjał i ograniczenia rozmów na tematy tabu oraz ich znaczenie dla funkcjonowania pacjenta z diagnozą onkologiczną przedstawiono w tabeli 3.

W kontekście opisanych potencjałów i ograniczeń istotną jest metodyka komunikacji z pacjentem zaproponowana przez Carla R. Rogersa. Polega na kreowaniu przestrzeni do swobodnego wyrażenia myśli, uczuć, motywacji i zachowań. Kluczowe dla postawy specjalisty jest podmiotowe traktowanie pacjenta. Pozytywne ocenianie, empatia, zgodność ze sobą i autentyczność to kolejne, istotne kompetencje komunikacyjne. Sednem tego podejścia jest traktowanie pacjenta jako jednostki niezależnej, najlepszego eksperta w swoim chorowaniu [22].

### **Praktyczne propozycje dla psychoonkologów**

Rozmowy z pacjentami doświadczonymi chorobą onkologiczną wiążą się z tabu kulturowym i językowym. Świadomość tej zależności jest jednym z elementów projektowania skutecznych oddziaływań psychologicznych kierowanych do tej grupy chorych. Wykorzystywanie w komunikacji z pa-

cjentem wiedzy o znaczeniu, funkcjach i typowych reakcjach na tematy tabu może umacniać jego wewnętrzną motywację do kontynuowania kontaktu. Zwiększając świadomość w zakresie społeczno-kulturowych uwarunkowań sytuacji pacjenta onkologicznego, zyskuje on poczucie kontroli nad biegiem wydarzeń swojego życia. Zmniejsza się tym samym poczucie lęku i strachu, a zwiększa świadome uczestniczenie w leczeniu.

Rozmowy na tematy tabu powinny być prowadzone z taktem i ostrożnością. Przejawem tego mogą być kontrolne pytania o to, czy pacjent dostrzega jakieś powiązania pomiędzy jego indywidualną sytuacją a tym, jak rak jest postrzegany przez społeczeństwo. Czy wolałby, aby społeczeństwo inaczej traktowało osoby w podobnej sytuacji jak on? Jeśli tak, to co mogłoby się zmienić? Jak te zmiany wpłynęłyby na codzienne funkcjonowanie pacjenta? Jak wyobraża sobie właściwy stosunek ludzi do choroby nowotworowej, a który on byłby w stanie zaakceptować? Jakie czynniki utrudniają mu funkcjonowanie wśród ludzi, z którymi był związany przed zachorowaniem? Co może być pomocne w podtrzymywaniu relacji z innymi? Komunikaty powinny być jasne, przystępne i sformułowane w zrozumiałym języku. Można dopytać pacjenta, jak dobry w jego ocenie jest poziom zrozumienia językowego w trwającej rozmowie. Pożądane jest wyjaśnienie definicji i funkcji tabu oraz zapewnienie o nieograniczonym prawie do zadawania pytań, szczególnie tych, które z powodu tabu wydają się najtrudniejsze. Można pacjenta zachęcić do wyrażenia potrzeb związanych z rozmową w obszarze tabu. Dopytać, jak silnie wiąże się ono z przeżywanymi przez niego emocjami. Jak silna jest motywacja i chęć takiej rozmowy u pacjenta? W jakim zakresie tabu ma znaczenie dla reakcji pacjenta w trakcie tej rozmowy? Jakie znaczenie ma tabu dla życia pacjenta w ogóle?

Gdy pacjent przejawia opory w komunikacji w obszarze tabu, ważne jest wykazanie empatii, troski i zrozumienia dla niego w tej sytuacji. Można wtedy wskazać, jaki jest mechanizm oddziaływania tabu na wszystkie sfery funkcjonowania pacjenta (poznawczą, emocjonalną, motywacyjną i behawioralną). Odczuwanie wewnętrznych oporów przy przełamywaniu granic tabu powinno być wyrażone i zestawione z celem rozmowy. Obie strony będące w kontakcie mogą mieć subiektywne poczucie trudności w nazywaniu przeżyć utrzymywanych wcześniej w granicach tabu, dlatego wskazana jest obustronna prawdomówność, cierpliwość i zapewnienie intymnych warunków rozmowy.

Uwrażliwienie członków zespołów leczących na znaczenie tabu dla komunikacji z pacjentem może zachodzić poprzez:



- kształcenie i doksztalcanie w zakresie wiedzy psychoonkologicznej,
- uporządkowanie własnych przemyśleń o znaczeniu tabu,
- refleksję nad odbiorem swojego życia w kontekście wpływów tabu,
- udział w grupach Balinta,
- analizowanie swoich reakcji na rozmowy z kręgu tabu,
- trening komunikacji niewerbalnej,
- superwizję indywidualną i grupową.

## Podsumowanie

Wydaje się, że przedstawione przykłady w sposób przekonujący ilustrują znaczenie tabu dla życia pacjentów – ich samopoczucia, charakteru relacji z innymi, wybieranych sposobów komunikacji. Wspierający stosunek zespołu leczącego, poprzez rozmowy otwarte na tabu, korzystnie przeciwdziała reperkusjom tego zjawiska dla jakości życia i procesu leczenia. Pożądane wydaje się wprowadzenie dodatkowych form edukacyjnych dla personelu medycznego nakierowanych na zwiększenie świadomości spektrum oddziaływania tabu, jego funkcji, wpływu na kontakt z pacjentem oraz form wyrazu tabu w myślach, emocjach, zachowaniach i motywacjach. Znaczenie wydaje się mieć także dyskusja wokół tabu choroby onkologicznej w Polsce. Tabu jako narzędzie kontroli jest interesującym punktem wyjścia do zbudowania oryginalnego standardu komunikacyjnego zmierzającego do przesunięcia zakresu zakazów, przełamania tabu, a w konsekwencji kreowania nowej rzeczywistości obrazu choroby i kontaktów psychologicznych. Potencjał tego konstruktu w kontekście rozmów z pacjentami onkologicznymi wart jest badań oryginalnych. Niewątpliwie ma on znaczenie dla zachowania psychicznej równowagi w obliczu choroby onkologicznej, stabilności emocjonalnej, motywacji i podejmowanych w związku z diagnozą działań zmierzających do ochrony zdrowia. Rozmowa psychologiczna jest narzędziem, które reguluje w tym względzie reakcje pacjenta. Gotowość specjalistów, by towarzyszyć pacjentom w tym procesie, może skutecznie przybliżyć perspektywy osób chorych i zdrowych.

## Oświadczenie

Autorka nie zgłasza konfliktu interesów.

## Piśmiennictwo

1. Rogiewicz M. Praktyczny podręcznik psychoonkologii dorosłych. Medycyna Praktyczna, Kraków 2015; 23-81.

2. Sontag S. Choroba jako metafora. AIDS i jego metafory. Wyd. Karakter, Kraków 2016.
3. Kofakowski L. Moje słuszne poglądy na wszystko. Znak, Kraków 1999.
4. Sawicka G. Konwencja a tabu językowe. Język a Kultura 2009; 21: 31-46.
5. Dąbrowska A. Tabu w języku i kulturze. Język a kultura. Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2009; 241-257.
6. Leszczyński Z. Szkice o tabu językowym. Redakcja Wydawnictwa KUL, Lublin 1988; 10-20.
7. Mazurkiewicz A. Mam go! Rak piersi; strefa prywatna, strefa publiczna. Wydawnictwo Amazonki, Warszawa 2012.
8. de Walden-Gatuszko K. Nowe aspekty pojęcia jakości życia w psychoonkologii w świetle założeń psychologii pozytywnej. Psychoonkologia 2011; 2: 65-69.
9. de Walden-Gatuszko K. Psychoonkologia w praktyce klinicznej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011; 68-100.
10. Kowalska A, Jarosz M, Sak J, Pawlikowski J, Patryn R, Pacian A, Włoszczak-Szubzda A. Etyczne aspekty komunikacyjne lekarz-pacjent. Medycyna Ogólna 2010; 16: 427-435.
11. [http://psz.praca.gov.pl/rynek-pracy/bazy-danych/klasyfikacja-zawodow-i-specjalnosci/wyszukiwarka-opisow-zawodow/-/klasyfikacja\\_zawodow/zawod/229909?p\\_p\\_lifecycle=2&p\\_p\\_state=exclusive&p\\_p\\_resource\\_id=pdf&p\\_p\\_cacheability=cacheLevelPage&\\_jobclassificationportlet\\_WAR\\_nnkportlet\\_targetExtension=pdf](http://psz.praca.gov.pl/rynek-pracy/bazy-danych/klasyfikacja-zawodow-i-specjalnosci/wyszukiwarka-opisow-zawodow/-/klasyfikacja_zawodow/zawod/229909?p_p_lifecycle=2&p_p_state=exclusive&p_p_resource_id=pdf&p_p_cacheability=cacheLevelPage&_jobclassificationportlet_WAR_nnkportlet_targetExtension=pdf) (19.12.2015).
12. Chmielarczyk W, Pruszyński A, Wojtaszczyk K, Komorowska K. Educere – refleksja nad edukacją onkologiczną. J Oncol 2007; 57: 469-470.
13. Dorfmueller M. Trzy ważne pojęcia: czas, wsparcie i czułość, w tym seksualność. W: Dorfmueller M, Dietzfelbinger H. Psychoonkologia. Diagnostyka – metody terapeutyczne. Elsevier & Partner, Wrocław 2011; 121-128.
14. Yalom I. Patrząc w słońce. Jak przezwyciężyć groźbę śmierci. Instytut Psychologii Zdrowia PTP, Warszawa 2008; 159-232.
15. Yalom I. Psychoterapia egzystencjalna. Instytut Psychologii Zdrowia PTP, Warszawa 2010; 17-33.
16. Dorfmueller M. Podstawy komunikacji. W: Dorfmueller M, Dietzfelbinger H. Psychoonkologia. Diagnostyka – metody terapeutyczne. Elsevier & Partner, Wrocław 2011; 89-92.
17. Schimmel J, Simon L, Greenberg J i wsp. Support for a functional perspective on stereotypes: Evidence that mortality salience enhances stereotypic thinking and preferences. J Pers Soc Psychol 1999; 77: 905-926.
18. Schover LR. Problemy seksualne a choroby przewlekłe. W: Leiblum SR, Rosen RC. Terapia zaburzeń seksualnych. GWP, Gdańsk 2005.
19. [http://www.worldsexology.org/wp-content/uploads/2013/08/declaration\\_of\\_sexual\\_rights\\_sep03\\_2014.pdf](http://www.worldsexology.org/wp-content/uploads/2013/08/declaration_of_sexual_rights_sep03_2014.pdf) (19.12.2015).
20. Bancroft J. Ginekologia. W: Bancroft J. Seksualność człowieka. Elsevier & Partner, Wrocław 2009.
21. Tchórzewska-Korba H. Rehabilitacja chorych na nowotwory z elementami psychoonkologii. CMKP, Warszawa 2011; 5-23.
22. Skrenty Ż. Obowiązek informowania pacjenta wobec jego prawa do samostanowienia. PWSZ IPIA 2015; 9: 103-124.
23. [http://walkazrakiem.pl/sites/default/files/library/files/strategia\\_walki\\_z\\_rakiem\\_w\\_polsce\\_2015\\_2024.pdf](http://walkazrakiem.pl/sites/default/files/library/files/strategia_walki_z_rakiem_w_polsce_2015_2024.pdf)(19.12.2015).
24. Motyka M. Znaczenie komunikacji terapeutycznej z pacjentem. Sztuka Leczenia 2013; 3-4: 17-24.
25. Meller D, Milik A. Komunikacja interpersonalna w zakładach opieki zdrowotnej. Zarządzanie i Finance. Journal of Management and Finance 2014; 2: 133-144.
26. Jarosz MJ, Kawczyńska-Butrym Z, Włoszczak-Szubzda A. Modele komunikacji relacji lekarz-pacjent-rodzina. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu 2012; 18: 212-218.